

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

PREVENCE DĚTSKÉ OBEZITY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Zelenková, DiS.

Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D.

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2016

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce PhDr. Mgr. Michalu Svobodovi, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce..

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	2
ÚVOD	3
1 CHARAKTERISTIKA OBEZITY, VÝSKYT, PŘÍČINY, KOMPLIKACE	4
2 PREVENCE	8
2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	8
2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	12
2.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE.....	14
2.4 REDUKČNÍ LÉČBA OBEZITY V DĚTSKÉM VĚKU.....	14
3 INSTITUCE ZABÝVAJÍCÍ SE PREVENČÍ A LÉČBOU OBEZITY	18
4 PRAKTICKÁ ČÁST.....	22
ZÁVĚR.....	29
RESUMÉ	31
SEZNAM LITERATURY	32
PŘÍLOHY	I

SEZNAM ZKRATEK

WHO - World Health Organization

BMI - Body mass index

LDL- Low-density lipoprotein

HDL- High-density lipoprotein

Úvod

Bakalářská práce se zabývá prevencí dětské obezity. Práce vychází z předchozích zkušeností s problematikou obezity u dospělých. Vzhledem k tomu že je velice obtížné zabránit růstu počtu dětí s nadváhou nebo obezitou. Situace se z mého pohledu zlepšuje a přibývají lidé, kterým není zdraví svých dětí lhostejné. Do škol se zavádí programy pro zvýšení prevence nadváhy. Toto téma začíná být součástí předmětů ve škole a je vynaložena snaha neustále informovat, jak děti, tak rodiče o této problematice.

Cílem práce je zhodnotit současnou situaci ve společnosti v Česku v oblasti prevence dětské obezity, a na základě tohoto zhodnocení navrhnout možná řešení zlepšení této situace. V praktické části se budu věnovat navrnutí preventivních programů, které by pro školy mohli být přínosem.

Obezita a nadměrná hmotnost jsou závažným problémem současné civilizace. Postihují dospělou i dětskou populaci a je důležité tuto problematiku nepodceňovat. Velkou roli u dětské obezity hraje životní styl celé rodiny. Rodina určuje dítěti směr a to nejen z pohledu výživy ale i pohybové stránky dítěte.

První kapitola se zabývá pojmem obezita, jejím výskytem, možnými příčinami jejího vzniku a také problémy, které jsou s tímto jevem nutně spojeny. Obezita může představovat velké riziko pro naši společnost, proto i jedním z témat, kterým se kapitola věnuje, jsou způsoby zjišťování obezity u dětí, které tvoří cílovou skupinu mé práce.

Druhá část práce se věnuje prevenci dětské obezity a otázkami, do jaké míry ji může ovlivnit rodina, prostředí ve škole, nebo i vnější vlivy působící na děti i jejich rodiče, např.: nevhodné reklamy v televizi, časopisech atd..

Dále se práce zabývá institucemi, které se zabývají prevencí dětské obezity.

V prevenci dětské obezity hraje obrovskou roli jak dietetická složka, tak pohybová složka o které se chci ve své práci také zmínit.

1 CHARAKTERISTIKA OBEZITY, VÝSKYT, PŘÍČINY, KOMPLIKACE

Obezita patří mezi civilizační onemocnění a jedná se o nadměrné uložení tuku v organismu. Podíl tuku v organismu tvoří běžně u žen 25 – 30 % a u mužů 20 – 25 %. Obezita je vnímaná jako chronické onemocnění, které je spojené s řadou jiných poruch. Patří mezi rizikový faktor, který se podílí na vzniku dalších závažných onemocnění, jako je např. cukrovka, hypertenze atd. Její důsledky spočívají hlavně ve zhoršení kvality života s ohledem na fyzické a mentální charakteristiky. Samotné ovlivnění kvality života závisí na stupni nadváhy, věku a pohlaví pacienta (HAINER 2004, SVAČINA 2008).

1.1 Výskyt obezity

Výskyt obezity není v současné době omezen jen na rozvinuté země, stále častěji ho můžeme pozorovat i v rozvojových zemích. Lidstvo se nachází v počátcích celosvětové pandemie obezity. Podle údajů WHO bylo v roce 2005 1,9 miliardy dospělých lidí trpících nadváhou a kolem 600 miliónů obézních (2015). WHO také uvádí, že v roce 2013 bylo 42 mil. předškolních dětí obézních (2015).

WHO se snaží zavádět opatření, aby se zastavil rostoucí trend v počtu obézních a v roce 2025 byl počet obézních srovnatelný s rokem 2010.

Problémem může být i ekonomická stránka populace, jelikož se obezita objevuje hlavně v chudších vrstvách společnosti. Většina levných a dostupných potravin je ve vysoce kaloricky bohaté formě nabitě nasycenými tuky a jednoduchými cukry (HAINER 2004,

1.3 Typy obezity

Obezita u dospělé populace se dělí podle toho, kde je tuková tkáň uložena. Rozlišujeme tři typy obezity.

- Androidní typ obezity. Tuk je uložen převážně v horní části těla a tvar těla připomíná jablko, trpí jím převážně muži.
- Gynoidní typ obezity, tuk je uložen převážně na hýždích a stehnech. Tvar těla připomíná hrušku, objevuje se převážně u žen.
- Cushingův syndrom. Tento typ obezity je méně známý. Cushingova obezita nebo cushingův syndrom je endokrinní onemocnění. Jeho důvodem je nadměrné uvolňování kortizolu. Kortizol je steroidní hormon tvořený

v kůře nadledvin, reguluje sacharidový metabolismus a také se podílí na zvyšování glykémie v ranních hodinách a ve stresových situacích.

Tento druh obezity se většinou vyskytuje i u lidí s příjmem některých hormonů. Tuk se ukládá především v oblasti krku a na hlavě. Končetiny jsou úzké a štíhlé. (Zelenková, 2013)

U dětí se výše zmíněné rozdělení obezity nepoužívá, není u nich nijak významné, kde je tuk převážně uložen. Struktura postavy dětí se průběžně mění z důvodu jejich vývoje a v závislosti na pohlaví a na změnách, které probíhají v pubertálním věku vlivem pohlavních hormonů (Pastucha, 2011).

U dětí školního věku se setkáváme s primární obezitou, jejíž příčinou je větší příjem energie než její výdej energie. V tomto věku převládá tedy typ obezity, který označujeme jako alimentární. Vrstvy tuku jsou ukládány symetricky, později se jejich lokalizace mění podle pohlaví dítěte (Pařízková 2007).

U dětí se také setkáme s obezitou, jejíž příčinou jsou genetické předpoklady. Je spojena s řadou endokrinních onemocnění a nebo způsobená různými syndromy. Setkáme se s ní i ve spojitosti s různými léky. (Pařízková, 2007)

1.4 Ukazatele obezity

K zjištění stupně obezity se u dospělé populace používá tzv. body mass index, poměr váhy a výšky. BMI je však pouze orientační ukazatel, neukazuje procento tuku v těle, ani v jakých partiích se tuk ukládá.

Pokud je hodnota BMI větší nebo rovno 25 je indikována nadváha. BMI větší nebo rovno 30 je jedinec obézní. Při výpočtu BMI je potřeba zvážit další faktory, které celkový výsledek zkreslují. např.: podíl svalové hmoty, pohlaví sledovaného.

V dětském věku není vhodné ke zjištění stupně obezity použít body mass index. Vhodnější alternativu představují tabulky Státního zdravotnického ústavu, které poskytují informace o percentilovém pásmu BMI, podle nichž je možné stanovit případnou nadváhu v percentilu 90 -97 a obezitu v percentilu vyšším než 97 (MEDASOL, 2015). Tabulka pro chlapce a dívky jsou součástí přílohy (příloha č. 1, příloha č. 2)

U kojenců se nejčastěji používá graf hmotnosti, nebo hmotnosti k tělesné výšce k posouzení přiměřenosti výživy mateřským mlékem. Plně kojené děti první tři měsíce přibývají na váze rychleji než děti, které jsou živené umělou výživou. (Pastucha, 2011))

Mezi další často používané indexy patří index WHR vztahující se na měření obvodu pasu a boků.

Měřit obezitu je možné i pomocí kaliperu, který se používá při měření tloušťky kožních řas v různých částech těla.

Bioimpedance je přírodní metoda měření tuku a vody v těle. Tato metoda není vhodná pro osoby, které mají kardiostimulátor nebo jiné elektronické implantáty. Tato metoda se provádí na základě elektrického proudění, které je naprosto bezpečné, slabé a nepostřehnutelné. Toto měření je založeno na skutečnosti, že elektrický proud prochází daleko snadněji tekutinou ve svalech než tukem.

1.5 Komplikace obezity

Jednou z největších komplikací dětské obezity jsou poruchy pohybového aparátu. Nadměrná hmotnost neúměrně přetěžuje kosterní i svalový systém a vede k rozvoji funkčních poruch pohybového aparátu. Mezi poruchy pohybového aparátu lze zařadit vadné držení těla, skoliózu, ploché nohy. U obézních dětí je hlavním problémem rozvoj svalových dysbalancí, které způsobují morfologické změny v kloubech dolních končetin a s přibývajícím roky života i artrotické změny. Nejvíce ochablé svalstvo mívají obézní děti v oblasti břišní, hýžděové a mezi lopatkami. Ochablé zádové svalstvo vede až ke skolióze páteře. (Pastucha, 2011).

Mezi další komplikace patří kardiovaskulární onemocnění, která trápí především dospělou populaci. To však neznamená, že děti jsou mimo riziko jejich výskytu. Je nutné hlídat váhu i u dětí, aby se těmito problémy vyhnuli v dospělosti. (Pastucha, 2011).

Metabolické a endokrinní komplikace se týkají dětské populace často a patří k nejzávažnějším následkům obezity. Již od pubertálního věku můžeme tyto problémy zaznamenat, ale prokazatelnější jsou až v dospělosti. U dívek v pubertálním věku dochází například k poruchám menstruačního cyklu. U chlapců trpících obezitou se často objevuje

hypogonadismus, což znamená neúplné vyvinutí pohlavních orgánů a jejich snížená činnost. Tuková tkáň je největším endokrinním orgánem v těle. Při jejím nadbytku dochází k metabolickým změnám. Hormony a peptidy mají vliv na budoucí rozvoj hypertenze.

U obézních dětí s největší pravděpodobností můžeme odhalit v séru i zvýšené hodnoty LDL cholesterolu a snížené hodnoty HDL cholesterolu.

Další následek obezity, který můžeme již v počátku laboratorně zachytit, je rozvoj inzulinové rezistence. Inzulinová rezistence vznikne následkem nahromaděných mastných kyselin a lipidů v buňkách (Pařízková, 2007).

V oblasti respirační se u dětí trpících obezitou objevuje syndrom obstrukční spánkové apnoe. Nekvalitní spánek ovlivňuje soustředění dítěte, může vést až k hyperaktivitě s poruchou soustředění. V důsledku vyššího stupně obezity dochází k nahromadění tuku v abdominální oblasti, k obstrukci horních cest dýchacích, a dochází ke zpomalenému dýchání a tím i k nedostatečné výměně kyslíku. V těle se hromadí oxid uhličitý, který má vliv na ospalost dítěte během dne. Dýchání je v tento moment natolik zatíženo, že může dojít k poškození srdce i plic (Pastucha, 2011).

V neposlední řadě nelze opominout problémy psychosociální. Děti trpící obezitou nemají problémy jen v oblasti fyzické, ale časté jsou také problémy i psychické. V době dospívání jsou nejvíce postiženy dívky, které mohou v některých případech trpět i citovými depresemi, pocity méněcennosti a úzkostnými stavy. Tento proces může být i tzv. začarovaný kruh. Dítě má pocity méněcennosti, je kolektivem odmítané, líbivé pocity nachází v příjmu nevhodných potravin nebo v příjmu nadměrného množství potravin. Dětské deprese se prohlubují ve chvíli, kdy se začínají kvůli kolektivu stydět jít plavat, cvičit atd. V rámci svého výzkumu jsem se setkala i se situací, kdy rodiče psali dětem omluvenky z hodin tělesné výchovy v domněnku, že dětem pomůžou v jejich stavech. Bohužel opak je pravdou. Dětem by bylo vhodnější nastavit režim s více hodinami tělocviku a začleňovat ho víc do kolektivu. Šikany dítě, které je podporováno v útěku od aktivit a společnosti, se s velkou pravděpodobností stane obětí šikany. (Pastucha, 2011).

Komplikace spojené s dětskou obezitou, jsou hrozbou do budoucího života. Je důležité naučit dítě dodržovat stravovací návyky již od raného dětství, aby se v dospělosti nemuselo potýkat s komplikacemi spojenými s obezitou.

2 PREVENCE

2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Prevence je daleko účinnější než léčba. Proto by měla být prvním a základním řešením problému obezity. Všeobecná informovanost veřejnosti o problematice obezity a znalosti zásad zdravého životního stylu tvoří základ nespecifické primární prevence. Součástí nespecifické prevence jsou volnočasové aktivity určené široké vrstvě dětí umožňující harmonický vývoj dítěte (Málková, 2008). Bohužel u nás je zatím tato prevence poněkud zanedbávána. Obecná opatření zahrnují vytvoření společenských podmínek, které regulaci tělesné hmotnosti usnadní. Týkají se např. nabídky sortimentu potravin s nízkým obsahem energie a s vysokou biologickou hodnotou, cenově zvýhodněných, uplatnění racionální výživy ve stravovacích zařízeních, zvláště pro děti a mládež, zlepšení zdravotní výchovy ve směru správných výživových návyků v rodinách atd. (Kyrálová a Matoušová, 1995)

Prevence obezity by měla začít již obdobím před těhotenstvím a pokračovat v jeho průběhu, protože může ovlivnit vývoj plodu, může být i dlouhodobě působícím faktorem, který rovněž ovlivňuje zdravotní stav člověka do dospělého věku. Je prokázáno, že v souvislosti s rozvojem nadváhy dítěte je důležitá už skladba stravy těhotné ženy. Plod si totiž dokáže vytvořit návyk zejména v případě některých specifických potravin. Zřejmé je to u alkoholu a kofeinu, ale může to platit také v případě sladkostí. Zvýšenou pozornost je potřeba věnovat prevenci u dětí, jejichž matka trpěla nadváhou nebo dokonce obezitou již během těhotenství. V takovém případě by prevence měla pokračovat v kojeneckém a batolecím věku (Fořt, 2004)

Pro zdraví dítěte a současně pro prevenci nadváhy či obezity jsou mimořádně důležitá výživově specifická období. Prvním obdobím je výživa kojence po porodu. Dostatečně dlouhé kojení je totiž základem prevence obezity (Nevoral, 2003). Výživa mateřským mlékem je ideálně vyvážená a složení se mění s růstem dítěte dle jeho potřeb. Zajišťuje optimální tělesný růst a psychický vývoj dítěte. Obezita se může začít vyvíjet, když má matka nedostatek mateřského mléka a musí podávat umělou výživu, dále když dítě dostává nadměrné dávky mléka, nebo se mu předčasně podávají nemléčné složky potravy apod. Rizikové je především předčasné odstavení dítěte, protože různé jiné potraviny jsou

nevhodně energetické a neobsahují důležité protilátky a některé druhy cukrů a tuků, které se ovšem přirozeně vyskytují v mateřském mléce (Gregora 2004, Hanreich 2001).

Po odstavu si batolata začínají vytvářet stravovací návyky, proto je třeba aby mu rodiče šly vzorem a vedli ho k tomu aby si umělo vybrat zdravé a hodnotné potraviny. Základ jídla by měly tvořit zelenina a cereálie ve čtyřech až pěti denních dávkách. Ty zajistí příjem minerálů a vitamínů a obsahují vlákninu, která příznivě ovlivňuje hladinu cholesterolu. U malých dětí není vhodné zásadním způsobem omezovat konzumaci tuků. Jejich příjem by neměl být nižší než 35 – 30% z celkového denního energetického příjmu. Z živočišných bílkovin je pro dítě důležité libové maso, drůbež, mléko, mléčné výrobky a vejce. Jako tekutina je vhodná kojenecká voda, neslazený bylinkový či ovocný čaj a zejména mléko.

Ve srovnání s předchozím obdobím se u dětí snižuje chuť k jídlu, vybírají si raději sladká jídla, slazené nápoje, a tím se zvyšuje riziko obezity. Vliv raného vystavení dítěte různým nevhodným potravinám ovlivňuje výběr jídla samotného dítěte i v pozdějším věku. To se týká především sladkostí, které zastávají v naší kultuře zejména funkci odměny (Nevoral 2003).

Děti v předškolním a školním věku se opět rychle vyvíjí a rostou. S věkem ubývá specifických doporučení a výživa dítěte je nadále více podmiňována výživovými zvyklostmi rodiny. Tyto zvyklosti dítě postupně přijímá a vytváří si základ vlastních stravovacích návyků pro období dospělosti. Dítě by mělo pravidelně snídat, obědovat, večeřet a mít dopolední i odpolední svačiny. Dalším důležitým bodem je rozdělení denního množství jídla do pěti menších porcí. Mezi nesprávné stravovací návyky patří především špatný stravovací režim (dítě jí nepravidelně, často nesnídá apod.), nedostatečný pitný režim (především malý příjem tekutin, konzumování sladkých energetických nápojů) a nevhodný nebo nadbytečný příjem potravy. (Drozdová a Sternovská 1998). Negativně se může projevat ranní spěch na přípravu a konzumaci snídaně. Velmi důležité jsou svačiny, které tělu zajišťují pravidelný přísun energie a živin. Zabraňují, aby vznikl pocit velkého

hladu a díky tomu jsou hlavní jídla o něco menší a nezatěžují tak nadměrně trávení. Nevhodné jsou například svačiny sestavené ze sladkých tyčinek apod. obsahujících nadbytek tuků a jednoduchých cukrů. U odpolední svačiny je třeba brát v úvahu, kolik a co mělo dítě k obědu a co bude mít k večeři. Někdy může postačit pouze ovoce, jindy například kousek chleba se sýrem či šunkou. Večeře by neměly být příliš kalorické a nemělo by po nich následovat již žádné energeticky bohaté jídlo (Hanreich 2001).

Dalším významným momentem je školní stravování. Průměrná nutriční hodnota školních obědů tvoří asi jednu třetinu doporučené denní dávky. Průzkumy často ukazují, že ve stravě školních dětí je nadbytek vepřového a hovězího masa, másla a přeslazených ovocných výrobků. Naopak nedostatečná bývá nabídka drůbeže, mléčných výrobků, luštěnin, čerstvé zeleniny a ovoce. Ne všechny děti se ale ve školních jídelnách stravují. Často si nakupují potraviny dle vlastního výběru, které jsou většinou nevhodné či jednostranné, například uzeniny, bagety, hamburgery atp. (Gregora 2004). Energetická hodnota stravy se mění podle věku dítěte. Ve třech letech potřebuje průměrně 1300 kalorií (5400 kJ), v šesti letech asi 1800 kalorií (7500 kJ). Důležitější než energetická hodnota stravy je však podíl jejích jednotlivých složek. Strava by měla být racionální a vyvážená, s dostatkem vitamínů, ovoce, zeleniny a vlákniny. (Hanreich 2001).

Přístup dítěte k výběru potravin je nejprve ovlivněn libostí či nelibostí chuti, psychickými momenty či jinými faktory. Výživa dětí v tomto věkovém období je však významným faktorem, který ovlivňuje nejen bezprostředně, ale i dlouhodobě celkový zdravotní stav člověka (Drozdová a Sternovská 1998).

Pohybová prevence je nedílnou součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu již na mateřské škole. V předškolním věku již potřebují děti cílenou pohybovou výchovu, často se u nich vyskytuje náchylnost k svalové a vazivové ochablosti. Tělesná výchova v mateřských školách bohužel není dostatečná. Děti potřebují co nejpestřejší náplň své činnosti, která by měla představovat motivaci pro další spontánní činnost. Nejvíce prostoru by mělo být věnováno hrám a soutěžím s využitím náčiní. Děti si umí hrát a v hodinách můžeme využít jejich fantazii a kreativitu. Nejvhodnější je použít hravé formy na různé motivy. Děti napodobují pohyby zvířat, přírodních jevů, pracovních pohybů a

podobně. Je vhodné kombinovat činnosti tak, aby některé obsahovaly nácvik s novým nářadím nebo náčiním, jiné kruhový provoz nebo třeba překážkové dráhy, a vše aby prolínaly soutěže a hry. Každá činnost by měla v závěru obsahovat relaxaci, díky níž se děti zklidní, uvolní a lépe se zapojí do další činnosti.

U malých dětí se zásadně neprovádí cviky s dlouhými výdržemi. Při statické námaze se děti snadno unaví, a to daleko dříve než při dynamickém cvičení, kdy se střídají pohyby rychlejší a pomalejší s krátkým odpočinkem. V předškolním věku je také vhodné začít s plaváním, které učí děti pravidelnému dýchání a zaměstnává všechny svalové skupiny. Při cvičení s dětmi musíme vždy respektovat zásady jako jsou hravost, spontánnost, ale také přiměřenost a všestrannost (Pastucha a kol., 2011) .

Ve školního věku je velmi důležitá rovnováha mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem, tedy jídlom 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. Doporučuje se opět plavání, rodinné túry i lyžování. Jízda na kole je vhodná jen na kratší vzdálenosti, jinak by znesnadňovala rozvoj hrudních svalů (skloněný trup, omezené dýchání, jednostranný pohyb nohou). Rovněž délku běhu je třeba přizpůsobovat věku a typu dítěte. Pokud se děti začínají věnovat sportu závodně, neměly by se tyto děti přetěžovat (Fořt, 2004).

Nemusíme hned běhat 20 km denně, stačí cyklistika, pěší turistika, pro děti je dobrý badminton, vybíjená a jiné hry. Abychom docílili pozitivního účinku, stačí cvičit minimálně třikrát až čtyřikrát týdně vždy alespoň 30 – 45 minut v intenzitě odpovídající 50 – 70% maximální funkční kapacity. (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.

Osm pravidel v prevenci dětské obezity

Jídelníček na pěti prstech jedné ruky. JÍST PRAVIDELNĚ 5xDENNĚ,

Bez snídaně se nejde z domu! SNÍDAT VŽDY DOMA

Zbytek pro ptáčky! NEDOJÍDAT CELÉ PORCE

Na pití je voda, ne cukřenka. NA PITÍ NESLADKÉ TEKUTINY

Mlsat s rozumem a pro radost. POCHUTINY JEN O VÍKENDU

Televize není k jídlu! NEJÍST U TELEVIZE

Chodit, chodit a chodit. 4 km CHŮZE DENNĚ, CVIČIT 3x TÝDNĚ DO SPOCENÍ, DO SCHODŮ VŽDY PĚŠKY

Sny pro pěknou postavu 7-8 hodin nerušeného spánku denně

2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevencí je myšleno vyhledávání obézních dětí, zejména ve školách. Rodiče obézních dětí by ve většině případů kvůli obezitě odbornou pomoc nevyhledali. Důležitou roli v sekundární prevenci hraje pediatr, který má k dispozici výškově hmotnostní tabulky a díky nim může vyhodnotit při preventivních prohlídkách stav dítěte. 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).

Sekundární prevence zahrnuje také aktivity, které následují po stanovení již existující obezity dítěte. Měla by předejít dalšímu nežádoucímu průběhu a zabránit vzniku komplikací. Dětský lékař stanoví prioritní problémy dítěte a na základě stanovených diagnóz stanoví pravidla, které by mělo obézní dítě i jeho rodina dodržovat. Pokud dítě

nepřirozeně rychle přibývá na váze, provádí se vyšetření cholesterolu, 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 patřičnému specialistovi, například k dětskému obezitologovi nebo endokrinologovi. (Sikorová, 2012).

Nespecifické preventivní programy na celospolečenské úrovni se neosvědčují a přes vysokou nákladovost vykazují nízkou efektivitu. Výrazně vyšší efektivitu je dosaženo při zacílení na konkrétní skupinu. V rámci prevence běžné dětské obezity jsou zásadní takové programy, které jsou zacílené na určitá časová okna ve vývoji dítěte. Prvé období je v kojeneckém období od 6. měsíce věku do 2 let, druhé období v předškolním věku od 4 do 6 let a třetí v mladším školním věku od 8 do 10 let (MEDASOL, 2015)

Mimo tato období je efektivita prevence sporná, dokonce může přinášet i negativní výsledky. Zejména v pubertě je nevhodné řešit prevenci obezity, protože běžná dětská obezita je v populaci již plně rozvinuta a pro senzitivní jedince (zejména děvčata) může být spouštěčem rozvoje poruch příjmu potravy, jako je anorexie nebo bulimie. V tomto období lze doporučit pouze všeobecnou prevenci na úrovni zdravého životního stylu (MEDASOL, 2015).

Výskyt nadváhy má výrazně familiální charakter a postižení bývají i ostatní členové rodiny. Není výjimkou, že první postižený v rodině může být dítě, teprve následované nejčastěji otcem. Praktický lékař má během preventivní prohlídky jen malou možnost efektivně informovat dítě a jeho rodiče o ohrožení rozvojem nadváhy a vznikem obezity. Tuto funkci tedy musí převzít jiné instituce. Základní informaci o prevenci dětské obezity se věnuje projekt „S dětmi proti obezitě“. Účelné preventivní nástroje nabízí projekt Caterpillar (Medasol, 2015).

Tento sekundární preventivní program je určený pro rodiny batolat a předškolních dětí, které jsou ohrožené rozvojem nadváhy. Během preventivních prohlídek v 1.5, 3, 5 a 7 letech, při kterých se hodnotí BMI pomocí růstových grafů se lékař dotáže na pět otázek, Když obdrží pozitivní odpovědi a vyhodnotí zvýšené riziko rozvoje nadváhy, předá rodičům dítěte informační leták projektu a pozve je k další schůzce, případně potřeby pozve

k jednání nutričního terapeuta. S rodinou dítěte dále spolupracuje půl roku na změně životního stylu rodiny a dbá na dodržení stěžejních preventabilních kroků zdravého životního stylu (MEDASOL, 2015).

Pokud má rodič podezření na nadváhu je nejlépe se obrátit na praktického lékaře pro děti a dorost, který nejlépe zná zázemí dítěte a možnosti v blízkosti bydliště. Se závažnou obezitou je vhodné se obrátit na spádovou endokrinologickou ambulanci, která pomůže s diagnostikou a terapeutickou rozvahou. Pacienti s nezávažnou nadváhou a obezitou jsou určeni do dětských obezitologických poraden. Komplikovaná dětská obezita je určená do dětských obezitologických ambulaní. Ve světovém měřítku je v České republice unikátní síť ozdravoven s 3 týdenní režimovou léčbou a lázeňských pracovišť s 4 týdenní intenzivní léčbou dětské obezity. Tato pobytová pracoviště dosahují vynikajících krátkodobých výsledků, ale pro dlouhodobý efekt je nutná dlouhodobá spolupráce s renomovaným výživovým konzultantem.

2.3 TERCÍÁRNÍ PREVENCE

Terciární prevencí obezity je myšlena již samotná léčba obezity, jejímž cílem je snížit nebo alespoň udržet tělesnou hmotnost dítěte, zabránit „jo-jo efektu“ a vzniku komplikací (Málková, 2011). Zásadní větou v léčbě dětské obezity je, že dítě není malý dospělý. Z toho vyplývá, že je velmi obtížné nasadit dítěti redukční dietu, nikdy by se to nemělo stát bez konzultace s odborníkem. Dětský organismus je v nepřetržitém vývoji a omezení příjmu některé důležité látky by mohlo mít zásadní následky. Obezita je definována jako multifaktoriální onemocnění, a proto je důležité léčit jí též multifaktoriálně čili komplexně. Je samozřejmě vhodné upravit jídelníček, zvýšit pohybovou aktivitu a změnit psychologický pohled na obezitu jako problém, je však také nutné podotknout, že tyto složky jsou maximálně účinné jen v případě jejich současného působení.

2.4 REDUKČNÍ LÉČBA OBEZITY V DĚTSKÉM VĚKU

Před zahájením redukční léčby je nutné zjistit stravovací návyky dítěte. Nejlépe tak, že vyplní tabulku, do které zaznamenává veškerou snědenou potravu během sedmi dnů. Na základě takto zaznamenaného jídelníčku lze vyhodnotit množství a kvalitu jídla, které dítě snědlo a přibližný čas. Tabulka je vždy předpřipravená a na jídelníčku můžeme vidět

nedostatky či prohrašky sledovaného a upozornit ho na chyby či mu případně navrhnout řešení (Marinov, 2011).

Redukční dieta by nikdy neměla být použita u dětí do tří let. Energetický obsah redukční diety u dítěte by neměl bránit tělesnému růstu a vývoji mozku. Měl by pouze minimalizovat vzestup hmotnosti i BMI (Pařízková, Lisá, 2007).

Výživa dítěte musí obsahovat takové množství živin, vitamínů a minerálů, aby byl zajištěn optimální tělesný růst a vývoj psychických funkcí dítěte. Ke snížení energetické hodnoty dětského jídelníčku často stačí zaměnit sladké nápoje za nekalorické, snížit příjem cukrovinek a tučných jídel z „fastfoodu“, postupně odvykat konzumaci energeticky bohatých a reklamou vnucovaných pamlsků a zvýšit příjem zeleniny (Starnovská, 2008).

Důležité je při terapii zohlednit i psychologický stav dítěte. Při nasazení redukční diety by dítě nemělo mít pocit, že je odlišné od ostatních, a nemělo by mít ani pocit, že je o něco ochuzené. Dítě by vždy mělo znát důvody, proč má držet dietu a mělo by jí v rámci možností i rozumět. Pak se totiž může i samo realizovat v plánování svého jídelníčku. Je také velice důležité pamatovat na riziko vzniku poruch příjmu potravy. Studie obézních dětí na redukční dietě bylo odhalila, že k poruše příjmu potravy došlo u 3, 8 % dětí a vždy se jednalo o bulimii (Hort, Hrdlička, Kocourková, Mála a kol. , 2000).

Základní zásady dietoterapie

- Pestrá a vyvážená strava rozdělená do 5-6 porcí, nevynechávat snídani a nejíst v nočních hodinách, nehladově!
- Omezit příjem tuků: nízkotučné mléčné výrobky, libové maso, ryby, upřednostňovat rostlinné tuky před živočišnými.
- Vysoký obsah ovoce (až 250 g/den) a zeleniny (500 g/den), 1x týdně luštěniny.
- Vyloučit bílé a sladké pečivo, nahradit ho celozrnným, vyloučit chipsy a slanétyčinky.
- Sladkosti pouze výjimečně, upřednostňovat dezerty z nízkotučného tvarohu a bílku a kvalitní hořkou čokoládu.

- Dodržovat pitný režim – pitná voda, sodovka, neslazené minerální vody, vynechat slazené nápoje a džusy.
- Pokrmy připravovat vařením, dušením, grilováním a pečením bez přidaného tuku, nezahuštěné moukou (Aldhoon Hainerová, 2010).

Pohybová aktivita v kontextu léčby obezity v dětském věku

Součástí léčby dětí s obezitou je pohybová terapie. Zaměřuje se nejen na snížení hmotnosti, ale také na úpravu vadných vadačného držení těla, svalových dysbalancí, ortopedických vad a na psychický stav pacienta. Potřeba pohybové aktivity je v dětském věku fyziologicky vyšší než u dospělých a je nejfyziologičtější přístupem v prevenci i léčení obezity . Podle doporučení světových organizací je třeba dodržovat následující pravidla:

1. Nejvhodnějším postupem pro prevenci obezity je přiměřená pohybová výchova od nejútlejšího věku v rodině a v mateřské škole. Obezita se v současné době začíná rozvíjet již v předškolním věku. Adekvátní rozvoj pohybových schopností a dovedností přispívá u dítěte k potřebné spontánní pohybové aktivitě, k jeho zájmu o tělovýchovné činnosti a eventuálně k účasti ve vhodném sportu i v průběhu dalšího rozvoje.
2. Pohybové aktivity aerobního charakteru denně kumulativně 60 minut (a více) střední (50–60 %) až intenzivní (60–80 %) intenzity. Intenzitu i délku jednotlivé cvičební jednotky postupně zvyšujeme.
3. Silová svalová cvičení a cvičení podporující zdravý vývoj kostí. Minimálně 3x týdně. Silovou aktivitu pak doporučujeme provádět u dětí před pubertou pouze při cvičích se zátěží vlastní váhou, maximálně se závažím do 10 % váhy, u adolescentů se závažím do maximálně 1/3 hmotnosti dítěte (Kytarová a kol. 2011).

Intenzita a výběr pohybových činností je třeba volit podle věku pacienta, celkového zdravotního stavu a stupně obezity. Minimální délka cvičení by tak měla být alespoň 30 minut denně bez ohledu na BMI dítěte. Vhodné pohybové aktivity pro děti s nadváhou a obezitou jsou 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 (Pastucha a kol. 2011).

Kognitivně behaviorální terapie v kontextu léčby obezity v dětském věku

Kognitivně behaviorální terapie vychází z předpokladu, že všechno, co bylo naučeno, může být také odnaučeno. Je nejpoužívanější metodou v oblasti řešení „návykových“ problémů pacienta, tj. i v oblasti léčby obezity. Většina terapií redukce nadváhy se týká pouze změny v jídelníčku, což je častým důvodem neúspěchu v udržení váhových úbytků. Při hubnutí se však nestačí zaměřit na změnu jídelníčku - chování, ale je nutné ovlivňovat i myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou. Podstatou a cílem KBT je změna nevhodného či nežádoucího myšlení, chování a emocí pacienta na základě teorií učení. KBT přitom vychází z toho, že právě myšlení, chování a emoce v návaznosti na centrální nervovou soustavu jsou základními složkami osobnosti člověka (tzv. systémové pojetí psychiky) (Kytnarová a kol. 2011).

3 INSTITUTE ZABÝVAJÍCÍ SE PREVENČÍ A LÉČBOU OBEZITY

Prevence obezity jako zdravotně sociální problém zahrnuje mnohá odvětví společnosti, zejména zdravotnictví, zemědělství, dopravu, práce a sociální věci, neziskové organizace, komunitní aktivity, redukční kluby jako je například STOB. V České republice je mnoho mezinárodních vědeckých projektů změřených na léčbu a prevenci obezity. Tyto projekty jsou hrazené z programů EU (DIOGENES Dieta, Obezita a Geny, NUGENOB) a řada dalších projektů, například to je: norský finanční mechanismus – COPAT (Childhood Obesity Prevention And Treatment) a „S dětmi proti obezitě“ (MEDASOL, 2015). V roce 2006 byla odsouhlasena ministerstvy zdravotnictví v rámci ministerského setkání v Istanbulu, nutnost zapojení všech odvětví v rámci prevence a léčby obezity. Výsledky jednání byly zformulovány v Evropské chartě o obezitě (Kunešová, 2009).

Národní rada pro obezitu byla ustanovena roku 2004 tehdejší ministryní zdravotnictví Miladou Emmerovou. Hlavním úkolem Národní rady pro obezitu je realizovat Národní akční plán proti obezitě v rámci projektu Zdraví 21. Mimo jiné se rada zabývá problematikou výživy a potravin, fyzické aktivity, dětské obezity, léčby obezity, komunitními programy a informováním veřejnosti. Pro účinný proces prevence a léčby obezity je nezbytné zajistit koordinovaný postup a podporu i v odvětvích, které se zatím v projektech prevence obezity neangažují (Kunešová, 2009).

Prevence proti obezitě ve školství

Program Škola podporující zdraví (dříve Zdravá škola) je program Světové zdravotnické organizace, který je od roku 1991 k dispozici také školám v ČR. Jedná se o systém včasné primární prevence civilizačních chorob, antisociálního chování a všech závislostí včetně obezity. V současnosti je do tohoto projektu v ČR zapojeno přibližně 100 mateřských škol, stejný počet základních škol a jedna škola střední, které vytvářejí dohromady tzv. Národní síť škol podporujících zdraví.

Program ŠPZ pomáhá školám (MŠ, ZŠ, SŠ), aby si týmovou spoluprací stanovily dlouhodobou a vyváženou koncepci, strategii a metody řízení své kvalitativní proměny v

dílnu zdravého způsobu života a vzdělávání. Cílem proměny je trvale umožňovat optimální vývoj a rozvoj každého jednotlivce, žáka a učitele v součinnosti s rodiči a obcí, po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní.

Prevence obezity v mateřských školách

V prevenci nadváhy a obezity hraje největší roli rodina a pak následuje mateřská škola, kde se dítě dovídá základy zdravé životosprávy, kterou si nestačilo osvojit v rodině. V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) je zdravotní výchova přímo zařazena mezi vzdělávací oblasti. Ale Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) žádnou takovou oblast nemá. Zdravotní výchova je zařazena v každé vzdělávací oblasti mezi očekávanými výstupy. Mezi takové vzdělávací oblasti patří např. "Dítě a jeho tělo", kde by se dítě mělo naučit zásady zdravé výživy, stolování a pochopit důležitost aktivního pohybu a sportu pro zdraví. RVP PV sice zahrnuje i prevenci proti obezitě, ale její rozsah je nedostačující. Proto se mnoho organizací v České republice zabývá prevencí nadváhy. Různé organizace se zabývají všemi třemi druhy prevence, ale já jsem se v následující kapitole zaměřila na primární prevenci, která je v České republice stále zanedbávaná.

Preventivní programy zaměřené na dětskou obezitu dětí předškolního věku

V posledních letech funguje několik programů primární prevence proti obezitě, ale zatím jich není mnoho pro děti předškolního věku. Zaměřím se na tři velké programy pro děti předškolního věku - Pyramidáček, Zdravá abeceda, Zdravá pětka = zdravý předškolák a zvláště na jejich stručnou charakteristiku.

Pyramidáček

Pyramidáček je projekt pro mateřské školy, který byl vyvinut v roce 2005 Státním zdravotním ústavem Brno. Jedná se o edukační materiál s pomůckami a návody pro vedení hodin s tematikou zdravého životního stylu, tedy hlavně správné výživy. Cílem programu je pomocí her, úkolů, soutěží, říkadel a pohádek naučit děti správnému životnímu stylu, především výživě, pomocí potravinové pyramidy. Učitelka postupně řeší s dětmi určité patro pyramidy, přičemž jako pomůcku k výuce si může vybrat některé z navržených

úkolů. Náměty na úkoly nejsou rozděleny pro jednotlivá období, závisí tedy na učiteli, který úkol zařadí do své výuky (Košťálová a Gajdošová, 2006).

Zdravá abeceda

„Zdravá abeceda“ vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní děti, z principů Školky podporující zdraví (prvky montessori pedagogiky), z programu Začít spolu a globální výchovy. Do programu jsou zapojováni nejen děti a pedagogové, ale i rodiče. Jedině tak je možné změnit stravovací návyky dítěte a upevnit zásady zdravého životního stylu, tak aby vydržel do dospělosti.

Specifické programy zaměřené na prevenci obezity žáků základních škol

V rámci prevence nadváhy a obezity jsou v České republice v rámci preventivních programů podpory zdraví realizovány projekty zacílené na různé skupiny dětí od mateřských škol až po starší žáky základních škol.

Níže jsou uvedeny vybrané realizované projekty zabývající se motivací k pohybu a prevencí obezity u dětí a žáků základních škol. Přehled programů je publikován na serveru „Výchova ke zdraví“, autorem internetových stránek je kolektiv zdravotnických pracovníků odboru podpory zdraví Krajské hygienické stanice Pardubického kraje z podpory Ministerstva zdravotnictví.

Programy zaměřené na mladší žáky

- Hubneme s Bumbřínkem
- Hejbej se! Nedej se!
- Výživa hrou, aneb s Danem jíme zdravě
- Putování za zdravým jídlem

Programy zaměřené na starší žáky

- Výživa dětí – poradenské centrum Výživa dětí poskytuje preventivní výživové poradenství dětem ve věku od 3 do 18 let. Cílem poradenského centra je poskytnout odborné informace dětem a rodičům o nezbytnosti správné výživy a zdravého životního stylu v rámci prevence civilizačních onemocnění včetně nadváhy a obezity u dětí. Garanty Poradenského centra Výživa dětí jsou Fórum zdravé výživy, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Občanské sdružení praktických dětských lékařů.

- Zdravá školní jídelna - cílem projektu je poskytnout návod školním jídelnám na sestavení a dodržování nutričně vyváženého a pestrého jídelníčku. Školní stravování se musí řídit obecně uznávanými požadavky na výživu dětí, které jsou dány Vyhláškou č. 107/2005 Sb. , o školním stravování MŠMT ČR. Tento projekt přináší další zlepšení ve formě Nutričního doporučení ke spotřebnímu koši stanoveném vyhláškou. Projekt je součástí programu Zdraví 2020.
- Hravě žij zdravě – jedná se o internetový kurz zdravého životního stylu pro děti, rodiče i třídy. Program probíhá formou kurzu zdravého životního stylu v rozsahu 4 týdenního kurzu v rámci 4. lekcí. Lekce obsahují část výukovou a část záznamovou. Záznamová část je formou deníčku, kde si lze zaznamenávat jídelníček a pohybovou aktivitu. Projekt je vytvořen pod záštitou České potravinářské komory ve spolupráci s klubem STOB.
- Sportuj ve škole – jedná se o dotační projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny ve spolupráci s Asociací školních sportovních klubů na podpoře pohybových aktivit dětí a mládeže od 6-18 let zapojených do kroužků na školách, kde působí asociční školní sportovní kluby.
- Sportující škola – Evropská komise ve strategických dokumentech uvádí záměr vytvořit a rozvíjet značku „Sportující škola“. Značka je postavena na kritériích hodnocení kvality školních sportovních programů. Tímto by měl být dán školám směr a cíl, jak sportovní programy rozvíjet. Užívání značky se předpokládá od roku 2016.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se budu zabývat návrhem preventivního programu, který je zaměřen na základní školy.

Preventivní program dětské obezity pro nižší stupeň ZŠ

Obezita a nadváha se vyskytuje u dětí školního věku častěji než-li v minulosti. Informovanost dětí o komplikacích obezity je může vést ke zdravějším stravovacím návykům a k začlenění pravidelné pohybové aktivity do jejich denního režimu. Téma prevence obezity se tedy stále více rozšiřuje a to také v dokumentech školy, jako jsou např. Školní vzdělávací program či Rámcový vzdělávací program. Také tento preventivní program se snaží o prevenci dětské obezity a podporu zdravého stravování a zdravého životního stylu u dětí.

Školy, které budou v rámci tohoto projektu podporovat zdraví, budou stát na třech základních pilířích – zdravé učení, pohoda prostředí, spolupráce s rodiči. Díky tomu se vytvoří příjemné prostředí, které bude založené na určitých hodnotách, spolupráci a otevřenosti.

Člověk podporující zdraví se vyznačuje níže uvedenými životními kompetencemi:

- 1) Rozumí holistickému pojetí zdraví a pojímá jako podpora zdraví a prevence nemocí.
- 2) Uvědomuje si, že zdraví je prioritní hodnotou.
- 3) Umí řešit své problémy.
- 4) Nese odpovědnost za způsob života, který vede a za vlastní chování.
- 5) Je duševně odolný a zná techniky duševní hygieny.
- 6) Je schopen komunikace a spolupráce.
- 7) snaží se o vytvoření podmínek, které jsou prospěšné zdraví.

Charakteristika preventivního programu

Jedná se o dlouhodobý projekt, který si klade za cíl rozvoj životních kompetencí žáka s důrazem kladeným na úctu ke zdraví, odpovědnost k vlastnímu i cizímu zdraví. Dalším

cílem je další vzdělávání pedagogů, výměna zkušeností pedagogů a hodnocení vlastní práce. Posledním cílem je pozitivní ovlivnění rodičů v postojích, které zaujímají vůči zdravému životnímu stylu.

Preventivní program proti obezitě „Duhový život Zdravíčka“ je edukační materiál určený pro učitele nižších stupňů základních škol a pro rodiče žáků nižšího stupně. Tento materiál pomáhá v přiblížení zásad zdravého životního stylu, který je prevencí proti obezitě.

Žáci se v rámci tohoto programu budou seznamovat s životem Zdravíčka, což je malý skřítek, který se stravuje zdravě a má rád pohyb. Příběhy Zdravíčka budou doplněny o úkoly a činnost, kde bude žákům přiblíženo riziko obezity a to, jak je možné obezitě předcházet – tzn. pohybem a zdravou stravou.

Cíl programu

Seznámení žáků se zásadami zdravého stravování a zdravého životního stylu.

Informování žáků o obezitě a jejích následcích.

Nácvik zdravého stravování.

Nabídnout žákům různé pohybové aktivity.

Cílová skupina

6 – 10 let, chlapci i dívky.

Složení programu

Preventivní program je rozdělen do několika tematických okruhů, které jsou navíc doplněny o pracovní listy k probírané tematice. Každý okruh programu se zaměřuje na jednu z příčin vzniku obezity a jeden okruh se věnuje rizikům vzniku obezity.

Teoretická část -v této části jsou obsaženy základní informace určené pro pedagogy a pro rodiče. Tato část práce je rozdělena do několika samostatných okruhů, které se zaměřují na prevenci dětské obezity.

Metodická část – zde jsou uvedeny návody na práci s dětmi, a to jak práci ve škole, tak doma. Dále je zde uveden seznam doporučené pohybové aktivity pro danou cílovou skupinu a cviky vhodné pro cílovou skupinu, a to v rámci tělesné výchovy, tak také pro domácí cvičení.

Okruhy teoretické části

1. Zdravíčková Duhová kuchyně

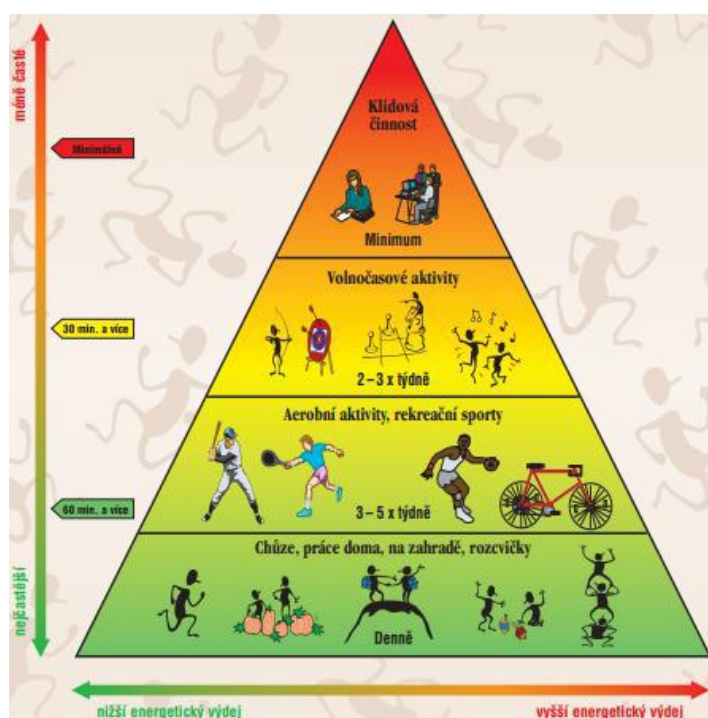
Jedná se o úvodní část, která se zabývá zdravým životním stylem jakožto prevencí proti obezitě. Tato kapitola se zaměřuje na zdravé potraviny, zdravé stravování, výživu, výživovou pyramidu. Žáci díky tomu lépe pochopí, co mohou jíst, které potraviny mají jakou výživu, jaké by mělo být denní a týdenní složení stravy, apod.

2. Zdravíčko je unaveno

V této části dojde na následky obezity, ke kterým patří mimo jiné únav dětí. Dětem se zde vysvětluje „Vzorec proti únavě“, na kterém mohou žáci vidět, co jim pomůže získat více energie a čemu by se naopak měli vyvarovat.

3. Zdravíčko a Lenivec

Zde je na setkání Zdravíčka a souseda Lenivce vysvětleno, jak je důležitý pohyb v životě člověk. Tato kapitola se zaměřuje celkově na pohyby a rizika, která s sebou přináší nedostatek pohybu u dětí. V kapitole je představena „Pohybová pyramida“, na níž jsou rozděleny jednotlivé druhy pohybových aktivit do čtyř pater dle toho, co je třeba, aby dělaly děti nejčastěji a čemu by se měli optimálně vyhýbat.



Zdroj: <http://www.humankinetics.com/>

4. Soused Otesánek

V rámci tohoto okruhu se Zdravíčko setkává se sousedem Otesánkem a vzájemně si debatují o tom, jaký má kdo životní styl a co mu to přináší. Okruh se věnuje zdravému stravování, zdravému sestavení stravy. Tzv. Zdravý talíř, které Zdravíčko prezentuje je lepší variantou tzv. výživové pyramidy. Složení zdravého talíře odpovídá moderním vědeckým poznatkům a také pro děti je toto lépe pochopitelné. Za pomoci grafického znázornění, které odpovídá skutečnému talíři, tak není nutné složitě počítat jednotlivé porce.

Kamarádi z Rychlozemě

Zde se Zdravíčko zamýšlí nad svými kamarády z Rychlozemě, kteří mají rychlý životní styl a neumí relaxovat. Zdravíčko zdůrazňuje nutnost relaxace a prevenci proti stresu a zrychlenému způsobu života.

Dále je zde pojednáváno o správném stolování, což je důležité, aby si děti osvojili co nejdříve.

5. Mediálek

V této poslední kapitole teoretické části se Zdravíčko zabývá sousedem Mediálkem. Hovoří se zde o vlivu médií, o riziku televizních reklam, počítačů, apod. Zdravíčko žákům ukazuje, jak by bylo lepší trávit volný čas a jakou maximální denní dobu by měli věnovat počítači a televizi.

Tabulka č. 1 Teoretická část

Zaměření okruhu	Obsah okruhu
Zdravíčková Duhová kuchyně	Zdravý životní styl.
Zdravíčko je unaveno	Následky obezity, únava.
Zdravíčko a Lenivec	Pohyb. Rizika nedostatku pohybu.
Soused Otesánek	Strava
Kamarádi z Rychlozemě	„Rychlý“ životní styl, relaxace, stolování.
Mediálek	Negativní vliv médií na dítě.

Zdroj: Vlastní zpracování

V tomto programu se pedagogové i rodiče dozvídají o základech zdravé výživy, informace o potravinové pyramidě, o potravinovém talíři, získávají informace, kolikrát denně musí děti jíst, jaké by mělo být optimální složení stravy, apod. Tento manuál je doplněn u seznam vhodných pohybových aktivit a o praktickou ukázkou cviků pro žáky nižšího stupně základní školy.

Rodičům jsou v rámci tohoto preventivního programu dispozici kontakty na odborníky, které se problematikou obezity, zdravé výživy a zdravého životního stylu zabývají. Jedná se o výživové poradce, lékaře a psychology.

V rámci programu jsou pro zájemce realizovány kurzy snižování nadváhy, které jsou tříměsíční a probíhají v rámci 16-ti lekcí. Každá lekce je složena z cvičení, které je přizpůsobeno cílové skupině a skupinové terapii, popř. individuální terapii a poradenství (dle zájmu rodičů dětí).

Při plánování pohybové aktivity se vychází ze stupně obezity dítěte a z oslabení pohybového systému. Cílem těchto kurzů je nejen hubnutí a naučení se způsobů zdravého stravování, ale také vytvoření trvalého tréninkového programu a naučení vhodných pohybových aktivit dítěte tak, aby jej pohyb bavil a přinášel mu užitek.

V rámci těchto kurzů jsou do pohybových aktivit jednou měsíčně zapojováni i rodiče, a to v rámci pravidelného tréninku. Na závěr kurzu je konán víkendový pobyt (hrazen rodiči), který se orientuje na pohybové aktivity a na přednášky o zdravém stravování a zdravém životním stylu.

Metodická část

Pokyny pro pedagogy a rodiče:

1. Důležité je správné vedení rodičů dítěte ke zdravé výživě. Je nutné, aby děti doma viděli určitý vzor. Rodiče musí jít dětem příkladem.

2. Je důležité dodržovat správný stravovací režim – 5- 6x denně v menších porcích. Dítě by mělo pravidelně snídat, svačit, obědovat a večeřet. Porce by měli splňovat jak kvantitativní tak i kvalitativní kritérium správné výživy.
3. Snídat by se mělo vždy doma a v klidu. Ne při chůzi do školy, či až ve škole.
4. Vyhýbat se nevhodným zásahům – nenutit děti, ať si přidají, nenakládat jim zbytečně velké porce, nedávat sladkosti za odměnu apod.
5. Ke svačině by měli děti přednostně mít ovoce a zeleninu. Svačiny stačí malé.
6. Rozumná konzumace sladkostí.
7. Celodenní pitný režim (1-2 litry denně v případě dítěte).
8. Nepříliš tučné večeře. Nejíst pozdě večer.
9. Důležitou roli hraje také prostředí, ve kterém se dítě vyskytuje, tzn. rodina a škola, kde dítě stráví několik hodin denně. Učitelé by měli vést žáky ke zdravému životnímu stylu a edukovat ke správné výživě. Pedagog by měl ve škole dohlížet na to, aby se dítě o přestávkách najedlo a pokud možno, aby bylo jídlo co nejvíce v klidu. Rodiče, by měli své děti přihlásit do školní jídelny, aby bylo zvyklé na teplé jídlo. Jsou děti, které se ve školních jídelnách nestravují a zajdou si koupit něco k jídlu do obchodu. Většinou je však jejich volba nesprávná a tyto svačiny v žádném případě nenahrazují teplý oběd ze školní jídelny. Organismus je tedy časem ochuzen o některé látky, např. nedostatečné množství bílkovin, atd.
10. Pohybová aktivita dítěte je velmi důležitá. Rodič by se měl snažit dítě vést ke sportu – jízda na kole, plavání, fotbal, florbal, tenis aj. Tělesná výchova ve škole má také v prevenci svou roli, není proto dobré děti z těchto hodin často omlouvat. Mimoškolní aktivitě se dnes věnuje málo dětí. Pohybová aktivita dětí je proto často ovlivňována pohybovou aktivitou rodičů.

Nabídka pohybových aktivit žákům v rámci základní školy:

tělesná výchova,

pohybové kroužky (taneční kroužek, fotbal, florbal, gymnastika),

sportovní hry ve škole,

kondiční cvičení,

sportovní víkendové mimoškolní aktivity

ZÁVĚR

Škola má velký význam v prevenci obezity, a to v oblasti primární tak sekundární. Pomáhá ve vyhledávání dětí s nadváhou, které by si samy nevyhledaly odbornou pomoc, respektive jejich rodiče. Školy by měly pomoci dohnat dítěti to, co rodiče určitým způsobem zanedbávají. Přitom ve vyučujících hodinách není zdravému životnímu stylu věnováno příliš času a jediným pilířem jsou povinné hodiny tělesné výchovy.

Zásadní problém ve školských zařízeních jsou hlavně automaty na sladké nápoje a sladkosti. Jedním z nejdůležitějších opatření je tyto automaty ze školských zařízení odstranit a nahradit je automaty se zdravými potravinami. Přínosem by také byla instalace vodních fontánek a vyvážené školní stravování, což se v posledních letech hodně zlepšilo. Co se týče výchovy ke zdravému životnímu stylu (zdravá výživa a pohybová aktivita) je nezbytné, aby byli učitelé v tomto směru dostatečně informováni a společně s rodiči vzdělávali děti již od předškolního věku. Další nezbytností je větší rozsah tělesné výchovy ve školách, kdy by se měla ve větší míře hodnotit snaha před úspěšností. Ne všechny děti mají vlohy ke sportovním aktivitám a systém známkování je v takovém případě může připravit o chuť ke cvičení. Jednou z možností prevence nadváhy je podpora tzv. „chodících autobusů“, kdy je skupinka dětí vedena v doprovodu dospělého do školy (Aldhoon Hainerová, 2009).

Osobně bych doporučila větší začlenění školních institucí a do prevence proti obezitě. Zajištění více hodin tělesné výchovy, apelovala bych na dodržování pitného režimu na školách. Nezbytná je také zdravá strava ve školních jídelnách a automatech. Společnost by mohla pořádat více aktivit, díky kterým se děti zapojí do různých pohybových kroužků. Založení rodinných letních edukačních táborů, kde by se děti společně se svými rodiči učily zdravému životnímu stylu.

Národní zpráva o zdraví a životním stylu českých školáků v roce 2010 uvádí pozitivní výsledky dlouhodobého preventivního programu Škola podporující zdraví. Ze srovnání odpovědí žáků několika desítek základních škol na otázky týkající se zdravého životního stylu vyplývá, že žáci škol zapojených do programu „Škola podporující zdraví“ tráví menší

počet hodin u počítače, cítí se ve škole lépe a lépe se stravují (Kalman a kol. 2010). Programy primární prevence ve školách se tedy neminuly účinkem a je žádoucí jejich posílení.

RESUMÉ

Bakalářská práce Prevence dětské obezity je rozdělena do dvou částí. První část je zaměřena na teoretickou část. V teoretické části se zabývám obecnou problematikou obezity, prevencí obezity a institucemi, které se prevencí obezity zabývají. V praktické části se zabývám preventivním programem, o kterém si myslím, že by byl přínosem pro prevenci do základních škol.

The Bachelor thesis Preventing childhood obesity is divided into two parts. The first part focuses on the theoretical part. The theoretical part deals with general issues of obesity, obesity prevention and institutions that deal with prevention of obesity. The practical part deals with the prevention program, which I think would be beneficial for prevention in elementary schools.

SEZNAM LITERATURY

- HAINER, Vojtěch. Základy klinické obezitologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 356 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0233-9
- SVAČINA, Štěpán a Petr VLČEK. Klinická dietologie: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-247-2256-6
- PASTUCHA, Dalibor. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2
- HLADNÁ, Hana. Prevence obezity u dětí [online]. 2011. Citováno dne: 5.11.2015. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-obezity-u-deti-458225>
- MEDASOL. Klasifikace dětské nadváhy a obezity [online]. Citováno dne: 5.11.2015. Dostupné z: http://sdetmiprotiobezite.cz/?page_id=427#
- PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence. 1. vyd. Praha: Galén, c2007, 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9.
- ALDHOON HAINEROVÁ, I. Dětská obezita. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7.
- DROZDOVÁ, V. , STERNOVSKÁ, T. Diety při dětské obezitě. Praha: Sdružení MAC, 1998. 32 s. ISBN 80-86015-28-9
- FOŘT, P. Stop dětské obezitě. 1. vydání Praha: Ikar, 2004. 208 s. ISBN 80-249-0418-7
- GREGORA, M. Výživa malých dětí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X
- HANREICH, I. Jídlo a pití malých dětí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 108 s. ISBN 80-247-0100-6
- HORT, V. , HRDLÍČKA, M. , KOCOURKOVÁ, J. , MALÁ, E. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- KALMAN, M. , SIGMUND, E. , SIGMUNDOVÁ, D. a kol. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010. V rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in school-aged Children: WHO Collaborative Cross-national study (HBsC). “ HB sC – Česká republika – 2010 http://hbsc.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf
- KOŠTÁLOVÁ , A. , GAJDOŠOVÁ , J. , Pyramidáček. Edukační materiál pro pedagogy MŠ a ZŠ s pomůckami a návody pro vedení hodin s tematikou zdravého životního stylu. Zdravotní ústav v Brně. 2006 [online]. <http://www.pyramidacek.cz/index.html>

KUNEŠOVÁ, M. Výskyt obezity v ČR u dětí a dospělých. Vztah k příjmu potravy. Výživa a potraviny. 2009, 49-51(02), ISSN 1211-846X.

KYRALOVÁ, M. , MATOUŠOVÁ, M. Zdravotní tělesná výchova – II. část. Praha: Sdružení pro rozvoj zdravotní tělesné výchovy a Unie zdravotní tělesné výchovy, 1995. 176 s. ISBN 80-85228-24-6

KYTNAŘOVÁ, J. a kol. . Obezita u dětí. Standard léčebného plánu. Pediatrie 10, květen 2011, str. 1-16

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

MARINOV, ZLATKO, et al. S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!. Vyd. 1. Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-09-4.

MEDASOL 2015 <http://sdetmiprotiobezite.cz/>

NEVORAL, J. Výživa v dětském věku. 1. vydání. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2003. 434 s. ISBN 80-86-022-93-5

PAŘÍZKOVÁ, J. , LISÁ, L. , et al. Obezita v dětství a dospívání. Praha: Galén, 2007. S. 239, ISBN 978-80-7262-466-9

PASTUCHA, Dalibor. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2

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

STARNOVSKÁ, T. Výživa dětí aneb Dítě není malý dospělý. Hubneme s rozumem, 3, 2008 s. 2. -8. ISBN 80-247-9022-X

TKÁČOVÁ, L. , WICZMANDYOVÁ, D. Nadváha a obezita u dětí. [online]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nadvaha-a-obezitau-deti-449169>.

URBANOVÁ, Z. Můžeme ovlivnit výživu v dětství? Pediatrie pro praxi. [online] 2008, roč. 9. s. 236-239. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/04/06.pdf>.

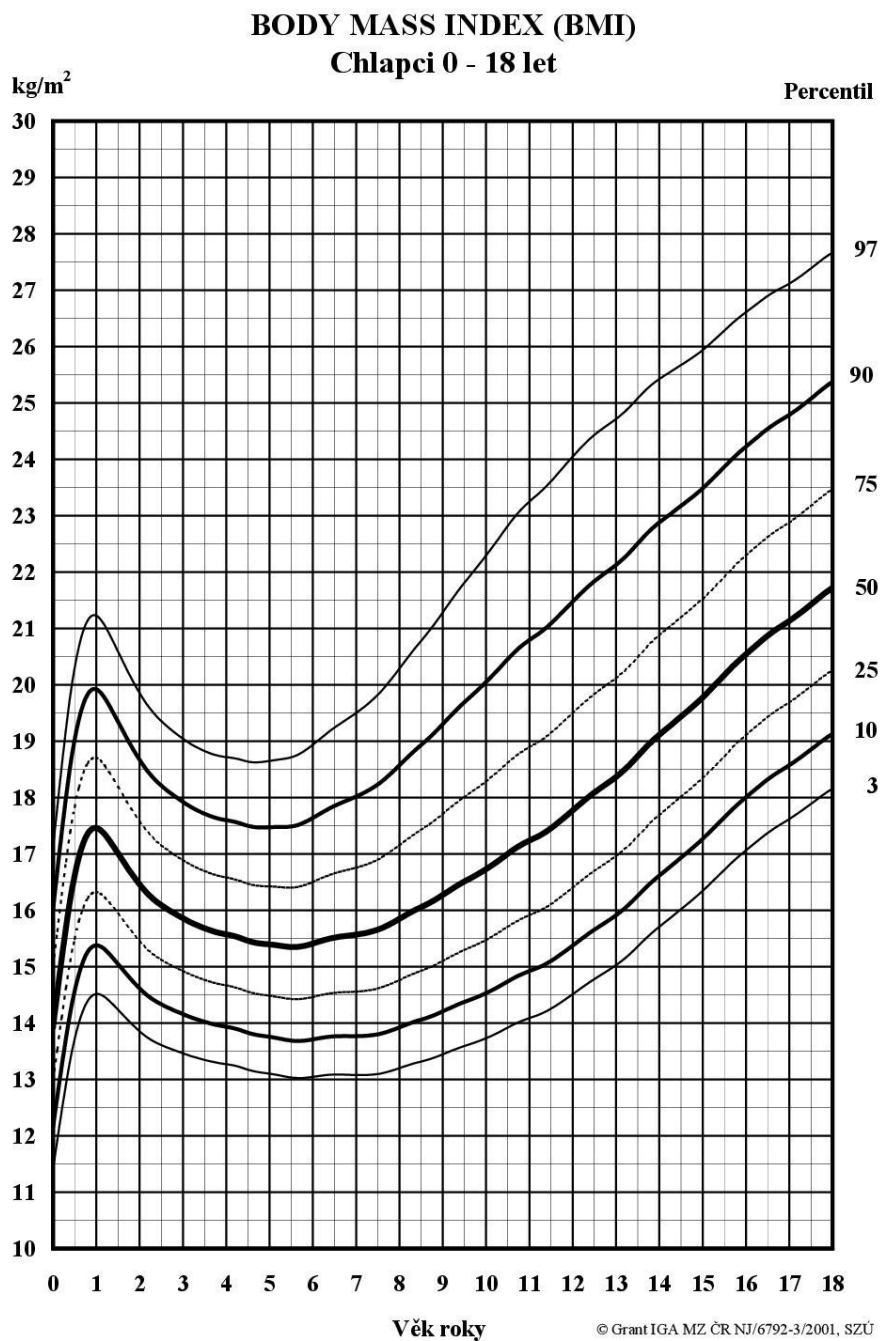
Internetové zdroje:

<http://dietologie.wz.cz/prevence.htm> - souhrnné informace asi necitovat

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>

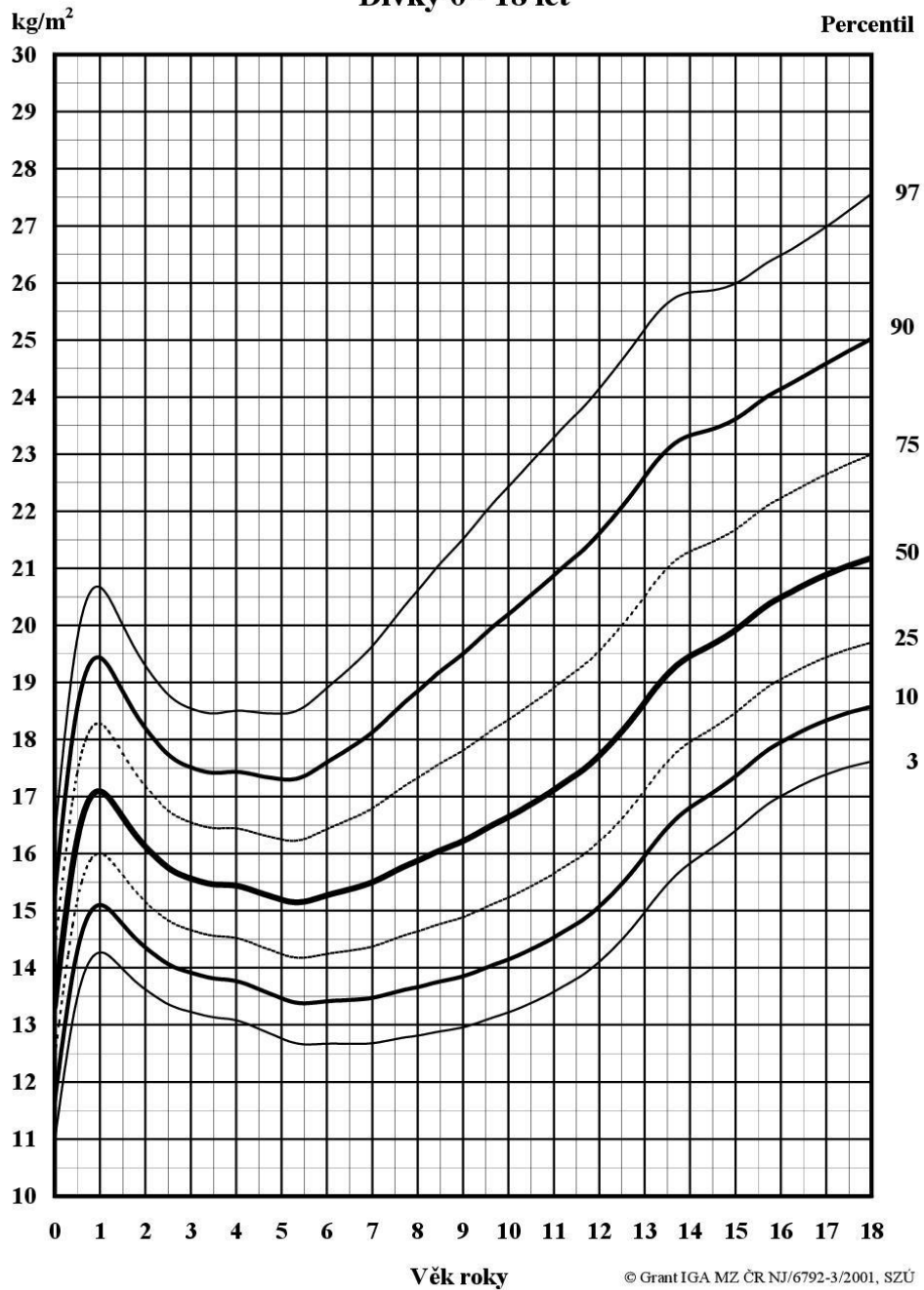
PŘÍLOHY

Příloha 1



zdroj: SZÚ. Seznam růstových grafů ke stažení [online]. 2015. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/grafy/BMI_Chlapci.pdf

BODY MASS INDEX (BMI)
Dívky 0 - 18 let



zdroj: SZÚ. Seznam růstových grafů ke stažení [online]. 2015. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/grafy/BMI_Divky.pdf