

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky

Poruchy příjmu potravy u žáků 2. stupně základních škol

Eating disorders among pupils of upper primary school

Bakalářská práce

Bc. Soňa Šnáblová

Vychovatelství

Kombinované studium

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Praha 2012

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy se zaměřením na dvě základní a v současné době nejvýznamnější onemocnění – mentální anorexie a mentální bulimie. V teoretické části shrnuji poznatky o poruchách příjmu potravy, podávám základní informace o mentální anorexii a mentální bulimii, věnuji pozornost jejich příčinám vzniku, příznakům, důsledkům a léčbě. Dále se věnuji prevenci poruch příjmu potravy na ZŠ. Na základě teoretických východisek bylo provedeno dotazníkové šetření mezi žáky základních škol, které si kladlo za cíl zjistit úroveň znalostí dané problematiky, spokojenost s vlastním tělem a vzhledem a jejich vztahy k dietním tendencím.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, nespokojenost s vlastním tělem, strach z tloušťky, dospívání, pubescence.

Abstract

This thesis deals with the eating disorders, focusing on two basic and currently the most important diseases - anorexia nervosa and bulimia nervosa. The theoretical part summarizes findings about the eating disorders. I give basic information about anorexia nervosa and bulimia nervosa, I devote the attention to their causes, symptoms and consequences. I also write about a prevention of the eating disorders in primary school. Based on the theoretical background, a questionnaire survey was conducted among elementary schools, which aim was to determine the level of knowledge of these issues, satisfaction with one's body and appearance and their relationship to the diet trends.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, dissatisfaction with one's own body, gear of corpulence, growing up, puberty.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PaedDr. Evy Marádové, CSc. V práci jsem použil/a informační zdroje uvedené v seznamu.

V Praze dne 14. 4. 2012

.....

Poděkování

Své školitelce PaedDr. Evě Marádové, CSc. děkuji za odbornou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi v průběhu mé práce s ochotou poskytovala. Stejně jako RNDr. Lence Pavlasové. Ph.D za poskytované konzultace. Dále patří můj dík všem učitelům škol, kteří mi umožnili zadávání dotazníků svým žákům, stejně jako všem respondentům. V neposlední řadě také děkuji svým rodičům a příteli, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část.....	11
2.1	Historie	11
2.2	Poruchy příjmu potravy	14
2.2.1	Období puberty jako období rizikové	15
2.2.2	Mentální anorexie	17
2.2.3	Mentální bulimie.....	18
2.2.4	Mentální anorexie a bulimie u dětí a pubescentů.....	20
2.3	Příčiny vzniku	22
2.3.1	Sociokulturní faktory	22
2.3.2	Rodinné a genetické faktory	23
2.3.3	Biologické faktory	24
2.3.4	Osobnostní faktory.....	24
2.4	Příznaky poruch příjmu potravy	25
2.5	Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy.....	27
2.6	Výskyt poruch příjmu potravy v ČR.....	29
2.7	Léčba – terapie pro pubescenty	31
2.7.1	Informovanost a poradenství pro rodiče.....	32
2.7.2	Terapie	32
2.7.3	Hospitalizace	33
2.8	Prevence.....	35
2.8.1	Prevence v rodině.....	35
2.8.2	Prevence ve škole.....	36
3	Praktická část.....	39
3.1	Cíle dotazníkového šetření.....	39

3.2	Metoda dotazníkového šetření.....	39
3.2.1	Místo dotazníkového šetření a charakteristika respondentů.....	39
3.2.2	Postup při zpracování výzkumu.....	40
3.3	Stanovení hypotéz	40
3.4	Výsledky výzkumu.....	42
4	Diskuze.....	61
5	Závěr	67
6	Seznam použité literatury.....	68
	Seznam tabulek.....	71
	Seznam grafů.....	71
	Příloha 1: Dotazník.....	72

1 Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažným psychosomatickým onemocněním s bohatou historií, avšak i dnes je to velmi aktuální téma. Podle statistik čím dál více narůstá případů tohoto onemocnění mezi mladými dívkami a ženami. Věková hranice se stále snižuje. „Každých 5 až 10 let se sníží věková hranice začátku anorexie a bulimie o rok. Zatímco před koncem tisíciletí byla kolem 13 až 16 let, dnes je to 9 až 10 let.“¹ Poruchy příjmu potravy jsou novým fenoménem poslední doby a dle mého názoru je nezbytné o něm mluvit, diskutovat a být informován.

Do této skupiny onemocnění se řadí velké množství poruch, jako např. mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a mnohem méně známé bogorexie a ortorexie. Ve své práci se věnuji prvním dvěma jmenovaným poruchám.

Žijeme v době, kdy na nás působí nepřehledné množství ataků moderního světa. Každý den se setkáváme s vychrtlými herečkami, modelkami či moderátorkami, které nám televizní obrazovky vnucují za vzor moderní společnosti. „Na takové odhalování mám už moc malá prsa. Zvětšila by se mi, ale to bych musela ztloustnout, což v žádném případě nepřipadá v úvahu. Mně teď anorexie vyhovuje,“² žertvovala nedávno modelka v rozhovoru. Denně na nás působí obrovské množství reklam na nízkokalorická jídla. V televizních pořadech a časopisech odborníci radí, jak nejlépe, nejefektivněji a hlavně nejrychleji shodit svá kila. I móda je zatížena na štíhlost. V obchodech s oblečením se setkáváme s nově vzniklou miniaturní velikostí XS. Britská studie módních figurín odhalila, že figuríny jsou natolik hubené, že být z masa a kostí, nemohla by vůbec menstruovat (Cooper, 1995). Každý jedinec proto může velmi snadno podlehnout těmto předkládaným současným trendům, ve kterých jsou přerušování diet a mírná nadváha vnímány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Velké nebezpečí spatřuji právě v působení masových sdělovacích prostředků na děti v pubescentním věku, na které se často některé kampaně zaměřují. Naše kultura nás naučila obdivovat to, co je nám médií doporučováno. Jestliže chceme být uznáváni, musíme se měnit, tvarovat, redukovat, odstraňovat (Fialová, 2007).

¹ Anorexie není legrace. In Blesk pro ženy. 2012, č. 11, s. 42

² tamtéž

Poruchy příjmu potravy představují problém ve všech vyspělých zemích. Preventivní programy a opatření se v různých zemích liší. Izrael schválil zákon zakazující propagaci příliš štíhlých modelek. V několika státech se za pomoci zákonodárných orgánů rovněž prosazuje snaha nepodporovat modelky s výraznou podvážou. V jiných státech jsou ovlivňováni prodejci módy, aby nenabízeli v tak masovém měřítku oděvy nejmenších velikostí.

Téma poruchy příjmu potravy se zaměřením na 2. stupeň základní školy bylo pro mou bakalářskou práci vybráno z několika příčin. První je čistě osobní, jako vzpomínka na svá školní léta. V této době jsem se začala více zajímat o stravovací návyky. Prošla jsem poruchou příjmu potravy a různými druhy vegetariánství. U mého bratra se s nástupem do základní školy změnil denní režim, a tím jeho stravovací návyky, což mělo za následek změnu postavy a následně zdraví. To vše k horšímu. Dále si myslím, že poruchy příjmu potravy jsou v současné době aktuálním problémovým tématem, o kterém se stále nedostatečně informuje.

V jednotlivých kapitolách je postupně nastíněna základní informace o dvou v médiích nejčastěji jmenovaných onemocněních - mentální anorexii a mentální bulimii. Předmětem jednotlivých kapitol jsou jejich charakteristiky, příčiny vzniku, příznaky těchto nemocí a zdravotní následky i léčba, a to vše se zaměřením na pubescentní období dětí. Tématu léčba se věnuji jen okrajově, jelikož se domnívám, že pro pubescentní období je v první řadě důležitá informovanost a další prevence. Samostatnou kapitolou je prevence těchto onemocnění, na kterou navazuje i výzkumná část. Praktickou částí je tedy výzkum, na který byla použita kvantitativní metoda – anonymní dotazník, který zjišťuje míru informovanosti a znalosti žáků 2. stupně základních škol o poruchách příjmu potravy. Dotazník zjišťuje jejich spokojenost se svým tělem a vztah k dietním tendencím. Žáci 2. stupně základních škol jsou právě velmi rizikovou skupinou pro případný počátek výskytu některých z uvedených nemocí.

Z důvodu velkého rozdílu v procentuálním zastoupení nemocných dívek a chlapců ve věkové skupině od 12 do 15 let, ve své bakalářské práci hovořím především o nemocných dívkách. Neznamená to ovšem, že si neuvědomuji riziko onemocnění i u chlapců.

Cíle práce

- Cílem bakalářské práce je především snaha teoreticky zpracovat problematiku poruch příjmu potravy a objasnit některé základní pojmy této oblasti.
- Provést dotazníkové šetření mezi žáky základních škol. Anonymní dotazník má zjistit:
 - Informovanost mezi žáky základních škol o poruchách příjmu potravy.
 - Spokojenost žáků s vlastním tělem a jejich vztah k dietním tendencím.
 - Jejich kladné a záporné stravovací návyky.

2 Teoretická část

2.1 Historie

Poruchy příjmu potravy jsou v současné době velmi diskutovaným tématem právě proto, že jejich výskyt je stále častější a věková kategorie nemocných se stále snižuje. Někteří odborníci řadí poruchy příjmu potravy mezi tzv. civilizační choroby, avšak první zmínky o nich sahají k Hippokratovi, tedy až do 5. století před naším letopočtem. Příznaky poruch příjmu potravy byly poprvé popsány již ve 2. století n. l. Galénem. Znaky bulimie popisují již Egypťané. V dobách starověkého Řecka a Říma se tato nemoc vyskytovala běžně.

Ve 12. – 15. století ženy hladověly, aby umlčely své hříšné tělo, sebetřýzní odčinily své hříchy a osvobodily svou duši, následně se prohlašovaly za svěťice. Ve 14. století zemřela sv. Kateřina ze Sienny ve věku 33 let na následky dlouhodobého hladovění. Sv. Kateřina odmítala jídlo, ale zároveň konala i jiné kajičné skutky, které byly motivované její vírou. Často rozdávala jídlo, které sama nesnědla. Její přesvědčení nebylo stejné jako u dnešních anorektiček. 16. století je obdobím, kdy církev pronásledovala tzv. anorektické svěťice, které byly prohlašovány za posedlé ďáblem (Ulrichová, 2007).

V 17. století britský lékař Richard Morton poprvé užil termín mentální anorexie. Slovo anorexie je řeckého původu, skládá se z předpony an (nedostatek) a ze slova orexia (chuť k jídlu). V roce 1874 pak lékař William Gull poprvé diagnosticky vymezil termín anorexia nervosa³.

První známou anorektičkou byla v 19. století rakouská císařovna Sissi. Stejně jako u většiny Habsburků se i u Sissi projevil známky dědičného šílenství, které mělo původ ve sňatcích s příbuznými. Nepřetržitě měla pocit, že ji někdo pozoruje a sleduje, měla obrovský strach ze stárí, a proto se snažila udržet si stále štíhlou postavu. Její váha nikdy nepřekročila 55 kg. Většinou se její váha pohybovala mezi 44 - 48 kilogramy při

³ **Podle: Navrátilová, M. a spol.** *Historie poruch příjmu potravy*. Dostupné z <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy> [Cit. 4. 2. 2012].

výšce 172 cm. Pas, který měla velmi utažený ve své šněrovačce, měřil pouhých 47 centimetrů. Do korzetu se nechávala každé ráno zašít, jelikož považovala své služebné v utahování korzetů za neschopné. Židle bychom nikdy v jejích pokojích nenašli. Ve všech sídlech nechala zřídit tělocvičnu. Držela několikátýdenní hladovky, otékaly jí nohy, cvičila do vyčerpání, chodila na dlouhé a namáhavé túry, spát chodila s vlhkými šátky kolem boků. Věřila, že mají zeštíhlující účinek. Svou váhu kontrolovala 3 krát denně⁴.

Největší rozkvět těchto onemocnění nabyl ve 20. století. V roce 1917 Dr. Lulu Hunt Peters zavedl do oblasti výživy termín kalorie. Do té doby jsme se s tímto termínem mohli setkat jen ve fyzice. Současně vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety. V první polovině století přibývá případů mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy a ve Spojených státech.

Kult extrémní štíhlosti se začal rozvíjet s nástupem modelky Twiggy. Tato vyhublá kráska se objevila koncem 60. let na titulní straně časopisu Vogue s hmotností 41 kg a výškou 170 cm. „*Od té doby všechny manekýny zeštíhly. Dnes váží o čtvrtinu méně než průměrná americká žena, která má 63,5 kilogramů.*“⁵ O 10 let později někteří lékaři varují před rapidním nárůstem poruch příjmu potravy. Poukazují na fakt, že 70 % amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny. Rovněž varují před stále štíhlejšími vítěžkami soutěží krásy. V roce 1979 vznikají první speciální zařízení pro postižené poruchami příjmu potravy. Teprve v roce 1980 dochází k úplnému vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie. V roce 1986 poukázali D. M. Garner a E. Garfinkel na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie, předpokládali multifaktoriální etiologii. V tomto roce se zjistilo, že až 80 % dívek mezi desátým a jedenáctým rokem v San Franciscu drží dietu. V roce 1987 WHO (světová zdravotnická organizace) vydává prohlášení, že mentální bulimie je prioritní problém světové

⁴ Podle: Dvořáková, B. (úprava J. Sladká). *První známá anoretička*. Dostupné z < <http://abporuchy.sweb.cz/studie.htm> > [Cit. 3. 3. 2012].

⁵ Internetová stránka zabývající se problematikou poruch příjmu potravy - Štíhlá až ke smrti. Dostupné z < <http://www.anorexie.czechian.net/SAKS.htm> > [Cit. 4. 2. 2012].

populace. Od roku 1990 až do současnosti vznikají preventivní a podpůrné programy, veřejnost je nespokojena s ideálem vyhublosti a s nepřiměřenými dietními tendencemi⁶.

V roce 1994 se dostal do medií příběh sester Michaely a Samantha Kendallových, které trpěly mentální anorexií od svých 14 let. Sestry měly ve svých 14 letech 90 kg. Díky své váze se staly terčem posměchu ve svém okolí. Sestry se proto dohodly, že budou spolu držet o prázdninách dietu. Jedly jen jedno jablko a jeden jogurt denně. Za dva měsíce prázdnin zhubla každá 20 kilogramů. Matka s děvčaty navštívila lékaře, ale v této době nebyla taková znalost poruch příjmu potravy, a proto nikdo tedy neodhalil počátky mentální anorexie. Ve 22 letech obě otěhotněly, avšak z obavy o ztloustnutí se obě rozhodly pro interrupci. Michaela byla proti své vůli umístěna do nemocnice, kde ji uměle vyživovali. V 27 letech zemřela, anorexií trpěla 13 let. Její sestra zemřela o 3 roky později, ve 30 letech, kdy vážila pouhých 30 kilogramů. Anorexie ji sužovala 17 let. Tento tragický příběh i s fotografiemi nejslavnějších anorektiček vyvolalo vlnu zděšení po celém světě. Bylo jasné, že problémy poruch příjmu potravy nelze podceňovat.⁷

⁶ Podle: **Navrátilová, M. a spol.** *Historie poruch příjmu potravy*. Dostupné z < <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy> > [Cit. 4. 2. 2012].

⁷ Podle: *Osud Michaely a Samantha Kendallových – Samantha and Michaela Kendall*. Dostupné z < <http://heidiangelac.wordpress.com/2012/02/22/samantha-and-michaela-kendall-the-anorexic-twins/> > [Cit. 4. 3. 2012].

2.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou psychická onemocnění, která se vyznačují různými patologickými způsoby zacházení s jídlem. Podle Krcha (2005) jsou pro své somatické, psychické a sociální důsledky jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen.

V současné době se můžeme setkat se stále více lidmi, kteří jsou nespokojeni se svým tělem, svou postavou, hmotností a snaží se co nejvíce přiblížit dnešnímu mediálně propagovanému ideálu krásy. Poruchy příjmu potravy byly v roce 1986 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnuje do této skupiny poruch dva nejzřetelněji vymezené syndromy, na které se zaměřuji i já ve své práci, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Fraňková do této skupiny onemocnění řadí navíc obezitu, odmítání jídla, nechutenství a vybíravost.

Podle Krcha (2005) jsou si přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček mentální bulimie a mentální anorexie velmi podobné a mají společné znaky, které tento druh onemocnění doprovázejí:

- Strach z tloušťky;
- Nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu;
- Nadměrná pozornost věnovaná tělesné hmotnosti;
- Nadměrná pozornost věnovaná jídlu;
- Nadměrné úsilí k dosažení štíhlosti (popř. snaha alespoň nepřibrat)
- Nadměrné úsilí o zvýšení tělesného výdeje

V jiné publikaci Krch (2005) uvádí navíc další vlastnosti společné pro obě tyto poruchy, a to nízké sebevědomí, sociální problémy a nejrůznější somatické obtíže. Zásadním rozlišovacím znakem těchto poruch je tělesná hmotnost. Leckdy se zároveň s poruchami příjmu potravy objevují i další doprovodná onemocnění závislosti jako např. vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, deprese, úzkosti, závislosti na lécích. Poruchy příjmu potravy se také mohou vyskytnout v kombinaci se sebedestruktivní problematikou.

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že obě jmenované poruchy jsou spojené rovněž s psychickými problémy. Postupně se dotyčná osoba dostává do stavu, kdy není schopna své chování ovládat a je třeba vyhledat pomoc druhých lidí, a to nejen po stránce medicínské.

2.2.1 Období puberty jako období rizikové

Většina údajů o této skupině nemocí je získána z výzkumů probíhajících u dospělých nebo adolescentních pacientek. Výzkumů, které se zabývají dětmi v období puberty je málo. Děti pod 12 let představují asi 5 % případů pacientů s poruchou příjmu potravy. Školní věk totiž vnáší mimo jiné zásadní změny do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí školáků.

Období dospívání je děleno na 2 etapy, a to období pubescentní (11 - 15 let) a období adolescentní (15 - 18 let). Ve své práci se zabývám žáky 2. stupně základních škol, kteří spadají do období pubescentního, tedy do 1. etapy. Období dospívání je nejrizikovějším obdobím, kdy se mohou projevit příznaky spojené s poruchami příjmu potravy. Zde se procento výskytu těchto onemocnění za poslední dobu výrazně zvyšuje. Podle posledních údajů se dokonce věk dětí a dospívajících trpících těmito nemocemi snižuje, a to v první řadě proto, že s věkem vzrůstají i tukové zásoby, tělesná hmotnost a výška. Počátky anorexie jsou často před 14. rokem věku. Poruchy příjmu potravy v dětství a raně adolescentním věku negativně ovlivňují proces dospívání i oblasti biologické i psychosociální (Krch, 2002).

Maximum váhového přírůstku je někdy okolo 13 let věku. Dívky si v tomto období přejí být štíhlé, ale postupně se více a více vzdalují od své dětské postavy a vytváří se jim zejména tukové tkáně. Najednou si nevědí se svou postavou rady. Chlapci to v tomto věku mají jednodušší. Přejí si být vyšší, silnější, svalnatější, vývoj jejich postavy se opravdu tímto směrem ubírá, jelikož chlapecké tělo v tomto věku vytváří především svalovinu. Období puberty je obdobím, které je plné zvratů, pocitů, změn nálad a uvědomování si sebe sama. Je těžké se s těmito změnami a změnami postavy vyrovnat. Pro určitý věk v dospívání je daná orientační průměrná hmotnost měřena v BMI (Body Mass index), tj. indexové číslo hmotnosti vypočítané z poměru tělesné

výšky a hmotnosti (**BMI = tělesná váha [kg] / tělesná výška² [m]**) (viz tab. č. 1). Vypočítaná hodnota BMI nám napoví, zda máme nadváhu, podváhu nebo obezitu. BMI není v dětství lineární veličinou, za lepší indikátor nepřiměřené hmotnosti se považuje poměr výšky a hmotnosti

Tab. č. 1 Hodnoty BMI (upraveno dle Šlechtová, 2007).

Věk (let)	BMI Chlapci	BMI Dívky
11	16-19	16-19
12	16,5-19,5	17-20,5
13	17-20	18-21
14	18-21	18,5-22
15	19-21	19-22
16	19,5-22	19,5-23

Tělesná hmotnost vzrůstá s věkem, a to zejména v průběhu dospívání, proto je u dětí mladších 15 let důležitějším ukazatelem očekávaný hmotnostní přírůstek než výsledek BMI. To znamená, že děti před pubertou mohou mít tělesnou hmotnost, která je nižší než je BMI 17,5 a nemusí být anorektické. Rozhodně by však měly přibírat na hmotnosti. Není normální, aby např. v 15 letech měly stejnou nebo nižší tělesnou hmotnost jako ve 12 letech. Výjimkou jsou děti, které trpěly nadváhou a přiměřeně zhubly. U dospívajících dětí mohou vyhublost a podvýživa způsobit, nebo dokonce zastavit tělesný růst. Vliv poruchy na tělesný růst může být obrovský a nezvratný. U dívek se dále nevyvíjejí prsa, u chlapců zůstávají dětské genitálie. Po návratu k přiměřené tělesné hmotnosti obvykle dochází k normálnímu dokončení tělesného vývoje. Dospívající s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci. U dětských pacientů se problém ztráty kostní hmoty mísí s poruchou

přirůstání kostí, takže není nikdy dosaženo normální maximální kostní hmoty. Podvýživa v dětství je vždy nebezpečná a může mít trvalé následky (Šlechtová, 2007).

2.2.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie, také anorexie nervosa, je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti nebo udržováním podváhy, v podstatě se dá říci, že pro takto nemocné pacienty se ztráta váhy stává životní cestou. Způsoby, které vedou ke snížení tělesné hmotnosti, jsou různé. Někteří preferují intenzivní cvičení, či omezení příjmu potravy, ostatní zvrací, užívají nejrůznější projímavé a dietní přípravky.

Mentální anorexie je závažné onemocnění, které postihuje především dívky v pubertálním nebo později adolescentním období jejich života, tedy ve věku 11 - 18 let, jen vzácně v pozdějším věku. Nástupu určujících příznaků většinou předchází období stupňujících se diet. Dívky začínají omezovat vydatná – tučná jídla, postupně redukují další potraviny, často omezují i příjem potravin nebo pijí jen vodu. Ačkoliv jsou již hubené, mají pocit, že jsou stále tlusté. Zajímají se o recepty na přípravu potravy, znají přesné kalorické hodnoty jednotlivých potravin. Často nadměrně cvičí a jsou-li omezovány, cvičí tajně. Dívky bývají celkově hodně aktivní, a to v oblasti zájmů i školní činnosti (Blatná, 2005). Mentální anorexie se často rozvíjí pomalu a nenápadně, avšak stále graduje ve své extrémnosti. Nemocný místo toho, aby přizpůsobil příjem potravy svému životu, přizpůsobuje svůj život nevhodným stravovacím návykům a požadavkům.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle Mezinárodní klasifikace nemocí lze shrnout do tří základních znaků, jak uvádí Krch (2002):

1. snaha o aktivní udržení si abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk), přičemž hodnota indexu hmotnosti (BMI – Body Mass Index) je nižší než 17,5.
2. patologická obava z tloušťky i v případě velmi nízké tělesné hmotnosti.
3. absence menstruačních cyklů, i přesto, že nejsou indikovány žádné hormonální přípravky.

Chybí-li nějaký z výše uvedených příznaků, může se jednat o atypickou formu mentální anorexie

Dle Krcha (2002) rozeznáváme dva specifické typy:

- nebulimistický (restriktivní) typ – u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání v průběhu epizody mentální anorexie
- bulimistický (purgativní) typ – u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání v průběhu epizody mentální anorexie

Mentální anorexie není jen jídelním problémem, ale je závažným biopsychosociálním onemocněním. Jídlo, resp. hladovění je pouhým symptomem, příznakem, který přivolává pozornost okolí. Pro úspěšnou léčbu je třeba nejen začít jíst, ale také porozumět hlubším kontextům, za kterých se nemoc utvářela a hlavně nadále udržuje.⁸

2.2.3 Mentální bulimie

Mentální bulimii (také bulimia nervosa) charakterizují opakující se záchvaty přejídání se zpravidla množstvím kalorické potravy. Tyto záchvaty přejídání jsou navíc spojené s přehnanou kontrolou tělesné váhy. Mentální bulimie je výraz řeckého původu pro tzn. vlčí hlad. Postihuje především dívky a ženy nejčastěji v rozmezí 15-20 let. Může se však objevit i u čtyřicetiletého člověka. Je známo mnoho případů, kdy mentální bulimii předcházela fáze mentální anorexie. Po delším období, kdy se nemocní omezují v jídle či hladoví, nastupuje logicky období přejídání. Dívky pocítují potřebu kontrolovat svou hmotnost, z tohoto důvodu příjem potravy regulují vyvoláváním zvracení.⁹

⁸Černá, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Dostupné z < http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/74/soubor_2424471.pdf > [Cit. 5. 1. 2012]

⁹Tamtéž

Stejně jako u mentální anorexie, vymezuje Mezinárodní klasifikace nemocí diagnostická kritéria, která uvádí ve své publikaci Krch (2005):

1. Epizody přejídání, které se opakují nejméně 2 x týdně po dobu 3 měsíců, při kterých je charakteristická konzumace velkého množství jídla v krátkém časovém úseku.
2. Neodolatelná touha po jídle, neustálé zabývání se jídlem.
3. Patologická snaha potlačit účinek jídla, a to užíváním léků a projímadel, vyvoláváním zvracení, střídání období hladovění.
4. Chorobný strach z tloušťky.

Dle Krcha (2005) rozeznáváme dva specifické typy:

- purgativní typ, kdy pacient zabraňuje zvýšení hmotnosti užíváním laxativ a diuretik doprovázené zvracením
- nepurgativní typ, kdy pacient dodržuje přísné diety, hladovky, intenzivní fyzické cvičení, avšak nepreferuje pravidelné purgativní metody

Bulimičky mívají normální tělesnou hmotnost s menšími výkyvy. Bulimičky bývají úspěšné v práci nebo ve studiu. Je zde (stejně jako u mentální anorexie) snaha dělat vše dokonale, ale z jejich chování ani zevnějšku nemusí být patrné vůbec nic. Většina lidí si bohužel neuvědomuje, že přejídání a následné pročišťování je nebezpečné, a to dokonce až smrtelně. Během záchvatu jsou konzumována hlavně vysoce kalorická, tučná nebo sladká jídla a jediný záchvat může představovat 10 000 – 20 000 kcal. Nebezpečné je právě samotné zvracení, jelikož velká část bulimiček si musí dávicí reflex vyvolávat prstem nebo nějakým předmětem. Zranění krku a jícnu je velmi bolestivé. Do ran se snadno dostávají infekce.¹⁰

¹⁰ Mentální bulimie – poruchy příjmu potravy. Dostupné z < <http://www.anorexie.czechian.net/> > [Cit. 29. 2. 2012].

Následující přehled uvádí výčet základních rozdílů mezi mentální anorexií a mentální bulimií (Malá, Pavlovský, 2002):

Onemocnění	Mentální anorexie	Mentální bulimie
časný začátek	v 11 letech	v 13-15 letech
prevalence	1%	0,7-7,7%
menstruace	amenorea	pravidelná
úbytek hmotnosti	restrikce, diety	zvracení, diuretika
obezita rodičů, prarodičů	v 15%	nevýznamná
percepce vlastního těla	bludná	správná, sebenenávist
sociální adaptace	maladaptace, izolace	povrchní vztahy

2.2.4 Mentální anorexie a bulimie u dětí a pubescentů

Podle Krcha (2002) poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou období dospívání, i když počátek mentální anorexie bývá často před 14. rokem věku. Příznaky anorexie byly zaznamenány již u dětí mladších deseti let. U časného počátku poruchy je třeba počítat s možností komplikací, proto je důležité vyhledat včas odbornou pomoc.

U dětí a pubescentů je velké riziko v časném nástupu anorexie právě v tom, že:

- Mají menší tukové rezervy – proto je mnohem rychlejší nástup zdravotních obtíží, z těchto důvodů hrozí nebezpečí dehydratace.
- Omezení příjmu potravy vede k vyhublosti výrazně rychleji.
- Existuje možnost zpomalení tělesného růstu, puberty a sexuálního zrání.
- Děti se na rozdíl od starších pacientů méně často přejídají, zvrací a užívají projímadel, oproti tomu jsou důslednější v dodržování dietních pravidel.
- Na snahu vykrmit je, reagují pubescentní pacienti často dramatických odporem, jsou agresivní, útoční.
- Při léčbě je s nimi léčba obtížná. Cíle léčby často nechápou.
- Vyskytují se depresivní příznaky a nálady.

- Do léčby dětí v pubertálním období se vždy musí zapojit rodiče, kteří by měli zároveň zajistit dohled a kontrolu nad přijímaným jídlem pubescenta.
- Problémy dítěte mohou vést ke konfliktům v jeho rodině, k vzájemnému obviňování mezi rodiči.
- U pubescenta je vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání. Nemocný je ve věku, kdy se formuje jeho osobnost, utváří se jeho představa o okolním světě a sociálních zvyklostech.

Z těchto důvodů vyplývá, že i otázka léčby mentální anorexie a bulimie u těchto pacientů bude ovlivněna větším rizikem zdravotního ohrožení. Léčba samotná je závislá na věku a spolupráci nemocného dítěte. Důraz se klade především na spolupráci s rodiči, případně i se školou a vrstevníky. Nezbytná je při léčbě otevřenost a respekt k emocionálním potřebám pubescenta.

U dětí se však můžeme setkat i s dalšími jídelními problémy a poruchami než jsou mentální anorexie a bulimie. Může se objevit ztráta chuti k jídlu v souvislosti s depresí, úzkostí, vlivem nějakého zdravotního problému či ve spojitosti s nevhodnými stravovacími návyky pubescenta (Krch, 2002).

2.3 Příčiny vzniku

Existuje velmi bohatá odborná literatura, ale i různé laické dohady a pověry o tom, co je příčinou mentální anorexie a co způsobilo rostoucí výskyt poruch příjmu potravy v posledních desetiletích. Přes různé teorie a hypotézy dnes většinou existuje shoda v tom, že se na vzniku a rozvoji anorexie podílí celá řada různých faktorů. Mezi nimi hrají rozhodující roli ty skutečnosti a vlivy, které souvisí s držením diet (Krch, 2002).

2.3.1 Sociokulturní faktory

Mezi nejvýraznější rizikové faktory řadíme vliv společnosti, tedy současné společenské myšlení, vliv médií a kultury. Media stále častěji prezentují na kost vyhublé modelky, tanečnice a herečky s anorektickou váhou a chováním. Na internetu jsou propagovány anorektické způsoby života jako novodobá forma náboženství současné mládeže. Jako příklad lze uvést velmi rozšířenou hračku panenku Barbie. Děti už nevidí, že kdyby dívka měla rozměry této panenky, neudržela by se na nohou a musela by chodit po čtyřech. Média nám určují trendy moderního stylu života. Tyto trendy jsou charakteristické péčí o vzhled a štíhlost, která je spojena s mládím, atraktivitou a úspěchem. Vše se točí kolem hubnutí a diet, na čemž vydělávají nejrůznější firmy a podniky nabízející tyto produkty. Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo. Ve sdělovacích prostředcích často slycháme, že „*čím nižší váha, tím lepší zdraví*“ (Papežová, 2002).

Módní ideál nepřímou ovlivňuje snadno ranitelné pubescenty. Ti pak přijímají štíhlost v souvislosti s krásou a životním úspěchem. Módní průmysl a sdělovací prostředky jsou pak odpovědné za rozšiřující se názor u pubescentů, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti (Krch, 2005).

2.3.2 Rodinné a genetické faktory

Životní styl rodiny se vždy přímo či nepřímo odráží ve stravovacích návycích dítěte. Způsob, jakým rodina žije, je ovlivněn celou řadou činitelů. Jsou to například existenční podmínky, interakce mezi členy rodiny, zájem o tělesné a duševní zdraví. Také záleží na zájmu rodiny o výživu a její začlenění do systému uznávaných hodnot (Fraňková, 2003). Často se dospělí vlivem pracovních či společenských činností shromažďují k jídlu pozdě večer. Nemají čas na zpozorování prvních příznaků přicházející nemoci. Právě společné stolování dospělých s dětmi má vliv na utváření postojů k jídlu (Fraňková, 2000).

Vysoké riziko onemocnění hrozí u dětí, v jejichž rodině se jedna z poruch příjmu potravy vyskytla. Svou roli hraje při příjmu potravy genetika. Genetické studie ukazují, až 50 % konkordanci pro anorexii u jednovaječných dvojčat a 10 % u dvojčat dvojvaječných. U anorexie se jedná o více jak 50 %. U bulimie je číslo o něco nižší. Rizikové je i zdědění některých povahových rysů např. úzkostnost, citlivost na stres. V některých rodinách je postižena nemocí matka, babička či teta. Problém s jídelním režimem je komplexnější, jestliže nemocí trpí matka. Pro dítě není dobrým příkladem rodič, který u každého výrobku zkoumá jeho složení, či množství kalorií, jelikož existuje vysoké riziko, že dítě začne jeho chování napodobovat. Čím menší je dítě, tím méně je schopno bránit se vlivu vzoru. Není výjimkou, že poruchami příjmu potravy trpí dvě sestry. Tyto poruchy se mohou projevit i v několika generacích (Papežová, 2003; Sladká-Ševčíková, 2003).

Někteří rodiče vkládají do dětí svá nesplněná přání. Vidí ve svých potomcích modelky, herečky či sportovce. Obzvláště matky, které měly vždy problémy se svou postavou a celý život se stravovaly podle nejrůznějších dietních režimů, kladly na své potomky ty nejvyšší požadavky. Toto vše vede k frustraci a stresu, nikoliv však pozitivnímu efektu. Problémem bývá v souvislosti s poruchami příjmu potravy také komunikace v rodině. Obzvláště v období puberty dítěte, kdy mezi rodičem a dítětem vzniká komunikační bariéra.

2.3.3 Biologické faktory

Ženské pohlaví – stačí být ženou – dívkou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Výzkumy, které prověřovaly spokojenost pubescentů, ukazují, že si samy vytvářejí aktuální a ideální schéma svého těla. Srovnání těchto dvou schémat (skutečného a vysněného) vede zákonitě k tomu, že většina dívek v pubescentním věku je se svým tělem nespokojena. Do této kategorie patří také společenské a kulturní požadavky na ženskou roli.

Puberta je obdobím bezesporu rizikovým v otázce poruch příjmu potravy. Zejména dívky jsou v tomto věku přecitlivělé, trpí výkyvy nálad a není vhodné vtipkovat s nimi o jejich aktuální váze. Dívky se začnou více pozorovat, až přehnaně si připouští některé narážky okolí na svou postavu. Srovnání prototypu ideálního těla s jejich vlastním tělem obvykle vede k nespokojenosti a sebepodceňování (Ulrychová 2007).

2.3.4 Osobnostní faktory

Při vzniku onemocnění hraje roli míra stresové situace i schopnost jedince se s tíživou situací vyrovnat. Mezi ty nejčastější patří dlouhodobé onemocnění blízké osoby či její ztráta, špatné rodinné klima a napětí v rodině.

K nemoci mohou přispívat i charakterové vlastnosti jako je perfekcionismus, kdy se jedinec snaží být dokonalý a tím pozvednout své sebevědomí. Mnoho dívek s poruchou potravy má nerealisticky velké očekávání.

Dalšími charakterovými vlastnostmi jsou úzkostnost, zranitelnost, závislost a nadměrná sebekritičnost. Pro bulimii je typická impulzivita (Papežová, 2003).

Krch (2005) dále přímo vyděluje další faktory, kterými jsou: závislost na psychoaktivních látkách, emocionální faktory a životní události.

2.4 Příznaky poruch příjmu potravy

Rozpoznání poruch příjmu potravy nebývá mnohokrát záležitostí krátkodobou, poruchy se rozvíjejí velmi nenápadně. Její projevy nemocní pečlivě tají do poslední chvíle, jelikož se za sebe stydí, pociťují k sobě odpor a nenávisť. Pokud jde o nemocného v období pubescence, okolí v mnoha případech změny v chování a ve stravovacích návycích přisuzují právě rozmarům pubertálního období. S rozvojem nemoci však přibývá jak příznaků, podle kterých onemocnění rozpoznáme, tak i zdravotních problémů, které nelze podceňovat. Zvláště mentální anorexie je doprovázena viditelným snížením hmotnosti. Poruchy příjmu potravy lze diagnostikovat na základě těchto symptomů:

- **Zmenšený příjem potravy** je často prvním znakem, který rodiče upozorní na možné onemocnění poruch příjmu potravy (Leibold, 1995). Nemocní nejprve vytěsní příjem kaloricky vydatných potravin a spíše se zaměří na konzumaci light potravin. Odmítají některé potraviny a postupně vynechávají tři hlavní denní jídla až po úplné odmítání stravy. Když jsou nuceni do jídla, snaží se podvádět. U mentální bulimie se časem začínou objevovat opakované záchvaty přejídání.
- **Změny v chování při jídle**, kdy nemocní konzumují pokrmu velmi pomalu a zdlouhavě. Nad jídlem sedí viditelně bez zájmu a chuti. Vybírají si části potravy, které snědí. Potravu si dělí na miniaturní kousky. Bulimici mají naopak tendence k hltání i několika potravin najednou.
- **Změny v životním stylu**, kdy nemocní nadměrně žvýkají žvýkačky, pijí kávu. Dokonce i v pubescentním věku se objevuje kouření.
- **Problém hovořit o jídle**. Nemocní často reagují na výtky s odporem, agresi nebo citovým vydíráním.
- **Drastické diety**
- **Častá kontrola hmotnosti a pozorování se v zrcadle**. Nemocní se často váží, třeba i 3x denně, a pozorují, jestli se jejich váha nezvýšila. Jiní se naopak váže ze strachu vyhýbají. Nosí volné oblečení.

- **Strach z tloušťky**
- **Úbytek tělesné hmotnosti** (u dětí a dospívajících chybí přírůstek hmotnosti).
- **Zkreslené představy o svém těle.** Nemocní často vnímají své tělo a sebe sama jako bytost tlustou a ošklivou až odpornou. Dotyčná osoba si o sobě myslí, že je tlustá, i když druzí tento názor nesdílí.
- **Zvýšená pohybová aktivita.** Nemocní neustále cvičí a jsou v pohybu. Cvičení se věnují i v pozdních nočních hodinách a jinou zvláštní dobu. Dokážou chodit na mnohakilometrové pochody. Často pochodují při jídle. Díky přehnané aktivitě se zhoršuje jejich schopnost soustředit se na práci a učení (Maloney, Kranzová, 1997).
- **Izolace od okolí** se objevuje nejprve jen během jídla, kdy si nosí jídlo do pokoje nebo čekají, až nikdo nebude doma. Nemocní nemají rádi, když je někdo při jídle pozoruje. Časem se však vyvine izolace od okolí i v ostatních životních situacích. Začnou se vyhýbat přátelům, rodině a uzavírají se do sebe.
- V případě bulimiček se v domácnosti ztrácejí potraviny. Po jídle nemocní odbíhají na toaletu či do koupelny, kde setrvávají dlouhou dobu.
- Objevuje se **nespavost, náladovost, přecitlivělost, nesoustředěnost, sklony k depresi.**
- Mezi **prvními zdravotními obtížemi** se objevuje zácpa, zimomřivost (Marádová, 2007).

2.5 Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy s sebou nesou řadu zdravotních komplikací, které souvisejí s nedostatečnou výživou (diety, hladovění) a vyhublostí. Mezi ně patří:

- Menší tukové rezervy vedou k rychlejšímu nástupu zdravotních obtíží a hrozí větší nebezpečí dehydratace.
- zhoršení krevního oběhu v končetinách způsobuje přecitlivělost na chlad a nebezpečí podchlazení, rovněž zvýšení výskytu otoků. Hodnoty tělesné teploty pulsu i krevního tlaku bývají sníženy, může dojít k metabolickému rozvratu, poruše ledvin či srdeční zástavě s následnou smrtí.
- vlivem dlouhodobého hladovění dochází v organismu ke ztrátě všech základních látek, což může vést k zastavení růstu i celkovému vývoji dítěte;
- porucha spánku a nespavost;
- nadměrné užívání přípravků vyvolávajících zvracení mají negativní vliv na zuby, ledviny a střeva. Také užívání projímadel vede u organismu k odvodnění a k následnému selhání ledvin. Oslabená funkce ledvin může způsobit tvorbu infekce a kamenů;
- nedostatek bílkovin způsobuje zpomalení růstu a tělesného vývoje u dětí, rovněž zpomalení sexuálního zrání
- rovněž dochází ke ztrátě menstruace, což se dá částečně vysvětlit tělesnými následky podvýživy a částečně psychicko-nervovými vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí, který řídí menstruaci (Leibold, 1995);
- při nedostatku tuků chybí v těle vitamíny rozpustné v tucích a esenciální mastné kyseliny. Tuky patří mezi důležitý zdroj energie, při jeho nedostatku může docházet k poruchám centrální nervové soustavy;
- se zmenšením žaludku je spojena pomalá funkce střev a dochází k zácpě;
- objevuje se zhoršená kvalita pleti, kůže, lámání a vypadávání vlasů, zvýšený růst ochlupení,

- chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků má za následek křeče, chudokrevnost, úbytek sil;
- pokud trvá porucha dlouho, může dojít vlivem hormonálních změn k osteoporóze;
- srdeční obtíže;
- při mentální bulimii se objevuje slabost, únava, závratě, bolesti hlavy, časté močení během dne (slabost močového měchýře), bolesti žaludku, zvýšený cholesterol;
- právě za závažné zdravotní důsledky lze označit zvracení. Jak již bylo řečeno, řada bulimiček si musí dávicí reflex vyvolat prstem nebo jinými předměty. Zranění krku a jícnu je nejen bolestivé, ale rovněž se do rány může snadno zanést infekce, může dojít ke spolknutí předmětu či prasknutí jícnu;
- mentální anorexie i bulimie výrazným způsobem ovlivňují psychiku člověka a jeho osobní i společenský život (Krch, 2000; Marádová 2007).

2.6 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR

Z českých statistik se dozvídáme informace o výskytu dietních tendencí u populace dospělých i dospívajících, o spokojenosti dívek a žen se svou postavou a svým tělem, o počtu lidí (mužů i žen) trpících mentální anorexií a mentální bulimií, o nárůstu případů těchto onemocnění, hospitalizovaných pacientech i o počtu úmrtí, způsobených těmito nemocemi.

- 58 % občanů ČR si myslí, že poruchy příjmu potravy jsou problémem, o kterém se mluví nedostatečně. Až 65 % lidí se setkalo s jedincem postiženým poruchami příjmu potravy.
- Výrazné dietní tendence se objevují již v 7. a 8. ročníku základní školy. 30% patnáctiletých děvčat ve strachu z tloušťky drží redukční dietu.
- 50 % 13 až 14letých českých dívek udává, že si přeje zhubnout. Stejné procento se objevuje i u středoškolaček a zároveň 60 % dospívajících není spokojeno se svým tělem.
- Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kdy postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5 – 0,8 %). Určité příznaky mentální anorexie se však mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty. První příznaky mentální anorexie se zpravidla objevují v období mezi třináctým a šestnáctým rokem (Krch, 2002). Mentální anorexií trpí v ČR přibližně každá 100. dívka, tj. 1 % dospívajících děvčat.
- Rozšíření mentální bulimie v České republice je rovněž srovnatelné se zeměmi západní Evropy. Mentální bulimií u nás trpí přibližně každá 20. dospívající dívka, tj. 4 – 6 % dospívajících děvčat (Krch, 2000).
- V České republice na dvacet až třicet nemocných děvčat připadá jeden nemocný chlapec. Poruchami příjmu potravy trpí v ČR 0,6 % dospívajících chlapců (Sladká-Ševčíková, 2003).
- Zcela se vyléčí 50 % nemocných mentální anorexií, 20 % nemocných přejde do chronického stádia nemoci.
- Zcela se vyléčí 60 % nemocných mentální bulimií.

- Úmrtnost při mentální bulimii je 0 – 2 % a 3 – 10 % při mentální anorexii.¹¹
- Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v roce 2010 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních evidováno 363 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy. Téměř 54 % pacientů bylo léčeno s diagnózou mentální anorexie více než 25 % s diagnózou - mentální bulimie. Pro diagnózu mentální anorexie byly častěji ošetřovány ženy. Muži se ve sledovaném období podíleli průměrem pouze cca 5 %.
 - Z hlediska regionálního srovnání míry prevalence mělo v roce 2010 nejvíce pacientů s poruchou příjmu potravy trvalé bydliště v Praze (5,4 pacientů na 100 tisíc obyvatel), kraji Vysočina (4,5 pacientů) a Jihomoravském (4,4 pacientů). Nejnižší byla míra prevalence v Jihočeském (1,6 pacientů).
 - V roce 2010 tvořili dětští pacienti ve věku do 15 let více než 15 % z celkového počtu hospitalizací. Ve věku 15–19 let bylo hospitalizováno 34 % pacientů. U pacientů nad 19 let bylo zaznamenáno nejvíce hospitalizací ve věkových skupinách 20–24 let a 25–29 let, a to 29 % z celkového počtu těchto hospitalizací.
 - V členění podle zaměstnání a rodinného stavu bylo ve sledovaných letech nejvíce hospitalizací (cca 80 %) ve skupině „nepracující, dítě, studující“ a 83 % z počtu pacientů bylo svobodných, což odpovídá věkové struktuře pacientů léčených s poruchami příjmu potravy.¹²

¹¹ Navrátilová, M., Hamrová, M. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. Dostupné z < http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf > [Cit. 4. 3. 2012].

¹² Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z < <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy> > [Cit. 28. 2. 2012].

2.7 Léčba – terapie pro pubescenty

Podstata léčby poruch příjmu potravy v období dětství a pubescence spočívá ve všestranném přístupu, který připouští biologické, psychologické i sociální potřeby pacienta. V praxi to znamená zajistit u dítěte hmotnostní přírůstek, zabývat se a být citlivý k emočním potřebám dítěte, jeho rodičů, nevynechat ani školu a vrstevníky dítěte.

Aby byla léčba úspěšná, musí se ustanovit **léčebné spojení** mezi rodiči dítěte a terapeutu. Dítě tak dostává pocit bezpečí a důvěry. Důvěra by měla být mezi všemi účastníky. Terapeut by měl být otevřený v poskytování informací, naslouchavý k názorům rodičů i prožitkům dítěte. Důležité je, aby terapeut akceptoval případný nesouhlas. Všichni by měli spolupracovat pro společný cíl, kterým je překonání nemoci (Krch, 2005).

První kontakt vede u mladších pacientů nejčastěji přes pediatrickou či pedopsychologickou ambulantní léčbu. Nejméně jedna polovina pacientek je nejprve hospitalizována na interním nebo dětském oddělení. Gynekolog je často prvním odborníkem, se kterým se pacientka dostane do kontaktu. Je to tím, že rodinu může zneklidnit u dcery ztráta menstruačního cyklu. Přístup odborníků v prvním kontaktu může pacientce pomoci k tomu, aby její kontakt s dalšími odborníky byl snazší a produktivnější, v negativním případě může posílit nechuť, odmítání, pocit selhání a viny.

Ve srovnání s dospělými pacienty je nutné dítě brát jako rostoucího jedince závislého jak na konstelaci rodiny, tak na procesech vlastní fantazie a vlastního emočního prožívání. Dalším rysem je to, že děti mají obecně menší schopnost tolerovat úzkost, a to, že vnitřní konflikty převážně ventilují napovrch a problém vidí spíše ve vnějším prostředí (Kocourková, 1997).

2.7.1 Informovanost a poradenství pro rodiče

Prvním krokem je poskytnout všem zúčastněným dostatek konkrétních informací, které jim pomohou překonat prvotní stud a osamocení, které právě rodiče často zažívají v první etapě léčby svého dítěte. Tyto informace mohou být ve formě informačních brožur, zabývajících se touto tematikou, či v přesném sdělení závažnosti stavu dítěte. Poradenství má za úkol vybavit rodiče informacemi tak, aby zvládli stravování v domácím prostředí, zároveň posiluje rodičovskou spolupráci mezi páry. Schopnost rodičů pracovat společně ve spolupráci s terapeutickým týmem (Krch, 2005).

2.7.2 Terapie

- **Rodinná terapie** - Zapojení celé rodiny do terapie je možné v každé fázi léčby. Důležité je, aby se všichni členové naučili vzájemně spolu komunikovat a dítě nemělo potřebu uchýlovat se k nemoci. Vzájemná terapie zahrnuje sezení s pacientkou, rodiči a sourozenci a první sezení mívá charakter „lunch session“ trvá 2-3 hodiny. Terapeut v něm může pozorovat vzorce rodiny kolem symptomového chování a také způsoby, kterými členové rodiny toto chování posilují. Terapie je v počátečním stádiu zaměřena na odstranění symptomů. Další fáze terapie je zaměřena více na vztahové problémy a změnu v rodinné struktuře směrem k větší flexibilitě, ale také k větší jasnosti hranic mezi jednotlivými členy. Mnoho odborníků v současnosti potvrzuje význam rodinné terapie zejména pro mladší pacientky (méně než 16 let), u nichž trvají obtíže několik měsíců. Užitečnost rodinné terapie pro pacientky, které žijí se svými rodiči a procházejí adolescentním procesem, je nepochybná. I když je rodinná terapie především ambulantní terapeutickou metodou, je možné ji uskutečnit i v průběhu hospitalizace pacientky, jelikož pomáhá rodičům akceptovat hospitalizaci dítěte (Kocourková, 1997).
- **Skupinová terapie** – Skupinová terapie je vlastní většině léčebných programů pro adolescenty s poruchami příjmu potravy. Zde jsou všichni obeznámeni s příčinami vzniku nemoci od jednotlivců. Tento typ terapie není u dětských

pacientů příliš obvyklý. Skupinové sezení vede terapeut, aby bylo zajištěno odborné vedení a zároveň se posilovala důvěra mezi terapeutem a všemi zúčastněnými. Skupinová terapie by měla pomoci pacientkám v bezpečném prostředí vyjadřovat vlastní pocity, pozorovat reakce druhých jak k sobě navzájem, tak k terapeutovi, propracovávat vztahy s vrstevníky a autoritami. Při sestavování skupin se často uvažuje o výhodách a nevýhodách skupiny homogenní či heterogenní. V případě homogenní skupiny anorektických dívek je možné hlouběji proniknout do problematiky kolem jídla a váhy (Krch, 2005; Kacourková, 1997).

- **Individuální terapie** – pro individuální terapii je důležitá odborná výbava terapeuta. K započetí individuální terapie hraje důležitou roli nutriční stav dítěte a jeho kognitivní a emoční vývoj. Rovněž individuální terapie musí probíhat za podpory rodičů.

2.7.3 Hospitalizace

Podle stanovení závažnosti může být dítě hospitalizováno v nemocnici. V takovém případě musí lékař jasně vysvětlit všechny důvody pro přijetí dítěte do zdravotnického zařízení. Nejčastěji je hospitalizace doporučována z důvodů:

- Hmotnostního úbytku většího než 25 %;
- Dehydratace;
- Těžkých depresí;
- Dlouhotrvajících zvracení, či zvracení krve
- Selhání oběhového systému.

Potřeba hospitalizace je nutné zvažovat v každé fázi terapie. Stav malého pacienta je důležité neustále sledovat a vyhodnocovat. Dříve byla hospitalizace pacientů s jídelními poruchami v mladším věku prakticky metodou volby a kontakt s rodiči byl

v počátku hospitalizace omezován. Nyní se objevují jiné modely péče, např. pobyt v nemocnici za přítomnosti rodičů, kteří jsou zahrnuti do terapeutického programu.

U nás obvyklým způsobem je hospitalizace samotného dítěte na psychiatrickém nebo pediatrickém oddělení s vyškoleným personálem na jídelní poruchy a možnosti psychoterapeutické péče. Doba hospitalizace se v průměru pohybuje okolo 3 měsíců. V případě hospitalizace dítěte je potřeba se zaměřit jak na váhový přírůstek, tak na psychologické a psychopatologické problémy pacienta i jeho rodiny (Krch, 2005; Kocourková, 1997).

Medikace se u dětí při léčbě poruch příjmu potravy velmi omezuje. O medikaci by se mělo uvažovat pouze jako o doplňku k jiným terapiím. Zejména pokud tím může zvýšit účinnosti jiných terapeutických postupů (Krch, 2005; Kocourková, 1997).

2.8 Prevence

Abychom předešli poruchám příjmu potravy ve stravování, je nesmírně důležitá prevence. V České republice je prevence mnohdy realizována amatérsky. Rodina a škola by měly fungovat jako první pomoc v počátcích vzniku onemocnění, je však potřeba zajistit dostupnost manuálů s informacemi a metodickými postupy, kterých je stále nedostatek.

2.8.1 Prevence v rodině

První, kdo by se měl zabývat zdravou výživou dítěte, jsou jeho rodiče. Důležité je pozorování stravovacích návyků dítěte v období puberty, kdy může hrozit reálné nebezpečí poruch příjmu potravy. Rodiče by měli reagovat na sebemenší náznaky špatných stravovacích návyků, např. vynechávání společného jídla, vyhazování svačin, vybíravosti, odmítání jídla aj. Faktorů, které nám signalizují, že je něco s dítětem v nepořádku, je celá řada a netýkají se jen stravování, ale i chování. Pokud rodiče u svých dětí postřehnou nějaký náznak, že není něco v pořádku, měli by se co nejrychleji obrátit na dětského lékaře, kterého dítě navštěvuje. Lékař dokáže posoudit, zda je vše v pořádku či nikoliv, popř. provést náležitá vyšetření, která buď hypotézu rodiče potvrdí, či vyvrátí (Ševčíková, 2009).

Rodiče by měli dodržovat určité zásady, kterými by poruchám příjmu potravy u svých dětí předešli. Těmito zásadami jsou:

- Dbaní na společné jídlo – rodiče by měli zařídit, aby dítě alespoň jedno jídlo denně konzumovalo v přítomnosti ostatních členů rodiny. Tedy aby všichni členové rodiny zasedli ke společnému stolování alespoň jednou denně. Samozřejmostí je, že čím více se u společného stolu rodina sejde, tím lépe. Rodiče mají na své děti největší vliv do jejich 15 let, kdy u dětí dochází k tzv. podprahovému napodobování. V případě, že dítě uvidí svého rodiče snídat, zafixují si to jako normu.

- Vyvrátit dítěti chybné společenské přesvědčení, že úspěšná žena je jen štíhlá žena. Rodiči stačí pro splnění této zásady vést děti k objektivnímu pohledu na život.
- Naučit dítě, že životním cílem je být šťastné, nikoliv v první řadě krásné. Dítě by mělo pochopit, že krása není zárukou štěstí, ale spokojený život ano.
- Nepřenášet vlastní nenaplněné sny na děti. Rodič by neměl požadovat po dítěti to, co sám rodič nedokázal.
- Vysvětlit dítěti, že modelky v časopisech nemají „normální zdravou“ postavu. Rodič by měl vysvětlit dítěti, že modelky v časopisech často trpí zdravotními obtížemi a jejich fotografie jsou digitálně vylepšeny.
- Výchova dítěte tak, aby bylo tělo v souladu s duší. Rodič by měl dítěti vštěpovat, že zdravé tělo je stejně důležité jako zdravý duch - rozum¹³.

2.8.2 Prevence ve škole

Významná je úloha pedagogů, kteří s dětmi tráví většinu času ve škole. Díky každodennímu kontaktu znají své žáky po stránce psychické i fyzické. Z tohoto důvodu dokážou rozpoznat známky neobvyklého chování a všimnout si nadměrného úbytku váhy a včas informovat rodiče.

V případě, že učitel nabude podezření, že by se u žáka mohlo jednat o poruchu příjmu potravy, měl by neodkladně zasáhnout, promluvit si se žákem, nabídnout mu pomoc, komunikaci, spolupráci. Dítě může mít pocit, že si o svém problému nemá s kým promluvit, jelikož spolužáci ho nedokážou pochopit a rodičům se svěřit nechce, či nemůže.

Nejlepší je poruchám příjmu potravy předcházet včasnou prevencí. Čím dříve se s prevencí začne, tím větší je pravděpodobnost, že k těmto negativním jevům vůbec nedojde.

¹³ Anorexie není legrace. In Blesk pro ženy. 2012, č. 11, s. 43.

Dle Hall a Cohn (2003) jsou těžištěm v získávání informací o poruchách příjmu potravy osnovy základních a středních škol. Zdůrazňují potřebu vzdělávat v této oblasti jak učitele a rodiče žáků, tak i samotné žáky. Všichni by měli být obeznámeni se symptomy, příčinami i následky poruch příjmu potravy, a s tím související i adekvátní reakce v případě podezření na vznik onemocnění. K úspěšnosti prevence je zapotřebí, aby se na ní podíleli všichni. Prevence musí být systematická a dlouhodobá, pro opravdovou účinnost se musí stát součástí života každého jedince.

2.8.2.1 Rámcový vzdělávací program

Dle portálu RVP.cz vzdělávací obsah na základních školách a nižším stupni gymnázií je v Rámcovém vzdělávacím programu orientačně rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem, či více obsahově blízkými vzdělávacími obory. Každá vzdělávací oblast dále obsahuje vlastní charakteristiku dané vzdělávací oblasti, cílové zaměření vzdělávací oblasti a vzdělávací obsah tématika poruch příjmu potravy je součástí vzdělávací oblasti Člověk a zdraví v oboru výchova ke zdraví a tělesná výchova a ve vzdělávací oblasti Člověk a příroda v oboru přírodopis. Nejobsáhleji se těmito problémy zabývá předmět výchova ke zdraví, který je vyučován na druhém stupni základních škol. Tato problematika však může být zapojena do dalších výukových předmětů, jako je český jazyk (např. různé slohové práce, práce s mediálním sdělením), přírodopis, kam by byla tato problematika zařazena do tématu Trávicí soustava. Dále do předmětu chemie (složení některých potravin) aj. Je zde možná mezipředmětová vazba. Osnovy by se měly zaměřovat na prevenci obou krajních pólů nevhodného stravování, a to jak na mentální anorexii a mentální bulimii, tak i na obezitu. I ve škole je důležitá spolupráce s rodiči, kteří by měli mít možnost kontaktu se školou. Škola by dále měla spolupracovat s odborníky, kteří se zaměřují jak na prevenci poruch příjmu potravy, tak na prevenci jiných sociálně patologických jevů (mezi které poruchy příjmu potravy rovněž patří).

2.8.2.1.1 Charakteristika vzdělávací oblasti Člověk a zdraví

Zařazení oblasti Člověk a zdraví do vzdělávání umožňuje prohloubit vztah žáků ke zdraví, duševní a sociální pohodě a rozvinout praktické dovednosti, které by měly vést k rozvinutí zdravého životního stylu v budoucím životě. Do vzdělávací oblasti člověk a zdraví se řadí vzdělávací obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Tato oblast je zaměřena v první řadě na utváření vztahu ke zdraví a na poznávání preventivní ochrany vlastního zdraví a bezpečí a kvalitu mezilidských vztahů. Důraz je rovněž kladen na praktické dovednosti a jejich aplikace v modelových situacích i v každodenním životě školy.

2.8.2.1.2 Předmět výchova ke zdraví

Dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání směřuje Výchova ke zdraví k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí u žáků tím, že vede žáky k:

- Poznávání zdraví jako nejdůležitější životní hodnoty;
- Pochopení zdraví vyváženého stavu tělesné, duševní i sociální pohody a k vnímání radostných prožitků z činností podpořených pohybem, příjemným prostředím a atmosférou příznivých vztahů;
- Poznávání člověka jako biologického jedince závislého v jednotlivých etapách života na způsobu vlastního jednání a rozhodování;
- Získávání základní orientace v názorech na to, co je zdravé a co může zdraví prospět, i na to, co zdraví ohrožuje a poškozuje;
- Využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k uplatňování způsobů rozhodování a jednání v souladu s aktivní podporou zdraví v každé životní situaci i k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví.

Předmět Výchova ke zdraví má převážně praktický a aplikační charakter, kdy směřuje k hlubšímu poznávání rizikového a nerizikového chování a k osvojování praktických postupů vhodných pro všestrannou podporu osobního i globálního zdraví. Navazuje na obsah vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět a rovněž je předmět Výchova ke zdraví úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova.

3 Praktická část

3.1 Cíle dotazníkového šetření

Cílem a účelem mé výzkumné části je zjistit informovanost mezi žáky běžných základních škol a žáky základních škol s rozšířenou výukou tělesné výchovy. Zabývám se i jejich spokojeností se svým tělem a jejich vztahem k dietním tendencím. Také mě zajímá názor žáků na to, v čem spatřují příčiny těchto poruch. Rovněž zjišťuji, zda tato problematika byla vyučována na jejich škole, a to z důvodu poskytované prevence. Jen okrajově se zaměřuji na to, jaké kladné a záporné stravovací návyky mají, a to konkrétně v otázce, kolikrát denně jedí. Jedna otázka se týká také sportovní aktivity respondentů.

3.2 Metoda dotazníkového šetření

Jak jsem již v úvodu své bakalářské práce zmínila, v praktické části se zaměřím na vlastní výzkum poruch příjmu potravy u dětí na pražských základních školách (běžných a s rozšířenou výukou tělesné výchovy). K provedení výzkumné části je použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření (Pelikán, 1998). Při tvorbě dotazníku jsem vycházela z teoretické části své práce a z citovaných statistik. Dále jsem se nechala inspirovat při tvorbě dotazníkových otázek závěrečnými pracemi Jany Ševčíkové (2009) a Soni Šnáblové (2010). V anonymním dotazníku jsem použila otevřené i uzavřené otázky. Dotazník je tištěný a obsahuje celkem 17 otázek. Vyplnění dotazníku netrvalo déle než 10 minut. Návratnost dotazníků byla stoprocentní, avšak 4 dotazníky nemohly být, pro nedostatečné vyplnění, zahrnuty do výzkumného šetření. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 1.

3.2.1 Místo dotazníkového šetření a charakteristika respondentů

Výzkumné šetření bylo realizováno v časovém období únor – duben 2012 na dvou běžných základních školách (ZŠ genpor. Františka Peřiny, Řepy a ZŠ Jitřní, Hodkovičky) ve stejném období probíhalo výzkumné šetření i na dvou ZŠ s rozšířenou výukou tělesné výchovy (FZŠ Chodovická, Horní Počernice – škola zaměřená na

atletiku a fotbal a ZŠ Jitřní, Hodkovičky – škola zaměřena na atletiku). Dotazníkové šetření probíhalo během výuky nejrůznějších předmětů, nejčastěji na hodinách biologie, občanské výchovy a výchovy ke zdraví.

Konkrétně jsem se zaměřila na žáky 2. stupně základní školy ve věku 11 – 16 let. Tedy na žáky od 6. do 9. tříd). Na otázky odpovídalo celkem 210 respondentů (viz tab. č. 2).

Tab.č. 2 Charakteristika respondentů, kteří odpovídali na dotazník.

	ZŠ		ZŠ s rozšířenou výukou TV	
	Chlapec	Dívka	Chlapec	Dívka
Věk 11 – 16 let	37	58	70	45
Celkem	95		115	

3.2.2 Postup při zpracování výzkumu

Jako výchozí formu vyhodnocení jsem užila grafů, které jsou uvedeny v kapitole Výsledky výzkumu vždy v doprovodu s komentářem. U 2 otevřených otázek měli žáci možnost napsat svůj názor, či sdělit své zkušenosti s dietami. Každá otevřená otázka vyžadovala individuální přístup. Výsledky jsou vyhodnoceny pouze slovně. Při vyhodnocení vždy vyděluji žáky ZŠ, žákyně ZŠ, žáky ZŠ s rozšířenou výukou TV a žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV.

3.3 Stanovení hypotéz

H1 Více než 50 % všech respondentů správně určí charakteristiku mentální bulimie a mentální anorexie.

H2 Žáci sportovních tříd častěji uvedou, že se setkali s osobou trpící některou z poruch příjmu potravy, než žáci tříd běžných.

H3 Alespoň 40 % dívek není spokojeno se svou postavou.

H4 Dietní tendence se vyskytují častěji u žákyň sportovních tříd než u žákyň tříd běžných.

H5 Stravování v kruhu rodinném každý den zažívá méně než 25% všech respondentů.

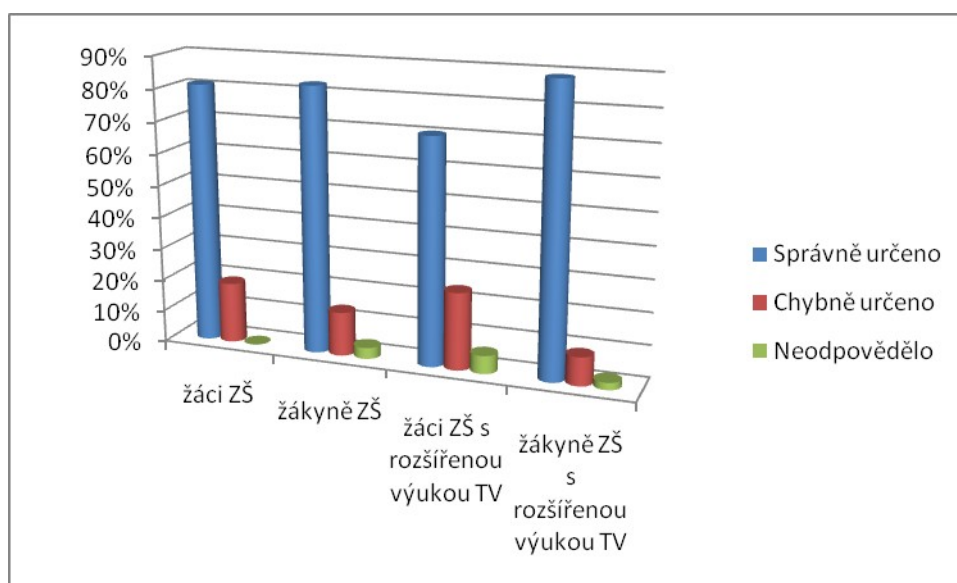
H6 Více zkušeností s dietami mají dívky než chlapci.

3.4 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou uvedeny podle jednotlivých otázek dotazníku (viz příloha č. 1).

Výsledky odpovědí na otázku č. 1a: Žáci měli správně určit charakteristiku mentální bulimie.

Na tuto otázku odpovědělo 82,8 % žákyň ZŠ správně, nesprávně odpovědělo 13,8 %, tuto otázku nezodpovědělo 3,4 %. Mentální bulimii správně určilo 81% žáků ZŠ, naopak 18,9 % ji určilo špatně. Rovněž žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV určily v 88,9 % mentální bulimii správně a jen 8,9 % ji určilo chybně, 2,2 % na tuto otázku neodpovědělo. Správnou charakteristiku určilo rovněž 70,3 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV, avšak 24,1 % charakteristiku určilo špatně a 5,6 % vůbec neodpovědělo (viz graf č. 1).



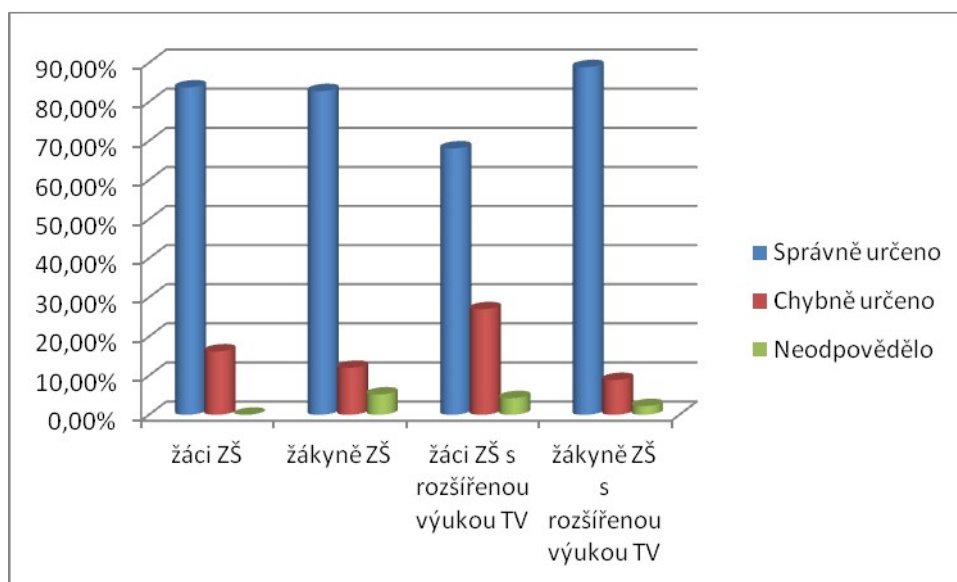
Graf č. 1 Určení charakteristiky mentální bulimie.

Z grafu je viditelné, že charakteristiku mentální bulimie správně určila většina (80 %) všech respondentů.

Tento výsledek **potvrzuje hypotézu H1**, že více než 50% všech respondentů správně určí charakteristiku mentální bulimie a mentální anorexie.

Výsledky odpovědí na otázku č. 1b: Žáci měli správně určit charakteristiku mentální anorexie.

Na tuto otázku odpovědělo 82,8 % žáků ZŠ správně, nesprávně odpovědělo 12 %, tuto otázku nezodpovědělo 5,2 %. Mentální anorexii správně určilo 83,7 % žáků ZŠ, naopak 16,2 % ji určilo špatně. Rovněž žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV určily v 88,9 % mentální anorexii správně a jen 8,9 % ji určilo chybně, 2,2 % žáků na tuto otázku neodpovědělo. Správnou charakteristiku určilo rovněž 68,2 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV, avšak 27 % charakteristiku určilo špatně a 4,3 % vůbec neodpovědělo (viz graf č. 2).



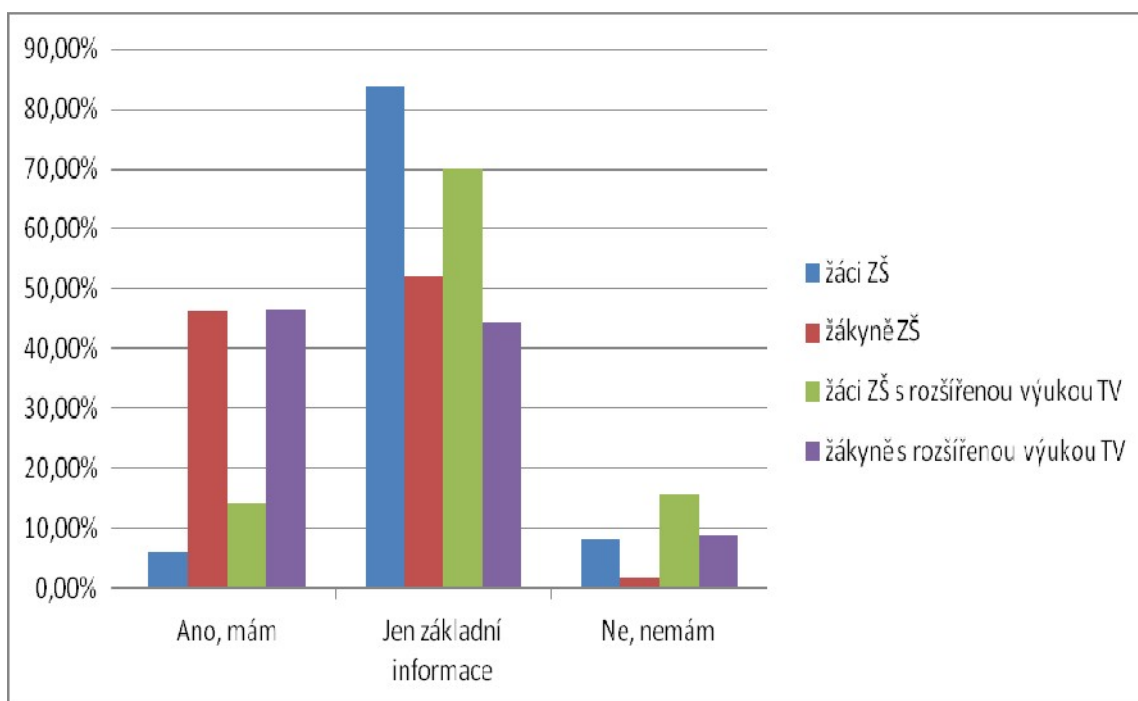
Graf č. 2 Určení charakteristiky mentální anorexie.

Z grafu je viditelné, že charakteristiku mentální bulimie správně určila většina (80 %) všech respondentů.

Tento výsledek rovněž **potvrzuje hypotézu H1**, že více než 50% všech respondentů správně určí charakteristiku mentální bulimie a mentální anorexie.

Výsledky odpovědí na otázku č. 2: Myslíte si, že máte dostatek informací o těchto poruchách?

Na tuto otázku odpovědělo záporně pouze 8,1 % žáků ZŠ, 1,7 % žákyň ZŠ, překvapivě 15,6 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 8,9 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď *ano, mám* uvedlo 8,1 % žáků ZŠ, 46,4 % žákyň ZŠ, 14,2 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 46,6 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Poslední odpověď *jen základní informace* zvolilo 83,7 % žáků ZŠ, 51,6 % žákyň ZŠ, 70 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 44,4 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 3).

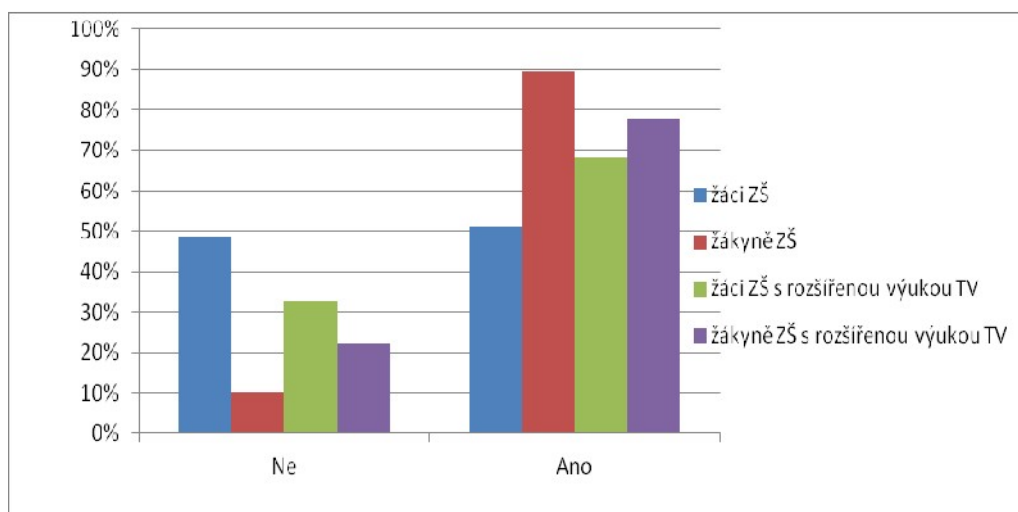


Graf č. 3 Myslíte si, že máte dostatek informací o těchto poruchách?

Z grafů je viditelné, že největší procento žáků uvedlo, že mají o této problematice jen základní informace. Daleko více svou informovanost pocítují dívky, a to až 46,5 %.

Výsledky odpovědí na otázku č. 3: Učili jste se o těchto poruchách ve vaší škole?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 51,3 % žáků ZŠ, 89,4 % žákyně ZŠ, 67,1 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 77,7 % žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď *ne* uvedlo 48,6 % žáků ZŠ, 10,3 % žákyně ZŠ, 32,7 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 22,2 % žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 4).

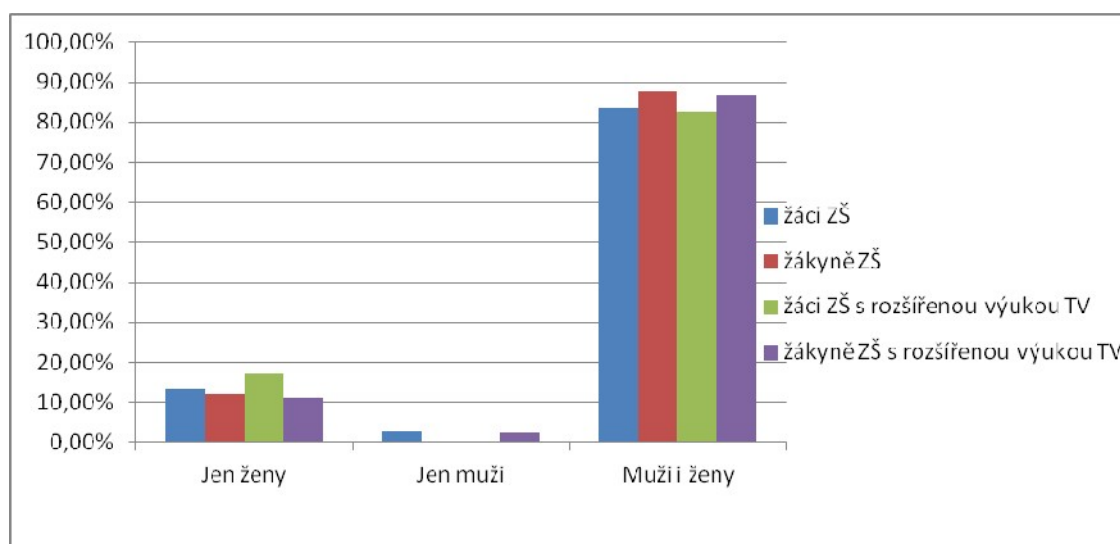


Graf č. 4 Učili jste se o těchto poruchách ve vaší škole?

Z grafů je patrné, že žáci tuto problematiku mají zahrnutu v učebních osnovách školy a učitelé jí věnují pozornost. Překvapující je však procento chlapců ZŠ, kteří uvedli, že se o této problematice ve škole neučili a nebyli s ní seznámeni.

Výsledky odpovědí na otázku č. 4: Těmito poruchami trpí?

Odpověď *jen ženy* zvolilo 13,5 % žáků ZŠ, 12 % žákyň ZŠ, 17 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 11,1 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď v pořadí druhou *jen muži* uvedlo pouze 2,7 % žáků ZŠ a 2,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Ostatní tuto možnost nezvolili vůbec. Poslední možnou odpověď *muži i ženy* zvolilo 83,7 % žáků ZŠ, 86,7 % žákyň ZŠ, 82,4 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 86,6 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 5).



Graf č. 5 Těmito poruchami trpí?

Dle grafů je viditelné, že žáci si ve většině uvědomují, že ohroženi jsou jak ženy, tak i muži.

Výsledky odpovědí na otázku č. 5: Setkali jste se ve svém okolí s někým, kdo trpí nebo trpěl podle vás nějakou poruchou příjmu potravy (PPP)?

Žáci ZŠ ve svých odpovědích uvedli, že se v 13,5 % setkali s někým, kdo trpěl poruchami příjmu potravy, a to dívkou, která trpěla anorexií. Zbytek, tedy 86,4 %, odpověděl, že se s nikým takovým nesetkal. Žákyně ZŠ uvedly, že se s někým, kdo trpěl nějakou z poruch příjmu potravy, setkaly v 24 %, a to 6,9 % s dívkou trpící bulimií a 17,2 % s dívkou trpící mentální anorexií. 75 % žákyň se s nikým takových nesetkalo. Žáci ZŠ s rozšířenou výukou TV uvedli, že se s někým takovým setkali v 15,6 %, z toho ve 14,2% s dívkou trpící anorexií a 1,42 % s chlapcem trpícího mentální anorexií, zbytek žáků (83,8 %) se s nikým takovým nesetkal. Žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV odpověděly, že se setkaly v 29 % s někým, kdo trpěl nějakou poruchou příjmu potravy. Konkrétně ve 20 % s dívkou trpící mentální anorexií a 2,2 % s chlapcem trpícím mentální anorexií, v 6,7 % s dívkou, která trpěla mentální bulimií. 71,3 % žákyň se s nikým takovým nepotkalo (viz graf č. 6 – 9).



Graf č. 6 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žáci ZŠ).



Graf č. 7 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žákyně ZŠ).



Graf č. 8 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žáci ZŠ s rozšířenou výukou TV).



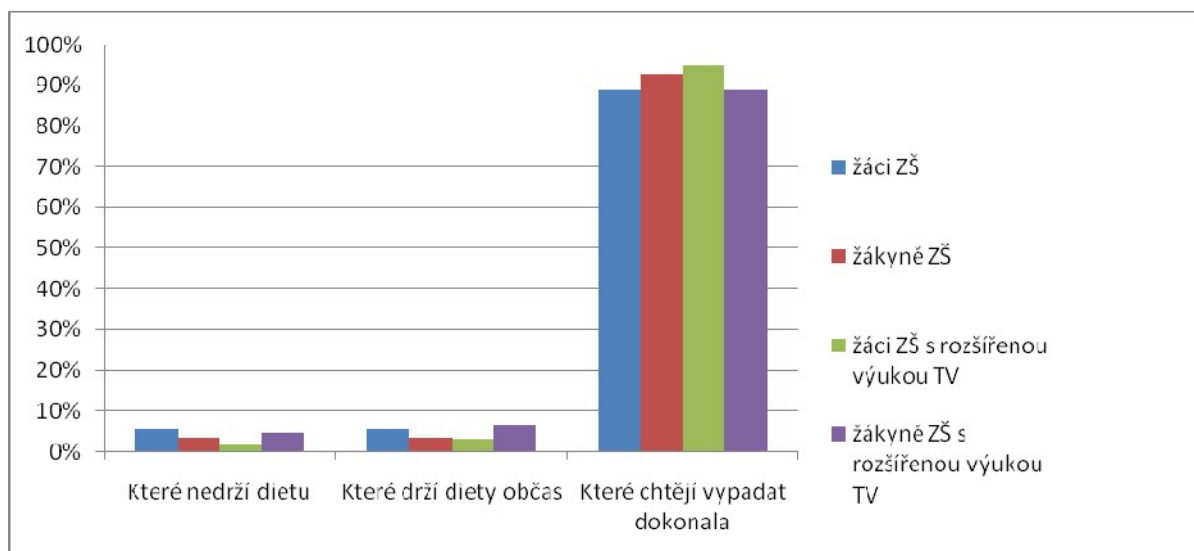
Graf č. 9 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV).

Z grafů je patrné, že častěji se s osobou, která trpí či trpěla jednou z uvedených poruch příjmu potravy, setkaly dívky, a to až v 26 %. Avšak i chlapci mají takovou osobu ve svém okolí. Pokud bychom posuzovali poměr mezi žáky ZŠ a žáky ZŠ s rozšířenou výukou TV, tak žáci ZŠ s rozšířenou výukou TV častěji uvádějí, že se s osobou trpící nějakou z poruch příjmu potravy setkali v 22 % oproti žákům ZŠ, kteří tak odpověděli v 19 %.

V tomto případě se má **hypotéza H2**, že žáci sportovních tříd častěji uvedou, že se setkali s osobou trpící některou z poruch příjmu potravy než žáci tříd běžných, **potvrzuje**.

Výsledky odpovědí na otázku č. 6: Které ženy jsou nejvíce ohroženy těmito poruchami?

Odpověď *ty, které nedrží dietu*, zvolilo 5,4 % žáků ZŠ, 3,4 % žákyní ZŠ, 1,4 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 4,4 % žákyní ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď v pořadí druhou *ty, které drží diety jen občas*, uvedlo 5,4 % žáků ZŠ a 3,4 % žákyní ZŠ, dále 2,8 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 6,7 % žákyní ZŠ s rozšířenou výukou TV. Poslední možnou odpověď *ty, které chtějí vždy vypadat dokonale*, zvolilo 89,1 % žáků ZŠ, 93 % žákyní ZŠ, 95,1 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 88,9 % žákyní ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 10).



Graf č. 10 Které ženy jsou nejvíce ohroženy těmito poruchami?

Z grafu vyplývá, že žáci a žákyně jsou dobře informováni o tom, jaké ženy těmito poruchami trpí. 92 % všech respondentů odpovědělo na tuto otázku správně.

Výsledky odpovědí na otázku č. 7:

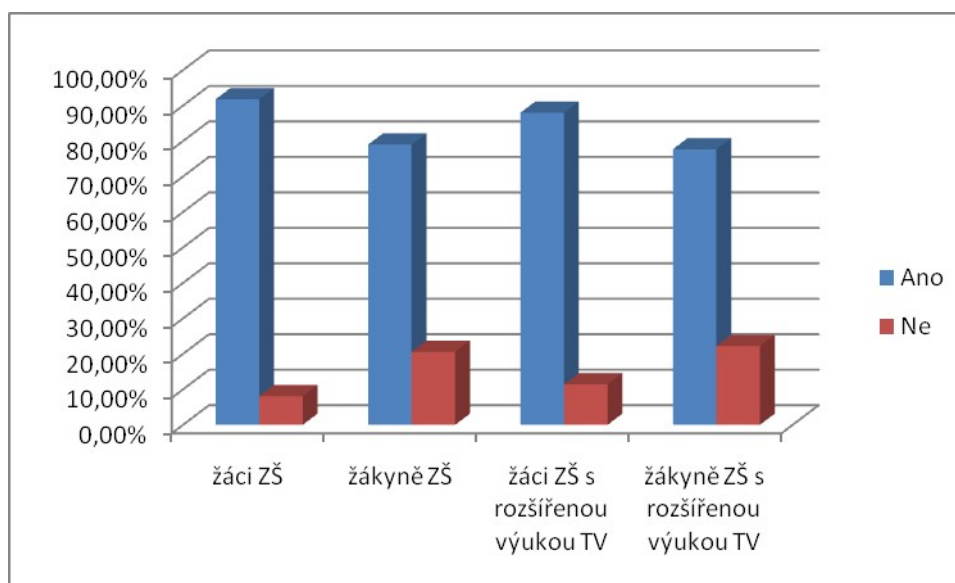
Na tuto otázku neopovědělo 23 % žáků a 13 % žáků neuváděli příčiny poruch příjmu potravy, ale projevy mentální anorexie, či mentální bulimie. Ostatní žáci odpovídali až překvapivě podobnými odpověďmi, které uvádím v tabulce.

Tab. č. 3 Odpovědi na otázku č. 7: Co si myslíte, že je nejčastější příčina poruch příjmu potravy?

Odpověď	počet žáků	Procent (%)
Lidí chtějí být krásní, aby se líbili okolí	19	9,00%
Kvůli posměchu okolí	22	10,50%
Myslí si, že jsou tlusté	51	24,30%
Psychické problémy člověka	20	9,50%
Diety	7	3,30%
Nemoci	3	1,50%
Média a ideál krásy	6	3%
Stres	4	2%
Osobní problémy	1	0,50%
Móda	1	0,50%
Zcela špatná odpověď - popisování anorexie, bulimie	27	13%
Neodpovědělo	49	23%

Výsledky odpovědí na otázku č. 8: Znáte svou aktuální hmotnost a výšku?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 91,8 % žáků ZŠ, 79 % žákyní ZŠ, 88 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 77,7 % žákyní ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď *ne* uvedlo 8,1 % žáků ZŠ, 20,6 % žákyní ZŠ, 11,4 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 22,2 % žákyní ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 11).

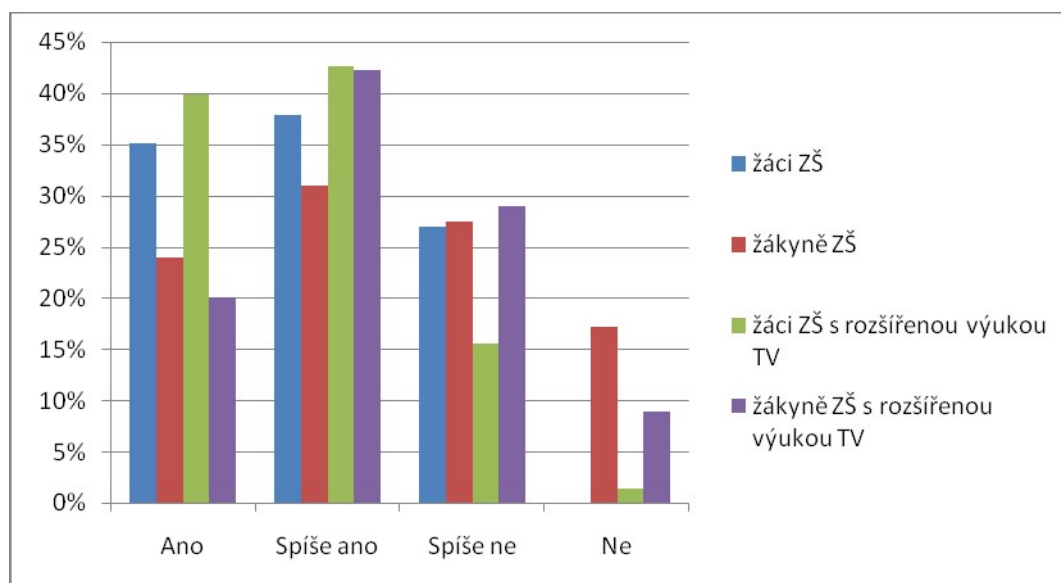


Graf č. 10 Znáte svou aktuální hmotnost a výšku?

Z grafu vyplývá, že žáci obou pohlaví mají povědomí o své hmotnosti a výšce. Žákyně však uváděly častěji, že svou váhu a výšku neznají, a to až v 21,4 %.

Výsledky odpovědí na otázku č. 9: Jste spokojeni se svou postavou?

35,1 % žáků ZŠ se svou postavou spokojených *je*, 37,8 % žáků odpovědělo, že spíše spokojeni jsou, 27 % žáků spíše spokojeni nejsou a 0 % žáků spokojena *není*. 24 % žákyň ZŠ spokojeno *je*, 31 % odpovědělo *spíše ano*. U 27,5 % žákyň odpovědělo, že spíše spokojena není se svou postavou a 17,2 % spokojeno *není* vůbec. 40 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV spokojeno se svou postavou *je*, 42,6 % je spíše spokojených se svou postavou, 15,6 % žáků spíše spokojených není a 1,4 % žáků *není* vůbec spokojeno se svou postavou. Mezi žákyněmi ZŠ s rozšířenou výukou TV *je* 20 % spokojeno se svou postavou, 42,2 % žákyň je spíše spokojena, 28,9 % je spíše nespokojena se s svou postavou a 8,9 % *není* spokojeno vůbec (viz graf č. 11).



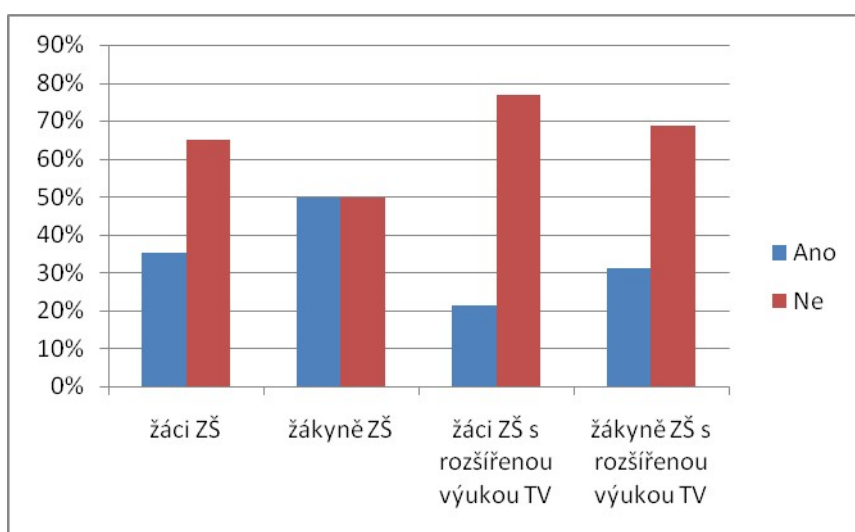
Graf č. 11 Jste spokojeni se svou postavou?

Dívky jsou častěji nespokojeny se svou postavou než chlapci. Největší nespokojenost se svým tělem pociťují žákyně ZŠ. Ale ani chlapcům není jejich postava lhostejná.

41,3 % dívek se svou postavou spokojeno není nebo spíše není. V tomto případě se má **hypotéza H3**, že alespoň 40 % dívek není spokojeno se svou postavou, **potvrzuje**.

Výsledky odpovědí na otázku č. 10: Je ve vašem okolí někdo, kdo se nevybíravým způsobem vyjadřuje o vaší postavě?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 35,1 % žáků ZŠ, 50 % žákynů ZŠ, 22,7 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 31 % žákynů ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď *ne* uvedlo 64,8 % žáků ZŠ, 50 % žákynů ZŠ, 76,7 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 68,9 % žákynů ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 12).

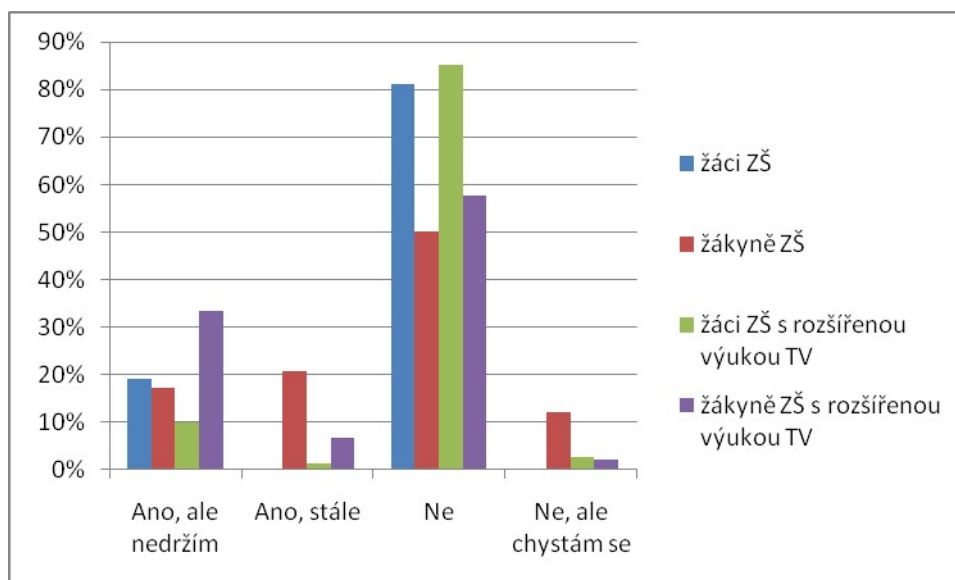


Graf č. 12 Je ve vašem okolí někdo, kdo se nevybíravým způsobem vyjadřuje o vaší postavě?

Z grafu je viditelné, že 50 % žákynů ZŠ se s nevybíravým názorem na svou postavu ve svém okolí potýká. Celkově žáci ZŠ pociťují nevhodné narážky na svou postavu častěji než žáci ZŠ s rozšířenou výukou TV. Avšak ani žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV nejsou nevhodných názorů okolí ušetřeny.

Výsledky odpovědí na otázku č. 11: Drželi jste někdy dietu?

Na tuto otázku odpovědělo *Ano, ale už nedržím* 17,2 % žákyň ZŠ, *Ano, stále* odpovědělo 20,6 % žákyň, *Ne* odpovědělo 50 % žákyň a *Ne, ale chystám se*, odpovědělo 12 % žákyň. U žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV se poměr trochu změnil. *Ano, ale už nedržím*, odpovědělo 33,3 % žákyň, *Ano, stále* odpovědělo 6,7% žákyň, *Ne* zaškrtnulo 57,7 % žákyň a odpověď *Ne, ale chystám se*, zvolilo 2,2 % žákyň. 19 % žáků ZŠ odpovědělo *Ano, ale už nedržím*, *Ano stále* nezvolil žádný žák, *Ne* odpovědělo 81% žáků a rovněž žádný žák neodpověděl *Ne, ale chystám se*. 10 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV odpovědělo *Ano, ale už nedržím*, *Ano stále* zvolilo 1,4 %, *Ne* odpovědělo 85,2 % žáků a *Ne, ale chystám se* zvolilo 2,8 % (viz graf č. 13).



Graf č. 13 Drželi jste někdy dietu?

Z výsledků vidíme, že s redukcí své tělesné hmotnosti za pomoci diet se setkala 39 % všech žákyň. Chlapci jeví o redukcii tělesné hmotnosti pomocí diet téměř poloviční zájem co dívky. Diety jako způsob redukce hmotnosti o 7 % častěji volí žákyně ZŠ oproti žákyním ZŠ s rozšířenou výukou TV.

Tento výsledek **potvrzuje mou hypotézu H6**, že dívky mají více zkušeností s dietami než chlapci. Zároveň se **nepotvrdila má hypotéza H4**, tedy že dietní tendence se vyskytují častěji u žákyň sportovních tříd než u žákyň tříd běžných.

Výsledky odpovědí na otázku č. 12: V čem spočívala/bude spočívat vaše dieta?

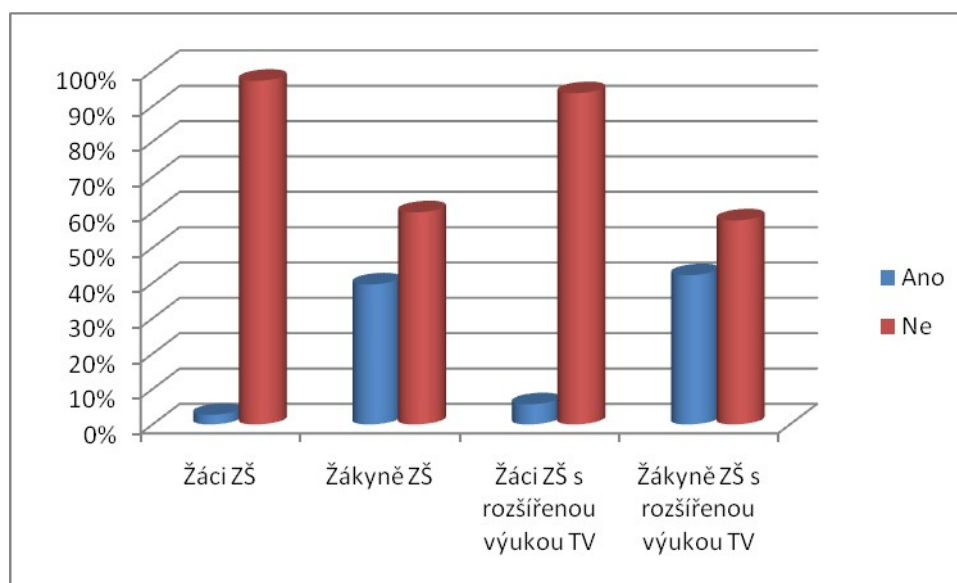
Na tuto otázku odpovídali pouze žáci, kteří odpovídali v předchozí otázce *Ano, ale už nedržím, Ano stále, či Ne, ale chystám se*. Tedy 42,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV, 49,8 % žákyň ZŠ, 14,2 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 19 % žáků ZŠ.

Nejčastější odpovědí bylo, že dieta spočívala / bude spočívat v omezení vysoce kalorických a sladkých jídel ve prospěch zdravých potravin, tedy spočívala ve zvýšené konzumaci ovoce a zeleniny, ryb, luštěnin. Rovněž v omezení slazených nápojů a naopak pití vody. Dále dieta spočívala ve správných stravovacích návycích jako jedení menších porcí v pravidelných intervalech, nepožívat potravu večer před spánkem, nepřejídat se aj.

Dále se zde objevily ve třech případech tendence nepožívat potravu vůbec žádnou a v jednom případě dokonce pozřenou potravu vyzvracet. Dále se objevila bezlepková dieta a dělená strava.

Výsledky odpovědí na otázku č. 13: Hledáte návody, jak zhubnout, v některém z časopisů?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 2,7 % žáků ZŠ, 39,6 % žákyň ZŠ, 5,7 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 42,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď *ne* uvedlo 97,2 % žáků ZŠ, 60 % žákyň ZŠ, 93,7 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 57,7 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 14).

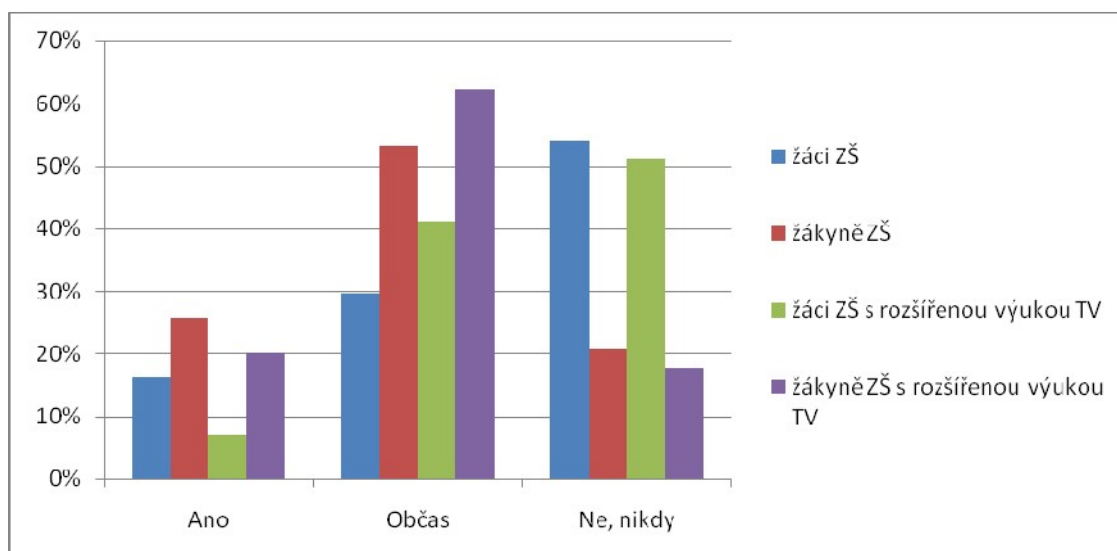


Graf č. 14 Hledáte návody, jak zhubnout, v některém z časopisů?

Z grafu je viditelné, že časopisecké návody jak zhubnout, jsou doménou převážně dívek. Návody, jak zhubnout, hledá v časopisech 40 % dívek (ZŠ i ZŠ s rozšířenou výukou TV). Naopak procento chlapců je zanedbatelné.

Výsledky odpovědí na otázku č. 14: Sledujete v televizi pořady jako např. Česká Miss, Miss aerobic, módní přehlídky apod.?

Odpověď *ano*, zvolilo 16,2 % žáků ZŠ, 25,8 % žákyň ZŠ, 7,1 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 20 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Odpověď v pořadí druhou *občas* uvedlo 29,7 % žáků ZŠ a 53,3 % žákyň ZŠ, dále 41,2 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 62,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Poslední možnou odpověď *ne, nikdy*, zvolilo 54 % žáků ZŠ, 20,6 % žákyň ZŠ, 51,1 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 17,8 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 15).

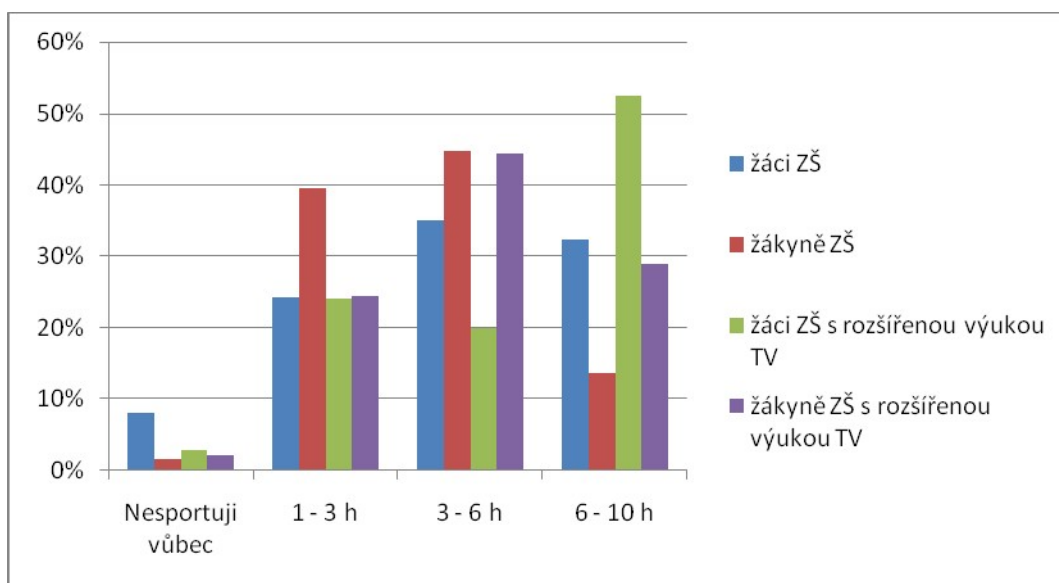


Graf č. 15 Sledujete v televizi pořady jako např. Česká miss, Miss Aerobic apod.?

Z grafů je opět zřejmé, že pořady, které se věnují ideálu ženské krásy, sledují v převaze dívky. Zhruba 80 % dívek sleduje tyto pořady stále, nebo alespoň občas. U chlapců je to téměř polovina, kdy vždy, nebo občas na tyto pořady kouká 47 % z nich.

Výsledky odpovědí na otázku č. 15: Kolik času týdně věnujete aktivnímu sportování?

Odpověď *nesportuji vůbec* zvolilo 8,1 % žáků ZŠ a 1,7 % žákyň ZŠ, dále 2,8 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 2,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. *Jednu až tři hodiny* týdně věnuje sportu 24,3 % žáků ZŠ, 39,6 % žákyň ZŠ, 24,1 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV a 24,4 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. *Tři až šest hodin* týdně věnuje čas sportu 35,1 % žáků a 44,7 % žákyň ZŠ a 20 % žáků a 44,4 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV. Poslední možnost *tři až šest hodin* (popř. více) zvolilo 32,4 % žáků a 13,8 % žákyň ZŠ a 52,5 % žáků a 28,9 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV (viz graf č. 16).

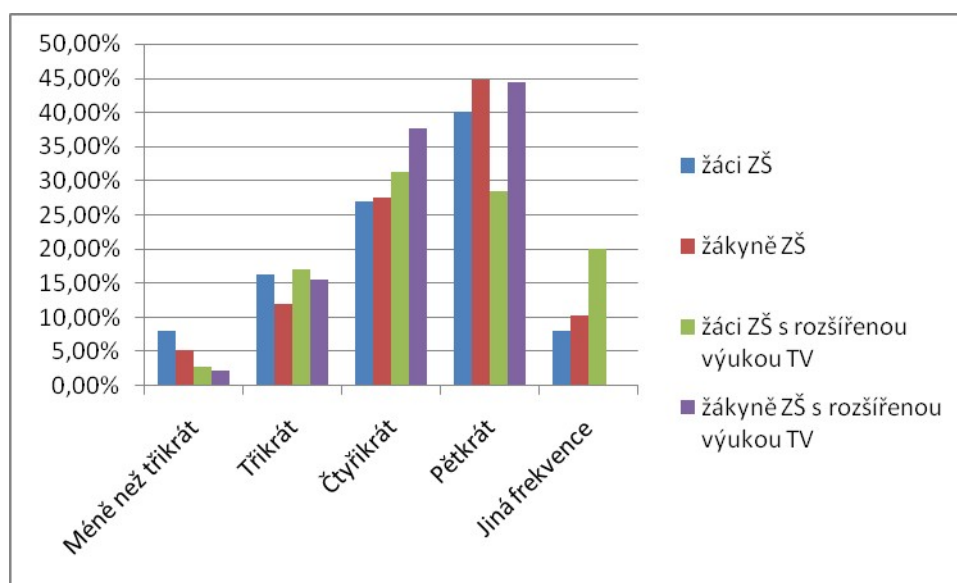


Graf č. 16 Kolik času týdně věnujete aktivnímu sportování?

Je patrné, že sportu se vůbec nevěnují v největším procentu žáci ZŠ, avšak zaujímají i velké procento sportujících 6 - 10 hodin (popř. i více) týdně. Z pochopitelných důvodů věnují sportu nejvíce času žáci a žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV. Žákyně ZŠ se věnují sportu převážně 1 - 6 hodin týdně.

Výsledky odpovědí na otázku č. 16: Kolikrát denně jíte?

Odpověď *méně než třikrát* zvolilo 5,4% žákyň ZŠ, *třikrát* denně jí 12 % žákyň, celkem 27,5 % žákyň jí *čtyřikrát* a 44,7 % žákyně jí *pětkrát*. 10,3 % žákyň uvedlo jinou frekvenci, a to nejčastěji šestkrát a osmkrát. 8,1 % žáků ZŠ zvolilo odpověď *méně než třikrát*. *Třikrát* denně jí 16,2 % žáků, 27 % žáků jí *čtyřikrát* a celkem 40 % žáků jí *pětkrát* denně. 8,1 % žáků ZŠ zvolilo jinou frekvenci a to šestkrát. *Méně než třikrát* odpovědělo 2,2 % žákyň ZŠ s rozšířenou výukou TV, 15,5 % odpovědělo, že jedí celkem *třikrát* za den a 37,7 % že *čtyřikrát*. *Pětkrát* za den jí 44,4 % žákyň. U žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV dopadlo šetření tak, že *méně než třikrát* jí 2,8 %, *třikrát* denně 17 % studentů a 31,2 % žáků jí *čtyřikrát*. 28,4 % žáků zvolilo odpověď *pětkrát* denně, *jinou frekvenci* uvedlo 20% žáků. Nejčastější jiná frekvence byla uváděna šestkrát, či osmkrát (viz graf č. 17).

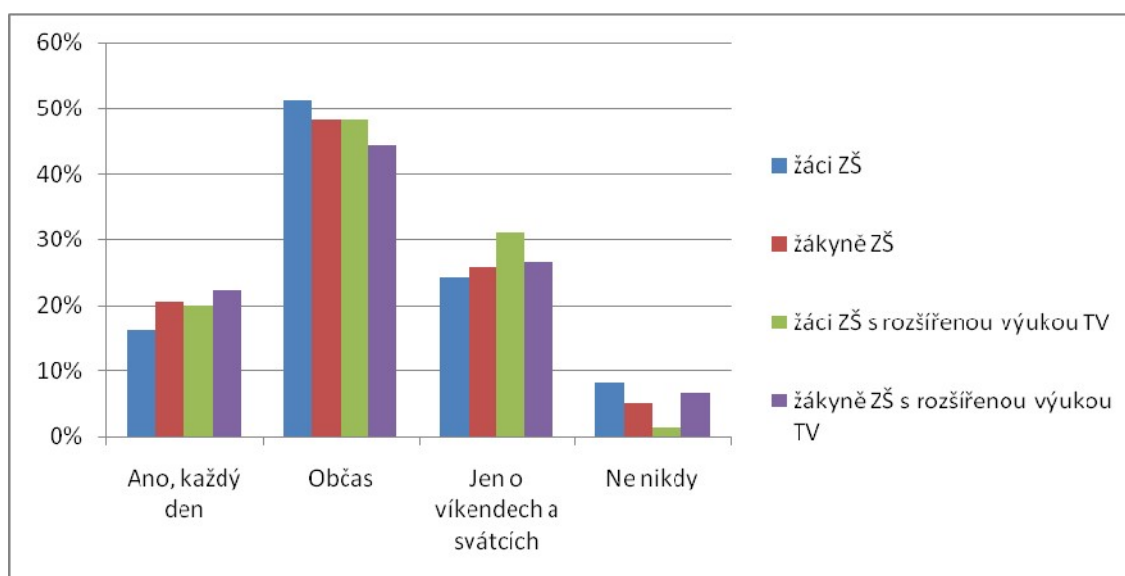


Graf č. 17 Kolikrát denně jíte?

Z odpovědí je zřejmé, že většina dotázaných dodržuje pravidelný denní přísun potravy a přijímá potravu čtyřikrát či v lepším případě pětkrát denně. Avšak někteří jedí méně než třikrát, či třikrát, což by v tomto věku mělo být alarmující.

Výsledky odpovědí na otázku č. 17: Jíte s rodinou pohromadě?

16,2 % žáků ZŠ jí s rodinou společně *každý den, občas* jí s rodinou 51,3 % žáků a 24,3 % žáků pouze o *víkendech a svátcích*. Možnost, že *nikdy* nejí spolu s rodinou, zvolila 8,1 % žáků. 20,6 % žáků ZŠ jí s rodinou společně *každý den*, 48,2 % žáků jen *občas* a 25,8 % jen o *víkendech a svátcích*. 5,2 % žáků nejí *nikdy* s rodinou pohromadě. 20 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV jí s rodinou *každý den*, 48,3 % studentů *občas* a 31,2 % žáků jen o *víkendech a svátcích*. Možnost - *ne, nikdy* zvolilo 1,4 % žáků. 22,2 % žáků ZŠ s rozšířenou výukou TV jedí ve společnosti rodiny *každý den*, 44,4 % *občas*, 26,6% jen o *víkendech a svátcích* a 6,7% *nikdy* nejí s rodinou pohromadě (viz graf č. 18).



Graf č. 18 Jíte s rodinou pohromadě?

Dotazovaní bez rozdílu pohlaví označovali jako nejčastější odpověď, že v rodinném kruhu jedí jen občas, na druhém místě nejčastější odpovědí bylo, že jen o víkendech a svátcích.

Má hypotéza H5, že méně než 25% všech respondentů zažívá každý den stravování v kruhu rodiny, se tedy potvrdila.

4 Diskuze

Cílem praktické části práce bylo zjistit informovanost o problematice poruch příjmu potravy u žáků 2. stupně základních škol. Dále zjistit jejich spokojenost se svým tělem a jejich vztah k dietním tendencím. Z výsledků odpovědí lze však vyvodit některé závěry.

V otázce č. 1 měli žáci za úkol označit správnou variantu charakteristiky mentální bulimie a anorexie. Zmiňované poruchy příjmu potravy nejsou již v dnešní době zcela tabuizovaným tématem, jemuž nikdo nepřikládá váhu. Skutečnost, že správnou kombinaci odpovědí neoznačilo všech 100% dotázaných lze přičíst do jisté míry jak nesoustředěnosti při vyplňování dotazníku, tak nedostatečné informovanosti těchto 16 % žáků. Tito žáci by mohli spadat do rizikové skupiny žáků, jelikož netuší, s čím by se mohli začít potýkat. Tuto otázku použila ve svém výzkumu v závěrečné práci Ševčíková (2009), která tuto otázku pokládala žákům středních škol. V jejím případě odpovědělo špatně pouze 3 % dotázaných. Rozdíl v počtu špatných odpovědí přisuzuji mladšímu věku svých respondentů a tedy i nižší informovanosti o těchto poruchách. Hypotéza H1 byla ověřena a potvrzena.

V otázce č. 2 měli žáci posoudit svou informovanost o poruchách příjmu potravy. Největší procento žáků uvedlo, že mají o této problematice jen základní informace. Daleko více se cítí informované dívky, a to až v 46,5 %. Větší informovanost u dívek může být zapříčiněna množstvím dívčích časopisů, které se na trhu objevují a které dívky čtou. Zároveň pokládám za dobré znamení, že právě dívky jsou více informované, jelikož už jen skutečnost, že jsou dívkami, u nich stoupá riziko poruch příjmu potravy, a proto je informovanost zapotřebí. Z vyhodnocení této otázky vyplynulo ještě další zjištění. Žáci, kteří odpověděli, že nemají dostatek informací o těchto poruchách, v následujících otázkách 4 a 6 odpověděli v 95 % správně. Naopak žáci, kteří odpověděli, že mají dostatek informací, uvedli chybnou odpověď v otázce č. 4 ve 14 % a otázce č. 6 v 5 %. Z čehož by se dalo usoudit, že všichni plnou informovanost o této problematice nemají.

V otázce č. 3 měli žáci zaškrtnout, zda se o této problematice učili ve škole. Tato otázka zjišťovala, zda u nich ve škole byla probírána tato problematika z důvodu poskytované prevence, která je zahrnuta do osnov v RVP. Z odpovědí vyplývá, že žáci

tuto problematiku mají zahrnutu v učebních osnovách školy a učitelé jí věnují pozornost. Překvapující procento chlapců ZŠ, kteří uvedli, že se o této problematice ve škole neučili a nebyli s ní seznámeni, může být způsobeno nedostatečnou pozorností při výuce, absenci na projektech, popř. se klade na škole větší důraz na prevenci a informovanost u dívek (např. při dělených hodinách tělesné výchovy).

V otázce č. 4 reagovali žáci na otázku, kdo trpí uvedenými nemocemi. Studenti si dle výsledků přesně uvědomují, že ohroženi jsou jak ženy, tak i muži. Stejně výsledky odpovědí měli i žáci středních škol v práci Ševčíkové (2009). Z toho vyplývá, že obecné povědomí, kdo těmito poruchami trpí, je rozšířeno již u žáků základních škol.

Otázka č. 5 zjišťuje, zda se respondenti setkali s osobou, která jednou z uvedených poruch trpí. Podle výsledků je možné, že žáci dané věkové kategorie nedokážou řádně rozhodnout, zda jsou osoby, o kterých si myslí, že poruchami trpí či trpěly do dané skupiny nemocných opravdu zařaditelné. Vezmeme-li navíc v úvahu fakt, že období puberty, je obdobím experimentujícím, je možné, že u většiny lidí, kteří tak byli žáky označeni, nepropukla porucha do obrovských rozměrů, avšak samotný fakt, že se snažili svoji hmotnost snížit za pomoci těchto nebezpečných praktik, je znepokojivý. U těchto osob lze konstatovat, že jsou nedostatečně informovaní o následcích těchto poruch.

Je zajímavé, že 94 % žáků, kteří se setkali s osobou, která trpěla nějakou z těchto poruch, zároveň uvedlo v otázce č. 2, že mají dostatek informací, nebo mají aspoň základní informace. Je tedy možné, že pokud se někdo setkal s osobou trpící poruchou příjmu potravy, má větší potřebu být více informovaný o této problematice. Hypotéza H2, byla ověřena a potvrzena.

Ke srovnání své otázky č. 5 jsem použila vyhodnocení velmi podobně položené otázky z dotazníku diplomové práce Bc. Moniky Ulrichové z Pedf MU v Brně. Z jejího výzkumu vyplývá, že žáci základních škol mají blízkou zkušenost s osobami trpícími poruchou příjmu potravy ve 32 %. Dle mého výzkumu to bylo však pouhých cca 21 %, tento rozdíl příkládám malému množství respondentů ve výzkumu u M. Ulrichové.

Jelikož na otázku č. 6 odpovědělo 92 % žáků správně, není třeba další diskuze.

V otevřené otázce č. 7, se mohli žáci samostatně vyjádřit o tom, v čem spatřují nejčastější příčinu poruch příjmu potravy. Velkému procentu žáků, kteří neodpověděli vůbec, či odpověděli zcela špatně, přičítám nevědomost a nízkou informovanost o tom, co je příčinou těchto poruch. Malou variabilitu uvedených odpovědí připisuji úrovni informovanosti žáků základních škol.

Otázka č. 8 si kladla za cíl zjistit, zda žáci znají svoji aktuální hmotnost a výšku, pro skutečnou znalost váhy a výšky jsem do zadání dotazníku nechala zanést i přesné hodnoty u dotazovaných k vyplnění. Žáci obecně mají povědomí o své hmotnosti a výšce. Z mých výsledků výzkumu vyplývá, že žákyně uváděly častěji, že svou váhu a výšku neznají, a to až v 21,4 %. Naopak z výzkumu Ulrichové (2007) vyplynulo, že dívky výrazně dominují nad chlapci ve znalosti své váhy a výšky. Tyto opačné výsledky mohou být způsobeny opět nižším počtem respondentů ve výzkumu Ulrichové.

Otázka č. 9 zjišťovala jak velký počet žáků a žákyň je spokojen či nespokojen se svými tělesnými proporcemi. Ze statistických údajů vyplývá, že 50 % 13 až 14letých českých dívek udává, že si přeje zhubnout, tedy že nejsou spokojeny se svou postavou. Zároveň 60 % dospívajících není spokojeno se svým tělem. Z výsledků mého výzkumu jsou dívky častěji nespokojeny se svou postavou než chlapci, kdy 41,3 % dívek se svou postavou spokojeno není nebo spíše není. Tento nižší počet může být způsobený množstvím mých respondentů, popř. že výzkum byl proveden pouze na území Prahy. I tak by si žákyně měly uvědomit, že vzhled a postava nejsou tím, za čím by se měly celý život hnát, měly by si uvědomit, že v životě existují důležitější hodnoty. Hypotéza H3 byla ověřena a potvrzena.

Otázka č. 10 zjišťovala, zda se někdo v okolí respondentů vyjadřuje nevybíravě o jejich postavě. Tuto otázku jsem pokládala proto, že sociální faktor, který s touto otázkou souvisí, je opravdu velmi zásadním důvodem pro vznik poruch příjmu potravy. Frustrace z postavy může nastat v případě, že některý z učitelů, zvláště učitelů TV, nechvalně komentuje ne zcela vydařený tělocvičný výkon, popř. postavu žáka před celou třídou. Z tohoto důvodu je alarmující zjištění, že až 50 % žákyň ZŠ se s nevybíravým vyjádřením na svou postavu setkala a ani ostatní žáci kritice nejsou ušetřeni.

Otázka č. 11 zda žáci už někdy drželi dietu. Podle očekávání si dívky zkoušely snižovat svou hmotnost pomocí diet více než chlapeci, proto jsou rizikovější skupinou pro vznik poruch příjmu potravy. Riskují vznik špatných stravovacích návyků, plynoucí z neúspěšných pokusů o tvarování svého těla. Avšak u žákyň sportovních tříd se nevyskytují dietní tendence častěji než u žákyň tříd běžných, jak jsem původně předpokládala. Vycházela jsem z přesvědčení, že sportovně založené dívky, které mnohdy dělají sport vrcholově, si musí svou váhu namáhavě hlídat a udržovat. Tato má hypotéza se však nepotvrdila. H6 byla ověřena a potvrzena. Hypotéza H4 byla ověřena, avšak se nepotvrdila.

Podle statistik se výrazné dietní tendence objevují již v 7. a 8. ročníku základní školy. 30% patnáctiletých děvčat ve strachu z tloušťky drží redukční dietu. Z mých výsledků však vyplývá, že s redukcí své tělesné hmotnosti za pomoci diet se setkala 39 % všech žákyň. Tato hodnota je o trochu vyšší než statistika ČR, avšak 9 % rozdílu může být opět způsoben menším množstvím respondentů v mém výzkumu, či omezenost mého výzkumu pouze na území Prahy.

Otázka 12 byla otázkou otevřenou a doplňovací, ve které měli žáci uvést typy diet nebo dietních zvyklostí, které již osobně vyzkoušeli. Strava by měla být vyrovnaná a plnohodnotná. Měla by obsahovat bílkoviny, vitamíny, minerální látky, které nám potraviny nabízejí. Jakkoliv jednostranná výživa může být zdraví nebezpečná.

V otázce č. 13 měli žáci na úkol zvolit odpověď, zda vyhledávají diety v časopisech či nikoliv. Když se zamyslíme nad touto skutečností, může nás napadnout několik rozdílných pohledů na věc. Žáci nevyhledávají inspiraci v různých časopisech s dietami, ale snaží se snížit svojí hmotnost dle svého rozumu, což nemusí být v mnoha případech správná cesta. Druhý pohled na věc je, že množství diet, jež jsou prezentované v časopisech, je již ve veřejném mínění. Zároveň jsou však časopisy, které uvádí návody k různým dietám, určeny pro starší generace (25 a více). Časopisů, které jsou určeny pubescentům, je daleko menší množství než těch, které jsou určeny starším ženám (Ševčíková 2009). Výsledek otázky ukázal, že časopisy, které na svých stránkách uvádějí nepřeborné množství diet, nejsou celkově tím zdrojem, kde žáci čerpají inspiraci pro své diety, avšak 40 % dívek rozhodně není zanedbatelné číslo. Zajímavé je zjištění, že téměř 43 % žáků, kteří uvedli v otázce č. 11, že někdy drželi

dietu, stále ji drží či se teprve chystají, uvádějí v této otázce, že hledají návody, jak zhubnout v časopisech. Podobný výzkum proběhl na středních školách, kde studentů, kteří návody, jak zhubnout, hledali v časopisech, bylo velmi mizivé množství. To však může být dáno vyšším věkem a zkušenostmi studentů SŠ oproti žákům ZŠ.

Otázka č. 14 zjišťuje, do jaké míry jsou žáky sledovány televizní pořady typu Česká Miss, či Miss aerobic. Pokud se zamyslíme nad smyslem těchto pořadů, můžeme v nich vidět potencionální hrozbu pro dívky. Ve jmenovaných pořadech vystupují zástupci ženského i mužského pohlaví, kteří svými tělesnými proporcemi vybízejí diváky k radikálním změnám jejich fyzického vzhledu. Ať předvádění dokonalých proporcí 90-60-90, či v případě mužů dokonale vypracované svaly. Výzkum z roku 1995 ukázal, že 70% žen je v depresi a cítí se vinno po třiminutovém listování módním časopisem (Ševčíková, 2009). Z mého výzkumu vyplývá, že cca 80 % dívek sleduje tyto pořady stále, nebo alespoň občas. U chlapců je to téměř polovina, kdy vždy nebo alespoň občas na tyto pořady kouká 47 % z nich. Tento počet respondentů může být ohrožen ve svém budoucím fyzickém vývoji.

15. otázka zjišťovala sportovní aktivitu v týdenním časovém období. Je patrné, že sportu se vůbec nevěnují v největším procentu žáci ZŠ, kteří naopak mohou být postiženi druhým extrémem špatného stravování, a to obezitou. Sportovní aktivitou se projevují hlavně dívky trpící mentální anorexií, avšak ani nedostatek sportu by se neměl u žáků objevovat. Jelikož nedostatek pohybu může vést k nadváze a následně ke znepokojenosti se svou postavou.

Z odpovědí na otázku č. 16, která zjišťovala denní příjem potravy, je zřejmé, že většina dotázaných dodržuje pravidelný denní přísun potravy a přijímá potravu čtyřikrát až šestkrát denně. Někteří však jedí méně než třikrát, či třikrát a z toho lze usuzovat, že mají špatné stravovací návyky již v období pubescence. Nemají tedy dostatek informací o správném stravování a zdravotních důsledcích z toho plynoucích, nebo zde hrají roli nějaké jiné aspekty, např. nedostatek času, aj. Tito žáci mohou být ohroženi vznikem poruch příjmu potravy. Žáci by měli mít na mysli, že jídlo by se mělo podávat 5x - 6x denně. Pokud se naučí takto stravovat, vyvarují se možnému hladovění a záchvatovitému přejídání.

Tuto otázku pokládala na ZŠ ve svém výzkumu i Ulrichová (2007), avšak její zjištěné hodnoty jsou přímo alarmující, kdy podle jejích výsledků dvakrát denně jí 27 % dotázaných, třikrát denně 40 % dotázaných a pětkrát denně pouhé 4 procenta. Dovolují si tvrdit, že toto zjištění nemohu brát v úvahu pro velmi malý počet respondentů. Velmi podobné hodnoty se v obou výzkumech objevují u odpovědi čtyřikrát denně, kdy se výsledky pohybují kolem 30 %.

V poslední 17. otázce se zajímám o společné stolování v kruhu rodiny. Fraňková (2003) uvádí, že v současné době klesá význam společných jídel. Podle jejího zjištění se v kruhu rodinném pravidelně stravuje pouze kolem 10 % dětí, téměř 50% dětí zažívá společné jídlo občas. Podle mého šetření dotazovaní nejčastěji označovali odpověď, že jedí v rodinném kruhu jen občas (téměř v 50 %), na druhém místě nejčastější odpovědí bylo, že jen o víkendech a svátcích. Důvody mohou být různé, např. sociální nebo ekonomické. Rozhodně je v obou výzkumech patrná klesající tendence ve stravování v kruhu rodinném. Avšak pravidelně zažívá alespoň jedno jídlo v kruhu rodiny kolem 20 % žáků. Hypotéza H5 byla ověřena a potvrzena.

Výsledky tohoto výzkumu mohou sloužit učitelům výchovy ke zdraví i přírodopisu pro jejich profesní praxi. Pokud znají nutriční návyky svých žáků, mohou lépe postihnout problémy, které se týkají špatných stravovacích návyků, které se mohou rozvinout v poruchy příjmu potravy. Následně jim mohou věnovat více pozornosti ve své výuce.

Všechny cíle práce byly splněny, všechny hypotézy byly ověřeny.

5 Závěr

V této práci byly podrobně vysvětleny v jednotlivých kapitolách základní informace o poruchách příjmu potravy – byly objasněny termíny mentální anorexie a mentální bulimie, příčiny vzniku, příznaky, zdravotní následky, léčba i prevence poruch příjmu potravy u pubescentů, vliv rodiny a společnosti na utváření postojů k vlastnímu tělu.

Praktickou částí byl výzkum, na který byla použita kvantitativní metoda – anonymní tištěný dotazník, který byl zadán celkově 210 žákům. Byly prozkoumány znalosti žáků základních škol o poruchách příjmu potravy. Z dotazníkového šetření vyplývá, že informovanost studentů základních škol je poměrně uspokojivá. Respondenti se v problematice poruch příjmu potravy orientují celkem dobře, alespoň co se týče základní informovanosti. Jestliže se pozastavujeme nad tím, proč tolik dětí na základní škole drží diety, měli bychom si také uvědomit, že vzorem pro děti je celá naše společnost. Dokud se situace ve společnosti nezmění, nemůžeme změnu žádat ani po těchto žácích. Rodina, škola a společnost může pracovat na tom, aby společně utvářely prostředí, v němž by se každý cítil dobře, takový jaký je.

Snaha upravovat tělo bez ohledu na věk, někdy i zdraví, není rozumná a nová generace by měla být vychovávána tak, aby mohla na základě vědomostí a ověřených údajů pečovat o své tělo v rámci svých možností a s respektováním svých limitů (Fialová, 2007).

Byla bych ráda, kdyby má práce byla přínosem nejen pro můj budoucí život a mou budoucí praxi, ale i pro všechny, kteří se zajímají o problematiku poruch příjmu potravy a stravovacích návyků žáků vůbec.

6 Seznam použité literatury

Blatná, J. *Výživa na začátku 21. století*. Praha: Nutrivit, 2005. ISBN 80-239-62027

Cooper, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2

Fialová, L. *Jak dosáhnout postavy snů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1622-0

Fraňková, S. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1

Fraňková, S. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000. ISBN 80-86009-32-7

Hall, L., Cohn, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA group spol. s r.o., 2003. ISBN 80-86517-60-8

Kocourková, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN: 80-85824-51-5

Krch, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X

Krch, F. D. *SOS nadváha*. Praha: Granit s.r.o., 1993. ISBN 80-85805-12-X

Krch, F. D. *Bulimie - jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2000. ISBN 80-7169-946-2

Krch, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-598-9

Leibold G. *Mentální anorexie*. Praha: nakl. Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0

- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0
- Maloney, M., Kranzloví, R. *O poruchách příjmu potravy*, 1997. ISBN 80-7106-248-0
- Marádová, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2
- Papežová, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2005. ISBN 80-8512-81-6
- Pelikán, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8
- Sladká-Ševčíková, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7
- Ševčíková, J. *Znalosti o poruchách příjmu potravy u studentů středních škol*. Diplomová práce. Školitel: RNDr. Lenka Pavlasová, Ph.D. Praha: Univerzita Karlova, pedagogická fakulta, 2009.
- Šlechtová, I. *Poruchy příjmu potravy jako aktuální problém středoškoláků*. Diplomová práce. Školitel: PaedDr. Eva Marádová, CSc. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2007.
- Šnábllová, S. *Stravovací návyky žáků ZŠ a SŠ a jejich důsledky vzhledem k riziku rozvoje civilizačních chorob*. Bakalářská práce, školitel: RNDr. Lenka Pavlasová, Ph.D. Praha: Univerzita Karlova, pedagogická fakulta, 2010.
- Anorexie není legrace. In Blesk pro ženy. 2012, č. 11, s. 42-44.

Internetové zdroje

Dvořáková, B. (úprava J. Sladká). *První známá anorektička*. Dostupné z < <http://abporuchy.sweb.cz/studie.htm> > [Cit. 3. 3. 2012].

Navrátilová, M. a spol. *Historie poruch příjmu potravy*. Dostupné z < <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy> > [Cit. 4. 2. 2012].

Navrátilová, M., Hamrová, M. *Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie*. Dostupné z < http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf > [Cit. 4. 3. 2012].

Černá, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Dostupné z < http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/74/soubor_2424471.pdf > [Cit. 5. 1. 2012]

Internetová stránka zabývající se problematikou poruch příjmu potravy - *Štíhlá až ke smrti*. Dostupná z < <http://www.anorexie.czechian.net/SAKS.htm> > [Cit. 4. 2. 2012].

Osud Michaely a Samantha Kendallových – *Samantha and Michaela Kendall*. Dostupné z < <http://heidiangelac.wordpress.com/2012/02/22/samantha-and-michaela-kendall-the-anorexic-twins/> > [Cit. 4. 3. 2012].

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z < <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy> > [Cit. 28. 2. 2012].

Název článku.in název časopisu, č.,_rok, str.

Mentální bulimie – poruchy příjmu potravy. Dostupné z < <http://www.anorexie.czechian.net/> > [Cit. 29. 2. 2012].

Seznam tabulek:

Tab. č. 1 Hodnoty BMI.....	16
Tab.č. 2 Charakteristika respondentů, kteří odpovídali na dotazník.....	40
Tab č. 3 Odpovědi na otázku č. 7: Co si myslíte, že je nejčastější příčina poruch příjmu potravy?.....	50

Seznam grafů:

Graf č. 1 Určení charakteristiky mentální bulimie.....	42
Graf č. 2 Určení charakteristiky mentální anorexie.....	43
Graf č. 3 Myslíte si, že máte dostatek informací o těchto poruchách?.....	44
Graf č. 4 Učili jste se o těchto poruchách ve vaší škole?.....	45
Graf č. 5 Těmito poruchami trpí?.....	46
Graf č. 6 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žáci ZŠ).....	47
Graf č. 7 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žákyně ZŠ).....	47
Graf č. 8 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žáci ZŠ s rozšířenou výukou TV)....	47
Graf č. 9 Setkání s někým, kdo trpí či trpěl PPP (žákyně ZŠ s rozšířenou výukou TV).	47
Graf č. 10 Které ženy jsou nejvíce ohroženy těmito poruchami?.....	49
Graf č. 10 Znáte svou aktuální hmotnost a výšku?.....	51
Graf č. 11 Jste spokojeni se svou postavou?.....	52
Graf č. 12 Je ve vašem okolí někdo, kdo se nevybíravým způsobem vyjadřuje o vaší postavě?.....	53
Graf č. 13 Drželi jste někdy dietu?.....	54
Graf č. 14 Hledáte návody, jak zhubnout, v některém z časopisů?.....	56
Graf č. 15 Sledujete v televizi pořady jako např. Česká miss, Miss Aerobic apod.?.....	57
Graf č. 16 Kolik času týdně věnujete aktivnímu sportování?.....	58
Graf č. 17 Kolikrát denně jíte?.....	59
Graf č. 18 Jíte s rodinou pohromadě?.....	60