

JAKÉ JSOU BARIÉRY V ÚSPĚŠNOSTI PROJEKTŮ PROTI DĚTSKÉ OBEZITĚ?

WHAT ARE THE EXISTING BARRIERS TO THE EFFICIENCY OF CHILD OBESITY PREVENTION PROGRAMMES?

LUCIE SMEJKALOVÁ, JINDŘICH FIALA

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ochrany a podpory zdraví, Brno, Česká republika

SOUHRN

Cíle: Cílem této práce bylo shrnout a popsat bariéry, které brání úspěšnosti preventivních programů.

Metody: Data byla získávána ve 4 vyhledávacích vědeckých publikacích pomocí vhodných klíčových slov.

Výsledky: Bariéry byly rozděleny do pěti skupin podle subjektů, kterých se dané překážky nejvíce dotýkají. V rodině jsou nejčastěji zmiňovanými bariérami čas a finance. Stejně tak je tomu i u lékařů, kteří navíc poukazují na nejistotu v doporučeních, kterými se mají řídit. U dětí kolidují s compliance především jiné preference – jídelní či volnočasové. Na úrovni škol bývají nejčastějším problémem malé dotace na hodiny tělesné výchovy a personální obsazení aktivit navíc. Celospolečenskou bariérou je pak reklama podporující nezdravý životní styl.

Závěr: Prevence by měla cílit především na rodinu jako celek. Program by měl být nenáročný na čas a finance rodičů, čemuž dle popsanych zdrojů přikládali největší význam.

Klíčová slova: obezita dětí, prevence obezity, programy podpory zdraví – úspěšnost

SUMMARY

Aims: The aim of this study was to describe and summarise the barriers that hinder the success of preventive programmes.

Methods: Data was collected using keyword searches from 4 search engines in scientific publications.

Results: Barriers to successful programme implementation were divided into 5 groups according to the subjects most affected by these obstacles. The most frequently mentioned barriers within a family context are time and finances. The same is true of doctors who additionally point out uncertainties in the recommendations that they should follow. For children, the most frequent barriers to compliance are different preferences in eating and leisure. In terms of schools the most common problem is caused by small subsidies for physical education and staffing for extra activities. Advertising that supports unhealthy lifestyles is a barrier on the societal level.

Conclusion: Prevention should primarily be focused on the family as a whole. Above all, programmes should not be demanding on parental time and finances to which they attached the greatest importance according to the described sources.

Key words: child obesity, obesity prevention, health promotion programmes – success

<https://doi.org/10.21101/hygiena.a1733>

Úvod

Přestože se k prevenci nadváhy a obezity u dětí upíná v posledních letech stále větší pozornost, její prevalence je nadále vysoká – v roce 2010 trpělo nadváhou 14,4 % všech sedmiletých dětí v České republice, z toho obezitou 8,5 % (1). Tato čísla jsou velmi alarmující, protože až 40 % těchto dětí zůstane obézními do dospělosti (2, 3). Podle studie z roku 2016 (3) způsobily nadváha, obezita a jejich následky v roce 2010 asi 3,4 milionů úmrtí na světě.

V České republice vzniká na podporu prevence dětské obezity mnoho projektů – některé z nich již byly ukončeny, jiné probíhají nadále (4). Jsou zaměřeny jak na komplexní podporu zdravého životního stylu (např. Cepík nebo Zdravá abeceda) (5, 6), tak i na jednotlivé oblasti této problematiky – na stravování (Putování za zdravým jídlem, Pyramidáček a jiné) (4) nebo

na zvýšenou pohybovou aktivitu (Hejbej se! Nedej se! a další) (4).

Hodnocení úspěšnosti těchto programů není bohužel ve vědeckých pracích ani ve zveřejněných zprávách pořádajících organizací dohledatelné. Ze zahraničních zdrojů však můžeme identifikovat mnoho bariér, které potenciální efektivitu snižují. Většinu z nich je možné vztáhnout i na českou populaci.

Aby byla míra spolupráce na všech úrovních systému vyšší, je potřeba nastavit doporučení tak, aby co nejméně kolidovala s nejčastěji uváděnými bariérami pro aktivní účast v programech.

Cíl

Tato práce má za cíl shrnout všechny dostupné bariéry do přehledného celku, z něhož pak bude možné

čerpat pro vývoj preventivního programu, který by se stal efektivnějším v předcházení právě výše popsaným překážkám.

Metody

Pro vyhledání článků byla použita vhodná klíčová slova a jejich kombinace ve vyhledávacích PubMed, EBSCO, SpringerLink a ScienceDirect. Po neúspěšném vyhledávání v českém jazyce bylo nutné se omezit na zahraniční zdroje, které byly publikované a dostupné v angličtině.

Výsledky

Ze všech nalezených článků byly odstraněny ty, u kterých byl k dispozici pouze abstrakt a které po bližším

přezkoumání neodpovídaly tématu práce. Celkem bylo použito 43 vědeckých prací, které budou v textu náležitě ocitovány.

Při třídění bariér do kategorií bylo možno zvolit více forem postupu: např. ekologický model, kdy se bariéry řadí podle vztahu k danému jedinci (intrapersonální – interpersonální – organizační – politické), podle konkrétních doporučení a s nimi souvisejících bariér nebo podle subjektů, kterých se bude popisovaná oblast překážek nejvíce týkat. V tomto článku byla využita poslední zmiňovaná forma.

Nejčastěji zmiňované bariéry rozdělené dle jednotlivých subjektů shrnuje tabulka 1.

Rodina

Z pohledu rodičů je nejčastěji zmiňovanou překážkou v compliance preventivnímu programu jejich náročný, povinnostmi přeplněný denní program a s tím související nedostatek času (7–26). Ať už se jedná o pozdní pří-

Tab. 1: Nejčastěji zmiňované bariéry rozdělené dle jednotlivých subjektů

	Počet citovaných zdrojů	Citovaná literatura
Příčiny snížené compliance rodiny		
Nedostatek času	24	7–30
Nedostatek financí	20	7–11, 17, 19, 21–26, 28, 29, 31–35
Lokace/čas intervence	13	7, 9, 10, 12, 18, 19, 21, 23, 28, 31, 36–38
Chybějící podpora rodiny	10	7, 8, 10, 24–26, 28, 31, 34, 39
Obavy o zdraví dítěte	10	7, 8, 14, 19, 21, 22, 24, 28, 29, 42
Neznalost rizik obezity	9	7, 12, 13, 15, 28, 32, 33, 40, 41
Nevhodný náhled na obezitu	9	11, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 32, 41
Kulturní a etnické bariéry	7	7, 9, 16, 24, 28, 42, 43
Únava a nedostatek energie	6	7, 8, 21, 24, 25, 27
Strach ze stigmatizace dětí	3	12, 19, 34
Nedostatek informací	3	22, 26, 28
Příčiny snížené compliance dětí		
Jiná priorita v trávení volného času	5	8, 23, 28, 31, 35
Vybíravost v jídle	3	8, 25, 26
Nedostatek motivace	3	13, 35, 44
Povaha dětí	2	8, 15
Zdravotní stav dětí	2	8, 32
Příčiny snížené compliance lékařů		
Nedostatek času	8	12, 13, 15, 20, 33, 40, 44, 45
Nedostatečná finanční kompenzace	6	12, 13, 15, 33, 44, 45
Nedostatek informací o léčebném postupu	5	12, 20, 40, 44, 46
Obava o narušení vztahu s rodinou	5	15, 32, 33, 45, 46
Málo možností pro detekci obezity	2	12, 33
Nedostatek sebevědomí	2	13, 40
Příčiny snížené compliance na školní úrovni		
Nízká priorita tělesné výchovy	1	9
Nedostatek personálu	1	9
Nedostatek financí na zkvalitnění stravy	1	9
Příčiny snížené compliance na společenské úrovni		
Reklama	3	8, 26, 47

chody z práce a málo času na sportování (8, 27, 28) nebo o přípravu zdravého jídla, která trvá déle než ohřev v obchodě zakoupeného polotovaru (8, 20, 28–30).

V podstatě stejně často jako čas je zmiňována i finanční stránka zdravého životního stylu (7, 9, 17, 21–26, 31–34). Dle rodičů je velmi často uváděna vyšší cena zdravých a čerstvých potravin (7, 8, 10, 11, 29, 34), nedostatek peněz nazbyt na cestování na srazy v rámci projektu (19, 32, 34) i vysoké náklady na vybavení ke sportování, permanentky a platby za sportovní kroužky (28, 29, 35).

Nedostatek času i financí společně určuje také nízkou účast na intervenčních schůzkách preventivních programů (9). Problémem mohou být časy konání, které kolidují se směnami rodičů v zaměstnání nebo ve vedlejším pracovním poměru (9, 10, 23, 31). Také jsou zmiňovány další rodinné povinnosti, jako například péče o další děti, což rodičům znemožňuje trávit odpoledne jinde než doma (7, 9, 10, 36). Lokalizace konání schůzek jsou také velmi podstatné, protože se často stává, že si rodiče nemohou dovolit drahou dopravu na určené místo, popisují slabou síť veřejné dopravy, která by jim tam umožnila vhodné spojení, popřípadě jim chybí řidičský průkaz, aby se tam dopravili svépomocí (7, 9, 10, 12, 18, 19, 21, 28, 37, 38). U některých rodičů hraje svou roli také strach z cestování (19).

Velký vliv na zapojení se má taktéž energie rodičů. Po práci bývají unavení a raději si sednou před televizi, případně zvolí jinou sedavou aktivitu před jakoukoliv aktivní (7, 8, 21, 24, 25). Matky od rodin zmiňují nedostatek energie pro řízení se podle určitých pravidel a doporučení (27).

Matky na intervencích také často zmiňují chybějící podporu rodiny (7, 24–26, 28, 34). Když například otec odmítá upravit svůj životní styl, děti pak tento nesoulad vnímají a toto rozporuplné chování a nejednota rodičů v názorech může vést k jejich snížené adheenci ke zdravé stravě (10). Dalším významným činitelem jsou také prarodiče. Ti často využívají jídlo jako odměnu (31), připravují méně zdravá jídla, nutí jejich vnoučata do dojíždání nebo jim například dávají nepřiměřeně velké porce (8, 10, 28, 39). To opět znehodnocuje snahu rodičů vést děti ke zdravé stravě.

Pokud si rodiče nejsou vědomi rizik spjatými s obezitou, může být pak jejich compliance také výrazně nižší, než by mohla potenciálně být (7, 13, 32, 33, 40). S tím také souvisí jejich snížená motivace a ochota něco na svých rodinných návycích měnit (12, 13, 15, 28, 33, 41).

Strach o děti bývá zmiňován jako důvod, proč rodiče děti nepodporují v některých aktivitách (21, 22, 28, 42). Popisují chladné počasí a obavy, aby děti venku ne onemocněly, a s tím související nedostatek vnitřních sportovišť v okolí bydliště (7, 21, 24, 42). Dále je zmiňována také nutnost hlavně ty mladší z dětí neustále při sportovních aktivitách hlídat, aby nedošlo k nějakému úrazu, nebo strach je pouštět samotné do vzdálenějších sportovních areálů, poněvadž vhodných tělocvičen a míst k aktivnímu vyžití je v okolí nedostatek (8, 14, 19, 29).

Samostatnou kapitolou jsou rodiče z jiných etnických skupin. V tomto případě mohou být překážkou jak jazykové bariéry (7, 9, 43), tak i jiné vnímání obezity u dětí – v některých skupinách jsou právě obézní děti a děti s nadváhou považovány za zdravé děti (7, 16, 28, 42). V odlišných kulturách je tradiční taktéž úplně jiné slo-

žení potravy a různý náhled na zdravý životní styl, tudíž implementace daných doporučení může být v těchto případech velmi komplikovaná (7, 24, 43).

V neposlední řadě je velkým problémem fakt, že nadváha a obezita se začínají ve společnosti vnímat jako nová norma (13, 16, 19, 20). Rodiče obézních dětí nebo dětí s nadváhou mají často sami problém s vyšší hmotností (11, 16) a nejen proto se často stává, že se jim hmotnost jejich dětí zdá v pořádku (11, 13, 14, 19, 20, 22, 32). Případně to někdy přisuzují genetickému podkladu, tudíž vnímají jakoukoliv snahu o změnu jako nepodstatnou (19, 20, 41). Často se také uvádí, že „dětí z toho vyrostou“ a jejich účast v hubnoucích programech je zbytečná (14).

Nezřídka se však stává, že rodiče odmítají s nadváhou dětí něco dělat, přestože jsou si jejich vyšší hmotnosti vědomi (15). Důvodem pak bývá fakt, že nechťejí své děti psychicky zasáhnout, snížit jim sebevědomí, případně mají strach, aby se u nich neprojevovaly poruchy příjmu potravy (12, 19, 34).

Konečně posledním důvodem může být taktéž neinformovanost rodičů – ať už o dostupných sportovních nabídkách v okolí (28) či o možnostech zdravého stravování (22, 26).

Děti

U dětí se jeví jako největší překážka jiná priorita v trávení volného času (35). Může se jednat jak o povinnosti do školy, tak i o hry na počítači, sledování televize či jejich jiné zájmy. Mnohdy se intervenční programy konají v dobu, kdy mají děti vlastní odpolední kroužky (31). Stejně tak se mnohdy nejedná o konkurující zájmy, ale pouze o nedostatek zájmu o sport a preferenci sedavých koníčků (8, 23, 28, 35).

Dalším aspektem v prevenci je kromě fyzické aktivity již zmiňovaná zdravá strava. Rodiče často uvádějí, že jejich děti jsou vybíravé, odmítají ovoce či zeleninu, mnohdy i maso (25, 26). Jeden den jim něco chutná, další den to již nemají rády a jíst nechtějí. Stejným problémem bývají i případy, kdy děti ve školce snědí vše, co se před ně položí, poněvadž to vidí u svých kamarádů, ale doma to pak nejedí (8).

Problémem je fakt, že si často ve svém věku nejsou schopny plně uvědomit možné následky dětské obezity. Starší děti řeší to, co je tady a teď, a postrádají motivaci v prevenci něčeho, co může a nemusí být problém za několik desítek let (13, 35, 44).

Velký vliv na compliance má také povaha dětí. Některé mohou být plaché a úzkostlivé při představě, že se mají zapojit do programu s neznámými dětmi v neznámém prostředí (8). Jiné děti špatně vnímají pojem „tábor na hubnutí“ a tento psychologický aspekt jim také brání v účasti (15).

Nezanedbatelnou roli má rovněž jejich zdravotní stav. Mnohdy mají určité zdravotní indispozice, např. řečové problémy, které jim brání v zapojení se do kolektivu dětí při účasti v programu (8). Navíc mnoho programů ani nemá dostatečné finanční a materiální prostředky pro zapojení dětí s fyzickými či jinými postiženími (32).

Lékaři

U lékařů, především u nejčastěji zpovídaných praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), je nejčastější bariérou, stejně jako u rodičů, nedostatek času. Sestavit

jídelníček, doporučit vhodné sportovní aktivity a monitorovat proces hubnutí značně překračuje časové možnosti lékařů v jejich soukromých praxích (12, 13, 15, 20, 33, 40, 44, 45). Dalším problémem je chybějící dostatečná finanční kompenzace, protože čas navíc, který by někteří lékaři mohli poskytnout, jim většinou pojišťovny neproplácí (12, 13, 15, 33, 44, 45).

Někteří PLDD si mnohdy nepřipadají jako dostatečně kompetentní osoby pro vedení léčby obezity u dětí (46). Neznají přesná doporučení a směrnice jak obezitu hodnotit, chybějí jim zkušenosti jak postupovat v léčbě, případně kam dále dítě odeslat (12, 20, 40, 44, 46).

Někdy také lékaři zmiňují málo možností, kdy u dětí detekovat obezitu, nedostupné screeningové programy apod. (12, 33).

Často se lékaři také obávají narušení vztahu s dětskými pacienty a jejich rodiči (15, 33, 45, 46). Téma obezity a nadváhy je samo o sobě velmi citlivým tématem a PLDD mají strach, aby své pacienty neranili a nestigmatizovali (32, 33, 45). Také mívají pocit, že neoplývají dostatečným sebevědomím a komunikačními schopnostmi, aby tento problém před rodiči taktně nadnesli a motivovali je i jejich děti ke změně (13, 40).

Škola

Co se týče škol, tady pak bývá velkou překážkou nízká prioritizace tělesné výchovy (TV) a kladení většího důrazu na předměty teoretické. Po navýšení hodin tělocviku mohou klesat znalosti z předmětů odborných, což není pro vedení školy žádoucí a sport se proto omezuje (9).

Pokud by byla zvýšena dotace hodin TV, pak by většinou nastal problém jak s personálním obsazením výuky tělesné výchovy, tak i s nedostatkem prostor, kde by se byly jednotlivé třídy schopny vystřídat (9). Taktéž je těžké zavděčit se omezenou nabídkou sportů ve škole všem dětem a na jednoho vyučujícího připadá hodně dětí na to, aby se jim mohl individuálně věnovat a případně zvýšit jejich zájem o danou sportovní aktivitu (9).

Podpora zdravé stravy ve školách je často blokována na úrovni školních jídelen, především z často uváděných důvodů, jako je zvýšená cena čerstvých a zdravých potravin a chybějící finance na zkvalitnění jídla (9).

Společnost

Velkou hybnou silou ve společnosti je v dnešní době reklama (8, 26, 47). Ta bývá velkým blokátozem zdravého životního stylu v rodině, protože rodiče často nemají sílu dětem neustále opakovat, proč jim danou sladkost nemohou koupit.

Diskuze

Zásadní je vždy pracovat s rodinou jako celkem. Jak již bylo zmíněno výše, pokud rodina nefunguje, děti nevědí, koho z rodičů poslouchat a jakákoliv snaha v působení na ně je zbytečná. Zároveň programy, které jsou určeny pro děti i rodiče společně, posilují jejich účast na nich a jejich úspěšné dokončení (14, 21, 22, 24, 38, 48). Rodiče jsou dětmi vnímány jako vzory, jídelní i pohybové návyky se fixují již v dětském věku, proto by právě na ně měla být problematika prevence zaměřena.

Nejčastěji zmiňovanými bariérami v compliance projektům a doporučením jsou dle očekávání nedostatky

časů a financí rodiny. Co se týče stravy, pro rodiče bývá často rychlejší a pohodlnější připravit dětem k večeři polotovary než čerstvé jídlo. Dle některých zdrojů by s tímto problémem mohly rodinám pomoci vzorové jídelníčky na zdravé, levné a rychle připravené pokrmy, které by byly dostupné např. u praktických lékařů a jimiž by se rodiče mohli doma řídit (12). Pro zvýšení fyzické aktivity se nabízí využívat sportovní kroužky a nabídky, které poskytuje dětem jejich škola. Rodiče by také uvítali zvýšenou dostupnost ke sponzorovaným sportovištím, čímž by klesla finanční náročnost těchto aktivit (11, 22). Přesto se však opomíjí fakt, že pro sportování není nutné být součástí klubu nebo vlastnit sportovní vybavení. Pro nejzákladnější pohybovou aktivitu, kterou je chůze, není zapotřebí vůbec nic, přesto bývá v poslední době velmi opomíjenou a nahrazovanou dopravními prostředky.

Snad ještě náročnější než oslovit programem a doporučeními rodiče, může být zapůsobení na děti samotné. Ať už se jedná o jejich stravovací preference nebo o trávení volného času. Pro děti je podstatné, aby daný projekt, kterého se mají účastnit, byl zábavný (14, 37). Taktéž entusiastický pořadatel a personál projektu pomáhá přenést nejen na děti, ale i na jejich rodiče pozitivní náladu a povzbudit je v účasti (22). Pokud bychom chtěli respektovat zájmy dětí a jejich velkou zálibu v trávení času u obrazovek počítačů či mobilů, může se zdát vhodné navrhnout hry či programy s edukativním charakterem (48).

Do působení na děti by se měla velkou měrou zapojit taktéž škola – nejen proto, že v ní děti stráví většinu dne (48). Učitelé by měli být dětem vzorem – nejen je podporovat v pohybové aktivitě, ale také se jí s nimi účastnit, nabádat je ke zdravému jídlu a celkově na ně osvětově působit (49). Taktéž bývá zmiňováno přání rodičů zakázat prodej nezdravých potravin ve školním areálu, ať už v bufetech či automatech (22).

Jak bylo popsáno v poslední části, média hrají v dnešní době velkou roli. Proto by bylo vhodné, aby se právě jejich vliv zaměřil na pozitivní působení na zdravý životní styl rodiny, nikoliv opačně, jak tomu často bývá (22, 48).

V neposlední řadě je však třeba zvýšit informovanost celé společnosti o dětské obezitě jako problému této doby. Nápomocné mohou být jak sociální sítě, tak i informační brožurky či letáky, které by se mohly dětem a rodičům rozdávat ve školách či u lékaře (7). Informace bývají pro rodiče mnohdy motivující, což by taktéž mohlo podpořit jejich compliance výživovým či pohybovým doporučením (19, 27). I přes výše zmíněné facilitátory týkající se jiných subjektů jsou to totiž právě oni – rodiče, kdo na děti největší mírou působí a od koho se učí. Je potřeba se zaměřit právě na rodinu, především s dětmi v tom nejmladším, již předškolním věku, kdy ještě nemají zafixované nezdravé návyky, které by se jim s rostoucím věkem měnily mnohem hůře.

V České republice zajišťuje prevenci a léčbu obezity Česká obezitologická společnost, která zajišťuje pregraduální a postgraduální vzdělávání v obezitologii. Má na starosti vypracovávání doporučených diagnostických a léčebných postupů obezity, spolupracuje s mezinárodními obezitologickými společnostmi atd. Jednou z jejích sekcí je Pediatrická obezitologie, která se společně se Společností pro výživu podílí na organizaci každoroční konference „Dětská výživa a obezita v teorii a praxi“.

Poznatky českých odborníků zabývajících se obezitou bývají prezentovány jak na konferencích, tak i v odborných časopisech. Dle MUDr. Marinova způsobuje selhání zdravého životního stylu nejenom v časném věku především nedostatečná nutriční a zdravotní gramotnost (50). Tím se opět dostáváme k nutné osvětě společnosti. I Ing. Střítecká udává, že učení a získávání poznatků a návyků představuje vzorové chování dospělého, ve většině případů tedy rodiče. Zodpovědnost za stravování dětí tak mají právě oni; předškolní a školská zařízení mohou pouze doplnit a podpořit naučené rámce z rodiny (51).

Závěr

Z výsledků je patrné, že nejčastěji se vědecké publikace zabývají rodinou a bariérami na její úrovni. Přestože je možné nalézt také zdroje pojednávající o překážkách ve školství či zdravotnictví, nejsou zastoupeny v takové míře, abychom na tyto činitele zaměřili svou hlavní pozornost.

Prevence a samotný preventivní program by měl cílit především na rodinu jako celek. Je nutné vzít v potaz finanční a časovou náročnost, která byla pro rodiče často rozhodujícím faktorem, zda se programu, sportovní aktivitě nebo zdravé stravě budou věnovat či nikoliv. Jako informátora o programu je možné využít jak praktické lékaře pro děti a dorost, tak i mateřské, případně základní školy.

I když bývá všeobecně compliance účastníků jakýchkoliv programů nízká, je potřeba tento boj nevzdávat a pokusit se nalézt jinou cestu, která by mohla pomoci alespoň pár jedincům nalézt nový směr.

Poděkování:

Tato práce byla podpořena grantem MUNI/A/1278/2018 Masarykovy univerzity.

Práce byla podpořena grantem TAČR č. TL01000320 „Vytvoření komplexního systému ochrany zdraví dětí a rodiny v kontextu změn 21. století se zaměřením na dětskou obezitu, výživu a pohyb“.

Střet zájmů: žádný.

LITERATURA

- Kunešová M, Procházka B, Vignerová J, Pařízková J, Braunerová R, Guttenbergerová T a kol. Prevalence nadváhy, obezity a podváhy u sedmiletých dětí v České republice od roku 1951. *Čas Lék Česk.* 2014;153(6):271-6.
- Humeníková L, Gates GE. Dietary intakes, physical activity, and predictors of child obesity among 4-6th graders in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health.* 2007 Mar;15(1):23-8.
- Klimesová I, Miklanková L, Stelzer J, Ernest J. The effect of regular breakfast on body mass index in 9- to 10-year-old Czech children. *Am J Health Educ.* 2016 Jan;47(1):42-6.
- Vnitrostátní strategie ČR v rámci projektu „Ovoce do škol“ pro období od 1. srpna 2009 do 31. července 2010 a Vnitrostátní strategie ČR v rámci projektu „Ovoce do škol“ pro období od 1. srpna 2010 do 31. července 2012. Praha: Ministerstvo zemědělství; 2009.
- Marinov Z, Pastucha D a kol. Praktická dětská obezitologie. Praha: Grada Publishing; 2012.
- Cepík.cz [Internet]. Ústí nad Labem: Centrum podpory zdraví z.ú.; 2014 [citován 17. září 2018]. Plizáková L. Poradce ředitelky mateřské školy. Projekt Cepík pro podporu zdravého životního stylu předškolních dětí. Dostupné z: <https://www.cepik.cz/poradce-reditelky-materske-skoly-projekt-cepik-pro-podporu-zdraveho-zivotniho-stylu-predskolnich-deti/>.
- Cyril S, Nicholson JM, Agho K, Polonsky M, Renzaho AM. Barriers and facilitators to childhood obesity prevention among culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Victoria, Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2017 Jun;41(3):287-93.
- Dwyer J, Needham L, Simpson JR, Heeney ES. Parents report intrapersonal, interpersonal, and environmental barriers to supporting healthy eating and physical activity among their preschoolers. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2008 Apr;33(2):338-46.
- Langford R, Bonell C, Jones H, Campbell R. Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015 Feb 13;12:15. doi: 10.1186/s12966-015-0167-7.
- Lim CS, Janicke DM. Barriers related to delivering pediatric weight management interventions to children and families from rural communities. *Children's Health Care.* 2013 Sep;42(3):214-30.
- Vittrup B, McClure D. Barriers to childhood obesity prevention: parental knowledge and attitudes. *Pediatr Nurs.* 2018 Mar-Apr;44(2):81-94.
- Findholt NE, Davis MM, Michael YL. Perceived barriers, resources, and training needs of rural primary care providers relevant to the management of childhood obesity. *J Rural Health.* 2013 Aug;29 Suppl 1:s17-24.
- Gerards SM, Dagnelie PC, Jansen MW, De Vries NK, Kremers SP. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2012 May 16;13:37. doi: 10.1186/1471-2296-13-37.
- Kelleher E, Davoren MP, Harrington JM, Shiely F, Perry IJ, McHugh SM. Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programmes among families of overweight and obese children: a systematic review. *Obes Rev.* 2017 Feb;18(2):183-94.
- Rice J, Thombs D, Leach R, Rehm R. Successes and barriers for a youth weight-management program. *Clin Pediatr (Phila).* 2008 Mar;47(2):143-7.
- Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: a meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol.* 2018 Sep;23(3):701-22.
- Love P, Laws R, Litterbach E, Campbell KJ. Factors influencing parental engagement in an early childhood obesity prevention program implemented at scale: the Infant Program. *Nutrients.* 2018 Apr 19;10(4):509. doi: 10.3390/nu10040509.
- O'Connor TM, Hilmers A, Watson K, Baranowski T, Giardino AP. Feasibility of an obesity intervention for paediatric primary care targeting parenting and children: Helping HAND. *Child Care Health Dev.* 2013 Jan;39(1):141-9.
- Newson L, Povey R, Casson A, Grogan S. The experiences and understandings of obesity: families' decisions to attend a childhood obesity intervention. *Psychol Health.* 2013 Nov;28(11):1287-305.
- Turner KM, Shield JP, Salisbury C. Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2009 Nov;59(568):856-62.
- Bassett-Gunter R, Rhodes R, Sweet S, Tristani L, Soltani Y. Parent support for children's physical activity: a qualitative investigation of barriers and strategies. *Res Q Exerc Sport.* 2017 Sep;88(3):282-92.
- Rodríguez-Ventura AL, Pelaez-Ballestas I, Sámano-Sámano R, Jiménez-Gutiérrez C, Aguilar-Salinas C. Barriers to lose

- weight from the perspective of children with overweight/obesity and their parents: a sociocultural approach. *J Obes*. 2014;2014:575184. doi: 10.1155/2014/575184.
23. Kulik NL, Thomas EM, Iovan S, McKeough M, Kendzierski S, Leatherwood S. Access to primary care child weight management programs: urban parent barriers and facilitators to participation. *J Child Health Care*. 2017 Dec;21(4):509-21.
 24. Cason-Wilkerson R, Goldberg S, Albright K, Allison M, Haemer M. Factors influencing healthy lifestyle changes: a qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Child Obes*. 2015 Apr;11(2):170-6.
 25. Nepper MJ, Chai W. Parents' barriers and strategies to promote healthy eating among school-age children. *Appetite*. 2016 Aug 1;103:157-64.
 26. Mazarello Paes V, Ong KK, Lakshman R. Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0-6 years): systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open*. 2015 Sep 16;5(9):e007396. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007396.
 27. Brødsgaard A, Wagner L, Peitersen B, Poulsen I. Action competence obstacles to managing childhood overweight: in-depth interviews with mothers of 7- to 9-year-old children. *J Pediatr Nurs*. 2013 Sep-Oct;28(5):453-63.
 28. Sonnevile KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA. Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr*. 2009 Dec 21;9:81. doi: 10.1186/1471-2431-9-81.
 29. Nanney MS, LaRowe TL, Davey C, Frost N, Arcan C, O'Meara J. Obesity prevention in early child care settings: a bivariate (Minnesota and Wisconsin) assessment of best practices, implementation difficulty, and barriers. *Health Educ Behav*. 2017 Feb;44(1):23-31.
 30. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet*. 2015 Jun 13;385(9985):2400-9.
 31. Lucas PJ, Curtis-Tyler K, Arai L, Stapley S, Fagg J, Roberts H. What works in practice: user and provider perspectives on the acceptability, affordability, implementation, and impact of a family-based intervention for child overweight and obesity delivered at scale. *BMC Public Health*. 2014 Jun 17;14:614. doi: 10.1186/1471-2458-14-614.
 32. Visram S, Hall TD, Geddes L. Getting the balance right: qualitative evaluation of a holistic weight management intervention to address childhood obesity. *J Public Health (Oxf)*. 2013 Jun;35(2):246-54.
 33. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands - a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res*. 2016 Mar 8;16:83. doi: 10.1186/s12913-016-1324-7.
 34. Lanigan J. Prevention of overweight and obesity in early life. *Proc Nutr Soc*. 2018 Aug;77(3):247-56.
 35. Faulkner G, White L, Riaz N, Latimer-Cheung AE, Tremblay MS. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: exploring the perceptions of stakeholders regarding their acceptability, barriers to uptake, and dissemination. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S303-10.
 36. Williams NA, Coday M, Somes G, Tylavsky FA, Richey PA, Hare M. Risk factors for poor attendance in a family-based pediatric obesity intervention program for young children. *J Dev Behav Pediatr*. 2010 Nov-Dec;31(9):705-12.
 37. Stockton MB, McClanahan BS, Lancot JQ, Klesges RC, Beech BM. Identification of facilitators and barriers to participation in weight gain prevention research by African American girls. *Contemp Clin Trials*. 2012 Jan;33(1):38-45.
 38. Teevale T, Taufa S, Percival T. Acceptability and non-compliance in a family-led weight-management programme for obese Pacific children. *Public Health Nutr*. 2015 Oct;18(14):2625-33.
 39. Bell LK, Perry RA, Prichard I. Exploring grandparents' roles in young children's lifestyle behaviors and the prevention of childhood obesity: an Australian perspective. *J Nutr Educ Behav*. 2018 May;50(5):516-21.
 40. Brink-Melis WJ, Derksen ER, Westerman MJ, Renders CM, Seidell JC, Visscher TL. The local implementation of a chronic disease management model for childhood overweight and obesity. *Obes Facts*. 2012;5(5):766-75.
 41. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*. 2005 Jul;116(1):e94-101.
 42. Murphy L, Demaio AR. Understanding and removing barriers to physical activity: one key in addressing child obesity. *Br J Sports Med*. 2018 Oct;52(20):1284-5.
 43. McIntosh B, Daly A, Mâsse LC, Collet JP, Higgins JW, Naylor PJ, et al. Sustainable childhood obesity prevention through community engagement (SCOPE) program: evaluation of the implementation phase. *Biochem Cell Biol*. 2015 Oct;93(5):472-8.
 44. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*. 2002 Jul;110(1 Pt 2):210-4.
 45. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Fam Pract*. 2007 Sep 3;8:50. doi: 10.1186/1471-2296-8-50.
 46. Redsell SA, Atkinson PJ, Nathan D, Siriwardena AN, Swift JA, Glazebrook C. Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: a mixed-methods study of HCPs' knowledge, beliefs and practice. *BMC Fam Pract*. 2011 Jun 23;12:54. doi: 10.1186/1471-2296-12-54.
 47. Schalkwijk AA, Bot SD, de Vries L, Westerman MJ, Nijpels G, Elders PJ. Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change: a qualitative study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015 Aug 19;12:102. doi: 10.1186/s12966-015-0263-8.
 48. Ling J, B Robbins L, Hines-Martin V. Perceived parental barriers to and strategies for supporting physical activity and healthy eating among Head Start children. *J Community Health*. 2016 Jun;41(3):593-602.
 49. Byrd-Williams C, Dooley EE, Sharma SV, Chuang RJ, Butte N, Hoelscher DM. Best practices and barriers to obesity prevention in Head Start: differences between director and teacher perceptions. *Prev Chronic Dis*. 2017 Dec 21;14:E139. doi: 10.5888/pcd14.170297.
 50. Marinov Z. Můžeme změnit nešvary ve výživě dětí časného věku? *Ped Praxi*. 2015;16(3):206-8.
 51. Štřítecká H. Co si rodiče představují pod pojmem zdravá strava pro děti - aneb psali to na internetu - musí to být pravda. *Ped Praxi*. 2019;20(1):55-8.

Došlo do redakce: 22. 10. 2019

Přijato k tisku: 22. 10. 2020

MUDr. Lucie Smejkalová
Ústav ochrany a podpory zdraví
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita
Kamenice 5
625 00 Brno
Česká republika
E-mail: Luciii.Smejkalova@gmail.com