

## K NĚKTERÝM PROBLÉMŮM OSOBNOSTI DÍTĚTE S NADVÁHOU

SLÁVKA FRAŇKOVÁ, PETRA NOVOTNÁ, EVA MALICHOVÁ

---

Nárůst obezity v dětském věku je celosvětovým problémem. Děti s nadváhou přibývá i v České republice. Stať podává přehled nálezů o osobnosti dítěte a adolescenta ve vztahu k výživě. Ukazuje postoje k jídlu, jídelní chování, vývoj vztahu k tělesným rozměrům v závislosti na tělesné hmotnosti. Obézní dítě trpí často sníženým sebehodnocením, pesimistickým vztahem k životu, světu, společnosti. Na jeho problémech se podílí rodinné prostředí, redukce pohybové aktivity, chování společnosti a vrstevníků, nepříznivé působení sdělovacích prostředků, reklamy, marketingu aj. V terapii i prevenci obezity je klíčovým faktorem rodina, jež se musí podílet na změnách životního stylu. Na boj s dětskou obezitou byla vytvořena řada intervenčních programů. Nutriční terapeuti a psychologové využívají s úspěchem kognitivně behaviorální terapii jako komplexní metodu zaměřenou na řešení psychologických problémů obézního dítěte.

**Klíčová slova:** poruchy chování u obézních dětí a adolescentů, prevence a terapie dětské obezity, osobnost obézního dítěte, kognitivně behaviorální terapie, dětská obezita a intervenční programy

### Úvod

Nárůst obezity se stává hrozbou nejen pro průmyslově vyspělé státy, ale nabývá celosvětové podoby (Pařízková, Lisá et al., 2007). Zdravotní doprovody obezity jsou dobře známy. Patří mezi ně hypertenze, poruchy kardiovaskulárního systému, diabetes 2. stupně, abnormality lipidového metabolismu (Wisotsky, Swencionis, 2003), zvýšená zátěž pohybového aparátu aj. Psychické problémy obézních žen byly a stále jsou předmětem četných studií (Stunkard, 1996).

V posledních desetiletích přibývá poznatků o problémech obézních dětí a adolescentů paralelně se stále se zvyšujícími počty dětí s nadváhou. Statistiky se sice liší v procentech uváděných o podílu dětí s nadváhou v různých lokalitách a u odlišných etnických skupin, avšak uváděné trendy jsou v podstatě konzistentní. Podle některých studií přibližně 15 i více procent amerických dětí je vystaveno riziku nadváhy a přibližně dalších 15 % dětí je již obézních (Fowler-Brown, Kahwati, 2004). Soudí se, že americké děti vyrůstají do generace nejvíce postižené obezitou v dospělém věku v celé historii USA.

Situaci nárůstu tělesné hmotnosti u českých dětí lze velice dobře sledovat v dlouhém časovém horizontu, protože u nás jsou k dispozici precizní data z antropologického výzkumu dětí a mládeže provedeném J. Matiegkou již v r. 1895, který vyšetřil 100 000 školních

děti ve věku 6–14 let (Matiegka, 1927 in Vignerová, Bláha, 2007). I po 2. světové válce pokračovaly výzkumy zdravotního a nutričního stavu a tělesných rozměrů u české dětské a dospívající generace. Detailní data o dlouhodobých změnách a zvyšujícím se podílu dětí s nadměrnou hmotností ukázaly prioritní studie Bláhy a Vignerové (Bláha, 1986; Vignerová a Bláha, 2007).

Znalosti o podílu výživy, genetických faktorů, kulturního, sociálního či ekologického pozadí je mnoho a dávají téměř vyčerpávající obraz o mnohých aspektech dětské obezity (Fraňková, 2007). Riziko pozdější obezity se zvyšuje, pokud má dítě nadváhu již v časném věku (Rolland-Cachera et al., 1987). Pozornost se začíná stále více zaměřovat na psychologické a psychosociální vlivy podílející se na formování a prohlubování nadváhy dítěte a adolescenta. Současná odborná literatura na toto téma je rozsáhlá co do počtu publikovaných statí, méně co do nových poznatků a hlubšího pohledu na osobnost dítěte s nadváhou. Převaha studií byla provedena americkými autory, vycházejících z podmínek multikulturální, multietnické, kompetitivní společnosti se specifickými jídelními zvyklostmi a životním stylem. Při generalizaci nálezů na evropské poměry je třeba uvážit charakteristiky oblasti s dlouhou historií, bohatou duchovní kulturou, s rozdíly ve výchovně-vzdělávacím systému, v dostupnosti a odlišnosti potravních zdrojů, ale i zkušeností generací s hladověním a strádáním za válek probíhajících v Evropě v posledních stoletích. To vše může poznamenat vztah k tělesné hmotnosti a jídelním zvyklostem dětí i dospělých. Je zřejmé, že programy zaměřené na intervenci a prevenci nadváhy musí respektovat tyto faktory. V každém případě je však užitečné porovnat nálezy zahraničních autorů s našimi zkušenostmi a hledat, co je obecně platné, kde hledat rozdíly a kde se otevírají nové možnosti pro výzkum i praktickou terapeutickou činnost psychologů.

Zaměříme se na postojů vztahu k jídlu, tělesnému schématu, způsobu života ve vztahu k tělesné hmotnosti a na některé faktory podílející se na vývoji osobnosti dítěte s nadváhou jako je rodina, společnost, kulturní a etnické pozadí.

## **1. Vztah k jídlu a jídelní chování dětí s nadváhou**

### **1.1 Hlad a motivace k jídlu**

Je otázkou, do jaké míry může mít hlad vliv na nadměrný příjem potravy. Hlad a motivace k jídlu nejsou totožné a nemusí mít stejný fyziologický základ. Motivace k jídlu může být navozena různými způsoby, nejen biologickým stavem deprivace (Fraňková, Dvořáková, 2003). Moag-Stahlbergová et al. (2003) porovnávala výpovědi rodičů, dětí (10–12 let) a adolescentů (13 let a více) o aktuální motivaci k jídlu. Rodiče měli tendenci nadhodnocovat hlad u mladších dětí jako hlavní motivaci k příjmu potravy. Jejich děti však vypovídaly, že často jedly, protože se nudily, měly zlost, byly smutné či depresivní. Starší děti uváděly tyto důvody ještě častěji. Chlapci obvykle uváděli hlad jako důvod k jedení, dívky spíše smutek, zlost, deprese. Výzkum nediferencoval výpovědi dětí podle hmotnosti, ale ukázal na fakt známý u dospělých obézních jedinců (více u žen), kteří „zajídají“ stres či deprese a tím přispívají ke zvyšování své hmotnosti (Stunkard, 1957).

Chuť na jídlo může být důležitým motivačním faktorem u dětí s nadváhou. Již u předškolních dětí jsme zjistili (Fraňková, 2004, Fraňková in Pařízková a Lisá, 2007), že děti s nadváhou (podle výpovědi rodičů) jedí s větší chutí než štíhlé, určité procento dětí dokonce „s enormní chutí“. Chuť k jídlu je obvykle pozitivním motivačním činitelem

pro rodiče, pro něž je bezproblémové jedení a apetit oceňován a může dále zvyšovat motivaci dítěte k příjmu jídla. Zejména menší dítě si brzy asociuje senzorycké vlastnosti jídla s psychologickou situací a chováním rodičů. To může přispívat k nástupu nadváhy již v předškolním věku.

Podle některých starších hypotéz (Schachter, 1968) jsou děti s nadváhou více stimulovány k příjmu jídla, jestliže jsou vystaveny větší rozmanitosti podávaných pokrmů a zvýšeným množstvím senzoryckých podnětů při delším trvání jídelní situace (tzv. teorie externality). To se může projevit zejména při společných jídlech.

Také rychlost jedení může být jedním z faktorů spoluurčujících celkový příjem potravy obézním dítětem. Barkeling et al. (1992) zjistil rozdíly v rychlosti jedení v závislosti na hmotnosti. Obézní děti jedly rychleji než děti normální hmotnosti a nezpomalovaly tempo jedení ani ke konci. Podle autorů se jedná buď o defektní signál nasycení, nebo o poruchu reakce na signály sytosti.

## 1.2 Rytmicita v jídle

Bellislová et al. (1988) studovala cirkadiální rytmus příjmu potravy u 7–12letých dětí v závislosti na jejich body mass indexu (BMI), od velmi štíhlých po obézní. Celkový denní energetický přívod se mezi jednotlivými hmotnostními skupinami podstatně nelišil, avšak rozdíly se projevíly v časovém rozložení příjmu potravy. Obézní děti snídaly méně než hubené, ale večeři si dopřály silnou ve srovnání se štíhlými subjekty. Zajímavé je, že nejméně potravních doplňků (a pamlsků) přijímaných během dne mezi hlavními jídly měly děti s průměrným BMI. Podle Bellislové tyto poruchy rytmicity narušují rovnováhu mezi pozitivní a negativní energetickou bilancí, což může vést k obezitě.

Není jasné, co je příčinou a co důsledkem rozdílů v rytmicitě denního příjmu potravy, ale ať jsou mechanismy odlišností v rytmicitě dány fyziologickými procesy nebo vnějšími vlivy, pro rodiče a vychovatele se tím problém optimálního časování jídla u dětí neřeší.

## 1.3 Poruchy jídelního chování u obézních dětí

Nadváha či obezita vyvolává nebo je doprovázena odchylkami v jídelním chování, jež mohou být základem zdravotních a psychických problémů. Je logické, že se obézní dívky více zajímají o tělesné proporce a o vlivy jídla na tělesnou hmotnost než štíhlé dívky, avšak často volí různé méně vhodné formy dietního omezování, spojené s rizikem deficiencie některých životně nezbytných látek (Golan, Crow, 2004). Při dietování se často vyskytují záchvatovitá přejídání, jež mohou postihovat 30 % i více adolescentních dívek s nadváhou (Fowler-Brown, Kahwatti, 2004). Podle Dreyfuse (1993) jsou poruchy příjmu potravy pouze jednou z komponent globálních změn v psychologické organizaci osobnosti obézního dítěte. Důsledky omezování se v jídle však mohou negativně ovlivnit prožívání a citový život.

## 2. Charakteristiky osobnosti dítěte s nadváhou

Řada studií ukázala vztahy mezi dětskou obezitou a psychologickými problémy či poruchami chování (Goodman et al., 2002; Harter, 1993; Kňourková, 1990 aj.). Nálezy o osobnosti dítěte a adolescenta s nadváhou by bylo možno shrnout na základě zahraničních pramenů do několika okruhů (kromě již zmíněného vztahu k jídlu): vztah k tělesným

rozměrům, fyzická aktivita a zájmy, interakce s vrstevníky, školní prospěch, předpoklady dalšího vzdělávání a společenské uplatnění, psychické obtíže (Goodman, Whitaker, 2002; Lumeng et al., 2003).

## **2.1 Vztah k tělesným rozměrům a vývoj představ o tělesném schématu (body image)**

Negativní hodnocení vlastních tělesných rozměrů a hmotnosti může být jednou z příčin problémů chování obézního dítěte a adolescenta, promítá se do celého jeho života. Body image (dále BI) zahrnuje dva fenomény: vnímání vlastního těla a spokojenost s ním. Nespokojenost s vlastním tělem se objevuje u školáků. Studie Bergera et al. (2005) ukázala, že 42 % chlapců a 53 % dívek 3.–4. třídy preferuje štíhlou postavu jako ideální. Podle některých autorů již osmileté děti s vyšší hmotností mají malou sebeúctu. I když studií zabývajících se osobností předškolních dětí s nadváhou je relativně málo, dokazují, že se BI utváří od podstatně nižšího věku. Langmeier a Krejčířová (1998) ukázali, že již v předškolním věku je dítě schopno popsat svůj vzhled. Davison a Birch (2001) zjistili u pětiletých dívek s nadváhou horší hodnocení vlastních proporcí, menší spokojenost s vlastním tělem a nižší důvěru ve své kognitivní schopnosti ve srovnání se stejně starými dívkami normální hmotnosti.

Schopnost diferencovat tělesné proporce dítěte nebo dospělého a vývoj hodnocení hmotnosti jsme porovnávali u souborů dětí štíhlých a silných (s nadváhou) od 3. roku života do vstupu do základní školy (Fraňková, 2006; Fraňková, Chudobová, 2000). Zjistili jsme, že děti již před dosažením 4. roku dovedou rozlišit předložené schematické figury hubených, středně silných a obézních dětí nebo dospělých osob. Nejmladší děti ještě nedovedly vyjádřit verbálně tyto rozdíly, hubené figury označovaly jako „malé“ nebo „slabé“, silné jako „velké“. Pětileté děti jednoznačně označovaly figuru odpovídající obezitě jako „tlustá“. Vztah k tělesným rozměrům vyjadřovaly i tím, jaký model by si vybraly za „kamaráda“ (kamarádku) stejného nebo opačného pohlaví a jakou figuru by si rozhodně nevybraly. Již u nejmladších dětí se ukázala malá obliba nejsilnější figury, která s věkem dále klesala. Téměř žádné šestileté dítě ji nepreferovalo. Znamená to, že již před nástupem do základní školy mají naše děti vyhraněný vztah k nadměrným tělesným rozměrům.

Děti se vyjadřovaly rovněž k figurám dospělé ženy nebo muže s rozměry od velmi hubených až po obézní. Měly říci, které figuře by se chtěly podobat v dospělosti a porovnat se s tělesnými rozměry rodiče. Už čtyřleté dívky si přály být v dospělosti štíhlejší, než jak vnímaly matku. Chlapci (hlavně nejmladší věková skupina) si přáli mít stejné rozměry jako měl podle jejich představ otec.

Nástup do základní školy znamená pro mnohé děti určité „rozcestí“ v hodnocení a prožívání BI. Poruchy BI byly zkoumány hlavně ve vztahu k mentální anorexii (Novotná P., 2010). Část silnějších dětí totiž začne omezovat příjem potravy, což může ústít až v mentální anorexii. Některé děti s vyšší hmotností v předškolním věku zvyšují dále svoji váhu a rozvíjející se obezita může znamenat i rezignaci na regulaci tělesné hmotnosti v dospělém věku.

## **2.2 Sebehodnocení, vztah k vlastním schopnostem, samostatnost**

Pozitivní pohled na sebe, důvěra ve vlastní kvality jsou důležitými faktory v rozvíjející se osobnosti dítěte. Mohou být základem postoje k životu, společnosti i schopnosti vyrovnávat se s nejrůznějšími situacemi v pozdějším věku. Pozitivní ocenění vlastních schopností podporuje stabilitu osobnosti, adaptabilitu (Harter, 1993), úspěchy v učení (Beane,

Lipka, 1983), má význam pro prevenci poruch osobnosti (Albee, 1980). Zahraniční studie dokazují téměř uniformně, že obézní děti a adolescenti mají horší sebehodnocení a oceňování vlastních schopností (Folk et al., 1993; Kimm et al., 1991; Strauss, 2000). Horší sebehodnocení referovali hlavně autoři pracující s klinickým souborem, nálezy získané u neléčené populace jsou méně přesvědčivé.

Zabývali jsme se sebehodnocením a vztahem k vnějšímu prostředí u českých dětí ve věku 10–15 let (Fraňková, Malichová, 2008). Použili jsme škálu PAQ Rohnery rodinné diagnostiky, přeložené, standardizované a používané Matějčkem a dalšími (Matějček, Kadlubcová, 1983; Vágnerová, Matějček, 1992). Škála se skládá z odpovědí na 42 položek rozdělených do šesti subškál (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Dítě vyjadřuje míru svého souhlasu s jednotlivými tvrzeními, skórovanými od 1 (netýká se mne, nikdy, téměř nikdy) po 4 (úplný souhlas, vždy, téměř vždy).

O určitých problémech v názorech na sebe vypovídala reakce dětí na větu „Jsem se sebou spokojený (spokojená)“. Vyšší míru nesouhlasu projevíli obézní (dále OB) chlapani ve srovnání se souborem normální hmotnosti (NH), avšak i pro OB dívky byla tato položka kritická. O nedůvěře ve vlastní schopnosti vypovídaly také další odpovědi. Významně vyšší skór jsme zjistili v tvrzení „Mám pocit, že nedovedu udělat něco dobře“ a „Myslím si, že jsem budižkničemu“. Jednoznačné závěry o negativním sebehodnocení dětí a adolescentů s nadváhou však bylo třeba korigovat po ontogenetické analýze subškály. Jak ukazuje obr. 1, skór negativního pohledu na sebe je výrazně zvýšen u OB dětí ve věku 10–11 let, s věkem klesá, takže u věkových skupin 14–15 let již nebyly rozdíly v závislosti na hmotnosti. Lze soudit, že v průběhu školní docházky mohou získat děti s nadváhou pozitivnější vztah k sobě. Pokud mají dobrý školní prospěch a další příznivé podmínky (v rodině, ve vztazích se spolužáky), mohou si sebe lépe vážit.

Na otázku samostatnosti OB dětí přispěl PAQ analýzou dalších položek. Nejnápadnější rozdíly mezi NH a OB chlapani jsme zjistili v subškále „Závislost“. Ze všech subškál PAQ byla tato část nejcitlivějším ukazatelem problémů OB chlapanů. V celkovém skóru dosáhli OB nápadně vyšších hodnot ve srovnání s NH chlapani. Podílely se na něm hlavně souhlasy s výroky „Jsem rád, když mi rodiče dávají najevo, že mě mají moc rádi“, „Jsem rád, když se mi někdo milý hodně věnuje“ a „Jsem rád, že když mám s něčím potíže, někdo mě přijde povzbudit“. OB dívky projevíly vyšší souhlas pouze s prvním tvrzením.

Větší závislost dětí na dospělých jsme již dříve našli u dětí s nadváhou v předškolním věku, když jsme zjišťovali jejich zájmy. Významně častěji se u OB dětí objevila preference her za účasti dospělého a procházky s dospělými, činnosti kontrolované rodiči (Fraňková, 2004).

### **2.3 Pohybová aktivita a zájmy dětí s nadváhou**

Vztah k fyzické aktivitě se tvoří od dětství, udržuje se v adolescenci a přetrvává i v pozdějším věku. Četné stati dokazují, že obézní děti jsou méně aktivní ve srovnání s vrstevníky normální hmotnosti (Arluk et al., 2003; Golan, Crow, 2004; Trost et al., 2001 aj.). Otázka je, kde je příčina a kde důsledek. Obézní dítě může mít a priori odpor k pohybu, jeho nemotornost a neúspěch při cvičení vede k další redukci fyzické aktivity a tím k nárůstu hmotnosti. Úroveň pohybové a sportovní aktivity dítěte závisí také na socioekonomickém stavu rodiny (Kalakanis et al., 2001), kde se rovněž vyskytuje častěji obezita. Je logické, že děti z rodin s nízkými příjmy mají menší možnost sportování, náklady na vybavení i provozování sportovní činnosti přesahují finanční možnosti rodiny.

Avšak i děti z bohatých rodin omezují pohyb. S věkem dítěte se dále snižuje čas strávený aktivním pohybem (Dollman et al., 2005). Je však třeba uvážit limity možností pohybové aktivity dětí a mládeže: ubývá hřišť ve větších městech (Praha je typickým příkladem), dvorcích a plátcích mezi domy, volných ploch na okrajích měst, kluzišť, rodiče se obávají o bezpečnost dětí v hustém provozu, přibývá úrazů na sjezdovkách i na ulicích, jízda na kolech bez účasti rodičů rovněž není bez rizika atd.

Ve výzkumu předškolních dětí s normální či zvýšenou hmotností jsme nepotvrdili názory na to, že děti s nadváhou mají od malička odpor k pohybu vůbec. Chlapci s nadváhou měli pouze nižší zájem o lyžování ve srovnání se štíhlými chlapci, OB dívky si méně oblíbily tanec (Fraňková, 2004). Avšak sledování dívek školního věku ukázalo, že i OB dívky mají tanec rády. V Dětské ozdravovně ve Špindlerově Mlýně-Svatém Petru si dívky oblíbily cvičení na rotopedu (Malichová, nepublikovaná vlastní zkušenost).

## **2.4 Vztahy obézního dítěte a adolescenta k životu, světu, lidem**

Rohnerův PAQ ukázal na nejcitlivější místa v osobnosti dívek s nadváhou v subškále „Pesimismus“. Velký nesouhlas vyjádřily s větami „Myslím si, že je život hezký“, „Myslím si, že je na světě dobře a hezky“ a „Život je pro mě dobrá věc“. Naopak, vysoký skór souhlasu jsme zaznamenali v položkách „Život se mi zdá plný nebezpečí“, „Pro mě je svět nepěkný a smutný“ a „Život je pro mě nebezpečný“. Jak ukazuje obr. 2, v celé subškále jsou rozdíly mezi OB a NH dívkami velmi nápadné. Týkají se všech věkových skupin. Je zajímavé, že u OB chlapců se negativní postoje k životu a světu nevyskytly ve větší míře než u NH souboru.

O vztahu k vrstevníkům vypovídá významně vyšší skór v položce „Dělá mi těžkosti, když někomu, koho mám rád(a), se snažím ukázat, co opravdu cítím“. Souhlas uváděli OB chlapci i dívky. Je otázkou, co je příčinou zábran v jejich vztazích s okolním světem, do jaké míry se na nich podílejí zkušenosti z interpersonálních vztahů, negativní hodnocení a odmítání ze strany vrstevníků a přátel? V literatuře se uvádějí mezi nejnápadnějšími poruchami chování deprese, osamělost a izolovanost (Fowler-Brown, Kahwatti, 2004; Goodman, Whitaker, 2002; Lumeng, 2003; Sjöberg, Nilsson, Lepper, 2005 aj.). Nenalezneme však analýzu příčin osamělosti a izolovanosti. Výpovědi PAQ ukazují, že jsou součástí negativního postoje k životu vůbec. Nález je o to závažnější, že ukazuje, kde jsou kořeny častých depresí u dospělých žen s nadváhou a že se formují již v dětství a dospívání.

## **3. Vlivy kulturního a sociálního prostředí**

### **3.1 Kulturní rozdíly v koncepcích jídla a vztahu k tělesným rozměrům**

V současném pojetí „západního“ způsobu života převažuje koncepce jídla jako nástroje k zajištění základních biologických potřeb, podpoře zdraví a vlastního uspokojení či sebe-realizace, může být výrazem ekonomické úrovně jedince či rodiny. V některých kulturách je však jídlo chápáno hlavně jako demonstrace lásky, štědrosti, péče, pohostinnosti, sdílení (Bruss, Norris, Dannison, 2003). Koncepce tabuizovaných jídel je součástí těchto koncepcí (Meigs, 1997; Powdermaker, 1997). Vnímání „normality“ hmotnosti a společensky přijatelného tělesného schématu je ovlivněno kulturně, evolučně vytvořenými představami, socio-ekonomickým stavem rodiny a dietními zvyklostmi daného etnika. Tyto faktory

se manifestují i v pohledu na dětskou obezitu. Kulturně dané normy, jež jsou výsledkem zkušeností předávaných mezi generacemi, mohou preferovat nadváhu dítěte. Štíhlost je vnímána jako důsledek nemoci, strádání, není proto žádoucí. Podle některých amerických studií mají děti z určitých etnických skupin větší riziko obezity. Vysoká prevalence nadváhy byla zjištěna i u amerických Indiánů a dětí z hispánských rodin.

Vysoký výskyt obezity u černošských žen lze přičíst preferenci větších tělesných rozměrů (Kumanyika, 1993). Ze studie Kempera et al. (1994) vyplynulo, že černošské dívky s nadváhou si méně často přály být štíhlejší než bělošky stejného věku. Podobně jako americko-indiánské dívky byly se svými tělesnými rozměry častěji spokojené. Bruss et al. (2003) sledoval jídelní zvyklosti, postoje k jídlu a charakteristiky osobnosti dětí na několika ostrovech lokalizovaných kolem Filipín. Více než třetina dotázaných rodin nevěděla, že jejich dítě je obézní.

### **3.2 Vlivy změny kultury a sociálního prostředí na výživu a životní styl**

Psychologickým problémům různých minoritních skupin a imigrantů se u nás věnuje v poslední době zvýšená pozornost. Snaha o jejich integraci do naší společnosti je nutností. Mnoho programů se zaměřuje na vzdělávací proces a komunikaci. Ve srovnání s těmito aktivitami zůstávají otázky spojené s jídelními zvyklostmi a postoji k jídlu odlišných etnik poněkud v pozadí, přesto mohou mít vliv na vývoj a osobnost dítěte a zvyšování jeho hmotnosti. Zkušenosti lze čerpat z průmyslově vysoce vyspělých zemí, kde je imigrace rodin či populací s různou kulturou dlouhodobým jevem (Bronner, 1996). Zejména v USA bylo získáno mnoho zkušeností, jež ukázaly mimo jiné i na rizika nevhodné výživy nebo postojů k jídlu při změně prostředí. Pokud se zlepšila ekonomická situace rodiny při přechodu do společnosti s dostatkem potravy, dochází často k nárůstu dětské obezity. Se zvyšující se úrovní vzdělání rodičů mohou v multietnických rodinách nastat problémy i v důsledku rozdílných představ o jídle mezi generacemi. Po změně kulturního prostředí může docházet k rozporům mezi původními a novými socio-kulturními zvyklostmi, tradicemi, typickou dietou, ale i sortimentem a nabídkou potravin v obchodní síti. Překážkou mohou být neznalosti odlišných produktů i jazyková bariéra, jež ztěžuje orientaci v nabídce trhu.

U dětí imigrantů se objevuje řada problémů ovlivňujících bezprostředně i nepřímo výživu i osobnost. Někdy mají menší možnost pohybové a sportovní aktivity. Pokud žijí v určité izolaci od majoritní společnosti, méně často se stýkají s kamarády, mají menší příležitost ke kolektivním pohybovým hrám. Bývají ekonomicky znevýhodněny cenami sportovních potřeb, požadavky tělovýchovných institucí. To vede k omezení se na komunikaci v úzkém okruhu rodiny a k delšímu sledování televize a sezení u počítače, důsledkem může být nárůst hmotnosti. U nás může být situace odlišná, např. mnoho rómských dětí tráví velkou část dne venku (na rozdíl od amerických dětí), mnohdy i za cenu horší docházky do školy. Obvykle je těchto dětí více, takže netrpí sociální izolovaností. Nicméně i u nich chybí organizovaná pohybová aktivita. Problémy se zvyšováním jejich hmotnosti mají jiné příčiny a evidentně u nich energetický příjem převyšuje výdej.

### **3.3 Projevy negativních postojů společnosti vůči obézním dětem a adolescentům**

Jak jsme uvedli výše, již v předškolním věku se objevuje mezi dětmi negativní vztah k nadváze a preference středních tělesných proporcí. Odpor vůči dětem s nadváhou se prohlubuje v dalším období, po nástupu do základní školy a později. Výsledkem je to, že se dítě s nadváhou může stranit společnosti vrstevníků. Lze spekulovat, zdali se

vyčleňuje proto, že má nižší sebehodnocení a sebedůvěru, nebo je vysloveně odmítáno či persekuováno skupinou. O odsuzování obézních dětí vrstevníky existuje řada dokladů a empirických zkušeností (Barker et al., 2004; Strauss, Pollack, 2003). Vylučování určitého individua ze skupiny se ovšem nemusí týkat pouze nadměrné hmotnosti: jedinec s odlišnými vlastnostmi (fyzickými, psychickými, intelektovými) nebývá skupinou tolerován a averze vůči odchylkám není výlučně lidskou charakteristikou. V případě obezity je odsuzování otýlých lidí (nejen dětí) výsledkem falešných představ a pověr, např. že tloušťka je pouze výsledkem přejídání se, nedostatkem vůle, sebekázně, projevem lenosti, hlouposti apod.

Jedním z extrémních projevů negativního vztahu k obézním dětem je šikana. Boj se šikanou u školních dětí je jedním z důležitých úkolů našeho školství i náplní výzkumných projektů. Cílové skupiny šikany mohou být různé: na základě rasové odlišnosti, jazykové bariéry, fyzického hendikepu, tělesné slabosti, odlišného sociálního statusu (daného ekonomickou situací rodiny) aj. Jedna z těchto skupin může zahrnovat obézní děti. Podle Janssen et al. (2004) jsou chlapci a dívky s nadváhou/obezitou častěji obětmi i iniciátory šikany ve srovnání s dětmi normální hmotnosti. Oběti šikany jsou jak mladší, tak starší děti (11–16 let), ale iniciátory šikany je pouze starší mládež ve věku 15–16 let.

Systematické studie šikany u početnějšího souboru českých obézních dětí a adolescentů v naší literatuře chybí. Prioritní nálezy získala Z. Novotná (2008), jež se zabývala touto problematikou v rámci své diplomové práce. Žáci s nadváhou či obezitou uváděli významně častěji zkušenosti se šikanou ve srovnání s dětmi normální hmotnosti. Nejvíce ohroženou skupinou jsou dívky ve věku 14–15 let. U chlapců se jako nejrizikovější ukázala věková skupina 12–13letých. Role iniciátora šikany popisovaná zahraničními autory (Janssen et al., 2004) nebyla výzkumem Novotné potvrzena. Z možných forem šikany se ukázaly jako typické projevy vyjádřené slovně a v citové rovině spíše než jako fyzické násilí, například jako urážky na adresu hmotnosti. U šikanovaných dívek ve věku 12–13 let se vyskytly také symptomy depresivity. Naproti tomu u dětí s normální hmotností byla častější pouze fyzická šikana.

### 3.4 Podíl masově sdělovacích prostředků a reklamy na vztah k jídlu

V posledních letech jsou děti stále více vystavovány nabídce produktů potravinářského průmyslu, jež jsou pro ně z nutričního hlediska málo vhodné a mohou se podílet na rozvoji nadměrné tělesné hmotnosti. Nejnapadnější jsou reklamy prostřednictvím TV a Internetu, nezanedbatelnou úlohu mají časopisy. Potravinářské koncerny vydávají různé brožury, distribuují kupony na slevy vlastních produktů, dávají svá loga na kojenecké lahve, hrnečky, na trička pro děti, využívají oblíbených panenek Barbie a pod. (Nestle, 2002). Dítě jako cílová skupina reklamy je vybrána z více důvodů:

- Dítě je vysoce citlivé na vnější senzorycké podněty. Spontánně preferuje barevné předměty, zajímavé tvary, různá „překvapení“. Proto se jim nabízejí výrobky nápadně (až křiklavě) barevné, s různými obrázky (obvykle esteticky pochybnými), nezvyklých tvarů a velikostí. Obalová technika je volena tak, aby vzbudila pozornost dítěte, všechno má navodit touhu po daném výrobku. Nabízená jídla jsou doprovázena různými „odměnami“ – hračkami, figurkami, výherními kuponky aj.
- Reklama je zaměřená na menší děti, které ještě nedovedou odlišit komerční zájmy od normálních televizních programů. Nestle (2002) uvádí příklady z USA, kde se během několika let nápadně zvýšil počet reklam v sobotních dopoledních hodinách,



kdy děti nejvíce sledují televizní programy. Malé děti si ještě nedovedou vytvořit kritický vztah k informacím z médií. Reklamu si spojují s představou „správného“ jídla.

- Komerční zájmy se soustřeďují na dítě jako na potenciálního budoucího zákazníka. Preference konkrétních výrobků a návyk na nákup těchto značek vytvářené v dětství se mohou přenášet do pozdějšího věku a tím si získávají firmy budoucího zákazníka.
- Dnešní děti více rozhodují o tom, co se bude kupovat. Dostávají stále větší množství peněz, o nichž samy rozhodují, na co je věnují. Ovlivňují rodiče v tom, jaké produkty a od které firmy se budou kupovat. S věkem dítěte se jejich vliv na nákupy zvyšuje.
- „Racionalizace“ – přesvědčování o nutriční hodnotě nabízených jídel a nápojů. Zdůrazňuje se fortifikace vitamíny a minerálními látkami. Příkladem jsou cereální snídaně pro děti. Obsahují cenné živiny, avšak bývají doplňovány cukrem, čokoládou, kandovaným ovocem a tím mohou přispívat k návyku na sladkou chuť.
- Reklama se neomezuje jen na menší děti, je si vědoma kritičnosti starších dětí vůči reklamě, volí proto metody, u nichž předpokládá účinnost u školní mládeže a adolescentů. Loga určité firmy jsou umístěná na automatech ve školách, na tričkách, taškách, sportovních potřebách, oblecích, někde i na učebních pomůckách. K dalším propagačním výrobkům slouží sponzorování sportovních soutěží, různé slevy aj. Bylo zjištěno, že mnohem méně času věnují reklamy propagaci zeleniny a ovoce ve srovnání s energeticky náročnými a nevhodnými pokrmy a nápoji.

### **3.5 Vlivy televize, Internetu a počítačových her na vzestup hmotnosti**

O přímém vlivu času stráveného sledováním televizních pořadů na nárůst hmotnosti a tělesného tuku podala důkazy velká řada studií (Gupta et al., 1994; Halford et al., 2004; Kaur et al., 2002; Robinson, 1999 aj.). Od zavedení programů pro děti v televizi od 50. let dvacátého století dominovala v industrializovaném světě televize dlouhou dobu jako hlavní prostředek trávení volného času (Ludwig, Gortmacher, 2004). V posledních letech přibývá sezení u počítače, práce s Internetem a hraní počítačových her.

Negativní vlivy sledování televize na jídelní chování byly prokázány studiemi v různých zemích (Gupta et al., 1994). Podle Ludwiga a Gortmachaera (2004) ovlivňuje televize nárůst tělesné hmotnosti třemi hlavními cestami: redukcí tělesné aktivity, snížením metabolické aktivity během sledování televizních programů a negativním vlivem na kvalitu diety. Nárůst hmotnosti není ovšem jen důsledkem sezení u televizního přijímače, ale také tím, že děti přitom konzumují sladkosti, zmrzlinu, slané pochoutky. Je třeba říci, že tím spíše napodobují nevhodné jídelní praktiky dospělých. Navíc návyk na dlouhé hodiny strávené rodiči sledováním TV pořadů se může přenášet i na dítě.

## **4. Prevence a terapie nadváhy dětí a adolescentů**

Mnohé zásady terapeutických programů zaměřených na poruchy příjmu potravy byly využity i k prevenci a snižování rizika obezity. Zahraničních intervenčních projektů byla realizována velká řada. Přes odlišnosti v metodice, výběru subjektů a věkových skupin, lokalitě a dalších proměnných se závěry studií shodují víceméně v několika bodech: zdůrazňuje se zapojení rodiny do programů snižování nadváhy dítěte, důležitým článkem v efektivní intervenci jsou školní edukační programy, pozornost je třeba zaměřit na negativní vlivy vnějšího prostředí, ovlivňující postoje k jídlu a jídelní chování.

Studie se shodují v cílech intervence: zvýšit znalosti o výživě a působit na úpravu nutričních návyků dítěte a rodiny, omezit sledování TV, videa, Internetu a motivovat dítě k vyšší pohybové aktivitě.

Je pozoruhodné, kolik studií opakovalo (a opakuje) v podstatě stejné projekty a dospívá ke stejným závěrům. Přesto zůstávají některé klíčové problémy stranou pozornosti a skutečná efektivita intervencí bývá nízká nebo dočasná, neproniká hlouběji do osobnosti dítěte.

#### 4.1 Rodina jako cílová skupina intervence

Mnoho programů se zaměřuje na rodiče jako na první článek v řetězu podmínek determinujících hmotnost a formování osobnosti dítěte (Golan, Weizman, 2001; Hodges, 2003). Lepších výsledků dosahují obvykle terapeutické programy tam, kde jsou do nich zahrnuti všichni členové rodiny. Rodinné prostředí může přispět k vývoji obezity, protože rodiče ovlivňují vývoj preferencí, návyků a schopnost dítěte samostatně regulovat příjem potravy. Studie předpokládají, že všichni členové rodiny sdílejí stejné prostředí a tím i stejné vlivy. Empirické zkušenosti však ukazují, že v rámci téže rodiny mají jednotlivé děti odlišné preference a vzorce jídelního chování. V průběhu dětství se mohou měnit sociální a ekonomické podmínky rodiny, její kupní síla, rozhodování se o prioritách, ale i celkový způsob života. V našich podmínkách dochází k velkým změnám v sortimentu potravin rozšiřováním sítě obchodních řetězců, nabídce a strategiích marketingu, což dále může modifikovat jídelní zvyklosti.

Mění se tradiční způsoby stravování. Rodiče více spoléhají na školní jídelny, nemají dobrou kontrolu nad tím, co dítě jí a jaké potraviny si opatřuje. Dochází k poklesu četnosti společných jídel. Rozpad tradiční rodiny brání osvojení si správné sociální funkce jídla od raného dětství. Zvyšuje se průměrný věk rodičů, starší rodiče mohou být tolerantnější vůči jídelním zvyklostem dětí (Nestle, 2002). Dnešní děti mají lepší přístup k penězům, vydávají je na sladkosti více než kdykoliv předtím (Golan, Crow, 2004). Ve srovnání s představou rodičů si děti častěji kupují jídla a pamlsky v automatech a obchodech (Moag-Stahlberg et al., 2003). Úloha matky byla prokázána v četných studiích. Lissau et al. (1993) v longitudinální studii u kodaňských dětí sledovala během deseti let vliv postoje matky vůči návyku na sladké. Zjistila, že riziko nadváhy významně stoupl, jestliže matky nevěděly o návycích svých dětí na sladké. Riziko bylo ještě větší, pokud matky samy měly tento návyk a vydávaly nadprůměrné množství peněz za sladká jídla.

Rizikovým faktorem dětské obezity je nadváha rodičů (Lumeng et al., 2003), jež sama o sobě ovlivňuje jejich postoje k obezitě. Z intervenčních programů zaměřených na rodiče vyplynuly některé obecné poznatky:

- **Význam vzdělání rodičů.** Již dříve jsme zjistili vliv školního vzdělání matek a otců na výběr potravin a jídelní preference jejich dětí (Fraňková, 2004; 2006; Fraňková, Odehnal, Pařízková, 1999). Řada současných intervenčních programů se zaměřuje na zvyšování znalostí rodičů o jídle, na volbu vhodných surovin a na zdravotní rizika spojená s nevhodným stravovacím režimem.
- **Pochopení psychických problémů obézního dítěte.** Rodiče nemají podceňovat ani přeceňovat nadváhu dítěte. V každém případě je však třeba přistupovat taktně k dítěti, jež prožívá své problémy spojené s nadváhou (Davison, Birch, 2001). Již pětileté dívky vnímají kritické pohledy rodičů na své proporce, což může narušovat jejich sebevědomí (Pierce, Wardle, 1993).

- **Angažovanost rodiny.** Úspěch intervenčních programů byl vyšší v projektech, do nichž byli zapojeni rodiče. Golanová a Crow (2004) zjistili u izraelských adolescentek ve věku 14–19 let redukci nadváhy po absolvování speciálního kurzu u 29 % dívek, pokud byli do programu angažováni rodiče, 20% úspěšnost, jestliže byla intervence zaměřená pouze na dívku, ale největší úspěch zaznamenali v programu kombinujícím vlivy rodiny, školy a práce s dítětem.

#### **4.2 Programy zaměřené na zvyšování pohybové aktivity dítěte s nadváhou**

Studie pohybové aktivity dětí ukazují, že systematické tělesné cvičení má i u menších dětí pozitivní vliv na body mass index (Roberts, 2000). Doporučuje se, aby se vytvářel návyk na fyzickou aktivitu jako součást životního stylu od co nejnižšího věku, protože může tento návyk přetrvávat i do dospělosti (Malina, 1996). Zvýšení pohybové aktivity se považuje za jeden z nejdůležitějších nástrojů redukce nadváhy dítěte, i když i zde se zdůrazňuje význam zapojení členů rodiny do programů pohybového režimu (Moag-Stahlberg et al., 2003). Týká se to jak rodičů předškoláků, tak dětí školního věku.

Požadavek zvýšení pohybové aktivity u případů obezity zdůrazňovaný pediatry a nutričními terapeuty je správný, avšak má-li mít úspěch, musí se potřeba pohybu stát součástí osobnosti dítěte. Dítě musí mít dobrý pocit z pohybu, uvědomit si, že na cvičení stačí, přispívá k obohacení jeho života. V Dětské ozdravovně ve Špindlerově Mlýně-Svatém Petru jsou do denního programu zařazovány rozmanité aktivity, např. jazzgymnastika, plavání, cvičení na cyklotrenažerech, pohybové hry na hřišti (Malichová). Výlety v náročnějším horském terénu na čerstvém vzduchu jsou pro děti příjemnější než nezábavná školní cvičení v tělocvičně. Současně se tím podporuje zájem o přírodu včetně její ochrany.

#### **4.3 Školní programy zaměřené na prevenci obezity**

Zahraniční, zejména americké projekty se zaměřují na změny v chování a postoju dětí a adolescentů v rámci edukačních programů v následujících oblastech: snižování počtu hodin u TV a počítače, zvýšení tělesné aktivity prostřednictvím střední až intenzivní fyzické zátěže, redukce konzumace vysokotučných jídel a zvyšování příjmu ovoce a zeleniny. Využívají se různé techniky zaměřené na sebehodnocení (Budd, Volpe, 2006; Cole et al., 2006; Peterson a Fox, 2007).

Kromě údajů o pozitivních výsledcích se ukazují různé, hlavně metodické a koncepční nedostatky, jež brání generalizaci nálezů a jejich jednoznačnému přijetí. V mnohých programech nebyla zajištěna homogenita souboru co do hmotnosti, nebyl testován BMI před a po ukončení intervenčního programu, různilo se trvání projektu, stáří a pohlaví dětí, vlastní obsah výuky apod. Větší úspěch referovali autoři u výzkumů provedených u starších adolescentů, kteří mohli mít větší náhled na problém, zájem o projekt a motivaci ke změně životního stylu ve srovnání s mladšími dětmi.

#### **4.4 Preventivní programy v České republice**

V posledních letech se u nás rychle zvyšuje pozornost věnovaná dětské výživě a širším souvislostem mezi jídlem a psychickými problémy dítěte. Mnoho programů bylo koncipováno na prevenci, rozpoznání a včasnou intervenci poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexie a bulimie (Novotná P., 2010). I když nebyly zaměřeny na obezitu, lze využít cenného materiálu a zkušeností, protože cílem je vést žáky ke zdravým stravovacím návykům, k podpoře pozitivního sociálního klimatu ve škole,

posilování sebedůvěry dítěte aj. Příkladem může být projekt „Výchova ke zdraví“ (Krch, Marádová, 2003). Metodická příručka vznikla z podnětu MŠMT a byla zpracována v souladu se záměry dokumentu „Zdraví 21“ (usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 3. 10. 2002). Je určena pedagogům, učitelům výchovy ke zdraví a školním metodikům jako základní studijní text poskytující orientaci v problematice poruch příjmu potravy. Pedagogická fakulta UK v Praze již po mnoho let připravuje učitele pro výchovu ke správné výživě (Marádová, 1999).

Lze uvést řadu projektů, zaměřených na poradenství v oblasti výživy a stravovacích návyků dětí, např. aktivity Fóra zdravé výživy, kampaně „Výživa dětí“ pod záštitou odborné společnosti praktických dětských lékařů, sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky Lékařské spol. J. E. Purkyně. Společnost pro výživu pořádá každoročně konferenci školního stravování atd. Nicméně by větší pozornost psychologů vůči problémům dítěte s nadváhou a účast ve výzkumných projektech i terapeutických aktivitách byla velice prospěšná.

#### **4.5 Kognitivně behaviorální terapie dětské obezity (KBT)**

KBT byla vyvinuta psychology jako účinná složka terapie dospělých obézních jedinců a přinesla mnoho dobrých výsledků. Na jejím rozšíření u nás má velkou zásluhu Málková (2004) a dnes již dlouholetá praxe Společnosti STOB. Metodu KBT používá řada psychologů a nutričních terapeutů, je předmětem výzkumných studií a disertačních prací. Výhodou použití u dospělých je to, že lze dobře verbalizovat problémy, využít dosaadvadních životních zkušeností, lze plánovat dlouhodobé cíle i jednotlivé kroky k jejich uskutečnění. Mezi hlavní cíle KBT patří vytváření a systematické pěstování pozitivního postoje k vlastnímu tělu (Kater et al., 2002), avšak důležité jsou vztahy obézního jedince k prostředí i adaptace na vlastní tělesné rozměry (Filasová, 2009).

U adolescentů a hlavně mladších dětí má KBT rovněž své místo, je však třeba uvážit specifčnosti dětského věku, úroveň jejich kognitivního vývoje a podle toho volit efektivní způsoby intervence. KBT se provádí jak v dětských kolektivech, tak s dětmi individuálně. Osvědčila se ve skupinách, kde jsou nejen obézní děti, ale i jedinci s jinými zdravotními problémy, ze sociálně znevýhodněných rodin (Malichová, nepublikovaná vlastní zkušenost). V besedách si mají děti uvědomit a prožívat své jídelní chování, nálady, pocity, naučit se definovat vlastní problémy. KBT má napomáhat nabývání sebedůvěry, zvýšit sebevědomí. Problémem jsou vhodné techniky KBT u menších dětí, jež mají ještě malou motivaci ke změně chování a vědomí rizik nevhodné stravy je nízké. S výhodou se využívají pohádky, v nichž hrdina překonává překážky (Malichová, 2003). Důležitý je aktivní přístup dítěte k terapii, vlastní aktivita, seberegulace (Marinov, et al., 2007). Jednou z důležitých součástí KBT je tvořivost. V Dětské ozdravovně ve Špindlerově Mlýně-Svatém Petru systematicky využívají kreativitu v terapii jako jednu z cest pomáhajících dítěti najít sebe sama. V průběhu tvořivé činnosti dochází ke zmiřňování úporných myšlenek, vytváří se společně sdílené pocity a vztah důvěry (Malichová, 2008). Děti zde dělají koláže na téma překážek, jež je nutno překonat při snižování nadváhy. Např. jako model vhodných či nevhodných potravin a pohybového režimu vytvářejí společně koláže potravinové a pohybové pyramidy. Technika skupinové koláže je velmi oblíbená, odpovídá věkovým charakteristikám a zájmům zúčastněných dětí. Děti si také tvoří motiv rajske zahrady se zakázaným ovocem, kam umísťují obrázky svých oblíbených, ale ne zcela vhodných pochutin, motiv stromu zdraví s obrázky ovoce, zeleniny a zdravých potravin aj. Tím si

nenásilnou formou uvědomují, kam patří jejich preferovaná či nevhodná jídla. Pro tvořivou činnost je využívána i možnost modelování a kreslení pod odborným dohledem, při nichž děti vyrábějí různé předměty – figurky, pohlednice apod. jako dárky pro své rodiče a kamarády. Tvořivost jako významný nástroj KBT u dětí je relativně málo využívána v zahraničních intervenčních projektech. Přínosná je práce D. Kopáčikové v rámci pedagogicko-psychologického poradenství ve Slovenské republice, jež vytvořila originální postupy KBT u dětí s širokým využitím u různých poruch chování dětí (Kopáčiková, 2003, 2007).

## 5. Shrnutí: Přínosy a problémy intervenčních programů

Četné výzkumné studie a empirické zkušenosti ukázaly fyzické i psychické obtíže obézních dětí a adolescentů i na možnosti prevence nadváhy v pozdějším věku. Prokázaly komplexnost problému, jeho biologické, psychosociální a kulturní aspekty. Současně se objevily určité mezery v poznání osobnosti dítěte s nadváhou a tím i prostor pro hledání dalších cest účinné intervence.

Úprava nutričního stavu není pouze záležitostí dietologa. Dítě musí přijmout pozitivně doporučení ke změně svých zvyklostí. I při omezeném příjmu potravy by se měly respektovat chuťové preference, neměly by se násilnou formou měnit dosavadní návyky. Dítě se má naučit samostatnému rozhodování a odpovědnosti za své chování. Restriktivní přístup k jídlu bez dalších motivačních pobídek je málo účinný.

Mnoho intervenčních edukačních programů se zaměřuje na zvýšení znalostí dítěte o jídle. Avšak současné děti dobře vědí, co je zdravé a co nevhodné, čemu by se měly vyhýbat a proč. Znalost a správnost odpovědí na kladené otázky nestačí ke změně životního stylu, pokud nevznikne skutečná potřeba vhodné stravy a tělesného pohybu a vůle k boji s překážkami. To znamená hlubší změnu osobnosti.

Intervenční projekty ukazují na nutnost fyzické aktivity, často však chápané jako zvýšení počtu hodin tělesné výchovy ve škole nebo zapojením se do organizované sportovní činnosti. Postrádáme větší důraz na rozvoj individuálních schopností prostřednictvím spontánní tvořivé činnosti, jež může účinně zvyšovat sebedůvěru a pocit psychické pohody. Vyžaduje soustředění, přemýšlení, často je spojena s fyzickou aktivitou, i když ne tak náročnou na energetický výdej jako při sportu. Nicméně odvádí dítě od závislosti na Internetu a TV.

Dalším důležitým nástrojem je kulturní život. Opomíjí se pozitivní vlivy kultury a význam vytváření kulturních potřeb v životě dítěte i dospělého. Děti mají velkou možnost využít kulturního bohatství naší země, mohou navštěvovat divadla, koncerty, výstavy, hrady a zámky, učit se hrát na hudební nástroj. Význam mají i pobyty v přírodě a rozvíjení zájmu o aktivní ochranu přírody a vnějšího prostředí.

Rovněž podpora tvořivého psaní, jazykových schopností, uměleckých zájmů rozšiřuje obzor dítěte, omezuje nadměrné zabývání se vlastními proporcemi a problémy, podporuje komunikaci a zapojení se do společenského života. Tyto činnosti by měly být integrální součástí intervenčních projektů. Posilovala by se tím jejich sebedůvěra, samostatnost, poznání a uvědomění si vlastní hodnoty. Jde o to naučit obézní dítě, co znamená zdravý životní styl v celé jeho bohatosti a od mládí si umět najít svoje místo v životě společnosti.

## LITERATURA

- ALBEE, G. W. (1980). A competing model to replace the defect model. In: M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer, J. Sigal (Ed.). *Community Psychology, theoretical and empirical approaches* (213–238). New York: Gardner Press.
- ARLUK, S. L., BRANCH, J. D., SWAIN, D. P., DOWLING, E. A. (2003). Childhood obesity's relationship to time spent in sedentary behavior. *Military Medicine*, (168), 583.
- BARKELING, B., EKMAN, S., ROSSNER, S. (1992). Eating behavior in obese and normal weight 11-year-old children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 16 (5), 355–360.
- BARKER, C. (et al.) (2004). Fat teasing in obese adolescents. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. Praha, 13<sup>th</sup> European Congress of Obesity 26.–29. 5.
- BEANE, J. A., LIPKA, R. P. (1983). *Self-concept, self-esteem, and the curriculum*. Boston: Allyn and Bacon.
- BELLISLE, F., ROLLAND-CACHERA, M. F., DEHEEGER, M. (et al.) (1988). Obesity and food intake in children: Evidence for a role of metabolic and/or behavioral daily rhythms. *Appetite*, 11, 111–118.
- BERGER, U., SCHILKE, C., STRAUSS, B. (2005). Gewichtsorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 55, 331–338.
- BLÁHA, P. (et al.) (1986). *Antropometrie československé populace od 6 do 55 let* (Československá spartakiáda 1985), Díl I., část 1. a 2, Praha: ÚNZ VS.
- BRONNER, Y. L. (1996). Nutritional status outcomes for children: Ethnic, cultural, and environmental contexts. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 891–900.
- BRUSS, M. B., MORRIS, J., DANNISON, L. (2003). Prevention of childhood obesity: Sociocultural and familial factors. *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (8), 1042–1046.
- BUDD, G. M., VOLPE, S. L. (2006). School-based obesity prevention. Research, challenges, and recommendations. *The Journal of School Health*, 76 (10), 485–496.
- COLE, K., WALDROP, J., D'AURIA, J., GARNER, H. (2006). An integrative research review: Effective school-based childhood intervention. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (3), 166–178.
- DAVISON, K. K., BIRCH, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-years-old girls. *Pediatrics*, 107, 46–53.
- DOLLMAN, J., NORTON, K., NORTON, L., CLELAND, V. (2005). Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 39 (12), 892.
- DREYFUS, M. (1993). Abord psychologie de l'obésité de l'enfant dans une consultation pluridisciplinaire. *Annals de Pédiatrie*, 40, 305–312.
- FILASOVÁ, K. (2009). *Jak souvisí nadváha s psychikou (nadváha a koncept osobního prostoru)*. Rigorozní práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- FOLK, L., PEDERSEN, J., CULLARI, S. (1993). Body satisfaction and self-concept of third-and sixth-grade students. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 547–553.
- FOWLER-BROWN, A., KAHWATI, L. C. (2004). Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *American Family Physician*, 69, 2591–2599.
- FRAŇKOVÁ, S. (2004). Postoje k jídlu a osobnost dětí předškolního věku s rizikem poruch příjmu potravy. In: A. Vališová, M. Rymeš, K. Riedel (ed.). *Rozvoj české společnosti v Evropské unii IV. Psychologie a pedagogika. Jedinec a společnost v procesu transformace a globalizace*. Praha: Matfyzpress, 120–128.
- FRAŇKOVÁ, S. (2006). Attitudes towards food, development of body image and personality of lean and heavy preschool children. *Homeostasis*, 44, 77–78.
- FRAŇKOVÁ, S. (2007). Psychologické aspekty dětské obezity. In J. Pařízková, L. Lisá (et al.), *Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence* (175–192). Praha: Galén, Karolinum.
- FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Univerzita Karlova v Praze, Praha: Nakladatelství Karolinum.
- FRAŇKOVÁ, S., CHUDOBOVÁ, P. (2000). Development of body image in preschool girls. *Homeostasis*, 40, 161–169.
- FRAŇKOVÁ, S., MALICHOVÁ, E. (2008). Self-evaluation in schoolchildren with normal and increased body weight. *Activitas Nervosa Superior*, 50 (3), 69.
- FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ-Editio.
- GOLAN, M., CROW, S. (2004). Parents are the key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62, 39–41.
- GOLAN, M., WEIZMAN, A. (2001). Familiar approach to the treatment of adulthood obesity: Conceptual model. *Journal of Nutritional Education*, 33, 102–108.

- GOODMAN, E., WHITAKER, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110, 497–504.
- GUPTA, R. K., SAINI, D. P., ACHARYA, V., MIGLANI, N. (1994). Impact of television on children. *Indian Journal of Pediatrics*, 61, 153–159.
- HARTER, R. S. (1993). Causes and consequences of low-esteem in childhood and adolescents. In R. F. Baumeister (ed.). *Self-esteem: The puzzle for low self-regard*. New York: Plenum, 87–116.
- HODGES, E. A. (2003). A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatric Nursing*, 29, 13–19.
- JANSSEN, I., CRAIG, W. M., BOYCE, W. F. (et al.) (2004). Association between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113, 1187–1195.
- KALAKANIS, L. E., GOLDFIELD, G. S., PALUCH, R. A., EPSTEIN, L. H. (2001). Parental activity as a determinant of activity level and patterns of activity in obese children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72 (3), 202–210.
- KATER, K. J., ROHWER, J., LONDRE, K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *The Journal of School Health*, 72 (5), 199–204.
- KAUR, H., CHOI, W. S., MAYO, M. S., HARRIS, K. J. (2003). Duration of television watching is associated with increased body mass index. *Journal of Pediatrics*, 143, 506–511.
- KEMPER, K. A., SARGENT, R. G., DRANE, J. W. (et al.) (1994). Black and white females's perceptions of ideal body size and social norms. *Obesity Research*, 2, 117–125.
- KIMM, S. Y., OBARZENEK, E. (2001). Childhood obesity: A new pandemic of the new millennium. *Pediatrics*, 110 (5), 1003–1007.
- KŇOURKOVÁ, M. (1990). Psychologická hlediska u obezity v dětském věku. In L. Lisá, M. Kňourková, V. Drozdová. *Obezita v dětském věku*. Praha: Avicenum.
- KOPÁČIKOVÁ, D. (2003). *Poradenský psycholog a psychoterapie. Kognitivně-behaviorální psychoterapie I*. Trenčín: Krajská pedagogicko-psychologická poradňa.
- KOPÁČIKOVÁ, D. (2007). *Úloha zpětné vazby při rozvíjející osobnosti dítěte*. Trenčín: Úřad práce, sociálních věcí a rodiny v Trenčíně.
- KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. (2003). *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR.
- KUMANYIKA, S. (1993). Ethnicity and obesity development in children. In C. L. Williams, S. Kymm. *Prevention and Treatment of Childhood Obesity* (81–103). Annals of the New York Academy of Sciences, 699.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- LISSAU, I., BREUM, L., SORENSEN, T. I. (1993). Maternal attitude to sweet eating habits and risk of overweight in offspring: a ten-year prospective population study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 17 (3), 125–134.
- LUDWIG, D. S., GORTMAKER, S. L. (2004). Programming obesity in childhood. *The Lancet*, 364, 226–227.
- LUMENG, J. (2003). Pediatric obesity: childhood obesity and behavior problems linked. *Obesity, Fitness and Wellness Week*, November, 29, 36.
- MALICHOVÁ, E. (2003). Pohádkové hubnutí. *Výživa a potraviny, Zpravodaj školního stravování*, 57 (3), 40–41.
- MALICHOVÁ, E. (2008). *Tvořivá činnost při terapeutické práci s obézními dětmi*. Přednáška na Odborné konferenci dětských sester „Dětská obezita, její příčiny, důsledky a řešení“. Špindlerův Mlýn-Svatý Petr, 18. 9.
- MALINA, R. M. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 48–57.
- MÁLKOVÁ, I. (2004). Efektivita kognitivně-behaviorální terapie v kurzech snižování nadváhy. *Výživa a potraviny*, 58, (4), 88–89.
- MARÁDOVÁ, E. (1999). Výchova ke správné výživě v programu Základní škola a příprava učitelů. *Výživa a potraviny*, 6, 100–101.
- MARINOV, Z., TLÁSKAL, P., NESRSTOVÁ, M., ZEMKOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, B. (2007). Zásady autoregulačního režimu v ambulanci praxi dětské obezitologické ambulance. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 13 (Suppl.1), 37.
- MATIEGKA, J. (1927). *Somatologie školní mládeže*. Praha: Nakladatelství České akademie věd a umění.
- MATĚJČEK, Z., KADLUBCOVÁ, B. (1983). Perceived parental acceptance-rejection and personality organization among Czech elementary school children. *Cross-Cultural Research*, 8 (4), 259–268.

- MEIGS, A. (1997). Food as a cultural construction. In Counihan, C., Van Esterik, P. (Eds.). *Food and Culture: A Reader* (95–106). 1st Edition, New York: Routledge.
- MOAG-STAHLEBERG, A., MILES, A., MARCELLO, M. (2003). What kids say they do and what parents think kids are doing: The ADAF/ Knowledge Networks 2003 Family Nutrition and Physical Activity Study. *Journal of American Dietetic Association*, 103, 1541–1547.
- NESTLE, M. (2002). *Food Politics*. Berkeley, Los Angeles, California: University of California Press.
- NOVOTNÁ, P. (2010). *Stravovací zvyklosti, jídelní preference a averze u dívek mladšího a středního školního věku. Příspěvek k problematice primárních poruch příjmu potravy*. Doktorská dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- NOVOTNÁ, Z. (2008). *Šikana u dětí s nadváhou a obezitou*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. (et al.) (2007). *Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence*. Praha: Galén, Karolinum.
- PETERSON, K. E., FOX, M. K. (2007). Addressing the epidemic of childhood obesity through school-based intervention. What has been done and where do we go from here? *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 35 (1), 113–132.
- PIERCE, J. W., WARDLE, J. (1993). Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1125–1136.
- POWDERMAKER, H. A. (1997). An anthropological approach to the problem of obesity. In C. Counihan, P. Van Esterik (Eds.). *Food and Culture: A Reader* (203–210). 1st Edition, New York: Routledge.
- ROBERTS, S. O. (2000). The role of physical activity in the prevention and treatment of childhood obesity. *Pediatric Nursing*, 26, 33.
- ROBINSON, T. N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity: A randomized controlled trial. *JAMA*, 282 (16), 1561–1567.
- ROLLAND-CACHERA, M. F., DEHEEGER, M., GUILLOUD-BATAILLE, M. (et al.) (1987). Tracking the development of adiposity from one month of age to adulthood. *Annals of Human Biology*, 14, 219–229.
- SCHACHTER, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, 161, 751–756.
- SJÖBERG, R. L., NILSSON, K. W., LEPPERT, J. (2005). Obesity, shame, and depression in school-aged children. A population based study. *Pediatrics*, 116, 744–746.
- STRAUSS, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105, 15.
- STRAUSS, R. S., POLLACK, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 746.
- STUNKARD, A. J. (1957). The dieting depression. *The American Journal of Medicine*, 23, 77.
- STUNKARD, A. J. (1999). *Obesity: Theory and Therapy*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- TROST, S. G., KERR, L. M., WARD, D. S., PATE, R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *Internat. Journal of Obesity and Related Disorders*, 25 (6), 822.
- VÁGNEROVÁ, M. (2001). Posuzovací škály. In M. Svoboda, D. Krejčířová, M. Vágnerová, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (372–398). Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M., MATĚJČEK, Z. (1992). *Rohnerova metoda rodinné diagnostiky*. Ostrava: Microdata.
- VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. (2001). *Sledování růstu českých dětí a dospívajících. Norma, vyhublost, obezita*. Praha: Státní zdravotní ústav, 173.
- VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. (2007). Obezita u dětí a dorostu v České republice – dlouhodobé metody sledování. In J. Pařízková, L. Lisá (et al.), *Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence* (27–66). Praha: Galén, Karolinum.
- VILLANI, S. (2001). Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the record. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 392–401.
- WISOTSKY, W., SWENCIONIS, C. (2003). Cognitive-behavioral approaches in the management of obesity. *Adolescent Medicine*, 14, 37.



## TOWARDS CERTAIN BEHAVIORAL PROBLEMS OF A CHILD WITH OVERWEIGHT

S. FRAŇKOVÁ, P. NOVOTNÁ, E. MALICHOVÁ

### ABSTRACT

The rising of obesity in child age represents the world-wide problem. The number of overweight children increases also in Czech republic. The present study gives the survey of findings on the personality of a child and adolescent associated with nutrition. It demonstrates the attitudes towards food, eating behavior and the development of attitudes to body size in dependence on body weight. The obese child suffers often with lowered self-esteem, pessimistic view of life, world, society. On its problems family environment participates, reduction of physical activity, behavior of the society and peers as well as adverse influences of mass media, advertisement, marketing, etc. In the therapy and prevention of obesity the family plays a key role, it has to take the part in the formation of the change in the life style. Large scale of intervention programs had been proposed. Nutritional therapists and psychologists have used successfully the cognitive behavioral therapy as the complex method aimed on the solution of behavioral problems of the obese child.

**Key words:** Behavioral disturbances in obese children and adolescents, prevention and therapy of child obesity, personality of obese child, cognitive-behavioral therapy, programs of intervention

## ZU EINIGEN PERSÖNLICHKEITSPROBLEMEN DER KINDER MIT ÜBERGEWICHT

S. FRAŇKOVÁ, P. NOVOTNÁ, E. MALICHOVÁ

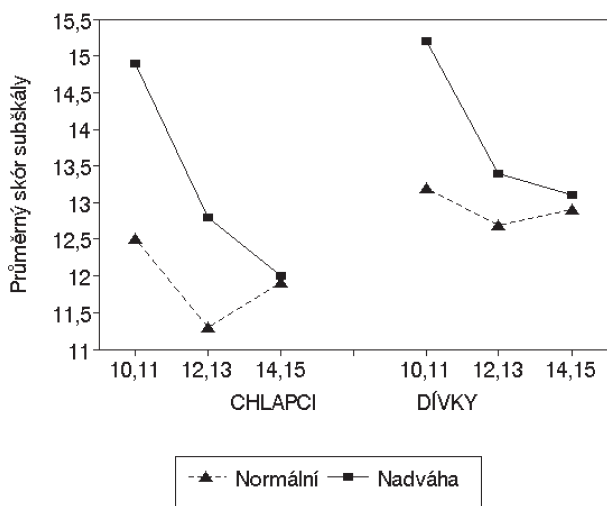
### ABSTRAKT

Der Anstieg der Fettleibigkeit bei Kindern ist ein globales Problem. Die Zahl der übergewichtigen Kinder in der Tschechischen Republik nimmt zu. Der Artikel bietet eine Übersicht der Befunde zur Persönlichkeit des Kindes und Jugendlichen in Bezug auf die Ernährung. Er zeigt die Einstellung zum Essen, das Essverhalten, die Entwicklung der Beziehung zu eigenen Körpermaßen abhängig von dem Körpergewicht. Übergewichtige Kinder leiden oft an niedrigem Selbstwertgefühl, pessimistischer Einstellung zum Leben, der Welt und Gesellschaft. An deren Problemen beteiligt sich das familiäre Umfeld, Verringerung der körperlichen Aktivität, Verhalten der Gesellschaft und Altersgenossen, die negativen Auswirkungen der Medien, Werbung, Marketing, etc. Bei der Behandlung oder Prävention von Übergewicht ist ein Schlüsselfaktor Familie, die zur Änderungen im Lebensstil beitragen muss. Zur Bekämpfung der Fettleibigkeit bei Kindern wurde eine Reihe von Interventionsprogrammen erstellt. Ernährungsberater und Psychologen benutzen erfolgreich kognitive Verhaltenstherapie als umfassende Methode zur Bekämpfung psychischer Probleme von übergewichtigen Kindern.

**Schlüsselwörter:** Verhaltensstörungen bei fettleibigen Kindern und Adoleszenten, Prävention und Therapie kindlicher Fettleibigkeit, Persönlichkeit des fettleibigen Kindes, kognitive Verhaltenstherapie, kindliche Fettleibigkeit und Interventionsprogramme

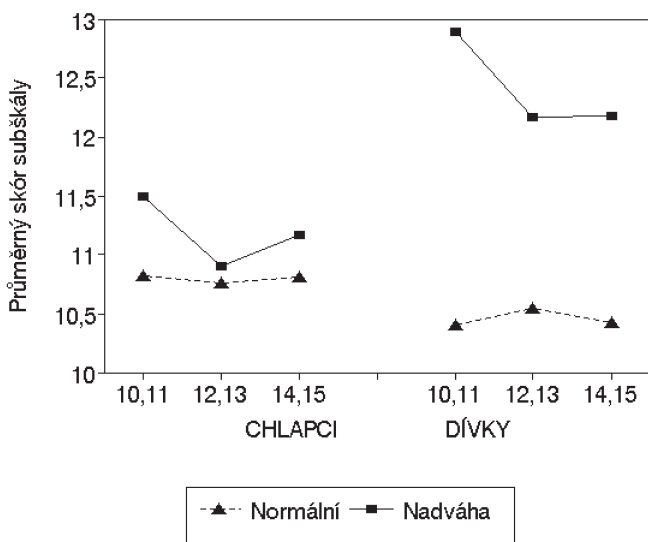
*doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc., slavkaf@seznam.cz, PhDr. Petra Novotná, Ph.D., Institut pedagogicko-psychologického poradenství, Praha, Eva Malichová, Dětská ozdravnice, Špindlerův Mlýn-Svatý Petr*

*Studie vznikla v rámci Výzkumného záměru MŠMT 002162094 „Rozvoj české společnosti v EU: výzvy a rizika“.*



Obr. 1 *Negativní ocenění vlastních schopností*

Průměrný skór subškály u souboru chlapců a dívek s normální hmotností nebo s nadváhou (obezitou, OB). Hodnoty skóru sumarizovány pro věkové skupiny 10–11, 12–13 a 14–15 let. ANOVA ukázala významný pokles skóru s věkem ( $F[2,70] = 3,58, p = 0,033$ ). U OB dívek došlo k poklesu mezi věkovou skupinou 10–11 a 12–13 let (Wilcoxonův test,  $p < 0,02$ ).



Obr. 2 *Pesimismus*

Průměrný skór subškály u souboru chlapců a dívek s normální hmotností (NH) a s nadváhou (obezitou, OB). Hodnoty skóru jsou sumarizovány pro věkové skupiny 10–11, 12–13 a 14–15 let. Rozdíly mezi NH a OB chlapci nebyly významné, mezi NH a OB dívkami vysoce významné ve všech věkových skupin (Kruskal-Wallisův test,  $p < 0,000$ ).