

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hodnocení efektivity edukace pacientů ve věku 12–17 let realizované  
nutričním terapeutem v rámci vybrané lázeňské redukční kúry

Efficacy of patient education aged 12-17 by a nutritional therapist as a part of  
a selected spa reducing therapy

Bára Štaflová

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Hodnocení efektivnosti edukace pacientů ve věku 12–17 let realizované nutričním terapeutem v rámci vybrané lázeňské redukční kúry potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 8.4.2025

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce, paní doktorce Aleně Váchové, za cenné rady a pomoc při napsání této práce.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou edukace nutričním terapeutem. Konkrétně se zaměřuje na její působení vůči pubescentům a adolescentům podstupující lázeňskou redukční kúru. Předmětem je hodnocení efektivnosti edukace nutričním terapeutem, přesněji zjišťování toho, jaký rozdíl nastal v konkrétních otázkách o vnímání, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity. Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou obsaženy kapitoly, díky nimž se čtenář seznámí například se základními informacemi o nadváze a obezitě (zejména jaké jsou jejich příčiny, důsledky, léčba nebo prevence). Praktická část zahrnuje průzkum k výše zmíněným otázkám práce. Pro jeho účely byly použity 2 kvantitativní dotazníky, na něž anonymně odpovídalo 26 dětí ve věku 12-17 let v lázeňské redukční kúře. Respondenti na dotazníky odpovídali s adekvátním časovým odstupem. Šetření probíhalo na začátku i na konci kúry. Výsledky ukázaly na to, že edukace nutričním terapeutem v tomto případě prokázala efektivnost. Po porovnání vstupních a výstupních dat se v závěru léčby projevil vzestup správných odpovědí ve znalostních otázkách o výživě (stejně tak v otázkách na mýty ve stravování). Dále se ukázal zvýšený počet respondentů vnímajících zdravý životní styl a hubnutí jako méně omezující. Respondenti se taktéž začali sami sobě více líbit. Zároveň někteří dotazovaní změnili k lepšímu i své postoje k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy. Psychická vyrovnanost se však u dětí během kúry obecně nezlepšila, spíše naopak. V průměru přibylo 9,3 % žádoucích odpovědí napříč všemi výzkumnými otázkami práce.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Adolescent, edukace, lázeňská péče, léčba, postoje, pubescent, redukce hmotnosti, znalosti

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis deals with the issue of education by a nutritional therapist. Specifically, it focuses on its effect on pubescents and adolescents undergoing a spa weight loss treatment. The subject is an evaluation of the effectiveness of education by a nutritional therapist, more precisely, determining what difference occurred in specific questions about perception, attitudes and knowledge within the framework of rational nutrition, weight loss diet and self-perception during a selected monthly weight loss treatment in spa care for pubescents and adolescents with overweight or a diagnosis of obesity. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part contains chapters thanks to which the reader will become familiar with, for example, basic information about overweight and obesity (especially what their causes, consequences, treatment or prevention are). The practical part includes a survey on the above-mentioned questions of the thesis. For its purposes, 2 quantitative questionnaires were used, which were answered anonymously by 26 children aged 12-17 in a spa weight loss treatment. Respondents answered the questionnaires with an adequate time interval. The investigation took place at the beginning and at the end of the treatment. The results showed that education by a nutritional therapist was effective in this case. After comparing the input and output data, an increase in correct answers to knowledge questions about nutrition was observed at the end of the treatment (as well as in questions about myths in nutrition). Furthermore, an increased number of respondents perceived a healthy lifestyle and weight loss as less restrictive. Respondents also began to like themselves more. At the same time, some respondents changed their attitudes towards health issues, interest in food composition and self-education in the field of nutrition for the better. However, the psychological balance of the children did not generally improve during the treatment, rather the opposite. On average, there was an increase of 9.3 % in desired responses across all research questions of the paper.

## **KEY WORDS**

Begin puberty, education, spa treatment, therapy, attitudes, end puberty, weight reduction, knowledge

## OBSAH

Úvod.....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
1.1 Dětský věk: Pubescence, adolescence .....	9
1.1.1 Nutriční, pohybové a psychosociální potřeby .....	9
1.2 Vymezení nadváhy a obezity .....	11
1.3 Obezita v historickém kontextu .....	11
1.4 Vyšetřování stavu výživy, nadváhy a obezity .....	13
1.4.1 Dětské percentilové grafy .....	14
1.5 Prevalence nadváhy a obezity u dětí.....	15
1.6 Příčiny nadváhy a obezity.....	16
1.6.1 Příčiny dětské nadváhy a obezity .....	16
1.6.2 Zdravotní příčiny .....	17
1.6.3 Působení rodiny .....	18
1.6.4 Záchvatovité přejídání .....	18
1.7 Komplikace nadváhy a obezity.....	19
1.7.1 Komplikace u dětí.....	19
1.7.2 Paradoxní podvýživa .....	20
1.8 Léčba nadváhy a obezity .....	20
1.8.1 Léčba u dětí .....	21
1.8.2 Nutriční terapeut.....	22
1.8.3 Edukace nutričním terapeutem .....	22
1.9 Prevence nadváhy a obezity .....	23
1.9.1 Primární prevence u dětí.....	23
1.9.2 Opatření ve školách .....	25

1.10	Lázeňství, balneologie .....	26
1.10.1	Lázně pro léčbu dětské nadváhy a obezity .....	27
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>		<b>28</b>
2.1	Výzkumné cíle a otázky .....	28
2.2	Metodologie výzkumu .....	29
2.2.1	Výzkumný nástroj .....	29
2.2.2	Výzkumná skupina .....	30
2.2.3	Jak vypadala měsíční terapie nutričním terapeutem? .....	30
2.3	Výsledky .....	31
2.3.1	Výsledky hlavního dotazníkového šetření.....	31
2.3.2	Výsledky dotazníkového šetření na téma mýty .....	55
2.4	Diskuse, komparace dat a doporučení .....	58
<b>Závěr.....</b>		<b>67</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>		<b>69</b>
<b>Seznam příloh.....</b>		<b>74</b>

## Úvod

Nadváha a obezita dětí je velmi ožehavým tématem dnešní doby, kdy prevalence těchto jevů neustále stoupá. Nadměrná tělesná hmotnost s sebou nese nejen různé zdravotní či psychosociální negativní dopady na postiženého jedince konkrétně, ale je to samozřejmě i závažný celospolečenský problém. Výlohy na léčbu nadváhy, obezity a jejich komplikací jsou, mimo jiné, hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, včetně lázeňských redukčních kúr. Pokrok dnešní doby je okázalý, ale současně nese i stinné stránky civilizačních chorob, mezi něž nadváha a obezita jednoznačně patří. Tuto práci jsem se rozhodla psát jednak ze svého profesního zájmu, ale taktéž kvůli tomu, že nadváhu a obezitu, nejen u dětí vnímám jako něco, čemu by se měl věnovat větší zájem. Ze své pracovní pozice jsem se setkala s tolika neblahými osudy takto nemocných, že mě to motivovalo k napsání této práce. Zajímá mě, jakou efektivnost má lázeňská redukční kúra (přesněji edukace nutričním terapeutem) na léčené dítě a zda je to skutečně jedna z cest, která účinně pomůže celou záležitost řešit.

Má bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a výzkumné. V teoretické části jsou uvedeny základní informace související s tématem nadváhy a obezity, speciálně u dětí. Čtenář se dozví i nejnütnější informace o zaměstnání nutričního terapeuta či balneologii. Praktická část se zabývá dotazníkovým kvantitativním šetřením 26 dětí ve věku 12-17 let v jedné ze středočeských dětských léčeben. Výsledky jsou shrnuty v diskusi a závěru práce. Stěžejním cílem práce je hodnocení efektivnosti edukace nutričním terapeutem. Jinými slovy, zjištění toho, jaký rozdíl nastal v konkrétních otázkách o vnímání omezení, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity po edukacích nutričním terapeutem.

Pro terapii nadváhy a obezity nestačí pouze nový jídelníček, významnou složkou léčby je dle mého názoru právě edukace o zdravém stravování a zdravém chování jedince. Ta je používána nejen v ambulantních zařízeních, poradnách nebo nemocnicích, ale i v lázeňských střediscích. S klientem je třeba komunikovat osobně, poznat ho v širším kontextu a nové informace mu tak „ušít na míru“. Průzkum práce odkryje, zda (a popřípadě jak) edukace klientům pomohla, jaké se nabízí závěry a jakým způsobem případně edukaci, coby prostředek léčby nadváhy a obezity, zefektivnit.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Dětský věk: Pubescence, adolescence

Dětský věk kategorizujeme na novorozenecký, kojenecký, batolecí, předškolní, školní věk a adolescenci. Pubescence spadá do období školního věku, který se celkově člení na mladší (6-12 let) a starší školní věk (12-15 let). Puberta u chlapců začíná kolem 10. roku života, u dívek může začít i o 2 roky dříve než u chlapců. U chlapců v tomto období dochází k růstu varlat, u dívek k nástupu menarche, u obou pohlaví obecně dochází k urychlenému růstu. Věk adolescence je počítán od 15 do 18 let (Procházková, 2021). Děti v pubescenci a adolescenci mají své specifické potřeby, ty jsou popsány v následující kapitole.

### 1.1.1 Nutriční, pohybové a psychosociální potřeby

Děti ve školním věku již přirozeně mají větší volnost ve výběru jídel. Často konzumují potraviny s vysokým energetickým obsahem (sladké, slané pochutiny, slazené nápoje...). Častý je také nedostatek vlákniny (ovoce, zelenina) a nepravidelnost v jídle. Toto období je citlivé v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Adolescence se vyznačuje potřebou jedinečnosti a s tím související neojedinělou náklonností k alternativním výživovým směrům, ale taktéž v mnoha případech abúzem drog a alkoholu (Procházková, 2021).

Co se týče energetické potřeby dospívajících (pubescentů a adolescentů), ta je samozřejmě individuální, obecné údaje však existují a vztahují se k optimální tělesné hmotnosti a pohybové aktivitě. Co se týče příjmu bílkovin, dospívajícím dívkám se průměrně doporučuje 0,8 g/kg TV/den, zatímco chlapcům 0,9g/kg TV/den. Většinu přijatých proteinů by měly tvořit ty živočišného původu (2/3 z celého množství bílkovin) a zbytek původu rostlinného. Tuky by měly jídelníček dospívajících zastávat tak, aby pokryly 30 % celkového energetického příjmu (tj. cca 80-110 g tuku/den). Preferovat by se měly tuky rostlinného původu (oleje, margaríny, ořechy, semena...). Živočišné tuky by měly v jídelníčku figurovat v menším poměru (tj. asi z 1/3 celkového množství přijatých tuků). Dominantním zdrojem energie jsou v ideálním případě dospívajícího sacharidy. Jejich příjem by měl hradit až 60 % celkového energetického příjmu. Zde je však taktéž zásadní, z jakých potravin se tato živina čerpá, nevhodné jsou suroviny s převahou „jednoduchých“ sacharidů (bílé pečivo, sladkosti, sladké nápoje atd.). Ty správné zdroje sacharidů by měly obsahovat vyšší množství vlákniny

(celozrnné pečivo, zelenina, ovoce, luštěniny atd.). Příjem vlákniny je u dospívajících adekvátní v množství 20–30 g/den. S příjmem vlákniny souvisí taktéž příjem vitamínů a minerálních látek (zelenina, ovoce, celozrnné výrobky, luštěniny...), právě zdroje vlákniny jsou na ně bohaté. Během dne by měl dospívající vypít okolo 2,5 l tekutin (nejlépe neochucené vody), v závislosti na okolnostech (pohyb, teplota okolí...). Stěžejní je to, aby byla strava pravidelná, pubescent či adolescent by měl sníst za den 4 až 6 jídel (nejideálněji v 3hodinových intervalech). Pro lepší a názornější pochopení je k dispozici potravinová pyramida. Pro dospívajícího (s denní potřebou 2 000 kcal) je dle ní odpovídajících 170 g obilovin (1/2 dávky těch celozrnných), 2,5 hrnku zeleniny, 2 hrnky ovoce, mléko a mléčné výrobky ve 3 hrncích a 150 g masa, luštěnin či ořechů (maso nejlépe libové v šetřící úpravě) – to vše v příjmu za den. Denně by měl dospívající vyvinout alespoň hodinovou fyzickou aktivitu (Rusková, 2011).

V rámci vývojové psychologie je období dospívání bráno jako období v rozmezí od 10 let do 20 let věku člověka. Tato životní etapa je spjata s celkovou proměnou osobnosti (tělesnou, psychickou i sociální). Jedinec teprve nachází svou identitu (v souvislosti s tím bojuje s různými nejistotami) a prochází přerodem z dítěte v dospělého. Dospívání probíhá ve dvou fázích: Rané adolescence a pozdní adolescence. V rané fázi se dospívajícímu mění tělesná konstituce, pohlavně dozrává, a to následně mění sebepojetí dotyčného. Prožívání emocí se vlivem hormonů prohlubuje. Jedinec již není tolik závislý na rodičích, ale začíná se více orientovat na vrstevníky. Začíná se současně fokusovat na výkon a usiluje o to, aby ho akceptovalo jeho sociální okolí. Má taktéž potřebu větší nezávislosti. Od 15. roku života se datuje pozdní adolescence, kdy jsou pohlavní orgány již dozrálé. Toto období je charakterizováno především změnou osobnosti a novou společenskou pozicí. Jedinec se již pracovně profiluje (studuje, co ho zajímá, nastupuje do zaměstnání...). V této etapě dochází k potvrzení dané sociální identity (člověk sdílí hodnoty s věkově odpovídající skupinou). Člověk je již emancipován od rodiny, jako dospělý. Adolescent si začíná budovat více a více vrstevnických vztahů, ale taktéž vztahy partnerské. V pozdní fázi adolescence si člověk důrazněji zakládá na své vlastní identitě (jedinec se více sebepoznává, seberealizuje a zkouší co dokáže, co mu vyhovuje a co naopak ne) (Vágnerová, 2022).

V případě nenaplnění těchto potřeb může v konečném důsledku vzniknout nadváha a obezita, coby hlavní téma této práce, o němž pojednává zbytek teoretické části.

## 1.2 Vymezení nadváhy a obezity

Nadměrná tělesná hmotnost je častý důsledek nevyváženosti příjmu a výdeje energie (vyšší příjem, nežli výdej). Dotyčný pak trpí nadbytkem adipózní (tukové) tkáně. V medicíně je pro klasifikaci nejvyužívanější vzorec Body Mass Index (BMI) počítaný jako  $\text{TH/kg}:(\text{TV/m})^2$ . Dle výsledných hodnot můžeme jedince posoudit buď jako podvyživeného ( $<18,5$ ), s optimální hmotností (18,6-25) nebo s nadváhou (25,1-30). Od koeficientu 30,1 dotyčného posuzujeme jako obézního, přičemž jej kategorizujeme buď jako obézního prvního stupně (30,1-35), obézního druhého stupně (35,1-40) nebo morbidně otlého se třetím stupněm obezity ( $>40$ ). U dětí se pro posouzení BMI používá graf s percentily. Dle něj je obezita klasifikována při výsledku nad 97.P, dítě v nadváze dosahuje výsledku mezi 90.–97.P a dítě se zvýšenou hmotností posuzujeme mezi percentily 75.–90.P (viz tabulka 1). Dle toho, kde se v těle tuk ukládá rozlišujeme dalších několik druhů obezit a to: Androidní formu (tuk je dominantní v oblasti břicha), gynoidní formu (tuk centralizovaný zejména v hýždích a stehnech). Z hlediska možných zdravotních komplikací je pro člověka méně škodlivý gynoidní typ obezity (Hamplová, 2019; SZÚ, 2025).

Dalším vzorcem pro výpočet míry rizika tělesné hmotnosti je tzv. BRI (Body Roundness Index) neboli index kulatosti těla. Je novější a zřejmě efektivnější nežli BMI. Výsledky BMI totiž nezohledňují distribuci tuku v těle nebo obsah svalů (svaly jsou těžší nežli tuková tkáň). BRI zahrnuje tělesnou výšku, obvod pasu a boků vyšetřovaného. (Solan, 2024)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí patří obezita a nadváha pod E65-E68: Obezita a jiné hyperalimentace (MKN-10, 2024).

## 1.3 Obezita v historickém kontextu

Příčinou obezity je pozitivní energetická bilance zapříčiněná nevhodnými životními podmínkami a životním stylem. V současnosti tomu nahrává dispozice velkého a snadně dostupného jídla, ale i v dávných dobách se obezita vyskytovala. Víme o tom díky dochovaným artefaktům jako jsou sochy, obrazy či literární díla. V dávných dobách byla korpulentní postava u žen vnímána například jako symbol plodnosti, s častým výskytem v bohatých vrstvách společnosti. Už tehdy však byla otylost brána jako rizikový faktor ohrožující zdraví a zájem tento stav řešit měli již starověcí Číňané, Tibeťané nebo Indové.

Staré Řecko a Řím taktéž časně prozřeli a jako ideál zdraví začali vidět postavu atletického typu. Prvními lékaři zabývajícími se obezitou byli Hippokrates, Galén či Avicenna. Všichni uvedení lékaři se snažili své občany před obezitou chránit, například doporučovali větší fyzický výdej energie před jídly nebo nabádali k jedení objemných, ale nepříliš vydatných jídel. Zajímavým doporučením bylo například ponoření dotyčného před jídlem do koupele. Tehdejší křesťané díky půstům z náboženských důvodů zřejmě obezitou netrpěli. Středověcí zbohatlíci naopak jídlu a pití holdovali téměř bez omezení. Dle archeologických nálezů víme také o jejich častých zdravotních komplikacích jako byla například dna. Někteří vladaři v těchto dobách měli již zájem o zlepšení své životosprávy. Jedním z našich prvních lékařů, který se zabýval praktickými radami proti vzniku obezity byl mistr Havel ze Strahova, jenž své zásady aplikoval na základě osobního přání Karla IV. Doporučoval například jíst maso z telat, kozlů, tetřívků, koroptví, ryb či bohatě osolený chléb a pít ostré víno. Dále vyzdvihl důležitost pohybu na čerstvém vzduchu a střídmost. Zelenina a ovoce byla obsažena pouze v jídelničkách nižších sociálních vrstev. V baroku se lidé vzhlíželi v kypřejších postavách, ale i tehdy se stále nezapomínalo na negativa nesoucí se s nadměrnou váhou (Hainer, 2022).

Přelom v pojetí obezity přišel v 18. a 19. století. Thomas Short například zdůrazňoval vliv sebeovládání obézního jedince a jeho pohyb. Později Malcolm Flemýng upozornil i na genetické faktory obezity a postupně se začala přijímat teorie o různorodosti energetických metabolismů lidí. A. Hasall popsal v polovině 19. století hyperplastickou obezitu (zvýšený počet adipocytů v tukové tkáni). A. Lavoisier zase popsal princip zadržování tukových zásob a vysvětlil co je to pozitivní energetická bilance. Dle učebnice z roku 1842 bylo lidem vysvětlováno, že je obezita následkem přílišné konzumace živočišných produktů, nízké fyzické aktivity, ale i výsledkem vrozených dispozic. Začala se propagovat konzumace zeleniny, a naopak redukovat konzumace tučných potravin. Těsně před počátkem 20. století byla v oblibě subtilní postava (po vzoru císařovny Sissi). Po této etapě začali lidé vyhledávat redukční diety ve větší míře, vznikaly nové dietní plány. V 19. století se nabývání na váze začalo vysvětlovat i na stravě s vysokým obsahem sacharidů, proto v roce 1879 bylo vyrobeno první náhradní sladidlo-sacharin (Hainer, 2022).

V průběhu počátku 20. století většinová populace i nadále následovala trend císařovny Sissi, tedy „kult štíhlosti“. V polovině 20. století se naopak vrátila jakási barokní atmosféra a s ní kypré tvary. V 70. letech 20. století udala ideální míry modelka Twiggy a mnozí lidé chtěli

být až anorektičtí, právě po jejím vzoru. S novým tisíciletím se opět mění pojetí ideálů a lidé se vesměs odvrací od příliš štíhlé postavy (Hainer, 2022; Jakubíková, 2019).

#### 1.4 Vyšetřování stavu výživy, nadváhy a obezity

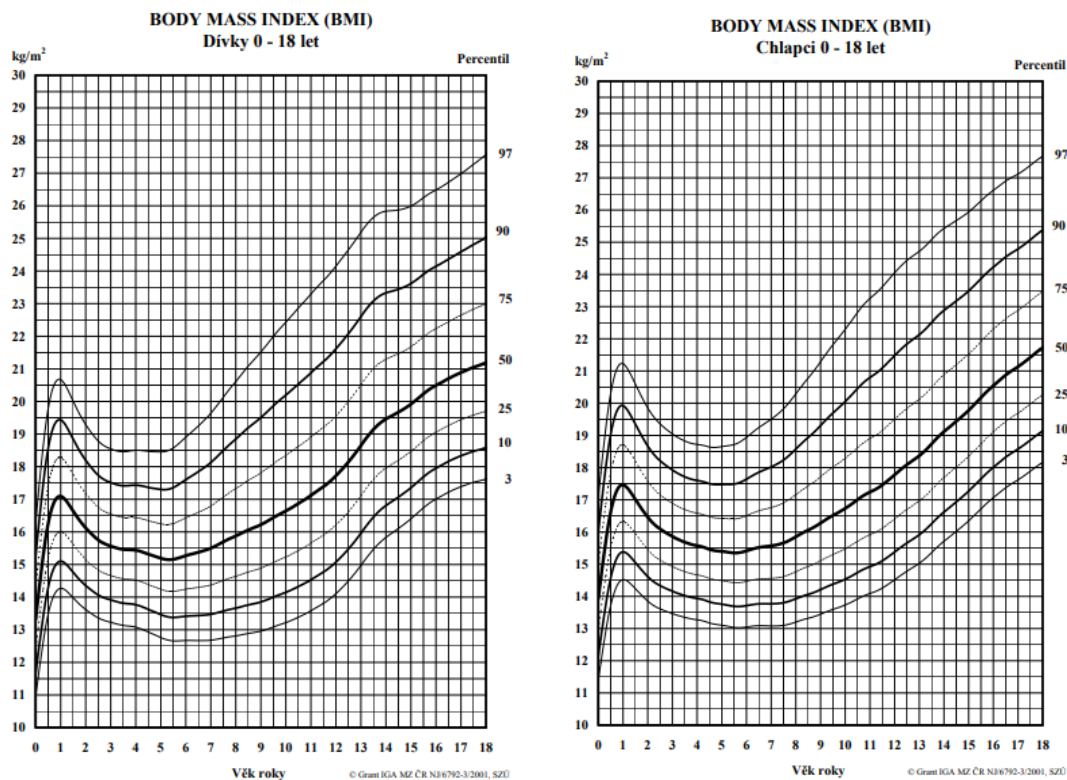
Pro hodnocení stavu podváhy, ale i nadměrné hmotnosti se využívá vícero vyšetřovacích metod. Bazálními parametry vyšetřování jsou tělesná výška, váha a tělesné obvody. Dalším antropometrickým ukazatelem je tloušťka kožní řasy (tuková vrstva měřená kaliperem) či svalová síla (měřená dynamometrem za stisku ruky). Tělesná hmotnost, jako jeden z hlavních údajů o pacientovi, je ovlivněna věkem, pohlavím, hydratací, množstvím oblečení a využívanou osobní váhou (musí být kalibrovaná). Tyto údaje pak slouží k vyhodnocení stavu za pomoci percentilových grafů nebo k výpočtu BMI. Výsledné hodnoty BMI však nejsou jednoznačně určující, protože vzorec nezohledňuje individuální nuance ve složení těla. K bližší specifikaci poslouží například vzorec WHR vyjadřující poměr mezi pasem a boky (vyjádření typu postavy), jehož výsledek by u žen neměl přesáhnout 0,85 a u mužů 1,00. Pro detailní analýzu poměrů tuku, svalů, vody a dalších se v medicíně využívá bioelektrická impedanční analýza (BIA). Zjišťování výživového stavu jedince by tedy mělo zahrnovat obsažnější postupy. Nutný je odběr anamnézy, tj. zjištění informací o průběhu růstu a vývoje, onemocněních, hospitalizacích, změnách tělesné váhy, užívaných medikamentech. Podstatnou je taktéž část nutriční anamnézy, tedy informace o stravování dotyčného (co a v jakých intervalech obvykle jí, taktéž zda trpí nějakými potravinovými alergiemi či nesnášenlivostmi a jaká je jeho případná dieta). Pro vyhodnocení nutriční anamnézy se taktéž používají retrospektivní (co, kdy a v jakém množství jedl) nebo prospektivní (co, kdy a v jakém množství bude jíst) záznamy jídelníčku pacienta. Dalším bodem zkoumání je fyzikální vyšetření, při kterém se pozorují abnormality na kůži, ve vlasech, na rtech, na zubech, na jazyku či na nehtech. Dále se sleduje například atypický tvar břicha nebo ostatních částí těla a otoky. Tyto parametry vypovídají o hladinách nebo využití mikronutrientů v těle (vitamíny a minerální látky). Pro určení diagnózy jsou taktéž podstatná biochemická vyšetření (včetně testu na zánět v těle). V současnosti neexistuje jednotný nutriční screeningový nástroj (Tomanová, 2024; Hamplová, 2019).

U pacientů s nadměrnou váhou je stěžejní zaměřit se na etiologii problému a vyšetření rizika souvisejících komplikací. Mimo výše uvedené by si měl vyšetřující lékař zjistit: Rodinnou anamnézu obezity, hypertenze, dyslipidémie, diabetu mellitu apod. Dále by se měla posoudit

fyzická aktivita, psychosociální podmínky a u dívek průběh menstruace. Dalšími relevantními údaji mohou být informace o: Gastrointestinálních obtížích, poruchách CNS, nauze, charakteru močení, příjmu tekutin, únavě, chrápání, bolestech břicha (Tomanová, 2024).

### 1.4.1 Dětské percentilové grafy

U dětí i adolescentů není možné odečítat výsledky měření BMI z údajů pro dospělé, viz kapitola 1.2. Je tomu tak z důvodu proměnlivosti těla v dětském věku (skokový růst, vývoj). Sledování hodnot BMI dítěte nám umožňují tzv. percentilové grafy (existují i ty pro monitorování výšky, obvodu hlavy, obvodu břicha, obvodu paže, obvodu boků, hmotnosti, ale i kožních řas). Křivky v grafech (viz obrázky 1 a 2) znázorňují dané percentily a ty slouží k porovnání v rámci populace. Oblast kolem 50. percentilu ukazuje na hodnoty v normálu (Machová, 2016; SZÚ, 2025).



Obrázek 1: BMI: Dívky 0-18 let

Obrázek 2: BMI: Chlapci 0-18 let

Zdroj obrázků 1 a 2: (SZÚ, 2025)

Tabulka 1: Percentilové pásmo BMI pro děti

Percentilové pásmo BMI	Hodnocení dítěte
nad 97. P.	obézní
90.–97. P.	s nadváhou
75.–90. P.	se zvýšenou hmotností
25.–75. P.	s normální hmotností
10.–25. P.	štíhlé
3.–10. P.	s nízkou hmotností
pod 3. P	hubené

Zdroj: (Sedlak, Petr a kol., 2016)

## 1.5 Prevalence nadváhy a obezity u dětí

Údaje o výskytu obezity dětí v Evropě zjišťuje COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative). Tato organizace se zajímá o výzkum v evropském měřítku z toho důvodu, aby byla výsledná data ze všech zemí konečně, oproti minulosti, srovnatelná (použita totožná metodika napříč zkoumanými zeměmi). Zahrnuje průzkum i u nás v České republice. Zjistilo se, že je od roku 2008 počet sedmiletých dětí s nadváhou či obezitou v naší zemi relativně konstantní (v obou případech stále okolo 7 % dívek a chlapců ve věku 7 let, s lehkým nárůstem 1 % u obézních chlapců). Dle studie Zdraví dětí 2016 uskutečněné Odbornou společností praktických dětských lékařů (ČLS JEP) a Státním zdravotním ústavem byly zjištěny další informace o českých dětech, tentokrát v širší věkové skupině (vyšetřovali se děti ve věku 5 let, 9 let, 13 let a 17 let). Odkrylo se, že nadváhou či obezitou trpí o trochu více chlapci než dívky, dále také to, že nejvíce dětí s nadměrnou hmotností je v kategorii 13 let. Zajímavým výstupem je taktéž to, že u dívek výskyt nadměrné tělesné váhy dle studie vrcholí s devátým rokem jejich života, kdežto u chlapců až se třináctým rokem. Ve srovnání s výsledky studie CAV z roku 1991 se ukazuje, že pětileté děti nevykazují významné odchylky ve své tělesné váze. U dětí ve věku 9 let je však rozdíl již evidentní (v roce 1991 jich bylo 10 % s nadváhou či obezitou, ale v roce 2016 to bylo již 20 %). Třináctiletí obézní respondenti vykazovali čtyřnásobný nárůst (více bylo chlapců). Dále porovnání výzkumů

přineslo informaci o adolescentech ve věku 17 let a to takovou, že má počet těchto respondentů s nadváhou či obezitou v průměru rostoucí tendenci v rámci obou pohlaví: V roce 1996 bylo 4,6 % chlapců a 6 % dívek trpících obezitou, v roce 2016 16,1 % chlapců a 10,2 % dívek. Co se týče nadváhy, tu mělo v roce 1996 5,6 % chlapců a 5,9 % dívek a o 20 let později 9 % chlapců a 9,7 % dívek (Boženský, 2020).

## **1.6 Příčiny nadváhy a obezity**

Příčin nadměrné hmotnosti může být několik. Až ze 40 % se mohou na obezitě podílet geny. S nárůstem váhy úzce souvisí to, zda mají rodiče dotyčného problémy s tělesnou váhou, ale taktéž porodní váha jedince (vyšší porodní tělesná váha predikuje větší dispozice pro obezitu v dospělosti). Další příčinou obezity je v dnešní době široký výběr chutných potravin s vysokou energetickou hodnotou ve velkém a dostupném množství. Nízká fyzická aktivita je dalším možným viníkem toho, proč se lidé potýkají s hmotnostními nárůsty (typ dopravy, typ práce aj. záležitosti nepodporující pohyb). Čím dál delší doba v zaměstnání s tímto problémem koreluje. Zásadními faktory jsou také přesvědčení a postoje (každý člověk má svůj pohled na příjem jídla a zároveň je zvyklý na rozličnou úroveň fyzické aktivity). Relevantní je samozřejmě i cena potravin, v současnosti jsou jídla s vysokým podílem makroživin (zejména sacharidů, lipidů) mnohem lacinější například oproti zelenině či ovoci. Obecně je dnes jídlo z finančního hlediska relativně snadno dostupné. Souhrnně můžeme některé dnešní dominantní činitele obezity nazvat obezitogenním prostředím (velká nabídka energeticky vydatných potravin, infrastruktura pracoviště umožňující co nejmenší pohyb a další) (Ayers, 2015).

### **1.6.1 Příčiny dětské nadváhy a obezity**

Ze 40–60 % dětská obezita vzniká na genetickém podkladě, přičemž nelze vinit jen jeden konkrétní gen. Kromě předem daných předpokladů hraje samozřejmě vliv soubor okolních faktorů, zahrnující konkrétní region s jeho specifickými geografickými, politickými, národnostními, ekonomickými či vzdělanostními charakteristikami. Častým problémem jsou návyky například na častý a nepotřebný přísun jídla naučený v raném vývoji dítěte. Dále pak nahrazování mléka jinými mnohdy přeslazenými tekutinami (jež v přebytku přispívají k utvrzování inzulínové rezistence). Dalším obvyklým neduhem je nezařazování snídaní do jídelníčků odůvodněným nechutenstvím (které je způsobeno ranní sekrecí kortizolu, přičemž

nadměrnou tělesnou váhou je jeho produkce o to více umocňována). Dále jsou to také termoneutrální podmínky (tělo v současné době není nuceno k takové tepelné samoregulaci jako v minulých dobách). Ve prospěch obezity hraje i zkracující se délka spánku. Jednou z příčin může být i to, že nedochází k občasnému vynechání jídel pro zlepšení fungování metabolismu těla. Otázkou je i možný nadhodnocený celkový energetický příjem (V Okinawě obsahuje jídelníček jídla s o 40 % nižší energetickou hodnotou). Tento fakt podporují výrobky s vysokou senzoricou, ale nízkou nutriční hodnotou, zároveň s vysokým obsahem energie, které jsou zároveň snadno dostupné. Velkým problémem je omezení chůze a pohybu vůbec a jejich nahrazení technologiemi. Když už dítě projeví zájem jít ven, rodič se vzhledem k aktuálnímu dění bojí o bezpečnost dítěte (Marinov, 2012).

Zcela individuální příčinou mohou být návyky, které mají zrod nejčastěji v rodině (odměňování prarodiči sladkostmi, dále vaření určitých jídel pořád dokola, přičemž nová jídla ve školách dětem nelahodí, protože na ně nejsou zvyklé, čímž si tak snadno mohou vytvořit odpor hlavně k zelenině, luštěninám nebo k mléčným výrobkům). Roli hrají i barvy jídel, kdy kladně je hodnocena červená, oranžová, žlutá, naopak zelená a modrá často není v řadách oblíbených. Kromě těchto faktorů na dítě působí i kolektiv jeho vrstevníků, který může zapříčinit i jeho některé psychické problémy a následkem toho pak může inklinovat k trávení času doma, kde může konzumovat velké množství lahůdek (sladkosti či chipsy) a také sladké nápoje. Situace je pak o to komplikovanější, pokud dítě prožívá rozvod rodičů. Celkově nejmarkantněji dítě ovlivňuje to, jaký má jeho rodina životní styl. Dítě si bohužel samo nenakoupí potraviny a není tak v jeho plné moci jíst podle svých požadavků (Marinov, 2012).

### **1.6.2 Zdravotní příčiny**

Jak již bylo řečeno výše, na vzniku nadváhy a obezity se bezesporu v mnoha případech podílí genetické predispozice (které mají vliv například na to jaký má jedinec metabolický obrat, jak u něj funguje signalizace hladu a sytosti skrze hypothalamus, jaké chutě k jídlu má). V rámci etiologie nadměrné tělesné váhy se též můžeme poohlížet na epigenetiku (zabývající se vnějšími spouštěčemi obezitogenních genů). Dalším geneticky založeným důvodem nadměrné tělesné hmotnosti u dětí mohou být různé syndromy jako: Prader- Willi syndrom (nejfrekventovanější), Alstromův syndrom, Cohenův syndrom nebo Laurence-Moonův-Bardetův-Biedlův syndrom. Vedle genetického působení hrají v řadě případů roli i poruchy endokrinní soustavy. Jedněmi z nich jsou například hypotyreóza

(snížené množství tyreoidálních hormonů s následkem narušeného metabolismu makronutrientů), dále Cushingova choroba (zvýšená sekrece ACTH vlivem nádoru hypofýzy) nebo nedostatek hormonu STH (růstový hormon) a s tím spojená zpomalená lipolýza (Kytarová, Jitka a kol., 2022).

### **1.6.3 Působení rodiny**

Vliv rodiny je v současné době vnímán jako nejvýznamnější vodítko dětí v jejich budoucích jídelních návycích. Z výzkumu Vignerové (2007) vyplývá, že čím vyšší byl koeficient BMI u rodičů, tím spíše byl vyšší i u jejich dětí. Rodiče jsou totiž prvními, kteří regulují stravu dětí (co a kdy se bude jíst je v jejich režii). Výzkum Vignerové (2007) dále sdělil, že u vzdělanějších rodičů hrozí v menší míře to, že jejich dítě bude trpět nadměrnou tělesnou váhou. Matky, které absolvovaly vysokou školu dbají na specifitější výběr potravin než matky s nižším vzděláním. Dalším důležitým působením rodiny jsou její zvyklosti v rámci stravování. U dětí předškolního věku se zjistilo, že štíhlí jedinci jsou z rodin, kde společně přinejmenším často večeří. Naopak je tomu u dětí s nadváhou. Stěžejní osobou v posuzování proporcí dítěte je jeho matka. Ta ale často soudí dítě podle sebe (matky, které mají nadváhu, ji spíše u svých dětí akceptují oproti štíhlé matce). Vnímání tělesné váhy se také liší podle toho, zda se jedná o dívku či chlapce, přičemž u chlapců je nadváha více akceptována a v menším počtu u matek registrována. Kromě těchto aspektů jsou zásadními také jistá přesvědčení matek. Některé jsou toho názoru, že je přínosnější to, aby mělo dítě nadváhu a tím domnělé dobré předpoklady pro jeho vývoj. Zároveň si mohou například myslet, že je třeba co nejdříve dítě během kojení dokrmovat. Dalším nešvarem matek je mnohdy to, že jídlo používají jako prostředek, kterým své dítě odměňují nebo zklidňují (dle toho si pak dítě tvoří nevhodné návyky) (Kebza, 2024). Problémy s jídelním režimem pak mohou například vyústit v záchvatovité přejídání popsané níže.

### **1.6.4 Záchvatovité přejídání**

Záchvatovité přejídání je jednou z poruch příjmu potravy vedle mentální anorexie a bulimie. V tomto případě dochází k přijímání enormního množství jídla během krátkého času i bez pocitu hladu (oproti bulimikům postižení ale po jídle nevyvolávají zvracení). Záchvatovité přejídání může být jednou z příčin nadstandardní váhy. Nárůst váhy se také nemusí projevit vůbec (někteří pacienti kalorický „převis“ kompenzují hladověním nebo cvičením). Tato porucha je zpravidla reakcí na stresové situace, deprese nebo emoční strádání. Trpí jí ve

většině ženy (85 % diagnostikovaných) a může přejít v jinou poruchu příjmu potravy. Léčba spočívá v terapiích se zaměřením na rizikové stavy, tj. úzkosti, deprese a další spouštěče (VÍŠ CO JÍŠ - TEENS, 2025).

## **1.7 Komplikace nadváhy a obezity**

Komplikace nadměrné váhy skýtají vskutku velký počet zdravotních rizik. K možným problémům se řadí: Inzulínová rezistence, hyperurikemie (zvýšená hladina kyseliny močové v krvi), dyslipidemie (abnormální hladiny lipidů v krvi), hyperestrogenismus (zvýšená hladina estrogenů vlivem působení tukové tkáně), hypogonadismus (snížená funkce pohlavních žláz), snížená sekrece somatotropinu (růstového hormonu), zvýšený krevní tlak (hypertenze), hypertrofie srdce (levé komory), ischemická choroba srdeční (infarkt myokardu, angina pectoris...), arytmie myokardu, náhlá smrt srdeční, varixy (křečové žíly), cévní mozkové příhody (CMP), spánková apnoe (patologicky přerušované dýchání během spánku), bronchiální astma (chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest), hypoventilace (nedostatečná ventilace plic), gastroezofageální reflux (GERD), steatóza jater (nadměrné nahromadění tuku v játrech), hiátová hernie (brániční kýla), pankreatitida (zánět slinivky břišní), cholelitiáza (žlučové kaménky), cholecystitida (zánět žlučníku), amenorea (vynechání menstruace), pokles dělohy, komplikovaný průběh těhotenství a porodu, onkologická onemocnění (zejména urologické, gynekologické, gastrointestinální), onemocnění kloubů, páteře (zvýšená degenerace), ekzémy, edémy. Lidé s nadváhou a obezitou mají větší inklinaci k infekcím. Při chirurgických zákrocích se jim hůře léčí rány, mají větší sklony k tromboemboliím (blokace cév) a kardiopulmonálním komplikacím. Neopomenutelnými jsou také psychosociální aspekty. Lidé s vyšší tělesnou hmotností zažívají často společenskou diskriminaci, jsou úzkostní až depresivní, mají malé sebevědomí a často také trpí poruchami příjmu potravy (Hainer, 2022).

### **1.7.1 Komplikace u dětí**

Mezi častými následky prebytečných tukových zásob u dětí jsou prediabetes či diabetes mellitus II. typu a dyslipidémie, jež je často přehlížena, ikdyž se jedná o prediktor kardiovaskulárních chorob a obecně metabolického syndromu. Lipidový profil (zejména množství triglyceridů, cholesterolů) by měl být hlídán už i u malých obézních dětí, protože dyslipidémie se vyskytuje až u 40 % obézních dětí. Dalším průvodním jevem dětské obezity

může být hypertenze, nealkoholické ztučnění jater (steatóza) s následkem chronických onemocnění jater, dále spánková apnoe (s následkem zhoršených kognitivních schopností). Hrozícím je i syndrom polycystických vaječníků (PCOS), kdy je v těle přítomen nadbytek androgenů, který narušuje ovulační cyklus a způsobuje akné či alopecii. Kromě fyzických hledisek jsou tu i ostatní komplikace spojené s depresemi, úzkostmi a celkově zhoršenou kvalitou života. Lidé, včetně dětí, s vyšší hmotností jsou stigmatizováni (šikana ve školách) a jejich esenciální psychosociální faktory života jsou ve větším ohrožení, nežli je tomu tak u zdravých jedinců (Vajravelu, 2023).

### **1.7.2 Paradoxní podvýživa**

U obézních dětí dochází k malnutrici vlivem nutričně málo bohaté stravy. Děti s nadváhou či obezitou obvykle trpí na nedostatek železa, nedostatek vitamínu D, kyseliny listové, vitamínu E, vlákniny a probiotik. To pak způsobuje celou řadu zdravotních problémů. Nedostatečný příjem železa může způsobit rozvoj anémie, imunitní nebo neurologické poruchy. V rámci příjmu železa je důležité dbát na jeho příjem z rozličných zdrojů (zvýšený podíl se nachází například v červených masech oproti bílým). U dětí s nadměrnou váhou je typický deficit vitamínu D v krvi, vlivem jeho nadměrného ukládání do tukové tkáně a tím nízkého využití pro důležité funkce těla. V důsledku pak mohou nastat kardiovaskulární či jiné metabolické poruchy, ale i zvýšené riziko osteoporózy. Za depleci kyseliny listové může nízká konzumace celozrnného pečiva, luštěnin, vajec, jater nebo zelené zeleniny, což jsou potraviny, které děti obecně tolik nevyhledávají. Kyselina listová je nutná pro tvorbu erytrocytů a v těhotenství je nutná pro prevenci vrozených vývojových vad. Obvykle deficitní vitamin E se nachází v zelenině, rybách, ořechách, vejcích, olejích a celozrnných výrobcích. Jeho nedostatek má za vinu snížené antioxidantní reakce těla. Nízký příjem vlákniny a probiotických mléčných výrobků potlačuje správnou funkci střevní mikroflóry. Dalšími chybějícími látkami ve stravě dětí s nadváhou jsou mnohdy: Nenasycené mastné kyseliny omega-3, vitamíny A, B, D, bílkoviny a jiné živiny (Marinov, 2017).

## **1.8 Léčba nadváhy a obezity**

Léčba nadváhy a obezity by neměla být chápána pouze jako snížení tělesné hmotnosti. Terapie by měla být širokospektrální. Nadměrná hmotnost souvisí s rozvojem metabolického syndromu, a tak je třeba nejen redukovat tělesnou hmotnost, ale současně posoudit rizika

různých komplikací a učinit odpovídající opatření. Nejnebezpečnějšími zdravotními problémy spojenými s obezitou jsou: Diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulární problémy, onkologická onemocnění, deprese, poškození tkání a orgánů. Standardními terapeutickými postupy jsou v současnosti: Vhodná dieta, fyzická aktivita, psychoterapie, chirurgické zákroky (např. bariatrické zákroky) či antiobezitická medikace (Svačina, 2022).

### **1.8.1 Léčba u dětí**

Terapie dětí je velmi náročná, a to i z hlediska její dlouhodobosti. Obtížnosti přidává fakt, že viníkem nadměrné hmotnosti je, jak již bylo zmíněno, z velké části genetika jedince, která se nedá změnit. To, co zbývá je zaměřit se na změnu životního stylu. Terapie se liší napříč věkovými kategoriemi dětí. Ti nejmladší jsou plně závislí na svých pečovateli, školáci již nějaký čas tráví doma sami a dospívající se dohledu záměrně vyhýbají. Do léčby se pro efektivnost musí zapojit celá rodina, dítě není dobré vystavovat velkému pokušení (např. tím, že sourozenec bude jíst něco nevhodného a dotyčnému to bude zakazováno). Jelikož se musí změnit přemýšlení všech členů domácnosti, nabízí se jako vhodná kognitivně behaviorální terapie (psychoterapie zaměřená na osvojování si praktických dovedností). Zásadní je taktéž motivace pacienta k redukci jeho hmotnosti (dítě by si třeba mělo uvědomit, že bude fyzicky zdatnější atd.). Další, neoddelitelnou součástí léčby je však kromě úpravy množství pohybu i změna jídelníčku. Není ideální jeho striktní úprava. Je dobré rodině i pacientovi neříkat o dietě, ale o novém a lepším stylu stravování. Uzpůsobený jídelníček by měl obsahovat: Kvalitní bílkoviny, komplexní sacharidy, vlákninu, vitaminy, minerální látky, stopové prvky a tuky (preferovány by měly být ty rostlinné). Sladkosti nemusí být zcela vynechány, ale měla by být brána v potaz jejich malá nutriční hodnota, a naopak vysoká energetická hodnota. Doporučeno je dávkování jídel v 5 až 6 porcích za den (příčemž z celkového energetického příjmu za den by snídaně měla obsahovat 20-25 %, dopolední i odpolední svačina 10-15 %, oběd 30-35 % a večeře 30 %) (Kytnarová, 2023).

V rámci dietního systému se pro dětskou redukční kúru používá konkrétně dieta pod číslem 13/8 (13 označuje dětskou stravu, 8 redukční stravu) a je určena dětem s nadváhou či obezitou. Dieta zahrnuje zásady zdravé výživy se sníženým obsahem energeticky vydatných jídel (Janské Lázně, 2025).

Léčba enormní hmotnosti může být v pozdních stádiích obezity nebo pokud na léčbu nemá efekt nefarmakogenní intervence, podpořena užíváním léků. Jedním z tzv. antiobezitik je

Orlistat (inhibitor lipázy), Liraglutid nebo Metformin. Tyto léky mohou mít nežádoucí účinky (Mohamed, 2022).

Neoddělitelnou součástí terapie je také zařazení pohybové aktivity, přičemž je nutno brát ohledy na konstituci a možnosti těla dítěte a zároveň i historii jeho fyzické činnosti. Je třeba v dítěti nevyvolat odpor a fyzickou aktivitu zařazovat s tímto vědomím. Je klíčové dítěti nabídnout bohatou nabídku aktivit (procvičení vícero svalových skupin). Ideální by bylo naučit novým pohybovým návykům celou rodinu pacienta (Pastucha, 2024). Nápomocen v léčbě může být nutriční terapeut, viz níže.

### **1.8.2 Nutriční terapeut**

Nutriční terapeut je, mimo jiný personál, významným členem tzv. obezitologického týmu, jenž například poskytuje nutriční konzultace o adekvátním stravování pacienta a mnoha dalších souvislostech. Plní roli nelékařského zdravotního pracovníka dle zákona 96/2004 Sb. Musí mít buď vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání. Tento zdravotník se orientuje v léčebné a klinické výživě, dále se vyzná ve zbožiznalství, v preklinickém základu (anatomie, fyziologie apod.), v základech vnitřního lékařství či v nutriční toxikologii. Tyto znalosti může uplatňovat v širokém spektru zaměstnání jako ve: Zdravotnických zařízeních, stravovacích provozech, sociálních či školních ústavech, dále se také může uplatnit v lázeňské péči, v akademické sféře nebo ve státních úřadech (např. SZÚ, KHS, MZČR). Nutriční terapeut není výživový poradce, ten totiž není zdravotníkem, a tudíž nesmí pracovat s lidmi s diagnostikovanými zdravotními omezeními (ČANT, 2024; Sadílková, 2020).

### **1.8.3 Edukace nutričním terapeutem**

Nutriční terapeut edukuje pacienty o výživě, a to v oblastech poskytování stravovacích služeb, v oblasti klinické praxe, veřejného zdraví nebo v sektoru vědy a výzkumu. Poskytuje informace, které odpovídají jeho odborné způsobilosti a vede pacienty ke zdravému životnímu stylu, v jehož rámci vykonává i primární prevenci. Obecně radí v rámci zdravé a léčebné výživy. Edukace je přirozenou součástí léčby nutričním terapeutem, kdy dochází k formování chování a jednání pacienta. Konkrétně je snaha o kladné změny v pacientových znalostech, dovednostech, návycích a postojích v oblasti stravování. U nutričního terapeuta, v roli edukátora, jsou důležité tyto aspekty: Odborné znalosti, dovednosti, zkušenosti nejen z oboru nutriční terapie, ale i pedagogiky a psychologie (Eliášová, 2018).

Je důležité, aby byl nutriční terapeut s pacientem v interakci, je totiž podstatné dotyčným plán vymyslet tak, aby byl realizovatelný v rámci jeho života. Zároveň je přínosné s edukantem navázat kladný vztah pro hladší kooperaci a upevnění, mnohdy již ztracené, důvěry v pomoc od zdravotníků (Sadílková, 2020).

## **1.9 Prevence nadváhy a obezity**

Důležitým aspektem prevence nadváhy a obezity je informovanost lidí o tom, co vůbec znamená optimální tělesná hmotnost, respektive ta jejich vlastní (schopnost vypočítat si své BMI), díky čemuž mohou včas váhu korigovat, aby se netransformovala v nadměrnou. Každý člověk by měl mít taktéž všeobecný přehled o faktorech podporujících nárůst váhy, pro představu to jsou: Nepravidelnost ve stravě, nevhodné porce jídel, jejich složení nebo snížený pohyb. Celá záležitost prevence je komplexní záležitostí, a tak by se měla k celé věci postavit i celá společnost, konkrétně třeba potravinářský průmysl s jeho nabídkou potravin nebo multimédia a jejich reklamy na tyto potraviny (Machová, 2016).

Pro populaci České republiky vyšla doporučení ve formě dokumentu Zdravá třináctka (od Společnosti pro výživu), který má za cíl předcházet civilizačním onemocněním, včetně nadváhy a obezity. Součástí je 13 zásad pro zdravý životní styl, mezi nimiž je apel na udržování adekvátního BMI, alespoň 30minutový pohyb denně, pestrou a pravidelnou stravu, dostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny, celozrnných výrobků, luštěnin, ryb, mléčných výrobků. Důraz je také kladen na optimální příjem tuků, cukrů, soli. Dalším bodem je předcházení alimentárním nákazám, křížové kontaminaci, autoři se zmiňují taktéž o nutnosti šetrné úpravy stravy (omezit smažení apod.). Posledními body jsou pravidla pitného režimu (vypít alespoň 1,5 l vhodných tekutin, omezit alkoholické nápoje) (Sovová, a další, 2023).

### **1.9.1 Primární prevence u dětí**

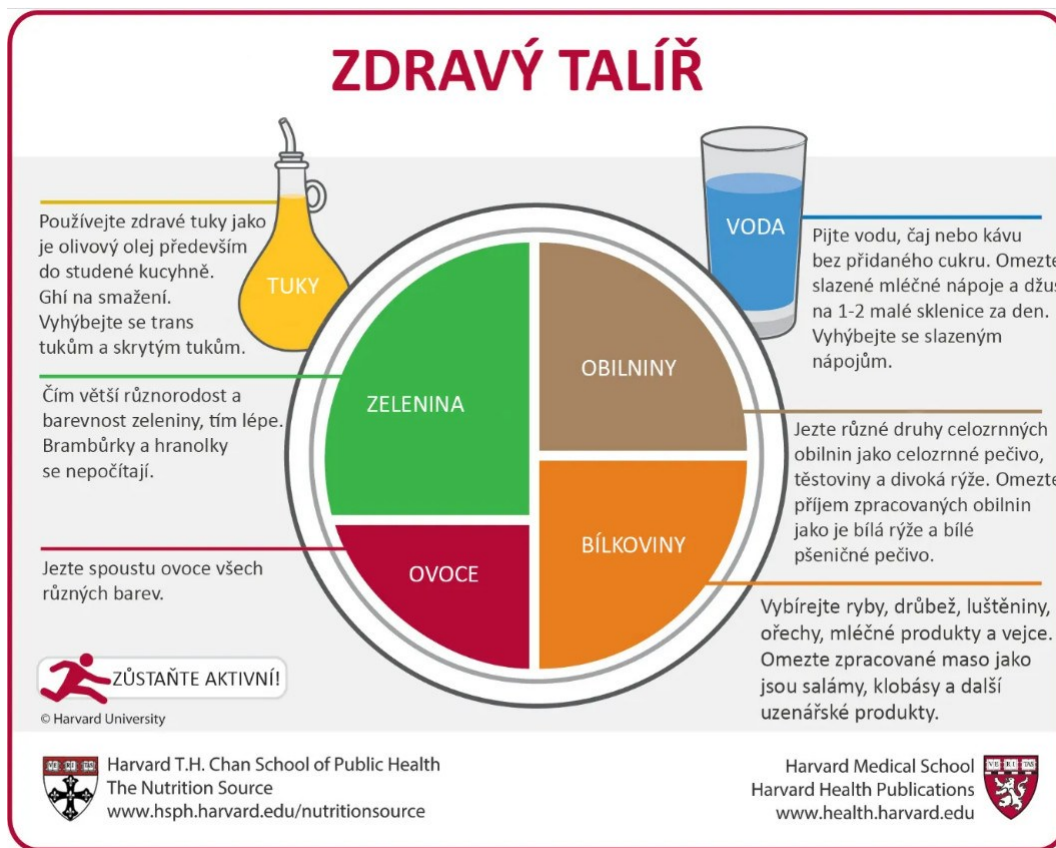
Pro zdravou tělesnou hmotnost je důležité brát v potaz nejen oblast stravování, ale i faktory jako jsou fyzická aktivita, kvalita spánku, čas strávený s technologiemi, informovanost matek o kojení, psychologické aspekty a společenské okolnosti. Klíčové je období dětství, kdy se člověk sžívá s těmito aspekty a dle nich se následně formuje a chová. K prevenci v této oblasti je tak nutno přistupovat všestranně. Podstatnými se jeví školní programy (existuje studie z roku 2017 od Yang a kol., prokazující účinek takového školního programu,

díky němuž došlo ke snížení BMI dětí ve věku 9-14 let). Dále jsou na místě programy národní politiky (ovlivnění reklam, daní na „nezdravé“ potraviny, označování vhodných a méně vhodných potravin na jejich obalech apod.). Samozřejmě je důležité v rámci opatření zapojit celou rodinu jedince, zajímat se o její fungování, problémy a o jejich případné řešení. Stejně tak podstatné je odkrýt a řešit ať už psychické nebo jiné problémy jedince samotného (Lee Young, 2018).

V reakci na opatření proti civilizačním chorobám (ischemické choroby, hypertenze, diabetes mellitus II. typu, obezita či nádorová onemocnění) u dětí byla vydána výživová doporučení speciálně pro dětský věk. Jedná se o dokument od Společnosti pro výživu Zdravá třináctka pro děti. Mezi těchto 13 zásad patří například: Fixace hmotnosti v rámci 25.-75. percentilu růstového grafu, vedení k pohybu, pravidelná a pestrá strava (včetně učení návyků na jedení zeleniny, ovoce, ryb, mléčných výrobků), vhodný příjem a výběr tuků, sacharidů, optimální příjem soli, důraz na hygienu stravování, šetrnost úpravy pokrmů a odpovídající pitný režim (nevhodnost alkoholu, kávy, energetických nápojů, slazeného pití) (Společnost pro výživu, 2021).

Nastávajícím programem v rámci prevence problému nadváhy a obezity u dětí je projekt BF24 finančně zaštiťovaný evropským fondem. Jeho pilotní realizace by měla započít v roce 2026 a dává si za cíl monitorovat a kumulovat data o fyzickém stavu dětí (výška, váha, krevní tlak), podporovat pohyb a racionální stravování. To vše prostřednictvím fitness náramku a mobilní aplikace. Projekt se bude snažit i o tzv. gamifikaci (motivace skrze herní prvky) (Mandelová, 2024).

Vhodnou pomůckou k udržení zdraví může být tzv. Zdravý talíř dle harvardské univerzity. Ukazuje, jaké suroviny, v jakém poměru konzumovat pro správnou výživu (viz obrázek 3) (Hubálková, 2022).



Obrázek 3: Zdravý talíř

Zdroj: (Hubálková, 2022)

### 1.9.2 Opatření ve školách

Jedním z opatření na školách v ČR je tzv. pamlsková vyhláška vydaná MŠMT a MZČR vydaná v roce 2016 (novelizována roku 2018). Toto nařízení stanovuje požadavky na potraviny a nápoje, které je možno prodávat ve školách a školských zařízeních. Tyto požadavky odpovídají zásadám zdravé výživy jako: Produkty bez sladidel (kromě žvýkaček), kofeinu (kromě čaje), trans mastných kyselin, žádné energetické nápoje, povzbuzující preparáty či alkoholické nápoje. Naopak vhodnými artikly jsou například: Nezpracovaná zelenina a ovoce, (případně šťávy ze zeleniny a ovoce bez přidaného cukru), oříšky, semínka bez přidané soli a cukru, mléčné výrobky, pekařské výrobky se stanovenými limity obsahu soli, tuků a sacharidů (Tomanová, 2024; Zákony pro lidi, 2018).

Vyhláška 107/2005 Sb. o školním stravování určuje kolik gramů živin nebo surovin má škola žákovi nebo studentovi nabídnout v rámci školního stravování. Strava zaštiťovaná školním zařízením musí splňovat zásady zdravé výživy a stejně tak nesmí obsahovat alkohol, nesmí se též nabízet tabákové výrobky (Zákony pro lidi, 2005).

## 1.10 Lázeňství, balneologie

Lázně se mohou nazývat spa (původ slova se vykládá mnoha způsoby, nejspíše má původ odvozený dle známé vesnice Spa v Belgii, kde se nachází četné prameny). Srdcem a hlavním místem vzniku lázní je evropská oblast (Itálie, Německo, Francie, Španělsko, Slovensko, Maďarsko, Rusko, ale i Česká republika a Slovensko). Jako spa můžeme označit ozdravovnu, různá střediska pro péči o zdraví, ale i samotné lázně. Spa, jak jej známe v dnešní době, vzniklo teprve na konci 20. století v severních státech Ameriky. Také v ostatních anglicky mluvících zemích se tento termín rychle oblíbil a používal se i v rámci péče o tělo (kosmetické služby, masáže, koupelové procedury a relaxační seance). Protože tedy nebyla jasná specifikace tohoto pojmu, International Spa Organization (ISPA) v roce 1991 vymezila následující atributy, spadající pod služby spa: Zevní a vnitřní užívání vody, zajištění výživy, pohybu (cvičení), terapie dotykem (masáže), estetické okolí místa probíhající kúry, včetně přírodních krás místa, péče o vizáž, kulturního vyžití, milého personálu, ale také soulad s biorytmem klienta (Jakubíková, 2019).

V Evropě dostalo slovo spa druhý název – wellness. Proti tomu se ale postavili odborníci (lékaři a jiní zdravotníci) ze zemí kde již byla dlouhá tradice lázeňství. Dodnes se však používají oba termíny a příliš se jejich nabídka služeb neliší. Můžeme zahlédnout názvy těchto zařízení jako: Mineral spa, medical spa, resort spa, wellness centrum aj. V minulosti existovalo mnoho druhů lázní jako například lázně sírné, léčebné, senné, potní, parní, městské, denní, horkovzdušné, vzdušné, horské, lesní, vinné nebo pivní (Jakubíková, 2019).

Vědním oborem, jenž studuje problematiku lázeňství je balneologie. Balneologie svůj název přejala od slova balneum značící koupel (balneologie se tedy překládá jako „léčba koupáním“). Balneologie využívá určité léčebné postupy v okolí léčivého zdroje za účelem ozdravení klientů, a to za odborného dozoru lékařů a dalšího personálu lázní. Léčivým zdrojem se myslí minerální vody, plyny, bahna, slatiny, rašeliny nebo ozdravné klimatické podmínky. Kromě tohoto balneologie zahrnuje i propojení s dietoterapií, léčbou pohybem, léčebným tělocvikem, fyzikální terapií či léčbou medikamenty (Jakubíková, 2019).

### 1.10.1 Lázně pro léčbu dětské nadváhy a obezity

Lázně pro léčbu nadváhy a obezity mohou navštěvovat děti ve věku 3–18 let. Pobyt v lázních dítěti schvaluje jeho lékař, dalším krokem je posudek revizního lékaře spadajícího pod zdravotní pojišťovnu zájemce (ten musí udělit souhlas s terapií). Pokud je kúra schválena, dítě je v lázních léčeno 4-6 týdnů (standardně 4 týdny, déle se souhlasem odpovídajících lékařů). Po této době může být léčba, po doložení příznivého efektu té poslední, zopakována (1x za kalendářní rok v průběhu 3 let od začátku prvního pobytu po průkazném efektu terapie). Součástí léčeben jsou školská zařízení. Náklady související s komplexní kúrou jsou plně dotovány z veřejného zdravotního pojištění (kdežto příspěvkové léčebné pobyty jsou hrazeny pouze částečně) (Machová, 2016; Kytarová, Jitka a kol., 2022; MZČR, 2024; Zákony pro lidi, 1997).

Redukční lázeňskou léčbu pro děti s obezitou či nadváhou (v rámci indikace XXIV.: Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí) nabízí například tyto léčebny: Léčebné lázně Kynžvart, Priessnitzovy léčebné lázně a.s., Lázně Luhačovice, a.s., Léčebné lázně Bludov, Státní léčebné lázně Janské lázně s.p. nebo Lázně Poděbrady a.s. (Léčebné lázně, 2025).

Lázeňská redukční kúra se u dětí snaží jednak o eliminaci hmotnosti, ale též o nasazení nových zdravých prospěšných návyků a v neposlední řadě také o zavedení fyzické aktivity do života pacienta. Mezi stěžejní prvky léčby patří: Snížení energetické hodnoty jídel, zvýšení energetického obrátu pohybovou aktivitou (nabízí se celé spektrum činností), kontinuální podpora žádoucího chování a balneoterapie. Dieta spočívá v nasazení nutričně vyvážených denních jídel v hodnotách mezi 5-7 000 kJ, dle věku pacienta. Pijí se neslazené nápoje. Klienti se učí novému jídelnímu chování. Stejně tak by měli být proškoleni i jejich pečovatelé, aby celé snažení nepřišlo vniveč s koncem pobytu. Výsledky redukce dosahují úbytku u chlapců okolo 10-13 % a u dívek cca o 9-12 % jejich hmotnosti (Machová, 2016).

Na terapii se podílí širší zdravotnický tým, zastoupený lékařem, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, psychologem, zdravotními sestrami, ale také pedagogové. Tento personál zajišťuje dítěti individualizovanou péči po vstupním vyšetření lékařem (Kytarová, Jitka a kol., 2022).

## 2 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 2.1 Výzkumné cíle a otázky

**Hlavní cíl:** Stěžejním cílem práce bude hodnocení efektivnosti edukace nutričním terapeutem. Jinými slovy, zjištění toho, jaký rozdíl nastal v konkrétních otázkách o vnímání omezení, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity po edukacích nutričním terapeutem.

**Hlavní předpoklad:** Celková efektivnost edukace bude v průměru 20 %.

**Hlavní výzkumná otázka:** Nastalo zlepšení v konkrétních otázkách o vnímání omezení, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity po intervenci nutričním terapeutem? Vykázala edukace efektivnost?

**Dílčí cíl č. 1:** Zjistit, jaký rozdíl nastal u dětí po měsíční kúře ve vnímání životního stylu a hubnutí jako něčeho omezujícího.

**Dílčí předpoklad č.1:** Pozitivní posun ve vnímání zdravého životního stylu a hubnutí jako omezujících na konci kúry vykáže 15 % dotazovaných.

**Dílčí výzkumná otázka č. 1:** Jak se u dětí po měsíční redukční kúře změnilo vnímání zdravého životního stylu a hubnutí jako něčeho omezujícího?

**Dílčí cíl č. 2:** Zjistit, jak se změnil postoj dětí po měsíční redukční kúře k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sama sebe v oblasti výživy.

**Dílčí předpoklad č. 2:** Postoj dětí k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sama sebe v oblasti výživy bude hodnotit 15 % respondentů pozitivněji.

**Dílčí výzkumná otázka č. 2:** Jak se změnil postoj dětí po měsíční redukční kúře k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sama sebe v oblasti výživy?

**Dílčí cíl č. 3:** Zjistit, zda se děti naučily nové informace o výživě (a racionální či redukční dietě).

**Dílčí předpoklad č.3:** Děti prokážou 30 % nárůst správných odpovědí.

**Dílčí výzkumná otázka č. 3:** Pochytily děti nové informace o výživě (a racionální či redukční dietě) předané nutričním terapeutem během měsíční redukční kúry?

**Dílčí cíl č. 4:** Zjistit, jak se dětem během měsíční redukční kúry změnilo vnímání svého vzhledu a hodnocení své psychické vyrovnanosti.

**Dílčí předpoklad č. 4:** Přibude 5 % dětí, které se samy sobě začnou více líbit a začnou se cítit více psychicky vyrovnaně.

**Dílčí výzkumná otázka č. 4:** Začaly se děti samy sobě po měsíční redukční kúře více líbit a začaly se také cítit více psychicky vyrovnaně?

**Dílčí cíl č. 5:** Zjistit, zda děti přestaly věřit běžným mýtům v oblasti výživy, pokud jim předtím věřily.

**Dílčí předpoklad č. 5:** Mýtům v oblasti výživy nebude věřit o 25 % dětí více.

**Dílčí výzkumná otázka č. 5:** Věří pacienti běžným mýtům v oblasti výživy i po léčbě (jestliže jim předtím věřili)?

## **2.2 Metodologie výzkumu**

### **2.2.1 Výzkumný nástroj**

Pro šetření jsem použila dva anonymní dotazníky. Důvodem pro rozdělení na dvě části bylo to, aby děti nebyly najednou příliš zatížené a taktéž to, že se první, obsažnější hlavní dotazník zaměřoval na rozličná témata, kdežto druhý pouze na oblast mýtů ve výživě.

Hlavní dotazník (Příloha 1) obsahoval uzavřené otázky (16x) i otevřené otázky (8x), celkem tedy 24 položek. Jedná se o dotazník kvantitativní. V rámci uzavřených otázek byla většina uzpůsobena pro výběr jedné odpovědi, jedna vyžadovala přiřazení položek ve správném pořadí. Tři uzavřené otázky měly u jedné ze svých možností volné pole pro vyjádření respondenta a jeho upřesnění odpovědi. Tento dotazník jsem rozčlenila na dvě části: Znalostní (prvních 12 otázek) a „vztahově-postojovou“ (posledních 12 otázek). Počet otázek se v úvodu a závěru pobytu lišil (dotazníky byly předloženy 2x), jelikož na některé dotazy mělo smysl ptát se pouze jednou (otázka č. 6, č. 11 druhé části hlavního dotazníku byla pouze v úvodním dotazníku a otázka č.12 druhé části jen ve finálním dotazníku).

Druhý, méně obsažný dotazník (též kvantitativní) ohledně mýtů ve výživě (viz příloha 2), čítal 9 uzavřených otázek s třemi možnostmi vyjádření a to: Souhlasím, nevím, nesouhlasím.

Výzkum byl koncipován pro šetření při začátku léčebné kúry a při jejím konci. Děti tedy oba dotazníky vyplňovaly dvakrát, pro účel porovnání dat vstupních a výstupních. Pacientům jsem hlavní dotazník rozdala v jejich druhý den pobytu v léčebně ráno a druhý dotazník (o mýtech) odpoledne. Učinila jsem tak proto, aby děti nebyly zatížené a nezkreslily se tím výsledky. Totožné dotazníky v podobných časech jsem klientům znovu zadala v předposlední den jejich pobytu v léčebně. Vyplnění hlavního dotazníku trvalo v průměru 20 minut. Menší dotazník (o mýtech) děti odevzdávaly v průměru za 10 minut. Čas vyplňování koreloval s věkem dítěte (starší děti odevzdávaly rychleji, než ty mladší).

### **2.2.2 Výzkumná skupina**

Bylo vybráno 26 dětí vedených v anonymitě ve věku 12-17 let, s diagnózou nadváhy nebo obezity, právě podstupující měsíční lázeňskou kúru v jedné z nejmenovaných dětských lázeňských léčeben ve středočeském kraji. Všichni s vyplněním souhlasili.

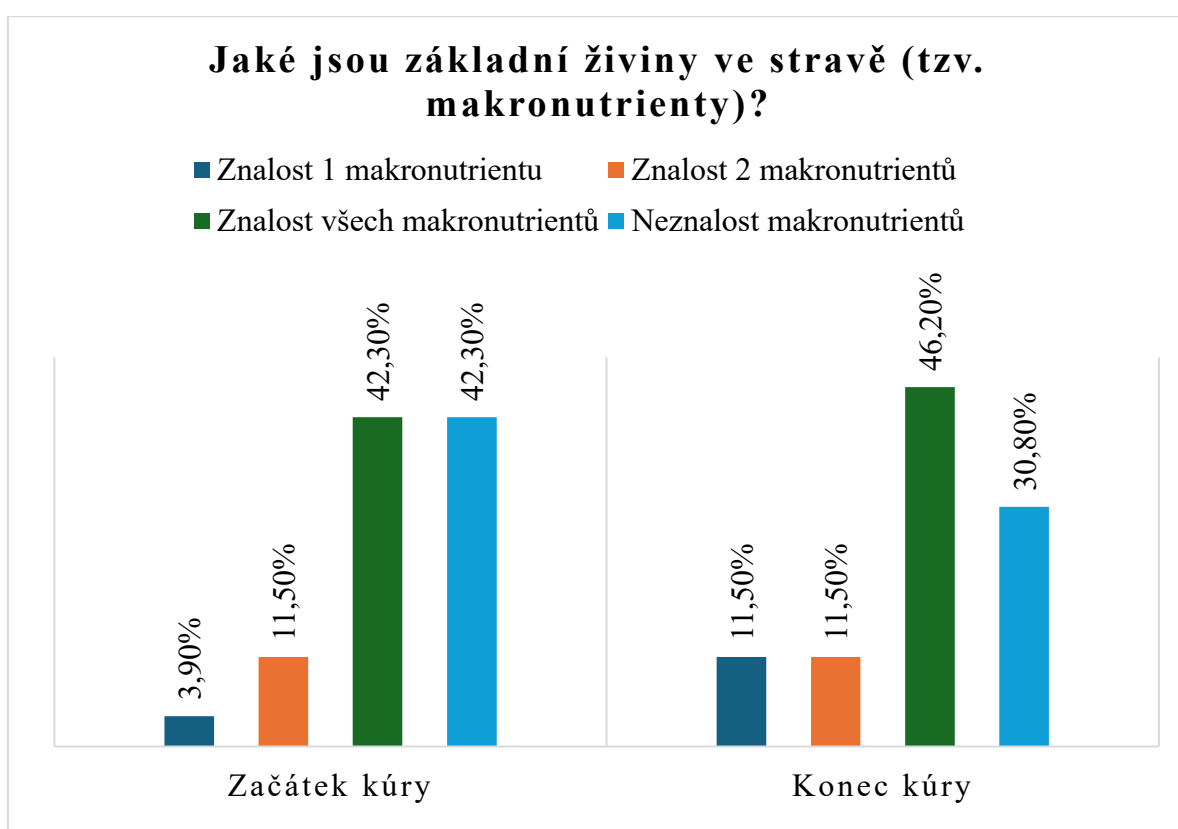
### **2.2.3 Jak vypadala měsíční terapie nutričním terapeutem?**

Edukace nutričním terapeutem během lázeňské redukční kúry, počas které probíhal průzkum v rámci této práce, probíhala dvěma formami. Dětské pacienty podstoupily tzv. skupinové edukace (3x během celého pobytu) o různých aspektech výživy a vhodných postojích ke stravování obecně, včetně snahy o zlepšení jejich vnímání správného životního stylu obecně. S dětmi se kreslil tzv. zdravý talíř, byl jim vysvětlen jeho princip a dostaly pokyny pro uvedení do praxe. Klienti taktéž obdrželi různé letáky týkající se zásad redukční a racionální diety. Každému klientovi byla taktéž poskytnuta i individuální konzultace (v soukromí) s přihlédnutím k jeho konkrétní situaci a potřebám. Řešil se zejména jídelníček a návrhy na jeho adaptaci ve prospěch zdravého životního stylu. Během edukací byly dětem předány informace na jejichž základě jsem skládala zmíněné dotazníky. Fakta, podle kterých pak děti mohly otázky dotazníků správně zodpovědět tedy během svého pobytu slyšely alespoň jednou (to se samozřejmě netýká otázek na postoje, názory, vnímání atp.).

## 2.3 Výsledky

Níže uvedené výsledky šetření v první řadě zobrazují výsledky prvního, obsažnějšího dotazníku (viz příloha 1). V každém grafu (ve dvou případech je vyobrazena tabulka) jsou jak hodnoty z počátečního šetření, tak i z toho finálního, pro lepší přehlednost. Vyhodnocení odpovědí, ve formě tabulky, pro dotazník o mýtech (viz příloha 2) následuje až po zmíněných grafech a dvou tabulkách.

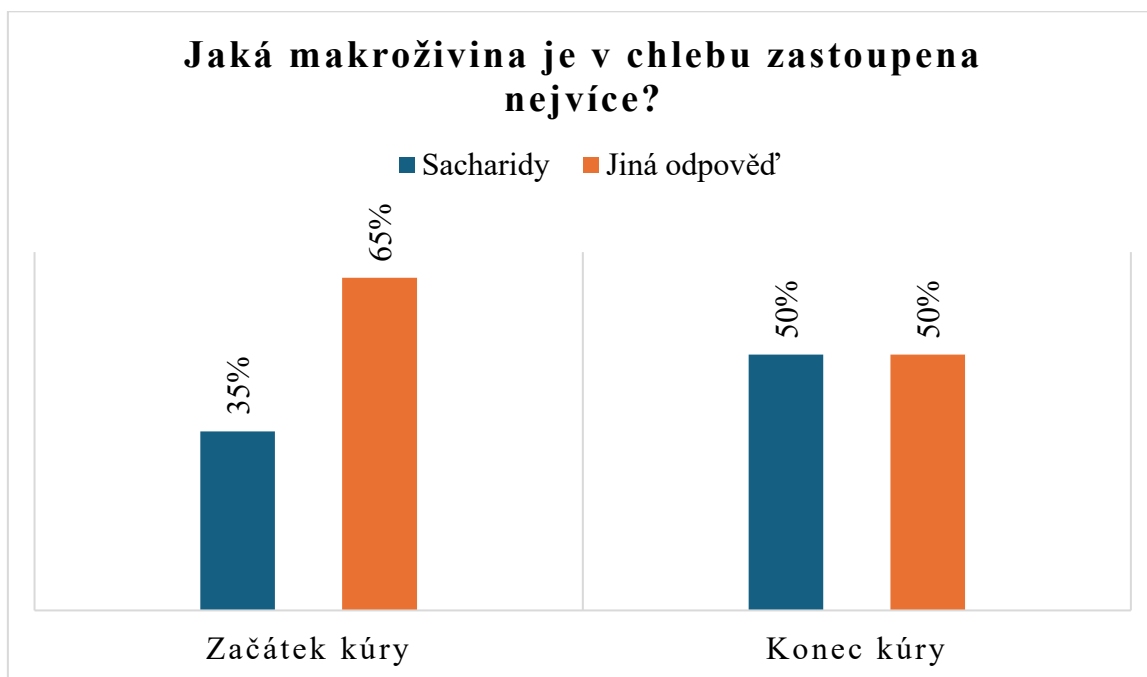
### 2.3.1 Výsledky hlavního dotazníkového šetření



Graf 1: Jaké jsou základní živiny ve stravě (tzv. makroživiny)?

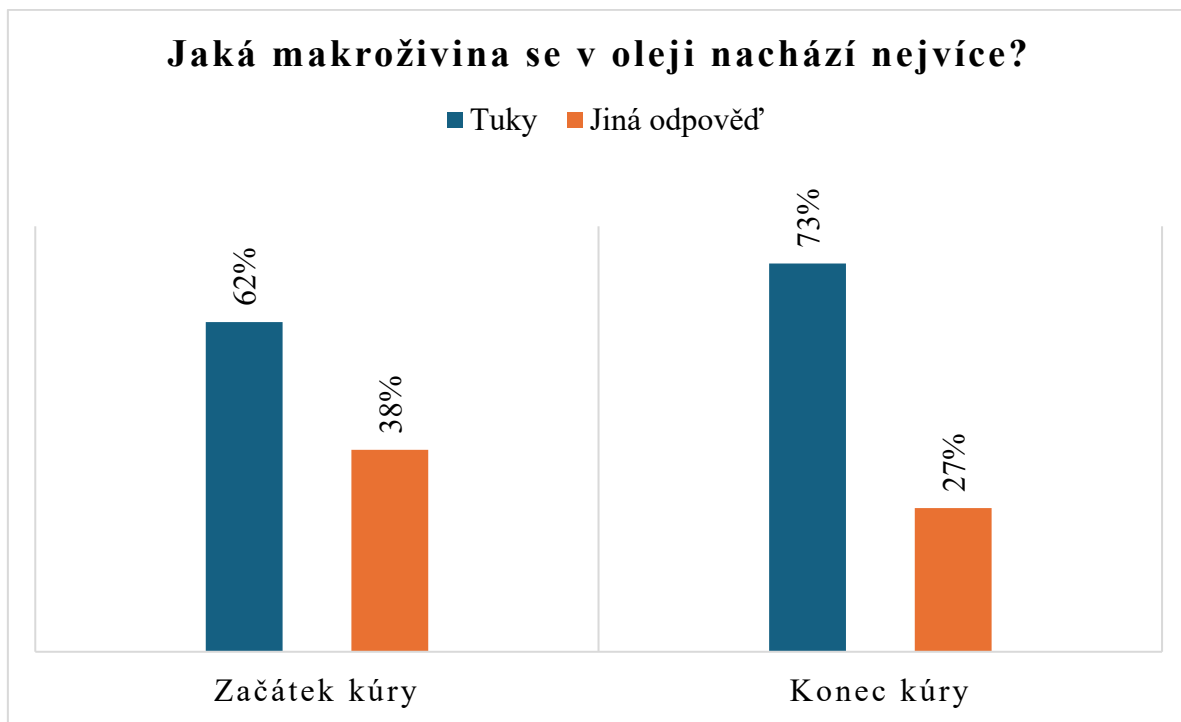
První otázka dotazníku ověřovala znalost makroživin ve stravě. Správnou odpovědí byla znalost 3 makroživin (bílkoviny, sacharidy, tuky). Na začátku kúry o všech třech makroživinách vědělo 11 (42,3 %) dětí, další 3 (11,5 %) respondenti znali 2 makroživiny, 1 (3,9 %) respondent 1 makroživinu a zbylých 11 (42,3 %) dětí neznalo ani jednu tuto živinu. Na konci kúry byly výsledky odlišné. Všechny makroživiny znalo 12 (46,2 %) respondentů, 2 makroživiny znali 3 (11,5 %) respondenti, další 3 (11,5 %) znali

1 tuto živinu. Posledních 8 (30,8 %) dětí neznalo žádnou makroživinu. Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze 3.



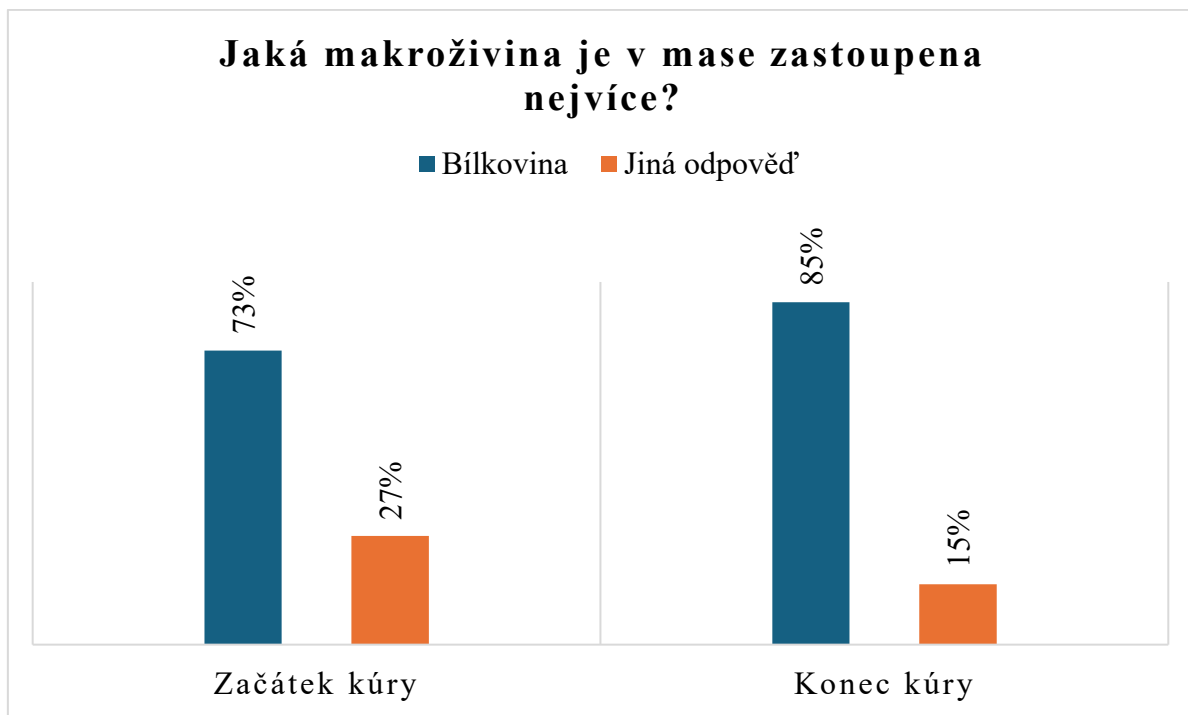
Graf 2: Jaká makroživina je v chlebu zastoupena nejvíce?

Druhým dotazem v šetření byla otázka zaměřující se na převahu makroživiny v chlebu. Na začátku léčby pouze 9 (35 %) respondentů uvedlo správnou odpověď (správnou odpovědí byly sacharidy, cukr, škrob). Zbylé odpovědi (65 %) byly chybné. Po kúře se počet správných a chybných výpovědí vyrovnal. 13 (50 %) dětí vědělo, která makroživina se v chlebu nachází v největším zastoupení, kdežto 13 (50 %) respondentů naopak. Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze 4.



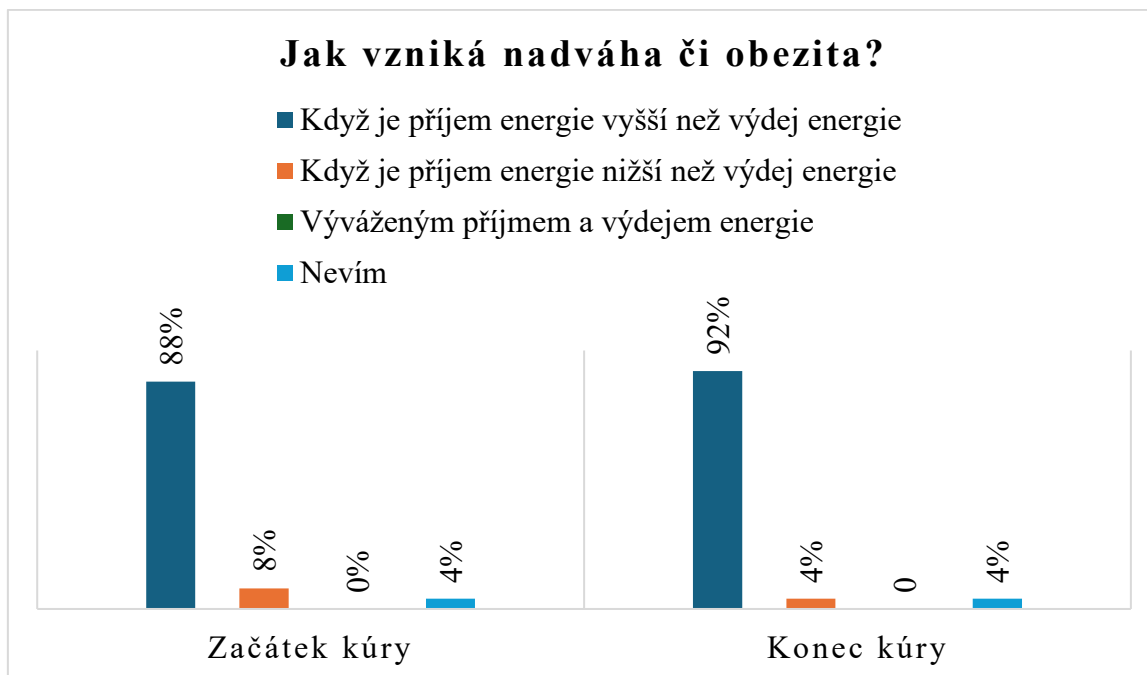
*Graf 3: Jaká makroživina se v oleji nachází nejvíce?*

Otázka číslo 3 byla analogií pro otázku číslo 2, v tomto případě byl dotaz zaměřen na makroživinu s nejvyšším podílem v oleji. Na začátku kúry správnou odpověď (a to tuky či tuk) znalo 16 (62 %) dětí, zbylé (38 %, 10 dětí) nikoliv. Na konci léčby adekvátní odpověď znalo již 19 (73 %) respondentů, avšak 7 (27 %) dalších ne. Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze č. 5.



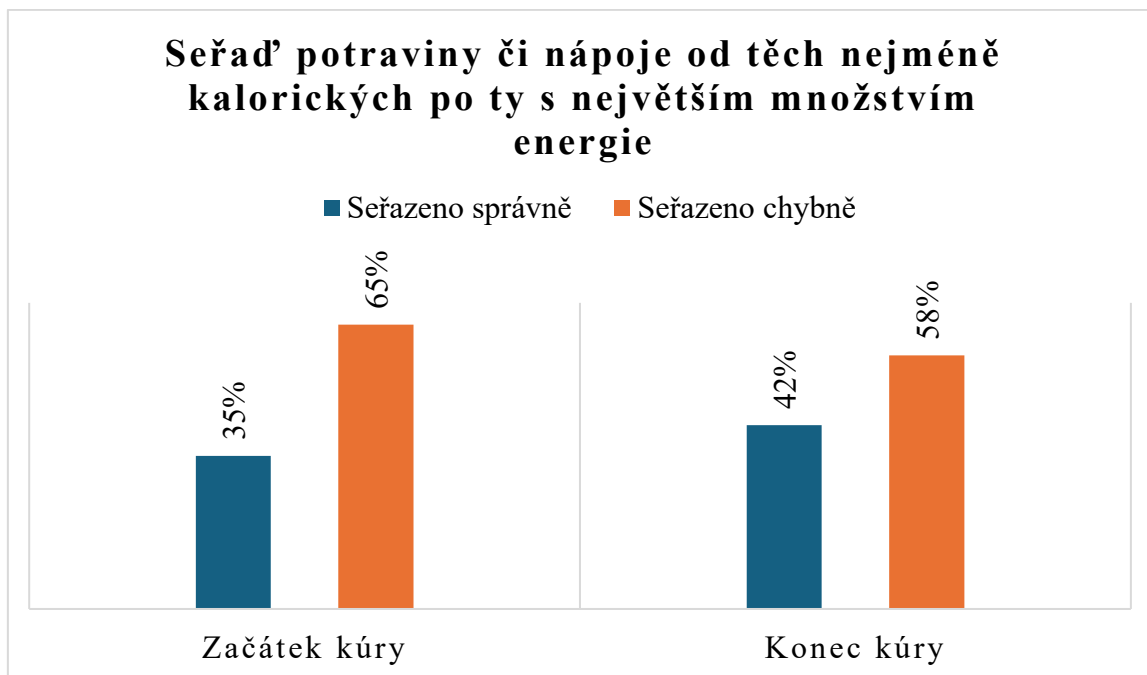
Graf 4: Jaká makroživina je v mase zastoupena nejvíce?

Poslední otázkou podobného druhu jako byly dvě výše, bylo šetření toho, zda respondenti ví, jaká makroživina se v největším zastoupení nachází v mase. Správnou odpovědí je bílkovina/bílkoviny/proteiny. V prvním dotazníku bylo celkem 19 (73 %) správných odpovědí, zbylých 7 (27 %) chybných. Konečný dotazník vykazoval posun ve správných výsledcích, těch přibylo o 3 (85 %). Adekvátně ubylo chybných odpovědí, kterých v dotazníku na konci kúry bylo pouhých 4 (15 %). Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze 6.



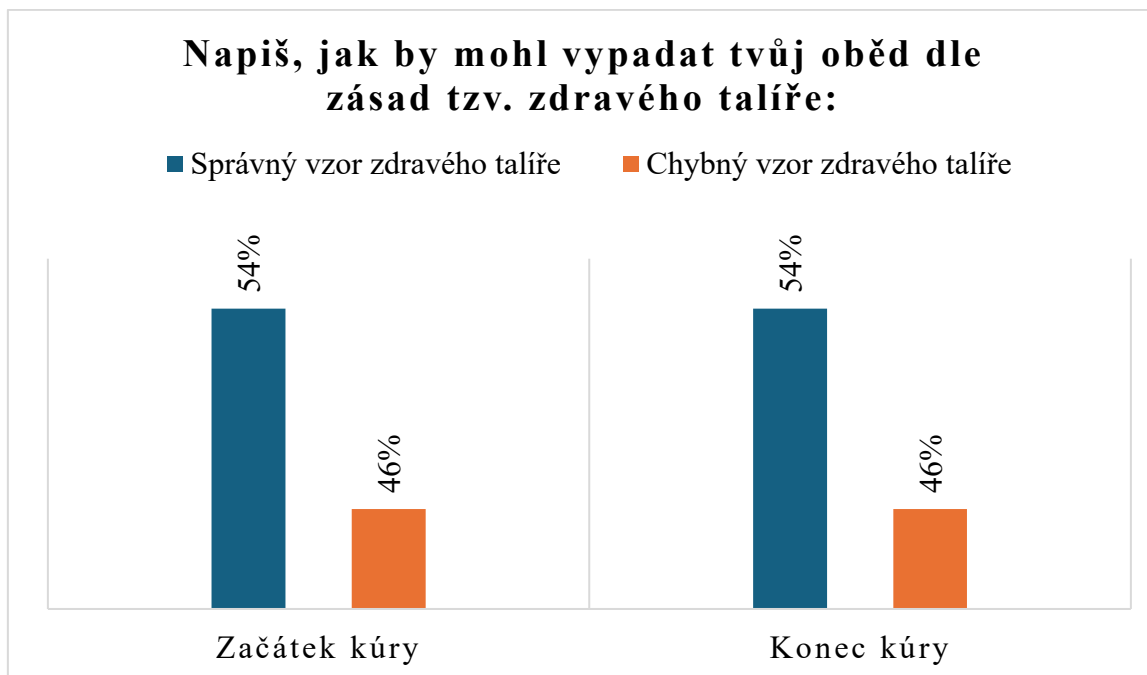
Graf 5: Jak vzniká nadváha či obezita?

Pátá otázka dotazníku měla za cíl zjistit, jestli jsou si respondenti vědomi principu, který má za následek nadváhu či obezitu (tím je odpověď „Když je příjem energie vyšší než výdej energie“). Zkraje lázeňského pobytu o tomto principu vědělo 23 (88 %) dětí, 2 (8 %) děti zvolily odpověď „Když je příjem energie nižší než výdej energie“. 1 (4 %) respondent nevěděl, jak odpovědět. S koncem pobytu a posledním dotazníkem znalo správnou odpověď 24 (92 %) dětí, 1 (4 %) respondent zvolil „Když je příjem energie nižší než výdej energie“ a 1 (4 %) se přiznal, že neví.



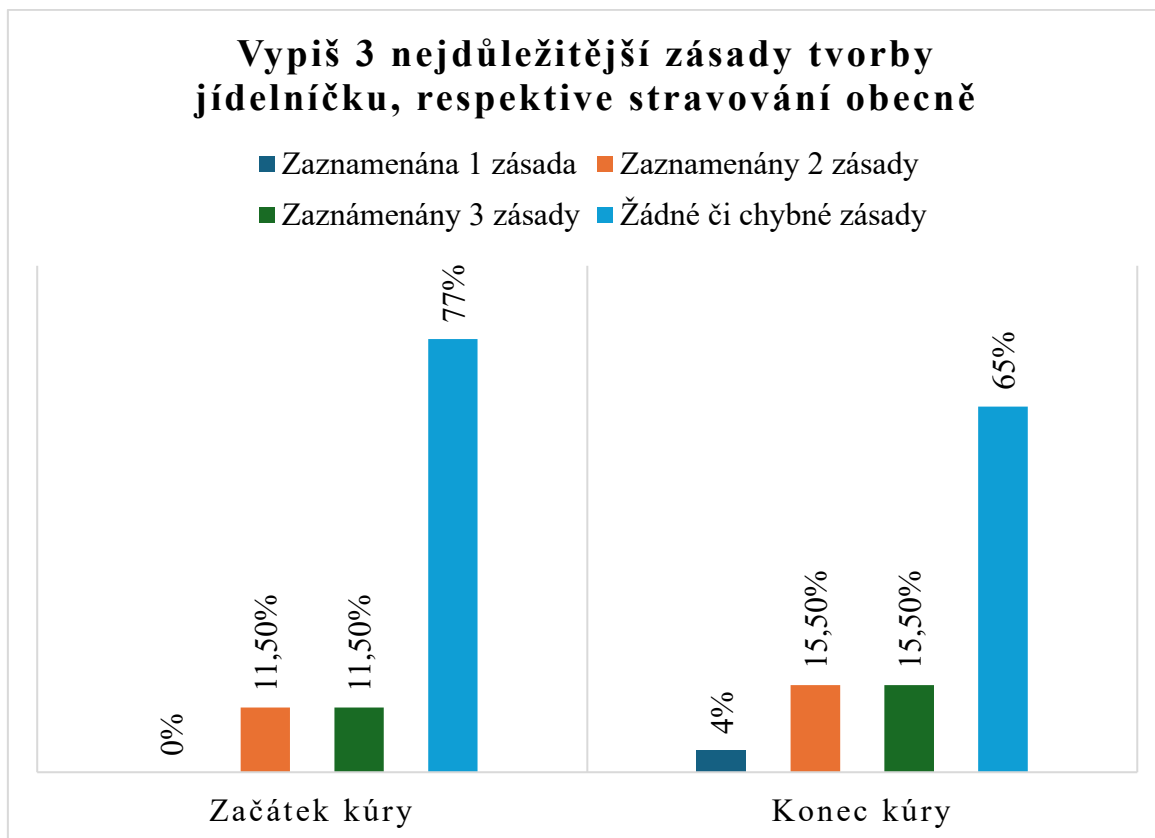
*Graf 6: Seřad' potraviny či nápoje od těch nejméně kalorických po ty s největším množstvím energie*

Otázka číslo 6 popisuje výsledky šesté položky dotazníku. Tento úkol zjišťoval, zda dokáže respondent rozpoznat energetickou hodnotu uvedených potravin či nápojů (100 g okurky, 100 g vody, 100 g čokolády, 100 g rohlíku, 100 g coca-coly), přičemž dané suroviny měl za úkol respondent seřadit od těch nejméně kalorických po ty nejvíce kalorické. Za správné pořadí bylo považováno toto: 100 g voda, 100 g okurka, 100 g coca-cola, 100 g rohlík, 100 g čokoláda. V prvním dotazníku bylo zaznamenáno 9 (35 %) korektních odpovědí, 17 (65 %) chybných. Konečný výsledek obsahoval 11 (42 %) správných odpovědí a 15 (58 %) chybných. Odpovědi jsou zobrazeny v příloze č. 7.



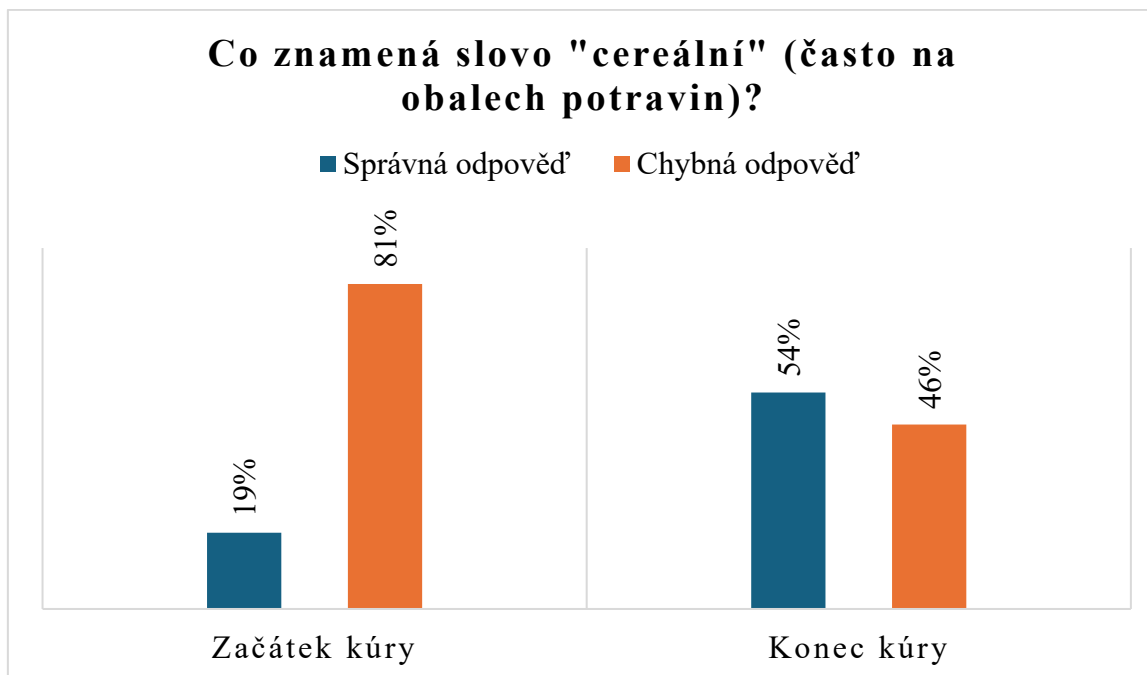
Graf 7: Před: Napiš, jak by mohl vypadat tvůj oběd dle zásad tzv. zdravého talíře

Graf 7 znázorňuje výsledky dotazu ohledně tzv. zdravého talíře. Za adekvátní řešení byl považován příklad takového konkrétního zdravého talíře, který obsahoval alespoň třetinu vlákniny (tj. zejména zeleniny, ale i ovoce), třetinu bílkovinných surovin a třetinu sacharidových zdrojů. Za správnou odpověď byla považována též odpověď bez uvedení konkrétních poměrů, ale správným, výše uvedeným složením (např. odpověď „Zelenina“ coby zdroj vlákniny, „příloha“ jakožto sacharidová surovina a „maso“ jako zdroj bílkovin). Zde se počet správných a chybných odpovědí v uvádějícím a konečném dotazníku shodoval (bylo tedy 14 (54 %) správných odpovědí a 12 (46 %) chybných). Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze 8.



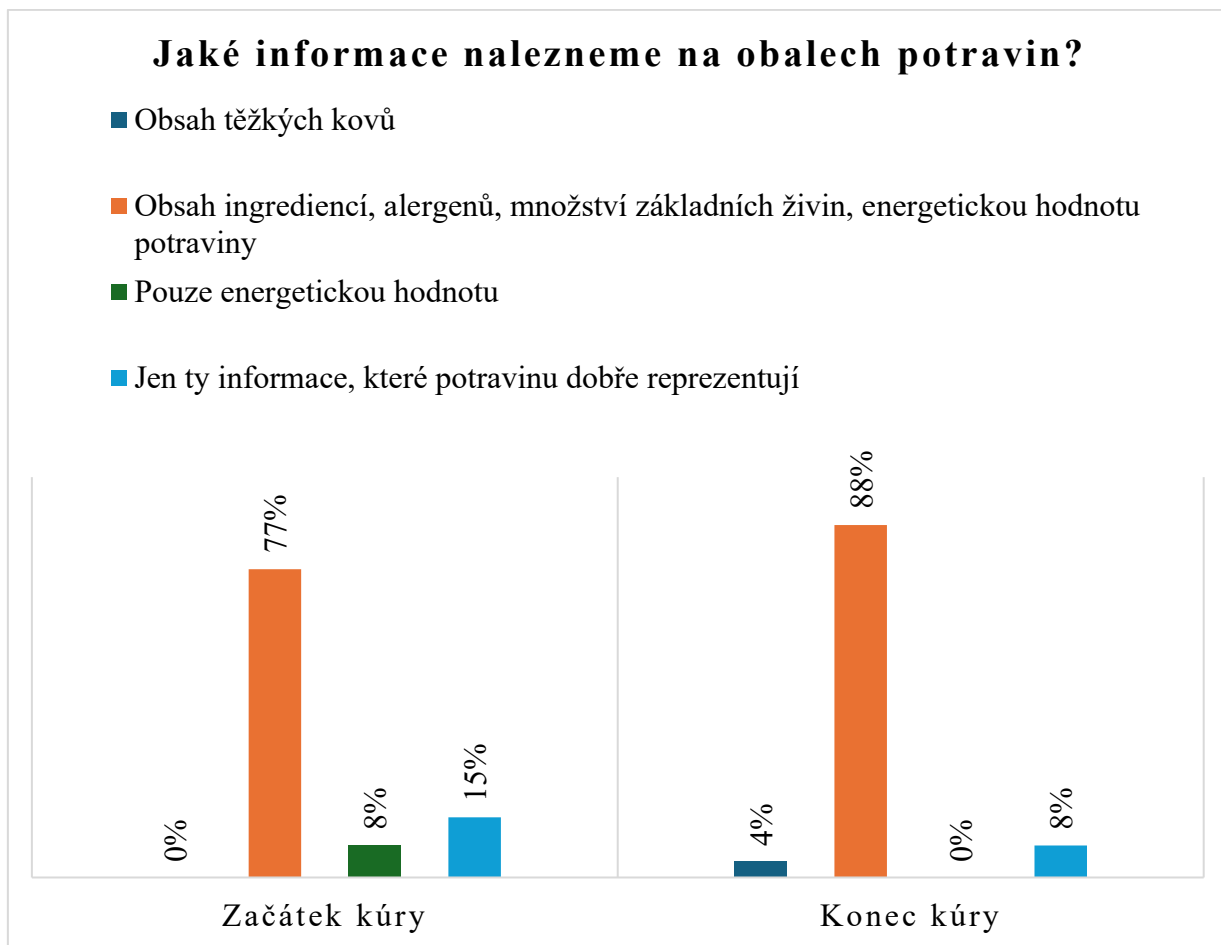
Graf 8: Vypiš 3 nejdůležitější zásady tvorby jídelníčku, respektive stravování obecně

Osmá otázka dotazníku byla zaměřena na vštípené zásady tvorby jídelníčku. Mezi správné zásady patřily: Pestrost, pravidelnost, odpovídající množství jídla, jeho odpovídající nutriční složení (vyváženost) a pravidelný pitný režim. Respondenti měli za úkol vypsát alespoň 3 z těchto zásad. Na začátku kúry 20 (77 %) dětí nezaznamenalo ani jednu ze zmíněných zásad, další 3 (11,5 %) odpovědi zahrnovaly znalost 2 zásad, zbylé 3 (11,5 %) odpovědi ukázaly znalost všech 3 požadovaných zásad. Finální dotazník obsahoval 17 (65 %) odpovědí bez zásad. 1 (4 %) respondent znal 1 zásadu, 4 (15,5 %) dvě zásady a poslední 4 (15,5 %) respondenti znali všechny potřebné zásady. Odpovědi jsou k nahlédnutí v příloze č. 9.



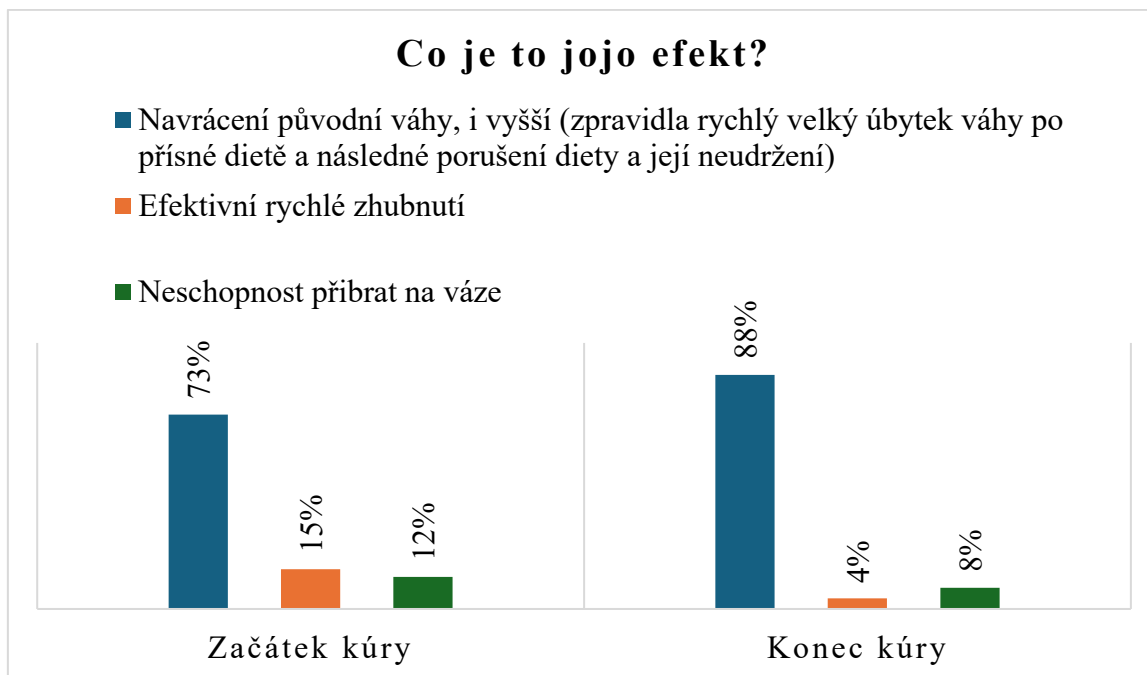
*Graf 9: Co znamená slovo "cereální" (často na obalech potravin)?*

Devátou otázkou dotazník zkoumal, zda děti znají význam slova „cereální“. Za vhodná vyjádření byla považována tato: Obilovina. Obilné. Je to z obilovin. Obilniny. Výrobek z obilovin. Obsahuje obiloviny. Obilný produkt. Potravina vyrobená z obilí. A další, viz odpovědi v příloze 10. Na začátku léčebné kúry mělo tuto znalost 5 (19 %) dětí, 21 (81 %) nikoliv. Poslední dotazník prokázal správnou informovanost u 14 (54 %) dětí, 12 (46 %) zbylých odpověď neznalo nebo neznalo správně. Odpovědi dětí jsou k nahlédnutí v příloze 10.



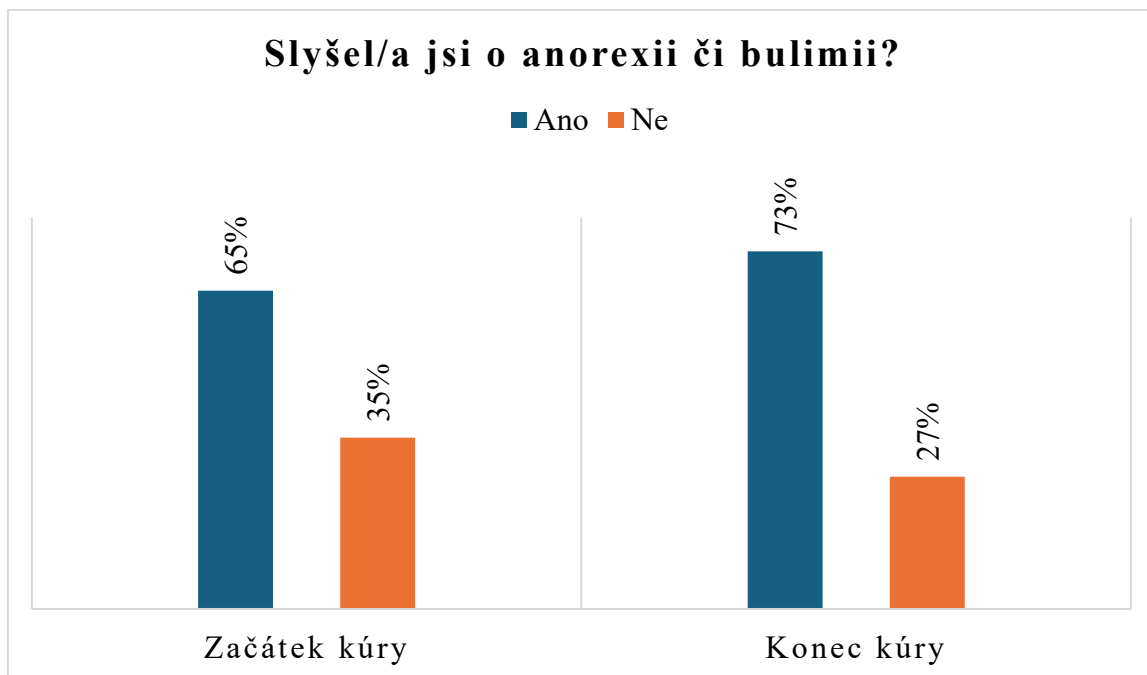
Graf 10: Jaké informace nalezneme na obalech potravin?

Graf číslo 10 zobrazuje vyhodnocení dotazu ohledně informovanosti o uváděných složkách na obalech potravin. Nabízenými odpověďmi pro dotaz „Jaké informace nalezneme na obalech potravin?“ byly: Obsah těžkých kovů. Obsah ingrediencí, alergenů, množství základních živin, energetickou hodnotu potraviny. Pouze energetickou hodnotu. Jen ty informace, které potravinu dobře prezentují. Korektní odpovědí byla druhá uvedená, zpočátku bylo 20 (77 %) takových odpovědí, 4 (15 %) další byly pro odpověď „Jen ty informace, které potravinu dobře prezentují“, 2 (8 %) respondenti zvolili „Pouze energetickou hodnotu“. Finální dotazník přinesl jiné výstupy. Adekvátní odpověď tentokrát zvolilo 23 (88 %) respondentů. 2 (8 %) děti označily „Jen ty informace, které potravinu dobře reprezentují“. 1 (4 %) respondent uvedl „Obsah těžkých kovů“.



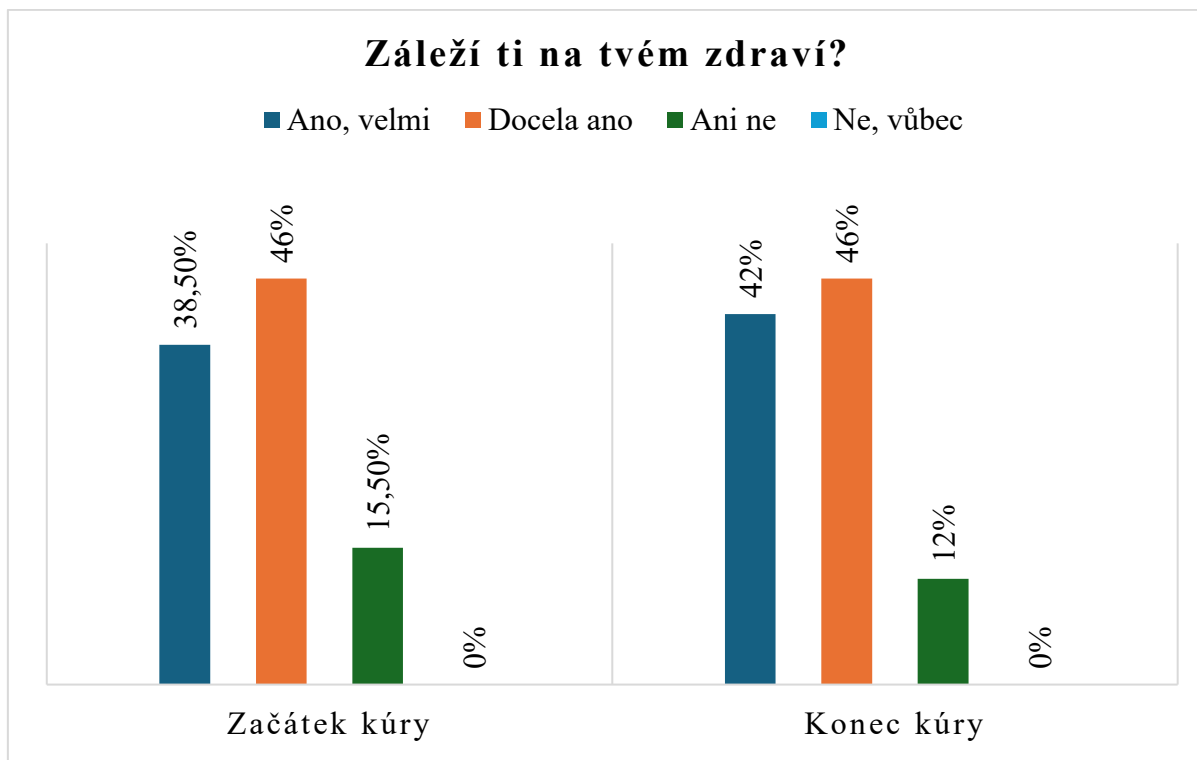
Graf 11: Co je to jojo efekt?

Jedenáctá položka dotazníku obsahovala dotaz „Co je to jojo efekt?“. Na výběr měli respondenti ze 3 možností. Pravým řešením bylo toto vyjádření: Navrácení původní váhy, i vyšší (zpravidla rychlý velký úbytek váhy po přísné dietě a následné porušení diety a její neudržení). Dalšími odpověďmi v nabídce byly: „Efektivní rychlé zhubnutí“ nebo „Neschopnost přibrat na váze“. V úvodních výsledcích vhodně odpovědělo 19 (73 %) účastníků, 4 (15 %) uvedli, že se jedná o „Efektivní rychlé zhubnutí“, 3 (12 %) poznamenali, že je to „Neschopnost přibrat na váze“. Konečné výpovědi byly mírně odlišné. Korektně odpovědělo 23 (88 %) dětí, 1 (4 %) dítě uvedlo „Efektivní rychlé zhubnutí“, zbylé 2 (8 %) zaznamenaly „Neschopnost přibrat na váze“.



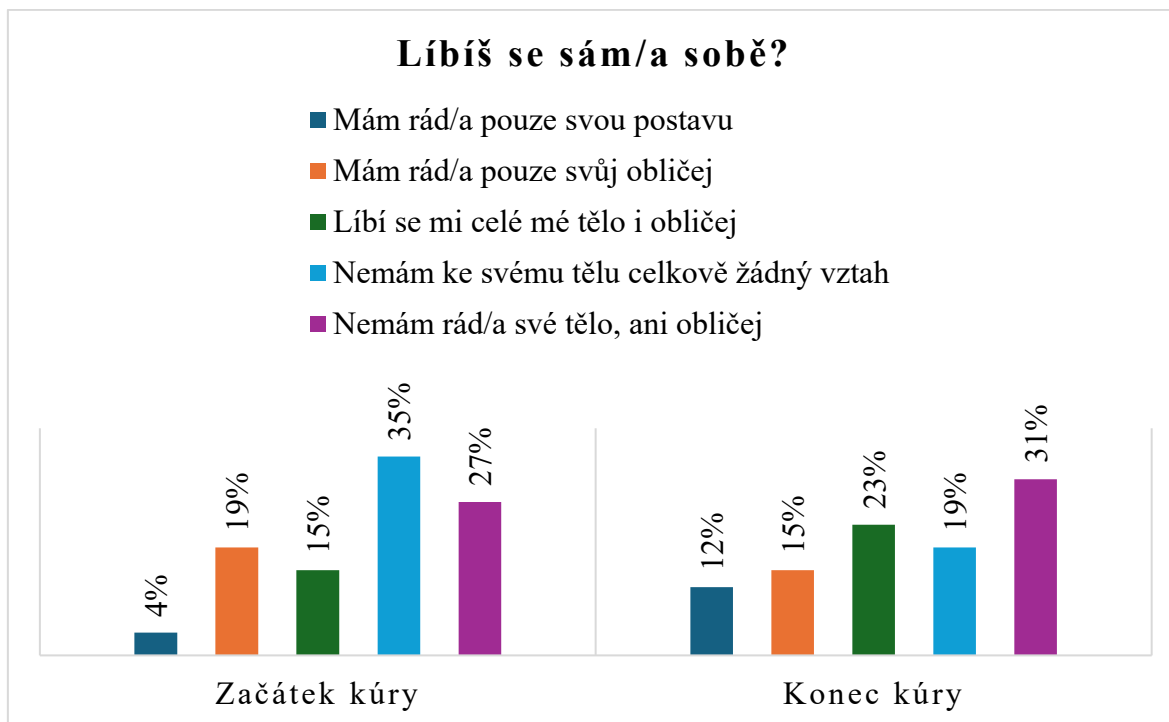
Graf 12: Slyšel/a jsi o anorexii či bulimii?

Graf číslo 12 (12. otázka 1. části hlavního dotazníku) ukazuje kolik respondentů zaznamenalo slovo anorexie či bulimie. Zprvu bylo 17 (65 %) kladných odpovědí, 9 (35 %) naopak. Finální průzkum ukázal na 19 (73 %) účastníků, kteří tyto pojmy zaregistrovali, 7 (27 %) jich vypovědělo, že o anorexii nebo bulimii neslyšelo.



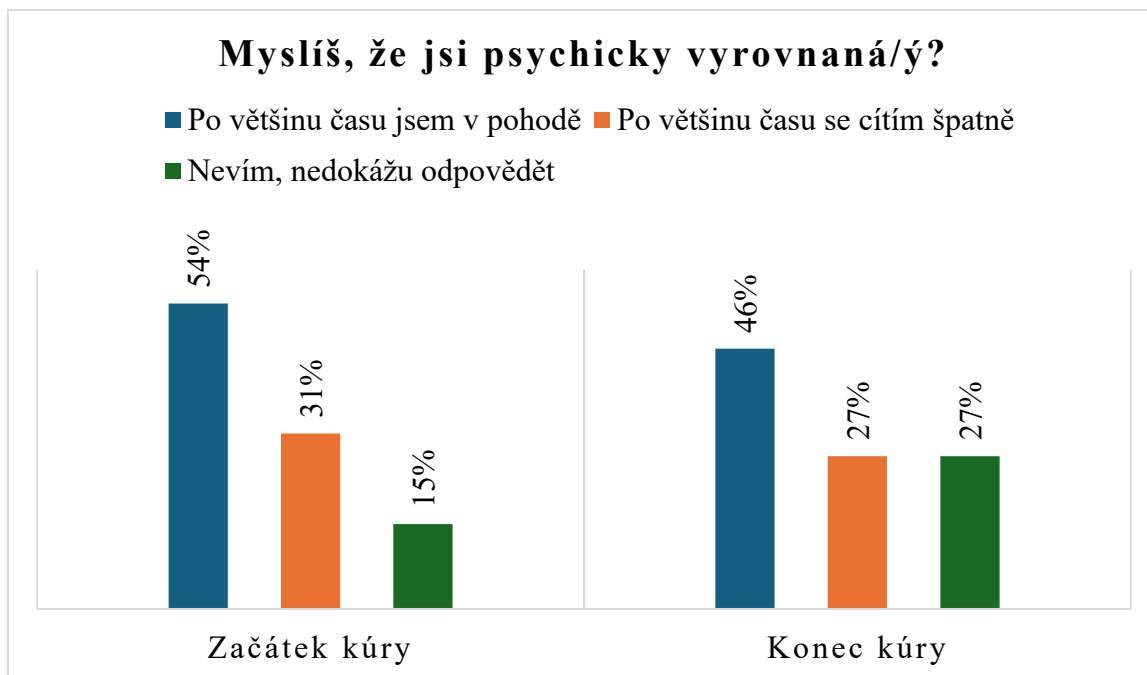
Graf 13: Záleží ti na tvém zdraví?

Třináctá otázka (1. otázka 2. části hlavního dotazníku) měla za cíl zjistit, jak moc záleží dětem na jejich zdraví. Odpovědi jsou uvedeny v rámci grafu č. 13. Hodnotící škálou byly tyto možnosti: Ano, velmi. Docela ano. Ani ne. Ne, vůbec. Zprvu 10 (38,5 %) respondentů odpovědělo slovy „Ano, velmi“, dalších 12 (46 %) označilo „Docela ano“, zbylí 4 (15,5 %) zvolili „Ani ne“. Na konci průzkumu byly zvoleny tyto odpovědi: 11x (42 %) „Ano, velmi“, 12x (46 %) „Docela ano“, 3x (12 %) „Ani ne“. Ani jednou nebyla zvolena odpověď „Ne, vůbec.“.



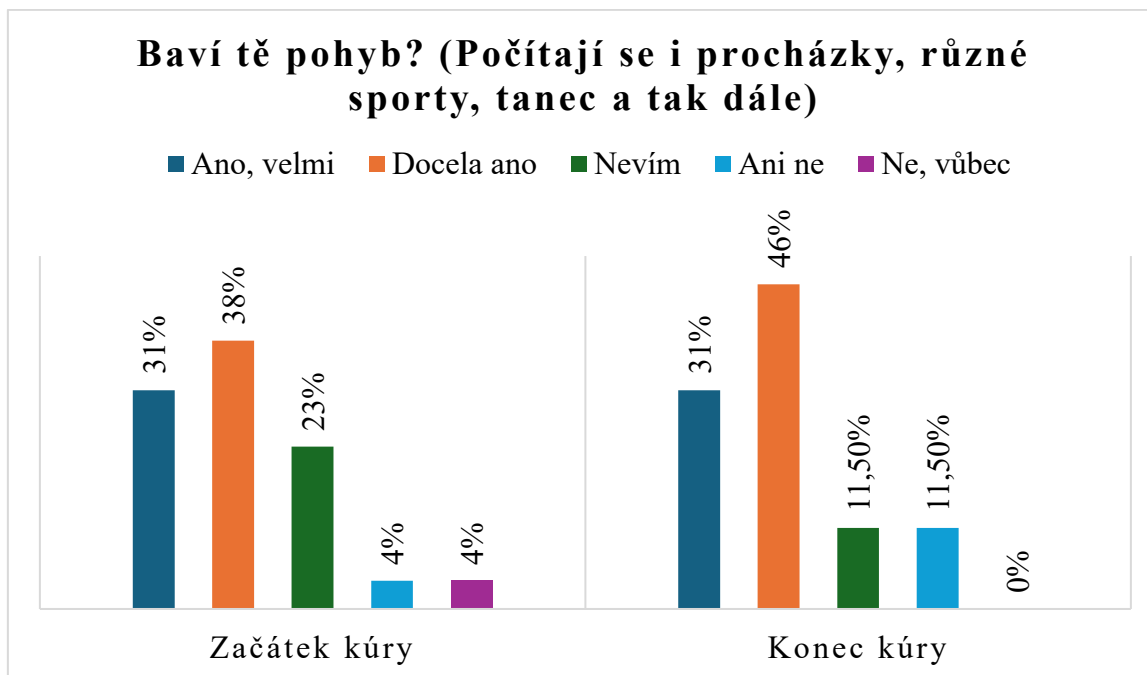
Graf 14: Líbíš se sám/a sobě?

Dalším dotazem průzkumu byla otázka „Líbíš se sám/a sobě?“ (otázka č. 2, 2. část hlavního dotazníku). Výsledky tohoto dotazu zobrazuje graf číslo 14. Dotazovaní mohli označit jednu z následujících vět: Mám rád/a pouze svou postavu. Mám rád/a pouze svůj obličej. Líbí se mi celé mé tělo i obličej. Nemám ke svému tělu celkově žádný vztah. Nemám rád/a své tělo, ani obličej. Z úvodního dotazníku vyplynuly tyto výsledky: 1 (4 %) účastník zvolil odpověď „Mám rád/a pouze svou postavu“, 5 (19 %) „Mám rád/a pouze svůj obličej“, 4 (15 %) „Líbí se mi celé mé tělo i obličej“, 9 (35 %) „Nemám ke svému tělu celkově žádný vztah“ a ostatních 7 (27 %) označilo odpověď „Nemám rád/a své tělo, ani obličej“. Dotazník na konci pobytu přinesl odlišné výsledky. 3 (12 %) respondenti uvedli, že mají rádi pouze svou postavu, 4 (15 %) to, že mají rádi pouze svůj obličej. Dalších 6 (23 %) přiznalo, že se jim líbí celé jejich tělo, včetně obličeje, 5 (19 %) uvedlo, že nemá ke svému tělu celkově žádný vztah. Posledních 8 (31 %) dotazovaných označilo odpověď „Nemám rád/a své tělo, ani obličej“.



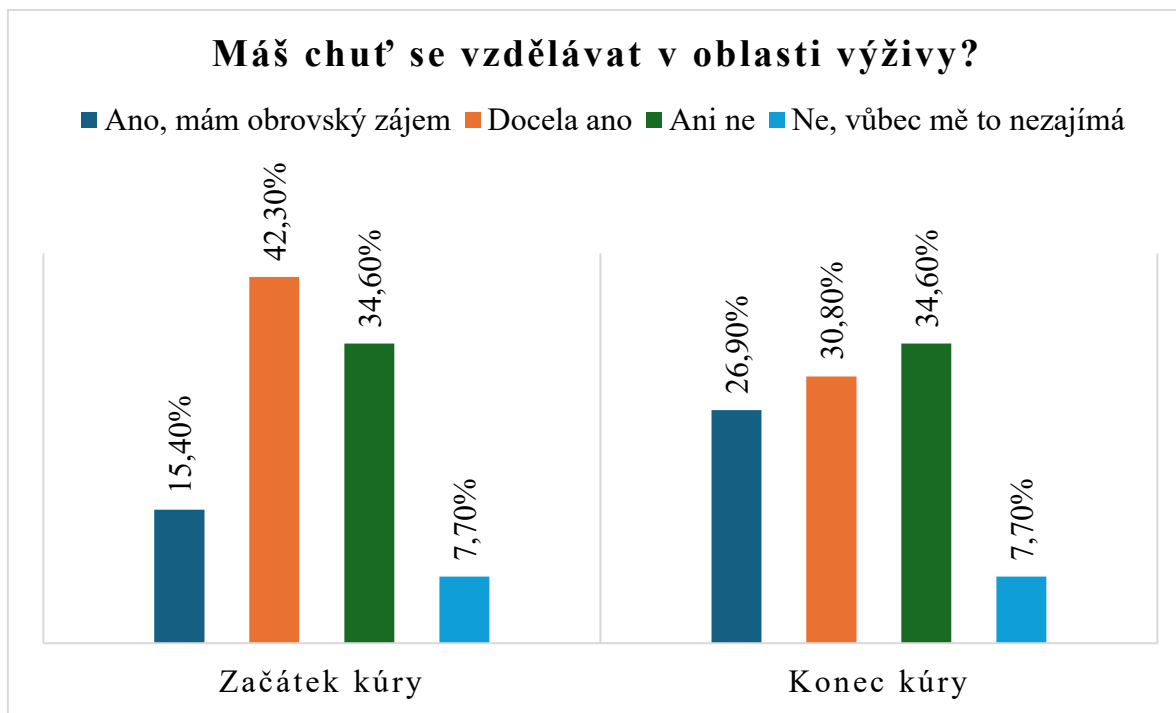
Graf 15: Myslíš, že jsi psychicky vyrovnaná/ý?

Graf číslo 15 zobrazuje výsledky pro otázku „Myslíš, že jsi psychicky vyrovnaná/ý? (Otázka č. 3, 2. části hlavního dotazníku). Děti mohly označit 1 ze 3 odpovědí („Po většinu času jsem v pohodě“, „Po většinu času se cítím špatně“ nebo „Nevím, nedokážu odpovědět“). Na začátku pobytu uvedlo 14 (54 %) dětí „Po většinu času jsem v pohodě“, 8 (31 %) „Po většinu času se cítím špatně“ a zbylí 4 (15 %) „Nevím, nedokážu odpovědět“. Na konci kúry vypovědělo 12 (46 %) dotazovaných o tom, že se po většinu času cítí v pohodě, 7 (27 %) o tom, že se po většinu času cítí špatně a shodný (27 %) počet respondentů o tom, že neví či nedokážou odpovědět. V příloze č. 11 jsou zaznamenány upřesňující otevřené odpovědi ke zvolené možnosti b („Po většinu času se cítím špatně.“).



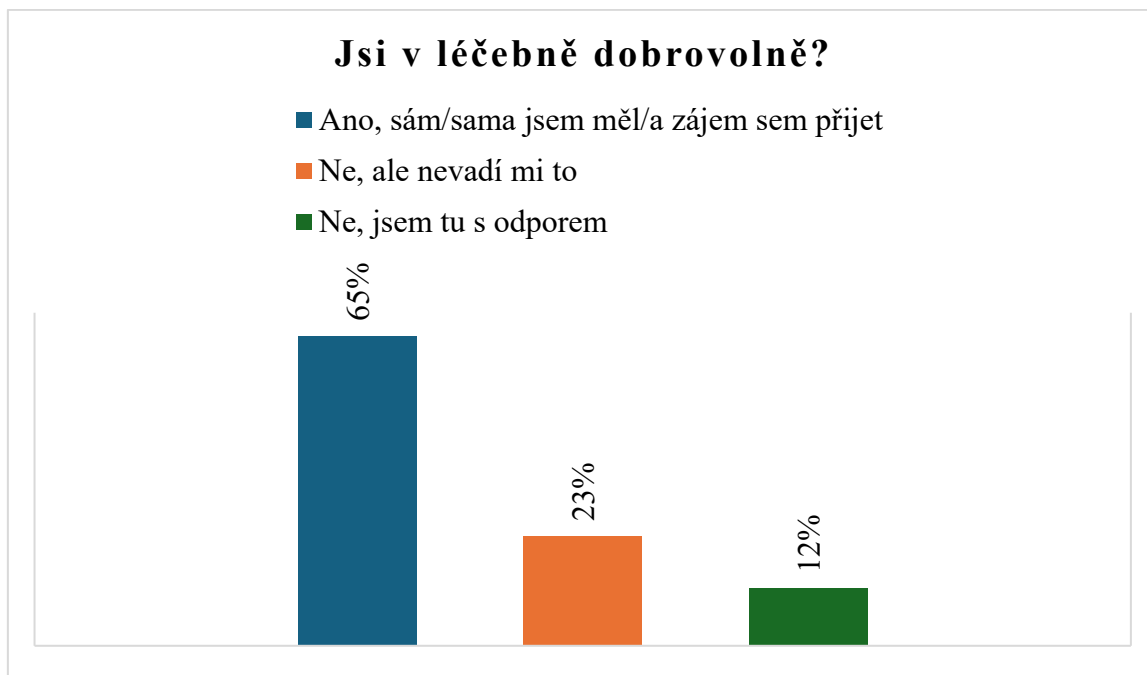
Graf 16: Baví tě pohyb?

Otázka číslo 16 (čtvrtá otázka druhé části hlavního dotazníku) zobrazuje výsledky pro dotaz „Baví tě pohyb? (Počítají se i procházky, různé sporty, tanec atd.). K dispozici bylo 5 odpovědí na výběr („Ano, velmi“, „Docela ano“, „Nevím“, „Ani ne“ a „Ne, vůbec“). V úvodním dotazníku byla vyjádření takováto: 8x (31 %) „Ano, velmi“, 10x (38 %) „Docela ano“, 6x (23 %) „Nevím“, 1x (4 %) „Ani ne“ a 1x (4 %) „Ne, vůbec“. Vyhodnocení finálního dotazníku ukázalo změnu názorů. 8 (31 %) dětí sdělilo že je pohyb velmi baví, 12 (46 %), že je docela baví, další 3 (11,5 %) nevěděli a poslední 3 (11,5 %) přiznali, že „Ani ne“.



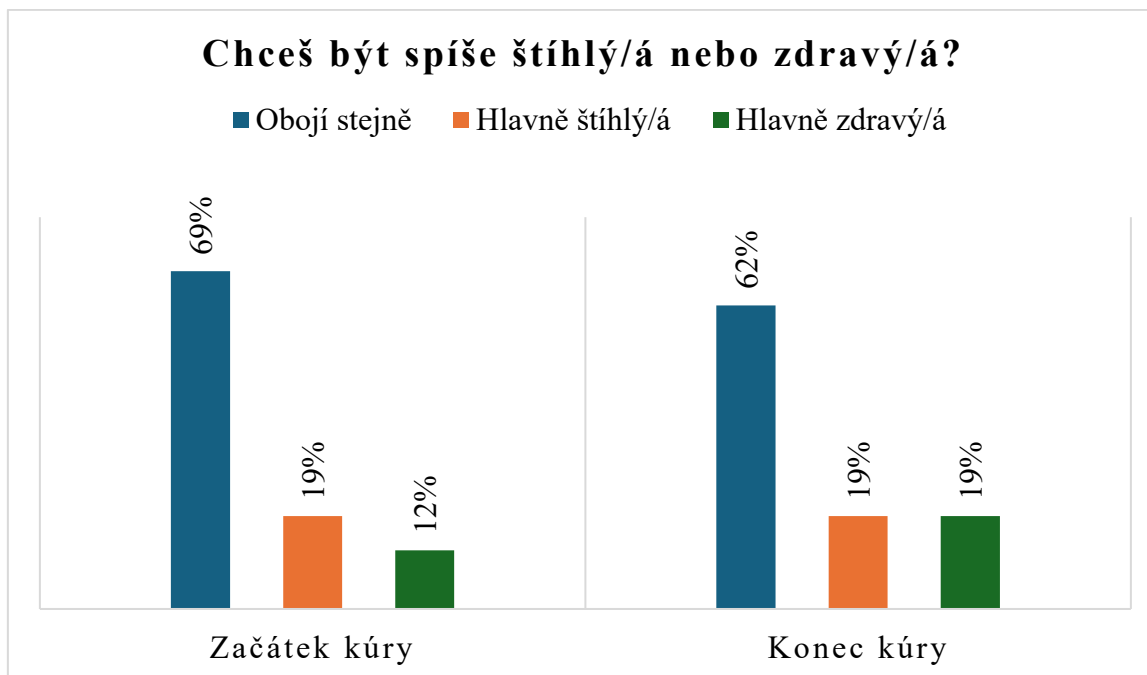
Graf 17: Máš chuť se vzdělávat v oblasti výživy?

Další položka (5. otázka 2. části hlavního dotazníku) zjišťovala, zda má pacient chuť vzdělávat se v oblasti výživy. Odpovědět mohl 4 způsoby a to: „Ano, mám obrovský zájem“, „Docela ano“, „Ani ne“ či „Ne, vůbec mě to nezajímá“. Jak graf číslo 17 ukazuje, zprvu odpověděli 4 (15,4 %) respondenti o tom, že mají obrovský zájem, 11 (42,3 %) zase, že je to docela zajímavá, 9 (34,6 %) „Ani ne“ a zbylí 2 (7,7 %) přiznali, že je to vůbec nezajímá. Poslední dotazování ukázalo odlišný názor dětí. 7 (26,9 %) jich na konci pobytu zvolilo možnost „Ano, mám obrovský zájem“, 8 (30,8 %) „Docela ano“, 9 (34,6 %) „Ani ne“ a další 2 (7,7 %) „Ne, vůbec mě to nezajímá“.



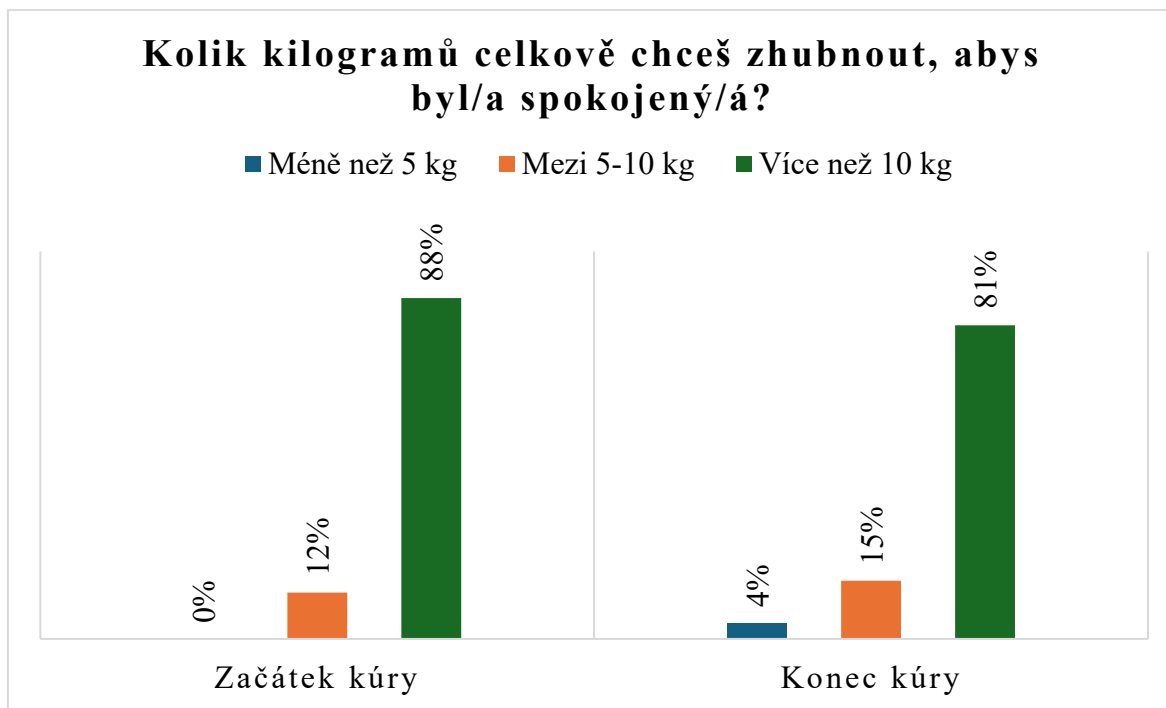
Graf 18: Jsi v léčebně dobrovolně?

Osmnáctá otázka (6. otázka 2. části hlavního dotazníku) byla součástí úvodního dotazníku, nikoliv finálního (výpovědi by byly nejspíše totožné). Dotazovaní mohli zvolit jednu z těchto odpovědí: „Ano, sám/sama jsem měl/a zájem sem přijet“, „Ne, ale nevadí mi to“ nebo „Ne, jsem tu s odporem“. Graf 18 ukazuje, že 17 (65 %) dětí sdělilo, že bylo v jejich zájmu do léčebny přijet. 6 (23 %) pacientů do léčebny dobrovolně nepřijelo, ale nevadí jim to. 3 (12 %) taktéž nepřijeli dobrovolně avšak s odporem. Příloha číslo 12 zahrnuje upřesňující otevřené odpovědi ke zvolené možnosti b („Ne, ale nevadí mi to“).



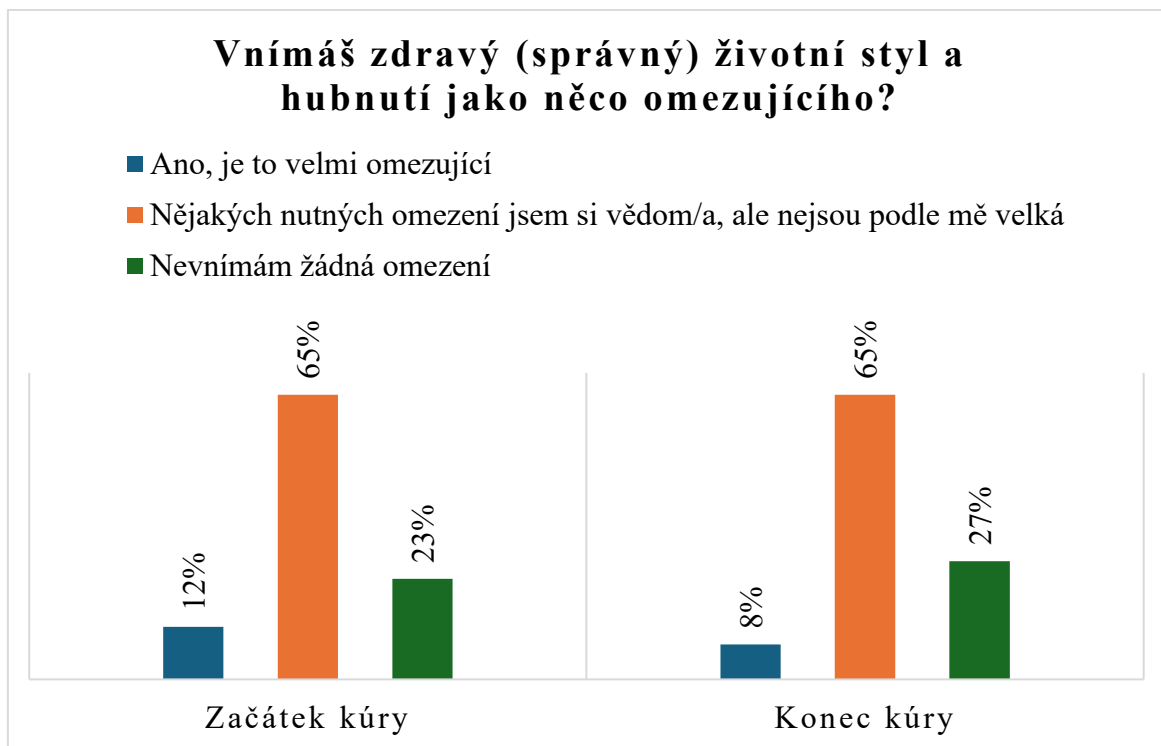
Graf 19: Chceš být spíše štíhlý/á nebo zdravý/á?

Otázka číslo 19 (7. otázka 2. části hlavního dotazníku) měla za úkol odkrýt, jestli dotazovaní chtějí být spíše štíhlí nebo zdraví. Respondenti mohli zvolit jednu ze tří odpovědí: „Obojí stejně“, „Hlavně štíhlý/á“ nebo „Hlavně zdravý/á“. Jak graf 19 znázorňuje, první výsledky ukázaly, že je pro 18 (69 %) dětí důležité zdraví i štíhlost zároveň, pro dalších 5 (19 %) štíhlost a pro zbylé 3 (12 %) děti je stěžejní zdraví. Finální výsledky byly mírně odlišné. Pro 16 (62 %) dotazovaných hraje významnou roli zdraví i štíhlost dohromady, pro 5 (19 %) je to pouze štíhlost a pro zbylých 5 (19 %) pouze zdraví.



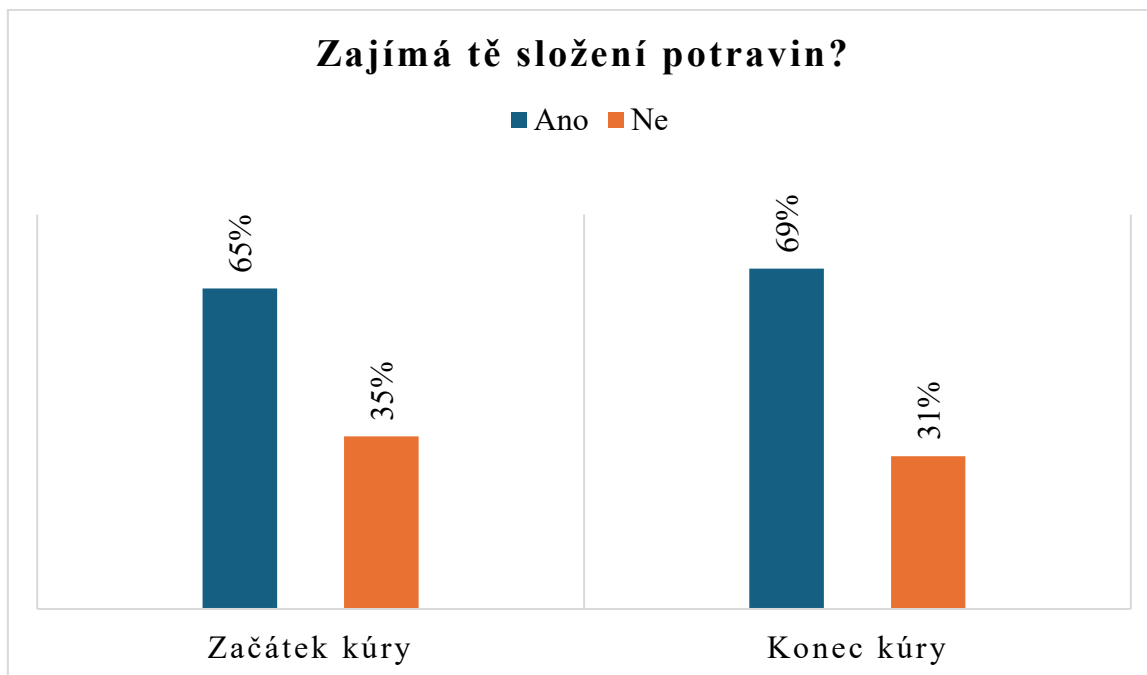
Graf 20: Kolik kilogramů celkově chceš zhubnout, abys byl/a spokojený/á?

Dotaz číslo 20 (8. otázka 2. části hlavního dotazníku) zjišťoval kolik kilogramů si přeje dotazovaný ještě shodit v době vyplňování dotazníku. Výsledky ukazuje graf číslo 20. Zpočátku chtělo 23 (88 %) dětí zhubnout více než 10 kg své tělesné hmotnosti, další tři (12 %) si přáli zredukovat svou hmotnost o 5–10 kg. Finální výsledky prozradily, že na konci pobytu bylo 21 (81 %) respondentů, kteří si přáli shodit více než 10 kg své váhy, dále 4 (15 %), kteří požadovali redukci hmotnosti mezi 5-10 kg a poslední 1 (4 %) respondent, jenž by chtěl být lehčí o méně než 5 kg.



Graf 21: Vnímáš zdravý (správný) životní styl a hubnutí jako něco omezujícího?

21. položka (9. otázka 2. části hlavního dotazníku) zahrnovala otázku „Vnímáš zdravý (správný) životní styl a hubnutí jako něco omezujícího? K dispozici byly tyto možnosti odpovědí: „Ano, je to velmi omezující“, „Nějakých nutných omezení jsem si vědom/a, ale nejsou podle mě velká“ nebo „Nevnímám žádná omezení“. Graf 21 zobrazuje výběr těchto možností. První vyhodnocení ukázalo, že je pro 3 (12 %) dotazované zdravý životní styl velmi omezující, pro 17 (65 %) si je sice vědomo nějakých omezení, ale nevnímají je jako velká. Posledních 6 (23 %) respondentů nevnímá žádná omezení. Konečný průzkum se lišil nepatrně. Počet dětí, které omezení vnímaly, ale nepřišla jim velká se nelišil vůbec (celkem 65 % respondentů). Počet dotazovaných, kteří odpověděli „Ano, je to velmi omezující“ se snížil o 1 odpověď (jednalo se tedy o 2 hlasy, 8 % z celkového počtu), kdežto výběru možnosti „Nevnímám žádná omezení“ přibylo o jednu volbu (celkem byla tedy tato možnost vybrána 7x, tedy 27 % dotazovanými).



Graf 22: Zajímá tě složení potravin?

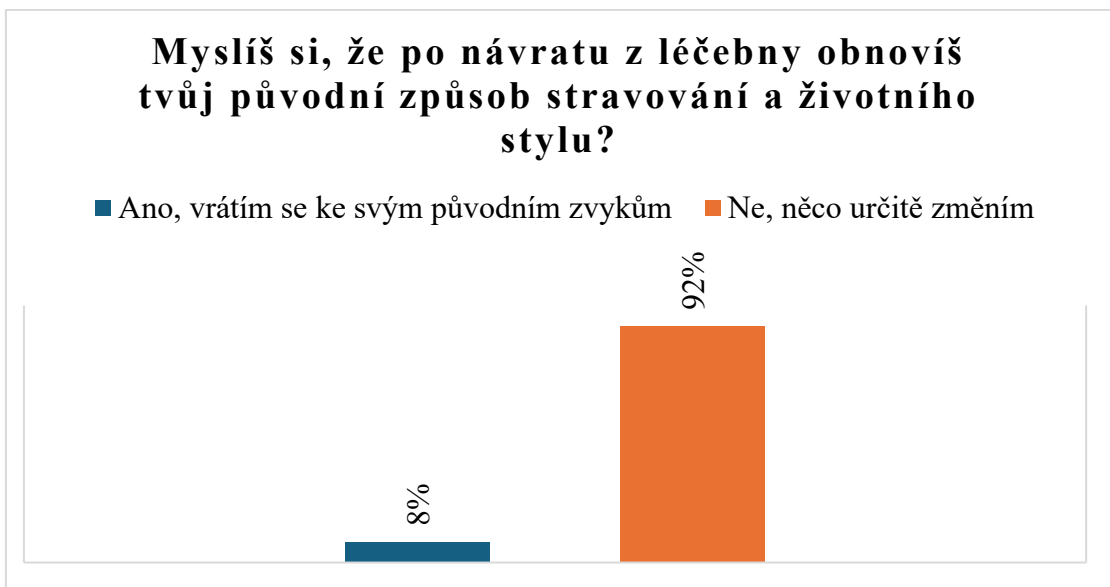
Graf 22 ukazuje, jak účastníky průzkumu zajímalo složení potravin na začátku kúry a na jejím konci. Jedná se o otázku č. 10 2. části hlavního dotazníku). Tento dotaz nabízel 2 varianty odpovědi: „Ano“ či „Ne“. První dotazník prozradil, že složení potravin zajímalo 17 dětí (65 %), 9 (35 %) dalších nikoliv. V závěru pobytu složení potravin zajímalo již 18 (69 %) dětí (zatímco 8, tedy 31 % ne).

Tabulka 2: Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?

Respondent	Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?
1.	Jídlo a geny
2.	Jím málo, ale nezdravé věci
3.	Přejídání (coca-cola)
4.	Málo pohybu, nepravidelná strava
5.	Větší příjem energie a menší výdej, kvůli škole nemám na nic pomalu čas
6.	Jezení větších porcí, častější jezení
7.	Bez odpovědi
8.	Vyšší příjem energie a geny
9.	Chuť k jídlu
10.	Genetika, málo pohybu
11.	Bez odpovědi
12.	Jedení v noci
13.	Miluju jídlo
14.	Velké porce
15.	Nesprávné jezení
16.	Sladké pití, sladká a tuková jídla, žádný pohyb
17.	Nevím
18.	Až moc jím, ani ne nezdravě, ale zdravá jídla ve špatném množství
19.	V minulosti jsem nebyla tolik psychicky vyrovnaná. Nelíbila jsem se sama sobě a jedla málo
20.	Hodně kalorická jídla
21.	Čokoláda
22.	Mám to v rodině a přišlo mi to normální
23.	Nádor
24.	Nemám tušení
25.	Přejídání a málo pohybu
26.	Bez odpovědi

Předposlední otázka hlavního dotazníku zahrnovala dotaz na domnělé příčiny nadváhy či obezity pacienta. Tento dotaz byl zařazen pouze do úvodního dotazníku.

Tabulka 2 ukazuje odpovědi dětských pacientů na dotaz „Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?“. 3 (12 %) respondenti neuvedli odpověď (tyto odpovědi jsou v tabulce zvýrazněny modrou barvou), další 2 (8 %) neměli zdání (tyto odpovědi jsou v tabulce zvýrazněny žlutou barvou), co by mohlo za jejich nadváhou nebo obezitou stát. Ostatní popsali své domněnky, které se většinou týkaly nesprávné skladby jídelníčku či jeho nevhodného načasování (tzv. nezdravá jídla) a velkých či malých porcí (18x, tj. 69 % všech dotazovaných). Tyto odpovědi jsou v tabulce zvýrazněny zelenou barvou. Jako další důvody uváděli dotyční také genetický původ (4x, tj. 15 % ze všech respondentů), tyto odpovědi jsou zvýrazněny fialovou barvou, další dvě odpovědi se překrývaly se zelenou barvou, jedná se o odpověď respondenta č. 1 a č. 8. Taktéž nedostatek pohybu byl hodnocen jako příčina obezity nebo nadváhy (4x, tj. 15 % účastníků průzkumu celkově), takto argumentovali respondenti číslo 4, 10, 16 a 25. Tyto odpovědi se taktéž překrývaly s jinými kategoriemi odpovědí. V jednom případě (4 % ze všech dotazovaných) byl uveden jako původce nádor, tato odpověď je v tabulce zvýrazněna oranžovou barvou).



Graf 23: Myslíš si, že po návratu z léčebny obnovíš tvůj původní způsob stravování a životního stylu?

Poslední dotaz (12. otázka 2. části hlavního dotazníku) „Myslíš si, že po návratu z léčebny obnovíš tvůj původní způsob stravování a životního stylu?“ byl zahrnut pouze do finálního dotazníku. Respondent na něj mohl odpovědět dvěma způsoby, konkrétně: „Ano, vrátím se ke svým původním zvykům“ nebo „Ne, něco určitě změním“. 2 (8 %) účastníci průzkumu přiznali, že se vrátí k původním zvykům, kdežto většina (tedy 24, 92 %) účastníků sdělila, že něco určitě změní. Příloha číslo 13 zahrnuje upřesňující otevřené odpovědi ke zvolené možnosti b („Ne, něco určitě změním“).

### 2.3.2 Výsledky dotazníkového šetření na téma mýty

Následující výsledky druhého dotazníku jsou shrnuty v jedné tabulce.

Tabulka 3: Mýty ve výživě

	Počet respondentů/procento					
	Souhlasím		Nevím		Nesouhlasím	
	Začátek kúry	Konec kúry	Začátek kúry	Konec kúry	Začátek kúry	Konec kúry
<b>Med <u>má</u> mnohem lepší složení než cukr</b>	92 %	23 %	8 %	12 %	0 %	65 %
<b>Pečivo je <u>nutno</u> nahradit racionálními chleby či jinými křehkými chleby</b>	42 %	23 %	31 %	19 %	27 %	58 %
<b>Energy drinky <u>jsou</u> zbytečně označovány za špatné</b>	35 %	23 %	12 %	23 %	53 %	54 %
<b>Ze stravy je <u>nutné</u> vynechat bílé pečivo</b>	42 %	23 %	19 %	31 %	39 %	46 %
<b>Ze stravy během redukční diety <u>se musí</u> odstranit vše dobré a zároveň kalorické jako sladkosti, chipsy...</b>	50 %	15 %	0 %	15 %	50 %	70 %
<b>Je <u>potřeba</u> nahrazovat cukr sirupy jako je např. datlový, čekankový...</b>	30 %	19 %	35 %	23 %	35 %	58 %
<b>Všechna „<u>éčka</u>“ <u>jsou</u> špatná (nezdravá)</b>	8 %	8 %	50 %	31 %	42 %	61 %
<b>Je <u>důležité</u> užívat vitaminové, bílkovinné či jiné doplňky stravy (u zdravého jedince)</b>	65 %	42 %	19 %	23 %	16 %	35 %
<b>Máslo je <u>vhodné</u> na smažení</b>	31 %	19 %	38 %	23 %	31 %	58 %

Tabulka 3 shrnuje výstupy ze druhého dotazníku týkajícího se mýtů ve stravování. Správnou možností u všech tvrzení je „Nesouhlasím“. Prvním výrokem byl „Med má mnohem lepší složení než cukr.“ Na začátku kúry s ním souhlasilo 24 (92 %) dotazovaných, zbylých 8 % (2) nevěděli, zda ano či ne. Na konci kúry s tvrzením souhlasilo 23 % (6) respondentů, 65 % (17) nikoliv a zbylí 3 (12 %) nevěděli, jak odpovědět. Dalším tvrzením v rámci dotazníku bylo: „Pečivo je nutno nahradit racionálními chleby či jinými křehkými chleby.“ Zpočátku s tímto vyjádřením souhlasilo 11 (42 %) dětí, 7 (27 %) nikoliv a 8 (31 %) odpovědělo „nevím“. S koncem pobytu s výrokem souhlasilo pouze 23 % (6) dětí, nesouhlasilo 58 % (15) a nevědělo 19 % (5). Další vyjádření „Energy drinky jsou zbytečně označovány za špatné“ zprvu 9 dětí (35 %) odsouhlasilo. 14 (53 %) nikoliv a ostatní 3 (12 %) uvedly „Nevím“. Se závěrem pobytu s výrokem souhlasilo jen 23 % (6) respondentů, 14 (54 %) naopak a 23 % neznalo odpověď. S větou „Ze stravy je nutné vynechat bílé pečivo“ nejdříve sympatizovalo 42 % (11) dotazovaných, 39 % (10) nikoliv, 19 % (5) nedokázalo odpovědět. Vyhodnocení finálního dotazníku přineslo k tomuto tvrzení jiné odpovědi: Souhlasilo 23 % (6) účastníků šetření, nesouhlasilo jich 46 % (12) a odpověď neznalo 31 % (8) respondentů. Na výrok „Ze stravy během redukční diety se musí odstranit vše dobré a zároveň kalorické jako sladkosti, chipsy...“ V prvním dotazníku bylo „Souhlasím“ zvoleno 13x (50 %) a totožný počet „Nesouhlasím“. Druhý dotazník obsahuje jiné výstupy. 15 % (4) dětí tentokrát na výrok odpovědělo „Souhlasím“, 70 % (18) jich nesouhlasilo a 15 % (4) zaškrtnulo „Nevím“. S větou „Je potřeba nahrazovat cukr sirupy jako je např. datlový, čekankový...“ se nejdříve ztotožňovalo 30 % (8) dětí, nesouhlasilo s ní 35 % (9) dětí a odpovědět nedokázalo taktéž 9 dotyčných. Na konci lázeňské terapie se výsledky lišily. Souhlasilo jen 19 % (5) dotazovaných, nesouhlasilo jich 58 % (15), odpovědět nedokázalo 23 % (6) dětí. Výrok „Všechna „ěčka“ jsou špatná (nezdravá)“ v rámci počátečního dotazníku odsoudilo 42 % (11) respondentů, souhlasilo s ním 8 % (2) dotazovaní a odpověď „Nevím“ zvolilo 31 % (8) dotyčných. Ve finálním průzkumu vyšly tyto výsledky: Souhlasilo 8 % (2) dotazovaní, odpověď nevědělo 31 % (8) respondentů a s výrokem se neshodovalo 61 % (16) dětí. Na předposlední tvrzení „Je důležité užívat vitaminové, bílkovinné či jiné doplňky stravy (u zdravého jedince).“ zprvu dotazovaní reagovali z 65 % (17) kladně, z 19 % (5) neutrálně a negativně 16 % (4). Konečnými odpověďmi byly: 42 % (11) „Souhlasím“, 23 % (6) „Nevím“ a 35 % (9) „Nesouhlasím“. S tvrzením „Másla je vhodné na smažení.“ Nejprve souhlasilo a stejně tak nesouhlasilo 31 % (8) dětí, odpověď jich neznalo 38 % (10). Nakonec s větou souhlasilo 19 % (5) dotazovaných, nesouhlasilo 58 % (15) a odpověď jich neznalo 23 % (6).

## 2.4 Diskuse, komparace dat a doporučení

V diskusi nejprve shrnu závěry k dílčím otázkám práce a na základě jejich posouzení poté odpovím i na hlavní výzkumnou otázku.

- **Dílčí cíl č. 1:** Zjistit, jaký rozdíl nastal u dětí po měsíční kúře ve vnímání životního stylu a hubnutí jako něčeho omezujícího.
- **Dílčí výzkumná otázka č. 1:** Jak se u dětí po měsíční redukční kúře změnilo vnímání zdravého životního stylu a hubnutí jako něčeho omezujícího?

V rámci výzkumné otázky č. 1 jsem použila otázku z hlavního dotazníku (příloha 1) a to konkrétně otázku ze 2. části, číslo 9 (Graf 21).

Na otázku „Vnímáš zdravý (správný) životní styl jako něco omezujícího?“ odpověděli respondenti v závěrečném šetření mírně odlišně. Ubylo odpovědí, že je pro ně životní styl a hubnutí něco velmi omezujícího a to o 4 % dotazovaných. Naopak o 4 % **vzrostlo vyjádření „Nevnímám žádná omezení“**. Z výsledků vyplývá, že pozitivní změna vnímání v oblasti zdravého životního stylu a redukce nastala, byť v malém měřítku.

Efektivnost edukace: Přibyla 4 % žádoucích odpovědí (ty jsou zvýrazněny).

Dílčí předpoklad č.1 nebyl naplněn: Pozitivní posun ve vnímání zdravého životního stylu a hubnutí jako omezujících na konci kúry nevykázal 15 % dotazovaných.

- **Dílčí cíl č. 2:** Zjistit, jak se změnil postoj dětí po měsíční redukční kúře k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy.
- **Dílčí výzkumná otázka č. 2:** Jak se změnil postoj dětí po měsíční redukční kúře k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy?

V rámci výzkumné otázky č. 2 jsem použila otázky z hlavního dotazníku (příloha 1) a to konkrétně otázky z jeho 2. části, pod číslem 1 (Graf 13), 5 (Graf 17), 7 (Graf 19) a 10 (Graf 22).

První otázka „Záleží ti na tvém zdraví?“ ukázala na pozitivní změnu postoje dotazovaného ke svému zdraví. **O 3,5 % více hlasů měla odpověď „Ano, velmi“** oproti prvotnímu šetření. Naopak ubylo odpovědí „Ani ne“ a to o stejný počet hlasů. Z dotazu „Máš chuť se vzdělávat v oblasti výživy?“ vzešlo **o 11,5 % více nejkladnější odpovědi „Ano, mám obrovský**

**zájem**“. Nepřibýlo, ale ani nebylo možností „Ani ne“ a „Ne, vůbec mě to nezajímá“. Zřejmě ti, kteří předtím zvolili „Docela ano“ byli schůdnější k pozitivní změně nežli ti, kteří volili již zpočátku negativní odpovědi. Zajímavým výstupem jsou odpovědi k sedmému dotazu „Chceš být spíše štíhlý/á nebo zdravý/á?“, kdy **o 7 % vzrostl počet těch dětí, které chtějí být hlavně zdravé** (a zároveň klesl počet voleb „Obojí stejně“, taktéž o 7 % šetřených). Rozhodně by podle mého názoru na přední příčce zájmu mělo stát právě zdraví. Otázka „Zajímá tě složení potravin?“ měla v rámci finálního dotazníku **o 4 % více kladnějších odpovědí, tedy více zvolených „Ano“**. Všechny tyto odpovědi tak mohou na dílčí otázku č. 2 jednoznačně odpovědět. Postoj dětí k daným otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy se změnil. Více dětí nežli na začátku kúry, se o tyto aspekty zajímalo a stavělo se k nim lépe.

Efektivnost edukace: Přibýlo v průměru 6,5 % žádoucích odpovědí (zvýrazněných v textu).

Dílčí předpoklad č. 2 nebyl naplněn: Postoj dětí k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sama sebe v oblasti výživy se nezlepšil o 15 % pozitivnějších odpovědí respondentů.

- **Dílčí cíl č. 3:** Zjistit, zda se děti naučily nové informace o výživě (a racionální či redukční dietě).
- **Dílčí výzkumná otázka č. 3:** Pochytily děti nové informace o výživě (a racionální či redukční dietě) předané nutričním terapeutem během měsíční redukční kúry?

V rámci výzkumné otázky č. 3 jsem použila otázky z hlavního dotazníku (příloha 1) a to konkrétně otázky z jeho celé 1. části (tedy prvních 12 otázek).

První otázka tážající se na znalost všech tří makronutrientů ve stravě ukázala, že si některé děti na konci pobytu vzpomněly na více živin nežli předtím. **Znalost všech makronutrientů se zvedla o 3,9 % a znalost alespoň 1 makronutrientu zase o 7,6 % (informovanost o 2 živinách se nezměnila, naopak neznalosti ubylo)**. Druhá otázka s dotazem o nejzastoupenější makroživině v chlebu měla **o 15 % více správných odpovědí** ve finálním šetření. Analogická otázka o nejzastoupenější makroživině v oleji přinesla s finálním dotazníkem **11 % dalších korektních odpovědí**. Třetí položka tážající se na největší zastoupení makroživiny v masě přinesla na konci průzkumu **o 12 % správných odpovědí** nežli na začátku šetření. O tom, jak vzniká nadváha či obezita na konci kúry vědělo **o 4 % více respondentů**. Seřadit potraviny či nápoje od těch nejméně kalorických po ty s největším

množstvím energie dokázalo při konečném průzkumu **o 7 % více dotazovaných**. Dle zásad tzv. zdravého talíře dokázalo svůj imaginární oběd složit **stejný počet respondentů** jak na začátku, tak i na konci kúry. Zásady tvorby jídelníčku (a stravování obecně) znalo na konci pobytu více dětí. **O 4 % více jich zaznamenalo aspoň 1 zásadu, o 4 % více jich vyjmenovalo 2 zásady a o 4 % více dotazovaných popsalo všechny 3 požadované zásady**. Slovo cereální dokázalo v rámci konečného dotazníku vysvětlit **o 35 % dětí více**. Jaké informace jsou na obalech potravin vědělo po pobytu **o 11 % respondentů více**. Předposlední otázka „Co je to jojo efekt?“ přinesla na konci kúry **o 15 % více korektních odpovědí**. Poslední dotaz o tom, zda děti slyšely o anorexii či bulimii obsahoval ve finálním průzkumu **o 8 % více korektních možností odpovědi**. Celkově byl vidět progres ve správnosti odpovědí spatřen u 11 z 12 otázek. Mnoho dětí tedy nové informace pochytilo.

Efektivnost edukace: Přibylo v průměru 11,8 % žádoucích odpovědí (ty jsou v textu zvýrazněné).

Dílčí předpoklad č.3 nebyl naplněn: Děti neprokázaly 30 % nárůst správných odpovědí.

- **Dílčí cíl č. 4:** Zjistit, jak se dětem během měsíční redukční kúry změnilo vnímání svého vzhledu a hodnocení své psychické vyrovnanosti.
- **Dílčí výzkumná otázka č. 4:** Začaly se děti samy sobě po měsíční redukční kúře více líbit a začaly se také cítit více psychicky vyrovnaně?

V rámci výzkumné otázky č. 2 jsem použila otázky z hlavního dotazníku (příloha 1) a to konkrétně otázky z jeho 2. části, pod číslem 2 (Graf 14) a 3 (Graf 15).

Co se týče otázky „Líbíš se sám/a sobě?“, na rozdíl od prvního šetření v tom konečném odpovědělo o 8 % dotazovaných více „Mám rád/a pouze svou postavu“, o 4 % méně respondentů uvedlo „Mám rád/a pouze svůj obličej“, **o 8 % více dětí zvolilo možnost „Líbí se mi celé mé tělo i obličej“**. Ke svému tělu nemá celkově žádný vztah o 16 % méně respondentů. O 4 % více respondentů zvolilo možnost „Nemám rád/a své tělo, ani obličej“. Z těchto závěrů vyplývá, že negativní postoj ke svému zevnějšku celkově získalo o 4 % více dotazovaných, naopak ubylo dětí, které neměly ke svému tělu celkově žádný vztah (o avizovaných 16 %). Můžu tedy usoudit, že velká část dětí (kromě zmíněných 4 %) získala kladný vztah ke svému zevnějšku. Na otázku „Myslíš, že jsi psychicky vyrovnaná/ý?“ odpovědělo na konci pobytu **o 8 % méně respondentů způsobem „Po většinu času jsem v pohodě“**. Naopak ubylo odpovědí „Po většinu času se cítím špatně“ a to o 4 %. O 12 %

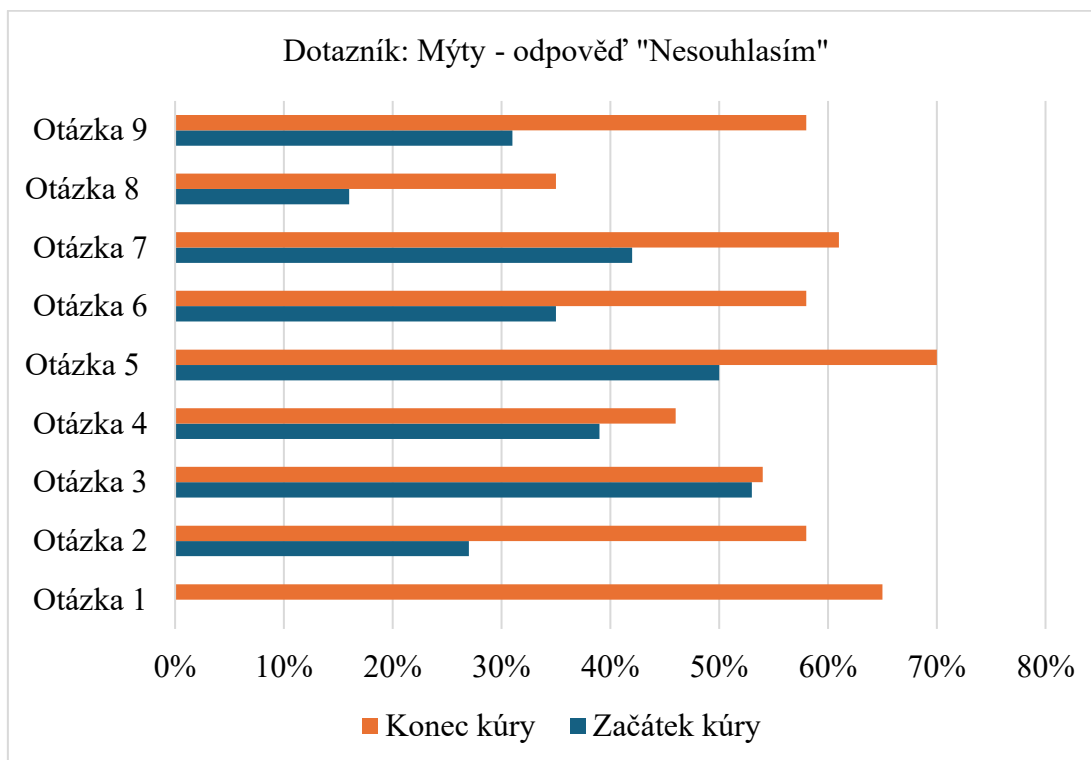
více dětí na tuto otázku nedokázalo odpovědět. O změně psychické vyrovnanosti tyto výsledky ukazují spíše negativní závěry. Na konci pobytu přibylo dětí, které už se necítily v pohodě a zároveň se zvýšil počet těch, co nevěděly, jak odpovědět (tudíž, kdy byly jednoznačně v pohodě, podle mě by jim nedělalo problém adekvátně odpovědět).

Efektivnost edukace: Přibylo 8 % žádoucích odpovědí v oblasti hodnocení svého vzhledu (odpověď zvýrazněna v textu). Ubylo 8 % žádoucích odpovědí v oblasti hodnocení psychické vyrovnanosti (odpověď zvýrazněna v textu). Efektivnost tohoto dílčího cíle = 0 %.

Dílčí předpoklad č. 4 nebyl naplněn: Nepřibylo 5 % dětí, které se samy sobě začaly více líbit a začaly se cítit více psychicky vyrovnaně.

- **Dílčí cíl č. 5:** Zjistit, zda děti přestaly věřit běžným mýtům v oblasti výživy, pokud jim předtím věřily.
- **Dílčí výzkumná otázka č. 5:** Věří pacienti běžným mýtům v oblasti výživy i po léčbě (jestliže jim předtím věřili)?

V rámci výzkumné otázky č. 5 jsem použila všechny otázky z menšího dotazníku na téma mýtů ve výživě (příloha 2).



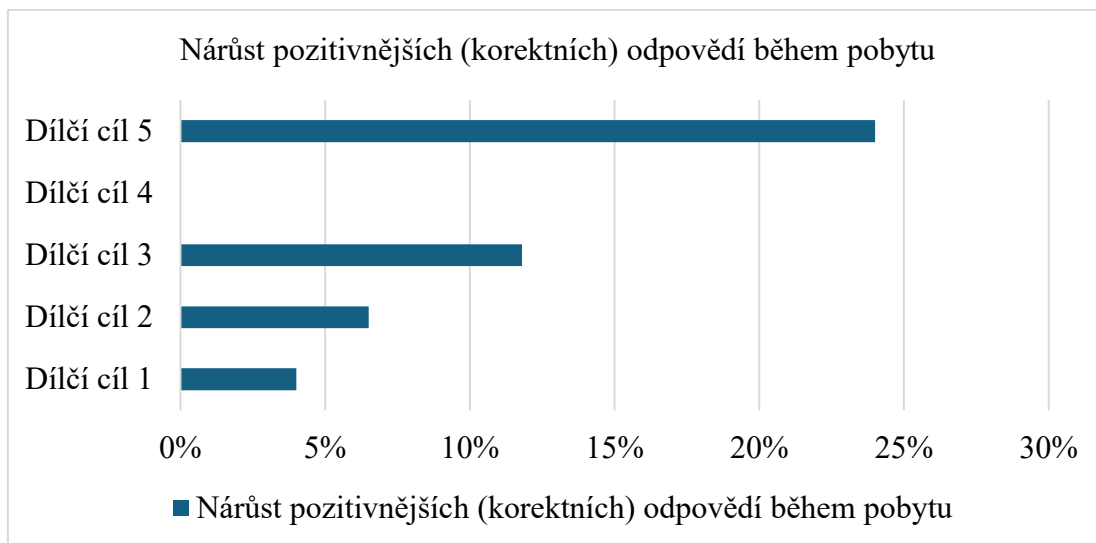
Graf 24: Správné odpovědi k dotazníku o mýtech o výživě

Všechny otázky tohoto dotazníku měly správnou odpověď „Nesouhlasím“. U všech odpovědí byl v porovnání s prvotním dotazníkem znatelný progres korektních odpovědí. Jen u otázky č. 3 „Energy drinky jsou zbytečně označovány za špatné“ odpověděl správně téměř shodný počet respondentů. Z těchto výsledků vyplývá, že mnoho respondentů před kúrou mýtům věřilo nebo na dotaz neznalo odpověď, avšak po kúře již přibylo správných odpovědí.

Efektivnost edukace: Přibylo v průměru 24 % žádoucích (správných) odpovědí, viz graf 24 nebo pro podrobnější popis viz tabulku 3. (Výsledek byl vypočítán z aritmetického průměru rozdílů správných odpovědí jednotlivých otázek z úvodního versus finálního dotazníku).

Dílčí předpoklad č. 5 byl přibližně naplněn: Mýtům v oblasti výživy přestalo věřit o téměř 25 % dětí více.

- **Hlavní cíl:** Stěžejním cílem práce bude hodnocení efektivity edukace nutričním terapeutem. Jinými slovy, zjištění toho, jaký rozdíl nastal v konkrétních otázkách o vnímání omezení, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity po edukacích nutričním terapeutem.
- **Hlavní výzkumná otázka:** Nastalo zlepšení v konkrétních otázkách o vnímání omezení, postojích a znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety a pohledu sám/sama na sebe během vybrané měsíční redukční kúry v lázeňské péči u pubescentů a adolescentů s nadváhou či diagnózou obezity po intervenci nutričním terapeutem? Vykázala edukace efektivnost?



Graf 25: Celková efektivnost edukace nutričním terapeutem

Jak tedy souhrnný graf 25 ukazuje, počet pozitivnějších vnímání zdravého životního stylu a hubnutí se **zvýšil o 4 %** (tj. dílčí cíl 1). Dále se zlepšil i postoj dětí k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy, protože **6,5 % respondentů odpovědělo pozitivněji**, nežli na začátku kúry (tj. dílčí cíl 2). Dále děti pochytily nové informace o výživě (a racionální či redukční dietě), kdy oproti počátečnímu dotazníku ten finální zahrnoval o **11,8 % více** žádoucích odpovědí (tj. dílčí cíl 3). Dále děti na konci pobytu hodnotily lépe své vzezření (**přibylo 8 %** pozitivnějších odpovědí), ale naopak **8 % respondentů hodnotilo ve druhém dotazníku hůře** svoji psychickou vyrovnanost (tj. dílčí cíl 4, efektivnost zde byla 0 %, protože pozitivních odpovědí 8 % přibylo a 8 % ubylo). Průzkum zjistil, že na konci pobytu věřilo mýtům o výživě méně dotazovaných. Konkrétně **přibylo 24 %** korektních odpovědí (dílčí cíl 5).

Na základě dílčích otázek a vyhodnocení odpovědí k nim považují cíle za naplněné a mohou tak odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Obecně (v rámci většiny otázek) nastalo u šetřených v daných otázkách o vnímání omezení, postojích i znalostech v rámci racionální výživy, redukční diety zlepšení. Pohled sám na sebe se u dotazovaných taktéž v průměru zlepšil (v rámci většiny otázek), avšak toto se nedá usoudit u psychického stavu šetřených. Přibylo těch, kteří svůj pohled na to, zda jsou v psychické pohodě či nepohodě spíše ke konci pobytu nedokázali posoudit a ubylo těch, kteří ještě na začátku kúry v pohodě byli.

Celková efektivnost edukace: Přibylo v průměru 9,3 % žádoucích odpovědí (počítáno z výsledků Grafu 25, z 5 dílčích cílů).

Hlavní předpoklad tedy nebyl naplněn: Celková efektivnost edukace není v průměru 20 %.

## Komparace dat

Jelikož byly dotazníky anonymní, nemám možnost je spárovat a porovnat tak individuální výsledky dětí na začátku versus na konci kúry. Pro zajímavost však uvedu zajímavé výstupy z počátečního dotazníku. Zaujali mě 4 respondenti, kteří měli zájem do léčebny přijet, ale zároveň neměli chuť vzdělávat se v oblasti výživy. Na otázku „Máš chuť vzdělávat se v oblasti výživy?“ odpověděli „Ani ne“. Předpokládala bych, že do léčebny budou chtít děti, které budou mít zájem sebevzdělávat se ve výživě.

Dalším, pro mě, zajímavým zjištěním bylo, že 2 respondenti odpověděli na otázku „Líbíš se sám/sama sobě?“ zvolením možnosti „Nemám ke svému tělu celkově žádný vztah“ a přesto odpověděli na dotaz „Záleží ti na tvém zdraví?“ „Docela ano“. Předpokládala bych, že když ke svému tělu nemají žádný vztah, nebude je vůbec zajímat jejich vlastní zdraví.

Součástí dotazníku byly položky, které nebyly přímo určené pro vyhodnocení dílčích otázek, nýbrž byly položeny pro celkové dokreslení výsledků. První otázkou z nich byl dotaz „Jsi v léčebně dobrovolně?“, na nějž reagovalo 65 % respondentů slovy „Ano, sám/a jsem měl/a zájem sem přijet. Ostatním 23 % to nevadilo, i když přijet původně nechtěli. Očekávala bych, že stejný počet dotazovaných bude takto kladně odpovídat i u otázky „Máš chuť se vzdělávat v oblasti výživy?“. U této položky jich však na začátku kúry reagovalo „Ano, mám obrovský zájem“ pouze 15 % a „Docela ano“ 42 %. Někteří zřejmě do léčebny chtěli, ale neměli jako primární záměr rozšiřovat své vzdělání v oblasti výživy, přestože to s redukcí hmotnosti úzce souvisí.

Další zajímavou otázkou byla „Kolik kilogramů celkově chceš zhubnout, abys byl/a spokojený/á?“. Na začátku kúry bylo 88 % dětí, které chtěly zhubnout více jak 10 kg TH a 12 % 5-10 kg TH. Na konci kúry to bylo již 81 % s přáním shodit aspoň 10 kg TH, 15 % s přáním redukovat mezi 5-10 kg TH a 4 % jich požadovali shodit pod 5 kg TH. Tyto závěry jsou poutavé ve srovnání s dotazem „Chceš být spíše štíhlý/á nebo zdravý/á?“, kdy s koncem pobytu v léčebně přibýlo odpovědí (+7 %), že respondenti chtějí být spíše zdraví. Zde je otázkou, jestli přání pacientů na konci pobytu redukovat svou hmotnost v menší míře, než na začátku bylo způsobeno již nějakou zredukovanou váhou během pobytu nebo zda šlo o uvědomění toho, že je pro ně podstatné myslet na zdraví a již se tolik nesoustředí na „ručičku na váze“.

Odpovědi k otázce „Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?“ (Tabulka 2) ukazuje také zajímavé výsledky. Celkově 15 % dotazovaných uvedlo jako příčinu nedostatek pohybu, i když z položky „Baví tě pohyb?“ úvodního dotazníku vyplynulo, že pouze 4 % pohyb vůbec nebaví a další 4 % uvedli, že „Ani ne“. Bylo by dobré zjistit, zda nedostatkem pohybu trpí děti, které pohyb obecně nebaví a pokud by tomu tak skutečně bylo, v tomto průzkumu by to ukazovalo na to, že z oněch 15 % respondentů byly i některé děti, které mají pohyb rády, ale nemají k němu příležitost. Ovšem také záleží na tom, zda respondenti vypsali všechny své důvody nadváhy nebo obezity.

Na dvanáctou položku dotazníku „Myslíš si, že po návratu z léčebny obnovíš svůj původní způsob stravování a životního stylu?“ byla v souhrnu opravdu pozitivní reakce. 92 % pacientů odpovědělo „Ne, něco určitě změním“, tedy drtivá většina. V příloze číslo 13 jsou uvedeny odpovědi, které děti doplnily dobrovolně v rámci otevřené otázky.

## Doporučení

Na základě výstupu šetření této práce se jeví změna v konkrétních otázkách vnímání omezení, postojů, znalostí v rámci racionální a redukční diety a vnímání sebe sama během redukční lázeňské kúry jako pozitivní, ale nenaplnila své maximum. Mnohdy se výsledky lišily pouze v jednotkách procent. Z tohoto důvodu bych v praxi doporučila více se zaměřit na to, co je důvodem toho, že děti nedosahovaly větších změn. Dle zjištění bych upravila formy a metody edukace. Konkrétně bych zavedla více praktických činností pro lepší uvedení nově nabytých informací do života. To však naráží na otázku zaneprázdněnosti personálu a na reálných možnostech se dětem v tomto ohledu kvalitně věnovat. Dále, vzhledem k odpovědím zobrazených v tabulce 2 na dotaz „Co je podle tebe příčinou nadváhy a obezity?“, kdy děti nejčastěji viděly příčinu ve svém nevhodném stravování (nezdravá jídla, špatné načasování jídel...), bych apelovala na úzkou spolupráci dítěte a nutričního terapeuta i po ukončení kúry. Zažité návyky se těžko změní po pouhém měsíci. Dále bych doporučovala zapojit rodinu, a to i do samotných edukací.

Z práce vyplynulo, že se děti na konci kúry nejspíše cítily psychicky méně vyrovnaně než na začátku. Proto bych doporučila intervenci psychologů v léčebně.

Téma lázeňské péče o děti v redukční kúře je velice důležité, samozřejmě z hlediska zdravotního, ale i ekonomického. Je tak třeba (nejen) edukace nutričního terapeuta nadále zlepšovat, aby byla péče o klienty co nejefektivnější a přispělo se ke snížení prevalence dětí (ale i dospělých) s nadváhou či obezitou. Každá práce s podobným podtextem tak bude jedině k užítku, neboť nám odkryje další aspekty problematiky léčby a umožní na ně adekvátně reagovat. Navazující práce by se mohla zaměřit zejména na již zmíněné metody a formy edukace nebo aspekty kooperace rodiny nemocného.

## Závěr

Tato bakalářská práce ve své teoretické části nejprve obecně popisuje pubescenty a adolescenty. Dále je definována nadváha a obezita. Následující kapitola zahrnuje informace o historickém pohledu na nadměrnou tělesnou váhu. Zbylé oddíly pojednávají o tom, jak se nadváha a obezita vyšetřuje. Nechybí data o prevalenci u dětí, informace o příčinách, komplikacích, odpovídající léčbě a v neposlední řadě také možnosti prevence. Kapitoly rozebírají všeobecné údaje, ale i pasáže zaměřené přímo na děti. V závěru teoretického oddílu se čtenář dozví základní fakta o profesi nutričního terapeuta, lázeňství, včetně balneologie a dále informace o léčebných lázních pro terapii dětské nadváhy a obezity. Dalším důležitým blokem práce je praktická část, ve které je na jejím začátku vymezena metodologie dotazníkového šetření, jeho výzkumný vzorek, postup výzkumu. Dotazník se zaměřoval na efektivnost edukace 26 anonymních pubescentů a adolescentů nutričním terapeutem v rámci vybrané lázeňské redukční kúry. Následující část práce obsahuje kapitoly, které zahrnují výsledky a jejich popis. V závěru práce je diskuse nad výsledky průzkumu, komparace dat a doporučení pro praxi v rámci podobných edukací nutričním terapeutem.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda a nakolik byla zkoumaná edukace efektivní. Šetření se zajímalo o to, jaké změny nastaly v konkrétních otázkách ve vnímání omezení, postojích, znalostech v rámci racionální, redukční diety a v pohledu sama na sebe během léčebné kúry u respondentů. Zjištění ukázala na to, že děti začaly zdravý životní styl a hubnutí vnímat méně jako omezující. Postoj pacientů k otázkám zdraví, zájmu o složení potravin a ke vzdělávání sebe sama v oblasti výživy se obecně zlepšil. Taktéž znalosti o racionální a redukční dietě dětí během kúry nabyly. Co se týče vnímání pacientů sebe sama, konkrétně toho, zda se sami sobě začali více líbit, došlo k nezanedbatelnému růstu kladných hodnocení svého zevnějšku. Jejich psychická vyrovnanost však nabrala opačné tendence, zřejmě se zhoršila. V rámci znalostního průzkumu o mýtech ve výživě bylo zjištěno, že mýtům děti na konci léčby méně věřily. Celkově měla tedy kúra úspěch a až na zhoršenou psychickou vyrovnanost dětských klientů.

Efektivnost edukace nutričním terapeutem byla viditelná, žádoucích odpovědí zaokrouhleně přibylo 9,3 %. To sice není možné maximum, ale i tak je to z mého pohledu relativně úspěšné. Otázkou však zůstává, jak by se dala efektivnost dále zvýšit. Mé doporučení je zaměřit pozornost na formy a metody edukace nutričního terapeuta.

Téma práce a závěry průzkumu jsou přínosem pro praxi, neboť je v zájmu nás všech snížit počet jedinců s nadměrnou váhou, přičemž edukace nutričním terapeutem je nedílnou součástí terapie nadváhy a obezity. Je potřeba zkoumat tuto problematiku dále, v zájmu zvyšování efektivnosti podobných edukací. Z mého pohledu je nutné zařadit více praktických metod edukce (tvorba vlastních jídelníčků a jejich následná korekce apod.). Je potřeba nalézt takové postupy, které pomohou pacientům nové informace lépe vštípit do jejich paměti a nabudit je k větším změnám v postojích, vnímání a názorech ohledně zdravého životního stylu. V léčbě by měla být rozhodně zapojena rodina dítěte. S nutričním terapeutem by měl být pacient (a jeho rodina) v úzké spolupráci i po ukončení kúry. Nezanedbatelnou je v rámci této záležitosti i intervence psychologa.

## Seznam použitých zdrojů

AYERS, Susan a DE VISSER, Richard. 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2015. 978-80-247-5230-3.

BOŽENSKÝ, Jan, PROCHÁZKA Bohuslav. 2020. Obezita dětí a dospívajících aneb co dělat s obézním dítětem v ambulanci dětského lékaře. *Časopis lékařů českých*. 2020, Sv. 159, 3-4.

ČANT. 2024. Kdo je nutriční terapeut? *ČANT: Česká asociace nutričních terapeutů*. [Online] 27. 12. 2024 Dostupné z: <https://www.cant.cz/>. [Citace: 14. 2. 2025]

ELIÁŠOVÁ, Jana a MARTIŇÁKOVÁ, Marie. 2018. Edukace v praxi nutričního terapeuta. *Inovace VOV*. [Online] 10. 11. 2018 Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/177/page00.html>. [Citace: 14. 2. 2025]

HAINER, Vojtěch a kol. 2022. *Základy klinické obezitologie*. Praha : Grada, 2022. 978-80-271-1302-6.

HAMPLOVÁ, Lidmila. 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha : 2019, 2019. 978-80-271-0568-7.

HUBÁLKOVÁ, Pavla. 2022. Jíst zdravě není věda, tvrdí nutriční epidemioložka. *FORUM Univerzity Karlovy*. [Online] 4. 1. 2022 Dostupné z: <https://www.ukforum.cz/rubriky/veda/8092-eliska-selinger-jist-zdrave-neni-veda#:~:text=%E2%80%9EV%20%C4%8Cesku%20je%20pom%C4%9Brn%C4%9B%20n%C3%ADzk%C3%A1,1%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20fakulty%20UK>. [Citace: 14. 2. 2025]

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar a kol. 2019. *Lázeňství management a marketing*. Praha : Grada, 2019. 978-80-271-2461-9.

JANSKÉ LÁZNĚ. LÁZEŇSKÝ DIETNÍ SYSTÉM - DĚTSKÁ LÉČEBNA VESNA. *Janské Lázně*. [Online] Dostupné z: [https://www.janskelazne.com/wp-content/uploads/2021/02/DV-03\\_Lazensky-dietni-system\\_deti\\_REV02.pdf](https://www.janskelazne.com/wp-content/uploads/2021/02/DV-03_Lazensky-dietni-system_deti_REV02.pdf). [Citace: 8. 2. 2025]

KEBZA, Vladimír a MAREŠ, Jiří. 2024. *Psychologie zdraví*. Praha : Grada, 2024. 978-80-247-4411-7.

- KYTNAROVÁ, Jitka a kol. 2022. DĚTSKÁ OBEZITA 2021. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví*. [Online] 2022 Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7139-publikace-detska-obezita-2021.pdf#page=35>. [Citace: 15. 1. 2025]
- KYTNAROVÁ, Jitka. 2023. Obezita u dětí a její léčba. *Šance Dětem*. [Online] 17. 10. 2023 Dostupné z: <https://sancedetem.cz/obezita-u-deti-jeji-lecba>. [Citace: 8. 2. 2025]
- LÉČEBNÉ LÁZNĚ. 2025. Katalog lázní. *Svaz léčebných lázní České republiky*. [Online] 2025 Dostupné z: [https://www.lecebnelazne.cz/profiles/?commit=Hledat&group\\_id=19&indication\\_id=&kids\\_adults%5B%5D=kid&utf8=%E2%9C%93](https://www.lecebnelazne.cz/profiles/?commit=Hledat&group_id=19&indication_id=&kids_adults%5B%5D=kid&utf8=%E2%9C%93). [Citace: 20. 1. 2025]
- LEE YOUNG, Eun, YOON, Kun-Ho. 2018. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and. *Frontiers of Medicine*. 2018, Sv. 12(6), 658-666.
- MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar. 2016. *Výchova ke zdraví: 2., aktualizované vydání*. Praha : Grada, 2016. 978-80-247-5351-5.
- MANDELOVÁ, L., a kolektiv. 2024. PROBLEMATIKA DĚTSKÉ OBEZITY A PROJEKT BF24. *Národní screeningové centrum*. [Online] 4. 4. 2024 Dostupné z: <https://prevon.uzis.cz/res/file/prezentace/2024-04/11-mandelova.pdf>. [Citace: 16. 1. 2025]
- MARINOV, Zlatko a PASTUCHA, Dalibor. 2012. *Praktická dětská obezitologie. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha : Grada, 2012. 978-80-247-4210-6.
- MARINOV, Zlatko a STRÍTECKÁ, Hana. 2017. Podvýživa u obézních dětí. *Pediatric pro praxi*. 2017, stránky 18(2): 94-99.
- MKN-10. 2024. E65-E68 - Obezita a jiné hyperalimentace. *MKN-10 2024: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. [Online] 1. 1. 2024 Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/E66.9>. [Citace: 17. 1. 2025]
- MOHAMED, Shaban, a kol. 2022. Risk Factors, Clinical Consequences, Prevention, and Treatment. *MDPI: Multidisciplinary Digital Publishing Institute*. 9(12), 2022, Sv. 1975.
- MZČR. 2024. Lázeňská péče. *Národní zdravotnický informační portál*. [Online] 30. 7. 2024 Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/296-lazenska-pece>. [Citace: 20. 1. 2025]
- PASTUCHA, Dalibor. 2024. *Tělovýchovné lékařství: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha : Grada, 2024. 978-80-271-5441-8.

- PROCHÁZKOVÁ, Dagmar KAPOUNOVÁ, Zlata a kol. 2021. *Výživa dětí*. Brno : MedMuni, 2021. 978-80-210-9846-0.
- RUSKOVÁ, Jitka. 2011. Specifika výživy dospívajících. *Pediatric pro praxi*. 2. 9. 2011, stránky 12(4) 277-280.
- SADÍLKOVÁ, Aneta, ČMERDOVÁ, Kristýna, HÁSKOVÁ, Aneta. 2020. Úloha nutričního terapeuta v péči o obezitu. *Časopis českých lékařů*. 2020, Sv. 159, 131-135.
- SEDLAK, Petr a kol. 2016. Obezita v dětském věku – zrcadlo společnosti? *Časopis ŽIVA - Akademie věd České republiky*. 2016, Sv. 5, 261-263.
- SOLAN, Matthew. 2024. Body roundness may beat body mass for identifying risky fat. *Harvard Health Publishing, Harvard Medical School*. [Online] 1. 9. 2024 Dostupné z: <https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/body-roundness-may-beat-body-mass-for-identifying-risky-fat>. [Citace: 4. 2. 2025]
- SOVOVÁ, Eliška a SOVOVÁ, Markéta a SOVA, Milan. 2023. *Primární prevence v praxi – projekt 5S*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. 978-80-244-6262-2.
- SPOLEČNOST PR VÝŽIVU. 2021. Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro děti. *Společnost pro výživu*. [Online] 21. 4. 2021 Dostupné z: <https://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-deti/>. [Citace: 16. 1. 2025]
- SVAČINA, Štěpán. 2022. *Antiobezitika - vývoj, současnost a perspektivy*. Praha : Grada, 2022. 978-80-271-1282-1.
- SZÚ. 2025. Růstové grafy ke stažení. *STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV*. [Online] 2025. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/publikace-szu/data/hodnoceni-rustu-a-vyvoje/rustove-grafy-ke-stazeni/>. [Citace: 15. 1. 2025]
- TOMANOVÁ, Jitka. 2024. *Výživa a dietetika v ošetrovatelské péči I*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2024. 978-80-244-5632-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. 2022. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2022. 978-80-246-4961-0.
- VAJRAVELU, Mary Ellen, a kol. 2023. Pediatric Obesity: Complications and Current Day Management. *MDPI: Multidisciplinary Digital Publishing Institute: Life*. 13(7), 2023, Sv. 1591.

VÍŠ CO JÍŠ - TEENS. VÍŠ CO JÍŠ - TEENS. 2025. *Záchvatovité přejídání*. [Online]  
Dostupné z: <https://viscojis.cz/teens/122/>. [Citace: 5. 2. 2025]

ZÁKONY PRO LIDI. 2005. Vyhláška č. 107/2005 Sb. *Zákony pro lidi*. [Online] 8. 3 2005.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-107>. [Citace: 20. 1. 2025]

ZÁKONY PRO LIDI. 2018. Vyhláška č. 160/2018 Sb. *Zákony pro lidi*. [Online] 1. 9 2018.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-160>. [Citace: 20. 1. 2025]

ZÁKONY PRO LIDI. 1997. Zákon č. 48/1997 Sb.: Zákon o veřejném zdravotním pojištění  
a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi*. [Online] 4. 1 1997.  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>. [Citace: 26. 1. 2025]

## **Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence**

K napsání této bakalářské práce jsem nevyužila pomoci umělé inteligence.

## Seznam příloh

Příloha 1: Hlavní dotazník.....	78
Příloha 2: Dotazník – mýty ve výživě .....	82
Příloha 3: Otevřené odpovědi k otázce č. 1, 1. části.....	83
Příloha 4: Otevřené odpovědi k otázce č. 2, 1. části.....	84
Příloha 5: Otevřené odpovědi k otázce č. 3, 1. části.....	85
Příloha 6: Otevřená odpověď k otázce č. 4, 1. části .....	86
Příloha 7: Otevřená odpověď k otázce č. 6, 1. části .....	87
Příloha 8: Otevřená odpověď k otázce č. 7, 1. části .....	88
Příloha 9: Otevřená odpověď k otázce č. 8, 1. části .....	89
Příloha 10: Otevřená odpověď k otázce č. 9, 1. části .....	90
Příloha 11: Otevřená odpověď k otázce č. 3, 2. části .....	91
Příloha 12: Otevřená odpověď k otázce č. 6, 2. části .....	92
Příloha 13: Otevřená odpověď k otázce č. 12, 2. části .....	93

## Seznam používaných zkratk

**ACTH** – Adrenokortikotropní hormon

**BF24** – BUĎ FIT 24

**BIA** – Bioelektrická impedanční analýza

**BMI** – Body mass index

**BRI** – Body roundness index

**CAV** – Celostátní antropologický výzkum

**CMP** – Cévní mozková příhoda

**CNS** – Centrální nervová soustava

**COSI** - Childhood Obesity Surveillance Initiative (studie WHO)

**ČLS JEP** - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

**GERD** - Gastroesophageal Reflux Disease (Refluxní choroba jícnu)

**ISPA** - International Spa Association (Mezinárodní lázeňské asociace)

**KHS** – Krajská hygienická stanice

**MŠMT** - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

**MZČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**PCOS** - Polycystic ovary syndrome (Syndrom polycystických ovarií)

**STH** – Somatotropní hormon (růstový hormon)

**SZÚ** – Státní zdravotní ústav

**TH** – Tělesná hmotnost

**TV** – Tělesná výška

**WHR** - Waist–hip ratio (poměr obvodu pasu a boků)

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Percentilové pásmo BMI pro děti .....	15
Tabulka 2: Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?.....	53
Tabulka 3: Mýty ve výživě .....	56

## Seznam grafů

Graf 1: Jaké jsou základní živiny ve stravě (tzv. makronutrienty)? .....	31
Graf 2: Jaká makroživina je v chlebu zastoupena nejvíce? .....	32
Graf 3: Jaká makroživina se v oleji nachází nejvíce?.....	33
Graf 4: Jaká makroživina je v mase zastoupena nejvíce? .....	34
Graf 5: Jak vzniká nadváha či obezita? .....	35
Graf 6: Seřaď potraviny či nápoje od těch nejméně kalorických po ty s největším množstvím energie .....	36
Graf 7: Před: Napiš, jak by mohl vypadat tvůj oběd dle zásad tzv. zdravého talíře .....	37
Graf 8: Vypiš 3 nejdůležitější zásady tvorby jídelníčku, respektive stravování obecně.....	38
Graf 9: Co znamená slovo "cereální" (často na obalech potravin)? .....	39
Graf 10: Jaké informace nalezneme na obalech potravin? .....	40
Graf 11: Co je to jojo efekt? .....	41
Graf 12: Slyšel/a jsi o anorexii či bulimii? .....	42
Graf 13: Záleží ti na tvém zdraví? .....	43
Graf 14: Líbíš se sám/a sobě?.....	44
Graf 15: Myslíš, že jsi psychicky vyrovnaná/ý? .....	45
Graf 16: Baví tě pohyb?.....	46
Graf 17: Máš chuť se vzdělávat v oblasti výživy? .....	47
Graf 18: Jsi v léčbě dobrovolně? .....	48
Graf 19: Chceš být spíše štíhlý/á nebo zdravý/á?.....	49
Graf 20: Kolik kilogramů celkově chceš zhubnout, abys byl/a spokojený/á?.....	50
Graf 21: Vnímáš zdravý (správný) životní styl a hubnutí jako něco omezujícího? .....	51
Graf 22: Zajímá tě složení potravin? .....	52

Graf 23: Myslíš si, že po návratu z léčebny obnovíš tvůj původní způsob stravování a životního stylu? .....	55
Graf 24: Správné odpovědi k dotazníku o mýtech o výživě .....	61
Graf 25: Celková efektivnost edukace nutričním terapeutem .....	63

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: BMI: Dívky 0-18 let.....	14
Obrázek 2: BMI: Chlapci 0-18 let .....	14
Obrázek 3: Zdravý talíř.....	25

## Příloha 1: Hlavní dotazník

### 1. část

**Makroživina = makronutrient**

**1. Jaké jsou základní živiny ve stravě (tzv. makronutrienty)?**

-----

**2. Jaká makroživina je v chlebu zastoupena nejvíce?**

-----

**3. Jaká makroživina je v oleji zastoupena nejvíce?**

-----

**4. Jaká makroživina je v mase zastoupena nejvíce?**

-----

**5. Jak vzniká nadváha či obezita?**

- a) Když je příjem energie vyšší než výdej energie
- b) Když je příjem energie nižší než výdej energie
- c) Vyváženým příjmem a výdejem energie
- d) Nevím

**6. Seřaď potraviny či nápoje od těch nejméně kalorických po ty s největším množstvím energie:**

100 g okurka, 100 g voda, 100 g čokoláda, 100 g rohlík, 100 g coca-cola

1 - Nejméně energie:.....

2 - Více energie:.....

3 - Ještě více energie:.....

4 - Skoro nejvíce energie:.....

5 - Nejvíce energie:.....

**7. Napiš, jak by mohl vypadat tvůj oběd dle zásad tzv. zdravého talíře:**

---

---

**8. Vypiš tři nejdůležitější zásady tvorby jídelníčku, respektive stravování obecně (z těch, o kterých jsme si povídali):**

---

---

**9. Co znamená „cereální“ (často na obalech potravin)?**

---

**10. Jaké informace nalezneme na obalech potravin?**

- a) Obsah těžkých kovů
- b) Obsah ingrediencí, alergenů, množství základních živin, energetickou hodnotu potraviny
- c) Pouze energetickou hodnotu
- d) Jen ty informace, které potravinu dobře reprezentují

**11. Co je to jojo efekt?**

- a) Navrácení původní váhy, i vyšší (zpravidla rychlý velký úbytek váhy po přísné dietě a následné porušení diety a její neudržení)
- b) Efektivní rychlé zhubnutí
- c) Neschopnost přibrat na váze

**12. Slyšel/a jsi o mentální anorexii či bulimii?**

- a) Ano
- b) Ne

## 2. část

### 1. Záleží ti na tvém zdraví?

- a) Ano, velmi
- b) Docela ano
- c) Ani ne
- d) Ne, vůbec

### 2. Líbíš se sám/sama sobě?

- a) Mám rád/a pouze svou postavu
- b) Mám rád/a pouze svůj obličej
- c) Líbí se mi mé tělo i obličej
- d) Nemám ke svému tělu celkově žádný vztah
- e) Nemám rád/a své tělo, ani obličej

### 3. Myslíš, že jsi psychicky vyrovnaná/ý?

- a) Po většinu času jsem v pohodě
- b) Po většinu času se cítím špatně (zde můžeš uvést, co tě konkrétně trápí:)

---

c) Nevím, nedokážu odpovědět

### 4. Baví tě pohyb? (Počítají se i procházky, různé sporty, tanec a tak dále)

- a) Ano, velmi
- b) Docela ano
- c) Nevím
- d) Ani ne
- e) Ne, vůbec

### 5. Máš chuť se dál vzdělávat v oblasti výživy?

- a) Ano, mám obrovský zájem
- b) Docela ano
- c) Ani ne
- d) Ne, vůbec mě to nezajímá

---

**6. Jsi v léčebně dobrovolně?**

- a) Ano, sám/sama jsem měl/a zájem sem přijet
- b) Ne, ale nevadí mi to (pokud zvolíš tuto odpověď, napiš proč:)

-----

c) Ne, jsem tu s odporem

**7. Chceš být spíše štíhlý/á nebo zdravý/á?**

- a) Obojí stejně
- b) Hlavně štíhlý/á
- c) Hlavně zdravý/á

**8. Kolik kilogramů celkově chceš zhubnout, abys byl/a spokojený/á?**

- a) Méně než 5 kg
- b) Mezi 5-10 kg
- c) Více než 10 kg

**9. Vnímáš zdravý (správný) životní styl a hubnutí jako něco omezujícího?**

- a) Ano, je to velmi omezující
- b) Nějakých nutných omezení jsem si vědom/a, ale nejsou podle mě velká
- c) Nevnímám žádná omezení

**10. Zajímá tě složení potravin?**

- a) Ano
- b) Ne

**11. Co je podle tebe tvou příčinou nadváhy či obezity?**

-----

**12. Myslíš si, že po návratu z léčebny obnovíš tvůj původní způsob stravování a životního stylu?**

- a) Ano, vrátím se ke svým původním zvykům
- b) Ne, něco určitě změním (pokud zvolíš tuto možnost, odpověz, co přesně se u tebe změní, co chceš změnit:)

## Příloha 2: Dotazník – mýty ve výživě

Označ jednu odpověď	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím
Med <u>má mnohem</u> lepší složení než cukr			
Pečivo je <u>nutno</u> nahradit racionálními chleby či jinými křehkými chleby			
Energy drinky <u>jsou zbytečně</u> označovány za špatné			
Ze stravy je <u>nutné</u> vynechat bílé pečivo			
Ze stravy během redukční diety <u>se musí</u> odstranit vše dobré a zároveň kalorické jako sladkosti, chipsy...			
Je <u>potřeba</u> nahrazovat cukr sirupy jako je např. datlový, čekankový...			
Všechna „ <u>éčka</u> “ jsou <u>špatná</u> (nezdravá)			
Je <u>důležité</u> užívat vitaminové, bílkovinné či jiné doplňky stravy (u zdravého jedince)			
Máslo je <u>vhodné</u> na smažení			

### Příloha 3: Otevřené odpovědi k otázce č. 1, 1. části

Otázka č. 1 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Bez odpovědi	Bílkoviny a vitaminy
2.	Bílkoviny, tuky, sacharidy	Bílkoviny, tuky, vlákniny
3.	Tuky, sacharidy, bílkoviny	Bez odpovědi
4.	Bílkoviny, tuky, sacharidy	Bílkoviny, tuky, sacharidy
5.	Sacharidy, tuky, bílkoviny	Tuky, bílkoviny, sacharidy
6.	Bílkoviny, tuky, sacharidy	Bílkoviny, sacharidy, tuky
7.	Bez odpovědi	Bílkoviny, sacharidy, tuky
8.	Tuky, cukry, sacharidy	Bílkoviny, tuky, sacharidy
9.	Nevím	Cukry, tuky
10.	Bez odpovědi	Bílkoviny, sacharidy, tuky
11.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
12.	Bez odpovědi	Maso, ovoce, zelenina
13.	Bez odpovědi	Bílkoviny
14.	Bílkoviny, sacharidy, tuky	Maso
15.	Bez odpovědi	Nevím
16.	Bílkoviny	Bílkoviny
17.	Bílkoviny, sacharidy, vitaminy	Bílkoviny, Sacharidy
18.	Bílkoviny, tuky, sacharidy	Sacharidy, bílkoviny, tuky
19.	Sacharidy, bílkoviny, tuky	Bílkoviny, tuky, sacharidy
20.	Bez odpovědi	Sacharidy, bílkoviny, tuky
21.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
22.	Bílkoviny, tuky	Bílkoviny, sacharidy, protein
23.	Bez odpovědi	Tuky, cukry, bílkoviny
24.	Sacharidy, bílkoviny, tuky	Sacharidy, protein, tuky
25.	Bílkoviny, sacharidy, tuky	Nevím
26.	Bílkoviny, sacharidy, tuky	Bez odpovědi

Zaznamenána 1 makroživina – tmavě modrá barva

Zaznamenány 2 makroživiny – oranžová barva

Zaznamenány 3 makroživiny – zelená barva

Žádná či chybná odpověď – světle modrá barva

## Příloha 4: Otevřené odpovědi k otázce č. 2, 1. části

Otázka č. 2 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Nevím	Nevím
2.	Bílkoviny	Sacharidy
3.	Obilniny	Bez odpovědi
4.	Bez odpovědi	Sacharidy
5.	Bez odpovědi	Nevím
6.	Nevím	Nevím
7.	Sacharidy	Sacharidy
8.	Bílkoviny	Bílkoviny
9.	Bez odpovědi	Sacharidy
10.	Sacharidy	Tuky
11.	Nevím	Bez odpovědi
12.	Sacharidy	Mouka
13.	Cukr, škrob	Sacharidy
14.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
15.	Bez odpovědi	Sacharidy
16.	Sacharidy	Bez odpovědi
17.	Bez odpovědi	Sacharidy
18.	Mouka	Bílkoviny
19.	Tuky, sacharidy	Sacharidy
20.	Sacharidy	Sacharidy
21.	Sacharidy	Mouka
22.	Mouka	Bez odpovědi
23.	Bez odpovědi	Sacharidy
24.	Sacharidy	Sacharidy
25.	Obilí, mouka	Škrob/Cukry
26.	Sacharidy	Sacharidy

Správná odpověď – modrá barva

## Příloha 5: Otevřené odpovědi k otázce č. 3, 1. části

Otázka č. 3 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Tuk	Tuk
2.	Bez odpovědi	Tuky
3.	Řepka olejka	Řepka olejka
4.	Tuky	Tuky
5.	Tuk	Tuky
6.	Tuky	Tuky
7.	Tuky	Tuky
8.	Tuky	Tuky
9.	Tuky	Bez odpovědi
10.	Sacharidy	Tuky
11.	Bez odpovědi	Nevím
12.	Olej	Tuky
13.	Tuky	Tuky
14.	Bez odpovědi	Tuky
15.	Tuky	Bez odpovědi
16.	Tuky	Tuky
17.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
18.	Tuky	Tuky
19.	Tuky	Tuk
20.	Tuky	Tuky
21.	Řepka olejka	Tuky
22.	Bez odpovědi	Tuky
23.	Tuky	Ryby
24.	Tuky	Bez odpovědi
25.	Tuky	Tuky
26.	Bez odpovědi	Tuky

Správná odpověď – modrá barva

## Příloha 6: Otevřená odpověď k otázce č. 4, 1. části

Otázka č. 4 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Bílkoviny	Bílkoviny
2.	Bílkoviny	Bílkoviny
3.	Bílkoviny	Bílkoviny
4.	Bílkoviny	Bílkoviny
5.	Bílkoviny	Bílkoviny
6.	Bílkoviny	Bílkoviny
7.	Bílkoviny	Bílkoviny
8.	Bílkoviny	Bílkoviny
9.	Tuky	Bez odpovědi
10.	Tuky	Bílkoviny
11.	Nevím	Bez odpovědi
12.	Tuky	Maso
13.	Bílkovina	Bílkoviny
14.	Bílkoviny	Bílkoviny
15.	Bez odpovědi	Bílkoviny
16.	Bílkoviny	Bílkoviny
17.	Bez odpovědi	Bílkoviny
18.	Bílkoviny	Bílkoviny
19.	Bílkoviny	Bílkoviny
20.	Bílkoviny	Bílkoviny
21.	Bílkoviny	Bílkoviny
22.	Bílkovina	Bílkoviny
23.	Bez odpovědi	Bílkoviny
24.	Bílkoviny	Proteiny
25.	Bílkoviny	Bílkovina
26.	Bílkoviny	Bez odpovědi

Správná odpověď – modrá barva

## Příloha 7: Otevřená odpověď k otázce č. 6, 1. části

Otázka č. 6 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, kola, rohlík, čokoláda
2.	Okurka, voda, rohlík, cola, čokoláda	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda
3.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, coca - cola, rohlík, čokoláda
4.	Voda, okurka, rohlík, coca - cola, čokoláda	Voda, okurka, kola, rohlík, čokoláda
5.	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda	Okurka, voda, cola, rohlík, čokoláda
6.	Voda, okurka, cocacola, rohlík, čokoláda	Bez odpovědi
7.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Voda, coca – cola, okurka, čokoláda, rohlík
8.	Bez odpovědi	Okurka, voda, cola, rohlík, čokoláda
9.	Bez odpovědi	Voda, okurka, rohlík, čokoláda, cola
10.	Bez odpovědi	Okurka, voda, kola, rohlík, čokoláda
11.	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, cocacola, rohlík, čokoláda
12.	Voda, coca – cola, okurka, čokoláda, rohlík	Okurka, voda, kola, rohlík, čokoláda
13.	Okurka, voda, rohlík, cola, čokoláda	Bez odpovědi
14.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, rohlík, čokoláda, cola
15.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda
16.	Bez odpovědi	Voda, okurka, kola, rohlík, čokoláda
17.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Bez odpovědi
18.	Okurka, voda, kola, rohlík, čokoláda	Okurka, voda, rohlík, cola, čokoláda
19.	Voda, okurka, rohlík, čokoláda, cola	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda
20.	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda
21.	Okurka, voda, cola, čokoláda, rohlík	Voda, okurka, coca - cola, rohlík, čokoláda
22.	Okurka, voda, rohlík, čokoláda, cola	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda
23.	Voda, okurka, coca – cola, rohlík, čokoláda	Okurka, voda, cola, rohlík, čokoláda
24.	Voda, cola, okurka, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, coca - cola, rohlík, čokoláda
25.	Okurka, voda, kola, rohlík, čokoláda	Voda, okurka, kola, rohlík, čokoláda
26.	Voda, okurka, cola, rohlík, čokoláda	Okurka, voda, cola, rohlík, čokoláda

Správné seřazení – modrá barva

## Příloha 8: Otevřená odpověď k otázce č. 7, 1. části

Otázka č. 7 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Zelenina, ovoce, maso, pečivo	Maso, zelenina, džus
2.	Bez odpovědi	Maso, zelenina
3.	Ryba + zelenina, americké brambory	Ryba a salát a domácí hranolky
4.	Zelenina, příloha, maso	Všechny druhy živin
5.	Zeleninový salát s celozrnným pečivem, sýr	Pečené kuře, brambory, zelenina
6.	Bez odpovědi	Pečené kuře, brambor, okurka, rajče
7.	Nemám moc představu	Nemám představu
8.	Maso, menší příloha, zelenina	Hodně zeleniny, maso (bílkoviny), příloha (vláknina)
9.	Rýže s masem, šopský salát	Kuře, brambory, salát
10.	Banketka s žervé, ovoce	1/3 talíře masa, oblohy, kuskusu
11.	Vývar, zeleninový oběd	Jsem línej psát
12.	Maso, brambory, zelenina	Sýr, okurka, brambory, ryba
13.	¼ zelenina, ¼ příloha, ¼ tuky	Hodně zdravé
14.	Maso, nějaká příloha, zelenina	Maso, nějaká obloha, rýže
15.	Kuřecí maso, rýže, zelenina, 0,5 l vody	Bez odpovědi
16.	Rýže, houbová omáčka, kuřecí, polníček, zelenina	Ledový salát, přírodní plátek, těstoviny
17.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
18.	Ovoce, zelenina, bílkoviny, tuky	Třetina talíře maso, třetina rýže, třetina talíře zelenina
19.	Ovoce a zelenina, bílkoviny, sacharidy, zdravé tuky	Rýže, maso, zelenina
20.	65 % příloha, 20 % maso, 10 % sacharidy, 5 % zbytek	1/3 zelenina a ovoce, 1/3 bílkoviny (maso), 1/3 sacharidy (příloha)
21.	Bez odpovědi	1/3 bílkoviny, 1/3 sacharidy
22.	Menší porce kebabu	Maso, zelenina, brambory
23.	Krůtí plátek, brambory, obloha	Řízek s kaší, okurkový salát
24.	Pečené maso 1/3, brambory 1/3, salát 1/3	Maso, zelenina, bílkoviny
25.	Zelenina	Maso, zelenina, bílkoviny
26.	Maso, zelenina, těstoviny, voda	Půlka kebabu

Správný vzor zdravého talíře – tmavě modrá barva

## Příloha 9: Otevřená odpověď k otázce č. 8, 1. části

Otázka č. 8 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Bez odovědi	Cukr, bílkoviny, sacharidy
2.	Nevím	Bez odovědi
3.	1. ryba, 2. zelenina, 3 těstoviny	Bez odovědi
4.	Pravidelná strava + pestrost	Pravidelnost, pestrost, zásady zdravého talíře
5.	Příloha, maso, pití	1/3 talíře od každého sacharidy, bílkoviny, vláknina
6.	Bez odovědi	Bez odovědi
7.	Bez odovědi	Bez odovědi
8.	Váha, energie	Velikost, rozdělení, pravidelnost
9.	Čas, kolik jídla, vyváženost	Porce, čas jídel
10.	Zelenina, zdravé tuky, cukry	Zelenina, příloha, maso
11.	Bez odovědi	Zelenina, ovoce
12.	Ovoce, zelenina, maso	Bez odovědi
13.	Malý porce, nic <u>sladkého</u> a hlavně ne tučného	Pravidelná strava a pestrost jídelníčku
14.	Bílkoviny, voda	Pitný režim, pestrost
15.	Dostatek bílkovin, sacharidů, energie	Bez odovědi
16.	Bílkoviny	Pestrost, pravidelnost, častější, ale menší porce
17.	Bez odovědi	Bez odovědi
18.	Snažit se mít dost živin, dostatek pití, pravidelnost, nehladovět	Bez odovědi
19.	Dodržovat pitný režim, jíst vyváženě, pravidelnost	Bílkoviny, tuky, sacharidy, cukry
20.	Dostatek vitaminů, vyvážené porce, správný a pravidelný čas jídel	Bez odovědi
21.	Bez odovědi	Bez odovědi
22.	Bez odovědi	Zelenina, ovoce, maso
23.	Energie, pitný režim, živiny	Zelenina, ovoce, sacharidy
24.	Pravidelnost, časté ale malé porce, zdravé potraviny	Bez odovědi
25.	Zdravé jídlo, pití vody	Vyváženost, množství, vyváženost
26.	Bez odovědi	Pestrost, dané množství

Zaznamenaná 1 zásada – tmavě modrá barva

Zaznamenaný 2 zásady – oranžová barva

Zaznamenaný 3 zásady – zelená barva

Žádné či chybné zásady – světle modrá barva

## Příloha 10: Otevřená odpověď k otázce č. 9, 1. části

Otázka č. 9 (1. část) – otevřené odpovědi před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Bez odpovědi	Obilovina
2.	Obiloviny	Výrobek z obilovin
3.	Něco jako zdravější	Zdravější
4.	Nevím	Obilné
5.	Bez odpovědi	Že produkt obsahuje obiloviny (obilný produkt)
6.	Bez odpovědi	Je to z obilovin
7.	Bez odpovědi	Potravina vyrobená z obilí
8.	Co je vytvořeno z obilovin	Něco, co je vyrobené z obilovin
9.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
10.	Druh mouky ze semínek	Obilniny
11.	Bez odpovědi	Nevím
12.	Třeba kuličky	Lupínky
13.	Že jsou zdravější než kuličky	Obilovina
14.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
15.	Zdravější varianta potraviny	Bez odpovědi
16.	Bez odpovědi	Obiloviny
17.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
18.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
19.	Bez odpovědi	Obilné
20.	Křupky do mléka	Obilné, vyrobené z obilovin
21.	Bez odpovědi	Z obilovin
22.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
23.	Z obilí	Že to není zdravé
24.	Je to z obilovin	Lupínky
25.	Obiloviny	Bez odpovědi
26.	Bez odpovědi	Obsahuje obiloviny

Správná odpověď – modrá barva

## Příloha 11: Otevřená odpověď k otázce č. 3, 2. části

Otázka č. 3 (2. část) – otevřené odpovědi k možnosti b) před a po kúře

Odpovědi	Začátek kúry	Konec kúry
1.	Vše	Váha, samota
2.	Bez odpovědi	Deprese, úzkosti, bulimie
3.	Bez odpovědi	Deprese, úzkost
4.	Škola!	Vše
5.	Není potřeba	Bez odpovědi
6.	Bez odpovědi	Šikana ve škole
7.	Bez odpovědi	Bez odpovědi
8.	Bez odpovědi	Bez odpovědi

## Příloha 12: Otevřená odpověď k otázce č. 6, 2. části

Otázka č. 6 (2. část) – otevřené odpovědi k možnosti b) před a po kuře

1.	Bez odpovědi
2.	Bez odpovědi
3.	Bez odpovědi
4.	Moc fajn lidé, už jsem tu byla
5.	Dali mě sem, že jsem vypadala hrozně
6.	Mohla jsem jet na tábor, na který jsem se těšila, ale je to tu fajn

### Příloha 13: Otevřená odpověď k otázce č. 12, 2. části

Otázka č. 12 (2. část) – otevřené odpovědi k možnosti b)

1.	Jídlo
2.	Jídelníček, pohyb
3.	Pokusím se
4.	Chci začít chodit do fitka a jíst lépe
5.	Stravu
6.	Porce
7.	Asi jídlo a pohybovat se trochu
8.	Více pohybu, nepít sladké nápoje, jíst méně
9.	Budu jíst míň
10.	Budu hezčí
11.	Chci se zbavit chutě na sladké nápoje, jídla. Budu se snažit jíst střídavě
12.	Ani nevím
13.	Velikost porcí, přidám více bílkovin a budu pokračovat se sportováním
14.	Více pohybu, jíst 6x denně, jíst vyváženě
15.	Budu chodit víc ven, míň jíst a cvičit
16.	Méně čokolády
17.	Víc pohybu
18.	Bez odpovědi
19.	Budu sice jíst větší porce, ale budu se více hýbat
20.	Bez odpovědi
21.	Vše
22.	Sport
23.	Budu jíst pestře a pravidelně, budu se víc hýbat
24.	To je na rodičích