

ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Poruchy příjmu potravy	10
1.1.1 Historické pojetí ženské krásy	10
1.1.2 Vymezení pojmu a charakteristika mentální anorexie	13
1.1.3 Vymezení pojmu a charakteristika mentální bulimie	17
1.1.4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	20
1.2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	23
1.2.1 Sociální a kulturní faktory	24
1.2.2 Biologické faktory	26
1.2.3 Emociální faktory	28
1.3 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy	29
1.3.1 Kardiovaskulární komplikace	29
1.3.2 Renální komplikace	30
1.3.3 Gastrointestinální komplikace	30
1.3.4 Kosterní komplikace	31
1.3.5 Hematologické komplikace	31
1.3.6 Neurologické komplikace	32
1.3.7 Metabolické komplikace	32
1.3.8 Dermatologické komplikace	32
1.3.9 Endokrinní komplikace	33
1.4 Možnosti léčby poruch příjmu potravy	33
1.4.1 Hospitalizace nemocného	33
1.4.2 Ambulantní lékařská péče	34
1.4.3 Přístup zaměřený na tělo	35
1.4.4 Rodinná terapie	35
1.4.5 Kognitivně – behaviorální terapie	36
1.4.6 Skupinová terapie	36

1.4.7 Farmakoterapie	37
1.4.8 Arteterapie, ergoterapie, hipoterapie	37
1.5 Zásady zdravé výživy	38
1.5.1 Prevence vzniku poruch příjmu potravy na ZŠ	40
1.5.2 Náměty her do školních lavic	42
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	50
2.1 Cíl práce	50
2.2 Hypotézy	50
3. METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU	51
3.1 Metodika	51
3.2 Zkoumaný soubor	51
4. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	54
5. DISKUZE	173
6. ZÁVĚR.....	176
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	178
8. KLÍČOVÁ SLOVA	183
9. PŘÍLOHY	

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si zcela záměrně vybrala téma týkající se problematiky poruch příjmu potravy. Mladé dívky, často již na začátku druhého stupně základních škol, začínají řešit intenzivně své postavy a ožehavým tématem se u nich stává držení diet a cvičení. Ani není divu, vždyť ze všech stran slyší mluvit ženy o dietách. Bohužel, výskyt poruch příjmu potravy dokazuje, že nezůstává jen u řečí. Právě to, že nezůstává jen u slov, jsem si na vlastní kůži ověřila v naší rodině, když tehdy u mé 14 - ti leté sestřenice padla diagnóza mentální anorexie. Zažila jsem to, jak moc tato nemoc působí dlouhodobé obtíže nejen samotným postiženým, ale také jejich rodinám, přátelům a v neposlední řadě i pedagogům a spolužákům.

V současné době jsou dvěma nejrozšířenějšími poruchami příjmu potravy mentální anorexie a bulimie. Tyto nemoci se v řadě potíží shodují, ale zároveň se v mnoha projevech liší. Společný mají zejména strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastní postavě a tělesné hmotnosti. Nemocný se vytrvale a za každou cenu snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Anorektičky tak, že odmítají potravu a hubnou, kdežto bulimičky se v důsledku slabé vůle přejídají a pak mají špatné svědomí a snaží se snědené potravy všemožně zbavit.

Hlavním cílem diplomové práce se pro mě stala analýza možnosti prevence poruch příjmu potravy. Alarmující je fakt, že počet případů onemocnění stále přibývá a věk postižených se čím dál více snižuje. Díky tomu se domnívám, že by prevenci poruch příjmu potravy mělo být poskytnuto dostatek prostoru nejen ve školách, ale také v rodinách, kde děti vyrůstají a jsou vychovávány. Tyto dvě instituce na děti každodenně působí, a mohou tak jejich postoje a jednání do značné míry ovlivnit. Proto dalším cílem této práce byla snaha o podání uceleného teoretického obrazu o problematice poruch příjmu potravy a objasnit některé základní pojmy v této oblasti.

Diplomovou práci jsem rozčlenila do pěti kapitol. V první kapitole pojednávám o historickém pojetí ženské krásy a dále jsem v ní vymezila pojem mentální bulimie a anorexie. Druhou část jsem věnovala nejčastějším příčinám vzniku poruch příjmu potravy nejen u dětí a adolescentů. Nejčastěji se jedná o biologické, emocionální a

sociokulturní faktory. Třetí kapitola je věnována komplikacím, které mohou poruchy příjmu potravy doprovázet. Čtvrtá kapitola zahrnuje otázku léčebných postupů těchto poruch. Zejména ambulantní péče a hospitalizace, skupinová terapie, farmakoterapie, rodinná či kognitivně behaviorální terapie. V poslední kapitole teoretické části je popsána prevence poruch příjmu potravy, která je z mého pohledu velmi důležitá. Vždy je snazší naučit žáky správným stravovacím návykům, a tím předcházet poruchám příjmu potravy, než je později léčit. V této části nalezneme náměty her, které může pedagog v rámci výuky použít pro podporu i rozvoj sebevědomí a sociálních dovedností žáků. Je zde zmíněna i osobnost pedagoga, který je rozhodujícím činitelem v oblasti výchovy a vzdělávání, vytváří vhodné prostředí žákům. Finální částí je grafické zpracování dotazníků, kterými jsem zjistila nejen to, jaké stravovací návyky mají žáci základních škol, jak často sportují, zda již někdy drželi dietu a i to, jak jsou spokojeni se svou postavou.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou označení pro poměrně široký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem, s čímž jdou ruku v ruce změny osobnosti i vztahů takto nemocného člověka. K poruchám příjmu potravy se řadí mentální anorexie, bulimie a patologické přejídání. Tyto poruchy byly poprvé popsány v Anglii a Francii v roce 1870 a celkově, odmítání jídla má svou bohatou historii - askeze - ovládnutí chuti, odepření si jídla, je považována po tisíciletí za prostředek k dosahování duchovní čistoty, způsob, jak se osvobodit od závislosti na hmotě a přiblížit se tak bohu. Lidé s anorexií a bulimií na rozdíl od askety svou často extrémní vyhublost popírají, což je mimo jiné způsobeno poruchou vnímání tělesného schématu. Dalším zásadním rozdílem mezi náboženským asketou a anorektičkou je zcela odlišný žebříček hodnot, které tito lidé svým chováním sledují (21).

1.1.1 *Historické pojetí ženské krásy*

V roce 1996 získala titul Miss Universe venezuelská kráska Alicia Machadová. Zanedlouho po jejím zvolení nejkrásnější ženou světa jí novináři položili otázku, co teď bude dělat. Její odpověď zněla: „Teď chci jíst, jíst a jíst.“ Alicia držela před soutěží celý měsíc dietu a zhubla při výšce 175centimetrů na 49 kilogramů. S těmito mírami si svůj velký sen splnila. Alicia svou odpověď novinářům opravdu dodržela a již několik měsíců po zvolení vážila 70 kilogramů. S tímto prudkým navýšením váhy se velice rychle dostavily nepříjemnosti. Firma Kellogg's neváhala a zrušila jí smlouvu na reklamní kampaň a i také někteří výrobci módních plavek o miss náhle ztratili zájem. Organizátoři soutěže krásy se Alicii veřejně posmívali, neřekli jí jinak než otesánek a dali jí ultimátum, že pokud během 2 týdnů nezhubne alespoň o 12 kilogramů, titul jí odeberou. Tato nejkrásnější žena světa okamžitě na toto ultimátum reagovala tak, že hmotnost 49 kilogramů je při výšce 175 centimetrů naprosto nereálná. Organizátoři

ovšem na takové výtky nereagovali a Alicii nakonec nezbývalo nic jiného, než se vypravit do fitcentra a obhájit si svůj titul běháním, hekáním a zvedáním činek.

Osobně si myslím, že je naprosto skandální, že stačí několik kilogramů navíc a nejkrásnější žena vesmíru rázem přestává být krásná. Alicin příběh jsem zde uvedla zcela záměrně, abych na jasném příkladu ukázala, jakých rozměrů kult štíhlosti dosáhl. Samozřejmě, volby miss jsou extrémem, ale ať chceme či ne, odrážejí současné pojetí ideálu krásy. Dnes platí: Pakliže chce být žena považována za krásnou, musí být štíhlá a mít dokonalý vzhled. V překladu tato věta znamená ani gram tuku navíc, ani vrásku nebo pupínek, ani sebemenší nepravidelnost. Ideálem se stala žena s mírami panenky Barbie. Perfektní obličej, štíhlá postava, železná disciplína – to jsou nezbytné předpoklady ženy, která chce obstát v nelítostném obchodu s krásou. Ovšem, co je vlastně krása? To, co je považováno za „krásné“, jistě závisí na mnoha faktorech. Například na lidových slavnostech v Bavorsku lidé obdivují bujně poprsí v hlubokém výstřihu krojovaného živůtku, zatímco na molu v Miláně je žádána chlapecká postava topmodelky Kate Moss. Každá doba si žádá vlastní ideály krásy.

Ženský ideál krásy přitom vypovídá mnohé o postavení a roli ženy v té které společnosti. Když se ohlédneme do minulosti, například na Rubensovy obrazy, na kterých se vyjímají kypré krásky, pochopíme, že v 15. a 16. století byla „krásná“ žena jednoznačně při těle. Zvláště obdivované bylo velké břicho jako symbol plodnosti. Ještě v 17. století byla za krásnou ženu považována ta, která se vyznačovala vyvinutým poprsím a velkým pozadím. Bylo to dáno tím, že v té době bylo nejdůležitější funkcí ženy rodit děti, a proto byl tak žádán „mateřský typ“ ženy.

Ovšem na přelomu 20. století se mladé ženy tomuto trendu vzepřely. Zničehonic zavrhly vše, co by mohlo poukazovat na mateřství a plodnost. Oblé tvary ženských nader, hýždí a boků rázem přestaly být moderní. Do módy se dostává velmi štíhlá, řekněme až chlapecká postava s dlouhýma nohama a malými prsy. A právě tato postava vynikala zejména v krátkých, rovně střižených šatech na charleston, který se ve 20. letech dostal na výsluní. Mladé děvčata z generace vyrůstajících ve 20. letech překonala mnohá stará tabu a začala si více užívat, než jejich matky. Dívky se již běžně pohybovaly bez doprovodu, jezdily autem, kouřily, telefonovaly, chodily do kina či

poslouchaly rádio. Štíhlá, skoro až chlapecká postava „nové ženy“ symbolizovala sexuální osvobození a odmítnutí tradiční ženské role. Mladé ženy se začaly od tohoto okamžiku zcela nově vymezovat svým zevnějškem. Ovšem, čím více se vymaňovaly z vlivu svých rodin a odpoutávaly od tradičních hodnot, tím více byly odkázány samy na sebe. V dřívějších generacích byla role, kterou dívka musela zastat, zcela jasně určená: Byla spořádanou, poslušnou dcerou a své panenství si chránila až do sňatku s mladým mužem, jemuž pak porodila děti. Teď však přišla doba, kdy se dívky mohly samy rozhodnout, jakou roli chtějí v životě hrát. A právě zevnějškem se prezentovala svému okolí. To, jak žena nosila upravené vlasy, jak se oblékala, jak vystupovala ve společnosti, signalizovala: Podívejte, taková jsem.

Ideál krásy představovaný štíhlou postavou, který vznikl na začátku 20. století, se udržel až do dnešních dní a dokonce získává stále více na významu.

Oblejší křivky ženského těla přišly do módy již v pouze 50. a začátkem 60. let, kdy měly symbolizovat poválečný hospodářský rozkvět. Hlavní představitelkou této generace byla Marilyn Monroe. Tu však v průběhu 60. let vystřídala Twiggy. Tato anglická modelka proslula svým vzhledem dítěte a velmi vyzáblou postavou. Okamžitě po příchodu Twiggy na scénu se kult štíhlého, věčně mladého těla stále stupňoval. Nového vrcholu dosáhl v 80. letech s první vlnou zájmu o zdravý životní styl (fitness), který se do Evropy rozšířil z Ameriky. Do popředí se dostává sportovní typ á la Jane Fondová. Ta však později přiznala, že po celou dobu, co platila za královnu aerobiku, trpěla mentální bulimií.

Dnes žijeme ve společnosti ovládané médii. Kdo by se chtěl z jejich vlivu vymanit, musel by se snad odstěhovat na pustý ostrov v Tichém oceánu nebo žít někde na venkovském statku bez rádia, televize a novin. Ze všech stran nás obklopují lidé se štíhlou a vypracovanou postavou, smějí se na nás z reklamních plakátů, pózuji v módních časopisech či v televizi a když jdeme do kina, předvádějí se na plátně. Tyto osoby nám přinášejí stále stejné poselství: Úspěšný, oblíbený a šťastný může být, jen kdo je krásný a štíhlý. Není proto divu, že se nachází stále více lidí ochotno týrat své tělo, aby odpovídalo všudypřítomnému ideálu štíhlosti (3).

1.1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (17).

Její základním projevem je odmítání potravy s patologickým strachem ze ztloustnutí. Strach ze ztloustnutí je spojen s fobií z potravy. Potřeba hubnout, tedy i obava z jídla, má nutkavý charakter, není ovladatelná vůlí. Omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti chápe nemocný jako svůj hlavní úkol. Jeho plnění zásadním způsobem ovlivňuje sebeúctu, nemocný se na něm stává závislý. Nejde tedy o nechutenství, cílem je potlačit pocit hladu, zvládnout jej, a tím si potvrdit svou vlastní sílu. Pocit hladu se stává blaženým signálem, že člověk netloustne. Někteří nemocní si pocity hladu nepřipustí, ale jiní přiznávají, že hlad mají. Ovšem, v důsledku dlouhodobého hladovění nakonec ke ztrátě chuti k jídlu dochází.

Nadměrné hladovění může u některých jedinců vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se nakonec neovládnu a přejedí se. Záchvat „žravosti“ poté považují za důkaz vlastního selhání, vlastní slabosti, a proto na něj reagují pocity viny, depresi a úzkostí. Aby se zkonsumované potravy zbavili a tím nebylo ohroženo jejich zvýšení tělesné hmotnosti, vyprovokují zvracení nebo použijí projímadlo. Toto se může běžně opakovat. Výzkumy uvádí, že takto reaguje přibližně 30 – 50% mentálně anorektických pacientek.

Projevy a výskyt anorexie

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie lze stručně shrnout do tří základních bodů (podle MKN – 10 a DSM – IV):

1. O mentální anorexii hovoříme tehdy, jestliže dojde k úbytku tělesné hmotnosti o 15% proti normální váze, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI. Strach z tloušťky přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost.

2. Celkové chování jedince je výhradně zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti. Dietní režim bývá spojen s nadměrným cvičením, často i s vynuceným zvracením, či užitím projímadel, anorektik a diuretik, které mají za cíl podpořit hubnutí.
3. Vnímání vlastního těla je narušené, tyto (většinou) dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté (zejména v oblasti typických ženských znaků: břicha, zadečku a stehen). Vztah k vlastnímu tělu se změnil natolik, že mnohdy ani není chápáno jako součást vlastní osobnosti, ale jako cizí objekt, který je na obtíž.

Kvůli dlouhodobému hladovění dochází i k tělesným potížím, které jsou důsledkem silné podvýživy. Závažné jsou především sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí (např. ztráta menstruace, poruchy termoregulace a oslabená imunita). V krajním případě může být ohrožen i život takového jedince.

Mentální anorexie má souvislost s hormonálními změnami, případně s psychosociálními důsledky ženské role. Toto onemocnění postihuje především dospívající dívky, nejčastěji po začátku menstruace, a mladé ženy. Onemocnění se obvykle objevuje mezi 14. – 18. rokem. Jeho populační frekvence se pohybuje v rozmezí 0,5 – 1%. U chlapců je mnohem vzácnější, v literatuře je nejčastěji udáván poměr nemocných chlapců a dívek 1:10.

Ke vzniku mentální anorexie přispívá řada faktorů. Jedním z nich je působení sociálního faktoru, kdy toto onemocnění se více vyskytuje u dívek ze středních a vyšších vrstev. Dále zde hraje velkou roli genetická dispozice, kdy např. u sester anorektických pacientek je zvýšené riziko onemocnění. Vyvolávajícím podnětem bývá také zátěž, s níž se dospívající není schopen vypořádat. Může jít o biologické a psychické změny dané dospíváním, ale i o změny sociálně podmíněné (např. přestup na jinou školu). Porucha se může projevit jen jednou epizodou, v některých případech se

může vracet a mít chronický průběh (u 20 – 25% případů). Až v 5% všech případů dochází k úmrtí (19).

Průběh onemocnění

Průběh potíží bývá pozvolný, nejprve se nejeví jako porucha, i když snaha dodržovat přísnou dietu a nadměrně cvičit začíná být podezřelá. Zeštíhlení může být dokonce pozitivně hodnoceno, dotyčný je oceňován, jakou má pevnou vůli. Počáteční schválení snahy o štíhlost působí jako posilující a utvrzující impulz. Avšak postupně s dalším hubnutím začnou ostatní lidé pochybovat o přiměřenosti a správnosti tohoto chování. V této chvíli zareaguje většina dívek trpících mentální anorexií na jakékoli argumenty, lhaním, podváděním a skrýváním potíží. Podobají se začínajícím narkomanům, kdy bagatelizují závažnost svého jednání a popírají, že by měly jakékoli problémy. Argumentují zdravou výživou, svou výkonností, plněním všech požadavků apod. Mohou být i euforické a demonstrovat vlastní nadřazenost nad lidmi, kteří nedovedou odolávat potřebám vlastního těla. Pro všechny osoby v jejich okolí, je na počátku onemocnění matoucí nápadná aktivita nemocných a jejich četné zájmy. Za těchto okolností jsou ochotni uvěřit, že situace není tak vážná. S postupným úbytkem hmotnosti však dochází k naprostému vyčerpání organismu a únavě. Podvyživená dívka začne být podrážděná, úzkostná či depresivní náladě. Stěžuje si na bolesti hlavy či břicha, trpí poruchami spánku a menstruačního cyklu. Její osobnost se od základu mění a následkem toho dochází k ubývání kontaktů s vrstevníky, s nimiž nesdílí žádné společné zájmy. Takovou dívku již zajímá pouze její hubnutí. Všechno ostatní ztratilo svůj původní význam...

Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální anorexií

Z výsledků mnoha studií vyplývá, že osobnost dívek se sklonem k mentální anorexii má řadu typických znaků (i když rozhodně nelze říci, že by všechny tyto dívky byly stejné).

1. Myšlenky anorektické dívky se naprosto točí kolem jídla a tělesné hmotnosti. Všechno ostatní je vedlejší.
2. Tyto dívky bývají zpravidla velice bezproblémové, s potřebou nevybočovat z normy a plnit tak veškerá sociální očekávání. Mají sklony se prezentovat požadovaným způsobem. Zřejmý je i jejich důraz na platné normy a pravidla, proto podléhají ve zvýšené míře vlivu známých osobností a obecně uznávaných autorit. Chtějí se jim co nejvíce přiblížit a podobat, tak aby i ony dosáhly úspěchu a uznání. Často mají velkou potřebu neustálého sebezpotvrzování úspěchem a pozitivním hodnocením. Bývají sportovně zaměřené. Mívají silné volní vlastnosti, jsou zodpovědné, svědomité, až perfekcionistické. Dívky se sklonem k mentální anorexii mívají dobrou inteligenci a ve škole jsou úspěšné, dosahují dobrých výsledků, často studují. I zde je však nápadná potřeba dobrého výkonu.
3. Bývají nejisté, nemají dostatečně vysoké sebevědomí, které by odpovídalo jejich výsledkům. Nedostatek pocitu jistoty posiluje potřebu sebekontroly a sebeovládání. Mívají tendenci k sebeomezování, někdy až k autoagresi, mají větší sklon reagovat pocity viny. Často jim chybí smysl pro humor a málokdy stojí o nové podněty či vzrušení.
4. Anorektické dívky bývají introvertní povahy, ve vztahu k lidem jsou často rezervované, uzavřené a nedůvěřivé. Mívají málo kamarádek, protože negativní sebehodnocení a nízká sebeúcta nejsou dobrým předpokladem pro získání a udržení přátel. V rámci své nejistoty mívají velký strach z negativního hodnocení. Jakoukoli běžnou kritiku považují za projev nepřátelství. Založením nebývají koketní, zájem o chlapce je většinou nízký a ani s nikým obyčejně nechodí.

5. Tyto dívky bývají senzitivnější, dovedou hluboce citově prožívat. Častěji trpí dysforickou náladou a zvýšenou úzkostností. Zvýšená sebekontrola se projevuje i ve vztahu k emocím, které mají snahu potlačovat. Mívají problém prožít skutečnou radost či vyjádřit zlost (34).
6. Častým rysem anorektických dívek je i to, že se snaží o detailní rozvržení celého dne. Všechno musí být perfektně naplánované, respektive kdy budou jíst, kdy sportovat nebo kdy budou dělat domácí úkoly. Právě pocit absolutní kontroly nade vším jim dodává tolik potřebnou jistotu. Bývají hrdé na to, jak se jim to daří, a jsou naprosto přesvědčené, že své tělo mohou modelovat, jak se jim to líbí. I to jim dodává pocit moci. Pro tyto dívky je typické postupné uchýlení se do vlastního světa, který se řídí podle jejích vlastních pravidel (3).

Teorie vzniku mentální anorexie

Pro vznik mentální anorexie je rizikovým obdobím dospívání, které přináší biologické změny i zátěž spojenou s emancipací od rodiny, s rozvojem vlastní osobnosti a s přijetím ženské role včetně sexuality. Pro tyto dívky je dospívání příliš náročné a málo přitažlivé, nedovedou se s ním vyrovnat. Mentální anorexie je projevem zaujetí silně asketického postoje, který má funkci obranného mechanismu, protože jim umožňuje potlačovat nežádoucí pudové tendence a udržovat tak osobnostní rovnováhu. Disponované dívky mají sklon ke zvýšené sebekontrolě a sebeovládání již od dětství.

1.1.3 Mentální bulimie

Bulimie je takový balíček nejrůznějších problémů od nízkého sebevědomí přes nejrůznější dietní programy až k přejídání se. Nejčastěji a snad i nejjednodušeji je tato porucha charakterizovaná jako nezvladatelná touha po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Tyto záchvaty „žravosti“ bývají často doprovázeny

nutkavou tendencí zbavit se požití potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky.

Projevy a výskyt mentální bulimie

Základní diagnostická kritéria mentální bulimie jsou podle MKN – 10 a DSM – IV:

1. Opakující se epizody přejídání, které nemocný není schopen ovládat a jí i přesto, že již nemá hlad. Podle některých výzkumů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitější, než samotné zkonsumované množství jídla. Potraviny, které nemocní nejčastěji konzumují, jsou vysokokalorické a snadno stravitelné.
2. Nemocní trpí chorobným strachem z tloušťky a nepřiměřeně kriticky hodnotí vlastní tělesné proporce.
3. Po záchvatech „žravosti“ následuje stejně nutkavá potřeba se potravy zbavit jakýmkoli způsobem a co nejrychleji. Strach ze ztloustnutí v důsledku nadměrného množství zkonsumovaného jídla vede k provokaci zvracení, použití projímadel a následného hladovění.

Příčiny a průběh onemocnění

Bulimie se vyskytuje převážně u starších adolescentních dívek a mladých žen, u mužů je vzácná. Poměr výskytu této poruchy u obou pohlaví je 1:10. Přesný počet nemocných není znám, protože většina z nich se snaží své potíže zatajit. Bulimie bývá často vyvolána nějakou psychosociální zátěží, někdy ji předchází stadium mentální anorexie. Pro rizikové jedince bývají typické problémy s váhou již v nemorbidní fázi.

V jejich rodinách jsou problémy s obezitou či nadváhou častější, ale vzácností nejsou ani jiné problémy, např. potíže s pitím alkoholu.

Průběh rozvoje nemoci bývá plynulý, postižení se postupně dostávají do stadia, kdy choroba začíná silně narušovat jejich život a vede k různým somatickým poruchám (obvykle méně závažným než v případě mentální anorexie). Záchvaty konzumace jídla nemívají z logických důvodů dlouhé trvání, jejich frekvence je různá. Množství potravy, které nemocný v záchvatu sní, může být až neuvěřitelně velké. Z tohoto důvodu se bulimie stává poměrně finančně náročná choroba. Nemocní se již předem dostatečné zásobí, mnozí si nosí jídlo i s sebou, aby si vyhověli, když je záchvat přepadne mimo domov.

Člověk, který trpí mentální bulimií, nezvládá po čase se normálně najíst. Buď hladoví, nebo se přecpe. Obvykle konzumuje jídlo tajně a stejně tak se zbavuje potravy, protože se za své chování stydí. Zvracení či projímadlo mu přináší dočasnou úlevu především v tom, že se zbaví snědeného jídla, a tím aktuálně sníží strach z tloušťky.

Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální bulimií

Mentální bulimie společně s anorexií patří mezi takzvané poruchy příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je obava z tloušťky či nadměrná pozornost soustředěná na vlastní vzhled a tělesnou hmotnost. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se pokoušejí ještě zhubnout nebo alespoň nepřibrat.

Dále co mají jedinci trpící bulimií společného s pacienty s anorexií je především nízké sebehodnocení, nejistota, závislost na názoru jiných lidí, která se projevuje sklonem ke konformnosti a v úsilí dosáhnout sociokulturně žádoucí normy. Pro bulimické nemocné bývá typická impulzivita a neschopnost sebeovládání. Ne, že by tyto dívky nekladly důraz na sebekontrolu, ale na rozdíl od anorektických dívek se tak chovat nedovedou. To v nich vyvolává pocity viny, studu a vzteku na sebe sama. Mají

sklon se obviňovat, trpí zvýšenou sebekritikou. Uvědomují si, že jejich chování není správné, a následně se trápí pro svou neschopnost ovládat nutkání k excesivnímu přejídání. Vadí jim, že nemají dostatečně silnou vůli. Často se cítí vlastním jednáním zhnusené a zároveň bezmocné, mají strach, že se všechno bude znovu opakovat. Pocit selhání bývá spojen s depresí a sklíčeností. Zabývají se neustále jídlem, takže nemají na nic jiného čas. Jejich denní aktivity a styky s ostatními lidmi bývají omezené. Svou společenskou neúspěšnost vysvětlují jako důsledek vlastní tloušťky, což je utvrzuje v pocitu nutnosti co nejvíce zhubnout.

Teorie vzniku mentální bulimie

Na základě psychoanalyticky orientované teorie jde o transformaci touhy něco pohltnout, zvracení je vysvětlováno jako projev symbolického odvržení někoho či něčeho, např. špatné vlastnosti, nežádoucí bytosti apod.

Bulimii lze chápat i jako důsledek nízkého sebehodnocení, narušeného vztahu k sobě samému, k vlastnímu tělu. Ke vzniku této nemoci mohou přispívat mediálně prezentované ideály zdůrazňující štíhlost jako předpoklad sociálního úspěchu. Zafixovaná nutnost štíhlosti je v tomto případě v konfliktu se subjektivně pocíťovanou potřebou potravy, která s potlačováním roste (a projevuje se záchvaty „žravosti“). Jídlo ztratilo normální funkci a může se jevit jako zdroj ohrožení (v tomto případě ohrožení osobně významné hodnoty – vlastní štíhlosti). Je jasné, že různé typy poruch potravy mohou být vyvolány podobnými mechanismy (34).

1.1.4 Atypické a nespécifické poruchy příjmu potravy

Nespécifické poruchy příjmu potravy v současnosti ohrožují stále více lidí. Přibývá nemocných, kteří na základě svých potíží nemohou být diagnostikováni s onemocněním mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Termín nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy se užívá pro ty nemocné, u kterých chybí jeden nebo více základních znaků onemocnění, ale u kterých se projevuje téměř typický obraz poruchy. Příkladem toho mohou být pacientky, které mají i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost, aniž by došlo k použití hormonální léčby, pravidelnou menstruaci; pacientky trpící mentální bulimií, které mají normální váhu, ale jsou pro ně charakteristická období přejídání, po kterých následuje kompenzační chování a jiné (21).

V této práci bych se ráda zmínila o těchto nespecifických poruchách příjmu potravy:

Syndrom záchvatového přejídání

V poslední době je problematice záchvatového přejídání věnována velká pozornost. Výskyt této nemoci je stále vyšší u ženského pohlaví, avšak zastoupení mužského pohlaví je zde mnohem četnější než v případě jiných poruch příjmu potravy (21).

Syndrom záchvatového přejídání se projevuje opakovanými epizodami přejídání bez hladovění, které bývá charakteristické i pro mentální bulimii. Takto postižený člověk ztrácí během „záchvatu“ pocit kontroly nad jídlem. Jeho tempo v konzumaci jídla je obrovské a nepřestává s ním do té doby, než je nepříjemně plný. Z tohoto důvodu je tento typ poruch příjmu potravy často spojen s nadváhou či obezitou. U tohoto typu onemocnění se nemocní nepřejídají z pocitu hladu, ale z nesmírně velkého nutkání, které u nich vzbuzuje přítomnost jídla, určitá situace nebo nějaký vnitřní impuls (pocit strachu, napětí, atd.).

Dalším typickým příznakem pro tuto poruchu je to, že jídlo konzumují o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho. Po přejedení jsou sami sebou znechuceni, cítí se velmi špatně a provinile. Obvykle nezvrací, neužívají žádné přípravky na snížení své tělesné hmotnosti a ani se nesnaží hubnout (20).

Snad každý z nás zná to, že se nekontrolovatelně přejedl. Když člověk někdy „ujede“ a zkonsumuje větší množství potravin, tak se rozhodně nejedná o syndrom záchvatového přejídání. O tomto problému lze hovořit až ve chvíli, když se přejídání opakuje s navyklou pravidelností po určitou dobu a s určitou frekvencí (nejméně dvakrát týdně po dobu šesti měsíců (21).

„Pika“

Jako pika je označováno požívání nestravitelných látek, které nejsou ke konzumaci určeny. Může se jednat o hlínu, barviva, různé odpadky, písek, vlasy, papír, textil, vatu, igelit apod. Toto onemocnění se nejvíce vyskytuje u dětí a to nejčastěji z nižších sociálních vrstev.

Dále se pika může objevit jako reakce na rozvrat manželství rodičů, výchovné zanedbání nebo i týrání. Zvláště u postižených dětí může tato porucha ohrožovat jejich život, protože nebezpečí z otravy v důsledku konzumace nestravitelných látek je velmi vysoká. Léčba vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů. Potřebná je jak psychoterapie dítěte, tak i konzultace s rodiči. Do dospělosti tato porucha zpravidla odezní, přetrvávat může ojediněle a zejména u mentálně retardovaných a osob v ústavní péči (15).

„Maniakální otylost“

Vznik tohoto onemocnění se objevuje často v raném dětství. Příčina onemocnění je zpravidla dána tím, že potraviny slouží jako výchovný prostředek. Dítě je chváleno za to, že sní vše, co je mu naservírováno na talíř, i když už se dávno cítí být syté. Nebo dostává pamlsky jako odměnu za různé domácí práce, dobré chování a pěkné známky

ve škole a je trestáno odebráním těchto nezdravých sladkostí. Potraviny tak časem získávají pro dítě mnohem vyšší hodnotové postavení, než jim přísluší. V podstatě by se dalo říci, že je maniakální otylost identická se záchvatovým přejídáním (24).

„Latentní otylost“

Latentní otylost se vyznačuje nadlidským sebeovládáním u jídla. Každý normální člověk se jednou za čas dopustí nějakého jídelního prohřešku, ale lidé trpící touto poruchou, nikdy. Jedinci s latentní otylostí si připravují pokrmy tak, že si jednotlivé potraviny odvažují s přesností na gramy, aby nepozřeli ani o jednu kalorií více, než je bezpodmínečně nutné. Pro takto nemocné lidi se stává nejdůležitějším životním kritériem kontrola nad tím, co snědí (24).

„Emoční porucha spojená s vyhýbání se jídlu“

Tato porucha je opět typická pro dětský věk. Dítě trpící tímto onemocněním se vyhýbá jídlu, s uvedením řady důvodů proč dnes jíst nemůže. Jedním z takových důvodů může být strach, že jim bude špatně, strach z nákazy špatným jídlem, obavy ze zadušení nebo pozvracení. Často také udávají bolesti břicha po požití jídla. Přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako děti trpící typickou mentální anorexií (15).

1.2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

U poruch příjmu potravy byla vyslovena řada různých hypotéz, kdy každá z nich má své omezení a nemůže vysvětlit všechny variant poruchy.

Byly provedené kontrolované studie na širším vzorku pacientů a ani ty prozatím nepotvrdily obecnou platnost žádného z jednoduchých etiologických modelů. Zcela jednoznačné nejsou ani výsledky epidemiologického šetření, které si někdy protirečí nebo zdůrazňují příliš obecné a nespecifické faktory, jako jsou pohlaví a věk.

Odborná veřejnost se dnes shoduje na tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.

1.2.1 Sociální a kulturní faktory

Řada studií předpokládá, že příčiny vzniku poruch příjmu potravy spočívá v rychle se měnících kulturních podmínkách, které zcela nerozumně oslavují vyhublou postavu a nadměrnou sebekontrolu.

Již v roce 1939 poukázal Ryle na možný vztah mezi incidencí mentální anorexie a sociálním tlakem na dodržování štíhlosti. Poukázal na to, že módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti se pak snaží neustále kontrolovat svou tělesnou hmotnost, protože v ní vidí cestu ke kráse a úspěchu. Také vědecká pracovnice H. Bruch pokládá módní průmysl a sdělovací prostředky odpovědné za to, že rozšiřují názor, že „hodnota člověka je v tom, že je štíhlý“, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Podle Garfinkela a Garnera nejenže jsou ženy stále agresivněji konfrontovány se štíhlým ideálem krásy v nejrůznějších médiích, ale zobrazované modelky jsou čím dál více hubenější. Jen méně než 5% amerických žen ve věku mezi 20 a 30 lety mělo možnost být stejně štíhlými jako průměrná Miss America v letech 1970 až 1978. Tyto trendy vedly nakonec tak daleko, že současné ideální proporce, tvar a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující. Bohužel, stejně tak nebezpečné a ohrožující jsou i metody, jak dosáhnout štíhlosti, které jsou často spojeny

s demonstrací nadměrné sebekontroly. V takovémto společenském klimatu jsou přerušování diet a mírná nadváha brány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí.

Velice nebezpečnou, ale zároveň i klíčovou roli připisují negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích a divácích falešnou představu, že „všechno je možné“, a že si můžeme zvolit své tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů. Jejich protagonisté jsou stále hubenější a stále větší pozornost je soustředěna na nejrůznější dietní prostředky a poradce, kteří často uvádějí zcela nesmyslná, nepravdivá nebo i nebezpečná doporučení. Samozřejmě je to, že se dietním trendům přizpůsobuje i potravinářský průmysl, který se snaží vyprodukovat co nejvíce nízkotučných, „light“ výrobků. Je dobré si uvědomit, že dieta je přepych, který může být prosazován jen v nadbytku. Ještě před 60 lety se společnost obávala podvýživy a tuberkulózy, proto byly oblíbené nikoli přípravky na hubnutí, ale naopak, „prostředky na přibrání“.

K mediálním zdrojům musíme zařadit i ženské časopisy. Také řada těchto časopisů závislých na reklamě odmítají publikovat články a zprávy o nebezpečnosti nebo neúčinnosti komerčních dietních prostředků. Velkého rozkvětu dožila štíhlost již v 19. století, kdy začala být spojována s představou duchovní krásy, a v literatuře byl romantizován vyhublý tuberkulózní vzhled.

Klinická praxe se shoduje a doplňuje s epidemiologickými výzkumy v tom, že poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Nesporně v tom vězí jejich kulturní a sociální podmíněnost nebo spíše „citlivost“. Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i řada dalších faktorů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury („mcdonalizace“).

1.2.2 Biologické faktory

1. Ženské pohlaví

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik a další rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Je známo, že tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže, a že ženské tělo je tradičně důležitější. Zřejmě i proto je u žen až 10 krát vyšší riziko vzniku mentální anorexie, zvláště v období puberty a adolescence, kdy dochází k nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám. Velmi rychlý tělesný růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností i přibýváním tukových zásob. Průměrná tělesná hmotnost českých dívek přirozeně vzroste v období mezi 8. a 16. rokem z BMI 16 na 19. Pro mnoho dívek znamená rychlý přírůstek tuku, spojený s pubertou, hrozbu, protože se začínají odklánět od toho, co je v současné době považované za krásné“, zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo.

2. Menstruační cyklus

Někteří odborníci dávají do souvislosti změnu v hormonální činnosti během premenstruačního syndromu se vzrůstající četností bulimických záchvatů přejídání během něj. Stále je předmětem nejrůznějších výzkumů, zdali ztráta menstruace u mentální anorexie je primárním nebo až sekundárním projevem ztráty tělesné hmotnosti.

3. Tělesná hmotnost

S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen nebezpečí redukčních diet a bulimie. Nejrizikovější skupinou při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy však hraje zejména distribuce tělesného tuku. U žen, které nejvíce trápil tuk uložený na bocích, stehnech a hýždích, vykazovaly významně vyšší riziko poruch příjmu potravy než ostatní ženy.

Je známé, že při úbytku ztrátě tělesné hmotnosti ubývá i svalová hmota. Bohužel se toho již méně ví o situaci, kdy dochází k opakovanému kolísání hmotnosti, avšak předpokládá se, že se tuk získává rychleji. V důsledku kolísání hmotnosti pak nutně dochází ke změně ve složení těla (19).

4. Puberta

Jako nejrizikovějším obdobím pro vznik poruchy příjmu potravy patří puberta. Právě v tomto období je dospívající člověk daleko více náchylný stresovým situacím, než ostatní věkové skupiny, výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama či přemýšlení o sobě, dochází k citové i psychologické nezávislosti na rodičích a vytváření vztahů s vrstevníky stejného i opačného pohlaví. Zvláště dívky jsou v tomto období zvýšeně citlivé a zranitelné, trpí častými změnami nálad. Rozhodně není vhodné pronášet vtípné poznatky o jejich aktuální váze a vzhledu zrovna v tomto období, protože právě jejich přecitlivělost může vést k tomu, že i dobře míněné rady, mohou způsobit změnu jejich zdravého usuzování v otázce „normální postavy“. Následkem pak může být to, že se dívky začnou přehnaně pozorovat, neustále myslí na některé narážky a v jejich myšlenkách se začne vytvářet prototyp „ideálního těla“ (26).

4. Životní události

I nejrůznější životní události a situace mohou velice často zapříčinit vznik poruch příjmu potravy. Může se jednat o nejrůznější narážky na tloušťku a tělesný vzhled, přechod na jinou školu, sexuální konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc či problémy v rodině.

5. Rodinné faktory

Velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů popisuje počátek a rozvoj mentální anorexie a bulimie v termínech různých rodinných událostí. Již samotný výskyt anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za

významný rizikový faktor. Např. Theander (1970) uvádí, že matka, která je úzkostlivě zaměřena na svůj vzhled, držela a doposud drží nějakou z redukčních diet či v minulosti trpěla nějakou poruchou příjmu potravy, je pro své dítě významným rizikovým spouštědlem, protože její neuspokojení a patologická přání často vedou k nepřiměřenému požadavku submisivního a dokonalého dítěte. Právě vztah mezi matkou a dítětem má velký význam pro vznik poruch příjmu potravy. Matky, zvláště v dětství bývají až přehnaně starostlivé, nadměrně své děti překrmují, což v dospělém věku může zůstat zachováno nebo naopak, dojde k odmítání potravy. Samozřejmě že péče matky je vždy důležitá a nenahraditelná, ovšem nikdy nesmí překročit rozumnou a nutnou míru, protože pak se dítě může ve svém vývoji cítit omezováno.

Jako další riziko se považuje výskyt alkoholismu, obezity či držení diet v rodině. V rodinách jedinců trpících poruchami příjmu potravy je často kladen až přehnaný důraz na perfekcionismus a výkonnost. Naopak u pacientek s bulimií se spíše setkáváme s nedostatečnou péčí a malým zájmem o dítě.

1.2.3 Emocionální faktory

Je pravděpodobné, že některé osobnostní rysy a specifické poruchy osobnosti zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy. V souvislosti s rozvojem anorexie i bulimie je často zmiňován perfekcionalismus, který je rizikový právě svou důsledností, neoblomností a posiluje striktní dodržování diety.

Mezi další významné osobnostní faktory můžeme zařadit tzv. obsedantní rysy. Společným rysem takových poruch je vnitřní nejistota, bezcennost a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nadměrné sebekontroly. Některé psychické charakteristiky mohou být také specifickým projevem malnutrice, kdy dochází např. k úbytku libida, psychického a fyzického strádání, což může mít za následky přecitlivělost, egocentrismus či nedůvěru ve vlastní pocity.

Pro názorný příklad zde uvádím typickou anorektičku, která je obvykle popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a

rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost, nezávislou vůli, dále jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům a cílům. Podle Strobera (1981) anorektičky ve srovnání s kontrolní skupinou více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní a více inhibované v interpersonálních vztazích. Jejich temperament se popisuje jako „vyhýbající se „. Mají strach ze spontaneity, nejsou ochotny riskovat nebo zažívat něco nového.

1.3 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy způsobují řadu zdravotních komplikací, které mohou vést až ke zvýšené úmrtnosti postiženého. Nejčastěji se v souvislosti s poruchami příjmu potravy setkáváme s kardiovaskulárními komplikacemi a díky výraznému hmotnostnímu úbytku, s osteoporózou. Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji k smrti.

Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti, nebo vznikají v důsledku určitého chování, např. zvracení, nadužívání projímadel a diuretik.

1.3.1 Kardiovaskulární komplikace

Jak jsem se již v úvodu zmiňovala, tak kardiovaskulární komplikace jsou nejčastějším problémem u lidí trpících poruchami příjmu potravy. Příčinou toho je snížením metabolismu a vagovou hyperaktivitou. Přibližně u 90% nemocných se můžeme setkat s hypotenzí pod 90/60 mm Hg, což způsobuje nadměrné snížení tekutin.

Jak u bulimie, tak u mentální anorexie může vést zvýšená konzumace diuretik a projímadel k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím pak k vyvolaným srdečním arytmiím, které mohou vyústit až ke smrtelné srdeční zástavě.

1.3.2 Renální komplikace

U dvou třetin anorektiček může dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi, protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin. Nejčastější poruchy elektrolytové rovnováhy, s nimiž se u poruch příjmu potravy setkáváme, jsou hypochlorní metabolická alkalóza, hypokalemie, hypochloremie a hyponatremie. U zhruba tak čtvrtiny anorektiček se často objevuje hypomagnezemie, která bývá doprovázena obtížně odstranitelnou hypokalcemií a hypokalemii vyžadující doplňování hořčíku.

Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik nevedou jen k srdečním arytmiím, ale také mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Dále se u jedné pětiny anorektiček objevuje mírný otok končetin.

1.3.3 Gastrointestinální komplikace

Velice častým příznakem u mentální bulimie a anorexie je zduření parotických slinných žláz. U bulimiček se více setkáváme s ústními a zubními komplikacemi, které jasně poukazují na jasnou souvislost s pravidelným zvracením.

Dále v důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Žaludeční komplikace nejsou příliš obvyklé. Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku vyvolává pocity plnosti a nadmutosti (a to i po konzumaci malého množství jídla), což je pacientkám subjektivně nepříjemné a velice často si to vysvětlují jako známku ukládání tuku v těle.

Naopak, zhoršená motilita tenkého střeva je poměrně častá. Zhruba u poloviny anorektiček lze zpozorovat na rentgenových snímcích dilataci duodena a u třetiny dilataci jejunu. V některých případech může být příčinou tzv. „realimentační pankreatitida“, která zase může vyvolat gastrointestinální ileus.

V oblasti tlustého střeva se nejčastěji setkáváme se zácpou, která obvykle souvisí se snížením příjmu potravy a nadužíváním projímadel, které mohou vyvolávat nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu.

1.3.4 Kosterní komplikace

Pakliže pacientka zcela odmítá konzumovat mléčné produkty, obsahující vitamin D a tuky, mohou se objevit příznaky osteomalacie. Ovšem mnohem častěji se u mentální anorexie objevuje osteoporóza, která již vzniká během prvních dvou let onemocnění. Prokázaným důsledkem anorexie je snížení minerální denzity kostí, které mohou vyústit k těžké osteopenii páteře a k netraumatickým zlomeninám.

1.3.5 Hematologické komplikace

U více než poloviny pacientek s poruchami příjmu potravy dochází ke změnám krevního obrazu a kostní dřeně a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Krch uvádí že: „mírnou normochromní monocytární anémií (tedy množství hemoglobinu více než 80 g/l) s typickou akantocytózou a sníženou sedimentací erytrocytů nacházíme u 10 až 20 % anorektiček. Leukopenii, která je většinou způsobena hypoplazií dřeně s neutropenií, zjišťujeme u 40-60 % pacientek.“

1.3.6 Neurologické komplikace

Řada neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie a svalové slabosti (trpí více než 40 % postižených) je vyvolána akutní poruchou elektrolytové rovnováhy, kterou způsobuje neustálé zvracení, klystýry či nadužíváním projímadel a diuretik. Méně často se vyskytují bolesti hlavy, křeče, náhlá ztráta vědomí, dvojité vidění a poruchy hybnosti.

1.2.7 Metabolické komplikace

Narušená hypofýza a autonomní funkce nemocných s poruchami příjmu potravy se projevuje ve zhoršené regulaci tělesné teploty. V chladném prostředí u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty ani ke stabilizaci tělesné teploty či k třesu. V horku u nich dochází jen k mírné vazodilataci a jádrová teplota se nepřiměřeně zvyšuje.

Velice často u lidí, trpící anorexií a jiných forem podvýživy, nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes, jelikož metabolismus glukózy je narušen.

V nerovnováze je i metabolismus kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí. S tím úzce souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce.

Studie sledující spánek vyhodnotily, že bulimičky s normální tělesnou hmotností se neliší od kontrolní skupiny v žádném ze sledovaných ukazatelů, zatímco vyhublé anorektičky spí méně hlubokým spánkem a častěji se budí. Poruchy spánku korelují s úbytkem hmotnosti a mizí při její úpravě.

1.3.8 Dermatologické komplikace

Dermatologické obtíže u pacientek s poruchami příjmu potravy mohou mít řadu důvodů. Mezi nejčastější příčiny patří:

1. nedostatečná výživa
2. úmyslné zvracení
3. kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik

Zhruba čtvrtina pacientek trpí tenkou šupinatou a suchou kůží, ve které je snížené množství kolagenu. U jedné třetiny postižených se vyskytuje jemné ochlupení na tvářích, končetinách a trupu. U 72 % anorektiček je přítomna hyperkarotenemie,

kteřá vzniká v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu a způsobuje v mnoha případech jasně nažloutlé zabarvení kůže. Řada kožních vyrážek způsobují preparáty, které pacientky užívají na snížení jejich tělesné hmotnosti.

1.3.9 Endokrinní komplikace

Nejhlavnějším příznakem endokrinních komplikací je ztráta menstruace, která se zastaví při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti. Mezi další endokrinní potíže u anorektiček patří hypogonadismus doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH a FSH, zpomalením jejich epizodického výdeje a z toho plynoucím nízkým výdejem sérových estrogenů z vaječnicků (19).

1.4 Možnosti léčby poruch příjmu potravy

1.4.1 Hospitalizace nemocného

Léčení mentální anorexie je dlouhodobější proces, v němž může sehrát hospitalizace zásadní roli. Pobyt na lůžku je bezpodmínečně nutný, pokud je nemocný v bezprostředním ohrožení života.

Tímto ohrožením se rozumí velká podváha a tělesná hmotnost pod úroveň BMI 15. V tomto případě není dle zákona nutný závazek pacienta k vyléčení z poruchy příjmu potravy. Závazek je však vyžadován v případě, kdy je hospitalizace zamýšlena, jako důležitý posun vpřed v procesu uzdravení. Poté je pobyt v nemocnici orientován i na psychickou část nemoci. Po duševní stránce je třeba zvážit hospitalizaci tehdy, pokud hrozí příčinou velkých depresí možnost sebepoškození či přímo sebevraždy. V případě dětských pacientů je hospitalizace nutná, když po dobu dvou až tří měsíců ambulantní léčba nepomáhá a není pozorovatelný prokazatelný nárůst hmotnosti. Zde nesmíme opomenout fakt, že velká podváha jde ruku v ruce s poruchou vnímání svého těla, pacient pak vidí některé části těla jako "tlusté" a přibírání hmotnosti se přirozeně brání.

V případech, kdy je zdravotní stav pacienta příznivější a vůle k vyléčení neoddiskutovatelná, je vhodné zahrnout do léčby krátkodobou hospitalizaci s psychologickým poradenstvím a navazující péčí ambulantní. Potřebná doba pro pobyt v nemocnici je zde dána časovým úsekem nutným k získání alespoň devadesáti procent požadované hmotnosti. Za předpokladu optimální spolupráce v programu léčby je ideální hmotnostní přírůstek dle Dr. Krcha jeden až jeden a půl kilogramů týdně.

Nicméně je třeba na hospitalizaci pohlížet, jako na poslední východisko v léčbě mentální anorexie, bohužel právě až v tomto případě si mnohdy zúčastnění začínají uvědomovat, že jde o skutečně vážný problém.

1.4.2 Ambulantní lékařská péče

K tomuto druhu péče se přistupuje u pacientů, kteří již prodělali neúspěšně různé formy léčby a jejichž odhodlání a vůle vyléčit se je značně oslabená. Ambulantní lékařská péče je zaměřena zejména na pacienty s chronickými stavy, kde již není cílem překonání samotné poruchy příjmu potravy, ale zejména navození relativní psychické pohody a nastartování nové chuti k léčbě. Může být vhodná, pokud se po pečlivém zvážení zjistí, že nemocný již na další psychickou léčbu nereaguje, cílem je pravidelnou kontrolou tělesné hmotnosti, elektrolytů a vitálních funkcí dosáhnout tělesné a psychologické stability.

Za předpokladu, že je pacient ochotný k další léčbě, bude pravidelně docházet na ošetření a v léčbě aktivně spolupracovat, upřednostňuje se jako další krok po stabilizaci duševního a tělesného stavu ambulantní péče před další hospitalizací. Ambulantní péče je nezbytná pro pacienty s poruchou příjmu potravy, kteří se ještě nedostali do akutního stadia (38).

1.4.3 Přístup zaměřený na tělo

Než se přišlo na to, že je mentální anorexie čistě duševní poruchou, byla v době svého vědeckého objevení na konci 17. století považována za pouze tělesné onemocnění. Dodnes se setkáváme s případy, že se mnozí řídí přístupem, používaným v době, kdy byla léčba poruch příjmu potravy ještě v plenkách. Zaměřují se především na fyzickou léčbu a opomíjí se psychický stav pacienta.

Nedávno bylo v Praze při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN otevřeno nové specializované pracoviště, svým způsobem v České republice výjimečné. K léčbě zde přijímají motivované pacienty starší 18 let s indexem BMI vyšším než 16. Nemocný musí mít před přijetím hotové základní interní vyšetření, poté je s ním sepsána smlouva týkající se terapeutického, jídelního režimu a dodržování pravidel oddělení. Doba léčení se pohybuje mezi 1 až maximálně 3 měsíci, ve kterých pacient na pracoviště denně dochází. Stěžejním úkolem je zde naučit pacienty základním stravovacím návykům a dodržování správného jídelního režimu. Nikoho k jídlu nenutí, ale stravování samotné je dozorováno odborným personálem. I přesto zaměření především na nárůst tělesné hmotnosti jsou zde provozovány i nejrůznější druhy psychoterapie, například arteterapie, skupinová cvičení či debaty s psychologem a další. Všichni pacienti jsou zde dobrovolně, proto mohou kdykoliv léčbu ukončit a odejít domů, v případě úspěšného zvládnutí terapie dostávají při propuštění kontakt na adekvátní zařízení, kde bude v případě potřeby v léčbě pokračováno (38).

1.4.4 Rodinná terapie

Tento druh terapie je preferován u mladých (puberta a adolescence) pacientů žijících se svou rodinou. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být důkladná rodinná analýza vhodná pro plné porozumění pacientek, co je k poruchám příjmu potravy přimělo. Dále je pro nemocného důležitý pocit, že na léčbu není sám. I samotným rodičům může sezení s psychologem v řadě případů pomoci, protože i oni

často trpí pocity viny a jejich rodinné vztahy se celkově komplikují. Postižený dále žije doma, v okruhu svých blízkých, kteří mají odpovědnost za jeho pohodu a zdraví. K hospitalizaci se přistupuje jen v případech, že je nemocný v kritickém stavu (18).

1.4.5 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie se v současné době pokládá za jednu z neúspěšnějších metod léčby mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. K tomuto druhu léčby se přistupuje zvláště u nemocných, se středně těžkými až těžkými příznaky, kdy již nelze doporučit rodinnou terapii. U tohoto druhu léčby se výsledky dostávají poměrně záhy, zvláště, když je terapie doplněna i o tzv. interpersonální terapii.

Kognitivně – behaviorální terapie zdůrazňuje především následující body:

- 1) pravidelnou kontrolu tělesné hmotnosti
- 2) detailní záznamy o tom, co nemocný během celého dne snědl
- 3) plánování jídelníčku a změnu schématu jídelního chování
- 4) změna navykklých chyb ve smýšlení
- 5) zavedení prevence relapsu (32)

1.4.6 Skupinová terapie

Při skupinové terapii se schází více pacientů se stejným problémem, diskutují o nich mezi sebou navzájem i s přítomným psychologem. Skupinovou terapii se doporučuje nasadit až v momentě, kdy už má pacientka to nejhorší za sebou a nastoupila cestu zotavování. Je vhodnější pro bulimičky, které jsou otevřenější a nebojí se diskutovat a řešit problémy. Je tu ale nebezpečí, že si pacientky budou vyměňovat

zkušenosti a návody, jak méně jíst a lépe zvracet, proto by neměli být v jedné skupině dohromady bulimičky a anorektičky. Skupina by měla být od začátku až do konce pod dohledem.

Na skupiny chodí lidé, kteří se bojí zahájit hned léčbu u psychologa nebo psychiatra. Například v Brně proto funguje svépomocná skupina při brněnském sdružení Anabell, kam se můžete přijít jen tak podívat, aniž byste se museli aktivně zapojit do hovoru. Při dobře vedené skupinové terapii jsou zkušenosti a podpora ostatních stejně "postižených" výbornou součástí léčby (12).

1.4.7 Farmakoterapie

V úvodu této kapitoly bych ráda zdůraznila, že samotné podávání léků nikdy nestačí k úplnému vyléčení mentální bulimie ani anorexie. Spíše slouží jako podpůrný prostředek ke zmírnění úzkosti. Někdy se nasazují hormony, jako prevence osteoporózy a vitaminové doplňky k posílení celého organismu.

Zcela zjednodušeně řečeno, farmakoterapie u poruch příjmu potravy slouží především ke třem následujícím bodům:

- 1) K odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchami příjmu potravy.
- 2) K odstranění psychických potíží, především deprese.
- 3) K regulaci příjmu jídla a úpravu tělesné hmotnosti (17).

1.4.8 Arteterapie, ergoterapie, hipoterapie a další

Při léčbě poruch příjmu potravy lze doporučit i řadu alternativních metod, které slouží spíše jako podpora celé terapie. Jednou z takových metod je Arterapie, ergoterapie a hipoterapie.

Arteterapie se využívá nejen při léčbě poruch příjmu potravy, ale i u dalších tělesných i duševních nemocí. Nemocní nejčastěji malují obrázky buď na předem určené téma (např. namaluj sám sebe) nebo na volné téma, kdy nemocný maluje, na co má právě chuť či co právě cítí.

Při ergoterapii (pracovní terapie) se postupuje podobně, jen nemocný využívá manuální činnost k tomu, aby se alespoň na krátký okamžik soustředil na něco jiného, než je jídlo a hubnutí. Při ergoterapii lze vyrábět nejrůznější výrobky z papíru, keramiky, tkanin nebo „jen“ přesazovat květiny.

Hipoterapie ("koňská" terapie; jsou i jiné zvířecí terapie, např. canisterapie, která využívá psů) je další možná doplňková terapie. U těchto terapií hraje významnou roli to, že vztah člověka a zvířete je naprosto odlišný než vztah dvou lidí. Zvířeti je jedno, jak člověk vypadá, důležité pro něj je, že si s ním člověk hraje a jak se k němu chová (38).

1.5 Zásady zdravé výživy u dětí

Nejdůležitější v zabránění vzniku poruch příjmu potravy je prevence. Ta spočívá v dostatečném množství správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích těchto poruch. Tyto informace by měly dítěti sdělit především rodiče, avšak i škola, v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, by měla využít všech svých možností. Škola by měla podporovat pozitivní sociální klima ve škole, vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování a vést žáky ke zdravým stravovacím návykům. Mimo jiné, osvojení si správných stravovacích návyků, na to není nikdy příliš brzo. Nesprávná a nekvalitní potrava v dětském věku může poškodit jedince po celý zbytek života. Dále je dobré si uvědomit, že zvyky vytvořené v dětství člověk často dodržuje celý život. Proto bych se ráda v této kapitole zmínila o zdravé výživě u dětí (17).

Většinu lidí zřejmě nepřekvapí, že složení dětského jídelníčku by mělo být odlišné od jídelníčku dospělého člověka. Odborníci na výživu se velice často setkávají

s nejrůznějšími mýty a mylnými představami, které se týkají dětského jídelníčku. Většina rodičů se samozřejmě snaží o to, aby poskytli svým dětem plnohodnotnou stravu dle zásad zdravé výživy, ale často nemají potuchy o tom, co tyto zásady v sobě skrývají (např. dietní salám není rozhodně dietní a opravdu se nedoporučuje jako vhodný pokrm po prodělání infekčního průjmu).

1) Tuky jsou pro dětský organismus nezbytné, proto by rozhodně neměly být z jídelníčku vyškrtnuty. Tuky jsou zdrojem energie a podporují správný růst a vývoj. Pro děti jsou nejvhodnější polotučné produkty, nikoliv nízkotučné či dokonce odtučněné. Dále je vhodné upřednostňovat kvalitní rostlinné tuky a oleje před živočišnými. Rostlinné tuky by měly tvořit 2/3 z celkového příjmu tuků a až teprve zbytek by měl připadnout na živočišné tuky.

2) Sladké pochutiny by neměly být striktně zakazovány, protože hrozí nebezpečí, že v okamžiku, kdy se s nimi takové dítě setká, sní je všechny najednou. Mnohem vhodnější je dítě se sladkostmi seznámit, zařadit je do jídelníčku, samozřejmě ne denně. Vhodnou alternativou sladkostí je např. sušené ovoce, cereální tyčinky, čokolády s velkým procentem kakaa.

3) Je nutné kontrolovat příjem vlákniny. I když na nás ze všech stran útočí titulky o tom, že přijímáme v malém množství vlákniny, u dětí je situace naprosto odlišná. Nadměrné množství vlákniny, tekutin a pohybu může vést u dětí k průjmům. Vzorec pro výpočet denního množství vlákniny je jednoduchý: k věku dítěte (v letech) se připočítá 5 gramů vlákniny.

4) Mléko a mléčné výrobky jsou pro organismus velmi důležité, protože obsahují nezbytné bílkoviny, které si organismus neumí sám vytvořit, ale zároveň jsou i zdrojem vápníku. Mléčné výrobky by měly děti konzumovat minimálně dvakrát denně.

5) S vnitřnostmi se to u dětí nesmí přehánět, ale můžeme je do dětského jídelníčku zařadit zhruba 1 – 2 krát měsíčně. Jsou totiž zdrojem některých vitamínů a minerálních látek.

7) Do dětského jídelníčku se nedoporučuje zařazovat pravidelnou konzumaci sóji a sójových výrobků, protože tyto výrobky snižují vstřebávání některých důležitých látek díky tzv. „antinutričním látkám“.

8) Velice důležité je kontrolovat to, jak a kolik toho dítě vypije, zvláště když je jedinec dětském věku náchylnější dehydrataci. Lidské tělo je z velké části tvořeno vodou, a proto je důležité tekutiny těla neustále dodávat. To, kolik litrů tekutin by dítě mělo vypít, se odráží od jeho hmotnosti. V průměru děti mezi 7 – 11 rokem by měly vypít něco okolo 2 litrů tekutin denně (41).

1.5.1 Prevence vzniku poruch příjmu potravy na ZŠ

Jak jsem se již zmiňovala v předchozí kapitole, tak na stravovací zvyklosti dětí a mládeže mají vliv nejen rodiče, ale i škola, neboť právě tam děti tráví velkou část svého života.

Školní přestávky slouží dětem k tomu, aby si odpočinuly a aby se najedly. Musíme počítat s tím, že každé dítě potřebuje určitý čas k tomu, aby se nasvačilo. Zvláště dětem z nižších ročníků trvá najezení delší dobu, proto by měla být v průběhu dopoledního vyučování zařazena alespoň jedna 20 - ti minutová přestávka. Poté musí následovat další, opět minimálně 30 minutová přestávka na oběd, která by měla nastat nejpozději v 13:30. V pozdějších hodinách dochází u dětí k únavě, nervozitě a podráždění. Bohužel u řady zvláště středních škol se často stává, že děti obědvají až po 14 hodině. Jestliže děti zůstávají ve škole i na odpolední vyučování, měly by mít prostor i na odpolední svačinu.

Často se ve školách setkáváme s tolika diskutovanými automaty na nápoje a sladkosti. Děti mají tyto automaty ve velké oblibě, rodičům to bývá jedno, ovšem odborníci na výživu bijí na poplach. Je dobré si uvědomit, že školní bufety a automaty

ve většině případů provozují soukromé osoby, kterým je naprosto jedno zdraví našich dětí a jediné, co je zajímá, je jejich zisk z prodeje. Je zcela jasné, že se lépe prodává čokoláda, nežli BIO jablko. Většinou se tam tedy prodávají výrobky, které nejsou pro děti na svačinu vůbec vhodné. Školní svačina dítěte by měla obsahovat vhodný nápoj, ovoce a pečivo s mléčným výrobkem (sýr, mléčný nápoj, jogurt, termix, tvarohová pomazánka atd.). Oproti tomu různé sladkosti (čokolády, bonbóny, sušenky,..) způsobují rychlý nárůst glykémie doprovázený strmým poklesem, což se projeví únavou. Sladké nápoje způsobují stejné problémy, navíc kazí zuby. Balené bagety často obsahují příliš tučnou majonézu a mohou být potencionálně zdrojem alimentárních nákaz.

Asi není nutno zdůrazňovat, že i školní jídelna by měla následovat řadu výživových doporučení. Je samozřejmě složité uvařit každý den jiný, vždy chuťově bezvadný, vizuálně podařený a zdravý pokrm, zvláště když ve školních jídelnách funguje i ekonomické hledisko, školní jídelny jsou závislé na ceně obědů. Přesto by se ve školních jídelnách měla co nejméně objevovat sladká, tučná a smažená jídla. V současné době je největším problémem školního stravování nedostatek ovoce a zeleniny, neboť ovoce a zelenina patří mezi dražší pokrmy a dětem příliš nechutná.

Na pedagoga jsou kladeny i požadavky na odbornost. Pedagog by se měl v probíraných tématech orientovat. To často znamená studovat novinky z těchto oblastí a včas zachytit horká témata. Mělo by mu být školou umožněno navštěvovat různé vzdělávací kurzy, kde může danou problematiku konzultovat s odborníky. Bohužel oblast zdravotního a vůbec výchovného vzdělávání na školách je často podceňována na úkor vzdělávání v klasických předmětech či v oblasti informačních technologií. Tyto znalosti ale děti neochrání před závislostmi, kriminalitou či civilizačními chorobami (29).

1.5.2 Náměty her do školních lavic

Ve své práci bych také ráda uvedla několik her, které si s žáky mohou zahrát a tak si dohromady zpříjemnit hodiny a přitom se o sobě něco dozvědět. Hry jsou zaměřeny na vnímání sama sebe, na uvědomění si hodnoty každého jedince, rozvíjení komunikace, vzájemné úcty a důvěry. Za cíl mají to, aby podpořily žáky ve třídě ke vzájemnému respektování se a dále je snahou naučit se přijímat své tělo a být spokojeni sami se sebou.

Hry bych začlenila do výuky, kde žákům zadáváme úlohy, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům (např. rodinná výchova). Čím více budou děti informované o zásadách zdravé výživy a čím více se bude u nich rozvíjet sebedůvěra a sociální dovednosti, tím lepší mají předpoklady k tomu, aby bez větších obtíží zvládali období svého dospívání, bez ohrožení mentální bulimií a mentální anorexií (4).

Hra: Jak chci vypadat

Pomůcky na hru: nůžky, lepidlo, papír A4, časopisy

Doba trvání: 1 vyučovací hodina

Věk: od 12 let, žáci budou pracovat v malých skupinách

Cílem hry: zhodnocení a uvědomění si hodnot a přání žáků.

Popis hry: vyučující si nejprve s žáky volnou diskuzí popovídá o tom, kdo by jak chtěl vypadat a proč, co by na sobě chtěl změnit, dále co by chtěl v životě dělat a dosáhnout, např. jaké vysněné profese.

Dále se jednotlivci rozdělí do 4 - 5 členných skupinek a vyučující zadá úkol, aby z nachystaných novin a časopisů vystříhali obrázky a texty a poté ve skupinách sestavili koláž odpovídající ideálu vlastní osobnosti.

Poté, co žáci své koláže dokončí, vstupuje do hry opět diskuze. Nejprve se koláže představí jednotlivým skupinám a děti popisují, proč vytvořily daný obrázek.

Z koláží vychází najevo jejich záliby a přání. Obrázek jako vyjadřovací prostředek umožňuje odstup, jednotlivci se nemusejí tak odhalovat, jak by tomu tak bylo u vlastních textů nebo kreseb. Cvičení se skvěle hodí pro skupiny, jejichž členové se ještě dobře neznají.

Hra: Žij zdravě

Pomůcky na hru: papír A4, tužka tabulka s BMI

Doba trvání: 1 vyučovací hodina

Věk: od 12 let, žáci budou pracovat v malých skupinách

Cílem hry: zhodnocení a uvědomění si své tělesné hmotnosti pomocí BMI.

Popis hry: vyučující si nejprve s žáky volnou diskuzí popovídá o zásadách zdravého životního stylu. Svou řeč by měl co nejvíce stočit k zásadám správné výživy, k pohybu a udržení přiměřené tělesné hmotnosti. Zmínit by se měl i o tom, že nejen nadváha, ale i příliš nízká tělesná hmotnost, spojená s nedostatečným obsahem tuku v těle, je provázána vznikem závažných onemocnění.

Dále by vyučující mohl položit otázky, zdali děti znají někoho s příliš nízkou tělesnou hmotností nebo naopak. Co byste takovému člověku z vašeho okolí, který překračuje výše uvedené hodnoty BMI, poradili? Jestliže zjistíte u někoho hodnoty BMI příliš nízké, jaké mohou být příčiny? Na toto téma s žáky vyučující rozvede diskusi.

Jako další krok by se žáci rozdělili do malých skupinek a zkusili si zhodnotit svou tělesnou hmotnost pomocí tzv. BMI- BODY MASS INDEXU. Spolu s vyučujícím by postupovali podle vztahu:

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (v kg)}}{(\text{tělesná výška v metrech})^2}$$

Do této či podobné tabulky by si každý člen skupinky doplnil předepsané údaje.

Jméno	Výška (m)	výška (v m) ²	hmotnost BMI	vypočítaný BMI	Hodnota BMI Podle věku

Vypočítanou hodnotu BMI porovnali s hodnotou, kterou by pro svůj věk našli v následující tabulce.

Věk (roky)	Hodnota BMI (kg/m ²)	
	Chlapci	dívky
11	16-19	16-19
12	16,5-19,5	17-20,5
13	17-20	18-21
14	18-21	18,5-22
15	19-21	19-22
16	19,5-22	19,5-23
17	21-23	20-23

Hra: krása a její podoby

Pomůcky na hru: módní časopisy, nejrůznější fotografie, časopisy pro mládež

Doba trvání: 90 minut

Věk: od 12 let, žáci budou pracovat buď ve skupinkách po třech, nebo individuálně

Cílem hry: uvědomění si toho, že pro každého je krásné něco jiného, že neexistuje absolutní ideál krásy a že každý z nás je krásný v něčem jiném.

Popis hry: hru opět uvést krátkou diskuzí s žáky o tom, co považují za krásné. Probrat, co si představují pod ideálem krásy a jak je případně možné ho dosáhnout.

Dále vyučující se žáky prolistuje některý z připravených časopisů a snaží se zjistit, co je pro žáky přitažlivé a proč. Mohou se pozastavit nad mnoha fotografiemi modelek, které jsou pokládány za symbol krásy. Zjišťujeme, že jejich postava by měla být stále vyšší a hmotnost nižší. Bylo by dobré položit žákům otázku, co si o tom myslí a zdali je to podle nich pěkné a pro zdravě žijící lidi dosažitelné. Dále by mohlo být zajímavé shromáždění historických fotografií a materiálů o tom, jak se postupem času mění ideál krásy.

Hra: Cestování v čase

Pomůcky na hru: tužka, list papíru a nástěnka

Doba trvání: 1 vyučovací hodina

Věk: od 12 let, žáci budou pracovat individuálně

Cílem hry: podpořit spokojenost a sebevědomí žáka.

Popis hry: Hru opět uvede vyučující krátkou diskuzí, kde se žáci zamýšlí nad tím, co se jim na nich samotných líbí, s čím jsou spokojeni a naopak i co by rádi změnila. Pokud se žák chce změnit, musí upřesnit to, jak by chtěl vypadat a jaký chce být. Poté zadá vyučující dětem úkol, aby se v mysli přenesli o 10 let v čase dopředu a napsali krátké pojednání o tom, jak budou za deset let vypadat.

Až žáci dopíší, tak anonymně umístí své zprávy na nástěnku a čtou se. Poté se s dětmi prodiskutují jejich jednotlivé vize o budoucnosti. Co se musí stát, aby se staly skutečností? Co pro to můžou sami žáci udělat? Jak jim můžeme pomoci, či jakou pomoc můžete nabídnout? Odvážnější žáci mohou před ostatními zaujmout stanovisko i ke své vlastní zprávě o budoucnosti a objasnit ji.

Hra: Co je na mně pěkného?

Pomůcky na hru: tužka a papír

Doba trvání: 1 vyučovací hodina

Věk: od 11 let, žáci budou pracovat po větších skupinkách (10 osob)

Cílem hry: uvědomit si, jak na mě pohlížejí a vnímají ostatní lidé.

Popis hry: Každý z žáků si na list papíru velikosti A4 namaluje velkou květinu (např. kopretinu) do jejího středu se podepíše. Poté svou květinu pošle spolužákovi. Úkolem každého je, aby vždy vyjádřil do jednoho okvětního lístku svého spolužáka to, co se mu na něm líbí a proč ho mají případně rádi a váží si ho.

Poté si každý může zhodnotit, zdali je názor spolužáků v souladu s jeho vnímáním sama sebe. Tuto hru jsem již několikrát osobně hrála s dětmi a vždy s kladným ohlasem.

Hra: Pyramida zdravé výživy

Pomůcky na hru: tužka, pastelky a papír

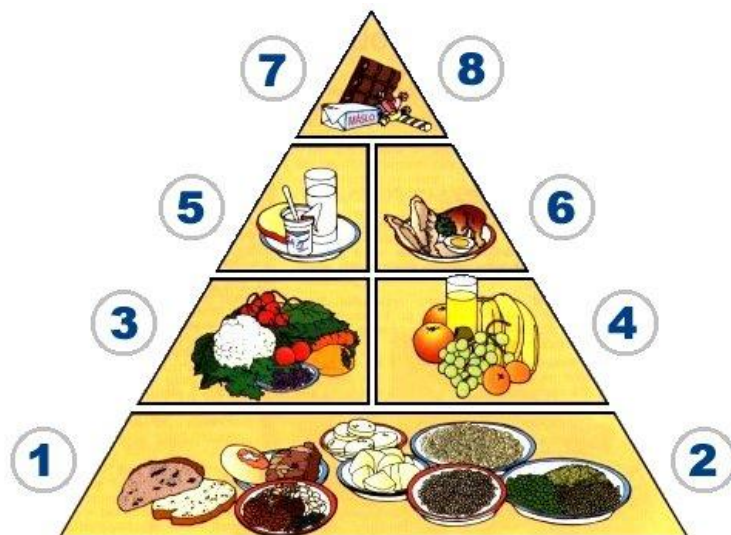
Doba trvání: 1 vyučovací hodina

Věk: od 11 let, žáci budou pracovat v malých skupinkách

Cílem hry: uvědomit si, co jíme, jak jíme, zdali jíme, jak máme, a umět si vyhodnotit svůj jídelníček.

Popis hry: Vyučující uvede hru diskuzí o zdravé výživě. Zdůrazní, že pokud chceme být zdraví, spokojení, měli bychom se podle ní stravovat.

Poté se žáci pokusí namalovat pyramidu výživy a správně rozložit potraviny do jejích vrstev. Dále mohou namalovat to, jak zhruba vypadá jejich pyramida výživy. Na závěr by si o tom opět měli pohovořit.



Pyramida výživy vyjadřuje, jak by měla vypadat naše strava, abychom co nejlépe dodrželi zásady zdravé výživy. V jejích jednotlivých "patrech" jsou různé druhy potravin uspořádány podle množství, které by měla strava obsahovat. Nejvíce bychom měli konzumovat potraviny z dolních "pater"(1 - 4), nejméně naopak z jejího vrcholu (7, 8).

1. OBILOVINY, CELOZRNĚNÉ VÝROBKY, PEČIVO, TĚSTOVINY
2. RÝŽE, LUŠTĚNINY, OŘECHY
3. ZELENINA
4. OVOCE
5. MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY
6. MASO, DRŮBEŽ, RYBY, MASNÉ VÝROBKY, VEJCE
7. SLADKOSTI, CUKR, SŮL
8. ŽIVOČIŠNÉ TUKY, ALKOHOL

Hra: Postavičky

Pomůcky na hru: papír s předtištěnými postavami

Doba trvání: 40 minut

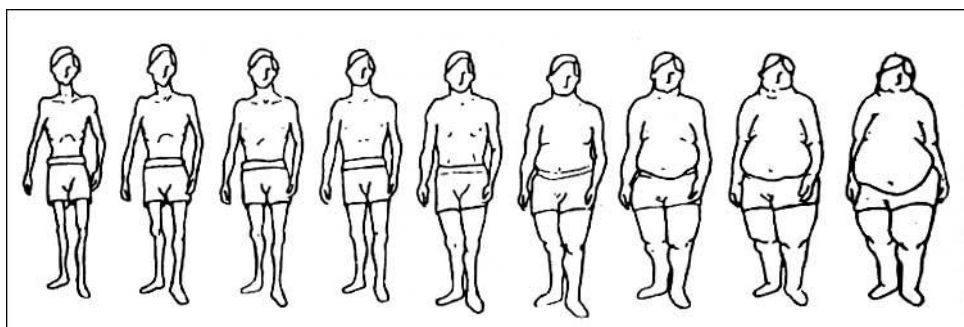
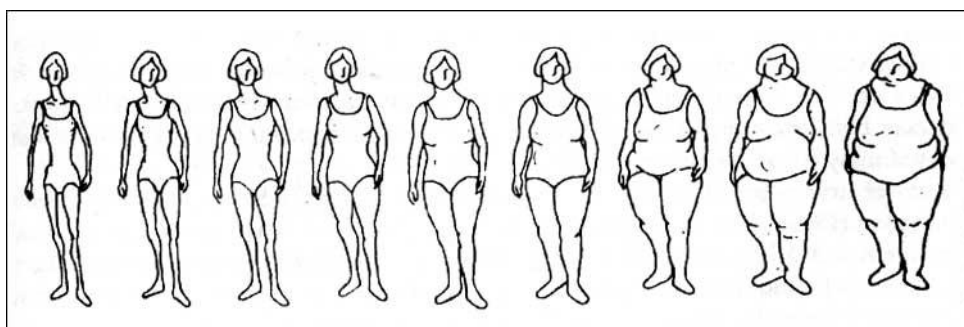
Věk: od 11 let, žáci budou pracovat v malých skupinkách nebo individuálně

Cílem hry: uvědomit si svou proporcionalitu těla

Popis hry: nejprve vyučující zavede diskuzi na téma, zdali jsou žáci spokojeni se svým tělem. Poté je jim ukázána řada postav a žáci mají za úkol vybrat tu, co je nejvíce podobná té jejich a poté tu, co by byla podle jejich představ.

Následuje rozebrání toho, jak moc se „ideální“ silueta postavy od té jejich postavy liší, proč se jim líbí či nelíbí jejich figura a naopak co se jim líbí na té vybrané z obrázku.

Ve hře jde o to, aby žáci dokázali vidět své tělo v lepším světle. Jedním ze způsobů jak toho dosáhnout, je vzít naše slabé stránky, které pociťujeme a v mysli je přeměnit na pozitivní. Dosáhneme toho tím, že budeme s žáky diskutovat o tom, jak se cítí a vnímají sami sebe, proč a v jakých situacích se necítí dobře.



Hra: Co rádi jíme?

Pomůcky na hru: papír, tužku, pastelky, vodové barvy

Doba trvání: 1 vyučující hodina

Věk: od 11 let, žáci budou pracovat individuálně

Cílem hry: uvědomit si co jíme a případně přehodnotit své stravování k lepšímu.

Popis hry: Opět se začíná volnou diskuzí o tom, co kdo rád jí, jaké mají žáci postoje ke stánkům s rychlým občerstvením, kolikrát denně jí ovoce a zeleninu, o tom, zdali si nosí svačinu a obědvají. Chutná dětem to, co je zdravé?

Poté zadáme úkol, aby si každý z nich své oblíbené jídlo barevně namaloval, s pomocí vodových barev. Až žáci své obrázky domalují, tak je pověsí na nástěnku. Celou hru uzavřeme opět diskuzí o tom, jak kdo jí a zdali vůbec vědí jak zdravě jíst (10).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem mé diplomové práce by mělo být porovnání stavu informovanosti žáků 2. stupně základní školy vesnického a městského typu o poruchách příjmu potravy a následné vytipování všech rizikových faktorů, které mají vliv na příjem potravy u mladé generace. Domnívám se, že by mohla panovat rozdílnost mezi školami městskými a vesnickými.

2.2 Hypotézy

1. Městští žáci jsou lépe informováni o poruchách příjmu potravy než žáci na vesnicích.
2. Městští žáci jsou se svojí postavou méně spokojeni než žáci na vesnicích, protože pro děti bydlící ve městě je vzhled důležitější než pro žáky na vesnicích.
3. Ve městech je více žáků, kteří již mají nějakou zkušenost s dietami a přípravky na hubnutí než na vesnicích.

3. METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Jde o práci výzkumnou s kvantitativním zpracováním získaných dat.

3.1. Metodika

K získání údajů o poruchách příjmu potravy mezi žáky 6. - 9. třídy jsem zvolila šetření formou dotazníků, které jsem rozdala na základní škole městského a vesnického typu. Dotazník byl anonymní a obsahoval 24 otázek. Otázky v něm byly zaměřeny na zjištění úrovně informovanosti žáků v oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Pomocí dotazníku jsem se pokusila zmapovat postoje dětí k výživě, zjistit zdali snídají a obědvají, zda preferují ovoce a zeleninu před tučnými jídly nebo jestli sportují.

Dotazované jsem seznámila s formální stránkou vyplňování dotazníku, jakou formou mají odpovídat, aby nedošlo ke zkreslení odpovědí. Dotazníky byly rozdány a následně i vybrány mojí osobou. **Celkem jsem rozdala 196 dotazníků ve věkové skupině 11. – 16. let.**

Pro snadnější orientaci vyhodnocených dotazníků jsem se rozhodla použít grafy, ve kterých budu srovnávat jednotlivé školy a odpovědi žáků na položené otázky.

3.2. Zkoumaný soubor

Pro lepší představu o tom, kde jsem šetření prováděla, je níže uvedena stručná charakteristika jednotlivých základních škol.

ZŠ Plešivec

Tato škola se nachází na sídlišti Plešivec, přímo v Českém Krumlově. Ve školním roce 2009/2010 se ve škole nachází 18 tříd s 363 žáky. Škola intenzivně spolupracuje s místním hokejovým oddílem a děti v několika třídách jsou vedeny k hokeji. Ti nejstarší hokejisté jsou v deváté třídě, nejmladší začínají v šestém ročníku.

Plešivecká základní škola má několik odborných učeben: Jazykové slouží výuce angličtiny a němčiny, další učebny jsou určeny pro fyziku a chemii, přírodopis, hudební výchovu a pro výtvarnou výchovu. Její součástí je modelovna, ve které je potřebné vybavení včetně elektrické pece. Využívána je také tělocvična, která je v provozu do večerních hodin i o víkendech, kdy zde cvičí Sokol a další organizace. Pro sport a tělesnou výchovu jsou určena další sportoviště v areálu školy - antukové hřiště, hřiště na asfaltové ploše a zrekonstruovaná atletická dráha s doskočištěm.

Velkou pozornost škola věnuje dobře mimo vyučování. V provozu jsou dvě oddělení školní družiny a školní klub, který navštěvují děti ze 4. - 9. tříd. Oddělení školní družiny s názvem Mraveniště se schází v nových prostorách zřízených v průběhu loňského školního roku. Školní družina i školní klub pořádají pro děti řadu zajímavých akcí, z nichž jmenujme alespoň Předvánoční spaní ve škole a Letní tábor.

Pro děti z 1. stupně jsou určeny kroužky Hudební, Poznávání přírody, Florbal a Taneční kroužek. Jmenované kroužky tak rozšiřují nabídku tradičních zájmových útvarů, kterými jsou Angličtina pro 1. a 2. třídy a dyslektické kroužky. Pro děti z 1. a 2. stupně jsou v nabídce Zdravotnický kroužek, Šachy, Mladí přírodovědci, Rybářský, Keramika a fotografický kroužek, především těm starším pak nabízíme Orientální tance a další florbalový kroužek. *(Převzato z webových stránek školy).*

K dotazníku se zde vyjádřilo 105 žáků. V šesté třídě jich bylo 26, v sedmé 24, v osmé 28 a v deváté třídě 27.

ZŠ Křemže

Tato škola se nachází v obci Křemže, v lokalitě Českého Krumlova. Škola má v letošním roce 11 tříd. Počet žáků ve třídách se pohybuje mezi šestnácti až dvaatřiceti. Děti mají ve škole k dispozici pěknou počítačovou učebnu, hudebnu, odborné učebny chemie a fyziky, prostornou tělocvičnu, asfaltové dopravní a basketbalové hřiště, sportovní areálek Němcalka a rozsáhlý školní pozemek, který je rozdělen na dětské hřiště, zeleninovou zahradu, sad ovocných stromů a park se vzrostlými stromy.

Činnost této školy směřuje především na přípravu žáků pro praktický život, výchovu k perspektivnímu životnímu stylu. Kromě kvalitní výuky základních vzdělávacích předmětů nabízíme sami i ve spolupráci s tělovýchovnou jednotou Sokol řadu volnočasových aktivit jako je výtvarný kroužek, vaření, sborový zpěv, rybářský kroužek, floorbal, badminton, kroužek outdoorových sportů a šachy. *(Převzato z webových stránek školy).*

K dotazníku se zde vyjádřilo 91 žáků. V šesté třídě jich bylo 22, v sedmé 22, v osmé 24 a v deváté třídě 23.

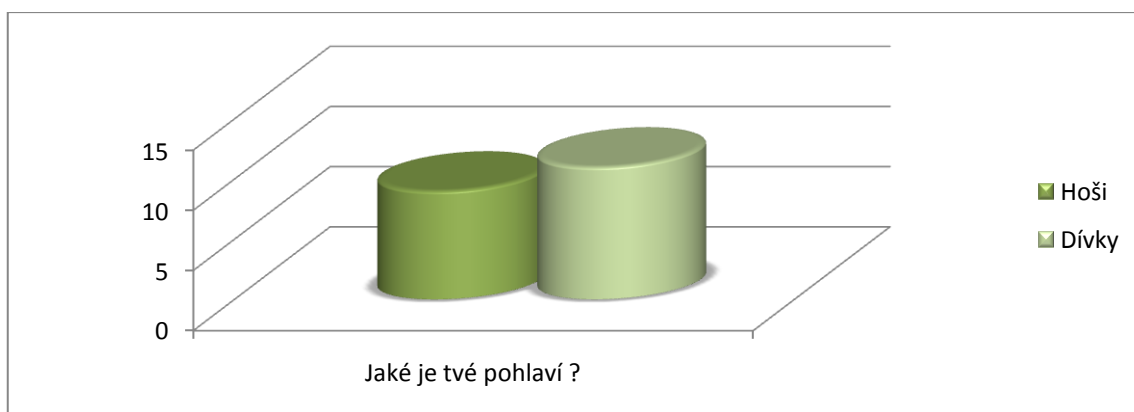
4. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky jsou prezentovány grafickou a textovou formou. Otázky z dotazníku jsou uvedeny vždy nad grafem

ZÁKLADNÍ ŠKOLA PLEŠIVEC

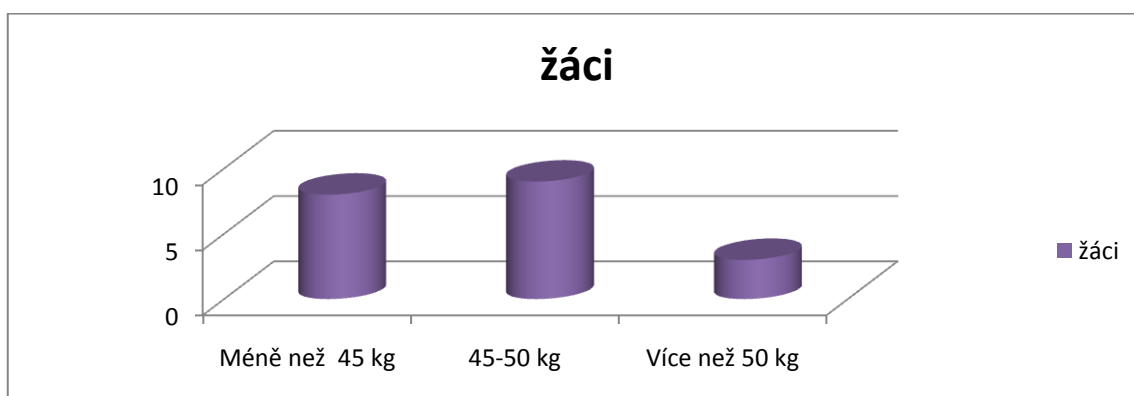
6. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



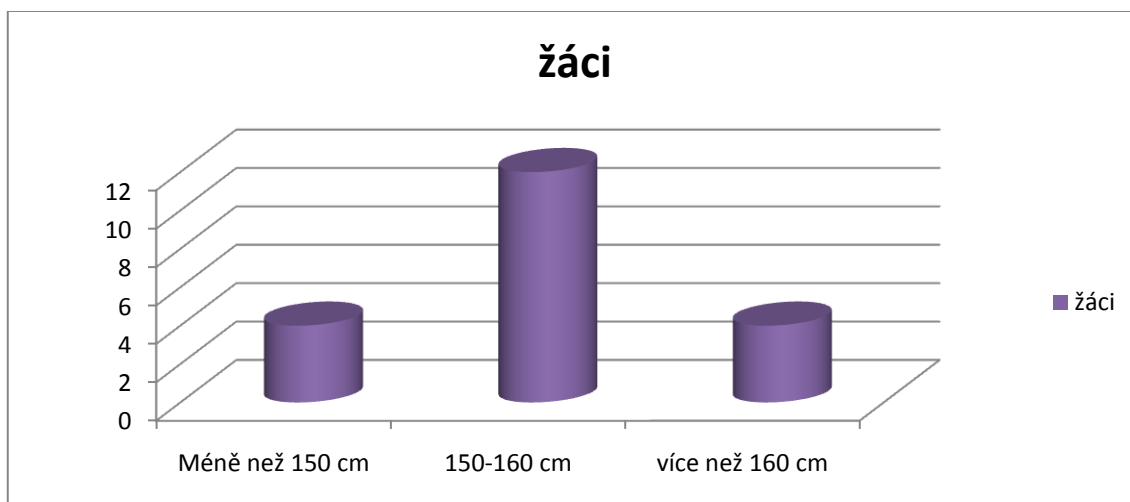
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 6. třídě zastoupilo 9 chlapců a 11 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



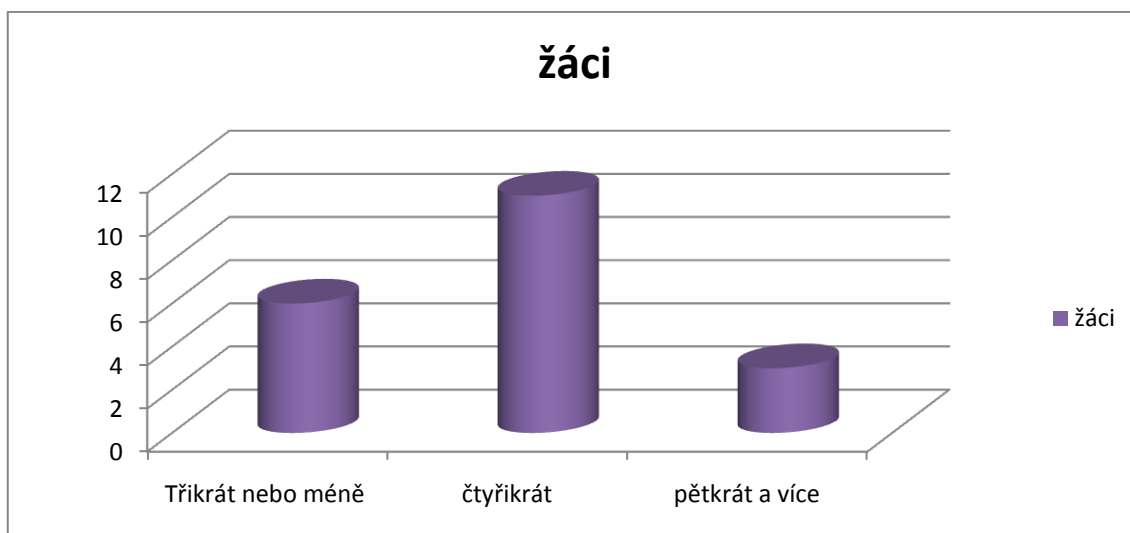
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážilo 8 dotazovaných, dalších 9 vážilo něco mezi 45 – 50 kg a 3 vážili více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



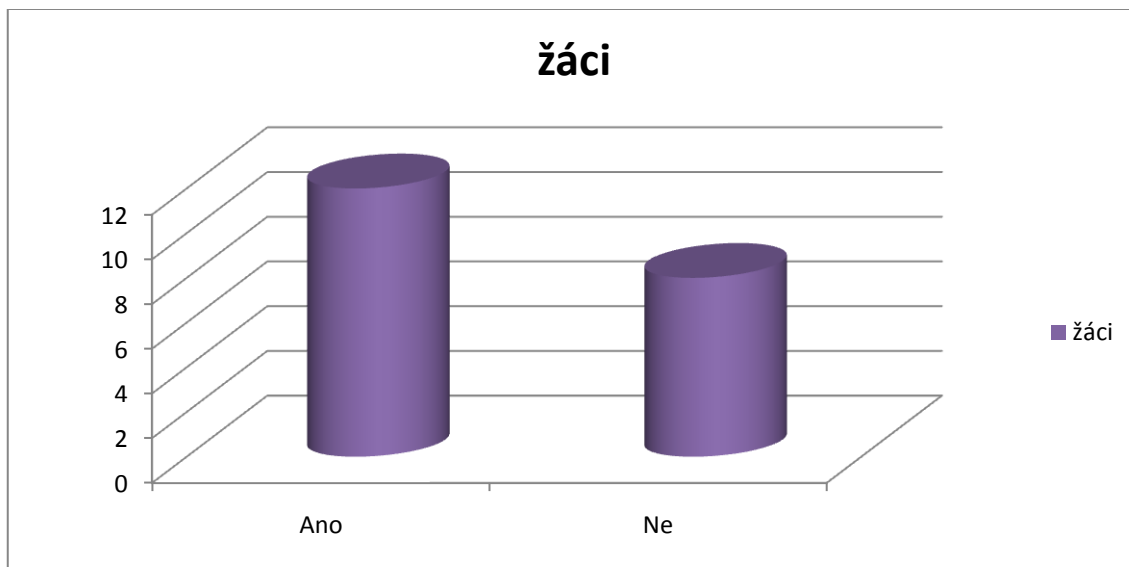
V této otázce mě zajímala výška žáků 6. třídy. Méně než 150 cm odpověděli 4 z dotazovaných, dalších 12 zaškrtno odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a více než 160 cm měřili 4 žáci.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



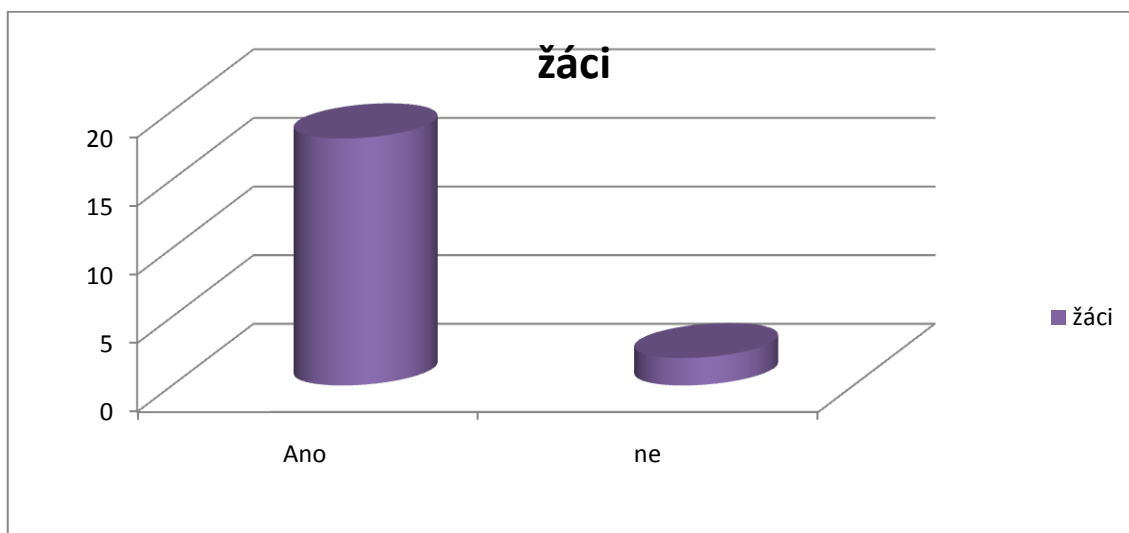
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 11 žáků, z celkových 20 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 6 žáků a další 3 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



V této otázce jsem se dotazovala na pravidelné snídání dětí. Ukázalo se, že z 20 dotázaných snídá 12 žáků.

6) Svačíš ve škole?



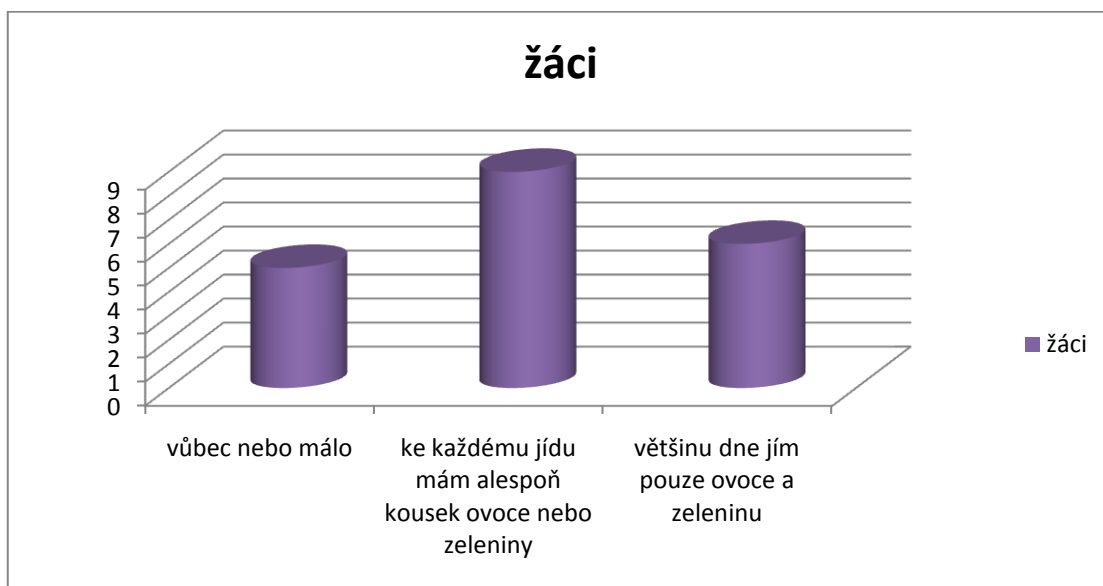
V této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. 18 žáků z 20 dotázaných si nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



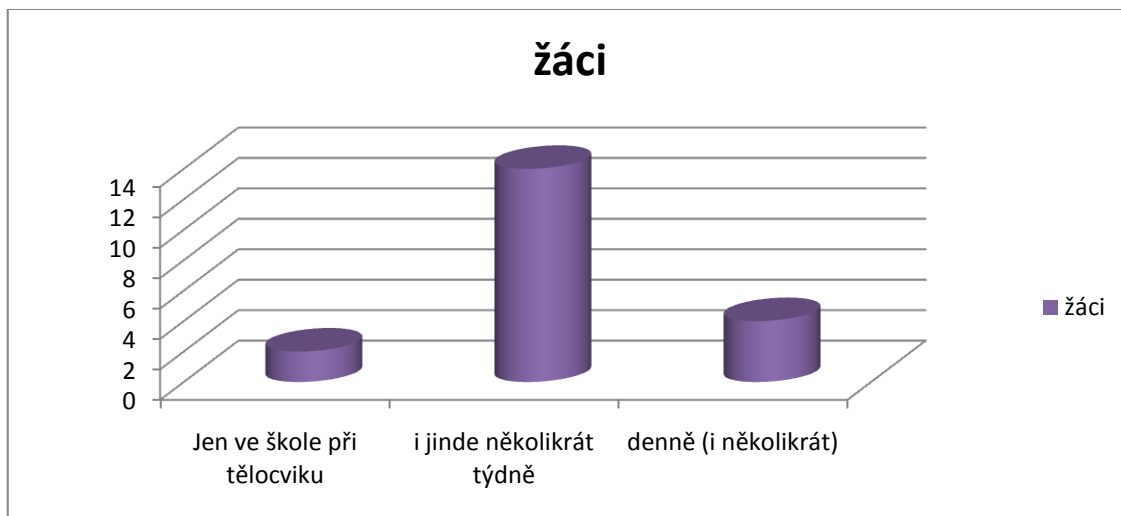
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 18 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



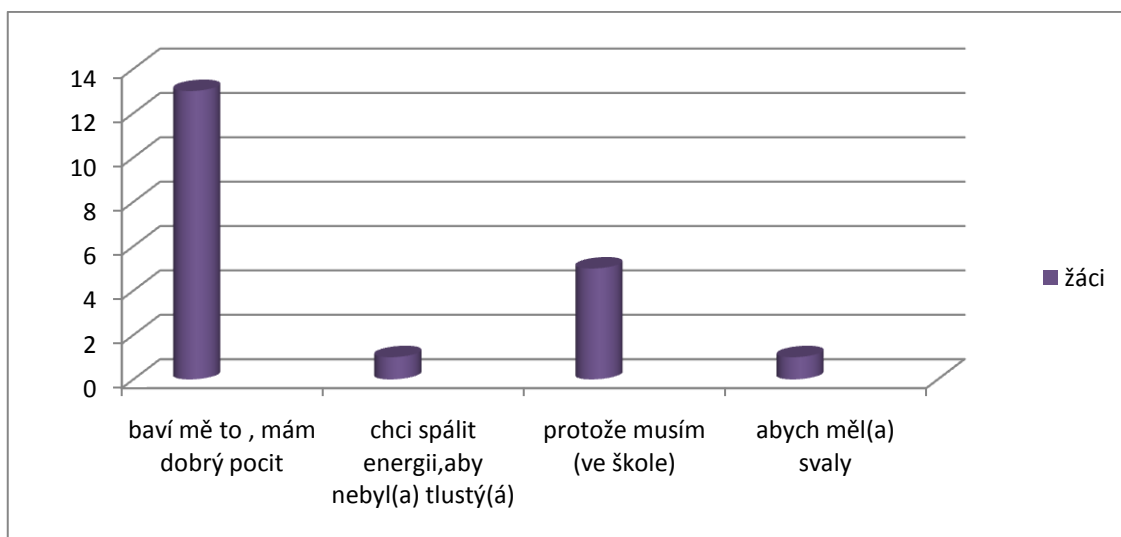
Na tuto otázku odpovědělo 5 žáků tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 9 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývajících 6 si na zelenině pochutnává téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



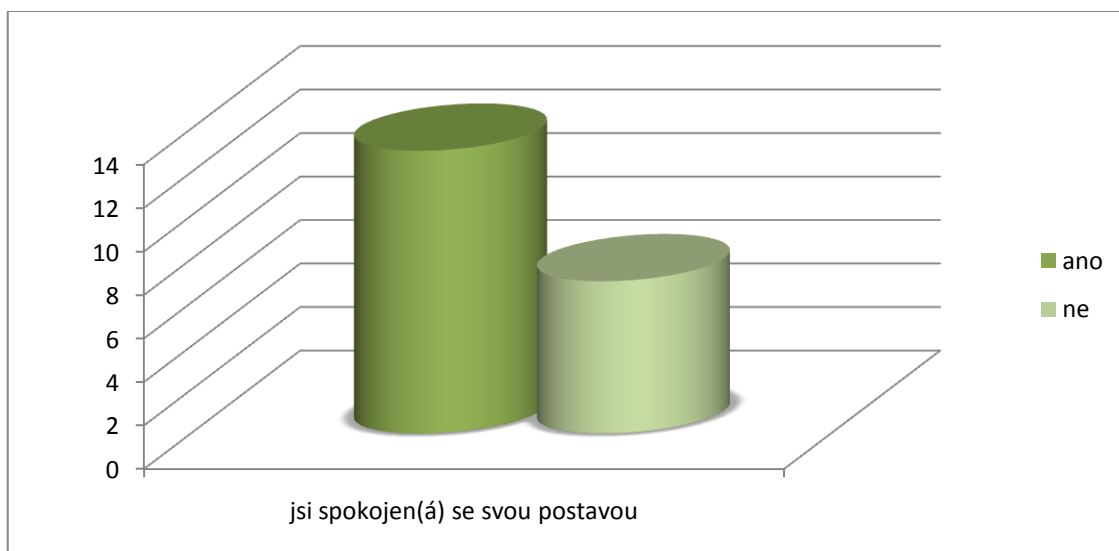
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 14 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 4 dokonce denně a pouze 2 žáci z 20 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 13 z nich mi odpovědělo, že je to baví, dalších 5 cvičí proto, že musí ve škole, 1 chce spálit energii a 1 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



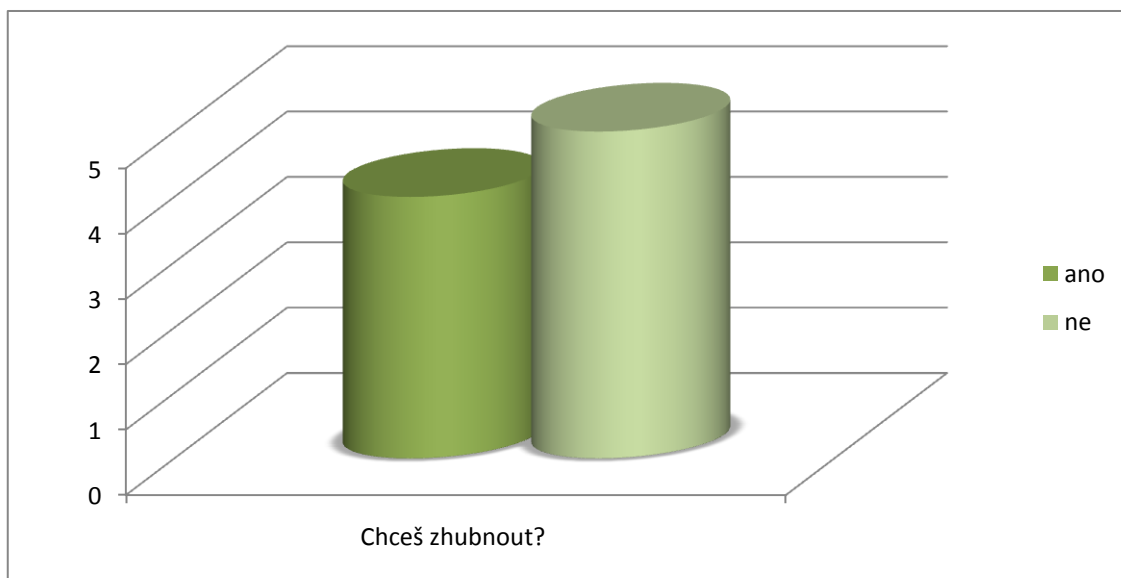
Na tuto otázku mi 13 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a 7 žáků není spokojeno.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky)



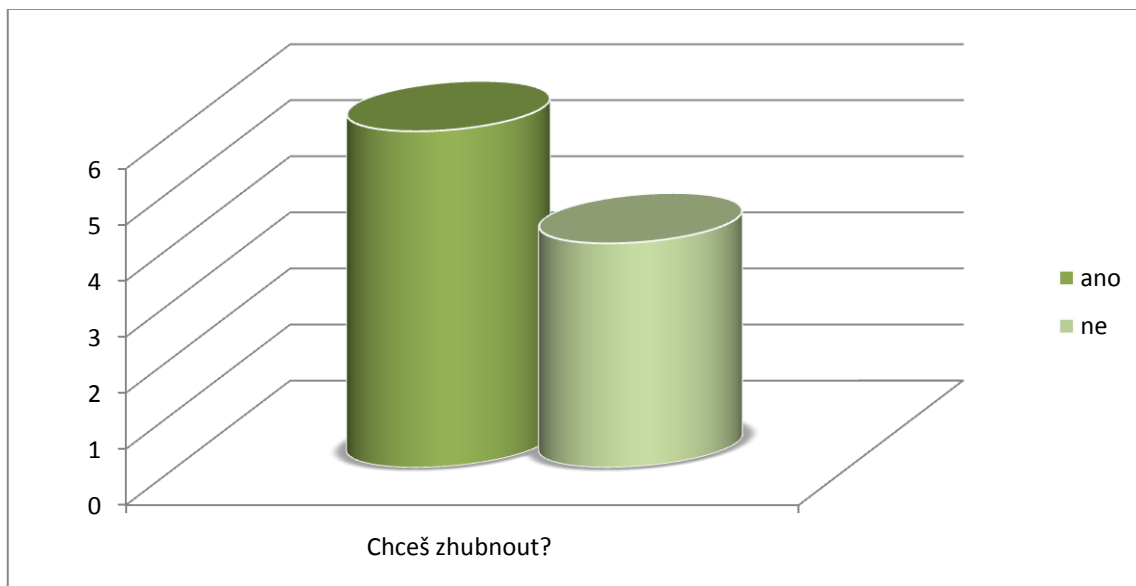
12 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 8 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (chlapci)



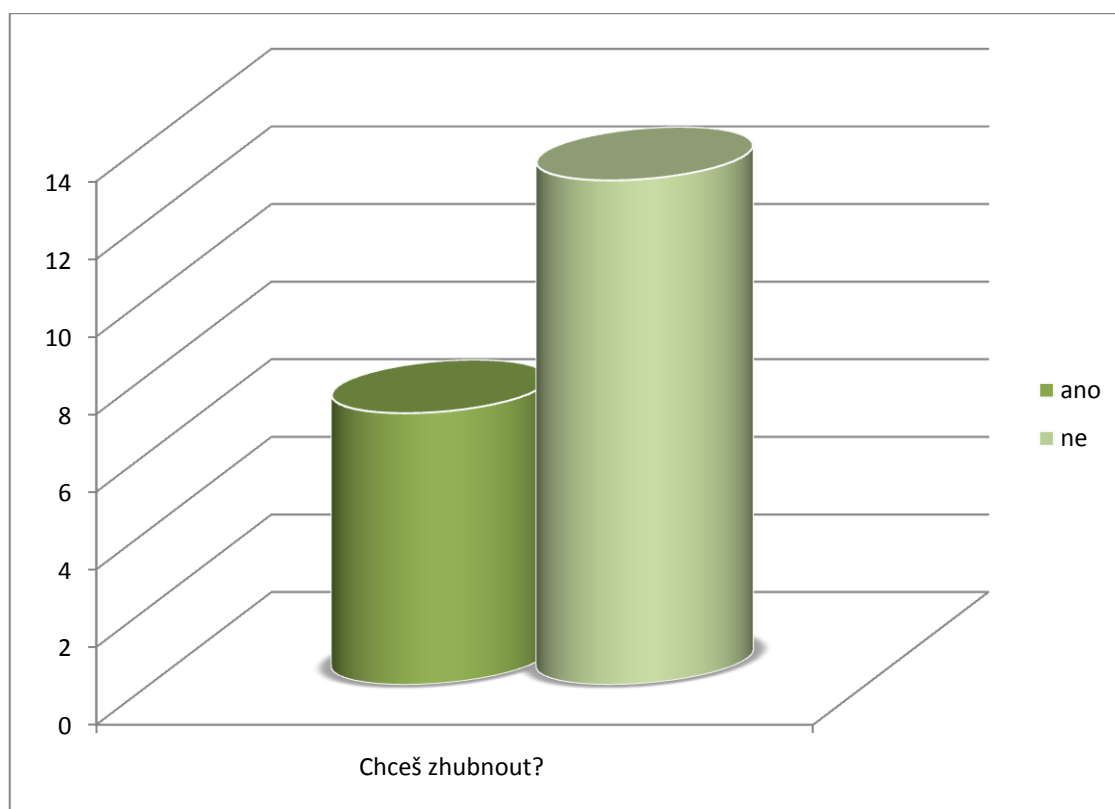
4 chlapci touží po úbytku své tělesné hmotnosti, zbývající počet 5 chlapců jsou se svojí vahou spokojeni a hubnout nechtějí.

14) Chceš zhubnout? (dívky)



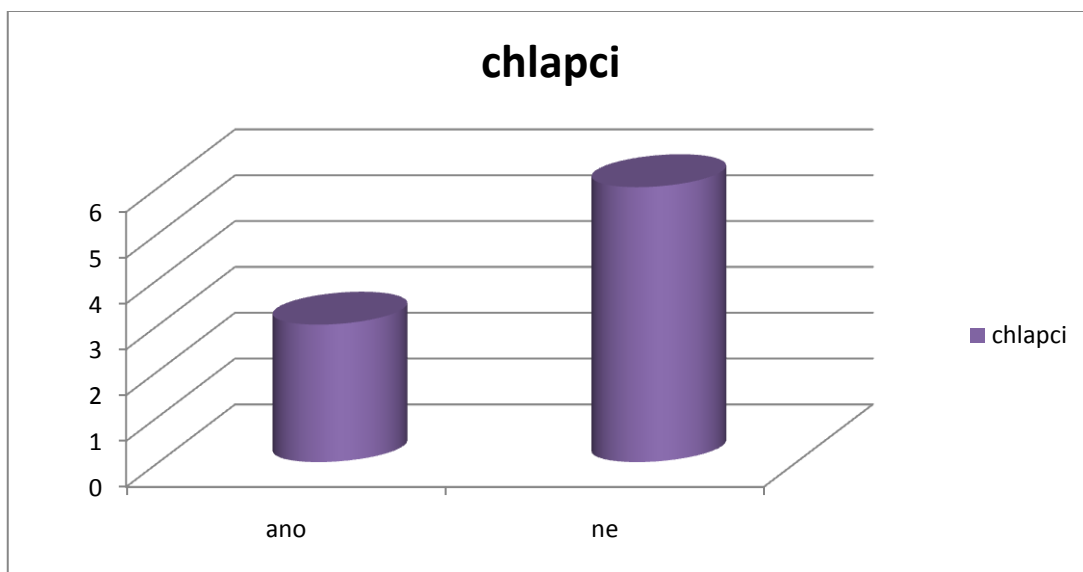
6 dívek z 10 by rádo zhublo.

15) Držel (a) jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



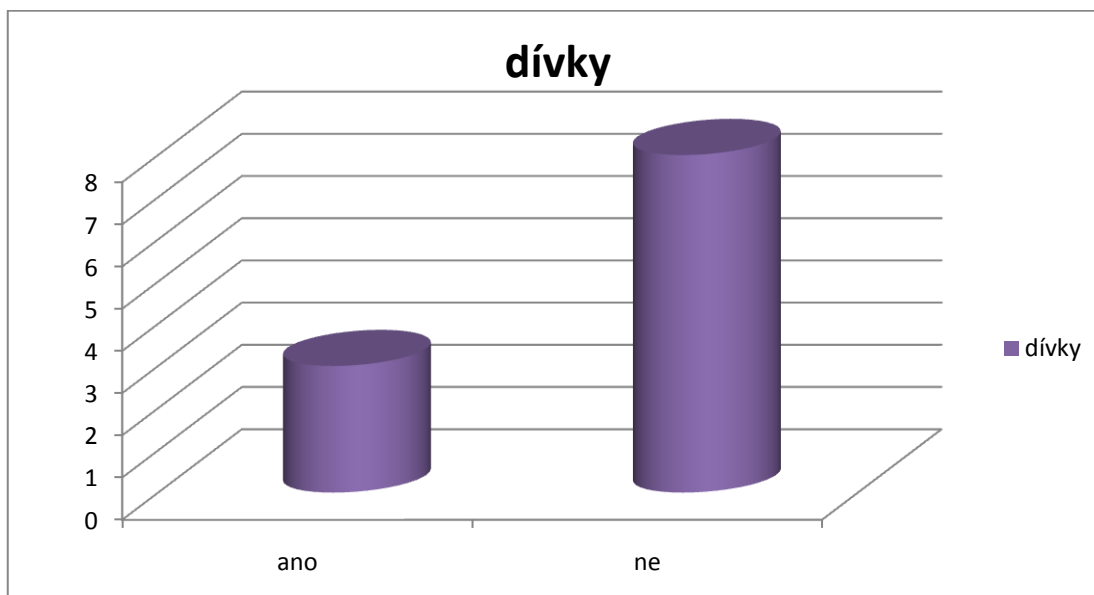
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (chlapci)



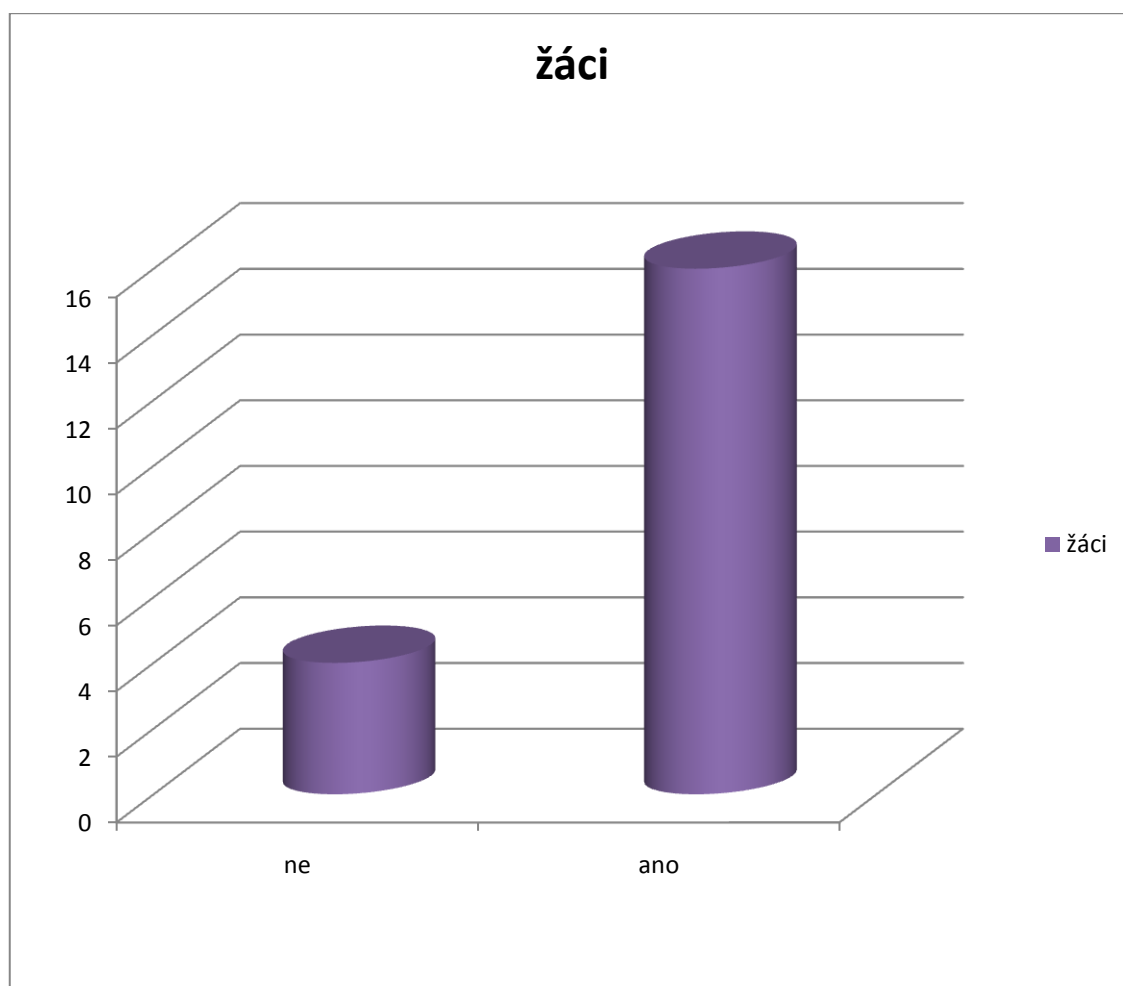
V 6. třídě ZŠ Plešivec jsou 3 chlapci, kteří již někdy v minulosti drželi dietu. Zbývající počet 6 chlapců s dietou nemá žádnou zkušenost.

17) Držela jsi někdy dietu? (dívky)



Již v tomto nízkém věku vyzkoušely 3 děvčata z 11 dotazovaných nějakou dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



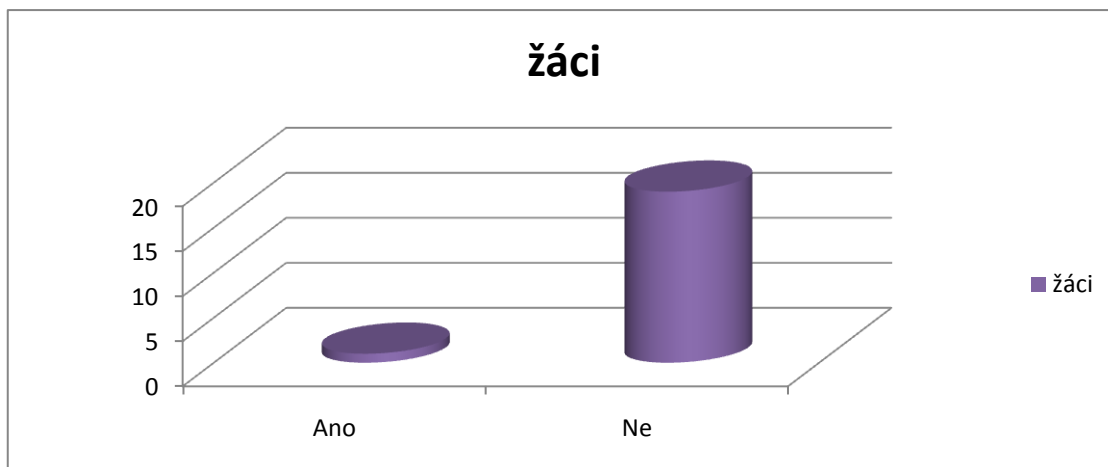
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 11 - 12 let tuto skutečnost registrují. Jen 4 žáci z 20 dotazovaných odpověděli, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



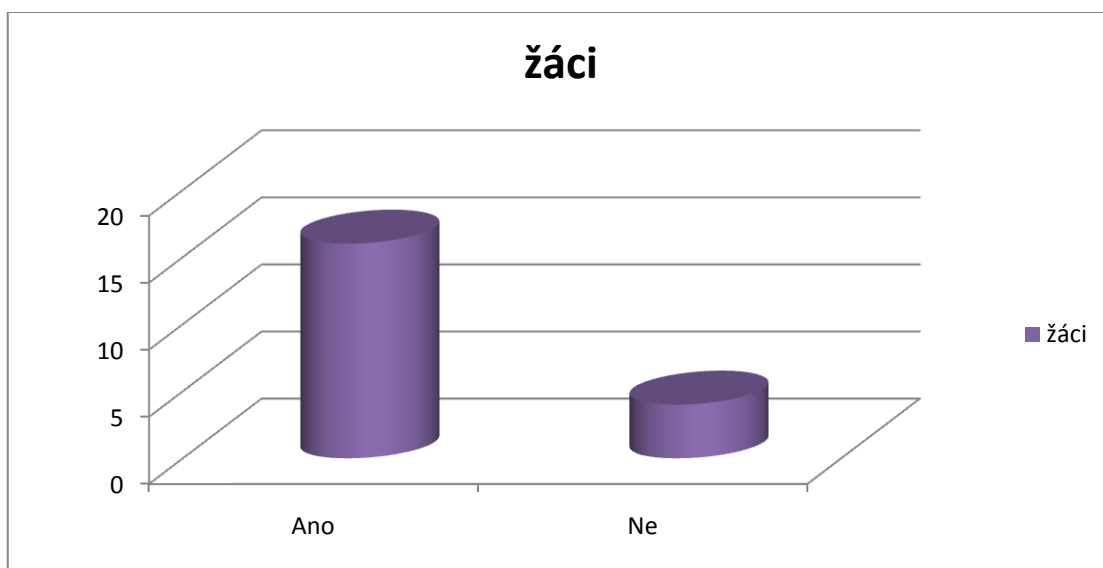
Překvapivě, již v 6. třídě se nacházejí jedinci, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



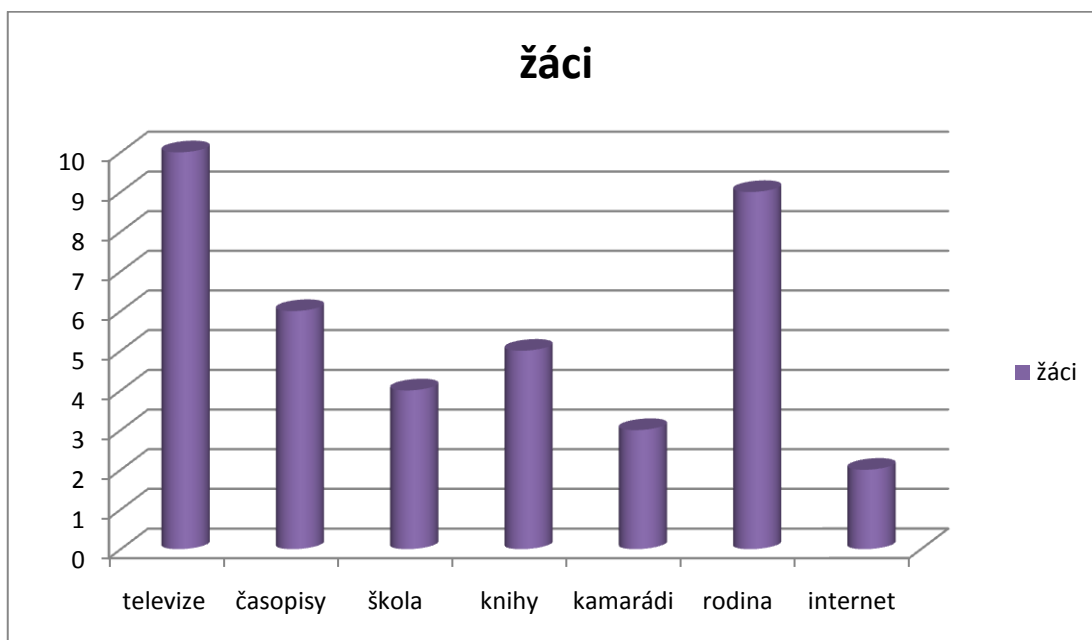
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 6. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



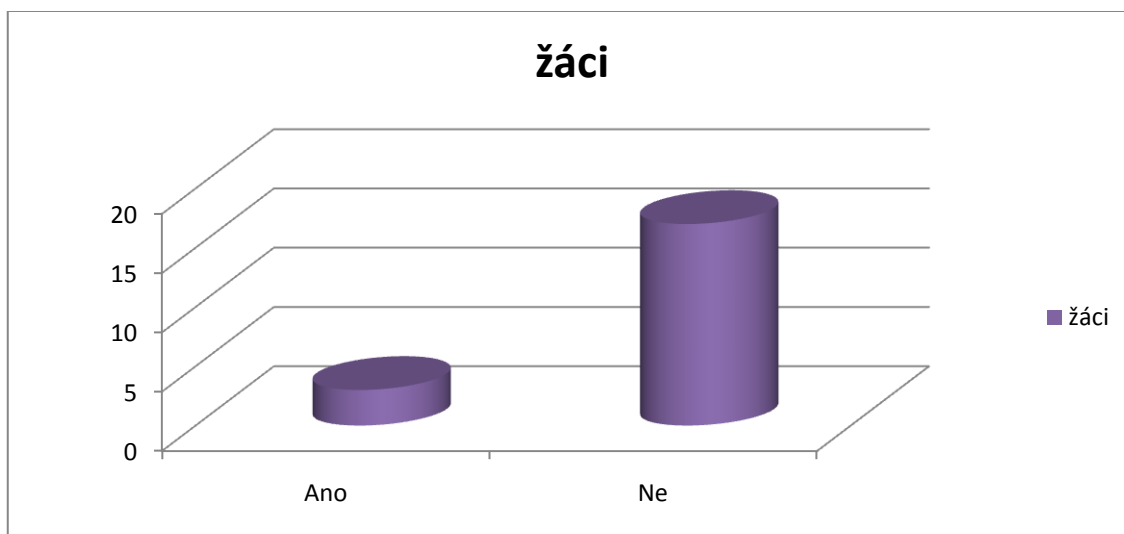
4 žáci v 6. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšeli o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 16 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkalo.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



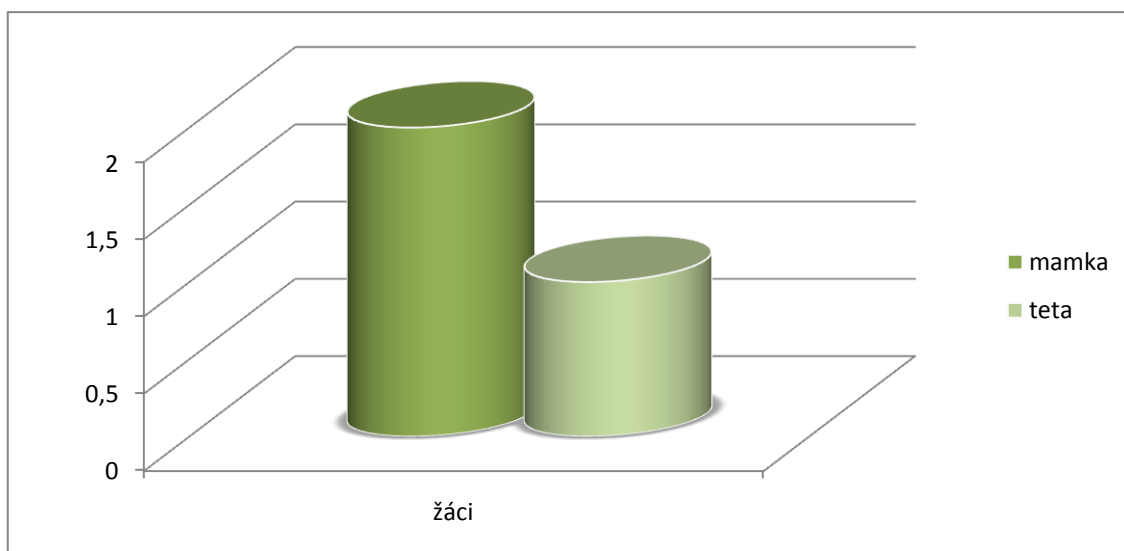
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



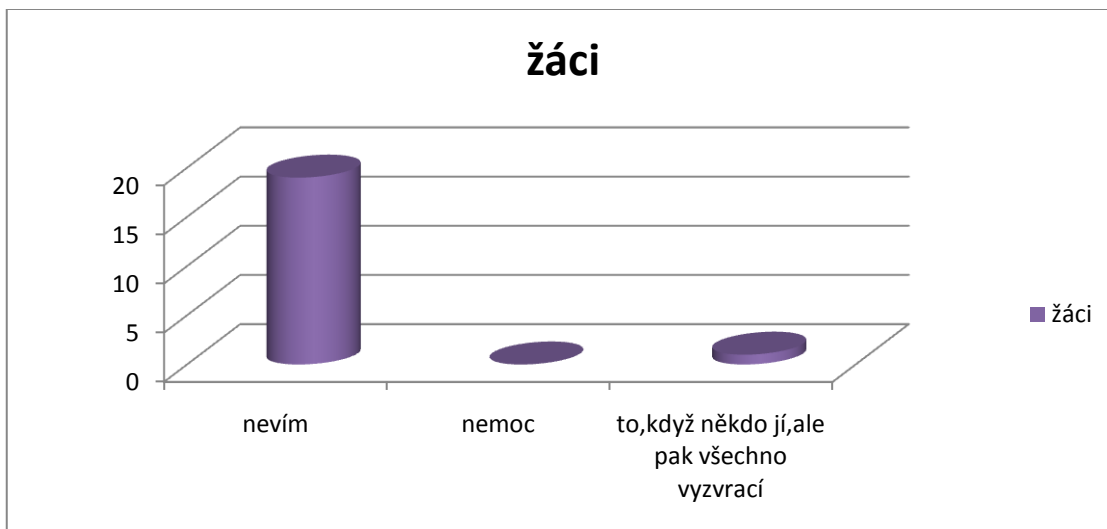
17 dotázaných se ještě nikdy nesešlo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



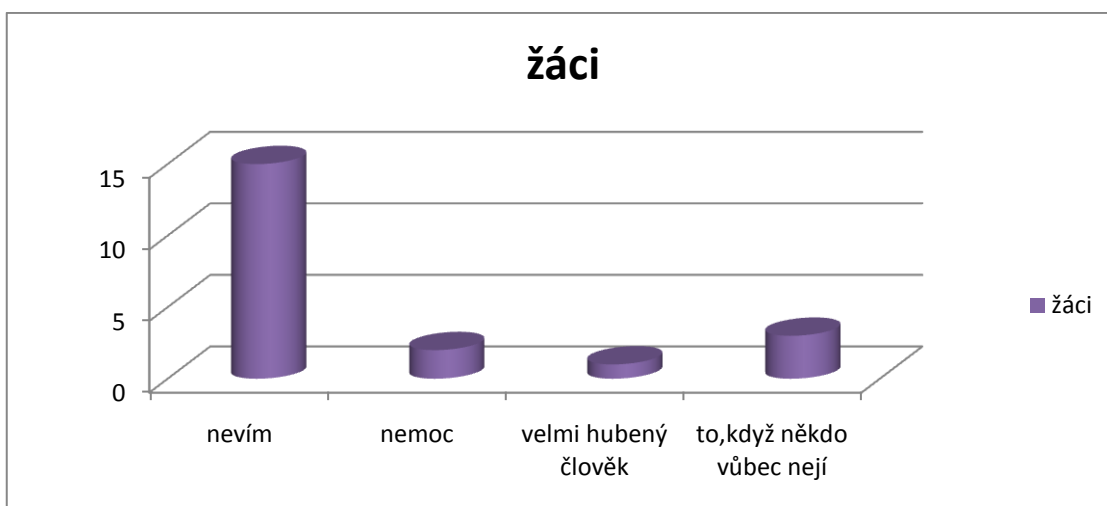
Po dvou „hlasech“ získala matka, po jednom teta.

25) Mentální bulimie, co to je?



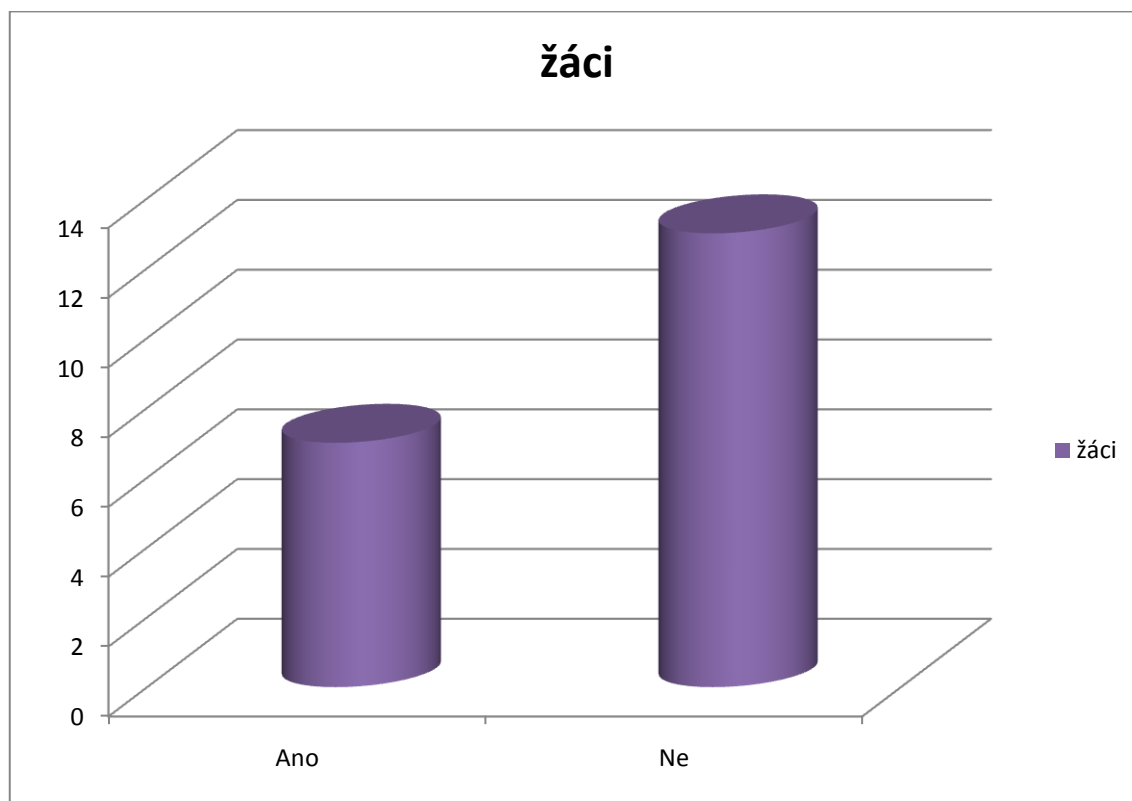
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 19 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 1 z dotazovaných uvedl, že se jedná o nemoc, dalších 7 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 1 napsal, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

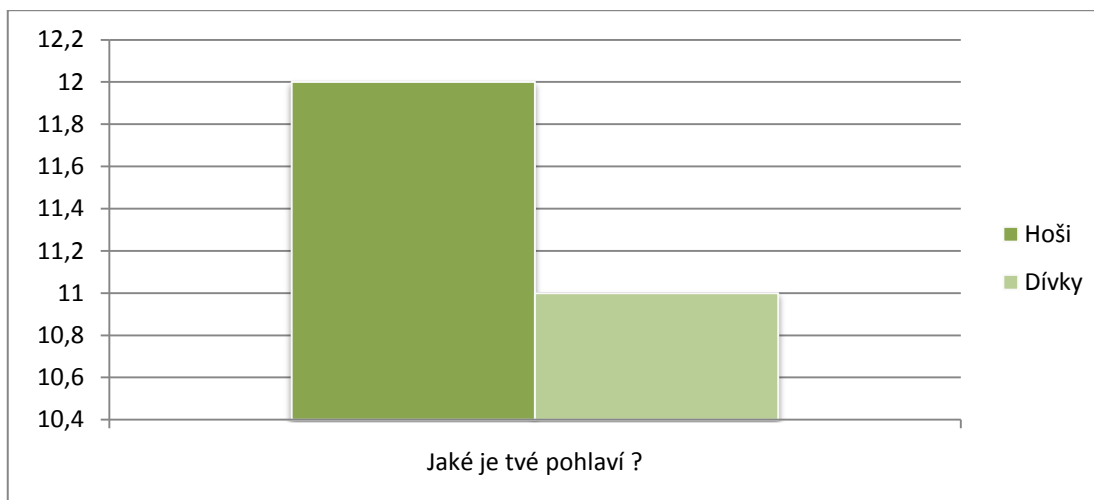
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

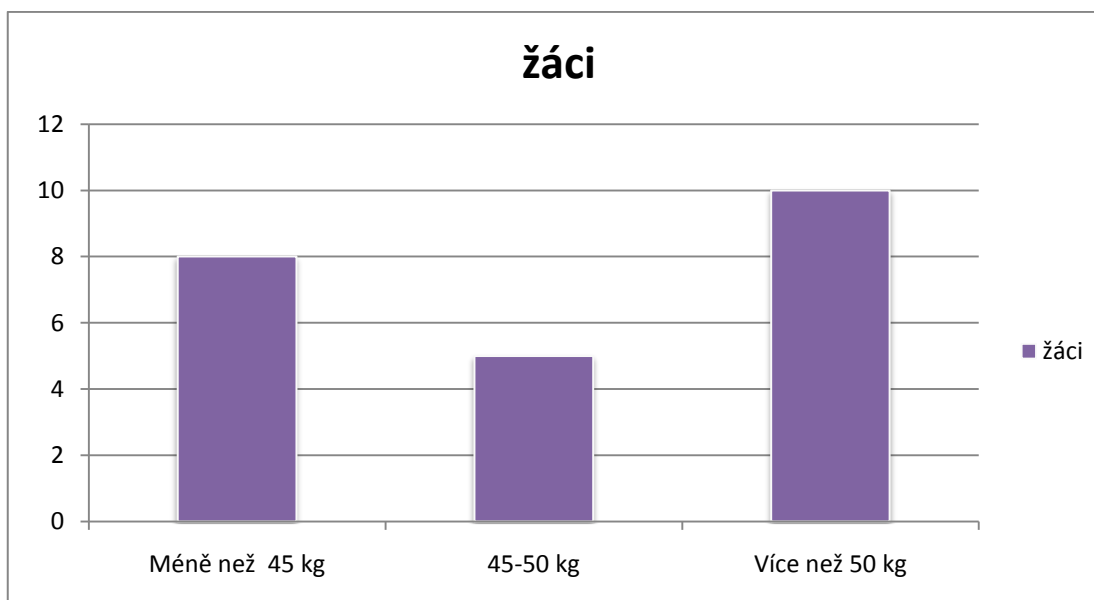
7. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



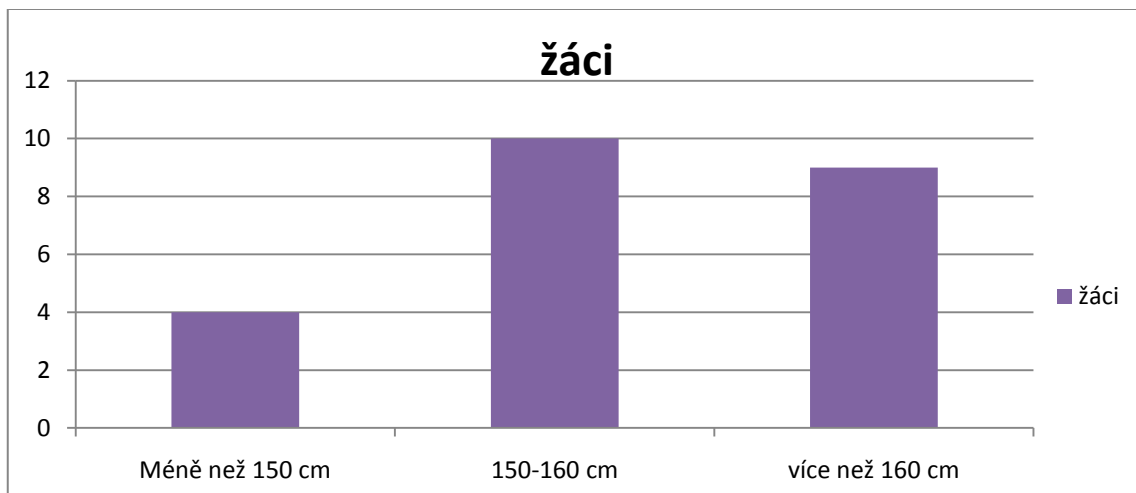
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 7. třídě zastoupilo 12 chlapců a 11 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



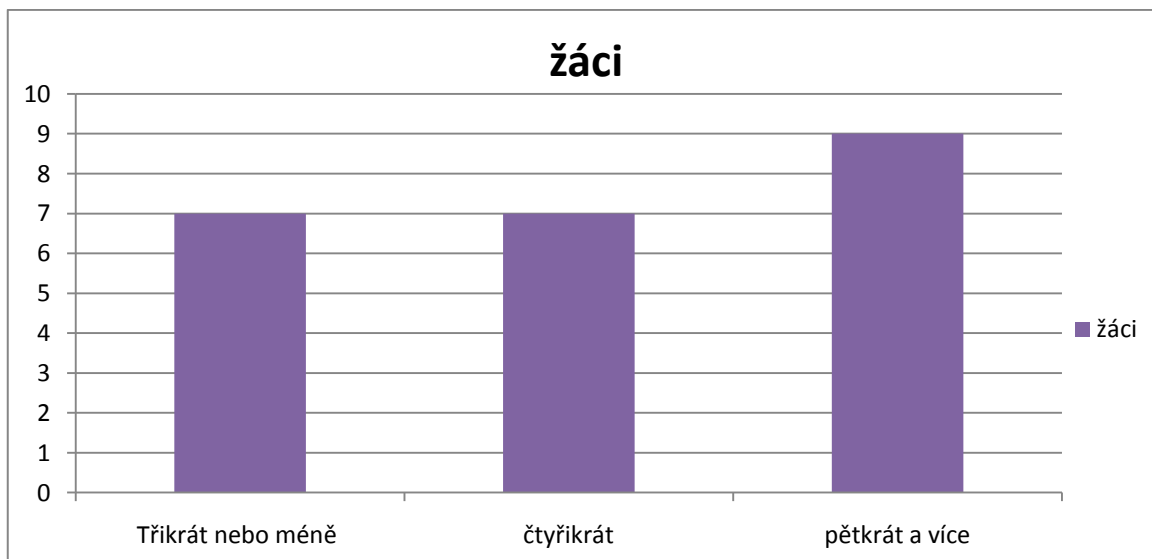
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážilo 8 dotazovaných, dalších 5 vážilo něco mezi 45 – 50 kg a 10 více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



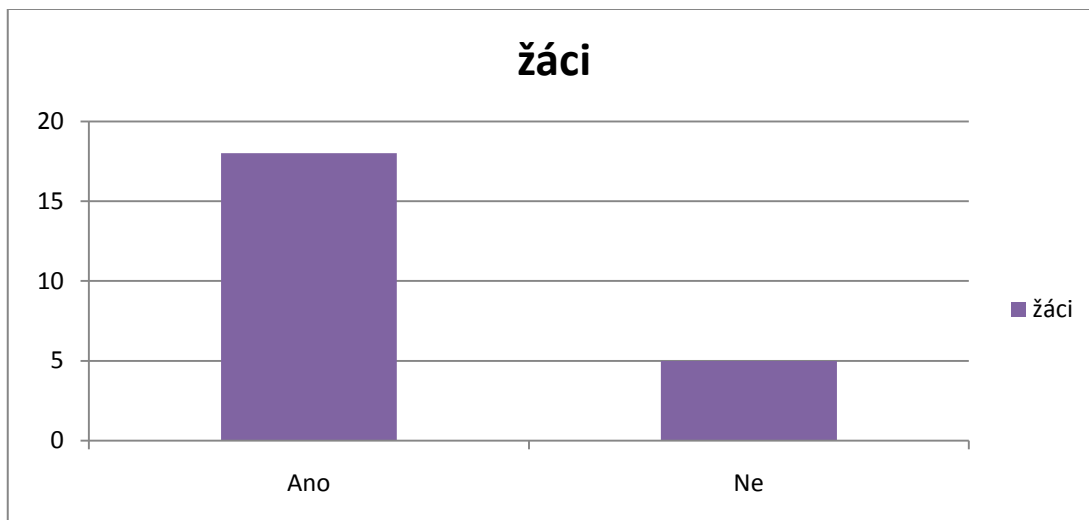
V této otázce mě zajímala výška žáků 7. třídy. Méně než 150 cm odpověděli 4 z dotazovaných, dalších 10 zaškrtno odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a 9 měřilo více než 160 cm.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



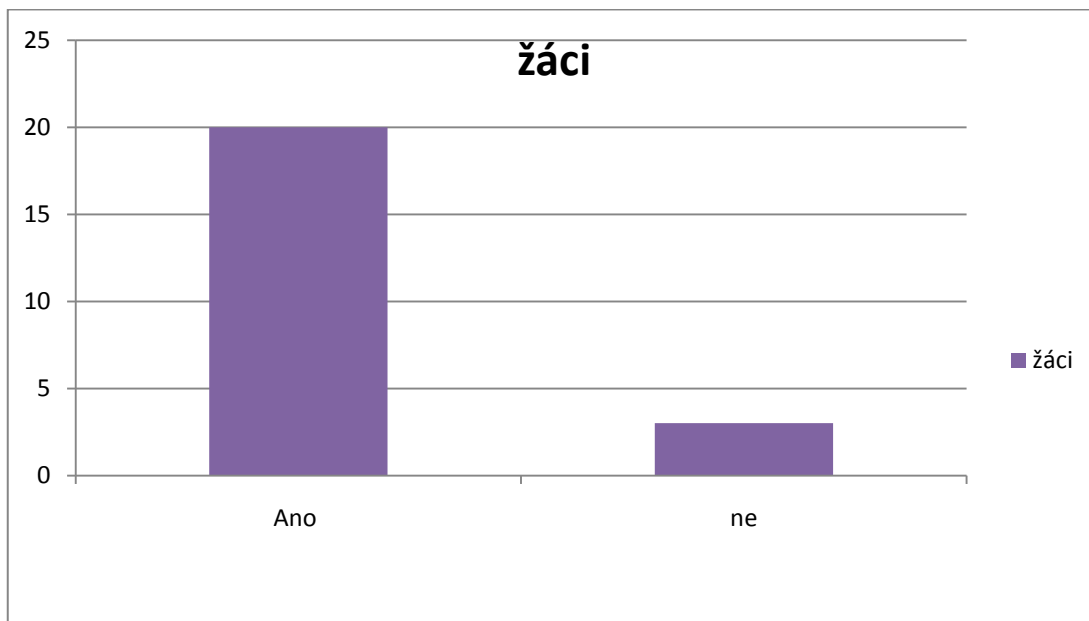
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 7 žáků, z celkových 23 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 7 žáků a dalších 9 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



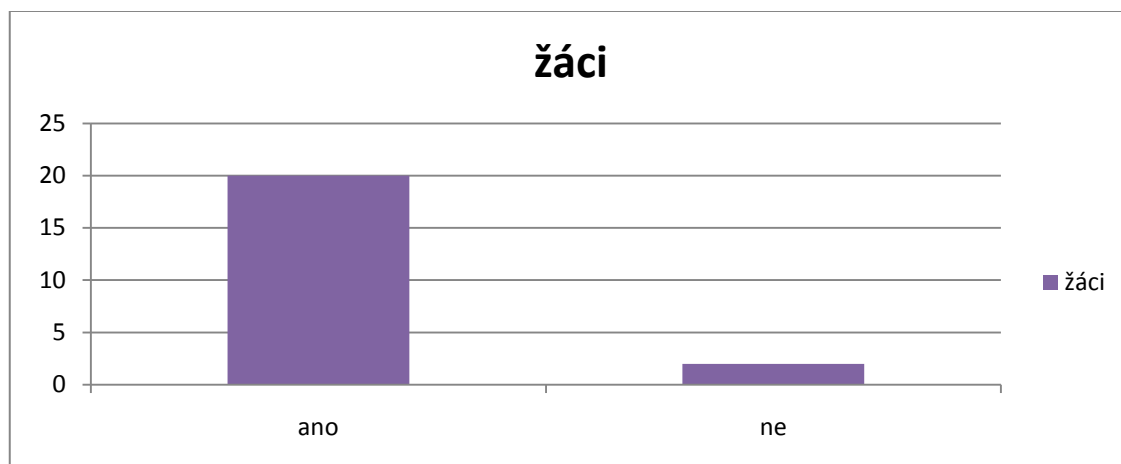
Z 23 dotázaných snídá pouze 18 žáků.

6) Svačíš ve škole?



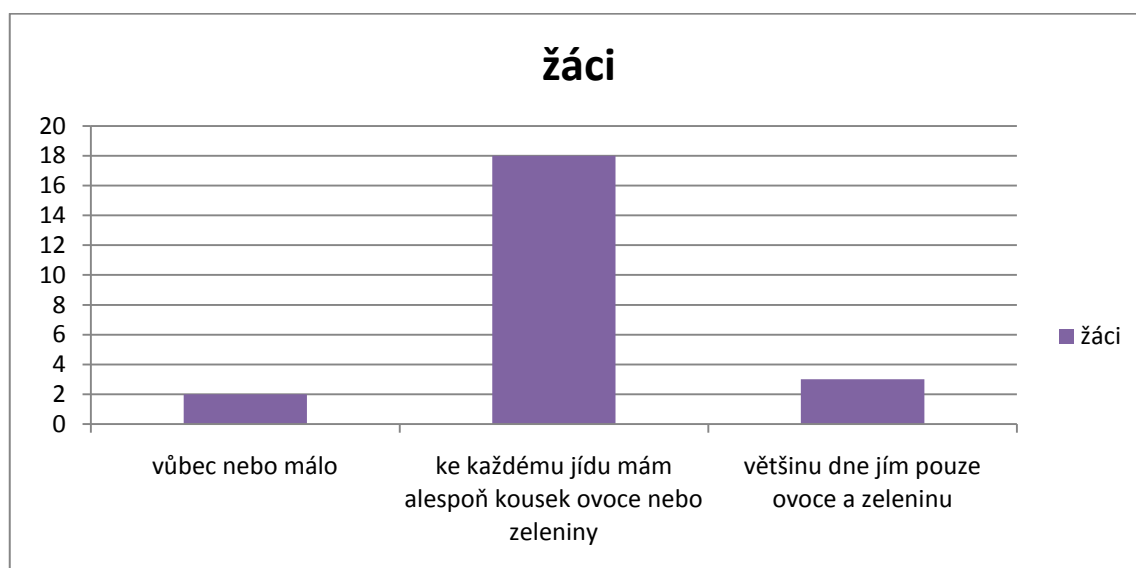
20 žáků ve třídě si nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



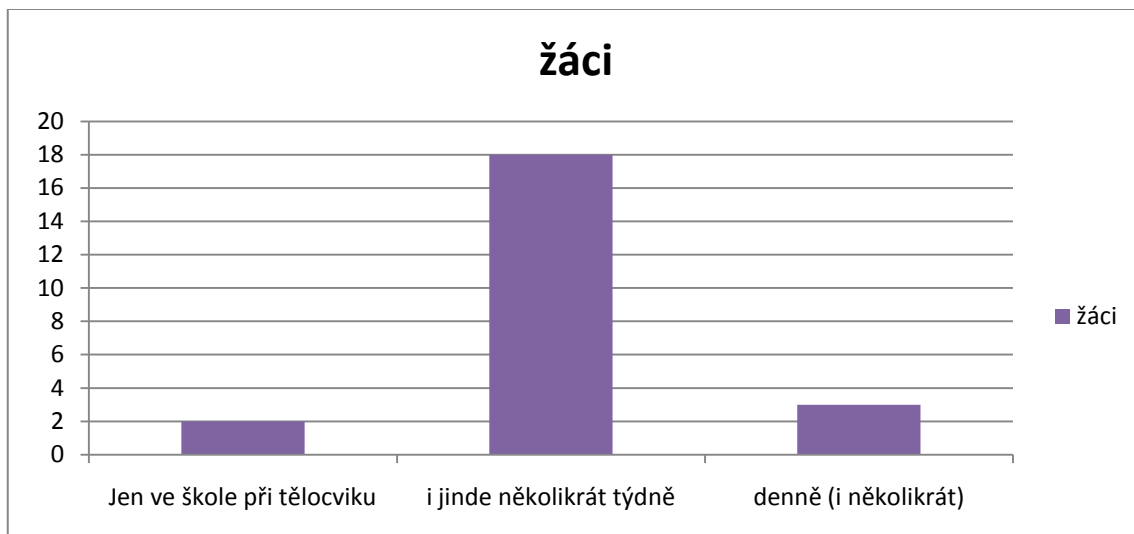
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 20 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



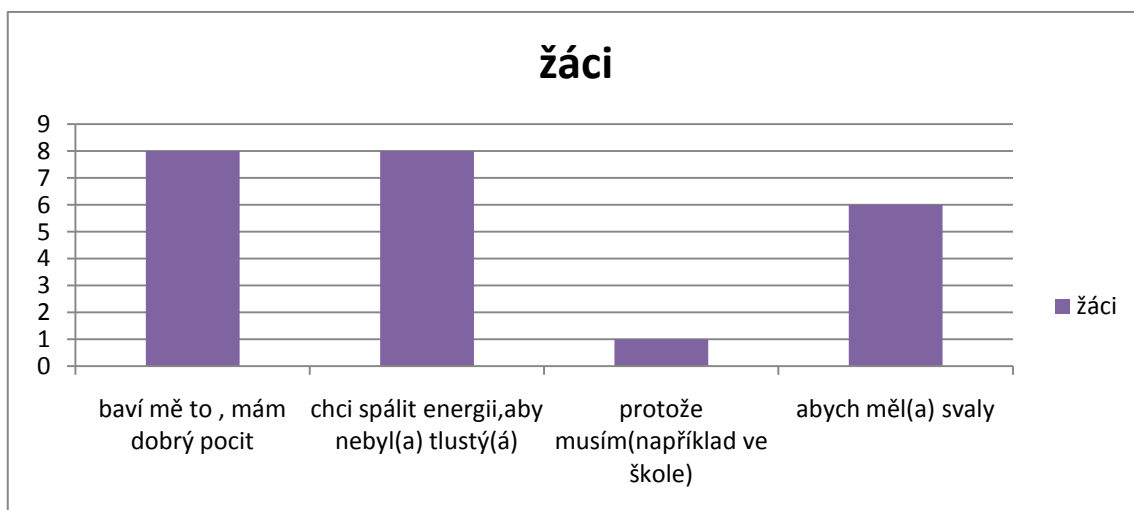
Na tuto otázku odpověděli 2 žáci tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 18 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývající 3 si na zelenině pochutnávají téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



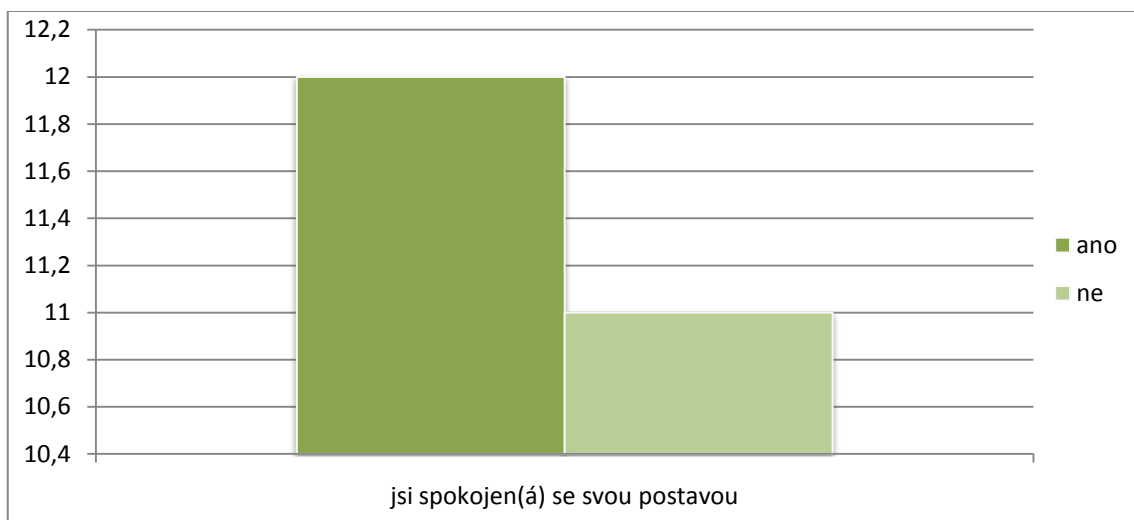
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 18 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 3 dokonce denně a pouhé 2 žáci z 23 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



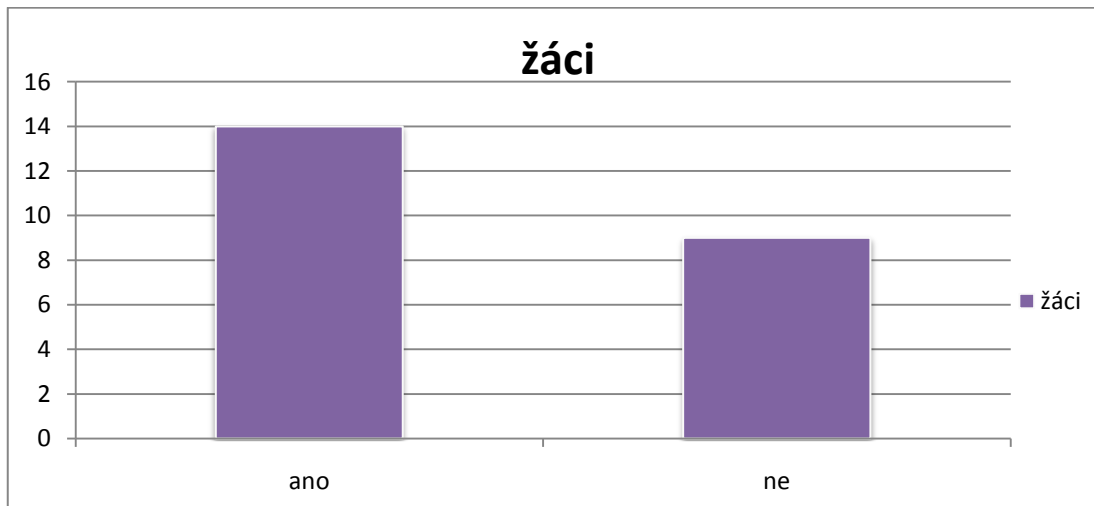
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 8 z nich mi odpovědělo, že je to baví, 1 cvičí proto, že musí ve škole, dalších 8 cvičí proto, že chtějí spálit energii a 6 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



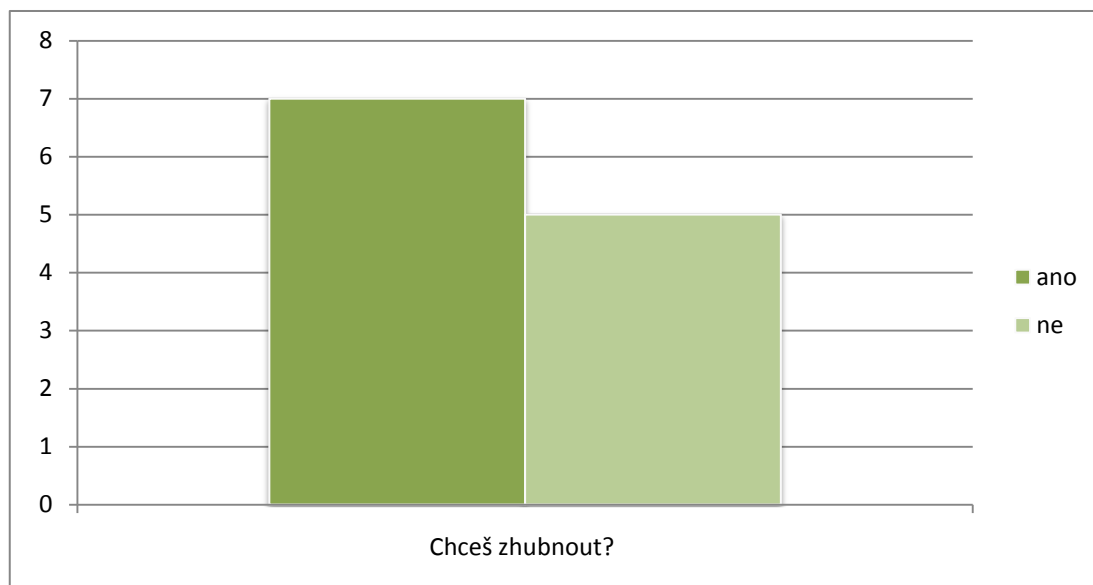
Na tuto otázku mi 12 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a 11 žáků není.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky)



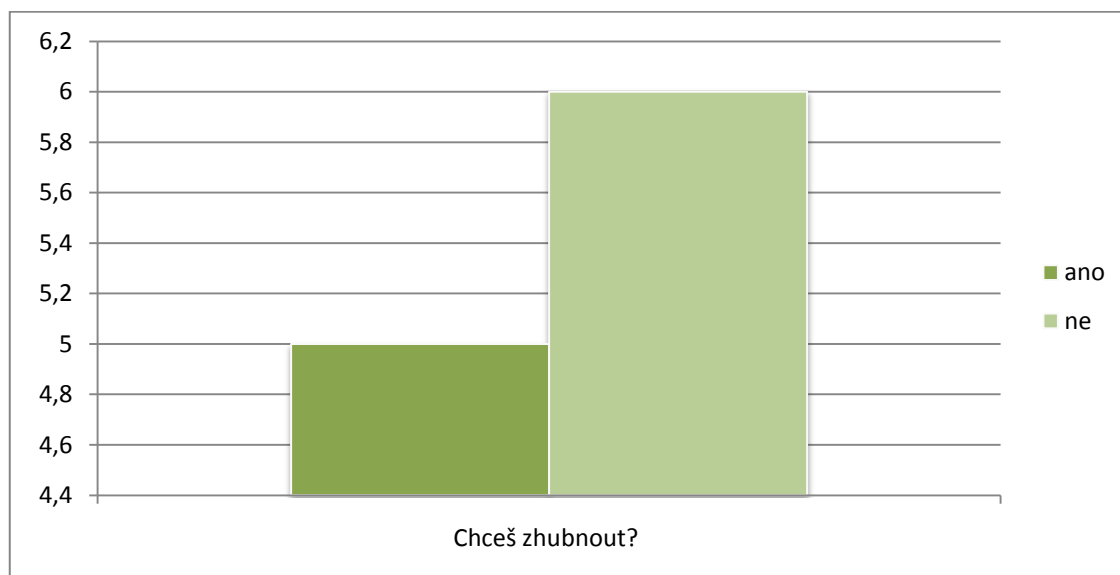
9 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 14 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (chlapci)



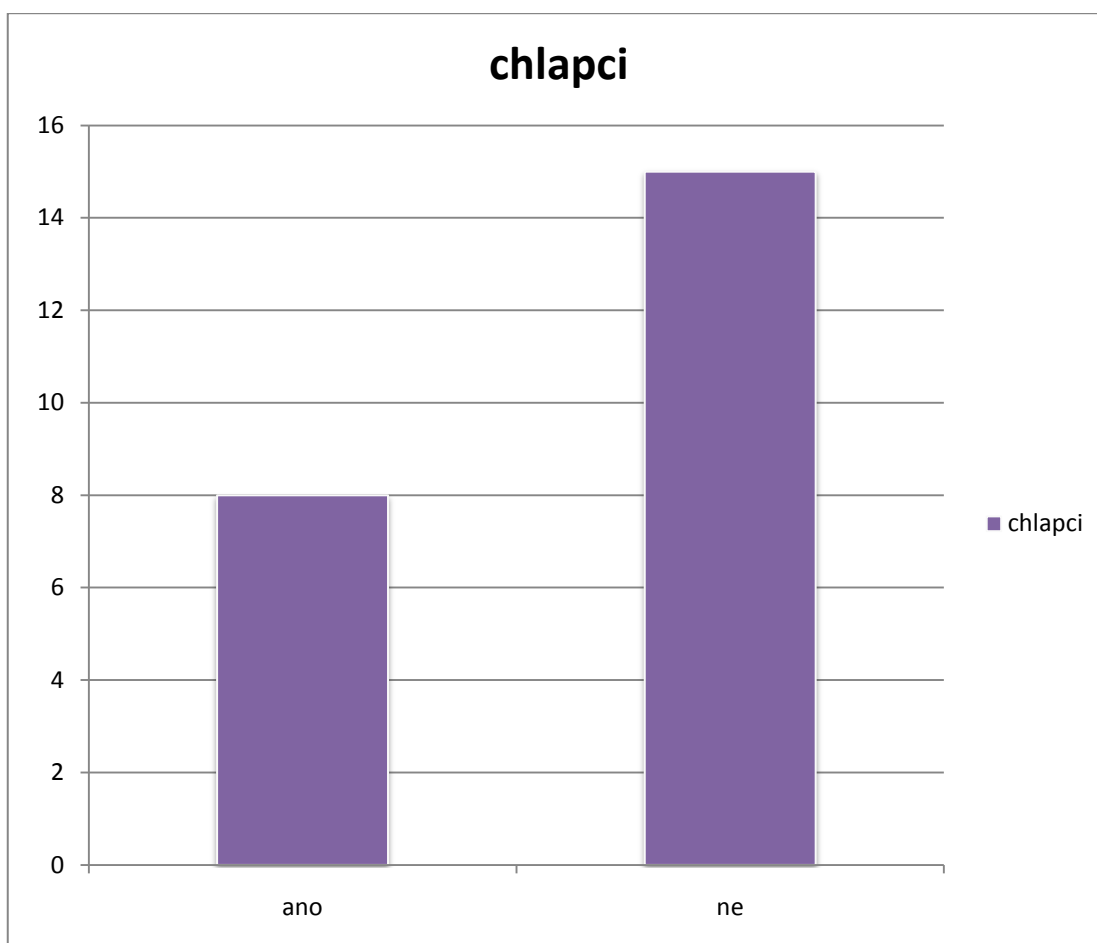
7 chlapců ze 12 by si přálo zhubnout. Zbývající počet 5 chlapců po snížení tělesné hmotnosti netouží.

14) Chceš zhubnout? (dívky)



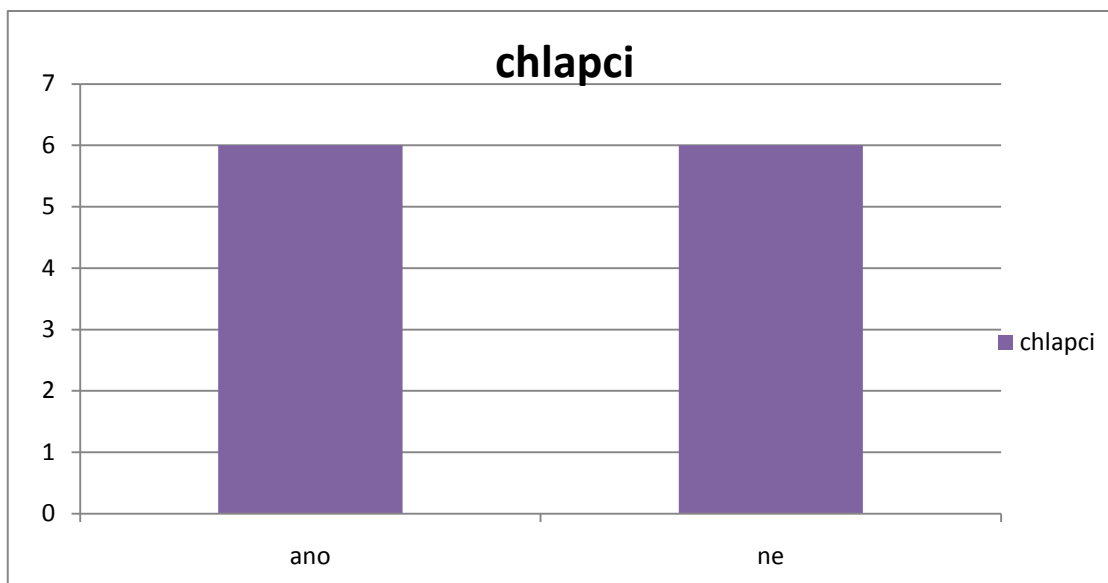
5 dívek z 11 hubnout nechce.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



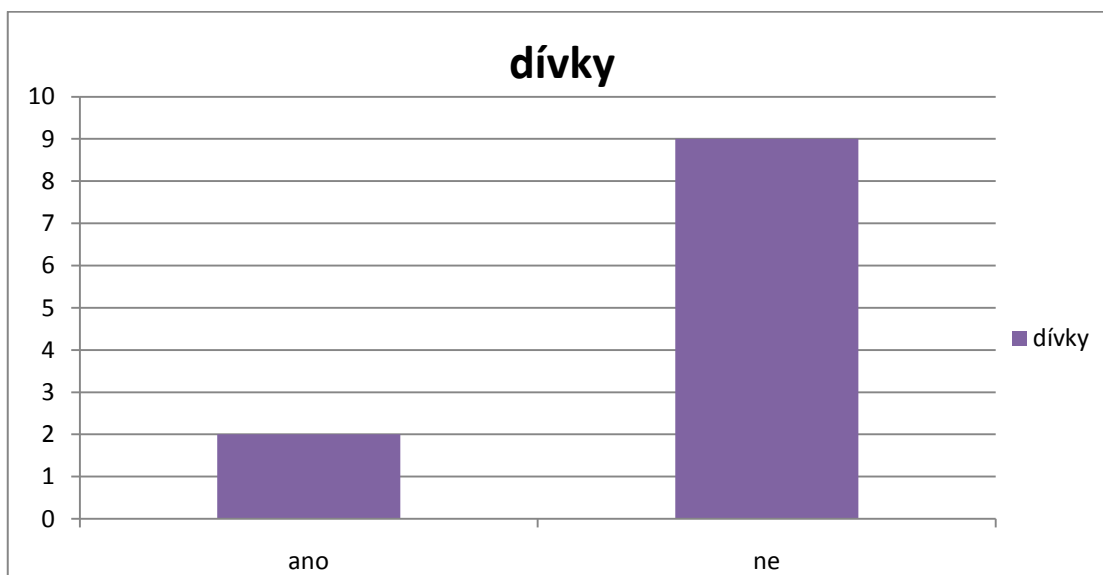
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (chlapci)



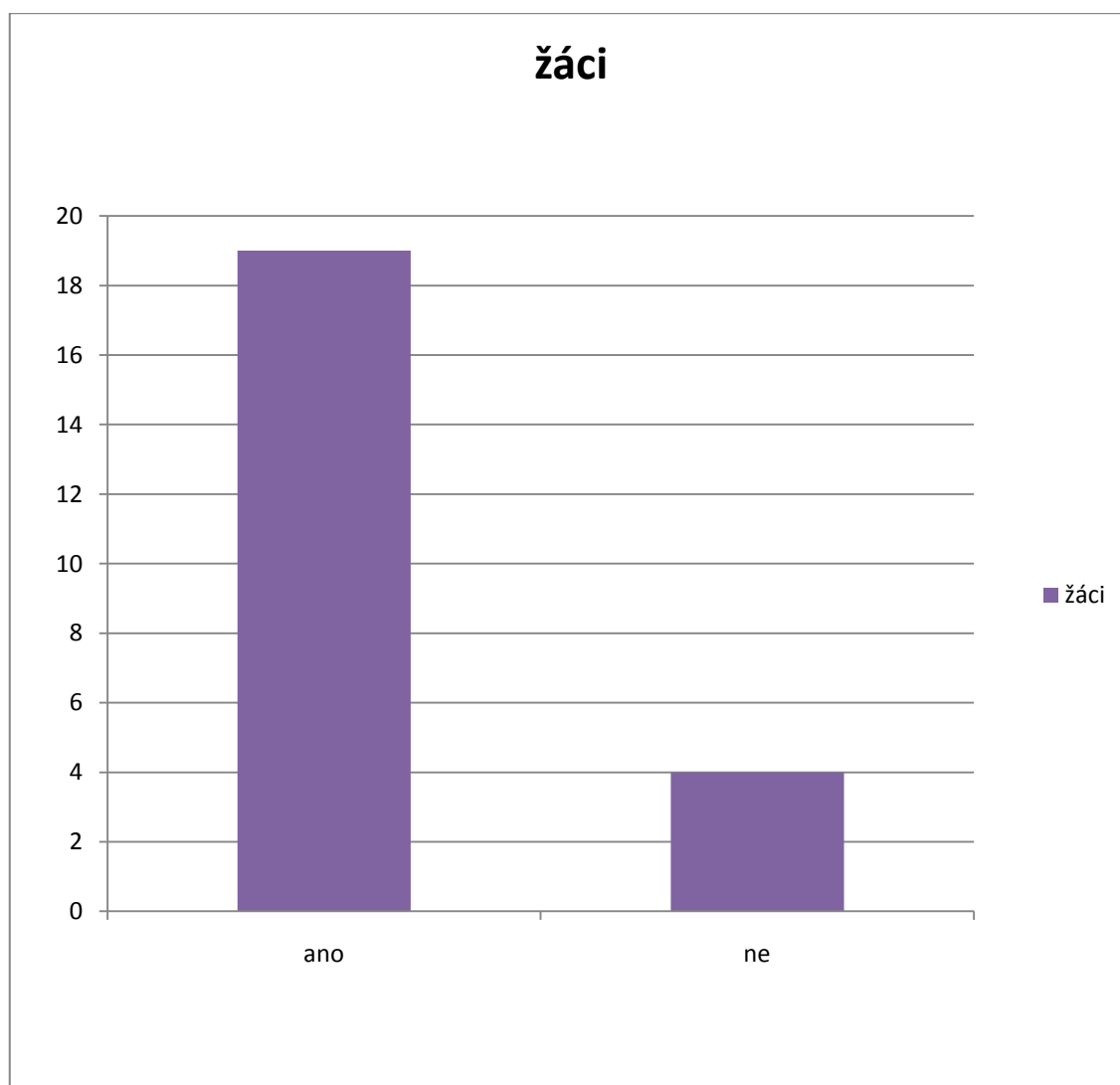
Výsledek dopadl „půl na půl“. Tedy, 6 chlapců odpovědělo, že již někdy v minulosti dietu vyzkoušelo, naopak 6 chlapců ještě nikdy.

17) Držela jsi někdy dietu? (dívky)



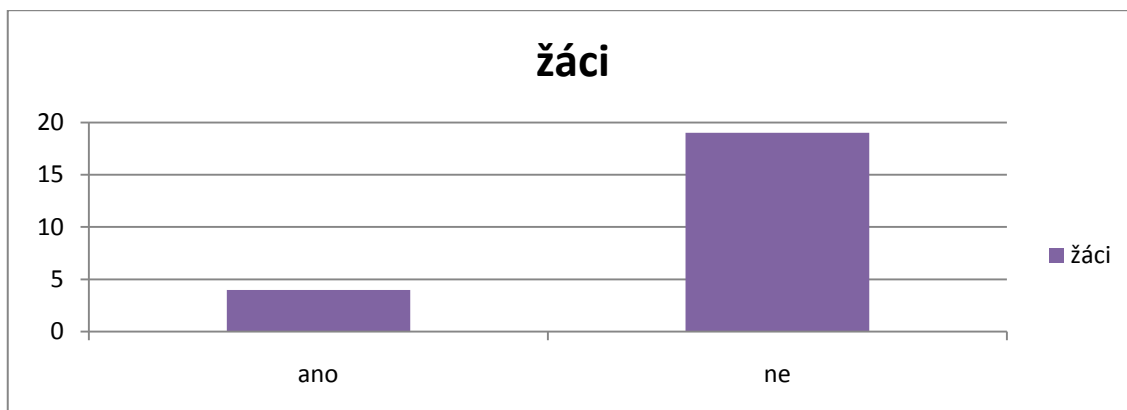
U dívek je situace opačná, pouhá 2 děvčata z 11 mají zkušenost s dietou.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



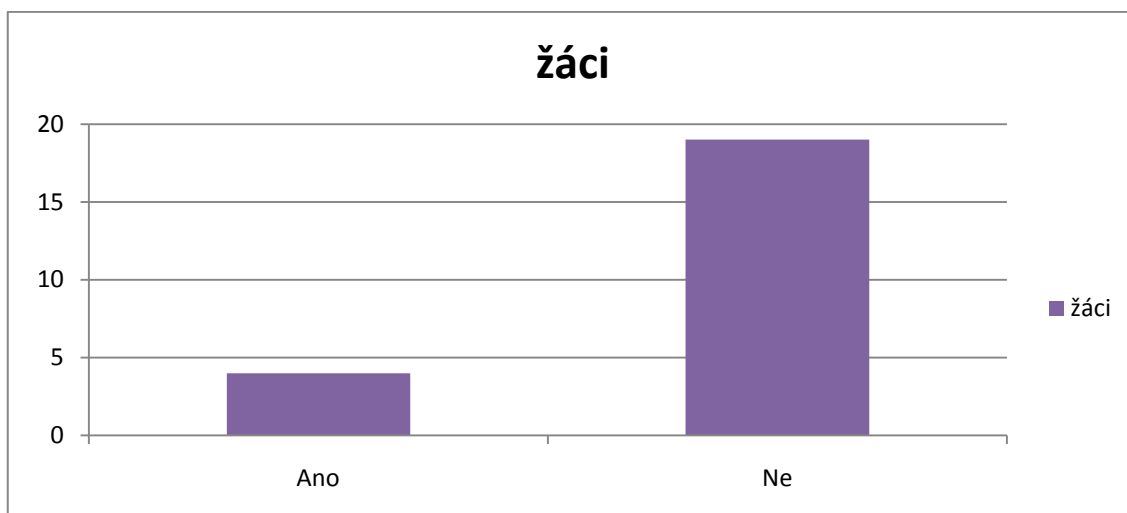
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 12 - 13 let tuto skutečnost registrují. Jen 4 žáci z 18 dotazovaných odpověděli, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



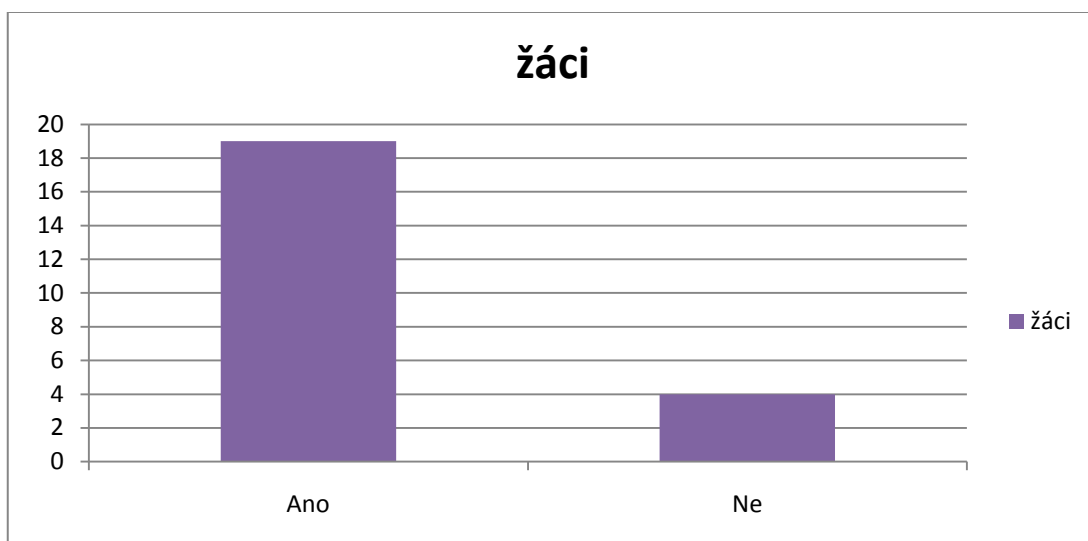
Překvapivě, již v 7. třídě se nacházejí jedinci, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



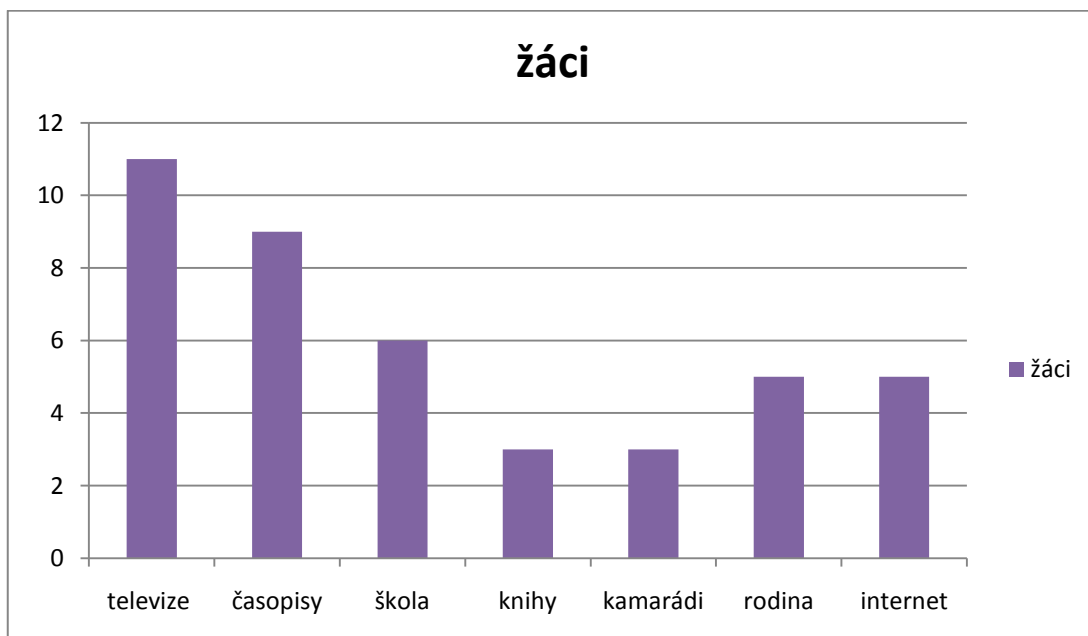
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 7. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



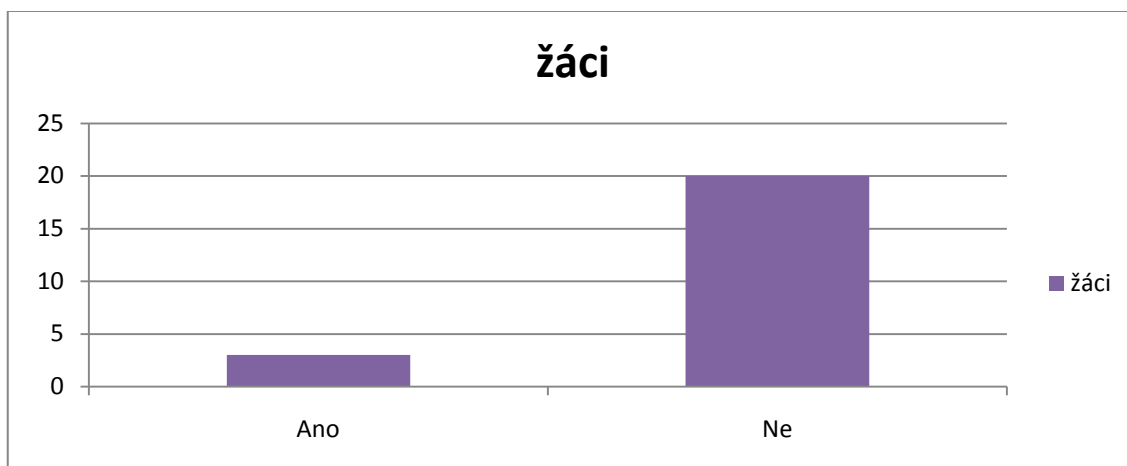
19 žáků v 7. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšelo o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 4 žáci se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkali.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



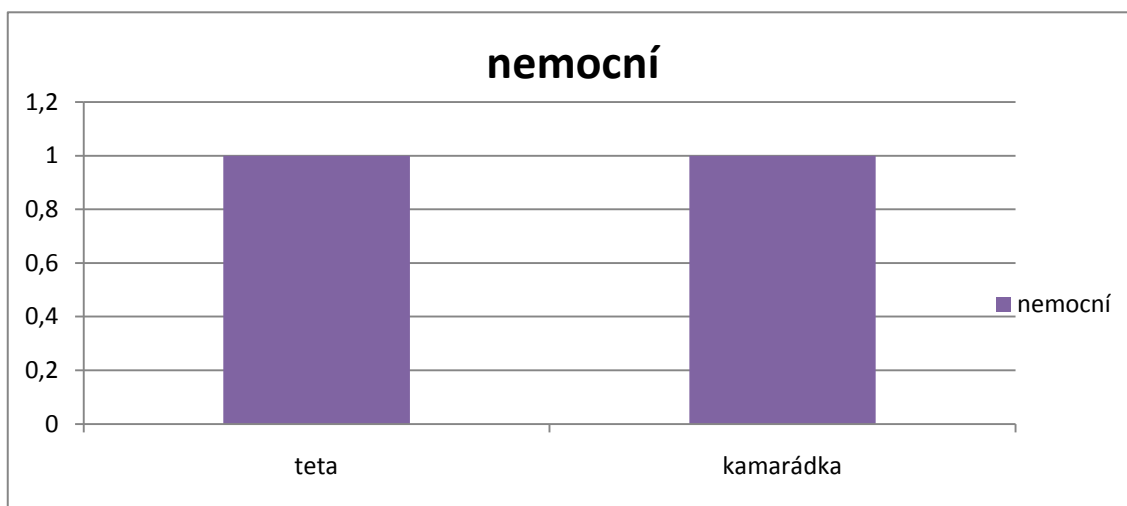
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) jsi se, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



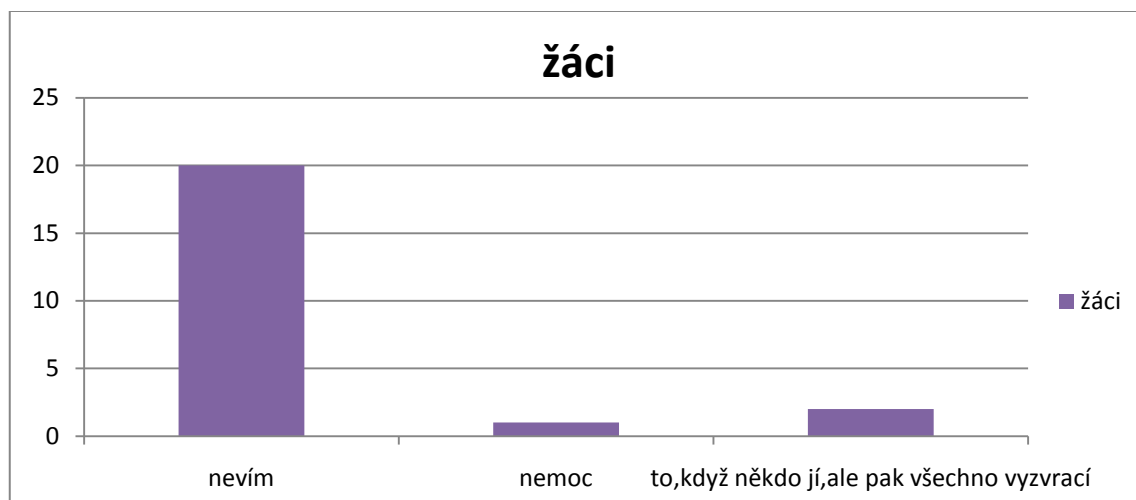
20 dotázaných se ještě nikdy nesešlo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



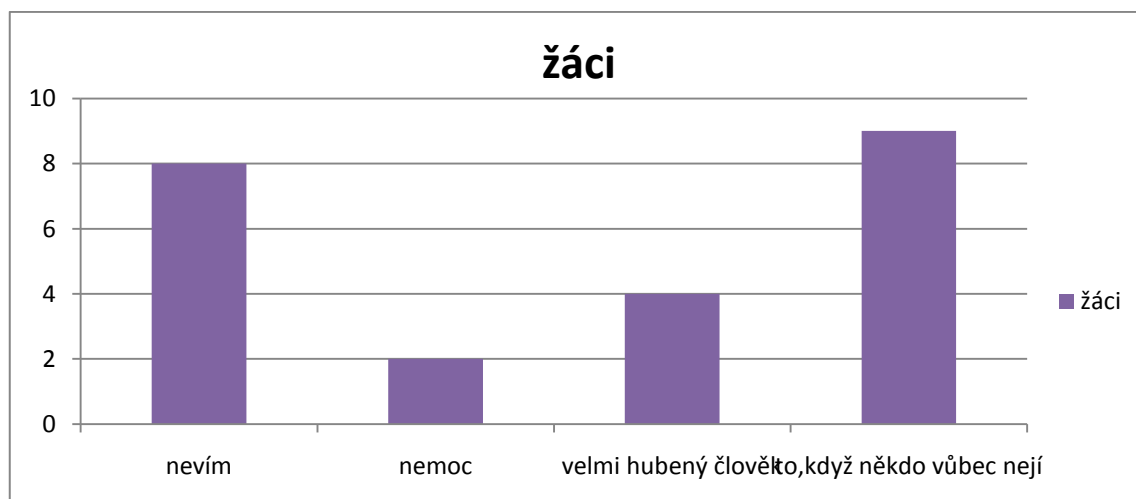
Po jednom „hlasu“ získala teta a kamarádka.

25) Mentální bulimie, co to je?



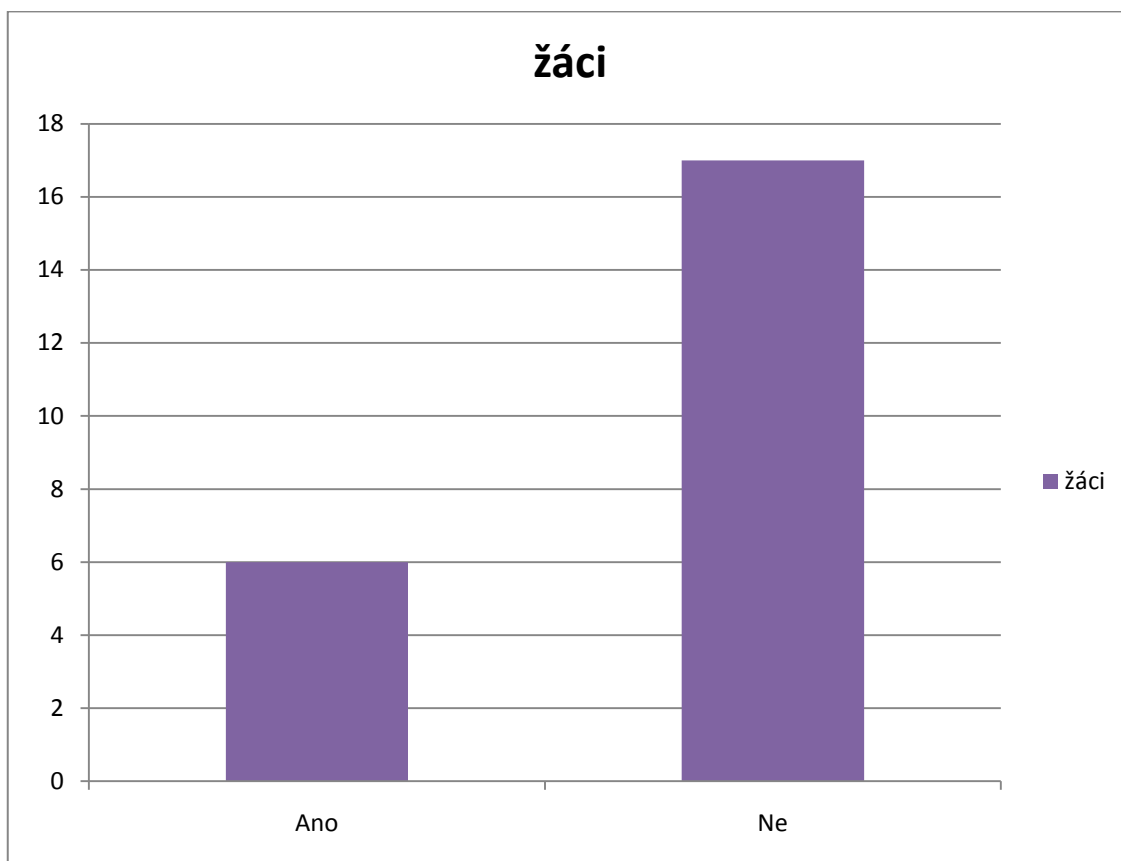
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 8 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 2 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, další 4 uvedli, že se jedná o velmi hubeného člověka a 9 napsalo, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

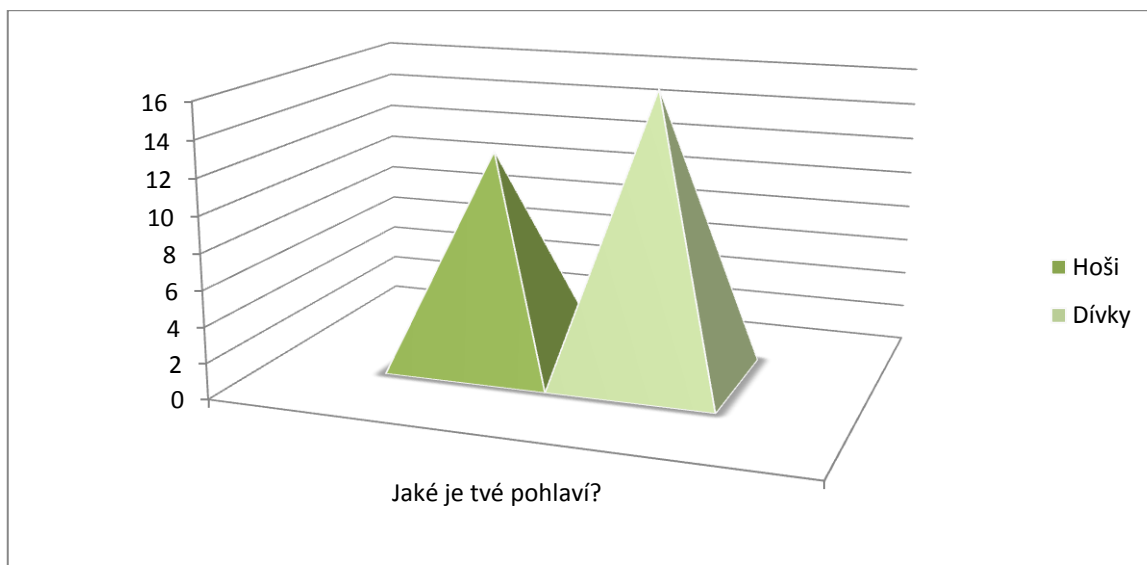
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

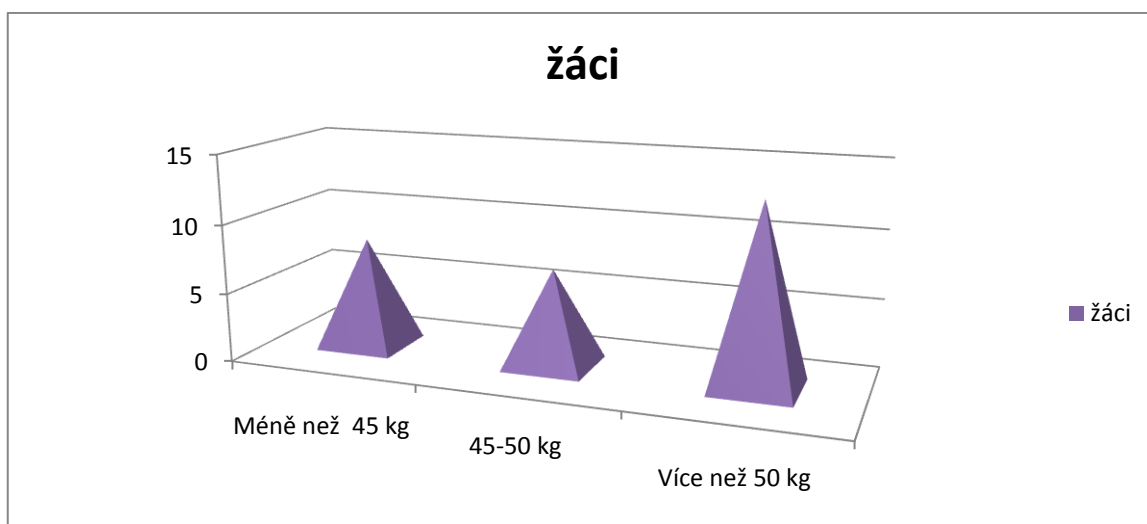
8. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



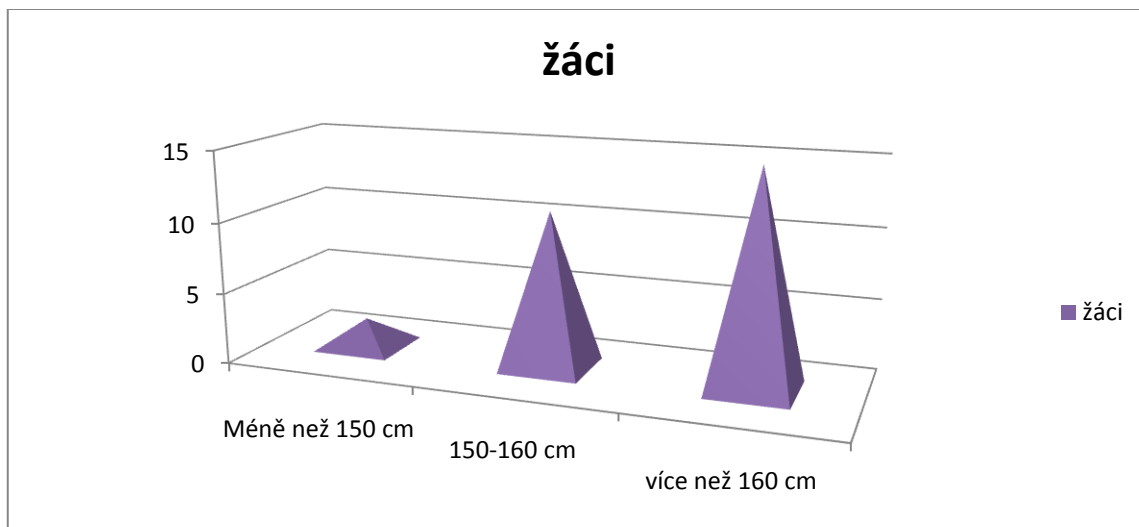
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 8. třídě zastoupilo 12 chlapců a 16 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



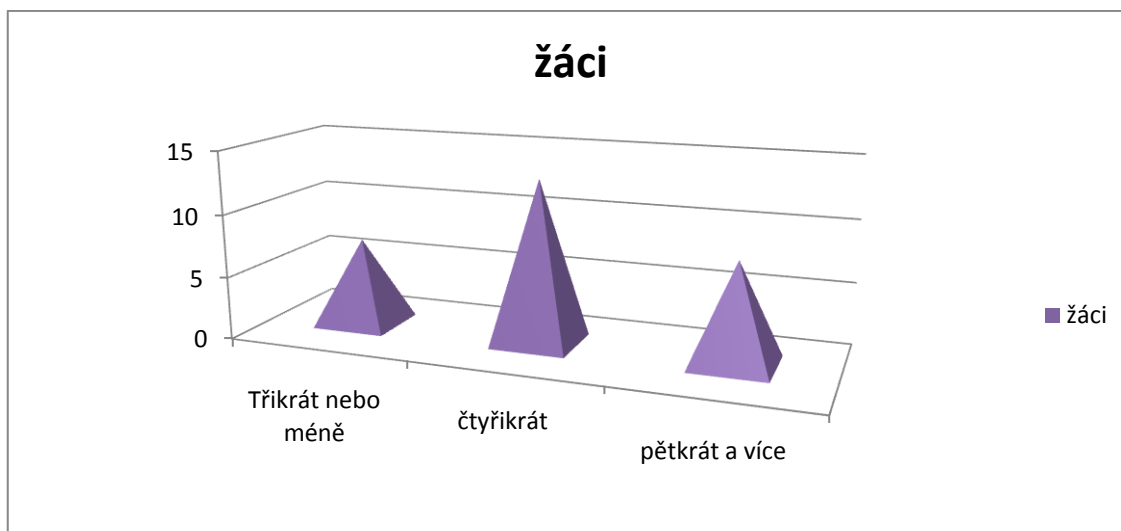
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážilo 8 dotazovaných, dalších 7 vážilo něco mezi 45 – 50 kg a 13 více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



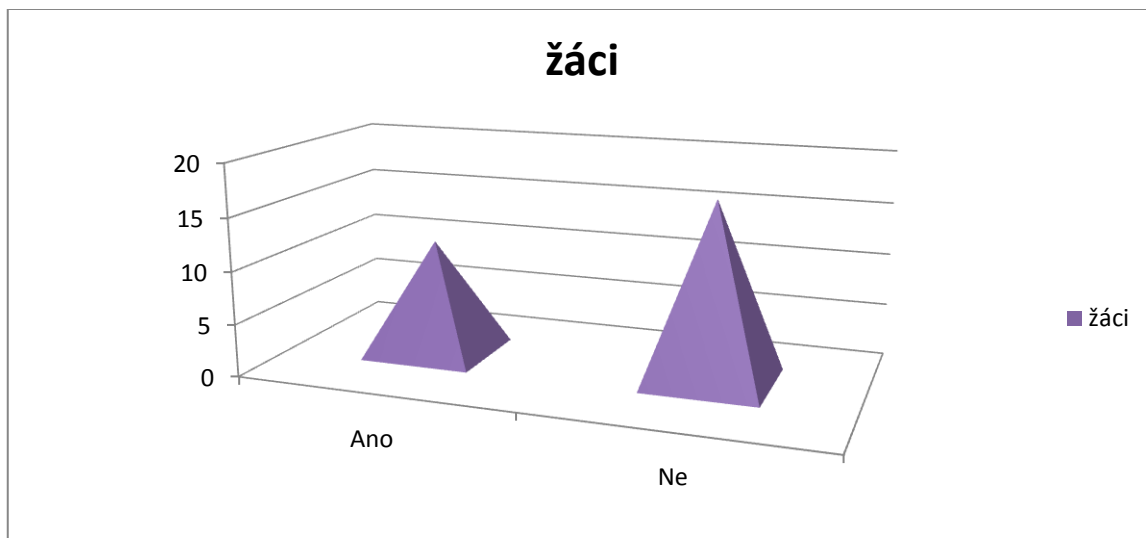
V této otázce mě zajímala výška žáků 8. třídy. Méně než 150 cm odpověděli 2 dotazovaní, dalších 11 zaškrtno odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a 15 měří více než 160 cm.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



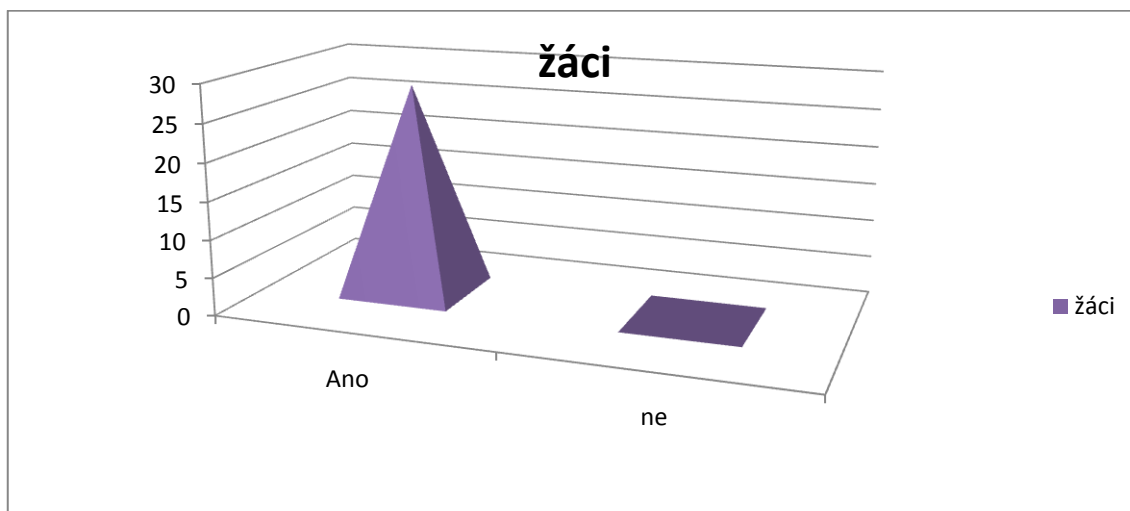
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 13 žáků, z celkových 28 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 7 žáků a dalších 8 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 28 dotázaných snídá pouhých 11 žáků.

6) Svačíš ve škole?



Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. Všichni žáci ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



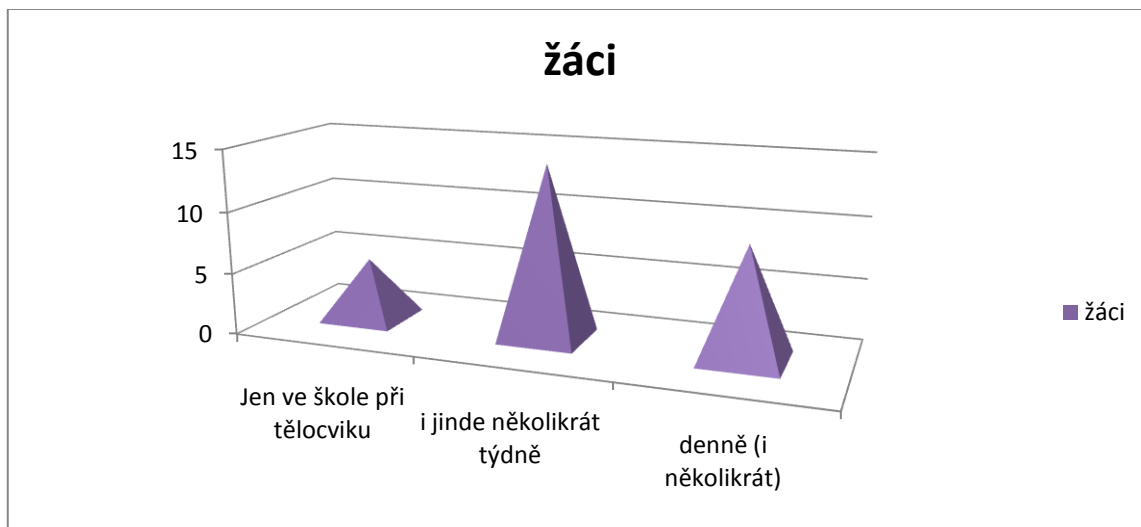
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 27 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



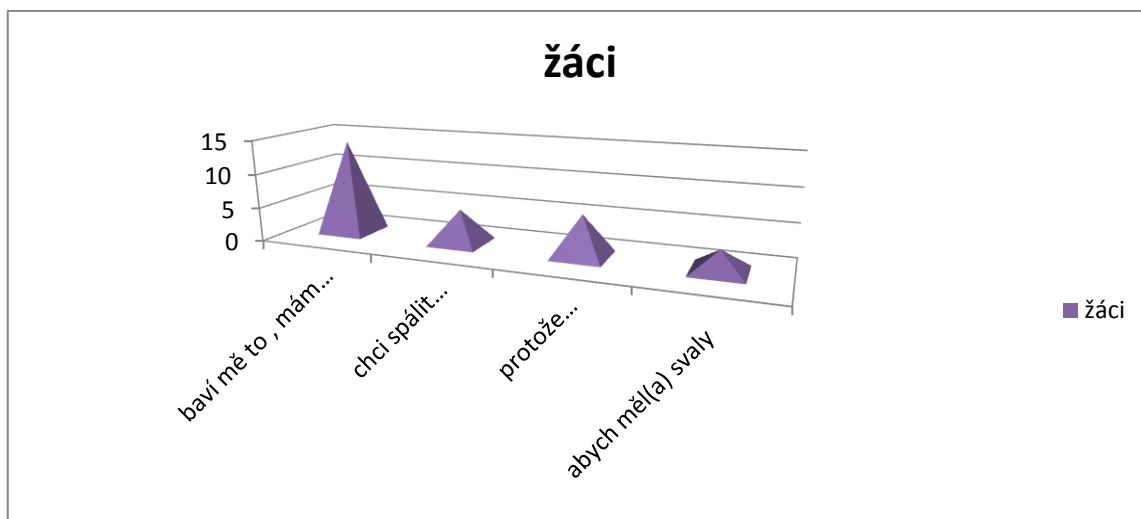
Na tuto otázku odpověděli 4 žáci tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 21 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývající 3 si na zelenině pochutnávají téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



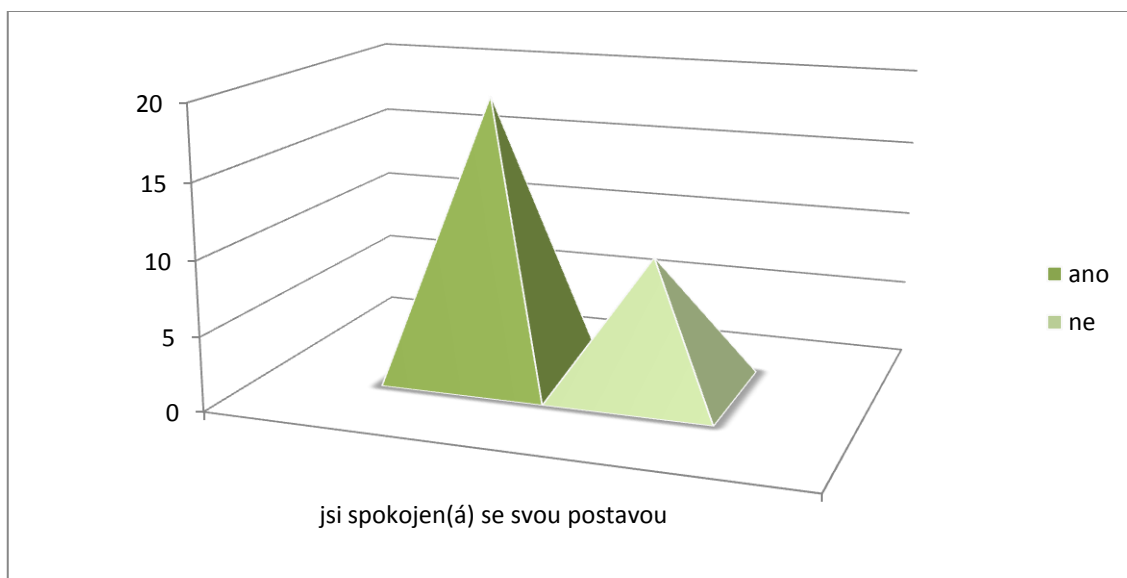
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 14 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 9 dokonce denně a pouhých 5 žáků z 28 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



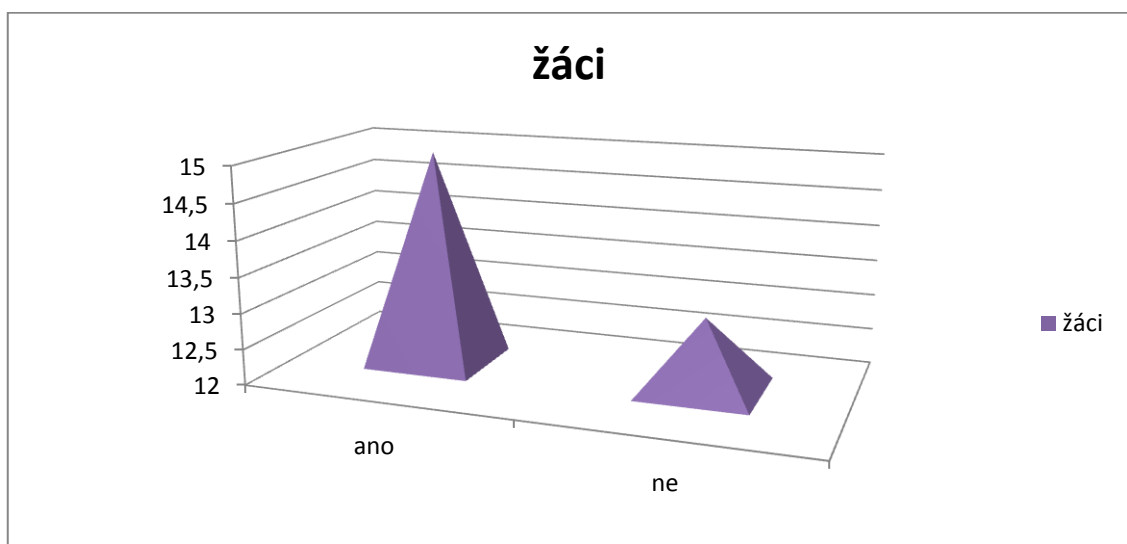
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 14 z nich mi odpovědělo, že je to baví, dalších 6 cvičí proto, že musí ve škole, 5 z nich chtějí spálit energii a 3 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



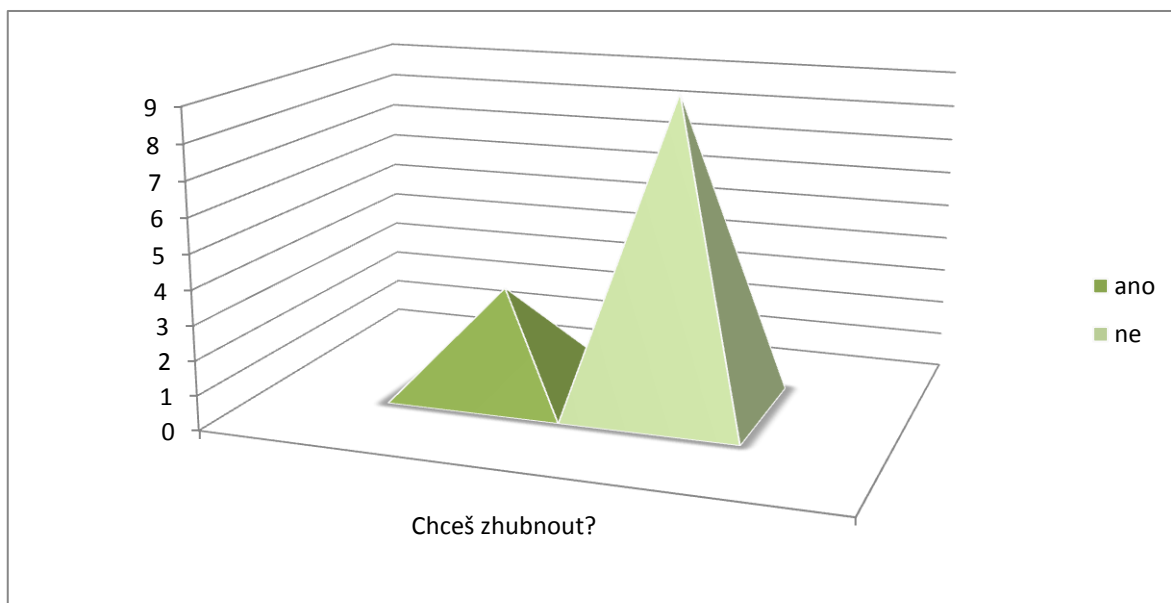
Na tuto otázku mi 19 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a dalších 9 není.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky)



15 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 13 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (chlapci)



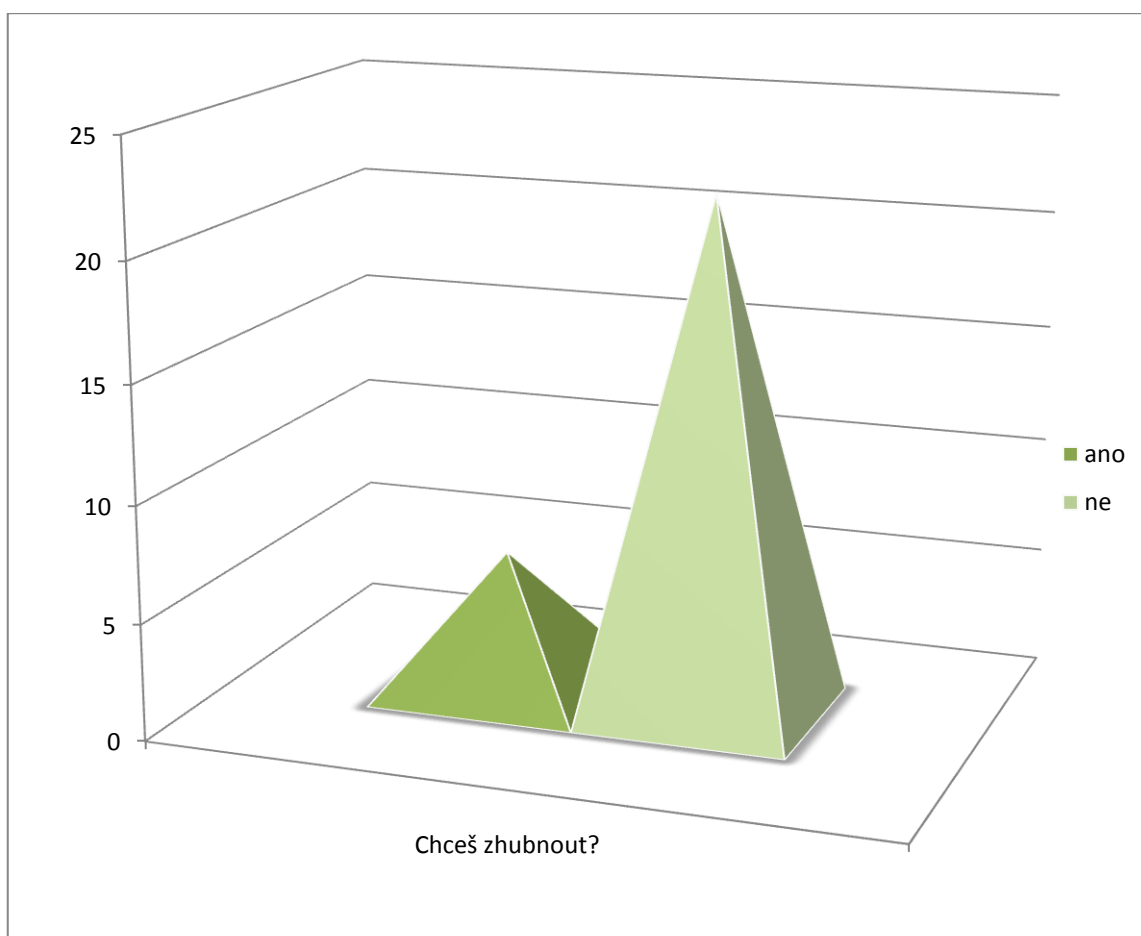
Je zcela patrné, že zvláště chlapci netouží po žádném hubnutí. Jen 3 chlapci by si přáli zhubnout.

14) Chceš zhubnout? (dívky)



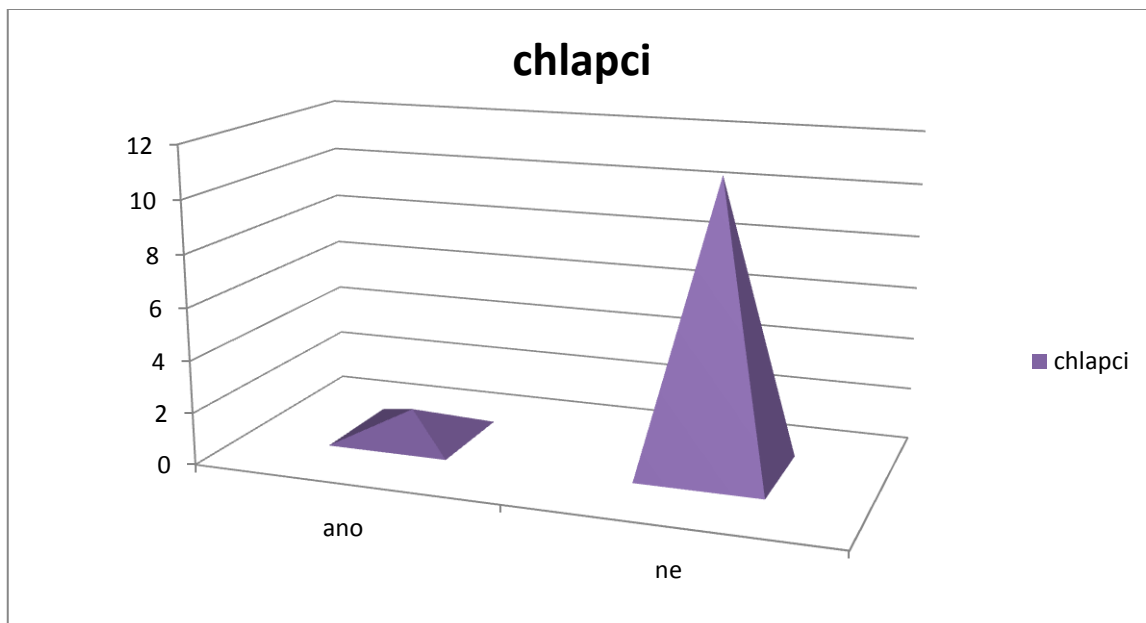
U dívek je situace již jiná. Je více těch, které by raději nějaké to kilo „shodily“.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



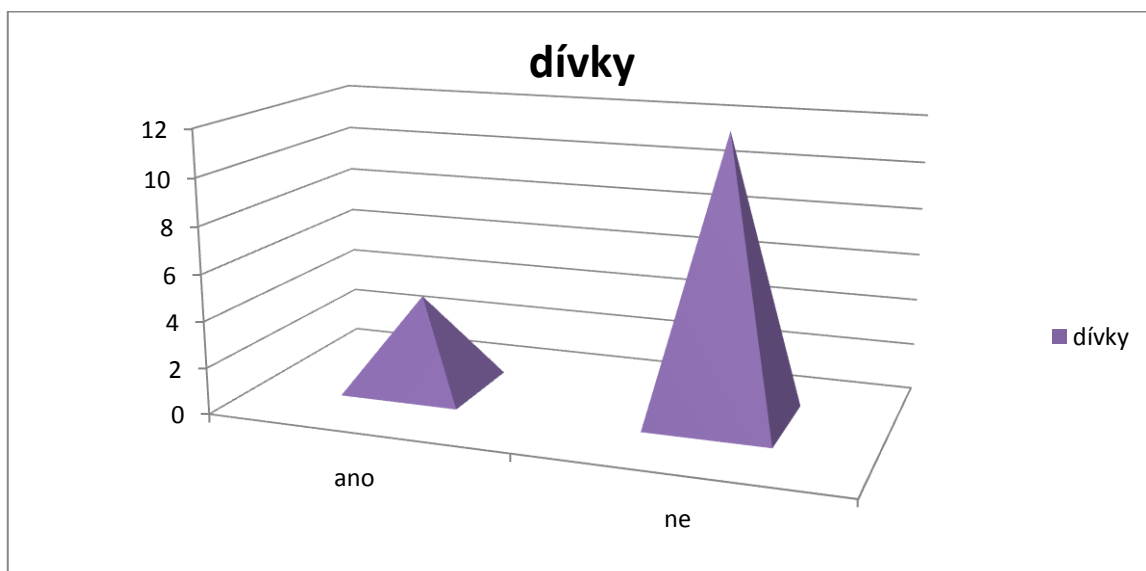
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (chlapci)



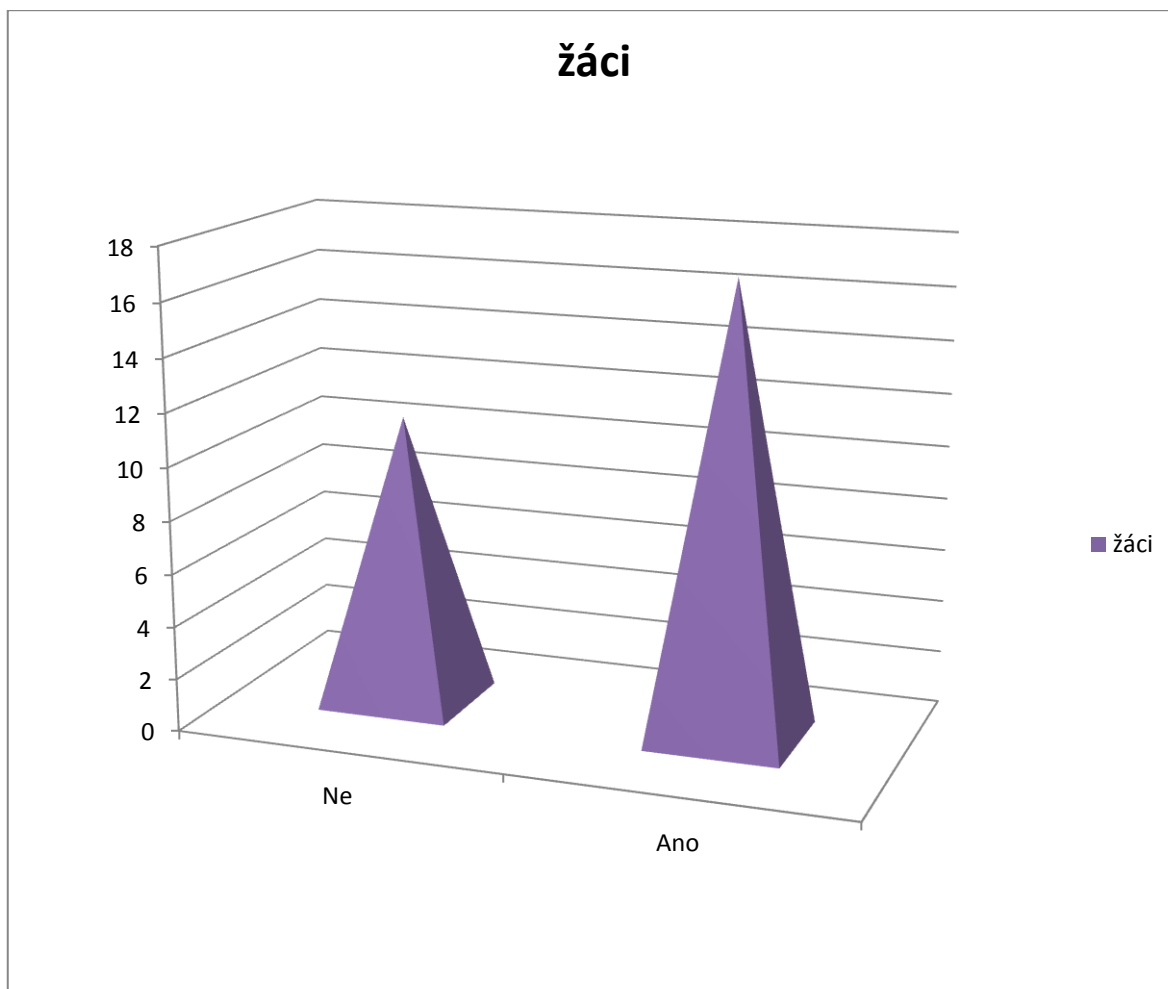
V 8. třídě ZŠ Plešivec je 1 chlapec, který vyzkoušel nějaký druh diet.

17) Držela jsi někdy dietu? (dívky)



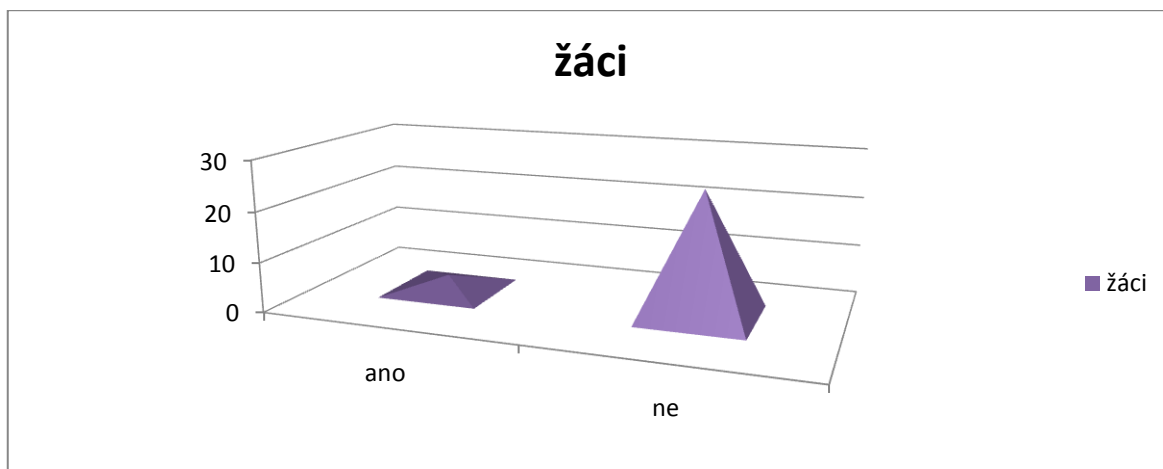
V této třídě vyzkoušely 4 dívky nějakou dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



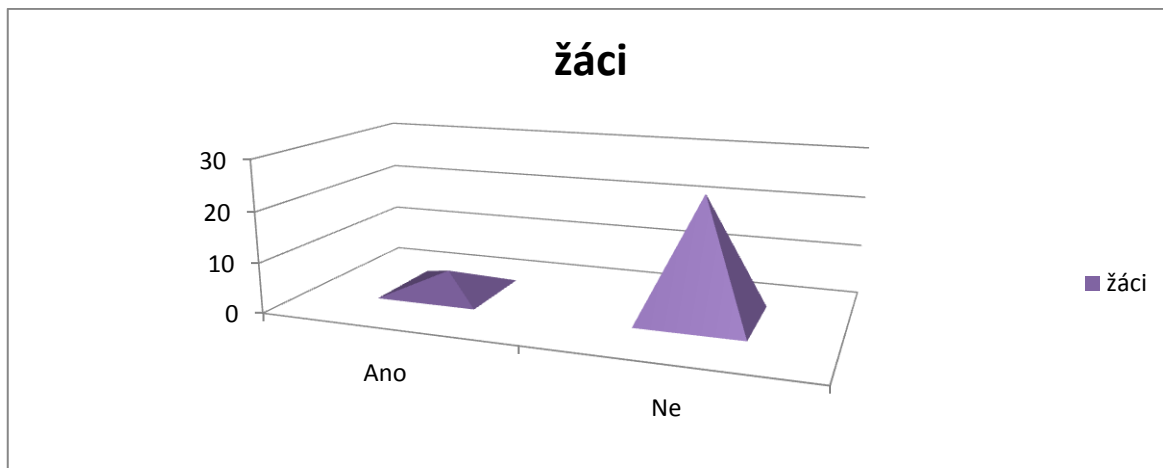
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 13 - 14 let tuto skutečnost registrují. 11 žáků z 28 dotazovaných odpověděli, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší a naopak, 17 žáků se domnívá, že životní úspěch závisí i na štíhlé postavě.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



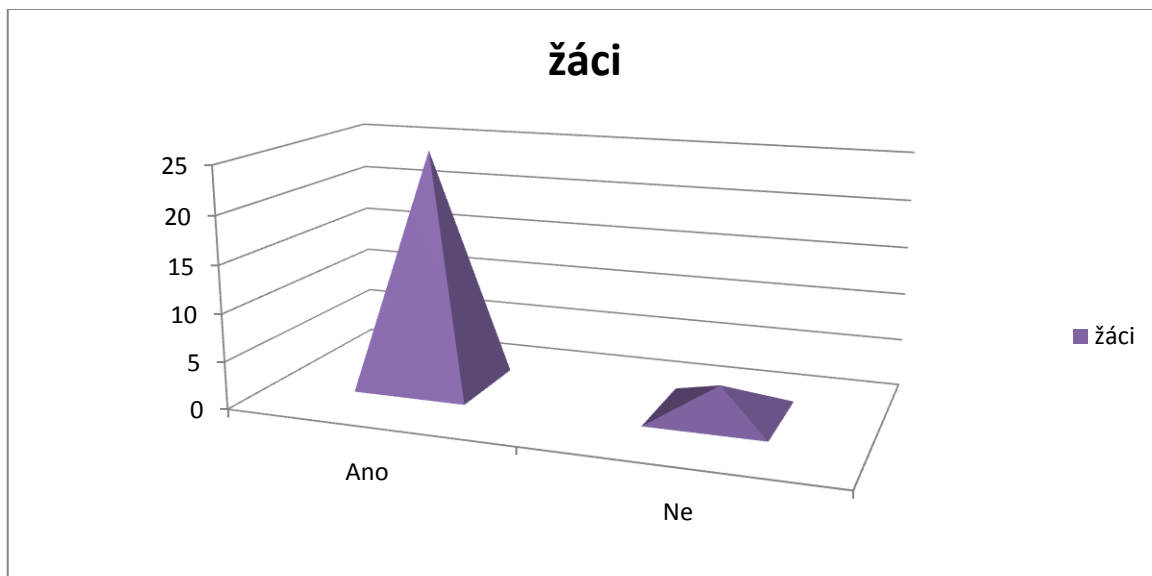
Již v 8. třídě se nacházejí 3 jedinci, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



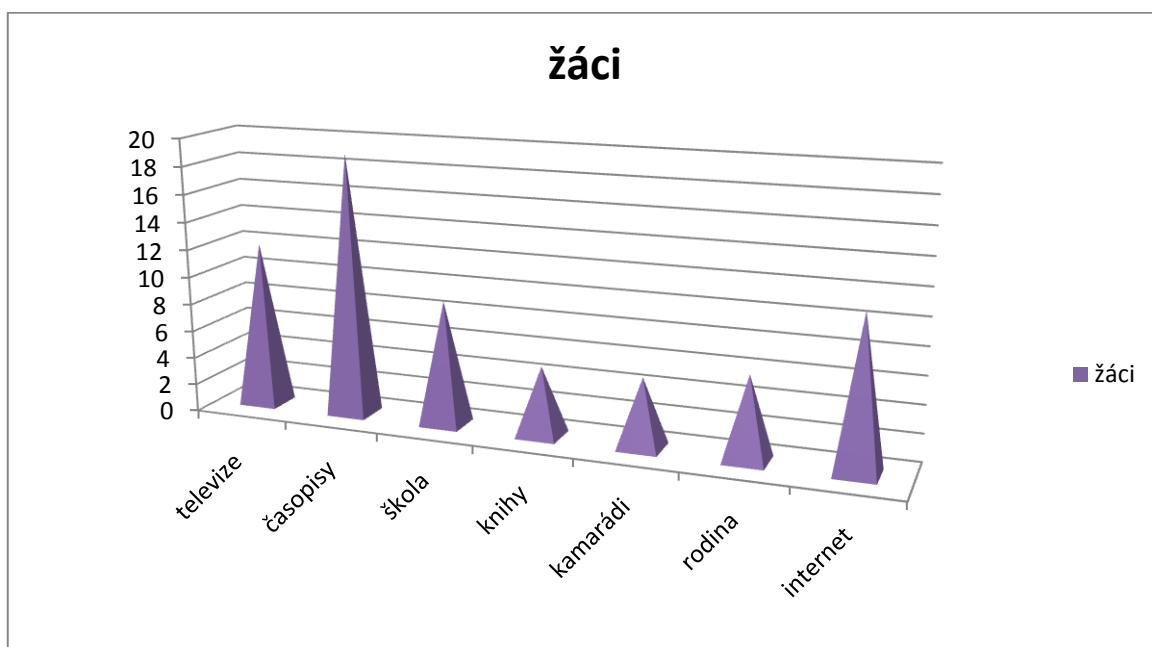
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 8. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



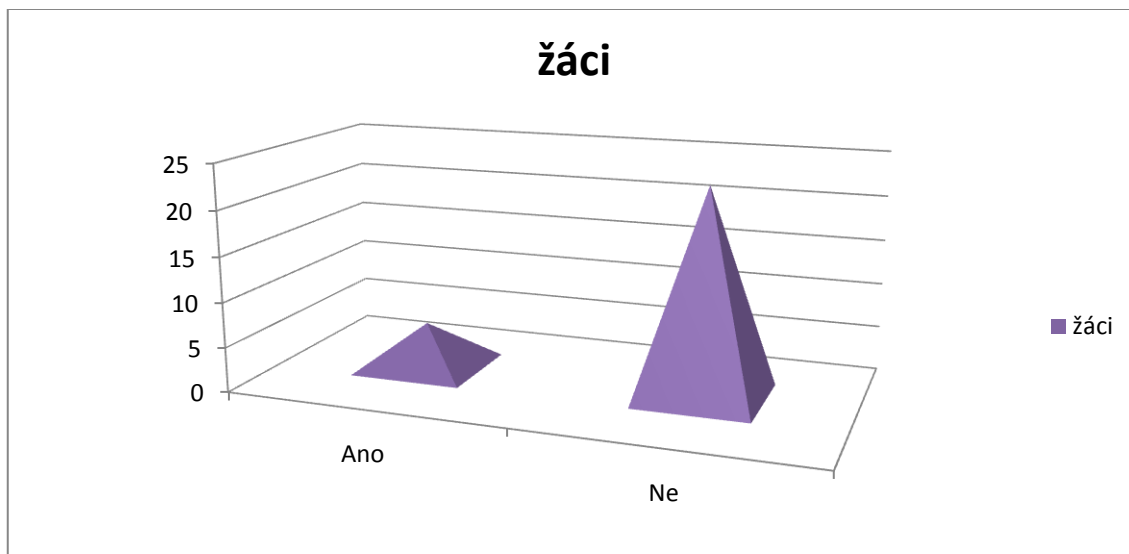
3 žáci v 8. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšeli o poruchách příjmu potravy. Zbývajícím počtem, tedy 25 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkali.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



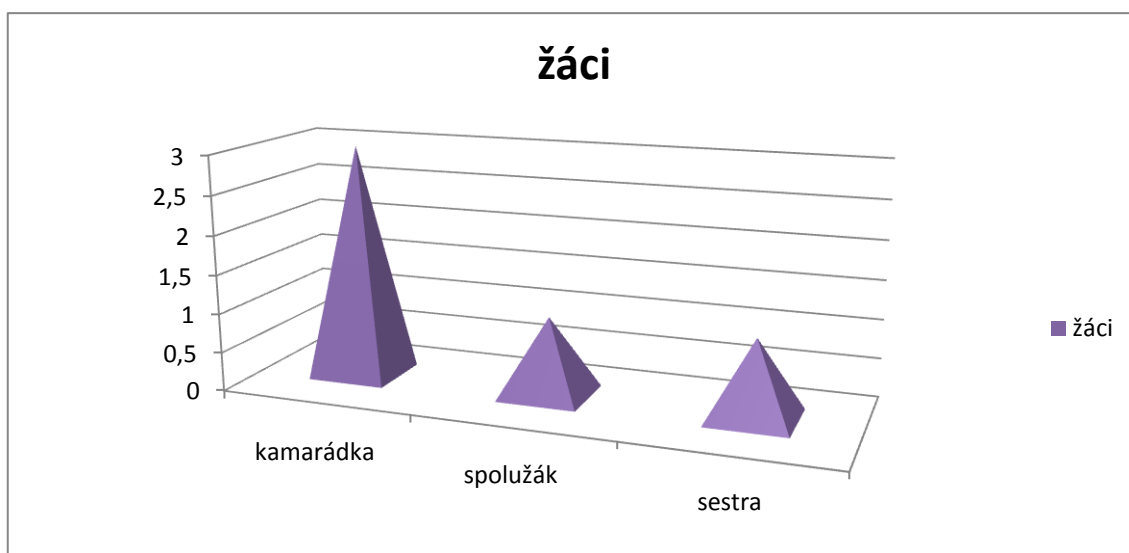
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



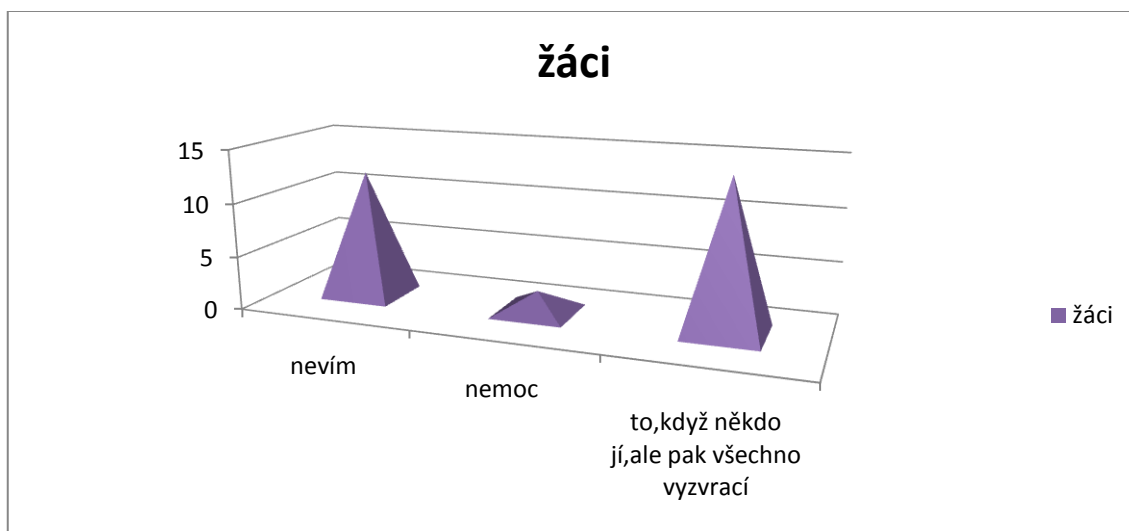
23 dotázaných se ještě nikdy nesešlo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



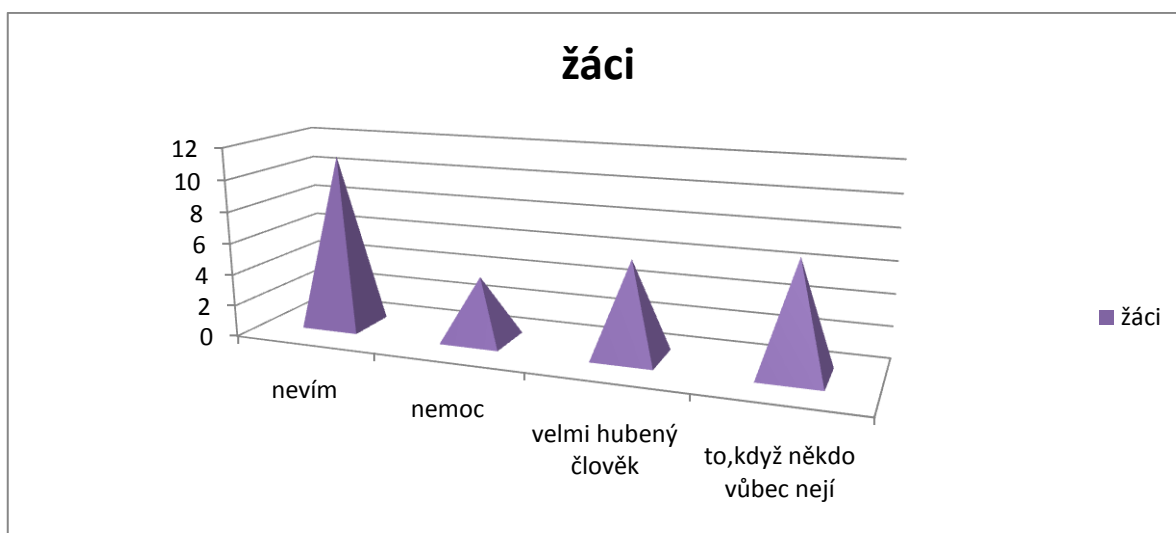
Po jednom „hlasu“ získala sestra a spolužák. Po třech „hlasech“ kamarádka.

25) Mentální bulimie, co to je?



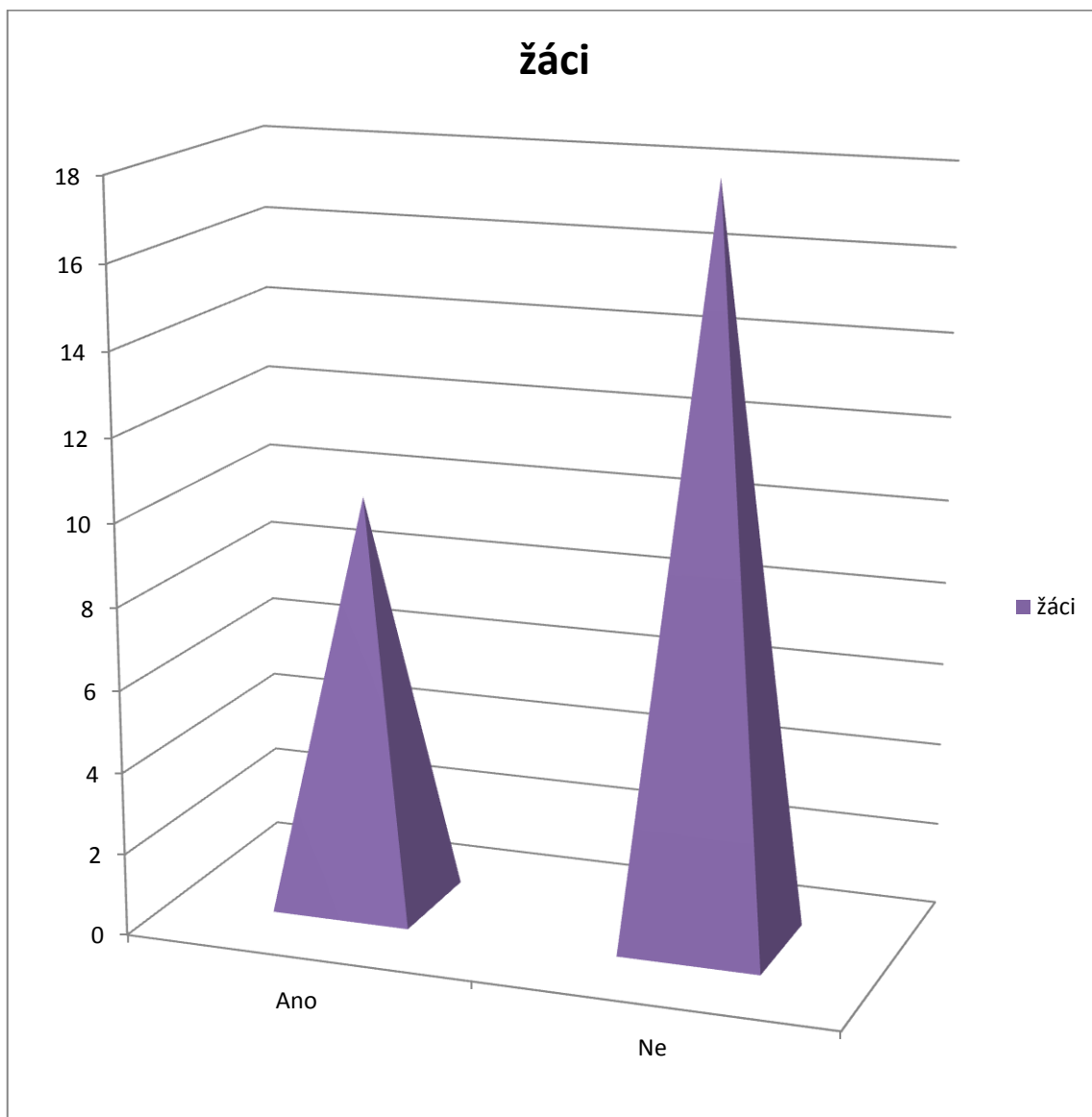
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. 12 žáků vůbec netušilo, co to mentální bulimie je, dalších 14 vědělo, že je to někdo, kdo se přejí a pak vyzvrací.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 11 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 4 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, dalších 6 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 7 napsalo, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

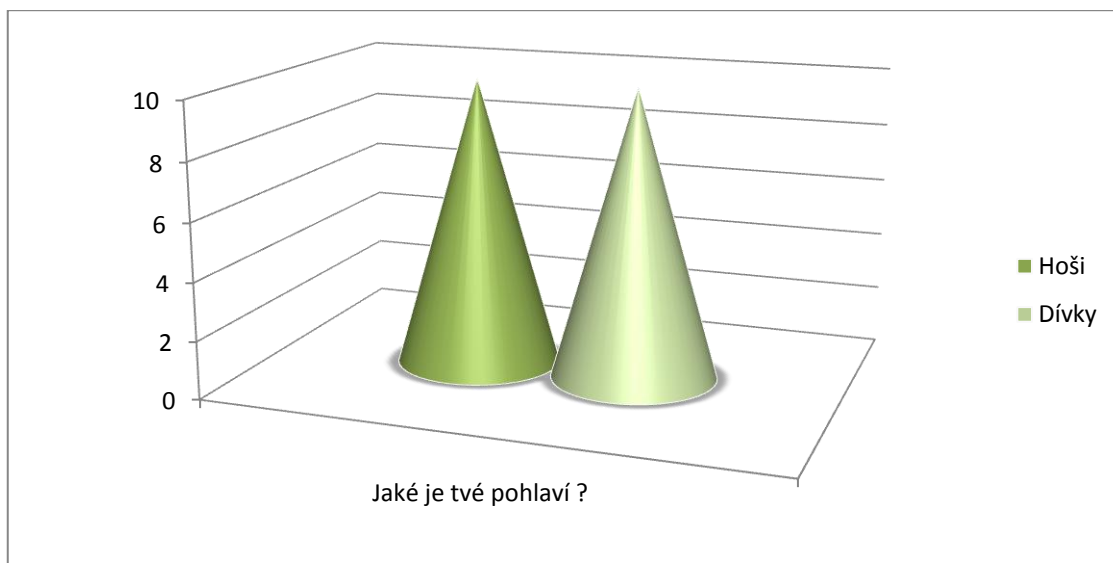
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

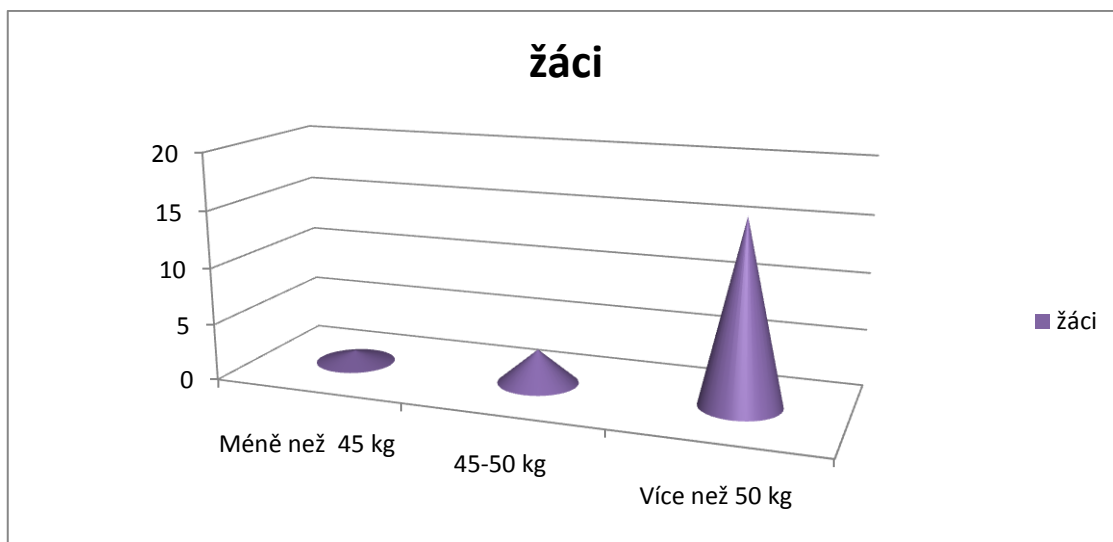
9. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



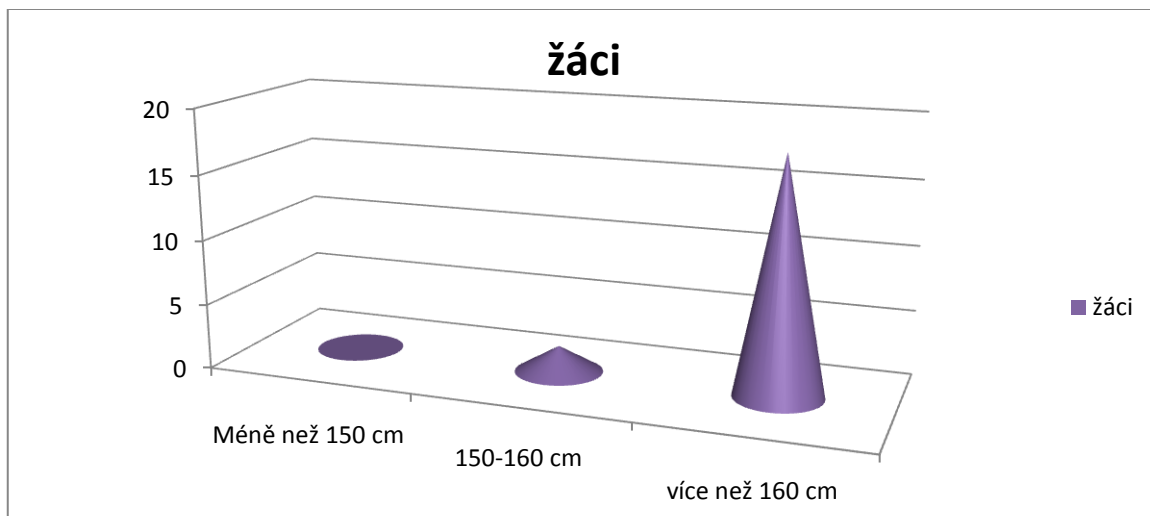
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 9. třídě zastoupilo 10 chlapců a 10 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



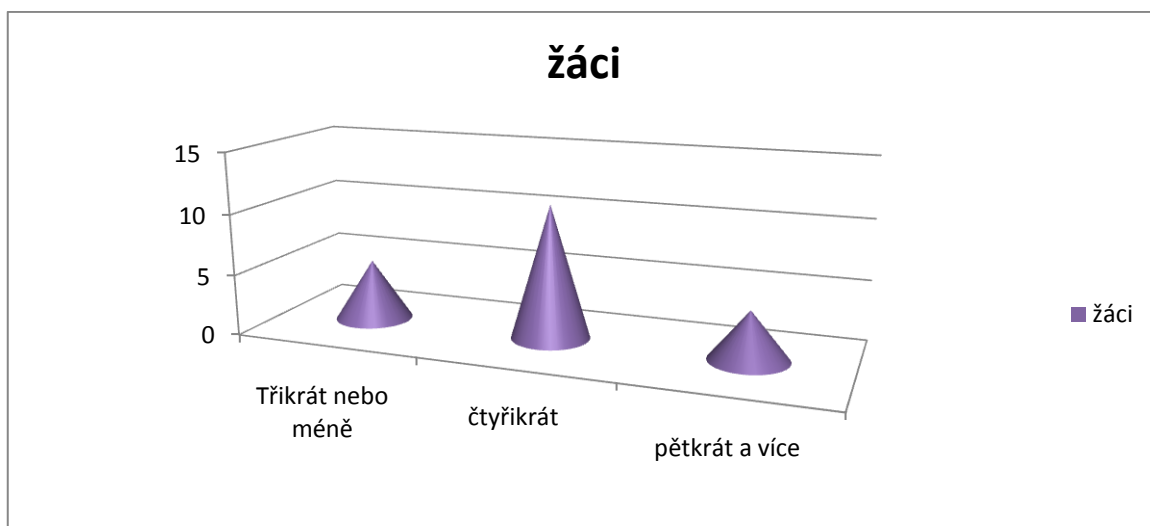
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážil 1 dotazovaný, další 3 vážili mezi 45 – 50 kg a 16 vážilo více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



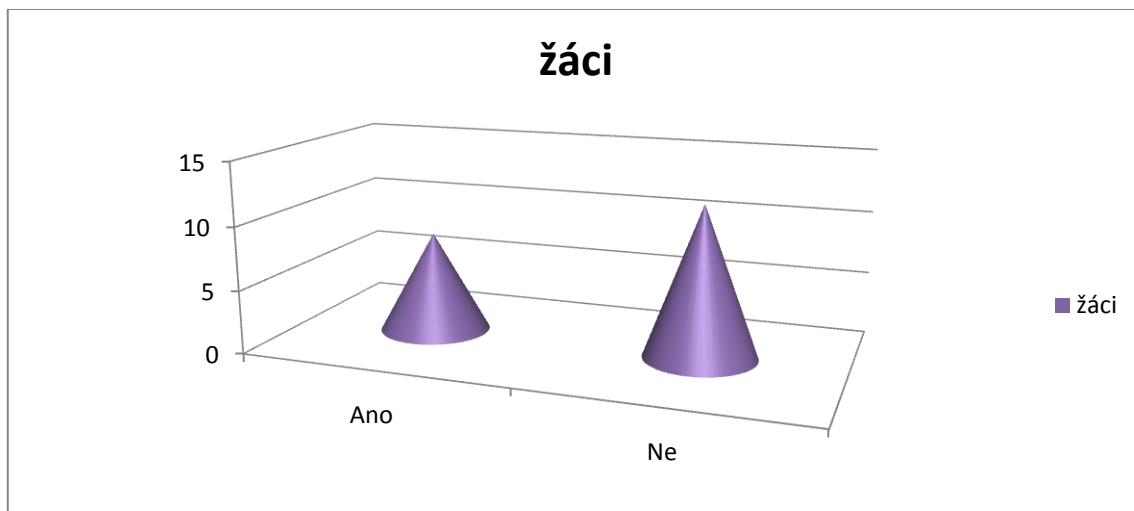
V této otázce mě zajímala výška žáků 9. třídy. Méně než 150 cm neodpověděl ani jeden žák, další 2 zaškrtnli odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a zbývajících 18 respondentů měří více než 160 cm.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



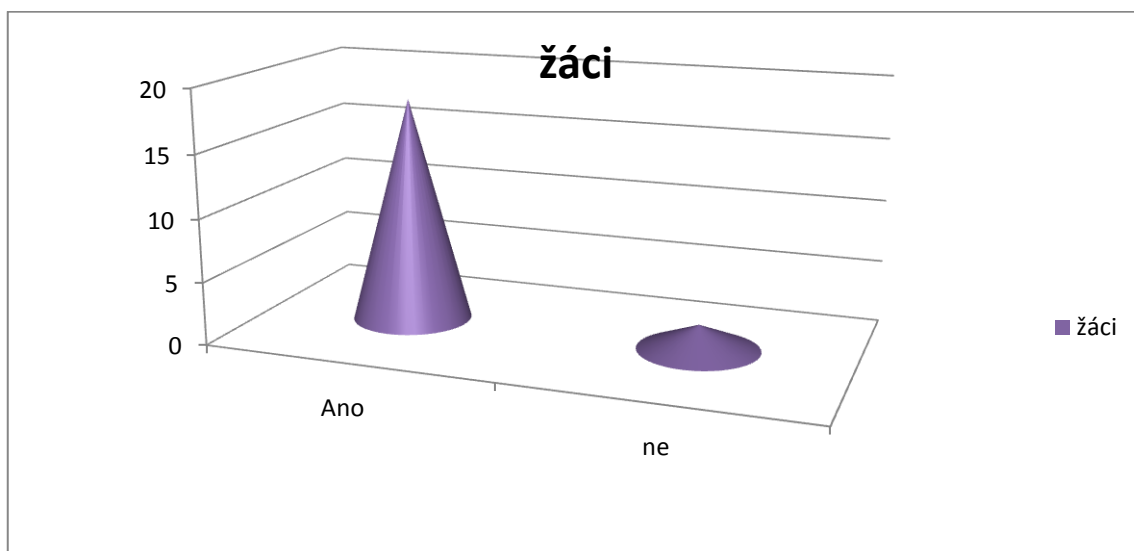
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 11 žáků, z celkových 20 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 5 žáků a další 4 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



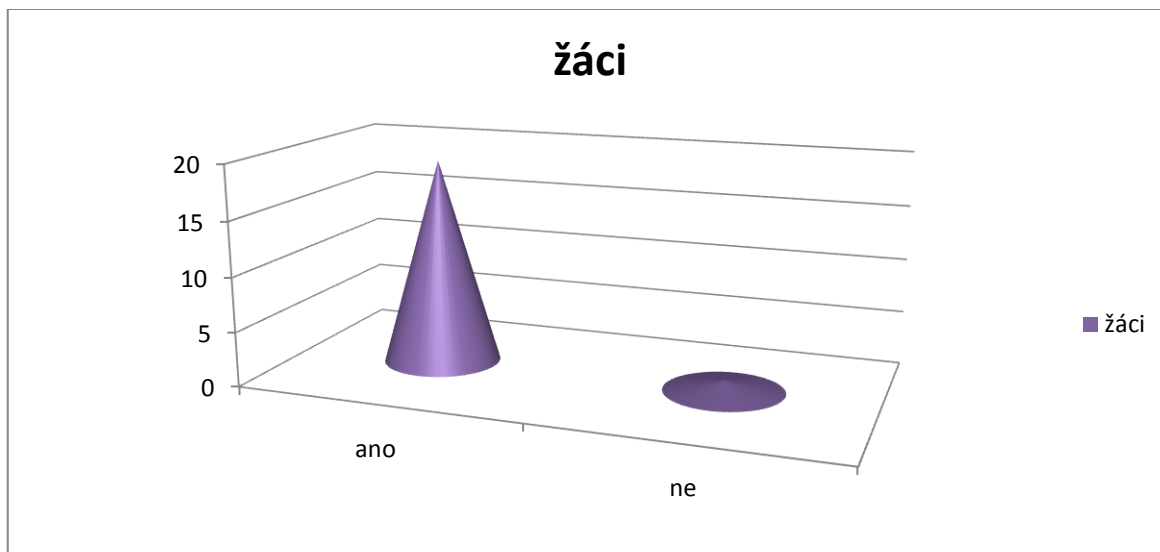
V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 20 dotázaných jich snídá pouze 8.

6) Svačíš ve škole?



Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. 18 žáků ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 19 žáků z 20.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



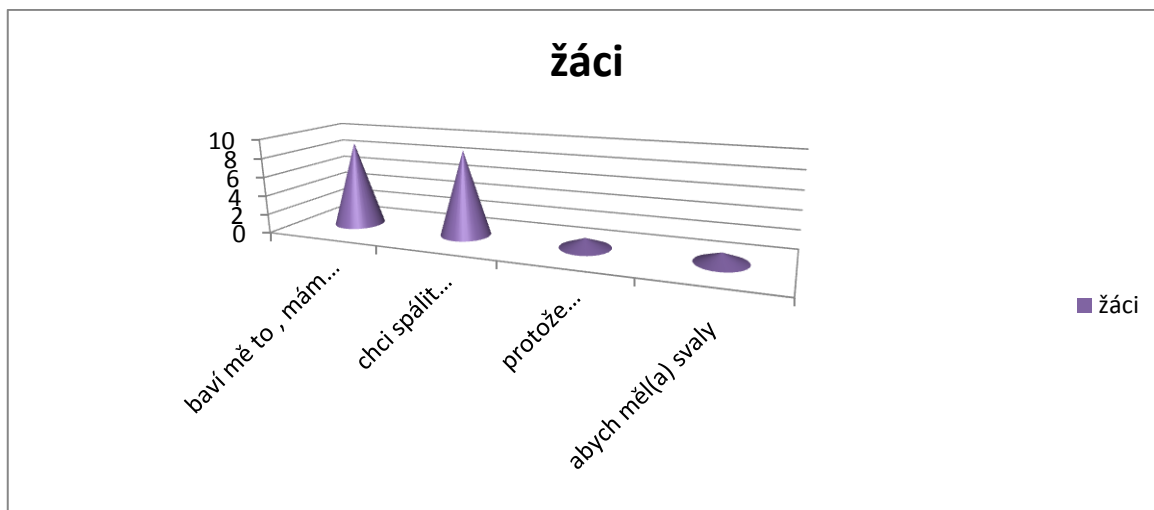
Na tuto otázku odpovědělo 10 žáků tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 9 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývající 1 žák si na zelenině pochutnává téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



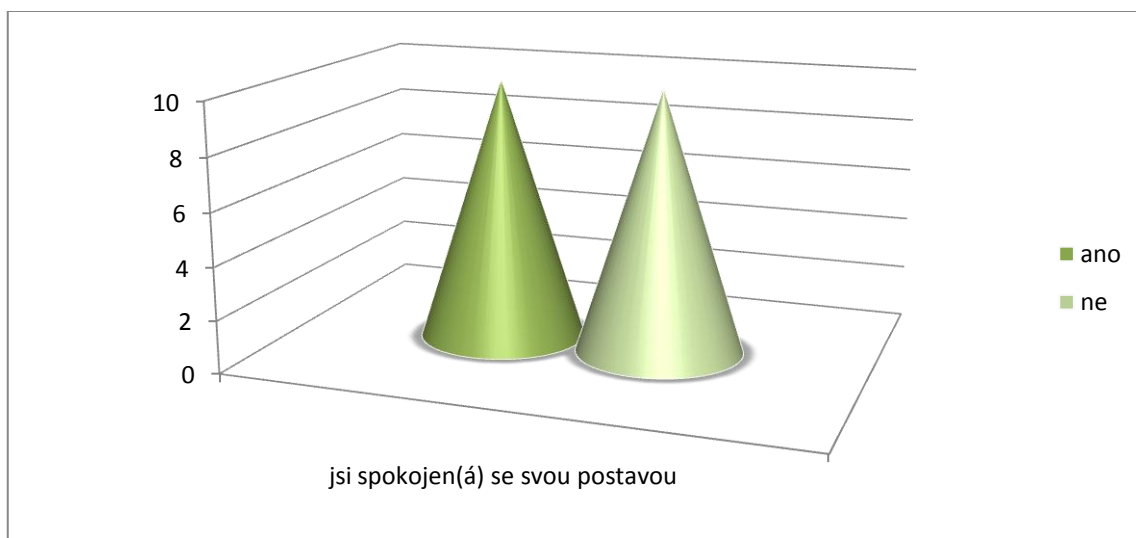
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 9 dětí sportuje i několikrát v týdnu, 8 dokonce denně a pouze 2 žáci z 20 sportují jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



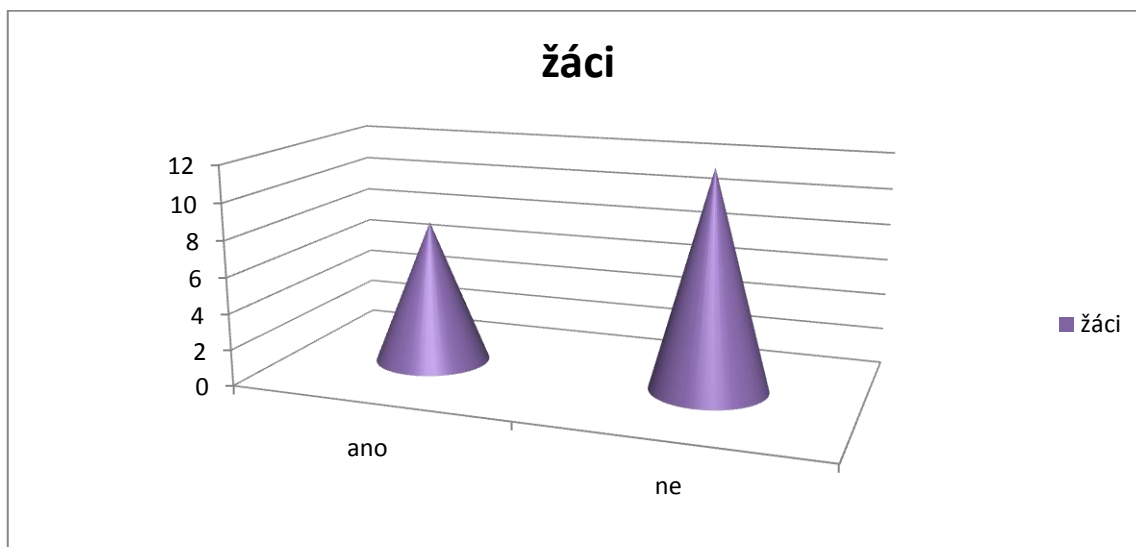
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 9 z nich mi odpovědělo, že je to baví, dalších 1 cvičí proto, že musí ve škole, 9 respondentů chce spálit energii a 1 žák cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



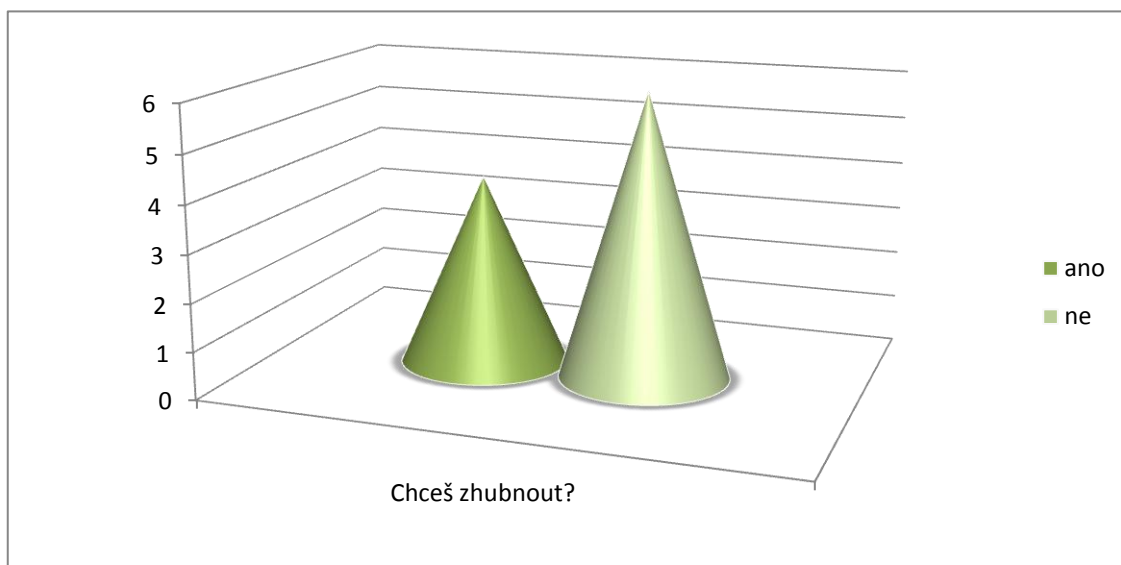
Na tuto otázku mi 10 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a zbývající půlka, 10 žáků není se svou postavou spokojená. Tedy půl na půl.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky)



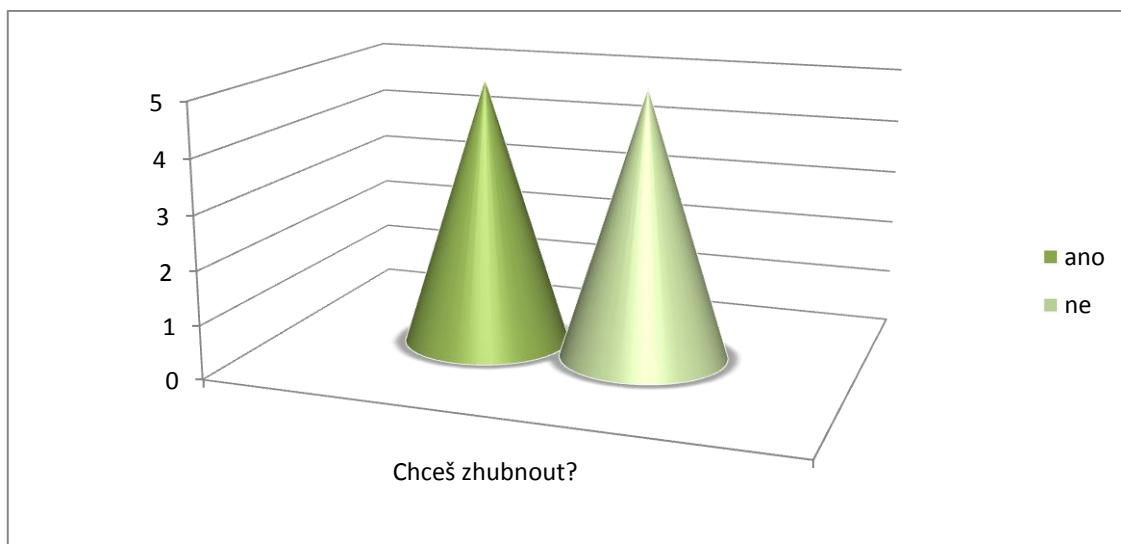
8 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 12 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (chlapci)



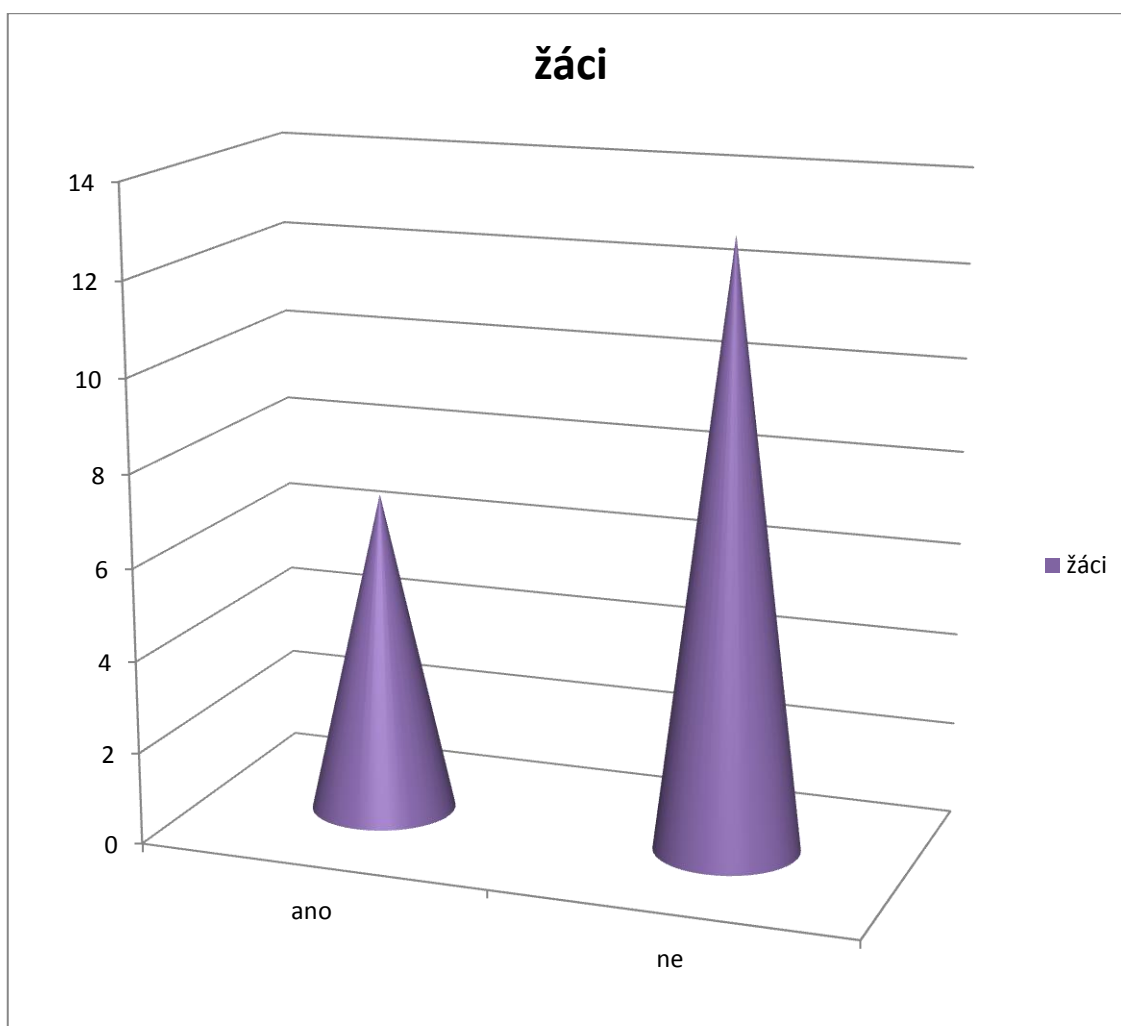
4 chlapci z 10 by chtěli zhubnout.

14) Chceš zhubnout? (dívky)



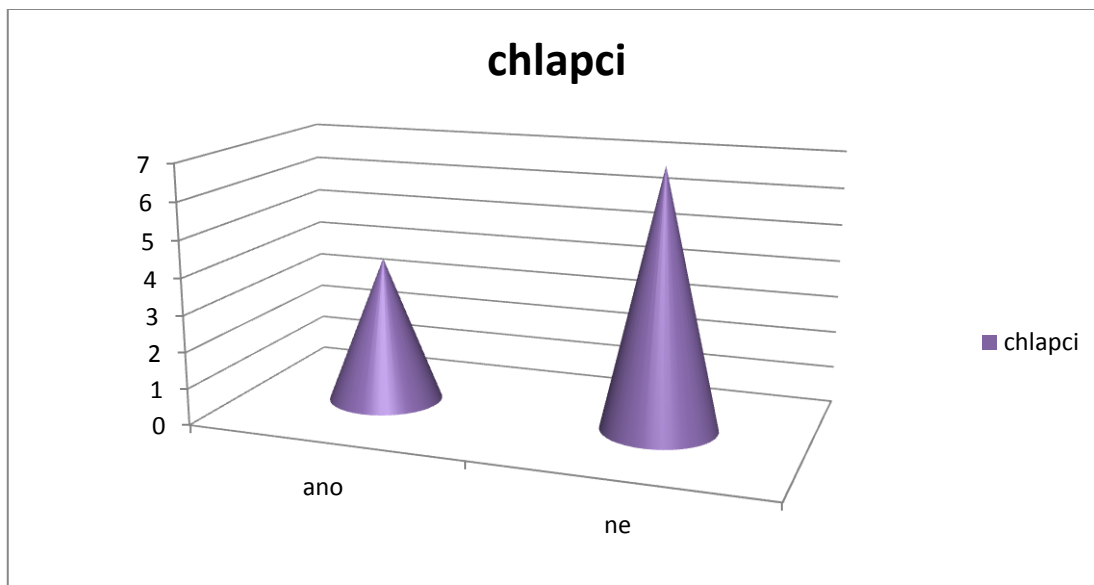
U dívek je to opět půl na půl. 5 dívek by rádo zhublo a dalších 5 je spokojeno se svou postavou.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



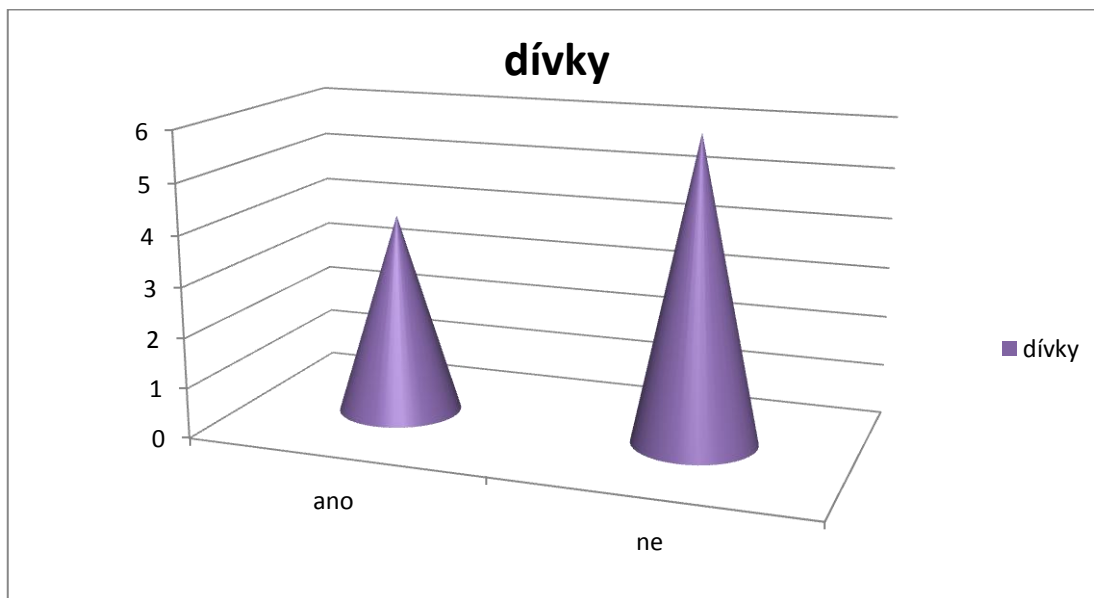
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (chlapci)



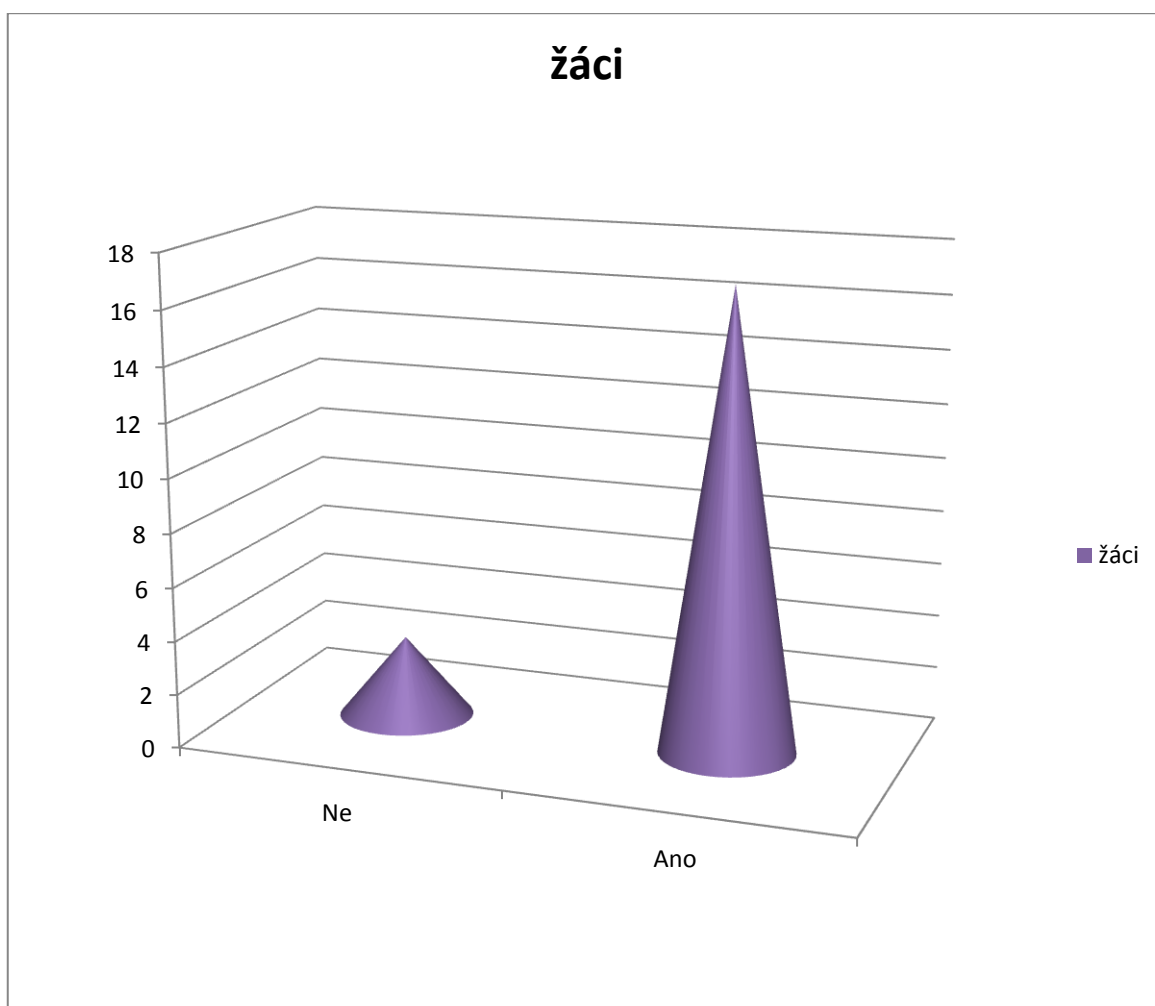
V 9. třídě ZŠ Plešivec drželi již 3 chlapci nějakou redukční dietu.

17) Držela jsi někdy dietu? (dívky)



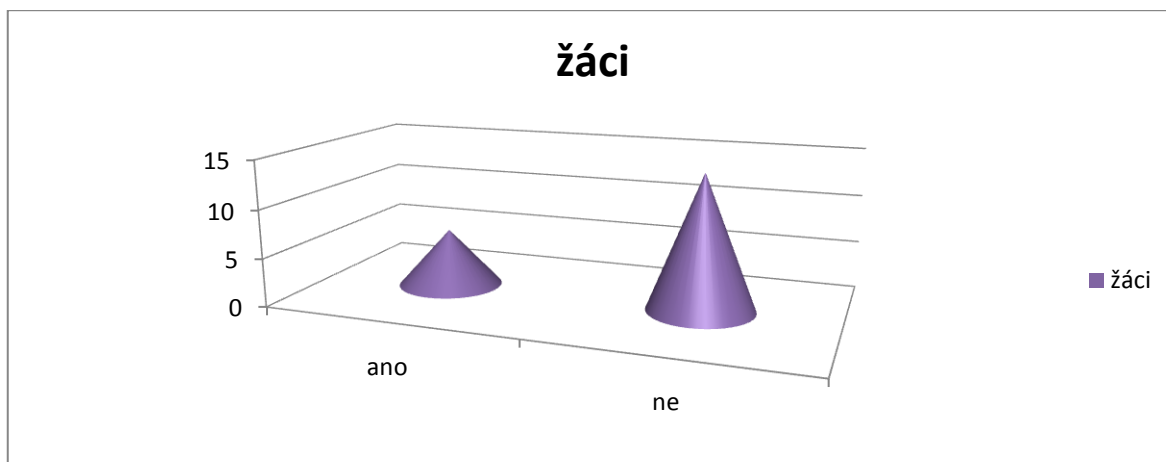
V 9. třídě ZŠ Plešivec držela 4 děvčata nějakou redukční dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



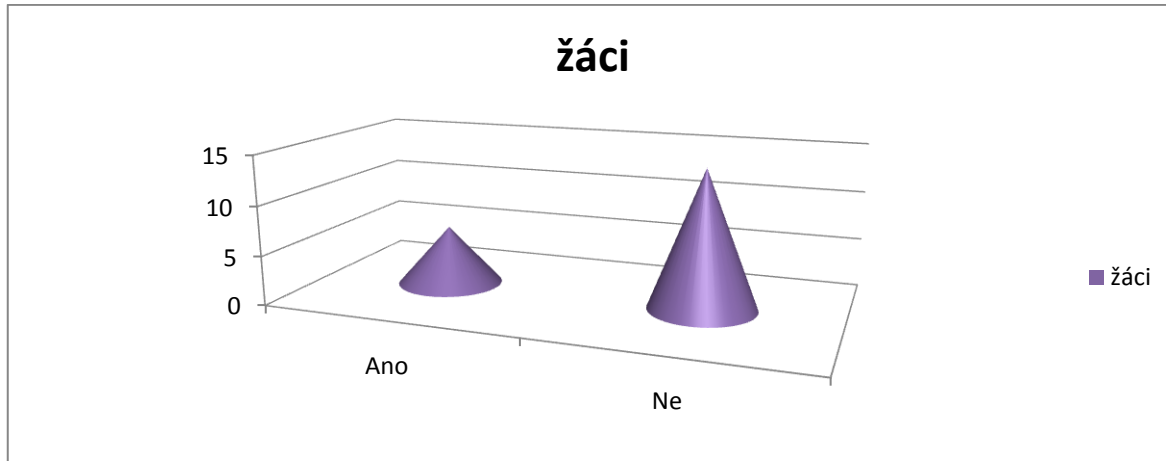
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 14 - 15 let tuto skutečnost registrují. Jen 3 žáci z 20 dotazovaných odpověděli, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



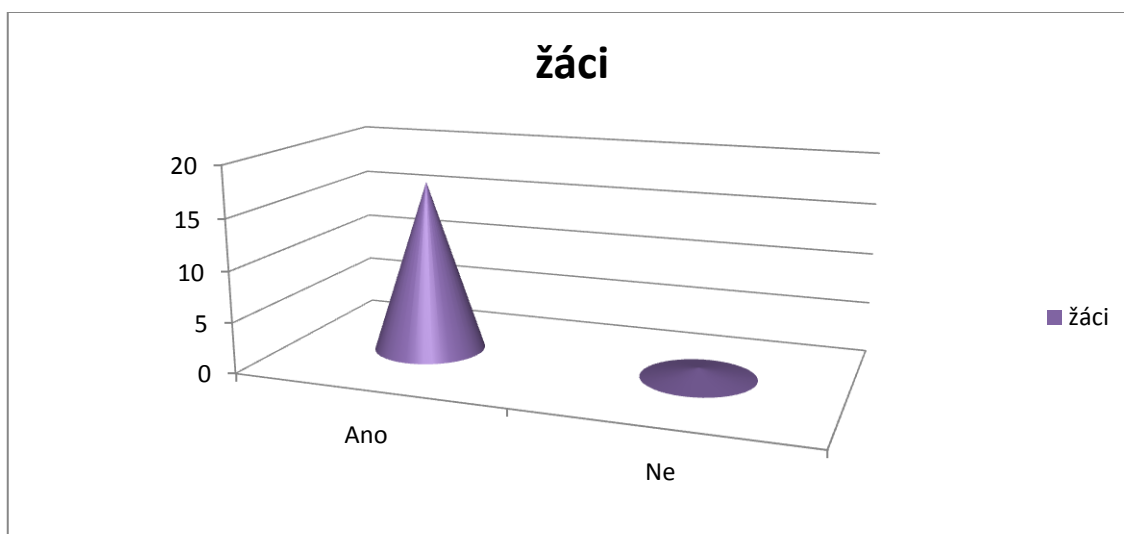
Již v 9. třídě se nacházejí 6 jedinců, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



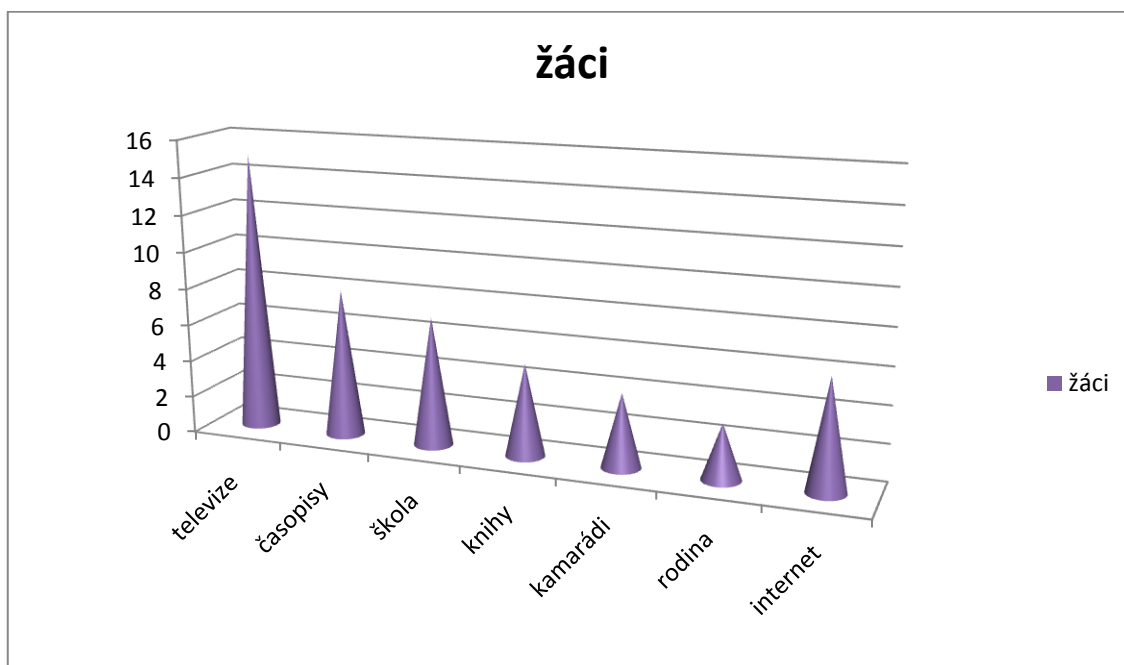
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 9. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



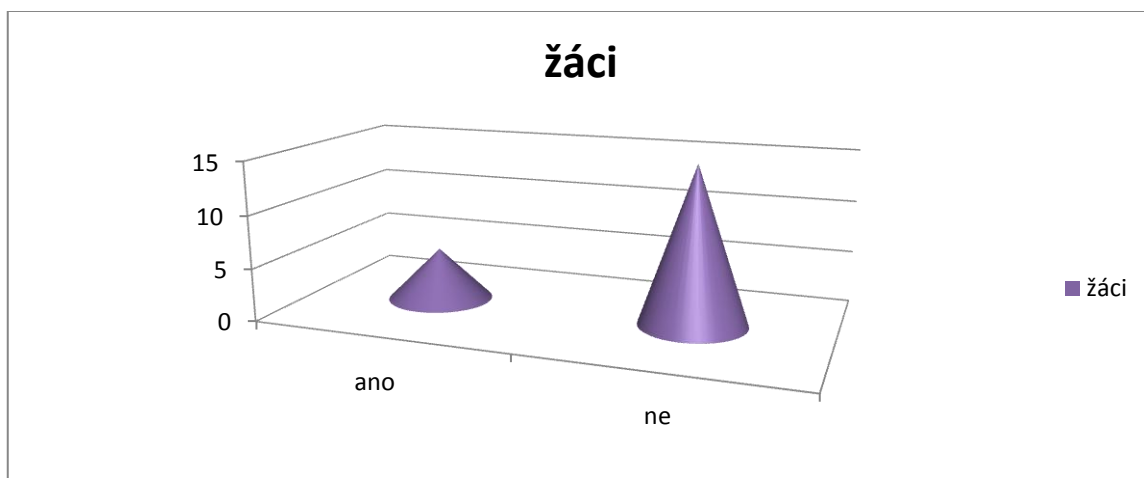
1 žák v 9. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšel o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 19 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkalo.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



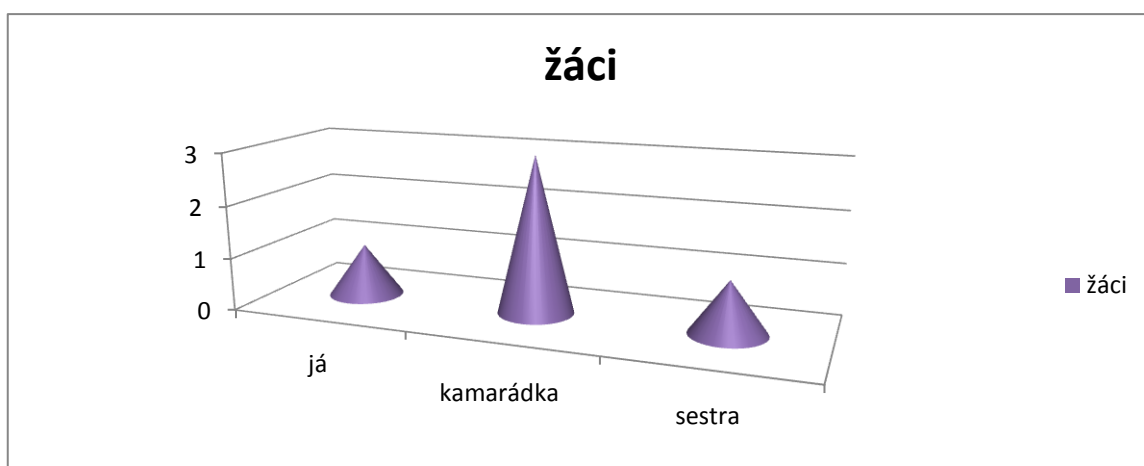
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



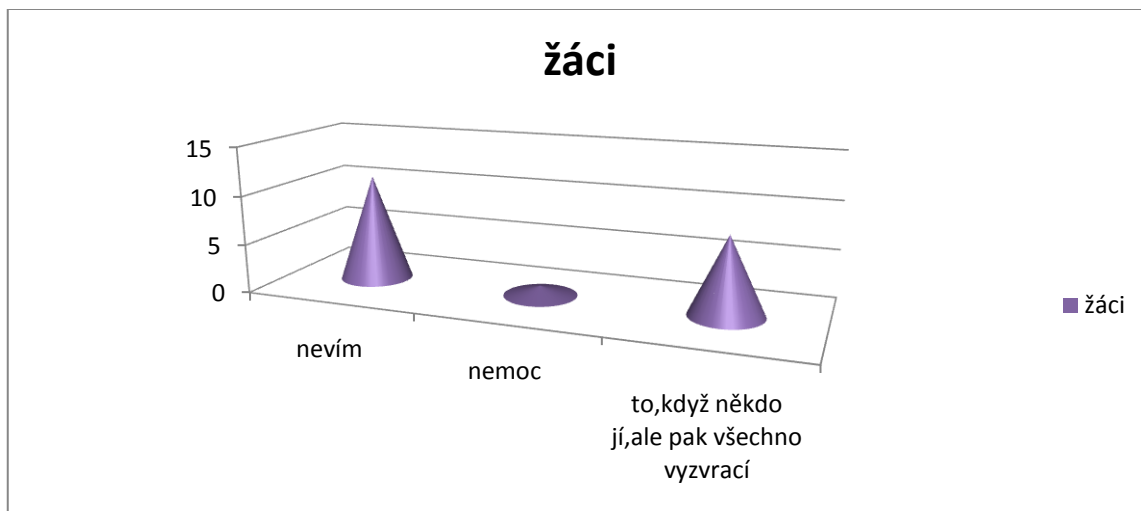
15 dotázaných se ještě nikdy nesetkalo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



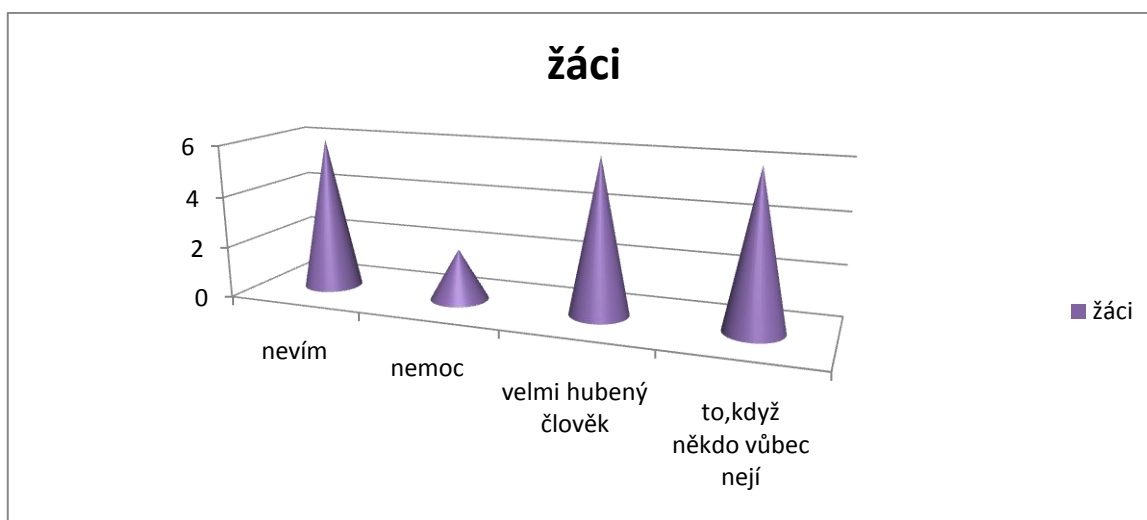
Po jednom „hlasu“ získala sestra a někdo, kdo se přiznal, že trpí anorexií. Po třech „hlasech“ získala kamarádka.

25) Mentální bulimie, co to je?



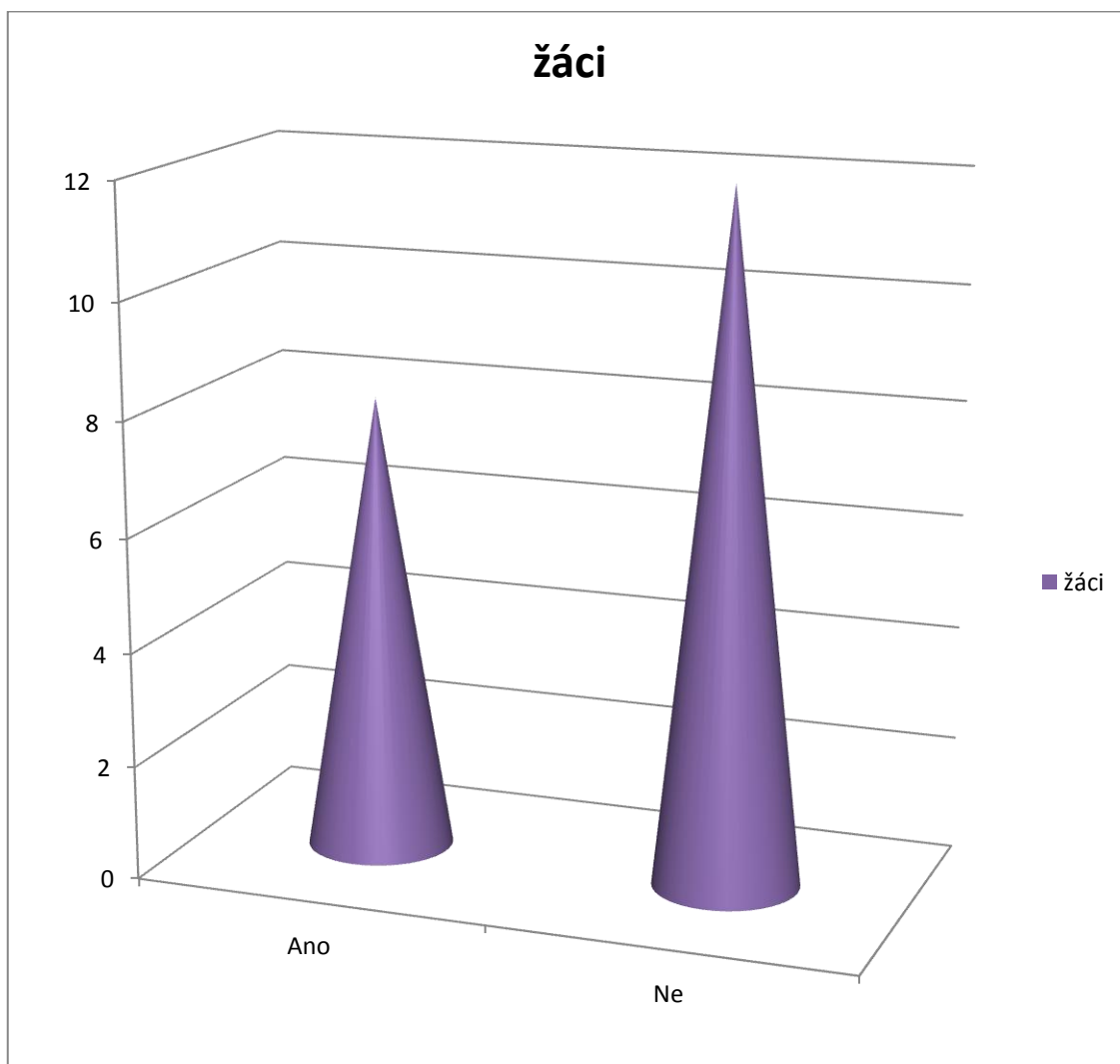
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 6 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 2 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, dalších 6 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 6 napsalo, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



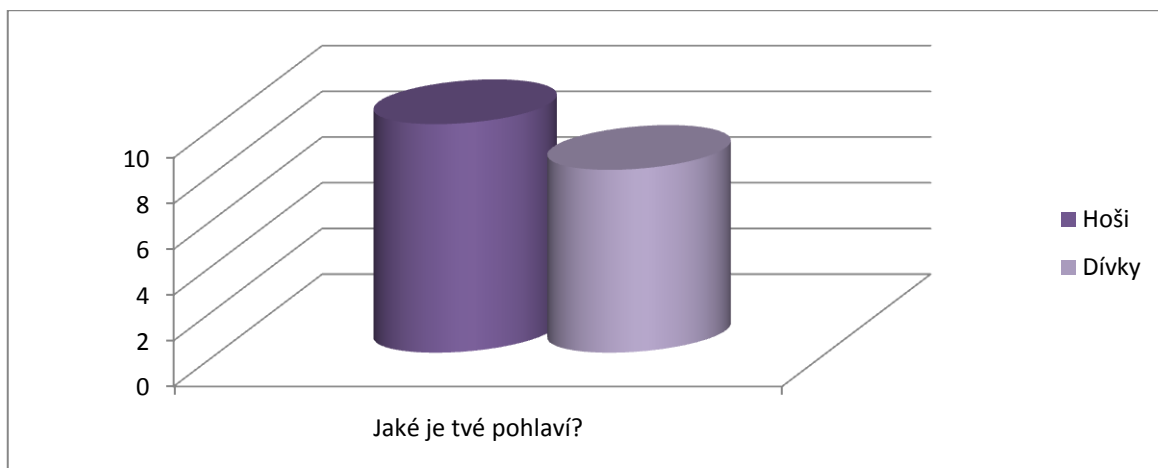
Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

Zdroj: vlastní výzkum

ZÁKLADNÍ ŠKOLA KŘEMŽE

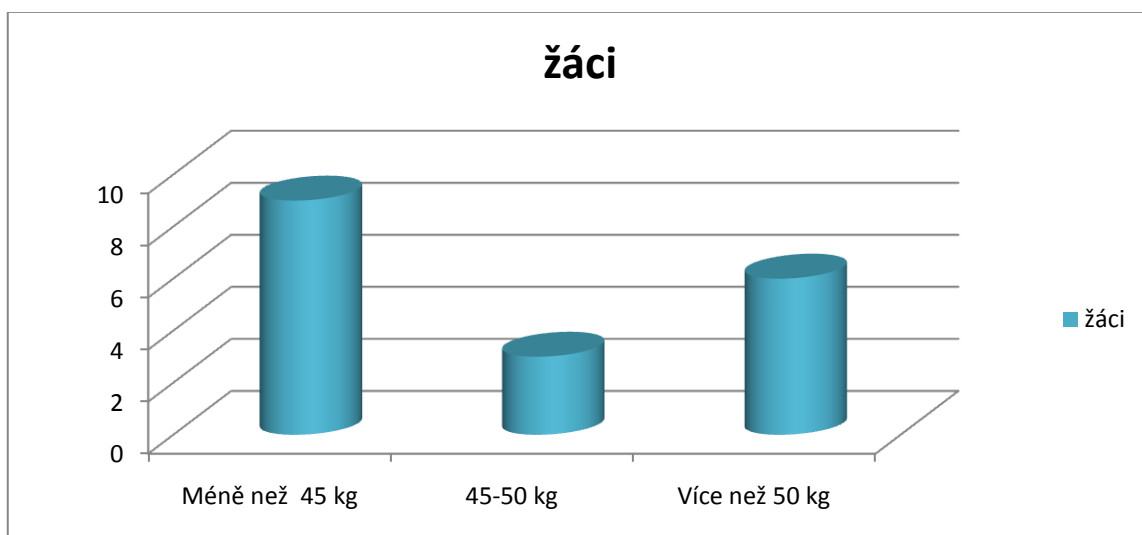
6. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



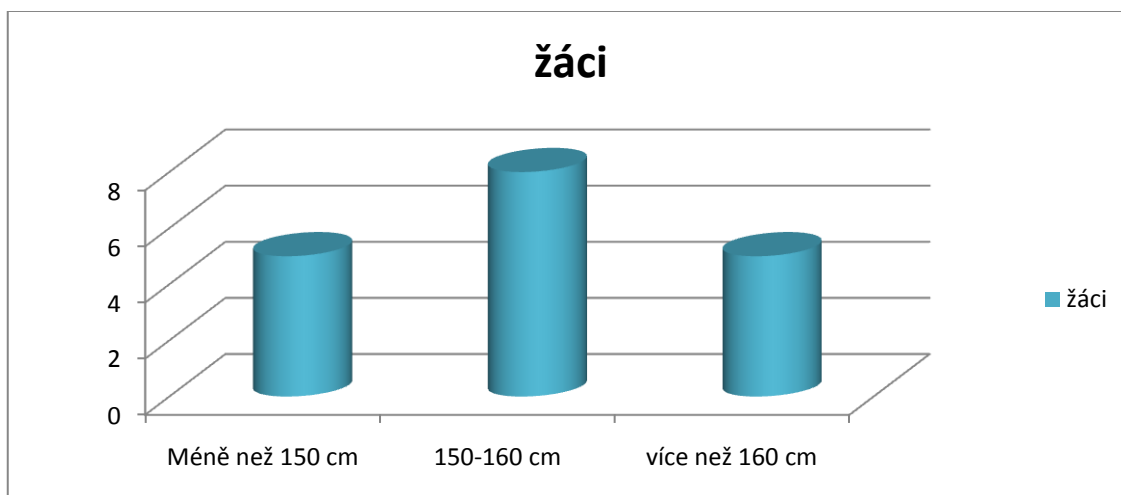
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 6. třídě zastoupilo 10 chlapců a 8 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



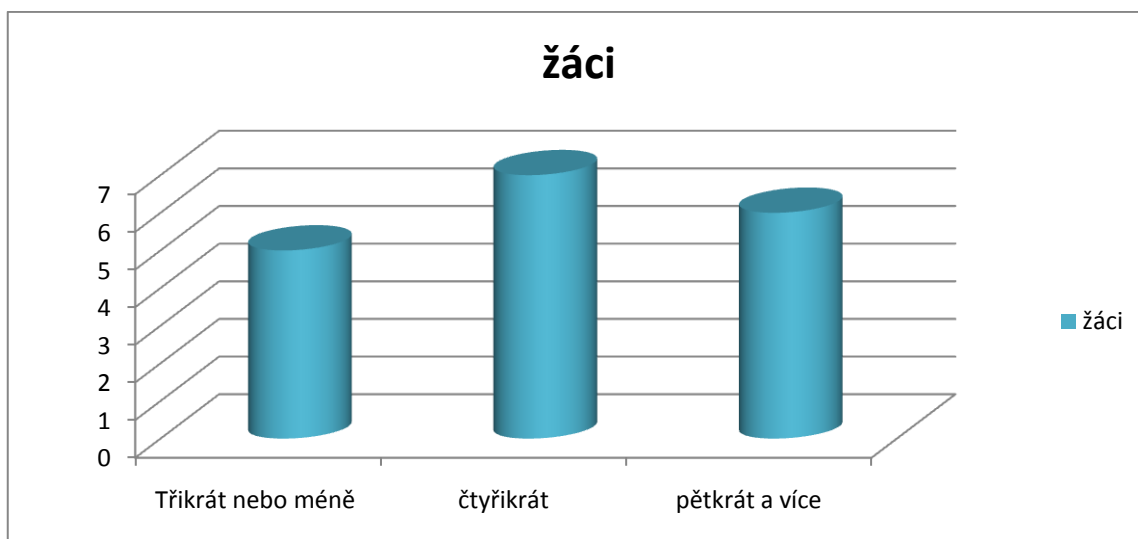
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážilo 9 dotazovaných, další 3 vážili mezi 45 – 50 kg a 6 vážilo více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



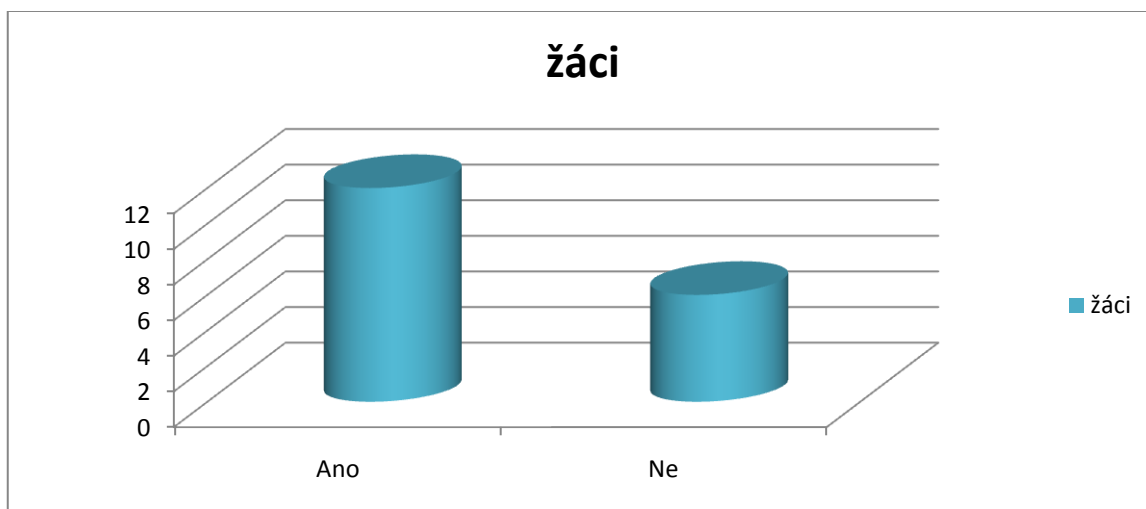
V této otázce mě zajímala výška žáků 6. třídy. Méně než 150 cm odpovědělo 5 dotazovaných, dalších 8 zaškrtnulo odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a 5 měřilo více než 160 cm.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



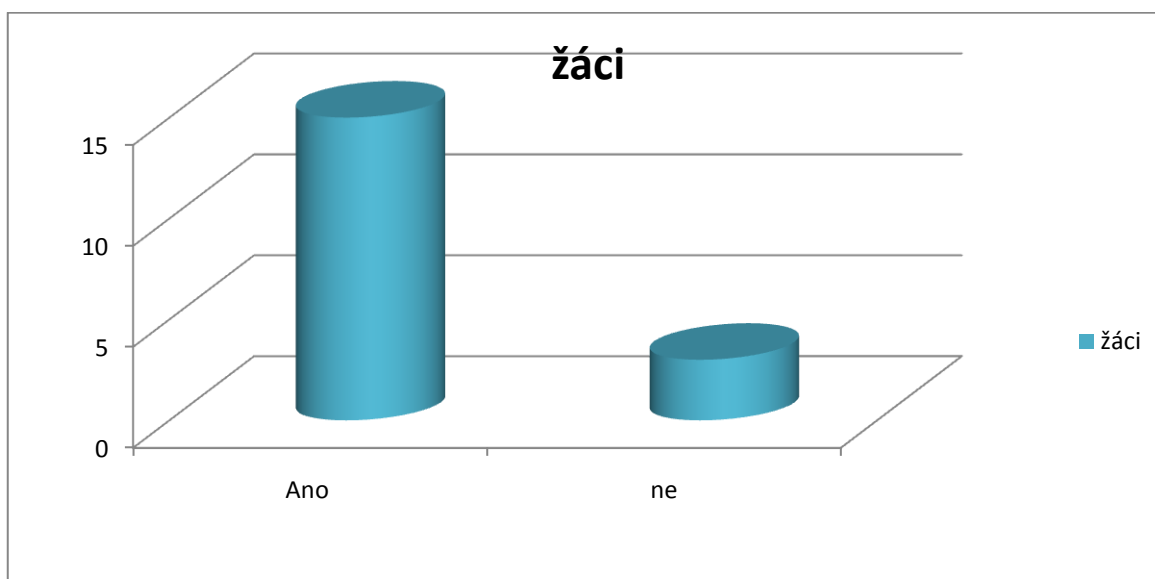
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 7 žáků, z celkových 18 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 7 žáků a dalších 6 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 18 dotázaných jich snídá 12.

6) Svačíš ve škole?



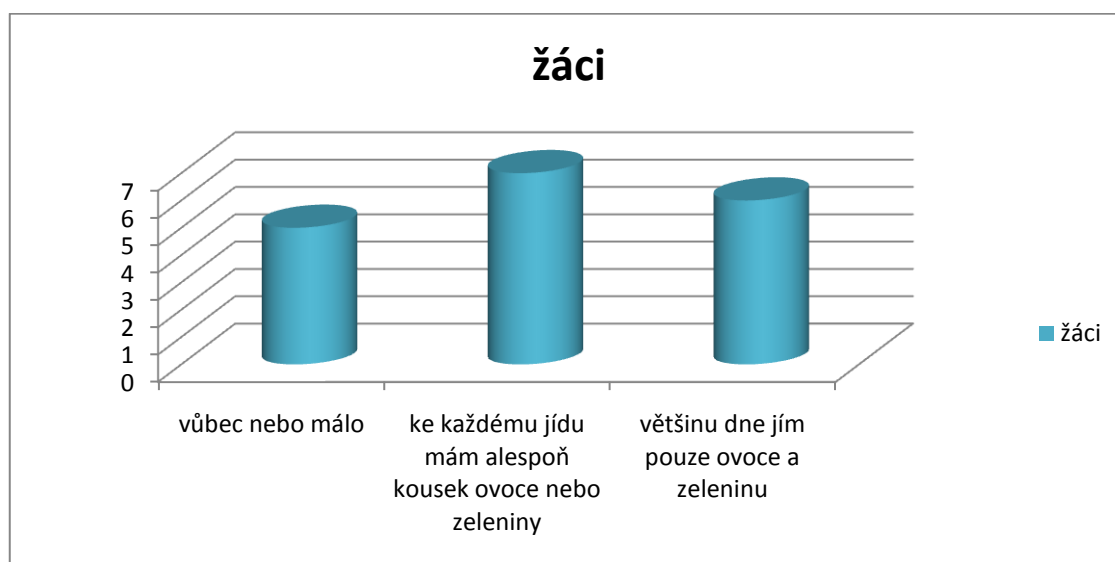
Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. 15 žáků ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



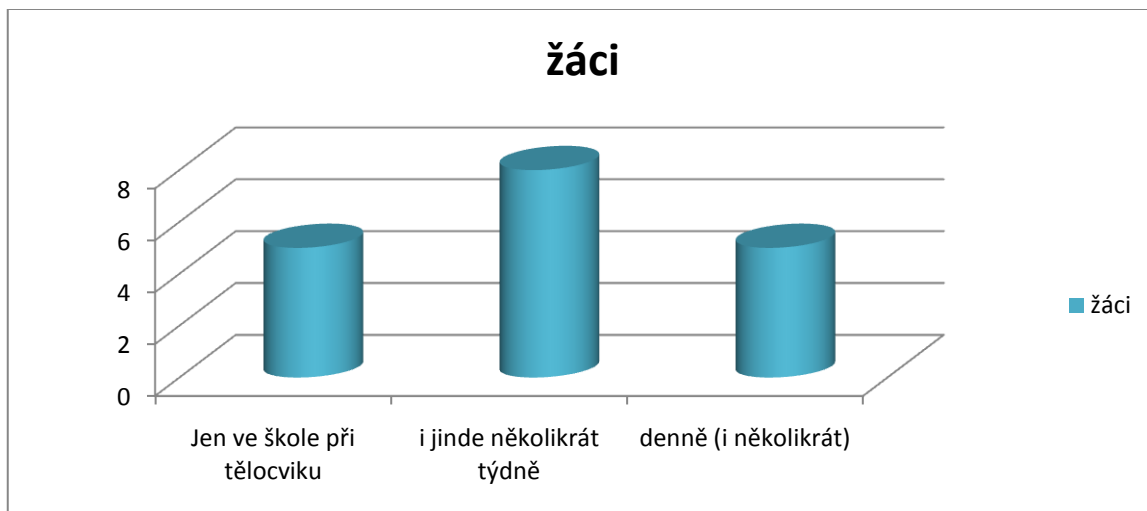
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvají všichni žáci ze třídy.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



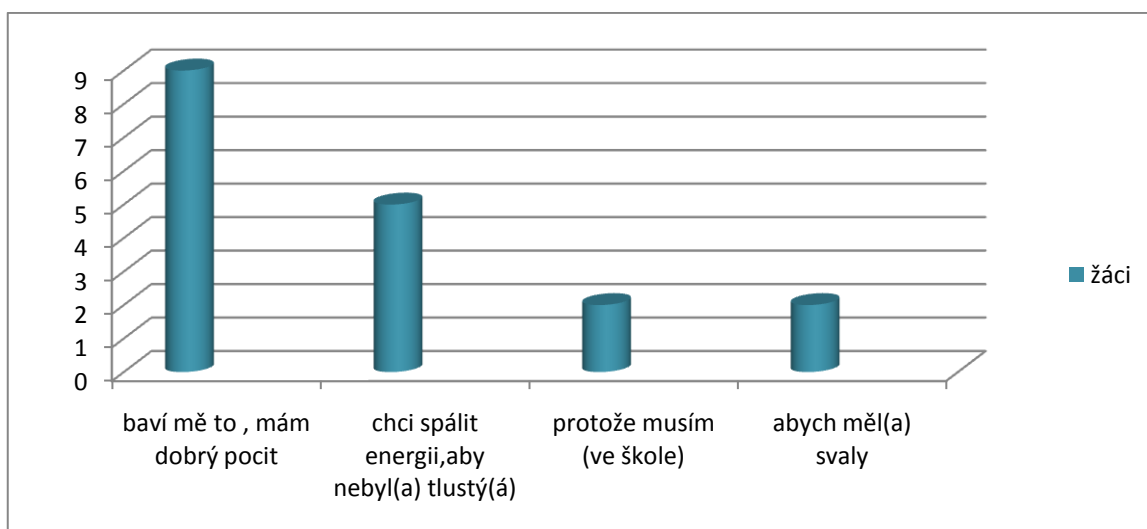
Na tuto otázku odpovědělo 5 žáků tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 7 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývajících 6 si na zelenině pochutnává téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



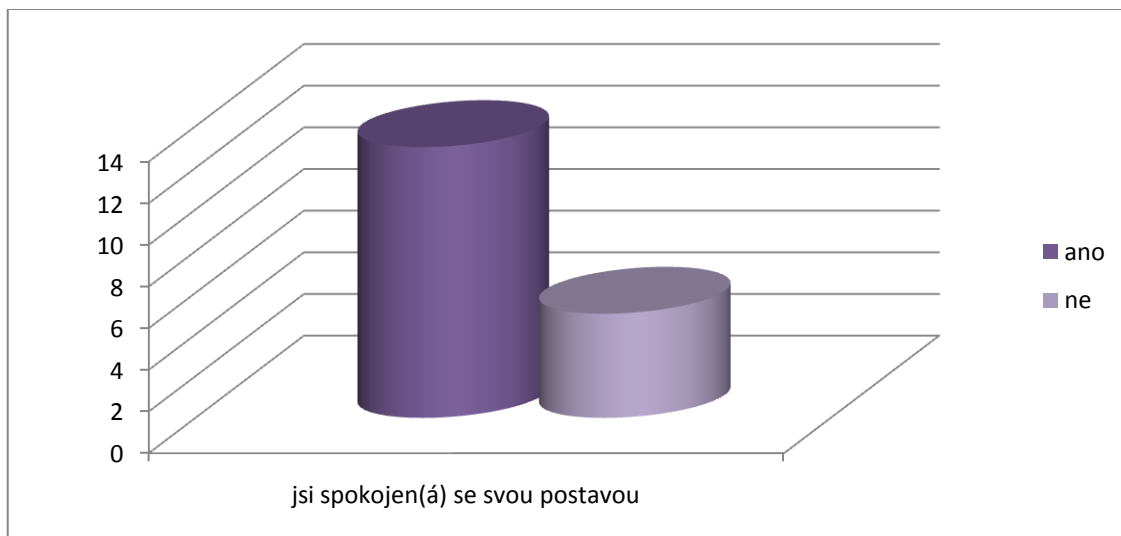
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 8 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 5 dokonce denně a 5 žáků z 18 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 9 z nich mi odpovědělo, že je to baví, další 2 cvičí proto, že musí ve škole, dalších 5 chtějí spálit energii a 2 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



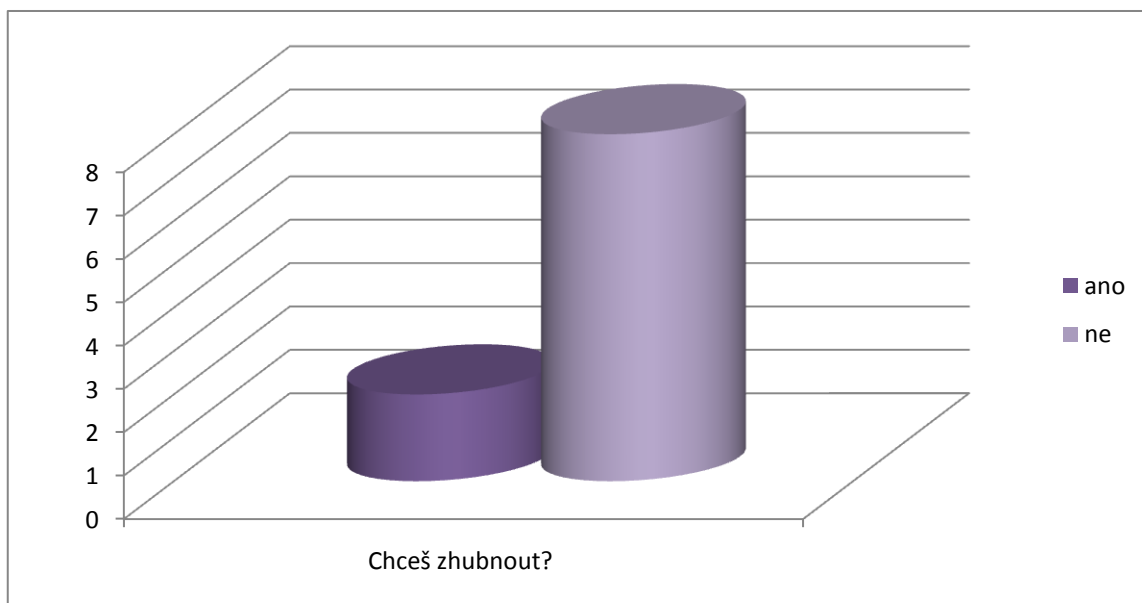
Na tuto otázku mi 13 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a jen 5 nejsou.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky)



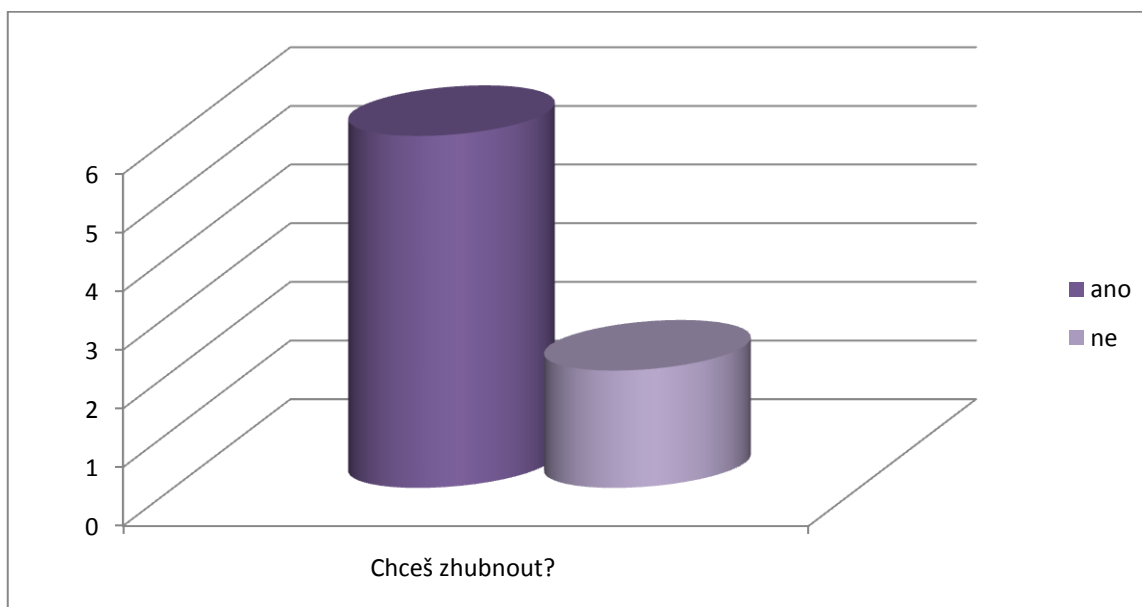
10 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 8 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (chlapci)



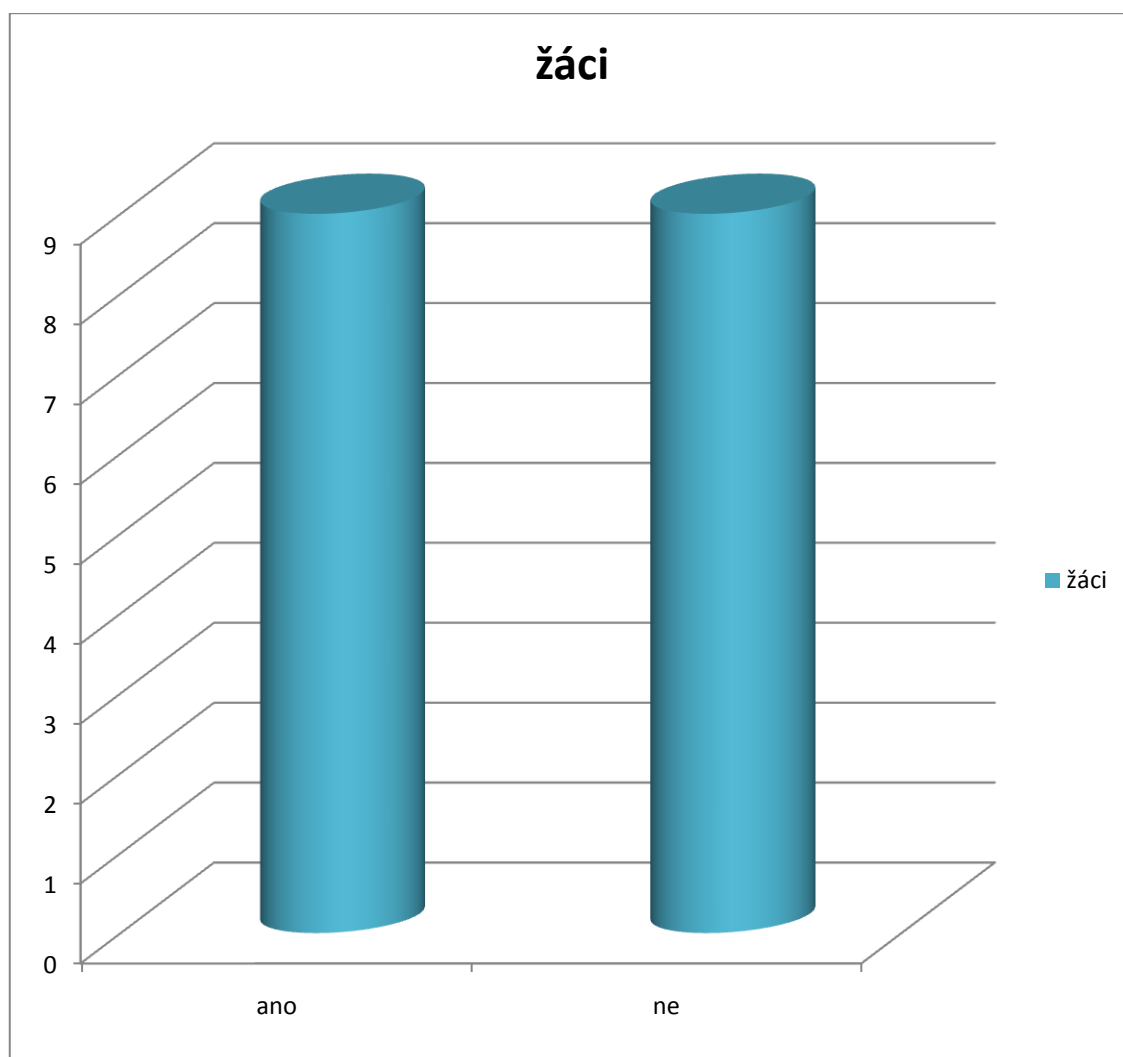
Je zcela patrné, že zvláště chlapci netouží po žádném hubnutí. Jen 2 chlapci by si přáli zhubnout.

14) Chceš zhubnout? (dívky)



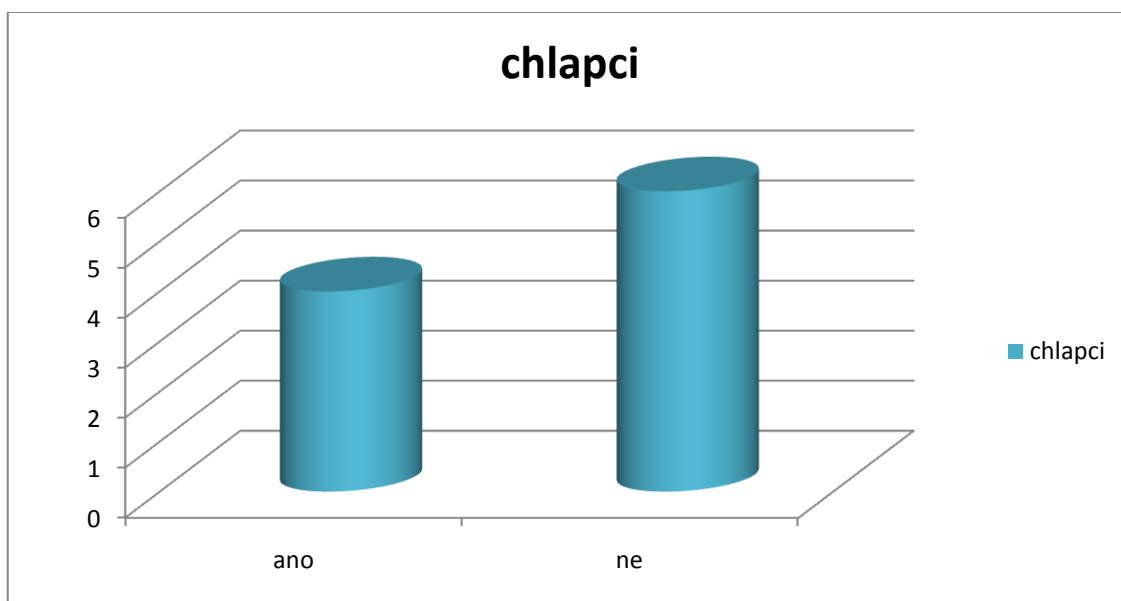
U dívek je situace již jiná. Je více těch, které by raději nějaké to kilo „shodily“.

15) Držel (a) jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



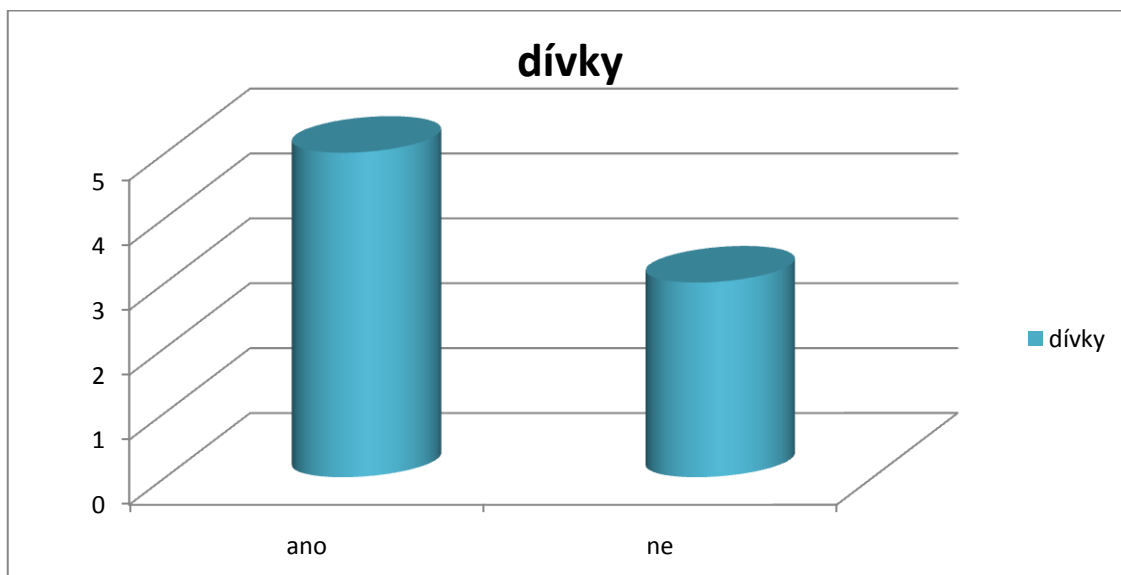
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (chlapci)



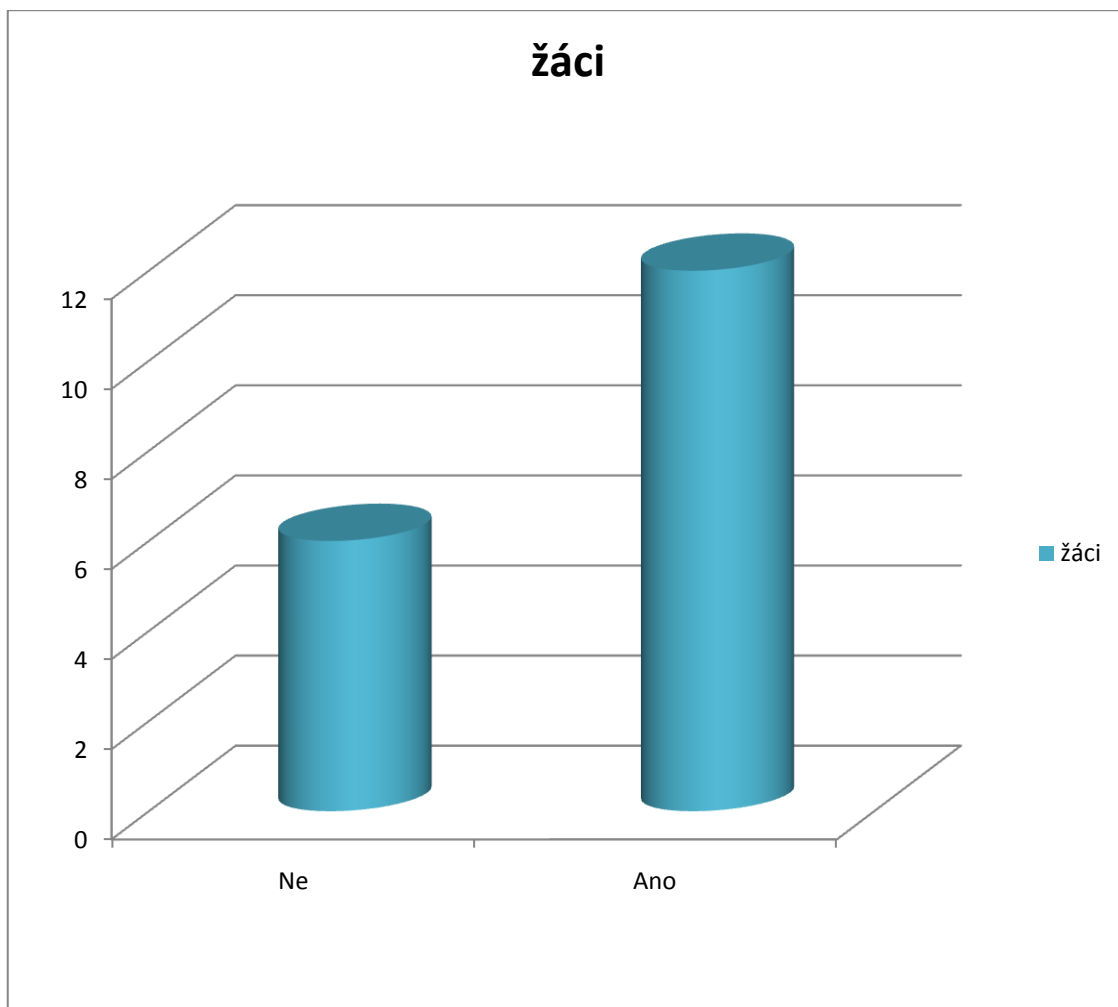
V 6. třídě ZŠ Křemže jsou 4 chlapci, kteří již zkusili nějakou z redukčních diet.

17) Držela jsi někdy dietu? (dívky)



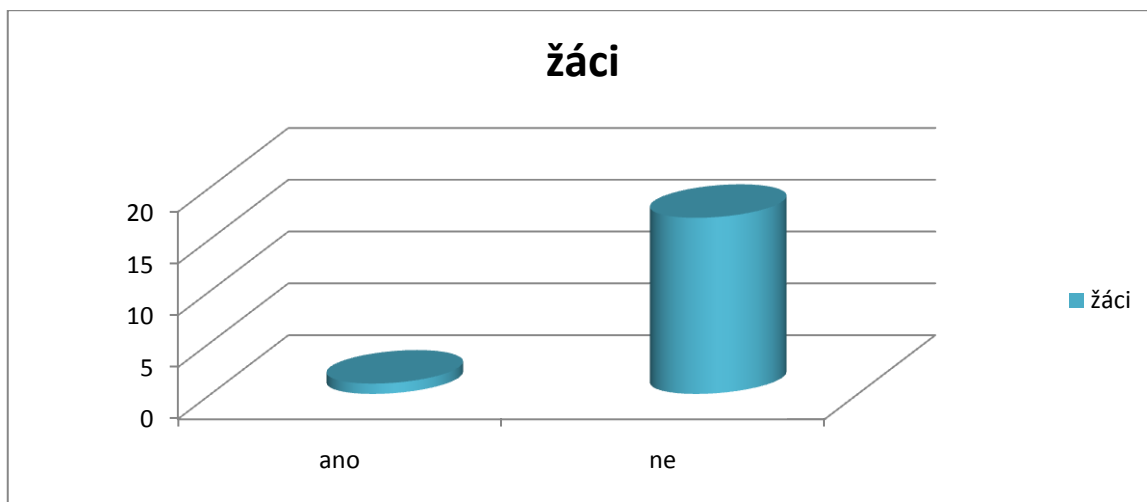
Již v tomto nízkém věku vyzkoušelo 5 dívek z 8 dotazovaných nějakou dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



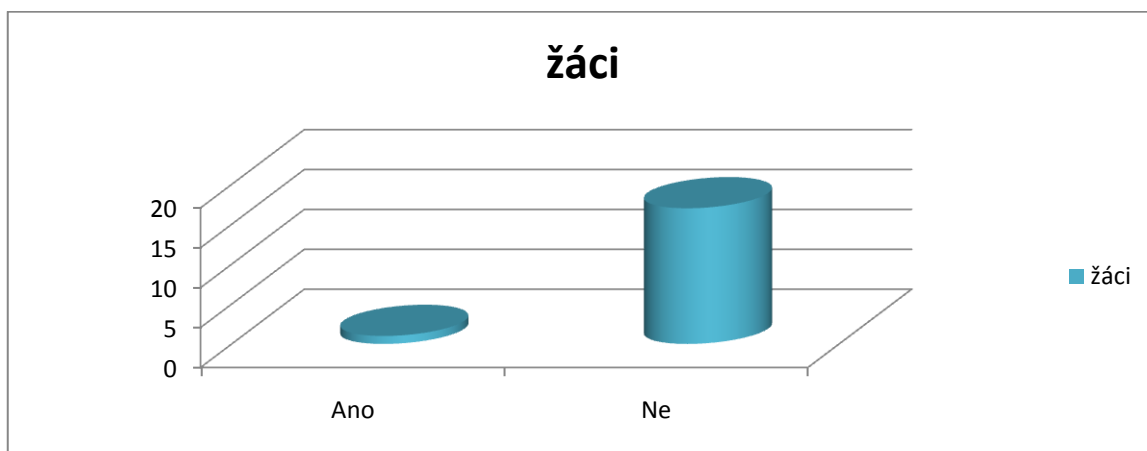
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 11 - 12 let tuto skutečnost registrují. Jen 6 žáků z 18 dotazovaných odpovědělo, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



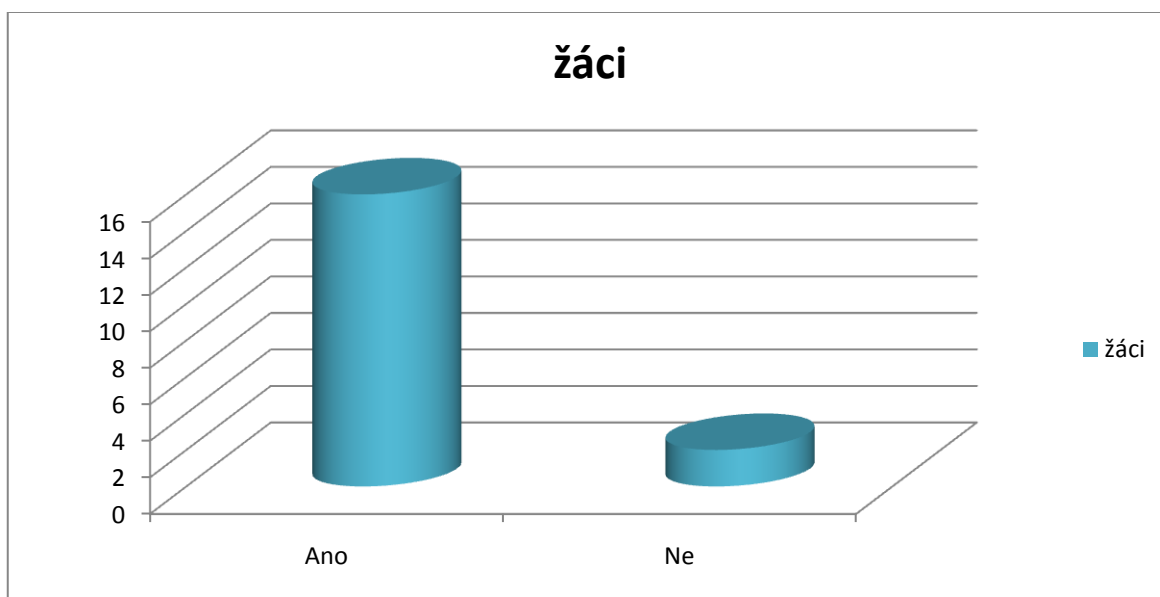
Již v 6. třídě se nachází jedinec, který vyzkoušel nějaký přípravek na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



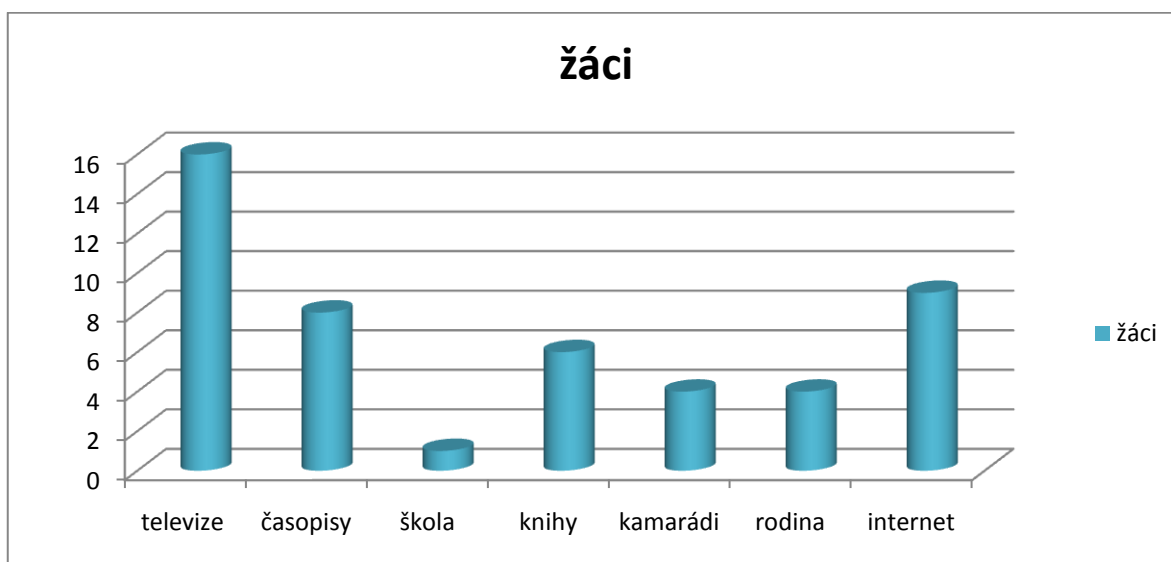
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 6. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



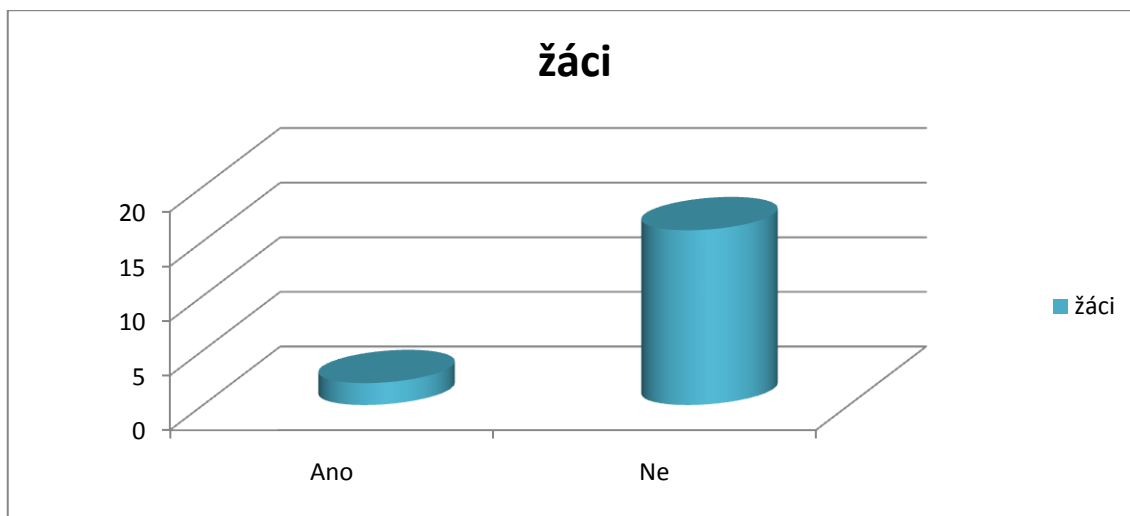
Jen 2 žáci v 6. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšeli o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 16 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkali.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



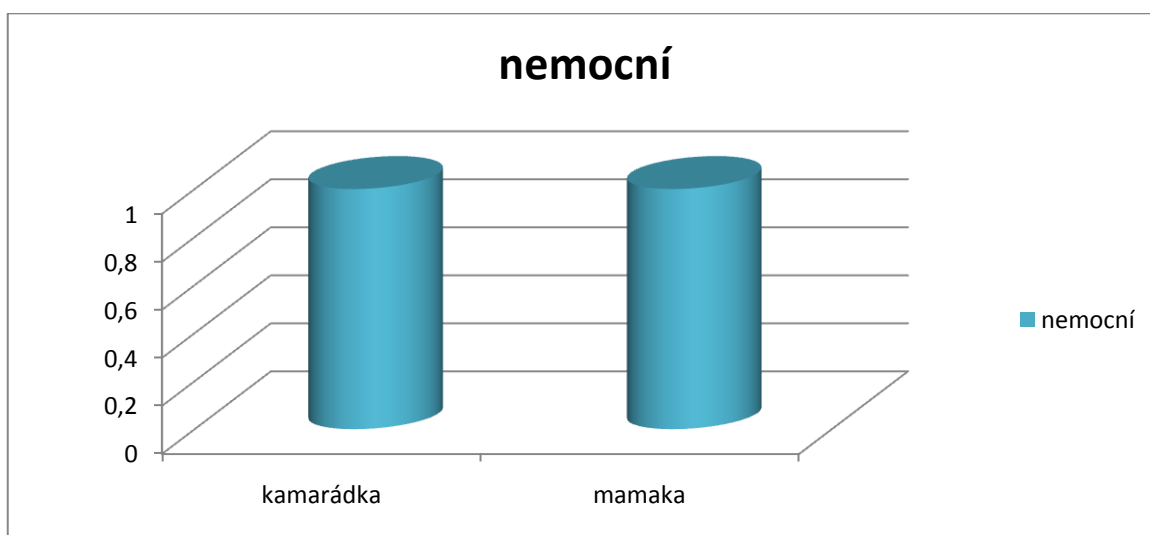
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



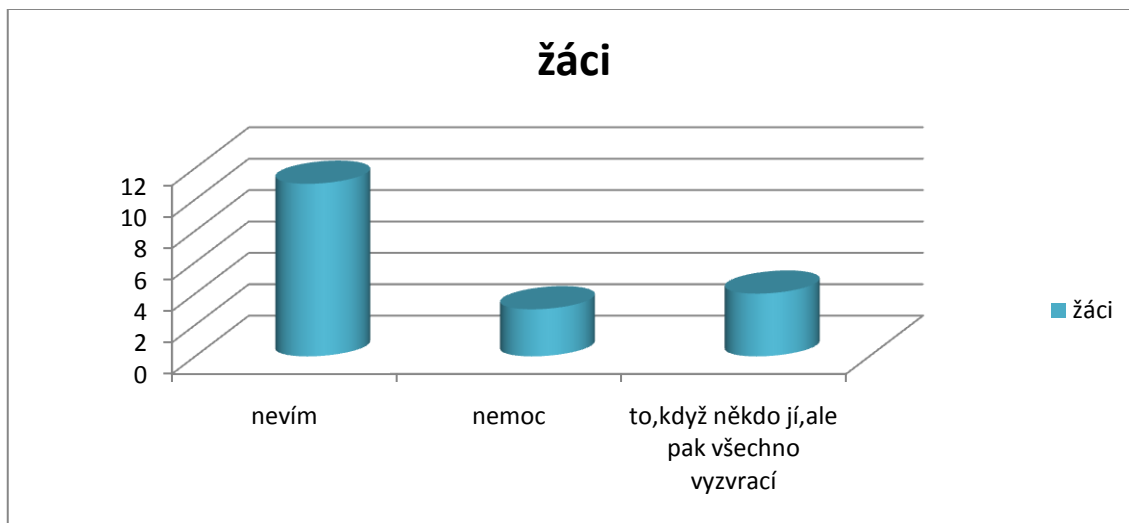
16 dotázaných se ještě nikdy nesešlo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



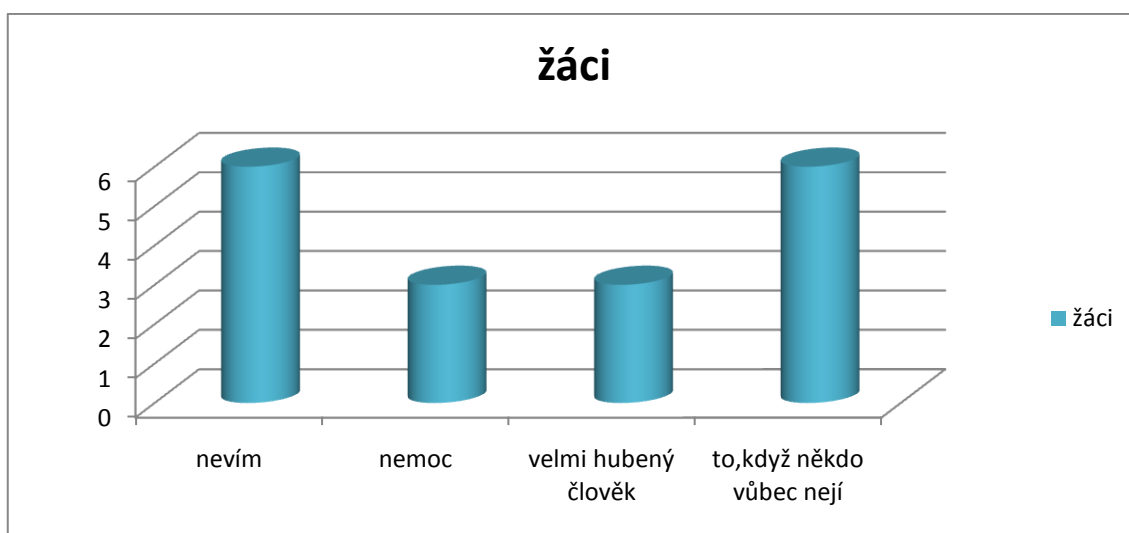
Po jednom „hlasu“ získala kamarádka a matka.

25) Mentální bulimie, co to je?



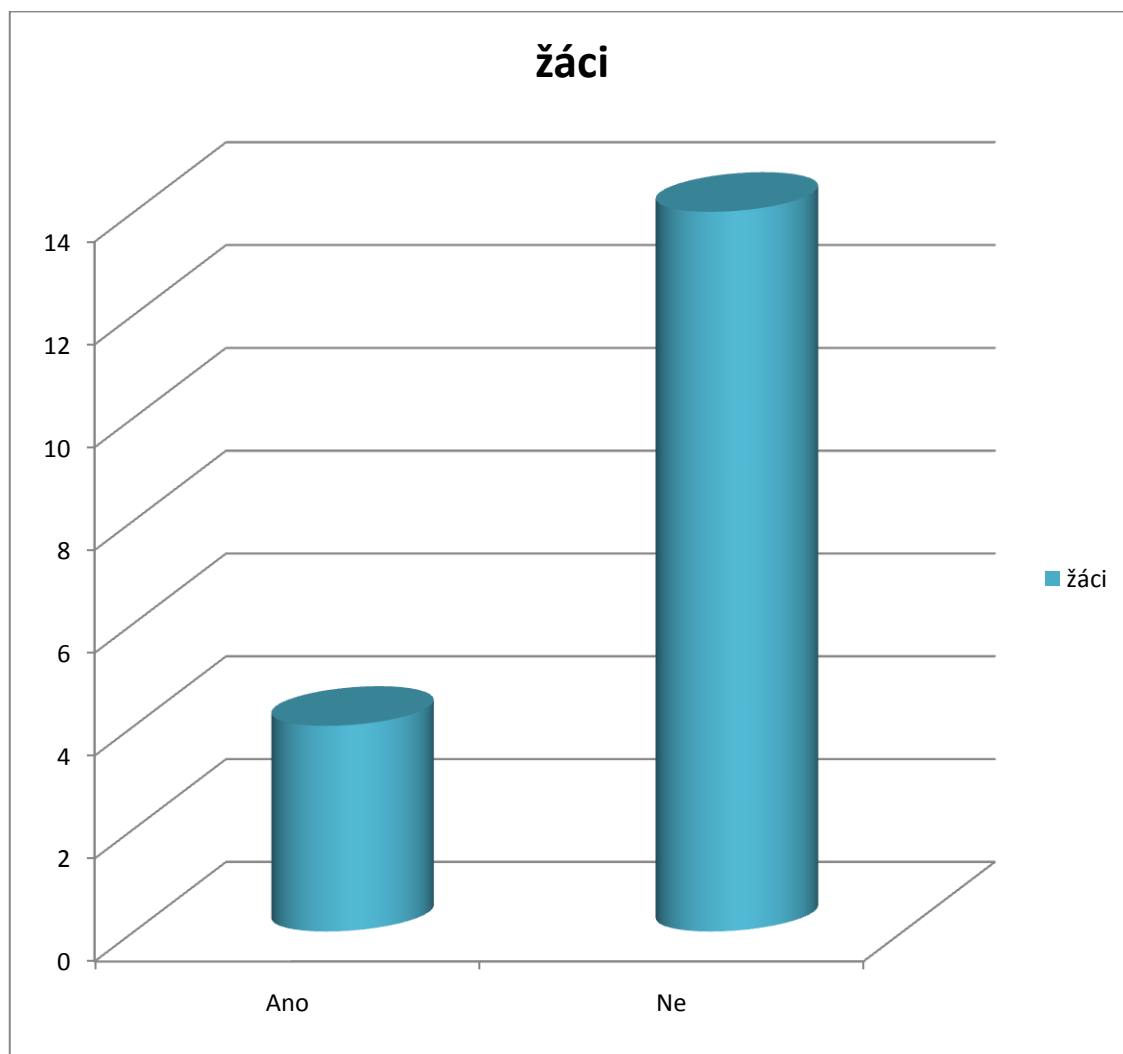
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 11 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 3 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, další 3 uvedli, že se jedná o velmi hubeného člověka a 6 napsalo, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

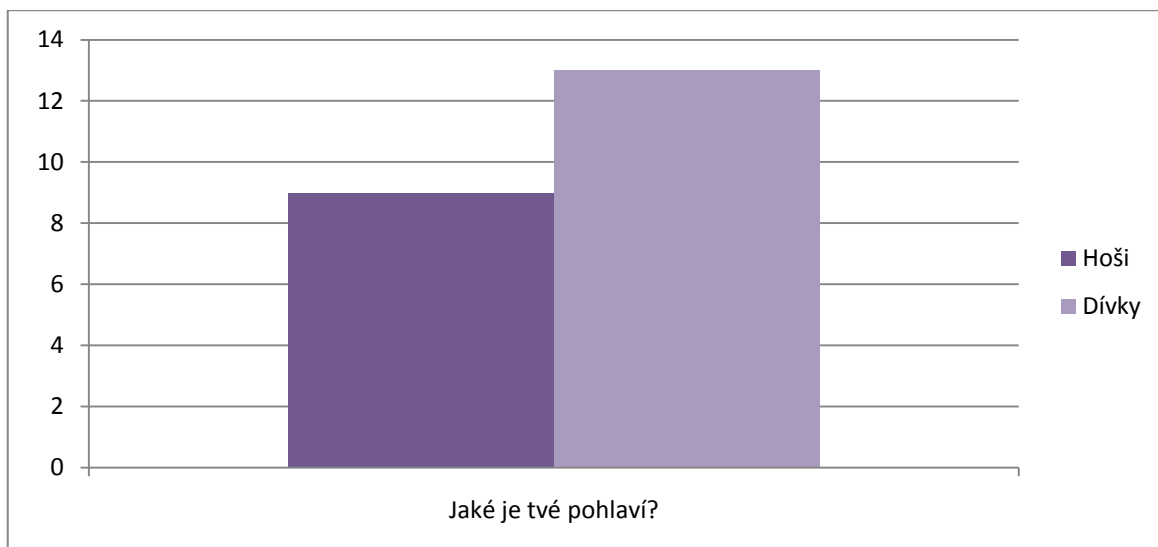
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

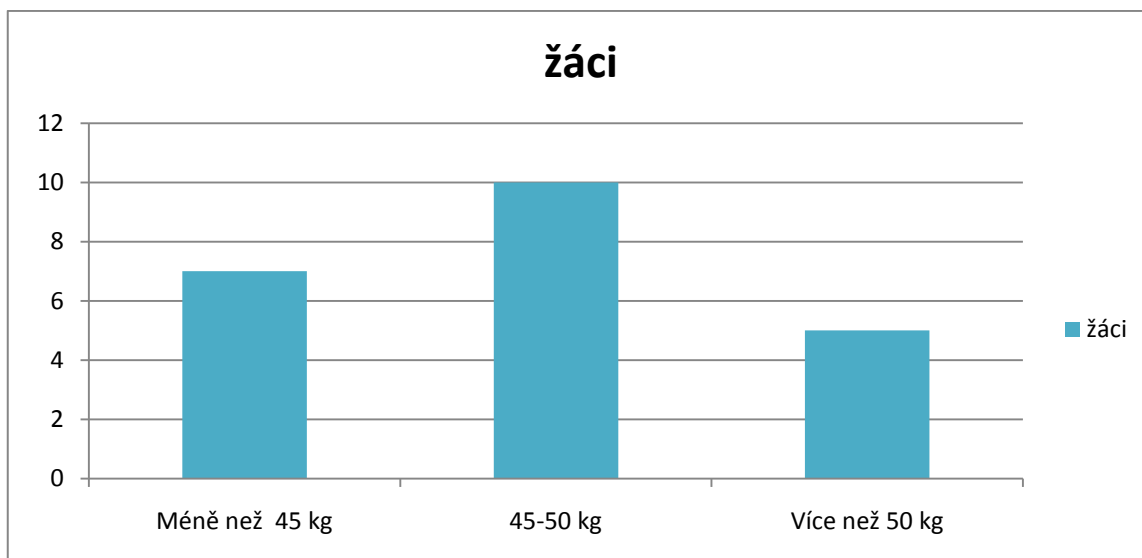
7. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



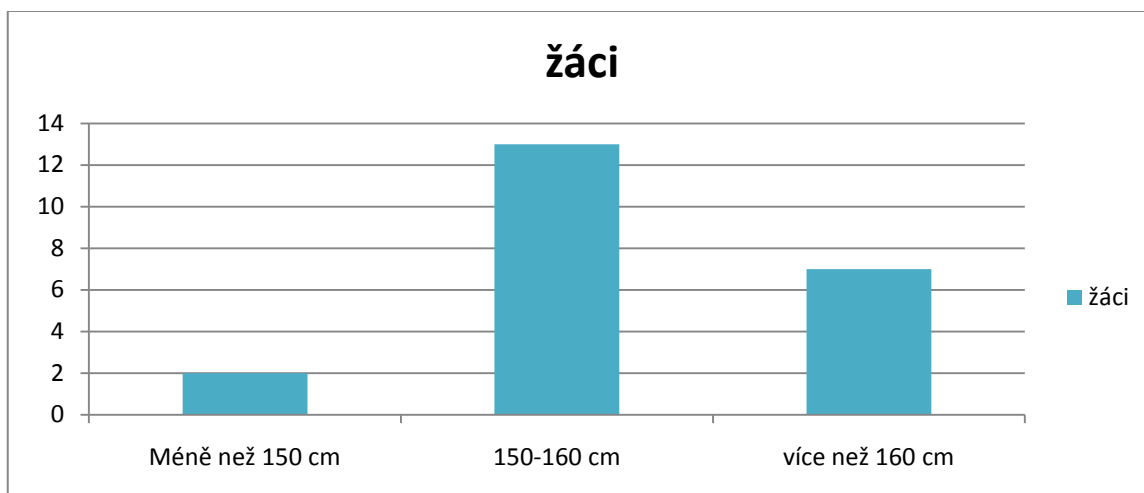
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 6. třídě zastoupilo 9 chlapců a 13 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



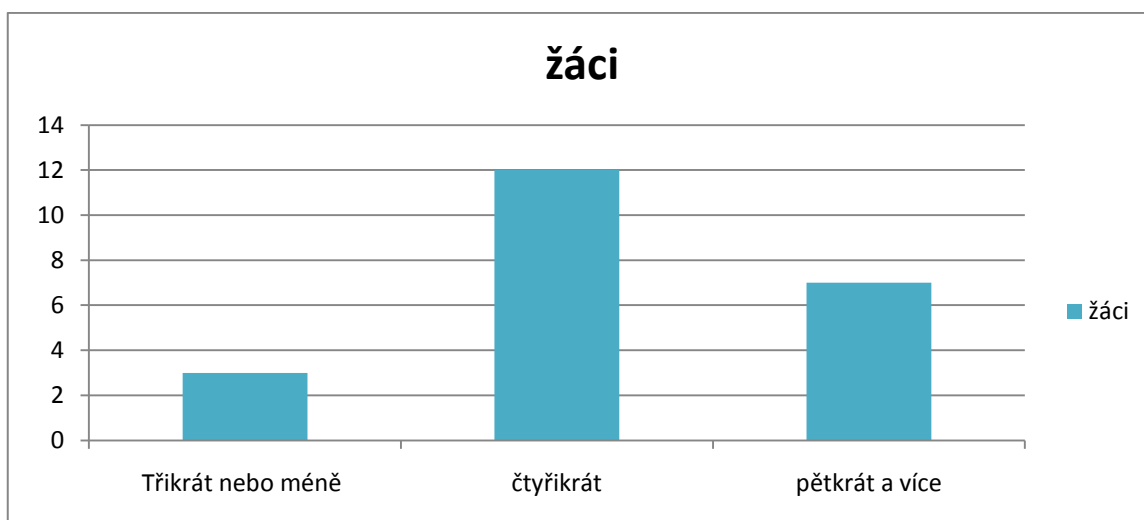
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážilo 7 dotazovaných, dalších 10 vážilo něco mezi 45 – 50 kg a 5 vážilo více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



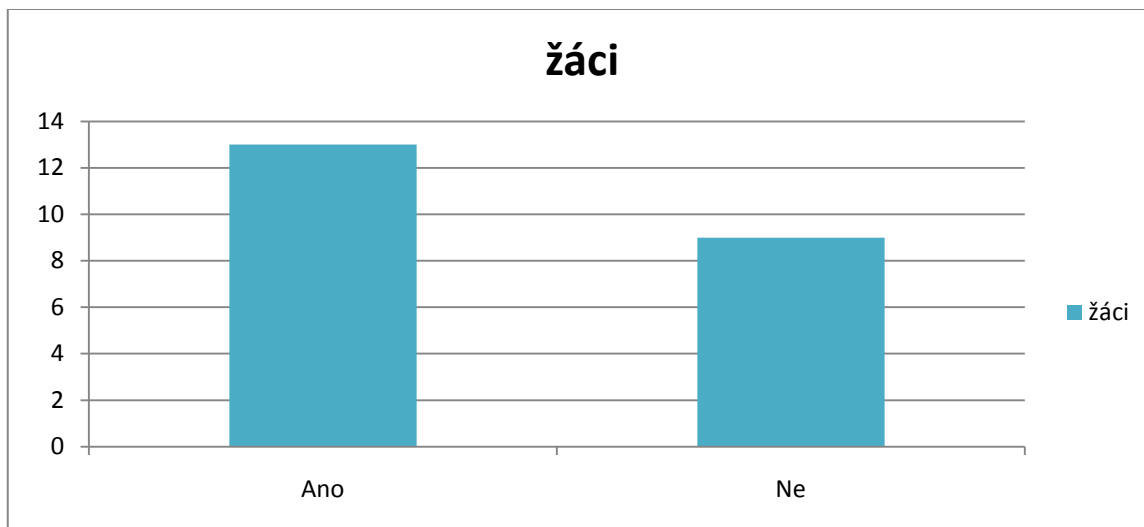
V této otázce mě zajímala výška žáků 7. třídy. Méně než 150 cm odpověděli 2 žáci, dalších 13 zaškrtno odpověď, že měří něco mezi 150 – 160 cm a více než 160 cm měřilo 7 žáků.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



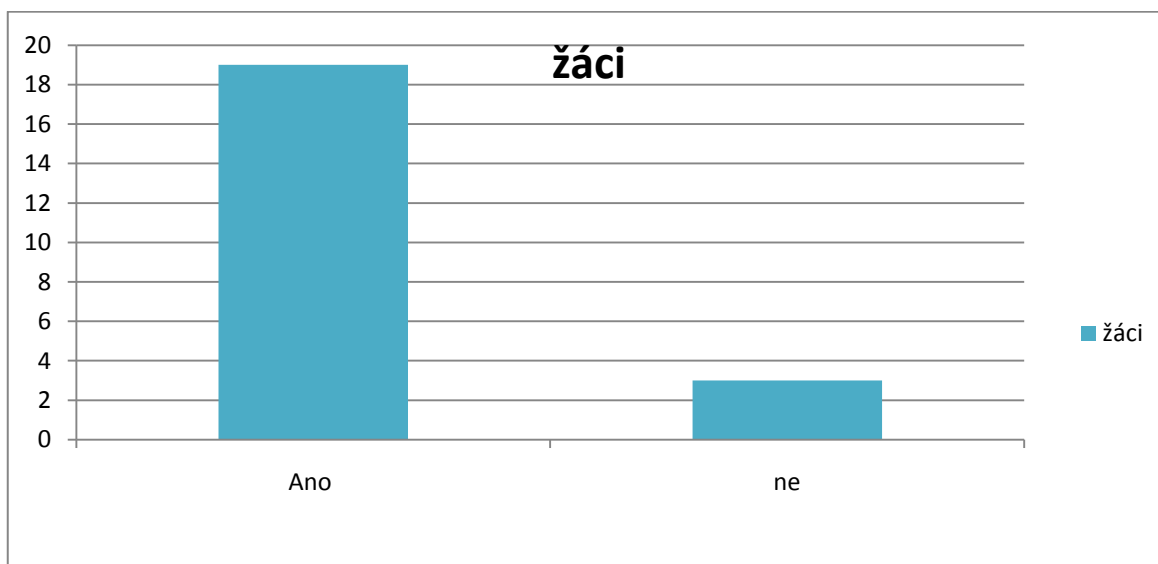
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 12 žáků, z celkových 22 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 3 žáci a dalších 7 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



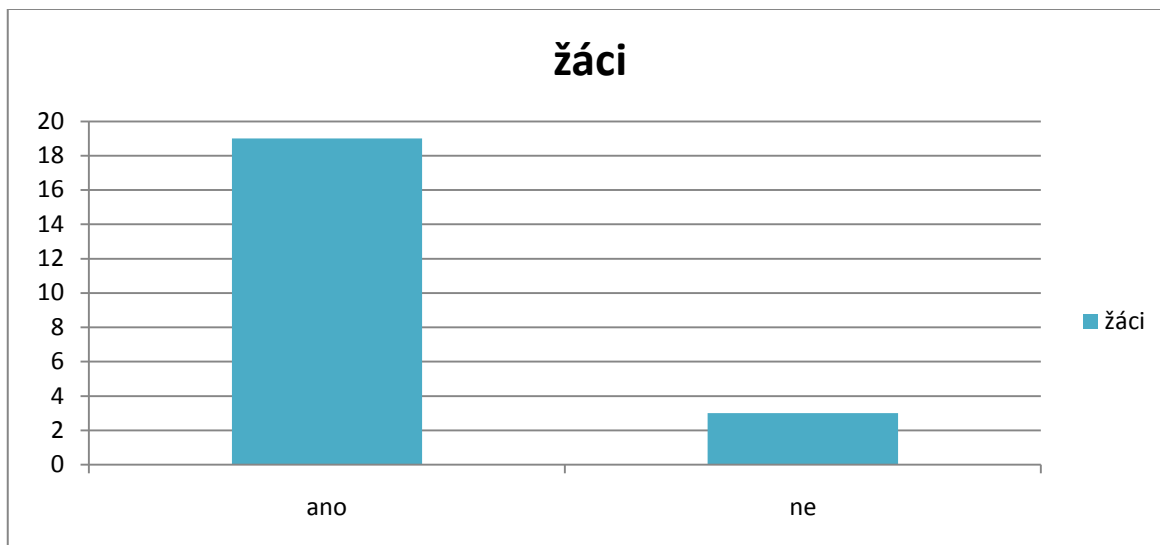
V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 22 dotázaných jich snídá 13.

6) Svačíš ve škole?



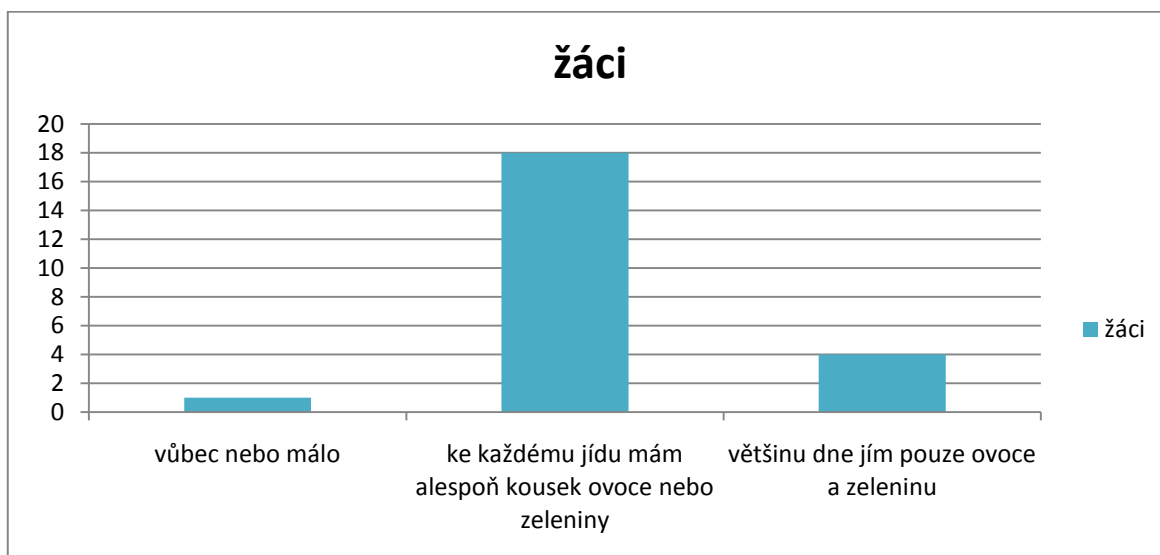
Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. 19 žáků ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



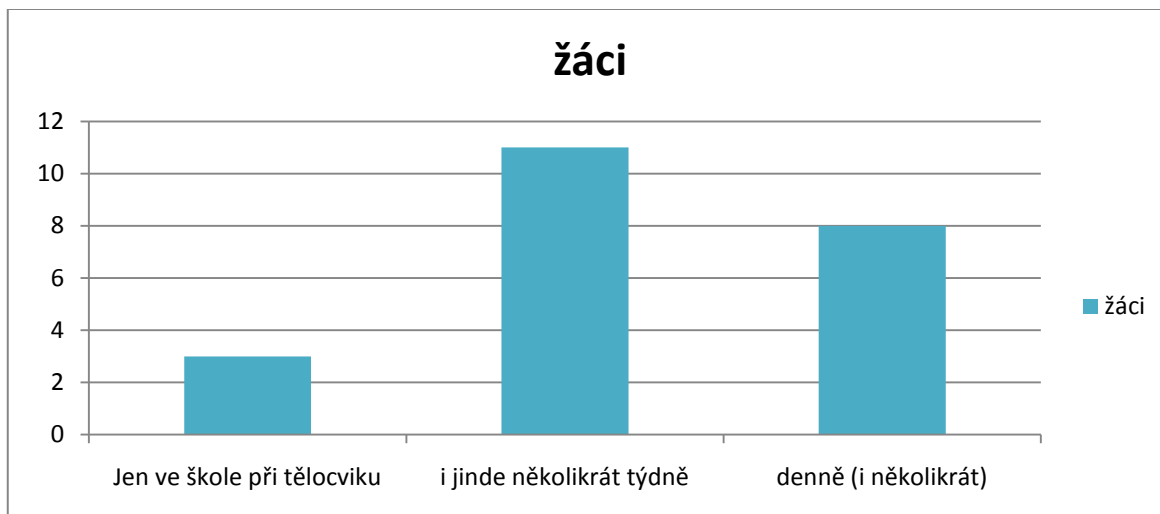
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 19 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



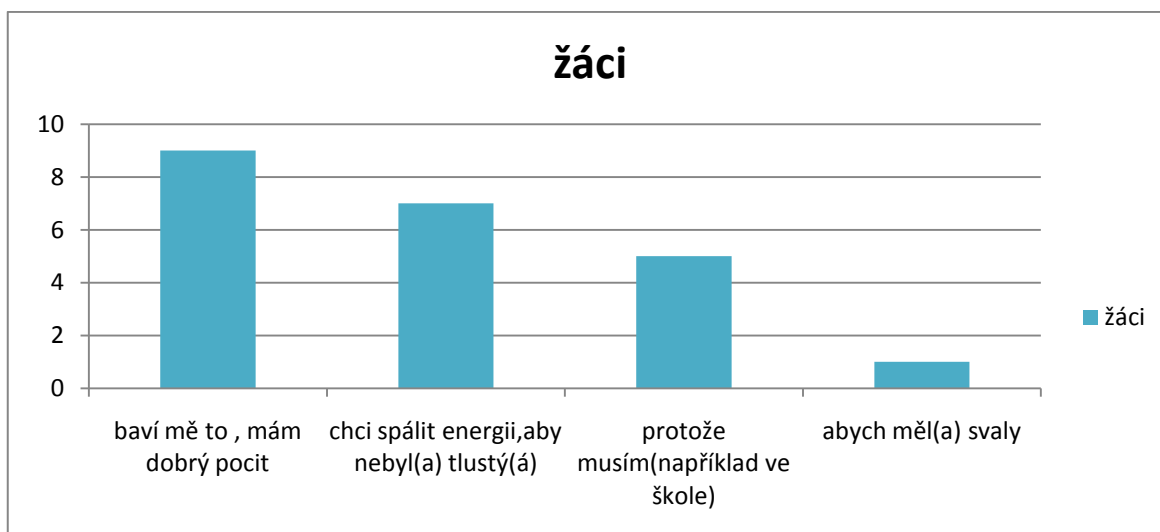
Na tuto otázku odpověděl 1 žák tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 18 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývající 3 si na zelenině pochutnávají téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



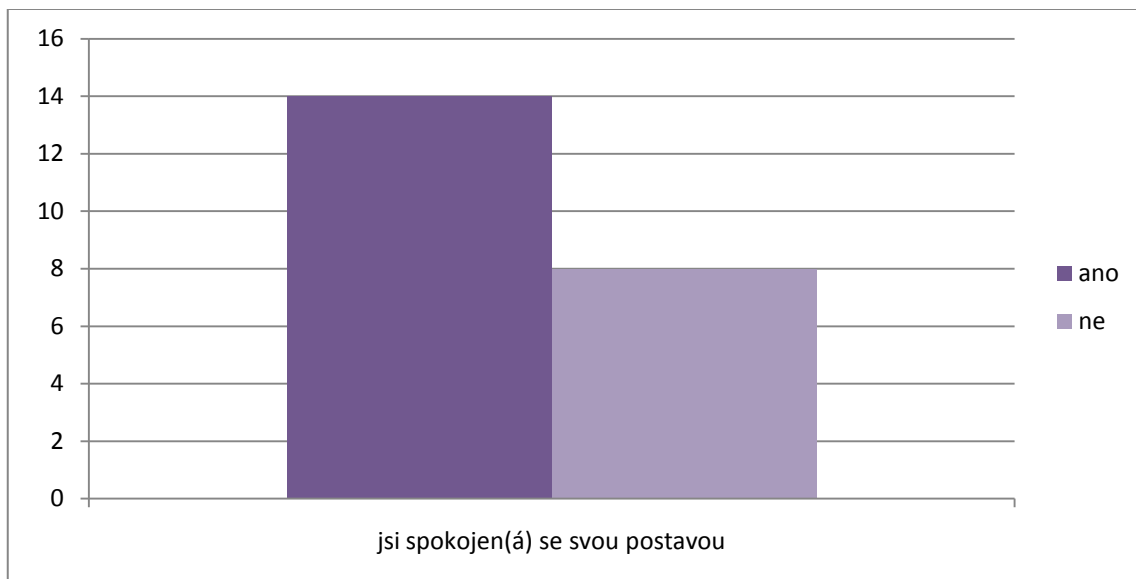
V této třídě se ke sportovním aktivitám žáci stavějí spíše kladně, protože 11 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 8 dokonce denně a pouze 3 žáci z 22 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



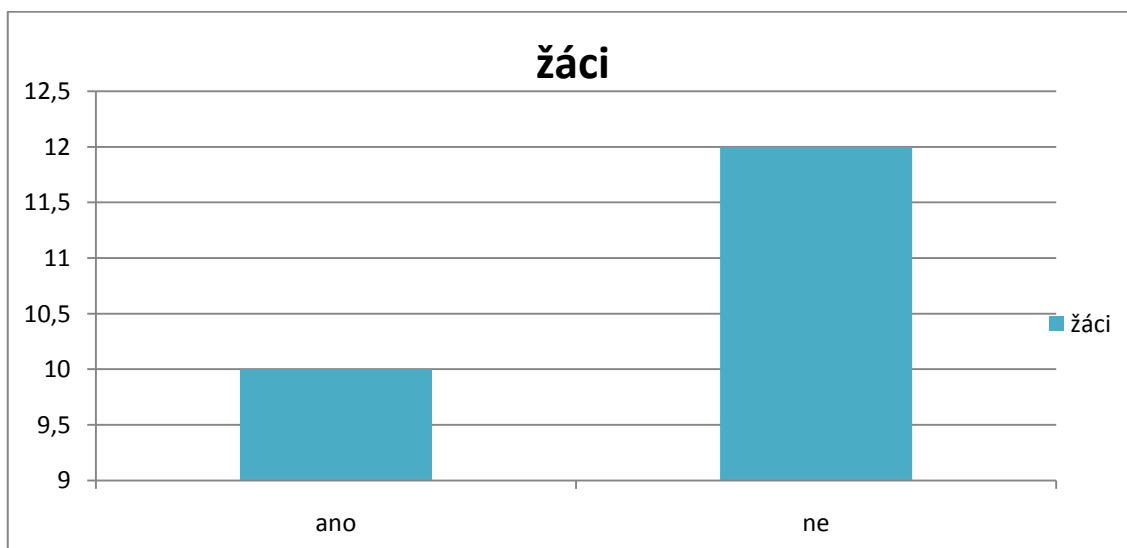
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 9 z nich mi odpovědělo, že je to baví, dalších 5 cvičí proto, že musí ve škole, 7 žáků chce spálit co nejvíce energie a 1 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



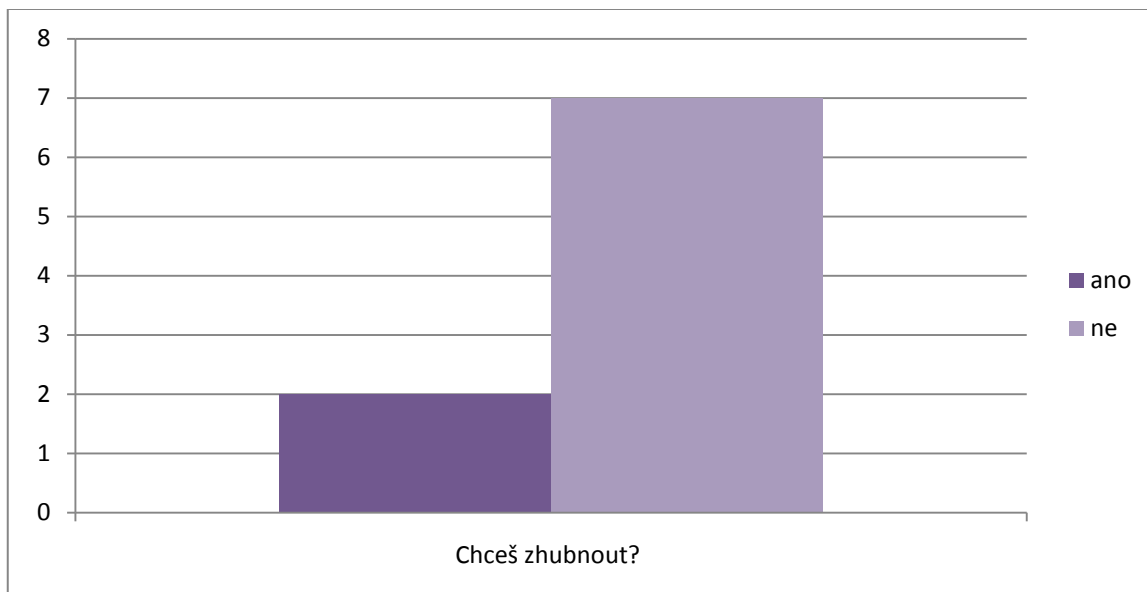
Na tuto otázku mi 14 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a 8 spokojeno není.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky současně)



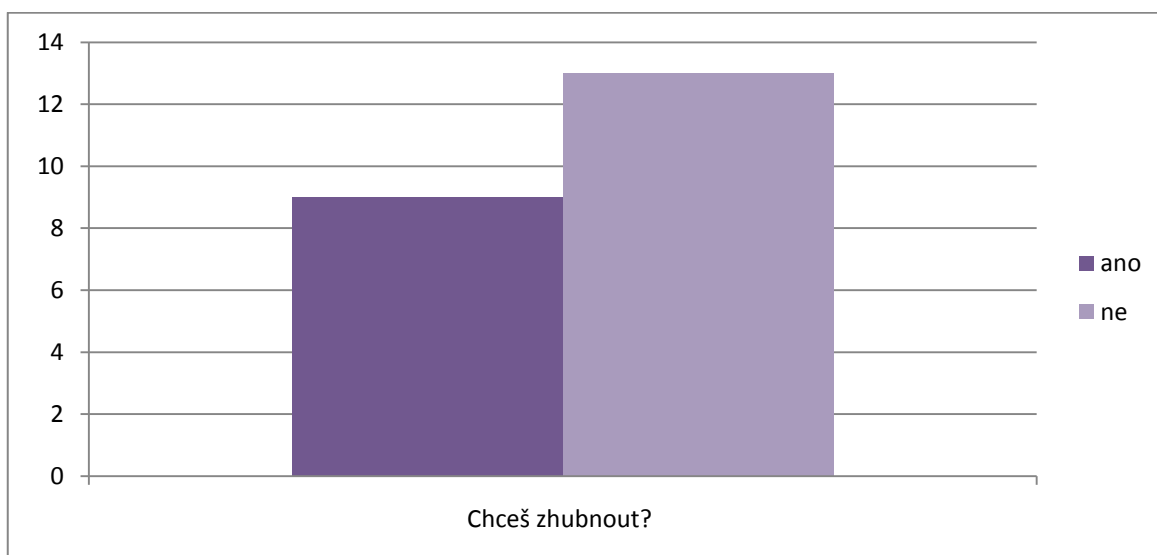
12 dotazovaných mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 10 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (jen chlapci)



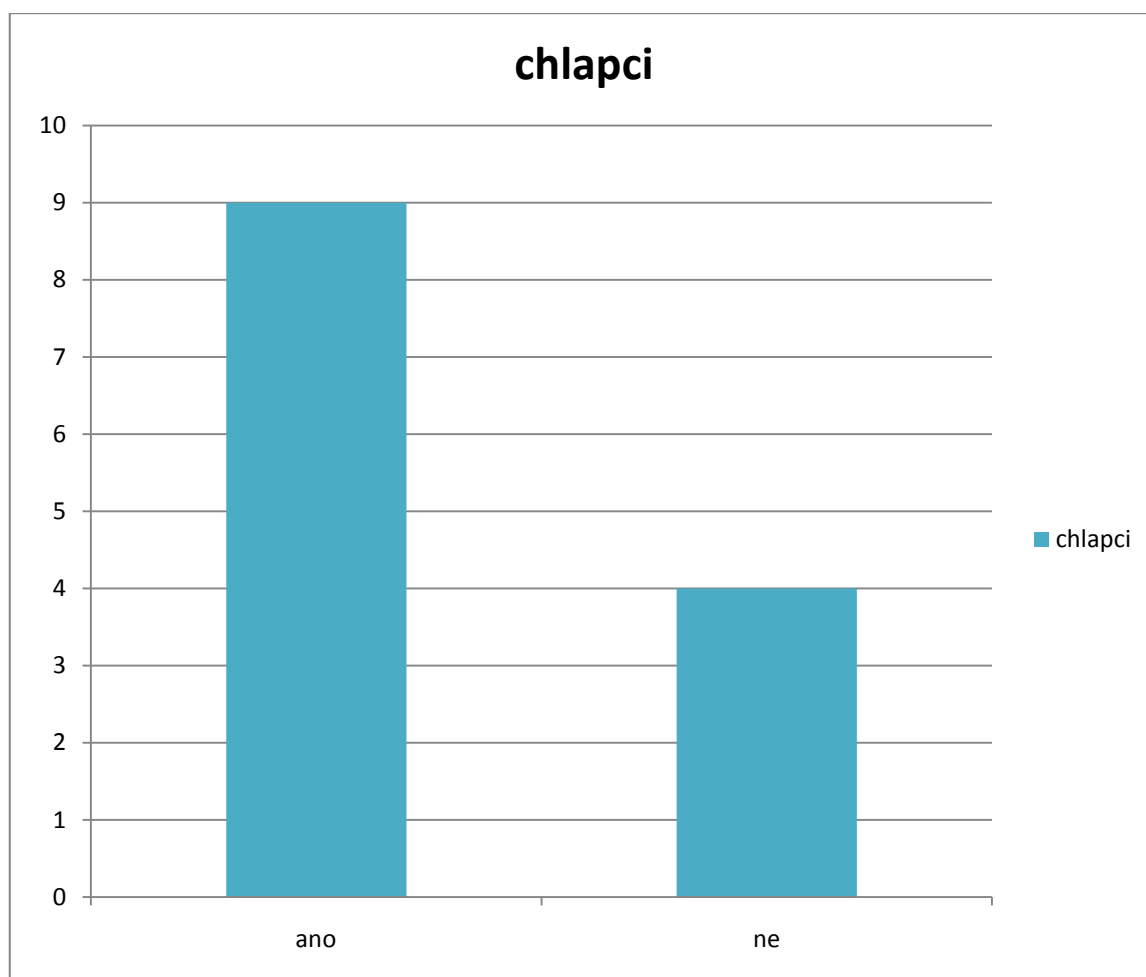
Je zcela patrné, že zvláště chlapci netouží po žádném hubnutí. Jen 2 chlapci by si přáli zhubnout.

14) Chceš zhubnout? (jen dívky)



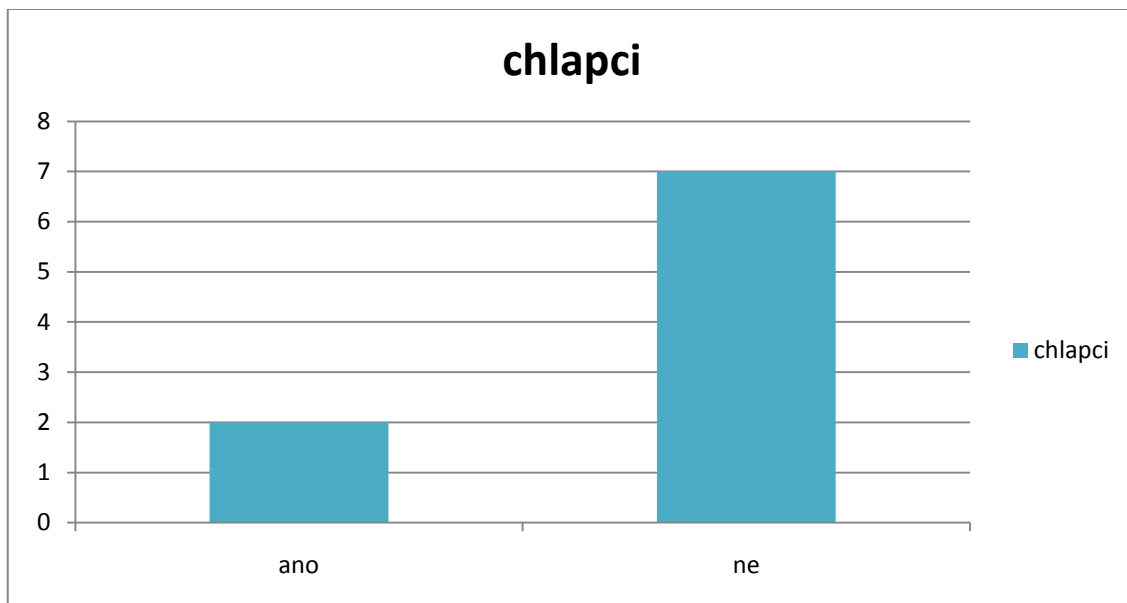
Na tuto otázku odpovědělo 9 dívek tak, že by rádo zhublo. Zbývající počet 13 dívek je se svou váhou spokojeno a hubnout nechce.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



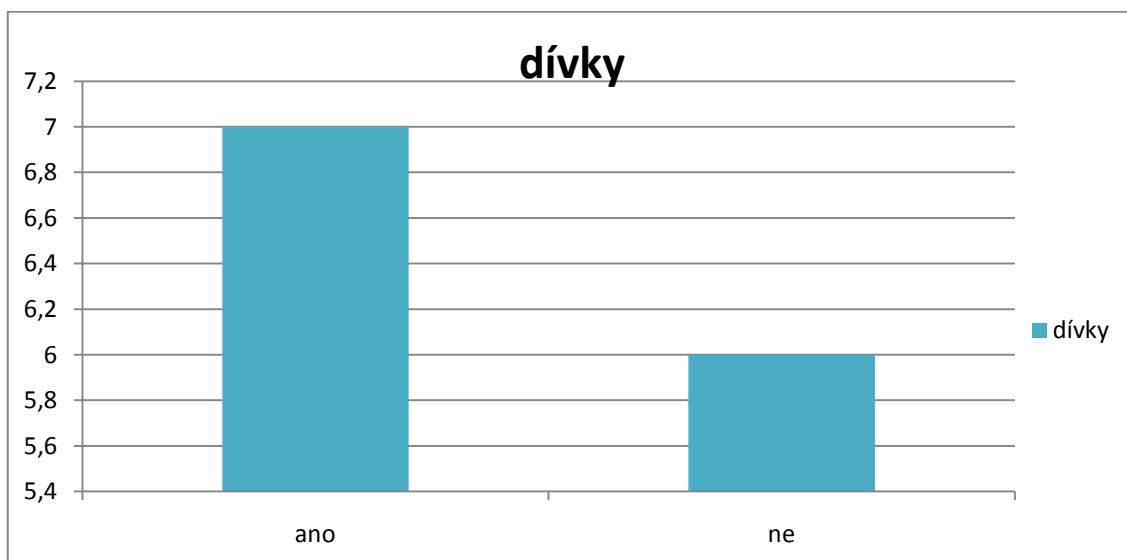
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (jen chlapci)



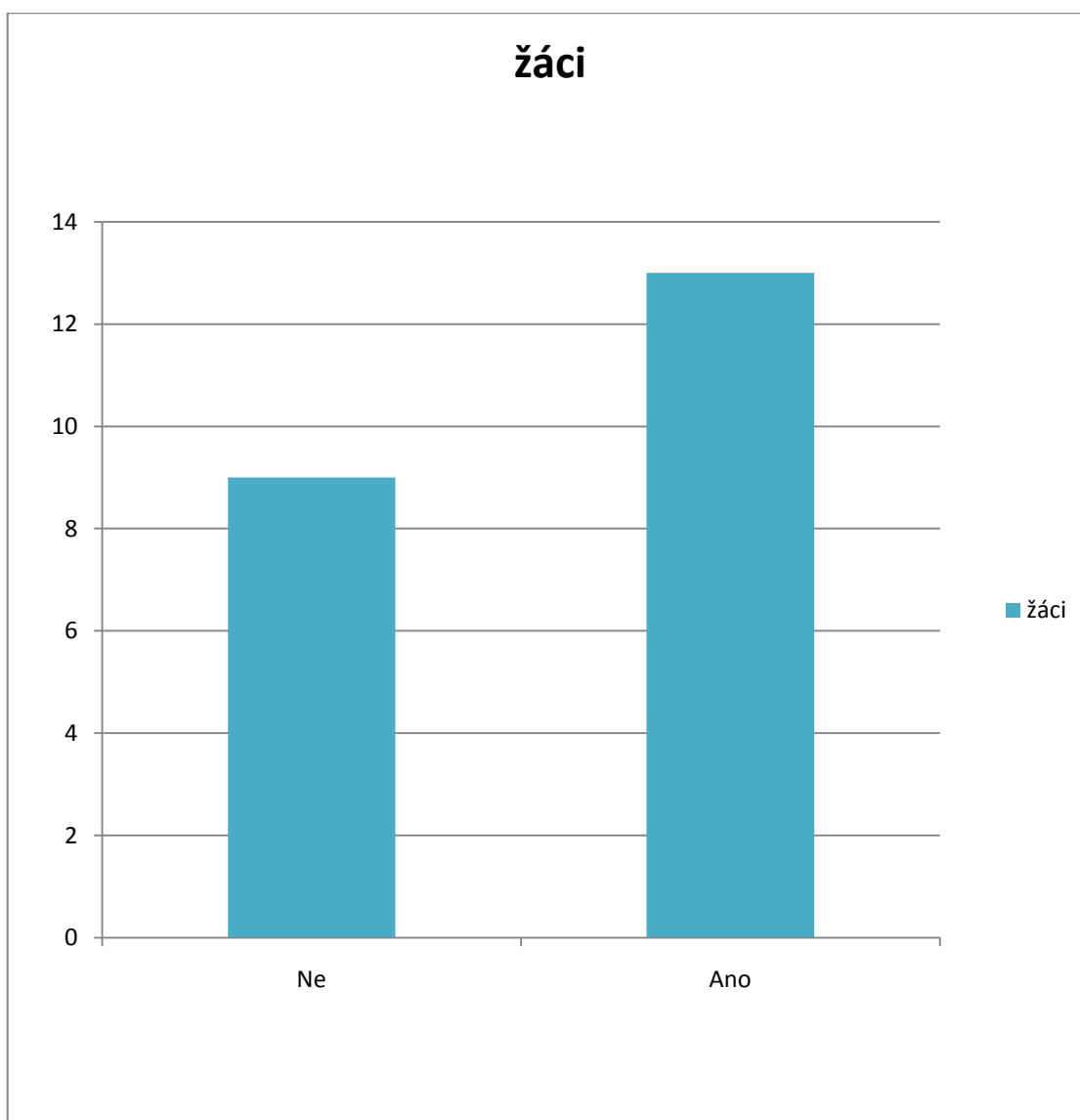
V 7. třídě ZŠ Křemže jsou 2 chlapci, kteří již někdy v minulosti vyzkoušeli nějaký druh redukčních diet.

17) Držela jsi někdy dietu? (jen dívky)



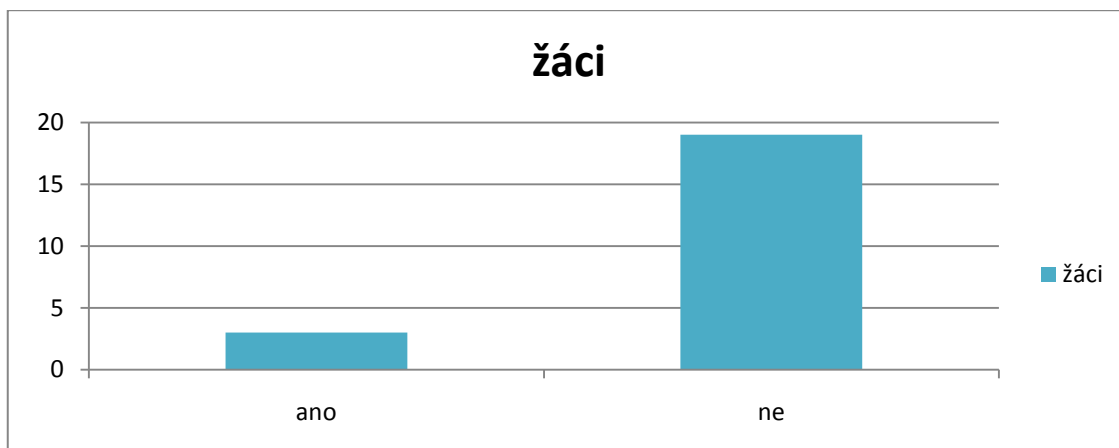
Zatímco u dívek je situace naprosto odlišná. Již v tomto nízkém věku vyzkoušelo 7 dívek z 13 dotazovaných nějakou dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



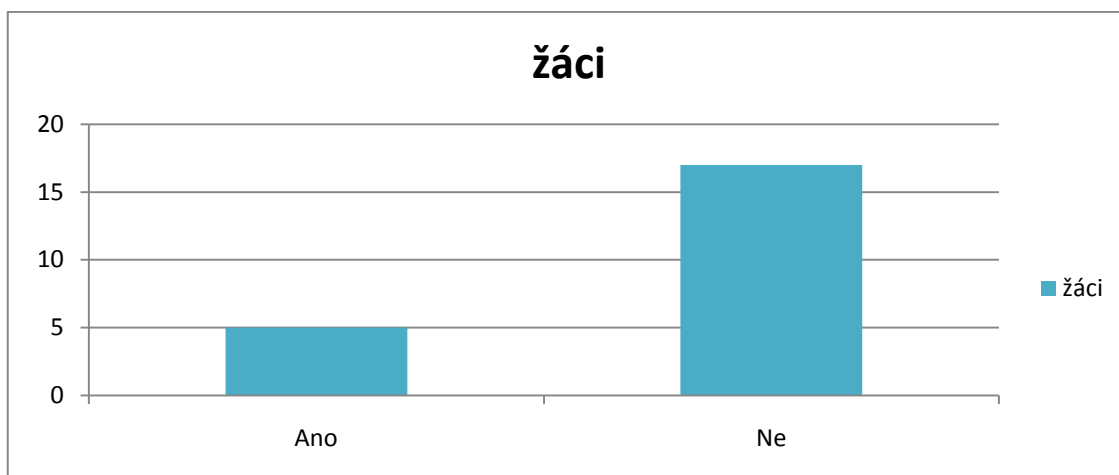
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 12 - 13 let tuto skutečnost registrují. Jen 9 žáků z 22 dotazovaných odpovědělo, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



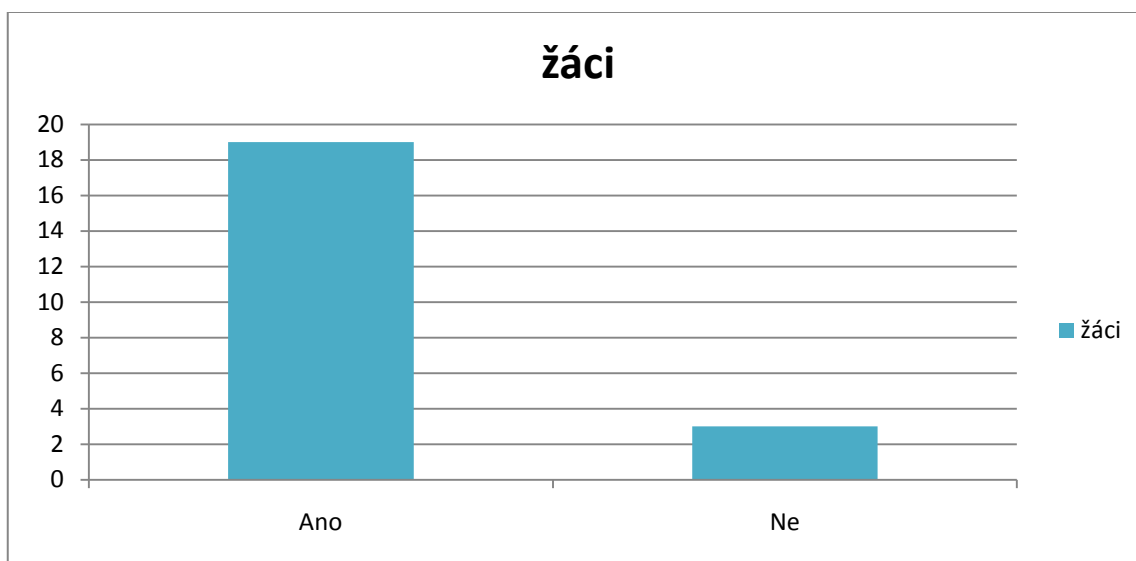
Překvapivě, již v 7. třídě se nacházejí 3 jedinci, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



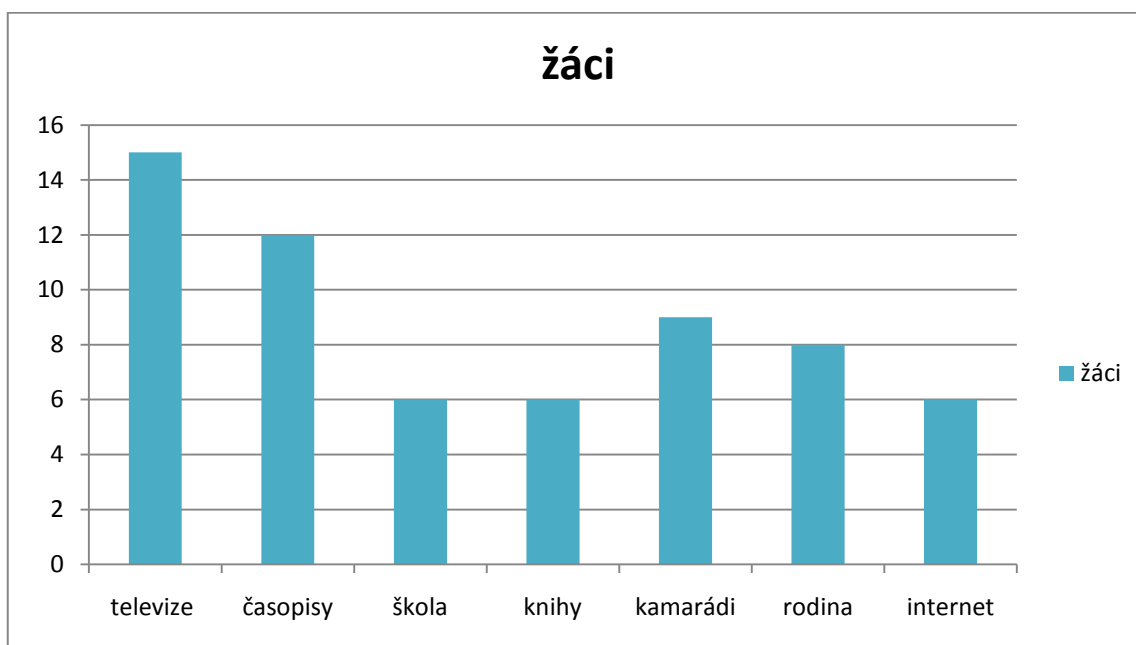
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 7. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



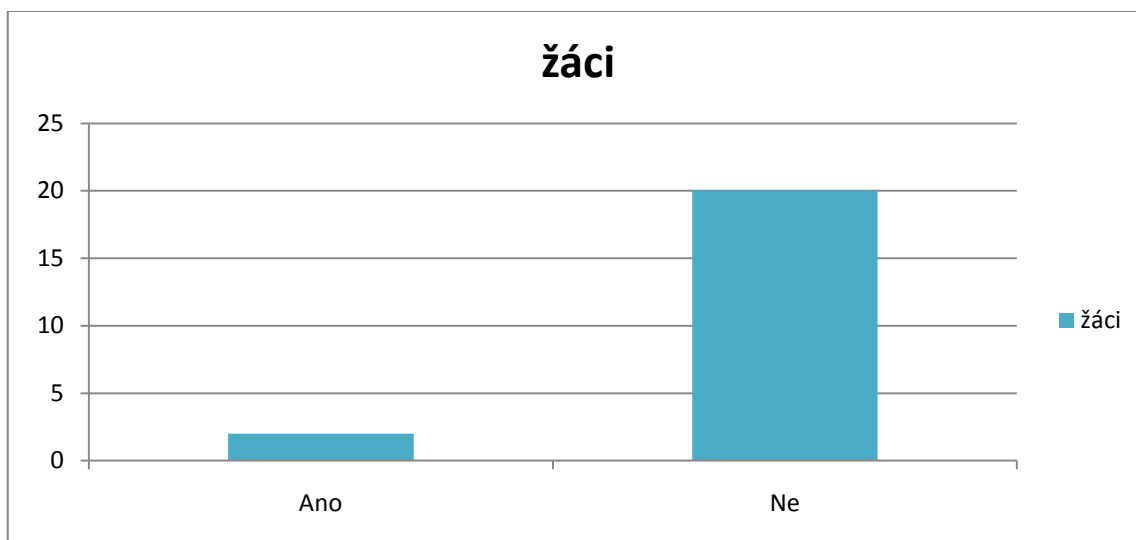
3 žáci v 7. třídě ZŠ Plešivec ještě nikdy neslyšeli o poruchách příjmu potravy. Zbývajícím počtem, tedy 19 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkali.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



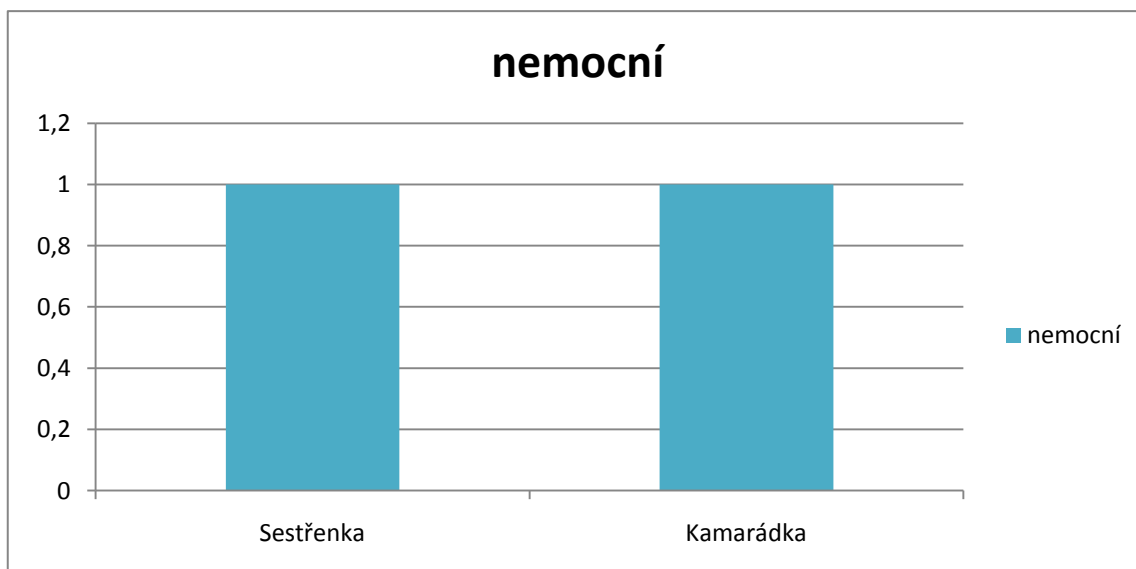
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



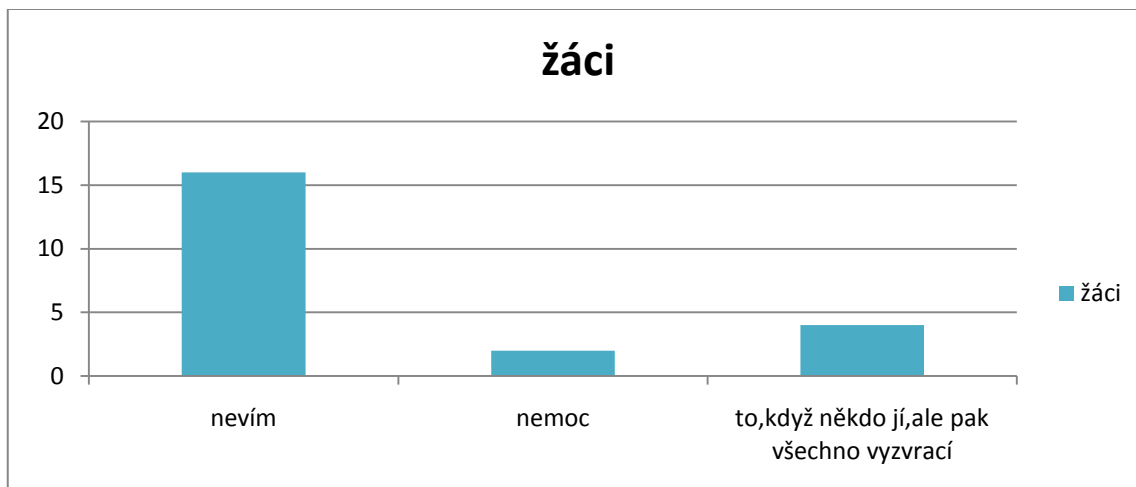
20 dotázaných se ještě nikdy nesetkalo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



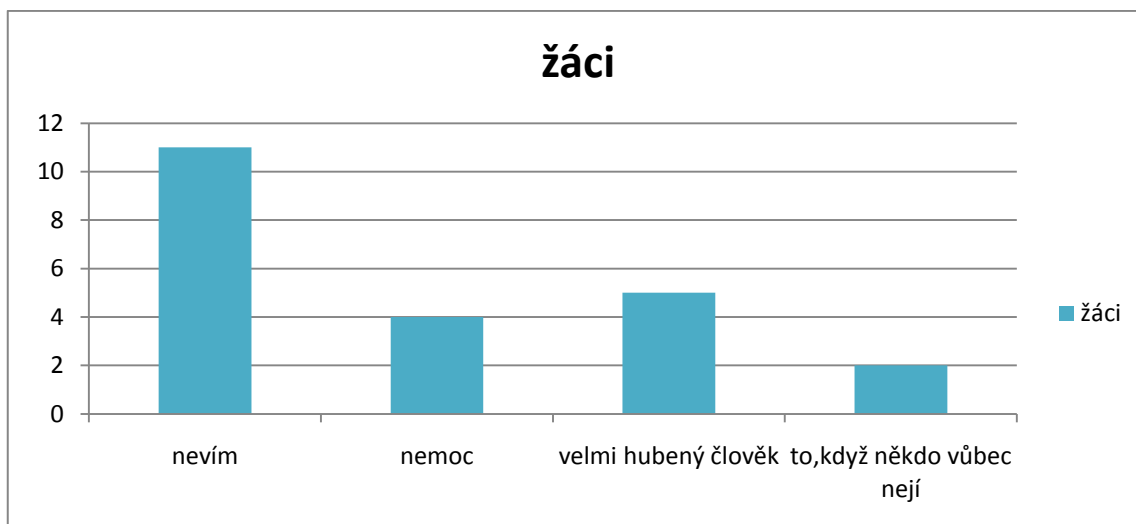
Po jednom „hlasu“ získala sestřenka a kamarádka.

25) Mentální bulimie, co to je?



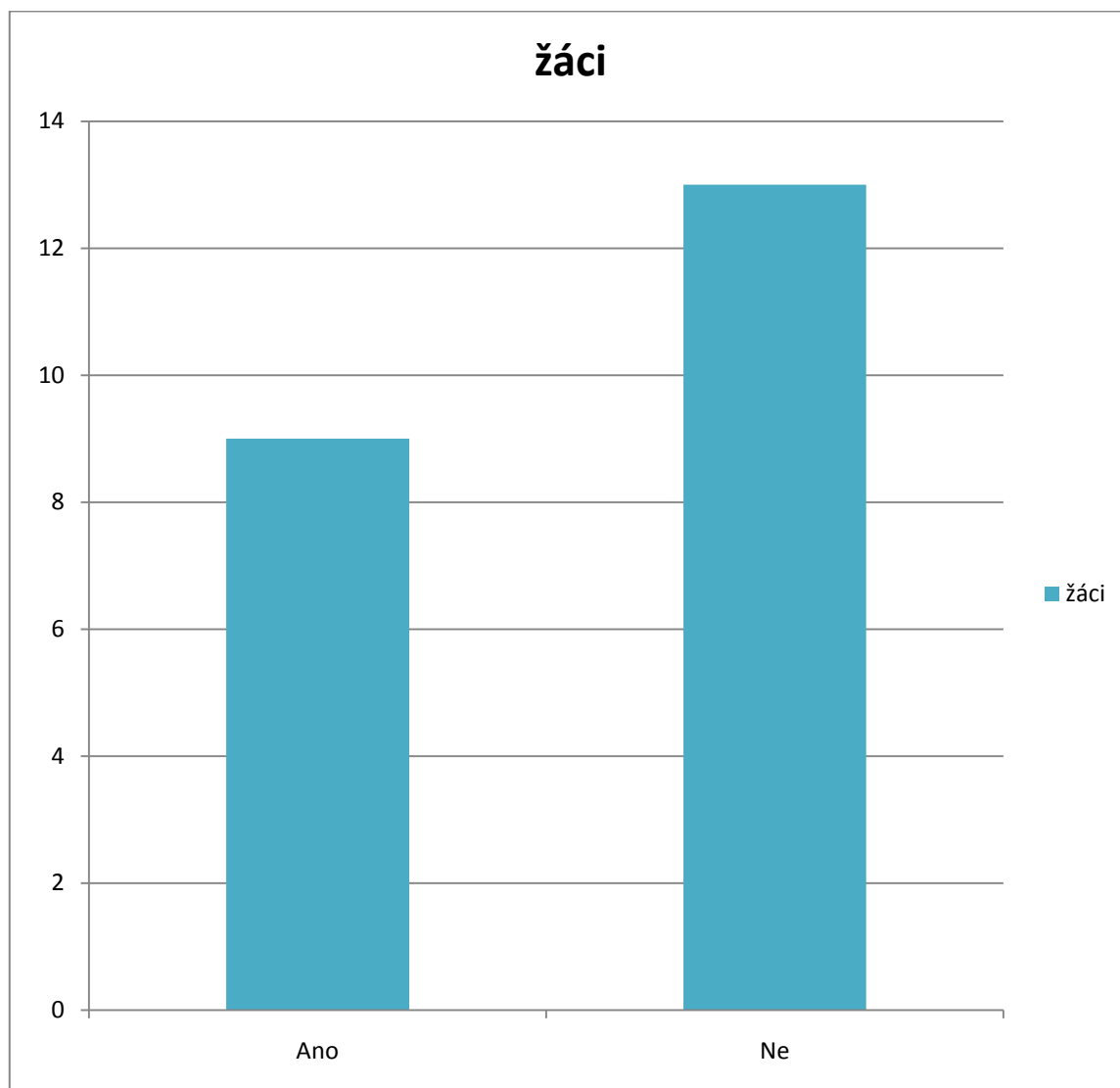
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 11 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 4 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, dalších 5 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 2 napsali, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

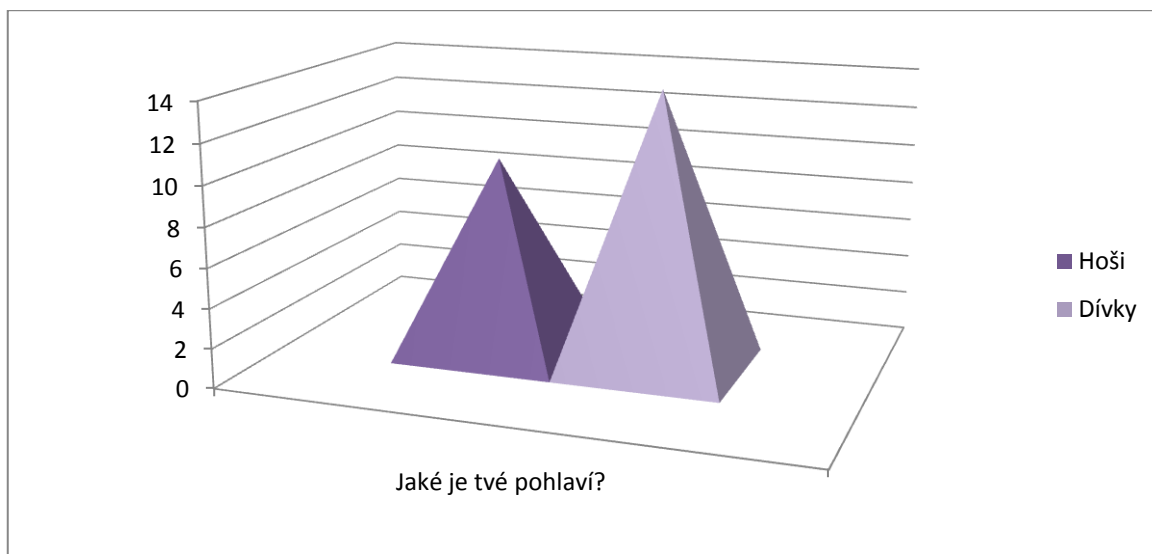
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

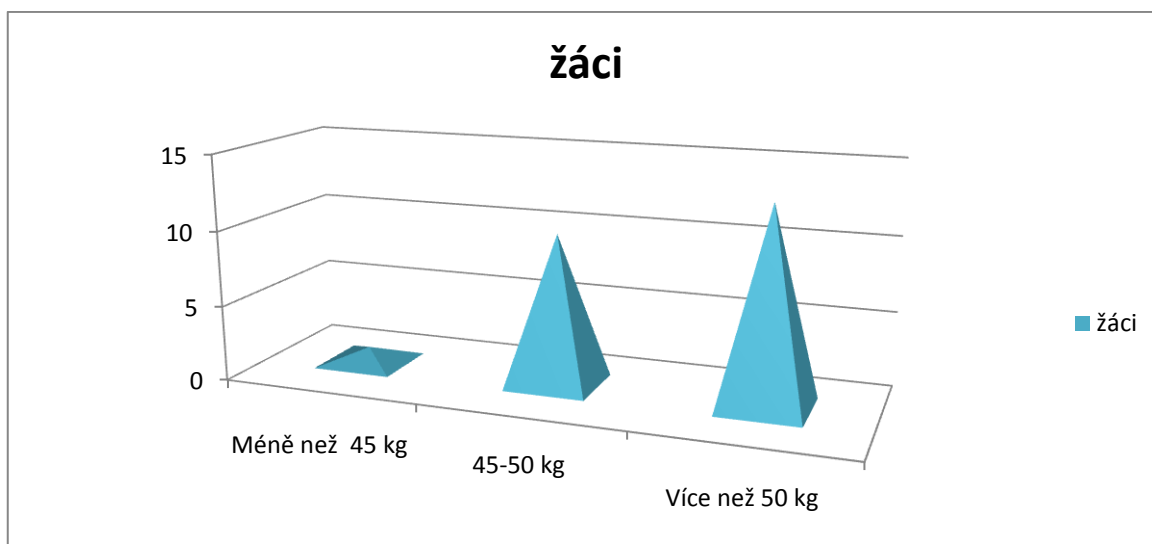
8. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



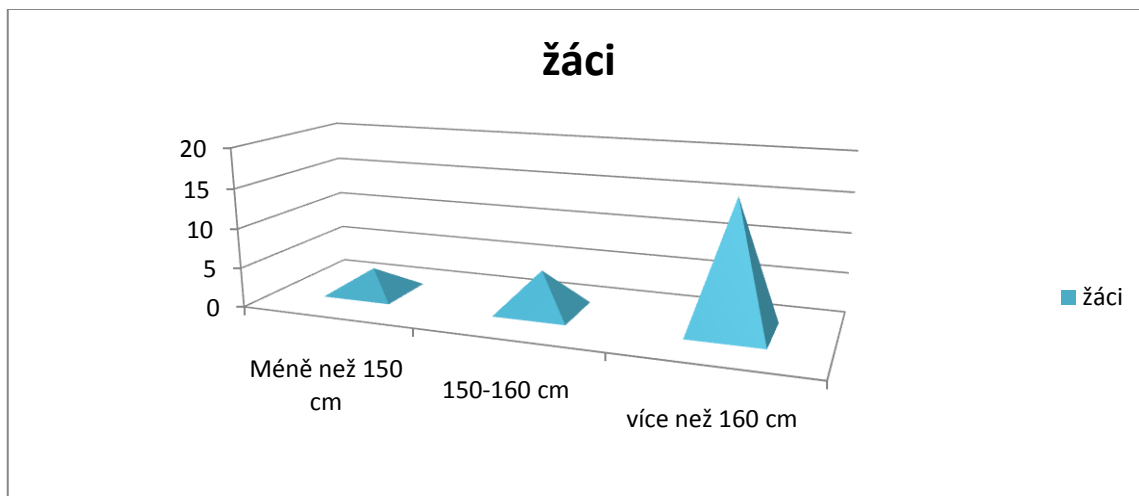
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 8. třídě zastoupilo 10 chlapců a 14 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



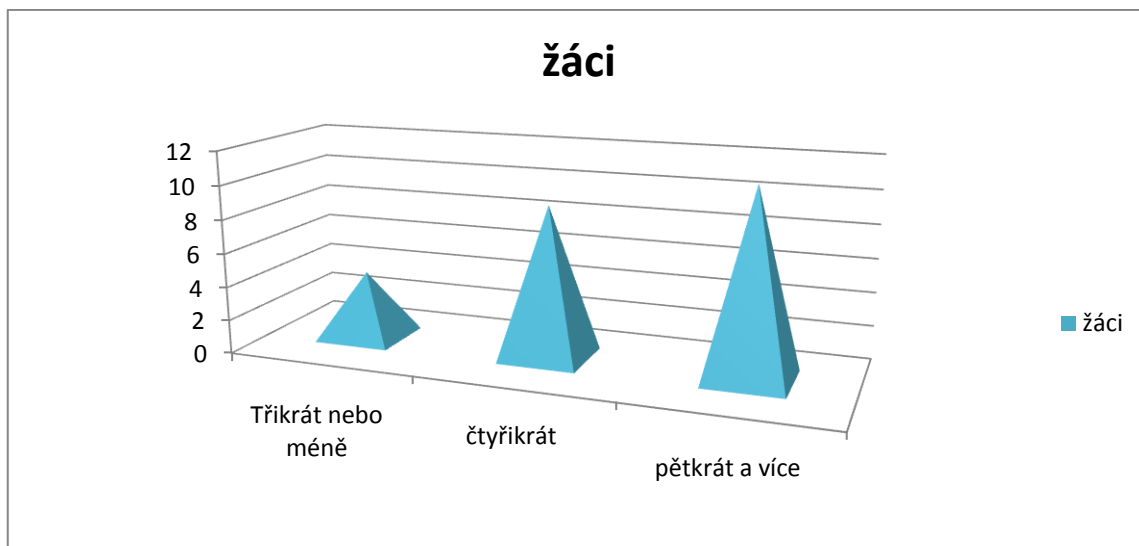
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg vážil 1 dotazovaný, dalších 10 vážilo něco mezi 45 – 50 kg a 13 vážilo více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



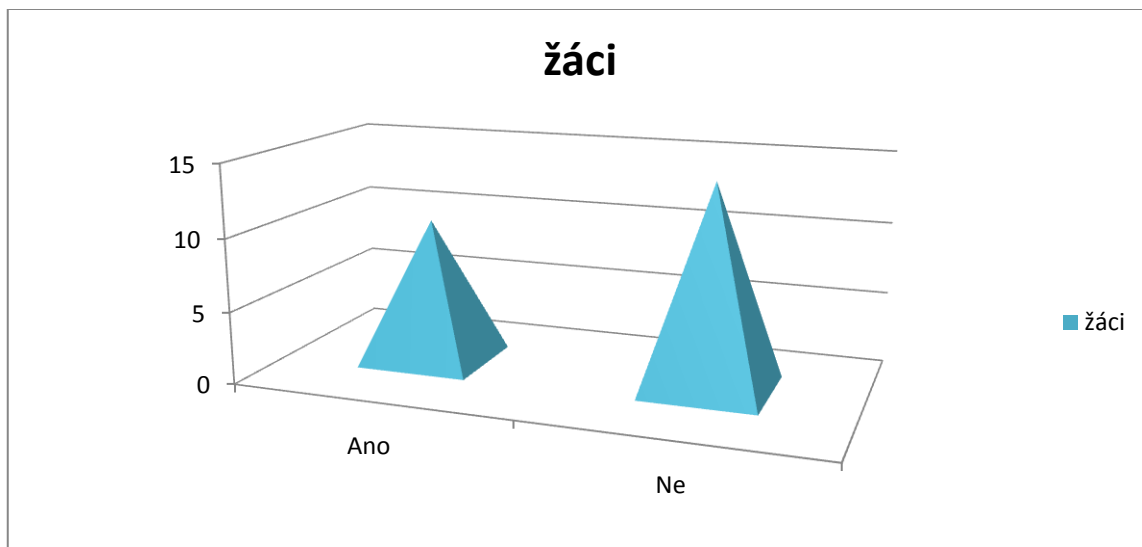
V této otázce mě zajímala výška žáků 8. třídy. Méně než 150 cm odpověděli 3 dotazovaní, dalších 5 zaškrtno odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a více než 160 cm měřilo 16 žáků.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



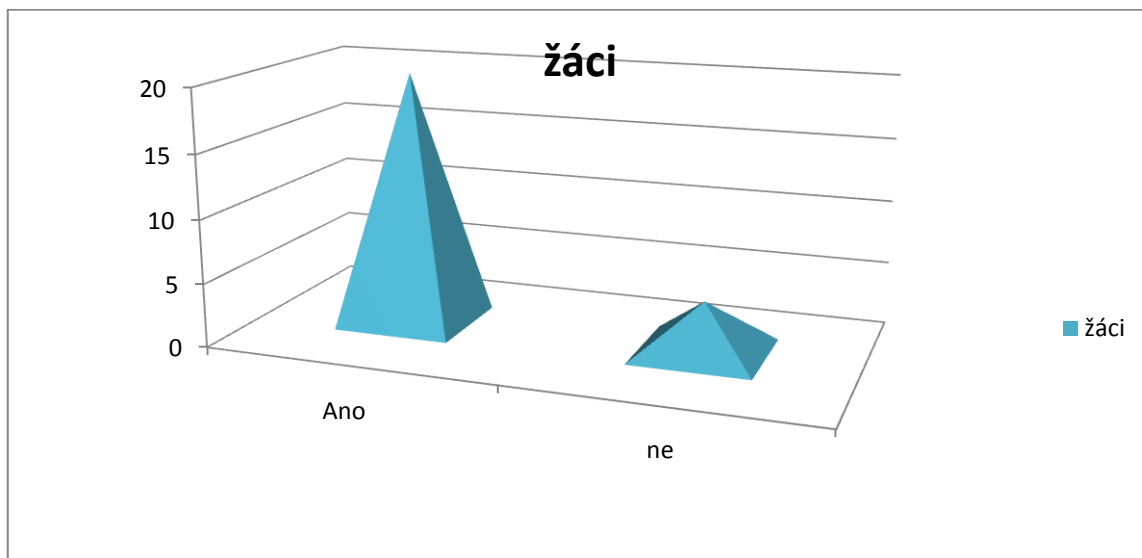
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 9 žáků, z celkových 24 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 4 žáci a dalších 11 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 24 dotázaných jich snídá pouze 10.

6) Svačíš ve škole?



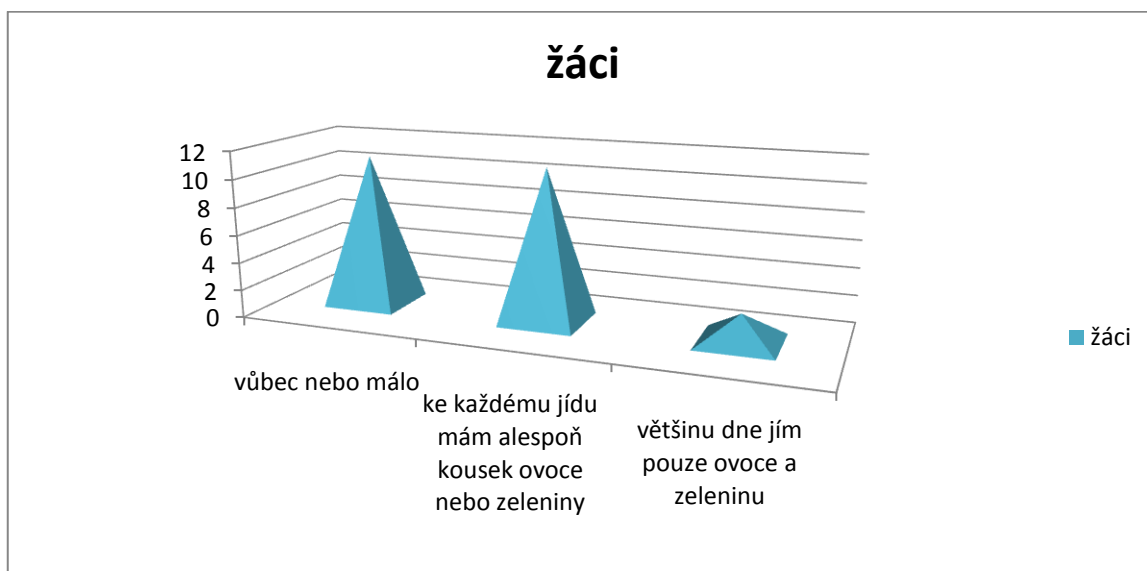
Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačin. 20 žáků ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



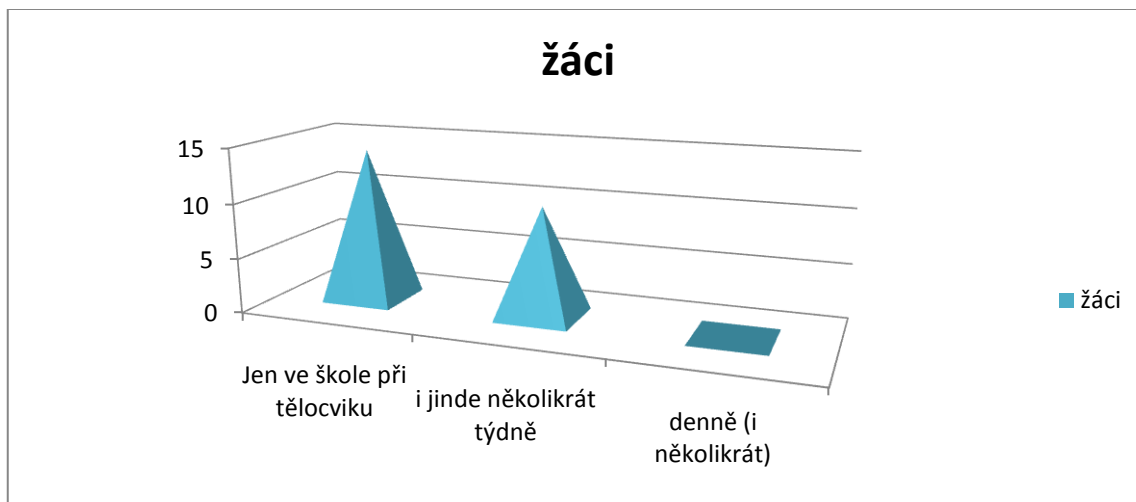
V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 23 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



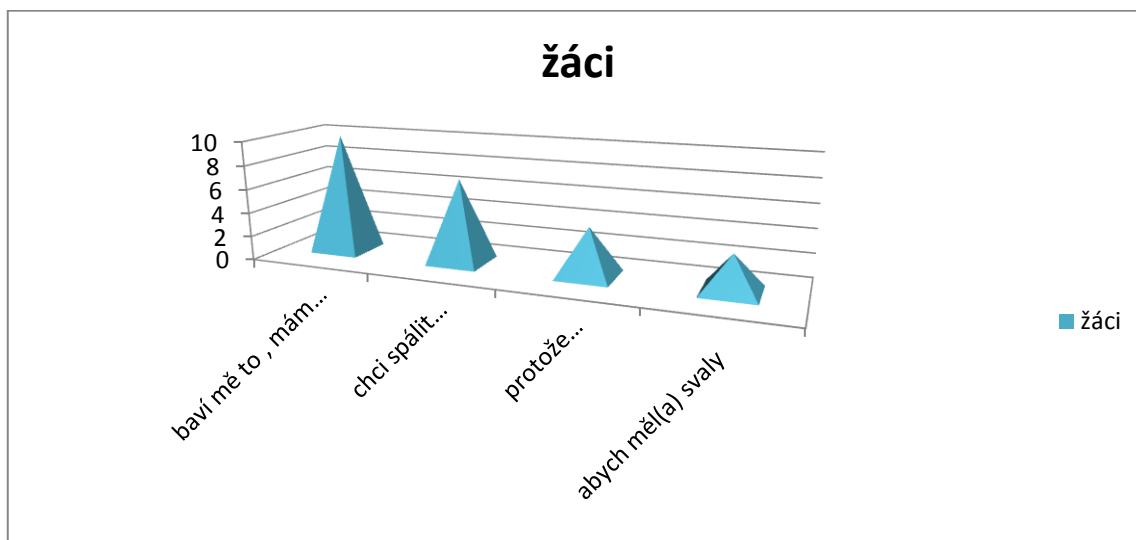
Na tuto otázku odpovědělo 11 žáků tak, že zeleninu téměř nejí, dalších 11 si dá alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývajících 2 si na zelenině pochutnávají téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



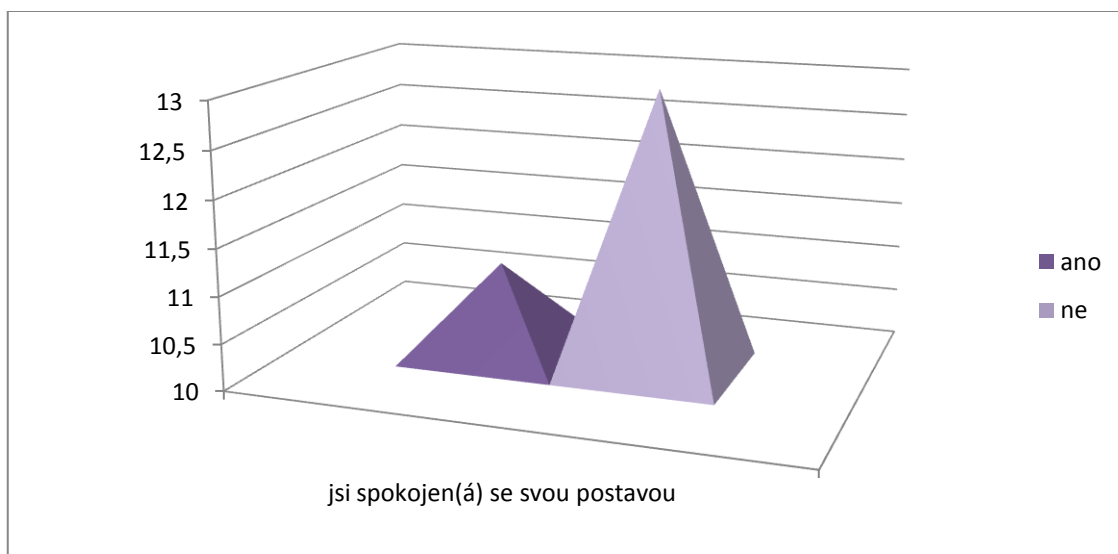
10 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, zbývající počet 14 žáků sportuje z donucení, jen při školním tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



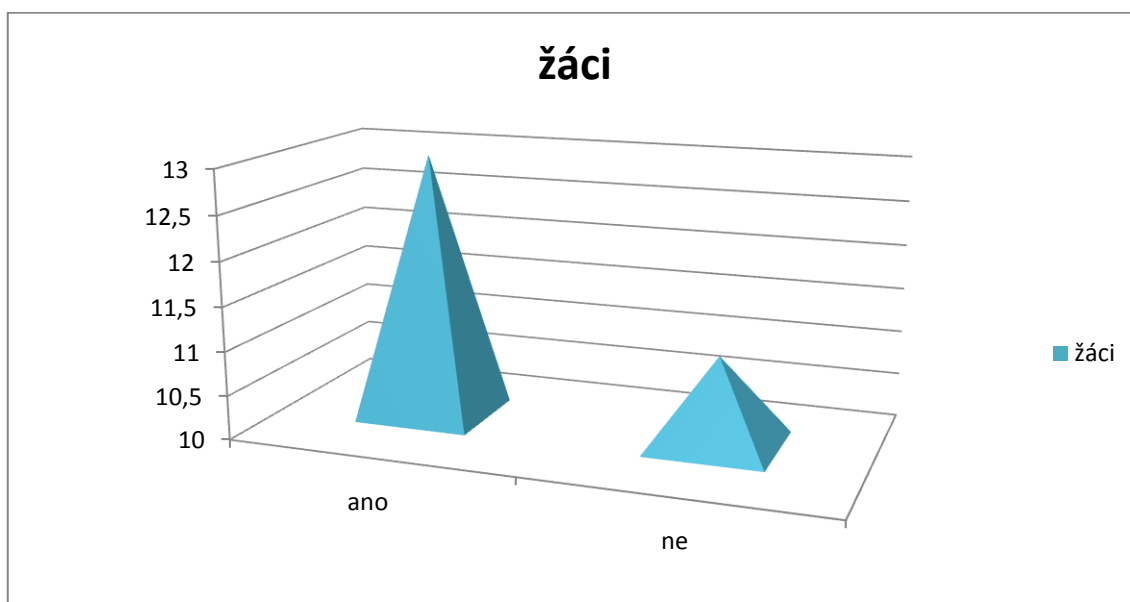
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 10 z nich mi odpovědělo, že je to baví, další 4 cvičí proto, že musí ve škole, 7 z dotázaných chtějí spálit energii a 3 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



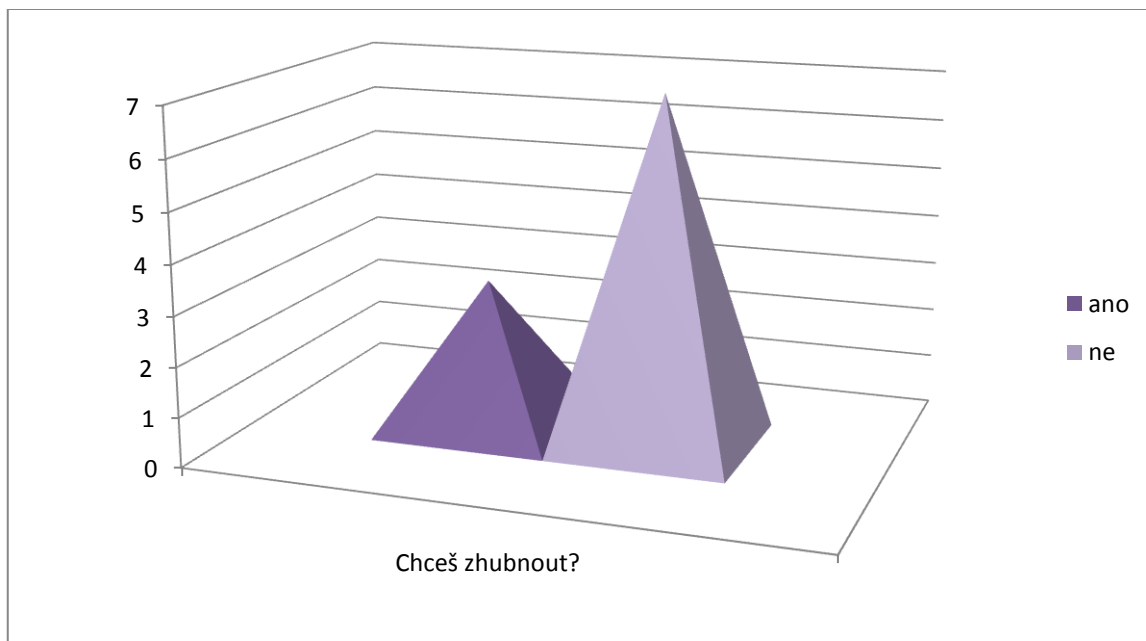
Na tuto otázku mi 11 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a 13 žáků spokojeno není.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky současně)



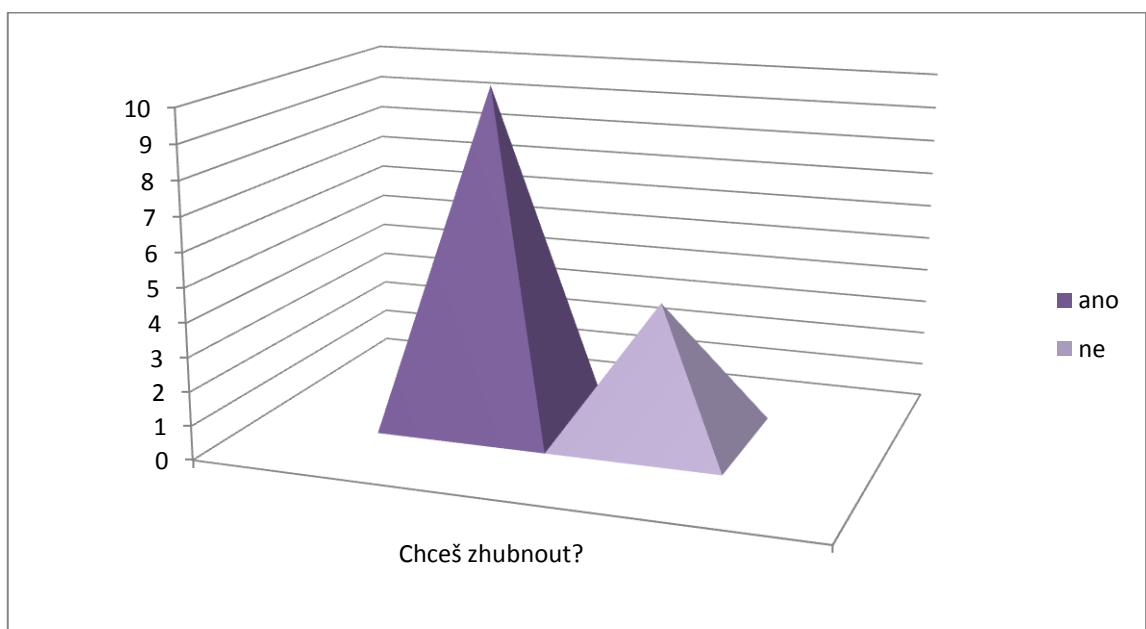
7 žáků mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 13 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (jen chlapci)



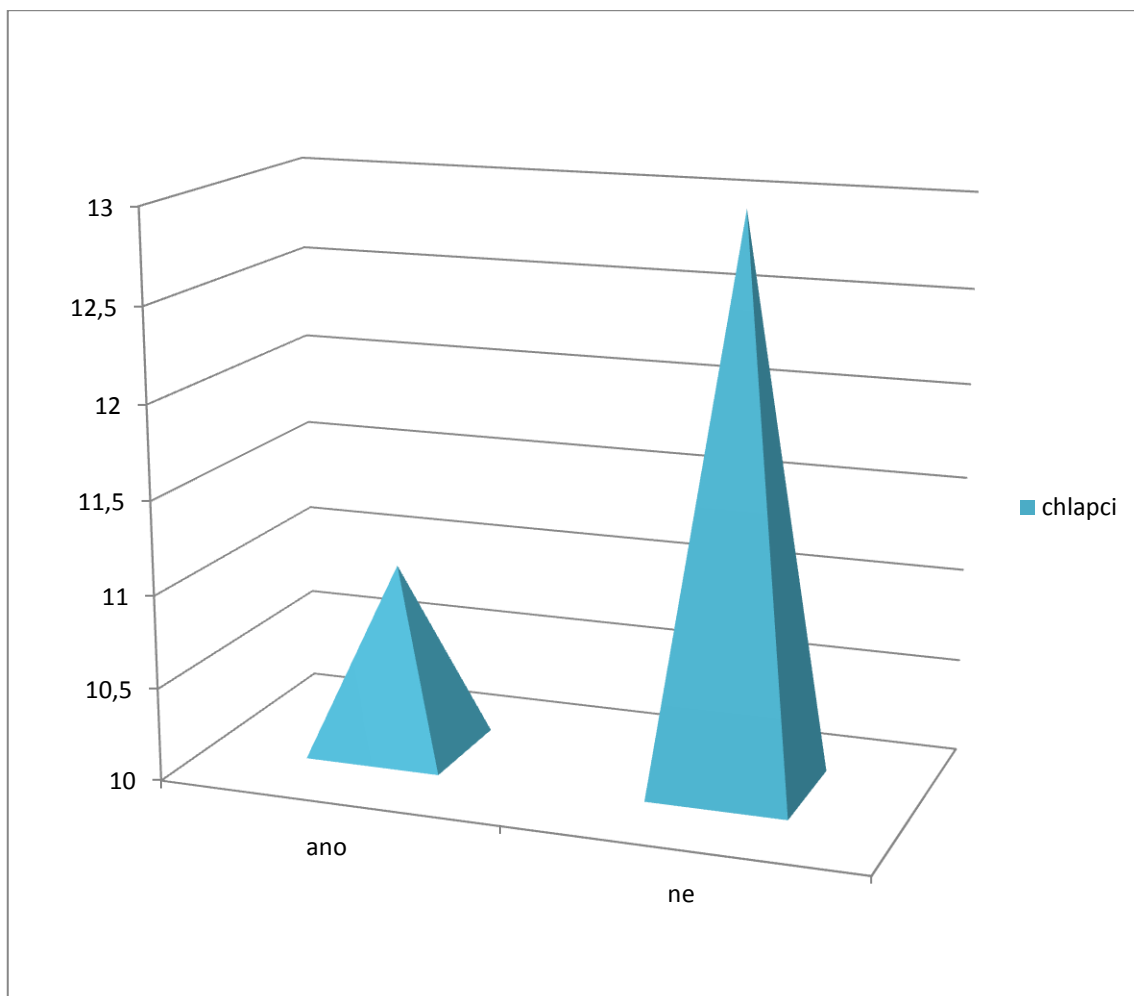
Jen 3 chlapci by si přáli zhubnout.

14) Chceš zhubnout? (jen dívky)



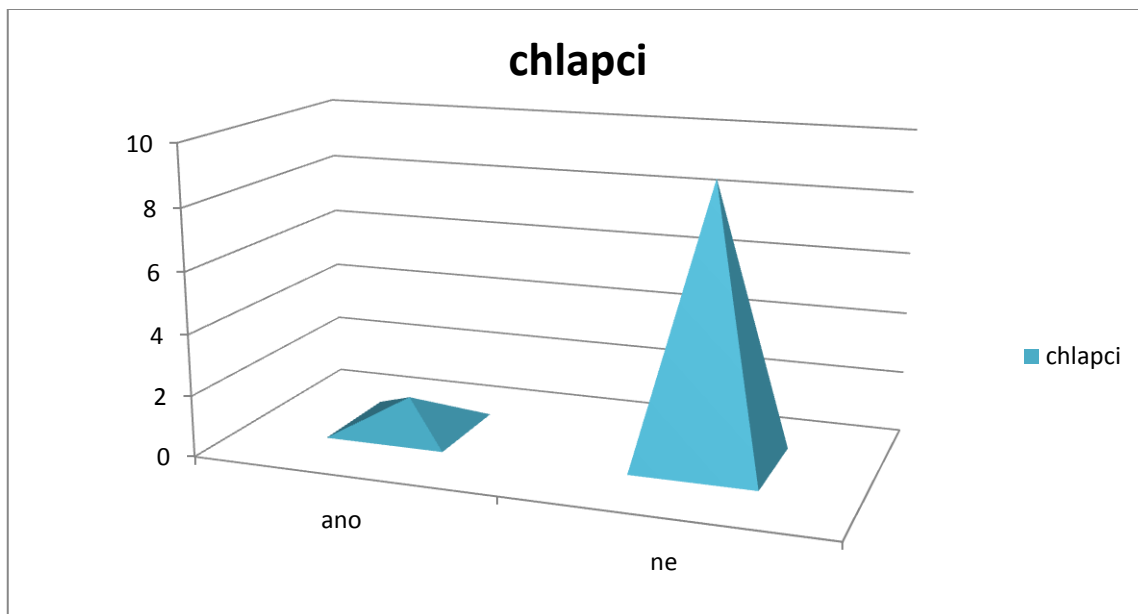
U dívek je situace již jiná. Je více těch, které by raději nějaké to kilo „shodily“.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



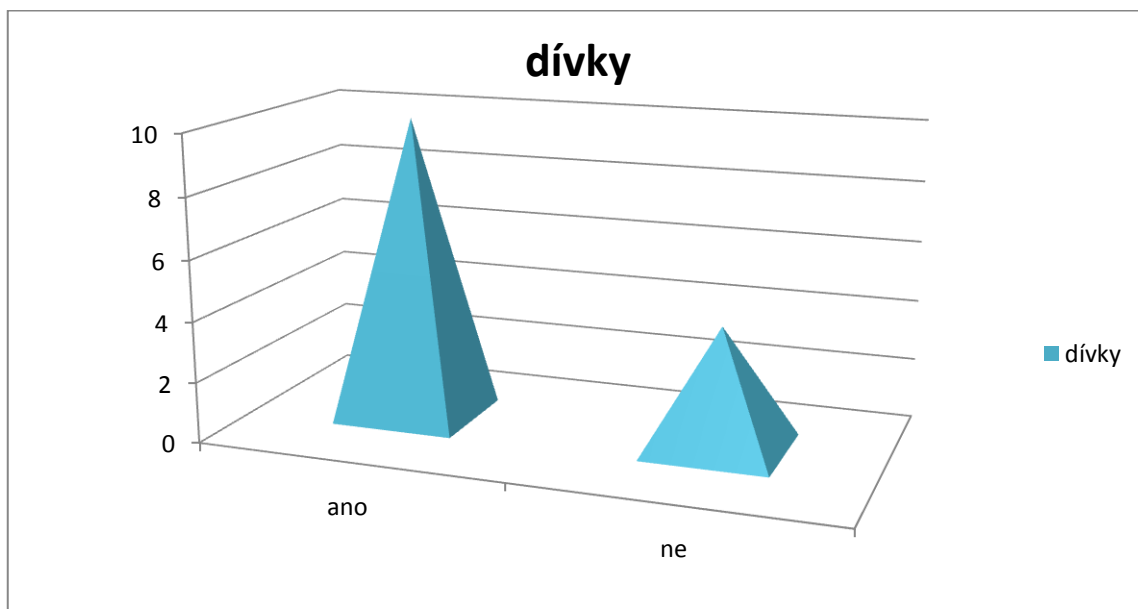
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (jen chlapci)



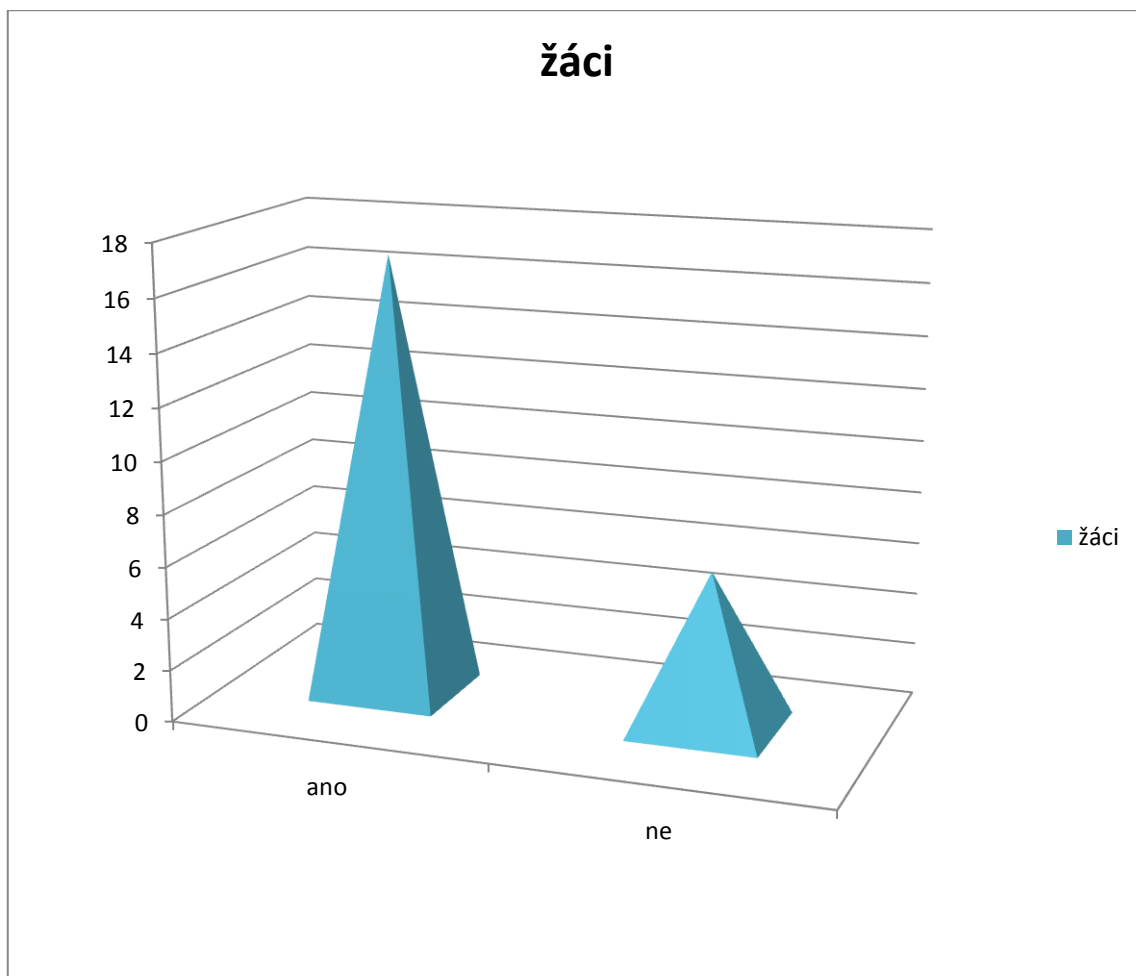
V 8. třídě ZŠ Křemže je 1 chlapec, který vyzkoušel nějaký druh redukčních diet.

17) Držela jsi někdy dietu? (jen dívky)



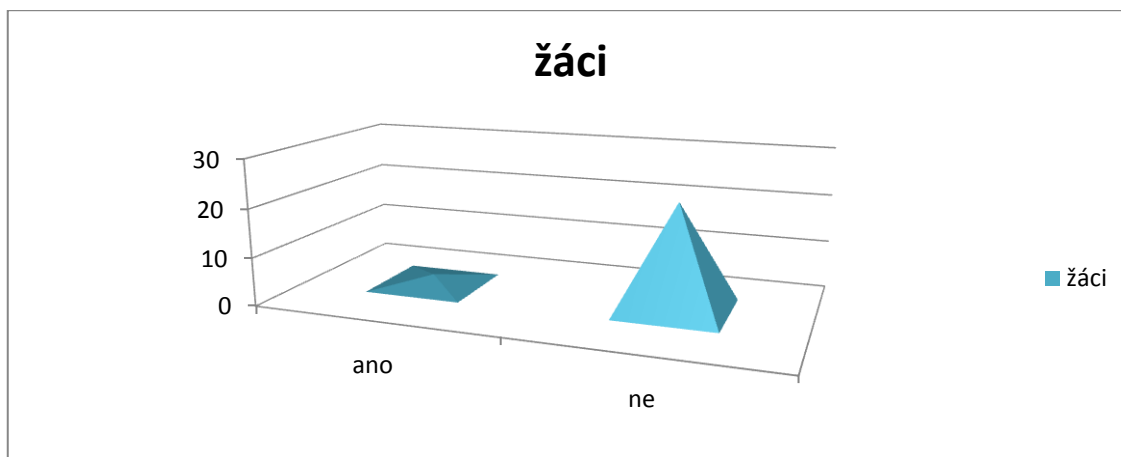
V 8. třídě ZŠ Křemže jsou 2 dívky, které vyzkoušely nějaký druh redukčních diet.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



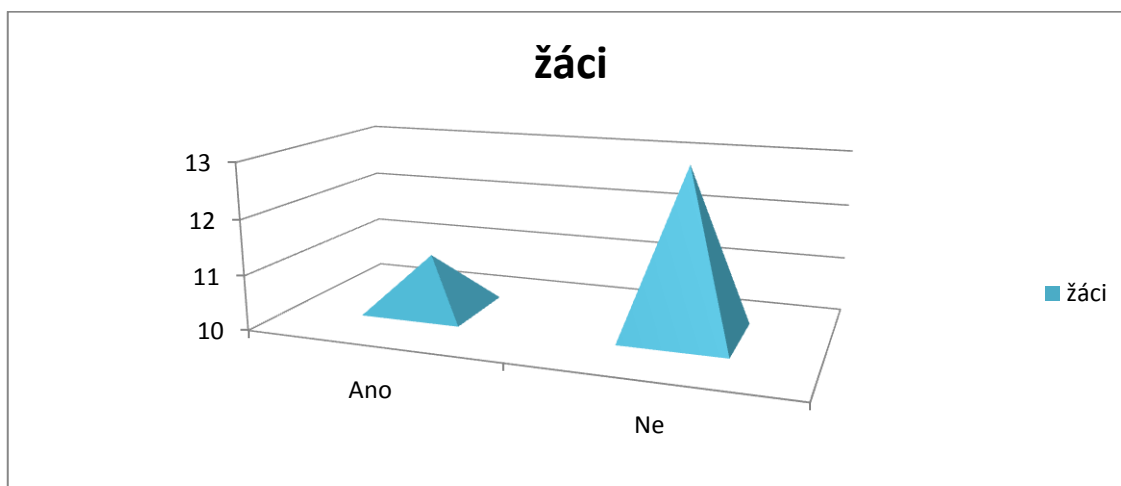
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 13 - 14 let tuto skutečnost registrují. Jen 6 žáků z 24 dotazovaných odpovědělo, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



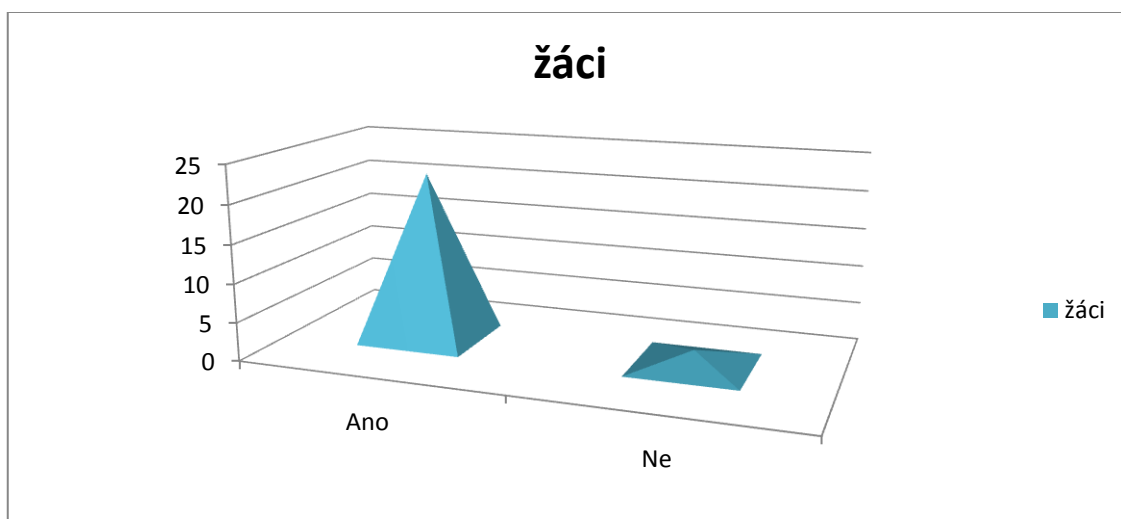
Jen 2 žáci v 8. třídě ZŠ Křemže vyzkoušeli nějaký přípravek na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



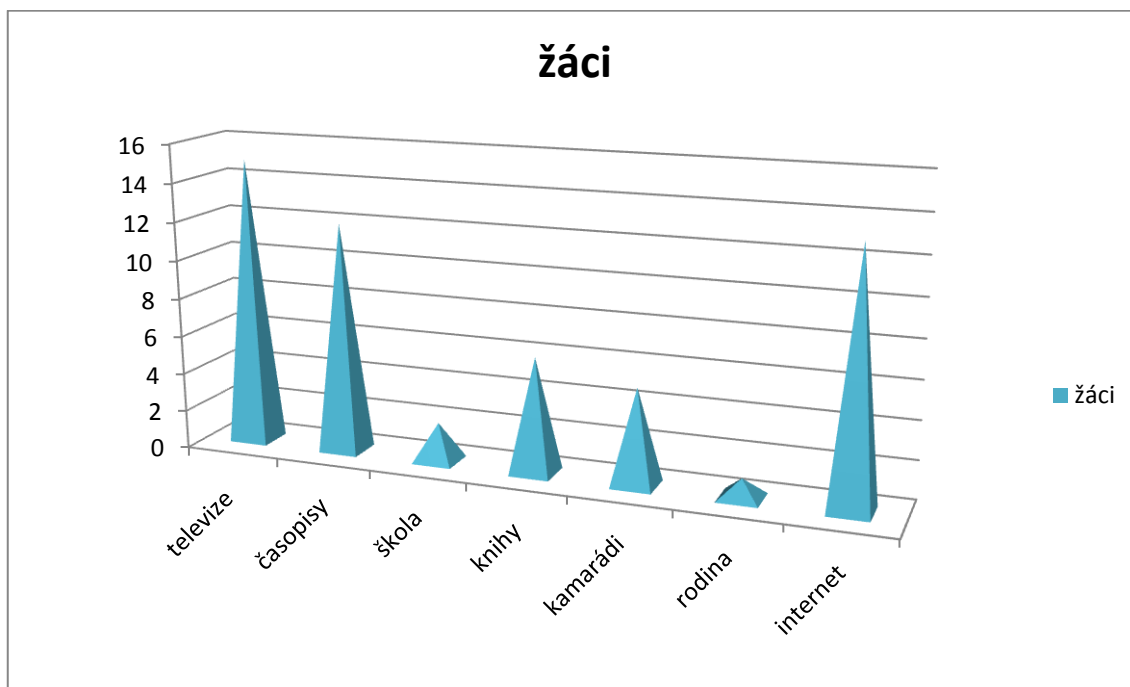
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 8. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



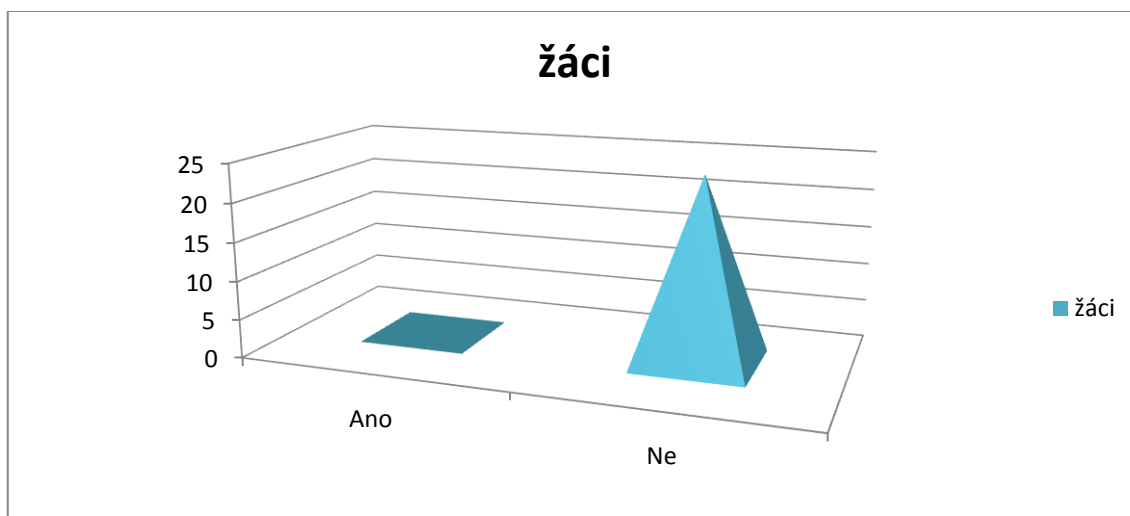
2 žáci v 8. třídě ZŠ Křemže ještě nikdy neslyšeli o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 22 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkala.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



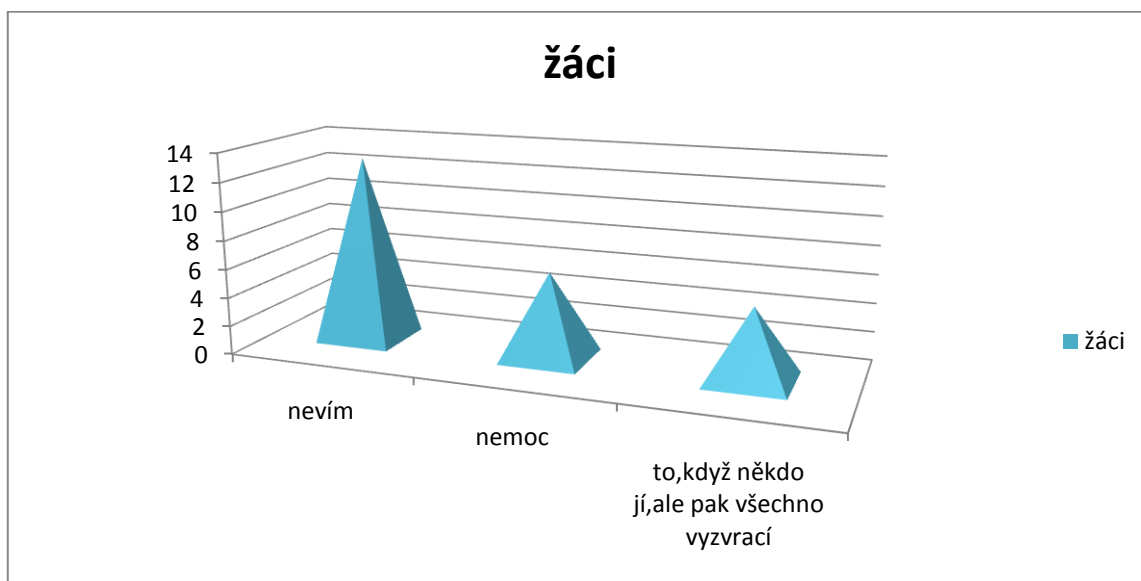
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



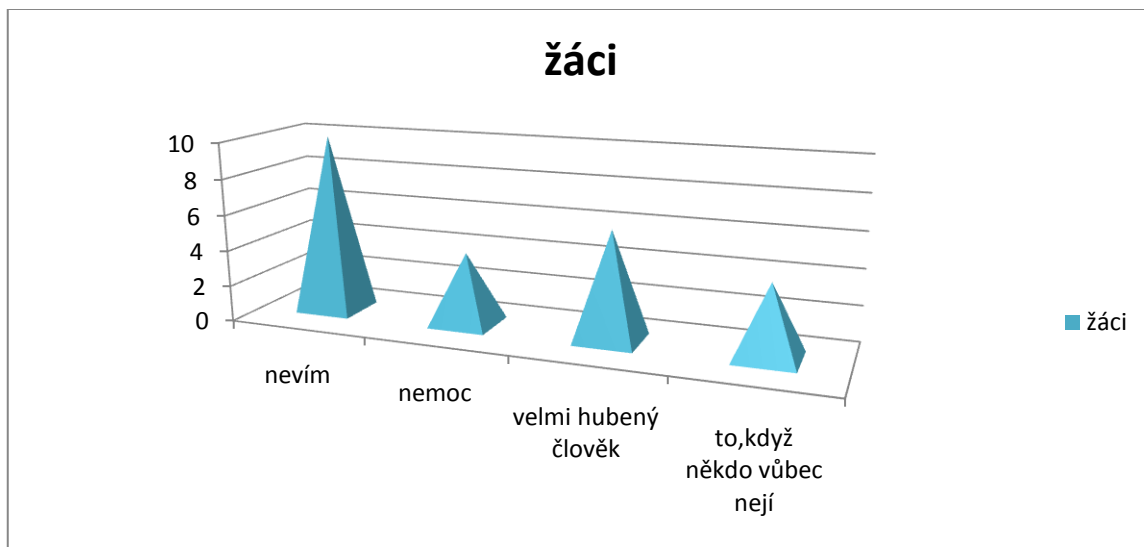
Žádný z respondentů se ještě nikdy nesešel s nikým, kdo by trpěl poruchou příjmu potravy.

24) Mentální bulimie, co to je?



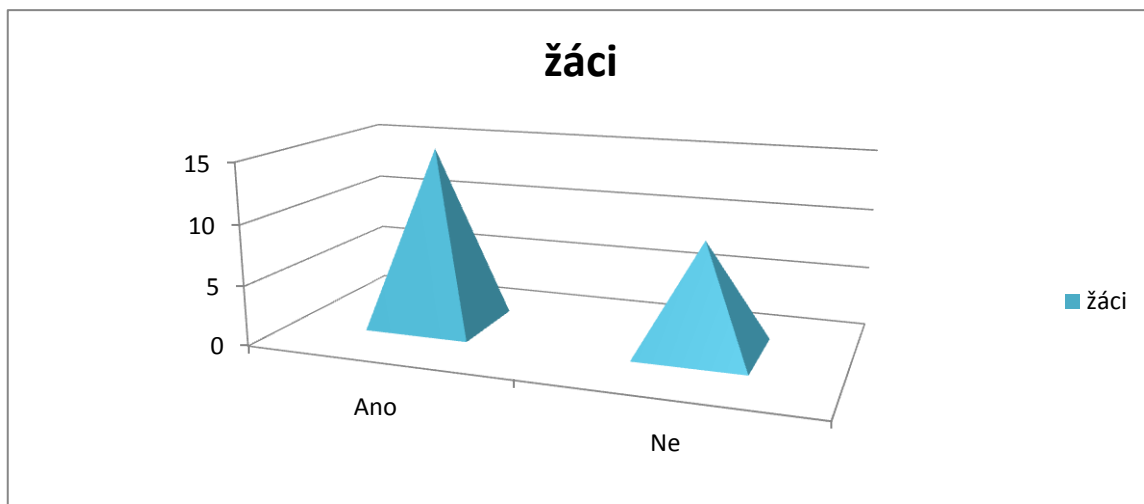
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušila.

25) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 10 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 4 dotazovaní uvedli, že se jedná o nemoc, dalších 6 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 4 napsali, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

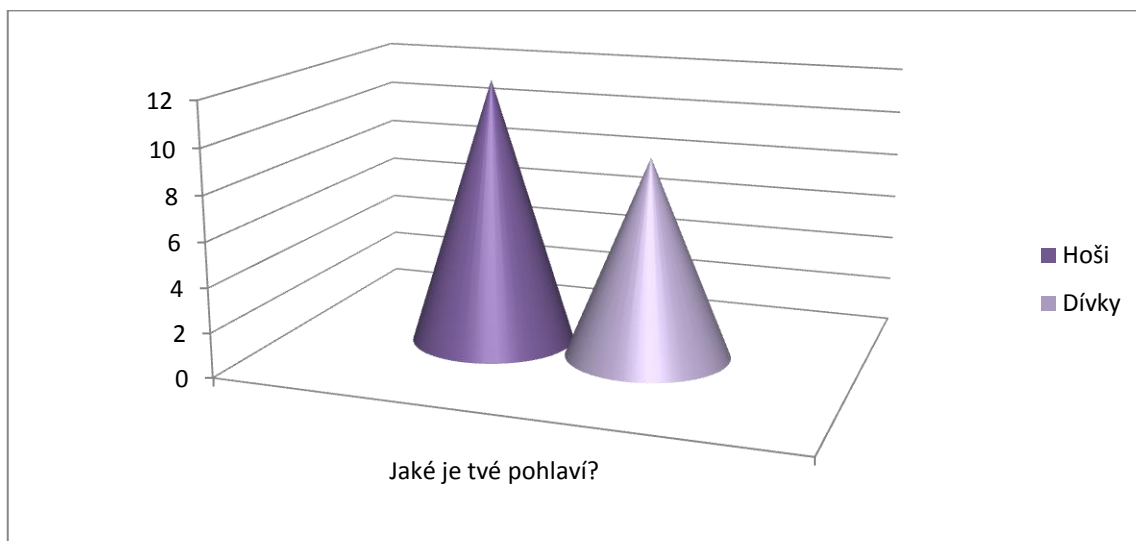
27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

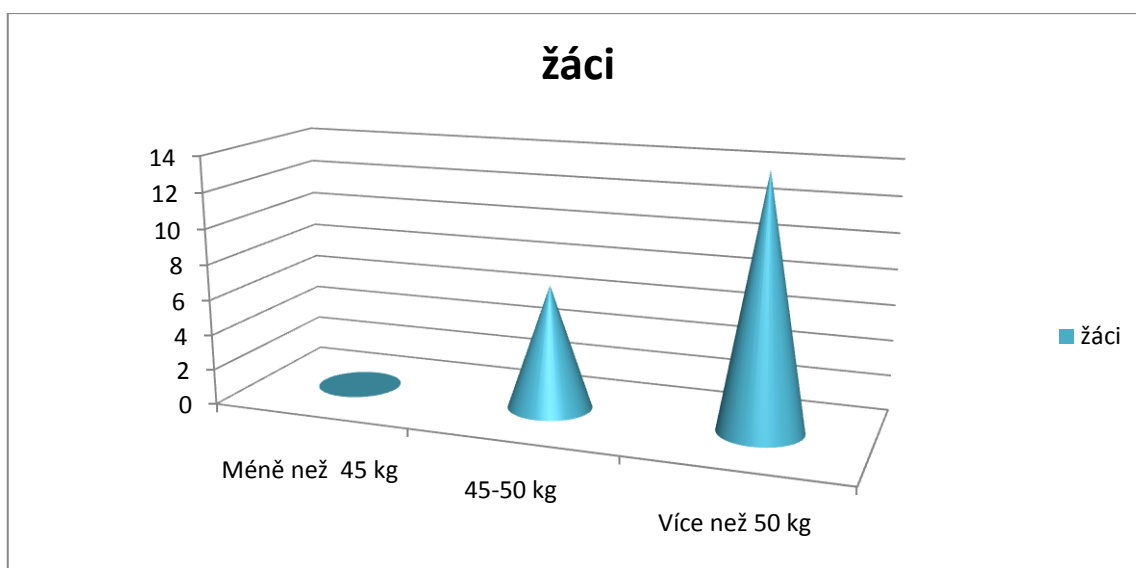
9. třída

1) Jaké je tvé pohlaví?



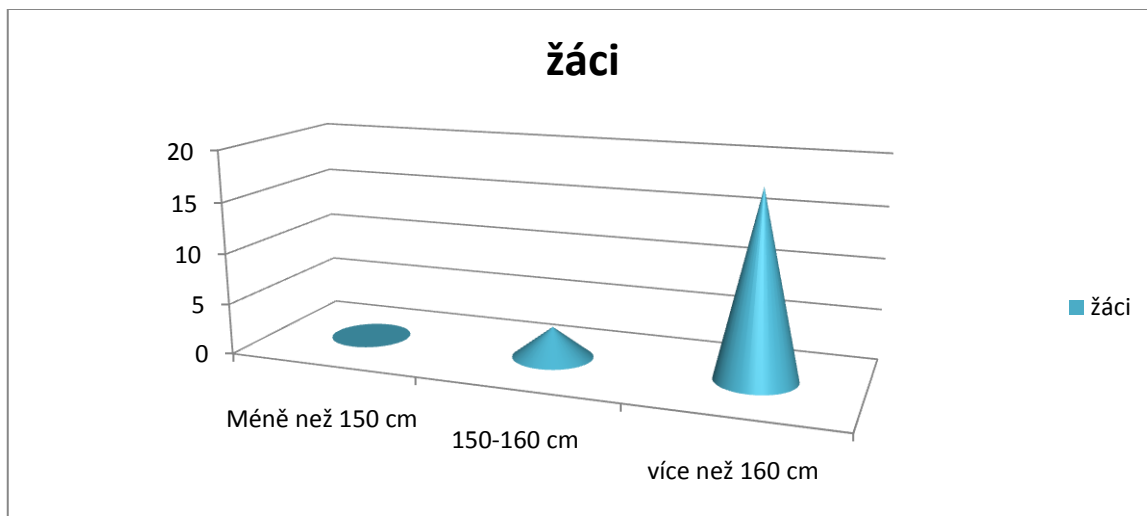
První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů v 9. třídě zastoupilo 12 chlapců a 9 dívek.

2) Jaká je tvá hmotnost?



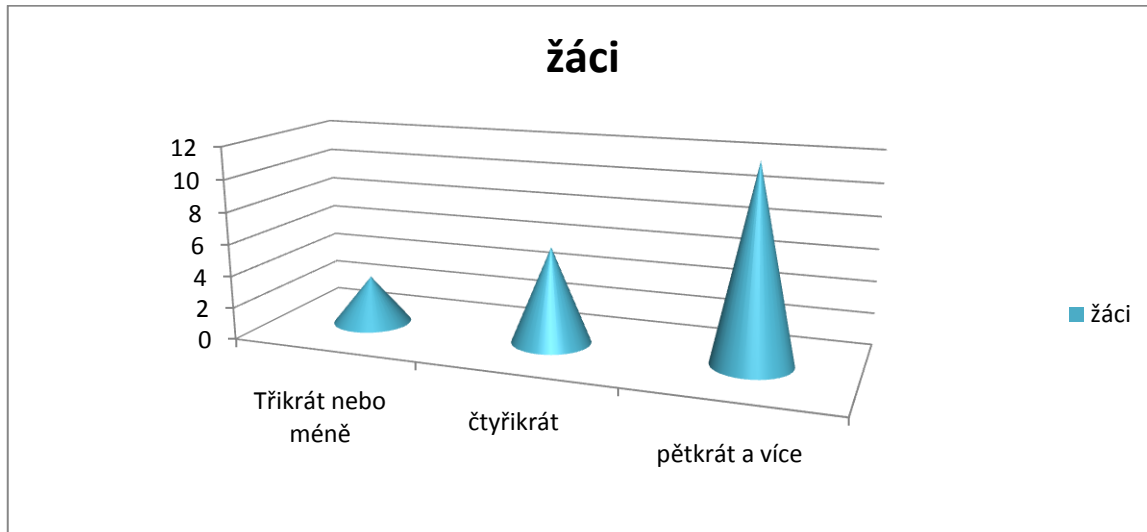
V druhé otázce jsem se dotazovala na hmotnost žáků. Méně než 45 kg nevážil ani jeden z dotazovaných, dalších 7 vážilo mezi 45 – 50 kg a 14 vážilo více než 50 kg.

3) Jaká je tvá výška?



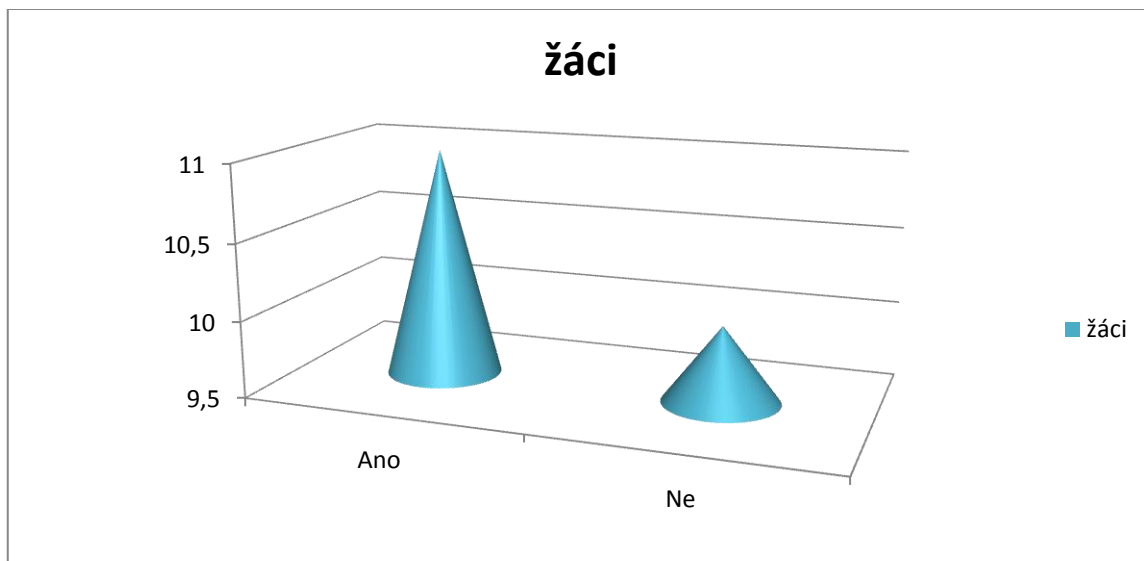
V této otázce mě zajímala výška žáků 9. třídy. Méně než 150 cm neodpověděl nikdo, další 3 zaškrtnli odpověď, že měří mezi 150 – 160 cm a více než 160 cm měřilo 18 žáků.

4) Kolikrát denně obvykle jíš?



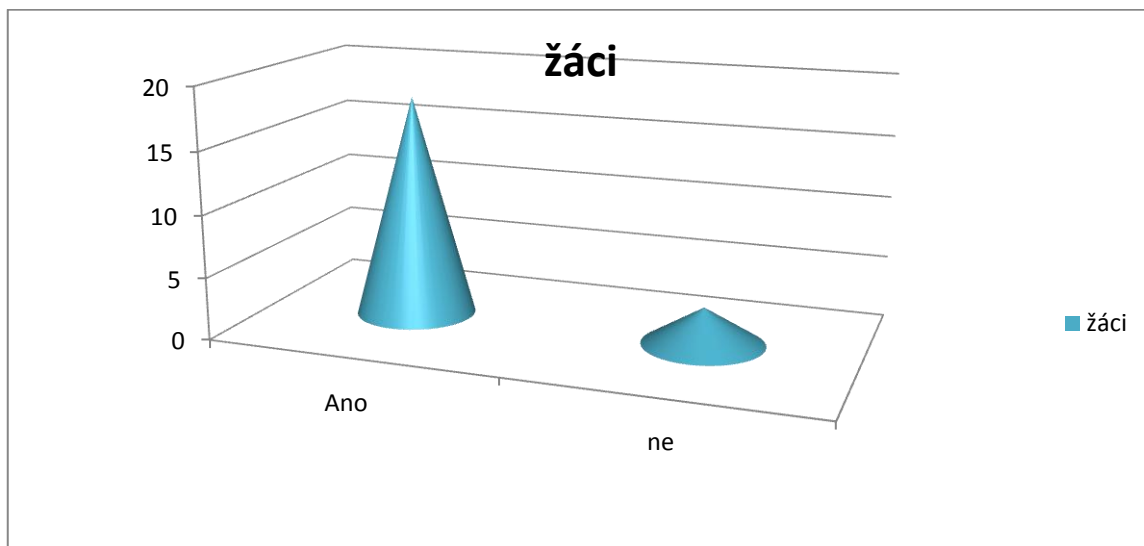
Tato otázka měla za cíl odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. 6 žáků, z celkových 21 dotázaných uvedlo, že jí čtyřikrát denně, třikrát a méně jí 3 žáci a dalších 12 jí pětkrát a více.

5) Snídáš ráno, než jdeš do školy?



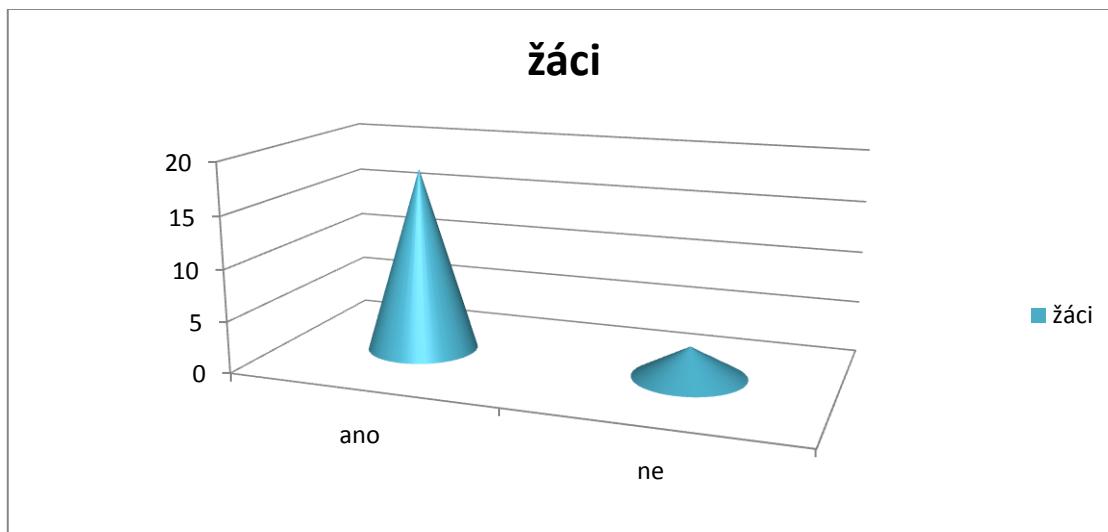
V této otázce se ukázalo, že mnoho dětí pravidelně vynechává snídani. Z 21 dotázaných jich snídá 11.

6) Svačič ve škole?



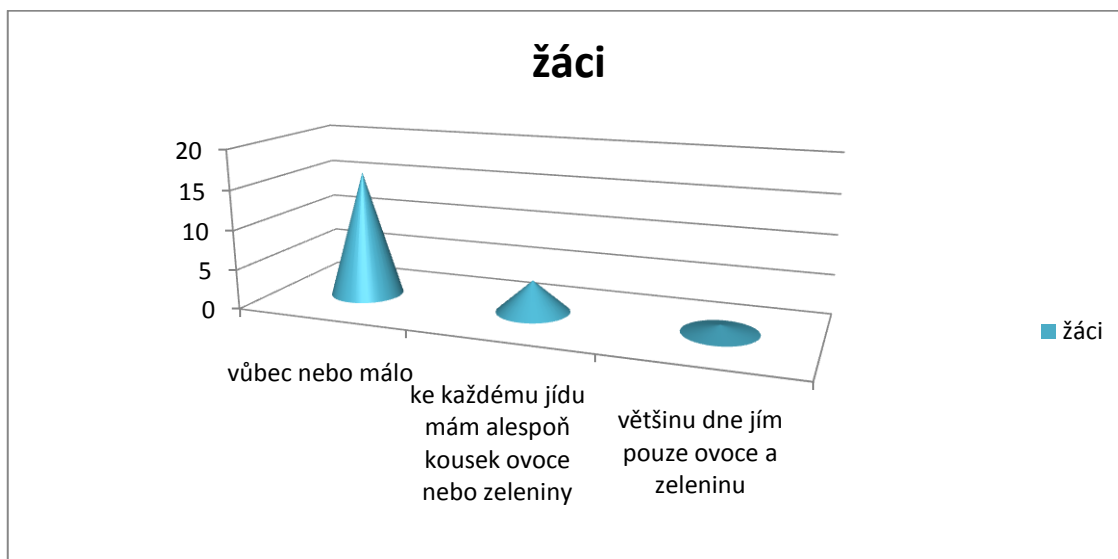
Naopak v této otázce se ukázalo, že děti a rodiče nepodceňují důležitost školních svačič. 18 žáků ve třídě si totiž nosí z domova přichystané svačiny a během přestávek je snědí.

7) Obědváš?



V této otázce je znázorněno, kolik dětí obědvá, ať již ve školním stravování, či doma. Pravidelně obědvá 18 žáků.

8) Jak často jíš ovoce a zeleninu?



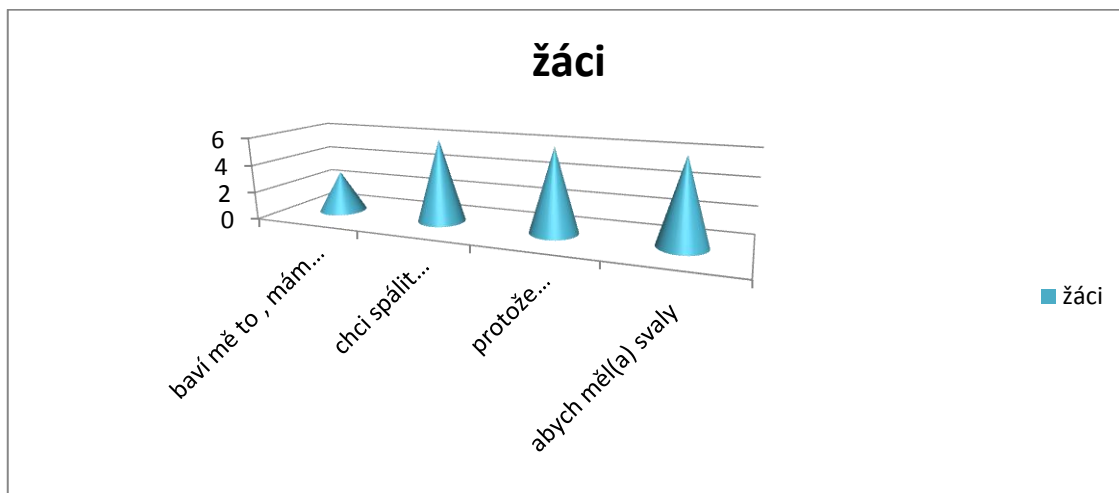
Na tuto otázku odpovědělo 16 žáků tak, že zeleninu téměř nejí, další 4 si dají alespoň kousek zeleniny ke každému jídlu a zbývající 1 si na zelenině pochutnávají téměř celý den.

9) Jak často sportuješ?



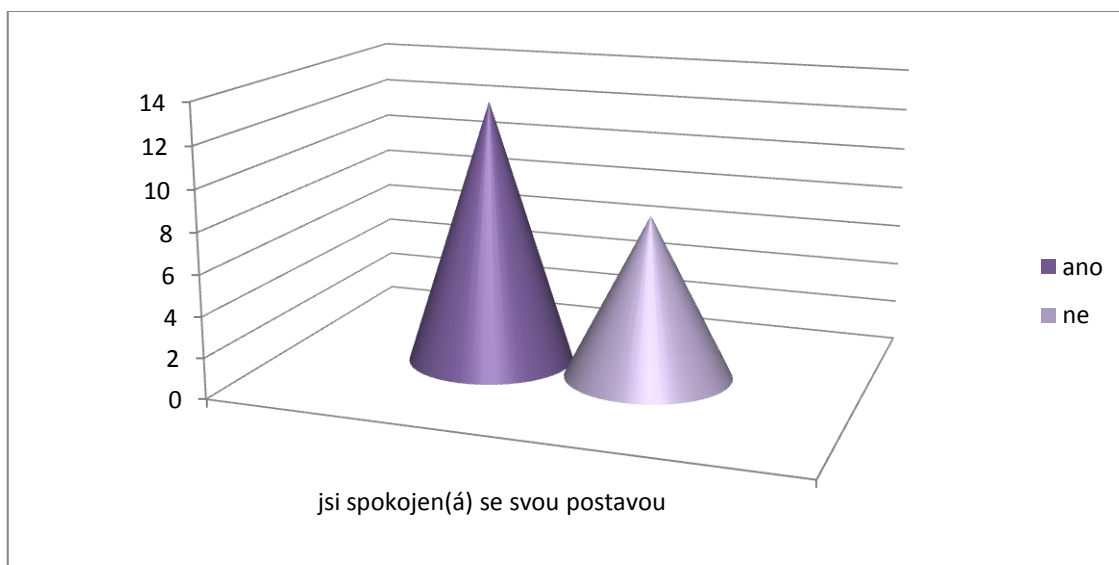
7 dotázaných sportuje i několikrát v týdnu, 6 dokonce denně a 8 žáků z 21 dotázaných sportuje jen ve škole při tělocviku.

10) Kvůli čemu cvičíš?



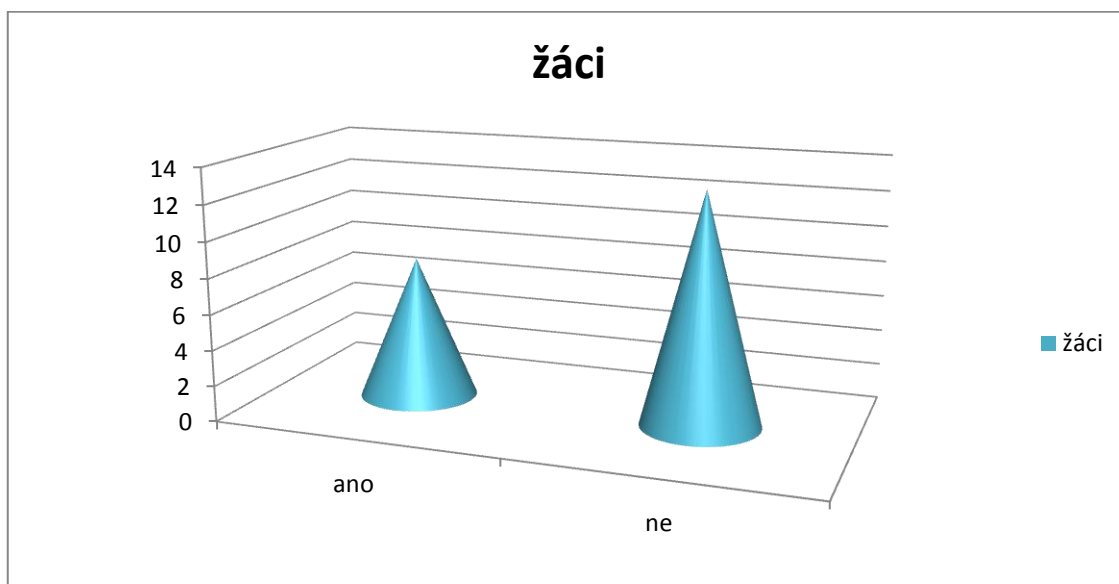
Zde jsem se dotazovala, proč žáci cvičí. 3 z nich mi odpovědělo, že je to baví, dalších 6 cvičí proto, že musí ve škole, 6 žáků chce spálit energii a dalších 6 cvičí kvůli nárůstu svalové hmoty.

11) Jsi spokojen (á) se svou postavou?



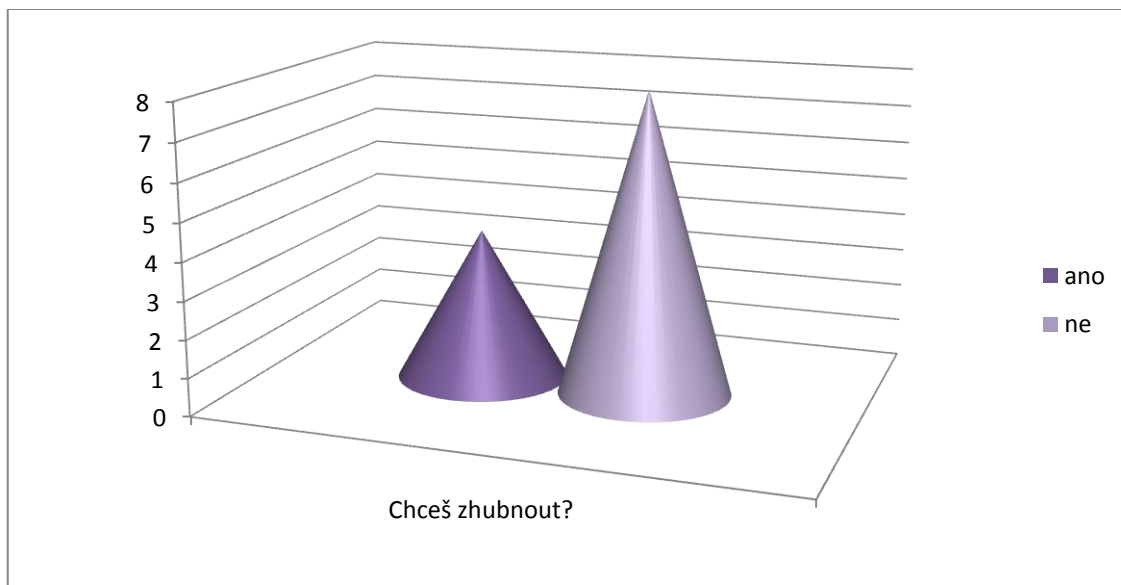
Na tuto otázku mi 13 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni se svou postavou a 8 není.

12) Chceš zhubnout? (chlapci i dívky současně)



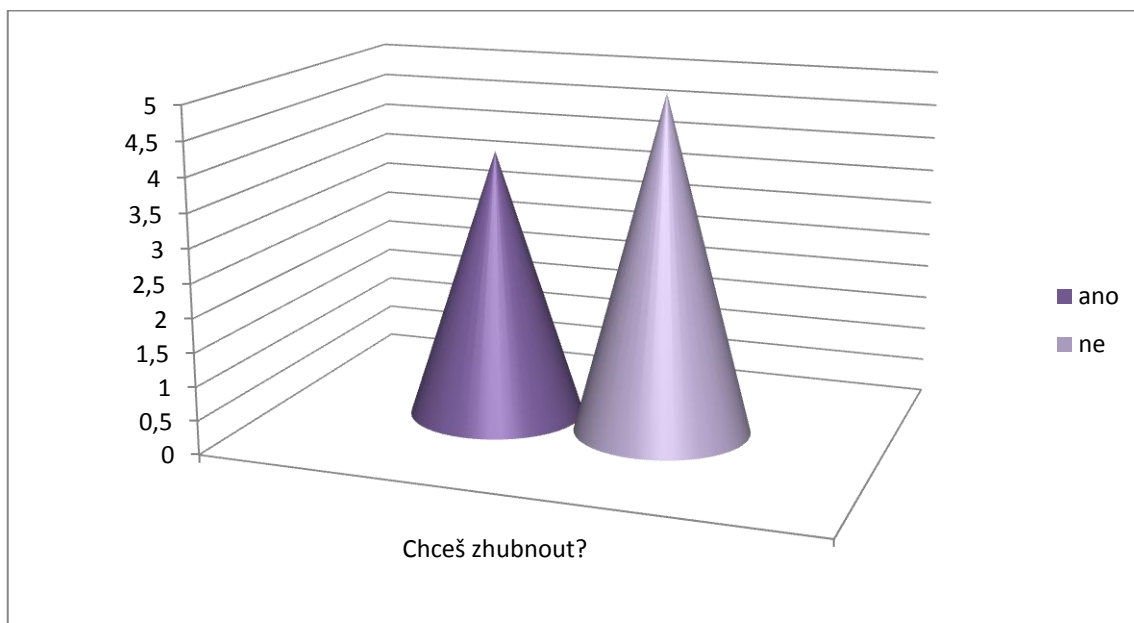
13 žáků mi odpovědělo, že nechtějí zhubnout. Naopak dalších 8 by si přálo úbytek tělesné hmotnosti. Ve výsledku jsou započtení chlapci i děvčata současně.

13) Chceš zhubnout? (jen chlapci)



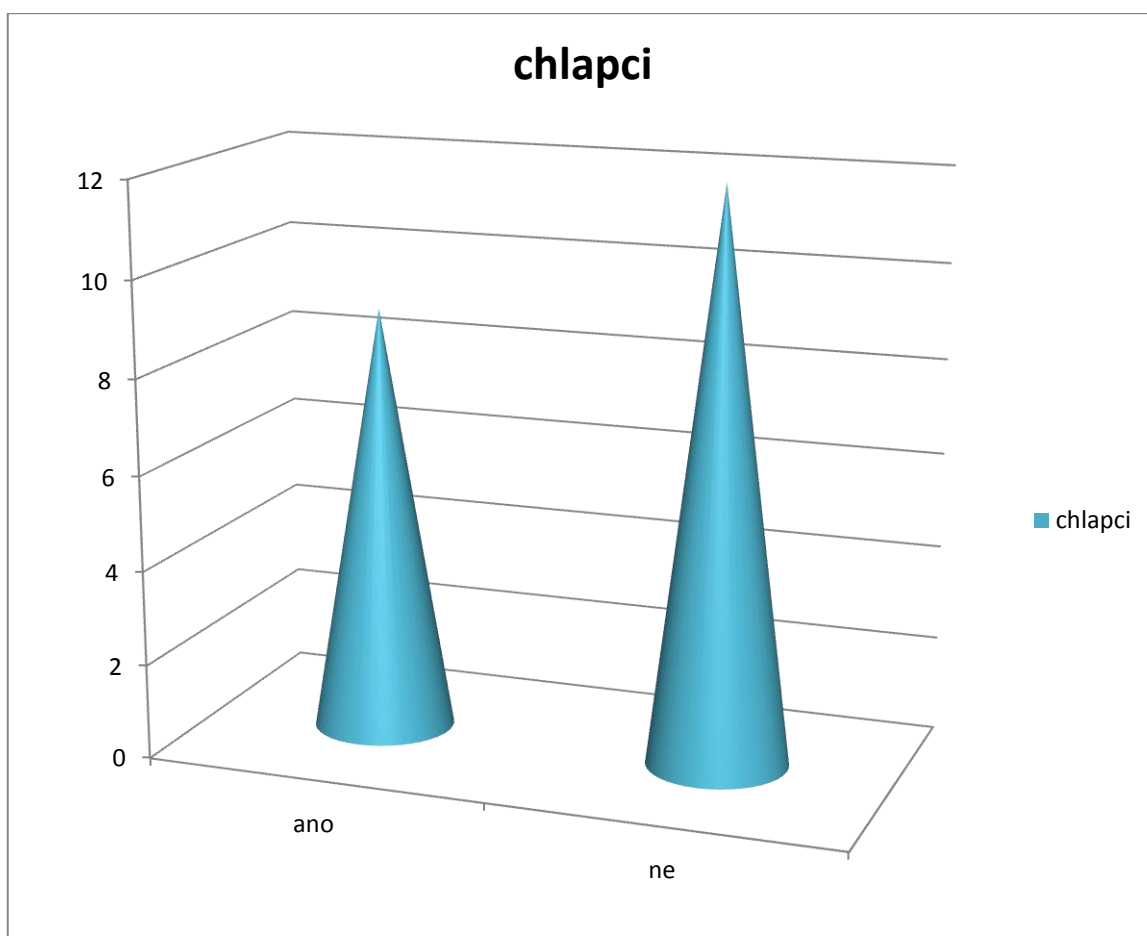
4 chlapci z této třídy by si přáli zhubnout. 8 jich pak hubnout nechce.

14) Chceš zhubnout? (jen dívky)



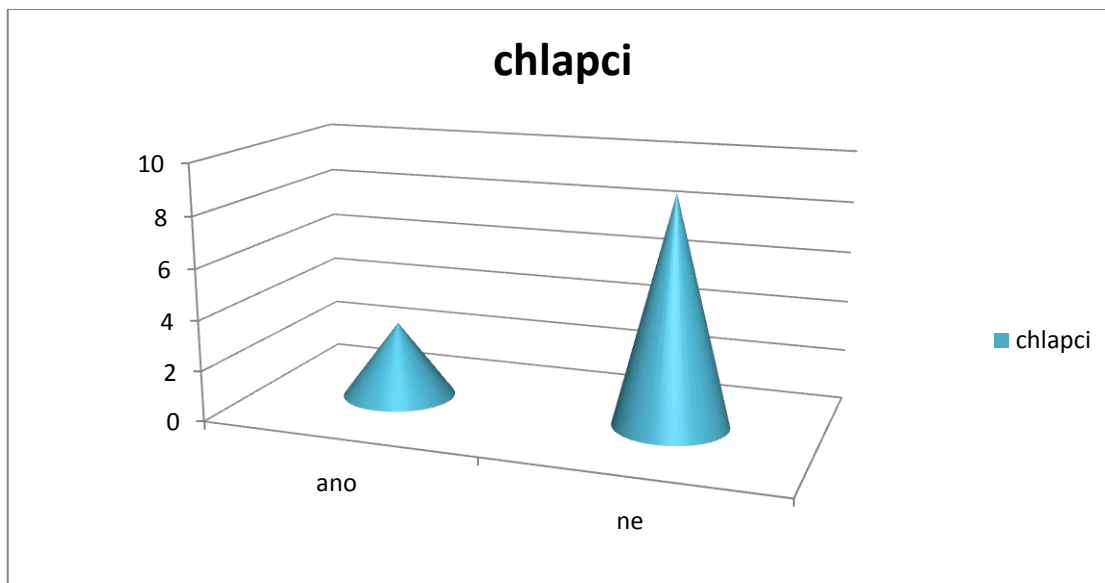
Také 4 dívky by chtěly zhubnout a naopak 5 jich o žádném hubnutí slyšet nechce.

15) Držel jsi někdy dietu? (chlapci i dívky)



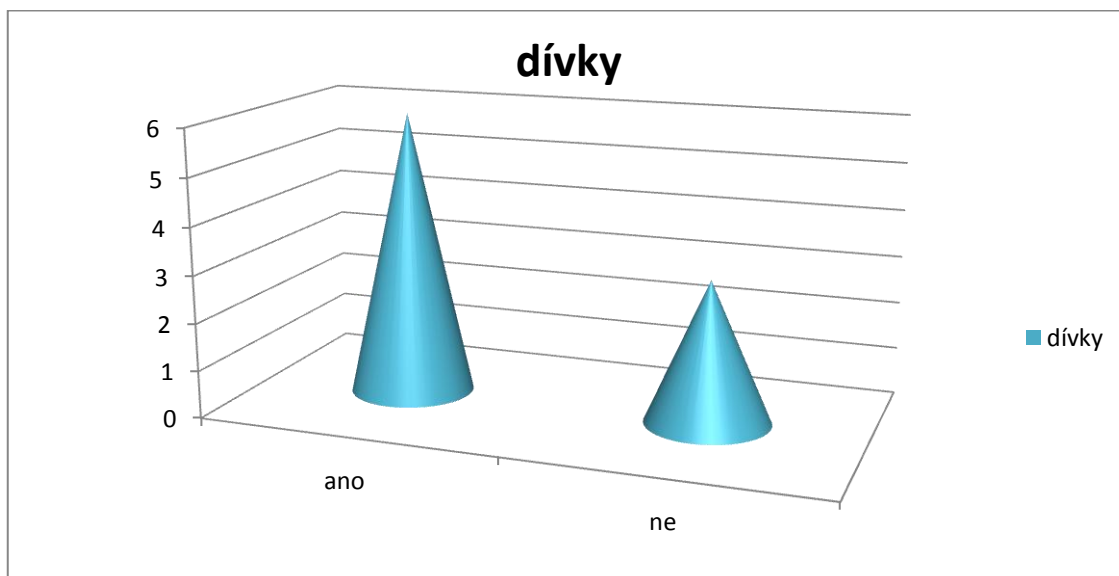
Jak jsem již v teoretické části uvedla, tak u chlapců v tomto věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami. Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.

16) Držel jsi někdy dietu? (jen chlapci)



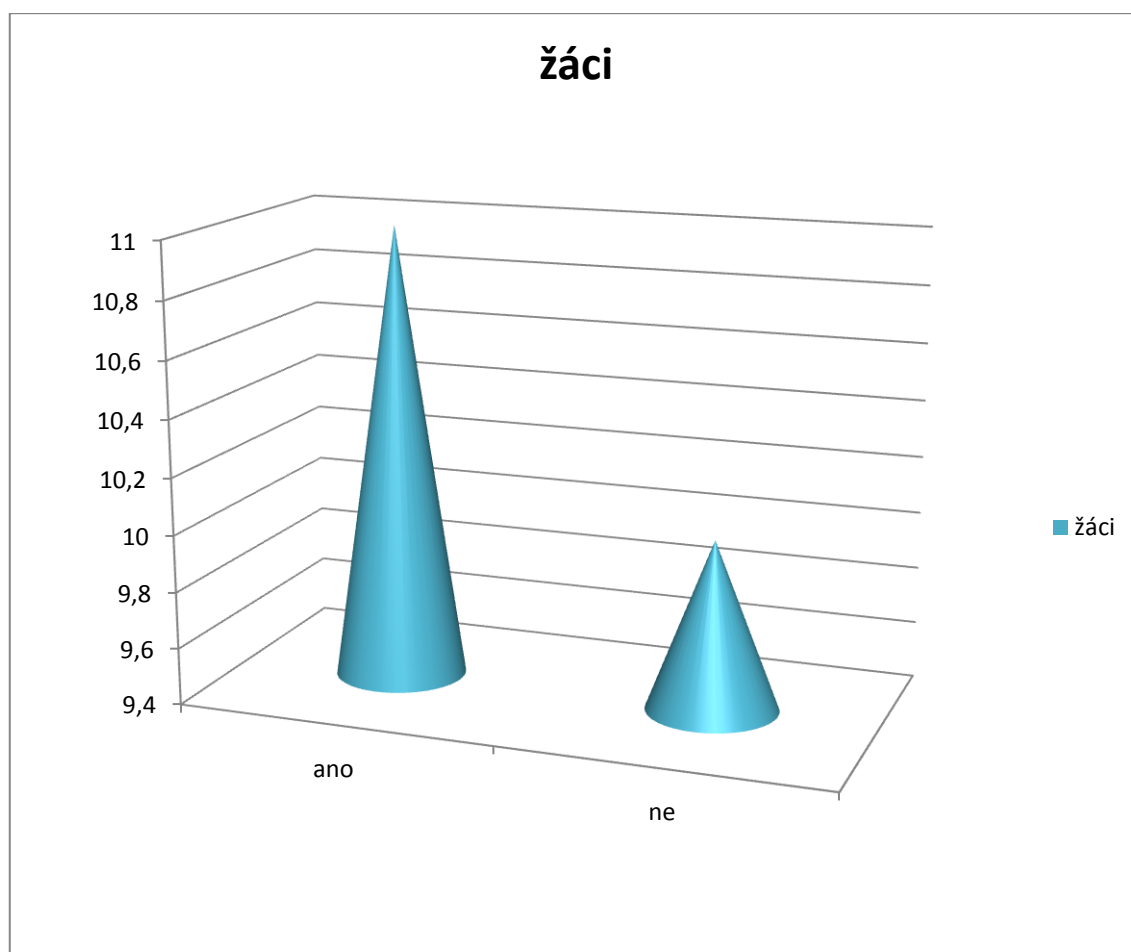
V 9. třídě ZŠ Křemže jsou 3 chlapci, kteří vyzkoušeli nějaký druh redukčních diet.

17) Držela jsi někdy dietu? (jen dívky)



Již v tomto nízkém věku vyzkoušelo 6 dívek z 9 dotazovaných nějakou dietu.

18) Myslíš si, že životní úspěchy závisí na štíhlé postavě a kráse?



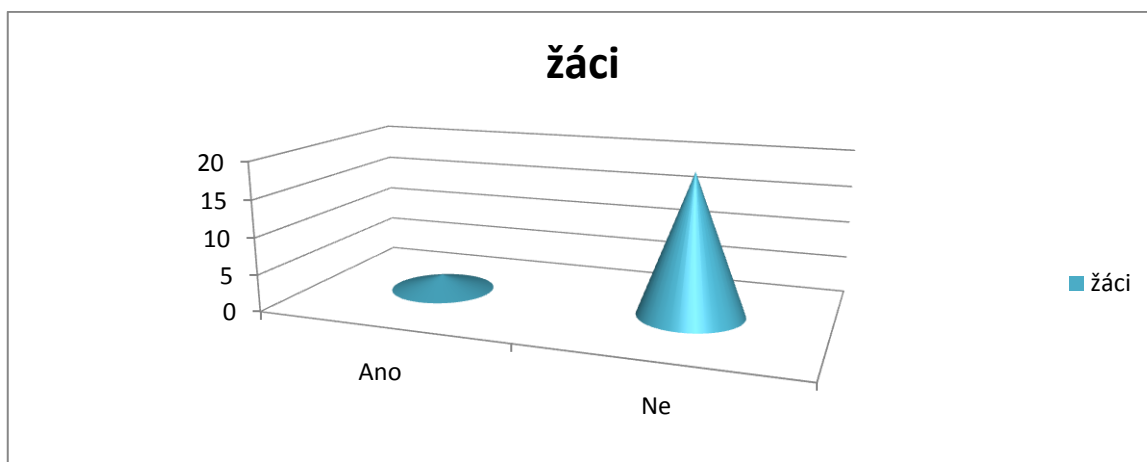
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 14 - 15 let tuto skutečnost registrují. 10 žáků z 21 dotazovaných odpovědělo, že štíhlá postava životní úspěchy nepřináší.

19) Obchody nám nabízejí různé přípravky určené k snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel (a) jsi již nějaký?



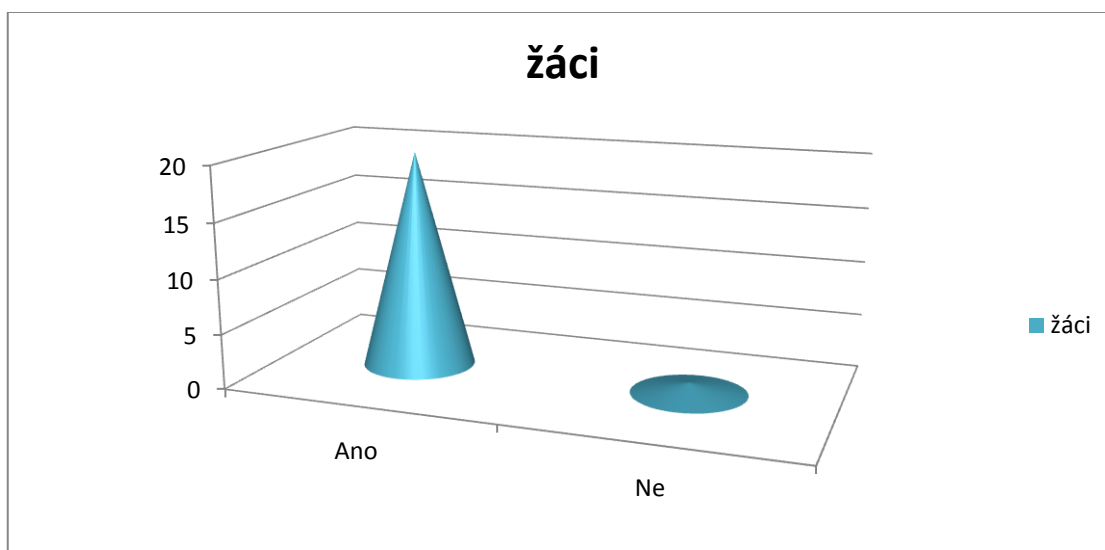
Překvapivě, již v 9. třídě se nacházejí 9 jedinců, kteří vyzkoušeli nějaké přípravky na snížení hmotnosti.

20) Znáš pojem BMI (body mass index)?



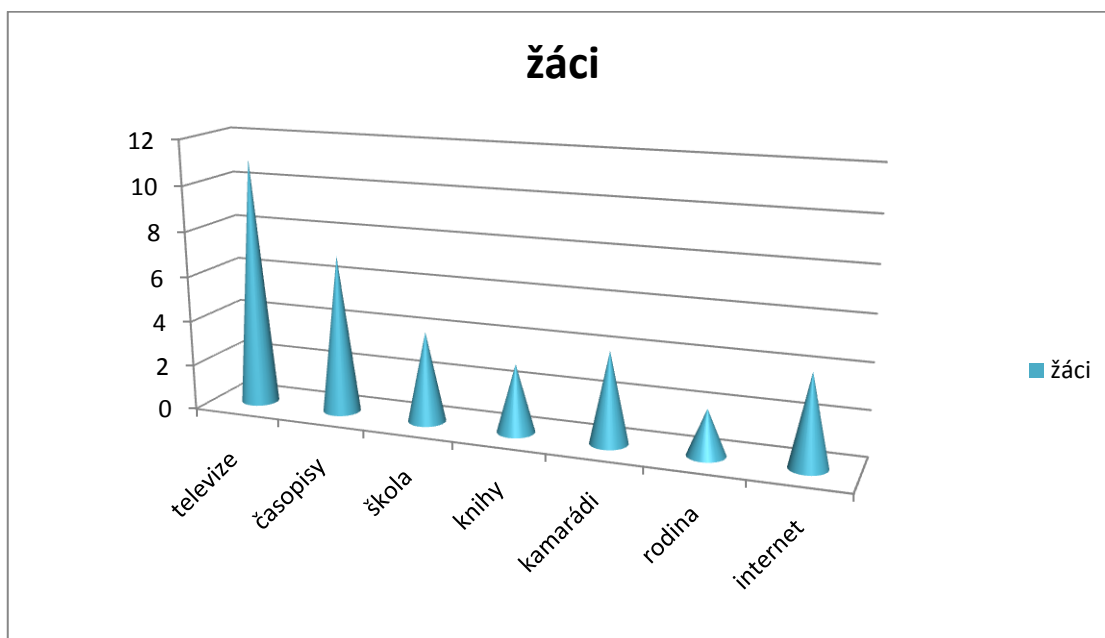
Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. Výsledky ukazují, že většina žáků 9. třídy index tělesné hmotnosti neznají.

21) Slyšel (a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy?



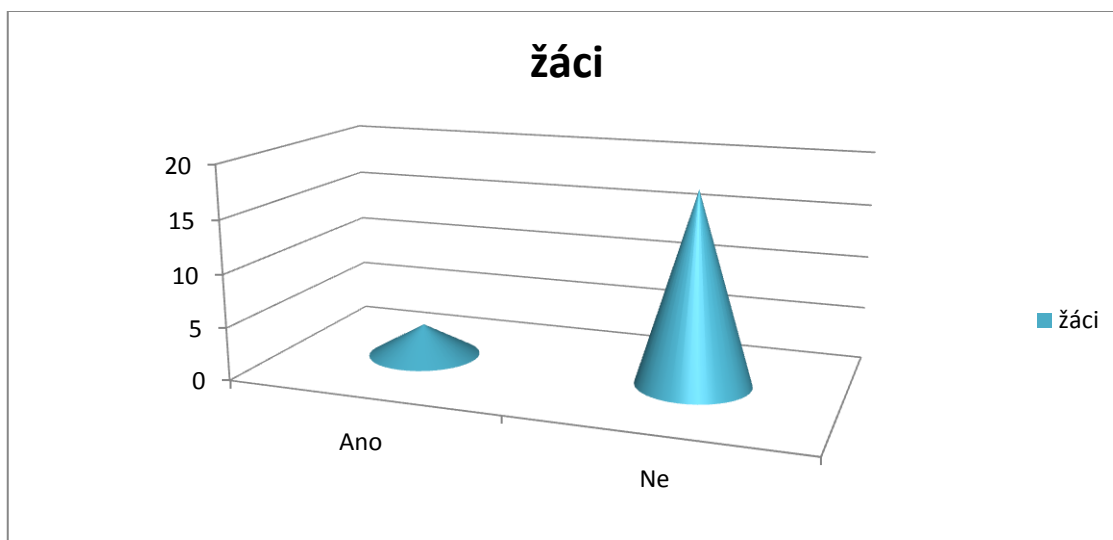
Jen 1 žák v 9. třídě ZŠ Křemže ještě nikdy neslyšel o poruchách příjmu potravy. Zbývající počet, tedy 20 žáků se s tímto pojmem již někdy v minulosti setkala.

22) Jestli-že jsi v předchozí otázce uvedl (a) ano, odpověz nyní kde:



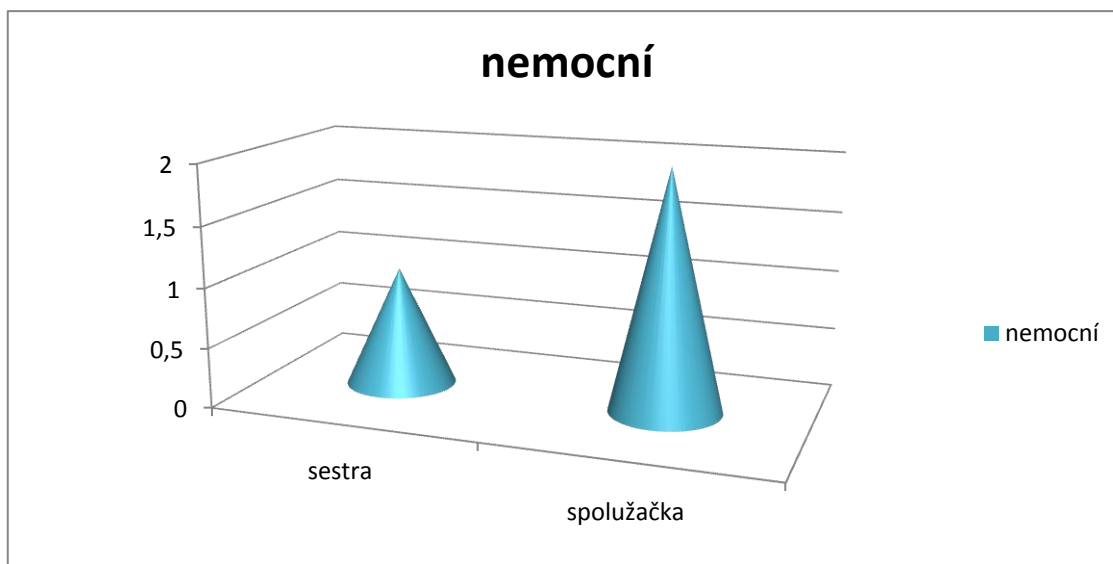
Žáci mohli zaškrtnout i více než jednu z předem připravených odpovědí.

23) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?



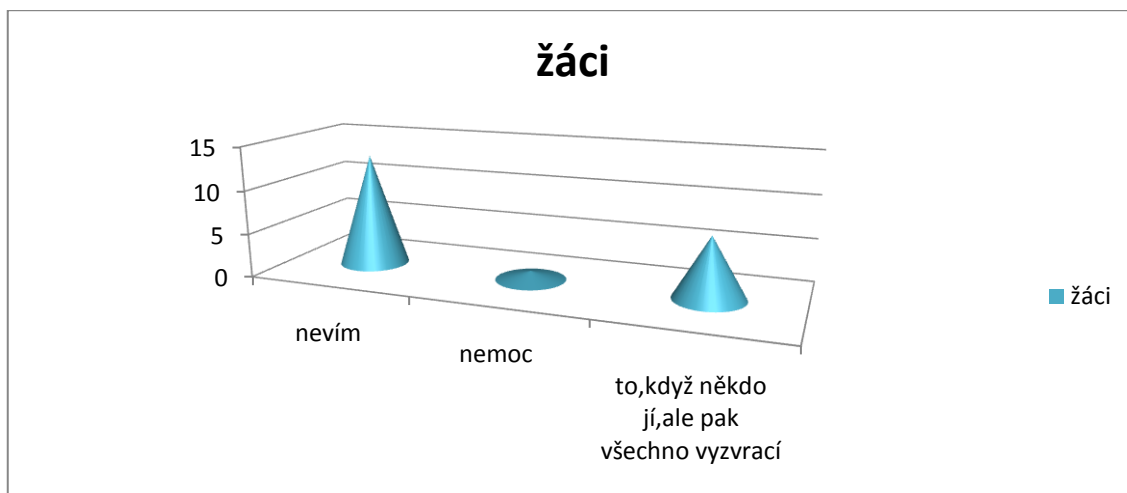
18 dotázaných se ještě nikdy nesešlo s někým, kdo trpěl poruchou příjmu potravy. Zbývající počet, který odpověděl na otázku kladně, dostal ještě za úkol vypsát, koho s touto poruchou poznal (v následujícím grafu).

24) Pakliže jsi odpověděl (a), že jsi poznal (a) někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, kdo to byl?



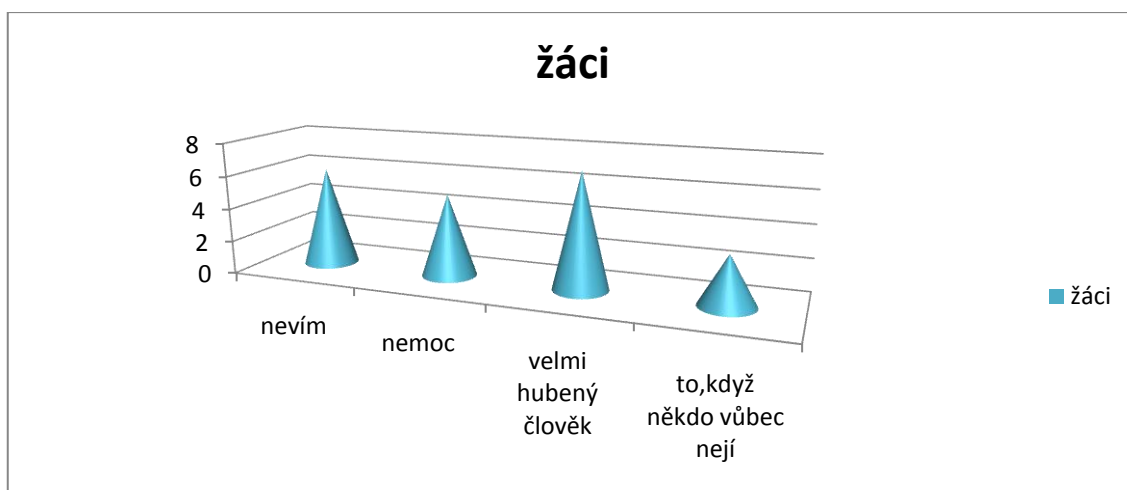
Po jednom „hlasu“ získala sestra, po dvou „hlasech“ spolužačka.

25) Mentální bulimie, co to je?



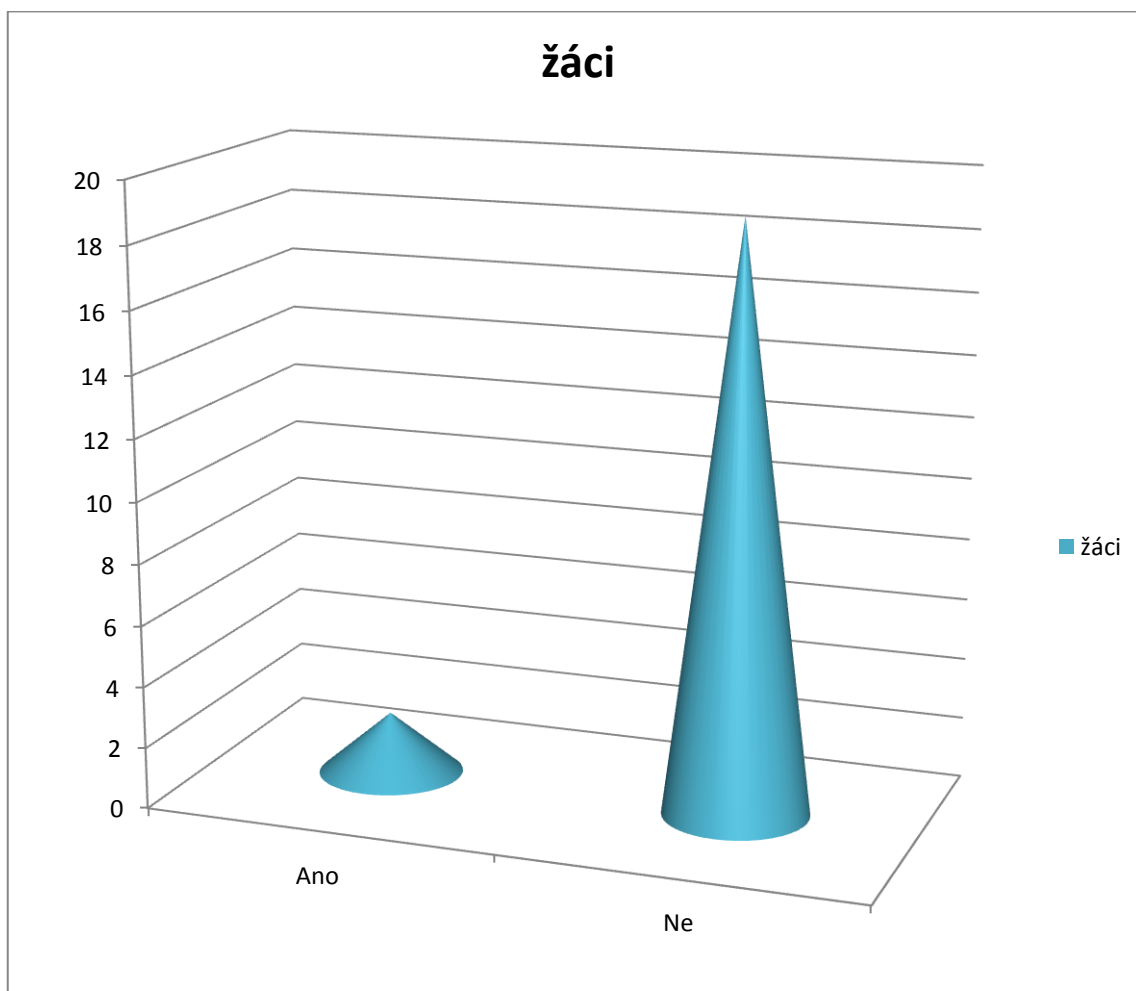
Tato otázka byla jedna ze dvou, kde jsem dětem nenabídla předem připravené odpovědi. Žáci měli za úkol samostatně vypsát, co to je mentální bulimie. Bohužel, drtivá většina žáků vůbec netušíla.

26) Mentální anorexie, co to je?



Ani v této otázce si žáci nebyli příliš jistí. 13 z nich vůbec nevědělo, co je to mentální anorexie, 5 žáků uvedlo, že se jedná o nemoc, dalších 7 uvedlo, že se jedná o velmi hubeného člověka a 3 napsali, že je to stav, kdy někdo vůbec nejí.

27) Myslíš si, že je, ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?



Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.

Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUZE

Výzkum prokázal, že informovanost žáků na obou základních školách je neuspokojivá a lépe odpovídali celkově žáci v 8. a 9. třídách.

Krch (2002) ve své knize uvedl hned několik jídelních problémů, které mohou být ukazatelem rizika vzniku poruch příjmu potravy. Jsou to například: vynechávání některých hlavních denních jídel, pravidelný pocit přejedení po jídle, usilovné každodenní cvičení, nucení do jídla ostatními nebo vyhýbání se jídlu, přestože má dotyčný hlad. Podle Krcha, pakliže se těchto jídelních problémů vyskytne u jednoho jedince hned několik, stává se z hlediska vzniku anorexie a bulimie rizikovým. Když jsem sestavovala dotazník, tak jsem se právě těmito ukazateli nechala inspirovat, do dotazníku je vložila a takto to dopadlo:

Více jak polovina respondentů, bez ohledu na to, zda bydlí ve městě nebo na vesnici prokázalo, že nemá zrovna ideální stravovací návyky. Často jedí sladkosti v neomezeném množství a zdravá a výživná jídla odmítají s tím, že nejsou „dobrá“. Přesto drtivá většina z nich navštěvuje školní jídelny, ačkoli tvrdí, že s jejich nabídkou nejsou příliš spokojeny. S konzumací zeleniny to v dotazníkovém šetření nedopadlo nejhůře (*otázka 8*).

V dotazníku jsem si pro děti připravila i otázku, jak jsou na tom se sportovními aktivitami. (*Otázky 9 a 10*). Musím přiznat, že jsem výsledkem byla příjemně překvapena. Většina respondentů cvičí i několikrát v týdnu a jen pár jedinců odpovědělo, že cvičí proto, že musí ve škole při tělocviku. Výsledek této otázky mě opravdu překvapil, protože jsem očekávala spíš potvrzení slov **Vágnerové (2008)**, která napsala, že dnešní mládež je líná a že její největší zábavou jsou počítačové hry.

Další zkoumanou oblastí, a pro diplomovou práci jednu z nejvýznamnější, jsou vědomosti v oblasti poruch příjmu potravy. Musím přiznat, že v této části jsem „narazila“ katastrofálním způsobem na obou školách. Ještě bych pochopila, že žáci v 6. třídách neumějí přesně definovat pojem mentální anorexie a bulimie, ale v 9. třídách, to mě opravdu zaskočilo. (**Odpovědi žáků naleznete v otázkách 20, 24, 25**). Napadá mě několik důvodů, proč tomu tak je. Myslím si, že rodiče těchto dětí byli v mládí sami velice špatně, ne-li vůbec informováni o poruchách příjmu potravy, a tak ani dnes tomuto problému příliš nepřikládají velkou váhu. Zřejmě je ani nenapadne, že by jejich děti mohlo něco takového potkat. Vždyť anorexie a bulimie se týká jen těch slavných osobností a modelek. Možná i vyučující si mohou myslet, že přednášet žákům o poruchách příjmu potravy v 6. třídě je předčasné, že se to tak malých dětí ještě netýká. Jenže doba jde kupředu. Když sem vešla s dotazníky do těchto tříd, tak rozhodně na mě nepůsobily jako malé děti a jen jsem si v duchu pomyslela, jestli jsem kdysi v 9. třídě vypadala jako oni, v 6. třídě...

Velice mě zaskočily odpovědi na **otázku č. 17** (= Myslíš si, že životní úspěchy, např. získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, nalezení partnerského vztahu,... závisí na štíhlé postavě a kráse?), kdy ve **VŠECH TŘÍDÁCH, bez jediné výjimky, se žáci shodli na tom, že, štíhlost a krása je klíčem ke šťastné budoucnosti.**

V diplomové práci jsem si zvolila 3 hypotézy a z výsledků vlastního šetření mi vyplynuly tyto závěry:

Hypotéza 1: Městští žáci jsou lépe informováni o PPP než žáci na vesnicích.

→ Tato hypotéza byla v našem výzkumném souboru **vyvrácena**.

Jak jsem se již v diskuzi zmínila, tak odpovědět na otázku co je to mentální anorexie a bulimie neuměli shodně, ve většině případů žáci ve městě ani na vesnici (**otázka 24 a 25**). Celková informovanost o PPP ve škole je opravdu nízká (zvláště v 6. třídě), bude

potřebná optimalizace obsahu a forem předávaných poznatků (úměrná věku a zájmu dětí, skladbě předmětů...). Na **otázku č. 20**, která zjišťuje, zda žáci již někdy v minulosti slyšeli o poruchách příjmu potravy, také nebyl téměř žádný rozdíl v odpovědích. Většina dotázaných již někdy dříve o tomto pojmu slyšela.

Hypotéza 2: Městští žáci jsou se svojí postavou méně spokojeni než žáci na vesnicích.

→ Tato hypotéza byla v našem výzkumném souboru vyvrácena.

Při porovnání **grafu č. 11** dojdeme k závěru, že jak na vesnici, tak ve městě jsou děti, kteří jsou spokojeni se svou postavou a naopak. Opět výzkum prokázal, že menší spokojenost není ani ve městě ani na vesnici. Hoši jsou častěji spokojeni se svým vzhledem oproti dívkám, mezi mladšími a staršími dětmi rozdíly nebyly nepozorovány.

Hypotéza 3: Ve městech je více žáků, kteří mají nějakou zkušenost s dietami a přípravky na hubnutí než na vesnicích.

→ Tato hypotéza byla v našem výzkumném souboru vyvrácena.

V **grafech č. 15 a 18** můžeme vidět údaje, které nám jasně říkají, že jak ve městě, tak na vesnici mají zkušenost s dietami a přípravky na hubnutí a opět, téměř ve stejném poměru.

6. ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou poruch příjmu potravy, a to jak z teoretického, tak i z praktického hlediska. Cílem bylo podat co nejucelenější teoretický obraz o problematice poruch příjmu potravy a doplnit jej o praktickou část věnovanou zjištění úrovně informovanosti o této problematice u žáků ZŠ, jelikož se domníváme, že tyto věkové skupiny jsou v otázce možného vzniku poruchy nejvíce ohroženy, a to vlivem nedostatečné informovanosti. Právě dostatečná osvěta v této problematice je dobrým startem při získávání prvních vědomostí a informací. Prevence by měla být zaměřena na co nejširší okruh působení, protože nemůžeme přesně definovat inkriminovanou oblast, vzhledem k faktu, že poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriální záležitosti.

Musím přiznat, že mě zarazil fakt, jak je obtížné sehnat literaturu o poruchách příjmu potravy v městské knihovně na menším městě. Tato knihovna je hojně navštěvována žáky a studenty z celého českokrumlovského okresu a přesto se mi zde podařilo získat pouze dvě knihy, které se věnují této problematice. Jinak mi byly nabídnuty pouze časopisy pro dívky typu Bravo, Dívka... Samozřejmě že souhlasím s tím, aby se o uvedených poruchách psalo v dívčích časopisech, obzory těchto dívek se alespoň o něco rozšíří, ovšem nejsem přesvědčena o tom, že stane-li se některá z nich obětí těchto poruch, tak jí pomůže to, že si přečte příběh dívky s anorexií, který skončil tragicky. Vždy mi u těchto článků chyběl kontakt, adresa místa, kam se s problémem obrátit. Naštěstí na internetu se lze o poruchách příjmu potravy dozvědět téměř vše. Když pominu naší městskou knihovnu, tak jsem se sehnáním literatury, aktuálních novinek, které se týkají problematiky poruch příjmu potravy nebo stravování všeobecně, neměla sebemenší problém. Proto jsem se pokusila sehnat co největší množství informací o daném problému, které jsem následovně shrnula a vložila do této práce. Byla bych moc ráda, kdyby tyto informace mohly posloužit široké veřejnosti jako ucelený zdroj informací o poruchách příjmu potravy, včetně kontaktů, kam se v případě potřeby obrátit. Dále by tato práce měla přispět k lepší informovanosti rodičů, vyučujících i ředitelů obou škol o stávající situaci dětského stravování, diet, názorů na

zdravý životní styl a samozřejmě i poruch příjmu potravy. V předposlední části teoretické části jsem pedagogům navrhla několik her, které jsou zaměřeny na zdravé stravování, na zvýšení sebevědomí žáků a na prohloubení důvěry s vyučujícím. Tyto hry ve většině případů nepřesahují 40 minut. Dále tato práce může vyučujícím pomoci při výuce.

Výzkum ukázal, že oslovení žáci se v problematice poruch příjmu potravy poměrně dobře orientují, alespoň co se základní informovanosti týče, je však třeba dbát na zlepšování jejich celkového životního stylu.

Závěrem můžeme konstatovat, že cíl diplomové práce byl splněn, teoretické poznatky byly uceleny do jednotnějšího celku a výzkumnou částí je práce obohacena průnikem do informovanosti o problematice poruch příjmu potravy oslovených dotazovaných.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

• Odborné publikace:

1. BALCH, J. F.: *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80-7205-637-9.
2. BENEŠOVÁ, D.: *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Praha: MAC, 2003. ISBN 80-86015-91-2.
3. BRÖHMOVÁ, S.: *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999. ISBN 80-86299-17-1.
4. CANFIELD, J., SICCONI, F. *Hry pro výchovu k odpovědnosti a sebedůvěře*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-194-0.
6. COOPER, P. J.: *Mentální anorexie a záchvatovitě přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
7. DETHLEFSEN, T., DAHLKE, R.: *Nemoc jako cesta*. Praha: Aquamarin, 1995. ISBN 80-901922-1-1.
8. DVOŘÁKOVÁ, H. *Pohybem a hrou rozvíjíme osobnost dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-693-4.
9. ELLIOTT, J., PLACE, M.: *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0. *Journal of Psychiatry*, 1996.
10. GROGAN, S. *Body image psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.

11. GULL, W. W.: *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)*. Transaction of the Clinical Society of London, 7, 1874, s. 22-28.
12. HIRSE, M.: *Vím, jak chutná vzduch*. 1. vydání. Praha, Fragment, 2005. ISBN 80-253 - 0148-6.
13. HORNbacher, M.: *Na dně*. Ostrava: Domino, 1998. ISBN 80-86128-25-3.
HORT, V.a kol.: *Dětská adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
14. JANOTA, O.: *O tak zvané mentální anorexii*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956.
15. KOCOURKOVÁ, J.: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
16. KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7.
17. KRCH, F. D.: *Bulimie - Jak bojovat s přejídáním*. 2. vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.
18. KRCH, F. D.: *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9
19. KRCH, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

20. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E.: *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003.
21. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I.: *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
22. KŘÍŽ, J.: *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. Jihočeská fakulta v Českých Budějovicích, 2004. ISBN 80-7040-724-7.
23. KYRIACOVÁ, CH. *Cesty k lepšímu vyučování*. 1. vydání. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-022-7.
24. LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
25. MALONEY, M., ORANŽOVÁ, R.: *O poruchách příjmu potravy*. 1. vydání. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
26. NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
27. PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.
28. PATCHELL, R. A.; FELLOWS, H. A.; HUMPHRIES, L. L.: *Neurologic complications of anorexia nervosa*. Acta Neurologica Scandinavica, 89, 1994, s. 111-116.
29. PIERRE, C. P.: *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vydání. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-8185.

30. PONĚČICKÝ, J.: *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-050-5.

31. PRAŠKO, J. a kol.: *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

32. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J.: *Z deníku bulimičky*. Praha 1. vydání, : Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

33. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vydání. Praha Maxdorf, 1996. ISBN 80-85912-18X.

34. VÁGNEROVÁ, M.: *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0181-8.

35. VOMASTEK, P.: *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000. ISBN 80-86065-10-3.

• *Internetové zdroje*

36. *Hospitalizační léčba mentální anorexie* /online/. /cit. 2006-12-12/. Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/clanky/c1215/>>.

37. *Charakteristické rysy vztažnosti a emocionality u dívek a žen s poruchami příjmu potravy* /online/. /cit. 2006-11-10/.
Dostupné na WWW: <<http://www.martin.hajny.net/emoce-bulimie-anorexie-vztahy/>>.

38. *Mentální anorexie* /online/. /cit.2006-05-11/.

Dostupné na WWW: <<http://www.anorexie.czechian.net/MA.htm/>>.

39. *Terapie poruch příjmu potravy* /online/. /cit. 2006-12-08/. Dostupné na WWW:

<<http://www.tomanova.wz.cz/poradenství/>>.

40. *Bulimie* [online]. Centrum pro léčbu obezity a zdravý životní styl, [cit. 16. února 2006]. Dostupné na www: <<http://www.obezita.com/bulimie.php>>

41. *Mentální anorexie, mentální bulimie* [online]. Poruchy příjmu potravy, [cit. 6.

listopadu 2005]. Dostupné na www: <<http://www.anorexie.czechian.net>>

42.14. <http://maviesdita.blog.cz/0607/dalsi-obrazky-anorekticek>, [citováno 15. 5. 2007].

43. 17. <http://tazblog.blog.cz/galerie/anorexie-obrazky>, [citováno 15. 5. 2007].

8. KLÍČOVÁ SLOVA

- Poruchy příjmu potravy
- Mentální anorexie
- Mentální bulimie