

Uplatnění poznatků psychologie při snižování nadváhy

Šárka Láníková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka LÁNÍKOVÁ
Osobní číslo: H108161
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Uplatnění poznatků psychologie při snižování nadváhy

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009), případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vysvětlení, proč je tak složité ovlivnit lidské chování v oblasti příjmu potravy (chybné vzorce chování, stres, sebepojetí),
- na objasnění významu prevence obezity z hlediska jedince i společnosti,
- na strategie boje s obezitou,
- na možnosti intervenčních programů při snižování nadváhy se zaměřením na činnost společnosti STOB.

Součástí práce bude sociologický výzkum zaměřený na zjištění pohledu sociální skupiny na problémy související s obezitou a ochotu změnit životní styl.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Amen, D. G. Změňte mozek, změňte tělo, Praha: Ikar, 2011.

Buzan, T. Chytře na své tělo, Praha: Columbus, 2004.

Fialová, L. Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla, Praha: Grada, 2006.

Málková, I. Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo, Praha: Smart Press, 2007.

Málková, I. SOS nadváha (průvodce úskalím diet a životního stylu), Praha: Portál, 2001.

Müllerová, D. Obezita - prevence a léčba, Praha: Mladá fronta, 2009.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během

práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Katedra psychologie


Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

JARKA LAŇKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 10. 4. 2023

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce je zpracována na téma „Uplatnění poznatků psychologie při snižování nadváhy“, s konkrétním zaměřením na nadváhu a obezitu dětí a dospívající mládeže. Cílem práce bylo objasnit a definovat pojem dětské obezity, vliv možných faktorů podílejících se na jejím vzniku a analyzovat příčiny vzniku dětské obezity. Formulovat zásady prevence obezity a výchovy dítěte ke zdravému životnímu stylu. Popsat metody, strategie a cíle váhové redukce pomocí metod kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a jejich využití v oblasti řešení „návykových“ problémů, s vyzdvižením nutnosti rodinné terapie jako stěžejního pilíře léčby dětské obezity. Výzkumné šetření proběhlo v Dětské léčebně Křetín, kde jsou léčeny mimo jiné i obézní děti. Metodou případové studie bylo zjišťováno, jaký životní styl preferují rodiny dětí s již rozvinutou nadváhou či obezitou. Jaké jsou jejich stravovací a pohybové návyky, motivace k hubnutí. Také byla zjišťována úspěšnost léčby ve smyslu úbytku jejich hmotnosti.

Klíčová slova:

nadváha, obezita, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, psychoterapie, vývoj obezity, kognitivní faktory, behaviorální faktory, interpersonální faktory, výchova ke zdraví, prevence, léčba, stravovací návyky, pohybová aktivita, životní styl.

ABSTRACT

The Bachelor thesis “Application of psychology in reduction of overweight” is aimed particularly to the overweight and obesity of children and adolescents. The goal of the present work is to define children obesity and explain possible effects participating in its origin. Causes of the origins of children obesity are analyzed. Fundamentals for obesity prevention and for healthy lifestyle are formulated. Procedures, strategies and targets in the weight reduction process and their utilization during solving of “addictive” problems are described by using the cognitive-behavior therapy (CBT) methods. The necessity of family therapy and its crucial role in obesity treatment is highlighted. An exploratory study was performed at The Child sanatorium in Křetín where obese children, among other patients, are treated. The case study method was applied to reveal the life style preferred by families of children which suffer the overweight or obesity problems. Their eating habits, physical

activity and motivation to lose overweight were studied. The success of treatment by monitoring their weight loss was documented.

Keywords:

overweight, obesity, family therapy, cognitive-behavior therapy (CBT), psychotherapy, obesity progress, cognitive factors, behavioral factors, interpersonal factors, health education, prevention, treatment, eating habits, physical activity, life-style.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Současná pandemie obezity se stala zlodějem dětství a vrahem dospělých“

Děkuji panu Doc. PhDr. Františku Vízdalovi, CSc. a panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za jejich užitečné rady a připomínky. Děkuji i pracovníkům Dětské léčebny Křetín za velmi vstřícný přístup a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce.

Také děkuji své rodině za její podporu a nesmírnou toleranci.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OBEZITA V DĚTSKÉM VĚKU JAKO KLÍČOVÝ PROBLÉM SOUČASNOSTI I BUDOUCNOSTI	12
1.1 DEFINICE OBEZITY	13
1.2 PŘÍČINY VZNIKU OBEZITY	14
1.3 DIAGNÓZA OBEZITY – GRAF H MOTNOSTI, POMĚRU H MOTNOSTI A TĚLESNÉ VÝŠCE A BMI.....	14
1.4 MOŽNÉ FAKTORY PODÍLEJÍCÍ SE NA VZNIKU OBEZITY	16
2 DŮSLEDKY OBEZITY	21
2.1 TĚLESNÉ DŮSLEDKY PRO OBÉZNIHO.....	21
2.2 PSYCHIKA OBÉZNIHO, VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA.....	21
3 VÝVOJ DĚTSKÉ OBEZITY	23
3.1 RIZIKOVÁ OBDOBÍ PRO VZNIK DĚTSKÉ OBEZITY	23
3.2 SPECIFIKA VÝZNAMNÝCH VÝVOJOVÝCH FÁZÍ	24
4 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE OBEZITY	27
4.1 METODY, STRATEGIE A CÍLE VÁHOVÉ REDUKCE	27
4.2 VYMEZENÍ A REGULACE FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍCH ÚSPĚŠNOST LÉČBY OBEZITY	31
4.3 TEORIE UČENÍ	34
5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ OBEZITY JAKO NUTNOST	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	50
6.1 CÍLE VÝZKUMU, VYMEZENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK.....	50
6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ.....	50
6.3 METODY VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK	51
6.4 PREZENTACE A ROZBOR PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ.....	52
6.5 NÁVRHY A OPATŘENÍ.....	67
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

„Nadváha a obezita (otyllost, zastarale česky obtloustlost) postihuje v posledních desetiletích populaci rozvinutých i rozvojových zemí ve stoupající míře a dosahuje charakteristik pandemie. V některých zemích je obézních až 30% obyvatel a obezita nebo nadváha je v řadě zemí problémem nejméně poloviny obyvatel. Světová zdravotnická organizace WHO zjistila, že v roce 1995 bylo na světě 200 milionů obézních osob, v roce 2000 číslo stoupl na 300 milionů a v roce 2012 se předpokládá 700 milionů obézních osob ve věku nad 15 let (WHO, 2010). Nadváhou nebo obezitou trpí více než miliarda dospělých a 10 % dětí. Pokud je použita odlišná klasifikace nadváhy a obezity pro různá etnika, pak počet osob s nadváhou nebo obezitou stoupá na 1,7 miliardy.“ (Kunešová, Müllerová, Hainer in Hainer a kol., 2011, s. 15).

„V jednotlivých evropských zemích je dynamika zvyšování prevalence obezity odlišná. Zatímco ve Velké Británii došlo v posledních desetiletích k násobnému vzestupu prevalence obezity, v některých zemích, jako je ČR a další země regionu, je prevalence obezity relativně vysoká již léta, a její vzestup v posledních dekádách není tak markantní. Třetí skupinou jsou země, v nichž je prevalence obezity relativně nízká, ale ke vzestupu rovněž dochází – jejich příkladem je Francie, Švýcarsko nebo severské země, např. Finsko a Švédsko. Specifickou zemí jsou země jižní Evropy, jako je Řecko, Itálie nebo Španělsko, které jsou charakterizované vysokým výskytem dětské obezity i vyšší prevalence obezity u dospělých. Obecně lze říci, že prevalence obezity stoupá ze západu na východ a ze severu na jih Evropy.“ (Kunešová, Müllerová, Hainer in Hainer a kol., 2011, s. 17).

Celosvětový nárůst prevalence nadváhy a obezity je dán jednak změnami v příjmu potravy, změnami stravovacích návyků, zejména zvýšenou spotřebou potravin s vysokým podílem tuků a jednoduchých sacharidů a v neposlední řadě celkovou změnou životního stylu ve smyslu poklesu pohybové aktivity. Včasné a výrazné přizpůsobení příjmu potravy měnícím se, nebo už dávno změněným podmínkám, by zcela jistě nemělo za následek tak výrazný nesoulad mezi potřebou člověka a skutečnou spotřebou hlavních živin a potravin. Ve skutečnosti se často živíme nepřiměřeně způsobu života, jaký vedeme. Doložitelnost vztahu mezi výživou a zdravotním stavem byla v minulosti manifestována zejména těžkými deficity, tj. příznaky z nedostatku jedné nebo několika živin (např. avitaminózy, kurděje, řidnutí kostí). V dnešní době se na poruchách zdraví v naprosté převaze podílí

nadměrný příjem některých živin a s tím související nadměrná energetická spotřeba (Hejda, 1987).

Dalším, zcela zásadním negativním faktorem, je významné snížení fyzické aktivity. Dle Hejdy (1987) dnešní člověk vydává daleko méně energie svalovou činností než předchozí generace našich dědů, u nichž byla svalová činnost neodmyslitelnou složkou života. Existují zajímavé příklady dokazující, že duševně pracující člověk z první čtvrtiny 20. století zaměstnával svoje svaly více než dnešní fyzicky pracující lidé, přičemž značná část energetického výdeje se dala mimoprofesionální činností.

Sedavý způsob života vede ke zvyšování hmotnosti, nárůstu obsahu tuku v těle. Pohybový režim je důležitý pro genuzi obezity (Fraňková, Dvořáková, 2003). Mezi odborníky začíná převládat názor, že příčinou obezity je spíše nedostatek fyzické aktivity než nadbytek potravy (Machová, Kubátová, 2009).

Zpracovat téma týkající se fenoménu nadváhy a obezity lze velmi široce. Vycházím z poznatků, že nadváha a obezita je dnes jak aktuálním, tak i akutním celosvětovým problémem nejen dospělé populace, ale ve stále větším rozsahu postihuje i populaci dětskou. Dětská nadváha a obezita je zvláště závažná, poznamenává život dítěte již od narození, často se přenáší až do dospělosti. Výrazný dopad na psychický vývoj obézního dítěte je přitom nepopíratelný. Svou bakalářskou práci jsem proto zaměřila na psychologickou problematiku snižování nadváhy u dětí.

Cílem mé práce bude popsat a analyzovat problém obezity v dětské populaci. Objasnit a definovat pojem dětské obezity, vliv možných faktorů podílejících se na jejím vzniku a analyzovat příčiny vzniku dětské obezity. Popsat metody kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a využití těchto metod v oblasti řešení „návykových“ problémů s vyzdvižením nutnosti rodinné terapie jako stěžejního pilíře léčby dětské obezity. V neposlední řadě bude výsledkem práce formulování zásad prevence obezity u dětí včetně vysledování možných doporučení ke zdravému životnímu stylu.

Empirická část bude provedena na základě kvalitativního výzkumu se zaměřením na jedince, metodou případové studie, a to v Dětské odborné léčebně Křetín, kde se léčí děti s již rozvinutou nadváhou či obezitou. Mým zájmem bude zjistit, jaké faktory mají zásadní podíl na stravovacích a pohybových návycích těchto obézních pacientů, jaký celkový životní styl jejich rodina preferuje. Dále bych chtěla zjistit, jakou úspěšnost na snížení jejich hmotnosti měla cílená léčba pod odborným vedením.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA V DĚTSKÉM VĚKU JAKO KLÍČOVÝ PROBLÉM SOUČASNOSTI I BUDOUCNOSTI

„V roce 2006 téměř 17 milionů dětí Evropské unie trpělo nadváhou a přes 5 milionů obezitou. V České republice mělo dle zprávy IOTF z roku 2006 ve věkové skupině 5-18 let nadváhu či obezitu 21,9% chlapců, z toho obézních bylo 4,3%; dívky trpěly nadváhou či obezitou ve 22,5%, z toho 4,7% bylo obézních.“ (Hainerová in Hainer a kol. 2011, s. 341-342).

„V posledních letech se ukazuje, že v některých zemích včetně ČR dochází ke zpomalování trendu zvyšování výskytu obezity, prevalence nadváhy však zatím stoupá. Původní odhady WHO pro rok 2010 byly takové, že trpět nadváhou nebo obezitou bude více než 40 % dětí v USA a v oblasti středomoří, 38% dětí v Evropě, 27% v západním Pacifiku a 22 % v jihovýchodní Asii.“ (Kunešová, Müllerová, Hainer in Hainer a kol., 2011, s. 19).

U dětí z faktorů životního stylu přichází na prvním místě pokles fyzické aktivity, a to zejména doby, po kterou je denně dětmi provozována. Sedavý styl života, charakterizovaný ponejvíce vysedáváním u počítače nebo před televizí či sezením ve škole, je typický pro valnou část současných dětí. Z dalších faktorů jsou na předních příčkách jejich stravovací návyky, energetický obsah a nutriční skladba výživy, převaha jídel s vysokou kalorickou denzitou a zároveň nízkou nutriční hodnotou (coly, džusy, dorty, čokolády, majonézy apod.), dále nedostatek stravy přirozeně bohaté na vlákninu (zelenina, ovoce, celozrnné výrobky), a tzv. chaos v jídle, charakterizovaný časovou nepravidelností v jídle, vynecháváním snídaní či převahou jídla ve večerních hodinách (Müllerová, 2009).

Obezita se stává pro nositele problémem nejen po stránce zdravotní, ale hendikepuje ho i v rovině duševní a společenské. Představuje tak multifaktorální problém, kde se základem pro úspěšnou léčbu může stát pouze komplexní přístup s respektem jedinečnosti každého konkrétního pacienta s maximálním důrazem na prevenci.

Pokud pomineme problémy obezity způsobené hormonální poruchou, či pokud k nim nemá jedinec genetické předpoklady, pak zásadní význam v prevenci nadváhy u dětí nese primárně rodina. V rodině jsou zakládány požadované vzorce chování, osvojován způsob zdravého stravování, předkládán způsob trávení volného času. Nicméně právě v rodině se začínají také dělat i první výživové chyby, které mohou nastartovat pozdější rozvoj nadváhy či obezity a souvisejících komplikací. Fořt (2004) dále konstatuje, že rodiče dítěte, kteří mají sami sklon k obezitě nebo jí dokonce již trpí, by si měli uvědomit, že

časná, to znamená v raném věku vzniklá nadváha, je prvním krokem k pozdější obezitě. Kromě samotné výživy hraje zásadní roli i celkový životní styl dítěte, volnočasové aktivity, jeho pohybová aktivita apod.. Návyky, které v dětství dítě získá, se podle znalostí dnešní vědy odráží na jeho zdraví nejen bezprostředně, ale často především dlouhodobě, nejkuli po celý život.

1.1 Definice obezity

Z medicínského hlediska je obezita obecně definována jako „*multifaktorálně podmíněná metabolická porucha charakterizovaná množením tělesného tuku. Je důsledkem interakce genetických dispozic s faktory zevního prostředí*“ (Hainerová, 2009, s. 15) a postiženého obtěžuje a ohrožuje tím více, čím je tělesná hmotnost vyšší než normální. Obdobný popis uvádí i Hainer, Bendlová (in Hainer a kol., 2011, s. 87): „*běžná obezita jako chronická nemoc charakterizovaná množením tělesného tuku vzniká vlivem pozitivní energetické bilance, především u jedinců s genetickou, obvykle polygenně podmíněnou, náchylností k hromadění tuku.*“ Z obou definic vyplývá, že jak nárůst tělesné hmotnosti, tak i její redukce jsou ovlivňovány interakcí genetických faktorů s faktory prostředí, přičemž genetické vlohy mohou buď tendenci ke vzniku obezity posilovat (obezitogenní geny), nebo naopak před ní chránit (leptogenní geny). Existuje pouze málo genů, které způsobují vznik morbidní obezity v jakémkoliv prostředí, tedy i v energeticky restriktivním (Hainerová, 2009).

Na problematiku nadváhy a obezity je však třeba pohlížet nejen z hlediska medicínského, píše Málková (2005, s. 2) a uvádí: „*pokud by definice přesně vystihovaly problematiku obezity, měla by být terapie doménou somatické medicíny a bohužel tomu tak často je. Obezitu je však třeba pojímat komplexněji, není to jen porucha týkající se nevhodného složení těla, ale je to též odlišnost kognicí a emocí obézních, kteří často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „ve jménu hubnutí“.* Život obézních se skládá z období, kdy nasadí radikální nevhodnou dietu, a z období absolutní nekontroly a nadměrného příjmu potravin, kdy sbírají síly na zahájení další diety. Proto je třeba terapii pojímat komplexněji a neléčit jen somatickou poruchu, nevhodné stravovací a pohybové návyky, ale zaměřit se též na kognice a emoce, které k nevhodnému chování vedou. To platí zejména o lehčím stupni obezity, který je procentuálně nejvíce zastoupen a kde je KBT velmi efektivní. U obézních s těžkým stupněm obezity je potřeba KBT kombinovat s dalšími

přístupy (farmakologie, nízkoenergetické bílkovinné diety, chirurgický přístup) a rozhodně je nutná odborná spolupráce s lékařem obezitologem“.

1.2 Příčiny vzniku obezity

Obezita má celou řadu příčin.

„O polygenní (běžné) obezitě se hovoří tehdy, pokud genetická predispozice jedince vede k náchylnosti k vlivům prostředí tak, že podporuje vyšší energetický příjem než energetický výdej.“ (Müllerová in Müllerová a kol., 2009, s. 87). Dále Müllerová (2009) pokračuje tamtéž a uvádí, že v dětské populaci je naprostá většina obezit výsledkem interakce mezi polygenní dědičností a vlivem faktorů zevního prostředí a nese označení primární či alimentární typ obezity.

Život v moderní společnosti může vést k tomu, že současné obezitogenní prostředí podporuje více nárůst tělesné hmotnosti než její úbytek, což je způsobeno zejména sníženou pohybovou aktivitou a dostupností potravin. Redukce a udržení přiměřené hmotnosti pomocí metod KBT v těchto případech se jeví vysoce účinnou, neboť základem metody je postupná modifikace skladby potravin, přesun k potravinám a pokrmům, které pacient může jíst po celý život.

Od běžné obezity je vždy nutno odlišit monogenní formy obezity a geneticky podmíněné syndromy či medikamentózně navozené obezity (např. Cushingův syndrom, Praderův-Williho syndrom, hypotyreóza, apod.) tvořící nepatrné procento všech obezit, zde je základem léčba jiná než KBT, neboť jejich vyšetření a léčba patří vždy do rukou lékaře.

1.3 Diagnóza obezity – graf hmotnosti, poměru hmotnosti a tělesné výšce a BMI

Pro obezitu je charakteristická nadměrná hmotnost daná zmnožením tukové tkáně. Přiměřenost tělesné hmotnosti je posuzována především podle hmotnostních indexů. Body Mass Index (BMI) je nejčastěji používán ke klasifikaci nadváhy a obezity u dospělých. Kritéria pro dospělou populaci jsou přijímána jednoznačně – BMI 25 pro nadváhu a BMI 30 pro obezitu.

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

U dětí a dospívajících je situace jiná. Křivka BMI se mění s věkem, s pohlavním vyzríváním, celkovým tělesným vývojem, rozdíly jsou i mezi jednotlivými etnickými skupinami. Proto je nutné k hodnocení dětské populace využívat **percentilové grafy** (Marinov a kol., 2011).

Základní antropometrické charakteristiky tělesného růstu jsou tělesná výška a hmotnost, u dětí do tří let je navíc nezbytné hodnocení obvodu hlavy. Sledované rozměry jsou posuzovány většinou vzhledem k věku dítěte (Vignerová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

U dětí mladších 5 let se doporučuje pro posouzení přiměřené tělesné hmotnosti použít **percentilový graf poměru tělesné hmotnosti k tělesné výšce**, nikoliv k věku dítěte, neboť lépe vystihuje fyziologický vývoj v raném dětství a předškolním věku. U dětí s nadváhou je vhodné použít percentilový graf BMI již od 2-3 let. U starších dětí je **percentilový graf BMI** uznán jako standardní ukazatel míry obezity (Marinov a kol., 2011).

Pro českou dětskou a dospívající populaci jsou k dispozici grafy základních tělesných rozměrů založených na výsledcích antropologického šetření z let 1991 a 2001, které jsou dostupné na webových stránkách Státního zdravotního ústavu (<http://www.szu.cz>).

„Jako kritérium obezity u dětí je v ČR určen 97. percentil BMI a jeho hranice nadváhy 90. percentil. Z hlediska zahájení prevence a včasné intervence hodnotíme již 85. percentil BMI“ (Zemková in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 87) a v tomto okamžiku je již vhodné podrobné vyšetření a posouzení obsahu tukové hmoty v těle. Vyšší hodnota BMI automaticky neznamená zvýšení podílu tukové složky, ale může manifestovat např. rozvoj svalové hmoty u dospívajících chlapců.

Při hodnocení je třeba zohlednit, že hodnocení podle hmotnosti k výšce nemusí vždy zcela odpovídat hodnocení podle BMI - vyšetření založená na váze a výšce neodrážejí zastoupení tuku v těle dítěte. Poměr tukové a beztukové tělesné hmoty lze kvantifikovat např. pomocí antropometrických ukazatelů (hodnot kožních řas a tělesných obvodů). Obezita bývá zpravidla spojena zejména s nadměrným hromaděním viscerálního tuku, jeho množství dobře odráží ukazatele jako např. obvod pasu, obvod břicha (Hainerová, 2009).

1.4 Možné faktory podílející se na vzniku obezity

Na vzniku a udržení obezity se podílí mnoho faktorů, které jsou spolu navzájem v interakci a navíc vliv jednotlivých faktorů se může měnit v různém prostředí, za různých podmínek. U každého individua se faktory mohou uplatňovat odlišně (Málková, 2005).

Faktory biologické

Biologické faktory bývají podrobně zkoumány z lékařského pohledu. O **pozitivní energetické bilanci** hovoříme tehdy, pokud dojde k porušení energetické rovnováhy a energetický příjem převyší energetický výdej. K tomuto nepoměru může dojít buď dlouhodobě zvýšeným příjmem energie (zejména zvýšenou konzumací tuků) nebo sníženou tělesnou aktivitou, pokud tato není provázána přiměřeným snížením příjmu stravy (Málková, 2005).

Teorie úsporného genotypu (thrifty genotype hypothesis) uvádí, že je nutné brát v úvahu individuálně geneticky podmíněnou náchylnost jedince k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci, což je důsledek evoluce. Z doby hladomorů v průběhu dějin došlo k vyselektování populace s úspornými variantami genů, jedinci bez úsporných variant genů by vymřeli, proto signály nasycení jsou slabší než signály hladu. Úsporný gen zajišťuje ukládání energie již při jejím mírném přebytku (Hainerová, 2009).

Neméně důležité jsou i poznatky velkého množství celosvětových studií zkoumajících do jaké míry se podílejí různé faktory na vzniku a udržení obezity. Nabízí se otázka, zda jsme obézní po rodičích z prostého důvodu, že jsme to po nich zdědili, či spíše proto, že nás naučili nevhodnému způsobu života, nebo zda je to kombinace obojího. Tedy, zda je obezita způsobena **genetickými faktory** (navození pocitu sytosti, chuťové preference, rozdílná schopnost spalovat základní živiny) nebo **vlivy vnějšího prostředí**.

Základní zjištění vyplývající ze studií jsou dle Málkové (2005, s. 6) tyto:

- *„dítě, které má jednoho rodiče obézního, se stane obézním asi v 40%. V rodině s oběma obézními rodiči má dítě šanci stát se obézním v 70% v porovnání se 14% obézních dětí od rodičů s normální hmotností. Pokud jsou i rodiče obézní, těžko dítě bez odborného zásahu obezitě unikne,*
- *čím starší dítě je, tím je větší pravděpodobnost, že si obezitu zachová až do dospělosti a nikdy se jí už nezbaví,*

- *členové rodiny, např. sourozenci, vykazují často shodné změny v tloušťce, společně přibírají, společně hubnou. Také manželé jsou si často v stupni obezity podobní. Je otázkou, zda je to dáno roky společného soužití, či výběrem podobného partnera.*“

Z výše uvedeného lze dovozovat, že obezita je silně geneticky determinována, rozhodně ale nelze jednoznačně obezitu svádět na to, že jsme ji podědili po rodičích (uvádí se, že „dědičnost se na vzniku obezity podílí až v 50%“ - dle Machové, Kubátové, 2005, s. 222). Málková (2005) konstatuje, že se dědí určité dispozice, ale člověk sám a vlivy vnějšího prostředí (zejména jak se stravujeme a jak se hýbeme) rozhodnou, zda se obezita vyvine či ne. Důležité je, abychom s těmito vnějšími vlivy uměli zacházet, neboť **vznik obezity může jedinec ovlivnit svým životním stylem**. Některé zdánlivě genetické faktory mohou být ve skutečnosti důsledkem tradičního způsobu života s omezením aktivního pohybu.

Bylo prokázáno, že jsou člověku dány i **genetické vlohy k pohyblivosti**, tedy k energetickému výdeji; je nutné brát v úvahu i to, že **životní elán** (čilost, pohyblivost) je částečně zděděnou charakteristikou a nedostatek této vlastnosti se může projevit u vzniku obezity (Málková, 2005). Hainerová (2009) považuje za další možný faktor zvyšující riziko vzniku obezity **neúměrnou délku spánku, přetápění v zimních měsících či klimatizaci**.

Faktory psychologické

V etiologii obezity hrají duševní děje různou úlohu, minimální bude zřejmě v případech obezity na základě genetické dispozice, po úraze nebo jako vedlejšího účinku jiné léčby. Psychologicky zde půjde spíše o psychické vypořádání se s touto životní realitou (nemocí) a její přijetí. Psychika má naopak rozhodující vliv tam, kde si pacienti ulevují od nepříjemných pocitů pomocí jídla a jídlo se tak stává neadekvátním prostředkem vypořádávání se s emočně bolestivými a zátěžovými situacemi. (Wagenknecht in Hainer a kol., 2011).

Pro vznik obezity je typický fakt, že obézní nejedí z hladu, ale v důsledku „toxického prostředí“, kdy jsou povzbuzováni ke konzumaci nevhodných potravin v nadměrných dávkách. Často je prokázána **souvislost mezi emocemi ať už kladnými nebo zápornými a stravovacími návyky**. Faktory ukazující, proč se lidé přejídají, proč zůstávají obézními a nedaří se jim zhubnout, proč selhávají v nejrůznějších přístupech k terapii obezity, lze často dohledat již v dětství.

Důležité bude, aby matka již po narození dítěte vhodně reagovala na signály, kterými dítě dává najevo své potřeby. Při kojení matka dítě drží v náručí, je pro ně nositelkou bezpečí, tepla, lásky. Pokud však bude reagovat na nespokojenost dítěte nevhodně, např. když je pomočené a nabídne mu potravu, dítě se uklidní a matka si oddychne, že je vše v pořádku. **Dítě se však nenaučí odlišovat hlad od ostatních tělesných pocitů a potřeb**, které mají s nedostatkem jídla pramálo společného a tento nesoulad mezi reakcemi dítěte s matčinou odpovědí se rozšiřuje v budoucnu i na další oblasti (Málková, 2005).

Chybou také je, slovy Málkové (2005), když místo pozornosti či žádoucí přítomnosti matky je malému dítěti podán piškot, aby bylo hodné a „neotravovalo“. Pak už je jen krůček k tomu, aby se dítě v raném dětství „naučilo“, že zvládne zátěžovou situaci lépe, když si dá něco do úst, ať už je to dudlík, palec v puse, ve starším věku třeba kousání nehtů či okusování tužky).

Později může být jídlo používáno jako **odměna či trest**. A v dospělosti se pak často uchylujeme v situacích pohody nebo naopak zátěže k těmto osvědčeným naučeným odměnám a s nimi spojenými příjemnými pocity.

Pro mnohé není jídlo fyziologickou potřebou, ale stalo se **prostředkem k umocnění pohody** (uždibování při televizi, při knížce, mezi jídly). Za situace, kdy člověk intenzivně pociťuje ohrožení, ponížení, úzkost, stres, selhání či neúspěch, může konzumace jídla vyvolávat pocity uspokojení. „*Obézní lidé potom často přestávají rozlišovat mezi fyziologickým hladem, který lze utišit jídlem a tzv. emočním hladem, který však jídlem plně uspokojit nelze a je hladem po nějaké emoci, např. lásce, blízkosti, které se dotyčnému nedostává.*“ (Wagenknecht in Hainer a kol., 2011, s. 258).

Mýtus o veselých tlustých lidech nebývá pravdivý. Obézní často nemá rád sám sebe a někdy má též pocit, že ho nemají rádi ani druzí a potěšení v jídle se tedy jeví jako nejjednodušší řešení. Návyk řešit zátěžové situace jídlem se prohlubuje a často, bohužel, zůstává pravidlem nadměrný příjem potravy, i přestože problémy odezněly. (Málková, 2005).

Existují i vnější faktory, které mohou neblaze ovlivňovat stravovací návyky dítěte. Řadíme k nim bezpochyby **stres**. U dítěte mohou být stresové události vyvolány např. špatnou náladou a nepříjemnými podmínkami u rodinného stolu, špatnými vzájemnými vztahy mezi rodiči nebo mezi rodiči a dítětem samotným či mezi sourozenci navzájem. Dítě se také může cítit neustále pod tlakem nesplnitelných rodičovských očekávání. Podobně jak

to činí dospělí, reagují tyto děti na pro ně nepříznivé vnější faktory tak, že si stres mohou kompenzovat jídlem. Pak se přejídají, nebo naopak nejedí vůbec. Velkým nešvarem je i to, pokud rodiče často a chybně podbízejí dětem větší porce či je extrémně nutí do jídla, přestože je dítě odmítá. Výsledkem je, že jsou traumatizovány obě strany – rodiče mají strach o zdraví dítěte a dítě je vynervováno z nátlaku při každém jídle (Kast-Zahn, Morgeroth, 2008).

Faktory sociální

K sociálním faktorům jsou obecně řazeny determinanty jako např. vzdělání, zaměstnání, příjem, velikost rodiny, sociální postavení, věk, pohlaví, národnost, rasa apod.

Společenské postavení hraje významnou roli ve vztahu k obezitě zejména v západních zemích, kde je diskriminace obézních obecně větší než u nás (zatím). Zajímavá je korelace hmotnosti a **socioekonomického postavení** v různých zemích. „*V ekonomicky vyspělých státech je vyšší prevalence obezity zaznamenána u jedinců s nízkým socioekonomickým postavením. Naopak v rozvojových zemích jsou častěji obézní skupiny s vyšším socioekonomickým postavením.*“ (Hainerová in Hainer a kol., 2011, s. 348).

Dle Málkové (2005) svou roli hrají i **vlivy kultury**, což je dáno jednak dostupností jídla a nahlížením na ideál ženských tělesných proporcí v různých historických epochách. Někdy se uvádí i určitá **spojitost s klimatem**, neboť klimatické podmínky ovlivňují skladbu potravy, což má dopad na rozložení tuku v těle, resp. tukových zásob. Vliv kultury bývá také úzce spojován s **tělesnou aktivitou**, módními vlivy různých sportovních aktivit, svou roli jistě sehrává rozvinutý automobilový průmysl.

Výskyt obezity může být v nepřímém vztahu k velikosti **rodiny**. Dítě jedináček má daleko větší šanci stát se obézním, než kdyby žilo v rodině s více dětmi z jednoho prostého důvodu - ve velkých rodinách se dostane na osobu menšího množství potravin. Naproti tomu, pokud se dítě obézním stane, je větší šance, že při léčbě zhubne spíše dítě z rodiny malé, což lze vysvětlit tím, že rodič ve větší rodině bude mít méně času na to, aby se intenzivně věnoval léčenému dítěti.

Zvýšená míra obezity se často ukazuje v rodinách, které se přestěhovaly do jiné země nebo oblasti a nepodařilo se jim tam zakořenit a navázat společenské kontakty. Rodiny obézních se mohou cítit i společensky izolovány (Málková, 2005). Vědci je též zastávána hypotéza, že vysoký výskyt obezity u obou rodičů extrémně obézních dětí vede k jejich stigmatizaci

a s tím i spojený nárůst „párování“ mezi nimi samotnými (Hainerová in Müllerová a kol., 2009).

Mezi další podstatné vlivy zevního prostředí, jak uvádí Málková (2005), a v kterých se jednotlivé kultury liší, patří jednoznačně **prostředí při jídle**, způsob úpravy a konzumace jídla, chování u stolu, **mezilidské vztahy**, které zásadně ovlivňují postoj k jídlu a výběr pokrmů, vliv společenských názorů na jídlo, **styl rychlého občerstvení** (tzv. fast-foody), **vliv reklamy** zaměřené na levné potraviny, ale přitom hodně bohaté na kalorie, obliba svačín (tzv. snacků), apod.. **Postoje k jídlu** a jeho úroveň jsou obecně dány hospodářsko-materiálním stavem té které společnosti, stupněm civilizace a vůbec celkovou kulturní vyspělostí. V neposlední řadě je nutné také zmínit i **vliv kolektivních zařízení** jako jsou školky, školní jídelny. Zde se ukazuje, jak je nesmírně důležité, aby učitelé, vychovatelé a rodiče postupovali při výchově dětí k získávání správných jídelních návyků jednotně.

2 DŮSLEDKY OBEZITY

Osobnost člověka chápeme jako biopsychosociální jednotu, z tohoto hlediska lze důsledky obezity rozdělit na do tří základních kategorií – důsledky tělesné, psychologické a sociální.

2.1 Tělesné důsledky pro obézního

Dlouho se mělo za to, že komplikace plynoucí z obezity se dětí netýkají, nicméně je již prokázáno, že komplikace spojené s nadváhou a obezitou se objevují už i u dětí a dospívajících; stávají se tak činiteli, které mohou významně ovlivnit jak kvalitu života, tak i snížit jeho průměrnou délku (Hainerová, 2009).

Obezita usnadňuje vznik srdečních a cévních chorob, způsobuje zvýšený krevní tlak, rozvoj kožních problémů (Machová, Kubátová, 2009). Prokazatelná je spojitost mezi obezitou a astmatem. Nadměrná hmotnost působí jako velká zátěž na rostoucí kostru, zejména páteř a dolní končetiny, následkem je jejich deformace (kulatá záda, vbočená kolena, ploché nohy).

Funkční poruchy pohybového aparátu a ortopedické problémy znamenají pro postiženého sníženou schopnost provádět cílené pohyby ve vzpřímené poloze, proto se chůze obézních jeví jako pomalejší a o širší bázi. Děti často působí na své okolí jako líné, nešikovné a neohrabané, mohou se tak lehce stát terčem posměchu svých vrstevníků (Marinov, Pastucha, 2012).

2.2 Psychika obézního, vnímání vlastního těla

Fyzické zdraví úzce souvisí se zdravím psychickým. Výzkumy prokázaly, že psychologické problémy se posouvají stále do nižšího věku a trápí dnes již předškoláky v kritickém hodnocení tělesných proporcí navzájem mezi sebou, problémy se prohlubují ve školním věku a s nástupem puberty. Mnoho obézních dětí i dospívajících popisuje nespokojenost se svým tělem, má nízké sebehodnocení, trpí pocity méněcennosti. Dokonce již malé děti ve školce mají raději děti tělesně postižené než obézní, kriticky hodnotí tělesné proporce svých vrstevníků (Fraňková, Dvořáková, 2003).

Děti samy ani často nedají najevo, jak je obezita trápí, uvádí Málková (2005). Ve školním věku může být pro obézní děti obtížnější začlenit se do kolektivu, navázat přátelství mezi svými vrstevníky, často je pozorována sociální izolace a jejich nízké sebevědomí. Děti s nadváhou či obezitou se často stávají terčem posměchu a šikanování, dostávají hanlivé

a zesměšňující přezdívky, které se rychle „uchytí“. Nálepka „tlustý“ je synonymem pro otlý, líný, ošklivý. Kritiky se jim dostává nejen od vrstevníků, ale mohou ji, bohužel, slyšet i od svých rodičů v případech, že oni sami nejsou také obézní (silné děti obézních rodičů snášejí tloušťku častěji lépe než obézní děti štíhlých rodičů).

Starší děti si již uvědomují, že se svou postavou nemohou vykonávat určitá povolání atraktivní pro tento věk, mají horší známky z tělocviku, nemohou nosit módní oděvy, nechtějí se ukazovat na plovárně apod., což vše může znamenat, a zpravidla i znamená, vznik komplexu méněcennosti. Reakcí děvčat je často uzavření se do sebe, přecitlivělost, pasivita, nesamostatnost, stranění se kolektivu ostatních, vyhýbání se sportovním a tanečním aktivitám. Dospívající děvčata jsou, co se týká důsledků obezity, mnohem více rizikovější skupinou než chlapci. Vzhled je pro něj zcela zásadní, jsou nadměrně sebekritické, touha po ideálním tvaru těla je může dovést až k tělesným a psychickým poruchám, v nejzávažnějších případech až k mentální anorexii či bulimii. Chlapci zátěžové situace řeší spíše vyvoláváním konfliktů s okolím, tvrdohlavostí, agresivitou.

„Prevalence deprese a úzkostných stavů jsou u obézních jedinců častější než v obecné dětské populaci. Dotazníky na kvalitu života ukazují, že kvalita života dětí s obezitou je srovnatelná s nádorovým onemocněním. Řada dětí se přejídá, jelikož jsou smutné, depresivní a nešťastné. Jiné děti jsou nešťastné, jelikož jsou obézní. Je paradoxní, že mnoho rodičů nevidí své děti jako obézní.“ (Hainerová, 2009, s. 58).

„Ukazuje se, že je třeba učit děti od časného věku poznávat vlastní tělo, jeho části, rozměry, funkce i potřeby tak, aby byly psychicky připraveny na změny, ke kterým dochází v průběhu růstu i přestavby v prepubertě. Tím by se mohlo zabránit vývoji pokřiveného pohledu na tělesnou hmotnost a poruchám ve vnímání svého těla.“ (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 227).

3 VÝVOJ DĚTSKÉ OBEZITY

3.1 Riziková období pro vznik dětské obezity

„Definice obezity během dětství je však složitější než u dospělých. Jde o to, že obezita je charakterizována zmnožením tukové tkáně v organismu nad optimální mez, kdy je tuková tkáň v nepoměru s tukuprostou tkání a může přitom měnit své fyziologické funkce. Během dětského věku se však množství tukové tkáně v organismu fyziologicky mění.“ (Müllerová in Müllerová a kol., 2009, s. 77).

Jsou rozlišována tři období, kdy dochází k založení a rozvoji tukové tkáně u dětí. Významným rizikovým obdobím pro vznik obezity je **první rok života**. Zde někdy dochází k překrmování dítěte, které si není schopno samo regulovat příjem potravy. Během prvního roku života přibírá správně krmený kojenec zhruba 10% své váhy každý měsíc, porodní váha donošeného kojence by se měla zhruba na konci prvního roku ztrojnásobit. Tuková tkáň tvoří 30% celkové tělesné hmotnosti kojence, od konce druhého roku už je to pouhé 1% měsíčně. Zhruba v šesti letech mají děti nejnižší zastoupení tuku v těle, od tohoto momentu se procento tuku v těle opět zvyšuje (Kast-Zahn, Morgenroth, 2008).

Začátek školní docházky znamená zmenšení pohybové aktivity dítěte při stejném příjmu potravy (Málková, 2005). Toto druhé zlomové období ve vývoji BMI nese označení „adiposity rebound“, které se za posledních sledovaných 50 let posunulo do mladšího věku o více než jeden rok. Čím dříve k tomuto období u jedince dojde, tím je nárůst obezity závažnější (Müllerová, 2009).

K třetímu období fyziologického zmnožení tukové tkáně dochází během **dospívání**. Zejména u dívek je období nástupu puberty kritickým obdobím, neboť začínají působit pohlavní hormony, které hrají svoji roli v zakulacování a utváření ženských tvarů. V době ukončení růstu se snižuje množství energie, která byla dříve pro vývoj organismu nezastupitelná, navyklý způsob potravy však zůstává často beze změny (Málková, 2005).

3.2 Specifika významných vývojových fází

Kojenecké období

První zkušenost s jídlem nabývá novorozenec při sání mateřského mléka, které je nejpřirozenější výživou pro každé dítě v raném věku a jehož složení se mění s růstem dítěte dle jeho potřeb. Kojení v prevenci obezity hraje velkou roli, dítě si samo volí množství mléka, které chce vypít a prakticky se nemůže stát, že by se přepilo. Naproti tomu, pokud jsou děti krmeny uměle, což nemusí být matčinou pohodlností, ale zdravotní důvody matce kojení prostě nedovolují, může se lehce stát, že matka bude dítěti „přilepšovat“ nadměrnými dávkami mléka nebo mu bude podávat stravu příliš koncentrovanou a v nejhorším případě stravu zcela nevhodnou pro daný věk. Kojenec se musí postupně naučit žvýkat a polykat stravu odlišné struktury, mění se i poloha při jídle. Věk 4-7 měsíců je označován jako kritická perioda pro přijímání nových jídel, samozřejmě jen vhodných pro daný věk. Předčasné zařazení nevhodné potraviny či naopak váhání s novým jídlem mohou negativně ovlivnit vývoj potravního chování (Marinov a kol., 2011).

„Nejčastější chyby v kojeneckém věku: předčasné přerušování kojení, předčasné zavádění příkrmů, zařazování tučných sladkých mléčných výrobků a zařazování slazených čajů a šťáv.“ (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 67)

Batolecí období

Od jednoho roku by se rodiče již měli začít soustřeďovat na režim a pravidelnost v jídelním chování. Malé dítě má sklon přebírat a kopírovat chování ostatních členů rodiny, celá rodina by proto měla jíst pokud možno společně, bez zapnuté televize. Jídlo má být podáváno 5-6x denně za prostřeným jídelním stolem v postupně stejné skladbě jako mají ostatní členové domácnosti. U dítěte se začíná rozvíjet chuť k jídlu s upřednostněním chuti sladké. Od narození do dvou let přijímá informace o potravním chování pomocí smyslových vjemů (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

„Nejčastější chyby v batolecím věku: nesprávný jídelní režim, nesprávné stolování za chůze či hře a s puštěnou televizí, sladkosti mezi jídly a jako prvek odměny, pití slazených nápojů, málo zeleniny a ovoce na talíři.“ (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 69)

Předškolní věk

V tomto období se na poznávání kvality jídla uplatňuje sociální učení a nápodoba. Dítě vnímá jídlo nejen svými smysly ale i podle reakcí nejbližšího okolí (např. nevhodné poznámky starších sourozenců, šklebení se nad jídlem), podněty ukládá a spojuje si je v budoucnu s určitým jídlem. Dítěti je třeba nabídnout nové jídlo s časovým odstupem až 10x, než jej přijme do pravidelného jídelníčku. Škála odmítání bývá v období prvních 4-5 let věku dítěte upevněna, někdy přetrvává až do dospělosti. Velký vliv hraje vedle chuti i barva jídla, preferována je červená, žlutá a oranžová, často odmítáno jídlo „zelené“. S nástupem do školky nastává zlom v denním, jídelním a pohybovém režimu. V tomto věku už dítě velmi intenzivně reaguje na různé reklamy. Chybou nejen rodičů, ale i prarodičů, bývá zařazování sladkostí jako prvku odměny či jako součást každodenního rituálu po návratu ze školky, při společných nákupech. Pohybová aktivita předškoláka je spontánní a přirozená, bez vědomí nějaké povinnosti. Nové sociální kontakty s ostatními dětmi ale také mohou přinést i první zkušenosti s posměchem za to jak vypadají (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

„Nejčastější chyby v předškolním věku: nesnídají doma do osmé hodiny, jedí při puštěné televizi, jedí sladkosti a jiné pochutiny mezi jídly (často denně), pijí slazené nápoje.“
(Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 67).

Mladší školní věk

K hodnocení jídel začínají děti používat i jiná hlediska. Postupně si osvojují poznatky o složení pokrmů, co a jak se jmenuje, technologie výroby potravin. Na počátku školní docházky se fixují v podvědomí nutriční zvyklosti a je nutné především zdůrazňovat již zavedené zásady racionální stravy. Důležité je udržet pravidelný jídelní a pitný režim i přes všechny školní a zájmové činnosti (pravidlo „Pět prstů“ nebo „Jídlo pětkrát denně“). Děti zapojovat do přípravy pokrmů. Pokud je třeba snížit energetickou hodnotu jídla, je vhodnější záměna kalorických surovin v receptuře za míň kalorické než zákazem nějakého jídla (např. majonézu v salátu za jogurt). Potlačovat tendence k sedavé a pasivní zábavě jako je sledování televize, hraní na počítači. Nenahraditelná je společná sportovní a pohybová aktivita rodičů a dětí, případně alespoň podporovat pravidelný pohyb na hřištích, jízdu na kole, pěší turistiku, plavání apod. (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

„Nejčastější chyby v mladším školním věku: vynechávají snídane, jedí při puštění televizi či u počítače, jedí nevhodně upravené potraviny mezi jídly (pochutiny), pijí slazené nápoje, nechodí pěšky ze školy nebo do schodů.“ (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 75)

Starší školní věk

V tomto období dochází k rozvoji osobnosti dítěte, vyžívá jeho individualita a jeho volní vlastnosti (odpovědnost, spolehlivost, samostatnost, sebekázeň v jídelním chování). Zásadní úlohu ve výživovém chování sehrává reklama a napodobování vrstevníků jako výraz ztotožnění se s určitou sociální skupinou. Často chybí režim a pravidelnost v jídle. Běžným je dojídání se nevhodnými pokrmy (hamburgery, sušenky, krekry), navíc běžně v pozdějších večerních hodinách. Děti staršího školního věku by měly aktivně sportovat denně alespoň 30 minut. Plně si již uvědomují souvislost mezi aktivitou a zjistitelnými efekty pohybové aktivity na tělo, fyzické a psychické zdraví, vztahy a kvalitu života. Neaktivní děti představují rizikovou skupinu pro rozvoj obezity (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

Nejčastější chyby ve starším školním věku: vynechávají snídane, svačiny kupují ve školních bufetech a automatech, neobědvají ve škole, jedí při televizi či počítači, pijí slazené sycené nápoje (příp. s náhradními sladidly).“ (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 76)

Raná plnoletost (adolescence)

V tomto věku dochází k ukončení růstu jak po stránce fyzické tak psychické. Dá se říci, že spolupracujeme prakticky s člověkem, který si už sám dokáže udržet určité zásady životního stylu, byť i tady zůstává důležité rodinné zázemí a jeho podpora. Pomoc s nákupy potravin a přípravou jídla by mělo být samozřejmostí. Zpravidla jde o období vynechávání snídaní a ani svačiny od maminky či obědy ve škole nejsou „trendy“. Ukazuje se ale, že oběd je často jediným plnohodnotným nutričně vyváženým jídlem v průběhu dne. Motivace k pohybovým aktivitám rapidně klesá, naopak standardem je vysedávání před počítačem. Minimalizace pohybu, vynechávání jídel během dne a často přejídání v pozdních hodinách spolu s nedostatečnou dobou kvalitního spánku, představují riziko dalšího navyšování hmotnosti (Barčáková, Marinov, Nesrstová in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

4 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE OBEZITY

4.1 Metody, strategie a cíle váhové redukce

Málková (in Hainer a kol., 2011) uvádí, že kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je považována za jeden ze základních směrů současné psychoterapie. V současnosti je uvažováno až o 400 systémech psychoterapie, z nichž jako hlavní jsou uznávány např. psychoterapie interpersonální, komunikační, psychoanalytická, behaviorální, kognitivní, psychodynamická, transakční analýza atd. a dále tamtéž Málková uvádí (2011, s. 231), že *„druh vybrané terapie pak závisí na zaměření terapeuta, na osobnosti klienta a samozřejmě na daném problému. V případě návykových problémů, jako je alkoholismus, kouření, drogy, obezita apod. se ukazuje, že směr kognitivně-behaviorální patří mezi nejefektivnější.“*

Vlastní počátek terapie KBT se odvíjí od roku 1967. Terapie je založena na zásadách formulovaných propagátorem a obezitologem **A. J. Stunkardem**, které ve své podstatě platí dodnes (Hejda, 1987). Dle Hejdy (1987, s. 68-69) se jedná převážně o aplikaci známých poznatků a zásad podaných citlivým a psychologicky dobře promyšleným způsobem:

1) *Kontrola podnětů*

Nákupy:

- *nakupujte potraviny po jídle*
- *nakupujte podle seznamu*
- *vyhýbejte se hotovým pokrmům*
- *nenoste s sebou víc peněz, než potřebujete pro potraviny na seznamu*

Plány:

- *plánujte omezení spotřeby potravin*
- *nahraďte „svačinky“ tělesnou aktivitou*
- *konzumujte jídlo ve stanovenou dobu*
- *nepřijímejte potraviny a pokrmy nabízené druhou osobou*

Činnosti:

- *skladujte potraviny tak, abyste je neměli na očích*
- *jezte vždy na stejném místě*
- *odstraňte potraviny z nevhodných míst*
- *nedávejte mísy s pokrmy na jídelní stůl*

- *používejte menší talíře a příbory*
- *neservírujte jídlo u stolu*
- *odejděte od stolu, jakmile dojdete*
- *neschovávejte zbytky*

Dovolená, oslavy:

- *pijte méně alkoholických nápojů*
- *naplánujte si, co sníte na oslavách*
- *než jdete na oslavu, snězte nízkokalorické občerstvení*
- *naučte se zdvořilým způsobem odmítnout pohoštění*
- *nenechte se odradit občasným neúspěchem*

2) Chování při jídle:

- *odkládejte vidličku mezi sousty*
- *žvýkejte důkladně, než spolknete sousto*
- *připravujte potraviny vždy v jednotlivých porcích*
- *nechte zbytek na talíři, udělejte přestávku*
- *uprostřed jídla nedělejte nic jiného při jídle (četba, televize)*

3) Odměna:

- *získejte pomoc rodiny a přátel*
- *veďte si záznamy a používejte je jako základ pro odměny*
- *plánujte specifické odměny za specifické chování*

4) Monitorování:

Veďte si deník spotřeby, který obsahuje

- *dobu a místo jídla*
- *druh a množství jídla*
- *kdo je přítomen, jak se cítíte*

5) Nutriční výchova:

- *odhalte nutriční problémy podle deníku spotřeby*
- *dělejte malé změny, které mohou přetrvávat*
- *naučte se nutričním hodnotám potravin*
- *snižujte spotřebu tuků, zvyšujte spotřebu komplexních sacharidů*

6) *Tělesná aktivita:*

Rutinní aktivita

- *zvyšujte rutinní aktivitu*
- *používejte více schodů, méně zdviže*
- *zaznamenávejte si, jakou vzdálenost jste ušli za den*

Tělesný pohyb

- *začněte s velmi mírným programem tělesné aktivity*
- *veďte si denní záznamy tělesné aktivity*
- *veďte si denní záznam o vzdálenosti, kterou jste ušli*

7) *Racionální zaměření:*

- *neklad'te si nerozumné cíle*
- *uvažujte o pokrocích, nikoliv o nedostacích*
- *vyhýbejte se imperativům jako „vždy“ a „nikdy“*
- *bojujte proti negativním myšlenkám racionálními úvahami*
- *stanovte si cíl, pokud jde o vaši tělesnou hmotnost*

V současné době se většina odborníků domnívá, že kognitivně-behaviorální přístup patří v terapii obezity k nejučinnějším postupům, a proto by měl být vždy součástí intervenční léčby.

„V kognitivně-behaviorální psychoterapii se klade cíl spíše na odstranění či zmírnění nevhodných návyků, i když se zejména v novějších KBT přístupech bere v úvahu i celková struktura osobnosti. Jednotlivé směry se liší především v tom, co pokládají za rozhodující příčinu vzniku a udržování problému. KBT vychází z teorie, že příčinou obezity je nevhodné chování (chybné stravovací a pohybové návyky) a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory. V terapii se může klient toto chybné chování a myšlení odnaučit, přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům řešení problému.“ (Málková in Hainer a kol., 2011, s. 231).

V terapii se používá celá řada technik, které vycházejí z teorií učení a navzájem se prolínají. Mezi nejčastěji používané **techniky terapie** patří (Slabá in Müllerová a kol, 2009, s. 186):

- *„sebepozorování (identifikace vlastních chyb z analýzy jídelních záznamů),*
- *aktivní kontrola vnějších podnětů (eliminace rizikových situací souvisejících s nevhodným stravovacím návykem)*
- *sebeposilování (odměny, podpora, pochvala),*
- *kognitivní techniky (pozitivní myšlení, vnitřní dialogy.“*

Motivace je v obecné rovině definována jako „*vnitřní stav nebo předpoklad, který aktivuje (vyvolá, spustí) chování a dá mu vnitřní směr*“ či jako „*touha (přání) nebo potřeba, která posiluje a usměrňuje na cíl zaměřené chování.*“ (Slabá in Müllerová a kol., 2009, s. 187). Nejdůležitějším krokem v celém procesu hubnutí je najít správnou motivaci k zahájení redukce hmotnosti. Obézní by si měl vždy na začátku terapie položit dvě základní otázky – zda vůbec chce začít hubnout a proč tak chce právě teď. Zda ho jeho váha trápí tak, aby byl ochoten změnit svůj životní styl, který mu v podstatě vyhovoval? Pokud nebude mít k hubnutí vytvořenu svoji vlastní silnou vnitřní motivaci, svůj důvod, a bude se cítit do hubnutí tlačěn spíše zvenčí z estetických, zdravotních, společenských či jiných důvodů, které sice obecně platí a jeho se také týkají, avšak na druhou stranu ho příliš neoslovují (nepociťuje je jako závažné), pak „*cesta k cíli, tedy ke zhubnutí nebude patrně příliš úspěšná nebo nebude trvale efektivní*“ (Slabá in Müllerová a kol., 2009, s. 188)

Slabá (in Müllerová a kol., 2009, s. 188) uvádí přehled nejdůležitějších **motivů**, které mohou mít na osobním rozhodnutí zhubnout velký vliv:

- „*zdravotní důvody (zlepšení zdravotního stavu a fyzické kondice),*
- *estetický faktor (přání vypadat lépe, lépe se oblékat apod.),*
- *sociální faktor (zlepšení sociálních kontaktů, lépe se cítit mezi ostatními),*
- *vztahový faktor (zvýšit šanci k nalezení partnera, zlepšit kvalitu již existujícího vztahu),*
- *sebeúcta (zvýšení pocitu vlastního hodnoty),*
- *vnější faktory (lékaři, zaměstnavatel, příbuzní – chtějí po člověku, aby zhubl).“*

Pacient vždy musí počítat s tím, že hubnutí neznamena pro něj jen pozitivní hledisko, ale má i svoje negativní stránky, na které by měl být dopředu připraven. Role terapeuta získá na důležitosti v okamžiku, kdy negativa začnou převažovat a bude potřeba pracovat na pacientově „*vůli ke změně*“. „*Dalším úkolem pacienta, za podpory terapeuta, je stanovení si konečného cíle. To má velký význam, neboť se jedná o jasné, konkrétní a uchopitelné kritérium.*“ (Slabá in Müllerová a kol., 2009, s. 189). Stanovený cíl musí být cílem reálným, tedy pro pacienta splnitelným, jinak se může lehce stát, že jeho snaha i snaha terapeuta bude zakončena neúspěchem a pacient si pocity viny vztáhne k svojí osobě, k svojí neschopnosti, bude pociťovat vinu za něco, co prakticky vůbec nemohl ovlivnit. Vlastní načasování procesu hubnutí také sehrává pro celkovou úspěšnost významnou úlohu. Začít hubnout v době, kdy se pacient cítí např. ve stresu, či se právě nachází pro něj

nepříjemné či nepříznivé životní situaci, je vyloženě neefektivní a dopředu odsouzené k neúspěchu. Naopak rozhodnutí pacienta odložit hubnutí na klidnější období není neúspěchem, ale prevencí neúspěchu. Po splnění těchto základních kroků může začít samotný terapeutický proces. Terapeut spolu s pacientem probírá mj. jeho jídelní zvyklosti, stravovací režim, rizikové podněty, které u něj vyvolávají nadměrnou chuť k jídlu, jeho možnosti pro zvýšení pohybové aktivity. „*Cílem psychoterapie v léčbě obezity a metabolických poruch je nejen samotné zhubnutí, ale také celkové zlepšení kvality života pacientů*“ (Slabá in Müllerová a kol., 2009, s. 189).

4.2 Vymezení a regulace faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby obezity

Považuji za nutné nejprve krátce vymezit faktory, jejichž definování, změna a zvládnutí mají zásadní význam na úspěchu celé terapie.

Behaviorální faktory

Tyto faktory sehrávají důležitou roli při vzniku a přetrvávání obezity ve smyslu nevhodných stravovacích a pohybových návyků (behavior = chování).

Málková (2007) spatřuje nejčastější zlovyky ve stravování **v příjmu nepřiměřeného množství potravy**, **ve výběru nevhodného jídla** (nadměrný příjem sladkých, tučných produktů, potraviny z bílé mouky, málo ovoce a zeleniny, nedostatek vlákniny), **v nevhodném režimu jídla** (chybějící snídaně, málo jídel přes den, přesouvání jídel do druhé poloviny dne) a v neposlední řadě **v nevhodném pitném režimu** (tekutin méně jak 2 l denně, příjem energetických nápojů).

V pohybových zlozvycích dominuje téměř **nulová pohybová aktivita** či **nevhodně zvolená aktivita** (nadměrná nebo nedostačující intenzita pohybu nebo nedostačující frekvence pohybu, případně kombinace obojího).

Kognitivní faktory

Vymezují u obézních vymezeny zejména chyby v myšlení (kognice = myšlení, postoj). Při vzniku a přetrvávání obezity hrají zásadní roli kognitivní mechanismy.

První chybou je, slovy Málkové (2007), časté **vytyčení si nereálných cílů**. Reálný cíl je takový, který dokáže hubnoucí dlouhodobě naplňovat. Pokud hubnoucí nedosáhne maximálního cíle, opouští potřebu udržovat dosažený dílčí cíl a vrací se k původním nevhodným návykům; hovoříme zde o tzv. **černobílé myšlení** – všechno nebo nic. To se

může týkat jak cílů vztahujícím se k váhovým úbytkům (někdy zcela nereálným – např. buď budu štíhlá, nebo už je to jedno, jestli mám 20 kg nadváhy), tak i tzv. primárních cílů (např. zvýšení sebedůvěry, zmenšení konfekční velikosti, vykonávání pohybové aktivity).

Problémem může být **zkreslené vnímání těla**, kdy nespokojenost se svým tělem je často spouštěčem zvýšeného příjmu potravy a vyhýbání se jakékoliv pohybové aktivitě. Ideál krásy se vytváří již od dětství podle reakcí okolí a na základě mnoha faktorů. Důležité jsou postoje rodičů, vrstevníků a později partnerů, svou roli sehrává i společenské klima. Společenský ideál štíhlosti, omílaný a neustále zdůrazňovaný, ale i častá diskriminace obézních se podílí na tom, že obézní vnímají svá těla jako ošklivá, směšná, odporná, líná. Zde platí přímá úměra – čím déle obezita trvá, tím více je negativní postoj k tělu posilován (Málková, 2007).

*„Negativní postoj se udržuje díky **chybám v myšlení**, jako jsou např. negativní predikce (nemůžu jít na koupaliště, lidé se mi budou smát, protože jsem tlustá), kritické myšlenky vztahující se k váze a tvaru těla (vždycky budu mít tlustá stehna), které mohou být odrazem obecnějších dysfunkčních myšlenek (štíhlí lidé jsou vždy úspěšnější).“* (Málková in Hainer a kol., 2011, s. 232-233).

*„Každá situace, ve které se dítě ocitne a nějak se cítí, myslí a chová, je zdrojem vytvoření tzv. **kognitivních schémat**.“* (Divoká in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 151). Pokud má situace pro dítě emocionální význam, ať už v dobrém nebo špatném, dítě si vytvoří odpovídající kognitivní schéma, na jehož základě bude reagovat v podobných situacích obdobně, a to i v dospělém věku. Situace, které v dítěti vzbuzují nelibé pocity, mohou vést k vytvoření tzv. dysfunkčních kognitivních schémat (Divoká in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

Lze si snadno představit situaci, kdy učitelka před celou třídou na prvním stupni pronese nahlas větu: „Aničko, ty jsi zase nějak přibrala, nejez tolik nebo se ti budou děti smát.“ Anička je ctižadostivé děvče, má ráda svou učitelku a přeje si, aby i ona měla ráda i ji. V tomto věku nechápe nadbytečné kilogramy jako budoucí problém po stránce zdravotní, avšak slova oblíbené učitelky ji mohou uvést do emocionálně vypjaté situace a vzbudit v ní např. tyto myšlenky: „Jsem špatná. Když paní učitelka řekla, že jsem tlustá, tak to bude pravda a už mě nemá ráda stejně jako dřív.“ Tyto myšlenky pak mohou vést k vytvoření výše zmíněného dysfunkčního schématu ve vztahu k tělu – např. hodnota osobnosti je vyjádřena tvarem postavy, kilogramy apod. „*Takové dítě je potom i v dospělosti daleko*

vnímavější na diskriminaci obézních, na nabídku reklam na hubnutí, a to je příčinou paradoxu, kdy jeho neustálé hubnutí vede naopak k nadváze a obezitě.“ (Divoká in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 151-152).

Interpersonální faktory

Sehrávají pro vznik a udržení obezity velmi důležitou roli, zejména pro dívky a ženy jsou každodenním konverzačním tématem. Málková (in Hainer a kol., 2011) uvažuje, že obézní jsou často negativně ovlivňováni ke konzumaci vlivem tzv. **toxického prostředí**. Svou roli sehrává přijímání nevhodných potravin v nadměrných dávkách, povzbuzování ke konzumaci ve spojení s určitým životním stylem (např. nadprůměrné porce v restauracích, pravidelné stravování ve „fast foodu“, nevhodné a často klamavé reklamy).

Na druhé straně současná civilizovaná společnost je v zajetí propagování kultu štíhlosti. Lehce vytváří klima negativního postoje k obézním, automatického spojování množství kilogramů s hodnotou osobnosti, vyzdvihování až obdivování vyhublosti v masových médiích. Zaručené diety jsou obrovským byznysem, často však paradoxně vedou k ještě většímu rozvoji obezity. Pozitivní vliv mohou hrát různé, především edukativní programy (např. Sebekoučink na www.stobklub.cz, stránky pro děti a jejich rodiče na www.hravezijzdrave.cz), jejichž rozsah je však výrazně menší než množství škodlivých nabídek na hubnutí.

Neméně důležitou roli sehrává i **blízké okolí**. *„Může působit jak negativně podněcováním obézního k jídlu (od umocnění pohody při společenských setkáních až po řešení stresu v důsledku negativních interpersonálních vztahů), tak pozitivně, kdy je hubnoucímu při změně jeho životního stylu oporou. Obézní často mylně podmiňuje redukcí hmotnosti i navazování interpersonálních vztahů.“ (Málková in Hainer a kol., 2011, s. 233).*

Komplexní přístup v terapii předpokládá, že každá z uvedených složek ovlivňuje oblasti ostatní a zároveň je změnami těchto oblastí sama ovlivňována (Málková, 2005).

Celkově lze shrnout, že *„chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějícími nevhodné chování.“ (Málková, 2007, s. 22).*

Cílem KBT je vypracování takového programu, abychom jeho prostřednictvím na základě teorií učení navodili žádoucí změny v nevhodném nutričním chování, myšlení a emocích (Málková in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

„Měli bychom mít vždy na paměti, že jednotící ideou a primárním cílem působení na obézní děti a jeho rodinu by nemělo být „učení hubnout“, ale vhodnými metodami a velmi přirozenou cestou přivést děti k celkové změně stravovacích a pohybových návyků, tj. ke změně životního stylu, která by se v ideálním případě měla zachovat po celý život.“ (Divoká in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 152)

4.3 Teorie učení

Při utváření nutričních návyků a vztahu k pohybové aktivitě dítěte hraje nejvýznamnější roli rodina. Dítě v rámci svého psychického vývoje vědomě či nevědomě přebírá specifické vzorce chování od ostatních členů rodiny. Zvláště postoje rodičů jsou pro malé dítě nejzásadnější. Ve vývoji nutričního chování dítěte se nejvíce uplatňují tři hlavní metody učení – klasické a operantní podmiňování a učení sociální (kognitivní teorie). Všechny tři typy učení jsou využívány rodinou k formování nutričních návyků dítěte. Reakce vznikající učením nemusí být samozřejmě vždy pozitivní, ale mohou být i negativní (zlozvyky, v našem případě učení se nevhodným stravovacím a pohybovým návykům).

1) Klasické podmiňování: podnět (hlad) → reakce (najím se)

Klasické podmiňování je nejjednodušší způsob učení „při němž dochází k asociaci vnějších podnětů, tj. k učení na základě spojení dvou podnětů, z nichž jeden získá tímto spojením nový význam.“ (Vízdal, 2009, s. 137).

Obézní v důsledku klasického podmiňování přijímají potravu jako naučenou reakci vyvolanou přítomností určitých vnějších nebo vnitřních podnětů. Málkovou uváděné vnější podněty spouštějícími jídlo (in Hainer a kol., 2011) mohou být podněty environmentální (vůně pokrmu, přítomnosti jídla, televize, káva) nebo společenské (svátky, rodinné oslavy, pozorování jiných při jídle). Jako příklad vnitřních podnětů lze uvést podněty fyziologické (hlad, vyčerpání, hormonální změny, chuť), kognitivní (nevhodné myšlenky - zase jsem to nezvládl, nemá to cenu, začnu od nového roku; vliv reklamy) nebo emocionální (úzkost,

konflikty, deprese, stres, sociální izolace). Dítě si např. na základě určitých podnětů či podmětových situací může vytvářet pozitivní či negativní vztah k určitému jídlu nebo potravíně.

2) Operantní podmiňování: podnět → reakce → následek (odměna nebo trest)

Operantní podmiňování je metodou učení, založenou na vztahu mezi reakcí a následkem. „Cílem je plánovitá modifikace chování pomocí manipulace s následky – odměnami či tresty, které chování vyvolává. Pouze ta změna, která je nějak pozitivně posílena (odměněna) se udrží, a ta, co je trestána, vymizí.“ (Málková, 2005, s. 35).

Jestliže budou následky pro člověka pozitivní, chování bude zpevňováno, tj. zvyšuje se pravděpodobnost opakování takového chování v budoucnu. Naopak jestliže budou následky chování negativní, chování se oslabuje a jeho výskyt klesá. Cílem terapie tedy je, aby změna stravovacích a pohybových návyků byla pro obézního příjemná, aby si uvědomil, že chybovat může každý (např. teď jsem sice snědla kus čokolády, ale nic tak hrozného se nestane, půjdu se projet na kole a nadbytečné kalorie spálím). U dětí se operantní podmiňování velmi výrazně uplatňuje při vývoji nutričních preferencí, např. pochvala za zkonsumované jídlo zvyšuje u dítěte jeho oblibu → pozitivní následek, naopak pokud mu bude po jídle špatně, příště ho odmítne → negativní následek (Málková in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

3) Kognitivní teorie: podnět → kognitivní zpracování podnětu → emoční reakce → chování

Kognitivní teorie bere v úvahu kognitivní faktory, jde v podstatě o sociální učení metodou nápodoby a ztotožnění. „Podstatou učení nápodobou (imitací) je vědomé či nevědomé výběrové přejímání takových projevů chování jedincem, za které není bezprostředně odměněn, ale za které je odměněn napodobovaný jedinec. Nápodoba je zřejmě vrozeným druhem učení.“ (Vízdal, 2009, s. 143). Jedinec si při tomto typu učení osvojuje chování pozorováním jiných osob, což je typické především u dětí. Děti mají tendenci napodobovat určité chování, které se jim jeví jako účelné a správné. „Učení ztotožněním (identifikací) je založeno na silném citovém vztahu k osobě, s níž se jedinec identifikuje, tzn., že je přebírán člověk – vzor jako celek.“ (Vízdal, 2009, s. 143). Tento typ učení je u dětí rozšířený.

Jakékoliv projevy dospělých či ostatních dětí (verbální či neverbální) jsou dítětem citlivě vnímány. Vycítí jejich negativní či pozitivní vztah k jídlu a snaží se jejich chování napodobovat. Pokud stravovací návyky rodičů jsou špatné, je velmi pravděpodobné, že dítě v nich bude samo pokračovat v dalším životě, posléze předávat další generaci.

5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ OBEZITY JAKO NUTNOST

„Z psychologického hlediska je příčinou obezity nevhodné chování a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími i vnitřními faktory. Proto při léčbě obezity využíváme metodiku kognitivně behaviorální terapie, která dětem pomůže změnit chování, myšlení i emoce žádoucím směrem. Během terapie dochází k odstranění nevhodných návyků, k vytváření návyků žádoucích a k ovlivnění osobnosti s cílem například zvýšit sebevědomí nejen dítěte, ale i celé rodiny.“ (Nesrstová, Marinov in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 142).

5.1 Kognitivně-behaviorální přístup k terapii dětské obezity

Kognitivně-behaviorální psychoterapie je využívána především u nadváhy a lehčích stupňů obezity. U dospělých je pro redukci váhy a udržení váhových úbytků velmi důležitá změna nejen v chování, ale i v nevhodných kognicích a emocích, které jsou často příčinou jojo efektu. U dětí dominuje terapie zaměřená na změnu chování.

„Čím dříve se obezita úspěšně léčí, tím větší naděje, že se nezachová až do dospělosti. Dále je nutné předcházet co nejdříve vytváření špatných jídelních a pohybových návyků u dítěte. Pokud jsou tyto nevhodné návyky již vytvořeny, pak je snadnější je změnit, když nejsou ještě fixovány mnoho let.“ (Málková, 2005, s. 51).

Jak uvádí Marinov (in Marinov, Pastucha a kol., 2012), kognitivně-behaviorální terapie praktikovaná u dětí je zaměřena zejména na úpravu životosprávy, preferenčního chování a změny jídelního chování, podporuje navýšený pohybový energetický výdej. Vhodně zvolená fyzioterapie navyšuje aerobní a upravuje anaerobní pohybové aktivity. Je třeba brát v úvahu, že konkrétní dítě je součástí fixovaného rodinného zázemí, kde je jasně definován cyklus „Vydělat-Koupit-Uvařit-Sníst“ a fixovaný model pohybové aktivity. Jen ve velmi ojedinělých případech je dětská obezita léčena medikamentózně či chirurgicky. Zásadně jsou odmítány redukční diety, které poškozují organismus ve vývoji.

Léčba dětské obezity pomocí KBT má potenciál velké efektivity. Stravovací návyky, metabolické pochody a pohybové vzorce vedoucí k rozvoji obezity nejsou u dětí fixovány a lze je při patřičné důslednosti zvrátit žádoucím směrem. Pokud jsou nevhodné návyky již vytvořeny, pak je snadnější je změnit, když ještě nejsou fixovány mnoho let. Čím dříve se obezita podchytí, tím je větší naděje, že se nezachová až do dospělosti. Zejména

kognitivně-behaviorální faktory rozhodují o úspěšnosti nejen redukce, ale především o udržení hmotnostního úbytku. Dlužno podotknout, že ve třech čtvrtinách samotná úprava jídelních zvyklostí ve smyslu racionálního jídelníčku vede u dětí k dlouhodobé úpravě nadváhy a obezity. Správně postupovat je tedy nutné již od narození a nedoufat, že dítě z obezity vyroste.

5.2 Rodinná terapie jako základ léčby

*„Stěžejním pilířem léčby dětské obezity je **rodinná terapie**. K úspěšné a reálné léčbě je nutné stanovit jasná, srozumitelná a racionální pravidla. Léčba obezity je běh na dlouhou trať, s častými relapsy, a je třeba na ni často pohlížet jako na léčbu závislosti na jídle. Cílem účelné terapie je přes vedení obézního dítěte zasáhnout rodinnou jednotku nejen v aktuálním čase, ale především do budoucna tak, aby jejich životní styl nevedl k rozvoji obezity a metabolického syndromu. Terapie řešená bez systémového přístupu je vždy náchylná k syndromu vyhoření. Jejím cílem není jen prostá redukce hmotnosti, ale záměna sebevnímání a hodnotového systému celé rodinné jednotky. Vedle autoregulačních režimových, dietologických a pohybových opatření se využívá dynamického růstového potenciálu dítěte. Narovnání energetického příjmu a výdeje vede ke stagnaci hmotnostního přírůstku a v časovém úseku na podkladě růstu postupně k tendenci k normostenii.“* (Marinov in Marinov, Pastucha a spol., 2012, s. 133).

Terapie dětské obezity zahrnuje podobně jako u dospělých: (Málková, 2005, s. 51)

- *„naučit obézní dítě dodržovat jídelní návyky, které mu vyhovují, které mu poskytují hmotnostní úbytky a navíc jsou zachovány důležité látky pro růst a vývoj dítěte,*
- *vytvořit u dítěte potřebu pravidelné pohybové aktivity, která je baví a je snadno realizovatelná a přitom podporuje energetický výdej,*
- *pomocí nácviku behaviorálních technik usnadnit vytváření správných jídelních a pohybových návyků,*
- *výše uvedené by se mělo týkat nejenom dítěte, ale i rodičů a optimálně celé širší rodiny. Obézní rodič společně s dítětem redukuje hmotnost, neobézní mění svůj životní styl na zdravější.“*

Pokud bychom měli jmenovat **nejdůležitější poznatky kognitivně-behaviorální terapie obezity pro praxi terapeuta**, pak by to byly tyto:

- *„důležitost podchytit vnější či vnitřní podněty, které ovlivňují pacientovy nevhodné stravovací návyky,*
- *postupná změna chování a myšlení pacienta, jejímž cílem je naučit jej na podněty přiměřeně reagovat,*
- *naučit dítě a rodinu dávat si reálná předsevzetí a vést jej k nalezení přiměřené cesty ke zdravému životnímu stylu,*
- *vést dítě k tomu, aby se vyvarovalo nereálných cílů, které ve svých důsledcích vedou k selhání a ztrátě sebevědomí.“* (<http://www.obesitas.cz>).

Do terapie dítěte je nutno zahrnout celou rodinu. **„Obézní rodiče přispívají ke vzniku a udržení obezity svých dětí jak genetickou výbavou, tak svým celkovým životním stylem - zejména svými nevhodnými stravovacími a pohybovými návyky.“** (Málková, 2005, s. 51).

5.3 Specifika terapie obezity podle věku

„Nejen dítě, ale i celá rodinná jednotka, není především v kognitivní složce stabilní, ale prochází dynamickým vývojem. Pro úspěšné využití KBT je přizpůsobovat terapii s ohledem na věk dítěte, čím je dítě mladší, tím více je třeba klást důraz na behaviorální složku.“ (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 146).

Práce terapeuta s rodiči (často nutně i s prarodiči) je rozhodující zejména u **dětí předškolního věku**. Jen trpělivé a klidné sdělování jednotlivých pokynů - jak postupovat při nabízení potravy dítěti, jak rozumět jeho projevům určitého neuspokojení, jak reagovat na nežádoucí chování dítěte - může vést k odstranění nejistoty u rodičů. V terapii je třeba se často zaměřit na nejistotu matky, že potřebám dítěte ne vždy zcela rozumí, a proto nedokáže přiměřeně reagovat a uspokojit jeho potřeby. Když jsou rodiče dobře motivovaní, je i výborná spolupráce s dítětem (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012).

U **školního dítěte** je třeba v terapii pracovat s dítětem i rodiči. Zejména pak samo dítě by mělo porozumět, proč má často s obezitou problém. Občasné nevhodné poznámky okolí, spolužáků, ale mnohdy i nejbližších, mohou znamenat další prohloubení pocitu osamocení. Omezující příjem stavy může být dítětem prožíván jako odepření lásky ze strany rodičů. Úkolem terapeuta bude takticky nabídnout dítěti možnost alternativního života, které bude moci prožívat s ostatními dětmi, pokud přijme nabízenou terapii. Zde se nabízí jako

vhodné využití např. lázeňského pobytu (léčebny), kde se ve skupině stejně postižených dětí zacvičí do žádoucích stravovacích návyků a pohybových dovedností, získá větší zdatnost v aktivním pohybu, osvojení nových dovedností, snížení hmotnosti, to vše je velkou motivací pro dítě i jeho nejbližší (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012).

Období **puberty a adolescence** znamená výrazné psychické změny. Je to období typicky negativistického chování, zpochybňování rodičovské autority, osamostatňování se a hledání svého místa v životě. Přátelská komunikace a určitá tolerance ze strany rodičů je jimi ceněna mnohem více než jen strohá autorita. I přes pubertální nálady potřebují od svých nejbližších občas slyšet, že jsou pro ně důležití, že je jejich názory zajímají. Úkolem rodičů v tomto období je poskytnout dítěti pevné body, o které se mohou opřít (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012).

U obézních dospívajících je vždy v přístupu třeba velké taktnosti, aby se v nich ještě více neutvrzovaly pocity méněcennosti. Často se zabývají obrazem vlastního těla, které mohou chápat „jako vnější předmět – obal nebo krunýř, který je jim na obtíž, a pro něj se cítí méněcenným. Léčba obezity adolescentů se liší od nižších věkových skupin především v jejich vlastním tlaku na rychlejší redukci hmotnosti a je potřeba velké obezřetnosti, aby se za úspěšnou redukci nerozvíjely poruchy příjmu potravy. Důraz je v tomto věkovém období potřeba klást ve zvýšené míře na spolupráci pacienta.“ (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 147).

Je jim třeba zdůrazňovat, že zase tolik nezáleží na tom, kolik kdo váží, ale jaký dokáže být kamarád, umožnit jim zařadit se do společnosti vrstevníků, prostě mít zdravé sebevědomí.

„Terapeutické postupy by měly směřovat k pozvolnému snižování hmotnosti bez nežádoucích psychických problémů a emoční lability. Obézní, kteří drží doporučený redukční režim, mohou zpočátku pociťovat důsledky polohladovění, prožívání a též kognitivní funkce jako jiní hladovějící. Vzrůstá u nich zájem o jídlo a ubývá zájem o jiné oblasti života. Narůstá emoční labilita, hypersenzitivita, někdy sociální izolace ve společnosti vrstevníků právě pro nízké sebevědomí.“ (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 148).

Zejména dívky v pubertě, které jsou obézní, mívají depresivní ladění z pohledu na své štíhlejší vrstevnice, většinou se nerady ukazují na veřejnosti (např. plavání). Oproti dospívajícím chlapcům jsou také náchylnější na zaručená „výživová doporučení“ známých osobností, např. modelek, zpěvaček či jiných celebrit. „Když se ale dospívající klient

s nadváhou nebo lehčí formou obezity přistoupí na přiměřený jídelní režim a navýší aktivitu, jeho tělesná hmotnost se postupně sníží, což významně stimuluje jeho motivaci k další léčbě a pozitivně změní i jeho jídelní chování.“ (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 148).

„Cílem psychoterapie je, aby se pacient osvobodil od nežádoucích řešení problémových situací ze života“ (např. neřešit neúspěch ve škole nadměrnou konzumací pochutin – čokolády, brambůrků). Důležité je odstranit černobílé myšlení (všechno nebo nic) a mobilizovat vnitřní síly pacienta a schopnosti, aby se aktivně vypořádal s danou situací, aby se více zapojil mezi své vrstevníky a uměl v životě nacházet nové hodnoty. (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 149).

„Následujícím krokem je, aby pacient nové získané poznatky zabudoval do svého každodenního způsobu života a zvládal problémové situace s jídlem spojené, např. různé oslavy nebo vrstevníky s jiným pohledem na danou problematiku apod.“ Pacient musí být motivován nejen ve složce kognitivní (rozumové vysvětlení, myšlení), ale zejména ve složce emocionální. *„Je to pouze dětský pacient a jeho rodina, kteří mohou přenést změny do běžného života, a terapeut je jen průvodcem a určitou podporou pro dítě i rodinu.“* (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 149).

„Behaviorální psychoterapie má význam jako metoda, která dítě i dospívajícího vede, aby omezil příjem potravy a zvýšil svou pohybovou aktivitu. Obsahem jsou postupy podmiňování, zaměřené na změnu v jídelním režimu, která má vést ke snížení hmotnosti. Jsou to i zásahy do rodinné dynamiky, neboť všichni by měli změnit jídelní návyky. Dítě informujeme o smyslu psychoterapie, protože jeho motivace je velmi důležitá. Je třeba naučit dítě i rodiče „za velkým hladem“ rozpoznávat jiné potřeby, vyjadřovat je a usilovat o jejich naplnění.“ (Nesrstová in Marinov, Pastucha, 2012, s. 149).

5.4 Prevence ve vzniku dětské obezity

Hainerová (2009) uvádí, že **léčba obezity závisí na její tíži a věku dítěte**. Základem terapie je změna životního stylu, cíle léčby se liší podle věku dítěte a přítomnosti komplikací způsobených obezitou. Dlouhodobý plán úspěšné léčby by měl být koncipován z intervencí týkajících se jídelních zvyklostí a pohybové aktivity, za podpory rodiny. V žádném případě by neměl vést k dramatickým výkyvům v tělesné hmotnosti. Dětské tělo se vyvíjí, neúměrná energetická restrikce a nadměrný energetický úbytek jsou proto nežádoucí. Hmotnostní úbytek je doporučován až u dětí starších 7 let (0,5 kg za 1-4 týdny),

u dětí mladších se za rozumný cíl považuje udržení aktuální hmotnosti. U obézních adolescentů po dokončení růstového vývoje lze v léčbě obezity přistupovat jako u dospělých (hmotnostní úbytek u těžkých obezit 2-4 kg měsíčně).

Za **nejzávažnější výživové prohřešky v dětské stravě** jsou obecně považovány:

- malý podíl zeleniny, ovoce, vlákniny, nízký podíl rostlinných olejů,
- nízký podíl rostlinných olejů,
- přeslazená jídla a tekutiny, stoprocentní džusy, Coca-Cola, Sprite, Pepsi-Cola,
- stravování fast food (hamburgery, pizzy, hot-dogy,...),
- tučná a smažená jídla s vysokým obsahem živočišných tuků,
- uzeniny pro vysoký obsah skrytých tuků, solí, konzervantů.

Výživová doporučení

*„Intervence týkající se výživy a jídelních zvyklostí by měla být přizpůsobena věku, možnostem jedince a etniku. ... Z hlediska nutriční intervence se jedná o **změnu jídelních návyků**, edukaci o výběru zdravých potravin a způsobu jejich úpravy. ... Intervence týkající se jídelních zvyklostí by měla být primárně směřována na rodiče, neboť i sebemenší změna v jídelníčku a jídelních návycích přináší velké změny pro dítě a jeho zdraví.“* (Hainerová, 2009, s. 92-93). Rodiče jsou zpravidla ti, kteří rozhodují o tom, co se nakoupí a co bude na talíři. Zda bude upřednostňována domácí strava před podniky rychlého občerstvení, nákup zeleniny a ovoce před potravinami s vysokým obsahem cukrů a tuků (zejména těch skrytých a mnohem nebezpečnějších). Energetický obsah stravy musí odpovídat nejen věku dítěte, ale i jeho zdravotnímu stavu.

Hainerová (2009, s. 93) definuje **zdravé jídelní návyky u dětí** takto:

- *„atmosféra u jedení je velmi důležitá, jíst se má pomalu a v klidu,*
- *nepoužívat jídlo jako formu odměny,*
- *rodiče, sourozenci by měli jít příkladem s ohledem na druh a skladbu jídla,*
- *děti by měly být vystaveny různým druhům jídla s ohledem na jeho chuť a texturu,*
- *jídlo by mělo být nabízeno několikrát i přes jeho odmítání,*
- *nabízet řadu jídel s nízkým energetickým obsahem,*
- *zákaz konzumace určitých potravin spíše zvýší jeho preferenci,*
- *nucení do určitého jídla sníží preferenci,*
- *nenutit dítě dojídat,*
- *servírovat jídlo na menší talíře.“*

Hainerová (2009, s. 95) taktéž formuluje **základní pravidla stravovacího režimu**:

- *„chutná pestrá a vyvážená strava rozdělená do 5-6 porcí s dostatečným množstvím jednotlivých živin, zvláště bílkovin, komplexních sacharidů včetně vlákniny, vitamínů, minerálních látek a stopových prvků,*
- *nevynechávat snídani a nejíst v nočních hodinách. Při snižování hmotnosti nesmí jedinec hladovět,*
- *omezit příjem tuků; upřednostňovat nízkotučné mléčné výrobky, ryby a libové maso, rostlinné tuky před živočišnými tuky,*
- *konzumace dostatku zeleniny (až 500 g/den) a ovoce (150-250 g/den (ke každému jídlu aspoň jedna porce ovoce nebo zeleniny),*
- *sladkosti pouze výjimečně; upřednostňovat dezerty z nízkotučného tvarohu a kvalitní hořkou čokoládu,*
- *održování pitného režimu (voda, neslazená minerálky, džusy výjimečně),*
- *příprava pokrmů nesmažených, ale vařených, dušených, grilovaných a pečených bez přidaného tuku a zahuštěného moukou.“*

Děti zpravidla chtějí jíst to, co jedí rodiče. Takže pokud chceme, aby dítě jedlo zdravě, musíme jíst zdravě také my. Musíme zohlednit také fakt, že některé dnešní školní děti mají mnohem méně fyzické aktivity, a měli bychom tomu podřídit přísun energie, abychom u dětí nepěstovali obezitu.

Dětská strava by se vždy měla řídit pravidly racionálního jídelníčku. K jeho sestavení lze využít několika **názorných pomůcek**, např.:

- **potravinová pyramida** je grafická forma výživového doporučení, má formu trojúhelníku. Skládá ze šesti potravinových skupin, které jsou rozděleny do čtyř podlaží. U každé potravinové skupiny jsou uvedeny druhy potravin, které sem patří, včetně přibližného počtu jejich porcí, které by děti měly sníst za den sníst. Obecně platí, že v největším množství a nejčastěji by se měly jíst potraviny umístěné v dolní části pyramidy, zato ty na vrcholu jen výjimečně.

- **metoda semaforu** – pro předškolní a školní děti snadno pochopitelná. Všechny potraviny jsou rozděleny do tří barevných skupin podle obsahu energie, podobně jako světla na semaforu. Dítě si počítá počet porcí, které během dne snědlo.

Důležitost pohybové aktivity

„Pohybová aktivita je klíčovým hráčem v prevenci dětské obezity, a to jak ve smyslu běžného pohybu, tak pravidelné sportovní činnosti.“ (Marinov a kol., 2011, s. 70). Potřeba pohybové aktivity je v dětském věku fyziologicky vyšší než u dospělých. Podporuje spalování tuků, vývoj svalů, kostí a napomáhá navodit normální spánkový režim; podílí se na celkovém energetickém vývoji zhruba 20-40%. Nejvhodnějším postupem pro prevenci obezity je přiměřená pohybová výchova v rodině a v předškolním zařízení.

Říká se, že pohybová aktivita dítěte odráží pohybovou aktivitu rodičů. Je tedy zejména na nich, zda dítě od nejútlejšího věku povedou k různým pohybovým aktivitám nebo alespoň umožní dítěti provozovat pohybovou aktivitu v nějakém sportovním kroužku. Adekvátní rozvoj pohybových schopností a dovedností u dítěte přispívá k potřebné spontánní aktivitě, k jeho zájmu o tělovýchovné činnosti a eventuálně k účasti ve vhodném sportu i v průběhu dalšího rozvoje. Pohyb musí dítě bavit, proto je důležité zvolit takový, aby se na něj dítě těšilo. V každém případě jsou upřednostňovány aerobní sportovní aktivity, jako svižná chůze, jízda na kole, kolečkových bruslích, plavání, u dívek tanec. „*V průřezu dětské populace se vytvářejí patologické pohybové vzorce, které jsou charakteristické pro jednotlivá věková období a modifikují se i s délkou trvání obezity*“ (Pastucha in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 153). U dětí s nadváhou nebo obezitou je vhodné, aby pohybová aktivita byla zaměřována také na rozvoj a udržování správného držení těla. Správně zvolená pohybová aktivita bude zaměstnávat rovnoměrně všechny skupiny svalů, bude přispívat k harmonickému vývinu dítěte a v neposlední řadě má velký význam i v kontextu s pozitivním emocionálním laděním. Cvičící dítě bude mít zvýšený pocit důvěry ve své schopnosti (posílení sebedůvěry), dochází u něj k úpravě náladovosti, redukci obav a depresivního ladění (Pastucha in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

U obézních dětských pacientů je vhodné edukaci zaměřit tak, aby se lépe zorientovali v různých druzích pohybového režimu a v základních pravidlech, která jsou spjata s jakoukoliv formou cvičení. Při rozpisu pohybové aktivity je třeba zohledňovat a respektovat limity vycházející ze specifík dětského věku a samotného onemocnění obezitou.

Tabulka 1: Návrh pohybové aktivity pro různé stupně obezity (Pařízková a kol., 2002 in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 155)

těžká obezita	cvičení ve vodě cvičení v lehu cvičení vsedě, v kleku
střední obezita	cvičení ve stoje rotoped 10-15 minut chůze cvičení připravující na participaci v týmovém sportu tanec strečink
mírná obezita	cvičení ve všech pozicích, použití všech částí těla a všech svalových skupin přiměřená participace v týmových hrách a sportu chůze a běh s nárůstem vzdálenosti a trvání

„Důležité je především dát mu (dítěti) zažít pocit uspokojení z tělesného cvičení a získat chuť k pohybové aktivitě.“ (Pastucha in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 153).
Povzbuzení a pochvala ve správný okamžik činí doslova zázraky.

5.5 Výchova ke zdraví

Výchovu ke zdraví lze chápat jako součást podpory zdraví a současně jako složku systému výchovy a vzdělávání. *„Často je v této souvislosti používán termín „zdravotní gramotnost“, označující „kognitivní a sociální dovednosti determinující motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“* (Holčík, 2004 in Havelková, Reissmannová, 2009, s. 77-78).

Je všeobecně známo, že děti přejímají spíše to, co vidí, než to, co slyší. Dítě o svých rodičích nepochybuje, a tak ani o tom, jakých vzorů se mu dostává. Vstípit základní principy zdravého životního stylu od narození přes nejučtější věk až do zahájení povinné školní docházky je prvořadou záležitostí rodičů, případně osob, které se na výchově dítěte

v rodině podílejí anebo se s ním stýkají. Pro toto období je nanejvýš žádoucí, aby všechny osoby, podílející se na jeho výchově, byly mimořádně ukázněné, a byly ochotny svým osobním příkladem dítěti vytvářet optimální prostředí nejen k osvojení žádoucích stravovacích návyků, ale i formování kladného vztahu k pohybové aktivitě. Není to záležitost vůbec jednoduchá, každý z rodičů si sebou nese vlastní návyky z rodiny, kde byli sami vychováváni. (Soldán in Přadka, Dan, 1997).

S nástupem dítěte do předškolního zařízení se začínají projevovat vlivy nového prostředí, které mohou výchovu ke zdravému životnímu stylu motivovat jak kladně, tak i záporně, a výchovná funkce rodiny se tak ještě zvýrazní. Přejít dítěte do nového prostředí může být v jeho životě velmi významným mezníkem ve výchově ke zdravému způsobu stravování a zdravému pohybu.

Zahájení povinné školní docházky znamená zahájení etapy nejintenzivnějšího výchovného vývoje v otázkách zdravého životního stylu. *„Škola má a bude mít největší prostor a možnosti v této oblasti, ale má také bezesporu největší vliv. Vliv učitele, možnost stále více a více využívat rozumové výchovy, využívání interdisciplinárních momentů, rádia, televize, internetu, a dalších prostředků výchovné návyky upevňují v pozitivním i negativním směru.“* (Soldán in Přadka, Dan, 1997, s. 213).

„Požadavek realizovat na všech školách systematickou výchovu ke zdravému způsobu života a k péči o zdraví vyplývá z dlouhodobé strategie evropského programu podpory zdraví a je zakotven v platných školských dokumentech. Podporovat zdravý životní styl v oblasti školního vzdělávání znamená nejen poskytovat žákům informace o zásadách správné výživy, ale především je vychovávat tak, aby si každý uměl vybrat při rozhodování takový způsob stravování, který zdraví prospívá.“ (Marádová in Řehulka a kol., 2009, s. 164). V přímé návaznosti výukového kurikula by se škola měla také postarat i o zajištění stravovacího a pitného režimu po dobu, kterou žáci ve škole tráví, což ne vždy a všude je pravidlem. Zásadní a klíčovou roli sehrává školní jídelna, případně nabídka dalších stravovacích služeb.

Marádová (in Řehulka a kol., 2009, s. 169-170) formuluje **základní doporučení pro implementaci výchovy ke správnému stravování do školního kurikula:**

- *„výchova ke správným stravovacím návykům by měla probíhat spontánně, přirozeně a v rámci každodennosti,*

- *učivo o zdravé výživě zařadit do tematických plánů ve všech ročnících prvního stupně ZŠ jako součást výchovy ke zdraví,*
- *výchovu ke správným stravovacím návykům realizovat interaktivními metodami, posilovat sebedůvěru a sociální kompetence žáků,*
- *zabezpečit podmínky pro efektivní výuku tělesné výchovy cílené na rozvoj zdravotně orientované zdatnosti,*
- *sledovat nutriční návyky dětí – umožnit dodržování stravovacího a pitného režimu (organizace přestávek),*
- *zajistit pitný režim žáků – nabídka kvalitních nápojů, pozor na sortiment automatů,*
- *motivovat rodiče a žáky k využívání nutričně vyváženého školního stravování,*
- *ve školní jídelně vytvořit klidné a kulturní prostředí pro stolování,*
- *citlivě a s erudicí spolupracovat s rodiči dětí ohrožených obezitou,*
- *poskytnout oporu dětem při zvládnání problémů spojených s poruchami příjmu potravy,*
- *zajistit propagaci všeho, co škola pro zdravou výživu a výchovu ke správným stravovacím návykům dělá.“*

„Efektivita naplňování cílů školní výchovy ke správnému stravování je nepochybně v rukou pedagogů. Jedná se o náročné výchovné působení, proto je třeba umožnit učitelům primární školy systematicky se v oblasti podpory zdraví vzdělávat. Problematika zdravého životního stylu, včetně formování nutričního chování, by měla být implementována do studijních programů prezentačního i kombinovaného studia na všech pedagogických fakultách.“ (Marádová in Řehulka a kol., 2009, s. 170).

Prevence primární, sekundární a terciární

„V boji s obezitou je nutné si uvědomit, že nejde o problém, který mohou vyřešit samotní zdravotníci, ale že je nutný celospolečenský přístup a zaktivnění politiků v prevenci a boji s obezitou změnou tzv. obezitogenního prostředí“ (Müllerová in Müllerová a kol., 2005, s. 22). Jako u většiny nemocí je snadnější nemoci předcházet, než ji léčit. Ovlivňování rizik u obezity vychází z kombinace individuální a společenské zodpovědnosti. Prevenci je třeba stavět na třech úrovních.

Základem je **prevence primární** týkající se každého, tj. předcházení rozvoji nadváhy a obezity celospolečenskou intervencí aktivací individuální zodpovědnosti, poskytnutí dostatečných znalostí z oblasti zdravého životního stylu, vybudování a úpravu takových zevních podmínek, aby zdravější volba v jednotlivých oblastech byla pro obyvatele přístupnější než volba nezdravá (resp. vůbec nedopustit, aby se obezita rozvinula). Jen dobře informovaný jedinec má šanci na odpovídající změnu životního stylu.

Druhým stupněm je **sekundární prevence**, tj. péče o osoby či skupiny obyvatelstva se zvýšeným rizikem; do této oblasti jsou zapojovány veřejné zdravotní služby (vyhledávání obézních ve školkách, školách, na pracovištích). Sekundární prevencí by měli být zachyceni jedinci s nižším stupněm obezity s cílem předcházet rozvinutí obezity do plné šíře.

Terciární prevencí rozumíme již cílenou prevenci a léčbu těch, kteří již problém s váhou mají, pomocí specialistů - např. klinická centra pro diagnostiku a léčbu obezity, lázeňská léčba obezity u dětí (Müllerová, Kunešová in Hainer a kol., 2011).

V rámci prevence obezity jsou v ČR realizovány preventivně-intervenční projekty podporované Evropskou unií za úzké spolupráce s resorty ministerstev, zejména zdravotnictví a školství, ale v boji s obezitou hrají důležitou roli i nestátní organizace či soukromé společnosti. Jde zejména o následující programy a aktivity: program „STOB - prevence obezity“ (www.stob.cz, www.istob.cz), program „Hravě žij zdravě“ (www.hravezijzdrave.cz) a program „Žij zdravě“ (www.zijzdrave.cz), vytvořený ve spolupráci s VZP ČR.

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Cíle výzkumu, vymezení jednotlivých otázek

Základním cílem mého výzkumu bylo ověření teoretických poznatků, které jsem získala při zpracování svojí bakalářské práce. Zejména jsem chtěla zjistit, jaký životní styl preferovaly či preferují rodiny dětí s rozvinutou obezitou. Nakolik se s předkládanými vzorci jídelního a pohybového chování dětí s ostatními členy rodiny ztotožňují, případně v čem si chyby uvědomují a jakou strategii v boji s nadbytečnými kilogramy využívají. Zda je jejich rodina pro ně podporou nebo s nadváhou bojují samy. Dále jsem chtěla zjistit jejich motivaci k zahájení redukční terapie; zda byly činěny dřívější pokusy hubnout v domácím prostředí a s jakým výsledkem. Za důležité jsem považovala také zjistit, zda léčba splnila jejich očekávání a jaký měla dopad na jejich psychickou stránku.

6.2 Charakteristika výzkumného prostředí

V rámci svého výzkumu jsem se obrátila na Dětskou léčebnu ve Křetíně. Léčebna nabízí léčebnou péči dětem ve věku 2-18 let, které trpí poruchami příjmu potravy (obezitou, podvýživou), opakovanými zánětlivými onemocněními dýchacích cest, poruchami imunity, alergickým onemocněním a lehčími typy skolióz.

V minulosti bývaly léčebné turnusy koncipovány tak, že každý byl zaměřen na děti s konkrétním problémem. Dnes je koncepce jiná. V jednom turnuse se setkávají děti se všemi problémy, což je podle mě mnohem vhodnější. Není docela dobře možné, a už vůbec pro další život ani praktické, děti vytrhnout z běžného života, na měsíc je uzavřít v léčebně mezi všechny stejně „postižené“ a pak je zase, poučené, vrátit do běžných podmínek. Naopak, tím že jsou děti s různými problémy spolu, tak se vlastně i „učí na sobě navzájem“. A aby bylo odstraněno nevhodné nálepkování, obézním dětem se zde říká „Sluníčka“, ostatním „Hvězdičky“.

V léčbě a edukaci Sluníček se zde vychází z úzké spolupráce se společností STOB. Využívají jejich materiály (různé formy her a kvízů, které jsou pro děti dobře přijatelné a srozumitelné) i celkovou koncepci postavenou na myšlence, že nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou naučené a dají se pomocí různých technik také odnaučit a je proto nutné změnit nejen chování klienta (v tomto případě dítěte), ale i myšlení a emoce, které k nevhodnému chování vedou.

Pro viditelné výsledky redukce hmotnosti je nejvhodnější délka pobytu Sluníček 4 týdny, což je i optimální délka pro osvojení správných stravovacích a pohybových návyků. Pobyt v léčebně by měl být v ideálním případě pokračováním ambulantní léčby, ve které je vhodné pokračovat i po návratu domů, což ovšem není vždy pravidlem. Stává se, že rodina či samotné dítě bere léčbu jako jediné řešení nadváhy či obezity a po návratu domů se navrácí k původnímu nezdravému životnímu stylu. Cílem redukční léčby je ukázat rodičům a dítěti, že je skutečně možné při správném stravovacím a pohybovém režimu dosáhnout úbytku hmotnosti. Průměrné (a ideální) váhové úbytky po čtyřtýdenním pobytu by se měly pohybovat kolem 3 – 5 kg.

6.3 Metody výzkumu a výzkumný vzorek

S ohledem na charakter dané problematiky, omezenost prostředí, ve kterém výzkum probíhal, věk a počet očekávaných respondentů, jsem se jednoznačně rozhodla pro kvalitativní výzkum. Přednost kvalitativního výzkumu spatřuji zejména v tom, že jde pod povrch problému, do odpovědí se promítá osobní vklad jednotlivých respondentů, jejich postoje, názory a emoce.

Jako typ výzkumu jsem si zvolila případovou studii. Skutil (2011) uvádí, že každá případová studie znamená detailní studium jednoho nebo několika málo případů a tudíž *„lze předpokládat, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.“* (Skutil, 2011, s. 109)

V případové studii životního příběhu se často užívá metoda rozhovoru vedeného s respondentem, při níž se jeví jako nejdůležitější *„aby se vypravěč „otevřel“ a vypovídal uvolněně a v přátelské atmosféře. Vždyť se vyslovuje o tom, jak myslel a myslí a co pociťoval a pociťuje: o hodnotách, které uznával a uznává, a o tom, které jednání považoval a považuje za správné či nesprávné, oč má či nemá smysl usilovat, o svém vztahu k „velkým dějinám“ (životní filosofie), o životních vítězstvích a prohrách, o radostech a zklamáních v osobních vztazích (rodina, zaměstnání, přátelé), prostě o sobě samém. Cílem badatele je pak na základě sebereflexe konkrétního individua a jeho vidění druhých i „světa“ vyjádřit a pojmenovat („rekonstruovat“), z jaké perspektivy nahlíží zkoumaná osoba na svůj život, jaké byly přelomové momenty její životní (profesní) dráhy a kteří činitelé (události a jednotlivci) fungovali jako příčiny těchto zvrátů. Otázky, pokud je výzkumník vůbec klade, zde opět slouží pouze jako podnět k vyprávění, stimulace paměti*

vyprávěcího a instrument verifikace jednotlivých prvků příběhu.“ (Radvan, Vavřík, 2009, s. 52-53)

Každý výzkum s sebou nese i etické aspekty, na které je třeba pamatovat. Naprosto zásadním předpokladem pro uskutečnění každého výzkumu je získání informovaného souhlasu osoby zúčastněné na výzkumu. U nezletilých respondentů je přístup k provedení výzkumu o to ztíženější, neboť musí být podepřen souhlasem jeho zákonného zástupce. Zachování soukromí, anonymity a svoboda odmítnutí, resp. možnost ukončení účasti v projektu, je nutno zajistit všem, tedy i nezletilým (Hendl, 153).

Nejlepší alternativou pro získání potřebných dat od respondentů se v mém případě ukázal polostrukturovaný rozhovor spojený s pozorováním. Výhodu této metody spatřuji zejména v zachování možnosti položení doplňujících otázek, které by mohly získanou respondentovu odpověď případně více rozvést do hloubky. Zvolenou metodu považuji za vhodnou také vzhledem k citlivosti vybrané problematiky a mám za to, že umožňuje zachytit a postihnout jemné nuance jednotlivých případů. Cenným zdrojem informací bylo i studium spisové dokumentace (lékařských záznamů) jednotlivých Sluníček.

6.4 Prezentace a rozbor případových studií

Před vlastními rozhovory jsem si sestavila baterii základních otázek, které jsem se snažila formulovat krátce, neutrálně, citlivě, jasně a srozumitelně s vědomím, že mými respondenty budou nezletilé děti. Výzkum proběhl v měsíci březnu 2013 a jeho provedení jsem si s vedením léčebny dohodla tak, aby se uskutečnil na samém konci turnusu. Načasování bylo stanoveno záměrně z praktického důvodu - aby bylo možno porovnat jejich váhové rozdíly (úbytek tukové hmoty je jako ukazatel úspěšnosti léčby ceněn výše než prostý úbytek hmotnosti).

Sluníčka o mém příjezdu věděla dopředu a těšila se na „změnu“. Bylo mi známo, že v současném turnuse se léčí pět obézních chlapců a dvě děvčata. Oslovila jsem je všechny, s rozhovorem jich nakonec souhlasilo pět, dvě děvčata a tři chlapci. Na úvod, v neformální atmosféře, jsem každého z nich seznámila s důvodem výzkumu, požádala o souhlas s vedením rozhovoru a poskytnutím informací s tím, že může rozhovor samozřejmě kdykoliv přerušit či ukončit. Sdělila jsem jim, že si budu jejich odpovědi krátce písemně zaznamenávat a požádala je o souhlas zachycení jejich odpovědí na diktafon, s čímž všichni souhlasili, za přislíbení zachování plné anonymity při prezentaci výsledků výzkumu (v práci neuvádím jejich pravá jména). V poslední řadě jsem jim sdělila, že si

budu muset vyžádat dodatečný písemný souhlas jejich zákonných zástupců nejen s vedením rozhovorů, ale zejména k tomu, abych mohla nahlížet do jejich lékařské dokumentace.

Při vedení rozhovorů bylo nutné respektovat jejich časový harmonogram, neboť program mají Sluníčka opravdu nabitý. Přesně stanovený jídelní režim se střídá se školními povinnostmi, cvičením a dalšími aktivitami. Nicméně i přes tyto „technické“ překážky rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře ve vyčleněné místnosti, beze svědků a jiných rušivých elementů. Všichni respondenti přistupovali k rozhovorům velmi otevřeně, klidně a vstřícně. Po ukončení rozhovoru jsem každému z nich na důkaz díky předala drobný dárek.

Případová studie č. 1:

David, chlapec, věk 14 let, výška 180 cm

Vstupní vyšetření: váha 101,00 kg, z toho 33,50 kg tuku, BMI 31,2.

Výstupní vyšetření: váha 95,8 kg, změna množství tuku -4,60 kg, BMI 29,3.

Je dlouhodobě sledován na alergologii, trpí na celoroční kašel, rýmu, z důvodu obezity se zvýšeně potí. Občas má bolesti hlavy a zad, loni utrpěl těžký úraz na kole. Praktickým lékařem doporučován program dechový, rehabilitační, redukční. Hlavní diagnóza - astma a obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií; vedlejší - bolest hlavy, alergická rýma způsobená pylem, abnormální postoj těla.

David je žákem 8. třídy s matematickým zaměřením. Žije ve městě v úplné rodině. Matka je vysoká, měří okolo 180 cm, říká o sobě, že je tlustá, ale on ji tak nevidí. Je zdravá. Má středoškolské vzdělání, v současné době si dodělává vysokou školu. Otec má vysokoškolské vzdělání. Je vysoké, sportovní postavy; trpí na alergie, jinak je zdravý. David je mladším ze sourozenců, má nevlastní, o 10 let starší sestru. Jako dítě bývala velmi hubená. Dělal dlouho bojové sporty. V těhotenství však hodně přibrala, ale nenechala to tak. Měla problémy se žlučníkem, proto se svým manželem úplně zrušili smažená jídla, šunku kupují jen hodně kvalitní, stejně tak i sýry. Synovci jsou dnes 3 roky, odmala měl problémy s alergiemi, musí mít všude čisto, žádný prach. V sestře se Dan vidí, líbí se mu, jak se o domácnost stará, jak má všude pořádek. Z prarodičů žije již jenom babička ze strany matky, tu má velmi rád, často za ní dochází do penzionu, kde bydlí. Babička je

dodnes velmi vitální žena, je jí 76 let. Pravidelně ráno cvičí, chodí denně na procházky, luští křížovky. I přes prodělanou mozkovou mrtvici doposud dojíždí několikrát týdně do práce, pomáhá s účetnictvím. Rodina koupila před časem velký dům, který se snaží postupně rekonstruovat do původní (historické) podoby. Dům stojí v rozlehlé zahradě, kde si pěstují svoje brambory, zeleninu i ovoce.

Svou rodinu v otázce správného životního stylu hodnotí David velmi vysoko, zejména otec je pro něj velkým vzorem. Hodně si s ním rozumí, mají si pořád o čem povídat. Maminka je úplný abstinents, táta kdysi kouřil, pivo si občas taky dřív dal, dnes maximálně po těžkém obědě. To si dá na vytrávení i sám, jinak mu alkohol vadí, nesnáší jeho pach a nemá ho rád ani u jiných. Taťka výborně a často vaří, hodně experimentuje, používá bylinky. Maminka zas umí perfektně upravit sóju, ta mu moc chutná. Pravidelně u nich bývá na talíři zelenina, té sní hodně, jenom papriky a rajčata nesnáší. Taky se u nich vypije hodně kefiru, táta pěstuje tibetskou houbu, často využívají odšťavňovač na ovoce. Z masa preferují kuřecí, z příloh brambory, rýži, knedlíky skoro vůbec. Maso dělají hlavně vařené, pečené, dušené, smažené výjimečně. Mořské plody mu chutnají, ale kapr mu smrdí. Kupují jednou ročně ½ prasete, udělají zabijačku, maso jim vydrží na celý rok. Často na zahradě grilují, ale spíš pro tu pohodu, že se všichni sejdou. Snídá pravidelně, každé ráno začíná ½ l čaje, přes den vypije tak 3 l, hlavně šťávy, vodu jako takovou moc nepije. Svačinu si nosí s sebou do školy, na obědy chodí. Odpolední svačinu občas vynechává, večere mají vždy. Pozdě navečer nejí vůbec, maximálně v 18.30. U večere se scházejí společně každý večer, o víkendech spolu snídají, obědvají i večeří. Je rád, že jedí spolu, váží si příjemné atmosféry kolem stolu. Rád si u jídla povídá, jídlo si vychutnává. To se naučil od své sestry, klidně spolu jí i hodinu, dřív to tak nebylo. Taťka chce u jídla klid, jako kulisu si občas pouští rádio, televize neexistuje. Porce na talíř mu nandává taťka, zeptá se ho, kolik chce, pak už si ale nepřidává. Jedí z malých talířů a jemu to stačí. S jídlem nemá problémy ani tady v léčebně, vyhovují mu porce i sestavení jídelníčku. Mezi jídly se nedojídá, občas mamka rozdělá čokoládu, tak si kousek vezme, v létě si dá někdy zmrzlinu.

Svou rodinu vidí jednoznačně jako sportovní, i když sám o sobě řekl, že je spíš lenoch. Otec je vyloženě sportovně založený, dřív dokonce závodně plaval, ráno dělá kliky, chodí do sauny. Taky jezdívali hodně spolu na kole, za léto třeba dali i 2000 km, dnes už raději jezdí s kámoši. Celá rodina hodně lyžuje, hlavně sjezdy, udělá denně klidně 30-40 jízd. Ob rok jezdí k moři. Sám dělá kliky, strečink na celé tělo, posiluje. V léčebně si to vyloženě užívá, protože posilovnu u nich ve městě pořádnou nemají. Sám se na televizi

téměř nedívá, rodiče minimálně, někdy se podívá na dobrý film. K počítači si také sedne, ale už ne ve stylu, že by hrál hry v kuse, snaží se programovat, to ho fakt baví, jeho snem je pracovat jako technik u APPLU. Už si sám našel i VŠ. Kapesné dostává 200,- Kč na týden, z toho platí obědy, zbytek si šetří. Z brigád si dokázal našetřit na půl notebooku, na mobil, zbytek mu doplatili rodiče. Rodiče se mu hodně přizpůsobují, cení si toho. Na oplátku neodmlouvá (nebo výjimečně), rád tatkově pomáhá, třeba ve sklepě, jezdí spolu na dřevo do lesa. Sám se učí vařit, to ho dost baví.

Pokud má říct, kdy začal přibírat, tak přibírá prakticky pořád. Od dětství chodili na různá vyšetření. Ve školce byl nejmladší, nejmenší, ostatní ho šikanovali. Přesně si to nepamatuje, ale rodiče mu říkali, že měl jednou i modráky na zádech. Pak tam rodiče „udělali pořádek“ a byl klid. Měl roční odklad, ve škole už šikana nebyla, protože hodně vyrostl a byl nejvyšší ze třídy, nikdo si na něj netroufl. Tloušťka mu začala vadit na začátku puberty, když mu bylo tak 11-12 let. Chtěl začít sám hubnout, nelíbil by se holkám. Ve třídě nemají moc dobrý kolektiv, nikdo se mu ale neposmívá, jsou už ve věku, kdy je to blbý se tak chovat. Má jednoho dobrého kámoše, který je tady dost silný, jsou tady na pobytu spolu. S kluky si dělají ze sebe spíš srandu. Oblečení má raději volnější, líp se v něm cítí. Plovárnu neřeší, obleče si kraťasové plavky, nevadí mu to. Aby zhubl, klidně ubere na jídle a přidá na pohybu. V pohybu vidí ještě rezervy, stravu si celkem uhlídá. Vzájemná motivace ve skupině je pro něj hodně důležitá. V léčebně je letos již po šesté, říká, že si sem jede odpočinout, líbí se mu tady, je to zde skvělý. Dnes prakticky do ozdravovny jezdí hlavně proto, aby ubral na tuku a přibral na svalové hmotě, což se mu daří, poslední 3 roky získal pokaždé minimálně 5 kg svalů. Pokud to půjde, chce sem jezdit do 18 let.

Jeho motivace k hubnutí seřazené podle důležitosti, kterou jim přikládá: zvýšení fyzické aktivity - zdravotní hledisko - líbit se sobě - líbit se ostatním - zvýšení sebedůvěry - nosit módní věci - hubnu na přání rodičů.

Můj závěr k případu:

Životní styl celé Davidovy rodiny lze hodnotit jednoznačně kladně, a to ve všech oblastech. Vzorem je mu nejen sestra, ale zejména otec, ztotožňuje se s ním. Váží si pohody u stolu, společných zážitků, v rodině má velkou podporu v hubnutí. Prvopočátky s obezitou u něj budou zřejmě spadat do doby, kdy začal brát léky na astma. Tloušťka mu vadí, chce zhubnout. Jeho největší motivací je zvýšení fyzické aktivity a zlepšení zdravotního stavu,

chce se líbit sobě i děvčatům. Sám uznává, že v pohybu má ještě rezervy. Léčebný režim mu vyhovuje, stejně tak velikost porcí a složení jídelníčku. Opakovaně se vrací, „mění tuk na svaly“. Ke zvýšení energetického výdeje bych Davidovi doporučila zavedení pravidelné sportovní aktivity, která mu v jeho životosprávě zatím chybí.

Případová studie č. 2:

Anička, dívka, 11 let, výška 154 cm

Vstupní vyšetření: váha 70,80 kg, z toho tuku 28,70 kg, BMI 29,5.

Výstupní vyšetření: váha 64,00 kg, změna množství tuku -7,60 kg, BMI 27.

Během posledního půl roku přibrala 3 kg. Od roku 2003 je aktivně sledována v endokrinologické ambulanci. Postavu má obézní, držení těla přímé, psychosociální vývoj odpovídá věku. Dětská lékařka doporučuje pro redukci váhy a edukaci pobyt v léčebně. Hlavní diagnóza – obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, porucha štítné žlázy.

Anička bydlí ve městě, chodí do 5. třídy. Výborně se učí, má samé jedničky. Od loňského září bydlí u babičky, které byla svěřena do výchovy soudním rozhodnutím. Předtím žila chvíli s tatínkem, po velkých prázdninách ale umřel na rakovinu plic. Moc na něho myslí, měla ho hodně ráda, ani o tom nechce mluvit. Mamka s nimi nežije, s Aničkou neměly dobrý vztah. Anička říká, že se o ni moc nestarala, vařila jenom špagety, proto ji soud vzal a dal k babičce. Od té doby, co je u babičky, tak se neviděly, ale po návratu by se za ní chtěla podívat. S babičkou bydlí v paneláku, ještě s dědou a strýcem, synem babičky. Všichni chodí do práce, babička dělá v nemocnici, je zdravotní sestra. Děda prodává u Mountfielda, strejda dělá s postiženými lidmi. Má dvě nevlastní sestry, jsou o hodně starší, nic o nich neví. Taky má tři nevlastní bratry, ty zná, občas se vídají. Kluci bývali taky silní, ale podařilo se jim zhubnout. Zahradu mají u chaty, kam často jezdí, ze zvířat jen kočku.

Babička se o ni moc hezky stará. Dbá na to, aby všichni doma jedli zdravě. Obě mají rády hodně zeleniny i ovoce, sóju moc nemusí. Babička na sebe hodně dbá. Sama je taky silnější, ale učí se jíst zdravě, hledá si různé recepty na internetu, vaří podle nich. Protože chodí do práce od 6 ráno do 6 večer, nemá na cvičení dost času, proto se raději ošidí v jídle, ráno posnídá jogurt s müsli, oběd si kolikrát v práci zruší. Hubne sice rychle, ale nezdravě. Anička jí to říkala, teď budou zhubnout po návratu spolu a správně. Zato děda je

mlsný, dělá si často palačinky, hodně jí slaninu. Tu má sama ráda, když leží na stole, uřízne si, ale jen kousek. Z masa mají doma nejvíc asi kuřecí a hovězí, ryby nedělají, jenom na vánoce kapra. Kuře dají většinou na pekáček, osolí a pečou, k tomu rýži nebo brambory. Knedle málo. Babička se jí zpravidla ptá, co chce uvařit. Když někdy něco uvaří a Anička jí řekne, že to nechce, udělá jí třeba těstoviny se sýrem, ale to je výjimečně. Jinak miluje špagety s kuřecím masem, rajčatovým salátem, navrch nastrohaný sýr. Moc nejí svíčkovou, špenát a koprovku vůbec nedá do pusy, nedokáže říct proč, prostě to nejí. Ve škole mají výběr ze dvou jídel, když je nejhůř, vezme si jen polévku. Ve školním automatu si kupuje jen pití, když má kroužek, peníze jí dá babička. Z pití jí hodně chutná Coca-Cola, tu ale našťástí mívá málo, hlavně pije vodu, denně tak 2,5 l. Do restaurace nechodí, byli tam jen o narozeninách dědy. U společného stolu se přes týden neschází, protože jsou všichni v práci. V sobotu a neděli většinou ano, pokud babička nemá službu v nemocnici. U jídla bývá většinou ticho nebo si o něčem povídají, děda si občas pustí televizi. Pokud jí jídlo chutná, rychle ho sní. Snídá málokdy, spíš ne, nejčastěji však vynechává večeři. Ví, že je to špatně, má co napravovat. Poslední jídlo jí před pátou, tak jí to řekla její doktorka, pak většinou už nic nebo jen kousek zeleniny. Tady jí pravidelně 6krát denně, už si zvykla a vyhovuje jí to, chtěla by takhle pokračovat i doma. Dostávají zde menší porce, ale to dělala už i doma, raději si vzala míň a pak si přidala. Tady jim nikdy nepřidávají, i tak jí ale porce stačí. Sladkosti dřív jídávala, po dohodě s paní doktorkou je dost omezila, dneska už je moc nemusí. Nemá ani problém s tím, když k nim přijde návštěva a na stůl se dají čokoládové oplatky, dokáže si poručit. Babička jí občas koupí müsli tyčinku. Strejda si někdy dává brambůrky, pro ni oddělá do misky a to jí stačí na celý den. S babičkou často nakupují spolu, dívá se kolik co má tuku, reklamy v televizi jsou jí jedno.

Sportuje spíš sama, všichni chodí do práce, nemají na to čas. Jenom babička cvičí podle DVD. Taťka hrával tenis, to chodívali spolu. Na házenou chodí sama, 2krát týdně po hodině, baví ji to. Do školy chodí pěšky, má to jen z kopečka. Na léto se těší, hlavně na koupání. V zimě sáňkuje, bobuje, bruslí. Jinak ji baví korálkování, chodí do keramiky. Tady v léčebně si oblíbila step aerobic, cvičení na míčích, vybíjenou. Po návratu bude chodit na zumbu do školy, už je přihlášená.

Přibírat na váze začala nejvíc ke konci loňského školního roku (2012). To byla ještě s tatínkem. Taťka hodně smažil a pekl, to vidí jako hlavní příčinu. Sladkosti jí moc nekupoval, spíš míň jak víc. Říká o sobě, že jako malinká byla hubená, v pěti letech vážila

jen 15 kg proto, že ji mamka špatně krmila, vařila jen těstoviny. Dokonce musela tehdy do ozdravovny jako Hvězdička. Ještě před léčebnou se pokusila zhubnout pod dohledem doktorky, zhubla 2 kg. Nejedla tolik sladkostí ani banánů (ty jsou na tloušťku), spíš si vzala jablka. Jedla 5krát denně, zmenšila porce. I tak měla pořád víc kg než by měla mít. Paní doktorka jí řekla, že musí jet. Sama nakonec chtěla, blíží se léto a „chce hezky vypadat v sukni“. Tady se jí hubne líp, navzájem se povzbuzují. Dozvěděla se zde hodně zajímavých věcí o správné výživě, o vitamínech, neznala pohanku ani kuskus, tady z toho dost často vařili. Ve škole si o zdravém životním stylu taky povídají, každý rok dělají „Zdravou pětku“, výživovou pyramidu. Nikdo se jí neposmívá za to, jak vypadá. Paní učitelka ji má strašně ráda a nedovolila by to. Občas paní učitelce pomáhá, opravuje s ní třeba i diktáty. Ráda se učí, chtěla by být kuchařkou nebo právníkem, to ještě neví. V ní a v babičce má největší podporu. Nejvíce si přeje zhubnout na bříšku. Po návratu domů bude pro ni nejtěžší zachovat dostatek pohybu, tady opravdu hodně cvičili, ale je bojovník. Doma na ni jako odměna bude čekat nové akvárium s rybičkami, možná morčátko. A babička jí slíbila nové oblečení.

Její motivace k hubnutí seřazené podle důležitosti, kterou jim přikládá: zvýšení sebedůvěry - líbit se sobě - zvýšení fyzické aktivity - zdravotní hledisko - hubnu na přání rodičů - líbit se ostatním - nosit módní věci.

Můj závěr k případu:

*Hlavní místo v životě Aničky zaujímá jednoznačně babička, u které našla nový domov. Babička se snaží dbát na zdravou skladbu jídelníčku, byť se to ne vždy zcela daří. Problémy s obezitou mohou u ní souviset nejen s poruchou štítné žlázy, ale mohou být podmíněny i událostmi v rodině. Otec jí chtěl zřejmě vynahradit strádání u matky a v jídle jí „přilepšoval“. Anička si sama největší chyby ve svém jídelním režimu uvědomuje, vnímá i chyby v jídle u babičky a ostatních členů domácnosti. Sama říká, že po návratu z léčebny pro ni bude nejtěžší zachovat dostatek pohybu, toho zde měli opravdu hodně. Posměšky na svoji postavu neslýchá, má dobré psychické zázemí i u paní učitelky „a ta by to nedovolila“. Největší motivací pro zhubnutí je pro Aničku zvýšení sebedůvěry a sebevědomí, líbit se sobě. **Rozhodně bych Aničce doporučila zlepšení životosprávy, zejména dodržování stanoveného počtu porcí za den a navýšení pohybové aktivity.***

Případová studie č. 3:

Jaroslav, chlapec, 12 let, výška 163 cm

Vstupní vyšetření: váha 79,10 kg, z toho 31,90 kg tuku, BMI 29,7.

Výstupní vyšetření: váha 74,00 kg, změna množství tuku -4,10 kg, BMI 27,9.

Prodělal běžná onemocnění dětského věku bez komplikací, nemocnost minimální. Alergiemi netrpí. Držení těla přímé, psychosociální vývoj odpovídá věku. V posledním roce zaznamenán výrazný nárůst hmotnosti i přes režimová opatření. V lednu 2013 byla u něj váha 80 kg, lékař proto doporučuje pobyt v léčebně s dodržováním režimových opatření za dohledu personálu, nutná edukace. Hlavní diagnóza – obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií.

Jarek je žákem 6. třídy, bydlí v menším městečku, v úplné rodině. Matka pracuje jako účetní, má středoškolské vzdělání. Dle jeho měřítek je matka hubenější, ale ví o ní, že když byla malá, tak taky byla silnější, prý je po ní. Stejně jako on byla tehdy na hubnutí v Křetině. Otec jezdí jako řidič nákladáku a je tlustý. Otcí se nelíbilo, jak sám vypadá, hodně zhubnul, má už asi 10 kg dole. Má jednoho mladšího bratra, který chodí do druhé třídy. Na svůj věk je drobný. Ze strany mamky už žije jenom děda, je tlustý. Tlustí jsou i babička s dědou ze strany otce. Bydlí v rodinném domě se zahradou a velkým skleníkem. Pěstují zeleninu, ovoce, suší seno. Chovají ovce a slepice.

O zdravou výživu a zdravý životní styl v jejich rodině dbá nejvíc mamka. Nechce, aby byli tlustí, sama ví, jak to bylo tehdy pro ni těžké. Říká mu, že když bude tlustý, může dostat i infarkt. Často jim předkládá zeleninu, ostatním chutná, ale on ji nesnáší, vůbec mu nechutná. Sní snad jenom okurky, zelí, cibuli. Z ovoce mu chutnají nejvíc banány. Když dostane misku zeleninového salátu, mamka ho nepustí od stolu, dokud ji nesní. Sója se u nich nevaří vůbec, to by nikdo nejedl. Z masa mají rádi hovězí, kuřecí jen někdy. Na otázku, kdo se u nich doma nejhůř stravuje, odpovídá, že asi on. Ke společnému stolu se během týdne schází u večeře, mívají je teplé i studené. O víkendu snídají, obědvají i večeří dohromady. Maminka uvaří jedno jídlo, ale bratr si občas vymrčuje, klidně mu udělá něco jiného. S tím ale Jarek moc nesouhlasí. Nejčastější připravují maso pečením, orestováním na prudko a smažením. Doma moc nesolí. Každý víkend mají hranolky. Jeho nejoblíbenějším jídlem je smažák s tatarkou, hranolky s orestovanou cibulkou. Hranolek sní klidně i 2 kg!, sní toho opravdu hodně, třeba i 2 řízky. Tady mu dávají mnohem menší porce a často, už si na jídelní režim zvykl. Na pití má nejraději energydrinky, pije však

hlavně vodu se sirupem, tak 3 l denně. Při nákupu ho dost zajímá, kolik % masa obsahují masné výrobky, jinak na reklamu ohledně jídla moc nedá. Pokud spolu sedí u stolu v kuchyni, tak bez puštěné televize, vykládají si, pustí si rádio. U společného stolu si jídlo vychutnává, jí pomalu. Když jí ale sám, vezme si jídlo do obýváku k televizi, často potom ani nevnímá co jí. Jídelní režim moc nedodržuje. Snídani občas vynechá, svačinu má od mamky, oběd ve škole. Bufet ani automat ve škole nemají. Odpolední svačina jsou většinou brambůrky u televize, večere je společná. Mezi jídly se dojídá. Má rád sladkosti, zejména čokoládové tyčinky, taky brambůrky. I zde si jedny brambůrky koupil, ale rozdělil se se všema. Nemlsá ze stresu, ale proto, že mu to prostě chutná. Porce jídla si dává velké a ještě si přidává. Jídlo je pro něj v životě hodně důležité. Mamka mu před odjezdem do léčebny jídlo navečer zakazovala, ještě měsíc předtím když otevřel ledničku, musel si vždycky něco vzít. Největší chybu u sebe vidí ve velkých porcích, nezdravé skladbě jídelníčku.

Společně jako rodina jezdí často na ryby, mají karavan, to ho hodně baví. Taťka taky hraje hokej, mamka večer v koupelně cvičí, bratr hraje kolovou. Kolovou hraje i on, 3krát týdně 1,5 hodiny, už asi jeden rok. Předtím nedělal pravidelně nic. V létě se rád koupe, běhá po venku. V zimě sáňkuje, bruslí. Do školy chodí pěšky, někdy ho vezmou rodiče autem. K počítači si sedne jak kdy, ve všední den tak na hodinu, v sobotu klidně i na celý den. Kdyby měl dobré známky, bavily by ho počítače. Ve škole mu to moc nejde, chodil i na doučování.

Ve školce byl štíhlý, od první třídy přibírá. Začalo mu víc chutnat. Tloušťka mu začala vadit tak od páté třídy (*zvážní a odpovídá po delší odmlce*), hodně se mu posmívali, hlavně kluci. Aby zhubl, je ochoten míň jíst i více se hýbat. Ve skupině se mu hublo rozhodně líp, doma by se tak nikdy neusměrnil. Pokoušel se i sám hubnout, ale nešlo mu to, tak to vzdal. Hubnutí mu doporučil doktor. Mamka mu řekla, že už to tak dál nejde, sám si našel na internetu informace. Dost si tady zvedl sebevědomí, vidí výsledky. O svých pocitech, o tom jak se vidí a vnímá, mu už dnes nedělá problém mluvit. Bratr chce sem příští rok jet taky, ale jako Hvězdička, on rozhodně bude stát o zopakování pobytu taky. Největší klad pobytu vidí v pravidelném každodenním pohybu, naučil se jíst menší porce, více zeleniny. Má hodně různých poznámek o správném stravování, dostali brožurky. Mamka si už našla na internetu zdravé recepty. Věří, že to zvládne.

Jeho motivace k hubnutí seřazené podle důležitostí, kterou jim přikládá: líbit se ostatním - zdravotní hledisko - nosit módní věci - hubnu na přání rodičů - zvýšení fyzické aktivity - zvýšení sebedůvěry - líbit se sobě.

Můj závěr k případu:

Životní styl Jarkovy rodiny lze charakterizovat spíše jako chaotický. Matka se snaží vést rodinu na jedné straně ke zdravé výživě, přitom mívají pravidelně smažená jídla. Sám zeleninu odmítá, jídelní režim moc nedodrжуje. Jí velké porce, často se dojídá mezi jídly, rád mlsá. Sám sebe vidí jako nejhůře stravujícího se člena rodiny. Pravidelně sportuje až poslední rok. Býval štíhlý, s nástupem do školy se to ale změnilo, hodně přibral. Sám se pokoušel o hubnutí, ale vzdal to. Za tloušťku se stydí, těžce nese posměch ostatních. Zde vidí, že to funguje a opravdu zhubne při správné životosprávě a každodenním pohybu, dost si zde zvedl sebevědomí. Jako jediný uvádí na prvním místě největší motivaci „líbit se ostatním“, což může souviset s jeho nízkou sebedůvěrou a snahou zalíbit se svému okolí. Jarkovi bych doporučila zařadit do jídelníčku zeleninu, kompletně upravit stravovací režim, zmenšit porce, omezit pití sladkých nápojů a navýšit pohybovou aktivitu. Pro vyloučení relapsu vidím ambulantní dohled v jeho případě jako nutnost.

Případová studie č. 4:

Nela, dívka, 11 let, výška 140 cm

Vstupní vyšetření: váha 48,80 kg, z toho 19,20 kg tuku, BMI 24,5.

Výstupní vyšetření: váha 46,30 kg, změna množství tuku -2,10 kg, BMI 23,5.

Od tří let častěji nemocná, do roku 2007 v léčení pro astma, denně inhalovala léky, dnes již ne. Od sedmi let jí narůstá hmotnost, snaží se o dodržení stravovacího režimu i pohybu, spolupracuje s lékařem. Držení těla přímé, postava obézní. Má ploché nohy, kolena vbočená do „X“. Psychosociální vývoj odpovídá věku. Jedná se o druhý léčebný pobyt (první v roce 2009). Lékař doporučuje zopakovat nácvik stravovacího režimu, zvýšení pohybové aktivity, ozdravění. Hlavní diagnóza – obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií. Vedlejší diagnóza – astma, alergie.

Nela pochází z vesnice, navštěvuje 5. třídu. Žije v úplné rodině, je jedináček. Matka pracuje v kanceláři, tatínek je stolař. O mamince řekla, že je hodně malinká, v těle tak akorát. Tatínek je hubený, vysoký. Bydlí v rodinném domku, zatím ještě dohromady

s babičkou (matka matky), ta je postavy spíše menší a širší. Babička taky chodí do práce. Děda bydlí sám, v postavě je jak babička. Rodiče staví barák, až se přestěhují, bude mít sourozence, slíbili jí ho. U domu mají zahradu, kde si pěstují zeleninu, hlavně salát. Pěstují taky dýně a suší si z nich semínka, ty mají jako zdravé chroupání. Mají doma psa.

Na zdravou výživu u nich nejvíce dbá maminka. Zeleninu mívají dost často. Ještě více sní ovoce, hlavně melouny, jablka, domácí jahody. Sóju se naučila jíst, hodně jí chutná, často z ní vaří. Z jejího pohledu se v rodině nejhůř stravuje děda, ráno si klidně dá buček bez zeleniny nebo chleba se špekem. Taťka má hodně rád klobásy, taky by tak neměl. Z masa mívají nejčastěji pečené kuře, na přílohu brambory. Knedlíky jen ke svíčkové, jinak výjimečně. U společného stolu se přes týden moc neschází. Babička kouří, taky v kuchyni, a maminka nechce, aby dýchala zakouřený vzduch. Jí proto sama v obýváku, ostatní v kuchyni. Tvrdí, že jí to nevadí. O víkendech sedí v kuchyni u stolu dohromady, protože babička v sobotu a neděli nekouří. Na tom, co se bude vařit, se nedomlouvají, jídlo je vždy překvapení. Vaří se jedno jídlo pro všechny. Každou sobotu mají pečené kuře s křupavou kůrčičkou, rýží a zeleninový salát, je to i její nejoblíbenější jídlo. Nesnáší játra, ve školce se z nich poblíčkala. Mamka jí je taky nutila k jídlu, raději překloupila talíř. K pití má nejraději ovocný čaj, vodu a bezinkovou domácí šťávu. Vypije tak 1 až 2 l tekutin denně. Bufet ve škole nemají, automat ano, ale nic si nekupuje, musela by se napřed zeptat mamky. Od reklamy v televizi odchází, ignoruje ji. Nikdy nebyla ani u McDonalda, neláká ji to, hranolky jsou fuj. Mamka by jí taková jídla stejně zakázala, ani klobásu jí nedovolí. Jinak ráda jí, jídlo jí chutná, žádnou chuť neupřednostňuje. Pokud jedí společně, tak si u stolu povídají, nálada bývá veselá, babička vypráví příhody z práce. Televize běží jako kulisa, pokud se na ni podívá, tak jí maminka říká: „Tady máš oltář“. Jídlo si vychutnává, v tom je po dědovi, pomalu jedí všichni. Když jí sama v obýváku tak u toho kouká do krbu, z okna, čte si. Nesnídá, vstává dost brzo, spěchá na autobus do školy, svačinu si bere z domu. Obědy mívá ve škole, odpolední svačiny nejí a večeri občas vynechá taky. Chodí spát brzo, ve všední den tak v osm hodin večer, v sobotu a neděli později. Porce jí dává maminka menší, raději si přidá, sní všechno. Občas jí mamka dá jednu tyčinku když jde ven s tím, ať to vyběhá. Jinak moc nemlsá, po sladkostech netouží. Babička chodí nakupovat pro všechny, sem tam jí koupí Kinder vajíčko. U televize nemlsá. Když jdou do kina, koupí si popcorn. Hlad v noci zapije vodou.

Na otázku, zda vidí svou rodinu jako sportovní, vybuchne smíchem. Ne! Mamka, taťka ani babička nedělají nic. Je pravdou, že maminka ji ke sportu vedla, jezdila s ní na bruslích,

na kole, ale staví dům a nemají na nic čas ani sílu. Maminka jí koupila šlapadlo a slíbily si, že po návratu budou spolu cvičit sedy-lehy. Všichni společně chodí denně večer se psem na procházky do lesa. Sama dělá pravidelně street dance každou středu už více jak 1 rok, cvičení trvá 1,5 hodiny, dost ji to baví. V létě se ráda koupe u kamarádky v bazénu, skáčou přes švihadlo, jezdí na kolečkových bruslích, na kole. Každý rok jede s babičkou k moři. V zimě pak chodí bruslit, lyžuje, staví sněhuláky. U počítače sedí tak hodinu denně, taťka by dovolil víc, ale mamka ne. Chodí do hasičů a do malování.

Přibírat začala odmala, byla takový puclík, přibírala ale hlavně z prášků, co dostávala na astma. Víc začala nabírat tak od šesti let, jak šla do školy. Asi od čtvrté třídy jí to začalo vadit, styděla se za svoje špeky, v její třídě jsou všichni hubení, kluci jí říkali „špekátá“. Často plakala, protože za to nemohla, měla to z těch prášků. Dneska už nepláče, poznámky ignoruje, to ji naučila maminka a taky paní učitelka. Ta si na ni zprvu zasedla, bývala dřív v hodině dost ukecaná. Když se jí ale ve třídě posmívali, tak jim řekla: „Kluci, nechte toho, jinak dostanete poznámku!“. Dnes chodí do školy ráda, škola jí jde, učí sama. Dřív si taky hodně okusovala nehty z nervozity, z nudy, dnes už to tak často nedělá. O svých pocitech se baví na prvním místě s maminkou, říká o ní, že je jako její druhé já. Tady v léčebně si hodně spravila sebevědomí, připadala si mezi ostatníma docela hubená. Když sem přijela, měla prý docela pupek. Je na sebe hrdá, skoro se jí ztratil. Mamka za ní tady byla a říkala jí, že na ní všechno visí. Diety nikdy doma nedržela, zkoušela vždycky hubnout zdravou stravou a cvičením s maminkou, běhaly spolu, dělaly dřepy. Léčebnu jí doporučil lékař, letos je v léčebně podruhé. Ve škole se o zdravém životním stylu baví v přírodovědě, doma to moc neprobírají. V léčebně si vedli sešitky zdravého hubnutí, má i pár receptů, třeba na mrkvový dort a zdravé jednohubky. Už se těší domů, na rodinu, na šlapadlo. A taky na nejlepší kamarádku Andreu.

Její motivace k hubnutí seřazené podle důležitostí, kterou jim přikládá: zvýšení fyzické aktivity - zvýšení sebedůvěry - zdravotní hledisko - hubnu na přání rodičů - líbit se sobě - líbit se ostatním - nosit módní věci.

Můj závěr k případu:

Maminka Nely má snahu vést rodinu ke zdravému stravování, u ní také Nela nachází největší podporu v hubnutí. Zarazilo mě však její sdělení, že babička doma kouří, přestože Nela trpí na astma. Velice špatně hodnotím její (ne)dodržování režimu v počtu porcí za den. Její rodina, zřejmě z nedostatku času (staví dům), moc nesportuje. Nela však chodí

pravidelně cvičit, už více jak jeden rok. Za svoji postavu se dříve styděla, slýchávala na svou adresu poznámky, plakávala, dnes už se to neděje. V léčbě si hodně zvedla sebevědomí, viděla kolem sebe mnohem silnější děti. Je zde podruhé. Tehdy byla ještě malá, ale dnes už přesně ví, kde dělala chyby, naučila se zde mnoho užitečných věcí. Jako svoji největší motivaci uvádí zvýšení fyzické aktivity, zvýšení sebedůvěry a zlepšení zdravotního hlediska. Nele bych doporučila dodržování pravidelného stravovacího režimu, zvýšení pohybové aktivity a její rodině zásadní změnu životního stylu v otázce společného stravování a postoje ke kouření.

Případová studie č. 5:

Josef, chlapec, 15 let, výška 178 cm

Vstupní vyšetření: váha 101,2 kg, z toho tuku 36,2 kg, BMI 31,9.

Výstupní vyšetření: váha 94,40 kg, změna množství tuku -5,60 kg, BMI 29,7.

V dětství často nemocný (kašel), v roce 2012 hospitalizován pro akutní bronchitidu. Měl několik úrazů – fraktura ruky, bérce, prstů, kotníku, úraz hlavy. Obezita je u něj spojena s poruchou metabolismu. Je alergik. Lékař doporučuje rekondiční léčebný pobyt po prodělané bronchopneumonii s výraznou dušností a zároveň program k redukci hmotnosti (pohyb, dieta atd.). Sám má aktivní snahu zlepšit svou kondici a snížit tělesnou hmotnost, od hospitalizace v 12/2012 do konce 1/2013 úbytek na hmotnosti 2 kg. Hlavní diagnóza – obezita způsobená nadměrným příjmem potravy. Vedlejší diagnózy – alergická rýma, abnormální postoj těla.

Josef je žákem 8. třídy, chodí do matematické třídy. Žije ve městě, v úplné rodině. Matka má středoškolské vzdělání, ale nyní pracuje ve výrobě. Je silnější a menší postavy, trpí lupénkou. Otec je vysokoškolsky vzdělaný, pracuje v kanceláři. Má vysokou a štíhlou postavu, léčí se s vysokým krevním tlakem. Má jednoho staršího bratra, studenta VŠ. Ten je normální váhy, hodně vysoký. Oba dědové jsou silní, ale babička od táty je čilá, hubená, říkají jí „tryskáč“. Bydlí v domě se zahradou, zeleninu a ovoce si vypěstují, hospodářství žádné nemají.

O zdravou výživu u nich nejvíce dbá mamka. Vaří i ze sóji, ostatní ji jí, ale on ne. Zeleniny se u nich sní hodně, má rád červenou papriku, ovoce mu taky celkem chutná, nemusí pomeranče a mandarinky. Nedělají moc smažená jídla, spíše maso pečou v troubě nebo

v římském hrnci, je to úžasná věc. Z příloh se na talíři nejčastěji objevují brambory, rýže, výjimečně knedle. Zavedli zeleninové saláty ke každému jídlu. Knedlíky má rád, když má možnost (třeba ve škole), dá si je i dvakrát týdně. Z masa se u nich doma preferuje krůtí, připravují je na všechny možné způsoby, míň vepřové a kuřecí. Pokud by měl označit, kdo se u nich doma nejhůř stravuje, byl by to jeho bratr; hodně rychle jí, spíchá k počítači. Přes týden bydlí v Brně, chodí na hamburgery a gyrosy, naštěstí to zatím vysportuje. Každý týden se u nich peče, buchty a bábovky jsou jeho zamilovaným jídlem, máslové dorty nemusí. Nejoblíbenějším pitím je voda a černý čaj (magoráček), vypije denně tak 2 l tekutin. Ve škole mají bufet, tak jednou za týden si kupuje bagetu, pití, snaží se neutrácet. Ve všední den se schází u společného stolu většinou jen k večeři, o víkendu 100% na snídani a obědy, k večeři jak kdy. Taťka nesnáší u jídla puštěnou televizi, jen si povídají. Pokud jí sám, televizi si pustí, někdy si u jídla čte. Jídlo si zásadně vychutnává, je labužník a dobré jídlo dokáže ocenit. Podle mamky je vybíravý. Jí pomalu, vnímá co jí. Největším nepřítelem je pro něj lednička, pořád do ní chodí, ale aspoň že jsou vepředu jogurty. Pravidelně ráno snídá, hlavně buchty, svačinu si nosí, na obědy chodí do školy. Odpolední svačinu ale občas vynechá, protože bývá venku. Na večeři zpravidla pochroupá už jen mrkev. Mezi jídly se občas dojídá, ale snaží se to ukočírovat. Hlavně sladkým, chipsy ho moc nelákají. Má kapesné 250,- Kč na měsíc. Tak 2krát týdně neodolá a koupí si skitles. Nemlsá ze stresu, je klidšas, ale pro oko a chuť. Od rodičů a babičky občas dostane zdravou tyčinku nebo BE-BE sušenky, o ty se rozdělí s ostatními. K počítači si někdy bere popcorn, jinak mu stačí voda. Pozdě na večer už nejí.

Ke sportu ho vedli oba rodiče, hodně sportuje i bratr. Táta dodnes hraje závodně ping-pong, jezdí spolu na kole. V zimě jezdí všichni pravidelně na 14 dní na lyže (sjezdy), na běžky chodí jen s taťkou. Zimní sporty ho hodně baví. Mamka by sportovala víc, má dlouhodobě problémy s rukou, jezdívала ráda na kole. Bratr se věnuje fotbalu, pravidelně chodí na tenis. Sám hraje závodně vybíjenou 3krát týdně 1 až 1,5 hodiny, rekreačně florbal. Každé léto sjíždí s otcem řeku na kánoji, baví ho potápění. Do školy jezdí autobusem, mohl by pěšky, jsou to asi 4 km, ale nechce se mu. Jako koníčka uvádí počítač, u něj stráví asi tak 3 hodiny denně, o víkendu víc. Baví ho vaření, klidně by šel na kuchaře, ale taťka chce, aby se místo počítače víc učil a šel na gympl. Známkový má celkem dobrý, jednička a dvojky, trojku z češtiny.

Na váze přibírá dlouhodobě, asi už od 3 – 4 let. V 5. třídě hodně vyrostl, zhubl, ale začal nabírat znovu, od roku 2010 mnohem víc. Nadbytečná kila mu začala vadit tak před půl

rokem, hlavně při pohybu. Předtím mu to taky jedno nebylo, ale až tak mu to zase nevadilo. Poznámky ani urážky na to, jak vypadá, neslýchá, to si nikdo nedovolí. Na prvním stupni byly, ale zjednal si pořádek. Když už nic nepomohlo, počkal si na každého zvlášť. O svých pocitech se dokáže bavit, nemá s tím problémy, má víc kamarádek jak kamarádů. Aby zhubl, přidal na pohybu a ubral na jídle. Obojí se mu tady daří, jídlo mu stačí, zvykl si na menší porce. Tady se navzájem hodně motivují, ale i doma má podporu. Zvýšilo se mu zde sebevědomí, má vůli k dalšímu hubnutí. Přesvědčil sám sebe, že si dokáže něco odepřít. Když je mu nejhůř a honí ho chutě, má výbornou záchranu – prstýnek antistres, kterým si otáčí, to ho dost uklidní. Zažívá dobrý pocit, že dokázal zhubnout a slíbil si, že to dodrží i doma. Doma se vícekrát pokusil držet diety a cvičil jednoduché cviky, moc mu to nešlo, vykašlal se na to. Svou váhu neomlouvá zdravotními problémy, vidí ji čistě jako svoji chybu. Velkou podporu má v mamce, budou hubnout spolu. V léčebně je letos podruhé, tentokrát chtěl sám, poprvé to bylo na přání rodičů. Líbí se mu tady a chtěl by se znovu vrátit. Domů se netěší, resp. netěší se do školy. Dřív mu šla škola sama, ale teď se musí učit a to ho moc nebaví.

Jeho motivace k hubnutí seřazené podle důležitosti, kterou jim přikládá: zvýšení sebedůvěry - zdravotní hledisko - zvýšení fyzické aktivity - líbit se sobě - hubnu na přání rodičů - líbit se ostatním - nosit módní věci.

Můj závěr k případu:

*Oba Josefovi rodiče se snaží dbát o zdravý životní styl. Starší bratr se osamostatnil, studuje mim domovo, v jídle se dost „pokazil“. Josef svou váhu neomlouvá zdravotními problémy, vidí ji čistě jako svoji chybu. Je labužníkem, rád a často jí, velké porce. Velkou chybu v jeho případě vidím ve sladkostech, matka by měla pečení buchet omezit. Na druhou stranu všichni doma sportují, Josef pravidelně. Se šikanou problémy nemá, poradil si s ní sám a má pokoj. V rodině má velkou podporu, zejména u matky; sám si slíbil, že rozhodně chce v nastaveném režimu pokračovat i po návratu. V léčebně je podruhé, tentokrát už chtěl sám, předtím si to přáli rodiče. K hubnutí je silně motivován zvýšením sebedůvěry, zdravotním hlediskem a zvýšením fyzické aktivity. **Josefovi bych doporučila celkovou úpravu jídelníčku, zejména omezení sladkého (buchty) a zmenšení porcí, také navýšení pohybové aktivity.***

Hodnotit výsledky redukční terapie u dětských obézních pacientů je komplikované a vyžaduje správnou interpretaci. Hodnocení jen prosté redukce hmotnosti je hrubě zkreslující a neodráží dynamiku dětského růstu a posunu rozmezí hodnot BMI s věkem dítěte. Je vždy nutné počítat s tím, že konečná absolutní redukce hmotnosti mnohokrát dosahuje nižších hodnot, neboť při správně vedeném terapeutickém programu dochází k nárůstu svalové hmoty a ke zlepšení fyzické zdatnosti a díky tkáňové redistribuci může dojít k fyzickému zatraktivnění (Marinov in Marinov, Pastucha a kol., 2012).

Pro ucelenou představu o změně tělesných parametrů jednotlivých Sluníčků během čtyřtýdenního redukčního pobytu v Dětské léčebně Křetín jsem jejich naměřené hodnoty sestavila do přehledné tabulky.

Tabulka 2 Přehled změn tělesných parametrů u Sluníčků během pobytu v léčebně (zdroj autor)

Jméno dítěte, věk, výška	vstupní vyšetření		výstupní vyšetření		množství tuku před pobytem (kg)	Změna množství tuku po pobytu (kg)	změna hmotnosti celkem (kg)
	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)			
David, 14 let, 180 cm	101,00	31,2	95,38	29,3	33,50	-4,60	-5,20
Anička, 11 let, 154 cm	70,80	29,5	64,00	27,0	28,70	-7,60	-6,80
Jaroslav, 12 let, 163 cm	79,10	29,7	74,00	27,9	31,90	-4,10	-5,10
Nela, 11 let, 140 cm	48,80	24,5	46,30	23,5	19,20	-2,10	-3,50
Josef, 15let, 178 cm	101,20	31,9	94,40	29,7	36,20	-5,60	-6,80

6.5 Návrhy a opatření

Chování dítěte, resp. rodiny nelze měnit zásadními intervencemi. „Ze zkušeností vyplývá, že spousta rodin dokáže zmobilizovat síly a po určitou dobu dodržovat dietní a pohybový režim, i když znamená spoustu změn v jejich životním stylu. Je to však pro všechny členy rodiny značně vysilující a velmi často dochází k selhání a jojo efektu.“ (Málková, Divoká in Marinov, Pastucha, 2012, s. 171). Ideálním je docílení postupných, ale trvalých změn životního stylu celé rodinné jednotky.

Marinov (2011, s. 53) formuluje **obecná pravidla, která jsou schopna zvrátit mnohdy i stoupající trend nadváhy**, a ve své podstatě **jsou základními stavebními kameny pro zdravý životní styl celé lidské populace**, a jejichž dodržování je pro každého reálné:

- *jíst pravidelně 5x denně,*
- *vždy snídat,*
- *nejíst nikdy u televize,*
- *co nejvíce omezit přílohu jídel a naopak zvýšit oblohu,*
- *nedojídat celé porce,*
- *pít jen nesladké tekutiny,*
- *pochutiny a druhotně zpracované potraviny jíst jen o víkendu,*
- *chodit denně čtyři kilometry a do všech schodů pěšky,*
- *televizní nebo počítačové obrazovce se věnovat maximálně 2 hodiny denně z volného času,*
- *spát minimálně 7 – 8 hodin nepřerušovaným klidným spánkem.*

Na samý závěr práce jsem formulovala **vhodná doporučení směrem ke všem rodičům**:

- *intenzivně se zajímat o otázky zdravého životního stylu a prevenci obezity,*
- *být svému dítěti dobrým vzorem v jídelním chování a kultuře stravování,*
- *nestresovat dítě žádnou dietou ani hladověním,*
- *přístupovat ke změnám v jídelníčku důsledně, ale nenásilně,*
- *být svému dítěti nejlepším příkladem v pohybové aktivitě především u dětí předškolního věku, využít napodobování činnosti,*
- *chodit s dětmi na pravidelné procházky, podporovat pohybové venkovní hry a zdravou soutěživost dítěte,*
- *nezakazovat, ale vhodným způsobem usměrňovat sedavou činnost, jako např. sledování televize, vysedávání před počítačem,*
- *zmobilizovat síly pro změnu svých vlastních chybných stravovacích a pohybových návyků (pokud je mají), a požadovat v rozumné míře změnu i u svých dětí,*
- *nepodceňovat vliv nevhodné reklamy (pamlsky, vyzdvihování kultu vyzáblého těla modelek),*
- *nenahrazovat dítěti lásku jídlem, věnovat mu raději více pozornosti,*
- *zachovávat pozitivní přístup a motivovat dítě k případné změně, raději chválit než kárat,*
- *zajímat se o stravování svých dětí v rámci školního vyučování,*
- *zajímat se o věci veřejné (výstavba dětských hřišť, sportovišť, cyklostezek apod.),*
- *mít na paměti, že prevence obezity začíná již v těhotenství matky,*
- *neponechat nic náhodě a nedoufat, že dítě z obezity vyroste, atd.*

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zpracována na téma „Uplatnění poznatků psychologie při snižování nadváhy“, konkrétně jsem se zaměřila na nadváhu a obezitu u dětí a dospívající mládeže. Dětská obezita dramaticky narůstá v důsledku rychle se měnících životních podmínek, zejména v oblasti stravování, fyzické aktivity a psychosociální zátěže. Nadváha a obezita znamená pro dětský organismus mnoho omezujících komplikací a hendikepuje ho po všech stránkách. *„Zdravý životní styl a výživové návyky se rozvíjejí již od útlého dětství, ale pouze celá rodina může měnit postoje a způsob životního stylu, kterým se dá předejít vývoji nevhodných stravovacích zvyklostí a celkově nesprávnému vztahu k jídlu.“* (Marinov a kol., 2011, s. 45).

Bakalářskou práci jsem rozčlenila na šest kapitol. Prvních pět kapitol jsem věnovala teoretickému pohledu na problém obezity v dětské populaci. Podrobně jsem se zabývala příčinami a faktory ovlivňujícími vznik obezity, negativními důsledky, které obezita pacientům přináší. Pokusila jsem se zachytit specifika významných vývojových fází v životě dítěte, v nichž se zakládají vzorce jídelního a pohybového chování. Zabývala jsem se také popisem metod, strategií a cílů váhové redukce pomocí metod kognitivně-behaviorální terapie. V závěr teoretické části vyzdvihuji nutnost prevence v boji s obezitou a také důležitost výchovy dítěte ke zdravému životnímu stylu.

Empirická část je věnována vlastnímu výzkumu, který probíhal v Dětské léčebně Křetín. V léčebně jsou mimo jiné léčeny i děti s nadváhou a obezitou, jejich léčba se opírá o metody KBT. Podklady k jednotlivým případovým studiím, dotvářejících obraz o dané problematice, jsem získala formou polostrukturovaných rozhovorů vedených se Sluníčky, dále pozorováním a analýzou písemných dokumentů (lékařských záznamů). Každá z případových studií má svá specifika, přesto lze vyvodit některé zobecnitelné závěry. Například lze konstatovat, že existuje souvztažnost mezi životním stylem rodiny a stravovacím režimem dítěte, jeho vztahem k pohybové aktivitě. Velký podíl na rozvoji a udržení obezity u těchto pacientů sehrávají kromě nadměrného příjmu kalorií také přidatné zdravotní potíže, dědičné dispozice, osobnostní struktura jedince. Změnit někdy celá léta zafixované nevhodné stravovací a pohybové vzorce chování obézních dětí je možné, ale bez aktivní spolupráce a změny myšlení celé rodinné jednotky bude vždy pro dítě značně ztížené. K dlouhodobému snížení tělesné hmotnosti může vést pouze trvalá změna ve stravování a dostatek pohybu v rámci celé rodiny. Z provedeného šetření v dětské

léčebně jsem zjistila, že pod vhodným odborným vedením, za vzájemné podpory celé skupiny a vlastní pozitivní motivací dětského obézního pacienta je možno dosáhnout kladného výsledku - v úbytku hmotnosti, ve zvýšení jeho sebevědomí. Zda však edukace těchto pacientů ohledně dodržování pravidel zdravého životního stylu, pevnosti změněných stravovacích návyků a podnícení k jejich zvýšené pohybové aktivitě splnila svůj účel a bude znamenat trvalou změnu v jejich chování, ale i v chování jejich rodiny, plně ukáže až jejich návrat do běžného života.

Vztah tématu bakalářské práce k sociální pedagogice považuji za velice úzký. Poslání sociálního pedagoga vidím zejména v možné osvětě a systematické výchově celé široké veřejnosti k „zdravotní gramotnosti“. Ve vytváření nabídky hodnotových volnočasových aktivit (zejména u dětí a dospívajících), což v praktické rovině s sebou nese i prvek prevence v předcházení patologických jevů, kam obezita jednoznačně patří. Sociální pracovník by dále mohl uplatnit své poznatky při realizaci různých sportovně výchovných aktivit v rámci zážitkové pedagogiky, jejichž smyslem nebude jen zajistit zúčastněným strávení volného času tolik potřebnou pohybovou aktivitou, ale poskytnou účastníkům i možnost emocionálního prožitku a nácvik reakcí ve vypjatých životních situacích (Kraus, 2008). Kompetencí sociálního pracovníka by bylo možné v neposlední řadě využít také v rámci spolupráce, např. se školou, při organizování přednášek, soutěží, besed o prevenci, vzniku a komplikacích spojených s obezitou, neboť *„jen dostatečně informované a vzdělané děti mohou správně vyhodnocovat jednotlivé informace o výživě a životním stylu.“* (Marinov, Barčáková in Marinov, Pastucha a kol., 2012, s. 62).

S podporou teoretických východisek bylo na případových studiích prokázáno, že životní styl rodiny má zásadní podíl na formování stravovacích a pohybových návyků dětí. Úspěšnost léčby obezity je podmíněna nejen změnou v chování dětského pacienta, ale bude vždy vyžadovat spolupráci a ochotu ke změně životního stylu celé rodinné jednotky. Cíl bakalářské práce byl tedy splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2004, 206 s. ISBN 80-249-0418-7.
- [2] FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- [3] HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 422 s., ISBN 978-802-4732-527.
- [4] HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 978-807-3451-967.
- [5] HAVELKOVÁ, Marie a Jitka REISSMANNOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 102 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 133. ISBN 978-802-1050-501.
- [6] HEJDA, Stanislav. *Výživa a zdravotní stav člověka*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987, 196 s.
- [7] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [8] KAST-ZAHN, Annette a Hartmut MORGENROTH. *Aby děti správně jedly: [rady pro rodiče dětí od narození do 15 let]*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008, 176 s. ISBN 978-80-251-1937-2.
- [9] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-807-3673-833.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.
- [11] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- [12] MÁLKOVÁ, Iva. *Manuál pro vedoucí kurzů snižování nadváhy*. STOB 2005.
- [13] MÁLKOVÁ, Iva. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. 2. vyd. Praha: Smart Press, 2007, 222 s. ISBN 978-808-7049-068.

- [14] MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4742-106.
- [15] MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-802-0421-463.
- [16] RADVAN, Eduard a Michal VAVŘÍK. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS Brno, 2009, 57 s.
- [17] ŘEHULKA, Evžen. *Obecné otázky výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 376 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-802-1050-709.
- [18] SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 254 s. ISBN 978-807-3677-787.
- [19] VÍZDAL, František. *Základy psychologie*. Brno: IMS Brno, 2009, 185 s.
- [20] *Problematika výchovy dětí a mládeže ke zdravému způsobu života v evropských zemích*: sborník příspěvků z 1. mezinárodní konference evropských zemí. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1997, 293 s. ISBN 80-210-1654-X.
- [21] *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256
- [22] *Studie k výchově ke zdraví: Škola a zdraví pro 21. století*, 2011. 1. vyd. Editor Evžen Řehulka. Brno: MSD, 2011, 398 s. ISBN 978-807-3921-842.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči, pediatrie, obezita u dětí, PED/10 [online]. [cit. 2012-12-28]. Dostupné z:

http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation).

BMI Index tělesné hmotnosti (Body mass index).

KBT Kognitivně-behaviorální terapie.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Návrh pohybové aktivity pro různé stupně obezity	45
Tabulka 2: Přehled změn tělesných parametrů u Sluníček během pobytu v léčebně	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Edukační program pro sluníčka

Příloha P 2: Záznamový arch

Příloha P 3: Ukázka jídelního lístku sluníčků

Příloha P 4: Ukázka grafu BMI - David, 14 let, výška 180 cm

Příloha P 5: Ukázka grafu hmotnosti - David, 14 let, výška 180 cm

Příloha P 6: David – měření na přístroji InBody na počátku léčby

Příloha P 7: David – měření na přístroji InBody na konci léčby

Příloha P 8: Ukázka grafu BMI – Anička, 11 let, výška 154 cm

Příloha P 9: Ukázka grafu hmotnosti – Anička, 11 let, výška 154 cm

Příloha P 10: Anička – měření na přístroji InBody na počátku léčby

Příloha P 11: Anička – měření na přístroji InBody na konci léčby

PŘÍLOHA P I: EDUKAČNÍ PROGRAM PRO SLUNÍČKA

VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO SLUNÍČKA



1. den - středa: procházka po okolí
2. den – čtvrtek: kondiční testy, beseda „Zdravá výživa“ – obecné informace + zdůraznění pitného režimu
3. den – pátek: Skladba stravy – povídání o sacharidech
Povídání o stravovacím režimu ve Křetíně – s nutriční terapeutkou
4. den – sobota: Skladba stravy – povídání o tucích
5. den – neděle: Skladba stravy – povídání o bílkovinách, minerálních látkách a vitamínech
6. den – pondělí: Skladba stravy – opakování, kvízy
7. den – úterý: Potravinová pyramida
8. den – středa: Jídelní režim
9. den – čtvrtek: Potravinová pyramida + jídelní režim – opakování, kvízy
10. den – pátek: Princip „zdravého talíře“ + opakování, kvízy, nalepování do sešitu
11. den – sobota: Pohybový režim
12. den – neděle: Pitný režim
13. den – pondělí: Pohybový režim + pitný režim – opakování
14. den – úterý: Jak zvládnout mimořádné události
15. den – středa: Deštník sebeúcty
16. den – čtvrtek: Moje pocity při konzumaci jídla
17. den – pátek: Namaluj své nejoblíbenější jídlo a popiš jej, na základě tvých vědomostí z minulých povídání
- 18. den – sobota: Celkové shrnutí, návštěva obchodu**
19. den – neděle: Závěrečný test
- 20. den – pondělí: Vyhodnocení testů - certifikáty**

PŘÍLOHA P 3: UKÁZKA JÍDELNÍHO LÍSTKU SLUNÍČEK



Jihomoravské dětské léčebny, příspěvková organizace

Dětská léčebna Křetín

Jídelní lístek
8.4. - 14.4. 2013
Dobrou chuť!



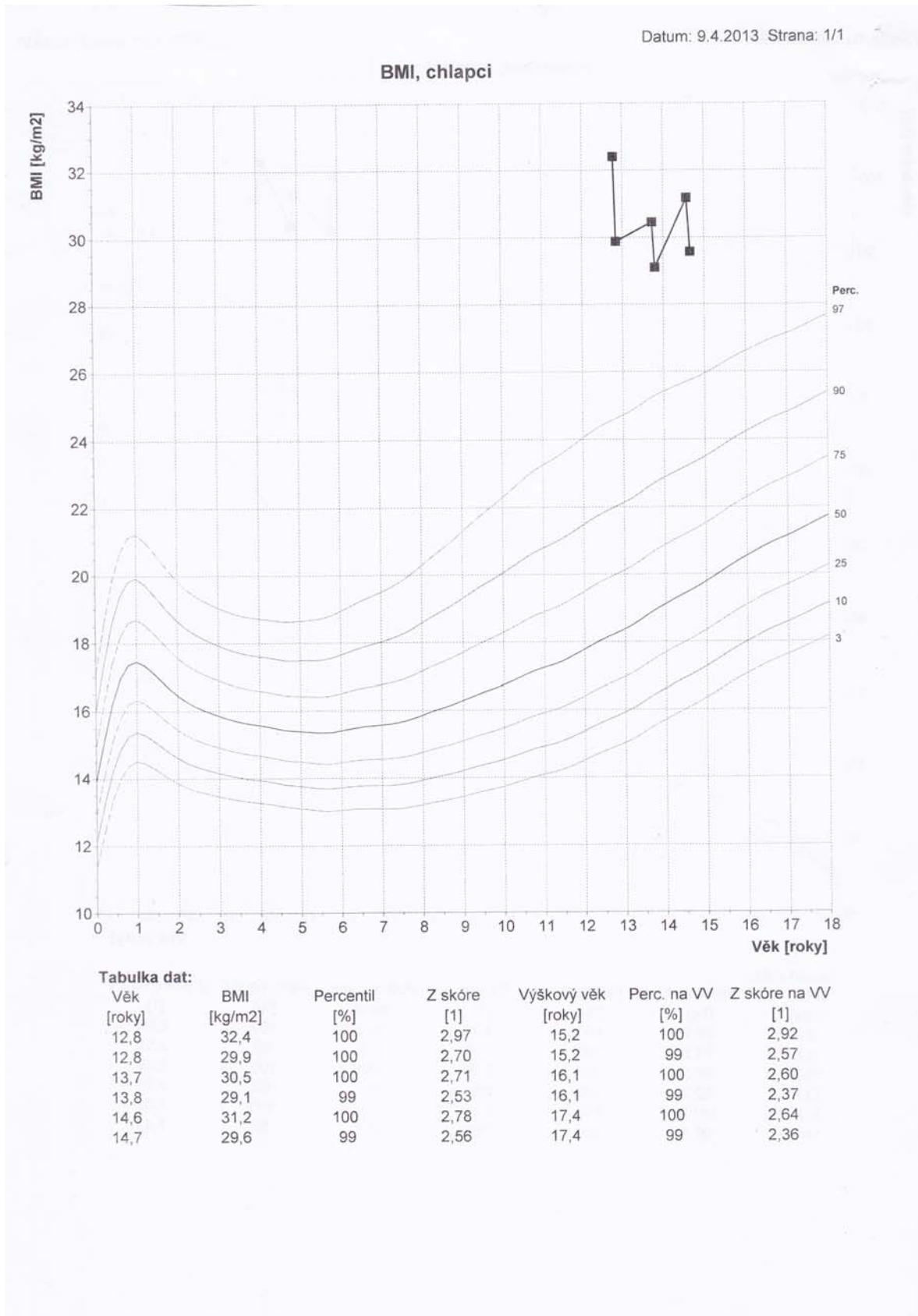
den	snídaně	přesnídávka	oběd	svačina	večeře
PO 8.4.	Müsli s ovocným jogurtem a ovocem	Ovoce	Polévka jáhlová se zeleninou, Poděbradské maso, těstoviny	Celozrnný rohlík, žervé, krutí prsní šunka, zelenina	Rýžový salát s rybou, dalaňákem II. večeře: zelenina
ÚT 9.4.	Kmínový chléb, vajíčková pomazánka s pažitkou, zelenina	Ovocný jogurt	Polévka květáková, Kuřecí paličky na žampionech, rýže, ovocný kompot	Dýňová kostka, ovocné mléko	Bramborové placky s pórkem, mléko, zeleninová obloha II. večeře: zelenina
ST 10.4.	Celozrnná kaiserka rostlinný tuk, sýr Eidam, zelenina	Ovocná přesnídávka	Zapečená brokolice, brambory	Grahamový rohlík, lučina, zelenina	Fazole na paprice, kmínový chléb II. večeře: ovoce
ČT 11.4.	Kukuřičné lupínky s mlékem a ovocem	Ovoce	Polévka bulharská, Rybí karbanátky s libečkem, bramborová kaše, salát	Sezamová bulka, ovocné zakysané mléko	Těstoviny se sýrovou omáčkou, zeleninová obloha II. večeře: zelenina
PÁ 12.4.	Grahamový rohlík, máslo, debrecínská pečeně, zelenina	Ovocný jogurt	Hovězí vývar s nudlemi, Hovězí guláš, celozrnný chléb	Müsli tyčinka, ovoce	Grenadýrský pochod, zeleninový salát II. večeře: ovoce
SO 13.4.	Ovesná kaše s ovocem	Ovoce	Polévka fazolková, Krutí minirolka, zeleninová rýže, salát	Kmínový chléb, rostlinný tuk, plátkový sýr	Celozrnný chléb, droždíová pomazánka s ovesnými vločkami, zelenina II. večeře: zelenina
NE 14.4.	Rohlík, žervé s pažitkou, zelenina	Ovocný tvaroh	Vepřová přírodní pečeně, barevná zelenina s bramborem	Čokoládové kostky, mléko	Teplé zeleninovo-sýrové toasty II. večeře: ovoce

Kontakt:

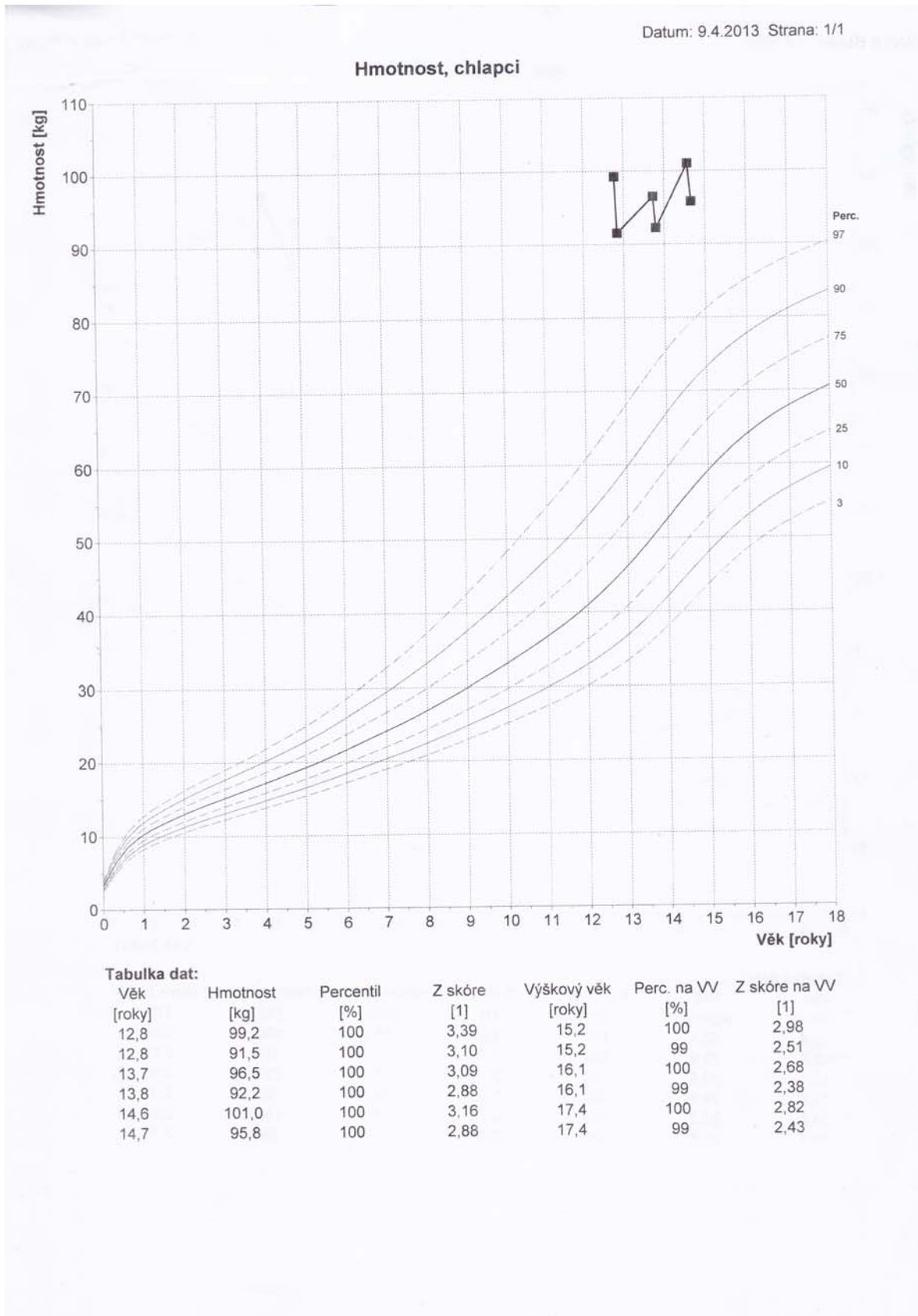
Jihomoravské dětské léčebny, příspěvková organizace
Dětská léčebna Křetín
Křetín 12
679 62

Telefon: 516 470 623; 732 708 700


PŘÍLOHA P 4: UKÁZKA GRAFU BMI – DAVID, 14 LET, VÝŠKA 180 CM



**PŘÍLOHA P 5: UKÁZKA GRAFU HMOTNOSTI - DAVID, 14 LET,
VÝŠKA 180 CM**



PŘÍLOHA P 6: DAVID – MĚŘENÍ NA PŘÍSTROJI INBODY NA POČÁTKU LÉČBY



InBody I.D. 98080949230

Age 14.6

Height 180cm

Weight 101kg

Gender Boy

Date / Time 07.03.2013/08:14

Age 14.6

Height 180cm

Weight 101kg

Gender Boy

Date / Time 07.03.2013/08:14

Pojďme odhalit z čeho je vytvořeno mé tělo?

Zaujímá vás tělo mého těla

Tělesná voda	49.3 kg	Enough
Bílkoviny	13.4 kg	Enough
Minerály	4.86 kg	Enough
Tělesný tuk	33.5 kg	Too much

Vytváří svaly
Dělají pevné kosti
Uchovávají nadbytečnou energii

Zkontrolujeme zda je mé tělo dostatečně vyvážené?

	Pod	Normální	Nad
Moje celková váha	4	5	6
Pro běžný tvar těla	4	5	6
Svaly	4	5	6
Ukládám si příliš mnoho tělesného tuku	4	5	6

101.1 kg
38.3 kg
33.5 kg

Roste mé tělo dobře?

Podívejte se na komentář s označením dítěte. Ukazuje star svou paže.

Podívejte se na komentář s označením chodidla. Ukazuje star svou nohou.

Jsi poměrně vyvinutý.	Dobře!	Jsi trochu buclatý.	Děleš je porůždu, ale pořád ještě více svalů.	Bylo by skvělé, kdybyš více rostl.
1 když jsi štíhý, jsi vyvinutý.	Dosti dobrý.	Chybí ti svaly.	Chybí ti svaly.	Vypadáš slabý.
Máš svaly jako atlet.	Velmi dobrý!	Ke své váze máš slabé svaly.	Ke své váze máš slabé svaly.	Zdáš se být slabý.
				Tě svaly jsou vhodím k této postavě, ale zdá se být slabý.

Jsem dobře vyvážený?

Paže	Wykwyly	Estimé nrylylyly
Nohy	Wykwyly	Estimé nrylylyly
Paže a nohy	Wykwyly	Estimé nrylylyly

Jaká je moje ideální váha?

Pro mou ideální hmotu svalů Need to gain 0.0 kg

Pro mou ideální hmotu tuku Need to lose 21.5 kg

Pro mou ideální váhu Need to lose 21.5 kg

Takže, jaká je moje ideální váha? **79.6 kg**

Ohodnocení mého těla

BMI Index tělesné hmotnosti 31.2 kg/m² normální

PBF Procento tělesného tuku 33.1% normální

OD Body fat ratio 140% normální

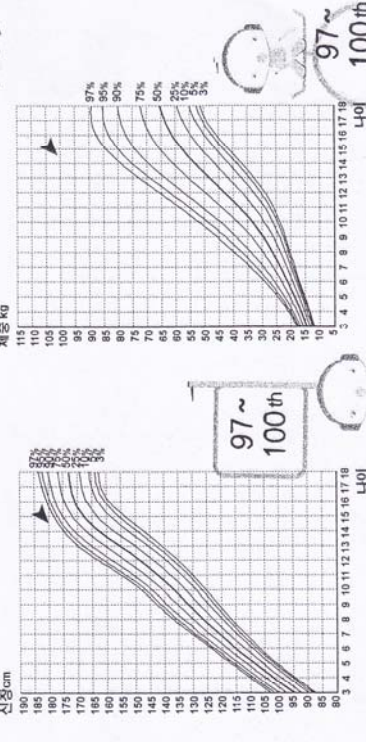
BMR Basal metabolismy výkon 1829 kcal normální

Jaké je moje růstové skóre? **65 Points**

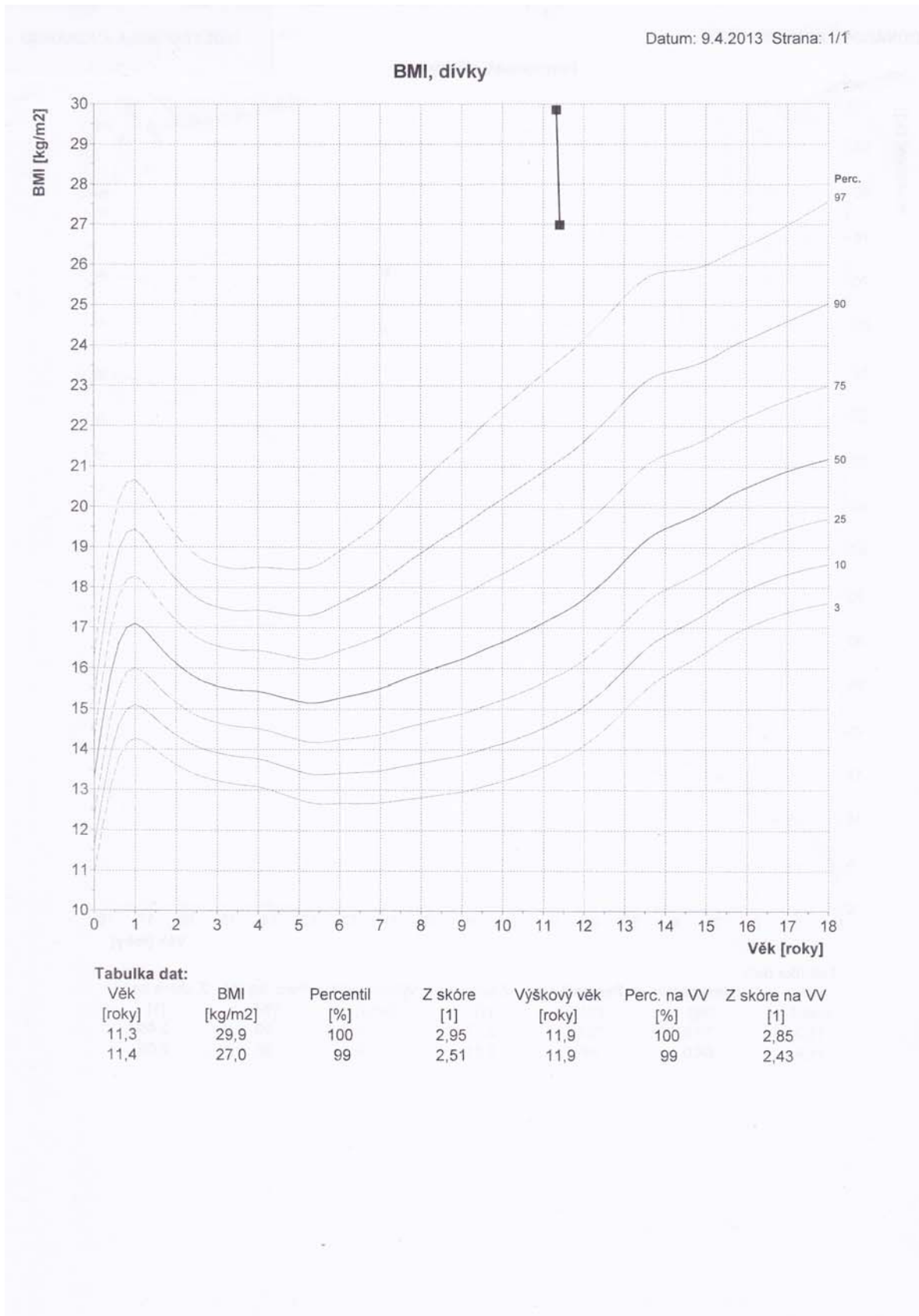
Impedance RA LA TR RL LL Z 20kHz 317.4 316.4 22.9 251.2 245.0 100kHz 282.2 282.6 18.8 217.8 213.2

Kde jsem mezi svými 100 přáteli se svou výškou a váhou?

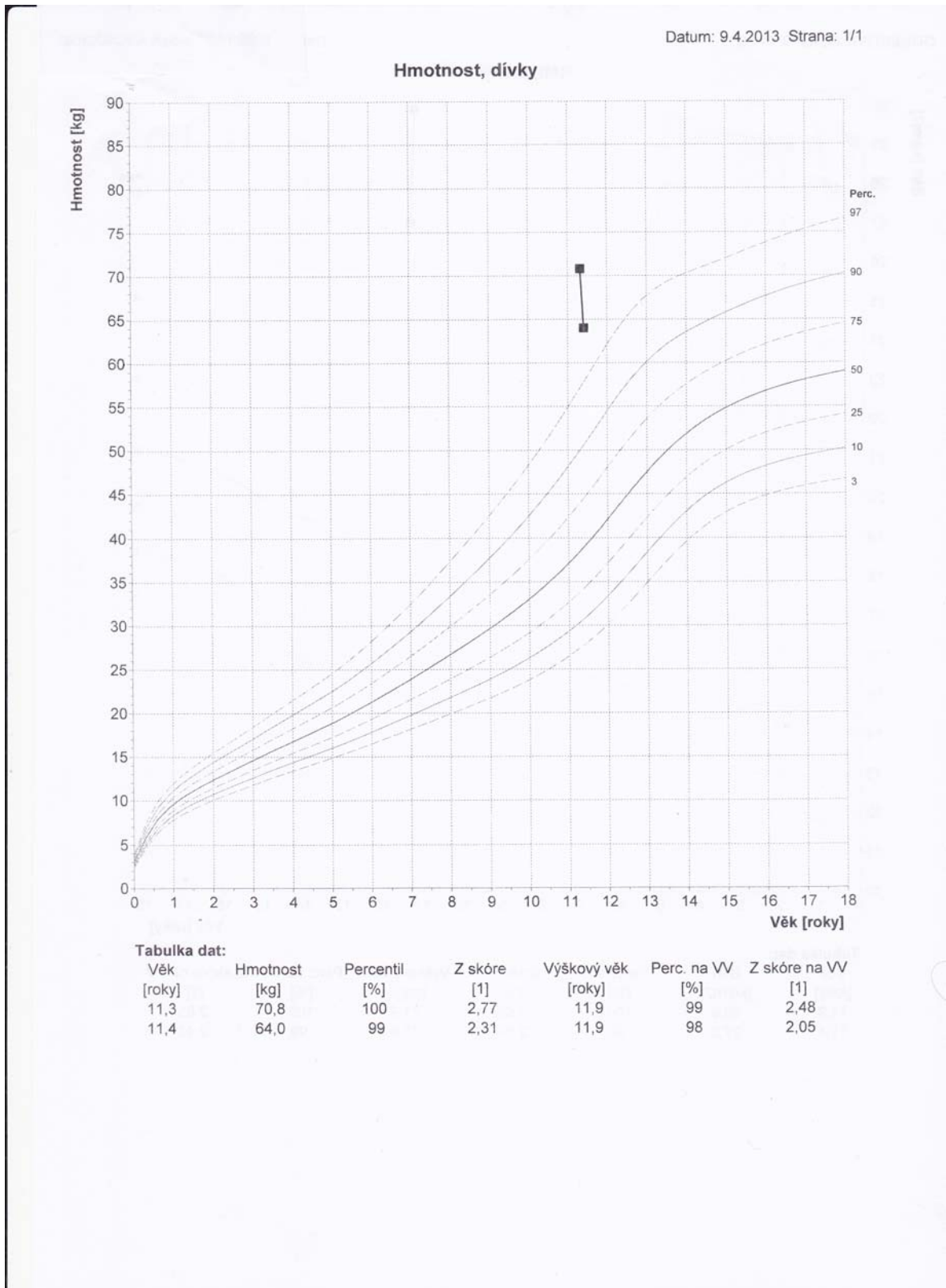
Cím vyšší a těžší, čísla se zvyšují. Kde jsem já?



PŘÍLOHA P 8: UKÁZKA GRAFU BMI – ANIČKA, 11 LET, VÝŠKA 154 CM



**PŘÍLOHA P 9: UKÁZKA GRAFU HMOTNOSTI – ANIČKA, 11 LET,
VÝŠKA 154 CM**



PŘÍLOHA P 10: ANIČKA – MĚŘENÍ NA PŘÍSTROJI INBODY NA POČÁTKU LÉČBY

ID. 0161094923

Age 11.3

Height 154cm

Weight 70.8kg

Gender Girl

Date / Time 07.03.2013/07:59

Moje celková váha 70.8 kg

Pro báječný tvar těla 23.1 kg

Ukládám si příliš mnoho tělesný tuk 28.7 kg

Pojďme odhalit z čeho je vytvořeno mé tělo?

Zaujímá většinu mého těla **Tělesná voda** 30.9 kg Enough

Vytváří svaly **Bílkoviny** 8.3 kg Enough

Dělají pevné kosti **Minerály** 2.86 kg Enough

Uchovává nadbytečnou energii **Tělesný tuk** 28.7 kg Too much

Zkontrolujeme zda je mé tělo dostatečně vyvážené?

	Pod	Normál	Nad
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10		

Roste mé tělo dobře?

Podíváme se na komentář s označením dlaně. Ukazuje starou svalů paže.

Podíváme se na komentář s označením chodidla. Ukazuje starou svalů nohou.

Již poměrně vyvinutý.	Dobře!	Dost dobrý.	Velmi dobrý!
I když je štíhlý, je vyvinutý.			
Má svaly jako atlet.			

Jsem dobře vyvážený?

Bylo by skvělé, kdyby více rostl.	Vypadáš slabý.	Zdáš se být slabý.	Tvé svaly jsou zvládnutím k váze v pořádku, ale zdáš se být slabý.
Již trochu buďatý.	Vypadáš dobře!		
Dělník je v pořádku, ale potřebuješ více svalů.			
Chytl si svaly.			
Ke své váze máš slabé svaly.			

Jaká je moje ideální váha?

Pro mou ideální hmotu svalů **Need to gain** 0.0 kg

Pro mou ideální hmotu tuku **Need to lose** 17.4 kg

Pro mou ideální váhu **Need to lose** 17.4 kg

Takže, jaká je moje ideální váha? **53.4 kg**

Ohodnocení mého těla

BMI 29.8 kg/m² normální

PBF 40.5 % normální

OD 148 % normální

BMR 1280 kcal normální

Jaké je moje růstové skóre? 55 Points

Kde jsem mezi svými 100 přáteli se svou výškou a váhou?

75 ~ 90 th

97 ~ 100 th

Cím vyšší a těžší, čísla se zvyšují. Kde jsem já?

Impedance RA 327.3 LA 330.2 TR 265.4 RL 220.1 LL 217.2


Z 20KHz 297.1 301.1 322.8 193.1 192.6

100KHz

poznámka

1200P-1201/2000P-1008/2004-01-05/2008-01-02

PŘÍLOHA P 11: ANIČKA – MĚŘENÍ NA PŘÍSTROJI INBODY NA KONCI LÉČBY



ID. 0161094923 **Age** 11.4

Height 154cm **Weight** 64kg **Gender** Girl **Date / Time** 08.04.2013/06:48

Age 11.4

Pojdme odhalit z čeho je vytvořeno mé tělo?

Zaujímá věšinu mého těla **Tělesná voda** 31.1 kg Enough

Vyhřadí svaly **Bílkoviny** 8.5 kg Enough

Dělají pevné kosti **Minerály** 2.89 kg Enough

Uchovává nadbytečnou energii **Tělesný tuk** 21.5 kg Too much

Zkontrolujeme zda je mé tělo dostatečně vyvážené?

	Pod	Normál	Nad
Moje celková váha	1	2	3
Pro báječný tvar těla	1	2	3
Ukládám si příliš mnoho tělesný tuk	1	2	3

Roste mé tělo dobře?

Jsi poměrně vyvinutý. Jsi trochu buclatý. Bylo by škvák, kdybyš více rostl.

Když jsi sáň, jsi vyvinutý. Když ti svaly. Vypačtáš sáň.

Máš svaly jako atlet. Ke své váze máš slabé svaly. Tvé svaly jsou chvilou k váze v pořádku, ale zůst se být sáň.

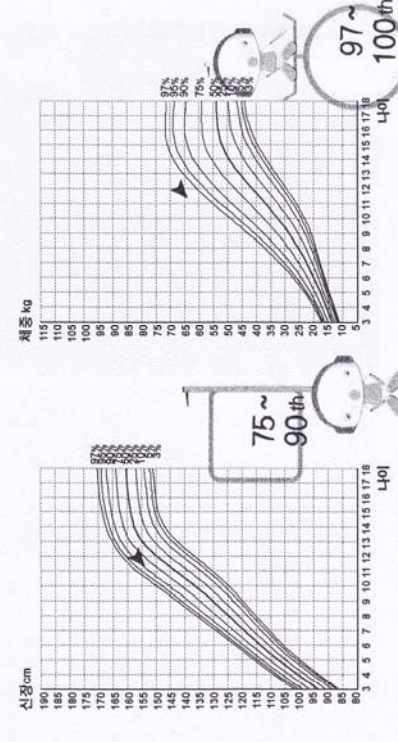
Jsem dobře vyvážený?

Paže Vyvážený Laciné Estimně nepřesný

Nohy Vyvážený Laciné Estimně nepřesný

Paže a nohy Vyvážený Laciné Estimně nepřesný

Kde jsem mezi svými 100 přáteli se svou výškou a váhou?



Jaká je moje ideální váha?

Pro mou ideální hmotu svalů **Need to gain** 0.0 kg

Pro mou ideální hmotu tuku **Need to lose** 10.1 kg

Pro mou ideální váhu **Need to lose** 10.1 kg

Jaké je moje ideální váha?

Takže, jaká je moje ideální váha? **53.9kg**

Ohodnocení mého těla

BMI (Index tělesné hmotnosti) normální pod nad extrémně nad

PBF (Procento tělesného tuku) 27.0 kg/m normální pod lehce nad extrémně nad

OD (Stupeň svalovosti) 33.5 % normální slabý nad extrémně nad

BMR (Metabolická rychlost v klidu) 134 % normální rov nad

poznámka 1289 kcal

Impedance

Z	RA	LA	TP	RL	LL
200KHz	339.6	341.0	27.9	239.5	238.4
100KHz	305.0	308.9	21.6	207.9	205.8

22094-1201-7208P-1008-2204-01-05-7208-01-02