

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**INFORMOVANOST RODIČŮ
O NÁSLEDKÍCH DĚTSKÉ OBEZITY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Iveta Černohorská**

Vedoucí práce: **MUDr. David Neumann, PhD.**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**PARENT'S AWARENESS
OF RESULTS OF CHILDREN'S OBESITY**

Bachelor's thesis

Author: **Iveta Černohorská**

Supervisor: **MUDr. David Neumann, PhD.**

2008

Čestné prohlášení :

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Lázních Bohdaneč dne 23. 4. 2008

.....

Poděkování :

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé závěrečné práce MUDr. Davidu Neumannovi, PhD.

Dále děkuji za spolupráci ředitelkám mateřských škol v Pardubicích, konkrétně MŠ Dubina, MŠ Sluníčko, MŠ Višňovka, MŠ Srdíčko, MŠ Čtyřlístek, MŠ Motýlek, MŠ Wintrova a Sunny Language school. Děkuji i ředitelkám mateřských škol v Záchlumí, Rybné nad Zdobicí, Českých Libchavách, Horních Libchavách, Dolních Libchavách, Rvišti, Horním Třešňovci a Sopotnici.

„Nad zlato dražší, ale nad sklo křehčí jest dítě. Snadno je mu ublížiti a škoda odtud nesmírná“.

J. A. Komenský

Obsah

Úvod	8
1. Cíle práce	9
1.1 Teoretická část.....	9
1.2 Empirická část.....	9
2. Teoretická část	10
2.1 Informovanost	10
2.2 Definice obezity.....	10
2.3 Epidemiologická situace.....	10
2.4 Etiologie dětské obezity.....	11
2.5 Diagnostika obezity u dětí.....	12
2.6 Následky dětské obezity.....	12
2.6.1 Skeletární systém.....	12
2.6.2 Kardiovaskulární systém.....	15
2.6.3 Respirační systém.....	17
2.6.4 Játra.....	17
2.6.5 Pohlavní vývoj.....	18
2.6.6 Kožní změny.....	18
2.6.7 Psychické změny.....	18
2.6.8 Metabolické následky.....	22
2.7 Léčba dětské obezity.....	24
2.8 Prevence dětské obezity.....	25
3. Empirická část	26
3.1 Cíle empirické části.....	26
3.2 Hypotézy empirické části.....	26
3.3 Vzorek respondentů.....	26
3.4 Metodika výzkumu.....	27
3.5 Průběh výzkumu.....	27
3.6 Výsledky výzkumu.....	27
4. Diskuse	56
Závěr	60
Anotace	62

Seznam použité literatury a jiné zdroje.....	63
Seznam grafů.....	66
Seznam tabulek.....	67
Seznam zkratk.....	69
Seznam příloh.....	70
Přílohy.....	71

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě svého profesního zájmu o dětskou populaci. Z četných stížností rodičů hospitalizovaných dětí jsem zaznamenala, že jejich sportovní aktivity v dnešní době jsou trenéry a učiteli tělesné výchovy preferovány buď na žádné nebo vysoké úrovni. O rekreační malé sportovce není tak velký zájem. Pokud pak selhává i výchova v rodině, často převládnu negativní vlivy vedoucí k pasivnímu trávení volného času, jak to můžeme vidět v současné době. A to mě přivedlo k tématu dětské obezity a jejím zdravotním a psychickým důsledkům.

Zvyšující prevalence dětské obezity je nesporná. Jde o to pochopit, že nejde pouze o kosmetický problém, za který je stále mnohými laiky považována. Vysoký krevní tlak, poruchy spektra lipidů a diabetes mellitus 2. typu u obézních dětí jsou toho nesporným a alarmujícím důkazem.

Statistiky, které jsem měla možnost o dané problematice nastudovat, hovoří o nárůstu obezity ve školním věku. Z tohoto důvodu jsem svůj empirický výzkum zaměřila na rodiče dětí v předškolní věku, kdy je možnost úspěšného preventivního zásahu vyšší než později, když už je osobnost dítěte z větší části formovaná.

Cílem mé práce je zjistit informovanost rodičů o následcích dětské obezity a jejich postoje k této problematice.

V teoretické části zmiňuji epidemiologickou situaci, příčiny vzniku a možnosti léčby obezity. Hlavní důraz v této části práce kladu na následky obezity v dětském věku. V rámci prevence dětské obezity závěrem informuji o probíhajících projektech v této oblasti.

V empirické části porovnávám vědomosti a postoje rodičů dětí předškolního věku ve dvou oblastech s různým počtem obyvatel v místě bydliště. Informace získané metodou anonymního dotazníku rozdaného v mateřských školách dále zpracovávám do grafů a tabulek.

1. Cíle práce

1.1 Teoretická část

V teoretické části jsem si stanovila tyto cíle:

- popsat epidemiologickou situaci výskytu dětské obezity
- shrnout příčiny vzniku dětské obezity
- rozebrat možné následky dětské obezity
- informovat o léčebných možnostech dětské obezity a jejích následků
- seznámit s prevencí dětské obezity

1.2 Empirická část

V empirické části jsem si vytyčila následující cíle:

- zmapovat informovanost rodičů v oblasti následků dětské obezity
- porovnat rozdíly ve vědomostech a postojích rodičů žijících ve městě nebo v malých obcích
- zjistit potřebu informací u rodičů o této problematice
- poskytnout rodičům stručnou informaci o dětské obezitě a jejích možných následcích

2. Teoretická část

2.1 Informovanost

Informovanost je odvozena od pojmu informace a „každá informace je poznáním, proto je součástí poznávacích procesů“. Tyto procesy zahrnují vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení, řeč, fantazii a učení (Hartl, 2000).

Svou práci jsem zaměřila na stručný výčet poznatků v oblasti dětské obezity v teoretické části a v praktické části jsem zjišťovala vědomosti rodičů o následcích tohoto onemocnění. Předpokládám, že větší informovanost bude u rodičů s vyšším vzděláním.

2.2 Definice obezity

Obezita je definována především jako „nadměrné množství tuku ve vztahu k ostatním tkáním organismu“. Současně je provázána řadou morfologických, funkčních, metabolických, nutričních, biochemických, hormonálních, ortopedických, psychologických, zdravotních a jiných změn (Pařízková, 2007).

2.3 Epidemiologická situace

V současné době je nejen u nás pozorován vzestupný trend nadváhy a obezity jak v dospělosti, tak v dětském věku. Je popisována pandemie obezity.

U dětí v České republice se zvýšil počet s BMI nad 90. percentilem, tj. s nadváhou od roku 1991 do roku 1997 na 6,9 % u chlapců a na 8,9 % u dívek. Obavy ale vzbuzuje vzestup obezity s BMI nad 97. percentilem. U dvanáctiletých chlapců i dívek od roku 1991 vzrostla z 3 % na dvojnásobek.

Ve Spojených státech je vzestup dětí s nadváhou a hlavně s obezitou nejvíce nápadný. Zatímco do roku 1970 a v letech 1971 - 1974 bylo dětí s nadváhou ve věku 6 až 11 let pouze 4 %, v letech 1999 - 2000 je nárůst až na 15 %. U dětí ve věku 12 - 19 let stoupla prevalence nadváhy z 5 % v roce 1970 na 15 % v letech 1999 - 2000.

U školních dětí v Anglii a Skotsku se zvýšila obezita mezi lety 1984 - 1994 na dvojnásobek, ale také Španělsko, Řecko i Japonsko mají již problémy s nadváhou

u dětí (Urbanová, 2004).

Podle průzkumů má 25 % dětí s nadváhou v předškolním věku a 70 % adolescentů reálnou šanci k nadváze a obezitě v dospělosti, což je významným rizikem (Urbanová, 2004).

Situace se stala tak vážnou, že v roce 2002 označila Světová zdravotní organizace problém nadváhy za šesté nejvýznamnější riziko ohrožující lidské zdraví. Tím se obezita dostala i před riziko, které představuje kouření (Hlúbik, 2005).

2.4 Etiologie dětské obezity

U zdravého dítěte existuje přirozená regulace příjmu potravy a výdeje energie. Tím je chráněno před vznikem obezity. Některé patologické stavy však zapříčiňují poruchu této rovnováhy a nárůst tělesné hmotnosti, resp. zvýšení obsahu tělesného tuku. Mezi tyto stavy řadíme:

- patologické snížení bazálního metabolismu vedoucí k snížení výdeje energie při hypothyreóze
- hormonální příčiny, jako například nadbytek kortizolu u Cushingova syndromu, léčebné podávání kortikoidů nebo deficit růstového hormonu
- poškození center hladu a sytosti v hypothalamu (nádory, vrozené anomálie, stavy po neurochirurgických operacích, atd.)
- primární hypothalamická dysregulace (např. syndrom Pradera-Williho)
- sekundární hypothalamická dysregulace při léčbě některými psychofarmaky
- defekty genů pro leptin, leptinový receptor, atd.
- prostá alimentární obezita - nejčastější příčina dětské obezity, vznikající na základě zevních příčin, a to soustavnou nadměrnou nabídkou energeticky bohaté stravy ve vztahu k ubývajícím pohybovým aktivitám (Lebl, 2004).

Vzhledem k míře zastoupení jednotlivých příčin vzniku dětské obezity svou práci zaměřím na největší hrozbu dnešní doby – na **alimentární obezitu**.

2.5 Diagnostika obezity u dětí

V praxi nadváhu a obezitu u dětí diagnostikujeme především dle tzv. **percentilových grafů**. Mnohem přesnějším posouzením je **měření vrstvy podkožního tuku** pomocí kaliperu. Tato metoda má však přísná kritéria.

Percentilové grafy jsou sestaveny z hodnot základních tělesných rozměrů (hmotnost a výška) vztažených k věku dítěte. Vyhodnocujeme je následujícím způsobem:

- hodnoty v rozmezí 75. – 90. percentilu interpretujeme jako zvýšenou hmotnost
- hodnoty nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost
- hodnoty nad 97. percentilem značí obezitu

Hodnoty pod 25. percentilem signalizují sníženou hmotnost, pod 10. percentilem nízkou hmotnost a pod 3. percentilem jsou pro lékaře alarmujícím údajem (Pařízková, 2007).

2.6 Následky dětské obezity

Této kapitole bych ráda věnovala větší pozornost, protože její poznatky pokládám za nejméně obecně známé. Mnozí z rodičů stále nevědí nebo matně tuší, že obezita není jen kosmetický problém, ale velmi závažné onemocnění, které je zodpovědné za vznik mnoha zdravotních a psychických poruch dítěte. Napravování těchto následků je nejen velmi těžké, ale i ekonomicky náročné. V současné době je obezita považována za rizikový faktor u poruch v následujících oblastech:

2.6.1 Skeletární systém

Obezita v období růstu významně ovlivňuje **držení těla a zakřivení páteře**. Držení těla, jako jeden z nejdůležitějších ukazatelů růstu a vývoje, patří mezi základní vyšetření u obézních jedinců, neboť se na něm odráží jak aktuální, tak dlouhodobé změny organismu. Páteř jako hlavní nosný orgán těla se u obézního jedince dostává do stavu permanentního přetížení jak lokálního, tak celkového. Dochází k trvalé mikrotraumatizaci vedoucí později ke vzniku patologických změn. U dítěte se příznaky přetížení většinou ještě neprojeví, jelikož reaguje zapojením kompenzačních mechanismů, ty jsou však prvním stupněm vzniku chronických patologických stavů. Je pouze otázkou času, kdy dojde k selhání jejich funkce (Pařízková, 2007).

Další skeletární komplikací je patologické vychýlení páteře do strany – skolióza, nebo dozadu - hrudní kyfóza. Při léčení těchto poruch se využívá především léčebná rehabilitace.

Epidemiologicky jsou v dospělosti bolesti páteře v 40 % příčinou pracovní neschopnosti a v 70 % příčinou invalidizace nemocného pro nemoc pohybového ústrojí. Z těchto důvodů jsou významným zdravotně ekonomickým problémem současnosti (Dungl, 2005).

Nadměrnou hmotností jsou zatíženy i klouby dolních končetin. V dětství dochází především k jejich vychýlení do osy, vznikají vbočená kolena. Vbočená kolena jsou definována jako zvýšení fyziologické valgozity kolenních kloubů, která může být jednostranná nebo oboustranná. Klinicky je tato větší valgozita příčinou subjektivních obtíží jako únavná chůze, obtíže při běhání a retropatelární bolestivost. Významnou roli hrají i kosmetické změny při nápadné úhlové deformitě. Léčba je buď pouze konzervativní - kvalitní obuv s pevným vedením paty nebo operační (Dung, 2005).

Další komplikací o které bych se tu ráda zmínila, jsou coxa vara dospívajících. Více než polovina dětí s touto diagnózou má hmotnost nad 90. percentilem. Coxa vara dospívajících je závažné onemocnění kyčle v pubertálním věku, při kterém ztrácí růstová chrupavka stehenní kosti svoji pevnost a vlivem pákových a střihových sil, působených zpravidla zvýšenou tělesnou hmotností, dojde k přerušení kosti v místě růstové chrupavky. Typicky v adolescentním věku může dojít k patologické zevní rotaci a vybočení stehenní kosti, vedoucí později v časnou sekundární artrózu kyčelního kloubu. Vývoj velmi závisí na zvoleném způsobu léčby. V klinickém obraze se objevují bolesti v kyčli či ve stehně po námaze. Bolest je tupá, přesně neohraňovaná, stálé nebo intermitentní povahy. Během času dochází k omezení pohybu končetiny. Terapie je volena operační, není-li kontraindikována (Dungl, 2005).

Často uváděnou skeletární komplikací je dětská plochá noha. Pes planovalgus je deformita nohy v růstovém věku, kdy dochází vlivem laxicity vazů k oploštění podélné klenby nohy a ke zvýšené valgozitě patní kosti. Je vůbec nejčastější diagnózou vyskytující se v ortopedické praxi. Přesná příčina není známá. Ke vzniku či prohloubení ploché nohy přispívá celá řada faktorů a mezi nimi i obezita.

V klinickém obraze se objevují bolesti na vnitřním okraji nohy, které se šíří na přední plochu bérce a pokud je vyvinuta i myostatická kontraktura lýtkového svalu, mohou se po únavě objevit bolesti lýtka (Dungl, 2005).

Hranice normálního a patologického nálezu nejsou jednoznačné, a proto jsou i indikace k léčení značně nejednotné a spíše závislé na místních zkušenostech lékaře. Léčení dětské ploché nohy je v drtivé většině případů konzervativní. Mírné formy ploché nohy se neléčí, jako vhodná je udávána chůze po dráždivém podkladu, který aktivizuje drobné svaly nohy a zvyšuje tak její pevnost. Doporučován je i strečink tricepsu, jako korekce postavení paty. Vyšší formy jsou korigovány ortopedickými vložkami v kombinaci s aktivním cvičením a posilováním svalstva. Operační řešení je indikováno při bolestech a únavě nohy, znemožňující běžnou aktivitu nebo pokud je konzervativní léčba neúčinná. Další indikací je výrazná deformita nohy s rychlou deformací obuvi. Operační řešení je velmi složité a výkony by měly být prováděny na specializovaných pracovištích, které mají s terapií plochonoží u dětí zkušenosti. I tak operace jen málokdy splní podmínku nebolestivosti a plné pohyblivosti nohy (Trč, 2006).

V dospělosti dochází vlivem nadváhy k časným artrotickým změnám. V případě obezity jsou nejčastěji postiženy velké nosné kluby, tj. kloub kyčelní a kolenní (Pařízková, 2007).

Osteoartróza je nezánettivé degenerativní onemocnění, charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání (synoviální membrána, kloubní pouzdro, kloubní vazy a svaly). Hlavní těžiště patogeneze osteoartrózy spočívá v poškození metabolických pochodů kloubní chrupavky.

Klinicky se projevuje především bolestí při zátěži a pohybu. Bolest je nejprve tupá, intermitentní, zhoršuje se při zátěži a pohybu a ustupuje v klidu. Typicky bývá při začátku pohybu. Časem se stupňuje a přechází v bolest klidovou. Dalším příznakem bývá sklon k tuhnutí kloubu po období klidu (ranní ztuhlost). Postupně dochází k omezení pohyblivosti a vzniku osových deformit kloubu (vbočená kolena).

Ke zmírnění obtíží je využívána především lázeňská léčba. Cílem terapie je potlačit bolest a zánětlivou reakci v synoviální membráně, udržet a zlepšit pohyblivost kloubu, posílit oslabené svaly a zabránit vzniku či korigovat existující deformitu. Je dobré upravit životosprávu (redukce nadváhy), zamezit přetěžování postiženého kloubu a provádět léčebnou rehabilitaci zajišťující dobrou trofiku svalových skupin v oblasti postiženého kloubu a omezující riziko vzniku svalových kontraktur (kolo, rotoped, plavání). Fyzikální

terapie zahrnuje nejčastěji vodoléčbu a elektroléčbu. V případě potřeby je využívána i medikamentózní terapie (Dungl, 2005).

2.6.2 Kardiovaskulární systém

Přibližně 20 % obézních dětí trpí **arteriální hypertenzí** (Pařízková, 2007).

Její přenos do dospělosti je u obézních dětí téměř 9x častější než u dětí s normální tělesnou hmotností.

Arteriální hypertenze je zvýšení krevního tlaku v systémovém krevním oběhu. Levá srdeční komora musí u hypertenze čerpat krev proti vysokému tlaku, což vede k jejímu zatěžování a postupnému poškození.

Hypertenze u dětí bývá často asymptomatická a nejčastěji je náhodně zachycena během preventivních prohlídek u PLDD. Příznaky tohoto onemocnění se objevují hlavně u dětí s těžšími formami hypertenze. Nejčastěji to jsou bolesti hlavy, epistaxe, únava nebo zvýšené pocení. Při těchto příznacích by dítěti měl být zkontrolován TK (Seman, 2006).

Neléčená hypertenze je rizikovým faktorem pro vznik pozdějšího srdečního selhání, zejména infarktu myokardu (bylo jednoznačně prokázáno, že mohutnost LK je u dětí s hypertenzí zvětšena), ale také ke vzniku cévní mozkové příhody, postižení ledvin a vzácně i periferních cévních poškození (tj. aterosklerózy). Může se spojovat s obezitou, dyslipidemií a DM 2. typu. Spolu s nimi může být zahrnuta do syndromu inzulínové rezistence.

Hypertenzi dělíme na primární a sekundární. Příčiny primární hypertenze jsou multifaktoriální. Mezi její rizikové faktory jsou řazeny právě dětská obezita související s malou tělesnou aktivitou, různé psychické stresy, nadměrný přívod soli v potravě, zvýšený LDL- a nízký HDL- cholesterol, atd. Samotné snížení obezity má na TK velmi příznivý vliv a není pochyb o tom, že snížení spotřeby soli většinou také krevní tlak sníží.

Tlak krve v dětství se vyvíjí v závislosti na věku a pohlaví. Kontrolní hodnoty vydala v roce 1996 Pracovní skupina pro kontrolu hypertenze u dětí a dospívajících (Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescent) v tabulce percentilových hodnot krevního tlaku pro děti ve věku 1 - 17 let. Za zvýšený považujeme TK tehdy, pokud překročí 95. percentil hodnoty pro příslušný věk a pohlaví. Za hypertenzi považujeme systolický nebo diastolický TK, jehož průměrná hodnota je 95. percentil a více nejméně ve dvou za tři měření pořízených minimálně při dvou návštěvách (Šamánek, 2003).

Z toho plyne pro ošetřující zdravotní sestru velmi zodpovědný přístup při měření TK u dětí. Správná technika, vhodná šíře a umístění manžety je volena dle standardních doporučení.

Měření tlaku krve alespoň na pravé horní a dolní končetině by se mělo standardně provádět během prvního vyšetření nového pacienta u dětského lékaře. Při další kontrole měříme tlak již jen na pravé horní končetině. Tlak měříme u zklidněného dítěte, a to dvakrát (asi po 3 – 5 minutách). Šířka manžety by měla odpovídat 40 % obvodu (pozor dříve délky) paže. U obézních dětí a u dětí se silnými dolními končetinami používáme manžetu pro dospělé, neboť při úzké manžetě naměříme vyšší a při širší manžetě nižší hodnoty, než jsou skutečné. Manžeta má být umístěna ve výši srdce a při měření tlaku na dolní končetině by měl pacient ležet.

Léčba dětí a dospívajících s primární hypertenzí musí vždy začít úpravou životního stylu. Tato zahrnuje šest bodů (snížit spotřebu tuků, zvýšit přísun zeleniny, snížit spotřebu soli, pravidelný pohybový režim, zákaz kouření a v neposlední řadě právě normální tělesná hmotnost - u dětí s nadváhou je požadavek snížit tělesnou hmotnost alespoň o 10 %).

Ve velké většině případů vystačíme pouze s úpravou životosprávy bez použití léků. Farmakoterapie je indikována teprve při dlouhodobém selhávání léčby nefarmakologické. Velmi důležitá je zde spolupráce celé rodiny. Lze doporučit lázeňskou terapii, vhodnou právě při sdružení hypertenze s nadváhou. Tomuto problému se věnuje například Léčebna Dr. L. Filipa v Poděbradech. Důležité však je, aby se pozitivní vliv lázeňské léčby po jejím ukončení nerozplynul v domácím prostředí, kde nedošlo k žádným změnám v chování rodiny (Šamánek, 2003).

Výrazná obezita může být také příčinou **varikózních změn cév** vznikajících v důsledku porušeného cévního epitelu. V dospělosti jsou pak tyto změny rizikem pro vznik varixů dolních končetin a tromboembolické choroby (Pařízková, 2007).

Nadváha a obezita u dětí a dospělých patří mezi nejzávažnější rizikové faktory časně **aterosklerózy**, onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a vápník. Tepny jsou takto poškozovány, ztrácí pružnost a dochází k jejich postupnému zužování (až uzávěru) s následnou nedokrevností příslušné části organismu. Nejnápadnější jsou tyto změny na věnčitých tepnách srdce, kde vedou ke vzniku **ischemické choroby srdeční až k infarktu myokardu**. Dále jsou časté na tepnách dolních končetin a na mozkových tepnách (Vokurka, 2004).

Infarkt myokardu a ostatní komplikace aterosklerózy jsou onemocnění vyskytující se až v dospělém věku, ale jejich začátek spadá nepochybně do útlého dětství. V současnosti o tom existuje mnoho jednoznačných důkazů. Prevence a terapie aterosklerózy začínající v dospělosti má proto jen malou naději na úspěch. Je třeba soustředit se na rizikové faktory této nemoci u dětí, a to jako přínos pro společnost nejen z hlediska ekonomického (Šamánek, 2003).

Celkem bylo popsáno více než 280 různých rizikových faktorů předčasné aterosklerózy. Ráda bych zde zmínila především ty ovlivnitelné, spojené právě s prostou obezitou. Jsou to především zvýšený tlak krve, zvýšené hodnoty LDL- a VLDL-cholesterolu a triglyceridů a oba typy diabetu mellitu (Šamánek, 2003).

Další možnou komplikací aterosklerotických lézí je **trombóza**, vznikající na základě rozvoje degenerativních změn v postiženém cévním úseku (Ascherman, 2007).

2.6.3 Respirační systém

U obézních dětí též bývá tzv. **syndrom spánkové apnoe** - soubor příznaků vyvolaných přerušováním pravidelného dýchání ve spánku apnoickými pauzami. V případě obezity jde o obstrukční typ této poruchy. Projevuje se nočními a denními příznaky. V noci je nápadné chrápání přerušované zástavami dechu, lapáním po dechu a opakovaným probouzením. Ráno se děti budí unavené, mají sucho v ústech a bolí je hlava. V popředí mohou být denní potíže jako hyperaktivita, porucha soustředění, zhoršení intelektu a poruchy nálady (Pejchal, 2007).

2.6.4 Játra

V důsledku zvýšeného přívodu tuků a jejich porušeného metabolismu vzniká u obézních dětí stav nahromadění tuku v jaterních buňkách - **jaterní steatóza** (Vokurka, 2004).

Léčba jaterní steatózy u dětí je s úspěchem realizována ve vybraných lázeňských zařízeních. Redukční lázeňská léčba (redukční dieta, denní aerobní cvičení nebo plavání a terénní kúry) pozitivně ovlivňuje lipidové parametry a laboratorní hodnoty signalizující jaterní steatózu (Lísková, 2005).

Další vyskytující se komplikaci u dětí ve školním věku je výskyt **cholelitiázy**, žlučových konkrementů v žlučových cestách a žlučníku (Hainer, 2004).

V mnohých případech však nemusí cholelitiáza způsobovat vůbec žádné obtíže a zůstává tak bez terapie.

2.6.5 Pohlavní vývoj

U chlapců je popisován jak tzv. zdánlivý hypogonadismus (zevní genitál je zanořen v tukovém polštáři v dolní části břicha), tak i skutečný **hypogonadismus** s nižší sekrecí mužských pohlavních hormonů. Tyto změny jsou podmíněny působením hormonů v tukové tkáni obézních.

U dívek s nižším stupněm obezity bývá **pohlavní vývoj lehce urychlen**, naopak dívky s vyšším stupněm obezity mají často **porušenou funkci ovárií a nepravidelnou menstruaci až její zástavu** (primární a sekundární amenoreu). Bývají také zvýšeně ochlupené - **hirsutismus** (Pařízková, 2007).

2.6.6 Kožní změny

Erytémy, ekzémy a mykózy často se objevující v predilekčních místech jako jsou podpaží a oblast třísel. Kožní infekce v perineální oblasti mohou vést k **infekcím močových cest** a u dívek k **vaginitidám**.

U nadměrně obézních dětí s hyperinzulinémií a inzulínovou rezistencí se může vyskytovat tzv. **acanthosis nigricans** - zhrubělá, hnědavě až šedočerně zbarvená kůže na krku, v axilách nebo ingvinách (Pařízková, 2007).

2.6.7 Psychické změny

Pro správný vývoj osobnosti dítěte je důležitá adekvátní fyzická a psychická výkonnost. Výzkumy však opakovaně potvrzují **pocity zhoršeného psychického zdraví** u předškolních a školních dětí s nadváhou plynoucí z hodnocení vrstevníků. Ty jsou pak živnou půdou narušených vztahů obézních dětí k sobě samým i k okolnímu prostředí. Jejich sebehodnocení je ohroženo negativním vztahem k tělesným proporcím a nízkou

sebedůvěrou. Anticipace výsměchu ze strany vrstevníků a učitelů vede ke snižování chuti angažovat se v tělesných aktivitách, a to dále přispívá ke zvyšování jejich hmotnosti.

V sociálních vztazích mají obézní děti a adolescenti nemálo problémů.

V oblasti psychických změn jsou popisovány poruchy nálad - **deprese** a poruchy chování - **agrese a šikana**. K posledně jmenovanému jevu je nutno dodat, že obézní děti bývají nejen předmětem, ale i iniciátorem šikany (Pařízková, 2007).

Možnost rozvoje **deprese** u dětí byla dlouho silně podceňována nebo i zcela popírána jednak pod vlivem obecného laického pohledu na období dětství jako na období šťastné a bezstarostné, jednak i z pohledu klasické psychoanalýzy, podle níž nezralá osobnostní struktura dítěte rozvoj depresivní poruchy neumožňuje. Díky značnému nárůstu prací na toto téma v posledních letech je však zřejmé, že děti trpí depresí nejméně stejně často jako dospělí. Diagnostika této poruchy může být obtížná, protože klinický obraz je variabilní a výrazně ovlivněn věkem dítěte. I tak lze obecně říci, že problémy jsou obvykle maskovány do somatických obtíží či regresivních projevů.

Stejně u dospělých jako u dětí základními projevy deprese jsou smutek, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, pohybový útlum nebo agitovanost, apatie, únava, zhoršené soustředění, ztráta pocitu vlastní hodnoty až úvahy o smrti a suicidální myšlenky.

V případech obezity je deprese velmi nebezpečným onemocněním zejména v pubertálním věku, kdy je tendence ke kolísání nálad a drobným dysforickým rozladám normálním fenoménem. Důležité je zachycení patologické deprese, kdy riziko suicidia je v tomto věku vysoké. Psychoterapeutická intervence by neměla být v žádném případě podceňována (Říčan, 2006).

Podobně jako deprese je i **agresivita** v dětském věku laickou veřejností často podceňována a považována za „nezávažný a přechodný“ symptom. Na základě studií provedených k tomuto tématu je však nesporné, že děti s touto poruchou chování budou projevovat známky zjevné agresivity i v časně dospělosti a určité procento z nich se opakovaně dostane do konfliktu se zákonem. Z preventivního hlediska je proto nezbytné tomuto jevu věnovat dostatečnou pozornost.

Agresivita je popisována jako verbální či neverbální reakce zlosti či hněvu, které jsou běžným typem odpovědi dítěte i na banální frustrace a stresy. Chování je v rozporu s uspokojováním potřeb ostatních lidí a porušuje morální i sociální normy. Agresivní projevy pacienta se postupně stávají dominantním vzorcem jeho vystupování a jen obtížně

hledá náhradu v jiných, sociálně akceptovaných formách jednání a osoby o něj pečující začínají mít pocit výchovné bezradnosti při stanovení hranic jeho chování. Etiologie a projevy agresivity mohou mít u jednotlivých dětí rozmanitý charakter. Faktory podporující agresivitu u dětí jsou dané jednak specifickými vlastnostmi dítěte samotného, jeho rodiny a prostředí mimo ni. Sklon k otevřenému projevování agrese se více vyskytuje u mužského pohlaví s časnou a opakovanou tělesnou či psychickou traumatizací, sníženou sociální kompetencí, slabším školním prospěchem, nízkou sociometrickou pozicí ve škole, nízkým sebehodnocením, emoční nezralostí, vysokou závislostí na vrstevnické skupině, nedostatečnou interiorizací morálních norem a lepší schopností prosazovat se pomocí takových vzorců jednání.

Mezi rodinné charakteristiky se mimo jiné řadí malá soudržnost vztahů mezi členy rodiny, dlouhodobě nedostatečné citové uspokojení dítěte, podceňování vzdělání, nižší ekonomická úroveň, nižší vzdělání matek a přetrvávající kriminální chování mezi generacemi.

Mimo rodinu dítěte je obvykle vrstevnická skupina, která dítě buď nepřijímá nebo ho vede k disociálnímu či antisociálnímu chování, které je podpořeno nedostatečným dohledem nad chováním dětí ve škole a v komunitě.

V terapii agresivních dětí je proto velmi důležité zajistit vyloučení nebo alespoň zmírnění vlivu jednotlivých nepříznivých faktorů a přerušení jejich vzájemné konfigurace.

Z hlediska sociální prevence je žádoucí umět adekvátně předvídat násilné akty a mít možnost omezit jejich výskyt. Je třeba zasáhnout už při prvních příznacích zjevné agresivity dítěte, nejčastěji se vyskytujících mezi 6. – 8. rokem dítěte, neboť dětské pacienti bývají psychoterapeutickému a výchovnému či intervenčnímu působení přístupnější než dospívající a dospělí lidé. Pokud ovšem naleznou podporu ve svém blízkém okolí. Upřednostňována je rodinná terapie někdy podpořena farmakoterapií (např. u agresí maskované deprese). Pokud má dětský klinický psycholog dosáhnout dostatečné úrovně sociální adaptace, je třeba počítat s dlouhodobou odbornou péčí (Říčan, 2006).

Šikana jako specifická forma agrese je velmi závažný sociální jev, objevující se v současné době ve zvýšené míře u žáka škol různých stupňů. Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k ní říká:

Šikanování je chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů

nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, 2000).

Sexuální obtěžování až zneužívání oběžných dětí nebylo potvrzeno (Pařízková, 2007).

Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní učitelkou nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševním a tělesném zdraví.

Za určitých okolností může šikanování přerůst až do forem skupinové trestné činnosti a v některých opravdu závažných případech nabýt i rysy organizovaného zločinu. Je tedy důležité včas zaznamenat první varovné známky šikanování. Pedagog má zaregistrovat, pokud je dítě o přestávkách často osamocené, ostatní o něj nejeví zájem, nemá kamarády, vyhledává blízkost učitelů o přestávkách, působí smutně, nešťastně, stísněně, mívá blízko k pláči, stává se uzavřeným, jeho školní prospěch se někdy náhle a nevysvětlitelně zhoršuje, jeho věci jsou poškozené nebo znečištěné, případně rozházené, mívá zašpiněný nebo poškozený oděv, stále postrádá nějaké své věci, odmítá vysvětlit poškození a ztráty věcí nebo používá nepravděpodobné výmluvy, má odřeniny, modřiny, škrábance nebo řezné rány, které nedovede uspokojivě vysvětlit.

Rodiče by si měli všimnout, když za dítětem nepřicházejí domů spolužáci nebo jiní kamarádi, dítě nemá kamaráda, s nímž by trávil volný čas, s nímž by si telefonovalo apod., není zváno na návštěvu k jiným dětem, nemá chuť jít ráno do školy (zvláště když dříve mělo dítě školu rádo), odkládá odchod z domova, případně je na něm možno při bedlivější pozornosti pozorovat strach, prosí o dovoz či odvoz ze školy autem, chodí domů ze školy hladové (agresori mu berou svačinu nebo peníze na svačinu), usíná s pláčem, má neklidný spánek, křičí ze snu, např. "Nechte mě!", ztrácí zájem o učení a schopnost soustředit se na ně, mívá výkyvy nálad nebo zmínky o možné sebevraždě. Odmítá svěčit se s tím, co je trápí, žádá o peníze, přičemž udává nevěrohodné důvody (například opakovaně říká, že je ztratilo), případně doma krade peníze. V neposlední řadě je neobvykle agresivní k sourozencům nebo jiným dětem nebo si stěžuje na neurčité bolesti břicha nebo hlavy, ráno zvrací a snaží se zůstat doma. Své zdravotní obtíže může přehánět, případně i simulovat (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, 2000).

Dalším zkoumaným jevem je souvislost mezi obezitou a **zhoršeným výkonem ve škole**. Studie ukazují velice konzistentní výskyt tohoto vztahu, jež u obézních dětí nepříznivě ovlivňuje i přijetí na vysokou školu (Taras, 2005).

Je však otázkou, čeho je tento nálezný důsledkem. Je to šikana? Nebo vlivu učitelovy neobjektivní při posuzování schopností méně atraktivních mladých lidí? Nebo je to následek negativních vlivů rodiny? Či jiných faktorů?

2.6.8 Metabolické následky

K nejzávažnějším následkům obezity jsou řazeny metabolické změny, které často zachycujeme již ve školním věku dítěte. Tyto změny úzce souvisí se vznikem následujících onemocnění:

Diabetes mellitus 2. typu, nemoc začínající obvykle později než v dětství. Tento typ DM se dříve nazýval non-inzulin-dependent diabetes mellitus a je charakteristický tím, že buňky těla při něm nereagují na inzulin, jsou tzv. inzulinorezistentní. Kromě inzulinové rezistence zde postupně dochází i k poruše sekrece inzulinu z β -buněk Langerhansových ostrůvků, podobně jako u DM 1. typu.

U dětí se dříve vyskytoval téměř výhradně DM 1. typu. Až počátkem 90. let byl popsán DM 2. typu. Od té doby je udáván výrazný vzestup výskytu tohoto onemocnění v dětském věku.

Oba typy jsou přitom rizikovými faktory nejen aterosklerózy, ale i cévní mozkové příhody, nervového postižení (neuropatie), onemocnění cév oka (retinopatie) a trombózn.

Literatura uvádí, že více než polovina případů DM 2. typu se vyvíjí v souvislosti s nadváhou či obezitou a 95 % dětí s DM 2. typu má vysoké BMI. Příčinou je především přejídání, nevhodné složení stravy a snížení energetického výdeje. Tento životní styl je rizikovým faktorem zvýšené hladiny inzulinu v krvi a z toho plynoucí inzulinové rezistence. V poslední době je diskutována i genetická dispozice k DM 2. typu.

Zavedení zdravého životního stylu je tedy metodou, kterou lze výrazně snížit výskyt této nemoci nejen v dětské populaci. Je známo, že pouhé snížení stupně nadváhy nebo obezity může normalizovat patologický nálezný u DM 2. typu. Proto jeho léčbu zahajujeme korekcí

přítomné obezity a jestliže to vyžaduje stav nemocného, podáváme vedle diety také perorální antidiabetika (Šamánek, 2003).

Dalším možným metabolickým následkem dětské obezity je **dyslipoproteinémie** - porucha látkové výměny a transportu lipoproteinů (kulovité částice přenášející v krvi tuky, existuje několik druhů). Lze ji definovat také jako projevy zvýšení hladiny jednoho nebo více lipoproteinů při současném snížení hladiny lipoproteinu jiného.

Již v dětském věku lze identifikovat laboratorní projevy dyslipoproteinémií, a to v podobě abnormálních hladin lipidů a lipoproteinů v krevním séru nebo plazmě (Stožický, 2002).

Příčiny poruch metabolismu a transportu lipoproteinů v krevním oběhu jsou jednak poruchy primární - genetické mutace, jednak poruchy sekundární, klasifikované jako sekundární dyslipoproteinémie. Sekundární dyslipoproteinémie vznikají v důsledku různých nemocí (hypotyreóza, diabetes mellitus, atd.), účinku některých chemických látek (například alkoholu či léků) a nesprávné životosprávy – konkrétně mimo jiné nutričními vlivy způsobenou obezitou (Stožický, 2002).

U obézních dětí nacházíme v séru častěji než u normální dětské populace vyšší hodnoty celkového cholesterolu, vyšší hodnoty LDL a triacylglycerolů a naopak nižší hodnoty HDL. Kombinace těchto změn se v pozdějším věku podílí na vzniku aterosklerózy a jejích následků (Pařízková, 2007).

Terapie poruch lipidového metabolismu je u obézních dětí již několik let s úspěchem praktikována například v Dětské léčebně Dr. L. Filipa v Poděbradech (Němcová, 2005).

Poslední metabolický následek obezity, který bych zde ráda uvedla, se nazývá **metabolický syndrom**. V roce 2005 charakterizovala Mezinárodní diabetologická federace toto onemocnění následujícími znaky: centrální obezita, hladina triacylglycerolů v séru vyšší než 1,7 mmol/l, hladina HDL v séru nižší než 1,0 mmol/l, zvýšený tlak krve a glykémie nalačno více než 5,6 mmol/l.

Rizika rozvoje metabolického syndromu v dětském věku jsou však dosud otevřeným tématem. Shrňme-li ale předchozí poruchy metabolismu lipidů a glukózy, je patrné, že již v dětství nacházíme známky rozvíjejícího se metabolického syndromu, a včasnou prevencí tak můžeme zamezit jeho závažným následkům (Pařízková, 2007).

2.7 Léčba dětské obezity

Redukce hmotnosti u dětí v průběhu vývoje je velmi specifickým problémem, protože v období růstu je pro organismus přirozené naopak zvětšování tělesných rozměrů a přibývání hmotnosti. Proto se často uvádí, že by děti, především ty nadměrně obézní, měly v hmotnosti jen stagnovat a tzv. dorůst do její přiměřené hodnoty za podmínek současného rozvoje tukuprosté hmoty (hlavně svalů) a ubývání tuku.

Ze zkušeností je zřejmé, že vzhledem k tomu, že jednotlivé případy obezity se značně liší, nelze stanovit jednotný postup léčby pro všechny. Na základě důkladného vyšetření je nutné přistupovat k pacientům **individuálně**, a to jak z hlediska **dietních opatření**, tak **pohybového režimu a behaviorálního přístupu**. Proto jsou definovány pouze obecné základy monitorované diety a pohybového režimu, které jsou upravovány u konkrétních jedinců podle individuální situace a účelu.

Další podstatnou součástí tvoří individuální poradenství a **edukační činnost** dietologa. Cílem je co největší informovanost rodičů, která je velmi důležitá od samého počátku, neboť rodina je prostředí, ze kterého dítě přebírá návyky, které ho potom provázejí celý život.

Základní vyšetření při terapii jsou zaměřena na přítomnost komplikací obezity nebo nemocí s obezitou související. Patří sem především vyšetření biochemických a hormonálních ukazatelů, EKG a TK.

Pro nespornou psychickou zátěž obézních dětí je velmi důležitou složkou léčby psychoterapie, kterou rodiče, často sami obézní, nedovedou zvládnout. Dítě samo se neumí a nemůže vyrovnat se svým vzhledem a zavedeným životním stylem (Hainer, 2004).

V současnosti je využíváno **kognitivně – behaviorální terapie**, která se zaměřuje na odlišnost myšlení, postojů a emocí obézních. Jde o to, neléčit pouze somatickou poruchu a nevhodné stravovací a pohybové návyky, ale zaměřit se také na emoce a myšlení, které k nevhodnému chování vedou. A protože malé dítě se může jen těžko chovat jinak než jeho rodiče, jsou matka i otec důležitou součástí KBT (Málková, 2007).

Nedílnou součástí terapie dětské obezity a některých jejích následků je **lázeňská léčba**, jež využívá dlouhodobého intenzivního působení na děti a někdy i na jejich rodiče. Její výsledky jsou však bohužel v mnohých případech po návratu do domácího prostředí nenávratně pryč.

Ráda bych zde uvedla dvě zařízení, zabývající se touto problematikou:

První představuje Léčebna Dr. L. Filipa, určena pro děti ve věku od 3 do 18 let. Specializuje se na léčbu dětí s nadváhou, hypercholesterolémií a vysokým krevním tlakem.

Její léčebná náplň zahrnuje především redukční a nízkocholesterolovou stravu, edukaci lékařem a dietní sestrou, skupinovou léčebnou tělesnou výchovu (posilovna, aerobik, škola zad, míče, rotoped, a plavání) a léčebné koupele.

Druhým významným zařízením u nás jsou Léčebné lázně Bludov, mezi jejichž hlavní indikace patří dětská obezita, skolióza, bolesti zad a infekce močových cest. Během tradičního šestitýdenního pobytu je léčebně působeno především v oblasti stravy, pohybu a psychiky obézních dětí. Komplexní přístup tohoto zařízení je určitou výhodou proti prvně jmenovanému, které psychoterapii vedenou klinickým psychologem v rámci léčení dětské obezity zatím neumožňuje.

2.8 Prevence dětské obezity

Nejlepším řešením je obezitě předcházet. V současné „obezigenní společnosti“ je to však značně nesnadné, a to především u jedinců geneticky disponovaných.

Zaměření, obsah i forma preventivních programů závisí na cílové skupině. Programy jsou zaměřeny především na otázky zdravého životního stylu a vytváření pozitivního vztahu k vlastnímu tělu. Cílem je:

1. **Informovanost rodičů**, neboť rodina je prostředí, ze kterého dítě přebírá návyky, které ho potom provázejí celý život. Úkolem rodičů je vést dítě k vytváření adekvátních stravovacích a pohybových návyků již od dětství.
2. **Informovanost samotných dětí** v přiměřené formě zajišťována již v mateřské školce a na prvním stupni základní školy (Pařízková, 2007).

Příkladem působení přímo na děti je například projekt **Pyramidáček**, což je edukační program určený mateřským školám. Pyramidáček je zaměřený na systematickou výuku základů správné výživy (potravinová pyramida) a podporu rozvoje pohybové aktivity. Probíhá formou her, soutěží, pohádek a výtvarných činností zařazených do výukových osnov mateřských škol průběhu celého roku.

Další významné projekty u nás řídí občanské sdružení **Stobík**, organizující zejména rodinné terapie obezity a informační akce na základních školách orientované na prevenci dětské obezity.

3. Empirická část

3.1 Cíle empirické části

V empirické části jsem si stanovila následující cíle:

- zmapovat informovanost rodičů v oblasti následků dětské obezity
- porovnat rozdíly ve vědomostech a postojích rodičů žijících ve městě nebo v malých obcích
- zjistit potřebu informací u rodičů o této problematice
- poskytnout rodičům stručnou informaci o dětské obezitě a jejích možných následcích

3.2 Hypotézy empirické části

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že větší znalosti mají rodiče s bydlištěm v obci s více než 50 000 obyvatel (z důvodu předpokládané vyšší informovanosti rodičů).

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že vyšší povědomí o rizicích dětské obezity bude ve skupině, kde je více rodin s jedním dítětem (z důvodu většího prostoru rodičů k sebevzdělávání).

Hypotéza č. 3: Vzhledem k aktuálnosti tématu si myslím, že zájem o danou problematiku bude v obou oblastech více než 50 %.

3.3 Vzorek respondentů

Soubor respondentů tvořili rodiče dětí předškolního věku navštěvujících mateřské školy v Pardubickém kraji. Celkem bylo rozdáno 436 dotazníků. Z toho 257 dotazníků v mateřských školách v Pardubicích (obec s více než 50 000 obyvatel) a 179 dotazníků v mateřských školách v obcích s méně než 5 000 obyvatel.

Podařilo se oslovit obce s méně než 1 000 obyvateli. Jednalo se o historicky založené vesnice v podhůří Orlických hor, nikoli o příměstská satelitní městečka.

3.4 Metodika výzkumu

Výzkum byl veden jako dotazníkové šetření. Vytvořila jsem anonymní dotazník, obsahující dvě části. První část je zaměřena na identifikující údaje a druhá se týká problematiky následků dětské obezity. V závěru dotazníku jsem položila jednu otázku zjišťující zájem respondentů o toto téma. Celkem dotazník obsahuje 21 položek.

Jako zpětnou vazbu jsem pro rodiče vypracovala stručný leták informující o dětské obezitě a jejich zdravotních následcích.

Dotazníky byly vyhodnoceny statistickým zpracováním absolutních a relativních hodnot. Bylo zhodnoceno celkem 228 dotazníků.

3.5 Průběh výzkumu

V době od 9. - 21. listopadu 2007 byly rozdány dotazníky do mateřských škol. Konkrétně byly ochotny spolupracovat ředitelky MŠ Dubina, MŠ Sluníčko, MŠ Višňovka, MŠ Srdíčko, MŠ Čtyřlístek, MŠ Motýlek, MŠ Wintrova a Sunny Language school v Pardubicích, MŠ v Záchlumí, MŠ v Rybné nad Zdobicí, MŠ v Českých Libchavách, MŠ v Horních Libchavách, MŠ v Dolních Libchavách, MŠ ve Rvišti, MŠ v Horním Třešňovci a MŠ v Sopotnici.

Vyplněné dotazníky byly sebrány mezi 30. 11. 2007 a 12. 12. 2007. V této době dostali rodiče, kteří vyplnili dotazník, informační leták o dětské obezitě a jejích následcích.

3.6 Výsledky výzkumu

Návratnost dotazníků byla z celkového počtu 52 %, přičemž v Pardubicích byla 46 % a v obcích pod 5 000 obyvatel byla 62 %.

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do tabulek a grafů programu Microsoft Excel. V tabulkách je zaznamenána absolutní a relativní četnost odpovědí. Grafy byly použity skupinové sloupcové s prostorovým efektem.

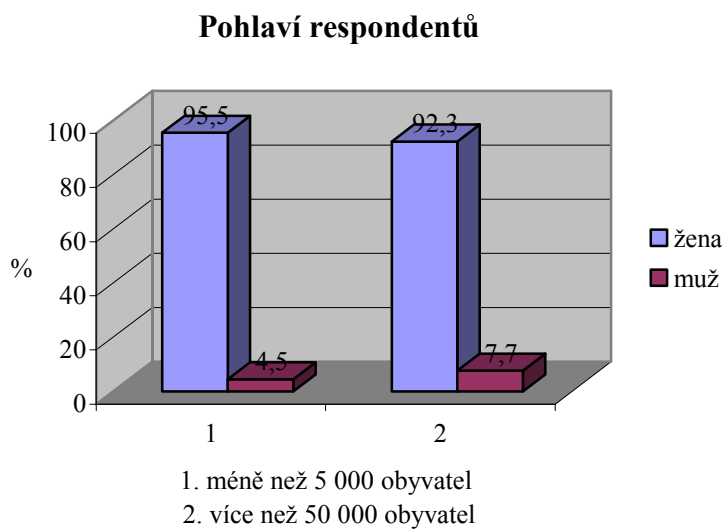
VÝSLEDKY IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ RESPONDENTŮ

Pohlaví respondentů:

Tabulka č. 1

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
žena	106	95,5	108	92,3
muž	5	4,5	9	7,7
celkem	111	100	117	100

Graf č. 1



Komentář:

V obci s méně než 5 000 obyvatel odpovědělo 106 žen (95,5 %) a 5 mužů (4,5 %).

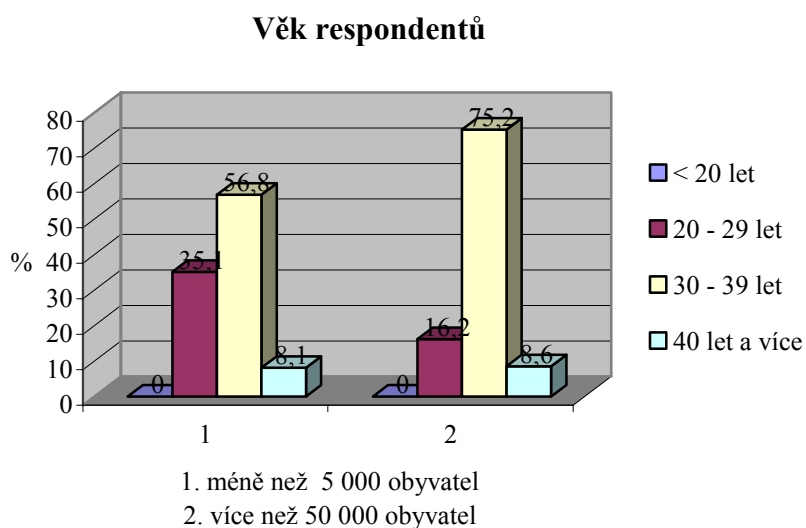
V obci s více než 50 000 obyvatel odpovědělo 108 žen (92,3 %) a 9 mužů (7,7 %).

Věk respondentů:

Tabulka č. 2

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
věk				
< 20 let	0	0	0	0
20 - 29 let	39	35,1	19	16,2
30 - 39 let	63	56,8	88	75,2
40 let a více	9	8,1	10	8,6
celkem	111	100	117	100

Graf č. 2



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 0 respondentů pod 20 let. 39 respondentů (35,1 %) ve věku 20 – 29 let. 63 respondentů (56,8 %) ve věku 30 – 39 let. 9 respondentů (8,1 %) ve věku 40 let a více .

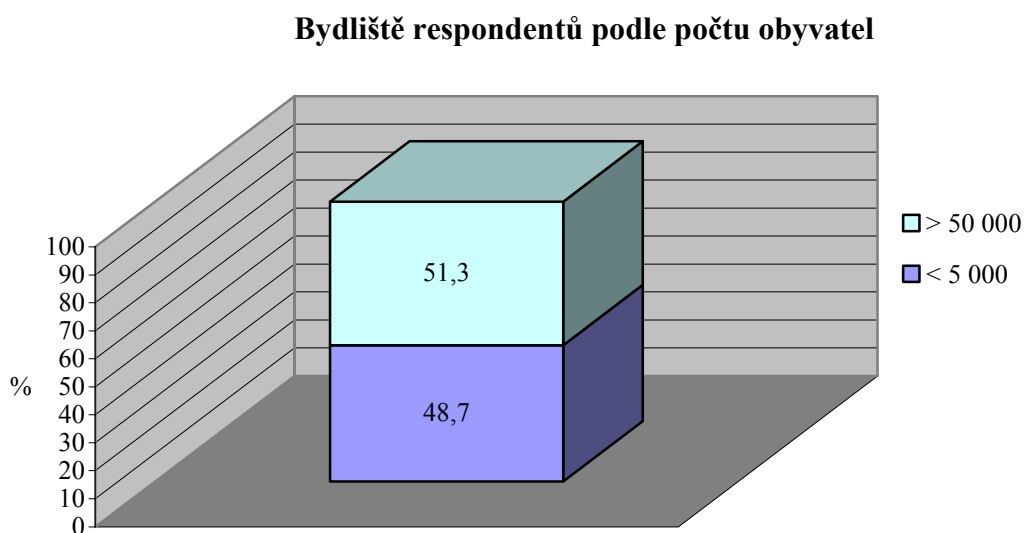
Obec s více než 50 000 obyvatel: 0 respondentů ve věku pod 20 let. 19 respondentů (16,2 %) ve věku 20 – 29 let. 88 respondentů (75,2 %) ve věku 30 – 39 let. 10 respondentů (8,6 %) ve věku 40 let a více.

Bydliště respondentů podle počtu obyvatel:

Tabulka č. 3

počet obyvatel	%	abs.
obec < 5 000 obyvatel	48,7	111
obec < 10 000 obyvatel	0	0
obec < 50 000 obyvatel	0	0
obec > 50 000 obyvatel	51,3	117
celkem	100	228

Graf č. 3



Komentář:

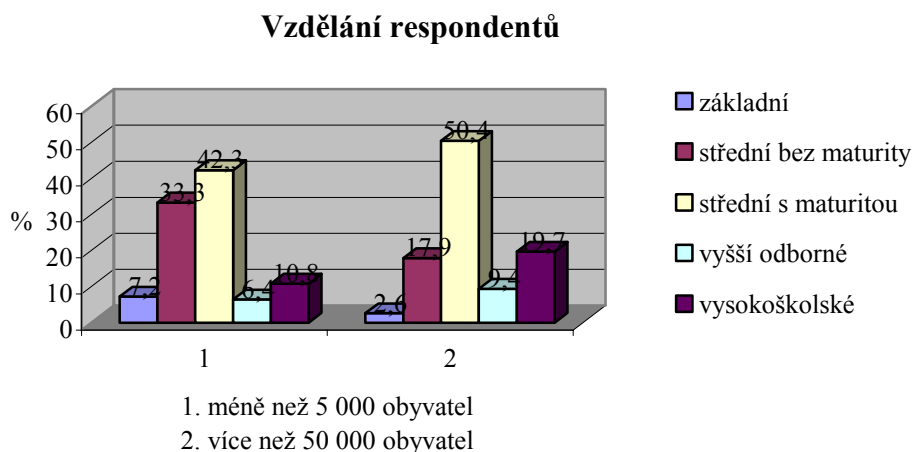
Celkem odpovědělo 228 respondentů (100 %). 111 respondentů (48,7 %) uvádí bydliště s méně než 5 000 obyvatel. 117 respondentů (51,3 %) má bydliště v obci nad 50 000 obyvatel.

Vzdělání respondentů:

Tabulka č. 4

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
Vzdělání				
základní	8	7,2	3	2,6
střední bez maturity	37	33,3	21	17,9
střední s maturitou	47	42,3	59	50,4
vyšší odborné vzdělání	7	6,4	11	9,4
vysokoškolské	12	10,8	23	19,7
celkem	111	100	117	100

Graf č. 4



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 8 respondentů (7,2 %) má základní vzdělání.

37 respondentů (33,3 %) uvádí vzdělání střední bez maturity. 47 respondentů (42,3 %) má vzdělání střední s maturitou nebo vyučen s maturitou. 7 respondentů (6,4 %) má vyšší odborné vzdělání. 12 respondentů (10,8 %) uvádí vysokoškolské vzdělání.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 3 respondenti (2,6 %) mají základní vzdělání.

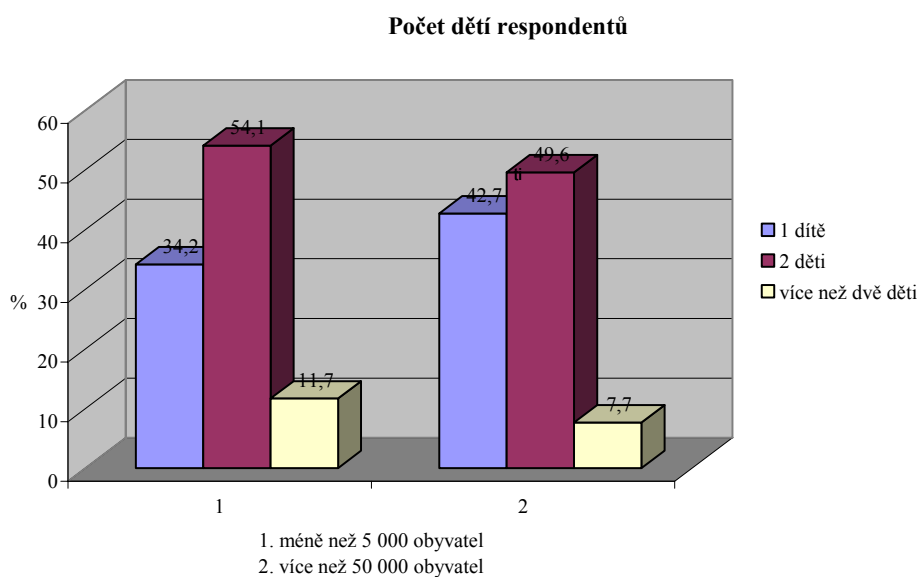
21 respondentů (17,9 %) uvádí vzdělání střední bez maturity. 59 respondentů (50,4 %) má vzdělání střední s maturitou nebo vyučen s maturitou. 11 respondentů (9,4 %) má vyšší odborné vzdělání. 23 respondentů (19,7 %) uvádí vysokoškolské vzdělání.

Počet dětí respondentů:

Tabulka č. 5

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
1 dítě	38	34,2	50	42,7
2 děti	60	54,1	58	49,6
více dětí	13	11,7	9	7,7
celkem	111	100	117	100

Graf č. 5



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 38 respondentů (34,2 %) má jedno dítě. 60 respondentů (54,1 %) má dvě děti. 13 respondentů (11,7 %) má více než dvě děti.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 50 respondentů (42,7 %) má jedno dítě.

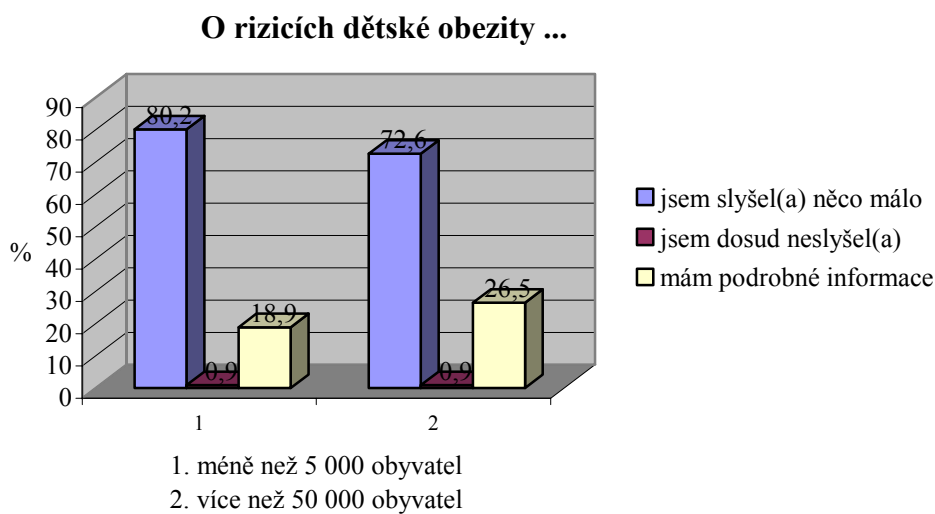
58 respondentů (49,6 %) má dvě děti. 9 respondentů (7,7 %) má více než tři děti.

Otázka č. 1: O rizicích dětské obezity:

Tabulka č. 6

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
jsem slyšel(a) něco málo	89	80,2	85	72,6
jsem dosud neslyšel(a)	1	0,9	1	0,9
mám podrobné informace	21	18,9	31	26,5
celkem	111	100	117	100

Graf č. 6



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 89 respondentů (80,2 %) o rizicích dětské obezity slyšelo něco málo. 1 respondent (0,9 %) o rizicích dětské obezity dosud neslyšel. 21 respondentů (18,9 %) uvádí, že o rizicích dětské obezity má podrobné informace.

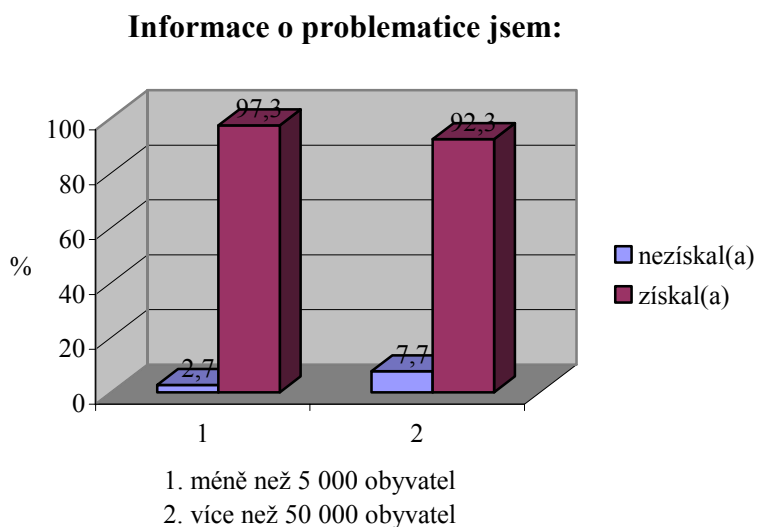
Obec s více než 50 000 obyvatel: 85 respondentů (72,6 %) o rizicích dětské obezity slyšelo něco málo. 1 respondent (0,9 %) o rizicích dětské obezity dosud neslyšel. 31 respondentů (26,5 %) uvádí, že o rizicích dětské obezity má podrobné informace.

Otázka č. 2: Informace o problematice jsem :

Tabulka č. 7

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
nezískal(a)	3	2,7	9	7,7
získal(a)	108	97,3	108	92,3
celkem	111	100	117	100
zdroj: ZZ	11		6	
zdroj: televize	83		72	
zdroj: literatura	41		57	
zdroj: internet	16		32	
jiný zdroj	4		15	

Graf č. 7



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 3 respondenti (2,7 %) uvádí, že informace nezískali.

108 respondentů (97,3 %) udává, že informace získali z následujících zdrojů, relativní četnost (%) je v tomto případě neudávána, vzhledem k častému výskytu kombinací zdrojů. Jako nejčastější zdroj informací je udávána televize (83x), dále literatura (41x), internet (16x), zdravotnické zařízení (11x) a naposledy jiný blíže neurčený zdroj (4x).

Obec s více než 50 000 obyvatel: 9 respondentů (7,7 %) uvádí, že informace nezískali.

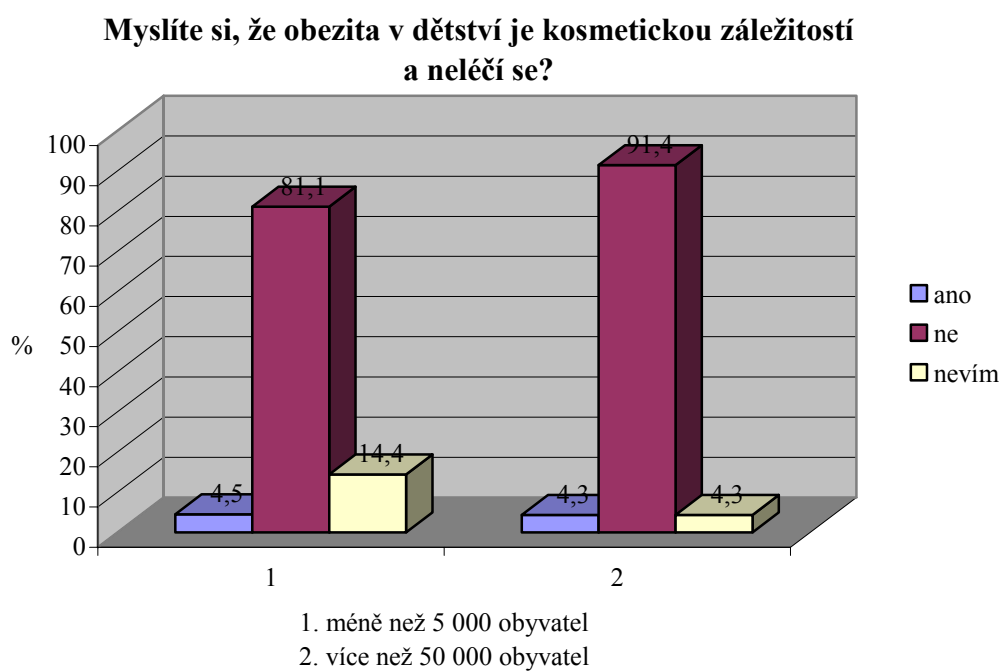
108 respondentů (92,3 %) udává, že informace získali z následujících zdrojů, relativní četnost (%) je v tomto případě opět neudávána, vzhledem k častému výskytu kombinací zdrojů. Jako nejčastější zdroj informací je udávána televize (72x), dále literatura (57x), internet (32x), zdravotnické zařízení (6x) a nakonec jiný blíže nespecifikovaný zdroj (15x).

Otázka č. 3: Myslíte si, že obezita v dětství je kosmetickou záležitostí a neléčí se?

Tabulka č. 8

obec	Méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	5	4,5	5	4,3
ne	90	81,1	107	91,4
nevím	16	14,4	5	4,3
celkem	111	100	117	100

Graf č. 8



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 5 respondentů (4,5 %) si myslí, že ano. 90 respondentů (81,1 %) udává, že ne. 16 respondentů (14,4 %) neví.

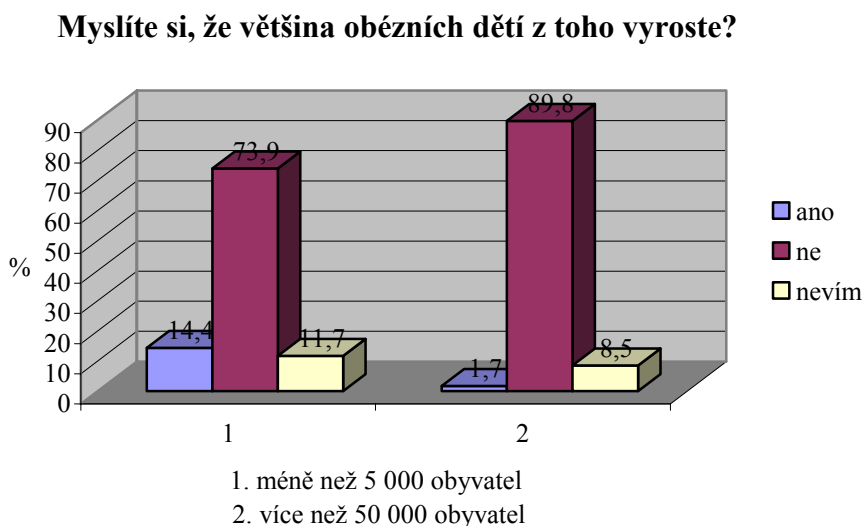
Obec s více než 50 000 obyvatel: 5 respondentů (4,3 %) si myslí, že ano. 107 respondentů (91,4 %) udává, že ne. 5 respondentů (4,3 %) neví.

Otázka č. 4: Myslíte si, že většina obézních dětí „z toho vyroste“?

Tabulka č. 9

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	16	14,4	2	1,7
ne	82	73,9	105	89,8
nevím	13	11,7	10	8,5
celkem	111	100	117	100

Graf č. 9



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 16 respondentů (14,4 %) si myslí, že ano. 82 respondentů (73,9 %) se domnívá, že ne. 13 respondentů (11,7 %) neví.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 2 respondenti (1,7 %) si myslí, že ano. 105 respondentů (89,8 %) uvádí, že ne. 10 respondentů (8,5 %) nezná odpověď.

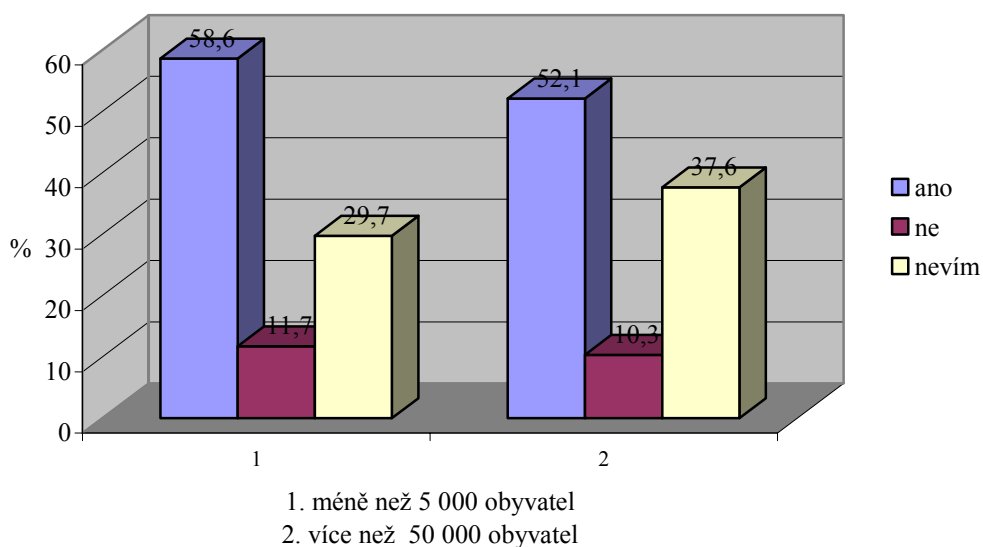
Otázka č. 5: Myslíte si, že obezita v dětském věku způsobuje zhoršení funkce štítné žlázy (projevující se únavností, zimouřivostí, nezájmem o cokoli, nevykonností)?

Tabulka č. 10

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	65	58,6	61	52,1
ne	13	11,7	12	10,3
nevím	33	29,7	44	37,6
celkem	111	100	117	100

Graf č.10

Myslíte si, že obezita v dětském věku způsobuje zhoršení funkce štítné žlázy?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 65 respondentů (58,6 %) si myslí, že odpověď na otázku zní ano. 13 respondentů (11,7 %) uvedlo, že ne. 33 respondentů (29,7 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 61 respondentů (52,1 %) si myslí, že ano. 12 respondentů (10,3 %) se domnívá, že ne. 44 respondentů (37,6 %) odpovědělo nevím.

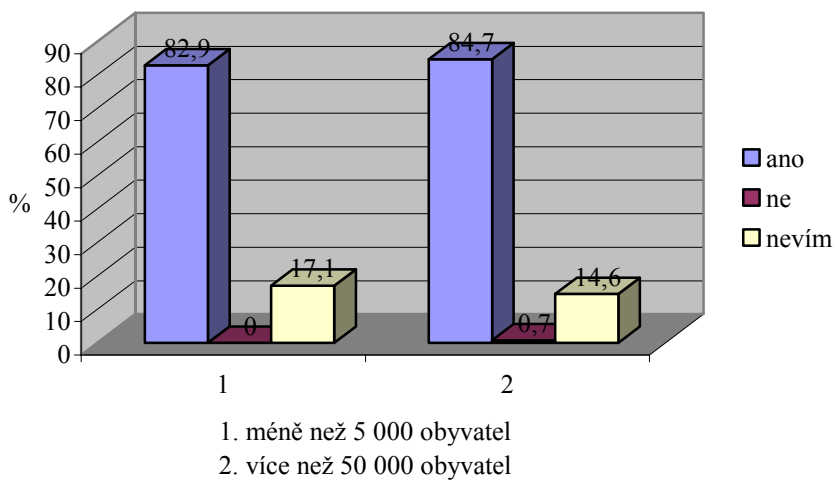
Otázka č. 6: Domníváte se, že obezita v dětství má vliv na onemocnění velkých kloubů dolních končetin (časná artrotické změny kloubů)?

Tabulka č. 11

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	92	82,9	99	84,7
ne	0	0	1	0,7
nevím	19	17,1	17	14,6
celkem	111	100	117	100

Graf č 11

Má obezita v dětství vliv na onemocnění kloubů dolních končetin?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 92 respondentů (82,9 %) odpovědělo ano.

Žádný respondent neodpověděl ne. 19 respondentů (17,1 %) neznalo odpověď na otázku.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 99 respondentů (84,7 %) odpovědělo ano.

1 respondent (0,7 %) si myslí, že ne. 17 respondentů (14,6 %) neví, zda ano či ne.

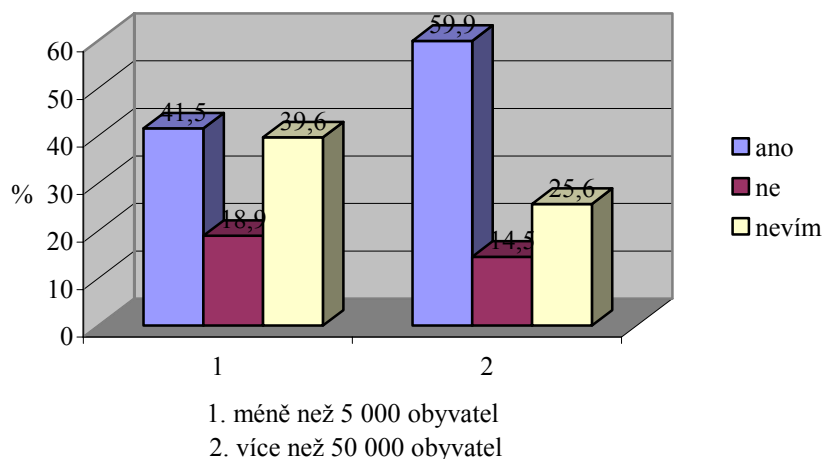
Otázka č. 7: Myslíte si, že obezita v dětském věku souvisí se vznikem skoliózy (vychýlení páteře do strany)?

Tabulka č. 12

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	46	41,5	70	59,9
ne	21	18,9	17	14,5
nevím	44	39,6	30	25,6
celkem	111	100	117	100

Graf č. 12

Myslíte si, že obezita v dětském věku souvisí se vznikem skoliózy?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 46 respondentů (41,5 %) odpovědělo ano.

21 respondentů (18,9 %) odpovědělo ne. 44 respondentů (39,6 %) nezná odpověď na otázku.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 70 respondentů (59,9 %) odpovědělo ano.

17 respondentů (14,5 %) odpovědělo ne. 30 respondentů (25,6 %) odpovědělo nevím.

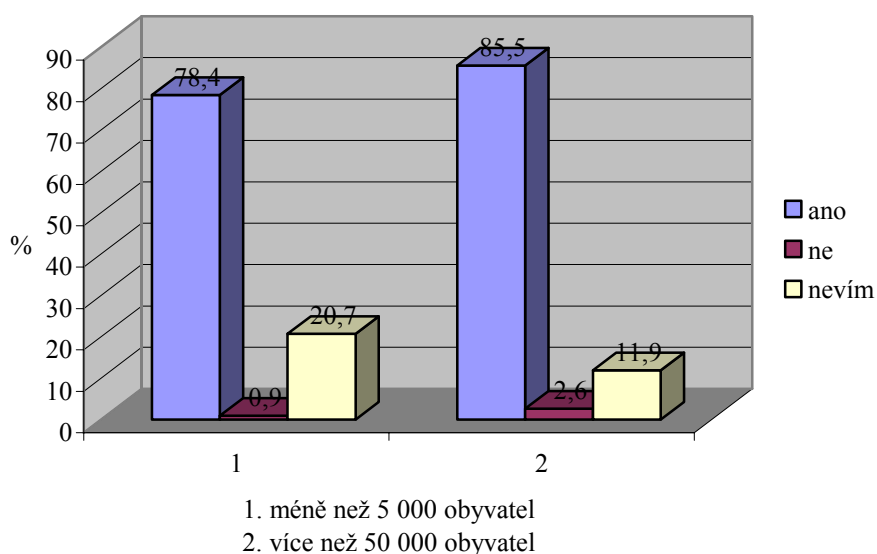
Otázka 8: Domníváte se, že zvýšený krevní tlak u obézních dětí je rizikovým faktorem pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku?

Tabulka č. 13

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	87	78,4	100	85,5
ne	1	0,9	3	2,6
nevím	23	20,7	14	11,9
celkem	111	100	117	100

Graf č. 13

Je zvýšený krevní tlak u obézních dětí rizikovým faktorem pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 87 respondentů (78,4 %) odpovědělo ano.

1 respondent (0,9 %) odpověděl ne. 23 respondentů (20,7 %) nevěděl, zda ano či ne.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 100 respondentů (85,5 %) odpovědělo ano.

3 respondenti (2,6 %) odpovědělo, že ne. 14 respondentů (11,9 %) neznalo odpověď na otázku.

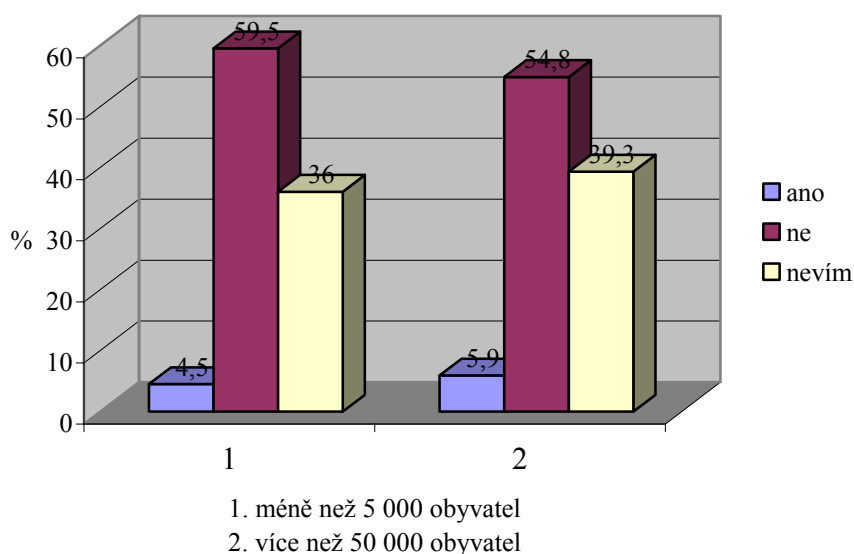
Otázka č. 9: Myslíte si, že obezita v dětském věku je příčinou vzniku pylové alergie?

Tabulka č. 14

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	5	4,5	7	5,9
ne	66	59,5	64	54,8
nevím	40	36	46	39,3
celkem	111	100	117	100

Graf č. 14

Myslíte si, že obezita v dětském věku je příčinou pylové alergie?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 5 respondentů (4,5 %) odpovědělo ano. 66 respondentů (59,5 %) odpovědělo ne. 40 respondentů (36 %) neznalo odpověď na otázku.

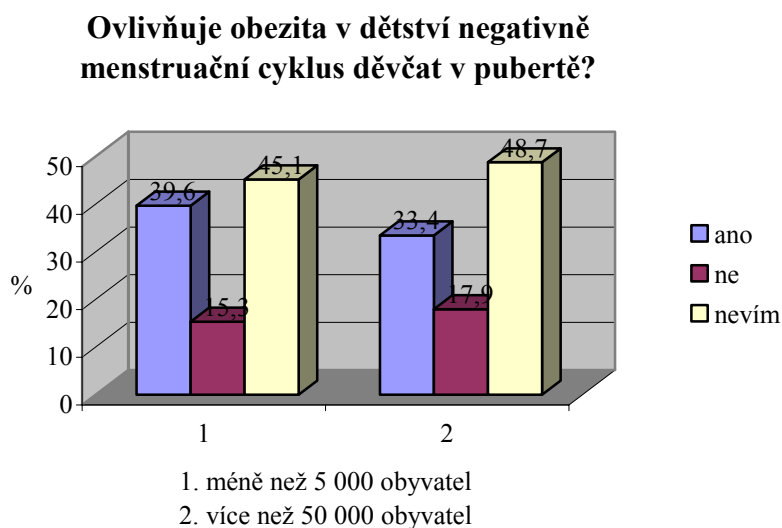
Obec s více než 50 000 obyvatel: 7 respondentů (5,9 %) odpovědělo ano. 64 respondentů (54,8 %) odpovědělo ne. 46 respondentů (39,3 %) neví, zda ano či ne.

Otázka č. 10: Domníváte se, že obezita v dětství negativně ovlivňuje menstruační cyklus u děvčat v pubertě?

Tabulka č. 15

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	44	39,6	39	33,4
ne	17	15,3	21	17,9
nevím	50	45,1	57	48,7
celkem	111	100	117	100

Graf č. 15



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 44 respondentů (39,6 %) odpovědělo, že ano.

17 respondentů (15,3 %) odpovědělo, že ne. 50 respondentů (45,1 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 39 respondentů (33,4 %) odpovědělo, že ano.

21 respondentů (17,9 %) odpovědělo, že ne. 57 respondentů (48,7 %) odpovědělo nevím.

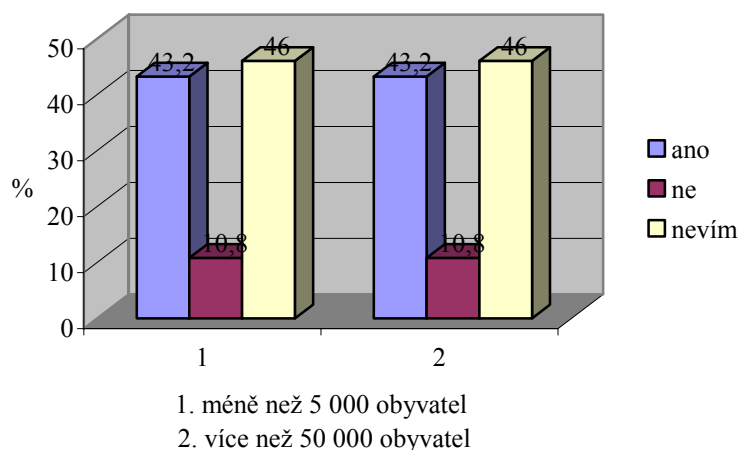
Otázka č. 11: Myslíte si, že obézní děti trpí na křečové žíly (rozšířené žíly na dolních končetinách, projevující se bolestí a otokem dolních končetin)?

Tabulka č. 16

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	48	43,2	48	41
ne	12	10,8	21	18
nevím	51	46	48	41
celkem	111	100	117	100

Graf č. 16

Myslíte si, že obézní děti trpí na křečové žíly?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 48 respondentů (43,2 %) odpovědělo, že ano.

12 respondentů (10,8 %) odpovědělo, že ne. 51 respondentů (46 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 48 respondentů (41 %) odpovědělo, že ano.

21 respondentů (18 %) odpovědělo, že ne. 48 respondentů (41 %) odpovědělo nevím.

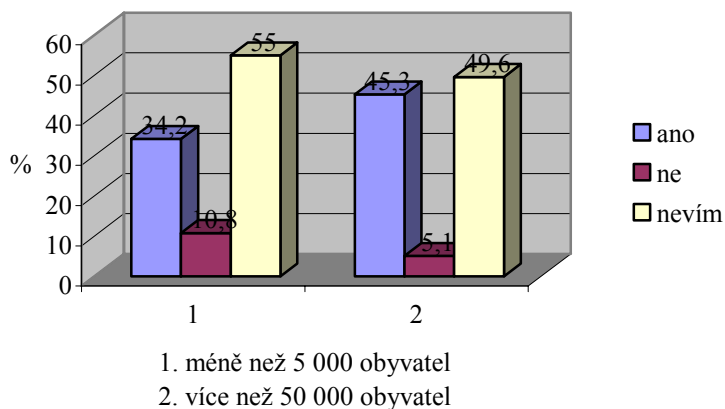
Otázka č. 12: Myslíte si, že spolu souvisí hluboký zánět žil a obezita?

Tabulka č. 17

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	38	34,2	53	45,3
ne	12	10,8	6	5,1
nevím	61	55	58	49,6
celkem	111	100	117	100

Graf č. 17

Myslíte si, že spolu souvisí hluboký zánět žil a obezita?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 38 respondentů (34,2 %) odpovědělo ano.

12 respondentů (10,8 %) odpovědělo ne. 61 respondentů (55 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 53 respondentů (45,3 %) odpovědělo ano.

6 respondentů (5,1 %) odpovědělo ne. 58 respondentů (49,6 %) odpovědělo nevím.

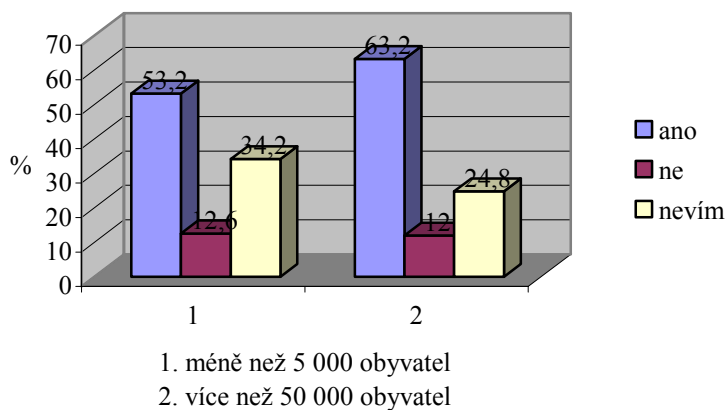
Otázka č. 13: Myslíte si, že spolu souvisí dětská obezita a narušené dýchání ve spánku?

Tabulka č. 18

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	59	53,2	74	63,2
ne	14	12,6	14	12
nevím	38	34,2	29	24,8
celkem	111	100	117	100

Graf č. 18

Myslíte si, že spolu souvisí dětská obezita a narušené dýchání ve spánku?



Komentář:

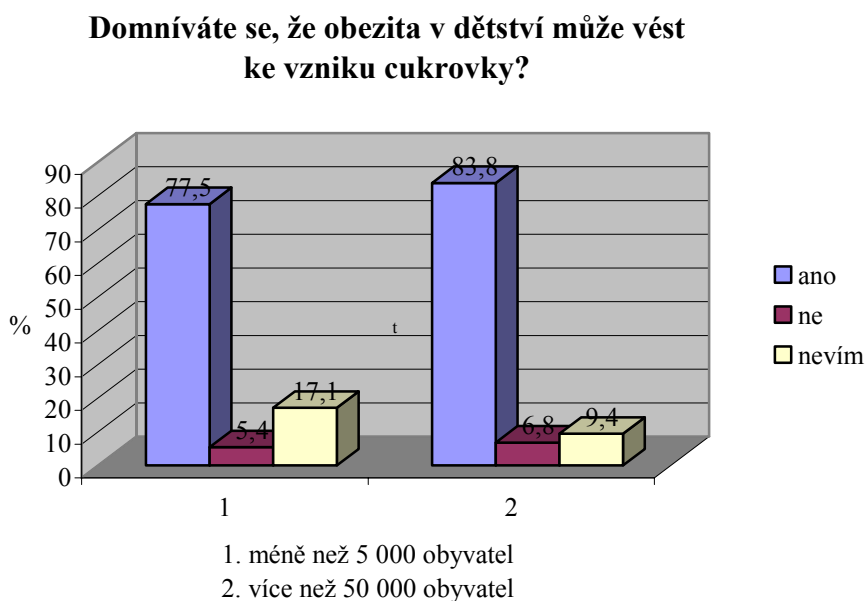
Obec s méně než 5 000 obyvatel: 59 respondentů (53,2 %) odpovědělo ano. 14 respondentů (12,6 %) odpovědělo ne. 38 respondentů (34,2 %) odpovědělo nevím.
 Obec s více než 50 000 obyvatel: 74 respondentů (63,2 %) odpovědělo ano. 14 respondentů (12 %) odpovědělo ne. 29 respondentů (24,8 %) odpovědělo nevím.

Otázka č. 14: Domníváte se, že obezita v dětství může vést ke vzniku cukrovky?

Tabulka č. 19

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	86	77,5	98	83,8
ne	6	5,4	8	6,8
nevím	19	17,1	11	9,4
celkem	111	100	117	100

Graf č. 19



Komentář:

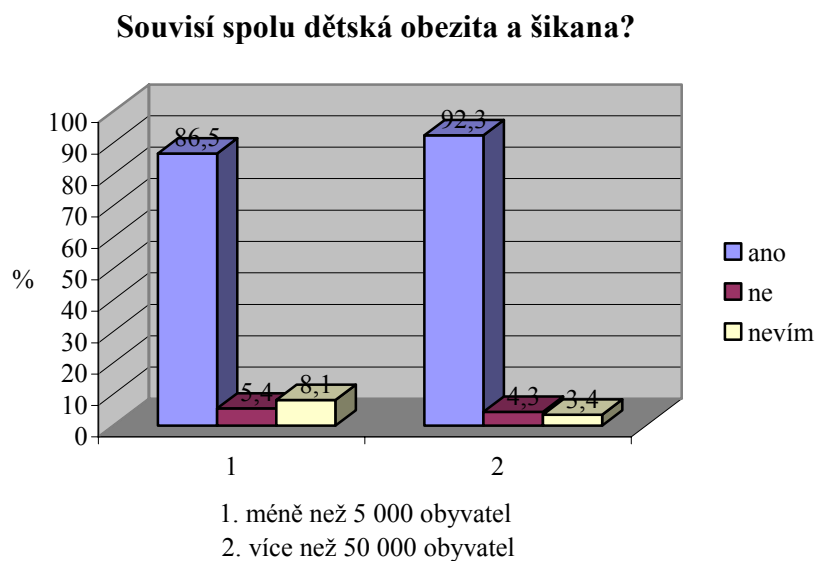
Obec s méně než 5 000 obyvatel: 86 respondentů (77,5 %) odpovědělo ano.
6 respondentů (5,4 %) odpovědělo ne. 19 respondentů (17,1 %) odpovědělo nevím.
Obec s více než 50 000 obyvatel: 98 respondentů (83,8 %) odpovědělo ano.
8 respondentů (6,8 %) odpovědělo ne. 11 respondentů (9,4 %) odpovědělo nevím.

Otázka č. 15: Myslíte si, že spolu souvisí obezita v dětském věku a šikana (ponižování mezi vrstevníky, v kolektivu)?

Tabulka č. 20

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	96	86,5	108	92,3
ne	6	5,4	5	4,3
nevím	9	8,1	4	3,4
celkem	111	100	117	100

Graf č. 20



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 96 respondentů (86,5 %) odpovědělo ano. 6 respondentů (5,4 %) odpovědělo ne. 9 respondentů (8,1 %) odpovědělo nevím.
 Obec svíce než 50 000 obyvatel: 108 respondentů (92,3 %) odpovědělo ano. 5 respondentů (4,3 %) odpovědělo ne. 4 respondenti (4,3 %) odpovědělo nevím.

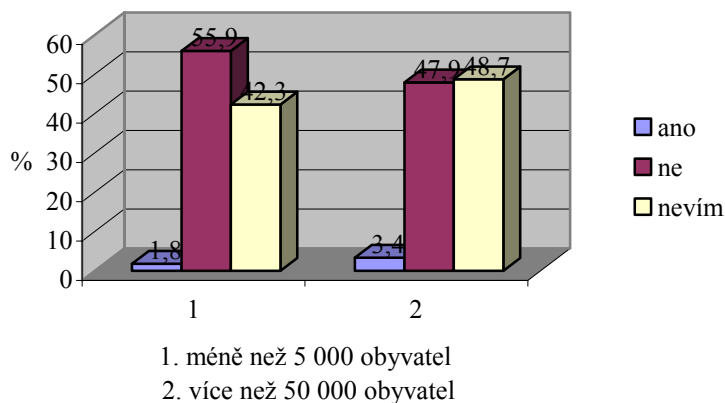
Otázka č. 16: Myslíte si, že obezita v dětském věku významně souvisí s alergií (nesnášenlivostí) na kravské mléko?

Tabulka č. 21

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	2	1,8	4	3,4
ne	62	55,9	56	47,9
nevím	47	42,3	57	48,7
celkem	111	100	117	100

Graf č. 21

Myslíte si, že obezita v dětském věku významně souvisí s alergií na kravské mléko?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 2 respondenti (1,8 %) odpověděli ano. 62 respondentů (55,9 %) odpovědělo ne. 47 respondentů (42,3 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 4 respondenti (3,4 %) odpověděli ano. 56 respondentů (47,9 %) odpovědělo ne. 57 respondentů (48,7 %) odpovědělo nevím.

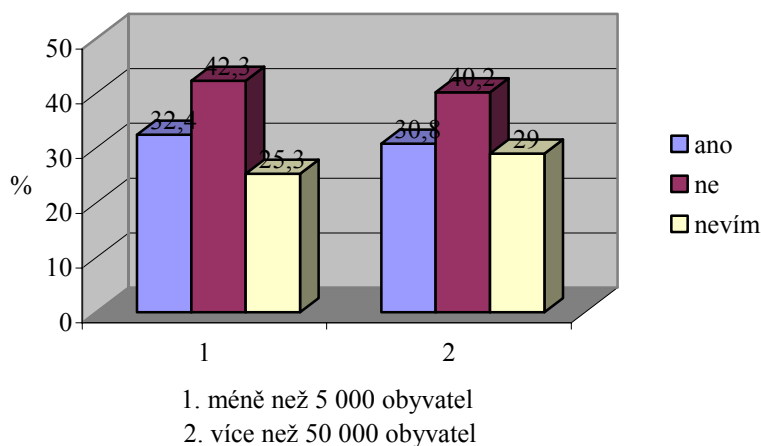
Otázka č. 17: Myslíte si, že ploché nohy v dětství a obezita spolu souvisí?

Tabulka č. 22

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	36	32,4	36	30,8
ne	47	42,3	47	40,2
nevím	28	25,3	34	29
celkem	111	100	117	100

Graf č. 22

Myslíte si, že ploché nohy v dětství a obezita spolu souvisí?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 36 respondentů (32,4 %) odpovědělo ano.

47 respondentů (42,3 %) odpovědělo ne. 28 respondentů (25,3 %) odpovědělo nevím.

Obec svíce než 50 000 obyvatel: 36 respondentů (30,8 %) odpovědělo ano.

47 respondentů (40,2 %) odpovědělo ne. 34 respondentů (29 %) odpovědělo nevím.

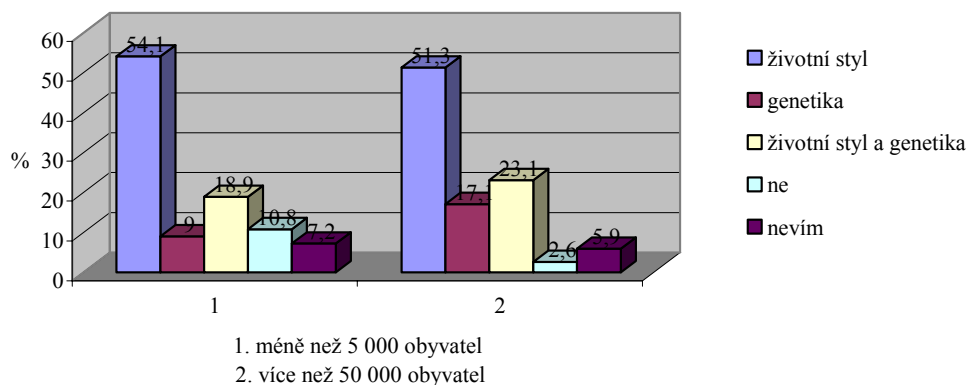
Otázka č. 18: Myslíte si, že obezita rodičů má vliv na vznik obezity jejich dětí?

Tabulka č. 23

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano - životní styl rodiny	60	54,1	60	51,3
ano - genetika	10	9	20	17,1
ano - životní styl + genetika	21	18,9	27	23,1
ne	12	10,8	3	2,6
nevím	8	7,2	7	5,9
celkem	111	100	117	100

Graf č. 23

Myslíte si, že obezita rodičů má vliv na vznik obezity jejich dětí?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 60 respondentů (54,1 %) odpovědělo ano - vliv má životní styl rodiny. 10 respondentů (9 %) odpovědělo ano – vlivem genetických faktorů. 21 respondentů (18,9 %) doplnilo obě varianty (životní styl rodiny a genetické faktory). 12 respondentů (10,8 %) odpovědělo, že ne. 8 respondentů (7,2 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 60 respondentů (51,3 %) odpovědělo ano - vliv má životní styl rodiny. 20 respondentů (17,1 %) odpovědělo ano – vlivem genetických faktorů. 27 respondentů (23,1 %) doplnilo obě varianty (životní styl rodiny a genetické faktory). 3 respondenti (2,6 %) odpověděli, že ne. 7 respondentů (5,9 %) odpovědělo nevím.

Otázka č. 19: Pokud si myslíte, že obézním dětem hrozí nějaké zdravotní komplikace, vyberte z uvedených možností tu nejzávažnější.

Tabulka č. 24

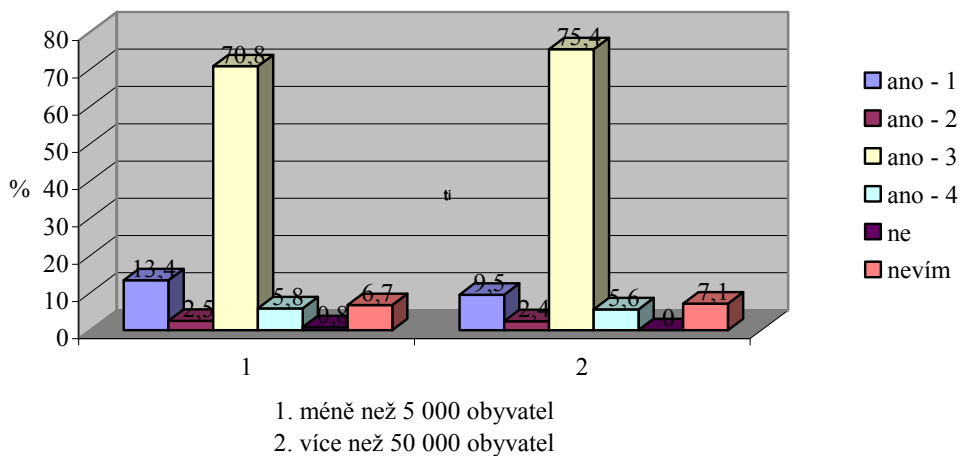
obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano – 1. jaterní steatóza	16	13,4	12	9,5
ano – 2. infekce močových cest	3	2,5	3	2,4
ano – 3. porucha metabolismu cukru a tuků	85	70,8	95	75,4
ano – 4. porucha funkce pohlavních žláz	7	5,8	7	5,6
ne	1	0,8	0	0
nevím	8	6,7	9	7,1
celkem	*120	100	*126	100

*120 - počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů z důvodu výběru více než jedné možnosti

*126 - počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů z důvodu výběru více než jedné možnosti

Graf č. 24

**Hrozí obézním dětem uvedené zdravotní komplikace?
Pokud ano, vyberte tu nejzávažnější.**



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel:

16 respondentů (14,4 %) odpovědělo ano - 1. jaterní steatóza.

3 respondenti (2,7 %) odpověděli ano - 2. infekce močových cest.

85 respondentů (76,6 %) odpovědělo ano - 3. porucha metabolismu cukru a tuků.

7 respondentů (6,3 %) odpovědělo ano - 4. porušená funkce pohlavních žláz .

1 respondent (0,9 %) odpověděl ne.

8 respondentů (7,2 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel:

12 respondentů (10,3 %) odpovědělo ano - 1. jaterní steatóza.

3 respondenti (2,6 %) odpověděli ano - 2. infekce močových cest.

95 respondentů (81,2 %) odpovědělo ano - 3. porucha metabolismu cukru a tuků.

7 respondentů (6 %) odpovědělo ano - 4. porušená funkce pohlavních žláz.

Žádný respondent neodpověděl ne.

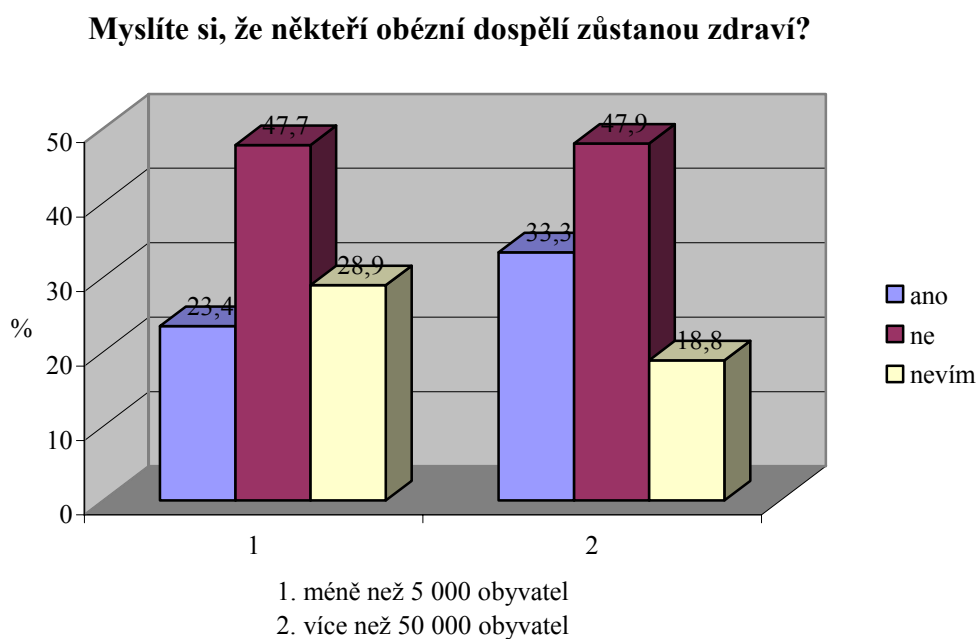
9 respondentů (7,7 %) odpovědělo nevím.

Otázka č. 20: Myslíte si, že někteří obézní dospělí zůstanou zdraví?

Tabulka č. 25

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	26	23,4	39	33,3
ne	53	47,7	56	47,9
nevím	32	28,9	22	18,8
celkem	111	100	117	100

Graf č. 25



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 26 respondentů (23,4 %) odpovědělo ano.

53 respondentů (47,7 %) odpovědělo ne. 32 respondentů (29,9 %) odpovědělo nevím.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 39 respondentů (33,3 %) odpovědělo ano.

56 respondentů (47,9 %) odpovědělo ne. 22 respondentů (18,8 %) odpovědělo nevím.

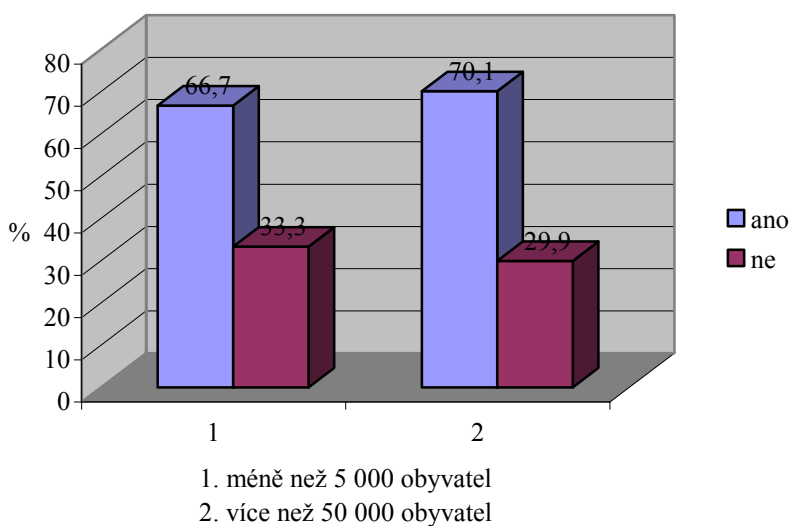
Otázka č. 21: Zajímá Vás problematika následků dětské obezity?

Tabulka č. 26

obec	méně než 5 000 obyvatel		více než 50 000 obyvatel	
	abs.	%	abs.	%
ano	74	66,7	82	70,1
ne	37	33,3	35	29,9
celkem	111	100	117	100

Graf č. 26

Zajímá Vás problematika následků dětské obezity?



Komentář:

Obec s méně než 5 000 obyvatel: 74 respondentů (66,7 %) odpovědělo ano.
37 respondentů (33,3 %) odpovědělo ne.

Obec s více než 50 000 obyvatel: 82 respondentů (70,1 %) odpovědělo ano.
35 respondentů (29,9 %) odpovědělo ne.

4. Diskuse

Pro výzkum jsem vypracovala svůj anonymní dotazník. Jeho jednotlivé položky jsem rozdělila do dvou částí, na část s identifikujícími údaji a na vlastní dotazník. O jejich vyplnění jsem požádala rodiče dětí navštěvujících mateřskou školu, a to prostřednictvím ředitelek jednotlivých mateřských škol. Tuto cestu jsem zvolila poté, co jsem v literatuře zaznamenala statistiky nárůstu obezity ve školním věku. Svůj empirický výzkum jsem proto zaměřila na informovanost rodičů dětí v předškolním věku, kdy je možnost preventivního zásahu vyšší než později, kdy už je osobnost dítěte z větší části formovaná.

Celkem mi odpovědělo 228 respondentů, které jsem dále rozdělila podle jejich místa bydliště. První skupinu tvořily obce s méně než 5 000 obyvatel a druhou město s více než 50 000 obyvatel. Toto dělení bylo zvoleno záměrně pro závěrečné porovnání výsledků.

Na základě studia dané problematiky bylo předem zřejmé, že lepší informovanost bude nepochybně v oblasti s vyšším počtem obyvatel. Chtěla jsem však zjistit, jak velké rozdíly v informovanosti zde jsou.

V obci s méně než 5 000 obyvatel mi odpovědělo 111 respondentů (48,7 %) a v obci s více než 50 000 obyvatel 117 respondentů (51,3 %) z celkového počtu. V obou oblastech převládalo ženské pohlaví respondentů, což je logické vzhledem k požadavku o vyplnění dotazníku rodičem pečujícím ve větší míře. Dále v obou případech bylo jednoznačně nejvíce respondentů ve věkové kategorii 30 - 39 let, věk pod 20 let neoznačil žádný z nich. Vyšší celkový věk tvořila druhá skupina s více než 50 000 obyvatel. Toto zjištění by mohlo být přispívajícím faktorem pro vyšší informovanost v této skupině. Nižší oficiální vzdělanost podle očekávání ukázaly výsledky v obci s méně než 5 000 obyvatel, a to se, předpokládám, nemalou měrou podílelo na celkově nižší informovanosti této skupiny. V kategorii počtu dětí bylo jednoznačně více rodin s jedním dítětem v oblasti s více než 50 000 obyvatel, což podle mého názoru dává větší prostor k dalšímu sebevzdělávání rodičů, než v případě více dětí v rodině.

Otázka číslo 1 se ptala, zda rodiče o rizicích dětské obezity již slyšeli. Větší informovanost uvedla podle očekávání skupina s vyšším počtem obyvatel v místě bydliště.

V otázce číslo 2 jsem zjišťovala získání informací o problematice. Zde se nepatrně rozcházejí odpovědi od otázky číslo 1, kde respondenti uvádějí v nižším počtu, že o problematice dosud neslyšeli. V podotázce otázky číslo 2, kde se ptám na zdroj informací, je v obou oblastech nejčastěji zaškrtnuta televize a poté literatura. V překvapivě malém počtu vzhledem k aktuálnosti tématu je zaškrtnuto zdravotnické zařízení. Zde vidím

prostor k využití zejména v ordinacích pediatrů, kam rodiče docházejí s dítětem na povinné preventivní prohlídky. Tuto podotázku jsem z důvodu více kombinací zdrojů respondentů nezpracovala v relativních hodnotách.

Následují otázky číslo 3 - 20, které byly otázkami znalostními. Odpovědi respondentů na tyto otázky jsou v závěru diskuse vloženy do tabulky.

Otázku číslo 3 já osobně pokládám za velmi důležitou. Ptám se zde, zda je obezita v dětství kosmetickou záležitostí. Správně na ni odpověděla většina respondentů. Pouze o 10 % více je odpovědí „nevím“ v obci s menším počtem obyvatel. Toto byla první znalostní otázka a vyplývá z ní pro mě uspokojivý výsledek..

V otázce číslo 4 zjišťuji, jaké procento respondentů si myslí, že většina obézních dětí „z toho vyroste“. Zde opět lépe odpovídali respondenti z oblasti s vyšším zalidněním, a to téměř o 16 %.

Otázka číslo 5 byla položena opačně, a proto mi možná vyšlo tak vysoké procento špatných odpovědí. Rodiče zřejmě znají spojitost obezity a onemocnění štítné žlázy, ale neznají už přesné souvislosti. Obě skupiny měly přibližně stejný počet správných odpovědí.

V otázce číslo 6, dotazující se na vztah obezity a onemocnění velkých kloubů dolních končetin, byl přibližně stejný počet správných odpovědí. Vzhledem k výsledku si myslím, že je vysoké povědomí o souvislosti těchto dvou zdravotních problémů.

Na otázku číslo 7, týkající se spojení obezity a skoliózy, jednoznačně lépe odpověděli respondenti ze skupiny s vyšším počtem obyvatel, a to o 14 %.

Otázka číslo 8, podle mého názoru druhá zásadní, zjišťovala povědomí o příčinách infarktu myokardu. K této problematice se o 7 % vyšší míře správně vyjádřili opět respondenti z druhé oblasti. I tak byly výsledky informovanosti obou skupin více než uspokojivé v porovnání s tím, jaký nárůst náhlých kardiologických příhod zaznamenáváme v současné době.

V otázce číslo 9, týkající se existence vztahu obezity a vzniku pylové alergie, odpovědělo správně „ne“ více než polovina rodičů, v nevýznamném procentu bylo více správných odpovědí v první skupině s menším počtem zalidnění.

Otázka číslo 10 řešila poměrně vzácnou souvislost obezity a poruch menstruačního cyklu. Proto podle mého názoru odpovědělo nejvíce respondentů „nevím“ a opět v nevýznamném procentu bylo více správných odpovědí v první skupině.

V otázce číslo 11 se ptám na vztah obezity a vzniku křečových žil. Tento zdravotní problém nastává až u těžce obézních dětí a výsledky tomu odpovídají. V podstatě stejné procento odpovědí „ano“ a „nevím“ je v obou oblastech.

Otázka číslo 12 svým způsobem navazuje na předchozí, a proto i odpovědi se podobají. O 11 % více správných odpovědí bylo ve druhé skupině. Z toho mi plyne závěr, že znalost příčin vzniku křečových žil a zánětu žil je podle mého názoru velmi nízká a vidím zde prostor pro zvýšení informovanosti obyvatelstva.

Na otázku číslo 13, řešící souvislost obezity a narušeného dýchání ve spánku, odpovědělo správně „ano“ více než polovina respondentů v obou případech a o 10 % lépe opět vyšly výsledky ve druhé skupině.

Následující otázka číslo 14 byla třetí zásadní otázkou mého dotazníku a správnou odpověď, že obezita může vést ke vzniku cukrovky už v dětském věku, zaškrtno vysoké procento respondentů v obou oblastech výzkumu. O 6 % lépe odpovídali rodiče ve obci s více než 50 000 obyvatel.

V otázce číslo 15 se ptám, zda existuje vztah mezi obezitou a šikanou. Tento dnes velmi rozšířený sociopatologický jev jednoznačně souvisí s obezitou a jejími psychickými následky. Správnou odpověď zaškrtno většina rodičů. O necelých 6 % více správných výsledků bylo opět ve druhé skupině.

Na otázku číslo 16, zda obezita významně souvisí s alergií na kravské mléko, správně odpověděla přibližně polovina respondentů a druhá polovina přiznala, že neví. O 6 % více správných odpovědí bylo v první skupině respondentů.

Otázka číslo 17 řeší ještě jednou ortopedickou problematiku. Většina rodičů si myslí, že ploché nohy nesouvisí s dětskou obezitou. Obě skupiny měly téměř shodné odpovědi. Zde jsem předpokládala větší znalosti rodičů, vzhledem k předchozím výsledkům z této oblasti a častému výskytu tohoto onemocnění u obézních dětí.

V otázce číslo 18 jsem rozebírala vliv obezity rodičů na obezitu jejich dětí. Většina rodičů správně zaškrtno, že tento vliv existuje, ale už jen přibližně 20 % respondentů správně doplnilo jaký. Nadpoloviční většina respondentů v obou skupinách doplnila pouze životní styl rodiny. Z toho vyplývá, že obecné povědomí o genetickém vlivu je velmi nízké, a to v obou oblastech výzkumu.

Otázka číslo 19 ve své podotázce nabízí výběr možného nejzávažnějšího onemocnění jako následku dětské obezity. Správnou odpověď v tomto případě zaškrtno v obou skupinách většina rodičů, jen o 4,6 % lépe odpovídali rodiče z oblasti s vyšším zalidněním.

Na otázku číslo 20, zda někteří obézní dospělí zůstanou zdraví, bylo pouze nízké procento správných odpovědí „ano“. Je však třeba dodat, že zdravý obézní je spíše výjimkou než pravidlem. Z výsledku je zřejmé, že obézní dospělí působí na své okolí nezdravým dojmem.

Závěrečná otázka číslo 21 se ptá na postoj k problematice následků dětské obezity. Výsledky obou skupin jsou pro mě příjemným zjištěním, že moje práce nebyla marná. Zájem o informace z této oblasti projevil v obci s méně než 5 000 obyvatel téměř 67 % a v obci s více než 50 000 obyvatel 70 % rodičů. Tyto výsledky jsou odlišné od údajů, které jsem nastudovala v literatuře, kde se uvádí, že postoje vůči obezitě se liší mezi obyvateli venkova a velkoměst (Pařízková, 2007).

Tabulka č. 27 Odpovědi respondentů na znalostní otázky č. 3 – 20

Číslo Otázky	Správná Odpověď* I %	Správná odpověď* II %	Špatná odpověď* I %	Špatná odpověď* II %	Odpověď' nevíím * I %	Odpověď' nevíím * II %
3	81,1	91,4	4,5	4,3	14,4	4,3
4	73,9	89,8	14,4	1,7	11,7	8,5
5	11,7	10,3	58,6	52,1	29,7	37,6
6	82,9	84,7	0	0,7	17,1	14,6
7	41,5	59,9	18,9	14,5	39,6	25,6
8	78,4	85,5	0,9	2,6	20,7	11,9
9	59,5	54,8	4,5	5,9	36	39,3
10	39,6	33,4	15,3	17,9	45,1	48,7
11	43,2	41	10,8	18	46	41
12	34,2	45,3	10,8	5,1	55	49,6
13	53,2	63,2	12,6	12	34,2	24,8
14	77,5	83,8	5,4	6,8	17,1	9,4
15	86,5	92,3	5,4	4,3	8,1	3,4
16	55,9	47,9	1,8	3,4	42,3	48,7
17	32,4	30,8	42,3	40,2	25,3	29
18	82	91,5	10,8	2,6	7,2	5,9
19	70,8	75,4	22,5	17,5	6,7	7,1
20	23,4	33,3	47,7	47,9	28,9	18,8

Vysvětlivky:

* I - obce s méně než 5 000 obyvatel

* II - obec s více než 50 000 obyvatel

Závěr

Jedním z důvodů proč jsem se rozhodla pro téma dětské obezity a jejich možných následků je jeho aktuálnost vzhledem k současné prevalenci tohoto onemocnění.

V teoretické části jsem si stanovila několik cílů - *popsat epidemiologickou situaci výskytu dětské obezity, shrnout příčiny vzniku dětské obezity, rozebrat možné následky dětské obezity, informovat o léčebných možnostech dětské obezity a seznámit s prevencí s dětské obezity*. Všechny vytyčené cíle byly splněny.

V empirické části bylo mým cílem - *zmapovat informovanost rodičů v oblasti následků dětské obezity, porovnat rozdíly ve vědomostech a postojích rodičů ve městě s více než 50 000 obyvatel a v malých obcích s méně než 5 000 obyvatel, zjistit potřebu informací o této problematice a poučit rodiče v případě zájmu formou stručné tištěné informace*. Tyto cíle byly také splněny.

Z výsledků vyplývá, že je pryč doba, kdy většina lidí považovala dětskou obezitu pouze za kosmetickou záležitost a že převážná část dětí „z toho vyroste“. Další zásadní otázku týkající se spojitosti obezity a srdečních onemocnění zodpověděli respondenti také častěji správně. Třetí důležitý vztah obezity a cukrovky se ve výsledcích mnoho neliší od předchozího. Ale povědomí o vlivu obézních rodičů na vznik tohoto onemocnění u jejich dětí se prokázalo být velmi nízké. Zde vidím prostor pro zlepšení informovanosti obyvatel. Poslední pro mě důležitou informací bylo zjištění, že dobré jsou i znalosti rodičů o závažnosti poruch metabolismu tuků a cukrů u obézních dětí.

Ověření hypotézy číslo 1 - větší znalosti mají rodiče s bydlištěm v obci s více než 50 000 obyvatel - se potvrdilo.

Ověření hypotézy číslo 2 - vyšší bude informovanost ve skupině, kde je více rodin s jedním dítětem - se potvrdilo, jelikož tomu tak bylo v obci s více než 50 000 obyvatel.

Ověření hypotézy číslo 3 - zájem o danou problematiku bude v obou oblastech více než 50 % - se také potvrdilo. To mi dává nemalou naději, že je zde mezi rodiči chuť a motivace se na řešení problému podílet.

Ze získaných výsledků tedy plyne, že informovanost rodičů je sice celkem uspokojivá, ale nelze opominout potřebu rodičů zvýšit si znalosti o této problematice, zřejmě plynoucí z obecně převládajícího zodpovědného přístupu k rodičovství.

Publikované studie potvrzují názor, že do určitého věku dítěte je rodič ten, kdo utváří jeho návyky. A proto je důležité rodinu o problematice edukovat včasné. Vzhledem k výsledkům výzkumu bych jednoznačně volila cestu většího využití sdělovacích

prostředků, zejména televize, která byla respondenty nejvíce upřednostňována. Také je nutné využít k tomuto záměru další důležité sféry vlivu v dětském věku, jež tvoří především prarodiče, školy, sdělovací prostředky a v neposlední řadě i informace od dětských zdravotních sester a lékařů.

Anotace

Autor:	Iveta Černohorská
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Informovanost rodičů o následcích dětské obezity
Vedoucí práce:	MUDr. David Neumann, Ph.D.
Počet stran:	78
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2008

Klíčová slova: dětská obezita, informovanost, následky, prevence

Bakalářská práce pojednává o problematice dětské obezity.

Uvádí její prevalenci, příčiny, léčbu, prevenci a hlavní důraz klade na její zdravotní a psychické následky, začínající již v dětství. Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření zkoumající informovanost rodičů v oblasti komplikací dětské obezity. Zároveň srovnává znalosti a postoje respondentů ve dvou skupinách rozdělených podle jejich bydliště. První skupina prezentuje obce s méně než 5 000 obyvateli a druhá město s více než 50 000 obyvateli. Průzkum je prováděn u rodičů dětí v předškolním věku za spolupráce zaměstnanců mateřských škol.

Key words: childhood obesity, awareness, after-effects, prevention

The Bachelor work deals with a problem of childhood obesity.

It describes its prevalence, causes, treatment, and prevention. The main focus is put on its health and mental after-effects, which start in the early childhood. The base of the work is formed by questionnaires investigating parents' awareness of problems of children's obesity. At the same time it compares knowledge and attitude of respondents in two groups of parents divided according to the place of their residence. The first group presents villages with less than 5 000 inhabitants and the second presents towns with more than 50 000 inhabitants. The research is done at parents of children of preschool age with the help employees of kindergartens.

Seznam použité literatury

1. Aschermann, M., Linhart, A.: Ateroskleróza dětského věku - vztah patogeneze a primární prevence. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2007. roč. 9. č. 4.
2. Dungl, P. a kol.: *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8
3. Hainer, Vojtěch a kol.: *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0233-9
4. Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
5. Holoušková, D., Robotová, M.: *Diplomové a závěrečné práce*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1237-3
6. Hlúbik, P.: Epidemiologie a etiopatogeneze obezity. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2005. roč. 7. č. 7.
7. Holíková, P.: *Informovanost matek o syndromu náhlého úmrtí u dětí*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2005. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
8. Lebl, J., Zapletalová, J., Koloušková, S., a kol.: *Trendy soudobé pediatrie. Dětská endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-250-1
9. Málková, I.: Kognitivně-behaviorální terapie dětské obezity. *Zdravotnické noviny. Lékařské listy*. Praha: Mladá Fronta. ISSN 0044-1996. 2007. roč. 56. č. 13.
10. Mařík, I., Maříková, A.: Včasná diagnostika ortopedických vad u dětí. *Postgraduální medicína*, příloha. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2005. roč. 7. č. 2.

11. Pařízková, J., Lisá, L., a kol.: *Obezita v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9 (Galén). ISBN 978-80-246-1427-4 (Karolinum)
12. Říčan, P., Krejčířová, D., a kol.: *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8
13. Šamánek, M., Urbanová, Z.: *Prevence aterosklerózy v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-229-3
14. Seeman, T.: Měření krevního tlaku a diagnostika a léčba hypertenze v pediatrii. *Postgraduální medicína*, příloha. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2006. roč. 8. č. 3.
15. Stožický, F.: *Diagnostika a terapie dyslipoproteinémií u dětí*. 1. vyd. Praha: Tritin, 2002. ISBN 80-7254-303-2
16. Taras, H., Potts-Datema, W.: Obesity and student performance at school. *The Journal of school Health*. Black well Publishing. ISSN 0022-4391. 2005. č. 8.
17. Trč, T., Chládek, P.: Plochá noha. *Postgraduální medicína*, příloha. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2006. roč. 8. č. 3.
18. Urbanová, Z., Šamánek, M.: Vyšetření krevních lipidů a prevence rizikových faktorů aterosklerózy v pediatrii. *Postgraduální medicína*, příloha. Praha: Mladá Fronta. ISSN 1212-4184. 2005. roč. 7. č. 2.
19. Vokurka, M., Hugo, J.: *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7

Jiné zdroje:

20. Lísková, S.: *Léčba steatózy jaterní u obézních dětí lázeňskou léčbou*. [online]. s. 23.

[cit. 2008-03-15]. Dostupné na

<http://www.obesitas.cz/download/obezitologie2005Luhacovice.pdf>

21. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení*. [online]. [cit. 2008 -03-15].

Dostupné na <http://www.sikana.cz/msmt-pok2000.html>

22. Němcová, L., Škorková, S.: *Lázeňská léčba obézních dětí v léčebných lázních Dr. L. Filipa v Poděbradech*. [online]. s. 26. [cit. 2008-03-15]. Dostupné na

<http://www.obesitas.cz/download/obezitologie2005Luhacovice.pdf>

23. Pejchal, J.: *Syndrom spánkové apnoe*. [online]. [cit. 2008-04-04]. Dostupné na

http://www.nemji.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=427000&id=1411&p1=54

24. *Problematika obezity v dětském věku. Informace pro dětské pacienty a jejich rodiče*.

[online]. [2007-10-05]. Dostupné na

<http://www.nemvitkovice.cz/obsah/oddeleni/detske/artD%C4%9Btsk%C3%A1%20obezita%20.aspx>

25. *Výživa dětí*. [online]. [cit. 2007-10-02]. Dostupné na <http://www.vyzivadeti.cz/>

Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů.....	28
Graf 2 - Věk respondentů.....	29
Graf 3 - Bydliště respondentů podle počtu obyvatel.....	30
Graf 4 - Vzdělání respondentů.....	31
Graf 5 - Počet dětí respondentů.....	32
Graf 6 - O rizicích dětské obezity.....	33
Graf 7 - Informace o problematice jsem získala – nezískala (zdroje informací).....	34
Graf 8 - Myslíte si, že obezita v dětství je kosmetickou záležitostí a neléčí se?.....	36
Graf 9 - Myslíte si, že většina obézních dětí z toho vyroste?.....	37
Graf 10 - Myslíte si, že obezita v dětském věku způsobuje zhoršení funkce štítné žlázy?.....	38
Graf 11 - Domníváte se, že obezita v dětství má vliv na onemocnění velkých kloubů dolních končetin?.....	39
Graf 12 - Myslíte si, že obezita v dětském věku souvisí se vznikem skoliózy?.....	40
Graf 13 - Domníváte se, že zvýšený krevní tlak u obézních dětí je rizikovým faktorem pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku?.....	41
Graf 14 - Myslíte si, že obezita v dětském věku je příčinou vzniku pylové alergie?.....	42
Graf 15 - Domníváte se, že obezita v dětství negativně ovlivňuje menstruační cyklus u děvčat v pubertě?.....	43
Graf 16 - Myslíte si, že obézní děti trpí na křečové žíly?.....	44
Graf 17 - Myslíte si, že spolu souvisí hluboký zánět žil a obezita?.....	45
Graf 18 - Myslíte si, že spolu souvisí dětská obezita a narušené dýchání ve spánku?.....	46
Graf 19 - Domníváte se, že obezita v dětství může vést ke vzniku cukrovky?.....	47
Graf 20 - Myslíte si, že souvisí obezita v dětském věku a šikana?.....	48
Graf 21 - Myslíte si, že obezita v dětském věku významně souvisí s alergií na kravské mléko?.....	49
Graf 22 - Myslíte si, že ploché nohy v dětství a obezita spolu souvisí?.....	50
Graf 23 - Myslíte si, že obezita rodičů má vliv na vznik obezity jejich dětí?.....	51
Graf 24 - Hrozí obézním dětem uvedené zdravotní komplikace?.....	52
Graf 25 - Myslíte si, že někteří obézní dospělí zůstanou zdraví?.....	54
Graf 26 - Zajímá Vás problematika následků dětské obezity?.....	55

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	28
Tabulka 2 – Věk respondentů.....	29
Tabulka 3 - Bydliště respondentů podle počtu obyvatel.....	30
Tabulka 4 - Vzdělání respondentů.....	31
Tabulka 5 - Počet dětí respondentů.....	32
Tabulka 6 - O rizicích dětské obezity.....	33
Tabulka 7 - Informace o problematice jsem získala – nezískala (zdroje informací).....	34
Tabulka 8 - Myslíte si, že obezita v dětství je kosmetickou záležitostí a neléčí se?.....	36
Tabulka 9 - Myslíte si, že většina obézních dětí z toho vyroste?.....	37
Tabulka 10 - Myslíte si, že obezita v dětském věku způsobuje zhoršení funkce štítné žlázy?.....	38
Tabulka 11 - Domníváte se, že obezita v dětství má vliv na onemocnění velkých kloubů dolních končetin?.....	39
Tabulka 12 - Myslíte si, že obezita v dětském věku souvisí se vznikem skoliózy?.....	40
Tabulka 13 - Domníváte se, že zvýšený krevní tlak u obézních dětí je rizikovým faktorem pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku?.....	41
Tabulka 14 - Myslíte si, že obezita v dětském věku je příčinou vzniku pylové alergie?.....	42
Tabulka 15 - Domníváte se, že obezita v dětství negativně ovlivňuje menstruační cyklus u děvčat v pubertě?.....	43
Tabulka 16 - Myslíte si, že obézní děti trpí na křečové žíly?.....	44
Tabulka 17 - Myslíte si, že spolu souvisí hluboký zánět žil a obezita?.....	45
Tabulka 18 - Myslíte si, že spolu souvisí dětská obezita a narušené dýchání ve spánku?.....	46
Tabulka 19 - Domníváte se, že obezita v dětství může vést ke vzniku cukrovky?.....	47
Tabulka 20 - Myslíte si, že souvisí obezita v dětském věku a šikana?.....	48
Tabulka 21 - Myslíte si, že obezita v dětském věku významně souvisí s alergií na kravské mléko?.....	49
Tabulka 22 - Myslíte si, že ploché nohy v dětství a obezita spolu souvisí?.....	50
Tabulka 23 - Myslíte si, že obezita rodičů má vliv na vznik obezity jejich dětí?.....	51
Tabulka 24 - Hrozí obézním dětem uvedené zdravotní komplikace?.....	52
Tabulka 25 - Myslíte si, že někteří obézní dospělí zůstanou zdraví?.....	54

Tabulka 26 - Zajímá Vás problematika následků dětské obezity?.....	55
Tabulka 27 - Odpovědi respondentů na znalostní otázky č. 3 - 20.....	59

Seznam zkratek

ABS.	- absolutní četnost
BMI	- body mass index
DM 1. typu	- diabetes mellitus 1. typu
DM 2. typu	- diabetes mellitus 2. typu
EKG	- elektrokardiograf
HDL	- lipoproteiny o vysoké hustotě
KBT	- kognitivně- behaviorální terapie
LK	- levá komora
LDL	- lipoproteiny o nízké hustotě
PLDD	- praktický lékař pro děti a dospělé
TK	- tlak krve
TV	- televize
ZZ	- zdravotnické zařízení

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník.....	71
Příloha 2 - Informace pro rodiče.....	76

Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Iveta Černoorská a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě University Karlovy v Hradci Králové. Dotazník, který se Vám dostal do rukou, je součástí mé závěrečné bakalářské práce s názvem „Informovanost rodičů o následcích dětské obezity“.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při jeho vyplnění. Zaškrtněte vždy jen jednu odpověď, která je Vám nejbližší. V otázkách, kde jsou nabídnuty odpovědi, napište svůj vlastní názor. Dotazník je anonymní, jeho výsledky budou využity pro zpracování bakalářské práce. Po vyplnění dotazníku můžete, v případě zájmu, obdržet stručnou tištěnou informaci o této problematice, kterou jsem předala paní učitelce v mateřské škole.

Předem moc děkuji za Vaše cenné informace a čas, který jste mi věnovali.

Dotazník, prosím, ať vyplní rodič, který se ve větší míře podílí na péči o skladbu stravy a trávení volného času dítěte.

Uveďte prosím, jestli dotazník vyplňuje muž nebo žena:

- Žena Muž

Kolik je Vám let?

- méně než 20 let 20-29 let 30-39 let 40 let a více

Jaké je Vaše bydliště:

- Obec pod 5 000 obyvatel
 Obec pod 10 000 obyvatel
 Obec pod 50 000 obyvatel
 Obec nad 50 000 obyvatel

Kraj:.....

Jaké je Vaše vzdělání?

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou nebo vyučen(a) s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- VŠ

Věk Vašeho dítěte (dětí)

DOTAZNÍK:

1. O rizicích dětské obezity:

- Jsem slyšel(a) něco málo
- Jsem dosud neslyšel(a)
- Mám podrobné informace

2. Informace o problematice jsem

a) nezískal(a)

b) získal(a):

- Ve zdravotnickém zařízení, upřesněte (od lékaře, od sestry, v odborné poradně).....
- Z televize
- Z literatury
- Z internetu
- Jiné, uveďte.....

3. Myslíte si, že obezita v dětství je kosmetickou záležitostí a neléčí se?

- Ano
- Ne
- Nevím

4. Myslíte si, že většina obézních dětí „z toho vyroste“?

- Ano
- Ne
- Nevím

5. Myslíte si, že obezita v dětském věku způsobuje zhoršení funkce štítné žlázy (projevující se únavností, zimouřivostí, nezájmem o cokoli, nevykonností)?

- Ano
- Ne
- Nevím

6. Domníváte se, že obezita v dětství má vliv na onemocnění velkých kloubů dolních končetin (časné artrotické změny kloubů)?

- Ano
- Ne
- Nevím

7. Myslíte si, že obezita v dětském věku souvisí se vznikem skoliózy (vychýlení páteře do strany)?

- Ano
- Ne
- Nevím

8. Domníváte se, že zvýšený krevní tlak u obézních dětí je rizikovým faktorem pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Myslíte si, že obezita v dětském věku je příčinou vzniku pylové alergie?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Domníváte se, že obezita v dětství negativně ovlivňuje menstruační cyklus u děvčat v pubertě?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Myslíte si, že obézní děti trpí na křečové žíly (rozšířené žíly na dolních končetinách, projevující se bolestí a otokem dolních končetin)?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Myslíte si, že spolu souvisí hluboký zánět žil a obezita?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Myslíte si, že spolu souvisí dětská obezita a narušené dýchání ve spánku?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Domníváte se, že obezita v dětství může vést ke vzniku cukrovky?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Myslíte si, že spolu souvisí obezita v dětském věku a šikana (ponižování mezi vrstevníky, v kolektivu)?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. Myslíte si, že obezita v dětském věku významně souvisí s alergií (nesnášenlivostí) na kravské mléko?

- Ano
- Ne
- Nevím

17. Myslíte si, že ploché nohy v dětství a obezita spolu souvisí?

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Myslíte si, že obezita rodičů má vliv na vznik obezity jejich dětí?

- Ano (proč?)
- Ne
- Nevím

19. Pokud si myslíte, že obézním dětem hrozí nějaké zdravotní komplikace, vyberte z nabídnutých možností tu nejzávažnější:

- Myslím si, že ano (napište číslo):.....
 1. Onemocnění jater steatózou (nahromadění tuku v játrech)
 2. Infekce močových cest
 3. Porucha metabolismu cukru a tuků (metabolismus= látková přeměna probíhající v těle a sloužící k jeho fungování, růstu a vývoji)
 4. Porušená funkce pohlavních žláz (vaječnicků nebo varlat)
- Myslím si, že ne
- Nevím, zda ano či ne

20. Myslíte si, že někteří obézní dospělí zůstanou zdraví?

- Ano
- Ne
- Nevím

21. Problematika následků dětské obezity Vás:

- Zajímá (proč?).....
- Nezájímá



Obezita v dětském věku a její následky

Dlouho byla obezita u dětí považována za projev dobrého zdraví a dobré rodinné péče, později pouze za kosmetickou vadu. Postupně se ukázalo, že jde o onemocnění, které může mít závažné následky.

Bohužel v posledních letech dochází ke zvýšenému výskytu dětí s nadváhou a obézních a je v zájmu zdraví celé dospělé populace zamezit jeho dalšímu narůstání, neboť obezita v dětském věku většinou přetrvává do dospělosti, kde ji doprovází další onemocnění, která mají souvislost se zvýšeným množstvím tuku v těle.

Příčiny obezity u dětí

U více než 95 % obézních vzniká nadměrná hmotnost v důsledku nepoměru mezi příjmem a výdejem energie. Energetický příjem (ve stravě a v nápojích) i energetický výdej (pohybová aktivita) jsou ovlivňovány řadou zevních a vnitřních (převážně genetických) faktorů. Problém obezity proto nelze zjednodušovat na nekázeň v jídle, nadměrný přívod energie a nedostatek pohybu. Krátkodobě působící pozitivní energetická bilance obvykle aktivuje u zdravých jedinců mechanismy, které zabrání vzestupu hmotnosti. U jedinců náchylných ke vzniku obezity bývají tyto mechanismy porušeny. Dlouhodobá pozitivní energetická bilance však vede k hromadění tukových zásob a vzestupu hmotnosti i u jedinců, kteří nemají sklon pro rozvoj obezity.

Pouze méně než 5 % případů obezity vzniká v důsledku různých hormonálních poruch.

Jak vlastně obezitu hodnotíme?

Obezitou rozumíme **nadměrné hromadění tukové tkáně**. Proto za obézní považujeme takové dítě, u kterého se pomocí měření tloušťky podkožní vrstvy tukové tkáně na různých částech těla zjistí nadměrný rozměr. V dětském věku se může orientačně použít porovnání výšky, věku a hmotnosti dítěte na percentilovém grafu (v ordinaci dětského lékaře; tabulky jsou také ve zdravotním a očkovacím průkaze Vašich dětí).

Následky obezity u dětí

U rostoucího dítěte nadváha výrazně zatěžuje kostru a následně dochází k jejím častým poruchám. Na páteři se objevují **skoliózy** (vychýlení páteře do strany) a **hrudní kyfózy** (nadměrné vyhrbení hrudní páteře). Na dolních končetinách jsou patrné **změny kyčelních a kolenních kloubů** (kyčle vybočeny a kolena vbočena do „X“) a **ploché nohy**. Nadměrným zatížením dolních končetin dochází k **časným artrotickým změnám kloubů** (deformace kloubu omezující jeho funkci).

Obezita zatěžuje i cévní systém, u velkého procenta dětí nacházíme **zvýšený krevní tlak** (rizikový faktor pro vznik srdečního infarktu v pozdějším věku). Při výrazné obezitě vznikají **varikózní cévní změny** („křečové žíly“), jež jsou **rizikovým faktorem vzniku hlubokého zánětu žil**.

U obézních dětí bývá přítomen tzv. **syndrom spánkové apnoe** (porucha spánku, při které se v dýchání objevují dlouhé přestávky vedoucí ke zhoršenému okysličování krve). Následky obezity se týkají i pohlavního vývoje. U pubertálních chlapců i dospělých mužů byly prokázány **nízké koncentrace mužského pohlavního hormonu**, důležitého pro vývoj sekundárních pohlavních znaků a správnou tvorbu spermií. U dívek s těžším stupněm obezity **dochází k poruše funkce vaječníků, nepravidelné menstruaci a nadměrnému ochlupení mužského typu**.

Dále se vyskytují **častá kožní onemocnění** (ekzémy a kvasinkové infekce), postihující hlavně podpaží a třísla. Kožní infekce mohou vést k **infekcím močových cest a u dívek k poševním infekcím**.

K nejzávažnějším následkům obezity patří metabolické změny, které často zachycujeme laboratorně již v časném dětství. Nacházíme **zvýšené hodnoty cholesterolu** (rizikový faktor rozvoje aterosklerózy, která je v dospělosti nejčastější příčinou srdečního infarktu a „mozkových mrtvic“) a **vyšší hodnoty inzulínu** (rizikový faktor rozvoje cukrovky). K poruše metabolismu tuků u obézních se vztahuje i **porušená funkce jater**.

Obezita ovlivňuje kvalitu života dítěte i po stránce psychické, výzkumy opakovaně ukazují **zhoršené pocity psychického zdraví**, což představuje velké riziko obzvláště v předškolním období, dávající základ dlouhodobým vzorcům chování a celkového životního stylu. Většina studií také dospěla k názoru, že obézní děti (hlavně dívky) mají **nižší sebehodnocení** ve srovnání s dětmi s normální hmotností. Jak obézní chlapci, tak i dívky více trpí **pocity osamělosti, smutkem a nervozitou**. Podle zahraničních statistik má nadváha dítěte **negativní vliv také na školní prospěch**. Otlilé děti bývají předmětem

škádlení a posměchu. Ukazuje se však, že mohou být jak předmětem, tak iniciátorem **šikany** (ponižování).

Léčba a prevence obezity

Obezita je vleklé onemocnění a vyžaduje dlouhodobou komplexní léčbu a mezioborový přístup. V léčbě se uplatňuje především změna stravovacích návyků a zvýšení pohybové aktivity. Mezi další možnosti patří psychoterapie, výjimečně u starších dětí medikamenty a v případech extrémní obezity chirurgická terapie po 18. roku věku. Základním předpokladem úspěšné terapie je aktivní přístup obézního a jeho okolí. Při dodržení správné výživy, dostatku pohybu a změně životního stylu dítěte i celé rodiny lze nadměrnou hmotnost ztratit. Výhodnější je správným způsobem života předejít jejímu vzniku, zvláště u dětí.

Dne 1. listopadu 2005 zahájilo činnost nové poradenské centrum „Výživa dětí“, kde mohou rodiče konzultovat výživu svého dítěte, případně se poradit o vhodném způsobu úpravy jeho jídelníčku a životosprávy. Výživové poradenství je určeno pro děti předškolního a školního věku. Bezplatné konzultace s odborníci na výživu jsou poskytovány na <http://www.vyzivadeti.cz/> nebo na informační lince 800 230 000.

Kontakty na další informace:

Dětský lékař Vašeho dítěte, www.vyzivadeti.cz, www.stobik.cz,
www.pyramidacek.cz

Použité zdroje:

1. Pařízková, J., Lisá, L.: *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN 978-7262-466-9 (Galén). ISBN 978-80-246-1427-4 (Karolinum)
2. *Problematika obezity v dětském věku. Informace pro dětské pacienty a jejich rodiče*. [online]. [2007-10-05]. Dostupné na <http://www.nemvitkovice.cz/obsah/oddeleni/detske/artD%C4%9Btsk%C3%A1%20obezita%20.aspx>
3. *Výživa dětí*. [online]. [cit. 2007-10-02]. Dostupné na <http://www.vyzivadeti.cz/>