

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**BARBORA VACHTOVÁ**

**3. ročník**

**Poruchy příjmu potravy ve školním prostředí  
(Eating disorders in the school environment)**

**Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.**

**Praha 2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 6. dubna 2009



## Poděkování

Děkuji PaedDr. Evě Marádové, CSc., za odborné vedení bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Práce se zabývá epidemiologií poruch příjmu potravy, jejich příčinami, diagnostikou, následky a léčbou. Nachází souvislosti mezi těmito onemocněními a školním prostředím. Popisuje nutriční návyky dětí školního věku a odůvodňuje význam školního stravování, poukazuje na vliv spolužáků a učitelů na prevenci, vznik a vývoj poruch příjmu potravy. Jmenuje konkrétní projevy onemocnění, možnou pomoc ze strany učitele a formuluje preventivní kroky, které škola může učinit v rámci této problematiky. Výzkumná část práce se zabývá znalostí učitelů o poruchách příjmu potravy a odhalí, zda jsou učitelé v dnešní době dostatečně informovaní a tudíž kompetentní působit efektivně v této oblasti.

## **ABSTRACT**

The work is aimed at the epidemiology of eating disorders, their sources, diagnostics, consequences and treatment. The first part of the work is an analysis of relations between eating disorders and school environment. It describes the nutritional habits of school children and justifies the significance of school meals. It points out students' and teachers' influence on the prevention, occurrence and progress of eating disorders. It lists the specific manifestations of diseases and gives the recommendations for teachers who encounter students with those disorders. It also formulates the precautionary measures which any school institution can follow in the area of eating disorders. The second part of the work presents the research of teachers' knowledge of eating disorders. Its aim is to determine whether teachers are sufficiently informed and therefore qualified to work effectively in their field.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, nespokojenost s vlastním tělem, strach z tloušťky, dospívání, diagnostika, výživa, role učitele, školní prevence.

## **KEY WORDS**

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimy, obesity, dissatisfaction with one's own body, fear of corpulence, growing up, diagnostics, nutrition, the role of a teacher, school prevention.



## OBSAH

Úvod.....	7
1. Poruchy příjmu potravy .....	8
1.1 Výskyt poruch příjmu potravy v historii a dnes .....	9
1.1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	9
1.1.2 Současnost poruch příjmu potravy v ČR a ve světě .....	10
1.2 Příčiny poruch příjmu potravy .....	11
1.2.1 Rodina.....	12
1.2.2 Společnost a média .....	14
1.2.3 Osobnost člověka.....	16
1.3 Spouštěcí mechanismy poruch příjmu potravy.....	16
1.3.1 Dospívání .....	16
1.3.2 Negativní zážitek či událost.....	17
1.4 Diagnostika poruch příjmu potravy .....	18
1.5 Význam stravování a následky poruch příjmu potravy .....	19
1.5.1 Význam stravování .....	19
1.5.2 Následky poruch příjmu potravy .....	20
1.6 Léčba poruch příjmu potravy.....	21
2. Poruchy příjmu potravy a škola .....	22
2.1 Nutriční návyky žáků a školní stravování.....	22
2.1.1 Školní jídelna .....	22
2.1.2 Automaty na jídlo a pití .....	24
2.1.3 Svačiny.....	24
2.2 Role spolužáků.....	24
2.3 Role učitele .....	26
2.3.1 Pozitivní působení na žáka ve škole .....	26
2.3.2 Negativní působení na žáka ve škole .....	26
2.3.3 Působení pedagoga ve volném čase dětí.....	27

2.4 Jak se poruchy příjmu potravy projeví ve škole .....	27
2.5 Jak konkrétně může učitel pomoci.....	29
2.6 Prevence poruch příjmu potravy ve škole.....	30
2.6.1 Preventivní opatření poruch příjmu potravy ve vyučování .....	30
2.6.2 Předmět výchova ke zdraví.....	31
3. Vlastní výzkum .....	34
3.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz .....	34
3.1.1 Cíl výzkumu.....	34
3.1.2 Formulace hypotéz.....	34
3.2 Postup a metody výzkumu, charakteristika respondentů.....	37
3.2.1 Metody výzkumu .....	37
3.2.2 Postup při zpracování výzkumu.....	37
3.2.3 Charakteristika respondentů .....	37
3.3 Vyhodnocovaný dotazník .....	38
3.4 Vyhodnocení grafů .....	40
3.5 Výsledky výzkumu .....	53
3.6 Odpovědi nezachycené v grafech .....	53
3.7 Potvrzení a vyvrácení hypotéz .....	54
3.8 Reakce na výsledky výzkumu, návrh na konkrétní opatření .....	55
Závěr .....	57
Informační zdroje .....	58

## ÚVOD

Jídlo nás provází celý život a nejedná se jen o biologickou potřebu, ale je spojeno s kulturou a jejími tradicemi, utváří a utužuje sociální vazby a přispívá k fyzickému i duševnímu zdraví. V dnešní době je jídlo velmi exponovaným tématem v souvislosti se životním stylem, zdravím a vzhledem člověka. Zvyšuje se zájem o péči o tělo či zájem o složení potravin. S těmito stoupajícími zájmy současně vzrůstá počet onemocnění, které se vyznačují různými chorobnými způsoby zacházení s jídlem, mezi něž patří poruchy příjmu potravy. Ty jsou dnes často diskutovaným tématem na poli medicíny i psychologie. Jedním z důvodů je snižující se věk nemocných poruchami příjmu potravy a jejich zvyšující se procento. Aktuálnost problematiky byla jedním z důvodů volby tohoto tématu pro zpracování mé bakalářské práce. S poruchami příjmu potravy jsem se navíc osobně setkala i ve svém okolí a tehdejší neschopnost nemocnému pomoci a nedostatek informací mě motivoval k prohloubení mých dosavadních znalostí, k pochopení problematiky a zabývání se možnou prevencí a osvětou na školách. S drtivou většinou počátku onemocnění se u pacientů totiž setkáváme v jejich školním věku.

Cílem práce je zjistit informovanost učitelů o problematice poruch příjmu potravy. Odhalit, v čem učitelé spatřují možnosti svého pedagogického působení v oblasti prevence a intervence těchto onemocnění. Z informací o četnosti výskytu, příčinách, průběhu a léčbě poruch příjmu potravy, čerpaných z odborné literatury, se pokusím nalézt souvislosti mezi těmito poruchami a školním prostředím. Na základě získaných vědomostí zformuluji možnosti preventivních opatření na školách v této oblasti. Po zpracování výzkumné části porovnáám vyhodnocená data s jinými rešeršemi, uvedenými v odborných publikacích.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou psychická onemocnění vyznačující se různými patologickými způsoby zacházení s jídlem. Fraňková mezi ně řadí mentální anorexii, mentální bulimii, obezitu, odmítání jídla, nechutenství a vybíravost (8).

*„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“*<sup>1</sup> Postižení postupně omezují příjem potravy až po úplné odmítání jídla. *„Neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst.“*<sup>2</sup> Jedná se tedy o psychicky podmíněné nechutenství. Mentální anorexie se často objevuje už u pacientek s nástupem adolescence (12), nejnižší hranice se dnes uvádí 6 let (8).

*„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“*<sup>3</sup> Po záchvatech přejídání následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení, období hladovění, nepřiměřený tělesný pohyb či užívání různých léků, zejména projímadel. Mentální bulimie se obvykle objevuje až v pozdní adolescenci (12).

*„Pokud pacient splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně se opakovaně přejídá, zvrací nebo bere projímadla, jde o takzvaný bulimický typ mentální anorexie.“*<sup>4</sup>

Obě poruchy si jsou přes zdánlivou odlišnost (anorektičky jsou narozdíl od bulimiček extrémně vyhublé) velmi podobné a mají společné znaky doprovázející tento druh onemocnění:

- strach z tloušťky, který je spojen se zkreslenou představou o vlastním těle;
- nadměrná pozornost věnovaná jídlu;
- přehnaný zájem o tělesný vzhled;
- nadměrné úsilí o dosažení štíhlosti;
- nepřiměřená kontrola až posedlost tělesnou hmotností a její úmyslné snižování;
- intenzivní úsilí o zvyšování energetického výdeje (13).

Obezitu, kterou se budu ve své práci zabývat jen okrajově, lze také zařadit mezi poruchy příjmu potravy. *Obezita je nadměrné ukládání tuků, obvykle spojené s vzestupem*

<sup>1</sup> KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 1999. S.14.

<sup>2</sup> Tamtéž.

<sup>3</sup> Tamtéž. S.17.

<sup>4</sup> KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 2002. S.24.

hmotnosti nad tzv. normální váhu.“<sup>5</sup> Obézní lidé jedí zpravidla mnoho energeticky vydatných a tučných jídel a často trpí nedostatkem pohybu.

## 1.1 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII A DNES

### 1.1.1 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou dnes často diskutovaným tématem vzhledem k jejich neustále se zvyšujícímu výskytu a stále nižší věkové kategorii nemocných. Někdo o tomto druhu nemoci mluví jako o civilizačních chorobách, jelikož v nejvyšším měřítku postihují lidi z nevyspělejších zemí světa. „*V chudých státech není možné onemocnění jednoznačně diagnostikovat (nedostatek potravin, boj o přežití, hladomor).*“<sup>6</sup>

První zmínka o nich však sahá až do 5. století př.n.l., kdy Hippokrates poprvé popsal příznaky podobné těm dnešním. Symptomy bulimie, řecký výraz pro „vlčí hlad“, popisují už Egypťané i židovská učení. V dobách starověkého Řecka a Říma se tato nemoc vyskytovala poměrně běžně. Ženy ve středověku pak hladověly, aby se očistily od všeho zlého a osvobodily svou duši a v 17. století už spatřil světlo světa termín mentální anorexie. Slovo anorexia pochází z řečtiny a sestává z předpony a (ve smyslu ne) a ze slova orexia (chuť k jídlu, žádostivost). První známou anorektičkou byla rakouská císařovna Sissi v 19. století.

Největší rozmach však tyto nemoci čekal ve 20. století. Na jeho počátku se poprvé vyskytl v oblasti výživy výraz „kalorie“ a už nebylo výjimkou ani užívání slov jako dieta či nízkotučné potraviny. Již v první polovině století, kdy už jsou důsledky hladovění či držení radikálních diet známy, vzrůstá počet případů mentální anorexie ve Spojených státech a v Evropě.

V druhé polovině století se staly poruchy příjmu potravy běžnou záležitostí. Nejprve jen mentální anorexie, od 80. let i mentální bulimie. Velký podíl na vyhublém ideálu krásy měla zpočátku slavná modelka Twiggy, která se na konci 60. let objevila na titulní straně časopisu Vogue s hmotností 41 kg a výškou 170 cm. O deset let později už někteří lékaři varují před rapidním nárůstem těchto poruch či před vychrtlými vítězkami soutěží krásy a zakládají první zařízení pro léčbu těchto onemocnění. V roce 1986 „*80 % deseti a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety, protože si připadají tlusté.*“<sup>7</sup> O rok později už mluví Světová zdravotnická organizace o epidemickém růstu poruch příjmu potravy. V 90. letech obletí svět tragický příběh i s fotografiemi snad nejslavnějších

<sup>5</sup> KRCH, F.D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 1993. S.24.

<sup>6</sup> NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Klinická výživa v psychiatrii*. 2000. S.173.

<sup>7</sup> KRCH, F.D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 1993. S.68.

anorektiček, Samantha a Michaely Kendallových, z čehož je už tehdy jasné, že problém těchto poruch nelze podceňovat.

V současnosti je sice většina veřejnosti nespokojena s dnešním ideálem krásy, ale nedokáže s tímto trendem bojovat a stále mu podléhá, jak dokazují níže uvedená čísla. Vrůstá však snaha o osvětu lidí a především dětí v oblasti správné výživy a zdravého životního stylu, která do jisté míry působí jako prevence poruch příjmu potravy. Některé země západní Evropy se snaží eliminovat reklamy propagující dietní průmysl a k boji proti anorexii se připojila také část módního průmyslu a snaží se neprezentovat modelky s vychrtlým vzhledem.

### 1.1.2 Současnost poruch příjmu potravy v ČR a ve světě

Oficiální statistiky hovoří o výskytu diet u dospělé populace i u dospívajících, o spokojenosti dívek a žen se svým tělem, o počtu lidí trpících mentální anorexií a mentální bulimií včetně mužů, o nárůstu případů těchto onemocnění a o počtu jejich chronických případů a úmrtnosti. Zmapován je také výskyt obezity, počet obézních dětí a úmrtnost na následky obezity. Statistiky hovoří v těchto datech:

#### Diety a spokojenost se svým tělem

- 58 % občanů ČR má pocit, že poruchy příjmu potravy jsou problémem, o kterém se málo mluví a také se málo řeší a 65 % se setkalo s člověkem trpícím poruchami příjmu potravy.
- Výrazné dietní tendence se objevují již v sedmém a osmém ročníku základní školy, dívky si často připadají tlusté, nemotorné a ošklivé se samy sobě.
- 50 % 13 až 14-ti letých českých dívek udává, že si přeje zhubnout (26).
- Ve Velké Británii jsou pouze dvě ženy ze sta spokojeny se svou postavou, ostatní myslí každých patnáct minut na to, že jejich tělo vypadá hrozně (25).
- V ČR není se svojí postavou spokojeno 66 % žen a polovina by dle svého mínění mohla být štíhlejší.
- Přibližně 50 % žen ve vyspělých zemích drží pravidelně nějakou dietu (17).

#### Poruchy příjmu potravy

- Mentální bulimií trpí v ČR 4 – 6 % dospívajících děvčat, tj. přibližně každá 20. dívka.
- Mentální anorexií trpí v ČR 1 % dospívajících děvčat, tj. přibližně každá 100. dívka.



- V ČR na 20 až 30 nemocných děvčat připadá jeden nemocný chlapec, na západ od nás se tento poměr snižuje (na jednoho muže připadá 12 žen).
- Onemocněním poruch příjmu potravy trpí v České republice 0,6 % dospívajících chlapců (26).
- V Británii začíná nebezpečně narůstat počet mužů trpících těmito poruchami. V roce 2007 tam 137 mužů vyhledalo lékařskou péči. V posledních dvou letech bylo hospitalizováno v Británii s bulimií 42 mužů, více než trojnásobek oproti roku 2005. U mužů tyto poruchy vznikají hlavně díky nárokům kladeným ve spojitosti s povoláním. Jedná se především o žokeje, gymnasty a tanečníky.
- Počet nemocných stále stoupá. Meziroční nárůst patientek, postižených anorexií činí v Británii 11 %. Průměrný věk patientek činí 24 let, u mladších patnácti let činí jednu pětinu. Meziročně stoupl také počet bulimiček, a to o 9 %. Oproti roku 1990 narostl počet pacientů a patientek trpících touto poruchou o 40 %. V roce 2006 trpělo anorexií v Británii dokonce 206 dětí ve věkové kategorii do třinácti let, jedné pacientce bylo teprve osm let (25).
- 50 % nemocných mentální anorexií se zcela vyléčí, 20 % nemocných přejde do chronického stádia nemoci.
- 60 % nemocných mentální bulimií se zcela vyléčí.
- Úmrtnost při mentální anorexií je 3 – 10 %.
- Úmrtnost při mentální bulimii je 0 – 2 % (26).

### Obezita

- Obezita postihuje 15 milionů Evropanů a tloušťka sužuje čím dál více také děti. Nadváhou trpí téměř 22 milionů nezletilých, každoročně navíc jejich počet vzroste o zhruba 400 tisíc. Do kategorie obézních spadají tři miliony dětí.
- Na následky nemocí spojených s obezitou v Evropě ročně zemře až milión lidí. Mezi ty nejčastější patří cukrovka, nemoci srdce a cév a různé formy rakoviny. Na světě je nyní více lidí s nadváhou než těch, kteří trpí podvýživou (2).

## 1.2 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Barker míní, že „problémy s příjmem potravy v dětství mohou být příznakem tělesných či emocionálních problémů nebo vztahových problémů v rodině.“<sup>8</sup> Fialová za hlavní příčinu nespokojenosti se svým tělem považuje vliv médií (6). Příčiny poruch

<sup>8</sup> BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. 2007. S.161.

příjmu potravy tedy nelze jednoznačně definovat, na čemž se odborníci shodují, ale svou roli při jejich vzniku i průběhu většinou hraje alespoň jeden z činitelů, které uvádím v následujících kapitolách.

### 1.2.1 Rodina

#### Dědičnost, výchova, ambice rodičů

Vysoké riziko onemocnění hrozí u dětí, v jejichž rodině se jedna z poruch příjmu potravy vyskytla. Svou roli hraje při poruchách příjmu potravy genetika. U anorexie se jedná o více jak 50 %, u bulimie je číslo o něco nižší (19). Rizikové je i zdědění některých povahových rysů, např. perfekcionismu či úzkostlivosti, protože taková povaha je pro vznik onemocnění riziková. Stačí také, když rodiče nebo sourozenci přecházejí z jedné diety na druhou, anebo je tématem číslo jedna v rodinných rozhovorech jídlo, tloušťnutí a tělesné tvary, nadlidské sportovní výkony atd. Pro dítě není dobrým příkladem rodič, který u každého výrobku zkoumá jeho složení, množství tuku či kalorií, jelikož existuje vysoké riziko, že dítě začne jeho chování napodobovat. Čím menší dítě je, tím méně je schopno bránit se vlivu vzoru. Fraňková varuje před přeceňováním i podceňováním jídla. Rodiče obézních dětí zase mívají pocit, že čím vyšší váha u potomka, tím je dítě zdravější (8).

Prekopová a Schweizerová varují před takzvanými nálepkami, jako např.: *„To je takový náš hlupáček, tobě se nikdy nic nepodaří atp., jelikož utvářejí představu dětí o sobě. Takové vsugerované představy vykonávají do dospělosti mnoho zla, stejně tak jako ty příjemnější, že vypadá jako princezna atp. Každý z nás si nese v sobě nějakou takovouto vsugerovanou představu, předsudek, odsouzení, předurčení a tyto představy zavazují... Je vyčerpávající žít s negativní představou a správně se vyrovnat s pozitivní představou, zvláště když neodpovídá skutečnosti...“*<sup>9</sup>

Nebezpečné jsou i velké požadavky a přehnané ambice rodičů, mnoho z nich vidí ve svých potomcích modelky, herce či sportovce. Často se jedná o jejich vlastní nenaplněné sny. Nebo se jen rodiče snaží, aby jejich potomci neudělali v životě takové chyby, které udělali oni. Na internetu jsem četla příběh mladé dívky trpící anorexií, jejíž matka trpěla od rozvodu s manželem představou, že od ní manžel odešel jen proto, že během manželství přibrala několik kilogramů, přestože pořád zůstala štíhlá. Svou dceru pak varovala, aby neskončila jako ona. Rodiče často zapomínají, že povahu i postavu jejich dětí ovlivnily právě jejich geny.



## Komunikace a klima v rodině

Problémem bývá v souvislosti s poruchami příjmu potravy také komunikace v rodině, která by teoreticky mohla vést k včasnému odhalení potíží dítěte. Zvláště se to týká období dospívání, kdy mezi rodičem a dítětem často vzniká komunikační bariéra. Riziko těchto onemocnění dále vzniká také v rodinách, kde se problémy týkající se jídla sice nevyskytují, v rodině však nevládne přívětivé klima a milující rovnocenné vztahy, ale třeba alkohol či nějaká psychická onemocnění jejich členů. Velké procento nemocných poruchami příjmu potravy pochází právě z dysfunkčních rodin a je úplně jedno, do jaké společenské vrstvy rodina patří. Poruchy příjmu potravy mohou postihnout i toho, kdo je neskonalé krásný, vzdělaný a bohatý. Ovšem Kocourková odkazuje na Warrenův výzkum ze 60. let, v němž autor zjistil, že 80 % patientek s mentální anorexií patří do střední třídy a u 80 % našel úplnou primární rodinu.<sup>10</sup>

## Rodinná diagnostika a prevence

Rodina je prvním z těch, kdo by měl odchylky v oblasti stravování u dítěte zachytit. Zvláště v období dospívání by si měli rodiče všimnout způsobu a frekvence stravování jejich potomka a měli by zasáhnout hned při prvním zpozorování nezdravých změn. Například náhlé odmítání denních jídel, úbytek hmotnosti, nadměrná fyzická aktivita, změna chování, izolace, vyhazování jídla či dlouhé pobyty na toaletě po jídle. Jako u všech nemocí je klíčová včasná diagnostika a zásah odborníka, které zvyšují úspěšnost léčby. A samozřejmě za nejlepší lze považovat prevenci. K té rodinné patří společné stolování a společný výběr jídel. Rodina by měla jít dítěti ve stravování příkladem, měla by se zdržet negativních komentářů ke konzumovanému jídlu či neřešit při jídle tragické události. Nedoporučuje se dítě jídlem odměňovat či trestat, dítě nabude dojmu, že má nad ním jídlo navrch, že ho může ovládnout. Odborníky není doporučováno nucení dítěte do jídla. Jana Sladká-Ševčíková v knize *Z deníku bulimičky* vzpomíná na to, „*jak se mnoho obědů a večeří neobešlo bez hádek... Panoval u nás přísný zákon: Dokud to všechno nesníš, nehneš se od stolu.*“<sup>11</sup>

Co se týče společného stravování, jídlo by se v dnešní uspěchané době mělo stát určitým rodinným rituálem. Rodina by měla dbát na to, aby se pravidelně u jídla sešli všichni její členové, a to alespoň jednou denně. Nemělo by jít jen o to se nasytit, ale sdělit si vzájemně novinky a zážitky. Jídlo bývá totiž jedinou rodinnou příležitostí, kdy si spolu mohou členové rodiny promluvit. Často ale dochází k tomu, že se každý stravuje sám,

<sup>9</sup> PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. 1993. S. 26-27.

<sup>10</sup> KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1997. S. 87.

v jiné místnosti, při sledování televize, nebo u čtení denního tisku. Tím si dítě správně stravovací návyky osvojí jen těžko. Fraňková uvádí, že pravidelně jí společně přibližně 10 % českých rodin (8).

## 1.2.2 Společnost a média

### Nároky na vzhled, kult štíhlosti

Žijeme ve společnosti, která se orientuje na vzhled, výkon a úspěch jedince. Úspěch bývá právě na vzhledu (kráse, štíhlosti a dokonalosti) často závislý. Dokládají nám to přeci televizní seriály, billboardy a příběhy hollywoodských hvězd. Můžeme však ještě považovat všechny ty dokonalé bytosti z médií za lidi? Jsou sice krásní, ale neměla by být krása záležitostí přirozenou? Lze dnešní ženu s odbarvenými vlasy, vrstvou make-upu, chemicky odstraněnou celulitidou, silikonovými ňadry a nepřiměřeně vyposilovaným svalstvem nazvat ideálem krásy? Bröhmová říká, že v americkém Los Angeles „*nejsou plastické operace ani u teenagerů nic neobvyklého... Některá děvčata se na operačním stole dostanou pod nůž poprvé už ve třinácti letech.*“<sup>12</sup> Dospělý a rozumně uvažující člověk si zajisté vytvoří názor sám, ale lze to vyžadovat po dětech a dospívajících?

Většina holčiček si už v dětství hrála s dokonalou panenkou Barbie, „*kteřá za ta léta od doby jejího „narození“ přibrala jen minimálně, a to díky pár odborníkům, jako třeba lékařům z Fakultní nemocnice v Helsinkách. Ti vypočetali, že skutečná živá žena s takovouhle postavou by postrádala nezbytných 17 až 22 procent tělesného tuku k tomu, aby mohla menstruovat.*“<sup>13</sup> Teď se z holčičky pomalu stává žena a když surfuje po internetu nebo si otevře teenagerovský časopis pro ni určený, najde „5 triků pro super make-up“ (33), či článek o „vybavení kápézetky (vatová tyčinka pro úpravu líčení...)“ (23) a nad žensky a zdravě vypadající zpěvačkou čte titulek „Jejda! Jitrnice“ (10). Významná část časopisu se pak zabývá vztahy, takže „náctiletá“ nezadaná dívka si připadá méněcenně, jestliže ještě nemá partnera. Navíc má možná pocit, že bez dokonalého obličeje a postavy jen tak nějakého partnera nenajde. Dodá takový časopis dospívající mladé dívce dost sebevědomí a sebeúcty? A co dospělí, kteří by měli jít mladší generaci a dětem příkladem? Je zjištěno, že přibližně 50 % z žen, které žijí ve vyspělých zemích, drží pravidelně nějakou dietu.

<sup>11</sup> SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. Z *deníku bulimičky*. 2003. S. 25.

<sup>12</sup> BRÖHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* 1999. S. 97.

<sup>13</sup> FORMÁNEK, O. *Zrada věčného mládí*. In *Reflex*, č.36, 2008, S.29.

### Vliv médií a postoje společnosti k ženám

Fialová ve své knize uvádí výzkum Erica Sticeho, prezentovaný na Americké psychologické konferenci v roce 2007, který odhalil, že 60 % dívek se časopisy neřídí a že důležitější roli než média mohou hrát rodiče, vrstevníci a partneři. Zároveň ale autor výzkumu varuje před podceňováním vlivu médií, neboť 61 % dívek čte pravidelně alespoň jeden módní časopis a 41 % dospívajících dívek tvrdí, že časopisy jsou pro ně nejdůležitějším zdrojem informací o dietách a zdraví.<sup>14</sup> Fialová uvádí, že všechny druhy médií mají jeden společný rys, a to předání informací velkému počtu lidí najednou, v čemž spatřuje jejich velké nebezpečí. Nepravdivá informace či zamlčování některých údajů se rozšíří velice rychle a ve velkém měřítku (6). Média tedy sama o sobě nelze považovat za hlavní příčinu vzniku poruch příjmu potravy, ale tvoří zkreslený obraz reality, který přispívá k obecnému rozšíření těchto poruch.

Ještě se vrátím k tématu panenky Barbie a odcituji výstižný příspěvek Petry Vykydalové, redaktorky Černých ovcí: *„Místo toho, aby si holčičky užívaly bezstarostného dětství a dospívání, řeší svůj zevnějšek. Chtějí být krásné a hubené stejně tak jako jejich panenka, kterou přeci každý obdivuje. Bárbi vystřídala mnoho zajímavých povolání, například: letuška, modelka, zdravotní sestřička, manažerka či ředitelka. Z čehož vyplývá, že o peníze nikdy neměla nouzi, a proto si může dovolit moderně vybavený dům s bazénem a velké terénní auto. Má mnoho přátel, se kterými pořádá různé párty na své zahradě či v domě. A co se týká mužského protějšku, nemá si na co stěžovat. Vždycky se pro ni najde nějaký nápadník, v bárbínkovském světě se mu říká KEN, který samozřejmě také splňuje všechny parametry ideálního muže. Má svaly, auto, peníze. Co víc si přát?“*<sup>15</sup>

Ptala jsem se jedné feministky na téma poruch příjmu potravy a bylo mi řečeno, že diety žen jsou odpovědí na jejich citovou vyprahlost pramenící z dnešní společnosti. Že dnešní svět je postaven na hierarchické struktuře nahrávající mužům. Žena nemůže být tak nezávislá, když pečuje o celou rodinu a domácnost a nemůže se tolik uplatnit v bussinesu, který je zcela bez emocí, jelikož to její přirozené povaze zkrátka odporuje. Ženy se často stávají sexuálními obětmi, role žen ve společnosti jsou nejasné a ženská inteligence je pravidelně zpochybňována. Jediná cesta jak z toho ven, je podle mnoha z nich poslechnout výzvy velkých firem, držet diety, sledovat módu, používat kosmetiku a doufat, že se tak stanou lepšími jedinci.

<sup>14</sup> FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy*. 2007. S.37.

<sup>15</sup> VYKYDALOVÁ, P.: *Dokonalý svět panenky bárbi*. [Internet] [cit.31.10.2008].  
<<http://abporuchy.sweb.cz/clanky.htm>>

Mnoho žen pak naopak těší, že se narodily jako něžné pohlaví, nestydí se za své ženské tvary, pracují na svém růstu a jsou vděčné za to, že se narodily do dnešní doby, která přeje schopným bez ohledu na pohlaví a bez nutného nároku, aby byly jako ženy za každou cenu v domácnosti a plodily děti. Je to ovšem otázka přístupu každé z nás a je potřeba dívkám dodat sebevědomí k tomu, aby se i ony ve společnosti cítily jejími plnohodnotnými členy bez ohledu na jejich pohlaví, vzhled či váhu.

### 1.2.3 Osobnost člověka

Znovu uvedu Warrenův výzkum, na který odkazuje Kocourková, jelikož ukázal shodné vlastnosti anorektiček a jejich vysokou inteligenci (průměr 106,2 IQ). Mezi vlastnostmi dominovala plachost, ostýchavost a rezervovanost, svědomitost, aktivita a ctižádostivost.<sup>16</sup> Dalšími vlastnostmi, které nemocem přispívají je perfekcionismus, úzkostnost, puritánství a asketismus, zranitelnost, nestálost a sebekritičnost. Postiženy bývají také ambicióznější dívky, které si za své budoucí povolání vybraly např. modeling, tanec nebo se jen inspirují úspěšnými ženami mnoha profesí, které ve většině případů nosí konfekční velikost 38 a menší. Dívky mívají strach i z partnerského soužití, v němž vidí nedokonalou postavu jako značnou překážku.

Velké riziko poruch příjmu potravy nastává u dospívajících, dříve obézních dětí, kterým se podařilo značně zhubnout a toto uspokojení může vést k pokračování v dietních omezeních. U některých anorektiček se také objevuje pocit, že odmítáním jídla se stávají někým výjimečným a štíhlost považují za výsledek úspěšné sebekontroly. Už jim však nezáleží na tom, jak bylo štíhlosti dosaženo. Velmi důležitou roli v problematice poruch příjmu potravy hraje sebevědomí jedince a sebeoceňování. Jestliže má o sobě člověk pozitivní smýšlení a má se rád takový jaký je i se svými nedostatky, nebude tolik toužit po změnách svého těla a osobnosti.

## 1.3 SPOUŠTĚCÍ MECHANISMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### 1.3.1 Dospívání

Nejčastěji uváděnou příčinou vzniku poruch příjmu potravy jsou změny spojené s dospíváním. Kocourková používá ve své knize termín „*psychobiologická krize dospívání*“<sup>17</sup> V tomto období se lidské tělo výrazně mění. Chlapci rychle vyrostou a nabývají na svalové hmotě. Dívky rostou spíše do šířky, získávají na ženských tvarech, a proto začínají být nespokojeny se svou postavou. Tělo prochází změnami jak fyzickými,

<sup>16</sup> KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1997. S. 87.

tak psychickými a ne každý se dokáže s touto skutečností vyrovnat. Mnoho dívek se zdráhá vyrůst v dospělou ženu a může se obávat vlastní zodpovědnosti, kterou by jako dospělá měla nést. Navíc se svou dospívající postavou oddalují té vysněné a dokonale štíhlé. Dívky jsou stresované z oněch změn a často ztrácejí rozum v tom smyslu, že nedovedou nestranně posoudit své tělo a netuší, jaká by měla být jejich zdravá hmotnost. Často ani dospělí netuší, co to znamená normálně jíst a kolik je jejich optimální váha.

Nutno připomenout, že změnami v období dospívání procházejí i chlapci. Bývají sice se svým tělem více spokojeni než dívky, v jejich těle se tuk ukládá jinak než u žen, ale také by chtěli mít opálenou vypracovanou postavu, jakou znají z časopisů a filmů. Ani mužům se nevyhýbá kult dokonalosti, v poslední době se čím dál tím více na mužskou klientelu zaměřuje módní průmysl, kosmetické firmy, salony krásy i kliniky plastické chirurgie. Stále více mužů se stará o svůj zevnějšek nejen tím, že si oholí vousy. V kurzu jsou účesy, oblečení, manikúra, pedikúra a depilace. Když se dospívající chlapec dnešnímu ideálu muže vzdaluje, a to mu způsobuje trápení, může následovat větší problém než u dívky. Chlapec je totiž vychován společností jako silný jedinec, který nikdy nedává najevo své slabosti, protože to mu jako muži nenáleží. Když nějaký chlapec trpí poruchou příjmu potravy, přichází se na to až když je choroba plně rozvinuta a komunikace s nemocným mužem bývá ještě komplikovanější než se ženou (4).

### 1.3.2 Negativní zážitek či událost

V publikacích často uváděným startovacím mechanismem poruch příjmu potravy je nějaký významný zážitek negativní povahy, odstěhování, rozpad partnerského vztahu, rozvod rodičů, tělesné onemocnění, násilí v rodině, úmrtí blízké osoby, sexuální zneužití či znásilnění. Poslední dvě jmenované události bývají uváděny nejčastěji. Kocourková ve své knize poukazuje na výzkum Palmera, který našel asi u třetiny patientek s diagnózou mentální anorexie a mentální bulimie zkušenost sexuálního zneužití v dětství.<sup>18</sup> Podle ní může „zážitek sexuálního zneužití v dětství negativně ovlivnit tělový obraz a ztížit akceptaci ženské role spojené s dospělou sexualitou.“<sup>19</sup> Často ale k nástupu nemoci stačí i dobře míněná poznámka okolí na vzhled člověka, např. „jak se z nich stává žena“. Krch zmiňuje jako stresující událost také „problémy s vrstevníky a odmítnutí vrstevníky, nebo problémy mezi rodiči a s rodiči.“<sup>20</sup>

<sup>17</sup> KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1997. S. 44.

<sup>18</sup> KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1997. S.54.

<sup>19</sup> Tamtéž.



## 1.4 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Rozpoznání poruch příjmu potravy mnohdy nebývá krátkodobou záležitostí, často se poruchy rozvíjejí nenápadně. Jejich projevy nemocní pečlivě a úzkostlivě tají do poslední chvíle. Když jde o nemocného v období dospívání, často okolí přisuzuje změny ve stravovacích návycích a chování pubertálním rozmarům (12). Nebo si rodiče neuvědomují závažnost potíží (15). S rozvojem nemoci přibývají i zdravotní problémy a anorexie je navíc doprovázena viditelným snížením hmotnosti nemocného, proto dochází k odhalení onemocnění nejčastěji v této fázi. Poruchy příjmu potravy lze diagnostikovat dle následujících projevů:

- Častá a přehnaná kontrola hmotnosti, sledování se, pozorování v zrcadle.
- Strach z tloušťky.
- Zkreslená představa o svém těle. Vnímání sebe sama jako bytosti tlusté, nemotorné až odporné.
- Úbytek hmotnosti (nebo u dětí a dospívajících chybí přírůstek hmotnosti). Měří se procentuálně oproti tělesné hmotnosti normální pro daný věk a výšku nebo pomocí indexu tělesné hmotnosti (anglická zkratka BMI). Počítá se vydělením hmotnosti druhou mocninou výšky člověka. BMI zdravého člověka se pohybuje mezi hodnotou 19 a 24. Diagnostika mentální anorexie vyžaduje index 17,5 a méně, u mentální bulimie k takovému váhovému úbytku zpravidla nedochází (14).
- U mentální anorexie postupné omezování příjmu kalorických potravin a vynechávání tří hlavních denních jídel až po úplné odmítání jídla, u mentální bulimie opakované záchvaty přejídání.
- Změny chování při jídle. Anorektici – zdlouhavé sezení u jídla a „šťourání se v něm“, bulimici – hltání i několika potravin najednou.
- Změny v jídelních návycích i životním stylu (často nadměrné pití kávy, kouření, užívání alkoholu).
- Problémy hovořit o jídle.
- Drastické diety.
- Rostoucí pohybová aktivita.
- Izolace od okolí nejen během jídla, ale i v ostatních životních situacích.
- Nespavost, náladovost, nesoustředěnost, depresivní sklony.
- Postupná ztráta menstruace u žen, lámavost nehtů, vypadávání vlasů, vysušená pleť.
- Nízký tlak, zimomřivost.

<sup>20</sup> KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 1999. S.65.

## 1.5 VÝZNAM STRAVOVÁNÍ A NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### 1.5.1 Význam stravování

Nedostatečná výživa organismu má velmi závažné důsledky a může vést až k zastavení růstu i celkového vývoje dítěte. Ztráta důležitých látek v těle se nejprve začne projevovat velmi pozvolna. Později ale selhávají důležité funkce a mnohdy se jedná o funkce životní, což může způsobit smrt. Případně si nemocný nese následky poruch příjmu potravy po celý život. Nedostatečná výživa má např. vliv na reprodukční zdraví člověka. Čím dříve onemocnění poruchami příjmu potravy začne, tím horší je dlouhodobá prognóza (5).

#### Výčet důležitých živin a jejich funkce v těle člověka:

- Bílkoviny pomáhají růstu a tělesnému vývoji, zvyšují odolnost organismu vůči okolním vlivům, podporují funkce mnoha orgánů, nervového a endokrinního systému. Jejich zvýšenou potřebu mají děti a dospívající.
- Tuky jsou důležitým zdrojem energie, pomáhají vstřebání některých vitamínů, ovlivňují činnost centrální nervové soustavy, zvyšují schopnost koncentrace a učení a vytváří ochranný obal orgánům. Pokud dojde k jejich nedostatku v období dospívání, může u dívek dojít až k vymizení menstruace.
- Sacharidy, kromě bílého rafinovaného cukru, patří mezi významný zdroj energie, minerálních látek, vitamínů a vlákniny. Jejich nedostatek snižuje obranyschopnost, způsobuje malátnost, nedostatek sil a únavu. Sacharidy ovlivňují činnost střev, snižují riziko infekčních onemocnění.
- Vitaminy a minerální látky se dostávají do těla pouze potravou a jejich nedostatek vede např. ke špatnému hojení ran, zpomalení růstu, zvýšenému výskytu infekčních onemocnění, porušení metabolických pochodů v těle, ke špatné mineralizaci kostí a zubů, či zhoršení činnosti srdečního svalu a způsobení výkyvů krevního tlaku. Jejich nedostatek má ale vliv i na vzhled člověka. Způsobuje „nezdravou“ barvu, vypadávání vlasů, lámání nehtů nebo nečistou pleť (30).

## 1.5.2 Následky poruch příjmu potravy

### Fyzické následky

Z výše uvedeného vyplývá, že nesprávná výživa způsobuje mnoho změn v těle člověka. Nedostatek určitých látek a především pak hladovění snižuje chuť k jídlu. Naopak v souvislosti s bulimií se mluví o “vlčím hladu“ proto, že chuť k jídlu se při záchvatovitém přejídání neustále zvyšuje. Zajímavostí je, že někteří lidé i přes nedostatek potravy paradoxně tloustnou. Je to proto, že organismus, který pravidelně přijímá energii ji také pravidelně odčerpává a nepotřebuje si dělat zásoby. Tento postup předchází i vzniku obezity. V případě hladovění si ale tělo ukládá tuky do zásoby a využívá je v době nedostatku. To může vést k přibývání na váze. Tělo také umí některé prvky zpracovat velmi rychle, takže ani bulimici se svým kompenzačním chováním nikdy nezabaví úplně všeho, co do sebe vpravili. Je tedy velkým omylem, že lidé trpící poruchami příjmu potravy jsou vždy štíhlí. Navíc hladovění, zvracení či užívání projímadel mohou praktikovat i obézní jedinci ve snaze zbavit se nadbytečných kil.

### Psychické následky

Tělesný vývoj, který je při poruchách příjmu potravy u dětí narušen, dává základ rozvoji psychickému. Navíc je dokázáno, že výživa má vliv také na psychiku a chování člověka, proto následky nejsou jen čistě zdravotní. Poruchy příjmu potravy proto způsobují u nemocných mimo jiné uzavírání se do sebe, časté změny nálad, aroganci, pocit nadřazenosti (zvládají nejíst, sportovat, nestěžovat si a vše s přehledem zvládají), nevrlost, úzkostlivé až depresivní stavy, sobecké chování vůči ostatním – všímají si jen sebe, své postavy a svého jídelníčku. Zhoršuje se schopnost soustředění, rychlost, pohotovost a výkonnost.

Právě výše uvedené změny v chování pomalu ale jistě nemocného izolují od společnosti přátel a známých, kteří pochopitelně nejeví zájem o vztahy s takovým člověkem. Často totiž o příčinách jeho chování nic netuší. Ale i sami postižení postupně ztrácejí zájem o mezilidské vztahy, jsou koncentrováni jen sami na sebe. Když pak při depresi potřebují pomoc druhých, těžko ji hledají. Jejich pocit nadřazenosti a toho, že vše sami hravě zvládnou, je totiž jen relativní. Jejich náhle se dostavující hluboké deprese doprovází pocity hanby a viny, jelikož se často hrouť proto, že podlehli svému hladu nebo tlaku okolí a snědli špetku jídla navíc. Berou to jako své vážné selhání a tento stav pak dohnal nejednoho nemocného až k sebevraždě. Poruchy příjmu potravy tedy páchají škody nejen v soukromém životě samotného nemocného, ale také v jeho okolí. Nastávají krize v rodinách kvůli zoufalému strachu o své potomky, manžele či přátele.



## 1.6 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Velké procento nemocných bývá při léčbě poruch příjmu potravy hospitalizováno, a to na odděleních psychiatrie, kde pacient pobývá až tři měsíce. Jako u všech nemocí záleží na zdravotním stavu jednotlivce a jeho přístupu k plnění léčby a také na fázi nemoci. Čím dříve je odhalena, tím větší jsou šance na vyléčení pacienta. Jak říká Marádová: „*Jako každý jiný strach, roste i strach z tloušťky s pozorností, kterou mu člověk věnuje, a s kroky, o které před ním ustupuje.*“<sup>21</sup> Cílem léčby je nejen zlepšení zdravotního stavu nemocného, ale především usilovná práce na jeho duševní stránce. Právě její narušení je z jedné příčinou onemocnění. Poruchy příjmu potravy nejsou onemocněním těla, ale duše, medicínsky se nazývají neuropsychosomatická onemocnění (30).

Lékaři spolu s pacientem pracují na jeho sebevědomí, na postoji k sobě samému včetně vlastního těla a především na změně ke vztahu k jídlu a učení stravovacích návyků. Často se u pacientů v průběhu onemocnění vyskytují pocity strachu a stále se stupňujících depresí a je potřeba, aby se nemocní těchto pocitů zbavili. Je žádoucí, aby se do léčby zapojili i rodiče a blízcí nemocného, což platí dvojnásob u léčby dětských pacientů. Tedy pokud nejsou rodinné problémy v přímé souvislosti se vznikem onemocnění (5). Během léčby také nesmí být v okolí dítěte někdo, kdo má strach z tloušťky. Léčba nekončí pobytem v nemocnici, ale je dlouhodobá, jelikož se i přes zdánlivý úspěch léčby často onemocnění vrací. Výzkumy udávají, že průměrně toto onemocnění trvá 6 let, než se vyléčí (4).

V souvislosti s léčbou poruch příjmu potravy se nejčastěji mluví o metodě kognitivně behaviorální a psychoanalytické. První jmenovaná je založena na principu poznání a učení. Na základě určitých životních situací se chováme určitým způsobem. Tato léčba odnaučuje určité způsoby chování a navozuje nové. Psychoanalytická terapie trvá mnohem déle a hledá zakořeněné problémy. Pacient se do hloubky zabývá svým dětstvím, sny, dokud se nenajde příčina nemoci. Poměrně mladý je německý projekt Pathways (1994), neboli rozcestí, kde lidé trpící poruchami příjmu potravy žijí ve společné domácnosti a vzájemně si pomáhají nejen s problémy v oblasti stravování. Součástí programu je nejen skupinová terapie, ale i rodinná a individuální. Trvá až 1,5 roku, je hrazen pojišťovnou a nebrání v návštěvě školy.

<sup>21</sup> MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 2007. S.18.

## 2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A ŠKOLA

V následující kapitole se budu zabývat problematikou poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Nejprve svou pozornost zaměřím na nutriční návyky žáků a školní stravování, jelikož k vybudování správných stravovacích návyků může kromě rodiny přispívat i škola. Dále se budu věnovat roli spolužáků v životě dítěte a dospívajícího a jejich případnému vlivu na vznik poruch příjmu potravy. V kapitole Role učitele uvedu konkrétní příklady jeho případného negativního a pozitivního působení na žáka, zmíním úlohu pedagoga volného času a jeho případnou roli v oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Uvedu příznaky, dle kterých lze na půdě školy tyto poruchy identifikovat. V případě, že se u někoho z žáků příznaky projeví, vyjmenuji konkrétní kroky, jak se v takovém případě jako učitel zachovat. Na závěr sestavím preventivní opatření, kterými lze poruchám příjmu potravy ve škole předcházet.

### 2.1 NUTRIČNÍ NÁVYKY ŽÁKŮ A ŠKOLNÍ STRAVOVÁNÍ

#### 2.1.1 Školní jídelna

Školní jídelny v poslední době procházejí řadou změn. Od dob, kdy se některým dětem do jídelny nechtělo z důvodu nedůvěry k připravovaným jídlům, četnosti „univerzálních hnědých omáček“ či kvůli povinnosti vždy celou porci za každou cenu sníst, se zlepšila kvalita surovin, pestrost nabízených jídel, přibyla možnost volby z více jídel a často se zlepšila i úroveň prostředí jídelen. Ty se už dnes nemusí řídit striktně danými recepturami a „*mohou obohatit jídelní lístek o jídla krajová, různé speciality nebo jídla méně obvyklá a zdravá např. z tofu, jáhel, pohanky, cizrny a jiných dříve nedostupných či neznámých potravin... Místo moučnicků děti dostávají čerstvé ovoce, ovocné saláty, mléčné poháry s ovocem, mléčné výrobky, müsli tyčinky...*“<sup>22</sup> To, že některým dětem jídlo ve školní jídelně nechutná, nemusí být vinou tamního jídelníčku, ale Fraňková vidí problém v rodině, kde nejsou děti zvyklé jíst pestrou stravu a spoustu pokrmů z domova neznají. Zavděčit se všem dětem, které mají z domova odlišné stravovací návyky, je velmi těžké (8).

Školní stravování se řídí Vyhláškou č. 107/2005 Sb. o školním stravování a přísnými výživovými a hygienickými normami. Existují rozdílné normativy pro děti ve věku 3-6 let, 7-10 let, 11-14 let a 15-18 let. V nich jsou uvedeny nároky na měsíční přísun složení potravin (cukry, tuky, bílkoviny a vitaminy) na strávnicka v gramech. Z uvedených

<sup>22</sup> PYSZKOVÁ, H.: *Jaké jsou dnešní školní jídelny?* [Internet] 26.1. 2009 [cit.1.11.2008]. <<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=792>>

normativů a stravovacích doporučení v literatuře o výživě lze zmínit následující pravidla školních jídelen:

- vytvořit příjemné prostředí a přátelské klima v jídelně;
- zajistit co nejpestřejší jídelníček, který podporuje zdravý růst a vývoj dětského organismu;
- omezit slazené nápoje, které se dnes často k jídlu podávají, děti je totiž s oblibou konzumují;
- omezit na minimum tučná a smažená jídla, popř. tuk nahradit např. olivovým olejem;
- nahradit bílé pečivo a mouky tmavými;
- omezit solení, sůl zadržuje tekutiny v těle, v extrémních případech může způsobit poškození životně důležitých orgánů, především ledvin a jater;
- nenutit děti do jídla za každou cenu, buď si dítě k jídlu vybuduje negativní postoj, nebo se naopak bude zbytečně přejídat, každé zdravé dítě vydrží nějakou dobu nejíst;
- neodměňovat a netrestat děti za velikost snědených porcí, či dokonce nepoužívat metody typu „když to nesníš, zítra si tě vyzkouším“;
- naučit děti správnému stolování a výběru jídel.

Oběd ve školní jídelně je tolik důležitý proto, že by měl pokrýt více jak třetinu energetického příjmu denně a mnohdy je jediným kvalitním jídlem dítěte školního věku během dne. Když se dítě nestravuje ve školní jídelně a nemá možnost jít se naobědvat domů, hlad může řešit nákupem svých oblíbených potravin v supermarketu, návštěvou fast foodů a lze předpokládat, že většina sáhne po bílém pečivu, hamburgerech či coca-cole. Zdravá a pravidelná strava může kromě jiného i pozitivně ovlivnit školní výsledky dětí, jelikož se díky správnému množství energie děti mnohem lépe soustředí.

Zajímavým zjištěním byl pro mě článek nutriční terapeutky z Poradenského centra Výživa dětí, kde autorka hájí školní jídelny a vyvrací tvrzení o zastaralosti školních jídelen a jimi připravovaných pokrmů. Dokazuje to na výzkumu „Jak jedí české děti“, konaném v roce 2007 na českých základních školách, který mimo jiné zjistil, že „*drtivá většina jídelniček dotazovaných dětí vypadala podstatně hůře o víkendu než ve školním týdnu! Ač jsou děti o víkendu „pod dozorem“ rodičů, ráno si rády přispí, a tím vynechají snídani. Jíst dopolední svačinu už nemá příliš smysl, protože se blíží oběd a oběd v rodině byl často naprosto stejný jako večere, případně jako oběd druhý den. Často odpoledne následovala*

*návštěva příbuzných a s ní spojené mlsání. Ve vařených pokrmech od rodiny byla patrná též výrazně nižší pestrost než ve skladbě jídel ve školní jídelně.*“<sup>23</sup>

### 2.1.2 Automaty na jídlo a pití

Školní automaty mají už i v České republice několikaletou tradici a jako všude na světě, kde jsou automaty ve školách umístěny, se těší u žáků velké oblibě. Děti nákup potravin preferují před konzumací svačiny z domova, protože forma získávání těchto potravin je mnohem zábavnější a zakoupené výrobky se řadí mezi jejich oblíbené (21). O přívlastku zdravý ale nelze v souvislosti s automaty příliš mluvit. V Americe usilují o odstranění automatů ze škol z důvodu nebezpečně rostoucího počtu obeztních dětí a nahrazení automaty se zdravými svačinami a tento trend pomalu přichází i k nám, jelikož dětí s nadváhou přibývá i u nás (32). Novinkou jsou v současnosti automaty Happy snack, které dětem nabídnou celozrnné obložené housky, celozrnné tyčinky či mléčné výrobky. Cílem je eliminovat z automatů slazené nápoje, čokoládové tyčinky či bramborové lupínky. I školními automaty tedy lze preventivně předcházet poruchám příjmu potravy.

### 2.1.3 Svačiny

Správně se stravující člověk by měl jíst pětkrát denně a pravidelně pít tekutiny. Pro vyvíjející se dětský organismus to platí zvláště. Jídelníček má obsahovat 3 hlavní jídla denně a 2 menší v průběhu dopoledne a odpoledne. Pro lepší koncentraci a výkon by měla být hlavním zdrojem energie snídaně, svačina a oběd (15). Ovšem podle údajů centra Výživa dětí více než polovina dětí nesnídá a svačinu vynechává skoro každý pátý školák. O složení svačiny ani nemluvě. Zelenina, která by měla být konzumována po každém jídle, se ve svačinách školáků vyskytuje jen spíše, zeleninu jí každý den podle statistik jen 11 % dětí. Mnoho dětí si nenosí svačinu z domova, ale kupuje si ji cestou do školy či právě ve školním automatu. To znamená, že se stravují sladkostmi, chipsy a slazenými nápoji. Dítě s namazaným chlebem od maminky se pak často stává třídním exotem.

## 2.2 ROLE SPOLUŽÁKŮ

Jak řekl už Aristoteles, člověk je tvor společenský a je pro něho důležité, aby do společnosti zapadl a především, aby měla v kolektivu jeho osobnost určitou roli. U dětí školního věku jsou tímto kolektivem spolužáci, kteří ovlivňují i mínění dítěte o sobě

<sup>23</sup> TOMEŠOVÁ, J.: *Jak je to se školním stravováním*. [Internet] 16.7.2008 [cit.27.12.2008]. <<http://www.vyzivadeti.cz/pro-skoly/jak-je-to-se-skolni-stravovanim.html>>

samém (6). Vágnerová řadí mezi nejdůležitější vrstevnickou skupinu v období školní docházky školní třídu, protože v ní děti tráví hodně času a její hlavní roli spatřuje v tom, že má referenční význam, tedy poskytuje dítěti zpětnou vazbu (29). Dítě se s ostatními srovnává, často napodobuje jejich chování a kopíruje zájmy. V období dospívání navíc přichází touha zalíbit se opačnému pohlaví. Člověk se ale většinou nesrovnává s těmi, jejichž tělesné proporce lze zařadit do kategorie průměrné, ale s těmi nejhubenějšími, protože tak by chtěl vypadat. Tělo se pak začne v tomto období měnit, čímž více přitahuje pozornost spolužáků. Někdy jsou takové změny odvděčeny posměchem a je potřeba, aby si z takových reakcí děti nedělaly hlavu.

Některé dívky se začínají zakulacovat dříve než ostatní a mohou si připadat tlusté. A jak jsem již výše uvedla, dietní tendence se objevují už u dvanáctiletých dívek, takže stačí, aby jedna ze spolužaček držela nějakou dietu s viditelnými výsledky a ostatní ji mohou následovat. Ten, který s úspěchem hubne, je obdivován pro svou silnou vůli a výdrž. Navíc štíhlost bývá spojována s mládím, úspěšností a zdravím. Obezitu má naopak hodně lidí spojeno s nedostatkem sebekontroly, nemotorností, leností a někdy i s hloupostí. Dokazuje to Fraňková na výzkumu anglických autorů, kteří předkládali devítiletým dětem obrázky štíhlých a otlých postav, které měly děti charakterizovat. U otlých postav převládalo, že jí nezdravá jídla, má málo přátel, špatně se učí, jsou líní a méně inteligentní než postavy štíhlé.<sup>24</sup> Takový přece nechce být nikdo. A ve školním věku na to, jak bude dítě hodnotit samo sebe, mají vliv nejprve názory a hodnocení dospělých v jeho okolí, tedy i učitelů a postupně sílí vliv vrstevnický.

V pubertě pak potřeba respektování ze strany druhých, touha po uznání a souhlasu graduje. V tomto období je dítě nejzávislejší na tom, co si o něm myslí druzí. Tyto názory se snadno zvnitřní a stanou se součástí sebeuvědomění. Okolí dospívajících by ale mělo být ve střehu, protože přehnaná závislost na mínění druhých může vést k naprostému přizpůsobení a potlačení individuality (což do jisté míry dělá ve společnosti každý) a když se dítě dostane do nevhodné skupiny vrstevníků, může se přizpůsobit i v takových věcech, jako je užití návykové látky. Fraňková upozorňuje, že dominantní žáci mohou značně ovlivnit i přístup dítěte k některým jídlům, když dávají různými posunky a mimikou najevo svou nechuť k danému jídlu, nebo mohou naopak naučit spolužáka přijít určitému pokrmu na chuť (8).

<sup>24</sup> FRAŇKOVÁ, S. a kol. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 2000. S.187.



## 2.3 ROLE UČITELE

### 2.3.1 Pozitivní působení na žáka ve škole

Pedagogové, kteří tráví se svými žáky několik hodin denně, své žáky dobře znají, proto by i oni mohly včas identifikovat změny v chování dítěte a všimnout si nadměrného úbytku váhy. Občas se stává, že si jako první nemoci všimnou právě oni a rodina se o onemocnění dítěte dozví z úst třídního učitele. Na portálu Ideální.cz lze pár takových dívek, svěřujících se se svými příběhy, nalézt.

V momentě, kdy učitelé nabudou podezření, měli by ihned zasáhnout, promluvit se žákem, nabídnout mu odbornou pomoc, ale i nabídnout žákovi možnost pravidelné otevřené komunikace. Často má totiž dítě pocit, že se nemá komu svěřit a že ho nikdo nepochopí, protože od přátel se většinou izoluje a s rodiči se kvůli jídlu jenom hádá. Na diskuzi stránek poruch příjmu potravy jsem našla příběh s happy-endem, uvedený pod názvem „Porazila jsem bulimii“, který dokazuje, jak velkou roli může učitel v životě svých žáků hrát. Dívka zde popisuje průběh své nemoci, ze které ji nakonec pomohl vyléčit její učitel chemie, na kterého se obrátila poté, co se dověděla, že pomohl i jiným nemocným dívkám. Respektoval její přání neinformovat rodiče pod podmínkou, když bude dvakrát týdně navštěvovat psychologa. Po desítkách sezení začala nemoc ustupovat (11).

### 2.3.2 Negativní působení na žáka ve škole

Někteří učitelé svým žákům při řešení problémů významně pomohou, jiní však mohou ony problémy zapříčinit. Sama si vzpomínám na hodiny tělocviku, kdy si moje neobratné tělo neodpustili komentovat nejen spolužáci, ale především učitelka. Věřím tedy tomu, že několik takových hodin tělocviku může vést ke vzniku problému. Veřejné ponížení učitelem bývá pro děti to nejhorší. Na internetové diskuzi Ideální.cz jedna dívka obviňovala ze vzniku anorexie svou vyhublou učitelku, která ji svými neustálými otázkami "Nepřibrala jsi trošku?" nepřímo donutila k držení diet, protože si myslela, že je jí špatně známkována za svou baculatost, ne za neznalosti. Předsudky vůči obezitě tedy trpí i někteří učitelé. Jiný příspěvek také od anorektické dívky popisuje její dospívání na taneční umělecké škole, kdy si jí učitel dobíral kvůli zakulacujícím se tvarům.

Ale i dobré úmysly učitelů mohou zůstat nepochopeny. Jedna dívka začala hubnout ve snaze zalíbit se učiteli, který jí po jejím úspěšném hubnutí neustále chválil a tím nechtěně zapříčinil další dietní maratón. Často se snaží učitelé v dobré víře své žáky motivovat k lepším výkonům a když se dětem nedaří, zažívají pocit zklamání, který si kompenzují právě dietami. Na internetové diskuzi lze také najít příspěvek dívky, u níž

měla bezdůvodně její třídní učitelka strach z anorexie, a tak dlouho ji pozorovala a kontrolovala, že ji dohnala ke skutečnému činu (11).

### 2.3.3 Působení pedagoga ve volném čase dětí

Někdy pedagog s dětmi tráví i jejich volný čas. Buď pedagog volného času, anebo například třídní učitel, který s dětmi jede na výlet nebo na pobyt v přírodě. I když je výlet školní, atmosféra je většinou uvolněnější než v prostorách školy, děti proto bývají otevřenější. Učitel s nimi netráví jen 45-ti minutové bloky, často je vidí se stravovat, převlékat a může si leccjakých změn u dítěte všimnout. Pedagog volného času má „výhodu“ menší autority u dětí a někdy bývá spíš kamarádem než učitelem. Proto si bývá s dětmi bližší. Existuje-li kvalitní sociální vazba mezi pedagogem a žákem, založená na empatii a kvalitní komunikaci, dítě ve svého pedagoga chová důvěru a se svými problémy se mu svěří. Vazba zde bývá užší než na pedagoga ve škole.

Oba pedagogové pak mohou působit preventivně v oblasti sociálně patologických a nežádoucích jevů, kam Hájek ve své knize řadí poruchy příjmu potravy (9). Za strategickou v této oblasti považuje výchovu zdravého životního stylu, kvalitní komunikaci a zvyšování sebevědomí. Toho lze dosáhnout např. objevováním nových vloh dítěte. Některé děti v sobě mají zakořeněný pocit, že jim nic nejde. Obzvláště v období dospívání je pak důležité, aby se člověk v nějaké oblasti takřkajíc našel. Stejně jako jakýkoli jiný učitel může pedagog volného času orientovat děti na správné hodnoty, vést k odpovědnosti za své chování i v oblasti zdraví a podporovat zdravý tělesný rozvoj. Autor zpochybňuje efektivitu jednorázových akcí a nabádá k dlouhodobému pedagogickému působení.

Avšak i pedagog volného času může dítě negativně ovlivnit, a to právě proto, že si bývá s dítětem bližší. Nejvíce totiž bolí urážky a kritika od někoho, ke komu dítě chová určitý vztah a váží si ho. Často také bývá výplň volného času jeho zálibou a předností. Jestliže má dítě dobrý pocit z toho, že mu jde tancování, na které chodí již nějaký čas a trenér mu pak řekne, že nedosahuje kvalitních výsledků a že by měl této záliby nechat, v ten moment se dítěti zboří svět. Je tedy potřeba hledat oblast, ve které dítě vyniká a tou zaplnit jeho volný čas. Odreaguje se, pobaví, motivuje a bude mít ze sebe dobrý pocit. Vhodné trávení volného času totiž zvyšuje psychickou pohodu.

## 2.4 JAK SE PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY PROJEVÍ VE ŠKOLE

Identifikovat poruchu příjmu potravy ve škole bývá těžké, nemocní bývají dobře prospívající a jejich problémy se zde nemusí nijak projevit (14). Nemocní se nad svým životem snaží mít maximální kontrolu. Nejen nad svým stravováním, ale i nad školními

výsledky. Oddalují tím odhalení nemoci. Vše musí mít takové, jaké to chtějí, touží po dokonalosti. Jejich perfekcionistická povaha, snaživost, pečlivost, zodpovědnost, smysl pro povinnost a silná výkonová orientace jim nedovolí školu zanedbávat.

Pokud však nemoc trvá déle, lze u nich zpozorovat změny v chování, jako je náládovost, podrážděnost, impulzivita, vztahovačnost, nárůst konfliktů, stupňující se sebestřednost, ochladnutí zájmů až izolace od spolužáků, opuštění od svých původních zájmů, skleslost až depresivní ladění. U anorektiček může být ukazatelem onemocnění snižující se váha či nedostatečný růst a vývoj, odhalení bulimie je náročnější. Váha bulimičky sice není stabilní, ale těžko lze v oblečení nějaké výkyvy v hmotnosti rozeznat. Navíc bulimik se více účastní společenského života a jeho nemoc se nemusí ve vztazích k vrstevníkům projevit (3). Anorektik své vrstevníky často vidí jako hrubé, sprosté, vulgární a s primitivními zájmy (12).

V pokročilém stádiu poruch příjmu potravy se však u nemocných i přes jejich velkou snahu nedat na sobě nic najevo objeví známky únavy, nepozornosti a snížená schopnost koncentrace. V USA jeden výzkum porovnával školní výkonnost nasnídaných a nenasnídaných dětí a vyplynulo z něj, že v prvních vyučovacích hodinách se u nenasnídaných dětí projevil nedostatek koncentrace a výkonnosti.<sup>25</sup> Co asi pak s tělem dokáže udělat pravidelná nedostatečná výživa? Kromě problémů se soustředěností způsobuje snížení intelektové výkonnosti, schopnosti chápat věci v širších souvislostech, pokles paměti a celkový úpadek úsudku a myšlení.

Poruchy příjmu potravy by bylo možné odhalit při stravování ve školní jídelně, kdy by si nemocný najednou nechával servírovat miniaturní porce, odmítal by energetický výživná jídla, v jídle by se zdlouhavě „rýpal“ anebo by bezprostředně po jídle odbíhal na toaletu. Pro učitele je ale velmi náročné pozorovat jídelní návyky každého žáka. Často se také nemocní nechají ze školních obědů rodiči odhlásit, takže není možné anomálie v oblasti stravování u dítěte identifikovat.

V případě, že má někdo z pedagogického sboru podezření na poruchu příjmu potravy u svého žáka, měl by se nejprve poradit s někým zkušeným či kvalifikovaným, např. odborníkem na výživu, školním psychologem apod., který mu jeho domněnku potvrdí nebo vyvrátí. Jestliže se potvrdí, je nutné urychleně kontaktovat rodiče. Když se pak společně škola s rodinou dohodne na spolupráci, může při léčbě významně pomoci. V oblasti školního stravování nabízí Papežová následující varianty:

- Jíst jako ostatní a s ostatními.

<sup>25</sup> FRANĀKOVÁ, S. a kol. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 2000. S.160.



- Vybrat si kamarádku, která bude s postiženou v jídelně sedět a ubezpečí se, že jídlo sní.
- Jíst s členem učitelského sboru.
- Jíst v oddělené místnosti.
- Jíst u stolu učitelského sboru.
- Jíst mimo jídelnu s kamarádkou, která dává pozor (18).

## 2.5 JAK KONKRÉTNĚ MŮŽE UČITEL POMOCI

V případě, že je někomu z žáků diagnostikována jedna z poruch příjmu potravy, i učitel může svým působením přispět k urychlení a zefektivnění léčby. Sám žáka nevyлéčí, ale může mu významně pomoci. Lze uplatnit následující postup:

- Nabídnout nejprve žákovi pomoc.
- Pokud žák pomoc přijme, nabídnout mu možnost pravidelných setkání.
- Sám jít příkladem, nedržet diety, neprojevovat touhu po dokonalém těle apod.
- Nepřeceňovat před nemocným a před třídou štíhlost, vážit si každého žáka stejnou mírou bez ohledu na jeho pohlaví, vzhled či hmotnost.
- Naklonit si důvěru nemocného, dokázat mu, že se může se vším svěřit (to vyžaduje diskrétnost – obsah rozhovorů udržet v tajnosti).
- Snažit se o oboustrannou otevřenou komunikaci.
- Mít trpělivost, než se žák začne svěřovat se svými pocity a mít trpělivost se změnou nálad.
- Umět naslouchat i tomu, čemu nepřikládáme žádnou váhu a snažit se to pochopit.
- Nabídnout svůj lidský pohled, názor. V případě pochyb či nejistoty konzultovat s odborníkem nebo odbornou literaturou.
- Nenechat se ovlivnit, omezovat a nepřistupovat na pravidla nemocného žáka. Stát si za svým. Nemocní poruchami příjmu potravy někdy umně okolím manipulují.
- Donutit ho neodkládat řešení.
- Nekomentovat jak jí, jak vypadá. Nejen on, ale i kolegové a spolužáci. Nemluvit o hubnutí nebo dietách někoho ze školy.
- Snažit se vyhnout těmto tématům a převést řeč do jiné oblasti, rozhovory by se jinak točily jen okolo jídla.
- Nepodceňovat ani nepřeceňovat rozhovory o jídle a zároveň nepodceňovat ani přeceňovat situaci nemocného. Nesmí mít pocit výjimečnosti, nadřazenosti, uznání ani pocity chudáka v souvislosti nemocí.

- Vysvětlit mu, že ne každý komentář směrem k jeho osobě je myšlen špatně. Nemocní poruchami příjmu potravy bývají vztahovační.
- Dát mu najevo, za co si ho vážíme (určitě ne za to, jak vypadá), pomoci mu uvědomit si své hodnoty, vyzdvihovat jeho přednosti a tím mu zvyšovat sebevědomí.
- Pomoci žákovi najít jiný zájem než jen jídlo a hubnutí, např. pomoci mu najít v čem je dobrý, koncentrovat tam jeho pozornost a rozvíjet onu oblast. „*Nevyplněný čas je nebezpečný.*“<sup>26</sup>
- Mluvit o pozitivních věcech, přáních, předsevzetích a plánech. Když se realizace předsevzetí nedaří, svést to na momentální stav a motivovat žáka do budoucna. Příště se to podaří.
- Stanovovat si reálně dosažitelné cíle.
- Uvědomovat si, že neexistuje žádné ideální řešení problému (14).
- Myslet na to, že učitel není všemocný a nevyčítat si případné neúspěchy. Pokud se nemocný sám nechce vyléčit, těžko někdo udělá zázraky.
- Pokud jsou sezení ukončena úspěšně, zdůraznit, že má žák u učitele stále dveře otevřené.

## 2.6 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY VE ŠKOLE

### 2.6.1 Preventivní opatření poruch příjmu potravy ve vyučování

Nejlepší je nežádoucím jevům v životě člověka předcházet, a čím dříve se s prevencí začne, tím větší existuje naděje, že se ony jevy neprojeví. Prevence sociálně patologických jevů a negativních způsobů chování, kam poruchy příjmu potravy řadíme, je jedním z cílů Školního vzdělávacího programu (ŠVP). Nejobsáhleji se těmito problémy zabývá předmět výchova ke zdraví, který je vyučován na druhém stupni základních škol. Zapojit tuto problematiku ale dle mého názoru lze i do výuky českého jazyka (např. různé slohové práce), do hodin přírodopisu (konkrétní zdravotní problémy hladovějícího či obézního člověka, účinky určitých rostlin na zdraví člověka), výtvarné výchovy, chemie (složení určitých potravin) či do tématu vzdálenějšímu předmětu matematiky (slovní úloha na úbytek váhy). Je zde tedy možná mezipředmětová vazba. V přírodopise učitel vysvětlí funkce jednotlivých orgánů a ve Výchově ke zdraví sáhne po obrázcích orgánů obézních lidí.

Preventivní opatření v této oblasti lze praktikovat i na prvním stupni, kdy už by děti měly mít o zdraví základní informace. Zejména ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět,

kam spadají předměty prvouka, přírodověda a vlastivěda, může učitel své žáky učit správným stravovacím návykům, rozdělit konkrétní potraviny na zdravé a nezdravé apod. Osnovy by se měly věnovat prevenci obou pólů nevhodného přijímání potravy, jak obezité, tak anorexii a bulimii. Účinná je také komunikace a spolupráce rodiny a školy, která školní vzdělávací program pomáhá realizovat. Rodiče by měli mít možnost kontaktu se školou kdykoli potřebují a osvědčily se společné akce rodin a školy, např. dny otevřených dveří, sportovní soutěže, výstavy apod.

### 2.6.2 Předmět výchova ke zdraví

Dle portálu RVP.cz vzdělávání v předmětu Výchova ke zdraví směřuje k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí žáků tím, že vede žáky mimo jiné k:

- poznávání zdraví jako nejdůležitější životní hodnoty;
- pochopení zdraví jako vyváženého stavu tělesné, duševní i sociální pohody a k vnímání radostných prožitků z činnosti podpořené pohybem, růstem výkonnosti atmosférou příjemných vztahů;
- získávání základní orientace v názorech na to, co je zdravé a co může zdraví a tělesné výkonnosti prospět, i na to, co zdraví ohrožuje a co poškozuje;
- využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k upevňování 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 (20).

Předmět Výchova ke zdraví zahrnuje i takzvaná průřezová témata, mezi něž patří např. osobnostní a sociální výchova (schopnosti poznávání, seberegulace, sebeorganizace, psychohygiena, sebepoznání, sebepojetí, kooperace atd.) či mediální výchova (především interpretace vztahu mediálního sdělení a reality). Úmyslně jsem vybrala tato dvě témata, protože velmi úzce souvisí s problematikou poruch příjmu potravy. Za jedno z nejdůležitějších pak považuji právě sebepojetí. To definuje Ludmila Fialová ve své knize jako „obraz o sobě, o svých schopnostech, vlastnostech, vědomostech, své inteligenci, i o svém těle, zdraví, vzhledu...“<sup>27</sup> Důležitost sebepojetí v životě člověka spatřuje v jeho schopnosti řídit naše očekávání i chování a orientovat se ve společenských a citových vztazích. Pro vytvoření základu harmonického života žáka je potřeba tento obraz rozvíjet.

<sup>26</sup> ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. 2002. S.86.

<sup>27</sup> FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy*. 2007. S.9.

Žák by si měl v předmětu výchova ke zdraví osvojit takové znalosti a dovednosti, které ho ochrání před nevhodnými životními rozhodnutími.

#### **Příklad konkrétních námětů pro práci s dětmi:**

- Sepsat vše, za co se má nebo může mít dítě rádo.
- Napsat dopis oblíbenému jídlu a zmínit v něm, zda se řadí mezi zdravou stravu.
- Sepsat vše, co za celý den snědly a vypily a zaznamenat aktivity, kterými se zabývaly.
- Vypočítat BMI pro objektivní zhodnocení své hmotnosti.
- Shromáždit materiál vypovídající o proměně ideálu krásy v historii.
- Analyzovat konkrétní příběhy nemocných poruchami příjmu potravy (16).

#### **Požadované dovednosti:**

- Být informován a vychován tak, aby dokázal rozpoznat nesprávné modely chování, ať už se jedná o projevy agresivity, násilí, nebo právě sebezničující modely chování, kam se poruchy příjmu potravy řadí.
- Rozpoznávat problémy a umět je řešit, eventuálně vědět kam se obrátit v případě, že si sám neví rady.
- Objevovat příčiny různých jevů a chování, hledat vztahy a souvislosti mezi nimi.
- Disponovat sebedůvěrou a zdravým sebevědomím, aby se dokázal smířit s neúspěchem, uměl přijmout kritiku, vnitřně se ubránit nárážkám okolí třeba na svůj vzhled a váhu a měl by znát svoje přednosti, za které se může mít rád. Nízké sebevědomí ovlivňuje chování jedince a vede k jeho větší ovlivnitelnosti. A čím je člověk mladší, tím je ovlivnitelnější.
- Přijímat změny a aktivně se s nimi vyrovnat (např. fyzické změny v období dospívání).
- Znat své možnosti, dispozice a hranice, za něž nemůže zajít. Reálné odhadnutí svých možností. Konkrétně například v regulaci své váhy.
- Umět identifikovat tlaky médií, například na dokonalý vzhled a kriticky hodnotit to, co je nereálné. Měl by ovládat kritické myšlení, tedy nepodléhat prvnímu dojmu a všeobecnému, většinovému mínění, ale vytvořit si svůj vlastní názor. Umět odolávat manipulaci.
- Naučit se uznávat zdraví jako jednu z nejvyšších hodnot, umět si vybrat životní styl, naučit se své zdraví ovlivňovat a přijmout za něho zodpovědnost. Žák by měl umět

předpovídat i dlouhodobé následky svého konání. Chápat vztah mezi jídlem a zdravím člověka.

- Chápat zdraví v celé jeho komplexnosti, jako výsledek životního stylu, psychické pohody, vyrovnanosti, prevence onemocnění atd. a uvědomovat si, že zdravý životní styl může i prodloužit život člověka.

#### **Požadované znalosti:**

- Znat změny v životě člověka, především v období dospívání, chápat jejich důležitost a příčiny.
- Vědět, že tělesný typ člověka je dán geneticky asi ze 70 % (6).
- Mít znalosti o konkrétních potravinách, jejich složení a vlivu na zdraví člověka.
- Znat důležitost pravidelné a pestré stravy.
- Znat vhodné diety k redukci hmotnosti – nebezpečí odmítání potravy, ale úprava jídelníčku, např. nahrazení sladkostí cereálními tyčinkami a ovocem, dostatek přirozeného pohybu. V případě nejasností navštívit odborníka (specialistu na výživu, dietologa).
- Znat následky nezdravého životního stylu, nebezpečí požívání alkoholu a drog, kouření, nedostatku nebo přemíry pohybu či nedostatku spánku.
- Znat nebezpečí nepřiměřeného a nezdravého pohybu (nebezpečí fitness v nízkém věku apod.) a znát význam zdravého pohybu na lidský organismus, jeho tělesnou i duševní stránku.
- Znat rizika drastických diet, jejich negativní vliv na vývoj člověka a jeho organismus.
- Znat nebezpečí laxativ, diuretik, anorektik a dalších „zaručených“ prostředků na hubnutí. Ona nebezpečí při výuce vyzdvihovat před účinky na hubnutí, aby si z toho někdo nevzal inspiraci.
- Znat objektivní normy na měření hmotnosti, dnes nejpoužívanější BMI (Body Mass Index).
- Mít informace o poruchách příjmu potravy a obezitě, znát prevenci, příznaky a především životu nebezpečné následky.
- Vědět, že nám předkládanou postavu modelky může mít jen 5 % žen (6).
- Mít zkušenost s někým, kdo se problematikou výživy zabývá, nebo s člověkem, který si jednou z poruch příjmu potravy prošel.



## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3. VLASTNÍ VÝZKUM

#### 3.1 CÍL VÝZKUMU A FORMULACE HYPOTÉZ

##### 3.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části je zjistit informovanost učitelů o poruchách příjmu potravy. Jaká konkrétní onemocnění mezi ně řadí, zda znají nějaké materiály ohledně této problematiky aplikovatelné ve vyučování a používají-li je. Zjistím, zda se učitelé s těmito poruchami u svých žáků setkali, popřípadě jakým způsobem situaci řešili. Pokud se s podobným případem nesetkali, jak by v takovém případě postupovali. Zajímá mě také, v čem učitelé spatřují příčiny těchto poruch a možnosti prevence a jakou roli podle nich hraje v této oblasti škola a jakou rodina. Zjistím úroveň všímavosti učitelů k poznámkám o vzhledu a hmotnosti ze strany kolegů a spolužáků.

##### 3.1.2 Formulace hypotéz

Hypotézy jsem zamýšlela formulovat na základě podobných výzkumů uvedených v odborné literatuře, ale žádný takový výzkum jsem nenašla. Věnuje-li se nějaký z nich poruchám příjmu potravy ve školním prostředí, není zaměřen na respondenty učitele, nýbrž žáky. Sleduje jejich spokojenost s vlastním tělem, dietní tendence, záchvaty přejídání nebo BMI (Krch, Drábková, 1996). Absence výzkumů týkajících se učitelů lze přisuzovat faktu, že počet nemocných poruchami příjmu potravy stále narůstá (viz. kapitola 1.1.2) a zatím byla pozornost odborníků soustředěna na pacienty samotné a jejich rodiny. Hypotézy jsou tedy formulovány na základě okrajově zmiňovaných informací týkajících se učitelů ve vztahu k poruchám příjmu potravy, které se v literatuře vyskytly, dle mých osobních domněnek a podle směru, jakým chci výzkum směřovat.

- H1 Učitelé základních škol mají dostatek informací o poruchách příjmu potravy.**  
Vzhledem k aktuálnosti této problematiky a roli školy v ní (viz. teoretická část), očekávám od učitelů takové množství znalostí, které by jim umožnily působit v této oblasti co nejefektivněji.

**Dílčí hypotézy:**

- H2 Z poruch příjmu potravy učitelé nejčastěji uvádějí mentální anorexii a mentální bulimii.**

Tato dvě onemocnění patří v oblasti poruch příjmu potravy mezi mediálně nejznámější a nejdiskutovanější.

- H3 Na každé základní škole se poruchy příjmu potravy alespoň jednou vyskytly.**  
Vzhledem ke stále narůstajícímu počtu nemocných poruchami příjmu potravy a jejich snižujícímu se věku s nimi musejí mít zkušenosti i základní školy.
- H4 Učitelé se shodují na tom, jak mají jednat v případě, že se u svých žáků setkají s poruchou příjmu potravy.**  
Myslím si, že odborná kvalifikace pedagoga by měla zahrnovat znalost postupů při řešení situací, které mohou ve školním prostředí nastat, tedy i při výskytu poruchy příjmu potravy.
- H5 Každý učitel, který se u svých žáků s poruchou příjmu potravy setkal, začal situaci řešit kontaktováním rodičů daného žáka.**  
Při jakémkoli řešení závažnějšího problému, který se u nezletilého žáka vyskytne, musí učitel informovat jeho zákonné zástupce. Poruchy příjmu potravy sice neohrožují společnost, nicméně učitel sám nemůže poslat nezletilého žáka bez vědomí rodičů např. k lékaři, tudíž se domnívám, že prvotní oznámení podezření na poruchu příjmu potravy u žáka rodičům je pro učitele nejschůdnější cestou.
- H6 Učitel má zřídka kdy možnost kontaktu s dětmi i mimo školu (školní akce, výlety, lyžařské výcviky...), hůře tedy může poruchy příjmů potravy u svých žáků odhalit.**  
Mimo školu má podle mého názoru učitel větší šanci onemocnění identifikovat, jelikož s dítětem tráví více než hodinu denně.
- H7 Hlavní příčiny poruch příjmu potravy učitelé spatřují ve vlivu společnosti, médií, kultu štihlosti a ve vlivu rodinného prostředí.**  
Média vládnu dnešní společnosti, jsou největším zdrojem informací i vzorů, přestože lze o věrohodnosti a správnosti často pochybovat. Rodina na dítě přenáší nejen genetickou informaci, ale jedná se o primární skupinu, se kterou dítě tráví nejvíce času a která jeho osobnost na počátku jeho životní cesty nejvíce formuje.
- H8 Mezi účinné preventivní prostředky poruch příjmu potravy učitelé řadí především osvětu a informovanost ze strany rodiny i školy.**  
Se znalostmi průběhu poruch příjmu potravy, jejich léčby a především následků se může snižovat počet potenciálních pacientů.
- H9 Učitelé zaregistrovali posměšky žáků na adresu obézního spolužáka, učitelé vzhled takových dětí nekomentují.**

Děti si všímají někoho, kdo svým vzhledem vybočuje z řady a umí svou všímavost dát najevo, pedagog si názory nechává pro sebe, jelikož jeho povolání vyžaduje, aby šel svou korektností dětem příkladem.

**H10 Méně než polovina učitelů zná materiály týkající se poruch příjmu potravy a ještě menší množství je ve svých hodinách používá.**

Problematika poruch příjmu potravy u dětí ve věku povinné školní docházky je poměrně mladou záležitostí, domnívám se, že ve vysokoškolském vzdělávání učitelů se této problematice věnuje pozornost teprve v několika posledních letech. Učitelé navíc ve svých hodinách nemají čas věnovat patřičnou pozornost všem společensky nežádoucím jevům.

**H11 Mladší učitelé jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než učitelé starší.**

Právě z výše uvedeného důvodu, že svou kvalifikaci získali v době, kdy se staly poruchy příjmu potravy aktuální.

**H12 Třídní učitelé, výchovní poradci a školní metodici prevence jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než ostatní učitelé.**

Jmenovaní by měli mít podle mého názoru více odborných informací, předpokládám, že absolvují školení týkající se sociálně patologických a společensky nežádoucích jevů.

**H13 Vyučující předmětů výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než ostatní učitelé.**

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním řadícím se mezi společensky nežádoucí jevy, vyznačující se patologickými způsoby zacházení s jídlem. Jídlu, výživě a životnímu stylu celkově se nejvíce věnují právě předměty výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova, proto u jejich vyučujících očekávám větší znalosti těchto onemocnění.

**H14 Učitelé prvního stupně se nikdy u svých žáků s poruchami příjmu potravy nesešli.**

Nejnižší uváděný věk pacientů s poruchami příjmu potravy je sedm let a jedná se o ojedinělé případy. Na základě toho se domnívám, že na prvním stupni učitelé tyto problémy neřeší.



## **3.2 POSTUP A METODY VÝZKUMU, CHARAKTERISITKA RESPONDENTŮ**

### **3.2.1 Metody výzkumu**

Výzkum jsem zaměřila na vyučující, jelikož škole přisuzuji značnou důležitost v oblasti poruch příjmu potravy, především prevence. Ke svému výzkumu jsem zvolila dotazníkovou metodu. Sestavila jsem anonymní dotazník obsahující jedenáct otázek, jehož vyplňování zabere přibližně deset minut. Čas potřebný k jeho vyplňování jsem si ověřila při předvýzkumu, prováděném u pěti respondentů. Jeho realizace mi také pomohla přesvědčit se o srozumitelnosti jednotlivých otázek. O více času jsem si nedovolila učitele okrádat, jelikož vím, kolik papírování jim jejich profese v dnešní době zabere. Dvě školy se odmítly mého dotazníkového šetření účastnit právě z důvodu nedostatku času a množství úřednické práce.

### **3.2.2 Postup při zpracování výzkumu**

Vyplněné dotazníky rozdělím do tří kategorií podle věku respondentů, jimi vyučovaných předmětů a funkcí, které ve škole vykonávají (třídní učitel, výchovný poradce, školní metodik prevence). Třem posledním jmenovaným dám souhrnný název třídní učitelé. Učitele prvního stupně (16 respondentů) zařadím v případě potřeby také do kategorie třídních učitelů. Učitele druhého stupně rozdělím na vyučující humanitních předmětů (33 respondentů), přírodovědných předmětů (22 respondentů) a ostatních, kam zařadím vyučující tělocviku, výchovy ke zdraví a výchovy k občanství (32 respondentů). Při rozdělování do kategorií bude rozhodovat hledisko, zda vyučují tělocvik, výchovu ke zdraví či výchovu k občanství, do této kategorie přiřadím i ty učitele, kteří navíc k těmto předmětům učí i jiné. V případě, že pedagog učí český jazyk, anglický jazyk a matematiku, přidělím jim vyplněný dotazník do kategorie humanitní, která u něho převládá.

### **3.2.3 Charakteristika respondentů**

Výzkum jsem uskutečnila na jedné základní škole jihočeské a sedmi základních školách hlavního města Prahy (Praha 1, 5, 9, 10). Celkový počet 103 dotazníků vyplňovali všichni učitelé na daných školách, bez rozdílu věku, pohlaví a jednalo se o vyučující všech vyučovaných předmětů, včetně prvního stupně. Záměrem totiž bylo porovnat znalosti vyučujících různých předmětů o této problematice. Předpokládám, že více informací bude mít učitel vyučující výchovu ke zdraví než učitel matematiky. Dotazovaní také uvedli, zda vykonávají funkci třídního učitele, výchovného poradce či školního metodika prevence, jelikož u nich lze také očekávat více znalostí. Pokud se na škole už jedna z poruch vyskytla, je vysoce pravděpodobné, že jeden ze jmenovaných řešil problém intenzivněji.

### 3.3 VYHODNOCOVANÝ DOTAZNÍK

*Tento dotazník slouží pro potřeby zpracování bakalářské práce na téma „poruchy příjmu potravy ve školním prostředí“ v rámci studia na Univerzitě Karlově v Praze – Pedagogické fakultě a je anonymní.*

*Odpovězte prosím pravdivě na jednotlivé otázky zakroužkováním nebo napište stručnou odpověď. Děkuji za spolupráci.*

- Napište Vámi vyučované předměty:
  
- V případě, že vykonáváte jednu z následujících funkcí, vyznačte ji:  
třídní učitel      výchovný poradce      školní metodik prevence
  
- Jak dlouho vykonáváte učitelskou profesi:
  
- Věková kategorie, do které spadáte: 20-35      36-55      56 a více

1) Všiml/a jste si někdy v kolektivu žáků posměšků na adresu obézního spolužáka?

Ano – ne

2) Setkal/a jste se někdy s tím, že by si některý Váš kolega pronesl poznámku

na vzhled nebo hmotnost svého žáka?      Ano – ne

3) Jaké znáte poruchy příjmu potravy?

.....

.....

.....

.....

4) V čem spatřujete hlavní příčiny vzniku poruch příjmu potravy?

.....

.....

.....

.....

5) V případě, že byste měl/a podezření na poruchu příjmu potravy u někoho z Vašich žáků, jaký první krok byste učinil/a?

- a) informovat nejdříve o svém podezření rodiče
- b) promluvit nejprve se žákem
- c) informovat o situaci třídního učitele, výchovného poradce nebo školního metodika prevence
- d) vnější zásah (např. pedagogicko-psychologická poradna)

6) Jaké jsou podle Vás možnosti prevence poruch příjmu potravy? Napište stručně několik slovy.

.....

.....

.....

.....

7) Existuje podle Vás dostatek informačních materiálů týkajících se této problematiky, které by se daly použít v rámci výuky?                      Ano – ne

8) Použil/a jste je někdy ve výuce?                                      Ano – ne

9) Máte možnost trávit se žáky čas i mimo školu (výlety, lyžařský výcvik, apod.)?

Ano – ne

10) Setkal/a jste se už někdy u svých žáků s poruchou příjmů potravy?                      Ano – ne

11) Pokud ano, jak jste se snažil/a danou situaci řešit?

.....

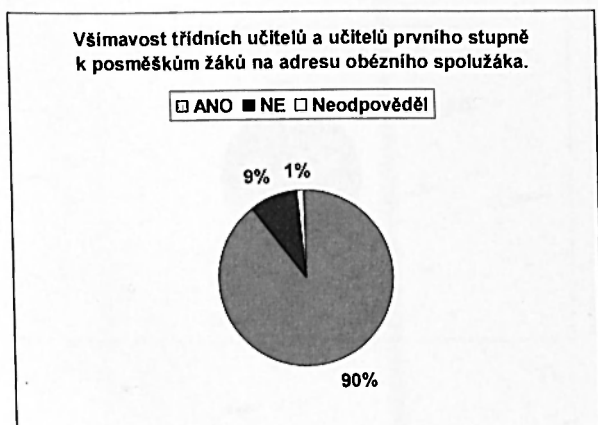
.....

.....

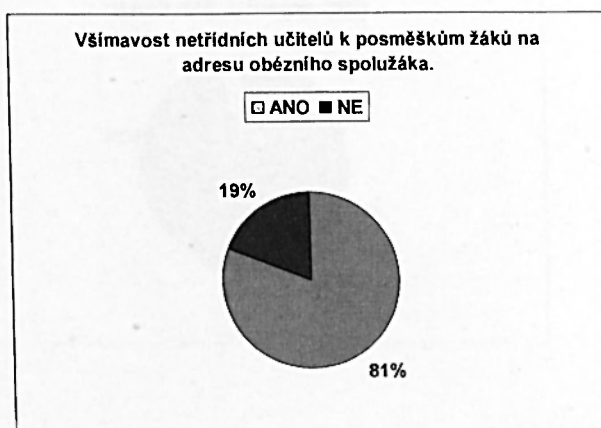
.....

### 3.4 VYHODNOCENÍ GRAFŮ

Graf č. 1

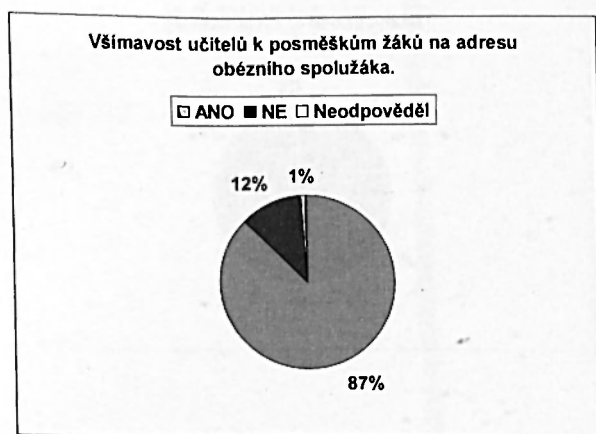


Graf č. 2



Grafy č. 1 a 2 vyhodnocují, zda si učitelé všimají negativních komentářů žáků na adresu obézního spolužáka. Poukazují na větší všímavost třídních učitelů, učitelů prvního stupně, školních metodiků prevence a výchovných poradců k těmto komentářům. Jedná se o deseti procentní rozdíl, který může být zapříčiněn tím, že třídní učitelé a učitelé prvního stupně tráví s dětmi více času a výchovní poradci či školní metodici prevence jsou vzhledem ke svým funkcím k podobným projevům vnímavější.

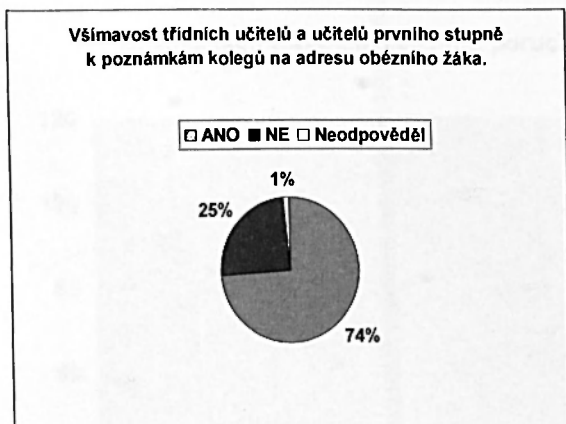
Graf č. 3



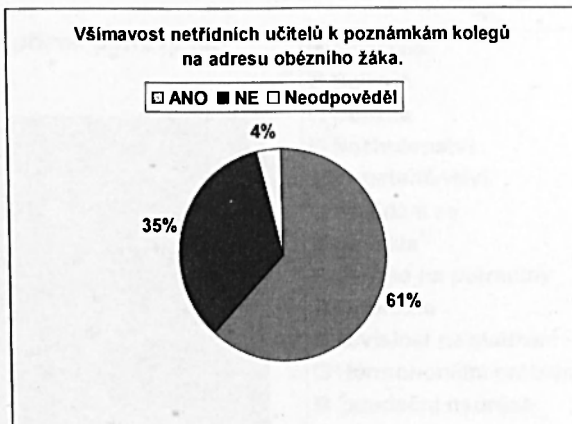
Graf č. 3 poukazuje na všímavost všech kategorií učitelů ke komentářům žáků na adresu obézního spolužáka. Potvrzuje pozornost žáků směrem k vrstevníkům, kteří se nějakým způsobem liší od většiny. Oním rozdílem může být vzhled a hmotnost spolužáka. Děti často vzhled obézních vrstevníků komentují, 87 %

vyučujících si takových projevů u svých žáků všimá. Z celkového počtu 103 dotazovaných se s negativními komentáři setkalo 90 učitelů, nesetkalo 12 a jeden učitel na otázku neodpověděl.

Graf č. 4

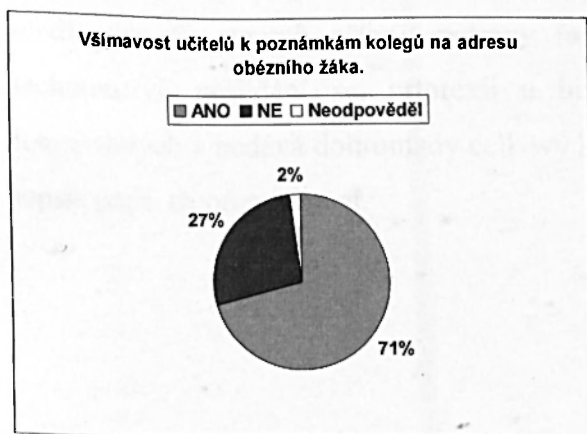


Graf č. 5



Grafy č. 4 a 5 znovu potvrzují větší všímavost třídních učitelů, učitelů prvního stupně, školních metodiků prevence a výchovných poradců, tentokrát na negativní komentáře určené obézním dětem ze strany kolegů učitelů. Jedná se o třinácti procentní rozdíl mezi učiteli třídními a netřídními. 74 % třídních a 61 % netřídních učitelů si všimlo negativních komentářů kolegů. Dva učitelé z celkového počtu 103 dotazovaných na otázku neodpověděli.

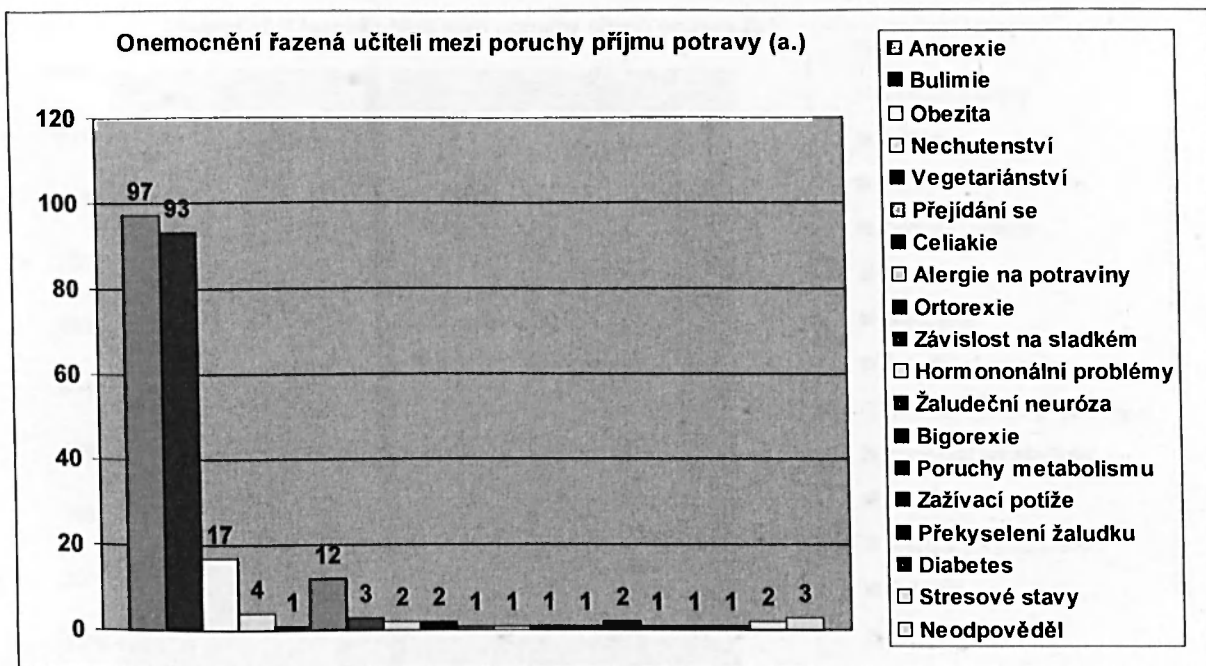
Graf č. 6



Jak ukazuje graf č. 6, 71 % všech dotazovaných učitelů si někdy všimlo negativních komentářů kolegů na hmotnost obézního žáka. Ze 103 dotazovaných jde o 73 vyučujících, 28 dotazovaných se s podobnou situací nesetkalo a 2 na otázku neodpověděli. Z grafů č. 3 a 6 vyplývá, že učitelé komentují postavu obézních dětí jen o 16 % méně než žáci.

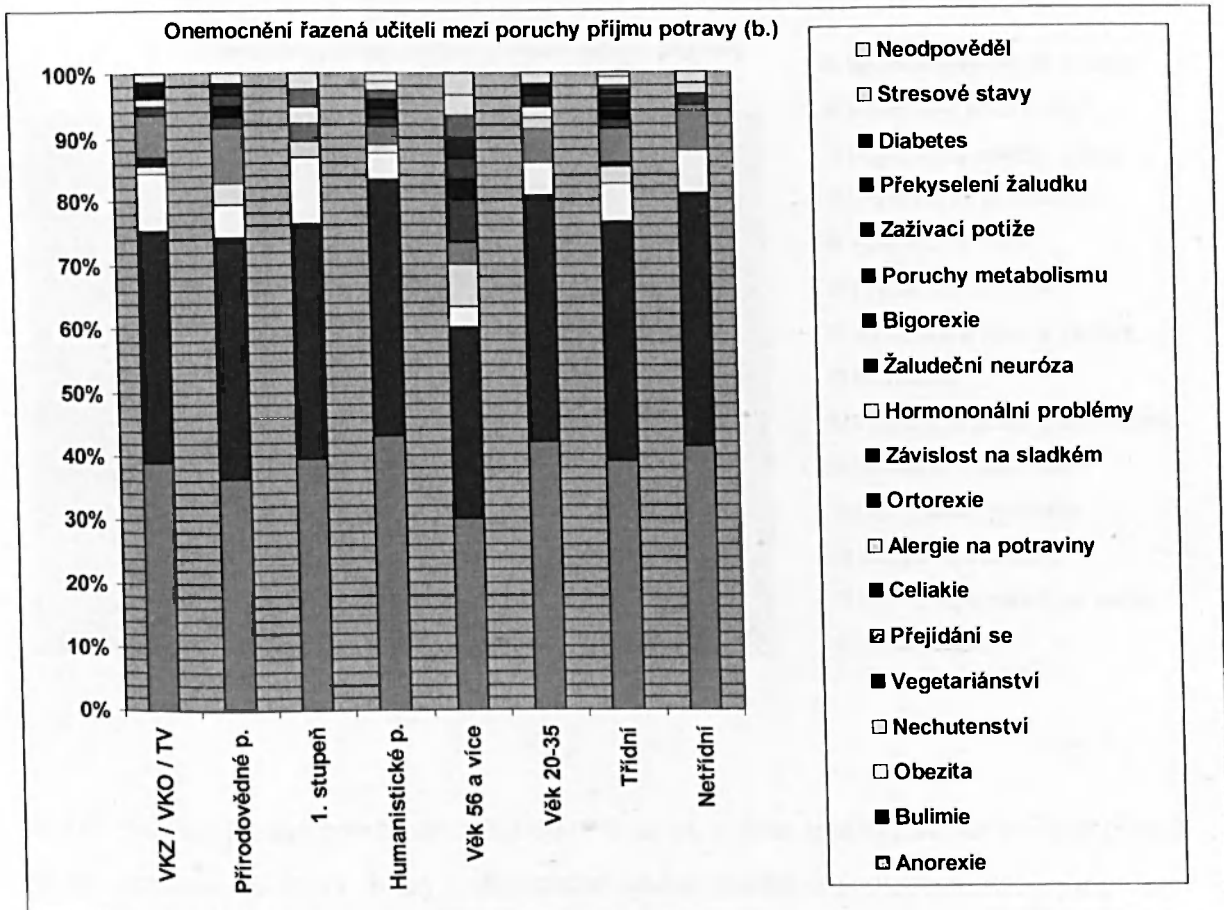


Graf č. 7



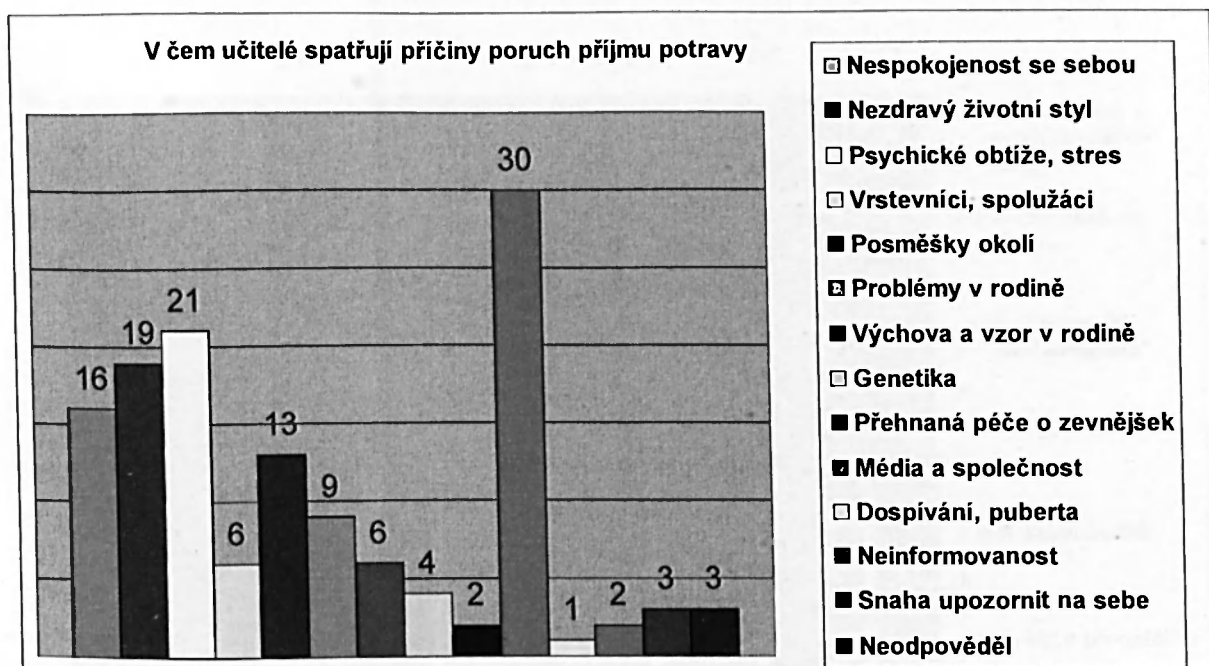
Z grafu č. 7 vyplývá, že nejčastěji učitelé řadí mezi poruchy příjmu potravy mentální anorexii a mentální bulimii. 97 dotazovaných učitelů uvedlo anorexii, 93 bulimii. Následuje obezita se sedmnácti odpověďmi a přejídání se s dvanácti. Ostatní onemocnění mají maximálně po čtyřech odpovědích. Některé z nich však do poruch příjmu potravy nepatří, graf tedy poukazuje na některé neznalosti učitelů. Z 18-ti nemocí, které učitelé uvedli, lze do poruch příjmu potravy řadit jen 7, a to anorexii, bulimii, obezitu, nechutenství, přejídání se, ortorexii a bigorexii. Graf zobrazuje všechny odpovědi dotazovaných a nedává dohromady celkový součet 103 lidí z důvodu, že jeden dotazovaný napsal např. tři onemocnění.

Graf č. 8



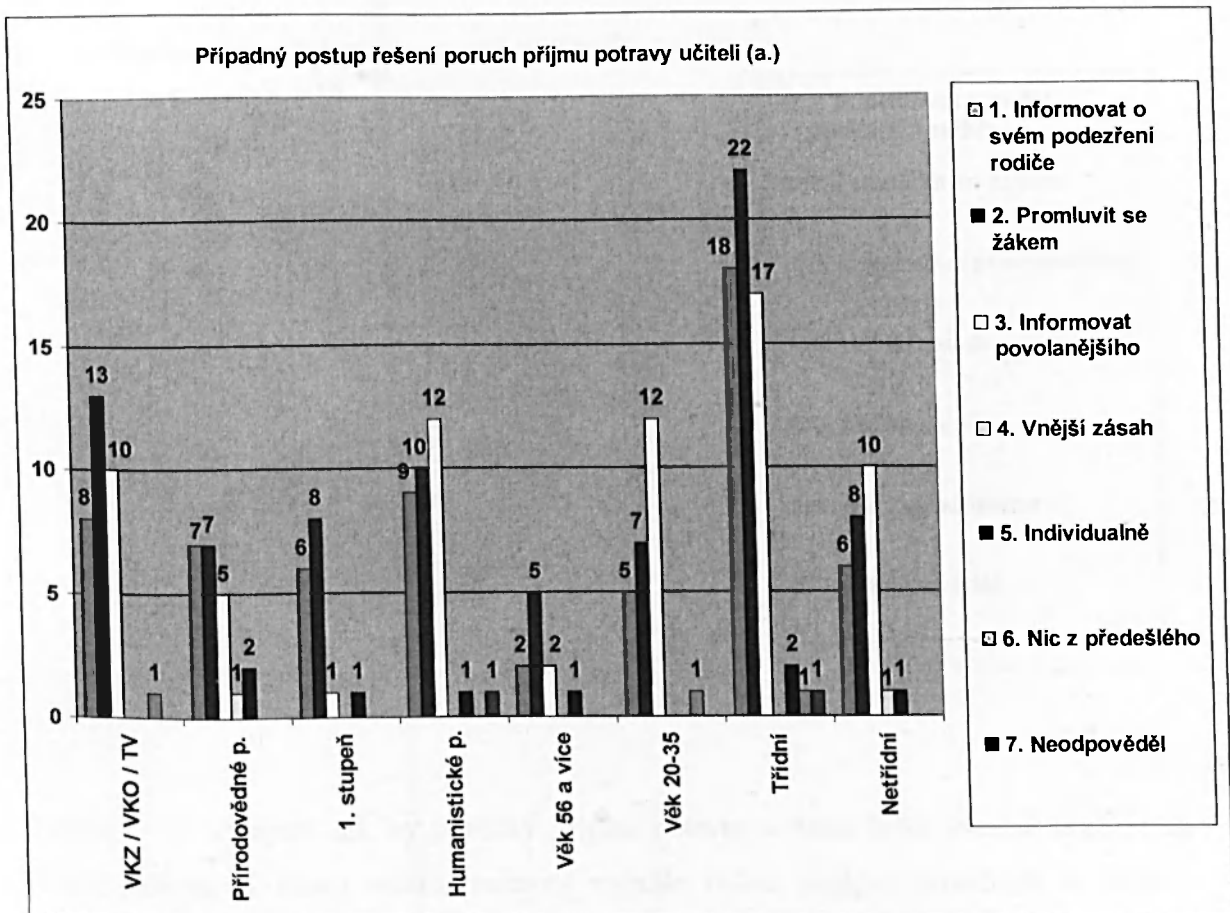
Graf č. 8 ukazuje, kolik učitelů řadí mezi poruchy příjmu potravy jednotlivá onemocnění dle třech kategorií. Lze z něho vyčíst rozdíly znalostí učitelů prvního stupně, druhého stupně a vyučovaných předmětů, rozdíly ve znalostech třídních a netřídních učitelů a také informovanost o poruchách příjmu potravy dle věkových kategorií vyučujících. Z grafu vyplývá, že největší počet onemocnění znají třídní učitelé a vyučující předmětů výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova. Učitelé prvního stupně a učitelé ve věkové kategorii 56 a více sice uvádějí vysoký počet onemocnění, ale jedná se o nemoci, které do poruch příjmu potravy nepatří. Např. překyselení žaludku, žaludeční neuróza, zaživací potíže, hormonální problémy, alergie na potraviny či diabetes. Dívají se na poruchy příjmu potravy spíše ze zdravotního hlediska než jako na psychosomatická onemocnění. Příčinou neznalostí může být u učitelů prvního stupně fakt, že se s touto problematikou setkávají u svých žáků méně často než učitelé stupně druhého. Neznalosti vyučujících ve věkové kategorii 56 a více mohou plynout z výše jejich věku, poruchy příjmu potravy se u nás řadí mezi poměrně „mladá“ onemocnění.

Graf č. 9



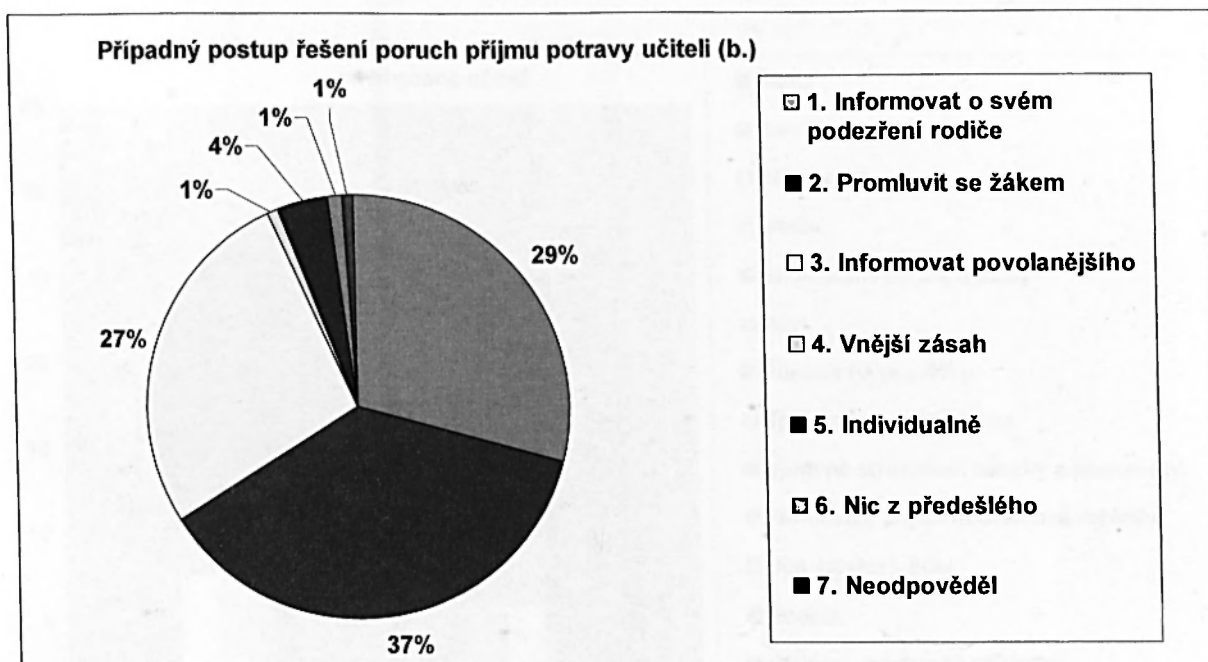
Graf č. 9 uvádí přesný počet odpovědí učitelů na to, v čem spatřují hlavní příčiny poruch příjmu potravy. Se třiceti hlasy jednoznačně vedou média a společnost se svými vzory modelek, reklamami na přípravky na hubnutí apod. Následují psychické obtíže a stres, dále špatné stravovací návyky a nezdravý životní styl a na čtvrtém místě se umístilo nízké sebevědomí, nespokojenosť se svým tělem a neláska k němu. Na posledním místě se pro mě překvapivě umístilo období dospívání. Zajímavá je třikrát se opakující odpověď snaha upozornit na sebe. Učitelé vyjádřili domněnku, že se rodiče dětem patřičně nevěnují a ty pak v zoufalé snaze upoutat na sebe pozornost udělají téměř cokoli. 9 hlasů dostala odpověď problémy v rodině, které jsou také podle učitelů jednou z příčin poruch příjmu potravy. Tento graf znovu dokazuje, jak učitelé vnímají posměšky svých žáků směrem ke spolužákům. Zajímavé je, že v posměšcích vidí příčiny poruch příjmu potravy, přesto graf č.6 číslo zobrazuje nezanedbatelné číslo učitelů, kteří si všimly posměšků i ze strany kolegů. Součet jednotlivých odpovědí nedává dohromady součet celkových 103 dotazovaných, jelikož jeden učitel může spatřovat příčiny v několika faktorech.

Graf č. 10



Graf č. 10 ukazuje řešení, jaká by jednotlivé kategorie vyučujících volily v případě, že by se u svých žáků s poruchou příjmu potravy setkali. Třídní učitelé a učitelé prvního stupně by situaci řešili nejprve rozhovorem se žákem, netřídní učitelé by podezření nejprve sdělili povolanějšímu kolegovi, tedy výchovnému poradci, školnímu metodikovi prevence či třídnímu učitelé daného žáka. Třídní učitelé by volili nejprve rozhovor se žákem možná proto, že s nimi mají bližší vztah než učitelé netřídní, žáky ve své třídě znají velmi dobře a z třídních schůzek znají i rodiče a mohou odhadnout kvalitu rodinného zázemí. Možná i z těchto důvodů by se na třídní učitele obrátili kolegové v případě podezření na poruchu příjmu potravy u žáka. Učitelé ve věkové kategorii 56 a více by nejprve promluvili se žákem, kategorie 20-35 by postupovala jako učitelé netřídní. Co se týče rozdílů v kategoriích vyučovaných předmětů, vyučující tělesné výchovy, výchovy ke zdraví a výchovy k občanství by nejprve promluvili se žákem, vyučující humanistických předmětů by své podezření sdělili výchovnému poradci, školnímu metodikovi prevence či třídnímu učitelé daného žáka a vyučující přírodovědných předmětů by buď nejprve promluvili se žákem, nebo by kontaktovali rodiče

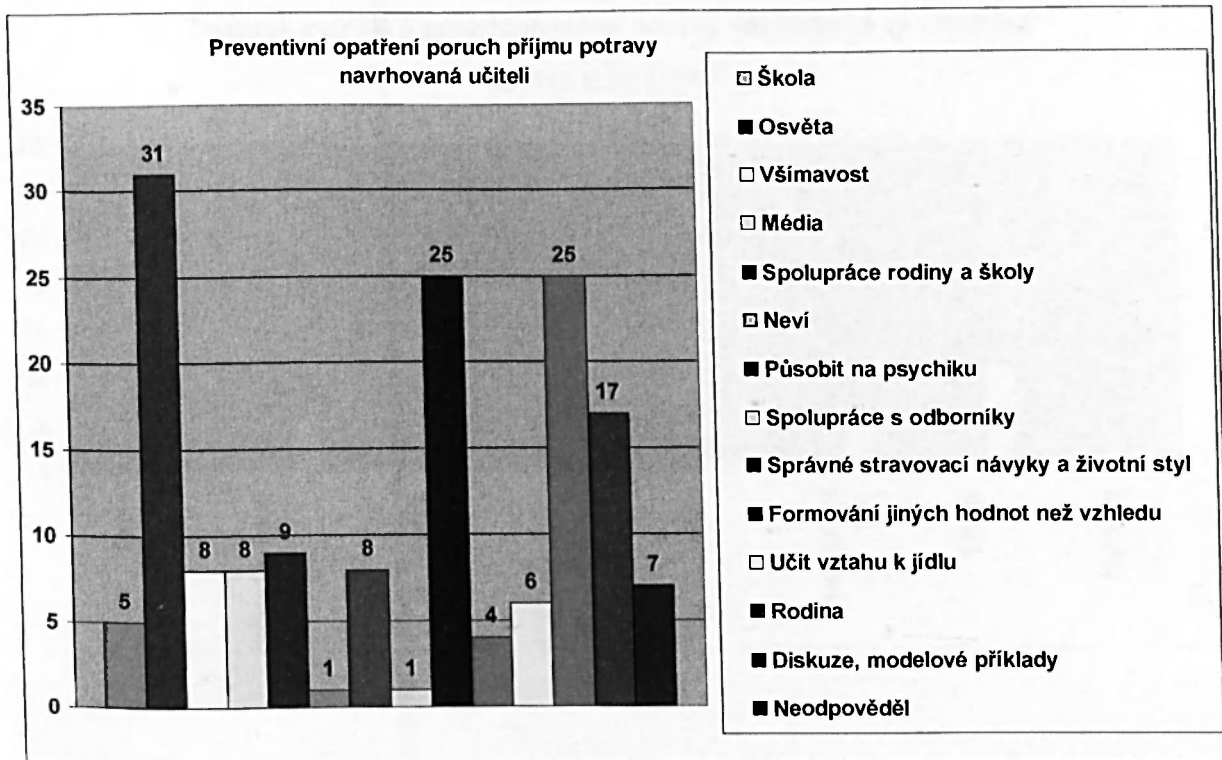
Graf č. 11



Z grafu č. 11 vyplývá, jak by poruchy příjmu potravy u žáka řešili všichni dotazovaní učitelé celkem. S třiceti sedmi procenty vyhrálo řešení nejprve promluvit se žákem, následuje informování rodičů s dvaceti devíti procenty a na třetím místě informování o svém podezření povolanějšího z kolegů, tedy třídního učitele, výchovného poradce či školního metodika prevence. 4 % odpověděla, že by každý případ řešila individuálně, jen 1 % by volilo vnější zásah, tedy zapojení pediatra či kontaktování pedagogicko-psychologické poradny. Individuálnímu řešení rozumím tak, že by učitelé zhodnotili situaci dle kontextu, s přihlédnutím k osobnosti žáka a vzhledem ke stadiu onemocnění, ve kterém ho odhalili. Celkem 2 % dotazovaných na otázku neodpověděla nebo by nepostupovala ani podle jedné z nabízených možností.

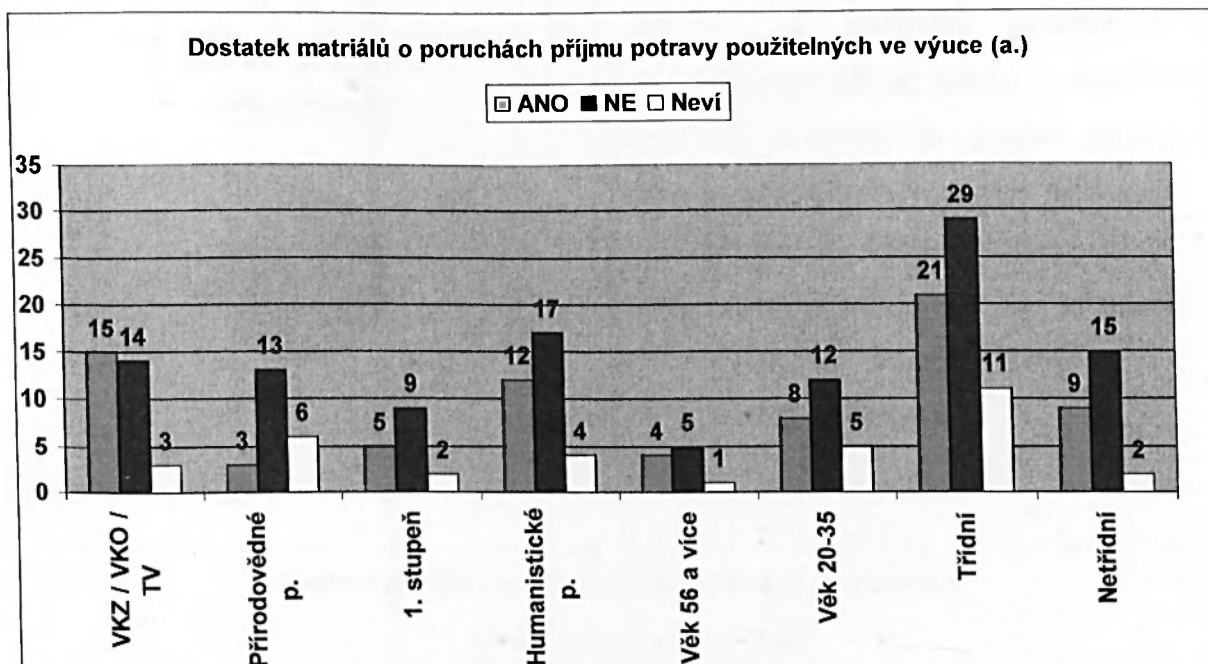


Graf č. 12



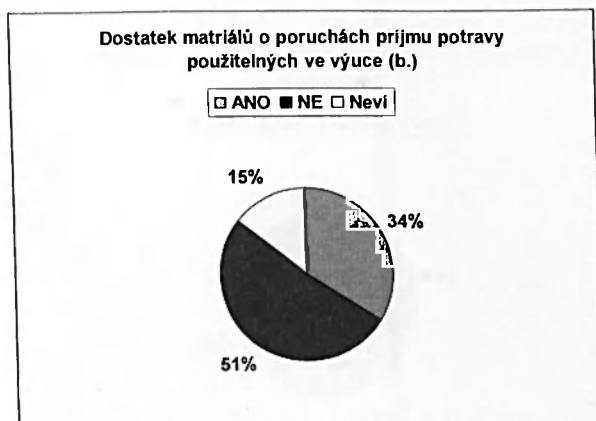
Graf č. 12 uvádí přesný počet odpovědí učitelů na to, v jakých oblastech spatřují účinné preventivní působení v problematice poruch příjmu potravy. 31 hlasů dostala osvěta, následována dvaceti pěti nerozhodnými odpověďmi pro rodinnou prevenci a pro správné stravovací návyky a zdravý životní styl. Na čtvrtém místě učitelé uvedli důležitost otevřené komunikace, diskuze o poruchách příjmu potravy a ukázání modelových příkladů. Školu sice zmínil pouze jeden dotazovaný, ale osvětě, učení se zdravému životnímu stylu či diskutování problematiky poruch příjmu potravy se může věnovat i škola. Osvětu chápu jako informovanost dětí o poruchách příjmu potravy, kterou lze realizovat v rodině, ve škole i médiích. Ke školnímu prostředí lze také vztáhnout všímavost, spolupráci s odborníky, formování jiných hodnot než vzhledu, spolupráci rodiny a školy a působení na psychiku dětí. Pod tímto pojmem si představuji zvyšovat sebevědomí u dětí, učit je nesrovnávat se s ostatními či nepodléhat módním vlivům. Součet jednotlivých odpovědí nedává dohromady celkových 103 dotazovaných, jelikož jeden učitel může spatřovat účinnou prevenci v několika opatřeních.

Graf č. 13



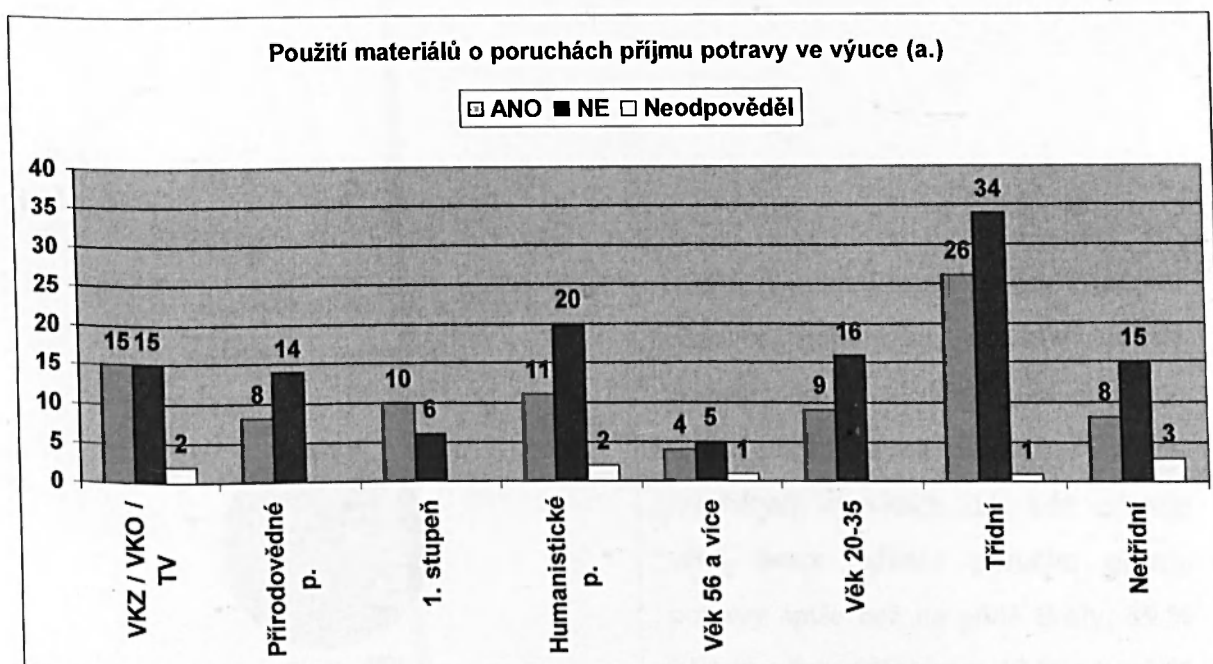
Graf č. 13 zachycuje jednotlivá mínění učitelů všech kategorií o tom, zda se domnívají, existuje-li dostatek informačních materiálů týkajících se poruch příjmu potravy využitelných ve výuce. Všechny kategorie shodně odpověděly, že nikoliv, pouze vyučující předmětů výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova odpověděli ano. Jídlu, výživě a životnímu stylu celkově se nejvíce věnují právě tyto předměty, proto se u jejich vyučujících může vyskytnout větší znalost materiálů týkajících se poruch příjmu potravy. Jde ovšem jen o rozdíl jednoho hlasu v odpovědích ano a ne. Je otázkou, do jaké míry je neznalost podobných materiálů dána jejich nedostatkem a do jaké míry nezájmem učitelů. V tištěné i internetové podobě je učitelům k dispozici např. kniha Dr. Marádové či Mgr. Černé a při zadání poruch příjmu potravy do internetového vyhledávače se objeví nespočet odkazů na webové stránky zabývající se touto problematikou i nabídka knih, které jsou k dostání v knihovnách či na pultech knihkupectví.

Graf č. 14



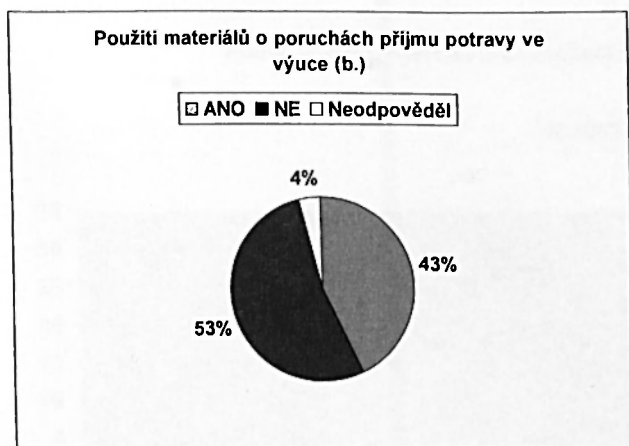
Graf č. 14 zachycuje procentuální vyjádření odpovědí na otázku o dostatku materiálů týkajících se poruch příjmu potravy použitelných ve výuce. Zobrazuje odpovědi učitelů všech kategorií. 51 % učitelů se domnívá, že je takových materiálů nedostatek, 34 % tvrdí opak a 15 % dotazovaných neví.

Graf č. 15



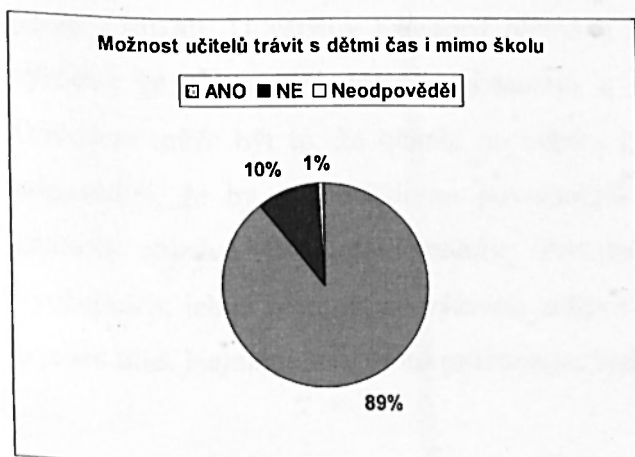
Graf č. 15 mapuje, kolik učitelů všech kategorií už alespoň jednou využilo ve výuce materiály týkající se poruch příjmu potravy. Většina kategorií materiály spíše nevyužila až na učitele prvního stupně, u kterých převládla odpověď ano a u učitelů výchovy ke zdraví, výchovy k občanství a tělesné výchovy, kde odpovědi ano a ne skončily nerozhodně. Je zajímavé, že materiály o poruchách příjmu potravy nejvíce využívají učitelé prvního stupně, kde se tato onemocnění vyskytují v menší míře než na druhém stupni. Ale čím dříve se s prevencí a osvětou začne, tím lepších výsledků lze dosáhnout. Musíme však brát v úvahu fakt, že v grafu č. 8 tato kategorie učitelů mezi poruchy příjmu potravy řadila i onemocnění, která mezi poruchy příjmu potravy nepatří, takže není přesně jasné, v jaké oblasti prevenci provádějí, zda se skutečně jedná o poruchy příjmu potravy.

Graf č. 16



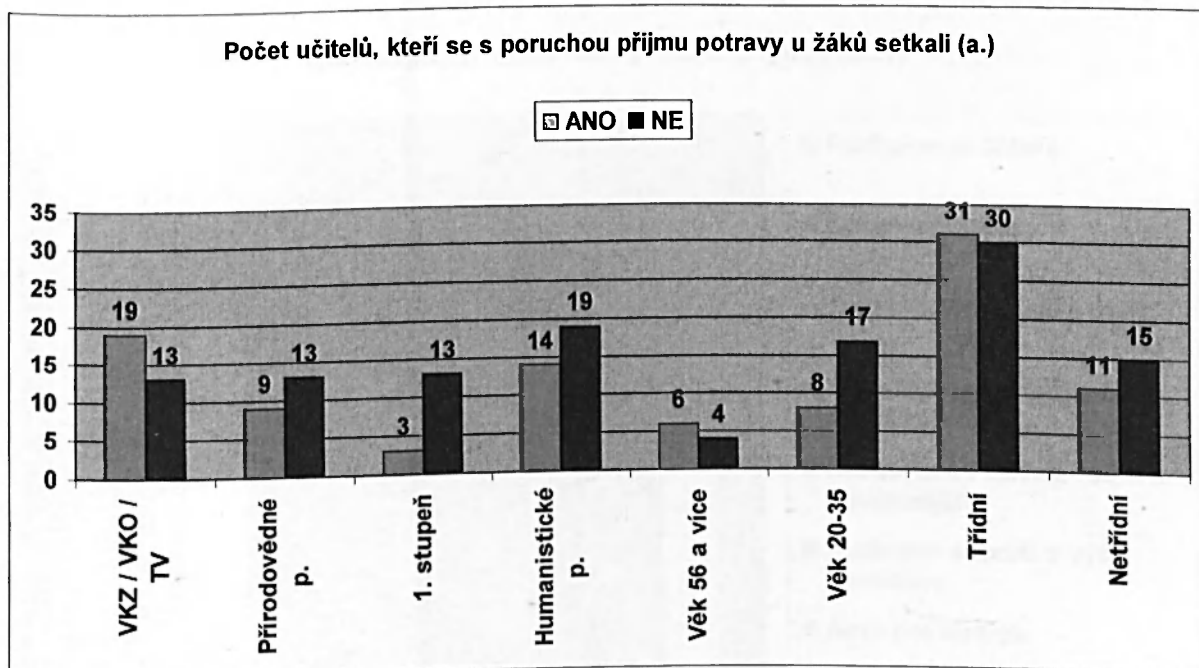
Z grafu č. 16 vyplývá, kolik procent učitelů někdy využilo ve výuce materiály o poruchách příjmu potravy. 53 % z celkového počtu dotazovaných učitelů odpovědělo, že je nikdy nepoužili, 43 % odpovědělo ano a 4 % dotazovaných neodpověděla vůbec. Z celkového počtu 103 dotazovaných využilo tyto materiály 44 lidí.

Graf č. 17



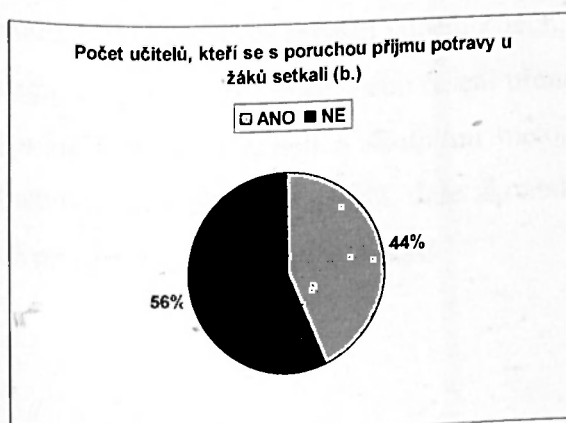
Graf č. 17 uvádí procentuální vyjádření odpovědí na otázku, zda mají učitelé možnost trávit s dětmi čas i mimo školu, například na různých výletech, lyžařských výcvicích atd., kde existuje větší šance odhalit poruchu příjmu potravy spíše než na půdě školy. 89 % učitelů odpovědělo ano, 10 % ne a 1 % neodpovědělo vůbec.

Graf č. 18



Graf č. 18 ukazuje, zda se učitelé jednotlivých kategorií už u svých žáků s poruchou příjmu potravy setkali. U většiny kategorií převládá odpověď ne, jen u vyučujících předmětů výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova převládá odpověď ano. Důvodem může být to, že učitelé na otázku jak by poruchy příjmu potravy řešili výše odpověděli, že by se obrátili na povolanějšího kolegu, u kterého předpokládají větší znalosti ohledně této problematiky. Povolanějším může být právě jeden z těchto vyučujících, jehož předmět se výživou zabývá. U třídních učitelů převládá odpověď ano o jeden hlas. Nejméně se s tímto problémem setkali učitelé prvního stupně.

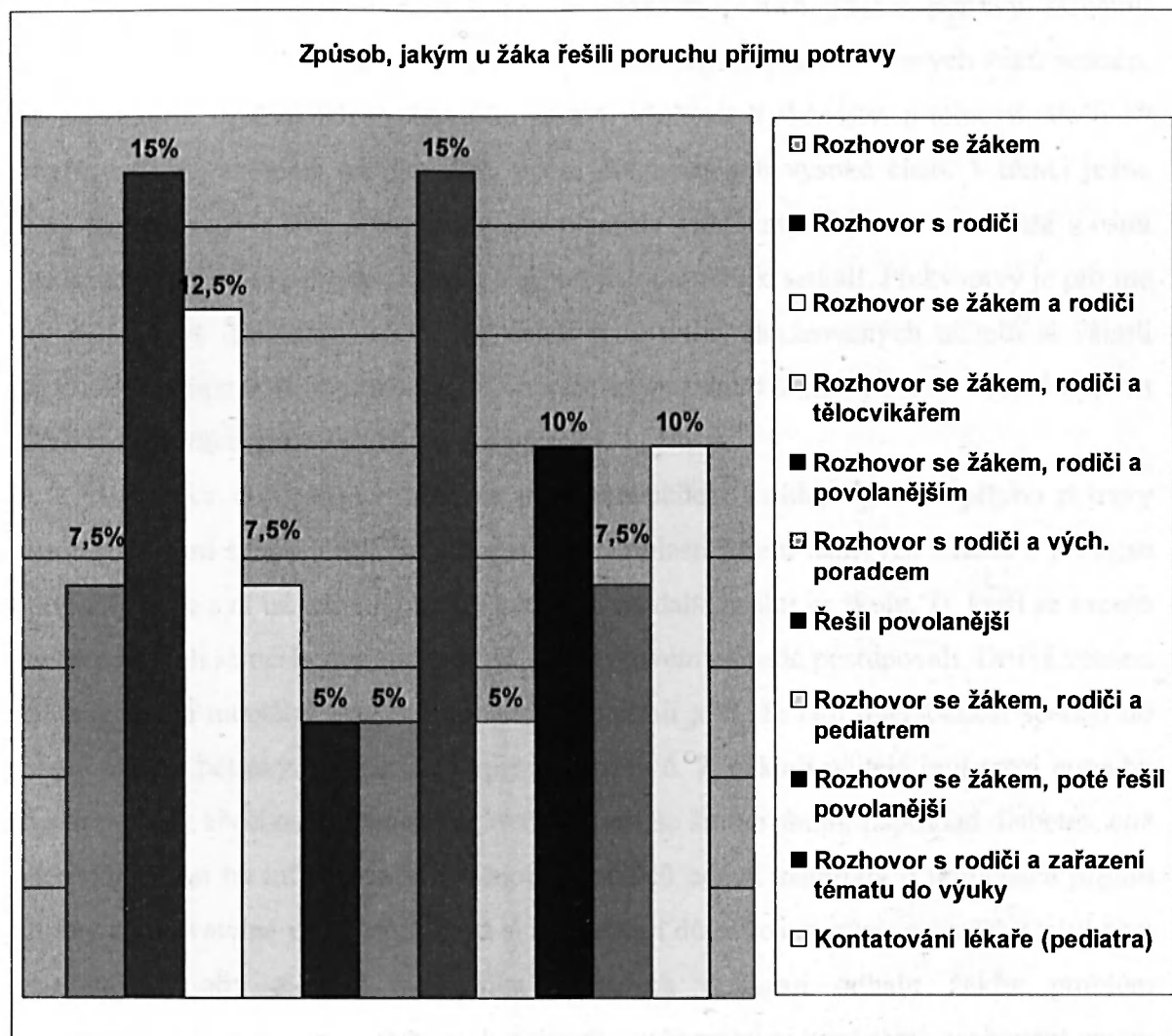
Graf č. 19



Graf č. 19 zachycuje procentuální vyjádření odpovědí na otázku, zda se učitelé již někdy s poruchou příjmu potravy u svých žáků setkali. Z celkového počtu 103 dotazovaných učitelů 44 % odpovědělo ano, 56 % ne.



Graf č. 20



Graf č. 20 zobrazuje odpovědi učitelů, kteří na předchozí otázku odpověděli, že se s poruchou příjmu potravy u svých žáků setkali. Ukazuje totiž způsob, jak danou situaci řešili. Je potřeba říci, že 7 % lidí, kteří v předchozí situaci odpověděli ano, o nemocném ve škole věděli jen z doslechu a 4 % učitelů, kteří se s poruchou příjmu potravy setkali osobně, danou situaci neřešili vůbec. Z těch, co situaci řešili, nejvíce učitelů zvolilo postup nejprve informovat rodiče, nebo řešení přenechali povolanějšimu, podle nich výchovnému poradci, třídnímu učiteli a školnímu metodikovi prevence. Následují kombinace řešení rozhovorem s žákem a rodiči, dále zkontaktováním lékaře či rozhovorem se žákem, po němž situaci dále řešil povolanější.

### 3.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu dokazují, jak je problém poruch příjmu potravy aktuální, jelikož 44 % učitelů základních škol se s poruchou příjmu potravy u svých žáků setkalo. Jen z kategorie vyučujících výchovu ke zdraví, výchovu k občanství a tělocvik šlo o 19 učitelů, což je vzhledem k celkovému počtu dotazovaných vysoké číslo. V rámci jedné školy mohlo o jít o téže nemocného člověka, ale jednoznačné je, že na každé z osmi dotazovaných škol se s problematikou alespoň jednou učitelé setkali. Překvapivý je pro mě graf č. 6, který poukazuje na to, že téměř tři čtvrtiny dotazovaných učitelů si všimli negativních komentářů svých kolegů směrem k obézním žákům. Takový výsledek jsem čekala u spolužáků, nikoli u kolegů pedagogů.

Výsledky vypovídají o tom, že si někteří učitelé v oblasti poruch příjmu potravy nejsou jisti sami sebou, necítí se kompetentní v oblasti řešení takových situací a proto se v případě, že se s ní už setkali, obrátili tak často na další osobu ve škole. Ti, kteří se s touto situací nesetkali se neshodují na tom, jak by v takovém případě postupovali. Drtivá většina z nich sice zná mentální anorexii a mentální bulimii a ví, že tato onemocnění spadají do poruch příjmu potravy, ale jak ale vyplývá z grafu č. 7, někteří učitelé řadí mezi poruchy příjmu potravy všechna onemocnění, která souvisí se stravováním, například diabetes, což nelze považovat za informovanost. Mnoho z učitelů nezná materiály o poruchách příjmu potravy aplikovatelné ve výuce, i když si uvědomují důležitost prevence a s žáky tráví dost času na to, aby alespoň v několika případech dokázali odhalit žákův problém se stravováním, výraznou změnou hmotnosti, významnými změnami v chování apod. Vysoké číslo dotazovaných uvedlo, že má možnost trávit s dětmi čas i mimo školu. V čem učitelé spatřují příčiny poruch příjmu potravy a kam by směřovali prevenci nelze objektivně zhodnotit, každá odpověď má určitou váhu.

### 3.6 ODPOVĚDI NEZACHYCENÉ V GRAFECH

V případě, že se učitelé někdy setkali u svých žáků s poruchou příjmu potravy, variant, jak učitelé situaci řešili, se ukázalo mnoho. Ve dvou případech, kdy se nejednalo o třídního učitele, výchovného poradce ani školního metodika prevence, učitelé situaci neřešili vůbec. Jeden dotazovaný napsal, že nikdo podobné problémy neřeší, dokud u žáka nenastane vážný zdravotní problém. Často se také vyskytla varianta, že o řešení poprosili „zasvěcenější osobu“, obvykle třídního učitele či výchovného poradce. Z některých odpovědí vyplývá, že se sami bojí problém řešit, jelikož se na to necítí dostatečně povolání. Pár učitelů uvedlo, že se setkali i s hospitalizací nemocného. Zajímavým příkladem je desetiletá dívka trpící mentální anorexií či hospitalizace anorektičky v den její

maturity. Jeden dotazovaný uvedl, že léčba situaci spíše zhoršila, vedla k poruše psychiky, ale druh léčby bohužel neuvádí.

Tři učitelé uvedli, že po vzájemné dohodě s rodiči nemocného na žáka v době vyučování dohlíželi, jeden vyučující vypověděl, že pravidelně několikrát denně s rodiči telefonoval. Čtyři učitelé se až po osobním setkání s poruchou příjmu potravy u svých žáků rozhodli začlenit tuto problematiku do výuky a navodili diskuzi na toto téma. Někteří učitelé zmínili obezitu u svých žáků a vyjádřili obavy nad jejich vzrůstajícím počtem. Jeden vyučující uvedl příklad dívky, která opakovaně každé léto absolvuje redukční tábor, aby shozená kila přes školní rok znovu nabrala. Jeden učitel tělocviku přichází s návrhem alespoň zdvojnásobit počet hodin tělesné výchovy a rozšířit nabídku sportovních kroužků za přijatelné ceny. Všichni učitelé, kteří vyslovili obavu z narůstajícího čísla obézních žáků, vyučují tělesnou výchovu. Jeden dokonce uvedl případ motivace pro žákovu redukci přebytečných kil tím, že mu byla za viditelné výsledky diety zlepšena známka z tělocviku. Zajímavá také byla odpověď dotazovaného, že se sice s poruchou příjmu potravy u svých žáků neseťkal, ale má s ní osobní zkušenost u své dcery. Situaci řešil neustálými rozhovory, domluvami a varuje před kladením si podmínek nemocnými.

Výzkum neukázal, že by učitelé příčiny poruch příjmu potravy přisuzovali jen rodině, většina z nich vidí problém ve vlivu médií, kultu štíhlosti a společensky uznávaných ideálech. Škole přisuzují velkou důležitost v oblasti prevence a své působení na žáky si uvědomují, což lze považovat za optimistické zjištění. V dotazníku se ale objevila i odpověď vyučujícího prvního stupně, že se osobně s poruchou příjmu potravy u svého žáka setkal a po urychleném zkontaktování rodiny mu rodiče sdělili, že mu do toho nic není.

### **3.7 POTVRZENÍ A VYVRÁCENÍ HYPOTÉZ**

Výsledky výzkumu jsem zamýšlela diskutovat s odbornou literaturou a výzkumy v ní uváděných. Z výše uvedených důvodů absence těchto materiálů pouze potvrdím, popřípadě vyvrátím stanovené hypotézy:

**H1** Vyvrácena, učitelé základních škol nemají dostatek informací o poruchách příjmu potravy.

**Dílčí hypotézy:**

**H2** Potvrzena, z poruch příjmu potravy učitelé nejčastěji uvádějí mentální anorexii a mentální bulimii.

- H3** Potvrzena, na každé základní škole se poruchy příjmu potravy alespoň jednou vyskytly.
- H4** Vyvrácena, učitelé se neshodují na tom, jak mají jednat v případě, že se u svých žáků setkají s poruchou příjmu potravy.
- H5** Potvrzena, každý učitel, který se u svých žáků s poruchou příjmu potravy setkal, začal situaci řešit kontaktováním rodičů daného žáka.
- H6** Vyvrácena, učitel má možnost kontaktu s dětmi i mimo školu (školní akce, výlety, lyžařské výcviky...), může tedy poruchy příjmu potravy u svých žáků odhalit.
- H7** Vyvrácena, hlavní příčiny poruch příjmu potravy učitelé nespátřují jen ve vlivu společnosti, médií a kultu štihlosti, ale příčinu vidí i v období dospívání.
- H8** Potvrzena, mezi účinné preventivní prostředky poruch příjmu potravy učitelé řadí především osvětu a informovanost ze strany rodiny i školy.
- H9** Vyvrácena, učitelé sice často registrují posměšky žáků na adresu obézního spolužáka, ale i učitelé komentují vzhled obézních dětí.
- H10** Potvrzena, méně než polovina učitelů zná materiály týkající se poruch příjmu potravy a ještě menší množství je ve svých hodinách používá.
- H11** Potvrzena, mladší učitelé jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než učitelé starší.
- H12** Potvrzena, třídní učitelé, výchovní poradci a školní metodici prevence jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než ostatní učitelé.
- H13** Potvrzena, vyučující předmětů výchova ke zdraví, výchova k občanství a tělesná výchova jsou o problematice poruch příjmu potravy více informováni než ostatní učitelé.
- H14** Vyvrácena, učitelé prvního stupně se u svých žáků s poruchami příjmu potravy už setkali.

### **3.8 REAKCE NA VÝSLEDKY VÝZKUMU, NÁVRH NA KONKRÉTNÍ OPATŘENÍ**

Na základě výzkumu nelze hovořit o naprosté neinformovanosti učitelů o poruchách příjmu potravy, její výši však nelze hodnotit ani jako uspokojivou. Navrhují zvýšit informovanost zavedením určitých kurzů či školení, v němž by si učitelé mohli své znalosti o této problematice prohloubit. Náplň kurzu by měl na základě zjištěných poznatků ve výzkumu obsahovat následující:

- **Vymezení poruch příjmu potravy.** Výzkum sice ukázal znalost anorexie a bulimie ze strany učitelů, avšak mnoho respondentů zařadilo mezi poruchy příjmu potravy onemocnění se zcela jinou specifikací. Poruchy příjmu potravy se na rozdíl

od v dotaznících uváděného vegetariánství a jiných onemocnění vyznačují patologickými způsoby zacházení s jídlem, což musí učitel umět odlišit mj. proto, aby věděl, proti čemu je potřeba zakročit a co neohrožuje žákovo zdraví.

- **Metody správné komunikace se žákem.** Efektivní komunikace může vést k včasnému odhalení mnoha problémů včetně poruch příjmu potravy a může významně pomoci i při jejich řešení. Zakládá kvalitní vztahy mezi učitelem a žákem.
- **Způsoby adekvátního jednání se žáky.** Jestliže si 71 % učitelů někdy všimlo negativních komentářů kolegů směrem k obézním žákům, pedagogové by měli být informováni o vhodných způsobech jednání s dětmi a měli by umět odhadnout následky svého jednání.
- **Informace o příčinách poruch příjmu potravy.** Na nich se sice autoři odborné literatury neshodují, ale z teoretické části práce vyplývá určitá role školy jako možné příčiny onemocnění, respektive role spolužáků a učitelů, kteří mohou například svým nevhodným chováním u dítěte poruchu příjmu potravy nastartovat.
- **Poučení o diagnostice poruch příjmu potravy.** Ve škole děti tráví značnou část dne, učitelé tedy mohou odhalit příznaky různých onemocnění. Měli by žákům věnovat patřičnou pozornost a být všímaví. Je potřeba, aby byli obeznámeni s přesnými příznaky poruch příjmu potravy, což umožní včasné odhalení problému.
- **Informace o osvědčených způsobech řešení poruch příjmu potravy.** Na základě zkušeností odborníků lze učitelům doporučit optimální řešení situace a nabídnout kontakty, na které se lze v daném případě obrátit. Optimálním řešením mám na mysli takové, které by co nejvíce pomohlo žákovi a co nejméně zatěžovalo učitele. Jestliže řešení určité situace vyžaduje od učitele nadměrné vyčerpání, spíše než by zakročil, zavře před ní oči.
- **Informace o průběhu léčby poruch příjmu potravy.** Při léčbě může učitel sehrát nezanedbatelnou roli a usnadnit její průběh. Proto by měl vědět, jakým způsobem se do ní může účinně zapojit. Více v kapitole Jak konkrétně může učitel pomoci.
- **Obeznámení s možnostmi prevence poruch příjmu potravy.** I v oblasti prevence lze ve škole významně působit. Učitelé by proto měli znát dostatek materiálů, se kterými můžou v souvislosti s touto problematikou ve výuce pracovat. 51 % učitelů mluvilo ve výzkumu o jejich nedostatku, 15 % dotazovaných vůbec o existenci takových materiálů neví.



## ZÁVĚR

Problematika poruch příjmu potravy není dnes tolik diskutovaným tématem náhodou. Z teoretické i praktické části práce vyplývá její aktuálnost. Nelze tedy před problémem zavírat oči. Je potřeba, aby ve všech prostředích, ve kterých se děti pohybují, vládlo takové klima, které pozitivně ovlivní jejich mínění o sobě samých. Jedním z oněch prostředí je bezpochyby škola. Ta může mj. utvářet správné stravovací návyky dětí a učit je zdravému životnímu stylu, které přispívají k harmonickému životu a uchování si duševního i fyzického zdraví po celý životní běh. Je žádoucí, aby pedagogové pomáhající formovat osobnost dětí, byli dostatečně informováni o takto aktuálním problému. Většina pedagogů ve výzkumu vypověděla, že považuje za nejúčinnější prevenci poruch příjmu potravy osvětu a informovanost svých žáků, na čemž se sami chtějí podílet. I oni sami by proto měli mít dostatek informací uživatelských ve své praxi pro zefektivnění jejich práce a posílení jejich pocitu užitečnosti, který patří v pomáhajících profesích k těm nejdůležitějším. Avšak v této oblasti znalosti učitelů mírně zaostávají přesto, že se na každé z dotazovaných základních škol s poruchou příjmu potravy u dětí setkali.

Jestliže se pozastavujeme nad tím, proč tolik dětí již na základní škole drží diety, měli bychom si také uvědomit, že vzorem pro děti je celá společnost. Dokud se situace v ní nezmění, nemůžeme změnu žádat ani po nich. Pryč jsou doby, kdy byly oblé křivky spojovány s dobrou náladou, optimismem a dobrosrdečností i doby, kdy byly plné ženské tvary symbolem krásy, plodnosti a síly. Minulostí je také doba antické kalokagathie, tedy harmonické vyváženosti duševní a fyzické krásy. Připomeňme si fakt, že slovo ideální, dnes v souvislosti se vzhledem tolik používané, má svůj etymologický základ ve slově nedosažitelný. Ideály krásy se v historii proměňovaly, ale nesmíme zapomínat na to, že žádného ideálu nedosahovala většina společnosti, jednoduše proto, že každý z nás je jiný a tím pádem jedinečný. Rodina, škola a společnost může pracovat na tom, aby společně utvářely prostředí, v němž by se každý cítil dobře takový jaký je. Měly by formovat jiné hodnoty než jen vzhled a rozvíjet potenciál všech jejích členů.

## INFORMAČNÍ ZDROJE:

- (1) BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.
- (2) BAUEROVÁ, H.: *Evropu sužuje tloušťka, hubení už jsou v menšině*. [Internet] 31.5.2007 [cit.11.10.2008]. <[http://www.denik.cz/zpravy/ze\\_sвета/ze\\_sвета/aktualne435887.html](http://www.denik.cz/zpravy/ze_sвета/ze_sвета/aktualne435887.html)>
- (3) BRÖHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999. ISBN 80-86299-17-1.
- (4) ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 2. vyd. Praha: O.S.Anabell, 2008.
- (5) ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0182-0.
- (6) FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1622-0.
- (7) FORMÁNEK, O. *Zrada věčného mládí*. In *Reflex*, č.36, 2008, s. 29.
- (8) FRAŇKOVÁ, S. a kol. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000. ISBN 80-86009-32-7.
- (9) HÁJEK, B. a kol. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-473-1.
- (10) *Hot news*. In *Top dívky*, č.4, 2008, s. 7.
- (11) *Ideální.cz* – portál o poruchách příjmu potravy, sekce „můj příběh“. [Internet] 16.9.2008-21.2.2009 [cit.21.2.2009]. <[http://www.pppinfo.cz/pribeh\\_list.asp](http://www.pppinfo.cz/pribeh_list.asp)>
- (12) KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- (13) KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- (14) KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- (15) KRCH, F.D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. ISBN 80-85805-12-X.
- (16) MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- (17) NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.
- (18) PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.
- (19) PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

- (20) PERNICOVÁ, H.: *Výchova ke zdraví v učebních osnovách ŠVP*. [Internet] 5. 10. 2004 [cit.1.11.2008]. <<http://www.rvp.cz/clanek/250/114>>
- (21) Poradenské centrum výživa dětí: *Svačinu do školy? Žáci si ji raději koupí v kantýně*. [Internet] 16.2.2007 [cit.27.12.2008]. <<http://www.vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/zajimave-clanky-o-vyzive-deti/svacinu-do-skoly-zaci-si-ji-radeji-koupi-v-kantyne.html>>
- (22) PREKOPOVÁ, J., Schweizerová, Ch. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. 1. vyd. Praha: Portál, 1993. ISBN 80-85282-77-1.
- (23) *První diskotéka*. In *Popcorn*, č.4, 2008, s. 14.
- (24) PYSZKOVÁ, H.: *Jaké jsou dnešní školní jídelny?* [Internet] 26.1. 2009 [cit.1.11.2008]. <<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=792>>
- (25) RYŠÁNKOVÁ, I.: *Anorektiček přibývá, přidali se i muži*. [Internet] 28.9.2008 [cit.11.10.2008]. <<http://www.blisty.cz/2008/1/11/art38246.html>>
- (26) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. [Internet] [cit.30.9.2008]. <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/statistiky>>
- (27) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
- (28) TOMEŠOVÁ, J.: *Jak je to se školním stravováním*. [Internet] 16.7.2008 [cit.27.12.2008]. <<http://www.vyzivadeti.cz/pro-skoly/jak-je-to-se-skolni-stravovanim.html>>
- (29) VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.
- (30) VOLF, V., VOLFOVÁ, H.: *Pediatric*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2000. ISBN 80-86073-62-0.
- (31) VYKYDALOVÁ, P.: *Dokonalý svět panenky bábí*. [Internet] [cit.31.10.2008]. <<http://abporuchy.sweb.cz/clanky.htm>>
- (32) ZALMAN, S.: *New Standards for Junk Food at Schools*. [Internet] 30.4.2007 [cit.21.1.2009]. <<http://www.medpagetoday.com/PrimaryCare/DietNutrition/5531>>
- (33) *20 beauty triků*. In *Popcorn*, č.4, 2008, s. 64.