

Poruchy příjmu potravy versus zdravý životní styl

Zuzana Karháňková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana KARHÁNKOVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy versus zdravý životní styl.**

Zásady pro vypracování:

Prostudování a kompletace literatury týkající se problematiky poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu.

Zpracování teoretických východisek pro praktickou část práce, vymezení základních pojmů.

Zpracování empirické části – dotazník.

Zpracování a vyhodnocení výsledků.

Přijetí odpovídajících závěrů.

Ve Zlíně dne 13. srpna 2009

prof. PhDr. Vladimír Švec, CSc.
ředitel ústavu

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRCH, D. F. Mentální anorexie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, D. F. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-x.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

FRAŇKOVÁ, S. Výživa a psychické zdraví. 1. vyd. Praha: ISV, 1996. 271 s. ISBN 80-85866-13-7.

HORT, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

FOŘT, P. Sport a správná výživa. 1. vyd. Praha: Ikar, 2002. 352 s. ISBN 80-249-0124-2.

KUNOVÁ, V. Zdravá výživa. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 13. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 29.4.2009

Karháčková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na zdravý životní styl, zdravou výživou, trávení volného času dětí a na poruchy příjmu potravy. Zabývám se poruchami příjmu potravy v dospělosti a u dětí, diagnostickými kritérii, rozdílností mezi časným a pozdějším vznikem poruch příjmu potravy, zdravotními důsledky, léčbou a organizacemi, které pomáhají nemocným poruchami příjmu potravy.

V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala skutečnosti týkající se poruch příjmu potravy, trávení volného a stravování vybraných respondentů.

Klíčová slova: zdravý životní styl, výživa, volný čas, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy v dětství, zdravotní a sociální důsledky, léčba, organizace.

ABSTRACT

The theoretic part of the bachelor work is focused on healthy life style, healthy food, spending of children's leisure time and eating disorders. I'm dealing with eating disorders in adulthood and in adolescence, diagnostic criteria of eating disorders, the differences between early and later rise of eating disorders, health consequences, treatment and organizations, which help people who suffer from eating disorders.

Keywords: healthy life style, nutrition, leisure time, eating disorders, anorexia nervosa, bulimy, eating disorders in adolescence, health and social consequences, treatment, organizations.

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení a za poskytování cenných rad a připomínek při zpracovávání práce.

Rovněž děkuji ředitelce ZŠ Luhačovice Mgr. Bohumile Víchové za pomoc při distribuci dotazníků a všem respondentům, kteří byli při jejich vyplňování nápomocni.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	14
1.1 ZDRAVÍ	14
1.2 ZDRAVÁ VÝŽIVA	15
1.2.1 Základy zdravého stravování	16
1.2.1.1 Potravinová pyramida	17
1.2.2 Pitný režim	20
1.2.2.1 Kolik bychom měli vypít tekutin	20
1.3 VOLNÝ ČAS	21
1.3.1 Volný čas aktivní versus pasivní.....	22
1.3.1.1 Vliv cvičení na lidskou psychiku.....	22
1.3.1.2 Volný čas a media.....	23
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	25
2.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE (F 50.0)	29
2.1.1 Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 (F 50.0)	29
2.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV	30
2.1.2.1 Specifické typy	31
2.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	31
2.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.2).....	31
2.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV	32
2.2.2.1 Specifické typy	32
2.3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PPP	32
2.3.1 Atypická mentální anorexie (F 50.1)	32
2.3.2 Atypická mentální bulimie (F 50.3).....	33
2.3.3 Jiné poruchy jídla (F 50.8)	33
2.4 DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	33
2.4.1 Zdravotní důsledky.....	33
2.4.2 Psychické a sociální důsledky	34
2.5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ	35
2.5.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie u dětí	35
2.5.1.1 Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie	36
2.5.2 Specifické poruchy příjmu potravy v dětském věku.....	37
2.5.2.1 Ruminace	37
2.5.2.2 Pika	37
2.6 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	38
2.6.1 Hospitalizace	38
2.6.2 Ambulantní lékařská péče	39
2.6.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukce	39
2.6.4 Rodinná terapie	39
2.6.5 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	40
2.6.6 Interpersonální terapie (IPT).....	40
2.6.7 Psychodynamická terapie.....	40
2.6.8 Farmakoterapie.....	40

2.6.8.1	Terapie poruch příjmu potravy u dětí	41
2.7	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	42
2.7.1	Organizace poskytující pomoc při PPP	42
2.7.1.1	Občanské sdružení Anabell	42
2.7.1.2	Psychiatrická klinika VFN a LF UK.....	43
2.7.1.3	Terapeutická skupina	43
2.7.1.4	Vodopád.....	44
2.7.1.5	PPPinfo	44
2.7.1.6	Poradna a psychoterapie	44
2.7.1.7	Help 24.....	44
2.7.1.8	Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy	44
2.7.1.9	STOP PPP	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	46
3	VÝZKUM.....	47
3.1	CÍLE A VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	47
3.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR A PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	48
3.3	POUŽITÉ METODY A ZPRACOVÁNÍ DAT	49
3.3.1	Dotazník	49
3.3.2	Zpracování dat.....	49
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT.....	50
4.1	ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU	50
4.2	ODPOVĚDI ŽÁKŮ NA OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	50
4.2.1	Otázka č. 1. Jsi nespokojený (á) s tvarem svého těla?	51
4.2.2	Otázka č. 2. Přemýšlíš někdy o tom, že bys chtěl (a) zhubnout?	52
4.2.3	Otázka č. 3. Když přibereš půl kila na váze, máš strach, že budeš dál přibírat?	53
4.2.4	Otázka č. 4. Jsi si jistý (á) sama sebou?	54
4.2.5	Otázka č. 5. Nahání ti strach pomyšlení, že bys měl (a) nadváhu?.....	55
4.2.6	Otázka č. 6. Máš radši „light“ výrobky a dietní stravu?	56
4.2.7	Otázka č. 7. Počítáš si kalorické hodnoty toho, co sníš?.....	57
4.2.8	Otázka č. 8. Máš někdy chuť jídlo vyvracet, protože jsi ho snědl (a) moc?	57
4.2.9	Otázka č. 9. Myslím si, že zvracením mohu zhubnout.	58
4.2.10	Otázka č. 10. Stane se mi, že toho hodně sním a nedokážu přestat.	59
4.2.11	Otázka č. 11. Někdy mám chuť se přejíst.	60
4.2.12	Otázka č. 12. Mám výčitky, když se přejídám.	61
4.2.13	Otázka č. 13. Skoro nic mě nebaví, jsem pořád unavený (á).	62
4.2.14	Otázka č. 14. Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší.	63
4.2.15	Otázka č. 15. Mám mimořádně vysoké životní cíle, chci být velmi úspěšný (á).	63
4.3	SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ	64
4.3.1	P 1. Předpoklady pro PPP se u žáků 2. stupně ZŠ Luhačovice budou vyskytovat.	64
4.3.2	P 2. Děti budou volný čas trávit více pasivně, než aktivně.	65
4.3.3	P 3. Děti v 9. ročníku budou jíst nezdravé potraviny více než 3x týdně častěji než děti v 6. ročníku.	66
4.3.4	P 4. Dívky budou jíst více zdravěji, než chlapci.	67

4.3.5	P 5. U dětí v 9. ročníku předpokládám, že budou v průměru více odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP.....	69
4.3.6	P 6. U dívek předpokládám, že budou v průměru častěji než chlapci odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP.....	70
5	SHRNUTÍ.....	71
6	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

V životních podmínkách lidí na Zemi existují obrovské rozdíly. Na jedné straně lidé trpí hladem a podvýživou, nemocemi, nedostatkem peněz na vzdělávání svých dětí, stravu či plnohodnotné využití volného času. Na straně druhé, v rozvinutých zemích, mezi které lze zařadit i Českou republiku, mohou mít děti téměř vše, na co si vzpomenou. Panuje zde přebytek a za největší hrozbu „moderních“ dětí není považován hlad, nemoci ani nedostatečná lékařská péče. Jsou to především televize, počítače, nepřiměřené nároky na dítě a v neposlední řadě nezdravé stravování, tzv. „fast food“.

Poruchy příjmu potravy, kterými se v mé práci také budu zabývat, jsou proto často nazývány „exkluzivní poruchou“. Z různých výzkumů se dozvídáme, jak vysoké procento českých školních dětí trpí nadváhou, či dokonce obezitou z důvodu přejídání či nevhodného stravování, způsobeného volným přístupem dětí k téměř všem potravinám ve školních bufetech, nejrůznějších obchodech a restauracích. Děti nedbají zásad zdravého stravování a konzumují jen to, co jim chutná, nebo co je zrovna „in“. Je to z velké části důsledek tohoto životního stylu „škola, televize, počítač“.

Na druhé straně je tu moderní „ideál krásy“ prezentovaný médii. Zejména mezi dívkami se těší velké oblibě například různé „lifestylové“ magazíny s krásnými, hubenými modelkami uvnitř, se kterými se dívky ztotožňují a chtějí vypadat přesně jako ony. Podle F. D. Krcha (2002), jež je předním českým odborníkem na poruchy příjmu potravy, jsou strach z tloušťky a dietní tendence znatelné už u dětí ve věku 11 let, což pak velmi ovlivňuje způsob života a jejich zdravotní stav. Dále Krch varuje, že velká část dospívajících dívek si už vlastně ani nedokáže představit jídlo bez strachu z tloušťky a zaměňuje redukční dietu za normální stravovací režim.

Odborníci varují, že kritická je pro vznik poruch příjmu potravy především puberta, kdy se výrazně mění tvar těla a zejména u dívek dochází k zakulacení tělesných proporcí, ale ohroženy jsou i stále mladší děti. Mentální anorexie u dětí má specifické odlišnosti – vyhubnutí dítěte je rychlejší, může být opožděn růst a vývoj a v některých případech bývá opožděna puberta.

V teoretické rovině mé práce se zaměřím na problematiku poruch příjmu potravy a životního stylu, v praktické části bych pak chtěla zmapovat výskyt předpokladů pro poruchy příjmu potravy a životní styl žáků 2. stupně ZŠ Luhačovice. Svou prací chci na problematiku poruch příjmu potravy a životního stylu upozornit také žáky a učitele vybrané školy,

jelikož se domnívám, že by měli být vnímaví a případně umět rozpoznat příznaky poruch příjmu potravy, pokud s nemocným dítětem přijdou do styku, umět mu s jeho problémem poradit, případně odkázat na pomoc odborníka a také si uvědomit chyby, kterých se eventuálně ve svém životním stylu dopouštějí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Dle Fořta (2002) je moderní, k dobrému zdraví vedoucí životní styl postaven na nekonkrétních doporučeních racionální výživy, pravidelného cvičení, zdravotní prevence a změny hodnotových měřítek. Nelze spoléhat jen na jednu část moderního životního stylu, protože nestačí jen pravidelně sportovat a přitom se přejídat a nestačí ani držet dietu a přitom necvičit. Kromě toho je také nutné umět relaxovat. Životní styl má také určitou *preventivní funkci*. Tu je však možno očekávat jen v případě důsledné realizace všech součástí životního stylu, což ovšem bývá spojeno s nutností časových i finančních investic.

Na to, jakou cestou se v životě člověk vydá, mají zcela jistě vliv další faktory, jako například věk - ne každé dítě má možnost si dobrovolně zvolit svůj styl života. To, jakým aktivitám se bude věnovat, nebo jakou stravu bude konzumovat, totiž ještě z velké části závisí na rodičích.

Dalšími faktory, které ovlivňují volbu životního stylu, jsou dle Kebzy (2005) také pohlaví, vzdělání, socioekonomický status jedince, prostředí, ve kterém člověk žije - tedy rodina, přátelé, partner, tradice i hodnoty, které sám člověk uznává. Životní styl sehrává velmi důležitou roli v otázce zdraví a je považován za jeho klíčový determinant. Hlavní dimenze životního stylu zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu člověka. Jsou to především fyzická aktivita, výživa, vykonávaná práce, příjmy, vzdělání, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, ale také sociální vztahy k okolí, způsob zvládání zátěžových situací a stresu či rozvoj sociálně patologických jevů. Je odhadováno, že životní styl ovlivňuje zdraví člověka dokonce z 50 - 60%.

1.1 Zdraví

V otázce definice zdraví je dle Kebzy (2005) nutno zároveň obsáhnout:

1. Podmíněnost získanou, tzn. genetickou ale i získanou, tzn. životní styl,
2. současné umístění člověka na pomyslné škále „zdraví-nemoc“ ve smyslu fyzického zdravotního stavu,
3. údaje o vlastních pocitech prostřednictvím charakteristik osobní pohody, štěstí i životní spokojenosti, včetně kvality sociálních vztahů,
4. vnější projevy chování člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci.

„Toho, co působí na naše zdraví, je mnoho. Odborně lze říci, že dobré zdraví je výsledkem multifaktoriálních vlivů. Patří sem faktory biologické, psychologické, sociální, ekonomické a řada dalších.“ (Křivohlavý, 2003, s. 43).

Mezi bio-psychosociální faktory posilující zdraví lze mj. řadit pohybovou aktivitu, mezi faktory poškozující a ničící zdraví můžeme řadit mj. stres, kouření, drogy, alkohol a také přejídání.

Fořt (2002) upozorňuje, že v posledních letech lékaři a specialisté dávají velký důraz na tělesný pohyb a racionální výživu coby základní podmínky dobrého zdraví. Jestliže akceptujeme tvrzení, že pravidelná fyzická aktivita a kvalitní výživa jsou podmínkou k dosažení a udržení zdraví, je zřejmé, že na plnění zásad zdravé výživy a aktivní výplň volného času, zejména pak v otázce dětí, nesmí být ponechány bez povšimnutí. Kromě toho sport a správná výživa má také důležitou úlohu prevence různých onemocnění.

1.2 Zdravá výživa

Dle Fořta (2002) je racionální výživa plně akceptovatelný a realizovatelný výživový styl, který respektuje základní vědecké poznatky a uplatňuje je tak, aby byly zajištěny všechny základní živiny v optimálním množství a stejně tak všechny potřebné látky, které zajišťují zdravý vývoj jedince a dosažení a udržení dobrého zdravotního stavu a dosažení vysokého věku v aktivním stavu.

Do zásad racionální výživy nepatří zejména:

1. Konzumace stravy ve velkém množství a pouze jednou denně,
2. polykání potravy bez pečlivého kousání,
3. střídání ledových a horkých jídel a nápojů,
4. víkendové přejídání,
5. sladké odměny dětem (coca-cola, dorty, bonbony),
6. rychlé občerstvení (párky v rohlíku, hamburgery, hranolky s majonézovou omáčkou, bramborové lupínky apod.).

1.2.1 Základy zdravého stravování

Výživa dětí a mládeže má mnohá úskalí, protože z části je zajišťována rodiči a z menší, ale poměrně významné části ji zajišťuje škola. Jestliže se dítě ocitne v situaci, kdy se mu doma nedostává kvalitní stravy a ani ve škole není se stravou všechno v pořádku, dříve či později se to negativně projeví. Výživa, ať už ve škole, nebo v rodině, by měla být v každém případě racionální. V praxi jde o to, co skutečně jíme a jaké jsou naše stravovací zvyklosti. Organismus dospívajících potřebuje energii nejenom pro výkon, ale i pro růst a to by mělo být při skladbě potravy zohledněno. Výživa v období růstu je tedy mimořádně náročná nejen na kvantitu, ale především na kvalitu přijímaných potravin. Pokud se navíc jedná o sportující dítě, platí to dvojnásob. (Fořt, 2002)

Jiné problémy ještě mohou nastat, jedná-li se o dospívající holčičku. V pubertě je z ní osobnost, od níž můžeme očekávat nepříjemná překvapení v podobě odmítání stravy nebo naopak přejídání, a to mnohdy naprosto nevhodnými a jednotvárnými potravinami. Dívky jsou navíc mnohem vnímavější k vnějším vlivům, mezi něž můžeme zařadit neetic-ké reklamy a bulvární časopisy pro teenagery. Dívkám se pak poněkud obtížně vysvětluje, že vyhublé modelky opravdu nejsou ideálem dokonalého zdraví. (Fořt, 2003)

Důležitým poznatkem v oblasti podávání stravy je, že správné jídelní návyky nespočívají jen v tom, že jíme málo, ale že jíme ve vhodnou dobu a přiměřeně. Na jídlo je tedy třeba si udělat během dne čas, a to platí zejména pro ranní vstávání. Nedostatek času po ránu totiž bývá nejčastějším důvodem toho, že vynecháme nejdůležitější jídlo dne, čímž je bezesporu snídaně. Důležitá je také frekvence jídel za den. Pokud jde o udržení váhy, je nejvýhodnější jíst častěji – pětkrát až šestkrát denně jídlo v menších dávkách, bez většího pocitu hladu před každým jídlem. Obecně se však doporučuje jíst pět porcí za den a rozhodně ne méně, než tři porce za den. Strava by měla být rozdělena do snídaně, dopolední svačiny, oběda, odpolední svačiny, večeře, popřípadě druhé večeře. Nejvyšší energetický příjem by měla mít snídaně - 20% celkového denního příjmu), dopolední svačina by měla tvořit asi 5-10% a oběd 30-40%. Odpolední svačiny jsou pak také velmi důležitou součástí stravování, protože interval mezi obědem a večeří bývá nejdělsí a toto jídlo by nám mělo pomoci „vydržet“ prakticky až do večeře. Nejméně bychom měli jíst po večeři – maximálně 5% denního příjmu a zejména nízkenergetická jídla – vhodné je například chroupat syrovou mrkev, nebo si nakrájet jablko. Nevhodné jsou v tuto dobu oblíbené oříšky, bramborové lupínky, uzeniny, sušenky apod. (Málková, Krch, 1993)

Dle Fořta (2004) by si všichni lidé, kteří jsou nějakým způsobem odpovědní za výživu dětí, měli uvědomit, že děti jsou v otázce stravování pod velkým tlakem. Na jednu stranu jsou rozmazlovány prarodiči, na druhé straně mnohdy přebírají nevhodné stravovací návyky svých rodičů a v tom je mnohdy ještě utvrzují školní jídelny svými nevhodně sestavenými jídelníčky. Děti navíc začínají dávat přednost nevhodným potravinám často pod tlakem reklamy, nebo podléhají kolektivní oblíbenosti „fast food“ restaurací. Pokud však dítě jednou přijde do styku se sladkostmi, čokoládou, zmrzlinami, zákusky a barevnými limonádami, bude velmi těžké mu vysvětlit, že je konzumace těchto potravin nesprávná, přestože se s jeho zdravím v danou chvíli nic závažného neděje.

V otázce výživy dětí je potřeba vnést jim důležitý fakt, že jídlo neslouží jen k uspokojení chuťových potřeb, ale že *„posláním potravy je dodat organismu správné množství nezbytných živin – tuků, bílkovin, glycidů, vitaminů, minerálů, vlákniny a vody“* (Křivohlavý, 2001, s.220).

Což rozhodně není posláním „fast-food“ restaurací, výrobců cukrovinek ani výrobců sladkých limonád. V případě opominání této zásady se může nesprávná výživa stát zdraví škodlivou, jelikož může docházet k předávkování (i opakovanému) tuky, solemi, cukry apod. a k deficitu některých životně důležitých živin. Následkem takového chování může být vznik různých onemocnění.

1.2.1.1 Potravinová pyramida

Při realizaci racionální výživy v praxi lze uplatnit tzv. výživovou pyramidu. Výživová pyramida je přehledné, snadno pochopitelné grafické schéma vysvětlující, jakým způsobem by měly být konzumovány potraviny určitého druhu. Tyto potraviny jsou v pyramidě seskupovány do kategorií, k nimž jsou přiřazena různá doporučení (např. jezte často x jezte výjimečně). Jednotlivé kategorie potravin jsou poté seskupovány nad sebe, přičemž žádoucí potraviny jsou umisťovány do tzv. základny pyramidy a v dalších, čím dál užších patrech jsou postupně řazeny potraviny s postupně se snižujícími dávkami. Nejméně žádoucí potraviny, které by se měly konzumovat jen velmi výjimečně, nebo vůbec, jsou uvedeny na špici pyramidy. (Fořt, 2004)

1. *Základna (největší podíl potravin)*

- Tvoří ji cereální produkty, tzn. potraviny vyrobené z obilovin – chléb, pečivo, rýže, těstoviny, „snídaňové cereálie“, pizza;
- odborníci však varují před výskytem nekvalitních ztužených tuků a vysokým obsahem soli, přesto radí, aby tyto potraviny tvořily 60-75% celkové přijaté energie (6-11 porcí denně);
- podle nejnovějších doporučení by se mělo jednat především o celozrnné výrobky – tzn. včetně celých obiliek i s vrchními vrstvami;
- tyto potraviny jsou důležité pro obsah sacharidů, která jsou podle této verze pyramidy základem lidské výživy.

2. *Patro (užší)*

- Druhé patro je tvořeno zejména dvěma druhy potravin, a to:
 - a) ovocem, které je doporučováno konzumovat ve 2-4 porcích a
 - b) zeleninou, jíž je doporučováno 3-5 porcí;
- tyto potraviny zastupují zdroje ochranných látek, minerálů a vitaminů.

3. *Patro (ještě užší)*

- Tvoří také 2 samostatné skupiny potravin, a to:
 - a) mléko, jogurty a sýry (2-3 porce) a
 - b) maso, drůbež, ryby, luštěniny, vejce a ořechy (také 2-3 porce);
- potraviny této kategorie jsou zdrojem nutných bílkovin (proteinů).

4. *Vrchol pyramidy*

- Tvoří potraviny, které je doporučováno konzumovat jen velmi střídmě, ne-li vůbec – tuky, oleje, sladkosti. (Fořt, 2003)

Křivohlavý (2001, s. 220) uvádí důležité složky potravy, jejich funkce a formy v potravě:

• *Tuky (lipidy)*

- Jsou zdrojem energie a základní stavební složkou buněk našeho těla.
- Tuky obvykle rozdělujeme na nasycené a nenasycené.
- Nasycené tuky – jsou obsaženy ve vepřovém, hovězím a skopovém mase, vejcích plnotučném mléce, másle, sýrech apod. Jejich nadměrné přijímání vede ke zvyšování cholesterolu v krvi, což vede ke vzniku různých chorob (např. ateroskleróza, která dále vede k srdečním chorobám). Proto se doporučuje omezovat nejen celkový příjem tuků, ale zvláště příjem nasycených tuků.

- Nenasycené tuky – jsou obsaženy např. v rybách, drůbeži, rostlinných olejích (olivovém apod.), udržují správnou funkci nervové soustavy, napomáhají hubnutí a v boji s nadváhou, zlepšují stav kůže a pleti.
- ***Bílkoviny (proteiny)***
 - Jsou materiálem pro výstavbu nových tělesných buněk, pro opravu poškozených buněk, případně pro náhradu odumírajících buněk.
 - Jsou obsaženy nejčastěji v obilovinách, luštěninách, ale hlavně v mase, vejcích, mléčných výrobcích, apod.
- ***Sacharidy***
 - Jsou zdrojem energie a nezbytnou složkou buněčného metabolismu.
 - Najdeme je v ovoci, džemech, zelenině; sacharidy (škroby) nacházíme i v mouce (chlebu, těstovinách), bramborách, luštěninách.
- ***Vláknina***
 - Má význam pro správnou funkci trávicího ústrojí.
 - Je obsažena v bílkovinách, luštěninách, sušeném ovoci, ořechách, zelenině.
- ***Vitaminy***
 - Přispívají k dobré funkci tělesných buněk i orgánů.
 - Setkáváme se s nimi zvláště v ovoci a zelenině.
 - Při nedostatku vitaminů ve stravě dochází ke stavu označovanému jako hypovitaminóza, která se projevuje poruchami funkcí orgánů, které mohou vyústit až ve vážné onemocnění. (Mandžuková, 2005, s.9)
 - Riziko hypovitaminózy hrozí také v důsledku nedostatečně pestré stravy u nemocných poruchami příjmu potravy.
- ***Minerály***
 - Zvyšují správnou funkci tělesných orgánů, kostí i svalů.
 - Jde zvláště o vápník, sodík, draslík, železo, zinek, měď.
 - Jsou nezbytnou součástí zdravé výživy, jejich nedostatek má za důsledek vznik četných příznaků a onemocnění (dehydratace, nechutenství, problémy s tlakem, onemocnění kostí, zubů, ledvin a mají také vliv na psychický stav člověka – hořčík, lithium). (Mandžuková, 2005)
- ***Voda***
 - Je nezbytná pro zachování života.

1.2.2 Pitný režim

„Nikdo nemůže být bez vody.“ (Fořt, 2003, s.171)

Pochopitelně nejen objem konzumované vody, ale i její kvalita je velmi důležitá. Základním stavebním prvkem pitného režimu by měla být především „obyčejná“ neperlivá voda. Zde však nacházíme kámen úrazu, a tím je nápojový průmysl. Na byznys v potravinářském průmyslu je ze strany lékařů a odborníků obecně nahlíženo negativně.

Dle Fořta (2002) je především konzumace limonád velkým úskalím. Limonády disponují vysokým obsahem jednoduchých cukrů, které jsou nepřípustné pro diabetiky, hyperaktivní děti, osoby trpící poruchami příjmu potravy i osoby trpící nadváhou. Existují názory, že uměle slazené limonády by se neměly dětem do 12 let nabízet vůbec. Problémem jsou i kofeinové nápoje, protože i relativně malé množství kofeinu zvyšuje riziko závislosti. Ani varování odborníků o nevhodnosti konzumace limonád jako zdroje tekutin však nemají předpokládaný účinek, což dokazuje rostoucí obrat prodeje limonád a levných džusů. Nicméně pitný režim je důležitý a důležitost jeho dodržování deklaruje např. výzkum Dr. Nejedlého u školních dětí koncem 80. let, jehož závěrem bylo, že chronická dehydratace je příčinou snížení psychické výkonnosti školáků a má různé další projevy, jako například bolesti hlavy a nesoustředěnost.

1.2.2.1 Kolik bychom měli vypít tekutin

Tab. 1: Doporučený příjem tekutin pro nespportující děti (Nejedlý, 1999 In Fořt, 2002, s.128)

Věk	Obj. na 1kg váhy za den	Prům. váha dítěte v kg	Celk. příjem v ml
2 roky	125	14	1750
5 let	100	18	1800
8 let	80	25	2000
11 let	75	35	2625
14 let	55	55	3025
16 let	50	63	3150

1.3 Volný čas

Volný čas (*angl. leisure time*) je časem, kdy se člověk nevěnuje činnostem pod tlakem závazků. Je to čas, který zbývá po splnění povinností a ve kterém se člověk věnuje činnostem, které mu přináší uspokojení a příjemné zážitky. „*Volný čas je dnes významnou oblastí života a výchovy, časem očekávání i rizik. Mimořádný význam má pro děti a mládež, nejmladší a perspektivní součást společnosti, která spolu s generacemi dospělých a za jejich aktivního podílu zajišťuje jak kontinuitu, tak také nezbytnou inovaci dalšího vývoje.*“ Hofbauer (2004, s. 11)

Volný čas je však také prostorem úskalí a nebezpečí, protože mnohdy sám vyvolává nicnedělání, nudu nebo vysloveně nežádoucí jednání vůči sobě, či okolí.

Volný čas by měl v životě dítěte plnit funkci uspokojování určitých potřeb. Uspokojení těchto potřeb přímo souvisí s činnostmi ve volném čase. Je to například:

- Potřeba zotavení, osvěžení zdraví, psychické uvolnění, odpočinek, spánek, rekreace,
- potřeba vyrovnanosti, rozptýlení a potěšení, kompenzace a lenošení,
- potřeba kreativního rozvoje, potřeba růstu osobních schopností a nadání, asertivní prosazování vlastních myšlenek, vyjadřování vlastních myšlenek,
- potřeba společnosti, kolektivního vztahu a tvoření sociálních skupin, hledání sociálního bezpečí a stability, vzájemné kontakty v práci, v hrách i v jiných činnostech, připravenost pomáhat, tolerovat, společenské uznání, integrace,
- potřeba klidu, pohody, rozjímání a sebevědomí, autoreflexe, osvobození od stresu, shonu a nervového vypětí atd. (Ospachowski, 1997 In Kavanová, Chudý, 2005, s. 10)

Vyrovnání únavy vzniklé při práci a regenerace sil hraje důležitou úlohu také při prevenci, redukci či odstranění stresu jako jedné z hlavních příčin přejídání, jehož důsledkem je řada nežádoucích jevů.

1.3.1 Volný čas aktivní versus pasivní

V dnešní civilizaci už si člověk nemusí všechno, co potřebuje, ať se jedná o potravu nebo jen potřebné informace, nikterak složitě vyrobit, najít, vybojovat či jinak obstarat. Máme zde dopravní prostředky, supermarkety, televizi, v domácnostech pohodlné pohovky, výtahy a jiné vymoženosti. A i když v podstatě nejíme výrazně více, než lidé na počátku tohoto století, lidstvo neustále tloustne. Tímto příliš pohodlným životním stylem jsou ohroženy i děti, jejichž aktivní trávení volného času zůstává stále více pozadu, přičemž jedním z nejvíce rizikových faktorů je právě televize. Její sledování je návykové, nevyžaduje zvláštní výdej energie a přímo vybízí ke konzumaci potravin a pasivnímu životnímu stylu. Toto je vcelku smutný fakt, vzhledem k tomu, že pohyb není důležitý jen pro zdraví a dobrou fyzickou kondici, ale děti si při pohybových aktivitách osvojují sociální dovednosti, učí se komunikovat, překonávat neúspěch, ale hlavně jim přináší celkové uspokojení. *„Čas trávený u televize je téměř vždy na úkor aktivního pohybu. Pohybu nezbytného k posílení svalů zpevňujících vaši kostru, majících vliv na vaše tělesné funkce a duševní pohodu.“* (Málková, Krch, 1993, s. 128).

1.3.1.1 Vliv cvičení na lidskou psychiku

Křivohlavý (2001) upozorňuje, že cvičení tedy nepůsobí pozitivně jen na fyzickou stránku člověka. Pohyb má vliv na zlepšení řady psychických funkcí – může snižovat úzkost, posiluje schopnost organismu vyrovnávat se se stresem a také kladně působí na sebehodnocení. Jako příklad uvádí pokus, kdy jedna skupina lidí v depresi byla léčena obvyklým způsobem, tedy psychoterapií, zatímco členové druhé skupiny byli léčeni tím, že se pravidelně účastnili hodin cvičení (běhu). Výsledky jasně prokázaly, že větší míry snížení deprese dosáhli lidé v druhé skupině – tedy lidé cvičící.

Hinkle (1992 In Křivohlavý, 2001) pojednává o řadách studií, které byly provedeny za účelem zjištění vlivu cvičení na psychiku člověka. Podle těchto studií je kladný vliv cvičení prokazatelný – působí jednak

- a) na snížení úzkosti (anxiety),
- b) na snížení depresivních stavů,
- c) a zvyšuje také míru kladného sebehodnocení (self-esteem).

Přitom nemusí jít o nikterak zátěžovou formu cvičení, stačí například procházky, či pěší výlety, které mají obdobný účinek - a to nejen u dospělých, ale i u dětí. (Křivohlavý, 2001)

Fořt (2002) však upozorňuje i na možný neblahý důsledek sportu na psychiku dítěte. Klade důraz na obezřetnost v tom smyslu, že někteří malí sportovci mohou trpět mimořádným stresem, který může být u dívek základní příčinou poruch příjmu potravy. Podíl na vzniku těchto neblahých důsledků mohou mít rodiče, kteří ve snaze docílit optimální, rozumějme však co není nižší, tělesné hmotnosti (např. rodiče dívek soutěžících v moderní a sportovní gymnastice, krasobruslení, aerobiku, baletu) vystavují děti mimořádné psychofyzické zátěži, takže méně odolná dívka se zhroutí a hrozí vznik anorexie nebo bulimie. Na druhé straně jsou tu rodiče sportujících chlapců (především těch, kteří hrají lední hokej), kteří mají tendenci překrmovat své děti tím, že jim k obědu dají víc knedlíků ve snaze udělat z nich jakési hokejové „Ramby“.

„Chlapci problémy s příjmem potravy většinou nemají, ale také oni, jsou-li rodiči neustále stresováni řečmi o tom, jak jsou malí a slabí, mohou trpět psychickým stresem.“ (Fořt, 2002, s.191).

1.3.1.2 Volný čas a media

Trendem dnešní doby bohužel zůstává, že děti tráví více volného času pasivně (sezení u televize, hraní her na PC, brouzdání po internetu). Jelikož je tento trend nezastavitelný, pro uživatele médií by proto aktuálním požadavkem mělo být učit se média využívat vhodně a v přiměřeném rozsahu, se záměrem nacházet v nich pozitivní podněty k činnosti. Tento požadavek je aktuální zejména proto, že média na uživatele mohou působit negativními vlivy, ať už jsou na první pohled zřejmé, nebo zůstávají latentní. Dlouhodobé, každodenní několikahodinové využívání médií ve volném čase může mít za výsledek vznik závislosti, nebo absenci kompenzačních činností, jako například sportovních, uměleckých apod. *„Žádoucí proto je obsah a metody aktivit volného času koncipovat tak, aby nevedly k jednostrannosti a stereotypům, nýbrž podporovaly všestranný rozvoj osobnosti. Mediální působení často zůstává na povrchu jevů, pokud jsou informace zaměřeny na nepodstatné otázky. Takto například vznikl „syndrom Barbie“, kdy reklama podobou této dětské hračky, představované jako ideál ženské krásy, probouzela u některých děvčat stres z vlastní nedokonalosti.“* (Hofbauer, 2004, s.137)

Televize, noviny, časopisy i počítač mohou být samozřejmě v rozumné míře pro dítě přínosem, jelikož se z těchto médií děti mohou dozvědět například různých o programech podporujících zdraví – v souvislosti s poruchami příjmu potravy to mohla být například

nedávná kampaň italské módní značky Nolita „No anorexia“ proti anorexii zobrazující vyhublou modelku, která trpí několik let anorexií.

Mezi rozšířené názory však patří, že media obecně ovlivňují dětské diváky spíše negativně. Stávají se z nich pasivní konzumenti toho, co jim televize předkládá. Nelze si nevšimnout, že lidé, účinkující v různých mediálních kampaních, či v televizních pořadech jsou až na některé výjimky většinou vybíráni tak, aby splňovali určité estetické normy. Jsou to lidé krásní, úspěšní a štíhlí a televize pak může být snadno spouštěčem držení různých diet ve snaze dosáhnout napodobení vytouženého vzhledu viděného na obrazovce. Také různé soutěže krásy – např. Miss, nebo „jen“ reklamy na různá hubnutí a zázračné pilulky mohou být jedním z důvodů, proč se zabývat svojí postavou. K tomu nelze přehlédnout bulvární tisk, který se zajímá především o to, kdo ztloustl, či zhubl. Od diet je pak už mnohdy jen malý krůček k vzniku některé z poruch příjmu potravy. S reklamou ale souvisí také rostoucí riziko nadváhy a obezity. Lidé jsou mj. reklamou vedeni i ke stále vyšší spotřebě.

PhDr. František Krch, přední odborník na problematiku poruch příjmu potravy, uvádí, že „jako „řešení“ se lidem nabízí další konzumně jednostranná východiska, jako jsou některé tzv. dietní nebo light produkty, které často jen svádí ke konzumaci ve větším množství. Nejnebezpečnější je ale oblíbené heslo reklamních kampaní: „Můžeš všechno, nemusíš nic“. Spotřebitelé nejsou vedeni k tomu, aby brali v úvahu důsledky svého chování a možná rizika. Často jsou zaskočeni důsledky svého výběru nebo chování a hledají stejně přímočarou metodu „nápravy“. Některé reklamy navíc vybízí k vyloženě rizikovým a dlouhodobě neudržitelným dietním praktikám. Zdravý jídelníček, zdravý životní styl, to je otázka přiměřenosti, která se v komerčně zaměřené reklamě často vytrácí. Z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy je velmi nebezpečný také přílišný, jednostranný důraz reklamy a jejich protagonistů na výkon a úspěch za každou cenu.“ (Krch, 2007)

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

„Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující a asketické chování.“ (Kocourková, 1997 In Vágnerová, 2004, s. 463)

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažným onemocněním, mnohdy vedoucím až k smrti nemocného jedince. Tato nemoc patří do období posledního půlstoletí, proto podle některých autorů patří mezi tzv. civilizační choroby. Rozlišují se dvě formy PPP:

- a) Forma restriktérská (mentální anorexie),
- b) Forma bulimická (mentální bulimie).

Obě formy pak disponují jedním společným znakem, čímž je touha nemocných zůstat extrémně štíhlými. (Koutek, 2008).

I když se o poruchách příjmu potravy většinou hovoří jako o onemocnění mladých dívek a žen a v literatuře se o pacientech píše více v ženském rodě, ani chlapcům a mužům se tato nemoc nevyhýbá. Dle Krcha (2002) menší výskyt onemocnění u mužů některé autory vedl k hypotézám o souvislosti poruch příjmu potravy s homosexualitou, či jiným sexuálním narušením. Tato souvislost však nikdy nebyla prokázána. Tento nepoměr pohlaví může být vysvětlován například větším společenským tlakem na vizáž ženy – ta je tradičně důležitější a tělesné proporce ženy hrají rozdílnou roli, než u muže. Ženy se vždy více zajímaly o tělesný tuk, zatímco muže zajímají spíše svaly a síla, které se s ideálem vyhublosti příliš neshodují.

1. Sociokulturní faktory

Jedním z důvodů častějšího výskytu PPP u dívek je tedy určitý sociokulturní stereotyp, který zdůrazňuje štíhlost jako ideál ženské krásy a hlavní předpoklad ženské atraktivity. Obezita, nebo i jen silnější postava je posuzována jako sociální stigma a bývá často spojována například i s negativními vlastnostmi člověka, jako např. neschopnost sebekontroly, slabá vůle atd. Současný ideál krásy je velmi blízký prepubertálnímu vzhledu dívek – žádné boky, úzká stehna, dlouhé nohy. Aktuální vzor krásy je však pro většinu populace nedostupný, jedním z důvodů může být i naprosto odlišný somatotyp. Přesto je tento ideál krásy stále žádoucí. Kromě sociokulturní normy na tom může mít vinu i určitá tendence k uniformitě, tzn., že žádoucí je to, co se nejvíce přibližuje k obecnému ideálu. Konformita

je na jednu stranu sice ochuzením, ale na druhou přináší jakousi jistotu společenského uznání a přináší pocit sebedůvěry a vlastní hodnoty. Pokud však k sociálnímu potvrzení atraktivity nedojde, může jedinec své tělo chápat jako viníka všech svých problémů a neúspěchů a dojít k přesvědčení, že atraktivnější, resp. štíhlejší postava souvisí i úspěšností v sociálních vztazích, v profesi apod. A jelikož postava člověka souvisí s výživou, může se pokus o nápravu své situace projevit změnou postoje k jídlu, popř. až poruchou příjmu potravy. (Koutek, 2008)

Významná role je připisována také hromadným sdělovacím prostředkům a komerční reklamě, které ve čtenářích vzbuzují pocit, že všechno je možné, tzn., že každý může snadno a dlouhodobě zhubnout. Garner et al. (In Krch a kol., 2005) zjistili, že se v rozmezí let 1969-78 objevilo ve sledovaných ženských časopisech o 70% více článků o dietách než v předchozích deseti letech. Zatímco ještě před 40 až 60 lety, v době podvýživy tuberkulózy byly populární reklamy s prostředky na přibírání, dnes komerční reklamu jednoznačně vedou prostředky za hubnutí. Ideál štíhlosti měl však svou popularitu už v 19. Století, kdy byla v literatuře štíhlost opěvována a byl v ní romantizován vyhublý tuberkulózní vzhled. Dalším sociokulturním faktorem, který je dáván do souvislosti s rozvojem PPP, je také určitá předpojatost vůči obézním lidem, nebo také vyšší tlak na ženy v souvislosti s profesionálním uplatněním. Jak ale připomíná Kleinmann, 1998 (In Krch a kol., 2005) „*V kulturním kontextu, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a kde nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ani mravní selhání, ztácejí poruchy příjmu potravy smysl.*“ (Krch a kol., 2005)

2. Faktory biologické

Dle Krcha (2002) stačí být ženou a riziko onemocnění některou z PPP je hned desetkrát vyšší.

Typickým obdobím pro vznik anorexie je puberta (zejména pro dívky), protože v ní dochází k nejdramatičtějším změnám tělesným i psychickým. „*Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné.*“ Tanner (1987 In Krch a kol., 2005, s. 61). Nespokojenost s tělem stoupá i po pubertě a přervává až do adolescence. Určitou zprostředkující roli v rozvoji PPP lze připisovat i negativním emocím v pubertě, jako podrážděnost a labilní nálada. Během puberty vzrůstá uvědomování si sebe sama, přemýšlení o vlastním těle. Koff a

Rierdan (1991 In Krch a kol., 2005) sledovali skupinu 7-12letých Američanek a poukazují na to, že jejich ideálem nebyl normální tělesná hmotnost, ale vyhublost. V této souvislosti se u dívek často objevuje snaha držet diety, ovšem když redukční dieta selže, sebevědomí se opět sníží a výsledkem musí být pocit neschopnosti. Pubertu lze považovat za období kumulace rizikových faktorů, kdy navíc vnitřní nejistota dospívajících dívek souvisí se zvýšenou náchylností k depresím, sebekritikou, nízkým sebevědomím a sklony k PPP. (Striegel-Mooreová, 1993 In Krch a kol., 2005)

3. Faktory psychologické

Někteří autoři popisují osobnost anorektické dívky jako „*dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám, nejasným vztahům a cílům.*“ (Strober, 1981 In Krch a kol., 2005)

Vnímání vlastního těla u pacientek je narušené, dívky mají odlišné emoční prožívání, které se projevuje např. zvýšenou senzitivitou a hlubším prožíváním emocí. Jejich způsob uvažování je specifický, projevuje se selektivně, typickým bývá černobílé vnímání skutečností. Anorektické dívky mívají normální až nadprůměrnou inteligenci a ve škole bývají úspěšné, častý je u nich velký důraz na výkon, bývají sportovně zaměřené, jsou odpovědné, svědomité až perfekcionistické, bývají bezproblémové a nechtějí vybočovat z normy. I přes své úspěchy mají ale nižší sebevědomí, což se projevuje zvýšenou potřebou sebekontroly a sebeovládání. Bývají spíše introvertované, rezervované, uzavřené, nedůvěřivé, nemají mnoho kamarádek a partnerským vztahům se spíše vyhýbají. (Vágnerová, 2004)

U pacientek se také často vyskytují např. depresivní a úzkostné příznaky, je udáván také výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy a diagnózy hraniční osobnosti. (Krch a kol., 2005)

Mezi dalšími faktory podmiňujícími vznik PPP považují za důležité také **důležité životní události**. Podle Hsu (1990 In Krch a kol., 2005) dává rozvoj anorexie do souvislosti s nějakou životní událostí jedna až dvě třetiny pacientek, přičemž nejčastěji uvádějí různé nárážky na váhu a tělesný vzhled, sexuální konflikty, nemoc nebo problémy v rodině, odloučení od rodiny atd.

Dále mohou významnou roli hrát také **genetické faktory** (teorie „anorektické matky“), kdy podle Hsu (1990 In Krch a kol., 2005) se vyskytují v rodinách anorektiček a bulimiček

PPP 4-5x častěji než u normálních rodin (i když existence typické „bulimické“ nebo „anorektické rodiny“ nebyla prokázána).

Dále bývá jako možný původce PPP uváděna také **závislost na psychoaktivních látkách** (psychofarmaka, projímadla, diuretika, alkohol, marihuana, kokain, heroin ad.) (Krch a kol., 2005) Samy PPP jsou pak přirovnávány často odborníky z praxe k drogové závislosti, následky bývají obdobné – hlavně v oblasti devastace vztahů.

„Etiologie mentální anorexie je s největší pravděpodobností multifaktoriální. V pozadí onemocnění lze vidět jednak vlivy sociokulturní, individuálněpsychologické, rodinné a biologické.“ (Koutek, 2008, s. 266)

Shaw a Raj (1984 In Koutek, 2008) shrnují stručný přehled etiologických faktorů v následující tabulce:

Tab. 2.: Faktory predisponující, spouštěcí a udržující.

Predisponující faktory	Spouštěcí faktory	Udržující faktory
individuální	separace a ztráta	syndrom hladovění
rodinné	narušení rodinné rovnováhy	zvracení
sociokulturní	změna v nárocích prostředí	změny v endokrinní oblasti
	ohrožující ztráta sebevědomí	percepční poruchy
	specifické požadavky ve vývojových obdobích (např. puberta)	oslabené ego-fungování
		neřešené predispoziční faktory
		sekundární zisk
		sociokulturní zaujetí štíhlostí
		iatrogenní faktory

2.1 Mentální anorexie (F 50.0)

Mentální anorexie se projevuje zejména patologickým strachem z tloušťky doprovázeným výraznou redukcí příjmu potravy, resp. odmítáním potravy. (Vágnerová, 2004)

Toto omezování příjmu potravy je logicky spojeno s následným hubnutím, které je spojeno s výraznými tělesnými změnami v důsledku dlouhodobé malnutrice, popř. zneužívání diuretik, laxativ, anorektik, někdy spojené se zvracením. Viditelné jsou také psychické změny, příznaky deprese, zvýšená dráždivost a rovněž porucha tělesného schématu spojená s nerealným přesvědčením, že pacient má nadváhu. (Koutek, 2008)

Podle některých autorů může být termín „anorexie“ poněkud zavádějící z toho důvodu, že nechutenství či oslabení chuti k jídlu je až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se navíc nemusí vyskytovat ve všech případech onemocnění. U některých pacientů lze naopak pozorovat zvýšený zájem o jídlo – tito pacienti například rádi vaří, sbírají různé recepty, nebo často na jídlo myslí. Navíc u nich lze pozorovat zvýšenou chuť, například na sladké, slané apod., zřejmě v důsledku přirozené reakce organismu na dlouhodobé hladovění. Anorektičtí pacienti tedy mnohdy neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí, popř. uvádějí někdy i logické argumenty, proč „nemohou“ jíst a vykazují známky určité averze k jídlu, která je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, tělesným proporcím a tloušťce. (Krch a kol., 2005)

2.1.1 Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 (F 50.0)

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod doporučenou hmotností, ať už byla snížena, nebo jí nikdy nebylo dosaženo, či hodnota BMI je 17,5 a nižší. U prepubertálních pacientů pak není splněn očekávaný váhový přírůstek.
- b) Pacientova nízká váha je následkem jeho vyhýbání se jídlům, „po kterých se tloustne“ a dále užíváním jednoho z následujících prostředků, nebo jejich kombinací: vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, vyprovokované zvracení, či nadměrné cvičení.
- c) Je přítomna specifická psychopatologie, kdy se u pacienta vyskytuje přetrvávající strach z tloušťky a vtírává nerealistická představa o vlastním těle. Pacient si neustále ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

- d) Přítomnost rozsáhlé endokrinní poruchy, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, jež se u žen projevuje amenoreou (s výjimkou vaginálního krvácení uměle navozeného hormonální terapií), u mužů se pak projevuje ztrátou sexuálního zájmu a potence. Pozorovatelné mohou být také zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- e) Začne-li onemocnění již před pubertou, jsou projevy puberty opožděny či zastaveny. Zastavuje se růst, nevyvíjejí se sekundární pohlavní znaky, dochází k primární amenoree, po uzdravení však často dojde k normálnímu dokončení puberty, menarche však bývá opožděna. (Koutek, 2008)

Aby mohla být diagnóza mentální anorexie F 50.0 definitivní, musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud není přítomen alespoň jeden, popř. více symptomů (amenorea, signifikantní úbytek váhy) ale jinak pacient vykazuje typický klinický obraz, jedná se o atypickou mentální anorexi F 50.1. (Koutek, 2008)

2.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- a) Jedinec odmítá udržet si vyšší hmotnost, než je minimální úroveň pro jeho věkovou skupinu a výšku – např. hubnutí, jež zapříčiní pokles hmotnosti a její udržení 15% pod odpovídající normou, nebo nedostatečný váhový přírůstek v období růstu, jehož důsledkem je tělesná hmotnost 15% pod normou odpovídající výšce a věku.
- b) I v případě velké vyhublosti pacientů přetrvává intenzivní obava až strach z přibírání a ze ztloustnutí.
- c) Narušené vnímání vlastní tělesné hmotnosti a tvaru postavy a nepřiměřený vliv vlastní postavy (hmotnosti a tvaru) na vlastní sebehodnocení, nebo popírání rizikovitosti vlastní nízké hmotnosti.
- d) U žen vynechání alespoň tří za sebou jdoucích menstruačních cyklů, pokud k vynechání menstruace není jiný důvod – např. primární nebo sekundární amenorea, kdy žena menstruuje pouze při podávání hormonů, např. estrogenu). (Krch a kol., 2005)

2.1.2.1 *Specifické typy*

- Nebulimický (restriktivní) typ – pacient se během epizody mentální anorexie opakovaně záchvatovitě nepřejídá.
- Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta opakovaně dochází k záchvatům přejídání. (Krch a kol., 2005)

2.2 **Mentální bulimie**

Mentální bulimie patří spolu s mentální anorexií do skupiny poruch příjmu potravy, kdy přes zdánlivou představu odlišnosti vyhublosti anorektiček jsou si tyto poruchy velmi podobné. Spojuje je především touha nemocných zůstat štíhlými a nadměrná pozornost věnovaná svému vzhledu a váze. (Krch, 2008)

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy charakterizovaná opakovaným záchvatovitým přejídáním spojeným s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení v rozporu s touhou zůstat štíhlým a pacienti tuto situaci řeší většinou vyvoláním zvracení. (Koutek, 2008)

Pacienti obvykle jedí tajně a v ústraní, jelikož se za své jednání stydí. Prognóza závisí na osobnosti nemocného, velmi nízká sebeúcta či snížená tolerance k zátěži zvyšují riziko, že nemoc přejde do chronického stadia. Mentální bulimie má však lepší prognózu, než když je přítomna v kombinaci s anorexií a to z důvodu, že bulimici jsou pozitivně motivováni k léčbě, sami se chtějí zbavit přejídání a zvracení. Bulimie je ale častěji spojena s jinými problémy, jako např. užíváním léků, alkoholu a drog. (Gelder a kol., 1996; Hanuš a kol., 2000; Rahn a Mahnkopf, 2000 In Vágnerová, 2004)

2.2.1 **Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.2)**

- a) Epizody přejídání se opakují nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců,
- b) je přítomna neodolatelná touha až žádostivost po jídle a neustálé zabývání jídlem,
- c) snaha zabránit tloustnutí jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužití projímadel, střídavá období hladovění, užívání anorektik, diuretik apod., u diabetiků může dojít k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby,
- d) chorobný strach z tloušťky spojený s pocitem přílišné tloušťky, pacient usiluje o nižší než nemorbidní a často přiměřenou hmotnost, která je podle lékaře zdravá. Často je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie. (Koutek, 2008)

2.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- a) Epizody záchvatovitého přejídání, charakterizovány konzumací velkého množství jídla během určitého časového úseku (např. dvou hodin) a pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody,
- b) kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti – zvracení, zneužití léků (laxativ, diuretik atd.), hladovky, nadměrné cvičení,
- c) alespoň dvě epizody přejídání týdně po dobu tří měsíců,
- d) nepřiměřené sebehodnocení závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti,
- e) porucha není přítomna výhradně během epizod mentální anorexie. (Krch a kol., 2005)

2.2.2.1 Specifické typy

- Purgativní typ – pacient opakovaně užívá zvracení, zneužívá diuretika, laxativa a podobné typy léků, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- Nepurgativní typ – nepřítomnost purgativních metod, ale používání přísných diet, hladovek nebo intenzivního cvičení. (Krch a kol., 2005)

2.3 Atypické a nespecifické PPP

2.3.1 Atypická mentální anorexie (F 50.1)

Pojmu atypická mentální anorexie se užívá v případě, kdy u pacientů chybí jeden nebo více klíčových projevů anorexie, ale jinak vykazují téměř typický klinický obraz. Pacienti nesplňují všechna diagnostická kritéria, ale v jednom nebo několika kritériích dosahují tyto obtíže klinické hloubky (např. BMI pod 17,5 a méně a s tím spojená amenorea, ale není zjištěno, že si pacient způsobuje hubnutí aktivně sám a není přítomen strach z nadváhy). (Koutek, 2008)

Podle několika studií se u pacientů během několika let z atypické mentální anorexie vyvinuly kompletní příznaky mentální anorexie (King, 1991; Herzog et al., 1993 In Krch a kol., 2005)

Pacienti trpící subklinickou (atypickou) mentální anorexií mohou vykazovat stejně závažné psychické obtíže jako pacienti s mentální anorexií. (Bunnell et al., 1990 In Krch a kol., 2005)

2.3.2 Atypická mentální bulimie (F 50.3)

Stejně jako u atypické mentální anorexie zde chybí jeden nebo více klíčových rysů bulimie, jinak se však u pacientů projevuje téměř klinický obraz (např. pacient s normální váhou, nebo nadváhou prochází typickými obdobími přejídání následovanými zvracením). (Koutek, 2008)

2.3.3 Jiné poruchy jídla (F 50.8)

Do této skupiny lze zařadit picu neorganického původu u dospělých (potřeba požívání látek, které nejsou určeny k jídlu), psychogenní ztrátu chuti k jídlu a další nespecifikované poruchy příjmu jídla. Dále sem lze zařadit také syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání, které však není kompenzováno zvracením a je často spojeno s nadváhou. (Krch a kol., 2005)

2.4 Důsledky mentální anorexie a bulimie

2.4.1 Zdravotní důsledky

Poruchy příjmu potravy mohou pacientům způsobovat celou řadu zdravotních komplikací, které výrazně zvyšují riziko úmrtí u tohoto onemocnění. Častými důsledky hladovění (jak u anorexie, tak bulimie) jsou komplikace kardiovaskulární, renální (ledvinové), gastrointestinální, kosterní, endokrinní, hematologické, neurologické, metabolické a dermatologické. (Krch a kol., 2005)

Mezi hlavní konkrétní projevy patří zejména:

- Zvýšená citlivost na chlad, kdy hrozí i riziko podchlazení.
- Zažloutlá, suchá, praskající kůže, na které se mohou vyskytovat vyrážky, snadno se vytvářejí modřiny; dále vypadávání, lámání vlasů a naopak zvýšený růst ochlupení po celém těle.
- Zvýšená kazivost chrupu.
- Zácpy a celkové zpomalení funkce střev.
- Chudokrevnost, změny krevního obrazu, jejichž závažnost roste úměrně s klesající váhou; pomalý pulz, hypoglykemie, nízký tlak a omdlévání.
- Zvýšená hladina cholesterolu.
- Zvýšená únavnost, slabost organismu, v souvislosti se zvracením a užíváním projímadel také výraznější křeče.

- Poruchy spánku (děsivé sny, časně probouzení), nespavost, přecitlivělost na světlo, zvuky.
- Nepravidelná menstruace.
- U žen i mužů dochází k úpadku zájmu o sex.
- Srdeční obtíže, jako bradykardie a arytmie (až u 90% nemocných).
- Poškození jater v důsledku nedostatku živin (důsledkem může být vznik otoků).
- Poruchy funkce ledvin (až u 2/3 pacientů).
- Nedostatečný růst kostí a odvápnění kostí (anorektici jsou často menšího vzrůstu, než jejich vrstevníci).
- V důsledku zvýšené produkce žaludečních šťáv vznik žaludečních vředů, pocity nevolnosti, zmenšení žaludku.
- Oslabení imunity.
- V některých případech se mohou vyskytovat také poruchy vědomí, závratě, mdloby, bolesti hlavy nebo dvojité vidění.
- U časného vzniku poruchy zpomalení růstu a opoždění puberty. (Krch, 2002)

2.4.2 Psychické a sociální důsledky

Laické okolí má většinou sklon závažnost PPP bagatelizovat a hodnotí tuto nemoc jako hloupost dotyčné osoby i proto, že se vyskytuje většinou u mladých dívek, jejichž chování je považováno za nerozumné. Postoj zdravých lidí k nemocným je většinou ambivalentní. Nemocný člověk se chová nepochopitelně, nedá si říci, mluví jen o hubnutí a jeho zájmy zahrnují pouze oblast vlastní hmotnosti a výživy. (Vágnerová, 2004)

Nálada nemocných je závislá na stupni sebekontroly a na tělesné hmotnosti, anorektičky, které byly zpočátku živé a aktivní jsou s postupující vyhublostí pokleslé, depresivní a podrážděné, očekávané posílení sebejistoty se nedostavuje a namísto toho přibývá nejistoty a úzkostných prožitků. (Krch, 2002)

Nemocní se neustále zabývají jídlem, takže na kontakty s ostatními ani aktivity nemají čas, svou společenskou izolaci si navíc vysvětlují svojí tloušťkou, což je utvrzuje v držení diet. Okolí jejich jednání nechápe, snaží se jim pomoci, ale nedaří se jim to a úzkost z nezdaru často může ještě zhoršit rodinné klima a mezilidské vztahy (konflikty s rodiči a blízkými jsou zcela běžné). (Vágnerová, 2004)

Přílišná potřeba sebekontroly se stupňuje, pacientky potřebují mít všechno srovnané, uklizené, nutkavě se starají o pořádek, myjí nádobí. Uvnitř se v myšlenkách neustále zabývají jídlem, přestávají se orientovat ve svých pocitech hladu, sytosti nebo chuti, zhoršuje se koncentrace, pracovní tempo i celková intelektová výkonnost. Je posílena závislost nemocného na jeho okolí, někdy se adaptují do role nemocného, chronického pacienta nebo duševně nemocného. Zvyšuje se jejich egocentrismus a vztahovačnost, snižuje se zájem o okolí, ubývá také společenských kontaktů. (Krch, 2002)

Leibold (1995 In Vágnerová, 2004) shrnuje rady pro příbuzné nemocných a jejich přátele:

- Uvědomit si, že PPP není zlovyk, ale psychická porucha, takže apelování na zdravý rozum a vůli nemocného nemá smysl. Jediným efektem takového úsilí by byly vzájemné konflikty a zhoršení vzájemných vztahů.
- Jelikož jsou nemocní somaticky i psychicky ohrožení, potřebují pomoc lékaře, v krajním případě i s donucením, protože mentální anorexie může až u 5% nemocných vést k úmrtí.

2.5 Poruchy příjmu potravy u dětí

I když se poruchy příjmu potravy nejčastěji vyskytují u dospívajících dívek a mladých žen, mohou se však objevit už v dětství a v počátku dospívání, což je období, které je velmi citlivé na vývojové změny a porucha příjmu potravy zde působí mnohem destruktivněji na biologické, psychologické i sociální úrovni dospívání. (Koutek, 2008)

Výskyt mentální anorexie lze pozorovat už u 6- až 7letých dětí, avšak mentální bulimie je u dětí (u dívek, které ještě nemenstruují) velmi vzácná, stejně jako pročišťování projímadly a jinými léky. (Krch a kol., 2005)

Mezi mladšími nemocnými mentální bulimií jsou relativně více zastoupeni chlapci. (Krch, 2002)

2.5.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie u dětí

Kritéria, která se vztahují k tělesným změnám u dospělých, nejsou pro dětský věk zcela použitelná, protože například Queteletův index tělesné hmotnosti BMI 17,5 v 18 letech odpovídá 13,5 v 10 letech, ve 12 letech pak 14,2. Nichols a Lask (In Koutek, 2008) navrhli kritéria, která jsou odlišná od kritérií pro dospělé:

1. Záměrné snížení tělesné hmotnosti pomocí zvracení, cvičení, vyhýbání se jídlu, zneužívání projímadel.
2. Nereálné vnímání vlastní postavy a přesvědčení o své postavě.
3. Chorobné zabývání se vlastní postavou a hmotností.

Dítě nemocné poruchami příjmu potravy je ve věku, kdy se utváří jeho osobnost, formuje se jeho představa o okolním světě, vytváří si sociální vztahy a návyky a pracovní zvyklosti. (Krch, 2002)

Mezi poruchy příjmu potravy se začátkem v dětství můžeme dále zahrnout emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu, vybíravost v jídlu a syndrom pervazivního odmítání. (Koutek, 2008)

2.5.1.1 Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie

- Větší dehydratace a rychlejší nástup zdravotních problémů z důvodu menších tukových rezerv, kdy omezení příjmu potravy vede k výraznější vyhublosti.
- Riziko zastavení tělesného růstu a puberty a zpomalení sexuálního zrání.
- Děti oproti starším pacientům mnohem méně často zvrací a užívají projímadla, naopak jsou důslednější v dodržování dietních pravidel.
- Obtížná spolupráce při léčbě, na domluvy a snahu vykrmit je reagují buď agresivním odporem, nebo naopak se chovají jako malé děti, časté jsou depresivní příznaky.
- Při léčbě je důležitá spolupráce rodičů.
- Dítěti hrozí riziko výrazného narušení psychosociálního vývoje. (Krch, 2002)

Podle Krcha (2005) se dítě, které se léčí s poruchou příjmu potravy, bude nejdříve zajímat, jaká je minimální cílová hodnota jeho váhy. Cílem bude dosáhnout takové hmotnosti, aby se opět obnovily fyziologické funkce a vývoj v pubertě mohl normálně pokračovat. U dívek se menstruace znovu objeví obvykle při dosažení 96 % hmotnosti odpovídající výšce. Pro posouzení tělesné hmotnosti se nejčastěji užívá Queteletův index tělesné hmotnosti BMI – Body Mass Index, který lze vypočítat podle vzorce:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2(\text{m})}$$

Průměrná váha dětí by se měla pohybovat v následujícím rozmezí:

Tab. 3.: Průměrná hodnota BMI u dětí. (Krch, 2002)

Věk	BMI
9 let	14,8 - 17,5
10 let	15,2 - 17,8
11 let	15,7 - 18,7
12 let	16,2 - 19,3
13 let	17,0 - 19,9
14 let	17,8 - 20,8
15 let	18,7 - 21,7
16 let	19,3 - 22,3

2.5.2 Specifické poruchy příjmu potravy v dětském věku

Jak uvádí Koutek (2008), kromě anorexie a bulimie se můžeme setkat ještě s dalšími symptomy vázanými na příjem jídla, které se vyskytují hlavně v raném věku. Je to:

2.5.2.1 Ruminace

S tímto symptomem se setkáváme ve velmi útlém věku, zejména u kojenců. Ruminace je obvykle mimovolní navrzení malého množství potravy zpět do úst a její následné polykání, může vést k poklesu až stagnaci tělesné hmotnosti, dehydrataci a elektrolytovému a metabolickému rozvratu. Matky postižených dětí nezřídka vykazují známky duševní poruchy. Pokud dojde k závažným somatickým změnám, je nutná hospitalizace.

2.5.2.2 Pika

Pikou se označuje požívání látek, které nejsou určeny k jídlu (např. hlína, vlasy, písek). Je častější v rodinách s nižší sociokulturní úrovní, v některých případech se může vyskytovat jako doprovodný syndrom jiného onemocnění, např. u mentální retardace, infantilního autismu apod. Léčba vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů, potřebná je jak psychoterapie dítěte, tak spolupráce s rodiči.

2.6 Léčba poruch příjmu potravy

Dle Janebové (2006) nelze čekat, že někdo okamžitě přizná, že má problém s příjmem potravy. Je třeba vyjadřovat zájem o nemocnou či nemocného opatrně, bez negativních emocí. V případě, že bychom hned na začátku naráželi na hmotnost nebo výživu, by mohla být pomoc vnímána spíše jako projev závisti. Spíše se doporučuje začít mluvit o zdraví, například: „Dělá mi starost, že vypadáš pořád unaveně a tvé výkony jsou pořád horší.“. Popsání projevů PPP může vést k přiznání problému s výživou a nemocný pak snáze uzná, že trpí stravovací poruchou. Příkladem pomoci může být například nabídnutí nemocnému seznamu adres, kde může vyhledat odbornou pomoc.

Prognóza není příliš optimistická. Zcela se vyléčí v průměru jen 30 % nemocných, asi 20 % zůstane s trvalými následky a zhruba 5 % případů onemocnění končí úmrtím. (Davidson a Neale, 1986; Smolík, 1996; Gelder a kol., 1996 In Vágnerová, 2004)

Ani další vývoj nemusí být příliš optimistický, nemocní mohou trpět pocity selhání, osamocení, někteří nezvládnou partnerskou roli a nikdy nevstoupí do manželství. Někteří se zvláště projevují v mateřském chování, zejména při krmení svých dětí. (Graham a kol., 1999 In Vágnerová, 2004)

Příklady specializované pomoci jsou následující:

2.6.1 Hospitalizace

Hospitalizace se využívá zejména v případech, kdy je nezbytný návrat k normální váze u vyhublých pacientů, k přerušování záchvatů přejídání, zvracení, zneužívání projímadel a jiných léků v případě závažných somatických komplikací, kdy tyto komplikace představují vážné zdravotní ohrožení. Hospitalizace je vhodná také ke zhodnocení a léčbě jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží a k léčbě přidružených stavů, jako deprese, riziko zneužívání psychoaktivních látek nebo sebepoškozování, či v případě, že pacient nereaguje na dosavadní psychologickou léčbu. (Krch a kol., 2005)

V první fázi hospitalizace je nutno zhodnotit stav výživy a hydratace pacienta, v závažných případech je někdy nutno přistoupit k infuzní terapii. V prvních dnech by měla strava převyšovat kalorickou hodnotu předchozí hodnoty výživy asi o 50% a jíst by se měla strava lehce stravitelná. Během 1-2 týdnů se kalorická hodnota zvyšuje až na doporučených 3000-3500 kcal a doporučuje se mírná svalová činnost, aby došlo k obnově svalové hmoty. (Koutek, 2008)

Pro většinu nemocných PPP je výhodnější formou terapie navštěvování denního stacionáře či částečná hospitalizace, protože umožňují terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici a jsou ekonomicky výhodnější. Tato forma však není vhodná pro vyhublé pacienty s anorexií, které je potřeba postupně realimentovat, vyžadují pečlivé sledování, neměli úspěch při částečné péči, a nebo je u nich vysoké riziko sebepoškození. (Krch a kol, 2005)

2.6.2 Ambulantní lékařská péče

Je vhodná pro chronické pacienty, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nechtějí podstoupit další léčbu nebo další psychoterapie má jen malou šanci na úspěch. Tato péče se nezaměřuje na překonání nemoci, ale na navrácení pacientky do stavu psychické a somatické stability, lze ji provádět individuálně či ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dozorem. Pacienti léčení ambulantně ve skupině mohou mít zisk v podobě skupinové podpory a ze spoluúčasti podobně postižených. (Krch a kol., 2005)

2.6.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukce

Pacienti, pro které je vhodná svépomoc, mají relativně slabé příznaky a u některých může dojít k uzdravení jen na základě svépomoci nebo edukativní (osvětové) intervence, např. formou naučných sezení ve školních třídách. Přestože svépomoc není u většiny pacientů jako léčba dostačující, existuje významná podskupina, která má z této intervence užitek. (Krch a kol., 2005)

2.6.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie se využívá při léčbě skupiny mladších pacientů žijících se svými rodiči. Při vzniku i udržování symptomů PPP se mohou uplatňovat problémy v rodinném modelu. PPP rozvrací rodinné vztahy a v průběhu onemocnění se často objevují konflikty mezi rodiči a nemocným. Při hospitalizaci na specializovaném oddělení bývá užitečná psychotherapeutická skupina pro rodiče nemocných. (Koutek, 2008)

V případech, kde se v popředí nachází rodinné konflikty, je rodinná terapie vhodná i pro starší pacientky. Zastánci rodinné terapie jsou přesvědčeni, že PPP jsou odrazem různých dysfunkčních rolí v rodině, spojenectví, konfliktů atd. PPP může sloužit např. jako maladaptivní řešení adolescentního boje o dosažení svého místa v rodině, nebo na sebe nemocný může odvrátit pozornost a tak umožní rodičům, aby se vyhnuli hlavním zdrojům kon-

fliktu. Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího terapeutického plánu. (Krch a kol., 2005)

2.6.5 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Tato forma terapie je vhodná pro ty pacientky, u kterých není vzhledem k věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až těžké příznaky. Stala se běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a ukázalo se, že je vhodná také pro ustálení jídelního chování u obézních lidí trpících opakovanými záchvaty přejídání. U pacientek s mentální anorexií se kognitivně-behaviorální terapie doporučuje především pro klinické užití. (Krch a kol., 2005)

Cílem kognitivně behaviorální terapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k vlastnímu tělu, v jídelních zvycích a způsobu myšlení, který souvisí se vznikem a rozvojem poruchy. (Koutek, 2008)

2.6.6 Interpersonální terapie (IPT)

Interpersonální terapie byla původně vytvořena jako léčba deprese. Léčebný postup má tři fáze, v první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji PPP, ve druhé fázi je pak uzavřena terapeutická smlouva o práci na těchto problémech. Třetí fáze se zaměřuje na otázky ukončení terapie. Po roce sledování byla účinnost interpersonální terapie stejná jako u kognitivně-behaviorální terapie. IPT by měla být začleňována do psychoterapie nemocných s přetrvávajícími příznaky anorexie a u pacientů s mentální bulimií, kteří dobře nereagovali na počáteční průběh KBT. (Krch a kol., 2005)

2.6.7 Psychodynamická terapie

Dynamicky orientovaný přístup k léčbě může být doporučován tehdy, kdy jiná krátkodobá léčba není účinná. V současnosti je doporučováno zvážit začlenění dlouhodobější dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé KBT v případech, kdy selhaly jiné přístupy. (Krch a kol., 2005)

2.6.8 Farmakoterapie

Velký význam mají zejména psychofarmaka, vzhledem k depresivnímu syndromu jsou uplatňována antidepresiva. V souvislosti s neklidem, napětím, negativismem a nutkavými projevy jsou užívána neuroleptika. Vhodné jsou také vitaminy a minerály na doplnění chybějících prvků a někdy jsou užívány také léky zvyšující chuť k jídlu. Diskutabilní je farma-

ceutická léčba navození amenorey z důvodu zdravotních rizik (Změny v oblasti uteru a zejména osteoporóza). (Koutek, 2008)

Tyto terapeutické přístupy je možno doplnit například arteterapií, muzikoterapií ad. (Koutek, 2008)

2.6.8.1 Terapie poruch příjmu potravy u dětí

V terapii PPP u dětí je třeba klást velký důraz zejména na komplexní přístup léčby. „*Podstata léčby PPP v dětství spočívá ve všestranném přístupu, který bere v úvahu biologické, psychologické, psychické a sociální potřeby. Znamená to zajistit přiměřený hmotnostní přírůstek, zabývat se emočními potřebami dítěte, rodičů a rodiny a vzít v úvahu úlohu školy a vrstevníků dítěte.*“ (Krch a kol., 2005, s. 117)

V otázce přístupu k léčbě PPP u dětí je důležité zejména léčebné spojení terapeutů s rodiči, aby si dítě uvědomilo, že proti jeho „hlasu anorexie“ bojuje spolu s ním silný tým. Prvním důležitým krokem je poskytnutí informací formou literatury či specifickým sdělením o povaze potíží dítěte. Toto jasné vysvětlení problému dítěte a jeho řešení může pomoci demystifikaci přístupu odborníků. Kontrola dospělými je velmi důležitá. Prvním krokem v léčbě je zajistit kontrolu rodičů nad příjmem tekutin a jídla jejich dítěte, aby nedocházelo k dehydrataci a anorektickému chování. Hospitalizace je pak nutná u pacientů, kteří splňují diagnostická kritéria pro hospitalizaci. Rozhodnutí o tom, kdy je nutná hospitalizace dítěte, pomáhají usnadnit následující kritéria:

- Úbytek tělesné hmotnosti je větší, než 25%.
- Dehydratace.
- Znamky selhání oběhu, jako je pomalý tep nebo nízký tlak.
- Zvracení, zvracení krve.
- Těžké deprese až sebevražedné chování. (Krch a kol., 2005)

Pacientův stav je třeba neustále sledovat a vyhodnocovat, dokud není zcela stabilizován. Dítě bývá přijímáno buď na pediatrické oddělení, nebo do psychiatrické péče. Poslední dobou se zvyšuje oblíbenost denních programů nahrazujících hospitalizaci. Jejich účinnost však nebyla prokázána. Účinnost v léčbě PPP vykazuje poradenství pro rodiče, rodinná terapie, skupinová a individuální terapie. Užití medikace při léčbě PPP u dětí je omezené a mělo by se o ní uvažovat zejména jako o doplňku k terapiím v případě, může-li zvýšit je-

jich účinnost. Důležitá je také spolupráce se školou; tam, kde je to možno, je vhodné řešit otázku anorexie dítěte přímo se školou.

2.7 Poruchy příjmu potravy v kontextu sociální práce

Je nezbytné zdůraznit, že poruchy příjmu potravy jsou primárně tématem pro lékaře, psychology a psychiatry, ale vědět o nich něco více, než jen to, že existují, by měli i sociální pracovníci a pracovnice, protože se s nimi během své praxe mohou kdykoliv potkat – ať už přímo v osobě klientky či klienta, nebo klient(ka) přijde se zakázkou, co dělat, když takovou poruchou trpí jejich blízký či známý. Užitečnými informacemi pak může být např. povědomí o projevech PPP, o institucích specializujících se na pomoc v těchto případech, nebo „jen“ o postupu, jak motivovat nemocné k léčbě. (Janebová, 2006)

Kromě výše uvedených terapeutických přístupů můžeme ještě zmínit další metody specializované pomoci, jako je:

- Videomonitoring – tato metoda předpokládá strach dívek a žen ze změny svého těla v průběhu léčby, a tak pacientky dostávají nabídku, že vše, co se bude s jejich tělem odehrávat, bude monitorováno kamerou. S pomocí videonahrávky lze nejen lépe argumentovat proti nereálnému přesvědčení o katastrofické změně těla, ale videonahrávka může také pomoci klientkám, které se vrátí, protože mají například strach z relapsu – svých pochybností se mohou zbavit shlédnutím nahrávky a obrnit se rozhodnutím „tak tohle už nikdy!“. (Strásková, 2003 In Janebová, 2006)
- Internetové poradny – slouží především lidem, kteří se stydí za své potíže a internetová poradna může být prvním kontaktem postiženého s odborným poradenstvím. Jejich nevýhoda je však v tom, že takový kontakt má znaky minimální odpovědnosti a při prvním neúspěchu může vést spíše k demotivaci klientů. (Janebová, 2006)

2.7.1 Organizace poskytující pomoc při PPP

2.7.1.1 *Občanské sdružení Anabell*

Anabell je občanské sdružení se sídlem v Brně pomáhající prostřednictvím programů svépomocné skupiny, korespondenčních kursů a klubu rodičů, partnerů a přátel dívek, jehož zakladatelka Jana Sladká Ševčíková byla sama bulimičkou. (Janebová, 2006)

Na informačním portále www.anabell.cz jsou nabízeny informativní a edukativní služby, psychologické a nutriční poradenství a lze zde najít také kontakty na poradny.

- Webová adresa: www.anabell.cz

2.7.1.2 Psychiatrická klinika VFN a LF UK

Tato jednotka specializované péče je součástí Psychiatrické kliniky LF UK v Praze. V současné době je uváděno, že nejčastější diagnózou je mentální bulimie (60% pacientek) a asi 5% z hospitalizovaných tvoří muži. Tato jednotka využívá komplexního přístupu k léčbě PPP a program je založen na biopsychosociálním pojetí onemocnění. Jednotka preferuje ty dívky, které si daly žádost o hospitalizaci samy a čekací doba je v průměru tři měsíce. Při přijetí pacientky se uzavírá písemná smlouva o dodržování pravidel týkajících se jídelního režimu, cílové váhy a dodržování pravidel oddělení. Významnou součástí je také spolupráce blízkých a příbuzných. Pobyt zde trvá obvykle 6-8 týdnů, přičemž pacientky se účastní kognitivně-behaviorální skupinové terapie, dynamicky orientovaných skupin a skupiny arteterapeutické. Na prvním místě léčby stojí režimová opatření a psychoterapie, popř. farmakoterapie. (Janebová, 2006)

- Webová adresa: www.vfn.cz

2.7.1.3 Terapeutická skupina

Skupina je určena pro zájemce od 18 let. Je důležité, aby zájemci o skupinu nebyli ohroženi následky extrémní podváhy, proto by měli mít BMI minimálně 15. Skupina je dále vhodná pro zájemce, kteří chtějí dlouhodoběji a systematicky pracovat na zlepšení svého stavu. Každý zájemce projde vstupním pohovorem s jedním z terapeutů, při té příležitosti je možné se podrobněji seznámit s postupy při léčbě pomocí skupinové psychoterapie. Skupina je složena z maximálně 10 klientů a 2 terapeutů. Ve skupině nacházejí její členové přijetí a podporu, získávají lepší náhled na své problémy, učí se své potíže přesněji pojmenovat a hlavně efektivněji řešit. Také je zde prostor pro získávání lepšího vztahu k sobě a budování zdravého sebevědomí. Skupinu vedou dva zkušení terapeuté, kteří mají dlouholeté zkušenosti se skupinovou psychoterapií, léčbou poruch příjmu potravy a výcvik ve skupinové psychoterapii. (Kulhánek, 2008.)

- Webová adresa: www.idealni.cz

2.7.1.4 Vodopád

Soukromá psychiatrická ambulance, informace o onemocněních, informace o léčích, odkazy, bezplatná e-mailová poradna. Kromě standardní psychiatrické péče se ambulance specializuje na kognitivně-behaviorální psychoterapii, partnerskou a rodinnou terapii a hypnosu. (Divácká, 2000)

- Webová adresa: www.vodopad.cz

2.7.1.5 PPPinfo

Pouze webové stránky. Informační portál o poruchách příjmu potravy, články, kontakty, literatura, příběhy, svépomocné skupiny, odkazy.

- Webová adresa: www.pppinfo.cz

2.7.1.6 Poradna a psychoterapie

Základní informace o anorexii a bulimii, články, psychoterapie, odkazy.

- Webová adresa: <http://martin.hajny.net>, <http://sweb.cz/anorexiebulimie>

2.7.1.7 Help 24

Pouze webové stránky. Informace z oblasti psychologie, články, poradna, literatura.

- Webová adresa: <http://www.help24.cz>

2.7.1.8 Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy

Tato asociace se zabývá osvětovou a propagační činností.

- Webová adresa: <http://www.mujsweb.cz/www/sapppp/>

2.7.1.9 STOP PPP

Informační portál o poruchách příjmu potravy, lze zde najít informace o programech primární prevence pro školy a instituce, informativní služby, psychologické služby, nutriční poradenství, kontakty na odborníky na PPP, knihovna s tematickou literaturou, svépomocné skupiny.

- Webová adresa: <http://www.jakomodelka.cz/>

Tento seznam institucí zpracovalo ICM NIDM MŠMT, 2006, aktualizován byl v březnu 2009. (ICM NIDM MŠMT, 2006)

*„Přepracovat obraz svého těla často vyžaduje, abychom se vzdali řady svých iluzí a před-
sudků a hledali sílu, uspokojení a sebevědomí jinde, než ve svých tělesných proporcích a
na osobní váze.“ (Krch, Málková, 1993, s. 38)*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na životní styl a poruchy příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Chtěla bych lépe proniknout do této problematiky a zjistit, zda se nežádoucí jevy jako nevhodná strava nebo předpoklady pro poruchy příjmu potravy objevují už u tak mladých dětí, jakými jsou například žáci 6. tříd.

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na životní styl a poruchy příjmu potravy u žáků 2. stupně základní školy. Vytyčila jsem si následující cíle a výzkumné předpoklady:

1. Zjistit, zda se předpoklady pro vznik PPP u žáků 2. stupně ZŠ Luhačovice vyskytují.

P 1. Předpoklady pro PPP se u žáků 2. stupně ZŠ Luhačovice budou vyskytovat.

2. Zjistit, jak respondenti tráví volný čas.

P 2. Děti budou volný čas trávit více pasivně, než aktivně.

3. Zjistit rozdíly ve stravování respondentů vzhledem k věku, pohlaví.

P 3. Děti v 9. ročníku budou jíst nezdravé potraviny více než 3x týdně v průměru častěji než děti v 6. ročníku.

P 4. Dívky budou jíst zdravěji než chlapci.

4. Zjistit rozdíly v předpokladech pro poruchy příjmu potravy vzhledem k věku, pohlaví.

P 5. U dětí v 9. ročníku budou předpoklady pro PPP častější, než u mladších v 6. ročníku (tj. budou v průměru častěji odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP).

P 6. U dívek předpokládám větší míru výskytu předpokladů pro vznik PPP (tj. budou v průměru častěji odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP).

3.2 Výzkumný soubor a průběh sběru dat

Výzkumný vzorek jsem zvolila z důvodu vývojového stupně, ve kterém se děti na 2. stupni ZŠ nachází, tj. střední školní věk až období adolescence – dochází zde k procesu formování sebevědomí a tělesného zrání a s ním spojeného pocitu nejistoty a hledání vlastní identity. Dále také za předpokladu, že v daném věku lze stravu a životní styl dětí ještě z poměrně velké části ovlivnit ze strany rodičů, popř. učitelů a zredukovat, či tak zcela odstranit případné nežádoucí jevy.

- Základní soubor: 2. stupeň ZŠ Luhačovice (cca 400 žáků).
- Výběrový soubor: 120 žáků.
- Výzkumný vzorek:

- 6. třídy – 30 dětí

- 7. třídy - 30 dětí

- 8. třídy - 30 dětí

- 9. třídy - 30 dětí

Návratnost dotazníků z celkových 120 činí 104 dotazníků, tedy 87 %..

Otázky byly zaměřeny na:

1. Předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy:

- nespokojenost s vlastním tělem, přemýšlení o hubnutí, nízká sebedůvěra, strach z tloušťky, přílišná kontrola jídelníčku, užívání „light“ výrobků, počítání kalorií v jídle apod.

2. Životní styl:

a) Zdravý životní styl

- vhodná strava (konzumace ovoce, zeleniny, mléka, mléčných výrobků, masa, ryb,...); aktivní trávení VČ - zájmy, kroužky, dostatek pohybu (procházky se psem apod.), sport;

b) Nezdravý životní styl

- v potravě mnoho sladkostí (sladké pečivo, bonbóny, sladké limonády), tučných jídel (brambůrky, tučné maso, „fast food“), nedostatečná konzumace ovoce, zeleniny, masa, ryb apod.; volný čas trávený převážně pasivně – TV, PC, videohry.

Vlastní sběr dat pomocí anonymního dotazníku proběhl v týdnu od 9. do 13. 2. 2009. Na základě domluvy s ředitelkou základní školy byly dotazníky žákům rozdány v hodinách občanské výchovy. Vyplnění dotazníků zabralo žákům v průměru 10 – 15 minut, takže šetření příliš nenarušilo vlastní vzdělávací proces.

3.3 Použité metody a zpracování dat

3.3.1 Dotazník

Dotazník je výzkumná metoda, která je vhodná pro získávání informací o větším výzkumném vzorku za pomoci vhodně formulovaných otázek. Tato metoda není příliš časově náročná, její hlavní nevýhodou však může být značné zkreslení, způsobené tím, že dotazovaný o sobě nechce podat negativní obraz, nebo špatnou formulací otázek.

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu anonymního dotazníku (příloha č. I). Dotazník je rozdělen na dvě části. První část je poněkud odlehčena otázkami týkajícími se životního stylu dětí, druhá část je zaměřena na poruchy příjmu potravy. Dotazník obsahuje pouze otázky uzavřené. Z důvodu co nejobektivnějších výsledků jsem zvolila dotazník anonymní, žáci uváděli pouze své pohlaví, výšku, váhu a ročník, který navštěvují.

3.3.2 Zpracování dat

Získaná data jsou vyhodnocena pomocí četnostních tabulek a procentuálním vyjádřením za využití tabulek a grafů.

Výsledky výzkumu budou po domluvě s ředitelkou školy publikovány ve škole formou informační nástěnky, ke které budou mít přístup děti, učitelé i rodiče dětí, aby se v případě negativních výsledků mohli pokusit o minimalizaci nežádoucích jevů. Ve škole dále budou rozdány informační letáky související s tematikou poruch příjmu potravy.

V případě výskytu žáků vykazujících známky nezdravého životního stylu (tj. nedostatek pohybu a špatné stravovací návyky) a výskytu předpokladů pro vznik PPP u některých žáků, bych škole chtěla navrhnout realizaci informačního semináře pro žáky na téma PPP a Zdravý životní styl.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT

Výsledky získané dotazníkovým šetřením jsou vyhodnoceny pomocí statistických metod jako výpočet četnosti a procent a poté zpracovány do tabulek a grafů. Nejdříve jsem vyhodnotila otázky zaměřené na poruchy příjmu potravy, které jsou pak dány do souvislosti s některými otázkami týkajícími se životního stylu žáků.

4.1 Zastoupení jednotlivých účastníků výzkumu

Tab. 4. Rozložení žáků podle pohlaví a tříd.

<i>Pohlaví</i>	<i>Dívky</i>	<i>Chlapci</i>		<i>Dívky %</i>	<i>Chlapci %</i>
6. třídy	10	15		20,83	26,79
7. třídy	15	13		30,00	24,07
8. třídy	15	12		31,25	21,43
9. třídy	10	14		20,83	25,00

Celkem se výzkumu účastnilo **48 dívek** a **56 chlapců**.

4.2 Odpovědi žáků na otázky týkající se poruch příjmu potravy

Odpovědi žáků na následující otázky jsou vyhodnoceny dohromady pro všechny ročníky, tzn., že se jedná o odpovědi reprezentativního vzorku 2. stupně ZŠ Luhačovice.

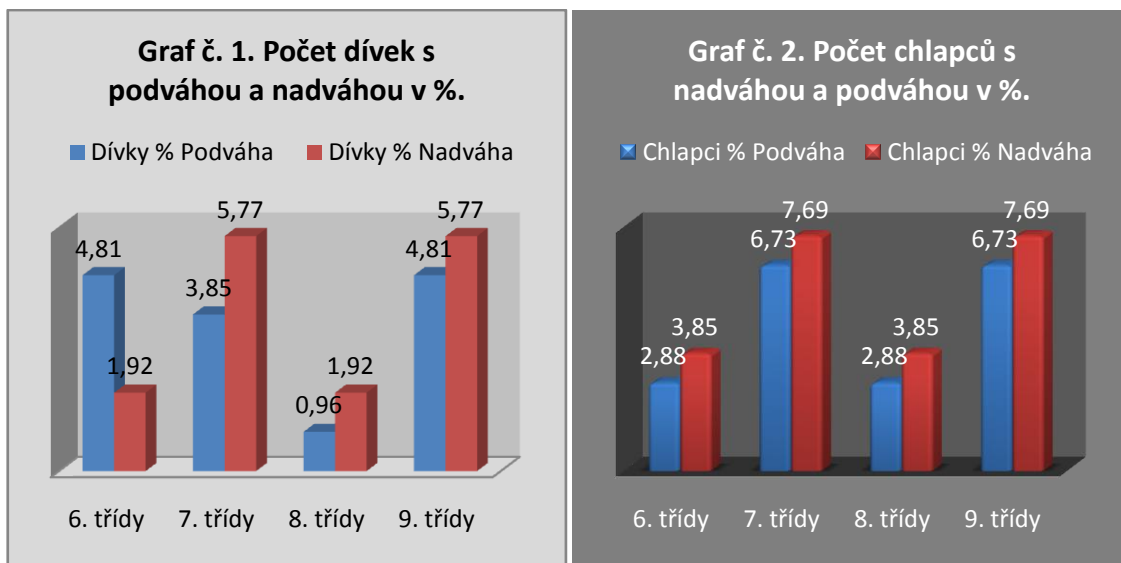
Tab. 5. Četnosti žáků s podváhou a nadváhou podle BMI.

<i>Pohlaví</i>	<i>Dívky</i>		<i>Chlapci</i>	
	Podváha	Nadváha	Podváha	Nadváha
6. třídy	4	3	3	2
7. třídy	1	2	2	1
8. třídy	4	2	3	1
9. třídy	2	1	3	2
Celkem	11	8	11	6

Celkový počet dívek s podváhou je 11. Dívek vykazujících známky nadváhy je 8.

Počet chlapců s podváhou byl stejný jako u dívek, tj. 11 a chlapců s nadváhou se výzkumu zúčastnilo celkem 6. Žáků s normální váhou bylo nejvíce, a to celkem 68.

Graf č. 1 a 2. Procentuální vyjádření počtu dívek a chlapců s podváhou a nadváhou.

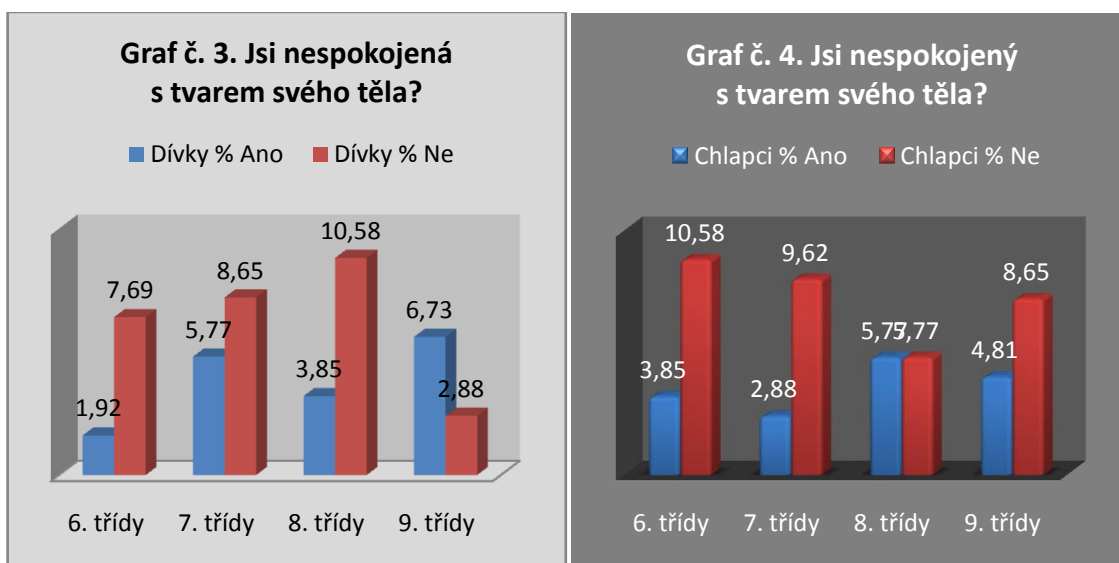


4.2.1 Otázka č. 1. Jsi nespokojený (á) s tvarem svého těla?

Tab. 6. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ u dívek a chlapců na otázku č.1.

Otázka č. 1.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	2	8	4	11
7. třídy	6	9	3	10
8. třídy	4	11	6	6
9. třídy	7	3	5	9
Celkem	19	31	18	36

Graf č. 3 a 4. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 1.



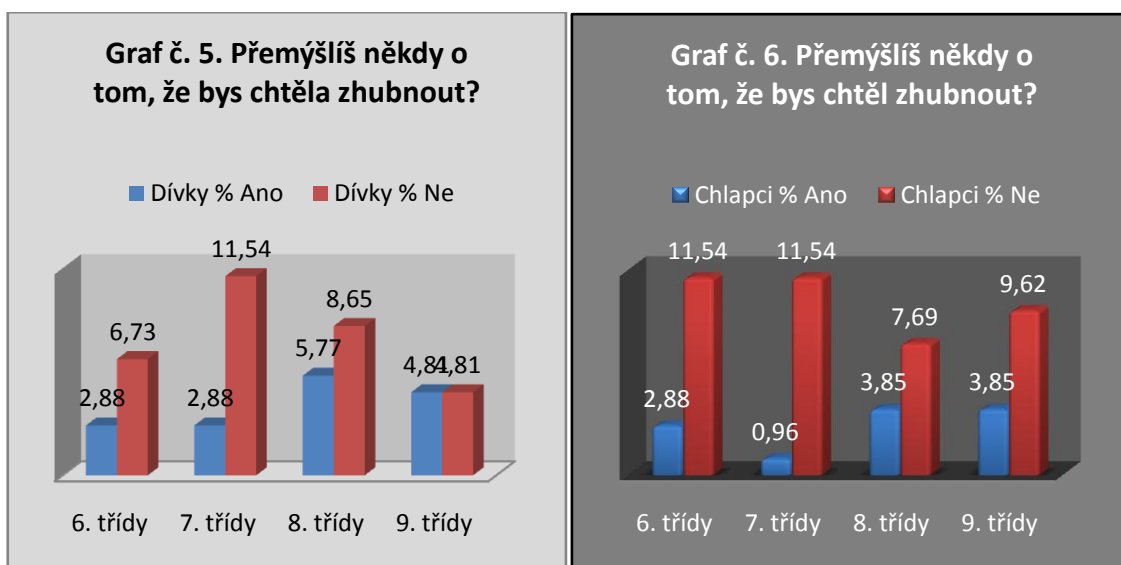
U této otázky jsem předpokládala větší nespokojenost s tvarem svého těla u dívek, což se nepotvrdilo. Počet dívek nespokojených se svojí postavou z celkového počtu 50 byl 17. Toto číslo však považuji vzhledem k celkovému počtu 8 dívek s nadváhou za poměrně vysoké. Počet chlapců nespokojených se svojí postavou byl 18, což je také vysoké číslo vzhledem k počtu pouhých 6 chlapců s nadváhou z celkových 54.

4.2.2 Otázka č. 2. Přemýšlíš někdy o tom, že bys chtěl (a) zhubnout?

Tab. 7. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 2.

Otázka č. 2.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	3	7	3	12
7. třídy	3	12	1	12
8. třídy	6	9	4	8
9. třídy	5	5	4	10
Celkem	17	33	12	42

Graf č. 5 a 6. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 2.



Očekávala jsem, že častěji budou o hubnutí přemýšlet dívky, než chlapci, což se mi také potvrdilo. Dívek, které odpověděly, že někdy přemýšlejí o zhubnutí, bylo celkem 17, zatímco chlapců bylo o 5 méně, tedy 12.

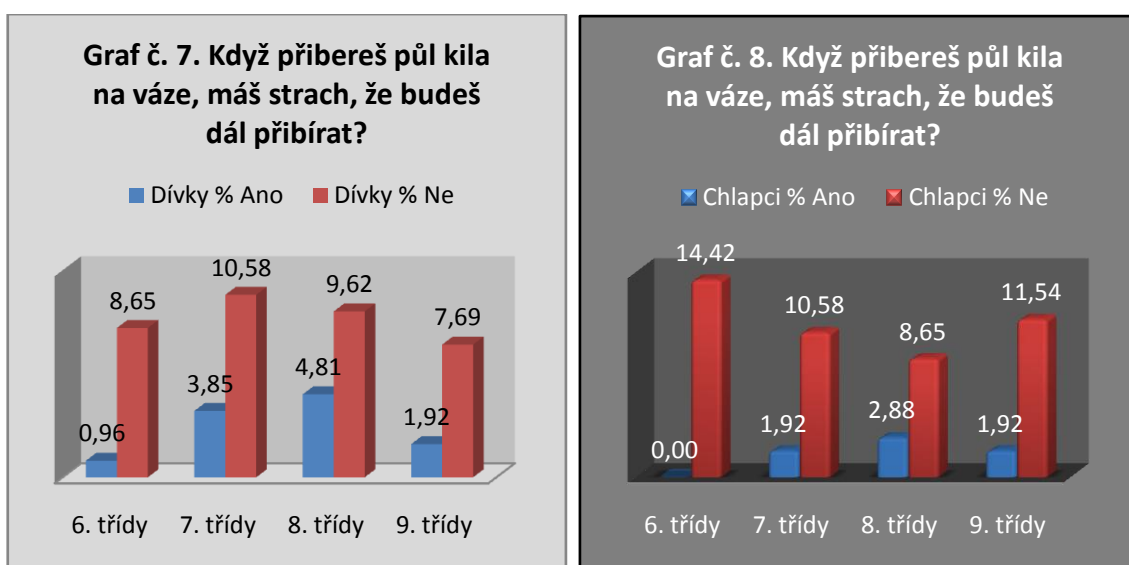
Dívek, které nepřemýšlejí o snížení své váhy bylo celkem 33 a chlapců 42, což považuji za poměrně pozitivní výsledek.

4.2.3 Otázka č. 3. Když přibereš půl kila na váze, máš strach, že budeš dál přibírat?

Tab. 8. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 3.

Otázka č. 3.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	1	9	0	15
7. třídy	4	11	2	11
8. třídy	5	10	3	9
9. třídy	2	8	2	12
Celkem	12	38	7	47

Graf č. 7 a 8. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 3.



Jak je z tabulky a grafů zřejmé, počet dívek, které mají strach z tloustnutí je vyšší než počet chlapců, což jsem také předpokládala vzhledem k tomu, že dívky se zřejmě více zaobírají svou postavou, resp. váhou. Celkem strach z přibírání uvádí 12 dívek a 7 chlapců, což je 18,27 % všech respondentů.

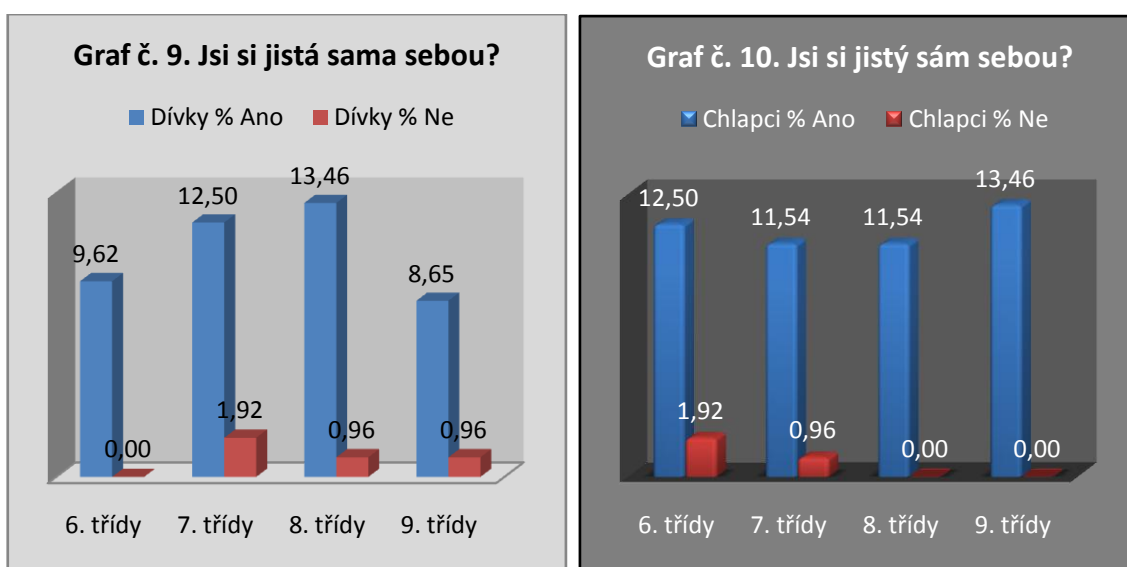
Počet dívek, které nepřemýšlejí o zhubnutí, je 38 z celkových 50. Počet chlapců je ještě o něco vyšší, tj. 47 z celkových 54. Celkem o hubnutí nepřemýšlí 85 respondentů, tj. 81,73 % respondentů, což považuji za pozitivní výsledek.

4.2.4 Otázka č. 4. Jsi si jistý (á) sama sebou?

Tab. 9. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 8.

Otázka č. 4.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	10	0	13	2
7. třídy	13	2	12	1
8. třídy	14	1	12	0
9. třídy	9	1	14	0
Celkem	46	4	51	3

Graf č. 9 a 10. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 4.



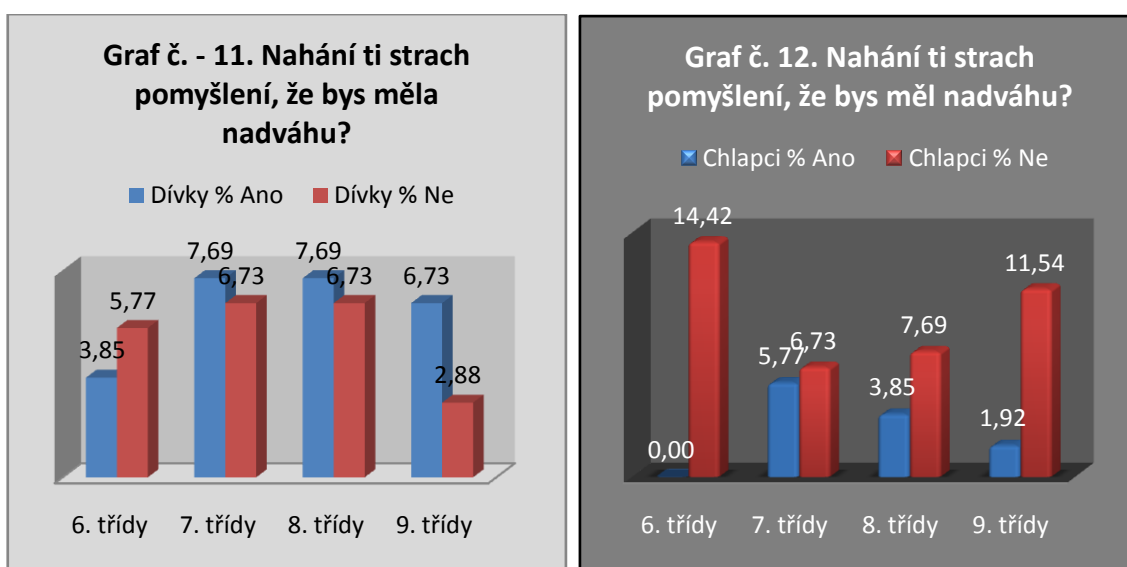
Nízká sebedůvěra mnohdy souvisí se snahou vylepšit svůj zevnějšek, popř. snahou o hubnutí, které následně může vést ke vzniku PPP. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou vcelku pozitivní, nízkou sebedůvěrou zřejmě trpí 4 dívky z celkového počtu 50 dívek a 3 chlapci z celkového počtu 54 chlapců. Avšak ani toto číslo nelze bagatelizovat, jelikož sebedůvěra je základem zdravého duševního rozvoje dítěte a jejímu rozvoji by měla být dána patřičná pozornost jak ze strany rodičů, tak i učitelů, ad.

4.2.5 Otázka č. 5. Nahání ti strach pomyšlení, že bys měl (a) nadváhu?

Tab. 10. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 5.

Otázka č. 5.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	4	6	0	15
7. třídy	8	7	6	7
8. třídy	8	7	4	8
9. třídy	7	3	2	12
Celkem	27	23	12	42

Graf č. 11 a 12. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 5.



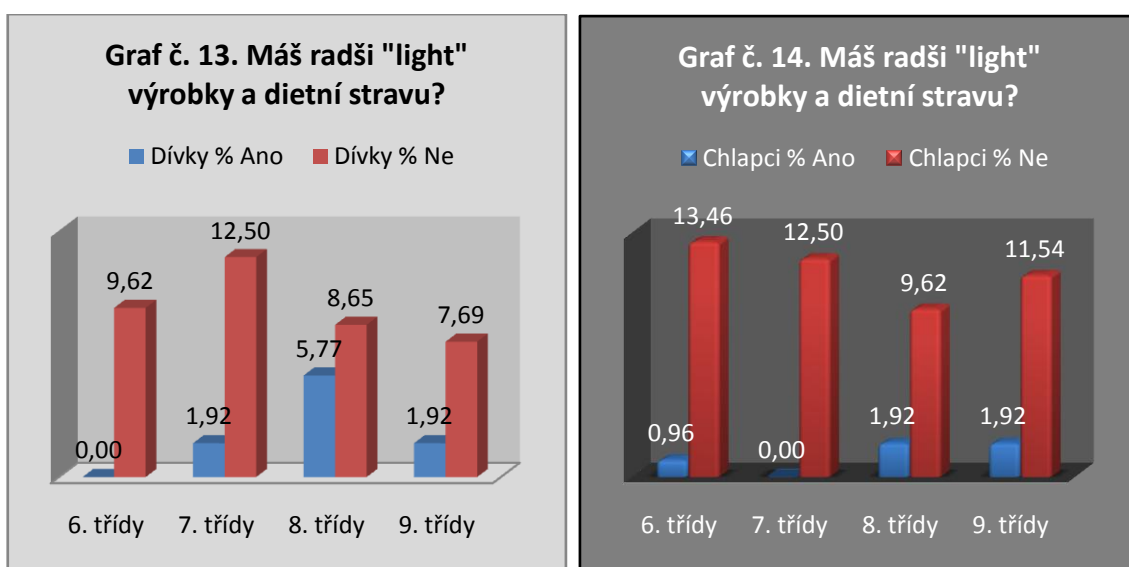
Jak je z tabulky a grafů zřejmé, strachem z nadváhy trpí 27 dívek a 12 chlapců, což považují za poměrně vysoké hodnoty. Dívky, které odpověděly na otázku č. 5 kladně, navíc měly jen v 6 případech vyšší BMI, tzn., že 21 dívek takto odpovědělo přesto, že se svou váhou nemá problémy. Chlapci s nadváhou odpověděli kladně pouze ve 2 případech. Dále z hodnot tabulky a grafů vyplývá, že dívky, mající strach z nadváhy dokonce převažují nad dívkami, které strach z vyšší váhy nemají. U chlapců naopak převažují ti, kteří strach z nadváhy nemají. Je tedy zjevné, že tato tendence je častější u dívek, než u chlapců.

4.2.6 Otázka č. 6. Máš radši „light“ výrobky a dietní stravu?

Tab. 11. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 6.

Otázka č. 6.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	0	10	1	14
7. třídy	2	13	0	13
8. třídy	6	9	2	10
9. třídy	2	8	2	12
Celkem	10	40	5	49

Graf č. 13 a 14. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 6.



Větší oblibu dietní stravy jsem předpokládala opět u dívek, což se potvrdilo. Dietní stravu a „light“ výrobky preferuje 10 dívek, chlapců 5, což však nelze vzhledem k věku respondentů považovat za poměrně zanedbatelný výsledek.

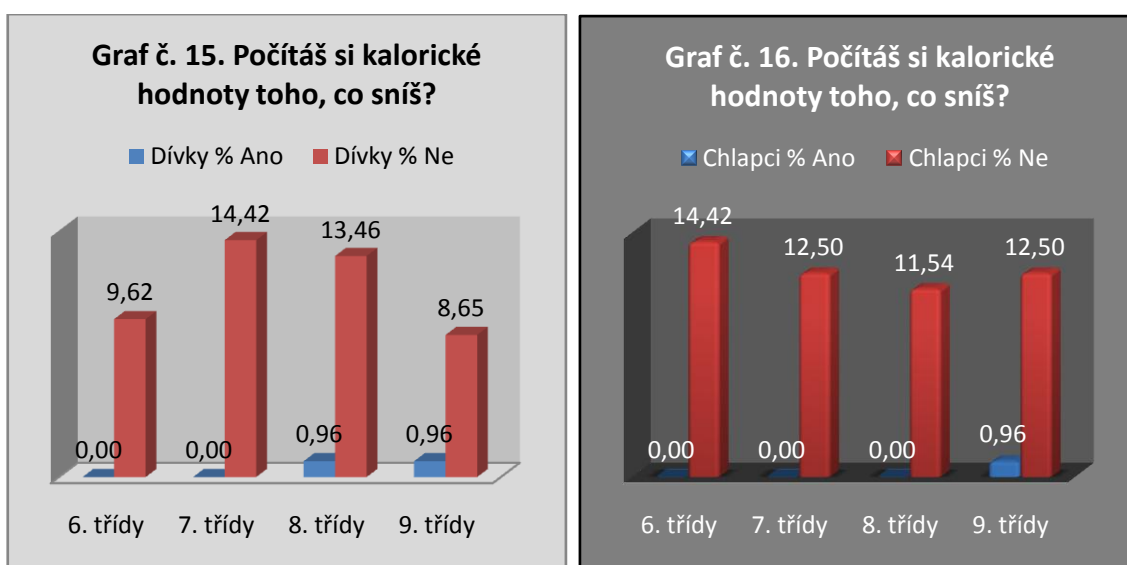
Respondentů konzumujících běžnou stravu je převaha, tj. 40 dívek z celkového počtu 50 a 49 chlapců z celkového počtu 54, což je 85,58 % všech respondentů.

4.2.7 Otázka č. 7. Počítáš si kalorické hodnoty toho, co sníš?

Tab. 12. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 7.

Otázka č. 7.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	0	10	0	15
7. třídy	0	15	0	13
8. třídy	1	14	0	12
9. třídy	1	9	1	13
Celkem	2	48	1	53

Graf č. 15 a 16. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 7.



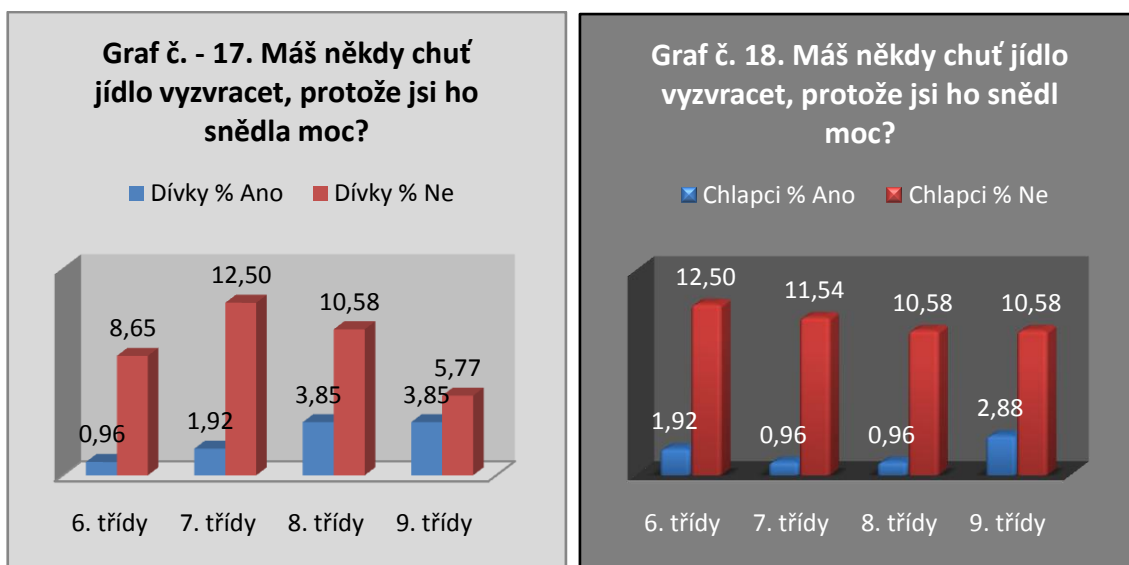
Na tuto otázku jsem vzhledem k věku respondentů nepředpokládala mnoho kladných odpovědí, což se potvrdilo. Z celkového počtu 104 respondentů odpovědělo, že si kalorické hodnoty jídla počítají pouze 3, a to 2 dívky z 8. a 9. a 1 chlapec z 9. ročníku.

4.2.8 Otázka č. 8. Máš někdy chuť jídlo vyzvracet, protože jsi ho snědl (a) moc?

Tab. 13. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 8.

Otázka č. 8.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	1	9	2	13
7. třídy	2	13	1	12
8. třídy	4	11	1	11
9. třídy	4	6	3	11
Celkem	11	39	7	47

Graf č. 17 a 18. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 8.



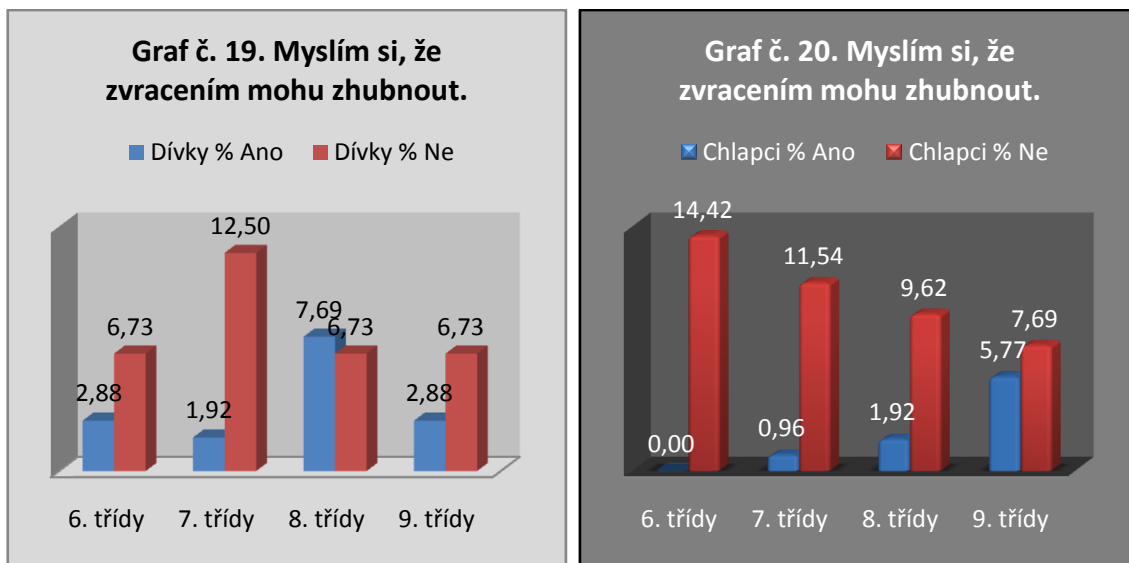
Chuť vyvracet pozřené jídlo mají podle odpovědí častěji dívky. V 11 případech odpověděly na tuto otázku kladně. Chlapci odpověděli kladně v 7 případech. Obě čísla však nepovažují za zanedbatelná.

4.2.9 Otázka č. 9. Myslím si, že zvracením mohu zhubnout.

Tab. 14. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 9.

Otázka č. 9.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	3	7	0	15
7. třídy	2	13	1	12
8. třídy	8	7	2	10
9. třídy	3	7	6	8
Celkem	16	34	9	45

Graf č. 19 a 20. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 9.



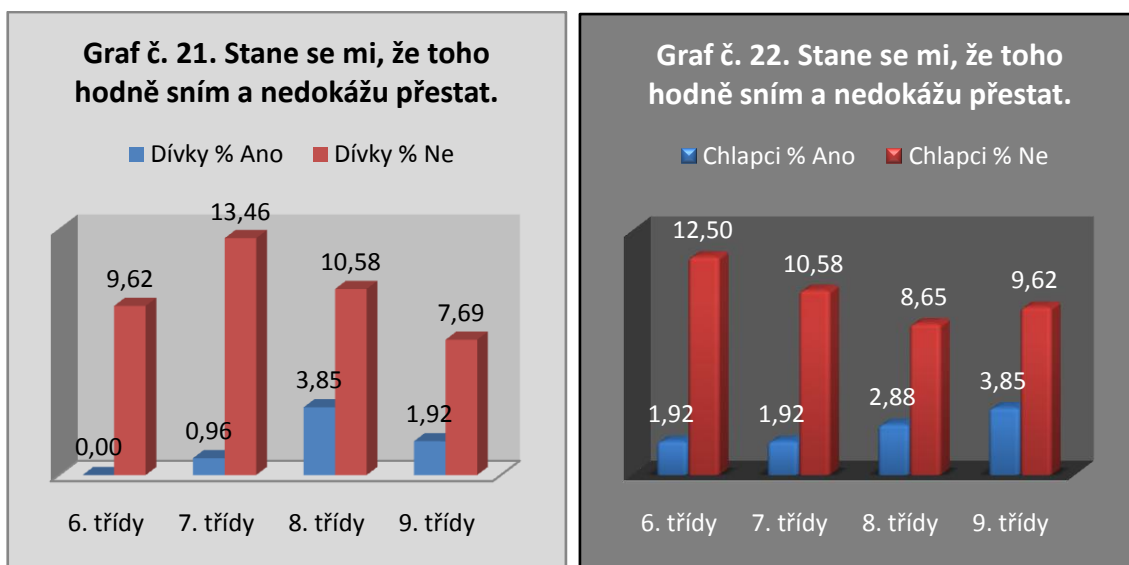
U této otázky mě překvapil poměrně vysoký počet kladných odpovědí. Celkem kladně odpovědělo 25 respondentů, tj. 24,03 % všech respondentů. Dívek kladně odpovědělo téměř o polovinu více než chlapců, a to 16 dívek a 9 chlapců. Z těchto výsledků lze vyvodit, že představu, že zvracením lze zhubnout mají více zažitou dívky, než chlapci.

4.2.10 Otázka č. 10. Stane se mi, že toho hodně sním a nedokážu přestat.

Tab. 15. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 10.

Otázka č. 10.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	0	10	2	13
7. třídy	1	14	2	11
8. třídy	4	11	3	9
9. třídy	2	8	4	10
Celkem	7	43	11	43

Graf č. 21 a 22. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 10.



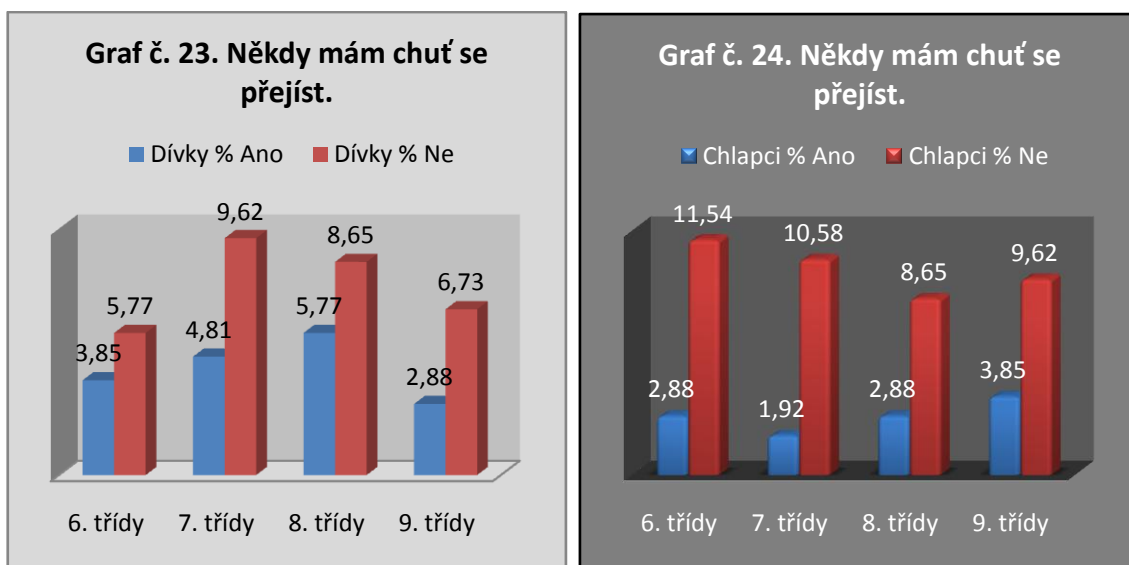
Tato otázka byla zařazena z důvodu souvislosti s mentální bulimií, mezi jejíž symptomy patří také nekontrolovatelné přejídání. Předpokládala jsem větší počet kladných odpovědí u dívek, s přejídáním však dle výsledků mají větší zkušenost chlapci. Těch kladně odpovědělo 11, zatímco dívek pouze 7. Celkem má s přejídáním zkušenost 17,31 % respondentů.

4.2.11 Otázka č. 11. Někdy mám chuť se přejíst.

Tab. 16. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 11.

Otázka č. 11.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	4	6	3	12
7. třídy	5	10	2	11
8. třídy	6	9	3	9
9. třídy	3	7	4	10
Celkem	18	32	12	42

Graf č. 22 a 23. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 11.



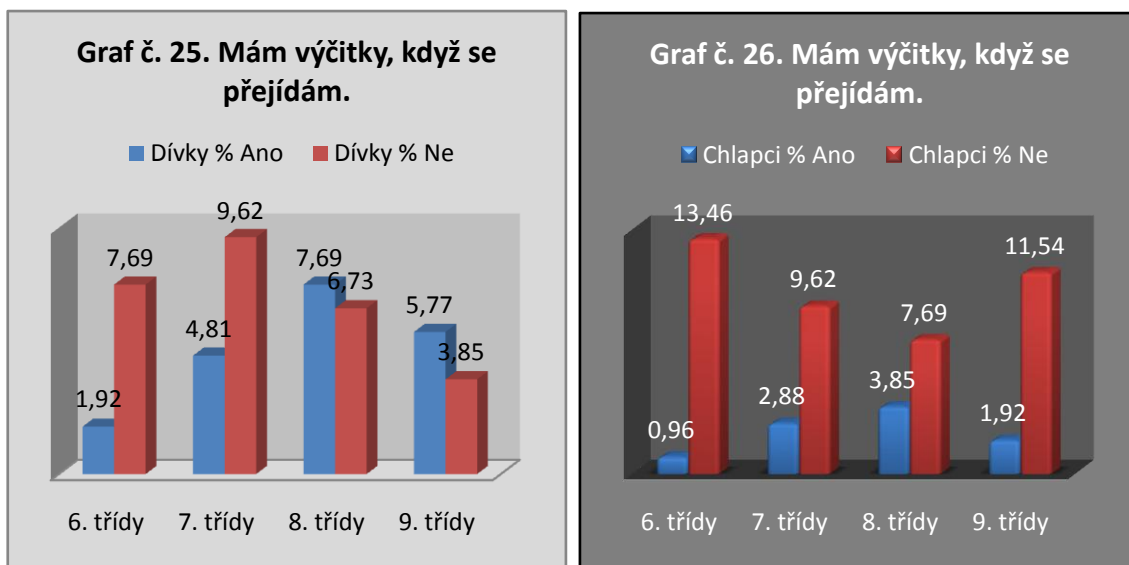
Tato otázka má také souvislost s mentální bulimií, oproti předchozí otázce však poněkud skrytou. Chuť se občas přejíst uvádí celkem 40 respondentů, z toho 18 dívek a 12 chlapců, tj. 28, 85 % z celkového počtu respondentů, což rozhodně nepovažuji za zanedbatelné.

4.2.12 Otázka č. 12. Mám výčitky, když se přejídám.

Tab. 17. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 12.

Otázka č. 12.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	2	8	1	14
7. třídy	5	10	3	10
8. třídy	8	7	4	8
9. třídy	6	4	2	12
Celkem	21	29	10	44

Graf č. 25 a 26. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 12.



I když chuť se občas přejíst uvádí celkem 40 respondentů, výčitkami z přejídání jich však dle odpovědí trpí celkem 31, tj. 29, 81 % respondentů. Častěji výčitky z přejídání uvádí dívky, a to ve 21 případech, zatímco chlapci v 10 případech. Z toho je zřejmé, že větší strach z toušťky a starost o svou postavu mají dívky.

4.2.13 Otázka č. 13. Skoro nic mě nebaví, jsem pořád unavený (á).

Tab. 18. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 13.

Otázka č. 13.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	0	10	1	14
7. třídy	1	14	0	13
8. třídy	2	13	0	12
9. třídy	1	9	1	13
Celkem	4	46	2	52

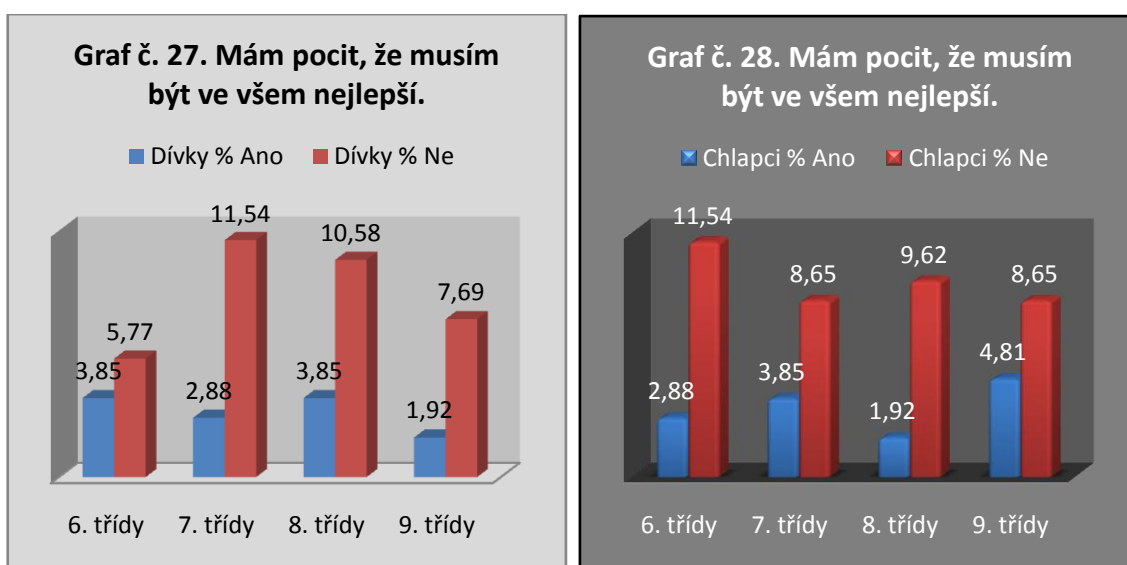
Tuto otázku nevyhodnocuji grafem z důvodu velmi jasné převahy odpovědí naznačujících, že žáci ve většině případů netrpí přehnanou únavností a nechutí k životu, což může být v kombinaci se strachem z nadváhy, nutkáním na zvracení po jídle ad., signálem přítomnosti PPP.

4.2.14 Otázka č. 14. Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší.

Tab. 19. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 14.

Otázka č. 14.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	4	6	3	12
7. třídy	3	12	4	9
8. třídy	4	11	2	10
9. třídy	2	8	5	9
Celkem	13	37	14	40

Graf č. 27 a 28. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 14.



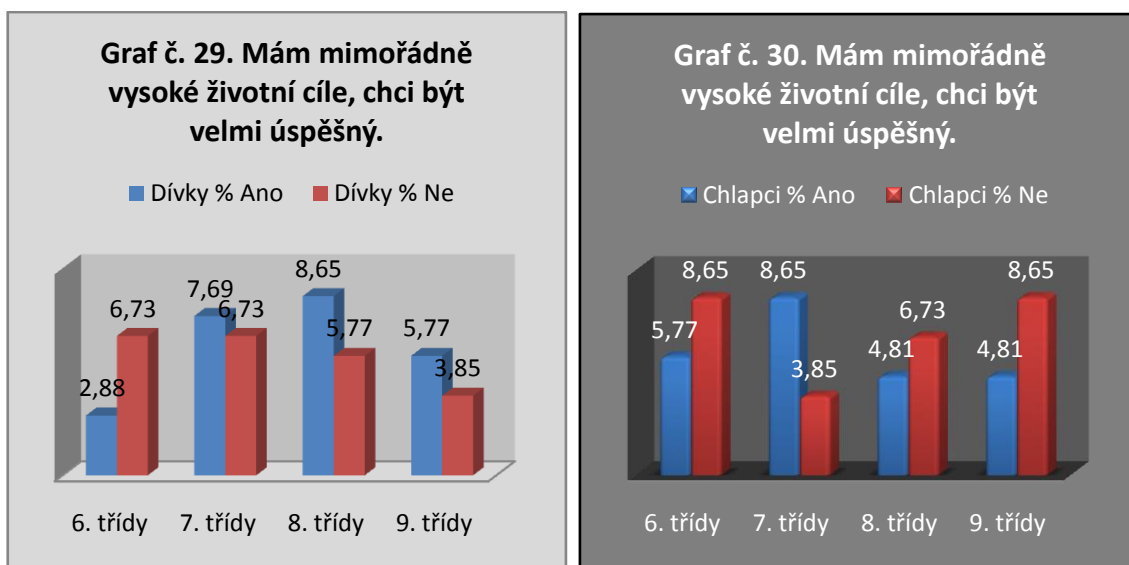
Perfekcionismus a přehnaná snaha být ve všem úspěšný(á) jsou velmi časté osobnostní charakteristiky pacientů s anorexií. Snahu být ve všem nejlepší uvádí celkem 27 respondentů, z toho 13 dívek a 14 chlapců, což je celkem 25, 96 % všech respondentů.

4.2.15 Otázka č. 15. Mám mimořádně vysoké životní cíle, chci být velmi úspěšný (á).

Tab. 20. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 15.

Otázka č. 15.	Dívky		Chlapci	
	Ano	Ne	Ano	Ne
6. třídy	3	7	6	9
7. třídy	8	7	9	4
8. třídy	9	6	5	7
9. třídy	6	4	5	9
Celkem	26	24	25	29

Graf č. 29 a 30. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 15.



Otázka je zaměřena podobně jako předchozí na zjištění osobnostních rysů respondentů, které by mohly podmiňovat vznik PPP. Mimořádně vysoké životní cíle má dle odpovědí 51 respondentů, z toho 26 dívek a 25 chlapců, tj. 49,04 % všech respondentů, což v kombinaci s se strachem z nadváhy, dietními tendencemi a přemýšlením o zhubnutí může být jasný signál předpokladů pro vznik PPP.

4.3 Srovnání výsledků výzkumu a výzkumných předpokladů

4.3.1 P 1. Předpoklady pro PPP se u žáků 2. stupně ZŠ Luhačovice budou vyskytovat.

Jak je z předchozího vyhodnocení odpovědí žáků na otázky týkající se poruch příjmu potravy zřejmé, předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy se u žáků **vyskytují**.

Například na otázku č. 1 „Jsi nespokojený (á) s tvarem svého těla?“ odpovědělo kladně (Pozn.: Každá kladná odpověď signalizuje přítomnost předpokladu pro poruchy příjmu potravy (PPP).) 19 dívek a 18 chlapců (viz. Tab. 5). O tom, že by chtělo zhubnout, přemýšlí celkem 29 respondentů (viz. Tab. 6). Dále například na otázku č. 3 „Když přibereš půl kila na váze, máš strach, že budeš dál přibírat?“ odpovědělo kladně 19 respondentů (viz. Tab. 7). Chuť občas vyzvracet pozřené jídlo dokonce uvádí celkem 11 dívek a 7 chlapců, tj. 18 respondentů (viz. Tab. 12) a že zvracením lze zhubnout si myslí 16 dívek a 9 chlapců, tj. 25 respondentů (viz. Tab. 13).

4.3.2 P 2. Děti budou volný čas trávit více pasivně, než aktivně.

Tab. 21. Četnost žáků, kteří tráví volný čas převážně pasivně (více než 3-4x týdně sledují televizi a pracují s počítačem a zároveň méně než 2x týdně aktivně sportují nebo chodí ven).

<i>Pasivní trávení volného času</i>	<i>Počet dívek</i>	<i>Počet chlapců</i>
6. třídy	1	3
7. třídy	2	5
8. třídy	3	8
9. třídy	5	4
Celkem	11	20

Tab. 22. Četnost žáků, kteří tráví volný čas převážně aktivně (více než 3-4x týdně sportují nebo chodí ven).

<i>Aktivní trávení volného času</i>	<i>Počet dívek</i>	<i>Počet chlapců</i>
6. třídy	5	4
7. třídy	7	9
8. třídy	4	8
9. třídy	6	7
Celkem	22	28

Pasivní trávení volného času preferuje dohromady celkem 31 respondentů, z toho 11 dívek a 20 chlapců. Aktivní trávení volného času preferuje celkem 50 respondentů, z toho 22 dívek a 28 chlapců. Z výsledků tedy vyplývá, že *žáci volný čas tráví spíše aktivně, než pasivně.*

4.3.3 P 3. Děti v 9. ročníku budou jíst nezdravé potraviny více než 3x týdně častěji než děti v 6. ročníku.

Tab. 23. Průměrná četnost žáků 6. a 9. ročníku, kteří více než 3-4x týdně konzumují rychlé občerstvení a majonézové saláty, chipsy a sladkosti a pijí slazené nápoje.

6. ročník	Počet dívek	Počet chlapců	9. ročník	Počet dívek	Počet chlapců
Rychlé občerstvení, majonézové saláty.	2	6	Rychlé občerstvení, majonézové saláty.	3	6
Slazené nápoje.	7	8	Slazené nápoje.	6	14
Chipsy, tyčinky, sladkosti.	6	9	Chipsy, tyčinky, sladkosti.	4	8
Průměrný počet žáků	5	7,7	Průměrný počet žáků	4,3	9,3

Jak je z tabulky zřejmé, dívek v 9. ročníku, které konzumují více než 3-4x týdně výše uvedené potraviny, takto odpovídalo průměrně 4,3, zatímco v 6. ročníku takto odpovídalo v průměru 5 dívek. **Dívky v 9. ročníku tedy nejí častěji nezdravé potraviny, než dívky v 6. ročníku.**

Chlapců v 9. ročníku, kteří konzumují výše uvedené potraviny více než 3-4x týdně, takto odpovídalo průměrně 9,3, zatímco chlapců z 6. ročníku pouze 7,7. **Chlapci v 9. ročníku tedy jí častěji nezdravé potraviny, než chlapci v 6. ročníku.**

4.3.4 P 4. Dívky budou jíst více zdravěji, než chlapci.

Tab. 24. Četnost dívek, které více než 3-4x týdně pijí neslazené nápoje, konzumují maso a ryby, čerstvou zeleninu a ovoce, chléb a pečivo, ryži, těstoviny a brambory.

Pohlaví:	Dívky				Průměrný počet dívek
Ročník:	6.	7.	8.	9.	
Neslazené nápoje (voda, čaj,..)	10	13	14	9	11,5
Celozrnný chléb a pečivo	7	6	9	8	7,5
Maso a ryby	5	2	2	3	3
Čerstvá zelenina a ovoce	9	11	14	9	10,8
Brambory, rýže, těstoviny	7	9	8	7	7,8

Tab. 25. Četnost chlapců, kteří více než 3-4x týdně pijí neslazené nápoje, konzumují maso a ryby, čerstvou zeleninu a ovoce, chléb a pečivo, ryži, těstoviny a brambory.

Pohlaví:	Chlapci				Průměrný počet chlapců
Ročník:	6.	7.	8.	9.	
Neslazené nápoje (voda, čaj,..)	7	8	9	7	7,8
Celozrnný chléb a pečivo	6	9	5	7	6,8
Maso a ryby	5	6	4	7	5,5
Čerstvá zelenina a ovoce	7	9	11	9	9
Brambory, rýže, těstoviny	8	10	11	12	10,3

Jak je z tabulek zřejmé, průměr dívek, které odpovídaly, že pijí více než 3-4x týdně neslazené nápoje je v průměru 11,5, zatímco chlapců pouze 7,8; **neslazené nápoje tedy pijí více dívky.**

Dívky odpovídaly, že celozrnný chléb konzumují více než 3-4krát týdně v průměru v 7,5 případech, zatímco chlapci pouze v 6,8 případech; ***celozrnný chléb a pečivo tedy konzumují více dívky.***

Maso a ryby byly u žáků velmi málo oblíbené. Dívky uvádí, že maso a ryby konzumují více než 3-4x týdně v průměru pouze ve 3 případech, chlapci však konzumaci masa a ryb uvádí průměrně 5,5 případů; ***maso a ryby tedy více konzumují chlapci.***

Průměr dívek, které uváděly konzumaci čerstvé zeleniny a ovoce více než 3-4x týdně je 10,8 zatímco chlapců pouze 9; ***čerstvou zeleninu a ovoce tedy více konzumují dívky.***

Konzumaci brambor, rýže a těstovin více než 3-4x týdně, uvádělo v průměru 7,8 dívek, chlapců bylo ještě o něco více, a to 10,3; ***brambory, rýži a těstoviny tedy více konzumují chlapci.***

4.3.5 P 5. U dětí v 9. ročníku předpokládám, že budou v průměru více odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP.

Tab. 26. Četnost dívek a chlapců 6. a 9. ročníku, kteří kladně odpovídali na otázky týkající se předpokladů pro poruchy příjmu potravy.

Otázka č.:	Počet dívek		Počet chlapců	
	6. ročník	9. ročník	6. ročník	9. ročník
1.	2	7	4	5
2.	3	5	3	4
3.	1	2	0	2
4.	10	9	13	14
5.	4	7	0	2
6.	0	2	1	2
7.	0	1	0	1
8.	1	4	2	3
9.	3	3	0	6
10.	0	2	2	4
11.	4	3	3	4
12.	2	6	1	2
13.	0	1	1	1
14.	4	2	3	5
15.	3	6	6	5
Průměrný počet žáků	3,7	6	2,6	4,3
Průměr žáků 6.ročníku	3,15			
Průměr žáků 9.ročníku	5,15			

Jak je z tabulky zřejmé, průměrný počet žáků 6. ročníku, kteří vykazovali předpoklady pro poruchy příjmu potravy, byl 3,15, zatímco průměrný počet žáků 9. ročníku byl 5,15. **Průměrný počet žáků 9. ročníku, kteří na otázky týkající se PPP odpovídali kladně, byl tedy vyšší, než počet žáků 6. ročníku.**

4.3.6 P 6. U dívek předpokládám, že budou v průměru častěji než chlapci odpovídat kladně na otázky 2. části dotazníku, týkající se PPP.

Tab. 27. Četnost kladných odpovědí žáků na otázky týkající se poruch příjmu potravy.

Otázka č.:	Počet kladných odpovědí dívek				Počet kladných odpovědí chlapců			
	6. ročník	7. ročník	8. ročník	9. ročník	6. ročník	7. ročník	8. ročník	9. ročník
1.	2	6	4	7	4	3	6	5
2.	3	3	6	5	3	1	4	4
3.	1	4	5	2	0	2	3	2
4.	10	13	14	9	13	12	12	14
5.	4	8	8	7	0	6	4	2
6.	0	2	6	2	1	0	2	2
7.	0	0	1	1	0	0	0	1
8.	1	2	4	4	2	1	1	3
9.	3	2	8	3	0	1	2	6
10.	0	1	4	2	2	2	3	4
11.	4	5	6	3	3	2	3	4
12.	2	5	8	6	1	3	4	2
13.	0	1	2	1	1	0	0	1
14.	4	3	4	2	3	4	2	5
15.	3	8	9	6	6	9	5	5
Průměr v jednotlivých ročnících	2,45	4,2	5,93	4	2,6	3,06	3,4	4
Celkový průměr	4,14				3,26			

Z tabulky vyplývá, že průměrný počet kladných odpovědí na otázky týkající se předpokladů pro poruchy příjmu potravy u dívek byl 4,14, zatímco u chlapců pouze 3,26. **Průměrný počet kladných odpovědí dívek na otázky týkající se PPP byl tedy vyšší, než průměrný počet kladných odpovědí chlapců.**

Pozn.: Pouze v 6. ročnících chlapci odpovídali častěji kladně na otázky týkající se poruch příjmu potravy, a to 2,6 krát, zatímco dívky v 6. ročnících pouze 2,45 krát. V 9. ročnících průměrný počet kladných odpovědí byl stejný u dívek i chlapců, a to 4.

5 SHRNUTÍ

Výzkumem ve své bakalářské práci jsem chtěla zjistit, zda se předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy vyskytují u žáků 2. stupně ZŠ, zda děti tráví svůj volný čas spíše aktivně, nebo pasivně, zda existují rozdíly ve stravování žáků vzhledem k pohlaví a věku a zda existují rozdíly v předpokladech poruch příjmu potravy u žáků vzhledem k pohlaví a věku. Domnívám se, že cíle, které jsem pro svůj výzkum vytyčila, byly splněny.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že předpoklady pro poruchy příjmu potravy se u žáků vyskytují. Například na otázku č. 3 „Když přibereš půl kila na váze, máš strach, že budeš dál přibírat?“ odpovědělo kladně 19 respondentů (18,3 % všech respondentů). Chuť občas vyvracet pozřené jídlo dokonce uvádí celkem 11 dívek a 7 chlapců, tj. 18 respondentů (17,3 % všech respondentů) a že zvracením lze zhubnout si myslí 16 dívek a 9 chlapců, tj. 25 respondentů (24 % všech respondentů). I když se tato čísla mohou zdát nevýznamná, rozhodně bych tyto výsledky nenechala bez povšimnutí.

Z výzkumu dále vyplývá, že žáci tráví svůj volný čas spíše aktivně, což mě potěšilo. Počet dívek, které tráví volný čas aktivně je celkem 22 a chlapců 28, zatímco dívek, které tráví volný čas pasivně je pouze 11 a chlapců 20.

Dále jsem se snažila zjistit, zda má věk dětí souvislost s jejich skladbou stravy. Domnívala jsem se, že starší žáci budou jíst více nezdravé potravin, než mladší žáci a to z toho důvodu, že předpokládám, že mladším žákům ještě hodně do stravování a jídelníčku zasahují například rodiče a škola (rodiče chystají dětem svačiny, děti chodí na obědy do školní jídelny, apod.). Z výsledků výzkumu však vyplynulo, že tento výzkumný předpoklad se potvrdil pouze u chlapců. Průměrný počet dívek v 9. ročníku, které konzumují více než 3-4x týdně výše uvedené potravin, je 4,3, zatímco průměrný počet dívek v 6. ročníku je 5. Průměrný počet chlapců v 9. ročníku, kteří konzumují více než 3-4x týdně nezdravé potravin, je 9,3, zatímco průměrný počet chlapců v 6. ročníku je 7,7.

Předpokládala jsem také, že dívky se budou stravovat zdravěji, než chlapci. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že dívky skutečně častěji pijí neslazené nápoje, konzumují celozrnný chléb a čerstvou zeleninu a ovoce. U těchto potravin se můj výzkumný předpoklad potvrdil. Nepotvrdil se však u potravin, jak jsou maso a ryby, brambory, rýže a těstoviny, které častěji konzumují chlapci.

Dále jsem se snažila zjistit, zda předpoklady pro poruchy příjmu potravy budou častější u mladších, či starších žáků. Předpokládala jsem častější přítomnost těchto předpokladů u žáků 9. ročníků a to z toho důvodu, že se domnívám, že starší žáci se už více zabývají svým vzhledem, tvarem těla a váhou. Tento výzkumný předpoklad se mi také potvrdil; žáci v 9. ročnících odpovídali v průměru na otázky týkající se poruch příjmu potravy kladně 5,15 krát, zatímco žáci 6. ročníků pouze 3,15 krát, což je v průměru o 2 kladné odpovědi na žáka méně.

V souvislosti s pohlavím jsem větší míru výskytu předpokladů pro poruchy příjmu potravy předpokládala u dívek, a i když rozdíl v počtu kladných odpovědí na otázky týkající se poruch příjmu potravy nebyl příliš velký, počet kladných odpovědí dívek na otázky týkající se PPP byl v průměru vyšší, a to 4,14, zatímco u chlapců pouze 3,26.

Výsledky mého výzkumu jsem se rozhodla publikovat ve škole formou informační nástěnky s obrázky a stručnou charakteristikou poruch příjmu potravy, ke které budou mít přístup děti i učitelé. Chtěla bych, aby také děti alespoň z části pronikly do této problematiky a uvědomily si, že tento problém se může týkat ať už jich samotných, tak i jejich spolužáků a že například jejich spolužačka, která je tak krásně hubená, může uvnitř psychicky strádat, protože trpí poruchou příjmu potravy. Kdyby ve škole bylo zabráněno alespoň jednomu případu rozvoje poruchy příjmu potravy, můj výzkum by splnil svůj účel.

6 ZÁVĚR

V teoretické části práce jsem se zaměřila na dosavadní poznatky odborníků v oblasti životního stylu a poruch příjmu potravy a jejím cílem bylo hlouběji proniknout do této problematiky, což se domnívám, že se mi také povedlo. Stravování, volný čas a poruchy příjmu potravy jsem ve své práci dala do souvislosti zcela záměrně. Hlavním cílem praktické části pak bylo dotazníkovým šetřením zjistit, zda se fenomén poruch příjmu potravy a nezdravého životního stylu vyskytuje i u žáků 2. stupně Základní školy v Luhačovicích, zda existují rozdíly v předpokladech pro poruchy příjmu potravy u žáků vzhledem k věku a pohlaví, jaké mají žáci stravovací zvyklosti a zda existují rozdíly ve stravovacích zvyklostech žáků vzhledem k pohlaví a věku (viz. s. 71 - shrnutí.).

Při psaní diplomové práce bych se do této problematiky chtěla pomořit ještě hlouběji a zkoumat, zda existuje souvislost v předpokladech pro poruchy příjmu potravy u žáků s jejich životním stylem, resp. způsobem trávení volného času a stravováním.

Je zřejmé, že problematiku poruch příjmu potravy nelze brát na lehkou váhu a je třeba připustit si možnost, že se s touto poruchou může v životě setkat každý, ať už přímo u sebe, či u svých příbuzných a známých. V kontextu sociální práce je možnost setkání se s poruchou příjmu potravy tváří v tvář ještě mnohem pravděpodobnější. Jakožto budoucí sociální pracovníci a pracovnice se můžeme s lidmi takto nemocnými setkávat při svém každodenním výkonu povolání. Potom považuji za velmi užitečné mít osvojeny alespoň základní informace o projevech poruch příjmu potravy, o léčebných metodách těchto poruch a také institucích, které se léčbou těchto poruch zabývají. Proto doufám, že má práce by mohla částečně sloužit také jako informační materiál a částečně jako důvod k zamyšlení se nad touto problematikou, například proč je neustále vyzdvižována štíhlost ženy, jako by snad vypovídala o charakteru a osobnostních kvalitách člověka. Přece nemáme své přátele či partnery rádi proto, že mají tvář jako vystřiženou z titulní strany magazínu a BMI 16, ale například proto, že vynikají svým vtipem, chytrostí, či kreativitou, jsou přátelští, umí dobře poradit v krizové životní situaci, atd.

Zároveň i zdravý životní styl, zejména vhodné složení stravy a dostatečná pohybová aktivita a sport jsou důležité nejen pro dobrou fyzickou, ale také pro dobrou psychickou kondici člověka. Myslím, že spíše než na svoji váhu by se tedy lidé měli zaměřit na to, jací jsou uvnitř, na to, jak dobrými jsou přáteli, rodiči, dětmi, partnery, protože se domnívám, že toto jsou hodnoty, kterých by si měl člověk cenit a snažit se je udržet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DIVÁČKÁ, I. *Www.vodopad.cz : Vše nejen o psychiatrii* [online]. c2000 [cit. 2009-04-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.vodopad.cz/>>.)
- FOŘT, Petr. *Sport a správná výživa*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2002. 352 s. ISBN 80-249-0124-2.
- FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2004. 208 s. ISBN 80-249-0418-7.
- HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5.
- HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- ICM NIDM MŠMT. (*Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2006 [cit. 2009-04-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.icm.cz/poruchy-prijmu-potravy-adresar-organizaci>>.)
- JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Karálové : Gaudeamus, 2006. 106 s. ISBN 80-7041-512-6.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KRCH, F. *Www.chytrazena.cz* [online]. [2007] [cit. 2009-03-12]. Rozhovor s PhDr. Františkem Krchem. Dostupný z WWW: <<http://www.chytrazena.cz/zdravi/nemoci/vliv-reklamy-na-anorexii-3891.html>>.
- KRCH, František D. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. vyd. Praha : Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František D., MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha : Granit, 1993. 191 s. ISBN 80-85805-12-X.
- KRCH, František D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KULHÁNEK, J. *Www.idealni.cz : Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí* [online]. 2002-2009 [cit. 2009-04-07]. Dostupný z WWW: <http://www.idealni.cz/skupina.asp>

MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Léčivá síla vitaminů, minerálů a dalších látek*. 1. vyd. Benešov : Start, 2005. 267 s. ISBN 80-86231-36-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
IPT	Interpersonální terapie
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MA	Metální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Doporučený příjem tekutin pro nesportující děti (Nejedlý, 1999 In Fořt, 2002, s.128).....	20
Tab. 2.: Faktory predisponující, spouštěcí a udržující.....	28
Tab. 3.: Průměrná hodnota BMI u dětí. (Krch, 2002).....	37
Tab. 4. Rozložení žáků podle pohlaví a tříd.....	50
Tab. 5. Četnosti žáků s podváhou a nadváhou podle BMI.....	50
Tab. 6. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ u dívek a chlapců na otázku č.1.....	51
Tab. 7. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 2.....	52
Tab. 8. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 3.....	53
Tab. 9. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 8.....	54
Tab. 10. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 5.....	55
Tab. 11. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 6.....	56
Tab. 12. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 7.....	57
Tab. 13. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 8.....	57
Tab. 14. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 9.....	58
Tab. 15. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 10.....	59
Tab. 16. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 11.....	60
Tab. 17. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 12.....	61
Tab. 18. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 13.....	62
Tab. 19. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 14.....	63
Tab. 20. Četnost odpovědí „ano“ a „ne“ dívek a chlapců na otázku č. 15.....	63
Tab. 21. Četnost žáků, kteří tráví volný čas převážně pasivně (více než 3-4x týdně sledují televizi a pracují s počítačem a zároveň méně než 2x týdně aktivně sportují nebo chodí ven - otázky č. 11 a 12 v 1. části dotazníku).....	65
Tab. 22. Četnost žáků, kteří tráví volný čas převážně aktivně (více než 3-4x týdně sportují nebo chodí ven).....	65

Tab. 23. Průměrná četnost žáků 6. a 9. ročníku, kteří více než 3-4x týdně konzumují rychlé občerstvení a majonézové saláty, chipsy a sladkosti a pijí slazené nápoje.....	66
Tab. 24. Četnost dívek, které více než 3-4x týdně pijí neslazené nápoje, konzumují maso a ryby, čerstvou zeleninu a ovoce, chléb a pečivo, ryži, těstoviny a brambory.....	67
Tab. 25. Četnost chlapců, kteří více než 3-4x týdně pijí neslazené nápoje, konzumují maso a ryby, čerstvou zeleninu a ovoce, chléb a pečivo, ryži, těstoviny a brambory.....	67
Tab. 26. Četnost dívek a chlapců 6. a 9. ročníku, kteří kladně odpovídali na otázky týkající se předpokladů pro poruchy příjmu potravy.....	69
Tab. 27. Četnost kladných odpovědí žáků na otázky týkající se poruch příjmu potravy....	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 a 2. Procentuální vyjádření počtu dívek a chlapců s podváhou a nadváhou.....	51
Graf č. 3 a 4. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 1.....	51
Graf č. 5 a 6. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 2.....	52
Graf č. 7 a 8. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 3.....	53
Graf č. 9 a 10. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 4.....	54
Graf č. 11 a 12. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 5.....	55
Graf č. 13 a 14. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 6.....	56
Graf č. 15 a 16. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 7.....	57
Graf č. 17 a 18. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 8.....	58
Graf č. 19 a 20. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 9.....	59
Graf č. 21 a 22. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 10.....	60
Graf č. 22 a 23. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 11.....	61
Graf č. 25 a 26. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 12.....	62
Graf č. 27 a 28. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 14.....	63
Graf č. 29 a 30. Procentuální vyjádření odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 15.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Úvod

Ahoj,

Chtěla bych Tě poprosit o vyplnění dotazníku, který Ti zabere necelých 10 minut. Dotazník má **2 části** – první se týká **výživy** a Tvého **volného času**, druhá se týká Tvých **stravovacích návyků**. U každé otázky uveď vždy jen **1 odpověď**. Výsledky mi poslouží pro mou bakalářskou práci. Dotazník je zcela anonymní – to znamená, že se nikam nepodepisuješ a nikdo se nedozví, kdo který dotazník vyplnil – proto Tě prosím, vyplňuj otázky pravdivě, abych výsledky mohla pro mou práci použít.

Prosím, uveď:

- Výšku (v m, např. 1, 65m).....
- Váhu (kg).....
- Věk.....
- Třidu (pouze 6., 7., 8. nebo 9.).....

(Pokud nevíš přesnou váhu nebo výšku, napiš ji aspoň orientačně; v žádném případě ale nenechávej tyto údaje nevyplněné, jsou pro můj výzkum velmi důležité!)

Zakroužkuj tvé pohlaví:

- a) dívka
- b) chlapec

Dotazník

1.Část : Otázky se týkají tvé výživy a volného času. vyber vždy jen jednu odpověď a označ ji křížkem.

	Denně	Velmi často (3-4x týdně)	Občas (1-2x týdně)	Zřídka (1-3x měsíčně)	Vůbec
1.Neslazené nápoje (voda, čaj,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Celozrnný chléb a pečivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Maso a ryby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Čerstvá zelenina a ovoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Brambory, rýže, těstoviny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Rychlé občerstvení, majonézové saláty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Slazené nápoje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Chipsy, slané tyčinky, sladkosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Jak často sleduješ televizi nebo pracuješ na počítači?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jak často sportuješ nebo chodíš ven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.Část : tyto otázky se týkají tvých stravovacích návyků a postojů k sobě a své postavě. Vyber odpověď “ano”, nebo “ne” a označ ji křížkem.

	Ano	Ne
1. Jsi nespokojený(á) s tvarem svého těla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Přemýšlíš někdy o tom, že bys chtěl/a zhubnout?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Když přibereš půl kila na váze, máš strach, že budeš dál přibírat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Jsi si jistý/á sám/a sebou? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Nahání ti strach pomyslení, že bys měl(a) nadváhu? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Máš radši „light“ výrobky a dietní stravu? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Počítáš si kalorické hodnoty toho, co sníš? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Máš někdy chuť jídlo vyzvracet? (Protože jsi ho snědl(a) moc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Myslím si, že zvracením mohu zhubnout. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Stane se mi, že toho hodně sním a nedokážu přestat. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Někdy mám chuť se přejíst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Mám výčitky, když se přejídám. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Skoro nic mě nebaví, jsem pořád unavený/á. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Mám pocit, že musím být ve všem nejlepší. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Mám mimořádně vysoké životní cíle, chci být velmi úspěšný(á) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ještě jednou Ti děkuji za Tvůj čas při vyplňování dotazníku. Doufám, že jsi otázky vyplňoval(a) poctivě, aby se výsledky daly použít. Opakuji, že dotazník je anonymní - opravdu se nikdo nedozví, kdo ho vyplňoval.

Přeji hezký zbytek dne. ☺