UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra primární a preprimární pedagogiky

Diplomová práce

Ivana Losová

Psychosociální důsledky nadváhy a obezity u žáků 1. stupně základních škol

Olomouc 2015 vedoucí práce: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne ……

……..

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce, doc. PhDr. Ludmile Miklánkové, Ph.D., za trpělivost, vstřícnost, odborné vedení, ochotu při konzultacích, cenné rady a připomínky. Dále pak děkuji základním školám olomouckého regionu za možnost uskutečnění výzkumu.

OBSAH

ÚVOD **6**
1. CHARAKTERISTIKA VĚKOVÉ KATEGORIE MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK **7**
1.1 Anatomická specifika 7
1.2 Fyziologická specifika 9
1.3 Psychologická specifika 10
1.4 Sociální specifika 14
2. VÝZNAM POHYBOVÉ AKTIVITY PRO ZDRAVÍ DÍTĚTE **16**
2.1 Možné důsledky nízké pohybové aktivity 19
2.2 Nadváha a obezita 21
2.3 Typy obezity 21
2.4 Příčiny nadváhy a obezity 23
2.4.1 Ovlivnitelné příčiny 24
2.4.2 Neovlivnitelné příčiny 26
2.5 Důsledky nadváhy a obezity 26
2.6 Důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte 28
2.7 Činitelé spolupůsobící psychologické problémy 29
2.7.1 Rodiče 29
2.7.2 Sdělovací prostředky 30
2.7.3 Kulturní prostředí 30
2.8 Nadváha a obezita v kontextu socializace dítěte 31
2.8.1 Přístup vrstevníků a dospělých 31
2.8.2 Agresivita, šikana 32
2.9 Pohyb dětí s obezitou 33
2.9.1 Doporučené pohybové aktivity 33
2.10 Léčba obézních dětí 36
2.10.1 Dieta 36
2.11 Sebepojetí 38
3. CÍLE A ÚKOLY VÝZKUMU **40**
4. METODIKA **41**
5. VÝSLEDKY A DISKUZE **45**
5.1 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se normální hmotností 45

5.2 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou 47
5.3 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se normální hmotností a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou 50
ZÁVĚR 53
SOUHRN 55
SUMMARY 57
LITERATURA 59
PŘÍLOHY 64

ÚVOD

Jedním z vážných problémů současnosti je stoupající výskyt dětské nadváhy a obezity. Toto onemocnění může být mimo jiné zapříčiněno nevhodnými stravovacími návyky, především stravou, která obsahuje tuky a sacharidy. Dále přejídáním, pitím slazených nápojů, nedostatkem fyzické aktivity z důvodu kladného vztahu k technice, jako je počítač a televize. Na vzniku obezity se může podílet také genetická dispozice i vliv médií jako např. reklamy na nevhodné potraviny.

Obezita jako taková významně komplikuje život dítěte nejen po tělesné, ale i po psychické stránce. Toto dítě je vystaveno posměchu, v některých případech i šikaně od svých vrstevníků, což vede k depresi, schizofrenii, pocitu úzkosti nebo uzavřením se před okolím.

Je tedy nutné věnovat náležitou pozornost léčbě i prevenci dětské obezity.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku nadváhy a obezity žáků na 1. stupni základních škol. Skládá se z teoretické a empirické části.

V teoretické části jsou uvedeny poznatky z charakteristiky věkové kategorie mladšího školního věku, jeho anatomická, fyziologická, psychologická a sociální specifika. Dále význam pohybové aktivity pro zdraví dítěte, důsledky nízké pohybové aktivity, nadváha a obezita, jejich příčiny, důsledky, nadváha a obezita v kontextu socializace dítěte, pohyb dětí s obezitou. Popisujeme také důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte, léčbu nadváhy a obezity, důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte a sebepojetí.

V empirické části posuzujeme míru obezity pomocí Body mas Indexu (BMI), který je vypočten jako podíl aktuální tělesné hmotnosti vyjádřené v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky uvedené v metrech a dále zjišťujeme, zdali se u žáků mladšího školního věku s nadváhou a obezitou projeví problémy v psychosociální oblasti pomocí výzkumné metody.

Cílem diplomové práce je zmapovat a interpretovat některé dopady nadváhy a obezity v oblasti psychosociální u žáků na 1. stupni základních škol.

Téma diplomové práce bylo zvoleno, protože se s tímto celosvětovým problémem čím dál více setkávám, a to nejen v blízkém okolí, ale i na praxi. Je potřeba se touto problematikou více zabývat a nezavírat oči, snažit se u dětí vytvořit kladný vztah k pohybu, ale zároveň je nepřetěžovat, začlenit je do kolektivu a vést ke správnému životnímu stylu.

1. CHARAKTERISTIKA VĚKOVÉ KATEGORIE MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Mladším školním věkem označujeme období od šestého až sedmého do jedenáctého roku věku, kdy se mohou objevovat první náznaky pohlavního dospívání, a začíná druhá výměna zubů. Trvá všeobecná aktivita s velikou radostí z pohybu (Plevová, Pugnerová, Urbanovská 2000; Šimíčková-Čížková, 2008).

Jedná se o významnou vývojovou etapu, kdy dítě nastupuje poprvé do školy, dochází ke změně denního režimu a začíná plnění školních povinností. Pravidelné vstávání, včasný příchod do školy, setrvání v klidu v průběhu vyučování a dodržování pevného režimu dne, to vše sem můžeme zařadit (Petřková, 1991; Kopecký, Tomanová, Kikalová, 2014).

Na začátku období je dítě ještě sugestibilní (názor druhých nekriticky přijímá) a zpravidla hodně závislé na autoritě (naivní realismus). Na konci tohoto období začíná narůstat kritičnost, dítě se stává kritičtějším (Plevová, Pugnerová, Urbanovská, 2000).

Tato etapa je označována jako období snaživosti a iniciativy, dítě si dokazuje vlastní hodnotu svým výkonem, je pilné, pracovité, zažívá pocit spolupráce a sounáležitosti. Cílem je dosáhnout pocitu sebevědomí a kompetence, oproti pocitům selhání a méněcennosti. V tomto směru má dominantní vliv škola. Pokud dítě vyrůstá ve zdravých a přirozených podmínkách, lze říci, že jde o nejstabilnější úsek v dětském vývoji (Šimíčková-Čížková, 2008).

Již v tomto období lze pozorovat určité rozdíly mezi dívkami a chlapci, dívky jsou celkově zásadovější, tišší při plnění povinností a na konci období si můžeme všimnout náznaků dospívání, zatímco chlapci zůstávají stále v dětském období (Petřková, 1991).

1.1 Anatomická specifika

Druhé období plnosti. Růstové tempo s přibývající hmotností je plynulé a rovnoměrné. Za rok se zvýší tělesná hmotnost okolo 2,5−3 kg a tělesná výška okolo 5−6 cm. Průměrné dítě na konci období mladšího školního věku, kolem 11 let, měří přibližně 150 cm a váží 41 kg. V tomto období jsou chlapci o půl kilogramu těžší a o 1 cm větší než dívky, takže nejsou mezi nimi patrné velké rozdíly (Malachová, Kantorek, 2005; Kopecký, Tomanová, Kikalová, 2014).

Mění se tělesná proporcionalita. Poměr hlavy k délce těla se na konci období blíží typu zralého člověka. Prodlužují se dolní končetiny. Během tohoto období není kostra ještě zcela vyvinuta. Obvod lebky se zvětší o 2−3 cm. Změny se dějí i v obličejové části, kde narůstá trvalý chrup, který mění celkový výraz obličeje. Šířka lebečních kostí se mírně zvětšuje. Zakřivení páteře není ještě trvalé. Od 8. roku se zpevňuje hrudní zakřivení, krční a bederní až mezi 8.−11. rokem. Chodidlová opora je krátká. Lopatková kost se zobcovitým výčnělkem není srostlá, proto by dítě nemělo nosit nic těžkého z důvodu deformace. Také pánev není vyspělá, kosti kyčelní a sedací stydká jsou samostatné a spojené třípaprskovitou chrupavkou. Již v 11. roku věku jsou patrné rozdíly mezi chlapcem a dívkou v pánevním pletenci (Příhoda, 1963).

V tuto dobu rovnoměrně rostou a vyvíjejí se vnitřní orgány. Objem srdce je poměrně větší než u zralého člověka, cévy jsou širší, jejich stěny pružnější. To vše vede k lepší schopnosti, k lepšímu krevnímu oběhu, k výživě a okysličení tkání dětského organismu. Díky zvýšení srdečního výkonu klesá tepová frekvence, která v sedmi letech činí asi 85 až 90 tepů za minutu a v 10 letech se snižuje na 78 až 85 tepů za minutu. Stejně jako srdce se zvětšuje hmotnost plic. Stavba plicní tkáně je skoro totožná se strukturou dospělého. Vyzrálá je rovněž stavba ledvin a jater. Ze smyslových orgánů jde do popředí vývoj čichu, dítě je schopné rozeznat různé pachy a vůně. V malém rozsahu nastává také zahájení činnosti pohlavních žláz, to však na vzhledu dítěte není patrné (Lisá, Kňourková, 1986; Kouba, 1995; Miklánková, 2012).

V období mladšího školního věku vývoj mozku v podstatě končí. V mozkové kůře dozrává nervová struktura. Po jedenáctém roce hmotnost mozku činí kolem 1 400 g. Jeho funkce je již zcela připravena, ale dochází k vyčerpání. Je důležité dodržovat spánkový režim, od sedmi let do devíti let 10,5 hodiny spánku a v dalších několika letech až 10 hodin spánku. Pokud dítě spí méně, jeho nervová soustava je nestabilní a také dosahuje menšího vzrůstu (Příhoda, 1963; Kouba, 1995; Miklánková, 2012).

Osifikace pokračuje, kosti dále zrají, ale i přesto jsou stále měkčí a pružnější než u zralého člověka. Kloubní pouzdra jsou volnější a díky vazivové vrstvě, která obsahuje větší množství elastických vláken, i pružnější. Kloubní chrupavka je pružná a obsahuje více vody. Začínají se vyvíjet drobné svaly, které jsou významné pro rozvoj jemné motoriky. Mohutní také ramenní a pažní svalstvo. Svaly tvoří kolem 28 % celkové váhy dítěte mladšího školního věku (Lisá, Kňourková, 1986; Dylevský, 2000; Malachová, Kantorek, 2005).

V tomto období nastávají hormonální změny. Zvyšují se hormony kůry nadledvin, u dívek mezi 6. a 8. rokem a u chlapců mezi 7. a 9. rokem. Jsou viditelné první známky

pohlavního zrání. U dívek je patrný růst prsů, přibližně v 11 letech, a u chlapců to je zvětšování varlat, přibližně po 10. roce (Kopecký, Tomanová, Kikalová, 2014).

1.2 Fyziologická specifika

„Zlatý věk motoriky"− takto můžeme pojmenovat období mladšího školního věku. Zdokonaluje se koordinace a přesnost konaných pohybů. Dítě se lehce učí pohybové dovednosti. Rozvíjí také své pohybové schopnosti, jako je síla, rychlost, pohyblivost a obratnost. Věnuje pohybu pozornost, pohyb je jeho přirozená potřeba (Kopecký, Tomanová, Kikalová, 2014).

Objevuje se zájem o sportovní výkony, zlepšuje se učení psaní a kreslení. Pohyby postupují do ramenního a loketního kloubu, poté díky tréninku je znatelná jemnější koordinace, čili pohyb zápěstí a prstů. Rozvoj motoriky nezáleží jen na věku dítěte, podpoře rodičů, ale i na vnějším a vnitřním stimulu, motivaci. Dítě bez motivace a podpory podává špatné výkony, ztrácí tak celkový zájem o pohyb. Pohybová zdatnost hraje podstatnou roli v pozici dítěte ve skupině vrstevníků (Langmeier, 1983).

Tělesná výchova má také významný podíl na rozvoji motoriky i vztahu žáků k pohybové činnosti. Začleňujeme průpravná, kondiční a relaxační cvičení. Dítě rozvíjí sílu trupu i velké svalové skupiny, správné držení těla. Učí se reakci např. rychlosti se změnou směru, vázat etapy pohybu. Osvojuje si rychlý a vytrvalostní běh, skok do dálky s rozběhem, skok do výšky a hod míčem. V gymnastice kotoul před, vzad, přemet stranou a přeskok přes kozu našíř. Dále navštěvuje plavecký kurz, období zahájení je v osmi a devíti letech. Dítě by mělo zvládnout jednoduchý skok do vody a jeden plavecký styl, aby uplaval nejméně 100 m s libovolnou obrátkou. Od šestého roku věku můžeme začít sportovní přípravu v bruslení. Záměrem je osvojit si jízdu vpřed na bruslích, s možností změny směru, zrychlením a zastavením. Od šestého roku věku můžeme také začít sportovní přípravu v lyžování. Záměrem je osvojit si základní lyžařské umění, chůzi sunem, obraty, bruslení a dlouhý oblouk (Kouba, 1995).

Podstatným faktorem v rozvoji osobnosti je stále hra. Chlapci mají zálibu spíše v konstrukčních hrách. U dívek převažují hry společenské. V denním režimu by měla být zařazena rozcvička, dále otužování a skupinové soutěživé hry. Ty vedou k dodržování pravidel, vytváření strategie a poskytují možnost odreagování. V mladším školním věku se dítě setkává i s určitou odpovědností, a to ve formě práce. Plní dané úkoly ve vymezeném

čase a dodržuje jejich ukončení. Úkoly by měly být smysluplné, přiměřené schopnostem, dítě musí vnímat užitečnost své práce (Lisá, Kňourková, 1986).

Rozvíjení pohybu a ostatních vloh záleží převážně na fyzickém růstu. Zvyšuje se náročnost, ale i jistota při cvičení. Podstatné je střídání aktivity s odpočinkem. Regenerace nastává za poměrně krátký čas (Miklánková, 2012).

1.3 Psychologická specifika

Nástup do školy, učení, plnění specifických požadavků, začlenění do větší skupiny, to vše má vliv na psychiku dítěte. Na počátku období je patrná psychická labilita a prozatímní zhoršení v motorice, pozornosti, soustředěnosti a ve vyjadřování. Ke zlepšení a adaptaci vede učitel. Následně narůstá aktivita, spolupráce a snaživost. Dochází k dalšímu vývoji poznávacích procesů, kde patří vnímání, paměť, fantazie, myšlení, řeč a city. Převládá poklidnější chování, dítě je pozorné, zvídavé i pozitivně naladěné. Celkovým záměrem je dosažení sebejistoty (Petřková, 1991; Langmeier, Krejčíková, 2006).

Vnímání

Díky rostoucí aktivitě, stoupající schopnosti analyzovat a diferencovat, dítě celkově lépe vnímá. Rádo přijímá nové informace aktivním způsobem, má zájem o porozumění, souvislosti, podstatu vlastností předmětů a úkazů. Je ohleduplné, všímavé a pilné. Přechází od konkrétního vnímání k vnímání všeobecnému. Mezi 10. a 11. rokem vnímá přibližně stejně přesně jako zralý člověk, ale nemá ještě dostatek zkušeností na třídění poznatků a vyvozování kontextů (Šimíčková-Čížková, 2008).

Zrakové vnímání – Na počátku období je dítě schopno zpracovat zrakové podněty, které jsou důležité pro osvojení psaní a čtení. Podstatné je rozvíjet vidění na blízko, dítě si tak všímá detailů, dokáže je snadněji rozlišit a zpracovat; např. je schopno nalézt v obrázku různé geometrické tvary, pozná barvy, písmena i číslice a rozumí stálosti počtu, později množství a váhu. Velký význam na vývoj zrakového vnímání má i koordinace očních pohybů. Pohyby by měly být pravidelné a systematické. Předmět je tak vnímán co nejpřesněji a je vidět to

nezbytné. V 9. roce věku jsou pohyby ruky a oka ve vzájemném souladu, tedy v senzomotorické koordinaci (Musil, 2006; Vágnerová, 2012).

Sluchové vnímání – Má velký význam pro rozvoj řeči. Dítě si všímá řeči dospělých, věnuje jí náležitou pozornost. V 6. roce věku dokáže rozlišit jednotlivé fonémy. Chápe, že slova jsou složena ze znějících hlásek a slabik, které mají specifický význam a že hlásky následující za sebou tvoří slovo a slova tvoří větu. Dále je schopné rozlišit délku samohlásek, měkké a tvrdé slabiky (Vágnerová, 2012).

Vnímání prostoru – Dítě umí rozpoznat polohu nahoře a dole. Dříve obtížnější polohy vpravo a vlevo již dokáže rozlišit (Vágnerová, 2012).

Vnímání času – V tomto období se termín *čas* zpřesňuje. Dítě je schopné seřadit posloupnost událostí, má představu o významu pojmů *dříve* a *později*. Ví, že existuje kalendář, zná pojem *rok*, jednotlivé měsíce, týdny, dny a roční období. Umí charakterizovat pojem současnost, ale také minulost a budoucnost. Vnímá délku trvání jistého dění a učí se ji rozlišovat. Seznamuje se s hodinami, učí se je. Dále si je vědomé toho, že čas plyne pouze jedním směrem, tudíž jej nelze vrátit. Význam pojmů *konečno – nekonečno, život – smrt* mu zatím není jasný, tyto významy pochopí v dospívajícím věku (Langmeier, 1983; Vágnerová, 2012).

Čichové a chuťové vnímání – Toto vnímání se dále rozvijí, zpřesňuje se. Dítě rozlišuje sladkost, slanost, kyselost a hořkost. Rozlišuje a vnímá nové pachy a vůně (Vágnerová, 2012).

Vnímání hmatem – Hmat je významný zdroj informací a lepší se vývojem jemné motoriky. Je schopný poznat a pojmenovat předmět i to, jaké má vlastnosti. Rozlišuje tvar, váhu, teplotu i povrch. Pokud si předmět ohmatá, snáze si ho zapamatuje (Vágnerová 2012).

Paměť

Na počátků období převažuje mechanická paměť, která je bezprostředně spojená s vnímáním. Dítě vyžaduje pomoc dospělého, kvůli spojení nových poznatků s dřívějšími. Postupně se rozsah paměti zvětšuje, zrychluje se i zapamatování. Paměť se zdokonaluje. Velkou roli také hraje vedení učitele. Dítě začíná používat paměťové strategie, propojuje druhy paměti, řídí svou paměť a reguluje její projevy – zapamatování, pamatování

a vybavení. Začíná se uplatňovat racionalita a logický úsudek. Čím více si dítě bude uvědomovat záměr a účel zapamatování, tím bude paměť efektivnější. Nesmíme zapomínat na důležitost motivace (Petřková, 1991; Šimíčková-Čížková, 2008; Miklánková, 2012).

Fantazie

V mladším školním věku fantazie vrcholí. Bezprostřednost jde sice do pozadí, ale díky čtení příběhů a pohádek je stále vyhledávána. Dítě je již schopné rozlišit skutečnost od fantazie, čím dál více vstupuje do životní reality. Fantazie začíná být tlumena realitou, dopadem školní práce se vyvíjí představivost úmyslná, záměrná. Jedná se o důležitý okamžik ve vývoji představ−změna od neúmyslného vzniku představ k možnosti úmyslně vyvolávat potřebné představy. Schopnost pracovat s představami předchází schopnosti pracovat s pojmy (Plevová, Pugnerová, Urbanovská, 2000; Šimíčková-Čížková, 2008).

Nickel se na základě Traxelových (1963) a svých experimentů (1974) domnívá, že stabilita představ záleží na počtu zrakové stimulace ve smyslu obrácené U-křivky: je jisté optimum, které u dnešních dětí bylo překročeno. Díky častému dívání se na televizi jsou představy nepřesné, méně dlouho uchovatelné a méně detailní (Langmeier, 1983).

Myšlení

V tomto období nevzniká okamžitě, neukazuje se ani druhý den. Je to výsledek vrozených schopností, dlouhodobé i samostatné práce. Myšlení se vyvíjí po stránce kvalitativní. Průběh vývoje pokračuje od konkrétního, názorného myšlení, uvažování, přes vztahovou abstrakci k nenázorné. Myšlení se učí samostatným řešením otázek, nad kterými musí přemýšlet, a chápáním vztahů, aby dokázalo na dané otázky správně odpovědět. Pokud dítě řeší problém a nemá s ním dostatečnou zkušenost, užije primitivnější strategii uvažování. Dává přednost takovému poznání, kdy se samo může přesvědčit o pravdivosti jistého tvrzení. Poznávání je flexibilnější, objektivnější a přesnější (Lisá, Kňourková, 1986; Petřková, 1991; Vágnerová, 2012).

Řeč

Zdokonaluje a rozvíjí obtížné a vzájemně propojené formy. Řídí činnost, která rozvíjí oblast chování a prožívání. Je podstatou pro školní učení, podporuje pamatování. V mladším školním věku výrazně roste slovní zásoba, roste délka, složitost vět, souvětí je také náročnější, na vyšší úroveň pokročila skladba vět i gramatika. Řeč je jasná, čistá, srozumitelná a bez patlavosti. V první třídě dítě zná 2500−3000 slov, na jejím konci asi 3500 slov. Dětská slovní zásoba se dále rozvíjí pomocí komunikace v rodině, ve škole, v médiích i ve vrstevnické skupině. Je také nutné chápat rozdíl, podobu a význam slov, učit se hledat synonyma, vysvětlit termín mnohoznačná slova a homonyma. S užíváním spojek bývá problém. Dítě v běžné hovorové řeči souvětí příliš neužívá (Langmeier, 1983; Lisá, Kňourková, 1986; Vágnerová, 2012).

Řeč se rozvíjí i pomocí čtení a psaní. Čtení chápe jako reprodukci daného textu. Na počátku období čte mechanicky a bez porozumění, klade důraz na formální stránku. Teprve při znalosti slova, které nemusí luštit po částech, se soustředí na význam textu a začíná číst s porozuměním. Psaní chápe jako prospěšnou činnost, která umožňuje zachytit rozmanité zprávy a zapsat je. Jako první musí dítě zvládnout napodobení tvaru jednotlivých písmen a spojit je do slabik a slov. Zatím se příliš nezabývá obsahem textu, to může až při zafixování techniky psaní. Toto zafixování nastává až ve třetí třídě (Plevová, Pugnerová, Urbanovská, 2000; Vágnerová, 2012).

City

Citová vyrovnanost, takto označuje Erikson období mladšího školního věku. Centrální nervová soustava se dále rozvíjí. Projevuje se zvýšená emoční stabilita a odolnost vůči zátěži. Rozvíjí se schopnost vyznat se ve svých pocitech i pocitech druhých. Dítě s nimi umí zacházet. Dochází k většímu propojení emočního hodnocení a logického uvažování. Lépe rozumí svým pocitům, chápe smysl, souvislosti a vztahy. Kolem 10. roku věku začíná rozumět termínům, jako sympatie a antipatie. Dokáže rozpoznat a rozumět emocím druhých lidí. Klesá egocentrismus. Úspěšně pracuje s empatií, která mu usnadňuje vcítění se do pocitů jiných lidí a zároveň vede ke změně vlastních prožitků. Je schopný hovořit o citech druhých, lépe jim rozumí, tudíž je dovede popsat. Rozvíjí se i schopnost sebehodnocení. K rozvoji vede srovnání vlastního výkonu, projevy vrstevníků i zhodnocení dospělých. Lépe rozumí pocitu viny, zahanbení či hrdosti. Tyto emoce představují jednu ze složek sebepojetí. Vztahy s lidmi

mohou sloužit jako citová opora, takovou oporu představují rodiče, později i vrstevníci. Účast ve skupině vrstevníků přináší podstatné emoční zkušenosti. Dítě dokáže ovládat vnitřní prožitky, vnější projevy, umí dokonce předstírat emoce, které ve skutečnosti neprožívá (Vágnerová, 2012).

1.4 Sociální specifika

Jedná se o období extraverze, tedy přístupnost vnějším podnětům, otevřenost vůči ostatním, dále období kolektivního života a vztahů. Dítě si osvojuje nové sociální role, zaujímá nové společenské postavení, rozšiřuje sociální zkušenosti a vzdaluje se od rodiny. Rodinné vztahy zůstávají pro dítě citovou jistotou. Navazuje nové vztahy s vrstevníky. Na počátku období se stará o sebe, o svůj úspěch. Po nějaké době začíná brát zřetel na kolektiv ve třídě, odhaluje vědomí sounáležitosti a odpovědnosti. Vztahy ke spolužákům jsou zprvu nahodilé, až později se objevuje přátelství a skupina se diferencuje. Skupiny chlapců a skupiny dívek si jsou hodně vzdáleny. Chlapci vykazují větší aktivitu, intenzivní reakce a lépe přecházejí z jedné činnosti na druhou. Dívky naopak dokážou u jedné činnosti setrvat delší dobu, jsou odolné vůči rušivým zvukům, podrobivé a vstřícné vůči učiteli. Dítě přistupuje zpočátku k učiteli nekriticky, má k němu úctu, obdiv, náklonnost, až později se stává kritickým (Šimíčková-Čížková, 2008).

Vágnerová (1997) uvádí, že přístup učitele k dítěti se upevňuje do konkrétní podoby. Učitel si děti rozdělí na hodné a problematické. Problematické dítě pak funguje jako sociální stigmatizace, ta negativně ovlivňuje úspěšnost takového dítěte. Ovlivňuje i jejich vztah škole i k učiteli (Lisá, Kňourková, 1986).

V kolektivu se učí kooperaci, pociťuje zde sounáležitost a prožívá odpovědnost společného úsilí. Rodina funguje jako zázemí, opora a uspokojuje většinu potřeb. Vztahy dítěte k rodině jsou silné, dále se diferencují. Po nástupu do školy většinou nastává změna uspořádání věcí v pokoji, respektive jednotlivé části (psací stůl, nábytek, který slouží k přípravě do školy). Rodině je tímto způsobem symbolizována změna jeho sociálního postavení. Rodina zahrnuje rodiče, dítě, popřípadě sourozence, prarodiče ad. Ti všichni jsou součástí rodiny, každý zastupuje určitou sociální roli. Rodinné zážitky, rituály, jichž se

všichni účastní, mají svůj význam, spojují rodinu. Tyto společné zkušenosti přispívají k pocitu vzájemnosti, a činí tak rodinu jedinečnou a smysluplnou (Plevová, Pugnerová, Urbanovská, 2000; Vágnerová, 2012).

2. VÝZNAM POHYBOVÉ AKTIVITY PRO ZDRAVÍ DÍTĚTE

Pohybová aktivita je pro všechny nepostradatelná. Pohyb můžeme považovat za její nejpřirozenější formu. Celý život dává pohyb člověku pozitivní vjemy, díky kterým jej poznává, rozvíjí a zároveň mu umožňují seznámení se světem. Pohyb snižuje chuť na pohodlný, sedavý způsob života. Vede ke vzestupu denních aktivit a prohlubuje energetickou bilanci. Zajišťuje přirozený tělesný a duševní vývoj jedince (Malachová, Kantorek, 2005; Hlúbik, 2009).

„Na úrovni centrální nervové soustavy přispívá aktivní tělesný pohyb k většímu přívodu kyslíku a živin do mozku, což má za následek změnu mikroskopické struktury mozkové tkáně, zmnožení nervových spojů a krevních vlásečnic, lepší využívání energie“ (Zvírotský, 2014, s. 35).

V období mladšího školního věku se pohyb stává určitým způsobem realizace, vede k plnohodnotnému aktivnímu životu. Má psychoregulační účinek a nejlépe předchází stresu. Sportovní akce vedou k navazování mezilidských kontaktů a přátelských vztahů. Jedná se o významnou příležitost, kde sport rozvíjí sebedůvěru, soutěživost i morální vlastnosti. Spadá k významným socializačním faktorům. Pohyb je uskutečněn nejen pomocí pohybové soustavy, ale i pomocí dalších soustav: dýchací, oběhové, smyslové a nervové. Celková výkonnost závisí na tělesné konstrukci, zdatnosti, věku, pohlaví, zdravotním stavu apod. Fyzická výkonnost závisí na druhu aktivity každého dítěte, a jak ji rozvíjí. Předcházení snižování tělesné zdatnosti je trénink. Jedná se o kondiční přípravu, která vede ke zdokonalování fyzických i duševních schopností organismu. Organismus rozvíjí jako celek, což je velké pozitivum. Trénované dítě se lépe adaptuje, má lepší kondici, snáze se vypořádává s různými úkoly, ale také s problémy. Důležitá je přiměřená zátěž, postupnost, pravidelnost a posloupnost. Díky pohybu a cvičení se zlepšuje srdeční činnost, látková výměna, prokrvení všech tkání, otužilost, kapacita plic, nálada, trávení, vylučování, postava, stabilizace tělesné hmotnosti, harmonizace hormonálních funkcí, dále se posiluje svalstvo, kosti a vazy, zvyšuje se vytrvalost, šikovnost a samostatnost (Malachová, Kantorek, 2005).

Podle Kaplana (2001) je nejdůležitější motivace, ta vytváří předpoklad pro životní pohybovou aktivitu dětí, nejen pohybově nadaných.

Stejskal (2004) uvádí, že pohybová aktivita má také velký vliv na emoční stránku jedince. Díky zvýšené výkonnosti a koordinaci je člověk schopný snáze zvládnout každodenní

úkoly. Pravidelné cvičení pozitivně působí na pohybový aparát, zlepšuje se pružnost, ohebnost, síla a vytrvalost (Hlúbik, 2009).

Pohyb je velmi důležitý pro zdraví dítěte, prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost. Podstatný je také odpočinek, který přirozeně obnovuje sílu a výkonnost organismu. Dělíme jej na pasivní a aktivní.

Pasivní odpočinek – Máme na mysli spánek. Jedná se o stav sníženého vědomí, kde jsou životní funkce zachovány a organismus tělesně i duševně odpočívá. Dítě v období mladšího školního věku by mělo spát zhruba 9 až 11 hodin.

Aktivní odpočinek – Jedná se o volenou zájmovou činnost, u které je možná relaxace a u které se obnovují síly (Malachová, Kantorek, 2005; Kaplan, Vachová, 2009).

Pohybové zatížení poskytuje životní energii a pozitivní naladění. Když se dítě zaváže tím, že bude pravidelně cvičit, rodičům, učitelům, trenérům či samo sobě, stává se tak zodpovědnějším. Je nutné úsilí a dosažené výsledky ocenit, protože tím mu dáváme najevo, jak je úspěšné. Dítě volí aktivitu, ve které má šanci uspět. Rodiče, ale i učitelé by měli tuto skutečnost zohlednit a uzpůsobit mu tak každodenní režim. Správný pohyb vede také k podpoře imunitního systému, vnitřnímu uspokojení, vitalitě, zvyšuje hustotu kostí, rozvíjí pohybové dovednosti, kreativitu a vede k lepším výsledkům ve škole, protože cvičení podporuje spojení mezi neurony, zlepšuje funkci mozku, a tím pádem vede k jeho lepší činnosti (Galloway, 2007).

Potraviny a voda jsou potřeby nezbytné k udržení života. K dlouhodobé energii, vytrvalosti pohybové aktivity, přispívá správná výživa. Respektuje potřeby a nároky organismu, pomáhá udržovat zdraví, říkáme o ní, že je vyvážená. Jedním z hlavních ukazatelů kvality výživy je rovnováha mezi přívodem a výdejem energie, hovoříme o energetické bilanci. Další ukazatel kvality výživy je složení potravy. Doporučené výživové dávky na den jsou: 12−15 % bílkovin, 30−35 % tuků a 50−55 % cukrů.

Bílkoviny – jinak řečeno proteiny; jsou důležité pro růst, obnovení tkání, tvorbu krve, hormonů a enzymů. Potrava by měla obsahovat různé zdroje bílkovin, u dětí nesmí scházet mléko.

Cukry – jsou nejdůležitějším energetickým zdrojem. Jejich zdroji jsou sacharóza a škroby. Dávka cukrů by se měla pohybovat kolem 10−12 g/kg za den. Sacharidy jsou v potravinách rostlinného původu, např. v obilné mouce, rýži, luštěninách, bramborách, ovoci, zelenině, medu a čokoládě. Vláknina má také velký význam ve výživě, účinně podporuje vyprazdňování střev, což vede ke snížení rizika rakoviny tlustého střeva a srdečně cévních

onemocnění. K hlavním zdrojům vlákniny patří např. semena, slupky, obsažena je také v celozrnné mouce, zelenině, ovoci, oříškách a luštěninách.

Tuky – jinak řečeno lipidy; jsou to vydatné energetické zdroje. Saturované tuky mají vyšší obsah mastných kyselin, řadíme sem máslo, sádlo a lůj, mají tuhou konzistenci. Nesaturované tuky jsou naopak tekuté, jako rybí tuk a rostlinné oleje. Nenasycené tuky předcházejí kardiovaskulárním chorobám, protože pozitivně ovlivňují poměry uvnitř tepny. Ve stravě jsou obsaženy také fosfolipidy a steroly. K nim patří i cholesterol, který se nachází ve všech tkáních a je důležitý pro látkový metabolismus.

Vitamíny – si neumíme vytvořit. Nedostatek má za následek poruchy metabolismu, a tím vznik chorob. Avitaminóza je označení pro nedostatek a hypovitaminóza pro částečný nedostatek vitamínů. Zvýšená potřeba nastává při nemoci. Zdrojem je strava rostlinného původu. Vitamíny C a skupina B jsou rozpustná ve vodě. A, D, E, K jsou nerozpustné (Malachová, Kantorek, 2005).

Pitný režim má také svůj podíl na tělesné a duševní výkonnosti. Voda je pro nás nezbytností, uskutečňuje určité biologické procesy v organismu a je rozpustidlem solí a plynů. Rostoucí dítě potřebuje více vody než dospělý, má větší plochu dýchacích cest, díky které odpařováním rychleji ztrácí tekutiny. Na ztrátu vody organismus varuje různými signály, tyto signály můžeme označit jako žízeň. Při žízni se mohou objevit bludné představy, halucinace a může nastat zhroucení krevního tlaku. Kromě věku závisí potřeba vody na dalších faktorech, jako je např. typ oblečení, okolní teplota, tělesná aktivita, druh a složení přijímané stravy nebo obsah soli či vody ve stravě. Zvýšená potřeba nastává při nemoci a průjmech. Dítě dává přednost ochucené vodě ovocnými sirupy a šťávami, džusu, Coca-Cole, tedy takovým nápojům, které mají větší množství cukru, což není dobré. Sladké nápoje totiž brání chuti na ovoce a zeleninu, tedy potravinám s vitamínem C a s minerálními látkami. Proto by návyk na přijatelný pitný režim a správnou volbu nápoje měl být osvojován už od raného dětství. Nejedlý (1999) uvádí, že dítě v 8. roce věku potřebuje vypít 2 litry vody denně a v 11. roce až 2 litry a půl vody denně (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

2.1 Možné důsledky nízké pohybové aktivity

Nízká či nedostatečná pohybová aktivita vede v nejbližší době k frustraci a celkové životní nespokojenosti. Ta se odvíjí z nedostatečného uplatnění, zapojení, sebeuspokojení, rozvoje vlastní osobnosti, dále ze ztráty prožitků z výkonů a z nedostatku celkové pohody. Dítě hůře zvládá nejrůznější úkoly a problémy, těžce se s nimi vypořádává, což může vést ke stresu. Nemá příliš velkou sebedůvěru, hůře navazuje kontakty, hůře prospívá ve škole a ve zralém věku je méně úspěšné. Oblíbeným se stává sedavý způsob života, který může vést ke vzniku degenerativních onemocnění, snížení pohyblivosti, zhoršení stravovacích návyků, zhoršení trávení, vylučování, srdeční činnosti aj. Dítě se stává pohodlnějším a lenošnějším. Využívá dopravních prostředků i na krátké vzdálenosti. Omezuje chůzi, velké množství času tráví u televize a počítače (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Malachová, Kantorek, 2005; Galloway, 2007).

Dítě, které není fyzicky zdatné, pohyblivé, může být terčem posměchu a zároveň může být vyčleněno z kolektivu. Tyto nepříznivé podněty vedou k psychickým poruchám, poruchám potravního chování a příjmu potravy. Problémy spojené s příjmem potravy se mohou projevovat např. nechutenstvím, odmítáním jídla, vybíravostí, abnormálním zacházením s jídlem, poruchou chování při mentální anorexii a přejídáním, které může vést k dětské obezitě.

Nechutenství – Může odeznít bez závažnějších problémů jako krátkodobá potíž, anebo může jít o dlouhodobé nechutenství, to se stává problémem. Rodiče by měli být opatrní a všímat si signálů, které vypovídají o tom, že je jejich dítě v nepořádku. Je potřeba zjistit, jak dlouho nechutenství trvá a zda není důsledkem vážného onemocnění. Děti po mozkové obrně mohou mít poruchu motoriky, poruchu funkce ústních svalů, proto se může odhalit potíž s příjmem potravy. Alergie na některé potraviny může také vyvolat nechutenství. Pokud se nenajde organický původ, rodiče musejí s nechutenstvím bojovat. Pozitivně působí změna prostředí, změna jídelníčku a zapojení dítěte do přípravy jídel.

Odmítání jídla – Problém narůstá s věkem dítěte. S rozvíjením osobnosti prosazuje svoji roli v rodině na základě vlastních názorů a představ, to se týká i jídla. Na příkaz „Jez“ reaguje odmítnutím. Chce jíst něco jiného než ostatní, chce být jiné. Pokud se odmítání netýká stravy, kterou nutně potřebuje, je lépe toto období chápat jako součást vývoje osobnosti. Rodiče musí tuto přechodnou fázi vydržet.

Vybíravost – Objevuje se tam, kde je dostatek, nebo nadbytek jídla. V chudých oblastech se nevyskytuje. Je rozšířená mezi všemi věkovými skupinami. Může se vztahovat na odmítání

určitých pokrmů, které dítě jednoduše nemá rádo, anebo odmítání teplých jídel, a to kvůli množství pozřených sladkostí. Může mít také extrémní podobu, kde dítě omezuje příjem potravy jen na 2 – 3 potraviny denně, tyto potraviny jsou bohaté na sacharidy, např. čipsy nebo sušenky. Vyskytuje se častěji u chlapců a většinou mizí v adolescenci.

Mentální anorexie – „Slovo „anorexie“ pochází z řeckého výrazu pro „ztrátu chuti k jídlu“ a vyznačuje se problémy s udržením normální tělesné hmotnosti“ (Grahame, 2004, s. 259). Výraz *mentální* zdůrazňuje psychologický původ této nemoci. Je závažná v posledních desetiletích, ohrožuje životy dětí a dospívající mládeže na celém světě. V České republice případy s mentální anorexií narůstají a stávají se velkým problémem. Jde o úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Jedinec může mít hlad, ten je však jeho vůlí potlačen. Kromě omezení potravy volí nejrůznější prostředky hubnutí. Vyvolává zvracení, užívá léky, projímadla, pilulky, které snižují chuť k jídlu a cvičí až do vyčerpání. Vyskytuje se častěji u dívek než u chlapců. Má tělesné i duševní následky. Proces dospívání je opožděn. Panuje strach z nadměrné hmotnosti a nežádoucích změn v tělesných proporcích. Na tomto stavu mají určitý vliv sdělovací prostředky, reklamy, ale i vliv rodiny. Společnost udává ideální proporce ženy. Vzorem jsou vyhublé modelky nebo filmové hvězdy. Dívky se již ve škole srovnávají, porovnávají se, hodnotí se podle váhy, a dokonce většinou svou hmotnost nadhodnocují. Na léčbě se podílí jak psycholog, tak i psychiatr. Léčba se postupně přesouvá z internistického oddělení na psychiatrické zařízení. Odpor rodičů i jejich postoj často zhoršuje léčbu. Neuvědomují si, že neléčená nebo pozdě léčená mentální anorexie může způsobit smrt. Proto je třeba učit děti poznávat vlastní tělo od raného věku, poznávat jeho části, rozměry, funkce, potřeby, aby byly po psychické stránce připraveny na změny, které jsou přirozené.

Mentální bulimie – „vlčí hlad“, jedná se o záchvat přejídání, zároveň spojený s přehnanou kontrolou tělesné váhy. Odmítání potravy přechází do nezvládnutelného hladu. Jedinec není schopný zastavit touhu po jídle, proto sní vše, co má po ruce. Následuje úmyslné vyvolání zvracení. Účelem je odstranit jídlo, a zabránit tak nárůstu váhy. Nechybí zde výčitky svědomí, obviňování z nedostatku pevné vůle a sebekontroly. Bulimie se může vyskytovat u osob trpící obezitou (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Fraňková, 2007).

2.2 Nadváha a obezita

Řadí se mezi nejčastější civilizační onemocnění. Donedávna nadváhou a obezitou trpěli převážně dospělí lidé, ale v poslední době postihuje také velké množství dětí. Nadváha a obezita se od sebe liší závažností, prognózou i úspěšností samotné léčby. Pokud dojde k překročení ideální hmotnosti, tj. nadváha u dítěte, je důležitá prevence, tedy podchycení již v tomto stádiu. Rodiče i dítě by měli nárůst hmotnosti sledovat a začít ho zavčas řešit. Až 80 % dětí zůstává ve zletilém věku obézními. U dětí, které trpí nadváhou, se hmotnost snižovat nemusí, stačí, když zůstane stálá, dítě poroste a poměr výšky a hmotnosti se upraví (Barčáková, 2008).

Obezita, odborně řečeno otylost, je onemocnění, které se vyznačuje nadměrnou tvorbou tuku, který se ukládá do tkání. Některé tkáně jsou uzpůsobeny ukládání tuku, např. břicho a hýždě, jiným tkáním však přítomnost tuku nesvědčí, protože ve formě buněk brání činnosti orgánu. Podíl tuku je určován pohlavím, věkem a charakterem populace. Tělesnou hmotnost nejčastěji posuzujeme pomocí hmotnostních indexů, nejčastěji Body Mass Index (BMI, kg/(m)^2). Protože se u dětí mění hodnoty BMI s věkem, je nutné k jeho hodnocení užívat percentilové grafy. Obezita se stává rizikovým faktorem pro různá onemocnění, která se projeví teprve u zralého člověka (Šonka, 1970; Hainer, Kunešová, 1997; Šplíchalová a kol., 2001Kytnarová a kol., 2011).

„Nejúčinnější je obezitě předcházet dodržováním zásad racionální životosprávy. Již vzniklá obezita se léčí režimovými opatřeními (omezení energetického příjmu, rozložení denní dávky potravy do 5 – 6 jídel, aktivní pohyb, výjimečně i řízená hladovka nebo farmakoterapie, ev. Speciální chirurgické zákroky)“ (Zvírotský, 2014, s. 30).

2.3 Typy obezity

Rozlišujeme dva typy obezity podle tvaru postavy**.** Obezitu **gynoidní**, kde je tuk nahromaděn ve spodní části těla, především na stehnech a hýždích, a obezitu **androidní**, kde tuk naopak přebývá v horní části těla. Protože se u dětí mění tvar těla podle věku, toto rozdělení podle míst nahromaděného tuku není tak významné (Pařízková, Lisá, 2007).

Primární a sekundární obezita

V mladším školním věku se setkáváme především s obezitou primární. Jde o nerovnováhu mezi příjmem a výdejem energie. Tuk bývá rozložen symetricky, ale později podle pohlaví mění místa ukládání. U dívek se v období dospívání tuk ukládá převážně v oblasti stehen a hýždí (Pařízková, Lisá, 2007).

Obezita z genetických příčin

I genetické poruchy můžou zapříčinit obezitu v dětském věku. Ve 40 – 70 % jsou změny tělesné hmotnosti určeny genetickými faktory. Ty nejen že regulují tělesnou hmotnost, ale zároveň předurčují stravovací a pohybové návyky. Většina genů nepůsobí přímo na nárůst tělesné hmotnosti, ale u jedince, který je vystaven specifickému prostředí, zvyšuje jeho náchylnost ke zvýšení tělesné hmotnosti (Pařízková, Lisá, 2007).

Syndromy

Geneticky podmíněné syndromy jsou také spojeny s obezitou. Nejznámější je Syndrom Pradera-Williho. U dítěte s tímto syndromem nacházíme kromě obezity malý růst, hypotonii a mentální retardaci. Mohou se objevit i skeletální úchylky. Syndrom Bardetův-Biedlův je další syndrom, ten je spojen s nedostatečným vývojem zevních pohlavních orgánů, tedy hipogenitalismem, nadpočetnými prsty a mentální retardací. Vzácný je Cohenův syndrom, syndrom fragilního X-chromosomu, Carpenterův syndrom, u něhož nacházíme kraniostenózu, krátké a srostlé prsty na rukou, nadpočetné prsty na nohu, Alströmův syndrom a Beckwithův-Weidermannův syndrom, u něhož se vyskytuje gigantismus (Pařízková, Lisá, 2007).

Endokrinopatie

Kvůli působení nadměrné či nedostatečné hormonální sekreci dochází ke změnám metabolismu, změnám metabolismu v tukové tkáni a k jejímu množení. Na obezitu narážíme u hypothyreózy, u přílišné sekrece glukokortikoidů a u nízké endogenní sekrece růstového hormonu. Při nedostatku růstového hormonu dochází k nedostatečnému vývoji svalové tkáně (Pařízková, Lisá, 2007).

Léky

Některé léky výrazně ovlivňují rozvoj tukových tkání. Právě dlouhotrvající léčba kortikosteroidy vede k tzv. „pavoučí“ obezitě. Typické jsou tukové vrstvy nakupeny na trupu, krku a obličeji, končetiny jsou zde naopak štíhlé. Mohou se objevit i strie (Pařízková, Lisá, 2007).

2.4 Příčiny nadváhy a obezity

„Pravděpodobné příčiny lze rozdělit do dvou skupin, na ovlivnitelné a neovlivnitelné“. Prvně následuje sdělení příčin, které nesouvisí se zdravotním stavem (Fořt, 2004, s. 29).

1. Nedostatečná pohybová aktivita

Díky rostoucímu počtu domácností, které jsou vybaveny nejnovějšími technickými předměty, si dítě vytváří k technice kladný vztah. Pohybová aktivita se tak ztrácí do pozadí. Je čím dál obtížnější najít čas na sport a hlavně přesvědčit dítě k pravidelné fyzické aktivitě. Pravidelný pohyb je nepostradatelný pro dobré zdraví, ale i prevenci vzniku nadváhy a obezity (Fořt, 2004).

2. Sociální a ekonomické podmínky

Životní styl rodiny se odráží na návycích a zvycích dítěte. V rodině s vysokými příjmy hrozí daleko vyšší výskyt obezity než v rodině s příjmy nižšími. Je to dáno neomezenými možnostmi potravin a samotným stylem života. Pravidelná návštěva restaurací, v domácnosti konzumace převážně studených sendvičů, ohřívaných polotovarů, jako jsou pizza a hranolky. Až v období adolescence může dojít k vlastní aktivitě, jedinec si sám uvědomí, že něco není v pořádku (Fořt, 2004; Marinov, Pastucha, 2012).

3. Špatné stravovací návyky

V dnešní době je na dítě vystavován tlak ze strany velkého množství potravin. Vytvářejí se nové receptury, chemizace a zároveň vzniká nové zpracování potravin. Tyto potraviny nejsou výživné, zato obsahují vysokou energetickou hodnotu. S výživou jsou spojeny reklamy, které podporují stravování ve fast-foodech. Děti konzumují tato jídla z důvodu nízké ceny a obdržení dárků s koupí spojených. Státní instituce, škola, v mnoha

případech i rodina nevěnují životnímu stylu dostatečnou pozornost, proto se dítě nemůže správně orientovat v potravinových produktech (Marinov, Pastucha, 2012).

4. Vliv reklamy

Televizní reklamy nejen že nepříznivě působí na děti, ale zároveň zasahují do výběru jejich potravin. Dítě nedokáže rozeznat klamné informace od skutečnosti, reklamy tak zneužívají jejich psychiku. Zatím neexistují žádná omezení ani řešení tohoto problému (Fořt, 2004).

2.4.1 Ovlivnitelné příčiny

1. Štítná žláza

I v naprostém poklidu musí jedinec vydávat energii. Tato energie je důležitá pro udržení tělní teploty a zároveň pro produkci energie. Člověk trpící nadváhou má právě výrazně nižší výdej energie v klidu. Příčinou může být aktivita štítné žlázy. Nepřináší dostatek jódu, nejvíce jsou ohroženy dívky, u kterých začíná menstruační cyklus. Pokud tedy štítná žláza dostatečně nepracuje, snižuje výdej energie a její přebytek ukládá ve formě tuku. Předejít tomuto problému se dá včasným podáním jódu již v těhotenství i v průběhu dětství. Postačí stálý příjem výživy obsahující jód. Na příjem takovéto výživy se dá zvyknout (Fořt, 2004; Robertson, 2011).

2. Kortikoidy

Medikace pomocí kortikoidů je v dnešní době velmi rozsáhlá, především u pacientů s ekzémy, astmatiků a bronchitiků. Je podstatné věnovat náležitou pozornost možným důsledkům. Nejhorší situací je dlouhodobé podávání dítěti i třeba v malých dávkách. Dochází tak k poruše činnosti nadledvin (Fořt, 2004; Frühauf, 2011).

3. Růstový hormon

Je obtížné rozhodnout, do jaké míry nedostatečná produkce růstového hormonu ovlivňuje vznik nadváhy a obezity. Podrobné vyšetření se zpravidla neprovádí. Podání tohoto hormonu syntetickou formou je sporné, protože může vyvolat neočekávané důsledky. Je dobré zvážit a podstoupit vyšetření hladiny růstového hormonu (Fořt, 2004).

4. Mozek

K poruchám činnosti mozku může docházet i z nezjistitelných příčin. Může to být např. porucha vývoje mozku v prenatálním i postnatálním období, v průběhu obtížného porodu, úrazem hlavy či operací mozku (Fořt, 2004).

5. Psychofarmaka

Ovlivňují energetickou regulaci, tedy snižují klidový výdej energie. Psychofarmaka je možné nahradit přírodními výrobky. Pokud se jejich podávání nevyhneme, snažíme se je přestat brát, co nejdříve to bude možné (Fořt, 2004; Kytnarová a kol., 2011).

6. Antikoncepce

Podávání hormonální antikoncepce dívkám mladším 15 let vykazuje větší náchylnost k vývoji nadváhy a obezity (Fořt, 2004; Kytnarová a kol., 2011).

2.4.2 Neovlivnitelné příčiny

1. Genetika

Genetické faktory se do značné míry podílejí na vzniku nadváhy a obezity. Dítě obézních rodičů má větší předpoklad dospět do stádia obezity než dítě rodičů štíhlých. „Například u desetiletých dětí, které mají obézní matku i otce, je dvakrát větší pravděpodobnost, že budou v dospělosti rovněž obézní“. Obezita se může vyskytnout také v rodinách, která má špatné stravovací návyky nebo v rodině, kde se obezita nevyskytovala, ale dítě má na obezitu náběh (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 182).

2. MC–4 R

Jedná se o čtvrtý typ receptoru pro melanokortin. Porucha tohoto receptoru se projevuje patologickou žravostí s časným příchodem obezity. Úprava stravy není řešením (Fořt, 2004).

2.5 Důsledky nadváhy a obezity

Mnozí lidé se mylně domnívají, že nadváha a obezita je jen kosmetickou vadou. Pokud přetrvává delší dobu, může přivodit mnoho problémů a nemocí (Šonka, 1970).

Srdeční obtíže

Srdce obézního jedince je mnohem více vystavováno zátěži než srdce jedince, který má tělesnou váhu v normě. U dětí trpících obezitou se může dostavit hypertrofie, čili zvětšení levé srdeční komory a porušení jejího tvaru. Dále se mohou objevovat poruchy srdečního svalu a srdečních chlopní. Tyto poruchy jsou velmi obtížné na léčení (Šonka, 1970; Pařízková, Lisá, 2007).

Křečové žíly

Plicní potíže

Obezita zhoršuje rozedmu plic. Příčinou je velké břicho, které brání hrudníku a bránici v pohybu (Šonka, 1970).

Kloubní onemocnění

Po zvýšené zátěži obézního jedince může dojít k opotřebení kloubů. Kloubní prostor se zdrsňuje a odhalují se kostní výrůstky. Zasaženy jsou klouby, na kterých spočívá největší hmotnost. Jsou to klouby kolenní, kyčelní a bederní. Neúměrná váha dokáže zbortit i klenbu chodidla, jedinec má ploché nohy (Šonka, 1970).

Kožní problémy

Obézní děti mají časté kožní onemocnění. Objevují se ekzémy, mykózy a erytémy. „Kožní infekce v oblasti perineální mohou vést k infekcím močových cest a u dívek k vaginitidám“. V dětském věku se může objevit i acanthosisnigricans, jedná se o zdrsněnou a šedočerveně zbarvenou kůži na krku a v podpažní jamce (Pařízková, Lisá, 2007, s. 111).

Diabetes

Diabetes neboli cukrovka má více forem. DM 2. typu je onemocnění dáno genetickou dispozicí. Na vzniku se podílí jak necitlivost tkání na inzulín, tak poškození sekrece inzulínu. Většina diabetiků 2. typu bývá obézních (Hainer, Kunešová, 1997).

Hormonální poruchy

Vývoj pohlavního ústrojí je u obézní dospívající mládeže opožděn. U chlapců se setkáváme s hypogenitalismem, kde v tucích dolní části břicha je nořen zevní genitál. Dochází k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů. Při hromadění tukových vrstev v okolí boků a hýždí nabývají chlapci dívčí vzhled. Tyto změny způsobuje enzym měnící androgeny na estrogeny. U dívek s lehkou nadváhou bývá pohlavní vývoj lehce uspíšen, ale u dívek s obezitou dochází k poruchám funkce vaječníků, k nepravidelné menstruaci nebo k nedostavení menstruace (Šonka, 1970; Pařízková, Lisá, 2007).

Trávicí ústrojí

Trávicí ústrojí u obézního jedince je mnohem více namáháno, nežli u jedince hubeného. Dochází k častým zánětům žlučníku, záchvatům žlučových kamenů a zánětům slinivky břišní (Šonka, 1970).

Játra

„K poruše metabolismu obézních se vztahuje i porucha funkce jater spojená se steatózou“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 111).

Úrazy

Pro sníženou pohyblivost a nedostatek mrštnosti se obézní osoby častěji dopouštějí úrazů (Šonka, 1970).

Další možné důsledky

Další možné důsledky u obézních dětí převážně nevídáme, ale měli bychom je znát. Jde o poruchu srážlivosti krve, chronická zánětlivá onemocnění, nádory prostaty a nádory tlustého střeva (Pařízková, Lisá, 2007).

2.6 Důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte

Tělesné obtíže nejsou jediným problémem spojeným s obezitou. Setkáváme se také s problémy v oblasti duševní. Většinou je zapotřebí lékařská pomoc, bez ní se jedinec z problémů obtížně dostává (Šonka, 1970).

Většina obézních dětí trpí pocitem méněcennosti a dochází u nich i k různým poruchám chování, které nejsou blíže specifikovány. K nejčastějším psychickým problémům patří deprese, ta může vzniknout i z negativního hodnocení vlastních tělesných proporcí. Je potřeba ji řešit podáním antidepresiv, které samy mohou negativně působit na rozvoj obezity. Obezita děti trápí, mají negativní vztah ke svému tělu. Převážně dívky, které mají nadváhu, zkoušejí zavádět různé diety a omezují se v konzumaci jídla. Může dojít až k sociální fóbii, což je stud za svůj vzhled před jakýmikoliv lidmi (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Marinov, Pastucha, 2012).

Obezita má také negativní dopad na školní prospěch. Jedná se o zhoršení výkonů ve škole a větší počet absencí. Může to být způsobeno nechutí účastnit se hodin tělesné výchovy, strachem ze šikany, anebo nedostatečnou objektivitou učitele. Dítě má potíže v oblasti sebevědomí a sebeuplatnění. Nemá zájem o běžné aktivity, běžný pohyb, nevyhledává kolektiv, projevuje se u něj náchylnost uzavírat se před okolím. Prožívá pocity méněcennosti, izolovanosti, osamělosti, ale i pocity ponížení, studu a strachu (Marinov, Pastucha, 2012; Handlovský, 2012).

Patologické bažení neboli craving je jeden z faktorů udržování obezity. Významně ovlivňuje všechny psychické procesy. U dětí není tato problematika dostatečně prostudována,

ale je zřejmé, že mechanismy jsou shodné jako u dospělých. Může přivodit poruchy paměti, koncentraci pozornosti, a dokonce i poruchy vnímání (Marinov, Pastucha, 2012)

Může se objevit i zvýšená neurotičnost a lež. Stres a nepohoda jsou s tímto obdobím rovněž spojeny. Dítě je velmi zranitelné, není schopno se prosadit. Má pocit neschopnosti a nízkého sebevědomí. Je hodně citlivé na zevní stimuly, které jsou spojeny s prožívanou sociální nepohodou. Převládá emocionální labilita, dráždivost, netrpělivost a úzkost. U obézního dítěte je charakteristické obtížné sebeovládání, zvýšená náladovost, pesimismus, pocit slabosti, zmoženosti a apatie (Hlúbik, 2006).

Bjorvell a kol. (2001) odhalili u obézních jedinců somatickou úzkost, svalové tenze, impulzivitu, vyhýbání se jednotvárnosti, převažující depresní prožívání a nižší sociabilitu (Hlúbik, 2006).

2.7 Činitelé spolupůsobící psychologické problémy

Mezi tyto činitele řadíme sdělovací prostředky, rodiče a kulturní prostředí.

2.7.1 Rodiče

Pro terapii i prevenci obezity je důležitý vztah rodičů k dítěti, jídelní zvyky, životní styl, stanovisko k dětské obezitě aj. Rodiče můžou působit na dítě vlastním příkladem. V rodinách s nižším vzděláním matky nebo obou rodičů se často vyskytují obézní dívky. Vzdělání rodičů ovlivňuje způsob podávání jídel, volbu stravy a skladbu jídelníčku. U nízké vzdělanosti rodičů může nastat menší kognitivní stimulace u dítěte. Je to jeden z rizikových faktorů ve vývoji dětské obezity. Jedním ze zádrhelů rodičů je neschopnost včasně rozpoznat riziko obezity, nevědomost sociální stigmatizace dítěte a negativní vliv na sebehodnocení dítěte (Pařízková, Lisá, 2007).

2.7.2 Sdělovací prostředky

Snížení pohybové aktivity je často spjato se sledováním televize. „V některých výzkumech bylo prokázáno, že sledování televize je nezávislým predikátorem změn BMI, tloušťky kožní řasy nad tricepsem a pěti kožních řas během celého dětství“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 187).

Děti, které sledují televizi tři a více hodin denně, mají tloušťku kožní řasy 1,5krát vyšší než děti, které sedí u televizoru méně než jednu a půl hodiny denně. Celkové výsledky se zhoršují u dětí, které tráví velké množství času u sedavého zaměstnání a přijímají stravu s vyšším obsahem tuku. Pravidelné sledování televize zvyšuje příjem sladkostí a naopak snižuje chuť na ovoce či zeleninu. Dítě si postupem času navyká na sedavé zaměstnání. Vinou toho omezuje aktivitu, nerozšiřuje zájmy a dovednosti. Zhoršuje se také schopnost čtení. Sledováním televizních programů se ukazuje další problém, a to reklama, její vliv. Dítě nedokáže rozlišit realitu, přehnanost a ani nepravdivost. Kvůli tomu, že až dvě třetiny reklam je vyhrazených na potraviny a pokrmy s větším obsahem tuků, cukrů a solí, si dítě utváří pozitivní senzomotorické vjemy zprostředkované reklamou s představou vhodnosti jídla (Pařízková, Lisá, 2007).

2.7.3 Kulturní prostředí

Různé kultury mají různé pohledy na obezitu a obézní děti. Každá z nich má jinou představu a názor na to, co je zdravé. Např. černošské dívky a ženy preferují větší tělesné rozměry. Afroamerické děti jsou většinou spokojeny s vlastními proporcemi. Preferují sedavý způsob života a tráví velké množství času sledováním televize. Protože se v naší společnosti čím dál více objevují skupiny jiných ras, které vedou rozdílný způsob života, mají jiné zvyklosti, je důležité se těmito tématy systematicky zabývat. Jak v mateřské, tak v základní škole se musí děti adaptovat na rozdílný stravovací režim, což může vést k určitým stresovým faktorům (Pařízková, Lisá, 2007).

2.8 Nadváha a obezita v kontextu socializace dítěte

2.8.1 Přístup vrstevníků a dospělých

Dítě zprvu vyrůstá v přijatelném rodinném prostředí, je se sebou spokojeno a nehodnotí se kriticky. V rodině jeho váze není věnována pozornost. To se však mění s hodnotícím postojem okolí a porovnáváním vzhledu s jinými dětmi. Obtíže nastávají při kontaktu s vrstevníky (Pařízková, Lisá, 2007).

„Už v mateřských školách se setkáváme s tím, že děti hodnotí kriticky tělesné proporce svých vrstevníků“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 185).

Otylé dívky slýchávají různé posměšky i nadávky. V sociální oblasti mají obézní děti trápení. Tělesné proporce a vzhled, které neodpovídají normám společnosti, se projevují v postoji k jedinci. Vrstevníci jsou toho názoru, že obézní dítě je hloupé, nezajímavé a přejídá se v důsledku slabé vůle. Dítě trpící obezitou bývá terčem posměchu a škádlení. To může vést až k tragickému dopadu a to uvažování o sebevraždě až pokusu o ukončení života. Obézní dítě není u vrstevníků příliš oblíbené. Je málo zapojováno do zájmové činnosti a společných pohybových her. Názory ostatních u něj mohou vyvolat pocit méněcennosti. Tím se vylučuje z aktivit, společných her a zároveň ze skupiny vrstevníků stejného či opačného pohlaví. K problémům často vede přístup učitele tělesné výchovy. Z jeho strany chybí motivace k aktivitě a povzbuzení. Obézní dítě vidí jako nemotorné, že nestačí svým vrstevníkům a potřebuje větší dozor při provádění sportovních aktivit (Pařízková, Lisá, 2007; Marinov, 2010).

Obézní dítě se ve velkém množství případů kolektivu straní. Dává přednost domácímu prostředí, uzavírá se do sebe. Většinu času se dívá na televizi nebo sedí u počítače. Plná lednice je také velkým lákadlem, jídlo zmírňuje stres a úzkost. Po čase se vše zhoršuje. Dítě potřebuje podporu a pomoc ze strany rodiny, lékaře a školy (Barčáková, 2008).

V desátém až jedenáctém roku věku chlapci i děvčata kamarádí s hendikepovanými dětmi raději než s dětmi trpící obezitou. Obezitu si spojují s lajdáctvím a leností. Jejich názory souvisejí s názory rodičů a společnosti (Sladká, 2006; Chytka, 2013).

V mladším i starším školním věku mohou dívky, které trpí nadváhou, snášet nepříjemné slovní projevy, různé posměšky, agresi, přehlížení a nepříjemné narážky. Je proto

nutné nepodceňovat psychologické následky. Kvůli obavám z posměchu a pocitu ponížení se obézní dítě vyhýbá skupinovým aktivitám a dává přednost individualitě.

To, co dítě prožívá, rodina nemusí vědět. Orientace v jeho nitru je pro rodiče velmi náročná. Nápomocná může být schopnost vyslechnout. To však většinou dospělí neumějí, začnou problémy racionalizovat, zlehčovat a podceňovat (Handlovský, 2012).

Některá společenství zaujímají vůči obézním docela tvrdý postoj. Považují je za méněcenné, jak z hlediska atraktivity, tak z hlediska osobnosti a profesionální kvality. Tyto předsudky ztěžují společenskou adaptibilitu. Diskriminace a ztížené uplatnění se podílejí na výskytu deprese a úzkosti (Hainer, Kunešová, 1997).

Dobrým způsobem začlenění obézního dítěte je zajistit mu různorodé mimoškolní aktivity, např. volnočasové kroužky nebo jakékoliv kontakty s vrstevníky, kamarády, se kterými může trávit čas. Tyto aktivity by se také mohly spojit se zdravějším životním stylem, tím přispět k duševní rovnováze a zmírnit somatické projevy (Handlovský, 2012).

2.8.2 Agresivita, šikana

„Násilné chování dětí vůči druhým může mít mnoho podob“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 184).

V dnešní době se ve škole a dětském kolektivu ukazuje jistá forma agresivity, šikana. Může mít mnoho podob. Šikana bývá:

Fyzická – jde o bití a týrání.

Verbální – jde o nadávky, urážky a vulgární přezdívky.

Vztahová – jde o pomluvy a lži.

Sexuální – jde o sexuální obtěžování.

Obézní dítě může být jak předmětem šikany, tak i jeho iniciátorem. Vyvolání násilí může mít i jiné důvody, jako třeba věk, pohlaví, rasové nebo etnické důvody (Pařízková, Lisá, 2007).

2.9 Pohyb dětí s obezitou

Součástí léčby obezity je kromě diet a psychoterapie pohybová aktivita. Její úloha závisí na věku pacienta, stupni obezity a na zdravotních obtížích. Je významná pro prevenci, ale také pro léčbu obézních dětí. Důležité je zvýšení energetického výdeje. Dobré je zvýšit spontánní fyzickou aktivitu−využívat schodiště místo výtahu nebo místo veřejné dopravy volit chůzi (Hainer, Kunešová, 1997; Hlúbik, 2009).

Vhodná je také pohybová aktivita zaměřená na rozvoj, udržování správného držení těla a nápravu poruch pohybového aparátu, jako je předsun hlavy, nerovnost ramen, lordóza a kyfóza páteře, oslabená břišní stěna, příčně nebo podélně plochá klenba atd. Aby nedošlo k poškození kloubů dolních končetin, je vhodné zapojit aktivity s odlehčením těžiště. Při zadání pohybové aktivity musíme respektovat určitá specifika, jako je věk dítěte a rozsah obezity. Dále omezovat možnost zranění a jakékoliv poškození. I když dítě nedosahuje viditelných pokroků, musíme ho dále povzbuzovat a chválit (Kytnarová a kol., 2011).

Důležitá je vhodná forma pohybové aktivity, taková, která by obézní děti bavila, z které by měly radost a mnoho pěkných zážitků (Tkáčová, Wiczmandyová, 2010).

2.9.1 Doporučené pohybové aktivity

Spontánní aktivity

Vycházejí z vlastních pohybových možností a jsou vyjádřeny dětskými hrami. V nich upevňuje naučené a zároveň vyrovnává přetěžování nebo jednostranné zatěžování z dřívější činnosti (Pařízková, Lisá, 2007).

Chůze

Je nejvhodnější způsob pro zvýšení pohybové aktivity. V dnešní době je upřednostňována před během. Náročnost chůze může být zvýšena, a to zařazením rychlé chůze, chůze do kopce nebo do schodů. Pravidelná chůze by měla být zařazena až třikrát týdně po dobu jedné až dvou hodin (Hainer, Kunešová, 1997; Zvírotský, 2014).

Atletika

Má všechny potřebné pohybové vzorce. Proto se začleňuje do pohybové terapie. Je však důležité její uzpůsobení obézním dětem. Nedoporučují se skoky, prosté poskoky a skok

o tyči. Preferují se všechny formy dětským honiček. Ty na základě správné motivace naplňují pohybovou potřebu. Pokud je u obézního dítěte prokázán vyšší stupeň onemocnění, atletika se vylučuje (Pařízková, Lisá, 2007).

Cyklistika

Je velmi prospěšná, protože nezatěžuje klouby a má pozitivní vliv na psychiku. Umožňuje rychlé přemístění a poznání nového prostředí. Měla by se provozovat aspoň třikrát týdně po dobu jedné až dvou hodin. Důležité je mít správné vybavení, nastavení řídítek a sedadla, zvolit správný terén a prostředí (Hainer, Kunešová, 1997; Zvírotský, 2014).

Golf

Doplňuje celkovou pohybovou terapii. Vyžaduje harmonii a souměrnost pohybu, kompenzuje jednostrannou zátěž. Má dynamicko-statický charakter. Jeho zátěž spočívá v lokomoci. Často je obtížné pro dítě vytvořit dostatečnou motivaci. Můžeme apelovat na čerstvý vzduch a příjemné prostředí. Obézní by měli používat vozík na nářadí (Pařízková, Lisá, 2007).

Plavání

Snížené gravitační působení a harmonická zátěž celého těla zastávají kladnou roli. Příznivě působí na oběhový a dýchací systém, dominuje zde síla a obratnost, rychlost a vytrvalost na ně navazuje. Plavat by se mělo aspoň dvakrát v týdnu jednu hodinu (Zvírotský, 2014).

„U dětí s vysokým stupněm obezity je vhodné začít se cvičením v bazénu a využít možnosti odlehčení vlastní hmotnosti cviky pod vodou. Dále je možno pokračovat se cviky vleže a vsedě nebo v kleku“ (Kytnarová a kol., 2011, s. 11).

Určitým rizikem je hypotermické účinkování vodního prostředí. Zeman (2006) uvádí, že voda pod 35 stupňů je hypotermická a může stimulovat vyšší ukládání tukových rezerv. Doporučují se zařadit prvky vodního póla, zejména u dětí může vytvářet motivaci i vlastní tělesnou aktivitu (Pařízková, Lisá, 2007).

Turistika

Pobyt i pohyb v přírodě je velice vhodný, a to jak po tělesné, tak psychické stránce. Její výhodou je základní pohybový projev, krok. Dlouhé pochody bývají hlavní náplní táborů pro jedince trpící obezitou. Řadí se zde také vysokohorská turistika, kde by se měly dodržovat principy běžné turistiky. Pozor by se mělo dát na přetížení hybné soustavy, na svalové křeče a bolesti v oblasti dlouhých svalů (Pařízková, Lisá, 2007; Kytnarová a kol, 2011).

Lyžování

V dnešní době je rozšířeným a oblíbeným sportem. Promítá se do pohybových aktivit obézních jedinců. Do komplexní terapie zařazujeme nácvik lyžování v nenáročném terénu. Často se upřednostňuje spíše lyžařská turistika, pro menší zatížení kloubů a pro pozitivní působení energického výdeje. Nedoporučují se skoky s výraznými dopady (Hainer, Kunešová, 1997).

Kopaná

Velmi využívaná hra. Jsou zde zahrnuty všechny lokomoční projevy s příležitostí střídání pohybových dovedností. Výhodou jsou její jednotlivé prvky, jako je kop, chytání míče, běh za ním i orientace v prostoru. U nižšího stupně obezity je dobré začleňovat vlastní hru, u vyššího stupně provádíme prvky hry bez kontaktu s protihráčem. Můžeme sem zařadit i nohejbal, který z kopané vychází. Má silnou motivaci, minimální kontakt se soupeřem a hlavně je velmi oblíbený u chlapců (Pařízková, Lisá, 2007).

Házená

Má podobné možnosti jako kopaná. Janda (1996) uvádí, že kromě lokomočních prvků využívá také úchopu. Podstatně více se využívají jednotlivé prvky hry – hod a chytání míče. Tato hra je oblíbená spíše u dívek. Hodně využívaná je také vybíjená, která nepřetěžuje, motivuje a není v přímém kontaktu s protihráčem.

Basketbal a volejbal

Výhodou těch her je motivace, soutěživost, rychlé střídání situací a rozmanitost pohybů. U vyššího stupně obezity jsou nežádoucí skoky a poskoky, proto je dobré je nezařazovat. Prvky jako hody, chytání míče, dribling a odbíjení jsou vhodným doplněním (Pařízková, Lisá, 2007).

Úpoly

Mezi nejzmiňovanější patří zápas a judo. Tyto sporty realizují základní pohybové dovednosti. Zápas je dynamický, pestrý a umí motivovat. Organismus je zatěžován rovnoměrně. Nebezpečí úrazu není velké. V judu se mnoho triků provádí s pomocí oblečení a mění se různými úchopy (Pařízková, Lisá, 2007).

Vodní sporty

Mohou být vhodným doplněním pohybových aktivit. Výhodou je snížení gravitační síly. Jízda v lodi i doplnění s dalšími sportovními nebo turistickými činnostmi může vést k lepší psychické pohodě. „Vždy ale záleží na správném výběru formy, obsahu i typu ve vztahu k původu, příčině, diagnóze i stupni onemocnění“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 172).

Další aktivity

Řadíme sem tanec, upravený aerobik (bez výskoků), později stolní tenis, badminton, tenis, squash a další (Kytnarová a kol., 2011).

Vyhýbáme se především silovému cvičení, které může vést k přetěžování kloubů a k narušení svalů (Hainer, Kunešová, 1997).

2.10 Léčba obézních dětí

Při léčbě musíme brát v úvahu věk pacienta, stupeň nadváhy, rozložení tuku a výskyt zdravotních obtíží. Rodinná léčba je nejvhodnější léčbou pro obézní dítě. Je spojená s úpravou stravy a zvýšením pohybové aktivity. Pro úspěšnost léčby musí být určeny reálné cíle.

2.10.1 Dieta

Jako první je nutné charakterizovat stravovací návyky a životní styl, zhodnotit jídelníček a objevit rizikové potraviny. Následuje dlouhodobé udržení hmotnosti. Léčba může být zahájena, pokud je dítě starší tří let. Důvodem brzkého zahájení léčby je její vyšší úspěšnost (Hainer, Kunešová, 1997; Pařízková, Lisá, 2007).

Omezení energie musí být zvoleno opatrně, protože jednostranná a přílišná úprava stravy může zapříčinit poruchu vývoje a růstu. Strava musí být především vyvážená a pestrá. Nesmí chybět potřebný podíl živin, především bílkovin, sacharidů, vlákniny, vitamínů, minerálů, stopových prvků a vhodné množství tuků. Je tedy dobré vyřadit z jídelníčku tučné mléčné výrobky, tučná masa a uzeniny. Především omezit živočišné tuky, omezit příjem jednoduchých cukrů, tedy slazených nápojů, sladkostí a moučných jídel. Bílé pečivo měníme za celozrnné. Jídla připravujeme vhodnou formou, jako je dušení, vaření na páře, grilování bez tuku atd. Smažené pokrmy zcela vyřazujeme. Dieta, která je doporučena, by měla být uzpůsobená tak, aby ji rodina mohla snáze sledovat a kontrolovat (Šonka, 1970; Kytnerová a kol., 2011).

2.10.3 Farmakoterapie

Léčba pomocí léků je v dětském věku značně omezena.

Orlistat – blokuje střevní lipázy, a tím má vliv na vstřebávání tuků. U nás není k léčbě dětí určen.
Metformin – pro léčbu obézních dětí byl povolen s dokázanou inzulinorezistencí od desátého roku věku (Pařízková, Lisá, 2007).

2.10.4 Chirurgická léčba

V dětském věku lze bariatrické výkony konat jen mimořádně. U obézních dospívajících je možné výkony provést, pokud splňují následující kritéria:
– závažné zdravotní komplikace, BMI 40kg/m²
– méně závažné komplikace, BMI 50kg/m²
– dosažení alespoň 95% výšky dospělého člověka
– neúspěch několikaměsíční intenzivní léčby

Bariatrické výkony by měly být sledovány a stanoveny týmem odborníků. Obezitolog, psycholog, bariatrický chirurg, dětský endokrinolog, psychiatr a další, ti všichni se podílejí (Kytnerová a kol., 2011).

2.10.5 Lázeňská terapie

Lázeňská léčba je podporována ve sledovaných případech ambulantní léčbou. V České republice má lázeňská léčba obezity dlouholetou tradici. Nastat by měla po seznámení celé rodiny. Stálost hmotnosti, která byla docílena v lázních, je nutno podpořit následnou obezitologickou péčí. Nejlepší možností je, aby tato péče byla v místě bydliště za nevyhnutelné spolupráce rodičů (Kytnerová a kol., 2011).

2.11 Sebepojetí

Představa o sobě samém, jak jedinec sám sebe vidí, tak líčí sebepojetí Hart a Hártlová (2000). Mluvíme o součásti našeho vnitřního já. Pojem sebepojetí se v mnoha publikacích shoduje s pojmem sebehodnocení, sebeobraz či sebeúcta (Reklund, Tenenbaum, 2014).

Sebepojetí je dáno množstvím znalostí, které máme o sobě samých. Obsah sebepojetí je u každého jedince odlišný. Z vývojového hlediska obsah charakterizujeme jako postupné narůstání informací o sobě na základě vlastního názoru, v průběhu pozorování vlastní činnosti a na základě zpětných informací z prostředí. Obsah sebepojetí je tedy u každého jedince odlišný právě pro získané zkušenosti (Blatný, Plháková, 2003).

Macek (1997) uvádí, že se sebepojetí utváří a mění postupem života, dále plní funkci integrační, regulační a obrannou. V průběhu života mohou nastat situace, které povedou k narušení sebepojetí nebo devalvaci vlastního „Já". Tomu se však člověk brání tzv. obrannými mechanismy, jejichž snahou je udržení vnitřní stability a sebeúcty jedince (Hátlová, 2003).

Eklund a Tenenbaum (2014) uvádějí, že pohlaví, hodnoty a normy, které se mění postupem času, mají velký vliv na naše sebepojetí.

Jungwee (2006) podle své studie zjistila, že dívky vykazují nižší úroveň sebepojetí než chlapci.

Sebehodnocení je důležitým aspektem sebepojetí, představuje emoční vztah k sobě samému. Je z velké části utvářeno působením rodinného prostředí, okolního prostředí, ale také hodnocením druhých lidí (Blatný, 2001; Tomešová, 2005; Eklund, Tenenbaum, 2014).

Tělesné sebepojetí

V dnešní době se tělo stává symbolem úspěchu a zároveň jednou z nejdůležitějších složek sebepojetí. V životě jedince zaujímá podstatné místo (Fialová, 2001).
Spokojenost nebo nespokojenost s vlastním tělem je jednou z hlavních součástí sebepojetí. Tělesný vzhled určuje sebeúctu a je jedním ze základních znaků sociální percepce. Současná společnost klade na vzhled velký důraz. Atraktivita je důležité pro naše sebehodnocení.

Formovaní tělesné identity se vytváří na základě různých faktorů – nejvýznamnější je hodnocení, představy blízkých lidí, ale také jejich samotné porovnávaní s ostatními dětmi (Fialová, 2001; Vágnerová, 2001).

Fialová (2001) uvádí, že pohlaví hraje významnou roli ve vztahu k vlastnímu tělu. Již v minulosti byly ženy vedeny k tomu, aby se přizpůsobovaly soudobým trendům, jak v tělesné hmotnosti, tak i ve vzhledu.

3. CÍLE A ÚKOLY VÝZKUMU

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat a interpretovat některé dopady nadváhy a obezity v oblasti psychosociální u žáků na 1. stupni základních škol.

Ze stanoveného cíle vyplynuly následující úkoly:

1. Zpracování rešerše literatury
2. Volba statistických metod a technik
3. Realizace výzkumu
   - vytvořit výzkumný soubor
   - vybrat vhodné metody a aplikovat je na výzkumný soubor
   - statisticky zpracovat a posoudit získaná data
   - vytvořit závěry
4. Zpracováni diplomové práce

Na základě rešerše odborné literatury stanovíme následující hypotézy:

1. Žáci, u nichž bude výškově-hmotnostní index (BMI) klasifikován jako nadváha nebo obezita, budou vykazovat nízkou úroveň v oblasti sebepojetí.
2. Žáci s nadváhou a obezitou nebudou pro spolužáky s normální hmotností atraktivní.
3. Žáci s nadváhou a obezitou budou vykazovat vyšší úroveň přizpůsobivosti než žáci s normální hmotností.

Otázky k řešení:

1. Projeví se u sledovaných žáků s nadváhou a obezitou nižší úroveň sebepojetí než u žáků s normální hmotností?
2. Vykazují děti s podváhou ve sledovaných aspektech (přizpůsobivost, sebepojetí, atraktivita) obdobné výsledky vzhledem k dětem s normální hmotností jako vykazují děti s nadváhou a obezitou?

4. METODIKA

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen ve spolupráci se základními školami olomouckého regionu. Celkem se výzkumu (výzkumného šetření) zúčastnilo 183 dětí (105 chlapců a 77 dívek) ve věku od 7 do 11 let. Průměrný věk je 8.75 a průměr BMI je 17.03. Na základě BMI jsme výzkumný soubor rozdělili do 3 skupin.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru - Průměr (směrodatná odchylka)

	podváha	**Normální váha**	**Nadváha/ obezita**	**celkem**
n chlapy/dívky	15/12	67/48	23/17	105/77
Věk	9.5 (1.4)	8.7 (1.2)	8.2 (1)	8.7 (1.3)
BMI	14 (05)	16.3 (1.3)	20.9 (2.4)	17 (2.7)

Vysvětlivky: n – počet, BMI – index tělesné hmotnosti

4.2 Organizace výzkumu

Při zahájení práce byli požádáni o spolupráci ředitelé základních škol olomouckého regionu (Příloha 1). Po kladných odpovědích byl rodičům dětí prvního stupně zaslán písemný formulář (Příloha 2) o souhlasu měření BMI jejich dětí a vyplnění dotazníků jejich dětmi. Paní učitelky prvního stupně byly také seznámeny s výzkumem i s jeho cílem.

Výzkum byl konán v průběhu jednoho týdne, a to vždy v prostorách školy. BMI se měřilo v tělocvičně školy pod vedením týmu z fakulty Tělesné kultury.

Výzkum dotazování byl prováděn v oddělené místnosti, kterou mi každá škola dala k dispozici. Postupovala jsem podle seznamu a podle tříd. Každé dítě mělo své místo na psaní a pero. Děti jsem vždy vyzvedla z třídy a následně je zavedla zpátky. Po příchodu jsem je požádala, aby se posadily a pozorně poslouchaly. Následně proběhlo instruování. V průběhu měl každý žák možnost se na cokoliv zeptat, popřípadě odstoupit. Vyplňování dotazníku trvalo přibližně 10 až 15 minut.

4.3 Metody a techniky

4.3.1 BMI

Dětská BMI byla měřena pomocí analyzátoru složení těla InBody720.
Jedná se o spolehlivý a přesný přístroj, který je určen pro diagnostiku a analýzu lidského těla. Dokáže změřit celkové množství tuku, objem svalové hmoty a vody, tzv. bazální metabolismus, BMI a další. Měření trvá několik sekund, je zcela jednoduché, rychlé a hlavně bezpečné. Měřený jedinec si stoupne naboso na elektrody, které má pod nohama, a další dvě elektrody chytne do dlaní. Zásluhou elektrod následně prochází do těla slabé a nepostřehnutelné proudění, nyní můžeme zaznamenat odpor tkání v těle.

Výsledky měření lze pomocí počítačového programu zobrazit, popřípadě vytisknout.

BMI – z anglického „body mass index“ tedy index tělesné hmotnosti, je číslo užívané jako měřítko podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity. Lze je považovat za jednoduchý prostředek, protože ignoruje velké množství důležitých faktorů, jako je např. stavba těla i množství svalstva. Proto by se měl brát jen jako přibližné vodítko. Vzorec pro jeho výpočet je velmi prostý, svou hmotnost vydělíme druhou mocninou tělesné výšky (Biospace Co., Ltd.; Seoul, Korea).

Pomocí autorů (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000), kteří stanovili mezinárodní „cut-off“ body (Tabulka 2) pro rozdělení BMI pro podváhu a nadváhu a obezitu u dětí, jsme výzkumný soubor rozdělili na základě BMI do 3 skupin:

1. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují podváhou
2. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují normální váhou
3. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují nadváhou a obezitou

Tabulka 2 Kritéria pro hodnocení podváhy, nadváhy a obezity

věk	BMI Podváha		BMI Nadváha		BMI Obezita	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
6	<14.07	<13.82	17.55	17.34	19.78	19.65
7	<14.04	<13.86	17.92	17.75	20.63	20.51
8	<14.15	<14.02	18.44	18.35	21.60	21.57
9	<14.35	<14.28	19.10	19.07	22.77	22.81
10	<14.64	<14.61	19.84	19.86	24.00	24.11
11	<14.97	<15.05	20.55	20.74	25.10	25.42

4.3.2 Piers Harris

Pro zjištění dat byla užita upravená česká verze dotazníku Piers Harris Childrens self – concept Scale (2002). Na jejím základě hodnotíme subškálu přizpůsobivosti, subškálu popularity i celkové sebepojetí jedince.

Obsahuje 60 položek, které jsou orientované na vnímání sebe sama. Sebepojetí můžeme hodnotit u dětí od 7. roku, kdy mají odpovídající úroveň čtenářských dovedností a pochopení významu textu do 18. roku věku, kdy se dítě stává dospělým. Jednotlivé položky jsou uzavřené otázky, na které jedinec odpovídá. Vybírá si mezi odpověďmi ano a ne, podle toho, zda se na něj daná otázka vztahuje. Sebepojetí rozdělujeme na 6 subškál. Ty nám dávají informace o specifických oblastech sebepojetí. Jedná se o přizpůsobivost (BEH), intelektové a školní postavení (INT), fyzický zjev (PHY), nepodléhání úzkosti (FRE), popularitu (POP) a štěstí a spokojenost (HAP). U každé z nich může jedinec dosáhnout 5 úrovní - velmi nízké, nízké, nízkého průměru, průměru a nadprůměru. Spojením tyto subškály tvoří celkový scór (TOT). Celkový scór poukazuje na to, např. jaké sebevědomí je dítěti vlastní. Jedinec může dosáhnout 7 úrovní – velmi nízké, nízké, nízkého průměru, průměru, vysokého průměru, vysoké a velmi vysoké. Pokud dítě dosahuje např. u sebevědomí vysokých hodnot, je schopno ocenit se a vážit si samo sebe. Naopak nízké hodnoty poukazují na fakt, že dítě pochybuje o svých kvalitách, nevěří si (Piers, Herzberg, 2002; Obereignerů et al., 2014).

4.3.3 Statistické zpracovaní dat

Všechna data byla analyzována pomocí komerčně dostupného softwaru STATISTICA12.0. Pro ověření hypotéz a odpovědí na výzkumné otázky byl použit Mann-Whitneyův test a popisná statistika. Byla stanovena minimální hladina významnosti $\alpha = 5\ \%$ ($p \leq 0.05$).

Získaná data byla zpracována procentuálně a graficky znázorněna. Výsledky byly zpracovány na počítači ASUS K55A Series s Windows 7, v programech Microsoft Office Excel 2013 a Microsoft Office Word 2013.

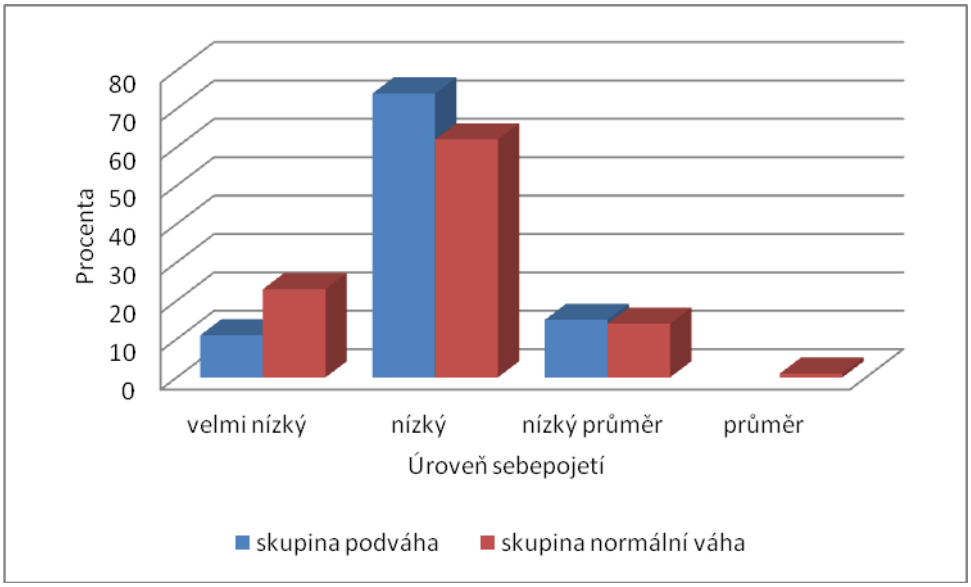
5. VÝSLEDKY A DISKUZE

Jak v celkové úrovni sebepojetí, tak i v subškálách popularity a přizpůsobivosti nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi dívkami a chlapci ($p > 0.05$), proto jsme je v dalším statistickém zpracovaní nerozdělovali.

5.1 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se normální hmotností

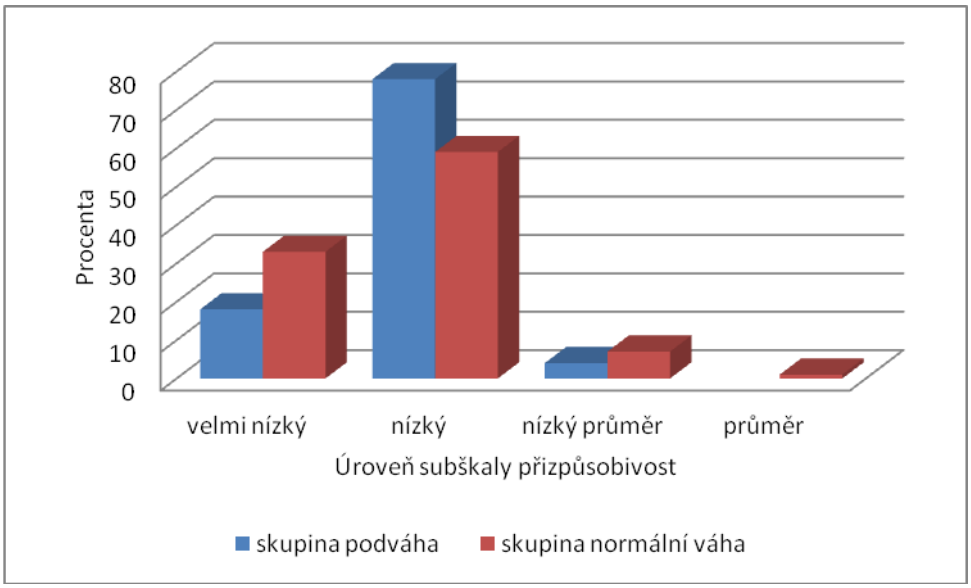
Mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se normální hmotností nebyl nalezen statistický významný rozdíl, a to jak v celkové úrovni sebepojetí ($p = 0.32$), tak i ve subškálách popularity ($p = 0.74$) a přizpůsobivosti ($p = 0.31$).

Graf 1 Srovnání výsledků celkového sebepojetí mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „normální hmotností“



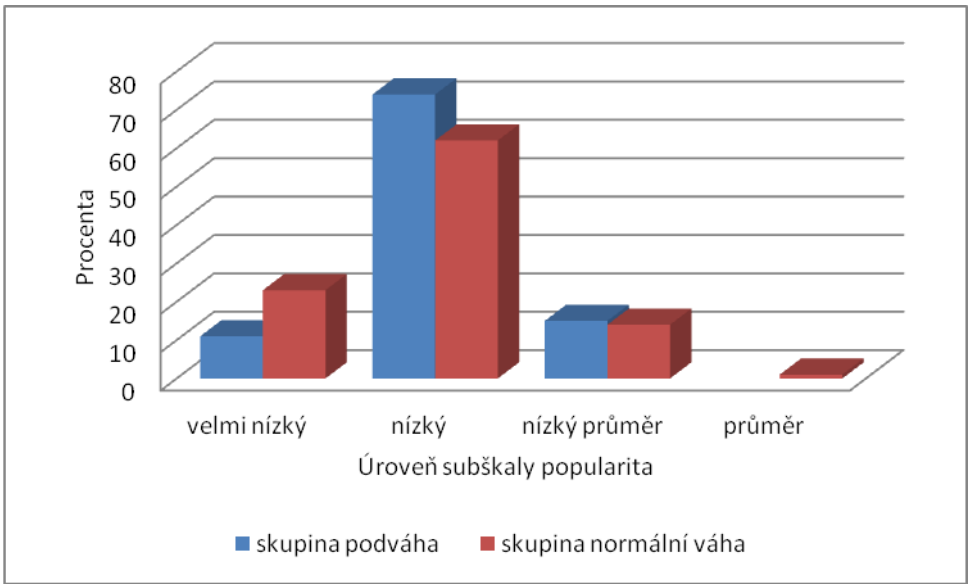
Z grafu 1 vyplývá, že 74 % dětí ze skupiny podváhy a 62 % dětí ze skupiny normální hmotnosti vykázaly nízkou úroveň sebepojetí. Pouze 15 % dětí hubených a 14 % dětí s normální hmotností dosáhlo nižšího průměru celkového sebepojetí. Při srovnání těchto dvou skupin vykázalo více dětí ze skupiny normální hmotnosti (23 %) velmi nízkou úroveň sebepojetí, a to na rozdíl od dětí s podváhou (11 %).

Graf 2 Srovnání výsledků subškály přizpůsobivost mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „normální hmotností“



Celkem 78 % dětí řadících se do skupiny podváhy a 59 % dětí řadících se do skupiny normální hmotnosti dosáhlo nízké úrovně přizpůsobivosti. Větší počet dětí (33 %) ze skupiny s normální hmotností má velmi nízkou úroveň přizpůsobivosti než děti spadající do skupiny podváhy (18 %). 7 % dětí spadajících do skupiny normální hmotnosti dosáhlo nízkého průměru přizpůsobivosti a jen 1 % této skupiny dosáhlo průměrné úrovně přizpůsobivosti.

Graf 3 Srovnání výsledků subškály popularita mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „normální hmotností“

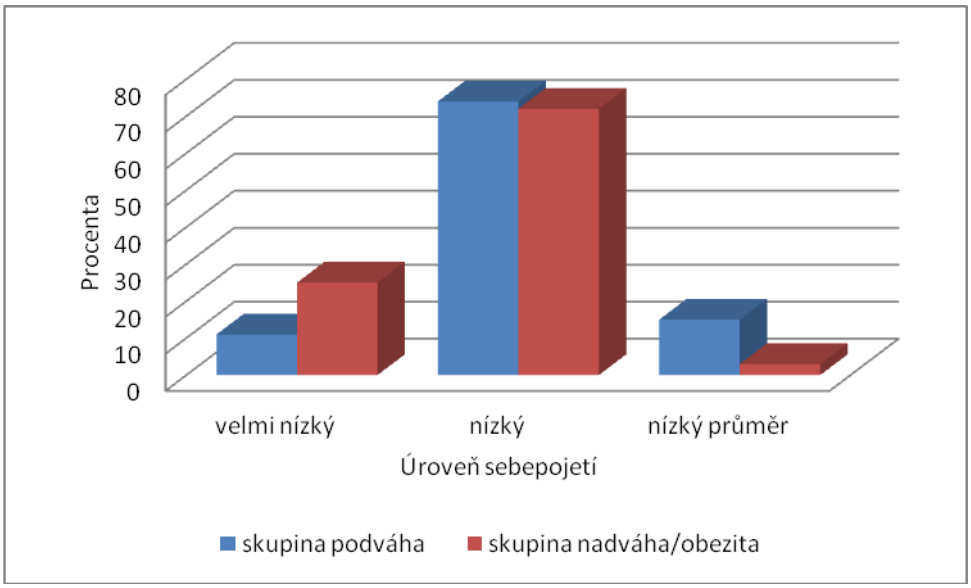


Skupina dětí vyznačující se podváhou dosáhla 74 % nízké úrovně popularity, druhá skupina dětí s 55 % dosáhla také nízké úrovně popularity. Jak je patrné z grafu 3, děti spadající do skupiny normální hmotnosti dosáhly jak nižší průměrné, tak průměrné úrovně popularity, bylo to však 27 % a 9 % z nich. Rovněž děti spadající do skupiny podváhy dosáhly jak nižší průměrné, tak průměrné úrovně popularity, bylo to 22 % a 4 % z nich.

5.2 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou

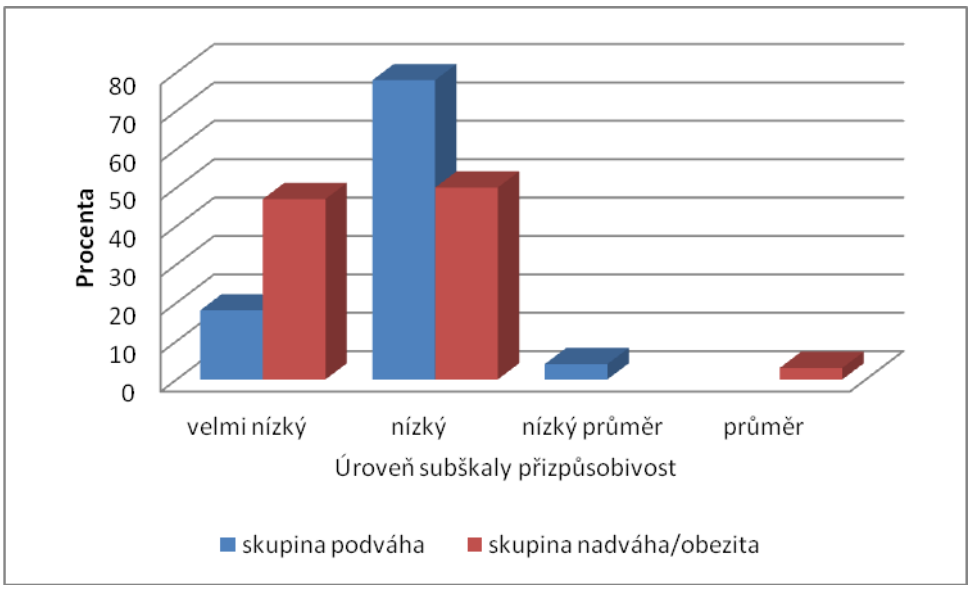
Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi skupinami dětí s podváhou a skupinou dětí s nadváhou a obezitou, a to v celkovém sebepojetí ($p = 0.11$). V subškále přizpůsobivosti byl ale mezi těmito skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0.05$).

Graf 4 Srovnání výsledků celkového sebepojetí mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“



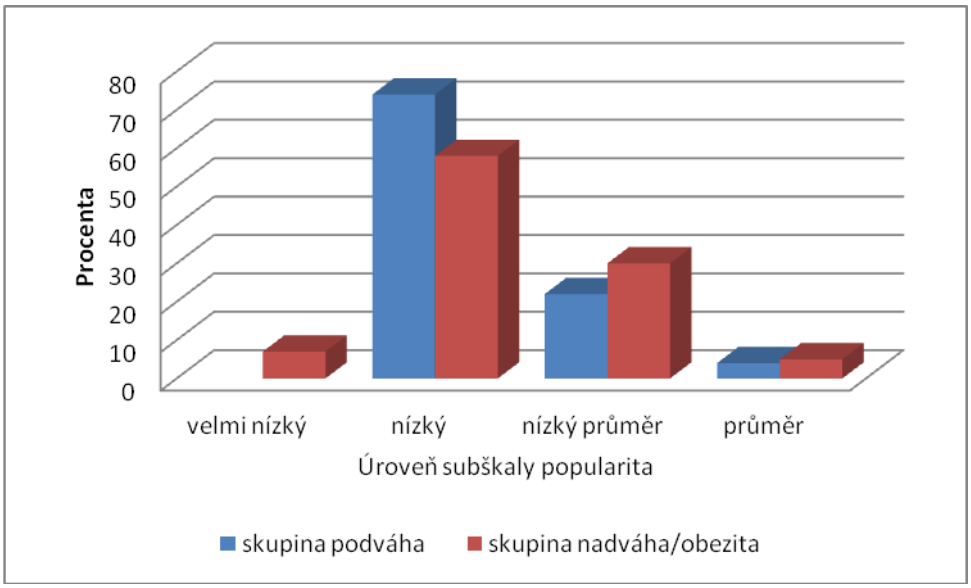
Z obrázku 4 je zřejmé, že 74 % dětí ze skupiny podváhy a 72 % dětí ze skupiny nadváhy a obezity vykázaly nízkou úroveň sebepojetí. Děti spadající do skupiny nadváhy a obezity vykazují velmi nízkou úroveň sebepojetí, a to 25 %. Celkem 15 % dětí patřících do skupiny podváhy dosáhly nízkého průměru úrovně celkového sebepojetí.

Graf 5 Srovnání výsledků subškály přizpůsobivost mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“



Děti vyznačující se nadváhou a obezitou dosáhly jak velmi nízké úrovně, tak nízké úrovně přizpůsobivosti a děti spadající do skupiny podváhy dosáhly nízké úrovně přizpůsobivosti (Obrázek 5). Pouze 4 % dětí vyznačující se hubeností dosáhly nízkého průměru přizpůsobivosti a pouze 3 % dětí vyznačující se nadváhou a obezitou dosáhly průměrné úrovně přizpůsobivosti.

Graf 6 Srovnání výsledků subškály popularita mezi skupinou dětí s „podváhou“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“

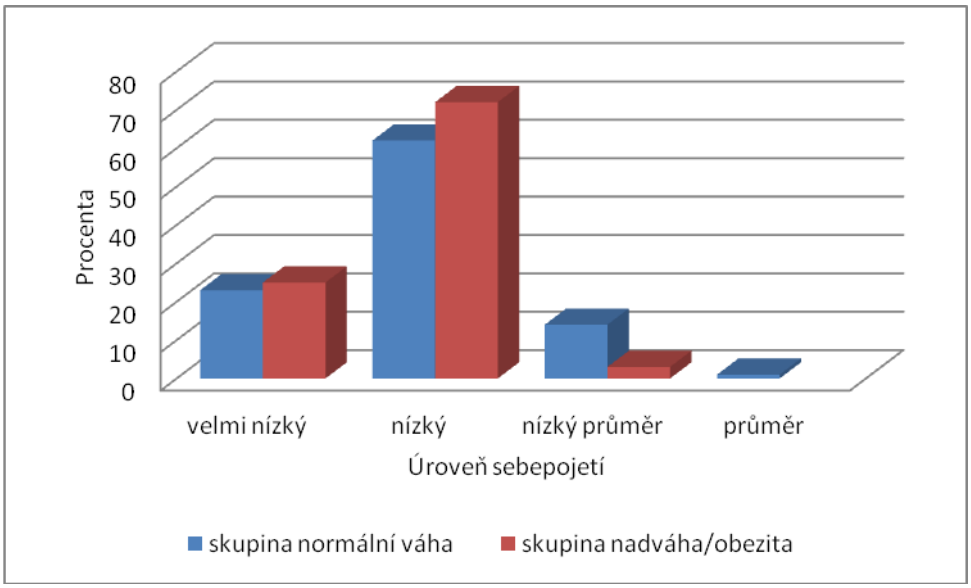


Nízké úrovně popularity dosáhly jak děti řadící se do skupiny podváhy (74 %), tak děti řadící se do skupiny nadváhy a obezity (58%) (Obrázek 6). Tyto skupiny dosáhly nižší průměrné úrovně popularity. Pouze malé procento dětí v obou skupinách (26 % a 32 %) dosáhlo také průměrné úrovně popularity v kolektivu své třídy.

5.3 Vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi skupinou dětí vyznačující se normální hmotností a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou

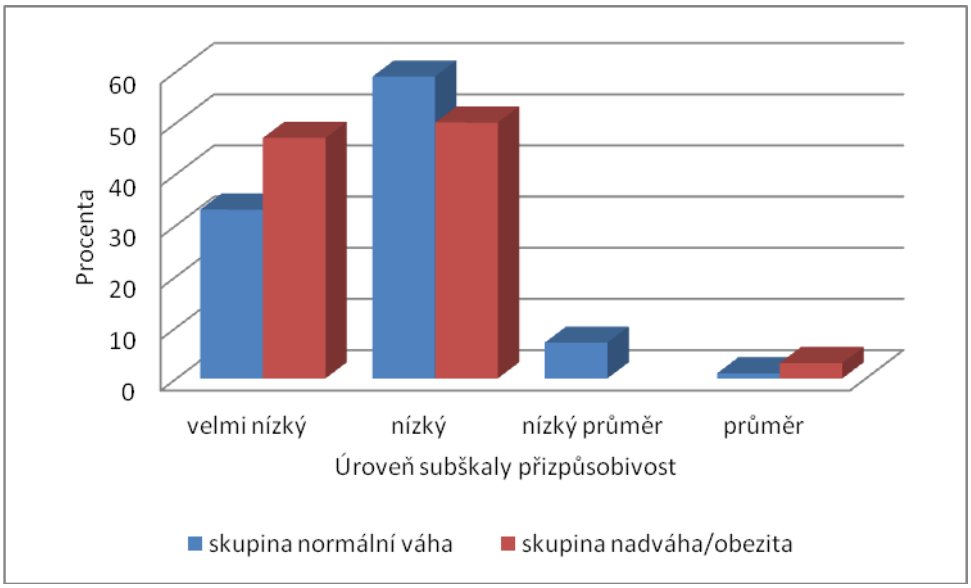
Jak v celkové úrovni sebepojetí, tak i ve složkách popularity a přizpůsobivosti byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p > 0.05$) mezi dětmi, které byly zařazeny do skupiny normální hmotnosti a dětmi s nadváhou a obezitou

Graf 7 Srovnání výsledků celkového sebepojetí mezi skupinou dětí s „normální hmotností“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“



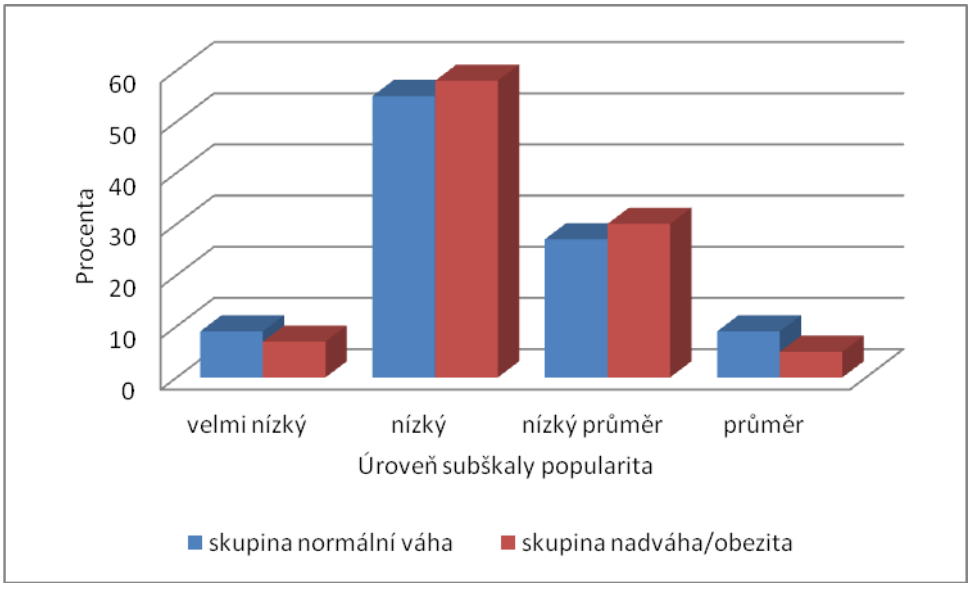
Děti spadající do skupiny nadváhy a obezity dosáhly jak velmi nízké, tak nízké úrovně sebepojetí. Celkem 25 % dosáhlo velmi nízké úrovně a až 72 % nízké úrovně. Děti řadící se do skupiny s normální hmotností dosáhly nízkého průměru (14 %) a průměru (1 %) v subškále sebepojetí.

Graf 8 Srovnání výsledků subškály přizpůsobivost mezi skupinou dětí s „normální hmotností“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“



Z obrázku 8 vyplývá, že děti vyznačující se nadváhou a obezitou dosáhly jak velmi nízké úrovně (47 %), tak nízké úrovně přizpůsobivosti (50%). Děti spadající do normální hmotnosti dosáhly velmi nízké úrovně (33 %) a nízké úrovně (59 %) v subškále přizpůsobivosti.

Graf 9 Srovnání výsledků subškály popularita mezi skupinou dětí s „normální hmotností“ a skupinou dětí s „nadváhou a obezitou“



58 % dětí ze skupiny s nadváhou a obezitou dosahují nízké úrovně popularity (Obrázek 9). Celkem 30 % dětí z této skupiny dosahuje nízkého průměru popularity a 5 % průměrné úrovně popularity. Děti ze skupiny s normální hmotností dosahují nízké úrovně popularity (55 %).

Z daných výsledků vyplývá:

- U dětí spadajících do skupiny nadváhy a obezity se projevila nižší úroveň celkového sebepojetí ($p < 0.05$) než u skupiny dětí s normální hmotností. Děti s nadváhou a obezitou vykazují nízkou úroveň sebepojetí.
- U subškály přizpůsobivosti skupina dětí s nadváhou a obezitou nedosáhla vyšší úrovně přizpůsobivosti než skupina dětí s normální hmotností.
- Jak skupina dětí s podváhou, tak skupina dětí s normální hmotností dosáhla převážně nízké úrovně a úrovně nižšího průměru popularity – úroveň jejich popularity nespadá do normy.
- Děti s podváhou vykazují v aspektech přizpůsobivost, sebepojetí, atraktivita obdobné výsledky jako děti s normální hmotností.
- Signifikantní rozdíl se objevil pouze u subškály přizpůsobivosti mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou ($p = 0.05$).

Za limity výzkumu považujeme nízký počet žáků ve výzkumném souboru, lokalitami škol, ale také zvolenou metodou – dotazníkové šetření, která je pro děti mladšího školního věku obtížná. Přestože byly dětem jednotlivé otázky objasněny a každé dítě se mohlo kdykoli administrátora zeptat, je možné i neporozumění textu některých otázek.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat a interpretovat některé důsledky nadváhy a obezity v oblasti psychosociální u žáků na 1. stupni základních škol. Výzkumného šetření se zúčastnilo 183 dětí (105 chlapců a 77 dívek) ve věku od 7 do 11 let.

Na tomto základě jsme k měření dětského BMI využili analyzátoru složení těla InBody720. Pro rozdělení BMI na podváhu, nadváhu a obezitu u dětí jsme užili mezinárodní „cut-off" body, kterou stanovili autoři (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000). Proto jsme výzkumný soubor rozdělili na základě BMI do 3 skupin.

1. skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují podváhou.
2. skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují normální vahou.
3. skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují nadváhou a obezitou.

K hodnocení přizpůsobivosti, popularity i celkového sebepojetí dítěte jsme užili kvantitativní metodu – dotazník Piers Harris Childrens self – concept Scale Second Edition (2002) – upravená česká verze.

Stanovili jsme následující hypotézy:

1. Žáci, u nichž bude výškově – hmotnostní index (BMI) klasifikován jako nadváha nebo obezita, budou vykazovat nízkou úroveň v oblasti sebepojetí.
2. Žáci s normální hmotností a podváhou budou zařazeni v oblasti atraktivity ve třídě minimálně do normy.
3. Žáci s nadváhou a obezitou budou vykazovat vyšší úroveň přizpůsobivosti než žáci s normální hmotností.

Otázka k řešení:

1. Projeví se u sledovaných žáků s nadváhou a obezitou nižší úroveň sebepojetí než u žáků s normální hmotností?
2. Vykazují děti s podváhou ve sledovaných aspektech (přizpůsobivost, sebepojetí, atraktivita) obdobné výsledky vzhledem k dětem s normální hmotností jako děti s nadváhou a obezitou?

Na základě získaných dat jsme dospěli k těmto závěrům:

U dětí spadajících do skupiny nadváhy a obezity se projevila nižší úroveň celkového sebepojetí ($p < 0.05$) než u skupiny dětí s normální hmotností. Skupina dětí s nadváhou a obezitou dosahuje také nízké úrovně v subškále přizpůsobivosti. Můžeme také konstatovat, že jak skupina dětí spadající do podváhy, tak skupina dětí spadající do normální váhy dosáhla převážně nízké úrovně a úrovně nižšího průměru u subškály popularity. Signifikantní rozdíl se projevil u subškály přizpůsobivosti mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou ($p = 0.05$).

Psychosociálním důsledkům nadváhy a obezity je nutné se věnovat i v dalších výzkumech. Zahájení povinné školní docházky je významným mezníkem v životě dítěte, schopnost přizpůsobit se školnímu prostředí a navazovat pozitivní vztahy se spolužáky zásadním způsobem ovlivňuje i vztah ke vzdělávání jako celku.

SOUHRN

Téma diplomové práce je psychosociální důsledky nadváhy a obezity u žáků 1. stupně základních škol. Hlavním cílem je zmapovat a interpretovat některé dopady nadváhy a obezity v oblasti psychosociální u žáků na 1. stupni základních škol.

Práce se skládá z teoretické a empirické části. V teoretické části uvádíme poznatky z charakteristiky věkové kategorie mladšího školního věku, jeho anatomická, fyziologická, psychologická a sociální specifika. Podáváme informace o významu pohybové aktivity pro zdraví dítěte, důsledcích nízké pohybové aktivity. Popisujeme nadváhu a obezitu, jejich příčiny, důsledky, nadváhu a obezitu v kontextu socializace dítěte. Dále jsme se zaměřili na pohyb dětí s obezitou, důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte, léčbu nadváhy a obezity, důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte a sebepojetí.

V empirické části popisujeme analizátor složení těla Inbody 720, charakterizujeme BMI a díky autorům (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000), kteří stanovili mezinárodní „cut-off" body (tabulka 2), rozdělujeme výzkumný soubor na základě BMI do 3 skupin.

Za pomoci kvantitativní metody, podle publikace Piers Harris Childrens self – concept Scale Second Edition (2002) – upravená česká verze, jsme hodnotili subškálu přizpůsobivosti, subškálu popularity i celkové sebepojetí mezi 3 skupinami rozdělenými na základě BMI.

1. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují podváhou
2. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují normální vahou
3. Skupina – děti, které se na základě BMI vyznačují nadváhou a obezitou

Získané výsledky jsou v práci zobrazeny graficky a popsány slovním komentářem. Uvádíme vyhodnocení subškál a celkového sebepojetí mezi jednotlivými skupinami rozdělenými na základě BMI.

1. Skupina dětí vyznačující se podváhou a skupina dětí vyznačující se normální hmotností
2. Skupina dětí vyznačující se podváhou a skupina dětí vyznačující se nadváhou a obezitou
3. Skupina dětí vyznačující se normální vahou a skupina dětí vyznačující se nadváhou a obezitou

Výzkumné šetření bylo konáno v průběhu jednoho týdne, a to vždy v prostorách školy, za spolupráce základních škol olomouckého regionu. Účastnilo se ho 183 dětí (105 chlapců a 77 dívek) ve věku od 7 do 11 let. Všechna data byla analyzována pomocí komerčně dostupného softwaru STATISTICA 12.0. a byla stanovena minimální hladina významnosti $\alpha = 5$ %. Výsledky byly zpracovány na počítači ASUS K55A Series s Windows 7, v programech Microsoft Office Excel 2013 a Microsoft Office Word 2013.

Na základě získaných informací můžeme konstatovat, že děti s nadváhou a obezitou vykazují nízkou úroveň sebepojetí a nízkou úroveň přizpůsobivosti. U dětí spadající do skupiny nadváhy a obezity se projevila nižší úroveň celkového sebepojetí ($p < 0.05$) než u skupiny dětí s normální hmotností. Mezi skupinou dětí vyznačující se podváhou a skupinou dětí vyznačující se nadváhou a obezitou se objevil signifikantní rozdíl, a to u subškály přizpůsobivosti ($p = 0.05$).

SUMMARY

Thesis Theme is the psychosocial consequences of overweight and obesity among pupils in the 1st grade of primary school. The main objective is to explore and interpret some of the effects of overweight and obesity in psychosocial pupils at first grade of primary school.

The work consists of theoretical and empirical part. In the theoretical section the findings of characteristics ages younger school age, his anatomical, physiological, psychological and social characteristics. Serve about the importance of physical activity for the health of the child, the consequences of low physical activity. We describe overweight and obesity, its causes, consequences, overweight and obesity in the context of a child's socialization. We also focused on the movement of children with obesity, the consequences of overweight and obesity in the child's psyche, treatment of overweight and obesity, the consequences of overweight and obesity in the child's psyche and self-esteem.

In the empirical part we describe Analizator 720 InBody body composition, BMI, and thanks to characterize authors (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000), who set the international "cut-off" points (Table 2), we divide the research group on the basis of BMI in third groups.

With the help of quantitative methods, according to the publication Piers Harris Children's self – concept Scale Second Edition (2002) - Czech modified version, we evaluated subscale adaptability popularity subscale and total self-divided between 3 groups based on BMI.

1. Group - children who are distinguished on the basis of BMI underweight
2. Group - children who are distinguished on the basis of BMI normal weight
3. Group - children who are distinguished on the basis of BMI overweight and obesity

The results are displayed graphically on the job and described verbal commentary. We evaluate subscales and total self-concept between the groups divided based on BMI.

1. Group of children underweight characterized by a group of children characterized by normal weight
2. Group of children underweight characterized by a group of children characterized by overweight and obesity

3. Group of children with normal weight characterized by a group of children characterized by overweight and obesity

The survey was held during one week each in the school premises, in cooperation with elementary schools in the Olomouc region. It was attended by 183 children (105 boys and 77 girls) aged 7 to 11 years. All data was analyzed using commercially available software STATISTICA 12.0. and establish the minimum significance level $\alpha = 5\%$. The results were processed on a computer ASUS K55A Series with Windows 7, Microsoft Office Excel 2013 and Microsoft Office Word 2013.

Based on information gathered, we can conclude that children who are overweight and obese have low levels of self-esteem and a low level of adaptability. In children belonging to the group of overweight and obesity showed a lower level of total self ($p < 0.05$) than in the group of children with normal weight. Among a group of children underweight characterized by a group of children characterized by overweight and obesity was a significant difference and with the adaptability subscales ($p = 0.05$).

LITERATURA

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
2. FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
3. FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0418-7.
4. FRAŇKOVÁ, Slávka, ODEHNAL, Jiří, PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha: HZ Editio, 2000. ISBN 80-86009-32-7.
5. GALLOWAY, Jeff. *Děti v kondici: zdravé, šťastné, šikovné*. 1. vyd. Překlad Libor Soumar. Praha: Grada, 2007. Děti a sport. ISBN 978-80-247-2134-7.
6. HAINER, Vojtěch, KUNEŠOVÁ, Marie. *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika aterapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-67-1.
7. HARTL, Pavel, HÁRTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675691.
8. HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.
9. HILL, Grahame. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. 1.vyd. Překlad Helena Hartlová. Praha: Portál, 2004. ISBN80-7178-641-1.
10. HLÚBIK, Pavol. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2009]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLSJEP, 2009. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-31-2.
11. KOPECKÝ, Miroslav, TOMANOVÁ, Jitka, KIKALOVÁ, Kateřina. *Základní charakteristiky ontogenetického vývoje*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. ISBN 978-80-244-3982-2.
12. KOUBA, Václav. *Motorika dítěte*. 1. vyd. České Budějovice: Pedagogická fakulta JU, 1995. ISBN 80-7040-137-0.
13. LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2. dopl. vyd. Praha: SPN, 1969. ISBN 80-201-0098-7.

14. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
15. LISÁ, Lidka, KŇOURKOVÁ, Marie. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: AVICENUM, 1986. ISBN 08-084-86.
16. MACEK, Petr. *Sebesystém a vztah k vlastnímu já.* 1. vyd. Praha: ISV, 1997. Psychologie (ISV). ISBN 80-85866-20-x.
17. MALACHOVÁ, Kateřina, KANTOREK, Jan. *Základy biologie člověka pro učitele a vychovatele*. 1.vyd. Ostrava: Centrum celoživotního vzdělávání PdF OU, 2005. Mimořádné formy studia. ISBN 80-7368-087-4.
18. MARINOV, Zlatko, PASTUCHA, Dalibor. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4210-6.
19. MIKLÁNKOVÁ, Ludmila. *Tělesná výchova na 1. stupni základních škol: základní gymnastika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3180-2.
20. MUSIL, Jiří. *Vývojová psychologie I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2006. ISBN 80-7318-361-7.
21. OBEREIGNERŮ, Radko, OREL, Miroslav, REITEROVÁ, Eva, FRIEDLOVÁ, Martina, MALČÍK, Martin, MENTEL, Andrej, Tereza PETRŮJOVÁ, Tereza. (2014). *Sborník příspěvků z PhD konference 2014: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
22. PAŘÍZKOVÁ, Jana, LISÁ, Lidka. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*.
    1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9.
23. PETŘKOVÁ, Anna. *Nástin ontogeneze dětství a dospívání*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1991. ISBN 80-7067-022-9.
24. PIERS, E. V., HERZBERG, D. S. (2002). Piers-HarrisChildren´sSelfConceptScale (2nd ed.). Los Angeles, CA: Western PsychologicalServices.
25. PLEVOVÁ, Irena, PUGNEROVÁ, Michaela, URBANOVSKÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0164-9.

26. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky: Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: SPN, 1963.
27. ŠÍMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Psychologie dítěte*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.
28. ŠONKA, Jiří. *Otylost*. 3. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1970. Pokyny pro nemocné.
29. TOMEŠOVÁ, Eva. (2005). *Tělesné sebepojetí a sebeúcta: Mezikulturní převod a validizace profilu tělesného sebepojet*í [Autoreferát dizertační práce]. Praha: FTVS UK.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 2. roz. přep. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
32. ZVÍROTSKÝ, Michal. *Zdravý životní styl*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-661-1.

Internetové zdroje

1. BARČÁKOVÁ, Ulrika. *Obezita v dětství zakládá na problémy v dospělosti: rozhovor*. In: Evalabusova.cz [online]. 2008 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/rozhovory/u_barackovou.php
2. BIOSPACE CO LTD. *Biospace Co Ltd MedtrackCompany Profile* [online]. (2015, Jan 21), [cit. 2015-05-20]; 1-6. Availablefrom: Business Source Complete. Dostupné z: http://www.Biospace.en.ec21.com/
3. BLATNÝ, Marek. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masaryková Univerzita. 1. vyd.
4. BLATNÝ, Marek, PLHÁKOVÁ, Alena. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí.* Tišnov [online] Psychologický ústav akademie věd a sdružení SCAN [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.korona.euweb.cz/Korona56/Soubory/Blaplh.htm
5. EKLUND, R. C., TENENBAUM, G. (2014). Encyclopedia of sport & exercise psychology [online]. California: SAGE [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.digplanet.com/wiki/Sport_psychology

6. HANZLOVSKÝ, Michal. *Psychologické aspekty dětské obezity*. In: Celostnimedicina.cz [online]. 20. 09. 2012 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.celostnimedicina.cz/psychologicke-aspekty-detske-obezity.htm
7. CHYTKA, Robert. *Psychologická hlediska u obezity v dětském věku*. In: Viafit.cz [online]. 10. 7. 2013 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.viafit.cz/clanky/psychologicka-hlediska-u-obezi
8. JUNGWEE, P. (2006). *Theimpactofadolescentself-concept on psychologicalhealth, self-perceivedhealth & health behavior in young adulthood* [online]. (In: The concept of self in medicine and health care, 97-122) [cit. 2015-05-20]. New York: Nova Publishers.
9. ROBERTSON, Aileen. *Obezita a nerovnosti*. In: *Mzcr.cz* [online]. 22. – 23. září 2011 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=13645&typ=application/pdf&nazev=Robertson_A_Obesity_and_Inequalities_CZ.pdf
10. STANDARDY LÉČEBNÝCH POSTUPŮ A KVALITA VE ZDRAVOTNÍ PÉČI. PED/10. Obezita u dětí. Standard léčebného plánu. In: *Obesitas.cz* [online]. Květen 2011 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf
11. ŠPLÍCHALOVÁ, A., ŠLACHTOVÁ, P., FEJTKOVÁ, P., TOMÁŠKOVÁ, H., POLAUFOVÁ, P. *Ukazatele zdravotního stavu a indikátory socioekonomické deprivace v epidemiologických studiích*. In: *Zuova.cz* [online]. 2001 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.zuova.cz/Content/files/ukoncene-projekty/sesindexy007clanek.pdf
12. FRAŇKOVÁ, Slávka. *Závislost dětí a adolescentů na jídle jako výchovný a psychosociální problém* [online]. Výživa a potraviny. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 1211-846X. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.vyzivaspol.cz/res/data/000214.pdf
13. FRÜHAUF, Pavel. *Obezita u dětí a její příčiny* [online]. farmiNews. 2011, roč. 9, č. 3. ISSN 1214-5017. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/15/37-obezita.pdf
14. HLÚBIK, Pavol. *Psychologické aspekty etiologie obezity* [online]. Postgraduální medicína. 2006, roč. 8, č. 128-131. ISSN 1212-4184. [cit. 2015-05-20]. Dostupné

z: http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychologicke-aspekty-etiologie-obezity-172219

15. MARINOV, Zlatko. *Obezita ničí dětem život* [online]. Pacientské listy: příloha zdravotnických novin. 2010, roč. 59, č. 15. Zdravotnické noviny. ISSN 0044-1996. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/obezita-nici-detem-zivot-454441
16. SLADKÁ, Jaroslava. *Obezita dětí – vážný problém, na který je třeba se zaměřit* [online]. Rodina a škola. 2006, roč. 53, č. 7. ISSN 0035-7766. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://www.portal.cz/casopisy/ras/ukazky/obezita-deti---vazny-problem--na-ktery-je-treba-se-zamerit/9962/

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dopis řediteli/ce základní školy

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas rodičů

Příloha č. 1 – Dopis řediteli/ce základní školy

Vážený/á pane/í řediteli/ko,

jmenuji se Ivana Losová a jsem studentkou Pedagogické fakulty univerzity Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce se zabývám důsledky nadváhy a obezity v mladším školním věku v oblasti psychosociální. Chtěla bych Vás požádat o souhlas s dotazníkovým šetřením, který by byl realizován na Vaší škole. Výzkumné šetření by bylo provedeno prostřednictvím dotazníku v 1. – 5. ročnících.
Za umožnění výzkumu Vám velice děkuji.

Ivana Losová
ivca.losova@seznam.cz

vedoucí práce: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.
ludmila.miklankova@upol.cz

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas rodičů

Vážení rodiče,

jmenuji se Ivana Losová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce se zabývám důsledky nadváhy a obezity v mladším školním věku v oblasti psychosociální. Chtěla bych Vás požádat o souhlas týkající se měření BMI vašeho dítěte a vyplnění dotazníku vaším dítětem. Plné znění dotazníku je k nahlédnutí u třídního učitele vašeho dítěte. Měření BMI bude provedeno na přístroji InBody. Měřené dítě nesmí mít kardiostimulátor. Přibližně 2 hodiny před měřením by dítě nemělo mít vysokou fyzickou aktivitu a nemělo by sníst velké množství potravin. Při vlastním měření je dítě oblečené, pouze chodidla jsou bosá. Celé měření trvá cca 2 minuty. Vaše dítě může kdykoliv výzkumné šetření přerušit nebo ho úplně ukončit. Zaručuji naprostou anonymitu získaných dat, která budou zpracována a využita pouze v rámci mé diplomové práce.

Porozuměl/a jsem způsobu provedení výzkumu a výzkumným metodám. Souhlasím s měřením BMI mého dítěte. S výše uvedeným dotazníkem jsem se seznámil/a a s jeho vyplněním mým dítětem souhlasím.

Děkuji,
Ivana Losová
Univerzita Palackého v Olomouci, PdF Podpis ……

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ivana Losová
Katedra:	Katedra primární a preprimární pedagogiky
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Ludmila Miklánková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Psychosociální důsledky nadváhy a obezity u žáků 1. stupně základních škol
Název v angličtině:	Psychosocial effects of overweight and obesity among pupils in the 1st grade of primary school
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je zmapovat a interpretovat některé dopady nadváhy a obezity v oblasti psychosociální u žáků na 1. stupni základních škol. Zjistit zda se u žáků s nadváhou a obezitou 1. stupně základních škol projeví nižší úroveň sebepojetí než u žáků s normální hmotností. Práce se skládá z teoretické a empirické části. V teoretické části jsou uvedeny poznatky z charakteristiky věkové kategorie mladšího školního věku, jeho anatomická, fyziologická, psychologická a sociální specifika. Sdělujeme význam pohybové aktivity pro zdraví dítěte, důsledky nízké pohybové aktivity, nadváha a obezita, jejich příčiny, důsledky, nadváha a obezita v kontextu socializace dítěte, pohyb dětí s obezitou. Také popisujeme důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte, léčbu nadváhy a obezity, důsledky nadváhy a obezity v psychice dítěte a sebepojetí. V empirické části posuzujeme míru obezity pomocí Body mas Indexu (BMI) a dále zjišťujeme, zdali se u žáků mladšího školního věku s nadváhou a obezitou projeví problémy v psychosociální oblasti pomocí upravené české verze dotazníku Piers Harris Childrens self – concept Scale (2002).
Klíčová slova:	Děti, mladší školní věk, obezita, dopady obezity, psychosociální dopady, psychologie dítěte

Anotace v angličtině:	The aim of this thesis is to describe and interpret some of the effects of overweight and obesity in psychosocial pupils at first grade of primary school. Determine whether the pupils with overweight and obesity grade 1 elementary schools will lower the level of self-esteem than students with normal weight. The work consists of theoretical and empirical part. In the theoretical section provides findings from the characteristics ages younger school age, his anatomical, physiological, psychological and social characteristics. We communicate the importance of physical activity for the health of the child, the consequences of low physical activity, overweight and obesity, its causes, consequences, overweight and obesity in the context of a child's socialization, movement of children with obesity. We also describe the consequences of overweight and obesity in the child's psyche, treatment of overweight and obesity, the consequences of overweight and obesity in the child's psyche and self-esteem. In the empirical part we assess the degree of obesity using the Body Mass Index (BMI), and we find out whether at school children with overweight and obesity affect psychosocial problems in the field using a modified version of the questionnaire Czech Children's Piers Harris Self - concept Scale (2002).
Klíčová slova v angličtině:	Children younger than school age, obesity impacts of obesity, psychosocial impacts, child psychology
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dopis řediteli/ce základní školy Příloha č. 2 – Informovaný souhlas rodičů
Rozsah práce:	64 stran
Jazyk práce:	Český jazyk