

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Psychosociální problematika obezity u dětí**

**Psychosocial problems of obesity in children**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph. D

Autor: Bc. Dlouhá Lenka

Praha 2020

**Poděkování:**

Ráda bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce MUDr. Jiríně Ondrušové, Ph. D. za odborné vedení a vstřícné konzultace při psaní diplomové práce. Dále bych chtěla také poděkovat své rodině, která mi dávala podporu při celém studiu. Zároveň bych chtěla poděkovat všem zúčastněným, kteří se aktivně podíleli na mém výzkumu.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Psychosociální problematika obezity u dětí“ jsem vypracovala samostatně s použitou odbornou literaturou, která je níže uvedena v seznamu literatury. Zmiňovaná odborná literatura byla odcitována. Dále prohlašuji, že diplomová práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Bc. Dlouhá Lenka

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá obezitou a šikanou dětí mladšího školního věku. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy: obezita, dětská obezita a šikana. Těžiště teoretické části práce tvoří téma psychosociální důsledky obezity u dětí s důrazem na šikanu těchto dětí ve školním prostředí. Praktickou část tvoří výzkumné šetření zaměřené na problematiku obezity a šikany dětí ve školním prostředí. Výzkumné šetření bylo realizováno formou krátkých dotazníků.

## **Annotation**

The diploma thesis deals with obesity and bullying of younger school age children. The theoretical part defines the basic concepts: obesity, child's obesity and bullying. The center of gravity of the theoretical part forms the theme of the psychosocial consequences of obesity in children, with an emphasis on bullying these children in the school environment. The practical part consists of a research that deals with the topic of obesity and bullying in children in the school environment. The survey was carried out through short questionnaires.

## **Klíčová slova**

Obezita, dětská obezita, šikana, šikana u dětí mladšího školního věku

## **Keywords**

Obesity, child's obesity, bullying, bullying in children of younger school age

## Obsah

1	Fenomén obezity v historii .....	10
2	Vymezení obezity .....	12
2.1	Definice obezity .....	12
2.2	Prevalence obezity .....	14
2.3	Příčiny vzniku obezity .....	15
2.4	Typy obezity .....	17
2.5	Prevence obezity .....	18
2.6	Důsledky obezity .....	19
2.7	Léčba obezity.....	20
2.7.1	Nefarmakologické ovlivňování obezity .....	21
2.7.2	Farmakologické ovlivnění obezity.....	22
3	Dětská obezita .....	23
3.1	Příčiny vzniku dětské obezity .....	24
3.2	Léčba dětské obezity .....	25
3.2.1	Léčba pomocí pohybových činností .....	26
3.2.2	Lázeňská léčba .....	27
3.2.3	Farmakologická a chirurgická léčba .....	28
3.2.4	Kognitivně behaviorální terapie .....	28
4	Psychosociální problematika obezity u dětí .....	32
4.1	Sebehodnocení, sebepojetí a vztah k vlastnímu tělu .....	32
4.2	Vliv rodičů na vývoj obezity u dětí.....	33
4.3	Vnější a vnitřní vlivy a podíl dětské osobnosti na vzniku dětské obezity.....	36
5	Šikana u dětí .....	38
5.1	Historie šikany .....	38
5.2	Definice šikany .....	39
5.2.1	Formy šikany.....	41
5.2.2	Kdo se může stát obětí dětské šikany .....	42
5.2.3	Typy agresorů .....	43
5.3	Školní šikana.....	43
5.3.1	Příčiny školní šikany .....	45
5.3.2	Kdo se může stát obětí školní šikany .....	45
5.3.3	Stádia šikany .....	46
5.3.4	Linie šikanování.....	51

5.4	Prevence šikany.....	52
5.4.1	Instituce a organizace v rámci prevence šikany .....	54
5.5	Šikana u dětí trpící obezitou.....	55
6	Výzkumné šetření.....	58
6.1	Cíl výzkumného šetření.....	58
6.2	Hypotézy výzkumného šetření.....	58
6.3	Metodika sběru dat .....	58
6.4	Metody zpracování dat .....	59
6.5	Operacionalizace .....	59
6.6	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	60
6.7	Etické zásady .....	61
6.8	Limity průzkumu.....	61
6.9	Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace .....	61
6.10	Diskuze.....	75
	ZÁVĚR.....	79
	LITERATURA.....	81
	Literární zdroje.....	81
	Internetové zdroje .....	85
	PŘÍLOHY.....	87
6.11	Informovaný souhlas pro zákonné zástupce s účastí dítěte na výzkumném šetření .....	87
6.12	Dotazník pro děti z druhého stupně základní školy.....	87
6.13	Seznam grafů.....	90
6.14	Seznam obrázků .....	90
	SUMMARY .....	92

## **Seznam zkratk**

BMI – Body mass index (index tělesné hmotnosti)

ČSÚ – Český statistický úřad

KBT – Kognitivně behaviorální teorie

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

## Úvod

Téma diplomové práce „Psychosociální problematika obezity u dětí“ jsem si vybrala pro jeho závažnost a aktuálnost. Když se rozhlédneme kolem sebe, vidíme alespoň některé jedince, kteří jsou obézní. Problematika obezity není aktuální jen v České republice, je o ní naléhavě diskutováno v celosvětovém měřítku. Obezita se objevovala v průběhu celé lidské historie a v našem světě se s ní i nadále budeme muset potýkat a řešit ji. Obezita není nic nového a výjimečného. Dnes se může o obezitě mluvit jako o celospolečenské epidemii. S ohledem na níže uvedené souvislosti se sociální pracovník může ve zvýšené míře setkávat s dětmi, které trpí obezitou zejména v sociálně slabších rodinách. Proto je vhodné, aby znal důležité souvislosti, o nichž pojednává tato práce i ve vztahu k edukaci.

Obezita se týká především jedinců, kteří mají špatné stravovací návyky, nemají žádný pohyb a mají rádi sedavý způsob života. Nejdůležitější prevencí proti obezitě je navýšení pohybu a změna celého jídelníčku. Pokud se tyto aspekty nebudou brát na vědomí, bude se muset nastavit medikamentózní léčba, která se používá jen ve výjimečných a závažných situacích.

Obezita u dětí s sebou nese jak zdravotní, tak i psychosociální rizika, kterým děti musí čelit. Tato psychosociální rizika mohou jedinci způsobit nepříjemný život, protože může být diskriminován a stigmatizován od svých vrstevníků nebo může být obětí šikany. Šikana se stává dost častým problémem zvláště v období puberty, kdy se dospívajícímu jedinci mění vzhled a tělo. Nadměrná hmotnost ho může handicapovat v různých činnostech, zejména z hlediska fyzické kondice ve srovnání s jeho vrstevníky. Odlišuje se svým vzhledem od ostatních a odmítnutí z jejich strany je jeden z prvních faktorů pro vznik šikany.

Nedílnou součástí diplomové části je často diskutované téma šikany. Šikana je záměrné ubližování druhé osobě, která se nemůže nebo neumí bránit. Šikana je opakující se jev, při kterém musí být vždy alespoň dvě strany, agresor a oběť. Šikana je diskutovaným tématem od 70. let 20. století a u nás v České republice se poprvé o šikaně zmínil Michal Kolář. Ve školách by se měly pravidelně dělat přednášky na toto téma, které by měly být zaměřené na to, jak se zachovat, pokud je jedinec přihlížející nebo samotná oběť šikany. Tato diplomová práce zmiňuje i organizace, které případně mohou pomoci jak oběti, tak agresorovi (např. Lata, Bílý kruh bezpečí, Linka důvěry).



Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je vypracována na základě rozboru odborné literatury a odborných článků. V první kapitole je popsána historie obezity. V druhé kapitole je přiblížena obezita z hlediska definice, příčin a samotné léčby. Ve třetí kapitole jsou popsány psychosociální důsledky obezity u dětí a její samotná problematika. Ve čtvrté kapitole se zabývám tématem dětské obezity, a především možnostmi prevence a její léčby. V poslední páté kapitole se věnuji problematice šikany a tématu školní šikany a šikany obézních dětí. Praktickou část jsem realizovala formou dotazníkového šetření mezi školními dětmi.

Cílem diplomové práce je popsat psychosociální důsledky obezity u dětí s důrazem na problematiku šikany a možnosti její prevence. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak děti vnímají šikanu ve škole, jak vnímají samotnou šikanu ve vztahu k obezitě a jak případně šikanu řešily.

Motivací pro výběr aktuálního tématu je snaha objasnit čtenářům, že se dá bojovat proti šikaně a proti obezitě. Jedinec musí změnit celý životní styl, aby mohl žít plnohodnotný a kvalitní život, který bude v sobě zahrnovat pestrý a zdravý jídelníček, mnoho pohybových činností a velkou trpělivost. Někteří jedinci si myslí, že jsou na obezitu a šikanu sami, proto je vhodné zapojit vždy rodinu a přátele, kteří pomohou a poradí.

# 1 Fenomén obezity v historii

Od dávných dob dostává každý jedinec od svých rodičů návyky správného chování a stolování, které by měl podle svého uvážení nadále využívat. V dřívějších dobách se lidé potýkali s nedostatkem surovin, hladověli a trpěli podvýživou, ale i přesto se často v důsledku špatných životních podmínek a životního stylu objevovala obezita. Obezita nás provází od dávných dob, pokud se ohlédneme zpátky do minulosti, je nám známa například socha Věstonické venuše, která je podobiznou otlé postavy ženy. Tyto atributy byly symbolem plodnosti a hojnosti (Hainer, 2004).

Pohledy na obezitu se během historie měnily dle věku, a to odlišně jak u dospělých, tak u dětí (Pařízková, 2007). Již v pravěkých dobách byla ideálem krásy již výše zmiňovaná Věstonická venuše, kde větší tukové zásoby představovaly přežití v dobách hladomoru, byly také symbolem bohatství a prosperity (Pastucha, 2011). V této době si lidé zajišťovali svůj energetický příjem sbíráním plodů, kořenů a jiných rostlinných produktů, které jim dávaly dostatek sacharidů. Tyto produkty vyvolaly zvýšení hladiny inzulínu, který v buňkách získával ze sacharidů energii. Pomocí inzulínu byl všechn tuk uložen do rezerv následujících dnů (Adam, Ullmannová, 2009).

V období starověku se známí lékaři Galén a Hippokrates zabývali obezitou a její úspěšnou léčbou (Svačina, 2008). Galén už ve starověku poukazoval na negativní dopady obezity ve zdraví jedince. Za nejúčinnější léčbu doporučoval konzumaci většího množství stravy s menší energetickou hodnotou, zvýšenou fyzickou činností, koupele a masáže celého těla. Hippokrates tvrdil, že lidé s vyšší váhou umírají dříve než lidi s normální tělesnou váhou. Také doporučoval náročnou pravidelnou fyzickou činnost před konzumací jídla (Hainer, 2011).

V období středověku se obezita vyskytovala méně, potravin byla brána za vzácnost. V dřívějších dobách potrava nebyla samozřejmostí, nebyl jí takový dostatek, jako je dnes. Na obezitu se koukalo jako na velký dar od Boha, i přesto byla brána jako jeden ze smrtelných hříchů. V průběhu celé historie se lidstvo potýkalo s obdobími hladomoru, infekcemi a nemocemi. Vyšší podíl tuku v těle předpokládal v těchto těžkých období přežití. V dnešní době jsou infekce vzácné a existuje mnoho prostředků, jak infekcím předcházet a případně je léčit (Pařízková, 2007).

Studium královských mumií v Egyptě ukázalo, že nadváha a obezita nebyla v této době nic nového. Vysoká tělesná hmotnost byla mezi staroegyptskou šlechtou poměrně častá, i přestože se na ni koukalo jako na něco nepatřičného. Z kožních řas egyptských faraónů Amenophise III. a Ramsese III. se ukázalo, že oba panovníci trpěli obezitou (Medicína, 2007).

Medicína 18. a 19. století přinesla nové pohledy na obezitu. Thomas Short definoval vznikající obezitu u takových jedinců, kteří častěji holdují jídlu a pití, lenoší a mají málo pohybu. Podle Shorta je obezita velice nezdravá a často je výsledkem neschopnosti sebekontroly nad vlastním tělem. *„Short definuje lidské tělo jako „pěkně vypasené“ tělo.“* (Hainer, 2004, s. 2)

Koncem 19. století se ideálem krásy stala rakouská císařovna Elisabeth, která měla velice štíhlé tělo. Je známá také pod přezdívkou Sisi. Byla příkladem pro své poddané svým osobním šarmem a holdováním pohybu. Většina poddaných chtěla vypadat jako jejich císařovna, a proto vznikly četné návody na hubnutí. V tomto století byla obezita často spojována s nadměrnou konzumací cukrů, proto v roce 1879 byl vynalezen sacharin jako velmi účinná náhražka cukru (Hainer, 2004).

*„Člověk se v minulosti potýkal převážně s negativní energetickou bilancí v důsledku nedostatku potravy, proto také většina regulačních mechanismů vzniklých v průběhu fylogeneze umožňuje adaptaci na snížený energetický příjem s cílem zajistit přežití hladovějícího jedince. Potřeba pohybu zůstává, ale skutečná realizace je nedostatečná a znamená deficit, který s sebou přináší řadu komplikací.“* (Pastucha, 2011, s. 9).

## 2 Vymezení obezity

Pojem obezita jistě každý zná, nebo o něm už alespoň slyšel. Jen ne každý si dokáže představit, co takový pojem dokáže udělat s lidskou bytostí, s její psychikou a odolností. Každý si myslí, že obezita znamená pouze nadměrnou hmotnost člověka, ale už si není vědom toho, že to způsobuje velké množství nemocí.

### 2.1 Definice obezity

Pojem obezita znamená v latině *obesus*, v českém překladu znamená dobře živený či tučný. V obezitě se člověku vstřebává tuková tkáň v organismu. Obezita je považována za jeden z největších problémů, který je vázaný na nedostatek pohybu (Pastucha, 2011).

*„Obezita je chronická nemoc, jejímž podkladem je zmnožení tukové tkáně v organismu v důsledku dlouhodobé pozitivní energetické bilance se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí.“* (Lukáš et al., 2010, s. 229)

Obezita může být způsobena více faktory, které jsou ovlivněny psychologickými, antropologickými, metabolickými a sociálními změnami (Pařízková, 2007).

Obezita se za poslední období stává globálním celosvětovým problémem. Výskyt obezity v Evropě činí přibližně 10-40 % populace, u žen je výskyt obezity vyšší asi o 3-6 % než u mužů. Existují různé ukazatelé, které se používají na hodnocení obezity. Jedná se o:

- a. Index tělesné hmotnosti – je známý pod zkratkou BMI (Body Mass Index), vytvořený v polovině 19. století matematikem Adolphem Queteletem. Někdy je také označován jako Queteletův index (Hronek, 2013). Jde o ukazatel tělesné hmotnosti, který umožňuje porovnávat tělesnou hmotnost lidí s různou výškou. Počítá se vydělením hmotnosti druhou mocninou jeho výšky. Často se využívá jako samostatný indikátor atraktivity (Matějů a kol., 2017). Bývá nejčastěji používán, i přestože má velkou nevýhodu, protože nedává přesnou představu o rozkladu tělesného tuku v těle člověka (Adámková, 2009).
- b. Poměr pas / boky – takové hodnocení se uplatňuje u osoby v dospělém věku, nejčastěji u ženy (Kalvach, 2004).

- c. Obvod pasu – dalším ukazatelem je velikost obvodu pasu, kde se za zvýšené riziko u mužů považuje hodnota pasu nad 94 cm a u žen hodnota pasu nad 80 cm (Adámková, 2009).

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
podváha	< 18,5	nízké (riziko jiných chorob)
normální hmotnost	18,5–24,9	průměrné
zvýšená hmotnost	≥ 25	zvýšené
nadváha	25–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30–34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35–39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Obrázek Obr. č 1 Klasifikace obezity dle WHO z r. 1997 (Hainer, 2011)

**Nadváha** je definována jako předstupeň obezity s BMI 25-29,9 (viz obr. č. 1). Představuje oproti obezitě nízké riziko výskytu chorob spojené s vysokým množstvím tělesné hmotnosti. Nadváha se nejčastěji spojuje se zhoršeným metabolismem jedince a se změnou stravovacích zvyků. Jedná se například o dočasný stav, který způsobí dlouhodobý stres. V nejhorším případě se může jednat o začátek vzniku obezity.

**Obezita I. stupně** způsobuje nejčastěji bolesti zad, kloubů a zvýšenou únavu. V prvním stupni obezity se objevují problémy s abnormální hodnotou pohlavních hormonů v těle. Může se objevit i rakovina (nejčastěji rakovina tlustého střeva a rakovina poprsí u žen po menopauze).

**Obezita II. stupně** představuje vážné zdravotní problémy. Najdeme zde všechny problémy, které jsou určeny pro obezitu I. stupně, ale s vyšším rizikem. Mezi časté problémy řadíme onemocnění kloubů (kolen a kyčlí) a hypertenze, u žen nepřítomnost menstruace či neplodnost.

**Obezitu III. stupně** doprovází stejné onemocnění jako u obezity prvního a druhého stupně, ale s vysokým rizikem. Mezi časté problémy řadíme dušnost, zvýšení tuků v krvi nebo cukrovku druhého stupně (čili diabetes mellitus 2. typu). Tito lidé si extrémně zkracují život a často se nedožijí ani 60 let věku ([www.bodymassindex.cz](http://www.bodymassindex.cz), 2012).

## 2.2 Prevalence obezity

Obezita je třetí nejčastější chronické onemocnění ve vyspělých zemích. Častější jsou pouze zubní onemocnění, a sice zubní kaz a paradontóza. Obezita byla po staletí definována jako kosmetická vada. Až v posledních několika desetiletích je obezita pokládána za závažné onemocnění, které zkracuje a komplikuje lidem život. Nejčastěji se vyskytuje v Evropě a Severní Americe, časté je i v České republice (Svačina, 2008).

V **Evropě** existují regiony, kde má obezitu u mužů méně než 10 % populace (např. jižní Švédsko, Katalánsko a některé francouzské kraje). Zpravidla se tak v evropských zemích obezita nalézá u 10-20 % populace. U více než 20 % mužů se obezita vyskytuje např. v České republice, Rumunsku, pobaltských zemích, Belgii a v Německu.

Do 10 % u žen se obezita vyskytuje v jižním Švédsku, nad 20 % v Polsku, Německu, Finsku a Řecku. A nad 30 % se obezita vyskytuje v poměrně části Ruska, Pobaltí, v České republice a Itálii. Nad 40 % pak na Maltě a v dalších regionech Ruska (Svačina, 2008).

**Česká republika** se s výskytem obezity dostala na přední příčky v celé Evropě. Tento problém navíc každým rokem narůstá (Hlúbik, 2009). Obezita dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) ohrožuje v ČR 18,5 % lidí, z toho 20 % mužů a 18 % žen. Mírnou obezitou dle ČSÚ trpí 47 % mužů a 33 % žen. Průměrná hodnota indexu tělesné hmotnosti v ČR dosáhla 25,2 BMI, což nás klasifikuje nad horní hranici normální zdravé tělesné váhy (Český statistický úřad, 2019).

V České republice je výskyt obezity vyšší než evropský průměr. Obezita v následujících letech bude výrazně stoupat u osob s nižším vzděláním a s horším sociálním postavením. Nebude se zlepšovat ani u osob s vyšším vzděláním a lepším sociálním postavením (Svačina, 2008).

Státní zdravotní ústav potvrdil, že u dětí v České republice za posledních 50 let dochází k výrazným změnám jejich hmotnosti, výšky a indexu tělesné hmotnosti. Proto bylo rozhodnuto, že za základní hodnocení hmotnosti k tělesné výšce dítěte se bude využívat percentilový graf z roku 1991. V těchto letech minulého století nárůst hmotnosti dítěte a jeho změna životního stylu nebyla považována za tak klíčový problém. Dalším důvodem bylo, že lidé nesouhlasili s návrhem určit jen jedno mezinárodní kritérium pro určování hranice lidské obezity (Marinov, 2012).

*„Důležitým úkolem by měla být příprava a realizace programů zaměřených na jednotlivé věkové skupiny a kromě údajů o situaci v celé dětské populaci by měla věnovat pozornost jedinci a zkoumat vztahy mezi výživou a hmotností ve vztahu ke konkrétní osobnosti dítěte a adolescenta. Intervence by měla být nejen krátkodobá, ale měla by sledovat i dlouhodobé cíle.“* (Gillernová, Kezba a Rymeš, 2011, s. 56)

Lidstvo se nachází na začátku celosvětové epidemie výskytu obezity. V některých státech světa se v poslední době zvyšuje výskyt obezity (např. Asie, subsaharská Afrika, venkovské státy Indie). Stává se tak hlavním problémem v chudších vrstev společnosti, protože některé levné a snadno dostupné potraviny jsou vysoce kalorické, obsahují nasycené tuky a jednoduché cukry. K nezdravým pochutinám se často udělá dlouhodobá závislost a lidé je kupují i při zvednutí ceny. Paradoxní je, že obezita je známá i v chudších zemích, kde velká část populace hladoví. Obezita se v posledních letech objevuje i v zemích, kde jsou velké majetkové rozdíly mezi obyvatelstvem. Jedná se tak o USA, kde jsou největší majetkové rozdíly a je tam nejvyšší výskyt obezity. Naopak Japonsko je země s nejnižším majetkovým rozdílem a má nejnižší výskyt obezity (Vítek, 2008).

Za poslední desetiletí výskyt obezity prudce stoupl. Je považována za hlavní zdravotní problém v zemích, které jsou charakteristické svým průmyslem. Mezi odborníky i laiky se tak začíná hovořit o „epidemii obezity“, která postihuje bohaté, chudé i rozvojové země (Gillernová, Kezba, Rymeš, 2011).

### **2.3 Příčiny vzniku obezity**

Fořt (2004) říká, že se jedná o nepoměr mezi výdejem energie. S ohledem na dnešní dobu má každá domácnost počítačovou technologii či televizi. Což se stává příčinou nedostatečné fyzické činnosti, kterou dítě nevyžaduje, naopak se učí sedavému způsobu života. Čím dál více je náročnější pro dítě připravit denní rozvrh tak, aby se tam objevil čas na sport, případně aby rodič dítě přesvědčil pro pravidelné sportování.

V rodinách, které mají nižší příjmy, není tak výrazný výskyt dětí s obezitou jako v ostatní populaci České republiky. Výjimkou mohou být u nás jen romské rodiny. Lidé, kteří mají vyšší příjmy, si tak mohou dovolit častěji chodit do restaurace, doma často používají jen polotovary, kupují dražší potraviny a nepomáhá tomu ani jejich samotný způsob života. Základním problémem se v současné době stávají módní formy amerického rychlého občerstvení (Fořt, 2004).

Dělení příčin obezity dle Středy (2009):

1. Vyšší přínos energie než její výdej – jedná se především o nadměrný přínos energie nebo o její neuspokojivý výdej, který je způsoben nedostatkem pohybové činnosti a sedavým způsobem života. Lidské tělo by mělo být využíváno k pohybu, pokud je používáno minimálně, ochabují svaly a zvyšuje se tuková tkáň.
2. Genetické predispozice – z 50 % je otylost způsobena geneticky. Pokud jsou oba rodiče silní, u dítěte se tento problém objeví pravděpodobně z 80 %. Vše se dá změnit životním stylem, lepšími stravovacími návyky a pohybem (Středa, 2009). Genetické vlivy jsou také ovlivněny rodinnými zvyky, jako je např. předávání domácí kuchařky z generace na generaci (Svačina, 2008).
3. Porucha metabolismu – vše je podmíněno tělesnou hmotností, pohlavím a fyzickou činností.
4. Psychické vlivy – jedná se o emoční situace, deprese, frustrace, osamocení, napětí nebo stres.
5. Špatné návyky u stolování v rodině – vše záleží na stravování v rodině. Pokud jsou založené nevhodné stravovací návyky, členové pak velmi často bojují s nadbytečnou tělesnou hmotností.
6. Hormonální vlivy – jedná se o sníženou funkci štítné žlázy (Středa, 2009).

Podle Cawleye (2006) může být příčinou i nedostatečný čas na vaření. Respektive člověk, který si nepřipravuje jídlo, by se mohl teoreticky zabývat jinou činností, například výdělečnou. Ušetřeným časem vydělá více peněz a proto si raději koupí polotovary nebo se nají ve fast foodu. Bohužel si málokdo uvědomí, že tyto potravinové řetězce jsou nezdravé.

Na výskyt obezity působí několik faktorů. Jedná se o věk, pohlaví, vzdělání a vyšší příjem, vstup do manželství, dietu, kouření, alkohol a fyzickou aktivitu. S věkem stoupá obezita a její výskyt se pohybuje okolo 50 až 60 let jednotlivce. Jelikož obezita často zkracuje člověku život, její výskyt se proto snižuje. Ženy jsou v celé populaci obéznější než muži. Dobrým vzděláním a vysokým příjmem se snižuje výskyt obezity. Nižší vzdělání vedou k větší pravděpodobnosti výskytu obezity. Se vstupem do svazku manželského často roste tělesná hmotnost jedince. Dietou je myšlená např. národní kuchyně, která má vliv na příjem tuku. Kouření cigaret zvyšuje energii a tím se omezuje výskyt obezity. Příjem alkoholu naopak vede ke zvýšení hmotnosti. Větší alkoholici mají paradoxně nižší hmotnost, protože

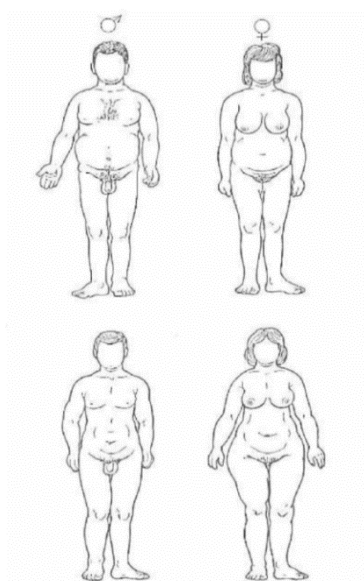


jejich situace vede k postrádání kvalitních potravin. Fyzickou aktivitou člověk snižuje výskyt obezity, pokud však tyto aktivity omezí, stoupá mu tak větší pravděpodobnost výskytu obezity (Svačina, 2008).

## 2.4 Typy obezity

Obezita se vytváří spolupodílením zevních a vrozených faktorů. V životě člověka existují některé životní etapy, které jsou pro vývoj otylosti velmi rizikové. Jedná se hlavně o ženy v době těhotenství, po těhotenství a v období přechodu. U mužů i u žen je rizikové období dospívání, kdy se energie nespotřebovává k růstu a je jí potřeba méně. Obezita se vytváří neúměrností mezi přijatou a vydanou energií. Obezitu lze rozdělit na několik typů. Prvním typem je prostá obezita, které se říká exogenní nebo elementární obezita. Tento typ se vyjadřuje sklonem k přejídání a sníženou tělesnou činností. Druhým typem je druhotná obezita, které se říká sekundární nebo symptomatická obezita. Tato obezita se vyznačuje především při některých endokrinních onemocněních. Jedná se například o Cushingovu chorobu nebo hypotyreózu (Středa, 2009).

Dle Adámkové (2009) existují dva typy obezity. Jedná se o gynoidní a androidní typ obezity. Oba typy mají své charakteristiky. Pro gynoidní typ obezity se někdy používá i označení jako ženský typ obezity. Jedná se o nakupení tuku na bocích a hýždích. Pro druhý typ obezity, který se značí někdy i jako mužský typ, je svou charakteristikou známý jako díky uložení tuku v okolí pasu, který upozorňuje na možný vznik kardiovaskulárního onemocnění.



Obr. č. 1 Mužský a ženský typ obezity. Nahoře typ mužský, dole typ ženský

## 2.5 Prevence obezity

Zásadní prevencí dle Adámkové (2009) je změna životního stylu jednotlivce – tzn. změna stravovacích návyků a změna fyzických aktivit.

Obecně se prevence obezity musí řešit na několika úrovních. Obezita je vnímaná jako celospolečenský problém, je nutné ji řešit na úrovni celé společnosti, a aby se vyřešila, musí být zapojeny regiony a jednotlivé obce. U dětí se musí obezita řešit zejména za pomoci rodinného, zdravotního a školského systému (Hainerová, 2009).

Pro udržení prevence je pro člověka důležitý pravidelný pohyb, který je nezbytný pro udržení dobrého zdraví a životního stylu. Pohybová aktivita má celou řadu pozitivních sociálních i fyziologických výsledků. Pohyb je důležitým ukazatelem pro seznámení se s prostředím, pohybem se také učíme ovládat své tělo a vyjadřujeme tak sebe sama. U obézních lidí, kteří nemají pravidelnou pohybovou aktivitu, může dojít tak k celkovému přetížení nosných kloubů (Pastucha, 2011).

Pro vznik obezity u jednotlivce můžou být nejvíce rizikové následující životní situace: poudrazové snížení fyzické činnosti, změna stravovacích návyků (např. přizpůsobení novému partnerovi), nepravidelnost ve stravování, večerní stravování, pravidelná konzumace alkoholu, úspěšné ukončení kouření cigaret, pracovní stres nebo deprese. Vždy je důležitá zvýšená znalost potravin a možnost volit si zdravé potraviny prospěšné pro zdraví, zapojení pravidelného cvičení nebo pohybu jako součást zlepšení životního stylu (Müllerová, Aujezdská, 2014).

Univerzálně platí, že včasná prevence je levnější a méně obtížnější a nákladnější postup než samotná léčba obezity. Také platí, že za svůj životní styl si sám ručí jedinec. Nutností je, aby proti obezitě bojovala i celá společnost. Pouhá dobrá informovanost jednotlivce má šanci na úpravu životního stylu a na zachování dobré tělesné hmotnosti. Je proto vhodné, aby do boje proti obezitě byly zapojeny potravinové řetězce, které by měly zachovávat etický kodex v reklamách na potraviny určené pro děti (Marinov, Pastucha, 2012).

Důležitou součástí primární prevence je samotný pohyb, který je potřebný k dobrému a zdravému životnímu stylu. Pokud je pohyb v odpovídajícím objemu, přispívá tak k udržení hmotnosti a zlepšuje metabolický profil obézního člověka. Pohyb snižuje úmrtnost jednotlivce. Jednoduše řečeno primární prevence má za úkol snižovat vznik nových situací spojených s obezitou (Hainer, 2011).

Sekundární prevence okamžitě odhaluje a zasahuje do obezity a jejích důsledků. Zaměřuje se tak jen na skupiny, kde je vysoká přítomnost rizikových faktorů (Fraňková, 2000).

## 2.6 Důsledky obezity

Obezita v každém věku, zvláště v dětství, má špatný vliv na fyzický, psychický a sociální vývoj jedince a tvoří nežádoucí vlivy pro jeho budoucí život. Tito obézní jedinci jsou nepohybliví, nešťastní, neumí se zapojovat do společnosti, začínají být introvertní, deprimovaní a úzkostní. Za svůj vnější vzhled se stydí, ale pro zlepšení svého vzhledu nechtějí nic udělat (Šašinka, 1998).

Obezita je onemocnění nového století. Počet lidí s obezitou se každý rok zvyšuje. Bohužel se setkáváme s tím, že obezita má tělesné i psychosociální důsledky. S psychosociálními důsledky se nejvíce potýkají ženy, protože se v dnešní době ideál tělesné hmotnosti snižuje, zatímco ve skutečnosti se jejich tělesná hmotnost zvyšuje. Ženy tak trpí společenskými a psychologickými důsledky obezity, přičemž u lehčích stádií obezity, kdy negativní zdravotní dopady nejsou dokázány, jsou psychosociální důsledky více problémové než důsledky tělesné.

Psychosociální důsledky vyvolávají u člověka pocit méněcennosti, deprese, stres nebo zhoršují a komplikují život. Obezita dokáže omezit kvalitu života člověka a také jeho délku, kde se může zkracovat průměrně až o 9 let, přičemž u nejtěžší formy obezity se délka života zkracuje až o 20 let. Obezita má tak velmi negativní dopad na celou společnost. Proti obezitě lze bojovat jen jediným možným způsobem, a to velmi velkou vůlí a změnou stravovacích a pohybových návyků.

Tělesné důsledky jsou spojeny se zdravotními problémy, které jsou závislé na stupni a typu obezity. Jedná se například o cukrovku, kožní onemocnění, gynekologické onemocnění nebo degenerativní onemocnění kloubů. Obezita v těžkém stupni snižuje a zásadně zkracuje život (Fejfarová, 2012).

Existují i sociální důsledky, které se mohou objevit ve velmi nízkém věku. Např. v mateřské škole jsou obézní jedinci méně oblíbení, což zhoršuje obéznímu dítěti kvalitu

života. Je prokázáno, že i na vysokých školách není tolik obézních jedinců, i když mají stejné IQ jako ostatní jedinci. Obezita se prolíná do budoucího života, dokonce zhoršuje možnosti výběru zaměstnání či budoucího partnera (Nejedlá, 2014).

## 2.7 Léčba obezity

Hlavní cíl léčby obezity je zaměřen především na pomalé (ale účinné) očekávání úbytku kilogramů na váze a zmenšení zdravotních komplikací, které obezita může přinášet. Jedinci by pak měli nadále udržovat získanou hmotnost a dbát na prevenci zpětného nárůstu jejich váhy. Každý by si měl hubnutí přizpůsobit svému tělu tak, aby bylo realistické a dlouhodobě udržitelné.

Pro úspěšnou léčbu je důležité dosáhnout dlouhodobé negativní energetické bilance, a to snížením příjmu energie v potravinách a zvýšením výdeje energie fyzickou činností. Aby vše mohlo proběhnout úspěšně, musí mít jedinec pozitivní motivaci, individuální léčebný plán a dosažitelné cíle (Hlúbik a kol., 2009).

Důležitým začátkem pro vznik léčby je začít v ordinacích praktických lékařů a jiných specializovaných lékařů. Základem je efektivní získání informací o daném problému a podpora pacientů ke správnému životnímu stylu, stravování a k úpravě pohybových aktivit. Někdo místo specializovaných lékařů hledá pomoc u nutričních terapeutů nebo ve výživových centrech, které slouží jako poradny. Bohužel se setkáváme i s případy, kde se jedinec snaží obezitu vyřešit sám, v horších případech se pacient snaží o diety, které jsou redukčně nevhodné. Ty totiž v nejčastějších případech reprezentují dlouhodobé hladovění nebo nutriční nevyváženost (Coufalová, 2011).

Pokud dojde ke striktní dietě, je důležitá změna stravovacích návyků. Jedinec by si měl vést dokumentaci o celodenním příjmu potravy. Tyto záznamy o svém jídelníčku by měl vždy konzultovat s lékařem nebo dietologem. Lékař jídelníček hodnotí z hlediska složení potravy, množství i velikostí dané porce. Tak může ze záznamů dohledat stravovací zvyklosti a typy potravin, které jedinec preferuje. Proto je důležité, aby vše bylo koncipováno individuálně a dle možností (Hlúbik a kol., 2009). Dle Svačiny (2008) nemusí být dietní léčba vždy účinná. Vysvětluje to dvěma způsoby. V prvním případě může dojít k selhání diety, protože klienti nebyli řádně informováni o dietním režimu. V druhém případě jde o osoby, které tvrdí, že nemají dostatek času. Svačina (2008) to interpretuje tak, že jde o jedince, kteří mají čas, ale nemají dostatek vůle.

Úprava jídelníčku nemusí znamenat radikální dietu nebo hladovění. Základem úpravy je analýza toho, co člověk za den spořádá. Zjišťuje se hlavně skladba jídla a energetické hodnoty jídla. Na internetových stránkách existuje mnoho kalkulaček na hlídání stravy, které po zadání množství spořádaného jídla ukáží zastoupení sacharidů nebo tuků. Při úpravě by měla být hodnota snížena přibližně o 10-20 %. Při úpravě jídelníčku by měl být pomoci nutriční terapeut, který se vším po konzultaci pomůže (Owen, 2013).

Další důležitou léčbou je pohybová aktivita, která nevede k významnému hmotnostnímu úbytku váhy, ale stoupá energetický výdej po pohybových cvičeních, zvyšuje i kladný energetický výdej spojený s pohybovými aktivitami. Mezi zásadními pohybovými aktivitami by měly být aktivity, při kterých dochází k přesunu celého těla bez dopomoci, protože při těchto pohybových aktivitách dochází k velkým energetickým výdejům. Tím je myšlená chůze, chůze za pomoci hůlek (tzn. nordic walking), cyklistika, běh nebo třeba běžky. Oblíbenou aktivitou může být i tanec nebo cvičení za pomoci hudby (Svačina, 2008).

### **2.7.1 Nefarmakologické ovlivňování obezity**

Základním důležitým ukazatelem pro ovlivnění obezity je snížení množství energie, která je dodávána tělu a její dosažený poměr mezi příjmem a výdajem energie. Proto je velice důležité brát na zřetel racionální stravu, kde si změním celý jídelníček, snížíme energetický příjem podle zaměstnání nebo jiné fyzické aktivity, snížíme i podíl cukru, omezíme tučnou stravu a naopak zvýšíme příjem ovoce a zeleniny. Do jídelníčku bychom měli zapojit nenasycené mastné kyseliny v podobě mořských ryb a mořských plodů. Změnu fyzické aktivity musíme přizpůsobit zdravotnímu stavu jedince.

Důležitým doplňkem stravy a pitného režimu jsou ovocné čaje, slabé černé čaje a neperlivé vody. Nesmíme zapomínat, že nízkokalorické („light“) nápoje jsou energetické. Proto je potřeba pít neslazené, nebo velmi málo slazené, vody či čaje. Slazené vody se pít při snaze o redukci obezity nesmí. Ovoce se musí vybírat podle druhu, aby mělo v sobě velmi malou dávku cukru. Zelenina se naopak může konzumovat v jakémkoliv množství. Nejlépe však přibližně 400 g denně. Dále se mohou používat sýry maximálně do 30 % tuku. Pečivo se pro ovlivnění obezity používá jen tmavé a celozrnné. Luštěniny, sypaná rýže a brambory se mohou konzumovat pouze v rámci hodnot, které jsou doporučované pro energetický příjem (Adámková, 2009).

### **2.7.2 Farmakologické ovlivnění obezity**

Někteří lidé si neumí představit, že by měli změnit stravovací nebo pitný režim. Někteří se jen vymlouvají, že na to nemají čas, nebo si myslí, že jim dieta nepomůže. Pokud je obezita v takovém stádiu, kdy vážně ohrožuje zdravotní stav jedince je proto nutné začít s medikamentózní léčbou.

Existují pouze dva typy farmakologického ovlivnění obezity. Jeden typ působí na centrální úrovni, kde se postupně snižuje chuť k jídlu. Druhý typ působí rovnou ve střevě. Oba léky jsou předepisovány především diabetikům, kde je obezita v takovém stádiu, kdy je velice nebezpečná pro tělo. U obou případů rozhoduje lékař.

Když jedinec nemůže užívat farmaka, může přejít na chirurgickou léčbu – tzn. bandáž žaludku. I tento pokus o ovlivnění obezity musí indikovat lékař, aby nedošlo k nežádoucím komplikacím (Adámková, 2009).

### 3 Dětská obezita

Obezita je multifaktoriální metabolické poškození, při kterém se zvyšuje tělesný tuk. Nárůst obezity v celém světě je dán obměnou stravovacích zvyklostí, kde jsou potraviny, které mají vysokou energetickou hustotu a vysoký podíl tuků (Hainerová, 2009).

Dětská obezita je charakterizovaná jako obzvlášť nebezpečné riziko. Pokud obezita vznikne v tomto věku, je velká šance, že se přenesení do dospělosti. Zdravotní stav je zhoršený a rizika plynoucí z obezity se objevují mnohem dříve (Mužik, 2007).

*„Klinický obraz komplikací dětské obezity je však širší a zahrnuje obtíže a život omezující rizika respirační, gastrointestinální, neurologická, ortopedická a endokrinologická i závažnou psychosociální problematiku.“* (Kukla, 2016, s. 230). Dětská obezita pochází z dynamického růstu dítěte a jeho dobrého rodinného prostředí. Bez dobrého zásahu rodiny je obezita takřka bez úspěchu (Kukla, 2016). Její nástup je většinou pomalý a k jejímu výskytu stačí bohužel jen neadekvátní zvýšení příjmu potravy (Marinov, 2012).

V období dětství se utváří jídelní zvyklosti a postoje, které se mohou stát pevnou částí osobnosti dítěte. Proto je období dětství charakterizované jako kritická vývojová fáze. V dřívějších dobách převládal kladný vztah k obezitě u dítěte, protože byla zažitá ideální představa baculatých andílků. To bylo znakem vysokého postavení rodiny z ekonomického a sociálního hlediska. Dítě, které mělo větší rezervu tělesného tuku za období válek, epidemií a nedostatku potravin, mělo vyšší naději na přežití. Tím se podkrývá vnímání starší generace, která měla vlastní zkušenosti z těchto dob. Strach z hladovění může být zakořeněn i v dnešní době vlivem rodinných tradic, zvyklostí a postojů rodičů či předchozí generace (Gillernová, Kezba a Rymeš, 2011).

V dětském věku dochází i k nárůstu tělesné váhy kvůli rozvoji kostry a svalové hmoty. Vše se může lišit věkem a pohlavím. Při narození dítěte, které je donošené, tvoří tuková tkáň přibližně 13 % hmotnosti narozeného dítěte. Poté tuk postupně přibývá a přibližně půlroční dítě má až 25 % tukové tkáně. V dalším období dochází k redukci rezerv tukové tkáně, v závislosti na stoupající pohybové činnosti, její intenzitě a frekvenci. Pak se výrazně mění složení dětského organismu. Množství tělesného tuku se vytváří ve školním věku dítěte až do dospělosti. Je pravdou, že děvčata mají od narození větší zdroje tělesného tuku než chlapci.

V dřívějších dobách byla dětská obezita vnímána jako projev zdraví a dobré výživy, matky dítě často chválily, pokud hezky jedly a zvyšovaly mu porce (Pastucha, 2011).

Prevence dětské obezity by měla být cílená na gravidní ženy a matky, které jsou těsně po porodu. Za vznik dětské obezity se považují i faktory v období prenatálním (Nejedlá, 2014). Mezi tyto faktory může patřit stav výživy matky, porodní hmotnost dítěte nebo samotné kouření matky během těhotenství. Vyšší vzestup hmotnosti nebo podvýživa matky během celého těhotenství zvyšuje nebezpečí obezity či nadváhy u nenarozeného dítěte (Mamun a kol., 2009).

Na vývoj dětské obezity nemá vliv pouze zdravotní stav jedince, ale i psychosociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. V tomto prostředí je ovlivňován společenský tlak z hlediska společensko-estetických norem. Toto ovlivňování může vést až k šikaně ze strany celé společnosti. Dítěti se může stát, že bude mít špatné pocity z každodenního neúspěchu nebo se bude sebeobviňovat. Tyto pochybnosti ze strany dítěte mohou vést až k depresivním náladám, které jsou uváděny jako nejčastější psychické problémy u obézních lidí. Deprese totiž snižuje úspěšnost léčby obezity u dětí. V takových případech je důležité navštívit psychologické vyšetření, které pomůže najít původ deprese a nabídne postupy k dalšímu řešení (Marinov, Pastucha, 2012).

Studie „Zdraví dětí 2016“ sledovala v období 1996-2016 výskyt obezity u dětí. Během dvacetiletého období se výskyt obezity významně zvýšil. Za posledních pět let, tedy v období 2011-2016, výskyt obezity zůstal velmi stabilní a v současné době se pohybuje okolo 10 % (Státní zdravotní ústav, 2016).

### **3.1 Příčiny vzniku dětské obezity**

Jednou z nejčastějších příčin dětské obezity je multifaktoriálně podmíněné onemocnění, na které se váže mnoho jiných faktorů. Tyto faktory jsou podmíněné genetickými predispozicemi a vlivem společnosti, ve které jedinec žije. To pak přispívá ke kladnému energetickému výsledku, kde je výdej energie převyšena příjmem energie. Výsledkem toho je nadměrné nakupení tuků v těle (Hainer, 2011). Nepoměr mezi výdejem a příjmem se dá zjistit už v kojeneckém věku, kde se setkáváme s abnormálním poskytnutím energetického jídla, které povzbuzuje organismus k vytváření nových tukových tkání v těle kojence, které se nikdy neodstraní. Tyto tukové buňky budou po zbytek života vytvářet případný hlad po stravě



s vyšším energetickým příjmem, a to povede k možnému vzniku obezity. V období dospívání se tyto buňky přestávají dělit a jejich počet je po celý život nezměněn (Volfová, Volf, 1996).

Podle Mastné (2000) se na vzniku obezity podílejí nevhodné stravovací návyky, nízká míra tolerance v oblasti pohybu a špatný životní styl. Tyto rizikové faktory pro vznik obezity jsou nejrizikovější v období dospívání, zvláště u dívek. U dívek se v tomto období mění hormonální aktivity a je větší tolerance k nahromadění tuků v těle.

Příčinou může být nadměrné přejídání, špatné stravovací návyky s nesprávnou skladbou a četností stravy. Pokud dítě s rodiči navštíví specialistu, často je od rodičů řečeno, že se jejich potomek stravuje normálně, běhá, doma neposedí a neví, jak jejich dítě může mít nadváhu nebo počínající obezitu. Bohužel na vině jsou rodinné stravovací návyky. Někteří obézní jedinci mají doma alespoň jednoho z rodičů silnějšího, z toho si dítě vezme myšlenku, že obezitu má z genetických predispozic. Pokud dítě nemá dobré stravovací návyky a stravuje se nezdravě (k snídani např. 4 kousky bílého pečiva, k obědu plný talíř bez zeleniny), nebudou zde na vině genetické predispozice. Nejdůležitější ze stravy je snídaně a téměř polovina obézních jedinců nesnídá a rodiče je v tom podporují, protože si myslí, že tím budou hubnout. Děti pak do školy chodí hladové a potřebnou energii získávají z tukových zásob. Při rodinné večeři dostanou vydatné jídlo. Nejlepším způsobem na trávení jídla je, aby vždy po vydatné stravě následovala fyzická aktivita, bohužel většina dětí si po večeři jde sednout k televizi nebo do postele. Pokud jde jedinec lenořit nad počítačovou interaktivní hrou, spálí alespoň trochu energie (Gregora, 2014).

### **3.2 Léčba dětské obezity**

Nejdůležitější a nejzásadnější pro léčbu obezity u dětí je úprava životního stylu, zvýšení pohybových činností a úprava jídelních zvyků. Pokud toto dítě nesplní, dojde na řadu dietoterapie a léčba pomocí medikamentů. Dietoterapie se zaměřuje na redukční dietu a je zásadním pilířem řešení obezity. U redukční diety je důležité snížení energetického příjmu.

Dále je důležitá odborná péče pro děti s obezitou (v ČR existují dětské obezitologické ambulance, např. ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, ve Vítkovické ambulanci v Ostravě, v Uherskohradišťské nemocnici a Endokrinologický ústav v Praze, který je centrem pro diagnostiku a léčbu obezity).

Dětské tělo je pořád ve vývinu a případný dramatický úbytek váhy by mu mohl ublížit. Proto je důležité při léčbě udržovat tělesnou hmotnost s cílem zabránit nárůstu. Na léčbu by

měl být připraven celý multidisciplinární tým. Jedná se o aktivní zapojení do léčby samotného jedince, rodiny, dietologa, psychologa, fyzioterapeuta a jiných specialistů (Marinov, 2012).

Snížení tělesné váhy u dítěte je velmi důležité, protože je ve vývoji, kde nejsou vhodné velké úbytky na hmotnosti. U dětí do 7 let věku je důležité udržet tělesnou hmotnost, ale zároveň s růstem dítěte klesá BMI. U adolescentů by měl být úbytek váhy 0,5 kg za 1-4 týdny. U těžce obézních dětí by měl být úbytek váhy 2 kg za měsíc. Vše se odráží od životního stylu celé rodiny, proto by terapie měla být cílená na celou rodinu (Stožický, 2015).

Dítěti se mezi 6-10 lety vytváří organismus, proto se u něj nedoporučují redukční diety. Pro toto období je charakteristické, že dítě roste pomaleji a jeho tělo si ukládá zásoby pro další vývoj jedince, pro období puberty (Volfová, 1996).

### **3.2.1 Léčba pomocí pohybových činností**

Pohyb lze definovat jako základní biologický proces a potřebu v lidském životě. Proto je obezita často spojena s nedostatkem pohybových činností. V průběhu dětského života se tvoří patologické pohybové vzorce, které jsou typické pro každou vývojovou fázi a přizpůsobují se i délce trvající obezity.

Léčba obezity spojená s pohybem se zaměřuje na výchovu a vzdělání jedince tak, aby se lépe vyznal v základních pilířích a formách cvičení. Nejdůležitější je dát jedinci možnost zažít uspokojení z pohybu a mít na další pohybové činnosti chuť. Pravidelné pohybové činnosti jsou základním pilířem prevence dětské obezity (Marinov, 2012).

Na počátku by měly probíhat pohybové činnosti pomalu, ale účinně. Při pohybových aktivitách by se měly rozvíjet dovednosti a tempa dítěte, které by si mělo vytvářet aktivní a pozitivní vztah k pohybu. Bohužel se v poslední době setkáváme s tím, že dítě více času tráví doma s rodinou a u počítače, a proto se klade důraz na pohybové aktivity, které jsou v rámci tělovýchovy ve školních budovách (Marinov, 2012). Tělesná výchova dokáže často dítě připravit na jeho dobrý životní styl a vede ho k podpoře společenských pilířů, jako je disciplinovanost, solidarita k druhým lidem, týmový duch, respektování a fair play hra (Pastucha, 2011). Výuka tělesné výchovy na základních i středních školách je v současné době dána na povinné 2 hodiny týdně. Je zřejmé, že dvě hodiny týdně dítěti nezajistí optimální pohybový růst ani zdatnost ([www.nuv.cz](http://www.nuv.cz), 2016).

Obézní děti mají velmi často sníženou fyzickou kondici a ohebnost a často se stává, že se dítě jakékoliv aktivitě snaží vyhnout. Dítě proto může alespoň cvičit doma a pro takové cvičení existují různá dechová cvičení a cvičení zaměřená na posílení celého těla. Dechová

cvičení musíme vždy propojit s pohybem, kde platí pravidlo, že při výdechu konkrétní sval napneme, při nádechu relaxujeme. Tím tak dochází ke koordinovanému pohybu a posílení konkrétního svalu (Marinov, 2012).

Fyzická činnost navyšuje energetický výdej a snižuje chuť k jídlu. Je důležité umět vybrat pohybovou činnost tak, aby jedince bavila, a uměl by se jí věnovat pravidelně (Hainerová, 2009). Takový pohyb by se měl aplikovat nejlépe 5 dní v týdnu v rozmezí půl hodiny až jedné hodinu. Dáváme přednost takovým aktivitám, jako je chůze, aerobic, cyklistika nebo plavání (Stožický, 2015).

Pokud do výběru pohybové aktivity zapojíme fyzioterapeuta, měl by dbát na zřetel zdatnost, dovednost a celkový zdravotní stav dítěte. Při všech změnách je důležité brát ohled na pohybové návyky celé rodiny (Hainerová, 2009).

### **3.2.2 Lázeňská léčba**

V České republice existuje síť lázeňských léčeben na třítydenní léčbu obezity nebo lázeňské pracoviště na pětitydenní léčbu. Všechny léčebny dosahují nejlepších výsledků. Některé dítě dobře spolupracuje a některé dítě pobyt vnímá jako trest a má sebelítostné pocity, že si za to může sám. Nejlepší léčba pro dítě je, když spolupracuje rodina. Lázeňská léčba následuje po ambulantní léčbě.

Takovou metodu léčby navrhuje vždy pediatr na základě žádosti od specialisty.

Lázeňská léčba je mnohdy prvním začátkem léčby, která ukáže jak samotnému jedinci, tak rodičům, jak je možné při správných stravovacích návyků dosáhnout nižší tělesné hmotnosti. Je tedy komplexní léčbou obézního dítěte a zahrnuje dietní léčbu, pohyb a edukační léčbu.

Dietní léčba je léčba, která vychází ze základních zásad racionální výživy, kde jsou radikálně omezeny živočišné tuky, naopak zvýšeno je množství zeleniny a ovoce. Strava by měla být pravidelná a šestkrát denně. Nejdůležitější část stravy je snídaně, na kterou mnoho lidí zapomíná. Dítě se učí v novém upraveném jídelníčku jíst nové věci, jako jsou např. rybí produkty. Je důležité nezapomínat na pitný režim, který je důležitý při dietě dodržovat (Marinov, 2012).

Lázeňskou léčbu hradí zdravotní pojišťovny, které hradí také doprovod rodičů dítěti do 6 let. Ve výjimečných případech může být dítěti od 6 let umožněn doprovod, ale doprovázející osoba si pobyt hradí sama.

Nejčastěji je lázeňská léčba obézních dětí poskytována v následujících organizacích: Státní léčebné lázně Bludov, lázně Poděbrady, Dětská léčebna Křetín a léčebné lázně Lázně Kynžvart (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2019).

### 3.2.3 Farmakologická a chirurgická léčba

Léčba pomocí medikamentů a chirurgických zákroků se u dětí používá velmi výjimečně. Tyto dvě terapie se používají pouze u dětí, které mají vážné komplikace a není možnost použít jinou léčbu (Hainerová, 2009).

### 3.2.4 Kognitivně behaviorální terapie

Existují různé léčebné a ochranné programy, jejichž základním cílem je získání a zachování tělesné hmotnosti a duševního zdraví jedince. Odborníky pro léčbu obezity jsou lékaři, dietologové, nutriční terapeuti, psychologové, rodina a okolí, ve které se jedinec nachází. Léčebné a ochranné programy mají za úkol dosáhnout zdravých jídelních návyků, postojů a vytvořit vhodný zdravý životní styl jedince. Dalším cílem je umět se efektivně zapojit do pohybových aktivit. Tyto programy by měly umět rozvíjet osobnost a rozpoznat jeho nadání, schopnosti a dovednosti.

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) se využívá od konce 70. let 19. století. Je základním cílem a prostředkem pro prevenci dětské obezity, ve které používá poznávací schopnosti k rozboru vlastních stravovacích návyků. Díky tomu jedinec umí rozpoznávat své problémy, dokáže zlepšit sebehodnocení a umí se vyrovnat se sociálními problémy (Gillernová, 2011).

Kognitivně behaviorální terapie se dle Hainera (2011) charakterizuje jako jeden z neefektivnějších terapeutických směrů. Úspěšnost KBT je problémem jak ve vztahu ke snížení tělesné váhy, tak i k udržení tělesné váhy. Komplexní program dosahuje nejlepších výsledků tehdy, *„kdy terapie není zaměřena na pouhé dosažení změny (změna v chování, emocích a myšlení s důsledkem redukce hmotnost), ale zahrnuje i působení s cílem udržení této změny, tedy udržení váhových úbytků“* (Hainer, 2011, s. 253). V terapii je důležité identifikovat problém, a poté zvolit techniku odpovídající osobnosti obézního jedince. Technika sebekontroly tvoří správné vzorce chování při stravování a postoje k pohybu. Pokud při vzniku obezity hrají roli emoce, nesmí se zapomínat na relaxační techniky (Hainer, 2011).

U nás se kognitivně behaviorální terapie používá na vysoké úrovni prostřednictvím klinické psychologie. Dle Málkové (2004) KBT má význam ve zvýšení životní kvality

jedince, v sebehodnocení a v rozšíření společenských činností. V terapii je důležité zjistit nejprve problém, a podle toho pak zvolit terapeutický plán a techniku. Pokud budeme používat KBT u obézního dítěte, je důležité, aby byla zapojena celá rodina. Rodina je základním pilířem při práci s KBT, protože se pracuje s emocemi dospělých jedinců z rodiny. Rodina má zásadním způsobem vliv na prostředí, ve kterém se jedinec nachází.

KBT má tři základní modely učení – klasické podmiňování, operativní podmiňování a kognitivní teorii. Učení není pouhé přijímání nových vědomostí, ale je i výsledkem ve změnách chování a myšlení. Reakce, které učením vznikají, jsou pozitivní i negativní. Negativní reakce v sobě zahrnují např. formování nevhodných stravovacích a pohybových zlovyků.

Klasické podmiňování je metoda, která se opírá o učení a odvyknutí vztahů mezi podnětem a reakcí (podnět – hlad; reakce – najím se). Pokud by tyto spouštěče k pocitům hladu dávaly jasné signály, nebyl by za žádných okolností problém s obezitou. Tyto signály však u obézních lidí v průběhu jejich života vymizí. Obézní lidé totiž nedokážou posoudit, co je normální a přirozená porce jídla. Hlavním spouštěčem hladu u obézních jsou vnější (přítomnost jídla u sledování televize apod.) a vnitřní vlivy (vyčerpanost, stres apod.)

Operativní podmiňování je metoda založená na vztahu mezi reakcí a následkem (podnět → reakce → následek – příkladem jsou odměny a tresty). Změna, která je aktivně posílena, vydrží, a ta změna, která je špatná, zmizí. Příklad: Když matce při krmení batole zapláče, může to mít mnoho důvodů. Dítě může mít hlad nebo chce jen pozornost. Matka, která neví, proč dítě pláče, nabídne mu znovu potravu, a tím se oba uklidní. Dítě se přitom nenaučí odlišovat hlad od jiných pocitů a tělesných potřeb, ale naopak se nezáměrně naučí zátěžové situace pokaždé řešit potravou. To se bohužel předává do jeho budoucnosti, kde je při problémech dítě odměňováno pamlsky. A pokaždé, když se stres řeší pokrmem, jeho napětí se zmírní, ale zároveň se posiluje jeho nevhodné chování. Když dítě dodržuje přísnou dietu, pokaždé si vybere nevhodnou aktivitu, řekne si nereálné předsevzetí a nově vybudované chování se tak zničí.

V třetím modelu, tedy v kognitivní teorii, jsou zapojeny procesy vnímání a myšlení hubnouceho jedince (podnět → kognitivní připravení podnětu → emoční odezva → chování). Tato metoda může spouštět nevhodné chování. Předpokládá, že kognitivní procesy opatřují funkci mezi podnětem a reakcí. Není to podnět sám, který spouští chování, ale obsah, který osoba tomuto podnětu přiznává (Hainer, 2011).

Problémem u této terapie je, že u dětí nelze používat stejné techniky jako u dospělých. Je totiž zapotřebí respektovat vývojové změny, rodinu a školu (tzn. vnější vlivy). V některých klinických pracovištích se pracuje s dětským kolektivem nebo s jedincem individuálně. Individuální přístup se zaměřuje na specifické potíže jedince. Ve skupinovém přístupu se dokáže KBT zaměřit na to, aby si jedinci uvědomili své stravovací návyky, nálady, pocity a potíže. Ve skupině se učí sebehodnocení a sebepoznáváním. Při skupinové práci se využívají různé techniky, které jsou účinnou pomůckou, používá se např. technika pohádky, ve které hlavní hrdina překonává své problémy. Dále se používají projekční metody, které představují určitý test stromu (Gillernová, 2004).

Hainer (2003) a Málková (2004) definovali osm základních bodů, ve kterých léčba KBT spočívá. Body jsou následující:

1. Technika sebepoznávání a sebezpozorování – dítě si při této technice uvědomí své jídelní zvyklosti, proto si denně píše, co snědl, množství jídla a jeho složení. Někdy se i doporučuje psát si své pocity při jídle. Pomocí všech zaznamenaných záznamů dostává terapeut zásadní informace.
2. Technika samotného procesu jedení a jeho pravidelné kontroly – jedná se o to, kdy, kde a jak rychle dítě jedlo. Děti by se měly učit jíst v pravidelných intervalech a v menších porcích. Měly by mít ke stravě určené místo, kde se budou pravidelně stravovat apod.
3. Technika aktivní kontroly podnětů – zde je důležité dodržovat striktní omezení při situacích, kdy je možnost si vzít jakékoliv množství stravy (při oslavách, návštěvách, nákupu apod.). Vždy je důležité zapojit celou rodinu.
4. Technika pozitivního sebesilování – jedná se o odměnu při dosažení stanoveného cíle. Sebesilování lze posilovat dvěma způsoby – pozitivně i negativně. Pozitivní přístup se používá při ocenění zvládnutého cíle, naopak negativní přístup se používá při trestání nevhodného chování.
5. Technika kognitivního přístupu – jedinec by si vždy měl klást cíle, které jsou pro něj reálné a snadno realizovatelné.
6. Technika relaxačního přístupu – pomocí této techniky se jedinec učí ovládat své emoce a pocity. Úkolem je naučit se uvolnit napětí jinak než samotným jídlem.
7. Technika výuky základů výživy – jedinec se pomocí této techniky učí správně používat a zpracovávat potraviny.

8. Technika pravidelné fyzické aktivity – ta je součástí behaviorální terapie.

## 4 Psychosociální problematika obezity u dětí

Na rozvoj obezity z psychosociálního hlediska má velký vliv vztah člověka k jídlu a rozvoj jeho fyzické činnosti, která s přibývajícím věkem většinou klesá dolů. Pro dobrou fyzickou aktivitu jsou důležité vhodné předpoklady, podmínky a dobré zpevnování pozitivního přístupu k dané aktivitě.

Pokud rodiče podporují dítě od raného dětství k bezproblémovému jezení všeho, co dostane pod ruku, k věčnému dojídaní, přidávání si jídla, může to vést ke vzniku obezity už v raném dětství. Je dokázáno, že obéznímu dítěti je dáváno jídlo častěji než dítěti, který má váhu v normě (Pařízková, 2007).

Každý z nás chce, aby měl život jistou kvalitu, dobrou úroveň a naplnění. Proto je kvalita života velmi specifická, individuální a je spojena s životní spokojeností jedince. Představuje také uspokojování lidských potřeb a nese v sobě pocit sebejistoty a pohody, které vycházejí z tělesného, sociálního i duševního stavu jedince (Šamánková, 2011). Pařízková (2007) popisuje, že obezita může znehodnotit kvalitu života jak u dítěte, tak i u dospělého jedince. Zvýšená hmotnost může velkou měrou přispívat ke zhoršení zdravotního stavu, kde u dítěte dochází k nižší výkonnosti ve srovnání s vrstevníky. Tyto rozdíly mohou negativně ovlivnit sociální vztahy dítěte k jeho vrstevníkům a negativně může ovlivňovat i sebehodnocení a spokojenost dítěte se sebou.

Další z mnoha oblastí, které mají vliv na nadváhu a obezitu, je sexualita. Ta dokáže ovlivňovat mezilidské vztahy, chování a prožívání. Je důležitým zdrojem pro citění a pro lidskou komunikaci. Proto je pro jedince podstatný jeho vnější image. U chlapců, kteří trpí obezitou, často dochází ke snížené činnosti pohlavních orgánů. Toto postižení vyvolává posměch ze strany okolí a dokáže psychicky unavit dospívajícího (Latzer, Stein, 2013).

### 4.1 Sebehodnocení, sebepojetí a vztah k vlastnímu tělu

Sebehodnocení nemá v literatuře jednotnou definici, ale Křivohlavý (2004) popisuje sebehodnocení jako zvažování hodnoty vlastní osoby. Tyto hodnoty se mohou v různých kulturách lišit. Lopez (2009) naopak popisuje sebehodnocení jako „*součást kultury, která žije v úsilí v důležitosti individuálního já*“ (Lopez, Snyder, 2009, s. 135). Sebepojetí je dle psychologa Rogerse myšleno jako „*základ všech myšlenek, vjemů a hodnot, které utvářím já*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 528).



Během obezity je jedinec stigmatizován a často se stává, že je odsuzován ze strany svého okolí (např. dítě ve škole X jeho vrstevníci). Kladné, nebo záporné klasifikování a vnímání sebe sama má vliv na chování, prožívání a sociální vztahy jedince. Záporné sebehodnocení těchto lidí vede k různým poruchám chování.

Dříve se snažili dokázat, že obézní jedinci v dětském věku mají zhoršené sebehodnocení a přeceňují své schopnosti a dovednosti. Výsledky jsou ale nekonzistentní, protože mezi hmotností a sebehodnocením je korelační vztah (Gillernová, 2011).

Sebehodnocení zahrnuje i hodnocení od druhých lidí. Toto hodnocení je ovšem závislé na různých faktorech v dané situaci. Pak nastávají takové situace, kde se nenaplní očekávání od okolí a může tak u jedince vyvolat stydlivost a obavy z možných výsledků. Často se můžeme setkat s tím, že si jedinec vytváří nějaké vlastní standardy, které srovnává se svým okolím (např. očekávání od sebe sama v určité situaci a jak na tuhle situaci budu reagovat svým chováním). Pokud nastane rozpor mezi očekáváním a realitou, povede to k velkému zklamání (Macek, 1997).

## **4.2 Vliv rodičů na vývoj obezity u dětí**

Rodiče jsou primárním činitelem pro vznik obezity. Musí mít kladný vztah k dítěti a řešit jeho problémy a zájmy. Kontrolují mu konzumaci jídla, určují styl vaření v domácnosti včetně přípravy a rozhodují, kdy, kde a co jejich děti budou jíst. Pokud je dítě nespokojeno se svým tělem, snižuje to jeho sebevědomí. Negativní kritiku ze strany rodiny berou hůře dívky než chlapci.

Výchova je důležitým činitelem pro regulaci tělesné hmotnosti a zahrnuje dvě složky: emoční vztah k jedinci a způsob, jak jedince rodina vychovává. To se může prokázat ve vztahu k potravinám. Rodina by měla přijmout zdravý model jídelního chování a musí zvolit taktní stanovisko k problémům s obezitou. Je známé, že se v rodině dědí jídelní zvyklosti, bohužel se pak také dědí z generace na generaci problémy s obezitou.

Jedna z mnoha příčin pro vývoj obezity u dětí je zaměstnanost matek. Přibližně 74 % rodin, které vychovávají děti ve věku 6-17 let, mají maminku, která má zaměstnání mimo domov. Pracovní doba se za poslední dobu prodlužuje a více rodičů má zaměstnání daleko od domova, proto se omezuje čas pro společné stravování u jídelního stolu. Pokroky v potravinářských řetězech jsou natolik dobré, že lidé začínají tíhnout k nakupování hotových jídel.

Závažným faktorem pro vývoj obezity je nárůst neúplných rodin, kde dochází k rozpadu tradiční rodiny. Dítě je tak ve většině případů vychovááno jen jedním rodičem, což vede ke zhoršení ekonomických podmínek v rodině a k zhoršenému stravování. Tento nový trend není jen v České republice, ale i v jiných zemích ve světě (např. USA).

V rodině má klíčové postavení v nutriční výchově a ve výchově, která souvisí s jídlem, většinou matka. Matky dokážou hodnotit tělesnou hmotnost dětí. Často se pak stává, že dítě je odrazem tělesné hmotnosti matky. Bohužel je prokázáno, že obézní matky dokážou tolerovat obezitu u dcery spíše než štíhlé matky. Dokonce některé matky vnímají odlišně tělesnou váhu u dívek a chlapců.

Obezita může vzniknout nesprávnou stravou a postojem matky k předškolákům. Matky se totiž domnívají, že je lepší mít silnějšího potomka. Tím si totiž dokazují dobrou péči o jeho duševní zdraví. Některé matky mají naopak obavy z toho, že už kojené miminko nedostává tolik živin z kojení, a začínají mu dávat tuhou a energeticky bohatou stravu. Dalším problémem je odměňování dětí jídlem ať už za dobré chování, dobrý prospěch ve škole nebo pro zabavení a zklidnění dětí. Tím se pak stává jídlo lékem na všechny možné obtíže (Gillernová, 2011).

Rodiče jsou pro děti vzorem a dítě si do určitého věku podle nich osvojuje vše od stravovacích návyků po pohybové aktivity. Matka většinou nakupuje všechny potraviny, připravuje dětem svačiny na druhý den do školy a ví, co ve škole děti mají k obědu. Proto mají matky větší podíl na vzniku obezity než otcové (Fraňková, Odehnal, Pařížková, 2000). Vzdělání rodičů hraje velkou roli při složení jídelníčku, výběru potravin a způsobu stravovacích tradic a při podávání jídla. Nižší úroveň vzdělání rodičů pravděpodobně zvyšuje riziko vzniku obezity u jejich potomka (Pařížková, 2007).

Většina obézních dětí má zhoršený školní prospěch. Předpokládá se, že jejich rodiče mají nižší vzdělání, z čehož pramení nezájem rodičů o prospěch dítěte. To však vede k mylné představě, že vyrůstají v nižších sociálních poměrech. Proto nelze říci, že děti rodičů s nižším stupněm vzdělání musí tíhnout ke zhoršenému školnímu prospěchu. Další příčinou zhoršeného prospěchu může být absence ve škole, protože mají hodně zameškaných hodin kvůli častému zhoršenému zdravotnímu stavu (Gillernová, 2011).

V některých rodinách je každodenní součástí zapnutý internet, televize a děti často sedí u počítačových her. Všechno z toho rodiče aktivně podporují, protože nemusí řešit jiné způsoby, jak zabavit své dítě a mají tak více času pro sebe. Toto jsou však základní příčiny pro vývoj obezity u dítěte (Vítek, 2008).

Ke správnému životnímu stylu patří správný způsob trávení volného času v rodině a správné stravovací návyky a postoje, které jsou předávány po generace (Marinov, 2012). Děti se od rodičů rádi učí. Pokud rodiče mají větší tendence k sedavému životu, nakupování a raději jezdí autem, než chodí pěšky, nepochybně si dítě tyto vlastnosti osvojí. V dnešní době polovina rodin tráví čas doma, kde jsou pravidelně navštěvovány příbuznými a sledují televizní pořady. Třetina rodin raději tráví svůj volný čas v obchodech. Jen necelá třetina rodin svůj volný čas směřuje k pohybovým aktivitám. Jezdí na víkendy na chalupu, do přírody apod. Jezdí na kolech, na výlety, chodí na túry, lyžují nebo plavou v bazénu. Pokud rodina vyhledává pohybové aktivity, je větší pravděpodobnost, že si pohybové aktivity osvojí i dítě (Marinov, 2011).

Fraňková (2000) ve své publikaci zmiňuje rodinu jako klíčový faktor. Pro rodinu, kde se vyskytl problém s obezitou, napsala desatero doporučení pro její prevenci.

1. Rodiče by měli znát jídelní zvyklosti v rodině, které vedou k nadměrnému příjmu stravy.
2. S potomkem by měli řešit příčiny těchto návyků.
3. Měli by učit dítě znát složení potravin a volit vhodné nutriční jídlo.
4. Měli by učit dítě k soběstačnosti a zodpovědnosti o rozhodování ve stravovacích zvyklostech.
5. Rodiče by neměli kritizovat vzhled dítěte.
6. Dítě by mělo být od rodičů podporováno a oceňováno.
7. Rodiče by měli také podporovat děti z hlediska sociálních aktivit a zvládání krizových situací.
8. Měli by podporovat pohybovou aktivitu, jako je např. sport.
9. Měli by dítě podporovat v rozvíjení zájmů, koníčků, dokonce i vztahu ke kultuře nebo k přírodě.
10. Rodiče by pro dítě měli být hlavním vzorem a autoritou a vše by mělo být přijato jako životní styl celé rodiny.

### **4.3 Vnější a vnitřní vlivy a podíl dětské osobnosti na vzniku dětské obezity**

Ve většině případů za vznik obezity mohou vnější vlivy, často prostřednictvím rodiny. U nás v České republice jsou velké rozdíly mezi obcemi a městem v pohledu na obezitu a na správné stravovací návyky (např. ve větších městech je více možností, jak se jedinci mohou stravovat. Je tam více restaurací, fast foodů, nákupních center, naopak v menších obcích nalezneme pouze jeden či dva obchody s potravinami).

Sdělovací prostředky umí velmi zásadním způsobem ovlivnit postoje, prožívání a jednání jedinců. Pomocí technicky dokonalé reklamy si dítě dokáže představit „správné“ stravovací návyky. Proto dítě často vysedává u televize nebo čte časopisy pro matky, které se zabývají reklamou na stravu a na různé diety. Výsledek je často dost sporný. Na jedné straně časopis ukazuje štíhlou ženu a doporučuje preparáty na hubnutí, ale zároveň nabízí různé pamlsky a nápoje vedoucí ke vzniku obezity. Dítě, které sleduje televizi více jak pět hodin denně, má větší podíl na vzniku obezity. Tento výsledek je dle některých autorů u mnoho amerických rodin. Dalším rizikovým faktorem pro vznik obezity je sledování televize s konzumací sladkých, slaných nebo tučných pokrmů. Pro menší nárůst obezity by měly reklamy propagovat zdravé potraviny. V ČR chybí televizní program, který by dětem pomohl se orientovat v potravinách a dokázal by jim vysvětlit, co je pro ně zdravé a co naopak zvyšuje riziko obezity a s tím i riziko zhoršeného zdravotního stavu (Gillernová, 2011).

Dítě od narození vstupuje do sociálního prostředí, kde je aktivním i pasivním příjemcem potravin. Od počátku svého života si uplatňuje svoji individualitu v nárocích na příjem potravin. Rodiče zodpovídají za potraviny i v době, kdy kojeneček nemůže rozhodovat o tom, co bude jíst, ale i přesto umí prosadit všemožnou verbální či neverbální komunikací požadavky na příjem i načasování potravy a dokáže dát velmi důrazně najevo odmítnutí. V předškolním věku si dítě formuje názory na jídlo, vytváří si vzorce jídelního chování, dokáže preferovat nebo odmítnout některé z jídel. Jsou dokázány rozdíly v jídelních návycích mezi hubenými a silnými jedinci. Hubení jedinci jsou od rodičů často označováni jako pomalí jedlíci, naopak silnější děti jsou chváleny, že jedí s chutí. Je přirozené, že rodiče mají radost, když dítěti chutná, sám se nenechá nutit do jídla a dojídá po sobě. To pomáhá ke spokojenosti rodiny, ale nedochází jim, že dítěti zvyšují šanci na zvýšení tělesné hmotnosti. Dítě může mít také k jídlu nechutenství, vybírá si jídla dle mlsnosti. To vše může mít negativní vliv na život rodiny, protože především matka má pocit strachu a nervozity z toho, že dítě trpí nechutenstvím, což je často vnímáno jako začínající nemoc. Přehnané pečování ze strany rodičů může vést u dítěte až ke vzniku poruchy příjmu potravy.

K podílům dětské obezity patří také pohybová aktivita, která je v dětství velmi důležitá. Upevnění pohybových návyků v dětství se udrží a vydrží až do dospělosti. Pokles pohybu v dospělosti má za příčinu sedavé zaměstnání, sledování TV a sedavý životní styl. Pokud nejsou v dětství dostatečně vyvíjeny pohybové činnosti, mohou vést k hlavním rizikovým faktorům obezity. Proto je důležité vytvářet u dětí jejich potenciál a zajistit jim pohybové koníčky a aktivity, které je budou bavit (Gillernová, 2011).

Obézní jedinec se stává stigmatizován ze strany společnosti, kde je vystaven různým předsudkům a stává se terčem útoků ve škole nebo v osobním životě. Obezita má velký vliv na psychický stav. Dítě trpí nízkým sebevědomím, sociální izolací i frustrací. Často dochází ke zhoršenému společenskému uplatnění a snaží se vyhýbat společnosti svých spolužáků (Goffman, 2003). Obezita je v naší společnosti brána jako stigma. Obézní jedinec má problémy se spolužáky a vrstevníky, kterými bývá zavrhován, a tak se často dostává až do sociální izolace. Takový jedinec je terčem posměchů, naschválů a je vyčleňován z kolektivu. Z takového nepříznivého chování ze strany vrstevníků může vzniknout samotná šikana (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

## 5 Šikana u dětí

Každý z nás ví, co znamená pojem šikana, ale už málokdo si dokáže představit, jaký je to být obětí šikany. Šikana je ublížení někomu, kdo se tomu nemůže nebo neumí bránit. Šikana se projevuje často opakovaně, v závažnějších případech jí označujeme i jako jednání jednorázové, s hrozbou opakování (Říčan, Janošová, 2010). Obětí se může stát kdokoliv, ať už se jedná o dospělého, nebo v souvislosti s tématem této práce o dítě, které trpí obezitou. Tato kapitola se bude věnovat definici šikany, prevenci šikany a možnostmi, jak se bránit šikaně.

### 5.1 Historie šikany

V britských internátních školách v dřívějších dobách byla šikana pravidelná a velmi krutá. Zvláště u chlapců, kde mladí chlapci sloužili starším a bývali od nich ponižováni. Ze začátku bývala šikana chápána jako projev nadřazenosti velké skupiny dětí ponižující jedince, který je vyrušil z probíhající činnosti (Říčan, Janošová, 2010).

Dan Olweus v 70. letech 20. století ve své vědecké práci definoval šikanu jako opakované násilí páchané jednou osobou nebo velkou skupinou na druhé osobě, tedy oběti. Upozorňoval také na to, že šikana je nejrozšířenější z problémů, které ohrožuje duševní a morální vývoj dětí. V Norsku se v roce 1982 zveřejnily tři případy chlapců mezi 10-14 lety, kteří se stali obětí brutální šikany od svých vrstevníků. V 80. letech 20. století se potvrdila existence rozvíjející se šikany ve Velké Británii, v Americe, Austrálii a v Japonsku. Ve všech těchto státech se začala jevit šikana jako závažný problém.

Olweus a jeho následovníci se zabývali otázkou, kteří jedinci se stávají obětí, a v čem naopak vynikají agresori. Zabývali se zvláště tím, jaká byla jejich osobnost a výchova v rodině a z jaké společnosti pochází. Dále řešili, jaké dlouhodobé důsledky zanechá šikana na dítěti, které se stalo obětí šikany (Říčan, Janošová, 2010).

V České republice se problému školní šikany věnuje Michal Kolář. V roce 1975 se poprvé setkal s opakovanou šikanou u dětí z odborných učilišť (Říčan, Janošová, 2010). V roce 1985 se začal věnovat problematice školní šikany a začaly vznikat první odborné články o šikaně. V roce 1990 se vytvořily metodické pokyny v materiálech „Fenomén šikanování u dětí a mládeže“. Od té doby se prolomila hranice o mlčení šikany. V létě r. 2000 dochází ke zlomu dvou důležitých událostí. Jedná se o vznik skupiny Ministerstva školství,

mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) boje proti šikanování. Zhotovili Metodologický pokyn MŠMT k prevenci a řešení šikany mezi dětmi ve školských zařízeních. Téhož roku bylo na Ministerstvu vnitra zaregistrováno Občanské sdružení proti šikaně, jež vytvořili rodiče šikanovaných dětí. Sdružení se snaží pomáhat v jednotlivých případech šikany a spolupracuje s odborníky na problematiku šikany v oblastech pedagogicko-psychologických. Někdy spolupracují i s odborníky v právní oblasti. Důležitou demokratickou pojistkou byl vznik Amnesty International v ČR, který se zaměřil na boj proti šikaně ve školách. Tato organizace je dodnes stále aktivní částí boje proti šikanování (Kolář, 2005).

K projevům nerespektování školní kázně a k porušování školního řádu nedochází z pravidla jen na základních či jiných stupních školy, ale i v mateřské škole. Na vysokých školách existují „křtění“ nových studentů, které mnohdy mají rysy vznikající šikany.

V USA existují studentské kluby, kde musí nováček splnit různé úkoly, aby mohl být do elity připuštěn. Musí ukázat svou tvrdou stránku, kde je vydán psychickému a fyzickému nátlaku ze strany členů klubu. V těchto úkolech je často nováček ponižován. Ve Francii pro tento rituál mají zvláštní označení „bizutage“. Tento pojem je blízký šikaně a v podstatě se jedná o rituál, kde jsou zasvěcováni nováčci. Tito nováčci musí projít zátěžovými testy, během kterých jsou psychicky a fyzicky napadeni a ponižováni. V roce 1928 byl tento rituál zakázán, jenže v roce 1992 byl znovelizován. Hodně lidí „bizutage“ odsuzuje, ale najdeme i mnoho lidí, kteří berou tento rituál jako formu zábavy (Bendl, 2003).

V poslední době šikana velmi vzrostla. Pedagogové si všimli nového jevu, který je charakterizován tím, že šikana je krutá, ale nenese v sobě žádný prožitek, nenávisť ani uspokojení (jedno dítě ublíží druhému bez toho, aby se znali a měli k tomu nějaký důvod). Takovému jevu se říká nemotivované násilí (Říčan, Janošová, 2010).

## 5.2 Definice šikany

*„Šikana je jedna z forem sociálního a agresivního jednání a chování vyskytujícího se nejčastěji tam, kde je oběť nucena žít společně s agresory a kde je uplatňován tvrdý hierarchicko-autoritativní přístup.“* (Procházka, 2012, s. 158)

Šikana je ublížení jednou osobou (agresorem) druhé osobě (oběti). Šikana se vyskytuje ve skupině, kde mají účastníci podobné postavení, např. u žáků ve škole nebo mezi sportovci. Mezi stranami je asymetrický vztah moci, který je osobní a znamená, že oběť vždy ví, kdo jí

ublížil, ale má z agresora strach. Oběť šikany je bezmocná, protože v asymetrii je buď agresor silnější, nebo převažuje větší skupina agresorů. Příčiny šikany jsou vždy na individualitě oběti a agresora. Jedná se hlavně o jejich vlastnosti, které jsou trvalé. Agresor má nad obětí pocit nadřazenosti a moci.

Hlavním znakem šikany je úmyslné opakování, které psychicky a fyzicky ubližuje jedinci. V šikaně se často stává, že jde o zneužívání moci.

Když se zaměříme na rozlišení šikany, vždy musíme rozlišovat, co je šikana a co není. Některé druhy jednání jsou sice násilné a poškozují oběť, ale nějakým způsobem neodpovídají definici šikany. Jedná se především o rvačky mezi stejně silnými spolužáky, o zlodějnu a lži. Za šikanu nebudeme považovat ani vydírání celé skupiny dětí od spolužáků, kteří se ve škole cítí nadřazeně a označují se jako „gang“. Pokud nějaká skupina, nebo jednotlivec přinutí dítě, aby kradl či se zúčastnil jiné trestné činnosti, není to vždy považované za šikanu, i když je to často považováno za počátek šikany. Sexuální obtěžování nebo škádlení není považované za šikanu. Škádlení je bráno jako zábava a sociální komunikace, kde se jednotlivci vzájemně poznávají a sblížují. Problémem je, když jedna strana považuje škádlení za legraci, druhá strana to může brát jako urážku nebo ponížení. Pokud se to však opakuje, už je to bráno jako šikana, kterou musí rozeznat pedagog.

Šikana pochází z francouzského slova „chicane“, v překladu schválně obtěžování, týrání a pronásledování. V České republice se šikana ujala trochu jinak, a to kvůli tomu, že v armádě v době povinné vojenské služby byli nováčci (tzv. bažanti) často krutě týráni, ponižováni a vydírání ze strany „mazáků“. U této armádní šikany je nutné rozlišovat dvě základní složky. Jedna z nich se nazývá zvykové právo, kde nováčci posluhovali starším vojákům a byli pro ně akorát zábavou. Druhou složkou je zneužívání tohoto zvykového práva, kde se mazáci zaměřovali na jedince z rodu bažantů, které následně psychicky týrali a vydírali takovým způsobem, kde to hraničilo i s trestným činem (Říčan, Janošová, 2010).

Bohužel neexistuje dnes přesná hranice mezi tím, co je bráno jako šikana a co ne. Šikana je vlastně obtěžováním druhé osoby. Někteří autoři zmiňují, že pokud se šikana opakuje, je to jasný rys šikany, ale pokud se na situaci podíváme prakticky – jsou opakované posměšky šikana? Pokud to tak autoři berou, tak každý z nás byl v životě alespoň jednou šikanovaný. Proto nelze adekvátně určit hranici mezi šikanou a např. posměškem.



Šikana se projevuje slovní agresí, fyzickými útoky nebo pouhou hrozbou. Šikana je vždy prováděna úmyslně. Šikana má tři základní rysy. Jedná se o neúměrnou sílu mezi agresorem a obětí, dále skutečnost, že agrese je cílem šikany. A poslední rys je nejtypičtější – opakovatelnost šikanování.

Šikana je řazena k syndromu CAN (Child Abuse and Neglect). Jedná se o šikanu, pro kterou je typické agresivní chování, kde si silnější jedinec porovnává síly se slabším jedincem. Jeho cílem je získání nadvlády, moci a určité výhody nad obětí. Obětí šikany nemusí být jen jedinec, ale i skupina lidí. Mezi základní vyčlenění šikany patří fyzická agrese (bití, týrání), slovní napadení (různé výhrůžky, urážky), pokyny a pustošení cizích věcí (Bendl, 2003).

Šikana je značná porucha vztahů v komunitě, která postihuje všechny členy. Nepostihuje pouze oběti, ale i agresory, další členy i celé jádro komunity. Dá se říci, že šikana je podobná epidemii, pokud si nevšimneme začínajících stádií, neskončí to jen u nemoci jedinců, ale onemocní celá komunita, kterou pak musíme léčit.

Doménou šikany je to, aby psychicky a fyzicky ublížila oběti a poškodila její zdraví. Tyto praktiky jsou dlouhodobého rázu a někdy mají celoživotní následky. Některé brutální formy šikany ohrožují život jedince. Přihlízejícím účastníkům se často vytrácejí iluze o společnosti, která by měla zabezpečit ochranu proti šikaně a násilí (Machová, Kubátová, 2015).

### 5.2.1 Formy šikany

Šikana může mít slovní formu, kde se především jedná o slovní výhrůžky, posměšky nebo nadávky. K tomu patří i fyzické napadení ve formě kopání, mlácení, bití, různých malých štípanců či jiných vulgárních jevů. K šikaně se může počítat i odmítnutí splnit nějaký úkol (Říčan, Janošová, 2010).

1. **Verbální šikana, přímá a nepřímá** – verbální šikana se projevuje prostřednictvím psychické formy (např. šikana spojená s kyberšikanou, která je součástí počítačové technologie).
2. **Fyzická šikana, přímá a nepřímá** – jedná se o šikanu, která se projevuje prostřednictvím krádeží a ničením osobních věcí oběti.
3. **Smíšená šikana** – jedná se o kombinaci fyzické a verbální šikany, která se projevuje násilnými příkazy a manipulováním (Říčan, Janošová, 2010).

#### 4. Přímá a nepřímá

- a) Přímá šikana – přímá šikana je definována především tím, že působí bolest bitím, kopáním, mlácením apod. Je také definována odcizováním osobních věcí, nucením sněžení či vypití něčeho, co je nechutné. Odcizování cizích věcí (např. peníze, jídlo) je bráno jako loupež. Dále se jedná o slovní agresivní napadení buď nadávkami, nebo posměškem (Říčan, Janošová, 2010). Za přímé znaky můžeme také brát různé posměšné poznámky, kritizování jedince, nátlak kvůli materiálnímu zisku, různé příkazy a podřizování se agresorovi. Tyto veškeré přímé znaky naznačují, že by situace měla být ihned řešena (Vágnerová, 2009).
- b) Nepřímá šikana – nepřímá šikana u školních dětí je definována jako sociální izolace od třídy. Spolužáci si oběti nevsímají, vylučují ho z různých skupinových a společenských aktivit. Dítě se snaží beznadějně zavděčit, začíná zlobit a snaží se ostatním spolužákům zalíbit. Tento způsob šikany je častější u dívek než u chlapců. Nepřímá šikana se často může sdružovat i s přímou šikanou, která začíná vyloučením dítěte od spolužáků a končí tím, že tomuto dítěti začnou nadávat, surově a fyzicky ho napadat.

#### 5.2.2 Kdo se může stát obětí dětské šikany

Obětí se může stát opravdu kdokoliv. Pokud se zaměříme na dětské oběti šikany, můžou se jí stát ti jedinci, kteří například mají sníženou sebedůvěru a sebehodnocení, neumějí se bránit, hůře snášejí zátěžové situace, mají méně kamarádů, nejsou oblíbení ve skupině vrstevníků, jsou odlišní z důvodu rasy, pohlaví nebo mají nějakou vadu (řeči, sluchu). Oběti se mohou stát naopak i ti jedinci, kteří jsou nadprůměrně inteligentní. Oběti se často stávají děti, které přijdou do nového kolektivu.

Dále se také mohou stát obětí šikany ti jedinci, kteří se odlišují od kolektivu svým vzhledem nebo dokonce handicapem. Ať už se jedná o jedince, který má specifické vývojové problémy nebo o jedince, který má viditelné tělesné nebo smyslové postižení (Bendl, 2003). Šikana se v současné době nevyhýbá ani obézním dětem (Gillernová, 2011).

Mezi rizikové faktory u oběti patří jakákoliv odlišnost od ostatních, která zvyšuje riziko zranitelnosti dítěte. Patří sem také „mamánci“, kteří žijí ve velmi ochranném prostředí. Takový jedinci jsou emočně labilní a žijí ve znevýhodněném prostředí. Obětí dětské šikany může být i ten, který žije v náboženské rodině, kde se upřednostňují náboženské postoje a projevy (Vágnerová, 2009).

### 5.2.3 Typy agresorů

1. Hrubíán – jeho charakteristickým rysem je primitivní energický přetlak a velmi oslabený vztah k jakékoliv autoritě:
  - a. vnější projev šikany – hrubián používá masivní a tvrdou formu šikanování, která potřebuje poslušnost a dokáže tím postrašit ostatní jedince,
  - b. rodinná výchova – specifické pro rodinnou výchovu je to, že se v rodině často nalézá forma agresivity u rodičů.
2. Slušňák – jedná se o velmi kultivovaného, sevřeného a úzkostného jedince, který se zdá být slušný a zdatný. Dokáže se ztotožnit s metodami šikany, ve kterých se jedná o chladnokrevnou zlost, kde k šikaně používá svou pravou ruku, tedy přísluhovače, kteří bývají méně sociálně atraktivní:
  - a. vnější projev šikany – u slušňáka je násilí a šikanování cílené, a většinou se jedná o formu, která je bez přítomnosti jiných přihlížejcích,
  - b. rodinná výchova – je specifická tím, že je v ní uplatňována vojenská výchova bez lásky.
3. Srandista – jedná se o jedince, který je velmi zábavný, je s ním zábava, je optimistický, dokáže získat velkou pozornost, většinou vymyšlením zlomyslných věcí na stranu oběti. Dokáže udělat přihlížejcím „krásné“ divadlo tím, že zesměšňuje jedince:
  - a. vnější projev šikany – agresor šikanuje jen pro zábavu a pro pobavení přihlížejcích, snaží se v ní najít zábavné stránky,
  - b. rodinná výchova – nejsou uspokojovány duševní stránky jedince a je přítomna veliká absence etických a mravních hodnot. Rodina je charakteristická černým humorem (Vágnerová, 2009).

### 5.3 Školní šikana

Šikana ve školách je v současné době sociální patologický jev, který je stále diskutovanou překážkou českého školství. Bohužel se stává, že některé školy nedokážou přiznat, že se jich šikana týká a myslí si, že v jejich třídách je zdravé sociální prostředí. K šikaně ve školském prostředí dochází většinou, když tam není pedagog. Například agresor natlačí oběť do nějakého koutku, kam není vidět. Mezi rizikové faktory můžeme zahrnout i pobyt mimo školské prostředí, například dětské domovy nebo internáty.

Pedagog musí umět rozpoznávat obyčejné legrácky mezi žáky a samotnou šikanu. I v obyčejné hádce se mohou rozpoznat znaky šikany, do které to pak může vyústit.

Základním znakem a cílem šikany je agrese. Agresor nechce mít ze šikanování materiální ani jiný zisk, ale jeho základní potřebou je uspokojení a uznání moci ve skupině. Šikana se tedy objeví ve většině případů tam, kde jsou porušené vztahy ve třídě.

Agresor nemá morální náhled na vlastní chování a nikdy necítí pocit viny. Tzn., že agresor má morální slepotu, sobeckou, sebestřední orientaci a ochranné sebepojetí. Tím se rozumí ochrana vlastní tváře. Před ostatními se snaží ukázat, že má největší postavení ve skupině. Ví, že to, co dělá, není správně, ale vždy se to snaží odůvodnit. Většinou to odůvodní tím, že ho oběť k šikaně vyprovokovala (Procházka, 2012).

Při šikaně jde ve většině případů o nadvládu síly nad obětí. Má dvě formy jak psychickou, tak fyzickou. Při fyzické převaze se snaží silnější jedinec fyzicky trápit toho slabšího. Při psychické stránce se snaží zase silnější jedinec psychicky odrovnat slabšího. Obě formy se vyskytují na všech školách. Šikanovaný jedinec je charakterizován jako jedinec, který stojí v pozadí, není tolik komunikativní a může být jakkoliv odlišný. Tento jedinec tak bývá terčem šikany od malých posměšků po velké a nebezpečné šikanování.

Šikana je charakteristická také tím, že nadprůměrný jedinec trápí podprůměrného. Jednoduše se dá říci, že čím je jedinec inteligentnější, tím má svůj čin promyšlenější.

Dále existuje ekonomická převaha, která je v dnešních školách fenoménem. Agresor neřeší oběť podle toho, jakou má osobnost, ale podle toho, co má. Často slýcháváme jedince, jak druhému říká: „Jsi chudák, jsi ‚socka‘, pocházíš z chudé rodiny,“ apod. Dítě, které pochází z bohaté rodiny, získává pocit, že může mít všechno, že se všechno dá zaplatit.

V některých třídách si dávají spolužáci různé přezdívky. Někteří žáci se s přezdívkou identifikují, jiní ji berou jako urážku. Oběť to sice vnímá nepříjemně, ale nejedná se o úmyslné ubližování. Někdy se naopak stane, že jedinec svou přezdívku bere jako hanlivou, neuznává ji a za žádných okolností ji nepřijme. Pokud žáci zjistí, že se mu přezdívka nelíbí, schválně ji začnou používat, aby jedince postavili do role oběti kvůli provokaci (Martínek, 2015).

### 5.3.1 Příčiny školní šikany

Šikana představuje odchýlení od norem chování. Šikana nepředstavuje jednu jedinou hlavní příčinu, ale vychází z celých řad faktorů. Zde můžeme mluvit o multifaktoriální podmíněnosti, která vychází z genetických podmínek agresora a oběti. Dále se může jednat o příčiny, které jsou podporovány výchovou ze strany rodičů (např. nedostatek pozornosti, ponižování nebo špatný emocionální chlad). Dále jsou to podmínky, ve kterých mladá generace vyrůstá. Jedná se o výrazný pokles autority učitelů, rodičů a dospělých lidí celkově. Šikanující jedinec chce ve svém okolí ukázat, že má silnou povahu a že se cítí mužně. Tím chce dát najevo svou krutost, frajeřinu a chce ovládat druhé.

Každý z nás má v sobě určitou dávku agresivity, ale dokážeme ji vybit jiným způsobem než šikanou (Bendl, 2003).

Příčiny šikanování ve školním prostředí lze definovat i následovně:

- tíha ze strany spolužáků – jedinec je přinucen se chovat tak, jak kolektiv očekává;
- dychtivost po moci – jedinec touží ovládat druhé kvůli uspokojení svého ega;
- motiv zlosti – jedinec má dobrý pocit z toho, že vidí trpět druhého;
- zvědavost a experiment – jedinec šikanuje proto, aby věděl, jak druhý reaguje na ponížení, bolest a jak to dává najevo (Říčan, 1995).

### 5.3.2 Kdo se může stát obětí školní šikany

Vyčlenění ze skupiny spolužáků může jedinec brát jako bezohlednost a lhostejnost, které mnohdy v sobě skrývají krutost. Dle Janošové a kol. (2016) se oběťmi stávají děti, které sociálně nezapadnou do svého kolektivu, a ti je berou za odlišné od ostatních. Spolužáci těmto dětem vytvářejí špatnou image, protože mají odlišné chování (např. smějí se v nesprávných situacích, zvláště mluví, jsou handicapovaní apod.).

Oběťmi školní šikany se často stávají handicapovaní jedinci. Tito žáci při začleňování do běžných škol čelí často šikanování od svých vrstevníků. Většinou se jedná o děti, které mají mentální postižení, autismus či jiný druh postižení. Hlavní prevencí proti šikanování handicapovaných dětí je tyto děti vzdělávat ve třídě, kde jsou podobně handicapovaní žáci. V těchto třídách pak naopak roste velká empatie, podpora a porozumění. Žák se v této třídě cítí bezpečně (Lechta, 2013).

Obětí tedy může být handicapovaný jedinec buď v kladném, nebo záporném slova smyslu. Dále se mohou stát obětí i děti, které jsou nadprůměrně inteligentní, protože dokážou vynikat před ostatními, děti s kladným vztahem k pedagogovi, nebo také jedinci, kteří koktají. V poslední řadě to mohou být i děti, které pochází ze slabší sociální rodiny a nemají vše, co mají ostatní děti. Seznam by mohl být nekonečný, vždy se jedná o odlišné dítě, jak už osobností, kulturou, rasou nebo pohlavím (Procházka, 2012).

### 5.3.3 Stádia šikany

Pro vyřešení šikany musíme mít správný postup a musíme umět zjistit, v jakém stadiu se šikana nachází.

**První stadium – zrod ostrakismu** – z řeckého překladu ostrakismus znamená „střepinový soud“ (Martínek, 2015). Jde o mírnou formu psychického násilí, kde se jediný člen skupiny necítí dobře. Tento člen není ve skupině oblíbený, je odmítaný, nikdo se s ním nebaví a smějí se mu. Tyto příklady jsou základním rysem šikanování a zahrnují negativní vývoj jedince. Pokud tyto rysy budeme přehlížet, může se z toho stát pokročilá šikana.

K této formě šikany může ať už vědomě, nebo nevědomě, přispívat sám učitel, který má např. ve třídě žáka, kterého povyšuje před ostatními žáky. Naopak může učitel žákovi vytýkat jeho slabší místa, a tak snižovat jeho autoritu. Pokud jedinec pocítuje tyto všechny formy, ocitne se v situaci, kde mohou začínat první formy psychického násilí (Vágnerová, 2009).

Oběť je vystrnaděna z kolektivu, nikdo se s ní nebaví. Je nutno podotknout, že toto je typické pro děvčata. Oběť najednou nemá ve třídě žádného kamaráda, se kterým by si mohla popovídat, s kým by mohla sedět v lavici. Ze začátku se tomu oběť snaží ubránit, snaží se nadávky vracet. U agresora to spíše vyvolá pocit, že musí zvýšit tlak. Následně oběť zjistí, že se neubrání a začne se pomalu zavírat do sebe, začne se stranit ostatním spolužákům.

Toto stadium má tři hlavní znaky. Prvním znakem je zhoršení prospěchu u oběti. Z jedničkáře se stává průměrný žák s horšími známkami. Druhým znakem je zhoršení pozornosti, nedokáže se tak soustředit (při vyučovacích hodinách nedává pozor a snaží se pochopit, proč je terčem šikany). Třetí znak je hledání kamarádů v nižších třídách, kteří k němu budou vzhlížet. Žáci se ve třídě, kde se objevila začínající šikana, dělí na tři skupiny. Z obr. č. 3 je patrné, že první skupinou jsou žáci, kteří obdivují agresora, druhou skupinou jsou samotní oběti a do třetí skupiny patří neutralita žáků, kteří se nepřiklání ani k oběti ani k agresorovi (Martínek, 2015).



Obr. č. 2 Grafické znázornění rozložení třídy v první fázi ostrakismu (Martínek, str. 139, 2015)

**Druhé stadium – začínající tvrdší manipulace** – jedná se o začínající fyzickou agresi. Když nastane pro agresora náročnější situace, odreaguje se tím, že oběť obtěžuje. Tento nátlak časem přeroste až k fyzické agresivitě (Vágnerová, 2009).

Jedná se o manipulaci fyzickou a psychickou, kde oběti je ostrakizovaný jedinec. Nastává, když agresor hledá zábavu a kompenzuje si na oběti své snížené sebevědomí a neúspěch. Zde začínají fyzické kopance, bití i slovní nadávky. Agresor využívá oběť jako svého sluhu, který mu např. nosí tašku, jídlo nebo oblečení. Agresor často ničí majetek oběti (např. oblečení, vyhazuje mu věci z aktovky či dokonce hází věci do vody). Agresor se na tomto ubližování stává závislým, a začíná používat různé manipulační věty (např. „Zkus něco říct nebo udělat a uvidíš“). Agresor začíná v této fázi používat výhrůžky. Oběť začíná mít velký strach, od kterého se snaží utéct. Přestane chodit do školy, začne ho bolet břicho, může se začít až sebepoškozovat. Školní prospěch je v této fázi katastrofální a za své výsledky ve škole a chování začíná být kritizován. Kolektiv ve třídě se v tomto stadiu straní. Neutrální jádro se rozpustí a zbytek kolektivu se spíše přiklání na stranu agresora. Je jen málo jedinců, kteří stojí na straně oběti. Pokud je obdiv na straně oběti, jedinci se oběť snaží chránit a chování ze strany agresorů se snaží zabránit a pozastavit (Martínek, 2015).

**Třetí stadium – vytváření jádra** – v tomto stadiu nastává klíčový problém. Už se nejedná o jednoho agresora, ale o skupinu agresorů, kteří šikanují systematicky. Společně začínají šikanovat nejcitlivější a pro ně nejvhodnější oběť. Začínají u oběti, která je charakteristická pro první stadium. Jde totiž o ty, kteří jsou v třídní hierarchii nejnižší. V tomto stadiu se nalézá falešná solidarita a vzniká pyramida šikanování, která je znázorněná v obr. č. 4:

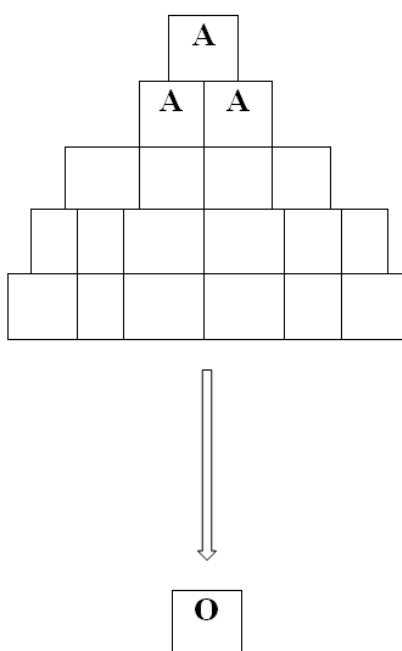
- a) Agresor nebo skupina agresorů.
- b) Agresorova pravá ruka, tzv. pomocníci.
- c) Žáci, kteří šikaně přihlížejí a ve většině případů mlčí – přihlížející oběti nepomůžou a ani neublíží. Považují agresivní chování za normální jev, protože dospělí jedinci s tím

také nic nedělají. Jedná se tedy o skupinu jedinců se snižující se zodpovědností. Tito přihlížející jedinci se cítí v blízkosti šikany bezbranní a otupení.

d) Samotná oběť (Vágnerová, 2009).

Oběť je základem této pyramidy, kde se celá pozornost třídy obrací pouze na ni. Ostatní přihlížející o šikaně ví, ale nikdo se oběti nezastane. Agresor je na šikanování úplně závislý, neví, jak přestat. Oběť je poté v bezvýchodné situaci, nikdo jí nevěří a v kolektivu je odmítaná. Agresori mají ve třídě hlídače, který hlídá blízcího se učitele a dává varovné signály. Z tohoto důvodu agresori šikanují ve třídě. Fyzické a psychické ataky se zvyšují.

V tomto stadiu se hraje hra na hodného a zlého. Jedná se o manipulaci oběti, kterou chce agresor shodit na samotné dno. Oběť postupem času nemá oporu, nemá se na koho obránit a nemá důvěru ani v rodičích. Pokud se však naskytne možnost rozhovoru mezi obětí a dospělým (i učitelem) je důležité, aby vše proběhlo v místě a ve chvíli, kdy je nikdo neuvidí. Když učitel mluví s obětí, nikdy se nesmí ptát uzavřenými otázkami, protože by se nic nedozvěděl. Se samotným rozhovorem se nesmí spěchat, protože oběť může ucítit nátlak ze strany učitele. U učitele musí žák získat důvěru, musí ho umět povzbudit a vysvětlit mu, že se může s čímkoliv svěřit. Toto stadium je zlomovým v průběhu šikany. Agresor totiž velmi dobře ví, co dělá a čeho se dopouští (Martínek, 2015).



Obr. č. 3 Pyramida šikanování ve stadiu vytvoření jádra (Martínek, str. 143, 2015)



**Čtvrté stadium – přijímání normy agresorů** – skupina agresorů je ve třídě brána jako „gang“ a stanou se nepsaným zákonem. Málokdo se jim dokáže postavit do cesty. Někdy se stane, že se oběť se svou rolí ztotožní a agresorům se přestane stranit. Bohužel se oběť může stát závislá na agresorovi, dokáže si ho i sama vyhledat. Navenek totiž působí jako kamarádi (Vágnerová, 2009).

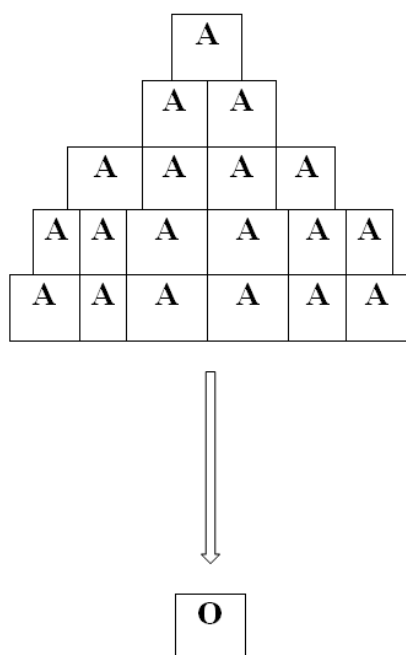
Oběť je v tomto stádiu podřízená agresorovi. Ve třídě jsou žáci rozděleni na dvě skupiny. Jedná se o vládnoucí skupinu nad obětí a na poddané. Z obr. č. 5 je patrné, že pyramida šikanování je rozsáhlá. Oběť bere svou roli jako normální, přestává se jakkoliv bránit a šikanu bere jako zábavu. Ve škole začíná vystupovat jako třídní „šásek“, při hodinách vyrušuje a dělá vše proto, aby se třída pobavila. Učitel toto chování nechápe, protože z bezproblémového žáka se najednou stává žák, který je svým chováním brán jako problémový.

Přihlízející kolektiv se v tomto stadiu stává agresorem, který šikanuje aktivně i pasivně. U pasivní formy přihlízející kolektiv vymýšlí, jak ublížit oběti jen proto, aby se zavděčil agresorovi. Aktivní forma je prováděna například popichováním kolektivu k činům, jako je například kopání či bití. Hlavní agresor přijde k přihlízejícímu agresorovi, aby si těmito fyzickými tresty ulevil. Oslovený jde a udělá to, protože mu to v téhle fázi přijde normální. Ve třídě se začíná ukazovat pocit nadřazenosti a podřízenosti. Agresoři se začnou nazývat otrokáři, participující, oběti jsou naopak nazývány jako otroci.

Jako v předchozích stádiích je i v této fázi charakteristické to, že agresoři mají radost ze šikany i z toho, že se jich oběť bojí. Dokonce také šikanují pouze z nudy a pro pobavení.

Zde se můžeme setkat s tím, že se u oběti začnou objevovat prvky posttraumatické stresové poruchy. Ta ve zkratce představuje následek předcházejícího traumatu, který může vést k pocitům strachu, hrůzy a pocitu bezmoci. Oběť znovu prožívá ve svých snech všechny stresové zátěžové situace, kdy jí bylo ubližováno.

Po zjištění šikany by se měl agresor přemístit do jiné třídy, jelikož je závislý na šikanování, najde si i v nové třídě novou oběť. To samé platí u oběti. Pokud oběť je přesunuta do jiné třídy, závislost nepomine a najde si dobrovolně nového agresora nebo se bude za svými původními agresory vracet. Proto, aby se toto nestávalo, je nutné s oběma stranami šikany terapeuticky spolupracovat (Martínek, 2015).



Obr. č. 4 Pyramida šikanování ve stadiu přijímání norem (Martínek, str. 148, 2015)

**Páté, poslední stadium – dokonaná šikana** – násilí musí akceptovat celá třída. Šikana se stává skupinovým programem, se kterým jsou žáci ztotožnění. Jedinci se ve třídě dělí na dvě skupiny, jedna má velká práva, druhá nemá práva žádná. Agresor vnímá oběť jako svůj majetek. Agresorovi patří peníze, věci, dokonce i čas oběti, které vše tato situace přijde normální. Oběť ví, co ho čeká, i přesto je na agresorovi závislá (Vágnerová, 2009).

Jedná se o poslední stadium, které je tak rozrostlé, že je neřešitelné. Ve třídě vládnu agresori, ostatní je musí poslouchat na slovo, pokud tak neučiní, je zle. Ve škole nemá učitel už žádnou šanci. Celá třída se podřizuje rozkazů hlavních agresorů, kteří sice nemluví, ale vysílají jasné varovné signály, se kterými je třída ztotožněna.

Agresory v ubližování nic nezastaví, forma ubližování už je v takovém stadiu, že se jedná o hrubé ublížení na zdraví, v nejhorším případě dojde až k takovému ublížení, že oběť zemře. Jsou známy případy, kde agresor popálil oběť železnou tyčí nebo oběť škrtil.

Oběti už jsou tak zmanipulované, že dochází k tzv. stockholmskému syndromu, kde oběti k agresorovi vzhlíží a nedokážou si život bez něj představit. Necháávají si dobrovolně ubližovat, přijde jim to normální. Všechna předchozí čtyři stadia jsou řešitelná, toto stadium je bez výsledku. Jediným řešením je rozpuštění kolektivu (Martínek, 2015).

První a druhé stadium se dá vyřešit v rámci školy, zatímco v pokročilejších stadiích je nutné se obrátit na specialisty (Vágnerová, 2009).

#### 5.3.4 Linie šikanování

Dle Martínka (2015) existují následující linie šikanování:

1. učitel → žák,
2. žák → učitel,
3. rodič → učitel,
4. učitel → rodič,
5. učitel → učitel,
6. ředitel → učitel.

U prvního bodu se jedná o situaci, kdy učitel má ve třídě žáka, se kterým nemá dobrý vztah. Při zkoušení dostává horší známky, těžší otázky a úkoly.

Ve druhé verzi se jedná o takovou situaci, kdy žáci dokážou učitele vyprovokovat a schválně při hodinách vyrušují. Učitelky jsou pro žáky snadnou „kořistí“. Učitelka jako žena se nechá snadno vyprovokovat, poté na ně křičí, a tím dává jasně najevo, že na provokaci reaguje. Žákům se to pak více líbí a mají tendenci provokování zvyšovat. Tím se hodina zbrzdí, a to je jeden z mála cílů, proč děti učitelku provokují. Dalším slabším terčem je ten učitel, který trpí handicapem (může hůře vidět, nebo může vynikat svou odlišností).

Třetí verze je poměrně častá. Rodiče mají mylnou představu, že jim škola ve všem vyjde vstříc. Rodič má tendence mluvit učiteli do výuky, nebo jak má vychovávat jejich dítě. Rodiče neumí respektovat školu a domnívají se, že veškerému vzdělání a chování rozumí. Rodič sice má právo vědět, co bude škola dávat jeho dítěti, naopak škola si musí umět držet hranici, do které rodič nevidí. V tomto směru může nastat situace, kdy se rodičům něco nelíbí a v době výuky jdou učiteli vynadat, někdy až vulgárně. Jako každý jiný člověk má i učitel svá práva. Nesmí se dopustit, aby se obě strany hádaly před dítětem, protože dítě umí dobře napodobovat.

Pro čtvrtou verzi je typická šikana učitele směrem k rodičům, kteří mají doma problémové dítě. Tito rodiče totiž sami vědí, že mají doma problémového jedince a neví si s ním rady. Proto jdou za učitelem, aby jim poradil a pomohl. Jenže takový učitel získává nad rodiči určitou nadvládu, že může rodičům radit, jak mají své dítě kárat a trestat. Pokud rodina poslechne učitele, dostávají se do bezvýchodné situace. Jedinec si totiž bude myslet, že je trestán kvůli škole a začne ji nenávidět. Rodič jde opět za učitelem, který mu dá podobnou radu, a tím se začíná situace opakovat. Někdy se učitel domluví s rodiči, aby se pravidelně setkávali na pohovoru, kde budou hovořit o žákovi. Rodič na tyto schůzky chodí nerad, někdy

vyhledá raději specialistu, který mu poradí, aby na schůzky s učitelem nechodil a úplně je zrušil. Rodiče se dostávají do tlaku, kdy mají z učitele strach a jejich vztah spadne na úroveň nadřazenosti a podřazenosti, kde nadřazený je učitel a podřazený je rodič.

U páté verze se jedná o šikanování, které probíhá ve školním sboru či kabinetu. Ve škole nastane situace, kdy do sboru přijmou nového kolegu, který je nasycen novými odbornými metodami a starší kolegové ho můžou brát jako hrozbu. Starší kolegové ho začnou kontrolovat, čtou mu přípravu na vyučování, dokonce i poslouchají za dveřmi, co dětem vypráví. Tento nový kolega je nadbytečně kritizován za jiný přístup k vyučování, než starší kolegové. Naopak může nastat situace, kdy se škola snaží najmout nové mladší kolegy a ve škole zůstane méně starších učitelů, kteří se nechtějí učit novým věcem, metodám i předpisům. Starší učitelé mají svůj postup při učení a nechtějí se ho vzdát. Mladší učitelé vidí ty starší jako ty, kteří neumí učit. Může se pak stát, že mladší kolegové (někdy i nevědomky) zesměšňují své starší kolegy. Starší učitel si s tímhle neví rady, je naprosto bezbranný a proto se stává, že odejde ze svého zaměstnání s pocitem selhání.

V poslední situaci se jedná o formu šikanování ze strany ředitele, který dává svým zaměstnancům nadlidské úkoly, nesmyslné příkazy a nařízení. Do této formy můžou patřit i vulgární a agresivní nadávky, zesměšňování a dokazování, že učitel je pro svou práci neschopný. Tato forma by se měla řešit za pomoci právníka (Martínek, 2015).

## **5.4 Prevence šikany**

Základní prevencí šikany je řešení problematiky ze strany vedení školy, rodičů, pedagogů, ministerstva školství a mládeže a jiných specializovaných institucí. Předcházení šikany tvoří pestrá paleta kroků, opatření, přístupů, směrnicí a postupů. Každý z nás by měl mít ponětí o příčinách a liniích šikanování a měl by porozumět a pomoci jedinci, který se ocitne v roli oběti. Proto by měly fungovat různé přednášky a školení na téma prevence, kde by byli žáci informováni o různých linkách důvěry či jiných institucí (Bendl, 2003).

Další důležitou prevencí je povzbuzování pozitivních vztahů mezi spolužáky a pedagogy. Škola v rámci prevence podporuje toleranci, vytváří dobré podmínky pro zapojování všech spolužáků do činností a snaží se uplatnit a rozvíjet jejich vzájemnou autoritu a respekt. Každá škola by měla mít vypracovaný program proti šikaně, který je součástí Minimálního preventivního programu (Říčan, Janošová, 2010).

Školy by měly mít zodpovědnost a měly by předcházet vzniku šikany. Na některých školách bohužel pedagogové neumí poznat šikanu nebo samotná škola nepřipustí to, že na její školní půdě vzniká šikana.

Nejdůležitější prevencí je informovat žáky o šikaně a posilovat jejich sebedůvěru. Škola musí umět také rozpoznat prvotní příznaky nežádoucích jevů šikany. Pedagogové by měly žákům ukazovat, jak mají vytvářet sociální dovednosti, učit je respektovat své okolí, umět pomáhat slabším a přijímat odpovědnost za své činy a jednání (Machová, Kubátová, 2015).

**Primární prevence** šikany se aplikuje tam, kde k šikaně ještě nedošlo. Jedná se o informování žáků o institucích, které se šikanou zabývají. Dále se jedná o výbornou informovanost rodičů, veřejnosti a pedagogů, kteří se starají o výchovu harmonické osobnosti jedince. Nejlepší prevencí šikany je navazování nových bezpečných vztahů mezi vrstevníky ve školním prostředí.

**Sekundární prevence** šikany se aplikuje tam, kde k šikaně už došlo. Musí se použít takové prostředky, metody a kroky k nápravě, aby se šikana už neobjevila. Do sekundární prevence patří včasné a bezodkladné vyřešení šikany, opatření ze strany školy, rodiny a správné výchovné opatření a práce s agresory. Jedná se o různé postihy, zmírnění agresivního jednání nebo jedince zaměstnat vhodnou aktivitou.

**Terciární prevence** v oblasti šikanování zatím neexistuje (Bendl, 2003).

### **Prevence šikany a její desatero opatření:**

1. Utopické opatření – znamená zabránění šikany, kterou lze zmírnit třemi body. Jedná se o vyloučení šikanujících jedinců ze školy, nastavení domácího vzdělání nebo zrušení školy.
2. Zajímavé vyučování v rámci školního programu – jedná se o takovou specifickou taktiku, kde v rámci prevence neřekneme o šikaně nic, ale nabídneme žákům program, který jim neumožní myslet na jakékoliv nepříznivé chování, které můžeme označit jako agresivní, násilné nebo neukázněné.
3. Způsoby odhalení šikany a její diagnostika – hlavním úkolem školy je připuštění si možnosti, že šikana vůbec existuje. K odhalení šikany existují různé nástroje, které

sahají až do metod pozorování, depistáže, rozhovory, vyplňování a vyhodnocování dotazníků.

4. Dozor a jeho prostředky – jedná se o takový dozor, který pozoruje a sleduje někoho nebo něco v rámci prevence šikany. Může se jednat o učitele, rodiče, samotné žáky nebo dokonce kamerový systém, který je označen jako alternativní způsob dohledu.
5. Práce s agresorem – práce s agresorem je nedílnou součástí boje proti šikanování.
6. Práce se spolužáky – jedná se o práci se všemi participujícími v oblasti šikany, ať už se jedná o žáky v samotné třídě, nebo v celé škole.
7. Účast spolužáků na prevenci šikany – jedná se o prevenci, kde se spolužáci rozhodnou bojovat proti šikaně (např. žákovská samospráva, vybudování různých kampaní nebo peer programy zaměřené na prevenci proti šikaně a zvládání konfliktů)
8. Součinnost školy a rodičů – jedná se o spolupráci mezi školou a rodiči jak ze strany agresora, tak i spolupráce s rodiči ze strany oběti. Mezi všemi stranami by mělo docházet k dobré spolupráci, která je ústředním bodem pro vyřešení sporu.
9. Součinnost školy se specializovanými institucemi řešící šikanu – jedná se o různé specializované instituce, které řeší problematiku šikanování (Bendl, 2003).

#### **5.4.1 Instituce a organizace v rámci prevence šikany**

Instituce podílející se na problematice a prevenci v oblasti šikany se rozdělují na tři hlavní skupiny.

První skupina v sobě zahrnuje komunitní preventivní programy a činnosti, které jsou obvykle v obci nebo v malém regionu. Důležitým preventivním článkem je škola, která se snaží pomoci problémovým a ohroženým jedincům a jejich rodinám. Školy díky dlouhodobému spojení s rodinou zjišťují, v jakém prostředí jedinec vyrůstá a žije. Komunitní programy zajišťují dítěti trávit jeho volný čas smysluplně. Tyto programy jsou připravovány v lokalitách, kde roste delikvence. Dále se snaží komunitní programy posilovat sociální vztahy v rodině, ve škole nebo ve společnosti vrstevníků.

Druhá skupina v sobě zahrnuje nevládní organizace, občasná sdružení a nadace. Tyto organizace nabízí školám poučení pro žáky, pedagogy a rodiny v rámci prevence a zmírňování sociálně patologických jevů. Nabídka preventivních opatření je buď úplně zdarma, nebo za úplaty. Některé tyto organizace připravují žákům přednášky o šikaně, jejich projevech, příčinách, formách a stádiích ve formě videofilmů nebo různých prezentací. V kostce si představíme některé organizace.

- Linka důvěry – jedná se o krizovou intervenci, která poskytuje dětem anonymní telefonickou pomoc. Linky důvěry spolupracují vždy s nějakou zdravotnickou institucí. Linky mají většinou nonstop provoz. Některé linky umožňují krátkodobý pobyt.
- Prev-centrum – tato organizace nabízí školám preventivní programy v rámci primární prevence. Její doménou jsou drogově závislí, ale dokáže pomoci i v oblasti šikany.
- Bílý kruh bezpečí – jedná se o sdružení, které pomáhá obětem trestných činností a jejich blízkým osobám. Dále se také zaměřuje na otázky v oblastech agresivity, násilí a kriminality.
- Lata – vznikla v roce 1994 a věnuje se mládeži ve věku od 13 do 26 let. Jedná se o dobrovolnický program a Lata znamená „laskavá alternativa trestu pro adolescenty“.
- Big Brothers, Big Sisters – jedná se o dobrovolnický program, který v ČR působí od roku 1996 a věnuje se dětem mladších 12 let, kteří mají trvalý pobyt v hlavním městě v Praze. V USA působí tato organizace již devadesát let. V České republice nese označení „PětP“ a jedná se o organizaci, která poskytuje lidem přátelství, podporu, prevenci, péči a pomoc. Tato organizace pomáhá dětem, které mají vážné problémy v rodině nebo u svých kamarádů.

Třetí skupina v sobě zahrnuje instituce pomáhající ze zákona. Jedná se o instituce, které jsou pravou rukou školy, kde se vyskytují problémoví žáci. Tito organizace nesmí škole odmítnout žádnou pomoc. Může se jednat o pomoc ze strany ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, tak i ze strany Policie České republiky. Dále se jedná o pedagogicko-psychologické poradny (řešení problematických žáků v rámci výchovy), kurátory pro mládež (specializovaný zaměstnanec sociální správy), střediska výchovné péče, dětská krizová centra, diagnostické ústavy a jiné (Bendl, 2003).

## 5.5 Šikana u dětí trpící obezitou

Na děti trpící obezitou často jiné děti ukazují, posmívají se jim a všelijak je obtěžují. Obézní jedinci jsou kvůli této skutečnosti odstrkováni a nebývají oblíbení v kolektivu. Sociální a psychologické obtíže šikany omezují sociální růst obézních dětí.

V období dospívání u jedince dochází k radikálním tělesným změnám a změnám image. Tyto změny často bývají jádrem šikany. Agresoři se rádi zaměřují na slabá místa jedinců. Takovým zranitelnějším místem u dospívajícího jedince je jeho přibývající tělesná váha a celková obezita (Janseen, 2004).

Děti s obezitou jsou často oběťmi šikany a stávají se terčem různých forem agrese. V některých publikacích je zaznamenán markantní rozdíl mezi formami agrese u dětí, které jsou odlišovány pohlavím. Chlapci jsou vystaveni různým formám pošťuchování a obtěžování až po různé bití a kopance. Dívky jsou naopak vystavovány tomu, že vrstevníci s nimi nechtějí sedět v lavici ve třídě nebo v jídelně nebo s nimi nechtějí trávit žádný volný čas. Tyto projevy šikany jsou skryté a antagonické (Pearce, Prinstein, Boergers, 2002).

Obezita je jedním z častých důvodů, proč jsou děti ve školách šikanovány. K šikanování kvůli vyšší váze dochází častěji ve školském prostředí než k šikanování kvůli rase, náboženství nebo handicapu. Šikana u dětí s obezitou přispívá ke špatným emočním důsledkům a odmítnutí ze strany spolužáků. U těchto dětí je zvýšené riziko deprese a nižší výskyt sebeúcty. Kontrole BMI a dalších proměnných u dítěte, jako je jeho věk a pohlaví, naznačuje, že tyto zásadní psychosociální následky jsou důsledkem viktimizace a bagatelizace. Některé studie potvrdily, že nejzásadnější vliv má na šikanu pohlaví jedince (Gillison, 2015).

Obezita je pro dítě velká psychická zátěž. Jeho odlišnost od jiných vede až k rozvoji méněcennosti, které má za následek depresivní sklony, jedinec se může uzavřít do sebe, má pocit osamocení, smutku. Toto negativní chování může vyústit až k sebevražedným sklonům. Jedinci jsou často oběťmi šikany v oblasti slovní, mezilidské a fyzické. Bohužel se někdy stává, že tyto negativní pocity vedou naopak až k nekontrolovanému hubnutí, které často končí poruchou příjmu potravy (Sedlak, Pařízková, Daníš, 2016).

Obézní jedinec žijící v příznivém sociálním prostředí je se sebou spokojen. V rodině je chráněn před negativním postojem, protože ho nikdo nekritizuje za jeho postavu. Výjimkou jsou často vrstevníci, kteří ho právě za jeho postavu často kritizují. Už u předškoláků nastává odmítnutí silnějšího chlapce či silnější dívky za svého kamaráda či kamarádku. Ve školním věku se tyto hloupé narážky stupňují. Obézní děti bývají méně oblíbenými ve třídě, často jsou i vyčleňovány z různých aktivit, tělocviku nebo dokonce společenských her (Davison, 2001). To vše může poškodit neutralitu ze strany učitelů při hodnocení prospěchu ve škole. Na hodnocení žáků ze strany učitelů se může účastnit záměrný nebo nezáměrný odpor vůči



neoblíbeným jedincům. To může u jedince vyvolat pocity méněcennosti. V nejhorším případě se jedinec začne stranit okolí. V dospívání se mohou všechny tyto problémy zhoršovat. Děti ze strany spolužáků mohou být terčem posměchu, který vede až k agresi. Šikana je hrozbou pro všechny školáky, nevyjímaje obézní děti (Gillernová, 2011).

## 6 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníkového šetření mezi dětmi druhého stupně základní školy. Cílem bylo pomocí celého výzkumného šetření zjistit, jaké postoje mají děti k šikaně a obezitě ve vztahu k šikaně.

Toto šetření je svou povahou kvantitativního charakteru a nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

V této části diplomové práce podrobně popíši strategii celého výzkumného šetření, kde v závěru budu interpretovat výsledky šetření. Tyto výsledky jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů.

### 6.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak děti vnímají šikanu ve škole a jak vnímají samotnou šikanu ve vztahu k obezitě. Zároveň bylo důležité zjistit, jak vznikající šikanu řešily.

### 6.2 Hypotézy výzkumného šetření

**H1:** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí dokáže popsat, co znamená pojem šikana.

**H2:** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí nezažila osobně šikanu.

**H3:** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí neviděla ve svém okolí někoho, kdo ubližoval druhé osobě.

**H4:** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí zná pojem obezita.

**H5:** U dotazovaných předpokládáme, že většina z těch dětí, které se se šikanou setkaly, se s tímto problémem svěřila druhé osobě.

### 6.3 Metodika sběru dat

Na sběr kvantitativních výsledků byla použita metoda krátkého dotazníku, přičemž dotazníky vyplňovaly děti během výuky. Dotazníkové šetření se zaměřuje na děti druhého stupně základní školy. Zmiňovaný dotazník je přiložen v příloze v této diplomové práci.

Celý kvantitativní výzkum probíhal od února 2020 do března 2020. Vzorek celého výzkumu tvořily děti z druhého stupně základní školy z Prahy 10. Nejvíce času jsem strávila u hledání základní školy, ve které bych své dotazníkové šetření mohla uskutečnit. Po dlouhém hledání mi vyšla vstříc výše zmiňovaná základní škola. Nejdříve jsem odevzdala paní ředitelce informované souhlasy pro zákonné zástupce, přičemž se mi ze 100 informovaných souhlasů vrátilo pouze 10 informovaných souhlasů s tím, že si nepřejí, aby se jejich dítě podílelo na výzkumném šetření. Moje představa byla, že bych sama s dětmi probrala dotazník a společně s nimi dotazník vyplnila. Bohužel však vzhledem k aktuální situaci nebylo možné tento záměr realizovat, paní ředitelka byla moc hodná a společně s vyučujícími dotazníky rozdali a žáci je vyplnili.

#### 6.4 Metody zpracování dat

Nejdříve jsem si stanovila cíl výzkumného šetření a poté jsem sestavila celkově 15 otázek do dotazníku. V dotazníku převažovaly uzavřené otázky.

Výzkumné otázky jsou rozděleny do tří okruhů: sociodemografické údaje, výskyt šikany v dětské populaci a výskyt šikany ve vztahu k obezitě. Hlavní výzkumná otázka je rozdělena na pět dílčích výzkumných otázek. K těmto dílčím výzkumným otázkám se vztahují tazatelské otázky, které tvořily sestavený dotazník.

#### 6.5 Operacionalizace

<b>HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA:</b> Jak dětská populace vnímá šikanu obecně a šikanu ve vztahu k obezitě? Jaké postoje děti k šikaně zaujímají?	
<b>DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b>	<b>TAZATELSKÉ OTÁZKY</b>
<b>DZO 1:</b> Jaké jsou základní sociodemografické charakteristiky?	<b>TO 1:</b> Pohlaví <b>TO 2:</b> Do jaké třídy chodíš?
<b>DZO 2:</b> Dochází v současné době ve školním prostředí k šikaně?	<b>TO 3:</b> Co si pod pojmem šikana představíš? <b>TO 4:</b> Setkal ses se šikanou ve škole?

<b>DZO 3:</b> Stal ses někdy obětí školní šikany?	<p><b>TO 5:</b> Ublížoval ti někdo ve třídě?</p> <p><b>TO 6:</b> Jak často ti někdo ubližoval?</p> <p><b>TO 7:</b> Kde k ubližování došlo?</p> <p><b>TO 8:</b> Jak jsi to řešil?</p>
<b>DZO 4:</b> Došlo někdy ke školní šikaně, která se dotkla tvého kamaráda?	<p><b>TO 9:</b> Viděl jsi někdy někoho, kdo by ubližoval tvému kamarádovi nebo spolužákovi?</p> <p><b>TO 10:</b> Jak často jsi takové ubližování tvému kamarádovi nebo spolužákovi viděl?</p> <p><b>TO 11:</b> Kde k takovému ubližování došlo?</p> <p><b>TO 12:</b> Jak jsi to řešil?</p>
<b>DZO 5:</b> Jak vnímáš šikanu vztahující se k obezitě?	<p><b>TO 13:</b> Souhlasíš s tvrzením, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní?</p> <p><b>TO 14:</b> Máš ve třídě nebo ve svém okolí kamaráda, kdo podle tebe trpí obezitou?</p> <p><b>TO 15:</b> Viděl jsi někdy někoho, kdo se posmíval nebo jinak ubližoval tvému kamarádovi nebo spolužákovi za to, že má silnější postavu?</p>

## 6.6 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základním kritériem pro výběr vzorků byly děti z druhého stupně základní školy. Věk dětských respondentů se pohyboval mezi 11 – 15 lety. Veškerá data jsem získala od dětí ze základní školy, která se nacházela na Praze 10. Dotazníkového šetření pro děti druhého stupně

základní školy se zúčastnilo 90 respondentů, z nichž bylo 37 chlapců a 53 dívek (viz graf č. 1).

## 6.7 Etické zásady

Sběr dat pro výzkumné šetření probíhal anonymně. Pro sběr výsledků byly vyhotoveny informované souhlasy pro zákonné zástupce, zda souhlasí s tím, že se jejich dítě zúčastní výzkumného šetření.

## 6.8 Limity průzkumu

Tato diplomová práce je výsledkem dotazování vybraných žáků z druhého stupně základní školy. Domnívám se, že nebyla nouze o odbornou literaturu věnující se obezitě a šikaně, tudíž jsem mohla zkoumat názory různých autorů a dostatečně vysvětlit dané téma, tedy šikanu, obezitu a šikanu vztahující se k obezitě.

Existuje i další limit průzkumu, který je potřeba si uvědomit a zamyslet se nad ním. Jedná se o to, že daná problematika byla prováděna pouze v jedné základní škole, což může zásadně zkreslovat výsledek vyhodnocení šikany ve škole.

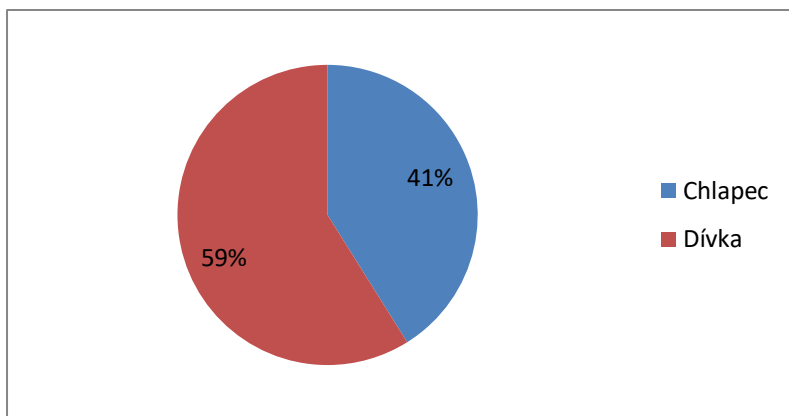
V poslední řadě je důležité si uvědomit, že výzkumné šetření bylo prováděno u dětí z druhého stupně základní školy. Odpovědi tak mohly být ovlivněny řadou faktorů jako je nízký věk, emotivnost a stydlivost před ostatními spolužáky. Tyto faktory se mohly odrazit v poskytnutých odpovědích.

## 6.9 Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace

Tato kapitola bude zobrazovat za pomoci tabulek a grafů výsledky zkoumání, které vycházejí z odpovědí na tazatelské otázky. Každá otázka má vlastní tabulku a graf, ve kterých jsou zobrazeny odpovědi dětských respondentů z druhého stupně základní školy.

### 1. Pohlaví

	Počet	%
<b>Chlapec</b>	37	41,1
<b>Dívka</b>	53	58,9
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

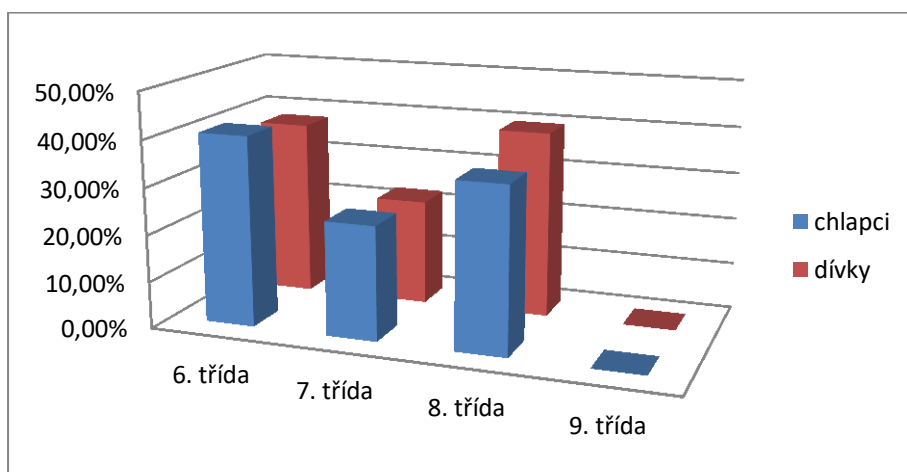


Graf 1 Pohlaví respondentů

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 37 chlapců (41,1 %) a 53 dívek (58,9 %). Z grafu č. 1 vyplývá, že se dotazníkového šetření zúčastnilo o 18% více dívek než chlapců.

## 2. Do jaké třídy chodíš?

	Chlapec	%	Dívka	%
<b>6. třída</b>	15	40,6	20	37,7
<b>7. třída</b>	9	24,3	12	22,6
<b>8. třída</b>	13	35,1	21	39,7
<b>9. třída</b>	0	0	0	0
<b>celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>



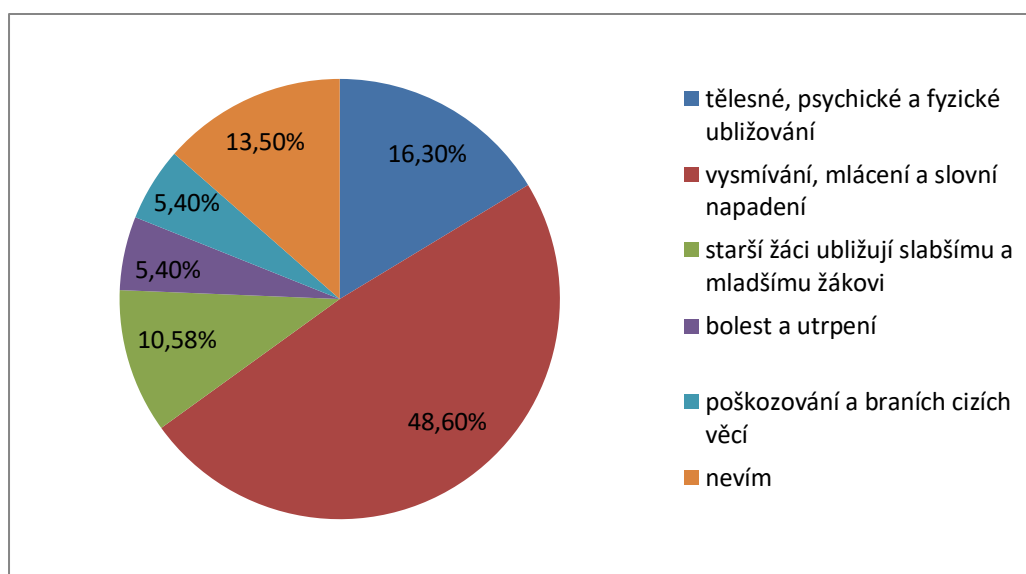
Graf 2 Jakou třídu děti navštěvují

Otázka č. 2 zjišťovala, jakou třídu děti navštěvují. Ze získaných výsledků lze vyčíst, že se do dotazníkového šetření zapojilo nejvíce dětí z 6. třídy a 8. třídy. Z řad 6. tříd se zúčastnilo dotazníkového šetření 15 chlapců (40,6 %) a 20 dívek (37,7 %). Z řad 8. tříd se zúčastnilo

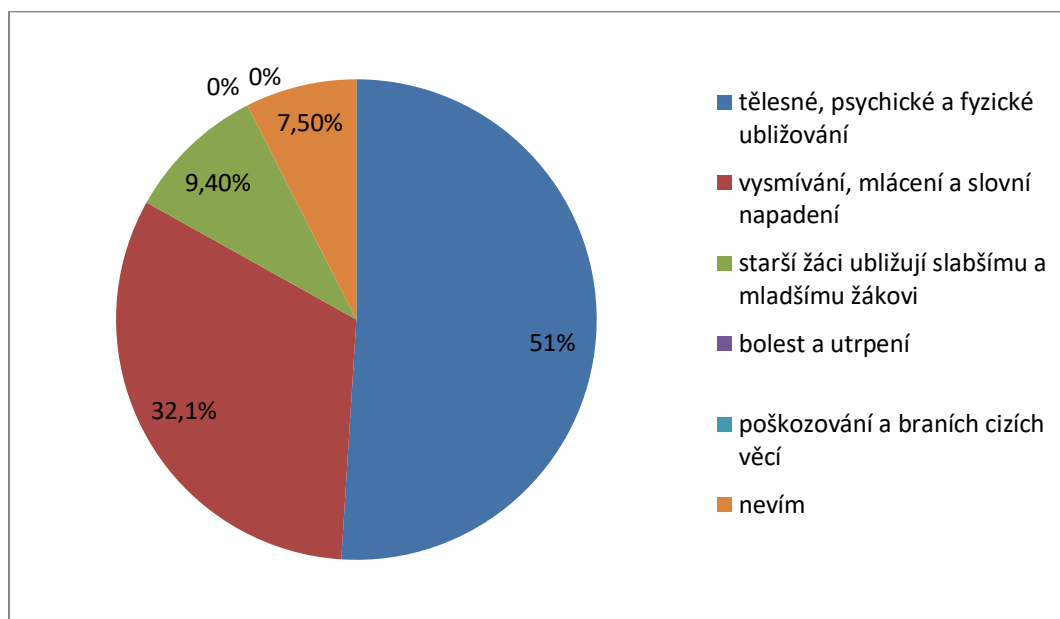
dotazníkového šetření 13 chlapců (24,3 %) a 21 dívek (22,6 %). Z grafu č. 2 lze také vyčíst, že se děti z 9. třídy do dotazníkového šetření nezapojily.

### 3. Co si pod pojmem šikana představíš?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Tělesné, psychické a fyzické ubližování</b>	6	16,3	27	51,0
<b>Vysmívání, mlácení a slovní nadávání</b>	18	48,6	17	32,1
<b>Starší žáci ubližují slabším a mladším žákům</b>	4	10,8	5	9,4
<b>Veliká bolest a újma na zdraví</b>	2	5,4	0	0
<b>Poškozování a braní cizích osobních věcí</b>	2	5,4	0	0
<b>Nevím</b>	5	13,5	4	7,5
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>



Graf 3 Co si chlapci představili pod pojmem šikana



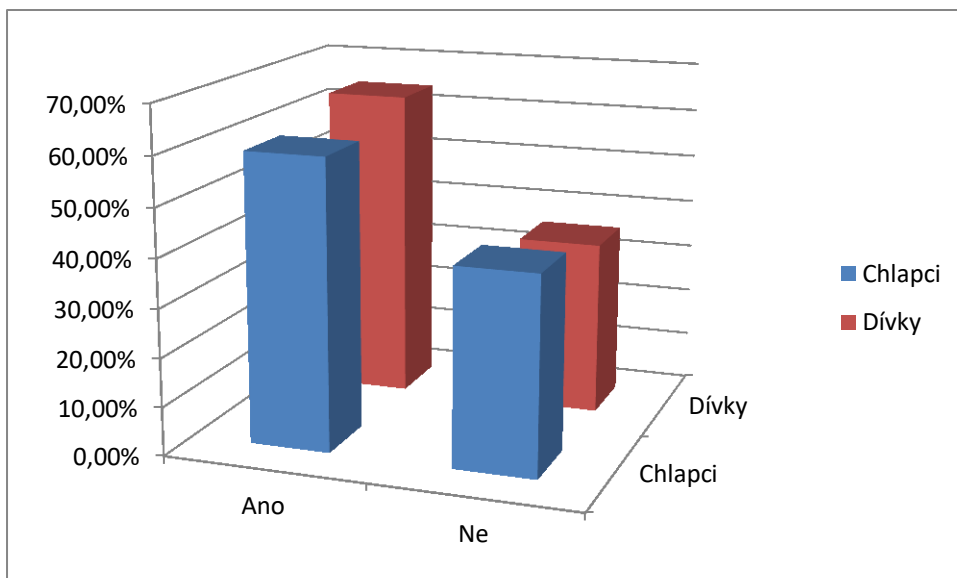
**Graf 4** Co si dívky představily pod pojmem šikana

U otázky č. 3 jsem zjišťovala, jak děti vnímají pojem šikana. Předpokládala jsem, že děti budou tento stěžejní pojem znát. Z grafu č. 3 lze vyčíst, že 6 chlapců (16,3 %) uvedlo, že šikanu vnímají jako tělesné, psychické a fyzické ubližování druhé osobě. Dále 18 chlapců (48,6 %) uvedlo, že šikana je podle nich jakési vysmívání, mlácení a slovní napadení druhých osob. Tyto dvě odpovědi taktéž uvedly i dívky. Z grafu č. 4 je evidentní, že 27 dívek (51 %) vnímá šikanu jako tělesné, fyzické a psychické ublížení. Dále je 17 dívek (32,1 %) přesvědčeno o tom, že šikana je vysmívání, mlácení a slovní napadení druhých osob. Ve výsledku jsou tyto dvě odpovědi obdobné. Ovšem každý jedinec to může vnímat jinak. Celkově tedy 64,9 % a 83,2 % dívek ví, co je to šikana. Překvapilo mě, že 5 chlapců (13,5 %) a 4 dívky (7,5 %) napsali, že neví, co si mají pod šikanou představit. Myslím si, že je na základních školách důležité, aby děti měly alespoň nějaké povědomí o tom, co je šikana a jaké má následky a důsledky.

#### 4. Setkal ses ve škole se šikanou?

	Chlapci	%	Dívky	%
Ano	22	59,5	34	64,2
Ne	15	40,5	19	35,8
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>



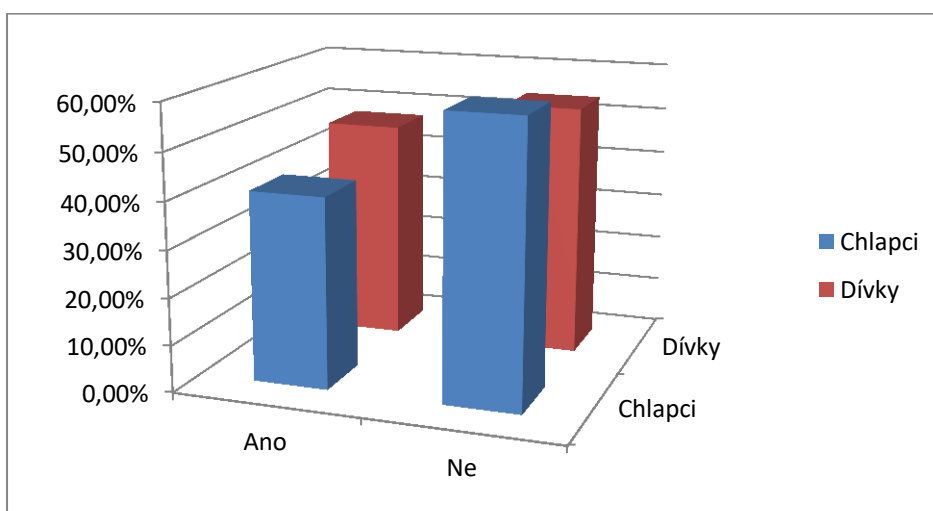


**Graf 5 Setkal ses ve škole se šikanou?**

Z grafu č. 5 lze vyčíst, že se na zkoumané základní škole šikana objevila. Z celkového počtu dotazovaných 90 dětí, 55 dětí (61,1 %) označilo možnost, že se ve škole setkaly se šikanou. Z toho 22 chlapců (59,5 %) a 34 dívek (64,2 %). Pouze 15 chlapců (40,5 %) a 19 dívek (35,8 %) zaškrtnulo v dotazníku možnost „ne“.

### 5. Ublížíval ti někdy někdo ve třídě?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Ano</b>	15	40,5	25	47,2
<b>Ne</b>	22	59,5	28	52,8
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

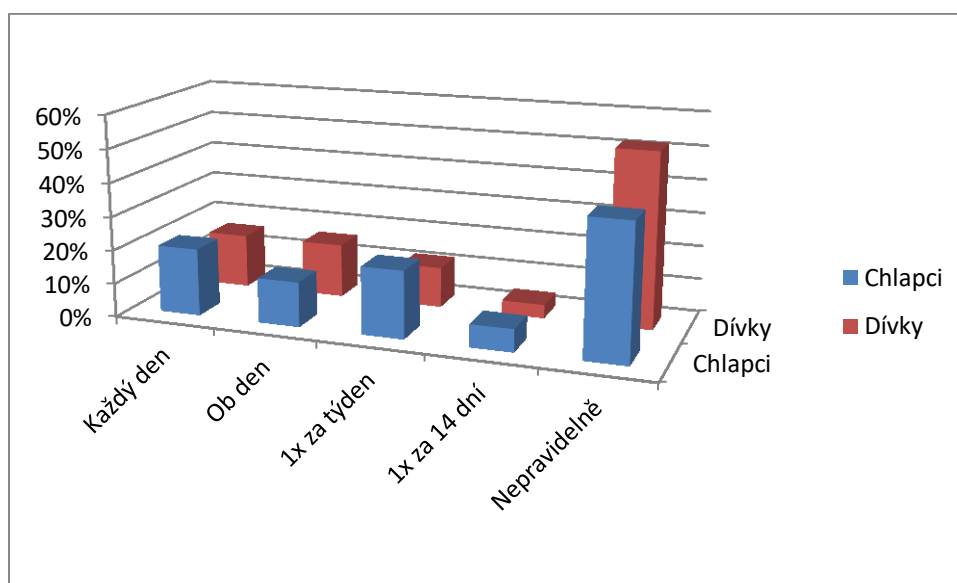


**Graf 6 Ublížíval ti někdy někdo ve škole?**

Otázka č. 5 byla jedna z nejtěžších otázek z celého dotazníkového šetření, kde děti musely zaškrtnout, zda se někdy staly obětí šikany či nikoliv. V grafu převažují odpovědi „ne“, i přesto mezi četností odpovědí „ano“ a „ne“ není až takový markantní rozdíl. Z celkového počtu 90 dětí odpovědělo 50 dětí (55,6 %), že se se šikanou nesetkaly. 40 dětí (44,4 %) z druhého stupně základní školy se staly obětí šikany. I přesto, že převažuje odpověď „ne“, jsou výsledky zcela drtivé a překvapující. V dnešní době se budeme se šikanou potkávat, a jak píše Pavel Říčan (2010) ve své knize je většina dívek často šikanována od chlapce a chlapci jsou šikanováni pouze od chlapců. Bohužel i z grafu č. 6 je zřejmé, že 25 dívek a 15 chlapců z druhého stupně základní školy označilo odpověď „ano“. Toto zjištění mě velice šokovalo. Myslela jsem si, že se ve škole šikana tolik objevovat nebude.

## 6. Jak často ti někdo ubližoval?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Každý den</b>	3	20,0	4	16,0
<b>Ob jeden den</b>	2	13,3	4	16,0
<b>1x za týden</b>	3	20,0	3	12,0
<b>1x za 14 dní</b>	1	6,7	1	4,0
<b>Nepravidelně</b>	6	40,0	13	52,0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

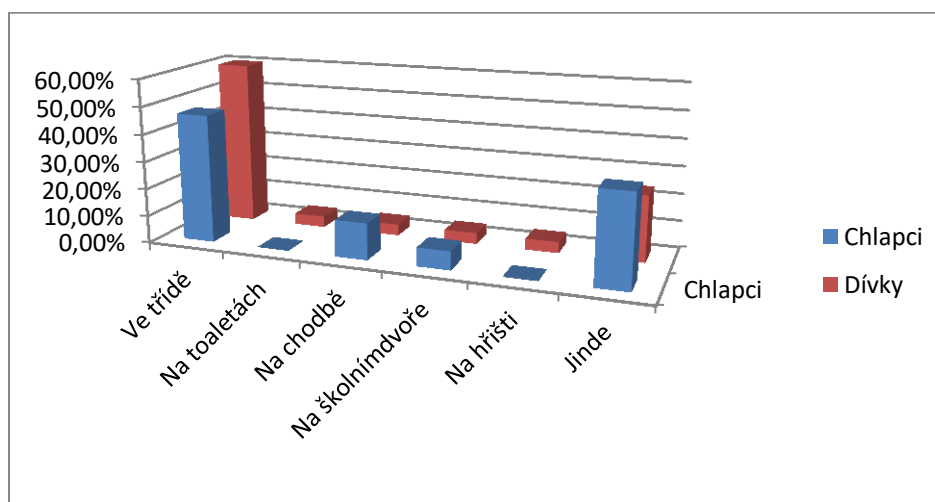


Graf 7 Jak často ti někdo ubližoval?

Otázku č. 6, dále i otázky č. 7 a 8 vyplňovali respondenti jen pod podmínkou, pokud u otázky č. 5 označili možnost „ano“. Jedná se celkově o 40 dětí druhého stupně základní školy, z čehož je 15 chlapců a 25 dívek. Otázka č. 6 pojednává o četnosti ubližování oběti. Nejčastěji respondenti uvedli, že jim bylo ubližováno nepravidelně. Tuto možnost zaškrtno 6 (40 %) chlapců a 13 dívek (52,2 %). Bohužel lze z grafu číslo 7 vyčíst, že některým jedincům bylo ubližováno pravidelně, konkrétně každý den.

### 7. Kde k ubližování došlo?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Ve třídě</b>	7	46,7	15	60
<b>Na toaletách</b>	0	0	1	4
<b>Na chodbě</b>	2	13,3	1	4
<b>Na školním dvoře</b>	1	6,7	1	4
<b>Na hřišti</b>	0	0	1	4
<b>Jinde</b>	5	33,3	6	24
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



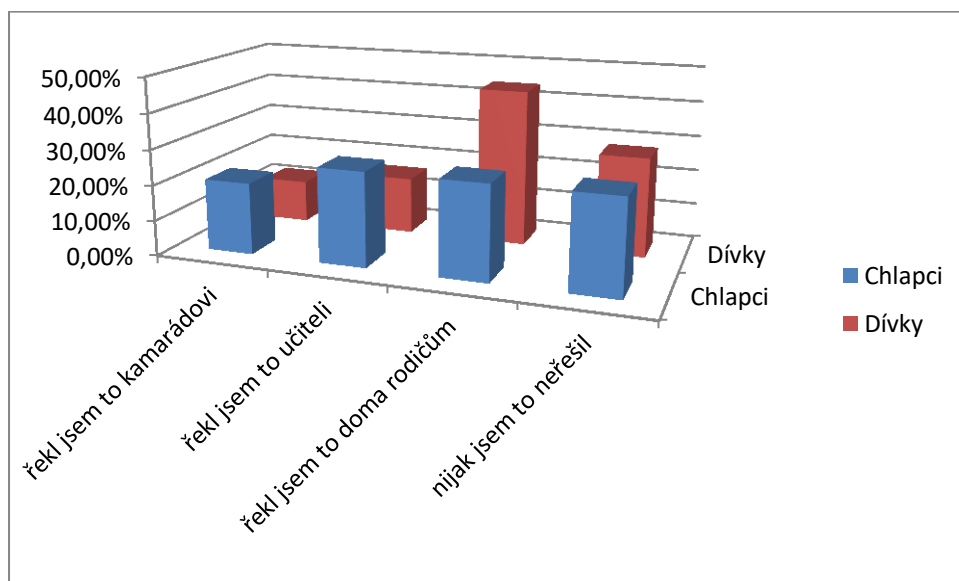
Graf 8 Kde k samotnému ubližování došlo

Otázka č. 7 zjišťovala u respondentů, na jakých místech došlo k šikaně. Většina dětí uvedla, že jim agresoři nejčastěji ubližovali ve třídě. Jak uvádí Říčan (2010) šikana je často prováděna ve společenských prostorech a mimo areál školy. Z grafu č. 8 je evidentní, že dívkám je častěji než chlapcům ubližováno ve třídě. Jedná se o 15 dívek (60 %) a 7 chlapců (46,7 %). Z grafu lze také vyčíst, že někteří jedinci označili možnost „jinde“, kde 4 jedinci uvedli, že šikana byla prováděna mimo areál školy a 7 jedinců uvedlo, že jim bylo ubližováno všude, včetně mimo areálu školy. Myslím si, že si agresoři vybírají třídu záměrně. Jak je výše

v teoretické části uvedeno, ve třídě existují jakýsi hlídači, kteří hlídají u dveří a dávají případné signály. Agresor oběť může zahnat do kouta a tam mu ubližovat. Zbylé odpovědi jsou téměř totožné. Objevily se i odpovědi, že dětem bylo ubližováno ve školním areálu.

## 8. Jak jsi to řešil?

	Chlapci	%	Dívky	%
Řekl jsem to kamarádovi	3	20,2	3	12
Řekl jsem to učiteli	4	26,6	4	16
Řekl jsem to doma rodičům	4	26,6	11	44
Nijak jsem to neřešil	4	26,6	7	28
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



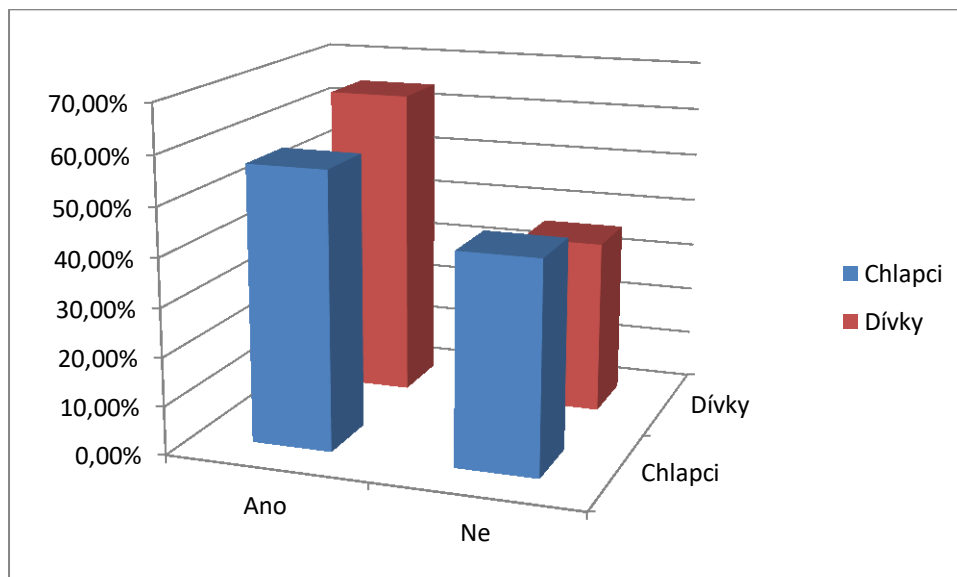
Graf 9 Jak ublížení řešil

Tato otázka zjišťuje, jak šikanu jedinec řešil. Dalo se předpokládat, že se děti dokázaly někomu svěřit. Nejvíce dětí se svěřilo doma rodičům. Jedná se o 4 chlapce (26,6 %) a 11 dívek (44 %). Dále se šikanované děti svěřovaly učitelům. Jedná se o 4 chlapce (26,6 %) a 4 dívky (16 %). Toto zjištění mne velmi překvapilo. Je velice dobré, že v dnešní době mají děti důvěru v rodičích i v učitelích. Zajímavým, ale zneklidňujícím zjištěním bylo, že některé děti

to nikomu neřekly, nijak to neřešily a nechávaly si to pro sebe. Jedná se celkově o 11 dětí (27,5 %). Toto zjištění ve mně vyvolalo smíšené pocity, že tito jedinci nemají důvěru k dospělému člověku ani ke kamarádovi. Myslím si, že je velmi důležité, aby se děti svěřovaly dospělým, a naopak aby dospělí lidé naslouchali svým dětem nebo žákům.

### 9. Viděl jsi někdy někoho, kdo by ubližoval tvému spolužákovi nebo kamarádovi?

	Chlapci	%	Dívky	%
Ano	21	56,8	34	64,2
Ne	16	43,2	19	35,8
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

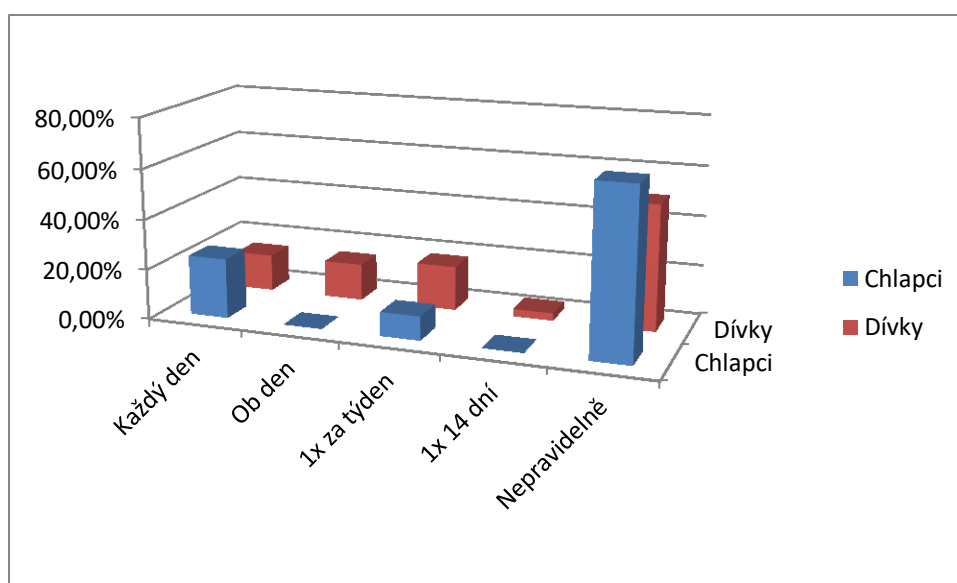


Graf 10 Viděl jsi někdy někoho, kdo by ubližoval tvému kamarádovi?

U této další otázky mě zajímalo, zda děti ve svém okolí viděly někdy někoho, kdo by ubližoval jejich kamarádům či spolužákům. Většina respondentů odpovědělo „ano“. Jedná se o 21 chlapců (56,8 %) a 34 dívek (64,2 %). Některé děti zaškrtnuly odpověď „ne“. Jedná se o 16 chlapců (43,2 %) a 19 dívek (35,8 %). Tato otázka vyvrátila moji představu o tom, že se šikana na základních školách často neobjevuje. Bohužel opak je pravdou. Zajímavé zjištění bylo, že někteří jedinci uvedli, že se setkali ve třídě se šikanou (otázka č. 4), ale na tuto otázku č. 9 odpověděli, že nebyli u ubližování svého kamaráda svědky. Některé jedinci také uvedli, že byli sami obětí šikany (otázka č. 5), i viděli někoho, kdo ubližoval jejím kamarádům (otázka č. 9).

## 10. Jak často jsi takové ubližování tvému kamarádovi viděl?

	Chlapci	%	Dívky	%
Každý den	5	23,8	5	14,7
Ob jeden den	0	0	5	14,7
1x za týden	2	9,5	6	17,7
1x za 14 dní	0	0	1	2,9
Nepravidelně	14	66,7	17	50
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

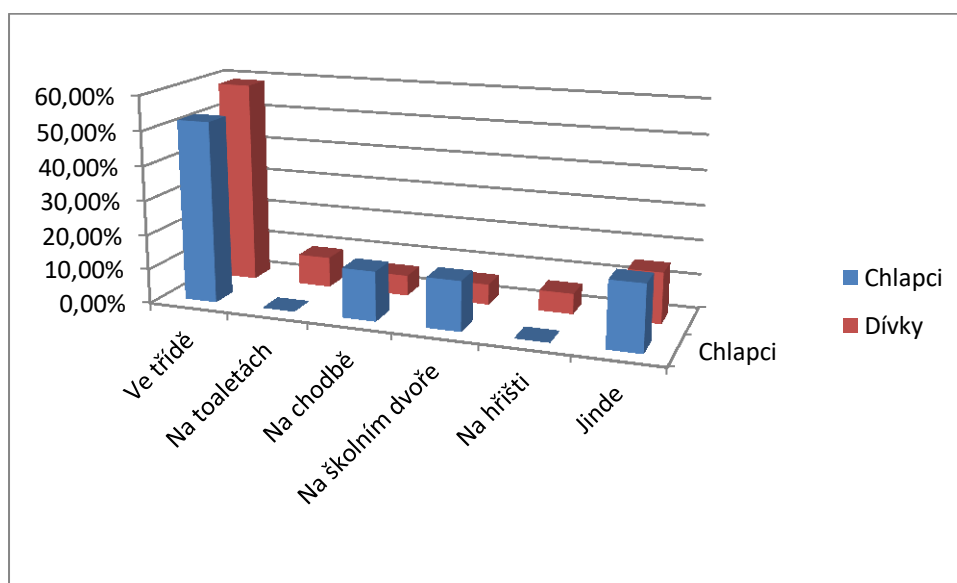


Graf 11 Jak často jsi viděl takové ubližování tvému kamarádovi?

Otázku č. 10, dále i otázky č. 11 a 12 vyplňovaly děti základní školy jen pod podmínkou, pokud u otázky č. 9 odpověděly možností „ano“. Stejně tak, jako u otázky č. 6, 7 a 8. Jedná se tedy celkově o 55 dětí ze základní školy, u čehož je 21 chlapců a 34 dívek. Z grafu č. 11 lze vyčíst, že 66,7 % chlapců a 50 % dívek vidělo ubližování druhé osobě nepravidelně. Jedná se o více než polovinu dětských respondentů (56,4 %). I u této otázky někteří respondenti uvedli, že viděli ubližování každý den. Jedná se o 23,8 % chlapců a 14,7 % dívek. U chlapců se u dvou odpovědí, konkrétně u odpovědi „ob jeden den“ a u odpovědi „1x za 14 dní“, neobjevily žádné výsledky. Je šokující, že někteří mladší žáci 6. tříd museli být přítomni u toho, jak jeden žák (agresor) obtěžuje a ubližuje jinému žákovi (oběti a zároveň spolužákovi). Zároveň je podle mého názoru obdivuhodné, jak tyto žáci jednali a jak to řešili (viz otázka č. 12).

## 11. Kde k takovému ubližování došlo?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Ve třídě</b>	11	52,4	20	58,8
<b>Na toaletách</b>	0	0	3	8,8
<b>Na chodbě</b>	3	14,3	2	5,9
<b>Na školním dvoře</b>	3	14,3	2	5,9
<b>Na hřišti</b>	0	0	2	5,9
<b>Jinde</b>	4	19,0	5	14,7
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

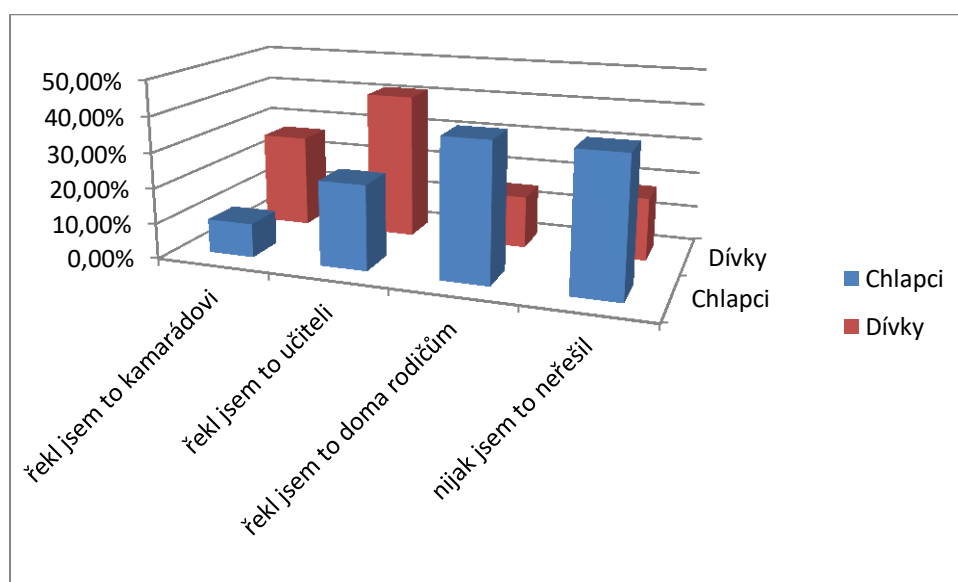


Graf 12 Kde k takovému ubližování došlo?

Otázka č. 11 zjišťovala, kde přihlízející osoba viděla šikanu realizovanou na jeho kamarádovi. Z grafu č. 12 lze vyčíst, že valná většina přihlízejících dětí viděla šikanu ve třídě. Jedná se celkově o 31 dětí, z čehož je 11 chlapců (52,4 %) a 20 dívek (58,8 %). Jedná se o stejnou odpověď jako v otázce č. 7, ve které taktéž většina respondentů uvedla, že jim bylo ubližováno ve třídě mezi spolužáky. Jak už jsem uvedla v teoretické části diplomové práce, ve třídě existuje jakýsi hlídač, který hlídá okolí a agresor tak může bez problémů ubližovat oběti. Naopak některé děti uvedly, že kamarádům bylo ubližováno jinde, konkrétně se jedná o ubližování mimo areál školy. Některé děti také uvedly, že spolužákům bylo ubližováno úplně všude. Z grafu lze také vyčíst, že chlapci ubližování neviděli na toaletách a ani na hřišti.

## 12. Jak jsi to řešil?

	Chlapci	%	Dívky	%
Řekl jsem to kamarádovi	2	9,5	9	26,5
Řekl jsem to učiteli	5	23,8	14	41,2
Řekl jsem to doma rodičům	6	28,6	5	14,7
Nijak jsem to neřešil	8	38,1	6	17,6
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>



Graf 13 Jak jsi to řešil?

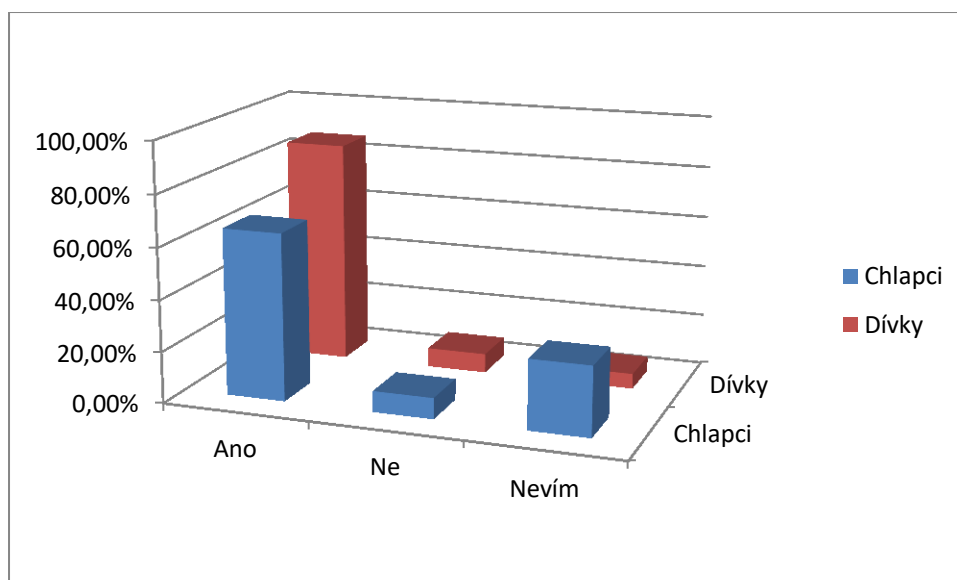
Tato otázka, podobně jak otázka č. 8 zjišťuje, jak přihlízející jedinec řešil šikanu. Jak už jsem výše zmínila, je dobře, že děti dokážou důvěřovat dospělým lidem. Mají v nich i oporu. Jak graf napovídá, tak 35 % jedinců řešilo školní šikanu s učitelem. Podle mého názoru je dobré, že děti hned řešily šikanu s kantorem a nenechaly si to pro sebe. Tuto možnost zvolilo více dívek. Jedná se o 41,2 % dívek. Z grafu č. 13 lze taktéž vyčíst, že 11 dětí (20 %) řešilo šikanu s rodiči. Myslím si, že pokud se jednalo o šikanovaného kamaráda či spolužáka, je dobré, že to dítě ihned řeklo doma rodičům. Sice se to netýká přímo jeho, ale i rodič má právo vědět, co se ve třídě děje. Tuto možnost zvolilo více chlapců. Jedná se o 28,6 % chlapců. Znepokojující



byla zvolená možnost „nijak jsem to neřešil“, stejně jak u otázky č. 8. Zde se jedná o celkový počet 14 dětí (25,5 %). Dle mého názoru by měly děti více komunikovat s dospělými lidmi, věřit jim, naslouchat jim a mít v nich oporu.

### 13. Souhlasíš s tvrzením, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní?

	Chlapci	%	Dívky	%
<b>Ano, souhlasím</b>	24	64,9	46	86,8
<b>Ne, nesouhlasím</b>	3	8,1	4	7,4
<b>Nevím</b>	10	27	3	5,8
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>



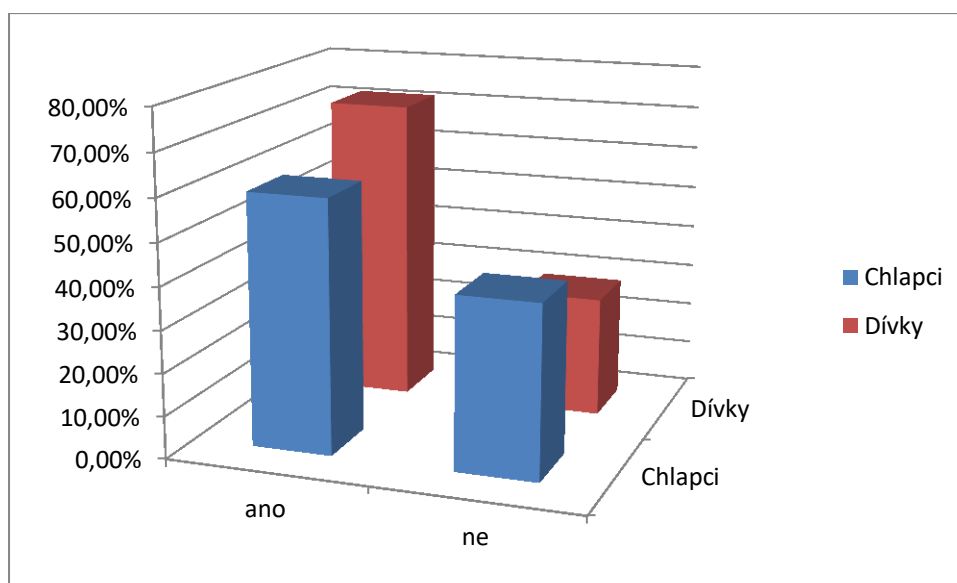
Graf 14 Souhlasíš s tvrzením, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní?

Otázka č. 13 se doptávala děti, zda souhlasí s tvrzením, že obezita znamená, že je někdo silnější než ostatní. Z 90 dotazovaných dětí odpovědělo možnost „ano, souhlasím“ 70 dětí. Jedná se o 77,8% dotazovaných dětí. Tuto možnost zaškrtnlo více dívek než chlapců. Jedná se tedy 46 dívek (86,8 %) a 24 chlapců (64,9 %). Ze získaných výsledků lze také vyčíst, že některé děti zaškrtnly odpověď „ne, nesouhlasím“. Jedná se o 3 chlapce (8,1 %) a 4 dívky (7,4 %). Znepokojujícím zjištěním pro mne bylo, že některé děti zaškrtnly odpověď „nevím“. Jedná se tedy o 10 chlapců (27 %) a 3 dívky (5,8 %). Dle mého názoru by děti ve druhém stupni základní školy měly znát pojmy jako je obezita, nadváha a podváha apod. Tyto termíny jsou

důležité a nedokážu z odpovědí zjistit, zda opravdu děti neví, co je obezita, nebo nechtěly odpovědět. Proto si myslím, že by se tyto stěžejní termíny měly ve vyučovacích hodinách probírat a dětem vysvětlovat.

#### 14. Máš ve třídě nebo ve svém okolí kamaráda, který podle tebe trpí obezitou?

	Chlapci	%	Dívky	%
Ano	22	59,5	38	71,7
Ne	15	40,5	15	28,3
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

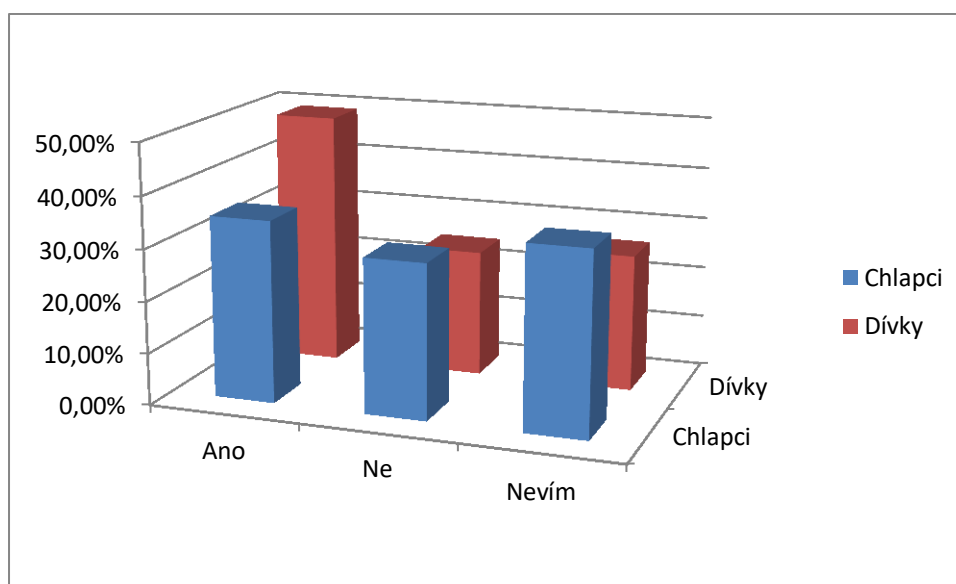


Graf 15 Máš v okolí někoho, kdo podle tebe trpí obezitou?

Otázkou č. 14 jsem zjišťovala, zda mají děti ve svém okolí nějakého kamaráda či spolužáka, který podle jejich uvážení trpí obezitou. Z grafu č. 16 lze vyčíst, že 59,5 % chlapců a 71,7 % dívek mají ve svém okolí někoho, kdo trpí obezitou. Z celkového počtu se jedná o 60 dětí z druhého stupně základní školy. Myslím si, že ti jedinci, kteří podle nich mají obezitu, by se měli lépe stravovat, mít nějaké koníčky, sportovat a chodit ven. Jak je i výše popsáno, vše se odráží od celkového stavu jedince. Je dobré, že některé děti označily možnost „ne“. Jedná se o 40,5 % chlapců a 28,3 % dívek.

**15. Viděl jsi někdy někoho, kdo by se posmívat nebo jinak ubližoval tvému kamarádovi nebo spolužákovi za to, že má silnější postavu?**

	Chlapci	%	Dívky	%
Ano, viděl	13	35,1	26	49,1
Ne, neviděl	11	29,8	13	24,5
Nevím, nepamatuji si	13	35,1	14	26,4
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>



**Graf 16 Viděl jsi někdy někoho, kdo by se posmíval nebo ubližoval tvému kamarádovi za to, že má silnější postavu**

Otázka č. 15 je poslední otázka z celého dotazníkového šetření, která zjišťovala, zda děti ve svém okolí viděly někoho, kdo by se posmíval nebo ubližoval kamarádovi nebo spolužákovi za to, že je silnější než ostatní. Odpovědi byly zcela jednoznačné. 13 chlapců (35,1 %) a 26 dívek (49,1 %) viděli někoho, kdo ubližoval jejich kamarádovi. Některé děti v dotazníku označily možnost „ne“. Jedná se o 11 chlapců (29,8 %) a 13 dívek (24,5 %). V této otázce č. 15 byla také možnost „nevím, nepamatuji si“. Tuto třetí možnost zaškrtnulo 17 dětí. Z čehož 13 chlapců (35,1 %) a 14 dívek (26,4 %). I z celkového výsledku je zcela znepokojující, že se v dnešní době najdou jedinci, kteří se vysmívají nebo ubližují silnějšímu jedinci.

## 6.10 Diskuze

V diplomové práci se zabývám problematikou šikany na základní škole a šikany vztahující se k obezitě. Celé výzkumné šetření probíhalo na základní škole na Praze 10. Do

mého výzkumu se zapojilo 90 dětských respondentů z druhého stupně základní školy ve věku 11 – 15 let. Výzkumné šetření jsem neprováděla u mladších dětí kvůli jeho náročnosti.

Pro výzkumné šetření jsem použila kvantitativní výzkum, který byl proveden formou krátkého dotazníku. Anonymní dotazník obsahoval 15 otázek.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak děti z druhého stupně základní školy vnímají důsledky šikany a jak vnímají samotnou šikanu ve vztahu k obezitě. V rámci toho interpretuji stanovení hypotéz a jejich závěry.

**H1** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí dokáže popsat, co znamená pojem šikana. Na základě výsledků z dotazníkového šetření se **hypotéza č. 1 potvrdila**, neboť 64,9 % dotazovaných chlapců a 83,2 % dívek ví, co je to šikana. Celkově to lze hodnotit jako potěšující odpověď (viz graf č. 3 a 4).

**H2** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí nezažila osobně šikanu. Na základě výsledků se **hypotéza č. 2 potvrdila**, neboť 59,5 % chlapců a 52,8 % dívek osobně šikanu nezažili (viz graf č. 6).

**H3** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí neviděla ve svém okolí někoho, kdo ubližoval druhé osobě. Na základě výsledků se **hypotéza č. 3 potvrdila**. Z interpretace výsledků lze vyvodit, že některé děti ve svém okolí neviděly někoho, kdo by ubližoval druhé osobě, jedná se o 43,2 % chlapců a 35,8 % dívek. Celkově to lze hodnotit jako potěšující odpověď (viz graf č. 10).

**H4** U dotazovaných předpokládáme, že většina dětí zná pojem obezita. Na základě výsledků se **hypotéza č. 4 potvrdila**, neboť 64,9 % chlapců a 86,8 % dívek ví, co znamená pojem obezita (viz graf č. 14).

**H5:** U dotazovaných předpokládáme, že většina z těch dětí, které se se šikanou setkaly, se s tímto problémem svěřila druhé osobě. Na základě výsledků se **hypotéza č. 5 potvrdila**, neboť 73,3 % chlapců a 72 % dívek se svěřili s tímto problémem druhé osobě (viz graf č. 9).

Při zjišťování obecných charakteristik týkajících se osobních údajů se dotazníkového šetření zúčastnilo 37 chlapců a 53 dívek z řad 6., 7., a 8. tříd. Více než dvě třetiny dětí si pod pojmem šikana představí tělesné a psychické ubližování druhé osobě včetně vysmívání a slovního ubližování. Při dotazu na to, zda se žáci setkali ve třídě se šikanou, odpovědělo 62 %

žáků, že se se šikanou ve třídě setkala. Tyto výsledky mne znepokojily. Myslela jsem si, že se na základních školách šikana tolik neobjevuje.

Více než jedna třetina žáků se se šikanou setkala osobně, jedná se o 44 % respondentů. Toto tvrzení potvrdila také Jediná (2017) ve svém výzkumném šetření bakalářské práce. Agresori nejčastěji ubližují oběti nepravdělně, nebo naopak každý den. K ubližování došlo ve většině případů (39,3 %) ve třídě. Říčan (2010) popisuje, že k šikaně nejčastěji dochází ve třídě a mimo areál školní budovy. Agresor ubližuje nejčastěji v rohu třídy, oběť mu z rohu nemůže utéci a nemůže se bránit. Na základě výsledků z dotazníku dochází k ubližování všude, včetně mimo areál školní budovy. Jedna třetina respondentů uvedla, že šikanu řešila doma s rodiči. Je dobře, že děti důvěřují rodičům a svěřují se jim se svými problémy. Dále se děti svěřily učitelům nebo kamarádům. Znepokojujícím zjištěním bylo, že téměř pětina dětí (19,6 %) se se šikanou nikomu nepsvěřila. Dle mého názoru je důležité, aby se děti dokázaly svěřit blízké osobě, kamarádovi nebo dospělému člověku. Proto je důležité, aby si děti dokázaly vybudovat důvěru a nebály se svěřit blízkému člověku se svými problémy.

Více než jedna třetina dětí uvedla, že viděla někoho, kdo ubližuje jejich kamarádovi nebo spolužákovi. Tyto výsledky jsou stejné ve srovnání s výzkumným šetřením Jediné (2017). K takové šikaně došlo ve většině případů (58,5 %) nepravdělně. Některé děti také uvedly, že viděly šikanu prováděnou na druhé osobě každý den, nebo alespoň 1x za týden. Většina dotazovaných dětí (58,5 %) šikanu viděla ve třídě. Ve třídě existuje jakýsi hlídač, který hlídá třídu a dává agresorovi jasné signály. Dále děti uvedly, že agresor nejčastěji ubližoval na školním dvoře, nebo venku mimo areál školní budovy. Při dotazování na to, jak takové ubližování druhé osobě jedinec řešil, jsem zjistila, že se nejčastěji děti svěřují učitelům (37,7 %) a rodičům (20,8 %). Znepokojujícím zjištěním bylo, že 26,4 % dětí uvedlo, že šikanu ve třídě nikomu neřeklo. Myslím si, že by učitelé nebo alespoň rodiče měli vědět o tom, co se děje ve třídě.

V posledních dotazech jsem zjišťovala, zda děti souhlasí s tím, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní. Většina dětí (77,8 %) odpověděla, že s tímhle tvrzením souhlasí. Překvapilo mne, že některé děti zaškrtnuly možnost „nevím“. Jedná se o 14,4 % dotazovaných. Toto tvrzení je v rozporu ve srovnání s výzkumným šetřením Trnkové (2015), která zjistila, že většina dotazovaných dětí s tímto tvrzením nesouhlasí. Dle mého názoru je důležité, aby děti byly informovány o stěžejních pojmech, jako je obezita, nadváha a šikana. Dále dvě třetiny dětí uvedlo, že mají ve třídě spolužáka s nadváhou. Poslední otázka

v dotazníkovém šetření se týkala šikany vztahující se k obezitě. Zjišťovala jsem, zda děti viděly ve svém okolí někoho, kdo by se posmíval, nebo jakkoliv ubližoval kamarádovi za to, že trpí obezitou. K mému překvapení 43 % dětí uvedlo, že vidělo někoho, kdo by se posmíval jejich kamarádovi, 27 % dětí uvedlo, že toto ubližování nikdy nevidělo, naopak 30 % dětí uvedlo, že si takové jednání nepamatují.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala psychosociální problematikou obezity u dětské populace.

Obezita se objevovala v průběhu celých lidských dějin a dnes ohrožuje značnou část lidské populace. V posledních letech se rapidně zvyšuje výskyt obezity u dětské populace. Jedná se o velmi závažné multifaktoriální onemocnění, které s sebou nese zdravotní a psychosociální komplikace. Tyto komplikace mohou jedinci zhoršit život, může být ve společnosti stigmatizován, protože se svým vzhledem odlišuje od ostatních lidí. Obézní jedinci jsou vyloučeni i z některých fyzických aktivit.

Z psychosociálního hlediska může obezita znehodnotit kvalitu lidského života. Obézní jedinci jsou odlišní od ostatních i z hlediska výkonnosti ve srovnání s vrstevníky. Tyto rozdíly mohou negativně ovlivnit sociální vztahy dítěte k jeho vrstevníkům a negativně ovlivňovat i sebehodnocení a spokojenost dítěte se sebou samotným. Obézní jedinci mají často snížené sebehodnocení a trpí pocitem méněcennosti.

Prevence obezity u dítěte má jiné specifické postupy než prevence obezity u dospělého jedince. S obézním dospělým jedincem dokážeme spolupracovat individuálně, naopak u obézního dítěte musíme zapojit celou rodinu a školní systém. Rodina dává od narození dítěti různé zásady a návyky zdravého životního stylu spojené s postoji a zvyky. Rodina také předává dítěti různé informace a je pro dítě vzorem v mnoha jiných ohledech. Bohužel se v dnešní době setkáváme s tím, že některé rodiny nedodržují stravovací návyky a zdravý životní styl. Dítě, které v takovéto rodině vyrůstá, si tyto nevhodné stravovací návyky osvojí a zvýší se tím riziko, že se stane obézním. Podle mého názoru je vhodné, aby sociální pracovníci, kteří pracují se sociálně znevýhodněnými rodinami, znali uvedené souvislosti.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak děti vnímají šikanu ve školním prostředí a jak vnímají samotnou šikanu ve vztahu k obezitě. Dotazník zjišťoval, zda respondenti znají pojmy šikana a obezita. Dvě třetiny dětí, se setkalo ve škole se šikanou, třetina dětí se stala přímými oběťmi šikany. Tyto výsledky průzkumu považuji za znepokojující. Agresor nejčastěji ubližoval oběti ve třídě, kde nemá oběť tolik možností k úniku a obraně. Nejdůležitější částí dotazníku bylo zjistit, jak případnou šikanu děti řešily. Nejčastěji uvedly,

že se svěřily buď rodičům, nebo učitelům. Tyto výsledky lze považovat za pozitivní. Je dobré, že se děti umí svěřit dospělým lidem a mají k nim důvěru.



## LITERATURA

### Literární zdroje

ADAM, O.; ULLMANNOVÁ, M. *Jak hubnout bez hladovění: přelstěte chuť k jídlu a budete štíhlí*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2009. ISBN 978-80-249-1206-6.

ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-5-4.

BENDL, Stanislav. *Prevence a řešení šikany ve škole*. Praha: ISV, 2003. Pedagogika (ISV). ISBN 80-86642-08-9.

COUFALOVÁ, E. (2011). *Obezita jako rizikový faktor invalidizace pro onemocnění pohybového aparátu*. Revizní a posudkové lékařství. 14(3), 83-91.

DAVISON, K. K.; BIRCH, L. L. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*. 2001, str. 46 -53.

FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. V Praze: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0418-7.

FRAŇKOVÁ, S., Odehnal, J., Pařízková, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

GREGORA, Martin. *Kuchařka pro rodiče malých dětí*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5198-6.

HAINER, Vojtěch. *Obezita: minimum pro praxi*. Vyd. 2. - Praha: Triton, 2003. - 119 s. ISBN 80-7254-384-9 : Kč 149,00

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0233-9.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINEROVÁ, I. *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7.

HLÚBIK, Pavol. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2009]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2009. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-31-2.

HRONEK, Miloslav. *Praktická cvičení z morfologie a fyziologie pro posluchače Farmaceutické fakulty*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2293-4.

JANOŠOVÁ, Pavlína, Lenka KOLLEROVÁ, Kateřina ZÁBRODSKÁ, Jiří KRESSA a Mária DĚDOVÁ. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2992-3.

JANSEEN, L. et al. *Associations between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children*. *Pediatrics*. 2004, 1187-1194. ISSN 0031-4005.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-014-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. Psychologie (Portál). ISBN 978-80-262-0978-2.

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.

LATZER Y., STEIN. D. (2013): *A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity*. *Journal of eating disorders*; 1 (1): 7.

LECHTA, V. (ed). (2013): *Inkluzívna pedagogika a jej komponenty*. Trnava: ISBN 978-80-8082-704-5.

- LUKÁŠ, K. et al. (2010). *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada Publishing.
- LOPEZ, S. J., SNYDER, C. R. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press
- MACEK, P. *Sebesystém. Vztah k vlastnímu Já*. In Výrost J, Slaměnik, I. *Sociální psychologie*. Praha: ISV, 1997. ISSN 80-85866-20-X.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
- MAMUN AA., O'CALLAGHAN M., CALLAWAY L. a kol. (2009): *Associations of gestational weight gain with offspring body mass index and blood pressure at 21 years of age: evidence from a birth cohort study*. *Circulation*;119: 1720–1727.
- MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4210-6.
- MARINOV, Zlatko. *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!*. Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-09-4.
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5309-6.
- MASTNÁ, B.; *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-143-9.
- MATĚJŮ, Petr, Dana HAMPLOVÁ, Petr HAMPL, Marek LOUŽEK, Simona WEIDNEROVÁ, Petra ANÝŽOVÁ a Michael L. SMITH. *Moc krásy: pomáhá krása a atraktivita k životnímu úspěchu?*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3691-7.
- MÁLKOVÁ, I. Efektivita kognitivně – behaviorální terapie v kurzech snižování nadváhy. *Výživa s potraviny*. 2004. č. 4, s. 88 – 89.
- MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.

NEJEDLÁ, M. (2014): *Zdravotní a hospodářské důsledky epidemie obezity a možnosti její prevence ve školách.*: Česká antropologie; 64: 20–24.

PAŘÍZKOVÁ, J. a LISÁ L. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence.* Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-466-9.

PASTUCHA, Dalibor. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4065-2.

PEARCE, PRINSTEIN, BOERGERS. *Adolescent Obesity, Overt and Relational Peer Victimization, and Romantic Relationships.* 2002, ISSN 930-7381.

PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika.* Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.

ŘÍČAN, Pavel. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí.* Praha: Portál, 1995. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-049-9.

ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu.* Praha: Grada, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2991-6.

STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. *Základy dětského lékařství.* Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2997-1.

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace.* Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAŠINKA, M.; *Pediatrica.* Praha: Olympia. 1998. ISBN 80-967963-0-5.

VÁGNEROVÁ, Kateřina a Markéta BAJEROVÁ. *Minimalizace šikany: praktické rady pro rodiče.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-611-7.

VOLFOVÁ, H. a V. VOLF. *Pediatrica,* 1.vyd. Praha: Informatorium, 1996, ISBN 80-85427-87-7.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada, 2008. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2247-4.

## Internetové zdroje

CAWLEY, J. *The Future of Children* [online]. Markets and childhood obesity policy. Spring. Princeton University. Vydáno 2006. Dostupné na: [https://www.jstor.org/stable/3556551?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3556551?seq=1#page_scan_tab_contents) [cit. 2019-9-15].

Český statistický úřad. *Jak jsou na tom Češi s chudobou, obezitou či sportováním?* [online]. Vydáno 5. 12. 2019. Dostupné na: <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/jak-je-na-tom-cesi-s-chudobou-obezitou-ci-sportovanim> [cit. 2019-10-12].

FEJFAROVÁ, L., *Důsledky obezity* [online]. Vydáno 18. 3. 2012. Dostupné na: <https://cs.medixa.org/strava/dusledky-obezity> [cit. 2020-1-3].

GILLISON, Fiona. *Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study* [online]. Vydáno 25. 11. 2015. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659571/#pone.0142715.ref011> [cit. 2019-10-14].

Index tělesné hmotnosti. *Jaká zdravotní rizika hrozí při vysoké hodnotě BMI* [online]. Vydáno 2012. Dostupné na: <https://www.bodymassindex.cz/faq/jaka-zdravotni-rizika-hrozi-pri-vysoke-hodnote-bmi-> [cit. 2019-10-18].

JEDINÁ, M., *Šikana ve školním prostředí, prevence* [online]. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vydáno 2017. Dostupné na: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/27300/1/Sikana%20ve%20skolnim%20prostredi,%20prevence,%20Jedina%20Marketa.pdf> [cit. 2020-2-3].

Medicína. *Z historie obezity* [online]. Praha. Vydáno 3. 11. 2007. Dostupné na: <http://medicina.cz/clanky/7439/34/Z-historie-obezity/> [cit. 2019-9-15].

OWEN, K., *Farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby obezity* [online]. Praha. Vydáno 2013. Dostupné na: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/10/05.pdf> [cit. 2019-10-5].

POLÍVKA, P., *Metodické komentáře a úlohy ke standardům pro základní vzdělání* [online]. Praha, Vydáno 2016. Dostupné na: [http://www.nuv.cz/uploads/Publikace/Metodicke\\_komentare/METODICKEI\\_KOMETARE\\_A\\_ULOHY\\_KE\\_STANDARDUM\\_ZV\\_TELESNA\\_VYCHOVA\\_.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/Publikace/Metodicke_komentare/METODICKEI_KOMETARE_A_ULOHY_KE_STANDARDUM_ZV_TELESNA_VYCHOVA_.pdf), [cit. 2019-10-5].

SEDLAK, P., PAŘÍZKOVÁ, J., DANIŠ, R., *Obezita v dětském věku – zrcadlo společnosti?* [online]. Praha. Vydáno 1. 5. 2016. Dostupné na: <https://ziva.avcr.cz/2016-5/obezita-v-detskem-veku-zrcadlo-spolecnosti.html> [cit. 2019-9-3].

Státní zdravotní ústav. *Nadváha a obezita v dětské populaci 2016* [online]. Vydáno 2016. Dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadvaha-a-obezita-u-deti> [cit. 2020-2-7].

STŘEDA, Leoš. *Univerzita hubnutí* [online]. 2. vyd. (1. ve [www.euroinstitutu.eu](http://www.euroinstitutu.eu)). Praha: [www.euroinstitutu.eu](http://www.euroinstitutu.eu), 2009. ISBN 978-80-87372-00-5. [cit. 2019-9-6].

TRNKOVÁ, K., *Obezita a její vliv na sociální začlenění dětí ve školním věku* [online]. Brno. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky. Vydáno 2015. Dostupné na: [https://is.muni.cz/th/ehsdm/Bakalarska\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/ehsdm/Bakalarska_prace.pdf) [cit. 2019-9-14].

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění* [online]. Vydáno 2016. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/naroky-pojistence/zdravotni-sluzby-hrazene-ze-zdravotniho-pojisteni> [cit. 2019-12-3].

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas pro zákonné zástupce s účastí dítěte na výzkumném šetření

Příloha č. 2 – Dotazník pro děti z druhého stupně základní školy

Příloha č. 3 – Seznam grafů

Příloha č. 4 – Seznam obrázků

### 6.11 Informovaný souhlas pro zákonné zástupce s účastí dítěte na výzkumném šetření

Jsem studentka Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy, studuji navazující magisterský obor Sociální a charitativní práce a píši diplomovou práci s názvem „Psychosociální problematika obezity u dětí“. K vypracování své práce potřebuji výzkumné šetření v podobě krátkého dotazníku. Vaše dítě by mi v rámci školy (popř. vyučovací hodiny) vyplnilo krátký dotazník týkající se obezity a šikany vztahující se k obezitě. Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit jen k mým studijním účelům, nikde je zveřejňovat nebudu, ani jméno Vašeho dítěte. Výzkum k mé diplomové práci bude tedy anonymní. V případě zájmu Vám mohu poskytnout výsledky z dotazníku. S jakýmkoli dotazem se na mě neváhejte obrátit.

#### **Kontakt:**

Lenka Dlouhá

E-mail: malalenka011@seznam.cz

Souhlasím, aby se můj syn/moje dcera ....., narozen/a ..... mohl/a zúčastnit dotazníkového šetření v rámci základní školy pro účely vypracování diplomové práce na HTF UK.

Dne .....

Podpis zákonného zástupce: .....

### 6.12 Dotazník pro děti z druhého stupně základní školy

Ahoj,

jmenuji se Lenka Dlouhá a ráda bych tě poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká šikany a šikany ve vztahu k obezitě. Tento dotazník potřebuji ke své diplomové práci.

Na níže uvedené otázky odpověz prosím pravdivě, upřímně a žádné otázky nevynechávej. Všechny odpovědi, které zaznamenáš, budou důvěrné a anonymní.

Prosím, abys u jednotlivých otázek čitelně znázornil správnou odpověď.

Děkuji

1. Pohlaví
  - a. Chlapec
  - b. Dívka
2. Do jaké třídy chodíš?
  - a. 6. třída
  - b. 7. třída
  - c. 8. třída
  - d. 9. třída
3. Co si pod pojmem šikana představíš? (stručně popiš)  
.....  
.....  
.....
4. Setkal ses se šikanou ve třídě?
  - a. Ano
  - b. Ne
5. Ublížoval ti někdy někdo ve třídě?
  - a. Ano
  - b. Ne
6. Jak často ti někdo ublížoval? (Pokud jsi odpověděl na otázku č. 5 ne, na otázky č. 6, 7, 8 prosím neodpovídej)
  - a. Každý den
  - b. Ob jeden den
  - c. 1x za týden
  - d. 1x za 14 dní
  - e. Nepravidelně
7. Kde k ublížování došlo?
  - a. Ve třídě
  - b. Na záchodě
  - c. Na chodbě
  - d. Na školním dvoře
  - e. Na hřišti



- f. Jinde, kde:
8. Jak jsi to řešil?
- Řekl jsem to kamarádovi
  - Řekl jsem to učiteli
  - Řekl jsem to doma rodičům
  - Nijak jsem to neřešil
9. Viděl jsi někdy někoho, kdo by ubližoval tvému kamarádovi nebo spolužákovi?
- Ano
  - Ne
10. Jak často jsi takové ubližování tvému kamarádovi nebo spolužákovi viděl? (Pokud jsi odpověděl na otázku č. 9 ne, na otázky č. 10, 11 a 12 prosím neodpovídej)
- Každý den
  - Ob jeden den
  - 1x za týden
  - 1x za 14 dní
  - Nepravidelně
11. Kde k takovému ubližování došlo?
- Ve třídě
  - Na záchodě
  - Na chodbě
  - Na školním dvoře
  - Na hřišti
  - Jinde, kde:
12. Jak jsi to řešil?
- Řekl jsem to kamarádovi
  - Řekl jsem to učiteli
  - Řekl jsem to doma rodičům
  - Nijak jsem to neřešil
13. Souhlasíš s tvrzením, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní?
- Ano, souhlasím
  - Ne, nesouhlasím
  - Nevím
14. Máš ve třídě nebo ve svém okolí kamaráda, který podle tebe trpí obezitou?
- Ano
  - Ne
15. Viděl jsi někdy někoho, kdo by se posmíval nebo jinak ubližoval tvému kamarádovi nebo spolužákovi za to, že má silnější postavu?
- Ano, viděl
  - Ne, neviděl
  - Nevím, nepamatuji si

Děkuji moc za vyplnění dotazníku!

### **6.13 Seznam grafů**

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Jakou třídu děti navštěvují

Graf 3 Co si chlapci představili pod pojmem šikana

Graf 4 Co si dívky představily pod pojmem šikana

Graf 5 Setkal ses ve škole se šikanou?

Graf 6 Ublížoval ti někdy někdo ve škole?

Graf 7 Jak často ti někdo ubližoval?

Graf 8 Kde k samotnému ubližování došlo

Graf 9 Jak ublížení řešil

Graf 10 Viděl jsi někdy někoho, kdo by ubližoval tvému kamarádovi?

Graf 11 Jak často jsi viděl takové ubližování tvému kamarádovi?

Graf 12 Kde k takovému ubližování došlo?

Graf 13 Jak jsi to řešil?

Graf 14 Souhlasíš s tvrzením, že obezita znamená, že má někdo silnější postavu než ostatní?

Graf 15 Máš v okolí někoho, kdo podle tebe trpí obezitou?

Graf 16 Viděl jsi někdy někoho, kdo by se posmíval nebo ubližoval tvému kamarádovi za to, že má silnější postavu

### **6.14 Seznam obrázků**

Obr. č. 5 Klasifikace obezity dle WHO z r. 1997 (Hainer, 2011)

Obr. č. 2 Mužský a ženský typ obezity. Nahoře typ mužský, dole typ ženský

Obr. č. 3 Grafické znázornění rozložení třídy v první fázi ostrakismu (Martínek, str. 139, 2015)

Obr. č. 4 Pyramida šikanování ve stadiu vytvoření jádra (Martínek, str. 143, 2015)

Obr. č. 5 Pyramida šikanování ve stadiu přijímání norem (Martínek, str. 148, 2015)

## SUMMARY

This thesis dealt with the psychosocial problems of child obesity in the population.

Obesity appeared throughout all human history and now threatens a substantial portion of the human population. Obesity in children's population in the coming years, quickly emerging. It is a very serious multifactorial disease with health and psychosocial complications. These complications can make people's lives worse, they can be stigmatized in society because they differ in appearance from other people. Obese individuals are also excluded from some physical activities.

From a psychosocial point of view, obesity can impair the quality of human life. Obese individuals also differ from others in performance compared to others. These differences can negatively affect the child's social relationships with his / her peers and negatively affect the child's self-esteem and satisfaction with himself. Obese individuals frequently have reduced self-esteem and suffer from inferiority.

The prevention of obesity in a child has different specific procedures than the prevention of obesity in an adult. With obese adult individuals are able to cooperate individually, while an obese child have to involve the whole family and the school system. Since birth, the family has given the child different principles and habits of a healthy lifestyle associated with attitudes and habits. The family also gives the child different information and is a role model for the child in many other ways. Unfortunately, nowadays we find that some families do not adhere to eating habits and healthy lifestyle. A child who grows up in such a family, these improper eating habits acquire and increase the risk of becoming obese.

The aim of the research was to find out how children perceive bullying in the school environment and how they perceive bullying itself in relation to obesity. The questionnaire examined whether respondents knew the concepts of bullying and obesity. Two thirds of the children encountered bullying at school, one third of the children became direct victims of bullying. The aggressor most commonly wounded victims in a class where the victim does not have as many opportunities to escape and defend. The most important part of the questionnaire was to find out how the children coped with possible bullying. Most often they said they confided to parents or teachers. These results can be considered positive. It is good that children can confide in and trust adults.