

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Dagmar Mrnušíková

Žáci s obezitou v základní škole při léčbě

Olomouc 2013

vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Jonášková, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 30. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PaedDr. Vlastě Jonáškové, CSc., za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek. Děkuji i všem pracovníkům komplexu Dětské léčebny Luhačovice za vstřícnost a ochotu ke spolupráci.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Dětská obezita	8
1.1 Definice a hodnocení obezity	8
1.2 Prevalence obezity	12
1.2.1 Výskyt obezity v proměnách času	12
1.2.2 Současné rozšíření obezity ve světovém i tuzemském kontextu	14
1.3 Typy obezity	15
1.4 Faktory vzniku prosté obezity	16
1.4.1 Genetické faktory	16
1.4.2 Prenatální faktory	17
1.4.3 Faktory prostředí	17
1.5 Komplikace dětské obezity	19
1.5.1 Zdravotní komplikace	19
1.5.2 Psychosociální komplikace	22
1.6 Terapie obezity v oblasti léčby	23
1.6.1 Terapie obezity	23
1.6.2 Dětské léčebny v systému zdravotnické péče	28
2 Prevence dětské obezity	30
2.1 Třístupňový model prevence	30
2.2 Preventivní opatření podle věku dítěte	34
3 Žáci s obezitou v základní škole při léčebně	38
3.1 Žáci s obezitou a jejich některé osobnostní charakteristiky	38
3.2 Specifika výuky v základní škole při léčebně	41
PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 Žáci s obezitou v základní škole při léčebně	44
4.1 Cíl	44
4.2 Doba, metody, postup	44
4.3 Charakteristika místa a vzorku	47
4.3.1 Charakteristika místa	48
4.3.2 Charakteristika vzorku	50
4.4 Výsledky	51

4.4.1 Výsledky strukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice.....	51
4.4.2 Výsledky nestrukturovaného rozhovoru s rehabilitační sestrou Dětské léčebny Luhačovice.....	71
4.4.3 Výsledky polostrukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice	72
4.4.4 Analýza produktů a výsledků činnosti výukového projektu	74
4.4.5 Interpretace výsledků projektivního kresebného testu	75
4.4.6 Shrnutí výsledků	82
Statisticky zpracovaná data	83
Závěr	85
Seznam zkratk.....	89
Seznam literatury a zdrojů	90
Seznam obrázků.....	97
Seznam tabulek a grafů.....	98
Seznam příloh	99
Anotace	

Úvod

Dnešní postmoderní společnost je obecně charakterizována nadspotřebou. Konzum s sebou přináší nadbytek technických vymožeností, přibývající stresové faktory, ulpívání na materiálních požitcích, ale i absenci určité míry střidmosti v populaci. To vše se odráží v dnešním způsobu života, který často postrádá režimová opatření, ať se týkají stravování, pohybu, střídání spánku a bdění, či otužování. Dochází tak k zásadním chybám v životním stylu celých rodin, čímž se zvyšuje prevalence obezity nejen u dospělých, ale i u dětí.

V současné době se nadváha nebo obezita vyskytuje více než u miliardy dospělé populace a 10 % dětí na celém světě (Hainer et al., 2011). Varovným signálem je nárůst dětské obezity také v rozvojových zemích a jednoznačně prokázaný přenos obezity z dětství do dospělosti (Marinov et al., 2011).

Obezita, jako nemoc, která nebolí a která se primárně neprojevuje akutními, život ohrožujícími stavy, jako některá jiná chronická onemocnění (např. astma bronchiale), je sice společností velmi diskutována, ale v rámci pedagogické, případně speciálněpedagogické praxe, možná poněkud opomíjena. Vzhledem k svému studijnímu oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika, je v mém zájmu poznat žáky s obezitou v co nejširším kontextu a poskytnout tak vodítko všem učitelům k přístupu k těmto žákům. To vše se zřetelem na úlohu pedagoga, popř. speciálního pedagoga, jako prvního aktivního impulzu v primární či sekundární prevenci dětské obezity na 1. stupni základních škol.

Cílem diplomové práce je pojednat o žácích s obezitou z hlediska jejich vzdělávání v rámci léčby a prevence. Snahou je vytvořit ucelený systém informací v teoretické rovině, který je zaměřen na žáky s obezitou jako objekt vzájemně se prolínající medicínské i speciálněpedagogické péče, a tyto poznatky poté uplatnit v praxi.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. První z nich si klade za cíl definovat obezitu a žáka s obezitou v oblasti medicíny i speciální pedagogiky, porovnat prevalenci obezity v historickém i geografickém kontextu. Účelem je také charakterizovat typy obezity v dětském věku, včetně prosté obezity a jejích nejčastějších příčin, dále pojednat o komplikacích dětské obezity a možnostech její terapie v oblasti léčby. Úkolem druhé kapitoly je popsat prevenci dětské obezity jako třístupňového modelu i z hlediska chronologického – podle věku dítěte. Nedílnou součástí, v rámci třetí kapitoly, je vystihnout některá specifika výuky v základní škole při léčebně a pojednat o osobnostních jedinečnostech obézních žáků.

Praktická část práce představuje realizaci výzkumného šetření v praxi. Na základě uvedeného postupu a zvolených metod, je dosaženo výsledků, týkajících se mapování žáků s obezitou v základní škole při léčbě v kontextu jejich vzdělávání, volnočasových aktivit a zájmů. Součástí je zjištění informovanosti žáků o obezitě, jejich rizicích i možnostech prevence a následné vytvoření výukového projektu a jeho realizace v praxi. Neopomenutelnou je tvorba osobnostní specifikace, která slouží k vystižení uceleného obrazu žáků s obezitou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dětská obezita

1.1 Definice a hodnocení obezity

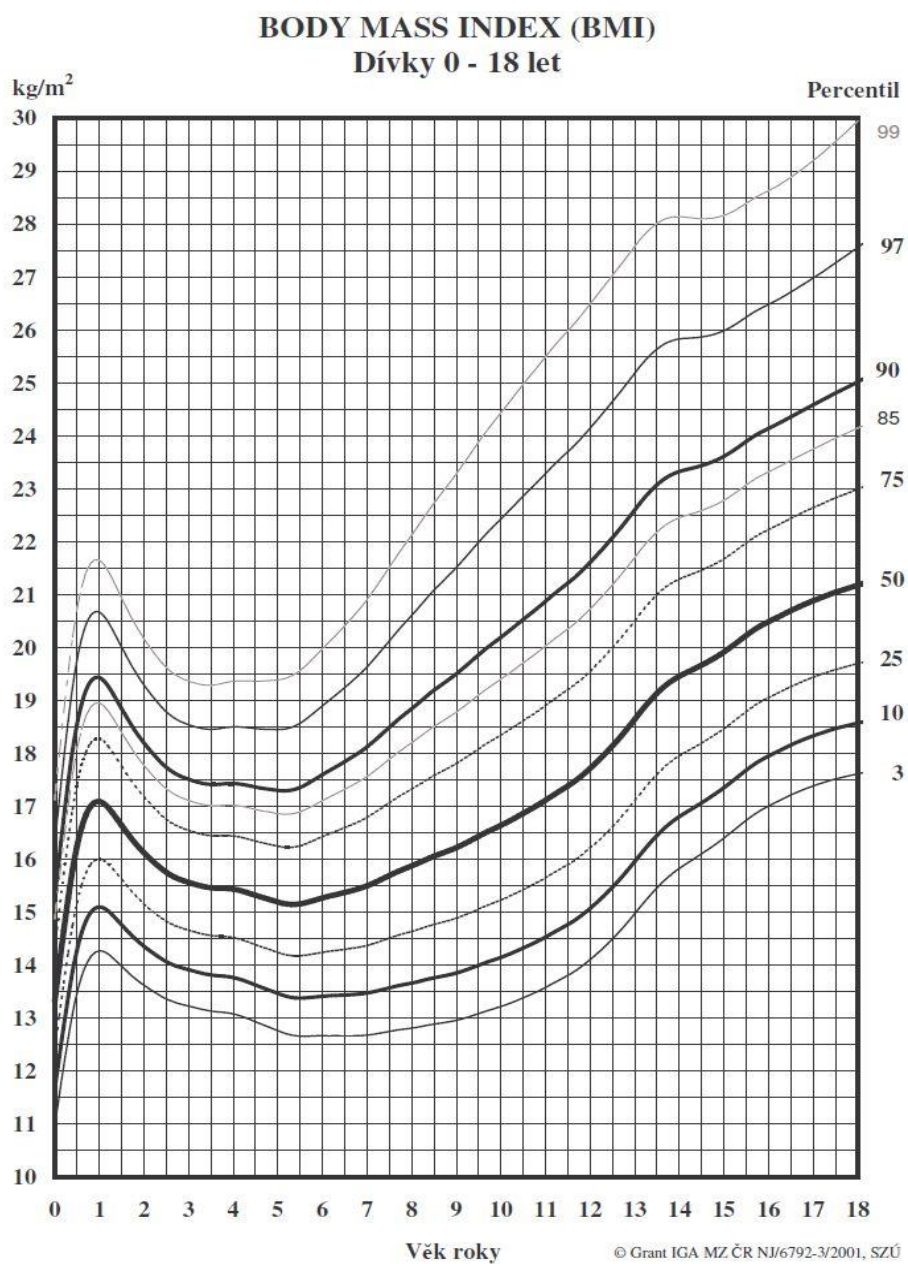
Obezita je syndrom charakterizovaný nadměrnou kumulací energetických zásob ve formě tělesného tuku. Jedná se o projev dlouhodobě pozitivní energetické bilance – nepoměru mezi příjmem a spotřebou (výdejem) energie. Znamená takový nadbytek tukové tkáně, který zvyšuje zdravotní riziko a zkracuje očekávanou dobu života (Trojan et al., 2003).

Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) patří obezita k nemocem endokrinním, výživy a přeměny látek. Její bližší klasifikace je uvedena v oddíle MKN-10 s názvem Obezita a jiné hyperalimentace (E65–E68).

Definice obezity u dětí je komplikovanější než u dospělých. Praxe ukazuje, že nejlepším nástrojem ke zjištění dětské otylosti je index tělesné hmotnosti - body mass index (BMI). BMI je tělesná hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech. V roce 1994 byl BMI uznán jako standardní ukazatel míry obezity u dětí. Přesto musíme mít na paměti, že BMI nás neinformuje o podílu tukové a netukové složky v těle či o distribuci tuku (Hainer et al., 2011). Fakt, že BMI vždy nekoreluje s množstvím tukové tkáně, uvádí následující příklad. Ve stáří atrofují svalové tkáně, kosti i orgány, tj. chudnou, proto nemůžeme, u sedmdesátileté ženy, vysoké 170 cm a vážící 70 kg, považovat její hmotnost za optimální. Takovou váhu tvoří nadměrné množství tuku, žena je tedy obézní. Naopak váha některých sportovců (hokejistů, boxerů) přesahuje optimální hranici, ale jejich tělesné složení je tvořeno především aktivní tělesnou hmotou, nikoliv tukovou. Totéž platí i u dětí. Dítě se silnou kostrou a dobře vyvinutými svaly bude vážit více než stejně velké dítě se střední nebo slabou kostrou a s málo vyvinutými svaly (Šonka et al., 1981). Vzhledem k tělesnému vývoji dětí je nutné používat percentilové grafy BMI. V České republice jsou používány percentilové grafy odvozené z výsledků z roku 1991, které jsou dostupné z <http://www.szu.cz/publikace/data/rustove-grafy>, viditelné na obrázku 1 a 2. V těchto grafech hodnoty pod 25. percentilem znamenají sníženou hmotnost, hodnoty pod 3. percentilem jsou již alarmující, a je nutné zjistit příčinu tak nízké hmotnosti. Naopak při hodnotách BMI vyšších než 85 percentil je vhodné podrobněji vyšetřit obsah tukové hmoty. Vyšší hodnoty ale nemusí vždy znamenat zvyšující se podíl tukové složky. To platí zejména u dospívajících chlapců, kde je nutno přihlížet k rozvoji svalové hmoty (Marinov et al., 2011). V České republice je doporučeno BMI 97.

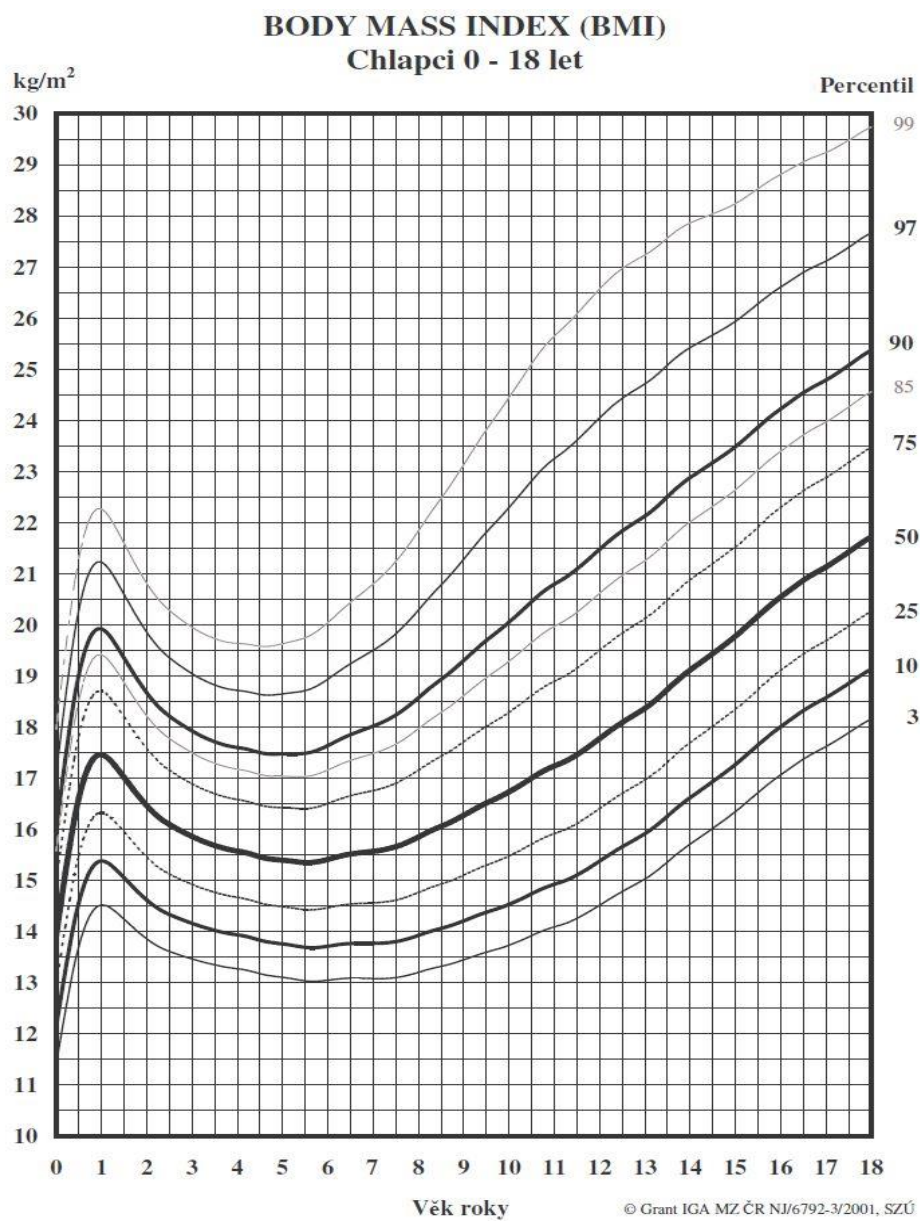
– 99. percentil hodnotit jako obezitu a BMI 90. – 97. percentil hodnotit jako nadváhu. Hodnoty jsou vztaženy k věku a pohlaví (Hainer et al., 2011).

Sledování obvodových rozměrů levé paže břicha a boků je u jedinců s nadměrnou hmotností důležitou pomůckou (www.szu.cz). Je dokázáno, že úspěšnost intervence je lépe doložitelná poklesem těchto rozměrů, než samotnými hodnotami BMI nebo tělesné hmotnosti (Hainer et al., 2011).



(<http://www.szu.cz/publikace/data/rustove-grafy>)

Obrázek 1: Percentilový graf BMI u dívek pro věkovou kategorii 0 - 18 let, používaný v České republice



(<http://www.szu.cz/publikace/data/rustove-grafy>)

Obrázek 2: Percentilový graf BMI u chlapců pro věkovou kategorii 0 - 18 let, používaný v České republice

Jiná verze definice vysvětluje obezitu jako nadměrné uložení tuku v organismu (Svačina, 2002). O podílu tuku v těle se lze přesvědčit komplikovanými postupy jako je celotělová denzitometrie, duální rentgenová absorpciometrie (DEXA), tak orientačně měřením kožních řas nebo bioelektrickou impedanční analýzou (Hainer et al., 2011; Svačina, 2002).

Podle Pařízkové je obezita nadměrné množství tuku ve vztahu ke zbývajícím tkáním organismu. Současně je provázena řadou morfologických, funkčních metabolických, nutričních, biochemických, hormonálních, ortopedických, psychologických, zdravotních a dalších změn. Studie zřetelně prokazují, že obezita znamená handicap z řady hledisek včetně psychologických a sociálních, a to v současném i budoucím životě (Pařízková, Lisá, 2007).

Handicap je ve speciální pedagogice podle Slowíka (2007) definován jako omezení, vyplývající pro jedince z jeho vady či postižení a znemožňující naplnění role, kterou považuje za normální.

Z uvedeného je patrné, že lékařské a speciálněpedagogické pojetí obezity spolu souvisí. Jedinci s obezitou jsou předmětem zájmu vědního oboru speciální pedagogika a její oblasti somatopedie. *„Somatopedie se zabývá edukací jedinců s tělesným postižením, nemocných a zdravotně oslabených“* (Kantor in Valenta et al., 2003).

Nejčastěji je obezita klasifikována jako nemoc (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1992; Renotiérová, 2002). *„Nemoc je porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách v organismu. Při některých nemocech mohou vznikat závažné somatické nebo i psychické odchylky“* (Renotiérová, 2002, s. 46). Obezita patří k metabolickým onemocněním, tj. takovým onemocněním, která významně zasahují do hospodaření organismu se základními složkami potravy: sacharidy, tuky a bílkovinami (www.i-lekarna.cz). Podle průběhu jde o chronické onemocnění, vyznačující se vleklým, dlouhotrvajícím, často celoživotním průběhem. Podle své závažnosti ovlivňuje kvalitu života na dlouhou dobu, a to v biologické i psychosociální oblasti (Renotiérová, 2002).

Ve svých důsledcích se otylost může projevit jako získané tělesné postižení.

„Za tělesná postižení jsou nejčastěji považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů i měkkých tkání“ (Renotiérová, 2002, s. 29). Typickými získanými deformitami jsou znaky vadného držení těla. Zpočátku vadné držení těla se s postupem času může proměňovat v ortopedickou vadu druhého i třetího stupně (Renotiérová, 2002). Komplikace obezity cukrovkou 2. typu bývají spojeny se vznikem tělesného postižení po nemoci. Adolescenti

s diabetes mellitus 2. typu mají v budoucnosti vysoké riziko amputace dolních končetin (Hainer et al., 2011).

Pro ucelení pohledu na jedince s obezitou je vhodné jeho doplnění z hlediska školské legislativy. V tomto kontextu se jedná o vzdělávání dítěte, žáka, studenta se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle zákona 561/2004 Sb. se dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Obézní dítě, žák nebo student spadá do kategorie osob se zdravotním postižením (zde je obsaženo i *tělesné postižení*) a do kategorie osob se zdravotním znevýhodněním. Pojmem zdravotní znevýhodnění, podle školského zákona, rozumíme zdravotní oslabení, *dlouhodobou nemoc* nebo lehčí poruchy učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

1.2 Prevalence obezity

1.2.1 Výskyt obezity v proměnách času

Přestože se o obezitě mluví jako o fenoménu dnešní doby, obezita provázela lidstvo již v prehistorických dobách. Dokladem toho jsou sochy, obrazy, literární popř. jiná umělecká díla. Jedním z nejstarších ukazatelů obezity v historii jsou nálezy sošek Venuše z doby před 25 000 lety. Sošky pochází z různých míst Evropy i Ruska (Hainer et al., 2011). Zobrazují symbol plodnosti na prototypu obézní ženy s mohutným poprsím.

Obezita se vyskytovala i ve starověkém Egyptě, zejména u bohatších vrstev. Rozbory kožních řas některých mumií faraonů potvrdily jejich otylost. Ve starém Řecku a Římě je propagován ideál těla i ducha. Idolem antiky se stává atletický urostlý typ. Významné lékařské autority, Hippokrates, Galén, Avicenna, poukazují na zdravotní rizika obezity (Hainer et al., 2011). Zároveň Hippokrates uvádí: „U všech nemocí si vedou nejlépe ti, kdo mají tlusté břicho. Špatné je být v těchto místech hubený“ (Málková, Krch, 2001).

Ve středověku obezita opět provází spíše bohaté feudály než chudý lid. Antropologické studie koster panovníků prokazují výskyt dny, která je častou komplikací obezity. Mistr Havel ze Strahova, osobní lékař Karla IV., doporučoval - jako preventivní opatření obezity - střídmost v jídle a pití. Druhý osobní lékař Karla IV., Rembot Eberhard de Castro, zdůrazňoval význam pohybu. Z konkrétních sportů jmenoval míčové hry, lov, skoky, běh, souboj, zápas, veslování nebo jízdu na koni. Neopomíjí ani příznivý vliv fyzické práce (Hainer et al., 2011).

V období baroka se otlý muž stává symbolem úřední moci, úspěšnosti a blahobytu, a to i přes informovanost veřejnosti o tom, že obezita krátí lidský život. Baroko je typickou dobou otylosti, kdy ideál krásy těla spočívá v jeho zaoblenosti (www.aktin.cz).

Medicína 18. a 19. století s sebou přináší nové pohledy na obezitu. Lékaři jako Thomas Short, Malcolm Flemyng, Thomas Beddoes, se zamýšlí nad příčinami, preventivními opatřeními a léčbou obezity. V této době se otylost nazývá polysarcia nebo korpulentnost. V polovině 19. století T. L. Chambers objasňuje vznik obezity na základě prvního termoregulačního zákona a kalorimetrických studií. O ukládání tuku hovoří jako o důsledku pozitivní energetické bilance (Hainer et al., 2011).

Roku 1902 je otylost definována v Ottově slovníku naučném jako přílišné až chorobné hromadění tuku v těle, zvláště pod kůží, v okruží střevním, v předstěře, kol ledvin, ano i kol srdce (Hainer et al., 2011).

Koncem 19. století se ideálem krásy stává štíhlá rakouská císařovna Elizabeth, přezdívaná Sisi. Tento kult krásy přetrvává až do poloviny 20. století, kdy se mění v idol hollywoodských hvězd oblých tvarů. Situace se obrací roku 1967, kdy je za ztělesnění krásy považována anglická modelka Twiggy, trpící mentální anorexií (Hainer et al., 2011). Tyto módní tendence s pomocí rozrůstajícího se vlivu médií mají negativní dopad i na dětskou populaci. Kult otylosti dávno zmizel, do popředí se dostává opačný extrém.

Na konci osmdesátých let 20. století 80 % děvčat ve věku deseti a jedenácti let v San Francisku drží diety, protože si připadají tlusté. Hubnou i dětské panenky. V roce 1995 je na základě výzkumné studie britské psycholožky S. Groganové zjištěno, že už osmileté dívky uvádí nespokojenost se svým tělem. Podobná situace je i v České republice v roce 1997, kdy 60% dívek je nespokojeno se svým tělem. Většina z nich nemá představu o tom, kolik by měly vážit a zaměňuje dietu za normální jídelní režim (Málková, Krch, 2001).

Zdá se, že teprve s přelomem tisíciletí utichají bouřlivé vlny trendů atraktivity a společnost začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu (Hainer et al., 2011). V roce 2000 se do boje s přehnaně hubeným ideálem ženské postavy pustila i britská vláda. Vyzvala média, aby přestala zveřejňovat fotografie příliš hubených modelek. V této době časopis Cosmopolitan kritizuje oblíbenou panenku Barbie. Bylo zjištěno, že žena s proporcemi Barbie by při váze 60 kg musela měřit 210 cm (Málková, Krch, 2001).

1.2.2 Současné rozšíření obezity ve světovém i tuzemském kontextu

Obezita v období dětství a dospívání předurčuje k obezitě v dospělosti. Pravděpodobnost vzniku obezity vzrůstá se zvyšujícím se věkem nástupu a stupněm obezity v dětství (Hainer et al., 2011). Ze studií vyplývá, že děti obézní do 6 let svého života jsou v dospělosti méně často obézní než v případě dětí starších šesti let (www.obezita.cz). Nejvíce rizikovou skupinou pro přetrvání obezity do dospělosti jsou dospívající chlapci se středně těžkým a těžkým stupněm obezity (Hainer et al., 2011).

Výskyt dětské obezity celosvětově stoupá. Globální pandemie se netýká jen školního věku, ale také předškolního období. V roce 2004 bylo odhadováno u dětí na celém světě ve věku 5 až 17 let na cca 10 % s nadváhou a 2 – 3 % s obezitou. Prevalence nadváhy a obezity se velice různí mezi jednotlivými zeměmi. Nejvyšší zaznamenanou prevalenci nadváhy vykazuje severní Amerika (30 %), Evropa a oblast západního Pacifiku (nad 20 %). Nejnižší výskyt je pozorován v části jihovýchodní Asie a subsaharské části Afriky (pod 5 %). Za poslední tři desetiletí je zaznamenán větší nárůst prevalence obezity v industrializovaných oblastech než v zemích s nízkým socioekonomickým statusem. V zemích jako je Kanada, Brazílie, USA, Austrálie, Japonsko, Německo, Finsko, Řecko, Velká Británie je od sedmdesátých let minulého století pozorován až trojnásobný nárůst výskytu nadváhy a obezity mezi dětmi školního věku. Zároveň platí, že v ekonomicky vyspělých státech je vyšší prevalence obezity zaznamenána u jedinců s nízkým socioekonomickým postavením. Naopak v rozvojových zemích se častěji setkáme s obezitou u skupin s vyšším socioekonomickým statusem. Zároveň je zde patrný pokles prevalence podvýživy (Hainer et al., 2011). Na příkladu Spojených států amerických je poukázáno na fakt, že výskyt obezity je vyšší u dětí ze sociálně slabších rodin. V takovéto populaci neexistuje výrazná podvýživa a nadměrné ukládání tuku je způsobeno nesprávnou životosprávou, a to především nevhodnou a zároveň lacinou stravou a malou účastí v organizované tělovýchovné aktivitě. (Pařízková, Lisá, 2007).

Výskyt obezity a nadváhy u dětí a dospívajících v Evropské unii dosahuje 10 až 20%. Pozorovatelná je vysoká prevalence dětské obezity a nadváhy zejména na jihu Evropy (přes 30%), ale k prudkému nárůstu výskytu dětské obezity došlo také v Anglii a Polsku, zatímco u dětské populace v České republice jsou tyto ukazatele příznivější (www.zijzdrave.cz).

V České republice mělo roku 2006 ve věkové skupině 5 – 18 let nadváhu či obezitu 21,9 % chlapců, přičemž obézních bylo 4,3 %. Nadváha či obezita u dívek se vyskytovala ve 22,5 %, z toho 4,7 % bylo obézních. Toto zjištění pochází ze zprávy Mezinárodní skupiny boje proti obezitě IOTF (International Obesity Task Force) (Hainer et al., 2011). Podle studie

Světové zdravotnické organizace Childhood obesity surveillance initiative z roku 2008 mělo v České republice 15 % 7letých chlapců a 12,7 % 7letých dívek vyšší než normální hmotnost. 8,2 % chlapců a 5,4 % dívek bylo obézních (www.szu.cz). V současnosti je u nás 5 - 10 % dětské populace, která je obézní. Za poslední čtvrtstoletí se počet otlých dětí v České republice zdvojnásobil (Marinov et al., 2011).

1.3 Typy obezity

Hodnotit obezitu v dětském věku podle rozložení tuku v těle jako u dospělých není opodstatněné. Dětské tělo se neustále vyvíjí a jeho struktura se mění v závislosti na věku a pohlaví.

V dětském věku je lékaři rozlišována obezita primární a sekundární.

Primární obezita znamená obezitu bez prokazatelného onemocnění, u něhož by se obezita vyvinula jako sekundární komplikace. Primární otylost se nejčastěji vyskytuje u dětí školního věku, kdy převládá alimentární (prostá) obezita, způsobená nepoměrem mezi energetickým příjmem a výdejem. Tukové vrstvy bývají rozloženy symetricky po celém povrchu těla, zejména na břiše, na bocích, na stehnech i na prsou, a to u chlapců i dívek. S růstem a vývojem se jejich lokalizace mění podle pohlaví dítěte (Pařízková, Lisá, 2007; Šonka et al., 1981).

Sekundární obezita je u dětí vzácná. Její příčinou bývají endokrinní onemocnění. Dominujícím příznakem sekundární obezity je růstová porucha. Spadá sem syndrom polycystických ovarií, který se u dívek akcentuje v období dospívání (www.medicabaze.cz). Charakteristické jsou pro něj výrazné tukové vrstvy ukládající se v oblasti hýždí a horní partie stehů (Pařízková, Lisá, 2007).

Při diferenciální diagnostice je dále nutné rozlišit obezitu z genetických příčin – především monogenní obezitu, syndromickou, hypotalamickou obezitu a obezitu způsobenou léky.

Z genetického hlediska rozlišujeme obezitu monogenní a komplexní (polygenní). Monogenní obezita je do značné míry dědičná a k jejímu rozvinutí stačí pouze malý vliv faktorů prostředí. Tato forma se týká pouze 3-4 % všech obézních pacientů. Komplexní otylost je způsobena hned několika geny, které ale tělesnou hmotnost ovlivňují minimálně. Kromě poškozených genů je ke vzniku obezity tohoto typu nutná i souhra dalších okolností jako je přejídání se a nedostatek pohybu. Mezi polygenní patří také tzv. syndromická obezita (www.extrafit.cz).

Syndromická obezita je součástí geneticky podmíněných syndromů, které jsou spojeny s dalšími klinickými znaky na rozdíl od monogenní obezity (Hainerová, 2009). Nejznámější je Prader-Williho syndrom, dále Bardetův-Biedlův syndrom či Lawrencův-Moonův, Cohenův nebo Carpenterův syndrom aj (Pařízková, Lisá, 2007). Typický je u nich časný nástup závažné obezity v kojeneckém nebo batolecím věku (www.medicabaze.cz).

Hypothalamická obezita je způsobena poškozením hypothalamu různé etiologie – infekce, trauma, radiace, křeče aj. Často je způsobena nádory a jejich chirurgickou a radiační léčbou (Hainerová, 2009). Vzhledem k poruše vnímání sytosti je obtížně zvládnutelná (www.medicabaze.cz).

Některé léky vedou k rozvoji tukové tkáně nebo ke zvýšení pocitu hladu, a tím k rozvoji obezity. U řady léků je vzestup hmotnosti individuální, ale záleží také na množství a délce užívání příslušných farmak. K nejrizikovějším patří dlouhodobá terapie kortikosteroidy (Hainerová, 2009). Jedná se o trunkální nebo tzv. pavoučí obezitu, kdy vrstvy tuku jsou nakupeny na trupu, krku a v obličeji. Končetiny jsou naopak štíhlé. Dále bývá obezita pozorovatelná u léčby některými antidepresivy, neuroleptiky, antiepileptiky, antidiabetiky či tyreostatiky (Pařízková, Lisá, 2007). Některé studie konstatují, že při dlouhodobém užívání inhalačních kortikoidů u dětí vzrůstá jejich tělesná hmotnost. Při krátkodobém podání těchto léků je jejich efekt na tělesnou hmotnost minimální (Hainerová, 2009).

Dále je možno rozlišit časnou a pozdní otylost. Časná otylost nastupuje v útlém věku – do sedmi let. První rok života je nejkritičtější. Je-li hyperplazie tukových buněk v tomto období podporována nadvýživou, je položen základ k rozvoji obezity. Pozdní otylost – nastupující po sedmi letech - souvisí s předzásobením těla před pubertou. Záleží pak na další životosprávě, zda obezita přetrvá či nikoliv (Gutvirth et al., 1980).

1.4 Faktory vzniku prosté obezity

1.4.1 Genetické faktory

„Na rozvoji dětské obezity se podílí genetické pozadí každého jedince ze 40 % až 60 %“ (Marinov et al., 2011, s. 19). Většinou se jedná o polygenní dědičnost (Pařízková, Lisá, 2007). Hainer (2011) upozorňuje na skutečnost, že se dědí spíše sklony k onemocnění než nemoc samotná. Množství a frekvence genových variant a interakce mezi nimi a mezi geny a prostředím určují individuální náchylnost ke zvýšené tělesné hmotnosti (Hainer et al., 2011). U 95% otlé populace převládá polygenní dědičnost obezity (www.extrafit.cz).

Přítomnost nadváhy nebo obezity u rodičů je významným rizikovým faktorem u dětí. Závažný genetický sklon ke vzniku obezity je sledován u rodin, kde se vyskytovala obezita v dětství i jen u jednoho z biologických rodičů, nebo se vyskytuje obezita u jednoho z prarodičů spolu s cukrovkou 2. typu, srdečním infarktem, cévní mozkovou příhodou nebo gynekologickým nádorem (Marinov et al., 2011).

1.4.2 Prenatální faktory

Mezi ovlivňující faktory jsou řazeny stav výživy matky, metabolismus glukózy u matky, kouření matky, porodní hmotnost a charakter kojenecké stravy (Hainer et al., 2011; Hainerová, 2009).

Vysoký hmotnostní příbytek matky v době těhotenství může znamenat předpoklad výskytu nadváhy ve věku od dvou do čtrnácti let a dvacet jedna let. Také hladovění matek ve třetím trimestru gravidity zvyšuje riziko obezity u potomků (Hainer et al., 2011).

Hainerová (2009) dále uvádí, že tempo růstu a produkce tuků je naprogramováno již v perinatálním nebo kojeneckém období. Poporodní nárůst hmotnosti dítěte je ovlivněn velkým hmotnostním přírůstkem matky v době těhotenství, počtem porodů, kouřením matky během gravidity. U dětí, jejichž matka kouřila během těhotenství, dochází až k 1,5x vyššímu nárůstu rizika vzniku obezity.

Rizikovým faktorem je vysoká a nízká porodní hmotnost. Novorozenci s nízkou porodní hmotností mají vyšší podíl tukové tkáně v těle než tkáně netukové (Hainerová, 2009).

Vyšší váhové přírůstky v kojeneckém věku jsou pozorovány u jedinců s umělou výživou. Také proto je neustále poukazováno na protektivní účinek kojení (Hainerová, 2009).

1.4.3 Faktory prostředí

Hlavními faktory prostředí, které vyvolávají dětskou obezitu, jsou činitelé nadměrného energetického příjmu, tedy přejídání. Přejídání rozlišujeme absolutní (přijímání většího množství potravy, než přísluší výšce a způsobu života) a přejídání relativní, které je spojeno s nedostatkem energetického výdeje (dítě přijímá optimální množství potravy, ale má nedostatek pohybu) (Šimsová, Straková, 1972).

Existuje řada faktorů, které podporují přejídání např. vysoký energetický obsah potravin (energeticky bohatá strava narušuje regulaci chuti), větší velikost porce, různorodost, konzumace svačin, stravování se mimo domov a další.

Relativní přejídání souvisí s nesprávnými stravovacími návyky, a to především s dnes rozšířeným trendem vynechávání snídaně jako energeticky nejbohatšího jídla dne. Na základě toho dochází ke krytí podstatné části dne energetickým dluhem, který je doplňován v podvečerním čase tělesně neaktivního období (Marinov et al., 2011). Svůj podíl na zvyšování tělesné hmotnosti má také nedodržování způsobu zdravého stravování a jídelního chování. Jedná se především o krátký čas vyhrazený k jídlu a tzv. uždibování během dne (Hainer et al., 2011).

Kvalita stravování může bohužel často záviset na socioekonomickém postavení rodiny. Během posledních desetiletí se významně změnily kvalita, druhy a ceny konzumovaných potravin. Například ve Spojených státech amerických se ceny čerstvého ovoce a zeleniny zvýšily až o 50 %. Naopak ceny tuků a sladkostí klesly o 10 % a 15 % a ceny sladkých nápojů se snížily až o 34 % (Hainer et al., 2011). Mnoho nepřispívá ani role reklamy, která se zaměřuje na levné potraviny s vysokým obsahem tuků a sacharidů. Přitom je všeobecně známo, že potraviny bohaté na cukry a tuky mají nižší sytící schopnost, což vede k přejídání.

Neopomenutelným činitelem rozvoje obezity je vyřazení půstu v důsledku celospolečenských změn. Půst plní nenahraditelnou funkci otužování metabolismu a detoxikace organismu (Marinov et al., 2011).

Vlivem působení rodiny může dojít ke zlomení a vyhasnutí pocitu sytosti již v batolecím věku. Je chybou, jestliže rodiny v tomto období podbízí dítěti větší porce nebo je nutí k bezmyšlenkovitému dojíždání, přestože dítě již stravu odmítá. Batole přestává růst v tělesném objemu a jeho vývoj se formuje intelektuálním směrem. Tím dochází k přirozenému poklesu energetické potřeby (Marinov et al., 2011).

Po energetickém příjmu je významným činitelem zapříčiňujícím vznik obezity také energetický výdej. Lidské tělo spotřebovává většinu energie k zabezpečení bazálního metabolismu jako složky zajišťující základní životní pochody. Zbývající energetická spotřeba je spojena se svalovou prací (Málková, Krch, 2001).

S bazálním metabolismem souvisí problematika termoregulace. Změny v produkci tepla jsou vázány na řadu okolností, k nimž patří i teplota vnějšího prostředí. Jestliže se teplota prostředí sníží, zvýší se nároky na zachování tepelné pohody, a spolu s tím i spotřeba energie (Štaifová, 1989). Požadavky organismu na zachování tepelné pohody v termoneutrálním prostředí jsou minimální. *„Rozvoj nových technologií umožnil rozšíření celoplošného prostředí s přiměřenou tepelnou pohodou, která významně zasahuje do tepelné regulace organismu. Soudobé izolační oděvní a stavební technologie a výkonné vytápění na jedné straně a klimatizační a ventilační technologie na druhé straně vytvářejí optimální tepelnou*

pohodu, která vyřazuje energetickou náročnost vlastního řízení teploty organismu“ (Marinov et al., 2011, s. 24).

Pracovní složka energetické spotřeby je v dnešní době velmi ochuzena nejen v důsledku nedostatku sportu, ale také nedostatku pohybové a pracovní aktivity vůbec. 16 % českých dětí, sportuje pouze v rámci tělesné výchovy nebo vůbec (Marinov et al., 2011).

Způsob života v dnešním přetechizovaném světě nahraňuje úbytku svalové činnosti, jejímž následkem je svalová dystrofie. Jedná se o stav organismu, kdy pod vlivem působení fyzické nečinnosti dochází k plíživé ztrátě svalové hmoty a do jisté míry k její náhradě hmotou tukovou (Fořt, 2002). Již Ošancová s Hejdou (1974) ve své publikaci konstatují, že velkou změnou charakterizující život v sedmdesátých letech, je úbytek těžké fyzické práce a svalové činnosti jako následku hustší dopravní sítě, motorismu, zálib v televizi a naprostého nedostatku sportovní činnosti. Dnes je situace o to horší. Rozvoj techniky vyřadil chůzi a běh jako hlavní zdroj přesunu. Jen dálkové ovladače a mobilní telefony ušetří za rok 25 hodin chůze, což odpovídá 0,4 – 0,8 kg tukové tkáně (Marinov et al., 2011). Čas strávený u počítače nebo televize je samozřejmou součástí denního režimu téměř každého dítěte. Takto strávený čas je vždy na úkor aktivního pohybu (Málková, Krch, 2001). Uspokojení z tělesného pohybu se zaměnilo za virtuální realitu s minimálními energetickými nároky. V současnosti tráví děti až 26 hodin týdně při sledování televize nebo zájmech na počítači (Marinov et al., 2011).

Nedostatek spánku podporuje vznik obezity podobně jako nevhodné stravovací nebo pohybové návyky (Hainer et al., 2011; Marinov et al., 2011; Šimsová, Straková 1972). Prvním vysvětlením je, že nedostatek spánku vede k únavě, což má za následek snížení pohybové aktivity. Deficit spánku může mít také vliv na regulaci pocitu hladu. „*Jedinci s nedostatkem spánku vykazují vyšší skóre hladu a chuti (zejména na tuky a cukry)*“ (Hainer et al., 2011, s. 355).

1.5 Komplikace dětské obezity

1.5.1 Zdravotní komplikace

Jako nejčastější komplikace dětské obezity jsou literaturou zmiňovány: diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulární onemocnění, metabolický syndrom, jaterní steatóza, komplikace v růstu a sexuálním vývoji, respirační, renální, ortopedické a kožní komplikace.

Diabetes mellitus 2. typu

Vysoká tělesná hmotnost v raném věku vede k ireverzibilním změnám sekrece hormonů (Hainer et al., 2011). S porušením inzulinové sekrece vzniká porucha glukózové tolerance a později diabetes mellitus 2. typu (Hainer, 2003).

Přestože diabetes mellitus 2. typu patří u dětí doposud k méně častým diagnózám, jeho incidence stoupá. Vše nasvědčuje tomu, že diabetes mellitus 2. typu bude do budoucna celosvětově nejzávažnějším důsledkem dětské obezity. Adolescenti s diabetes mellitus 2. typu mají v budoucnosti vysoké riziko amputace dolních končetin a renálního selhání s nutností dialýzy (Hainer et al., 2011).

Platí, že výskyt cukrovky 2. typu je velký v zemích, kde je velký výskyt obezity. 90 % nově zjištěných diabetiků 2. typu je obézních a zbytek se nachází v pásmu nadváhy (Svačina, Bretšnajdrová, 2003).

Kardiovaskulární onemocnění

Do výčtu kardiovaskulárních komplikací jsou zařazeny následující: hypertenze, zbytnění a rozšíření levé komory, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, arytmie, náhlá smrt mozkové cévní příhody, varixy a tromboembolická nemoc (Hainer, 2003).

Obézní děti mají dvakrát vyšší riziko vzniku hypertenze (Hainerová, 2009). Obezita ve věku sedmi let zvyšuje riziko kardiovaskulárního onemocnění a cévní mozkové příhody v budoucnosti. Kardiovaskulární onemocnění spojené s obezitou může snížit průměrnou délku života o 2 – 5 let. Ve studii obézních dětí ve věku 12 let se ukázalo, že jsou více rizikové ke vzniku aterosklerózy a infarktu myokardu ve srovnání s dětmi s normální tělesnou hmotností (Hainer et al., 2011).

Metabolický syndrom

Reavenův syndrom je odborný termín pro metabolický syndrom, který zaštiťuje řadu rysů stále častěji provázejících životní styl ve vyspělých zemích současného světa. Reaven v roce 1993 uvedl revidovanou verzi definice metabolického syndromu, která zahrnuje inzulinorezistenci, hypertenzi, hypertriglycerimédii, diabetes, mikrovaskulární anginu, hyperurikémii, poruchy koagulace a fibrinolýzy, ischemickou chorobu srdeční a obezitu (Svačina, 2002). V nejnovější definici z roku 2005 je abdominální (androidní) obezita základní podmínkou diagnózy metabolického syndromu. To znamená, nemá-li pacient abdominální obezitu, nemůže mít metabolický syndrom (Svačina, 2007). Metabolický syndrom je určen abdominální obezitou, dyslipidemií, hypertenzí, diabetem či porušenou

gkykemií nalačno. Abdominální obezita zvyšuje kardiovaskulární riziko nejen u dospělé populace (Hainer et al., 2011).

Platí, že metabolický syndrom je podmíněn geneticky. Z části však může být indukován také prostředím. Za typické jevy jsou považovány stresové jevy, přejídání a nikotin (Svačina, 2002). Metabolický syndrom je jedno z nejčastějších onemocnění na světě. V našich podmínkách může postihovat až 50 % populace (Svačina, Bretšnajdrová, 2003).

Jaterní steatóza

Steatóza jater znamená zvýšené ukládání tuku v jaterních buňkách. Je to nejčastější reakce jater na jejich poškození (www.anamneza.cz). V některých definicích je považována za jedno z kritérií metabolického syndromu (Hainer et al., 2011). Postihuje zejména dospělé ve středním věku a výše, ale může postihnout i děti. K nejčastějším příčinám steatózy se řadí alkoholismus

a zvýšený přívod živin – obezita (<http://nemoci.vitalion.cz/steatoza-jater>). Každé třetí obézní dítě má jaterní steatózu. Toto onemocnění je častěji diagnostikováno u chlapců (Hainer et al., 2011).

Komplikace v růstu a sexuálním vývoji

Vlivem zvýšené dostupnosti růstového hormonu jsou obézní děti často vyšší než jejich neobézní vrstevníci. Nadbytek volných androgenů zapříčiňuje vývoj ochlupení u dívek i chlapců. Zvýšená přeměna androgenů na estrogeny vede k časnému vývoji prsů u dívek a ke gynekomastii u chlapců (Hainer et al., 2011). V důsledku této konverze může u chlapců dojít k rozložení tuku na bocích a hýždích, čímž nabývají ženského vzhledu (Pařízková, Lisá, 2007).

Obézní děti často vstupují dříve do puberty. Nadváha a obezita u dívek jsou asociovány s časnou menarché (Hainer et al., 2011). Pohlavní vývoj u dívek s lehčím stupněm obezity bývá sice urychlen, ale u dívek s těžším stupněm otýlosti dochází často k rozvoji syndromu polycystických ovarií spojeného s nepravidelnou menstruací až jejím nedostavením se (Pařízková, Lisá, 2007).

U chlapců se setkáváme se zdánlivým i skutečným hypogenitalismem. Zdánlivý hypogenitalismus znamená, že zevní genitál je zanořen v tukovém polštáři v dolní části břicha. Skutečný hypogenitalismus je spojen s nižší sekrecí mužských pohlavních hormonů (Pařízková, Lisá, 2007).

Respirační komplikace

U enormně obézních dětských pacientů byla vypořádována plicní nedostatečnost a čím dál častěji se vyskytující obstruktivní spánková apnoe (Pařízková, Lisá, 2007; Hainer et al., 2011). V důsledku toho dochází k desaturaci, opakovanému probouzení, přerušovanému spánku, což je příčinou denní somnolence (Hainer et al., 2011).

Renální komplikace

V případě morbidní obezity může dojít k progresivnímu renálnímu selhání a k nutné náhradě ledviny (Hainer et al., 2011). U obézních dětí se častěji vyskytují katary dýchacích cest (Šonka et al., 1981).

Ortopedické komplikace

V důsledku nadměrného zatížení kostry dochází ke vzniku skolióz, hrudních kyfóz, plochým nohám a dalším (Pařízková, Lisá, 2007).

Kožní komplikace

U obézních dětí je typický výskyt kožních vyrážek, ekzémů, mykóz, případně strií nebo celulitidy (Hainer, 2003; Pařízková, Lisá, 2007; Šonka et al., 1981).

1.5.2 Psychosociální komplikace

Psychosociální dopady se mohou vyskytovat již v dětství. Studie prokazují, že stigmatizace dětí s obezitou se v dětském kolektivu zvyšuje, a to i přesto, že obezita je stále častějším společenským jevem. Mnohé děti popisují nespokojenost se svým tělem a na základě toho dochází ke snížení jejich sebevědomí. Stereotyp záporné kritiky obézních osob je vytvořen kolem pátého roku života, možná dříve. Již děti ve věku tří až pěti let, zejména dívky, nahlíží na otlé jedince negativně. Tím horší je jejich hodnocení ve věku 10 – 11 let. Obecně je známá skutečnost, že obézní jedinci častěji nedokončí své vzdělání (Hainer et al., 2011).

Prevalence deprese a úzkostných stavů je u této populace vyšší než v obecné dětské populaci. Je prokázáno, že kvalita života dětí s obezitou je srovnatelná s kvalitou života dětí s nádorovým onemocněním. Mnoho dětí se přejídá, protože jsou nešťastné, smutné a depresivní. Jiné děti jsou nešťastné, jelikož jsou otlé. Problémy otlých dětí se sociální izolací, s potížemi mezi vrstevníky a nízkým sebehodnocením obézních dětí jsou často

pozorovány. Situaci je možné řešit posilováním sebehodnocení dětí s obezitou a odklonit je od přejídání (Hainerová, 2009).

Je obecně známo, že jedinci s obezitou častěji nedokončí své vzdělání (Hainer et al., 2011), což může vést k omezenému výběru budoucího povolání a následnému negativnímu odrazu v jejich psychice. Vítek (2008) dodává, že silnější dívky ve srovnání s jejich štíhlými vrstevnicemi mají významné psychosociální problémy ve svém budoucím životě. Ty zahrnují nesnáze s úspěšným dokončením studií, nižší pravděpodobnost, že se vdají, nižší celkový příjem. Potíže při hledání partnera jsou pozorovány i u chlapecké části populace.

1.6 Terapie obezity v oblasti léčby

1.6.1 Terapie obezity

Terapie obezity by měla respektovat následující zásady, jež zmiňuje Hainerová (2009). V počátcích terapie je stanoven dlouhodobý plán, který je koncipován z intervencí týkajících se jídelních zvyklostí, pohybové aktivity a je veden za podpory rodiny. Protože je dětské tělo ve stadiu vývoje a neúměrná energetická restrikce i nadměrný hmotnostní úbytek jsou nežádoucí, neměl by terapeutický plán vést k dramatickým výkyvům v tělesné hmotnosti. U dětí mladších sedmi let je prvotním cílem terapie udržení aktuální hmotnosti. Hmotnostní úbytek je žádoucí u dětí s dokončeným tělesným vývojem či s vážnými komplikacemi. I v takovém případě by měl být pokles hmotnosti pomalý.

Terapie obezity má být vedena multidisciplinárně - ve spolupráci lékaře, dietní sestry, psychologa, specialisty na pohybovou aktivitu a rodiny. Terapii je nutno směřovat na celou rodinu z důvodu modifikace zvyklostí všech jejích členů.

Léčba obezity závisí na její tíži a věku dítěte. Základem terapie dítěte je změna životního stylu, zejména s ohledem na výživu a stupeň fyzické aktivity, v indikovaných případech pak farmakoterapie a bariatrická chirurgie.

Výživová doporučení

Základem stravovacího režimu jsou tři hlavní jídla včetně snídaně, dvě svačiny během dne, navýšená konzumace ovoce i zeleniny, konzumace nízkotučného mléka a dalších mléčných výrobků a pití vody. Tuky by měly tvořit maximálně 25-30% z celkového energetického příjmu. Konzumace celého ovoce by měla být upřednostňována před sladkými džusy (Hainer et al., 2011; Hainerová, 2009).

Ideální složení stravy, které odpovídá výživovým doporučením a zásadám racionální výživy, představuje pyramida výživy (Obrázek 3). Doporučené dávky jednotlivých potravinových skupin jsou následující:

- 1) Základnu potravinové pyramidy tvoří obiloviny, těstoviny, pečivo, rýže a brambory. Za jednu porci považujeme jeden plátek chleba (60 g), rohlík, housku či dalaťánek, jeden kopeček rýže, těstovin či brambor (125 g). Doporučená denní dávka mezi 1. a 2. rokem je 1-2 porce, pro děti mezi 2. a 4. rokem 2-3 porce, pro děti nad 4 roky 3-4 porce.
- 2) Druhé patro výživové pyramidy tvoří zelenina a ovoce. Za jednu porci zeleniny lze považovat jednu papriku nebo mrkev, středně velkou miskú salátu, půl hrnku vařené zeleniny, jednu sklenici zeleninové šťávy. Doporučená denní dávka pro děti mezi 1. a 2. rokem je ½-1 porce, pro děti mezi 2. a 4. rokem 1-2 porce a pro děti nad 4 roky 3-4 porce. Za jednu porci ovoce se považuje např. jedno jablko, kiwi, mandarinka nebo 125 ml neslazeného džusu. Zde denní dávkování odpovídá 1-2 porcím u dětí mezi 1. a 2. rokem, pro děti od dvou let je vhodná dávka 2 porcí.
- 3) Třetí patro tvoří maso, drůbež, ryby, vejce, luštěniny, ořechy, mléko a mléčné výrobky. Doporučená denní dávka mléčných výrobků pro děti mezi 1. a 3. rokem je 1-2 porce, pro děti nad 4 roky 3-4 porce. Jedna porce přitom odpovídá 250 ml mléka, 150 ml jogurtu, 30 g sýra nebo 40 g tvarohu. Doporučená denní dávka masa pro děti mezi 1. a 3. rokem je ½ -1 porce, pro děti nad 4 roky 1-1½ porce. Jednou porcí se rozumí 70 g masa (drůbežího či rybího), 1 vejce, ½ hrnku vařených luštěnin, 2 lžíce ořechů.
- 4) Vrchol pyramidy tvoří tuky, sůl a sladkosti. Jejich spotřeba by měla být co nejnižší (Illková in Pařízková, Lisá, 2007)



(<http://www.obesitynews.cz/?pg=clanek&id=40>)

Obrázek 3: Pyramida výživy

Součástí zdravé výživy je dodržování správného pitného režimu, jehož základ má tvořit pitná voda, případně ředěné ovocné džusy, ovocné, zelené nebo bylinné čaje, slabý černý čaj či mléčné nápoje (Pařízková, Lisá, 2007).

Doporučené pohybové aktivity

Pohybová aktivita zajišťuje, aby efekt výživových opatření byl dlouhodobý (Matoulek, 2012). V doporučeních se upřednostňují aerobní aktivity (Hainer et al., 2011).

Následující zásady doporučených pohybových aktivit při práci s dětskými otlými klienty popisuje Pastucha (Marinov, Pastucha, 2012).

Samozřejmostí je respektování pravidla FIT – frekvence (třikrát až pětkrát týdně, minimálně obden), intenzita (tepová frekvence odpovídající minimálně 50-60% maximální aerobní kapacity), time (postupně prodlužovat délku cvičení na 45-60 minut). Poměr aerobní a silové aktivity by měl být přibližně 3 : 1 ve prospěch aerobní vytrvalostní zátěže.

Aerobní pohybová aktivita vytrvalostního charakteru vede k morfologickým změnám ve svalích. Znamená takovou aktivitu, kdy se tepová frekvence pohybuje v rozmezí 60-70% z maximální tepové frekvence. K nastartování a ustálení odbourávání tuků je nutný pohyb v aerobním pásmu minimálně po dobu půl hodiny.

Nedílnou součástí pohybové terapie je její posilovací (anaerobní) forma, která je zaměřená na aktivaci a zpevnění posturálního svalstva. Přitom je největší důraz kladen na posílení

břišního svalstva, zádočných svalů, svalstvo pánevního dna a stabilizátory pánve přecházející ve svaly dolních končetin.

„Z pohybových aktivit jsou vzhledem k riziku poškození nosných kloubů dolních končetin přetíženi vhodné především aktivity s odlehčením těžiště. Nejčastěji se doporučuje chůze, plavání, cyklistika, tanec, modifikovaný aerobic – bez výskoků, kondiční tělocvik, běh na lyžích, bruslení, kondiční turistika a nordic walking. Později lze zařadit míčové hry, stolní tenis, badminton, tenis nebo squash“ (Marinov, Pastucha, 2012, s. 158). Pozitivní je zjištění, že uvedené sporty jsou řazeny k oblíbeným sportům českých dětí. Jedním z neefektivnějších sportů na přebytková kila je jízda na kole (Marinov et al., 2011).

Při předepsání pohybové aktivity je nutno dbát na individuální přístup respektující osobnost dítěte, jeho sociálně-ekonomické zázemí, celkový zdravotní stav. Velmi důležitou roli představuje podpora obézního dítěte a jeho motivace při pohybové aktivitě (Kytarová, 2011). Hlavním důvodem zvýšené motivace je snížená tolerance pohybu u obézních dětí. Autoři Hills, King a Byrne (2007) popisují bariéry k fyzické aktivitě u obézních jedinců. Ty rozlišují na fyzické a psychické. K fyzickým aspektům řadí sníženou mobilitu v důsledku nadváhy nebo otylosti, sníženou aerobní kapacitu a nepohodlí, někdy bolest, které je nutno při sportu v malé míře překonat. Psychické překážky u otlého dítěte spatřují v jeho rozpacích, které souvisí s malou důvěrou ve vlastní výkon a otázkou sebeúcty. Tyto aspekty negativně podporuje škádlení ze strany okolí dítěte a předchozí negativní zkušenost. Být škádlený okolím není pro otlé děti tak neobvyklé. Jsou často posmívány ostatními, což přispívá ke snížení vlastního sebehodnocení a odporu k fyzické aktivitě a následné ztráty touhy ke cvičení. Phillips a Hill uvádí, že dívky s nadváhou či obezitou mají nižší sebevědomí týkající se jejich vzhledu a zároveň nižší důvěru ve vlastní atletické schopnosti než dívky štíhlé (Hills, King, Byrne, 2007).

Málková a Krch (2001) dodávají, že stejně důležitý jako sport nebo cvičení je i rutinní pohyb.

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie vychází z teorie, že příčinou problémů je nevhodné chování a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory. To znamená, že klient se může toto chybné chování a myšlení odnaučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům řešení problému (<http://www.centrumpsychoterapie.cz>). To se týká i problematiky obezity. Nevhodné jídelní a pohybové návyky je možné se odnaučit. Jedná se o kombinaci některých technik, doplněných výukou o výživě, dietetice, přípravě vhodných

pokrmů, o pravidelnou adekvátně zvýšenou pohybovou aktivitu. K použitým technikám se řadí technika sebezpozorování (záznam jídelníčku), technika kontrolující stravovací rituály (místo, rychlost a další okolnosti), technika aktivní kontroly vnějších podnětů (způsob nákupu potravin, chování na oslavách), technika pozitivního sebeposilování (odměna při docílení plánovaného poklesu hmotnosti), kognitivní techniky (objasnění souvislostí mezi negativními myšlenkami, emocemi a chováním) a relaxační techniky (Hainerová, 2009). Terapie může probíhat skupinově i individuálně pod vedením psychologa, který spolupracuje s nutričním odborníkem. Zdůrazněná je úloha pozitivního přístupu (Sovová et al., 2006).

Farmakoterapie

Farmakoterapie je u dětí určena pouze jedincům s vážnými komplikacemi. Pro dospívající jsou vhodné dva druhy léků – sibutramin a orlistat. Sibutramin se podává pacientům od 16 let. Jeho působením je ovlivňován pocit plnosti na úrovni centrální nervové soustavy. Orlistat je naopak příkladem léčby obezity a cukrovky bez jakéhokoliv zásahu do centrálního nervového systému (Svačina, 2002). Zabraňuje vstřebávání tuků ve střevě a doporučuje se pro děti od 12 let (Hainerová, 2009). Sibutramin se používá v léčbě hypothalamické obezity. Jeho užívání u těchto forem vede ke snížení BMI a celkového množství tuku v těle. Pokud dojde k přerušení dávkování, má to za následek zvýšení tělesné hmotnosti až o 60% (Danielsson in Hainer et al., 2011). Metformin podporuje pokles váhy a chrání před vznikem metabolického syndromu. Je určen jedincům se syndromem polycystických ovarií a diabetes mellitus 2. typu od 10 let věku. Růstový hormon je indikován u pacientů s Prader-Williho syndromem. Topiramát je antiepileptikum, které není vhodné k léčbě obezity, ale jeho alternativa se svažuje u dětí s epilepsií namísto antiepileptik, která zapříčiňují nárůst tělesné hmotnosti (Hainer et al., 2011).

Bariatrická chirurgie

Bariatrická chirurgie je nově se rozvíjející obor léčby pro skupinu lidí s těžkou obezitou nebo dalšími přidruženými nemocemi, např. s cukrovkou. Existují dva typy bariatrických výkonů. První z nich omezuje množství stravy, druhý typ omezuje vstřebávání stravy. K restriktivním výkonům omezujícím množství stravy patří např. bandáž žaludku. Výkony s převahou malabsorpce zastupuje biliopankreatická diverze. Ke kombinovaným formám výkonu patří žaludeční bypass (Matoulek, 2012).

Chirurgická léčba dětí a dospívajících je v Evropě spíše raritou, představuje však nejefektivnější způsob úbytku tělesné hmotnosti u dětí a jeho dlouhodobého udržení. Podobně

jako u většiny operací, i v tomto případě může nastat pooperační stav spojený s nedostatkem živin. Dětský pacient by tak mohl být ohrožen na svém růstu a vývoji. Proto by měl pubertální vývoj u indikovaných dosahovat čtvrtého stupně stadia hodnoceného podle Tannera a kostní věk 95% konečné výšky (Hainer et al., 2011).

Ve Spojených státech amerických se používá žaludeční bypass, který sníží objem konzumovaného jídla. V důsledku takto navozené malabsorpce dochází k příznivému ovlivnění příjmu potravy (Hainer et al., 2011).

Studie ukazují, že méně zatěžující je laparoskopická žaludeční bandáž (Hainer et al., 2011). Při tomto zákroku se kolem žaludku stahuje manžeta, která rozdělí žaludek na menší a větší část. Malý objem horní části dovoluje pouze malý příjem potravy. Výhodou je, že bandáž žaludku je možno opět odstranit (Mastná, 1999). Podle některých bariatrických chirurgů je bandáž žaludku upřednostňována mezi jinými metodami při léčbě adolescentů s morbidní obezitou (Hainer et al., 2011).

1.6.2 Dětské léčebny v systému zdravotnické péče

Z historie lázeňské léčby dětské otylosti v České republice

Lázeňská léčba obézních dětí má velmi mladou historii. V letech 1968 – 1969 vznikají první lázeňská zařízení pro léčbu obézních dětí – Sadská a Bludov. Od roku 1988 se dětská obezita léčí také v Karlových Varech, od roku 1993 v Luhačovicích a od roku 1999 v Lázních Dolní Lipová. Celý projekt v Sadské vznikl na základě žádosti klinických pracovišť. Pro děti zde byl vypracován a postupně upravován dietní a pohybový režim. Cílem bylo vytvořit vhodný léčebný režim a klinicky zhodnotit jeho efekt včetně odezvy v dětském organismu. Na základě ověřených pozitivních výsledků byla po dvou letech zařazena lázeňská léčba obézních dětí v Sadské oficiálně do Indikačního seznamu pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. Po roce 1978 zde působila primářka MUDr. V. Drozdová, která léčebný režim dále propracovala, ale především se podílela na vypracování dietního systému pro obézní děti podle nejnovějších vědeckých poznatků. Tento dietní systém platí dodnes (GOJOVÁ, dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>).

Lázeňská léčba jako součást komplexní léčby

Ludmila Vašíčková charakterizuje současnou lázeňskou léčbu otylosti, jak je uvedeno níže. Lázeňská léčba je součástí komplexní péče o obézní děti. Je vhodná jako doplnění ambulantní léčby, která lázeňské léčbě předchází a zároveň pokračuje po jejím absolvování. Doporučuje se pro všechny typy obezity s výjimkou morbidní obezity s komplikacemi

u věkových kategorií od 3 do 18 let. Děti předškolního věku jsou přijímány s doprovodem, kde je kladným faktorem edukace doprovodu – většinou matek.

Pro dítě má být lázeňská péče odměnou, nikoliv trestem. Proto je velmi důležité vysvětlit dítěti, vhodným a přijatelným způsobem, proč do lázeňské léčebny nastupuje. Pokud dítě trpí pocitem, že to s ním již dále nejde a není jiného východiska, než pobyt v lázních, pak je spolupráce s ním velmi obtížná a zhoršuje celou situaci. To se týká především mladších chlapců. Starší děti a adolescenti jsou pro lázeňskou léčbu motivováni a spolupráce je tedy velmi dobrá.

Lázeňskou léčbu navrhuje obvodní pediatr na základě vlastního posouzení nebo na doporučení specialisty – dětského endokrinologa, kardiologa, obezitologa.

Pobyt v lázních je často prvním startem léčby obézního dítěte. Dokáže dítěti i rodičům, že je možné při správném stravovacím a pohybovém režimu dosáhnout úbytku hmotnosti, v redukčním režimu je ovšem nutné setrvat.

Pacient dodržuje režim zahrnující dietní léčbu, pohybovou aktivitu, edukační léčbu a balneoterapii.

Dietní léčbu sestavuje dietní sestra. Energetická hodnota představuje u dětí do 10 let 5000 kJ a u dětí nad 10 let 7000 kJ na den. Dietní léčba vychází ze zásad racionální výživy s důrazem na omezení živočišných tuků, dostatek zeleniny a ovoce a pravidelné zařazování rybích pokrmů. Strava se podává šestkrát denně. Děti poznávají své oblíbené pokrmy, jako je pizza nebo hranolky, ve formě, která je pro redukční dietu přijatelná. Důležité je dodržování pitného režimu. Děti se učí přijímat správné množství tekutin.

Nabízené pohybové aktivity ve volném čase – badminton, stolní tenis, florbal nebo zumba pod vedením trenéra – vedou k ekonomizaci srdeční práce a dechu, ke snížení srdeční tepové frekvence a klidového krevního tlaku, dále k ekonomické distribuci minutového objemu srdečního směrem k pracujícím svalům, ke zlepšení metabolismu tuků a cukrů k převaze tonu parasympatiku.

Nedílnou součástí lázeňského pobytu je edukace. Probíhá pod vedením lékaře a dietní sestry a je zařazována do pravidelné činnosti dětí. Využívá se různých forem her a kvízů, které jsou pro děti dobře srozumitelné. Velmi důležitý je pohovor s rodiči při propouštění dítěte. Zde je možnost podrobně se zeptat na vše, co se týká stravování a pohybu dítěte. Při pohovoru je možné odhadnout zájem rodičů a vývoj další spolupráce. Součástí edukační složky je také základní škola, která je zřízena při každé léčebně.

Balneoterapie má při léčbě obezity především relaxační účinky, u dětí s hypertenzí se u uhličitých koupelí uplatňují i terapeutické účinky. Ty jsou dány oxidem uhličitým, který je

vstřebávání kůží a jeho vliv působení na kardiovaskulární aparát je obdobný jako působení tělesné výchovy. Aplikují se koupele vířivé, perlivé, perlivé přísadové a uhličitě.

Jako doplňková je vhodná muzikoterapie, zejména u hyperaktivních mladších dětí a pobyt v solné jeskyni.

Pro lázeňskou léčbu se nejvíce osvědčily šestitýdenní turnusy. Tato délka je optimální pro osvojení správných stravovacích návyků i pohybových aktivit. Děti si pohybové dovednosti osvojí nejdříve za 14 dnů a účinky pravidelné tělesné činnosti se projeví nejdříve za tři týdny. Za důležitý psychologický aspekt považujeme společný nástup i odchod celého patra dětí. Během šesti týdnů dochází k hmotnostnímu úbytku asi o 10 % (Vašíčková in Marinov, Pastucha, 2012).

2 Prevence dětské obezity

„Prevence obezity jako zdravotně sociálního problému by měla být řešena na úrovni rodiny, škol, zdravotních systémů, potravinářského průmyslu, dopravních systémů, neziskových organizací, regionů, parlamentu a vlády, neboť se jedná o celospolečenský problém. Prevence by měla být mířena na celou společnost, neboť každý jedinec může z režimových opatření jenom těžit pro své zdraví“ (Hainerová, 2009, s. 102).

Otylosti je možno předcházet na třech úrovních - primární, sekundární a terciární, jak uvádí Málková (<http://www.hravezijzdrave.cz>). Konkrétní preventivní opatření lze strukturovat také podle věku dítěte (Marinov et al., 2011).

2.1 Třístupňový model prevence

Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje na sledování celé populace. Znamená veškeré aktivity, mající za cíl změnu názorů, postojů a chování lidí tak, aby nedošlo ke vzniku nežádoucího jevu či nemoci (Hladná, dostupné z <http://zdravi.e15.cz/>), v našem případě nadváhy či obezity u dětské populace. Aby byla efektivita primární prevence co nejvyšší, je nutná spolupráce jednotlivých orgánů státní správy (Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva zemědělství aj.). Taková kooperace se uplatňuje především v rámci preventivních národních programů (Hainer et al., 2011).

Primární prevence obezity spočívá ve vyvarování se příčin jejího vzniku, které jsou dány prostředím.

Prevenzi obezity je nezbytné započít již na úrovni rodiny a školy (Hainer et al., 2011). Větší pozornost je nutné věnovat životnímu stylu především v případech, kdy se obezita vyskytuje u rodičů nebo sourozenců (<http://dietologie.wz.cz/prevence.htm>). Obezita matky představuje ohrožení dítěte vznikem otylosti. Proto je nutná edukace matky v době před početím i v těhotenství (Hainer et al., 2011).

Dítě zrcadlí životní styl rodiny. Předpokladem zdravého jídelního i pohybového režimu je zdravý jídelní i pohybový režim celé rodiny. Kromě vhodných výživových opatření, která jsou zmíněna v kapitole pojednávající o faktorech prostředí jako faktorech vzniku obezity, je důležité dbát na pravidla stolování se sezením u stolu a při vypnuté televizi či počítači. U dětí mladší věkové kategorie působí rodina jako hlavní pohybový vzor. Společně strávený čas o víkendech určitou sportovní aktivitou je pro dítě největší motivací (Marinov et al., 2011). Důležitá jsou i jiná režimová opatření týkající se např. spánku či otužování. Vliv otužování na dětský organismus je nepopiratelný. Jeho příznivé účinky působí nejen na imunologický, nervový a psychický systém, ale také energetický metabolismus (Marinov, Pastucha, 2012). V rámci otužování organismu jsou významné i potní kúry, které mimo odvodnění (neovlivňující tukové složení těla), představují také stres pro organismus. Tepelné procedury trvající do 20 minut mohou být vydatným činitelem uvolňování tukové tkáně. Podle biochemických výzkumů, by na procedury jako sauna nebo pára, měla navazovat svalová činnost (Mastná, 1999).

Ve školách je účinná intervence zaměřující se na pohybovou aktivitu, redukci pohodlného způsobu života s nedostatkem pohybu a na úpravu stravy. Vhodné stravovací návyky by měly být podpořeny racionální skladbou výživy ve školních jídelnách a odstraněním automatů se sladkými nápoji a dalšími nezdravými potravinami ze školních chodeb. Význam má také vzdělávání o zdravém životním stylu. (Hainer et al., 2011). Podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je učivo o zdravém životním stylu a prevenci nemocí, tedy i obezity, obsaženo ve vzdělávacích oblastech Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví. Vzdělávací oblast Člověk a jeho svět je jedinou vzdělávací oblastí, která je koncipována pouze pro I. stupeň základního vzdělávání. Přípravuje tak teoretické základy pro specializovanější výuku ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví, který je realizován na II. stupni základní školy. Vzdělávací obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova tvoří obsah vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Tělesná výchova prolíná celým devítiletým programem základního vzdělávání a ve své praktické části se může významně podílet na primární prevenci. Ta se uskuteční v případě pravidelného začleňování korektivních a speciálních vyrovnávacích cvičení v hodinách tělesné výchovy u všech žáků a také pozitivní motivací

k pohybu. Učitel tělesné výchovy by měl dát každému dítěti možnost zažít úspěch při pohybu, a tím jej podněcovat k vykonávání dalších aktivit a nalézání radosti z pohybu (Marinov et al., 2011).

Na úrovni zdravotnictví je primární prevence obezity součástí preventivních prohlídek dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 56/1997 Sb. Spočívá v pravidelném měření výšky a hmotnosti a sledování dynamiky BMI, což směřuje ke včasnému zachytu dětí s rozvíjející se obezitou (<http://www.obesitas.cz>).

Z celospolečenského hlediska by mělo být podporováno také kojení. Kojené děti mají o 20% nižší riziko nadváhy a obezity do čtyř let věku než děti živené umělou výživou (Hainer et al., 2011).

Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřená na rizikové jednotlivce a skupiny (Hladná, dostupné z <http://zdravi.e15.cz/>). Jedná se o zabránění rozvoje a přetrvávání obezity jako nežádoucího jevu. Sekundární prevencí rozumíme např. vyhledávání obézních ve školách. Zde je velké množství dětí, u kterých by bez zásahu okolí nedošlo k vyhledání odborné pomoci (<http://www.hravezijzdrave.cz>).

Významnou úlohu z hlediska sekundární prevence zastává vzdělávací obor Tělesná výchova, zejména pak jeho tematický okruh Zdravotní tělesná výchova. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, ve vztahu ke Zdravotní tělesné výchově, uvádí: „*Základní vzdělávání tak reaguje na poznatky lékařů, že zdravotních oslabení v celé populaci přibývá a zdravotně oslabené dítě potřebuje větší množství spontánních i cíleně zaměřených pohybových aktivit než dítě zdravé. Účast ve zdravotní tělesné výchově vede žáky k poznání charakteru jejich zdravotního oslabení i míry a rozsahu omezení některých činností. Současně předkládá konkrétní způsoby ovlivňování zdravotních oslabení (speciální cvičení, všestranně zaměřené pohybové činnosti, relaxační techniky, plavání atd.) a jejich zařazování do denního režimu žáků*“ (Jeřábek, Tupý, 2005, s. 65). Prvky tematického okruhu Zdravotní tělesná výchova mohou být zařazeny do běžné tělesné výchovy nebo v rámci samostatného vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova, který je určen jako alternativa povinné tělesné výchovy či rozšíření pohybové nabídky pro žáky III. (příp. II. zdravotní skupiny). Tematický okruh Zdravotní tělesná výchova obsahuje učivo speciálních cvičení zaměřených na oslabení vnitřních orgánů, kde je, mezi jinými, řazena i obezita.

K obezitě dítěte přispívá životní styl celé rodiny, jak bylo uvedeno v předešlých kapitolách. Z toho důvodu se v terapii dětské obezity osvědčují rodinné kurzy. V rámci těchto

kurzů se rodiče účastní změny životního stylu společně s dítětem. Metodika rodinného kurzu je rozdělena do osmi až deseti lekcí. Každý týden se koná jedna lekce. Obsahem jsou pohybové aktivity pro děti jako herní činnosti, ukázky různých druhů sportů. V době, kdy jsou děti takto zaměstnány, rodiče získávají informace o výživě i pohybové aktivitě a diskutují témata týkající se vedení dětí ke zdravému způsobu života. Součástí je hodina zábavných činností, jejímž cílem je ukázat dítěti cestu k tomu, jak zlepšit stravovací a pohybové návyky (Málková, Divoká in Marinov, 2012). Pozitivem rodinných kurzů je motivace k pohybu u obézního dítěte, která může být umocněna tím, že dítě se zde cítí dobře, mezi svými. Nemusí trpět stresem a strachem z posměchu spolužáků či necitlivého přístupu pedagoga. Tomková (2012) uvádí, že člověku k dosahování cílů pomáhá společnost. Odborníci doporučují najít si k sobě tréninkového partnera, který má podobnou kondici. Této myšlenky se využívá u profesionálních sportovců, ale také v klubech hubnutí pro dospělé.

Trojice autorek, Jana Divoká, Iva Málková, Jana Píchová, uvádí v Příručce pro dětské praktické lékaře a zdravotnický personál (dostupné z www.hravezijzdrave.cz) shrnutí základních cílů sekundární prevence, které by měli být při působení na dítě obézní nebo s nadváhou maximálně zohledněny:

- 1) Naučit obézní dítě dodržovat stravovací návyky, které mu vyhovují a které mu poskytují hmotnostní úbytky či udržení váhových úbytků při zachování patřičného přísunu živin, důležitých pro jeho růst a zdravý vývoj.
- 2) Vytvořit u dítěte potřebu pravidelné pohybové aktivity, která jej baví, je snadno realizovatelná a současně podporuje žádoucí energetický výdej.
- 3) Využívat kognitivně-behaviorální techniky, které usnadňují fixaci správných stravovacích a pohybových návyků.
- 4) Přivést dítě i jeho rodinu k tomu, aby otázce jídla, váhy a tvaru těla nevěnovala nadměrnou pozornost.

Terciární prevence

Terciární prevence minimalizuje následky obezity a pokračování jejich nežádoucích jevů (Hladná, dostupné z <http://zdravi.e15.cz/>).

Terciární prevencí rozumíme samotnou kvalitní léčbu jako komplexní terapii obezity (www.hravezijzdrave.cz).

„Komplexní terapie obezity je u nás s ohledem na závažnost choroby zatím nedokonalá. Byla zřízena klinická centra pro diagnostiku a léčbu obezity pro pacienty s těžším stupněm obezity a zdravotními komplikacemi. Chybí dokonalá síť poraden pro prevenci a léčbu

obezity, které by byly analogické protialkoholním poradnám a střediskům drogové závislosti“ (<http://dietologie.wz.cz/prevence.html>).

Tam, kde nepomohla primární a sekundární prevence, nastupuje terciární prevence, jejímž cílem je zamezit zdravotním důsledkům způsobených obezitou. Často probíhá formou farmakoterapie nebo chirurgické léčby, které působí rapidněji a úderněji než jiné způsoby terapie. Mastná (1999) dodává, že farmakoterapie i chirurgická léčba je vyhrazena pro těžší stupně obezity a v případech, kdy je pacient ohrožen závažnými komplikacemi a konzervativní léčba (dietní, pohybové a další prostředky) je již málo efektivní.

Jednotlivým možnostem léčby obezity u dětí je věnována kapitola pojednávající o terapii obezity.

2.2 Preventivní opatření podle věku dítěte

Autoři Marinov a Pastucha (2012) se věnují konkrétním preventivním krokům, které lze doporučit v jednotlivých etapách věku dítěte. Jedná se o tato údobí: prenatální a perinatální, kojenecké, batolecí, předškolní, období mladšího a staršího školního věku.

Prenatální a perinatální období

Těhotná žena by měla mít adekvátní hmotnostní přírůstky odpovídající růstu plodu. Není pravdou, že budoucí matka by měla jíst a pít za dva, nýbrž dvakrát tak kvalitně. Měla by dbát na dostatečný přísun čerstvých potravin, především ovoce a zeleniny i mléčných výrobků. Na místě je vyvarovat se ztuženým tukům (nepravá čokoláda, některé pomazánky), potravinám z neznámých zdrojů, vysokému příjmu nasycených mastných kyselin (tučné maso, máslo, sádlo, uzeniny). K pití jsou nejvhodnější neslazené nápoje. Zákaz kouření a požívání alkoholu se považuje za samozřejmost.

Zdůrazňován je pozitivní vliv porodu přirozenou cestou, který umožní bezprostřední mikrobiální osídlení trávicího ústrojí novorozence.

Kojenecké období

Velký vliv v prevenci vzniku obezity má kojení. Samotné kojení bez jiných tekutin či potravin je doporučováno do 6. měsíce. Pravidlo, že zelená stolice znamená hladovou stolicí, neplatí. Důležitým měřítkem dostatečné laktace je počet mokrých plen, který by měl odpovídat 6-8 pomočeným plenám za den.

Příjem matčiny energie by se ani v tomto období neměl zdvojnásobit. Za normálních okolností je pro kojící ženu optimální příjem 2-2,5 l tekutin a energie navýšené o 1300 kJ oproti běžné potřebě.

Od třetího měsíce měníme časový režim kojení na časový jídelní model – kojení v době snídaně, přesnídávky, oběda, odpolední svačiny, večere, nočního kojení. Od šestého měsíce doplňujeme mléčnou stravu kvalitními recepturami domácího vaření, podle kterých nepřisolujeme ani nesladíme alespoň do prvního roku věku dítěte.

Potřeba doplňování tekutin vzniká od 8. měsíce věku kojeneho dítěte. U kojence, který je vyživován uměle, je to již od 6. měsíce (závisí na druhu příkrmu).

V případě porodu nepřirozenou cestou je kladem důraz na význam šestiměsíčního kojení a časného podávání probiotik po dobu dvou měsíců.

Z hlediska pohybu Pastucha dodává, že rodiče by se měli vyhnout používání chodítek, které jsou typickým příkladem poškození vyvíjejícího se pohybového aparátu z přetížení a fixací patologických pohybových vzorců. Děti v kojeneckém věku preferují rychlé, krátkodobé pohyby dynamického charakteru. Pomocí nich reagují na světelné nebo zvukové podněty. Proto je vhodné používat pro podporu jejich pohybového rozvoje prostředků jako chřastítka, houpání, barevný míč (Pastucha et al., 2011).

Batolectí období

Od prvního roku je důležité dbát na pravidelnost jídelního režimu. Jídlo je nabízeno 5-6x denně u stolu, kde by měla jíst společně celá rodina. Podmínka vypnuté televize či počítače je samozřejmá. Dětská strava se v hlavních jídlech přibližuje stravě ostatních členů rodiny. Strava batolete by však měla být nesolená, nekořeněná a bez dochucovadel. Rodiče musí respektovat, že dítě si samo určí množství jídla, objem sněženého se mění v průběhu dne a může kolísat. Zásadní pravidlo spočívá ve vyvarování se jídelnímu chaosu. Dítě nesmí u jídla chodit ani se věnovat jiné činnosti.

V tomto věku narůstá zájem o vnější svět, a tedy také o pohybovou aktivitu. Takové změny se projeví i na snížené chuti k jídlu. Dítě se seznamuje s novými druhy potravin, především ovoce a zeleniny. Aby byla splněna podmínka plnohodnotné stravy, je žádoucí do jídelníčku začleňovat celozrnné obiloviny, mléko, mléčné výrobky, čerstvé maso, luštěniny, mořské ryby, rostlinné oleje.

Barevnost může pozitivně ovlivnit přitažlivost některých druhů potravin, zejména ovoce a zeleniny, které by neměly chybět u žádné z porcí, i když je dítě ani neochutná. Typická je oblíbenost červené, oranžové a žluté barvy, nejméně oblíbená je zelená.

K pitnému režimu je doporučována pramenitá pitná voda, neslazené dětské čaje nebo mléko.

I v batolecím věku je nutno dbát na pohybový režim. Aktivním pohybem tráví dítě až 80% denní doby, kdy nespí. Potřeba pohybu je v tomto věku vysoká a dítě by v něm nemělo být omezováno. Při osvojování nových pohybových aktivit dítě využívá nápodoby. Proto je důležitá pohybová aktivita rodiny. Pokud jsou pohybově aktivní oba rodiče, existuje předpoklad, že ze 75% tak budou aktivní i děti (Pastucha et al., 2011).

Období předškolního věku

S nástupem do mateřské školy souvisí nový denní, jídelní i pohybový režim. Racionální strava v předškolním období by měla být zastoupena základními skupinami potravin v určitém poměru:

- maso, ryby, drůbež (1-2 porce)
- mléko, vejce (2-3 porce)
- ovoce (1-2 porce)
- zelenina (3 porce)
- obilniny, přílohy (3-6 porcí)
- tuky (2/3 porce – rostlinné tuky, 1/3 porce – živočišné tuky)

Udržení nesladké chuťové stopy v pitném režimu předškoláka je velmi účelné. Pokud si zvykne na neperlivou vodu, ovocné a bylinkové čaje, případně kvalitní ředěný džus, jiné nápoje nevyžaduje. Děti se sklonem k obezitě se tak mohou vyhnout jejímu nastartování.

Děti v předškolním období můžeme přizvat k přípravě jídla, budou mít radost ze svých výtvorů, čímž se zvyšuje šance na úspěch i s méně oblíbenými potravinami. Pro stolování platí stejná pravidla jako u období batolete. To znamená, rodina by měla jíst u stolu a společně. Stravování je jasně odděleno od jiného zaměstnání – nejí se při hře, u televize či počítače. Snídat má dítě doma za stolem, s dostatečným časovým prostorem. Nemělo by se stávat, že snídaně je zaměněna za dopolední svačinu v mateřské škole. Sladkosti nezařazujeme jako prvky odměny či každodenního rituálu.

Velkou výhodou věku od 3 do 6 let je přirozená touha po pohybu. Pohybových činností se předškoláci účastní především pro radost, kterou při nich zažívají. Rádi se učí a osvojují nové pohybové dovednosti. Nezařazujeme cvičení s jednostranným zatížením pohybového aparátu, ale naopak volíme aktivity všestranně rozvíjejícího charakteru. Preferujeme co nejvyšší zatraktivnění pohybu formou hry.

Období mladšího školního věku

Zde je hlavním cílem dodržet pravidelný stravovací režim. Aby se předešlo zlovyku nesnídat, je nutné vést děti k pravidelné snídani již od útlého věku. Snídaně by měla obsahovat vyšší podíl složených cukrů, které jsou lehce stravitelné a dodají školákovi potřebnou dávku energie. Základ školní přesnídávky má tvořit ovoce či zelenina, spolu s plnohodnotnou bílkovinou. Školní jídelny jednoznačně zaručují racionální stravu jak skladbou oběda, tak jeho načasováním. Odpolední svačina by měla především pokrýt spotřebu energie při aktivní odpolední činnosti. Večeře je chvílí společného setkání a komunikace rodiny, která se sejde po celém dni. Důležitá je příjemná a vstřícná atmosféra při večeři. Obsah večerní porce by měl odpovídat středomořskému typu stravy se zastoupením esenciálních mastných kyselin.

Se začátkem školní docházky dítě začíná projevovat tendence k sedavé a pasivní činnosti. Děti by neměly u počítače trávit více než dvě hodiny denně. Počítač ani televize nepatří k vybavení dětského pokoje. S ohledem na nastupující pasivitu k pohybu je nutné dbát na dostatečné sportovní vyžití dítěte. Vhodné je zařadit jeden pohybový kroužek dle výběru dítěte a jeho možností. Úloha rodiny v motivaci ke sportu se stává i v této etapě nezastupitelnou. Je především na rodičích, najít a ukázat dětem cestu k pohybové aktivitě a vytvořit k ní pozitivní vztah prostřednictvím podpory a chvály. „*Pozitivní podporování rodičů predikuje vyšší afinitu k pohybu jejich dětí*“ (Pastucha et al., 2011, s. 46).

Období staršího školního věku

V období staršího školního věku platí stejná pravidla zdravého stravování jako v období mladšího školního věku. Důraz je kladen na význam snídaně jako startéru celého dne a školních svačin, které by měly vypadat atraktivně, aby se zamezilo nákupu nevhodných potravin ve školních bufetech či automatech.

Je třeba stanovit jasný řád stráveného času ve virtuální realitě počítače nebo televizního vysílání. Problém času stráveného před obrazovkou počítače a televize souvisí s nevyváženým denním režimem. Pokud je dítě zaměstnáno školou, pohybovými a zájmovými aktivitami, nestihne věnovat obrazovce více času než doporučené dvě hodiny denně.

Starší školáci by měli aktivně sportovat nejméně 30 minut denně. V období staršího školního věku se začínají vydělovat dvě skupiny dětí. První z nich chápe jednotlivé složky tělesné zdatnosti a zvládá dovednosti umožňující jejich participaci na oblíbených sportech.

Druhou skupinu tvoří děti bez zájmových aktivit s problematickým uplatněním v pohybové skupině svých vrstevníků, stávají se tak rizikovými pro vznik obezity. Rodina by proto měla dbát na vyšší úroveň pohybové aktivity o víkendech.

3 Žáci s obezitou v základní škole při léčbě

3.1 Žáci s obezitou a jejich některé osobnostní charakteristiky

Psychologickými charakteristikami obézní populace obecně se zabývá Hainer et al. (2011). Považuji za vhodné uvést některá shrnutí v následujícím odstavci, jako teoretická východiska pro poznání bližších i vzdálenějších perspektiv, týkajících se osobnosti obézního žáka.

Podobností mezi tělesnou konstitucí a určitými povahovými a osobnostními rysy člověka se lékaři a později psychologové zabývají odedávna. Jako důkaz slouží první vědeckější teorie osobnostní typologie německého lékaře Kretchmera, který roku 1921 vyvodil čtyři tělesně-osobnostní typy: pyknický, leptosomní, atletický a dysplastický. Jiným příkladem konstituční typologie je teorie zárodečných blan psychologa Scheldona, který roku 1941 popisuje endomorfní, mezomorfní a ektomorfní typ. Pátrání po psychologických faktorech jako specifických souborech vlastností, způsobech chování nebo stylech myšlení, a jejich následné ověřování přetrvává do současnosti. Protože různé psychologické teorie vychází z různých psychologických přístupů, jejich závěry jsou někdy rozporné. Přesto výzkumy v této oblasti poskytují množství cenných dílčích poznatků. Soudobé studie poukazují na skutečnost, že obézní pacienti nevykazují vyšší psychopatologii oproti ostatní populaci. Pouze v některých škálách osobnostních dotazníků se u obézních objevuje zvýšené skóre, které se ale pohybuje v rámci normy. Jedná se o škály úzkostnosti, depresivity, hypochondrie, závislého chování, nespokojenosti se svým tělesným zdravím, snížení sebekontroly a sociálního zájmu, nižšího sebevědomí a negativního vztahu k vlastní osobě. Konkrétně u dětské obezity se výzkumníci zaměřili na ovlivnění vývoje intelektových schopností otylostí, podobně jako u malnutrice, která může způsobit jejich snížení. „*Mentální kapacita, měřená inteligenčními testy, nevykazuje statisticky významné rozdíly mezi dětmi s nižším stupněm obezity a normálně vážícími. U extrémních obézních dětí se potvrzuje statisticky významné nižší názorové IQ ve Wechslerově inteligenčním testu*“ (Hainer et al., 2011, s. 260). Ukazuje se, že čím vyšší je stupeň obezity, tím jsou sledované faktory intenzivnější. Většina teorií potvrzuje, že se nedá prokázat specifická struktura osobnosti obézních, že otlí tvoří osobnostně homogenní skupinu.

Na to, že osobnost dítěte se utváří s formováním tělesné stavby, upozorňuje také Pařízková a Lisá, (2007). Osobností rozumíme výsledek interakce mezi biologickými, kulturními, sociálními a psychologickými vlivy (Wisotsky a Swencionis in Pařízková, Lisá, 2007). Osobnost zahrnuje dimenzi temperamentu, psychických vlastností, emocionality i sociálních vztahů. Vzájemným prolínáním těchto rovin dochází k utváření individuality, volných vlastností, úrovně aspirace k činnosti, schopnosti přijímat a řešit nové úkoly, charakteru, postojů ke společnosti, ale i k sobě. Vnímání sebe sama souvisí s představou o vlastním těle. Studie přináší závěry, že obézní děti a adolescenti hodnotí své tělesné schéma podstatně hůř, než děti s normální hmotností. S tím souvisí také jejich nižší sebehodnocení. Nespokojenost s vlastními proporcemi je častější u dívek než u chlapců. Hoši kladou rovnítko mezi hmotnost a tělesnou sílu. Výsledkem negativního hodnocení vlastních tělesných rozměrů může být deprese. Obézní chlapci i dívky trpí více pocitu osamělosti, smutkem a nervozitou (Fassler; Gortmaker et al. in Pařízková, Lisá, 2007). Takové děti častěji požívají alkohol a kouří ve srovnání s dětmi s normálním sebevědomím. Od vlastního sebehodnocení a sebeúcty se často odvíjí problematika šikany a agrese. Ukazuje se, že obézní děti mohou být iniciátory i oběťmi šikany. Bylo prokázáno, že otlé děti jsou častěji předmětem šikany fyzické, verbální i vztahové ve srovnání s dětmi normální hmotnosti. Mezi 15. a 16. rokem se především chlapci stávají i původci násilí, což je logickým vyústěním jejich fyzické převahy. U dívek jsou typičtější vztahové agrese (Pařízková, Lisá, 2007).

Obézní děti bývají méně samostatné a neprůbojné, více závislé na rodině. Charakteristická je citová nevyzrálost a slabá vůle k dodržování redukčního režimu. Nebývají otužilé a svým tělesným potížím věnují zvýšenou pozornost. Ve škole prospívají dobře, bývají ctižádostivé, jejich nedostatkem je tělesná pohodlnost až lenost (Šonka et al., 1981).

Mezi aktuální otázky patří také oblast zájmů otlých dětí. Některá porovnání dětí s nízkou a vyšší tělesnou hmotností prokazují, že již v předškolním období se projevují rozdíly ve struktuře i rozsahu zájmů. Děti s nadváhou preferují stolní hry, manuální činnosti, jako je modelování, hra se stavebnicí, tedy hry sedavého charakteru, vyžadující menší zátěž. Více oblíbené jsou u nich také vycházky za asistence dospělé osoby než u dětí s nižší hmotností (Pařízková, Lisá, 2007). „*Prožitková sféra osobnosti dítěte by mohla být více přístupná projektivním metodám. Existují ojedinělé zkušenosti s použitím Roschachova testu, s analýzou kresby např. stromu, rodiny, domu, ...*“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 180). Na základě uvedeného je v praktické části diplomové práce zařazen test stromu, který blíže charakterizuje Altman (1998): Test stromu je jednoduchá, časově nenáročná diagnostická metoda umožňující pohled na osobnost v celé její složitosti a dynamice. Patří do skupiny kresebných projektivních

metod. (Projekcí rozumíme psychický proces, který přenáší subjektivní obsahy na objekt a aktivizuje nevědomí). Test stromu nabízí pohled na nejrůznější části struktury osobnosti v celé její dynamice. Vypovídá o faktorech osobnosti (introverze, extraverze, stabilita, neurotičnost), způsobech prožívání (zábrany, vnitřní konflikty, tenze), reagování, vztazích, přístupu k okolnímu světu a aspiracích. Uvedené oblasti jsou hlavními důvody použití testu stromu jako doplňující výzkumné metody. Z testu stromu lze dále usuzovat na úroveň schopností, i když vypovídá více o přístupu a způsobu řešení problémů než samotné úrovni rozumových schopností. Je sondou i do hlubších vrstev osobnosti, odhaluje její potlačené a nevědomé stránky (pocity méněcennosti, traumata, kompenzace). Šířka pohledu na posuzovanou osobnost se odvíjí od množství projektivních prvků v kresbě a schopnosti diagnostika odhalit a pochopit jejich význam. Tedy předností a zároveň nedostatkem metody je značná míra subjektivní volnosti při výkladu. Proto také není vhodné používat test jako jedinou samostatnou metodu. Zajímavé možnosti nabízí jako podklad a vodítko při diagnostickém nebo terapeutickém rozhovoru.

Kresbou stromu se zabývalo více autorů. Za hlavního tvůrce projektivního Testu stromu je považován Karel Koch, jehož základní práce *Der Baumtest* prvně vyšla v roce 1949. Interpretace testu stromu koncepčně vychází ze studia mýtů, archetypů, hlubinné psychologie a grafologie. Strom má vysokou symbolickou hodnotu. Vlastnosti stromů vyvolávají řady asociací, které mají pro člověka hluboký niterný význam. Carl Gustav Jung chápe strom jako symbol archetypu Já, zobrazení Já v procesu růstu, obraz vnitřní celistvosti, který zrcadlí dokonalost Boha (Altman, 1998).

Zadání metody spočívá v předložení bílého archu kancelářského papíru formátu A4 před testovanou osobu. Arch je položen na výšku. Jako vhodná psací potřeba je doporučena středně tvrdá tužka bez gumy. Instrukce zní: „Nakreslete strom, jaký chcete, jak nejlépe umíte, ale neměl by to být jehličnan ani palma.“ Vhodné je doplnit instrukci o ujištění, že se nehodnotí míra kreslířských dovedností ani estetické kvality. Doba kreslení není časově omezená, běžně se pohybuje mezi 1 – 15 minutami. Prvořadým úkolem zadavatele testu je vytvořit v rámci možností co nejméně stresující podmínky při testování, získat si důvěru testované osoby a zabránit pocitům ohrožení (Altman, 1998). Zadání testu probíhá individuální formou práce.

Test stromu je vhodnou pomocnou metodou při diagnostice osobnosti dětí od cca 12 let (www.zdenekaltman.cz).

3.2 Specifika výuky v základní škole při léčebně

Podle vyhlášky 73/2005 Sb. se v základní škole při zdravotnickém zařízení mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo *dlouhodobě nemocní* umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Zařazení do školy při zdravotnickém zařízení probíhá na základě doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky určuje ředitel školy ve shodě s ošetřujícím lékařem (Vítková in Pipeková, 2006).

Na výchovu a vzdělávání v základní škole při léčebně, která spadá do systému základních škol při zdravotnickém zařízení, je nutno nahlížet jako na součást komplexní rehabilitační péče. Profesor Pfeiffer (Jankovský, 2006, s. 19) zdůrazňuje: „*Rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných, ale i pracovních.*“ Tedy integrální součástí uceleného systému rehabilitace je její výchovně vzdělávací složka, která probíhá v souladu se složkou léčebnou, sociální i pracovní. Taková multidisciplinární týmová spolupráce je podmínkou léčby dětí v komplexu dětských léčeben, od které se odvíjí specifika výuky v základní škole při léčebně.

Z uvedeného vyplývá, že první odlišností od běžné výuky je respektování nejen výchovně vzdělávacích, ale také preventivně terapeutických cílů. Učitel by měl pomocí vyučovací činnosti působit na zdravotní stav žáka ve smyslu jeho zlepšení v souladu s cíli léčby (Kollárová, 1991). Důraz je kladen na významné léčebné a psychologické zřetele jako je odvedení pozornosti od myšlenek na očekávanou léčbu, od stesku po rodičích a sourozencích, zbavování obav před zameškáním vyučování v kmenové škole. Vyučování ve škole při zdravotnickém zařízení udržuje stálý kontakt nemocného dítěte se školním vzděláváním až do doby jeho návratu z léčebného zařízení do rodiny a kmenové školy (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1992).

Základní škola při dětské léčebně, jako škola při zdravotnickém zařízení, je plně organizovaná základní škola s devíti samostatnými ročníky a učebnami. Organizace vyučování je tedy obdobná jako v základní škole běžného typu. Základní školy při zdravotnických zařízeních však většinou nemívají plný počet ročníků. Proto výuka v nich probíhá ve třídách s odděleními, ve skupinách žáků z jednotlivých ročníků a formou individuálního vyučování jednotlivých žáků (Kollárová, 1991). Třída ve škole při zdravotnickém zařízení má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k jejich věku a speciálním vzdělávacím potřebám (Vyhláška 73/2005 Sb.).

„V základní škole při dětské léčebně se vyučuje podle učebních plánů základní školy, redukovaných a upravených na základě zdravotního stavu žáků, a podle časové náročnosti léčebného režimu“ (Vítková in Pipeková, 2006, s. 211)

Kollárová (1991) se zabývá i dalšími činiteli, které vstupují do vyučovacího procesu v podmínkách škol při zdravotnických zařízeních a které jeho průběh specifikují. Uvádíme je v následujících odstavcích.

Se zřetelem na to, že se žáci vzdělávají v podmínkách určité izolovanosti od vnějšího prostředí, omezuje se i působení motivačních činitelů z vnějšku. Zde záleží na učitelově osobnosti, zda žák bude v učební činnosti projevovat zvědavost, zájem a touhu po poznání. Z hlediska motivace je důležitý již první kontakt vyučujícího se žákem. Způsob a vystupování, kterými učitel podává úvodní informace, mohou žáka pozitivně naladit k učební práci v celém procesu léčby.

Žáci ve školách při zdravotnických zařízeních mají relativně méně zdrojů poznání v mimoškolním prostředí. To znamená, že jsou kladeny větší nároky na metodické, organizační a technické vyučování a na zajištění návaznosti vyučování, včetně výchovné činnosti mimo vyučování.

Vyučovací hodina v základní škole při léčebně jako základní škole při zdravotnickém zařízení se organizačně podobá vyučování v malotřídní škole. To znamená, že ve třídě může být spojeno více ročníků. Rozdíl je v tom, že v základní škole při léčebně se počet ročníků v průběhu roku mění, stejně jako jejich složení, v závislosti na přijímání a propouštění žáků z léčebny. Sestava žáků je stabilní v rámci turnusů, po kterých se zde střídají.

Vyučovací hodinu ve třídě základní školy při léčebně charakterizuje přímé a nepřímé zaměstnávání žáků, což klade nároky na organizační schopnosti učitele. Při přímé práci se žáky učitel kontroluje výsledky samostatné práce, zprostředkovává nové učivo, zadává úkoly k samostatné práci a radí žákům, jak by si měli při práci počínat. Při samostatné práci žáci plní úkoly, které mají povahu grafických nebo praktických činností. V rámci ní si upevňují poznatky, procvičují dovednosti a vykonávají zkoušky. Schopnost žáka samostatně pracovat je podmíněna jeho věkem, mentální úrovní a mírou osvojení si techniky samostatné práce. Samostatná práce vyžaduje koncentraci pozornosti. Ta může být narušena nemocí či druhem léčby, ale také může být podpořena atraktivitou učiva a prostředky používanými na cestě k získání vytyčených vědomostí a dovedností. Kromě diferencovaného přístupu ve vyučování podle ročníků se často stává potřebným i diferencované vyučování podle jiných kritérií, ke kterým patří: zdravotní stav, mentální úroveň, specifické schopnosti, stav senzoriky, pohybový režim, dosažená úroveň osvojených vědomostí, stupeň rozvoje dovedností

a vyučovací jazyk na kmenové škole. Tyto činitelé často znemožňují učitelův frontální způsob výuky v rámci jednoho ročníku. Vzhledem k uvedeným rozdílům mezi žáky, učitel žáky seskupuje nebo práci s nimi individualizuje.

Struktura vyučovací hodiny v základní škole při léčebně je značně členitá a od učitele vyžaduje patřičnou didaktickou zručnost. Osvojení komplexu didaktických dovedností je důležité jak z hlediska potřeb žáků v základní škole při léčebně, tak i ze strany učitele, který může ušetřenou energii uplatnit v tvořivosti, jež zabraňuje vnímání výuky jako prostého rutinérství. Učitel by měl vědět, jak žáky povzbudit slovem, mimikou nebo gestem. Měl by svou jistotou vytvářet psychický stav bezpečí, navozovat pohodu a radostnou náladu. Kromě tvořivosti jsou kladeny také další nároky na osobnostní profil učitele, ke kterým se řadí humánnost, trpělivost, optimistické ladění, taktnost, diskrétnost, pracovitost a disciplinovanost, schopnost spolupracovat. Humánnost se projevuje laskavým vtažením mezi učitelem a žáky, vztahem porozumění, bez sentimentality a afektovanosti. Velká hodnota ve výchovně vzdělávací složce ucelené rehabilitace je spatřována v učitelově optimismu, který pomáhá překonávat těžkosti na straně žáka, ale i učitele. Potřeba taktnosti se vyznačuje samozřejmostí ohleduplného chování, zvláště pak u žáků s tělesným postižením. Učitel je vždy diskrétní, to znamená, že informace týkající se žáka a jeho rodiny, které se dozví v průběhu své činnosti, nešíří. Protože pedagogové v základní škole při léčebně tvoří nedílnou součást interdisciplinárního týmu komplexní rehabilitace, důležitá je jejich schopnost spolupracovat.

V průběhu výuky se učitel řídí systémem zásad tělesně a zdravotně postižených dětí a mládeže, a to nejen didaktických, ale i výchovných (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1992). Učitel je zohledňuje při modifikaci obsahu vyučování i při metodických postupech a organizaci vyučování. Respektování těchto požadavků je důležité jak z hlediska utváření vědomostí, dovedností a formování vlastností u žáků, tak z hlediska pozitivního působení na jejich zdravotní stav.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Žáci s obezitou v základní škole při léčebně

4.1 Cíl

Cílem výzkumného šetření je mapování žáků s obezitou v základní škole při léčebně z hlediska jejich vzdělávání, volnočasových aktivit a zájmů. Dílčím cílem je prozkoumání informovanosti žáků o obezitě, jejich rizicích a možnostech prevence. Výsledky těchto zjištění vedou k vytvoření výukového projektu, který je realizován a ověřen v praxi. Nedílnou součástí je tvorba osobnostní specifikace, která slouží k vystižení uceleného obrazu žáků s obezitou.

4.2 Doba, metody, postup

Výzkumné šetření probíhá v době od května do prosince 2012.

V rámci šetření jsou zvoleny následující metody: strukturovaný rozhovor se žáky v základní škole při léčebně, nestrukturovaný rozhovor s rehabilitační sestrou léčebny, polostrukturovaný rozhovor se žáky v základní škole při léčebně, analýza školských a školních dokumentů, shromažďování didaktického materiálu pro účely výukového projektu, analýza produktů a výsledků činnosti žáků a nestandardizované pozorování žáků v základní škole při léčebně.

Uvedené výzkumné metody jsou v odborné literatuře (Chráška, 2007; Miovský, 2006) řazeny k metodám získávání kvalitativních dat. Strukturovaný rozhovor se žáky v základní škole při léčebně se blíží dotazníku, proto jsou jeho data zpracována statisticky. Při analýze kvalitativních dat jsou kombinovány dva postupy (Miovský, 2006): metoda prostého výčtu a metoda kontrastů a srovnávání. Metoda prostého výčtu stojí na pomezí kvantitativního a kvalitativního přístupu. Vyjadřuje vlastnost určitého jevu vzhledem k jeho četnosti a poměru výskytu k jinému jevu. Kontrastování vede k odlišení dvou identifikovaných kategorií a ke zdůraznění rozdílů mezi nimi.

Hlavní výzkumnou metodou je metoda rozhovoru. Jedná se o kvalitativní metodu shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Výhodou interview oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů (Chráška, 2007). Podle toho, zda je rozhovor výzkumníkem řízen či nikoliv, se jedná o rozhovor řízený. Podle způsobu vedení rozhovoru a podle způsobu

kladení otázek je určen jako rozhovor strukturovaný, který se vyznačuje postupem tazatele podle přesně připraveného textu, dodržováním určených formulací otázek i jejich pořadí. Tazatel pouze čte otázky a zaznamenává odpovědi. Důsledně standardizovaný rozhovor se podobá dotazníku, od kterého se liší tím, že záznam údajů provádí tazatel, nikoliv respondent. Jeho výhodou je poskytnutí stejných podmínek všem respondentům a také skutečnost, že získané výsledky je možno dobře statisticky zpracovat (Chráska, 2007). Podle počtu zúčastněných osob je možno rozhovor blíže specifikovat jako rozhovor individuální. Podle Horáka a Chrásky (1989) by mělo být při vedení rozhovoru zohledněno pět následujících pravidel:

1. *Vhodná situace* – pro rozhovor by měl být vytvořen dostatečný časový prostor. Neměly by mu být přítomny osoby, jichž se netýká. Rozhovor by měl vždy probíhat v přirozeném prostředí.
2. *Uvedení do problematiky* – tazatel by měl začínat od nejobecnějších otázek.
3. *Nutnost čelit psychologickým faktorům* - ty mohou nepříznivě ovlivnit výsledky rozhovoru, jedná se např. o subjektivní faktory jako haló efekt, logická chyba, předsudky a další.
4. *Kontakt s respondentem a jeho motivace ke spolupráci* – tazatel by měl projevovat určitý zájem o odpovědi respondenta, měl by být taktní. Na výsledky interview má vliv také zevnějšek tazatele, jeho chování během rozhovoru a další osobnostní charakteristiky.
5. *Přesný záznam průběhu rozhovoru* – může být prováděn během rozhovoru nebo až po jeho ukončení.

Vlastní rozhovor se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice (Příloha 1) je tvořen dvaceti devíti položkami (některé otázky jsou zpřesněny podotázkami), které jsou strukturovány do pěti částí. První část se týká základních údajů o žákovi. Jedná se o položky 1 – 7. Platnost odpovědí na šestou a sedmou otázku je konfrontována s pedagogickými pracovníky Základní školy při léčebně v Luhačovicích. Druhou část rozhovoru tvoří okruh *Zájmy žáka*, který slouží především k odlehčení situace a navození kontaktu se žákem. Patří sem položky 8 – 10. Třetí část se týká kmenové školy, pod položku 11 – 18 tak spadají informace o školním zázemí žáka v oblasti domova, jeho vztahu ke škole a vzdělávacím předmětům, jeho informovanosti o možnostech prevence nezdravého způsobu života vůbec apod. Okruh *Základní škola při dětské léčebně Luhačovice* má informovat o celkové spokojenosti žáka ve zdejší škole, možnostech vzdělávání, rozpoznání třídní atmosféry a postavení žáka v kolektivu dětí. Tato předposlední část obsahuje položky 19 – 27. Pátá část

rozhovoru se zaměřuje na žáka a jeho sebereflexi z hlediska pobytu v Dětské léčebně Luhačovice. Jedná se o zamyšlení žáka nad sebou samým, svým pobytem v léčebně, jeho výsledky a pozitivy, která si žák odnáší. Tomuto okruhu se věnují položky 28 – 29.

Doplňující výzkumnou metodou je volný rozhovor s rehabilitační sestrou Dětské léčebny Luhačovice. Jedná se o nestrukturované interview, které se podobá běžnému rozhovoru. Tazatel nemá předem připravený plán v podobě struktury, jehož by se striktně držel. Konverzace je přirozená, s nenásilným průběhem. Interview je přizpůsobeno danému člověku a situaci. Tazatel má však jasnou představu o tom, na jakou otázku hledá odpověď a čeho chce dosáhnout. Při rozhovoru je využíváno otevřených otázek, konkrétně se jedná především o otázky doplňovací, jejichž předností je to, že specifikují rámec pro odpověď a nutí účastníka držet téma dané otázkou (Miovský, 2006). Téma rozhovoru se týká režimových opatření a náplně rehabilitačního programu u žáků v Dětské léčebně Luhačovice.

Před tvorbou a realizací výukového projektu je zařazen polostrukturovaný rozhovor se žáky v základní škole při léčebně. Polostrukturovaný rozhovor je určitým kompromisem mezi rozhovorem strukturovaným a nestrukturovaným (Chrásková, 2007). Oba jsou popsány výše. Pro použití polostrukturovaného interview si tazatel vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma je obvykle dáno okruhy otázek, u nichž je možné zaměňovat a upravovat pořadí dle potřeby. Některé pasáže jsou ponechány více na tazateli, jiné části mohou mít plně strukturovanou formu a je u nich vyžadováno striktní dodržování pořadí a znění otázek tazatelem. U polostrukturovaného rozhovoru je vhodné vyžadovat upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. To znamená, že si tazatel nechává vysvětlit, jak respondent danou věc myslí, ověřuje si tak její správné pochopení a interpretaci (Miovský, 2006). Cílem polostrukturovaného rozhovoru se žáky v základní škole při léčebně je zmapování informovanosti žáků o významu zdravého životního stylu, o obezitě a jejím nebezpečí ve vztahu k nemocem. Týká se následujících otázek:

Otázka 1: Co si představuješ pod pojmem *zdravý životní styl*?

Otázka 2: Proč je zdravý životní styl důležitý?

Otázka 3: Co znamená obezita?

Otázka 4: Co bychom měli dělat proto, abychom nebyli obézní?

Metoda práce s dokumenty se týká především analýzy školských a školních dokumentů popisujících pojetí výuky v základní škole při léčebně. Při realizaci této metody se vychází ze Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání Základní školy při dětské léčebně Luhačovice. Zde je možné seznámit se např. s charakteristikou žáků a tříd, se strukturou kmenových škol, znaky výuky, s učebními plány (Příloha 4), ale také se způsobem začlenění

průřezových témat do výuky. K dalším důležitým dokumentům patří také ty, které se týkají provozu a vnitřního režimu školy (Příloha 3), popř. školní družiny (Příloha 5).

V rámci přípravy a realizace projektového vyučování je zařazeno také shromažďování didaktického materiálu pro projektovou výuku.

K ověření výukového projektu slouží metoda analýzy produktů a výsledků činnosti žáků základní školy při léčebně. Tato metoda se orientuje na písemné dokumenty, ale i na jiné komunikační produkty, např. kresebné, a dále na produkty materiální činnosti výrobní i umělecké. Vychází z předpokladu, že produkt a činnost spolu bezprostředně souvisí a vzájemně se podmiňují. Proto lze z produktu usuzovat na činnost a z ní na předpoklady a východiska. Analýza produktů se týká také projektivního kresebného testu, který je blíže popsán v kapitole 4.4.3 a který je také realizován na konkrétním vzorku žáků. Kresebný test je však méně validní než nestandardizované pozorování nebo jiné přímé metody, protože tentýž produkt může vzniknout působením odlišných psychických dějů, dispozic a podmínek. Navíc se ve výkonech či produktech vždy odráží určitá míra momentální, proměnlivé složky situace i psychického stavu (Hrabal, 2003). Proto je projektivní kresebná metoda zařazena spíše pro zajímavost, jako doplňující metoda sloužící k dokreslení osobnostních rysů žáků, týkajících se především temperamentu, motivů, postojů a volných vlastností.

V kombinaci všech výše uvedených metod získávání kvalitativních dat je použita metoda pozorování jako nezastupitelného způsobu shromažďování materiálu při studiu pedagogické reality. Pozorování patří k nejstarším metodám získávání dat o pedagogické realitě (Chráška, 2007; Miovský, 2006). Pedagogické pozorování může být definováno jako sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj. Vzhledem k nárokům na čas se jedná o pozorování krátkodobé. Jako krátkodobé pozorování se označuje to, které netrvá déle než jednu vyučovací jednotku. Podle předmětu pozorování je prováděna extrospekce (pozorování druhých). Podle přímého setkání pozorovatele s předmětem pozorování, je hovořeno o pozorování vlastním (přímém, bezprostředním). Z hlediska objektivity smyslově vnímatelných jevů lze pozorování určit spíše jako nestandardizované. Nestandardizovaná pozorování jsou vždy ve větší či menší míře poznamenána intuitivním přístupem a subjektivitou (Chráška, 2007).

4.3 Charakteristika místa a vzorku

Výzkumné šetření je realizováno v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, která je součástí komplexu Dětské léčebny Luhačovice.

4.3.1 Charakteristika místa

Dětská léčebna Luhačovice a zdravotní indikace pro zdejší léčbu

*„Léčba dětí a dorostu v Lázních Luhačovice je zaměřena na astma bronchiale, katary horních cest dýchacích, alergické rýmy, atopický ekzém v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích, záněty dutin a průdušek, pooperační stavy dýchacích cest a plic, rekonvalescenci po zánětu plic, **obezitu spojenou s dalšími rizikovými faktory a obezitu u spolupracujících pacientů**. V lázních jsou děti léčeny komplexním způsobem, zahrnujícím diagnostiku a lázeňský léčebný program. Podle zdravotního stavu sestaví lázeňský lékař dítěti **individuální léčebný program** a předepíše mu ty nejvhodnější procedury s využitím léčivých vod a rehabilitačních metod“* (www.lazneluhacovice.cz/czdeti_lecba.php). Respirační onemocnění představují zhruba 95 % diagnóz. Ostatní se léčí s komplikacemi souvisejícími s obezitou.

Tradice léčby dětí v Luhačovicích sahá až do roku 1904. Z této doby pochází první zmínka o ní v Časopise lékařů českých. Podle údajů primářky Dětské léčebny Luhačovice, Jany Rydlové, se v případě lázeňské léčby dětí nejedná o zastaralé postupy nebo společensky neaktuální téma. Naopak právě obezita se stává celospolečenským problémem a u dětí o to významnějším. Řízený lázeňský pobyt s pohybovým a dietním režimem je velmi vhodný k nastartování nového zdravého životního stylu (www.lazneluhacovice.cz/obr/listy/lazenske-listy-2012-1.pdf).

Základní škola při dětské léčebně Luhačovice

Základní škola při dětské léčebně funguje od roku 1951. Vzniká na žádost lázeňské organizace, jejíž snahou je eliminovat školní problémy s doháněním učiva zameškaného v době léčení a jejich negativní dopad na aktuálně zlepšený zdravotní stav žáků. Od roku 2001 je zřizovatelem školy Zlínský kraj. Jedná se o úplnou školu s prvním až devátým postupným ročníkem.

Nutnou podmínkou pro efektivitu práce pedagogických pracovníků Základní školy při dětské léčebně Luhačovice je jejich spolupráce se zaměstnanci Dětské léčebny Luhačovice a s učiteli z kmenové školy žáka. Od toho se odvíjí také režimová opatření školy (Příloha 3) a obsah výuky. Podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání Základní školy při dětské léčebně Luhačovice je stanoven učební plán při dvou a třech vyučovacích hodinách denně (Příloha 4). Učební plán nezahrnuje vzdělávací obory Tělesná výchova,

Výchova ke zdraví, Výtvarná výchova, Hudební výchova, Výchova k občanství a vzdělávací obor Člověk a svět práce. Součástí ŠVP ZV je také začlenění průřezových témat v rámci projektů: Výtvarný den, Den dětí, Jak znáš Luhačovice?, Den Evropy, Den Země, Mediální den aj. Ve školní výuce je tedy uplatňován individuální program vzdělávání, který je upraven podle léčebného režimu dítěte.

Žáci absolvují léčebné procedury ve skupinách dle pohlaví, ve stejných skupinách dochází i do výuky. Vzdělávání tedy neprobíhá koedukovaně.

Vlastní školní pracoviště se nachází ve dvou budovách II. dětské léčebny - Miramonti a Vítkov.

Školní pracoviště Miramonti

Školu na Miramonti tvoří 6 učeben včetně mediální pracovny, 3 kabinety, sborovna, ředitelna, kancelář a sociální zařízení. Učebny pro nejmenší děti mají odpočinkovou část, všechny učebny jsou vybaveny počítačem s výukovými programy a přístupem na internet. Chodby a s nimi spojené prostory slouží nejen jako průchozí zóny mezi základní školou a ubytovací částí dětské léčebny, ale také jako místo pro společné akce při školních projektech. Vnitřní prostředí školy je svým výtvarným ztvárněním pojato jako propojení podmořského světa, pobřeží a pouštní krajiny s oázou – školou. Tomu odpovídá také logo školního pracoviště v dětské léčebně: “Jsme na jedné lodi“. Školní družina využívá ke své zájmové činnosti celé první patro školy a venkovní areál léčebny, jehož součástí je hřiště a venkovní bazén.

Školní pracoviště Vítkov

Škola na Vítkově je tvořena učebnou pro děti ubytované s doprovodem a kabinetem se sociálním zařízením, který může být používán také jako učebna pro výuku dětí s těžším mentálním či tělesným postižením (www.zslecluh.zlinc.cz/dokumenty_soubory/svp.doc).

Volnočasové aktivity a zájmy v Dětské léčebně Luhačovice

Během komplexní lázeňské péče je postaráno o žáky také ve volném čase. Starají se o ně kvalifikované vychovatelky. V provozu je zde školní družina (režim školní družiny – Příloha 6), která využívá ke své zájmové činnosti celé první patro školy na Miramonti a venkovní areál léčebny, jehož součástí je hřiště a venkovní bazén. Ke sportovním aktivitám v nepříznivém počasí je k dispozici tělocvična a krytý bazén. Pobyt v lázních zpestřují dětem besídky, karnevaly, diskotéky, koncerty, zábavná představení nebo besedy. K pravidelnému

dennímu režimu patří především pobyt na čerstvém vzduchu, aby děti po dobu lázeňského pobytu co nejvíce využily zdejší příznivé klima (www.lazneluhacovice.cz/cz/deti_lecba.php).

Škola

i léčebna jsou umístěny v malebném klidném prostředí luhačovických lázní, jehož přírodní atmosféra má terapeutický efekt. Vycházky k léčebným pramenům, z nichž k nejznámějším patří Vincentka, Aloiska, Ottovka, Pramen Dr. Šťastného, jsou nedílnou součástí denního programu v rámci pobytu v Dětské léčebně Luhačovice.

4.3.2 Charakteristika vzorku

Vzorek

Předmětem zájmu výzkumného šetření jsou žáci Základní školy při dětské léčebně Luhačovice ve věkové kategorii od sedmi do patnácti let. Výzkumný vzorek žáků je z hlediska léčebného zaměření tvořen ze dvou skupin. První skupina zahrnuje žáky, kteří se zde cíleně léčí na obezitu a zároveň žáky, kteří mají tendenci k obezitě, ale jejichž léčba je primárně zaměřena na respirační onemocnění a současně je obohacena i o terapii zamezující komplikacím nadváhy. Druhou skupinou jsou pak žáci s diagnózou onemocnění respiračního charakteru bez sklonů k obezitě.

Strukturovaný rozhovor je proveden celkem s 26 žáky. Z uvedeného počtu se 13 rozhovorů týká žáků pouze s respiračními obtížemi, 13 rozhovorů je vedeno se žáky se sklony k obezitě.

Polostrukturovaný rozhovor se žáky je proveden na vzorku 16 náhodně vybraných žáků Základní školy při dětské léčebně Luhačovice, přičemž 8 žáků je ztíženo respiračními problémy a 8 žáků je obézních nebo s výraznými sklony k obezitě. Skupina žáků bez obezity je převážně chlapeckého složení (6 chlapců, 2 dívky), ve skupině žáků s obezitou je tomu naopak (6 dívek, 2 chlapci).

Výukový projekt je určen žákům 4. a 5. ročníku Základní školy při dětské léčebně Luhačovice. Jeho realizace probíhá ve spojeném 4. a 5. ročníku chlapecké části třídy v počtu čtyř žáků z celkového počtu pět (jeden žák nemocný).

Projektivní kresebný test probíhá celkem u deseti žáků Základní školy při dětské léčebně Luhačovice, z nichž všichni žáci mají respirační obtíže, ale u poloviny těchto žáků jsou navíc přidruženy sklony k obezitě. Věkové rozmezí žáků se pohybuje od jedenácti do patnácti let.

4.4 Výsledky

4.4.1 Výsledky strukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Výsledky rozhovoru u mapovaných žáků slouží k porovnání dvou stejně početných skupin žáků. Do první skupiny patří 4 žáci s obezitou a zároveň 9 žáků s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě. Druhou skupinu tvoří 13 žáků s onemocněním respiračního charakteru bez sklonů k obezitě.

Zjištěné údaje jsou vyjádřeny procentuální četností, čísla v závorkách udávají počty žáků.

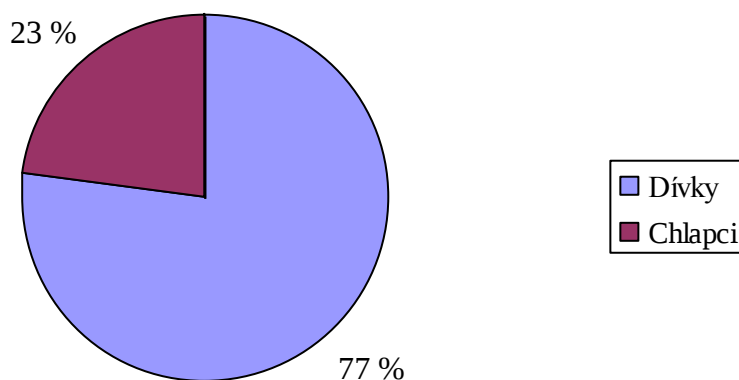
Žáci s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 1: Datum vedení řízeného rozhovoru

Rozhovor je veden ve dnech 14. 6. (5 žáků), 25. 6. (2 žáci) a 5. 10. 2012 (6 žáků). Jsou tak zaznamenány odpovědi žáků ze tří různých pobytových turnusů v Dětské léčebně Luhačovice.

Položka 2: Pohlaví

Ze 100 % žáků je 77 % dívek (10) a 23 % chlapců (3) (Graf 1).



Graf 1: Zastoupení dívek a chlapců s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 3: Ročník

První stupeň základní školy navštěvuje 31 % žáků, z druhého stupně základní školy je 69 % žáků. Zastoupení jednotlivých ročníků je následující: 1. ročník – 1 žák, 3. ročník – 1 žák, 5. ročník – 2 žáci, 6. ročník – 5 žáků, 8. ročník – 2 žáci, 9. ročník – 2 žáci.

Položka 4: Žák již někdy absolvoval pobyt v dětské léčebně...

46 % (6) dotázaných žáků se účastní pobytu v dětské léčebně poprvé.

54 žáků (7) již někdy absolvovalo lázeňský pobyt v Luhačovicích, anebo v jiné léčebně, přičemž 31 % (4) z nich alespoň jednou navštívilo právě Dětskou léčebnu Luhačovice, 15 % (2) navštívilo Dětskou léčebnu Luhačovice a zároveň jinou léčebnu. 8 % (1) žáků má zkušenosti s léčbou v jiné léčebně, nejčastěji uváděné jsou Lázně Bludov.

Položka 5: *Během pobytu žáka v Dětské léčebně Luhačovice jej zákonní zástupci doprovází...*

Pouze 23 % žáků uvádí, že je doprovázeno zákonnými zástupci po celou dobu pobytu v Dětské léčebně Luhačovice.

77 % absolvuje léčbu bez doprovodu zákonných zástupců.

Položka 6: *Druh kmenové školy*

Z odpovědí na položku nabízející alternativy druhů kmenové školy vyplývá, že 92 % žáků (12) navštěvuje základní školu běžného typu. Z nich jeden žák vykazuje rysy Aspergerova syndromu, ale není vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu.

Pro jednoho žáka (8 %) je kmenovou školou základní škola praktická.

Položka 7: *Vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu v kmenové škole...*

8 % žáků (1) ze všech dotázaných je vzděláváno podle individuálního vzdělávacího plánu v kmenové škole. (Nejedná se o žáka s rysy Aspergerova syndromu – položka 6).

Položka 8: *Věnuješ se některému z uvedených zájmů...*

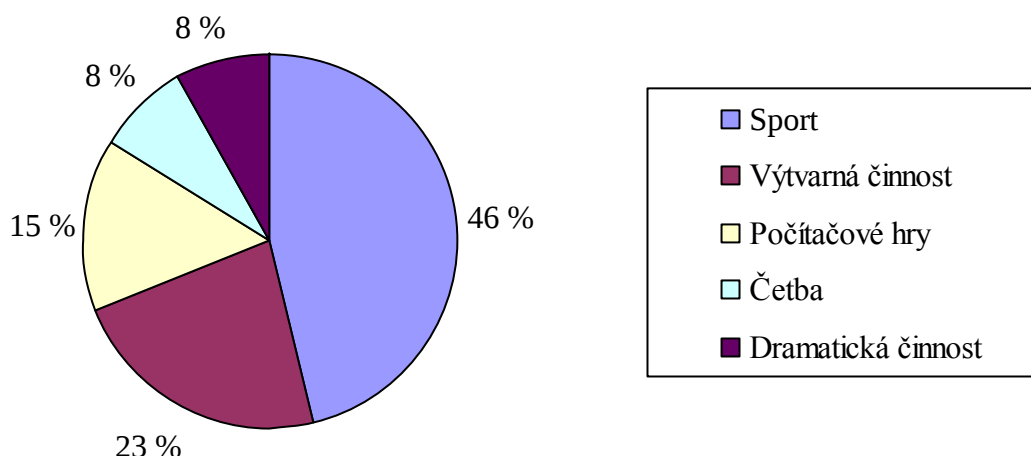
46 % žáků (6), což je téměř polovina, volí sport jako nejvíce preferovaný zájem (Graf 2). Při bližší konkretizaci žáci uvádí různá odvětví moderního tance a házenou.

23 % preferuje výtvarnou činnost.

15 % žáků přiznává, že svůj volný čas nejraději tráví hraním počítačových her.

8 % žáků se věnuje četbě.

Zbývajících 8 % řadí k nejoblíbenějšímu zájmu dramatickou činnost.



Graf 2: Preferované zájmy u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

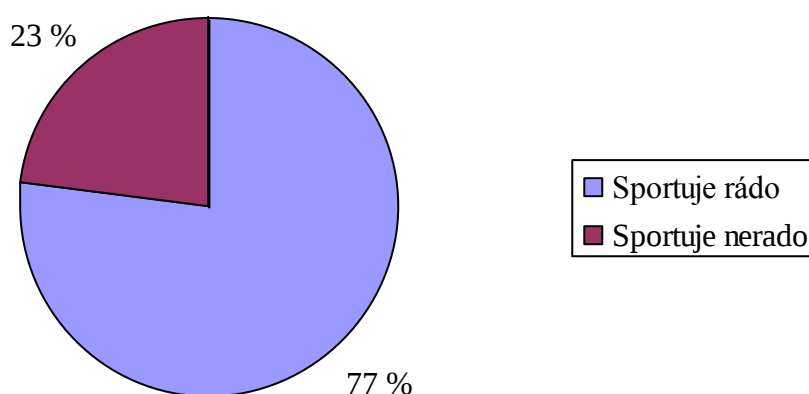
Položka 9: *Navštěvuješ základní uměleckou školu?*

Z celkového počtu (13) dotázaných žáků 31 % (4) navštěvuje základní uměleckou školu. Tři z žáků se věnují hudbě (hra na kytaru, klavír, keyboard). Jeden žák navštěvuje výtvarný kroužek na základní umělecké škole.

Položka 10: *Sportuješ rád(a)?*

77 % žáků (10) odpovídá kladně. Mezi uvedenými žáky jsou všichni ti, jejichž léčba v Dětské léčebně Luhačovice je primárně zaměřena na obezitu.

23 % žáků (3) doznává, že sport nepatří k jejich oblíbeným aktivitám (Graf 3).



Graf 3: Oblíbenost sportu u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 11: *Navštěvuješ základní školu s určitým zaměřením?*

Do základní školy s konkrétním zaměřením dochází 23 % žáků (3).

Podotázka 1: *Je tak zaměřena i třída, kterou navštěvuješ?*

Podle výpovědí 23 % žáků (3), kteří navštěvují školu s určitým zaměřením, se 15 % (2) z nich orientují na konkrétní zaměření i v rámci třídy, jedná se o ekologickou a matematickou třídu.

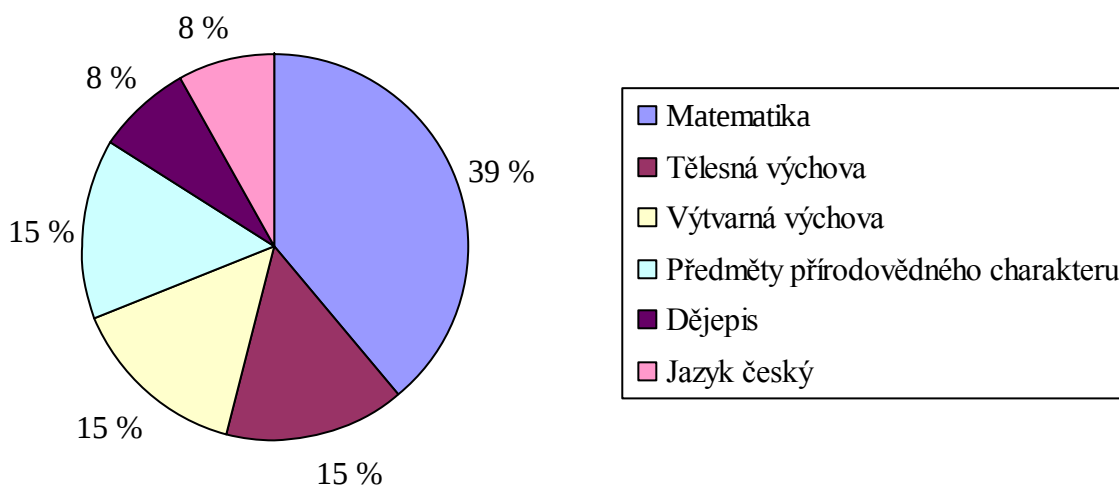
Položka 12: *Který vyučovací předmět tě nejvíce baví?*

U 39 % žáků (5) dominuje v oblíbenosti předmětů matematika (Graf 4).

Vždy pro různých 15 % žáků (2) jsou preferované předměty: tělesná výchova (2), výtvarná výchova (2), předměty přírodovědného charakteru (2).

8 % žáků (1) zmiňuje dějepis.

Zbývajících 8 % upřednostňuje jazyk český.



Graf 4: Oblíbené vyučovací předměty v kmenové škole u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 13: *Účastníš se v základní škole tělesné výchovy...*

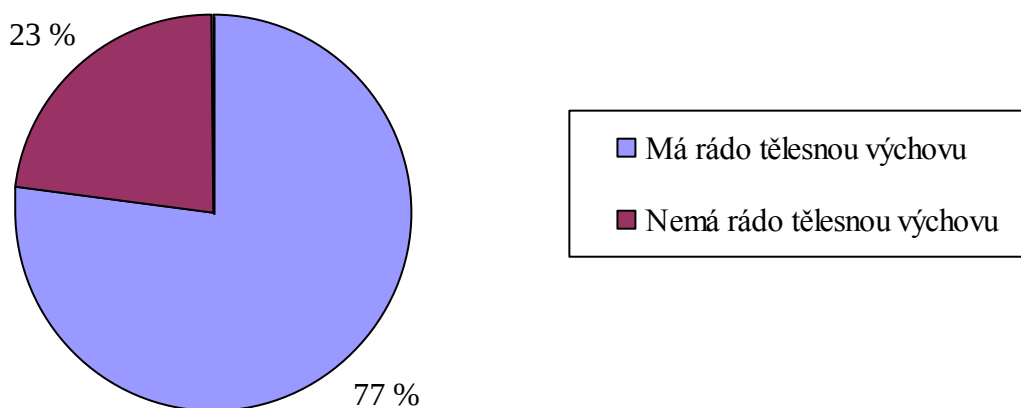
85 % respondentů (11) se v základní škole účastní běžné tělesné výchovy bez omezení.

15 % žáků (2) je částečně osvobozeno lékařem od tělesné výchovy. V prvním případě se jedná o částečné osvobození od cvičení s hudbou v důsledku postižení sluchu. Druhý žák, patřící do podskupiny žáků s respiračním onemocněním a sklony k obezitě, je částečně osvobozen lékařem od dlouhých běhů.

Položka 14: *Máš rád(a) vyučovací předmět tělesná výchova (popř. zdravotní tělesná výchova)?*

23 % z dotázaných žáků má záporný vztah k tělesné výchově.

77 % žáků má rádo vyučovací předmět tělesná výchova (Graf 5). K této většině se řadí i tři ze čtyř žáků, kteří se v Dětské léčebně Luhačovice léčí primárně s obezitou.



Graf 5: Obliba tělesné výchovy v kmenové škole u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 15: *Které aktivity v tělesné výchově preferuješ?*

69 % žáků (9) pokládá za nejoblíbenější aktivitu v tělesné výchově sportovní hry. K nejčastěji uvedeným patří fotbal a vybíjená.

15 % žáků (2) preferuje plavání.

8 % žáků (1) volí gymnastiku.

8 % žáků nepreferuje žádnou z uvedených aktivit.

Položka 16: *Učili jste se někdy ve škole o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita)?*

100 % žáků se ve škole již někdy učilo o zdravém životním stylu.

Podotázka 2: *Které z výše uvedených oblastí jste se věnovali?*

31 % žáků (4) uvádí, že v rámci zdravého životního stylu se blíže učilo o stravování, stejný počet žáků konkretizuje oblast *lidské tělo*, 23 % žáků (3) upřesňuje oblast *režim dne*. 8 % žáků (1) uvádí téma *obezity* a 8 % žáků nedovede danou problematiku blíže specifikovat.

Podotázka 3: *Ve kterém vyučovacím předmětu?*

69 % žáků (9) se setkala s tématem *zdravý životní styl* v předmětech přírodovědného charakteru (prvouka, přírodověda, přírodopis). 23 % žáků (3) uvádí předměty spadající do vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví, dalších 23 % žáků se zdravému životnímu stylu věnovalo v předmětu občanská výchova. 8 % žáků (1) si nevzpomíná, o který předmět se jednalo.

Položka 17: *Měli jste někdy na toto téma přednášku, besedu, program prevence, projekt?*

31 % respondentů (4) reaguje na tuto otázku kladně. Nejčastěji uváděnou odpovědí je projekt nebo přednáška.

54 % žáků (7) se nesetkalo s žádnou z výše uvedených forem či metod.

15 % žáků (2) nedokáže odpověď blíže specifikovat.

Podotázka 4: *Používali jste počítač k vyhledávání informací o zdravém životním stylu?*

Ze čtyř žáků, kteří se ve výuce setkali s projektem nebo přednáškou, pouze dva používali počítač k vyhledávání informací o zdravém životním stylu, konkrétně se jednalo o vyhledávání zdravých a nezdravých jídelníčků a jejich porovnávání.

Položka 18: *Pokud by ses chtěl(a) poradit na toto téma, máš ve škole možnost? Existuje ve škole poradenské centrum, případně, víš, koho ze zaměstnanců školy bys mohl(a) oslovit?*

92 % žáků má představu o možnosti vyhledat ve škole pomoc při řešení dané problematiky. 38 % žáků (5) vypovídá, že by v případě potřeby oslovilo paní třídní učitelku, 31 % (4) by požádalo o pomoc školního psychologa a 23 % žáků (3) by problém řešilo s paní učitelkou/ panem učitelem z přírodopisu, popř. výchovy ke zdraví.

8 % žáků (1) nemá představu o tom, koho by mohlo, při řešení dané problematiky, oslovit.

Položka 19: *Výuka v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice se ti oproti kmenové škole líbí...*

62 % žáků (8) hodnotí výuku v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice z hlediska její atraktivity jako srovnatelnou s výukou v kmenové škole.

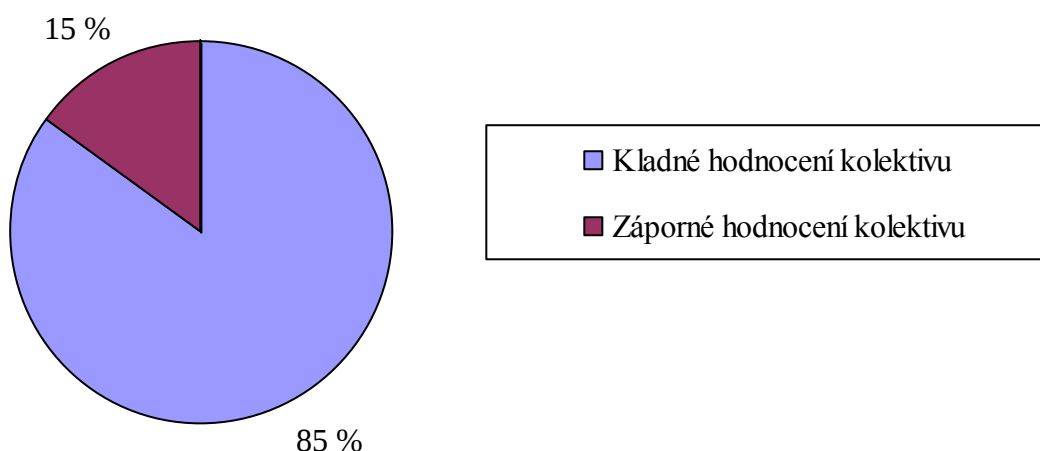
38 % žáků (5) považuje zdejší výuku za lepší, a to především z uvedených důvodů: kratší doba vyučování (2 nebo 3 hodiny denně), méně stresových situací, menší množství probíraného učiva, lépe vysvětlená látka, zábavnější pojetí výuky, používání počítačových výukových programů.

Nikdo ze skupiny žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě nevnímá výuku v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice jako horší oproti kmenové škole.

Položka 20: *Máte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice dobrý kolektiv?*

85 % respondentů (11) vnímá třídní kolektiv v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice jako dobrý.

15 % žáků (2) se pak k této položce vyjadřuje negativně (Graf 6).



Graf 6: Hodnocení třídního kolektivu v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáky s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Podotázka 5: *Považuješ zdejší třídní atmosféru oproti kmenové škole za...*

54 % žáků (7), což je nadpoloviční většina, považuje zdejší třídní atmosféru v porovnání s kmenovou školou za stejnou. 38 % žáků (5) se z hlediska třídní atmosféry v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice cítí lépe než v kmenové škole. 8 % žáků (1) shledává třídní atmosféru v Základní škole při léčebně horší oproti kmenové škole.

Podotázka 6: *Kam by ses zařadil(a) v třídním kolektivu dětí v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice...*

Z celkového počtu žáků se 31 % (4) nedokáže přiřadit k žádné pozici v třídním kolektivu dětí. 23 % (3) se řadí ke středu třídy (žák v nevýrazné pozici). V pozici vtipálka se reflektuje 15 % žáků (2), dalším 15 % je nejbližší role rádce. 8 % (1) se vnímá jako samotář a zbylých 8 % uvádí vlastní specifickou pozici pomocníka.

Položka 21: *Využíváš schránku důvěry zřízenou v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice?*

100 % (13) žáků nevyužívá schránku důvěry zřízenou v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice. Z uvedených odpovědí vyplývá, že pokud by bylo potřeba řešit aktuální problém, žáci upřednostňují osobní kontakt s paní učitelkou či zdravotní sestrou. Zaznívá zde i možnost svěřit se deníčku.

Položka 22: *Který vyučovací předmět tě v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice nejvíce baví?*

V zastoupení nejpreferovanějších předmětů v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice stojí na prvním místě matematika, kterou volí 46 % žáků (6).

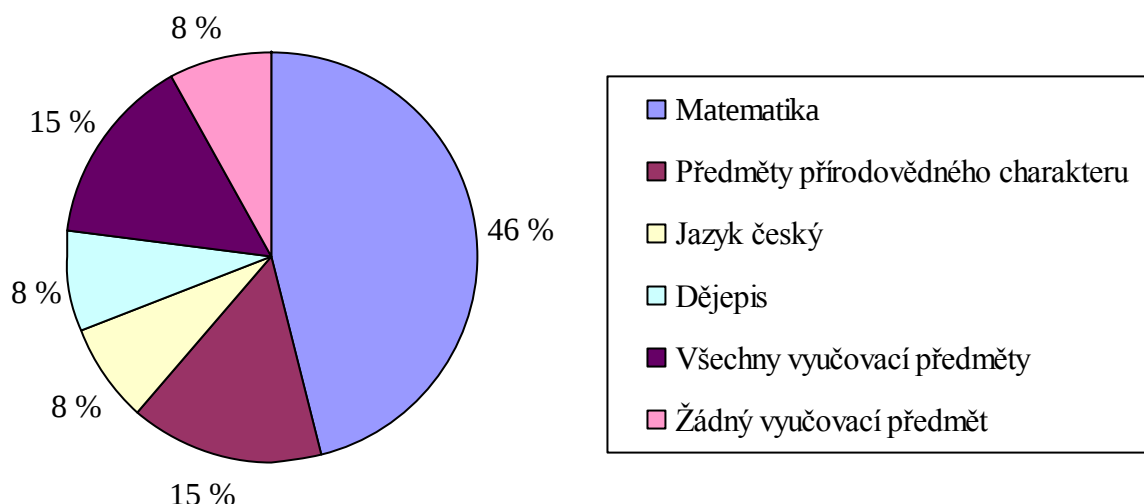
15 % žáků (2) považuje za nejoblíbenější vyučovací předmět předměty přírodovědného charakteru (prvouka, přírodověda, přírodopis, biologie).

Pro 8 % žáků (1) je zábavným předmětem jazyk český.

Dalších 8 % žáků preferuje dějepis.

15 % žáků má rádo všechny vyučovací předměty stejně, neupřednostňuje žádný z nich.

8 % žáků si neoblíbilo ani jeden z vyučovacích předmětů v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice (Graf 7).



Graf 7: Oblíbené vyučovací předměty v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Položka 23: *Chybí ti zde některý z vyučovacích předmětů?*

62 % žáků (8) je spokojeno se zastoupením vyučovacích předmětů v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, nepřeje si náhradu chybějícího vyučovacího předmětu.

38 % žáků (5) by rádo do výuky zařadilo především hudební výchovu, dále tělesnou výchovu, pracovní činnosti a také občanskou výchovu.

Položka 24: *Zažil(a) jsi zde něčím zpestřenou výuku?*

38 % žáků (5) potvrzuje, že zažilo nějakým způsobem zpestřenou výuku v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice během zdejšího pobytu.

Podotázka 7: *Týkalo se to také zdravého životního stylu?*

Ve čtyřech případech se jedná o projektový den „Mediální den“, v jednom případě je zmíněný pokus ve vyučování chemii. Tedy ve všech pěti případech uvedených v položce 24 se problematika netýkala oblasti zdravého životního stylu.

Položka 25: *Učili jste se o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita...)?*

85 % žáků (11) se v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice nesetkalo s učivem o zdravém životním stylu.

15 % žáků (2) zde probíralo oblast zdravého způsobu života.

Podotázka 8: *Ve kterém vyučovacím předmětu?*

Oba žáci, kteří se k položce 25 vyjádřili kladně, se s uvedenou problematikou setkali ve vyučování přírodopisu v rámci tématu o lidském těle a tělesných soustavách.

Položka 26: *Dostáváte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice domácí úkoly?*

Nadpoloviční většina žáků – 54 % (7) - vypovídá, že domácí úlohy nedostává.

46 % žáků (6) tvrdí opak.

Podotázka 9: *Pomáhá vám s nimi někdo?*

Z šesti žáků, kteří dostávají úkoly v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, tři vypovídají, že pokud si neví s úlohou rady, poradí se s kamarádem na pokoji. Další tři žáci konzultují úlohu přímo s paní učitelkou v následující hodině.

Položka 27: *Máš k dispozici počítač?*

100 % všech dotázaných žáků (13) má k dispozici počítač přímo ve třídě a také v době osobního volna.

Podotázka 10: *Používáš počítač ke kontaktu s...*

U této položky mají žáci možnost volit více než jednu odpověď. Z celkového počtu odpovědí (23), 35 % žáků (8) využívá počítač nejčastěji ke komunikaci s kamarády mimo školu. 22 % žáků (5) komunikuje přes počítač s rodinou, stejný počet se tímto způsobem dorozumívá se spolužáky z kmenové školy, součástí takové komunikace je také předání informací o probíraném učivu v kmenové škole. 4 % žáků (1) se přes počítač kontaktuje přímo s vyučujícím z kmenové školy, čímž je prováděna pravidelná kontrola a zpětná vazba jak pro žáka, tak i učitele. 17 % žáků (4) využívají počítače v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice pouze pro vlastní zábavu (počítačové hry), nikoliv jako zprostředkovatele komunikace.

Položka 28: *Objevil(a) jsi zde něco nového – zájem, činnost, vztah s kamarádem,..., v čem bys rád(a) pokračoval(a)?*

31 % žáků (4) nedokáže blíže určit své aspirace, ke kterým se zde přiblížilo a chtělo by v tomto stavu setrvat.

15 % žáků (2) si do budoucna nepřeje dodržování jakýchkoliv zvyklostí nebo změn, které zde poznalo.

23 % žáků (3) touží po udržování vztahů s kamarády, se kterými se zde seznámilo.

15 % (2) si oblíbilo zdejší odpolední výtvarné aktivity a rádo by v tomto zájmu pokračovalo i po návratu z Dětské léčebny Luhačovice.

8 % žáků (1) se zde nadchlo pro sport.

Zbývajících 8 % by si přálo pokračovat v dennodenním režimu, který je zde nastaven.

Položka 29: *Je něco, co bys chtěl(a) změnit vzhledem ke zlepšení svého životního stylu po zdejším pobytu?*

31 % žáků (4) usuzuje, že by se chtělo po návštěvě Dětské léčebny Luhačovice zdravěji stravovat (Graf 8).

15 % žáků (2) si přeje více sportovat.

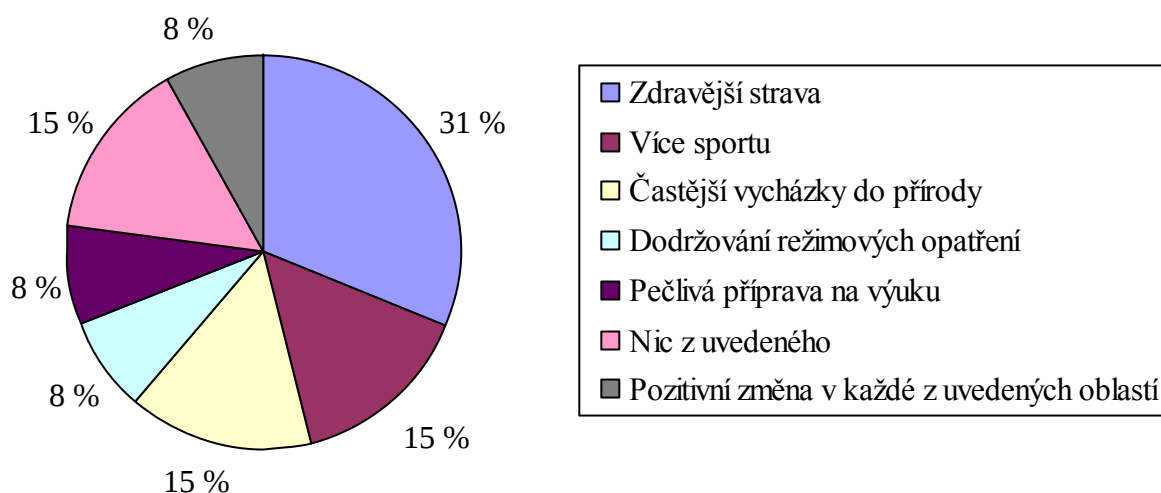
15 % žáků by rádo chodilo častěji do přírody.

8 % žáků (1) preferuje dodržování režimových opatření i v domácím prostředí.

8 % žáků touží pokračovat v přípravě do školy, která je zavedena ve zdejší léčebně.

15 % žáků nevidí potřebu jakékoliv změny vzhledem ke zlepšení svého zdravotního stavu.

8 % žáků by se chtělo změnit k lepšímu v každé z uvedených oblastí v položce 29.



Graf 8: Nejčastější aspirace žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

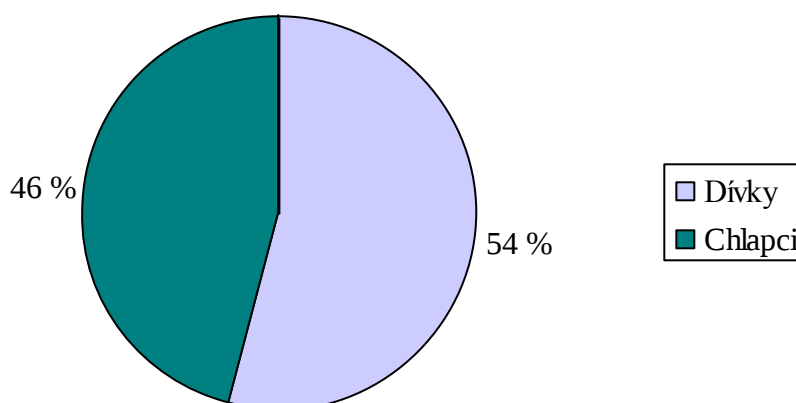
Žáci s onemocněním respiračního charakteru bez sklonů k obezitě

Položka 1: Datum vedení řízeného rozhovoru

Rozhovor je veden ve stejných dnech jako u skupiny žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě, a to 14. 6. (šest žáků), 25. 6. (tři žáci) a 5. 10. 2012 (čtyři žáci). Jsou tak zaznamenány odpovědi žáků ze tří různých pobytových turnusů v Dětské léčebně Luhačovice.

Položka 2: Pohlaví

Ze skupiny 13 žáků je 54 % dívek (7) a 46 % chlapců (6) (Graf 9).



Graf 9: Zastoupení dívek a chlapců s onemocněním respiračního charakteru

Položka 3: Ročník

54 % žáků je z prvního stupně základní školy, 46 % žáků dochází na druhý stupeň základní školy nebo nižší stupeň osmiletého gymnázia. Zastoupení jednotlivých ročníků je následující: 2. ročník – 1 žák, 4. ročník – 3 žáci, 5. ročník – 3 žáci, 6. ročník – 5 žáků, 8. ročník – 1 žák.

Položka 4: Žák již někdy absolvoval pobyt v dětské léčebně...

54 % dotázaných žáků, což je více než polovina, se účastní pobytu v dětské léčebně poprvé.

46 % žáků již někdy absolvovalo lázeňský pobyt v Luhačovicích, anebo v jiné léčebně, přičemž 15 % z nich alespoň jednou navštívilo právě Dětskou léčebnu Luhačovice, 8 % navštívilo Dětskou léčebnu Luhačovice a zároveň jinou léčebnu. 23 % žáků má zkušenosti s léčbou v jiné léčebně. Zde jsou uváděny Lázně Jeseník, Lázně Špindlerův Mlýn nebo Lázně Bardějov.

Žáci, kteří již někdy absolvovali pobyt v Dětské léčebně Luhačovice se sem rádi vrací, z jejich odpovědí vyplývá, že pobyt ve zdejší léčebně řadí k tradičním sezónním aktivitám.

Položka 5: Během pobytu žáka v Dětské léčebně Luhačovice jej zákonní zástupci doprovází

15 % žáků (2) uvádí, že je doprovázeno zákonnými zástupci po celou dobu pobytu v Dětské léčebně Luhačovice.

Ostatní žáci (11) absolvují léčbu bez doprovodu zákonných zástupců.

Položka 6: Druh kmenové školy

85 % žáků (11) uvádí, že navštěvuje základní školu běžného typu.

Pro 15 % žáků (2) je kmenovou školou víceleté gymnázium.

Položka 7: Vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu v kmenové škole

Žádný z dotázaných žáků není vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu v kmenové škole.

Položka 8: Věnuješ se některému z uvedených zájmů...

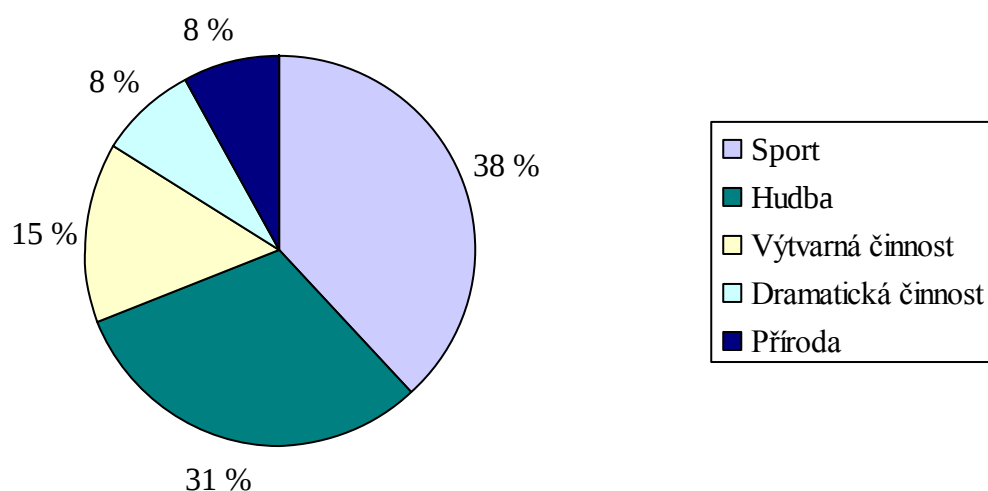
Ve skupině žáků s respiračním onemocněním bez sklonů k obezitě jich 38 % považuje sport za nejoblíbenější zájem (Graf 10). Při bližší konkretizaci uvádí především fotbal a basketbal.

31 % se věnuje hudbě.

15 % žáků preferuje výtvarnou činnost.

8 % žáků se věnuje dramatické činnosti.

8 % má prvořadý zájem o přírodu.



Graf 10: Preferované zájmy u žáků s respiračním onemocněním

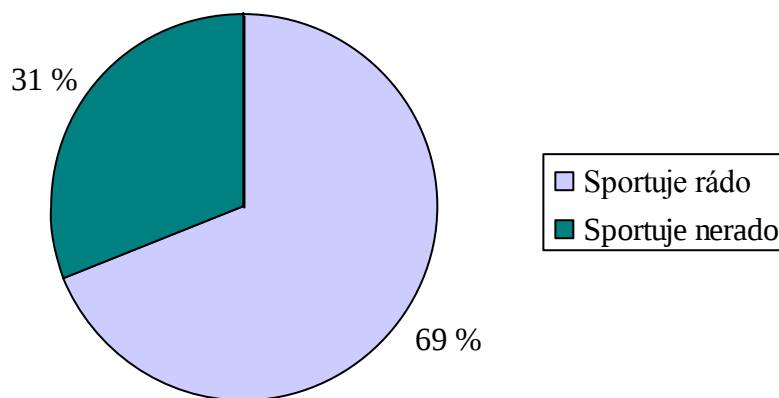
Položka 9: *Navštěvuješ základní uměleckou školu?*

Ze třinácti dotázaných žáků jich 38 % (5) navštěvuje základní uměleckou školu. 23 % žáků (3) se věnuje hudbě (hra na flétnu, kytaru a housle). 8 % (1) zde navštěvuje výtvarný kroužek a 8 % sem dochází do baletní školy.

Položka 10: *Sportuješ rád(a)?*

69 % žáků (9) odpovídá kladně.

31 % žáků (4) uvádí, že sport nepatří k jejich oblíbeným aktivitám (Graf 11).



Graf 11: Oblíbenost sportu u žáků s respiračním onemocněním

Položka 11: *Navštěvuješ základní školu s určitým zaměřením?*

Do základní školy s konkrétním zaměřením dochází 15 % žáků (2).

Podotázka 1: *Je tak zaměřena i třída, kterou navštěvuješ?*

Podle výpovědí dvou žáků, kteří navštěvují školu s určitým zaměřením, je tak zaměřena i třída, kterou navštěvují. U prvního žáka se jedná o třídu s hudebním zaměřením, v druhém případě je to třída s rozšířenou výukou cizího jazyka.

Položka 12: *Který vyučovací předmět tě nejvíce baví?*

Dotázaní žáci vybrali následně uvedené předměty jako nejoblíbenější (Graf 12).

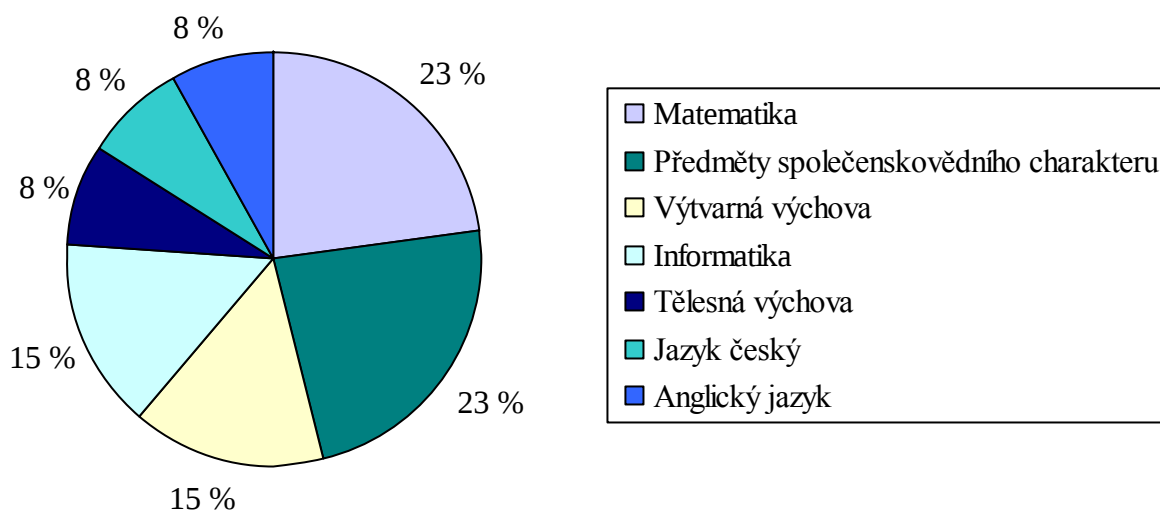
Matematiku volí 23 % žáků (3).

Předměty společenskovedního charakteru (vlastivěda a dějepis) zajímají dalších 23 % žáků.

Mezi oblíbenými vyučovacími předměty je i výtvarná výchova, kterou preferuje 15 % žáků (2).

15 % žáků má v oblibě informatiku.

Vždy různých 8 % žáků upřednostňuje následující předměty: tělesná výchova (1), jazyk český (1) a anglický jazyk (1).



Graf 12: Oblíbené vyučovací předměty v kmenové škole u žáků s respiračním onemocněním

Položka 13: Účastníš se v základní škole tělesné výchovy...

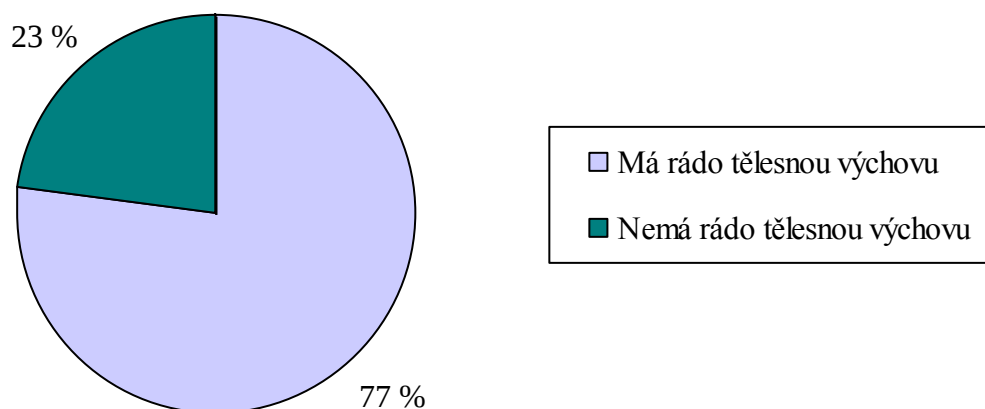
77 % respondentů (10) se v základní škole účastní běžné tělesné výchovy bez omezení.

Zbývajících 23 % žáků (3) je od tělesné výchovy částečně osvobozeno. Jeden žák je částečně osvobozený lékařem od plavání (časté záněty středouší), dva žáci jsou částečně osvobozeni lékařem od skoků a běhů.

Položka 14: Máš rád(a) předmět tělesná výchova (popř. zdravotní tělesná výchova)?

77 % žáků (10) má rádo předmět tělesná výchova (Graf 13).

Ostatní (3) mají záporný vztah k tělesné výchově.



Graf 13: Obliba tělesné výchovy v kmenové škole u žáků s respiračním onemocněním

Položka 15: *Které aktivity v tělesné výchově preferuješ?*

K nejvíce oblíbeným aktivitám patří u 31 % žáků (4) sportovní hry. Nejčastěji uváděné jsou fotbal, vybíjená či basketbal.

Stejně oblíbená jako sportovní hry je pro 31 % žáků atletika.

15 % žáků (2) preferuje pohybové hry.

8 % žáků (1) upřednostňuje gymnastiku.

8 % žáků je pro sport nadšeno a má rádo všechny – rozhovorem uvedené – aktivity.

Naopak 8 % žáků sportuje nerado a neupřednostňuje žádnou z aktivit.

Položka 16: *Učili jste se někdy ve škole o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita)?*

77 % žáků (10) se ve škole již někdy učilo o zdravém životním stylu.

15 % žáků (2) neví.

8% žáků (1) se s tímto tématem ve škole nesetkalo.

Podotázka 2: *Které z výše uvedených oblastí jste se věnovali?*

Z deseti žáků, kteří v položce 16 vypovídají, že se již někdy učili o zdravém životním stylu, se jich 40 % (4) blíže učilo o *lidském těle*. 30 % žáků (3) konkretizuje oblast *režim dne*, 20 % (20) bylo vzděláváno na téma *stravování*. 10 % žáků (1) uvádí problematiku *obezity*.

Podotázka 3: *Ve kterém vyučovacím předmětu?*

50 % žáků (5) se setkala s tématem *zdravý životní styl* v předmětech přírodovědného charakteru (prvouka, přírodověda, přírodopis, biologie). 30 % žáků (3) uvádí předměty spadající do vzdělávacího oboru *Výchova ke zdraví*. 10 % se zabývalo zdravým životním stylem v rámci vzdělávacího oboru *Člověk a jeho svět*, zbývajících 10 % hovoří o zařazení této problematiky ve vyučování jazyku českému a jazyku anglickému.

Položka 17: *Měli jste někdy na toto téma přednášku, besedu, program prevence, projekt?*

8% respondentů (1) se setkala s projektem.

Ostatních 92 % žáků (12) nezažilo výuku obohacenou o některou z výše uvedených organizačních forem vyučování či vyučovacích metod.

Podotázka 4: *Používali jste počítač k vyhledávání informací o zdravém životním stylu?*

Žák, který na položku 17 odpověděl kladně, potvrzuje, že v rámci vyhledávání obrázků a textů o stravování pracovali s počítačem (Internetem).

Položka 18: *Pokud by ses chtěl(a) poradit na toto téma, máš ve škole možnost? Existuje ve škole poradenské centrum, případně, víš, koho ze zaměstnanců školy bys mohl(a) oslovit?*

77 % (10 žáků) ví o možnosti vyhledání školní pomoci při řešení dané problematiky: čtyři žáci by oslovili školního psychologa, další čtyři žáci paní třídní učitelku/pana třídního učitele. Jeden žák by požádal o pomoc výchovného poradce a jeden žák školního metodika prevence.

23 % žáků (3) nemá představu, koho by oslovilo.

Položka 19: *Výuka v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice se ti oproti kmenové škole líbí...*

69 % žáků (9) hodnotí výuku v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice z hlediska její atraktivity jako srovnatelnou s výukou v kmenové škole.

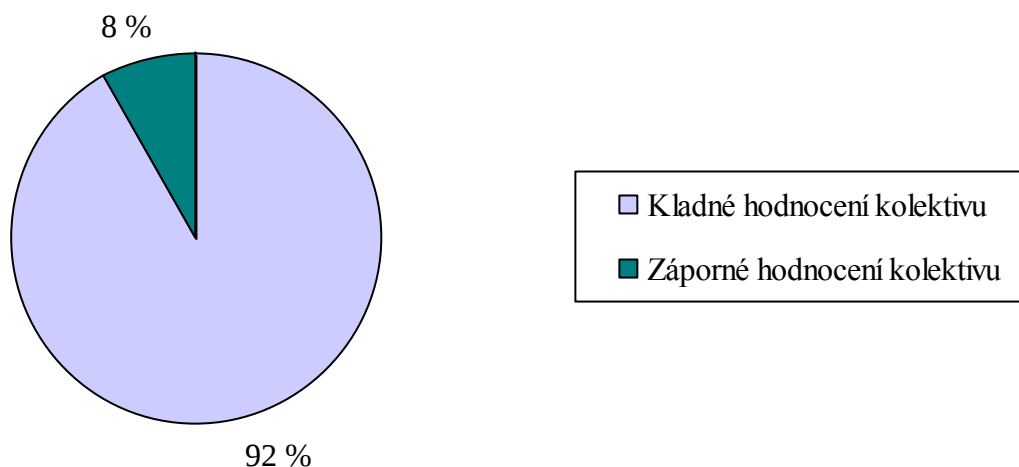
Zdejší výuka se více líbí 23 % žáků, a to především z uvedených důvodů: kratší doba vyučování (2 nebo 3 hodiny denně), počítač k dispozici přímo ve třídě, nové vědomost a zkušenosti.

Pro 8 % žáků (1) je výuka v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice méně atraktivní oproti kmenové škole.

Položka 20: *Máte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice dobrý kolektiv?*

92 % (12) respondentů vnímá zdejší kolektiv jako dobrý.

8 % žáků (1) není ve zdejším kolektivu spokojeno (Graf 14).



Graf 14: Hodnocení třídního kolektivu v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáky s respiračním onemocněním

Podotázka 5: *Považuješ zdejší třídní atmosféru oproti kmenové škole za...*

38 % žáků (5) považuje zdejší třídní atmosféru v porovnání s kmenovou školou za stejnou.

54 % žáků (7) se z hlediska třídní atmosféry v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice cítí lépe než v kmenové škole.

8 % žáků (1) shledává třídní atmosféru v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice horší oproti kmenové škole.

Podotázka 6: *Kam by ses zařadil(a) v třídním kolektivu dětí v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice...*

Z celkového počtu žáků se 31 % (4) řadí ke středu třídy (žák v nevýrazné pozici). Dalších 31 % neví, ke které roli by se zařadilo. 15 % žáků (2) se vnímá jako ochránce. V roli vtipálka se vidí 8 % žáků (1), dalším 8 % je nejbližší vůdčí pozice. Zbýlých 8 % (1) se charakterizuje jako žák, který si jde za svým.

Položka 21: *Využíváš schránku důvěry zřízenou v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice?*

100 % (13) žáků nevyužívá schránku důvěry zřízenou v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice.

Z odpovědí vyplývá, že pokud by bylo potřeba řešit aktuální problém, dají přednost osobnímu kontaktu s paní učitelkou či zdravotní sestrou.

Položka 22: *Který vyučovací předmět tě v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice nejvíce baví?*

V zastoupení nejpreferovanějších předmětů ve skupině žáků s respiračními obtížemi v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice stojí na prvním místě předměty přírodovědného charakteru, které preferuje 37 % žáků (5).

23 % žáků (3) považuje za nejoblíbenější vyučovací předmět matematiku.

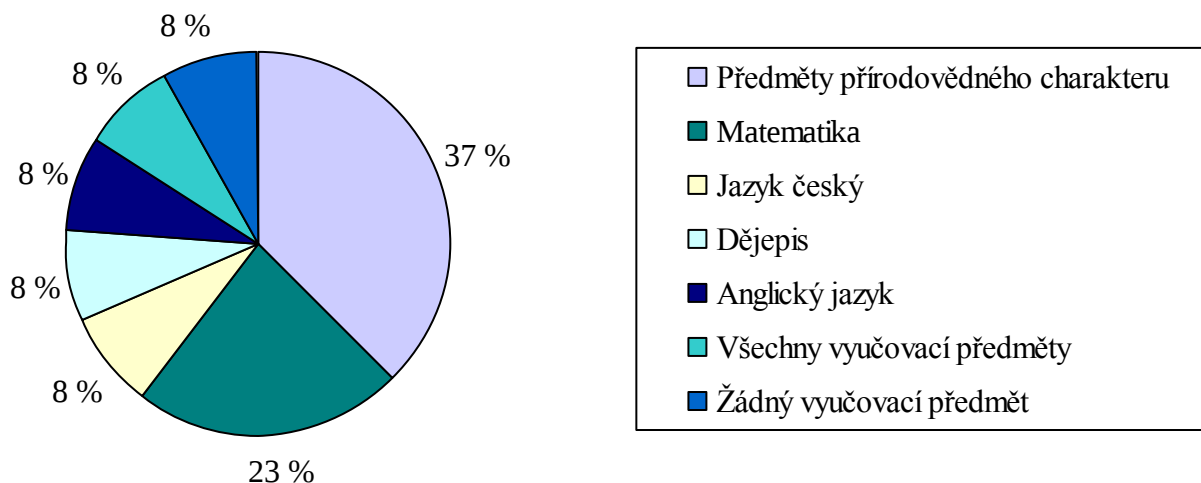
Pro 8 % žáků (1) je nejvíce zábavným předmětem jazyk český.

Dalších 8 % žáků považuje za nejzábavnější předmět dějepis.

8 % žáků se zde rádo učí anglickému jazyku.

8 % žáků si oblíbilo všechny vyučovací předměty stejně, neupřednostňuje žádný z nich.

8 % žáků nepreferuje ani jeden z vyučovacích předmětů v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice (Graf 15).



Graf 15: Oblíbené vyučovací předměty v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáků s respiračním onemocněním

Položka 23: *Chybí ti zde některý z vyučovacích předmětů?*

69 % žáků (9) je spokojeno se zastoupením vyučovacích předmětů v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, nepřeje si kompenzaci chybějícího vyučovacího předmětu.

31 % žáků (4) by rádo do výuky zařadilo především výtvarnou výchovu, hudební výchovu a pracovní činnosti.

Položka 24: *Zažil(a) jsi zde něčím zpestřenou výuku?*

92 % žáků (12) potvrzuje, že zažilo nějakým způsobem zpestřenou výuku v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice během zdejšího pobytu.

Podotázka 7: *Týkalo se to také zdravého životního stylu?*

V šesti případech se jedná o projektový den „Mediální den“, v pěti případech je zmíněn projekt o zvířatech. Tedy ve všech dvanácti případech uvedených v položce 24 se problematika netýkala oblasti zdravého životního stylu.

Položka 25: *Učili jste se o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita...)?*

100 % žáků (13) se v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice během svého pobytu nesetkalo s učivem o zdravém životním stylu. Jeden žák však vzpomíná, že v loňském roce se v průběhu lázeňské léčby v Luhačovicích setkal s učivem o zdravém způsobu života.

Podotázka 8: *Ve kterém vyučovacím předmětu?*

Na základě výsledku odpovědí v položce 25 nemůže být podotázka 8 zodpovězena.

Položka 26: *Dostáváte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice domácí úkoly?*

85 % žáků (11) si v průběhu pobytu pravidelně vypracovává domácí úkoly ze Základní školy při dětské léčebně v Luhačovicích.

15 % žáků (2) vypovídá, že se zde nesetkali se zadáním domácí úlohy.

Podotázka 9: *Pomáhá vám s nimi někdo?*

Z jedenácti žáků, kteří dostávají úkoly v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, osm žáků provádí společnou kontrolu s kamarádem na pokoji, případně s rodiči. Další tři žáci konzultují úlohu se zdravotní sestrou, paní vychovatelkou nebo s paní učitelkou v následující hodině.

Položka 27: *Máš k dispozici počítač?*

100 % všech dotázaných žáků (13) má k dispozici počítač přímo ve třídě a také v době osobního volna.

Podotázka 10: *Používáš počítač ke kontaktu s...*

U této položky mají žáci možnost volit více než jednu odpověď. Z celkového počtu odpovědí (24), 34 % žáků (8) využívá počítač nejčastěji ke komunikaci s kamarády mimo školu. 29 % žáků (7) komunikuje přes počítač s rodinou, 25 % (6) se tímto způsobem dorozumívá se spolužáky z kmenové školy, součástí takové komunikace je také předání informací o probíraném učivu v kmenové škole. Ani jeden z žáků se přes počítač nekontaktuje s vyučujícím z kmenové školy. 12 % žáků (3) využívají počítače v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice pouze pro vlastní zábavu (počítačové hry), nikoliv jako zprostředkovatele komunikace.

Položka 28: *Objevil(a) jsi zde něco nového – zájem, činnost, vztah s kamarádem, ..., v čem bys rád(a) pokračoval(a)?*

31 % žáků (4) si do budoucna nepřeje dodržovat jakékoliv zvyklosti nebo zájmy, které zde poznalo.

46 % žáků (6) touží po udržování vztahů s kamarády, se kterými se zde seznámilo.

8 % (1) si oblíbilo zdejší odpolední výtvarné aktivity a sportovní činnost.

15 % žáků (2) je spokojeno se zdejším režimem a zajištěním volného času (pravidelné víkendové aktivity – návštěva bowlingu v doprovodu zdravotní sestry, stolní hry).

Položka 29: *Je něco, co bys chtěl(a) změnit vzhledem ke zlepšení svého životního stylu po zdejším pobytu?*

31 % žáků (4) vypovídá, že by po pobytu v Dětské léčebně Luhačovice chtělo častěji chodit do přírody (Graf 16).

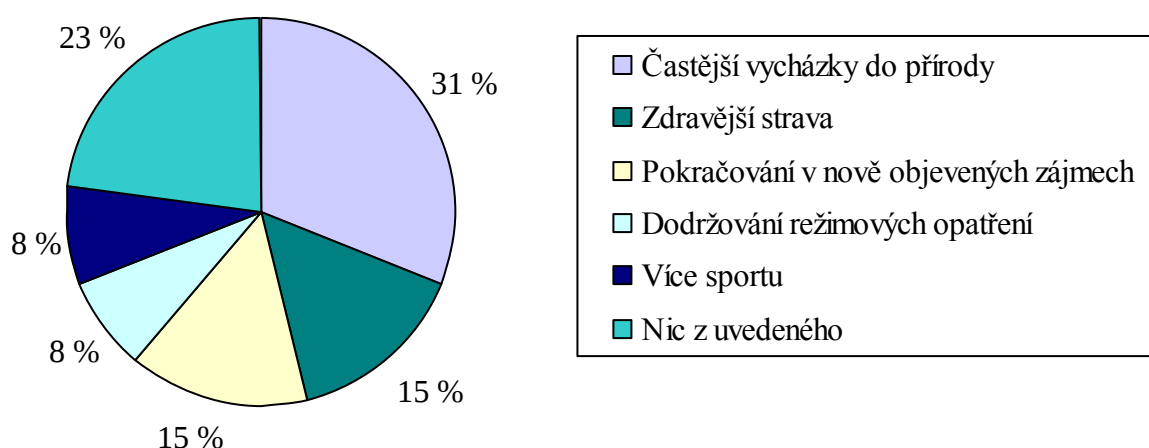
15 % žáků (2) si přeje zdravěji se stravovat.

15 % žáků chce pokračovat v zájmech, které zde objevilo.

8 % žáků (1) preferuje dodržování režimových opatření i v domácím prostředí.

8 % žáků touží více sportovat.

23 % žáků (3) nevidí potřebu jakékoliv změny vzhledem ke zlepšení svého zdravotního stavu.



Graf 16: Nejčastější aspirace žáků s onemocněním respiračního charakteru

4.4.2 Výsledky nestrukturovaného rozhovoru s rehabilitační sestrou Dětské léčebny Luhačovice

Všichni školáci v léčebně dodržují konkrétní režim dne (Příloha 2). Ten se liší náplní rehabilitačního programu podle léčebného zaměření. U dětí s obezitou jsou obsahem týdenního rehabilitačního programu následující aktivity:

- 5x týdně - ranní chůze před snídaní - 30 min.
- 3x týdně - povinné plavání ve vnitřním bazénu - 30 min. nebo 60 min.
- 6x týdně - skupinová tělesná výchova - 30 min. (dechová cvičení, cvičení na posílení svalů hrudního koše, kondiční cvičení)
- 5x týdně - individuální tělesná výchova - 30 min. (kondiční cvičení)
- 5x týdně - rotoped, trenažér - 15 min. (v návaznosti na individuální tělesnou výchovu)
- 5x týdně - cvičení na ploché nohy - 20 min.
- 3x týdně - zjišťování váhy, měření obvodu pasu a boků, měření krevního tlaku u klientů dětského věku

Rehabilitační sestra Dětské léčebny Luhačovice také potvrdila skutečnost, že váhový úbytek, o který se zde váha obézních dětí posune směrem k normě, se do půl roku nepodaří udržet a váha opět narůstá. Příčinou je nedodržování režimových opatření v domácím prostředí.

4.4.3 Výsledky polostrukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Počet přijatelných odpovědí na níže uvedené otázky předkládá Tabulka 1.

Otázka 1: Co si představuješ pod pojmem *zdravý životní styl*?

Otázka 2: Proč je zdravý životní styl důležitý?

Otázka 3: Co znamená obezita?

Otázka 4: Co bychom měli dělat proto, abychom nebyli obézní?

ČÍSLO OTÁZKY	POČET PŘIJATELNÝCH ODPOVĚDÍ U ŽÁKŮ		
	s obezitou (z počtu 8)	bez obezity (z počtu 8)	celkem (z počtu 16)
1	6	5	11
2	7	6	13
3	4	5	9
4	7	8	15

Tabulka 1: Výsledky polostrukturovaného rozhovoru u žáků v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Z uvedeného je patrné, že téměř polovina všech dotázaných žáků nerozumí slovu *obezita* a více jak jedna čtvrtina žáků má obtíže při bližší konkretizaci *zdravého životního stylu*. Uvedené slovní spojení je pro ně abstraktní, nedokáží jej blíže specifikovat. Rozdíl v počtu správných odpovědí mezi skupinou žáků s obezitou a žáků bez obezity není významný. Z charakteru uvedených odpovědí ale vyplývá, že skupina žáků s obezitou vykazuje větší přehled o dané problematice, její odpovědi jsou přesnější, jednoznačnější a zároveň rozsáhlejší ve výčtu např. navrhovaných aktivit (otázka č. 4).

Na základě výše uvedených výsledků polostrukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, analýzy školských a školních dokumentů a shromažďování didaktického materiálu je vypracována příprava výukového projektu na dvě vyučovací hodiny (Příloha 7). Teoretická koncepce projektu vychází z globálního přístupu, který na životní situace nazírá komplexně, nikoliv izolovaně, a dále z idey koncentrace znamenající soustředění látky kolem ústředního motivu či jádra. „*Projektem většinou rozumíme komplexní problém praktické nebo teoretické povahy, při jehož řešení uplatníme zkušenosti z různých oblastí*“ (Nelešovská, 2005, s. 74). K dalším charakteristickým znakům podle Nelešovské (2005) patří problém související se životem žáků, samostatná cesta k řešení problému, využití vlastních zkušeností, rozvoj sociálních dovedností a vztahů a v neposlední řadě zodpovědnost za průběh i výsledek. Učitel řídí pouze směr činnosti, usměrňuje žáky a plní funkci poradce. Cílem projektu je kreativní, hravé a zároveň cílevědomé ztvárnění tématu *Zdravý životní styl – obezita a její prevence* s ohledem na ucelení teoretických poznatků, které rozvíjí žákovy kompetence k učení, řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní. V rámci projektu jsou uplatněny vyučovací metody: diskuse, metody práce s textem, didaktické hry a praktické činnosti. K realizaci projektu jsou použity papírenské potřeby (lepidlo, nůžky, balicí papír,...), omalovánky Jaro (Pospíchal, [2012]), výstřižky potravin z novin a časopisů, vytvořená mluvnická cvičení do jazyka českého (Příloha 6), sada vyrobených obrázků zdravých, nezdravých potravin opatřených kancelářskými sponkami a mluvnickými úkoly, udičky s magnetem. Na projekt je vymezen jeden den vyučování, což jsou dvě vyučovací hodiny z důvodu dodržení učebního plánu při dvou vyučovacích hodinách denně. Druh projektu je podle:

- účelu konstruktivně hodnotící,
- navrhovatele uměle připravený,
- místa konání školní,
- počtu žáků kolektivní,

- množství času krátkodobý,
- velikosti malý.

Organizace projektu se děje v rámci vyučovacích předmětů jazyk český a přírodověda. Produktem projektu jsou vypracovaná gramatická cvičení, potravinová pyramida jako kolektivní práce žáků a denní jídelníček, který sestavuje každý žák jednotlivě.

4.4.4 Analýza produktů a výsledků činnosti výukového projektu

Realizace projektu probíhá ve spojeném 4. a 5. ročníku Základní školy při dětské léčebně Luhačovice v počtu čtyř žáků.

Během projektu je plněn plán přípravy (Příloha 7) s výjimkou *Kvízu a Zdravých a nezdravých aktivit*, které nejsou započaty z důvodu potřeby delšího časového úseku pro objasnění a procvičení probíraných pravopisných jevů. Ukázky jednotlivých aktivit jsou zaznamenány na fotografiích (Příloha 8).

Ve složení žáků jsou patrné jejich nápadné rozdíly v rozumové, emoční i sociální zralosti, proto jsou jednotlivé aktivity – naplánované podle přípravy – voleny s ohledem na individuální schopnosti žáků a aktuální naladění třídy.

Z vlastní reflexe realizovaných úkolů mohou konstatovat, že žáci nedokázali přiblížit obsah jednotlivých rčení – např. *Jez do polosyta, pij do polopita*. Žáci měli obtíže s vysvětlením významu slova *sytý*, spolu s tím byly patrné nedostatky v oblasti učiva o vyjmenovaných slovech.

Úkol *Text doplněný obrázkem* (Fotografie 1) byl pro žáky po gramatické stránce poměrně náročný. Často chybovali, proto bylo po žácích vyžadováno okamžité zdůvodnění všech pravopisných jevů, které se ve cvičení vyskytly. V rámci ukončení této aktivity (týkající se práce s obrázky, dokreslujícími děj každého textu), se žáci zamýšleli nad celkovým způsobem života dnes a před stoletím. Pomocí návodných otázek se jim dařilo nacházet rozdíly v porovnávání životních stylech a najít jejich klady a zápory. Byli schopni vybrat pozitivní rysy zdravého stylu života v dřívějších dobách a aplikovat je na dnešní svět. Žáci uvedli důležitost pohybu, pravidelné pracovní zátěže a denního režimu jako významných faktorů ovlivňujících tělesnou i duševní kondici.

Aktivita *Hodnotné a méně hodnotné potraviny* (Fotografie 2a) působila na žáky velmi motivačně, projevil se zde soutěživý potenciál každého z nich a zároveň nebylo opomenuto opakování aktuálního učiva v jazyce českém. Rozřazování potravin na hodnotné a méně hodnotné (zdravé a nezdravé) nečinilo žákům obtíže (Fotografie 2b).

Z práce s žáky bylo zjevné, že se s potravinovou pyramidou již někdy setkali (viz. Fotografie 4a), ale jejich povědomí o zastoupení jednotlivých potravin v denním jídelníčku bylo nedostačující. Po společném vysvětlení obsahu nutričního zastoupení jednotlivých pyramidových stupňů již žákům nedělalo problémy zařadit konkrétní druhy potravin.

Sestavením vlastního jídelníčku (Fotografie 5) měli žáci uplatnit vše, co se v průběhu projektu dozvěděli o vhodných stravovacích návycích. Z navržených jídelníčků byla patrná snaha o vytvoření pestrého jídelního lístku a zároveň zkušenost žáků se zažitými stravovacími návyky. Z toho důvodu bylo dalším společným úkolem zamyslet se nad náhradou některých součástí pokrmů, např. knedlíků, jinou vhodnější přílohou.

Uvedené vypovídá o tom, že většina žáků má základní představu o tom, co by měla dělat vzhledem k udržení svého zdraví, a to především v oblasti stravování a pohybové aktivity. Žáci jsou schopni tyto znalosti prezentovat a uvádět k nim konkrétní příklady. Mé pozorování jednotlivých žáků v průběhu projektu potvrzuje, jak významný - v oblasti způsobu života - je vliv výchovy, priorit a zaběhnutých rituálů v rodině.

4.4.5 Interpretace výsledků projektivního kresebného testu

Jednotlivé kresby jsou k nahlédnutí v příloze 9.

Žáci s respiračním onemocněním a se sklony k obezitě

Kresba 1

Dívka, 12 let

Kresba je jednoduchá, střízlivá, úsporná až strohá nebo bezbarvá. Působí dojmem zjednodušení na pouhý znak stromu bez projevů individuality, což může být důsledkem snahy o únik z testové situace či vyhýbání se potíží při kreslení.

Umístění stromu na ploše je v normě – přibližně uprostřed stránky, koruna se mírně naklání doleva, což může svědčit o obrácení se do sebe, introverzi, subjektivismu. Velikost kresby také odpovídá normě, je spíše větší (cca 4/5 výšky listu papíru), což vypovídá o osobním sebevědomí.

Celkově strom působí pružným, ohebným dojmem, z čehož vyplývá schopnost přizpůsobení se.

Tlak na psací náčiní je spíše slabý – svědčí o citlivosti, jemnosti, schopnosti se přizpůsobit, ale také možné nejistotě. Pevné, neváhající tahy napovídají o spontánnosti, nebrzděnosti a temperamentu.

Kmen otevřený shora obvykle svědčí o otevřenosti, přístupnosti dojmům, ovlivnitelnosti, ale také výbušnosti.

Koruna je typicky arkádovitá. Vypovídá o smyslu pro formu, žák se umí chovat, přizpůsobit se, což může být také důsledkem malé důvěry nebo smyslu pro vnější dojem. Takový tvar koruny bývá často projevem obrany z testové situace, kdy se testovaná osoba schovává za schematický znak, formálně tedy vyhoví, ale nechce se otevřít.

Kresba 2

Dívka, 12 let

Kresba je velmi jednoduchá, úsporná a upřímná.

Podle hodnocení celkové úrovně kresby se kreslíř v tomto případě nevyrovnal s výtvarně nejobtížnější částí kresby – srdcem stromu (místo, kde se větve napojují nebo vyrůstají z kmene, symbolizuje střed Já, vyzrálост osobnosti). V tomto případě je srdce stromu zcela vynecháno, větve jsou pokračováním obrysových linek kmene.

Strom je umístěn mírně vlevo (obrácení se do sebe).

Kresba může působit holým dojmem.

Tlak na psací potřebu je přiměřený. Důraznější je pohyb v kresbě, který svědčí o emocích, pudech, vitálních cílech, bezprostředních zážitcích. Neváhající tahy vypovídají o jistotě.

O otevřenosti, přístupnosti dojmům, ovlivnitelnosti, ale také výbušnosti napovídá kmen otevřený shora.

Jedná se o jednu cca ze tří kreseb (z celkového počtu 10), kde jsou naznačeny kořeny, což je možné chápat jako uvědomění si zakotvení a vtahů v rodině, kterých si žák váží jako něčeho, o čem ví, že existuje, ale ve skutečnosti není vidět.

Koruna stromu znázorňuje holý (zimní) strom, což charakterizuje člověka spíše vážného, držícího se podstaty. Větví obrácených směrem doprava je v kresbě mnohem více než těch, co jsou nasměrovány vlevo. Větvě směřující doprava vypovídají o vztahu k vnějšímu světu, k ostatním lidem, nikoliv k vlastní osobě. Ostatní větve směřují od středu k okraji, což je také známka dobré přizpůsobivosti a aktivního přístupu ke světu. Větvě jsou harmonicky uspořádány, svědčí o psychické rovnováze. Tenké, oblé a uvolněné křivky (typické u dívek) vypovídají o nenucenosti, pružnosti, vstřícnosti, lehkém navazování kontaktů, přizpůsobení se okolnostem, nestavění se na odpor.

Kresba 3

Chlapec, 14 let

Kresba je precizní a velmi pomalá. Může působit tenzním dojmem.

Kresba je mírně posunuta směrem doleva (introverze), ale některé nápadné znaky zdůrazňují pravou stranu – může svědčit o konfliktu mezi uzavřeností a snahou aktivně se prosadit mezi ostatními. Kresba zaujímá více než $\frac{1}{2}$ výšky listu papíru. Jedná se tedy spíše o menší kresbu, což při dobré úrovni kresby interpretujeme jako věcnost, sebekritičnost, skromnost a trpělivost.

Strom je oproti ostatním kresbám na první pohled netradiční v tom, že jeho větve jsou ořezány. Osekané nebo ořezané větve poukazují na pocit vlastní nedostatečnosti, mohou být důsledkem špatných zkušeností nebo i omezení z vnějšku. Může se jednat o sníženou schopnost vydávat energii přiměřeným způsobem, prosazovat se, dále o pocity, že je žákovi bráněno se plně rozvinout, o ztrátu víry ve vlastní úspěšnost, o traumata z neslučitelnosti vlastních přání a reálných možností, o nedostatek radosti z prožívání a o pocit zklamání. Zároveň jsou ořezané větve znakem dětské kresby. (Žák, podle jeho výpovědi, zvolil tento styl ukončení právě proto, že nevěděl, jak jinak by mohl konce větví kreslířsky znázornit.) Strom působí osaměle.

Tlak na psací potřebu je spíše silnější, napovídá o energičnosti, rozhodnosti, odolnosti vůči zátěži, smyslovosti, ale i těžkopádnosti. Tahy jsou krátké a nesouvislé (impulzivita), ale zároveň pevné a neváhající svědčící o jistotě.

Otevřenost kmene propojeného s větvemi nasvědčuje o přístupu pudových impulzů do vědomí.

I zde je patrný náznak kořenů, což svědčí o zvýšení palčivosti otázky zakořenění (o nedostatku zázemí nebo zvýšené závislosti na rodičích).

Kmen je poměrně mohutný, nachází se na něm různé jizvy, deformace, pozůstatky ořezaných větví, ty se nachází velmi nízko. Mohou odrážet prožitá psychická traumata, čím níž se na kmeni nachází, tím se vtahují k ranějšímu věku. Naznačená struktura kůry může vypovídat o potížích s přizpůsobením, citlivostí a zranitelností.

Koruna působící zraněně a otrhaně, vypovídá o nepříznivosti vnějších podmínek nebo o vnitřních problémech, pocitech neuspokojení, traumatech. Pahýly větví vlevo svědčí o nevyrovnanosti sebe sama, o vnitřních zraněních. Pahýly větví vpravo napovídají o nepovedeném pokusu o navázání kontaktu nebo prosazení se mezi druhými lidmi. Znázornění listů je vnímáno jako snaha o vylepšení kresby. Žák měl v úmyslu ozdobit strom větším množstvím listů, což by bylo časově příliš náročné, proto se pokusil alespoň o náznak.

Kresba 4

Dívka, 12 let

Kresba je logická, jasná a harmonická.

Strom se naklání doleva (introverze).

Velká kresba je obecně projevem osobního sebevědomí, snahy zdůraznit se.

Strom je silný, se stabilní základnou, zdravý.

Tlak na psací potřebu je spíše slabý – zdůrazňuje citlivost, jemnost, schopnost přizpůsobení, plachost, ale také nejistotu. Poměrně dlouhé a nepřerušované tahy svědčí o kontrolovaném chování. O otevřenosti vůči pudovým impulsům a nevědomí napovídá kmen otevřený shora.

Strom vyrůstá z dolního okraje listu, přičemž se jedná o typický znak dětské kresby.

Obrys kmene – svou nejasnou konturou – poukazuje na senzitivitu a schopnost empatie. Jedná se o letní strom s listy, což vypovídá o emocionalitě, plnosti prožívání, smyslovosti, ale někdy i povrchnosti, afektovanosti až exhibitivnosti.

Typické pro kresbu jsou malé, slabé větvičky rostoucí na silném kmeni – může znamenat problémy s uspokojováním vlastních potřeb, neumí se prosadit.

Listy by mohly být chápány jako snaha o ozdobení chudé kresby. Zvýšená pozornost - věnovaná detailům jako je listů - může být znakem pedantské kresby (pečlivosti, puntičkářství), zvýšené úzkostnosti, nejistoty nebo projevu obrany, úniku před vnitřní úzkostí. Dále se může jednat o snahu ukrýt se za schematický znak, zakrývání nedostatků a kompenzaci pocitu méněcennosti.

Kresba 5

Dívka, 15 let

Kresba je velmi jednoduchá, působí naivně.

Velikost kresby stromu je přiměřená (cca 2/3 výšky listu papíru). Viditelný je také posun kmene doleva a koruny doprava (normální, běžné).

Strom vypadá obyčejně a přizpůsobivě. Tlak na psací potřebu je slabý (citlivost, jemnost, schopnost přizpůsobení,...).

Dlouhé tahy svědčí o kontrolovaném chování.

Otevřený, s větvemi propojený kmen poukazuje na přístup pudových impulsů do vědomí.

Lehce znázorněné kořeny vypovídají o nedostatku zázemí nebo naopak zvýšené závislosti na rodičích.

Kmen nakloněný vpravo je znakem extraverte, testovaný jedinec se dá strhnout, je ovlivnitelný, přizpůsobivý, se zájmem o druhé, ochotou pomoci, ale i slabší vůlí, nezdrženlivostí, překotností.

Větve rozbíhající se od středu jsou znakem podnikavosti, iniciativnosti, extraverte, všestrannosti, horlivosti, zájmu o vnější svět, prosazení se. To vše je ale uzavřeno v typické arkádovité koruně, tzn., že žák má smysl pro formu, umí se chovat, přizpůsobit a dbá na vnější dojem. Křivky větví jsou oblé a uvolněné – svědčí o nenucenosti, pružnosti, vstřícnosti, o tom, že žák lehce navazuje kontakty, je diplomatický, zároveň ale uhýbá, přizpůsobuje se okolnostem, nestaví se na odpor.

Žáci s respiračním onemocněním bez sklonů k obezitě

Kresba 6

Dívka, 12 let

Kresba je precizní, jasná, harmonická, má svůj řád, zdůrazňuje racionální složku osobnosti, logiku. Je provedena pečlivě, s důrazem na formu, působí úhledným, jemným, stylizovaným dojmem – se snahou zavděčit se. V přiměřené bohatosti kresby stromu lze vidět snahu o dobrou spolupráci.

Naklonění koruny na levou stranu může vypovídat o obrácení pozornosti do vlastního nitra, stažení se do sebe, jistých zábranách nebo obavách z konfliktu. Velikost kresby je považována za normální (cca 2/3 výšky listu papíru), což svědčí o přiměřeném sebevědomí.

Strom vypadá stabilně, dere se vzhůru. Působí bohatým, plodným a zdravým dojmem. Vyhlíží přátelsky. Není osamělý.

Tah, tlak a způsob vedení čáry – to vše nasvědčuje důrazu na formu. Kolísavé, přerušované vedení čáry poukazuje na nejistotu a úzkost. Krátké, nesouvislé tahy napovídají o impulzivité testované osoby. Obrysová kontura, která je velmi jemná, naznačuje přizpůsobivost, otevřenost a citlivost na vnější podněty. V rámci stínování se jedná o stínování detailů, ve kterém je možno spatřovat projev dětské radosti z barvy a snahu o vylepšení kresby.

Kmen znázorňuje stabilitu, pocit životní síly a odolnost. Otevřený kmen může být známkou vnímavosti, snadné ovlivnitelnosti nebo citlivosti.

Koruna nesoucí plody, nejčastěji jablka, je typická pro dětskou kresbu. Oboustranně otevřené větve, rozmístěné volně v koruně, jsou projevem absence vnitřního řádu a koordinace rozvodu energie, případně povrchnosti.

Kresba 7

Chlapec, 11 let

Jedná se o kresbu stromu s mohutným kmenem. Patrné je stereotypní opakování, mechanické napojování částí se sklonem k používání pravých úhlů, což napovídá o nepřizpůsobivosti člověka. Kresba působí expresivně a dynamicky, což svědčí o emocionalitě a prožívání. Vypadá tenzní, neklidná, často opravovaná. Kresba je zaměřená na celek, vystihující podstatu.

Strom se naklání na levou stranu, to vypovídá o vztahu k sobě samému, introverzi, subjektivismu, přemýšlivosti. Naklonění nahoru doleva může svědčit o stažení se do sebe, zábranách a obavách z konfliktu.

Kresba je velká přes celý formát listu papíru, s tendencí přesahovat horní okraj listu papíru. Velikost kresby je projevem osobního sebevědomí, snahy zdůraznit se. Přesahy mohou být potom znakem zvýšené nebo neadekvátní aspirace, žák nepřijímá omezení nebo hůře respektuje realitu.

Strom je mohutný, ale není dobře upevněný v zemi. Působí nestabilně, protože je výrazně nakloněný na levou stranu. Díky větvím, které vyrůstají již z kmene, vypadá, jako by potřeboval zaujmout postoj obrany, stáhnout se do sebe, uzavřít se. Působí odmítavě, možná až nepřátelsky či agresivně.

Začernění koruny tužkou - podle způsobu provedení – působí jako projev napětí a křečovitosti nebo jako důsledek rychlé snahy překrýt a zamaskovat nepovedené části kresby.

Kmen skloněný vlevo napovídá o introverzi, odklonu od ostatních, obranném postoji, potlačování emocí, vzdoru a sklonu k pohodlnosti.

Křížící se větve ve stejné rovině mohou svědčit o nerozhodnosti, kritičnosti, boji mezi afektivitou a rozumovou kontrolou. Tendence napojovat větve pod pravým úhlem může vypovídat o snížené schopnosti adaptability.

Kresba 8

Chlapec 11,5 let

Kresba je jednoduchá, střízlivá, poněkud odbytá, což samo o sobě naznačuje obranu, nezájem, nedbalost. Působí schematicky (snaha o únik z testové situace).

Kresba je umístěna v horní části listu papíru. Jednotlivé části plochy mají svůj význam – podle Grünwalda – čím více kresba směřuje k horní části listu papíru, tím více poukazuje na sféru duchovna, přesahu a vědomí.

Jedná se o malou kresbu – nasvědčuje o nedostatku sebedůvěry, neprůbojnosti, nevyrovnanosti.

Kresba je provedena téměř jedním tahem.

V základně je výrazně rozšířená pata kmene, což je typický znak dětské kresby – podobně jako kuželovitý tvar kmene. Takto provedená základna může svědčit o převaze konkrétního a názorného myšlení, pudovosti, sklonům k výbušnosti.

Arkádovitá koruna je často projevem obrany a nejistoty z testové situace, může být maskou, kdy se testovaná osoba schovává za schematický znak. Žák formálně vyhoví, ale nechce o sobě vypovídat, nechce se otevřít.

Kresba 9

Chlapec, 14 let

Kresba je jednoduchá, střízlivá, úsporná, lehce provedená, svižná. Zaměřená na celek. Vystihuje podstatu.

Velikost kresby odpovídá normě ($\frac{2}{3}$ výšky listu papíru) – svědčí o přiměřeném sebevědomí. Umístění stromu asi uprostřed stránky je také obvyklé – nelze z něj usoudit ani na extraverci, ani na introverzi.

Tlak na tužku je viditelně slabší – to znamená, že autor kresby je žák citlivý, jemný, schopný přizpůsobení, plachý, ale i nejistý.

Otevřený kmen propojený s větvemi a volný průchod od kořenů do koruny vypovídá o přístupu pudových impulzů do vědomí.

Laxnost, povrchnost a malou ochotu k seberegulaci lze většinou vyčíst z neukončení větví, které je patrné i v této kresbě.

Strom vyrůstá z dolního okraje listu, což je považováno za normální projev v kresbě stromu u dětí do 12 let. U starších dětí je tento znak chápán jako projev infantilismu, nevyzrálosti nebo nedostatku nadání, a s tím související usnadnění si práce.

Kmen je nižší než polovina koruny stromu. Tato skutečnost napovídá o potlačení přirozené vitality, smyslovosti, racionalizace, svědčí také o idealismu, schopnosti nadšení, zvýšených ambicích, únikových tendencích do světa snů a představ. Často se jedná o projev kompenzace ve snaze překonat sebe sama a obsáhnout co nejvíce.

Holý (zimní) strom charakterizuje člověka spíše vážného, strohého, někdy až se sklonem k depresím, ale držícího se podstaty.

Paprskovitě se rozbíhající větve od středu svědčí o všestrannosti, horlivosti, zájmu o vnější svět, ale také prosazování se a možné agresivitě.

Zajímavé je, že větve v pravé polovině poklesávají, což je vysvětlováno jako projev slabosti nebo averze k okolnímu světu. Ostatní větve ale směřují přirozeně od středu k okraji, to je vnímáno jako známka dobré přizpůsobivosti a aktivního přístupu ke světu. Z toho vyplývá, že větve jsou disharmonicky uspořádány, což svědčí o neklidu, vzrušitelnosti a ukvapenosti.

Kresba 10

Chlapec, 11 let

Kresba vypadá rozhodně a sebevědomě, je zaměřena na celek. Působí však poněkud odbytým dojmem.

Kresba stromu zaujímá levou stranu plochy listu, což vypovídá o introverzi, subjektivismu. Dere se směrem vzhůru, zároveň visí ve vzduchu, chybí zde pevná půda pod nohama.

Tlak na psací potřebu je poměrně silný, to je znakem energičnosti, rozhodnosti, odolnosti vůči zátěži, smyslovosti, ale i těžkopádnosti, křečovitosti, zlostnosti. Dynamický tah, rozmáchlá, rozhodná a sebevědomá čára je typická pro spontánnost, nebrzděnost, temperament. Způsob provedení obrysové linky (kontury kmene a zejména koruny) vypovídá o otevřenosti, schopnosti kontaktu a citlivosti na podněty: nepřerušovaná „hladká“ a pevná obrysová linka je výrazem uzavřenosti až obav před vnějším světem.

Nahoře se rozšiřující kmen je popisován jako projev impulzivity, horší regulace afektů (výbušnost).

Koruna je stlačená pod horním okrajem – vypovídá o pocitech méněcennosti, skutečnosti, že žák žije pod tlakem. Lze předpokládat vnitřní konflikt mezi pocity nedostatečnosti, nejistoty a zvýšenými ambicemi.

Na kmeni je patrný symbol uřezané větve, což může být považováno za důsledek nějaké špatné zkušenosti, nebo za snahu obohatit kresbu.

4.4.6 Shrnutí výsledků

Na základě použití uvedených výzkumných metod je hodnocení výsledků výzkumného šetření rozděleno do dvou částí. První část předkládá statisticky zpracovaná data, získaná

prostřednictvím strukturovaného rozhovoru se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice. Druhá část shrnuje výsledky kvalitativních metod šetření.

Statisticky zpracovaná data

Ze strukturovaných rozhovorů se žáky v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice vyplývá, že obezitou je ztíženo 77 % dívek a 23 % chlapců, a to především ve věku od 11 do 15 let. Dívčí pohlaví je v případě žáků s obezitou zastoupeno daleko častěji, než je tomu u skupiny žáků s dýchacím onemocněním, kde dívky představují 54 % a chlapci 46 %.

Zajímavý je poznatek, že skupina žáků s obezitou má v 77 % kladný vztah ke sportu a pohybovým aktivitám, podobně jako je tomu u skupiny žáků bez obezity (69 %), ovšem s tím rozdílem, že u žáků s obezitou je preference sportovních aktivit (popř. tělesné výchovy) mezi jinými zájmy (popř. vyučovacími předměty) mnohem výraznější než u žáků bez obezity. Zdá se, že pokud jsou žáci s obezitou vhodně motivováni k pohybové aktivitě a činí ji se zaujetím, jsou nakloněni různým druhům sportu. K nejčastěji preferovaným pohybovým aktivitám v tělesné výchově u žáků s obezitou patří sportovní hry (69 %), a to zejména vybíjená a fotbal. Oblíbené je také plavání (15 %) nebo gymnastika (8 %). Žáci s respiračním onemocněním řadí k nejoblíbenějším pohybovým aktivitám v tělesné výchově sportovní hry (31 %) a zároveň atletiku (31 %). Nadšení těchto žáků pro nejvíce preferovaný druh sportu není tak jednoznačné jako u obézních žáků. V oblíbenosti mají téměř všechny pohybové aktivity.

Dalo by se předpokládat, že žáci s obezitou budou obecně volit zájmy statictějšího charakteru, což rozhovory nebylo potvrzeno. Například 38 % žáků s obezitou postrádá v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice vyučovací předměty – hudební a tělesná výchova. 31 % žáků bez obezity zde nejvíce schází výtvarná výchova a hudební výchova.

Co se týká oblíbenosti vyučovacích předmětů, pak u žáků s obezitou dominuje matematika, a to v kmenové škole (39 %) i Základní škole při dětské léčebně Luhačovice (46 %). Žáci s respiračním onemocněním preferují matematiku (23 %) v kmenové škole spolu se společenskovědními předměty (23 %). V Základní škole při dětské léčebně Luhačovice je sice oblíbenost matematiky zastoupena také 23% četností, nepatří však k nejoblíbenějším předmětům, kterými jsou zde předměty přírodovědného charakteru (37 %). To možná napovídá o způsobu myšlení a zájmech obézních žáků, ale také jejich disciplíně, houževnatosti a vytrvalosti, které žákům zřejmě nechybí, ale je nutné je v těchto doménách soustavně podněcovat a povzbuzovat. Zároveň nelze opomenout, že oblíbenost vyučovacích

předmětů je do jisté míry ovlivněna osobností pedagoga, popř. speciálního pedagoga, který daný předmět vyučuje.

Z hlediska primární prevence je potěšující, že téměř všichni dotázaní žáci - ze skupiny žáků s obezitou (100 %) i bez obezity (77 %), se již někdy setkali s výukou o zdravém životním stylu. Bylo také zjištěno, že učivo o zdravém životním stylu v rámci výukových projektů, besed, přednášek či výukových programů, je zařazováno jen sporadicky. V Základní škole při léčebně Luhačovice se žáci touto problematikou zabývali pouze v rámci splnění zadaného učiva učiteli z kmenové školy.

Optimistické jsou odpovědi týkající se spokojenosti s výukou, atmosférou a kolektivem v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, které jsou oběma skupinami žáků – s obezitou i bez obezity – převážně hodnoceny jako srovnatelné s kmenovou školou, ne-li lepší. Že se zde žáci cítí dobře a že mají naprostou důvěru v personál celého komplexu Dětské léčebny Luhačovice, potvrzuje také 100% nevyužitá schránka důvěry, o jejíž existenci žáci ví, ale podle jejich výpovědí nemají důvod k jejímu použití. V případě potřeby se mají vždy na koho obrátit.

Mnoho žáků zde uzavírá nová přátelství, která by chtěli udržovat i po odjezdu z Dětské léčebny Luhačovice. Jiní žáci si cení nově nalezených zájmů a možností trávení volného času. Většina z nich také kvituje uvědomění si důležitosti režimu ve správné životosprávě a chce podniknout konkrétní změny. Žáci s obezitou by se chtěli především zdravěji stravovat (31 %), více sportovat (15 %) a chodit častěji do přírody (15 %). Žáci s respiračním onemocněním si přejí setrvat ve vycházkách po přírodě (31 %), zdravějším způsobu stravování (15 %) a v pokračování nově objevených zájmů (15 %), např. hudebních, výtvarných a dalších.

Výsledky kvalitativních metod výzkumného šetření

Z hlediska osobnostní stránky žáků nelze jednoznačně určit, zda jsou žáci s obezitou více uzavření do sebe než žáci s dýchacím onemocněním. Kresebné testy svědčí spíše o opaku, tzn., že více žáků s obezitou jeví známky extravertizace oproti žákům s dýchacím onemocněním. Zdá se, že žáci s obezitou jsou přizpůsobivější, komunikativnější a ochotnější ke spolupráci než žáci s respiračním onemocněním, a k zadaným úkolům přistupují zodpovědněji. Také vykazují větší přehled o problematice životního stylu. Z takových výsledků by se dalo usoudit, že žáci s obezitou mají ty nejlepší předpoklady k vedení zdravého způsobu života. Jediný, ale závažný problém, který tomu brání, je pohodlnost některých obézních žáků, kterou sami přiznávají. Ta se sice nedá generalizovat u všech pozorovaných, ale zavádí nás opět

k problematice způsobu vedení a výchově v rodině, které jsou prvopočátkem konkrétních návyků v oblasti životosprávy. Tyto zaběhané způsoby si člověk obvykle přenáší z dětství do dospělosti, aniž by přemýšlel, zda jsou mu prospěšné či nikoliv. Právě v těch případech, kdy si dítě, ač nechtěně, osvojuje nesprávné návyky, považují roli dětských léčeben a základních škol při léčebnách za nezastupitelnou. Nabízí žákovi příležitost zažít pocit, že žít se dá i jinak, zdravěji a lépe, a ten je mu zároveň největší motivací.

Závěr

Teoretické studium diplomové práce je zacíleno na shrnutí odborných poznatků týkajících se dětské obezity, se zaměřením na její prevalenci, příčiny, komplikace, možnosti terapie a prevenci. Teorie dále pojednává o osobnostních rysech obézních žáků a specifikách výuky v základní škole při léčebně.

Praktická rovina směřuje k charakterizování žáků s obezitou v kontextu jejich vzdělávání, volnočasových aktivit a zájmů, dále k hlubšímu pochopení jejich prožívání a vlastností, které by mohlo pomoci v prevenci obezity. Praxe se zaměřuje také na zjištění informovanosti žáků o obezitě, jejich rizicích i možnostech prevence, dále na tvorbu výukového projektu jako součásti primární i sekundární prevence otylosti a jeho následné ověření v základní škole při léčebně.

Výzkumné šetření je realizováno v Základní škole při dětské léčebně v Luhačovicích. Výzkumný vzorek tvoří žáci Základní školy při dětské léčebně Luhačovice, kteří jsou rozděleni do dvou skupin. Do první skupiny spadají žáci s obezitou a žáci s respiračním onemocněním, se sklony k obezitě. Do druhé skupiny patří žáci s respiračním onemocněním. Metoda strukturovaného i polostrukturovaného rozhovoru se žáky se ukázala jako vhodná. Takto nasbíraná data jsou následně vyhodnocena pomocí metody kontrastů a srovnávání dvou uvedených skupin žáků.

Skutečností, že je globální pandemie dětské obezity alarmující, nasvědčuje i to, že se netýká pouze dětí školního, ale také předškolního věku (Hainer et al., 2011). V České republice je v současnosti 5-10 % obézních dětí, což by se mohlo zdát jako podružný problém ve srovnání s 50% výskytem otylosti u dospělé populace. Výstražný je ale životní styl, v jehož důsledku se za čtvrtstoletí počet obézních dětí v České republice zdvojnásobil (Marinov et al., 2011).

Podle Hainera et al. (2011) se výskyt dětské obezity různí v závislosti na věku, pohlaví a geografii. Uvádí, že roku 2006 se obezita v České republice vyskytovala u 4,3 % chlapců

a 4,7 % dívek ve věkové kategorii 5-18 let. Výsledky výzkumného šetření, realizovaného v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice, naznačují výskyt dětské obezity u chlapců i dívek v zastoupení věkové kategorie 1. i 2. stupně základní školy. Ukázalo se, že počet dívek oproti chlapcům je podstatně vyšší ve skupině žáků s obezitou, než ve skupině žáků s respiračními obtížemi. Otlých je 77 % dívek a 23 % chlapců. Respiračním onemocněním je ztíženo 54 % dívek a 46 % chlapců.

Podle Pařízkové a Lisé (2007) žáci s nadváhou preferují stolní hry či manuální činnosti, jako je modelování, hra se stavebnicí, tedy hry sedavého charakteru, vyžadující menší zátěž. Z výzkumného šetření vyplývá, že v oblasti zájmů a volnočasových aktivit, jsou žáci s obezitou obecně nakloněni i aktivitám dynamičtějšího charakteru. 46 % žáků, což je téměř polovina, preferuje mezi jinými zájmy právě sport. Jako nejoblíbenější druhy sportu jsou uváděny různá odvětví moderního tance a házená. 46 % žáků volí aktivity statictějšího charakteru jako výtvarná činnost, počítačové hry a četba. 8 % upřednostňuje dramatickou činnost. U šetřených žáků bylo zjištěno, že 77 % z nich má kladný vztah ke sportu.

Jak shrnuje Hainer et al. (2011), obézní netvoří osobnostně homogenní skupinu, pro kterou by byla typická určitá struktura. Výzkumné šetření dospělo ke stejnému zjištění, týkajícího se osobnostního profilu žáků, který nelze generalizovat.

Šonka et al. (1981) uvádí, že obézní žáci bývají ctižádostiví, jejich nedostatkem je tělesná pohodlnost až lenost. Toto tvrzení se shoduje s výsledky rozhovoru i nestandardizovaného pozorování žáků. Z hlediska aspirací si 85 % obézních žáků přeje udržovat konkrétní preventivní opatření i po odchodu z Dětské léčebny Luhačovice. Tito žáci mají velmi dobrý přehled o vhodných možnostech prevence, ale sami potvrzují, že absence režimu v domácích podmínkách je nenutí k dodržování zdravých návyků. Proto se motivace, v životě dětí s obezitou, jeví jako významná. Může být mocným nástrojem v rukou učitele, s jehož pomocí lze u žáků podnítit počáteční impulz k zahájení pozitivních změn v dodržování preventivních opatření obezity.

Diplomová práce, se v návaznosti na studium teoretické báze dětské obezity, snaží poukázat na problematiku žáků s obezitou a poskytnutí některých vhodných východisek pro pedagogickou praxi, zejména pak v oblasti somatopedie. Mimo jiné klade důraz na potřebu motivace v oblasti jednotlivých preventivních opatření, týkajících se pohybových, stravovacích či jiných režimových návyků. Na 1. stupni základních škol se tím myslí především budování kladného vztahu k pohybu v rámci tělesné, případně zdravotní tělesné výchovy. Nedílnou součástí je také zaměření se na kladný vliv edukace, orientující se na zdravý životní styl, u všech žáků. Jako ukázka může posloužit tvorba a realizace výukového

projektu na téma „Zdravý životní styl – obezita a její prevence“, k jehož přípravě významně přispělo shromažďování pedagogické dokumentace (Příloha 3 - 8).

Bylo zjištěno, že zařazování přednášek, besed či projektů v rámci obohacování výuky zaměřené na zdravý životní styl, je velmi ojedinělé. Proto lze doporučit, aby byla věnována větší pozornost této preventivně edukační činnosti v praxi škol běžného i somatopedického typu.

Seznam zkratk

BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
DEXA	Duální rentgenová absorpciometrie
FIT	Frequency, intensity, time (pravidlo frekvence, intenzity a času)
IOTF	International Obesity Task Force (Mezinárodní skupina boje proti obezitě)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

Seznam literatury a zdrojů

Literatura

ALTMAN, Z. *Test stromu. Příručka*. 1. vyd. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 1998. 140 s.

ČECHURA, R. a D. DVOŘÁKOVÁ. *Český jazyk pro 4. ročník*. 1. vyd. Liberec: Alter, 1996. 159 s. ISBN 80-85775-47-6.

DAŘÍLEK, P. a P. KUSÁK. *Kapitoly z pedagogické psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého; Praha: SPN, 1990. 162 s.

FOŘT, P. *Sport a správná výživa*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2002. 352 s. ISBN 80-249-0124-2.

GUTVIRTH, J. et al. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: SPN, 1980. 376 s.

HAINER, V. *Obezita*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. 120 s. ISBN 80-7254-384-9.

HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINEROVÁ, I. A. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009. 120 s. ISBN 978-80-7345-196-7.

HÁJKOVÁ, E. a V. KOČÁRKOVÁ. *Čeština pro 5. ročník ZŠ – pracovní sešit*. 1. vyd. Úvaly: Jinan, 1993. 80 s.

HILLS, A. P., KING N. A. a N. M. BYRNE. *Children, Obesity and Exercise*. 1. vyd. Oxon: Routledge, 2007. 172 s. ISBN 978-0-415-40884-4.

HOLOUŠOVÁ, D. a M. KROBOTOVÁ. *Diplomové a závěrečné práce*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 120 s. ISBN 80-244-1237-3.

- HORÁK, F. a M. CHRÁSKA. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého; Praha: SPN, 1989. 169 s.
- HRABAL, V. *Sociální psychologie pro učitele. Vybraná témata*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova; Karolinum, 2003. 128 s. ISBN 80-246-0436-1.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 176 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JEŘÁBEK, J., TUPÝ, J. et al. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2005. 95 s.
- KÁBELE, F., E. KOLLÁROVÁ, J. KOČÍ a J. KRACÍK. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova; Karolinum, 1993. 244 s. ISBN 80-7066-533-5.
- KOLLÁROVÁ, E. *Somatopédia pre učiteľov*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1991. 156 s. ISBN 80-233-0451-4.
- KYTNAROVÁ, J. *Obezita v dětském věku. Obesity NEWS – noviny pro prevenci a léčbu obezity*. 2011, č. 7, s. 1.
- MÁLKOVÁ, I. a F. D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0.
- MARINOV, Z. et al. *S dětmi proti obezitě*. 1. vyd. Praha: IFP, 2011. 108 s. ISBN 978-80-87383-07-0.
- MARINOV, Z. a D. PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-4210-6.
- MASTNÁ, B. *Nadváha a obezita. Proč a jak tloustneme – boj s obezitou*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 48 s. ISBN 80-7254-067-X.

MATOULEK, M. Léčba obezity v praxi. *Obesity NEWS – noviny pro prevenci a léčbu obezity*. 2012, č. 1, s. 6.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NELEŠOVSKÁ, A. a H. SPÁČILOVÁ. *Didaktika primární školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 256 s. ISBN 80-244-1236-5.

OŠANCOVÁ, K. a S. HEJDA. *Problém otýlosti u obyvatelstva*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 128 s.

PAŘÍZKOVÁ, J. a L. LISÁ et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2007. 240 s. ISBN 978-80-7262-466-9 (Galén). ISBN 978-80-246-1427-4 (Karolinum).

PASTUCHA, D. et al. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.

POSPÍCHAL, J. *Jaro* [omalovánky]. Přerov: MFP paper, [2012]. 16 s.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVOVÁ, E. et al. *100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 978-80-247-0952-9.

SVACHINA, Š. *Obezita a psychofarmaka*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 136 s. ISBN 80-7254-253-2.

SVACHINA, Š. *Hypertenze při obezitě a diabetu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 136 s. ISBN 80-7254-911-1.

ŠVAČINA, Š. a A. BRETŠNAJDROVÁ. *Cukrovka a obezita*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 252 s. ISBN 80-85912-58-9.

ŠIMSOVÁ, J. a M. STRAKOVÁ. *Cvičení pro obézní děti*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1972. 121 s.

ŠONKA, J. et al. *Boj proti otylosti cvičením a dietou*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1981. 260 s.

ŠTAIFOVÁ, A. *Otužování dětí*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 136 s.

TOMKOVÁ, E. Hubeným vstup zakázán. *Psychologie DNES*. 2012, č. 2, s. 33. ISSN 1212-9607.

TROJAN, S. et al. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.

VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.

Internetové zdroje

AKTIN. Obezita – nemoc nebo životní styl? *Actine.cz* [online]. ©2010 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.aktin.cz/clanek/1465-obezita-nemoc-nebo-zivotni-styl>

ALTMAN, Z. Test stromu [online]. ©2012 [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: http://www.zdenekaltman.cz/files/projektivnimetody/test_stromu.php

ANAMNEZA. Jaterní steatóza. *anamneza.cz* [online]. ©2003 – 2012 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/Jaterni-steatoza/nemoc/362>

CENTRUM PSYCHOTERAPIE. Kognitivně-behaviorální terapie. *Webnode.cz* [online]. ©2010 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.centrumpsychoterapie.cz/pouzivane-metody/kognitivne-behavioralni-terapie/>

ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů (školský zákon). In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262-10324. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 503-508. Dostupný také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>

DIETOLOGIE. Prevence obezity. *dietologie.wz.cz* [online]. ©2007 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://dietologie.wz.cz/prevence.htm#prev01>

DIVOKÁ, J., MÁLKOVÁ I. a J. PÍCHOVÁ. Hravě žij zdravě. *Příručka pro dětské praktické lékaře a zdravotnický personál z roku 2008*. [online]. [cit. 2013-02-04]. Dostupná z: http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=73

Dětská obezitologie [online]. ©2007 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/clanky/zdrave-hubnuti/detska-obezitologie/>

EXTRAFIT. Vymlouvat se na geny obezity může jen 5 % lidí. *ExtraFit.cz* [online]. ©2013 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.extrafit.cz/vymlouvat-se-na-geny-obezity-muze-jen-5-lidi.html>

GOJOVÁ, M. Lázeňská léčba obezity – historie, současnost a perspektivy. *ZDN.cz* [online]. ©2009 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lazenska-lecba-obezity-historie-soucasnost-a-perspektivy-145826>

HLADNÁ, H. Prevence obezity u dětí. *ZDN.cz* [online]. ©2013 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-obezity-u-deti-458225>

HLAVATÁ, K. Zelenina je pro hubnoucí nepostradatelná. *Obesity news: noviny pro prevenci a léčbu obezity* [online]. 2007, roč. 1, č. 10 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.obesitynews.cz/?pg=clanek&id=40>

KYTNAROVÁ, J. et al. PED/10 Obezita u dětí. *Standard léčebného plánu z května 2011* [online]. [cit. 2013-01-13]. Dostupný z: http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf

Lázeňská léčba dětí [online]. [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: http://www.lazneluhacovice.cz/cz/deti_lecba.php

MEDICABAZE. Obezita u dětí. *Medicabaze.cz* [online]. ©2007 [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&termId=3050&tname=Obezita+u+d%C4%9Bt%C3%AD

Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize aktualizovaná druhá verze k 1.1.2012 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelarni-ca>

Metabolická onemocnění [online]. [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: <http://www.i-lekarna.cz/kategorie/metabolicka-onemocneni/#read>

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf

RYDLOVÁ, J. Luhačovice pro děti. *Lázeňské listy* [online]. 2012, roč. 16, č. 1 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://www.lazneluhacovice.cz/obr/listy/lazenske-listy-2012-1.pdf>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Hodnocení růstu a vývoje dětí a mládeže. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/rustove-grafy>

Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Luhačovice: Základní škola při dětské léčebně Luhačovice, 2007. [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: http://www.zslecluh.zlinedu.cz/dokumenty_soubory/svp.doc

VITALION. Steatóza jater. *Vitalion.cz* [online]. ©2009 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/steatoza-jater/>

ŽIJ ZDRAVĚ. Obezita u dětí. *Zijzdrave.cz* [online]. ©2009 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-u-deti/zjistete-v-tabulkach-jak-je-na-tom-vase-dite/>

Seznam obrázků

Obrázek 4: Percentilový graf BMI u dívek pro věkovou kategorii 0 - 18 let, používaný v České republice

Obrázek 2: Percentilový graf BMI u chlapců pro věkovou kategorii 0 - 18 let, používaný v České republice

Obrázek 3: Pyramida výživy

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 2: Výsledky polostrukturovaného rozhovoru u žáků v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Graf 1: Zastoupení dívek a chlapců s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 2: Preferované zájmy u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 3: Oblíbenost sportu u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 4: Oblíbené vyučovací předměty v kmenové škole u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 5: Obliba tělesné výchovy v kmenové škole u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 6: Hodnocení třídního kolektivu v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáky s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 7: Oblíbené vyučovací předměty v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice u žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 8: Nejčastější aspirace žáků s obezitou a s onemocněním respiračního charakteru se sklony k obezitě

Graf 9: Zastoupení dívek a chlapců s onemocněním respiračního charakteru

Graf 10: Preferované zájmy u žáků s respiračním onemocněním

Graf 11: Oblíbenost sportu u žáků s respiračním onemocněním

Graf 12: Oblíbené vyučovací předměty v kmenové škole u žáků s respiračním onemocněním

Graf 13: Obliba tělesné výchovy v kmenové škole u žáků s respiračním onemocněním

Graf 14: Hodnocení třídního kolektivu v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáky s respiračním onemocněním

Graf 15: Oblíbené vyučovací předměty v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice žáků s respiračním onemocněním

Graf 16: Nejčastější aspirace žáků s onemocněním respiračního charakteru

Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor

Příloha 2: Denní režim a program v Miramonti

Příloha 3: Pedagogická dokumentace - provoz a vnitřní režim Základní školy při dětské léčebně Luhačovice

Příloha 4: Pedagogická dokumentace – učební plán při dvou a třech vyučovacích hodinách denně v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Příloha 5: Pedagogická dokumentace – režim školní družiny v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Příloha 6: Pedagogická dokumentace – mluvnická cvičení do jazyka českého

Příloha 7: Pedagogická dokumentace – příprava učitele k projektovému vyučování

Příloha 8: Pedagogická dokumentace - ukázka jednotlivých aktivit uskutečněných v rámci projektu „Zdravý životní styl – prevence obezity“ v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice

Příloha 9: Projektivní kresby žáků Základní školy při dětské léčebně Luhačovice

Příloha 1

ROZHOVOR

1. Datum vedení řízeného rozhovoru:

2. Pohlaví: dívka – chlapec

3. Ročník:

4. Žák již někdy absolvoval pobyt v dětské léčebně: a) v Luhačovicích

b) jiné:

c) neabsolvoval

5. Během pobytu žáka v Dětské léčebně Luhačovice jej zákonní zástupci doprovází:

a) po celou dobu pobytu

b) po částečnou dobu pobytu

c) nedoprovází

6. Druh kmenové školy:

a) základní škola

b) víceleté gymnázium

c) speciální základní škola:

- základní škola pro zrakově postižené
- základní škola pro sluchově postižené
- základní škola pro hluchoslepé
- základní škola pro tělesně postižené
- základní škola logopedická
- základní škola praktická
- základní škola speciální
- základní škola pro žáky se specifickými poruchami učení
- základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování

7. Vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu v kmenové škole: ano – ne

Dále je rozhovor strukturován podle těchto okruhů:

ZÁJMY ŽÁKA

KMENOVÁ ŠKOLA

ZÁKLADNÍ ŠKOLA PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

ŽÁKOVA SEBEREFLEXE Z HLEDISKA POBYTU V DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

ZÁJMY ŽÁKA

8. Věnuješ se některému z uvedených zájmů:

a) **Ne**

b) **Ano:** sport – hudba - dramatická činnost – výtvarná činnost - rukodělné činnosti – technika – příroda – jiný:.....

9. Navštěvuješ základní uměleckou školu?

a) **Ne**

b) **Ano:**

- hra na hudební nástroj:.....
- zpěv
- dramatická činnost
- výtvarná činnost
- jiná:.....

10. Sportuješ rád(a)?

- a) Ne
- b) Ano

KMENOVÁ ŠKOLA

11. Navštěvuješ základní školu s určitým zaměřením?

- a) Ne
- b) Ano:

- jazyková
- matematická
- sportovní
- výtvarná
- hudebně založená
- jiná:.....

- Je tak zaměřena i třída, kterou navštěvuješ? Ano – Ne

12. Který vyučovací předmět tě nejvíce baví?

jazyk český – matematika – prvouka (přírodověda, vlastivěda) – tělesná výchova – výtvarná výchova – hudební výchova – jiný:.....

13. Účastníš se v základní škole tělesné výchovy:

- a) běžné
- b) běžné, s částečným osvobozením lékařem od:.....
- c) zdravotní
- d) neúčastním se, plně osvobozený(á)

14. Máš rád(a) vyučovací předmět tělesná výchova (popř. zdravotní tělesná výchova)?

- a) Ne
- b) Ano

15. Které aktivity v tělesné výchově preferuješ?

gymnastika – atletika - pohybové hry – sportovní hry - úpolové hry – plavání – jiné:.....

16. Učili jste se někdy ve škole o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita)?

- a) Ne
- b) Ano: Které z výše uvedených oblastí jste se věnovali?.....
Ve kterém vyučovacím předmětu?.....

17. Měli jste někdy na toto téma přednášku, besedu, program prevence, projekt?

- a) Ne
- b) Ano

- Používali jste počítač k vyhledávání informací o zdravém životním stylu?
Ano - Ne

18. Pokud by ses chtěl(a) poradit na toto téma, máš ve škole možnost? Existuje ve škole poradenské centrum, případně, víš, koho ze zaměstnanců školy bys mohl(a) oslovit?

- a) Ne
- b) **Ano, mám možnost**
 - školní psycholog
 - školní speciální pedagog
 - školní metodik prevence
 - výchovný poradce
 - jiný pedagogický pracovník:.....
 - jiný pracovník školy:.....

ZÁKLADNÍ ŠKOLA PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

19. Výuka v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice se ti oproti kmenové škole líbí:

- a) více
- b) stejně
- c) méně

20. Máte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice dobrý kolektiv?

- a) Ne
- b) **Ano**

- **Považuješ zdejší třídní atmosféru oproti kmenové škole za:**
lepší – stejnou - horší
- **Kam by ses zařadil(a) v třídním kolektivu dětí v ZŠ při dětské léčebně:**
vůdčí typ – žák v nevýrazné pozici („střed třídy“) – samotář – ochránce – rádce – vtipálek – jiný:.....

21. Využíváš schránku důvěry zřízenou v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice?

- a) Ne
- b) **Ano**

22. Který vyučovací předmět tě v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice nejvíce baví?

jazyk český – matematika – prvouka (přírodověda, vlastivěda) – jiný:.....

23. Chybí ti zde některý z vyučovacích předmětů?

- a) Ne
- b) **Ano:.....**

24. Zažil(a) jsi zde něčím zpestřenou výuku?

- a) Ne
- b) **Ano:** projektový den – beseda – přednáška – jiné:.....
 - **Týkalo se to také zdravého životního stylu? Ano - Ne**

25. Učili jste se o zdravém životním stylu (lidské tělo, obezita, stravování, režim dne, sport a pohybová aktivita...)?

a) Ne

b) Ano: Ve kterém vyučovacím předmětu?.....

26. Dostáváte v Základní škole při dětské léčebně Luhačovice domácí úkoly?

a) Ne

b) Ano: Pomáhá vám s nimi někdo?.....

27. Máš k dispozici počítač?

a) Ne

b) Ano: Používáš počítač ke kontaktu s:

- paní učitelkou, panem učitelem z kmenové školy
- spolužákem z kmenové školy
- rodinou
- kamarády mimo školu
- nepoužívám ke kontaktu, pouze pro vlastní zájem (hry, získávání informací v oblasti zájmů,...)

ŽÁKOVA SEBEREFLEXE Z HLEDISKA POBYTU V DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

28. Objevil(a) jsi zde něco nového – zájem, činnost, vztah s kamarádem,..., v čem bys rád(a) pokračoval(a)?

29. Je něco, co bys chtěl(a) změnit vzhledem ke zlepšení svého životního stylu po zdejším pobytu?

a) zdravěji se stravovat

b) více sportovat

c) dodržovat i doma denní režim, který je zaveden v léčebně

d) chodit častěji do přírody

e) pokračovat v zájmech, které jsem zde objevil(a)

f) pokračovat v přípravě do školy, která je zavedena v léčebně

g) nic z výše uvedeného

Příloha 2

DENNÍ REŽIM A PROGRAM V MIRAMONTI

DENNÍ REŽIM V MIRAMONTI

6.30h.	budíček, měření tělesné teploty
6.45 – 7.15h	měření periferních funkcí, ranní hygiena, podání ranních léků, o víkendu vážení, ranní chůze, skoliózy
7.15h	ranní vizita
7.50h	snídaně, po snídani lékové inhalace a výtěry krku
8.00 – 10.00h	škola nebo první část procedur (inhalace, tělocvik, individuální tělesná výchova)
10.00h	svačina
10.00 12.50h	škola nebo první část procedur (inhalace, tělocvik, individuální tělesná výchova)
12.50h	oběd
13.15 – 15.00h	polední klid, rozdání poledních léků, škola, družiny, léková inhalace
15.00h	svačina
15.15 – 17.00h	koupele, vycházka
17.00h	měření večerní tělesné teploty, zápis vycházek a procedur
17.15 – 18.00h	hygiena, rozdání večerních léků, osobní volno
18.00h	večeře
18.15 – 20.00h	večerní program podle rozpisu na nástěnce
20.00h	návrat na pokoje, podání nočních léků a mastí
21.00h	večerka – do 15 let
21.30h	večerka – od 15 let

DENNÍ PROGRAM V MIRAMONTI

➤ **6.30 BUDÍČEK**

měření teploty (sestra rozdává teploměry; s teploměrem ležíme v posteli; pokud jej někdo rozbije, platí se 20Kč,

po změření teploty si teploměry sestra sama posbívá)

měření fyziologických funkcí, sestra nahlásí jména dětí, které mají jít na vizitu

podání ranních léků (sestra jezdí s vozíkem po pokojích, každý si přinese kelímek s vodou na zapití, přednost má ten, kdo jde na vizitu nebo na ranní chůzi)

hygiena, úklid pokoje (každý si uklidí své věci, ustele vsi postel, ve středu se vyklízejí poličky),

příprava věcí a školních pomůcek (na inhalace si všichni nosí kapesníky a děvčata gumičky do vlasů), aktovky a batohy do školy si rovnáme ráno před odchodem na snídani – na chodbu

➤ **7.50 SNÍDANĚ** (po snídani se v ordinaci podávají naordinované lékové inhalace a výtěry krku)

➤ **8.15 – 10.00 ŠKOLA** nebo **PROCEDURY** (inhalace, tělocvik, individuální tělocvik podle rozpisů na nástěnce, ve volném čase sledování televize, hry v klubovně nebo venku na hřišti)

➤ **10.00 SVAČINA**

➤ **10.15 – 12.50 ŠKOLA** nebo **PROCEDURY** (inhalace, tělocvik, individuální tělocvik podle rozpisů na nástěnce, ve volném čase je možná výtvarná výchova, video, v létě pobyt na hřišti nebo vycházka)

➤ **12.50 OBĚD**

➤ **13.15 – 15.00** rozdání poledních léků (přednost má ten, kdo jde do školy, družiny nebo tělocvik), případně lékové inhalace, **POLEDNÍ KLID** nebo **ŠKOLA, TĚLOCVIK** (ploché nohy) a **DRUŽINA**, příprava na vycházku nebo na koupele

➤ **15.00 SVAČINA**

➤ **15.15 – 17.00 VYCHÁZKA** nebo **KOUPELE** – po, st a čt (uhličitě koupele), út a pá (přísadové koupele) – na nástěnce u vašeho jména je

vždy napsaný typ koupele, je možný pobyt na hřišti, v létě u bazénu, kulturní program

- **17.00 – 18.00** měření tělesné teploty, podávání večerních léků, sprchování, vybírání špinavého prádla (prádlo se vybírá v po a út, při odevzdávání prádla nesmí být žádné věci v kapsách!), večerní vizita
- **18.10 VEČEŘE**
- **18:30 – 20.00 VEČERNÍ PROGRAM** (podle rozpisu na nástěnce vedle jídelny, 2x týdně doučování a příprava do školy, sportovní nebo výtvarný kroužek, videoprogram, diskotéka,...)
- **20.00 – 21.00 PŘÍCHOD NA POKOJE**
podání léků před spaním,
hygiena, sprchování, příprava věcí na další den, televize
- **21.00 VEČERKA** (do 15ti let)
- **21.30 VEČERKA** (nad 15 let)

DENNÍ PROGRAM V MIRAMONTI

➤ **6.30 BUDÍČEK**

měření teploty (sestra rozdává teploměry; s teploměrem ležíme v posteli; pokud jej někdo rozbije, platí se 20Kč,
po změření teploty si teploměry sestra sama posbívá)
měření fyziologických funkcí, sestra nahlásí jména dětí, které mají jít na vizitu
podání ranních léků (sestra jezdí s vozíkem po pokojích, každý si přinese kelímek s vodou na zapití, přednost má ten, kdo jde na vizitu nebo na ranní chůzi)
hygiena, úklid pokoje (každý si uklidí své věci, ustele vsi postel, ve středu se vyklízejí poličky),
příprava věcí a školních pomůcek (na inhalace si všichni nosí kapesníky a děvčata gumičky do vlasů), aktovky a batohy do školy si rovnáme ráno před odchodem na snídani – na chodbu

➤ **7.50 SNÍDANĚ** (po snídani se v ordinaci podávají naordinované lékové inhalace a výtěry krku)

➤ **8.15 – 10.00 ŠKOLA** nebo **PROCEDURY** (inhalace, tělocvik, individuální tělocvik podle rozpisů na nástěnce, ve volném čase sledování televize, hry v klubovně nebo venku na hřišti)

➤ **10.00 SVAČINA**

➤ **10.15 – 12.50 ŠKOLA** nebo **PROCEDURY** (inhalace, tělocvik, individuální tělocvik podle rozpisů na nástěnce, ve volném čase je možná výtvarná výchova, video, v létě pobyt na hřišti nebo vycházka)

➤ **12.50 OBĚD**

➤ **13.15 – 15.00** rozdání poledních léků (přednost má ten, kdo jde do školy, družiny nebo tělocviku), případně lékové inhalace, **POLEDNÍ KLID** nebo **ŠKOLA, TĚLOCVIK** (ploché nohy) a **DRUŽINA**, příprava na vycházku nebo na koupele

➤ **15.00 SVAČINA**

➤ **15.15 – 17.00 VYCHÁZKA** nebo **KOUPELE** – po, st a čt (uhličité koupele), út a pá (přírodové koupele) – na nástěnce u vašeho jména je vždy napsaný typ koupele, je možný pobyt na hřišti, v létě u bazénu, kulturní program

- **17.00 – 18.00** měření tělesné teploty, podávání večerních léků, sprchování, vybírání špinavého prádla (prádlo se vybírá v po a út, při odevzdávání prádla nesmí být žádné věci v kapsách!), večerní vizita
- **18.10 VEČEŘE**
- **18:30 – 20.00 VEČERNÍ PROGRAM** (podle rozpisu na nástěnce vedle jídelny, 2x týdně doučování a příprava do školy, sportovní nebo výtvarný kroužek, videoprogram, diskotéka,...)
- **20.00 – 21.00 PŘÍCHOD NA POKOJE**
podání léků před spaním,
hygiena, sprchování, příprava věcí na další den, televize
- **21.00 VEČERKA** (do 15ti let)
- **21.30 VEČERKA** (nad 15 let)

Příloha 3

PEDAGOGICKÁ DOKUMENTACE - PROVOZ A VNITŘNÍ REŽIM ZÁKLADNÍ ŠKOLY PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

Vyučovací doba pro Miramonti:

I. vyučovací blok – nástup žáků do školy v 8:15 hodin

1. hodina	8.20 – 9.05
2. hodina	9.15 – 9.55

II. vyučovací blok – nástup žáků do školy v 10.10 hodin

1. hodina	10.15 – 11.00
2. hodina	11.10 – 11.55
3. hodina	12.05 – 12.45

III. odpolední vyučování – nástup žáků ve 13.25 hodin

1. hodina	13.30 – 14.10
2. hodina	14.20 – 15.00

Vyučovací doba pro Vítkov:

nástup žáků do školy v 8.10 hodin

1. hodina	8.10 – 8.50
2. hodina	9.00 – 9.40

Příloha 4

PEDAGOGICKÁ DOKUMENTACE - UČEBNÍ PLÁN PŘI DVOU A TŘECH VYUČOVACÍCH HODINÁCH DENNĚ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

Učební plán¹

a) při dvou vyučovacích hodinách denně – pracoviště Vítkov, Miramonti

Předmět:	1.-2.r.	3.r.	4.r.	5.r.
ČJ a literatura	6	4	3	4
Cizí jazyk	-*	1	2	2
Prvouka	1	2	-	-
Přírodověda	-	-	1	1
Vlastivěda	-	-	1	1
Matematika	3	3	3	2
Celkem	10	10	10	10

Pozn.: výuka cizího jazyka podle požadavků kmenové školy

b) při třech vyučovacích hodinách denně – pracoviště Vítkov, Miramonti

Předmět	1.-2.r.	3.r.	4.r.	5.r.	6.r.	7.r.	8.r.	9.r.
ČJ a literatura	8	7	6	4	4	4	4	4
Cizí jazyk	-	1	2	2	2	2	2	2
Prvouka	2	2	-	-	-	-	-	-
Vlastivěda	-	-	1	2	-	-	-	-
Dějepis	-	-	-	-	1	1	1	1
Zeměpis	-	-	-	-	1	1	1	1
Matematika	4	4	4	4	4	4	3	3
Přírodověda	-	-	1	2	-	-	-	-
Přírodopis	-	-	-	-	1	1	1	1
Fyzika	-	-	-	-	1	1	1	1
Chemie	-	-	-	-	-	-	1	1
Disponibilní hodina	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkem	15	15	15	15	15	15	15	15

¹ Informace o učebním plánu ZŠ při dětské léčebně Luhačovice jsou uvedeny ve Školním vzdělávacím programu pro základní vzdělávání Základní školy při dětské léčebně Luhačovice – dostupném z www.zslecluh.zlínedu.cz

Poznámky k UP:

- úprava učebního plánu podle režimu léčebny
- léčebna - kombinace variant a + b
- počet vyučovacích hodin týdně může být v rámci rozpětí 10 - 15
- dosavadní názvy předmětů ponechány
- využití disponibilní hodiny diferencovaně podle možností školy (výuka Vv, Pv, Inf, Ov)
- integrované vzdělávací obory (předměty) v kmenové škole jsou v naší škole vyučovány podle našeho učebního plánu při zachování mezipředmětových vztahů

Příloha 5

PEDAGOGICKÁ DOKUMENTACE - REŽIM ŠKOLNÍ DRUŽINY V ZÁKLADNÍ ŠKOLE PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE

Provoz školní družiny pondělí až pátek

13:00 – 13:30 organizační záležitosti, individuální práce s dětmi

13:30 – 14:50 řízené a spontánní činnosti, příprava na vyučování

14:50 – 15:15 svačina, příprava na vycházku

15:15 – 17:00 vycházka, pobyt v přírodě

17:00 – 17:50 individuální využití internetu pro komunikaci s rodinou,
školou a kamarády

Příloha 6

PEDAGOGICKÁ DOKUMENTACE - MLUVNICKÁ CVIČENÍ DO JAZYKA ČESKÉHO

Doplň i, í/y, ý

B_l krásný velikonoční den. Všichni kluci ze vs_ brz_ vstal_, popadl_ tatary a utíkal_ za děvčaty. I malého Přem_sla mam_nka vyprovázela na cestě do vs_. Na mez_ch už voněl_ první fialky. Vrabci cvrlikal_ a kos_ zpíval_. Luční koníci vykukoval_ a komáři tancoval_ na pomezním kameni.

Doplň i, í/y, ý

Dva kamarádi ze sousedstv_ – B_voj a L_bor, si hrál_ bl_zko starého ml_na. Vyhloubil_ si v zem_ důlek a rozhodl_ se, že si zahrají kul_čky. Počas_ jim přálo. Keře kvetl_ a voněl_ do daleka.

Doplň i, í/y, ý

B_l první jarní den. Kup_ sněhu se ještě povaloval_ po mez_ch, ale staré vrb_ už se zelenal_. Také sněženky a petrkl_če si vesele rostl_. Navečer, když se stm_valo, letěl_ nad našimi chalupam_ vrány. Společně jsme jim zamával_ a rozloučil_ se tak s vránam_ i se z_mou. I náš pes M_ša na ně zav_l.

Doplň i, í/y, ý

Děti si hrál_ u bab_čky za vs_. Dívky v_l_ věnečky z pampel_šek. Franta p_skal na p_šťalku. Ostatní kluci se houpal_ na houpačce. Chlapci chtěl_ pohoupat také babiččina psa. Ten se ale bál, až se mu dráp_ zarýval_ do dřeva. Když zvony na v_žce kostela odb_jel_ šestou hodinu, děti musel_ domů k večeři.

Doplň i, í/y, ý

Když koně dooral_ sousedovo pol_čko, zvesela zařehtal_. Pep_k si povzdechl: „Kéž by i moje dřevěné koně uměl_ tak řehtat.“ Tou dobou kvetl_ jabloně a včel_ v nich hlas_tě bzučel_. Zdálo se, že se v dálce začíná bl_skat. Vlaštovky se slétával_ a mraky se stahoval_ na déšť.

Doplň i, í/y, ý/a

Brz_čko ráno si Honz_k s mam_nkou a psem Punt'ou vyšl_ na procházku. V trávě se ještě třp_til_ kapky ros_ jako drahokam_. Housata se batolil_ okolo matky hus_. Ale i komáři už poletoval_. Honz_k se ptá: „Mami, m_slíš, že v lesích už porostou hřib_ a jiné houb_?

Příloha 7

PEDAGOGICKÁ DOKUMENTACE - PŘÍPRAVA UČITELE K PROJEKTOVÉMU VYUČOVÁNÍ

(Podlé této přípravy byla autorkou práce zrealizovaná výuka dne 18. 6. 2012)

Základní škola při léčebně Luhačovice

Ročník: 4., 5. ročník

Počet žáků: 5

Téma: „Zdravý životní styl - obezita a její prevence“

Předmět: Jazyk český

Výukový cíl:

Hlavním cílem je, aby se žáci uměli orientovat v pojmech „zdravý životní styl“ a „obezita“, aby dokázali vysvětlit jejich význam, navrhnout konkrétní příklady způsobů prevence obezity, ale i následků obezity, porovnat dnešní životní styl a jeho následky s životním stylem našich babiček (prababiček).

Dílčím cílem je správně gramaticky doplnit a zdůvodnit pravopisné jevy týkající se shody přísudku s podmětem, skloňování podstatných jmen, vyjmenovaných slov, vysvětlit význam konkrétních rčení a popletená rčení opravit, vlastními slovy interpretovat přečtený text a přiřadit jej k odpovídajícímu obrázku.

Úvodní část - seznámení se s žáky, jejich obeznámení s účelem, tématem i obsahem projektového vyučování, motivace:

1) Doplnění do tajenky na tabuli (10 min.) – učitel čte slovní spojení s vynechanými i,í/y,ý (uč. Český jazyk Alter 4, str. 122/cv.1, 2), za každé správné doplnění učitel žákovi napoví písmeno, to žák doplní do následujícího chybějícího políčka tajenky, s postupným odkrýváním slov mohou žáci zkusit hádat konec tajenky:

J E Z D O P O L O S Y T A,

P I J D O P O L O P I T A

+ vysvětlení významu, důležitosti střídmosti, kvalitního výběru a pravidelnosti stravy

Pozn.: před aktivitou společné zopakování gramatických pravidel

Hlavní část

2) Text doplněný obrázkem (15 min.) – každý žák obdrží originální text s vynechanými pravopisnými jevy. Žák si text samostatně doplní, poté následuje postupné hlasité čtení žáků s odůvodněním a společná kontrola. V průběhu kontroly učitel rozmístí karty s obrázky² na volnou lavici. Každý obrázek odpovídá konkrétnímu úryvku. Úkolem žáků je vybrat obrázek příslušející k jejich textu a pokusit se o časové zařazení děje na obrázku. Následuje společná diskuse o srovnání dnešního způsobu života a stylem života našich babiček či prababiček, společné zodpovězení otázek typu: „Jak si děti dříve hráli?“, „Hrajeme si takovým způsobem i dnes?“, „Proč netrávíme více času venku?“ Žili lidé dříve zdravěji?“. Žáci jsou vedeni k uvědomění si negativ, ale i pozitiv ve vedení způsobu života, který skýtá dnešní doba.

² Obrázky pochází z omalovánek Jaro od Josefa Pospíchala (viz. Literatura)

3) Hodnotné a méně hodnotné potraviny (15 min.) – jedná se o aktivitu na způsobu hry „lov rybiček“. Na ohraničeném úseku jsou rozprostřeny obrázky zdravých potravin a potravin, které je nutno omezovat. Tyto repliky jsou opatřeny kancelářskými sponkami. Každý žák obdrží jednu udici. Úkolem každého „rybáře“ je vylovit jednu potravinu, na jejíž zadní straně nalezne zadání pravopisného jevu. Při jeho správném vyřešení žák rozhodne, zda potravina patří na „zdravý“ nebo „nezdravý“ talíř. Žáci se postupně střídají a podílí se na hromadné kontrole, odůvodnění, vysvětlení společně s vyučujícím.

Závěrečná část

4) Popletená rčení (5 min.) - učitel ve zbývajícím čase rozdá každému žákovi pracovní list s popletenými rčeními - cvičení z Češtiny pro 5. ročník ZŠ – pracovní sešit (HÁJKOVÁ, 1993, s. 17). Žáci je přepisují na správná znění. Pracují samostatně nebo ve dvojicích. Učitel aktivitu ukončí společnou kontrolou a objasněním neznámých přísloví. Přiblížení jejich významu na zdravém způsobu života. Zhodnocení hodiny.

Předmět: Přírodověda

Výukový cíl: Výukovým cílem je posoudit důležitost zdravého stravování a pohybové aktivity jako hlavních preventivních opatření obezity. Rozlišit vhodné a méně vhodné potraviny i druhy sportů a uvést konkrétní příklady, doplnit potravinovou pyramidu, navrhnout a sestavit vhodný denní jídelníček, vyvodit obecné závěry týkající se zdravého způsobu života.

Úvodní část – uvedení do diskuse: „Co tedy můžeme dělat proto, abychom předešli obezitě?“ – zdůraznění významu stravy a pohybu.

1) Potravinová pyramida (10 min.) - rozdělení potravin podle doporučeného zastoupení jejich složek v denních porcích, žáci podle předem vysvětlené problematiky třídí a nalepují jednotlivé fotografie potravin do příslušných stupňů pyramidy.

Hlavní část

2) Sestavování jídelníčku (20 min.) – na základě předchozího úkolu si každý žák promyslí a sestaví jídelníček na jeden den, aby byly dodrženy zásady zdravého stravování. Aktivita je zakončena prezentací všech jídelníčků.

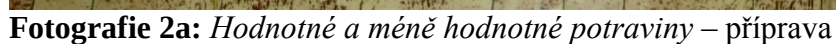
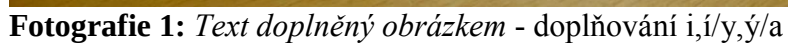
3) Zdravé X nezdravé aktivity (5 min.) – diskuse na téma vhodných aktivit pro udržení tělesné kondice s ohledem na šetření kloubů apod., doporučené sporty pro začínající apod. ve srovnání s nevhodnými aktivitami.

Závěrečná část

4) Kvíz (10 min.) – učitel má zásobník tvrzení souvisejících s životním stylem, jednotlivá tvrzení deklamuje žákům, a ti mají rozhodnout, zda se jedná o pravdu či nepravdu:

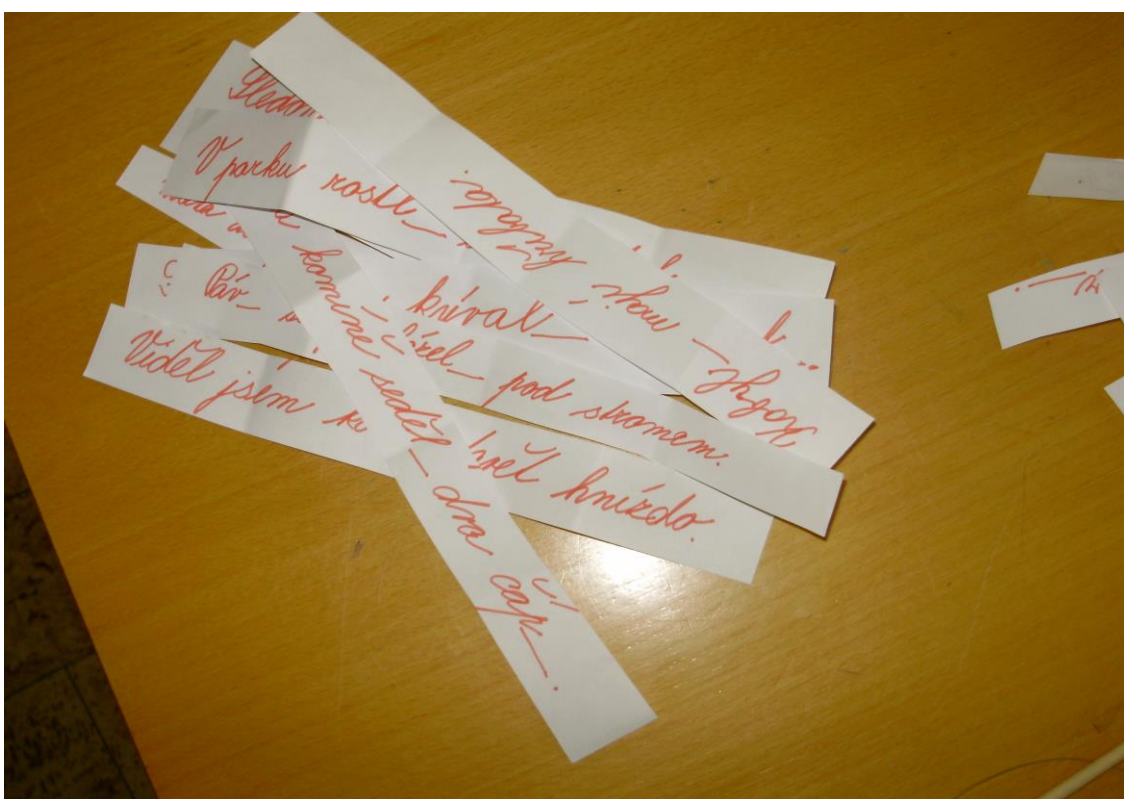
- Nesnídat je zdravé.
- K nejzdravějším sportům patří plavání a jízda na kole.
- Jíst před spaním není zdravé.
- Otužovat se můžeme i saunováním.
- Sladkosti ve svém jídelníčku omezujeme.
- Největší porce bychom měli jíst večer.

Kvíz reflektuje vyučovací hodinu, následuje jeho vyhodnocení, připomínky a dotazy žáků, zhodnocení projektu ze strany žáků i vyučujícího.

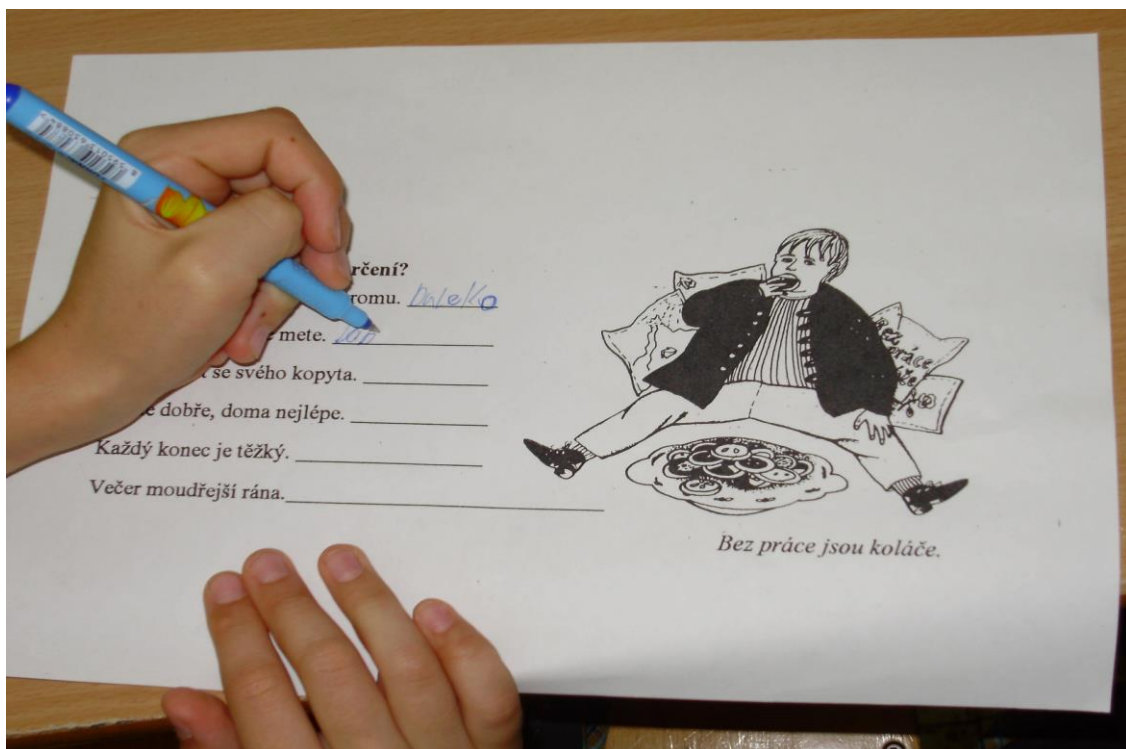




Fotografie 2b: Hodnotné a méně hodnotné potraviny – „výlov potravin“



Fotografie 2c: Hodnotné a méně hodnotné potraviny – zodpovězené mluvnické úkoly



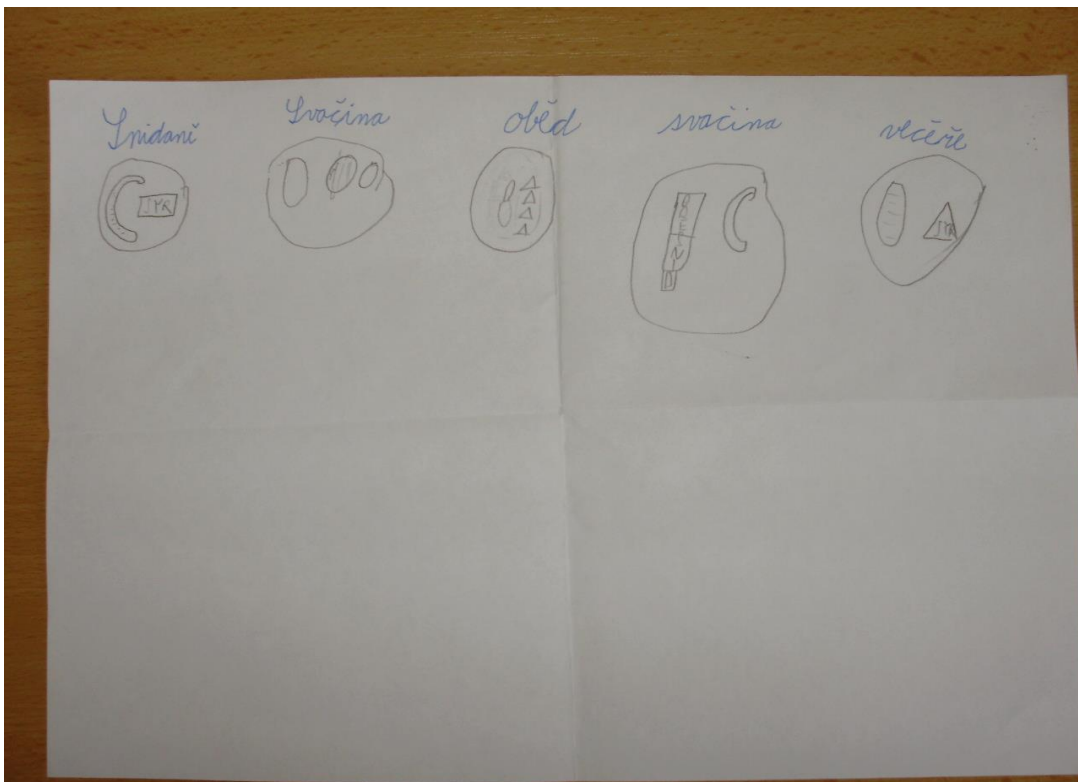
Fotografie 3: Popletená rčení



Fotografie 4a: Potravinová pyramida – žáci třídí obrázky potravin



Fotografie 4b: Potravinová pyramida – žáci nalepují obrázky potravin



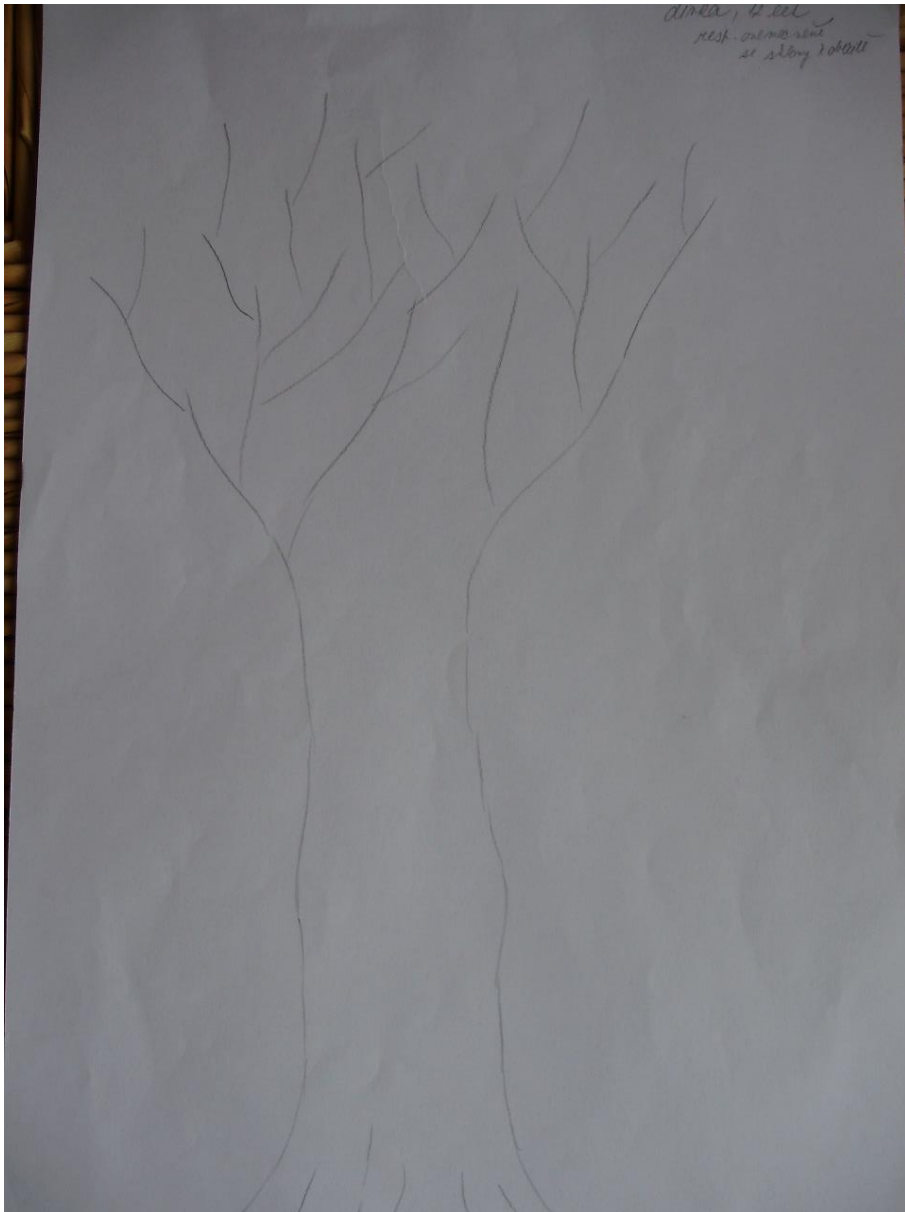
Fotografie 5: Sestavování jídelníčku

Příloha 9

PROJEKTIVNÍ KRESBY ŽÁKU ZÁKLADNÍ ŠKOLY PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE



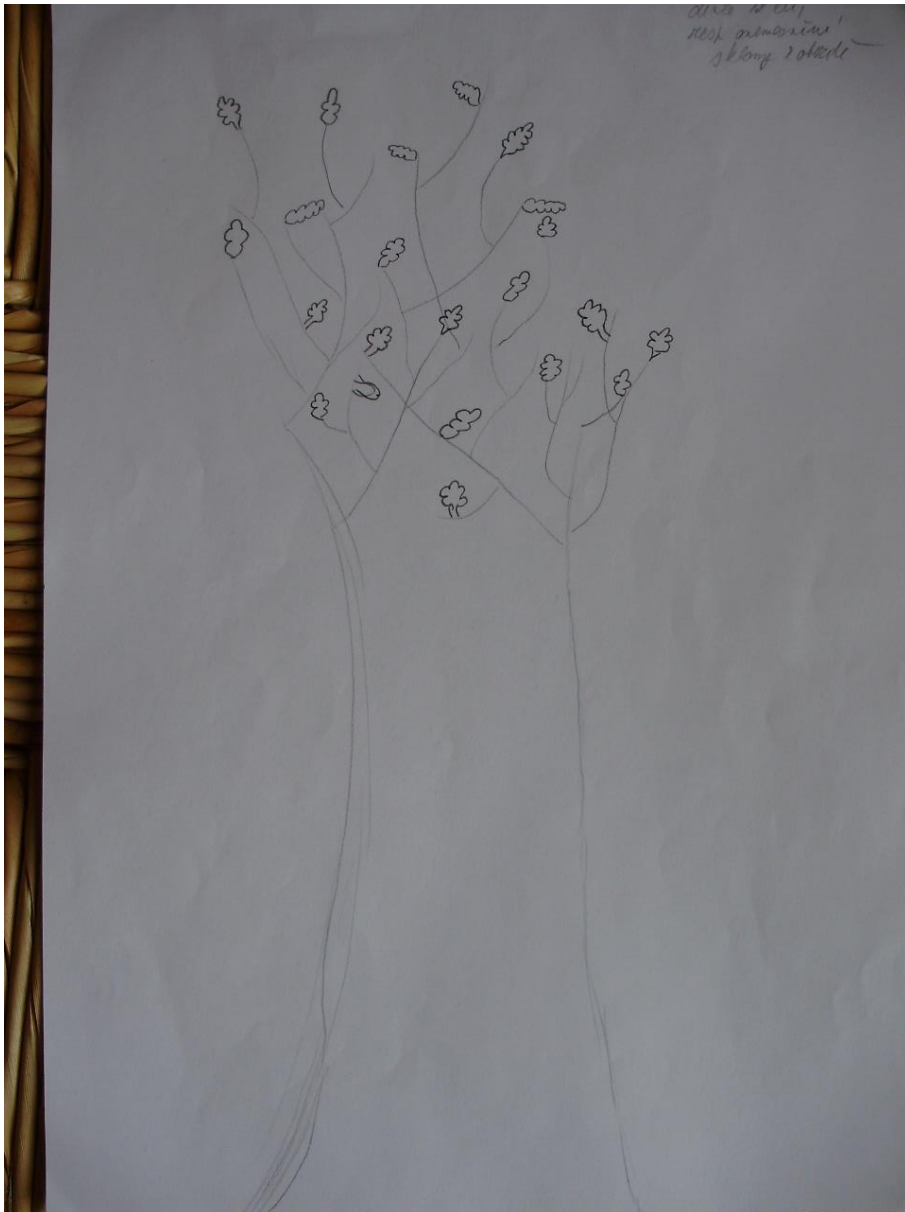
Kresba 1



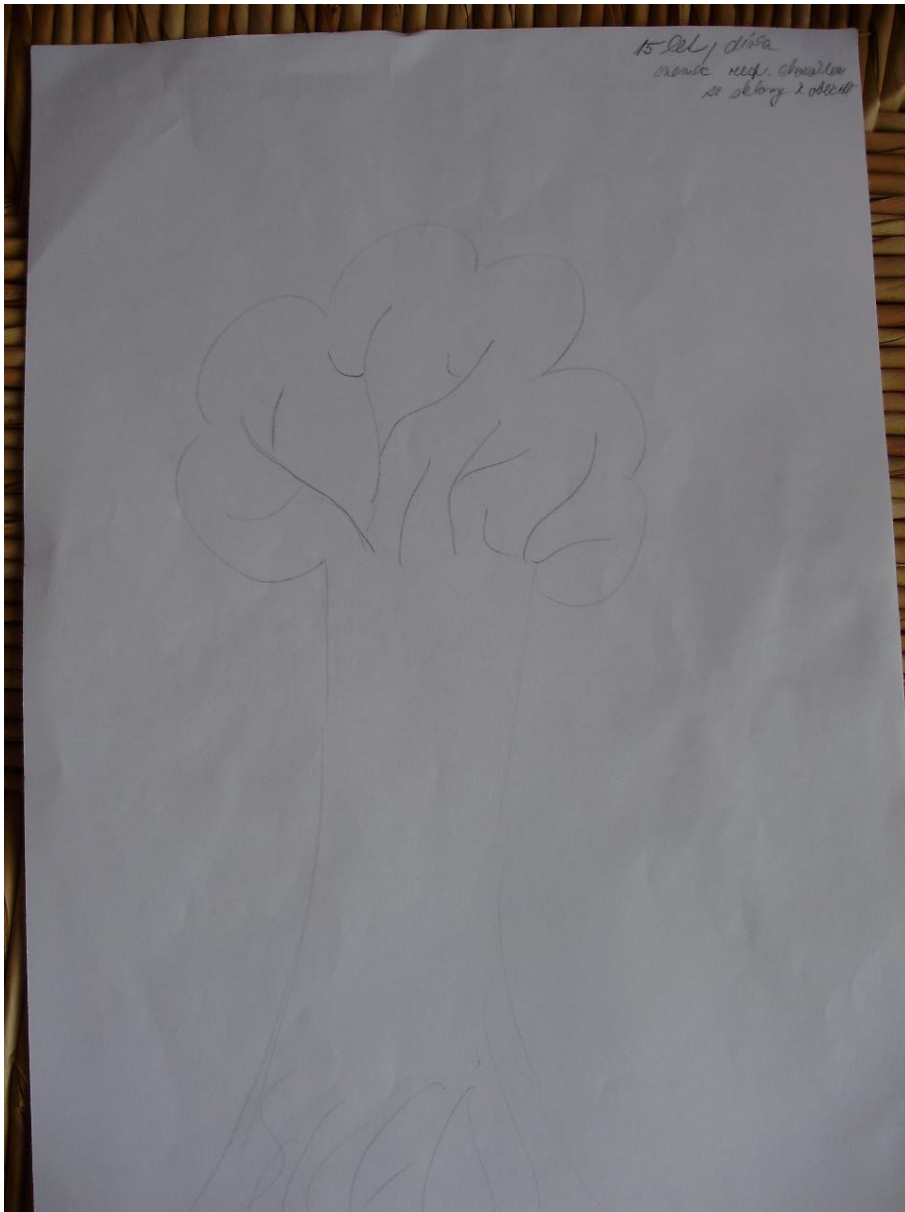
Kresba 2



Kresba 3



Kresba 4



Kresba 5



Kresba 6



Kresba 7



Kresba 8



Kresba 9



Kresba 10

Anotace

Jméno a příjmení:	Dagmar Mrnušítková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Vlasta Jonášková, CSc.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Žáci s obezitou v základní škole při léčebně
Název v angličtině:	The obese pupils at elementary school connected with children's medical institution
Anotace práce:	Diplomová práce předkládá teoretické poznatky o dětské obezitě v kontextu medicíny i speciální pedagogiky. Výzkumné šetření mapuje žáky s obezitou v základní škole při léčebně, z hlediska jejich vzdělávání, volnočasových aktivit a zájmů.
Klíčová slova:	dětská obezita, chronické onemocnění, motivace obézních žáků v procesu výuky, prevence, komplexní rehabilitace, základní škola při léčebně
Anotace v angličtině:	Thesis presents the theoretical knowledge about childhood obesity at medical and special educational background. The survey maps the obese pupils at elementary school connected with children's medical institution, in terms of their education, leisure activities and interests.
Klíčová slova v angličtině:	childhood obesity, chronic illness, motivation of obese pupils in the learning process, prevention, comprehensive rehabilitation, elementary school connected with children's medical institution
Přílohy vázané v práci:	1. Rozhovor 2. Denní režim a program v Miramonti 3. - 8. Pedagogická dokumentace 9. Projektivní kresby žáků Základní školy při dětské léčebně Luhačovice
Rozsah práce:	99 s.
Jazyk práce:	český