E-psychologie
Elektronický časopis ČMPS

2013, roč. 7, č. 2
Přehledové studie

NADVÁHA A OBEZITA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH VE VELKÉ BRITÁNII – SOUČASNÝ STAV A PŘÍSTUPY, VYCHÁZEJÍCÍ Z PSYCHOSOCIÁLNÍCH A ENVIRONMENTÁLNÍCH ASPEKTŮ PROBLÉMU

Hana Včelařová, Marcela Bendová

Abstrakt

Příspěvek seznamuje s výskytem nadváhy a obezity u dětí a dospívajících v současné Velké Británii a s některými poznatky z britských výzkumů, zaměřených na roli psychosociálních a environmentálních proměnných při vzniku, rozvoji a udržování nadváhy a obezity.

Velká Británie patří k zemím s etnicky pestřejším složením obyvatel, což vždy vedlo k pochybnostem odborníků o hodnotě srovnávaných údajů o nadváze a obezitě mezi původními obyvateli a obyvateli z řad jednotlivých etnik, která ve Velké Británii žijí. Tomuto problému a jeho současnému způsobu řešení v této zemi je věnována jedna z částí příspěvku. Dále příspěvek seznamuje s výzkumy, zabývajícími se vztahy mezi nadváhou a obezitou příslušníků původních britských obyvatel i jednotlivých etnik a spolupůsobícími psychosociálními a environmentálními proměnnými, které jsou vždy tvořeny, doprovázeny nebo se navzájem liší charakteristickým způsobem mezilidské komunikace. Britská odborná veřejnost se prostřednictvím britských vládnoucích institucí vyjádřila k problému nadváhy a obezity řadou projektů. Tvůrci projektu Foresight (Butland et al., 2007) navrhují řešení stoupajícího výskytu nadváhy a obezity z celonárodní a déledobé budoucí perspektivy, kdy jsou v jednotlivých resortech prostřednictvím odpovědných institucí zaváděny změny, které by lépe vyhovovaly (psycho) biologii člověka a tak přirozeně vedly ke zdravějšímu životnímu stylu.

Klíčová slova: BMI, děti a dospívající, nadváha, obezita, psychosociální a environmentální aspekty, Velká Británie.

OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE UK – THE CURRENT STATUS AND APPROACHES, BASED ON KNOWLEDGE OF THE PSYCHOSOCIAL AND ENVIRONMENTAL ASPECTS OF THE PROBLEM

Abstract

The paper introduces the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in the current UK and some knowledge of British researches focused on the role of psychosocial and environmental variables in the creation, development and maintenance of overweight and obesity.

The United Kingdom is country with ethnically more diverse composition, that has always raised doubts about the value of the compared data of overweight and obesity that has been thus obtained in different ethnic groups living here. This problem and its solution in the current country is devoted one part of this contribution. Further part introduces the researches concerned with the relationships between overweight and obesity of British native population and various ethnic groups and their psychosocial and environmental variables, that are always formed, accompanied or mutual differ in a characteristic way of interpersonal communication. The conclusion of the paper is devoted to the strategies that are currently applied to address the problem of overweight and obesity in some administrative areas of this country. Creators of project Foresight (Butland et al., 2007) propose solutions of increasing incidence of overweight and obesity, in which are involved various ministries and that could be realised through the responsible institutions. These changes would better fit the (psycho) human biology and so could more naturally lead to a healthier lifestyle.

Key words: *BMI, children and adolescents, overweight, obesity, psychosocial and environmental aspects, United Kingdom*

Došlo do redakce: 31. 12. 2012
Schváleno k publikaci: 28. 6. 2013

Úvod

Velká Británie patří k zemím, v nichž došlo v uplynulých desetiletích k násobnému vzestupu prevalence obezity. Prudkým nárůstem obezity se Velká Británie liší od některých dalších evropských zemí (např. od ČR), v nichž je výskyt obezity poměrně vysoký již léta a zřejmě z tohoto důvodu nevyvolává její vzestup takové znepokojení jako ve Velké Británii (Hainer, 2011).

Údaje, které byly publikovány institucí The Health Survey for England za rok 2011 (Health Survey for England, 2011), vycházely z klasifikace body mass indexu (dále jen BMI), kdy hodnoty BMI v rozmezí 25,0 – 29,9 jsou klasifikovány jako nadváha, hodnoty BMI 30,0 – 39,9 jako obezita a hodnota BMI, která dosahuje 40 a více jako morbidní obezita. Z průzkumu The Health Survey for England za rok 2011 vyplynulo, že průměrný dospělý ve Velké Británii má dle kritérií BMI nadváhu, což platí pro obě pohlaví. Mezi dospělými klesl výskyt obezity z roku 2010 z 26,1 % na 24,8 %, zatímco poměr nadváhy vzrostl z hodnoty 36,7 % na 36,9 %. Prevalence výskytu morbidní obezity byla v roce 2011 téměř dvakrát vyšší mezi ženami než mezi muži, ve srovnání s relevantními údaji z roku 2010 však došlo ke zmenšení rozdílu mezi oběma pohlavími. Na základě získaných údajů se ženy zdají být více ohroženy obezitou a muži více nadváhou.

Dle téhož zdroje výskyt obezity mezi britskými dětmi v roce 2011 vzrůstá: 16,3 % dětí ve věku mezi 2 -15 lety ve Velké Británii bylo v roce 2011 obézní, přičemž toto číslo narostlo z původní hodnoty 16 % v předchozím roce. 13,7 % britských dětí mezi 2 - 15 lety mělo v roce 2011 nadváhu, přičemž tato hodnota naopak klesla z původních 14,3 % v roce 2010.

Údaje o výskytu obezity dospělé populace různých etnik jsou omezené (Butland et al., 2007): britské národní průzkumy zkoumají jen malé vzorky dospělé populace těchto skupin a takto získané výsledky není možné považovat za spolehlivé. Rozdíly z hlediska věkového složení, socioekonomického statusu a etnického původu obyvatelstva jednotlivých regionů přispívají k regionálnímu kolísání výskytu obezity a jsou spojeny i s dalšími odlišnostmi zdravotního stavu. Podle tohoto zdroje se v prevalenci obezity celé Velké Británie ukazuje vliv i dalších regionálně specifických faktorů, které však nebyly přesněji popsány. Výskyt obezity je obecně vyšší ve Skotsku a na severu Anglie než na jihozápadě Anglie.

Přes výše uváděné nepříznivé informace o stavu prevalence obezity ve Velké Británii bylo v posledních letech rovněž zaznamenáno zpomalování trendu zvyšování výskytu obezity (Hainer, 2011). Mohlo by to znamenat naději, že analýzy britského vládního projektu Foresight[1] (Butland et al., 2007) se snad nenaplní. Dle projektu Foresight má být do roku 2025 asi 40 % Britů obézních a v roce 2050 by lidé s obezitou měli ve Velké Británii početně dokonce převažovat. První signály obratu situace k lepšímu jsou povzbudivé, je však zřejmé, že výskyt nadváhy a obezity ve Velké Británii zůstává velkým problémem.

Otázky po příčinách nárůstu prevalence obezity v rozvojových i rozvinutých zemích jsou v odborné literatuře stejně časté, jako snaha je z pohledu různých oborů vysvětlit (např. Adámková, 2009; Butland et al., 2007; Hainer a kol., 2011; Kiess, Marcus, Wabitsch, 2009; Svačina, Bretšnajdrová, 2008; Pearce et al., 2010; Trojan a kol., 2003; Cowie, 2012).

Lidé v dnešní Velké Británii a ostatních podobně postižených státech pravděpodobně nemají menší vůli, odlišnou fyziologii nebo menší míru střídmosti než předchozí generace: jedním z uváděných vysvětlení této novodobé epidemie je, že biologický homeostatický systém člověka se nedokáže přizpůsobit technologickému pokroku, který je ve srovnání s evolucí člověka jako druhu příliš prudký (Butland et al., 2007, s. 5).

[1] URL: http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/17.pdf

Společnost posledních desetiletí se radikálně proměnila. Technologický pokrok ovlivňuje nejen fyzickou náročnost mnoha současných profesí a prací vykonávaných v domácnosti, způsob výroby potravin, způsob přípravy domácích pokrmů (náhrada svačin a hlavních jídel tzv. snacky, „fast foody“ aj.), ale ve své podstatě má dopad i na mezilidské sociální vztahy. V posledních desetiletích se výrazně změnily možnosti zapojení žen v mnoha profesích, což je jeden z činitelů, který značně ovlivnil podobu a životní styl současných rodin, a tím i život dětí v těchto rodinách. Zdá se, že většina těchto změn posílila vliv známých rizikových faktorů vzniku obezity, jako jsou nesprávná výživa, nedostatek pohybové aktivity, sedavý způsob života (např. čas strávený u počítače) a v neposlední řadě psychologické faktory (některé děti a dospívající řeší stejně jako mnozí dospělí stres, emoce či nudu jídlem). Souběžné působení prenatálních rizikových faktorů, rodiny a socioekonomických vlivů vytvářejí obezitogenní prostředí, které pomáhá genetickým vlohám projevovat se rozvojem obezity (Hainerová-Aldhoon, 2009).

Srovnáme-li životní styl, charakter a projevy sociálních vztahů mezi komunikujícími lidmi z rodinného nebo pracovního prostředí ve filmech nebo dokumentech z doby před 50 lety a v současnosti, jistě tyto změny postřehneme. Možnost okamžitého předávání informací vede spíše ke zrychlování než ke zpomalování pracovního tempa. Vlivem technického pokroku ubývá v současných mezilidských interakcích tzv. přímých („face to face“) interakcí, zdánlivě se naopak rozšiřují možnosti získávání nových kontaktů, které však ve své podstatě nemusejí naplňovat potřebu stabilních a hodnotných sociálních vztahů.

Tvůrci projektu Foresight (Butland et al., 2007) shrnují své poznatky úvahou o světě dětí, který je obklopený světem dospělých: dle jejich názoru svědčí vyšší výskyt dětské obezity o problémech světa dospělých, které přechází na děti.

Měření nadváhy a obezity u dětí a dospívajících v podmínkách etnicky různorodé společnosti

Ke klasifikaci nadváhy a obezity u dospělých je nejčastěji užíván BMI, jehož pásma jsou odvozena od evropské populace tak, aby odpovídala riziku současných limitů pro rozsah chronických onemocnění.

Měření nadváhy a obezity u dětí a dospívajících je považováno za složitější, protože u této části populace se BMI mění v průběhu růstu, pohlavního vyzrávání a celkového tělesného vývoje (WHO, 2012; Reilly, 2010). V roce 1994 International Obesity Task Force (dále jen IOTF) uznala BMI jako standardní ukazatel míry obezity i u dětí – definice nadváhy a obezity pro tuto věkovou skupinu se odvíjí od dostupných percentilových grafů a jejich rozdělení. Celosvětově uznávaná kritéria pro nadváhu a obezitu dětí a dospívajících však dosud neexistují, z toho důvodu se ve světě můžeme setkat s různými definicemi nadváhy a obezity. Srovnáme-li současné tabulky pro děti k určení hodnot dětského BMI ve Velké Británii a v České republice, zjistíme, že populace českých dětí a dospívajících je ve srovnání s britskou hodnocena mírněji (Hainerová-Aldhoon, 2009).

Ve srovnání s naší společností je britská společnost z hlediska etnického složení pestřejší, což vždy přinášelo určité nejasnosti při vykazování srovnatelných údajů o tom, k jakým posunům z hlediska nadváhy a obezity v celé populaci dochází. Ve Velké Británii byly dříve užívány pro určení nadváhy a obezity u dětí tabulky The British 1990 Growth (National Obesity Observatory (NOO), 2012), které byly odvozeny z antropometrických údajů britské populace a respektovaly etnické rozdíly. Diagnóza obezity se odvíjela od individuálního postavení jedince v této distribuci, z čehož nutně nevyplýval silný vztah ke zdravotním rizikům. Byly-li užívány tabulky The British UK 90 Growth k určení dětské hodnoty BMI v závislosti na věku a pohlaví, potom BMI dětí, jejichž per-

centilové hodnoty se pohybovaly mezi 85 a méně než 95, odpovídal pásmu nadváhy. BMI dětí, jejichž percentilové hodnoty byly rovny nebo vyšší než 95, odpovídal pásmu obezity.
IOTF užívá tabulky růstu založené na shromážděných datech z rozsáhlého spektra zemí a etnik. IOTF identifikuje percentily pro nadváhu a obezitu v datovém souboru BMI ve věku 18 let a tytéž percentily odpovídají definicím nadváhy a obezity v předcházejících vývojových obdobích. Výhodou tohoto přístupu je, že umožňuje jak mezinárodní srovnání úrovně obezity, tak i hladký přechod v hodnocení BMI od dětí k dospělým (Cole et al., 2000).

Reprezentativnost definic dětské obezity ve Velké Británii (The British 1990 Growth) byla v roce 2009 zkoumána skupinou odborníků z hlediska rozsahu její chybné klasifikace vůči současným prahům BMI (Viner et al., 2010). Zjistili, že při použití IOTF definice bylo velmi málo britských dětí z hlediska přiměřené tělesné hmotnosti klasifikováno chybně, a že rozsah chybné klasifikace byl podobný jak u původní britské mládeže, tak i u mládeže jiných etnik. Došli k závěru, že IOTF definice obezity jsou pro použití ve Velké Británii vhodnější, protože je lépe zvolit jednotný mezinárodní práh obezity BMI, než větší počet specifických etnických definic dětské obezity. Skupina těchto odborníků dále předvídala, že rozdíly mezi etnickými skupinami se budou s dalšími generacemi těchto skupin narozených v Británii snižovat. Zdůraznili rovněž nutnost dalších výzkumů o vztazích mezi tvarem těla, množstvím tukové tkáně, metabolickými aj. markery u dětí a dospívajících.

Poznatky současných britských výzkumů o vlivu psychosociálních a environmentálních aspektů při vzniku, rozvoji a udržování nadváhy a obezity u dětí raného a předškolního věku

Psychologické působení zaujímá důležité místo v těch případech, kdy se na vzniku, rozvoji a udržování obezity podílejí především psychosociální a environmentální činitelé. Cílem psychologického působení je pomoci vyrovnat se s okolnostmi, které blokují nebo omezují plnou kvalitu života, překonat je, popř. preventivně zabránit vzniku situací, které by ke vzniku obezity mohly vést. K environmentálním vlivům řadíme např. sedavý způsob života, sledování televize během stravování, život dítěte v určitém etniku, situace společného/individuálního způsobu stravování v rodině, frekvenci stravování v rychlém občerstvení, utváření vzorců jídelního chování u dětí v rodinách aj. Všechny tyto situace bývají doprovázeny typickým způsobem mezilidské komunikace, který zde souhrnně označujeme slovy psychosociální aspekty. Patří k nim např. atmosféra spojená se situacemi stravování v rodině, pocity psychické nebo socioekonomické méněcennosti ve vztahu k vrstevníkům dítěte aj.

V jedné ze současných britských studií (Griffiths et al., 2010) bylo identifikováno několik faktorů, které mohou na děti působit již v období prenatálního a na počátku postnatálního života a zvyšují tak riziko rychlého nárůstu tělesné hmotnosti u dětí mezi třetí a pátým rokem života. K těmto faktorům patří získání nadváhy u matky v době před těhotenstvím, kouření matky v době těhotenství, bangladéšské etnikum nebo etnikum tmavší pleti, vyšší BMI dítěte ve věku tří let, nadváha matky nebo otce dítěte, kouření členů rodiny v místnostech, kde pobývají děti a přítomnost jediného dítěte v rodině. Na základě těchto poznatků se autoři přikláněji k názoru, že programy prevence obezity by měly začínat již v době před a během těhotenství matky, se samozřejmou návazností na raný a předškolní věk dětí.

Předškolní věk je považován za významný z hlediska rozvoje stravovacích návyků a preferencí, které nemusejí mít celoživotní neměnnou podobu, ale mají význam z hlediska osvojení si vzorců jídelního chování, které tendence k rozvoji obezity buď posilují, nebo omezují (např. Benton, 2004;

Wardle, Carnell, 2007). Děti předškolního věku byly v centru pozornosti mnoha výzkumů, zabývajících se vztahy mezi vznikem obezity a různými environmentálními vlivy, jako jsou např. chování rodičů při krmení dětí v raném věku, využívání tzv. instrumentálního krmení, kdy jsou dětem nabízeny pamlsky za odměnu, společné nebo individuální stravování členů rodiny, pravidelnost společného stravování, emoční klima, panující u společného jídla, ale spadají zde např. i kulturní vlivy, např. podíl nákladů za stravu, který rodiny určitého etnika utratí při stravování mimo domov aj. Výsledky těchto studií však nepodávají jednoznačný obraz o míře a druhu vlivu, kterého bylo dosaženo (Carnell et al., 2011). Důvodů bylo více - např. dotazníkové studie bělošské části americké populace ukazovaly vysokou úroveň rigidně omezujícího nebo nátlakového chování k jídlu. Ve Velké Británii se však s vysokou úrovní těchto způsobů chování v situacích krmení dětí můžeme setkávat spíše výjimečně a to i při podobné prevalenci dětské obezity jako v USA. Vliv rodičovských strategií při krmení dětí se liší v závislosti na dalších kulturních faktorech. Britské bělošské matky (jednalo se o skupinu matek s nižšími příjmy) dosahovaly z jejich vlastního pohledu lepších výsledků při krmení svých dětí např. tím, že více strukturovaly situaci krmení (ne v přítomnosti televize, děti jsou při krmení ve svislé poloze aj.), nebo užívaly tzv. emocionálního krmení, kdy se užíváním pamlsků pokoušely o ovládnutí nálady svých dětí.

Do předškolního období (tj. ve srovnání s minulostí do mladší věkové skupiny) se také posunul adiposity rebound (Rolland-Cachera et al., 2006; Taylor et al., 2011), který je považován za jeden z faktorů, jenž může ovlivňovat rozvoj obezity v pozdějším věku. Adiposity rebound (AR) je období, v němž se nejdříve zastavuje pokles množství tukové tkáně a hodnota BMI (u zdravého dítěte tento proces začíná přibližně okolo jednoho roku) a po určité době se obě tyto hodnoty začnou opět pozvolna zvyšovat. Zdá se, že čím dříve tento odraz nastává, tím vyšší je riziko vzniku obezity v dospělosti. Časný nástup AR bývá spojen s nízkým množstvím tukové tkáně před odrazem a s vysokým množstvím tukové tkáně po odrazu. Velmi nízké množství tukové tkáně v období před AR naznačuje, že v rané fázi života došlo k energetickému schodku, díky němuž mohl být „naprogramován“ adaptivní metabolismus, který později vedl ke škodlivým účinkům (obezitě). AR bývá spojován i s diabetem matky či s porušením glukózové tolerance v průběhu nitroděložního života, ale rozhodně potvrzuje význam přiměřené výživy v raném dětství. Přesné zachycení odrazu lze získat na základě opakovaných vyšetření některých částí těla v průběhu růstu, čímž lze získat představu o individuálních proměnách vzorů BMI. Oponenti namítají, že většina AR studií zkoumala rizikové faktory pro rychlé přibývání na váze hlavně v průběhu raného věku a ne ve všech fázích dětství a kritický význam časného nástupu AR v raném a předškolním věku z tohoto důvodu zpochybňují (Griffiths et al., 2010).

Velká část britských dětí předškolního věku s obezitou má z hlediska své diagnózy pozitivní rodinnou anamnézu. Přestože je rodičovská obezita považována za jeden z nejvýznamnějších prediktorů dětské obezity (Butland et al., 2007), nelze její vznik vysvětlit jen genetickými vlivy (např. Wardle, 2001; Hainerová-Aldhoon, 2009). Pozitivní rodinná anamnéza v případě obezity předpokládá souběžný vliv genetiky i prostředí (tj. nejen podobná tělesná konstituce, ale i podobné návyky, potřeba fyzické aktivity aj.). Další podněty pro prevenci obezity v období předškolního věku přinesla studie, která se zabývala výsledky preventivních programů pro děti předškolního věku. Změny byly navozovány zejména v oblasti výživy, v oblasti fyzické aktivity a v chování těchto dětí, kdy bylo usilováno o zvýšení aktivity dětí při možnosti ovlivnit dění, vztahující se k jejich životu (Lanigan, Barber, Singhal, 2010). Autoři konstatují, že možnosti výzkumu v těchto věkových skupinách jsou bohužel limitovány, s čímž mají autorky příspěvku podobné zkušenosti i v naší zemi. Dále autoři konstatují, že jen málo z těchto programů bylo úspěšných a

ve vztahu k vývoji preventivních programů pro děti tohoto věku proto zdůrazňují nutnost cílené volby těch intervencí, jejichž úspěšnost byla ověřena při realizaci v praxi.

Vnímání přiměřenosti tělesné hmotnosti a jeho význam z hlediska některých etnických skupin britských dětí mladšího školního věku a dospívajících

Průzkum The Health Survey for England 2011 pokládal dětem ve věku 8-15 let a rodičům dětí ve věku mezi 4–15 lety otázku, jak vnímají váhu svého dítěte. Rodičům a dětem přitom byly nabízeny tyto možnosti odpovědí: „správná váha“, „příliš silný/á“ a „příliš hubený/á“. Průzkum přinesl poměrně paradoxní poznatky o dětech, které byly přes svou správnou váhu rodiči vnímány jako „příliš silné“ a o dětech s nadváhou nebo obezitou, které byly svými rodiči hodnoceny jako „příliš slabé.“

Údaje z tohoto průzkumu rovněž ukazují, že mnoho dětí s optimální tělesnou váhou má obavy z toho, že jsou „příliš silné“, zatímco více než jedna třetina dětí s nadváhou a obezitou se domnívá, že má správnou váhu nebo že jsou „příliš hubené“. Skutečnost, že 17 % dětí se identifikovalo jako „příliš silné“, aniž by skutečně trpělo nadváhou nebo obezitou, byla tvůrci průzkumu komentována úvahami o roli médií při utváření představ dětí a jejich rodičů o zdravém vzhledu a zdravé váze. 17 % rodičů mylně považuje své děti za obézní, což znamená, že tyto děti jsou ještě před dosažením 16 roku života vystaveny zbytečným obavám a stresu, které se mohou odrazit na jejich stravovacích zvyklostech.

The National Child Measurement Programme for England[2] (NOO, 2012) je institucí, která ročně vyhodnocuje výšku a váhu britských dětí v tzv. Reception class (věk 4-5 let) a žáků 6. třídy základních škol (věk 10-11 let) v Anglii. Tato instituce na základě získaných dat vyhodnocuje vztahy mezi obezitou a socioekonomickým postavením, rodičovským BMI, úrovní fyzické aktivity, postoji dětí k fyzické aktivitě a to vše na úrovni regionálního srovnávání. Zjištění jsou užívána k plánování služeb pro jednotlivé regiony a pro sledování různých trendů v populaci. U obou sledovaných věkových skupin byla ze souboru výsledků z let 2010/11 zjištěna nejvyšší prevalence obezity u britských bangladéšských dětí, u britských černošských dětí („Black African“) a u britských dětí asijského původu (NOO, 2012). Výraz pro britské děti, které jsou v původním textu označované jako „Black African“, nemá přesný český ekvivalent. Jde o černošské děti, jejichž rodiče pocházejí z Afriky. Podobným způsobem zřejmě můžeme chápat i další zde uváděné etnické skupiny britských dětí.

Odlišné výsledky z hlediska vztahu mezi prevalencí nadváhy a obezity, příslušností k etniku u dospívajících ve věku 11-14 let a socioekonomickému statusu rodin těchto dětí ve východní části Londýna, přinesl další výzkum (Taylor et al., 2005). Socioekonomický status byl hodnocen na základě čtyř uváděných skutečností (nárok dětí na školní stravování, auto v rodině, zaměstnanost rodičů a počet osob žijících v jedné místnosti). Asi čtvrtina adolescentů této populace, žijících ve třech londýnských chudších čtvrtích, trpěla nadváhou, 7-10 % adolescentů bylo obézních a 2 % dospívajících byla extrémně obézních. Při hodnocení nadváhy a obezity byla užita kritéria IOTF. Prevalence výskytu obezity a nadváhy byla společná pro všechny etnické skupiny, což možná (částečně) lze přičítat vlivu odlišné vývojové fáze, v níž byla tělesná hmotnost zkoumána. Z hlediska prevalence nadváhy a obezity zaujali čelné místo britští indičtí chlapci, kteří však zaujali stejně

[2] http://www.hscic.gov.uk/ncmp

výraznou pozici i v prevalenci na opačném pólu kontinua, tj. v pásmu subnormní tělesné hmotnosti. Socioekonomický status sledované populace nejevil významné rozdíly napříč jednotlivými etniky.

Všechny podobně zaměřené výzkumy musejí být zvažovány ve svém sociálním kontextu. Vnímání optimální tělesné hmotnosti a představy o kráse těla se liší v různých kulturách a dokonce i mezi generacemi uvnitř těchto etnik (Cowie, 2012). V některých kulturách je nadváha a obezita známkou bohatství a úspěchu v životě, takže je naopak vysoce ceněna. Kulturně podmíněné hodnocení hmotnosti a tvaru těla mohou mít významný vliv na to, jak se děti vnímají, jak se cítí sebevědomé, a mají dopad na jejich emocionální pohodu. S vyšším sebevědomím byla obezita spojována např. u skupiny britských černošských dívek, naopak s nižším sebevědomím u skupiny britských bangladéšských dívek. Negativní dopad obezity na sebevědomí a emocionální pohodu se prokázal u skupiny dospívajících britských bělošských a bangladéšských chlapců (Viner et al., 2010).

Zdá se, že výskyt obezity naznačuje přechod ve vztahu k sociální třídě: děti z rodin s nejvyššími příjmy jsou méně často a méně obézní než děti z rodin s nejnižšími příjmy (Kiess, Marcus, Wabitsch, 2009). Vztahy mezi obezitou a socioekonomickým postavením nejsou přímočaré. Srovnání s mezinárodními údaji naznačuje, že obezita a diabetes jsou méně silně spojeny s absolutními hodnotami národního bohatství než s nerovnostmi, které v důsledku toho uvnitř jednotlivých národů vznikají. Vazby mezi socioekonomickým statusem a obezitou ve Velké Británii jsou pravděpodobně spojeny nejen s mírou relativní sociální nerovnosti, ale i s etnikem (Butland et al., 2007). Vztahům mezi socioekonomickou nerovností a jejími důsledky pro zdraví je věnována pozornost i v naší odborné literatuře (např. Kebza, 2005).

Současné přístupy k prevenci a k řešení vysoké prevalence nadváhy a obezity v britské společnosti

Existuje řada dokumentů, kterými se odborná veřejnost prostřednictvím britských vládnoucích institucí vyjadřuje k problému obezity a jejímu řešení (Reilly, 2006). Tvůrci současných projektů se snažili navrhnout změny systému tak, aby lépe vyhovovaly (psycho)biologii člověka a tak přirozeně vedly ke zdravějšímu životnímu stylu. Ve srovnání s některými dříve propagovanými přístupy dospívají autoři projektu Foresight k názoru, že prevalenci nadváhy a obezity z celonárodní perspektivy nelze řešit jen v jediném nebo v několika vybraných resortech, popř. apelováním na sebekázeň jedinců (Butland et al., 2009).

V současné době má ze všech decentralizovaných správních území Velké Británie jen Anglie specifickou strategii k řešení nadváhy a obezity. Z hlediska této lokální strategie k řešení nadváhy a obezity se zde zaměřují na pět hlavních cílů - k podpoře zdraví dětí obecně, k podpoře zdravé stravy a začleňování fyzické aktivity do života dětí i dospělých, k podpoře zdraví v pracovním prostředí, k udržování výhod plynoucích z tzv. pobídek na podporu zdraví (kdy jsou např. cenově zvýhodňovány určité druhy potravin aj. opatření) a k poskytování účinné léčby a podpory jedincům s nadváhou nebo obezitou (Musingarimi, 2008).

Decentralizace poskytuje prostor pro realizaci různých přístupů na jednotlivých správních územích k řešení obezity a předpokládá se, že srovnání jejich účinnosti povedou ke zdokonalení budoucích, tematicky podobně zaměřených projektů. K propagovaným přístupům Severního Irska, Skotska a Walesu patří zvýšení kvality standardů školního stravování a výživy obecně (např. zákaz prodeje nezdravých jídel v prodejních automatech) a existující tlak na to, aby školy zajišťovaly

zdravou „Lunchbox politiku“, tj. aby bylo zajištěno zdravé složení obědů dětí, které se nestravují ve školní jídelně. Otázkou zůstává, jak toho dosáhnout. Zvyšování fyzické aktivity by mělo být docíleno nařízením o minimálním počtu hodin fyzické aktivity ve škole týdně.

Realizace výše uvedených projektů se přitom nemůže vyhnout konfrontaci s dalšími propagovanými motivy, s nimiž se v současné britské sociální a zdravotnické oblasti setkáváme:

- Větší důraz je kladen na prevenci než na léčbu, což má ve vztahu k obezitě význam právě pro děti a dospívající. Účinnost konkrétních preventivních programů pro děti předškolního věku s obezitou a stejně postižené dospívající je přezkoumávána a vzájemně srovnávána. Využívány jsou např. i „letmé intervence“, kdy jsou rodičům dětí s obezitou v nemocnicích rozdávány letáky s výživovými doporučeními. Na základě rozdání letáků 109 lidem bělošské populace v jedné britské nemocnici (2 muži, jedno pohlaví nezjištěno, zbytek žen) ohlašovalo 47 % respondentů změny v jejich jídelním chování k lepšímu (Inglis, Docherty, Pryke, 2010). Náročnější průzkum účinnosti dětských preventivních programů zaměřených na obezitu byl proveden na základě složitějších a jednotně zvolených kritérií (Reilly et al., 2002). Byly srovnávány pouze takové programy, které pracovaly s většími a neklinickými skupinami dětí, dětí z komunit, škol a školek. Výsledky v podobě úbytku popř. stagnace hmotnosti byly hodnoceny po uplynutí doby nejméně 12 měsíců od programu. Na základě takto nastavených kritérií byly kladně vyhodnoceny pouze dva ze sledovaných programů. U obou vyhovujících programů byly propracovány intervence se zaměřením na výživu, na fyzickou aktivitu, na omezování sledování televize, na zapojení škol a změny učebních osnov a na zapojení rodinných členů. Oba tyto vyhovující preventivní programy však byly převzaty z USA. U dětí, které tyto programy absolvovaly, nebyly nalezeny nepříznivé změny v tělesné hmotnosti dokonce ještě po třech letech po ukončení programu. V souvislosti s terapeutickými přístupy začínají být více propagovány behaviorální přístupy, které byly v Anglii poměrně dlouhou dobu opomíjeny.
- V rozporu s úvodními řádky této kapitoly se může zdát další oficiálně propagovaná norma, vyžadující individuální zodpovědnost za své zdraví a to v rámci celé své životní cesty a s ohledem na individuální podmínky každého jedince. Změny původního systému by měly vést k vyvíjení tlaku na komunity ve společnosti, které tuto zodpovědnost neprojevují (v těchto případech nelze očekávat automatickou podporu). Hledání „magické pilulky“ je např. považováno za nevhodný způsob řešení obezity právě proto, že vede k oslabování individuální zodpovědnosti.
- Velkého významu nabývá generační zodpovědnost. Předpokládá se, že péče v rámci dané rodiny povede k podpoře soudržnosti komunity. Poznatek, že některé rodiny žijí v tzv. “obesogenic“ prostředí (např. Edwards et al., 2010), ať již z hlediska nevýhod chudoby nebo jen obtížně modifikovatelného životního stylu, má být promýšlen právě při nastavování konkrétních a postupně dávkovaných intervencí v těchto komunitách. V minulosti se projevily negativní důsledky některých opatření právě díky existující sociální nerovnosti nebo díky odlišnosti vnímání priorit ze strany různých komunit. Aby bylo možné pochopit kontextuální vlivy na vznik dětské obezity u cílových komunit, je nezbytné mít přístup ke znalostem přímo od místních členů komunit. Předpokládá to nejen identifikaci ohrožených osob v jednotlivých komunitách, ale také pochopení jejich myšlení, postojů, vnímání a přesvědčení o zdraví. K těmto závěrům dospěl výzkum, kdy bylo v průběhu roku 2007 sledováno 68 členů (rodičů dětí, zaměstnanců škol, komunitních vůdců a zástupců místní samosprávy) z 8 jihoasijských komunit v Birminghamu (Pallan, Parry, Peymane 2012).
- Intervence, které jsou realizovány s úmyslem pomoci osobám s obezitou, často současně zvyšují rizika jejich stigmatizace a tím mohou působit kontraproduktivně. Do této sféry patří např. dobře míněná a jistě ne jednoznačně zavrženíhodná iniciativa, která prosazuje oddělené prostory

pro cvičení a další soutěže dětí s nadváhou nebo obezitou. Takové návrhy by asi i v naší zemi v současné atmosféře proinkluzivního školství vyvolávaly diskuse, ačkoliv za opatření podobného druhu by bylo možné považovat např. existenci dyslektických kroužků na našich školách.

- Vzdělávání odborníků musí vést k tomu, aby jejich intervence nepodporovaly úzkost spojenou s vizáží vlastního těla tak, jako se tomu bezděky děje v případě médii propagovaného ideálu krásy.
- Veřejné poskytování zdravotní péče ve Velké Británii zůstává i nadále prioritou, ale objevují se obavy, že přetížené zdroje neumožní celoplošné přidělování dražších procedur, což postihne i klienty s nadváhou nebo obezitou. Očekává se, že nerovnoměrné poskytování léčby mezi komunitami časem povede k rostoucímu napětí. Je to další důvod, proč je v současné Velké Británii kladen tak velký důraz na smysl pro komunitu a vzájemnou otevřenost, které zmírňují napětí plynoucí z nerovností. Význam tohoto postoje potvrzuje také skutečnost, že sami Angličané často charakterizují společnost v jejich zemi jako „non-equal“, čímž nemívají na mysli jen etnickou odlišnost.

Závěr

Nadváha a obezita představují multifaktoriální problém, jehož patogenezi lze často jen obtížně určit. Lidé s nadváhou a obezitou jsou považováni za strádající ze zdravotního i z psychosociálního hlediska. Obezita v dětství a v dospívání zvyšuje riziko přetrvávání obezity v dospělosti, což kromě nepříznivého dopadu pro jedince představuje v případě tak vysoké prevalence, jaká ve Velké Británii je, značnou ekonomickou zátěž pro celou zemi.

Příspěvek seznamuje s poznatky z výzkumů, zabývajících se vztahy mezi nadváhou a obezitou u britských dětí a dospívajících a spolupůsobícími environmentálními, psychosociálními a kulturními proměnnými. Lze předpokládat, že studium vztahů mezi těmito proměnnými pomůže při nalézání intervencí, které povedou k přerušení cesty od genetické predispozice k jejímu plnému rozvinutí v průběhu lidského života.

Lze předpokládat, že studium vztahů mezi těmito proměnnými pomůže při nalézání intervencí, které povedou k přerušení cesty od genetické predispozice k jejímu plnému rozvinutí v průběhu lidského života.

Studium takto zaměřených přístupů ve Velké Británii se jeví jako zvláště cenné také z důvodů pestrého etnického složení zdejšího obyvatelstva a možností srovnání odlišných přístupů, které jsou na jednotlivých správních územích Velké Británie realizovány v souvislosti se snahou výskyt nadváhy a obezity snížit.

Literatura

ADÁMKOVÁ, V. (2009). *Obezita. Příčiny, typy, rizika, prevence a léčba.* Brno: Facta Medica.

BENTON, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of the children and the development of obesity. *International Journal of Obesity, 28*, 858-869.doi: 10.1038/sf.ijo.0802532.

BUTLAND, B., JEBB S., KOPELIJAN, P., Mc PHERSON, K., SANDY, T., MARDELL J., & V. PARRY. (2007). Foresight. Tackling Obesities: Future Choices – Project Report [online]. *Department of Innovation Universities and Skills* [www.dius.gov.uk] [cit. 2012-12-26]. Dostupné z: <http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/17.pdf>.

CARNELL, S., COOKE, L., CHENG, R., ROBBINS, A., & J. WARDLE. (2011). Parental feeding behaviours and motivations. A qualitative study in mothers of UK preschoolers. *Apetite, 57*, 665-673. doi: 10.1016/j.appet.2011.08.009.

COLE, T., J., BELIZZI, M., C., FLEGAL, K., M., & W., H. DIETZ. (2000). Establishing as standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. *British Medicine Journal, 320*, 1240-1243. doi.org./10.1136/BMJ.320.72441240.

COWIE, H. (2012). *From Birth to sixteen: Children´s health, social, emotional and linguistic development.* Routledge: London and New York.

EDWARDS, K., L., CLARKE, G., P., RANSLEY, J., K., & J. CADE.(2010). The neighbourhood matters studying exposures relevant to childhood obesity and the policy implications in Leeds, UK. *Journal of Epidemiology and Community Health, 64* (3), 194 – 201.

GRIFFITHS, L., J., HAWKINS, S., S., COLE, T., J. & C. DEZATEUX. (2010). Risk factors for rapid weight gain in preschool children: findings from a UK-wide prospective study. *International Journal of Obesity, 34* (4), 624-632.

HAINER, V. a kol. (2011). *Základy klinické obezitologie.* Praha: Grada.

HAINEROVÁ-ALDHOON, I. (2009). *Dětská obezita.* Praha: Maxdorf.

HEALTH SURVEY FOR ENGLAND 2011: The Key Data on Obesity [online]. [cit. 9. 6. 2013]. Dostupné z WWW: <http://www.guardian.co.uk/news/datablog/2012/dec/20/health-survey-england-obesity-trends-data>.

INGLIS, N., J., DOCHERTY, A., & R. PRYKE. (2010). Evaluation of the „mealtime magic“ brief leafted-based intervention in general practice. *Primary Health Care Research and Development, 11*(2), 166-179.

KIESS, W., MARCUS, L., & M. WABITSCH. (Eds). (2009). *Obesity in childhood and adolescence.* New York: Karger.

KEBZA, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha: Academia.

LANIGAN, J., Barber, S., & A. SINGHAL. (2010). Prevention of obesity in preschool children. *Proceedings of the Nutrition Society, 69,* 204–210.

MARINOV, Z., & D. PASTUCHA. (2012). *Praktická dětská obezitologie.* Praha: Grada.

MUSINGARIMI, P. (2009). Obesity in the UK: A review and comparative analysis of policies within the devolved administrations. *Health Policy, 91* (1), 10-16. doi. org/10.1016/j. healthpol. 2008.11.004.

NATIONAL OBESITY OBSERVATORY. The National Child Measurement Programme for England 2010/11 [online]. [cit 09-07-2013]. Dostupné z WWW: <http://www.hscic.gov.uk/ncmp>.

PALLAN, M., J. PARRY, & A. PEYMANE. (2012). Contextual influences on the development of obesity in children: A case of study of UK. *Preventive Medicine, 54*, 205-211. doi: 10.1016/j.ypmed 2012.01.018.

PEARCE, A., Li, L., ABBAS, J., FERGUSON, B., GRAHAM, H., & C. LAW. (2010). Milllenium cohort study child health group: Is childcare associated with the risk of overweight and obesity in the early years? Findings from the UK. Millenium Cohort Study. *International Journal of Obesity, 34,* 1160-1168. doi: 10.1038/ijo.2010.15.

REILLY, J. J. (2006). Tackling the obesity epidemic: new approaches. *Archives of Disease in Childhood, 91*, 724 – 225. doi: 10.1136/adc.2006.098855.

REILLY, J. J., WILSON, M., SUMMERBELL, C., D., & D. WILSON. (2002). Obesity diagnosis prevention and treatment: evidence – based answers to common questions. *Archives of Disease in Childhood, 86*, 392-395. doi: 10.1136/adc.86.6.395.

REILLY, J. J. (2010). Assessment of obesity in children and adolescents: synthesis of recent systematic reviews and clinical guidelines. *Journal of Human Nutritions and* Dietetics, *23* (3), 205-211. doi: 10.1111/j. 1365-277x. 2010.01054x.

ROLLAND-CACHERA, M., F., DEHEEGER, M., MAILLOT, M., & F. BELLISLE. (2006). Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *International Journal of Obesity, 30*, 11-17. doi:10.1038/sj.ijo.0803514.

SVAČINA, Š., & A. BRETŠNAJDROVÁ. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace.* Praha: Grada. TAYLOR, S., J., C., VINER, R., BOOY, R., HEAD, J., TATE, H., BRENTNALL, S., L., HAINES, M., KAMALDEEP, B., HILLREI, S., & S. STANSFELD. (2005). Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London Adolescents. *Ethnicity and Health*, 2 (10), 113-128.

TAYLOR, W., R., WILLIAMS, M., S., CARTER, P., J., GOULDING, C., GERRARD, F., D., & B. J. TAYLOR. (2011). Changes in fat mass and fat-free mass during the adiposity rebound: Flame study. *International Journal of Pediatric Obesity, 6,* 234-251.

TROJAN, S. a kol. (2003). *Lékařská fyziologie.* Praha: Grada.

VINER, R.M., COLE, T.J., FRY, T., KINTA, S., McCARTHY, D., SAXENA, S., TAYLOR, S., WELLS, J.C., K., WHINCUP, P., & M.J. S. ZAMAN. (2010). Insufficient evidence to support separate BMI definitions for obesity in children and adolescent from South Asian ethnic groups in the UK. *International Journal of Obesity, 34* (4), 656-658. doi:10.1038/ijo.2009.237.

WARDLE, J., & S. CARNELL. (2007). Parental feeding practices and children´s weight. *Acta Paediatrica, 96*, 5-11.

WARDLE, J., GUTHRIE, C., SANDERSON, S., BIRCH, L., & R. PLOMIN. (2001). Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *International Journal of Obesity, 25*, 971–977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Child Growth Standards [online]. [cit. 10. 9. 2012]. Dostupné z http://www.who.int/childgrowth/standards/en/

O autorkách

PhDr. Hana Včelařová pracuje na Ústavu pedagogických věd, Fakulty humanitních studií na UTB ve Zlíně a současně jako školní psycholožka na jedné ze ZŠ zlínského regionu. V předchozích letech vykonávala profesi dětské psycholožky v různých klinických a školských zařízeních. V současné době pracuje na disertační práci zaměřené na problematiku prevence vztahující se k obezitě.
Kontaktní údaje:
adresa: Ústav pedagogických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati, Mostní 5392, Zlín 760 01
e-mail: vcelarova@fhs.utb.cz

Doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D. pracuje na Ústavu psychologie a psychosomatiky Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně. Dosavadní profesní život zahrnuje mj. rozsáhlou publikační činnost, která je podložena jak zkušenostmi z klinické praxe, tak i kvalitními teoretickými základy, jež byly a jsou získávány, prohlubovány a aktualizovány v letech pedagogické praxe.
Kontaktní údaje:
adresa: Ústav psychologie a psychosomatiky, LF Masarykovy univerzity, Komenského nám. 2, Brno 662 43
e-mail: mbendova@med.muni.cz

Včelařová, H., & Bendová, M. (2013). Nadváha a obezita dětí a dospívajících ve Velké Británii – současný stav a přístupy, vycházející z psychosociálních a environmentálních aspektů problému. *E-psychologie* [online], 7 (2), 1-11 [cit. vložit datum citování]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/vcelarova_bendova.pdf>. ISSN 1802-8853.