



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

Bakalářská práce

Možnosti působení sester v terciární prevenci dětské obezity

Vypracoval: Miroslava Pfefferová

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, Ph.D

České Budějovice 2015

Abstrakt – Možnosti působení sester v terciární prevenci dětské obezity

Teoretická východiska: Obezita negativně působí na kvalitu života dětí a její vysoká prevalence je celosvětovým problémem. Obezita je multifaktoriální onemocnění, jehož vznik ovlivňuje faktory exogenní a genetické. Exogenní faktory mohou působit přímo na obézního jedince a dají se vymezit pomocí osobní anamnézy. Protože zdravotní rizika spojená s obezitou jsou vysoká, je třeba se zaměřit na léčbu obezity v dětském věku, kdy je ještě možné změnit nezdravé návyky a zapůsobit na životní styl dětí.

Cílem výzkumu bylo zjistit úroveň znalostí sester v oblasti dětská obezita a popsat možnosti působení sester v oblasti terciární prevence dětské obezity. Celá bakalářská práce je zaměřena na problematiku dětských pacientů s obezitou.

Metodika: K výzkumu bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat probíhal pomocí hloubkových rozhovorů. Výběr respondentů byl záměrný. Respondentky byly předem seznámeny s tématem práce a důvodem výzkumného šetření. Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny, několikrát pečlivě přečteny a metodou tužka a papír kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií, které byly zakódovány pojmy nadřazenými.

Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující v léčebně Dr. Filipa v Poděbradech. Bylo osloveno devět sester. Velikost výzkumného vzorku byl dán teoretickou saturací získaných dat. Průměrný věk respondentek byl 42 let. Dvě respondentky mají vysokoškolské vzdělání, ostatní mají středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Všechny respondentky jsou v léčebně zařazeny jako všeobecná sestra. Délka praxe respondentek je 20 měsíců až 25 let.

Výsledky: Z výsledků vyplynulo, že sestry pracující s dětmi trpící obezitou mají dobré znalosti o dané problematice. Respondentky mají znalosti v oblasti prevence dětské obezity, důležitosti edukace, dále pak mají znalosti, co se týče příčin, rizikových faktorů a léčby tohoto onemocnění. Respondentky se podílejí na změně životního stylu jejich pacientů. Děti edukují prakticky neustále.

Dle názoru oslovených sester základem léčby obezity je komplexní přístup, který sdružuje dietu, adekvátně zvýšenou pohybovou aktivitu a kognitivně – behaviorální psychoterapii. Nejedná se o dietu, jedná se o striktní dodržování zásad racionálního

stravování. Cílem zdravotnických pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu je pacienta trpícího obezitou postupně odnaučit nevhodným stravovacím návykům a nahradit je novými, těmi racionálními. Dle výpovědi respondentek je velmi důležité motivovat ke změně nejenom pacienta samotného, ale i jeho blízké.

Terciární prevence je zaměřena na minimalizaci následků obezity. Terciární prevencí se rozumí již samotná léčba obezity.

Sestry v rozhovorech předvedly své odborné znalosti v oblasti obezity. Genetika, užívání některých farmak, špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu jsou příklady, které sestry nejčastěji uváděly jako příčiny dětské obezity. Dále sestry v rozhovorech uvedly, že základ prevence obezity každého dítěte je zdravá životospráva celé rodiny. Sestry charakterizovaly své pacienty jako děti ve věku od 6 do 18 let, v léčbě bývají také děti od 2 do 6 let s doprovodem jednoho z rodičů. V zařízení sestry provádí běžné ošetrovatelské činnosti jako odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, aplikace injekcí, mastí, podávání léků. Sestry doprovázejí děti na procházky po okolí. Sestry provádí měření BMI.

Závěr: Výzkum znalosti sester o péči o děti trpící obezitou. Práce popsala možnosti působení sester v oblasti terciární prevence.

Doporučení pro praxi: Mezi doporučení, která by snížila počet dětí trpící nadváhou a obezitou ve společnosti dle mého názoru patří: zapojení školních institucí do této problematiky, zajištění více hodin tělesné výchovy, ve školních institucích nabídka pitného režimu, nabídka zdravé stravy ve školních automatech, zdravá strava ve školních jídelnách. Zapojení sester do této problematiky, pořádání seminářů k dané problematice, publikace odborných článků v časopisech, které čte široká veřejnost. Založení rodinných letních edukačních tábora, kde by se děti společně se svými rodiči učily zdravému životnímu stylu.

Klíčová slova: obezita, prevence obezity, příčiny obezity, terciární prevence obezity, BMI

Abstrakt AJ – The potentialities of nurses' action in the tertiary prevention of obese children

Theoretical basis: Obesity negatively influences quality of children's lives and its high prevalence is a worldwide problem. Obesity is a multifactorial disease and influences exogenous and genetic factors. Exogenous factors can affect directly on an obese individual and can be delimited by personal anamnesis. Health risks associated with obesity are high and so it is important to focus on treatment of obesity in childhood. In that age it is possible to change unhealthy habits and influence children's life styles.

The aim of the research was to get to know the level of nurses' knowledge about children's obesity and to depict the possible influences of nurses in tertiary prevention of it. The whole bachelor thesis is focused on problems of obese children.

Methodology: The qualitative investigation was used in our research. The data were collected through in-depth interviews. The choice of respondents was intentional. The respondents were familiar in advance with the theme of the work and with the reason for the research. Each interview was written down word by word, printed, carefully read several times and divided into particular categories and subcategories by the method called "pen and paper". The subcategories had their superordinate term.

The research sample was consisted from nurses working in Sanatorium of Dr. Filip in Poděbrady. Nine nurses were addressed. The size of the research sample was given by a theoretical saturation of the gained data. The average age of respondents was 42 years. Two respondents had university education; the others have a secondary education ended with a leaving examination. All the respondents were classified as hospital nurses in the sanatorium. The length of the practice of female respondents is from 20 months to 25 years.

Results: The nurses who work with children suffering with obesity have good knowledge about such problems. Respondents have knowledge in prevention of children's obesity, importance of education. They have also knowledge about causes, risk factors and treatment of this disease. Respondents participate in change of life style of their patients. Children are educated virtually all the time.

According to the opinion of addressed nurses the basis of the treatment is a complex approach which unites a diet. The diet is combined with increased physical activity and cognitive-behavioural psychotherapy. It is not about diet but it is about strict adherence of principles of rational nutrition. The aim of health workers within the multidisciplinary team is to wean a patient suffering from obesity of improper eating habits and replace them with new ones, with rational ones. According to statements of respondents it is very important to motivate not only the patients themselves but also their loved ones to the change.

Tertiary prevention is focused on minimization of obesity impact. Tertiary prevention is the treatment of the obesity itself.

The nurses demonstrated their professional knowledge about obesity. Here are some examples which nurses described as causes of children's obesity: genetics, using of some pharmaceuticals, wrong eating habits and lack of exercise. Nurses also say in the interviews that the basis of prevention of obesity of each child is health regime of whole family. Nurses characterized their patients as children of age from 6 to 8. There are also children of age from 2 to 8 with company of a parent. Nurses do normal nursing activities such as sampling of biological material, measuring physiological functions, injections, ointments, medications in the sanatorium. Nurses accompany children on walks around the neighbourhood and measure BMI.

Conclusion: Research on nurses' knowledge about caring for obese children. The bachelor thesis presents the possibilities of exposure of nurses in tertiary prevention.

Recommendations for practice: In my opinion, among the recommendations which would reduce the number of children suffering from overweight and obesity in society include: involvement of school institutions in this issue, providing more hours of physical education, an offer of drinking regime in school institutions, an offer of healthy food in school vending machines, healthy food in school canteens, nursing involvement in this issue, holding seminars on the issue, the publication of professional articles in journals read by the general public and founding family educational summer camp, where children would learn together with their parents about healthy lifestyle.

Key words: obesity, prevention of obesity, causes of obesity, tertiary prevention of obesity, BMI.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 4.5.2015

.....

Miroslava Pfefferová

Poděkování

Mé poděkování patří Ing. Ivě Brabcové Ph.D. za její cenné rady při vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala a především za její trpělivost. Poděkování také patří sestřám, které byly ochotny se zúčastnit výzkumu.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za podporu při psaní práce.

Obsah

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Definice nadváhy a obezity.....	12
1.2 Stručná historie obezity.....	13
1.3 Statistické údaje nadváhy a dětské obezity v ČR.....	13
1.4 Příčiny nadváhy a obezity v dětském věku	14
1.4.1 Ovlivnitelné příčiny nadváhy a obezity u dětí	15
1.4.2 Neovlivnitelné příčiny nadváhy a obezity u dětí	15
1.5 Vyhodnocení růstu a hmotnosti u dětí	16
1.5.1 Body Mass Index	17
1.5.2 Kaliperace	17
1.6 Prevence obezity	18
1.6.1 Primární prevence dětské obezity	18
1.6.2 Sekundární prevence dětské obezity.....	21
1.6.3 Terciární prevence dětské obezity	21
1.7 Zásady správného stravování školních dětí.....	22
1.7.1 Zdravý talíř	24
1.7.2 Fyzická aktivita dětí mladšího školního věku.....	25
1.8 Lázeňská léčba dětí s obezitou.....	26
1.8.1 Příjem dítěte do lázeňské léčebny dětské obezity.....	26
1.8.2 Dietoterapie.....	27
1.8.3 Kognitivně-behaviorální terapie	28
1.8.4 Pohybová terapie.....	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	32
3.1 Metodika	32

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	VÝSLEDKY.....	34
4.1	Stěžejní výsledky výzkumu.....	48
4.1.1	Znalosti sester o rizikových faktorech obezity u dětí	48
4.1.2	Znalosti sester v oblasti terciární prevence dětské obezity.....	48
4.1.3	Spektrum ošetrovatelských činností sester v terciární prevenci dětské obezity	48
4.1.4	Práce sester na změně jídelníčku	49
4.1.5	Způsoby edukace dětí s obezitou sestrou	49
5	DISKUZE	50
6	ZÁVĚR.....	55
6.1	Doporučení pro praxi	56
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	58
8	Seznam příloh.....	64

ÚVOD

Jedním z vážných problémů současnosti je narůstající výskyt nadváhy a obezity dospělých. Obezita je v dnešní době nejčastější metabolická choroba. Existuje značná pravděpodobnost přenosu životního stylu dospělých na děti, z toho důvodu narůstá nadváha a obezita i u dětí. Nadváha a obezita není problém jen dospělých, ale čím dál častěji postihuje děti a mladistvé. Obezita je dnes metabolické onemocnění s největší prevalencí. V současné době výskyt nadváhy a obezity přerůstá do rozměrů pandemie.

Obezitu nelze vnímat pouze jako zmnožení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění spojené s řadou jiných poruch. Obezita je významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných civilizačních a somatických i psychických onemocnění. Růst nadváhy a obezity je zapříčiněno současným životním stylem. Vysoké riziko vzniku tohoto metabolického onemocnění hrozí lidem, kteří mají prokazatelné dědičné dispozice a přestože to vědí, nedbají na prevenci.

Ústředním tématem teoretické části předložené práce je souhrn současných poznatků týkajících se obezity, příčin, následků, zdravotních komplikací, teoretická část je také věnována prevenci a léčbě. Obsahuje i údaje o prevalenci obezity v České Republice.

Praktická část představuje odborné znalosti sester pracujících v léčebně Dr. Filipa v Poděbradech s dětmi trpící obezitou. Kvalitativní šetření bylo zaměřeno na zjištění znalostí sester v oblasti prevence obezity a léčby obezity.

Toto téma jsem si vybrala, protože se mi zdálo zajímavé a v této době aktuální. Mnoho lidí trpí obezitou. Obezita většinou začíná již v dětském věku. Zvolila jsem si toto téma, protože obezita je závažné onemocnění a společnost si následky tohoto onemocnění neuvědomuje. Během vypracování své práce jsem oslovila sestry pracující s dětmi trpící obezitou. Tato práce může posloužit jako návod pro sestry, které pracují s těmito dětmi. Práce shrnuje pojem obezita a může pomoci všem, kteří se o toto téma více zajímají, nejen odborníkům, ale laikům.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice nadváhy a obezity

Odborníci nadváhu označují jako předstupeň obezity. Nadváha přináší zvýšené riziko zdravotních komplikací. Nadváhou rozumíme neideální hmotnost jedince způsobenou nejčastěji nadměrnou vrstvou uloženého tuku. U dětí do 5 let lze nadváhu nebo obezitu zjistit pomocí zařazení dítěte do percentilového pásma grafu hmotnosti k tělesné výšce. Pro zjištění nadváhy a obezity u dětí starší 5 let se využívá BMI (Body Mass Index), neboli index tělesné hmotnosti. Obezita, česky otylost, je odvozena z latinského *obesus*, což v překladu znamená tučný, či dobře živený. Není charakterizována nadměrnou hmotností, ale zmnožením tuku v organismu. V dětském věku by mělo docházet k plynulým přírůstkům hmotnosti, tyto přírůstky nejsou spojeny jen se zmnožením tukové tkáně, ale i s rozvojem svalové hmoty a kostry. Podíly těchto složek se liší v jednotlivých věkových obdobích a samozřejmě i v pohlaví (Svačina, 2000).

Velmi názorné zobrazení tělesného vývoje dítěte během sledovaného období umožňují tzv. percentilové grafy. Jsou používány především grafy ukazující vztah rozměru výšky, délky, hmotnosti, ale třeba také obvodu hlavy. Pro malé děti je nejdůležitější vyhodnocení, které se vztahuje k hmotnosti a k tělesné délce nebo výšce. Prostřednictvím percentilových grafů je možno porovnat růst dítěte s hodnotami běžnými v celé populaci (Hynčica, 2012, [online]).

Obezita je nepřiměřená vysoká tělesná hmotnost vzhledem k výšce a tělesné konstrukci. Obezita vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, když dojde k porušení energetické rovnováhy a energetický příjem převyšuje energetický výdej člověka. Obezita je skupina nemocí s poruchou řízení energetiky dětského organismu s podílem dědičné náchylnosti působením prostředí, které vede k hromadění tukových rezerv (Marinov, 2014).

1.2 Stručná historie obezity

Obezita v dřívějších dobách nebyla tak častá, lidstvo v minulosti více trpělo hladem, proto se vyskytovala spíše podvýživa než obezita. Ale zmínky o obezitě můžeme nacházet již od prehistorických dob, za pomoci sošek, obrazů a později i literárních děl. Příkladem toho, že se obezita vyskytovala více než před 25 000 lety, jsou nálezy sošek Venuše po celém světě. Tyto sošky jsou charakteristické obezitou a velkým poprsím. Znamky obezity se objevily i ve starověkém Egyptě, především tedy u bohatších vrstev. Staré Řecko a Řím byly známé svým zdravým životním stylem. Lékaři již v této době poukazovali na problematiku obezity. Dle jejich mínění osoby trpící obezitou měly kratší délku dožití než osoby s přiměřenou hmotností (Svačina, 2008).

Ve středověku bylo s obezitou úzce spojeno onemocnění „králů“, tedy dna. Tato nemoc byla způsobována nadměrným přejídáním a minimem pohybu. V době baroka byla otylost znakem bohatství, úspěchu a blahobytu. Nicméně i v této době se objevují názory o škodlivosti nadměrného příjmu potravy. V 18. a 19. století se začíná medicína zabývat příčinami vzniku obezity a její léčbou (Hainer, 2004).

1.3 Statistické údaje nadváhy a dětské obezity v ČR

Dle statistických dat mapující hmotnost a výšku českých dětí je patrný trend, kdy u chlapců dochází k nárůstu tělesné výšky i hmotnosti, zato u dívek je situace odlišná, dosahují spíše vyššího vzrůstu, nikoli přírůstku hmotnosti. Děti obézních lidí, se 3x častěji potýkají s obezitou (Křístek, 2011, [online]).

Až 80 % obézních dětí trpí obezitou také v dospělosti. Obezita v dětském věku se v České republice za posledních 25 let zdvojnásobila a stále roste. Z výzkumu z roku 2011 trpí 15 % dětí nadváhou a 5 % dětí obezitou. V České republice se obezita a nadváha vyskytuje u 52 % osob nad 18 let (Křístek, 2011, [online]).

Nadváha a obezita se objevuje nejméně ve skupině ve věku od 13 do 17 let, kde dosahuje 11 %. V této věkové kategorii je spíše závažný opačný problém a to poměrně

častý výskyt podváhy. Ve všech rozvinutých zemích s vysokou úrovní ekonomiky je výskyt podváhy podobný. Porucha podváhy je velmi častější v industrializovaných společnostech, ve kterých je hubenost měřítkem krásy. Prevalence mentální anorexie je u dívek mezi 0,5 – 1 %, dívky jsou postiženy 10 – 15x častěji než chlapci (Muntau, 2014).

Donedávna byla obezita považována za problém nutriční, kdy příčina byla hledána v nadměrném příjmu potravy a nedostatku tělesné aktivity. Dnes známe i řadu jiných faktorů, které narušují metabolismus v tukové tkáni, což má za následek její nahromadění (Hainer a kolektiv, 2011).

1.4 Příčiny nadváhy a obezity v dětském věku

Většina pediatriů hledá příčiny nadváhy a obezity dětských pacientů. Kořeny dětské obezity mohou spočívat v genetických predispozicích nebo v nezdravých stravovacích návycích. Dle Marinova a Pastuchy (2012) v rodině kde jsou obézní oba rodiče, je až 70 % pravděpodobnost, že dítě bude také trpět nadváhou či obezitou. Obezita má silnou genetickou predispozici, ale není dosud přesně známo, jakým procentem je tato dědičná dispozice k obezitě ovlivňována vnějšími faktory.

Příčiny nadváhy a obezity u dětí můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné faktory jsou takové příčiny dětské obezity, které lze ovlivnit například složením potravy nebo fyzickou aktivitou. Jedná se o vztah mezi příjmem a výdejem energie, tedy energetickou bilancí, která by měla respektovat dynamiku růstu dítěte. Neovlivnitelné faktory jsou takové příčiny dětské obezity, které nelze ovlivnit. K neovlivnitelným faktorům lze zařadit prenatální faktory, genetické faktory, endokrinopatie, léky podmíněnou obezitu a poruchy spánku (Hainerová, 2009).

1.4.1 Ovlivnitelné příčiny nadváhy a obezity u dětí

Celkový příjem potravy závisí na obsahu základních živin (sacharidy, tuky, bílkoviny) a vlákniny, tedy na skladbě stravy. Energetický příjem by měl odpovídat výdeji, který je závislý na pohlaví, věku a stupni fyzické aktivity (Dostálová, 2007).

U dětí jsou rozhodujícím faktorem výběru potravin rodiče, děti napodobují jejich stravovací návyky. Starostlivé matky často děti překrmují (Nevoral, 2003).

Modernizace a technizace našich domácností sice usnadňuje náš běžný život, ale bohužel také přispívá ke snížení pohybové aktivity. Čím dál méně lidí jezdí na kole nebo chodí pěšky, nechodí po schodech, jezdí výtahy (Fořt, 2004).

Dále mezi ovlivnitelné faktory obezity můžeme zařadit podávání různých psychofarmak, či dlouhodobé podávání kortikoidů. Předčasné podávání antikoncepce se nedoporučuje podávat dívkám mladším 15 ti let. Je dokázáno, že tyto léky mohou zvyšovat váhu (Fořt, 2004).

1.4.2 Neovlivnitelné příčiny nadváhy a obezity u dětí

Mezi neovlivnitelné faktory obezity řadíme genetické dispozice. Děti, jejichž rodiče jsou obézní nebo trpí nadváhou, mají větší pravděpodobnost, že budou rovněž trpět obezitou nebo nadváhou. Stačí, když obezitou trpí jen jeden z rodičů (Fořt, 2004).

Typickým příkladem vztahu vlastní genetické výbavy a faktorů zevního prostředí pro riziko rozvoje obezity jsou některé severoamerické indiánské kmeny. Někdy se hovoří o tzv. úsporných genech (anglicky drifty genes), které měly velký vliv na přežití člověka za nepříznivých podmínek. Tedy v období nedostatku potravy a za nepříznivých klimatických podmínek došlo k selekci genů. Tato genetická výbava vede k obezitě. K obezitě může vést až 250 kandidátních genů. Jako příklad geneticky podmíněné obezity je však možné uvést nedostatek leptinu, což je hormon tukové tkáně, který má za úkol regulovat metabolismus tuků. Dalším známým onemocněním, které vede k obezitě, může být snížená funkce štítné žlázy nebo nedostatek růstového hormonu. Distribuce tukové tkáně je geneticky podmíněna (Vítek, 2008).

Lidé trpící nadváhou často vykazují nízký výdej energie v klidu. Pokud nepracuje štítná žláza tak, jak by měla, nevydává tělo žádnou energii, a proto je následně ukládána tato energie do tukové tkáně. Je nutné podávat jód, například ve stravě. Jód obsahuje mimo jiné tuňák, mořská sůl či květák (Fořt, 2004).

Genový defekt MC- 4 R, mutace melanokortinového receptoru 4. typu způsobuje patologickou žravost a časný vznik obezity. Tento genový defekt může být příčinou až 6 % případů těžké obezity. Ve většině případů se tento defekt dědí autozomálně dominantně, čili se tento defekt objevuje zhruba u poloviny potomků postiženého jedince (Hainer a kolektiv, 2011).

1.5 Vyhodnocení růstu a hmotnosti u dětí

Základní pomůckou vyhodnocení růstu a hmotnosti u dětí je již zmíněný percentilový graf, jehož podkladem jsou národní referenční studie. Po zakreslení již změřené délky nebo výšky a zjištěné váhy dítěte lze okamžitě porovnat s délkou či výškou a váhou jeho vrstevníků. Percentilové křivky člení graf do pěti pásem, podle nichž je možno dítě libovolného věku zařadit do jednotlivých skupin. Pásmo nad 97. percentilem je obezita. Pásmo nad 90. percentilem je nadměrná hmotnost dítěte. Pásmo mezi 75. – 90. percentilem je nadváha. Dále pak pásmo mezi 25. až 75. percentilem je normální hmotnost dítěte. Mezi 3. a 25. percentilem je dítě označováno jako dítě se sníženou hmotností a pásmo pod 3. percentilem je označováno jako nízká hmotnost. Percentilové grafy si lze prohlédnout v příloze číslo 1 (Růstový hormon, 2015 [online]).

Mezi metody zjišťování obezity u dětí můžeme zařadit Body Mass Index (BMI) a také kaliperace.

1.5.1 Body Mass Index

Zkratka anglických slov Body Mass Index (dále jen BMI) se do českého jazyka překládá jako index tělesné hmotnosti. Jedná se o číslo, které se používá jako indikátor pro odlišení podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a také obezity. Body Mass Index vypočítáme tak, že hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech na druhou. Přesná hodnota nadváhy podle BMI je od 25 kg/m² do 29,9 kg/m². Od 30 kg/m² do 34,9 kg/m² se jedná o mírnou obezitu, střední obezita je podle BMI od 35 kg/m² do 39,9 kg/m², od 40 kg/m² a výše se jedná o morbidní obezitu. BMI je celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovování stavu nadváhy a obezity u dětí školního věku a dospělých (Svačina a Bretšnajdrová, 2008).

BMI se u dětí mění, proto na základě národních studií byly sestaveny percentilové grafy (viz výše). Hranice obezity pomocí BMI nejsou u dětí jednoznačně určeny.

1.5.2 Kaliperace

Měření kožních řas se provádí přístrojem, který se nazývá kaliper. Kaliper je kovové měřidlo, které má rozsah od 0 do 100 mm. Při měření vyšetřované dítě stojí s volně visící rukou podél těla. Měřenou řasu vezmeme mezi palec a ukazováček a řasu vytáhneme. Ve vzdálenosti asi jednoho centimetru od místa uchopení kožní řasy položíme ramena kaliperu. Až dosáhneme tlaku, který nám ukazuje ryska na kaliperu, odečteme hodnotu do dvou sekund. Tloušťku kožní řasy měříme v milimetrech, a to s přesností na 0,1 mm. Rutinní praxe slouží k hodnocení a sledování nutričního stavu dětí a dospělých (Nevoral, 2003).

Musíme si uvědomit, že je rozložení tuku v těle u řady jedinců především ženského pohlaví nerovnoměrné. Pokládáme za objektivnější využití takových metod, u kterých do výpočtu vstupuje více kožních řas z různých míst těla. Naměřené milimetry se sečtou a výsledné číslo se porovná v tabulkách. Můžeme měřit kožní řasu na tváři, řasu pod bradou, řasu pod klíční kostí, kožní řasu pod loktem, čili triceps, kožní řasu pod lopatkou, na bříše, pod prsy, kožní řasu nad spinou, nad kolenem a pod kolenem. Pro

vyhodnocení kaliperace u nás využíváme regresní rovnice a tabulky podle Pařízkové nebo rovnice podle Matiegky popřípadě podle Durnina (Bláha, 2001).

1.6 Prevence obezity

Obecně lze prevenci definovat jako soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucích jevů, hlavně onemocnění, poškození, sociálně-patologických jevů (Průcha a kolektiv, 2008).

Prevence dětské obezity je primárně zaměřena na aktivity, kterými předcházíme nadměrné hmotnosti a to především dostatečným pohybem a zdravým složením potravy. Prevence obezity by měla být prvním základním způsobem řešení obezity. Prevence obezity jako zdravotně sociální problém by měla být řešena na úrovni rodiny, škol, zdravotních systémů, neziskových organizací, potravinářského průmyslu, dopravních systémů regionů, parlamentu a vlády. Jedná se o celospolečenský problém. Prevence by měla být zaměřena na celou společnost. Prevence obezity vychází především ze znalosti jejich příčin. Obezitě můžeme předcházet na třech úrovních a to primární, sekundární a terciární (Hainerová, 2009).

1.6.1 Primární prevence dětské obezity

Primární prevence dětské obezity je v České republice zanedbávaná. Cílem primární prevence je zamezit rozvinutí obezity v populaci, a proto by měla být celoživotní. V primární prevenci hraje největší roli rodina a mateřská škola. Jak v rodině, tak v mateřské škole by měli jít dětem příkladem a ukázat jim zásady správného stravování a pohybu (Málková, 2008, [online]).

Existuje celá řada preventivních programů. Například CEPÍK je jeden z preventivních programů. Cepík je malá postavička chlapce ve věku předškolních dětí, se stejnými zájmy a návyky. Provází děti formou pohádky, divadelních představení, ale ukazuje jim, co se stane, pokud poruší zásady zdravého životního stylu. Je to jeden

z programů primární prevence obezity, jehož autorkou je Lenka Plzáková. Tento program dává přednost kontinuální návaznosti a provázanost mezi dětmi, rodiči, učiteli i kuchařkami školky. Tento program není zatížen sponzorstvím potravinářského průmyslu. Zmíněný projekt má divadelní část, proto je pro děti zajímavý, používají se také omalovánky nebo pexeso. Obsah tohoto programu má tři pilíře. První je pestrá strava, tedy vše co máme, ochutnáme. Druhý je pitný režim, vše co žije, vodu pije. A třetí pilíř je pohyb. Pro učitelky MŠ je program s názvem Pyramidáček. Jedná se o edukační materiál s pomůckami a návody pro vedení hodin s tematikou zdravého životního stylu, tedy hlavně správné výživy. Pyramidáček je upraven pro 1. – 3. třídu a 4. – 5. třídu základního vzdělání. Další program pro děti mladšího školního věku se nazývá "Putování za zdravým jídlem". Jedná se o interaktivní projekt na zlepšení znalostí dětí mladšího školního věku o správné výživě. Zábavnou formou s prvky soutěže si děti vybírají zdravé potraviny a učí se orientovat v široké nabídce potravin na našem trhu. Jeden z dalších podobných programů se nazývá "Víš co jíš", tento výukový program je pro pedagogy na II. stupni Základní školy. Tento program využívá pracovních sešitů, ve kterých využívá témata živiny a voda, výživová doporučení, výživa a nemoci, otravy z jídla a potraviny a bezpečnost (Nedbalová, 2009, [online]).

V primární prevenci u dětí je důležitá podpora pohybové aktivity. Této problematice je v odborné a laické veřejnosti věnována stále větší pozornost. Důraz je kladen především na systémový a preventivní charakter podpory. Systémová podpora je podpora ve zdravotnictví, školství nebo v dopravě. Preventivní podpora zahrnuje primární a sekundární prevenci především neinfekčních nemocí. Cílem podpory zdraví je využít odborné znalosti z oblasti medicíny a znalosti ze sportu k přímému ovlivnění pohybové aktivity a tím také celkového zdravotního stavu obyvatelstva. Podpora pohybové aktivity je součástí podpory zdraví (Pastucha a kolektiv, 2011).

Preventivní prohlídky jsou součástí péče o zdraví. Během prvního roku života dítěte navštíví lékaře 9x. A to při převzetí dítěte do péče, po 14 dnech, po 6 týdnech, ve 3, 4, 6, 8, a 12 měsících. Nejdříve lékař založí zdravotnickou dokumentaci. Poté zjistí zdravotní stav dítěte, sociální prostředí dítěte, sestra dítěte zváží a změří jeho délku a obvod hlavy. Lékař i sestra edukují rodiče o výživě a režimu dítěte. Jinak vyšetření

slouží k celkovému posouzení stavu dítěte. Další prohlídky jsou v 18 ti měsících, kdy se kontroluje stav velké fontanely, vývoje a stavu chrupu, včetně doporučení návštěvy stomatologa. Provádí se vyšetření zraku a sluchu, posouzení psychomotorického vývoje, rozvoj řeči a celkové chování dítěte. Ve 3 letech se provádí rozhovor s rodičem zaměřený na nová anamnestická fakta, kontrola očkování dítěte, provádí se zhodnocení psychosomatického vývoje, sociálního chování a hygienických návyků dítěte. Sestra dítěte zváží a změří výšku dítěte. Dále provede vyšetření zraku, vyšetření hlasu a sluchu, základní znalosti barev, vyšetření dutiny ústní, změří krevní tlak a pulz. V 5 letech sestra opět dítěte změří a zváží, vyšetří znalosti barev, zkontroluje hygienické návyky a odebere krev na vyšetření HDL, LDL a triacylglycerolů. Všeobecná preventivní prohlídka dětí v 7, 9, 11 a 13 letech obsahuje kontrolu očkování dítěte, sestra vyhodnotí hmotnost a výšku dítěte. Zjistí index tělesné hmotnosti a posoudí růst dítěte podle růstových grafů. Vše provádí z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy nebo obezity. Provádí se komplexní fyzikální vyšetření, sestra provede vyšetření moči diagnostickým papírkem, změří krevní tlak a pulz, provede vyšetření zraku a barvocitu, vyšetří sluch a řeč, lékař i sestra zhodnocují psychosociální vývoj dítěte a motorické dovednosti. Dětem ve věku 15 ti let se provádí celkové vyšetření a aktualizace anamnestických údajů, sestra opět dítěte změří a zváží, provádí se kompletní fyzikální vyšetření, včetně prohlídky sekundárních pohlavních znaků. Sestra provede vyšetření moče diagnostickým papírkem, dítěte změří a zváží, aby mohla posoudit, zda se pohybuje v normě. Sestra změří krevní tlak a pulz, vyšetří zrak, sluch, řeč, sestra i lékař celkově zhodnotí stav a vývoj dítěte. Sestra i lékař informují dítě o důležitosti ochrany při pohlavním styku. Obsahem všeobecných preventivních prohlídek dětí v 17 letech se nikterak neliší od prohlídek předešlých (vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.70/2012 Sb.).

1.6.2 Sekundární prevence dětské obezity

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové skupiny či jednotlivce a snaží se zabránit rozvoji obezity. Do této skupiny patří děti, které mají velké predispozice k tomu, že ve starším věku budou obézní, zejména pak kvůli genetickým faktorům, vlivu rodiny nebo nedostatku pohybu (Málková, 2008, [online]).

V sekundární prevenci sehraává důležitou roli dětská sestra s pediatrem. Dětská sestra se podílí na orientačním vyšetření fyziologických funkcí a odběru biologického materiálu. Dětská sestra také provádí psychickou podporu dítěte i rodičů. S rodiči také domlouvá pravidelné návštěvy v ordinaci lékaře (Sikorová, 2012).

Sekundární prevence zahrnuje také aktivity, které následují po stanovení již existující dysfunkce potřeb. Měla by předejít dalšímu nežádoucímu průběhu a zabránit vzniku komplikací. Sestra stanoví prioritní problémy dítěte a na základě stanovených ošetřovatelských diagnóz provede intervence. Pokud dítě nepřírozeně rychle přibývá na váze, sestra dle ordinace lékaře odebere krev na vyšetření cholesterolu, na vyšetření glykémie, krevní test na zjištění hyperfunkce štítné žlázy, krevní test na triacylglyceroly, které zhoršují aterosklerózu. Podle výsledků vyšetření dále lékař stanoví možnou diagnózu a podle ní léčbu dítěte, popřípadě sestra vypíše žádanku k příslušnému specialistovi, například k dětskému obezitologovi nebo endokrinologovi. (Sikorová, 2012).

1.6.3 Terciární prevence dětské obezity

Terciární prevence je zaměřena na minimalizaci následků obezity, jako je například vysoký krevní tlak nebo cukrovka. Terciární prevence je také zaměřena na zamezení pokračování a stupňování obezity. Terciární prevencí se rozumí již samotná léčba obezity. Součástí této prevence jsou různé tábory, pobyty, lázeňské pobyty, které se snaží dětem zmírnit obezitu pomocí osvojením si návyků zdravého životního stylu (Málková, 2008, [online]).

Terciární prevence zahrnuje stabilizaci poškozených funkcí organismu, prevenci opakování problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte. Jsou zde vyšší nároky na

pediatra a dětskou sestru. Péče v terciární prevenci je dlouhodobá spojená s větším počtem kontrolních prohlídek nejen v ordinaci, ale také s návštěvami specialistů a ozdraven (Sikorová, 2012).

U dětí, které se potýkají s obezitou, může praktický lékař nebo specialista doporučit léčbu obezity v dětské léčebně zaměřené na její léčbu. Hlavním cílem čtyřtýdenního pobytu v lázeňské léčebně je především odstranění nevhodných stravovacích a pohybových stereotypů a nastavení zásadní změny stylu života, kterou si děti odnášejí zpět do svých rodin. Jedna z největších výhod specializovaného zařízení je neustálý dohled specialistů na dětskou obezitu z řad dietologů, fyzioterapeutů, psychologů a sester specialistek (VZP, 2015, [online]).

1.7 Zásady správného stravování školních dětí

Dnes ještě více než v minulosti platí přísloví: „*Snídej sám, poobědvej s přítelem, večeři dej nepříteli*“.

Rozdíly ve stravovacích návycích u obézních a dětí štíhlých jsou dva. Děti trpící obezitou významně častěji nesnídají než děti, které mají normální váhu. Odpolední svačiny častěji konzumují děti s fyziologickou váhou. Děti obézní svůj příjem potravy kumulují do večerních hodin (Kunová, 2005).

Největším problémem je neznalost rodičů v oblasti výživy. Stravování během dne, by správně mělo být rozděleno do několika etap, snídaně, přesnídávky, obědy, svačiny a večere. Snídaně je velice důležitým základem nově načatého dne. Je nejdůležitějším prvkem v prevenci obezity. Většina dětí na snídani nemá čas, což je tedy jedna z největších chyb ve stravovacích návycích. Ideální by bylo, kdyby dítě vstalo nejméně o půl hodiny dříve, v klidu se posadilo ke stolu a nasnídalo se. Nicméně skutečnost většinou vypadá jinak. Vhodná snídaně je ovocná rýže, pečivo s ovocným jogurtem, cereálie s medem nebo pečivo s pomazánkou. Dalším důležitým prvkem správného stravování jsou přesnídávky. Jsou důležité pro děti, které si nenajdou čas na snídani. Ideální by bylo, kdyby děti k přesnídávce dostaly mléčné výrobky, sušené ovoce nebo

směs ořechů. Často rodiče starších dětí, dávají dětem kapesné a ty si za ně kupují sladkosti, nebo občerstvení z fast foodu (Fořt, 2004).

Automaty ve školách ve vyspělých zemích jsou diskutovány a řešeny v kontextu s problematikou školního stravování, zejména v rámci boje s narůstající dětskou obezitou. Obezita má zásadní ekonomické a zdravotní dopady. Automaty s obsahem nevhodných potravin a taktéž přeslazených nápojů jsou součástí celkového obezitogenního prostředí, které dětskou obezitu významně ovlivňuje. Na půdě školy jsou děti vystaveny vzájemně si odporujícím informacím, automaty s obsahem nezdravých produktů na chodbě versus podávání informací o zdravé výživě v hodinách výchovy ke zdraví. Z výzkumu SZÚ, který proběhl v České republice 2013, vyplynulo, že je 60 % škol, které automaty nemají, 28 % škol, které automaty mají, a zbylých 12 % na anketu neodpovědělo. V některých zemích, jako například ve Francii jsou automaty zakázány. V jiných zemích, například ve Velké Británii a v Itálii zákon automaty nezakazuje, pouze je kontrolován obsah automatů vedením škol dle přání rodičů. V České republice automaty nejsou zatím nijak regulovány, nicméně existuje narůstající kritika současného stavu a snaha o jeho regulaci (SZÚ, Automaty ve školách a jejich regulace v jiných zemích, 2013, [online]).

Oběd je další důležitý prvek ve stravování. Většina dětí navštěvuje školní jídelny, nicméně některé rodiny nemají dostatek finančních prostředků na obědy ve školním zařízení. Rodiče se obraceli na ředitele škol, a proto vznikl projekt s názvem Obědy pro děti. Díky tomuto projektu dostávají obědy ve školní jídelně děti, které tuto pomoc potřebují. Školy vyhodnocují, která rodina podporu potřebuje (O projektu, 2014, [online]).

Mezi obědem a večeří by měla být svačina. Ke svačině je vhodné podávat ovoce nebo celozrnný chléb namazaný sýrem. Poslední jídlo dne představuje večeře, měla by pokrýt 15 – 20 % denního energetického příjmu, stejně jako svačina, by i večeře měla být dostatečně objemná a přitom méně energeticky vydatná. Nemusí být vždy teplá. Správná volba je například zeleninový salát se sýrem a pečivem, těstovinový salát s jogurtovým dresinkem, zelenina nebo chléb s pomazánkou a šunkou. Večeře by měla být podávána zhruba tři hodiny před odchodem na lůžko (Fořt, 2004).

1.7.1 Zdravý talíř

Zdravý talíř (viz příloha 2) je nový způsob zobrazení výživové pyramidy. Složení talíře odpovídá novým vědeckým poznatkům, ukazuje nejlepší cestu k udržení zdravého těla i hmotnosti, tento talíř tvoří základ prevence a podpory účinné léčby. Doporučení zdravého talíře jsou snadno převeditelné do praxe. Zdravý talíř tedy doporučuje především zeleninu. Zelenina by měla tvořit nejméně čtvrtinu příjmu potravin. Čím více zeleniny, tím lépe. Brambory patří svým složením spíše k polysacharidům. Ovoce by mělo tvořit druhou třetinu talíře. Je doporučeno jíst různobarevné druhy, to barevné má totiž vyšší obsah živin. Příjem ovoce je možné nahradit konzumací zeleniny. Dále jsou doporučeny bílkoviny, ty se získávají nejlépe z ryb, luštěnin, ořechů, semínek, zakysaných mléčných výrobků, vajec či masa. Na zdravém talíři nesmějí chybět polysacharidy, ty jsou nejlepší v přirozené celozrnné podobě. Dobré jsou například jáhly, ovesné vločky, žitné kváskové chleby či divoká rýže. Důležité u dětí je omezovat požívání výrobků z nevhodné bílé mouky. Ve zdravém talíři nesmějí chybět ani oleje a tuky. Jsou nevhodnější ve zdravých potravinách, jako ořechy, avokádo či ryby. Vhodné je kvalitní maso a za studena lisované rostlinné oleje. Rodiče by měly vědět, že pro děti nejsou dobré průmyslově upravené tuky a oleje. V neposlední řadě by se nemělo zapomínat na příjem tekutin. Tekutiny jsou nejlepší v podobě čisté vody a neslazených čajů. Slazené nápoje a čaje je vhodné v pitném režimu dětí vynechat (Slimáková, 2012, [online]).

1.7.2 Fyzická aktivita dětí mladšího školního věku

Pro děti mladšího školního věku je velmi důležitá rovnováha mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem, tedy potravou a pohybovou aktivitou. Zvýšený příjem a nedostatek pohybu vede k nadváze a pak následně k obezitě. Bohužel se pohybová aktivita u dnešních školáků snižuje. V dnešní době počítačů a jiné elektroniky se na pohyb dětí nemyslí. Děti tráví mnohem méně času venku s kamarády, jak tomu bývalo kdysi. Děti by měly věnovat pohybové aktivitě tolik času, kolik ho tráví ve škole. Nejvíce tohoto času by mělo být věnováno různým hrám zaměřeným na obratnost, dynamiku, vytrvalost a rychlost. Naopak, pokud se děti začínají věnovat sportu závodně, neměly by se tyto děti přetěžovat (Fořt, 2004).

Fyzická aktivita je jakýkoliv vykonaný tělesný pohyb, který je vyprodukovaný kosterními svaly a potřebuje ke své realizaci energii. Fyzická aktivita je samozřejmě klíčovým faktorem udržení zdraví. Nemusíme hned běhat 20 km denně, stačí cyklistika, pěší turistika, pro děti je dobrý badminton, vybíjená a jiné hry. Bez pohybu ochabuje tělo i psychika (Pastucha a kol., 2011).

U těchto dětí je nezbytná motivace, což je psychologický proces vedoucí k energetizaci organismu. V procesu motivace rozlišujeme tři základní složky. První složkou je aktivace chování, druhou složkou je řízení chování, tedy zaměření cíle a třetí poslední složkou je udržování chování, což je spjata s vůlí. Dětská sestra by měla umět motivovat nejen děti trpící obezitou, ale také do tohoto procesu zapojit celou širší rodinu (Pastucha a kol., 2011).

V roce 2007 Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy novelizací zákona č. 561/2004 Sb. zavedlo základním školám povinnost začlenit do výuky minimálně dvě hodiny tělesné výchovy týdně.

1.8 Lázeňská léčba dětí s obezitou

Lázeňská léčba obezity má v naší zemi dlouholetou tradici. Tato léčba by však měla následovat až po edukaci celé rodiny. Objevují se i nevýhody této léčby a to, že dochází k rychlému váhovému úbytku. Po propuštění z lázeňské léčby často dochází k tak zvanému jo- jo efektu, kdy dítě po návratu do rodinného kruhu opět svoji ztracenou hmotnost nabere, v některých případech ji dokonce i překročí. Nejlepších výsledků dosahují dívky starší 12 ti let. Chlapci mají výsledky výrazně horší (Hainer a kolektiv, 2011).

V současnosti se řídí lázeňská léčba obézních dětí doporučenými standardními postupy. Základy této léčby spočívají v dietoterapii, pohybové terapii a také psychoterapii. Hlavní důraz je kladen na dlouhodobou úspěšnost redukčního režimu a hlavně na minimalizaci zdravotních rizik, které z obezity vyplývají. Tento druh terapie je určen pro děti do 19 let. Je plně hrazen zdravotní pojišťovnou. Návrh na umístění dítěte podává praktický lékař dítěte, tedy pediatr (Gojová, 2002, [online]).

Taktika lázeňské léčby spočívá v zaměření proti hlavním příčinám vzniku obezity, což je přejídání a nedostatek pohybu. Cílem těchto zařízení je změnit postoj dítěte k jídlu a probudit v něm chuť k pohybu. Léčba je organizovaná turnusově. Děti musí být zatěžovány pohybem i dietou citlivě a postupně se zvyšující intenzitou, proto není vhodné do trénující skupiny přijímat nového pacienta (Hainer a kolektiv, 2011).

Léčba probíhá v lázních Bludov, lázních Kynžvart, Jánských Lázních, v Jeseníku, v Karlových Varech, Křetíně a v Poděbradech (Pracoviště dětské obezitologie, 2013, [online]).

1.8.1 Příjem dítěte do lázeňské léčebny dětské obezity

Při příjmu pacienta do lázeňské léčebny dětské obezity, dětská sestra věnuje pozornost anamnestickým údajům jak rodinným tak osobním. Důležité je zjistit výskyt obezity u rodičů, sourozenců a prarodičů. Lékař vyhodnotí zdravotní stav pacienta, zda netrpí ischemickou chorobou srdeční, hypertenzí a zjistí hormonální stav pacienta.

Z osobních údajů se sestra zajímá o porodní délku a hmotnost, průběh porodu, délka kojení, infekční onemocnění, alergie, vážné úrazy a operace. Také se zajímá o výskyt gestačního diabetu u matky, vývoj BMI, hypotonie, zda dítě netrpí únavou.

Sestra vyhodnocuje počátek vývoje obezity, způsob výživy, rozsah pohybové aktivity, návyky dítěte a jiné momenty, které se mohly podílet na rozvoji otylosti. Důležité je zjištění, zda si dítě svůj stav uvědomuje, zda přichází dobrovolně a je správně motivované. Sestra musí také zjistit, zda dítě bylo vyšetřeno endokrinologem a způsob dosavadní léčby. Sestra odebírá biologický materiál na vyšetření TSH, glykémie a lipidogramu (celkový cholesterol, HDL, LDL, triglyceroly). Sestra provádí takzvané antropometrické vyšetření, kde se měří obvod boků a obvod břicha v úrovni pupku (Kytnarová a kolektiv, 2011).

Po té se provádí běžná somatická vyšetření, dítě se zváží, změří, lékař určí stupeň obezity, rozložení tukové vrstvy pomocí kaliperu, krevní tlak, stav kůže a vlasů, vhodné je sledování EKG. Při sestavování cvičební jednotky je nutné, aby lékař dbal na správnou volbu cviků, aby nedošlo ke zhoršení ortopedických vad nebo přetížení kardiovaskulárního systému. Lékař se dále zaměřuje na aktivitu anaerobního charakteru, pro nastavení optimálního individuálního zatížení je využíván vztah mezi anaerobním prachem a tepovou frekvencí. Začíná se cvičit v nejnižších polohách, leh na zádech, na boku, na bříše či v tureckém sedu. Po zesílení svalového a šlachového tonu a spolu s ubývající hmotností se mohou zařadit cviky ve stoji. U dětí, které trpí nižším stupněm obezity je možno postupovat rychleji (Gojová, 2001).

1.8.2 Dietoterapie

Dieta se v léčbě obezity využívá pro snížení tělesné hmotnosti a pro úpravu dietních návyků obézního pacienta. Redukční dieta musí obsahovat méně kalorií než pacient vydává, aby se dosáhlo váhového úbytku. Nutné je upravit vzájemný poměr živin tak, aby obézní neztrácel aktivní tělesnou hmotu, ale tuk (Dostálová, 2007).

Snížení příjmu energie musí být v dětském věku velmi opatrné. Příliš přísná a jednostranná dieta může porušit lineární růst dítěte. Omezením energetického příjmu

zhruba o 20- 25 % (tj. asi o 2100 kJ) lze dosáhnout bezpečného hmotnostního úbytku. Strava by měla být vyvážená a pestrá, měla by obsahovat dostatečné množství bílkovin, komplexních sacharidů, vitamínů, minerálů a přiměřené množství tuků. Ze stravy je tedy třeba vyloučit plnotučné mléčné výrobky, tučná masa, uzeniny a snížit spotřebu živočišných tuků. Doporučuje se také omezit jednoduché cukry, sladké nápoje, moučná jídla a bílé pečivo nahradit celozrnným. Nejlépe jídlo připravovat dušením či vařením (Kytnarová, 2002).

V lázeňském dietním systému je zakotvena redukční dieta. Její energetická hodnota je 5000- 6800 kJ, přičemž je možné vkládat tzv. mléčné nebo odlehčovací dny. Tato dieta obsahuje dostatečné množství biologicky hodnotných bílkovin, komplexních sacharidů a snížené množství tuků, cholesterolu a soli. Dále obsahuje také dostatečný příjem vitamínů, minerálů a vlákniny. Nedílnou součástí této diety je pitný režim (Gojová, 2001).

1.8.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Od přijetí dítěte do lázeňské léčby je potřeba se zaměřit na jeho nevhodné stravovací a pohybové návyky, na podporu jeho motivace ke změně životního stylu. V rámci kognitivně-behaviorální terapie se používají skupinové či individuální pohovory, relaxační techniky a autogenní trénink (Vignerová a Bláha, 2001).

Nefarmakologická terapie dětí trpících obezitou vzhledem k vývoji a růstu dítěte spočívá především v edukaci a nezbytné motivaci jak dítěte, tak jeho rodičů (Zlatohlávek et al., 2011).

Individuální přístup dětského psychologa je nezbytný při odstraňování patologických prvků životního stylu obézního dítěte. Dítě se pohybuje v začarovaném kruhu obezity a frustrace. Důsledkem je pocit méněcennosti a následný stres, který je zaháněn jídlem (Coufalová a Sobotka, 2005).

V rámci léčby jsou děti vedeny k pravidelné stravě a to 6x denně. Základem je nevynechávat snídani. Je nutné jíst u stolu, v klidu a hlavně pomalu. Dětem se vysvětluje, proč není vhodné jíst mezi jídly sladkosti, hranolky či hamburgery. Jsou

vzdělávány a motivovány k výběru zdravých potravin. Jsou jim předávány informace, jak si nejlépe vybrat z nabídky jídel ve školní jídelně a co dělat, když není v nabídce jídlo nízkokalorické. V tomto případě se doporučuje sníst poloviční porci. Velmi důležité jsou také rozhovory s rodiči, kdy se rodiče edukují o důležitosti podpory dítěte v jeho redukční dietě (Košťálová a Gajdošová, 2006).

Tato součást léčebného postupu v lázních má velký význam. Často pacienti přijíždí do lázní s cílem dosáhnout v nejkratší době co největšího váhového úbytku. Místo dlouhodobého efektu a redukce zdravotních rizik je zajímavá co nejrychlejší, tedy okamžitý efekt. Nepovažují obezitu za závažné chronické onemocnění a jejich snaha zhubnout je vedena především z estetických důvodů. Proto je motivace ke změně chování tak významná, protože zásadním způsobem ovlivňuje dlouhodobou úspěšnost léčby (Gojová, 2001).

1.8.4 Pohybová terapie

Součástí léčby dětí s obezitou je pohybová terapie. Fyzioterapeut se zaměřuje nejen na snížení hmotnosti, ale také na úpravu vadných klidových a pohybových stereotypů, svalových dysbalancí (např. dolní zkřížený syndrom), ortopedických vad a na psychický stav pacienta, k čemuž patří i správné vedení a hlavně motivace pacienta. Intenzita a výběr pohybových činností je třeba volit podle věku pacienta, celkového zdravotního stavu a stupně obezity. Důležitost klademe na zaměření aktivity aerobního charakteru, neboť za anaerobních podmínek se tuky neštěpí (Hainer, 2004).

Vhodné pohybové aktivity pro děti s nadváhou a obezitou je chůze, cyklistika, rotoped, plavání nejlépe v teplé vodě, veslování, stolní tenis, běh na lyžích, tanec a cvičení s prvky kalanetiky. Největší výhodou těchto pohybových aktivit je minimální zatížení nosných kloubů (Hromádková, 2002).

V ozdravovnách Podhůří a Vrchlabí III. jsou časté vycházky do okolí, větší děti chodí 4 až 10 km denně, menší děti chodí 2 až 6 km denně. Tyto vzdálenosti byly denně rozděleny do jednotlivých intervalů, do dopolední a odpolední části. Větší děti mohou hrát basketbal, tenis, ping-pong či fotbal, ti menší jsou zapojováni do soutěživých her

s míčem. Pod dohledem zkušeného terapeuta děti cvičí ve skupinkách po 10 dětech 30-45 minut. Cvičení se doplňuje relaxačními prvky a vhodnými cviky posilujícími ochablé břišní svaly (Malichová, 2003).

Vhodně zvolenou pohybovou aktivitou v rozpětí 60- 85 % maximální spotřeby kyslíku lze významně ovlivnit citlivost inzulínových receptorů a odstranit tak riziko vzniku inzulínové rezistence. Minimální délka pohybové aktivity by tak měla být 30 minut denně bez ohledu na váhu dítěte. V Poděbradech kladou větší důraz na délku trvání aktivního cvičení i s nižší intenzitou (Poděbradská, 2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit úroveň znalostí sester o dětské obezitě

Cíl 2: Popsat možnosti působení sester v oblasti terciární prevence dětské obezity

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti sester o rizikových faktorech obezity u dětí?
2. Jaké jsou znalosti sester v oblasti terciární prevence dětské obezity?
3. Jaké je spektrum ošetrovatelských činností sester v terciární prevenci dětské obezity?
4. Jak se sestry podílejí na změně jídelníčku dětí trpící obezitou?
5. Jakým způsobem sestry edukují děti s obezitou?

3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

3.1 Metodika

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí hloubkových rozhovorů. Výběr respondentů byl záměrný. Šetření proběhlo v únoru 2014. Před zahájením výzkumu byl získán souhlas vedení Léčebny Dr. Filipa lázeňského zařízení pro děti a dorost v Poděbradech (viz příloha 3).

Před začátkem každého rozhovoru byly respondentky pracující v léčebně Dr. Filipa v Poděbradech seznámeny s tím, že bude zachována jejich anonymita a veškeré informace budou použity pouze pro potřebu této bakalářské práce. Respondentky byly předem seznámeny s tématem práce a důvodem výzkumného šetření. Rozhovory obsahovaly 16 otázek a byly zaměřeny na problematiku dětské obezity a možnosti sester v prevenci dětské obezity (viz příloha 4), rozhovory byly přiloženy k bakalářské práci na CD. Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny, několikrát pečlivě přečteny a metodou tužka a papír kódovány (viz příloha 5) do jednotlivých kategorií a podkategorií, které byly zakódovány pojmy nadřazenými. V rozhovorech byla vyhledávána nejčastější slova, kterými se respondentky vyjádřily k jednotlivým podkategoriím. Každé slovo z podkategorie bylo v rozhovoru označeno barvou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

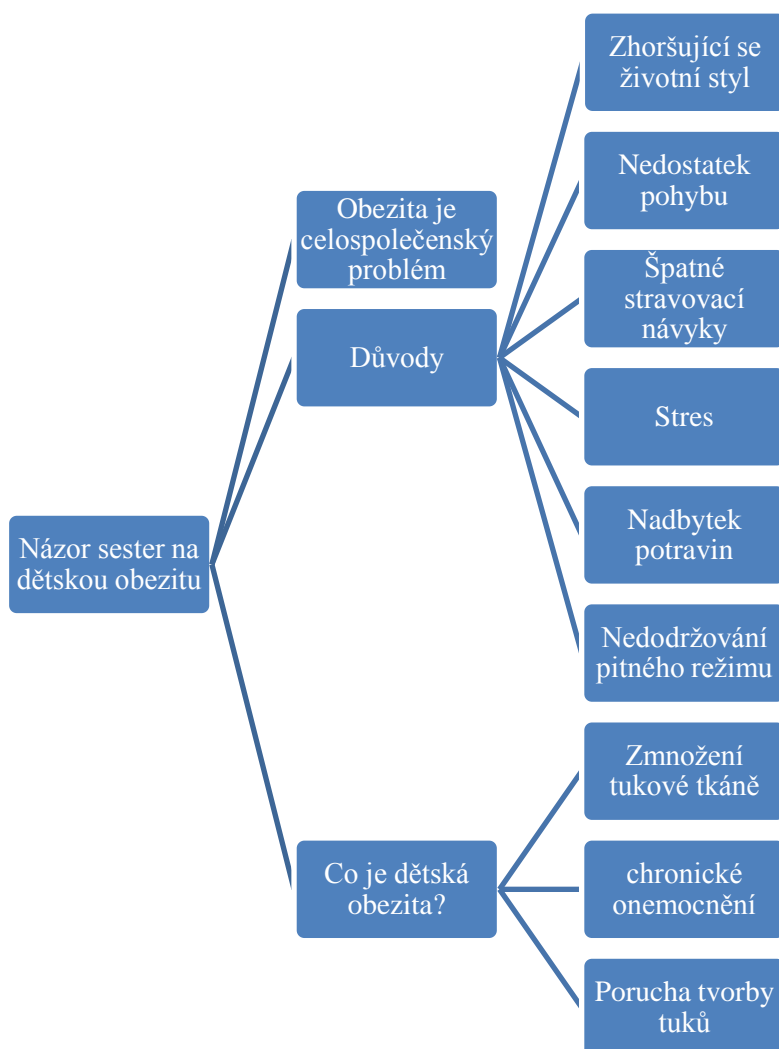
Výzkumný vzorek tvořilo devět všeobecných sester pracujících v Léčebně Dr. Filipa v Poděbradech (dále jen léčebna). Velikost výzkumného vzorku byl dán teoretickou saturací získaných dat. Průměrný věk respondentek je 42 let. Dvě respondentky mají vysokoškolské vzdělání, ostatní mají středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Všechny respondentky jsou v léčebně zařazeny jako všeobecná sestra. Délka praxe respondentek je 20 měsíců až 25 let.

V léčebně, ve které probíhalo výzkumné šetření, je dětským lázeňským zařízením pro poskytování komplexní lázeňské péče dětem od 3 do 18 let, dětem do 6 let s doprovodem. Léčebna je součástí Lázně Poděbrady a.s. tradičně v léčebně poskytují komplexní lázeňskou péči dětem s onemocněním kardiovaskulárním, s poruchami pohybového systém.

4 VÝSLEDKY

V této části práce jsou analyzovány údaje získané z rozhovorů. Rozhovory probíhaly v soukromí, aby bylo zajištěno klidné prostředí k rozhovoru.

Schéma1 Názor sester na dětskou obezitu



Z rozhovorů vyplynulo, že všechny sestry mají za to, že obezita je **celospolečenský problém**. Jedna ze sester uvedla, že je to problém jak společenský, tak také medicínský a hlavně ekonomický. Při položené otázce proč je tomu tak, se sestry shodly na tom, že za to může zhoršující se životní styl, nedostatek pohybu, špatné stravovací návyky. Některé pak nezávisle na sobě opověděly, že za to může i stres, nadbytek potravin, nedodržování pitného režimu. Jedna respondentka v rozhovoru uvedla, že děti mají nedostatek přirozeného pohybu, protože jsou dle jejího názoru "pohodlné". Děti nechodí po schodech, raději jedou výtahem, jejich rodiče je všude vozí autem.

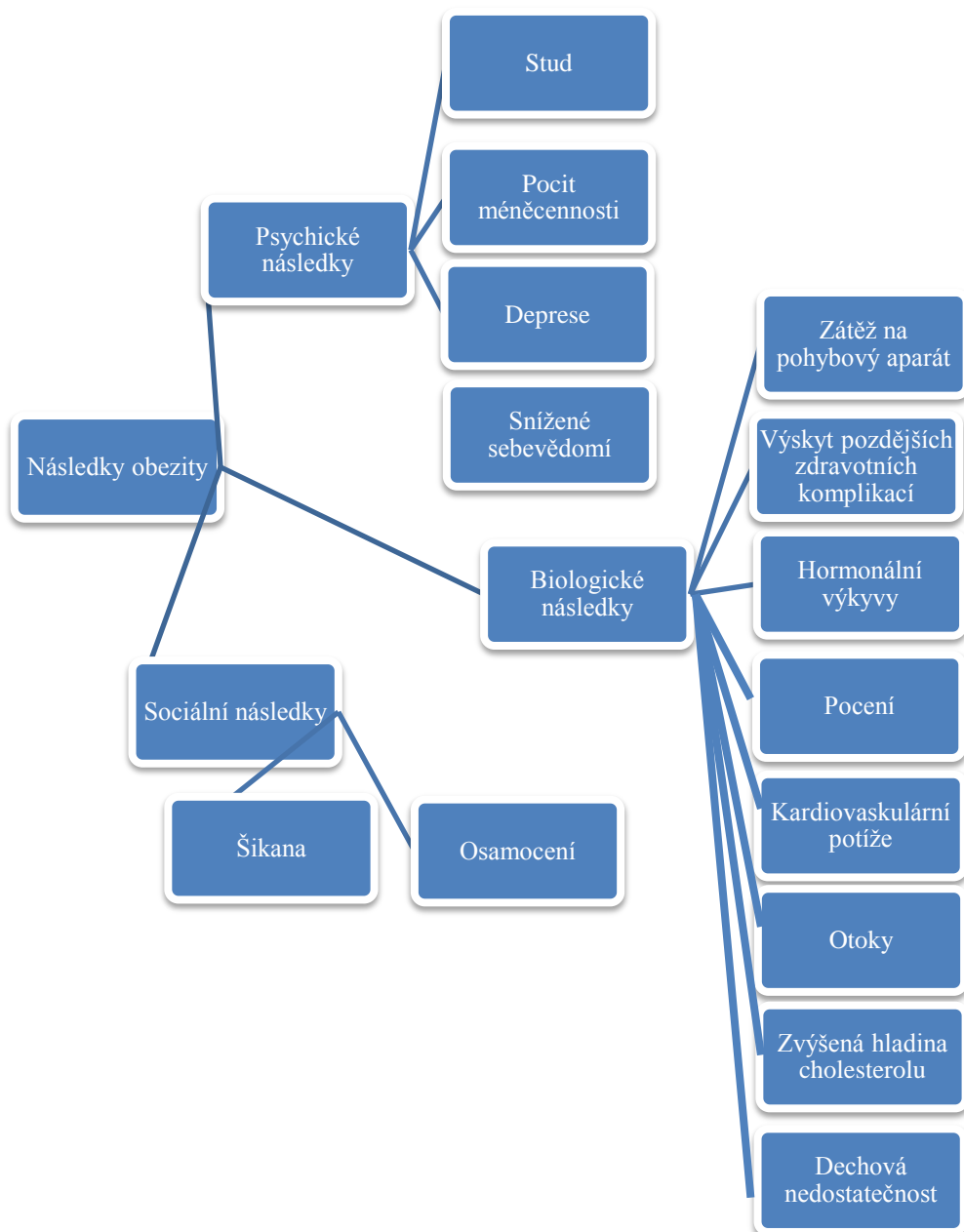
Na otázku co je dětská obezita, odpovídaly respondentky různě. Většina se jich shodla, že dětská obezita je zmnožení tukové tkáně. Dvě z nich odpovědělo, že je to vlastně nadváha, která překročila určitou hodnotu. Ostatní účastnice rozhovorů se domnívají, že dětská obezita je chronické onemocnění a porucha tvorby tuků.

Způsob vyhodnocení dětské obezity

Dle odpovědí osmi respondentek dětskou obezitu vyhodnocuje pediatr při preventivní prohlídce. Tři sestry uvedly, že dětskou obezitu mohou vyhodnocovat i specialisté, jako je obezitolog, endokrinolog nebo diabetolog, tedy pokud je pediatr doporučí na základě výsledků odebírané krve.

Dětská obezita je vyhodnocována pomocí Body Mass Index (BMI), přesněji dětské BMI se s věkem mění, proto byly sestaveny percentilové grafy BMI, kde na vodorovné ose lze sledovat věk dítěte a na svislé ose se pozoruje hodnota sledovaného parametru, například výšky či hmotnosti. Dále rozhovory obsahovaly, že obezitu lze vyhodnocovat měřením obvodu paže a pasu, nebo měřením kožní řasy. Jedna ze sester uvedla, že dětskou obezitu ovlivňuje také pohlaví a věk.

Schéma 2 Následky obezity



Dle oslovených sester můžeme následky dětské obezity rozdělit na psychické, somatické a sociální. Mezi **následky psychického charakteru patří**: nízké sebevědomí dítěte a pocit studu. Dítě s obezitou má snížené sebehodnocení a cítí se méněcenně. Děti trpící obezitou mívají deprese.

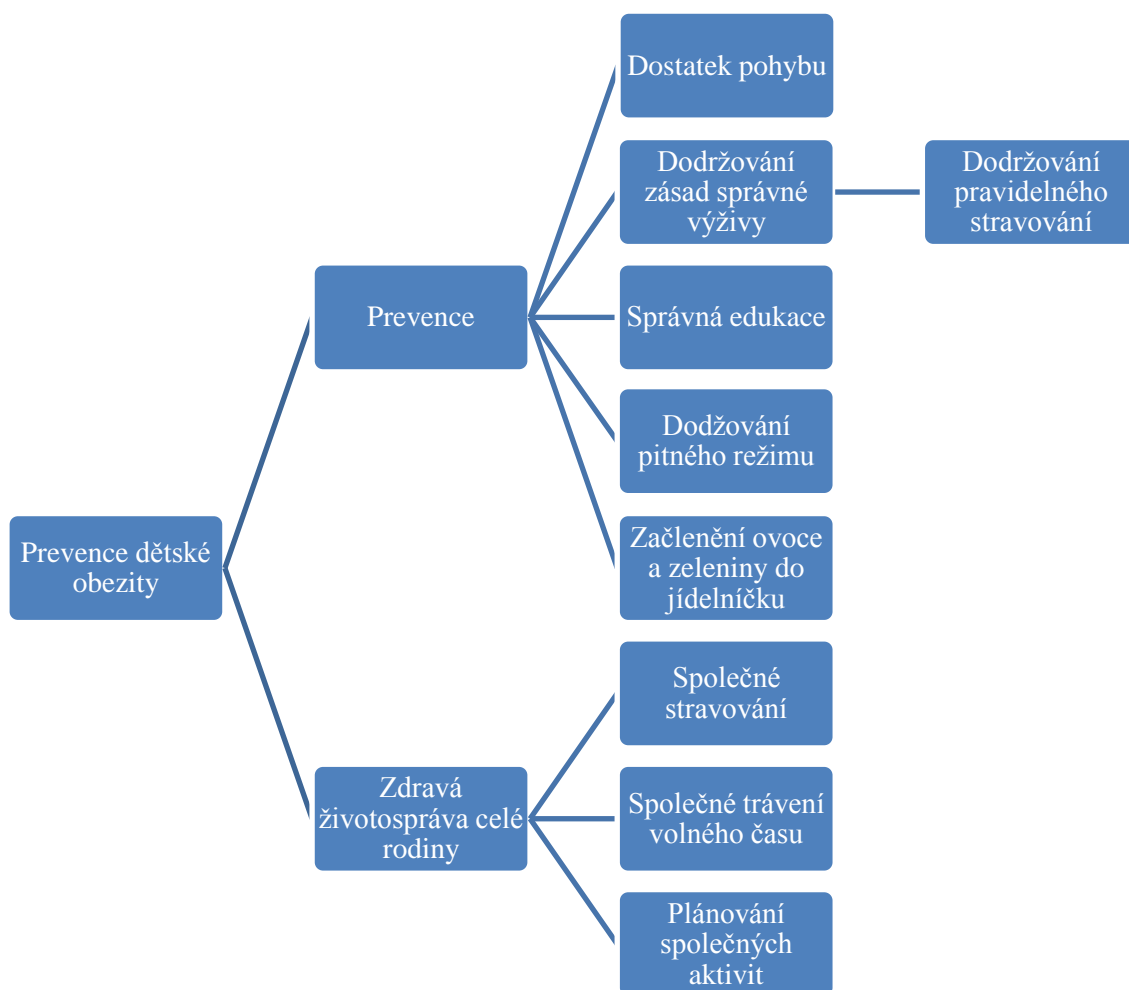
Mezi nejčastější **biologické následky** dětské obezity patří problémy s pohybovým aparátem. U dětí s obezitou dochází k nadměrné zátěži kostí a svalů. Jedna ze sester odpověděla, že tyto děti mají špatné pohybové návyky. Skoro všechny sestry se shodly na tom, že děti trpící obezitou mají často kardiovaskulární problémy, hlavně zvýšený krevní tlak. Dvě sestry mají za to, že mezi tyto následky také patří hormonální změny. Dále pak komunikační partnerky odpovídaly, že v dospělosti dochází k častějšímu výskytu diabetu mellitu, ischemickým srdečním onemocněním a cévním mozkovým příhodám. Děti mají zvýšenou hladinu cholesterolu. Mezi další problémy dětí s obezitou patří poruchy spánku, časté pocení, otoky a dechová nedostatečnost.

Mezi **sociální dopady dětské obezity** patří: šikana od spolužáků. Respondentky uváděly, že tyto děti bývají terčem posměchů, jsou izolované od ostatních, což samozřejmě nemusí být pravidlem.

Při otázce jaké znáte **rizikové faktory** obezity, sestry odpovídaly, že jsou to především *nevhodné stravovací návyky v rodině, nedostatek pohybu, užívání některých farmak*. Jedna sestra uvedla, že jeden z rizikových faktorů je *převaha energetického příjmu nad energetickým výdejem*.

Při položené otázce jaké znáte **příčiny vzniku** obezity, sestry nejčastěji uváděly, že jsou děti obézní, protože nemají dostatek pohybu, nedodržují zásady správného stravování, jedna z příčin jsou také špatné stravovací návyky v rodině. Další jedna z příčin dětské obezity je užívání farmak jako jsou kortikoidy, antikoncepce nebo antihistaminika, která u některých uživatelů zvyšují chuť k jídlu. A v poslední řadě se také v rozhovorech objevilo, že je nadbytek potravin v celé naší populaci.

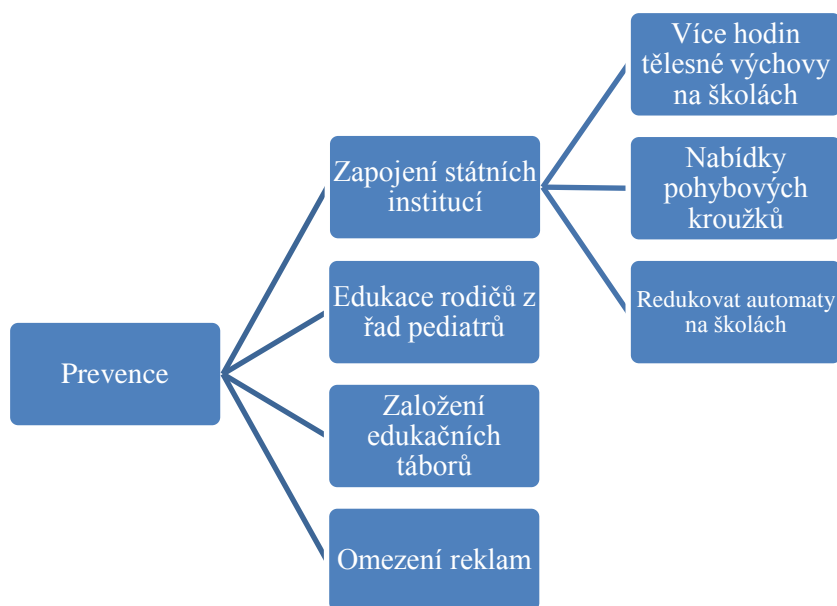
Schéma 3 Prevence dětské obezity



Sestry se v rozhovorech shodly na tom, že základem dobré prevence obezity každého dítěte je **zdravá životospráva celé rodiny**. Je důležité společné stravování, trávení volného času, plánování společných aktivit, zkrátka celkový zájem o dítě. Hlavní prevencí obezity je dostatek pohybu, dodržování zásad správné výživy, pravidelný příjem potravin 6x denně malé porce. Sestry kladly důraz na správnou edukaci rodičů o

způsobu stravování dítěte. Je zapotřebí, aby rodina porozuměla důležitosti zapojit do jídelníčku dítěte ovoce a zeleninu a dostatek tekutin.

Schéma 4 Prevence



Sestry v rozhovorech vyzdvihovaly důležitost zapojení všech státních institucí do prevence obezity. Měly tím na mysli mateřské školky, základní školy a střední školy. Rodiny by měly být více edukovány z řad praktických lékařů, tedy pediatriů. Zajímavý nápad uvedla jedna sestra, která zdůrazňovala možnost zavedení dětských táborů zaměřujících se na děti trpící obezitou. Do výukových plánů základních škol by mělo být zařazeno více hodin tělesné výchovy, popřípadě více nabídek pohybových kroužků.

Dle názoru oslovených sester by školy měly redukovat automaty na sladkosti a sladké nápoje. Komunikační partnerky se domnívají, že by se v automatech měly nacházet zdravé potraviny, nikoli bagety a sladkosti, především sladké pití. Jedna ze

sester uvedla, že by děti neměly dostávat sladkosti za odměnu a měla by se omezit propagace nezdravého jídla v médiích.

Jedna ze sester uvedla, že by bylo vhodné, aby na školách působily nutriční terapeutky, které by dětem s nadváhou sestavovaly individuální jídelníčky. Respondentka tímto měla na mysli, aby se více školy zajímaly o děti trpící obezitou. Ve školách by mělo být více hodin o zdravé životosprávě. Děti by se měly učit o zdravé stravě a především o důležitosti pohybu.

Charakteristika pacientů v Léčebně Dr. Filipa v Poděbradech

V léčebně Dr. Filipa v Poděbradech jsou hospitalizovány děti od 6 do 18 let. Do dětské léčebny mohou být přijaty děti ve věku od 2 do 6 let s doprovodem jednoho z rodičů. Sestry se během své praxe setkávají především s pacienty, kteří trpí obezitou. V léčebně Dr. Filipa se děti také léčí s juvenilní idiopatickou artritidou, což je chronické onemocnění projevující se zánětem kloubů. Dále se zde léčí děti, které mají různé problémy s pohybovým aparátem, děti které jsou po úrazech nebo ortopedických operacích. V léčebně jsou hospitalizovány děti, které mají kardiovaskulární problémy, zejména pak vysoký krevní tlak. Jedna z respondentek uvedla, že největším problémem těchto dětí je, že nejsou zvyklé jíst ovoce a zeleninu.

Spektrum ošetřovatelských činností

Sestry uvedly, že každé dítě, které přijde do léčebny Dr. Filipa v Poděbradech, absolvuje vstupní vizitu, která zahrnuje měření výšky a váhy, odběry krve na lipidy a sacharidy, odběry moče, měření fyziologických funkcí jako krevní tlak, tělesná teplota, pulz, některým dětem se natáčí EKG.

Sestry zde provádí běžné ošetrovatelské činnosti. Sestry doprovází děti na fyzické aktivity do bazény, posilovny, sportovní haly. Sestry uvedly, že děti také provází na různé procházky po okolí.

Sestry kontrolují dětem úklid na pokojích. Kontrolují hygienu dětí, aplikují injekce i.m. nebo s.c.. Dále pak aplikují masti, podávají léky dle ordinace lékaře. Sestry provádí různé převazy, dle potřeby. Sestry uvedly, že dětem provádí měření fyziologických funkcí. Dětem měří tělesnou teplotu každý den, krevní tlak a pulz, dle ordinace lékaře se natáčí EKG. Jelikož je i mnoho dětí v léčebně s poruchami dýchání, sestry podávají inhalace dle ordinace lékaře. Pravidelnou edukaci dětí provádí lékař, vrchní sestra, dietní sestra a sestra na oddělení.

Z rozhovoru s vrchní sestrou, který probíhal mimo výzkumné šetření vyplynulo, že sestry pracují pomocí skupinového systému, kdy sestry pečují stabilně o stejnou skupinu svých pacientů.

Jedinečná úloha sester v péči o děti s nadváhou

Z rozhovorů vyplynulo, že sestra pečující o děti trpící obezitou by měla umět těmto dětem naslouchat, poradit a pomoci. Měla by je neustále edukovat o zdravé stravě a důležitosti pohybu. Sestra by měla být trpělivá. Jedinečnost sestry pracující v léčebně Dr. Filipa spočívá v pomoci překonat dětem stesk po rodičích a kamarádech. Sestry děti neustále podporují ve snaze o zhubnutí, motivují je. Sestry musejí mít nad dětmi neustálý dozor, předchází tak možným úrazům a zraněním. Sestry musí včas posílat děti na ozdravné procedury. Sestry také motivují rodiče k tomu, aby změnilы svůj životní styl spolu s dítětem.

Jedna ze sester (S3) uvedla, že jedinečnost sestry v péči o obézní děti je všestrannost. Sestra musí být ve svém oboru profesionál. Dále fyzicky i sportovně zdatná, částečně psycholog, pedagog, vychovatel, herní sestra odolná vůči stresu. Během služby musí umět s dětmi pracovat, tak by byly ochotny spolupracovat. Měla by zaujmout děti

věkových kategorií od 6 do 18 let. Co je však podstatné musí mít kladný a individuální vztah k dětem. Jinak by tuto práci nemohla vykonávat.

Změna životního stylu

Na změně životního stylu hospitalizovaných dětí se sestry podílejí ve velké míře. Sestry děti edukují o jídle a pohybových aktivitách. Důležitá je především motivace. Sestry zodpovídají otázky jak dětí, tak rodinných příslušníků. Jedna ze sester uvedla, že na rodinu jako takovou, nemají žádný vliv, většinou rodinu edukuje lékař, při vstupní vizitě a před odjezdem dítěte z léčebny. Na druhou stranu další sestra uvedla, že rodinu edukují také, protože pokud se nechce změnit rodina, nezmění se ani dítě. Sestry rodičům zodpovídají dotazy.

Význam edukace

Z rozhovorů vyplynulo, že význam edukace o změně životního stylu je značná. Nicméně podmínkou je, aby rodiče a děti správně naslouchali, měli pevnou vůli a byli ochotni změnit svoji životosprávu. Sestry děti edukují o tom jak a co jíst, jakým způsobem cvičit. Děti se učí jíst malé porce. Zařazovat do jídelníčku ovoce a zeleninu. Děti ochutnávají nová jídla. Důležité je také, aby dodržovaly dostatečný pitný režim.

Jedna ze sester uvedla (S2) že význam edukace je nezastupitelný, protože je dětem a jejich rodičům ukázáno jak mohou dosáhnout úbytků na váze díky zdravému jídlu, pohybové aktivitě a zdravému životnímu stylu a tím docílit snížení nejenom hmotnosti, ale i sérového cholesterolu a krevního tlaku.

Edukace je důležitá, pokud rodič správně naslouchá a je ochoten přizpůsobit životní styl dítěte potažmo celé rodiny potřebám dítěte. Dle respondentky 4 edukovat některé rodiče přijatých dětí je zcela zbytečné. Předávané informace neberou vážně. Naopak jiní

rodiče jsou nakloněni ke změnám. Dítě se po propuštění stravuje zdravě, podobně jako v našem zařízení a zásluhu na tom má plná podpora rodiny.

Možnosti získávání, upevňování znalostí a dovedností dětí o zdravém zdravotním stylu

Komunikační partnerky uvedly, že děti si zaznamenávají během dne, vše co snědly. Během pobytu si děti píšou jídelníčky, které si odvázejí domů. Z jídelníčku se mohou řídit děti a především rodiče, kteří dětem připravují jídlo. Jídelníčky jsou takové vodítko pro děti. Dále děti vyplňují předem připravené testy a sestavují zdravý talíř.

Edukaci v léčebně provádí lékař, vrchní sestra, dietní sestra, ale i sestry při denních službách. Edukace se provádí minimálně 2x týdně. Děti zábavnou formou vyplňují připravené testy, sestry s nimi o potravinách rozmlouvají a děti vytvářejí potravinovou pyramidu a sestavují zdravé jídelníčky. Dle názoru respondentek je nedílnou součástí celé péče nejenom edukace ale také psychická podpora. Důležitost se také klade na motivaci dětí ve změně životního stylu. Sestry děti motivují k pohybu a změně stravovacích návyků. Sestry vysvětlují dětem, že lidé, kteří mají správný životní styl, tedy dodržují pravidelné stravování a dostatek pohybu se lépe cítí po stránce fyzické i psychické. Pomocí správného životního stylu se děti zbaví únavy. Děti, které jsou v léčebně hospitalizovány kvůli problémům s pohybovým aparátem, se po úbytku přebytečných kilogramů zbaví nepříjemné bolesti kloubů.

Úspěšnost léčby

Většina respondentek v rozhovorech uvedla, že během pobytu zhubnou všechny děti. Ideální úbytek na váze z počáteční váhy je 10 %. Děti ubírají tuk, nabírají svaly, zmenšují se jim obvody. Všechny děti jsou nadšené z úbytku na váze. Tyto děti musejí mít po návratu domů plnou podporu rodiny. Pokud rodina nemá zájem o změnu

životního stylu dítěte a dítě nemá dostatečnou vůli v pokračování dodržování správné stravy a dostatku pohybu, dítě se nezmění.

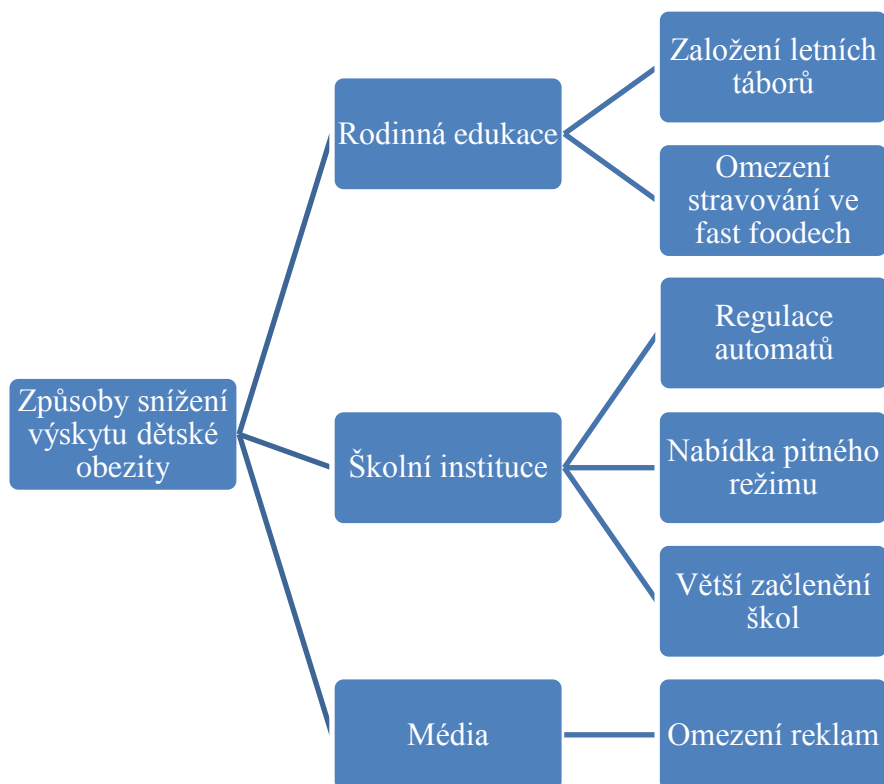
Léčba nemusí být vždy úspěšná, některé děti se vracejí do léčebny se stejnou diagnózou, se kterou děti absolvovaly svůj pobyt poprvé. Protože většina nedodrží správnou životosprávu, váhu mnoho dětí nabere zpět.

Podpora dětí trpící obezitou

Respondentky v rozhovorech uvedly, že rozmluvu provádí dietní sestra. Dietní sestra provádí rozmluvu přes týden a o víkendu vedou hovory dětské sestry pracující na oddělení s dětmi.

Z rozhovorů vyplynulo, že je nutné si ověřovat znalosti dětí, které se naučily během edukace. Sestry dětem dávají vyplňovat různé testy, děti tvoří potravinovou pyramidu, malují zdravý a nezdravý talíř. Sestry využívají pracovní listy od společnosti STOB. Respondentky se shodly, že důležitá je pochvala dětí. Děti chválí u pohybových aktivit. Sestry chválí zejména ty, kterým pohybové aktivity dělají problém, motivují je k lepším výsledkům. Na konci každé dítě obdrží diplom, kde má napsány úspěchy během léčby, tedy přesněji váha na začátku léčby a váha po ukončení pobytu v léčebně. Děti, které mají nejlepší výsledky, jsou odměněné cenami.

Schéma 5 Způsob snížení výskytu dětské obezity



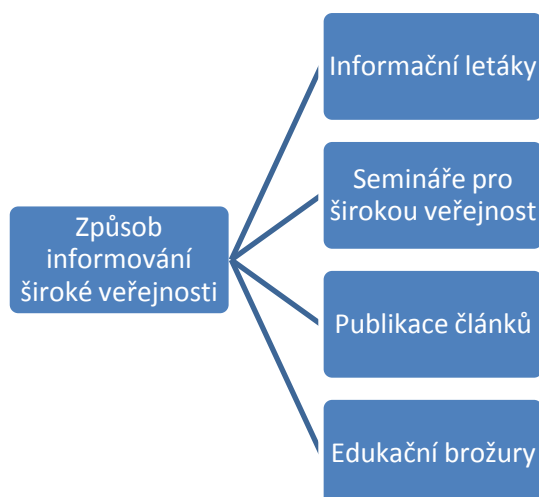
Na základě svých zkušeností respondentky v rozhovorech navrhovaly, co by změnily v péči o děti s cílem snížit dětskou obezitu. Respondentky odkazovaly na problematiku výskytu automatů ve státních zařízeních, jako jsou základní školy a střední školy. Některé respondentky hovořily o úplném odstranění automatů, jiné o regulaci automatů, tedy nabídky zdravého jídla v těchto přístrojích. Jedna z respondentek (S1) upozornila na problematiku reklam, které propagují nezdravé potraviny a zároveň útočící na děti a rodiče. Dvě respondentky uvedly problém rychlého občerstvení, kde děti velmi často utrácejí své kapesné, které jim rodiče dávají na svačinu do školy.

Dále respondentky podotýkaly, že rodiče jsou málo edukováni. Sestry by měly mít snahu vysvětlovat rodičům důležitost změny postoje ke zdravému životnímu stylu.

Ve školních zařízeních by měly apelovat na dodržování pitného režimu u dětí. Měly by se podávat neslazené nápoje. Dvě respondentky zdůrazňovaly důležitost zařazení do pitného režimu čistou vodu. Dále pak respondentky podotýkaly důležitost začlenění dětí do mimoškolních aktivit, zejména sportovních aktivit.

Dvě respondentky se zmínily o založení letních rodinných edukačních táborů pro děti trpící obezitou a celé jejich rodiny. Na edukačních táborech by probíhala odborná výchova o dané problematice a dále by se tyto edukační skupiny naučily chápat důležitost správné stravy a dodržování pravidelného pohybu. Dále pak jedna z respondentek nastínila nápad založení vzdělávacích seminářů pro celé rodiny. Děti by měly být více zapojovány do sportovních aktivit, nejlépe do sportovních aktivit s celou jejich rodinou.

Schéma 6 Možnosti působení sester v prevenci nadváhy a obezity v dětské populaci



Respondentky se zamyslely nad otázkou, co by z pozice sestry mohly změnit, aby se snížil výskyt obezity u dětí. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry by měly umět nabídnout radu, určitá řešení a také by měly znát odborníky zabývající se problematikou obezity. Dále respondentky upozorňovaly na důležitost vyšší informovanosti široké veřejnosti. Vzdělávání laické veřejnosti by mohlo prostřednictvím informačních letáků, edukačních brožur, které by byly volně dostupné v ordinacích. Další možnost předávání informací vidí sestry v publikační činnosti ve vědeckých, odborných nebo populárních časopisech. Důležitá je také správná edukace rodičů.

Čtyři respondentky podotkly, že můžou informovat širokou veřejnost pořádáním různých seminářů a přednášek, na které by docházely zejména rodiče dětí, které trpí obezitou.

4.1 Stěžejní výsledky výzkumu

4.1.1 Znalosti sester o rizikových faktorech obezity u dětí

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry mají informace o rizikových faktorech obezity. Respondentky mají za to, že genetika, užívání některých léčiv (např. antikoncepce či kortikoidy), špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu jsou rizikové faktory obezity u dětí.

4.1.2 Znalosti sester v oblasti terciární prevence dětské obezity

Hlavní prevencí obezity je dostatek pohybové aktivity a úprava životosprávy. Základem je rodina, způsob stravování v rodině, trávení volného času s rodinou, rodinné výlety, plánování společných aktivit. Sestry uváděly, že v terciární prevenci obezity u dětí je nejdůležitější včas zareagovat. Primární skupina, tedy rodina by měla být první, která daný problém začne řešit s lékařem. Většinou však právě pediatr s dětskou sestrou zjistí pomocí percentilových grafů, že dítě trpí obezitou.

Terciární prevence je zaměřená na minimalizování následků obezity, terciární prevencí je tedy myšlena samotná léčba obezity. Sestry uváděly, že do terciární prevence patří právě dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad správného stravování, začlenění ovoce a zeleniny do jídelníčku a především dodržování pitného režimu, tím je myšleno dostatek tekutin, nejlépe čisté vody.

4.1.3 Spektrum ošetrovatelských činností sester v terciární prevenci dětské obezity

Léčebna Dr. Filipa při příjmu dítěte, provádí vstupní vizitu, kde sestra měří BMI, natáčí EKG, odebírá biologický materiál, krev a moč. Při vstupní vizitě sestra změří fyziologické funkce, především krevní tlak. Sestry v léčebně Dr. Filipa poskytují dětem základní ošetrovatelskou péči. Sestra v léčebně postupuje dle ordinace lékaře, odebírá

biologický materiál, provádí výtěry z krku. Sestra aplikuje injekce, masti a léky, dle potřeby provádí převazy ran, monitoruje fyziologické funkce, tělesnou teplotu a především krevní tlak. Dále doprovází pacienty na fyzické aktivity, do bazénu, do posilovny, do sportovní haly nebo na vycházky. Sestry dále kontrolují úklid a hygienu dětí. O víkendech sestry doprovázejí děti na kulturní akce, jako je kino, divadlo nebo koncert.

Jedinečnost sestry v péči o děti trpící obezitou je především její všestrannost. Sestra musí být profesionál. Sestra pečující o tyto děti by měla být fyzicky i psychicky zdatná. Především musí mít kladný vztah k dětem a trpělivost v práci s dětmi. Sestra se podílí na změně životního stylu dítěte.

4.1.4 Práce sester na změně jídelníčku

Sestry se na změně jídelníčku dětí podílejí při stravování dětí. Sestry dohlížejí na děti při stravování, zda se nepřejídají, zda nejedí rychle, zda začleňují ovoce a zeleninu do jídelníčku. Sestry mají tedy značný vliv na změně jídelníčku dětí, neustále je edukují o základech správného stravování, tedy jíst pravidelně a jíst malé porce. Podrobný jídelníček určuje dětem nutriční terapeut.

4.1.5 Způsoby edukace dětí s obezitou sestrou

Sestry děti edukují o základech správného stravování, důležitosti pohybu a dodržování pitného režimu. Obsahem výchovy dětí trpící obezitou je edukace s nutričním terapeutem. Děti si během čtyřtýdenního pobytu píšou jídelníček. Jídelníček si odvážejí domů, kde se podle něho snaží dále řídit. Jídelníček také napomáhá rodičům s přípravou stravy.

Sestry využívají edukační materiály jako například pracovní listy STOB, kde děti vytvářejí potravinové pyramidy, malují zdravé a nezdravé talíře, vyplňují různé testy a třídí potraviny dle energetické hodnoty, tzv. semaforový systém.

5 DISKUZE

Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit, zda sestry pracující s dětmi trpící obezitou mají dostatek informací o dětské obezitě. Další cílem studie bylo popsat možnosti působení sester v oblasti terciární prevence dětské obezity. K zjištění informací bylo zvoleno kvalitativní šetření pomocí metody hloubkových rozhovorů. Osloveny byly sestry, které pracují s dětmi s diagnostikovanou obezitou v Léčebně dr. Filipa v Poděbradech. Sester bylo celkem devět. Bylo zjišťováno, zda sestry, které pracují s dětmi v léčebně, mají znalosti v této problematice.

První výzkumnou otázkou bylo: Jaké jsou znalosti sester o rizikových faktorech obezity u dětí? Z rozhovorů vyplynulo, že sestry mají informace o rizikových faktorech obezity. Respondentky uvedly, že genetika, užívání některých léčiv (např. antikoncepce či kortikoidy), špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu jsou rizikové faktory obezity u dětí. Osobně si myslím, že největší rizikové faktory jsou především špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu. Dostálová (2009) ve své diplomové práci uvedla, že jedním z nesprávných jídelních stereotypů je vynechání snídaně. Začátkem dne by měla být snídaně, která by měla tvořit zhruba 25 % celkového denního příjmu energie. Z jejího výzkumu vyplynulo, že z dotazovaných 53 % snídá každý den, 26 % jen občas a zbylých 21 % po ránu nesnídá.

Sestry také udávaly problematiku včasné podávání antikoncepce mladým dívkám. Fořt (2004) uvádí, že nelze vyloučit, že antikoncepce použitá u dívek nebo okolo 15. roku věku je jednou z možných příčin nadváhy. Nedoporučuje se obecně užívat hormonální antikoncepci u dívek, které mají tendence k vývoji nadváhy. Díky svému osobnímu pozorování mohu s tímto výrokem souhlasit, setkala jsem se s mnoha dívkami, které při začátku užívání antikoncepce skutečně přibraly na váze.

Mezi další rizika užívání antikoncepce bezpochyby patří vznik žilní trombózy, vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění i zvýšení hodnot cholesterolu. Mezi další rizika patří psychické změny nebo další nespecifické nepříjemné příznaky, sem spadají bolesti hlavy, nevolnosti či bolest prsou (Štefánek, 2011, online).

V rozhovorech se také velmi často objevil názor, že za dětskou obezitu mohou genetické dispozice. Hainer (2011) udává, že obezita je silně geneticky podmíněna. Svědčí o tom její častý familiární výskyt, vysoká konkordance v tělesném složení i v některých metabolických parametrech. Dále Hainer uvádí, že dědičnost běžné obezity není s největší pravděpodobností výsledkem poruchy jen jednoho genu, na vzniku tohoto onemocnění se podílejí ve větší či menší míře různé geny. Dle mého názoru ani tak nezáleží na genetické dispozici, ale spíše záleží na stravovacích návycích celé rodiny. Pokud je rodina zvyklá jíst pravidelně v menších porcích je podle mého názoru menší pravděpodobnost vypuknutí obezity u dítěte než v rodině, kde je častá konzumace tučných jídel ve velkých porcích.

Dále respondentky při hloubkovém rozhovoru odkryly své znalosti o tom, jaké má dětská obezita následky a to z psychologického, biologického a sociálního pohledu. Z výzkumu bylo zjištěno, že respondentky mají všeobecné znalosti o následcích dětské obezity. Respondentka S1 uvedla, že jeden z psychických následků obezity je: „*Snížené sebevědomí, sebehodnocení, mindráky z postavy, ostych před ostatními, samotářství, neobratnost až deprese.*“ Dle mého názoru děti které trpí obezitou, mají snížené sebehodnocení a sebevědomí. U dětí trpící obezitou je velmi častý pocit studu. Z vlastní zkušenosti vím, že bývají šikanovány. Poslouchají neustálé posměšky od ostatních dětí. Takže mohu říct, že na psychickou stránku obezita působí jednoznačně negativně. Vycházím jak z osobních zkušeností tak také z práce Zuzany Novotné (2008). Tato diplomová práce zkoumala klienty léčeben, tedy děti trpící obezitou. Práce byla zaměřená na to, jak často se tyto děti setkávají se šikanou, ať už v roli oběti nebo agresora. Z výzkumu vyplynulo, že děti trpící nadváhou či obezitou významně častěji uváděly zkušenost s rolí oběti šikany. Hainer a kolektiv (2011, strana 24) uvádí, že obezita je nemocí, který své nositele stigmatizuje a vystavuje řadě předsudků. Tyto předsudky neovlivňují pouze možnost získat zaměstnání nebo vzdělání, ale také ovlivňuje lékařskou péči. Z důvodu toho, že jedinec je velmi často podceňován a diskriminován, trpí často depresemi a významně se snižuje kvalita jeho života. Ženy, které trpí obezitou, jsou v zaměstnání 16krát více diskriminovány než muži.

U somatologických následků obezity se sestry shodovaly na tom, že děti mají zatížený kosterní a svalový systém, u těchto dětí se objevují ploché nohy, mají vadné držení těla, zvýšený krevní tlak a hormonální výkyvy. Marinov (2012, strana 39) píše o tzv. zkracování biologického dětství, kdy v etapě biologického dětství obezita významně zasahuje do procesů nástupu a průběhu puberty. Tedy pokud je vyšší BMI puberta se dostaví dříve. Velmi zajímavá je odpověď od respondentky S2, která uvedla že: *„Dětská obezita je doprovázena značnými zdravotními problémy, jako je zvyšující krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu, zvýšená zátěž pohybového aparátu, ale i psychickými problémy.“* Osobně si myslím, že obezita způsobuje řadu onemocnění, jako je diabetes mellitus, vysoký krevní tlak nebo hyperlipidémii. Na druhou stranu britští vědci 20 let pozorovali až 2 000 000 lidí s průměrným věkem 55 let a zjistili, že obezita snižuje riziko demence (Jak se bránit demenci, 2015).

Nejdůležitější jsou znalosti sester v oblasti prevence. Z rozhovorů vyplynulo, že nejlepší prevencí obezity je pohyb. Souhlasím s výpovědí respondentky S1, *„Hlavní prevencí je dostatek pohybové aktivity a úprava výživy a životosprávy. Základem je rodina, její způsob stravování, trávení volného času, rodinné zvyklosti jako například společně připravené a snědené jídlo, plánování společných aktivit, celkový zájem o dítě. Co dítě dělá, jak tráví čas, přehled o tom, jak se stravuje. U rozvinuté obezity je třeba hledat pomoc odborníků.“* Osobně si myslím, že pokud nemá dítě pohyb, může za to rodina. Rodina by měla dítě v pohybové aktivitě podporovat. Ve státních institucích jako základní školy je mnoho nabídek k vyplnění volného času dítěte, tím jsou myšleny kroužky zaměřené na pohybovou aktivitu. Podle Hainera (2003) je prevence cílem celospolečenským, proto ji nemůžeme dát za úkol pouze lékařům. Mimo zdravotníků by se měla do prevence zapojit i zaměstnavatelé, potravinářské společnosti, zemědělci a školy. V jednom z rozhovorů bylo zmíněno, že do prevence dětské obezity by se měla zapojit především základní škola. Zde problém narůstá. Na spoustě základních škol se vyskytují automaty s různými nezdravými jídly, např.: bagety, chipsy, sušenky,... V automatech se nevyskytuje pouze jídlo, bývají tam i sladké limonády jako třeba coca cola, fanta nebo sprite. Z vlastní zkušenosti vím, že tyto nápoje a nezdravé jídlo dětem chutná, ale nemohou to přeci konzumovat každý den. Bylo by dobré tyto automaty ze

škol nadobro odstranit, nebo škodlivé potraviny nahradit potravinami zdravými. Škola by se měla podílet na zdraví naší budoucí generace. Myslím si, že základní škola nejvíce ovlivňuje náš budoucí život, proto bych kladla důraz na výchovu dětí ke zdravému životnímu stylu.

Výzkumem jsem dále zjišťovala, jaké jsou znalosti sester pečující o děti trpící obezitou v terciární prevenci. Jak už bylo zmiňováno ve výsledkové části, respondentky se starají o pacienty ve věku od 6 – 18 let, od 3 – 6 let je možnost ubytování s jedním z rodičů. Domnívám se, na základě zkušeností respondentek, že mají všeobecný přehled v péči o děti s obezitou. Sestry uváděly, že hlavní prevencí obezity je samozřejmě již několikrát zmiňovaná pohybová aktivita a dodržování zásad správné výživy. V terciární prevenci se klade důraz především na celkové změně životního stylu dítěte. Děti podstupují balneoprocedury, v lázních jsou preferovány především uhličité koupele, které působí na vazodilataci, snížení krevního tlaku a tím usnadňují práci srdci. Dle mého názoru dochází při balneoprocduře k odpoutání od stresu a tak napomáhá k léčbě obezity. Vycházím tak ze článku Obezita jako onemocnění ze stresu, který publikovala společnost STOB (2014). Zde uvádí, že stres se u disponovaných jedinců může manifestovat v přejídání. *„Velmi často se lidé uchylují k pojídání a uklidnění se potravinami právě z důvodu stresu, nervozity, samoty, nedocení, špatné nálady, ...“* Z vlastní zkušenosti vím, že pokud mne čeká důležitá zkouška, či něco co je předem velmi stresové napjaté uchyluji se k přejídání. Ale mohou mít děti stres? Ano, děti mohou mít stres z neúspěchů ve škole, z neúspěchu v soukromém životě. Mohou se cítit méněcennými a nezařazenými do kolektivu, potom své problémy řeší dobrým jídlem.

Dále sestry přemýšlely nad způsoby snížení výskytu dětské obezity. Respondentky odkazovaly na problematiku výskytu automatů ve školách, dále pak byly zmíněny reklamy, které propagují nezdravé potraviny a zároveň tak útočí na děti a rodiče. Dle světové agentury Millward Brown (2012) zabývající se výzkumem trhu a veřejného mínění zjistilo, že rodiče jsou pasivní ve vztahu k reklamě, ale vůči tlaku dětí postupují aktivně. Rodiče reklamu vnímají jako běžnou, ale děti nechápou smysl a cíl reklamy a tak na odmítnutí zakoupení produktu reagují negativně. Ovlivňovat však nemusí jen reklama, velký vliv mají i další marketingové prvky jako je vzhled obalu (dětské

motiv), marketingové akce jako jsou magnetky či hračky od výrobců. Dle mého názoru reklamy na nezdravé potraviny by měly být opravdu regulovány, nejlépe úplně odstraněny. Děti jsou chytlavé, a pokud jsou marketingové prvky tak silné, rodiče nátlaku děti podlehnou a nezdravé potraviny jim při první příležitosti koupí. Někdy si neuvědomujeme, jak může reklama ovlivnit náš život.

Další respondentky uvedly problém stravování dětí ve fast foodech. Děti si zde vytvoří návyk na slanou chuť a to vede k častějšímu stravování v těchto rychlých občerstvení. Rodiče v dnešní době nestíhají dětem připravit svačinu, a proto jim většinou dávají peníze do školy na jídlo. V dnešní době dle mého názoru není možné se vyhnout rychlému občerstvení hlavně ve velkých městech. V dnešní době rodiče nemají dostatek času na děti z důvodu pracovního vytížení. Rodiče nestíhají dětem připravovat svačiny, proto dostávají kapesné od rodičů na svačinu, kterou nestíhají dětem ráno připravit. Děti pak většinou utrácejí peníze od rodičů právě v takových rychlých občerstveních a to potom vede k navýšení výskytu dětské obezity. Můj názor zní velmi utopisticky, zakázala bych stravování malých dětí v těchto podnicích. Nemohou alkohol a cigarety a nezdravé jídlo z rychlých občerstvení mohou?

V rozhovorech se velmi často objevovalo to, že motivace je velmi důležitá v léčbě dětské obezity. Motivace je nedílná součást v léčbě nejen obezity, ale i dalších zdravotních problémů v životě dítěte. Pastucha (2011, strana 86) udává, že motivace je: *„Psychologický proces vedoucí k energetizaci organismu, usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle.“* Dále pak Pastucha (2011) zmiňuje, že motivace a změna životního stylu u dětí s nadváhou či obezitou je velmi náročný proces. Důvodů, které mohou hrát zásadní role při rozhodování o změně je mnoho, např.: zlepšení zdravotního stavu, navýšení fyzické kondice a podle mého názoru nejdůležitější je líbit se sám sobě.

6 ZÁVĚR

Prevalence nadváhy a obezity u dětí a dospívajících v posledních letech výrazně narůstá ve všech vyspělých státech. Obezita v dětství často předurčuje k obezitě v dospělosti. S tím je spojené riziko vzniku zdravotních problémů u postižené osoby, jejich léčení má značný ekonomický dopad na celou společnost.

Celkový nárůst výskytu obezity je dán jednak změnami dietních návyků, zejména zvýšenou spotřebou potravin s vysokou energetickou hodnotou, vysokým podílem tuků a jednoduchých sacharidů a především poklesem pohybové aktivity. Obezitou je postiženo stále více českých dětí. Alarmující je, že počet dětí s extrémní obezitou stoupá. Obezita v dětském věku předurčuje jedince k obezitě v dospělosti, představuje závažné chronické onemocnění, které ohrožuje zdraví pacienta zvýšeným rizikem vzniku přidružených onemocnění. Obezita je onemocnění, které způsobuje další nemoci.

Základem léčby obezity je komplexní přístup, který sdružuje dietu, adekvátně zvýšenou pohybovou aktivitu a kognitivně – behaviorální psychoterapii. Nejedná se o dietu, jedná se o striktní dodržování zásad racionálního stravování. Cílem kognitivně – behaviorální psychoterapie je obézního pacienta postupně odnaučit nevhodným stravovacím návykům a nahradit je novými, těmi racionálními. Komplexní péče o pacienta je týmová práce. Důležitá je spolupráce endokrinologa, dietní sestry a psychologa, případně psychiatra a rehabilitačního pracovníka. Předpokladem úspěšné redukce hmotnosti u pacienta je motivace pacienta k dosažení úbytku na váze a především snaha o změnu dosavadního životního způsob života což je velmi problematické u dětí nízké věkové kategorie. Nezbytná je spolupráce rodiny a výchovy k zdravému životnímu stylu ve školách. Důležitá je změna životního stylu životního stylu celé rodiny. Jedna z možností jak naučit rodiče zdravé životosprávě by mohla být společná lázeňská léčba obezity rodičů i dětí či založení rodinných letních edukačních táborů.

Výhodou této léčby je spojení lékařem kontrolované redukce hmotnosti s návykem na jiný způsob stravování a vyšší tělesnou aktivitu v kolektivu dětí trpící obezitou.

Snížení hmotnosti a změna životního stylu je pak předpokladem k lepšímu zdravotnímu stavu jedince a jeho spokojeného a úspěšného života.

Znalosti sester pracujících s dětmi trpící obezitou jsou ve značné míře obsáhlé. Sestry znají rizikové faktory obezity. Sestry prokázaly znalosti v oblasti terciární prevence dětské obezity, sestry mají dostatek informací o důležitosti pohybového režimu a správného stravování. Činnost sester v oblasti terciární prevence obezity se nikterak neliší od běžné práce zdravotní sestry, pouze tím, že sestry pracující s těmito dětmi musejí být velmi trpělivé a psychicky a fyzicky odolné.

Z rozhovorů se sestrami, které se starají o děti trpící obezitou, vyplynulo, že se nikterak nepodílejí na úpravě jídelníčků. Sestry pouze dohlížejí na děti při stravování. Sestry pouze děti edukují o důležitosti začlenění ovoce a zeleniny do jídelníčku. Dále pak sestry uváděly, že hlavní prevencí obezity je dostatek pohybové aktivity a úprava životosprávy dítěte. Základ tvoří rodina. Terciární prevence je zaměřená na minimalizování následků obezity, terciární prevencí je tedy myšlena samotná léčba obezity. Sestry pracující v léčebně s dětmi trpící obezitou provádějí běžnou ošetrovatelskou činnost, jako je odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, aplikace injekcí, dle potřeby převazy. Sestra dále kontroluje hygienu a úklid dětí.

Sestry využívají edukační materiály jako například pracovní listy STOB, kde děti vytvářejí potravinové pyramidy, malují zdravé a nezdravé talíře, vyplňují různé testy a třídí potraviny dle energetické hodnoty, tzv. semaforový systém.

6.1 Doporučení pro praxi

Osobně doporučuji větší začlenění školních institucí a pediatrií do této problematiky. Zajištění více hodin tělesné výchovy, apelovala bych na dodržování pitného režimu na školách. Zdravá strava ve školních jídelnách a automatech. Pokud se nebude chtít změnit společnost jako taková, nikdy obezita zcela nevymizí. Snížit výskyt obezity znamená změnu životního stylu. Na změně životního stylu se musí podílet rodina, škola

i společnost. Společnost by mohla pořádat více aktivit, díky kterým se děti zapojí do různých pohybových kroužků. Rodičům více nabízet možnost děti poslat na letní tábory.

Zapojení sester do této problematiky, pořádání seminářů k dané problematice, publikace odborných článků v časopisech, které čte široká veřejnost. Založení rodinných letních edukačních táboru, kde by se děti společně se svými rodiči učily zdravému životnímu stylu.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

BLÁHA, Pavel, 2001. Převod hodnot tloušťky kožních řas měřených kaliperem typu Best na hodnoty kaliperu typu Harpenden. In: VIGNEROVÁ, Jana a Petr BLÁHA (eds.). *Sledování růstu a vývoje českých dětí a dospívajících*. Praha: SZÚ a UK PřF, s. 74–75. ISBN: 80-7071-173-6.

COUFALOVÁ, Eva a Amadeus SOBOTKA, 2005. Léčba dětské obezity ve Státních léčebných lázních Bludov v letech 2004 a 2005. *Vox pediatricae*. roč. 5, č. 9, ISSN: 1213 – 2241.

DOSTÁLOVÁ, Zuzana. Dětská obezita [online]. 2007 [cit. 2015-03-16]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Iva Hrnčířiková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142866/fsps_b/>

DOSTÁLOVÁ, Zuzana. Výskyt rizikových faktorů obezity u dětí staršího školního věku [online]. 2009 [cit. 2015-04-23]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Iva Hrnčířová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/142866/fsps_m/Diplomova_prace.pdf.

FOŘT, Petr, 2004. *Stop dětské obezitě*. 1. vyd. Praha: IKAR. ISBN 80-249-0418-32.

GAJDOŠOVÁ, Jitka a Alexandra KOŠTÁLOVÁ, 2006. *Hejbej se! Nedej se!* [online]. Edukační materiál pro učitele ZŠ s pohybovými aktivitami do vyučování a pracovními listy pro děti. Vydal Zdravotní ústav v Brně. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/128223/lf_d/Hejbe__Nedej_se_-_manual.pdf >.

GOJOVÁ, Milena, 2002. Lázeňská léčba obezity – historie, současnost a perspektivy. *Postgraduální medicína*. 4/2002. s. 447-451. ISSN: 1212-4184.

HAINER, Vojtěch a kolektiv, 2004. *Základy klinické obezitologie*. 1.vyd. Praha: GRADA. ISBN 80- 247-0233-9.

HAINER, Vojtěch a kolektiv, 2011. *Základy klinické obezitologie*, GRADA. 464 s. ISBN: 978-80-247-3252-7.

HAINEROVÁ, Irena Aldhoon, 2009. *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN: 8073451964.

HNILICOVÁ, Helena, 2013. *Automaty ve školách a jejich regulace v jiných zemích*. [online]. Státní zdravotnický ústav Praha. [cit.2015-04-04]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/seminare/2013/automaty_ve_skolach.pdf.

HROMÁDKOVÁ, Jana, 2002. *Fyzioterapie*. Jinočany: H&H Vyšehradská. ISBN 80-86022-45-5.

Jak se bránit demenci, 2015. [online]. [cit.2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.blisty.cz/art/77211.html>.

KUNOVÁ, Václava, 2005. *Zdravá výživa a hubnutí*. Praha: GRADA. ISBN: 8024710501.

KYTAROVÁ Jitka a kolektiv, 2011. *Obezita u dětí, standard léčebného plánu*. [online]. [cit. 2015-02-21]. Dostupný z: http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf.

KYTAROVÁ, Jitka. Prostá obezita u dětí. Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Copyright © 2002, ČLS JEP.

KŘÍSTEK, Nikola, 2011. *Děti a my: Proti nadváze a obezitě je třeba aktivně bojovat – Rodinná centra chtějí pomáhat rodinám*. [cit. 2015-02-21]. Dostupný z: <http://www.portal.cz/casopisy/dm/ukazky/-proti-nadvaze-a-obezite-je-treba-aktivne-bojovat---rodinna-centra-chteji-pomahat-rodinam-/45777/>.

MALICHOVÁ, Eva, 2003. Pohádkové hubnutí. *Výživa a potraviny*, roč. 58, č. 3, s. 40-41. ISSN 1211-846X.

MÁLKOVÁ, Iva, 2008. *Prevence dětské obezity*. [online]. Praha: Hravě žij zdravě. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=73.

MARINOV, Zlatko, 2014. Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. Století. *Lékařské listy – odborná příloha Zdravotnických novin*, č. 9, s. 21-24. ISBN: 0044-1996

MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA, 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: GRADA. ISBN: 8024779277.

Millward Brown, 2012. *Efekt reklamy na nezdravé potraviny*. [online]. Rada pro rozhlasové a televizní vysílání. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: http://www.rrtv.cz/cz/files/press/Vyzkum_reklama_nezdrave%20potraviny.pdf.

MUNTAU, Ania Carolina, 2014. *Pediatric*. Praha: GRADA. ISBN: 978-80-247-4588-6.

NEDBALOVÁ, Jana, 2008. [online]. *Výživa, doporučené metodiky*. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/vyziva/doprocene-metodiky.html>.

NEVORAL, Jan a kolektiv, 2003. *Výživa v dětském věku*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 434 s. ISBN 80-86-022-93-5.

NOVOTNÁ, Zuzana. [online]. 2008. [cit. 2015-04-22] *Šikana u dětí s nadváhou a obezitou*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Katedra psychologie. Vedoucí práce Doc. PhDr. Slávka Fraňková, Dr.Sc. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/61183/>.

PASTUCHA Dalibor a kolektiv. 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: GRADA, s. 128. ISBN: 978-80-247-4065-2.

PODĚBRADSKÁ, Radana, 2011. *Pohybová intervence jako součást léčení nadváhy a obezity*. Rehabilitace a fyzikální lékařství. č. 2, ISSN: 0069 – 2328.

Pracoviště dětské obezitologie. 2013. [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://sdetmiprotiobezite.cz/?page_id=453.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2008. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367416-8.

Růstový hormon. *Sledování hmotnosti*. [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.rustovyhormon.cz/sledovani-hmotnosti>.

SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: GRADA. ISBN: 802473592X.

SLIMÁKOVÁ, Margit. 5.11. 2012. *Zdravý talíř*. [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>

STOB, 2014. *Obezita jako onemocnění ze stresu*. [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/cs/obezita-jako-onemocneni-ze-stresu-1#>.

SVAČINA, Štěpán, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: GRADA. s. 139. ISBN: 8024723956.

SVAČINA, Štěpán. 2000. *Obezita a diabetes*. Praha: Maxdorf. 307 s. ISBN 80-85800-43-8.

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*, Praha: GRADA. 144 s. ISBN: 978-80-247-2395-2.

SZÚ. 2012. *Dětská obezita*. [online]. Praha: SZÚ. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/detska-obezita?highlightWords=obezita>.

ŠTEFÁNEK, Jiří. 2011. *Antikoncepce – rizika*. [online]. [cit. 2015-25-04]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz>.

VIGNEROVÁ, Jana a Petr BLÁHA, 2001. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících –norma, vyhublost. obezita*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. 173 s. ISBN 80-7071-173-6.

VÍTEK, Libor, 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: GRADA. 160 s. ISBN: 978-80-247-2247-4.

VZP. 2015. *Dětská obezita – problém, který roste s dítětem*. [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/klienti/programy-prevence/zij-zdrave/detska-obezita-problem-ktery-roste-s-ditetem>.

Vyhláška č. 70/ 2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 27, s. 842 - 847 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=70/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Women for women. 2014. *O projektu*. [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.obedyprodeti.cz/o-projektu>.

Zákon číslo 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborným a jiným vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 190, s. 10262–10324 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ZLATOHLÁVEK Lukáš, URBANOVÁ Zuzana, VRABLÍK Michal a PRUSÍKOVÁ Martina. 2011. Sledování rizikových faktorů aterosklerózy u obézních dětí. *Československá pediatrie*. roč. 66, č.3. ISSN 0069 – 2328.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Percentilové grafy pro chlapce a dívky

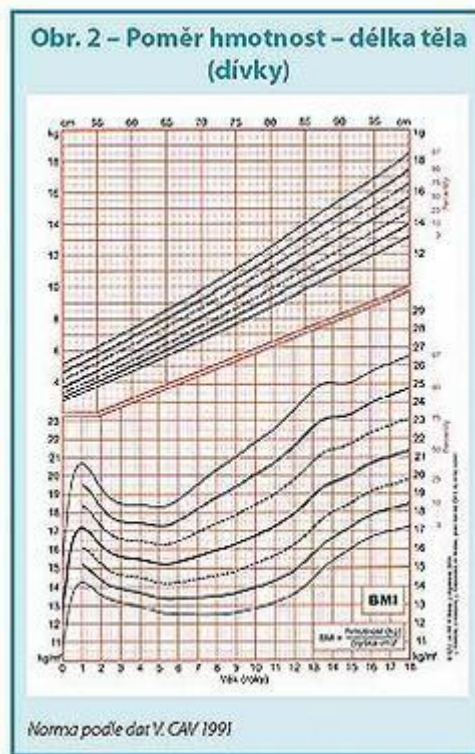
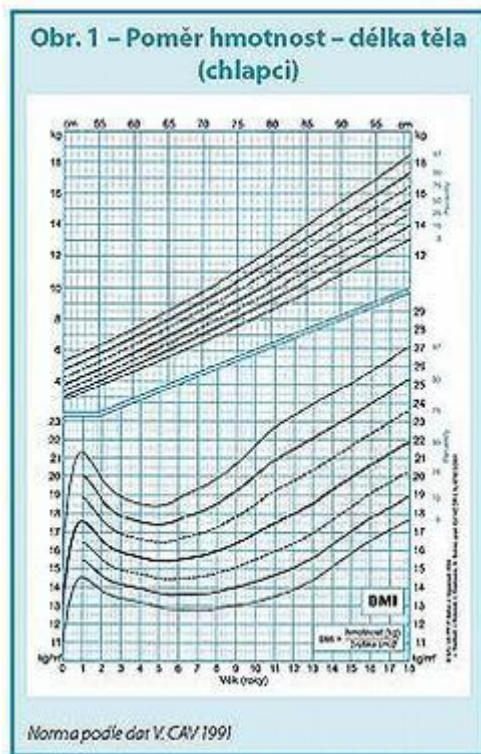
Příloha 2 Zdravý talíř

Příloha 3 Žádost o výzkum

Příloha 4 Otázky k rozhovorům

Příloha 5 Ukázka kódování textu

Příloha 1 Percentilové grafy pro chlapce a dívky



Zdroj: Jan Lebl a spol, 2005, online

ZDRAVÝ TALÍŘ

Zelenina

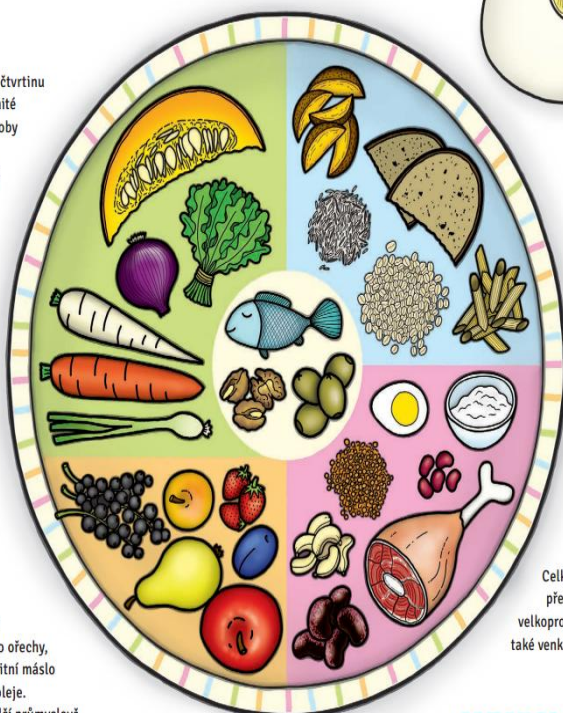
Zelenina by měla tvořit nejméně čtvrtinu příjmu potravin. Čím více rozmanité zeleniny upravené na různé způsoby sníte, tím lépe. Hranolky se k zelenině nepočítají a brambory patří svým složením spíše k polysacharidům.

Ovoce

Ovoce tvoří druhou čtvrtinu talíře. Nejzdravější a nejvýživnější je jíst sezónní ovoce různých druhů a barev. Přijem ovoce je možné nahradit konzumací zeleniny.

Oleje a tuky

Oleje a tuky jsou nejhodnotnější v superzdravých potravinách jako ořechy, avokádo či ryby. Vhodné je i kvalitní máslo a za studena lisované rostlinné oleje. Nejezte margaríny a omezte i další průmyslově upravené tuky a oleje.



Tekutiny

Tekutiny jsou nejlepší v podobě čisté vody a neslazených čajů. Slazené nápoje a čaje raději zcela vynechte.

Polysacharidy

Polysacharidy jsou nejlepší v přirozené podobě. Například jáhly, ovesné vločky, žitné kváskové chleby či divoká rýže. Důležité je omezovat požívání výrobků z nevhodných bílých mouk.

Bílkoviny

Bílkoviny získáte nejlépe z ryb, luštěnin, ořechů, semenek, zakysaných mléčných výrobků, vajec či masa. Většinu z nás prospívá vyšší podíl rostlinných zdrojů bílkovin. Vybírejte dle své chuti i stravovací filozofie.

Životní styl

Celkově doporučuji upřednostňovat přirozené potraviny před polotovary, lokální a bio potraviny před nekvalitní velkoprodukcí a dovozem. Kromě zdravé stravy si dopřávejte také venkovní pohyb, dostatek spánku, přátel a dobré nálady!

www.zdravytalir.info

Příloha 3 Žádost o výzkum

Žádost o výzkumné šetření v Léčebně Dr. Filipa v Poděbradech

Miroslava Pfefferová, Za Kostelem 384, 387 73 Bavorov

Zdravotně- sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

3. ročník bakalářské studium, obor všeobecná sestra

Vrchní sestra Léčebny Dr. Filipa v Poděbradech

Paní Jaroslava Kerberová

Věc: Žádost o svolení výzkumného šetření zaměřeného na péči o obézní děti.

Vážená paní Kerberová, žádám Vás o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na péči o obézní děti. Název mé bakalářské práce je Možnosti působení sester v terciární prevenci u obézních dětí. Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou hloubkových rozhovorů s cca 5 sestrami. Předpokládaný termín výzkumného šetření je od 20.2. 2015 do 31.3. 2015. Respondentům bude zachována anonymita a účast bude dobrovolná. Přikládám též otázky do rozhovorů.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Miroslava Pfefferová

V Bavorově dne 16.2. 2015

Výzkumné šetření bylo provedeno s několika sestrami, které souhlasily s rozhovorem s paní Pfefferovou.

Poděbrady 9.4.2015

JK
Jaroslava Kerberová
vrchní sestra
Lázně Poděbrady a.s.
Léčebna Dr. L. Filipa
Nám. T.G.Masaryka 482/II
290 33 Poděbrady Tel./fax: 325612666
IČO: 45147833 DIČ: CZ45147833
Léčebný ústav IČ: 2700-000

Příloha 4 Otázky k rozhovorům

1. Myslíte si, že dětská obezita je celospolečenským problémem? Pokud ano, proč je tomu tak?
2. Co je dětská obezita (jak se vyhodnocuje, kým, jak často)?
3. Jaké má dětská obezita následky na psychickou, biologickou a sociální stránku dítěte? Co zvyšuje pravděpodobnost dětské obezity? Jaké jsou příčiny dětské obezity a jaké jsou rizikové faktory dětské obezity?
4. Jak nejlépe předcházet dětské obezitě?
5. Kdo všechno by měl být zapojen do prevence dětské obezity? (školky, školy, rodiny, zdravotní zařízení)
6. O jaké pacienty pečujete? S jakými nejčastějšími problémy a s jakou diagnózou se setkáváte?
7. Jaké služby vaše zařízení nabízí? (vstupní vyšetření, vyšetření během léčby, odběry biologického materiálu, prevence, jaké spektrum ošetrovatelských činností nabízíte?)
8. V čem spočívá jedinečnost sestry v péči o děti trpící obezitou?
9. Jak se podílíte na změně životního stylu Vašich pacientů a rodin?
10. Jaký je význam edukace, tedy výchovy ke změně dětí a jejich rodin?
11. Co je obsahem výchovy dětí s obezitou a jejich rodin? Máte zde pro edukaci nějaká kritéria?
12. Kdo, jak a jak často edukuje děti s obezitou? Jaká je zpětná vazba na edukaci těchto dětí?
13. Jaká je úspěšnost léčby Vašich pacientů s obezitou?
14. Jak podporujete děti s obezitou (psychicky, sociálně)?
15. Na základě vašich zkušeností, co byste v systému péče o děti změnila s cílem snížit výskyt dětské obezity v populaci?
16. Co by mohly sestry z pozice své profese udělat, aby se snížil výskyt dětí s obezitou v populaci?

Příloha 5 Ukázka kódování textu

T: Kdo všechno by měl být zapojen do prevence dětské obezity? (školky, školy, rodiny, zdravotní zařízení)

- 78 R: Do prevence dětské obezity by měli být ^{edukace rodin} zapojeni především rodiče a jejich děti. Také ve
79 všech dětských zařízeních jako jsou ^{školy} školky a školy by se měly děti stravovat podle základů
80 zdravé výživy a zapojovat se do ^{pořádku} pohybových aktivit přiměřenému věku dítěte.

T: O jaké pacienty pečujete? S jakými nejčastějšími problémy a s jakou diagnózou se setkáváte?

- 81 R: V léčebně pečujeme hlavně o ^{obezita dětí} obézní děti, ale léčí se zde i děti s ^{paralysacními problémy} onemocněním srdce, děti
82 s ^{problém s pohybovým aparátem} onemocněním pohybového aparátu a děti po úrazech. Mimo problémů zdravotních mají děti
83 často ^{problém s osobním životem} problémy v rodině, ve škole, v kontaktu s ostatními dětmi a stravovací problémy.

T: Jaké služby vaše zařízení nabízí? (vstupní vyšetření, vyšetření během léčby, odběry biologického materiálu, prevence, jaké spektrum ošetrovatelských činností nabízíte?)

- 84 R: Dětská léčebna nabízí ^{období vyšetření} vstupní vyšetření při příjmu, ^{období biologického materiálu} odběr moče, krve na cholesterol,
85 popřípadě i jiná ^{biologická vyšetření} biochemická vyšetření podle typu onemocnění, ^{diagnostika} balneoprocédury, pravidelné
86 ^{pravidelné cvičení} denní cvičení, individuální cvičení s rehabilitační sestrou, plavání v bazénu, 2x týdně chodí
87 děti hrát míčové hry do sportovní haly a 2x týdně cvičí zumbu, chodí na procházky.
88 Pravidelnou ^{edukace} edukaci dětí provádí lékař, vrchní sestra a dietní sestra, ale také sestra na
89 oddělení. O ^{volnočasové aktivity} víkendech chodí sestry s dětmi na kulturní akce, jako je kino, divadlo nebo
90 koncert.

T: V čem spočívá jedinečnost sestry v péči o děti trpící obezitou?

- 91 R: Jedinečnost sestry v péči o děti trpící obezitou spočívá v ^{trpělivost} trpělivosti neustále děti
92 přesvědčovat a zdůvodňovat ^{podstat} důležitost pohybové aktivity, zdravé stravy a zdravého životního
93 ^{edukace} stylu. Přiblížit jim redukční dietu v tom, že dieta není hladovět, ale je to vlastně zdravé jídlo,
94 které mají jist 6x denně a u toho se trochu hýbat.

T: Jak se podílíte na změně životního stylu Vašich pacientů a rodin?

- 95 R: Rodinám i našim pacientům stále ^{edukace} provádíme edukace a tím je chceme naučit zdravému
96 ^{strava} stravování a zdravému životnímu stylu.