



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Obezita u dětí školního věku z pohledu sestry pracující v ordinaci praktického lékaře

Vypracoval: Drahoslava Bursíková, Bc.
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková Ph.D.
České Budějovice 2014

Abstrakt

Obezita u dětí školního věku z pohledu sestry pracující v ordinaci praktického lékaře

Diplomová práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u dětí s nadváhou a obezitou. Tato problematika je v dnešní době velice aktuální a to nejenom v České republice, ale jedná se o celosvětový problém. Naše republika zaujímá jedno z předních míst v obezitě u dětí. Děti trpící nadváhou a obezitou mají nejenom zdravotní problémy plynoucí z komplikací obezity, ale i problémy v oblasti psychiky a sociálních vztahů, zvláště mezi svými vrstevníky. Proto je důležité správné pochopení dané problematiky a nalezení přijatelného řešení do budoucnosti.

Teoretická část se zabývá problémem obezity u dětí, specifiky ošetrovatelské péče o tyto děti v rámci ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Zaměřuje se také na potřeby dítěte s normální váhou a potřeby dětí s obezitou.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat stav obezity u dětí školního a předškolního věku v benešovském okrese. Druhým cílem bylo zmapovat služby (možnosti další pomoci, léčby), které mohou využít rodiče a praktičtí lékaři při léčbě dětí s nadváhou a obezitou v okrese Benešov. Třetím cílem bylo porovnat úspěšnost léčby obezity u dětí, které už podstoupily léčbu obezity pod odborným dohledem s úspěšností snižování nadváhy u dětí, které se snaží o snížení váhy sami. Čtvrtým cílem bylo zmapovat problematiku spolupráce sestry s rodiči a školou v péči o dítě s obezitou.

Ve výzkumné části diplomové práce jsme použili metodu kvalitativního výzkumného šetření. Byla zvolena metoda dotazování formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro potřeby výzkumu byly vytvořeny tři výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořilo 10 sester, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v okrese Benešov. Druhý výzkumný soubor se skládal z 10 záměrně vybraných osob z řad rodičů dětí s obezitou, které se snaží o redukci váhy svých dětí sami nebo pod odborným dohledem obezitologa. Jednalo se o rodiče dětí předškolního a školního věku. Třetí výzkumný soubor tvořilo 10 praktických lékařů pro děti a dorost, kteří vykonávají svoji praxi na území okresu Benešov. Při zpracování rozhovorů byla použita

technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka. K zmapování služeb v Benešovském okrese a také celém Středočeském kraji byla použita analýza dokumentů.

Bylo stanoveno šest výzkumných otázek: 1. Jaké jsou možnosti odborné pomoci obézním dětem? 2. Jsou rodiče ochotni pomoci svým obézním dětem při snižování váhy? 3. Mají rodiče dětí s obezitou také problémy s váhou? 4. Jaké jsou zkušenosti sester v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o obézní děti? 5. Jak probíhá spolupráce rodičů se sestrou v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost? 6. Jak sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost spolupracuje se školou?

Závěry diplomové práce ukazují, že problém dětské obezity je nejenom v benešovském okrese, ale i celosvětově aktuální a má vzestupnou tendenci. Mapuje počty dětí s nadváhou a obezitou v okrese Benešov. Popisuje vzájemnou spolupráci mezi rodiči dětí majících problém s váhou a sestrou (eventuelně lékařem). Respondenti popisují tuto spolupráci jako přínosnou pro obě strany. Oblast spolupráce se školou však není žádná. Dále byla zmiňována spokojenost dítěte a saturace všech potřeb, které děti a rodiče mají při řešení problému snižování nebo udržování váhy. Zde jsou vyzdvihnuty termíny spolupráce, komunikace, edukace a motivace všech zúčastněných. Diplomová práce se snaží ukázat možnosti dalšího řešení nadváhy a obezity u dětí, které se snaží o redukci váhy. Z výsledků plyne možnost léčby v Centrech pro léčbu obezity, dětských ozdravovnách a dětských lázeňských zařízeních, které se zabývají problematikou dětské obezity.

Výsledky výzkumu budou poskytnuty ošetrovatelskému managementu, praktickým lékařům pečujícím o děti a dorost v okrese Benešov. Dále budou prezentovány na odborných seminářích či v odborných časopisech.

Klíčová slova: obezita, výživa, rodina, potřeby, komunikace, BMI, stravovací návyky, životní styl, komplikace obezity

Abstract

Obesity in School Children from the Point of View of a Nurse Working in a GP's Surgery

The thesis focuses on the problems of nursing care of children with overweight and obesity. This issue is very urgent nowadays, not only in the Czech Republic, but it is a global problem. Our country holds one of the leading positions in children obesity. Children suffering from overweight and obesity have not only health problems resulting from obesity complications, but also problems in the field of psyche and social relations, particularly among their peers. This is why the right insight into the issue and finding an acceptable solution for the future is so important.

The theoretical part deals with the problems of children obesity, the specifics of nursing care of these children within a surgery of a general paediatrician. It also focuses on the needs of children with normal weight and on the needs of overweight children.

Four aims were set within the research. The first aim was to map the situation in obesity among school and pre-school children in Benešov District. The second aim was to map services (possibilities of further assistance, treatment) that parents and practitioners may use in treatment of children with overweight and obesity in Benešov District. The third aim was to compare success rate of obesity treatment in children that have already undergone obesity treatment under specialist supervision and success rate of weight reduction in children trying themselves. The fourth aim was to map the problems of cooperation of a nurse with parents and school in treatment of a child with obesity.

We used a qualitative research method in the research part of the thesis. The questioning method by means of semi structured interview was applied. Three research samples were prepared for the research purposes. The first research sample consisted of 10 nurses working in paediatrician practitioner surgeries in Benešov District. The second research sample consisted of 10 persons intentionally chosen from among parents of children with obesity that are trying to reduce the weight of their children themselves or under assistance of an obesity specialist. The children were of school and pre-school age. The third research sample consisted of 10 paediatrician practitioners

practicing in Benešov District. Open-coding technique – paper and pencil method – was applied on interview processing. A document analysis was used for the mapping of the services in Benešov District and the whole Central Bohemia Region.

Six research questions were set: 1. What are the possibilities of specialist help to obese children? 2. Are parents willing to help their obese children with overweight reduction? 3. Do parents of obese children also have problems with overweight? 4. What experience do nurses from paediatrician practitioner surgeries have with care about obese children? 5. What does cooperation between parents and a nurse from a paediatrician practitioner surgery look like? 6. How does a nurse working in a paediatrician practitioner's surgery cooperate with the school?

The thesis conclusion shows that the problem of children obesity is not just the matter of Benešov District, but it is a global problem, it is urgent and has an increasing trend. The thesis maps the numbers of children with overweight and obesity in Benešov District. It describes mutual cooperation between parents of children having overweight problems and a nurse (or physician). The respondents consider this cooperation beneficial for both sides. However there is no cooperation with schools. There is also a mention of child satisfaction and saturation of all the needs that children and parents have in dealing with the problems of weight maintenance or reduction. The terms cooperation, communication, needs of the children and families, education and motivation of all the involved are highlighted. The thesis is trying to show further possibilities of overweight solution in children that strive for weight reduction. The results show the possibility of treatment in Obesity Treatment Centres, children health resorts and children spa facilities dealing with the problems of children obesity.

The research results will be provided to the nursing management, practitioners caring about children and adolescents in Benešov District. They are also going to be presented at specialized seminars or in journals.

Key words: obesity, nutrition, family, needs, communication, BMI, percentile graphs, eating habits, lifestyle, obesity complications

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

Bc. Drahoslava Bursíková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při psaní diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem rodičům, sestřám a lékařům za jejich čas a ochotu při poskytování informací. Poděkování patří i mé rodině, která mě podporovala během mého studia.

Obsah

Úvod	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Pohled na obezitu v	14
1.2 Definice a charakteristika	15
1.3 Příčiny obezity (ovlivnitelné, neovlivnitelné).....	16
1.4 Vyšetřovací metody	19
1.4.1 Percentilové grafy.....	20
1.5 Komplikace a	21
1.6 Léčba obezity	23
1.7 Prevence	26
1.8 Sestra a její role v prevenci	28
1.8.1 <i>Pediatric a ambulantní</i>	28
1.8.2 <i>Potřeby dítěte a rodiny</i>	30
1.8.3 <i>Motivace</i>	31
1.8.4 <i>Komunikace</i>	32
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3 METODIKA.....	34
3.1 Použité metody.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4 VÝSLEDKY	38
4.1 Výsledky rozhovorů s rodiči technikou otevřeného kódování – seznam kódů.....	38
4.2 Výsledky rozhovorů s rodiči – zpracování do schémat	40
4.2.1 <i>Rodina</i>	40
4.2.2 <i>Dítě s nadváhou a obezitou</i>	47
4.2.3 <i>Spolupráce</i>	51
4.2.4 <i>Informace</i>	55
4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování – seznam kódů.....	58

4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami – zpracování do schémat.....	62
4.4.1 <i>Komunikace</i>	62
4.4.2 <i>Potřeby</i>	64
4.4.3 <i>Spolupráce</i>	66
4.4.4 <i>Edukace</i>	69
4.4.5 <i>Motivace</i>	70
4.4.6 <i>Sestra</i>	71
4.5 Výsledky rozhovorů s lékaři technikou otevřeného kódování – seznam kódů.....	73
4.5.1 <i>Lékař</i>	73
4.6 Výsledky rozhovorů s lékaři – zpracování do tabulky a grafů.....	75
4.7 Zmapování služeb pro děti s nadváhou	79
5 DISKUZE	81
6 ZÁVĚR	89
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
8 PŘÍLOHY	98
8.1. Seznam příloh.....	98

Seznam použitých zkratk

BMI	Body mass index
CMP	Cévní mozková příhoda
CVA	Celostátní antropologický výzkum
FF	Fyziologické funkce
kg	Kilogram
kJ	Kilo joule
Např.	Například
OPLDD	Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost
TG	Triglyceridy
TK	Krevní tlak
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
1. LF	1. Lékařská fakulta

Úvod

„Dítě je zviditelněná láska.“

Novalis

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila problematiku dnes velmi aktuální a to „Obezita u dětí“. Zdraví a spokojenost, štěstí a radost dítěte je největší prioritou většiny rodičů. Ne vždy tomu tak je. Jsou děti, které kvůli svému hendikepu nemohou nebo z různých důvodů nechtějí vykonávat řadu aktivit, které by je učinili šťastnějšími.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat stav obezity v rámci okresu Benešov, zmapovat jaké možnosti další léčby mají rodiče a praktičtí lékaři pečující o děti a dorost při řešení problematiky nadváhy a obezity u těchto dětí a také jaké služby mohou tito využít. Dále jakým způsobem probíhá spolupráce mezi lékařem, sestrou, rodiči a dětmi, případně školou v péči o děti s nadváhou a obezitou.

Téma diplomové práce jsem si zvolila záměrně. Během svého osobního a profesního života jsem měla možnost setkat se s rodiči a dětmi, které se potýkají s tímto problémem, a velmi fandím lidem, kteří se rozhodnou bojovat sami se sebou – se svojí mnohdy leností ve vlastním zaběhnutém životě. Mnohdy je to běh na dlouhou trať. Lidé, kteří nevidí okamžitý výsledek svého snažení, nevydrží ve svém úsilí a odhodlání, jejich problém se pak stále stupňuje. O to horší je, když se jedná o dítě.

V současné době zaujímá Česká republika jedno z předních míst v obezitě u dětí. Velkým problémem jsou nejenom zdravotní problémy vyplývající z nadváhy, ale také problémy dětí v oblasti psychiky a sociálních vztahů mezi vrstevníky. Proto je důležité správné pochopení dané problematiky a nalezení přijatelného řešení do budoucnosti.

1 SOUČASNÝ STAV

Dle Svačiny (2010) zaujímá obezita 6. místo na žebříčku rizikových faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva na zemi. Označuje obezitu jako nemoc, která svou závažností předstihla i problémy spojené třeba s kouřením cigaret.

Tkáčová, Wiczmandyová (2010) zmiňují, že epidemie nadváhy je významným faktorem nemocnosti a úmrtnosti ve vyspělých a některých rozvojových státech. Upozorňují, že v posledních desetiletích stoupá i problematika obezity dětí a mládeže. Což dokládají též četné publikace v odborných časopisech a knihách s touto problematikou.

Hainerová (2009) říká, že prevalence obezity u dětí se celosvětově zvyšuje. Obezita v dětském věku má za následek obezitu v dospělosti a tím i větší pravděpodobnost vzniku chorob (např. diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, metabolický syndrom).

V současné době jsou děti méně zdatné a mají stále větší problémy se svojí váhou než děti v minulosti. Příčinou je sedavý způsob života. To vede k neúspěchu v osobním životě. Děti mají nižší míru sebedůvěry, mají horší výsledky ve škole a také v dospělosti se to projevuje např. nižšími příjmy a vyššími finančními výdaji na zdravotní péči (Gallowaye, 2007).

Pastucha (2011, s. 12) uvádí: „Dle studie České obezitologické společnosti *Životní styl a obezita 2005* je 20 % dětí ve věku 6 – 12 let a 11 % dětí ve věku 13 – 17 let má již nadváhu nebo obezitu”.

U dospělé populace je ve světě dle analýzy International Taskforce a WHO, jak říká Pastucha (2011) 1,1 miliardy dospělých jedinců s nadváhou a obezitou. Přitom lidí spadajících do kategorie obézních je asi 320 miliónů. Toto číslo je alarmující. Vždyť tato statistická data se týkají i dětské populace a vykazují rychlý nárůst dětské obezity (Pastucha, 2011).

1.1 Pohled na obezitu v historii

„Představa krásy lidského těla se v průběhu dějin značně měnila, tím se měnil i názor na ideální hmotnost postavy v určitém období“. Říkají Lisá, Kňourková a Drozdová ve své knize *Obezita v dětském věku* (1990, s. 7-8). Každá doba přináší svůj určitý specifický pohled na ideální hmotnost a proporce těla. Vše můžeme nejlépe sledovat ve výtvarném umění, zejména na dobových malbách a sochách, ale i v různých literárních památkách. Dlouho bylo sporné pojetí náhledu na obezitu. Je obezita choroba či projev zdraví? V dobách válek, kdy byl hladomor a nedostatek potravy, jedinci s nadváhou a obezitou dokázali snadněji přežít, a proto byla vyšší hmotnost považována za projev zdraví a blahobytu. Za zdravého jedince, zejména dítě, byl pokládán ten, jenž překypoval baculatostí. Dětem se přednostně dávalo větší množství co nejlepší potravy. I když dítě překypovalo prosperujícím vzhledem, byl to jenom zdánlivý projev zdraví. „Již v dětském věku dochází k poruše regulačních mechanismů a k úchytkám v látkové přeměně s trvalými následky v pozdějším životním období. Kvalita výživy závisí na sociálních, ekonomických a kulturně historických podmínkách lidské společnosti“ (Lisá, Kňourková, Drozdová, 1990, s. 9).

„Snad v každé kultuře existuje představa o ideálu tělesné krásy“ říká Helus (2007, s. 47). S těmito představami se ztotožňují příslušníci určité sociální vrstvy nebo lidé určitého věku či postavení. Někdy tyto ideály mohou být vyhoceny až do té míry, že to ohrožuje jedince na životě, protože ideální vzhled je jedinou prioritou člověka. Do popředí pak vystupuje problém mentální anorexie nebo mentální bulimie (Vágnerová, 1999).

Jaro Křivohlavý (2001, s. 211-212) se ve své knize *Psychologie zdraví* domnívá, že v dnešní době „existují i jiná měřítka obezity či normálu. Příkladem mohou být kritéria rozměrů žen, kterých se používá pro určování královen krásy“.

To, jak jedinec vypadá a jakou má hmotnost, řeší dnes lékaři celého světa. Zatímco rozvojové země se potýkají s nedostatkem potravy a vody, evropské země a USA mají problém opačný. Tím je epidemie obezity.

1.2 Definice a charakteristika obezity (typy obezity)

Slovo obezita je odvozeno z latinského slova *obesus*. Což v překladu znamená dobře živený, tučný. Dle Slovníku cizích slov znamená slovo *obesitas* nadbytečné nahromadění tukové tkáně, obezitu. Není to pouhá nadměrná hmotnost jedince, ale především se jedná o nadměrné nakupení tukové tkáně. Vrstva tukové tkáně, její rozložení a rozložení svalové hmoty je rozdílné, jak u pohlaví, tak v jednotlivých věkových kategoriích. Donošené dítě má přibližně 13 % své hmotnosti tukové tkáně. Půlroční dítě má už tukové tkáně 25 % své hmotnosti (Hainer et al., 2004, s. 1 – 4).

V odborné literatuře se můžeme setkat s řadou definic obezity. „Obezita je charakterizována nadměrným množstvím tuku v organismu v poměru k ostatním tkáním” (Kytarová, 2002, s. 2). Světová zdravotnická organizace definuje obezitu jako metabolické onemocnění, na kterém se podílí řada faktorů (Branca, Nikogosian, Lobstein, 2007). Dle Aldhoon Hainerové (2009) je obezita multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha, kterou charakterizuje zmnožení tělesného tuku. Podle ní je to důsledek současného působení genetických dispozic a faktorů zevního prostředí. Pro naši práci a pozdější šetření je nejvíce přínosná definice, kterou uvádí Koutek (2008) a to, že jako obezitu v dětském a dorostovém věku označujeme hmotnost, která převyšuje ideální váhu určenou na základě výšky, věku a pohlaví a to na základě stanovených kritérií. Poslední definici, kterou zmíním, uvádí Ania Carolina Muntau ve své knize *Pediatric*: „Jako obezita se označuje patologické navýšení tělesného tuku na celkovém tělesném složení. Nadváha je definována jako BMI nad 90. percentil, obezita BMI nad 97. percentil vztažený k pohlaví a věku“ (2009, s. 549).

Kunešová et al. (2005, s. 1) o obezitě říká: „Obezita je závažné chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tuku na tělesném složení se současným vzestupem hmotnosti nad normální rozmezí”. Obezita je také současně rizikový faktor, který má přímou spojitost s řadou onemocnění (Kunešová et al., 2005).

„V lidovém pojetí je obézní ten, kdo je tlustý. Být tlustý znamená mít značnou tukovou zásobu. Tento tuk může však být v těle různě rozložen. Ukazuje se, že

podstatně důležité je, jaký je poměr množství tuku v břišní partii k množství tuku v oblasti stehen. Čím více je tuku v oblasti břicha, tím spíše je možno hovořit o obezitě” (Křivohlavý, 2001, s. 211-212). Podle topografického uložení tuku v určitých partiích mluvíme i o určitém typu obezity, který byl v minulosti definován čtyřmi fenotypy obezity. Tyto typy jsou charakterizovány zejména přebytkem tělesného tuku bez zvláštní koncentrace v určité části organismu. V takovém případě je typické zvýšení BMI. Druhým typem je osoba, u které došlo k excesivnímu uložení tuku na trupu, zejména v břišní oblasti. Tento typ bývá uváděn jako androidní nebo mužský typ obezity. Pro další typ je charakteristické ukládání tuku v abdominální viscerální oblasti. Posledním popisovaným typem je genoidní typ obezity též nazývána gluteofemorální obezita, se kterou se můžeme setkat převážně u ženského pohlaví.

1.3 Příčiny obezity (ovlivnitelné, neovlivnitelné)

„Současný způsob života je příčinou celé řady poruch, které zařazujeme mezi civilizační. K nim patří také obezita” (Středa, 2009, s. 15). Za hlavní příčinu dětské obezity pokládá Marinov (2011) taktéž životní styl rodiny. Uvádí: „Životní styl rodiny se jednoznačně odráží na návycích a zvycích jejích členů. Na dětech se nejen zrcadlí stravovací a pohybové aktivity rodiny, ale navíc se přenáší tyto zvyklosti i na další generace. Děti trpící nadváhou se s ní ve významně větší míře potýkají i v dospělém věku” (Marinov, 2011, s. 4).

Obezitu můžeme označit jako primární či sekundární. Primární vzniká vždy na podkladě zvýšeného pozitivního energetického příjmu a nízkého energetického výdeje jedince (Klíma, 2003, Pastucha et al., 2011, Hrodek a Vavřinec et al., 2002). Jestliže je příjem a výdej v rovnováze, pak je to předpoklad pro správný růst a také správný psychomotorický vývoj dítěte. Je to důležitý faktor ovlivňující dlouhodobě zdravotní stav člověka. Mění se v závislosti na věkových stádiích. Pokud nejsou zásady správně dodržovány a respektovány dětmi, ale i jejich rodiči, dochází k poruchám zdraví jedince (Sedlářová a kol., 2008).

Obecně můžeme příčiny obezity rozdělit do dvou kategorií, které popisují Hrodek et al., (2002) a Pastucha et al., (2011). Jsou to příčiny genetické. Mezi tyto příčiny bychom mohli zařadit genetické predispozice (obezitogenní prostředí) a geneticky determinované poruchy jako následek hormonálních a jiných onemocnění. Druhou zmiňovanou oblastí příčin jsou faktory zevního prostředí. Sem můžeme zařadit v první řadě životní styl rodiny a výživu. Neméně důležitým faktorem, který se podílí na vzniku obezity je pohybová aktivita a psychické příčiny. Poslední oblastí zasahující do vlivů způsobující zvyšování váhy je socio-ekonomická situace jedince.

Dle Tkáčové a Wiczmandyové (2010) se příčiny nadváhy a obezity mohou také rozdělit do dvou skupin. „Do první skupiny patří méně než 5 % případů obezity vznikající v důsledku hormonálních a jiných onemocnění anebo při dlouhodobém užívání některých léků. Do druhé skupiny patří více než 95 % obézních dětí, jejichž nadměrná hmotnost je způsobená nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie, tedy nadbytkem energeticky bohaté potravy” (Tkáčová a Wiczmandyová, 2010, s. 55).

U dětí se můžeme setkat zvláště s běžnou obezitou, která je zapříčiněna nevhodným seřazením genů a zvýšeným příjmem potravy. Vše je umocněno nízkou pohybovou aktivitou (Marino et al., 2011).

Svačina a Bretšnajdrová (2008) vidí hlavní příčinu obezity u dětí v uplatnění faktorů prostředí. Vliv geneticky se v populaci nemění. Uvádějí také přínos oboru zvaného nutrigenomika. Tento obor se zabývá například uplatňováním genů při vzniku nadváhy a obezity. Uplatnění genů může být nastartováno nevhodnou stravou.

Yang, Kelly a On (2007) zastávají názor, že obezita je vysoce dědičná záležitost, která vzniká z interakce mnoha genů, faktorů životního prostředí a chování jedince.

Marinov et al. (2011, s. 15) se také zmiňuje o příčině dětské obezity: „Část dětské populace nahrazuje zvýšené psychické nároky zvýšeným příjmem potravy, a to zejména ve večerních hodinách. Realitou se stalo absolutní nebo relativní přejídání. Výsledkem je pozitivní energetická bilance, kdy příjem energie je vyšší než výdej. A pro takovou situaci nemáme připravené žádné přizpůsobující se metabolické mechanismy”.

Příčinou nadváhy a obezity je přirozená funkce organismu, který si vytváří v tukové tkáni dostatečnou energetickou rezervu pro případ strádání. Tento názor zastává Marinov (2011).

Svačina (2011) se domnívá, že jestliže chceme udržení ideální váhy, musíme upravit životní styl a preferovat především jeho zásady v každodenním životě. Zvláště v rodině mohou rodiče pěstovat návyky, spojené se stravováním a pohybovým režimem u dětí již v nejranějším věku a tím preventivně působit proti vzniku obezity. Také psychické příčiny se uplatňují při vzniku obezity. Stresované dítě a dítě v depresi může svoji situaci řešit zvýšenou konzumací jídla, což ho uspokojuje (Hrodek, Vavřinec et al., 2002).

Nesrstová (2012) se taktéž domnívá, že hlavní příčinou obezity v civilizovaném světě je životní styl rodiny.

Gilnerová, Kebza, Rymeš (2003) uvádějí, že za obezitou převážné většiny dětí stojí rodiče, kteří jsou nepřiměřeně tolerantní k přání svých dětí v trávení volného času, výběru jídelníčku. To vyplývá z lásky rodičů ke svým dětem, a jak tuto lásku projevují. Často tak činí z nevědomosti, ale i z tradovaných předsudků a zvyků ve stravování a životních priorit. Děti se stravují během dne nepravidelně. Vynechají snídani. Svačinu si do školy nenosí. Jejich prvním jídlem bývá až oběd, který si zakoupí cestou domů ze školy. Rodiče by se měli přesvědčit o tom, zda a co dítě snídá, dát mu do školy kvalitní svačinu a pití, místo finančních prostředků, které by investovali do pochutin z automatů, které jsou umístěny často v prostorách školy. Toto rozhodně neodpovídá zásadám zdravého životního stylu.

Také dlouhý čas strávený před televizní obrazovkou a počítačem má vliv na snížený energetický výdej a tím i vznik a vývoj obezity (Hainer et al., 2011). K tomuto názoru se přiklání také Marinov et al. (2012), který ještě zmiňuje jednu příčinu obezity a to stravování ve fast foodech.

Z výše uvedeného plyne, že pouze malá část příčin, které vedou k rozvoji nadváhy a obezity je neovlivnitelná. Většinu z nich je možné vhodným přístupem k životu ovlivnit.

1.4 Vyšetřovací metody

K diagnostikování obezity se používá celá řada diagnostických metod. Při zjišťování stavu výživy jedince, bychom měli vždy postupovat od těch jednodušších, snadno dostupných, k těm složitějším. V první řadě je nutné zmapovat stav stravování jedince i jeho rodiny a blízkých. Důležitost rodinné a osobní anamnézy spočívá ve zjištění faktorů vedoucích k příčině obezity a vyloučení či potvrzení komplikací a důsledků, které může obezita vyvolat. Také zjišťování fyzické aktivity a denní režim jedince podstatným způsobem přispívá k určení příčiny obezity. Jestliže je známa příčina onemocnění, což obezita bezesporu je, můžeme proti tomuto nepříteli adekvátně bojovat.

Také Kunešová a kol. (2005) udávají, že diagnostika obezity má určité oblasti sledování. Je to pět oblastí, na které by se měl lékař zaměřit. Jsou to již zmiňovaná oblast anamnestická, dále klinické vyšetření, antropometrické sledování, měření tělesného složení a biochemická vyšetření.

V diagnostice obezity se zaměříme na klinické vyšetření, které obsahuje změření a zaznamenání výšky a váhy jedince. Na základě těchto měření se stanoví tzv. BMI. Je to nejvíce využívaná metoda pro posuzování stavu výživy. Je bráno v úvahu, zda jde o dívku či chlapce, ale také jejich věk. Tato metoda je zcela postačující pro běžné screeningové posouzení (Hrodek, Vavřinec, 2002).

Vzorec pro výpočet BMI:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$$

Vítek (2008) uvádí, že uvedené techniky lze použít i u diagnostikování obezity u dětí. Je nutné ale vzít v úvahu, že zatímco v dospělosti BMI pozvolna stoupá s věkem, u dětských pacientů a klientů tomu je jinak. „U dětí do tří let BMI poměrně rychle stoupá, poté do šesti let klesá a následně roste. To samo sebou vede k určitým problémům s interpretací BMI a hodnocení stavu výživy u dětí“ (Vítek, 2008, s. 13).

Hmotnostní index, neboli BMI je také někdy nazýván jako Queteletův index, podle belgického matematika Adolfa Quetelea, kterému je tato metoda připisována. BMI je podíl tělesné hmotnosti uvedené v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky udané v metrech. Pro přesnější posouzení doporučují Lisá (1990) a Státní zdravotní ústav v Praze kombinaci metody BMI s ještě jinou metodou. Jsou využívány tzv. percentilové grafy BMI. Přesnější metodou je také měření podkožního tuku pomocí kaliperu. Tyto hodnoty se mění v závislosti na věku (Hrodek, Vavřelec, 2002). Poté, co vyhodnotíme zdravotní rizika, je přistoupeno k laboratorním vyšetřením, která vyloučí či potvrdí eventuelní příčinu nebo komplikaci obezity. Hlavatý, Zamrazilová (2009) zdůrazňují nutnost zaznamenání hodnoty BMI do percentilového grafu a poté určení energetického výdeje a příjmu.

Kunešová et al. (2005) uvádí Klasifikaci obezity podle WHO z roku 1997 (Příloha 1). Dle této klasifikace se váha člověka podle naměřeného BMI u jedince člení na podváhu, optimální váhu, zvýšenou váhu, neobézní stav neboli nadváhu a obezitu I., II. a III. stupně. Přitom optimální váha je definována v rozmezí hodnot BMI mezi 18,5 a 24,9. K jednotlivým stupňům váhy je zároveň přiřazeno riziko komplikací, které jedince s daným BMI ohrožují. Toto riziko je hodnoceno jako nízké, průměrné, mírně, středně a velmi zvýšené a riziko vysoké. V případě, že BMI je pod 18,5 mluvíme o podváze s nízkým rizikem vzniku komplikací. Jestliže se BMI zvýší nad 25, jedná se o nadváhu či obezitu a zvýšené či vysoké riziko komplikací podle výše naměřeného BMI.

1.4.1 Percentilové grafy

Jako nejjednodušší způsob, kterým se dá zjistit zdravotní a výživový stav dítěte, je použití percentilového grafu. Je to široce použitelný nástroj, který slouží k odpovídajícímu zhodnocení a včasnému zachytu nastupující nadváhy. Pokud je včasně zachycen odlišný vývoj od předpokládaných hodnot, upozorní nás na často závažný zdravotní problém ještě před jeho klinickou manifestací (Vignerová, Marinov, 2012).

Česká republika má svá vlastní referenční data, která byla získána rozsáhlými celostátními antropologickými výzkumy, které probíhaly v desetiletých intervalech od roku 1951. Aktuální růstové grafy vycházejí z výsledků výzkumu z roku 2001 (6. CAV) (Vignerová, Marinov, 2012).

Marinov, Vignerová (2012, s. 24) dále uvádějí: „Růstové grafy základních tělesných rozměrů jsou součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, pediatři je mají k dispozici ve formě volných listů, jsou součástí mnoha publikací pro rodiče a jsou k dispozici i v elektronické podobě jako součást různých softwarů. Nejnověji jsou součástí Elektronické zdravotní knížky”.

Změřením přírůstkových hodnot a jejich zanesení do grafů získáme přehled o tom, jak dítě prospívá v závislosti na výšce a váze vzhledem ke svým vrstevníkům. Vždy musíme brát v úvahu individuální okolnosti, které se vyskytují v životě dítěte. Aby byla měření směřovaná, musíme je v příslušných časových intervalech opakovat (Marinov, Vignerová, 2012).

V percentilových grafech jsou většinou znázorněny křivky, které odpovídají hodnotám 3., 10., 25., 50., 75., 90. a 97. percentilu pro daný věk referenčních údajů. Padesátý percentil, tj. prostřední silná čára ve všech růstových grafech. Odpovídá střední hodnotě tělesného znaku. Čím více se křivky vzdalují od střední čáry, tím jsou hodnoty odlišnější od normálu. Nadváha je definovaná jako BMI nad 90. percentil a obezita BMI nad 97. Percentil vztažený k pohlaví a věku jedince (Muntau, 2009). Příklad používaných percentilových grafů můžeme vidět v Příloze 2.

1.5 Komplikace a rizika obezity

Hrodek a Vavřinec et al. (2002) se domnívají, že obezita není jen kosmetický problém, jak je vnímána většinou dnešní populace. Obecně můžeme komplikace obezity rozdělit do několika oblastí. Setkáváme se s poruchami pohybového aparátu, kardiovaskulárními a respiračními komplikacemi. Další zmiňovanou oblastí je skupina komplikací, které se váží na metabolické a endokrinní komplikace. Poslední skupinou jsou komplikace psychosociální (Pastucha et al., 2011).

Zvláště v dětském věku při vývoji kostry a svalů dochází vlivem zvýšené hmotnosti k přetěžování a následným změnám na páteři a kloubech. U dětí je možné pozorovat, vadné držení těla, ploché nohy a později i artrózu (Hrodek, Vavřinec, 2002; Pastucha, 2011). Renotiérová (2002, s. 29) se domnívá: „Za tělesná postižení jsou nejčastěji považována přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížení pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů měkkých tkání”.

Nejzávažnější komplikací dětské obezity jsou metabolické změny, které jsou spojené s rozvojem kardiovaskulárních komplikací. Můžeme se setkat s poruchou metabolismu - porucha glukózové tolerance, poruchami lipidového spektra. Dále s hypertenzí i u velmi mladých jedinců (Marinov, Pastucha, 2012).

Obezita se v extrémních případech může projevat jako tzv. Pickwickův syndrom. Jedná se o stav, kdy je ztížené dýchání vlivem nadměrné obezity, čímž dochází k hypoventilaci. V organismu dochází ke hromadění oxidu uhličitého. Dítě je výrazně spavé a unavené. Tento stav může vést až k pravostrannému srdečnímu selhání (Marinov, Pastucha 2012).

Syndrom obstrukční spánkové apnoe je u dětí s obezitou častým projevem, který je zahrnut mezi respirační komplikace (Marinov, Pastucha, 2012).

Mezi neméně závažné patří komplikace z oblasti psychiky. Můžeme je pozorovat již v útlém dětském věku, ale nejvíce pak u dospívající mládeže. Děti často trpí méněcenností a depresemi. Vinu dávají své váze, stydí se za svůj vzhled. Straní se kolektivu dětí pro svoji neobratnost, spíše vyhledávají samotu a preferují sedavý způsob života. Což celou situaci ještě více zhoršuje. Může docházet i k opačnému extrému, kdy se dítě snaží být středem zájmu a upoutat na sebe pozornost (Fraňková et al., 2000; Svačina, 2007). Psychické problémy se mohou přenášet i do dospělosti. Jedinec pak pociťuje problémy v zaměstnání i v pozdějším osobním životě. Můžeme se setkat se sociální izolací. Tito lidé trpí daleko častěji depresemi a úzkostí. Gillernová et al. (2011) řadí k psychickým komplikacím emoční labilitu a střídání nálad.

Obézní lidé jsou mnohokrát častěji ohroženi vznikem nádorového onemocnění v dospělosti než lidé s fyziologickou hmotností. Týká se to především nádorů tlustého střeva, slinivky, jícnu, žaludku, ledvin, děložního čípku a prsu (Obezita, 2014).

Další problém, se kterým se můžeme setkat, je četnost obézních pacientů na různých odděleních nemocnic. Tito lidé jsou většinou hospitalizováni v důsledku vzniklých komplikací. Velkým problémem se jeví poruchy související s porušenou hybností, zvláště pak problémy ležících pacientů (Šafránková, Nejedlá, 2006).

1.6 Léčba obezity

Klíma (2003, s. 223) o léčbě obezity říká, že je „svízelná“. Prioritou v léčbě je změna výživových zvyklostí, pohybového režimu a hlavně celkového životního stylu dítěte. Aby byla zajištěna úspěšnost, musí dojít k zapojení celé rodiny do léčebného plánu. Vždy je nutná také psychická podpora všech, kteří se pohybují v nejbližším okolí dítěte. Snižování váhy by mělo být vždy postupné. Protože dítě neustále roste a vyvíjí se, je i udržení váhy projevem úspěšné léčby (Klíma, 2003, Kytarová, 2002).

Hrodek, Vavřinec et.al (2002, s. 103) označují léčbu jako „obtížnou“. A to hlavně z důvodu nutnosti změny životního stylu celé rodiny. Je nutné upravit stravování a jídelníček, ale i pohybovou aktivitu dítěte, kterému je nutné navodit pravidelný denní režim. Důkazem toho je, že dítě, které podstoupí léčbu v nějakém zařízení mimo domov a zhubne, po návratu do domácího prostředí, při návratu k zaběhnutým zvyklostem, se váha opět zvýší. Mnohdy dosáhne ještě větších hodnot než před léčbou. To je projevem tzv. jo-jo efektu (Hrodek, Vavřinec, 2002).

Šafránková a Nejedlá (2006) zastává názor, že jediné možné řešení obezity spočívá v radikální změně chování a složení přijímané potravy. Také k tomuto významnou měrou přispívá změna celého stylu života a velmi pevná vůle, úsilí a podpora okolí jedince.

Léčba obezity, aby byla úspěšná (zvláště u dětí), vyžaduje, abychom byli k sobě kritičtí a kladli si reálné a splnitelné cíle. Vysoké a nereálné cíle demotivují od dalšího

setrvání v úsilí. Dítě by mělo být za svůj úspěch odměněno pochvalou (Müllerová, 2010).

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

Aby léčba obezity byla úspěšná je doporučováno rozdělit denní stravu na pět denních porcí jídla, které pokryjí energetickou úhradu živin potřebných pro růst a vývoj dětského organismu. Strava by měla obsahovat netučné mléčné produkty, libové maso, dostatek luštěnin, ovoce a zeleniny. Vhodný výběr potravin vede k redukci váhy. Dále zmiňována nutnost denní fyzické aktivity. Ta by měla být uzpůsobena jedinci tak, aby ve zvýšené míře nezatěžovala jeho pohybový aparát. Extrémní zatěžování by mělo negativní dopad na rozvoj komplikací. Vhodnými aktivitami jsou chůze (nikoli běh), jízda na kole či plavání (Hrodek, Vavřinec et al., 2002).

Keller et al. (1993, s. 150) říká k léčbě obezity: „Je vhodné začít léčit obezitu již v mladém věku, protože s jejím trváním se rizika zvyšují. Kromě toho si mladší člověk upraví svou životosprávu snáze (jídelní návyky, tělesná aktivita) než člověk starší”. Dále se domnívá, že terapie nadváhy a obezity způsobuje striktní narušení rovnováhy oblasti psychiky i fyzický potřeb organismu. Vše závisí na motivaci jedince. A starší lidé mají zhoršenou míru přizpůsobování se něčemu novému (Keller et al., 1993).

Muntau (2009, s. 549) uvádí: „K léčbě obezity potřebujeme rozsáhlý koncept péče. Důležitými cíli jsou zdravá výživa a dostačující tělesný pohyb. Nejdříve je potřeba dosáhnout stabilizace tělesné hmotnosti. Později se pokoušíme o pomalou redukci hmotnosti. Důvodem je potlačení protiregulačních mechanismů”. Stejný názor zastává také Gregora (2004).

Jelikož je na obezitu pohlíženo jako na multifaktoriální jev, musíme také při léčbě uplatňovat strategické plány, ve kterých je zahrnut multifaktoriální přístup k řešení daného problému (Trowbridge, Kibbe, 2002).

Hainerová (2009) uvádí cíle sledování obézního pacienta. Je to sledování růstu, pubertálního vývoje a reprodukčních funkcí, dále monitorace glukózového

metabolismu, lipidového profilu a krevního tlaku, podpora rodiny a její dokonalá edukace. Další cíl péče o pacienta se zabývá terapií obezity a jejích komplikací. Neopominutelné zůstává také odhalování sociálních a psychických překážek, které bychom měli znát před zahájením léčby obezity, má-li být úspěšná. Všechna režimová opatření musí být kontrolována. V případě potřeby je přistoupeno k reedukci dítěte i jeho rodinných příslušníků.

Léčba dětské obezity vychází z Doporučeného postupu prevence a léčby dětské obezity z roku 2008 a ze Standardů léčebných postupů a kvality zdravotní péče u dětí s obezitou z roku 2011. K racionálnímu terapeutickému zařazení konkrétního pacienta slouží terapeutické skóre dětské nadváhy a obezity (Česká obezitologická společnost, 2014).

Obecně můžeme říci, že léčba se týká těchto oblastí: stravování a pitný režim, úprava pohybového režimu, podpora a edukace rodiny, psychosociální podpora dítěte, ambulantní léčba, a pobyty ve speciálních zařízeních.

Dětská obezitologie jen v ojedinělých případech využívá medikamentózní léčbu a chirurgická řešení problému s nadváhou a obezitou. Zásadně odmítá razantní redukční diety, které poškozují dětský organismus ve svém vývoji (Pastucha, 2011).

Pastucha (2011, s. 10) uvádí: „Vzhledem k velmi limitovaným možnostem farmakoterapie a bariatrické chirurgie v dětském věku je omezení energetického příjmu dietními opatřeními a zvýšení energetického výdeje vyšší pohybovou aktivitou jedinou možností nejen pro terapii rozvinuté dětské obezity, ale také pro její prevenci”.

Housová (2011) uvádí názor týkající se dětí a jejich zvyklostí. Děti mají vždy tendenci kopírovat zvyklosti svých rodičů. Přejímají tedy i naše zvyky, které jsou spojené se stravováním, kladné i záporné. Děti jsou vystaveny nejčastěji ze strany matek neustálým dietám a experimentům v redukci váhy. Nevědomky je tak učí a vychovávají z nich chronické dietáře. Mnohdy již v útlém věku jsou vystaveny vysokému riziku vzniku obezity nebo jiných poruch příjmu potravy, kterými jsou anorexie či bulimie.

Léčba spočívající v úpravě stravy a dodržování zásad zdravé výživy je také prioritní pro Timlin et al. (2008). Důležitost snídaně, pravidelnost v jídelním režimu a zdravé

stravovací návyky se promítají do stavu výživy celé mladé populace. Pestrá snídaně by měla být základem stravování každého jedince. Denní dávky jídel by měly být rozděleny do pěti porcí. Každá porce by měla obsahovat dostatek ovoce a zeleniny (Housová, 2011).

Režimová opatření se týkají úpravy jídelníčku a pohybové aktivity dítěte. Léčba dítěte s diagnostikovaným prvním stupněm obezity se děje v Dětských obezitologických poradnách, v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost ve spolupráci s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem. Děti s 2. stupněm obezity jsou sledovány ve specializovaných Dětských obezitologických ambulancích. Při třetím stupni obezity jsou již děti odesílány do Dětských obezitologických center. Na intenzivní ambulantní terapii obezity a nadváhy může navazovat terapie v dětských ozdravovnách a dětských lázeňských zařízeních (Česká obezitologická společnost, 2014).

1.7 Prevence

V dnešní době se jeví jediným účinným prostředkem proti vzniku obezity její prevence. „V plné míře totiž platí, že o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku. I když se jeví komplexní problematika nejen dětské obezity na první pohled jako velmi složitá, ve skutečnosti je možné stanovit jednoduchá a účelná preventivní pravidla” (Marinov, Barčáková, Nesrstová, 2011, s. 25). A tím je změna životního stylu celé rodiny.

Svačina a Bretšnajdrová (2008) uvádějí, co mohou získat lidé změnou životního stylu. V první řadě si prodloužit život a snížit riziko při operacích a úrazech. Dále se úpravou životního stylu mohou oddálit vznik cukrovky, vyššího krevního tlaku, aterosklerózy a jejích komplikací. Také vznik některých nádorů a neplodnost je vázána na životní styl jedince.

Tkáčová a Wiczmandyová (2010, s. 57) se domnívají: „Prevence vzniku obezity začíná již v těhotenství, protože základy mnoha onemocnění, včetně obezity, se formují v prenatálním vývoji. Po narození je nejlepší prevencí mnoha onemocnění, včetně obezity, kojení. Základem prevence i léčby obezity je pochopení jejích příčin. Prevence

obezity je teoreticky velmi jednoduchá, stačí dodržovat principy správné výživy a pravidelně se věnovat tělesné aktivitě”.

Dle názoru uveřejněného na internetových stránkách Státního zdravotního ústavu by účinná prevence nadváhy a obezity v dospělosti měla probíhat na úrovni rodiny a to od útlého dětství. Už výlučné kojení po dobu šesti měsíců a následné pokračující kojení do dvou let věku dítěte kladně ovlivňuje vývin a odolnost dítěte, které nemá sklon k nadváze a obezitě. (SZU, 2014). Stejný názor je podporován i Velemínským a Tomšíkovou et al. (2009).

Kytnarová (2012) sdílí názor, že jediným správným řešením je správné stravování a společně s ním i pohyb. Pakliže rodiče vedou své děti ke sportu, je možnost vzniku nadváhy a obezity malá. Vypěstují si kladný přístup k pohybovým aktivitám a budou pohyb upřednostňovat před sledováním televizního přijímače a počítače.

Zastáncem prevence obezity vhodnými a pravidelnými pohybovými aktivitami je i Pastucha et al. (2011). Ty přispívají k uplatňování pozitivních fyziologických a sociálních účinků působících na dobré zdraví a zdravý životní styl jedince. Pohyb označují jako „komplex lidského chování”. Pohybové aktivity jedince můžeme pozorovat v jeho každodenním životě. Nemusí to být jen účelné cvičení. Jsou to například domácí práce nebo třeba tanec.

Šafránková a Nejedlá (2006, s. 74) se k prevenci obezity vyjadřují: „Důležitým momentem terapie obezity je její prevence. Existuje mnoho různých programů k prevenci obezity. Takový program vyžaduje spolupráci mnoha odborníků a složek: např. zdravotníků, vládních institucí, výrobců potravin, stravovacích zařízení, školství, tělovýchovné jednoty, média”. Dále se zmiňují o nutnosti komplexního systému péče o obezní. Zde se můžeme setkat s péčí poskytovanou ve specializovaných centrech, které se zabývají diagnostikou a terapií obezity. Jedná se o specialisty, lázeňská zařízení, redukční kluby nebo výukové systémy.

Marinov a Vignerová (2012) jsou přesvědčeni o nezastupitelné roli praktického lékaře pro děti a dorost, jehož prioritou by mělo být vyhledávání rizikových skupin a vést k správnému životnímu stylu. Uvádějí: „Všechny problémy ohledně výživy dětí

by měly být na prvním místě řešeny v ordinaci praktika, který zná zázemí pacienta a může mu tak nejlépe poradit s možnostmi řešení” (Marinov, Vignerová, 2012, s. 25).

1.8 Sestra a její role v prevenci a léčbě obezity

Komplexní péče o dítě začíná již v prenatálním období sledováním matky a plodu v gynekologických poradnách, kam matka v průběhu těhotenství dochází na preventivní prohlídky. Po narození se o dítě starají nejenom rodiče, ale i pediatři a sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. V jejich péči zůstává dítě až do 18. roku věku.

Sestra jako členka multidisciplinárního týmu je nezastupitelným článkem v péči o dítě. Mezi činnosti, které vykonává při každodenní práci, patří získávání a zaznamenávání potřebných anamnestických údajů, které slouží jako podklad k další práci v ordinaci praktického lékaře. Dále se podílí na terapeutických a preventivních činnostech (Boledovičová et al., 2010).

Důležité se jeví získávání informací od dítěte i rodiny. Zvláště navázání kontaktu je prioritní pro vývoj dalšího vztahu mezi všemi, kteří spolu spolupracují. Informace se týkají aktuálního zdravotního stavu dítěte, oblasti stravování a výživy, také vyprazdňování a pohybové aktivity dítěte. Sestra by měla sledovat, jakým způsobem reaguje dítě a rodiče na příjem informací, rad a doporučení. Snaží se o identifikaci možných problémů v oblasti psychiky dítěte i rodičů (Boledovičová et al., 2010).

1.8.1 Pediatrie a ambulantní péče o dítě

„Pediatrie je obor, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých a jejich vývojem tak, aby tito dosáhli plnohodnotné dospělosti. Název pochází z termínu pais – dítě, iatria – léčení (Velemínský a Tomšíková et al., 2009, s. 9)”. Úkol, který si klade pediatrie za prioritní je sledování a posuzování tělesného, mentálního a emocionálního vývoje dítěte. Bere zároveň na zřetel i sociální vlivy, které na dítě působí. Veškerý vývoj se musí posuzovat i podle vztahu dítěte ke svému okolí, zvláště

k rodině, ve které vyrůstá. Vždy by naše snahy měli vést k tomu, aby k poškození v žádné oblasti (somatické, psychické, sociální) vůbec nedošlo. Vše by mělo směřovat k prevenci (Velemínský a Tomšíková et al., 2009).

Dle Boledovičové et al. (2010) je dětské lékařství východiskem pro aplikovaný ošetrovatelský obor, kterým je pediatrické ošetrovatelství. Pediatrické ošetrovatelství má za úkol, stejně jako pediatrie, péči o stejnou cílovou skupinu. Tou jsou děti od narození do 18. roku života. Všechny aktivity směřují taktéž k harmonickému vývoji po stránce tělesné i duševní ve vztahu k celé populaci. Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se pediatrie a pediatrické ošetrovatelství zabývá dítětem ve zdraví i nemoci a pohlíží na dítě, jako na psychosomaticko-sociální celek. Tím, že se zabývá prevencí i léčbou dítěte, ovlivňuje zdravotní stav celé populace. Je kladen důraz na spolupráci s rodinou dítěte a její zapojení do péče o dítě v oblasti léčebné, preventivní i výchovné (Boledovičová et al., 2010).

Důležitým prvkem v péči o dítě jsou ordinace praktických lékařů pro děti a dorost. Zde pracují také zkušené zdravotní sestry, které jsou nezanedbatelnou součástí péče o dítě. Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči o dítě (Boledovičová et al., 2010).

Tkáčová a Wiczmandyová (2010, s. 56) uvádějí: „Ambulantní péče při redukci obezity je doporučována nejen z ekonomických důvodů. Touto formou se většinou dosáhne lepšího a zejména dlouhodobějšího efektu, protože je realizována v přirozeném rodinném a školním prostředí dítěte”.

„Primární prevence spočívá v aktivním vyhledávání dětí ohrožených po stránce zdravotní, psychické i sociální a ve sledování psychomotorického a sociálního vývoje” (Velemínský a Tomšíková et al., 2009, s. 12). Preventivní prohlídky probíhají v určitých časových intervalech a mají svůj předepsaný obsah. Vše probíhá za účasti rodičů. Sleduje se somatický, psychomotorický a sociální vývoj. Odchyly jsou vždy důležitým ukazatelem možných patologických stavů, rizikových faktorů a dalších ukazatelů, které mohou vést v budoucnu k negativnímu vývoji či poškození.

Ošetrovatelská péče o děti, ale i o dospělé je v dnešní době úzce spjata s ošetrovatelským procesem. „Metoda ošetrovatelského procesu umožňuje

organizovaný a systematický přístup k dítěti i doprovodu” (Sikorová, 2011, s. 25). Je už samozřejmostí, že ošetrovatelská péče poskytovaná dětem, se děje prostřednictvím této metody, která využívá osvědčených měřících technik a standardizovaných ošetrovatelských postupů (Vacušková et al., 2009).

V péči je důležité chápání dítěte jako bio-psycho-sociálně spirituálního celku. Tento celek by měl být v neustálé rovnováze. Při porušení jedné části dochází k narušení celého systému. Hovoříme o tzv. holismu. Tento termín pochází z řeckého slova celek.

1.8.2 Potřeby dítěte a rodiny

Potřeby dítěte, ale i každého z nás se během života mění. Jsou závislé na věku jedince, jeho pohlaví, momentálním zdravotním stavu a prostředí, ve kterém se nachází. Uspokojování základních potřeb bývá saturováno přednostně a míra saturace je mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte (Dunovský, 1999; Švejcar et al., 2003; Velemínský a Tomšíková et al., 2009).

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí” říká Trachtová et al. (2001, s. 10). O potřebách se různí autoři vyjadřují různě. Definují potřeby jako vzájemně se prolínající části biologické, psychické, sociální a duchovní oblasti v prožívání člověka. Tyto oblasti nás motivují k určitému jednání a jsou vymezené společenskými podmínkami každého jedince (Trachtová et al., 2001; Farkašová, 2006; Sikorová, 2011).

K biologickým potřebám patří výživa, potřeby spojené s hygienou, patřičný somatický vývoj a podněty, které s tím souvisí. Do základních psychických potřeb můžeme zahrnout potřebu bezpečí a jistoty, dostatečných podnětů z okolí, potřeba vědomí vlastní identity a motivace v úsilí. Potřeba lásky a bezpečí, sociálních vztahů a komunikace je důležitá v uspokojování potřeb v oblasti sociální. Saturace potřeb je nejdůležitější v péči o dítě (Dunovský, 1999; Švejcar et al., 2003; Velemínský, Tomšíková, 2009).

Nejenom saturace potřeb dítěte, ale i saturace potřeb celé rodiny je důležitá při poskytování ošetrovatelské péče o dítě s nějakým problémem. Každá rodina má svoji

hierarchii hodnot, svoje kulturní a emocionální priority. Má svoji strukturu a dodržuje určité vazby a vztahy. Příslušníci rodiny se stávají účastníky v péči o dítě. Je potřeba posilovat psychicky úsilí rodiny v péči o dítě, protože to vždy vycítí strach a obavy rodičů z případného neúspěchu. To se pak rychle na dítě přenáší. Zdravotnickí pracovníci a zejména sestra, pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, by neustále měli posilovat sílu a schopnosti rodiny a snažit se o vzájemnou spolupráci, která by vždy vedla ku prospěchu dítěte (Fendrychová, Borek et al., 2007; Vacušková, et al., 2009; Sikorová, 2012).

1.8.3 Motivace

Motivace se jeví důležitou součástí péče o dítě a rodinu, která se potýká s problémem nejenom nadváhy a obezity, ale i dalších zdravotních problémů v životě jedince. Dle Pastuchy (2011, s. 86) je motivace: „Psychologický proces vedoucí k energetizaci organismu, usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle.”

Vymětal (1994) popisuje motivaci jako proces, který nastartovává určité jednání a je jeho hnací silou. Je to určitá pohnutka, důvod určitého jednání člověka.

Pastucha (2011) se přiklání k názoru, že pro dlouhodobý úspěch spolupráce a trvalé změny v charakteru života celé rodiny, která má ve svém středu dítě s nadváhou nebo obezitou, je motivace velice důležitá. Je nutné zaměřit se na ovlivnění pozitivního vztahu k postojům vedoucích k podpoře změny životního stylu a navýšení pohybové aktivity celé rodiny.

Motivace dětí s nadváhou či obezitou a změna životního stylu je velmi náročný proces. Důvody, které mohou hrát zásadní roli při rozhodování o změně, jsou zdravotní stav, zvýšení fyzické kondice, líbit se sám sobě i druhým. Zvláště pro dívky je důležitým faktorem zahájení nějaké zásadní změny móda. Pro mnoho dětí je také motivací přání rodičů, vidět své dítě šťastné, zdravé a s přiměřenou hmotností (Pastucha, 2011).

1.8.4 *Komunikace*

Komunikace je základem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. „Sestra identifikuje závažné informace, které sděluje lékaři nejen při standartní komunikaci, ale i ty, které musí mít lékař k dispozici ihned. Je to jedna ze schopností sester, které významně zvyšují efektivitu péče o nemocného” říká Ptáček a Bartůněk et al. (2011, s. 241). Mellanová (1999) se o komunikaci vyjadřuje jako o prioritní části lidského bytí. Člověk přestává být člověkem, pokud nemá kontakt s jinými. Základní pravidla pro empatický profesionální rozhovor spočívají v dodržování určitých pravidel a zásad. Člověk by měl mít úctu k druhému, měl by být důvěryhodný, ochotně přijímat názory druhého a také být připraven ke změnám v postojích k druhému. Měla by být dodržována přátelská atmosféra (Čechová, Mellanová, a Rozsypalová, 1999; Ptáček a Bartůněk et al., 2011).

Pokud se jedná o komunikaci s dětským pacientem, vystupují do popředí určitá specifika. Nemoc dítěte a určité rozpoložení a stav dítěte předpokládá vždy určitý zásah do osobnosti a prožívání dítěte. Každý jedinec si vše uvědomuje jiným způsobem a má jiný způsob prožívání daného. Komunikaci může ovlivňovat jednak zdravotní stav jedince, ale i prostředí, chování lékařů a sester, jejich reakce a trpělivost. Aktivní komunikace a spolupráce s dětmi i rodiči je zcela zásadní při poskytování péče o dítě s jakýmkoli problémem (Boledovičová et al., 2010; Plevová, Slowik, 2010; Ptáček, Bartůněk et al. 2011).

Dětský pacient je velice citlivý i k nonverbálním projevům komunikace. Ty mohou sloužit také jako zdroj informací o dítěti, které reaguje na určité podněty pouze mimikou, která je citlivým ukazatelem psychického i somatického stavu jedince. Tvář dítěte dokáže nejpřesněji vyjádřit jeho emoce a momentální stav (Plevová, Slowiak, 2010).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat stav obezity u dětí školního a předškolního věku v benešovském okrese

Cíl 2: Zmapovat služby (možnosti další pomoci, léčby), které mohou využít rodiče a praktičtí lékaři při léčbě dětí s nadváhou a obezitou.

Cíl 3: Porovnat úspěšnost léčby obezity u dětí, které už podstoupily léčbu obezity pod odborným dohledem s úspěšností snižování nadváhy u dětí, které se snaží o snížení váhy sami.

Cíl 4: Zmapovat problematiku spolupráce sestry s rodiči a školou v péči o dítě s obezitou.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou možnosti odborné pomoci obézním dětem?

Výzkumná otázka 2: Jsou rodiče ochotni pomoci svým obézním dětem při snižování váhy?

Výzkumná otázka 3: Mají rodiče dětí s obezitou také problémy s váhou?

Výzkumná otázka 4: Jaké jsou zkušenosti sester v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o obézní děti?

Výzkumná otázka 5: Jak probíhá spolupráce rodičů se sestrou v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost?

Výzkumná otázka 6: Jak sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost spolupracuje se školou?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro potřeby našeho výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Charakter tohoto výzkumného šetření je informativní.

Prvním vytyčeným cílem bylo zmapovat stav obezity školního a předškolního věku v benešovském okrese. Podklad tvořily informace získané od praktických lékařů pro děti a dorost v benešovském okrese, které se následně analyzovaly a vyhodnocovaly. Informace se týkaly počtu dětí s nadváhou a obezitou.

Druhý cíl práce se zabýval zmapováním dostupných služeb, které mohou využívat praktičtí lékaři pro děti a dorost a také rodiče dětí, které mají nadváhu a obezitu. K dosažení cíle byla použita obsahová analýza dokumentů. Podkladem pro zpracování dat byl Adresář poskytovatelů služeb ve Středočeském kraji, který je k nahlédnutí na internetových stránkách Krajského úřadu Středočeského kraje. Dalším zdrojem informací vztahujících se k tomuto cíli byly internetové stránky České obezitologické společnosti, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Všeobecné zdravotní pojišťovny.

K dosažení třetího a čtvrtého cíle, které měly za úkol porovnat úspěšnost léčby obezity u dětí, které už podstoupily léčbu obezity pod odborným dohledem s úspěšností snižování nadváhy u dětí, které se snaží o snížení váhy sami a zmapování spolupráce sestry s rodiči a školou v péči o dítě s obezitou, bylo použito polostrukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Zkoumaný vzorek tvořily sestry, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, rodiče dětí, které mají problém s váhou a oslovení praktičtí lékaři pro děti a dorost benešovského okresu. Z informací získaných z literatury a z vytyčených výzkumných otázek bylo vytvořeno schéma pro rozhovory s vybranými respondenty. Bylo specifikováno schéma rozhovorů, které tvořily závazné okruhy otázek. Při rozhovoru se sestrami pracujícími v ordinaci oslovených praktických lékařů bylo stanoveno 12 otázek (Příloha 3), pro rozhovor s rodiči dětí s nadváhou a obezitou 14 otázek (Příloha 4), pro lékaře 5 okruhů otázek (Příloha 5). Vždy byla zachována anonymita respondentů. Odpovědi na otázky byly získány bez nátlaku

a dobrovolně. Když se vyskytla nejasnost, byla položena doplňující otázka. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí, které zvolil respondent.

Rozhovory s dotazovanými probíhaly v měsíci lednu, únoru a březnu roku 2014. Rozhovory byly zaznamenány do záznamových archů, dále pak byly parafrázovány a zaznamenány nepřímým přepisem v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Další zpracování probíhalo technikou otevřeného kódování – metoda tužka a papír. Podstatou otevřeného kódování jsou kroky, kdy získané informace jsou rozebrány, analyzovány, konceptualizovány a následně znovu nově poskládány a vyhodnoceny. Přepsané rozhovory byly analýzou rozděleny na části – jednotky, kterým byl přidělen kód. Tyto jednotky se mohou z části překrývat (Švaříček a Šedřová et al., 2007). Po přepisu odpovědí byli jednotliví respondenti označeni (sestry 1S – 10S, rodiče 1R – 10R, lékaři 1L – 10L) a byl vytvořen kód skládající se z označení respondenta a řádku, na kterém se nacházela jeho odpověď (např. 3S/113, kde 3S značí respondenta a 113 je číslo řádku).

Po sestavení kódů byly vytvořeny kategorie a podkategorie. Ty sloužily jako podklad pro vytvoření schémat znázorňující vzájemné vztahy mezi nimi. Schémata byla vytvořena v programu Microsoft Office Word 2007 (SmartArt).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro potřeby výzkumu byly vytvořeny tři výzkumné soubory. V prvním výzkumném souboru bylo 10 záměrně vybraných sester, které pracují v ordinaci oslovených praktických lékařů pro děti a dorost v okrese Benešov, jež přislíbili svoji účast na výzkumném šetření. Byly získány identifikační údaje: kód respondenta, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe celkem, délka praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Vše bylo zaznamenáno do tabulky (Tabulka 1). Nejčastěji opakující se termíny v odpovědích sester byly: „*preventivní prohlídky*“, „*percentilové grafy*“, „*potřeby*“, dále „*komunikace*“, a „*edukace*“, „*zdravý životní styl*“, „*zásady zdravé výživy*“.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

RESPONDENT	VZDĚLÁNÍ	CELKOVÁ DÉLKA PRAXE	DÉLKA PRAXE V AMBULANCI
SESTRA 1S	SZŠ	11 let	4 roky
SESTRA 2S	SZŠ	40 let	22 let
SESTRA 3S	SZŠ	35 let	22 let
SESTRA 4S	SZŠ Pediatr.special.	20 let	10 let
SESTRA 5S	SZŠ Bakalář.stud.	8 let	2 roky
SESTRA 6S	SZŠ	12 let	5 let
SESTRA 7S	SZŠ Dipl. sestra	19 let	15 let
SESTRA 8S	SZŠ	10 let	2 roky
SESTRA 9S	SZŠ	2 roky	0,5 roku
SESTRA 10S	SZŠ Dětská sestra	31 let	19 let

Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 záměrně vybraných osob z řad rodičů dětí, které se potýkají s nadváhou a obezitou. Pět rodičů již mělo zkušenost s redukcí váhy svého dítěte pod odborným dohledem obezitologa či endokrinologa a pět rodičů bylo záměrně vybráno, protože jejich dítě tuto zkušenost doposud nemělo a snažilo se o redukci váhy samo nebo s pomocí praktického lékaře. Věk dětí se pohyboval v rozmezí 4 až 15 let. Rozhovor byl veden ve většině případů s matkou dítěte, pouze jeden rozhovor byl s otcem. Zjištěné identifikační údaje byly zaznamenány do tabulky (Tabulka 2).

Tabulka 2 Identifikační údaje dětí získané od rodičů

RESPONDENT	VĚK DÍTĚTE	POHLAVÍ DÍTĚTE	CHARAKTERISTIKA				
			Váha kg	Výš. cm	Dél.hub.	Nej.hm.	Int.l.
RODIČ 1R	14 let	dcera	82	175	2 roky	90	ano
RODIČ 2R	12 let	syn	60	153	3 roky	60	ano
RODIČ 3R	6 let	dcera	40	120	0,5 roku	41	ne
RODIČ 4R	15 let	dcera	75	162	stále	79	ne
RODIČ 5R	14 let	syn	91	165	2 roky	91	ne
RODIČ 6R	7 let	dcera	44	128	3 měs.	44	ne
RODIČ 7R	15 let	syn	105	179	2,5 roku	116	ano
RODIČ 8R	10 let	dcera	54	145	3 měs.	56	ne
RODIČ 9R	12 let	dcera	76	169	0,5 roku	79	ano
RODIČ 10R	13 let	dcera	81	172	0,5 roku	84	ano

(Váha v kilogramech; výš. cm – výška v centimetrech; dél.hub. – délka hubnutí; nej.hm. – nejvyšší dosažená hmotnost; int.l. – intenzivní léčba)

Třetí výzkumný soubor tvořilo 10 osob. Respondenty byli náhodně oslovení lékaři z řad praktických lékařů pro děti a dorost, kteří mají svoji ordinaci na území okresu Benešov a byly ochotni spolupracovat. Osloveno bylo 15 lékařů, ale jen 10 se vyslovilo pro spolupráci. Rozhovor byl zaměřen na sběr dat, týkající se počtu obézních dětí a dětí s nadváhou v benešovském okrese. Zjištěné údaje byly zaznamenány do tabulky a grafů v kapitole výsledky (Tabulka 3, Graf 1, 2, 3).

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů s rodiči technikou otevřeného kódování – seznam kódů

Kategorie: „Rodina”

- **Obezita v rodině:** 1R/3, 2R/53, 3R/97, 4R/136, 5R/178, 6R/233-234, 7R/279, 8R/319, 9R/368, 10R/416
- **Stravování rodiny:** 1R/5-6, 2R/55, 3R/99-100, 4R/138-139, 5R/180-183, 6R/236-237, 7R/281, 7R/286, 8R/321-322, 9R/370, 10R/418-419
- **Stravování dítěte během dne:** 1R/8-10, 2R/57-58, 3R/102, 4R/141-144, 5R/185-189, 6R/239-240, 7R/283-284, 8R/324-326, 9R/372, 10R/421
- **Péče o dítě s nadváhou a obezitou:** 1R/12-14, 2R/60-61, 3R/104-105, 4R/162, 5R/191-192, 6R/242, 7R/286, 8R/328-330, 9R/374-375, 10R/423
- **Vliv obezity na rodinu:** 1R/16-18, 2R/63-64, 3R/107, 4R/146, 5R/191-192, 5R/194-195, 6R/244, 7R/288, 8R/332-333, 8R/351-352, 9R/377-378, 10R/425-427
- **Nejdůležitější aspekty péče o dítě:** 1R/20, 2R/66, 3R/109-110, 4R/150, 5R/197-198, 6R/246-247, 7R/290, 7R/302, 8R/335, 8R/380, 9R/197-199, 10R/429

Kategorie: „Dítě s nadváhou a obezitou”

- **Problémy v potřebách dítěte:** 1R/23-25, 2R/69-70, 3R/113, 4R/153-154, 5R/201, 5R/213-215, 6R/250-251, 7R/293, 8R/338, 8R/351-352, 9R/383-385, 9R/397-398, 10R/432-434, 10R/445
- **Pomoc a řešení problémů:** 1R/25, 2R/70-71, 4R/153-154, 6R/251-252, 6R/259-260, 6R/262-263, 8R/328-330, 8R/338-339, 9R/385-386
- **Problémy v péči:** 1R/35-36, 2R/81-82, 3R/121, 4R/162-164, 5R/227, 6R/262-263, 7R/302, 10R/445
- **Intenzivní odborná péče a její výsledek:** 1R/49-50, 2R/93-94, 3R/133, 4R/175, 5R/230, 6R/275-276, 7R/314-316, 8R/365, 9R/413, 10R/458-459

Kategorie: „Spolupráce”

- **Rodič × sestra, lékař:** 1R/28-29, 2R/74-75, 3R/116-117, 5R/204-206, 6R/255-257, 7R/296, 8R/342-343, 9R/389-391, 10R/437-439
- **Rodič × škola:** 1R/29, 2R/75-76, 3R/117, 5R/206-207, 6R/257, 7R/297, 8R/343-344, 9R/391, 10R/439
- **Přínos spolupráce „sestra × rodič”:** 1R/42, 2R/87, 3R/126, 4R/169, 5R/205-206, 5R/222, 6R/268, 7R/308, 8R/358-359, 9R/405-407, 10R/450
- **Komunikace „setra × rodič, dítě”:** 1R/31-33, 2R/78-79, 3R/119, 4R/160, 5R/209-211, 6R/259-260, 7R/299-300, 8R/346-349, 9R/393-395, 10R/441-443

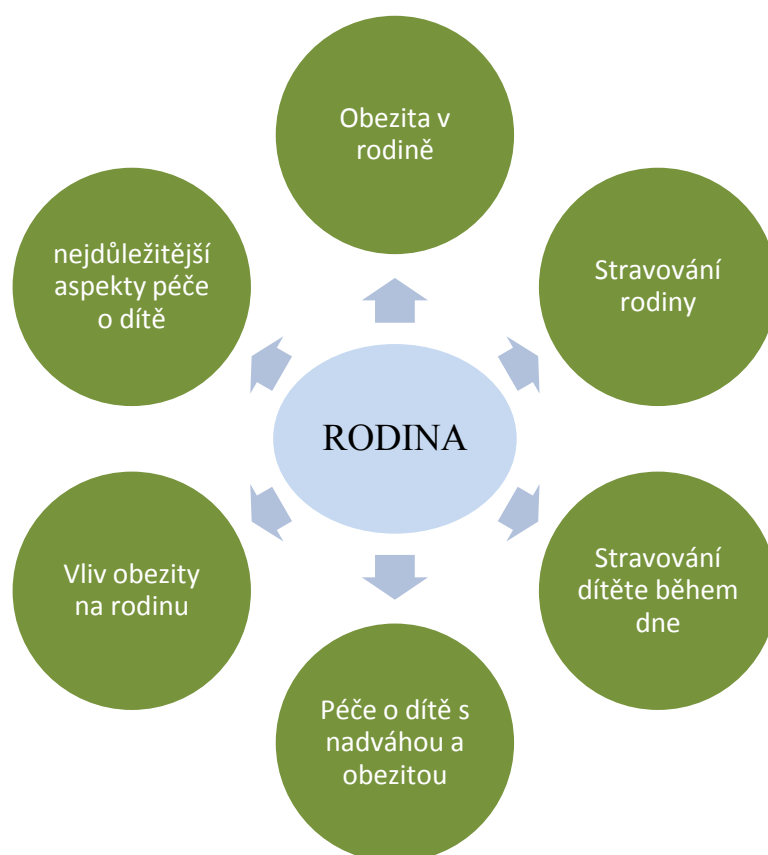
Kategorie: „Informace”

- **Ošetřování dítěte:** 1R/39-40, 2R/85, 3R/124, 4R/167, 5R/218-220, 6R/266, 7R/305-306, 8R/355-356, 8R/359, 9R/402-403, 10R/448
- **Služby:** 1R/45-46, 2R/90, 3R/129-130, 4R/172, 5R/225-227, 6R/271-272, 7R/311, 8R/362, 9R/410, 10R/453-455

4.2 Výsledky rozhovorů s rodiči – zpracování do schémat

4.2.1 Rodina

Schéma 1 Rodina



Kategorie *Rodina* popisuje nejčastěji zmiňovanou oblast v rozhovorech s rodiči, které se týkají problematiky nadváhy a obezity v rodině dítěte. Na základě analýzy rozhovorů byly vytvořeny další podkategorie: *Obezita v rodině*, *Stravování rodiny*, *Stravování dítěte během dne*, *Péče o dítě s nadváhou a obezitou*, *Vliv obezity na rodinu*, *Nejdůležitější aspekty péče o dítě* (Schéma 1).

Z rozhovorů je zřejmé, že v ne v každé rodině je obézní dítě jediným členem, který má problém s hmotností. Velmi často bylo uvedeno, že nadváhou a obezitou trpí i další členové rodiny. Pouze tři z deseti dotazovaných rodičů uvedli, že se v rodině nevyskytuje žádný problém s nadváhou nebo obezitou mimo jejich dítěte.

Respondent (1R) k výskytu obezity v rodině uvádí: *„Rodiče a prarodiče mají nadváhu, ale sourozenec má váhu v normě“*.

Respondent (2R) říká: *„V rodině nikdo jiný obezitu ani jiný problém s váhou nemá“*.

Respondent (3R) označuje jako osobu s nadváhou nebo obezitou v širší rodině *„sestra a neteř ze strany otce“*.

Respondent (4R) uvádí: *„V podstatě máme všichni nějaké to kilo navíc (já, manželka i druhá dcera)“*.

Respondent (5R) je matkou dítěte s nadváhou a sama o sobě říká: *„V naší rodině mám nadváhu ještě já“*.

Respondent (6R) k dané problematice uvedl: *„V rodině se nadváha ani obezita u nikoho nevyskytuje. Nikdo ani nikdy problémy s váhou neměl“*.

Respondent (7R) na otázku, zda někdo z rodiny trpí nadváhou nebo obezitou odpovídá: *„Ano, oba rodiče máme nadváhu a prarodiče též“*.

Dle **respondenta (8R)** *„nikdo z rodiny nemá problém s nadváhou ani obezitou“*.

Respondent (9R) se setkává s nadváhou nebo obezitou v rodině u: *„otce a jeho matky“*.

Respondent (10R) se vyjadřuje o výskytu nadváhy a obezity v rodině: *„prakticky všichni z naší rodiny mají nějakou nadváhu. Rodiče. Prarodiče. Sourozenci“*.

Do podkategorie *Stravování rodiny* byly zařazeny nejčastější odpovědi a připomínky, které se týkaly tohoto problému.

Respondent (1R) k otázce týkající se stravování v rodině uvádí: *„Snažím se do jídelničku zařazovat co nejvíce zeleniny a ovoce. Preferujeme libové maso, ryby, luštěniny“*.

Respondent (2R) jmenuje potraviny, které v jídelníčku rodiny mají nezastupitelné místo: „*ovoce, zelenina, rýže, těstoviny, libové maso*”.

Respondent (3R) preferuje potraviny: „*těstoviny, zeleninu, brambory, maso, jogurty, ovoce*”. Dále dodává k problematice stravování: „*Děti ale mohou i sladkosti v rozumné míře a po jídle*”.

Respondent (4R) zmiňuje: „*Jíme všechno, nemáme tak nějak vyhrazeno. Hlavně to musí být rychle připravené. Všichni jsme celý den pryč. Jíme převážně až v odpoledních hodinách*”.

Respondent (5R) ke stravování v rodině říká: „*Snažíme se preferovat zdravé potraviny a zdravý životní styl. Do jídelníčku zařazují co nejčastěji zeleninu, ovoce, vše kde je hodně vlákniny – luštěniny, celozrnné pečivo, dále pak libové maso, tvaroh. Tyto potraviny se na jídelníčku před zahájením diety moc neobjevovaly*”.

Respondent (6R) k této oblasti sděluje: „*Snažíme se v našem jídelníčku preferovat vyváženou stravu, ve které jsou zastoupeny všechny potraviny ve správném poměru*”.

Respondent (7R) na tuto otázku odpovídá: „*V naší rodině nepreferujeme žádné specifické potraviny, jíme vše*”. Dále dodává: „*Snažím se kupovat více ovoce a zeleniny*”.

Respondent (8R) ke stravování rodiny říká: „*Snažíme se zařazovat do jídelníčku co nejvíce zeleniny, ale je to docela finančně náročné*”.

Respondent (9R) k této problematice uvádí: „*Snažíme se jíst vše*”.

Respondent (10R) říká: „*Snažíme se jíst vše, hlavně to, co vypěstujeme. Vepřové a králičí maso, ovoce a zeleninu z vlastní zahrádky*”.

Další zkoumaná oblast v kategorii *Rodina* je *Stravování dítěte během dne*. Tato podkategorie se zabývala problematikou spojenou s informovaností rodičů o stravování jejich dětí v průběhu dne.

Respondent (1R) o stravování svého dítěte říká: „*Dcera nosí z domova připravenou svačinu a v poledne chodí na obědy do školní jídelny. Pít si nosí vlastní, aby si nemusela kupovat v automatu, jako většina jejich vrstevníků*”.

Respondent (2R) na otázku týkající se stravování dítěte během dne odpovídá: „Syn si nosí jídlo a pití z domova, na obědy chodí do jídelny ZŠ. Sám si hlídá, co může a co ne”.

Respondent (3R) uvádí, že dcera se stravuje dle „jídelníčku MŠ”.

Respondent (4R) poukazuje: „Ráno většinou vstávají na poslední chvíli, tak si vezmou něco sebou. Pak si dcery kupují cestou do školy v pekárně nějakou svačinu. Pití mají ve škole v automatu. Na obědy nechodí ve škole, protože jim to tam nechutná, tak si něco ohřejí, až když přijdou domu”.

Respondent (5R) k problematice stravování dítěte během dne uvádí: „Musím se přiznat, že ne vždy mám přehled o tom, jak se syn stravuje přes den. Ráno dohlížím na snídani a odpoledne a večer na svačinu a večeri, ale oběd mi uniká. Ve škole mají automat na nápoje a s občerstvením, takže někdy určitě zhřeší. V automatu pro děti jsou zcela nevhodné potraviny a nápoje (cola, bageta s majonézou, sušenky, bonbóny...). To se mi nelíbí”.

Respondent (6R) ospravedlňuje svoji nevědomost o stravování svého dítěte během dne: „S manželem chodíme do práce a jsme celý den zaneprázdněni. Víme, že bychom to měli změnit”.

Respondent (7R) k této oblasti sděluje: „Syn se stravuje ve školní jídelně, ale nemám přehled o tom, co který den vaří. Syn říká, že mu to docela chutná. Prý sní vše, co mu dají”.

Respondent (8R) na otázku zda ví, jak se stravuje vaše dítě, odpovídá: „Ano, chodí do školní jídelny na obědy a svačinu a pití jí do školy připravuji každý den. Odpoledne už jíme všichni doma. Dcera nemá možnost si kupovat nějaké pochutiny, jako její kamarádi, protože jí na to nedáváme peníze”.

Respondent (9R) ví, jak se stravuje jejich dítě během dne: „Ve školní jídelně, ale má možnost si koupit jídlo v automatu a cestou ze školy”.

Respondent (10R) o stravování dítěte říká: „Stravuje se ve školní jídelně, stejně jako spolužáci”.

Podkategorie *Péče o dítě s nadváhou a obezitou* mapuje činnosti prováděné v rodině dítěte při činnostech, které se orientují na péči o dítě. K této problematice se vyjádřilo

všech deset respondentů a ve většině případů zmiňují aktivity, které se týkají stravování a stravy. Respondenti uvádí snahu pomoci svému dítěti.

Respondent (1R) se podílí na péči: *„každý den připravuji snídani, svačinu a večeři a dohlížím na pravidelnost. Dnes již nemusím tak intenzivně jako na začátku léčby. Dnes si větší část věcí dcera zvládá sama”*.

Respondent (2R) říká k péči o dítě: *„Jídlo připravuji každý den (snídaně, svačiny, večeře). Pravidelnost stravování si syn hlídá sám”*.

Respondent (3R) uvádí, že se podílí na péči v oblastech: *„Jídelníček, pravidelné stravování, trávení volného času, podpora v pohybu – kolo, procházky, cvičení...”*.

Respondent (4R) říká: *„Většinou se o vše stará manželka, já jsem více v práci. Dříve nám také pomáhali prarodiče”*.

Respondent (5R) k péči o děti s nadváhou a obezitou uvádí: *„Snažíme se jít příkladem, stále vysvětlovat a kontrolovat, ale ne vždy je to možné. Důležitá a nepostradatelná je motivace”*.

Respondent (6R) uvádí: *„Snažím se vařit zdravě, vždy dítě vyslechnout a podpořit”*.

Respondent (7R) zmiňuje následující: *„Snažím se kupovat více ovoce a zeleniny”*.

Respondent (8R) k této oblasti sděluje: *„Snažím se co nejvíce mluvit o nutnosti pravidelného stravování a cvičení, o možných komplikacích, které by mohly nastat, kdyby se tento problém včas neřešil. Dále podporovat dceru psychicky, dostatečně ji motivovat”*.

Respondent (9R) na otázku jakým způsobem se podílíte na péči o dítě s nadváhou a obezitou říká: *„Tím, že se snažím, aby doma bylo vždy dostatek zeleniny a ovoce. Každý den připravuji večeře a odpolední svačinu pro všechny členy rodiny”*.

Respondent (10R) uvádí: *„Denně vařím teplé večeře, snažíme se o všem mluvit a rozebírat, ale ne vždy se to daří”*.

Další podkategorií je oblast, která uvádí postřehy respondentů k ovlivnění členů rodiny, ve které se nachází dítě s nadváhou a obezitou, *Vliv obezity na rodinu*.

Respondent (1R) k této problematice uvádí: *„Snažíme se všichni jíst, pokud je to možné, to samé jako dcera. Když někdy zhřešíme, tak ne před ní. Jíme pomaleji a*

pravidelněji než před léčbou. Snažíme se také všichni o víkendech provozovat nějakou pohybovou aktivitu – jízda na kole, lyže”.

Respondent (2R) říká: *„Stravu dodržujeme všichni stejnou, případný prohřešek nejíme před synem. Jíme zdravěji než před léčbou. Každý den provozujeme pohybovou aktivitu (běh, cvičení)”.*

Respondent (3R) popisuje oblasti, které ovlivnili rodinu: *„Společné stravování, výběr vhodných jídel, vhodné společné trávení volného času”.*

Respondent (4R) k této oblasti sděluje: *„Já myslím, že nijak”* a zároveň říká: *„Holky drží každou chvíli nějakou dietu s manželkou”.*

Respondent (5R) zmiňuje: *„Částečná změna stravování ovlivnila všechny členy rodiny. Také jsou neopominutelné vyšší finanční výdaje za „zdravé” potraviny.”* Dále dodává: *„Snažíme se jít příkladem, stále vysvětlovat a kontrolovat, ale ne vždy je to možné.”*

Respondent (6R) k životu rodiny říká: *„Celá rodina se ve volných chvílích snaží více sportovat a zdravěji jíst.”*

Respondent (7R) udává: *„Nijak výrazně nás to neomezuje. Snažíme se vše brát tak, jak to je.”*

Respondent (8R) k této oblasti sděluje: *„Všichni jsme museli změnit způsob stravování a více se hýbeme. Když dítě vidí příklad v nás, jde to snáze.”* Problém činilo: *„Přesvědčit i zbytek rodiny o nutnosti zapojení se do úpravy jídelníčku a životního stylu vůbec.”*

Respondent (9R) k této otázce se vyjadřuje: *„Žádná zásadní změna nebyla, snažíme se být spolu, více sportovat – v létě kolo, v zimě lyže”.*

Respondent (10R) k této problematice uvádí: *„Když dcera drží dietu, tak se k ní snažíme také připojit, ale máme malou výdrž. Kupování tzv. zdravých potravin je finančně náročné a pro čtyřčlennou rodinu někdy nedostupné”.*

Podkategorie *Nejdůležitější aspekty péče o dítě* uvádí priority rodičů dětí s nadváhou a obezitou. Nejčastěji zmiňované je *zdraví a spokojenost dítěte*.

Respondent (1R) udává, že nejdůležitější je: *„Nezamlčovat nic a vše hned řešit. Adekvátně komunikovat”.*

Respondent (2R) k danému taktéž říká: „*O všem komunikovat*”.

Respondent (3R) se vyjadřuje: „*Nejdůležitější je podpora a to i ze strany širší rodiny (to se nám bohužel ne vždy daří, babička chce někdy přilepšit)*”.

Respondent (4R) se k dané otázce nevyjádřil konkrétně. Říká: „*Já nevím*”.

Respondent (5R) pokládá za prioritní: „*Nejdůležitější je brát svoje dítě takové jaké je. Mít je rád a dávat mu to neustále najevo, stát při něm*”.

Respondent (6R) pokládá za nejdůležitější: „*Jednoznačně pohyb dítěte, který je daleko vhodnější než nějaké drastické diety, které se pro tuto věkovou skupinu nehodí*”.

Respondent (7R) preferuje: „*Jednoznačně zdraví*”.

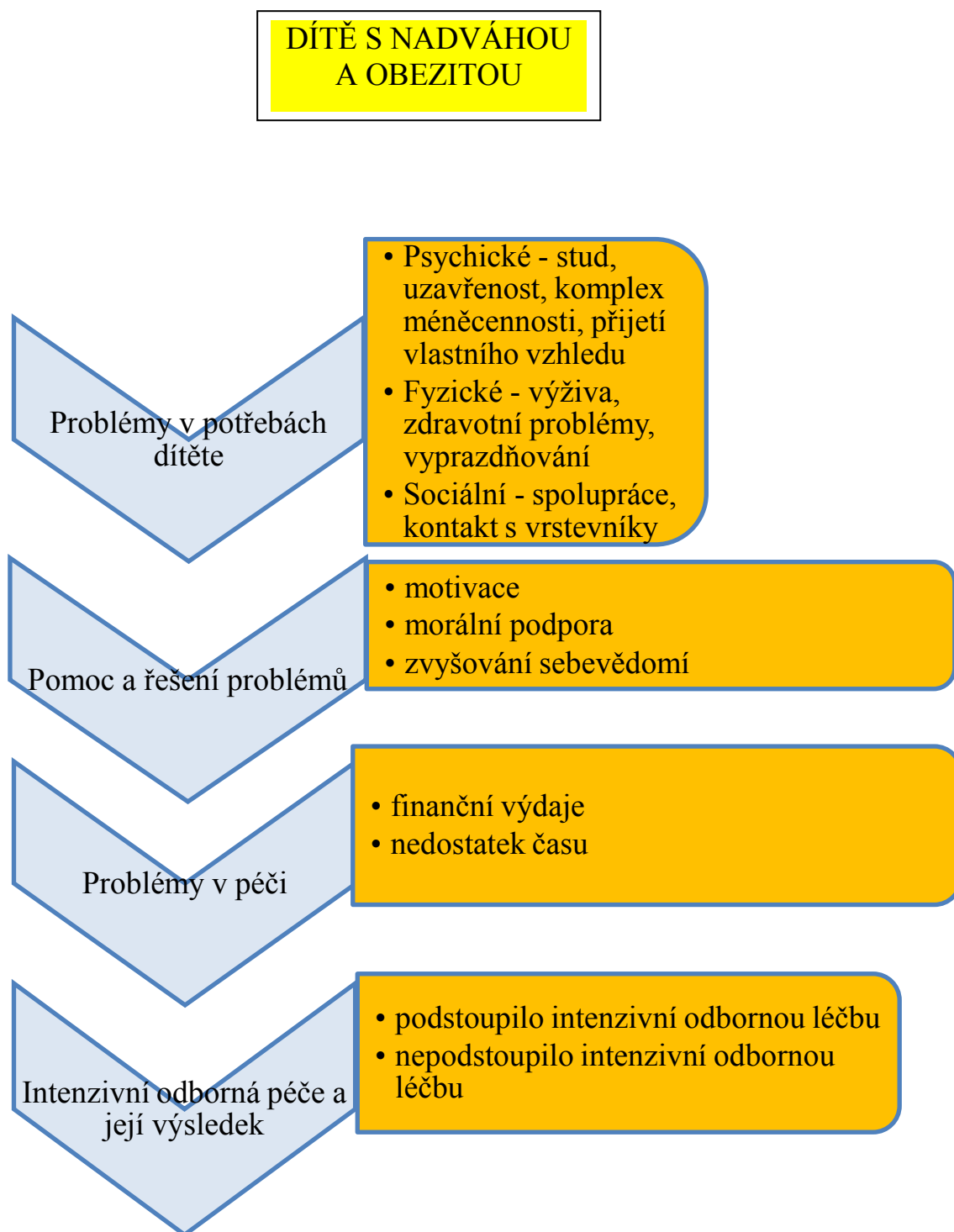
Respondent (8R) se vyjadřuje k danému: „*Udělat vše proto, aby dítě bylo zdravé a spokojené*”.

Respondent (9R) vyzdvihuje, že: „*Nejdůležitější je zdravotní stav a pohoda dítěte a celé rodiny*”.

Respondent (10R) pokládá za nejdůležitější: „*klid a pohoda celé rodiny, zdraví a spokojenost*”.

4.2.2 Dítě s nadváhou a obezitou

Schéma 2 Dítě s nadváhou a obezitou



Další stanovenou kategorií je kategorie *Dítě s nadváhou a obezitou*. Dotazovaní respondenti se vyjadřovali ke stanoveným okruhům problémů, které byly označeny jako podkategorie: *Problémy v potřebách dítěte, Pomoc a řešení problémů, Problémy v péči, Intenzivní odborná péče a její výsledek*. Vše je znázorněno ve Schématu 2 *Dítě s nadváhou a obezitou*.

Respondent (1R) se k dané problematice vyjadřuje: „*Dcera se stydí před svými vrstevníky za svoji váhu. Trpí komplexem méněcennosti. Těžko navazuje kontakt s přáteli. Za každým svým neúspěchem vidí svoji váhu*”.

Respondent (2R) uvádí problémy ve škole: „*s tělocvikem, výlety. Děti se mu směly, nechtěly s ním spolupracovat*”.

Respondent (3R) konkrétní problém u svého dítěte doposud nezaznamenal.

Respondent (4R) připouští, že: „*Holky se moc nesvěřují, málokdy přijdou, že něco chtějí. Většinou se snaží své problémy řešit spolu*”.

Respondent (5R) uvádí: „*Problém byl s babičkami, které si nenechají vysvětlit, že dárky (různé sladkosti a bonbóny), které dětem dávají, jim vlastně ubližují*”.

Respondent (6R) říká: „*Dítě se stydí za svoji váhu a postavu. V kolektivu je méně oblíbené, protože je méně pohyblivé a mnohdy nestačí tempu dětí s normální váhou*”.

Respondent (7R) se k problému vyjádřil: „*Nevím o nějakých výraznějších problémech. Syn se o tom moc nechce bavit*”.

Respondent (8R) mluví o problému své dcery: „*Dcera je stydlivější a také méně průbojná v kolektivu svých vrstevníků*”.

Respondent (9R) popisuje: „*Dítě má občas problém v kolektivu, není průbojná, nerada má kolektivní hry se svými vrstevníky. Stydí se za svůj vzhled, má pocit méněcennosti*”. Dále si všimá: „*Na dceři jsme začali pozorovat, že se straní dětí, je uzavřená, smutná. Nechtěla se zapojovat do hovoru a hry. Nechtěla se svěřit*”.

Respondent (10R) se vyjadřuje o problému svého dítěte: „*Má problém se smířením se s tím, jakou má postavu. Občas trpí bolestmi zad a má problém s vyprazdňováním*”.

Další podkategorie se zaměřuje na řešení problémů spojených s nadváhou a obezitou u dětí. Respondenti ve většině případů vidí řešení v oblasti komunikace a

motivace svých dětí v úsilí udržet či snížit svoji hmotnost. K podkategorii *Pomoc a řešení problému* se vyjádřilo 7 z 10 dotazovaných. 3 respondenti neuvedli žádné konkrétní řešení.

Respondent (1R) říká: „*Snažíme se ji morálně podporovat a neustále zvyšovat sebevědomí*”.

Respondent (2R) se k danému problému vyjadřuje: „*Začali jsme společně každý den sportovat, aby se jeho fyzická kondice zlepšila*”.

Respondent (4R) o dané problematice uvádí, že dcery: „*se většinou snaží svoje problémy řešit spolu*”.

Respondent (5R) vidí svůj přínos pomoci: „*Snažím se aktivně naslouchat a poradit*”.

Respondent (6R) říká: „*Snažíme se dítě psychicky podporovat a motivovat v jeho úsilí o zhubnutí*”. O tu samou pomoc se snaží i podle respondenta sestra v ordinaci: „*poradit, podpořit a motivovat*”. K řešení problémů dodává: „*Případné problémy se snažíme řešit v rodinném kruhu společně*”.

Respondent (8R) o svém přínosu k řešení daného problému se vyjadřuje: „*Snažíme se co nejvíce mluvit o nutnosti pravidelného stravování a cvičení, o možných komplikacích, které by mohly nastat, kdyby se tento problém včas neřešil. Dále podporovat dceru psychicky, dostatečně ji motivovat*”. Ještě dodává: „*Snažíme se s ní o tom mluvit, podporovat ji a vždy stát na její straně*”.

Respondent (9R) uvádí: „*My se snažíme o pomoc radou, nasloucháním a psychickou podporou*”.

Podkategorie *Problémy v péči* obsahuje odpovědi respondentů, ve kterých se vyjadřovali k problémům, se kterými se potýkali při ošetřování svých potomků. Nikdo z respondentů ale nedokázal přesně a konkrétně definovat nějaký problém.

Respondent (1R) uvádí jako složité: „*Dávat při každá příležitosti najevo, že je naše taková, jaká je a že ji máme rádi za všech okolností bez ohledu na momentální váhu*”.

Respondent (4R) vidí problém v nedostatku času: „*Většinou se o vše stará manželka, já jsem více v práci. Dříve nám pomáhali prarodiče. Dneska jsou holky už*

velký. Holky jsou buď na počítači, nebo u televize. Měly by se více hejbat, pak by žádný problém s váhou neměly”.

Respondent (5R) se vyjadřuje: „Doufám, že to zvládneme sami a nebudeme muset hledat pomoc jinde. Byly by to asi větší finanční výdaje”.

Respondent (6R) k danému problému podotýká: „Případné problémy se snažíme řešit v rodinném kruhu společně”.

Respondent (7R) uvádí: „Žádné výrazné problémy a překážky nemáme”.

Poslední podkategorie je *Intenzivní odborná péče a její výsledek*. V ní se respondenti vyjadřovali k dostupnosti a spokojenosti s odbornou péčí o děti s nadváhou a obezitou. ...

Respondent (1R) uvádí: „již druhým rokem navštěvujeme obezitologii na oddělení klinické výživy v Praze Krč. Pod jejich odborným vedením dcera zhubla deset kilogramů a váhu si stále drží”.

Respondent (2R) k otázce intenzivní léčby obezity se vyjadřuje: „V 9 letech syn absolvoval lázeňskou léčbu v lázních Bludov. Úbytek váhy byl 7 kg a váhu jsme udrželi dva roky”.

Respondent (3R), (4R), (5R) a (8R) říká, že jeho dítě doposud „nepodstoupilo” žádnou intenzivní léčbu obezity. O redukci váhy se snaží spíš bez cizí pomoci.

Také **respondent (6R)** udává k intenzivní terapii obezity: „Zatím nepodstoupilo a doufáme, že to s pomocí našeho praktického lékaře pro děti a dorost zvládneme sami”.

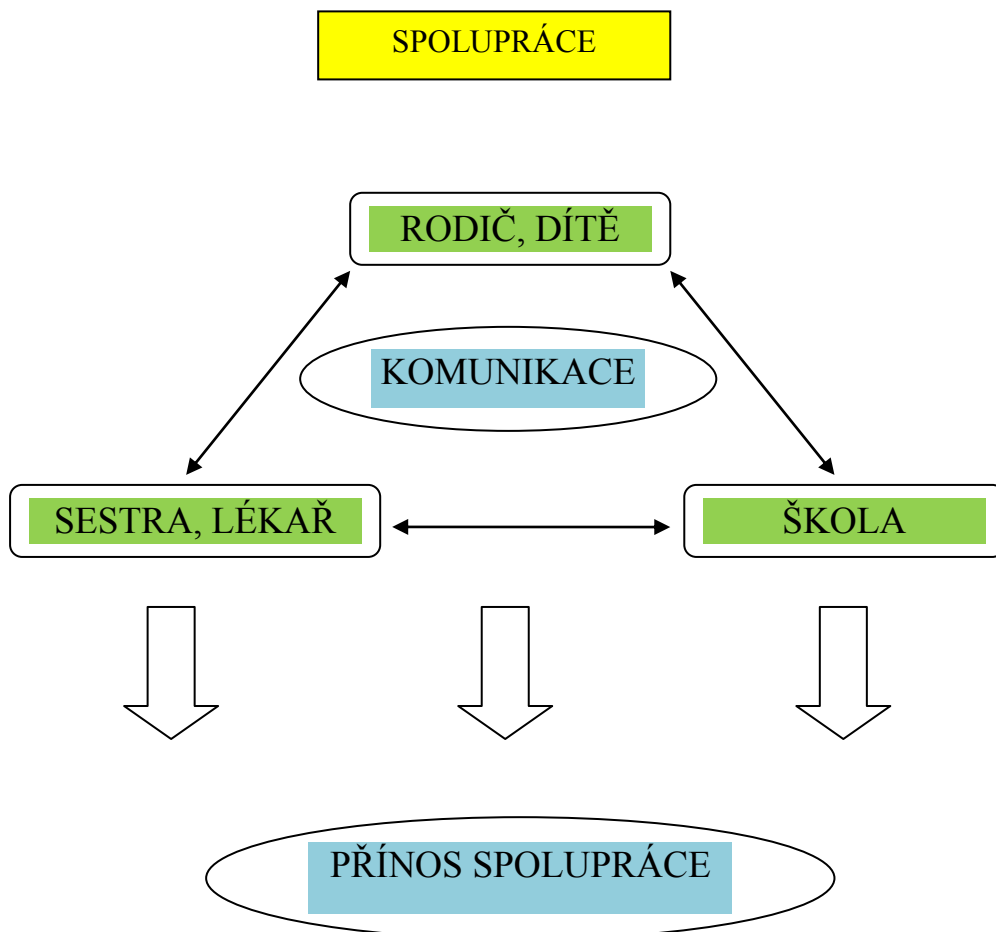
Respondent (7R) se zmiňuje: „V sedmi letech podstoupil léčbu v Dětské ozdravovně Svatý Petr. Úbytek hmotnosti byl 5 kg, ale po půl roce začal přibírat. Před dvěma roky byl na léčbě v Lázních Poděbrady. Zatím si váhu dva roky udržuje s drobnými výkyvy”.

Respondent (9R) k léčbě obezity svého potomka sděluje: „snažíme se o redukci pomocí programu cvičení s RHB pracovníci. Úbytek hmotnosti: za 5 týdnů 2kg”.

Respondent (10R) říká: „Před půl rokem jsme začali navštěvovat dětskou obezitologii v Motole. Zatím jenom s malým úspěchem. Tři kilogramy”.

4.2.3 Spolupráce

Schéma 3 Spolupráce



- Psychická podpora
 - Motivace
 - Komunikace
 - Získávání informací
 - Konzultace : - váha
 - jídelníček a stravování
 - pohybová aktivita
- NESPOLUPRÁCE

Kategorie *Spolupráce* zahrnuje čtyři podkategorie (schéma 3). Tyto podkategorie popisují vztah mezi rodiči, dětmi, sestrou, lékařem a školou. Jsou to *Rodič × sestra, lékař a Rodič × škola*. Další dvě podkategorie mapují oblast komunikace mezi zmiňovanými a přínos jejich spolupráce. Podkategorie byly nazvány: *Přínos spolupráce „sestra × rodič“* a *Komunikace „sestra × rodič, dítě“*.

V první podkategorii *Rodič × sestra, lékař* jsme se zaměřily na odpovědi respondentů, kteří se vyjadřovali k této oblasti. Jeden respondent 4R o spolupráci mezi ním a sestrou eventuelně lékařem nepodal odpověď žádnou.

Respondent 1R říká: *„Spolupráce se sestrou a lékařem je dobrá. Poradí a podpoří v našem úsilí“*.

Podobně se vyjadřuje **respondent 2R**: *„Každý měsíc chodíme na kontrolu váhy k dětskému lékaři. Spolupráce je dobrá, vždy nás podpoří, poradí a namotivuje na další měsíc, jak lékař, tak sestra“*.

Respondent 3R ke spolupráci dodává: *„Se sestrou a lékařem je to hlavně o sledování tělesné hmotnosti a výšky, na domluvě o jídelníčku“*.

Respondent 5R udává: *„k lékaři chodíme na pravidelné kontroly, kde s lékařem a sestrou konzultujeme jídelníček, pohybové aktivity vhodné pro děti s nadváhou. Doporučují nám další postup a motivují syna i mě k dalšímu úsilí a vytrvalosti“*.

Respondent 6R ke spolupráci uvádí: *„Spolupráce s lékařem a sestrou probíhá zvláště na komunikativní úrovni. Snažíme se respektovat jejich doporučení a rady ohledně životosprávy a vhodných pohybových aktivit“*.

Respondent 7R se ke spolupráci vyjadřuje: *„Spolupráce je vždy osobně nebo po telefonu formou konzultací. Probíráme jídelníček“*.

Respondent 8R říká: *„Spolupráce v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je dobrá. Lékař i sestra se dítěti i rodičům věnují dostatečně. Vysvětlují, doporučují, edukují“*.

Respondent 9R popisuje spolupráci: *„Spolupráce je především v komunikaci, předávání informací potřebných k dalšímu vytrvání v úsilí o snížení váhy. Důležitá je edukace v oblasti zdravého životního stylu. Vše se děje hlavně v ordinaci praktického lékaře“*.

Respondent 10R uvádí o spolupráci rodičů a pracovníků ordinace: „*Vzájemně se informujeme o současném stavu a možnostech dalšího postupu. Sestra nás edukuje v tom, jak máme postupovat. Vše probíhá ve vzájemné důvěře mezi sestrou, lékařem, dcerou i mnou*”.

Další podkategorie *Rodič × škola* se vyjadřuje ke spolupráci rodičů a školy v oblasti zdravého životního stylu a tím i pomoci dětem s udržováním ideální hmotnosti v závislosti na věku dítěte. K tomuto problému se vyjádřilo devět respondentů. Zcela jednomyslně uvedli, že spolupráce v této oblasti, jak uvádí **respondent 1R**: „*je prakticky nulová*”. V podobném duchu se vyjadřují i ostatní respondenti.

Podkategorie *Přínos spolupráce „sestra × rodič”* mapuje možnosti spolupráce v konkrétních situacích. Nejčastěji rodiči uváděné oblasti jsou: získávání informací, psychická podpora, motivace, komunikace, konzultace a monitorace váhy, jídelníčku a pohybové aktivity.

Respondent 1R se vyjadřuje: „*Vzájemná spolupráce nás nabíjí pozitivní energii a utvrzuje nás v přesvědčení vytrvat*”.

Respondent 2R říká: „*Vzájemná spolupráce nám dává sílu vytrvat*”.

Respondent 3R udává, že přínos spolupráce mezi rodiči a ordinací praktického lékaře je: „*velký*”.

Respondent 4R nezmínil žádná konkrétní přínos. Uvedl: „*nevím*”.

Respondent 5R zmiňuje: „*Přínos vidím hlavně v psychické podpoře a neustálé motivaci*”.

Respondent 6R konstatuje: „*Uvědomili jsme si problém a společně se ho snažíme řešit*”.

Respondent 7R ke spolupráci říká: „*Dostaneme vždy požadované informace a také nás to motivuje k další návštěvě*”.

Respondent 8R uvádí: „*Sestra je takový zprostředkovatel mezi dcerou a lékařem. Vždy dokáže dceru rozmluvit a zbavit ostychu. Vhodně nás také informuje o všem potřebném*”.

Respondent 9R vidí přínos v: „*Navození důvěry mezi všemi, kteří se podílí na péči. Získali jsme mnoho nových a užitečných informací o zdravém životním stylu a všem co k tomu patří. Dále pak, jakým způsobem s nimi máme dále nakládat a pracovat*”.

Respondent 10R uvádí: „*Je to pro nás psychická podpora a důležitý zdroj informací*”.

Poslední podkategorií je *Komunikace „sestra × rodič, dítě*. V ní se rodiče vyjadřovali k problémům vznikajícím při komunikaci mezi zmiňovanými. K této oblasti se vyjádřili všichni respondenti z řad dotazovaných rodičů.

Respondent 1R říká: „*Těžké bylo navázání kontaktu a získání důvěry jak pro sestru, tak pro lékaře, aby byla dcera schopna o svých problémech mluvit otevřeně. Jinak komunikace probíhá vždy kamarádsky, přiměřeně věku dcery*”.

Respondent 2R se vyjadřuje: „*Komunikace probíhá formou kamarádského rozhovoru. Syna to nestresuje, je otevřenější*”.

Respondent 3R uvádí o způsobu komunikace mezi sestrou a respondentem a jeho dítětem: „*Velmi pěkně s naší dcerou a námi komunikují. Vždy se dozvíme, co potřebujeme*”.

Respondent 4R na otázku jakým způsobem sestry komunikují, odpovídá: „*Normálně*”.

Respondent 5R uvádí: „*Nikdy jsem se nesečkala s tím, že by sestřička komunikovala s mým synem nevhodně. Vždycky je trpělivá, vhodně vysvětluje, doporučuje a odkazuje na další možnou podporu a spolupráci*”.

Respondent 6R říká: „*I v případě neúspěchu se sestra snaží o taktní přístup a komunikaci se synem. Vždy se snaží poradit, podpořit a motivovat v dalším úsilí*”.

Respondent 7R hodnotí komunikaci sestry: „*Sestra komunikuje se synem velice hezky, vždy se ho snaží povzbudit, i když výsledky tomu neodpovídají*”.

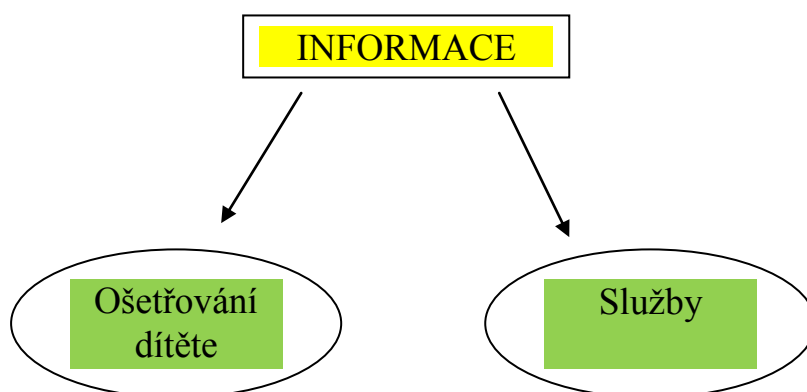
Respondent 8R o komunikaci udává: „*Komunikace je jak slovní, tak mimoslovní. Sestra umí naslouchat dítěti a vcítit se do jeho problému a řadu věcí odvodit z tváře dítěte, má bohaté zkušenosti s prací s dětským pacientem. Dovede si získat důvěru a děti se pak více svěřují se svými problémy*”.

Respondent 9R uvádí: „*Sestra dokáže navodit pocit bezpečí a jistoty, dokáže se vcítit do dítěte a navázat s ním patřičný kontakt. Dokáže získat informace o dítěti i životě rodiny. Komunikace probíhá v klidu a bez zbytečných emocí*”.

Respondent 10R se vyjadřuje ke komunikaci: „*Komunikace probíhá klidně, dcera sestře důvěřuje, dokáže k ní najít tu správnou cestu a ona je ochotna se jí svěřit. Dokáže podpořit, vyslechnout a i pokárat tak, že to dcera přijme*”.

4.2.4 Informace

Schéma 4 Informace



Kategorie *Informace* byla rozdělena dle nejčastěji zmiňovaných odpovědí do dvou podkategorií: *Ošetřování dítěte* a *Služby* (Schéma 4). K oběma podkategoriím se vyjádřilo všech deset respondentů.

Respondent 1R o získávání informací týkajících se ošetřování dítěte a služeb říká: „*Informace získáváme v ordinaci praktického lékaře od lékaře, sestry, dále z odborné literatury a internetu*”. O službách se vyjadřuje: „*Služby pro děti trpící nadváhou a*

obezitou jsou v benešovském okrese nedostačující, ne-li vůbec nějaké. Máme štěstí, že bydlíme blízko Prahy”.

Respondent 2R získává informace od „*praktického lékaře*”. S využíváním služeb v benešovském okrese „*nemáme žádnou zkušenost*” dodává.

Respondent 3R má patřičné informace od „*pediatra, sestry, z internetu, časopisů, knih*”. Dále si myslí o službách, které se svými dětmi může využívat, že: „*jsou vzdálené, jsou dlouhé čekací doby, uvítali bychom více kroužků i aktivit pro menší děti (problém je vzdálenost, bydlíme na vesnici)*”.

Respondent 4R uvádí, že má příslušné informace z „*internetu*”. K využívání služeb říká: „*Bydlíme na malém městě blízko Prahy, takže všechno je směřováno tam*”.

Respondent 5R se k dané problematice vyjadřuje: „*Informace jsme dostávali a dostáváme v ordinaci praktického lékaře od lékaře a sestry. Také něco z internetu, hlavně potraviny a dietní jídla, která jsem se musela naučit vařit*”. K využívání a dostupnosti služeb dodává: „*Zatím jsme žádné nevyužívali, takže nemám přehled, ale myslím si, že jich moc v našem okrese není, spíš v Praze. Doufám, že to zvládneme sami a nebudeme muset hledat pomoc jinde. Byli by to asi větší finanční výdaje*”.

Respondent 6R taktéž získává potřebné informace od: „*praktického lékaře, sestry, popřípadě z internetu*”. O dostupnosti služeb říká: „*V dnešní době pokud mají rodiče opravdoví zájem, tak jsou dostatečně dostupné. Jsou soustředěné především do velkých měst, ale dostupnost je*”.

Respondent 7R uvádí: „*Většinu informací máme od praktického lékaře pro děti a dorost a také od lékaře – obezitologa, ke kterému dojíždíme do Prahy*”. Služby hodnotí jako „*dostupné a dostatečné*”.

Respondent 8R: „*Většinu informací získávám na pravidelných kontrolách u praktického lékaře pro děti a dorost. Dále pak z internetu*” říká. Také o sestře se vyjadřuje, že: „*vhodně informuje o všem potřebném*”. O dostupnosti služeb si myslí, že: „*v nedaleké Praze je jich dost*” zároveň dodává: „*ale ještě jsme po nich nepátrali*”.

Respondent 9R o získávání informací se vyjadřuje: „*Většinu informací jsme získali od lékaře a sestry. Dále na internetu, od známých, kteří měli podobnou zkušenost*”.

K dostupnosti služeb říká: „*Uvítala bych, kdyby byly blíž v okolí. Pro nás je to docela finančně náročné*”.

Respondent 10R shodně uvádí, že většinu informací má od „*praktického lékaře a sestry*”. O službách a jejich dostupnosti se vyjadřuje: „*Když o pomoc opravdu stojíte, protože odborné specializované služby nejsou v našem okolí a musíme za nimi dojíždět*”.

4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování – seznam kódů

Kategorie: „Komunikace”

- **Dítě s nadváhou nebo obezitou**

Navázání kontaktu: 3S/130, 5S/224, 9S/389

Reakce dítěte: 6S/268

Předávání informací: 4S/157-158

- **Rodiče**

Informace o dítěti: 3S/130

Informace o službách

Informace o zdravém životním stylu: 4S/157-158

Informace o výživě: 3S/131, 4S/157

- **Sestra**

Předávání informací: 2S/85, 4S/157-158, 5S/220, 6S/272

Navázání kontaktu: 3S/130, 5S/224, 6S/259, 9S/389, 9S/402, 10S/454

Navození stavu důvěry: 5S/224, 6S/271, 9S/389, 10S/454-455

Komunikační techniky: 10S/454-456

Sbírání informací: 4S/173-174, 5S/224, 10S/429

Osobitý přístup: 9S/385

Motivace, edukace: 4S/158, 5S/221, 5S/224, 10S/452

- **Lékař**

Navázání kontaktu: 9S/389

Předávání informací: 4S/173-174, 5S/220

Práce s informacemi

Léčba

- **Přínos komunikace:** 6S/271-272, 7S/313, 8S/352-353, 9S/385

- **Problém v komunikaci:** 7S/302-304

Kategorie: „Potřeby” – problémy dítěte v určité oblasti

- **Biologické**

Výživa: 3S/115-116, 6S/253, 7S/339-340, 9S/383

Vyprazdňování: 6S/253, 7S/340-341, 9S/383

Hygiena: 9S/383

Pohyb: 2S/58, 3S/116, 6S/253, 7S/340, 9S/383, 10S/435

Zdravotní problémy: 4S/164-165

- **Psychické**

Stud: 2S/56, 2S/64, 3S/121, 4S/163, 5S/206-207, 5S/111-112, 7S/297, 7S/302, 10S/441

Přijetí vzhledu vlastního těla: 3S/117, 7S/297, 10S/435

Komunikace: 1S/10, 5S/212, 9S/384

Jiné problémy: 1S/10, 2S/65

- **Sociální**

Sociální vztahy: 2S/56-57, 2S/64-65, 5S/206, 6S/253-254, 7S/296-297, 10S/433-434

Trávení volného času: 7S/317

Komunikace: 9S/384

Chování: 1S/11-12, 4S/163

Problémy ve škole: 2S/57, 6S/254

Obecně: 9S/384

- **Potřeby rodiny**

Finanční situace rodiny

Životní styl rodiny: 10S/440-441

Jiné problémy: 1S/17, 8S/345-346, 10S/440-441

- **Potřeby dítěte s nadváhou (problémy):** 1S/17, 2S/53-54, 4S/162-163, 5S/205, 5S/212-213

- **Potřeby dítěte s normální váhou:** 2S/53-54, 3S/115, 6S/258-260, 7S/303-304, 8S/346-347, 10S/441-442

- **Řešení problému:** 1S/13, 2S/54-55, 9S/385, 9S/389-390, 10S/435-436

Kategorie: „Spolupráce”

- **Lékař, sestra × dítě**

Četnost setkání: 1S/4, 2S/42-43, 3S/109, 4S/151, 5S/197, 6S/244, 7S/291, 8S/332, 9S/378, 10S/425-426

Monitorace dětí: 1S/6-7, 2S/47-50, 3S/111-112, 4S/153-156, 9S/380, 9S/404-405, 10S/428-429

Léčba: 6S/247-249, 7S/297-298, 8S/337-336

Problém: 2S/63-64, 6S/259, 10S/440

Přínos péče: 2S/85, 3S/130, 8S/355, 9S/401-405, 10S/456-457

Hodnocení spolupráce: 3S/130, 4S/176-178, 6S/271-272, 7S/313-314, 9S/404-405, 10S/432-436

- **Sestra × rodiče: 1S/19-20, 2S/67-70, 2S/73-78**

Edukace: 2S/74-78, 4S/157-158, 8S/355-356

Hodnocení spolupráce: 3S/123-124, 3S/127, 3S/130, 4S/167-169, 5S/215-217, 5S/222, 6S/262-264, 7S/306-307, 7S/310-311, 8S/349, 9S/392-393

Komunikace: 6S/268-269, 8S/355

- **Sestra × lékař**

Edukace: 1S/23

Spolupráce: 3S/127, 5S/221, 6S/267-268, 9S/396-398, 9S/404, 10S/444-447, 10S/451-2

- **Sestra, lékař × škola: 1S/23, 2S/79-83, 3S/127-128, 4S/172, 5S/222, 6S/267, 7S/310, 8S/352-353, 9S/398-399, 10S/450-451**

- **Spolupráce s jinými institucemi**

Využívání služeb: 1S/30, 2S/43-45, 2S/92-93, 2S/101-103, 3S/144, 3S/145-147, 4S/184-185, 4S/191, 5S/231-232, 6S/248-249, 6S/278-279, 6S/285, 7S/319, 8S/362-363, 9S/411, 9S/416-419, 10S/462

Preventivní programy: 1S/38, 2S/105, 3S/146-147, 4S/193, 5S/240, 6S/287, 7S/328, 8S/374, 9S/421, 10S/470

Kategorie: „Edukace”

- **Zdravý životní styl a pohybová aktivita:** 2S/77-78, 2S/88-90, 4S/157-158, 5S/224-225, 8S/355-356, 9S/404-405
- **Zásady správné výživy:** 2S/54-55, 2S/74-77, 3S/131, 4S/157, 4S/177, 5S/225
- **Služby:** 2S/77, 2S/101-103, 3S/144
- **Možnosti dalšího řešení problémů:** 2S/101-103, 5S/207
- **Prevence:** 2S/88-90, 4S/176
- **Obecné vyjádření k přínosu edukace:** 1S/25, 4S/158, 7S/298

Kategorie: „Motivace”

- **Psychické problémy:** 7S/297
- **Vytrvalost v úsilí:** 7S/297, 8S/311, 8S/346
- **Sociální vztahy:** 10S/452
- **Obecně:** 8S/356, 9S/385, 10S/435-436

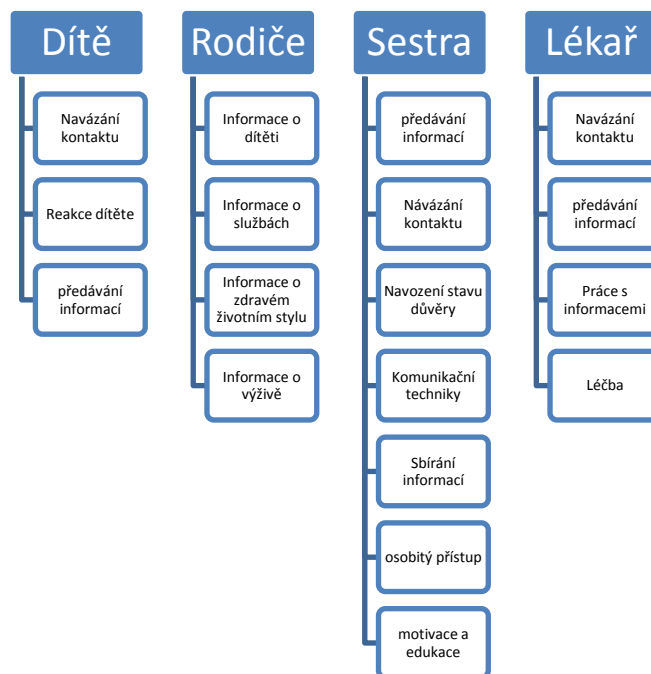
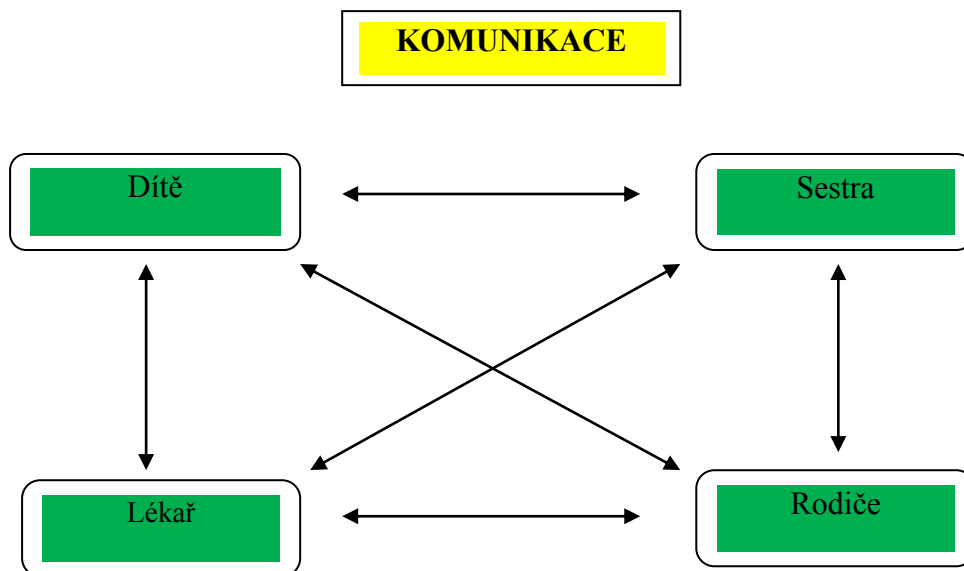
Kategorie: „Sestra”

- **Názor sester na změnu životního stylu a trávení volného času na vliv nárůstu obezity a nadváhy u dětí:** 2S/88-90, 3S/134-135, 4S/181-182, 5S/228-229, 6S/275-276, 7S/317, 8S/359-360, 9S/408-409, 10S/460
- **Názor sester na využití služeb v ČR pro děti s nadváhou a obezitou:** 1S/36, 2S/137, 3S/144, 4S/191, 5S/238, 6S/285, 7S/325-326, 8S/371-372, 9S/416-419, 10S/468
- **Získávání odborných informací sestrami a další vzdělávání:** 2S/96-98, 3S/140-141, 4S/188, 5S/234-235, 6S/281-282, 7S/322, 8S/366-368, 9S/413, 10S/465

4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami – zpracování do schémat

4.4.1 Komunikace

Schéma 5 Komunikace



- přínos komunikace
- problém v komunikaci

Kategorie *Komunikace* znázorněná do Schématu 5 zobrazuje zúčastněné osoby a směry komunikace. Ta probíhá všemi směry mezi dítětem, sestrou, lékařem a rodiči dítěte s nadváhou nebo obezitou. Byly stanoveny podkategorie „*Dítě*“, „*Rodiče*“, „*Sestra*“, „*Lékař*“, „*Přínos komunikace*“ a „*Problém v komunikaci*“.

V podkategorii „*Dítě*“ jsou nejvíce zmiňované oblasti: navázání kontaktu, reakce dítěte a předávání informací. V nich dotazované sestry zmiňují důležitost neustálého kontaktu s dítětem a neustálého předávání informací. Například dotazovaný **respondent 3S** říká o důležitosti komunikace: „*V první řadě je důležité navázání kontaktu s dítětem a jejich rodiči*“. Dále **respondent 4S** se k problematice předávání informací vyjadřuje: „*U rodičů se jedná o informace o stravování, úpravě jídelníčku, vhodných aktivitách. Děti potřebují hlavně podporu a motivaci (a to nejvíce ze strany rodičů)*“.

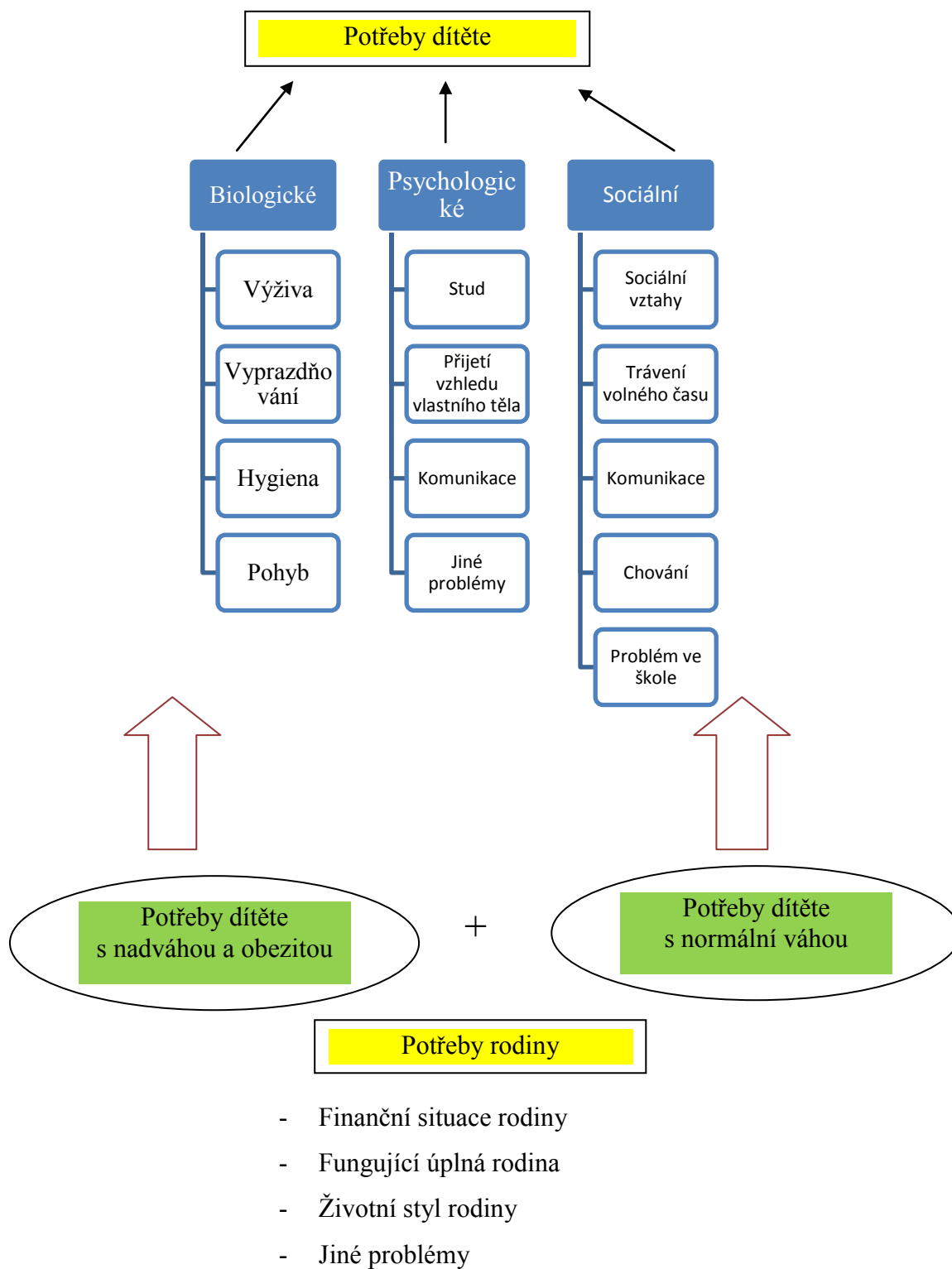
Podkategorie *Rodiče* se věnuje oblastem: informace o dítěti, informace o službách, zdravém životním stylu a výživě. Můžeme se setkat s odpověďmi, které upřednostňují taktéž „*informace o stravování a úpravě jídelníčku*“.

Další podkategorie *Sestra* zahrnuje dle nejčastěji zmiňovaného oblasti: předávání informací, navázání kontaktu, navození stavu důvěry, osobitý přístup, komunikační techniky, sbírání informací a motivace a edukace. Do těchto oblastí byly rozděleny odpovědi respondentů vztahující se k tomuto problému. Dotazované sestry upřednostňovaly navázání kontaktu s dítětem a získání si jeho důvěry. **Respondent 10S** uvádí: „*Myslím, že mám letité zkušenosti v oblasti práce s dětmi. Umím navázat kontakt, získat jejich důvěru, adekvátně s nimi komunikovat a být empatická*“. **Respondent 6S** se k danému vyjadřuje: „*Důležité je najít tu správnou cestu k dítěti, získat jeho důvěru. Přínos vidím v komunikaci mezi lékařem, dítětem a rodinou*“.

Poslední podkategorii, která mapuje zúčastněné osoby je podkategorie *Lékař*. Ta se soustřeďuje taktéž na navázání kontaktu a předávání informací. Dále pak je zmiňována práce s informacemi a léčba.

Dle odpovědí respondentů je důležitý přínos komunikace a problém v komunikaci. Tyto dva okruhy byly označeny, jako samostatné podkategorie. K nim se respondenti vyjadřovali následovně: např. **respondent 9S** uvádí: „*Snažíme se to řešit osobitým přístupem, vhodnou komunikací a motivací*“.

4.4.2 Potřeby
Schéma 6 Potřeby



V kategorii *Potřeby* jsme si nejprve zvolili dvě základní podkategorie – *Potřeby dítěte* a *Potřeby rodiny*. Příslušné vztahy a závislosti jsou znázorněny v Schématu 6. V podkategorii *Potřeby rodiny* byly nejčastěji zmiňované problémy, podle kterých jsme stanovili další sledované oblasti problému, finanční situace rodiny, fungující rodina, životní styl rodiny a jiné problémy. **Respondent 10S** uvádí: „*Mnohdy jsou největším problémem rodiče, kteří jsou nedůvěřiví a nechtějí měnit zaběhnutý styl rodiny*”.

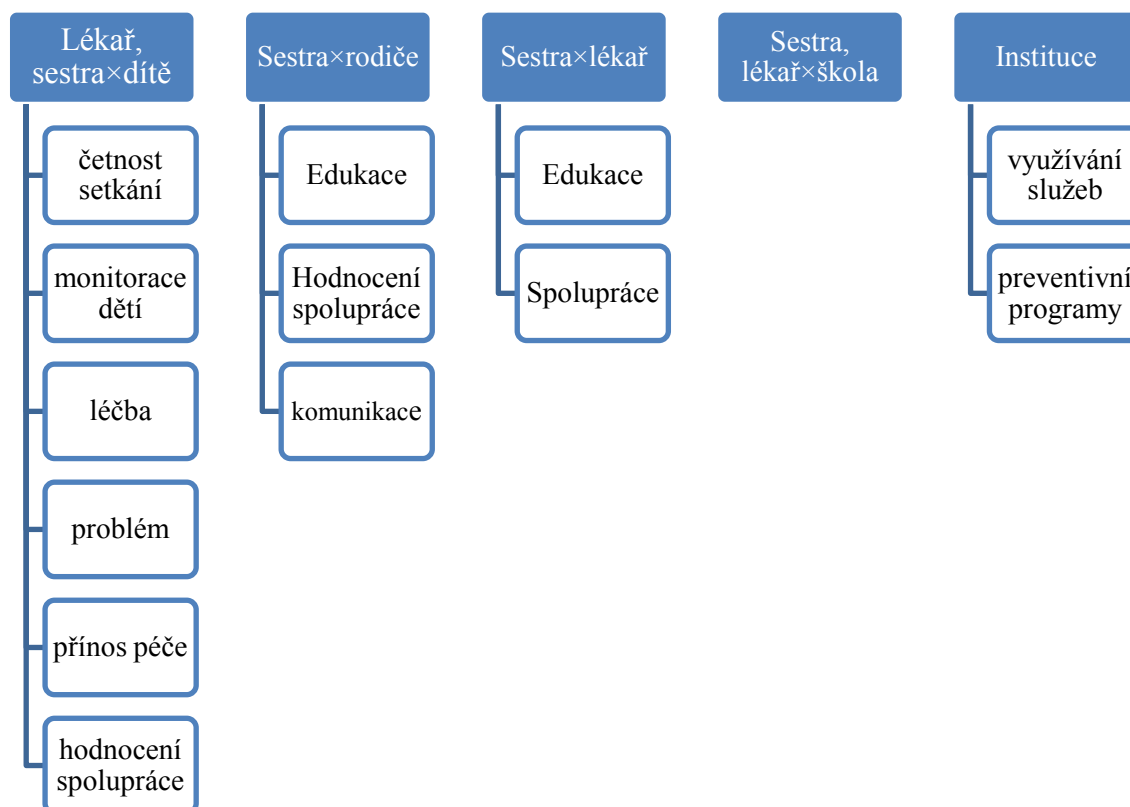
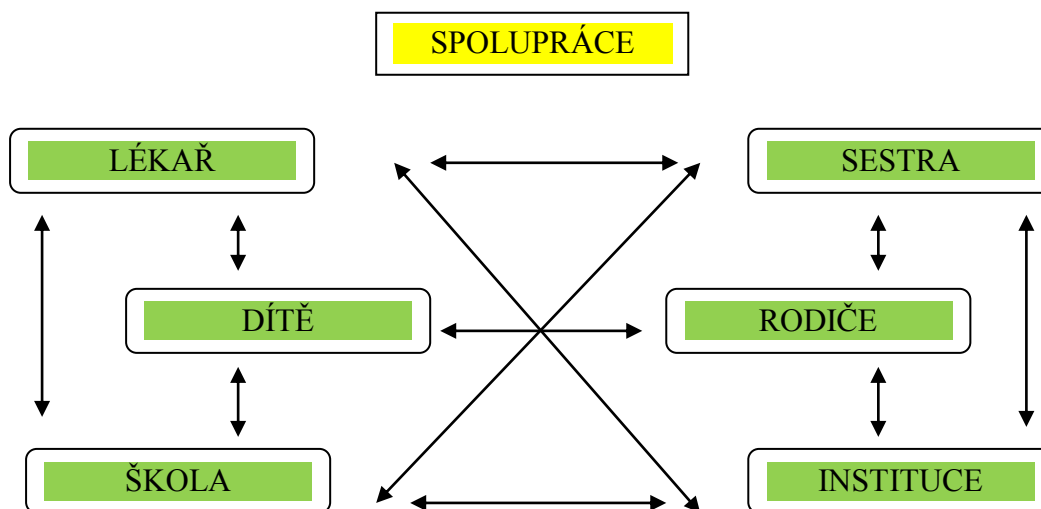
Kategorie *Potřeby dítěte* je dále členěna na podkategorie *Potřeby dítěte s normální vahou* a *Potřeba dítěte s nadváhou*. Zde je většinou respondentů uváděno, že rozdíly v potřebách dětí s normální vahou a dětí s nadváhou nejsou žádné nebo zcela minimální. **Respondent 6S** říká: „*V zásadních věcech se rozdíl mezi dítětem s normální vahou a dítětem s nadváhou či obezitou nevyskytuje*”. Názor **respondenta 5S** je následovný: „*Menší děti s nadváhou svůj problém většinou nevidí a rodiče si ho nechtějí připustit*”.

Potřeby dítěte byly dále rozčleněny do následujících podskupin na *Potřeby biologické*, *Potřeby psychické* a *Potřeby sociální*. V podkategorii *Biologické potřeby* byly stanoveny oblasti dle nejčtetnějších odpovědí respondentů, které poukazovaly na problémy dětí: výživa, vyprazdňování, hygiena a pohyb. **Respondenti 3S, 6S, 7S a 9S** uvádějí problémy dětí v oblasti výživy. Problém s vyprazdňováním a pohybem uvádí například **respondent 8S**: „*Dítě se málo pohybuje. A pak se projevují všechny důsledky. Děti si stěžují na bolesti zad, trpí zácpou*”. Důležitost pohybu je patrná také v odpovědích **respondentů 2S, 3S, 6S, 7S a 9S**.

Psychické potřeby v sobě zahrnují oblasti nejčastěji uváděných problémů: stud, přijetí vlastního vzhledu, komunikace a jiné blíže neurčené problémy v oblasti psychiky. Respondenti se nejčastěji zmiňují o studu dětí. Stud je většinou spojený s komunikací a má svoji návaznost na další podkategorii. Tou jsou *Sociální potřeby*.

Podkategorie *Sociální potřeby* se zabývá oblastmi, které ve svých odpovědích respondenti nejčastěji uváděli. Jsou jimi: vztahy, trávení volného času, komunikace, chování, problémy ve škole. Alespoň k nějaké oblasti sociálních problémů se vyjádřili všichni dotazovaní respondenti. **Respondent 2S** uvádí souvislost mezi psychickými a sociálními problémy dětí: „*Jsou děti, které mají hlavně psychické problémy. Jsou stydlivé, těžko navazují kontakty a mají problém ve škole, vyhýbají se kolektivu dětí*”.

4.4.3 Spolupráce
Schéma 7 Spolupráce



V kategorii *Spolupráce* jsme určili subjekty, mezi kterými spolupráce probíhá. Byli to *Lékař, Sestra, Dítě, Rodiče, Škola a Instituce* (Schéma 7). Zde je patrné, že vzájemná interakce je mezi všemi zúčastněnými. Dle nejčastěji zmiňovaných odpovědí jsme určili následující podkategorie: *Lékař, sestra × dítě, Sestra×rodiče, Sestra×lékař, Sestra, lékař×škola, Spolupráce s jinými institucemi*. Jednotlivé podkategorie byly dále členěny na oblasti (Schéma 7).

V první podkategorii spolupracují lékař a sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s dítětem, které má nějaký problém s váhou. Sledované oblasti v této podkategorii jsou: četnost setkání, monitorace dětí, léčba, problém, přínos péče a hodnocení spolupráce. K četnosti setkání a monitoraci se vyjádřili všichni dotazovaní respondenti. Všichni se shodli na tom, že četnost setkání s obézním dítětem nebo dítětem, které má nadváhu, je stále čtenější. S tímto problémem se setkávají každodenně. K monitoraci se vyjadřují následovně: „*Při pravidelných preventivních prohlídkách monitorujeme váhu a míru dítěte a zakreslujeme do percentilových grafů pro danou věkovou skupinu. Děti, které už jsou vedeni s nadváhou a obezitou jsou zvány častěji. Je s nimi konzultován další postup při řešení jejich problému s hmotností*”.

K léčbě a problému v oblasti spolupráce mezi lékařem, sestrou a dítětem se vyjádřili pouze tři respondenti, kteří uvádějí další možnosti sledování a léčení daného problému např. odběr biologického materiálu, sledování FF a následná léčba a sledování v ordinacích odborných lékařů – endokrinolog, obezitolog.

Přínos péče a hodnocení spolupráce bylo hodnoceno téměř všemi respondenty. **Respondent 4S** se k danému problému vyjadřuje: „*Přínos vidím hlavně v prevenci, jedná se o podporu kojení, dále edukaci maminek o jídelníčku a stravovacích návycích u dětí. Také je to sledování váhy a výšky při preventivních prohlídkách a včasný záchyt problému*”. Prevenci vidí dotazovaní respondenti jako největší a nejdůležitější oblast zájmu.

Další podkategorii je sledovaná oblast spolupráce *Sestra×rodiče*, ve které jsou nejčastěji zmiňované termíny: *edukace, komunikace, a hodnocení spolupráce*. Spolupráci sester s rodiči hodnotí **respondent 1S**: „*S některou rodinou je spolupráce příkladná a někdy se setkávám s naprostým nezájmem*”. Podobně se vyjadřuje

respondent 2S: „*Spolupráce s rodinou bývá různá. Někdy maminky spolupracují. Berou rady a doporučení vážně, budoucí možná rizika si uvědomují a snaží se všemožně svému dítěti pomoci. Jsou ale i takové matky, které to neřeší, neberou to vážně, dají svým dětem peníze a vůbec je nezajímá, za co je utratí a co po celý den jedí*”.

Respondent 5S ke spolupráci s rodiči dodává: „*Pokud i rodiče mají nadváhu, tak mnohdy nemají ani oni potřebu tento problém řešit a pak je spolupráce velmi obtížná. Jsou ale i rodiče, kteří spolupracují velmi zodpovědně a ochotně*”.

Spolupráci v podkategorii *Sestra*×*lékař* hodnotí dotazovaní jako „*bezproblémovou*” spočívající zvláště v komunikaci.

Oblast spolupráce mezi pracovníky ordinace praktického lékaře pro děti a dorost *Sestra*, *lékař*×*škola* hodnotí všichni dotazovaní jako „*nulovou*”. **Respondent 2S** říká: „*Já osobně si myslím, že škola tyto problémy moc neřeší, maximálně děti 2x týdně při hodině tělesné výchovy prožene. Při obědech mají děti možnost (pokud se vůbec stravují ve školní jídelně) vybrat si z několika jídel. Nikdo nekontroluje, takže se stává, že jedno dítě si dá k obědu 5x týdně nějaké sladké jídlo nebo pouze knedlíky a něco k tomu, ale v jeho jídelníčku zcela chybí ovoce a zelenina*”.

Kategorie *Spolupráce s jinými institucemi* byla dále členěna na oblast využívání služeb a preventivní programy. Všichni shodně uvádějí, že spolupráce v preventivních programech v návaznosti na ordinace praktického lékaře není. Pouze **respondent 3S** uvádí: „*Navázali jsme spolupráci s fyzioterapeutkou, která pořádá šesti týdenní program cvičení formou kruhového tréninku pro děti s nadváhou. Ale je to ojedinělá akce*”. Dále se respondenti vyjadřují, že děti, které mají problém s váhou a chtějí ho intenzivně řešit, mají možnost léčby v ozdravovnách a lázních. Dále také odborná vyšetření na oddělení obezitologie a endokrinologie.

4.4.4 Edukace

Schéma 8 Edukace



Kategorie *Edukace* byla dále rozčleněna na následující podkategorie: *Zdravý životní styl – pohybová aktivita*, *Zásady správné výživy*, *Služby*, *Možnosti dalšího řešení problému*, *Prevence* a *Obecné vyjádření k přínosu edukace*. Příslušné vztahy jsou znázorněny v schématu 8. Respondenti pokládají edukaci za velice důležitou složku v péči o dítě s problémem nadváhy či obezity. V popředí stojí témata, která se vyjadřují k nutnosti zdravého životního stylu, jídelníčku nebo pohybové aktivity dětí. K tomuto se vyjádřili **respondenti 2S, 4S, 5S, 8S a 9S**, kteří se domnívají, že rodiče dětí řídicí se pokyny sester a lékařů a uvědomující si možné důsledky, mají větší pravděpodobnost úspěchu snížení váhy u svých dětí.

4.4.5 Motivace

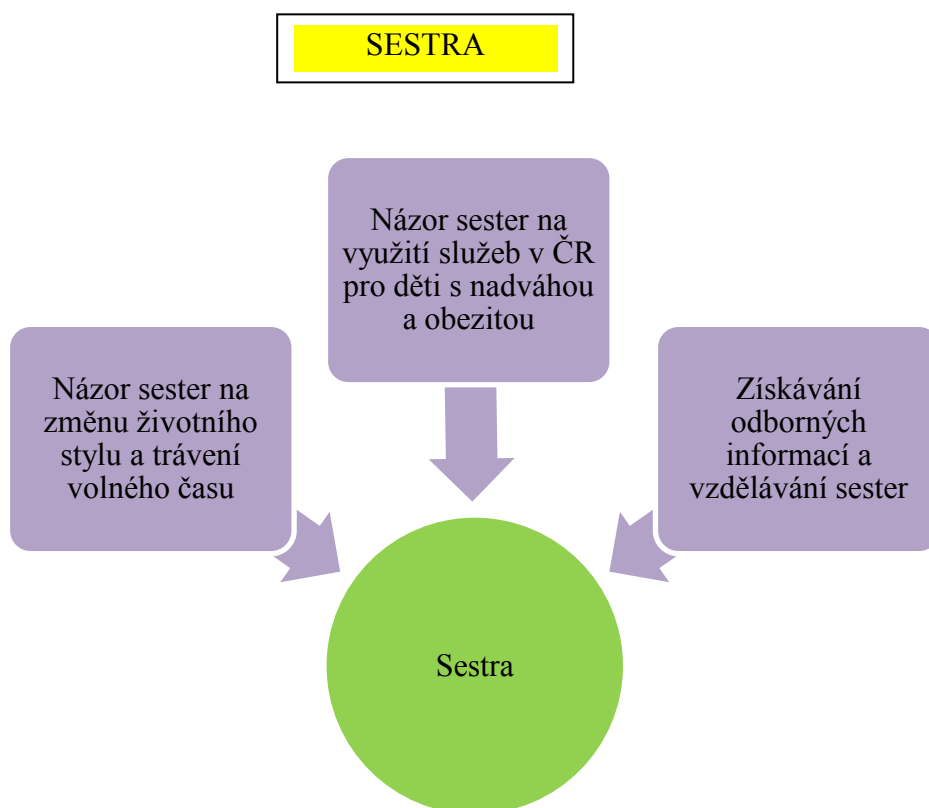
Schéma 9 Motivace



V kategorii *Motivace* (Schéma 9) byly dle nejčtenějších odpovědí respondentů stanoveny podkategorie: *Zdravotní problémy dítěte*, *Psychické problémy*, *Vytrvalost v úsilí*, *Sociální vztahy* a *Obecná vyjádření* k dané problematice. Důvody motivace jsou rozdílné. Vyplynají z rozboru konkrétních situací, individuality dětí a rodičů. Každý reaguje na zátěžovou situaci jiným způsobem, a proto i motivace se bude ubírat u jednotlivců jiným směrem. **Respondent 8S** uvádí: „*Největší problém je většinou v tom, že dítě a rodiče pokud nevidí hned výsledky, nevydrží ve svém odhodlání. Důležitá je motivace a edukace dítěte i rodičů*”.

4.4.6 Sestra

Schéma 10 Sestra



Kategorie *Sestra* nás informuje o názorech sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost o třech oblastech problémů v péči o dítě s nadváhou či obezitou. Tyto oblasti tvoří tři podkategorie: 1. Názor sester na změnu životního stylu a trávení volného času na vliv nárůstu obezity u dětí. 2. Názor sester na využití služeb v ČR pro děti s nadváhou a obezitou. 3. Získávání odborných informací a vzdělávání sester. Vše znázorňuje Schéma 10.

K první podkategorii se vyjádřili všichni respondenti. Shodně se domnívají, že změna životního stylu dnešní mládeže vede k nárůstu váhy u školních dětí. **Respondent 2S** uvádí: „Změna životního stylu má 100% vliv na nárůst obezity. Děti se málo hýbou, většinu času tráví u televize či počítače (při sledování je zvýšená konzumace pochutin – čokoláda, brambůrky, sladké tekutiny...)”. K tomuto názoru se přiklánějí i další

respondenti. **Respondent 6S** dodává: „*Děti tráví daleko více času doma než venku nějakými sportovními aktivitami, jako to bylo dříve*”.

Druhá podkategorie, která se věnuje názorům sester na využití služeb v ČR pro děti s nadváhou a obezitou, nás informuje o tom, kam lékaři odesílají dětské pacienty (klienty) k dalšímu speciálnímu vyšetření, případně o následné odborné pomoci dětem s obezitou. Respondenti uvádějí nejčastěji odborné endokrinologické a obezitologické ambulance, dětské ozdravovny a léčebny a lázeňskou péči pro děti s nadváhou a obezitou. Zároveň se přiklání k názoru, že péče o tyto děti v našem regionu není dostatečná, ale vzhledem k blízkosti hlavního města Prahy, je problém spíše v dojíždění. Za všechny uvádíme názor **respondenta 2S**: „*Pokud někdo opravdu spolupracuje, je možnost vyšetření v odborných endokrinologických ambulancích a možnost lázeňské léčby. V našem regionu bohužel tyto služby nevidujeme a spolupracujeme převážně s pracovišti v Praze*”.

Všichni oslovení respondenti se shodují v názoru na možnost získávání odborných informací a důležitosti celoživotního vzdělávání sester. **Respondent 2S** k tématu možnosti získávání odborných informací o problematice dětské obezity říká: „*Získávám informace na odborných zdravotnických seminářích, z odborných časopisů, z propagačních materiálů, z internetu. Myslím, že kdo má opravdu zájem, tak v dnešní době je dosažitelná velká spousta informací*”.

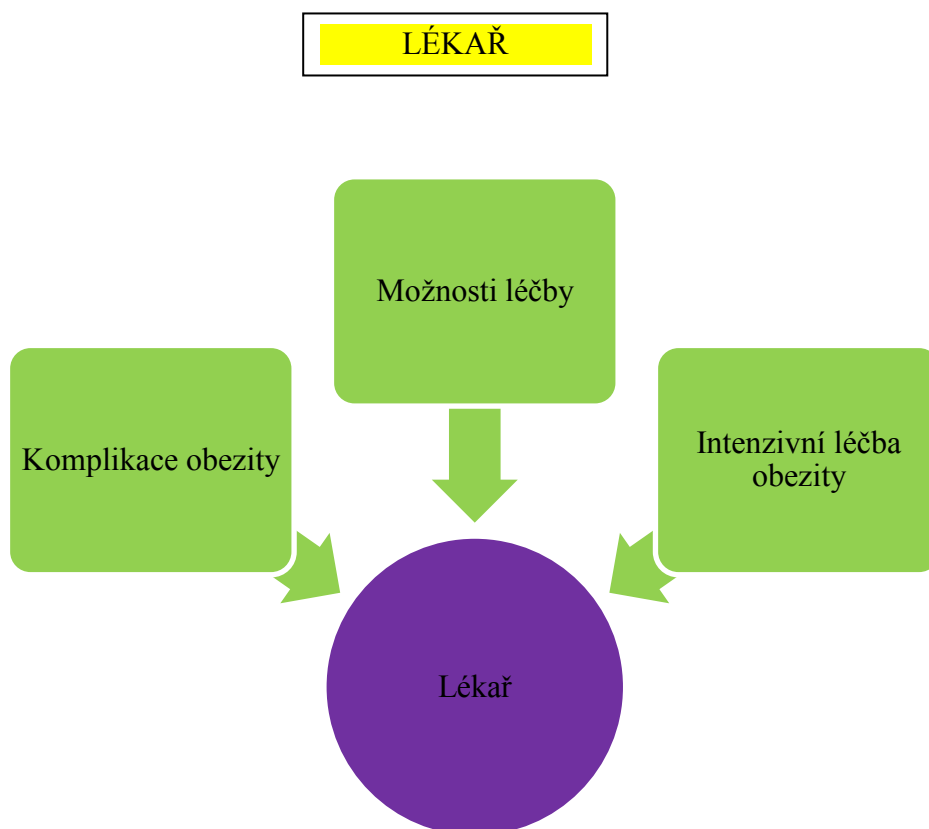
4.5 Výsledky rozhovorů s lékaři technikou otevřeného kódování – seznam kódů

Kategorie: „Lékař“

- **Komplikace obezity:** 1L/10-11, 2L/25-26, 3L/42, 4L/60, 5L/72, 6L/86, 7L/100, 8L/113, 9L/126, 10L/139-140
- **Možnosti léčby:** 1L/13-15, 2L/28-31, 3L/44-50, 4L/62, 5L/74-76, 6L/88-90, 7L/102-103, 8L/115-116, 9L/128-129, 10L/142-143
- **Intenzivní léčby obezity:** 1L/7, 2L/22, 3L/39, 4L/57, 5L/69, 6L/83, 7L/97, 8L/110, 9L/123, 10L/136

4.5.1 Lékař

Schéma 11 Lékař



Dotazovaní lékaři se vyjadřovali k problematice možností léčby, komplikacím obezity a možné intenzivní následné terapii obezity. Kategorie *Lékaři* byla dle zmiňovaného rozčleněna na uvedené podkategorie (Schéma 11).

Jako nejčastěji evidovanou komplikaci obezity u dětí praktickými lékaři na území benešovského okresu je zvýšený TK, bolesti zad, zvýšené hodnoty cholesterolu, kyseliny močové a TG. Dále jsou zmiňovány psychické a kožní problémy. Pouze **respondent 7L** uvádí: „*Zatím se žádné vážné komplikace nevyskytují*”.

K možnostem léčby obezity, které lékaři nabízejí a praktikují ve svých ordinacích, jsou nejčastěji mimo již zmiňovaných rozborů jídelníčku, životního stylu a pohybové aktivity a edukaci o všem potřebném, odborná vyšetření v obezitologických a endokrinologických ambulancích a pobyty v lázeňských zařízeních věnujících se léčbě obezity. **Respondent 2L** uvádí: „*Nejčastěji jsou to odborná vyšetření a sledování na dětské obezitologii v Praze na dětské klinice v Motole. Pokud dítě a rodina dokáže dodržovat pravidla léčby po určitou dobu, nabízím lázeňskou léčbu v lázních Poděbrady. Dále jsou děti intenzivněji také sledovány v ordinaci PLDD*”.

Dotazovaní lékaři uvádějí, že v jejich obvodě je v evidenci alespoň jeden dětský pacient, který vyžaduje intenzivnější odbornou terapii obezity. Pouze **respondent 3L** uvádí: „*Momentálně není u žádného dítěte nutná intenzivní léčba obezity*”. **Respondent 1L** zastává názor: „*Intenzivně obezitu léčit nelze*”.

4.6 Výsledky rozhovorů s lékaři – zpracování do tabulky a grafů

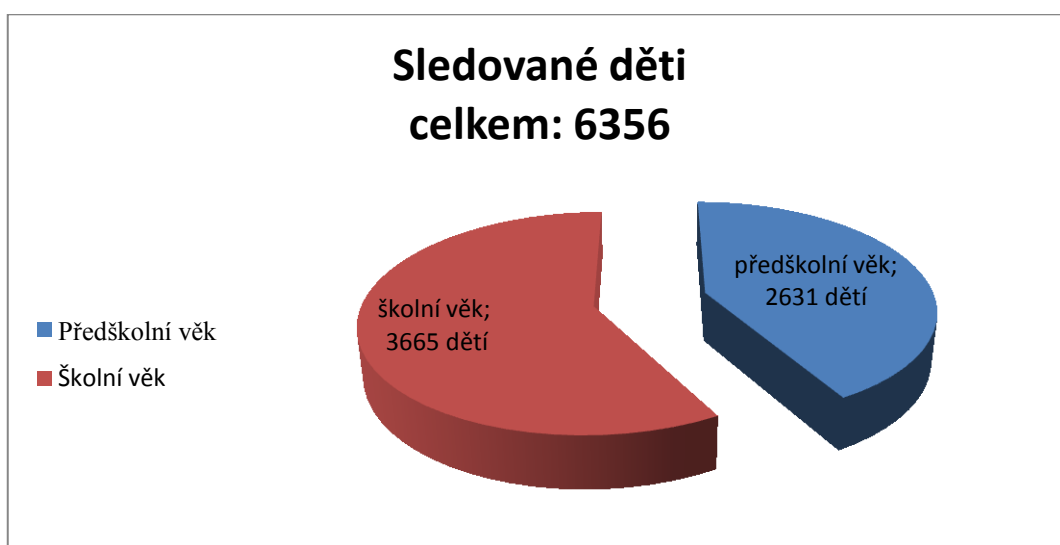
Tabulka 3 Údaje zjištěné od oslovených lékařů

RESPONDENT	CELKEM DĚTÍ	PŘEDŠK. VĚK	ŠKOL. VĚK	NADVÁHA	OBEZITA	LÉČEN
LÉKAŘ L1	760	312	448	61	45	-
LÉKAŘ L2	656	317	339	83	35	6
LÉKAŘ L3	776	213	563	48	7	-
LÉKAŘ L4	250	160	90	35	25	3
LÉKAŘ L5	596	217	319	58	26	5
LÉKAŘ L6	726	311	415	72	28	2
LÉKAŘ L7	452	224	228	58	12	3
LÉKAŘ L8	680	321	359	79	33	6
LÉKAŘ L9	796	290	506	86	37	5
LÉKAŘ L10	664	266	398	64	16	2
CELKEM	6356	2631	3665	644	264	32

Další zjištěné údaje od oslovených praktických lékařů, kteří provozují svoji praxi na území benešovského okresu, byly zaznamenány do tabulky (Tabulka 3). Údaje se týkají počtu dětí školního a předškolního věku, které mají lékaři v evidenci. Dále jsou zaznamenány počty dětí majících nadváhu, obezitu a kolik jich již podstoupilo nějakou intenzivní léčbu pod odborným dohledem specialisty zabývajícím se léčbou obezity.

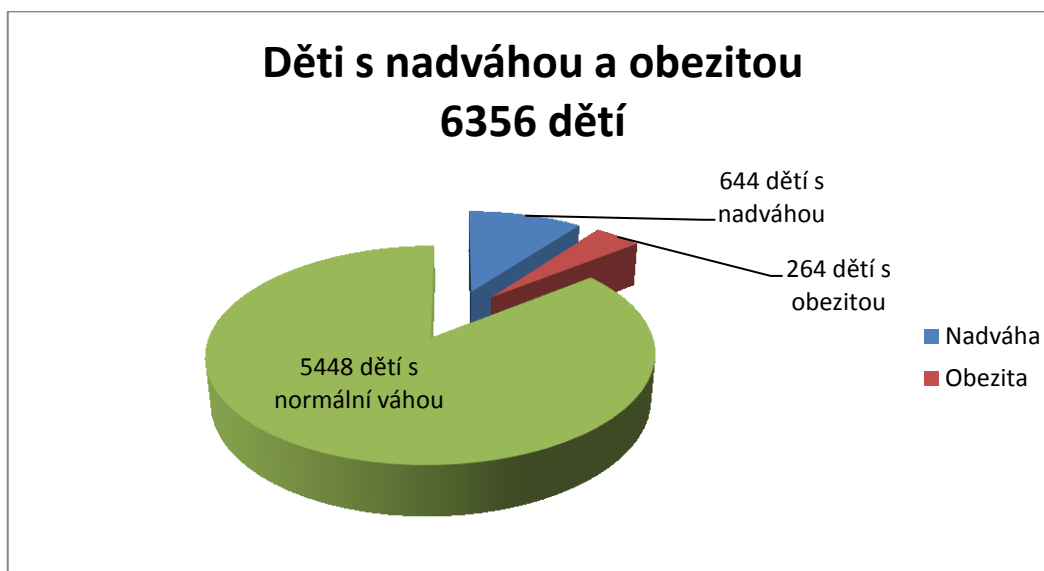
Získané informace byly dále zaznamenány do grafů. Vytvořené grafy vychází z rozhovorů s lékaři.

Graf 1 Děti evidované praktickými lékaři



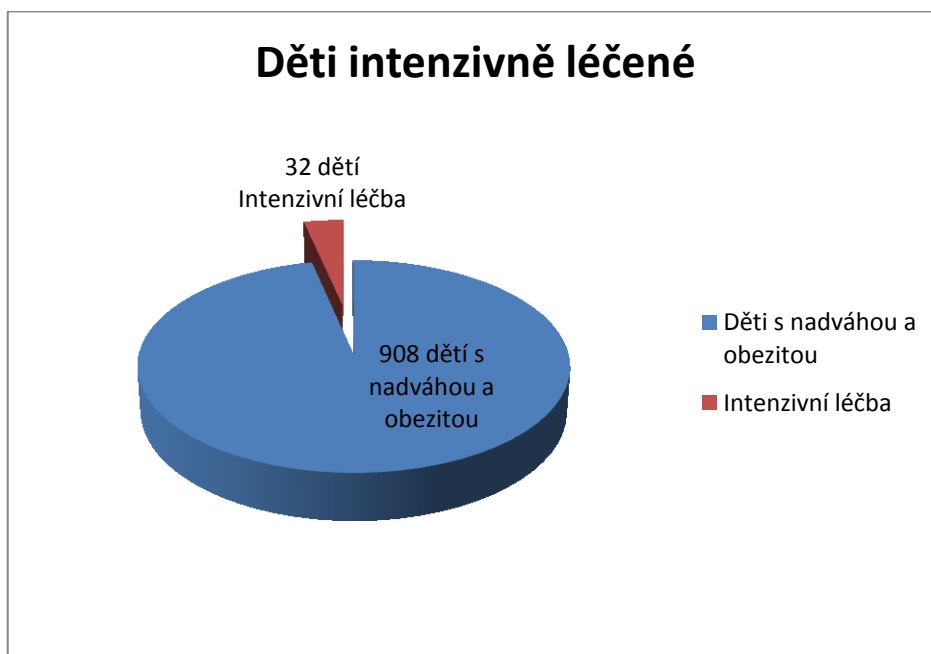
Graf 1 znázorňuje počet školních a předškolních dětí, které mají v evidenci dotazovaní praktičtí lékaři na území benešovského okresu. Tento počet je 6 356 (100 %) dětí. Jedná se o děti ve věkové skupině 4 až 15 let. V grafu je znázorněn počet dětí školního věku – 3 665 (58 %) dětí a předškolního věku – 2 631 (42 %) dětí.

Graf 2 Děti s nadváhou a obezitou



Graf 2 zaznamenává děti s nadváhou a obezitou předškolního a školního věku, které evidují dotázaní lékaři působící na území benešovského okresu. Z celkem 6356 (100 %) dětí jich 644 (10 %) trpí nadváhou a 264 (4 %) již má obezitu.

Graf 3 Děti intenzivně léčené



V grafu 3 jsou znázorněny počty dětí, které již podstoupily nebo v současnosti podstupují nějakou intenzivnější léčbu nadváhy nebo obezity. Z celkového počtu 908 (100 %) dětí, u kterých byla zaznamenána nadváha nebo obezita, jich 32 (0,5 %) podstoupilo nějakou formu léčby obezity mimo ordinaci praktického lékaře.

4.7 Zmapování služeb pro děti s nadváhou

Tabulka 4 Zařízení poskytující péči dětem s nadváhou a obezitou

ČÍSLO	NÁZEV	MÍSTO
	OBEZITOLOGICKÁ CENTRA	
1.	Endokrinologický ústav: klinické a výzkumné pracoviště	Praha 1
2.	3. interní klinika 1. LF UK a VFN klinické a výzkumné pracoviště	Praha 2
3.	OB klinika, a.s. Centrum pro léčbu obezity a metabolických poruch	Praha 3
	KLINICKÁ PRACOVIŠTĚ	
4.	Nemocnice Na Homolce	Praha 5, Motol
5.	ÚVN	Praha 6
6.	ISCARE klinické centrum	Praha 7
7.	STOB (STop OBezitě) klinická psychologie	Praha 4
	DĚTSKÉ OZDRAVOVNY	
8.	Ozdravovna Království	Dvůr Králové
9.	Ozdravný léčebný ústav Metylovice	Metylovice
10.	Dětská ozdravovna Pec pod Sněžkou	Pec pod Sněžkou
11.	Olivovna, Olivova dětská léčebna O.P.S.	Říčany
12.	Dětská ozdravovna Svatý Petr	Svatý Petr

	DĚTSKÁ LÁZEŇSKÁ ZAŘÍZENÍ	
13.	Lázně Bludov	Bludov
14.	Jánské Lázně	Jánské Lázně
15.	Priessnitzovy léčebné lázně	Jeseník
16.	Lázně Mánes	Karlovy Vary
17.	Dětská léčebna Křetín	Křetín
18.	Léčebna Dr. Filipa	Poděbrady
19.	Léčebné lázně Lázně Kynžvart	Kynžvart

Tabulka 4 nás informuje o zařízeních, která se věnují péči o děti s nadváhou a obezitou. V adresáři zdravotnických zařízení registrovaných ve Středočeském kraji nebylo nalezeno žádné zařízení. Prvotním záměrem bylo vyhledat zařízení v okrese Benešov. Protože nebylo nalezeno žádné zařízení, okruh pátrání se rozšířil na celý Středočeský kraj a Čechy. Byly použity informace z webových stránek České obezitologické společnosti, VZP a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Získané údaje byly zaznamenány do tabulky. Bylo nalezeno 20 zařízení, které mohou využít lékaři a rodiče dětí z okresu Benešov. Zařízení byla dále rozdělena na obezitologická centra, specializovaná klinická pracoviště, dětské ozdravovny a dětská lázeňská zařízení.

5 DISKUZE

Předmětem diplomové práce byla ošetrovatelská péče u dětí s nadváhou a obezitou. Výzkumné šetření probíhalo s respondenty, které tvořili sestry, pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, oslovení dětské lékaři, kteří mají svoji ordinaci v okrese Benešov, a rodiče dětí s nadváhou a obezitou. Zabývali jsme se problematikou stavu obézních dětí a dětí s nadváhou v benešovském okrese a možnostmi řešení pro tyto děti a jejich rodiče. Dále jsme se zaměřili na problematiku spolupráce sester a lékařů, pracujících v ordinacích pro děti a dorost, s rodiči dětí s nadváhou a obezitou a spolupráci těchto se školou.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První tvoří část teoretická, která se zaměřuje na problematiku ošetřování dítěte s nadváhou a obezitou, druhou částí je kvalitativní výzkum. Pro empirickou část v kvalitativním výzkumném šetření bylo použito polostrukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Byly ustanoveny tři výzkumné soubory. První a druhý výzkumný soubor tvořilo 10 sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a 10 lékařů vykonávajících svoji praxi na území benešovského okresu. Třetím výzkumným souborem jsou rodiče, jejichž děti mají problém s nadváhou nebo obezitou. Bylo vybráno 5 rodičů dětí, které již měli nějakou zkušenost se snižováním nadváhy pod odborným dohledem obezitologa nebo endokrinologa, a 5 rodičů dětí, které se snaží o snížení nadváhy sami bez odborné pomoci. Vždy se jednalo o děti předškolního nebo školního věku. Rozhovory probíhaly dle předem připraveného schématu. Tím byly otázky, které se v případě potřeby dále upravovaly. Rozhovory byly zaznamenány do záznamových archů. Tento byl poté parafrázován a nepřímým přepisem zaznamenán. Dále byla použita metoda tužka a papír v technice otevřeného kódování. Jednotliví respondenti byli označeni, stejně jako přepis odpovědí na jednotlivých rádcích (Švaříček a Šed'ová et al., 2007).

Prvním cílem bylo: *Zmapovat stav obezity u dětí školního a předškolního věku v benešovském okrese. Z výzkumného šetření vyplývá, že stav nadváhy a obezity u dětí, které jsou vedeny ve vybraných ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v okrese Benešov, se pohybuje u spodní hranice, kterou uvádí Marinov (2012), že v České*

republiky je v současnosti 50 % dospělých obyvatel bojujících s nadváhou a 20 % obézních. V dětské populaci se obezita vyskytuje u 5 až 10 % dětí.

K podobným závěrům dospěla i studie České obezitologické společnosti „Životní styl a obezita 2005“. Pastucha (2011, s. 12) uvádí: „20 % dětí ve věku 6 – 12 let a 11 % dětí ve věku 13 – 17 let má již nadváhu nebo obezitu“. To se nepatrně odlišuje od našeho výzkumného šetření. Stav nadváhy a obezity v okrese Benešov je mírně pod uvedenými průměry. Kdy z 6 365 (100%) dětí vedených u oslovených praktických lékařů, jich 644 (10,22%) trpí nadváhou a 264 (4,19%) je jich již obézních. Z celkového počtu dětí jich 32 (0,5%) již vyžaduje odbornou pomoc specializovaných pracovišť. Tyto děti jsou sledovány nejčastěji v endokrinologických a obezitologických ambulancích. Marinov et al. (2011, s. 12) uvádí: „Výskyt obezity u dětí kolísá mezi 5 až 20 %“. Tento počet je opět o poznání nižší než naše zjištění (obezita u sledovaných je u 4,19 % dětí). Dle výsledků našeho šetření nemůžeme souhlasit s Marinovem a Vignerovou (2012, s. 24), kteří se zmiňují: „V současnosti je v ordinaci praktického lékaře v průměru registrováno okolo 80 dětí s obezitou“.

I když bereme v úvahu, že naše sledovaná skupina dětí je školního a předškolního věku (nejedná se o děti 0 – 18 let), čísla se značně rozcházejí. U 10 oslovených praktických lékařů se pohybuje počet obézních dětí od 7 do 45. Přehled podrobných výsledků znázorňuje Tabulka 3. Jsou zde zaznamenány počty dětí, jak je uvedli respondenti z řad praktických lékařů pracujících na území benešovského okresu. Údaje mapují počty předškolních a školních dětí, obézních dětí a dětí s nadváhou. Zároveň dávají přehled o tom, kolik dětí je již intenzivně léčeno. Tyto poznatky jsou dále rozpracovány do Grafu 1, 2, a 3. pro jejich zpřehlednění. Grafy znázorňují: *děti evidované praktickými lékaři, děti s nadváhou a obezitou a děti intenzivně léčené*. Respondent 1L se domnívá: „*Obezitu intenzivně léčit nelze*“. S tímto názorem se neztotožňuji, protože správným přístupem, úpravou stravy, životního stylu a také léčba případných komplikací vždy vede ke zlepšení stavu jedince. Člověk se cítí lépe po fyzické i psychické stránce. Na tomto se musí podílet široký tým lidí, kteří svými zásahy přispívají ke zlepšení stavu dítěte s nadváhou a obezitou, případně s jeho přirozeným prostředím. Tím je rodina a škola. Stejný názor sdílejí i respondenti z řad

rodičů dětí, které již mají nějakou zkušenost s odbornou pomocí při zvládnání nastalé situace. Kladně hodnotí především pomoc odbornou radou při stravování a pohybové aktivitě.

Druhým cílem bylo: *Zmapovat služby (možnosti další pomoci, léčby), které mohou využít rodiče a praktičtí lékaři při léčbě dětí s nadváhou a obezitou.* S obézním jedincem se můžeme setkat jak v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost, tak v dalších zařízeních, které poskytují péči zdravým dětem i dětem s nějakým zdravotním problémem. Ztotožňuji se s názorem Pastuchy (2011, s. 85), který říká: „Od prvního kontaktu s obézním dítětem si musí nejen lékař, ale také každý člen multioborového týmu podílejícího se na terapii dětské obezity (nutriční terapeut, fyzioterapeut, klinický psycholog) uvědomit závažnost problému obezity pro konkrétního jedince”. Z toho plyne důležitost spolupráce všech, kteří se jakýmkoli způsobem podílejí na péči o dítě s problémem nadváhy či obezity. K tomuto tématu se také vyjadřovali respondenti v kategorii *spolupráce*. O nezastupitelné úloze praktických lékařů se zmiňuje i Marinová a Vignerová (2012). Zastávám stejný názor, že všechny problémy ohledně výživy dětí by měly být řešeny hlavně v ordinacích praktických lékařů. Ti nejlépe mohou posoudit individuální odlišnosti a specifika týkající se zázemí dítěte. Také respondenti z řad rodičů dávají přednost léčbě a konzultacím u svého praktického lékaře pro děti a dorost. Tkáčová a Wiczmandyová (2010) se k ambulantní léčbě také vyjadřují pozitivně. Jestliže situace a stav dítěte vyžadují další odborné sledování a léčení, mohou rodiče i praktičtí lékaři využít spektrum služeb, které se věnují tomuto problému.

Respondenti, kteří se vyjadřovali k využívání služeb v okrese Benešov, upřednostňovali využívání těch služeb, které mohou využívat ambulantně v místě svého bydliště. Bohužel z analýzy dokumentů plyne, že v okrese Benešov jsou využívány pouze služby dětských praktických lékařů. Odborné obezitologické a endokrinologické ambulance jsou dostupné ve velkých městech. Vzhledem k blízkosti hlavního města Prahy, jsou děti s nadváhou a obezitou v okrese Benešov, které vyžadují speciální sledování a léčbu, odesíláni na pracoviště v Praze. Tabulka 4 znázorňuje zařízení poskytující péči dětem s nadváhou a obezitou. Bylo nalezeno 20 zařízení, které se věnují problematice obezity u dětí. Obsahovou analýzou dokumentů jsme získali

přehled o Dětských obezitologických centrech, klinických pracovištích, dětských ozdravovnách a dětských lázeňských zařízeních. 3 zařízení jsou registrována jako obezitologická centra pro děti, 4 klinická pracoviště, dětských ozdravoven bylo 5 a dětských lázeňských zařízení věnujících se léčbě obezity bylo nalezeno 7. Tato zařízení odpovídají kritériu dostupnosti pro rodiče a praktické lékaře z okresu Benešov. Z tabulky plyne, že žádné z uvedených zařízení není na území okresu Benešov. Tím se ztotožňujeme s názorem respondentů z řad rodičů, sester i lékařů o dostupnosti služeb v tomto regionu. Většina zařízení je na území hlavního města Prahy a tím vyvstává problém s dojížděním. Na toto poukazovali i respondenti z řad rodičů. Souhlasíme také s názorem finanční náročnosti spojené s cestováním. I když se jeví počet zařízení jako nízký a poměrně daleko, rodiče jsou ochotni pro své dítě podstoupit i obtížné cestování, když to bude mít pozitivní dopad na zdraví dítěte.

Třetí cíl si kladl za úkol: *Porovnat úspěšnost léčby obezity u dětí, které už podstoupily léčbu obezity pod odborným dohledem s úspěšností snižování nadváhy u dětí, které se snaží o snížení váhy sami.* Z výzkumného šetření bylo patrné, že děti, které se snaží o snížení hmotnosti sami bez podpory specializovaného týmu, musí vyvinout daleko větší úsilí při řešení tohoto problému. To vyžaduje zapojení celé rodiny. Také Pastucha (2011) se ztotožňuje s názorem nutnosti vtáhnutí do ošetrovatelského a léčebného režimu rodinu dítěte. Dále Pastucha (2011, s. 86) říká: „Terapie dítěte s obezitou je vždy velice individuální a výrazně je ovlivněna prostředím rodiny. Zvýšit zájem o pravidelný pohyb u těchto dětí bývá obvykle velice složité a je naprosto nezbytné do tohoto procesu zapojit celou širší rodinu“. Také respondenti poukazují na fakt, že léčba obezity ovlivnila chod celé rodiny. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že jen v malém množství případů (dva respondenti) se obezita vyskytuje pouze u jednoho člena rodiny. Tkáčová a Wiczmandyová (2010, s. 57) se přiklání k názoru: „Pokud je v rodině jeden člen obézní, má dítě 50 % pravděpodobnost stát se také obézním. Pokud jsou obézní oba rodiče, může očekávat obezitu u dítěte až v 80 %.“ Nadváha nebo obezita se vyskytuje nejenom u rodičů, ale i prarodičů a také sourozenců dítěte. Pouze tři respondenti 2R, 6R a 8R uvádějí, že nikdo z rodiny nemá

problém s váhou. Respondent 6R říká: „*V rodině se nadváha a obezita u nikoho nevyskytuje. Nikdo ani nikdy problém s váhou neměl*”.

Respondenti 1R, 2R, 7R, 9R a 10R mají zkušenosti s nějakým typem další odborné pomoci při snižování váhy svého dítěte. Využili služeb obezitologických ambulancí, léčby v lázeňském zařízení či specializovaného programu cvičení pod vedením rehabilitačního pracovníka. Shodně uvádějí, že dětem se díky jejich péči podařilo zhubnout a pouze v jednom případě musela být léčba po pěti letech pro neúspěch opakována. Děti získaly názorný příklad v dodržování zásad správné výživy a vhodné pohybové aktivity. Sledované děti mají také plnou podporu v rodině, proto je jejich snažení úspěšné. S tímto se plně ztotožňují. U dalších pěti respondentů je léčba obezity buď v začátku, nebo rodiče uvádějí neustálé vrácení váhy a opakované držení diet. Tito rodiče se plně nezapojují do režimu zásad správného životního stylu. Z tohoto plyne, že pro úspěch v redukci hmotnosti, je výhodnější využití služeb specializovaných pracovišť, které se této problematice věnují, a také zapojení do péče o dítě všechny členy rodiny.

Posledním cílem diplomové práce bylo: *Zmapovat problematiku spolupráce sestry s rodiči a školou v péči o dítě s obezitou*. Dle výzkumného šetření z odpovědí respondentů z řad rodičů byly určeny kategorie: *Rodina, Dítě s nadváhou a obezitou, Spolupráce a Informace*. Výsledkem kategorizace rozhovorů se sestrami pracujícími v ordinacích praktických lékařů byly vytvořeny kategorie: *Spolupráce, Edukace, Motivace a Sestra*. Kategorie byly zaznamenány do schémat, která odpovídají jednotlivým kategoriím a podrobně nás seznamují s výsledky výzkumného šetření mapujícího spolupráci rodičů a dětí na straně jedné, sestry a lékaře na straně druhé. Schéma 3 bylo vytvořeno na základě rozhovorů s rodiči dětí, které mají problém s hmotností. Schéma 7 vzniklo rozborem a obsahovou analýzou rozhovorů se sestrami. Z obou je patrné, že spolupráce by měla probíhat mezi všemi zúčastněnými a všemi směry. Z obou je patrná důležitost komunikace, kterou zdůrazňuje většina respondentů. Jsou zde patrné i oblasti, kterých se spolupráce nejvíce týká. Respondenti zmiňují *psychickou podporu, motivaci, komunikaci, získávání informací a konzultace*. To podává názornou představu o tom, jaké informace preferují rodiče dětí. Jsou to

informace nejenom o ošetřování dítěte, ale i o službách, které jsou důležité pro rodiče, sestry i lékaře. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace mezi sestrou a klientem a ani bez vzájemné komunikace mezi zdravotníky. Tento názor spolu s námi zastává Ptáček a Bartůněk (2011). Také Leifer (2004) se zmiňuje o důležitosti dobré komunikace mezi sestrou a rodiči. K důležitosti spolupráce a komunikace se vyjadřovali nejen respondenti z řad rodičů, ale i sester. Také Fendrychová a Klimovič (2005) se pozitivně vyjadřují ke spolupráci a komunikaci zdravotnických pracovníků s rodinou dítěte. Vše by mělo být vždy ve prospěch dětského pacienta. Problematika vztahů a dorozumívání byla zaznamenána v samostatné kategorii *Komunikace* ve výsledcích vyplývajících z rozhovorů se sestrami a také jako podkategorie *Komunikace „sestra × rodič, dítě“* vytvořené na základě rozborů výsledků rozhovorů s rodiči dětí, které mají nadváhu nebo obezitu. Problém komunikace je zmiňován taktéž v kategorii *Potřeby*. Tato kategorie je dále členěna na potřeby dítěte a potřeby rodiny. Dle Trachtové et al. (2001) a Farkašové et al. (2006) různí autoři definují a rozdělují potřeby různě. K tomuto názoru se vyjadřuje také Sikorová (2011), která rozlišuje potřeby jedince na biologické, psychické, sociální a duchovní. Naše výzkumné šetření ukázalo, že i respondenti, dle nejčastěji zmiňovaného, se vyjadřovali k problematice potřeb v oblasti biologické, psychické a sociální. Ani v jednom případě však nebyly zmíněny potřeby duchovní, kterým rodiče, sestry ani lékaři nepřikládali důležitost. Vše je zachyceno v Schématu 6. Nejčastěji zmiňovanými biologickými potřebami jsou podkategorie: *Výživa, Vyprazdňování, Hygiena, Pohyb a Zdravotní problémy*. Oblast výživy byla zcela prioritní. Z odpovědí respondentů vyplývá důležitost správných stravovacích návyků, které je nutné pěstovat již od útlého věku dítěte, aby byla posílena prevence možných důsledků projevujících se v dospělosti. Respondent 4S se k tomuto vyjadřuje: „*Přínos péče vidím hlavně v prevenci, jedná se o podporu kojení, dále v edukaci maminek o jídelníčku a stravovacích návycích u dětí. Také je to sledování váhy a výšky při preventivních prohlídkách a včasný záchyt problému*”.

Zcela souhlasím s názorem příznivého vlivu kojení na zdravotní stav a vývoj dítěte. Tento názor vychází z mojí osobní zkušenosti. Jelikož jsem matkou dvou dětí, mohu porovnávat rozdílnosti. Obě děti vyrůstají ve zcela totožných podmínkách. Přesto dcera

trpí od raného věku nadváhou a obezitou. Již druhým rokem navštěvuje specialistu z oddělení klinické výživy, kde je sledována a léčena s nadváhou. Dcera byla zcela kojena pouze tři měsíce. Druhé dítě bylo plně kojeno šest měsíců a poté ještě dalšího půl roku, žádný problém s udržováním hmotnosti nemá. Odborníci se také příznivě vyjadřují ke kojení dětí. Zastávají názor, že kojené děti jsou zvýhodněné po celý svůj život (Velemínský a Tomšíková et al., 2009; Boledovičová et al., 2010). Nejenom kojení, ale i správná výživa a zdravý životní styl dítěte vede k podpoře a správnému vývoji dětského organismu. Vždy bychom se měli snažit dát dítěti všechny podmínky pro harmonický vývoj. Ke zdravému životnímu stylu a životosprávě se vyjadřují i oslovení respondenti. Rodiči se vyjadřovali ke stravování v kategorii *Rodina*. Je zde stanovena podkategorie *Stravování rodiny a Stravování dítěte během dne*. Zde se můžeme nejčastěji setkat s odpověďmi, které mapují zvyklosti při stravování a potraviny, které jsou v rodinách preferované. Jsou to ovoce, zelenina, bílé maso a luštěniny. V podkategorii *Stravování dítěte během dne* se ukázal zajímavý poznatek. Ne všichni rodiče vědí, jakým způsobem se jejich dítě stravuje během dne. Mnohdy jsou si ale vědomi chyb, kterých se děti i rodiče dopouštějí. Souhlasím s názorem respondentů, kteří uvedli, že dítě by nemělo vynechat snídani. Dalším zmiňovaným „nešvarem“ jsou automaty ve škole. V nich mají děti možnost koupit sladkých nápojů. Ke svačině místo mléčného výrobku, ovoce nebo zeleniny, si kupují bagety s majonézou. Respondent 4S se zmiňuje: „*Musím se přiznat, že ne vždy mám přehled o tom, jak se syn stravuje přes den. Ráno dohlížím na snídani a odpoledne a večer na svačinu a večeri, ale oběd mi uniká. Ve škole mají automat na nápoje a občerstvení, takže někdy určitě zhřeší. V automatu jsou pro děti zcela nevhodné potraviny a nápoje (cola, bagety s majonézou, sušenky, bonbóny...) To se mi nelíbí*”.

V oblasti psychických potřeb vystupují do popředí: *stud, přijetí vlastního vzhledu těla, komunikace*. V podkategorii sociální potřeby bylo nejčastěji zmiňováno: *trávení volného času, sociální vztahy a chování*. Ztotožňuji se s názorem Heluse (2007, s. 45) který říká: „Sociální souvislosti života působí na náš vztah k tělu a přes něj i na tělesný stav. Na druhé straně, prožívání těla nás často vede k hledání a podněcování reakcí ze

strany sociálního okolí”. Každý hledá nějaký ideál a chce se mu vyrovnat. Často ho nacházíme, jak uvádějí i respondenti v reklamě, která nás neustále obklopuje.

V kategorii *Edukace* se můžeme setkat také s oblastí, která má spojitost s výživou. Názorně jsou ve Schématu 8 zaznamenány podkategorie *Zdravý životní styl, Zásady správné výživy, Služby, Možnosti dalšího řešení, Prevence a Obecná vyjádření k přínosu edukace*. O neradostné situaci ve stavu výživy a stravování naší populace se vyjadřuje Vítek (2008, s. 18) ve své knize *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*: „Stav výživy naší populace není příliš radostný a vzbuzuje obavy i do blízké budoucnosti. I proto je tak důležité pro každého z nás mít o problematice nadváhy dostatek informací, abychom s ní dokázali účinně bojovat”. S tímto názorem se ztotožňují spolu s respondenty z řad rodičů, sester i lékařů. Všichni shodně hodnotí informace, jako cenný přínos v péči o dítě. Informace jsou zmiňovány v kategoriích *Potřeby, Spolupráce, Informace*, ale i v kategoriích vztahujících se k respondentům z řad sester *Komunikace, Potřeby, Sestra*. Důležitými informacemi jsou informace týkající se ošetřování dítěte, služeb, zdravého životního stylu, výživy a pohybové aktivity, která je vhodná pro děti s nadváhou a obezitou. Respondent 4S říká: „U rodičů se jedná o informace o stravování, úpravě jídelníčku, vhodné aktivity, děti potřebují hlavně podporu a motivaci (a to nejvíce ze strany rodičů)”.

Z výše uvedeného vyplývá, že lékaři, sestry i rodiče dětí, které se potýkají s nadváhou či obezitou se v mnohém shodně vyjadřují k důležitým otázkám týkajících se péče o dítě s tímto problémem.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem Obezita u dětí školního a předškolního věku z pohledu sestry pracující v ordinaci praktického lékaře jsme se zabývali problematikou obezity u dětí. Snažili jsme se zmapovat stav nadváhy a obezity u dětí v okrese Benešov. Dále nás zajímalo, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi sestrou, praktickým lékařem, školou a rodiči dítěte, které má problém v oblasti váhy. Také jsme zjišťovali, jaké jsou dostupné služby pro děti s nadváhou a obezitou a jejich rodiče v okrese Benešov a následně i Středočeském kraji.

Pro účely této diplomové práce byly stanoveny čtyři cíle. První cíl si kladl za úkol zmapovat stav obezity u dětí školního a předškolního věku v benešovském okrese. Druhým cílem bylo zmapování služeb (možností další pomoci, léčby), které mohou využít rodiče a praktičtí lékaři při léčbě dětí s nadváhou a obezitou. Třetím cílem bylo porovnat úspěšnost léčby obezity u dětí, které už podstoupily léčbu obezity pod odborným dohledem s úspěšností snižování nadváhy u dětí, které se snaží o snížení váhy sami. Čtvrtý cíl měl za úkol zmapovat problematiku spolupráce sestry s rodiči a školou v péči o dítě s obezitou.

Pro potřeby kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. První výzkumný soubor tvořilo 10 záměrně vybraných sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v okrese Benešov. Druhý výzkumný soubor zahrnoval rodiče pečující o dítě předškolního či školního věku, které má nadváhu nebo obezitu. Bylo vybráno 5 rodičů dětí, které již podstoupily intenzivní léčbu obezity pod odborným dohledem, a 5 rodičů dětí, které se snaží o redukci váhy sami. Třetí výzkumný soubor tvořilo 10 oslovených praktických lékařů pro děti a dorost pracujících v ordinaci na území okresu Benešov. Výsledky rozhovorů byly zaznamenány nepřímým přepisem a k jejich zpracování byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka. Na základě opakovaného čtení a po vytvoření kódů vznikaly jednotlivé kategorie. Provázanost mezi jednotlivými kategoriemi znázornila vytvořená schémata, tabulky a grafy. Ke zmapování služeb v okrese Benešov a Středočeském kraji, byla použita obsahová analýza dokumentů.

Pro výzkumné šetření bylo stanoveno šest výzkumných otázek.

1. Jaké jsou možnosti odborné pomoci obézním dětem? Na základě analýzy dokumentů jsme našli zařízení, která se zabývají léčbou a pomocí dětem a jejich rodičům se snižováním váhy. Jednalo se o obezitologická centra, specializovaná klinická pracoviště, dětské ozdravovny a dětská lázeňská zařízení. Bohužel se žádné nenachází na území okresu Benešov.

2. Jsou rodiče ochotni pomoci svým obézním dětem při snižování váhy? Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že ne všichni rodiče jsou ochotni pomáhat svým dětem s redukcí váhy. Většina rodičů, ale preferuje zdraví a spokojenost svých dětí.

3. Mají rodiče dětí také problémy s váhou? Z výzkumného šetření vyplynulo, že obezita se nemusí v rodině vyskytovat a přesto dítě trpí nadváhou nebo obezitou. Ve většině případů je ale obezita jak u rodičů, tak i u prarodičů či sourozenců dotyčného dítěte s nadváhou nebo obezitou.

4. Jaké jsou zkušenosti sester v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o obézní děti? Výzkumné šetření ukázalo, že sestry se čím dál častěji setkávají s dětmi, které mají problém s váhou. Shodně uvádějí, že je velmi důležité navázání kontaktu s tímto dítětem, komunikace a následně také motivace dítěte i jeho rodiny. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že ošetřování dětí s nadváhou a obezitou má svá specifika.

5. Jak probíhá spolupráce rodičů se sestrou v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost? Závěry šetření ukazují na důležitost komunikace, která vyžaduje profesionální erudované znalosti dané problematiky, dítěte i jeho sociální situace v rodině a také vstřícnost všech zúčastněných. Vzájemnou spolupráci mezi sestrou a rodiči respondenti popsali jako přínosnou pro obě strany, ale hlavně pro dítě.

6. Jak sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost spolupracuje se školou? Z výzkumného šetření je patrné a jednoznačně plynoucí z odpovědí všech respondentů, že spolupráce mezi ordinací praktického lékaře (zastoupená lékařem a sestrou) a školou je nulová.

Výběr tématu souvisel se zkušeností autorky s návštěvou obezitologa a centra klinické výživy. Měla snahu dozvědět se více o této problematice. Na základě získaných informací bude zpracování odborného článku. Ten bude nabídnut k publikaci

v odborném tisku. Se závěry diplomové práce budou seznámeni také lékaři a sestry z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost v okrese Benešov.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ-KORBUTHOVÁ, Dagmar. Obezita – epidemie 21. století. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 5, s. 33-34. ISSN 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, Sylva. SADÍLEK Petr a Valerie TÓTHOVÁ (2008). *Výzkum v ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BOLEDOVIČOVÁ, Maria et al. (2010). *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 3. přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2010. 216 s. ISBN 978-80-8063-331-8.

ČECHOVÁ, Věra. MELLANOVÁ, Alena a Marie ROZSYPALOVÁ (1999). *Speciální psychologie*. 2. upravené vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.

ČESKÁ OBEZITOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Obezitologická pracoviště*. [on line]. 2014 [cit. 2014-02-28].

Dostupné z: http://www.obesitas.cz/?pg=obezitologicka_pracoviste

DUNOVSKÝ, Jiří (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.

FARKAŠOVÁ, Dana et al. (2006). *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-80-63-227-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK et al. (2007). *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

GALLOWAY, Jeff (2007). *Děti v kondici*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-2472-134-7.

GIDDING, Samuel S. et al.(2006). Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners. *Pediatrics* [online]. 2006, roč. 117, č. 2, s. 544-559. [cit. 2014-03-20]. ISSN 1098-4275.

Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/2/544.full>

- GILLERNOVÁ, Ilona. KEBZA, Vladimír a Milan RYMEŠ et al. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-2477-448-0.
- GREGORA, Martin (2004). *Výživa malých dětí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 95 s. ISBN 978-80-2479-022-0.
- HAINER, Vojtěch (2004). *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 356 s. ISBN 978-80-2470-233-9.
- HAINEROVÁ, Irena (2009). *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7.
- HELUS, Zdeněk (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
- HOUSOVÁ, Jitka (2011). Aby děti byly štíhlé. *Obesity news* [online]. 2011, č.7, s.3 [cit.2014-04-10].
Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/archiv/obesity_news_2011_7.pdf
- HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC et al. (2002). *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-168-5.
- JANSEN, Pauline W. et al. (2013). Bidirectional Associations Between Mothers' and Fathers' Parenting Consistency and Child. *Pediatrics* [online]. 2013, roč. 132, č. 6, s. 1513-1520 [cit. 2014-03-20]. DOI 10.1542/peds.2013-1428. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/search?fulltext=BMI%2C+children&submit=yes&x=35&y>
- KELLER, Ulrich. MEIER, Rémy a Sibylle BERTOLI (1993). *Klinická výživa*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1993. 240 s. ISBN 80-85526-08-5.
- KLÍMA, Jiří et al. (2003). *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
- KRAJSKÝ ÚŘAD STŘEDOČESKÉHO KRAJE. *Poskytovatelé zdravotnických služeb* [on line]. 2014 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/zdravotnictvi/ambulance.htm>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro (2001). *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

- KUNEŠOVÁ, Marie et al. (2005). *Obezita – doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. 10 s.
- LEIFER, Gloria (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
- LINHART, Jiří (2002). *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Dialog, 2002. 412 s. ISBN 978-80-8584-361-3.
- LISÁ, Lidka. KŇOURKOVÁ, Marie a Věra DROZDOVÁ (1990). *Obezita v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 144 s. ISBN 08-032-90.
- MARINOV, Zlatko. *Prevence běžné dětské obezity, aktuální výzva 21. století. Florence*. 2012, roč. 8, č. 4, s. 26. ISSN 1801-464X.
- MARINOV, Zlatko et al. (2011). *S dětmi proti obezitě*. 1.vyd. Praha: IFP Publishing, 2011. 83 s. ISBN 978-80-87383-07-0.
- MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA et al. (2012). *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-4210.
- MATĚJČEK, Zdeněk (1994). *Co děti nejvíce potřebují*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 108 s. ISBN 80-7178-006-5.
- MONTIGNAL, Michal (2002). *Jím tedy hubnu*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2002. 240 s. ISBN 80-7205-728-6.
- MUNTAU, Ania Carolina (2009). *Pediatric*. 4. vyd. Praha: Grada, 2009. 581 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
- MÜLLEROVÁ, Dana et al. (2010). *Obezita – prevence a léčba v závislosti na věkových kategoriích*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 262 s. ISBN 978-80-204-2146-3.
- OBEZITA. *Rizikové faktory*. [online]. 2014 [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/rizikove-faktory/ostatni-faktory/>.
- PASTUCHA, Dalibor et al. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RADVANOVÁ, Alena. Obezita – epidemie moderního světa. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 43. ISSN 1210-0404.
- RENOTIÉROVÁ, Marie (2002). *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 978-80-2440-532-2.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, Lucie (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SIKOROVÁ, Lucie (2012). *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. (2010). *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 280 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
- STAŇKOVÁ, Marta (1996). *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
- STŘEDA, Leoš (2009). *Univerzita hubnutí*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. 256 s. ISBN 978-80-8737-200-5.
- SVAČINA, Štěpán (2010). *Diabetologie, lékařské repertorium*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 188 s. ISBN 978-80-7387-348-6.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ (2006). *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVEJCAR, Josef et al. (2003). *Péče o dítě doplněné, rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Nuga, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
- TIMLIN, Maureen. PEREIRA Mark a Mary STORY (2008). Break fast Eating and Weight Change in a 5 – Year Prospective Analysis of Adolescents. *Pediatrics*. [online]. 2008, roč. 121, č. 3, s. 638-645 [cit. 2014-04-20].

Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/3/e638.full?sid=c0e5518e-d87d-4f48-9992-06068b3fdc07>

TKÁČOVÁ, Lubomíra a Darina Wiczmandyová. Nadváha a obezita u dětí. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 1, s. 54-57. ISSN 1210-0404.

TRACHTOVÁ, Eva et al. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

TROWBRIDGE, Frederick a Debra KIBBE (2002). *Childhood obesity*. 1.vyd. Washington: International Life Science Institute, 2002. 57 s. ISBN 1-57881-131-7.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů*. [on line]. 2014 [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/lekari-zubni-lekari-farmaceuti-2012>

VACUŠKOVÁ, Miluše et al. (2009). *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.

VÁGNEROVÁ, Marie (1999). *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 978-80-7184-803-5.

VELEMÍNSKÝ, Miloš (2002). *3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Zdena TOMŠÍKOVÁ et al. (2009). *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.

VIGNEROVÁ, Jana a Zlatko MARINOV. Růstové grafy v boji proti obezitě. *Florence*. 2012, roč. 8, s. 24. ISSN 1801-464X.

VÍTEK, Libor (2008). 1. vyd. Praha: Průhonice, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Seznam smluvních poskytovatelů zdravotnických služeb*. [on line]. 2014 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/seznam-smluvnich-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb>

VYMĚTAL, Jan (2003). *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 398 s. ISBN 978-80-7178-740-2.

YANG, Wenjie. KELLY, Tanika and Jiang ON (2007). Genetic Epidemiology of Obesity. *Epidemiologic reviews* [online]. 2007, roč. 29, č. 1, s. 49-61. [cit. 2014-03-12]. DOI 10.1093/epirev/mxm004.

Dostupnéz:<http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/49.full.pdf+html?sid=3d7a28af-7aaa-4eb3-8f94-842be300bfcc>.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Klasifikace obezity podle WHO 1997

Příloha 2 – Percentilové grafy

Příloha 3 – Otázky pro rozhovor se sestrou

Příloha 4 – Otázky pro rozhovor s rodiči

Příloha 5 – Otázky pro rozhovor s lékařem

Příloha 6 – CD: Přepis rozhovorů – otevřené kódování

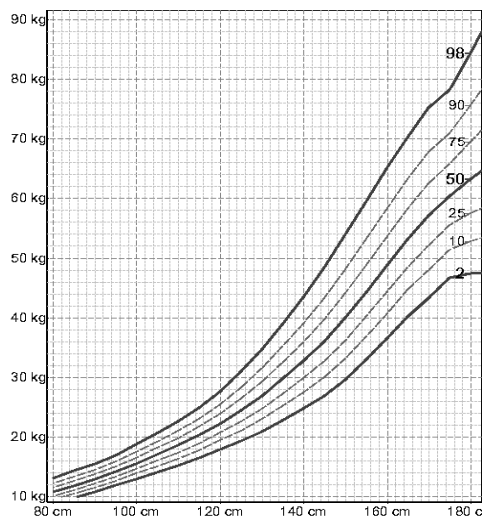
Příloha 1 - Klasifikace obezity podle WHO 1997

klasifikace	BMI	riziko komplikací
Podváha	< 18,5	nízké
optimální váha	18,5 - 24,9	průměrné
zvýšená váha	≥ 25	průměrné
preobézní stav (nadváha)	25 - 29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0 – 34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0 – 39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Zdroj: Kunešová et al., 2005

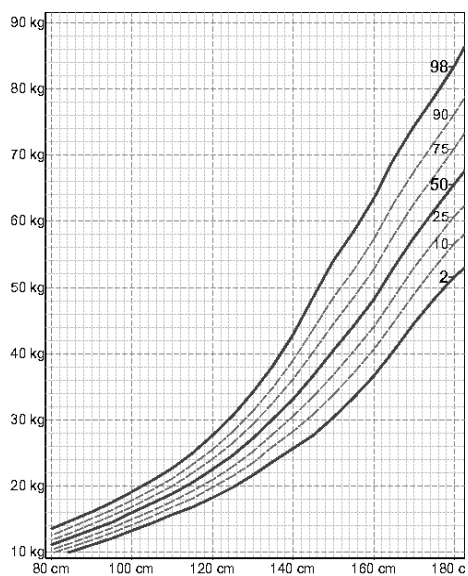
Příloha 2 – percentilové grafy

Graf 1 Percentilový graf A



Percentilový graf (normální poměr výšky a hmotnosti) u dívek ve věku 3 – 15,5 let.

Graf 2 Percentilový graf B



Percentilový graf (normální poměr výšky a hmotnosti) u chlapců ve věku 3 – 15,5 let

Příloha 3 – Otázky pro rozhovor se sestrou

Identifikace (kód respondenta):

Délka praxe:

Vzdělání:

Délka praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost:

1. Jak často se setkáváte ve své ordinaci s dětmi s nadváhou či obezitou? (O jaký stupeň se jedná?)
2. Jakým způsobem monitorujete děti s nadváhou a obezitou v ordinaci pro děti a dorost?
3. S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u dětí s nadváhou a obezitou? Jakým způsobem je řešíte?
4. Co vidíte jako největší problém při ošetřování dětí s nadváhou a obezitou? Zaznamenala jste rozdíl při ošetřování dítěte s normální hmotností a dítětem, které trpí nadváhou či obezitou?
5. Jakým způsobem byste hodnotila spolupráci s rodinou dítěte s nadváhou?
6. Jak probíhá spolupráce mezi vámi, lékařem, rodinou dítěte a školou při řešení tohoto problému?
7. V čem spočívá Váš přínos v péči o dítě s nadváhou a obezitou?
8. Domníváte se, že změna životního stylu a trávení volného času má vliv na nárůst obezity u dětí?
9. Spolupracujete s nějakou institucí, která pomáhá dětem a rodinám s obézním dítětem?
10. Jakým způsobem a získáváte informace potřebné pro ošetřování a práci s obézním dítětem?

11. Jaké mají dle vašeho názoru možnosti (využití služeb) rodiče dětí s nadváhou a obezitou v ČR?
12. Zapojujete se do nějakého preventivního programu určeného pro děti?

Zdroj: vlastní

Příloha 4 – Otázky pro rozhovor s rodiči

Identifikace (kód respondenta):

Charakteristika dítěte:

- *Věk:*
- *Váha:*
- *Výška*
- *Nadváha zaregistrována v..... letech*
- *Redukce váhy zahájena vletech*
- *Nejvyšší zaznamenaná váha:*
- *Jste ve stádiu hubnutí či udržování váhy:(jak dlouho:.....)*

Charakteristika rodičů dítěte:

- *Věk rodičů:*
- *Vzdělání rodičů: a)základní b)středoškolské c)vysokoškolské*

1. Trpí někdo z rodiny nadváhou nebo obezitou?
2. Jaké potraviny preferujete ve svém jídelníčku ve vaší rodině?
3. Víte, jak se stravuje vaše dítě během dne (v MŠ, ZŠ, SŠ)?
4. Jakým způsobem se podílíte na péči o dítě s nadváhou či obezitou?
5. Jak ovlivnila obezita dítěte členy vaší rodiny?
6. Co pokládáte za nejdůležitější?
7. Jaké konkrétní potřeby (problémy) má vaše dítě? Jakým způsobem mu je pomáháte řešit?

8. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi Vámi, lékařem, sestrou a popřípadě školou?
9. Jakým způsobem sestry komunikují s Vámi a Vaším dítětem?
10. Co je (bylo) pro Vás nejdůležitější při péči o dítě? (problémy, překážky)
11. Kde a od koho jste získávali a získáváte informace, které jsou pro Vás důležité? (zařízení, služby, informace)
12. Jaký přínos pro Vás a Vaše dítě má vzájemná spolupráce mezi Vámi a sestrou?
13. Co si myslíte o službách, které se svými dětmi můžete využít? (Jsou dostatečné? Dostupné? Co byste ještě uvítali?)
14. Podstoupilo Vaše dítě nějakou intenzivní odbornou léčbu obezity nebo nadváhy? Jakou a s jakými výsledky? Byl výsledek dlouhodobý?

Zdroj: vlastní

Příloha 5 – Otázky pro rozhovor s lékaři

1. Kolik máte ve své péči dětí školního a předškolního věku
2. Kolik dětí má nadváhu či obezitu
3. U kolika dětí je již obezita intenzivně léčena
4. Evidujete ve své péči děti, kterým obezita ovlivnila jejich zdravotní stav. (Jakým způsobem? Trpí nějakou komplikací obezity?)
5. Jaké možnosti léčby obézním dětem nabízíte? (Jaké? Kde?)

Zdroj: vlastní