

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Lucie Kánská

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Následky nadváhy a obezity u dětí

Lucie Kánská

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Kánská**  
Osobní číslo: **Z13013**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Následky nadváhy a obezity u dětí**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
  2. Stanovení cílů a metodiky práce.
  3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
  4. Analýza a interpretace získaných dat.
  5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

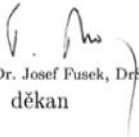
Seznam odborné literatury:

1. **FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ.** Dítě s nadváhou a jeho problémy. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0797-9.
2. **HAINEROVÁ, I. A.** Dětská obezita. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. ISBN 978-80-7345196-7.
3. **MARINOV, Zlatko.** S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!. Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-09-4.
4. **PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. a kol.** Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence. Praha: Karolinum, 2007, 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9.
5. **PASTUCHA, Dalibor.** Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4065-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iveta Černožorská**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně

V Pardubicích dne 15.7. 2017

Lucie Kánská

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Ivetě Černožské za odborné vedení, cenné rady a trpělivost, které přispěly k vytvoření této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za jejich podporu během vzniku této práce. Nakonec bych ráda poděkovala také respondentům za jejich ochotu a spolupráci při rozhovorech.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou dětské obezity. Uvádí zejména její zdravotní, psychické a sociální následky, okrajově pak příčiny a léčbu obezity u dětí. Těžiště práce tvoří kvalitativní typ výzkumu uskutečněný s učiteli prvního stupně základních škol. Cílem výzkumu bylo formou rozhovorů určit informovanost těchto učitelů o druzích pomoci obézním dětem nabízených školou a zjistit odlišnosti z hlediska psychiky, sociálních projevů a fyzických výkonů u obézních dětí oproti dětem bez známek obezity.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

dětská obezita, následky, obezita, škola

## **TITLE**

Consequences of Overweight and Obesity of Children

## **ANNOTATION**

The Bachelor work deals with a problem of childhood obesity. Main focus is put on its health, social and mental consequences, partly it describes its causes and treatment of children. The base of the work is dedicated to qualitative type of research realized with teachers of primary schools. The goal of research was through interviews find out awareness of these teachers of all kinds of help to children with obesity that their school provides and look into differences of psyche, social behaviour and physical capability of children suffering of obesity beside children with no signs of obesity.

## **KEYWORDS**

children obesity, consequences, obesity, school

## OBSAH

Úvod.....	11
Cíle.....	12
I Teoretická část.....	13
1 Vnímání nadváhy a obezity z historického hlediska.....	13
2 Nadváha a obezita .....	15
2.1 Typy obezity .....	16
2.2 Příčiny vzniku obezity .....	17
2.3 Diagnostika obezity .....	19
2.4 Prevalence obezity .....	19
2.5 Vliv rodiny na obezitu dítěte .....	20
3 Následky nadváhy a obezity.....	21
3.1 Skeletární systém.....	22
3.2 Metabolické následky .....	23
3.3 Kardiovaskulární systém a respirační systém.....	26
3.4 Kožní změny.....	28
3.5 Psychické změny .....	28
4 Obézní dítě ve škole .....	30
5 Léčba nadváhy a obezity .....	32
II Průzkumná část .....	34
6 Metodika výzkumu.....	35
7 Prezentace výsledků .....	39
8 Diskuse.....	58
9 Závěr .....	63
10 Seznam bibliografických citací.....	65
11 Seznam příloh a vlastní přílohy .....	71

## Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1 Percentilový graf BMI, chlapci 0-18 let.....	75
Obrázek 2 Percentilový graf BMI, dívky 0-18 let .....	76
Obrázek 3 Určení obezity před rozhovorem A .....	77
Obrázek 4 Určení obezity před rozhovorem B .....	77
Obrázek 5 Určení obezity před rozhovorem C .....	78
Obrázek 6 Určení obezity před rozhovorem D .....	79
Tabulka 1 Obézní děti ve třídě.....	40
Tabulka 2 Chování v sociální oblasti.....	41
Tabulka 3 Chování k ostatním dětem .....	42
Tabulka 4 Znamky ostychu.....	43
Tabulka 5 Projevy ostychu .....	43
Tabulka 6 Posměch.....	45
Tabulka 7 Zvládání cviků .....	46
Tabulka 8 Jaké cviky obézní děti nezvládají .....	46
Tabulka 9 Vliv obezity na klasifikaci .....	48
Tabulka 10 Vztah obézního dítěte k pohybovým hrám .....	49
Tabulka 11 Přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy.....	50
Tabulka 12 Reakce na neúspěch .....	51
Tabulka 13 Druhy reakcí na nesplnění požadovaného úkolu .....	51
Tabulka 14 Chování při tvoření skupin .....	52
Tabulka 15 Další poznatky o obézním dítěti .....	53
Tabulka 16 Programy proti obezitě, kterých se zúčastňuje škola respondenta .....	54
Tabulka 17 Znalosti pedagogů a dalších programech proti obezitě .....	55
Tabulka 18 Poradce na škole .....	56
Tabulka 19 Jak jinak pomoci obéznímu dítěti .....	57
Tabulka 20 Hodnocení dítěte podle zařazení jeho BMI .....	72
Tabulka 21 Kritické hodnoty parametrů lipidového souboru dětí plzeňské městské oblasti ...	73
Tabulka 22 Hodnoty TK dívky (v mm Hg), TK chlapci (v mm Hg) .....	74

## Seznam zkratk

ACE – inhibitory	Inhibitory enzymu angiotensin-konvertázy
AHI	Apnea-Hypopnea Index
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
BMI	Body Mass Index
EBCT	Electron-beam computed tomography
GGT	Gama-glutamyltransferáza
HDL	High density lipoprotein
HOMA-IR index	Homeostasis model assessment insulin resistance index
LDL	Low density lipoprotein
Mmol/l	Milimol na litr
R1 – R8	Respondent 1 – respondent 8
TG	Triacylglycerol
TC	Total cholesterol
UIU/ml	Mikro mezinárodní jednotka na mililitr
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila z toho důvodu, že obezitu vnímám jako velice závažné onemocnění celé populace. Problém s výskytem obezity je už však tak veliký, že ho WHO (Světová zdravotnická organizace) označila za pandemii 21. století (Kasalický, 2011, str. 8).

Zdraví dětí je stěžejní pro zdraví celé naší populace a je velice důležité varovat před následky nadváhy a obezity celou společnost a věnovat dětem adekvátní pozornost již od nejútlejšího věku. S rostoucím číslem výskytu obezity u dětí roste i pravděpodobnost výskytu obezity v dospělosti, což má za následek nejen negativní zdravotní, ale i socioekonomické následky na život jedince. S negativními následky obezity u dospělého jedince se setkáváme každý den, avšak o dopadech obezity na život dětí se už tolik nemluví. U dětí se však také můžeme setkat se zdravotními následky obezity, mezi nimiž jsou kloubní a kostní deformity, cukrovka druhého typu či zvýšený krevní tlak. Kromě zdravotních následků se u dětí ve velké míře vyskytují i následky psychické a sociální, jako je nízké sebehodnocení, špatné začlenění do kolektivu, vyhýbání se určitým aktivitám, ostych, deprese a mnoho dalších. Významnou roli při vzniku obezity hrají zejména genetické faktory, obezitě však nepříspěvá ani sedavý způsob života a špatné stravovací návyky. Ty jsou způsobené hlavně vývojem elektronických výrobků, jako jsou počítače a televize, u kterých dnes děti tráví více a více času.

Vzhledem k tomu, že se jedná o stále více diskutované téma, zajímala jsem se o zkušenosti pedagogů s obézními dětmi na prvním stupni základních škol. Provedla jsem rozhovory zaměřující se na vybrané zdravotní, psychické a sociální následky pozorované u dětí ve věku 6 – 11 let v podmínkách školního prostředí. V neposlední řadě jsem zjišťovala informovanost pedagogů o druzích pomoci obézním dětem. Byly jim podány otázky zaměřené na celkové hodnocení tělesné zdatnosti v hodinách tělesné výchovy, začlenění do kolektivu, psychické a sociální projevy obézního dítěte z jeho třídy a informovanost jich samotných o druzích pomoci těmto dětem nabízených školou, ve které pracují.

## **Cíle**

### Teoretická část

- shrnout problematiku obezity a jejích následků u dětí

### Průzkumná část

- zjistit dle zkušeností pedagogů odlišnosti u obézních dětí z hlediska psychiky, sociálních projevů a fyzické výkonnosti oproti dětem bez známek obezity
- zjistit informovanost učitelů prvního stupně základních škol o druzích pomoci obézním dětem nabízené školou, kterou navštěvují

## **I Teoretická část**

V této části bakalářské práce bude definována nadváha a obezita, vysvětlí se, jaké jsou její následky psychické, fyzické a sociální, jak se jí vyvarovat a mnoho faktorů, které ovlivňují její výskyt. Bude se též zabývat vnímáním obezity z historického hlediska a výskytem v různých částech světa.

### **1 Vnímání nadváhy a obezity z historického hlediska**

Už od pradávna se lidstvo potýkalo spíše s nedostatkem jídla než jeho přebytkem. Ať to bylo způsobené nevhodnými podmínkami pro pěstování plodin a chovu zvířat či válkami, lidé umírali na podvýživu. Lidské tělo má geneticky naprogramováno ukládat tuk jako zásobu energie, kterou v době nouze využije. Proto, když po období hladu přišel čas, kdy lidé měli potravin dostatek, jejich těla na to začala adekvátně reagovat. Obezita se tedy vyskytovala i v dávných dobách a není jen problémem současné civilizace. Dnešní doba na obezitu nahlíží jako na problém a nemoc, dříve tomu bylo však naopak. Byla symbolem zdraví a plodnosti (Svačina, Bretšnajdrová, 2003, str. 8).

Dle dokumentu Karla Špalka s názvem Tajemství věstonických Venuší (2014) byl jedním z prvních důkazů o tom, že se obezita u lidí vyskytovala už před tisíci lety nález Věstonické venuše, objevené roku 1925 ve Věstonicích na Moravě. Téměř dvanácti centimetrová hliněná soška nahé ženy pochází z období mladého paleolitu. Byla vyrobená tedy před více než 27 000 lety. Podobné sošky otlých žen byly nalezeny také ve Francii, Rakousku, Německu, Itálii, Ukrajině a Slovensku. Všechny mají stejné rysy, jako jsou velké poprsí a celkové zbytnění dolní části těla, zejména boků. Venuše jsou tehdejším symbolem krásy a plodnosti.

Postupem času se obezita vyskytovala i u egyptských panovníků. Důkazem jsou otlé mumie egyptských faraonů Amenophise III. a Ramssese III. Ačkoli jsou na sousoších a malbách vyobrazováni bez známek obezity, výsledky zkoumání jejich těl ukázaly přesný opak (Hainer, 2011, str. 1).

V období antiky se kladl důraz na zdravý životní styl. Ideální postavu tehdejší doby vytvořil Myrón svým Diskobolem. Jedná se o sochu mladého muže atletické postavy vrhající diskos. Obezitě jako zdravotnímu problému se začala věnovat čím dál větší pozornost a objevovaly se

první návody na léčbu obezity. Galén rozdělil obezitu na mírnou a nadměrnou a upozorňoval na její nebezpečí (Pařízková, Lisá, 2007, str. 14).

Ve středověku trpěla nižší vrstva hladomory. Naopak tomu bylo u vyšších vrstev, které pořádaly hostiny a jídla měly více než dostatek. Spolu s nedostatkem pohybu a celkově špatným životním stylem u nich nebyla obezita ničím neobvyklým a velice často trpěli dnou. Pomoc jim poskytovali dvorní lékaři, jako byl například osobní lékař Karla IV., mistr Havel ze Strahova, který svého panovníka nabádal k dodržování správné životosprávy. V jídelníčku bohatých lidí však chyběly vitamíny nacházející se v zelenině a ovoci, které byly pokrmem spodiny (Hainer, 2011, str. 1).

Počátkem 17. století ovládl Evropu umělecko-kulturní směr baroko. Lid nacházel krásu v zaoblených tvarech lidského těla, podobně jako tomu bylo v mladém paleolitu u Věstonické venuše. Svědectvím je například Rubensův Únos dcer Leukippových a Tři grácie. Otylost byla znakem blahobytu, bohatství a úspěšnosti (Hainer, 2011, str. 1).

S koncem baroka v 18. století se znovu změnil pohled na obezitu. Anglický duchovní Thomas Short se zabýval příčinami vzniku obezity. Hlásal, že je obezita nezdravá a amorální, protože je výsledkem neschopnosti sebekontroly obézních. Doporučoval šetřící dietu v níž hlavní roli hrálo rybí maso a dostatek pohybu. Malcolm Flemyng se věnoval výskytu obézních jedinců z hlediska genetických dispozic. Pravil také, že ne všichni obézní jsou velkými jedlíky a ne všichni štíhlí jedí střídavě (Hainer, 2011, str. 1).

V 19. století je posedlostí štíhlou postavou známá rakouská císařovna Alžběta Bavorská známá pod přezdívkou Sisi. Aby se vyhnula obezitě, držela drastické diety, věnovala se gymnastice a turistice a váhu si kontrolovala 3x denně. Již v roce 1879 byla vyrobena první náhražka cukru – sacharin, který je dodnes používán jako umělé sladidlo (Hainer, 2011, str. 2).

20. století přináší nepřeberné množství nových dietních postupů a rad pro štíhlou linii. Převratem v léčbě obezity byla koncem století bariatrická chirurgie, která spočívá buďto ve zmenšení objemu žaludku, nebo jeho bandáži. Za přesně určených podmínek se může provádět i u dětí (Fried et al., 2014, str. 6).

## 2 Nadváha a obezita

Nadváha je stádium před obezitou (viz Tabulka 20). Mnoho rodičů ji vnímá pouze jako estetický problém. Stejně jako obezita je však spojena s mnoha zdravotními riziky a komplikacemi. I když jsou tato rizika nižší než u obezity, neměla by se v žádném případě podceňovat. Nadváha u dospělých jedinců je definována pomocí indexu tělesné hmotnosti neboli BMI. Pro každou populaci jsou určeny jiné hodnoty vymezující nadváhu. Rozmezí 25,0 až 29,9 značí nadváhu u evropské populace, ale například pro asijskou populaci je rozmezí pouze mezi 25,0 až 26,9. Vysoké hodnoty BMI u dětí nemusí vždy znamenat vysoký obsah tuku v těle. Proto je vhodné změřit podíl tukové složky. Váha dětí se posuzuje podle percentilových grafů (viz Obrázek 1 a Obrázek 2). Ve chvíli, kdy se hodnoty dítěte nachází mezi 90. - 97. percentilem, můžeme říci, že trpí nadváhou (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 17).

Obezita je již závažné onemocnění, při němž dochází k nahromadění nadměrného množství tuku v organismu. Nejedná se tedy pouze o zvýšení hmotnosti, které je u dětí v určitých věkových stádiích naprosto normální důsledkem nárůstu svalové a kostní hmoty. Obezita, česky otylost, má mnoho definic. Jedná se o multifaktoriálně podmíněnou metabolickou poruchu projevující se zmnožením tělesného tuku. Hodnoty dětí trpících obezitou se nacházejí nad 97. percentilem. Obezita ovlivněna genetickou výbavou a zevními faktory, které na jedince působí. Celosvětové zvýšení jejího výskytu je dáno jak změnami stravovacích návyků, a to zejména zvýšenou spotřebou potravin s vysokým obsahem sacharidů a tuků, tak poklesem pohybové aktivity jedinců (Hainerová, 2009, str. 15).

## **2.1 Typy obezity**

U dospělých jedinců se podle rozložení tuku rozlišují dvě skupiny obezity. První z nich je obezita gynoidní. Vyskytuje se spíše u žen a projevuje se nahromaděním tukové tkáně v dolní polovině těla, tedy v oblasti pánve, hýždí a stehen. Právě tento typ obezity je typický pro Věstonickou venuši. Druhý typ, obezita androidní, je rozpoznatelný nakupením tukové tkáně v oblasti břicha a můžeme ho vidět hlavně u mužů. U dětí toto rozdělení není podstatné. Jejich těla se rychle vyvíjí a mění, zejména pak v pubertě vlivem pohlavních hormonů. Po narození jedince se jeho tuková tkáň neustále zvyšuje až do věku, kdy začne aktivně zapojovat svalstvo a tukovou tkáň začne pomalu nahrazovat tkáň svalová. Po osmém roce života dítěte se právě vlivem hormonů začínají tvořit rozdíly mezi tvarem těla dívek a chlapců. Zatímco se u chlapců začne zvyšovat množství svalové tkáně až na 54 %, u dívek je množství svalstva téměř o 10% nižší. U dívek naopak dochází ke zvyšování objemu tukové tkáně (Pařízková, Lisá, 2007, str. 107).

### **Primární a sekundární obezita**

Primární obezita je nejčastější typ obezity. Její vznik spočívá v nadměrném energetickém příjmu a nedostatečném energetickému výdeji. Laicky řečeno je způsobena příjmem velkého množství jídla spolu s malou pohybovou aktivitou. U dětí před obdobím puberty je tuk v těle rozložen symetricky. S nástupem puberty se jeho rozložení začíná lišit podle pohlaví dítěte. U dívek se ukládají vrstvy tuku v oblasti hýždí a stehen, u chlapců v oblasti břicha. Ukládání tuku na mons pubis může způsobit hypogonitismus (Pařízková, Lisá, 2007, str. 108).

Sekundární obezita je zpravidla způsobena psychogenní poruchou, způsobující bulimii nebo poruchou žláz s vnitřní sekrecí (Pařízková, Lisá, 2007, str. 108).

U 95-98% případů obezích jedinců se jedná o primární obezitu bez jednoznačné příčiny. Sekundární obezita se vyskytuje jako součást některých monogeneticky podmíněných syndromů (např. syndrom Prader-Willi, Bardet-Biedlův syndrom, Alströmův syndrom, Cohenův syndrom), které bývají obvykle diagnostikovány v dětství. (Kunešová, Hainer, 2007-2008).

S obezitou se setkáváme u hypotyreózy, u nadměrné sekrece glukokortikoidů a také u nízké endogenní sekrece růstového hormonu. Růstový hormon má anabolický vliv na svalovou tkáň a při jeho nedostatku dochází k jejímu nedostatečnému vývoji (Pařízková, Lisá, 2007, str. 108).

Obezita může být způsobena i podáváním určitých léků, které mají vliv na tvorbu tukové tkáně. Může vzniknout při dlouhodobém podávání sedativ, antihistaminik, antiepileptik, neuroleptik nebo kortikosteroidů. Konkrétně při podávání kortikosteroidů vzniká tzv. pavoučí obezita neboli trunkální. Tuková tkáň v silné vrstvě se nachází na trupu, krku a v obličeji. Na dolních a horních končetinách se nadměrná vrstva tuku nenachází a u jedince se mohou objevit i strie (Pařízková, Lisá, 2007, str. 110).

## **2.2 Příčiny vzniku obezity**

Příčin vzniku obezity může být hned několik najednou. Mohou ji způsobit jak faktory z vnějšího prostředí, tak vnitřního.

Dle Fořta (2004, str. 29) roste počet lidí trpících nadváhou a obezitou převážně kvůli působení současného životního stylu. Extrémní riziko pak hrozí těm jedincům, kteří mají k obezitě genetické předpoklady, a i přes skutečnost, že o těchto předpokladech vědí, zcela zanedbávají prevenci. Pokud právě tito lidé přistoupí na komerční způsob života, který doprovází konzumace nekvalitních potravin ve velkém množství, jsou adepty na nepříjemné následky jejich otylosti. Fořt se obává, že tou nejzákeřnější a opravdovou příčinou obezity u dětí je řetězová reakce, k níž dochází v rodinách, kdy otec, matka nebo oba rodiče trpí nadváhou či obezitou.

### **Nezdravý životní styl a veřejné sdělovací prostředky**

Nevhodný životní styl je jednou z hlavních příčin vzniku obezity. Je kombinací několika faktorů, jako je nevyvážená strava, konzumace nadměrného množství jídla a nedostatek pohybu. Právě snížení pohybové aktivity je významným faktorem současnosti. Děti raději jezdí do školy některým z dopravních prostředků než pěšky nebo na kole, tělesná výchova na školách je nedostačující a ve volném čase upřednostňují aktivity sedavého charakteru. Veřejné sdělovací prostředky mají neblahý vliv na vznik obezity zejména kvůli reklamám na sladkosti, tučná jídla a slazené perlivé nápoje. Ty jsou v oproti reklamám na zdravou stravu v jasné převaze a utočí na dětskou psychiku, která je reklamou snadněji ovlivnitelná (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 115).

## **Genetické příčiny**

Genetické faktory mají vliv na obezitu až ve 40%, z 60% je obezita ovlivněna faktory zevními. Mezi tyto genetické faktory patří například preference tučného a sladkého jídla, regulace chuti k jídlu, leptinem a citlivostí k němu, růstovým hormonem a hormony pohlavními. Zatím bylo popsáno přes 200 genů, které buď determinují obezitu, nebo vliv na faktory ovlivňující její rozvoj a distribuci tělesných tuků (Hainer, 2001, str. 39).

Obézní jedinci si většinou hledají obézní partnery. Nejen výchova a styl života může být příčinou případné obezity jejich dětí. Pokud dva obézní partneři mají děti, selektují se geny, které predisponují obezitu (Martiník, 2007, str. 13).

## **Vliv psychiky**

Psychika jedince má zásadní vliv na jeho zdraví. Těžké životní události, problémy v rodině a ve škole, to vše může ovlivnit nejen vznik, ale i následnou léčbu obezity. Jelikož konzumace jídla navozuje celkově příjemný pocit, snaží se jedinci kompenzovat pocity strachu, nervozity, úzkosti nebo deprese zvýšeným příjmem potravy, zejména pak cukru, který má zklidňující účinek. K tomuto problému může dojít už v kojeneckém věku, kdy není matka schopna rozpoznat potřebu dítěte a na každý jeho projev nespokojenosti reaguje kojením. Dítě si tak přivykne zahnat všechny negativní pocity jídlem a tato potřeba může přetrvat až do dospělosti (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 36).

U obézních dětí se můžeme setkat s určitými pojmy spojenými s příčinami jejich obezity. Prvním pojmem je bulimie, která je charakterizována držením diety spolu s nárazovým přejídáním a následným zvracením. Záchvatovité přejídání je definováno epizodami, kdy jedinec konzumuje jídlo se ztrátou kontroly přestat. K této epizodě dojde minimálně dvakrát týdně v období tří měsíců. Dále existuje syndrom nočního jedení. Jedná se o poruchu, která zatím není definována v klasifikaci nemocí. Projevuje se konzumací nejméně čtvrtiny celkového denního množství kalorií po večeři a v noci. Další pojmem je emoční jídlo. Lze jej charakterizovat jako popud konzumovat chutné jídlo bez potřeby energie, kdy spouštěčem je emocionální stav. Cílem je utlumení negativních či zvýraznění pozitivních pocitů, zvýšení celkového pocitu spokojenosti nebo potlačení nudy (Herlesová, 2013, str. 6-7).

### 2.3 Diagnostika obezity

Diagnostiku nadváhy a obezity můžeme rozdělit na část anamnestickou, klinické vyšetření, antropometrické sledování, měření tělesného složení a biochemické vyšetření. Tato vyšetření jsou základem pro stanovení, zda jedinec trpí nadváhou či obezitou. V oblasti anamnestické je vhodné zaměřit se na rodinnou anamnézu. Výskyt obezity u sourozenců či rodičů zvyšuje pravděpodobnost výskytu obezity u vyšetřovaného dítěte. Pomocí osobní anamnézy se zjišťují změny hmotnosti dítěte od narození až po současnost, dále změny fyzické aktivity dítěte, změny stravování a farmakoterapie. Důležitou roli má anamnestická část orientovaná na psychiku dítěte, která může odhalit stres, depresi nebo jiný psychický problém, který dítě řeší přejídáním (Kunešová, 2005, str. 6).

U kojenců se používá graf hmotnosti nebo graf hmotnosti k tělesné výšce. Slouží k vyhodnocení výživy mateřským mlékem, zda je přiměřené, dostatečné, nebo nedostatečné (Marinov, 2011, str. 13).

K hodnocení hmotnosti u dětí do 2 až 5 let se využívá graf poměru hmotnosti k výšce a u starších dětí graf BMI. BMI je zkratka pro Body Mass Index, který lze vypočítat tak, že vydělíme tělesnou hmotnost dítěte v kg druhou mocninou tělesné výšky v m.

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg/výška v m}^2$$

V grafu hmotnosti k tělesné výšce jsou uvedeny percentily určující jeho stav. Děti, které se řadí svými proporcemi například nad 85. percentil, jsou ohroženy rozvojem nadváhy a pokud jsou nad 99. percentilem, trpí závažnou obezitou viz Tabulka 20 (Marinov, 2011, str. 13).

### 2.4 Prevalence obezity

Obezita u dětí není jen problémem v zemích jako USA, Velká Británie a Španělsko, ale i v zemích, u kterých bychom to neočekávali. V Japonsku stoupl počet dětí s obezitou z 5% na 10% a Čína s Indií v nárůstu počtu obézních dětí za Japonskem nijak nezaostávají. V České republice nebyl zaznamenán vzestup průměrné hodnoty BMI. Problém však tkví v tom, že stejně jako přibývá dětí s nízkým hmotnostním percentilem, přibývá i dětí s percentilem nad 97 a to zejména u kategorie dětí ve 12 roku života (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 72).

U chlapců byl zaznamenán vzestup od roku 1991 po rok 2000 ze 3 na 6% a u dívek ve stejném časovém období ze 3% na 5,9%. S obavami očekáváme další růst prevalence obezity jako v USA nebo ve Velké Británii a s ní spojených zdravotních problémů, zejména kardiovaskulárních onemocnění (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 72).

## **2.5 Vliv rodiny na obezitu dítěte**

Už od narození vytvářejí rodiče svým dětem určité stravovací návyky, ať se jedná o výběr stravy, množství či preferenci určitých složek. Významná je též snaha rodičů omezit vliv televizních reklam na vytváření mínění dětí o tom, jaká strava je pro ně vhodná a jaká ne. Zákaz konzumovat zejména sladké a tučné potraviny může v dětech vyvolat touhu tyto pokrmy konzumovat v mnohem větší míře, než je tomu u dětí, kterým rodiče tato jídla nezakazují. Naopak tomu může být u konzumace zeleniny a ovoce, kde ji rodiče dávají svým dětem v tak velkém množství, že ji děti začnou zcela odmítat (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 54).

Rodina ovlivňuje i vnímání obezity. Pokud jsou oba rodiče obézní, dítě už od útlého věku nevnímá obezitu jako něco špatného. S rostoucím věkem pak může začít omlouvat svoji obezitu genofondem od svých rodičů, aniž by se snažilo redukovat svoji váhu. Problém je též v neschopnosti rodičů rozpoznat, zda jejich dítě trpí nadváhou či obezitou. Častý je i výskyt názoru rodičů, že dítě ze své obezity vyrostě, nebo že když jsou obézní oni a nemají žádné zdravotní problémy, nebude je mít ani jejich dítě (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 31; Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, str. 57).

Problémy v rodině dítěte mohou vést k jeho záchvatovitému přejídání, mentální bulimii nebo jiným onemocněním způsobujícím obezitu. Při snaze snížit hmotnost dítěte je velmi důležité, aby se zapojila celá rodina. Pokud má dítě psychickou podporu svých rodičů, kteří se s ním věnují pohybovým aktivitám a stravu určenou na redukci hmotnosti nekonzumuje jen dítě, ale celá rodina, má pak dítě mnohem více odhodlání a motivace ve zdravém režimu pokračovat i samo bez přítomnosti rodičů (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2015, str. 50).

### 3 Následky nadváhy a obezity

S obezitou přichází velké množství zdravotních a psychosociálních následků a je spojena s výskytem nepřehledného množství chronických onemocnění. Dlouho se předpokládalo, že komplikace způsobené obezitou se netýkají dětí. Komplikace spojené s obezitou, se však vyskytují již u dětí od nejtělejšího věku a mohou tak významným způsobem narušit nejen kvalitu jejich života, ale i jeho průměrnou délku. Obezita u dětí může vést ke vzniku metabolického syndromu, diabetu mellitu 2. typu, porušené glukózy toleranci, kardiovaskulárním a ortopedickým komplikacím v průběhu života. Mnoho těchto zdravotních komplikací v dospělosti nesouvisí tolik s aktuální hmotností, jako spíše s hmotností v dětském věku. Riziko kardiovaskulárních onemocnění výrazným způsobem vzrůstá u žen a mužů, kteří měli v dětství hodnotu BMI nad 75. percentilem. Stejně tak vzrůstá i riziko výskytu dny a kolorektálního karcinomu zejména u mužů a artritidy u žen. Zejména pak u těžkých forem obezity v dětství se může objevit syndrom spánkové apnoe (až 13 % dětí). Tyto děti obecně trpí somnolencí během dne, což nadále zhoršuje jejich výkonnost a ovlivňuje jejich sociální vztahy s vrstevníky a rodinou. Obezitu doprovázejí i časté ortopedické problémy. U obézních dětí se tedy často setkáme s genua valga, tibia vara, plochýma nohama, kterým se věnuji níže, sklouznutím epifýzy hlavičky femuru či ohnutím tibií a femurů. Právě ohnutí tibií a femurů může vést ke vzniku Blountovy nemoci, kdy přerůstá proximální část metafýzy tibie. Obezita má vliv i na psychosociální stav dětí. Ty jsou často sociálně izolovány, mají problém navázat přátelské a později i milostné vztahy s lidmi, kteří je mohou vystavovat posměchu a šikaně. Trpí nízkou sebeúctou a propadají smutku a depresím. Řada dětí se přejídá právě proto, aby zahaly tyto pocity. Je možno říci, že posilování kladného sebehodnocení u dětí může pro mnoho z nich řešit situaci a odklonit je od přejídání a následné obezity s jejími komplikacemi (Hainerová, 2009, str. 56).

Mezi další časté, ale méně závažné následky obezity u dětí patří únava, dušnost, kožní iritace a vyšší náchylnost dítěte k infekčním nemocem. Tyto následky i přes to, že výrazně neohrožují život jedince, mohou ovlivnit kvalitu jeho života, zejména vztahy s vrstevníky (Hainerová, 2009, str. 59).

U dívek má obezita vliv na předčasný projev puberty. U obézních chlapců se můžeme setkat s distenčními striemi, pseudogynekomastií, kdy dojde ke zbytnění mléčné žlázy u chlapců a mužů, a nebo pseudohypogonitizmem (Muntau, 2014, str. 549).

Kromě výše uvedených následků, které se u dětí vyskytují velice málo, ale o nichž by se mělo vědět, jsou koagulopatie, chronická zánětlivá onemocnění, endoteliální dysfunkce, glomeruloskleróza nebo pseudotumor cerebri. V dospělosti mají obézní děti vyšší riziko vzniku karcinomu prsu, prostaty a tlustého střeva (Pařízková, Lisá, 2007, str. 112).

### **3.1 Skeletární systém**

U dítěte, které stále roste, je ve skeletárním systému výrazně zrychlen metabolismus. Pokud jsou tyto děti obézní, je jejich kostra mnohem více zatížena a může dojít k deformacím či jiným poruchám. Na páteři se lze setkat se skoliózou či hrudní kyfózou. Obezitou dítěte jsou výrazně zatíženy i nohy, na kterých se pak vyskytují coxa vara projevující se bolestivostí kyčelního kloubu a kulháním, genua valga, které jsou laicky popisovány jako „nohy do X“ a ploché nohy, které mohou být způsobené i špatnou obuví. K patologickým změnám dochází také v kloubech dolních končetin, kde se může objevit počínající artróza. Obézní děti mají typický stoj o široké bázi (Pařízková, Lisá, 2007, str. 110).

Dle Dungla (2005, str. 702-710, str. 970-975) má obezita negativní vliv nejen na vychýlení páteře do strany, ale i na deformity kloubů dolních končetin. Hmotnost nad 90. percentilem je u více než poloviny dětí s onemocněním coxa vara. Jedná se o závažné onemocnění kyčle, během kterého se ztrácí pevnost růstové chrupavky na stehenních kostech a následně dojde k přerušení kosti právě v místě chrupavky. Může též dojít k patologické zevní rotaci a vybočení stehenní kosti s rizikem sekundární artrózy kyčelního kloubu. Terapie tohoto onemocnění je vždy operační. Nejčastějším onemocněním kloubů a kostí je dětská plochá noha, neboli pes planovagus. Jedná se o deformitu nohy, kdy dojde ke zploštění podélné klenby nohy a k zvýšené valgozitě patní kosti. Plochá noha je způsobena laxicitou vazů a mezi negativními vlivy na toho onemocnění se nachází právě obezita dítěte. Léčba dětské ploché nohy je ve většině případů konzervativní, při neúspěšnosti této léčby a výrazných bolestech nohou je pak indikována léčba operační. Novotná ve své knize (2001, str. 18-32) popisuje druhy cviků pro děti trpící plochou nohou. Jejich cílem je stimulace podélné a příčné klenby chodidla, stimulace krátkých chodidlových svalů, lýtkových svalů, procvičení hlezenního kloubu a v neposlední řadě koncentraci dítěte a správné držení těla při chůzi.

## 3.2 Metabolické následky

### Metabolický syndrom

Metabolický syndrom je definován abdominální obezitou, dyslipidemií, hypertenzí, diabetem mellitem nebo porušenou glykemií na lačno. Je též doporučováno, aby se diagnóza metabolického syndromu nestanovovala před desátým rokem života dítěte, ale spíše nabádat rodiče dítěte ke snížení jeho hmotnosti. Toto doporučení platí obzvláště pro děti, které trpí abdominálním typem obezity. Stejně jako je tomu u dospělých, tak i u dětí je hlavním kritériem k diagnostice metabolického syndromu obvod pasu. Hodnota obvodu pasu též souvisí se vznikem inzulínové rezistence (Hainerová, 2009, str. 59).

Důkaz, že existuje souvislost mezi vysokým BMI a metabolickým syndromem, nám podává řada studií. Zatím co u adolescentů s BMI pod 85. percentilem se metabolický syndrom vyskytuje jen v 0,1 %, tak u stejně starých dětí s BMI nad 95. percentilem je prevalence mnohonásobně vyšší a činí téměř 30 % (Hainerová, 2009, str. 59).

Děti s metabolickým syndromem jsou 5 krát více ohroženi vznikem diabetu mellitu 2. typu a 2-3 krát více ohroženi vznikem infarktu myokardu či cévní mozkové příhody oproti jedincům, kteří tímto syndromem netrpí. Největší úskalí metabolického syndromu tkví v tom, že jedinci nepocítují žádné obtíže a tím nemají potřebu hledat řešení a dodržovat dietu (Hainerová, 2009, str. 59).

Jak je výše zmíněno, jedním z projevů metabolického syndromu je dyslipidemie. Jedná se o onemocnění charakterizované zvýšenou hladinou lipidů, lipoproteinů či alipoproteinů v plazmě. Je zapříčiněné buď jejich zvýšenou syntézou, nebo sníženou schopností tyto látky odbourávat. Spolu s dalšími faktory, jako je obezita, hypertenze a kouření, se podílí na riziku kardiovaskulárních onemocnění. Ukázalo se, že děti, jejichž hladina celkového cholesterolu byla vyšší než 4,4 mmol/l měly o 40 let později 5 krát nižší riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění, než ty, které měly ve stejném věku cholesterol vyšší než 5,3 mmol/l. Právě z tohoto důvodu se klade velký důraz na léčbu dyslipidemie u dětí a to zejména u těch, které mají rizikovou rodinnou anamnézu (Hainerová, 2009, str. 79).

Dyslipidemii můžeme dělit na primární a sekundární. Ve většině případů se setkáme s primární, která je geneticky podmíněná. Můžeme ji dále rozdělit na monogenní, která se označuje též jako familiární, a polygenní, k jejímuž rozvoji přispívá nevhodná

vysokoenergetická strava spolu s nedostatkem pohybu, obezita, stres a kouření. Sekundární dyslipidemie vzniká buď jako důsledek jiných onemocnění, mezi které řadíme diabetes mellitus, hypotyreóza, nebo jako reakce na užívané léky, zejména betablokátory a steroidní hormony. Vliv na sekundární dyslipidemii má i nadměrná konzumace alkoholu (Rokyta, 2015, str. 270).

Vyšetřením přes 300 zdravých dětí rodičů s normálními hodnotami lipidů v plazmě z plzeňského kraje byly získány intervenční kritické hodnoty hladiny TG, TC, cholesterolu obsaženého ve frakcích lipoproteinů a koncentrace majoritních apolipoproteinů pro identifikaci dětí, které vyžadují preventivní opatření, nebo už přímo lékařskou intervenci. Kritické hodnoty jsou zobrazeny v Tabulce 21 v příloze (Stožický, 2002, str. 41).

### **Inzulinová rezistence**

Inzulinová rezistence je stav, při kterém je inzulin neschopen zajistit normální využití glukózy v periférii a to hlavně v játrech a svalových buňkách. To má za následek hromadění glukózy v plazmě, která podporuje  $\beta$ -buňky nacházející se v Langerhansových ostrůvcích slinivky břišní k většímu výdeji inzulinu a u pacienta vzniká hyperinzulinismus. Při něm jsou hodnoty inzulinu vyšší, než by měly být, vzhledem k množství glukózy v plazmě. Zvýšenou hladinu plazmatického inzulinu lze prokázat též při naprosto normální hladině plazmatické glukózy (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 143).

Stupeň inzulinové rezistence je výrazně ovlivněn obezitou jedince, protože se zvyšují jeho nároky na sekreci inzulinu. U dětí a dospělých trpících diabetem mellitem může být přírůstek tělesné hmotnosti zapříčiněn i podáváním nevhodného množství inzulinu (Rybka, 2006, str. 164).

Prevalence výskytu inzulinové rezistence je u obézních dětí okolo 50%. Standardním vyšetřením k diagnostice tohoto onemocnění u dětí je hyperglykemický klemp, který se však kvůli jeho časové a finanční náročnosti příliš často neprovádí. Spočívá v podání infúze glukózy s inzulinem po dobu 3 hodin. Inzulinová senzitivita se počítá změřením množství glukózy potřebné k udržení normálních hodnot glykémie. Z tohoto důvodu se využívá stanovení hladiny inzulinu nalačno, který k diagnostice postačí. Nejlepším ukazatelem porušené inzulinové tolerance je stanovení diagnózy pomocí HOMA-IR indexu (homeostasis

model assessment insulin resistance index) (Hainerová, 2009, str. 77; Šamánek, Urbanová, 2003, str. 145).

**HOMA-IR = [inzulin nalačno (uIU/ml) X glykemie nalačno (mmol/l)]/ 22,5**

Inzulinová rezistence je definována HOMA-IR >4 u adolescentů a většina prací definuje tuto chorobu u dětí při indexu >3,45. Kromě HOMA indexu se používá i Quick index nebo index poměru glykemie a inzulinemie nalačno, které však nejsou tak přesné a spolehlivé, jako HOMA index. (Hainerová, 2009, str. 77)

Toto onemocnění může být u dětí doprovázeno acanthosis nigricans. To se projevuje zhrubělou a šedě zbarvenou kůží v oblasti krku, axil a třísel (Hainerová, 2009, str. 77).

### **Jaterní steatóza**

Játra u dětí trpících obezitou mohou být též negativně ovlivněna. I když se onemocnění jater podmíněné metabolickými změnami vyskytují jen zřídka, mohou být poměrně závažná. Jedná se o výskyt cholelitiázy, cholecystitidy a steatózy jater (Pařízková, Lisá, 2007, str. 111).

Jedním z častých projevů obezity u dětí je zvýšení jaterních enzymů zapříčiněných steatózou jater. Ta se velmi často diagnostikuje i u neobézních dětí trpících diabetem mellitem 2. typu nebo u dětí s hyperinzulinemií. Projevuje se mírnou elevací hodnot aminotransferáz a zvýšenou echogenitou jater při ultrasonografii a lze ji prokázat pomocí histologického vyšetření biotického materiálu. Laboratorně ji lze prokázat zvýšenou hladinou alaninaminotransferázy (ALT), asparátaminotransferázy (AST), gama-glutamyltransferázy (GGT) a velmi často také zvýšením triacylglycerolů (TG) v krvi. Základní léčbou je dieta s omezením tuků a potravin s vysokým glykemickým indexem a celkové snížení váhy dítěte (Hainerová, 2009, str. 78).

### 3.3 Kardiovaskulární systém a respirační systém

#### Ateroskleróza

I když je ateroskleróza považovaná za onemocnění lidí zralého věku, není tomu vždy tak. Infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt, angina pectoris, cévní mozkové příhody, aneurysma aorty, renovaskulární hypertenze a klaudikace se objevují u lidí stále nižšího věku. První důkaz o aterosklerotických změnách u mladých lidí podal Enos v roce 1953. Publikoval zprávu z pitev 300 amerických vojáků, kteří zemřeli během korejské války. Jejich průměrný věk byl 22 let a u 77,3 % z nich se našly známky poškození koronárních arterií. Světová zdravotnická organizace publikovala v roce 1976 zprávu, v níž poukazuje, že se již u dětí mezi 10-14 lety u 24 % chlapců a 41 % dívek objevily tukové proužky a fibrózní pláty (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 29-30).

Existuje velké množství rizikových faktorů aterosklerózy. U dětí ohrožených aterosklerotickými změnami je nutné sledovat kardiovaskulární rodinnou anamnézu, hladiny celkového cholesterolu, TG, HDL- a LDL-cholesterolu v séru, zda dítě kouří, v jakém percentilu se nachází při měření krevního tlaku a v jakém percentilu je u indexu tělesné hmotnosti. Dále je vhodné zjistit stravovací zvyklosti dítěte a jeho úroveň tělesné aktivity. Kromě těchto rizikových faktorů má vliv na vznik aterosklerotických změn psychický stav dítěte, psychický stres nebo zvýšené hodnoty homocysteinu (Rucki, Vít, 2006, str. 123; Šamánek, Urbanová, 2003, str. 31).

Mezi spolehlivé metody k odhalení počátku aterosklerózy u dětí patří zjištění depozit vápníku v koronárních arteriích pomocí elektronického paprsku řízené počítačové tomografie (EBCT), změřením tloušťky stěny karotidy ultrasonograficky nebo změřením průtokem způsobené dilatace arteria brachialis (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 39).

Právě nadváha a obezita patří mezi nejzávažnější rizikové faktory předčasné aterosklerózy. Děti s indexem tělesné hmotnosti nad 30 kg/m<sup>2</sup> mívají velmi často hypercholesterolémii, hypertenzi a v pozdějším věku i ischemickou chorobu srdeční. Obezita je též spojena s poruchou cévní stěny. Děti trpící obezitou mají zvýšený srdeční výdej, proto se u nich často vyskytuje dilatace pravé i levé srdeční komory (Šamánek, Urbanová, 2003, str. 86-87).

## **Hypertenze**

Americká akademie pediatriů v roce 2004 stanovila definici dětské hypertenze. Podle ní mluvíme o hypertenzi v tu chvíli, kdy průměrný systolický a diastolický tlak překračuje 95. percentil, v závislosti na pohlaví, věku a výšce dítěte, nejméně ve třech na sobě nezávislých měřeních. Krevní tlak se během dospívání dítěte postupně zvyšuje, u každého pohlaví však nestejně. Zhruba od 6. roku života dítěte mají chlapci vyšší krevní tlak než dívky stejného věku. Fyziologické hodnoty krevního tlaku u obou pohlaví nejvíce narůstají mezi 6. až 12. rokem (Pastucha, 2007, str. 237).

Prevalence hypertenze u dětí je zhruba 1 %. U dospělých jedinců převažuje výskyt sekundární hypertenze, zejména renální, kardiální a endokrinní, nad hypertenzí primární, jejíž příčinu nelze nijak zjistit. U adolescentů je tomu naopak. Terapie hypertenze stejně jako u dospělých obsahuje kauzální léčbu, nefarmakologická opatření a farmakologickou léčbu pomocí ACE-inhibitorů, blokátorů angiotenzinového receptoru, betablokátorů, kalciových blokátorů a diuretik (Seeman, 2012, str. 275).

Přesná klasifikace hypertenze dělí hodnoty krevního tlaku na percentily. Normální hodnoty krevního tlaku se nachází pod 90. percentilem, hraniční mezi 90. a 95. percentilem a vysoké nad 95. percentilem. Přesné hodnoty jsou zobrazeny v Tabulce 22 v příloze (Slezáková, 2010, str. 24).

## **Spánková apnoe**

Obstrukční spánková apnoe je velice závažným problémem jak u dětí, tak u dospělých. Projevuje se kardiovaskulárními komplikacemi, poruchou růstu, neprospíváním, poruchami chování, nálad a celkovým zhoršením kognitivních funkcí. Spolu s obezitou představuje jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik metabolického syndromu (Příhodová, 2010, str. 26).

Jedná se o opakované zástavy dechu, které trvají u dětí chodících do školy nejméně 10 sekund, u mladších by měla zástava trvat po dobu dvou dechových cyklů. Příčinou je uzávěr horních dýchacích cest dítěte, který vede k poklesu saturace hemoglobinu kyslíkem a možné chronické hypoxii během spánku (Příhodová, 2010, str. 26).

Pokud klinická symptomatologie svědčí pro pozitivní diagnózu obstrukční spánkové apnoe, je vhodné, aby rodiče navštívili se svým dítětem spánkovou laboratoř, kde se během noci podrobí monitorování pomocí polysomnografie. Obstruktivní spánková apnoe se hodnotí

podle výskytu indexu apnoe – hypopnoe (AHI), tedy počtem apnoí za hodinu. Při lehké formě onemocnění má dítě 5-15 zástav dechu, při středně těžké 16-30 a při těžké 30 a více zástav (Hainer, 2011, str. 29).

Mezi nejčastější léčebné řešení dětské spánkové apnoe patří zmenšení nebo úplné odstranění krčních a nosních mandlí. Dále je vhodné zavést redukční dietu u obézních dětí, či se jinak snažit snížit jejich tělesnou hmotnost (Pantley, 2012, str. 170).

### **3.4 Kožní změny**

Zatím nebyly vytvořeny žádné studie, které by dokazovaly, že obezita přímo způsobuje nějaké konkrétní kožní onemocnění. Praxe je však důkazem, že se určité kožní onemocnění u obézních vyskytují častěji než u lidí, kteří obezitou netrpí. Mezi tyto kožní reakce patří například intertrigo. Intertrigo neboli opruzení vzniká v místech kožních záhybů a projevuje zčervenáním a pocitem pálení postižené části kůže. Je většinou provázené kvasinkovou, houbovou nebo bakteriální infekcí. Velmi často se vyskytuje i nahnědlá hyperpigmentace na vnitřních stranách stehen a pod prsy. Další z kožních projevů objevujících se zejména u obézních jedinců jsou keratózy na ploskách, strie, měkké fibromy, bércové vředy a extrémní pocení (Cetkovská, 2010, str. 65).

### **3.5 Psychické změny**

Obézní děti mnoho lidí vnímá jako děti dobře živené a spokojené, popřípadě jako jedince s nízkou vůlí odmítnout jídlo. K těmto dětem se lékař obvykle nevolá a spoléhá se na rodičovskou autoritu, která zastaví růst obezity svého dítěte. Mnohdy jsou za obezitou skryté psychické problémy, které si okolí nepřipouští (Faleide, Lian, Faleide, 2010, str. 106).

Nejvýznamnější vliv na psychiku dítěte má rodina, později kamarádi, spolužáci ve škole a v neposlední řadě sdělovací prostředky. Stejně jako jiná onemocnění, i obezita ovlivňuje kvalitu života dítěte. Dopad nadváhy na psychiku se projevuje od chvíle, kdy se dostanou mezi své vrstevníky a jsou tak podrobena neustálému hodnocení. Už pětileté dívky trpící obezitou mají nižší sebehodnocení, než dívky s normální hmotností. Celková nespokojenost s tělesnými proporcemi se objevuje ve větší míře u dívek než u chlapců (Pařízková, Lisá, 2007, str. 175-180).

Kromě nízkého sebehodnocení obézní děti často trpí nízkou sebedůvěrou, která se váže k vyčleňování ze společnosti a vyhýbání se pohybovým aktivitám, u kterých se bojí zesměšnění. U obézních dětí s nízkým sebehodnocením se mnohem častěji vyskytuje závislost na nikotinu a alkoholu než u dětí s normálním sebehodnocením. K nejčastěji uváděným problémům dále patří deprese, osamělost, smutek a zvýšená nervozita (Pařízková, Lisá, 2007, str. 182).

U dětí trpících depresemi není mnohdy jiné východisko než užívání antidepresiv. Problém spočívá v tom, že sama antidepresiva mohou negativně působit na rozvoj obezity a dítě se tak dostává do bludného kruhu. Depresní stavy snižují též úspěšnost léčby obezity, proto je vhodné, aby bylo dítě před započatím léčby vyšetřeno psychologem, který by popřípadě identifikoval depresivní projevy a nabídl individuální řešení (Marinov, Pastucha, 2012, str. 55).

## 4 Obézní dítě ve škole

Mimo výše uvedené následky, bych ráda doplnila následky vztahující se k obézním dětem ve škole. Škola je prostor, ve kterém se denně setkávají se svými vrstevníky a jsou jimi neustále hodnoceni. Ačkoli je jejich chování částečně korigováno odborným dohledem pedagogů, jsou mnohdy obézní děti vystavené posměchu a nepochopení ze stran svých spolužáků. Už čtyřleté dívky rozdělují postavy lidí na štíhlé a otlélé. Jedince s vyšší tělesnou váhou popisují jako líné, hloupé a nešikovné. Tyto předsudky často pomáhají tvořit jejich rodiče, kamarádi či například filmy, kde jsou do rolí hloupých padouchů velmi často obsazováni právě obézní jedinci. Tyto předsudky získané v dětství se do budoucna mohou stát důvodem odporu vůči sobě u těch, kteří mají vyšší tělesnou hmotnost (Vignerová, Bláha, 2001, str. 143).

Se začátkem školní docházky se začíná měnit i pohybový režim dítěte. Většinu času jsou děti nucené sedět v lavicích a to vyvolává zájem hledat si i sedavou a pasivní zábavu mimo školu. Děti začínají více sledovat televizi, více času stráví u počítače. Malí školáci by měli strávit pohybem tolik času, kolik ho stráví sezením ve školních lavicích. Jelikož ne vždy děti tento režim dodržují, může docházet ke zvyšování jejich tělesné váhy. V času stráveném pohybem jim mohou napomáhat hodiny tělesné výchovy. Jejich vymezený čas na základních školách se však podle Evropského parlamentu od roku 2002 zkrátil ze 121 minut týdně na 109 a stejně se tomu tak stalo i na středních školách. Spoléhat tak pouze na hodiny tělesné výchovy není vhodné. Hodiny tělesné výchovy na základních školách podle průzkumu rozvíjí pozitivní vztah k pohybu zejména u chlapců. Děvčata naopak školní hodiny tělocviku, kde se hrají hlavně míčové hry, od pohybu odrazují. Další zásadní věcí, kvůli které děti vynechávají hodiny tělesné výchovy, je posměch ostatních spolužáků kvůli jejich tělesným proporcím. Velmi častým případem je i necitlivý přístup učitele a nedostatek jeho tolerance. Tělesné výchově se pak tyto děti vyhýbají pomocí různých výmluv (Marinov, 2011, str. 64-72).

Obézní děti jsou často terčem posměchu, jenž může mít nedozírné následky, jako jsou deprese či pokus o ukončení života. Kvůli strachu ze zesměšnění se často sami vyřazují z her a jiných společenských aktivit. Tyto děti jsou velmi často terčem šikany. Posměchu by se měl snažit zabránit třídní učitel, případně výchovný poradce či psycholog, na kterého se děti mohou obrátit v případě problému. Ne vždy se však informace o šikaně nebo posměchu ve třídě donesou až k těmto lidem. Ukazuje se však, že obézní děti mohou být i samotnými iniciátory šikany. Jedná se zejména o chlapce mezi 15. a 16. rokem, kdy díky své váze mají fyzickou převahu nad ostatními dětmi (Pařízková, Lisá, 2007, str. 183).

Šikana se může objevit v různých podobách od bití, vydírání, pomluv a ponižování až po přehlížení a ignorování dítěte. Celkem novou formou šikany je kyberšikana, která může být uskutečňována ponižujícími videi či fotkami na internetových portálech, zraňujícími komentáři na webu a mnoha dalšími způsoby. Všechny tyto druhy šikany se na dítěti negativně podepisují a je třeba si všimnout prvních varovných známek šikany dítěte. Pedagog by měl dávat pozor, zda je dítě o přestávkách často samo, nejeví zájem o kamarády a ostatní o něj také nejeví zájem, působí smutně, plačtivě, je uzavřené, jeho prospěch se náhle zhorší nebo jsou na něm vidět známky po tělesné šikaně v podobě špinavého oblečení, modřin, odřenin a jiných zranění, které nedovede dostatečně a uspokojivě odůvodnit. Rodiče by si kromě výše zmíněných věcí mimo projevy dítěte ve škole měli všimnout, zda je v kontaktu s kamarády, náhle nechutě chodit do školy a případně výmluvy na bolesti a hlavy, zda chodí domů hladové, usíná s pláčem, chce být více samo, ztrácí zájem o aktivity, které ho dříve bavily, odmítá se svěřovat nebo agresivně reaguje na své blízké. Pro řešení šikany je nezbytné uplatnit výchovná opatření na šikanujících osobách a za spolupráce rodiny poskytnout šikanovanému dítěti potřebnou pomoc (Metodický pokyn ministrině školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních, 2016).

## 5 Léčba nadváhy a obezity

Jelikož je léčba nadváhy a obezity u dětí velice náročný proces, je více než žádoucí dětské obezitě předcházet. Existují preventivní programy proti obezitě, které zábavnou formou předávají informace o příčinách a rizicích obezity dětem jak ve školách základních, tak už i v mateřských školách. Pro ty nejmenší byl vytvořen projekt Pyramidáček, který pomocí her, pohádek a kreslení podporuje povědomí dětí o základech správné výživy a potřebě dostatečné pohybové aktivity. Edukační manuál pro učitele mateřských škol je dostupný na webových stránkách Rámcových vzdělávacích programů.

Na stejném principu avšak zaměřené na děti ze základních škol jsou pak programy Stobík, Zdravá abeceda, Stop obezitě, Ovoce a zelenina do škol a další. Více o těchto programech je možné dohledat pomocí následujících zdrojů: [www.hravezijzdrave.cz](http://www.hravezijzdrave.cz), [www.zdrava-abeceda.cz](http://www.zdrava-abeceda.cz), [www.stob.cz](http://www.stob.cz) a [www.ovoceazeleninadoskol.cz](http://www.ovoceazeleninadoskol.cz).

V tu chvíli, kdy si rodina neví rady jak pomoci svému dítěti, je jedním z možných východisek pobyt v lázeňské léčebně. Za tímto účelem byly u nás v České republice zřízeny například Léčebna Dr. L. Filipa či Lázně Bludov, kde se navíc kromě správného pohybového režimu a vyvážené stravy zaměřují i na psychoterapii dítěte. Dozvědět se více o lázních je možné z webových stránek těchto středisek.

V lázeňských zařízeních se děti i jejich rodiny učí, jak se správně stravovat a za doprovodu fyzické aktivity tu zhubnou během pár týdnů průměrně kolem 10% své hmotnosti. Děti jsou mnohdy skálopevně přesvědčeny, že nemohou zhubnout. Pobyt zde jsou ujištěny o opaku, a to jim pomůže v hubnutí pokračovat. Nevýhodou léčby je, že úbytek tělesné váhy dítěte je velmi rychlý. Když se dítě po 4-6ti týdnech vrátí do domácího prostředí, dojde k jo-jo efektu a dítě se tak dostane na původní hodnoty svojí hmotnosti a mnohdy je i překročí. Nejlepší výsledky se snížením a udržením nižší váhy mají dívky starší 12ti let a to zejména z toho důvodu, že jim záleží většinou na vzhledu více než chlapcům (Hainer, 2004, str. 301).

Nastavit správný režim stravování a pohybu je pro děti stěžejní. Ideální váhový úbytek by se měl pohybovat mezi 0,5 – 2 kg měsíčně. Pokud je dítě ve věku, kdy rychle roste, postačí udržovat jeho tělesnou hmotnost a nijak rapidně ji nesnižovat. Léčbu obézního dítěte by měl indikovat a sledovat jeho dětský lékař, popřípadě také endokrinolog. V rámci racionální výživy se doporučuje jíst pětkrát denně ne příliš velké porce. Důležité je nevynechávat snídani a nevečeřet těsně před spánkem. Na rozdíl od dospělých jsou děti stále ve vývinu,

proto je nezbytné jim dodávat živiny nutné pro růst a vývoj tělesných systémů. Držet děti o hladu je tudíž zcela nevhodné. Na kompletní náhlou změnu jídelníčku si však dítě nezvykne, proto je vhodné sestavit individuální jídelníček a částečně ho přizpůsobit zvyklostem rodiny a postupem času ho dále upravovat. Stejně tak je tomu u sportovních aktivit. Ideální je najít takové, které dítě baví a zároveň nezatěžují jeho kostní a kloubní systém. Mezi vhodné sporty pro obézní děti je řazena chůze, jízda na kole a plavání. Rodinám je doporučováno, aby všichni její členové dodržovali stejný jídelníček a vykonávali stejnou fyzickou aktivitu a tím tak projevovali podporu, kterou obézní dítě nezbytně potřebuje (Hainer, 2004, str. 301-302).

## **II Průzkumná část**

### Výzkumné otázky

1. Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska psychiky a sociálních následků u obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?
2. Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska fyzické aktivity obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?
3. Jaké je povědomí pedagogů prvního stupně základních škol o druzích pomoci nabízených školou obézním dětem?

## 6 Metodika výzkumu

### Typ výzkumu

Průzkumná část bakalářské práce má kvalitativní charakter. Sběr dat do výzkumu probíhal pomocí semistrukturovaných rozhovorů s pedagogy prvního stupně základních škol (viz Příloha A a B).

Dle Hendla (2008, str. 48) je výhodou kvalitativního výzkumu zejména to, že se otázky připravené pro rozhovor mohou v průběhu sběru dat modifikovat a doplňovat a díky tomu, se považuje za pružný typ výzkumu. Tato metoda je vhodná pro podrobné získání náhledu do problému a jeho hloubkovému zkoumání. Oproti kvantitativnímu výzkumu je vztah výzkumníka k subjektu těsný a získaná data jsou tedy bohatší. Výzkumnou strategii má kvalitativní způsob získávání dat méně strukturovanou.

Nejstarší a nejpoužívanější forma sběru dat je rozhovor. Rozhovor, jinak též interview, je nejnáročnější, ale zároveň nejvýhodnější technikou sběru dat. Typ rozhovoru, který byl zvolen jako nejvhodnější pro tento výzkum, se nazývá semistrukturovaný. Jsou zde dané okruhy otázek, kterým se tazatel věnuje a snaží získat co nejvíce informací o daném okruhu. Je tu možnost i kladení podotázek, pomocí nichž se tazatel ujistí, že subjekt otázku správně pochopil a získá pak takové informace, jaké jsou třeba k jeho výzkumu. (Kutnohorská, 2009, str. 38-40).

Otázky pro rozhovor měly předem dané pořadí. Byly vytvořeny ze tří okruhů otázek. První okruh se zaměřuje se na odlišnosti psychiky a sociálních projevů obézních dětí oproti dětem bez známek obezity na prvním stupni základních škol dle jejich třídních učitelů. Druhý okruh zkoumá fyzické následky obezity u dětí, které navštěvují první stupeň základních škol, z pohledu jejich třídních učitelů. Poslední okruh se věnuje informovanosti těchto vyučujících o způsobech pomoci obézním dětem a o programech zaměřených ať už proti obezitě, tak na podporu dostatečného pohybu či zařazení zdravějšího jídla do jídelníčku. Otázky byly vytvořeny na základě informací z odborné literatury věnující se tomuto tématu a na základě zkušeností učitelů s dětmi, které trpí obezitou. Celkem bylo vytvořeno 16 otázek.

## **Vzorek respondentů**

Pedagogové byli jako respondenti pro tento výzkum zvoleni z toho důvodu, protože jsou ihned po rodinných příslušnících dalšími osobami, které jsou s dětmi nejvíce v kontaktu. Jelikož je mohou pozorovat jak při zátěži, kterou je v tomto výzkumu myšlen tělocvik ve školách, tak o přestávkách, kde mohou sledovat jejich chování a úroveň kontaktu se spolužáky, byli vybráni jako ideální subjekty.

Před započítáním výzkumu bylo zapotřebí sehnat respondenty, kteří by splňovali daná kritéria. Respondent musel být učitel nebo učitelka prvního stupně základní školy. Musel mít zkušenosti s obézním dítětem ve své třídě, které měl na hodiny tělesné výchovy a jakýkoli jiný předmět. Posledním kritériem bylo, aby rozpoznal z předložených obrázků obézní děti oproti dětem bez známek obezity (viz Obrázek 3 -6). Bylo osloveno celkem 9 učitelů, z nichž 8 splnilo daná kritéria. Rozhovory probíhaly s respondenty ze tří základních škol. Dále budou respondenti uváděni pod zkratkami R1-R8.

R1 a R2 učí na soukromé základní škole v centru města. R1 učí žáky v 1. třídě, R2 má žáky 4. třídy. Každý ročník má jednu třídu, kterou navštěvuje 10-15 dětí. R3 a R4 jsou pedagogy na příměstské základní škole. R3 učí ve 2. třídě. R4 momentálně učí ve 3. třídě, ale zmiňuje zejména zkušenosti s žákem, kterého učil před 6 lety, a který teď navštěvuje 9. třídu. Každý ročník má zde také jednu třídu se zhruba 15 dětmi. R5, R6, R7 a R8 vyučují na základní škole v centru města. R5 učí 1. třídu, R6 4. třídu. Tato škola má tzv. sportovní třídy, do kterých mohou děti od třetího ročníku přestoupit. Tyto třídy mají týdně o jednu hodinu tělesné výchovy více než klasické základní školy, nebo ostatní třídy na téže základní škole. V těchto třídách vyučují R7 a R8. R7 ve 3. třídě a R8 ve 4. třídě. Každý ročník má 2-3 třídy. V jedné třídě je mezi 18-23 žáky.

## **Etické otázky výzkumu**

Etické zásady jsou velmi důležitým prvkem při sběru dat. Předtím, než uskutečníme rozhovor s vybraným subjektem, je důležité mít jeho informovaný souhlas. Spočívá v tom, že je subjekt informován o průběhu a okolnostech výzkumu a poté souhlasí s jeho zúčastněním. Každý z pedagogů před rozhovorem podal pasivní souhlas. Tento druh souhlasu nevyžaduje formulář s podpisem daného subjektu. Informovaný souhlas byl získán pouze řediteli každé ze škol, ve které výzkum probíhal. Ředitelé i pedagogové zapojeni do výzkumu byli ujištěni o anonymitě jak svojí vlastní, tak školy zapojené do výzkumu (Hendl, 2008, str. 153).

## Technika sběru dat

Před samotným započítáním sběru dat do výzkumu proběhla pilotní studie. Konala se formou rozhovoru s pedagogem 2. třídy základní školy, který už přes 10 let učí na základní škole v centru města a má četné zkušenosti s obézními dětmi. Pilotní studie byla provedena za účelem zjištění, zda respondenti budou otázkám v rozhovoru rozumět a budou na ně schopni adekvátním způsobem odpovídat. Díky pilotní studii došlo k úpravám otázek pro rozhovor. Některé otázky musely být vyřazeny, některé byly přidány a k některým byly dopsány poznámky pro případ, kdyby pedagog otázce nepochopil, nebo aby díky nim co nejvíce rozvedl svoji odpověď a byla tak získána potřebná data. Pilotní studie také ukázala přibližný čas doby trvání rozhovoru. Po úpravě původních otázek a schválení jejich finální verze vedoucí bakalářské práce mohly začít rozhovory pro výzkum.

Rozhovory probíhaly v období duben až květen 2017 s pedagogy prvního stupně tří základních škol. Z těchto tří škol bylo osloveno 9 respondentů, ale pouze 8 jich splnilo daná kritéria. Před zahájením každého z rozhovorů byly ukázány všem respondentům fotky (viz Obrázek 3 - 6) a respondenti měli správně určit, zda se jedná o dítě s obezitou či bez známek tohoto onemocnění. Na prvním obrázku (viz Obrázek 3) měli označit dítě s normální tělesnou váhou, dítě s obezitou a podvyživené dítě. Na druhém obrázku měli ukázat, kde začíná zhruba nadváha a kde obezita (viz Obrázek 4). Třetí a čtvrtý obrázek jim byl ukázán současně a měli určit, zda jsou obě děti na fotkách obézní, zda některé z dětí na fotce netrpí jen nadváhou, nebo zda je váha některého nebo obou z nich v normě (viz Obrázek 5 a Obrázek 6). Jeden respondent mylně označil dítě na obrázku (viz Obrázek 5) jako zdravé a bez známek obezity, proto byl z průzkumu vyloučen. Zbýlých 8 respondentů správně ohodnotilo ukázané obrázky a byl s nimi uskutečněn rozhovor.

Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány a poté doslovně přepsány do písemné podoby. Každý pedagog, se kterým měl probíhat rozhovor, byl předem informován o přibližné délce trvání rozhovoru, o tématu bakalářské práce, o okruzích otázek a o naprosté anonymitě, která mu bude zaručena. Poté s ním byl domluven čas a místo, které mu vyhovovalo pro uskutečnění rozhovoru. Rozhovory s R1 a R2 probíhaly na jejich základní škole v jedné ze tříd, ve které v danou chvíli neprobíhala výuka a nikdo jiný se zde nenacházel. Rozhovor s R3 se uskutečnil v jeho domácím prostředí z důvodu pracovní neschopnosti respondenta. R4 se chtěl sejít mimo jeho pracoviště ve svém volném čase. Na jeho žádost byl rozhovor proveden v kavárně, kde se po celou dobu rozhovoru nenacházeli

žádní hosté a rozhovor tedy mohl proběhnout v soukromí. Rozhovor s R5, R6, R7 a R8 proběhl v jejich vlastních kabinetech. U prvních třech rozhovorů se v kabinetě nenacházel žádný jiný pedagog. Během rozhovoru s R8 přišel do kabinetu další vyučující. Odpovědi R8 však byly stále obsáhlé a nebyly zaznamenány známky nižší ochoty odpovídat, proto nedošlo k přerušení rozhovoru. Časové rozmezí rozhovorů bylo neomezené, rozhovory trvaly mezi přibližně mezi 5-20 minutami. Záznamy všech rozhovorů s pedagogy jsou na vyžádání k dispozici.

## 7 Prezentace výsledků

Pro zpracování odpovědí respondentů jsem použila metodu otevřeného kódování, kdy jsem vždy sledovala konkrétní kódy v odpovědích respondentů a na jejich základě vytvořila tabulky pro lepší přehlednost prezentovaných výsledků. Tabulky obsahují pouze odpovědi respondentů, které byly získány otevřenými otázkami. V příloze B je možné nahlédnout na kódy označené v přepisu rozhovoru. Červeně podbarvené kódy sloužily pro typické odpovědi respondentů, ze kterých byly vytvořeny tabulky. Modře podbarvené části odpovědí navíc označují dva konkrétní kódy, které se vyskytovaly téměř u všech respondentů během zodpovídání otázek v rozhovoru. Tyto dva kódy byly označeny jako Kód 1- Odkaz na vliv rodiny, který zmínilo 6 respondentů a Kód 2- Chování dítěte neovlivňuje obezita, ale jeho povaha a temperament a inteligence, který jsem našla u 4 respondentů. Za odpověďmi respondentů se v této příloze v závorkách nachází i poznámky. Výsledky průzkumu jsou rozčleněny do čtyř oblastí. První oblast zahrnuje otázky vztahující se k první výzkumné otázce „Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska psychiky a sociálních následků u obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?“. Oblast druhá obsahuje otázky ke druhé výzkumné otázce „Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska fyzické aktivity obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?“. Třetí oddíl obsahuje otázky a odpovědi respondentů vztahující se k první i druhé výzkumné otázce zároveň a čtvrtý oddíl je složen z otázek vztahujících se ke třetí výzkumné otázce „Jaké je povědomí pedagogů prvního stupně základních škol o druzích pomoci nabízených školou obézním dětem?“.

## **Odlišnosti psychických a sociální následků obézních dětí oproti dětem bez známek obezity**

Do této kategorie je zařazena i úvodní otázka **zda se daný respondent setkal s obézním dítětem ve své třídě.**

Otázky v rozhovoru: **Jak by jste popsal/a chování dítěte v sociální oblasti? Jaká je jeho charakteristika vyjadřování? Jaké je jeho chování k ostatním dětem? Mají nějaké známky ostychu ohledně svého těla? Všiml/a jste si nějaké formy posměchu od ostatních dětí? Jaké?**

**Setkal/a jste se s obézním chlapcem či dívkou ve své třídě?**

**Tabulka 1 Obézní děti ve třídě**

Respondenti	S chlapci	S dívkami	S chlapci i dívkami	Častěji s chlapci
R1			X	X
R2			X	
R3			X	X
R4	X			
R5			X	X
R6	X			
R7	X			
R8	X			

Všichni respondenti odpověděli, že se setkali s jedním nebo více obézními dětmi ve své třídě. R1, R2, R3 a R5 uvádějí, že se setkali s obézními chlapci i dívkami, zbytek respondentů se setkal pouze s obézními chlapci. Tři z těchto respondentů dokonce uvádí, že vyučovali více obézních chlapců než dívek.

## Jak by jste popsal/a chování dítěte v sociální oblasti? Jaká je jeho charakteristika vyjadřování?

Tabulka 2 Chování v sociální oblasti

Respondenti	Bez problémů	Citliví, uzavření	Středem pozornosti (negativně - zlobí)	Středem pozornosti (pozitivně - komici)	Chování nezávislé na obezitě dítěte
R1		X			
R2		X		X	X
R3		X	X		
R4				X	
R5					X
R6	X				
R7			X		
R8		X			

Tato otázka přinesla mnoho rozdílných odpovědí. R6 nezaznamenala u obézního chlapce ve své třídě žádné odchylky v chování a popisuje ho jako milé, vtipné a příjemné dítě. R1 a R8 se zmiňují, že jsou jejich děti oproti ostatním tišší, plačtivější a uzavření do sebe. R3 k tomu dodává: „*Nebývají středem kolektivu. Spíš tišší, ale je to na individuálním temperamentu dítěte. Většinou se v kolektivu tolik neprojeví, ale zažila jsem i hodně nejen hyperaktivní, ale i dítě, které chtělo být středem pozornosti. To bylo ale negativně vnímáno od těch dětí a pak přišlo na přednes: „Hele ty nám do toho nemluv.“ Nejsou většinou středem, ale že by byli vyloučeni, to si zas nemyslím.*“. Jako komika, který chce být středem pozornosti a zároveň tzv. kašpárka třídy považuje své obézní dítě i R4. Oproti negativnímu pohledu spolužáka na snahu o pozornost obézního dítěte u R3, je dítě u R4 vnímáno svou třídou jinak. R4 totiž zmiňuje: „*Ten svůj komplex si léčí tím, že na sebe upozorňuje jinak a poměrně se mu to daří, protože je vtipnej a inteligentní kluk, takže ty jeho vtipy děcka berou.*“ R7 popisuje své dítě v oblasti sociálního chování jako konfliktní a provokující. Důvod tohoto chování připisuje jeho nízkému sebevědomí a následné snaze na sebe upozornit jakkoli jinak. Zbytek respondentů nepovažuje obezitu jako determinant odlišného sociálního chování oproti dětem bez známek obezity. R2 se setkal jak se stydlivými obézními dětmi, tak s těmi, co se na sebe snaží upozornit. R5 dodává: „*Já myslím, že to nemá nic společného s obezitou, to jak se vyjadřuje. Závisí s jakými zvyky přijde z rodiny a jaký má sebevědomí a jak se umí s těma dětma bavit, ale to nezávisí na tom, jak vypadá.*“

## Jaké je jeho chování k ostatním dětem?

Tabulka 3 Chování k ostatním dětem

Respondenti	Bez problémů	Samotáři	Podmíněné povahou, temperamentem a schopností zařadit se do kolektivu
R1	X	X	X
R2			X
R3			X
R4	X		
R5			X
R6	X		
R7	X		
R8	X		

Polovina respondentů odpověděla, že obézní děti z jejich třídy jsou naprosto bez známek ostychu k ostatním spolužákům. Nazývají je jako přátelské a příjemné. R7 dává v tomto případě důraz na dobrý kolektiv ve své třídě. „*Tohle je fajn třída, nedělej se tam nějaký separace, dvojčky, děti tady naopak spolu poměrně kamarádí navzájem.*“ R2 říká: „*Záleží na povaze, není to ovlivněný tou obezitou.*“ Stejný názor má i R1, který doplňuje odpověď o zkušenosti s jedním dítětem, které se stranilo a nekomunikovalo a jiným, které se dle jeho slov vůbec nestraniilo kolektivu a bylo upovídáné. R5 si také myslí, že chování obézního dítěte k jeho spolužákům není ovlivněno tím, jak vypadá. Poslední z mých respondentů, R3, si též myslí, že jeho chování ke spolužákům nezávisí na tom, zda je dítě obézní, ale na jeho temperamentu. Jak zmiňuje ve své odpovědi: „*Měla jsem příležitost zažít dítě, kdy bylo mírně agresivní a bránilo se, ale nebyla tam žádná šikana nebo náznak ani. Jen bylo citlivé, když se mu řekla narážka na váhu.*“ Ostatní obézní děti, se kterými se setkal ve své třídě, byli prý většinou klidní.

## Mají nějaké známky ostychu ohledně svého těla?

Tabulka 4 Znamky ostychu

Respondenti	Ano	Ne
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5		X
R6		X
R7		X
R8	X	

Tabulka 5 Projevy ostychu

Jak se projevuje ostych obézních dětí?			
Respondenti	Skrývá se při převlékání na TV	Nosí větší oblečení, než jaká je jeho velikost	Omluvenky na plavání
R1	X	X	X
R2	X	X	
R3	X		X
R4		X	
R5	-	-	-
R6	-	-	-
R7	-	-	-
R8	X		

R5-R7 měli na tuto otázku zápornou odpověď. R5 učí v první třídě a říká, že si takhle malé děti většinou obezitu svoji nebo svých spolužáků zatím neuvědomují. Dítě ve třídě R6 prý také neprojevuje žádné známky ostychu. Respondent k tomu dále dodává: „ *On pochází z rodiny, která je silnější, rodiče jsou taky silnější, takže on to tak bere, že je silnější. Prostě to bere, že je to normální.*“ R4 zmiňuje, že známky ostychu ohledně svého těla jeho dítě má, ale že se je nesnaží dávat nijak najevo. Zmiňuje se však, že stejně jako v případě R1, R2 toto dítě nosí o několik čísel větší oblečení, aby jej co nejvíce zakrylo. R2 se domnívá, že v tomto věku si děti oblečení zatím sami nevybírají a rozhodnutí krýt obézní tělo dítěte připisují jejich rodičům. Čtyři respondenti zaznamenali nějaký druh odchylky při převlékání na hodiny

tělesné výchovy u obézních dětí oproti dětem bez známek obezity. Všimli si, že se obézní děti chodí převlékat na záchody, i když jsou pro převlékání na tělocvik na škole šatny, kde se převléká zbytek třídy. R3 navíc popisuje způsob převlékání těchto dětí oproti ostatním spolužákům: *„Jsou převlečení o to rychleji. Jdou do kouta, aby cítili asi to bezpečí toho, že je nikdo moc neuvidí.“* Kromě dvou případů, se dle respondentů jejich děti nesnaží kvůli převlékání nebo menšímu množství oblečení vyhýbat hodinám plavání. Zkušenosti s vyhýbáním se těmto hodinám mají R1 a R3. R1 konkrétně říká o svých dvou obézních žácích toto: *„Pak si ho neumím představit v plavkách, my chodíme každý rok, tak tyhle dva kluci se mi nepřihlásili ani jednou, takže já se trošičku obávám, že to je z důvodu té obezity.“* R3 má na své škole povinné hodiny plavání a jemu a ostatním kolegům ze školy obézní děti dávají omluvenky na plavání mnohem častěji, než děti bez známek obezity. Domnívá se, že to je kvůli jejich ostychu převlékat se před svými spolužáky.

## Všiml/a jste si nějaké formy posměchu od ostatních dětí? Jaké?

Tabulka 6 Posměch

Respondenti	Ano	Ne
R1		X
R2	X	
R3	X	
R4		X
R5		X
R6	X	
R7	X	
R8	X	

R1, R4 a R5 nezaznamenali ve své třídě žádné známky posměchu od dětí na obezitu svého spolužáka. R1 připisuje kladné kredity zejména tomu, že je v jeho třídě pouze 12 dětí a tyto děti jsou spolu už od první třídy. Velký důraz dává i na druh vedení výuky. Říká dětem, že jsou si ve všem rovni, ale každý je dobrý v něčem jiném. Jelikož jeho obéznímu žákovi nejde tělocvik a jeho spolužáci to vidí, snaží se ho před nimi vyzdvihnout v tom, co mu jde. R8 také říká, že je v tomto případě důležité, zda jsou žáci spolu od první třídy a jsou na svého obézního spolužáka zvyklí. „*Spiš tam do kolektivu zapadá a berou ho takového, jaký je, protože je s nimi od první třídy a to hodně dělá. Až půjde na druhý stupeň, kde by se měly rozdělit ty děti, tak tam si myslím bude mít problémy.*“, i když dodává, že obézního chlapce jeho spolužáci občas osloví Špekoune. R6 dále přidává: „*Ale myslím si, že třeba cizí děti když na něj nejsou zvyklý, jako děti ze třídy, ale cizí děti když hrajeme s vedlejší třídou, tak ty ano. Ty na něj reagují.*“ R7 vede sportovní třídu a potvrzuje předešlé výpovědi respondentů tím, že má zkušenosti se sloučením žáku z více tříd a vytvoření nového kolektivu. R7 říká: „*To jo, když jsem je převzala, tak než jsme sladili kolektiv, tak jsme museli řešit hodně věcí, které se táhly z minulé třídy, kdy děti říkaly, že se mu posmívaj a on si stěžoval sám, že se mu smějí, že je Tlust'och a tak. Takže to jsme se snažili v té třídě hnedka odbourat.*“ Všichni respondenti, kteří se setkali s posměchem obézním dětem ve své třídě, se tento problém snažili ihned vyřešit. Setkali se se slovními narážkami, mezi kterými bylo oslovení Špekoune, Tlust'ochu, nebo upozornováním, že je dané dítě tlusté. Učitelé se o těchto posměscích dozvěděli buďto od spolužáků obézního dítěte, kdy tvz. žalovali na jiné dítě ze třídy, nebo přímo od obézního dítěte. Pouze ve výjimečných případech byli učitelé přítomni posměškům obéznímu dítěti.

## Jak se odráží obezita na fyzické výkonnosti dítěte ve škole

Otázky v rozhovoru: **Jak zvládají plnit všechny zadané cviky? Má podle vašeho názoru fyzická výkonnost těchto dětí vliv na výslednou klasifikaci dítěte? A jakou? Jaký je jeho postoj k pohybovým hrám?**

### Jak zvládají plnit všechny zadané cviky?

Tabulka 7 Zvládání cviků

Respondenti	Zvládají	Nezvládají
R1		X
R2		X
R3		X
R4	X	
R5		X
R6		X
R7		X
R8		X

Tabulka 8 Jaké cviky obézní děti nezvládají

Jaké cviky obézní děti nezvládají dle respondentů					
Respondenti	Kotoul	Běh	Přeskoky	Šplh	Další jiné
R1	X	X			
R2					
R3	X	X		X	
R4					
R5	X			X	
R6	X	X	X		X
R7	X		X	X	
R8			X	X	X

Odpovědi většiny respondentů nejlépe vystihuje R1: „*Nezvládají. Nezvládají už běh, kotoul, všechny cviky na kladině, výmyk vůbec obézní děti neudělají. Dá se v podstatě říct, že spoustu cviků neudělají. Mohla bych tu vyjmenovávat jeden po druhém.*“ Kromě jediného respondenta se nikdo nesetkal s tím, že by obézní děti dokázali splnit všechny zadané cviky v požadované míře. R4 však dodává, že se dle jeho názoru jedná o výjimku a udává, že se jednalo pouze o jednoho chlapce, který s tělocvikem neměl problém, ačkoli byl obézní. Zbylí respondenti udávají, konkrétní cviky, které obézní děti vůbec nezvládnou, nebo jsou pro ně velice namáhavé. Většinou byl jako první a pro obézní děti nesplnitelný úkol zmiňován kotoul. Jak však uvedl R7, jsou i druhy cviků, které dítěti R7 nedělají problémy. Konkrétně se o nich zmiňuje: „*V tom běhání a v těch míčových hrách ten problém takový není.*“

**Má podle vašeho názoru fyzická výkonnost těchto dětí vliv na výslednou klasifikaci dítěte? A jakou?**

**Tabulka 9 Vliv obezity na klasifikaci**

Respondenti	Ano (horší známka)	Ano (ale až od 4. třídy)	Ne
R1		X	
R2	X		
R3			X
R4			X
R5		X	
R6	X		
R7	X		
R8	X		

Zde se vyskytly tři různé odpovědi respondentů. R2, R6, R7 a R8 uvádějí, že nemohou obézní děti, které nedokážou splnit požadované úkoly, hodnotit stejně jako ostatní děti, které s fyzickou výkonností nemají problémy. Je však nutné uvést, že R2, R6 a R8 učí žáky čtvrté třídy a R7 (i R8) vede sportovní třídu, kde se klade větší důraz na fyzickou výkonnost, než v klasických třídách. O známkování obézních dětí z hodin tělesné výchovy R2 říká: „*Úplně ne, ale částečně o ten stupeň, protože zase nemůžeme hodnotit stejně děti, které zvládají všechno, mají klasickou váhu, jako ty kteří jsou obézní, těm se do toho vyloženě nechce. Takže spíš se tam hodnotí ta snaha, nebo teda alespoň u mě. Takže za tu snahu, protože to by jinak bylo nereálný.*“ Horší známky dávají R1 a R5, oba respondenti však až od 4. třídy. R3 a R4 horší známky z tělocviku nedávají žádnému dítěti, které navštěvuje 1. stupeň. R3 to komentuje slovy: „*Z mé strany ne, protože já oceňuju pokrok, takže když se snaží, tak ode mě tu jedničku z tělocviku dostanou i když jsme měli šplh, tak jsem oznámkovala ne to, že vyšplhají až nahoru nebo do metru, ale to, že se umí správně chytit a správně dát nohy. A pokud to odpozorují a snaží se, tak dostanou jedničku.*“

## Jaký je jeho postoj k pohybovým hrám?

Tabulka 10 Vztah obézního dítěte k pohybovým hrám

Respondenti	Chce se zúčastňovat	Nechce se zúčastňovat, pokud se měří výkonnost nebo jde o soutěž
R1		X
R2		X
R3	X (pokud jde o míčové hry)	
R4	X	
R5	X	
R6	X	
R7	X	
R8	X	

Všichni respondenti odpověděli, že mají obézní žáci v jejich třídách rádi hry a bez ostychu se jich zúčastňují. Říkají, že se jejich děti chtějí zapojovat do kolektivu a hrát si. R1 a R2 ale dodávají, že pokud se při hře měří výkonnost, nebo je dokonce hodnocena známkou, děti se už zapojovat nechtějí. R1 říká: „*Tam je to asi lepší. Když se jedná o hru, tak určitě, když se jedná o soutěže, tak je to zase něco jinýho. To je pak špatný.*“ a R2 dodává: „*Záleží jak do kterých her. Někdo nemá rád míčové hry, někdo zas nemá rád třeba honěnou, takže to je různý.*“ Podobnou odpověď poskytl R3, který říká, že podle jeho zkušeností obézním dětem nedělá problém házení, spíše naopak, a proto mají rády hlavně míčové hry.

## Otázky zaměřené na fyzickou výkonnost i odlišnosti psychiky obézních dětí

Otázky v rozhovoru: **Jaký je váš názor na přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy? Je jejich reakce při nesplnění požadovaného úkolu stejná, jako u dětí bez známek obezity? Jak se chová obézní dítě při tvoření skupin například při hrách a jak se chovají jeho spolužáci? Máte nějaké jiné poznatky o obézním dítěti z Vaší třídy?**

**Jaký je váš názor na přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy?**

**Tabulka 11 Přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy**

Respondenti	Vyhýbají se TV nebo konkrétním cvikům	Stěžují si na zadýchanost či unavenost	Stěžují si na nemoc nebo nevolnost
R1	X	X	
R2	X		
R3	X		X
R4	X		X
R5		X	
R6	X		
R7		X	
R8	X		X

Kromě R5 a R7 všichni respondenti uvádějí, že se obézní děti z jejich třídy vyhýbají celým hodinám tělesné výchovy nebo konkrétním cvikům. Některým dětem píše rodiče omluvenky na tělocvik. R3 říká: „*Stěžujou si že mají rýmu co se týká plavání i co se týká tělocviku. Že je bolí nohy, že támhle upadly, ale oni jim to většinou rodiče naprosto jistě omlouvají. Že jim v tom vycházejí vstříc. Že ani nemusí mít rýmu, nevidím kapesník pak celou hodinu, ale prostě jim to omlouvají rodiče.*“. R5 také zmiňuje: „*Jestliže v rodině jim prochází to, že nemusí nic dělat, tak se možná vymlouvají i při tělocviku tady. Ale někteří se snaží a nedělá jim to problémy.*“ Děti si dle respondentů během tělesné výchovy stěžují na zadýchanost, bolest nohou a unavenost ve chvílích, kdy už nechtějí pokračovat ve cvičení. Chlapec ve třídě R7 se nevyhýbá tělocviku, ale kvůli negativním reakcím spolužáků na jeho nižší výkonnost je demotivovaný. Uvádí: „*...když ten chlapeček je zrovna ve sportovní třídě, tak ty děti jako sportovci se k němu chovají hůře, než kdyby byl v tý nespportovní, protože ty výkony jsou horší a ten kontrast je větší. Nechce se vyhýbat hodinám, ale je na něm vidět, že ho to sráží a musí ho člověk podporovat a vyprovokovat k těm výkonům.*“

**Je jejich reakce při nesplnění požadovaného úkolu stejná, jako u dětí bez známek obezity?**

**Tabulka 12 Reakce na neúspěch**

Respondenti	Ano	Ne
R1		X
R2		X
R3		X
R4		X
R5		X
R6		X
R7		X
R8	X	

**Tabulka 13 Druhy reakcí na nesplnění požadovaného úkolu**

Reakce na nesplnění požadovaného úkolu						
Respondenti	Vztek	Nechuť dál cvičit	Plačtivost	Zklamání	Stud	Extrémní snaha vyrovnat se ostatním
R1	X		X			
R2	X	X		X		
R3						X
R4		X			X	
R5			X		X	
R6	X		X			
R7				X		
R8	-	-	-	-	-	-

Pouze R8 uvádí, že je reakce jeho obézního dítěte na nesplnění požadovaného úkolu stejná, jako u dětí bez známek obezity. Tuto skutečnost odůvodňuje tím, že je tento chlapec se svojí obezitou smířený. Ostatní respondenti se zmiňují, že reakce jsou intenzivnější, než u ostatních dětí. Mezi těmito reakcemi uvádějí vztek na sebe a na učitele, nechuť dál cvičit, plačtivost, zklamání a stud. Odpověď těchto zbylých respondentů nejlépe prezentuje R1 slovy: „*Jsou spíše vzteklí a plačtivý třeba i. Prostě když jim to nejde, tak tu mám klučinu, který třeba brečí a to mně je potom i líto.*“ R3 se setkal se extrémním odhodláním dětí vyrovnat se ostatním. Říká: „*Naopak se snaží vyrovnat těm dětem, ale člověk na nich vidí, že pak hrozně zrudnou, jsou víc zadýchání a tak, takže v tom je pak člověk musí trošičku zbrzdit.*“

## Jak se chová obézní dítě při tvoření skupin například při hrách a jak se chovají jeho spolužáci?

Tabulka 14 Chování při tvoření skupin

Respondenti	Je mezi posledními vybranými	Vybrán do skupin bez problému	Respondenti musí zasahovat do rozdělování do skupin
R1	X		X
R2	X		X
R3			X
R4		X	
R5		X	
R6	X		
R7	X		X
R8	X		

R1, R2, R6, R7 a R8 uvádějí, že jsou obézní děti z jejich třídy vybírané spolužáky do skupin mezi posledními, ne-li úplně poslední. Typickou odpověď pro tento jev měl R7, který řekl: „Když si děti vybírají, tak je mezi těma posledněma. Takže tam musím já zasáhnout, nebo to míchám, že volím třeba já a snažím se ho vybrat jako prvního, aby nezůstal v té skupině stát jako poslední.“ Stejně jako R7, který jak je výše zmíněno přerozděluje finální skupiny, aby byly co nejvíce vyrovnané, musí přerozdělovat skupiny i další tři respondenti. Někteří vybírají obézní děti jako vedoucí týmu a tím pádem si vybírají spolužáky do skupin oni, nebo rovnou vytvoří týmy sami respondenti. Jako poslední nevybraní však dle R3 nezůstávají jen obézní děti. R3 dodává: „Jsou děti, které jsou hubené a pomalé a nechtěj je taky.“ Obézní žáci ve třídách R4 a R5 jsou vybíráni do skupin bez problému. R4 dodává, že ačkoli je jeho chlapec obézní, skupinu nijak neomezuje, protože je fyzicky zdatný a proto nezůstává mezi posledními nevybranými.

## Máte nějaké jiné poznatky o obézním dítěti z Vaší třídy?

Tabulka 15 Další poznatky o obézním dítěti

Respondenti	Ano (konkrétní odpověď)	Nedokáže posoudit	Ne
R1	Absence ve dnech TV		
R2		X	
R3	Posměch za obezitu a nadměrnou výšku		
R4			X
R5			X
R6	Vyniká inteligencí		
R7	Špatné stravovací návyky		
R8	Odchází od aktivit, o kterých si myslí, že mu nepůjdou		

R4 a R5 nenapadly žádné další poznatky a obézních dětech z jejich třídy. R2 nedokáže posoudit nějaké odchylky v chování obézního dítěte a svoji odpověď zdůvodňuje takto: „...já takhle můžu srovnat dítě, které je chytré a obézní, takže to do třídy zapadne naprosto v pohodě, děti tu obezitu nevnímají jako překážku. Jenže potom je dítě, které je obézní, má inteligenci nízko. Takže obezita tam není ten hlavní důvod toho, že by ty děti tu osobu nebraly, ale když je ten člověk obézní a ještě má k tomu něco jako třeba slabší IQ nebo podobně, tak to už je problém.“ R1 si všiml absence žáka pouze ve dnech tělocviku. Tento chlapec prý nedlouho nato odešel ze školy bez udání důvodu. Ve třídě R3 se spolužáci smáli dívce, za její nadměrnou váhu i výšku. R6 hovořil o chlapci, který trpí obezitou, ale oproti svým žákům vyniká nadprůměrnou inteligencí. Podezření ze špatných stravovacích návyků má u svého žáka R7. Říká: „ Asi možná má jako první snědenou svačinu a nevím, jestli doma snídá. To jsem si říkala, jestli je dobře nastavený systém doma toho zdravého způsobu života. Jestli je tam snídaně, je tam svačina odpoledne. Mívá normální svačiny, ale kolikrát na tu velkou přestávku už tu svačinu nemá.“ R8 o svém obézním dítěti říká, že spoustu věcí vzdává ještě předtím, než se je pokusí zvládnout.

## Povědomí pedagogů o druzích pomoci obézním dětem a o programech proti obezitě

Otázky v rozhovoru: Existují programy zaměřené proti obezitě, kterých se děti z vaší školy zúčastňují? Znáte nějaké další preventivní programy pro děti zaměřené proti obezitě? Máte na škole nějakého poradce, za kterým mohou děti zajít v případě osobních problémů? Máte informace o tom, zda ho děti navštěvují? Víte, jak se věnuje dětem? Napadá Vás ještě nějaký jiný způsob, jak by jste mohl/a Vy nebo Vaše škola pomoci obéznímu dítěti?

### Existují programy zaměřené proti obezitě, kterých se děti z vaší školy zúčastňují?

Tabulka 16 Programy proti obezitě, kterých se zúčastňuje škola respondenta

Respondenti	Česko sportuje	Ovoce a zelenina do škol	Mléko do škol	Ne
R1				X
R2				X
R3	X			
R4	X			
R5		X	X	
R6		X		
R7		X		
R8		X		

R1 a R2 neví o žádném programu zaměřeném proti obezitě, kterých by se jejich škola zúčastňovala. R2 se pouze zmínil, že když měl obézní dítě ve své třídě, doporučil rodičům, aby navštívili výživového poradce. Na jedné škole vyučují i R3 a R4 a oba respondenti zmínili, že jsou jejich školy zapojeny do projektu Škola sportuje. Oba respondenti navíc zmiňují, že jsou na škole sportovní kroužky a v jídelně mají možnost načepovat si čistou vodu. Škola R5, R6, R7 a R8 se zúčastňuje programu Ovoce a zelenina do škol. R5 si navíc vzpomněl i na Mléko do škol a dále zmínil: „*My jsme sportovní škola, takže sport určitě. Byly u nás odbourány automaty a bufety, takže děti neběhají pro sladkosti.*“ Někteří respondenti zmiňují, že předávají informace o zdravé stravě a potřebě pohybu v rámci výuky, aniž by byli zapojeni do projektů na toto téma zaměřených.

## Znáte nějaké další preventivní programy pro děti zaměřené proti obezitě?

Tabulka 17 Znalosti pedagogů o dalších programech proti obezitě

Respondenti	Ano (jaké)	Pouze o některých slyšel, ale nemá o nich konkrétní informace	Ne
R1			X
R2	Stop obezitě, Pamlsková vyhláška		
R3		X	
R4			X
R5			X
R6			X
R7		X	
R8		X	

Jediný R2 si vybavil názvy dvou projektů zaměřených proti obezitě. R1, R4, R5 a R6 si nevybavili žádný další program, kromě těch, které zmínili v předchozí otázce. R4 si nevzpomněl na žádný další program, ale k obéznímu chlapci ve své třídě dodal: „*On jezdil v době, kdy jsem ho učila já každý rok na ozdravný pobyt zaměřený na zhubnutí a vždycky se vrátil a jednak to na něm bylo vidět, že zhubnul a byl spokojenější, ale do měsíce dvou se na to asi rodiče vykašlali nebo nebyli dostatečně důslední, tak on k tomu zase sklouznul.*“ Povědomí, že programy proti obezitě existují, ale neznají přesně jejich náplň, mají tři respondenti, konkrétně R3, R7 a R8.

**Máte na škole nějakého poradce, za kterým mohou děti zajít v případě osobních problémů? Máte informace o tom, zda ho děti navštěvují? Víte, jak se věnuje dětem?**

**Tabulka 18** Poradce na škole

Respondenti	Ano (máme poradce)	Ne (nemáme poradce)
R1		X
R2		X
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	
R7	X	
R8	X	

U respondentů R1 a R2 není na škole žádný poradce či psycholog, za kterým by si mohli děti zajít v případě problému. R1 říká: *„Nemáme. Je to třídní učitel. Máme to tak daný. Vždycky v té třídě je známe nejlépe a máme tu diskuze. Abych to nepřehnala, tak snad každý den o chování, o vztazích, poučení, každý den pořád dokola.“* R3 a R4 zmiňují, že mají poradce až na druhém stupni své školy. R3 však dodává: *„Myslím si, že ho děti navštěvují, ale až ty starší. Když by byl nějaký problém u nás, tak přijdou za svojí učitelkou, protože tam je to takové rodinné a protože ta učitelka je s nimi pořád. Ta by pak eventuálně dohodla schůzku s poradcem.“* R5, R6, R7 a R8 mají také na škole poradce. R6 má zkušenosti přímo s její (paní psycholožka) návštěvou ve své třídě a zmiňuje: *„Já už jsem ji měla ve třídě dvakrát, kvůli některým problémům ve třídě, ale myslím si, že konkrétně samostatně k ní děti nechodí. Ale pracovala s nimi formou her. Byla v mojí třídě dvě hodinky a děti povídaly, že se jim to líbilo a ona zjišťovala pomocí her co a jak.“* R7 má s paní psycholožkou také vlastní zkušenosti a dodává, že se dětem věnuje i individuálně a ony za ní rády chodí. R4 a R8 však zmiňují, že i když děti za poradci chodí, nesetkali se tím, že je někdo navštívil kvůli problémům spojeným s obezitou.

**Napadá Vás ještě nějaký jiný způsob, jak by jste mohl/a Vy nebo Vaše škola pomoci obéznímu dítěti?**

**Tabulka 19 Jak jinak pomoci obéznímu dítěti**

Respondenti	Informovat o zdravé výživě a potřebě pohybu	Větší spolupráce s rodinou (poradit jim)	Motivovat dítě	Ne
R1		X	X	
R2	X			
R3	X			
R4			X	
R5		X		
R6				X
R7		X		
R8				X

Zapojení informací ohledně zdravé stravy a pravidelného pohybu doporučuje R2 a R3. R2 dodává: „*Snažíme se i my tady dělat aktivní projektíky, kde zahrnujeme zdravou stravu, aktivní pohyb a přirozeným způsobem. Ne že „děti tohle je zaměřený na to a na to a vemte si z toho tohle“ ale je to takový přirozeným způsobem, snažíme se to zapojovat do našich aktivit.*“ R1, R5 a R6 dávají důraz na spolupráci školy a rodiny na léčbu obezity samotné a problémů, které dětem přináší. R7 konkrétně doporučuje: „*Určitě nějak spolupracovat s rodičem, doporučit vyšetření u doktora, nastavit ten systém zdravýho způsobu a myslím, že to záleží hlavně na tý rodině tohlencto.*“ Další tři respondenti však zmiňují, že škola nemůže pomoci obézním dětem, když jsou u něj doma špatné stravovací a pohybové návyky. R1 a R4 doporučují podpořit a vyzdvihnout dítě v tom, v čem je šikovné. R6 a R8 nenapadá, jak by jinak jejich škola mohla pomoci dětem trpícím obezitou.

## 8 Diskuse

Tato kapitola zpracovává a porovnává výsledky jiných prací s mými výsledky získanými na základě semistrukturovaných rozhovorů se záměrně vybranými pedagogy z prvního stupně základních škol.

### **Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska psychiky a sociálních následků u obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?**

Sociální následky spolu s psychikou obézních dětí řeším v jedné výzkumné otázce z toho důvodu, že je vidím jako dvě velice související věci. Dle mého názoru se psychika dítěte jakkoli poznamenaná obezitou projevuje právě na jeho sociálním začlenění mezi ostatní děti. Na tuto výzkumnou otázku jsem se ptala osmi otázkami v rozhovoru a dále jsem k nim přiřadila i úvodní otázku, zda se daný respondent setkal s obézním dítětem ve své třídě. Polovina respondentů uvedla, že se setkala s obézními chlapci ve své třídě a druhá polovina, že se setkala s obézními chlapci i dívkami. Tři z těchto respondentů dále uvedli, že se setkali častěji s chlapci než dívkami. Na základě mého výzkumu lze soudit, že na prvním stupni základní školy je více obézních chlapců než dívek. Dle webových stránek Státního zdravotního ústavu, který provedl v roce 2001 výzkum u dětí ve věku 6-11 let byl podíl obézních chlapců v celé České republice 6,6% a dívek 5,6%. Tento výzkum potvrzuje mé výsledky, které poukazují na větší výskyt obezity u chlapců než u dívek. Bakalářská práce Zelenkové (2016, str. 29) však ukazuje jiné výsledky. Uvádí, že rozdíl počtu obézních dětí mezi dívkami a chlapci je poměrně významný. Obézních dívek je 13,27 %, zatímco obézních chlapců je 9,86 %. Domnívám se, že rozdíly mezi mými výsledky a výsledky SZÚ spolu s výsledky Zelenkové byly ovlivněny počtem respondentů a lokalitami, ve kterých probíhaly výzkumy. Zelenková totiž prováděla antropometrické měření na 4 základních školách, zatímco já podkládám své výsledky na základě zkušeností 8 učitelů 3 základních škol v jiném městě. Další otázkou jsem se ptala, jak by daný respondent popsal chování obézního dítěte v sociální oblasti. Zajímalo mne, zda se obezita nějak projeví na jejich snaze nevyčínat z davu a neupozorňovat na sebe. Polovina respondentů uvedla, že obézní dítě, se kterým se setkali v jejich třídě, bylo citlivé a spíše uzavřené. Polovina z nich také uvedla, že se setkali i s obézními dětmi, které chtěly být středem pozornosti ať už tím, že ostatní děti bavily, nebo tím, že více zlobily. Třetí otázkou jsem se zaměřovala na chování obézních dětí ke svým spolužákům z pohledu učitelů. 5 z 8 respondentů uvedlo, že jejich chování je naprosto bez problémů a někteří dodali, že chování dítěte není ovlivněno či dokonce determinováno jeho

obezitou. Pouze jeden učitel popsal zkušenost s obézním dítětem, které se stranilo kolektivu. Chování obézních dětí ke svým spolužákům zkoumá i práce Trnkové. Trnková (2015, str. 51) prováděla kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření na dvou základních školách. Dotazníky vyplňovaly děti 2. – 6. tříd. Obézní děti byly svými vrstevníky nejčastěji popisovány jako veselé (50%), přátelské (48%) a klidné (39%), ale zároveň je popsali jako ne příliš oblíbené (37%). Lze se tedy domnívat, že ačkoli se tomuto vzorku respondentů u dětí obezita nijak neprojevuje na jejich chování ke svým spolužákům, značné procento je i přesto zcela nezačleňuje do kolektivu. Další otázkou v rozhovoru jsem zjišťovala, zda respondenti upozorovali na obézních dětech jakékoli známky ostychu ohledně svého těla. Pouze u 3 z 8 respondentů pedagog neupozoroval žádné z těchto známek. Zbytek mi vylíčil, jak se obézní děti utíkají převlékat do kabinek toalet a nosí větší oblečení než je nutné. Dva z respondentů dokonce uvedli, že se obézní děti častěji omlouvají z hodin plavání. Z tohoto chování je jasné, že děti, které se stydí za svoji obezitu, nechtějí být před svými spolužáky spatřeny bez většího množství oblečení. Dle mého názoru jim právě toto oblečení poskytuje jakýsi pocit bezpečí před možným posměchem od ostatních dětí. Překvapilo mne, že posměch zaznamenalo celkem 5 respondentů. Mezi nadávkami obézním dětem se vyskytovalo nejčastěji oslovení „Tlustochu“ a „Špekoune“. Tři respondenti nezaznamenali žádnou formu posměchu, ale je možné, že se k nim informace o posmívání či šikaně obézního dítěte pouze nedostaly. To, že se problém s posmíváním se obézním dětem vyskytuje už i dříve než na prvním stupni základní školy, dokazuje výzkum Handlové (2016, str. 52). Ten probíhal v mateřských školách pomocí kvantitativního šetření, kdy byly rozdány dotazníky učitelkám mateřských škol. Dle jejich dat se 35% obézních dětí jejich spolužáci posmívají právě kvůli jejich vyšší tělesné váze. Mé výsledky ohledně výskytu posměchu dopadly mnohem hůře. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že děti více vnímají rozdíly mezi sebou na základních školách než na školách mateřských. Děti se s rostoucím věkem více hodnotí a pozorují. Myslím si, že je to také z velké části ovlivněno médií, zejména televizí, kde jsou obézní lidé často bráni za hloupé a ošklivé a děti tyto názory přejímají.

### **Jaké odlišnosti vnímají pedagogové prvního stupně základních škol z hlediska fyzické aktivity obézních dětí oproti dětem s fyziologickou tělesnou váhou?**

Dle odpovědí respondentů se většina obézních dětí vyhýbá hodinám tělesné výchovy či konkrétním cvikům. Stěžují si na zadýchanost, unavenost, bolest nohou či hlavy, nemoc a nevolnost. Pouze dva respondenti uvedli, že se obézní děti v jejich třídě nesnaží tělocviku vyhýbat. Dle mého názoru se snaží hodinám tělesné výchovy vyhýbat proto, že nezvládají

plnit všechny zadané cviky a nechtějí být před svými spolužáky zesměšněni. Pouze jeden respondent mi odpověděl, že jednomu jeho obéznímu žákovi nedělal tělocvik vůbec žádný problém. Ostatním mají problémy zejména s kotouly, přeskoky, šplhem, běhy a dalšími. Zaujalo mě, že respondenti zmiňovali nejvíce kotoul. Dle mého názoru je to zejména proto, že jim obezita spolu s nedostatečnou ohebností zad a krku brání k potřebnému prohnutí páteře a následnému vykonání kotoulu. Vzhledem k tomu, že se mi potvrdilo mé domněnání, že většina obézních dětí nedokáže splnit všechny zadané cviky, vyplývá na mysl otázka, jak jsou tyto děti hodnoceny ve výsledné klasifikaci z hodin tělesné výchovy. Zda jim učitelé dávají horší známky, nebo je hodnotí za snahu stejně dobrými známkami jako jejich spolužáky, kterým tělesná výchova nedělá problém. Zde byly většinou odpovědi respondentů závislé na třídě, ve které učí a zda se jedná o sportovní třídu či ne. Učitelé ve sportovních třídách už hodnotí obézní děti podle výkonu, který v hodině předvede a stejně tak učitelé, kteří učí ve 4. a vyšším ročníku. Respondenti, kteří mají 1. – 3. třídu hodnotí děti podle snahy, kterou projeví při daném cviku. Jeden z respondentů však uvedl, že na celém prvním stupni hodnotí tělesnou výchovu jedničkami, i když obézní není schopné dítě zadaný cvik vykonat. Hodnocení žáků na prvním stupni v hodinách tělesné výchovy se věnuje práce Šafaříkové (2017, str. 44). Její šetření probíhalo pomocí dotazníků rozdaných na 8 školách 45 učitelům. Z toho to počtu respondentů odpovědělo pouze 8, že hodnotí dle jejich absolutní výkonnosti. Důvod mého vyššího počtu respondentů, kteří hodnotí děti také pouze na základě jejich výkonnosti, připisují zejména tomu, že 3 z mých respondentů učí na sportovní škole. Reakce dětí při nesplnění požadovaného úkonu je dle respondentů více emotivní, než u dětí bez známek obezity. Reakce dětí jsou od plačtivosti, studu a zklamání až po vztek a nechuť dále cvičit. Domnívala jsem se, že špatné hodnocení z hodin tělesné výchovy může dle mého názoru ovlivnit ochotu dítěte zúčastňovat se jakýchkoli pohybových aktivit. Většina mých respondentů však zmiňuje, že se obézní děti chtějí zúčastňovat pohybových her a pouze dva dodali, že se dítě nechce zúčastňovat, jde-li o hru, při které se měří jejich výkon. Ačkoli se obézní děti pohybových her zúčastňují rády, jejich spolužáci je při vybírání do skupin nevybírají mezi prvními. Pouze 2 z 8 mých respondentů uvedli, že je obézní dítě v jeho třídě vybráno do skupiny bez problémů, zbytek dětí je vybírán mezi posledními, ne-li poslední. Domnívám se, že to je díky druhům her, které daná třída hraje. Často se respondenti zmiňovali, že například s házením nemají obézní děti problém, spíše naopak. Pokud tedy daná třída hraje zejména míčové hry, není důvod, aby bylo obézní dítě vybíráno mezi posledními. Stejným problémem se zabývala i Handlová (2016, str. 51). Na její otázku, zda při tvoření

skupinek zůstávají děti poslední, odpovědělo 34 (45 %) respondentů, že občas děti zůstávají poslední, 26 (34 %) nikdy, 11 (15 %) často a 5 (7 %) dětí zůstává vždy poslední.

### **Jaké je povědomí pedagogů prvního stupně základních škol o druzích pomoci nabízených školou obézním dětem?**

Ptala jsem se respondentů, zda ví o programech zaměřených proti obezitě, kterých by se jejich škola zúčastňovala. Pouze 1 škola ze 3 se do žádného takového programu nezapojila. Respondenti z dalších dvou škol uvedli vždy alespoň jeden z programů. Na škole kde vyučuji R5-R8 jsem však zjistila, že kromě programů, které respondenti zmínili, je jejich škola zapojená i do projektů, které si buďto nevybavili, nebo o nich nevěděli. Pouze jeden ze čtyř respondentů si vzpomněl, že je na jejich škole kromě programu Ovoce a zelenina do škol také Mléko do škol a ani jeden z nich nezmínil Müsli sušenky do škol. Je tedy možné si myslet, že ačkoli první dva respondenti odpověděli, že se jejich škola žádného programu neúčastní, může být tato (i odpověď jiných respondentů) zkreslena jejich nedostatečnou informovaností o zapojení škol do těchto programů. Mojí další otázkou bylo, zda neznají jakékoli další programy zaměřené proti obezitě, kromě těch, které zmínili v odpovědi na předchozí otázku. Pouze jeden z respondentů si sám od sebe vybavil další dva programy a to Stop obezitě a Pamlskovou vyhlášku. Je to pravděpodobně z toho důvodu, že byl tento respondent v porovnání s ostatními nejmladší a měl tedy nejčerstvější znalosti a zkušenosti z praxí na jiných školách v době, kdy se účastnil svého magisterského studia. Respondentům, kteří si nevybavili ani jeden z existujících programů proti obezitě nebo zaměřených na pohyb či zdravou stravu, jsem některé programy, jako jsou například Stop proti obezitě a Ovoce a zelenina do škol zmínila. Tři respondenti odpověděli, že o některých pouze slyšeli, ale nevědí o nich žádné konkrétní informace a čtyři o ani jednom z programů neslyšeli. Další otázku jsem směřovala na poradce či psychology na školách. Zajímalo mne, zda škola respondenta někoho takového zaměstnává, zda ho děti navštěvují a zda respondenti vědí, jak se tento poradce věnuje dětem. Velice mne potěšilo, že pouze 2 respondenti z 8 na škole nemají poradce ani psychologa. Myslím si, že je to ovlivněno tím, že se jedná o respondenty ze soukromé základní školy s velice malým počtem dětí a učitelů, kde vyučující znají i ty žáky, které nevyučují. Tato skutečnost přispívá k tomu, že učitelé mají s žáky bližší vztah a děti jsou jim dle mého názoru ochotnější sdělit své problémy než učitelům, kteří je tak osobně neznají a nemohou jim třeba kvůli většímu počtu žáků věnovat tolik času, kolik je třeba.

Dalším potěšujícím zjištěním bylo, že zbytek respondentů, který uvádí, že mají na škole poradce či psychology, zmiňuje, že děti za nimi chodí rády. Prý to ale z většiny případů není z důvodu obezity či šikany zapříčiněné obezitou, ale problémů v rodině či neshodami se spolužáky. Všichni respondenti měli dobré povědomí o tom, jak tito poradci pomáhají a zasahují, protože s těmito zásahy měli skoro všichni vlastní zkušenosti. Celý rozhovor jsem zakončila otázkou, zda respondenty napadá ještě nějaký jiný způsob, jak by mohl on nebo jeho škola pomoci obéznímu dítěti. Dva respondenty napadlo více informovat o zdravé výživě a potřebě pohybu v rámci výuky, další dva se zmínili o motivaci dítěte a tři navrhovali větší spolupráci rodiny se školou. Problém dle mého názoru tkví v tom, že mnoho učitelů, ačkoli viní z obezity dítěte spolu s dalšími vlivy i rodiče, není ochotno s nimi začít spolupracovat na zlepšení jeho zdravotního stavu. Otázkou, zda učitelé upozorňují rodiče, že jejich dítě pravděpodobně trpí obezitou a je třeba ji řešit, se zabývá Mejzlíková (2014, str. 33). Uvádí, že z celkového počtu 63 respondentů 45 respondentů (72 %) odpovědělo, že rodiče neupozorňují na pravděpodobnou přítomnost obezity u jejich dětí. Dále 14 respondentů (22 %) odpovědělo, že s rodiči řeší zdravotní problémy dětí. Čtyři respondenti (6 %) se o zdravotní problémy dětí nezajímají. Dle provedených rozhovorů nabývám dojmu, že stejně jako u respondentů Mejzlíkové je důvod proč pouze tři moji učitelé chtějí spolupracovat s rodiči na vyléčení obezity dítěte ten, že ostatní učitelé obezitu berou jako nemoc, kterou mohou ovlivnit pouze rodiče a svým zásahem by nic nezměnili nebo dokonce urazili rodiče dítěte.

## 9 Závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala následkům nadváhy a obezity u dětí. Hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla pro toto téma, je značná neznalost veřejnosti následků obezity a podceňování jejích rizik už u dětí.

V teoretické části jsem si stanovila jeden cíl, a to shrnout problematiku nadváhy a obezity a její možné zdravotní i psychické následky u dětí. V průzkumné části jsem si zvolila cíle dva. Prvním cílem bylo na základě semistrukturovaných rozhovorů s pedagogy prvního stupně základních škol zjistit odlišnosti psychiky a fyzické výkonnosti obézních dětí oproti dětem bez známek obezity. Průzkum probíhal na třech základních školách, kde bylo provedeno celkem 8 rozhovorů s pedagogy, kteří měli zkušenosti s obézními dětmi v jejich třídě. Druhým cílem bylo zjistit informovanost učitelů prvního stupně základních škol o druzích pomoci obézním dětem nabízené školou, kterou navštěvují.

Z pozorování svého okolí během praxí na dětském oddělení i během všedních činností jsem si všimla, že se už i na prvním stupni nachází velké množství obézních dětí, které si dle mého názoru neuvědomují zdravotní rizika obezity, nebo je ani neznají. Z toho důvodu si velice cením školství, které se v posledních letech snaží dostat do výuky co nejvíce preventivních opatření v podobě programů zaměřených proti obezitě či na podporu zdravého pohybu a zapojení zdravé stravy do jídelníčku dětí. Na základě mého průzkumu jsem též zjistila, že se většina učitelů snaží předat dětem informace o důležitosti zdravého stylu života v rámci klasické výuky a vést tak děti v boji proti dětské obezitě.

Následky nadváhy a obezity u dětí mohou být značné. Rodiče nekladou dostatečný důraz na léčbu jejich dětí, protože si neuvědomují, že už i ony mohou mít zdravotní následky, které připisují až obézním lidem pozdějšího věku. Co si však děti na prvním stupni základních škol uvědomují mnohem více je ovlivnění psychiky obezitou. Jak jsem ve svém průzkumu zjistila, většina z nich se totiž denně setkává s posměchem svých spolužáků, se strachem a studem při převlékání na tělesnou výchovu a neschopností splnit požadované fyzické úkoly, které jejich spolužákům nedělají problémy. Alarmující bylo pro mne zjištění, že 5 z 8 respondentů uvedlo, že se obézním dětem v jejich třídě spolužáci posmívají za jejich vyšší tělesnou váhu a stejný počet respondentů uvedl, že tyto obézní děti projevují známky ostychu kvůli své váze. Některé děti si však na svoji obezitu zvykly a neprokazují jakékoli známky toho, že by je

jejich zdravotní stav nějak psychicky ovlivňoval. Těchto dětí je však nepoměrně méně než těch, které s následky obezity denně bojují.

Největší důraz by se měl klást na prevenci obezity a informování o projevech následků už v dětském věku, protože právě prevence může zamezit výskytu obezity u dětí, které si ji většinou přenáší i do dospělosti. Mé doporučení pro praxi by spočívalo v intenzivnějším zapojení tématu obezity do klasické výuky. Vyčlenily by se hodiny, například v prvouce, kde by třídní učitelé na prvním stupni informovali své třídy jak předcházet obezitě, varovali by zejména o jejích zdravotních následcích v dětském věku, které by měly v dětech projevit snahu vyhnout se obezitě, poukazovali na negativní následky posměchu či šikany spolužáků na psychiku obézního dítěte a učily tak děti adekvátně vnímat a reagovat na obézního jedince. To by pak pomohlo s lepším začleněním obézních dětí do kolektivu a snad by i snížilo projevy ostychu těchto dětí před jejich spolužáky.

Pevně doufám a věřím, že průzkumů na toto téma bude probíhat čím dál více a pomohou s osvětou společnosti na téma obezity u dětí.

## 10 Seznam bibliografických citací

- 1) CETKOVSKÁ, P., K. PIZINGER a J. ŠTORK. *Kožní změny u interních onemocnění*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1004-4.
- 2) DUNGL, Pavel a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
- 3) FALEIDE, A. O., L. B. LIAN a E. K. FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.
- 4) FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: Co vědět, aby nebylo pozdě*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0418-7.
- 5) FRAŇKOVÁ, S., J. PAŘÍZKOVÁ a E. MALICHOVÁ. *Dítě s nadváhou a jeho problémy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0797-9.
- 6) FRIED, Martin et al. *Interdisciplinární evropská doporučení metabolické a bariatrické chirurgie*. [online]. Česká obezitologická společnost ČLS JEP, 2014. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z:  
[www.obesitas.cz/download/interdisciplinari\\_evropska\\_doporuceni\\_metabolicke\\_a\\_bariatricke\\_chirurgie.pdf](http://www.obesitas.cz/download/interdisciplinari_evropska_doporuceni_metabolicke_a_bariatricke_chirurgie.pdf)
- 7) GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA a M. RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.
- 8) GOLDEMUND, Karel. *Obezita a metabolický syndrom*. [online]. Praha, Pediatrie pro praxi, 2003. [cit 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/03.pdf](http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/03.pdf)

- 9) HAINER, Vojtěch. *Obezita: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-168-4.
- 10) HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2.vyd. Praha:Grada 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
- 11) HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0233-9.
- 12) HAINEROVÁ, Irena Aldhoon. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345196-7.
- 13) HANDLOVÁ, Marie. *Obezita u dětí předškolního věku*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Leona Mužíková, Ph.D..
- 14) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- 15) HERLESOVÁ, Jitka. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. Praha: Pro Psychologickou sekci České obezitologické společnosti ČLS JEP vydalo Axonite CZ, 2013. ISBN 978-80-904899-6-7.
- 16) KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011. ISBN 978-80-254-9356-4.
- 17) KOŠTÁLOVÁ Alexandra, Jitka GAJDOŠOVÁ. *Pyramidáček*. [online]. 2005. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z:  
[www.digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=55175&view=7475](http://www.digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=55175&view=7475)

- 18) KUNEŠOVÁ, Marie at al. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 8090357385. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf](http://www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf)
- 19) KUNEŠOVÁ, Marie a Vojtěch HAINER. *Obezita - diagnostika : Doporučené postupy pro praktické lékaře*. [online]. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2007-2008. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.cls.cz/dokumenty2/os/t171.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t171.rtf)
- 20) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- 21) Léčebna Dr. L. Filipa. [online]. 2008. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.detska-lecebna.cz](http://www.detska-lecebna.cz)
- 22) MARINOV, Zlatko. *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!*. Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-09-4.
- 23) MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4210-6.
- 24) MARTINÍK, Karel. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu. VI. díl: Ovlivnění obezity a nadváhy výživou*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 274 s. ISBN 978-80-7041-106-3.
- 25) MEJZLÍKOVÁ, Simona. *Obezita u dětí školního věku*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D..

- 26) *Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních.* [online]. 2016. MŠMT, 2013 - 2017 [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.msmt.cz/file/38988](http://www.msmt.cz/file/38988)
- 27) MUNTAU, Ania. *Pediatric 2.* vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.
- 28) NOVOTNÁ, Hana. *Děti s diagnózou plochá noha ve školní a mimoškolní TV, ZTV a v mateřských školách.* Praha: Olympia, 2001. ISBN 80-7033-699-4.
- 29) *Ovoce a zelenina do škol.* [online]. LAKTEA o.p.s., 2014-2017. [cit. 2017-06-06].  
Dostupný z: [www.ovoceazeleninadoskol.cz](http://www.ovoceazeleninadoskol.cz).
- 30) PANTLEY, Elizabeth. *Klidné spaní a ukládání.* Brno: CPress, 2012. ISBN 978-80-264-0107-0.
- 31) PAŘÍZKOVÁ, Jana, Lidka LISÁ et al. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9.
- 32) PASTUCHA, Dalibor. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4065-2.
- 33) PASTUCHA, Dalibor et al. *Hypertenze dětského věku a její vztah k inzulinové rezistenci.* [online]. Praha, *Pediatric pro Praxi*, 2007. [cit 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/04/10.pdf](http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/04/10.pdf)
- 34) *Program Zdravá abeceda.* [online]. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.zdrava-abeceda.cz](http://www.zdrava-abeceda.cz)
- 35) PŘÍHODOVÁ, Iva. *Obstrukční spánková apnoe – opomíjená diagnóza.* [online]. Praha, *Pediatric pro Praxi*, 2010. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/06.pdf](http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/06.pdf)

- 36) *Metodický portál RVP*. [online]. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=7475](http://www.digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=7475)
- 37) ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
- 38) RUCKI, Štěpán a Pavel VÍT. *Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1120-6.
- 39) RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.
- 40) SEEMAN, Tomáš. *Hypertenze u dětí a dopívajících*. [online]. Praha, Pediatrie pro praxi, 2012. [cit. 2017-06-08].  
Dostupné z: [www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/18.pdf](http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/18.pdf)
- 41) SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3286-2.
- 42) *Státní léčebné Lázně Bludov*. [online]. 2016-2017. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.lazne-bludov.cz](http://www.lazne-bludov.cz)
- 43) *Státní zdravotní ústav*. [online]. [cit. 2017-15-6].  
Dostupné z: [www.szu.cz/publikace/data/detska-obezita](http://www.szu.cz/publikace/data/detska-obezita)
- 44) *STOB*. [online]. 2014. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.stob.cz/cs/home](http://www.stob.cz/cs/home)
- 45) STOŽICKÝ, František. *Diagnostika a terapie dyslipoproteinémií u dětí*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-303-2.
- 46) SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Cukrovka a obezita: proč dostávají obézní lidé cukrovku? : jak bojem s obezitou předcházet cukrovce? : jak cukrovku léčit?*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-58-9.

- 47) *Svět potravin* [online]. [cit. 2017-12-6].  
Dostupné z: [www.svet-potravin.cz](http://www.svet-potravin.cz)
- 48) ŠAFAŘÍKOVÁ, Kateřina. Hodnocení v předmětu tělesná výchova na 1. stupni základní školy. Hradec Králové, 2017. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Brigita Stloukalová, Ph.D..
- 49) ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. *Prevence aterosklerózy v dětském věku*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-229-3.
- 50) ŠPALEK, Karel. *Tajemství věstonických Venuší*. [online]. Česká televize, 2014. [cit. 2017-06-06].  
Dostupné z: [www.ceskatelevize.cz/porady/10484229199-tajemstvi-vestonickych-venusii](http://www.ceskatelevize.cz/porady/10484229199-tajemstvi-vestonickych-venusii)
- 51) TRNKOVÁ, Kristýna. Obezita a její vliv na sociální začlenění dětí ve školním věku. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Dagmar Přinosilová.
- 52) VIGNEROVÁ, Jana a Pavel BLÁHA et al. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících: norma, vyhublost, obezita*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80-7071-173-6.
- 53) *Zederach*. [online]. [cit. 2017-12-6].  
Dostupné z: [www.zederach.blogspot.cz](http://www.zederach.blogspot.cz)
- 54) ZELENKOVÁ, Nikola. Obezita žáků na českých základních školách. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce RNDr. Zuzana Šmídová, Ph.D.

## **11 Seznam příloh a vlastní přílohy**

Příloha A Otázky pro rozhovor

Příloha B Přepis rozhovoru s R2

Tabulka 20 Hodnocení dítěte podle zařazení jeho BMI

Percentilové pásmo	Hodnocení dítěte podle hmotnosti k výšce nebo BMI
nad 99. perc.	závažná obezita
97. - 99. perc.	mírná obezita
90. - 97. perc.	nadváha
85. - 90. perc	robustní až nadváha
75. - 85. perc	robustní
25. - 75. perc	proporční
10. - 25. perc.	štíhlé
3. - 10. perc.	hubené
pod 3. perc.	nízká hmotnost

Zdroj: Marinov, 2011, str. 14

Tabulka 21 Kritické hodnoty parametrů lipidového souboru dětí plzeňské městské oblasti

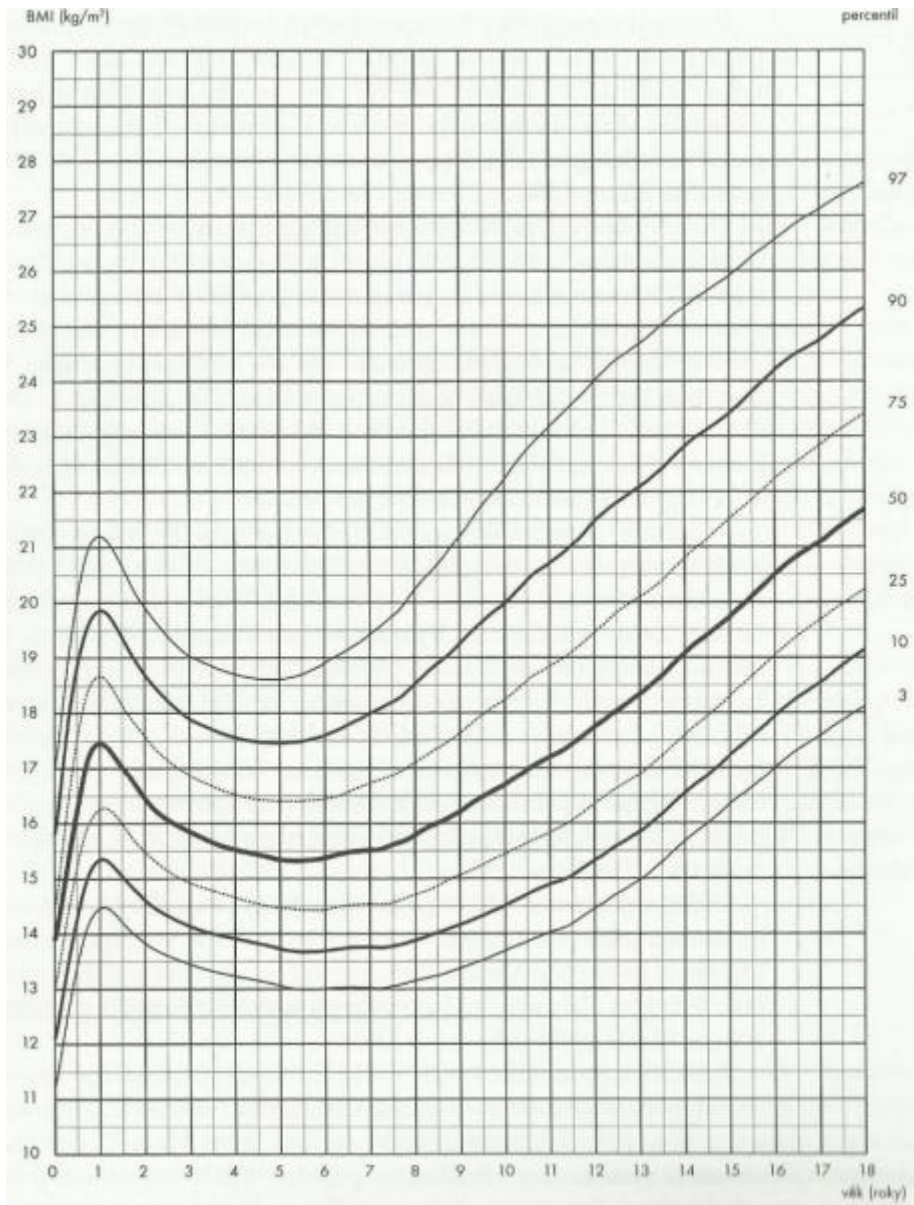
	<b>3 - 6 let</b>	<b>6 - 10 let</b>	<b>11- 15 let</b>
<b>TC - hodnota (mmol/l)</b>			
- přijatelná	< 4,3	< 4,4	< 4,3
- raniční	4,4-5,2	4,5-5,4	4,4-5,3
- vysoká	> 5,3	> 5,5	> 5,4
<b>LDL-C - hodnota (mmol/l)</b>			
- přijatelná	< 2,6	< 2,5	< 2,3
- raniční	2,7-2,9	2,6-3,0	2,4-2,9
- vysoká	> 3,0	> 3,1	> 3,0
<b>HDL-C - hodnota (mmol/l)</b>			
- přijatelná	> 1,0	> 1,2	> 1,2
- raniční	0,9-1,0	1,1-1,2	1,0-1,2
- nízká	< 0,9	< 1,1	< 1,0
<b>TG - hodnota (mmol/l)</b>			
- přijatelná	< 1,0	< 0,7	< 0,8
- raniční	1,0-1,2	0,8-1,0	0,9-1,1
- vysoká	> 1,2	> 1,1	> 1,2

Zdroj: Strožický, 2002, str. 41

Tabulka 22 Hodnoty TK dívky (v mm Hg), TK chlapci (v mm Hg)

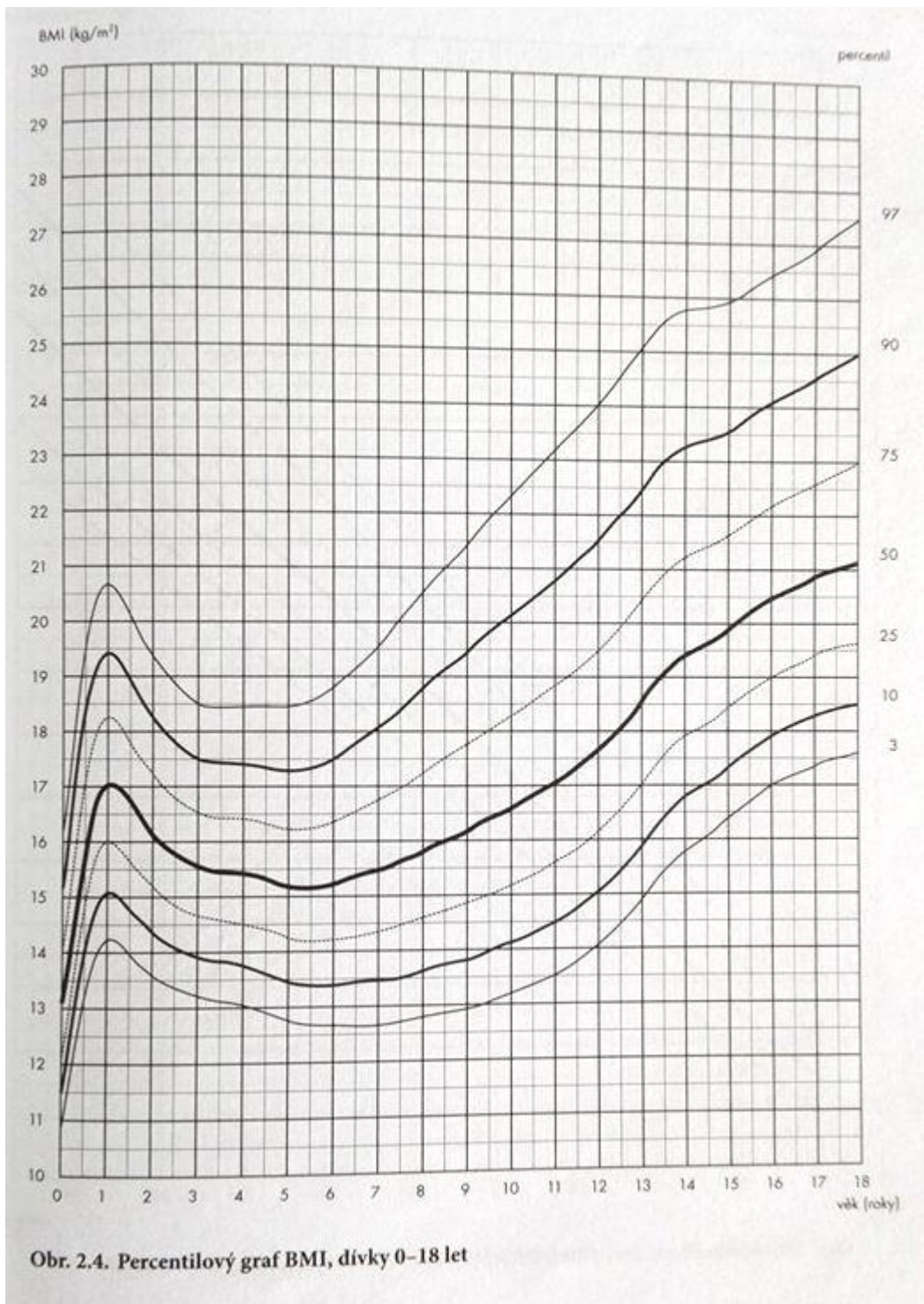
Dívky				Chlapci			
Věk	Střední	90. percentil	95. percentil	Věk	Střední	90. percentil	95. percentil
2	92/56	106/68	110/72	2	90/56	106/70	110/74
4	94/56	108/70	112/72	4	92/56	108/70	114/74
6	96/58	112/70	116/74	6	96/58	112/70	116/74
8	100/60	114/72	118/76	8	100/60	114/72	118/76
10	102/62	118/76	122/78	10	102/62	118/76	122/80
12	108/64	122/78	126/82	12	108/66	122/78	126/82
14	112/64	126/78	130/82	14	112/68	126/82	130/86
16	118/68	132/82	136/86	16	112/68	128/82	132/86
18	122/68	136/84	140/88	18	114/68	128/82	132/86

Zdroj: Slezáková, 2010, str. 24



**Obrázek 1** Percentilový graf BMI, chlapci 0-18 let

Zdroj: PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, str. 34



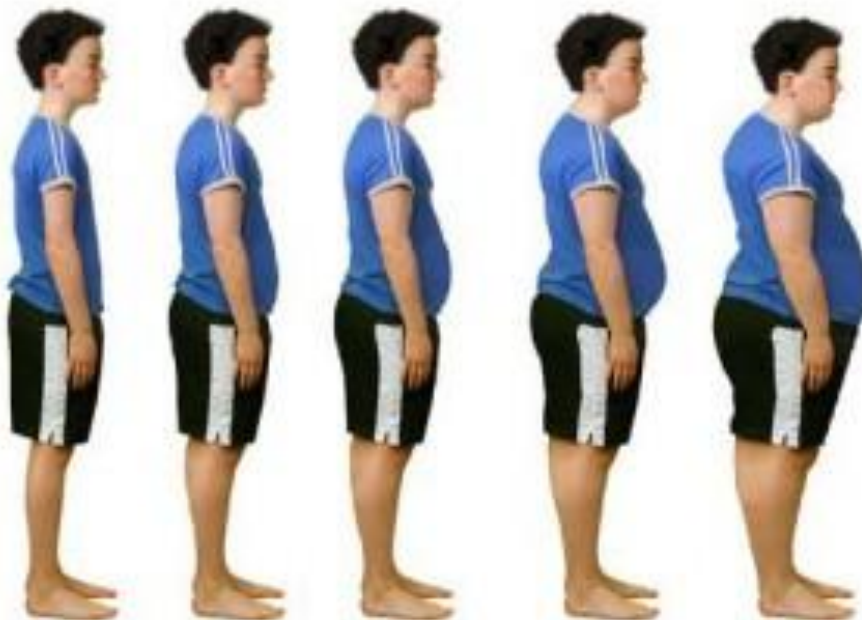
**Obrázek 2** Percentilový graf BMI, dívky 0-18 let

Zdroj: PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, str. 35



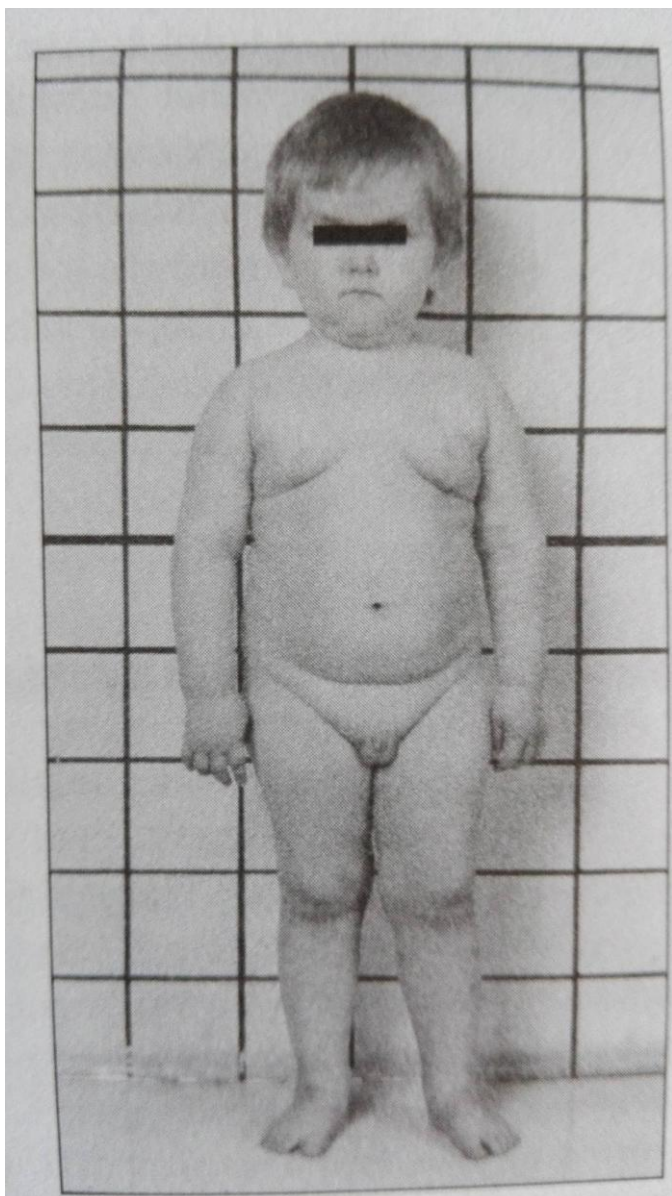
**Obrázek 3 Určení obezity před rozhovorem A**

Dostupné z: [www.svet-potravin.cz](http://www.svet-potravin.cz)



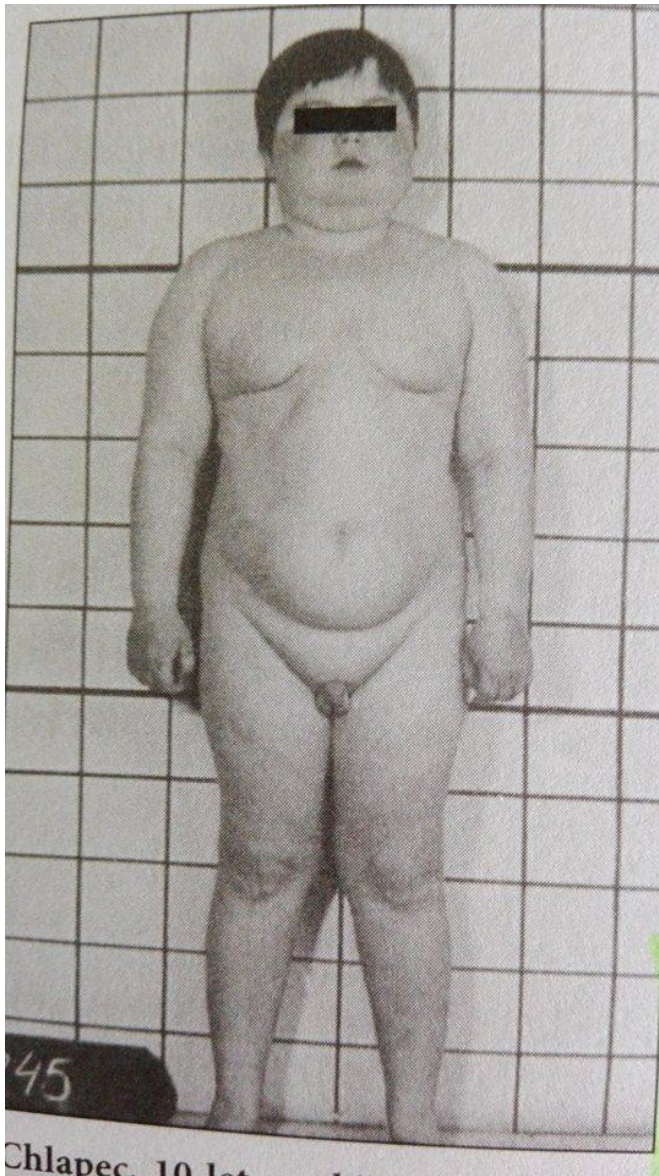
**Obrázek 4 Určení obezity před rozhovorem B**

Dostupné z: [www.zederach.blogspot.cz](http://www.zederach.blogspot.cz)



**Obrázek 5** Určení obezity před rozhovorem C

Zdroj: Pařízková, Lisá, 2007, str. 109



**Obrázek 6** Určení obezity před rozhovorem D

Zdroj: Pařízková, Lisá, 2007, str. 110

**Otázky pro rozhovor s paní učitelkou/učitelem**

- 1) Setkal/a jste se s obézním chlapcem či dívkou ve své třídě?
- 2) Jaký je váš názor na přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy?  
(Vyhýbají se tyto děti hodinám TV? Stydí se? Pokud ano, kdo více? Chlapci či dívky? Stěžuje si na bolest kloubů? Zadýchanost?)
- 3) Jak zvládají plnit všechny zadané cviky?
- 4) Je jejich reakce při nesplnění požadovaného úkolu stejná, jako u dětí bez známek obezity?  
(Je jiná u štíhlých dětí a liší se reakce obézních chlapců od obézních dívek?)
- 5) Má podle vašeho názoru fyzická výkonnost těchto dětí vliv na výslednou klasifikaci dítěte? A jakou?
- 6) Jaký je jeho postoj k pohybovým hrám?  
(Chce se zúčastňovat pohybových her?)
- 7) Jak se chová obézní dítě při tvoření skupin například při hrách a jak se chovají jeho spolužáci?  
(Když tvoří děti skupinky při hrách, berou obézní dítě mezi sebe?)
- 8) Jak by jste popsal/a chování dítěte v sociální oblasti? Jaká je jeho charakteristika vyjadřování?  
(agresivnější/stydlivější)
- 9) Jaké je jeho chování k ostatním dětem?  
(Straní se ostatním dětem?)
- 10) Mají nějaké známky ostychu ohledně svého těla?  
(Snaží se maskovat problémové partie? Vyhýbání se hodinám plavání? Nosí raději více vrstev oblečení?)
- 11) Všiml/a jste si nějaké formy posměchu od ostatních dětí? Jaké?
- 12) Máte nějaké jiné poznatky o obézním dítěti z Vaší třídy?
- 13) Existují programy zaměřené proti obezitě, kterých se děti z vaší školy zúčastňují?  
(zaměřené na pohyb nebo zdravou stravu)

- 14) Znáte nějaké další preventivní programy pro děti zaměřené proti obezitě?  
(Stop obezitě STOB, Ovoce a zelenina do škol, Škola podporující zdraví-program WHO, Zdravá abeceda, Výživa dětí, Stobík, Pyramidáček...)
- 15) Máte na škole nějakého poradce, za kterým mohou děti zajít v případě osobních problémů? Máte informace o tom, zda ho děti navštěvují? Víte, jak se věnuje dětem?
- 16) Napadá Vás ještě nějaký jiný způsob, jak by jste mohl/a Vy nebo Vaše škola pomoci obéznímu dítěti?

**R2**

- 1) Setkal/a jste se s obézním chlapcem či dívkou ve své třídě?  
Tento rok ne, ale loni určitě. Bylo jasně vidět, že ten pohyb je omezenější, že nejsou schopní ujit, udýchat, cokoliv už od vyjití schodů. **Byl to jak chlapec, tak dívka.**  
(R2 se setkal s chlapcem i dívkou, nezmiňuje, že by se obezita u některého pohlaví vyskytovala více)
  
- 2) Jaký je váš názor na přístup obézních dětí k hodinám tělesné výchovy?  
(Vyhýbají se tyto děti hodinám TV? Stydí se? Pokud ano, kdo více? Chlapci či dívky? Stěžuje si na bolest kloubů? Zadýchanost?)  
Nechci chodit, nebaví mě to, všichni se mi smějou, nechce se mi cvičit. Jak nechtějí, tak je to i nebaví, protože k tomu asi nejsou vedení z domu. Ani je to vyložene neláká a dělá jim to navíc špatně, že to nezvládají. Na bolestivost si ani nestěžují. **Kluci jsou většinou tak aktivní, že cvičej, pokud to nejsou vyložene cvalíci, takže více jsem se setkala s těma holkama.** (R2 se setkal s výmluvami na hodiny TV)
  
- 3) Jak zvládají plnit všechny zadané cviky?  
**Nezvládají** v takovém rozsahu, v jakém by měly. Takže se můžeme snažit, aby se snažily, ale **nedokáží to udělat.**
  
- 4) Je jejich reakce při nesplnění požadovaného úkolu stejná, jako u dětí bez známek obezity?  
(Je jiná u štíhlých dětí a lidí se reakce obézních chlapců od obézních dívek?)  
Určitě ne, protože ty děti, které mají klasickou váhu, tak mají radost z toho úspěchu, že se jim to podařilo, kdežto tyhle děti jsou **zklamaný a i na sebe našťvaný, na okolí našťvaný**, že to nezvládají. Mají **nechuť do příště**, že by to ani nezkusili.
  
- 5) Má podle vašeho názoru fyzická výkonnost těchto dětí vliv na výslednou klasifikaci dítěte? A jakou?  
Úplně ne, ale částečně **o ten stupeň**, protože zase nemůžeme hodnotit stejně děti, které zvládají všechno, mají klasickou váhu, jako ty kteří jsou obézní, těm se do toho vyložene nechce. Takže spíš se tam hodnotí ta snaha, nebo teda alespoň u mě. Jestli jako „jo dám to, zvládnou to“ než „já to nedám“. Takže za tu snahu, protože to by jinak bylo nereálný. (R2 snižuje známku o stupeň)

- 6) Jaký je jeho postoj k pohybovým hrám?  
(Chce se zúčastňovat pohybových her?)  
Když to **není ani na známky ani na zjišťování nějakého výkonu**, tak jsou děti, kteří se **rádi zapojí**. Záleží jak do kterých her. Někdo nemá rád míčové hry, někdo zas nemá rád třeba honěnou, takže to je různý. (Ano, pokud není hra na známky)
- 7) Jak se chová obézní dítě při tvoření skupin například při hrách a jak se chovají jeho spolužáci?  
(Když tvoří děti skupinky při hrách, berou obézní dítě mezi sebe?)  
**Záleží i na osobnosti dítěte**. Měla jsem děti, který absolutně nezapadaly do kolektivu, takže to bylo špatný a potom jsou děti, kteří zapadají do kolektivu, ale samozřejmě se ví, že děti jsou od své povahy zlé a snaží se co nejvíc vyhrát a chtějí lepší výsledek, takže se snažím, aby vůbec nedocházelo k tomu, aby si samy vybíraly. Jo. Nějakým jiným způsobem to družstvo sestavit, aby neměly pocit, že tam vždycky zůstávají poslední. To přece jenom není ideální. (Kód 2- Chování dítěte neovlivňuje obezita, ale jeho povaha a temperament a inteligence)
- 8) Jak by jste popsal/a chování dítěte v sociální oblasti? Jaká je jeho charakteristika vyjadřování?  
(agresivnější/stydlivější)  
**Je to na povaze toho dítěte**, ne všechny děti když jsou obézní, tak jsou stydlivý, asociální. Je to tak půlka na půlku. Polovina tak, druhá polovina to jsou největší komici třídy. (Kód 2- Chování dítěte neovlivňuje obezita, ale jeho povaha a temperament a inteligence)
- 9) Jaké je jeho chování k ostatním dětem?  
(Straní se ostatním dětem?)  
**Záleží na povaze, není to ovlivněný tou obezitou**. (Kód 2- Chování dítěte neovlivňuje obezita, ale jeho povaha a temperament a inteligence)
- 10) Mají nějaké známky ostychu ohledně svého těla?  
(Snaží se maskovat problémové partie, vyhýbání se hodinám plavání, nosí raději více vrstev oblečení...)  
**Učitě**, tyhle děti každopádně. Vyhýbají se tomu, v čem se necítí dobře. To jsou **útěky na záchod**, tam se převlíknou, aby na mě nikdo nekoukal a podobně. Ve třídě mají každopádně **větší oblečení** aby se to jako zakrylo, ale to si nemyslím, že by bylo úplně **důsledek** dětí jako těch **rodíčů**. (Kód 1- Odkaz na vliv rodiny, ostych ano – velké oblečení, stud při převlékání)

- 11) Všimla jste si nějaké formy posměchu od ostatních dětí? Jaké?  
Zase záleží na dítěti, u některých **ano**, u některých ne. Někdy to je i vůči hubeným dětem. Většinou to je nějaký slovní, nějaký jako urážky, třeba **Tlustochu, Špekoune** nebo takový ty vulgárnější výrazy tý obezity. (Ano, slovní)
- 12) Máte nějaké jiné poznatky o obézním dítěti z Vaší třídy?  
To by bylo dobrý porovnat na dvou dětech úplně normálních. Tak co je normální, žejo. A porovnávám dva roky praxe, ale nějaký ten průměr normálního dítěte a průměr obézního dítěte, protože já takhle můžu srovnat dítě, které je chytré a obézní, takže to do třídy zapadne naprosto v pohodě, děti tu obezitu nevnímají jako překážku. Jenže potom je dítě, které je obézní, má inteligenci nízkou. **Takže obezita tam není ten hlavní důvod toho, že by ty děti tu osobu nebraly**, ale když je ten člověk obézní a ještě má k tomu něco jako třeba slabší IQ nebo podobně, tak to už je problém. **Kód 2- Chování dítěte neovlivňuje obezita, ale jeho povaha a temperament a inteligence)**
- 13) Existují programy zaměřené proti obezitě, kterých se děti z vaší školy zúčastňují?  
(zaměřené na pohyb nebo zdravou stravu)  
Letos **ne**, ale loni jsem posílala dítě s rodiči k výživovému poradci, aby si nějak poradili, protože tam vyloženě v té rodině nezvládali to stravování.
- 14) Znáte nějaké další preventivní programy pro děti zaměřené proti obezitě?  
(Stop obezitě STOB, Ovoce a zelenina do škol, Škola podporující zdraví-program WHO, Zdravá abeceda, Výživa dětí, Stobík, Pyramidáček...)  
Samotný program **Stop obezitě** znám, ale že by tu bylo něco zaměřeného na děti, nevím. Jestli do toho patří **Pamlsková vyhláška**, tak leda to. Teď ale v Hradci o ničem nevím.
- 15) Máte na škole nějakého poradce, za kterým mohou děti zajít v případě osobních problémů? Máte informace o tom, zda ho děti navštěvují? Víte, jak se věnuje dětem?  
Vždycky za **třídním učitelem**.
- 16) Napadá Vás ještě nějaký jiný způsob, jak by jste mohl/a Vy nebo Vaše škola pomoci obéznímu dítěti?  
Snažíme se i my tady dělat aktivní **projektíky, kde zahrnujeme zdravou stravu, aktivní pohyb a přirozeným způsobem**. Ne že „dětí tohle je zaměřený na to a na to a vemte si z toho tohle“ ale je to takový přirozeným způsobem, **snažíme se to zapojovat do našich aktivit**. (Informuje v rámci výuky)