

Podpora zdraví a zdravého životního stylu jako prevence obezity u dětí předškolního věku

Bc. Klára Kociánová

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav školní pedagogiky

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Klára Kociánová
Osobní číslo:	H23383
Studijní program:	N0111A190015 Předškolní pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Podpora zdraví a zdravého životního stylu jako prevence obezity u dětí předškolního věku

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury z oblasti podpory zdraví a prevence obezity.
Vymezení terminologie a teoretických východisek týkajících se zdraví, zdravého životního stylu a prevence obezity u dětí předškolního věku.
Příprava metodologie výzkumu, stanovení výzkumných cílů a výzkumných otázek.
Realizace kvalitativně orientovaného výzkumu prostřednictvím analýzy školních dokumentů a rozhovorů s učiteli mateřských škol.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

Boženský, J. (2022). *Obézitá u dětí v roce 2022*. Solen.

Ling, J., King, K. M., Speck, B. J., Kim, S., & Wu, D. (2014). Preliminary assessment of a school-based healthy lifestyle intervention among rural elementary school children. *Journal of School Health*, 84(4), 247–255. <https://doi.org/10.1111/josh.12143>

Mareš, J., & Kebza, V. (Eds.). (2024). *Psychologie zdraví*. Grada.

Pate, R. R., Hillman, C. H., Janz, K. F., Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Torres, A., Whitt-Glover, M. C., & 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2019). Physical activity and health in children younger than 6 years: A systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(6), 1282–1291. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001940>

Verduci, E., Di Profio, E., Fiore, G., & Zuccotti, G. (2022). Children's diets in a changing world: Integrated approaches to combatting childhood obesity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 78(2), 8–19. <https://doi.org/10.1159/000524962>

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Barbora Plisková, Ph.D.**
Ústav školní pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **16. prosince 2024**

Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Mgr. Marcela Janíková, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 16. prosince 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Diplomová práce má za cíl zjistit, jak mateřská škola podporuje zdraví a zdravý životní styl jako prevenci obezity u dětí předškolního věku. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se věnuje vymezení problematiky zdraví, informací z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu a poznatků týkající se obezity u dítěte předškolního věku. Na teoretická východiska navazuje praktická část, jež obsahuje metodologii kvalitativně orientovaného výzkumu včetně zpracování a interpretace dat. Na konci jsou zařazena výzkumná zjištění, diskuse nad výsledky výzkumu a doporučení pro praxi. Z výzkumu vyplynulo, že mateřská škola podporuje zdraví a zdravý životní styl u dětí předškolního věku prostřednictvím edukačně zaměřených aktivit, zdravým stravováním a pohybovými aktivitami. K dalším zjištěním se řadí obavy učitele mateřské školy z řešení obezity či nadváhy dítěte s jeho rodiči.

Klíčová slova: zdraví, zdravý životní styl, prevence, obezita

ABSTRACT

The aim of Master thesis is to find out how the kindergarten promotes health and healthy lifestyle as a prevention of obesity in preschool children. The thesis is divided into two parts. The theoretical part focuses on the definition of health, health promotion and healthy lifestyle and knowledge about obesity in preschool children. The theoretical background is followed by the practical part, which contains the methodology of qualitative research, including data processing and interpretation. Finally, research findings, discussion of the research results and recommendations for practice are included. It was found that the kindergarten promotes health and healthy lifestyles in preschool children through educationally oriented activities, promoting healthy diet and physical activities. Another significant finding is the kindergarten teacher's fear of addressing the child's obesity or overweight with his/her parent.

Keywords: health, healthy lifestyle, prevention, obesity

Ráda bych zde poděkovala všem, kteří mi byli nápomocní při mém navazujícím studiu. Děkuji paní PhDr. Mgr. Bc. Barboře Pliskové Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a také trpělivost a ochotu při spolupráci. Děkuji mé rodině a přátelům za podporující přístup a notnou dávku trpělivosti po dobu mého studia. Poděkování patří také všem odborníkům, které byly ochotny se zapojit do výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 VYMEZENÍ PROBLEMATIKY ZDRAVÍ	15
1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVÍ	15
1.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	15
1.3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	16
1.4 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU V PROBLEMATICE ZDRAVÍ	17
2 PODPORA ZDRAVÍ A ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	19
2.1 LEGISLATIVNÍ, KURIKULÁRNÍ A METODICKÉ ZAKOTVENÍ PODPORY ZDRAVÍ DÍTĚTE	20
2.2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ.....	22
2.3 OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ A ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	23
2.3.1 Stravování	23
2.3.2 Pohybová aktivita	25
2.3.3 Spánková aktivita	27
2.3.4 Ochrana před zraněním a nemocemi	28
3 OBEZITA U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	30
3.1 CHARAKTERISTIKA OBEZITY	31
3.2 PŘÍČINY A VZNIK OBEZITY	32
3.3 RIZIKA A DŮSLEDKY OBEZITY	34
3.4 PREVENCE OBEZITY	35
3.4.1 Stravování v rodině a v mateřské škole	36
3.4.2 Pohybová aktivita	37
3.5 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A LÉČBA OBEZITY	39
3.5.1 Stravování	40
3.5.2 Pohybová aktivita	40
3.5.3 Lázeňská léčba	41
3.5.4 Psychoterapie	41
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	45
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	45
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	45
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	46
4.5 VÝZKUMNÉ METODY	47
4.5.1 Metody sběru dat	48

4.5.2	Metody zpracování a interpretace dat	49
4.6	ETIKA VÝZKUMU.....	50
4.7	PŘEDVÝZKUM.....	50
4.8	LIMITY VÝZKUMU	51
5	KOMPARACE VYBRANÝCH DOKUMENTŮ	52
5.1	JUXTAPOZICE.....	52
5.2	VLASTNÍ ZJIŠTĚNÍ	59
6	ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT	64
7	VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ.....	79
7.1	REŽIM JAKO PREVENCE OBEZITY U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	79
7.2	PŘÍSTUPY K FORMOVÁNÍ ZDRAVÝCH NÁVYKŮ JAKO PREVENCE OBEZITY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	80
7.3	BARIÉRY V PREVENCI OBEZITY U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	82
8	DISKUSE	83
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	85
9.1	DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM.....	86
	ZÁVĚR.....	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
	SEZNAM TABULEK	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	94
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95

ÚVOD

Zdraví je uznáváno jako jedna z nejdůležitějších lidských hodnot. Nezáleží při tom, zda se jedná o dospělého člověka nebo dítě. Je třeba naučit se vnímat zdraví jako to nejdůležitější, co člověku náleží. S tím souvisí také nutnost osvojit si strategie k podpoře svého zdraví. Tyto základy může dítě získat v rodině a může se s nimi také ztotožnit prostřednictvím výchovně vzdělávacího procesu v mateřské škole, protože jsou rodič a učitel pro dítě vzorem, na základě kterého formuje svou osobnost a učí se novým vědomostem, dovednostem a návykům.

V posledních letech vzrostlo procento populace potýkající se s obezitou. Ta se vzápětí stala celospolečensky debatovaným problémem. Bohužel už také existují alarmující data upozorňující na vyšší prevalenci dětí s nadváhou a dokonce obezitou. Na základě těchto zjištění bylo definováno téma této práce, která se zabývá podporou zdraví a zdravého životního stylu sloužící k prevenci obezity u dětí předškolního věku.

Práce je rozdělena na dvě části. Cílem teoretické části je vymezit problematiku zdraví, shrnout informace z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu a nakonec sumarizovat poznatky týkající se obezity u dítěte předškolního věku. Z celé řady definic (viz následující kapitola) charakterizujících pojem „zdraví“ se jevila jako nejpřiléhavější definice Křivohlavého (2003, s. 27), který se zaměřuje na celostní rozvoj jedince. Což se bude odrážet ve snaze předkládané práce komplexně postihnout holistické zaměření výchovně vzdělávacího procesu v mateřské škole.

Na teoretická východiska navazuje praktická část, která obsahuje metodologii kvalitativně orientovaného výzkumu, stanovené výzkumné cíle a z nich vycházející výzkumné otázky. Následně předkládá charakteristiku výzkumného vzorku a metody sběru dat, přičemž byly zvoleny hloubkový polostrukturovaný rozhovor a komparativní analýza dokumentů. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku, na něj navazuje zpracování a interpretace dat. V závěru práce jsou uvedeny výsledky analýz, které byly porovnány s již existujícími výzkumy či publikacemi týkajícími se zkoumané problematiky.

Z výsledků výzkumu vychází, že je podpora zdraví a formování zdravého životního stylu jednou z oblastí výchovně vzdělávacího procesu realizovaného učitelkami v mateřské škole. Podle jedné z nich, by měly být děti vedeny ke správné životosprávě už od útlého věku, a to nejen v rodině, ale právě i v mateřské škole.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PROBLEMATIKY ZDRAVÍ

Kapitola slouží jako základní vhled do problematiky zdraví. V první řadě předkládá jasné vymezení pojmu zdraví. Následují determinanty zdraví, které mají potenciál jej ovlivnit jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Nakonec je uveden zdravý životní styl.

1.1 Charakteristika zdraví

Pojem zdraví je vícerozměrné označení stavu jedince a nelze jej jednoznačně definovat. Palová a Jochmannová (In Jochmannová, Kimplová et al., 2021) uvádí bio-psycho-sociálně-spirituální model. Na základě dalších autorů (např. Engela, 1977; Zimmer et al., 2016) jej vysvětlují jako přístup zdůrazňující aspekty sociální a psychické složky člověka.

Definice zdraví byla Světovou zdravotnickou organizací (dále jako WHO) několikrát pozměňována a doplňována. V roce 1948 zněla takto: „zdraví je stav kompletní fyzické, mentální i sociální pohody“ (WHO, 2001, s. 19). Hamplová (2020, s. 16) z této definice vychází a dále v ní analyzuje tři základní aspekty zdraví: „Fyzické neboli tělesné zdraví, které souvisí s nepřítomností nemoci nebo vady; psychické neboli duševní zdraví, které je základním kritériem kvality života a sociální zdraví, které jedinci umožňuje navazovat sociální kontakty a zvládat jejich sociální role.“ Další definici uvádí Křivohlavý (2003, s. 27), který zdraví definuje jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“. Právě tato definice se stala výchozí pro chápání pojmu zdraví v celé diplomové práci, jak už bylo nastíněno v úvodu. Mlčák (2011) považuje zdraví za primární hodnotu života, bez které není možné vést kvalitní život. Uvádí také, že se pojetí zdraví historicky měnilo, ale v podstatě ve všech civilizacích bylo velmi považováno a ochraňováno. Dále se na zdraví dívá jako na „schopnost normálního fungování“. Na základě uvedených definic lze vysledovat, že každý autor vnímá zdraví ze svého úhlu pohledu. Shodnou se však na tom, že je zdraví jednou ze základních hodnot lidského života.

1.2 Determinanty zdraví

Obecně lze říci, že determinant je faktor nebo činitel, který má potenciál něco ovlivnit bez ohledu na pozitivní nebo negativní důsledky. Vokurka, Hugo et al. (2015) charakterizují determinanty zdraví jako „souhrn jevů a podmínek, které určují nebo výrazně ovlivňují zdraví“. V dnešní době je možné jako determinanty zdraví vnímat stravování, pohyb nebo sociální prostředí, jak zmiňují Čeledová a Čevela (2010). Hamplová (2019) k již uváděným

přidává úroveň vzdělání a stres, dále hygienu, postoj k vlastnímu zdraví a péči o něj, zdravotnické služby, genetické faktory a faktory životního prostředí. Za nezanedbatelný determinant zdraví považuje i zdravý životní styl, jemuž se věnuje následující podkapitola. Výběr zde uvedených determinantů zdraví byl zvolen s ohledem na zaměření předkládané práce.

U dítěte předškolního věku lze za důležité determinanty považovat také rodinné zázemí, osobnost učitele nebo prostředí školy (bezpečnost prostředí, režim dne, nabízené aktivity, strava), jak uvádí Kovaříková a Marádová (2020). Autorky navazují tím, že je pro dítě důležité, aby prostředí, ve kterém se pohybuje, bylo co nejlépe uzpůsobeno danému cíli. Tedy aby v dítěti stimulovalo potřebu chránit zdraví své i ostatních, budovat lepší životní prostředí a v neposlední řadě se chovat tak, aby se vyvarovalo zbytečným úrazům či onemocněním.

1.3 Zdravý životní styl

Zdravý způsob života a zdravý životní styl někteří autoři chápou jako synonymum a někteří jako nadřazené pojmy. Tato práce se přiklání k synonymnímu pojetí. Stebbins (2009 In Sikmund & Sikmundová, 2024, s. 14) uvádí, že zdravý životní styl „reprezentuje každodenní chování jedince nebo skupiny osob, v němž se zrcadlí hodnotová orientace, zájmy, postoje, potřeby a způsob využívání a ovlivňování materiálních i sociálních životních podmínek a prostředí“. Také Čeledová a Čevela (2010) charakterizují zdravý životní styl jako soubor chování jedince v různých životních situacích. Podle nich záleží pouze na svobodném rozhodnutí jedince, zda bude konat v zájmu svého zdraví nebo jestli bude provádět činnosti jeho zdraví poškozující či dokonce ohrožující. Zdravý životní styl nezahrnuje pouze tělesné, psychické a sociální zdraví, ale je třeba také uvažovat nad tím, v jakém prostředí se jedinec nachází. Je důležité zohlednit mezilidské vztahy, myšlení a například i postoje jedince. (Marková, 2012). Na základě materiálů WHO Mlčák (2011) uvádí, že zdravý způsob života má až 50% vliv na zdraví jedince. S tím souhlasí i Hamplová (2020) a zmiňuje další determinanty. Podle ní jedince ovlivňují faktory životního prostředí asi z 15–20 %, dále genetické faktory z 10–15 % a nakonec zdravotní faktory ve stejném procentuálním zastoupení.

V rámci dodržování zdravého způsobu života lze říct, že se jedinec snaží chovat a žít co nejlépe dovede, adekvátně reagovat na vzniklé situace a zdárně je vyřešit. V neposlední

radě se snaží předcházet škodlivým faktorům jako je například kouření, nezdravé stravování, dehydratace, nedostatek spánku či přemíra stresu. (Čeledová & Čevela, 2010).

Součástí zdravého životního stylu je několik složek, které je potřeba zohlednit a podporovat. Jedná se o stravování, jež je právě u dětí předškolního věku snad nejdůležitější. Následuje pohybová aktivita, spánek a duševní zdraví. Zmíněným složkám se věnuje nadcházející kapitola 2.2 Jednotlivé oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu.

1.4 Dítě předškolního věku v problematice zdraví

U dítěte předškolního věku, tedy mezi 3.–5. rokem života, dochází ke zpomalení a harmonizaci tělesného vývoje. Dítě opticky hubne, což je zapříčiněno růstem spíše do výšky než do šířky. Ve větší míře rostou dlouhé kosti a dochází také k nárůstu svalové hmoty. Tělo dítěte vyžaduje dostatečné množství pohybu. (Thorová, 2015). Sigmund a Sigmundová (2024) na základě výzkumu uvádí, že děti ve věku 3–8 let tráví průměrně 7 hodin denně pohybovou aktivitou, 9 hodin spánkem a 8 hodin sedavým chováním ve kterém je započteno sezení u jídla nebo sezení při hře například u stolu.

Ke konci období předškolního věku dochází k přeměně chrupu. Pro zdravý vývoj dítěte potřebuje pestrou a zdravou stravu podpořenou dostatečným množstvím tekutin. Chut' k jídlu se často mění, což však společně s přechodně sníženou potřebou konzumace potravin, není důvodem ke znepokojování. I v rámci kognitivního vývoje dochází také ke značným změnám. Dítě je velmi zvědavé, komunikativní a dožaduje se nových informací. Mozek dítěte dokáže zpracovat více vjemů, což napomáhá k rychlejšímu učení. (Thorová, 2015). To znamená, že období předškolního věku je ideální pro budování správných životních návyků, vědomí zdravého stravování, důležitosti pohybu, ale i odpočinku v životě jedince, což je jeden z důvodů, proč se tato práce zabývá právě zdravím dítěte. S čímž souhlasí již dříve zmiňovaný Matoulek (2021).

Děti se učí převážně nápodobou a jejich návyky pochází z rodiny, proto je důležité, aby jejich rodiče byli znalí zdravého způsobu života, dodržovali jej a tím pádem jej předávali i svým dětem, pro které se stane zmíněný styl života normálním a přirozeným. Je však možné děti zdravému způsobu života naučit i mimo nejbližší rodinu, například u prarodičů, v mateřské nebo základní škole. Na základě několika autorů (Koťátková, 2014; Mertin, 2021) se však domnívám, že poznatky a návyky získané touto cestou nebudou mít u dítěte tak trvalého účinku, neboť jsou mu největším vzorem právě rodiče a bylo by ideální, aby byl

pevný základ položen v rodině. Jakmile dítě nastoupí do mateřské školy, stane se jeho dalším vzorem učitel. Je možno toho využít a vštěpovat dítěti zdravý životní styl i v mateřské škole. Pokud ale nastane neshoda v názorech učitele a rodičů, může tato snaha postrádat účinku.

Podle Machové a Kubátové, (2016) má největší roli při pokládání zdravých návyků žena, respektive matka, neboť se od narození stará o dítě, učí jej hygienickým návykům a dbá na vyváženost stravy. Dále dodávají, že je lepší úrazům a nemocem předcházet, než je pak léčit. Tento názor lze využít i při výchově dětí. Samostatně se této problematice věnuje výchova ke zdraví.

Jak už bylo zmíněno dříve, období předškolního věku dítěte je ideální pro pokládání základů zdravého životního stylu, posilování zdraví a také prevence úrazů a onemocnění. Tyto děti jsou většinou ohroženy prostředím, ve kterém vyrůstají a také dospělými osobami, jež o ně pečují. Proto je důležité zajistit zdravé a podnětné prostředí a dostatečně edukované dospělé pečovatele, aby nedocházelo ke zbytečnému ohrožování zdravého vývoje dětí.

Machová a Kubátová (2016) uvádějí jistá opatření, která by měl učitel dodržovat v rámci prevence úrazů a onemocnění. Jedná se o častou a účinnou výměnu vzduchu větráním (v mateřské škole dbát na intenzivnější větrání i u pohybových aktivit), zajištění správné teploty a vlhkosti vzduchu, dále zabránění kapénkové infekci dodržováním hygienických zásad a také provádění otužování vzduchem a vodou.

2 PODPORA ZDRAVÍ A ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Podpora zdraví a zdravého životního stylu je velmi podstatná v již zmiňované problematice zdraví u dítěte. Tato kapitola slouží k ujasnění důležitosti podporování zdraví dětí ze strany dospělých osob. Je zde charakterizováno dítě předškolního věku v souvislosti s předkládanou problematikou. Následuje výchova ke zdraví a také jednotlivé oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu, na které by měl být kladen zřetel.

Jednoznačnou definici podpory zdraví není možné uvést, jelikož se do ní promítá řada různých faktorů a individuálních přístupů, které logicky ústí do odlišných výsledků. Každá dospělá osoba zodpovídající za výchovu dítěte, může přistupovat k podpoře zdraví podle vlastních zásad. Z tohoto důvodu není možné jednoduše paušalizovat proces podpory zdraví. Obecně ale lze říct, že „zahrnuje veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví, a to jak posilováním plné tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti vůči nemocem.“ (Machová & Kubátová, 2016, s. 12). Podpora zdraví a zdravého životního stylu by měla být aplikována od co nejútlejšího věku jedinců. Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že neměli být kvalitně vzdělaní pouze zdravotničtí pracovníci, ale také lidí podílejících se na ovlivňování dalších lidí. Konkrétně zmiňují rodiče, učitele, politiky a novináře. Matoulek (2021) pokládá právě předškolní věk (konkrétně před 3. rokem života dítěte a poté mezi 5. – 7. rokem) za ideální dobu na zafixování zdravého pohybu jako součást každého dne. S touto myšlenkou souhlasí i Hamplová a Urbánková (In Řehulka & Reissmannová, 2013), jež uvádí, že je důležité, aby bylo dítě vystavováno zdravému životnímu stylu jak v rodině, tak ve škole. Díky tomu si zdravé návyky a postoje snáze osvojí a upevní.

Pro zlepšení účinnosti podpory zdraví a zdravého životního stylu ve školách by podle Ling et al. (2014, s. 253) měly školy spolupracovat s rodinami nebo komunitami, kde děti žijí a zajistit jim „programy před školou a po ní, lekce zdravého vaření, lekce na podporu fitness stránky nebo zábavné fitness večery“. Vše by mělo být přizpůsobeno rozpočtům daných rodin.

Co se týče prevence obezity prostřednictvím zdravého životního stylu, je potřeba definovat pojem prevence. Podle Vokurky, Huga et al. (2015) prevence znamená předcházení nemoci. Může se jednat o prevenci primární, která má za cíl zabránit vzniku onemocnění nebo úrazu. Dále o prevenci sekundární. Ta se snaží o identifikování symptomů nemoci. A nakonec o prevenci terciální, která je zaměřená proti vzniku komplikací u daného

onemocnění. V rámci této práce je prevence chápána jako předcházení skutečnosti, tedy obezitě v dětském věku, prostřednictvím různých opatření.

V rámci posilování zdraví, je třeba znát determinanty zdraví, které mohou stav zdraví velmi ovlivnit. Pod determinanty se skrývají například zdravá strava či dostatek spánku. Ovšem nejedná se pouze o pozitivní determinanty, ale také o ty negativní, za něž se považuje kouření, nadměrná konzumace alkoholu nebo gamblerství. (Hamplová, 2019).

2.1 Legislativní, kurikulární a metodické zakotvení podpory zdraví dítěte

Podpora zdraví a zdravého životního stylu dítěte je u nás upravena hned několika způsoby. Jedná se o legislativu v podobě zákonů a vyhlášek. Dále je to kurikulum jako Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, z něho vycházející školní vzdělávací programy a také Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole (2008). Existuje také metodické ukotvení vydané například Českou školní inspekcí nebo Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

V první řadě, legislativní rámec. Z velmi obecného hlediska pojednává o podpoře zdraví zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, který v § 7 stanovuje podmínky pro výchovu a vzdělávání dětí, podmínky vnitřního prostředí stavby a hygienické požadavky na venkovní hrací plochy pro hry dětí. Školy a školská zařízení jsou podle zákona „povinny zajistit, aby byly splněny hygienické požadavky upravené prováděcím právním předpisem na prostorové podmínky, vybavení, provoz, osvětlení, vytápění, mikroklimatické podmínky, zásobování vodou a úklid“. Druhým, a to zásadním, je školský zákon č. 561/2004 Sb.. Ten se k podpoře zdraví dítěte vyjadřuje podrobněji. Například v § 22b, písmeno c) je uvedeno, že pedagogický pracovník „je povinen chránit bezpečí a zdraví dítěte, ... a předcházet všem formám rizikového chování ve školách a školských zařízeních“. Bezpečnost a ochrana zdraví je upravena i v § 29, kdy jsou školy a školská zařízení povinna při vzdělávání „přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj“.

V rámci legislativy se jedná také o vyhlášky. První z nich je vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání, jež stanovuje v § 5 péči o zdraví a bezpečí dětí. Je zde uvedeno, že po dobu, kterou dítě tráví v mateřské škole, za něj zodpovídá učitel do doby, než jej předá zpět rodiči nebo pověřené osobě. Dále je to vyhláška č. 107/2005 o školním stravování. § 4 (3) upravuje výčet jídel, které má dítě v mateřské škole právo denně odebrat. Konkrétně

je to „oběd, jedno předcházející a jedno navazující doplňkové jídlo (ve smyslu svačiny), je-li vzděláváno ve třídě s celodenním provozem“. Detailně jsou v příloze č. 1 této vyhlášky upraveny výživové normy pro školní stravování. Podle věkových skupin je rozděleno množství následujících druhů potravin: maso, ryby, tekuté mléko, volné tuky, volné cukry, zelenina celkem, ovoce celkem, brambory a luštěniny.

Podpora zdraví a zdravého životního stylu je také upravena prostřednictvím kurikulárního rámce. Stěžejním dokumentem je v tomto případě Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. V rámci životosprávy je uvedeno, že musí být „v denním programu respektována individuální potřeba aktivity a odpočinku každého dítěte. Dětem je nabízena pestrá a vyvážená strava. Mateřská škola zajišťuje po celý den pitný režim a také dostatek volného pohybu ve třídě i venku.“ (NPI, 2025, s. 11). Pro jednotlivé oblasti vzdělávání jsou definované očekávané výsledky učení. V případě oblasti Dítě a jeho tělo se jedná například o znalosti o lidském těle, jeho smyslech a biologických potřebách, fyzickou zdatnost nebo ochranu zdraví.

Existuje také publikace Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole (2008). Jedním z hlavních cílů je Přispět k výchově předškolního dítěte ke zdravému životnímu stylu, jenž je charakterizován návyky a dovednostmi zdravého životního stylu; odolností vůči stresům a zdraví škodícím vlivům, které mohou vést ke zneužití a závislostem (podpora budoucího zdraví). V rámci kurikula jsou charakterizovány následující podmínky vzdělávání. Jedná se o učitelku podporující zdraví, věkově smíšené třídy, rytmický řád života a dne, tělesnou pohodu a volný pohyb, správnou výživu, spontánní hru, podnětné věcné prostředí, bezpečné sociální prostředí, participativní a týmové řízení, partnerské vztahy s rodiči, spolupráci mateřské školy se základní školou a nakonec začlenění mateřské školy do života obce.

Česká školní inspekce vydala metodické doporučení pro školní rok 2024/2025, ve kterém se v jedné z kapitol věnuje aktivní mateřské škole v rámci podpory pohybových aktivit dětí. „Dlouhodobý nedostatek pohybu je přímo spojován s rozvojem civilizačních chorob, které výrazně snižují kvalitu života (cukrovka, obezita, vysoký tlak), ale je i příčinou psychických poruch a nemocí (úzkosti, deprese, poruchy sebehodnocení...).“ je jedním z hlavních důvodů vzniku tohoto dokumentu. Pohybový režim je podle autorů součtem všech pohybových aktivit dítěte během dne. Je uvedeno také časové doporučení pro jednotlivé druhy pohybu dítěte, jako například 60 minut spontánních neřízených pohybových aktivit zahrnujících chůzi či hry na zahradě a také 60 minut cílených organizovaných aktivit určených zejména k rozvoji pohybových dovedností, kondice

a správného držení těla. Tento čas je doporučován pro pobyt dítěte v mateřské škole za jeden den.

Další z metodických příruček vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Jedná se o Plán podpory pohybu dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních a státní politiky školního a vysokoškolského sportu pro období 2024–2028. Pro potřeby dětí navštěvujících mateřskou školu je možné považovat za nejdůležitější opatření č. 1: Podpora aktivního pohybového režimu žáků během celého dne, který zahrnuje pět klíčových aktivit. První z nich je aktivní transport z a do školy, v rámci něhož nestačí iniciativa školy a učitelů, ale je potřeba spolupracovat například s městem či obcí. Záleží totiž primárně na bezpečné infrastruktuře, kterou by mohly děti (s rodiči) využívat při transportu do a ze školy. Druhá a třetí klíčová aktivita spolu souvisí. Jedná se o aktivní přestávky a pohybové chvilky. Oboje je primárně koncipováno pro základní školu, dá se ale velmi jednoduše využít i v mateřské škole. Sedavé aktivity dětí by měly být prokládány krátkými pohybovými hrami, protahovacími cviky nebo jiným příhodným pohybem. Čtvrtou klíčovou aktivitou jsou otevřená hřiště. Jedná se o návrh otevření školních víceúčelových hřišť a dětských hřišť pro veřejnost. Při realizaci by však bylo žádoucí a vymahatelné jasné stanovení pravidel využívání těchto prostorů. Cedula s pravidly by musela být umístěna na dobře přístupném a viditelném místě. Poslední klíčovou aktivitou je kampaň na podporu pohybu, jejíž součástí je několik bodů. Konkrétně tedy sedm: zdraví a prevence nemocí, zdravotně orientovaná zdatnost, duševní zdraví, sociální inkluze, prevence sedavého životního stylu, podpora zdravého životního stylu u dětí a mládeže a podpora ekologických a udržitelných cest.

Na základě výše zmíněných požadavků, je možné říci, že je podpora zdraví a zdravého životního stylu u dětí upravována na několika úrovních. Při realizaci výchovně vzdělávacího procesu se musí učitel těmito požadavky řídit, aby dosáhl co nejlepšího výsledku.

2.2 Výchova ke zdraví

Výchovu ke zdraví je možné chápat v rámci historických změn, jak uvádí Zvírotský, Svoboda a Žaloudíková (In Mareš & Kebza, 2024). Původně se jednalo o předávání teoretických poznatků o stavbě a funkci lidského těla s ohledem na prevenci chorob. V dnešní době výchova ke zdraví zahrnuje mnohem více podoblastí jako například problematiku rodinného života, tělesnou a duševní hygienu, zdravou výživu, prevenci rizikového chování, osobní bezpečnost a další.

Hlavním cílem výchovy ke zdraví je „podnítit jedince bez ohledu na věk k péči o své zdraví“, jak uvádí Čeledová a Čevela (2010, s. 9). Hamplová (2020, s. 112) tento pohled konkretizuje s tím, aby „edukovaní jedinci nabyli vědomosti o faktorech ovlivňujících zdraví, o prevenci nemocí, aby získali zdravé návyky a aby si vytvořili hodnotový systém, v němž zdraví je na předním místě...“. Výchova ke zdraví musí být cílevědomá a přiměřená věku, vzdělání a individuálním problémům jedince v oblasti zdravotní, psychické, sociální, společenské a duchovní. Sama autorka však ve své dřívější publikaci (2019) uvádí i další definici. Kdy za cíl výchovy ke zdraví považuje získávání vědomostí o determinantech zdraví a prevenci nemocí, získávání dovedností a návyků podporujících a ochraňujících zdraví, seznamování se se zdravými podporujícími vzorci chování, vytváření hodnotového systému, v němž je zdraví na předním místě.

Podpora výchovy ke zdraví se u nás dostala ve větším měřítku do povědomí díky účasti Československa v mezinárodním programu Škola podporující zdraví – zdravá škola, jež zaštiťovala WHO v roce 1991. Cílem programu byla optimalizace rozvoje dětí a učitelů po stránce fyzické psychické i sociální. Do programu byly zapojeny také rodiny dětí. O pět let později se organizace ujala Miluše Havlínová, která společně se svými kolegy upravila tento projekt na požadavky mateřských škol a vznikl tak originální projekt Zdravá mateřská škola (Havlová, Havlínová & Vencálková, 2008). V gesci Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, konkrétně Evžena Řehulky, vznikl další projekt Škola a zdraví pro 21. století. Zaměřuje se na zdravý životní styl, správné zdravotní chování žáků a jak je může škola a učitelé ovlivňovat. (Mareš & Kebza, 2024).

2.3 Oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu

Formování zdravého životního stylu je jednou z podmínek prevence obezity u dětí předškolního věku. Bylo by ideální přistupovat k prevenci obezity dětí jednotně a to jak ze strany rodičů, tak ze strany vzdělávací instituce, což bývá v reálném prostředí často kamenem úrazu. Zdravý životní styl se skládá z několika složek. Tato kapitola předkládá vybrané složky s tím, jak by měly v ideálním případě vypadat.

2.3.1 Stravování

Stravování je důležité v každém věku, ovšem u dítěte předškolního věku je strava jedním z nejdůležitějších determinantů zdraví, neboť má nesporný vliv na jeho tělesný i psychický

vývoj. Výživa dítěte předškolního věku by měla být pestrá a vyvážená. Měla by být složená podle stravovací pyramidy.

Kojení a vhodné stravování do dvou let věku dítěte podle Verducci et al. (2022) silnými determinanty vzniku obezity v dětském věku. Autoři také uvádí, že by bylo ideální podporovat kojení do dvou let věku dítěte. Pokud by dítě muselo být, z jakéhokoliv důvodu, krmeno umělou kojeneckou výživou, mělo by se dbát na to, aby měla zmiňovaná výživa nižší obsah bílkovin a zároveň nebyla zařazena dříve než v šestém měsíci věku dítěte.

Dítě má menší kapacitu žaludku než dospělý, proto by mělo dostávat jídlo 5x denně, jak již bylo dříve zmíněno. V tomto ohledu jsou svačiny na stejné úrovni jako hlavní jídla, tedy snídaně, oběd a večeře. Za týden by mělo dítě dostat 3–4 porce mléka a mléčných výrobků, stejný počet pečiva či obilovin, 4 porce ovoce a zeleniny (z toho alespoň 2 v syrovém stavu), 2 porce méně tučného masa a luštěnin. (Hamplová, 2019).

Jídelníček dítěte má obsahovat maso, ryby a drůbež; mléko a vejce; ovoce; zeleninu; obiloviny a přílohy a nakonec kvalitní tuky. Pro správný růst a funkci organismu jsou nejdůležitější bílkoviny a kvalitní tuky, například ořechy, rybí a rostlinné tuky. Jídlo by mělo být podáváno v pěti porcích za den a mělo by být adekvátně objemné věku dítěte. Co se týče úpravy potravin je vhodné vaření, dušení, pečení a zapékání. Na dochucování potravin by se měly využívat bylinky a omezit solení potravin.

Velmi důležité je dodržování pitného režimu, což znamená vypít 1,5–2 litry vody (100 ml tekutin na 1 kg tělesné hmotnosti; Čeledová & Čevela (2010) uvádí 20–40 ml vody na 1 kg hmotnosti). Dítěti je vhodné podávat neslazené nápoje například vodu, ovocný nebo bylinkový čaj. Výjimečně je možné zařadit ředěný ovocný či zeleninový, avšak kvalitní džus. (Marinov & Pastucha, 2012). S tím souhlasí i Fořt (2008) a připouští i doma připravované ovocné nebo zeleninové šťávy. Je však důležité je naředit čistou pitnou vodou do dvojnásobku původního obsahu. Občas je možné dítěti podat i kupovaný džus, pochopitelně kvalitní, ale opět naředěný. Vzhledem ke snížené potřebě dítěte pít uvádí Čeledová & Čevela (2010) projevy nedostatku tekutin, tedy dehydratace. Jsou jimi například malátnost, ospalost, bolesti hlavy, suchá a bledá kůže, lesklé oči a kruhy pod očima a hlavně u dětí zvýšená teplota těla. Co se týče pitného režimu, jedná se o velmi individuální fenomén. Hmotnost těla je asi ze $\frac{3}{4}$ tvořena vodou. V průběhu dne však tělo spoustu vody vyloučí v podobě moči, stolice, dále dýcháním a potem. Je tedy důležité vodu pravidelně tělu doplňovat. Obecně platí, že by dospělý člověk měl vypít 0,5 litru vody na každých 15 kg

své tělesné váhy. U dětí je třeba dbát na pravidelnost pitného režimu, neboť, jak už bylo zmíněno, často nepocítují žízeň. (Kožíšek, 2005 In Šimik, 2013).

Pro dítě je důležitý vzor, od kterého se může učit. To uvádí také Fořt (2008) s tím, že hlavními vzory jsou pro dítě rodiče a učitel. Dítě k nim vzhlíží a pokud se tato osoba chová tak, jak se žádá po dítěti samotném, je pro něj jednodušší přistoupit na předkládanou formu chování. Dále autor uvádí, že jedním z ohrožujících faktorů v dětské výživě jsou prarodiče. Ti totiž nemají za dítě rodičovskou povinnost a chtějí si s ním užívat a také jej alespoň trošku rozmazlovat. Pokud by mezi rodiči a prarodiči došlo k neshodám, je třeba si je vyjasnit a odůvodnit, z čehož by mohla vyplynout pravidla, kterými se budou obě strany ve výživě dítěte řídit.

Stravování v mateřské škole se řídí vyhláškou o školním stravování č.107/2005 Sb., ve které je uveden spotřební koš. Ten představuje množství jednotlivých potravin, které musí dítě zkonzumovat během měsíční docházky. (Šimik, 2013).

Děti předškolního věku by se měly podle Fraňkové, Pařízkové & Malicharové (2013) zvládnout přinést a odnést talíř, umět se samostatně najíst lžící a napít z hrnku. V mateřské škole jsou děti při konzumaci svačin a oběda vedeny ke zdokonalování stolování, avšak za předpokladu, že již děti mají položené základy slušného stolování z rodiny.

2.3.2 Pohybová aktivita

Pohyb je jedním ze základních projevů živého organismu. Člověk si pohybem zajišťuje potravu, co nejlepší pozici v prostoru a využívá jej při úniku z nebezpečné situace. Jedná se tedy o nejpřirozenější projev života člověka, speciálně pak pro dítě. Šimik (2013) chápe pohyb jako změnu polohy těla či změna stavu těla vůči okolnímu prostředí. Čeledová a Čevela (2010) dodávají, že může být pohyb chápán také jako prostředek k relaxaci, zvyšování tělesné kondice, trávení volného času nebo je formou životního stylu. Pohyb organismu nezajišťuje jenom kosterní a svalová soustava, ale také centrální nervový systém. Z fyziologického hlediska je důležité si uvědomit, že sval pracuje tím lépe, čím více je používán. To znamená, že čím více se bude dítě hýbat, tím lépe se mu budou svaly vyvíjet a kvalitněji pracovat. Naopak sval, který se nepoužívá atrofuje, tedy ochabuje. (Machová & Kubátová, 2016).

Dítě předškolního věku má velkou potřebu pohybu. Jedná se především o pohyb spontánní, a to až v 60 % celkové pohybové aktivity. Dítěti by měl být umožněn dostatek pohybu, avšak pokud dítě nemá potřebu pohybu, nemělo by být nuceno. Tím by mohlo dojít

k vytvoření nechuti k pohybu, což je nežádoucí. Důležité také je, aby dítěti nebylo pohybu zamezováno. (Pastucha, 2011). Pate et al. (2019) ve své přehledové studii 27 výzkumů zjistili, že pohyb u dětí předškolního věku má pozitivní vliv na tělesnou i psychickou stránku dítěte. Pohyb je podle nich prospěšný z hlediska nižší tělesné hmotnosti, zdraví a odolnosti kostí, kardiovaskulární a metabolické soustavy a také spánku. Co se týče psychické stránky zdraví dítěte, pohyb podporuje soustředění i paměť. Upozorňují však na to, že by bylo vhodné realizovat více studií zaměřených na děti do 6 let. Tyto studie by měly zkoumat vliv pohybové aktivity na zdraví v závislosti na pohlaví, věku, rase/etniku a socioekonomickém statusu.

Pohybová aktivita jedince značně ovlivňuje držení těla. Machová a Kubátová (2016, s. 47) chápou jako „vzpřímený stoj na dolních končetinách doprovázený nepřetržitým vyrovnáváním těžiště a udržováním rovnováhy“. Správné držení těla se vyznačuje vzpřímeným stojem, kdy je hlava v prodloužení, ramena jsou tlačena vzad a dolů, přičemž by měly být lopatky tlačeny k sobě, paže jsou volně spuštěny podél těla a břicho zatažené. Mělo by se dbát na to, aby dvojesovité zakřivení páteře bylo přirozené a jedinec jej v žádném směru nepřeháněl. O správné držení těla je třeba pečovat a vědomě tělo opravovat. Jedním ze základů je správná chůze. Je třeba si uvědomovat správné odvíjení nohy od podložky a také měkký dopad při dokončení kroku. Chůze se vyvíjí až zhruba do šesti let dítěte. Tato skutečnost je akcentována i například v RVP PV v oblasti Dítě a jeho tělo. Učitel či rodič musí mít na paměti, že u dítěte předškolního věku jsou fyziologicky normální vystouplé lopatky a dopředu vyčnívající břicho. Je to dáno prozatímním nedovyvinutím zádového a břišního svalstva. Následkem špatného držení těla může vzniknout hyperkyfóza (lidově kulatá záda) nebo hyperlordóza, oploštění zakřivení páteře (plochá záda) či vybočení páteře do stran, tedy skolióza.

Neméně důležitá je ve vývoji dítěte nožní klenba. Přirozeně se vyvíjí až do tří let věku dítěte, proto se zdá, že otisk nohy batolete nezobrazuje klenbu. Je to dáno také tím, že noha dítěte je vypodložená tukovým polštářem, který plní funkci tlumiče nárazů. Po třetím věku roku dítěte tukový polštář pozvolna mizí a rýsuje se nožní klenba. Je však velice důležité dbát na procvičování nožní klenby i u malých dětí. Nejpřirozenějším cvikem a zároveň prevencí proti vzniku ploché nohy je chůze naboso v bezpečném nerovném terénu jako je například trávník, či lesní cestička. (Machová & Kubátová, 2016).

Několik autorů (Machová & Kubátová, 2016; Pastucha, 2011) se shoduje na tom, že pohyb by měl být všestranný a měl by se věnovat všem přirozeným pohybům (chůze, běh,

skoky, lezení a plazení). Pastucha (2011) upozorňuje na to, že by dítě mělo pohyb vykonávat vědomě a mělo by se mu od dospělé osoby dostat jasných instrukcí pro provedení požadovaného pohybu. Dospělý by měl při učení pohybu také postupovat od jednoduchého ke složitějšímu a od snadného ke komplexnímu pohybu. V rámci předškolního věku dětí by se mohlo jednat o tzv. přípravky. Ty mohou být buď více méně všeobecné (atletická, gymnastická) nebo se věnují konkrétnímu sportu bez rizika jednostranného zatěžování organismu jako tomu je například u ledního hokeje.

Za nejvhodnější pohybové aktivity je možné obecně považovat chůzi, plavání, cyklistiku, bruslení, lyžování, tanec, stolní tenis a badminton, fotbal, házenou, basketbal a volejbal, atletiku, popřípadě silové cvičení s vlastní vahou, cvičení s bosu, pilates a jógu. U obézních dětí je zapotřebí brát v úvahu stupeň obezity, aktuální zdravotní stav dítěte včetně případných komplikací (astma, hypertenze). Dále funkční stav pohybového aparátu, dosavadní množství pohybové aktivity, stupeň psychomotorického vývoje dítěte a socioekonomické zázemí rodiny. Primárně jsou však u těchto dětí využívány cviky rehabilitující špatné držení těla, které se podle Pastuchy (2011) zpravidla vyznačuje předsunem hlavy, protrakcí ramen, oslabením břišního svalstva, nesprávným postavením pánve, valgózním postavením kolen (vbočená kolena lidově nohy do X), vnitřní rotací kyčlí a plochou nožní klenbou. U jakékoliv pohybové aktivity by mělo být možné rozvíjet obratnost, rychlost, vytrvalost, sílu a obecnou fyzickou zdatnost dítěte.

2.3.3 Spánková aktivita

Neméně důležitým determinantem je spánek. Zajišťuje odpočinek a regeneraci sil pro další fungování organismu. Potřeba spánku se však během života mění. Například děti předškolního věku potřebují ke správnému fungování organismu asi 10–14 hodin spánku denně. Spánek mají většinou rozdělený do dvou podob. Delší spánek připadá na noc a kratší po obědě. (Čeledová & Čevela, 2010).

Pro dítě je spánek a obecně denní harmonogram uklidňující, protože ví, co bude následovat a nemusí se ničeho bát. (Kořátková, 2014). Hlavní spánek dítěte probíhá v domácím prostředí a co se týče odpočinku po obědě, ten ve všední dny u dětí navštěvujících mateřskou školu probíhá právě tam. Ze strany dospělých osob, tedy rodinných příslušníků a učitelů, je zapotřebí, aby zajistili dítěti dostatečný klid, prostor a tmu. (Jochmannová, Kimplová et al., 2021; Hamplová, 2020; Machová & Kubátová, 2016).

2.3.4 Ochrana před zraněním a nemocemi

Ochrana před zraněním a nemocemi dětí je starost především dospělých, tedy rodičů, prarodičů nebo učitelů. Hamplová (2020, s 59) chápe úraz jako „jakékoli neúmyslné nebo úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako je kyslík či teplo“. Úrazy se mohou dělit podle několika hledisek, například podle charakteru nebo místa vzniku. Podle Machové a Kubátové (2016) dochází v dětském věku k poměrně častým úrazům. Jejich příčinou může být nepozornost dospělých pečovatелů, špatné uspořádání prostředí nebo momentální stav dítěte z hlediska jeho fyzického a psychomotorického vývoje. Úlohou dospělých je edukace dětí v této problematice a předcházení úrazům. U předškolních dětí dochází k úrazům většinou z důvodu nedostatečných zkušeností s prostředím, vlastním tělem a také neschopnost kritického posouzení vzniklé situace a z toho vyplývající reakce. Nejčastěji, až z 50 %, úrazy vznikají v domácím prostředí, kdy může dojít k různým odřeninám, zlomeninám, ale také k opáření horkou tekutinou nebo parou, či úrazům elektrickým proudem. Následují je úrazy sportovního rázu. Jedná se většinou o pohmožděniny, už zmiňované odřeniny a zlomeniny, nebo otoky. Nakonec jsou to školní úrazy, tam to bývají opět mechanická poranění, ale také vdechnutí cizího předmětu nebo jeho strčení například do nosu nebo ucha. Učitel by měl dítě neustále upozorňovat na případné nebezpečí a edukovat ho o následcích jeho činů. Obecně lze říci, že je nutné mít dítě neustále pod dohledem a znát zásady první pomoci, ať už se jedná o domácí nebo školní prostředí. (Hamplová, 2020; Machová & Kubátová, 2016).

S nedostatečnými zkušenostmi se také pojí úrazy vzniklé za dopravních situací. Ty jsou také vnímány jako nejvážnější. Dítě není schopno odhadnout rychlost dopravních prostředků, rozeznávání stran (pravolevá orientace) se začíná teprve rozvíjet a ustaluje se mnohdy až s nástupem dítěte do základní školy, tedy kolem sedmého roku věku. Dítě se také teprve učí rozeznat směr, ze kterého dané zvuky přicházejí, zda jsou nebezpečné nebo jej neohrožují. V tom všem by mu měli být nápomocní dospělí (rodiče, prarodiče, učitelé v mateřské škole). V rámci tzv. dopravní výchovy bývá dítě obeznámeno s dopravními značkami, druhy dopravních prostředků či pravidly silničního provozu z pohledu jednotlivých účastníků provozu. Je důležité, aby se dítě naučilo, používat reflexní prvky pro lepší viditelnost, využívat přechodů pro chodce při přecházení vozovky, rozumět světelné signalizaci, umět se dostatečně rozhlédnout a navázat oční kontakt s řidičem před vstupem do vozovky, přecházet vozovku kolmo a co nejrychleji a vědět, že silnice není

vhodné místo pro hru. Dále musí být procvičována pravolevá orientace, orientace v prostoru a čase, z fyzického hlediska také reakce na signál, pohybová koordinace a celková obratnost organismu. (Bednářová & Šmardová, 2022; Hamplová, 2020; Křiváková & Číková, 2016).

Dále je potřeba děti naučit, jak se mají chránit před nemocemi. Nemoc je podle Čeledové a Čevely (2010, s.20) „patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů“. Má své příznaky, příčiny a důsledky. Co se týče prevence onemocnění dětí, je to podobné jako při ochraně před zraněním. Opět jde o edukaci dětí z hlediska zdravé stravy, dostatečné pohybové aktivity nebo bezpečného pohybu po prostoru. Hamplová (2020) také uvádí prevenci různých onemocnění prostřednictvím očkování, dodržování dezinfekce rukou a potravin, otužování a samozřejmě provozování dostatečné pohybové aktivity a zdravé stravování.

WHO se inspirovala již dříve zmíněným programem Škola podporující zdraví a vytvořila v roce 2001 podobné projekty s názvy Bezpečná škola a Bezpečná mateřská škola. Cílem těchto projektů je „zvýšit odolnost dětí a žáků vůči rizikovému chování a snížit nebezpečí a vlivy, které ohrožují jejich zdravý sociální vývoj“. (Hamplová, 2019, s. 67). Autorka uvádí i další projekty s cílem zabezpečit prostředí, kde se děti pohybují. Jedná se o Dětství bez úrazů, Vidíš mě? (zaměřující se na dopravní bezpečnost), Bezpečná cesta do školy, Na kolo jen s přilbou nebo Pásovec (který se věnuje zabezpečení dopravních prostředků pro děti, kvalitě dětských sedaček a klade důraz hlavně na dospělé, aby pásali děti do autosedaček).

3 OBEZITA U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V současnosti je dětská obezita z důvodu rostoucí prevalence velmi diskutovaným tématem. Její nárůst mohou ovlivňovat různé faktory, kupříkladu „rychlý“ způsob života. Ten se mimo jiné negativně podepisuje na kvalitě stravování dětí, na aktivně stráveném volném čase s rodiči a častém posedávání dětí, a to i při hrách. Pro lepší pochopení problematiky kapitola nejprve definuje obezitu jako tělesný stav a následně ji specifikuje u dítěte předškolního věku. Zahrnuje také příčiny a důsledky obezity na tělo dítěte. Nakonec nastiňuje proces léčby a prevenci dětské obezity.

Obezita v dětském věku nebyla vždy vnímána negativně. Na začátku lidské evoluce byla obezita výhodou z hlediska přežití, protože v dobách strádání mělo tělo z čeho čerpat energii. Po dlouhou dobu byla dětská obezita známkou dobrého ekonomického a sociálního postavení vyšších vrstev obyvatel. V dobách válek a epidemií, se věřilo, že jedinci s vyšším podílem tuku v těle mají větší pravděpodobnost k přežití. (Fraňková In Mareš & Kebza, 2024). Nedávné studie však ukázaly spojitost dětské obezity s obezitou v dospělosti. Rundle AG, Factor-Litvak, P., Suglia SF et al. (2020, podle Metelcová, Zamrazilová, Procházka, Taxová Braunerová & Kunešová, 2023) uvádí 67%, Machová & Kubátová (2016) dokonce až 80% prediktivní hodnotu. Jedná se o velmi alarmující informaci, která by měla být podkladem pro zabývání se právě dětskou obezitou.

Obézní děti, společně s jejich rodiči, bývají v dnešní době vnímány poměrně negativně. Obecně je na ně totiž pohlíženo jako na líné a bez sebekontroly. Obézní děti nebo děti s nadváhou bývají často méně samostatné, vázané na rodinu, izolované v kolektivu, méně průbojné a vykazují nízkou fyzickou aktivitu. (Málková In Pichlerová, 2021). Dále mohou být smutné, s nízkým sebevědomím, jak uvádí Křenek Malíková, Aldhoon Hainerová a Lebl (2023).

Obezita je považována za problém veřejného zdraví, který přímo ovlivňuje zdravotní stav dětí v mnoha směrech. (Verduci et al, 2022). Podle Boženského (In Hátlová et al., 2023) je nárůst obézních dětí velkým problémem, neboť je posledními daty potvrzen přímo úměrný růst dětí s metabolickým syndromem. Ten se, podle Fraňkové a Pařízkové (2015), dá jednoduše vysvětlit jako narušená schopnost metabolismu lipidů a sacharidů. V důsledku toho se očekává zvýšený výskyt diabetu 2. typu a zvýšeného krevního tlaku u těchto dětí, a to již v období adolescence a rané dospělosti. Pilcová (In Boženský, 2022) upozorňuje

na to, že u dětí do 10 let věku nelze o metabolickém syndromu úplně mluvit. Jedná se spíše o podezření a impuls k důkladnějšímu vyšetření hlavně pokud má dítě rodinné predispozice.

V roce 2021 vznik v Praze spolek *Zastavme nadváhu a obezitu*, který má za cíl zastavit růst nadváhy a obezity u našich občanů všeho věku. Tento spolek působí na celém území České republiky a sdružuje celou řadu odborníků, jako například lékaře, psychology, zdravotních sestry a výživové poradce ve specializovaných zařízeních. (Hátlová et al., 2022; Spolek Zastavme nadváhu a obezitu, 2021). Spolek otevírá důležitá témata, ale problematice obezity předškolních dětí se věnuje spíše okrajově. Nicméně dostatečně edukovaná veřejnost se jistě pozitivně odrazí v této problematice.

3.1 Charakteristika obezity

Obezita je ve společnosti obecně vnímána v negativním pojetí. Původ slova je odvozen od latinského *obesus*, které znamená dobře živěný. (Pastucha, 2011). Marinov a Zemková (In Marinov & Pastucha; 2012; s.1) uvádějí popisnější definici. Obezita je podle nich „stav, ve kterém přirozená energetická rezerva člověka, která je uložena v tukové tkáni, stoupá nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví“. Machová & Kubátová (2016) dodávají, že tuk, jakožto zásobárna energie, je pro tělo důležitý, ale pouze pokud nepřesáhne okamžitou potřebu organismu. V opačném případě se tuk ukládá „na horší časy“ a v tom důsledku jedinec tloustne.

Ke stanovení obezity se používá BMI, tedy body mass index, jež je ukazatelem tělesné hmotnosti, ale nedává představu o rozložení tuku v těle. Je možné jej vypočítat jako hmotnost jedince v kilogramech vydělenou kvadrátem výšky jedince v metrech čtverečných. Za normální hodnoty je považováno $BMI = 18,5\text{--}24,5 \text{ kg/m}^2$. Vyšší hodnoty, tedy $25\text{--}27 \text{ kg/m}^2$, jsou považovány za mírnou obezitu a hodnoty $27\text{--}30 \text{ kg/m}^2$ za nadváhu. O obezitě se dá hovořit v případě, kdy je BMI jedince vyšší než 30 kg/m^2 . (Adámková; 2009). Stanovit obezitu na základě hodnoty BMI je možné v dospělosti, ale bohužel ne v dětství, neboť dítě poměrně rychle roste a vytváří se tak velký rozdíl v poměru hmotnosti a výšky, tudíž není hodnota BMI spolehlivým ukazatelem. U dětí se obezita stanovuje na základě percentilových grafů, které právě výšku a váhu dítěte zohledňují. Pomáhají určit, zda má dítě správnou hmotnost vzhledem ke svému věku a pohlaví. Grafy jsou veřejně přístupné na stránkách Státního zdravotního ústavu. (Marinov & Zemková In Marinov & Pastucha; 2012).

Existuje několik typů obezity. Autoři (Lisá In Pařízková & Lisá, 2007; Machová & Kubátová, 2016; Pastucha, 2011) uvádí dva typy na základě oblasti ukládání tuku v těle. Jedním je obezita gynoidní, při které se ukládá tuk v dolní části těla. Tento typ se vyskytuje především u žen. Opakem je obezita androidní, kdy se tuk ukládá primárně v horní části těla a vyskytuje se u mužů. U dětí se o takovém dělení obezity nedá hovořit, neboť se ukládání tuku mění v závislosti na tělesném vývoji jedince. Dalšími typy obezity je obezita primární a sekundární. O primární obezitě je možné mluvit již u dětí předškolního a školního věku. Vzniká na podkladu nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Tuk se ukládá symetricky po celém těle. Následně pod vlivem stárnutí dítěte a změnám jeho těla na základě pohlaví se ukládání tuku mění.

Pařízková a Lisá (2007) dále uvádějí, že Česká republika má díky studiím růstu českých dětí od konce 19. století, které prováděl Jindřich Matiegk, obrovskou výhodu, neboť je možné obezitu v dětském věku sledovat a porovnávat v čase. Z výsledků studií vyšlo, že děti byly dříve menší a hubenější oproti dnešním dětem. Další výzkumy obezity u dětí byly v České republice realizovány od roku 2007 pod záštitou WHO. Jedná se o projekt COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) jehož cílem je sledování prevalence obezity a nadváhy u sedmi – a devítiletých dětí. U nás pouze sedmiletých. Z výsledků posledního výzkumu, realizovaného v roce 2019, byl zjištěn mírný nárůst prevalence obezity u těchto dětí. Konkrétně se jedná o 9,26 % u chlapců a u dívek o něco málo méně. Celkově se však Česká republika, podle výsledků, nachází v evropském průměru. Nejnížší prevalenci obezity vykazují data ze západních a severovýchodních zemí Evropy. Naopak vyšší hodnoty země jižní Evropy. Autoři také spatřují problém časného záchytu a efektivní léčby v nedostatečné spolupráci rodičů obézních dětí s odborníky. (Metelcová, Zamrazilová, Procházka, Taxová Braunerová & Kunešová, 2023). Nejnovější data potvrzují zvyšující se počet obézních dětí, jak uvádí Boženský a Procházka (2023). Ti vychází z poslední studie COSI z roku 2021, kde byla získána data od 4 386 dětí ve věku 5–17 let (z toho 984 dětí 5–7 letých). Děti byly rozděleny do pěti kategorií podle percentilu BMI, kdy dětí s nízkou hmotností bylo 8,1 %, s normální hmotností 65,4 %, s nadváhou 9,6 %, dětí obézních 16,4 % a morbidně obézních bylo 54 % dětí.

3.2 Příčiny a vznik obezity

Příčiny vzniku obezity nejsou jednoznačně definovatelné, avšak existuje jejich seznam. U každého jedince může obezita vznikat jedinečným způsobem. Mezi hlavní příčiny obezity

řadí Adámková, Velemínský a Zimmerová (In Adámková, 2009) energetický příjem, nízkou fyzickou aktivitu, genetické predispozice, metabolismus inzulínu a citlivost k němu, dále schopnost spalovat tuky a sacharidy a nakonec enzymatickou výbavu. Neexistují pouze fyziologické příčiny, ale také psychické. Za ty jsou pokládány psychické vlivy jako například stres nebo úzkost.

Na vzniku obezity se nesporně podílí životní styl rodiny, ze kterého jedinec pochází. Marinov, Barčáková, Nesrsková a Pastucha (2011; Marinov & Pastucha, 2012) dodávají, že životní styl rodiny je spojujícím prvkem mnoha příčin obezity u dětí. Jedná se hlavně o stravovací návyky a společné trávení volného času. Všeobecně přijímaný názor předpokládá, že pokud je rodina dítěti příkladem a snaží se mu předkládat zdravou stravu (za podmínky, že stejné jídlo konzumují všichni členové u stolu), domácí přípravu jídla, společnou pohybovou aktivitu nebo jenom klidné prostředí při stolování, je velmi pravděpodobné, že dítě nebude vyžadovat průmyslově zpracované potraviny, sladkosti a slazené nápoje v takové míře, jako kdyby rodina tyto nezdravé potraviny konzumovala pravidelně.

Stejně tak jsou neopomenutelnou příčinou vzniku obezity genetické predispozice. Marinov (In Marinov & Pastucha, 2012) uvádí, že dítě, u jehož rodičů a dokonce i prarodičů se vyskytla nadváha nebo obezita, má jistý předpoklad k nadváze nebo obezitě. Zmiňuje také, že na obezitu mohou mít vliv onemocnění předků jako diabetes mellitus, hypercholesterolemie, metabolické syndromy či nádorová onemocnění. Fraňková (In Mareš & Kebza, 2024) uvádí výzkum Vignerové z roku 2007, při němž bylo zkoumáno 5967 dětí obojího pohlaví ve věku 7–11 let a jejich rodiče. Z výsledků vyplynul vztah mezi BMI rodičů a nadváhou nebo obezitou jejich dítěte. Rodiče s nízkým BMI (< 25) měli obézní děti v 7,8 % případů, ale rodiče s vyšším BMI (> 25) už ve 25,1 % případech. Hainerová (In Pařízková & Lisá; 2007) dodává, že jedinci s genetickými predispozicemi vzniku obezity jsou náchylnější ke vzniku obezity na rozdíl od jedinců bez predispozic, pokud jsou vystaveni stejnému obezitogennímu prostředí. Z toho vyplývá, že prostředí jako takové má na vznik obezity neopomenutelný vliv nehledě na to, jak velké predispozice ke vzniku obezity jedinec má.

Na vznik obezity u dítěte má podle studie, kterou uvádí Pařízková a Lisá (2007), vliv také počet dětí v rodině. Ukázalo se, že dívky, které vyrůstají se sourozenci mají větší předpoklad k nadváze a obezitě než dívky jedináčci.

Dalším poměrně významným faktorem se ukázala délka kojení dítěte. Čím kratší dobu bylo dítě kojeno (méně než jeden měsíc nebo dokonce vůbec), tím větší mělo pravděpodobnost vzniku nadváhy a obezity v pozdějším dětském věku. V návaznosti na to, podle Aldhoon Hainerové (2009), je možné identifikovat také prenatální příčiny vzniku obezity. Ne tak docela u dítěte jako takového, ale spíše u jeho matky. Odráží se to například ve stavu její výživy, metabolismu glukózy v těle, přírůstku váhy během těhotenství či porodní hmotnosti. Ukázalo se také, že děti matek, které hladověly v posledním trimestru těhotenství, mají větší riziko vzniku obezity. Následné krmení dítěte umělou výživou místo vlastního kojení zvyšuje riziko vzniku obezity až 1,5x. Hainer s kolegy provedli studii na dvojčatech v českém prostředí, kdy potvrdili, že každý jedinec má geneticky podmíněné nastavení organismu, co se týče tělesné hmotnosti i pokusů o hubnutí. Zjistili, že mezi dvojčaty neexistuje větší rozdíl v tomto nastavení, avšak mezi páry dvojčat ano. To potvrzuje geneticky podmíněné vzorce pro nakládání organismu s tukem.

Jako souhrn příčin při vzniku obezity u dítěte je možné využít ekologický model prediktorů nadměrné hmotnosti u dítěte od Sikmunda a Sikmundové (2024, s. 18; převzato a upraveno z Davison & Birch, 2001, s. 19). Tento model názorně předkládá jednotlivé prediktory podle úrovně, jakou mohou dítě ovlivňovat. Čím blíže se daný prediktor blíží úrovni tělesné hmotnosti dítěte umístěné uprostřed, tím větší na něj může mít vliv. Zmiňovaný model je součástí Přílohy I.

3.3 Rizika a důsledky obezity

Co se týče důsledků obezity v dětském věku jedná se například o změny skeletálního systému, kdy dochází k poruchám páteře (skolióza, hrudní kyfóza). Zatížen je zejména skelet dolních končetin. V tomto případě dochází k deformitám kyčlí, vbočení kolen či plochým nohám. Může docházet ke zhoršení schopnosti chůze díky nadměrné hmotnosti těla dítěte. Jedinec ve spoustě případů nedokáže chodit hbitě, ale pohybuje se na široké bázi kolíbavým způsobem chůze. Tyto děti se v důsledku toho zdají být pro okolí neohrabané a díky změně těžiště těla často padají, obecně mají problémy s rovnováhou. (Marinov & Pastucha, 2012). S kosterní soustavou se neodmyslitelně pojí i soustava svalová. Pastucha (2011) zmiňuje, že obézní děti mívají ochablé svalstvo. Primárně se jedná o svaly břišní, hýžděové a mezilopatkové.

Dalším důsledkem jsou změny cévního systému. Bývá porušován cévní epitel, následně vzniká arteriální hypertenze a v dospělosti se tito jedinci setkávají s tromboembolickou

chorobou. Zatěžovány jsou samozřejmě vnitřní orgány, například játra nebo obecně kardiovaskulární a respirační systém, kdy může docházet k srdeční a plicní nedostatečnosti. Mohou také nastat kožní změny, jako například erytémy, ekzémy a mykózy, infekce močových cest nebo vaginitidy u dívek. (Lisá In Pařízková & Lisá, 2007; Machová & Kubátová, 2016; Pastucha, 2011). Podle Pilcové (In Boženský, 2022) je nealkoholová steatóza jater dalším, poměrně častým, onemocněním obézních dětí. V dospělosti může obezita negativně ovlivňovat plodnost žen (He Y, Tian J, Oddy WH et al., 2018 podle Metelcová, Zamrazilová, Procházka, Taxová Braunerová & Kunešová, 2023).

Důsledky se projevují také v rámci metabolických procesů. „... tuková tkáň se podílí na rozvoji relativního hyperkortikalismu (endokrinní onemocnění způsobené nadprodukcí hormonů kůry nadledvin a hyperestrogenismu (nadměrné tvorby ženských pohlavních hormonů, na inzulinové rezistenci a na hyperkoagulaci (zvýšené srážlivosti krve)“ (Pastucha & Marinov In Marinov & Pastucha, 2012; s. 39; Vokurka & Hugo, 2015). V důsledku inzulinové rezistence může docházet k chronickým zánětům jater, rozvoji cukrovky druhého typu, zrychlení aterosklerózy (onemocnění tepen, při kterém se na jejich stěnách ukládají tukové látky, dochází ke snižování průtoku okysličené krve, tepna ztrácí pružnost (Vokurka & Hugo, 2015)) a nástupu hypertenze (vysokého tlaku). Pastucha (2011) uvádí dyslipidemii jako jednu z nejčastějších metabolických poruch v dětském věku. Je však podle něj zásadní interpretace krevních testů, aby nedocházelo k podcenění nebo přecenění získaných výsledků.

Obezita jako taková s sebou nepřináší jenom fyziologické potíže, ale také psychologické. Obézní jedinec může propadnout úzkostem nebo dokonce depresím. Podle Pichlerové (2021) u takových jedinců dochází k fixaci na jídlo nehledě na to, zda se jedinec snaží zhubnout nebo nikoli. Jídlo bývá u takovýchto jedinců vnímáno jako potěšení a jistá forma uspokojení. Pokud jedinec konzumuje jemu příjemnou potravinu (nejčastěji sladké nebo tučné jídlo), dojde v jeho organismu k produkci hormonů, které navozují příjemné pocity. Může také dojít ke stavu jako při užívání drog, neboť se v těle jedince započne stimulace opioidních receptorů.

3.4 Prevence obezity

Je nezbytné zmínit, že prevence není jednostrannou záležitostí, ale velmi komplexním problémem. Je zapotřebí, aby byla realizována ve všeobecné spolupráci rodiny, lékařů, veřejných společností a školství. Co se týče rodinného prostředí, je jasné, že dítě napodobuje

návyky svých vychovatelů (rodičů, prarodičů, sourozenců). Z toho důvodu je zapotřebí působit na rodinu, jako na celek. Vychovatelé by si měli být vědomi co znamená zdravá a vyvážená strava, dostatečná pohybová aktivita a měli by být dítěte dobrým příkladem. Ze strany lékařů dochází k pravidelným ročním prohlídkám dítěte. Na těchto prohlídkách by měl pediatr upozornit na případné nedostatky a edukovat rodiče dítěte co s tím. Výchovně vzdělávací proces ve škole (mateřské i základní) navazuje na rodinnou výchovu. Je tedy nutné postupovat podle jasně daných kritérií jako je například spotřební koš školní jídelny či pravidelnost pohybu dětí. Pokud v rodině nastane problém, škola má za úkol nedostatky kompenzovat, aby mohlo dojít ke zdravému vývoji dítěte. (Marinov & Barčáková In Marinov & Pastucha, 2012).

Podle Mareše (In Mareš & Kebza, 2024) by měla prevence nadváhy a obezity začít již v kojeneckém a batolecím období. Ideálně by měla začít již podporou matek v kojení dětí.

3.4.1 Stravování v rodině a v mateřské škole

Pro prevenci obezity u dětí jsou také důležité stravovací návyky rodiny, ve které vyrůstá. Fraňková, Pařízková a Malicharová (2013) vychází z Fraňkové, Odehnala a Pařízkové (2000) a uvádí problémové okruhy výchovy dítěte ve stravování. Jedná se například o teoretické znalosti rodičů. Ti by měli být dostatečně nutričně vzdělaní, aby mohli adekvátně připravovat zdravou a vyváženou stravu příslušnými kuchařskými postupy.

S tím se pojí vhodná skladba rodinného jídelníčku a následná manipulace s potravinami i hotovými pokrmy, zabránit plýtvání jídlem. Rodiče by měli být také schopni dítěti zajistit pravidelnost ve stravování a měli by dítěti předat správné stravovací návyky (konzumace u prostřeného stolu, klid u jídla včetně eliminování debat zahrnující konfliktní témata jako například politika, společenské krize a podobně). (Fraňková, Pařízková a Malicharová (2013).

Dalším problémem se jeví postoj k jídlu jednotlivých členů rodiny. Většinou se stává, že mužská část rodiny vyjadřuje jistou averzi vůči zelenině a dalším zdravým potravinám. Tyto postoje nevhodně prezentuje před dítětem, které následně odmítá danou potravinu konzumovat (protože tatínek říkal, že salát jíst nebude, není koza). S tím souhlasí i Mareš a Kebza (2024), kteří dodávají, že sice otec nemá tak silný vliv na stravování v rodině jako matka, nelze ho však opomíjet.

Vědecké studie ukázaly, že kojené děti mají menší pravděpodobnost vzniku obezity než děti uměle živěné. Propagace a podpora kojení by se tak mohla stát jedním z možných

preventivních opatření vzniku obezity u dětí. (Machová & Kubátová, 2016, Hainer & Bendlová In Hainer, 2021).

Tláskal (In Boženský, 2022, s. 7) zmiňuje konferenci Federace evropských nutričních společností, kde v roce 2019 jeden ze zástupců WHO uvedl výsledky výzkumů ze 195 registrovaných zemí. Bylo zjištěno, „že včasná úprava stravy může zabránit každému pátému předčasnému lidskému úmrtí“. Dále také uvádí, že není vhodné naprosto vyřazovat zdroje sacharidů. Je ale nutné dbát na formu těchto sacharidů a také množství přijaté vlákniny ve stravě. Je tedy podle něj vhodné přijímat potraviny bohaté na škrob a zmiňovanou vlákninu (celozrnné potraviny, ovoce a zelenina), které by měly tvořit více než 50 % přijímané energie.

3.4.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je neodmyslitelnou součástí života člověka. Je také potřeba dbát na motivaci k pohybu jak obézního dítěte, tak jeho rodiny. Velmi výhodnou se ukázala široká nabídka pohybových aktivit a sportů nabízených dětem a jejich rodinám. Pokud dítě sport či aktivita zaujme a bude jej dostatečně dlouho bavit (Pastucha, 2011; uvádí minimálně 6 měsíců) je možné, že u něj bude dítě chtít zůstat delší dobu. V tomto případě by měli rodiče, obecně dospělí, dítě v pohybu nepřestávat podporovat. Marinov, Barčáková, Nesrstová a Pastucha (2011) považují za nejlepší pohybové aktivity pro děti jak při prevenci, tak léčbě obezity následující výčet.

V první řadě se jedná o **chůzi**, jež je nejpřirozenějším způsobem pohybu člověka. K chůzi není potřeba speciálního vybavení, je tedy absolutně finančně nenáročná. Důležitá je ale volba prostředí. Ideálním místem pro chůzi je příroda, a to hned z několika důvodů. Jedná se o čerstvý vzduch, měkkou zem (trávník, lesní pěšina, louka...), volný prostor, možnost ke zkoumání (to představuje možnosti motivace ze strany rodičů – hledání pokladu, zkoumání fauny a flory...). Tempo chůze může být měněno na základě momentálních schopností dítěte. Ideální však je rychlost 5–6,5 km/h, kdy by mělo být dítě lehce zadýcháno a mírně opoceno. Pro zvýšení výdeje energie je možné zrychlit samotné tempo, zvolit chůzi do kopce nebo „indiánský běh“. Jeho výhodou je střídání úseků chůze a lehkého běhu. Úseky je možno stanovit individuálně, ale s jasnými ukazateli pro dítě (například od stromu ke stromu, u starších dětí počítání kroků). Chůzi by se měl jedinec věnovat minimálně 30 minut denně. Je žádoucí denní zátěž zvyšovat, a to až na 60 minut. S chůzí se pojí také **nordic walking**, jež je poslední dobou velmi oblíbený. Při chůzi s holemi dochází ke zvýšení

výdeje energie asi o 25–35 %, neboť je do pohybu zapojeno větší množství posturálního systému. (Marinov, Barčáková, Nesrstová & Pastucha (2011).

Dalším uváděným sportem je **plavání** a **aqua gymnastika**. Tyto sporty bývají prvními, které se zařazují při boji proti obezitě. Voda totiž nadnáší tělo, tím pádem dochází k odlehčení jinak přetížených kloubů. Nejpřirozenějším stylem je znak s ohledem na zakřivení páteře. Zároveň je však znak, například pro menší děti, problémovým stylem, protože nevidí, co se kolem nich děje. Je možné zařazovat různé hry, soutěže a závody ve vodě (alespoň po břicho dítěte, nejlépe ale po prsa). Jedna tréninková jednotka plavání by měla trvat nejméně 30 minut, ideálně však déle (45–60 minut) s ohledem na výdrž dítěte. (Marinov, Barčáková, Nesrstová a Pastucha (2011).

Dalším z oblíbených sportů, to i u rodičů, autoři uvádí **jízdu na kole**. Zde také dochází k odlehčení dolních končetin, ale nastává riziko přetěžování zad a ramen z důvodu špatného nastavení kola. Rodiče by tedy měli dbát na správné nastavení kola, aby dítě sedělo vzpřímeně, tím pádem nedocházelo k přetěžování svalů kolem páteře a ramenního pletence. (Marinov, Barčáková, Nesrstová a Pastucha (2011).

Autoři uvádí také **lyžování**. Obecně je však pro regulaci váhy lepší chůze nebo běh na lyžích oproti sjezdovému lyžování. Velmi efektivním sportem je také **tanec**. Při něm dochází k nadprůměrnému výdeji energie a díky hudbě také příjemnému prostředí. Děti mohou zapojit vlastní fantazii a improvizovat. Tanec napomáhá ke správnému držení těla a nedochází u něj k tolika poraněním jako u jiných sportů. **Míčové hry** (fotbal, nohejbal, házená, basketbal a volejbal) představují pro děti také velmi atraktivní možnost pohybu. Fotbal je velmi nenáročný a zapojuje se při něm celé tělo. U obézních dětí, je ale potřeba eliminovat kontakt mezi hráči, aby nedocházelo ke zbytečným zraněním. U menších dětí je možné využít i vyvolávanou, vybíjenou nebo další hry méně náročné na pravidla. Velmi všestranným pohyb je **atletika**. Zahrnuje totiž chůzi, běh, skoky, hody a vrhy. Díky skokům představuje také poměrně velké riziko úrazu a hlavně přetížení kloubů při dopadech. (Marinov, Barčáková, Nesrstová a Pastucha (2011).

Nevhodným se naopak pro autory jeví **silový trénink**, protože může dojít k přetížení těla dítěte. Na druhou stranu může být dobrým případem pro provádění cviků v pravidelném rytmu, dýchání a preciznosti pohybu.

3.5 Režimová opatření a léčba obezity

Léčba obezity u dítěte je složitějším procesem než léčba obezity u dospělého. Na začátku léčby musí být nastavena jasná a srozumitelná pravidla zahrnující režimová, dietologická a pohybová opatření. V průběhu léčby a terapie je důležité být trpělivý a oceňovat i malé pokroky. Cílem však je změna postojů a způsobu života celé rodiny ve prospěch dítěte. (Nesrstová In Marinov & Pastucha, 2012).

V případě dítěte je zapotřebí pracovat i s rodiči, v nejlepším případě s úzkou rodinou. Dítě má z domova zafixované jisté vzorce, které mohly napomoci ke vzniku jeho obezity. Obezitu u dítěte je vždy zapotřebí řešit zavčas s lékařem. U obezity prvního stupně stačí pediatr, který zná rodinné zázemí a rodiče. U obezity vyšší stupňů je nutné spolupráce s dalšími odborníky, jako například endokrinologem, specializovanou dětskou obezitologickou ambulancí či ozdravovnou. (Boženský & Procházka, 2023). Podle Marina a Pastuchy (2012) dochází k medikamentóznímu řešení v léčbě obezity u dítěte jen ve vzácných případech, v ještě vzácnějších případech pak k chirurgickému řešení. Redukční dieta je zásadně odmítána z toho důvodu, že je dítě stále ve vývinu a mohlo by dojít k nenapravitelným změnám organismu.

Nejefektivnější se zdá být racionální změna jídelníčku, která by měla mít za následek úpravu váhy dítěte s dlouhodobým efektem. Boženský a Procházka (2023) však uvádí, že za dodržení jistých podmínek (věk od 10 let, nedostatečně kontrolovaný diabetes 2. typu, obezita 2. a 3. stupně) by k medikamentózní léčbě obezity mohlo dojít. Zmiňují liraglutid, který snižuje tělesnou hmotnost díky vyšší redukci viscerálního tuku oproti podkožnímu tuku. Dále reguluje chuť k jídlu a snižuje pocit hladu. Autoři zároveň upozorňují na zvyšující se počet obézních dětí a na to navazující potřebu zavedení moderní medikamentózní, případně chirurgické léčby těchto dětí. Křenek Malíková, Aldhoon Hainerová a Lebl (2023) uvádí tři, již schválené, léky pro použití u dětí. Dříve zmiňovaný liraglutid, dále metreleptin, který se používá u dětí se zděděným deficitem leptinu. Ten byl poměrně nedávno schválen pro děti od dvou let. A nakonec setmelanotid používaný při zjištěných patogenních variantách leptinových receptorů u dětí starších šesti let. Autoři uvádí také tirzepatid schválený v roce 2022, který se používá pro léčbu diabetu 2. typu. Jeho vedlejším účinkem je však redukce tělesné hmotnosti až o 20 %, díky čemuž se uvažuje nad jeho využitím i pro léčbu obezity. Uváděnými léky zmiňuje také Sucharda (In Fried & Svačina, 2018) s tím, že nelze spoléhat pouze na farmakoterapii, ale jedinec musí k léčbě přistupovat aktivně.

Cílem léčby obezity je ukázat dětem možnosti zlepšení a ne trápení. Bednaříková (In Boženský, 2022, s. 59) to vysvětluje výstižně. Říká, že „většina obézních má cestu k redukci tělesné hmotnosti spojenou s odříkáním a nucením se do neoblíbených aktivit. Je na nás, abychom jim ukázali, že tato cesta nemusí být vůbec nepříjemná, naopak, že jim umožní dopřát si postupně to, co jím jejich předchozí stav nedovoloval.“ Léčba sestává z několika součástí, jedná se o kombinaci dietoterapie, kognitivně behaviorální terapie a fyzioterapie. Křenek Malíková, Aldhoon Hainerová a Lebl (2023) doplňují ještě pravidelný a kvalitní spánek.

3.5.1 Stravování

Je třeba dbát na pestrou a vyváženou stravu. Dítě samo asi těžko ovlivní skladbu svého jídelníčku, proto je kladen velký důraz na rodiče, případně kuchařky ve školní jídelně, aby si byli vědomi zásad správného stravování. Obecně lze říci, že se u léčby obezity nastoluje, už zmiňovaná, redukční dieta. Základním principem všech redukčních diet je nastavení jídelníčku tak, aby došlo ke snížení příjmu energie a zároveň zvýšení výdeje energie, čemuž napomáhá pohybová aktivita jedince. (Marinov & Pastucha, 2012).

Je velmi důležité, aby byl jídelníček skládán ze zdravých, vysoce průmyslově nezpracovaných potravin. Jednotlivá jídla by měla být podávána v jasných intervalech, a to zhruba tři hodiny po sobě. Kašparová a Šístková (In Pichlerová, 2021) uvádí, že snídaně by měla být konzumována do hodiny od probuzení. Pokud by dítě mělo před obědem hlad, může mu být přichystána menší svačina například ve formě ovoce. Následný oběd a odpolední svačina by mezi sebou také měli mít tři hodinový rozestup. Večeře by měla být podávána nejpozději tři hodiny před plánovaným spánkem. A to z toho důvodu, aby trávení potravy nerušilo usínání dítěte.

3.5.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je spolu se změnou stravovacích návyků chápána jako správná kombinace při hubnutí obézních jedinců. Matoulek (2021) však upozorňuje na to, že dodržování stanovené redukční diety a množství pohybové aktivity může jedinci přinést i matoucí výsledky. Při zvýšené pohybové aktivitě se tuková hmota mění na svalovou, což je žádoucí. Ke zmatení ale dochází v momentě, kdy jedinec posuzuje úspěšnost své snahy pouze na základě úbytku hmotnosti. Tuková hmota je objemnější, to znamená, že jedinec opticky hubne. Svalová hmota je méně objemná, ale těžší. To může způsobit ono zmatení, protože se může stát, že bude mít jedinec vyšší hmotnost navzdory tomu, že se cítí lépe a opticky

zhubnul. Je však velmi důležité, aby jedinec vytrval ve své snaze a v tomto momentu to nevzdal. Došlo by s největší pravděpodobností k jojo efektu a jedinec by mohl s hubnutím začít znovu.

3.5.3 Lázeňská léčba

Jednou z možností léčby obezity je pobyt dítěte v lázeňské léčebně. Bývá poskytován v čtyř až šesti týdenních turnusech. Snížení váhy a změna návyků se zde dosahuje za pomoci nasazené nízkonoenergetické diety, zvýšené pohybové aktivity, behaviorální intervence a balneoterapie. Machová a Kubátová (2016) dále uvádí, že je tato léčba vhodná pro děti od tří do osmnácti let. K úbytku hmotnosti podle nich dochází v průměru o 10–13 % u chlapců a 9–12 % u dívek. Podotýkají však, že je velmi důležitá spolupráce s rodinou, aby po návratu dítěte do domácího prostředí nedošlo k porušení nově nastaveného režimu. Bednaříková (In Boženský, 2022) ve svém článku na zmiňované autorky navazuje s tím, že je možné lázeňskou léčbu obezity realizovat už u dětí od jednoho a půl roku. U předškolních dětí bývá láznemi dovolen pobyt také jejich zákonných zástupců. Vždy pouze jednoho s možností výměny za doby pobytu dítěte. Zákonní zástupci mají v tuto dobu nárok na vystavení pracovní neschopnosti.

Lázeňská léčba zahrnuje také edukaci s nutričním terapeutem. Děti se učí, co jsou zdravé a nezdravé potraviny, jak se různá jídla připravují a mohou si také svačiny a večeře připravovat samy. Co se týče pohybové aktivity, jsou dětem nabízeny různé možnosti jak ve vnitřním, tak venkovním prostředí. Odborníci se snaží děti motivovat k vyzkoušení co nejvíce nabízených aktivit, aby zjistily, co je baví a rády v tom pokračovaly i po návratu domů. Při každém lázeňském zařízení je mateřská i základní škola, kde probíhá výuka základních předmětů, aby dítě nezameškalo v kmenové škole. Učitelé s dětmi pracují individuálně.

Při propouštění dítěte jsou rodiče podrobeni schůzce, při které je jim sdělen pokrok dítěte ve všech oblastech (fyziologické, psychologické, nutriční) příslušnými odborníky. Rodiče jsou upozorněni, že je zapotřebí, aby v domácím prostředí pokračovali v nově nastaveném režimu, aby nedošlo k recidivě.

3.5.4 Psychoterapie

Podle jistých autorů (Málková In Marinov & Pastucha, 2012; Křenek Malíková, Aldhoon Hainerová & Lebl, 2023) se ukazuje jako nejefektivnější řešení v oblasti psychoterapie

kognitivně behaviorální terapie. Cílem terapie je nastavení programu odborníkem, tedy nejčastěji psychoterapeutem, díky němuž dojde u jedince k žádoucím změnám v nevhodném chování, myšlení a také emocích.

Tato metoda vychází ze tří základních modelů učení. Prvním z nich je klasické podmiňování, na jehož základě nejde u obézních jedinců spoléhat na přirozený pocit hladu či žízně, neboť tento pocit u nich vymizel. Obézní jedinci jsou často k jídlu podněcováni jak vnějšími (přítomnost jídla na stole, puštěný televizor) tak vnitřními podněty (pocit únavy, stresová situace, navození příjemných pocitů při a následně po konzumaci jisté potravy). S tímto tvrzením souhlasí i Málková (In Pichlerová, 2021).

Druhým modelem je operantní podmiňování. Zde se jedná o chování založené a na vztahu mezi reakcí a následkem, kdy platí, že chování, které je odměňováno má vyšší potenciál na dlouhodobější udržení oproti chování, které je trestáno. Třetím modelem je kognitivní teorie, na jejímž základě se ovlivňuje myšlenkové zpracování podnětů jedince, jeho emoční reakce a chování. Za pomoci odborníka dochází u jedince ke změně myšlení a emocí, které umožní dlouhodobější efekt terapie. Jedinec si často vyčítá neúspěch v procesu redukce váhy, následně si myslí, že je k ničemu, protože selhal. Ztrácí chuť a sílu k dalšímu postupu a vrací se zpět k nevhodným vzorcům chování. Cílem psychoterapeuta je změna těchto myšlenkových procesů jedince. Je však velmi důležité, aby navozované změny byly pro jedince příjemné a aby se důsledky tohoto chování odrazily na zvýšené kvalitě života jedince.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kapitola obsahuje metodologii kvalitativního výzkumu s jednotlivými fázemi, které jsou popsány v následujících podkapitolách. Cílem výzkumu je „Zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku“. Díky kombinaci dvou metod by měla získaná data pomoci porozumět problematice v té míře, aby mohlo být konečné zjištění podkladem pro modifikaci vzdělávacích programů a nabízelo další možnosti zkoumání.

4.1 Výzkumný problém

Pro tento kvalitativní výzkum je stanoven deskriptivní výzkumný problém, který podle Gavory (2010, s. 56) „zjišťuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu“. Vzhledem k rostoucí prevalenci dětí trpících nadváhou a obezitou je nutné zkoumat prostředí, ve kterém děti žijí. Zaměřit se na možnosti podpory jejich zdraví a zdravého životního stylu s cílem prevence obezity. V neposlední řadě je také důležité identifikovat možné bariéry komplikující prevenci, aby mohlo dojít k eliminaci těchto bariér a nastavení funkčního procesu prevence. Nelze opomenout žádného z aktérů, jimiž jsou rodiče, prarodiče, učitelé v mateřské škole a samozřejmě samotné děti.

4.2 Výzkumné cíle

Výzkumné cíle mají podobu dvou typů podle Švaříčka a Šed'ové (2014). Jsou jimi cíle praktické, které mohou být využity jako podklad pro možnou změnu přístupu ke zdraví dítěte. Druhým typem jsou cíle intelektuální, které mohou přispět k rozšíření odborného poznání ve zkoumané oblasti. Cíle jsou rozděleny na jeden hlavní a tři dílčí výzkumné cíle.

Hlavní cíl

- Zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku.

Dílčí cíle

- Analyzovat, jak režim v MŠ podporuje prevenci obezity u dětí předškolního věku.
- Zkoumat přístupy k formování zdravých návyků jako prevence obezity u dětí předškolního věku.
- Identifikovat bariéry, které komplikují realizaci aktivit v prevenci obezity u dětí předškolního věku.

4.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vychází z výzkumných cílů a jsou také rozděleny na jednu hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky.

Hlavní otázka

- Jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku?

Dílčí otázky

- Jak podporuje režim v mateřské škole prevenci obezity u dětí předškolního věku?
- Jaké jsou realizované přístupy k formování zdravých návyků jako prevence obezity u dětí předškolního věku?
- Jaké existují bariéry komplikující realizaci aktivit v prevenci obezity u dětí předškolního věku?

4.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl zvolen na základě dostupného výběru a tvoří jej sedm participantek z Olomouckého kraje. Jedná se o odbornice pracující s dětmi předškolního věku z řad pedagogů a zdravotníků. Konkrétně jde o ředitelky, vedoucí učitelky a učitelky mateřských škol a také zdravotní sestru z lázní zabývajících se léčbou dětské obezity, diabetu mellitu a pohybového ústrojí. Pedagogický personál reprezentuje mateřské školy lišící se na základě umístění (město, vesnice) a velikosti (jedna budova o jedné třídě, čtyři budovy o dvanácti třídách, jedna budova o dvou třídách).

První oslovení participantek proběhlo v listopadu roku 2024 za účelem získání souhlasu s účastí ve výzkumu. Zároveň byl dohodnut předpokládaný termín realizace rozhovorů na leden roku 2025 s tím, že bude vše upřesněno na začátku měsíce. V prvním týdnu měsíce ledna byly participantky znovu telefonicky osloveny kvůli potvrzení účasti ve výzkumu. Bohužel tři participantky svou účast odvolaly, a tak musely být osloveny jiné odbornice s pedagogickým vzděláním. Do třetího týdne v měsíci lednu byl získán souhlas s účastí výzkumu od dalších tří participantek. Se všemi participantkami byl telefonicky domluven termín pro osobní setkání a realizaci hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Termíny osobních setkání respektovali časové možnosti jednotlivých participantek. Tento výzkumný vzorek je charakterizován v následující tabulce 1.

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného vzorku

participantka	umístění	pozice	dosažené vzdělání	délka praxe
P 1	vesnice	vedoucí učitelka	Bc.	12 let
P 2	město	ředitelka	Bc.	30 let
P 3	město	vedoucí učitelka	maturita	43 let
P 4	město	učitelka	2x maturita	56 let
P 5	vesnice	ředitelka	Bc.	20 let
P 6	vesnice	učitelka	Bc. (studuje nMgr.)	4 roky
P 7	vesnice	vrchní sestra	Mgr.	38 let

(zdroj: vlastní)

Součástí výzkumného vzorku tvoří také školní vzdělávací programy pro předškolní vzdělávání mateřských škol, jež reprezentují participantky. Dokumenty byly zvoleny záměrně, aby mohlo dojít k porovnání dat získaných jejich analýzou a dat získaných prostřednictvím rozhovoru. Konkrétně se jedná o tři platné školní vzdělávací programy (dále jako ŠVP) zpracované na základě Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Prvním z nich je ŠVP s názvem *Náš barevný svět*, který patří MŠ 1. Pro MŠ 2 je to ŠVP s názvem *Hrajeme si se sluníčkem*. Tento dokument byl také přepracován na základě požadavků České školní inspekce pocházejících ze závěrů provedené inspekce. Poslední ŠVP reprezentuje MŠ 3 a nese název *Žijeme zdravě, jde to hravě*.

4.5 Výzkumné metody

Výzkumné metody zahrnují charakteristiku metod sběru dat, jejich analýzy, zpracování a interpretace. Veškeré metody jsou záměrně soustředěny do této kapitoly, aby nedošlo k roztržení metodologie výzkumu. Bylo postupováno podle publikací Hendla (2023) a Švaříčka & Šed'ové (2014).

4.5.1 Metody sběru dat

Pro lepší probádání problematiky byly zvoleny dvě metody sběru dat. Hlavní z nich je **hloubkový polostrukturovaný rozhovor** realizovaný s odborníky, z pedagogických a zdravotnických řad, setkávajícími se při své práci s dětmi předškolního věku. Realizace rozhovorů proběhla na přelomu měsíce února a března roku 2025. Konkrétně se jednalo o časové rozmezí od 21. 2. 2025 do 7. 3. 2025. Otázky rozhovoru jsou koncipovány tak, aby byla získána požadovaná data a zároveň sloužily jako rozvíjející impulzy pro rozhovor. Níže se nachází seznam hlavních otázek pro rozhovor, který mohl být podle potřeby doplněn rozvíjejícími otázkami, jež se nachází v Příloze P II. Realizované rozhovory byly zaznamenávány na zvukové zařízení ve formátu mp3. u zvukových záznamů následně došlo k jejich **doslovné transkripci** (Hendl, 2023, podle Mayring, 1990). Pro každý transkript vznikl samostatný dokument MS Word.

SEZNAM OTÁZEK PRO ROZHOVOR

- Jaký máte názor na zdraví dětí předškolního věku?
- Setkala jste se někdy s odlišným přístupem ke zdraví u rodičů dětí? Jak jste řešili neshody?
- Jaký máte názor na stravování dětí předškolního věku?
- Je u vás v MŠ dodržován spotřební koš?
- Jak děti reagují na potraviny nebo pokrmy, které z domu neznají?
- Jaký máte názor na pitný režim dětí předškolního věku?
- Jaký máte názor na pohybovou aktivitu dětí předškolního věku?
- Jaký máte názor na dětskou obezitu?
- Jak vnímáte svou roli, učitele mateřské školy, v rámci podpory zdraví dětí předškolního věku? Popřípadě budování jejich zdravého životního stylu?
- Napadá Vás k tématu ještě něco, čemu jsme se nevěnovaly?

Druhou, podpůrnou, metodou sběru dat byla zvolena **komparativní analýza** vybraných dokumentů. Charakteristika dokumentů je součástí podkapitoly 4.4 Výzkumný vzorek. Dokumenty byly podrobně analyzovány podle předem stanovených kritérií. Prvním kritériem bylo stravování, v rámci kterého byly hledány například stravovací principy, frekvence jídla či původ stravy v MŠ. Na stravování navazovalo druhé kritérium, pitný režim. U něj byly hledány příklady tekutin podávaných dětem, přístup dětí k tekutinám a další. Jako třetí kritérium je stanoven pohyb, kdy byla hledána pohybová aktivita dětí ať už řízená nebo spontánní, způsoby pohybu dětí a také například pobyt venku. Čtvrté kritérium představuje osvětu a zdraví, která se týká dětí. Podobné téma představuje i páté kritérium, tedy spolupráce s rodiči. V obou případech byly hledány možnosti osvěty v rámci podpory zdraví a zdravého životního stylu, jeho složek a v neposlední řadě také spoluúčast rodičů na výchovně vzdělávacím procesu MŠ. Jako poslední kritérium je zvolena obezita. Zde byl hledán výskyt jakýchkoliv zmínek o ní, jestli se v dokumentech objevují nějaké principy prevence konkrétně nebo je zapotřebí si je domýšlet na základě nastíněných aktivit spadajících do předchozích kritérií. Komparativní analýza dokumentů proběhla v první polovině měsíce února roku 2025.

4.5.2 Metody zpracování a interpretace dat

Pro analýzu a zpracování získaných dat (z rozhovoru ve formě transkriptu) byla v první řadě zvolena metoda **otevřeného kódování**. Výpovědi reprezentující jednotlivé kódy byly označeny pomocí vložení komentáře v dokumentu MS Word. Vzniklé kódy byly pro lepší přehlednost zároveň přepisovány do samostatného souhrnného dokumentu MS Word. Během analýzy vzniklo i několik in vivo kódů jako například „do jídla nenutíme“, „do pohybu nenutím“, „do MŠ, z MŠ autem“, „obezita do MŠ nepatří“. Následně byly kódy seskupeny podle vnitřních souvislostí do podkategorií a kategorií. Nakonec byly sestaveny **Tabulky 4 – 7**, jež jsou součástí kapitoly 6 Zpracování a interpretace dat. Zmiňované tabulky přehledně předkládají vzniklé kategorie, podkategorie a k nim patřící kódy. Již při analýze rozhovoru s participantkou P 5 došlo k teoretické saturaci dat, avšak pro úplnost výzkumného vzorku byly realizovány i rozhovory se zbylými dvěma participantkami. Dále bylo zvoleno **axiální kódování**, jehož cílem bylo nacházet příčiny a důsledky identifikovaných jevů označených kódy. Proces zpracování dat proběhl v první polovině měsíce března roku 2025.

V rámci zpracování již dříve zmiňovaných dokumentů byla zvolena **obsahová analýza** podle také již dříve zmíněných kritérií. Na základě této analýzy vznikla tabulka **juxtapozice**

(Tabulka 2 – Juxtapozice) předkládající všechna zanalyzovaná data rozdělena podle kritérií. Z této tabulky byla následně sestavena tabulka **vlastního zjištění** (Tabulka 3 – Vlastní zjištění) v níž byly identifikovány shody, podobnosti a rozdíly zkoumaných dokumentů. Obě tabulky jsou součástí kapitoly 5 Komparace vybraných dokumentů.

Interpretace dat získaných analýzou rozhovorů a komparativní analýzou vybraných dokumentů byla záměrně sloučena v jednu za účelem poukázání na reálný stav problematiky. V tomhle případě byla zvolena **technika vyložení karet**. Jejím účelem je převyprávění zpracovaných dat a hledání souvislostí mezi nimi. Proces interpretace dat proběhl v druhé polovině měsíce března a v prvním týdnu měsíce dubna roku 2025. Vše je součástí kapitoly 6 Zpracování a interpretace dat.

4.6 Etika výzkumu

Etika výzkumu byla zajištěna několika způsoby. Prvním z nich byl informovaný souhlas pro participantky, ve kterém byly informovány o nahrávání rozhovoru na zvukové zařízení, přepisem nahrávky do dokumentu MS Word a hlavně o anonymizaci získaných dat a jejich zpracování pro účely výzkumu. Participantky se rozhovorů účastnily dobrovolně a byly si vědomy možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit. Informovaný souhlas je součástí Přílohy P III.

Druhým způsobem zajišťujícím etiku výzkumu byla anonymizace získaných dat jak z rozhovorů, tak při komparativní analýze vybraných dokumentů. Participantky byly podle pořadí realizace rozhovorů označeny jako P 1, P 2, P 3, P 4, P 5, P 6 a P 7. V případě dokumentů se jednalo o Školní vzdělávací programy mateřských škol, které reprezentovaly participantky. Anonymizace dat spočívala v označení mateřských škol jako MŠ 1, MŠ 2 a MŠ 3. V celé práci jsou používána právě tato označení.

4.7 Předvýzkum

Jako předvýzkum sloužila realizace Studentské vědecké odborné činnosti na téma Role učitele mateřské školy při posilování zdraví a prevenci chronických onemocnění dětí. Projekt byl realizován v akademickém roce 2023/2024 a měl za cíl zjistit pohled učitelů mateřských škol na zdraví dětí předškolního věku. V rámci projektu byl realizován kvalitativně zaměřený výzkum, jehož metodou sběru dat byl hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Na základě výsledků výzkumu a teoretického podkladu byl stanoven výzkumný problém této diplomové práce.

4.8 Limity výzkumu

Během realizace výzkumu vyvstalo hned několik limitů. Za jeden z nich je možné považovat skromný výzkumný vzorek sestávající ze sedmi participantek. Pro příště by bylo vhodné výzkumný vzorek zvětšit alespoň na deset participantů. Dále by mohlo být přínosem rozšíření výzkumného vzorku i do jiných krajů České Republiky, neboť stávající participantky pochází pouze z kraje Olomouckého. Při druhém telefonickém kontaktu s participantkami na začátku měsíce ledna došlo k odvolání předběžného souhlasu od tří participantek. Z toho důvodu musely být osloveny další participantky, čímž byl zpomalen proces získávání dat prostřednictvím rozhovorů. Což je považováno za třetí limit výzkumu. Poslední limit výzkumu se pojí s komparativní analýzou ŠVP. Ukázalo se totiž, že jsou tyto dokumenty zpracovány poměrně stroze a v některých případech neobsahují ani zmínky o zkoumané problematice.

5 KOMPARACE VYBRANÝCH DOKUMENTŮ

Vybrané školní vzdělávací programy vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Jejich zpracování je sice kvalitní, ovšem v mnoha případech velmi obecné. Dva z nich byly upraveny také podle připomínek České školní inspekce.

Při analýze byla zvolena následující kritéria: stravování, pitný režim, pohyb, osvěta a zdraví, spolupráce s rodiči a nakonec obezita. Kritéria byla zvolena na základě výzkumných otázek a měla pomoci porozumět zkoumané problematice. Konkrétněji je analýza popsána v podkapitole 4.5.1 Metody sběru dat.

5.1 Juxtapozice

První fází komparativní analýzy je hloubková analýza dokumentů, na základě které vznikla následující tabulka juxtapozice.

Tabulka 2 – Juxtapozice

oblast	MŠ 1	MŠ 2	MŠ 3
stravování	strava pro děti a zaměstnance se dováží z jídelny při ZŠ	strava je rozvážena z ŠJ	plnohodnotná a vyvážená strava
	plnohodnotná a vyvážená strava dle pestrého a zdravého jídelníčku	poskytována plnohodnotná a vyvážená strava (dle předpisu)	doplňková strava připravovaná v MŠ
	snažíme se o motivaci k ochutnání	vhodná skladba jídelníčku	obědy jsou dováženy ze ŠJ
	ranní svačina	oběd	podněcujeme děti k ochutnání
	oběd	svačina	nenutíme do jídla
	svačina		oběd
			svačina

	T – Plody podzimu, Ovoce a zelenina	dodržování zdravé technologie přípravy pokrmů	T – Podzim na zahradě a na poli
pitný režim	zajištění celodenního pitného režimu v sebeobslužném systému formou různých nápojů – čajů, minerálek, pitné vody	ve třídě stále k dispozici dostatek tekutin	pitný režim zajištěn během celého dne
		podněcování dětí k pitnému režimu	
pohyb	rozlehlá zahrada a dopravní hřiště	vycházky	relaxační cvičení
	tělovýchovná chvilka		
	pobyt na zahradě slouží k pohybovým aktivitám	tělocvičné náradí	tělocvičné náradí
	pobyt venku, spontánní hry		rozvoj fyzické zdatnosti
	nabízen lyžařský výcvik, předplavecký výcvik	rozvíjíme pohybové dovednosti, hrubou i jemnou motoriku	dětí mají dostatek volného pohybu v prostorách MŠ i venku
	rozvoj lokomočních dovedností		
	upevňování pravidel bezpečnosti při pobytu na zahradě	vytváření, rozvíjení a zdokonalování pohybových schopností	klidné procházky s dětmi
	hrát fair play		pobyt venku
	rozvoj pohybových schopností v oblasti hrubé motoriky	umožnění rozmanitých pohybových aktivit	každodenní pobyt venku na základě povětrnostních podmínek
	účelné ovládání pohybového aparátu		

	rozvoj fyzické zdatnosti – otužování	dodržování 2 hodinového pobytu dětí venku	lokomoční pohybové činnosti
	zachovávat správné držení těla		
	zvládat běžné způsoby pohybu v různém prostředí	mají dostatek volného pobytu na zahradě	uvědomění si vlastního těla
	koordinovat lokomoci a další pohyby těla s hudbou a rytmem		snažíme se co nejvíce aktivit a činností přenášet ven, do přírody
	vědomě napodobovat jednoduchý pohyb	sportovní aktivity	vědomě napodobovat pohyb podle vzoru
	mít povědomí o významu aktivního pohybu		
	rozvíjení koordinace pohybů	děti jsou každodenně venku	základní gymnastika, turistika, míčové hry, pouštění draka
	s ohledem na počasí děti tráví každý den dostatek času venku		
	ve třídě i na zahradě mají dostatek volného pohybu	do každodenního programu jsou pravidelně (několikrát v týdnu) zařazovány řízené zdravotně preventivní pohybové aktivity	denně jsou pravidelně zařazovány řízené zdravotně preventivní pohybové aktivity
	zdravotně preventivní pohybové aktivity		
	pobyt venku, prodloužený pobyt venku		
	T – Moje tělo, Sportujeme		T – Zimní sporty

osvěta a zdraví	vycházky v zámeckém parku, k rybníku, do lesa a tím prohlubování vztahu dětí k životnímu stylu v souladu s přírodou	vycházky pro podporu zdravého životního stylu	seznámení se s pravidly bezpečného chování v MŠ, při pobytu na zahradě, při vycházkách
	osvojení si poznatků o zdraví	zdravotně hygienické zařízení	propojení přirozeného pohybu a zdravého životního stylu s přírodou
	osvojení si poznatků o pohybových činnostech a jejich přínos	pedagogové se sami chovají podle zásad zdravého životního stylu a poskytují tak dětem přirozený vzor	znát základy zdravého životního stylu – přínos pohybu a sportu, zdravá strava, hygiena, odpočinek
	vytváření zdravých životních návyků	podporování zdravého životního stylu	povídání o ochraně zdraví a předcházení nemocem
	vytváření základů pro zdravý životní styl	rozvíjíme a zdokonalujeme zdravé životní návyky a postoje jako základ zdravého životního stylu	všichni zaměstnanci jsou pro děti přirozeným vzorem a chovají se podle zásah zdravého životního stylu
	uplatňovat zdravotně preventivní návyky		osvojení si poznatků a dovedností důležitých k podpoře zdraví, bezpečí, osobní pohody
	pojmenovat základní části lidského těla a některé orgány, znát jejich funkce		

znát základní pojmy užívané ve spojení se zdravím, pohybem a sportem	na základě zdravého životního stylu vytvořit u dětí základy pro zdraví prospěšné prožití	poučení o nebezpečných situacích (doprava, léky, zvířata), jak se chránit
rozlišovat, co prospívá zdraví a co mu škodí	předškolního období v MŠ	pojmenovat části těla, některé orgány, mít povědomí o těle, vnímat smysly
mít povědomí o významu péče o čistotu a zdraví		poskytnutí dětem dostatku příležitostí k pohybovým činnostem,
chovat se tak, aby neohrožovalo svoje bezpečí a ani nikoho jiného		k rozvíjení jejich pohybových schopností
mít povědomí o způsobech ochrany osobního bezpečí nejen v silničním provozu		a dovedností, vytváření zdravých životních návyků a postojů jako základ zdravého životního stylu
osvojení si dovedností spoluvytváření bezpečného prostředí		
mít povědomí o významu zdravé výživy		rozlišovat, co zdraví prospívá a co mu škodí
T – Vitamíny a bacily, Moje zdraví, Záchranné složky, Doprava		T – Když kamarád stůně, Mám 5 smyslů

spolupráce s rodiči	vytvoření podmínek pro spolupráci s rodiči	ve vztazích mezi zaměstnanci a rodiči panuje oboustranná důvěra a otevřenost, vstřícnost, porozumění, respekt a ochota spolupracovat	mezi zaměstnanci a rodiči panuje oboustranná důvěra a otevřenost, vstřícnost a porozumění, respekt a ochota spolupracovat
	dětem umožňujeme ve spolupráci s jejich rodiči postupně se adaptovat na nové prostředí a situace	rodiče mají možnost podílet se na dětí v MŠ, účastnit se různých programů	rodiče mají možnost podílet se na dění MŠ, účastnit se různých programů
	spolupráce mezi pedagogickými pracovníci a rodiči funguje na základě partnerství, důvěry, otevřenosti, vstřícnosti, respektu a ochotě spolupracovat v zájmu dětí	učitelé pravidelně informují rodiče o prospívání jejich dítěte i o jeho individuálních pokrocích v rozvoji i učení	rodiče jsou pravidelně a dostatečně informováni o prospívání jejich dítěte i o jeho individuálních pokrocích v rozvoji i učení
	zákonným zástupcům je umožňováno podílet se na dění v MŠ, účastnit se her a akcí školy	učitelé se domlouvají s rodiči o společném postupu při jeho výchově a vzdělávání	navrhujeme a domlouváme se společně s rodiči na postupu při výchově a vzdělávání jejich dětí

	učitelky pravidelně informují rodiče o prospívání a průběžném rozvoji i učení dítěte	MŠ podporuje rodinnou výchovu a pomáhá rodičům v péči o dítě	nabízíme poradenský servis
	T – Já a moje rodina	MŠ nabízí rodičům poradenský servis i nejrůznější osvětové aktivity v otázkách výchovy a vzdělávání předškolních dětí	zaměstnanci chrání soukromí rodiny a zachovávají diskrétnost
		rozvíjení společenství MŠ a rodiny na základě tolerance, partnerství, otevřenost a vzájemné důvěry	zaměstnanci nezasahují do soukromí rodiny, varují se přílišné horlivost a poskytování nevyžádaných rad
		rodič se účastní prvních kroků dítěte v MŠ a pomáhá mu orientovat se v prostředí, zvládat jednoduchá pravidla a řád	poskytujeme rodinnou výchovu a pomáháme rodičům v péči o dítě
obezita	—	—	—

(zdroj: vlastní)

Tabulka 2 je rozdělena podle zvolených kritérií, které byly vyhledávány ve vybraných ŠVP. Vychází z hloubkové analýzy zmiňovaných dokumentů a předkládá data pojící se se zkoumanou problematikou. Každému ŠVP náleží jeden sloupec s analyzovanými daty. Tabulka juxtaopozice tvoří základ pro následující tabulku vlastního zjištění.

5.2 Vlastní zjištění

Druhou fází komparativní analýzy dokumentů je zpracování předchozí tabulky juxtapozice do následující tabulky vlastního zjištění.

Tabulka 3 – Vlastní zjištění

oblast	shoda	podobnost	rozdíl
stravování	strava je dovážena ze ŠJ	MŠ 1 – pestrý a zdravý jídelníček	MŠ 3 – doplňková strava připravovaná v MŠ
	plnohodnotná a vyvážená strava	MŠ 2 – vhodná skladba jídelníčku	MŠ 2 – dodržování zdravé technologie přípravy pokrmů
	svačina	MŠ 1 – Plody podzimu, Ovoce a zelenina	MŠ 1 – ranní svačina
	oběd		
	MŠ 1, MŠ 3 – motivace dětí k ochutnání	MŠ 3 – Podzim na zahradě a na poli	MŠ 3 – nenutíme do jídla
pitný režim	pitný režim zajištěn během celého dne		MŠ 2 – podnecování dětí k pitnému režimu
			MŠ 1 – čaj, minerálka, pitná voda
pohyb	vytváření, rozvíjení a zdokonalování pohybových schopností	MŠ 2, MŠ 3 – pobyt venku na základě povětrnostních podmínek	MŠ 2 – dodržování 2 hodinového pobytu dětí venku
			MŠ 3 – snažíme se co nejvíce aktivit a činností přenášet ven, do přírody

	dostatek pohybu na zahradě	MŠ 1, MŠ 3 – dostatek pohybu vevnitř i venku	MŠ 1 – hrát fair play
	vycházky		MŠ 1 – rozvoj fyzické zdatnosti – otužování
	každodenní pobyt venku		MŠ 1 – zachování správného držení těla
	pravidelné zařazování zdravotně preventivních pohybových aktivit	MŠ 1, MŠ 3 – vědomě napodobovat pohyb	MŠ 3 – základní gymnastika, turistika, míčové hry, pouštění draka
			MŠ 3 – relaxační cvičení
			MŠ 1 – nabízen lyžařský a předplavecký výcvik
	MŠ 1, MŠ 2 – rozvoj pohybových dovedností v oblasti hrubé i jemné motoriky	MŠ 1, MŠ 3 – T – Sportujeme	MŠ 1 – koordinovat lokomoci a další pohyby těla s hudbou a rytmem
			MŠ 1 – zvládat běžné způsoby pohybu v různém prostředí
	MŠ 1, MŠ 3 – rozvoj lokomočních dovedností	MŠ 1 – T – Moje tělo	MŠ 1 – mít povědomí o významu aktivního pohybu
	MŠ 2, MŠ 3 – tělocvičné nářadí		MŠ 3 – uvědomění si vlastního těla

osvěta a zdraví	zaměstnanci se sami chovají podle zásad zdravého životního stylu a jsou dětem přirozeným vzorem	MŠ 1, MŠ 3 – osvojení si poznatků a dovedností důležitých k podpoře zdraví, bezpečí a osobní pohody; neohrožovat sám sebe ani druhého	MŠ 1 – osvojení si poznatků o zdraví, pohybových činnostech a jejich přínos
	vytváření zdravých návyků a postojů jako základu pro zdravý životní styl (přínos pohybu a sportu, zdravá strava, hygiena, odpočinek)		MŠ 2 – zdravotně hygienické zázemí pro děti
	MŠ 1, MŠ 3 – seznámení a upevňování pravidel bezpečnosti při pobytu na zahradě, v MŠ, při vycházkách	MŠ 1, MŠ 3 – povídání o ochraně zdraví, předcházení nemocem; uplatňovat zdravotně preventivní návyky	MŠ 1 – znát základní pojmy užívané ve spojení se zdravím, pohybem a sportem
	MŠ 1, MŠ 3 – pojmenovat části lidského těla, některé orgány, mít povědomí o těle, vnímat smysly	MŠ 1, MŠ 3 – mít povědomí o způsobech ochrany osobního bezpečí nejen v silničním provozu	MŠ 1 – T – Vitamíny a bacily, Moje zdraví, Záchranné složky, Doprava
	MŠ 1, MŠ 3 – rozlišovat, co zdraví prospívá a co mu škodí	pobyt v přírodě pro podporu zdravého životního stylu	MŠ 3 – T – Když kamarád stůně, Mám 5 smyslů

spolupráce s rodiči	ve vztazích mezi zaměstnanci a rodiči panuje oboustranná důvěra a otevřenost, vstřícnost, porozumění, respekt a ochota spolupracovat	MŠ 1, MŠ 2 – vytvoření podmínek a rozvíjení spolupráce MŠ a rodiny	MŠ 3 – zaměstnanci nezasahují do soukromí rodiny, varují se přílišné horlivosti a poskytování nevyžádaných rad
	rodiče mají možnost podílet se na dění MŠ, účastnit se různých programů		
	učitelé pravidelně informují rodiče o prospívání jejich dítěte i o jeho individuálních pokrocích v rozvoji i učení	MŠ 2, MŠ 3 – MŠ podporuje rodinnou výchovu a pomáhá rodičům v péči o dítě	MŠ 3 – zaměstnanci chrání soukromí rodiny a zachovávají diskrétnost
	MŠ 2, MŠ 3 – učitelé navrhnou a společně s rodiči se domlouvají na postupu při výchově a vzdělávání jejich dětí		

	MŠ 2, MŠ 3 – MŠ nabízí rodičům poradenský servis i nejrůznější osvětové aktivity v otázkách výchovy a vzdělávání předškolních dětí	MŠ 1, MŠ 2 – rodič se účastní prvních kroků dítěte v MŠ a pomáhá mu orientovat se v prostředí, zvládat jednoduchá pravidla a řád	MŠ 1 – T – Já a moje rodina
obezita	—	—	—

(zdroj: vlastní)

Tabulka 3 předkládá identifikované shody, podobnosti a rozdíly analyzovaných ŠVP podle předem stanovených kritérií charakterizovaných výše. Interpretace tabulky vlastního zjištění je z důvodu srozumitelnosti spojena s interpretací tabulek kategorizace dat vzniklých během analýzy rozhovorů. Celá interpretace se tedy nachází v následující kapitole.

6 ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT

Transkripty rozhovorů byly zpracovány pomocí otevřeného a axiálního kódování, jak již bylo popsáno v podkapitole 4.5.2 Metody zpracování a interpretace dat. Na základě tohoto procesu vzniklo několik tabulek prezentujících vzniklé kódy, podkategorie a kategorie. Konkrétně se jedná o následující čtyři tabulky. Na základě souvislosti byla v interpretaci tabulek kategorizace analýzy dat přidána i tabulka vlastního zjištění z předchozí kapitoly.

Tabulka 4 – Kategorizace analýzy dat – životní styl dítěte předškolního věku

KATEGORIE	PODKATEGORIE	KÓD
životní styl dítěte předškolního věku	stravování	přístup dítěte ke stravování
		dítětem odmítaná potravina
		strach z neznámé potravin
		ochutnání neznámé potravin
		frekvence stravování
		zdravá potravina
		nezdravá potravina
	pitný režim	malá potřeba pití
		příklad pití
		obliba holé vody
	pohyb	možnosti pohybu
		obliba pohybu dítětem
		frekvence pohybu
		pobyt venku
		nedostatek v pohybu dítěte
		ztráta pudu sebezáchovy
		úraz dítěte
	nemoc	příklad nemoci
		sezónní nemocnost

		dřív byly děti zdravější
--	--	--------------------------

(zdroj: vlastní)

Tabulka 4 předkládá kategorii nazvanou **životní styl dítěte předškolního věku**. První podkategorie se týká stravování dítěte. Učitelky často zmiňovaly strach dětí z potravin či pokrmů, které z domova neznají. Například P 5 uvedla, že: *„pokud to neznají od malička, tak odmítají cokoli nového ochutnat“*. Nechuť dětí k neznámým potravinám se podle většiny participantek objevuje velice často, hlavně na začátku školního roku. P 2 dodává, že *„fakt musíme ty pomazánky třeba smazávat nebo dávat úplně holý chleby, rohlíky, aby vůbec to dítě se toho dotklo“*. S touto metodou se setkaly všechny participantky, avšak každá má vlastní, mnohdy odlišnou, zkušenost. P 5 ku příkladu říká: *„některým dětem jo (pomůže smazání pomazánky, aby ochutnalo) těch 99 %, ale tomu 1 % tomu smažete a on to vidí, že to tam je v těch dírečkách, on to neochutná, on musí mít vyloženě suchej chleba zvlášť“*. Participantky také uváděly konkrétní potraviny, které děti odmítají. Počínaje zmiňovanými pomazánkami, dále rajčata, brokolice, květák, špenát, luštěniny, ryby, houby nebo bílý jogurt. P 1 dokonce vyzorovala u dětí nesnášenlivost slupek zeleniny. *„Co je problém, tak jsou slupky. Nevím, no, možná to je trošku s těma mléčnými zubama spojené, nevím. Takže oni to vždycky okoušou tak, že vnitřek si nechají.“* V souvislosti s tím hned navrhla, že by mohlo být vhodné domluvit se s kuchařkami na oloupání problematických slupek před podáváním. Na druhou stranu, P 3 zmínila, že mají děti v oblíbě klasickou českou kuchyni: *„když je omáčka, je já nevím rajská knedlík, tak jsou vymetený hrnce“*. Participantky také uváděly zdravé potraviny, které jsou dětem při školním stravování podávány. Jednalo se například o ovoce jako jablko, hrušku, banán, hrozny; dále zeleninu jako mrkev, kedlubna, paprika, okurka nebo brambory. Také vzpomněly přílohy jako kuskus a bulgur nebo celé pokrmy jako špenátové lasagne a celozrnnou pizzu. Neopomněly ani mléčné výrobky jako mléko, jogurty, sýr kiri nebo dětmi oblíbené kakao. Na druhou stranu uváděly i nezdravé potraviny jako hamburgry, hranolky, smažená jídla, brambůrky, párek v rohlíku, donut nebo sladký rohlík. Je jasné, že se školní stravování řídí spotřebním košem, ale ve ŠVP je stravování dětí uváděno velmi obecně jako plnohodnotná a vyvážená strava nebo pestrý a zdravý jídelníček. Co se týče frekvence stravování, jsou zde pouze označení svačina a oběd. Participantky ale rozdělovaly stravu na dopolední svačinu, oběd a odpolední svačinu.

Druhá podkategorie se týká pitného režimu dítěte. Většina participantek se shodla na tom, že děti předškolního věku mají velmi nízkou potřebu pití a je tedy nutné jim pití připomínat. Na dodržování pitného režimu musí tedy dohlížet samy participantky i přes to, že mají děti v průběhu celého dne k dispozici různé druhy tekutin jako například čistou vodu, slabou šťávu, neslazené čaje různých příchutí nebo minerální vody. Několik participantek také s údivem poznamenalo, že je mezi dětmi nejoblíbenější holá voda.

Třetí podkategorie se věnuje pohybu dítěte. V ŠVP se v rámci pohybu nachází hlavně „vytváření, rozvíjení a zdokonalování pohybových schopností“ a je kladen důraz na dostatečně dlouhý pobyt dětí venku. Není však specifikováno, jakým způsobem mají děti trávit čas na čerstvém vzduchu. Specificky jsou zmiňovány pouze vycházky nebo pobyt na zahradě. Většina participantek ale uvedla, že mají děti rády pohyb. Jako možnosti pohybu uvádí například dopřání volnosti pohybu při pobytu na zahradě. P 1 dokonce uvedla, že mohou děti pod jejich dohledem lézt po stromech na školní zahradě. Dále participantky uváděly dlouhé procházky do přírody, pokud je to možné, návštěvy hřišť s různými herními prvky (klouzačky, průlezk, kolotoče) ve venkovním prostředí. Uvnitř pak zmiňovaly zdravotní cvičení, dětmi oblíbené překážkové dráhy, různé pohybové hry s i bez pomůcek. Často participantky také uváděly možnost využívání tělocvičny nedaleké základní školy, kde dětem připravují „velké cvičení“, jehož součástí bývají pohybové hry, míčové hry, běhání či překonávání různých překážek. Co se týče frekvence pohybu, podle participantek by bylo ideální, aby byl pohyb zařazen každodenně. Ve skutečnosti však do každodenního programu zařazují pouze pohybové chvilky s pár zdravotními cviky a krátkou pohybovou hrou.

Čtvrtá podkategorie se věnuje nemoci dítěte. ŠVP neobsahují žádné zmínky o posuzování zdraví či nemoci dítěte. Je pravděpodobné, že se této problematice věnuje některý z dodatků k ŠVP v daných MŠ. Participantky však s nemocností dětí mají zkušenosti a některé z nich i prezentovaly při rozhovoru. nejčastěji participantky uváděly příklady nemocí, se kterými se u dětí setkávají. Jedná se hlavně o rýmu a kašel. Následují chřipky, nachlazení, případně střevní potíže. P 6 upozorňuje na to, že „*pokud dítě třeba přijde do kolektivu s rýmou, tak druhé dítě na to reaguje úplně jinak. Může z toho fakt mít jako teploty, chytnout antibiotika...*“ Podle většiny participantek s delší dobou praxe byly děti dříve zdravější. P 2 konkrétně říká: „*Myslím si, že dřív to bylo lepší. Že děti jsou teďka jako pěstovaný, takový skleníkový květinový. Že opravdu trpí na nejrůznější respirační, hlavně onemocnění víc, než to bylo dřív.*“ P 4 dokonce uvádí, že díky systematickému zařazování pohybové aktivity a otužování dětí prostřednictvím cvičení na čerstvém vzduchu

a sprechováním vlažnou vodou po tělovýchovné aktivitě dosáhla nejnižší nemocnosti v okrese.

V ŠVP se režim dne řeší velmi okrajově. Nachází se pouze ve dvou dokumentech ze tří ve zkratkovité formě. Participantky se k režimu dne také konkrétně nevyjadřovaly, je ale možné říci, že na základě jimi popisovaných aktivit, jež zařazují do běžného dne v MŠ, zmiňovaný režim podporují.

Tabulka 5 – Kategorizace analýzy dat – edukace učitelem v MŠ

KATEGORIE	PODKATEGORIE	KÓDY
edukace učitelem v MŠ	kurikulární rámec	kurikulární rámec
		tematický blok o zdraví
		náplň výchovy ke zdraví
		spolupráce s odborníky v rámci výchovy ke zdraví
		porovnání kurikula dřív a teď
		nespokojenost s dnešním kurikulem
	dítěte – stravování	motivace učitelem k ochutnání neznámé potraviny
		příklad motivace dítěte k jídlu
		„do jídla nenutíme“
		pestrost stravy v MŠ
		porovnání stravování dětí dřív a teď
		nový spotřební koš
		přenesení zodpovědnosti na kuchyň
	dítěte – pitný režim	motivace učitelem k pití
		důležitost pitného režimu

		přeceňování pitného režimu
		pítí k dispozici uvnitř
		pítí k dispozici venku
	dítěte – pohyb	důležitost pohybu
		motivace učitelem k pohybu
		„do pohybu nenutím“
		porovnání pohybu dětí dřív a teď
	interakce učitele s rodičem	osvěta s odborníkem pro rodiče
		doporučení pohybu pro dítě rodiči
	role učitele a MŠ	pozitivní vliv učitele na dítě
		učitel jako vzor pro dítě
		dlouhý pobyt dítěte v MŠ
		důležitost MŠ

(zdroj: vlastní)

Tabulka 5 předkládá kategorii s názvem **edukace učitelem v MŠ** a je rozdělena na šest podkapitol s odpovídajícími kódy. První podkategorie se věnuje **kurikulárnímu rámci**. V ŠVP se objevují témata zaměřená na zdraví člověka jako například „*Moje zdraví, Když kamarád stůně, Vitamíny a bacily*“, témata se zdravými potravinami „*Ovoce a zelenina, Plody podzimu*“ nebo témata zaměřená na vědomosti o lidském těle a pohybu „*Moje tělo, Sportujeme*“. O těchto tématech se zmiňovaly také participantky. P 1 přímo uvedla: „*My máme všeobecně jeden blok, to je ten zimní, máme zaměřený na prevenci zdraví a zdravého životního stylu.*“ Většinou však upozorňovaly na to, že se edukaci o zdraví věnují i mimo konkrétně zmiňovaná témata. Jako příklady náplně výchovy ke zdraví participantky uváděly povídání a aktivity spojené se zdravými a nezdravými potravinami nebo ovocem a zeleninou. P 5 uvedla také téma „*Doktora se nebojíme*“, při kterém se věnuje nemocem, preventivním lékařským prohlídkám či strachu dětí z lékařského prostředí. P 5 a P 6 mluvily

o hře na obchod, při které si děti chodí kupovat své oblíbené, na kousky nakrájené, ovoce a zeleninu za „penízky na hraní“. P 3 se podle svých slov věnuje budování zdravých hygienických návyků u dětí jako například správnému mytí rukou a odbourávání návyků špatných. K tomu se nachází zmínky také v ŠVP pro MŠ 1 a MŠ 3 „povídání o ochraně zdraví, předcházení nemocem a uplatňovat zdravotně preventivní návyky“. Většina participantek také uvedla přípravu ovocných a zeleninových svačin samotnými dětmi. Dle jejich slov, děti sní větší porci, když si svačinu samy nachystají. Mají také zkušenost s tím, že jsou děti spíše svolné ochutnat neznámé druhy, když si mohou vzít jen malý kousek. Podle P 4 je důležité naučit děti kultuře stolování. Dodává, že *„Děti musí vědět, že teď je svačina. Společně, je to i kultura stolování. My si popřejeme dobrou chuť, nemůžeme povídat s plnou pusou, vždyť to navazuje jedno na druhý“*. Zmínky o výchově ke zdraví se nachází také v ŠVP se záměrem „vytváření zdravých návyků a postojů jako základu pro zdravý životní styl (přínos pohybu a sportu, zdravá strava, hygiena, odpočinek)“. ŠVP MŠ 1 a MŠ 3 konkrétně uvádí „rozlišovat, co zdraví prospívá a co mu škodí“.

Ke spolupráci s odborníky v rámci výchovy ke zdraví se vyjadřovaly pouze některé participantky. P 2 uvedla, že již několikátým rokem spolupracují s městskou nemocnicí. Ta dětem připravuje různé besedy se zaměřením na zdravý životní styl nebo, jak také uvedla *„Chodíme i třeba do nemocnice na akci, kde ukazují dětem, jak si správně mají mýt ruce. Mají tam takový přístroje, kde děti vidí neumyté, že třeba je tam fialová barva, že to je špatně.“* P 1 dodává *„máme různé besedy i se zdravotníky, loni jsme měli paní zubařku nebo dentální hygienistku, míváme každý rok besedu s horskou službou“*. Jak je vidět, ke spolupráci s odborníky v rámci výchovy ke zdraví se participantky vyjádřily, avšak ani v jednom ŠVP tyto zmínky neexistují.

Participantky také vyjadřovaly nespokojenost s dnešním kurikulem a porovnávaly jej s kurikuly předchozími. Zde by v interpretaci dat mohl nastat časový nesoulad, neboť některé z participantek mají značnou délku praxe, v mnohých případech přesahující do minulého století. P 4 uvedla, že *„dřív ten systém byl velmi dobře nastavenej ... už od rána ty děti měly nějakou tělesnou aktivitu ... taky se mě nelíbí ten přístup, řeknu v uvozovkách demokracie, protože každé si tu demokracii vysvětluje podle sebe a chybí tam ten řád“*.

Druhá podkategorie se věnuje **edukaci dítěte učitelem v MŠ v rámci stravování**. Spadá sem motivace (a její příklady) učitelem k ochutnání neznámé potraviny. P 1: *„Říkáme hned na začátku: máme něco nového, tak se pokuste to ochutnat. Když ale vidíte, že u toho sedí a je zarputilý a nechce tak jako většinou to nezlomíte.“* P 2 dodává, že se snaží děti

podněcovat, aby vše, co dostanou na talíř ochutnaly, ale jde podle ní hlavně o to, dětem neznámé potraviny opakovaně nabízet a podporovat je k ochutnání. Zároveň však konstatovala, že u nejmenších dětí trvá zhruba rok, než je naučí alespoň ochutnat a na jaře pak, podle ní, děti jedí skoro vše. P 6 zmiňuje svou zkušenost s motivací „*když se nám povede, aby ochutnali, tak jsou pak překvapení, že je to opravdu dobrý*“. P 4 při motivaci využívala různých příběhů nebo nabídla dítěti, že si může svačinu připravit samo. „*Jé, dívej, paní kuchařka nám dala i suchej chlebiček. Namažeš si ho sám? Zkus to, jestli to umíš jako maminka. No a když si to ty děti namazaly, tak to snědly*“. Uvedla i dramatizaci: „*Říkám, co nám to ta paní kuchařka dneska, ... ale co to tady máme za překvapení? No teda, ona nám udělala nějaký překvapení. Hmm, to voní. To já musím ochutnat. Hmm, to je dobrota. To vám bude chutnat*“. Všechny participantky se shodly na tom, že děti do jídla nikdy nenutí. V ŠVP pro MŠ 1 a MŠ 3 se k tomu také nachází zmínky, kdy učitelé motivují děti k ochutnání potravin. V ŠVP pro MŠ 3 je pak konkrétně „*nenutíme do jídla*“.

K novému spotřebnímu koši se konkrétně vyjádřila jen participantka P 2: „*sledujeme trendy, ale myslíme si, že v mateřské škole, to nebude mít pozitivní reakce ze strany dětí. Opravdu tam přibude luštěnin. Víme, jak to bude vypadat, že ty děti to nejedí. My máme prostě takovou zkušenost. Naopak, zrovna jsem o tom mluvila minulý týden s vedoucí školní jídelny. Sledovaly jsme školy, kde se to testuje teďka pilotně no a oni jsou s tím spokojená. A my se tomu teda divíme, protože fakt opravdu když třeba v kuchyni zkusí holky něco nového, tak... Ted' jsme zkoušely cizrnu zapečenou s červenou řepou. Prostě netradiční jídlo. A ty děti to nejedly. Máme srovnání ze všech čtyř našich školiček*“. Podle slov ostatních participantek není možné, aby kvalitu stravování hlídaly ony. Většinou věří kuchyni a kuchařkám, že dodržují spotřební koš. Většina vrchních učitelek a učitelek se tedy vyjádřila, že kontrola stravování není v jejich kompetenci a zodpovědnost leží na kuchyni.

Rozdíl mezi stravováním dětí dříve a teď vnímá několik participantek. Jasně se k tomu vyjádřily jen dvě. P 5 uvedla, že? „*před těmi 20 lety děti jedly opravdu skoro všechno, co jsme jim daly, to snědly. A v současné době je to úplně jinak*“. P 2 dodala „*prostě doba, kdy byl v sobotu oběd a byla polívka a druhý, už je asi nenávratně pryč jako ve většině rodin. A to já vnímám jako špatně*“.

Třetí podkategorie se věnuje **edukaci dítěte učitelem v MŠ zaměřenou na pitný režim**. Zde byly identifikovány podobné kódy jako tomu bylo u předchozího stravování. Participantky upozorňovaly na to, že děti musí v pitném režimu podporovat a motivovat je aby například ochutnaly, co mají připraveno na pití. P 6 uvedla, že: „*jsou děti, který*

by vypily dva litry za dopoledne. Jsou tady ale taky děti, který pomalu musíte pobízet, aby aspoň trochu vypily“. P 4 s tímto souhlasila a dodala *„Když jsem si všimla, že někdo málo pije, tak jsem ho pobídla: Pojd' ochutnat, jaký máme dneska pití.“* Participantky upozorňovaly na to, že je důležité děti v pitném režimu podporovat a naučit je, aby se chodily samy napít nejen tehdy, když pocítí žízeň. Dodávaly také, že je dobré přihlížet k ročnímu období a vykonávaným aktivitám během dne. Na druhou stranu, P 7, jako jediná, vnímá pitný režim v dnešní době jako přeceňovaný. *„Obecně si myslím, že se nadhodnocuje to pití. Že dřív prostě všichni třeba sportovali, napili se po tom sportu. Ted' se jde někdo proběhnout třeba na půl hodinky a už si vlastně nese nějaké pítíčko. Nemyslím si, že toto je nutné. Zase trošičku se nám někde ztratilo takový to jenom respektovat tu potřebu pití.“*

Všechny participantky se však shodly na tom, že mají děti po celý den dostatek tekutin na jim dobře přístupných místech. Podle jejich slov se větší děti mohou obsloužit samy, například nalitím pití ze džbánu nebo pomocí kohoutku z várnice či jiné nádoby. Menší děti většinou poprosí o nalití buď učitelku nebo v některých případech dokonce starší děti. Participantky se také shodly na tom, že mají děti pití k dispozici také při pobytu na školní zahradě. Pokud jdou na procházku, pití s sebou nenosí. V případě výletů mívají děti lahev s pitím připravenou z domova a nesou si ji v batohu.

Náplní čtvrté podkategorie je **edukace dítěte učitelem v MŠ s důrazem na pohyb**. K důležitosti pohybu se primárně vyjádřila P 4 *„Já si myslím, že pro děti je nejdůležitější, z hlediska zdraví, pohyb. Bohužel ale v dnešní době chybí. Myslím si, že je to špatně. NE. Jsem přesvědčená, že je to špatně.“* Dále ještě dodala, že pohybová aktivita učí děti disciplíně, toleranci a dodržování pravidel. Ostatní participantky se takto explicitně nevyjádřily, je však možné usuzovat o důležitosti pohybu na základě toho, že se, podle svých slov, snaží cvičit každý den. Konkrétní vyjádření nelze najít ani v ŠVP. Jsou tam pouze útržkovité poznámky jako například: každodenní pobyt venku, zvládat běžné způsoby pohybu v různém prostředí nebo mít povědomí o významu aktivního pohybu.

P 7 považuje za podstatné, aby se děti chtěly hýbat samy. Podle některých participantek je také důležitá motivace dětí, které se nechtějí pohybových aktivit účastnit. Uváděly, že je v žádném případě nenutí. Snaží se je ale nenásilně navnadit a namotivovat, aby v nich vzbudily zájem o nabízené aktivity a děti se chtěly zapojit samy od sebe.

Ukázalo se také, že participantky vnímají rozdíl mezi pohybovými dovednostmi dnešních dětí a dětí doby minulé. P 1 tuto skutečnost uvedla na příkladu: *„děti ted'ko nedokáží například přeskočit švihadlo. To už je taková ta koordinace celého těla, což jako*

některým dělá větší problém. No, je asi větší procento těch dětí, kterým dělá pohyb problém, než bývalo dřív“. P 2 přidala vlastní zkušenost: *„bydlím na sídlišti a dřív, když jsem vykoukla ven, byly tam děcka a teď nevidíte ani nohu. Prostě jsou zavřený doma.“*

Pátá podkategorie zahrnuje **interakci učitele s rodičem**. P 1 uvedla, že na základě konfliktů s rodiči ohledně nemocností dětí oslovili nejmenovanou firmu, které zprostředkovává osvětové besedy. Na rodičovské schůzce proběhl hodinový online hovor s odborníci věnující se zdraví v předškolních zařízeních. Ta, podle participantky, rodičům vysvětlila celou problematiku jak po stránce lidské, tak legislativní. Dále si tuto zkušenost velmi pochvalovala s tím, že zmiňovanou schůzku budou jistě v budoucnu zařazovat častěji.

O doporučení pohybu pro dítě rodiči se zmínily čtyři participantky. Podle nich záleželo na tom, z jakého důvodu rodičům pohyb dítěte doporučily. Některé z nich uvedly, že pohyb doporučily na základě diagnostikovaných pohybových předpokladů u dítěte. Ve většině případů, podle participantek, rodiče vyhledaly pro děti pohybové kroužky, kam děti následně docházely. Dvě participantky také uvedly, že pohyb doporučily z důvodu vyšší váhy dítěte. V tomto případě se od rodičů žádné odezvy nedočkaly.

V šesté podkategorii se nachází **role učitele a mateřské školy**. Participantky se shodly na tom, že má učitel pozitivní vliv na dítě. P 1 to přesně shrnula: *„Tohle je zrovna ten věk, kdy je formujeme k tomu, aby fakt jako ten sport vnímaly pozitivně, i tu zdravou stravu“.* P 6 dodává, že *„Jako učitelky máme vysokou možnost to nějak ovlivnit. Naučit to dítě právě zdravým životním návykům“.* Na to navazuje také učitel jako vzor pro dítě. V ŠVP lze o tom najít zmínky: *„Zaměstnanci se sami chovají podle zásad zdravého životního stylu a jsou dětem přirozeným vzorem“.* Souhlasí s tím P 3 a uvedla že: *„Určitě se sama snažím žít zdravý životní styl. Tím pádem aj to zkouším přenášet na ty naše děti. Určitě dnes a denně.“*

K dlouhému pobytu dítěte v MŠ se vyjádřila pouze P 1, která uvedla: *„Jsou tady osm až deset hodin denně, což je obrovská část dne“.* Lze tedy usoudit, že má pobyt dítěte v MŠ velký vliv na formování jeho zdravého životního stylu. Participantky si jsou vědomy role rodiny, ale i tak vnímají MŠ jako důležitou v rámci edukace dítěte.

Tabulka 6 – Kategorizace analýzy dat – bariéry ze strany rodiče

KATEGORIE	PODKATEGORIE	KÓD
bariéry ze strany rodiče	zdraví	přístup rodičů ke zdraví
		špatná životospráva rodiny
	stravování	pestrost stravy v rodině
		odlišnost stravování v MŠ a v rodině
		konflikt s učitelem ohledně stravování
	pohyb	přístup rodičů k pohybu
		pobyt venku s rodiči
		„do MŠ, z MŠ autem“
	volný čas	náplň volného času
		negativní vliv elektroniky
	nemoc	ošetřování nemocného dítěte rodičem
		strach rodiče (matky) o zaměstnání
		konflikt s učitelem ohledně nemocnosti dítěte
	interakce s učitelem	kritika rodičů učitelem
		neochota rodičů
	důležitost rodiny	rozdílnost přístupu MŠ a rodiny
		rodič jako vzor pro dítě

(zdroj: vlastní)

Tabulka 6 předkládá kategorii nazvanou **bariéry ze strany rodiče**. Obsahuje identifikované překážky při formování zdravého životního stylu dítěte. První z podkategorií se týká zdraví obecně. Participantky vnímají rodinu a přístup rodičů ke zdraví jako jeden z nejdůležitějších faktorů formování zdravého životního stylu dítěte. P 3 a P 6 se shodly na tom, že je žádoucí učit děti zdravému životnímu stylu od co nejútlejšího věku. Tato snaha však neleží pouze

na učiteli MŠ, ale hlavně na rodičích. Nevyhnutelně na to navazuje špatná životospráva rodiny. P 7 říká, že: „*se vše odvíjí od toho, jak funguje celá rodina*“. P 3 k tomu dodává: „*je velmi poznat, jak to funguje doma: nepohybujeme se, sedíme u televize a díváme se na pohádku, sedíme na tabletu, na telefonu, ale pohybovat se, to ne*“.

Druhá podkategorie se věnuje stravování. Participantky mluvily hlavně o rodičích, kteří zastávají výrazně odlišný přístup ke stravování dětí. Na jedné straně jsou to podle nich rodiče snažící se o co nejpestřejší jídelníček předkládaný dítěti, jak uvádí P 6 „*Když jdeme na výlet, tak se rodiče snaží o pestrou a bohatou svačinku. Děti mají nějaký chlebek se šunkou, sýrem nebo pomazánkou. K tomu kousek ovoce nebo zeleniny. No a samozřejmě nějakou sladkost, třeba čokoládovou tyčinku nebo oplatek*“. Na druhé straně pak stojí rodiče, kteří preferují smažená jídla, spoustu sladkostí a stravování mimo domov.

Participantky také zmiňovaly **konflikty s rodiči ohledně stravování**. Většinou se jednalo o nesrovnalosti v představách o zdravé stravě. P 3 a P 4 mluvily o tom, že by se dnešní rodiče měli zabývat tím, co dítěti dávají k jídlu. Jak doma vaří a co jim připravují. P 5 pak uvedla případ, kdy se s kolegyní snažily namotivovat dítě k ochutnání pomazánky a rodič pak před dítětem řekl, že: „*když nechce, tak nemusí*“.

Třetí podkategorií jsou bariéry ze strany rodiče v rámci **pohybu** dítěte. Podle participantek je velmi důležité, jak k pohybu přistupují samotní rodiče. P 1 to podkládá dvěma zkušenostmi z praxe. „*Ono záleží na rodiči. Pokud řeknete, že je dítě pohybově šikovné a bylo by vhodné to rozvíjet, tak vám někteří rodiče odpoví, že je to sice fajn, ale oni na to nemají čas. Na druhou stranu tady máme rodiče, kteří se fakt jako snaží. Vozí děti do města na kroužky. Ale zase, je to náročné, protože je to poměrně daleko a když k tomu má každé dítě kroužek v jiný den. Tak pak to někteří rodiče vzdají*“. P 3 s tímto sice souhlasí, ale dodává, že málo které dítě absolvuje všechny nabízené výcviky (lyžařský, předplavecký). Odůvodňuje to tím, že je to v dnešní době docela finančně náročné. Je podle ní zásadní, jaký mají vztah ke sportu rodiče. P 4 se k přístupu rodičů k pohybu vyjadřuje velmi razantně. „*Dneska je to katastrofa. Oni se nehýbou a tím pádem to ani neučí děti*“.

Některé participantky však ze své praxe uvedly, že existují děti, které tráví odpoledne s rodiči pobytem venku, například na hřišti s prolézačkami, či procházkami v přírodě. Podle jejich slov je bohužel těchto případů málo. Tři participantky také vidí problém v nadměrném užívání automobilů. Konkrétně se zmiňovaly o tom, že je spousta rodičů, kteří vozí děti do MŠ autem a zase je autem vyzvedávají. Na jednu stranu rodiče chápou, že je to pro

ně úspora času, avšak na druhou stranu si myslí, že kdyby dítě vodili do MŠ pěšky, podporovali by v něm větší potřebu pohybu.

Čtvrtá podkategorie se věnuje **volnému času dítěte s rodiči**. Zde se identifikované kódy velmi propojují. Participantky často zmiňovaly, že děti volný čas tráví s nějakou elektronikou, kterou vnímají v této souvislosti jako velmi negativní faktor. Uváděly, že se setkávají s tím, že děti hrají na telefonu, tabletu nebo počítači různé hry, sledují videa nebo pohádky. Pouze některé děti svůj volný čas tráví, podle participantek, aktivně. Například hrami v domácím či venkovním prostředí nebo s prarodiči při různých aktivitách. Individuálně se objevily zmínky o výletech do přírody, za kulturou nebo sportovními aktivitami. P 2 to uzavřela následovně: *„zjistily jsme, že rodiče velmi málo s některými dětmi chodí ven, což je teda špatně“*.

V rámci páté podkategorie je řešena nemoc dítěte, kterou participantky považují za jednu z nejzásadnějších bariér ze strany rodiče při budování zdravého životního stylu dítěte. P 1 a P 4 se domnívají, že je potřeba, aby se učitel snažil pochopit rodiče. Dnešní doba, je podle nich, nevýhodná v tom, že prarodiče ještě pracují, a tak se nemohou starat o nemocné dítě. Rodiče si tedy musí pomoci sami, kdy podle P 1 *„není jednoduché brát si každý měsíc OČR“*. Z toho plyne také strach o zaměstnání, hlavně ze strany matek. Obě participantky si myslí, že matky nechtějí s nemocnými dětmi zůstat doma, protože se bojí, aby neztratily zaměstnání.

Nezřídka tak, podle většiny participantek, nastávají konflikty s rodiči ohledně nemoci dítěte. P 5 a P 6 uvedly, že *„my považujeme dítě za nemocné, rodiče za zdravé“*. P 5 pokračuje: *„rodiče je nenechají doma vylézt, vyléčit a posílají nám je neustále nemocné“*. P 4 s tím souhlasí a dodává: *„Dneska se vrací děti po dvou, třech dnech a nejsou doléčeny. Dokonce přijde maminka i s nějakýma kapkama nebo s nějakým práškem, abysme mu to dávaly. Což se přece nesmí. Dříve byl dokonce zavedený systém, kdy dítě nemohlo být přijaté do kolektivu bez lékařského potvrzení. Bylo přijaté až v okamžiku, kdy mi maminka přinesla lékařské potvrzení s tím, že je dítě zdravé a může být v kolektivu. Proto ten výsledek zdraví byl tak dobrý.“* P 1 zde opět uvedla výhodu online hovoru s odborníkem v rámci rodičovské schůzky. Dodala, že někteří rodiče se zklidnili. Uzavřela to však tím, že *„V téhle oblasti asi vždycky budou tyhle rozbroje“*. P 7 se dokonce setkala s rodiči, kteří říkali, že: *„učitelky ty jejich děti vodí víc na vycházky, na dlouhé vycházky“* z čehož měli podle ní pocit *„že chtějí, aby byly ty děti nemocný“*.

Šestá podkategorie se věnuje **interakci rodiče s učitelem**. Komunikace mezi učitelem a rodičem probíhá podle participantek na každodenním bázi. Objevují se však podle nich situace, kdy nastává nesoulad mezi chápáním problematiky ze strany učitele a ze strany rodiče. P 2 uvádí, že: *„Maminky jsou hodně přecitlivělé. Jak se dítě snaží vést k nějakému zdravému životnímu stylu, tak mu ve finále víc škodí. Kdyby se chovaly jakoby přirozeně, bylo by to lepší.“* Podle některých participantek se setkávají i s neochotou rodičů přistoupit na pravidla fungování MŠ. V některých případech se dokonce snaží vyjednat individuální podmínky zvýhodňující vlastní dítě oproti ostatním dětem.

Náplní poslední podkategorie je **důležitost rodiny**. Tu participantky nevnímají negativně, ba naopak. Jak už bylo zmíněno několikrát, participantky pokládají za základní návyky, které si dítě přináší z domova. Jsou si velmi dobře vědomy důležitosti rodiče jako vzoru pro dítě a v žádném případě se jej nesnaží shazovat. Na což upozorňovala P 4. V některých případech bohužel, podle nich, nastávají neshody. V ŠVP pro MŠ 2 a MŠ 3 je uvedeno, že „MŠ podporuje rodinnou výchovu a pomáhá rodičům v péči o dítě“. P 1 se však domnívá, že *„pokud se to nebude dát propojovat s tou rodinnou výchovou, tak my s tím jako nic nenaděláme. Můžeme se snažit sebevíc, ale stejně to nepůjde.“*

Tabulka 7 – Kategorizace analýzy dat – obezita a dítě předškolního věku

KATEGORIE	KÓD
obezita a dítě předškolního věku	příčiny obezity
	dopad obezity na dítě
	odstup učitelky od řešení obezity
	možnost řešení obezity s rodičem
	přístup rodičů k obezitě
	„obezita do MŠ nepatří“
	hubené děti

(zdroj: vlastní)

Tabulka 7 předkládá kategorii s názvem **obezita a dítě předškolního věku**. Nachází se zde podstatná zjištění o pohledu participantek na obezitu v dětském věku. P 7 považuje za jasnou příčinu obezity u dítěte jeho rodiče a dodává, že to bývá problém celé rodiny, hlavně v podobě špatných stravovacích návyků. S tímto názorem souhlasí i P 5. P 1 se domnívá, že k rozvoji obezity přispívá hlavně špatná životospráva zavedená v rodině a nedostatek

pohybu u dítěte. P 4 s tím naprosto souhlasí a upozorňuje na to, že „chybí pohyb, pohyb, pohyb a pohyb“. P 7 je ještě přesvědčena o tom, že „rodiny, které fungují, nenechají dítě dojít až úplně do té obezity“.

Participantky uváděly také **dopady obezity na dítě**. P 3 z vlastní zkušenosti upozorňovala na tom, že jsou obézní děti „pohodlnější, nezvládají na školní zahradě zdolat nějakou překážku nebo průlezku, nepohoupou se“. P 5 říkala: „Mě je vždycky takového dítěte každého líto, protože bude nešťastné.“

U jedné participantky byl zaznamenán jakýsi **odstup od řešení obezity**. P 1 konkrétně uvedla: „To zrovna docházíte na docela tenký led, protože toto není ABSOLUTNĚ záležitost mateřské školy. Tohle ani NESMÍTE si dovolit jako řešit, nebo říct. Todle je věc pediatra. ... Ale bohužel když to nevidí pediatr, tak já do toho nesním zasahovat. To NENÍ moje kompetence.“ S takovýmto přístupem se žádná s ostatních participantek neztotožnila. Spíše se snažily nastalou situaci nějak vyřešit. P 5 například uvedla: „když jsme tady měli taky chlapečka i holčičku, kteří už podle nás byli na hranici obezity a milovali jídlo, těšili se jenom na jídlo, přidávali si všechno. Doma si stěžovali, že jim nepřidáme. No, tak to jsme třeba řešili, že ne, nepřidáme, že mají už stejnou porci jako my dospělí. Tak to se rodiče někdy divili, že jim jako nechceme dopřát, ale to jsme jim vysvětlili, že to už je jako moc, že je to v rámci jejich zdraví.“ P 2 uvedla jako možné řešení nadměrné hmotnosti dítěte doporučit rodičům pohybově zaměřené kroužky, které by dítě mohlo navštěvovat ve volném čase. Přidala také zkušenost s dívkou, která na doporučení pediatra odjela na ozdravný pobyt do lázní zaměřených na léčbu dětské obezity. Podle participantky byl pobyt úspěšný.

Co se týče **přístupu rodičů k obezitě**, P 7 uvádí, že spousta rodičů hrozbu obezity u svého dítěte podceňuje. P 6 se domnívá, že když si rodiče připustí, že je jejich dítě obézní a chtějí s tím něco dělat, „tak to mohou ovlivnit stravováním a pohybem“.

Většina participantek se však shodla na tom, že **obezita do MŠ nepatří**. P 7 si myslí, že je „obezita v MŠ úplně zbytečná. Nese velké riziko zdravotních problémů a potenciálně i šikany“. P 3 navázala: „Já si myslím, že je to špatně. Že by to vůbec nemuselo být“.

Obezita dítěte předškolního věku není žádným způsobem v ŠVP řešena. Je tedy nutné domýšlet se, jakým způsobem by bylo vhodné postupovat a k prevenci obezity přistupovat.

P 1 zakončila debatu o obezitě rázným názorem: „Mě se zdá, že od toho strkají ruce pryč i ti pediatři, že se bojí těm rodičům říct prostě vaše dítě je tlustý. Jste nad hranici nějakého normálního BMI a dělejte s tím něco. No a tak všichni chodíme okolo horký kaše.“

*Neřekneme to, protože se bojíme jim říct, že jsou vlastně jako tlustí. No a potom to tak ale vypadá, jako když si nebudeme nalévat čistého vína, tak to máme smůlu všichni.“ Nakonec poznamenala, že obezita je jeden extrém. Tím druhým jsou podle ní **hubené děti**. „No tak oni jsou zase dva extrémy, že? Tak zase buďme rádi, že třeba dobře baští. Máme tady spoustu dětí, které jsou vyzáblé. To je bohužel dneska u maminek strašně moderní“.*

7 VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ

Kapitola se věnuje sumarizaci výzkumných zjištění. Na základě interpretace získaných dat je možné konstatovat, že byl hlavní výzkumný cíl „Zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku“ naplněn.

Mateřská škola má podle participantek nesporný vliv na formování zdravého životního stylu dětí předškolního věku prostřednictvím edukačně zaměřených aktivit. Nelze opomenout každodenní režim v MŠ, díky němuž bývá zajištěna kvalita vzdělávání. Jak již bylo zmíněno dříve, MŠ navazuje na rodinnou výchovu, na což participantky upozorňovaly s tím, že by mělo mít dítě v ideálním případě položené základy zdravého životního stylu již z rodiny. Velmi podstatná se ukázala být v této souvislosti spolupráce mezi učiteli MŠ a rodiči z důvodu návaznosti výchovně vzdělávacích přístupů.

Při analýze dokumentů i rozhovorů byly identifikované tematické bloky zaměřené obecně na zdraví, lidské tělo, zdravou stravu či prevenci úrazů a onemocnění. Participantky uvedly, že se výchově ke zdraví věnují systematicky po celý školní rok, a nejen v rámci specializovaných témat.

Velmi důležitým zjištěním je obava učitele MŠ z řešení obezity či nadváhy dítěte s jeho rodičem. Participantky se domnívaly, že řešení tohoto zdravotního stavu dítěte nespadá do jejich kompetence. Zodpovědnost směřovaly na pediatry, kterým však podle slov jedné z nich chybí odvaha objektivně zhodnotit, komunikovat a řešit obezitu dítěte s rodiči.

7.1 Režim jako prevence obezity u dítěte předškolního věku

Naplnění dílčího výzkumného cíle „Analyzovat, jak režim v mateřské škole podporuje prevenci obezity u dětí předškolního věku.“

Nastavení a dodržování režimu dne v mateřské škole se ukázalo být jedním z důležitých faktorů prevence obezity u dětí předškolního věku. Participantky se o něm sice explicitně nevyjadřovaly, avšak lze jednoznačně říci, že prostřednictvím různých aktivit jej dodržují. Bohužel ani v ŠVP se nenachází důkladná charakteristika režimu dne v MŠ, ale pouze časové vymezení jednotlivých aktivit.

Systematickým dodržováním režimu dne je podporován přirozený vývoj dítěte, neboť jsou dodržovány doporučené odstupy mezi podávanými jídly, doporučená délka pobytu venku a množství pohybové aktivity dítěte. Začleněn je samozřejmě i odpočinek. Dodržování zmiňovaného režimu v dítěti vyvolává pocit bezpečí a může se připravit

na nadcházející činnosti. Na základě analýzy režimů dne uvedených v ŠVP je možné identifikovat jednotlivé oblasti podpory zdravého životního stylu a také prevence obezity, které učitelky realizují. Jedná se o stravování, do kterého spadá dopolední svačina, oběd a odpolední svačina. Dále pohybová aktivita, jež je dodržována prostřednictvím ranních spontánních činností, cvičení, pobytu venku ve formě procházek a spontánních či řízených činností na zahradě školy. Po obědě bývá klidové režim s možností spánku. K odpočinku se vyjádřila pouze jedna participantka, která jej vnímá jako podstatný pro vývoj dítěte. Po odpočinku bývají opět realizovány spontánní činnosti dětí nebo pobyt venku s ohledem na povětrnostní podmínky. V rámci všech zmiňovaných aktivitách má učitel MŠ možnost u dítěte budovat zdravou životosprávu a tím pádem přispívat k prevenci obezity.

Dodržování režimu dne může být také podpořeno edukačními aktivitami se zaměřením na stravování, pohybové aktivity či zdraví obecně. Učitelé tak u dítěte podněcují uvědomování pozitivních a negativních faktorů ovlivňujících zdraví, učí je dbát na bezpečnost svou i okolí a předcházet zraněním.

Režim dne v MŠ může být chápán také jako harmonogram činností podporujících zdravý životní styl dítěte, jehož následkem může docházet k prevenci obezity u dětí předškolního věku.

7.2 Přístupy k formování zdravých návyků jako prevence obezity u dětí předškolního věku

Naplnění dílčího výzkumného cíle „Zkoumat přístupy k formování zdravých návyků jako prevence obezity u dětí předškolního věku.“

Nejprve je nutné uvést, že ŠVP ukládá nutnost edukace o zdraví na základě RVP PV. Díky dodržování kurikulárního rámce učitelkami MŠ, dochází k systematickému rozvoji dítěte předškolního věku. Děje se tak prostřednictvím edukačních činností zaměřených například na zdraví dětí, vědomosti o lidském těle, znalost prospěšných a rizikových činností pro zdraví. Tyto oblasti se promítají také do témat v ŠVP. Participantky uváděly, že se edukaci o zdraví nevěnují pouze v tématech k tomu určených, ale snaží se problematiku zapojovat do témat během celého školního roku.

Na základě analýzy dat je zřejmé, že přístupy k formování zdravých návyků probíhají v několika oblastech. Jednou z nich je edukace dítěte v rámci **stravování**. Participantky uváděly, že se snaží dětem vysvětlovat, v čem je která potravina pro lidské tělo důležitá, proč

je tedy vhodné ji konzumovat. U dětí byl však identifikován strach, v některých případech až odpor, k neznámým potravinám. Participantky tyto situace řeší vlastním příkladem, domluvou nebo motivací dětí k ochutnání s příslibem odstranění dítětem odmítané potraviny, pokud mu opravdu nebude chutnat. Často se stává, že jakmile děti takovouto potravinu ochutnají, nemívají následně problém s její konzumací, i když ji předem neznaly z domova. Participantky uvedly, že je čím dál více potravin, které děti z domova opravdu neznají a setkávají se s nimi až v MŠ. Participantky zároveň upozorňovaly na to, že děti do stravování v žádném případě nenutí.

Další z oblastí podpory zdravého životního stylu je dodržování **pitného režimu**. Participantky se shodly na tom, že děti vykazují nízkou potřebu pití. Z toho důvodu se snaží děti motivovat k pití nebo alespoň ochutnání nabízené tekutiny. Bylo také zjištěno, že participantky dbají na dodržování pitného režimu jak ve vnitřním prostředí, tak na školní zahradě. To bývá zajišťováno díky samoobslužnému čepování tekutin z várníc samotnými dětmi.

Podpora a edukace v rámci **pohybové aktivity** je další z nejdůležitějších identifikovaných oblastí. Participantky si jsou vědomy důležitosti pohybu pro rozvoj dítěte jak po stránce fyzické, tak psychické. Každodenně dětem nabízí různé činnosti se zaměřením na pohyb jako například pohybové hry, zdravotní cvičení, činnosti podporující správné držení těla či rozvoj koordinace a pohybových schopností a dovedností. Důležité je, podle participantek, dodržování doporučených dvou hodin pro pobyt dětí venku, i když to není vždy proveditelné vzhledem k povětrnostním podmínkám. Upozorňovaly na nabízené možnosti trávení pobytu dětí na čerstvém vzduchu v podobě procházek do přírody, spontánních činností na školní zahradě, zdolávání lanových nebo dřevěných prolézaček, náměrových her v altáncích či zahradních domcích. Některé participantky také uváděly možnost využití odrážedel, koloběžek a kol, pokud se na školní zahradě nachází rovná plocha k tomu vhodná. Zde participantky neopomněly zdůraznit edukaci dětí o bezpečnosti, nutnost helmy či chráničů a obezřetném užívání zmiňovaných dopravních prostředků.

I v tomto případě nesmí docházet k zanedbání **spolupráce s rodiči**. Participantky však uvedly, že někteří rodiče zastávají odlišný přístup ke zdraví, stravování i pohybové aktivitě dítěte. Jedním z možných řešení, může být osvěta rodičů právě v rámci zdravého životního stylu, jejíž příklad uvedla jedna z participantek. Jednalo se online schůzku s odborníci na zdraví dětí předškolního věku během rodičovské schůzky.

Participantky také uváděly, že je nutné, aby učitelé mysleli na to, že jsou vzorem pro děti a z toho důvodu by sami měli dodržovat zásady zdravého životního stylu. S tím se pojí také dlouhý pobyt dítěte v MŠ, kdy velkou část dne tráví právě s učiteli, kteří na něj mají vliv. V neposlední řadě se participantky vyjádřily k podobě momentálně platného kurikula. Zamýšlely se podle vlastních slov nad jeho zlepšením a porovnávaly jej s kurikuly předchozími.

7.3 Bariéry v prevenci obezity u dítěte předškolního věku

Naplnění dílčího výzkumného cíle „Identifikovat bariéry, které komplikují realizaci aktivit v prevenci obezity u dětí předškolního věku.“

Základem formování zdravého životního stylu dítěte předškolního věku je rodinné prostředí, ze které pochází. Na něj v rámci výchovně vzdělávacího působení navazuje mateřská škola. Participantky zastávají názor, že je třeba, aby měly děti položeny základy správné životosprávy právě z rodiny. Učitelky pak za pomoci spolupráce s rodiči rozvíjí a upevňují základní zdravotně preventivní návyky dětí.

Nejzásadnější bariérou v prevenci obezity u dítěte předškolního věku byla identifikována **odlišnost přístupů rodiče a učitele**. Jedná se o přístupy ke stravování, pohybové aktivitě, trávení volného času dítěte, a dokonce i nemocnosti dítěte. Na základě toho nemůže být zajištěn přirozený, a hlavně zdravý vývoj dítěte.

Participantky uváděly, že s rodiči komunikují a snaží se jim vysvětlit, co je pro fyzický a psychický rozvoj dítěte zásadní. Při zjištění nadměrné hmotnosti dítěte citlivě s rodiči komunikují možnosti řešení v podobě úpravy jídelníčku, zvýšení pohybové aktivity či návštěvu odborníka. Bohužel se ale učitelé setkávají s neporozuměním nebo dokonce nelibostí ze strany rodičů. Vyskytuje se podle slov participantek také **neochota rodičů** přistoupit k jakémukoliv řešení.

Často také participantky upozorňovaly na čas dětí strávený s různou elektronikou. Na základě svých zkušeností se domnívají, že omezení pohybových aktivit u dětí předškolního věku, je v dnešní době zapříčiněno právě onou elektronikou. Další bariérou podle nich je nedostatek kvalitně stráveného času dětí s rodiči. Odůvodňovaly si to tím, že mají rodiče málo času, a tak je pro ně pohodlnější, když si dítě hraje doma, případně se zmiňovanou elektronikou.

8 DISKUSE

Tato kapitola předkládá sumarizaci výzkumných zjištění, která jsou následně porovnávána s výzkumy odpovídajícími zkoumané problematice. Hlavním výzkumným cílem bylo „Zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku.“ Na základě analýzy získaných dat mohu konstatovat, že byl cíl naplněn.

Školní vzdělávací programy svým obsahem sice umožňují prevenci obezity u dítěte předškolního věku, ale participantky se o tom nezmiňovaly. Je však důležité říci, že i když není na prevenci kladen takový důraz ze strany učitelů, je každodenně realizována. A to na základě dodržování režimu dne v mateřské škole prostřednictvím činností a edukačně zaměřených aktivit. Jedná se konkrétně o **stravování**, edukaci o zdravém jídelníčku nebo například budování kultury stolování. V případě odmítání určitých potravin dětmi se jim participantky snažily vysvětlit benefity dané potraviny pro jejich organismus. Často se také, podle nich, stává, že musí děti k ochutnání motivovat a pobízet nebo jim odmítanou potravinu, kupříkladu pomazánku, z pečiva smazat. U některých dětí ani tohle nepomůže a vyžadují suché pečivo. Zásadní však pro participantky zůstává nabízení zdravých potravin dětem opakovaně a motivace k jejich konzumaci. Se stravováním se pojí také pitný režim, který je podle participantek dodržován díky celodennímu přístupu dětí k tekutinám v podobě neslazených čajů nebo ovocných šťáv ředěných vodou. Mě osobně zaujala obliba čisté vody dětmi. Domnívám se, že je to dáno snahou rodičů dodržovat zdravou životosprávu.

Další oblastí prevence obezity v rámci aktivit v mateřské škole je **pohyb** a pobyt venku. Pohyb obecně má pozitivní vliv na fyzickou i psychickou stránku dítěte, což uvádí Pate et al. (2019) s tím, že je kvalitní pohyb předpokladem pro správný vývoj a fungování kardiovaskulární a metabolické soustavy organismu. Podle slov participantek, se snaží zařazovat různé pohybové aktivity do každodenního programu. Často se jedná o pohybové hry, zdolávání překážek uvnitř i venku, zařazování zdravotně preventivních cviků a prokládání pasivních edukačních činností pohybem, neboť jsou si participantky vědomy toho, že pak budou děti lépe soustředěné a budou si probíranou látku pravděpodobně lépe pamatovat. Participantky si však všimly nižší potřeby pohybu ze strany dětí, kdy ji porovnávaly s dětmi v minulosti na základě délky své praxe. Ke stejnému zjištění dospěli také Sigmund a Sigmundová (2024) ve svém výzkumu. Zjistili, že děti průměrně stráví 7 hodin denně pohybovou aktivitou, 8 hodin sedavým chováním (zahrnuje sezení u jídla i u her) a 9 hodin spánkem.

Nejzávažnější **bariéry v prevenci obezity** byly identifikovány na straně rodiny. Jedná se o špatnou životosprávu, nezdravé stravovací návyky, nedostatek pohybu dítěte či přemírou času stráveného při používání elektronických zařízení jako je televize, počítač, tablet nebo mobil. Participantky se domnívají, že právě tato skutečnost je jednou z nejvíce přispívajících ke vzniku obezity u dítěte předškolního věku.

S tím se pojí další překvapivé zjištění a sice strach participantek z řešení nadváhy nebo obezity dítěte s jeho rodičem. Obávají se nechtěné stigmatizace dítěte a negativní reakce rodičů, pokud by je upozornily na rostoucí váhu dítěte spojenou s nebezpečím vzniku obezity. Dalším důvodem může být také to, že se rizikové faktory nachází právě na straně rodiny, proto mají participantky strach mluvit o obezitě otevřeně. Nechtějí totiž rodiče nařknout ze zanedbávání dítěte. V tomto případě však nelze s řešením otálet, jak uvádí Boženský a Procházka (2023), kteří považují včasný zásah za velmi důležitý mimo jiné také z důvodu rostoucí prevalence obezity u dětí předškolního a mladšího školního věku v České Republice. Nezanedbatelný je také nárůst výskytu obezity spojené s diabetem či prokázaným metabolickým syndromem u takto malých dětí. Autoři upozorňují na to, že je zapotřebí spolupracovat hned s několika odborníky, kterými jsou v první řadě pediatr, dále endokrinolog a specializovaná dětská ambulance či ordinace.

Často zmiňovaná je spolupráce mateřské školy s rodinou. Na základě výzkumných zjištění je ale bohužel nutné říci, že vzrůstá počet rodičů, kteří zastávají své výchovné přístupy a odmítají s učiteli v MŠ spolupracovat. Spolupráce je však velice důležitá, neboť zajišťuje zdravý rozvoj dítěte, což je uvedeno také v RVP PV. Ke spolupráci se vyjadřuje také Ling et al. (2014), který dokonce doporučuje mimoškolní aktivity a setkání realizovaná na podporu zdravého životního stylu dětí.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Rostoucí prevalence obezity u dětí je závažným a celospolečensky debatovaným tématem. Na základě výzkumných zjištění této práce a také uznávaných odborníků a autorů je nutné konstatovat nezbytnost v pokračování výzkumů v této oblasti. Ukazuje se totiž, že obezita započatá v dětském věku nese vysoké riziko navazujících onemocnění jako diabetu či například srdečních chorob v pozdějším věku.

Jak již bylo zmíněno dříve, při prevenci obezity u dětí předškolního věku je nezbytně nutné zajistit kvalitní spolupráci mezi rodiči a učiteli MŠ. Bylo by vhodné realizovat osvětové besedy pro rodiče se zaměřením na zdravý životní styl či zdraví a nemoc dítěte. Užitečná by také byla osvěta týkající se legislativního rámce v souvislosti se zdravím dítěte při docházce do MŠ. Jedná se například o školský zákon, zákon o ochraně veřejného zdraví, vyhlášku o předškolním vzdělávání nebo například vyhlášku o školním stravování. Co se týče odborníků, mohli by být osloveni kupříkladu pediatři, obezitologové nebo výživoví poradci. Velmi prospěšné by byla snaha o motivaci rodičů k dodržování zdravého životního stylu v rodině. Odměnou by jim mohly být různé benefity poskytované například zdravotními pojišťovnami, obcí či městem nebo dokonce zaměstnavatelem.

Podobné osvětové besedy by mohly být realizovány také pro pedagogické (i nepedagogické) pracovníky. Zde by mohl být zařazen blok o komunikaci s rodiči v zaměření na zdravotní stav dítěte. U učitelů by bylo ideální zajistit celoživotní vzdělávání v oblasti zdravého životního stylu, jak u dospělých, tak i u dětí. S tím se pojí také snaha o motivaci učitelů dodržovat správnou životosprávu s ohledem na to, že jsou pro děti vzorem. Bylo by prospěšné zajistit vyšší angažovanost učitelů MŠ v edukaci dětí v oblasti zdravého stravování, přínosu pohybu pro organismus a také předcházení rizik zranění či onemocnění. V rámci výchovně vzdělávacího procesu by bylo vhodné zařadit více pohybových aktivit v podobě cvičebních chvil, zdravotně preventivních cviků či tzv. fyzminutek, jak tomu bylo dříve. Ke zvýšení zdravotní odolnosti dětí by také mohlo pomoci klást větší důraz na jejich otužování například prostřednictvím častějšího větrání ve třídách, striktního dodržování doporučené doby pobytu venku či přesunutí některých edukačních činností ven nebo dokonce do přírody.

Za velmi klíčovou považuji spolupráci MŠ s lékaři. Domnívám se totiž, že kdyby byly děti pod důkladnější kontrolou jak učitelů, tak pediatrů, nemuselo by docházet k nárůstu dětí

s nadváhou či obezitou. Nebo alespoň ne v takové míře. Obávám se však, že by se tento návrh nesetkal s pozitivním přijetím ze strany rodičů.

Jako nejdůležitější doporučení však považují vypracování metodiky zaměřené na prevenci obezity u dětí předškolního věku. Měla by zahrnovat strategie prevence obezity, možnosti řešení obezity v rámci režimu dne v MŠ nebo strategie úspěšné komunikace mezi učiteli a rodiči.

9.1 Doporučení pro další výzkum

Vzhledem k rozsáhlosti problematiky je na místě uvést i doporučení pro další výzkum, který by mohl být součástí například disertační práce. V navazujících výzkumech by bylo možné komparovat analyzované ŠVP s daty získanými hloubkovými rozhovory s ředitelem nebo ředitelkou dané MŠ, vedoucí učitelkou a běžnou učitelkou. Výsledkem by pak byl komplexní pohled na propisování požadavků plynoucích ze závazného dokumentu přes řídícího a vedoucího pracovníka až k běžné učitelce pracující s dětmi.

Dále by bylo možné opakovat rozhovory s participantkami s detailnějším zaměřením na strategie, které používají při formování zdravého životního stylu a prevenci obezity u dětí. Bariérou by zde ale mohla být neochota participantek se k problematice obezity vyjadřovat. Podobně, jako tomu bylo již u realizovaných rozhovorů.

Bylo by také žádoucí zaměřit se důkladněji na jednotlivé oblasti podpory zdraví u dětí předškolního věku. To by však vyžadovalo delší čas na sběr dat a větší výzkumný vzorek.

ZÁVĚR

Práce se zaměřovala na problematiku podpory zdraví a zdravého životního stylu jako prevenci obezity u dětí předškolního věku. Teoretická část předkládala sumarizaci poznatků z oblasti zdraví, podpory zdravého životního stylu včetně výchovy ke zdraví, a nakonec charakteristiku obezity u dětí předškolního věku.

V praktické části byla uvedena metodologie kvalitativně orientovaného výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak přispívá mateřská škola k prevenci obezity u dětí předškolního věku. Součástí bylo vymezení metod výzkumu. Metodami sběru dat byly zvoleny hloubkový polostrukturovaný rozhovor a komparativní analýza školních vzdělávacích programů vybraných mateřských škol. Získaná data byla zpracována za pomoci otevřeného a axiálního kódování. V případě školních vzdělávacích programů byla použita hloubková analýza dokumentů. Při interpretaci získaných dat bylo postupováno na základě techniky vyložení karet.

Na základě výpovědí participantek je jasné, že mateřská škola má signifikantní vliv na formování zdravého životního stylu dětí předškolního věku. Děje se tak prostřednictvím edukačně zaměřených aktivit a dodržováním režimu dne. Při analýze dokumentů byly identifikovány tematické bloky se zaměřením na zdraví, vědomosti o lidském těle, zdravou stravu nebo bezpečnost a prevenci úrazů. Participantky se dle svých slov věnují výchově ke zdraví systematicky po celý rok, to znamená i mimo tomu určená témata. Velmi zajímavým zjištěním je pak obava učitelek mateřských škol z řešení obezity či nadváhy s rodiči dětí.

Dále byla zařazena diskuse, v rámci níž byla porovnávána výzkumná zjištění s již existujícími výzkumy či publikacemi. Nakonec byla uvedena doporučení pro praxi a další výzkumy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Adámková, V. (2009). *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Facta Medica.
- Aldhoon Hainerová, I. (2009). *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.
- Bednářová, J., & Šmardová, V. (2022). *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let* (2. díl). Edika.
- Boženský, J. (Ed.). (2022). *Obezita u dětí v roce 2022 a co bude dál?*. Solen.
- Boženský, J. & Procházka, B. (2023). Chirurgická a medikamentózní léčba dětské obezity. *Časopis lékařů českých*. 162(7–8). 357–359.
<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2023-7-8-1/download?hl=cs>
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Grada.
- Fořt, P. (2015). *Aby dětem chutnalo: současná výživa pro kojence, batolata a děti předškolního věku* (2. vyd.). Ikar.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Karolinum.
- Fried, M., & Svačina, Š. (2018). *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite CZ.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu* (2. vyd.). Paido.
- Hainer, V. (2021). *Základy klinické obezitologie* (3. zcela přepracované a doplněné vyd.). Grada.
- Havlová, J., Havlínová, M., & Vencálková, E. (Eds.). (2008). *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole: aktualizovaný modelový program podpory zdraví (dokument a metodika)*. (3. aktualizované vyd.). Portál.
- Hamplová, L. (2020). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Grada.
- Hamplová, L. (2019). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Grada.
- Hátlová, P., Jílková, J., Malý, L., Jechot, P., Brabcová, J., Mikšová, M., & Vodičková, B. (2023). Dětská obezita je u nás na vzestupu. *Zdravotnictví a medicína: Měsíčník pro lékaře, farmaceuty a odborníky ve zdravotnictví*, (3). 6. EEZY.

- Hátlová, P., Štulíková, K., Mikšová, M., Češek, M., Jílková, J., Malý, L., & Vodičková, B. (2022). Češi stále tloustnou, málo se hýbou, odborníci proto spojují své síly. *Zdravotnictví a medicína: Měsíčník pro lékaře, farmaceuty a odborníky ve zdravotnictví*, (4). EEZY.
- Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (Eds.). (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.
- Kotátková, S. (2014). *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet* (2. rozšířené a aktualizované vyd.). Grada.
- Kovářiková, M., & Marádová, E. (2020). *Didaktika výchovy ke zdraví a bezpečí v kontextu kurikulární reformy a učitelského vzdělávání*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Kovář, K., Zatloukal, T., Andrys, O., Suchomel, P., Cuberek, R., Zvonař, M., Vokounová, Š., Cacek, J., Čepička, L., Flemr, L., Chrudimský, J., Janíková, M., Musálek, M., Rubín, L., Suchomel, A., Vobr, R., Zahradník, D., Ságnerová, S. ... Hamřík, Z. (2023). *Aktivní škola: Podpora pohybových aktivit dětí a žáků, metodické doporučení*. ČŠI. <https://www.csicr.cz/cz/Dokumenty/Publikace-a-ostatni-vystupy/AKTIVNI-SKOLA-%E2%80%93-Podpora-pohybovych-aktivit-deti-a>
- Křiváková, M. & Číková, Z. (2016). *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Galén.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví* (2. vyd.). Portál.
- Křenek Malíková, J., Aldhoon Hainerová, I. & Lebl, J. (2023). Současné možnosti farmakoterapie dětské obezity. *Česko-slovenská pediatrie*, 78(2), 122–126. DOI: 10.55095/CSPediatrie2023/017
- Ling, J., King, K. M., Speck, B. J., Kim, S., & Wu, D. (2014). Preliminary assessment of a school-based healthy lifestyle intervention among rural elementary school children. *Journal of School Health*, 84(4), 247–255. <https://doi.org/10.1111/josh.12143>
- Machová, J., & Kubátová, D. (2016). *Výchova ke zdraví* (2. aktualizované vyd.) Grada.
- Matoulek, M. (2019). *Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře* (2. rozšířené vyd.). NOL - nakladatelství odborné literatury.

- Marinov, Z., Barčáková, U., Nesrstová, M. & Pastucha, D. (2011). *S dětmi proti obezitě: O co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku*. IFP.
- Marinov, Z. & Pastucha, D. (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Grada.
- Mareš, J., & Kebza, V. (Eds.). (2024). *Psychologie zdraví*. Grada.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Mertin, V. (2021). *Výchovné maličkosti*. Wolters Kluwer.
- Metelcová, T., Zamrazilová, H., Procházka, B., Taxová Braunerová, R. & Kunešová, M. (2023). Změna prevalence nadměrné hmotnosti u českých sedmiletých dětí 2008–2019. *Časopis lékařů českých*. 162(5). 203–206. <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2023-5-5/download?hl=cs>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2024). *Plán podpory pohybu dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních a státní politiky školního a vysokoškolského sportu pro období 2024–2028*. <https://msmt.gov.cz/file/62337/>
- Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci* (2. vyd.). Ostravská univerzita v Ostravě.
- Národní pedagogický institut. (2025). *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. <https://prohlednout.rvp.cz/export>
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Grada.
- Pate, R. R., Hillman, C. H., Janz, K. F., Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Torres, A., Whitt Glover, M. C., & 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2019). Physical activity and health in children younger than 6 years: A systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(6), 1282–1291. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001940
- Pařízková, J. & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Galén.
- Pichlerová, D. (2021). *Léčba obezity přehledně a prakticky*. Axonite s.r.o., nakladatelství lékařské literatury.
- Průcha, J. (2016). *Předškolní dítě a svět vzdělávání: přehled teorie, praxe a výzkumných poznatků*. Wolters Kluwer.

- Řehulka, E., & Slaná Reissmannová, J. (Eds.). (2013). *Současné trendy výchovy ke zdraví: sborník příspěvků = Contemporary trends in education for health: proceedings*. Masarykova univerzita.
- Sikmund, E. & Sikmundová, D. (2024). *Životní styl a pohybové chování rodin s 3–8letými dětmi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šimik, O. (2013). *Výchova předškolního dítěte ke zdravému způsobu života*. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta.
- Spolek Zastavme nadváhu a obezitu. (n. d.). *O spolku*. Zastavme nadváhu a obezitu. <https://www.zastavmenadvahuaobezitu.cz/o-spolku>
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (2. vyd.). Portál.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Verducci, E., Di Profio, E., Fiore, G., & Zuccotti, G. (2022). Children's diets in a changing world: Integrated approaches to combatting childhood obesity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 78(2), 8–19. DOI: 10.1159/000524962
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník* (10. aktualizované vyd.). Maxdorf.
- Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání (2024). <https://edu.gov.cz/dokumenty/skolska-legislativa/>
- Vyhláška č. 107/2005 o školním stravování (2023). <https://edu.gov.cz/dokumenty/skolska-legislativa/>
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (2025). <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2000-258/zneni-20250101.htm?sil=1>
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (2024). <https://edu.gov.cz/dokumenty/skolska-legislativa/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného vzorku	47
Tabulka 2 – Juxtapozice	52
Tabulka 3 – Vlastní zjištění	59
Tabulka 4 – Kategorizace analýzy dat – životní styl dítěte předškolního věku	64
Tabulka 5 – Kategorizace analýzy dat – edukace učitelem v MŠ	67
Tabulka 6 – Kategorizace analýzy dat – bariéry ze strany rodiče	73
Tabulka 7 – Kategorizace analýzy dat – obezita a dítě předškolního věku.....	76

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	World Health Organization
Sb.	sbírky v platném znění
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
tzv.	tak zvané
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
SVOČ	Studentská vědecká odborná činnost
MS Word	Microsoft Word
ŠVP	Školní vzdělávací program
MŠ	mateřská škola
T	téma

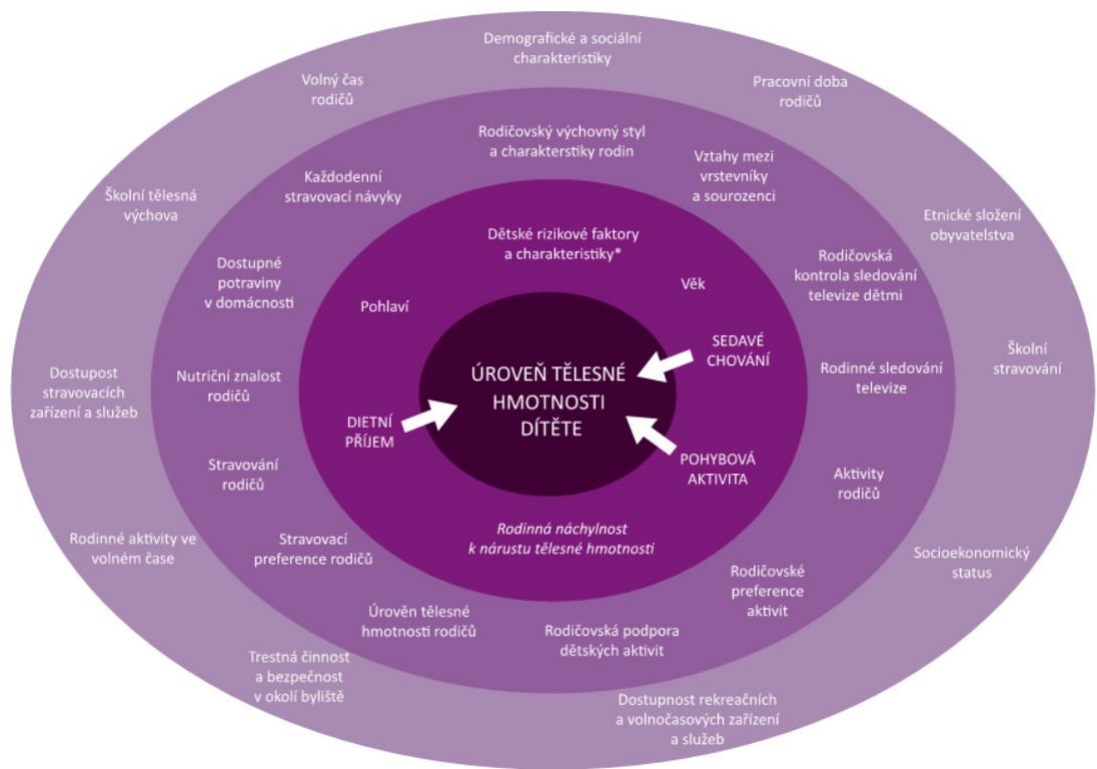
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Ekologický model prediktorů nadměrné hmotnosti u dítěte

Příloha P II: Seznam otázek pro rozhovor

Příloha P III: Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

PŘÍLOHA P I: EKOLOGICKÝ MODEL PREDIKTORŮ NADMĚRNÉ HMOTNOSTI U DÍTĚTE



(zdroj: Sikmund & Sikmundová, 2024, s. 18; převzato a upraveno z Davison & Birch, 2001, s. 19)

PŘÍLOHA P II: SEZNAM OTÁZEK PRO ROZHOVOR

Jaký máte názor na zdraví dětí předškolního věku?

- Věnujete se při své práci výchově ke zdraví?
 - Jaké metody a aktivity používáte?
 - Zařazujete aktivity na podporu zdraví pouze při tématech typu *Člověk a zdraví, zdraví a nemoc,...* nebo i jindy?
- Setkala jste se někdy s odlišným přístupem ke zdraví u rodičů dětí? Jak jste řešila neshody?

Jaký máte názor na stravování dětí předškolního věku?

- Je u vás v MŠ dodržován spotřební koš?
 - Je u vás v MŠ využíván nový spotřební koš?
- Existují nějaké pokrmy nebo potraviny, ke kterým mají děti specifický vztah?
- Jak děti reagují na potraviny nebo pokrmy, které z domu neznají?

Jaký máte názor na pitný režim dětí předškolního věku?

- Jaké nápoje jsou dětem nabízeny?

Jaký máte názor na pohybovou aktivitu dětí předškolního věku?

- Jak děti reagují na nové pohybové vzorce nebo hry...? Popřípadě upravují si pravidla pohybových her?
- Existují situace, ve kterých se u dětí projevuje strach z vykonávaného pohybu?
- Na základě vašich zkušeností, vnímáte nějaký rozdíl v pohybové aktivitě dětí v MŠ a v rodinách?

Jaký máte názor na dětskou obezitu?

- Setkala jste se při své práci s obézními dětmi nebo dětmi s nadváhou?
 - Pokud ano, snažila jste se tuto situaci nějakým způsobem řešit či mírnit?
 - Probíhala v této oblasti nějaká spolupráce s rodiči? Pokud ano, mohla byste uvést nějaké konkrétní příklady?

Jak vnímáte svou roli, učitele mateřské školy, v rámci podpory zdraví dětí předškolního věku? – popřípadě budování zdravého životního stylu?

Napadá Vás k tématu ještě něco, čemu jsme se v rozhovoru nevěnovaly?

PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Podpisem tohoto dokumentu souhlasím se svou účastí ve výzkumu v rámci diplomové práce na téma *Podpora zdraví a zdravého životního stylu jako prevence obezity u dětí předškolního věku* studentky Bc. Kláry Kociánové. Potvrzuji, že se výzkumu účastním dobrovolně a jsem si vědoma možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit. Prohlašuji, že jsem byla seznámena se svými právy týkající se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Dále souhlasím s

- nahráváním celého rozhovoru na zvukové zařízení;
- přepisem nahrávky do dokumentu Word;
- anonymizací získaných dat a jejich zpracováním pro účely výzkumu.

Výše uvedené souhlasy poskytuji dobrovolně a to na dobu neurčitou.

V

dne . . 2025

podpis