

PROBLEMATIKA OBEZITY U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Bakalářská práce

ŠÁRKA TŮMOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Miroslava Markvartová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2008

Šárka Tůmová

.....

ABSTRAKT

TŮMOVÁ, Šárka: Problematika obezity u dětí mladšího školního věku.

(bakalářská práce) Šárka Tůmová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v oboru Všeobecná sestra.

Školitel: PhDr. Miroslava Markvartová.

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha, 2008.

Hlavním tématem této bakalářské práce je problematika obezity u dětí mladšího školního věku. Cílem teoreticko-praktické práce je zavedení ošetrovatelského procesu do primární péče. Dalším cílem je vyšší informovanost o obezitě jako nemoci, důležitá je i edukace dětí a jejich rodičů. Ve své práci se věnuji především dětem a obezitě v dětském věku. Pro doplnění se zmiňuji také o problematice obezity u dospělých klientů. Teoretická část práce se zabývá klinickou charakteristikou onemocnění. Tato část nabízí ucelený přehled o charakteristice obezity a její prevalenci. Zabývá se rizikovými faktory i komplikacemi, etiologií a patogenezí, seznamuje s jejím klinickým obrazem, diagnostikou a terapií. Moje práce je zaměřena i na lázeňskou léčbu obezity s příklady některých dětských a lázeňských léčeben. Pro doplnění celé problematiky obezity jsou zde uvedena i nejznámější a nejčastěji využívaná poradenská centra a kurzy ke snižování tělesné hmotnosti. Praktická část se věnuje ošetrovatelskému procesu v primární péči a jeho zavedení do praxe. Celá práce je zaměřena na prevenci a její význam. Je doplněna edukačním materiálem.

Klíčová slova: dítě, edukace, edukační materiál, mladší školní věk, obezita, ošetrovatelský proces, primární péče

ABSTRACT

TŮMOVÁ, Šárka: The obesity problem of younger preschool children.

(bachelor work) Šárka Tůmová - The Health Care University o.p.s. in Prague.

Qualification degree: Bachelor specialized as a General Nurse.

Tutor: PhDr. Miroslava Markvartová.

The Health Care University o.p.s. of Prague, 2008.

The main subject of this bachelor work is the obesity problem of the younger preschool children. The aim of the theoretical-practical work is implementing the nursing process into the primary care. Another goal is a higher awareness about the obesity as an illness, also the education of children and their parents is important. In my work I especially focus on children and obesity of preschool age. For completion I mention the obesity problem of adult clients as well. The theoretical part considers the clinical characteristics of the illness. This part offers a comprehensive overview of the obesity characteristics and its prevalence. It concentrates on the risk factors and complications, etiology and pathogenesis, it introduces with its clinical picture, diagnostics and therapy. My work is also focused on the spa treatment of obesity with an example of some children's and spa medical institutions. For completion of the whole obesity problem there is also a list of the most known and the most often used consulting centers and classes of the body weight reduction.

The practical part targets the nursing process in the primary care and its implementation into the routine. The whole work focuses on the prevention and its importance. It is supplemented by educational material.

Key words: child, education, educational material, younger preschool age, obesity, nursing process, primary care

PŘEDMLUVA

Problematika obezity je jak u nás, tak i na celém světě aktuální. Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila obezitu za epidemii 21. století.

V bakalářské práci se zaměřuji na problematiku obezity u dětí mladšího školního věku a pro doplnění také u dospělých jedinců. Také na edukaci rodičů o problematice obezity, o výživě a správném životním stylu, dále na ošetřovatelský proces a jeho zavedení do praxe.

Při výběru zvoleného tématu jsem byla ovlivněna studiem oboru všeobecné sestry na zdravotnické škole a nynějším studiem oboru ošetřovatelství. Samozřejmě mě ovlivnila i dosavadní praxe v nemocničních zařízeních a mé zkušenosti zdravotní sestry. Ve své práci jsem čerpala informace z monografické publikace, která řeší otázky obezity, cenným informačním zdrojem byly také odborné časopisy a Internet.

Moje bakalářská práce je určena všem, kteří se chtějí o problematice obezity dozvědět něco víc, studentům oboru ošetřovatelství a zdravotním sestřám z praxe, které se věnují péči o dětské i dospělé pacienty.

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Miroslavě Markvartové za trpělivost, podnětné připomínky, návrhy a korekce mé bakalářské práce, také i za čas, který mi věnovala. Dále děkuji Ordinaci pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou, která mi poskytla podklady a podnětné rady pro vypracování praktické části. Mé poděkování patří také MUDr. Haně Volfové a zdravotní sestře Šárce Tůmové za odborné konzultace a pomoc při zpracovávání mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 Charakteristika obezity	13
1.2 Prevalence onemocnění	15
1.3 Obezita jako rizikový faktor a komplikace u dítěte i dospělého.....	15
1.4 Etiologie a patogeneze	18
1.5 Klinický obraz.....	20
1.6 Diagnostika obezity	21
1.7 Léčba obezity	24
1.7.1 Konzervativní léčba	24
1.7.2 Chirurgická léčba	26
1.7.3 Lázeňská léčba	28
1.8 Prognóza obezity.....	28
1.9 Poradenská centra a kurzy ke snižování váhy	29
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
2 PREVENCE OBEZITY	32
2.1 Význam a důležitost prevence	32
2.2 Soubor doporučení pro dětskou stravu	34
2.3 Základní pravidla pro rodiče obézních dětí	35
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PRIMÁRNÍ (AMBULANTNÍ) PÉČI.....	36
3.1 Charakteristika mladšího školního věku.....	36
3.2 Průzkum v ordinaci pro děti a dorost.....	37
3.2.1 Sesterská anamnéza (dívka 8 let)	38
3.2.2 Sesterská anamnéza (chlapec 10 let)	41

3.2.3 Sesterská anamnéza (chlapec 11 let)	44
3.2.4 Sesterská anamnéza (dívka 12 let)	47
3.3 Zhodnocení a výsledky průzkumu	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

Seznam tabulek v textu

Tabulka 1 Hodnocení tělesné výšky a hmotnostně - výškového poměru (BMI)	22
Tabulka 2 Hodnoty indexu tělesné hmotnosti, jejich závažnost a rizika	23
Tabulka 3 Riziko vzniku metabolických a oběhových komplikací spojených s obezitou (podle WHO, 1997)	23
Tabulka 4 Doporučený příjem tekutin u dětí	33

Seznam použitých odborných výrazů

Adypocyty – tukové buňky

Anémie – chudokrevnost, onemocnění při němž je v krvi sníženo množství krevního barviva (hemoglobinu) a červených krvinek (erytrocytů)

Anestézie – znecitlivění

Artróza – nezáánětlivé onemocnění kloubů, pro něž je typická destrukce (zánik) kloubní chrupavky, která tvoří plochu dotyku mezi kostmi kloubu

Arytmie – porucha srdečního rytmu způsobená postižením převodního systému řídicího srdeční činnosti

Astma bronchiální – onemocnění charakterizované záchvatovitou dušností na podkladě náhlého zúžení průdušek, podkladem je chronický zánět průdušek

Celulitida – degenerativní změny podkožního (zejm. tukového) vaziva, vyskytující se někdy ve stáří, častěji konstitučně na stehnech a hýždích mladých žen

Diabetes mellitus – onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností (cukrovka, úplavice cukrová)

Dna – metabolické kloubní onemocnění způsobené poruchou metabolismu a vylučování močové kyseliny

Dušnost – dyspnoe, pocit nedostatku vzduchu provázený zvýšeným dechovým úsilím

Genua valga – abnormální zakřivení dolních končetin, při němž jsou kolena vbočena do „X“

Genua vara – abnormální zakřivení dolních končetin do „O“

Gynekomastie – zvětšení prsních žláz u mužů

Hiátová hernie – kýla při níž se obsah břišní dutiny vysunuje otvory v bránici do dutiny hrudní

Hydrodenzitometrie – podvodní vážení

Hypercholesterolemie – zvýšená koncentrace cholesterolu v krvi

Hyperkortikalismus – neboli Cushingův syndrom, hormonální onemocnění způsobené nadprodukcí hormonů kůry nadledvin

Hypertenze – vysoký tlak

Hypotyreoza – onemocnění způsobené nízkými hladinami hormonů štítné žlázy

Cholecystitida – zánět žlučníku

Cholelitiáza – tvorba a přítomnost žlučových kaménků ve žlučových cestách a žlučníku

Infertilita – neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě při zachované schopnosti otěhotnět

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Inzulinová rezistence – stav, kdy organismus není schopen přiměřeně reagovat na inzulin

Jaterní steatóza – nahromadění tuku v jaterních buňkách (ztukovatění)

Kulatá záda – zvětšení hrudní kyfózy

Osteoporóza – onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty („řidnutí kostí“)

Pankreatitida – zánět slinivky břišní

Plochá noha – snížení podélné klenby nebo její vymizení

Plochá záda – vyhlazení bederní lordózy i hrudní kyfózy

Pseudogynekomastie – prsa se jeví větší

Pseudohypogenitalismus – genitál se jeví menší

Spánkový apnoický syndrom – porucha spánku, při které se v dýchání objevují dlouhé přestávky vedoucí ke zhoršenému okysličení krve

Sterilita – neplodnost, neschopnost oplodnění při pravidelném nechráněném pohlavním styku páru trvající déle než dva roky

Syndrom náhlého úmrtí dítěte – náhlé úmrtí dítěte do jednoho roku, nejčastěji do šesti měsíců, bez zřetelných příčin

ÚVOD

Latinské přísloví: „Střídmý v jídle, sám sobě lékařem“.

Úvodem je třeba zdůraznit, že se obezita stala problémem 21. století a je považována za epidemii. Prevalence obezity stoupá zvláště v ekonomicky vyspělých zemích a nevyhýbá se ani České republice. Obezita způsobuje i spoustu dalších onemocnění a komplikací, a proto je důležité ji předcházet již od narození.

Tématem mé bakalářské práce je problematika obezity u dětí mladšího školního věku. Vybrala jsem si toto onemocnění proto, že počet obézních, jak dospělých, tak bohužel i dětí, stále roste. S obezitou se setkáváme nejen v nemocničních zařízeních, ale i ve svém blízkém okolí. Během své dosavadní praxe jsem se setkala s velkým počtem klientů s diagnózou obezity. Proto vím, že laická veřejnost a hlavně rodiče jsou o této problematice málo informováni. Většina klientů se začne o své onemocnění zajímat, až když jím onemocní a stávají se sami pacienti. Nedostatečná edukace vede k tomu, že rodiče neumějí nebo nechtějí obezitu preventivně předcházet, neznají její příčiny, následky ani komplikace, které hrozí jejich dítěti v dospělém věku.

Cílem teoreticko-praktické práce je zavedení ošetřovatelského procesu do primární péče, vyšší informovanost o obezitě a edukace dětí i jejich rodičů.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána charakteristika onemocnění, prevence, příčiny vzniku, příznaky, diagnostika, léčba a následné komplikace. Tato část je doplněna o příklady dětských a lázeňských léčeben i poradenských center a kurzů ke snižování tělesné hmotnosti. V části praktické je kladen velký důraz na prevenci a její význam. Praktickou část práce jsem uskutečnila v Ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou. Ve své teoreticko-praktické práci se zaměřuji na děti mladšího školního věku. Pro tuto část jsem si sestavila „Sesterskou anamnézu v primární péči o děti mladšího školního věku dle modelu Marjory Gordonové“ a k ní „Soubor otázek pro sestru k rozhovoru s dítětem mladšího školního věku také dle modelu M. Gordonové“. Dalším výsledkem mé práce je vytvoření edukačního materiálu, letáku s názvem „Štíhlé dítě – zdravý start do života“.

V celé práci se snažím přehledným způsobem přiblížit problematiku obezity pomocí tabulek a příloh práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Charakteristika obezity

Je prokázáno, že obezita se u člověka vyskytuje po celou dobu jeho existence. Již z prehistorické doby máme dochovány sošky Venuše, která byla považována za symbol plodnosti a hojnosti. Pokud se zpětně podíváme do historie obezitologie v České republice, zjistíme, že již v roce 1893 Prof. Thomayer charakterizuje obezitu jako „stav, kdy chorobné hromadění tuku nastati musí dílem příslušnou produkcí téhož, dílem též nedostatečným rozkladem“. (Hainer, 2004, s. 27)

Problematika obezity je jak u nás, tak i na celém světě aktuální. Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila obezitu za epidemii 21. století. Toto onemocnění je typickou chorobou obyvatelstva rozvinutých průmyslových zemí. Obezitu řadíme mezi poruchy výživy a je definována jako nadměrné hromadění tělesného tuku v těle, při němž dochází k chorobnému zvýšení tělesné hmotnosti. Podle MUDr. Krusové jde o nepoměr tělesné hmotnosti a tělesné výšky nejčastěji při zmnožení tělesného tuku o 25 % u žen a o 30 % u mužů. (Souček a kol., 2005) Je známo, že k obezitě dochází při nerovnováze mezi příjmem a výdejem energie. Již dávno se nejedná jen o estetický nebo kosmetický problém, ale především o zdravotní problém a hlavně o nemoc. Obezita jako nemoc je forma závislosti na jídle, kdy je nutná pomoc druhé osoby. (Šafránková, Nejedlá, 2006) Vzhledem k jejím zdravotním rizikům se stává z osobního problému jednotlivce závažný medicínský, celospolečenský a ekonomický problém. Provedené studie ukazují, že obezita je hned po kouření druhou nejčastější příčinou smrti, které lze předcházet prevencí. Těžká forma obezity v mladším nebo středním věku zvyšuje rizika nemoci a úmrtnosti pacientů.

V současnosti je obezita problémem nejen u dospělých jedinců, ale bohužel i u dětí. Většina obézních dětí zůstává obézními i v dospělém věku. V posledních letech vede způsob výživy a stravování k nárůstu obezity u dětí jak ve světě, tak i u nás. Zdravé dítě má vyvinutou přirozenou regulaci příjmu i výdeje potravy, ale některé stavy vedou k poruchám této rovnováhy. „Regulace příjmu energie je zprostředkována jídelním chováním. To je řízeno centry hladu a sytosti ve ventromediálním

a laterálním hypotalamu, která dostávají informaci o množství jídla, jeho nutričním složení a obsahu tělesného tuku v adipocytech prostřednictvím inzulínu, ghrelinu, leptinu a některých dalších hormonů“. (Lébl, Zapletalová a kol., 2004, s. 191) Je všeobecně známo, že obézní děti mají větší tukové buňky a také jejich větší počet. „U některých pacientů mohou vést k obezitě abnormality v produkci proteinu leptinu, který je kódován ob genem v adipocytech nebo odchylky v hypotalamických receptorech“. (Stožický, Pizingerová a kol., 2006, s. 164) Podle získaných informací jsem přesvědčena, že s prevencí obezity musíme začínat co nejdříve, již před narozením dítěte. Budoucí maminku je důležité edukovat během těhotenství i po porodu o správném životním stylu, který je důležitý jak pro ni, tak pro její dítě. Pokud budou ženy a nejen ony takto poučeny, dříve než dojde k nadváze či obezitě, je větší možnost předcházet příčinám jejího vzniku. Zastávám názor, že čím častěji je nám něco opakováno, tím více o tom přemýšlíme. Ne nadarmo se říká: „Opakování je matka moudrosti“.

Podle charakteru rozložení tuku v těle rozlišujeme obezitu ženského a mužského typu.

a) Obezita ženského typu (gynoidního nebo dolního typu, tvaru hrušky) je charakteristická ukládáním tuku do oblasti stehen, hýždí, boků a případně i prsů. Z určitých fyziologických důvodů je méně riziková, alespoň do přechodu. Gynoidní typ obezity je spojen s vyšším rizikem vzniku osteoporózy, sterility, cholelitiázy, artrózy, nádorového onemocnění prsu, dělohy, vaječníků a vývojem celulitidy.

b) Obezita mužského typu (androidního nebo horního typu, viscerální, tvaru jablka) je charakterizovaná množstvím tuku na hrudníku a břiše s relativně hubenými dolními končetinami. U androidního typu obezity je častější výskyt kardiovaskulárních a metabolických komplikací. Obezita mužského typu je spojena s vyšším rizikem vzniku diabetu mellitu, nádorového onemocnění tlustého střeva, impotence a astma bronchiale. Ženy s dispozicemi pro tento typ obezity (chlapecký typ) mají stejné zdravotní problémy jako muži a stupňují se v období přechodu.

1.2 Prevalence onemocnění

Česká republika se řadí na jedno z předních míst ve výskytu obezity. Češi patří spolu s Řeky a Angličany k nejobéznějším národům Evropy. Podle prováděných studií je v České republice obézních 21 – 30 % mužů a 32 – 40 % žen. Nejnižší výskyt obezity je v severní Evropě, Nizozemí a Francii. (Šafránková, Nejedlá, 2006) V roce 2006 byla u nás provedena studie zabývající se výskytem nadváhy a obezity. Jejím iniciátorem byla Česká obezitologická společnost ve spolupráci s Národní radou pro obezitu. Podle MUDr. Kunešové (předsedkyně České obezitologické společnosti) byli respondenti osoby nad 18 let a děti ve věku 6 – 12 let a 13 – 18 let. Výsledkem byl výskyt nadváhy a obezity u 52 % osob nad 18 let. U dětí se prevalence mění podle věkových kategorií. Nejnižší je ve skupině mezi 13 – 17 lety, kde dosahuje 11 %. U dětí ve věku 6 – 12 let byla nadváha a obezita zjištěna celkem u 20 %.

Faktory vedoucí ke zvyšování prevalence obezity jsou vlivy prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a žije, etnická diference, vzdělání a výše příjmu. Je prokázáno, že v rozvinutých zemích je výskyt obezity častější u osob s nižším stupněm vzdělání i nižším příjmem a u lidí žijících na venkově. Naopak v rozvojových zemích se toto onemocnění vyskytuje častěji ve vyšších vrstvách a u osob žijících ve městě.

Obezita se bohužel nevyhýbá ani těm nejmenším. Počet obézních dětí stále narůstá. Již v roce 2003 se v naší populaci obezita vyskytovala u 10 až 15 % dětí, nejvíce u dětí nad 10 let. (Volf, Volfová, 2003) „Je zřejmé, že rozdíly v prevalenci obezity v jednotlivých světadílech jsou způsobeny jiným životním stylem, jinými zvyklostmi stravování a zřejmě i jiným genetickým vybavením“. (Hainer a kol., 2004, s. 293)

1.3 Obezita jako rizikový faktor a komplikace u dítěte i dospělého

V souvislosti s obezitou se rozvíjejí četná závažná onemocnění. Záleží hlavně na stupni obezity a celkovém rozložení tuku v těle. Platí, že čím je vyšší stupeň obezity, tím jsou rizika vyšší. Obezita je významným rizikovým faktorem, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí. Všechny komplikace vedou k vyšší

nemocnosti a k předčasnému úmrtí pacientů. Obezita má jako každá nemoc své patologické důsledky. „Tuk se střádá subkutánně, kolem všech vnitřních orgánů, v omentu i v intramuskulárních prostorech“. (Brodanová, 2002, s.157)

Obézní dítě je v dnešní době považováno za potenciálního nemocného. Už v dětském věku dochází v důsledku zvýšené tělesné hmotnosti k různým patologickým změnám v organismu, které můžeme zjistit v období puberty nebo dospívání. A hlavně proto je důležité obezitu předcházet již od narození dítěte. Říká se, že kdo se jednou zařadil mezi otělé, je ohrožen po celý život.

Je prokázáno, že dítěti, které je živeno mateřským mlékem, hrozí menší nebezpečí, že se stane obézním. Čím déle jsou děti kojeny, tím nižší je pravděpodobnost vzniku obezity v pozdějším věku. Možným vysvětlením je odlišný vliv formule kravského a mateřského mléka na metabolismus dítěte, kdy je prokázán lepší vliv na ukládání tuků. Mateřské mléko je nejpřirozenější a nejhodnotněji nutričně vyváženou stravou. Obsahuje bílkoviny, cukry, tuky, vitaminy, minerální látky i stopové prvky a obranné látky, které jsou pro kojence v prvních měsících nejdůležitější. Výhodou je také to, že se dítě učí samo regulovat příjem stravy. Kojené dítě není chráněno jen před vznikem obezity, ale i před vznikem infekcí, potravinových alergií, diabetu mellitu, anémií a syndromu náhlého úmrtí dítěte. Významnou výhodou má i tělesný kontakt mezi dítětem a matkou, kdy se mezi oběma vytváří vztah a pevné citové pouto.

Dítě s nadváhou či obezitou má svým špatným způsobem stravování větší sklon k tvorbě zubního kazu, protože sklovina mléčného chrupu je měkkší a rychleji se odře. Dítěti hrozí ve vyšší míře vznik zánětů, hypertenze, arytmie a problémů se spánkem, jako je chrápání nebo spánkový apnoický syndrom. Časté jsou obtíže jako snížení výkonnosti, vyšší únavnost nebo dušnost. U těchto dětí se můžeme setkat i s problémy pohybového aparátu či onemocněním kloubů. Může se vyskytovat vadné držení těla, které je dáno zeslabením svalového aparátu vlivem zanedbané fyzické činnosti nebo důsledkem psychických změn u dospívajících. Nejčastěji jsou to plochá či kulatá záda. Získanými deformitami dolních končetin u obézních jsou luxace kolena jako genua valga a následkem plochá noha nebo genua vara. Problémem jsou různá endokrinní onemocnění, která se týkají nejčastěji štítné žlázy. Z kožních komplikací jsou to například opruzeniny nebo kožní strie tzv. pajizévky. U chlapců se můžeme setkat s gynekomastií. Nejčastějšími a dítětem nejvíce vnímanými potížemi jsou problémy

psychosociální. Často se špatně zařazuje do kolektivu, obtížně si hledá postavení mezi vrstevníky, mezi kterými bývá terčem posměchu. Vlivem těchto problémů trpí již od dětství sníženým sebevědomím.

Je velmi složité rozlišit komplikace obezity u dítěte a dospělého. Komplikace objevující se v dětství si dítě přenáší i do dospělého věku, kde se postupně zvyrazňují a zhoršují. S tělesným i psychickým dyskomfortem prochází dítě celým věkovým obdobím až do dospělosti.

Problémy se stupňují s věkem a přidružují se nová onemocnění s dalšími riziky. Jsou to především ve vyšší míře komplikace metabolické, kardiovaskulární, respirační, gastrointestinální, ortopedické, kožní, u žen gynekologické, psychosociální a onkologické. Nejčastější **metabolické komplikace** obezity jsou inzulinová rezistence, hypercholesterolemie, diabetes mellitus nebo dna. Mezi **kardiovaskulární komplikace** obezity můžeme zařadit již zmiňovanou hypertenzi, arytmií, ischemické postižení srdce, cévní onemocnění mozku a nemoci cév dolních končetin. „Pro rozvoj kardiovaskulárních chorob je rozhodující typ obezity, a to obezita mužského typu - centrální obezita“. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 70) Obezita je také rizikovým faktorem pro vznik **respiračních problémů**. **Gastrointestinální komplikace** jsou hiátová hernie, cholecystitida, pankreatitida, jaterní steatóza nebo vznik cholelitiázy. Dále je prokázán výskyt **ortopedických komplikací**, protože nadměrnou tělesnou hmotností se zatěžuje páteř, trpí všechny velké klouby v těle, nejvíce kyčelní a kolenní klouby, časté jsou i bolesti zad. **Kožní problémy** vznikají, protože kožní laloky vytvářejí plochu pro zapádku, a tím se zvyšuje riziko ekzémů, mykóz, tvorby strií nebo celulitidy. Obézní ženy mají ve větší míře **gynekologické komplikace** a hormonální poruchy, kdy může dojít k předčasné pubertě nebo vynechávání pravidelného krvácení. Z gynekologického hlediska dochází k poklesu dělohy, častějším zánětům rodidel a ke komplikacím během těhotenství a při porodu. Problémy mohou mít i s infertilitou či inkontinencí. **Psychosociální problémy** se nevyhýbají ani dospělým. Lidé trpící obezitou mají zvýšený sklon k psychickým onemocněním, mají sníženou sebedůvěru, trpí úzkostí či depresemi. Častěji mívají sociální problémy související s uplatněním v profesním nebo společenském životě a trpí diskriminací v různých životních situacích. U těchto nemocných se mohou ve větší míře objevovat poruchy příjmu potravy. V tomto smyslu se obezita uplatňuje jako mocný stresový faktor.

Zdravotník by si měl uvědomit, že obézní jedinci mají též větší výskyt **komplikací při podání anestézie a při chirurgických výkonech**, kdy dochází ke špatnému hojení ran.

Také je důležité poukázat na fakt, že u obézních byl prokázán vztah mezi zvýšenou tělesnou hmotností a vznikem některých **nádorových nemocí**, jako jsou nádory tlustého střeva, prsu, prostaty, ledvin, děložního čípku a jiných orgánů.

1.4 Etiologie a patogeneze

Obezitu řadíme mezi multifaktoriální onemocnění, což znamená, že se na ní podílí více faktorů současně.

Dělíme ji podle příčin na primární a sekundární.

1. Primární obezita nemá žádnou patologickou příčinu a patří mezi nejčastější typ obezity v dětském věku. Je způsobena vysokým příjmem potravy a nízkým výdejem energie. Ke zvýšenému příjmu energie vede přejídání. Příčinou je nadměrný příjem energie, hlavně zvýšený přívod tuků, které mají více energie v porovnání se sacharidy a bílkovinami. Energetický příjem by měl odpovídat energetickému výdeji, který závisí na pohlaví, věku a stupni fyzické aktivity. Nedostatečný výdej energie je dán většinou nedostatkem pohybové aktivity, anebo sedavým způsobem zaměstnání. Lidské tělo je k pohybu velmi dobře přizpůsobené a pokud ho k tomuto účelu nepoužíváme, začne nám svalovina ochabovat a přibývat tuková tkáň. Při nízké pohybové aktivitě dochází k metabolickým změnám, jejichž výsledkem je zvýšená syntéza a ukládání tukových látek.

Na rozvoji obezity se podílejí minimálně z 50 % genetické faktory a predispozice. U dětí je důležité hodnocení obezity u jednoho nebo obou rodičů a zmnožení tuku před šestým rokem života dítěte. „Statistiky ukazují, že dítě, které má jednoho obézního rodiče se sám stává obézním asi ve 40 %. A v rodině s oběma obézními rodiči má dítě šanci stát se obézním v 80 %. Je pravda, že na vzniku obezity se podílí genetika, ale jen my rozhodneme svým životním stylem, tj. způsobem výživy a pohybovým režimem, zda se obezita vyvine, nebo ne a v jakém rozsahu“. (Málková,

2007, s. 41) Velkým problémem ve stravování je, že děti nejsou naučené snídat, někdy ani nenesí svačinu do školy. V poledne mají hlad a k obědu snědí velké množství nevhodného jídla. Často si děti samy kupují nevhodné potraviny, protože jim obědy ve školní jídelně nechutnají. Nedostatečný výdej energie je dán většinou nedostatkem pohybové aktivity, anebo sedavým způsobem zaměstnání. Lidské tělo je k pohybu velmi dobře přizpůsobené, a pokud ho k tomuto účelu nepoužíváme, začne nám svalovina ochabovat a přibývat tuková tkáň. Při nízké pohybové aktivitě dochází k metabolickým změnám, jejichž výsledkem je zvýšená syntéza a ukládání tukových látek.

Na vzniku primární obezity se podílejí také zevní faktory, kde hodnotíme vliv výživy, fyzickou aktivitu dítěte, způsob rodiny ve stravování a tzv. rodinné zvyklosti, například výběr a množství konzumované potravy, nepořádek ve stravování (dietní chaos), sklony k pohybu a cvičení. Jednou z příčin obezity v dětském nebo dospělém věku mohou být i psychické faktory, jako jsou například stres, problémy ve škole, práci, rodině (neshody rodičů, vliv prarodičů) nebo vztazích, kdy jedinci hledají uspokojení v nadměrném příjmu potravy. „Mnohé poznatky upozorňují na skutečnost, že základ obezity vzniká v kojeneckém období při nepřiměřené umělé výživě. Nadměrný přívod vysokoenergetické potravy stimuluje organismus v tomto věkovém období k vytváření stále nových tukových buněk, které nejsou z organismu nikdy odstraněny. Tyto buňky po celý život vytvářejí potenciální hlad po vyšším energetickým příjmu, a proto takovému jedinci trvale hrozí obezita. Tukové buňky se přestávají dělit až při ukončení puberty. Pak zůstává jejich počet nezměněný po celý další život“. (Volf, 2003, s. 174) Nejčastější příčiny obezity jsou stejné jak u dětí, tak i dospělých, patří sem sedavý způsob života, vysedávání před televizní obrazovkou nebo počítačem, časté požívání mezi hlavními jídly, pití sladkých nápojů a samozřejmě nedostatek pohybové aktivity. „Iatrogenní obezita vzniká při podávání některých léků, které ovlivňují příjem potravy nebo energetický výdej, popř. ovlivňují metabolické pochody. Patří sem např. antidiabetika (deriváty sulfonylurey), inzulín, tyreostatika, kortikosteroidy, estrogeny, β -blokátory a další.“ (Brodanová, 2002, s.157) Obezita může rovněž vzniknout při hospitalizaci, kdy jsou pacienti dlouhodobě upoutáni na lůžku nebo při zanechání sportovní činnosti či kouření.

2. Sekundární obezita, která vzniká jako následný projev určité nemoci. Tento druh obezity je ve srovnání s primární obezitou méně častý a nejčastěji bývá způsoben endokrinním onemocněním. Endokrinologická onemocnění, která jdou ruku v ruce s přibíráním na váze v dětském nebo dospělém věku, mohou být vrozená nebo získaná. Jsou to hypotyreóza, hyperkortikalismus neboli Cushingův syndrom. Hypotyreóza souvisí se zánětem štítné žlázy, který i přes silnou stimulaci hormonu hypofýzy (TSH) vede k nedostatečné produkci hormonů a hormonální porucha se projevuje zvyšováním tělesné hmotnosti. Hyperkortikalismus neboli Cushingův syndrom se vyznačuje zvýšenou funkcí kůry nadledvin a nadměrným vylučováním kortizolu, což je glukokortikoidní hormon ovlivňující glukózovou látkovou výměnu v kůře nadledvin. Cushingův syndrom získaný vzniká především zevním přísunem kortikoidů při užívání kortikoidních přípravků. Další z příčin může být i aktivace centra hladu nacházející se v hypotalamu, a to po úrazech nebo zánětech mozku. Tato aktivace vede u jedinců k přibírání na váze. Existují také geneticky podmíněné syndromy spojené s výskytem obezity, mezi které patří například Praderův-Williho syndrom nebo Laurencův-Moonův-Biedlův syndrom. „Extrémní obezita může vést k vývoji tzv. Pickwickova syndromu (obezita, snížená plicní ventilace, spavost, letargie)“. (Volf, 2003, s. 174)

1.5 Klinický obraz

Obezita se projevuje zvýšeným množstvím podkožního tuku u mužů na břicho a u žen v podbřišku, na stehnech a hýždích. Typ ženské a mužské obezity viz v kapitole „Charakteristika obezity“. U dětí se tuk ukládá nejvíce v oblasti prsou, beder a v okolí genitálu. U obézních chlapců se genitál jeví menší a prsa se jeví jako zvětšena. Dalším projevem jsou strie, které se tvoří při rychlém nárůstu hmotnosti. Následkem tohoto onemocnění může docházet u žen k poruchám menstruačního cyklu. Mezi další projevy obezity řadíme lokomoční poruchy, zadýchávání se při zvýšené námaze a narušení psychosomatických funkcí. Nadměrná váha se projevuje také zvýšeným pocením, bolestmi velkých kloubů, zad a vznikem křečových žil.

1.6 Diagnostika obezity

Nejdůležitějším ukazatelem hodnotícím stav výživy jsou antropometrické hodnoty, kam patří výška / délka, hmotnost, hmotnostní index, tloušťka tricpitální kožní řasy a střední obvod paže (svalu ramene). Dalšími neméně důležitými ukazateli jsou biochemické údaje, klinické příznaky (změny ve vývoji a růstu), anamnéza a fyzikální vyšetření. U obézního dítěte zjišťujeme při běžné anamnéze především anamnézu rodinnou, osobní a výživovou, posuzujeme příčiny obezity a již vzniklé komplikace. Ve výživové anamnéze se ptáme na úbytek nebo přírůstek váhy v poslední době, dietní omezení, množství přijímané potravy, potravinové preference a na obtíže spojené s příjmem potravy. Pomocí fyzikálního vyšetření sledujeme orientačně stav výživy, stavbu těla, známky obezity a vyšetřujeme antropometrické hodnoty.

Při preventivních prohlídkách u lékaře pro děti a dorost je již od narození pravidelně sledována tělesná výška a tělesná hmotnost dítěte. Poměr hmotnosti k výšce k zhodnocení proporcionality zjistíme pomocí percentilových grafů. Po zakreslení tělesné výšky a hmotnosti můžeme porovnat aktuální výšku a hmotnost dítěte s jeho vrstevníky. Pro děti a dospívající jsou k dispozici percentilové grafy BMI, které umožní porovnat stav výživy příslušného dítěte ve srovnání s referenční populací příslušného věku a pohlaví. „Hmotnost vztahovaná k výšce: v percentilovém grafu tělesné hmotnosti stanovíme ideální tělesnou hmotnost ve vztahu k dané výšce dítěte a vypočítáme procento nadváhy. Jako mírnou obezitu označujeme stav s 120 – 130 % ideální tělesné hmotnosti a jako těžkou obezitu stav s více než 130 % ideální tělesné hmotnosti“ (Lebl, Hainerová, 2004, s. 14 - 16) Percentilové grafy jsou odlišné pro kojence, batolata, starší děti a jiné pro chlapce a dívky. Na vodorovné ose najdeme věk dítěte a na svislé ose jeho výšku (délku). V místě, kde se protnou kolmé čáry zaznamenáme v grafu bod. Při opakovaném měření a dlouhodobém sledování dítěte body spojíme a dostaneme křivku. V grafech jsou vyznačeny hodnoty hlavních tzv. percentilů (3., 10., 25., 50., 75., 90., a 97.) referenčních údajů. Meze fyziologické variability tělesných charakteristik se pohybují mezi 25. a 75. percentilem. Percentilové grafy jsou také součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, který dostávají již při odchodu z porodnice.

S těmito grafy pracuje lékař pro děti a dorost, zdravotní sestra nebo sami rodiče. Percentilové grafy u dívek a chlapců, které používá pediatr viz Příloha 5 a 6.

Tabulka 1 Hodnocení tělesné výšky a hmotnostně - výškového poměru (BMI)

Pásmo	Podle výšky – postava	Podle hmotnostně - výškového poměru (BMI)
Nad 97. percentilem	velmi vysoká	dítě obézní
Nad 90. percentilem	velmi vysoká	s nadměrnou hmotností
mezi 75. - 90. percentilem	vysoká	robustní
mezi 25. - 75. percentilem	střední	proporcionální
mezi 3. - 25. percentilem	malá	štíhlé
Pod 3. percentilem	velmi malá	hubené

K určení přiměřené tělesné hmotnosti můžeme použít i tzv. Brocův index, který vypočítáme pomocí vzorce: výška (cm) – 100 = přiměřená hmotnost (kg). Pokud bychom chtěli zjistit rodičovskou predikci výšky, tedy odhad výšky dítěte v dospělosti využijeme vzorec: pro chlapce (výška otce + výška matky + 13) / 2 a pro dívku (výška matky + výška otce – 13) / 2. Tato výška ± 8,5 cm vyjadřuje interval 95 % pravděpodobnosti budoucí výšky dítěte. Stanovení stupně obezity a tělesného složení, určení tukové a netukové tkáně se provádí měřením podkožního tuku, tloušťky kožních řas, kaliperem nebo bioelektrickou impedancí pomocí elektrod, které se přikládají na tělo. Tato metoda je založená na rozdílné vodivosti tuku a jiných tkání v organismu. Určuje podíl tuku v organismu. Dále se používá hydrodenzitometrie (vážení pod vodou), měření tukové tkáně pomocí ultrazvuku, počítačové tomografie, nukleární magnetické rezonance nebo denzitometrické vyšetření pomocí DEXA (duální rentgenová absorpciometrie), které nám prokáže podíl tuku, svalstva, kostry a dalších částí lidského těla na celkové hmotnosti.

Existuje řada výpočtů, jak zjistíme naši tělesnou hmotnost, nejpoužívanější mezi laiky je ten, který říká, že máme vážit tolik kilogramů, kolik centimetrů měříme nad jeden metr (například člověk vysoký 185 cm by měl vážit 85 kg). Tyto výpočty jsou ovšem zavádějící a nespolehlivé, protože neberou v potaz řadu dalších skutečností. Spolehlivější je index tělesné hmotnosti neboli body mass index tzv. BMI. V dospělém věku je to nejběžnější metoda zjištění vzájemného poměru mezi tělesnou hmotností a výškou. Stanovíme ho pomocí vzorce (hmotnost v kilogramech) / (výška v metrech)².

Dospělí jedinci obvykle dosahují hodnot 19 – 22 kg/m², norma podle Světové zdravotnické organizace je 18,5 – 25,0 kg/m². Konkrétní hodnota vyjadřuje závažnost obezity. Níže uvedené kategorie jsou všeobecně přijímány a používány.

Tabulka 2 Hodnoty indexu tělesné hmotnosti, jejich závažnost a rizika

BMI	kategorie	riziko
18,5 - 24,9	normální hodnota	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízké až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšené
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	vysoké
více než 40,0	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Vypočítáním vztahu mezi obvodem pasu a boků tzv. WHR (Waist to Hip ratio) indexu zjistíme typ rozložení tělesného tuku. Hraniční rizikové hodnoty WHR = pas děleno boky: muži > 0,95 a ženy > 0,85. Velmi důležitý je typ ukládání tuku v těle a zjištění viscerálního tuku, což je tuk v břišní dutině, který obklopuje vnitřní orgány. Převaha tukové tkáně na trupu a uvnitř břicha je mnohem nebezpečnější než ukládání na bocích a hýždích. Jedná se o mužský (androidní) typ obezity. Nyní se doporučuje měření obvodu v pase. Obvod těla změříme pomocí krejčovského metru ve výšce pasu (uprostřed mezi dolními žebry a horní okrajem pánve). Hraniční hodnoty a rizika ukazuje následující tabulka.

Tabulka 3 Riziko vzniku metabolických a oběhových komplikací spojených s obezitou (podle WHO, 1997)

pohlaví	zvýšené riziko	vysoké riziko
muži	více než 94 cm	více než 102 cm
ženy	více než 80 cm	více než 88 cm

K diagnostice obezity můžeme provést také laboratorní vyšetření. Pomocí biochemických údajů můžeme určit poruchy výživy a přítomnost komplikací. Mezi laboratorní vyšetření řadíme vyšetření krevního séra, moče či zjišťování metabolitů, jejichž hodnoty jsou ovlivněny živinami. Pro zjištění komplikací obezity můžeme vyšetřovat jaterní enzymy, lipidové spektrum, krevní tlak, tepovou frekvenci a provést

orální glukózový toleranční test s hladinami glykémie, inzulínu a C-peptidu. Vyšetřuje se hladina celkového cholesterolu, HDL cholesterolu, LDL cholesterolu, triacylglycerolů, kyseliny močové, již zmíněné glykémie, aminotransferáz (ALT, AST), GMT, bilirubinu, urey, kreatininu a krevní obraz. Možná jsou vyšetření tyreostimulačního hormonu (TSH), odpadu kortizolu v moči za 24 hodin a sérové hladiny kortizolu, vyšetření růstového hormonu či vyšetření parathormonu. Můžeme provést i cytogenetické nebo molekulárně genetické vyšetření. Je možné i provedení dalších vyšetření podle indikací u konkrétního pacienta dle rozhodnutí lékaře.

1.7 Léčba obezity

Léčbu obezity můžeme rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Do konzervativní léčby můžeme zařadit také léčbu farmakologickou, která je určená pro obézní dospělé. U dětí se nedoporučuje. Doporučována je také léčba v lázních a ozdravovnách pro obézní děti či dospělé. Podle získaných informací již pokles hmotnosti o 5 – 10 % významně snižuje rizikové faktory obezity. Léčba je odlišná podle toho, zda se jedná o vyvíjející se dítě nebo zda jde o dospělého člověka. Obezita i těžkého stupně se ve většině případech léčí ambulantně. Pro přijetí do nemocnice musí být zvláštní důvody nebo plánovaný chirurgický výkon.

1.7.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba spočívá v úpravě stravovacích a pohybových návyků, tedy změna životního stylu a životosprávy. Další pomocí, zvláště u dospělých klientů, je terapie farmakologická. Výborným doplňkem může být také léčba v ozdravovnách či lázních pro obézní děti nebo dospělé, která je v poslední době často využívána. Terapie obezity je obtížná zejména u dětí. Důležitá je motivace, pevná vůle a psychická podpora obézního pacienta lékařem, zdravotní sestrou, rodinou i blízkými.

V konzervativní léčbě u dětí je nejdůležitější spolupráce s rodinou a dostatečná edukace o úpravě stravovacích návyků a fyzické aktivity. Pro úspěšnou léčbu je důležitá změna ve stravování celé rodiny. U dětí se využívá konzervativní léčby, a to ve smyslu

úpravy stravování, změny denního režimu a zvýšení pohybové aktivity, což ve většině případů samo pomůže dítěti vrátit jeho tělesnou hmotnost do normálních hodnot. Pro zvýšení tělesné aktivity je doporučována rychlejší chůze, tanec, jízda na kole, plavání nebo aerobic. Vhodná je chůze do školy místo dopravním prostředkem nebo chůze do schodů místo používání výtahu. Doporučuje se vedení denních záznamů o všem, co dítě snědlo a přesvědčit jej, aby si záznam postupně vedlo samo. Za každý úbytek váhy si dítě zaslouží pochvalu, čím zvýšíme jeho sebevědomí a chuť pokračovat ve snižování hmotnosti. Lépe je hubnout pomalu a trvale. Obecně se ví, že jde o tzv. běh na dlouhou trať. Myslím si a jsem téměř přesvědčena, že nejlepším řešením je najít si někoho se stejným problémem a snižovat váhu společně. Ne nadarmo se mezi lidmi říká, že ve dvou se to lépe táhne. Jak už jsem se zmínila, farmakologická terapie u dětí není vhodná a není doporučována. U těžkých forem obezity je vhodné začít s redukčním omezením při hospitalizaci dítěte ve speciálních letních táborech a léčebnách pro obézní děti, kde se naučí změnám ve stravování i v denním režimu. Po poradě s lékařem lze zkusit léčbu v ozdravovně či lázních.

Pro celkový obraz a doplnění problematiky uvádím stručné poznámky také k obezitě dospělých. **Základem konzervativní léčby u dospělého člověka** je samozřejmě také úprava stravovacích i pohybových návyků a změna životního stylu. Pravidelná pohybová aktivita omezuje tvorbu tukové tkáně a přispívá k její redukci. Ke zvýšení pohybové aktivity se nejvíce doporučuje chůze a další dle možností jedince. Jako prevence zvýšení tělesné hmotnosti se doporučuje pravidelná rychlejší chůze po dobu třiceti až čtyřiceti minut každý den. U dospělých máme na rozdíl od dětí, kde se nedoporučují, možnost přísnější redukční diety. MUDr. Kunešová rozdělila redukční dietu na několik druhů, a to na vyváženou stravu (nízkoenergetická dieta s vyváženým složením všech důležitých živin), diety omezující jednu ze živin, tekuté diety, kombinace vyvážené redukční diety a náhrady potravy (tekuté diety) nebo magické diety. (Hainer a kol., 2004) Jak dětský, tak i dospělý obézní pacient by měl jíst nízkokalorickou stravu, jíst pravidelně, častěji a v malých porcích. Dieta se snížením energetického příjmu zahrnuje snížení příjmu tuků a naopak navýšení příjmu sacharidů a bílkovin. Doporučuje se omezení jídla ve večerních hodinách, omezení slazených nápojů a solení jídla.

U dospělých pacientů můžeme navíc využít **farmakologické léčby**.

Česká obezitologická společnost doporučuje používání farmakoterapie u pacientů s indexem tělesné hmotnosti nad třicet nebo pokud selhala komplexní nefarmakologická léčba, také u pacientů s indexem tělesné hmotnosti dvacet pět až třicet a jsou-li kardiovaskulární nebo metabolická rizika, dále za účelem zvýšení compliance pacienta. Podle PharmDr. Práznovcové je compliance míra spolupráce na farmakoterapii, s jakou se pacient řídí doporučeními lékaře či písemnými pokyny, a která je podmíněna ochotou, možnostmi a schopnostmi pacienta řídit se radou lékaře nebo farmaceuta. Poslední indikací farmakoterapie obezity je cíl zajistit dlouhodobé udržení dosaženého hmotnostního úbytku. (Hainer a kol., 2004) Podle prostudovaných publikací se při farmakoterapii nejčastěji podávají anorektika, která ovlivňují příjem potravy působením centrálně, tlumící chuť k jídlu, pocity hladu a zvyšují pocit sytosti. Do této skupiny patří například fentermin (preparát Adipex retard) či sibutramin (preparát Meridia). Výhodou sibutraminu je, že lze podávat dlouhodobě, nevzniká na něj návyk a nemá sedativní účinky. Dále se podávají léky, které zvyšují energetický výdej (termogenní farmaka) či zvyšující oxidaci tuků v organismu, například kombinace efedrinu s kofeinem. Preparáty fenterminu, směs efedrinu a kofeinu nepodáváme déle než tři měsíce, protože je možný vznik závislosti. Možné je také využití léků, které snižují vstřebávání tuku z gastrointestinálního traktu (orlistat, preparát Xenical), který se může podávat dlouhodobě. Při farmakoterapii je důležité respektování kontraindikací léků a dodržování správného dávkování vzhledem k možnosti výskytu nežádoucích účinků.

1.7.2 Chirurgická léčba

Chirurgická terapie obezity se u dětí nevyužívá. Je doporučována a využívána při léčbě dospělých klientů. Indikací k chirurgické léčbě je body mass index nad čtyřicet, kdy již selhala konzervativní terapie.

Podle prostudovaných materiálů jsem zjistila, že se provádějí dva typy operací. Neadjustabilní tj. bez možnosti povolení či opětovného stažení bandáže během dietního režimu a adjustabilní (regulovatelné) s možností úpravy bandáže při dosažení určitého váhového úbytku nebo při výskytu nežádoucích komplikací bandáže. Je důležité vědět a myslet na to, že obézní pacienti mají špatně přístupné operační pole, operační

rána se jim déle hojí a častěji se u nich vyskytují pooperační komplikace. V posledním desetiletí přinesla bariatrická chirurgie rozšíření restriktivních operací žaludku, především vertikální gastroplastiku a gastrické bandáže. Kombinované restriktivní a malabsorbční výkony typu gastrického bypassu a biliopankreatické diverze se využívají jen ve výjimečných případech. (Fried, 2004)

Je známo, že adjustabilní bandáže se provádějí od konce osmdesátých let minulého století. Provádí se vertikální gastroplastika, tzv. bandáž žaludku. Výkon se provádí pomocí laparoskopie nebo laparotomie. Následkem bandáže žaludku dojde k zaškrcení žaludku ve tvaru přesýpacích hodin. Snědení i malého množství potravy naplní a roztáhne malou horní část žaludku a vyvolá pocit nasycení, což má za následek snížení denního příjmu bez pocitu hladu. Tato metoda umožňuje měnit podle potřeby zaškrcení žaludku v různé šířce i po operaci, protože je do podkoží umístěn malý ovládací ventil bandáže. K dobrým dlouhodobým výsledkům gastrické bandáže je nutná přesná indikace nemocných. Platí mezinárodně uznávaná dohoda, že k operaci by měli být indikováni pacienti s indexem tělesné hmotnosti vyšším než čtyřicet, anebo nad třicet pět, kteří zároveň trpí komplikujícími chorobami.

Jednou z novějších restriktivních metod je tubulizace žaludku. Jedná se o neadjustabilní operační zákrok využívající laparoskopické techniky a spočívající ve zmenšení žaludku. Výkon je vhodný u nemocných, kdy došlo k selhání gastrické bandáže nebo u pacientů, kteří nejsou schopni dodržovat režimová opatření.

Dalším výkonem, který je možné provést u obézních pacientů je fixace čelistí drátem. Po tomto výkonu lze přijímat pouze rozmixovanou potravu. Je méně úspěšná, protože po skončení dochází opět ke zvýšení tělesné hmotnosti. Plastické operace, jako je liposukce a lipektomie, se provádějí za kosmetickým účelem, ale nejsou léčbou obezity. Jsou to jen kosmetické výkony odstraňující nahromaděný tuk. U obézních klientů se doporučuje i vyzkoušení akupunktury nebo akupresury. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

V posledních několika letech je novinkou v chirurgické léčbě morbidní obezity metoda gastrická stimulace (elektrostimulace). Jejím principem je stimulace žaludečního antra nebo oblasti kardié elektrodou, která je napojena na zdroj elektrických impulsů, zavedenou do serózy přední stěny žaludku laparoskopickou cestou. K vyhodnocení účinnosti této metody však zatím chybí dlouhodobé výsledky.

1.7.3 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba patří mezi léčbu konzervativní a je výborným doplňkem při komplexní péči o klienta. Tento druh léčby je možný využít jak u obézních dětí, tak i u dospělých jedinců. Pro příklad uvádím ty nejznámější a nejčastěji využívané. Jednou z nejznámějších lázeňských léčeben, která se specializuje na nemocné s obezitou, je dětská **Léčebna Dr. L. Filipa s.r.o. Poděbrady**. Léčí se tu děti od tří do osmnácti let s nemocemi srdečními, revmatickými, obezitou, hyperlipoproteinemií. Provádí se zde také rehabilitace po úrazech a ortopedických operacích. Výhodou je, že děti do šesti let zde mohou být ubytováni s jedním z rodičů. Další možností je **Lázeňská léčebna Mánes** v Karlových Varech, která se zabývá léčbou dětí a dospělých s nemocemi trávicího traktu, nemocemi z poruch látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí i obezity. Možné je i ubytování rodičů s dětmi. Na obezitu u dětí a dorostu či dospělých klientů se zaměřují i **Léčebné lázně Mariánské lázně, a.s.**, které najdeme v Karlovarském kraji. Najdeme zde pacienty s indikací nemocí ledvin a močových cest, dýchacího ústrojí, ale i metabolická, gynekologická a onkologická onemocnění. Léčba od tří let je pouze v doprovodu rodičů. Dále se nabízí možnost **Léčebných Lázní Bludov** na severu Moravy, které jsou určeny pro děti a dorost i dospělé s indikací obezity, onemocněním pohybového aparátu a dalších nemocí. Léčbou obezity u dětí a dorostu či dospělých se zabývají také **Lázně Luhačovice, a.s.**, nacházející se na jižní Moravě v údolí krajinné chráněné oblasti Bílé Karpaty. Další možností je **Olivova dětská léčebna, o.p.s.**, která se nachází v Říčanech u Prahy. Tato léčebna získala v roce 2007 grant na léčbu dětské obezity. Léčí se zde chlapci i dívky školního věku a cílem není pouze redukce tělesné hmotnosti, ale také vytvoření nového správného životního stylu dítěte. Samozřejmě je i více možností a záleží vždy na možnostech klienta a doporučení lékaře.

1.8 Prognóza obezity

Obezita má při včasné diagnostice a zahájené léčbě se snížením tělesné hmotnosti dobrou prognózu. Jak už jsem se zmínila, již pokles hmotnosti o 5 – 10 %

významně snižuje rizikové faktory obezity. Obézní dítě je v dnešní době považováno za potenciálního nemocného. Pokud dochází k nadměrnému ukládání tuku v období vývoje dítěte, hrozí mu v dospělosti obezita, která bývá závažnější než obezita vzniklá až v dospělém věku. Při neléčené či nevyléčené obezitě je prognóza horší. Všechny komplikace a problémy, které vznikají spolu s onemocněním, vedou k vyšší nemocnosti i k předčasnému úmrtí pacientů. Zvýše uvedeného vyplývá význam prevence obezity již od útlého dětství a tím předcházení vzniku samotného onemocnění.

1.9 Poradenská centra a kurzy ke snižování váhy

V posledních letech se nabízí možnost využití poradenských center a různých druhů kurzů pro snižování tělesné hmotnosti. Jejich cílem je edukace o správném zdravotním stylu, zdravé výživě a snížení tělesné hmotnosti klientů. Rodiče, děti i sami dospělí mají možnost se informovat na telefonních číslech či internetových stránkách a domluvit si osobní konzultaci. Specializovaní pracovníci se zaměřují na změnu stravovacích a pohybových návyků i změnu jídelníčku. Jedinou nevýhodou je, že programy snižování tělesné hmotnosti a individuální odborné konzultace jsou finančně náročné, což odrazuje některé jejich zájemce. V současnosti existuje mnoho možností, jak získat informace o této problematice, a proto jsem vybrala ty, které jsou nejznámější a lidmi nejčastěji využívány.

Mezi nejznámější patří občanské sdružení **Poradenské centrum Výživa dětí**, kde mohou rodiče konzultovat výživu svého dítěte, poradit se o vhodném způsobu úpravy jídelníčku a životosprávy. Výživové poradenství je určeno pro děti předškolního a školního věku. Informace na internetových www.vyzivadeti.cz nebo na bezplatné informační telefonní lince 800 230 000.

Další možnost nabízí občanské sdružení **Stobík**, které se zabývá obezitou v dětském věku. Jeho cílem je rozšiřování informací a edukace v oblasti problematiky dětské obezity. Je určeno pro děti na základních školách a jejich rodiče. Sdružení pořádá rodinné terapie, rodinné kurzy snižování nadváhy i víkendové pobyty nebo informační akce na základních školách. Více informací na internetových stránkách www.stobik.cz.

Pro obézní dospělě je tu společnost **STOB**, která sdružuje lékaře, psychology, nutriční terapeutky i další odborníky, kteří pomáhají obézním snížit tělesnou hmotnost. Cílem je učení zdravému životnímu stylu, upravení stravovacích i pohybových návyků tak, aby snížili svou hmotnost a uměli si váhu udržet. Informace získáme na webových stránkách www.stob.cz nebo na www.istob.cz, kde najdeme informace o pořádaných kurzech a cvičeních, redukčních pobytech a akcích pořádaných společností STOB.

Mnoho užitečných informací o výživě u nás i ve světě získáme od **Společnosti pro výživu (SPV)** na internetových stránkách www.spolvyziva.cz.

Pro dospělé, kteří mají problémy se svou váhou, je tu **Merrylinka**, kde najdeme informace o obezitě, o tom jak snížit svou váhu a odkazy na obezitologické poradny po celé České republice. Nabízí online poradnu i Klub Merrylinka, sdružující obézní pacienty. Více informací na internetových stránkách www.merrylinka.cz nebo bezplatné telefonní lince 800 116 116.

Další možností, kde získat informace o obezitě, je **Centrum pro obezitu a zdravý životní styl**. Zabývá se poradenstvím o správném životním stylu a obezitě i psychoterapií a pořádá víkendové pobyty, semináře a týdenní pobyty. Informace zjistíme na webových stránkách www.obezita.com.

Pomocníkem je i komplexní program snižování hmotnosti s názvem **Linda-Linie**. Má své webové stránky www.linda-linie.cz, kde najdeme informace o obezitě, výživě a tělesné aktivitě. Na stránkách jsou i poradny, ukázkové jídelníčky, kalorické tabulky, kalkulátor BMI nebo diskusní fórum. Stránky jsou určeny jak pro laickou veřejnost, tak i pro odborníky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 Prevence obezity

2.1 Význam a důležitost prevence

Podle MUDr. Hainera je důležité, pokud chceme předcházet obezitě, znát riziková období pro její rozvoj. Jsou to prenatální období, doba dospívání (puberta), těhotenství i mateřství a období menopauzy. V dospělosti jsou to změny jídelních a pohybových návyků nebo období, kdy jedinec přestane kouřit, či období, kdy užívá léky zvyšující tělesnou hmotnost. (Hainer a kol., 2004)

Důležité je šíření primární, sekundární i terciární výchovy a prevence. S prevencí obezity bychom měli začínat již v dětském věku. Jak již jsem zmiňovala, je prokázáno, že kojení snižuje výskyt obezity v dospělosti. V raném věku dítěte se mění složení mateřského mléka s růstem dítěte podle jeho potřeb a dítě si samo volí, jaké množství vypije. Proto by mělo být podporováno dlouhodobé kojení, alespoň do šestého měsíce věku, i zvýšená edukace o prevenci obezity u těhotných žen a maminek po porodu. Maminka kojeného dítěte by měla být poučena, že příčinou pláče dítěte není vždy pocit hladu. Již v ordinacích lékařů pečujících o děti a dorost by měla být prováděna výchova rodičů a jejich dětí ke správnému životnímu stylu. Prevencí je sledování vývoje dítěte pomocí percentilových grafů během preventivních prohlídek a počítání BMI. Jedním z rizikových faktorů je pozitivní rodinná anamnéza. Větší pozornost by se měla věnovat u jedinců, kdy se nadváha nebo obezita vyskytuje u rodičů či sourozenců. Nejdůležitější je výchova ke správné životosprávě, úprava sedavého způsobu života zvýšením tělesné aktivity, výdeje energie a zařazením sportu do trávení volného času. V batolecím, předškolním a školním věku je nutné dodržovat pravidelné stravovací návyky, v nichž bychom měli jít dítěti sami příkladem. Důležité je, aby se dítě naučilo pravidelně snídat, svačit a dodržovat pitný režim během dne. Obezitě můžeme předejít dodržováním zdravé výživy, ve které budou obsaženy všechny živiny ve správném zastoupení a množství. Důležité je upřednostňování potravin s nižším obsahem tuku a kalorií, jako je zelenina, ovoce, celozrnné výrobky, nízkotučné mléko, maso, ryby a nízkotučné zakysané mléčné výrobky. Důležitý je také pravidelný příjem vhodných tekutin, protože děti nemívají pocit žízně a hrozí jim riziko

dehydratace. Potřeba a množství tekutin se mění podle věku, prostředí a fyzické aktivity dítěte. Kolik má dítě za den vypít, můžeme zjistit podle tabulky doporučeného příjmu tekutin. Pro zjištění, kolik má dítě vypít za den tekutin, vynásobíme množství mililitrů pro daný věk dítěte jeho hmotností. Například dvanáctileté dítě vážící 45 kg vypočítáme: $45 \times 50 \text{ ml} = 2250 \text{ ml}$.

Tabulka 4 Doporučený příjem tekutin u dětí

	4-7 let	7-10 let	10-13 let	13-15 let	15-19 let
Celkem (l/den)	1,6	1,8	2,15	2,45	2,8
Z nápojů (ml/kg/den)	75 ml	60 ml	50 ml	40 ml	40 ml

Dítě potřebuje i dostatek aktivního pohybu, proto bychom měli vědět o jeho denním režimu a zapojovat ho do pohybových aktivit celé rodiny. U televize či počítače by mělo trávit co nejkratší dobu. „U dítěte je důležité předcházet vytváření špatných stravovacích a pohybových návyků. Pokud už tyto nevhodné návyky jsou vytvořeny, pak je snadnější je změnit, když ještě nejsou fixovány mnoho let.“ (Málková, 2007, s. 41) V dnešní době jsou děti obézní z důvodu sedavého způsobu života, tedy nedostatečné pohybové aktivity i nesprávných stravovacích návyků. Problémem je i vliv celospolečenské příliš komerční nabídky, vliv médií, která více podporují počítačové hry. Již od dětství tráví děti svůj volný čas u televizních nebo počítačových obrazovek a na zájmové kroužky a sport jim nezbývá čas. Problémem je málo atraktivní nabídka trávení volného času a finanční náročnost. Více se s tím setkáme u starších dětí, na které nemají rodiče už tolik času a málo se jim věnují.

Pro šíření primární prevence obezity a edukační činnost zdravotní sestry jsem sestavila edukační materiál - leták s názvem Štíhlé dítě – zdravý start do života. (viz Příloha 11) V letáku najdeme Soubor doporučení pro dětskou stravu a Základní pravidla pro rodiče obézních dětí (viz následující podkapitoly 2.2, 2.3). Dále tam je vyobrazena Pyramida zdravé výživy i postup jak s pyramidou správně pracovat. (viz Příloha 4) Uvedeny jsou také odkazy na internetové stránky, kde najdeme informace o správné výživě nebo dětské obezitě. Edukační materiál může být využíván v prenatalních či dětských poradnách i ordinacích pro děti a dorost.

2.2 Soubor doporučení pro dětskou stravu

Podle získaných informačních zdrojů jsem zformulovala patnáct zásad, kterými by se měli řídit rodiče a jejich děti, a které by se měly stát samozřejmou součástí jejich životního stylu.

1. Nejlepší prevencí před vznikem obezity je kojení, které snižuje výskyt obezity v dospělém věku. Doporučuje se dlouhodobé kojení alespoň do šestého měsíce věku. Mateřské mléko je nejpřirozenější a nejhodnotněji nutričně vyváženou stravou. Obsahuje bílkoviny, cukry, tuky, vitaminy, minerální látky i stopové prvky a obranné látky, které jsou pro kojence v prvních měsících nejdůležitější.
2. Nejdůležitější je zdravá a pestrá strava bohatá na ovoce a zeleninu.
3. Dítě by se nemělo přejídat ani hladovět. Mělo by se stravovat pravidelně, častěji a v menších porcích. Doporučuje se jídlo rozdělit do 5 – 6 porcí za den (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře a druhá večeře).
4. Dítě by se mělo již od dětství naučit pravidelně snídat a svačit.
5. Zejména u dospívajících je doporučována lehká druhá večeře.
6. Do dětského jídelníčku bychom měli zařazovat dostatek bílkovin, mléka a kvalitních mléčných výrobků, nejlépe polotučných.
7. Doporučuje se pravidelný příjem drůbežího masa a ryb a omezit spotřebu červeného masa jako je vepřové, hovězí, skopové aj.
8. Omezit konzumaci pečených, smažených a grilovaných jídel včetně uzenin.
9. Nedoporučuje se úplně vyřazovat z jídelníčku tuky. Důležité je volit výrobky s nižším obsahem tuku.
10. Upřednostňování kvalitních rostlinných olejů a tuků. Vyměnit živočišné tuky za rostlinné tuky a oleje.
11. Sacharidy by měly děti přijímat hlavně z ovoce, zeleniny a cereálií.
12. Doporučuje se nedosolovat hotové pokrmy, sůl a solené potraviny jsou vhodné jen v malém množství.
13. Porce příloh by měly být malé a obohaceny zeleninou.
14. Měli bychom upřednostňovat tmavé a celozrnné pečivo před bílým.

15. Denní příjem tekutin by měl být nejméně dva litry neslazených tekutin. Vhodné jsou voda, stoprocentní džus smíchaný s minerální vodou, neslazené ovocné čaje, vody s přírodními sirupy, ovocné nebo zeleninové šťávy.

2.3 Základní pravidla pro rodiče obézních dětí

- Pokud chcete, aby Vaše dítě bylo úspěšné při snižování tělesné hmotnosti, musíte změnit jeho stravovací a pohybové návyky Vy.
- Důležité je, abyste šli dítěti ve zdravém stravování příkladem.
- Nenahrazujte dítěti lásku jídlem.
- Mějte na paměti, že jaký životní styl si osvojí dítě v dětském věku, takový bude dodržovat i v dospělosti ve své rodině.
- Dodržujte zásady správné životosprávy.
- Vylučte ze stravy všechny sladkosti a slanosti.
- Zvyšujte pohybovou aktivitu dítěte samotného i celé rodiny chůzí do školy, používáním schodů a pravidelnou rychlejší chůzí po dobu 30 – 40 minut každý den. Vhodná je jízda na kole, plavání, aerobic nebo tanec.
- Chvalte dítě za každý snížený kilogram a podporujte ho ve snižování tělesné hmotnosti.
- Ved'te denní záznamy o všem, co dítě snědlo, včetně drobností a přesvědčte jej, aby si záznam postupně vedlo samo.
- Seznamte s těmito zásadami celou rodinu včetně prarodičů.
- V případě neúspěchu situaci nevzdávejte, ale porad'te se s lékařem o sestavení individuálního jídelníčku a doporučení další léčby.

3 Ošetřovatelský proces v primární (ambulantní) péči

Pro primární péči jsem vytvořila Sesterskou anamnézu v primární péči o děti v mladším školním věku dle modelu M. Gordonové (viz Příloha 1), která může být využívána jak v obezitologických ambulancích, tak i v ordinacích pro děti a dorost. K ní jsem sestavila Soubor otázek pro sestru k rozhovoru s dítětem mladšího školního věku dle modelu M. Gordonové (viz Příloha 2). V anamnéze najdeme dvanáct oblastí a ke každé z nich několik otázek, které se k nim vztahují. Je důležité ke každému dítěti přistupovat individuálně, protože vývoj každého dítěte je individuální a může být odlišný od jeho vrstevníků. Proto jsem vytvořila více otázek a zdravotní sestra může zvolit ty, na které předpokládá, že dítě zvládne odpovědět. V plánu ošetřovatelské péče jsou sestaveny ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce pro zdravotní sestry i uveden číselný kód a název dle NANDA taxonomie II. U každého dítěte jsem stanovila tři nejdůležitější ošetřovatelské diagnózy. Jedná se o děti s podobnými diagnózami i problémy, které na sebe vzájemně navazují a souvisejí se základním ošetřovatelským problémem – obezitou. Proto jsou stanoveny společné intervence pro všechny ošetřovatelské diagnózy, které spolu navzájem souvisejí.

Ve své práci se zaměřuji na děti mladšího školního věku, protože tento věk je pro obezitu nejvíce rizikový. Průzkumy ukazují, že nejvyšší procento mezi obézními dětmi je právě v mladším školním věku.

3.1 Charakteristika mladšího školního věku

Pro upřesnění a doplnění uvádím, jak charakterizují mladší školní věk autoři zabývající se vývojovou psychologií.

J. Langmeier a D. Krejčířová označují mladší školní věk za dobu od 6 - 7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11 - 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

M. Vágnerová ve své publikaci rozděluje školní věk na tři fáze. Ranný školní

věk od nástupu do školy (6 – 7 let) až do 8 - 9 let. Střední školní věk trvající od 8 – 9 let do 11 – 12 let. A na starší školní věk, období druhého stupně základní školy do ukončení povinné školní docházky, přibližně do 15 let. (Vágnerová, 2005)

A. Petrová uvádí v knize Přehled vývojové psychologie, že mladší školní věk nastupuje vstupem dítěte do školy (6 - 7 let) do 11 let, kdy se začínají objevovat první známky pohlavního dospívání. (Čížková a kol., 2005)

3.2 Průzkum v ordinaci pro děti a dorost

Pro zjištění funkčnosti a účinnosti sestavené Sesterské anamnézy dle modelu M. Gordonové jsem požádala o pomoc lékařku i zdravotní sestru z Ordinance pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou. Společně jsme vyhledaly ošetřované děti, které měly problémy s nadváhou či obezitou, a s nimiž jsem po celou dobu pracovala. Vypracovala jsem sesterské anamnézy spolu s percentilovými grafy, aby bylo možné posoudit zvyšování tělesné hmotnosti. Více o percentilových grafech viz Diagnostika obezity či Přílohy 5 a 6. Sesterských anamnéz bylo dohromady 20, z toho bylo 11 chlapců a 9 dívek s nadváhou či obezitou. Věková kategorie u dívek je 8, 11 a 12 let. U chlapců je to 8, 10, 11 a 12 let. Dle mého názoru není nutné přikládat všechny anamnézy, protože vzhledem ke stejné diagnóze a problémům jsou si velmi podobné. Pro ukázkou jsem vybrala nejzajímavější anamnézy dívek a chlapců z každé věkové kategorie. Sesterské anamnézy jsou uspořádány od nejmladších po nejstarší dívky a chlapce.

3.2.1 Sesterská anamnéza (dívka 8 let)

SESTERSKÁ ANAMNÉZA V PRIMÁRNÍ PÉČI O DĚTI V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	
Pracoviště: Ordinance pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou	
Jméno a příjmení: R.T.	Datum narození: 1999
Pohlaví: dívka	Věk: 8 let
Bydliště: Benátky nad Jizerou	Třída: 3. ročník
Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, časté respirační infekce, od r. 2005 sledována na dětské alergologii, pravidelné kontroly na oční ambulanci	
Délka a hmotnost	
po narození: 46 cm, 2800g	7. letech: 112 cm, 27 kg
1. roce: 72 cm, 9 kg	9. letech: -----
3. letech: 89 cm, 13 kg	11. letech: -----
5. letech: 100 cm, 16 kg	12. letech: -----
Fyzikální vyšetření	
Délka: 123 cm	FF - Dech: 24 /min
Hmotnost: 36 kg	Tep: 82 /min
Orientačně BMI: 24	TT: 36,6 °C
Dietní omezení: redukce hmotnosti	TK: 100/50
Alergie: Augmentin (exantém), pyl, roztoči, kočka, pes	
Léky (chronická medikace): Xyzal, Allergodil při potížích	
Lékařská diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, přejídáním	
LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A SESTERSKÉ PROBLÉMY DLE MODELU M. GORDONOVÉ (I. fáze – posouzení)	
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ	
anamnéza: preventivní kontroly u lékaře dodržují, rodiče se snaží vést dívku ke zdravému životnímu stylu, ale zatím bez výsledků	
problémy: nedodržování správného životního stylu	
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS	
anamnéza: doporučena redukce váhy, omezení sladkostí a energeticky bohaté stravy, příjem tekutin 1-1,5 l /den	
problémy: vysoký příjem sladkostí, nízký příjem tekutin, pití slazených nápojů	
3. VYLUČOVÁNÍ	
anamnéza: močení bez obtíží, častá zácpa, pocení v normě	
problémy: problémy s vyprazdňováním stolice	

4. AKTIVITA, CVIČENÍ
anamnéza: snižená pohybová aktivita, rodiče jí zapojují do práce, společně sportují
problémy: nemá ráda sport a cvičení, protože je do něj nucena
5. SPÁNEK, ODPOČINEK
anamnéza: spánek má kvalitní, spí 9 hodin bez probuzení, po probuzení se cítí odpočatá
problémy: -----
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ
anamnéza: klientka nosí brýle, sledována na oční ambulanci, ve škole se učí dobře, má dobrou krátkodobou paměť, rychle se učí něco nazpaměť
problémy: -----
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA
anamnéza: dívka není spokojena se svým vzhledem, ale s nadváhou nechce nic dělat, ve třídě má kolem sebe kamarády, kteří jsou také při těle
problémy: nedostatek informací o obezitě mezi dětmi ve škole, o komplikacích obezity v dospělosti
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
anamnéza: žije s rodiči v rodinném domě, sourozence nemá, se zbytkem rodiny se často navštěvují
problémy: -----
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
anamnéza: zná své pohlaví, rozdíly mezi mužem a ženou, ví jak přišla na svět, o sexualitu a opačné pohlaví zatím nejeví zájem
problémy: -----
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
anamnéza: stres zažívá málokdy a to v souvislosti se školou nebo rodinou, když jsou na ni kladeny vysoké nároky
problémy: -----
11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY
anamnéza: ona i rodiče jsou nevěřící, za nejdůležitější považují rodiče zdraví celé rodiny
problémy: -----
12. JINÉ
Důležitá sdělení: rodiče jsou normální postavy a dívce jdou svým chováním příkladem (percentilový graf viz Příloha 7)

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče					
	II. fáze diagnostika	III. fáze plánování		IV. fáze realizace	V. fáze vyhodnocení
	Ošetrovatelská diagnóza	Cíl dlouhodobý Cíl krátkodobý Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
	<p>Dle Kapesního průvodce pro zdrav. sestry</p> <p>1. Výživa porušená, nadměrná z důvodu snížené pohybové aktivity projevující se zvýšenou tělesnou hmotností dívky a nesprávným stravováním.</p> <p>Dle NANDA taxonomie II. (číselný kód a název) 00001 nadměrná výživa</p> <p>2. Zácpa z důvodu nesprávného životního stylu projevující se problémy s vyprazdňováním stolice a verbalizací.</p> <p>00011 zácpa</p> <p>3. Neznalost onemocnění z důvodu nedostatku informací o obezitě projevující se verbalizací a neznalostí správného životního stylu.</p> <p>000126 deficitní znalost obezity</p>	<p>CD - dívka se bude se svou tělesnou hmotností nacházet v percentilovém grafu v oblasti nadváhy do 6. měsíců</p> <p>CK - dívka sníží svou hmotnost o 1 kg za měsíc</p> <p>VK - dívka i rodiče znají zásady správné životosprávy a zapisuje si příjem potravin a tekutin do 1. týdne</p> <p>CD – dívka má fyziologické vyprazdňování do 1. měsíce</p> <p>CK – dívka zná zásady správného životního stylu a příčiny zácpy do 2. týdnů</p> <p>VK- dívka verbalizuje zlepšení problémů s vyprazdňováním stolice do 1. týdne</p> <p>CD – dívka je edukována o obezitě do 2. týdnů</p> <p>CK – dívka zná příčiny a následky obezity do 1. týdne</p> <p>VK – dívka neverbalizuje nedostatek informací, zná spolu s rodiči zásady správné životosprávy do 3. dnů</p>	<p>Edukovat dívku i rodiče:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o zásadách správné životosprávy - o zapisování všeho co během dne sní a vypije - o zásadách správného vážení při kontrole hmotnosti - o sledování a zapisování hmotnosti jednou za měsíc - o nutnosti přiměřené tělesné aktivity - o následcích a komplikacích obezity - o prevenci a příčinách zácpy <p>dle potřeby</p> <p>Doporučit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podporu dívky ve snižování tělesné hmotnosti - změnu jídelníčku a poradit jaké potraviny jsou vhodné a jaké ne - zvýšení pohybové aktivity - konzultaci s nutričním terapeutem <p>dle potřeby</p> <p>Poskytnout:</p> <ul style="list-style-type: none"> - edukační materiál - dostatek informací o výživě a dětské obezitě <p>během návštěv u lékaře pro děti a dorost</p>	<p>Primární sestra Zdravotní sestra ve spolupráci s pediatrem a nutričním terapeutem 13.8.2007</p>	<p>Efekt: úplný 22.2.2008</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 13.9.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 27.8.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p>

3.2.2 Sesterská anamnéza (chlapec 10 let)

SESTERSKÁ ANAMNÉZA V PRIMÁRNÍ PÉČI O DĚTI V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	
Pracoviště: Ordinance pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou	
Jméno a příjmení: P.Š.	Datum narození: 1997
Pohlaví: chlapec	Věk: 10 let
Bydliště: Benátky nad Jizerou	Třída: 5. ročník
Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, fraktura bérce vlevo, vymknutý kotník pravý zevní (2005), operace tříselné kýly vpravo (2006)	
Délka a hmotnost	
po narození: 50 cm, 3280g	7. letech: 130 cm, 38 kg
1. roce: 76 cm, 11 kg	9. letech: 142 cm, 52 kg
3. letech: 98 cm, 17 kg	11. letech: -----
5. letech: 115 cm, 25 kg	12. letech: -----
Fyzikální vyšetření	
Délka: 148 cm	FF - Dech: 24 /min
Hmotnost: 56 kg	Tep: 88 /min
Orientačně BMI: 26	TT: 36,5 °C
Dietní omezení: redukce hmotnosti	TK: 100/55
Alergie: -----	
Léky (chronická medikace): -----	
Lékařská diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, přejídáním	
LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A SESTERSKÉ PROBLÉMY DLE MODELU M. GORDONOVÉ (I. fáze – posouzení)	
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ	
anamnéza: cítí se dobře, na preventivní prohlídky chodí pravidelně s matkou, rady lékaře ohledně hubnutí dodržují vždy krátce a potom už ne	
problémy: nedůslednost v dodržování rad lékaře, nízká autorita matky	
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS	
anamnéza: redukční omezení nedodržují, zdravou výživu doma nedodržují, jemu ani bratrovi nechutná, neomezují sladkosti, tekutiny 1-1,5 l/den	
problémy: nedostatek informací o zdravé výživě, možnostech přípravy méně energeticky náročných jídel, příjem sladkostí, nízký příjem tekutin	
3. VYLUČOVÁNÍ	
anamnéza: bez problémů, stolice pravidelná, denně nebo jednou za dva dny	
problémy: -----	

4. AKTIVITA, CVIČENÍ
anamnéza: chlapec se nevěnuje žádnému sportu, doma žádnou fyzickou práci nevykonává
problémy: cvičí jen ve škole o hodinách TV, nechodí do kroužků, nesportuje
5. SPÁNEK, ODPOČINEK
anamnéza: chlapec spí 8 hodin denně, probouzí se během noci a chodí na WC (1 - 2x)
problémy: zvýšený příjem tekutin ve večerních hodinách a před spánkem
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ
anamnéza: zrak dobrý, brýle nenosí, ve škole se učí průměrně, učení ho baví, má rád matematiku
problémy: -----
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA
anamnéza: svůj tělesný vzhled nevidí jako problém, má okolo sebe spoustu přátel, kteří mají nadváhu, matka je normální postavy, bratr je také při těle
problémy: neznalost komplikací obezity v dospělosti, edukace matky
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
anamnéza: rodiče nežijí spolu, žije s matkou a starším bratrem (1994), chodí do 5. třídy
problémy: chybí vzor otce, matku neposlouchají
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
anamnéza: ví že je mužského pohlaví, zná rozdíl mezi mužem a ženou a ví jak přišel na svět, když mu není něco jasné jde za starším bratrem
problémy: -----
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
anamnéza: poslední zátěžovou situací byl rozchod rodičů, s otcem se stýká málo, stres zažívá někdy ve škole, když má něco číst před spolužáky
problémy: stres a zátěžové situace řeší jídlem, poučit o jiných způsobech zvládnání
11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY
anamnéza: chlapec ani zbytek rodiny jsou nevěřící, mezi nejdůležitější řadí matka zdraví a rodinu
problémy: -----
12. JINÉ
Důležitá sdělení: matka i otec jsou normální postavy, bratr má problém s nadváhou (percentilový graf viz Příloha 8)

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče				
II. fáze diagnostika	III. fáze plánování		IV. fáze realizace	V. fáze vyhodnocení
Ošetrovatelská diagnóza	Cíl dlouhodobý Cíl krátkodobý Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
<p>Dle Kapesního průvodce pro zdrav. sestry</p> <p>1. Výživa porušená, nadměrná z důvodu nesprávného stravování a snížené pohybové aktivity projevující se zvýšenou tělesnou hmotností chlapce a verbalizací.</p> <p>Dle NANDA taxonomie II. (číselný kód a název) 00001 nadměrná výživa</p> <p>2. Neznalost onemocnění z důvodu nedostatku informací o obezitě projevující se verbalizací a neznalostí správného životního stylu.</p> <p>000126 deficitní znalost obezity</p> <p>3. Aktivita, intolerance z důvodu nedostatku informací o správném životním stylu, sedavého způsobu života projevující se zvýšenou tělesnou hmotností, sníženou pohybovou aktivitou.</p> <p>00092 intolerance aktivity</p>	<p>CD - chlapec se bude se svou tělesnou hmotností nacházet v percentilovém grafu v oblasti nadváhy do 6. měsíců CK - chlapec sníží hmotnost o 1 kg každý měsíc VK - chlapec i rodiče znají zásady správné životosprávy a zapisují příjem potravin a tekutin do 1. týdne</p> <p>CD – chlapec je edukován o obezitě do 2. týdnů CK – chlapec zná příčiny a následky obezity do 1. týdne VK – chlapec neverbalizuje nedostatek informací, zná spolu s rodiči zásady správné životosprávy do 3. dnů</p> <p>CD – chlapec toleruje aktivitu do 3. týdnů CK – chlapec ví o příčinách obezity a nutnosti pohybové aktivity do 1. týdne VK – chlapec snižuje svou hmotnost, pravidelně má každý den tělesnou aktivitu do 3. dnů</p>	<p>Edukovat chlapce i rodiče: - o příčinách a následcích obezity - o zásadách správné životosprávy (životního stylu) - o zapisování všeho co během dne sní a vypije - o zásadách správného vážení při kontrole hmotnosti - o sledování a zapisování hmotnosti jednou za měsíc - o nutnosti přiměřené tělesné aktivity</p> <p>dle potřeby</p> <p>Doporučit: - podporu ve snižování tělesné hmotnosti - úpravu stravovacích návyků, změnu jídelníčku a poradit jaké potraviny jsou vhodné a jaké ne - zvýšení pohybové aktivity - konzultaci s nutričním terapeutem</p> <p>dle potřeby</p> <p>Poskytnout: - edukační materiál - dostatek informací o výživě a dětské obezitě</p> <p>během návštěv u lékaře pro děti a dorost</p>	<p>Primární sestra Zdravotní sestra ve spolupráci s pediatrem a nutričním terapeutem 14.8.2007</p>	<p>Efekt: úplný 22.2.2008</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 28.8.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 4.9.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p>

3.2.3 Sesterská anamnéza (chlapec 11 let)

SESTERSKÁ ANAMNÉZA V PRIMÁRNÍ PÉČI O DĚTI V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	
Pracoviště: Ordinace pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou	
Jméno a příjmení: D.H.	Datum narození: 1996
Pohlaví: chlapec	Věk: 11 let
Bydliště: Tuřice	Třída: 4. ročník
Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, od r. 2002 dochází na logopedii	
Délka a hmotnost	
po narození: 47 cm, 2550g	7. letech: 114 cm, 20 kg
1. roce: 74 cm, 8 kg	9. letech: 125 cm, 29 kg
3. letech: 90 cm, 11 kg	11. letech: 134 cm, 42 kg
5. letech: 103 cm, 14 kg	12. letech: -----
Fyzikální vyšetření	
Délka: 134 cm	FF - Dech: 20 /min
Hmotnost: 42 kg	Tep: 82 /min
Orientačně BMI: 23	TT: 36,5 °C
Dietní omezení: redukce hmotnosti	TK: 80/50
Alergie: Ospen (exantém)	
Léky (chronická medikace): -----	
Lékařská diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, přejídáním	
LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A SESTERSKÉ PROBLÉMY DLE MODELU M. GORDONOVÉ (I. fáze – posouzení)	
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ	
anamnéza: dodržují preventivní prohlídky, doporučení lékaře podle rodičů dodržují, úrazy a onemocnění za poslední rok žádné	
problémy: nedodržování správného životního stylu a správné životosprávy	
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS	
anamnéza: chuť k jídlu dobrá, lékařem doporučena redukce váhy, tekutiny 2 - 2,5 l/den, dostává sladkosti za odměnu	
problémy: nízký příjem ovoce a zeleniny, příjem sladkostí	
3. VYLUČOVÁNÍ	
anamnéza: vylučování moče bez obtíží, stolice pravidelná, pocení v normě	
problémy: -----	

4. AKTIVITA, CVIČENÍ
anamnéza: denní aktivita snižená, cvičí jen ve škole o hodinách TV, sportu se nevěnuje
problémy: sezení u počítače, sledování TV 5 hod /den, nesportuje
5. SPÁNEK, ODPOČINEK
anamnéza: spánek kvalitní, spí 7 hodin denně, nebudí se během noci, po probuzení se cítí odpočatý, přes den neodpočívá
problémy: -----
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ
anamnéza: zrak dobrý, brýle nenosí, na bolesti si nestěžuje, ve škole se učí průměrně, bolesti nemá
problémy: -----
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA
anamnéza: tělesný vzhled nevidí jako problém, nadváha mu v ničem nevádí, ve třídě je oblíbený, má hodně kamarádů
problémy: nedostatek informací o následcích obezity v dospělosti
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
anamnéza: žije s rodiči a mladším bratrem v rodinném domě, otec pracuje jako automechanik a matka jako servírka, má hodně kamarádů
problémy: -----
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
anamnéza: uvědomuje si mužské pohlaví, otázky ohledně sexuality pokládá rodičům, začíná se zajímat o děvčata
problémy: -----
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
anamnéza: právě teď se cítí dobře, stresové situace jsou spojeny se školou, zátěž zvládá dobře
problémy: -----
11. VÍRA, PŘESVĚDCENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY
anamnéza: on i rodiče jsou nevěřící
problémy: -----
12. JINÉ
Důležitá sdělení: matka je plnoštíhlé postavy, otec je normální postavy (percentilový graf viz Příloha 9)

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče				
II. fáze diagnostika	III. fáze plánování		IV. fáze realizace	V. fáze vyhodnocení
Ošetrovatelská diagnóza	Cíl dlouhodobý Cíl krátkodobý Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
<p>Dle Kapesního průvodce zdrav. sestry</p> <p>1. Výživa porušená, nadměrná z důvodu nadměrného příjmu potravy v poměru k metabolickým potřebám projevující se zvýšenou tělesnou hmotností chlapce.</p> <p>Dle NANDA taxonomie II. (číselný kód a název) 00001 nadměrná výživa</p> <p>2. Neznalost onemocnění z důvodu nedostatku informací o obezitě projevující se verbalizací a neznalostí správného životního stylu.</p> <p>000126 deficitní znalost obezity</p> <p>3. Obraz těla porušený z důvodu obezity projevující se změnou stavby těla, negativními pocity a verbalizací.</p> <p>00118 porušený obraz těla</p>	<p>CD - chlapec se bude se svou tělesnou hmotností nacházet v percentilovém grafu v oblasti nadváhy do 6. měsíců CK - chlapec sníží svou hmotnost o 1 kg za měsíc VK - chlapec i rodiče znají zásady správné životosprávy, zapisuje příjem potravin a tekutin během dne do 1. týdne</p> <p>CD – chlapec je edukován o obezitě do 2. týdnů CK – chlapec zná příčiny a následky obezity do 1. týdne VK – chlapec neverbalizuje nedostatek informací, zná spolu s rodiči zásady správné životosprávy do 3. dnů</p> <p>CD – chlapec akceptuje změny svého těla do 2. týdnů CK – chlapec zná příčiny a komplikace obezity do 1. týdne VK – chlapec neverbalizuje negativní pocity, chápe tělesné změny stavby těla do 3. dnů</p>	<p>Edukovat chlapce i rodiče: - o příčinách a následcích obezity - o zásadách správné životosprávy - o zapisování všeho co během dne sní a vypije - o zásadách správného vážení při kontrole hmotnosti - o sledování a zapisování hmotnosti jednou za měsíc - o nutnosti přiměřené tělesné aktivity dle potřeby</p> <p>Doporučit: - podporu chlapce ve snižování tělesné hmotnosti, pochvalu za každý pokrok - úpravu stravovacích návyků, změnu jídelníčku a poradit jaké potraviny jsou vhodné a jaké ne - zvýšení pohybové aktivity (omezit sledování TV a sezení u počítače) - konzultaci s nutričním terapeutem - návštěvu psychologa dle potřeby</p> <p>Poskytnout: - edukační materiál - dostatek informací o výživě a dětské obezitě během návštěv u pediatra</p>	<p>Primární sestra Zdravotní sestra ve spolupráci s pediatrem a nutričním terapeutem 15.8.2007</p>	<p>Efekt: úplný 22.2.2008</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 29.8.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 29.8.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p>

3.2.4 Sesterská anamnéza (dívka 12 let)

SESTERSKÁ ANAMNÉZA V PRIMÁRNÍ PÉČI O DĚTI V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	
Pracoviště: Ordinance pro děti a dorost v Benátkách nad Jizerou	
Jméno a příjmení: V.Č.	Datum narození: 1995
Pohlaví: dívka	Věk: 12 let
Bydliště: Mečeříž	Třída: 6. ročník
Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, 2005 doporučena obezitologická ambulance a následný pobyt v ozdravovně Poděbrady kde shodila 10kg, nyní opět přibírá na váze	
Délka a hmotnost	
po narození: 52 cm, 3800g	7. letech: 133 cm, 50 kg
1. roce: 75 cm, 11 kg	9. letech: 149 cm, 65 kg
3. letech: 103 cm, 26 kg	11. letech: 160 cm, 84 kg
5. letech: 120 cm, 36 kg	12. letech: 163 cm, 99,5 kg
Fyzikální vyšetření	
Délka: 172 cm	FF - Dech: 24 /min
Hmotnost: 121 kg	Tep: 80 /min
Orientačně BMI: 41	TT: 36,6 °C
Dietní omezení: redukce hmotnosti	TK: 110/60
Alergie: -----	
Léky (chronická medikace): Lactulosa sirup	
Lékařská diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, přejídáním	
LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A SESTERSKÉ PROBLÉMY DLE MODELU M. GORDONOVÉ (I. fáze – posouzení)	
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ	
anamnéza: k lékaři chodí pravidelně, preventivní prohlídky dodržují, rady lékaře nedodržují, rodiče se snaží, ale babička ji stále dává něco k jídlu	
problémy: nedodržování správné životosprávy, edukace rodiny i babičky	
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS	
anamnéza: redukční omezení nedodržuje, kupuje si sama sladkosti, rodiče tvrdí, že ji nepodporují a nekupují je, příjem tekutin 2 l /den	
problémy: stravuje se ve velkém množství, jí málo ovoce a zeleniny, kupuje si nevhodné potraviny	
3. VYLUČOVÁNÍ	
anamnéza: močení bez obtíží, trpí zácpou (stolice 1 - 2x za týden), pocení zvýšené při fyzické námaze	
problémy: problémy s vyprazdňováním stolice	

4. AKTIVITA, CVIČENÍ
anamnéza: nedostatek pohybu, nesportuje, o hodinách TV cvičí málo, volný čas tráví u počítače nebo televize
problémy: klientka nemá ráda pohyb a sport, časté absence na hodinách TV
5. SPÁNEK, ODPOČINEK
anamnéza: spánek má kvalitní, spí celou noc bez probuzení 8 hodin denně
problémy: -----
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ
anamnéza: zrak dobrý, brýle nenosí, na bolesti si nestěžuje
problémy: -----
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA
anamnéza: klientka není spokojená se svým vzhledem, nevěří, že by mohla někdy Zhubnout, a tak se o to ani nepokouší
problémy: nedostatek znalostí o hubnutí a problémech spojených s obezitou
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
anamnéza: žije s matkou, starším bratrem (15 let) a babičkou v rodinném domě, otec zemřel při tragické nehodě
problémy: souvislost obezity se smrtí otce, závislost matky a babičky na dceři
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
anamnéza: o sexu se doma nemluví, neprojevuje zájem o toto téma
problémy: nedostatek informací o sexualitě a reprodukční schopnosti
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
anamnéza: stresem je pro ni škola a rodina, největší zátěží je úmrtí otce
problémy: stresové situace řeší pomocí jídla, absence mužského vzoru v rodině
11. VÍRA, PŘESVĚDCENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY
anamnéza: dívka i zbytek rodiny jsou nevěřící
problémy: -----
12. JINÉ
Důležitá sdělení: matka i mladší bratr jsou normální postavy (percentilový graf viz Příloha 10)

Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče				
II. fáze diagnostika	III. fáze plánování		IV. fáze realizace	V. fáze vyhodnocení
Ošetrovatelská diagnóza	Cíl dlouhodobý Cíl krátkodobý Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
<p>Dle Kapesního průvodce zdrav. sestry</p> <p>1. Výživa porušená, nadměrná z důvodu nesprávného stravování a snížené pohybové aktivity projevující se zvýšenou tělesnou hmotností dívky a verbalizací.</p> <p>Dle NANDA taxonomie II. (číselný kód a název) 00001 nadměrná výživa</p> <p>2. Zácpa z důvodu nesprávného životního stylu projevující se problémy s vyprazdňováním stolice a verbalizací.</p> <p>00011 zácpa</p> <p>3. Neznalost onemocnění z důvodu nedostatku informací o obezitě projevující se verbalizací a neznalostí správného životního stylu.</p> <p>000126 deficitní znalost obezity</p>	<p>CD - dívka se bude se svou hmotností nacházet v percentilovém grafu v oblasti nadváhy do 6. měsíců CK - dívka sníží svou hmotnost o 1 kg za měsíc VK - dívka zná zásady správné životosprávy, příčiny vzniku zácpy, zapisuje si příjem potravin a tekutin do 1. týdne</p> <p>CD – dívka má fyziologické vyprazdňování do 1. měsíce CK – dívka zná zásady správného životního stylu a příčiny zácpy do 2. týdnů VK- dívka verbalizuje zlepšení problémů s vyprazdňováním do 1. týdne</p> <p>CD – dívka je edukována o obezitě do 2. týdnů CK – dívka zná příčiny a následky obezity do 1. týdne VK – dívka neverbalizuje nedostatek informací, zná spolu s rodiči zásady správné životosprávy do 3. dnů</p>	<p>Edukovat dívku i rodiče: - o zásadách správné životosprávy - o zapisování všeho co sní a vypije - o zásadách správného vážení při kontrole hmotnosti - o sledování a zapisování hmotnosti jednou za měsíc - o nutnosti tělesné aktivity - o rizicích a komplikacích obezity - o prevenci a příčinách zácpy dle potřeby</p> <p>Doporučit: - podporu dívky ve snižování tělesné hmotnosti - změnu jídelníčku a poradit jaké potraviny jsou vhodné a jaké ne - zvýšení pohybové aktivity - konzultaci s nutričním terapeutem - konzultaci s psychologem - endokrinologické vyšetření a docházení do obezitologické ambulance</p> <p>Poskytnout: - edukační materiál - dostatek informací o výživě a dětské obezitě během návštěv u lékaře pro děti a dorost</p>	<p>Primární sestra Zdravotní sestra ve spolupráci s pediatrem a nutričním terapeutem, psychologem</p> <p>obezitologická a endokrinologická ambulance 13.8.2007</p>	<p>Efekt: neúplný 22.2.2008</p> <p>CD – nesplněn CK – nesplněn VK – splněna</p> <p>Efekt: neúplný 13.9.2007</p> <p>CD – nesplněn CK – nesplněn VK – splněna</p> <p>Efekt: úplný 27.8.2007</p> <p>CD – splněn CK – splněn VK – splněna</p>

3.3 Zhodnocení a výsledky průzkumu

Z celkového počtu 20 dětí snížilo svou tělesnou hmotnost 15 dívek a chlapců. Z 9 dívek jich snížilo svou tělesnou hmotnost 6. Tři dívky svou hmotnost nesnížily nebo jen krátkodobě a opět přibraly na váze a zůstaly obézní. Z 11 chlapců snížilo svou tělesnou hmotnost 9. Dva chlapci svou hmotnost nesnížili. Nejčastějšími důvody proč nesnížili chlapci a dívky svou hmotnost bylo, že přestali dodržovat rady, které jim byly doporučeny nebo ztratili motivaci k pokračování. Dalším důvodem byli rodiče, kteří na své děti mají málo času a přestali je kontrolovat a podporovat ve snižování tělesné hmotnosti. Z toho vyplývají také nejčastější odpovědi v sesterské anamnéze.

Kdybych měla zhodnotit nejčastější odpovědi v sesterské anamnéze, bylo by to nedodržování rad a doporučení pediatra či zdravotní sestry. Dále nedodržování zdravého životního stylu, zdravé výživy a snížená pohybová aktivita, děti se nevěnují žádnému sportu a časté jsou i absence o hodinách tělesné výchovy ve škole. Děti tráví většinu svého volného času před televizní obrazovkou nebo počítačem. Důležitým se ukázal i vliv rodičů, prarodičů, sourozenců i kamarádů, kteří jsou sami plnoštíhlé postavy. Většina dětí si o sobě nemyslí, že jsou obézní, když vidí kolem sebe plnoštíhlé postavy. Neznají následky a problémy, které sebou obezita nese. Setkala jsem se i s rodiči, kteří nepovažují své dítě za obézní.

Při realizaci intervencí je důležité dítě motivovat a zapojit je do péče o sebe sama s přihlédnutím k rozdílnému psychickému vývoji dítěte. U dívek a chlapců ve věku 8 – 10 let je nutná kontrola rodiči. Děti ve věku 11 a 12 let už nepotřebují denní kontrolu, ale jen občasné dohlížení (například 2x týdně). Můžeme je nechat, aby si samy zapisovaly denní příjem potravy, mohou si na počítači vytvářet barevné tabulky s obrázky k zápisu potravy nebo tělesné hmotnosti. V tomto věku také samy zvládnou vyhledávat na internetu informace o zdravé výživě nebo dětské obezitě. Důležitá je pochvala za každý i malý úspěch a psychická podpora blízkých. Je možné doporučit dítěti společné snižování tělesné hmotnosti s kamarádem, sourozencem nebo rodičem. Pomůckou při realizaci intervencí byl již zmíněný edukační materiál, leták Štíhlé dítě - zdravý start do života.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem popisovala problematiku obezity u dětí mladšího školního věku. Dospěla jsem k závěru, že tato problematika je jak u nás, tak i na celém světě aktuální. Jak již jsem se zmínila, Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za epidemii 21. století. Důvodem jsou především změny životního stylu a snížení fyzické aktivity.

Je důležité si uvědomit, že obézní dítě je v dnešní době považováno za potenciálního nemocného. Prevence obezity je vždy mnohem jednodušší než léčba již vzniklé obezity. Nejdůležitější je předcházení vzniku obezity již před narozením dítěte a během celého jeho vývoje. S edukací bychom měli začínat u budoucích maminek a poučit je o správném životním stylu, který je důležitý jak pro ně, tak pro jejich děti. Důležitá je také správná osvěta samotných dětí a jejich rodičů. Od toho jsme tu my, zdravotní sestry a zdravotní pracovníci, kteří jim všechno rádi vysvětlíme a edukujeme je, aby věděli, jak se správně stravovat a jaké jsou zásady správného životního stylu. Je to práce zdravotníků, upozornit na rizikové faktory a možnosti prevence, jak se vyhnout vzniku onemocnění. Prevencí obezity, jak u dospělých tak i u dětí, je dostatečná pohybová aktivita, dodržování zásad zdravé výživy a pitného režimu. Velmi důležité je také dodržování rad lékaře a zdravotní sestry a především motivace k dosažení stanoveného cíle. Nejen rodiče, ale i dítě pokud už je starší, musí samo chtít snížit svou váhu a změnit dosavadní způsob života. Sami rodiče by měli jít svým dětem příkladem a více se hýbat, méně a zároveň zdravěji jíst. Úspěch plánu na snížení obezity záleží hlavně na tom, kolik lidí je ochotno změnit svůj dosavadní způsob života.

Cílem mé bakalářské práce bylo spolu s edukací a zvýšením informovanosti dětí i jejich rodičů také zavedení ošetřovatelského procesu do primární péče. Jak jsem se sama přesvědčila, v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost není během ordinačních hodin dostatek času na práci formou ošetřovatelského procesu. Hlavním důvodem je vysoký počet pacientů a množství práce, které stále přibývá. V ordinacích praktických lékařů je samozřejmě edukace rodičů i dětí. Bohužel ke sběru sesterské anamnézy, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování intervencí, jejich realizaci i na edukaci je důležité mít na dítě a jeho rodiče dostatek času a získat si jejich důvěru.

Proto si myslím, že nejvhodnějším řešením by bylo využití ošetrovatelského procesu například v obezitologických ambulancích, poradenských centrech nebo centrech pro snižování tělesné hmotnosti a ne jen tam. Pomocí naplánovaných individuálních konzultací se zdravotní pracovníci mohou klientům po celou dobu nerušeně věnovat.

Jedním z nejdůležitějších odkazů mé práce je skutečnost, že každý zdravotnický pracovník by si měl uvědomit význam obezity a její nárůst během posledních několika let. Všichni bychom si měli uvědomit, že nikdy není příliš brzy ani příliš pozdě na zvýšení tělesné aktivity, zlepšení stravovacích návyků a celého životního stylu.

„Výcvik ke zdraví – tot’ střídmost v jídle a píle v námahách“. Hippokrates

Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M.; MATULAY, S. *Výskum v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Nitra : Fakulta socialnych vied a zdravotníctva Univerzita Konstantina filozofa, 2007. 122 s. ISBN 978-80-89245-03-1.
3. ČÍŽKOVÁ, ŠIMÍČKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
4. DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. FINKOVÁ, M. *Obezita u dětí a dospívajících*. In: Vox pediatrie, 2005, roč. 5, č. 9, s. 17. ISSN 1213-2241.
6. FRÚHAUF, P. *Vláknina v dětské výživě*. In: Pediatrie pro praxi, 2007, roč. 8, č. 1, s. 12. ISSN 1213-0494.
7. HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
8. HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 788 s. ISBN 80-7262-241-2.
9. HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. a kol. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
10. KLÍMA, J. a kol. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha : EUROLEX BOHEMIA, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
11. LANGMEIER, J.; KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
12. LEBL, J.; HAINEROVÁ, I. *Diferenciální diagnostika dětské obezity*. In: Vox pediatrie, 2005, roč. 5, č. 9, s. 14. ISSN 1213-2241.
13. LEBL, J.; ZAPLETALOVÁ, J.; KOLOUŠKOVÁ, S. et. al. *Dětská endokrinologie*. 1.vyd. Praha : Galén, 2004. 479 s. ISBN 80-7262-250-1.
14. MALICHOVÁ, E. *Pohádkové hubnutí*. In: Vox pediatrie, 2003, roč. 3, č. 10, s. 20. ISSN 1213-2241.

15. MÁLKOVÁ, I. *Děti a kila navíc*. In: Dimenze moderního zdravotnictví, 2007, roč. 1, č. 2, s. 41. ISSN 1802-4084.
16. MÁLKOVÁ, I.; KRCH, F. *SOS nadváha*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. MAREK, J.; BRODANOVÁ, M. et al. *Endokrinologie, Poruchy metabolismu a výživy*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 266 s. ISBN 80-7262-169-6.
20. MEŠKO, D.; KATUŠČÁK, D.; FINDRA, J. a kol. *Akademická příručka*. 1. české vyd. Martin : Osveta, 2006. 481 s. ISBN 80-8063-219-7.
21. MONTIGNAC, M. *Tajemství štíhlých a šťastných dětí*. 1. vyd. Praha : Partmedia, 2005. 320 s. ISBN 80-239-6196-9.
22. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
23. NEJEDLÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství II. díl*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.
24. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
25. SOUČEK, M.; ŠPINAR, J.; SVAČINA, P. a kol. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 380 s. ISBN 80-247-1367-5.
26. STOŽICKÝ, F.; PIZINGEROVÁ, K. a kol. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. URBANOVÁ, Z.; ŠAMÁNEK, M. *Obezita, významný rizikový faktor aterosklerózy v dětství*. In: Vox pediatrie, 2004, roč. 4, č. 5, s. 28. ISSN 1213-2241.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
30. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vyd. Praha : Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

31. VOLF, V.; VOLFOVÁ, H. *Pediatric I. díl.* 3. dopl. vyd.
Praha : Informatorium, 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.
32. VOLF, V.; VOLFOVÁ, H. *Pediatric II. díl.* 3. dopl. vyd.
Praha : Informatorium, 2003. 240 s. ISBN 80-7333-023-7.

Internetové zdroje

1. Centrum pro obezitu a zdravý životní styl [online] dostupné na <http://www.obezita.com>. Navštívené dne 13.11.2007.
2. Hami – Hravě rostu zdravě [online] dostupné na <http://www.hami.nutricia.cz>. Navštívené 20.12.2007.
3. Hero - mezinárodní potravinářská skupina [online] dostupné na <http://www.hero.cz>. Navštívené dne 12.1.2008.
4. Komplexní program snižování hmotnosti Linda-Linie [online] dostupné na <http://www.linda-linie.cz>. Navštívené dne 18.12.2007.
5. Merrylinka - Jak rozumně snižovat hmotnost [online] dostupné na <http://www.merrylinka.cz>. Navštívené dne 13.11.2007.
6. Moje dítě - Průvodce nejen pro maminky [online] dostupné na <http://www.mojedite.cz>. Navštívené dne 18.12.2007.
7. Občanské sdružení Poradenské centrum Výživa dětí [online] dostupné na <http://www.vyzivadeti.cz>. Navštívené dne 12.10.2007.
8. Společnost Nestlé [online] dostupné na <http://www.nestle.cz> nebo na <http://www.kojeneckavyziva.cz>. Navštívené dne 12.1.2008.
9. Společnost pro výživu [online] dostupné na <http://www.spolvyziva.cz>. Navštívené dne 12.11.2007.
10. Společnost STOB [online] dostupné na <http://www.stob.cz>. nebo na <http://www.istob.cz>. Navštívené dne 12.10.2007.
11. Občanské sdružení Stobík [online] dostupné na <http://www.stobik.cz>. Navštívené dne 3.11.2007.
12. Vzdělávací projekt Zdravá pětka [online] dostupné na <http://www.zdrava5.cz>. Navštívené dne 22.10.2007.

Seznam příloh

Příloha 1 Sesterská anamnéza v primární péči o děti v mladším školním věku	57
Příloha 2 Soubor otázek pro sestru k rozhovoru s dítětem mladšího školního věku dle modelu M. Gordonové	60
Příloha 3 Doporučené denní dávky jednotlivých živin	63
Příloha 4 Potravinová pyramida	64
Příloha 5 Percentilový graf – dívky	65
Příloha 6 Percentilový graf – hoši	66
Příloha 7 Percentilový graf k sesterské anamnéze (dívka R.T. 1999).....	67
Příloha 8 Percentilový graf k sesterské anamnéze (chlapec P.Š. 1997)	68
Příloha 9 Percentilový graf k sesterské anamnéze (chlapec D.H. 1996)	69
Příloha 10 Percentilový graf k sesterské anamnéze (dívka V.Č. 1995)	70
Příloha 11 Edukační materiál: leták Štíhlé dítě – zdravý start do života	71

Příloha 1 Sesterská anamnéza v primární péči o děti v mladším školním věku

SESTERSKÁ ANAMNÉZA V PRIMÁRNÍ PÉČI O DĚTI V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU	
Pracoviště:	
Jméno a příjmení:	Datum narození:
Pohlaví:	Věk:
Bydliště:	Třída:
Osobní anamnéza:	
Délka a hmotnost	
po narození:	7. letech:
1. roce:	9. letech:
3. letech:	11. letech:
5. letech:	12. letech:
Fyzikální vyšetření	
Délka:	FF - Dech:
Hmotnost:	Tep:
Orientačně BMI:	TT:
Dietní omezení:	TK:
Alergie:	
Léky (chronická medikace):	
Lékařská diagnóza:	
LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A SESTERSKÉ PROBLÉMY DLE MODELU M. GORDONOVÉ (I. fáze – posouzení)	
1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ	
anamnéza:	
problémy:	
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS	
anamnéza:	
problémy:	
3. VYLUČOVÁNÍ	
anamnéza:	
problémy:	

4. AKTIVITA, CVIČENÍ
anamnéza:
problémy:
5. SPÁNEK, ODPOČINEK
anamnéza:
problémy:
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ
anamnéza:
problémy:
7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA
anamnéza:
problémy:
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
anamnéza:
problémy:
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
anamnéza:
problémy:
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
anamnéza:
problémy:
11. VÍRA, PŘESVĚDCENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY
anamnéza:
problémy:
12. JINÉ
Důležitá sdělení:

Plán ošetrovateľskej péče

	II. fáze diagnostika	III. fáze plánování		IV.fáze realizace	V. fáze vyhodnocení
	Ošetrovateľská diagnóza	Cíl dlouhodobý Cíl krátkodobý Výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení

Příloha 2 Soubor otázek pro sestru k rozhovoru s dítětem mladšího školního věku dle modelu M. Gordonové

Soubor otázek pro sestru k rozhovoru s dítětem mladšího školního věku dle modelu M. Gordonové

Mladší školní věk zahrnuje děti od nástupu do školy tedy 6 - 11/12 let. Sestra by měla ke každému dítěti přistupovat individuálně podle jeho věku a vybírat ty otázky na které předpokládá, že zvládne odpovědět.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- * Jak se máš? Jak se dnes cítíš?
- * Co si představíš pod pojmy zdravý životní styl a zdravá výživa? Dodržujete jí doma?
- * Jaká onemocnění nebo úrazy jsi prodělal (a) za poslední rok?
- * Jak často jsi chyběl (a) ve škole za poslední rok?
- * Jak často jsi byl (a) omluvená z hodin tělesné výchovy?
- * Dodržujete doma doporučení zdravotní sestry a lékaře?
- * Dodržujete doma pravidelné preventivní prohlídky?
- * Zkusil (a) jsi někdy pít alkohol? Pokud ano, při jaké příležitosti?
- * Máš nějaké zkušenosti s cigaretou a kouřením?
- * Kouří tvoji rodiče? Pokud ano, kouří doma?
- * Setkal (a) jsi se ve svém okolí s užíváním drog? Byla ti někdy droga nabídnuta?

2. Výživa a metabolismus

- * Změnila se tvá váha v poslední době? Jsi spokojen (a) se svou váhou?
- * Jakou máš chuť k jídlu? Jaká jsou tvá nejoblíbenější jídla?
- * Kolikrát denně jíš? Přidáváš si jídlo?
- * Dodrжуješ nějaká dietní opatření pro nemoc?
- * Snídáš pravidelně každý den?
- * Jaké jídlo si nosíš do školy na svačinu?
- * Chodíš na obědy do školní jídelny? Pokud ne, jak obědváš?
- * Jíš denně sladkosti a slanosti?
- * Kolik toho za den vypiješ? Co piješ nejčastěji? Co máš nejraději k pití?

3. Vylučování

- * Máš nějaké problémy s močením? (pálení, řezání, bolest)
- * Jak často chodíš během dne močit? Jakou barvu má tvá moč?
- * Budí tě močení během noci?
- * Máš nějaké obtíže s vyprazdňováním stolice? (bolest)
- * Jak často chodíš na toaletu? Jakou barvu má tvá stolice?
- * Užíváš nějaké preparáty na vyprázdnění?
- * Nepocítuješ nadměrné pocení? Zápach?

4. Aktivita, cvičení

- * Jaký je tvůj denní režim? (základní denní činnosti)
- * Navštěvuješ nějaké kroužky? Věnuješ se nějakému cvičení nebo sportu?
- * Jakým způsobem trávíš svůj volný čas?

- * Máš rád (a) tělesnou výchovu ve škole?
- * Pomáháš rodičům s činnostmi v domácnosti? S kterými? Pokud ano, jak často?
- * Chodíš si hrát ven s kamarády? Pokud ano, jak často?
- * Máš nějaké obtíže pro které nemůžeš vykonávat denní aktivity nebo sport?
- * Kolik času denně trávíš před televizí? Na co se pravidelně díváš?
- * Kolik času denně trávíš u počítače? Co na něm děláš?

5. Spánek a odpočinek

- * Kolik hodin denně spíš?
- * V kolik hodin chodíš spát? Máš problémy s usínáním?
- * Probouzíš se během noci? Pokud ano, jak často?
- * Řekl ti někdo že mluvíš ze spaní? Trpíš nočními děsy?
- * Odpočíváš během dne? Pokud ano, jak dlouho?
- * Jak se cítíš po probuzení? (odpočatý/á, nevyspalý/á)

6. Vnímání, poznávání

- * Trápí tě nějaká bolest? (akutní, chronická) Pokud ano, co ji snižuje?
- * Máš problémy se zrakem? Nosíš brýle?
- * Dělá ti problémy naučit se něco z paměti?
- * Když se něco naučíš pamatuješ si to jen krátce nebo dlouhodobě?
- * Jaké máš ve škole známky? Jaké předměty ve škole tě nejvíce baví?
- * Jaké bylo poslední vysvědčení?
- * Čím by jsi chtěl (a) být?

7. Sebepojetí, sebeúcta

- * Jakou máš teď náladu? Býváš častěji veselý nebo smutný?
- * Jsi spokojen (a) se svým vzhledem?
- * Důvěřuješ si?
- * Myslíš, že máš na něco talent? Na co?
- * Myslíš si, že jsi zručný? V čem?
- * Máš pocit strachu nebo úzkosti? Pokud ano, z čeho?
- * Býváš často nervózní? Pokud ano, kdy? Co pomáhá nervozitu odstranit?

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- * Kde bydlíš? S kým bydlíš? Kolik členů má tvá rodina?
- * Jak vycházíš se sourozencem (ci)? Máš svůj vlastní pokojíček?
- * Je v rodině pohoda? Vycházíš dobře s mámou i tátou?
- * Trávíš společný čas s rodiči? (sport, výlety, kino)
- * Co dělají tvoji rodiče? Jsou rodiče často pryč?
- * Jezdíte o prázdninách na společnou dovolenou?
- * Jak často se stýkáte s příbuznými?
- * Do jaké třídy chodíš? Líbí se ti ve škole?
- * Máš nějaké kamarády? Kolik?

9. Sexualita, reprodukční činnost

- * Víš jakým způsobem jsi přišel na svět?
- * Dal (a) by jsi dohromady rozdíl mezi mužem a ženou?

- * Víš jestli jsi mužského nebo ženského rodu?
- * Jsi spokojen (a) se svým pohlavím?
- * Zajímá tě opačné pohlaví?
- * Vnímáš změny v sexualitě?
- * Ptáš se rodičů na otázky týkající se sexuality? Mluvíš s rodiči o sexu?

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- * Zažíváš někdy napětí? Pokud ano, jak často?
- * Co ho nejčastěji vyvolává? (škola, rodina, nemoc)
- * Jakým způsobem řešíš problémy?
- * Co považuješ za stresové situace? Co považuješ za největší životní zátěž?
- * Jaké důležité změny jsi prožil (a) v posledním roce?

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- * Vyznáváš nějaké náboženství? Pokud ano, jaké?
- * Vyznávají tvoji rodiče nějaké náboženství? Pokud ano, jaké?
- * Je pro tebe víra důležitá? Zavazuje tě víra k jinému způsobu života?
- * Čeho by jsi chtěl (a) v životě dosáhnout?

12. Jiné

Ostatní individuální otázky, které se nehodí do žádné z uvedených oblastí. Důležité informace nebo problémy, které se týkají zdravotního stavu, životních událostí nebo konkrétního onemocnění dítěte.

Například u dítěte s nadváhou či obezitou navíc:

- * Chceš se zmínit ještě o něčem, o čem jsme spolu nemluvili?
- * Má někdo ve rodině také nadváhu? (rodiče, sourozenci)
- * Řekl ti někdo z rodiny nebo z kamarádů, že jsi tlustý (á)?
- * Posmíval se ti někdo kvůli tvé váze?
- * Chtěl (a) jsi někdy změnit svou váhu? Pokud ano, proč?
- * Zkoušel (a) jsi někdy držet dietu nebo omezit jídlo?
- * Co si myslíš, že způsobilo tvou nadváhu? Vnímáš svou vyšší váhu jako nemoc?
- * Myslíš, že tvoje nadváha může v dospělosti způsobit nemoc?
- * Na koho by jsi se obrátil při hubnutí?

Příloha 3 Doporučené denní dávky jednotlivých živin

Vedle potravinové pyramidy, která poskytuje orientačních informací o skladbě jídelníčku, odborníci sestavily také tabulky doporučený denních dávek jednotlivých živin.

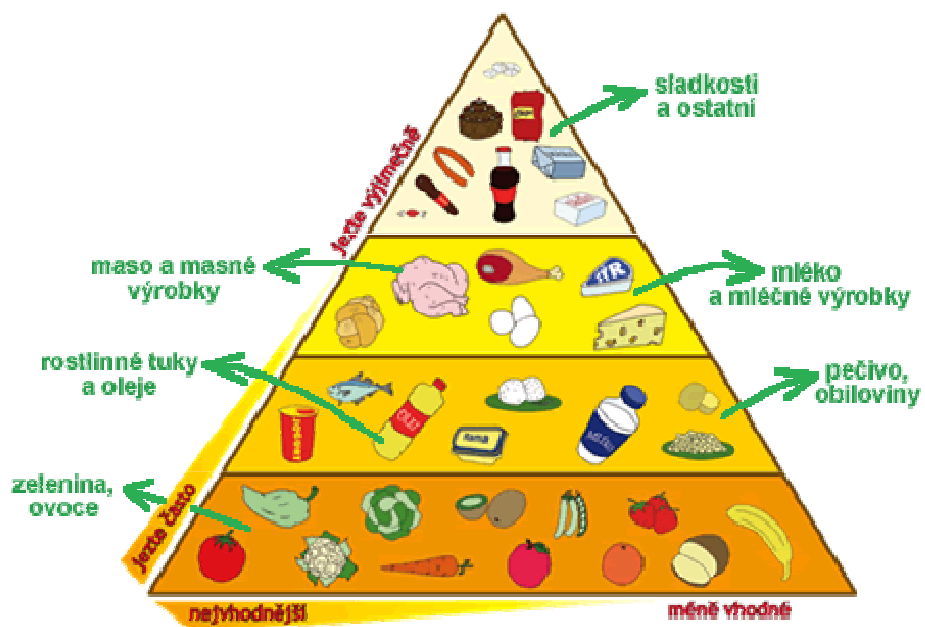
	Děti od 4 do 7 let	Děti od 7 do 10 let	Děti od 10 do 13 let	Děti od 13 do 15 let	Děti od 15 do 19 let
Energie					
kJ	5800 – 6400	7100 – 7900	8500 – 9400	9400 – 11200	10500 – 13000
Kcal	1400 – 1500	1700 – 1900	2000 – 2300	2200 – 2700	2500 – 3100
Základní živiny					
Bílkoviny (g)	17 15	24	34	45	♀ 46 ♂ 60
Sacharidy (g)	> 170 – 188	> 209 – 232	> 250 – 276	> 276 – 329	> 308 – 382
Vláknina (g)	9 – 12	12 - 15	15 – 18	18 – 20	20 - 24
Tuky (g)	♀ 45 – 53,4 ♂ 50,5 – 59	♀ 56 – 65 ♂ 62,3 – 72,8	♀ 67 - 78 ♂ 74 – 86,6	♀ 74 – 86,6 ♂ 88,4 – 103,1	82,8 - 102,6
Nenasycené mastné kyseliny					
n-6 (% energie)	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
n-3 (% energie)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Cholesterol (mg)	300	300	300	300	300
Minerální látky					
Vápník (mg)	700	900	1100	1200	1200
Hořčík (mg)	120	170	♀ 250 ♂ 230	310	♀ 350 ♂ 400
Železo (mg)	8	10	♀ 15 ♂ 12	♀ 15 ♂ 12	♀ 15 ♂ 12
Jód (µg)	120	140	180	200	200
Vitamíny					
A (mg)	0,7	0,8	0,9	♀ 1,0 ♂ 1,1	♀ 0,9 ♂ 1,1
D (µg)	5	5	5	5	5
B1 (mg)	0,8	1	♀ 1,0 ♂ 1,2	♀ 1,1 ♂ 1,4	♀ 1,0 ♂ 1,3
B2 (mg)	0,9	1,1	♀ 1,2 ♂ 1,4	♀ 1,3 ♂ 1,6	♀ 1,2 ♂ 1,5
B6 (mg)	0,5	0,7	1	1,4	♀ 1,2 ♂ 1,6
B12 (µg)	1,5	1,8	2	3	3
Kyselina listová (µg)	300	300	400	400	400
C (mg)	70	80	90	100	100
Tekutiny					
Celkem (l/den)	1,6	1,8	2,15	2,45	2,8
Z nápojů (ml/kg/den)	75	60	50	40	40

Vysvětlivky: ♀ - dívky, ♂ - chlapci

Zdroj: www.vyzivadeti.cz

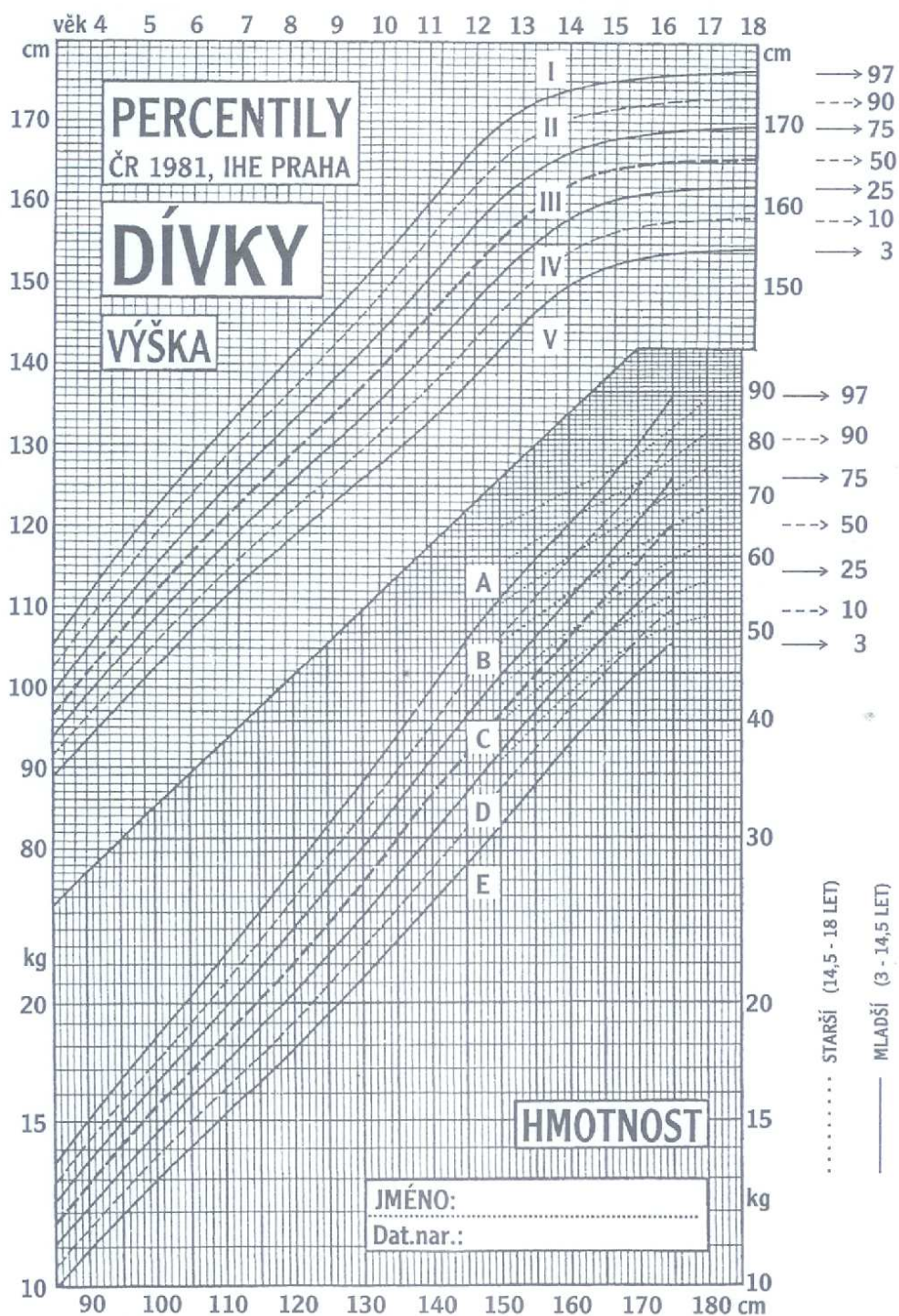
Příloha 4 Potravinová pyramida

Potravinová pyramida

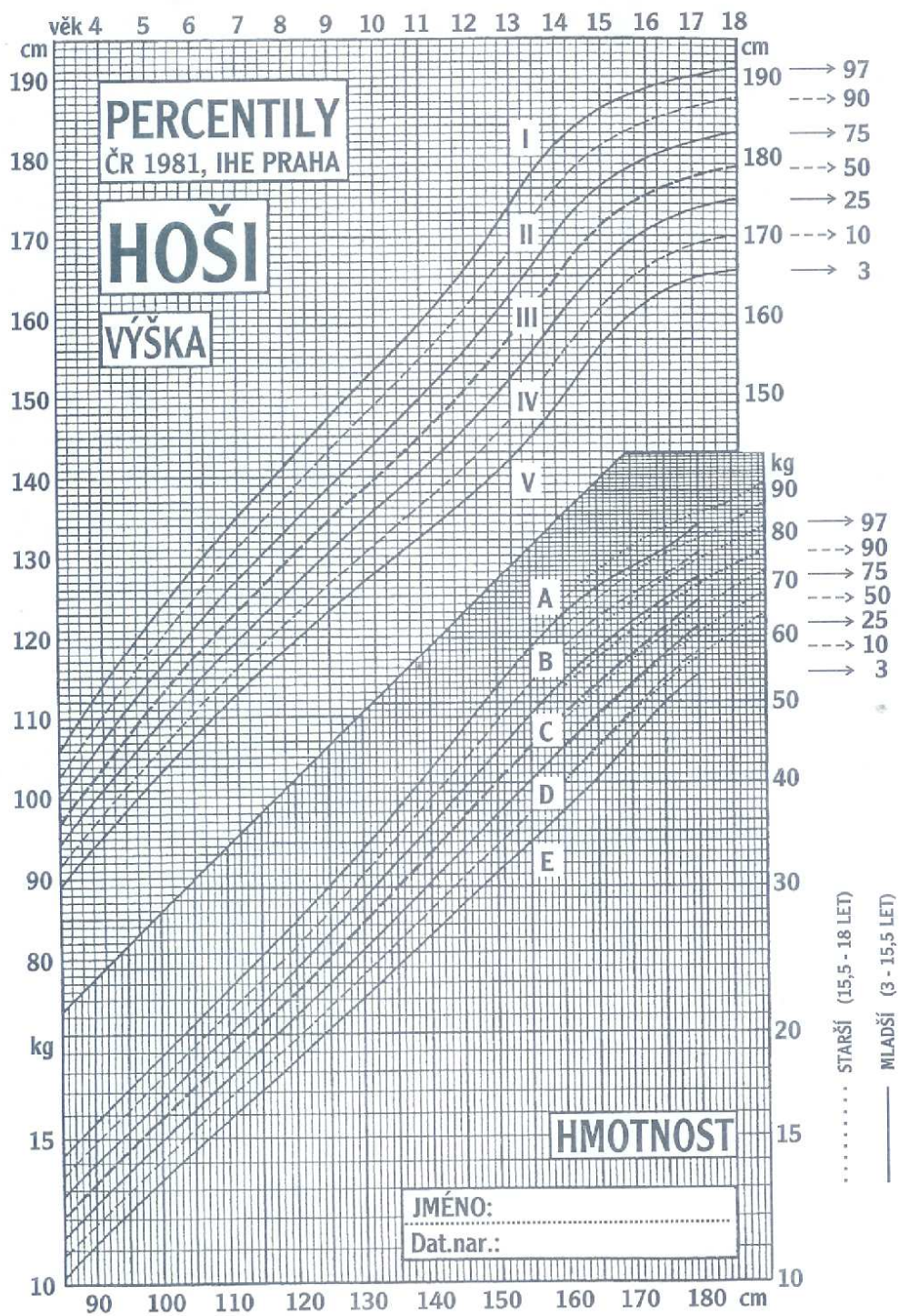


Zdroj: www.vyzivadeti.cz

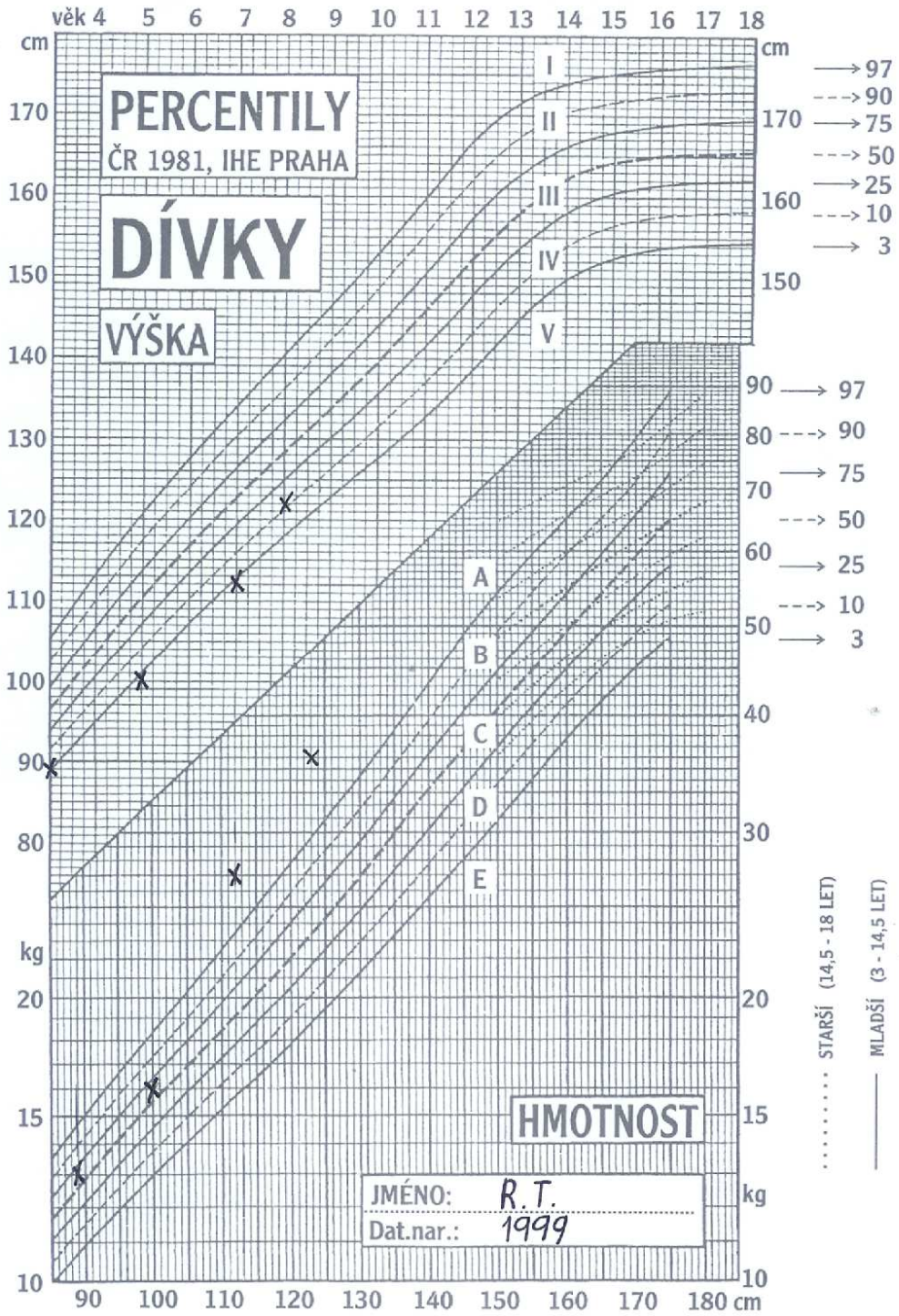
Příloha 5 Percentilový graf – dívky



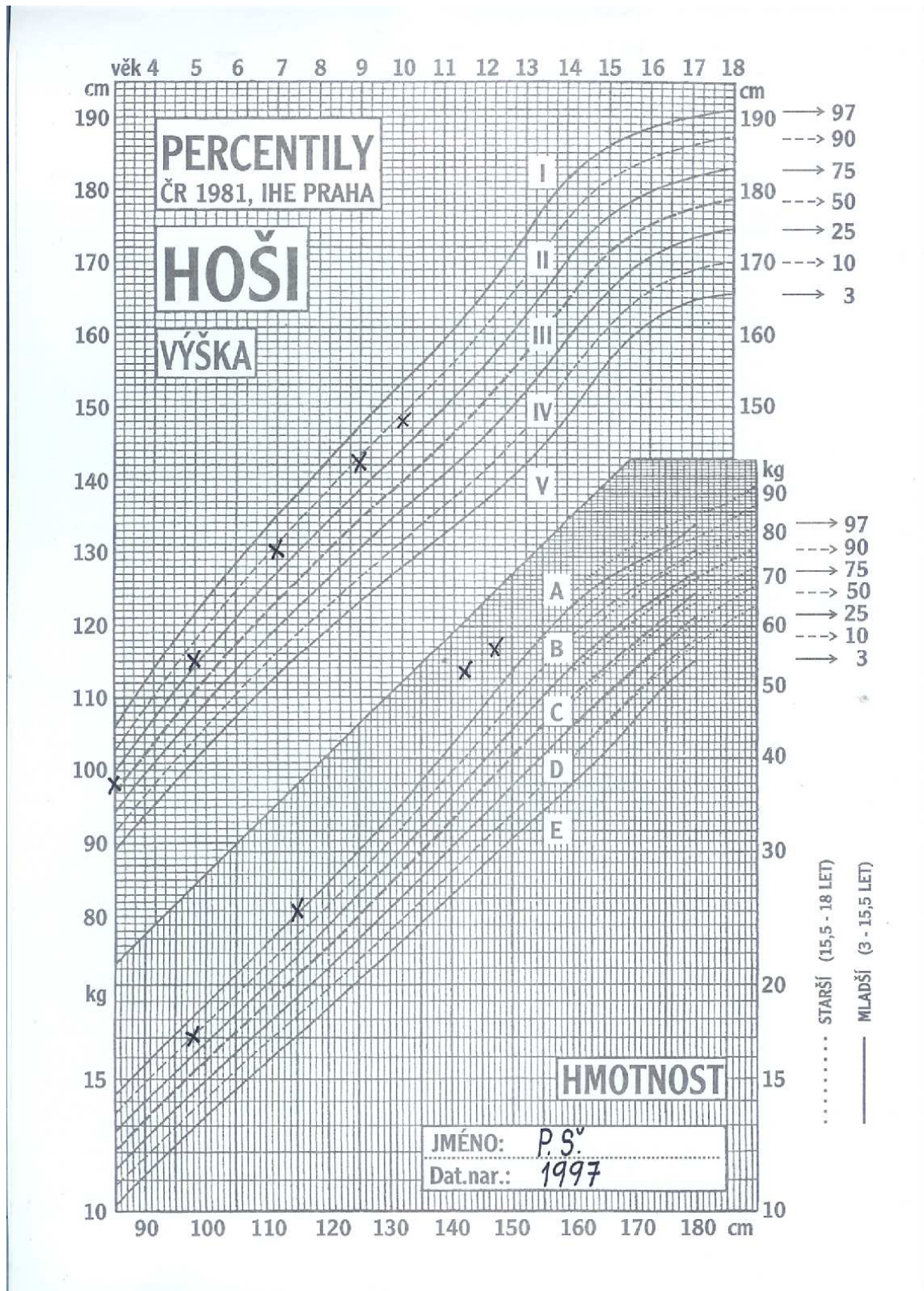
Příloha 6 Percentilový graf – hoši



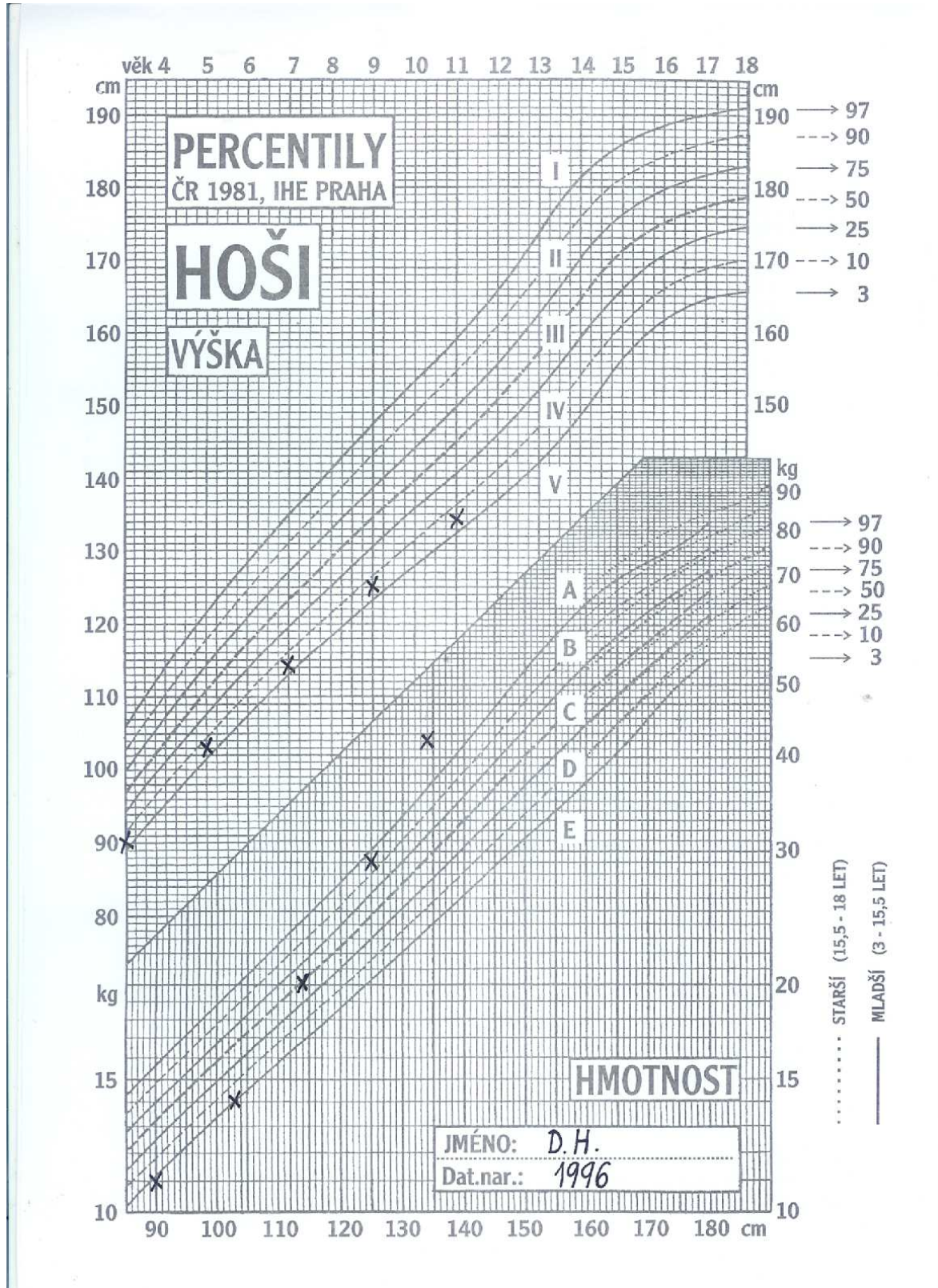
Příloha 7 Percentilový graf k sesterské anamnéze (dívka R.T. 1999)



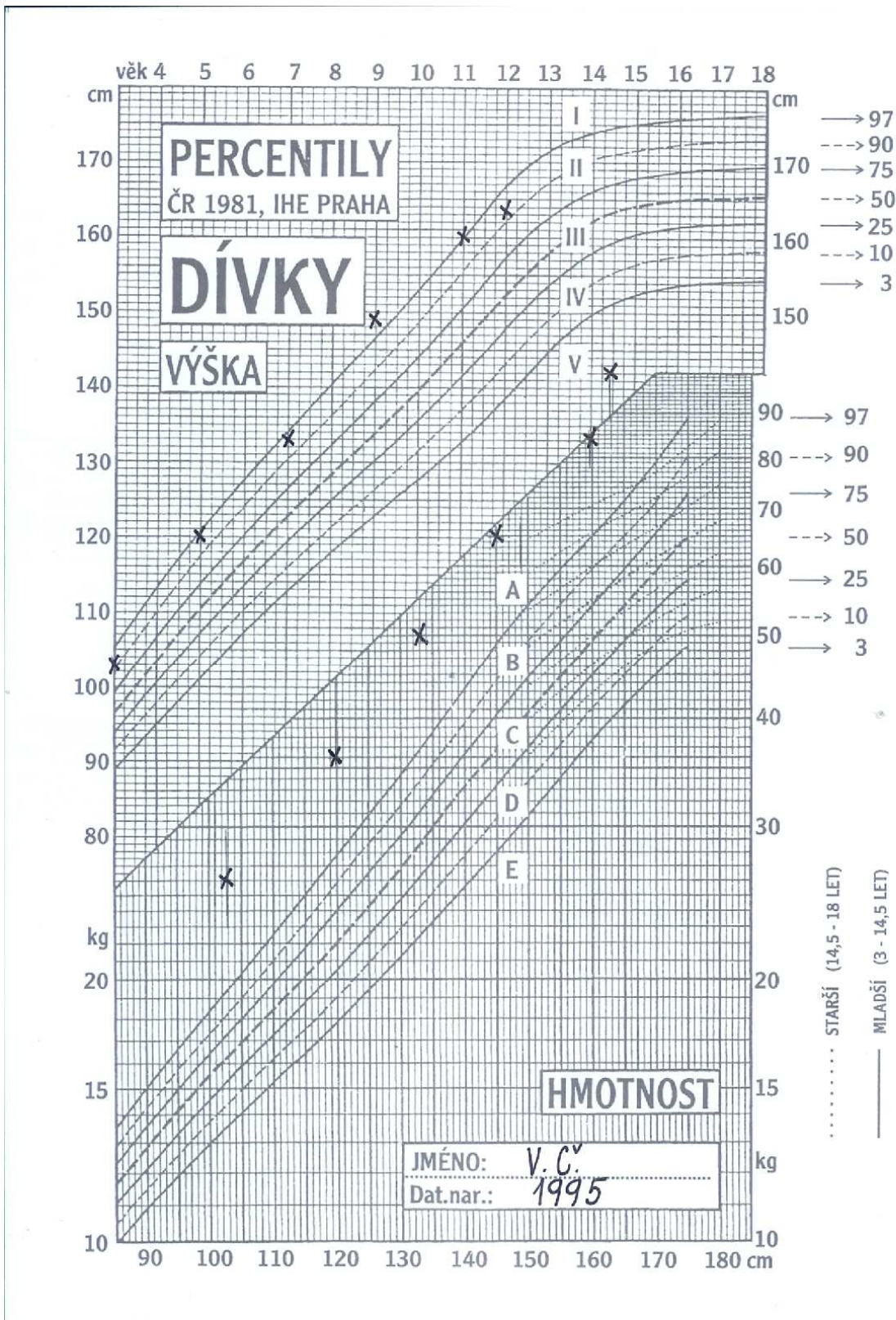
Příloha 8 Percentilový graf k sesterské anamnéze (chlapec P.Š. 1997)



Příloha 9 Percentilový graf k sesterské anamnéze (chlapec D.H. 1996)



Příloha 10 Percentilový graf k sesterské anamnéze (dívka V.Č. 1995)



Příloha 11 Edukační materiál: leták
Štíhlé dítě – zdravý start do života

Na co bychom neměli zapomínat:



☺ uvědomit si, že dítě není malý dospělý (obrázek pyramidy je určen pro dospělé) a dětský jídelníček je nutné přizpůsobit jednotlivým věkovým obdobím, například kořeněná a slaná jídla zařazovat až u starších dětí

☺ strava by měla být co nejpestřejší a vyvážená, ale u malých dětí je třeba každou novou potravinu, zvláště obecně alergizující, zařazovat postupně.

☺ děti do 4 let by měly jíst denně 4 porce zeleniny a ovoce; nad 4 roky 5-6 porcí. Jedné porci odpovídá 150 g vařené zeleniny, 1 kus ovoce nebo zeleniny, miska salátu, 1 sklenice zeleninové nebo ovocné šťávy,

☺ obiloviny, těstoviny, rýže a pečivo (u starších dětí by mělo převažovat celozrnné nad bílým) by měly být v 2-3 porcích do 4 let; u dětí starších 3-4 porce. Jedna porce je krajíc chleba, kopeček rýže atd.,

☺ v jídelníčku dětí by mělo být dostatečné množství mléčných výrobků odpovídající asi 2-3 porcím denně. Jednu porci představuje 250 ml mléka, 1 jogurt nebo 50 g sýra,

☺ přednost má maso libové, více bychom měli dětem podávat světlé druhy, jako je kuřecí nebo králíčí a nezapomínat také na ryby,

☺ k vaření, přípravě pomazánek a k namazání na pečivo používejte převážně kvalitní rostlinné tuky a oleje,

☺ omezit mlsání. Neměli bychom je ale dětem úplně zakazovat, aby se nestalo něčím vysněným,

☺ pokrmy pro děti by se neměly přisolovat, kvůli vysokému obsahu soli je dobré omezit také instantní potraviny a jídla ze stánků a restaurací rychlého občerstvení,

☺ děti by měly dodržovat pitný režim. Děti do 6 let by měly vypít 1,5-1,8 l za den, starší děti pak 1,8-2 l, pokud ale dítě sportuje, je třeba mu dodávat tekutiny více.

ZAJÍMAVÉ ODKAZY O SPRÁVNÉ VÝŽIVĚ A DĚTSKÉ OBEZITĚ

<http://www.vyzivadeti.cz>
<http://www.mojedite.cz>
<http://www.hami.nutricia.cz>
<http://www.hero.cz>
<http://www.zdrava-vyziva.net>
<http://www.nestle.cz>
<http://www.kojeneckavyziva.cz>
<http://www.zdrava5.cz>
<http://www.stob.cz>
<http://www.stobik.cz>



ŠTÍHLÉ DÍTĚ – ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA



SOUBOR DOPORUČENÍ PRO DĚTSKOU STRAVU



1. Nejlepší prevencí před vznikem obezity je kojení, které snižuje výskyt obezity v dospělém věku. Doporučuje se dlouhodobé kojení alespoň do šestého měsíce věku.
2. Nejdůležitější je zdravá a pestrá strava bohatá na ovoce a zeleninu.
3. Dítě by se nemělo přejídat ani hladovět. Mělo by se stravovat pravidelně, častěji a v menších porcích. Doporučuje se jídlo rozdělit do 5 – 6 porcí za den (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře a druhá večeře).
4. Dítě by se mělo již od dětství naučit pravidelně snídat a svačit.
5. Zejména u dospívajících je doporučována lehká druhá večeře.
6. Do dětského jídelníčku bychom měli zařazovat dostatek bílkovin, mléka a kvalitních mléčných výrobků, nejlépe polotučných.
7. Doporučuje se pravidelný příjem drůbežího masa a ryb a omezit spotřebu červeného masa jako je vepřové, hovězí, skopové aj.
8. Omezit konzumaci pečených, smažených a grilovaných jídel včetně uzenin.
9. Nedoporučuje se úplně vyřazovat z jídelníčku tuky. Důležité je volit výrobky s nižším obsahem tuku.
10. Upřednostňování kvalitních rostlinných olejů a tuků. Vyměnit živočišné tuky za rostlinné tuky a oleje.
11. Sacharidy by měly děti přijímat hlavně z ovoce, zeleniny a cereálií.

12. Doporučuje se nedosolovat hotové pokrmy, sůl a solené potraviny jsou vhodné jen v malém množství.
13. Porce příloh by měly být malé a obohaceny zeleninou.
14. Měli bychom upřednostňovat tmavé a celozrnné pečivo před bílým.
15. Denní příjem tekutin by měl být nejméně dva litry neslazených tekutin. Vhodné jsou voda, stoprocentní džus smíchaný s minerální vodou, neslazené ovocné čaje, vody s přírodními sirupy, ovocné nebo zeleninové šťávy.

ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO RODIČE OBÉZNÍCH DĚTÍ



Pokud chcete, aby Vaše dítě bylo úspěšné při snižování tělesné hmotnosti, musíte změnit jeho stravovací a pohybové návyky. Vy.

- Důležité je, abyste šli dítěti ve zdravém stravování příkladem.
- Mějte na paměti, že jaký životní styl si osvojí dítě v dětském věku, takový bude dodržovat i v dospělosti ve své rodině.
- Dodržujte zásady správné životosprávy. Vylučte ze stravy sladkosti a slansti.
- Zvyšujte pohybovou aktivitu dítěte samotného i celé rodiny. Vhodná je chůze, jízda na kole, plavání, aerobic nebo tanec.
- Chvalte dítě za každý snížený kilogram a podporujte ho.

- Vedte denní záznamy o všem, co dítě snědlo a přesvědčte jej, aby si záznam postupně vedlo samo.
- V případě neúspěchu situaci nevzdávejte, ale poradte se s lékařem o sestavení individuálního jídelníčku a doporučení další léčby.



PYRAMIDA ZDRAVÉ VÝŽIVY



Jak s pyramidou pracovat:

☺ v základně jsou vyznačeny potraviny, které by děti měly jíst nejčastěji, čím výše jsou potraviny umístěny, tím méně by jich mělo v jídelníčku být. Na vrcholu jsou pak ty, které bychom měli my i naše děti jíst spíše výjimečně,

☺ směrem zleva doprava v rámci jednoho „patra“ pyramidy jsou potraviny řazeny podle toho, které jsou pro zdravou výživu vhodnější; přednost bychom měli dávat potravinám umístěným vlevo před těmi uprostřed nebo vpravo,

☺ množství stravy je také nutné přizpůsobit fyzické aktivitě dítěte (sportující dítě potřebuje více energie než dítě, které tráví většinu dne u počítače nebo televize).