UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Petra Libovická

VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ DĚTÍ A DOROSTU SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU OBEZITY U OSOB S HANDICAPEM

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Petra Libovická

Children's and Youth's Nutrition and Alimentation with a Focus on Obesity Issues of Handciapped Individuals

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 3. 2012 Bc. Petra Libovická

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí diplomové práce Doc. RNDr. Jitce Machové, CSc. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Obezita je problém, který se v současnosti bohužel stále častěji týká i dětské populace, zdravotně handicapované nevyjímaje. Tato diplomová práce je zaměřena na problémy s obezitou u handicapovaných dětí a dorostu. Podrobněji se zaměřuje na stravovací návyky, povědomí o zásadách zdravé výživy, a věnuje se také pohybovým aktivitám handicapovaných dětí a dorostu.

Cílem práce je teoretické seznámení s problematikou obezity, a praktické zjištění stavu úrovně stravování dle zásad zdravé výživy. Dalším cílem je průzkum pohybových aktivit handicapovaných dětí a dorostu.

Klíčové pojmy

Body mass index, děti, dorost, handicap, obezita, pohybové aktivity, výživa dětí, zdravá výživa, zdravotní postižení.

Annotation

Unfortunately, obesity is a problem that at present involves children population more and more frequently, including physically handicapped individuals. This diploma thesis is focused on obesity issues concerning handicapped children and youth. It focuses in detail on alimentation habits, awareness of healthy eating principles and it also deals with sports activities of handicapped children and youth.

The aim of this work is a theoretical introduction to obesity matters and a practical assessment of the stage of practising alimentation according to healthy eating principles. Another goal is an inquisition into sports activities of handicapped children and youth.

Key words

Body mass index, children, youth, handicap, obesity, sports activities, children's nutrition, healthy eating, physical disablement.

OBSAH

ÚVOD.....10

1 CÍLE A ÚKOLY **11**

1.1 Cíle 11

1.2 Úkoly 11

TEORETICKÁ ČÁST

2 ZÁSADY ZDRAVÉ VÝŽIVY **12**

2.1 Racionální výživa 12

2.2 Výživa dětí školního věku a mladistvých 13

3 NADVÁHA A OBEZITA **14**

3.1 Nadváha a obezita 14

3.2 Typy obezity 14

3.3 Index BMI 15

3.4 Další ukazatele rizikových faktorů 19

3.1. Ideální hmotnost pro dětský věk 21

3.5 Somatotypy 22

4 DĚTI A DOROST **24**

4.1 Obezita v dětské populaci 24

4.2 Výživa osob s handicapem 27

5 AKTIVNÍ VOLNÝ ČAS JAKO PREVENCE OBEZITY **30**

5.1 Volný čas 30

5.2 Sportovní aktivity pro handicapované 30

5.3 Mentální postižení 33

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY **37**

6.1 Cíle a úkoly diplomové práce 37

6.2 Pracovní hypotézy 38

6.3 Charakteristika zkoumaných souborů 38
6.4 Metody výzkumu 42
6.5 Výsledky výzkumu a jejich analýza 44
6.6 Výsledky rozhovorů 44
3.2. Výsledky dotazníků. 48
3.3. Výsledky pozorování 57
7 OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ 59
8 SHRNUTÍ 60

ZÁVĚR 61

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ 62
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ 65
SEZNAM PŘÍLOH 67

ÚVOD

O zdravém životním stylu, zásadách zdravého stravování, nutnosti pohybové aktivity jako prevence obezity, o riziku vzniku chorob u obézních lidí bylo napsáno již mnoho. Přesto se neustále setkáváme s lidmi, kteří s nadváhou a obezitou mají problém, dokonce jich přibývá, a bohužel se tento problém týká stále častěji i dětí.

Období blahobytu, přemíra jídla, špatné stravovací návyky a na druhé straně nedostatek pohybu a sedavý styl života, postupně vedou k problémům s energetickou rovnováhou. Příjem energie převyšuje její výdej.

Zásadou: Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili, se dnes mnoho lidí neřídí…

Svoji práci jsem zaměřila na výživu a stravování dětí a dorostu se zaměřením na problematiku obezity u osob s handicapem. U této skupiny je problém nápravy zhoršen mírou handicapu, který často brání ve vykonávání pohybových aktivit, které jsou k úpravě hmotnosti do normálu vždy potřebné.

1 CÍLE A ÚKOLY

1.1 Cíle

Cílem práce je teoretické seznámení s problematikou obezity, a praktické zjištění stavu úrovně stravování dle zásad zdravé výživy. Dalším cílem je průzkum pohybových aktivit handicapovaných dětí a dorostu.

1.2 Úkoly

- Prostudovat dostupnou literaturu.
- Stanovit hypotézy.
- Sestavit dotazník a provést výzkum , uskutečnit ,rozhovory v terénu a provést pozorování.
- Vyhodnotit dotazník a sestavit grafy, vyhodnotit rozhovory a sestavit grafy, vyhodnotit pozorování.
- Vyvodit závěr ze zjištěných informací.
- Porovnat závěr se stanovenými hypotézami.

TEORETICKÁ ČÁST

2 ZÁSADY ZDRAVÉ VÝŽIVY

Výživa představuje u člověka výhradní způsob získávání energie. Závisí na řadě činitelů, jako je mnohaletá tradice, velikost výdeje energie prací a pohybem, ekonomická situace, věk a jiné. Existují určité základní požadavky na obsah a složení potravy, které je nutno respektovat, protože jinak by mohl být organismus nenávratně poškozen. Na způsob výživy jsou citlivé nejvíce děti a těhotné ženy. Jednotlivé základní živiny je nutno dodávat v určitém procentuálním poměru, za nejvhodnější se pokládá poměr 15% bílkovin, 25 % tuků a 60% sacharidů. Důležité je, aby dodávané tuky obsahovaly většinou nenasycené mastné kyseliny. Názory na toto poměrné složení se postupně vyvíjejí, v současné době se poněkud ustupuje od zdůrazňování významu bílkovin a doporučuje se převaha komplexních polysacharidů.

(Máček, 2007)

2.1 Racionální výživa

Zásady racionální výživy:

- vycházet z nejnovějších vědeckých poznatků
- respektovat potřeby organismu s ohledem na věk, pohlaví, profesi, pracovní výkon, přírodní podmínky
- podporovat všestranný fyzický a duševní rozvoj daného jedince
- sloužit k prevenci obezity nebo naopak podvýživy
- omezovat rozvoj aterosklerózy
- působit protirakovinně, tj. přispívat k prevenci vzniku zhoubných nádorů

(Merkunová a kol., 2008)

2.2 Výživa dětí školního věku a mladistvých

V tomto období je třeba přizpůsobovat stravu stravě dospělých, v její zdravější variantě. Pochopitelně je důležité čelit chutím dětí, kteří vidí kamarády jíst nezdravou stravu. Snahou by mělo být stravu co nejvíce přiblížit přírodě. Preference kvalitních druhů masa a maso rybí. Zvýšenou potřebu bílkovin pokrýt mlékem, mléčnými výrobky, vejci. Mělo by převládat celozrnné pečivo, cereálie, ořechy, čokoláda, hrubozrnné tyčinky, luštěniny, pohanka, ovesné vločky, kukuřice. Důležitý je vysoký přívod tekutin, zejména po ránu, kdy dítě potřebuje doplnit vodu k dokončení metabolických pochodů z minulého dne.

Strava by měla být rozvržena do pěti denních dávek, je třeba dbát na nutričně vydatné snídaně. U dětí dochází v tomto věku k dřívějšímu růstovému a vývojovému startu u dívek u chlapců se růstová akcelerace objeví až o dva roky později. Dívky rostou do doby, než začnou pravidelně menstruovat, pak se jejich růst pomalu brzdí.

U mladistvých se zvyšují nároky na přívod kvalitních bílkovin, zvláště u chlapců při nárůstu svaloviny. Vyšší energetická potřeba u dospívajících chlapců zvyšuje nároky organismu na přívod vitamínů skupiny B. Růst kostí u dětí obou pohlaví zvyšuje potřebu vápníku, u dívek je třeba zvýšit konzumaci potravy bohaté na železo, jehož ztráty při menstruaci často vedou k anémii. Dívky mívají i nedostatek kyseliny listové, což klinické obtíže s anémií ještě prohlubuje. Děti často nemají ani dostatek vitaminu C a A. Vitamin A je vhodné dodávat ve formě provitaminu karotenu. Dbáme na modelování postavy sportem, snažíme se volit jídelníček podle náročnosti sportovní činnosti. Potřeba energie se při intenzivně zátěžových sportech (tenis, fotbal, basketbal, plavání, lyžování, cyklistika…) zvyšuje. Energetické ztráty by měly být nahrazeny z více než 60% sacharidy, tuky z 20-30%, bílkovinami z 10-15% (promítnuto do jídelníčku: např. těstoviny s kvalitním olejem, zeleninou, sýrem či rybím masem). Na vyšší výkon by se měl sportovec připravit již předem, měl by obnovit své energetické rezervy a doplnit potřebný příjem tekutin. Doporučuje se konzumovat menší množství jídla s vyšším obsahem cukru 3-4 hodiny před výkonem a později, ještě před sportovním výkonem zásobit organismus v malém množství tekutinami.

(Froydová a kol., 2008)

3 NADVÁHA A OBEZITA

3.1 Nadváha a obezita

Nadváhou rozumíme nadbytek hmotnosti, obezitou nadměrnou akumulaci tukové tkáně. V obou případech se jedná o poruchy výživy, které sebou nesou významné zdravotní riziko. Vysoká a stále se zvyšující prevalence obezity ve vyspělých zemích představuje významný zdravotnický problém. Údaje získané v různých populačních studiích prokazují, že přibližně 1/4 – 1/3 populace ve věku 20 - 65 let má BMI vyšší než je optimální. Dalším rizikem je zvyšující se výskyt obezity u dětí.

Pro definici a stanovení míry obezity jsou stanovena různá kriteria. Na základě relativní nadváhy určujeme:

- lehkou obezitu při 120 – 140 % ideální tělesné hmotnosti
- střední obezitu při 140 – 200 % ideální tělesné hmotnosti
- morbidní obezitu nad 200 % ideální tělesné hmotnosti

(Komárek a kol., 1997)

3.2 Typy obezity

Na základě rozložení tuku v těle rozlišujeme několik typů obezity:

A) Prostá obezita - je nejběžněji se vyskytující forma obezity. Je charakterizována souměrným rozložením tuku v podkoží. Nejmohutnější tuková vrstva je na břiše, hýždích, stehnech, pažích a hrudníku.

B) Gynoidní typ obezity - horní polovina těla může být přiměřená, tuk se usazuje především na hýždích, podbřišku a stehnech, kdežto lýtka bývají štíhlá. Větší množství tuku může být někdy nahromaděno na prsou. Tato forma otylosti se může také nazývat jako ženský typ obezity.

C) Androidní typ obezity - vyznačuje se větším množství tuku na pažích, hrudníku, břichu, naopak stehna a hýždě jsou hubená. U této formy se často vyskytuje vysoký krevní tlak a diabetes mellitus. Tento typ je také označován jako mužský.

D) Cuschingoidní typ obezity - otylost se výrazně odlišuje tím, že jak horní tak dolní končetiny jsou nápadně tenké a tuk je nahromaděn na trupu a hlavě. Kůže je ruměná a v místech největšího pnutí se mohou objevovat strie. Tato forma obezity se vyskytuje u lidí se zvýšenou tvorbou hormonu kortizonu. Takto postiženi jedinci mají opět vyšší sklon k vysokému krevnímu tlaku a cukrovce. Tomuto typu se může říkat také pavoučí otylost.

E) Eunuchoidní typ obezity - objevuje se výhradně u mužů, kteří mají onemocnění varlat, hypofýzy nebo hypotalamu. Tito muži bývají bezvousí a tuk se jim hromadí v oblasti břicha, stehen a v okolí prsních bradavek.

F) Cerebrální typ obezity - tuto otylost způsobuje poškození center v mimokorové šedi v hypotalamu a to zejména center pro příjem potravy.

G) Lipomatózní obezita - projevuje se tvořením nezhoubných tukových nádorů v bohaté tukové tkáni.

(Lisá, 2001)

3.3 Index BMI

Stanovení indexu BMI

Ideální tělesná hmotnosti je u mužů v průměru o 8% a u žen o 6% nižší než tzv. normální hmotnost podle Brocy: výška těla v cm – 100 = hmotnost v kilogramech.

V současné době je běžně užíváno hodnocení dle indexu hmotnosti (body mass index) – BMI .

Index BMI index= hmotnost v kg : (tělesná výška v m)²

BMI pod 18,5	podváha
BMI 18,5 – 24,9	norma
BMI 25 – 29,9	nadváha
BMI 30 – 34,9	obezita 1. stupně (lehká otylost)
BMI 35 – 39,9	obezita 2. stupně (výrazná otylost)
BMI nad 40	obezita 3. stupně (morbidní otylost)

(Machová a kol., 2009)

Podváha, nadváha, obezita

Podváha - je pro zdraví nebezpečná. Když vyplývá z výsledků BMI, je třeba situaci řešit, nejlépe s lékařem. Podváha je pro zdraví stejně nebezpečná jako velká obezita.

Nadváha – pokud je z výsledků patrná nadváha, je třeba především upravit životní styl. Především se začít pohybovat. Redukční dieta zde není na místě – stačí, ze stravy vyloučit „zakázaná“ jídla: smažená, sladkosti, sladké limonády, uzeniny, ...

Obezita – při tomto výsledku je třeba okamžitě změnit životní styl a začít záměrně hubnout. Obezita vážně ohrožuje zdraví. BMI nad 30 je nebezpečné.

Výsledky měření BMI

Přesnost indexu BMI přibližně platí pro průměrného člověka. BMI jako ukazatel míry zastoupeni tuků v těle tedy v mnohých případech selhává. Dokonce nelze ani říci, že člověk s vysokým BMI musí být v rizikové skupině, která může byt ohrožena

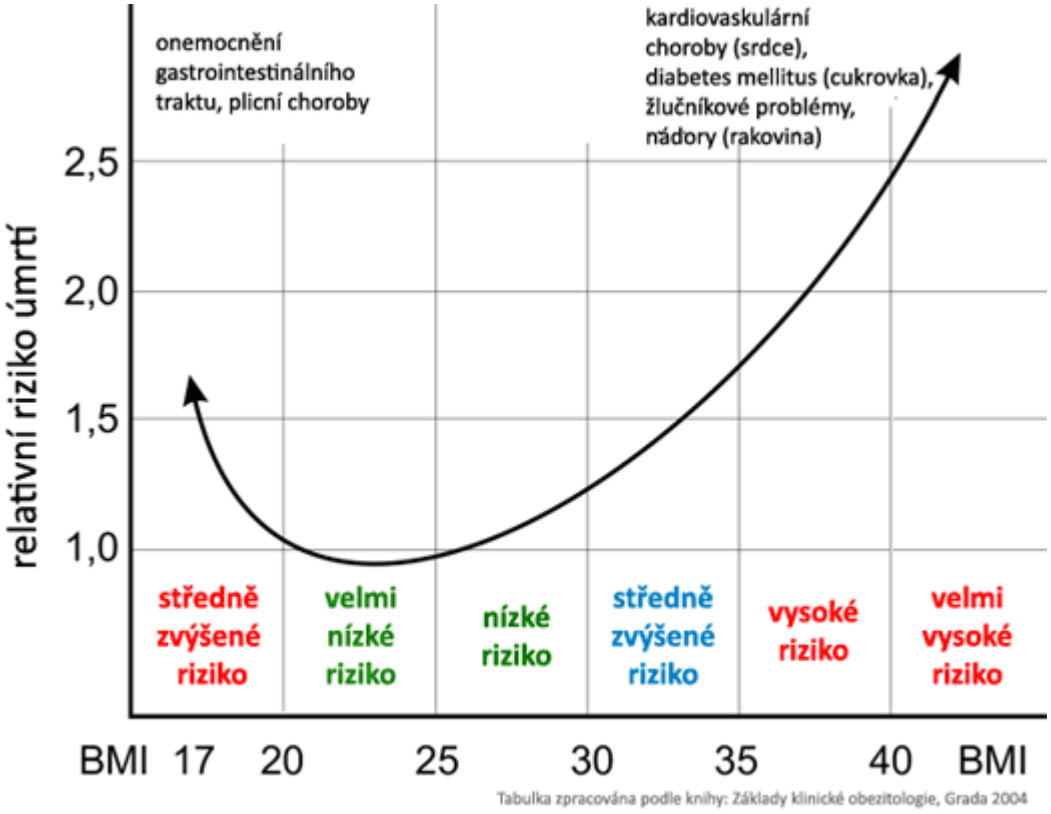
kardiovaskulárními chorobami, onemocněni žaludku či žlučníku či diabetem. Ačkoliv lze vypozorovat určitou korelaci mezi vysokým BMI a rizikem úmrtí, tak to nemůžeme tvrdit absolutně vzhledem k novějším studiím, které prokázaly, že ne míra zastoupeni tuků v celém těle, ale partie jeho kumulace jsou důležitým determinantem rizika mortality. Z důvodů velmi omezeného použití BMI vyplývá, že jako jeden ukazatel proporcionality zdaleka nedostačuje. Jak již bylo řečeno, tak je důležitějším faktorem místo ukládáni tuku.

U androidního (mužského, centrálního) typu dochází k ukládáni tuku v abdominální (břišní) oblasti, u druhého pak v oblasti gluteofemorální (oblast hýždí a stehen). Androidní typ obezity je rizikovým faktorem Aterosklerózy a dalších onemocněni, zatímco gynoidní (ženský, periferní) typ, u kterého se tuk uvolňuje pomaleji, je zdravotně méně nepříznivý a u žen po těhotenství se ho tvoří velká zásoba. Je často vnímán negativně, ačkoliv ze zdravotního hlediska není závažný. U žen po klimakteriu dochází k hromadění tuku v abdominální oblasti.

(www.svet-cloveka.com, 25. 2. 2012)

Výsledky BMI mohou být rozdílné také u lidí, kteří často hubli. Každé hubnutí probíhá na úkor svaloviny. Člověk má po zhubnutí méně svalů, než před hubnutím. Pokud pak znovu přibere, vždy přibere na svou původní váhu, než měl před zhubnutím – jenže svaly již zpět nezíská. Proto je člověk po jo-jo efektu o něco tlustší, než před hubnutím - tím se sníží průměrné množství svaloviny v těle. I když pak kalkulačka BMI ukazuje normální čísla, člověk může být po několika dietách mnohem tlustší, než normálně byl.

Obrázek 1: Graf BMI



(Zdroj : www.hubnuti-jak.cz/bmi/, 10.1.2012)

BMI byl doporučen v roce 1985. Tato hodnota slouží k diagnostice obezity a je ukazatelem životní prognózy. Neukazuje ovšem na to, kde se tuk hromadí, a proto může zkresleně vypovídat. Zejména u sportovců nemusí být tento index směrodatný.

Př.: Jedinec, který váží 65 kg a měří 172 cm má BMI 21,97, což je normální hmotnost.

(Fořt, 2004)

3.4 Další ukazatele rizikových faktorů

Tabulka 1: Měření obezity dle obvodu pasu

obvod pasu	zvýšené riziko	vysoké riziko
Ženy	> 80 cm	> 88 cm
Muži	> 94 cm	> 102 cm

Pas měříme v polovině mezi spodním okrajem dolního žebra a horním okrajem pánevní kosti. Krejčovský metr přikládáme v horizontální rovině (jako opasek).

(Kunešová, 1999)

Výsledky měření u žen a mužů

Ženy, které mají široké hýždě a malý obvod pasu, jsou možná se svou postavou nespokojené, ale tento druh obezity nepředstavuje zdravotní riziko. Zpravidla se této obezity (hýždích a stehnech) ani nedá zbavit – je dána geneticky. Ženy, které se svých širokých boků marně snaží zbavit dietami, riskují, že časem začnou přibírat i na břichu. Jejich tělo se tuku na těchto částech těla nevzdá. Dietami si však poškodí metabolismus.

Obvod pasu je mimořádně důležitý pro muže. Pokud jej má velký, je vážně ohrožený srdečně- cévními komplikacemi.

Procento tuku v těle

Procento tuku v těle se dá výpočtem odhadnout jen zhruba. Tento údaj nemůže být přesný, ale může alespoň orientačně pomoct představit si, zda je člověk obézní.

(www.hubnuti-jak.cz, 15.1.2012)

Přístrojové měření tuku v těle

Přístrojové měření tuku se provádí pomocí kaliperu, přístroje na měření tloušťky podkožního tuku na vybraných kožních řasách. Pro měření se volí více míst, protože tuk není v těle rozložen rovnoměrně. Jde o přesně stanovená místa na těle – nad dvojhlavým svalem pažním, nad trojhlavým svalem pažním, pod lopatkou, nad hřebenem kyčelním, na stehně.

(Machová a kol., 2009)

3.1. Ideální hmotnost pro dětský věk

U dětí se hodnoty BMI výrazně mění s věkem, a proto pro ně nemůžeme uvedenou BMI kategorizaci použít.

Tabulka 2: Průměrná tělesná hmotnost a odpovídající hodnota BMI chlapců a dívek 1 - 18 let

Věk	chlapci kg	Dívky Kg	Chlapci BMI	dívky BMI
1 rok	10	9	15,9 – 17,8	15,5 – 17,3
2 roky	12,5	12	15,3 – 17,0	15,1 – 16,9
3 roky	14,5	14	14,8 – 16,6	14,6 – 16,6
4 roky	17	16	14,6 – 16,5	14,4 – 16,4
5 let	19	19	14,5 – 16,5	14,4 – 16,5
6 let	21,5	21	14,5 – 16,6	14,4 – 16,6
7 let	24	24	14,6 – 16,9	14,5 – 16,9
8 let	27	27	14,9 – 17,4	14,8 – 17,5
9 let	30,5	30	15,2 – 18,0	15,2 – 18,1
10 let	34	34	15,6 – 18,6	15,5 – 18,7
11 let	37	38	16,0 – 19,2	16,0 – 19,4
12 let	42	43	16,5 – 19,9	16,6 – 20,2
13 let	47	48	17,1 – 20,6	17,3 – 21,0
14 let	54	53	17,7 – 21,3	18,0 – 21,7
15 let	60	56	18,3 – 22,0	18,5 – 22,3
16 let	64	57	18,8 – 22,6	19,0 – 22,7
17 let	68	58	19,4 – 23,1	19,3 – 23,0
18 let	70	59	19,9 – 23,6	19,6 – 23,2

(Zdroj : Fořt, 2004)

3.5 Somatotypy

Somatotypem nazýváme metodu pro popis konstituce postavy člověka. Somatotyp je definován tělesnými rozměry a jejich vzájemnými poměry, ovlivňuje tělesnou zdatnost a ze 70% je dán geneticky. Somatotypy se mohou během života měnit. K největším změnám dochází v období puberty, v dospělosti se naopak při vhodném stravovacím a tréninkovém režimu somatotyp měnit nemusí, nebo naopak správným tréninkem a stravou se dá posunout buď k jednomu, nebo druhému typu. Každý somatotyp je vhodný k jinému sportu, a žádný jiný somatotyp než k určitému sportu určený nemůže dosáhnout lepších výsledků. Somatotypy se nedají příliš změnit, některé mají větší sklon k obezitě.

Rozeznáváme 3 typy stavby těla:

Ektomorf – je typ hubeného člověka, který je vhodný na vytrvalostní sporty. Vývoj svalů je u něho geneticky brzděn, v posilování se nemůže rovnat jiným somatotypům.

Endomorf – je typ člověka, který má problém s tukem, má pevnější kosti a hodí se pro silové sporty a kondiční kulturistiku. Tento typ má problémy s aerobní aktivitou (běh, cyklistika, plavání…). Nemá problém přibrat, ale přibírá zároveň hodně tuku. Tento typ je rizikovým typem.

Mezomorf – tento typ má sportovní postavu i když žádný sport neprovozuje. S nabíráním a rozvojem svalů nemá žádný problém. Nehodí se na vytrvalostní sporty. Má robustní kostru a mohutné klouby.

(www.webokulturistice,15.1.2012.)

4 DĚTI A DOROST

V dětském věku dochází k plynulým přírůstkům hmotnosti, ale nejsou způsobeny jen zmnožením tukové tkáně, ale i rozvojem kostry a svalové hmoty. Ve školním věku začíná množství tělesného tuku narůstat a děje se tak až do dospělosti. Děvčata mají od narození větší zásoby tělesného tuku než chlapci.

(Pastucha a kol., 2011)

Od dvou do konce čtvrtého roku má dítě dobře vyvinutý tukový polštář, který obklopuje svalstvo a způsobuje zaoblenost dětské postavy. Toto období se nazývá období první tělesné hmotnosti.

Období předškolního věku do 6 let bývá označováno jako neutrální dětství. Mezi chlapci a dívkami nejsou patrné žádné pohlavní rozdíly jak v uložení tuku, tak ve stavbě kostry a svalstva.

První proměna proporcionality postavy začíná mezi pátým a šestým rokem. Růst dítěte je pozvolný, ale na nárůstu výšky se podílejí především dolní končetiny. Dochází také ke ztenčování vrstvy podkožního tuku. Toto období se nazývá období první vytáhlosti.

(Machová, 2002)

4.1 Obezita v dětské populaci

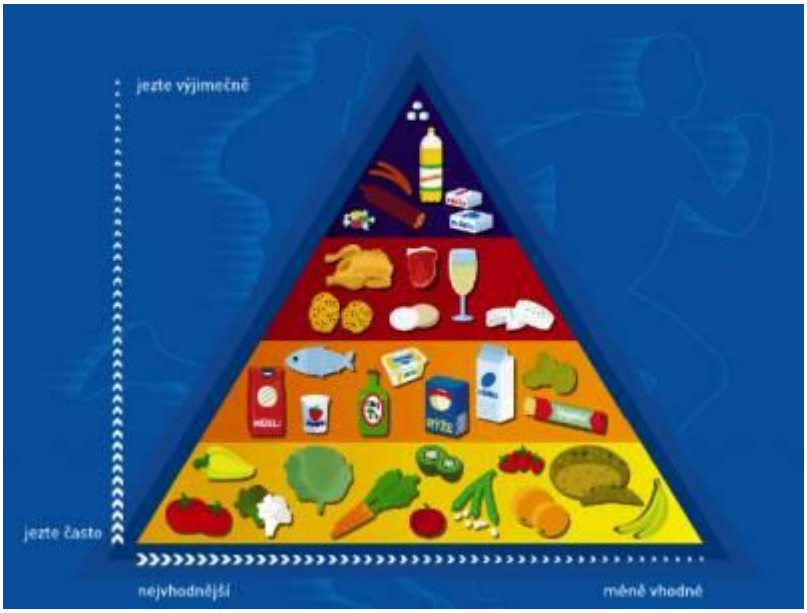
Dle nejnovější analýzy International Obesity Taskforce (IOTF) a WHO je na světě 1,1 miliardy dospělých jedinců s nadváhou nebo obezitou, z nichž je asi 320 milionů obézních (osob s BMI 30 a více). Obezita je problém, který se netýká pouze dospělé populace, ale stále častěji i populace dětské, proto je třeba k těmto alarmujícím údajům připočítat ještě 118 milionů dětí s nadváhou a obezitou. Všechny lékařské studie zabývající se touto problematikou poukazují na rychlý nárůst dětské obezity.

Dětská obezita je i v podmínkách České republiky závažným epidemiologickým problémem a stala se nejčastější metabolickou chorobou. Dle studie České obezitologické společnosti „ Životní styl a obezita 2005“20 % dětí ve věku 6-12 let a 11% dětí ve věku 13-17 let má již nadváhu nebo obezitu. V první skupině mělo 10% dětí nadváhu a 10% bylo obézních. Nejvyšší podíl dětí s obezitou (18%) byl u dětí ve věku 7 let, tedy těsně po změně životního stylu související se začátkem školní docházky. U dospívajících jsou údaje naopak o něco příznivější, ve věku 13-17 let klesá podíl dětí s nadváhou na 6% a 5% dětí bylo dle studie obézních. Tato data prokázala narůstající tendenci v obou věkových kategoriích.

(Pastucha a kol., 2011)

Zásady zdravé výživy

Obrázek 2: Pyramida zdravé výživy

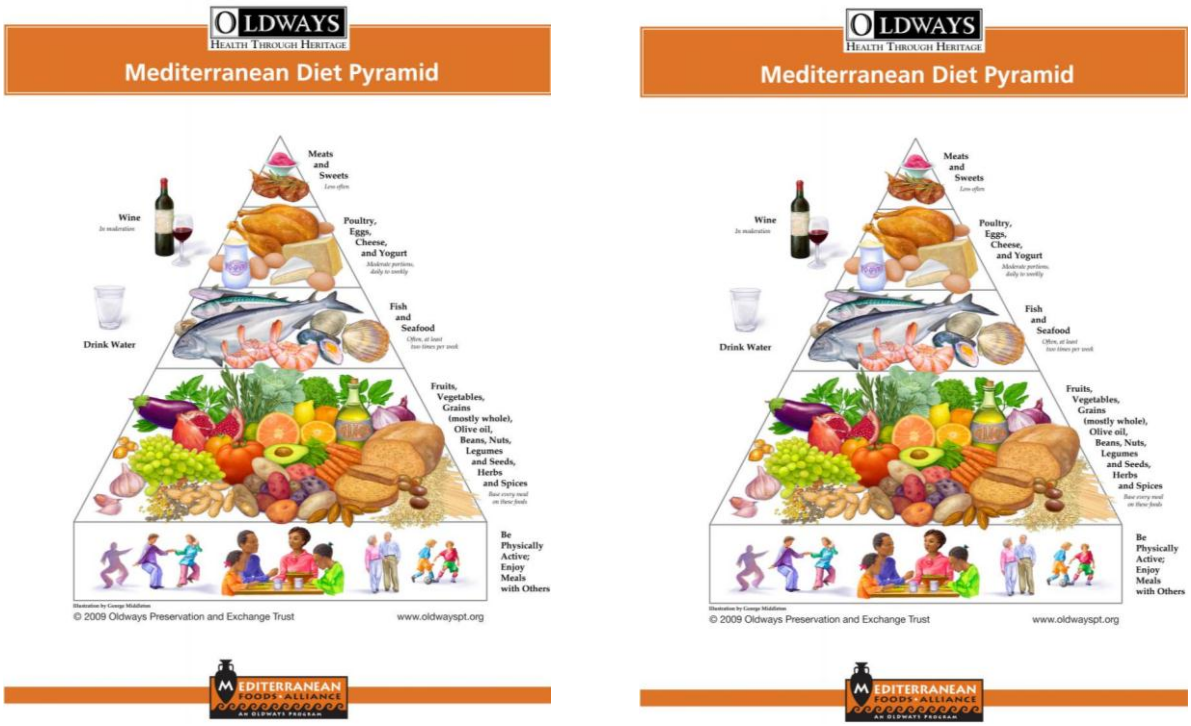


(Zdroj : Kast-Zahn, 2008)

Uvedená pyramida zdravé výživy podporuje udržování tělesné hmotnosti, konzumaci pestré stravy, zvýšení konzumace ovoce a zeleniny, výběr potravin s nízkým glykemickým indexem. Samozřejmostí je dostatek nápojů a dodržování pitného režimu.

Dává základní doporučení o skladbě výživy: potraviny jsou řazeny podle vhodnosti ke konzumaci v rámci každého patra ve směru zleva doprava. Potraviny umístěné v základně pyramidy jsou doporučovány pro nejčastější konzumaci. Směrem k vrcholu pyramidy by měla být konzumace střídmější a ve špici jsou umístěny potraviny, které by se v jídelníčku měly objevovat jen výjimečně.

Tabulka 3: Pravidla správného stravování dle Kast-Zahnové, 2008



Pravidla pro správné stravování	
Vy rozhodujete:	Dítě rozhoduje:
- co svému dítěti nabídnete - kdy mu to nabídnete - jak mu to nabídnete	- zda vůbec chce jíst - kolik si toho přeje sníst
Vaše role : - Co? Vy rozhodujete o tom, co dnes bude k jídlu. Snažte se brát v potaz všechno, co už o zdravé výživě víte, a na základě toho pak také jídlo připravujte. - Kdy? Vy rozhodujete také o tom, kdy a kolikrát denně se bude jíst. A v tento čas pak také podávejte jídlo. - Jak? Vy rozhodujete také o tom, jaké chování budete u stolu tolerovat a jaké ne.	

Na vás záleží, kolik dítěti povolíte, a kde stanovíte hranice slušného a akceptovatelného chování. Snažte se tato pravidla také prosadit, protože to, jaká atmosféra bude při rodinných večeřích vládnout, v podstatě záleží jenom na vás. Měli byste být pro své dítě dobrým, vlastně tím nejlepším vzorem. Jezte proto klidně, s maximální chutí.

Role dítěte:

- V momentě, kdy si dítě sedne ke stolu a uvidí, co je k jídlu, by mělo mít možnost se svobodně rozhodnout, zda chce, či nechce jíst, a z nabídky na talíři nebo na stole si vybrat pouze to, na co má chuť. V tomto smyslu by dítě mělo mít možnost se samo rozhodovat.
- Co si z nabídky vybere.
- Kolik toho sní a kdy talíř odloží.

(Zdroj : Kast-Zahn, 2008)

4.2 Výživa osob s handicapem

Downův syndrom, autismus, epilepsie, dětská mozková obrna – poruchy či onemocnění, která mají každá jinou příčinu, podstatu, proto je těžké dávat univerzální doporučení. Navíc uvedené poruchy či handicapy mohou být kombinovány s celou řadou poruch dalších např. imunitního systému - různé potravinové alergie či metabolické poruchy a výsledný stav může být ovlivněn i nežádoucími účinky užívaných léků. Zdravý životní styl, ke kterému patří i stravování, by měl být samozřejmě základem pro každého z nás jako prevence řady onemocnění a teprve poté (ovšem ideálně zároveň) bychom se měli zaobírat specifickými doporučeními, která se budou v jednotlivých případech lišit a budou velmi individuální s ohledem na aktuální stav jedince.

Úprava jídelníčku handicapovaných

Zjednodušeně řečeno: Ke zdravému životnímu stylu patří v oblasti stravování - pravidelnost, pestrost, výživově hodnotné suroviny, které dodávají dostatek základních stavebních látek pro tělo, vitamínů, minerálních látek, enzymů k zajištění všech nezbytných funkcí organismu. Zdravý životní styl znamená i dostatek pravidelného pohybu, adekvátního fyzické i psychické kondici dotyčného jedince, dostatek odpočinku a spánku, minimalizaci stresu. Potřebujeme pravidla a pravidelnost pro náš život, a na to mnozí z nás pod vlivem všech povinností zapomínají. Osobě s psychickým či fyzickým handicapem pravidelný režim dodává jistotu a pocit bezpečí, v případě dětí to platí dvojnásob.

Specifika stravování u Downova syndromu

Lidé s Downovým syndromem mají oslabené volní složky, mají větší sklon k přejídání a ke konzumaci nevhodných jídel, proto je důležité, aby se správné návyky posilovaly již od dětství a staly se přirozenou součástí života. Pro děti bychom měli být příkladem, žádné poučky neplatí, děti nás napodobují. Když budou zvyklé mít u většiny jídel nějaké ovoce či kousek zeleniny, nebude jim později divné zeleninu konzumovat. Když se doma bude vařit, nebudou jídlo odmítat ve škole či v jiném zařízení. Neměli bychom z jídla dělat systém odměňování a zejména aby se odměnou nestalo fast foodové menu a neposilovaly se tak nežádoucí návyky. O totéž je třeba požádat i babičky, tetičky apod. Neměli bychom podlehnout diktátu chutí dítěte a měli bychom se snažit být důslední, i když to dá v počátku více práce, výsledky- v podobě alespoň přijatelně se stravujícího dítěte- se na jeho zdravotním stavu jistě ukáží. Některé potraviny může odmítat, nevnucujme mu je, snažme se atraktivní formou jídlo nabídnout či zaměnit za jiné, abychom dodali potřebné živiny, stravu můžeme obohatit také nutričními doplňky. Poruchy metabolismu či potravinové alergie vyžadují leckdy vyřazení řady běžných potravin z jídelníčku, o to je pak pro zdravotní stav dítěte důležitější dodržování nového přísného režimu. Rodiče se musí naučit vařit a kombinovat nové suroviny. Naštěstí existuje řada webů pro rodiče dětí, které trpí určitým onemocněním a kde mohou rodiče komunikovat navzájem, vyměňovat si

zkušenosti s nejrůznějšími dietními doporučeními a být si vzájemně oporou. Většina rodičů se tak stává- nejen v dietních opatřeních- u jednotlivých diagnóz odborníky.

U jednotlivých diagnóz se terapeuticky zkouší celá řada dietních opatření, kdy např. u autismu - dieta GFCF (gluten free and kaseine free diet) s vyloučením lepku (bílkovinná součást povrchové části zrna u některých obilovin) a kaseinu (mléčná bílkovina), u některých typů epilepsie tuková dieta či dieta s omezením cukrů, což již patří do rukou příslušného specialisty a dieta se musí upravit s ohledem na vyloučené potraviny.

(www.dobromysl.cz, 15.1.2012)

5 AKTIVNÍ VOLNÝ ČAS JAKO PREVENCE OBEZITY

5.1 Volný čas

Vážanský (1995) uvádí také celkový výčet funkcí volného času z pohledu německého pedagoga volného času Horsta W. Opaschowskiho, který mezi jeho hlavní funkce řadí:

- rekreaci – volný čas zajišťuje potřebu zotavení, osvěžení, uvolnění, nashromáždění sil
- kompenzaci – jde o potřebu rozptýlení, vyrovnání, potěšení
- edukaci – potřeba poznání, další učení
- kontemplaci – potřeba klidu, rozjímání
- komunikace – potřeba sdělení, touha nebýt sám, kontakt
- integraci – potřeba společnosti, společné prožívání, tvoření skupin
- participaci – potřeba účastenství, angažovanosti, spoluúčast na dění
- enkulturaci – potřeba kreativního rozvoje a účasti na kulturním životě

(Vážanský a kol., 1995)

5.2 Sportovní aktivity pro handicapované

Handicap - zdravotní postižení (fyzické, psychické), ztěžující a omezující normální život, "osoby se znevýhodněním".

Tabulka 4: Přehled sportovních odvětví pro jednotlivé druhy postižení

sportovní odvětví	Disciplíny	tělesná postižení			smyslová postižení		
		amputáři	vozíčkáři	Elastici	zrakové	sluchové	mentální
Atletika	běhy	X	X	X	X	X	X
	skoky	X	o	X	X	X	X
	vrhy	X	X	X	o	X	X
Plavání	všechny	X	X	X	X	X	X
	dráha	X	o	X	X	X	X
Cyklistika	silnice	X	o	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X
Lukostřelba		X	X	X	o	X	o
Lední hokej		X	X	o	o	o	o
Střelba		o	o	o	o	X	X
Vzpírání		X	X	o	o	X	o
Lyžování	běhy	o	X	X	X	X	X
	sjezdy	X	X	X	X	X	X
Rychlobruslení	všechny	X	X	X	o	X	o
Biatlon		o	o	o	X	o	o
Basketbal		X	X	X	o	X	X
Volejbal		X	X	X	o	o	o
v sedě		o	X	o	o	o	o
		X	X	X	o	o	X
Quadru ragby		o	o	o	X	o	X
Boccia		o	o	o	X	o	o
Judo		X	o	o	o	X	X
Goalbal		X	X	o	o	X	o
Kopaná		o	o	o	o	o	X
Tenis							
Moderní gymnastika							

Zdroj: (Dovalil, J. 2007)

V tabulce je uveden přehled sportovních aktivit pro jednotlivé druhy postižení:

X označuje aktivitu vhodnou pro uvedený typ postižení

O označuje aktivitu nevhodnou pro uvedený typ postižení

Význam sportu pro mentálně postižené

Soutěžení a reprezentace nejsou rozhodně jediným a hlavním cílem sportu mentálně postižených. Tím je především nabídka sportovních aktivit co největšímu okruhu zájemců, poskytnutí možnosti soutěžit s rovnocenným okolím. Poměřit se tak, že sportovci prokáží sami sobě, rodině a okolí výkonnost, získají touhu po zlepšení výkonů, po vítězství. Sport umožňuje získat nové kamarády, zvýšit sebevědomí, přispívá k orientaci ve světě a v neposlední řadě pomáhá také sportovcům s MP učit se trávit volný čas smysluplně a pozitivně. Úspěchy a vazba na sportovní aktivity pomáhají získávat úctu a podporu okolí. Tím se sport stává rovněž významným prostředkem prevence sociálně patologických jevů a trestné činnosti.

(www.uzsp.cz, 15.1.2012)

Volný čas jako součást života handicapovaných

Volný čas nabývá stále více na významu, je důležitou součástí života nejen lidi bez postižení, ale i lidí s postižením. Volný čas a volnočasové aktivity nejsou jen průvodním jevem života každého z nás, volný čas má moc každého člověka aktivizovat. Každá činnost, kterou člověk s postižením těla jej baví, rozvijí, která mu napomáhá integraci, vytrhne ho z nečinnosti, je důležitým aktivizujícím prvkem a významnou součástí života toho jedince. Volnočasové aktivity umožňuji člověku s postižením jeho život nejen přežít, ale i prožít.

Vážanský (1995) ve své definici volného času rozlišuje negativní a pozitivní chápání volného času:

1. Negativní pojetí – dle tohoto pojetí je volný čas dobou, která člověku zůstala z celého dne po splnění všech studijních či pracovních povinnosti, úkolech v domácnosti, a také po uspokojení základních fyziologických potřeb.

2. Pozitivní pojetí – Vážanský (1995, s. 23) v tomto pojetí charakterizuje volný čas jako „disponibilní časový prostor, v němž by volný čas mohl pro jedince znamenat svobodu. Je také dobou, v niž se individuum může nezávisle na jakýchkoli povinnostech výhradně svobodně realizovat a dělat to či ono, k čemu je nikdo nenutí a k čemu též není podvědomě nuceno“.

5.3 Mentální postižení

Děti, mládež i dospělí s mentálním postižením představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a nezřídka i neopodstatněnými obavami. Poměrně často se dosud můžeme setkat dokonce i s radou, aby rodiče postižené dítě raději „dali do ústavu“. V dnešní moderní době a krokem kupředu se veškeré ústavy přejmenovaly na Domovy.

(www.vemeste.cz , 15.1.2012)

Pojem mentální / intelektové postižení (mentální retardace)

Světová zdravotnická organizace používá v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) termín mentální postižení (MP), stejně jako Americká psychiatrická asociace ve 4. revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (2000). V současnosti se však celosvětově stále více preferuje užívání termínu intelektové postižení. Jde o postižení charakterizované podstatným omezením jak v intelektových schopnostech, tak v adaptivním chování vyjádřeném v koncepčních, sociálních a praktických adaptivních dovednostech a vzniká před 18. rokem života. Snížení intelektových schopností je možné třídit podle jeho stupně, který je pomocí psychologické diagnostiky inteligence určen srovnáním schopností daného jedince s normou.

Průměrný výkon je charakterizován hodnotou 100 a hranice MP je stanovena při IQ 70, tj. dvě směrodatné odchylky od průměru. Klasifikace stupňů mentálního postižení / retardace (MR) se v průběhu času různě mění vzhledem k měnícím se poměrům vzdělávání a civilizace. V současné době platí stále klasifikace MR dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Zařazování jednotlivců do kategorií se řídí výsledky dosaženými v testech inteligence, přičemž je zdůrazňováno, aby IQ byl měřen standardizovaným testem a byl vyšetřovanému předkládán vždy v takových podmínkách, v nichž lze získat údaje co nejspolehlivěji. Bez použití standardizovaných prostředků musí být vyhodnocení považováno pouze za provizorní odhad. Vyjádření stupně MR v IQ tedy není možno brát jako základ k posuzování osobnosti, je jen orientačním hodnocením rozumových schopností.

Klasifikace MR

Tabulka 5: Klasifikace MR

F 70	lehká MR	IQ 69 – 50
F 71	středně těžká MR	IQ 49 – 35
F 72	těžká MR	IQ 34 – 20
F 73	hluboká MR	IQ 20 a níže
F 78	jiná MR	Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u slepých, hluchoněmých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebou tělesně postižených osob.
	nespecifikovaná MR	MR je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MR.

F79	Je nutné zmínit se ještě o skupině dětí, jejichž inteligence se označuje v rámci širší normy za podprůměrnou (v rozpětí IQ 70-85, dříve označováno jako slaboduchost). Tvoří významný podíl mezi žáky ZŠ praktických. Podle Procházkové (1998) je těchto dětí v populaci asi 13%, a i když podle současných kritérií nejde o MR, jsou výrazně handicapovány v plnění požadavků základní školy a většinou zde selhávají.

(Zdroj :www.vemeste.cz)

MR je spojena s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo jen porušenou funkcí, odchylným vývojem CNS. Na etiologii MR se podílí řada činitelů, které se podle působení projevují jako faktory exogenní a endogenní, podle povahy jako faktory organické (biologické) a sociální. Značná část však nebyla dosud přesně rozpoznána. Podrobné studie posledních let prokázaly, že MR nemívá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností vrozených a environmentálních faktorů. Mezi nejčastěji uváděné patří genové mutace a chromozomální aberace, v prenatálním období jsou to infekce, záření, hypoxie, anoxie plodu, působení toxických látek, úrazy matky. V perinatálním období jsou příčinami abnormity plodu, abnormity porodních cest a porodu. V postnatálním období to bývají infekce, záněty mozku a úrazy.

K charakteristice MR jedince neodmyslitelně patří jedinečnost jeho osobnosti a jedinečnost jeho individuálního postižení. Každý MR je originální jedinec vyznačující se specifickými zvláštnostmi jak biologické, psychické, tak i sociální povahy a individuálně se liší od druhého. MR postihuje všechny složky osobnosti; platí, že čím hlubší je MR, tím větší je i postižení jednotlivých složek. S celkovým poškozením neuropsychického vývoje souvisí řada zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti. Poškození se týká procesů poznávacích, postihuje vnímání, pozorování, pozornost, představivost, paměť i myšlení, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování postiženého. Kvalitním výchovným vedením lze do značné míry jednotlivé složky osobnosti osoby s MR příznivě ovlivnit a dosáhnout velmi dobrých výsledků.

V současné době neexistuje přesný statistický údaj o výskytu osob s MR u nás ani v zahraničí. Obecně se udává odhad kolem 2-3% populace. Co se týče hloubky postižení, pohlaví a jednotlivých věkových skupin, není MR rovnoměrně zastoupena. Procházková (1998) uvádí 80% výskyt lehké MR v celkovém počtu MR, 12% u středně těžké MR, 7% u těžké MR, 1% u hluboké MR. Větší výskyt je u mužů. Nejvíce osob s MR, které vyžadují speciální péči, je ve věku 0-16 let, později jejich počet klesá díky sociální adaptaci a dosažení dalšího stupně intelektuálního vývoje.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

6.1 Cíle a úkoly diplomové práce

Cíle:

- zjištění stavu úrovně stravování dle zásad zdravé výživy
- průzkum praktických problémů s obezitou z pohledu dítěte, rodiče, pedagoga
- průzkum pohybových aktivit handicapovaných dětí a dorostu

Úkoly:

- Shromáždit dostupné materiály, studium literatury.
- Stanovit hypotézy.
- Sestavit dotazník a provést výzkum , uskutečnit, rozhovory v terénu a provést pozorování.
- Vyhodnotit dotazník a sestavit grafy, vyhodnotit rozhovory a sestavit grafy, vyhodnotit pozorování.
- Vyvodit závěr.
- Porovnat závěr se stanovenými hypotézami.

6.2 Pracovní hypotézy

Hypotéza č. 1: Problémy s nadváhou či obezitou má přibližně 80% dětí s handicapem.

Hypotéza č. 2: Dle zásad zdravé výživy se stravuje 40 % dětí s handicapem.

Hypotéza č. 3: Problémy s obezitou značně komplikují běžný život samotným dětem, ale i jejich rodinám a pedagogům na všech úrovních vzdělávání.

6.3 Charakteristika zkoumaných souborů

Obrázek 3: Soubor č. 1

Zdroj: Autor

Prvním zkoumaným souborem je léčebně rehabilitační zařízení ve středočeském kraji, které sdružuje denní léčebně-rehabilitační zařízení a zvláštní mateřskou školu do

nástupu školní docházky. Denně do tohoto zařízení dochází přibližně 40 dětí s neurologickými, ortopedickými a dalšími onemocněními.

Součástí je dětský rehabilitační stacionář, který poskytuje speciální denní péči dětem předškolního věku od 2 let do nástupu školní docházky. Děti jsou podle věku rozděleny do 3 tříd se sníženým počtem dětí, pečují o ně dětské sestry a speciální pedagogové. Celková kapacita je 36 dětí. Důraz se zde klade na individuální přístup k dětem tak, aby se mohly v rámci svých schopností a možností co nejlépe rozvíjet a dosáhly co největší soběstačnosti před nástupem školní docházky. Dětem je poskytována komplexní rehabilitační péče, odborná péče neurologická, psychologická, logopedická a pedagogická. Pobyt dětí ve stacionáři nejvíce připomíná pobyt v mateřské školce a nabízí nemocným dětem to, co je pro jejich zdravé vrstevníky zcela běžné a samozřejmé. V posledním roce docházky centrum spolupracuje s různými speciálně pedagogickými centry a pomáhá rodičům s výběrem vhodného typu školského zařízení.

Dětem se nabízí řada dalších aktivit jako je rehabilitační plavání, muzikoterapie, hipoterapie, canisterapie, rehabilitační pobyty v přírodě apod. V rámci stacionáře se poskytují služby rovněž dětským ambulantním klientům od novorozeneckého věku do 19-ti let. Tyto služby jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Ambulantní péči zabezpečuje zařízení v těchto oborech:

Neurologická poradna:

- je zaměřena zejména:
    - na vývojovou neurologii
    - na rizikové novorozence a nedonošené děti, které vyžadují zvýšené sledování a včasné podchycení odchylek od fyziologického psychomotorického vývoje
    - na problematiku dětí s dětskou mozkovou obrnou
    - na děti s různými vývojovými poruchami jako je opožděný vývoj řeči, hyperkinetická porucha či psychomotorická retardace různé etiologie

Psychologická poradna:

- je zaměřena zejména:
    - na sledování a stimulace psychomotorického vývoje od kojeneckého věku
    - na diagnostiku dětí s různými obtížemi
    - na poradenství v oblasti výchovných problémů
    - úprava vztahů rodičů k dětem v situaci před a po rozvodu
    - krátkodobá nebo dlouhodobá individuální psychoterapie nácvik relaxačních metod

Rehabilitační ambulance:

- je zaměřena zejména:
    - magnetoterapii a biotronové lampy
    - ergoterapii / jako složku léčebné rehabilitace, která používá dílčí i komplexní pracovní činnosti a postupy k léčebným účelům, u dětí nahrazuje práci hra /
    - rehabilitaci přechodnou, jako následnou péči bezprostředně navazující na léčení, popř. aplikovanou i bez předchozího léčení, která vede k upevnění obnoveného zdraví a normální kvality života
    - rehabilitaci permanentní, která se týká dětí s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním handicapem:
    - vyšetřovací metody, jako objektivní hodnocení v práci fyzioterapeuta / goniometrie, antropometrie, vyšetření dle svalového testu, vyšetření pohybových stereotypů apod./
    - individuálně volené fyzioterapeutické postupy / např. Vojtova metoda reflexní lokomoce, prvky z metody manželů Bobathových, stimulace dle Kenny, míčkování, sensomotorická cvičení, analytická LTV apod./
    - LTV na přístrojích nebo s jejich využitím / balanční plošina, vertikalizační stojan, bradla a různé typy chodítek k nácviku stoje a chůze, rotoped

Obrázek 4: Soubor č. 2

Zdroj: Autor

Druhým zkoumaným souborem je středočeská Základní škola praktická, se Základní školou speciální. Součástí tohoto zařízení je:

1. základní škola praktická
2. základní škola speciální
3. přípravný stupeň základní školy speciální
4. mateřská škola speciální
5. školní družina
6. školní jídelna

Filozofií školy je dosažení u handicapovaných žáků takového stupně výchovy a vzdělání, aby mohli být zařazeni v co největší míře do života zdravé populace. Škola vznikla ve školním roce 1991 -1992. Má kapacitu 100 žáků. Průměrný počet zapsaných žáků se pohybuje mezi 70 - 80 žáky. Nachází se v sídlišti na konci města v blízkosti lesa. Má dobrou polohu i pro dojíždějící žáky, kterých je kolem jedné třetiny

z celkového počtu, protože u školy jsou dostupné zastávky MHD. Pro rodiče dovážející své děti autem je zajištěno parkování na parkovišti před školou a vjezd přímo na parkoviště do objektu školy je umožněn rodičům těžce tělesně postižených dětí.

Škola je ojedinělé obecní zařízení v regionu, které poskytuje vzdělání žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, což jsou žáci se souběžným postižením více vadami. Na hlavní účel školy navazuje doplňková činnost, která spočívá v pronájmu prostor pro dětskou rehabilitaci, pronájmu učeben a tělocvičny, v prodeji žákovských výtvarných prací a jiných výrobků a v prodeji obědů cizím strávníkům. Naplněnost školy /jednotlivých tříd/ je vyšší než ukládá Vyhláška č.73/2005, §10. odst. 1, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Jedna třída byla zřízena s přístupem přes zahradu, což činí problémy v zimním a deštivém období a jedna třída je umístěna v nevyhovujících prostorách školní družiny. Tělocvičnu nahrazuje jedna učebna, která je pro tyto účely upravena. V současné době tedy není možné přijímat nové žáky, pokud jedna třída neukončí povinnou školní docházku.

6.4 Metody výzkumu

Nestrukturovaný rozhovor.

První část praktického výzkumu byla zaměřena na získání dat na základě nestrukturovaných rozhovorů s rodiči handicapovaných dětí, se souhlasem rodičů i na základě rozhovorů se samotnými dětmi. Dále pak na získání dat na základě rozhovorů se zaměstnanci jednotlivých typů zařízení pro handicapované děti. Úkolem rozhovorů bylo zjistit základní informace o stravovacích návycích, míře preferování zdravého životního stylu, potížích s nadváhou a prováděných pohybových aktivitách. Cílovou skupinou byli rodiče a děti docházející do obou typů vybraných zařízení. Vyhodnocení rozhovorů bylo provedeno bez ohledu na pohlaví a věk dítěte (dotazník viz příloha A).

V prvním zařízení (vzorek č. 1) bylo formou rozhovoru osloveno 18 rodičů, ve druhém zařízení (vzorek č. 2) 25 rodičů. Rozhovor byl především zaměřen

na stravovací návyky dětí, povědomí o zásadách zdravé výživy, na případné problémy s nadváhou a na míru aktivního trávení volného času.

Nestandardizovaný dotazník.

V další části praktického výzkumu byly použity 3 typy nestandardizovaných dotazníků, které byly po předchozí dohodě předány rodičům dětí navštěvujících obě zařízení. Rodiče dotazníky vyplňovali po předešlé dohodě přímo na místě, tím byla zaručena 100% návratnost vyplněných dotazníků. Použity byly uzavřené otázky pro jednoznačnost vyjádření a pro lepší možnost dalšího zpracování odpovědí na dané otázky. Všechny dotazníky byly anonymní a zpracovány bez rozlišení věku a pohlaví dětí.

Dotazník č. 1 byl zaměřen na stravovací návyky, konkrétně na pravidelnost stravy, její složení, denní režim dětí. Rodiče odpovídali jednoduchým zaškrtnutím odpovědi. Ze zpracování nebyl žádný dotazník vyřazen pro neúplnost údajů, všechny byly zpracovatelné.

Dotazník č. 2 byl zaměřen na konkrétní složení stravy dětí. Rodičům byly nabídnuty vždy 2 potraviny, jedna dle zásad racionální stravy méně vhodná a druhá zásadám odpovídající. Rodiče zaškrtávali potraviny v jejich jídelníčku častěji zastoupené. I zde byly ke zpracování vhodné všechny vrácené dotazníky v plném počtu v obou zařízeních.

Dotazník č. 3. byl zaměřen na prováděné pohybové aktivity. Rodiče odpovídali jednoduchou odpovědí ano/ne na otázky týkající se pohybových aktivit dítěte v běžném denním režimu, a to jak v době docházky do zařízení, tak v jejich volném čase. I zde byla 100 % návratnost dotazníků a byly všechny použitelné k dalšímu zpracování.

Pozorování.

Další metodou výzkumu bylo pozorování při běžném chodu obou zařízení. V této části výzkumu bylo hlavním úkolem sledování běžného režimu v těchto

zařízeních, sledování denní činnosti. Konkrétně bylo zaměřeno na stravování dětí, skladbu pohybových aktivit prováděný v těchto zařízeních a na případné problémy s nadváhou a obezitou, které by omezovaly děti či pedagogy v daných zařízeních.

6.5 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Získaná data byla zpracována elektronicky a pro lepší přehlednost byly výsledky zpracovány do grafů, znázorňujících jednotlivé dílčí výsledky provedeného výzkumu.

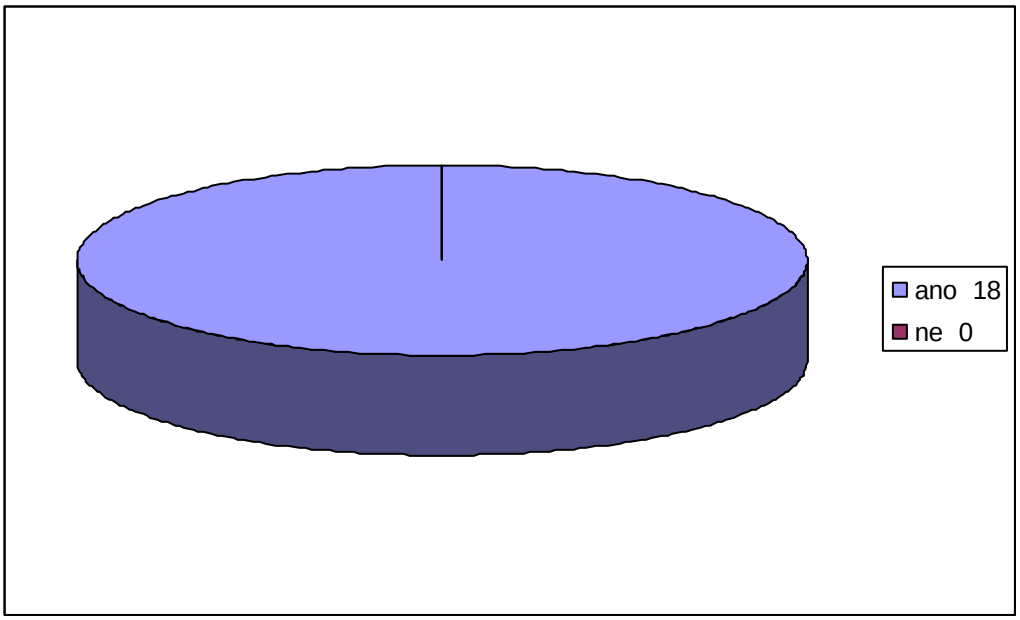
6.6 Výsledky rozhovorů

Nestrukturované rozhovory v obou zkoumaných vzorcích byly zaměřeny na stravovací návyky dětí, složení jídelníčku, stravování dle zásad zdravé výživy. Dále pak na potíže s nadváhou u dětí dotazovaných rodičů a na aktivní trávení volného času dětí.

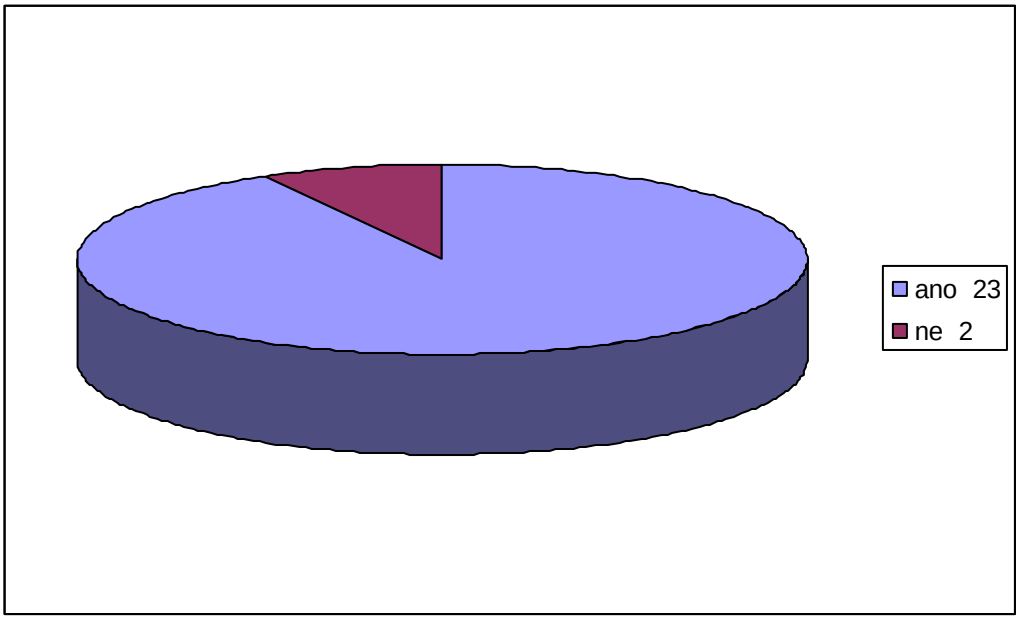
Osloveni byli rodiče bez ohledu na věk dětí, a bez rozlišení zda se jednalo o matku či otce dítěte. Rozhovory byly krátké, věcné, a odpovědi na nejčastější otázky byly zaznamenány a posléze vyhodnoceny.

V grafickém zpracování jsou dále uvedeny 3 otázky, na základě výsledků rozhovorů. Jedná se o otázky stravovacích návyků – stravování dle zásad zdravé výživy, otázku potíží s obezitou – zda dítě má/nemá dle rodiče potíže s nadváhou či obezitou, a otázka aktivního trávení volného času. Zde byli rodiče dotazováni, zda se mimo pohybové aktivity v navštěvovaných zařízeních věnují jejich děti také pohybovým aktivitám individuálním.

Graf 1: Stravování dle zásad zdravé výživy - vzorek č. 1

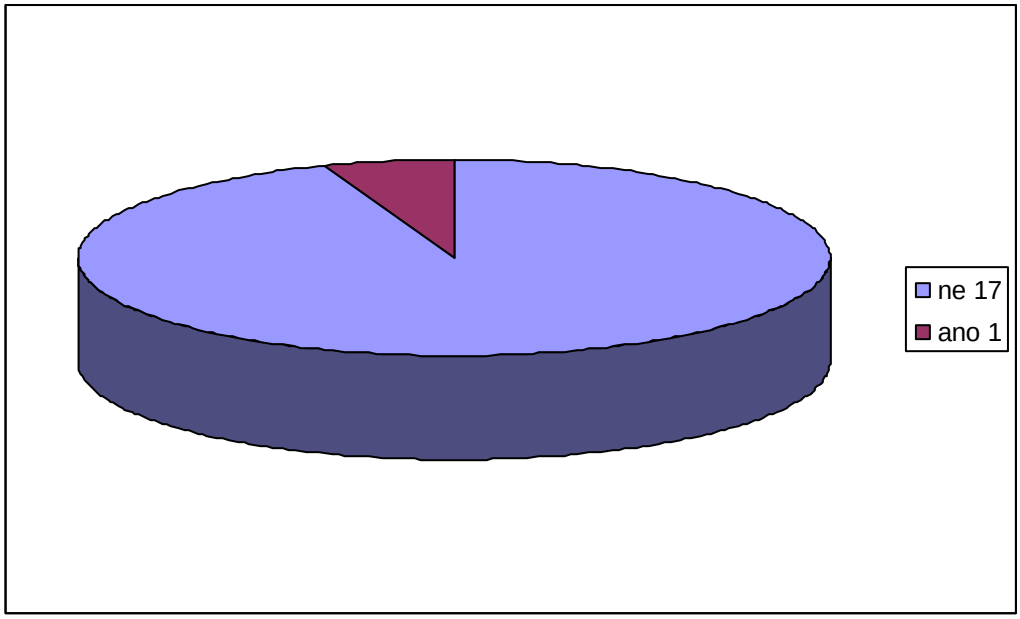


Graf 2: Stravování dle zdravé výživy - vzorek č. 2

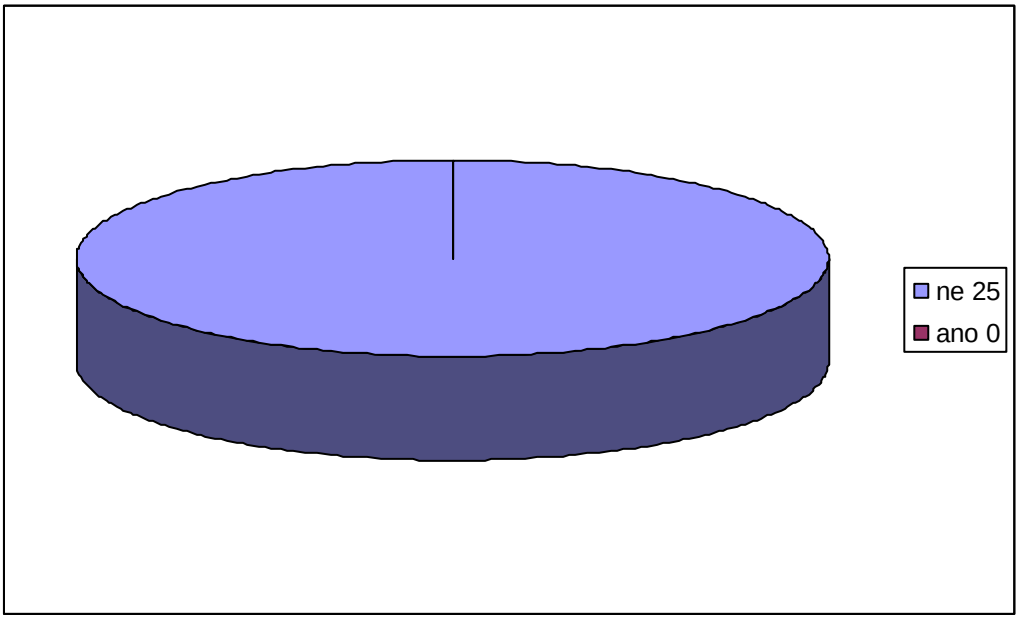


Z grafů č. 1. a 2. je patrné, že dle zásad zdravého životního stylu se v zařízení č. 1 stravuje všech 18 dotazovaných, a v zařízení č. 2 z počtu 25 dotazovaných jen 23.

Graf 3: Potíže s nadváhou u dětí - vzorek č. 1

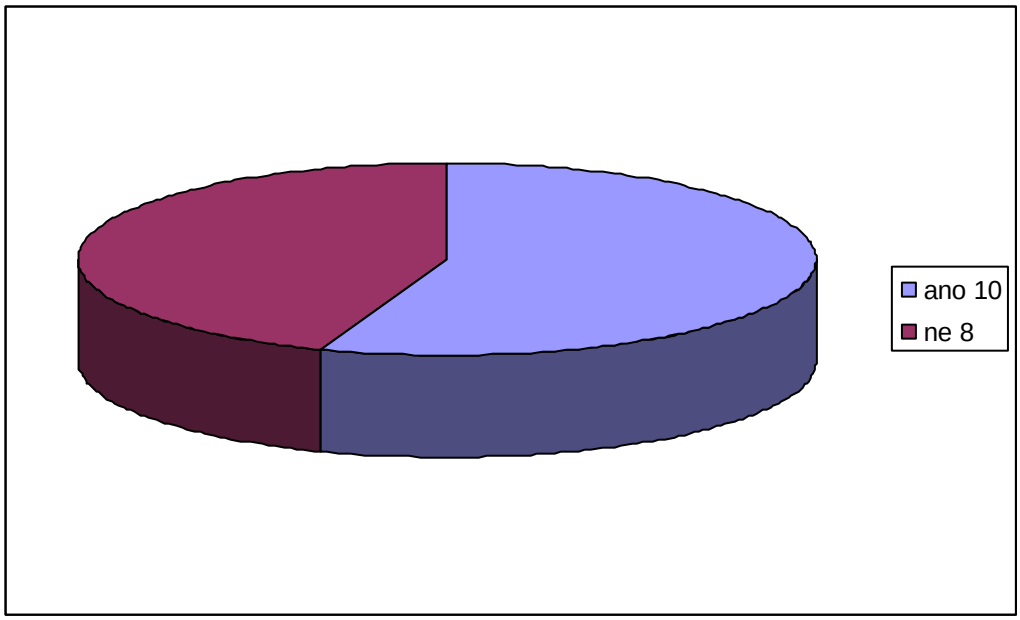


Graf 4: Potíže s nadváhou u dětí - vzorek č. 2

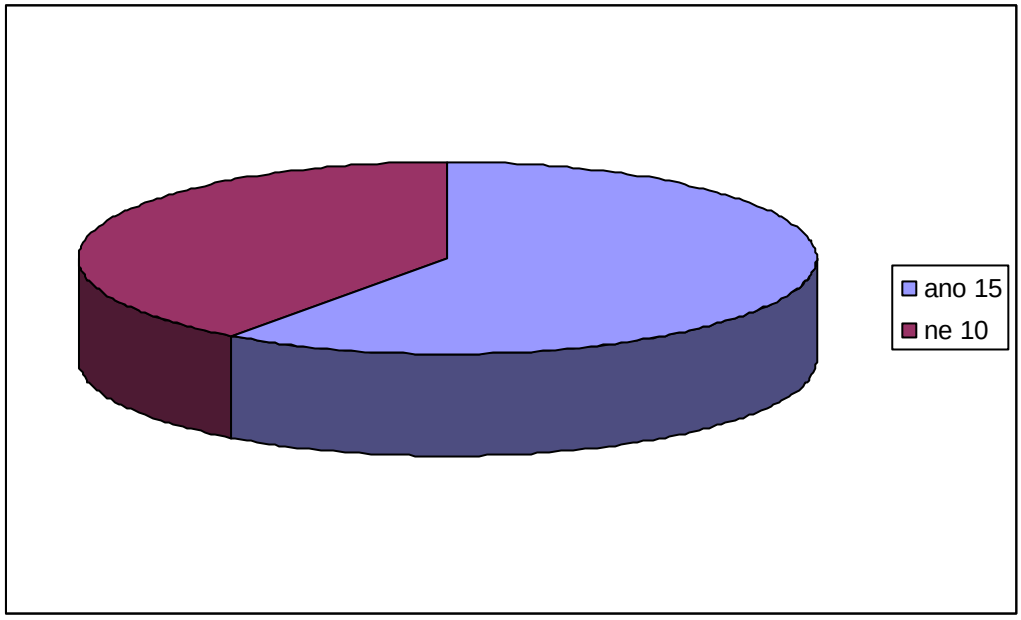


Z grafů č. 3. a 4. je patrné, že v zařízení č. 1 se domnívá pouze jeden rodič, že jeho dítě má nadváhu, a v zařízení č. 2 žádný.

Graf 5: Aktivní trávení volného času dětí - vzorek č. 1



Graf 6: : Aktivní trávení volného času dětí - vzorek č. 2



Z grafů č. 5. a 6. je patrné, že v zařízení č. 1 tráví aktivně volný čas 10 z 18 dětí a v zařízení č. 2 15 z 25 dětí.

3.2. Výsledky dotazníků.

Dotazník č. 1 byl zaměřen na stravovací návyky . Konkrétně na pravidelnost stravy, její složení, denní režim dětí. Rodiče odpovídali jednoduchým zaškrtnutím odpovědi. Ze zpracování nebyl žádný dotazník vyřazen pro neúplnost údajů, všechny byly zpracovatelné.

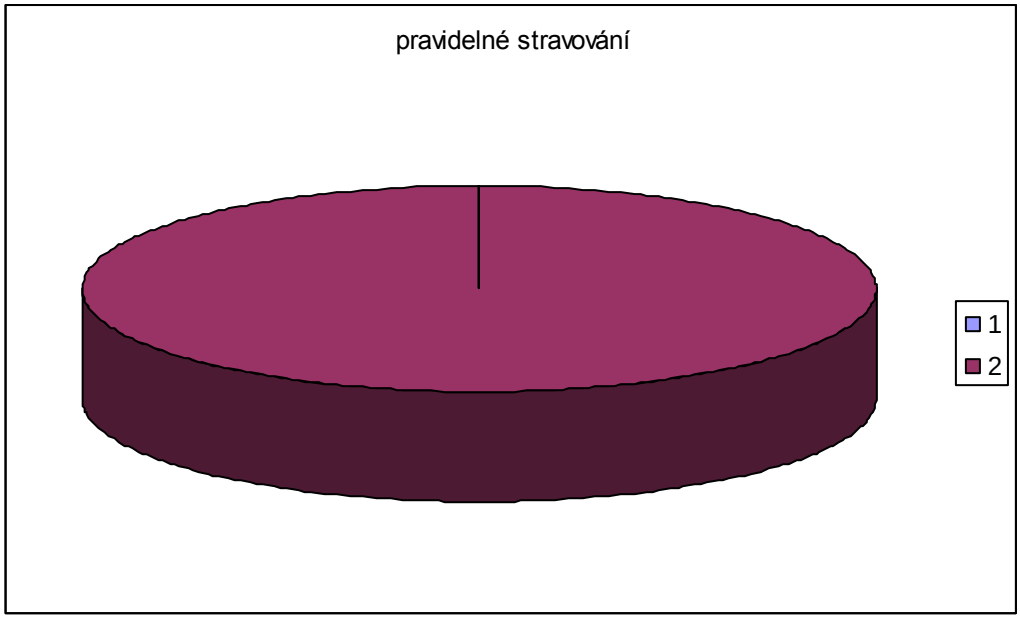
V dotazníku č. 1 rodiče odpovídali na následující otázky:

Jí vaše dítě pravidelně 5-6 x denně?
Jí vaše dítě často zeleninu a ovoce?
Snídá vaše dítě pravidelně?
Jí vaše dítě v klidu u stolu?
Omezujete u vašeho dítěte konzumaci sladkostí?
Pije vaše dítě čistou vodu a neslazené nápoje?
Jí vaše dítě ryby?
Věnuje se vaše dítě nějaké pohybové aktivitě mimo školu?
Je vaše dítě často na čerstvém vzduchu?
Má vaše dítě pravidelný spánkový režim?

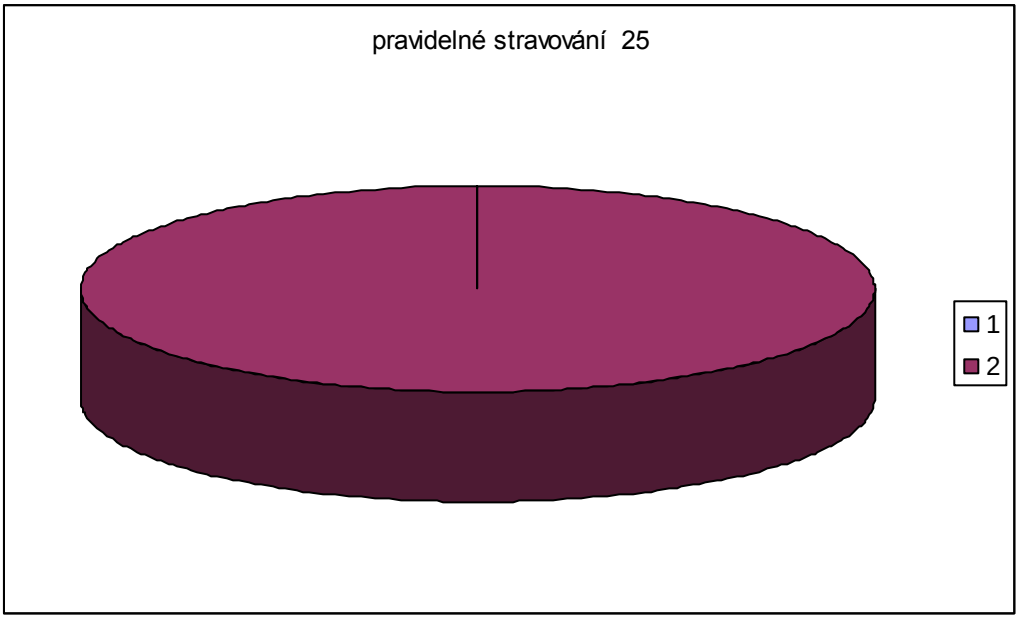
Odpovědi v dotazníku byly uzavřené, zaškrtávala se možnost ano / ne.

V grafickém znázornění je dále uvedeno vyhodnocení otázek na pravidelnost stravy, pitný režim a konzumaci sladkostí.

Graf 7: Pravidelné stravování 5 - 6x denně - vzorek č. 1

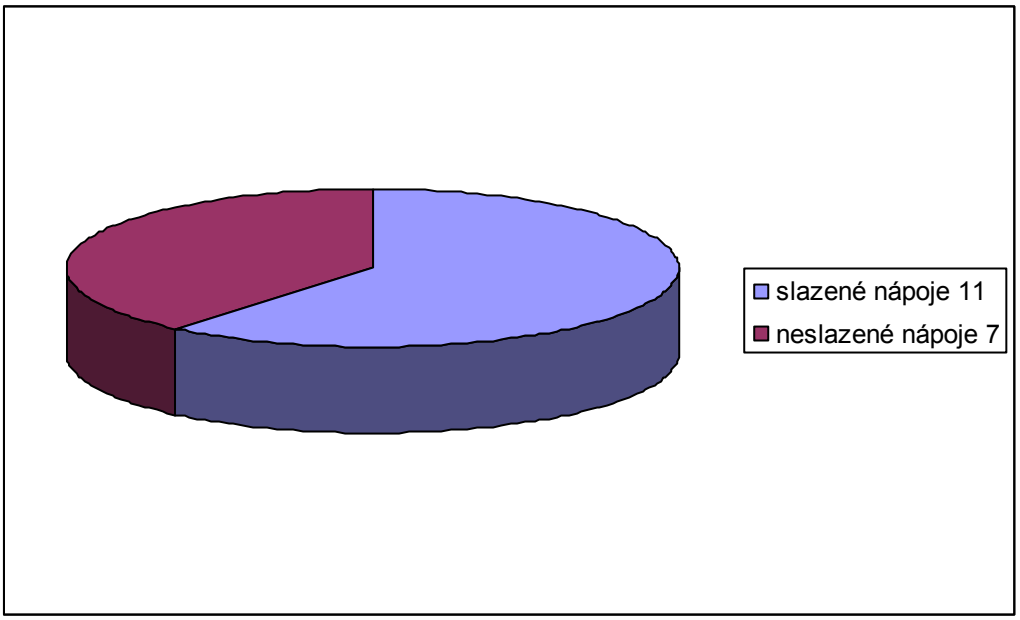


Graf 8:: Pravidelné stravování 5 - 6x denně - vzorek č. 2

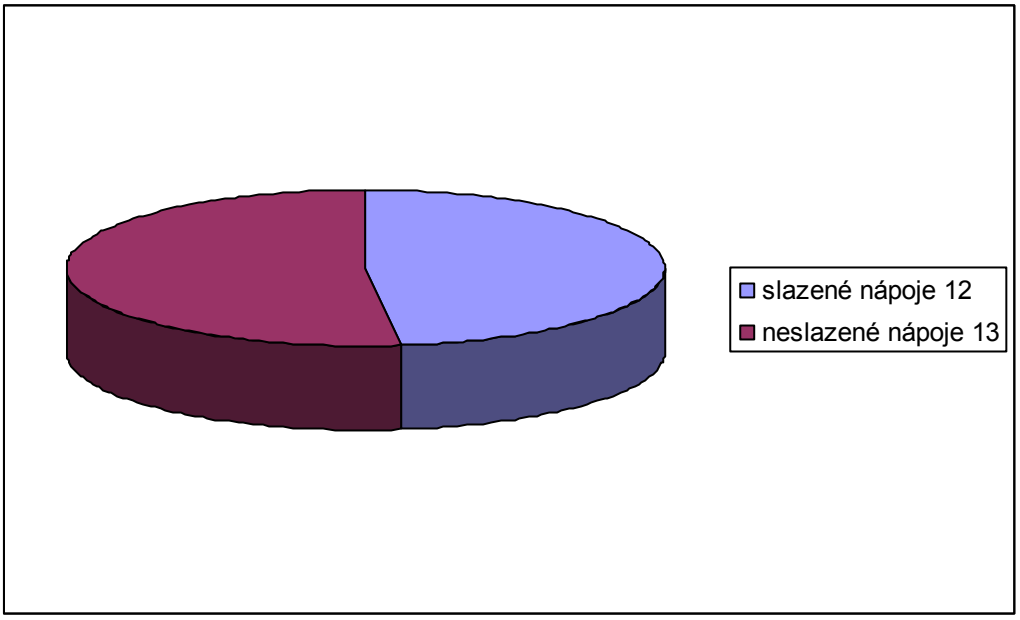


Z grafů č. 7. a 8. vyplývá, že pravidelně 5-6 denně se stravuje 100% dětí z prvního i druhého vzorku.

Graf 9: Složení pitného režimu - slazené nápoje/neslazené nápoje - vzorek č. 1



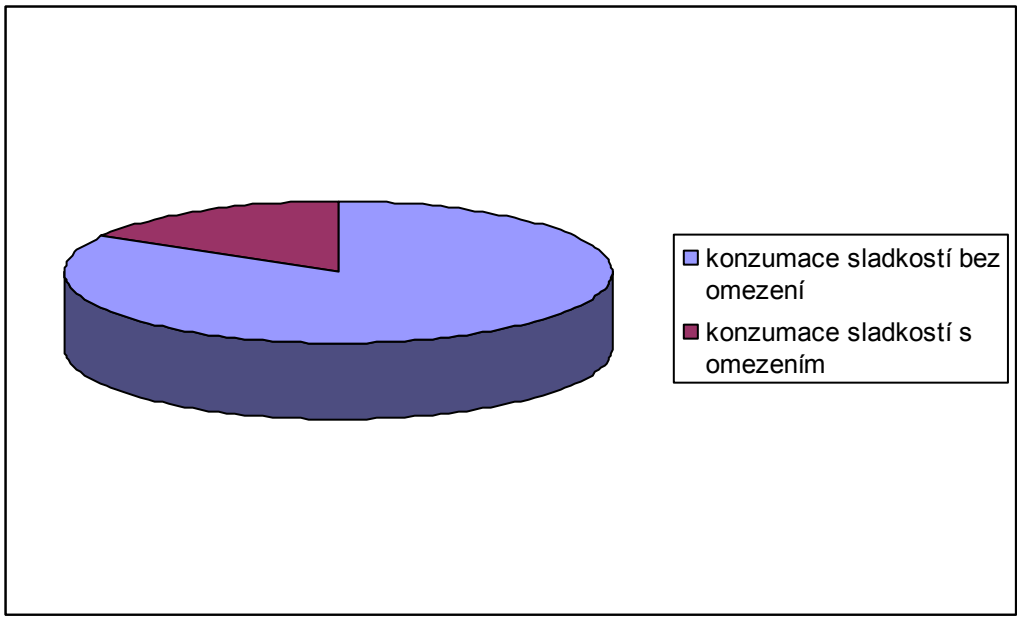
Graf 10: žení pitného režimu - slazené nápoje/neslazené nápoje - vzorek č. 2



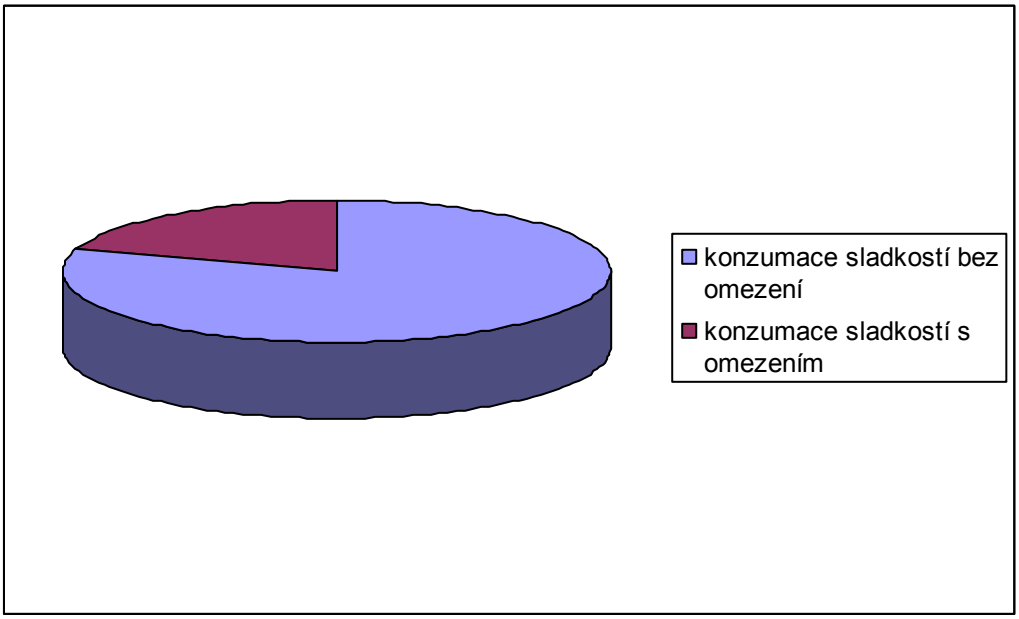
Z grafů č. 9. a 10, je patrná převaha uspokojování pitného režimu sladkými nápoji u obou vzorků.

Graf 11: Konzumace sladkostí - vzorek č. 1

G



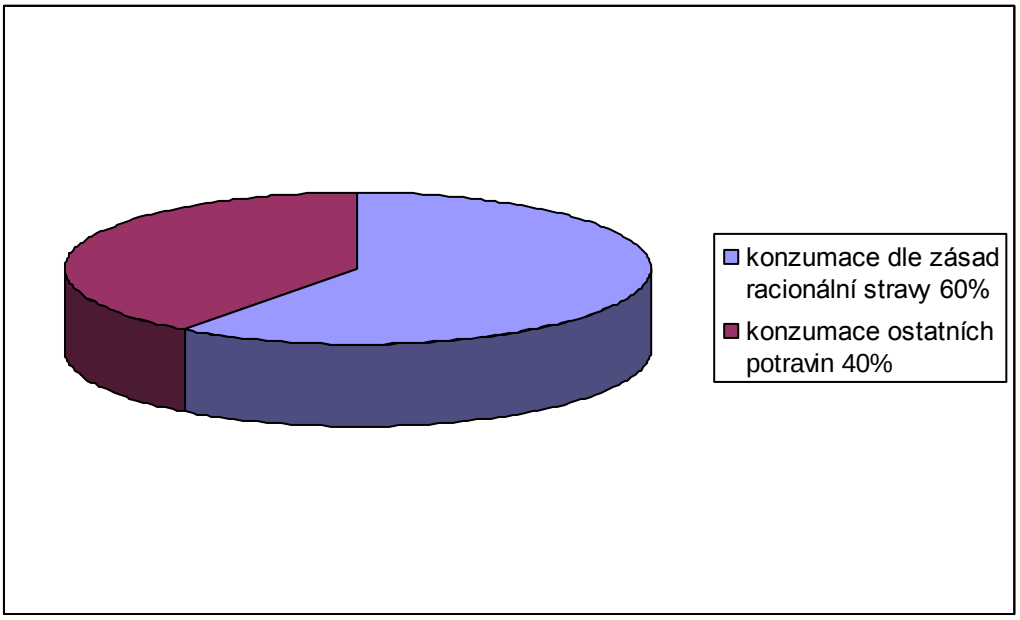
Graf 12: Konzumace sladkostí - vzorek č. 2



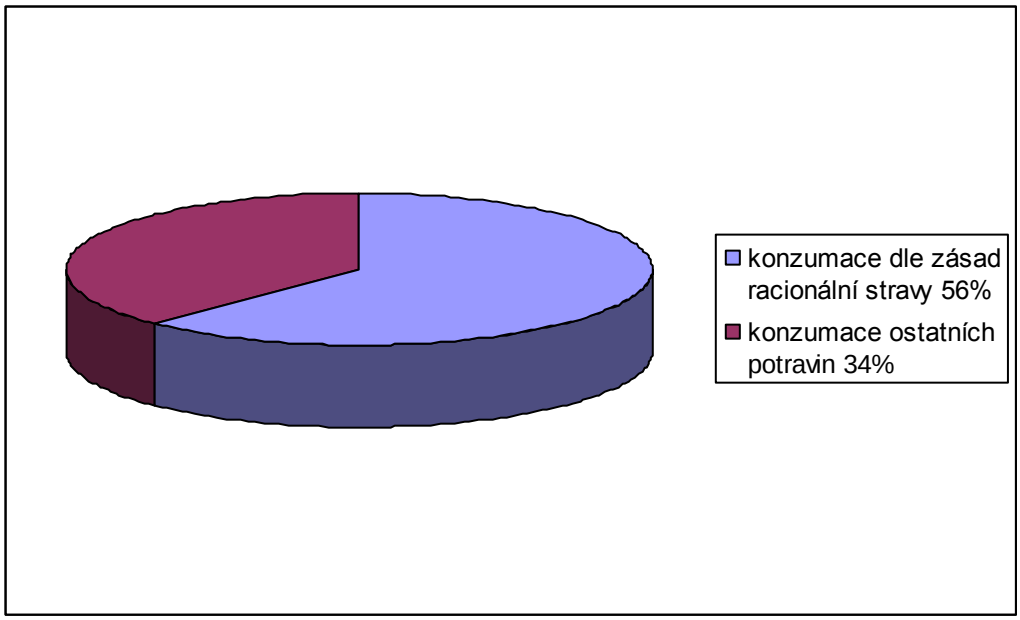
Z grafů č. 11. a 12. je patrné, že konzumaci sladkostí omezují rodiče v menší míře u obou zkoumaných vzorků. Konkrétně u prvního vzorku z 18 dětí u 3, a ve druhém vzorku z 25 dětí u 5.

Dotazník č. 2 byl zaměřen na konkrétní složení stravy dětí. Rodičům byly nabídnuty vždy 2 potraviny, jedna dle zásad racionální stravy méně vhodná a druhá zásadám odpovídající. Rodiče zaškrtávali potraviny v jejich jídelníčku častěji zastoupené. I zde byly ke zpracování vhodné všechny vrácené dotazníky v plném počtu v obou zařízeních. Vyhodnocení bylo provedeno procentuálně, zda převažovala strava racionální, či nikoli.

Graf 13: Konzumace potravin dle zásad racionální stravy - vzorek č. 1



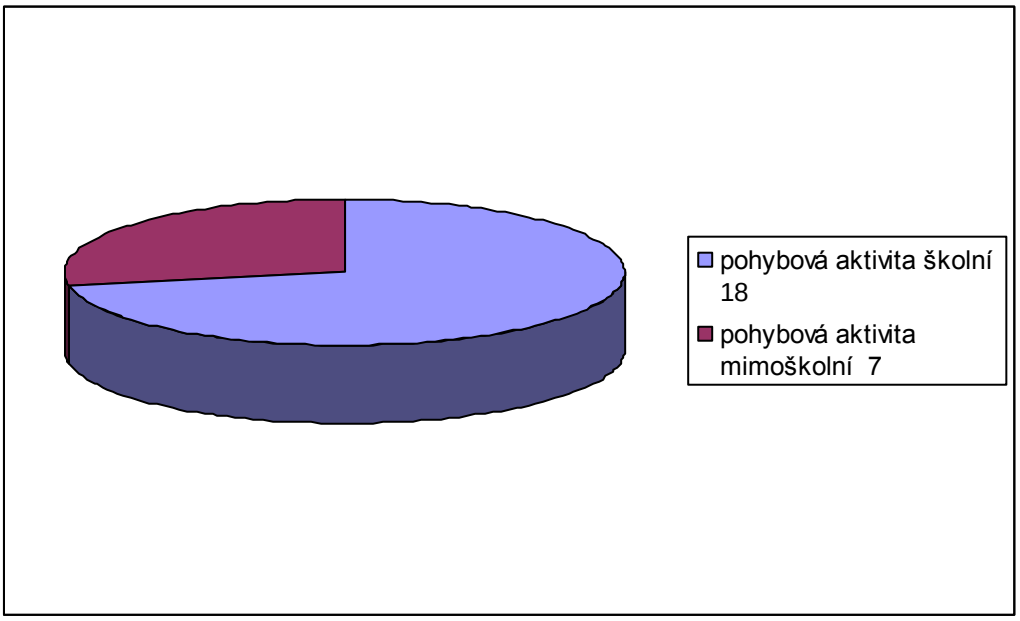
Graf 14: Konzumace potravin dle zásad racionální stravy - vzorek č. 2 G



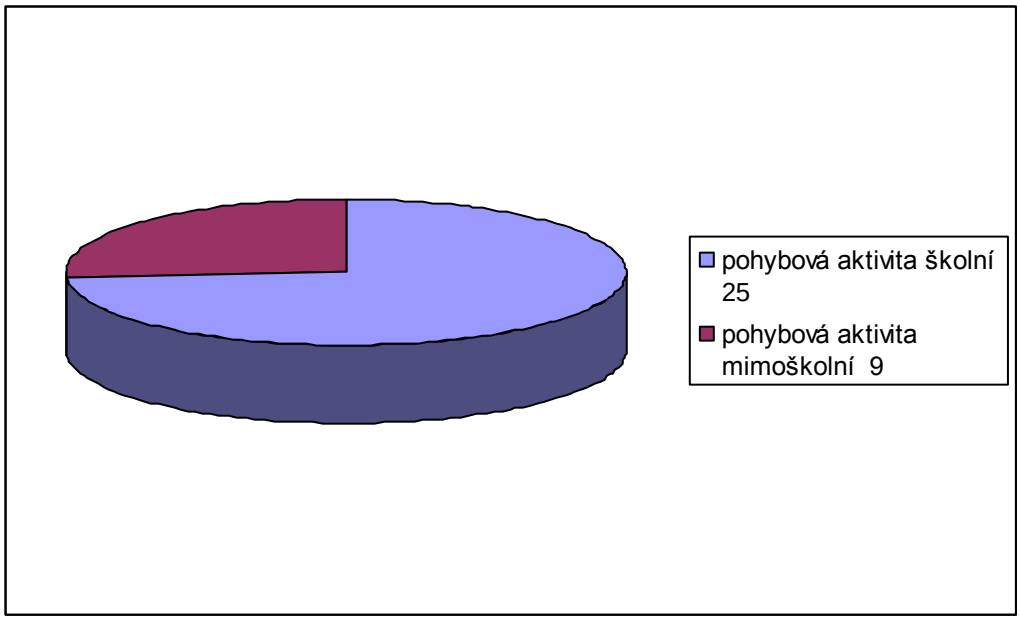
Dle grafů č. 13. a 14. je patrné, že ve vzorku č. 1 se dle zásad racionální stravy stravuje 60% dětí, a ve vzorku č. 2 se vhodně stravuje 56 % dětí.

Dotazník č. 3. byl zaměřen na prováděné pohybové aktivity. Rodiče odpovídali jednoduchou odpovědí ano/ne na otázky týkající se pohybových aktivit dítěte v běžném denním režimu, a to jak v době docházky do zařízení, tak v jejich volném čase. I zde byla 100 % návratnost dotazníků a byly všechny použitelné k dalšímu zpracování.

Graf 15: Pohybové aktivity školní a mimoškolní - vzorek č. 1

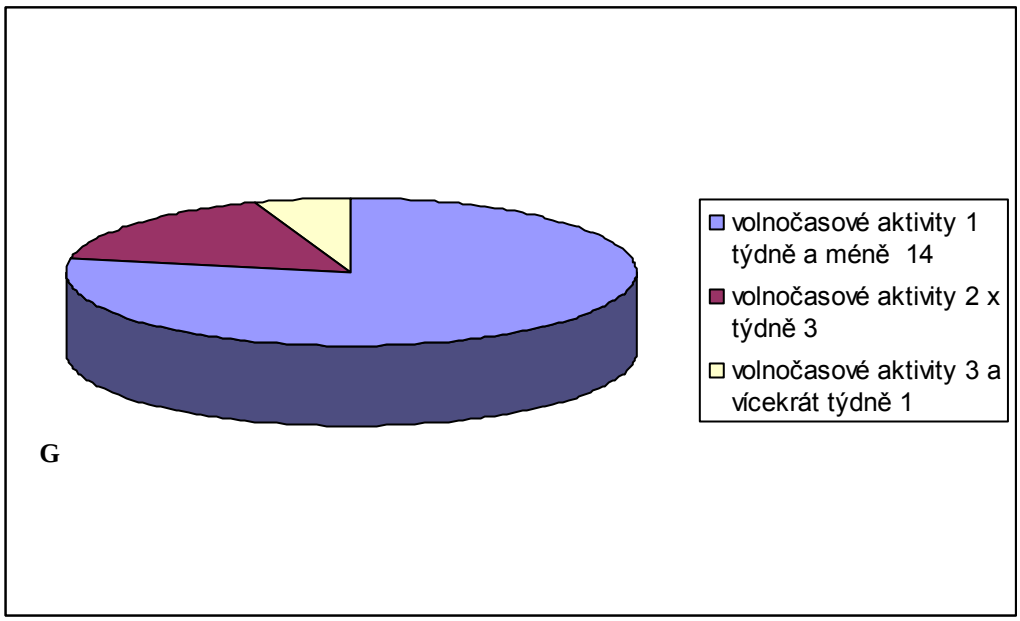


Graf 16: : Pohybové aktivity školní a mimoškolní - vzorek č. 2 **G**

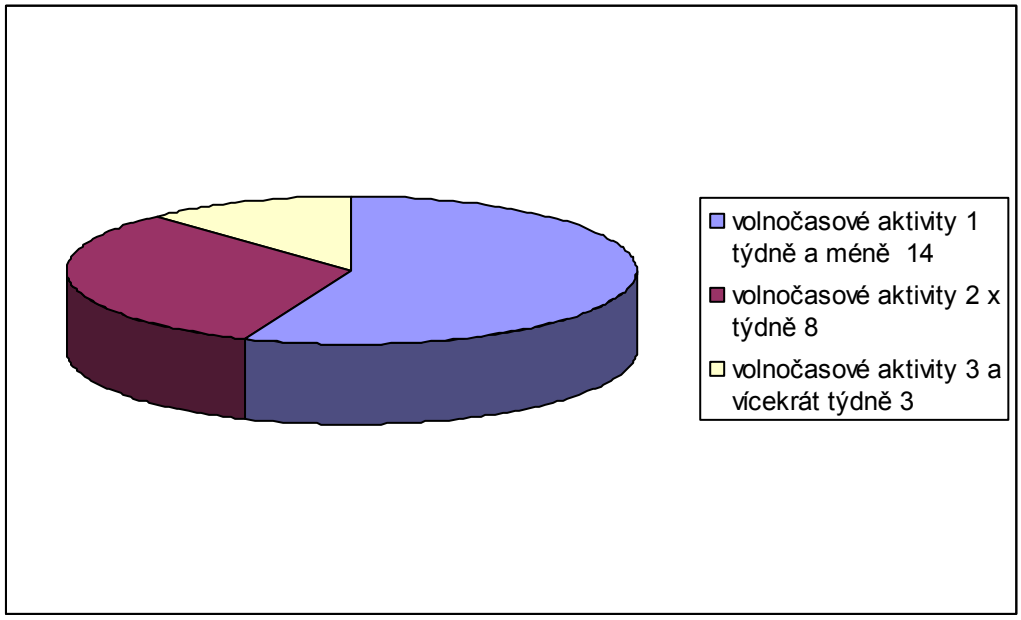


Z grafů č. 15 a 16 vyplývá, že pohybovým aktivitám, která nabízí navštěvovaná zařízení, se v obou věnuje plných 100% dětí, a mimoškolním pohybovým aktivitám se z prvního vzorku 18 dětí věnuje 7 a z druhého vzorku 25 dětí 9.

Graf 17: Frekvence volnočasových aktivit - vzorek č. 1 **G**



Graf 18: : Frekvence volnočasových aktivit - vzorek č. 2



Z grafů č. 17 a 18 je patrná frekvence volnočasových pohybových aktivit.

3.3. Výsledky pozorování

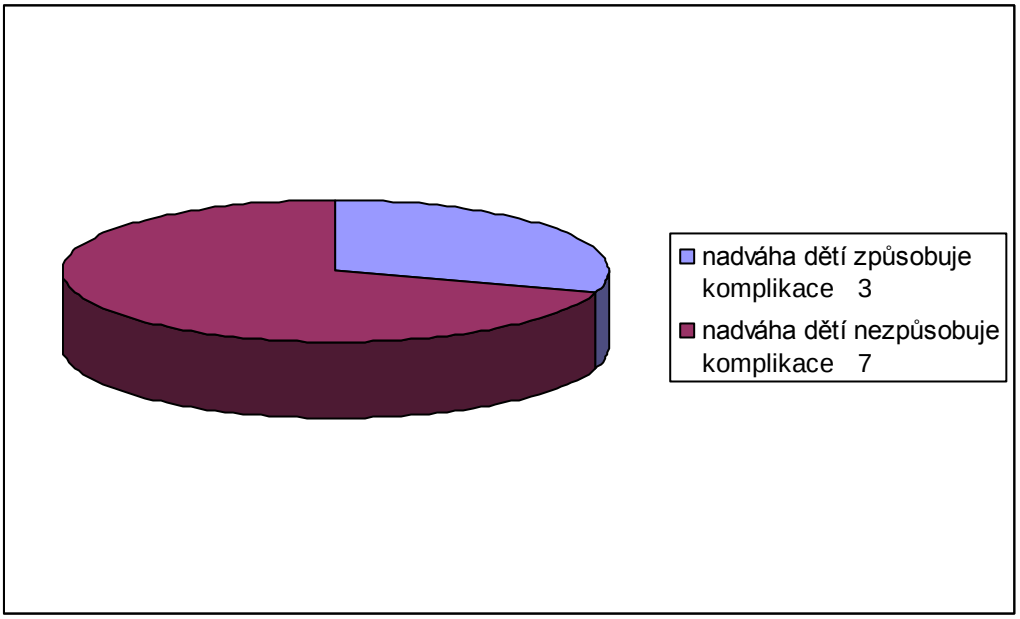
Poslední část praktického výzkumu je zaměřena na studii běžné praxe v zařízeních pro děti s handicapem. Konkrétně na stravování v těchto zařízeních, na nabízené pohybové aktivity . Dalším bodem je studium práce pedagogů a asistentů pedagogů, konkrétně do jaké míry je omezuje případná nadváha a obezita u dětí, které navštěvují tato zařízení. V grafickém zpracování je uvedena pouze jedna ze zkoumaných veličin, a to zda nadváha a obezita komplikuje práci pedagogů a asistentů pedagogů v jednotlivých zařízeních.

Pozorováním bylo zjištěno, že strava v obou zařízeních je pestrá, dle zásad zdravé výživy. Pitný režim je pokrýván donesenými domácími nápoji a v jídelnách ovocným čajem.

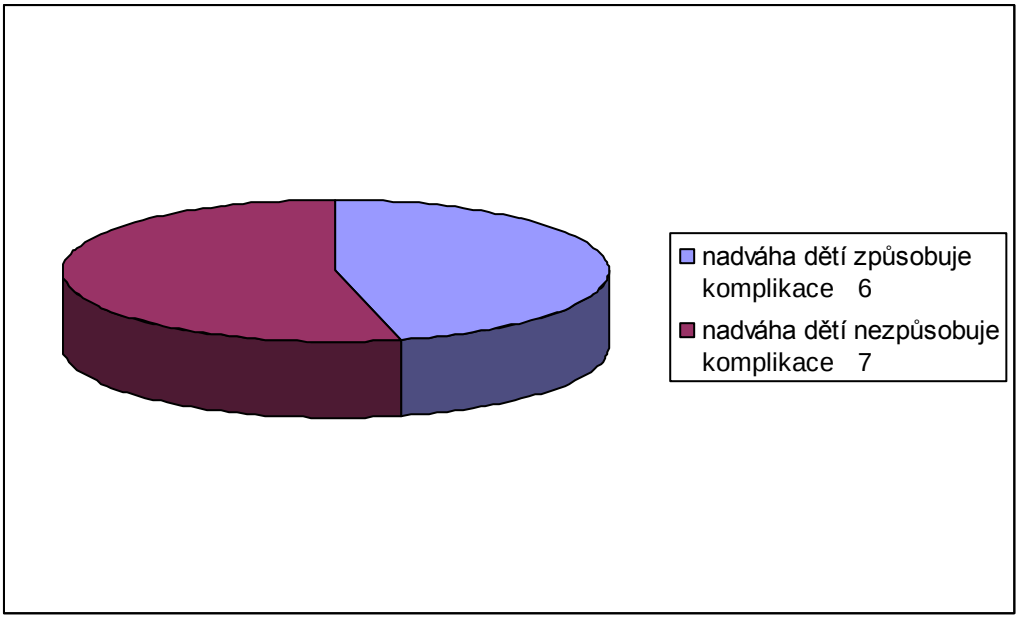
Nabízené pohybové aktivity jsou velice pestré v obou zařízeních. Děti v rámci docházky cvičí s pomůckami, rehabilitují, a mají také možnost využití venkovních hřišť. Během roku také navštěvují plavecký bazén, hypoterapii, a 2 ročně jedou na ozdravný pobyt. Pohybový program v obou zařízeních je velice pestrý.

Ve vybraných zařízeních byly děti s nadváhou zastoupeny ve velice malé míře, proto při běžném provozu zařízení nevznikaly v době výzkumu pro pedagogy a pro asistenty pedagogů velké problémy při vykonávání jejich běžné činnosti.

Graf 19: Nadváha a obezita jako komplikace při výkonu povolání - vzorek č. 1



Graf 20: dváha a obezita jako komplikace při výkonu povolání - vzorek č. 2



V grafech č. 19 a 20, je znázorněn poměr odpovědí na otázku, zda nadváha či obezita způsobuje pedagogům a asistentům pedagogů komplikace při výkonu jejich povolání. Většina shodně uvedla, že je nadváha a obezita dětí je určitým omezením při jejich práci, v době výzkumu však v obou zařízeních byly problémy s nadváhou a obezitou dětí minimální.

7 OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1: Problémy s nadváhou či obezitou má přibližně 80% dětí s handicapem.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ve vzorku č. 1 mělo z 18 dětí problémy s nadváhou pouze 1 dítě a ve vzorku č. 2 nemělo z 25 dětí problémy s obezitou žádné (dle grafu č. 3. a 4). V době průzkumu byly v prvním zařízení 3 děti s obezitou, ale bohužel jejich rodiče nesouhlasili s účastí na prováděném výzkumu. V grafech tyto děti nejsou uvedené. Přesto se moje hypotéza nepotvrdila, protože se jednalo pouze o 3 děti.

Hypotéza č. 2: Dle zásad zdravé výživy se stravuje 40 % dětí s handicapem.

Tato hypotéza se nepotvrdila v plném rozsahu. Dle grafů by hodnoty odpovídaly zhruba 60 % dětí, které se stravují podle zásad zdravé stravy, ale odpovědi rodičů byly často protichůdné. V prvním dotazníku odpověděli, že se stravují racionálně, ale v druhém často odpovídali, že jejich děti pijí sladké nápoje a sladkosti jim nejsou omezovány. Dle mého názoru, na základě získaných informací se zhruba 35 % dětí v těchto zařízeních stravuje dle zásad zdravé výživy.

Hypotéza č. 3: Problémy s obezitou značně komplikují běžný život samotným dětem, ale i jejich rodinám a pedagogům na všech úrovních vzdělávání.

Tato hypotéza se mi výzkumem potvrdila. Nadváha a obezita způsobuje komplikace jak samotným dětem, rodičům dětí, a v neposlední řadě pedagogům, a asistentům pedagogů při výkonu jejich práce. Ve zkoumaných vzorcích nebyly problémy s nadváhou a obezitou dětí nijak velké, přesto je problém s váhou dětí vždy omezující.

8 SHRNUTÍ

Tato diplomová práce byla zaměřena na výživu a stravování dorostu se zaměřením na problematiku obezity u osob s handicapem. Cílem této práce bylo praktické zkoumání stavu úrovně stravování dle zásad zdravé výživy, průzkum praktických problémů s obezitou, a průzkum pohybových aktivit handicapovaných dětí a dorostu.

Úkolem této práce bylo stanovit hypotézy ověřitelné v praxi, sestavit dílčí dotazníky, a shromážděné informace přehledně vyhodnotit. Výzkum probíhal souběžně ve dvou zařízeních pro děti s handicapem. Jedno zařízení je denní rehabilitační stacionář pro děti s více poruchami, který navštěvují předškolní děti a druhé zařízení, které bylo předmětem zkoumání, byla praktická škola pro děti od nástupu školní docházky do jejího dokončení. Výzkum byl rozdělen do tří částí, sběr informací proběhl formou nestrukturovaných rozhovorů s rodiči dětí s handicapem, formou dotazníku s uzavřenými otázkami a formou pozorování.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že znalost zásad zdravé výživy je na poměrně dobré úrovni. Horší je však situace v praxi, kdy děti často jedí potraviny nevhodné, a pitný režim je ve velké míře plněn sladkými nápoji. Také konzumace sladkostí je u všech dětí poměrně častá.

Co se týká pohybových aktivit, v obou zařízeních je nabídka velmi pestrá a děti ji v plné míře využívají. V obou zařízeních jsou zkušení cvičitelé, kteří se dětem plně věnují na odborné úrovni. Horší už je situace s volnočasovými aktivitami dětí mimo obě zařízení. Rodiče v převážné většině případů shodně uvedli nedostatek volného času, ale také nedostatek finančních prostředků jako hlavní důvod pro ne úplně vhodné vyplnění volného času svých dětí.

Posledním bodem výzkumu byla práce pedagogů a asistentů pedagogů v těchto zařízeních. Konkrétně bylo zkoumáno, jakým způsobem ovlivňuje případná nadváha a obezita dětí jejich práci. Na základě získaných informací bylo zjištěno, že problém s nadváhou a obezitou dětí pedagogy v práci omezuje a brání jim s dětmi plně vykonávat všechny stanovené úkoly.

ZÁVĚR

V současnosti je za jeden z největších problémů, který je spojen s nedostatkem pohybu, považována obezita. Není bohužel jen estetickým problémem, ale i chronickou metabolickou chorobou, která má vážné následky a to především u dětí.

Problémy s obezitou se bohužel nevyhýbají ani dětem s handicapem. Situace je v tomto případě ještě složitější s přihlédnutím na druh a rozsah handicapu.

Při dnešním životním stylu, míře technického vývoje, dochází velice často k nepoměru mezi přijatou a vydanou energií. Lidé se často nevěnují žádným pohybovým aktivitám a nevedou k tomu ani svoje děti. Přitom získané dobré návyky jsou velice důležité a mohou se stát důležitou prevencí.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že úroveň stravování u dětí s handicapem má kolísavou úroveň. Děti se v převážné většině stravují pravidelně, ve školních zařízeních dle zásad zdravé výživy, ale bohužel velice často dochází k prohřeškům ve formě větší míry sladkostí a pokrývání pitného režimu slazenými nápoji.

Také situace s pohybovými aktivitami není dobrá. Ve školních zařízeních děti cvičí a pravidelně sportují, ale s rodiči ve volném čase se věnuje individuálním volnočasovým aktivitám přibližně jen ¼ dětí.

Prevence nadváhy a obezity je zde na místě. Vhodné stravovací návyky a pravidelný pohyb by měl být součástí denního režimu každého dítěte.

Z mého pohledu bych viděla řešení této problematiky v rozšíření nabídky volnočasových zařízení o nabídku pohybových aktivit pro děti s handicapem. V současnosti je v těchto zařízeních široká nabídka kroužků s různým zaměřením, ale konkrétně na pohybové aktivity pro handicapované děti se tyto zařízení nespecializují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

DOVALIL, J. a kol. : *Výkon a trénink ve sportu*, Olympia 2007, ISBN : 978-80-7033-928-2)

Dobromysl [online]. [cit. 2011-11-21]. Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/

FOŘT, P. : *Stop dětské obezitě*, Praha: Ikar, 2004. 208 s. ISBN80-249-0418-7.

FREJ, D. : *99 způsobů jak zhubnout*, Praha: Triton, 2004. 178 s. ISBN 80-7254-655-4.

FROYDOVÁ,M., LYER, J. : *Fit rodinka*, Edice České televize ,2008, ISBN : 978-80-7404-009-2)

GAUNER,V. : *Tajemství ideální váhy*. Praha: Grada, 1996. 232 s., ISBN 80-7169-128-3

KAST-ZAHN, A., MORGENROTH, H., : *Aby děti správně jedly*, Computer Press, a.s., 2008, ISBN 978-80-251-1937-2

KOMÁREK, L., a kol. : *Podpora zdraví a prevence v primární péči*, Státní zdravotní ústav Praha, 1997, ISBN : 80-7071-071-3

KRACÍK,J., : *Kapitoly ze* somatopedie : socializace tělesně postižených jedinců Určeno pro posl. fak. pedagog. - učitelství a vychovatelství , Praha : SPN, 1983, brož., 91 str.

KUNEŠOVÁ, M., : *Obezita – příčiny, prevence a léčba*, VZP ČR, 1999.
LISÁ, L. Drsc., : *Obezita v dětském věku*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 2001. 144 s. ISBN 08-032-90.

MÁČEK, M., : *Fyziologie tělesných cvičení*, VŠTVS Palestra s.r.o., 2007

MACHOVÁ, J., KABÁTOVÁ, J. a kol., : *Výchova ke zdraví*, Praha : Grada , 2009, ISBN : 978-80-247-2715-8, str. 219, počet str. 291

MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.

MERKUNOVÁ, A., Orel, M., : *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN : 978-80-247-1521-6

MICHALÍK, J. a kol., : *Zdravotní postižení* a pomáhající profese, Praha : Portál 2011, ISBN : 978-80-7367-859-3, 511 str.

NEJSI SÁM: občasník pro zdravotně postižené občany, Praha : SZdP v ČR - Centrum služeb pro zdravotně postižené, [1996]-2009, č. 1 (2009)

NEWMAN, S., : *Hry* a *činnosti pro vývoj dítěte* s *postižením* : rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností . Portál 2004, ISBN : 80-7178-872-4, 167 str.

NOVOSAD, L., : *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita* : diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení, Praha : Portál, 2011, ISBN : 978-80-7367-873-9

PASTUCHA, D. a kol. : *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*, Grada Publishing, a.s.,, 2011, ISBN : 978-80-247-4065-2, str. 11)

Somatotypy. BŘETISLAV SOBEK. *Web o kulturistice* [online]. [cit. 2011-11-15]. Dostupné z: http://www.webokulturistice.ic.cz/clanky/vyziva/somatotypy.html

UZPS [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: www.uzps.cz/svazy/csmps/sport_intelektove_postizenych

VÁŽANSKÝ, M., SMÉKAL, V.: *Základy pedagogiky volného času.* Brno: Paido, 1995. ISBN 80-901737-9-9

Ve městě. *Ve městě* [online]. [cit. 2011-11-21]. Dostupné z: http://www.vemeste.cz/2011/11/rekreacni-aktivity-mentalne-postizenych/www.svet-cloveka.com/view.php?cisloclanku=2005103101

VESELÝ, Miro. *Hubnuti-jak*: *BMI* [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: http://www.hubnuti-jak.cz/bmi/

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1: GRAF BMI 18
OBRÁZEK 2: PYRAMIDA ZDRAVÉ VÝŽIVY 25
OBRÁZEK 3: SOUBOR Č. 1 38
OBRÁZEK 4: SOUBOR Č. 2 41

Seznam tabulek

TABULKA 1: MĚŘENÍ OBEZITY DLE OBVODU PASU 19
TABULKA 2: PRŮMĚRNÁ TĚLESNÁ HMOTNOST A ODPOVÍDAJÍCÍ HODNOTA BMI CHLAPCŮ A DÍVEK 1 - 18 LET 21
TABULKA 3: PRAVIDLA SPRÁVNÉHO STRAVOVÁNÍ DLE KAST-ZAHNOVÉ, 2008 26
TABULKA 4: PŘEHLED SPORTOVNÍCH ODVĚTVÍ PRO JEDNOTLIVÉ DRUHY POSTIŽENÍ 31
TABULKA 5: KLASIFIKACE MR 34

Seznam grafů

GRAF 1: STRAVOVÁNÍ DLE ZÁSAD ZDRAVÉ VÝŽIVY - VZOREK Č. 1 45
GRAF 2: STRAVOVÁNÍ DLE ZDRAVÉ VÝŽIVY - VZOREK Č. 2 45
GRAF 3: POTÍŽE S NADVÁHOU U DĚTÍ - VZOREK Č. 1 46
GRAF 4: POTÍŽE S NADVÁHOU U DĚTÍ - VZOREK Č. 2 46
GRAF 5: AKTIVNÍ TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU DĚTÍ - VZOREK Č. 1 47
GRAF 6: : AKTIVNÍ TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU DĚTÍ - VZOREK Č. 2 47
GRAF 7: PRAVIDELNÉ STRAVOVÁNÍ 5 - 6X DENNĚ - VZOREK Č. 1 49
GRAF 8:: PRAVIDELNÉ STRAVOVÁNÍ 5 - 6X DENNĚ - VZOREK Č. 2 49
GRAF 9: SLOŽENÍ PITNÉHO REŽIMU - SLAZENÉ NÁPOJE/NESLAZENÉ NÁPOJE – VZ.Č. 1 50
GRAF 10: ŽENÍ PITNÉHO REŽIMU - SLAZENÉ NÁPOJE/NESLAZENÉ NÁPOJE – VZ.Č. 2 50
GRAF 11: KONZUMACE SLADKOSTÍ - VZOREK Č. 1 51
GRAF 12: KONZUMACE SLADKOSTÍ - VZOREK Č. 2 51
GRAF 13: KONZUMACE POTRAVIN DLE ZÁSAD RACIONÁLNÍ STRAVY - VZOREK Č. 1 52
GRAF 14: KONZUMACE POTRAVIN DLE ZÁSAD RACIONÁLNÍ STRAVY - VZOREK Č. 2 53
GRAF 15: POHYBOVÉ AKTIVITY ŠKOLNÍ A MIMOŠKOLNÍ - VZOREK Č. 1 54
GRAF 16: : POHYBOVÉ AKTIVITY ŠKOLNÍ A MIMOŠKOLNÍ - VZOREK Č. 2 55
GRAF 17: FREKVENCE VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT - VZOREK Č. 1 56

GRAF 18: : FREKVENCE VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT - VZOREK Č. 2 56
GRAF 19: NADVÁHA A OBEZITA JAKO KOMPLIKACE PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ – VZ.Č. 1 ... 58
GRAF 20: DVÁHA A OBEZITA JAKO KOMPLIKACE PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ – VZ.Č. 2 58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A I
PŘÍLOHA B II

Příloha A

jí vaše dítě pravidelně 5 – 6 x denně?	***ano***	***ne***
jí vaše dítě často zeleninu a ovoce?	***ano***	***ne***
Snídá vaše dítě pravidelně?	***ano***	***ne***
jí vaše dítě v klidu u stolu?	***ano***	***ne***
omezujete u dítěte konzumaci sladkostí?	***ano***	***ne***
pije vaše dítě čistou vodu a neslazené nápoje?	***ano***	***ne***
jí vaše dítě ryby?	***ano***	***ne***
věnuje se vaše dítě nějaké pohybové aktivitě mimo školu?	***ano***	***ne***
je vaše dítě často na čerstvém vzduchu?	***ano***	***ne***
má vaše dítě pravidelný spánkový režim?	***ano***	***ne***

Příloha B

vepřové maso	***kuřecí nebo krůtí maso***
smažené pokrmy	***pečené, grilované dušené pokrmy***
máslo	***roztíratelné rostlinné tuky***
majonéza	***smetanový jogurt***
plnotučné mléko	***nízkotučné mléko, podmáslí***
plnotučný sýr	***nízkotučný sýr***
bílé pečivo	***celozrnný chléb***
sušenky	***mysli tyčinky***
smetanová zmrzlina	***mražené ovocné dřeně, jogurtové a tvarohové zmrzliny***
bonbóny, čokoláda	***míchané ovoce, sušené ovoce, oříšky***
limonády, slazené nápoje	***čistá voda, minerální voda***

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Petra Libovická

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Výživa a stravování dětí a dorostu se zaměřením na problematiku obezity u osob s handicapem.

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 61

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 19

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových zdrojů: 6

Vedoucí práce: Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.