

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO
PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE
A BULIMIE**

Bakalářská práce

Adéla Šmídová

Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví (2011-2013)

Vedoucí práce: PhDr. Michal Svoboda, Ph.D.

Plzeň, květen 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 19. duben 2013

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Michalu Svobodovi, Ph.D. za podporu, cenné rady, připomínky a velkou trpělivost při vzniku této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu a hlavně své rodině za pomoc a podporu.

Obsah:

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	8
1.1 OBECNÉ VYMEZENÍ PORUCH VÝŽIVY	8
1.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
1.3 MENTÁLNÍ BULIMIE	17
1.4 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	20
2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO SOUČÁST PREVENCE PORUCH VÝŽIVY	23
2.1 ZDRAVÍ JAKO HLAVNÍ TÉMA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ	23
2.2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ	28
2.3 PREVENCE PORUCH VÝŽIVY VE VYUČOVACÍM PŘEDMĚTU	36
3 DALŠÍ MOŽNOSTI PREVENCE NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE	42
PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉ NA PROBLEMATIKU PPP U ŽÁKŮ 9. TŘÍD TŘÍ ZŠ V OKRESE PLZEŇ-SEVER	50
4.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	50
4.2 VÝZKUMNÉ METODY	50
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	51
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	52
4.5 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE	61
ZÁVĚR	65
RESUMÉ	67
SUMMARY	68
SEZNAM LITERATURY	69
INTERNETOVÉ ZDROJE	71
SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

Úvod

O téma poruch příjmu potravy se zajímám už od základní školy, kdy jsem se s touto problematikou poprvé setkala prostřednictvím autorky Ivy Březinové. Téma mě uchvátilo svou zvláštností a zároveň podivností, kdy je někdo schopen pro krásu spáchat „sebevraždu“ zničením organismu. Přestože jsem se nikdy s nikým, kdo trpí touto poruchou neselekala, mám o ní z autobiografických i odborných knih ledacos načteno, to však nezabraňuje mému stálému ohromování nad životními příběhy těchto lidí.

Jako téma bakalářské práce jsem si prevenci poruch příjmu potravy vybrala proto, abych v teoretické části informovala veřejnost o škodlivosti a nebezpečnosti těchto nemocí a zároveň o tom, jak lze proti těmto nemocem bojovat s pomocí prevence ve školním prostředí i mimo něj.

Práce je uspořádaná do čtyř kapitol. V první kapitole se zabývám vymezením poruch příjmu potravy, jejich vznikem, historií, rysy nemoci, důsledky a některými nejpoužívanějšími způsoby léčby. Druhá kapitola se zabývá pojmy jako je zdraví, jeho podpora a prevence, determinanty zdraví a zdravotní gramotností. Dále je pak velká část věnována vymezení pojmu výchovy ke zdraví jak z obecného hlediska, kam lze zahrnout WHO, její programy a projekty, tak i z pohledu nového vyučovacího předmětu ve školách, vycházejícího z rámcově vzdělávacího programu (RVP). Poslední podkapitola této část se věnuje prevenci poruch příjmu potravy především v předmětu výchovy ke zdraví prostřednictvím obsahu témat RVP, správného výběru výukových a dalších metod vyučování, ale i v předmětu biologie. Třetí kapitola se zaměřuje na jiné formy prevence a pomoci ve vztahu k poruchám příjmu potravy, v rámci školy i mimo ni. Jedná se především o preventivní programy, pomoc a další počiny, které vytváří a organizuje instituce a organizace specializující se nebo mimo jiné zabývající se problematikou poruch příjmu potravy (dále jen PPP).

Čtvrtou kapitolu tvoří praktická část, kterou jsem zaměřila na žáky devátých tříd třech vybraných základních škol v okrese Plzeň-sever s širokou spádovou oblast z okolních vesnic. Jedním z cílů výzkumu je zjistit úroveň znalostí žáků o pojmech souvisejících s poruchami příjmu potravy vzhledem k pohlaví a navíc i porovnání v jednotlivých školách. Další cíle, zaměřené na představy žáků o ideálu krásy, vztahu k vlastnímu tělu a schopnosti

rozpoznat a umět pomoci nemocným s poruchami příjmu potravy se už nezaměřují na srovnání škol, které jsou si „podobné“, ale spíše na rozdíly názorů obou pohlaví.

Ve své práci budu využívat některé níže zmíněné zkratky:

BMI- Body Mass Index

MA- mentální anorexie

MB- mentální bulimie

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

PPP- poruchy příjmu potravy

RVP- rámcově vzdělávací program

ŠVP- školní vzdělávací program

WHO- World Health Organization

1 Vymezení a charakteristika mentální anorexie a mentální bulimie

1.1 Obecné vymezení poruch výživy

Jídlo pro člověka už není jen primární potřebou v podobě nasycení, ale postupem času je brán jako odměna, či trest v podobě nejezení nebo jezení za trest. Dále je jídlo cestou úniku od emočně nezvladatelné situace lidského života, prostředkem zaplnění volného času, ale má i mnoho dalších podob. (Krch, 2005, s 14)

Zaměříme se teď podrobněji na okruh osob, snažících se redukovat svoji váhu a to z celé řady nejrůznějších důvodů. Některým se daří redukovat svoji váhu a jiným se to naopak vymkne kontrole. V obou případech se jedná o psychické onemocnění. Pro naše účely se zaměříme na dvě z nejzávažnějších poruch. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jim dala označení F50.0 až F50.9. Zkratkou F50.0 označuje mentální anorexii (MA), což je záměrné odmítání příjmu potravy. Zkratkou F50.9 označuje mentální bulimii (MB), pro kterou je typickým znakem nadměrný příjem potravy, pocit viny s následným vyvolaným zvracením. Jedno však mají společné, touhu po „těle modelky“. Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) patří mezi nejčastější a nejzávažnější problémy dospívajících, především dívek a mladých žen. Přestože jsou obě tyto poruchy na první pohled velice rozdílné, mají společný cíl. Zhubnout. Nemocní mají strach z tloušťky, chtějí být „krásní“ štíhlí. Pro obě nemoci je dále společný nízký stupeň sebevědomí, neadekvátní hodnocení tělesných proporcí, přílišná pozornost věnovaná vzhledu. Naopak rozdíl je na první pohled v tělesné hmotnosti. Zatímco anorektičky dělají vše proto, aby byli štíhlejší a váha jim šla dolů, bulimičky mají svou váhu pořád stejnou ne-li vyšší.

„Obě poruchy jsou závažným psychickým onemocněním, které má důsledky také v oblasti somatické a sociální. Bezprostředně ohrožují zdraví a někdy i život nemocných. Soustředění pozornosti na sebe, na své tělo a na jídlo vede k uzavírání se do sebe, vyhýbání se přátelům a ke konfliktům s rodiči.“¹

Dřívější ideál ženské krásy v podobě zaokrouhlených postav ustoupil do pozadí a nastoupila na její místo štíhlost. Krch uvádí: v Americe má s dietami zkušenost 80% 13letých dívek a 10% chlapců. V ČR má s dietami zkušenost 20% 16letých a 60% se svou tělesnou hmotností už někdy snažilo zkorrigovat. Za posledních několik let lze říct, že ve

¹ MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar. (ed.) *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009, s. 186

vyspělé společnosti snad už každý člověk držel dietu, ať už kvůli zdravotním problémům nebo za účelem snížení tělesné hmotnosti. Stále zvyšující se počet nemocných značně souvisí i s celosvětovou distribucí potravin. MA i MB postihují především dospívající dívky a mladé ženy, avšak výjimkou nejsou ani muži. Častěji se vyskytují případy onemocnění mentální bulimii, která se dostavuje později než mentální anorexie. (Krch, 2002, s. 54)

Mentální anorexie i bulimie ohrožuje v populaci bez ohledu na věk, rasu, společenské postavení, pracovní zařazení, náboženství a další. Jak již bylo výše zmíněno, obě poruchy postihují mladé dívky a ženy také muže, poměr dívek a chlapců se uvádí 10 : 1 o čemž svědčí i výsledky statistického měření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR viz. tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Počty pacientů podle pohlaví, věkových skupin v roce 2011

Pozn. Ambulantních psychiatrických zařízení za rok 2011 ošetřilo 556.456 pacientů z toho 3.389 pacientů s poruchou příjmu potravy. Údaje jsou vytaženy z výsledků statistického šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v činnosti ambulantních psychiatrických zařízení pro rok 2011 v ČR.²

	celkem	z toho v procentech			
		ženy	0-14 let	15-19 let	20 let a více
poruchy příjmu potravy (F50)	3 389	89,5	9,1	30,4	60,5

Pacienti trpící poruchami příjmu potravy mají většinou zkreslené, emocionálně zabarvené představy o vlastních proporcích, kterými se přílišně zabývají. Vytvořila se představa, že lidé, kteří se více podobají aktuálnímu ideálu krásy, jsou úspěšnější a ve společnosti oblíbenější, nežli ti, kteří danému ideálu neodpovídají. A tak se za každou cenu snaží podobat ideálu na titulních stranách časopisů, krásným hercům a dalším, kteří jsou okolím vnímáni jako „ideály krásy“. Rozvíjí se zde multifaktoriální etiologie. Jsou ohroženy především dospívající dívky a to kvůli změnám přicházejícím s dospíváním. Změny u dívek jsou patrnější a někdy až příliš rychlé, kdy přibývají na váze, zvláště v oblastech stehen a hýždí. Rostou jim prsa, mění se jejich emoce. U chlapců jsou tyto vývojové změny brány mnohem pozitivněji. Dívky kvůli rychlým změnám dostatečně neakceptují svůj zevnějšek, klesá jim sebedůvěra a odmítají své tělo. Jsou hodně

² Činnost ambulantních psychiatrických zařízení pro rok 2011 v ČR dostupný z Činnost ambulantních psychiatrických zařízení pro rok 2011 v ČR dostupný z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>

přecitlivělé zvláště k připomínkám o jejich postavě. Dívky nechtějí nebo se bojí dospět a tak zkoušejí různé redukční diety, cvičení, hladovění, které jim sice zajistí dětský vzhled, ale může se přehoupnout do PPP.

Mladí a především dívky, by si měly uvědomit, že váha se během celého života a zvláště v dospívání neustále mění. Patří to k nedílné součásti lidského vývoje s čímž, se musíme všichni smířit. Váha se dále odvíjí od pohlaví, tělesných proporcí, výšky, ale i od biologických předpokladů. Ti, jež mají silnější rodiče, mohou do značné míry předpokládat, že sami budou inklinovat k silnější postavě, nemusí to však být pravidlem. Nejjednodušším způsobem jak se dá zjistit optimální váha ve vztahu k výšce je Queteletův index tělesné hmotnosti- Body Mass index neboli BMI. Ten se dá lehce spočítat, vydělením tělesné váhy druhou mocninou výšky v metrech. Výsledek se vyhodnotí podle tabulky, která je však rozdílná pro dětský a dospělý věk jedince. Normální hodnoty BMI jsou v rozmezí 19 až 25. Osoby trpící mentální anorexií mají BMI 17,5 a méně. „*Mnoho vědeckých prací dnes naznačuje, že nejohroženější skupinou ve smyslu předčasné smrti jsou spíše lidé s podváhou než lidé s nadváhou.*“³ Jak uvádí Marádová úmrtnost u těchto pacientů je 2-8% u mentální anorexie a 0-2% u mentální bulimie, to však většinou vinou alkoholu nebo sebevraždy. (Marádová, 2007, s. 9)

Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky zveřejnil údaje o „Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9- poruchy příjmu potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR“ za rok 2011. Celkem bylo evidováno 3 389 pacientů z toho hospitalizováno bylo 339 pacientů (což je o 14% méně než v roce 2006) pro PPP u 272 osob. Pacientů léčených pro mentální anorexií (F50.0) bylo 63%, více jak 20% pro mentální bulimii (F50.2) a zbytek tvoří ostatní ze sledovaných diagnóz poruchy příjmu potravy. Během období 2006 a 2011 stoupl počet hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií o 4% a naopak klesl počet hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií o 5% jak poukazuje tabulka č. 2.

³ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 80

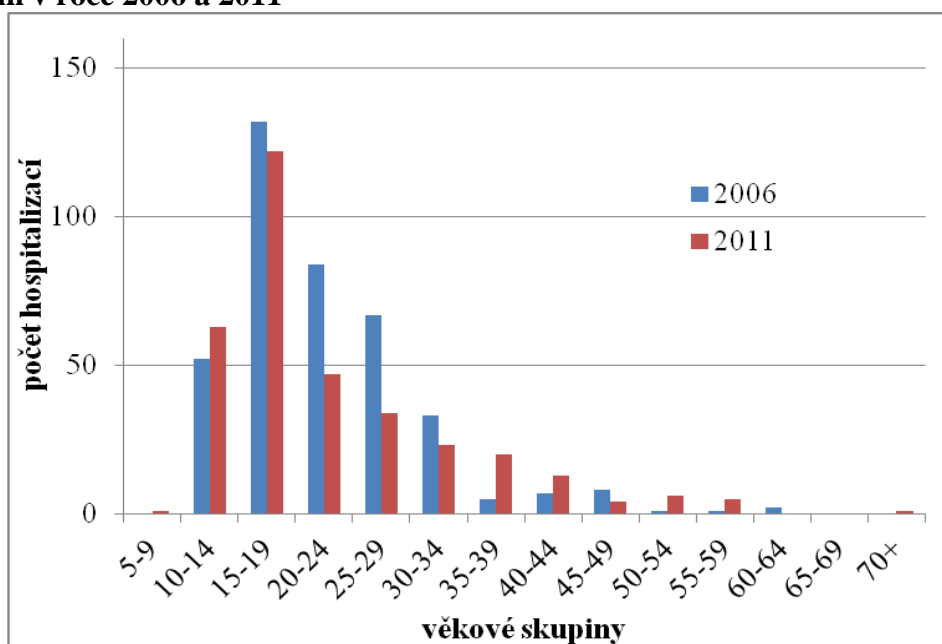
Tabulka č. 2: Počet osob hospitalizovaných s diagnózou F50.0 a F50.2 v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví

Pozn. Údaje jsou vytaženy z výsledků statistického šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v činnosti psychiatrických lůžkových zařízení v ČR⁴

Rok	F50.0- mentální anorexie			F50.2- mentální bulimie			celkový součet obou diagnóz
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
2006	11	167	178	2	84	86	264
2007	3	202	205	5	93	98	303
2008	7	179	186	1	82	83	269
2009	9	151	160	0	89	89	249
2010	7	150	157	0	76	76	233
2011	8	160	168	1	53	54	222

Nejvíce ohroženou skupinou podle zaměstnání za sledované období 2006-2011 se stávala skupina nepracujících, dětí a studujících, tvořící v průměru 80,3%. Podle rodinného stavu pak nejpočetnější skupinou byli svobodní tvořící za stejné období v průměru 85,2%. Čemuž odpovídá i *Graf č. 1*, který udává největší počet hospitalizovaných osob v rozmezí od 15 do 19 let.

Graf č. 1: Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami F50.0- F50.9 podle věkových skupin v roce 2006 a 2011⁵



Pozn. Jak je z grafu patrné, nejvíce ohroženou skupinou se stávají 15 až 19 letí.

⁴ Činnost ambulantních psychiatrických zařízení pro rok 2011 v ČR dostupný z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>

⁵ Činnost ambulantních psychiatrických zařízení pro rok 2011 v ČR dostupný z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>

Je důležité podotknout, že je několik různých příčin poruch příjmu potravy, které nelze zcela jasně vyjádřit. Každý jedinec je unikát a tak je tomu i u pacientů a jejich etiologii mentální anorexie nebo mentální bulimie. U každého se vyskytuje jiný „podmět“, který ho dovedl až k dané nemoci. Je však určeno několik oblastí, které mohou dát impuls k jejich vzniku.

Prvním z faktorů je biologický. Už samotné ženské pohlaví je krokem ke vzniku PPP. Ženy a dívky špatně zvládají kritiku na svou postavu, hlavně v období dospívání, kdy jsou jedinci lehce zranitelní. I nevhodná poznámka o postavě může v jedinci vzbudit impuls se sebou něco dělat. Není to však jen vinou poznámky, spíše jde o charakter osobnosti, jak si narážku vysvětlí. Faktor biologický se týká i změn v období dospívání, které může především s dívkami pěkně „otřást“. První menstruace, změna jejich tělesných proporcí, změna myšlení, fakt, že jsou fyzicky připraveny na úlohu matek a sexuálních partnerek. To vše způsobuje velkou zátěž v období dospívání.

Dalším, dnes hodně zmiňovaným faktorem je vliv médií. Média svým „jednáním“ určují co je žádoucí a co nikoli. Za dnešní ideál krásy je považován štíhlý jedinec pózující v reklamách, časopisech a na billboardech. Je s ním tedy spojena i jistá úspěšnost a prestiž. Naopak obézní jedinci jsou považováni za neúspěšné hlupáky. A tak není divu, že všude přibývá propagace dietních rad a light výrobků. A co je cílem této propagandy? Dosažení toho, aby štíhlých lidí přibývalo a obézních (hloupých a neúspěšných) ubývalo. Garner (1985) uvádí „*V posledních několika desetiletích jsou ženy oběťmi tragického souboru norem fyzického vzezření, které je vystavily intenzivnímu tlaku na dodržování diety tak, aby vyhověly společenským představám o štíhlosti.*“⁶ Jaký vzor tedy dáváme mladým lidem? Obézní odsuzujeme a tvrdíme, že jen se štíhlostí můžou být úspěšní a šťastní. Není divu, že se jimi pak stát chtějí a to především dospívající. Vždyť kdo by chtěl v tak mladém, sociálně důležitém věku vybočovat z řady.

Faktor rodiny a genetiky udává možnost přenosu těchto nemocí v rodině mezi sourozenci nebo z matky na dceru. Pokud někdo v rodině drží dietu, nebo trpí PPP ostatní členové rodiny, mohou být ovlivněni jídelními návyky. Zvláště v případě matek, které po svých dcerách chtějí perfekcionismus a ctižádost, nebo aby plnily jejich nedosažené cíle v podobě modelek nebo vítězek soutěží krásy. Dalším příkladem jsou děti z disfunkčních

⁶ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 58

rodin, nebo z rodin se závislostí na alkoholu. Ti si pak hledají možnost úniku, nebo způsob upozornění na sebe.

Jedinci jsou také ovlivněni skupinami, v kterých se pohybují. Například baletky a modelky jsou proslulé dodržováním různých drastických diet, které se mohou zhoupnout až k poruchám příjmu potravy. V sociálním prostředí mohou být nepříjemně hodnoceni jedinci, jež jsou „při těle“ nebo až obézní. Obzvláště ve školním prostředí, kdy jsou děti schopné dojít až k šikaně svého silnějšího spolužáka nebo spolužačky.

Předposledním velkým a závažným faktorem jsou životní události. Sem řadíme traumata, sexuální zneužívání, odchod z rodiny, závažné zdravotní nemoci s nutnou dietou či již zmíněné závislosti v rodině.

Individuální/osobní faktor, kam spadají charakteristické rysy osobnosti, jsou osoby například s úzkostí, s nízkým sebevědomím nebo jsou perfekcionisti a ctižadostiví jak tomu je u bulimických pacientů. Jedinci mají narušené vnímání vlastního těla, připadají si k ničemu nebo jde o jedince s narušenou osobností.

„Mentální anorexie nemá jednu přesně určenou příčinu, rozvíjí se pravděpodobně jako důsledek komplexního působení biologických, psychických i sociálních faktorů, v rámci interakce určitých dispozic se zátěžovými vlivy. Příčiny mentální bulimie jsou podobné, porucha příjmu potravy často bývá kombinovaná.“⁷ Což znamená, že většinou jsou tyto faktory navzájem propojeny, proto se říká, že poruchy příjmu potravy mají multifaktoriální příčiny vzniku.

1.2 Mentální anorexie

Kocourková (1997) popisuje anorexii jako: *„ 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.“⁸*

Mentální anorexie je charakteristická strachem z jídla vážící se na záměrné snižování tělesné hmotnosti právě odmítáním jídla. Nemocní věnují nadměrnou pozornost svému tělu, vyhýbají se jídlu proto, aby neztloustli (přesto že už jsou tak dost vyhublí). Mentální anorexie je spojena se zkreslenou představou o vlastním těle a tak tyto lidé nadměrně cvičí.

⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 467

⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 463

Často se také vyskytuje v případech nové životní situace, s níž se není schopen pacient vypořádat. Zprvu se může mentální anorexie jevit jen jako zdravý způsob života, kdy jedinci jedí zdravé, netučné pokrmy. Porucha se nejčastěji vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen ve věku 12-18 let v poměru 1 dívka ze sta. Ale může se vyskytnout i u mladších jedinců, například osmiletých nebo naopak starších pacientů kolem 30 nebo 40 let. Porucha neohrožuje jen ženy ale i adolescentních chlapce a mladé muže (poměr chlapců k dívkám je 1:10).

Krch uvádí tři základní diagnostické kritéria mentální anorexie:

- 1) aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti 15% pod předpokládanou úrovní, což je váha pod 17,5 BMI;
- 2) neustálý strach z tloušťky;
- 3) u žen a dívek porucha menstruačního cyklu (pokud nejsou podávány hormonální přípravky);

ve své další knize Krch uvádí další dvě kritéria:

- 4) snížení hmotnosti si pacient způsobuje sám vyhýbáním se jídlu, nadměrným cvičením a užíváním látek na hubnutí;
- 5) pokud anorexie nastane již v dětském věku, je dospívání opožděno nebo úplně zastaveno.

Pro stanovení diagnózy však stačí první tři znaky. (Krch, 2002, s. 23, Krch, 2005, s.16)

Co se týče historie, Krch a další autoři uvádí: Dříve bylo odmítání potravy běžnou situací, a to především u některých náboženství, kde sloužilo jako sebetrestající čin. Až posléze bylo odmítání jídla spojováno s duševními poruchami. Objevovaly se i „záračné panny“, adolescentní dívky, přežívající na velmi malém množství jídla. Zprvu považované za záračné, postupem času, kdy lékaři přišli s teoriemi „výživných částic“ obsažených ve vzduchu byly nakonec považovány za nemocné, hysterické osoby, toužící po pozornosti okolí.

Termín „anorexia“ se již objevoval ve středověkém lékařství. Poprvé byly příznaky MA popsány Galénem, jako odpor k jídlu. Richard Moorton v roce 1689 vytvořil dílo „Phthisiologia“, kde popisuje takzvané nervové opotřebením zapříčiněné fyzickým a emocionálním rozrušením. Mimo jiné se proslavil popisem prvního portrétu dívky trpící MA. Vytvořil tak popis, kterým se zapsal do historie lékařství.

V roce 1859 byla Williamem Stoutnem Chipleyem objevena nová forma odmítání potravy, která už se netýkala jen duševní nemoci, ale pocházela z vyšších vrstev společnosti, kde na sebe dospívající dívky chtěly obrátit pozornost. O 14 let později, v roce 1873 Charles Lasègue definoval triádu anorexia-amenorea-vyhublost o rok později William Gull diagnostikuje a zavádí pojem anorexia nervosa. Mentální anorexie stává běžným lékařským termínem ve Francii. Oba se shodují na výskytu u mladých dívek a žen, znaky MA, které popsali, platí až do současnosti.

Dvacáté století s sebou přineslo řadu změn. První takovou změnou byl rok 1908. V Paříži, byl módním návrhářem Poiretem předveden nový módní směr, zaměřující se na proporcionalně štíhlou ženskou postavu. Filmové ateliéry točí filmy s perfektními (štíhlými) herečkami, které se stávají vzorem pro tisíce mladých žen na celém světě. Dívky a ženy se snaží zhubnout pomocí nejrůznějších diet, což přetrvává až do současnosti.

Ve 40. letech 20. století byla MA definována jako duševní nemoc a přesunuta z knih interní medicíny do knih psychiatrie. V těchto letech také Bruchová charakterizovala tři oblasti poruch psychických funkcí: hodnocení vlastního těla, vnímání pocitů vlastního organismu a špatná identifikace s vlastním tělem.

Roku 1967 se na obálce časopisu *Vogel*, objevuje mladičká modelka Twiggy měřící 170 cm a vážící pouhých 41 kg. Právě ona odstartovala éru anorektických modelek, proti které dnes bojuje.

O 40 let později, v roce 2007 francouzská modelka a anorektička Isabelle Caro vystoupila jako model v reklamní kampani „NO Anorexia“. Šokovala na billboardech zachycujících její nahé kostnaté, zákeřnou nemocí postižené tělo. Chtěla tak varovat mladé dívky před zákeřnou nemocí. Napsala dokonce knihu *La petite fille qui ne voulait pas grossir: Ma bataille contre l'anorexie* (Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii), kde popisuje své nešťastné dětství, zapříčiněné matkou a svou anorexií, kterou trpěla od 13 let. Isabelle se chtěla uzdravit, ale zemřela 17.11.2010 ve věku 28 let zřejmě kvůli oslabenému stavu zapříčiněnému anorexií. (Krch, 2005, s. 27-31)

Vrátíme se zpět do současnosti k otázce, jak lze mentální anorexii u jedinců rozpoznat. Ne všechna hubená děvčata, a v některých případech i chlapci, musejí trpět mentální anorexií. Pro toto určení je důležité zmínit znaky, kterými jsou tyto jedinci charakterističtí. Na první pohled na nich naleznete stopy únavy částečně z přehnaného sportování. Mají slabé, lámavé vlasy, vysušenou pleť, mívají na sobě několik vrstev

oblečení, protože jim je pořád zima. Vyhýbají se kolektivům. Při rozhovoru si lze povšimnout nápadné zaobírání se vlastní postavou, jsou často podrážděné kvůli jídlu. V žádném případě se nejedná o neúspěšné jedince, ba naopak, mají dobré studijní výsledky, jsou úspěšní, zodpovědní, svědomití, postupně začínají mít úzkostné až depresivní nálady. Mají hlubší citové prožívání, potlačují své emoce, nedokážou se radovat, mají černobílé myšlení a žádné kognitivní potřeby. Co však mají je potřeba pozitivního hodnocení a snaha nevybočovat z řady. Mají velmi nízké sebevědomí a sebezpojetí, nevěří si, jsou sami k sobě velice kritičtí. Pro mentální anorexii je dále typické introvertní chování, nedůvěra, stranění se rodině a přátelům, odmítání partnerských vztahů.

Lidé trpící anorexií mají chování „narkomanů“. Přemáhají hlad, mění svůj jídelníček, ze kterého vyřazují nejprve jídla tučná a kaloricky hodnotná, poté i „lehká“ jídla až nakonec nezbyde vůbec nic. Snaží se vyhýbat některým jídlům, jedí pomalu nebo dlouho žvýkají, jsou vybíraví což, je jedním z jejich způsobů výmluvy, aby některá jídla nemuseli jíst. Zvláště se pak vyhýbají konzumaci jídla na veřejnosti. Mají přecitlivělý žaludek, způsobují si dehydrataci, jen aby ani po vodě nepřibrali. Proto, aby nemuseli jíst, by byli schopni udělat takřka cokoli. Odmítají si sami sobě připustit, že jsou nemocní a měli by se jít léčit, místo toho stále více hubnou. V pokročilém stádiu se více straní okolí (přátelům i rodině), zajímá je pouze jejich hubnutí, stávají se egocentriky.

Anorektici mají za cíl ovládnout pocit hladu, a tím sami sobě ukázat sílu. Naopak přejedení považují za vlastní selhání, které provázejí pocity úzkosti a deprese. Nemocní jsou častěji v konfliktu s okolím, především s rodinou kvůli své vyhublosti. Což není divu, protože ostatní si dobře uvědomují, jaké důsledky může nemocný v budoucnu mít, narozdíl od samotného jedince.

„Mentální anorexie je závažné onemocnění spojené s rizikem úmrtí. Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“ způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených.“⁹ Žádná nemoc nepřichází a neodchází jen tak. Rozvoj potíží spojený s mentální anorexií bývá zpravidla stejnoměrný a pozvolný. Jak jsme již výše uvedli, dívky mají slabé vlasy, suchou pleť, trpí zimomřivostí a trpí únavou. Jsou však i další zdravotní důsledky kam patří oslabení celého organismu, větší kazivost zubu, kůže může být pokryta jemným

⁹ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 41

ochlupením (bránicí prochlazením). Je u nich narušena vnitřní rovnováha tekutin kvůli užívání léků na hubnutí, jedinci mají slabý močový měchýř, zácpu kvůli zpomalené funkci střev, často je jim nevolno ze sevřeného žaludku, produkujícího zvýšené množství žaludečních šťáv. U žen se objevuje nepravidelný menstruační cyklus, ne-li žádný. Podvýživa dále způsobuje nízký krevní tlak, pomalý pulz a omdlávání, závratě, mdloby, bolesti hlavy a také celou řadu problémů se spánkem. Játra neprodukují dostatek bílkovin, objevují se poruchy funkce ledvin, dále pak osteoporóza kostí. Pokud anorexie postihne jedince před pubertou, může zpomalit jejich růst a rozvoj puberty dokonce pozastavit.

Ženy i muži ztrácejí zájem o sexuální život. Problém se sexuálním fungováním má souvislost se strachem z dospívání. V dospělosti se projevuje jako problém s navázáním důvěrných vztahů. Ženy, ale i muži trpící mentální anorexií bývají často neplodní, jednak díky sexuálnímu životu, kterému se vyhýbají a pak díky hormonálním poruchám, kdy se u žen například nevyskytuje menstruace. Když svůj boj a anorexií zvládnou, jsou ženy schopny ve většině případů otěhotnět. Dvě třetiny z nich si však i přesto vybírá život bez dětí.

Mentální anorexie postihuje také stránku psychické pohody, která je výrazně narušena. Nízký příjem energie, vede ke ztrátě zájmu o jiné věci než je jídlo. Nemocní se stávají egocentrickými lidmi zalévající se vlastní sebelítostí. Zhoršuje se jejich pracovní tempo a koncentrace. Mění se celá osobnost, což špatně vnímá jejich okolí. Pacienty provází každodenní nejistota, nízké sebehodnocení vedoucí k depresi a náladovosti.

Většina problémů se vyléčením pacientů odbourá.

1.3 Mentální bulimie

„Bulimičky jsou motivovány obavami o své proporce a jsou přesvědčeny, že sebeúcta závisí na hmotnosti a na linii postavy. Z tohoto přesvědčení docela logicky vyplývá dodržování diet. A pak je pochopitelné také to, že po přejedení považují za nezbytné i tak nepřiměřené metody jako zvracení. Řada odborníků pracujících s poruchami příjmu potravy se domnívá, že právě pokřivené chápání tvaru a hmotnosti postavy a jejich význam je u bulimie vlastně klíčovou poruchou.“¹⁰

Rozvinula se mylná představa o přejídání, kdy se přejídají jen obézní lidé, což není pravda. Před mentální bulimií se v řádu měsíců až let může objevit mentální anorexie.

¹⁰ COOPER, Peter J. Mentální bulimie a záchvaty přejídání. Olomouc: Votobia, 1995, s. 34

Nemocní mají na rozdíl od pacientů trpících mentální anorexií náhled choroby. „*Dokážou dobře rozlišit záchvaty přejídání od obvyčejného zvýšeného příjmu jídla.*“¹¹ V době přejídání si neuvědomují žádné pocity jako je nasycení nebo snad hlad, prostě jedí a jedí. Většinou mají před přejídáním špatný pocit, jsou smutní, v depresi, což se však změní, když jedí. Pocity se na chvílku zlepšují, ale sotva přestanou jíst, jsou ještě více v depresi z toho, že snědli tolik kalorií, kterých se pak snaží zbavit. Záchvaty přejídání střídá období hladovění. Epizody záchvatového přejídání se dostávají minimálně dvakrát za týden po dobu jedné čtvrtiny roku. Při záchvatu přejídání jsou jedinci schopni sníst až 25ti násobně větší porci jídla než je obvyklé. Mentální bulimie se vyskytuje v pozdějším věku než mentální anorexie. Věkové rozmezí je 16 a 25 let a postihuje 3-6 případů na 100 dívek a žen. Objevuje se i u adolescentních chlapců a mužů, kde je opět poměr mužů a žen 1:10.

Krch uvádí čtyři základní kritéria mentální bulimie:

- 1) opakované epizody přejídání;
- 2) přílišné, žádostivé zabývání se jídlem;
- 3) snaha potlačit nepříznivé účinky jídla vyprovokovaným zvracením, hladověním, užíváním léků a projímadel;
- 4) strach z tloušťky. (Krch, 2002, s. 9)

Krch ve své publikaci uvádí: Mentální bulimie má stejně staré počátky jako mentální anorexie. Pojem „*bolimos*“ byl Plutarchem vysvětlován jako zlý démon, později byl jeho výkladem velký hlad, kdy byl člověk schopen sníst vola. K bulimii se přidávaly i fyziologické problémy v podobě slabost a mdlob jako důsledek velkého hladu. Od starověku byl tento stav označován jako nenasytná žravost (psí hlad) spojen s následným vyzvracením zkonsumované potravy, což bylo spojováno se špatnou funkcí trávení.

V 18. století bylo rozlišováno sedm druhů bulimií vážící se k některým fyziologickým problémům, jako jsou průjmy, křeče, nadměrné hladovění, nadměrným příjmem a následným zvracením potravy a dalším. Bulimie byla vždy považována za důsledek špatného trávení, ovšem v některých dobách byla spojována i s emocionální stránkou člověka.

¹¹ SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996, s. 312

Ve 20. století, přesněji v roce 1979 Gernald Russell pro stav nutkavého požívání, strachem z tloušťky a důvodného zvracení užil termín „bulimia nervosa“. Od této doby se rozpoutaly intenzivní studie o bulimii.

WHO v roce 1987 prohlásila bulimii za jeden z prioritních medicínských problémů, kvůli jeho nápadně častému výskytu v populaci. (Krch, 2005, s. 31-34)

K rozpoznání takto nemocných osob za účelem pomoci, si uvedeme několik možných charakteristik chování, které se u nemocných nejčastěji vyskytují. Pacienti mají narušené vnímání vlastního těla, kdy si připadají a vidí se tlustější, ačkoliv nejsou. Jsou to perfekcionisté s touhou po dokonalosti a sebekontrolou, která se ovšem ztrácí při záchvatech přejídání. Mají depresivní nálady, pociťují smutek, osamělost, které mizí při přejídání. Posléze ze sebe mají strašný pocit, jsou sami k sobě velice kritičtí a viní se. Což vede k vyvolání zvracení za pomoci prstů, nejrůznějších předmětů, léků (laxativ a diuretik) nebo použití projímadel. Obvykle během dne jedí málo nebo vůbec a večer se přejídají. Tempo jezení je rychlé a nejčastěji se odehrává v kuchyni, kde je největší koncentrace jídla. Jedí sytá jídla, hodně pijí, aby měli pocit nasycení, někdy ani pořádně jídlo nežvýkají. Jejich tělesná hmotnost je proměnlivá, mají buď stejnou váhu, nebo vyšší. Po partnerské stránce mají narušené sexuální projevy, odmítají sexuální aktivity.

Lpějí na názorech druhých lidí, mají potíže se sebeovládáním, což je děsí, pronásledují je pocity viny, bezmoci, podrážděnost, deprese, pocit beznaděje a obavy. Hodně si váží lidí, kteří se umí ovládat, protože to oni sami neumějí.

Se ztrátou kontroly souvisí propadání alkoholu, drogám, krádežím jídla, ujídáním jídla ostatním, sebepoškození a pokusy o sebevraždu. Asi je zřejmé, že žádné z těchto chování nezůstane bez dopadu na fyzickou stránku člověka, zvláště ne v případech opakujících se záchvatů přejídání a zvracení.

Opět je celá řada důsledků, které se u jedince mohou projevit. My si zde uvedeme, ty možná nejčastější. Velkým příjmem potravy a jeho následné vyzvracení, má značný podíl na vzniku „jajo efektu“, který je zapříčiněn neustálým stoupáním a klesáním tělesné váhy. Jeho důsledkem je také nerovnováha hormonů v těle, která ovlivňuje i menstruační cyklus.

Na první pohled jsou viditelné změny například značné poškození zubní skloviny žaludečními kyselinami při zvracení. Ty se pak ještě více poničí čištěním zubů bezprostředně po zvracení, kdy obrousíme zubní sklovinu. Většina bulimických pacientů má kulatý obličej, který je způsoben otoky slinných žláz, kvůli přemíře zvracení. Nemocní

se cítí plní, až nadmutí a někteří mají bolesti břicha spojené s plynatostí, zácpou nebo průjmem a bolestí žaludku. Přejedení má za následek také ztrátu dechu.

Dalšími důsledky jsou poškození krku předměty, prsty, díky kterým bulimici chtějí pokrmy dostat pryč z těla, přičemž často dochází ke vzniku infekčních ran, které se mohou nepříjemně zanítit. Bulimikům výjimečně může popraskat jícen, oslabit se svěrač, který způsobí Gastrický reflux¹². V důsledku poškození rovnováhy tekutin v těle, ke kterému dochází při „vyplachování žaludku“, kdy jedinci pijí a zvrací několikrát za sebou. Nízká hladina draslíku v těle způsobuje nepravidelnost srdečního rytmu. Nemocní často užívají laxativa nebo diuretika, na kterých může vzniknout závislost, díky níž může být narušena střevní stěna, způsobena zácpa a zadržování vody v těle. Sexuální fungování je na rozdíl od pacientů s mentální anorexií téměř promiskuitní.

Mentální bulimie má své následky v narušení pohody a sociálních vztahů. U pacientů se objevují známky úzkosti a deprese, dále pocity bezmoci, beznaděje, podráždění, nedostatek energie a záchvaty paniky. Nemocní se izolují od společnosti, protože se přejídají a zvrací o samotě. Nedokážou se orientovat v pocitech hladu, sytosti nebo chuti. Provází je napětí a úzkost, snižuje se jejich zájem o okolní dění a zhoršuje se kvalita života. Mentální bulimie má za následek zhoršení společenského života, užívání alkoholu, drog, krádeže peněz na jídlo nebo krádež jídla. Na začátku bulimie i na jejím konci je vždy přítomna nejistota.

1.4 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy není vůbec jednoduchá, čemuž odpovídá i multidisciplinární týmová práce, na nichž se podílí: lékaři, zubaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, nutriční a dietní poradci a především rodina, přátelé a jejich podpora. Pacienti jsou zahleděni do sebe, jsou uzavření, stále chtějí být štíhlými, což ztěžuje léčbu. Je proto důležité, aby lékař s pacientem navázal dobrý a důvěrný vztah. Jedině tak bude pacient přístupnější léčbě a pomoci od okolí. Co se týče léčby, je mentální anorexie mnohem náročnější a obtížnější oproti mentální bulimii. Pacienti si odmítají přiznat, že jsou nemocní. Pro jejich okolí, které jim chce pomoci, je náročné i pouhé navázání spolupráce s nimi. Před stanovením vhodné léčby by měl lékař vyšetřit stav pacienta, nebo by měl při vyšetření využít dotazníky týkající se jídelní patologie, přejídání

¹² navracení jídla z žaludku zpět do úst

nebo například vnímání vlastního těla. Poté, co je stanovena diagnóza, se vybírá vhodná metoda, kterou bude pacient léčen. Většinou je však základ v pravidelně se opakujících kontrolách jídelního chování, návštěvách psychoterapií a psychologa, a především osvětlení postupu a druhu užití terapie nemocnému i jeho rodině.

Co se týče postupu léčby Marádová uvádí tři na sebe závislé léčebné postupy

- léčba poškození organismu;
- psychoterapie - pochopení příčin nemoci;
- psychoterapie - změna návyků a chování. (Marádová, 2007, s. 19)

David M. Garner¹³ uvádí přehled možností léčby poruch příjmu potravy:

Jednou z prvních terapií, kterou pacient sám (vlastní vůlí) vyhledává je Svěpomoc. Ta je určena jedincům s malým, zatím ne závažným množstvím příznaků. Pacienti mohou příznaky zmírnit či je dokonce úplně odstranit. Tato léčba je vhodná především pro mentální bulimii. Avšak ne pro všechny případy jsou svěpomocné příručky dostačující a tak je i důležité vyhledat odbornou pomoc.

V těchto případech je důležité v první řadě rozlišit, jak závažný je stav pacienta, podle toho se rozhodujeme buď pro ambulantní péči, nebo pro hospitalizaci pacienta. Hospitalizaci je namístě, jakmile je nutná lékařská stabilizace, kvůli pacientovu špatnému zdravotnímu stavu (nízká hmotnost, odmítání jakékoliv stravy, časté zvracení) či jeho nečinnost v dosavadní péči. Její součástí je nepřetržité sledování a péče o pacienta, která má za cíl zvýšení tělesné hmotnosti nebo zabránění častému zvracení. Je realizována prostřednictvím pobytu v nemocnici, kde se zaměřujeme na fyzickou, ale i psychickou stránku nemoci. Pro většinu nemocných trpících PPP jsou vhodné denní stacionáře nebo částečná hospitalizace, kdy se pacienti mohou pohybovat i mimo nemocnici na rozdíl od plné hospitalizace. Naproti tomu ambulantní lékařskou péčí se rozumí péče o nepoddajné pacienty nebo ty, jež opakovaně a bezvýsledně léčbu již podstupovali nebo těm, kteří už se znovu léčit nechtějí. Má za úkol ne pacienta vyléčit, ale navrátit ho do stabilního stavu. Na rozdíl od psychoterapie ambulantní péče je poskytována jak individuálně tak i skupinově.

¹³ David M. Garner, Ph. D., je ředitelem výzkumu pro PPP programu Michigan State University. Publikoval přes 170 vědeckých článků a spolupracoval na 7 knihách o poruchách příjmu potravy. S kolegy vyvinul dva psychometrické nástroje EDI a EAT. Za posledních 30 let přednášel na více než 400 seminářích týkajících se PPP. Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://www.river-centre.org/staff2.htm>

Součástí hospitalizace, ambulantní péče, ale i době po léčení je užívání léků. Přesněji se jedná o takzvanou Farmakoterapii. Využívá se hlavně u pacientů s mentální bulimií, u kterých nebyla úspěšná kognitivně-behaviorální terapie. Užívají se léky fluoxetin hydrochlorid a bicyklická antidepresiva i inhibitory MAO. Fluoxetin se užívá u mentální anorexie jako další možnost léčby, kdy ovládá stavy úzkosti a deprese a působí jako prevence před návratem nízké hmotnosti.

Mezi další možné typy léčebných postupů patří psychoterapie. My si zde opět uvedeme ty nejznámější a nejvíce používané. První z nich je Rodinná terapie. Nejedná se o základní formu léčby, ale bývá často první realizovanou terapií u mladých pacientů, která může výrazně dopomoci k pochopení stavu. Může doplnit individuální terapii. Musíme však podotknout, že může být realizovaná pouze za předpokladu, že v rodině nejsou narušené vztahy. Terapie nepomáhá jen nemocnému, ale i celé jeho rodině v otázkách jako je například: „Jak s nemocným zacházet?“. Další je Kognitivní-behaviorální terapie. Zde se jedná o formu léčby, která se nejvíce používá u mentální bulimie, ale podílí se i na léčbě mentální anorexie. Užívá se tehdy, když už není kvůli věku ani závažnosti na místě užít terapii rodinnou. Její princip spočívá v zavedení požadavků na vedení si jídelních záznamů a pocitů při jídle prožívajících, dodržování nových nedietních režimů a v plánování si jídel předem. Vědci se shodují, že tato terapie je stejně účinná jako další, interpersonální terapie. Tento druh terapie není zaměřen na problémy s jídlem, ale na léčbu lehčích depresí vyskytujících se u pacientů s mentální bulimií. Její princip spočívá ve hledání problémů s jídlem. Přesto, že jsou si tyto dvě terapie velice podobné a mají takřka stejný účinek, více využívanou je terapie kognitivně-behaviorální, neboť její účinek je patrnější mnohem dříve než u interpersonální terapie.

Tyto typy léčby nejsou jediným dostupným východiskem, je možno nalézt i další typy jako například skupinová terapie, motivační terapie, psychodynamická terapie, nutriční poradenství, fyzioterapie, arteterapie a další. (Krch, 2005, s. 123-158, 179-208)

2 Výchova ke zdraví jako součást prevence poruch výživy

2.1 Zdraví jako hlavní téma výchovy ke zdraví

Zdraví je základní biologickou potřebou, prioritou v životě člověka. Holčík dělí zdraví na hodnotu individuální, která souvisí s pudem sebezáchovy a hodnotu sociální, která udává důležitost zdraví celých populačních skupin, a pomáhá při dosahování a uspokojování všech našich potřeb. Zdraví není cílem, ale je prostředkem k dosažení optimální kvality života a našich cílů. V ČR je péče o zdraví zajištěna Listinou základních práv a svobod¹⁴. (Holčík, 2009, s. 46)

Krejčí a Bäumeltová uvádějí, že význam zdraví vznikl jako pradávný indoevropský výraz „dru“ neboli strom, dřevo, které je pevné, pružné a odolné. K tomuto slovu byla přidána předpona „su“, tedy dobrý strom, dobré dřevo, což v přeneseném smyslu na člověka znamená „tuhý kořínek“. Z výrazu su-dru tedy vznikl výslovností základ pro slovo zdraví. (Krejčí, Bäumeltová, 2001, s.7)

V současnosti je zdraví definováno podle Světové zdravotní organizace z roku 1946 takto: „Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Současní odborníci například Křivohlavý k těmto třem oblastem zdraví přidávají čtvrtou, duchovní zdraví. Všechny čtyři oblasti pak mají člověku dopomoci k dosažení optimální kvality života.

Máme mnoho názorů a pohledů na zdraví a ještě více výkladů, co to zdraví je. R. Bureš (1960) definuje zdraví jako: „*potenciál vlastností člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí*“.¹⁵ Čeledová a Čevela tvrdí: „*zdraví je optimální stav tělesné, psychické, sociální pohody a duchovní pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí. Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek musí věnovat pozornost zdraví lidí, pokud chce přežít.*“¹⁶

¹⁴ Ústavní zákon č. 162/1998 Sb.

¹⁵ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: SZN, 1960

¹⁶ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví- Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, s. 19

Holistické chápání posuzuje zdraví jako celek, na sebe závislých aspektů zdraví, které se zhroutí tehdy, pokud se naruší jeho jediný aspekt. Holistické pojetí zdraví v sobě zahrnuje zdraví tělesné, duševní, citové, osobní pohled na sebe sama, společenské a duchovní znázorňuje smysl našeho bytí.

Zdraví, jak už bylo řečeno, je možno vysvětlovat různě, pro každého má jiný smysl. O tom se můžeme názorně přesvědčit u Davida Seehouse (1995). Ten uvádí čtyři příklady vysvětlení zdraví: Pro lékaře je zdraví nepřítomnost nemoci, choroby, úrazu. Pro sociologa je známkou dobrého fungování v sociálních rolích. Humanista chápe zdraví jako schopnost vyrovnání se s životními úkoly, které jsou před námi. A poslední idealista pojednává o zdraví jako o tělesné, duševní, duchovní a sociální pohodě. Pro každého má zdraví jinou hodnotu, avšak ze všech definic vyplývá společný závěr a to, že bez zdraví se nedá kvalitně žít. (Křivohlavý, 2003, s.30)

Pro úplnost bychom se měli také, alespoň zmínit, o tom co je to nemoc. Je opakem zdraví, a má stejně jako zdraví několik pohledů a definic. Povětšinou je definována jako protiklad zdraví. „*Nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů*“.¹⁷ Může však být rozdíl mezi subjektivním (jedincovým) vnímáním nemoci a objektivním (lékařským) posudkem.

Abychom byli schopni své zdraví udržet, nebo zlepšit, příkládá se velký význam determinantům zdraví. Ty nás jednak mají informovat o tom, co zdraví ovlivňuje, ale i nám mohou pomoci při hledání správné (zdravé) cesty životem. Pro udržení nebo zlepšení zdraví bychom tedy neměli opomíjet výše zmíněné determinanty neboli faktory, které působí na náš organismus a ovlivňují ho. Mohou mít různý charakter, vyskytují se jako kladné nebo záporné, přímo nebo zprostředkovaně působící, vnější nebo vnitřní. Vnitřními faktory rozumíme genetické, tedy zděděné, které jsou ovlivňovány vnějšími faktory, které nás obklopují, v kterých žijeme, pracujeme a stýkáme se s ostatními lidmi.

Základními determinanty ovlivňujícími zdraví člověka, na kterých se shodují řady odborníků, jsou: životní styl, genetický základ, životní /sociální prostředí a zdravotní péče, které se vzájemně ovlivňují. Dále se shodují i na tom, že nejvíce naše zdraví ovlivňuje

¹⁷ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví- Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, s. 21

životní styl. Do špatného životního stylu řadíme například kouření, konzumace alkoholu a drog, špatnou či nezdravou výživu, nedostatek pohybu, rizikové sexuální chování a nadměrná psychická zátěž, jak uvádí Machová. Pokud však chceme naše zdraví zlepšit, měl by náš životní styl dbát na správnou výživu, dostatek pohybu a zároveň i odpočinku a relaxace. Dále na sociální a duševní pohodu, odolnost vůči zátěži a schopnost vyhýbání se užívání návykových látek, patologickému chování a jednání. Pro naši potřebu si uvedeme některé determinanty ovlivňující naše zdraví. (Machová, 2009, s. 13)

Prvním důležitým determinantem je stravování. To je z velké části ovlivněno životním stylem lidí. Některé skupiny lidí jsou vegetariáni, jiní vegani, některé rodiny si libují ve „fast foodech“, v jiných se dbá na přísné diety a zdravou výživu. Ani jeden z příkladů není bezchybný a tak není divu, že lidé se stále musí učit, co je opravdu zdravé pro naše tělo a tedy i zdraví. Správné stravovací návyky hrají velkou roli při výchově dětí a tak by se zejména tato oblast neměla zanedbávat. Výživa má hned několik zásad. My si zde opět uvedeme jen ty nejdůležitější. Jídlo by se mělo konzumovat nejméně pětkrát denně ve formě snídaně, obědu, večeře a dvou svačin. V přiměřeném množství, ve správném složení a poměru potravin. Každodenní strava by měla obsahovat vyvážený poměr vitamínů, minerálů, tuků, uhlohydrátů, rostlinných vláknin a vody. Pro názorný příklad skupin jídel, které by v našem jídelníčku měly být zastoupeny nejvíce a nejméně pomáhá „Pyramida zdravé výživy“ viz. níže.

Obrázek č. 1: Pyramida zdravé výživy¹⁸



¹⁸ <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=5>

Z této pyramidy lze vyčíst, že nejméně by měl náš jídelníček obsahovat sladkosti a tuky, střední zastoupení mají mléčné výrobky, ryby a kuřecí maso, vejce. Zelenina a ovoce patří mezi nejspodnější příčky pyramidy, v jídelníčku jsou tedy také nejvíce zastoupeny během dne. Nejvíce konzumovanými pokrmy během každého dne by měly být těstoviny, obiloviny, luštěniny a celozrnné potraviny. Samozřejmě nezbytnou součástí denního příjmu je dostatek tekutin ve formě čisté, neslazené vody. Dále je k pyramidě přiřazen i denní poměr porcí.

Dalším determinantem, který na naše zdraví působí, je pohyb. Lidstvo je uzpůsobeno k tomu, aby se pohybovalo a ne k sedavému způsobu života, jak k tomu v dnešním životě bohužel dochází. Kvůli nedostatku pohybu přibývá spousta onemocnění s ním souvisejících jako je kardiovaskulární choroby, obezita, osteropóza, zkracování nebo oslabování svalů a mnoho dalších problémů. Ne nadarmo se říká, že pohyb prodlužuje zdraví.

Člověk by si měl svůj čas umět rozdělit na čas věnovaný práci a čas na koníčky či odpočinek, který je velmi důležitý. Abychom nabrali novou sílu, potřebujeme k životu spánek, kterému by se měla také věnovat pozornost, což si většina populace asi neuvědomuje. Spát bychom měli v ne příliš teplé ani studené místnosti, ideální je 18-20°C, neměli bychom se na noc přejídat těžko stravitelnými pokrmy, měli bychom dodržovat průměrnou délku spánku a především jít spát v příjemném naladění, bez starostí a velkého přemýšlení.

Odolnost vůči stresu je taky jedním z důležitých determinantů. Stres je způsobován stresory na nás působících, dostává nás do úzkých, komplikuje nám život, ať už zde mluvíme o eustesu nebo distresu¹⁹. Je tedy dobré si „vypěstovat“ určitou odolnost proti těmto stresorům, ta vyjadřuje schopnost vyrovnat se zátěžovými situacemi každodenního života. Pomoc lze nalézt v mnoha knihách, článcích nebo diskusích.

Nejvyšší příčku v péči o zdraví zabírá zdravotní politika. O tu se z většiny stará, vytváří a poskytuje stát, ale i ostatní nestátní subjekty. Dává si za cíl zlepšení a udržení zdravotního stavu obyvatelstva. Její podstatnou část tvoří prevence, podpora a ochrana zdraví.

¹⁹ **eustres**- pouze mírně intenzivní, v podstatě stimulující a mobilizující, budící pozitivní odpověď organismu, metaforicky označovaný za „dobrý“ stres; **distres**- intenzivně prožívaný a negativně na organismus působící, osobnost jedince škodlivě zatěžující, handicapující, metaforicky nazývaný „zlý“ stres dostupné na <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Ochrana zdraví je legislativním systémem zajišťující zdravé životní prostředí. Je tedy vynutitelný státem na rozdíl od podpory a prevence zdraví, které nelze nijak vynutit.

Podpora zdraví se soustředí na prostředí, v němž žijeme. Nevychází proto pouze ze zdravotnictví, ale také z oborů pedagogických, sociologických a psychologických. Hlavní úkol v péči o zdraví nenesou materiální hodnoty, ale sami lidé a jejich postoj ke zdraví. Na podpoře zdraví se mohou účastnit jednotlivci, skupiny, organizace i celá společnost. Měli by vytvářet podmínky pro zdravý životní styl, jeho ochranu a podporu a to i pro další generace. Podpora zdraví v sobě zahrnuje celou řadu aktivit sloužících k podpoře a zlepšení zdraví, kdy se soustředujeme na oblast životního stylu.

Čeledová a Čevela uvádějí pět základních principů k podpoře zdraví:

- zaměření se na celou populaci a na podmínky její existence;
 - věnuje se opatřením postihujícím determinanty zdraví i nemoci;
 - využívá různé metody a postupy vedoucí ke spolupráci;
 - usiluje o účast veřejnosti;
 - podporuje zdravotnické pracovníky v dalším rozvoji a uplatnění v podpoře zdraví.
- (Čeledová, Čevela, 2010, s. 34)

*„Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života“.*²⁰ Je aplikovatelná na jedince nebo celé společnosti, a to formou specifickou nebo nespécifickou, která působí nezáměrně a celistvě na celou populaci. Největší úspěchy v ní nacházíme při potlačování neinfekčních chorob.

Prevenici lze dále rozdělit podle časového hlediska:

- primární prevence- je zaměřena na zdravé jedince, kteří doposud nejsou ohroženi. Působí preventivně proti patologickým jevům, vzniku nemocem a dalším zdraví ohrožujícím determinantů. Nedílnou součástí primární prevence je očkování. Uplatňuje se zde aktivita odstraňující riziko vzniku nemoci v rámci reklam proti konzumaci alkoholu, tabákovým výrobkům apod.

²⁰ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví- Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, s. 35

- sekundární prevence- užívá se u již nemocných jedinců. Pomáhá předcházet nepříznivým následkům nemoci, důležité je však včasné zachycení a okamžitá terapie pacienta. Obsahem sekundární prevence jsou preventivní prohlídky včasné odhalující již propuklé nemoci.
- terciální prevence- je zaměřená na znovuoobnovení organismu do alespoň lepšího stavu, ať už po nemoci nebo patologického jevu tak, aby byl organismus schopen opět fungovat. Jeho součástí je rehabilitace.

Čeledová a Čevela uvádějí další možnosti dělení prevence. Podle poskytovatele se dělí na prevenci zdravotní, osobní a společenskou a podle příjemce na hromadnou, selektivní a indikativní. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35)

Ochrana, podpora a i prevence potřebují společníky při ovlivňování zdraví. Ti by jí měli pomoci v šíření programu zajišťujících zdraví. Dle Komárka jde především o státní správu, dále pak zastupitelstva jednotlivých obcí, nevládních organizací, vědeckých institucí apod. (Komárek, 2002, s. 4)

2.2 *Výchova ke zdraví*

Výchova ke zdraví vychází z poznatků hned několika vědních oborů jako je například lékařství, psychologie, sociologie a dalších. Její úkol spočívá v péči o zdraví, její obsah je považován za výchovný proces, účelně působící na jedince s cílem změnit jeho postoje a chování v našem případě k dobrému zdraví. Pečovat o zdraví není pouze problémem jedince, ale celé naší populace, jedná se tedy o problém globálních rozměrů.

Pokud chceme zlepšit naše zdraví, musíme mít a pěstovat zdravotní gramotnost. Ta prostřednictvím výchovy ke zdraví pomáhá získávat povědomí lidí o širokém pohledu na zdraví prostřednictvím informací. Ty pak lidé využívají k tvorbě vlastních postojů, znalostí a dovedností ve vztahu ke zdraví. Dalo by se tedy říct, že zdravotní gramotnost proniká do života lidí, kde se jim snaží pomoci při hledání správné cesty životem. Zdravotní gramotnost nemá jen individuální odpovědnost za zdraví, ale i odpovědnost za zdraví druhých.

Postupem času se vytvořilo nespočet definic týkajících se zdravotní gramotnosti. My si zde uvedeme alespoň jednu definici, která je dílem Světové zdravotnické organizace a zabývá se všemi oblastmi sociálního rozvoje. „*Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života doma, ve*

společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj díl odpovědnosti.“²¹

Zdravotní gramotnost má mnoho dělení, za základní je považováno dělení podle tří úrovní, jak uvádí Holčík. Funkční zdravotní gramotnost vychází ze schopnosti využívat informace, které pasivně přijímáme. Interaktivní se týkají novodobé zdravotní výchovy, kdy se jedinec aktivně zapojí do ochrany svého zdraví. Poslední kritické, kde se jedinci aktivně zapojují a využívají svou kreativitu ku zdraví. (Holčík, 2009, s. 18-19)

Podle Holčíka má zdravotní gramotnost svůj význam ve vybavení pro život, které v dobré úrovni má vliv na snížení ekonomické škody kvůli nevědomí lidí, dále má význam v péči o zdraví, cesty k jeho hledání, v rozvoji osobnosti a mnoho dalších. (Holčík, 2009, s. 10-11)

Dalšími úkoly výchovy ke zdraví je zvyšování zájmu, posilování a ochrana zdraví. Naučit populaci pečovat o své zdraví, ale i zdraví druhých, vytvářet si zdravý životní styl a předcházet jevům, které naše zdraví ohrožují. Vést a pomáhat jedincům v rozvoji dovedností potřebných k preventivní a aktivní péči o zdraví a zdravý život, ať už po stránce tělesné, duševní tak nebo sociální. Dále zvyšuje informovanost o možnostech předcházení nemocí o zdravotní (první) pomoci a způsobech chování při mimořádných událostech. Vede ke zdravému způsobu života, rozvoji správných postojů a způsobů chování a odpovědnosti za své zdraví.

Využívání zásad výchovy ke zdraví má vliv na celou populaci, bez ohledu na věkové zařazení. Od dětství, kdy se snaží ovlivnit správné stravovací návyky, denní režim, prevence onemocnění přes prevenci patologických jevů a sexuálního chování v dospívání, výchově dětí a duševní hygieně v dospělosti až k prevenci přibývajících nemocí a pozitivního naladění ve stáří. Výchova ke zdraví probíhá na třech úrovních: jedinec jako rovina individuální, skupina jako rovina komunitní a obyvatelstvo jako rovina celospolečenská. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 9-11)

Pokud chceme, aby naše populace žila zdravým životem a vážila si zdraví, pak musíme působit soustavně, systematicky a srozumitelně pro všechny. Dále poskytovat vědecky podložené informace, ve kterých nebudeme lidem předepisovat a nutit je jak mají

²¹ HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, 2009, str. 15

žít, ale dáváme jim možnost volby, jak sami žít chtějí, o což se pokouší Světová zdravotnická organizace, jejímž jedním z cílů je právě tato problematika.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization dále jen WHO) byla založena 7. dubna 1948, stvrdilo ji svými podpisy 26 států z 61. Listina byla uložena u generálního tajemníka Organizace spojených národů. Tento den je považován za den vzniku WHO a po celém světě je nazýván Světovým dnem zdraví. Nejvýše postaveným orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění, řídicí orgán složený ze 193 zástupců členských zemí, kteří se scházejí jedenkrát ročně. Dalším orgánem je Výkonná rada složená z 32 zdravotnických expertů, ti se scházejí dvakrát do roka a mají za úkol plnit strategie řídicího orgánu WHO. Kernová definovala WHO jako: „*Dvoustupňový proces poskytování informací a rad ke správnému způsobu života a napomáhající k rozvoji znalostí a dovedností s cílem změny chování, které vyžaduje zdravotní stav jednotlivců a komunit.*“²²

WHO na zdraví pohlíží ze širšího pohledu. Od svého vzniku podporuje technickou spolupráci ve zdravotnictví, pomocí programů odstraňuje nemoci a zlepšení kvality života. Při boji s nemocemi používá celosvětové kampaně, přičemž klade důraz na zdravotní politiku a vědecký výzkum. Mezi hlavní záměry WHO, které uvádí Čeledová a Čevela patří: omezení úmrtnosti a nemocnosti, omezení rizik, podpora zdravé životosprávy, zlepšení zdravotnického systému. Kancelář WHO v ČR²³ mezi její další funkce řadí poradenství v oblasti zdraví, funkce informační v šíření technologií a standardů, spolupráce na zdravotnických orgánech a stanovování globálních standardů týkajících se zdraví. Její cíle jsou zabezpečeny Ústavou. Zdraví je stále více vyzdvihováno jako důležitá hodnota pro život, což dává vznik programům zabývajících se o tuto hodnotu zdraví. Jedním z těchto programů je Zdraví pro všechny do 21. Století neboli Zdraví 21. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 87)

Tento program vytvořila WHO a navazuje na jeho dřívější program Zdraví pro všechny do roku 2000. Číslovka 21 v názvu tohoto programu reprezentuje jednak století, ve kterém se právě nacházíme a i 21 cílů programu, na jejichž plnění se podílí i výchova ke zdraví. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro

²² Dostupné z: <http://www.ppt2txt.com/r/81757882/>

²³ <http://www.who.cz/index.php/zaklinfo>

všechny v 21. století byl usnesením vlády č. 1046 ze dne 30. října 2002 schválen se závazností plnit cíle programu.

„Tento program představuje model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Pro členy WHO je podnětem a návodem k řešení otázek péče o zdraví podle vlastních regionálních potřeb.“²⁴

Neboť každý člověk má právo na zdraví, je úlohou státu se o zdraví občanů starat prostřednictvím zdravotní politiky a to během celého jejich života. Péče probíhá celistvě a to pro všechny občany, bez ohledu na společenské postavení, národnost či víru. Každý má právo dosáhnout úplného zdravotního potenciálu, to však nelze bez spoluúčasti na podpoře zdraví. Již výše zmíněný program Zdraví 21 je navržen pro celou Evropu, avšak je závislý na potřebách jednotlivých států.

Program zdraví 21 v sobě zahrnuje pět principů péče o lidské zdraví:

- **spravedlnost**- hlavní princip programu, který dává všem stejná práva na rozvíjení i udržení zdraví;
- **solidarita**- poskytuje pomoc lidem s omezenými možnostmi nebo ohroženým nepřízní prostředí, ve kterém žijí;
- **trvalá udržitelnost**- navazuje na první princip v rámci času, současná generace by se měla chovat tak, aby i budoucí generace mohla své potřeby spravedlivě uspokojovat;
- **vlastní účast**- je lidským právem, ale i povinností pečovat o vlastní zdraví a podílet se na rozhodování ovlivňující zdraví;
- **etická volba**- obecná zásada. Tržní a spotřební hodnota může vést až k podceňování prvních čtyř principů a technologický rozvoj může ovlivnit období lidské existence. (Machová, 2009, s. 269-270)

WHO se však nepodílí jen na tvorbě programů, ale i na spolupráci při vytváření menších celků jako jsou například projekty. My si zde uvedeme hned dva. Prvním je Škola podporující zdraví neboli Zdravá škola, která patří do programů, které mají za cíl zlepšení životních podmínek prostřednictvím ucelené podpory školního prostředí, které prolíná celým obdobím školní docházky žáků. *„Děti se nemohou efektivně učit a učitelé efektivně vyučovat, pokud ve škole a ve třídě nevytvoříme takové podmínky, jež by umožňovaly*

²⁴ MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar. (ed.) *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009, s 269

*uspokojení všech okruhů přirozených potřeb.*²⁵ Učitelé s dětmi probírají „aktuální, riziková“ témata, obklopující je v běžném životě tak, aby se s nimi dokázaly vypořádat. Soustředí se na učitele, žáky, rodiče i na další občany v zájmu podpory a ochrany zdraví žáků. Zdravé škole dala vznik „Skotská jednota zdravotní výchovy“ za spolupráce Světové zdravotnické organizace v roce 1989. Projekt vychází z holistického/celistvého modelu zdraví, který by měl děti připravit na vytvoření lepšího, zdravějšího prostředí. Program je určen pro mateřské školy, kde se zabývá výživou stejně jako na základních školách, kde je navíc program Zdravé zuby a peer programy²⁶, které jsou realizovány i na školách středních.

Rada Evropy, Evropská komise a Evropská regionální úřadovna WHO, tyto nadnárodní mezivládní organizace byly tvůrci hnutí za podporu zdraví ve školách, ke kterému se hlásila řada zemí, mezi nimiž byla v roce 1992 i Česká republika. V letech 1992-1993 bylo několik desítek škol (především základních) vybráno jako experiment do sítě Zdravých škol. V roce 1995 byly zveřejněny výsledky prokazující zlepšení v oblasti fyzického a psychosociálního zdraví. Další úspěch přinesl rok 1996, kdy mateřské školy založili vlastní síť pod názvem „Projekt zdravá mateřská škola“. Od roku 2000 je Národní síť podpory zdraví otevřena všem školám. (Kubátová, 2009, s. 267)

Obsah programu stojí na třech pilířích podpory zdraví ve škole:

První pilíř: Pohoda prostředí

- Pohoda věcného prostředí
- Pohoda sociálního prostředí
- Pohoda organizačního prostředí

Druhý pilíř: Zdravé učení

- Smysluplnost
- Možnost výběru a přiměřenost
- Spoluúčast a spolupráce
- Motivující hodnocení

²⁵ HAVLÍNOVÁ, Miluše. (ed.) *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál, 1998, s 43

²⁶ vrstevnické programy, které často úspěšně využívají při prevenci i nápravě sociálně patologických i zdravotních problémů vlivu předem odborně informovaných vrstevníků, dostupné z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/peer-programy>

Třetí pilíř: Otevřené partnerství

- Škola jako model demokratického společenství
- Škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce

První pilíř pojednává především o požadavcích na prostředí, ve kterém žáci jsou, dále o sociálním klimatu třídy a organizaci denního režimu, pohybu a zdravé výživy. Druhý pilíř usiluje o smysluplné učení a jeho využitelnost v životě, aby se děti učily věci odpovídající jejich inteligenci a v množství, které mohou vstřebat. Učí se komunikaci a kooperaci se svými vrstevníky při vyučování a jsou za své výsledky hodnoceny dle vědomostních možností s důrazem na nenarušení dětské osobnosti a jejich sebedůvěry. Poslední, třetí pilíř pojednává o demokratickém společenství, kdy mají žáci, rodiče, učitelé a ředitel právo podílet se na změnách a aktuálním dění ve škole a povinnostech školy ve vztahu k obci a lidem v ní žijících. (Havlíková, 1998, s. 81-204)

Druhým projektem je pak projekt Týdny zdraví ve škole, zde Prof. Hubert Ilg a prof. Willi Knappe jako první poukázali na důležitost vztahu zdraví a pohybu u dětí. Dali tak vznik programu „Týdny zdraví“, které byly v roce 1992 aplikovány na Greifswaldských školách. Program je realizován na základních školách, a to vždy týden v každém pololetí. Jednotlivé Týdny zdraví mají určitá obsahová témata, na kterých se mezi sebou shodují učitelé, rodiče a žáci. V každém programu je pohybová aktivita prováděna vždy stejně. Pokud mají školy zájem o pozitivní výsledek, je nutné tento program opakovat vícekrát v pravidelných intervalech.

Krejčí a Bäumlertová uvádějí, že Projekt „Týdny zdraví“ mají v České škole tři vzdělávací programy, jejichž obsahem je výchova ke zdravému životnímu stylu.

- „Základní škola“- určená pro 4.-5. ročník, zahrnutá v předmětech přírodověda, vlastivěda a tělesná výchova;
- „Obecná škola“- realizované v tělesné výchově a denně o přestávkách mezi vyučováním;
- „Národní škola“- na 1. stupni základních škol v rámci prvouky a přírodovědy. (Krejčí, Bäumlertová, 2001, s. 53)

Všechny tyto programy částečně nahrazují nebo v sobě zahrnují nový, dnes již samostatný předmět Výchova ke zdraví, který jak je zřejmé byl v minulosti součástí jiných předmětů. Nicméně k jejich dokonalému propojení došlo až na konci 20. století

prostřednictvím Světové zdravotní organizace. V základním vzdělávání navazuje na dnes již zastaralý, jednostranně na rodinu a rodinný život pohlížející předmět Rodinná výchova. Vzdělávání výchovy ke zdraví vychází z programu Zdraví 21 pocházejícího ze strategií WHO a dále z dokumentů MŠMT ČR (Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy) a Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR. Jeho obsah vychází z Rámcově vzdělávacích programů.

Dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání se do vzdělávacích soustav řadí jeden z nových kurikulárních dokumentů, Rámcově vzdělávací programy. Ty jsou určeny pro žáky od 3 do 19 let. Tento kurikulární dokument má dvě úrovně, státní a školní. Státní představuje Národní program vzdělávání, který má pro každý obor vytvářet rámcově vzdělávací programy (dále jen RVP). Vymežující závazné vzdělávací rámce pro předškolní, základní a střední vzdělávání. Školy, by se podle nich měly řídit při vytváření školních vzdělávacích programů (dále jen ŠVP). Podle kterých se řídí vzdělávání na jednotlivých školách. Tento program si školy vytvářejí samy podle stanovených zásad RVP. Od školního roku 2011/2012 všechny školy vzdělávají podle vlastnoručně vytvořených ŠVP. Tento pokyn se netýká pouze základních škol, ale i předškolního vzdělávání, gymnázií a středních škol. Oba dokumenty, státní i školní, jsou přístupné jak pedagogům, tak i široké veřejnosti. RVP klade důraz na klíčové kompetence, jejich provázanost a uplatnění v praktickém životě. My se více zaměříme na vzdělávání v předmětu Výchova ke zdraví na základních školách. Zde se podle RVP základního vzdělávání dělí na devět částí, z nichž jedna je Člověk a zdraví, jehož obsahem je realizován v oborech Výchova ke zdraví, který se vyučuje na 2. stupni základních škol. Na 1. stupni je předmět Výchova ke zdraví dle RVP realizován v oblasti Člověk a jeho svět, kam spadají předměty jako Prvouka, Vlastivěda, Přírodověda a další.

Vzdělávací obsah Výchovy ke zdraví podle Rámcově vzdělávacího programu pro základní vzdělávání:

- vztahy mezi lidmi a formy soužití
- změny v životě člověka a jejich reflexe
- zdravý způsob života a péče o zdraví
- rizika ohrožující zdraví a jejich prevence
- hodnota a podpora zdraví

- osobnostní a sociální rozvoj

Další vrstvu výchovy ke zdraví tvoří průřezová témata, která jsou sice považována za důležitá, ale nelze je řadit do pouze jedné oblasti vzdělávání. Průřezová témata jsou důležitou součástí základního vzdělávání. Významné je pro nás především téma osobnostní a sociální výchova, která má silné propojení s výchovou ke zdraví. Žákovi napomáhá ve zvládnutí krizí, mezilidských vztahů a komunikaci, při řešení problému a především prevenci sociálně patologických jevů. Další environmentální výchova, která se zabývá životním prostředím, které ovlivňuje člověka a kvalitu jeho života. (Jeřábek, Tupý, 2007, s. 72-75)

Výchova ke zdraví vychází z jedné z mnoha teorií, že: „*Dnešní škola by měla přestat „kázat“, co se smí a nesmí, ale ukazovat na konkrétních příkladech problémy a nabízet možnosti jejich řešení. Jít pozitivní cestou ve smyslu spojení školy se životem.*“²⁷

Je kladen důraz na včasné informování a zapojení obyvatel do zdravého způsobu života a to již od útlého věku. O to se v prvé řadě zaslouhuje rodina a škola, která je jedním z hlavních distributorů zdravého prostředí, v němž učitel vystupuje jako „preventista“ a zároveň i jako vzor chování pro své žáky.

Výchova ke zdraví je zahrnuta v celém průběhu základního vzdělávání, kdy šíří ochranu a podporu v každodenním životě žáků. Pomáhá a zajišťuje vhodné podmínky žákům pro zvládnutí nezbytných návyků, jako jsou například denní hygiena, stravování a další. Zaměřuje se na prevenci složení výživy, pohybové aktivity, stres, užívání alkoholu, tabáku, drog a nevhodného sexuálního chování. Posléze působí preventivně proti vzniku a rozvoji návyku na škodlivých látkách, poskytuje informace o věcech, které jsou posléze v médiích prosazovány a vychvalovány. Týká se to především ideálů krásy, špatného stravování, pilulek na hubnutí, užívání alkoholu apod. Dále pomáhá čelit situacím každodenního života a dále pak mimořádným situacím jako jsou například povodně, požáry a další.

Žáci jsou vedeni k pochopení hodnoty zdraví a k orientaci co je zdravé, a co je naopak zdraví škodlivé. Klade důraz na vzdělávání žáků pro praktický život, v jehož rámci

²⁷ KANTOR, Milan. *Výchova ke zdraví: Poznámky pro budoucí a současné učitele*. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 1994, s. 5

usiluje o formování a propojení poznatků, dovedností, postojů a chování žáků k okolnímu světu, kdy za své chování musí přijmout odpovědnost.

V postupu šíření zdraví se vyučující snaží nejdříve upoutat pozornost k problému, dále sdělovat základní a posléze i podrobnější informace, a v konečné fázi motivovat ke změně chování. Při vyučování Výchovy ke zdraví se doporučuje cyklické rozpracování, které učitelé dává možnost se zabývat tématem a ve vyšším ročníku se k němu vrátit a znovu jej probírat, tentokrát však podrobněji. RVP pro základní vzdělávání dále uvádějí, že by se výchova ke zdraví na 1. stupni měla realizovat jinými předměty (prvouka, vlastivěda apod.), kdy mají dvouhodinovou dotaci v každém ročníku. Dále se zde uvádí 11 hodinová dotace na 2. stupni, která je určena oblasti Člověk a jeho zdraví, kam spadá tělesná výchova s 8 hodinovou a výchova ke zdraví s 3 hodinovou dotací. Škola si pak už sama rozhodne, jak s předmětem naloží. Může ho vyučovat od 6. do 8. ročníku, od 7. do 9. ročníku, celý druhý stupeň (tehdy si však musí posílit výuku o jednogodinovou dotaci). Jako poslední možnost se zde nabízí vyučovat pouze v ročnících 6. - 8. ve druhém pololetí a v 9. ročníku pak v první polovině školního roku.²⁸

Čábalová uvádí devět částí v obsahu předmětu Výchovy ke zdraví:

1. užívání a zneužívání látek
2. sexuální výchova
3. rodinná výchova
4. osobní bezpečí
5. potrava a výživa
6. osobní hygiena
7. pohyb a zdravotní stav
8. životní a sociální prostředí
9. psychologické aspekty výchovy ke zdraví (Čábalová, 2006, s. 21)

2.3 *Prevence poruch výživy ve vyučovacím předmětu*

Jak už jsme se výše zmínili ve výchově ke zdraví nám jde hlavně o to, aby si žáci osvojili správné způsoby chování, dovednosti a postoje. Dále nám jde o rozvoj

²⁸ PERNICOVÁ, Hana. Ratolesti podpora zdraví ve školách ČR: Informační příloha. Průvodce výchovou ke zdraví [online]. 2005, č. 4 [cit. 2013-02-25]. s. 1-3. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zdrava-skola.html>

samostatnosti, tvořivosti, spolupráce a „chut“ bádát a prozkoumávat nové možnosti a metody, jež jsou zapotřebí k dosahování cílů. Žáci jsou vzděláváni tak, aby své poznatky mohli využít i mimo školu a zlepšit tak například své zdraví.

Takových výsledků nejsme schopni docílit s pouhou strohou výukou při hodinách a tak je nutné do vyučování zahrnout různé metody vyučování, které poskytnou mnoho informací a zároveň ožíví hodinu a pomohou lepšímu zapamatování učiva. Na vzdělávání je pohlíženo jako na přípravu do života, kdy to, co se ve škole naučíme, můžeme jednou v budoucnu využít. Avšak aby k tomu došlo, je zapotřebí se ve škole vzdělávat a učivo si dobře zapamatovat, k čemuž mají napomoci výukové metody. Ty neslouží pouze učiteli a jeho způsobům vyučování, ale slouží i žákům k lepšímu porozumění a zvládnutí učiva. Metody vyučování mají obecné vymezení pro celou výuku a liší se pouze v použití pro daný předmět a téma.

Základní dělení výukových metod:

- klasické výukové metody- slovní, názorně-demonstrační, dovednostně-praktické
- aktivizující výukové metody
- komplexní výukové metody

Mezi klasické výukové metody patří metody slovní, které se dále dělí. Vyprávění, vysvětlování, přednášky, kdy probíhá jednostranná komunikace ve směru od učitele k žákům. Dále pak práce s textem, kdy žák musí textu porozumět, aby s ním mohl dále pracovat. Pátou metodou je rozhovor, kdy učitel zapojuje některé žáky do výuky prostřednictvím dotazů.

Za druhé, do klasických výukových metod patří metody názorně-demonstrační, které se opět dále dělí. Metoda předvádění a pozorování, kdy si žáci vyzkoušejí pro ně jinak nepřístupné možnosti a ostatní je při nich pozorují. Práce s obrazem může vylepšit představu a vybavování učiva, která se může využít i v další metodě, kterou je instruktáž popisující, co mají žáci dělat například při pokusu.

Třetí a tedy poslední klasickou výukovou metodou jsou metody dovednostně-praktické, skládající se z metod vytváření dovedností, pomocí procvičování a opakování. Na tuto metodu úzce navazuje metoda napodobování, kdy napodobujeme naše authority (rodiče, učitele). Další možností je manipulování, laborování a experimentování. Žáci si

osvojují činnosti, ověřují teorie, naučí se písemně zpracovávat pokusy. V poslední produkční metodě jde o vlastní fyzickou zkušenost.

O klasických výukových metodách by se dalo říci, že jsou strohé. Buď je výuka vedena monologem učitele, kdy občas žáky zapojí do výuky nebo pracuje pouze s výkladem doplněným o názorné pomůcky. Může se jednat o praktický nácvik, kdy se žák „sám“ učí, jak si danou látku osvojit, či vyzkoušet. Avšak za podmínek, že si ji nejdříve teoreticky osvojí.

Druhou metodu, kterou jsme si ve výčtu uvedli, jsou aktivizující výukové metody, do nichž řadíme metodu diskusní, při níž komunikujeme na určité téma. Metoda heuristická a řešení problémů, při nichž problémy objevujeme nebo ověřujeme hypotézy. Situační a inscenační metody aktivují hodinu a aktivně zapojí žáky prostřednictvím hry na dané téma společně s navozením reálných, životních situací. Poslední metodou jsou didaktické hry, jež oživují hodinu, aktivizují i uvolní žáky, ale zároveň se stále vztahují k probírané tématice.

Pro shrnutí jde v aktivizujících metodách hlavně o aktivní zapojení žáků do hodin a o oživení výuky, ale hlavně o lepší zapamatování látky pomocí navození a řešení reálných situací s pomocí vyzkoušení si role dané rozebírané osoby. Žáci hodinu pouze neprosedí, ale prožijí ji a tak si i lépe vybaví smysl celé dané hodiny. Při těchto metodách se rozvíjí žákova tvořivost, schopnost reagovat pohotově na problém a učitel navíc snadněji udrží jeho pozornost, která jak je známo vydrží jen část hodiny. Je prokázáno, že aktivizující metody jsou velice přínosné i ve vztahu k zapamatování si látky. Udává se, že čtením si jedinci zapamatují 10%, poslechem 20%, z toho co vidí 30%, z poslechu a ukázky dohromady 50%, z toho co sami říkají 70% a z toho co sami dělají 90%.²⁹

Posledním oddílem metod jsou komplexní výukové metody. Autoři se v tomto rozdělení moc neshodují, tudíž uvedeme rozdělení dvou vybraných autorů, Maňáka a Švece. Začneme výukou frontální, kdy spolupracují všichni ve třídě, včetně učitele, který na žáky dohlíží. Metoda se využívá v případě velkého množství informací. Dále zde máme skupinovou, kooperativní a párovou výuku, kdy žáci mezi sebou spolupracují, rozdělují si práci a pomáhají si. Oproti tomu samostatná, individuální výuka spočívá v práci jedince. Za další sem patří kritické myšlení, odhalující význam myšlenky a vytváří si na ni vlastní

²⁹ Dostupné z: <http://www.infogram.cz/article.do?articleId=1517>

názor. Brainstorming shromažďuje nápady k danému tématu, které posléze posuzují žáci s učitelem. Výuka dramatem navazuje na aktivizující metody svým hraním rolí, mající charakteristické rysy dramatu a divadla. Pak jsou zde další metody jako: projektová výuka, otevřené učení, učení v životních situacích, televizní výuka a výuka podporovaná počítačem, sugestopedie a superlearning, což je nestresový systém učení a hypnopedie, která s pomocí sugestopedie probíhá ve spánku. (Maňák, Švec, 2003, s. 131-196)

Pro shrnutí komplexních výukových metod použijeme citaci dle Maňáka: „*komplexní metody se odlišují od ostatních metod hlavně tím, že jde o složité metodické útvary, které předpokládají různou, ale vždy ucelenou kombinaci a propojení několika základních prvků didaktického systému, jako jsou metody, organizační formy výuky, didaktické prostředky nebo životní situace*“³⁰.

Oblast vzdělávání se stále vyvíjí a tak množství metod, které jsme zde uvedli, jistě nebude konečné. Pozastavíme se krátce také nad vhodností a neefektivností metod ve výuce. Pro představu si uvedeme některá kritéria, podle kterých metody vybíráme, je to například braní ohledů na cíle výuky, připravenost žáků, prostředí a osobnost učitele, jeho „praxe“ s metodami a další. Důležité je si uvědomit, že metody nepůsobí izolovaně, ale jsou navzájem provázané, což znamená, že při realizaci jedné metody musíme použít i další. Pro ideální výuku by bylo dobré, aby učitelé využívali klasické metody ve spolupráci s aktivizujícími výukovými metodami, které hodiny ožíví a žáky aktivně zapojí.

Zůstaneme u tématu poruch příjmu potravy, jejichž obsah dle RVP je zahrnut ve dvou tématech. Prvním je zdravý způsob života a péče o zdraví, která v sobě zahrnuje pochopení zdraví jako životní hodnoty. Informuje žáky o zdraví a nemoci, správném režimu dne, hygieně a výživě. Oblasti výživy, kam spadají i poruchy příjmu potravy mají žáci získat poznatky o pojmech, které s nimi souvisejí za pomoci klasických slovních metod a aktivizujících metod, jako je například diskuse, ale dost často se používají i komplexní metody jako například televizní výuka. Samozřejmě jsou zastoupeny i formy frontální, párové, skupinové i individualizované výuky. V kapitole zabírající se zdravím a jeho významem, která též spadá do tohoto tématu, jsou opět nejvíce využívanou metodou metody slovní, dále jsou zde využívány metody názorně-demonstrační, aktivizující a dokonce několik komplexních výukových metod. Druhou oblastí dle RVP je oblast Osobní

³⁰ MAŇÁK, Josef., ŠVEC, Vlastimil. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003, s. 131

a sociální rozvoj, kam spadá sebepoznání a sebepojetí. Zde je důležité vytvoření pozitivního vztahu k sobě samému a respektovat se. Nejvíce využívají aktivizující a v menší míře pak klasické a komplexní výukové metody.

Tyto okruhy jsou prostředkem k dosažení očekávaného výstupu využitelné v praktickém životě. Jedná se o jakési ověření toho, co se žáci naučili a zda tyto zkušenosti dokážou uplatnit v praktickém životě. Patří sem například respekt k právům druhého, schopnost podílet se na podpoře zdraví, přijímat odpovědnost za své chování a činy. Dále pak rozlišovat mezi druhy zdraví, uplatňovat naučené preventivní chování, schopnost předcházet stresu, schopnost adaptovat se a mnoho dalších výstupů, které lze nalézt v RVP základního vzdělávání.

Uvedli jsme si tedy možnosti výuky, a jejich využití v problematice poruch příjmu potravy. Nesmíme však zapomenout, že metody výuky nejsou jediným možným zdrojem učení a informací. Do hodin se také dají zařazovat metody aktivního sociálního učení³¹, kdy učíme žáky správným stravovacím návykům, rozvoji sebedůvěry a dalšímu. Příkladem takovýchto metod může být například „Pyramida zdravé výživy“, kdy na základě vlastního uvážení jedinci řadí jednotlivé potraviny do pyramidy zdravé výživy. Ve vyhodnocení se posléze dozvídají o zásadách, které uvádějí odborníci. „Bud' fit“, je metoda, kdy zjišťujeme a hodnotíme hodnotu BMI u jedinců a diskuse o jeho nízké hodnotě. Další metodou je „pohled do zrcadla“, kdy žáci na základě krátkého úryvku o dívce, která se sebou není spokojená, diskutují o tom, v čem je opravdová hodnota člověka. Posledním námětem, který si zde pro představu uvedeme, bude „Poruchy příjmu potravy“. Zde jsou uvedeny neukončené příběhy dívek, které mají žáci domyslet a pohovořit si o možnostech dopadu dané situace. (Marádová, 2007, s. 23-29)

Jen pro úplnost o možnostech prevence poruch příjmu potravy na základní škole si uvedeme předmět, který ač se možná nezdá, také velkou částí zasahuje do problematiky poruch výživy. Jedná se o přírodopis, kde se žáci učí o biologii člověka. Učivo se v rámci biologie nemusí týkat jen popisu jednotlivých soustav člověka, ale i vzniku možných onemocnění. Právě přes tyto nemoci se může biologie s výchovou ke zdraví prolínat.

³¹ sociálně psychologický výcvik v sebepoznávání a poznávání druhých osob i skupin, které je cíleně zaměřeno na vytváření a zdokonalování osobnostních a psychosociálních způsobilostí, mezilidských komunikativních dovedností, dovedností zvládat sociální role a pozice a náročné životní situace: z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>

Biologie tak dává jakýsi podklad pro lepší pochopení vzniku nemoci a jeho důsledcích na zdraví a další existenci člověka. Pokud se opět zaměříme na poruchy příjmu potravy, můžeme v nemoci nalézt celé spektrum špatného vlivu na naše zdraví. Netýká se to jen soustavy trávicí, ale i oběhové, držící, pohybové, kožní, vylučovací, rozmnožovací a dále pak imunitního systému a dalších.

3 Další možnosti prevence na základní škole

O poruchách příjmu potravy se žáci nemusejí dovídat jen v rámci běžné vyučovací hodiny ve škole, ale i prostřednictvím některých preventivních programů, které mohou být ve škole realizovány, ale i mimo ni. Většinou jsou objednávány jako včasná prevence, nebo možnost řešení problému s poruchou příjmu potravy.

Pro tyto případy vzniká celá řada institucí zabývajících se prevencí a metodami s nimi spojenými. První dvě instituce, které si zde uvedeme, mají sice ve svých kompetencích poskytovat prevenci v oblasti poruch příjmu potravy, avšak nepatří mezi jeho hlavní témata, ve kterých prevenci šíří. Jako názorný příklad si uvedeme instituce Odyssea a Kápézet.

Občanské sdružení Odyssea dostalo svůj název podle odvážného Odyssea, který sám zdolal dobrodružnou, nebezpečnou cestu. V projektu pak jde o to, aby žáci zvládali tuto cestu životem a učili se ze svých chyb a zkušeností. Sdružení vzniklo v roce 2000 a jeho tým se k roku 2012 skládá z 21 lektorů s minimálně pedagogickým vzděláním na vysoké škole. Cílem kurzu, které sdružení pořádá, je pracovat na průřezových tématech osobnostní a sociální výchovy, ale i na jiných tématech, podle daných potřeb třídy nebo kolektivu. Projekt je poskytován základním i středním školám, kde připravují a tedy i vzdělávají učitele v oblasti osobnostního a sociálního rozvoje. Poskytují informace a metodické materiály pro práci s žáky. Dále spolupracuje se studenty při tvorbě diplomových prací, vědeckými institucemi, s různými organizacemi nebo městy. Sdružení se ve své práci zaměřuje na čtyři hodnoty, kterými jsou respekt k prostorám druhého člověka, tvořivost v hledání nových cest, profesionalita a odbornost práce lektorů, a poslední je pak odvaha při vlastní práci. Vzdělávání učitelů probíhá formou kurzů pro celé sbory, nebo jako kurzy veřejné, odborné výcviky a individuální konzultace. Co se týče kurzů pro žáky, při těchto kurzech je zajištěna přítomnost třídního učitele a dvou lektorů, kteří se navzájem doplňují a spolupracují s celou skupinou. Při kurzech se využívají metodické materiály, které jsou přístupné na internetových stránkách i pro širokou veřejnost. Ve výuce se používají především aktivizující metody, které zapojí žáky do dění a pomohou jim zábavnou formou přiblížit daný problém, například prostřednictvím hry. Tyto materiály obsahují několik hlavních metod, které lze využít nejen v kurzech, které sdružení poskytuje, ale i v běžných hodinách. Metody jsou flexibilní a lze je zaměřit na právě potřebnou problematiku. Jednou z metod může být například hraní rolí, kdy si žáci vyzkoušejí různé způsoby chování a

jednání. Problematiku poruchy příjmu potravy si mohou žáci přiblížit například sehráním scény, kdy jeden žák bude představovat nemocného trpícího některou z poruch výživy a druhý žák se mu bude snažit chtít pomoc. Nejde tak ani o hraní samotné jako o to, jak by se měli zachovat. Nejdůležitější částí metody je pak samotné shrnutí celého představení a posouzení kladů a záporů, které se ve scéně objevily. Zpětná vazba je ve všech metodách velice důležitá. Mezi očekávané výstupy toho, co by měli žáci na konci svého studia umět, řadí 11 tematických okruhů, které jsou kladeny jako dlouhodobé cíle. Na tyto cíle jsou vytvářeny lekce, podle kterých se učitelé při práci s žáky řídí.

Očekávané výstupy osobnostního a sociálního rozvoje³²

1. Rozvoj poznávání
2. Sebepoznání a sebepojetí
3. Seberegulace a sebeorganizace
4. Psychohygiena
5. Kreativita
6. Poznávání lidí
7. Mezilidské vztahy
8. Komunikace
9. Kooperace a kompetice
10. Řešení problémů a rozhodování
11. Hodnoty, postoje, etika

Opět se vrátíme k problematice poruch příjmu potravy, které spadají do očekávaného výstupu číslo 2., tedy sebepoznávání a sebepojetí. Pro učitele je zde realizována lekce pod názvem Učíme se být v pohodě každý sám sebou, kam pod jeden z bodů spadá téma sebepřijetí vlastního těla. Zde může učitel nalézt postup, jak s danou problematikou pracovat a jak zařadit danou aktivitu do hodiny. Aktivity se snaží rozvíjet žákovo přijetí vlastního těla, ujistit je, že „krása“ není pro úspěch důležitá a mají možnost se zamyslet nad myšlenkovými pochody nemocných trpících PPP. Tak jen pro představu o tom, jak by podle Odyssey měli být PPP prezentovány učitelem v hodinách.

O co tedy v Odyssee jde? Vzdělávat učitele, ale i žáky v oblasti osobnostního a sociálního rozvoje a poskytovat metodické materiály učitelům pro práci s žáky.

³² Dostupné z: <http://www.odyssea.cz/metodiky-osv.php?cast=ocekavane-vystupy-osv>

K očekávaným výstupům toho, co by měli žáci na konci svého studia umět, vytváří lekce, sloužící jako předloha a pomoc učitelům při vyučování. Lekce se vztahují k široké problematice a podrobné postupy práce jsou zde i s možnými aktivitami v hodinách popsány. Přínos je dle referencí od škol patrný v lepší spolupráci a komunikaci kolektivu, lepší postoje žáků ke své osobě, a například i jejich větší angažovanost v hodinách.

Pedagogicko psychologická poradna v Plzni, která má svá působiště v Plzni a okresech severu a jihu, dále pak v Rokycanech, Domažlicích a Tachově, vznikla v roce 2009. Projekt Kápézet je momentálně sestaven z týmu osmi metodiků prevence, kteří působí v sedmi okresech kolem a včetně Plzně. Mezi cílové skupiny, na které Kápézet působí, jsou řazeny děti z mateřských škol a žáci jak ze základních tak i ze středních škol. Co se žáků týče, většinou mají speciální potřeby vzdělávání, nebo jsou sociálně znevýhodněni. Dále pak poskytuje odbornou pomoc učitelům, metodickým a výchovným poradcům. Projekt nabízí od preventivních, intervenčních a peer programů, přes vzdělávání učitelů až po nabídky růstových skupin. Mezi přednosti projektu patří hlavně vysoká profesionalita a odbornost metodiků, kteří dovedou svou práci přesně zacílit na problém, který ve skupině nebo mezi jednotlivci je. Projekt je nízkoprahový a pro mnoho škol i nenáročný co se týče financování, což je v dnešní době jedno z hlavních kritérií proč si projekty objednávat či nikoli. Služby jsou školám poskytovány na základě „objednávky“ dané problematiky. Mezi cíle projektu řadíme vyhledání jedince/jedinců, kteří by mohli podlehnout některým z rizikových forem chování a pomoci jim. Pedagogům pak pomáhají se správným postupem výuky a tvorbou pozitivního klimatu ve třídě. V realizaci většiny programů je ve třídě přítomen pedagog, třídní učitel, který na celý program „dohlíží“. Časová dotace je u jednotlivých okresů, programů, věkové kategorie a druhu rozdílná. Nejčastěji se však používají jednou/dvakrát po sobě opakující se (s časovým odstupem týden/14dní) 2 hodinové (90 min) bloky, nebo 4 - 6 krát po sobě opakující se (s časovým odstupem týden/14dní) 2 hodinové (90 min) bloky. Co se týče metodických materiálů, které je možno nalézt na stránkách projektu, jedná se o materiály pomáhající kvalitně reagovat na problematiku spadající do sociálně patologických jevů. Mezi okruhy témat, ke kterým poskytuje primární prevenci, patří: osobnostní rozvoj, zdravý životní styl, manipulace skupin, extremismus, prevence šikany, závislosti na drogách a hraní. Dále pak prevence proti delikvenci, rasismus, poruchy příjmu potravy nebo například sexuálního chování.

Pokud se opět zaměříme na problematiku poruch příjmu potravy, zjistíme, že jsou projekty zaměřeny na žáky, ale jsou přítomny i ve vzdělávání učitelů a dalších nabídkách projektu. V preventivních programech, které projekt nabízí, nalezneme téma PPP a podrobný popis jednotlivých nemocí. Navíc nalezneme i odkazy na jiné webové stránky a dokumenty, které jsou určeny rodičům, kteří zde mohou nalézat bližší informace o PPP. Stejně tak jsou dokumenty určeny i pro učitele, kteří zde mohou nalézt praktické příklady metodických námětů pro práci s žáky. Ty ve své publikaci *Poruchy příjmu potravy* uvádí Maradová (2007). O přesném postupu a popisu preventivních programů, se moc nedozvíme.

Na stránkách je možno nalézt mnoho zajímavých odkazů, mezi které patří výčet organizací zabývajících se prevencí v Plzni, možnosti dalšího vzdělávání učitelů, různé odkazy a videozáznamy k daným rizikovým jevům. Mezi další zajímavosti se řadí materiály, které mají dopomoci k tvorbě prevence proti rizikovému chování a případně i k tvorbě metodických materiálů pro výuku.

Závěrem se tedy o Pedagogicko psychologické poradně v Plzni dalo říci, že provádí širokou preventivní činnost, vzdělává učitele v okolí Plzně. Snaží se pomoci všem školám (mateřským, základním i středním) při řešení jejich problémů, nebo s prevencí, kterou si oni sami objednají. Zároveň na svých webových stránkách poskytuje širokou škálu informací pro zájemce i veřejnost, o rizikovém chování, ale i možnostech pomoci a prevence.

Dalšími institucemi, tentokrát zaměřenými speciálně na poruchy příjmu potravy a problémy s nimi spojených, jsou například Občanské sdružení Anabell, internetový portál ideální.cz nebo například Centrum Jako modelka (stopPPP).

Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002, rada sdružení se momentálně skládá z pěti členů jehož poslankyní je ředitelka O.s. Anabell PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková. Činností sdružení je poskytovat sociální a zdravotní pomoc nemocným i jejich okolí, poskytovat různá poradenství z oblastí výživy a psychologie, psychoterapie a aktivity pro volný čas. Mimo jiné se zabývá i prevencí pro školy a pro organizace, které o ni projeví zájem. Realizuje jak primární, tak i sekundární pomoc, na které se „podílí“ i významní odborníci nejen z České republiky, ale i zahraničí.

Mezi její cíle patří³³:

1. poskytování odborného poradenství
2. vracení klientů zpět do života
3. poskytovat odbornou pomoc klientovi
4. poskytovat odbornou pomoc i klientově rodině
5. podporovat svépomocné aktivity
6. stálé zlepšování poskytované pomoci
7. podporovat medicínské pomoci
8. zlepšovat vztahy veřejnosti s nemocnými
9. šířit informace o správném stravování jako prevenci před poruchami příjmu potravy
10. spolupracovat s odborníky nejen v ČR

Je dobrovolným, zájmovým sdružením, do kterého se může přihlásit každý občan, který se nějakým způsobem podílí na plnění cílů, ať už aktivním zapojením, nebo jen pravidelnými poplatky, za které má určité bonusy. Do sdružení se však mohou přihlásit i právnické osoby, poskytující finanční pomoc. V období 2006-2008 měla Anabell dokonce svůj zpravodaj, který realizovala jako součást dřívějšího projektu. Na stránkách je možno do těchto zpravodajů stále nahlížet. Anabell poskytuje i celou řadu kontaktů, co se týče léčby (poraden a klinik), se kterými spolupracuje a na které je možno se obrátit v případě pomoci.

Anabell má své pobočky po celé České republice, v Praze, Brně, Zlíně, Ostravě, Středočeském kraji, ale i Plzni. Jelikož se nacházíme v Plzni, nebo jejím okolí, zaměříme se na pomoci poskytovanou Plzeňským centrem, které však poskytuje pouze přednáškové služby v primární prevenci. Od září minulého roku byla v rámci Anabell otevřena nová vzdělávací agentura InfoPoint. Jedná se o aktivní, názorný způsob vzdělávání určený nejen pro odborníky, který 70% svého zisku věnuje na terapeutickou činnost poruch příjmu potravy. V Plzni poskytuje InfoPoint vzdělávání mateřským, základním, středním a dokonce i vysokým školám, které o ni projeví zájem. Lektoři, kteří programy vedou, mají bakalářské nebo magisterské studium v oborech pedagogiky či psychologie. Mezi metody výuky, které InfoPoint využívá, patří hry, videoprojekce, diskuse, brainstorming a mnoho dalších. Do svého vzdělávání řadí hned pět témat. Téma jako je zdravý životní styl je

³³ Dostupné z: www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/stanovy-os-anabell

zaměřen především na děti v mateřské školce formou her a pohádek. Pro první stupeň základních škol, jsou určena hned dvě témata. První téma se týká oblasti ideálu krásy a jeho vývoje a druhé pak práci s tělem. Mezi poslední dvě témata řadíme rozvoj sebevědomí, který je určen a přizpůsoben pro všechny věkové kategorie a napomáhá posilovat sebevědomí, což je ve vztahu k poruchám příjmu potravy velice důležité. Poslední téma s názvem Poruchy příjmu potravy vykládá základní pojmy, příčiny a hrozby týkající se problémové oblasti a je opět flexibilní k věku posluchačů. Časová dotace se pohybuje od ¾ do 1 ½ hodiny, čemuž je uzpůsobena i cena pohybující se od 450 do 900 Kč plus výdaje na dopravu lektorů. Přes zřejmou odbornost a snahu členů, která je na stránkách prezentována, však nelze vyloučit, že je zde možno nalézt i nepravdivé údaje a informace.

Pro shrnutí, sdružení působí v Plzni a jejím okolí a poskytuje pomoc nemocným i jejich rodinám. Organizuje programy primární prevence mateřským, základním i středním školám, které mají pomoci předejít těmto nemocem, případně vyhledat jedince, kteří mohou PPP trpět a pomoci jim.

Dále si zde uvedeme internetový portál idealni.cz dříve pppinfo. Tento odborný, garantovaný portál vznikl v roce 2002 ve spolupráci s Mgr. Janou Kulhánkovou, Doc. Hanou Papežovou a Svépomocnou asociací pacientů s PPP. Portál poskytuje široké spektrum informací. V prvé řadě jde hlavně o vymezení samotných charakteristik nemocí a možnostech jejich léčby, které jsou podrobně popsány v článcích. Nemocní, ale i široká veřejnost zde naleznou množství odkazů na instituce poskytující pomoc. Portál zveřejňuje i právě probíhající akce jakými jsou např. terapie, kluby a pomoci nejen přímým kontaktem, ale i prostřednictvím internetu a telefonu. Portál neposkytuje jen odbornou pomoc a vymezení pojmů, ale působí pro jeho návštěvníky přátelsky. Uvádí příběhy nemocných, videa a knihy, které s problematikou souvisí, dává možnost otestovat se na PPP, a stáhnout si návrhy jídelníčků, nebo výpočet Body Mass Indexu. Což je však z pohledu laika, nebo nemocného nejcennější je diskuse. Možnost popovídat si s někým, kdo chápe vaši nynější situaci, kdo Vás nebude odsuzovat je mnohdy mnohem cennější než odborná pomoc. Zvláště pak, pokud daný člověk udělal krok k uzdravení, takový člověk totiž může i jiným pomoci. Například již jednou zmíněná Isabelle Carová, trpěla anorexií od svých 13 let, ale billboardem „NO Anorexia“ chtěla varovat mladé dívky před samozničující nemocí. Asi těžko by vzbudil obdiv, nebo např. vlnu strachu před touto nemocí, někdo s normální postavou. Díky odbornosti a velkému množství informací se portál stal nejvyhledávanějším

zdrojem informací o poruchách příjmu potravy. Je dobré také podotknout, že obsahuje velké množství informací, odkazů a dalších věcí, které chce veřejnost znát a vědět. Portál je velice přehledný, ucelený a každý v něm nalezne to, co hledá. Je tedy jakýmsi informačním „rozcestníkem“ a pomocníkem pro lidi, kteří poruchami příjmu potravy trpí, nebo těm, kteří ve svém okolí někoho s PPP mají.

Poslední, tentokrát centrum, které si uvedeme, je Jako modelka, nebo také StopPPP: Centrum založila Simona Váchalová v roce 2008. Nachází se v Domažlicích a poskytuje svou pomoc a léčbu především v okolí Plzně. Toto centrum má opět širokou působnost v rámci poruch příjmu potravy, kdy poskytuje preventivní programy pro děti, žáky a studenty mateřských, základních i středních škol. Dále vzdělává učitele, metodiky prevence a výchovné poradce. Pomoci se však v tomto centru dostane také nemocným a i jejich rodinám. Mezi jeho cíle patří podílení se na rozvoji léčebných metod v ČR, spolupráce s odborníky a prosazování svépomoci v oblasti léčby. Většina z programů, které provádějí je určena pro děti žáky a studenty, ale i pro pedagogy, výchovné poradce a další. Za časovou dotaci 2 hodin (90minut) si lektoři berou 800 Kč. A pak je zde program, určený pro školní metodiky prevence, pedagogy, výchovné poradce a další, který má danou skupinu seznámit s problematikou PPP a napomoci jim při vytváření metodických podkladů pro výuku žáků. Takový typ programu se pak pohybuje kolem částky několika tisíc a probíhá 4 hodiny (360minut). V minulém roce (říjen 2012) se uskutečnila dvoudenní konference na téma Prevence II..

V řadě takovýchto institucí nejde jen o to, poskytnout zájemcům základní informace, preventivní programy, nebo materiály, ze kterých mohou učitelé ve svých hodinách v rámci prevence čerpat. Jde také o to uvést, jak se dá pomoci těm, jež už do (v našem případě poruch příjmu potravy) „spadli“. Proto řada institucí a sdružení na svých webových stránkách, ale i v brožurách nebo pobočkách poskytují celou řadu kontaktů, které mohou nemocným pomoci. Většinou se jedná o kontakty odborné pomoci, s nimž daná instituce spolupracuje. Je už pak na nemocném, zda si mezi těmito kontakty vybere, či bude hledat pomoc dále. Klíčem je dát nemocným alespoň „vodítko“ pro to, aby věděl, kde a u koho by pomoc hledat měl. Co se týče už výše zmíněných kontaktů, existuje celá řada státních i nestátních institucí, zdravotnických zařízení a lékařské pomoci. Především to jsou linky důvěry, které najdete v každém kraji v hojném počtu, krizová centra a poradny, psychiatrické kliniky pro dospělé i děti, terapeutická střediska a psychoterapeutická centra.

Řada institucí navíc udává i kontakty na lékaře, terapeuty, psychology, psychiatry, dietní a nutriční poradce, s kterými jsou v kontaktu a kteří se dané problematice věnují. Je už pak jen na nemocném, zda této pomoci využije a pomoc kontaktuje.

Praktická část

4 Výzkumné šetření zaměřené na problematiku PPP u žáků 9. tříd tří ZŠ v okrese Plzeň-sever

Cílem této kapitoly je uvést cíle, metody a popsat výzkumný vzorek, s jehož pomocí budeme schopni odpovědět na předem sestavené výzkumné otázky, k čemuž nám pomůže dotazníkové šetření.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo sledovat problematiku poruch příjmu potravy na třech vybraných školách okresu Plzeň-sever z hlediska znalosti pojmů, pohledů na krásu, sebe sama a schopnosti rozpoznat a poskytnout pomoci nemocnému. Z tohoto cíle jsme si stanovili 3 výzkumné otázky, na které se pokusím v závěru práce odpovědět.:

1. Jaké znalosti mají žáci základních škol o poruchách příjmu potravy, které mohou vést k jejich předcházení?
 - a) Vědí žáci co je to BMI a jak funguje?
 - b) Jaké znalosti mají žáci o termínech poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie?
 - c) Jaké znalosti mají žáci o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy?
2. Jakou představu mají žáci o ideálu krásy a jaký je jejich postoj k vlastnímu tělu?
3. Vědí žáci jak rozpoznat poruchy příjmu potravy a jak poskytnou pomoc?

V první části, tedy první výzkumné otázce je pro nás prioritou sledovat výsledky mezi jednotlivými školami, ale i výsledky mezi pohlavím. V dalších částech, druhé a třetí výzkumné otázce, se však více zaměřuji na srovnávání výpovědí žáků, co se týče pohlaví nežli srovnání jednotlivých škol. Všechny tři školy jsou z podobné oblasti, nedaleko sebe, nejedná se tedy o srovnávání vesnice s městem, a tak nepovažuji za nijak zvlášť důležité srovnávat jednotlivé školy mezi sebou. K odpovědím na výše zmíněné výzkumné otázky nám bude sloužit dotazník.

4.2 Výzkumné metody

Vzhledem k nemalému počtu respondentů byla zvolena časově nejjednodušší kvantitativní metodu získávání dat, a to dotazník. Jedná se o nejznámější metodu kvantitativního výzkumu, kdy odpovídám písemnou formou na předem určené otázky. Je časově i obsahově nenáročný a jeho obsah by měl být srozumitelný pro danou věkovou

kategorii. Mezi jeho klady patří malá časová i finanční náročnost, kdy v krátkém čase dostáváme dané informace od více respondentů najednou. Mezi jeho zápory řadíme již nastavenou, neměnou formu otázek, možnost nepravdivého vyplnění ze stran respondentů a možnost záměrného vynechání některé otázky.

Pro tuto metodu jsme použili záměrný výběr, kde relativními znaky byly věk respondentů a místo, tj. výzkum probíhal na třech předem vybraných školách okresu Plzeň-sever. Dotazník je vlastní konstrukce (příloha č. 2). Na jeho začátku jsem uvedla informace o sobě, účel výsledků dotazníků a popis vyplňování společně s informací o anonymitě při vyplňování. Dotazník se skládá z 20 otázek a otázky určující pohlaví. U všech otázek se jednalo o otázky výběrové, tedy bylo možné vybrat jen z uvedených typů odpovědí, které se početně lišily. Dotazník je vyhodnocen pomocí tabulek vytvořených v MS Excelu a doplněn vlastním slovním shrnutím dosažených výsledků.

V první části, která se zabývá nejen výsledky znalostí o problematice poruch příjmu potravy mezi pohlavím, ale i výsledky jednotlivých škol byla využita možnost obodování správných odpovědí (vždy po 1 bodě) a vytvořila se tak tabulka četností. Ta v sobě mimo jiného zahrnuje jak reálnou a kumulační četnost, tak i:

- aritmetický průměr- hodnota, kterou ve vztahu k celkovému výsledku dosáhl každý ve zkoumaném vzorku
- modus (\hat{x})- hodnota, vyskytující se v souboru nejčastěji
- medián (\tilde{x})- prostřední hodnota v souboru hodnotově seřazeném
- směrodatná odchylka- odchylka od aritmetického průměru, kdy malý výsledek je považován za podobnost mezi prvky a naopak velký výsledek směrodatné odchylky značí velkou odlišnost mezi hodnotami

V dalších dvou částech, se budeme zajímat už jen o výsledky mezi pohlavím nežli škol. Kdy byla využita reálná a kumulativní četnost.

4.3 Výzkumný vzorek

Základní soubor se vztahuje na tři ZŠ v okrese Plzeň-sever, kdy výběrovým souborem, se stali žáci 9. tříd ZŠ Kralovice, ZŠ Plasy a ZŠ Kaznějov, které pod tento okres spadají. Záměrný výběr těchto tří škol mezi sebou nemá žádnou spojitost. Co se týče ZŠ Kralovice je mi blízká, protože jsem do ní devět let docházela. ZŠ Kaznějov a ZŠ Plasy, byly vybrány podle počtu žáků, kdy se kralovické škole nejvíce podobají. Školy jsou na

hlavním tahu ve směru na Plzeň a mají podobně velkou spádovou oblast. Tím se výzkum stává mnohem rozsáhlejší, co se týče rozmanitosti bydliště žáků, které se však nijak zvlášť neprojeví na výsledcích. Celkem se dotazníků zúčastnilo 70 respondentů. 34 ze ZŠ Kralovice, 19 ze ZŠ Plasy a 17 ze ZŠ Kaznějov. 33 dívek a 37 chlapců. Podrobnější rozpis počtu zúčastněných žáků podle škol, pohlaví, procentuálního, ale i celkového zastoupení si můžeme prohlédnout v tabulce číslo 3 níže.

Z výpovědí učitelů, ředitelů či zástupců 2. stupně, kteří se mnou spolupracovali při realizaci dotazníků, jsem předem věděla, že látku týkající se poruch příjmu potravy měli žáci již dávno probranou a tak by pro ně nic v dotazníku nemělo být překvapením. Dále mi bylo sděleno, že na ZŠ v Kralovicích se již v minulosti, dokonce v nedávné době, vyskytly dva případy mentální anorexie. Řada žáků z dané základní školy tak mělo možnost se s danou nemocí setkat.

Tabulka č. 3: Rozdělení výzkumného vzorku podle pohlaví a školy

pohlaví	Kralovice		Plasy		Kaznějov		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
dívky	16	47%	8	42%	9	53%	33	47%
chlapci	18	53%	11	58%	8	47%	37	53%
<i>celkem</i>	<i>34</i>	<i>100%</i>	<i>19</i>	<i>100%</i>	<i>17</i>	<i>100%</i>	<i>70</i>	<i>100%</i>

4.4 Výsledky výzkumu

Důležitou informací o výzkumu je ta, že je aplikovatelný pouze na výše zmíněné tři školy a v žádném případě jej nelze využít na školy jiné. Dotazník byl podle výzkumných otázek rozdělen do tří částí, kdy se první část zaměřuje na znalosti žáků, druhá na představy žáků o ideálu krásy a vztahu k sobě. Třetí část se pak zaměřuje na schopnosti žáků rozpoznat a umět pomoci nemocným s PPP.

My se nyní budeme věnovat první části, ve které nás bude zajímat nejen informovanost žáků vzhledem k pohlaví, ale i co se týče srovnání úrovně znalostí u jednotlivých základních škol. Do této výzkumné otázky zabývající se *znalostmi žáků ZŠ o poruchách příjmu potravy, které mohou vést k jejich předcházení*, řadíme tři podvýzkumné otázky.

Část A se zabývá znalostmi žáků o Body Mass indexu neboli BMI, s čímž souvisí otázky č. 1,2 a 3. Výsledky této části nalezneme níže v tabulkách č. 4 a 5.

Tabulka č. 4: Znalosti týkající se BMI a jeho funkci

Otázka	dívky		chlapci		celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
1. Víš, co znamená zkratka BMI?						
index míry pohybu	2	6%	0	0%	2	3%
index tělesné hmotnosti	30	91%	27	73%	57	81%
index ukazující míru tuku v těle	1	3%	10	27%	11	16%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
2. K čemu slouží BMI?						
výpočet optimální váhy vzhledem k výšce postavy	29	88%	35	94%	64	92%
výpočet energetického příjmu potravin	2	6%	1	3%	3	4%
výpočet vody v těle	2	6%	1	3%	3	4%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
3. Jaký je správný vzorec pro výpočet BMI?						
hmotnost (kg)/ výška ² (m)	7	21%	8	22%	15	22%
hmotnost (kg)/ výška ² (cm)	18	55%	20	54%	38	54%
výška ² (m)/ hmotnost (kg)	8	24%	9	24%	17	24%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%

Z výsledků vyplývá, že více jak $\frac{3}{4}$ dotazovaných, především dívky, správně odpovídali na otázku vysvětlující pojem BMI (index tělesné hmotnosti). Většina špatných odpovědí byla spojena s chlapci, kteří tvrdili, že se jedná o index ukazující míru tuku v těle. Co se týče funkce BMI, která spočívá ve výpočtu optimální váhy vzhledem k výšce postavy, všichni respondenti, až na drobné výjimky odpověděli správně. Poslední otázka této části byla zaměřena na vzorec pro výpočet BMI. Správný vzoreček (hmotnost (kg)/ výška²(m)) zvolila ani ne $\frac{1}{4}$ všech dotazovaných. Nejčastěji, tedy nadpoloviční většina žáků volila odpověď, která se od správné lišila pouze v jednotce pro výšku. Pro shrnutí se dá říci, že ani jedno pohlaví nevědělo více ani méně než druhé.

Tabulka č. 5: Znalosti týkající se BMI a jeho funkci- statistické zpracování

škola	rozdělení	četnost počtu bodů					celkem bodů		aritmetický průměr	\hat{x}	\bar{x}	směrodatná odchylka
		0	1	2	3	Σ	počet	%				
Kralovice	dívky	0	0	11	5	16	37	77%	2,31	2	2	0,46
	chlapci	0	3	11	4	18	37	69%	2,06	2	2	0,62
	celkem	0	3	22	9	34	74	73%	2,18	2	2	0,57
Plasy	dívky	0	0	7	1	8	17	71%	2,13	2	2	0,33
	chlapci	1	2	7	1	11	19	58%	1,73	2	2	0,75
	celkem	1	2	14	2	19	36	63%	1,89	2	2	0,64
Kaznějov	dívky	2	3	3	1	9	12	44%	1,33	1,5	1	0,94
	chlapci	1	0	7	0	8	14	58%	1,75	2	2	0,66
	celkem	3	3	10	1	17	26	51%	1,53	2	2	0,85

Jak je z této tabulky patrné, plného počtu bodů v této části dosáhl jen malý počet žáků stejně jako počtu nulového. Nejvíce bodů měla ZŠ Kralovice, naopak nejmenšího počtu ze všech možných dosahovala ZŠ Plasy. Aritmetický průměr se pohyboval od cca 2,3 do 1,3, kdy nejhoršího průměru dosáhly dívky ze ZŠ Kaznějov a naopak nejlepšího výsledku dosáhly dívky ze ZŠ Kralovice. Modus i medián byl u obou pohlaví všech škol 2 až na výjimku dívek ze ZŠ Kaznějov. Směrodatná odchylka u všech údajů byla nízká.

Část B se zabývá znalostmi pojmů souvisejících s poruchami příjmu potravy, s čímž souvisí otázky č. 4, 5 a 6. Výsledky této části nalezneme níže v tabulkách č. 6 a 7.

Tabulka č. 6: Znalost pojmů týkající se poruch příjmu potravy

Otázka	dívky		chlapci		celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
4. Co jsou to poruchy příjmu potravy?						
jednorázové problémy spojené s konzumací jídla	7	21%	11	30%	18	26%
závažné psychické onemocnění spojené s jídlem	26	79%	25	67%	51	73%
konzumace pouze určitých druhů jídel	0	0%	1	3%	1	1%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
5. Co je menátní anorexie?						
záchvatové přejídání, po kterém následuje vyzvrácení potravy	0	0%	8	21%	8	12%
drastická dieta nařízená lékařem	0	0%	1	3%	1	1%
odmítání potravy za účelem záměrného snížení těl. hmotnosti	33	100%	28	76%	61	87%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
6. Co je mentální bulimie?						
drastická dieta nařízená lékařem	1	3%	2	5%	3	4%
odmítání potravy za účelem záměrného snížení těl. hmotnosti	1	3%	6	16%	7	10%
záchvatové přejídání, po kterém následuje vyzvrácení potravy	31	94%	29	79%	60	86%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%

Dle výše zmíněných výsledků, týkajících se vysvětlení pojmů PPP správně ¾ respondentů ze všech odpověděli, že se jedná o psychické onemocnění spojené s jídlem. Zbylá část si chybně myslela, že se jedná o jednorázové problémy s jídlem. Vymezení pojmu mentální anorexie nedělal problém žádné z dotazovaných dívek, naopak chlapci odpověď často zaměňovali se záchvatovým přejídáním s následním zvracením, což je typické pro mentální bulimii. Podobně tomu bylo i u další otázky, kdy měli žáci objasnit pojem mentální bulimie. Tato porucha se opět žákům pletla s příznaky odmítání potravy se záměrným snižováním tělesné hmotnosti, který je spíše typický pro mentální anorexii.

Tabulka č. 7: Znalost pojmů týkající se poruch příjmu potravy- statistické zpracování

škola	rozdělení	četnost počtu bodů					celkem bodů		aritmetický průměr	\hat{x}	\tilde{x}	směrodatná odchylka
		0	1	2	3	Σ	počet	%				
Kralovice	dívky	0	0	3	13	16	45	94%	2,81	3	3	0,39
	chlapci	0	2	5	11	18	45	83%	2,50	3	3	0,69
	celkem	0	2	8	24	34	90	88%	2,65	3	3	0,59
Plasy	dívky	0	0	2	6	8	22	92%	2,75	3	3	0,43
	chlapci	2	3	4	2	11	17	52%	1,55	2	2	0,99
	celkem	2	3	6	8	19	39	68%	2,05	3	2	1
Kaznějov	dívky	0	1	2	6	9	23	85%	2,56	3	3	0,68
	chlapci	0	1	2	5	8	20	83%	2,50	3	3	0,71
	celkem	0	2	4	11	17	43	84%	2,53	3	3	0,7

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že maximálního počtu bodů dosahovalo mnohem více žáků, než tomu bylo v minulé části. Opět se potvrdilo i to, že dívky dosahovaly většího počtu bodů nežli chlapci ve všech školách. Největší počet bodů z celkového množství měla ZŠ Kralovice, naopak nejméně bodů získala ZŠ Plasy. Aritmetický průměr se pohyboval od cca 1,5 do 2,8, kdy nejlepšího výsledku dosahovaly dívky ze ZŠ Kralovic. Nejnižší průměr měli chlapci ze ZŠ Plasy. Modus i medián se ve skoro všech případech pohyboval v hodnotě 3. Směrodatná odchylka byla u všech údajů nízká až na celkové výsledky plaské školy, kdy se od sebe bodové výsledky lišily jen minimálně.

Poslední část C se zabývá znalostmi žáků o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy, s čímž souvisí otázky č. 7. a 8. Výsledky této části nalezneme níže v tabulkách č. 8 a 9.

Tabulka č. 8: Znalosti o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy

Otázka	dívky		chlapci		celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
7. Jaké důsledky/ špatný vliv mohou mít poruchy příjmu potravy na naše zdraví?						
ztráta zraku, ztráta chuťových buněk, hluchota	2	6%	4	11%	6	9%
narušení zubní skloviny, řídnutí kostí, neplodnost	24	73%	23	62%	47	67%
snížení inteligence a odumírání některých částí těla	7	21%	10	27%	17	24%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
8. Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?						
psychoterapie, nutriční a dietní poradenství	33	100%	36	97%	69	99%
chirurgické zákroky	0	0%	1	3%	1	1%
nalezením nové vizáže pacienta (styl oblékání...)	0	0%	0	0%	0	0%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%

Z výsledků vyplývá, že pouze nadpoloviční většina ví, co PPP způsobují (poškození zubní skloviny, řidnutí kostí a neplodnost). Významná část si mylně myslí, že PPP snižují inteligenci a odumírají některé části těla. Úplně poslední otázka této části poukázala, že až na jednoho chlapce, všichni správně určili nutnost léčit PPP psychoterapiemi, nutričním nebo dietním poradenstvím.

Tabulka č. 9: Znalosti o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy- statistické zpracování

škola	rozdělení	četnost počtu bodů				celkem bodů			aritmetický průměr	\hat{x}	\bar{x}	směrodatná odchylka
		0	1	2	Σ	počet	%					
Kralovice	dívky	0	6	10	16	26	81%	1,63	2	2	0,48	
	chlapci	0	5	13	18	31	86%	1,72	2	2	0,45	
	celkem	0	11	23	34	57	84%	1,68	2	2	0,47	
Plasy	dívky	0	2	6	8	14	88%	1,75	2	2	0,43	
	chlapci	1	4	6	11	16	73%	1,45	2	2	0,66	
	celkem	1	6	12	19	30	79%	1,58	2	2	0,59	
Kaznějov	dívky	0	1	8	9	17	94%	1,89	2	2	0,31	
	chlapci	0	4	4	8	12	75%	1,50	1,5	1,5	0,5	
	celkem	0	5	12	17	29	85%	1,71	2	2	0,46	

Z tabulky vyplývá, že žáci dosahovali z větší části plného počtu bodů. Nejvíce bodů nasbíraly opět dívky, až na výjimku ZŠ Kralovice, kde tentokrát měli větší počet bodů chlapci. V této části, dosahovali všichni žáci a tedy i školy nižšího počtu bodů. Navíc se celkové výsledky škol od sebe nelišily tolik jako v předchozích částech. Aritmetický průměr, který v tomto případě mohl být maximálně 2, se pohyboval od cca 1,5 do 1,9. Nejlepšího výsledku dosahovaly dívky ze ZŠ Kaznějov. Nejhorší výsledky pak byly u chlapců ze ZŠ Plasy. U modu i mediánu, byla naměřena hodnota 2, až na výjimku chlapců ze ZŠ Kaznějov. Naměřené směrodatné odchylky pak měly opět nízké hodnoty.

Tabulka č. 10: Znalosti žáků o poruchách příjmu potravy- statistické zpracování

škola	rozdělení	body v části A,B,C			celkový bodů		aritmetický průměr	směrodatná odchylka
		1	2	3	Σ	%		
Kralovice	dívky	37	45	26	108	84%	6,75	0,83
	chlapci	37	45	31	113	78%	6,28	1,15
	celkem	74	90	57	221	81%	6,50	1,04
Plasy	dívky	17	22	14	53	83%	6,63	0,99
	chlapci	19	17	16	52	59%	4,73	1,42
	celkem	36	39	30	105	69%	5,53	1,57
Kaznějov	dívky	12	23	17	52	72%	5,78	1,31
	chlapci	14	20	12	46	72%	5,75	1,09

	celkem	26	43	29	98	72%	5,76	1,21
celkem		136	172	116	424	76%	6,06	1,32

Pokud shrneme všechny tabulky se statistickým zpracováním (tedy budeme hodnotit celou první část), zjistíme, že nejvíce bodů získala ZŠ Kralovice a naopak nejméně bodů získala ZŠ Plasy. Aritmetický průměr se pohyboval cca od 4,7 do 6,8. Nejmenší průměr patří chlapcům z plaské školy a největší dívkám ze školy kralovické. Co se týče směrodatné odchylky, ta se nám podstatně zvýšila především u ZŠ Plasy, ale i přesto nedosahuje markantních hodnot.

U následujících výzkumných otázek číslo 2. a 3., se již nebudeme zabývat výsledky jednotlivých škol, jak tomu bylo u první výzkumné otázky, kdy jsme zároveň zjišťovali, jak školy informují a učí své žáky o znalostech souvisejících s PPP. Tentokrát nám postačí porovnání názorů mezi pohlavím, neboť školy jsou si takřka podobné a tak by jejich srovnání nepřineslo žádné podstatné výsledky. Druhá výzkumná otázka, kterou jsme zkoumali, byla: *Jakou představu mají žáci o ideálu krásy a jaký je jejich postoj k vlastnímu tělu?*, s čímž souvisí otázky č. 9 až 15.

Tabulka č.11: Představa žáků o ideálu krásy a postoj k vlastnímu tělu

Otázka	dívky		chlapci		celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
9. Držíš nebo držel(a)s dietu kvůli obavám z tloušťky?						
ano, ale dietu držím ze zdravotních důvodů	1	3%	0	0%	1	1%
ano, 1-2krát jsem dietu držela	6	18%	2	5%	8	12%
ano, dietu jsem držela více jak 2krát	5	15%	5	14%	10	14%
ne, nikdy jsem dietu nedržela	15	46%	27	73%	42	60%
ne, ale ráda bych to zkusila	6	18%	3	8%	9	13%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
10. Jak často se vážíš?						
více jak 1x za den	0	0%	0	0%	0	0%
1x za den	6	18%	2	5%	8	11%
1x za týden	6	18%	5	14%	11	16%
1x za měsíc	13	40%	19	51%	32	46%
nevážím se	8	24%	11	30%	19	27%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
11. Jaký máš vztah ke svému zevnějšku?						
kladný	4	12%	12	32%	16	23%
spíše kladný	4	12%	11	30%	15	21%
někdy kladný, jindy záporný	23	70%	11	30%	34	49%
spíše záporný	2	6%	3	8%	5	7%

záporný	0	0%	0	0%	0	0%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
12. Posuzuješ ostatní podle toho, jak vypadají? (štíhlost= úspěch,oblíba , tloušťka= neúspěch)						
ano	0	0%	0	0%	0	0%
jak kdy	9	27%	11	30%	20	29%
nevím	1	3%	8	21%	9	13%
ano posuzuji, ale se vzhledem to nemá spojitost	8	24%	7	19%	15	21%
ne	15	46%	11	30%	26	37%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%
13. Kdybys mohl(a) na svém vzhledu něco změnit, co by to bylo? (možno zaškrtnout více odpovědi)						
obličej	8	24%	9	24%	17	24%
prsa	10	30%	2	5%	12	17%
břicho	14	42%	16	43%	30	43%
boky	12	36%	2	5%	14	20%
zadek	17	52%	2	5%	19	27%
stehna	23	70%	7	19%	30	43%
jiné	3	9%	2	5%	5	7%
nechci nic menit, mám se rád takový, jaký jsem	1	3%	17	46%	18	26%
14. Jak podle Tebe vypadá ideál krásy?						
výběr dívek	žena		muž			
	četnost	%	četnost	%		
podvíživa	8	24%	5	15%		
normální váha	24	73%	26	79%		
nadváha	1	3%	2	6%		
obezita 1. a 2. stupně	0	0%	0	0%		
extrémní obezita	0	0%	0	0%		
<i>celkem</i>	33	100%	33	100%		
výběr chlapců						
podvíživa	7	19%	3	8%		
normální váha	29	78%	32	86%		
nadváha	1	3%	1	3%		
obezita 1. a 2. stupně	0	0%	0	0%		
extrémní obezita	0	0%	1	3%		
<i>celkem</i>	37	100%	37	100%		
15. Myslíš, že bys pak byl(a) se sebou více spokojen(a)?						
ano	12	37%	12	32%	24	34%
spíše ano	9	27%	8	22%	17	24%
nevím	10	30%	14	38%	24	34%
spíše ne	1	3%	0	0%	1	2%
ne	1	3%	3	8%	4	6%
<i>celkem</i>	33	100%	37	100%	70	100%

Z výsledků vyplývá, že držení diet ve zkoumaném vzorku není tak časté, jak jsme se předem obávali. Dokonce se dá říci, že největší počet především chlapců, ale i dívek dietu nikdy nedrželo. Celá $\frac{1}{4}$ dotazovaných se s držením diet již někdy setkala, někteří ji dokonce drželi více jak dvakrát. Rozhodně se nejedná jen o dívky „dietářky“. Vyskytuje se zde i celkem podobný počet chlapců, kteří také dietu drželi. Ne příliš hezkým výsledkem je i to, že větší počet dívek by rádo držení diet vyzkoušelo. Pozitivních výsledků jsme dosáhli v častosti vážení, kdy většina obou pohlaví uvedla, že se váží jednou do měsíce nebo takřka vůbec. Velmi malý počet dotazovaných (především dívek) je těch, jež se váží jednou či opakovaně během dne. Povětšinou kladný vztah ke svému zevnějšku má skoro $\frac{1}{2}$ všech dotazovaných, kdy se hlavně jednalo o chlapce. Druhá polovina pak uváděla odpověď proměnlivého vztahu k vlastnímu zevnějšku, kterou naopak preferovaly spíše dívky. Zcela minimální procento dotazovaných uvedlo spíše záporný vztah, nikdo však neuvedl, že by se úplně odsuzoval. Co se týče „hodnocení“ lidí podle vzhledu, z prvního pohledu je patrné, že ač jsou výsledky celkem podobné, přesto většina dotazovaných osobnost člověka podle vzhledu nehodnotí. Velký rozpor mezi oběma pohlavím nastal ve chvíli, kdy byla možnost vybrat si, co by na sobě respondenti rádi změnili. Je zcela patrné, že skoro $\frac{1}{2}$ chlapců by na sobě nic měnit nechtěla, což se však nedá říci o dívkách, které se této odpovědi takřka vyhýbaly. Rády by na sobě totiž změnily především oblast stehna a zadek. U chlapců to bylo naopak břicho, v čemž se s dívkami procentuálně shodují. Jednoznačných výsledků jsme dosáhli v názorech na ideál krásy, kdy jsme respondentům předložili škálu různých ženských i mužských postav, ze kterých měli vybírat, jak podle nich vypadá ideál krásy. Ty jsme poté (podle BMI) rozdělili do 5 skupin přesně tak, jak bylo uvedeno na staženém originálu obrázku (viz příloha č. 1). Nejčtenější počet všech odpovědí (cca $\frac{3}{4}$) jsme zaznamenali u normální váhy žen i mužů. Zbývající počet odpovědí se objevil u podvýživy jako ideálu krásy, kdy shodně všichni respondenti dávali přednost podvyživeným ideálům ženské postavy. Pokud by respondenti nějak svůj vzhled změnili, cca $\frac{1}{2}$ uvedla, že by se sebou pak byla více spokojena. Velký počet dotazovaných by si však i přes změnu nebyl jist vlastní spokojeností.

Třetí a tedy i poslední výzkumná otázka, kterou jsme zkoumali, byla: *Vědí žáci jak rozpoznat PPP a jak poskytnout pomoc?*, s čímž souvisí otázky č. 16 až 20.

Tabulka č.12: Schopnost rozpoznat poruchy příjmu potravy a umět poskytnout pomoc

Otázka	dívky		chlapci		celkem	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
16. Myslíš, že bys poznal, kdyby někdo ve tvém okolí trpěl poruchami příjmu potravy?						
ano	12	37%	11	30%	23	33%
spíše ano	11	33%	15	41%	26	37%
nevím	10	30%	9	24%	19	27%
spíše ne	0	0%	0	0%	0	0%
ne	0	0%	2	5%	2	3%
<i>celkem</i>	<i>33</i>	<i>100%</i>	<i>37</i>	<i>100%</i>	<i>70</i>	<i>100%</i>
17. O kolika lidech z tvého okolí si myslíš, že trpí poruchami příjmu potravy?						
nikdo	8	24%	11	30%	19	27%
1-2	14	43%	12	32%	26	37%
3-5	5	15%	1	3%	6	9%
6 a více	0	0%	0	0%	0	0%
nevím	6	18%	13	35%	19	27%
<i>celkem</i>	<i>33</i>	<i>100%</i>	<i>37</i>	<i>100%</i>	<i>70</i>	<i>100%</i>
18. Kdybys zjistil, že tvůj kamarád(ka) trpí poruchami příjmu potravy, co bys s tím dělal?						
neřešil bych to, jeho věc	1	3%	11	30%	12	17%
neřešil bych to, ale v myšlenkách by mě to trápilo	3	9%	3	8%	6	9%
domluvil bych mu ať jí a dál bych se tím nezabýval	3	9%	12	32%	15	21%
snažil bych se mu sám pomoci (hledáním informací..)	21	64%	3	8%	24	34%
řekl bych to učitelí, výchovnému poradci, rodičům	5	15%	8	22%	13	19%
<i>celkem</i>	<i>33</i>	<i>100%</i>	<i>37</i>	<i>100%</i>	<i>70</i>	<i>100%</i>
19. Kdyby jste ty nebo tvůj známý trpěli PPP a chtěli byste se léčit, kde budete hledat pomoc? (možno zaškrtnout více odpovědí)						
internet, televize (pořady k tématu)	15	45%	20	54%	35	50%
knížky, časopisy	2	6%	3	8%	5	7%
rodina, kamarádi	17	52%	14	38%	31	44%
výchovný poradce, lékař	23	70%	20	54%	43	61%
organizace zabývající se poruchami příjmu potravy	16	48%	14	38%	30	43%
jiné	1	3%	3	8%	4	6%
20. Znáš nějaké instituce, organizace, internetové portály, které se zabývají PPP?						
ano	8	24%	4	11%	12	17%
nejsme si jistý, ale asi ano	8	24%	8	22%	16	23%
některé znám, ale nevím, jestli se zabývají i PPP	8	24%	2	5%	10	14%
nevím	5	16%	10	27%	15	22%
ne	4	12%	13	35%	17	24%
<i>celkem</i>	<i>33</i>	<i>100%</i>	<i>37</i>	<i>100%</i>	<i>70</i>	<i>100%</i>

Z výsledků vyplývá, že dívky by poruchy příjmu potravy v populaci poznaly spíše nežli chlapci, přesto rozdíl mezi nimi není tak velký. Přibližně ¾ uvedly, že by poruchy příjmu potravy poznaly, zbývající část si nebyla jista. Poměrně vysoký počet respondentů

(především dívek) uvedl, že zná nejen 1-2 případy poruch příjmu potravy, ale dokonce 3-6 případů. Druhá polovina dotazovaných buď nikoho nezná, nebo neví o tom, že by někdo v jejich okolí poruchami příjmu potravy trpěl. V situaci, kdy by bylo třeba pomoci kamarádovi, který trpí PPP z dotazovaného šetření vyplývá, že nadpoloviční většina dívek by se snažila pomoci hledáním informací. Chlapci nejvíce vybírali možnost domluvit kamarádovi a víc se situací nezabývat nebo dokonce věc vůbec neřešit. Většina dotazovaných by v případě potřeby hledala pomoc nejčastěji u výchovného poradce, lékaře nebo prostudováním internetu či pořadů v televizi. Všechny vypsané možnosti měly velké procentuální zastoupení pohybující se kolem \pm poloviny až na dvě možnosti. První bylo hledání v tištěné formě (časopisy, knížky) a další pak jiné možnosti. Posledním vyhodnocením byly znalosti odborné pomoci nejen pro nemocné s poruchami příjmu potravy. Z celkového pohledu jsou výsledky rovnoměrně rozloženy do všech odpovědí a tak se dá ve stručnosti říci, že 2/5 dotazovaných si myslí, že některé pomoci znají, další 2/5 dotazovaných pomoci naopak neznají nebo nevědí. Zbývající část si není jistá, zda pomoc kterou zná, se vztahuje i na poruchy příjmu potravy. Chlapci přiznali, že o odborné pomoci vědí mnohem méně než dívky.

4.5 *Shrnutí výsledků výzkumu a diskuse*

V této části se pokusíme odpovědět na předem stanovené výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla: *Jaké znalosti mají žáci základních škol o poruchách příjmu potravy, které mohou vést k jejich předcházení?* Tato výzkumná otázka se navíc dělí na tři podvýzkumné otázky, které jsme označili písmeny A, B a C.

Podotázka A zní: *Vědí žáci co je to BMI a jak funguje?* Přestože z výsledků je patrné, že žáci vědí co zkratka BMI znamená a k čemu slouží, spočítat už ji umí jen málokterý žák. Ze statistického hodnocení lze snadno vyčíst, že u většiny respondentů právě tato odpověď ovlivnila největší část celkových výsledků (většina dosahovala 2 ze 3 možných bodů). Celkové výsledky poté ukázaly, že žáci z kralovické ZŠ dosáhli nejlepších výsledků, tedy $\frac{3}{4}$ z možných bodů. Naopak nejhůře na tom byla ZŠ Kaznějov, která dosáhla pouze $\frac{1}{2}$ z možných bodů. Napadají mě pouze dvě varianty, které mohly výsledky ovlivnit: buď žáci opravdu vůbec nevědí, jak se BMI počítá a pouze odpověď odhadli, nebo pro ně odpovědi byly matoucí, což je však v tak velkém počtu špatných odpovědí méně pravděpodobné.

Dále tu máme podotázku B, která zní: *Jaké znalosti mají žáci o termínech poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie?* Myslím, že $\frac{3}{4}$ znalost žáků o

poruchách příjmu potravy nebyla překvapením a bohužel nejsou nijak zvlášť dobré. Co se týče vymezení mentální anorexie a bulimie, zde byl asi hlavní problém to, že žáci, ale i dost velká část populace, si tyto dvě nemoci plete. Ovšem vzhledem k tomu, že část respondentů neví ani co jsou to PPP, je pravděpodobné i to, že pouze odpověď odhadli. Ze statistického vyhodnocení plyne, že velká část dosáhla plného počtu bodů, a tak se i celkové výsledky škol pohybovaly od 68 do 88% úspěšnosti, kdy nejlépe na tom byla ZŠ Kralovice a nejhůře ZŠ Plasy. Dle výsledků jsou na tom žáci, co se týče terminologie velmi dobře.

Přicházíme k poslední otázce C, která zní: *Jaké znalosti mají žáci o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy?* Tyto výsledky svým způsobem dopadly nejlépe, ale zároveň nejhůře. Přestože 99% všech zúčastněných vědělo, jak PPP léčit, o důsledcích toho věděli už podstatně méně. Přisuzuji to hlavně výuce, kdy je důležité žákům předávat informace týkající se především terminologie, prevence a pomoci nežli důsledkům, které mohou nastat. Výsledky jednotlivých škol byly skoro srovnatelné, avšak nejlépe na tom byla ZŠ Kaznějov, která o jediné procento „zvítězila“ nad ZŠ Kralovice. Dalo by se říci, že žáci mají výborné znalosti v oblasti léčby, ale poněkud zanedbané znalosti ohledně důsledků na zdraví nemocných.

Z celkového pohledu na všechny otázky a jejich odpovědi, což ukazuje i tabulka č. 10 plyne, že nejlépe co se týče informovanosti žáků je na tom ZŠ Kralovice (81% úspěšnosti) a nejhůře pak ZŠ Plasy, která dosáhla pouhých 69 % bodů. Celkové výsledky také ukázaly, že každý žák dosahoval průměrného počtu 6 bodů (z možných 8), což bylo v celém shrnutí vyčísleno jako $\frac{3}{4}$ znalost žáků o pojmech týkajících se PPP. Přestože žáci v některých otázkách jako je například BMI často chybovali, dosáhli velmi dobrých výsledků. Nebylo by na škodu, kdyby dnes tak probíranou a hodně rozšířenou problematiku PPP u mladé populace, více zařadit do vyučování.

Druhou výzkumnou otázkou, kterou jsme se zabývali, byla: *Jakou představu mají žáci o ideálu krásy a jaký je jejich postoj k vlastnímu tělu?* Předpojatost o tom, že štíhlá postava je spojena s úspěchem, oblibou a spokojeností nežli u postavy silnější se prokázala u více jak $\frac{1}{4}$ žáků. V oblasti určení ideálu krásy velká část volila osoby s normálním typem váhy, přesto se zde vyskytla i část respondentů, která vidí ideál v podvýživě, především ženského pohlaví. Jak v otázce diet, tak v otázce vážení se našla většina těch, jež na první pohled nemusí být ohroženi, ale i těch, kteří se mohou projevit jako potencionální nemocné

PPP. K tomuto tvrzení záhy přispívá i další otázka, kde jsme se otevřeně ptali žáků a chtěli vědět, jaký vztah ke svému tělu mají. Zde už se projevuje, že ne každý je se sebou spokojen a tak žáci (především to byly dívky) často volili odpověď poskytující jak kladný tak záporný pohled na své tělo. Z čehož plyne a později se i projevuje fakt, že by na sobě velká část ráda něco změnila. Jedná se především o dívky. ½ chlapců by na sobě nic měnit nechtěla. Jelikož bylo možno zaškrtnout víc odpovědí, výsledkem bylo, že každá dívka volila 2,6 odpovědi a každý chlapec 1,5 odpovědi. Tedy nikdo by na sobě neměnil jen jedinou věc. Nejvíce vybranými oblastmi změny byly právě ony rizikové partie (břicho, zadek, stehna), které se v průběhu dospívání mění a které velkou částí také přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy. Změny už by podle tvrzení přinesly větší spokojenost, než aktuální stav.

Z celé výzkumné otázky je zřejmé, že dnešní mládež je médií a ideálem krásy ovlivněna. Z našeho výzkumu plyne, že ideál krásy žáci vidí v normální postavě, což je považováno za ideální. Postoj k vlastnímu tělu, je kladný nebo ve větším množství případů půl napůl. Pokud dáme žákům možnost nějaké změny svého zevnějšku, rádi ji využijí a s výsledkem budou mnohem spokojenější než se současným stavem. Z čehož vyplývá, že žáci zřejmě nejsou se svým vzhledem až tak spokojeni. Především se jedná o dívky, které jak je známo, PPP podléhají mnohem častěji než chlapci. Mládež je ovlivněna médií a prostředím ve kterém žijí. A tak, aby se dospělo k nápravě, bylo by zapotřebí změnit dnes štíhlý ideál krásy, který mladou populaci ovlivňuje, ale působit i tak, abychom mládež k PPP „nedohnali“. Pouze zvýšení informovanosti o PPP ve škole a prostřednictvím preventivních programů nebude nikdy dostačujícím.

Poslední výzkumnou otázkou, kterou jsme se zabývali, byla: *Vědí žáci jak rozpoznat poruchy příjmu potravy a jak poskytnou pomoc?* Dle tvrzení žáků vyplývá, že skoro ¾ si myslí, že by člověka s PPP poznala. Avšak zůstává otázkou, zda se na tento jejich čistý úsudek lze spoléhat. Pokud se vrátím k 1. výzkumné otázce, kdy žáci přibližně na ¾ otázek odpověděli správně, usuzuji, že žáci o PPP znalosti mají. Výsledek se však může odvíjet i od toho, že někteří s nemocnými přišli do kontaktu. Opět se jedná o podobný počet respondentů. Otázka pomoci zřejmě dost závisí na ochotě. I přesto, že velká část by se nemocnému snažila pomoci buď vlastní pomocí při hledání informací nebo pomocí skrze učitele nebo rodiče. Našla se i taková část, která by raději vůbec věc neřešila. Je zarážející, že někdo může být tak „chladný“ ke zdraví druhých. Vždyť pouhé promluvení do duše

může zachránce přinést lepší pocit sobě i přesto, že to pravděpodobně ničemu nepomůže a nemocný bude i nadále dělat dál to, co dělá. Možná, k této chladnosti mohou žáci mít důvod, například že se s člověkem neznají, nebo neradi řeší cizí problémy. Příčin může být spousta. Pokud by však už žáci pomoc hledat měli, nejčastěji by se obraceli na internet a televizi, což je v dnešní době největším proudem informací. Nebo na odbornou pomoc v podobě lékaře či výchovného poradce. Co se však týče odborné pomoci specializované přímo na PPP, řada žáků vůbec netuší, kam je v případě potíží možnost se obrátit. K tomu se dá říci jediné, že pokud mi my sami nebo někdo z našich blízkých není nemocný, tak se o žádnou pomoc starat nebudeme. V opačném případě budeme mít o specializované pomoci větší přehled.

Celou tuto otázku bych zhodnotila tak, že určitě větší část respondentů je schopna PPP rozpoznat, už díky tomu, že s nemocnými někdy do kontaktu přišla. Otázka pomoci pak hodně závisí na ochotě a schopnosti umět pomoci druhému, kdy i přesto, že žáci neznají některé instituce poskytující pomoc, dovedou se dobře dostat k informacím. Kde si pak mohou vše o nemoci zjistit. Je už pak jen na nich, jestli pomoc opravdu poskytnou nebo budou jen nečinně přehlížet. K informacím se může dostat kdokoli a všichni jsou pak schopni pomáhat. Záleží už jen na nich a jejich osobnosti, zda někomu pomohou či nikoli.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo nejen popsat poruch příjmu potravy a všeho co s nimi souvisí, ale i prevence prostřednictvím vyučovacího předmětu Výchovy ke zdraví i různých programů a projektů. V praktické části jsem se snažila zjistit znalosti žáků o problematice poruch příjmu potravy, jejich představy o kráse a zároveň postoj, který mají sami k sobě. V poslední části se zjišťovalo, jakou mají respondenti schopnost rozpoznat a poskytnout pomoc nemocnému.

Z výsledků, které byly sesbírány prostřednictvím dotazníků, vyplývá, že žáci jednotlivých škol, co se týče vědomostí, mají odlišné výsledky. Nedá se říci, že se jedná o výsledky vynikající, ale ani ne kritické. O něco větší přehled mají dívky, asi to bude i tím, že problematika PPP se týká především jich a tak jsou okolím, ale možná i vlastní snahou o problematice více informovány. Co se týče ideálu krásy a postoji k vlastnímu tělu, žáci mají většinou shodný názor na normální typ postavy jako ideál krásy. Bohužel je zde i názor, že by ideál především ten ženský, měl být podvyživené postavy. Zde je jasné, že vliv médií stále pracuje a ovlivňuje mladou generaci perfektními postavami dívek a žen v časopisech, reklamách, filmech a dalších. Je pak zcela pochopitelné i to, že k sobě mladí budou natolik kritičtí, že nebudou schopni jednoznačně prohlásit spokojenost nad vlastní postavou. Řada respondentů je schopna uvést toto prohlášení, ale až po tom, co na sobě změní nejednu věc ať už to je břicho, stehna nebo zadek. Schopnost rozpoznat nemocné s PPP je do značné míry ovlivněna osobní zkušeností žáků, kdy většina už nějakým způsobem přišla do styku s někým „nemocným“. V opačném případě si žáci nejsou jisti svými schopnostmi, které by měly plynout i z vědomostí, zda by PPP u člověka rozpoznali. Pomoci by většina poskytovala vlastními silami nebo s pomocí dalších osob. Především tomu tak je u dívek, chlapci by raději věc neřešili a přešli to. Nevím, zda to je v povaze chlapců a mužů, že se neradi pletou do cizích věcí na rozdíl od dívek a žen. V tomto případě, kdy někdo může být až v bezprostředním ohrožení života, by se však měli nejen chlapci, ale i ostatní více zamyslet. Pouhé, ve většině případů nejčastější, hledání informací prostřednictvím internetu nebo s pomocí lékaře, může záchránce najít i celou řadu specializovaných institucí, které dokážou nemocnému pomoci. On sám si pak může připsat zásluhu za záchranu života nebo alespoň zabránění vážnému poškození zdraví nemocných.

Díky bakalářské práci jsem měla možnost lépe proniknout do problematiky poruch příjmu potravy, a možnostech její prevence. Jednak v rámci předmětu Výchova ke zdraví, ale i prostřednictvím dalších institucím a sdružením, které uskutečňují kroky v prevenci. Zároveň jsem měla možnost zhodnotit, znalosti, postoje a způsoby chování žáků 9. tříd a mohla si utvořit vlastní názor:

Poruchy příjmu potravy jsou a byly vždy problémem především mladých lidí. I když statistiky udávají nižší počet nemocných. Rok od roku se věková hranice vzniku nemoci snižuje. Je důležité na tuto věkovou kategorii působit preventivně, což je především úkolem škol, ale i rodičů a celé společnosti. Bohužel, dle mého názoru se školy moc dobře nezhostily prevence v oblasti poruch příjmu potravy. V hodinách výchovy ke zdraví se poruchám výživy věnují pouze okrajově a dle dotazníků, které jsem rozdala, si o této problematice zase tak moc věcí neodnesou. Stále jsou více aktuální jiná riziková chování, jako je například šikana, záškoláctví a především drogová prevence a právě na tyto riziková chování si školy objednávají preventivní programy. Poruchy příjmu potravy, ale i jiná riziková chování stojí v povzdálí. Více se o nich žáci mohou dozvědět tak akorát z malého letáčku na nástěnce, nebo z vlastní touhy po informacích.

Doufám, že tato práce bude přínosem pro veřejnost, co se týče informovanosti nejen o předmětu Výchova ke zdraví, ale i o poruchách příjmu potravy, prevenci a možnostech pomoci. Učitelům pak přinese nový náhled na problematiku poruch příjmu potravy a důležitost její prevence ve škole prostřednictvím programů/projektů. Ale především vlastní angažovaností a vzděláváním učitelů v oblastech prevence rizikového chování, kdy budou do hodin zařazovat různé aktivity, které budou na žáky působit jako prevence.

Resumé

Tato bakalářská práce se zabývá tématem „Výchova ke zdraví jako prevence mentální anorexie a bulimie“, které je rozděleno do 4 kapitol. Jak je patrné zaměřuje se především na problematiku mentální anorexie a mentální bulimie, jimž je věnována první kapitola. O poruchách příjmu potravy se v rámci školy můžeme setkat v novém vyučovacím předmětu Výchovy ke zdraví, který je samostatně vyučován na druhém stupni základních škol. Tato problematika je probrána ve druhé kapitole. Teoretická část je zakončena třetí kapitolou zabývající se možnostmi prevence nebo například pomoci, která nemusí být řešena jen prostřednictvím školy. Dalšími, které mohou pomoci, jsou některé z institucí, organizací a dalších.

Čtvrtá kapitola je tvořena praktickou částí, která se zaměřuje na žáky devátých tříd třech vybraných základních škol v okrese Plzeň-sever. Výzkumné šetření je řešeno formou dotazníků, kdy si odpovídáme na hned několik výzkumných otázek. Jedná se především o zkoumání úrovně znalostí žáků o pojmech souvisejících s poruchami příjmu potravy. Dále se zjišťuje představa žáků o ideálu krásy, postoj k vlastnímu tělu, schopnost rozpoznat a umět pomoci nemocným s PPP. Vzájemně jsou mezi sebou srovnány odpovědi dívek a chlapců, navíc u první výzkumné otázky mezi sebou porovnávané i školy.

Summary

This bachelor thesis deals with the theme of “Health education as prevention of anorexia nervosa and bulimia“ which is divided into four chapters. It is evident that it is focused primarily on the issue of anorexia nervosa and bulimia nervosa, which is devoted to the first chapter. There is a new school subject about health education which is taught separately in secondary schools, in which can be informed about eating disorders. This issues is discussed in the second chapter. The theoretical part is concluded in the third chapter which is dealing with the possibilities of prevention or examples of assistance that may not be solved only through school. Others which can help, are some of the institutions and organizations.

The fourth chapter is consisted of a practical part which focuses of pupils of ninth-grade of free selected primary schools in the district of Plzeň-sever. The survey is formed in the form of questionnaires, in which we answer to several research questions. It is primarily about exploring the level of students’ knowledge of concepts related to eating disorders. Furthermore is discovered the idea of students about the ideal of beauty, the attitude to their own body, the ability to recognize and be able to help patients with eating disorders. There are mutually compared responses between girls and boys, moreover the first research question are compared also between schools.

Seznam literatury

BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: SZN, 1960.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvaty přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

ČABALOVÁ, Dagmar. *Vybrané kapitoly z pedagogiky: Studijní texty pro pedagogické asistenty*. Plzeň: 2006.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví- Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAVLÍNOVÁ, Miluše. (ed.) *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-263-7.

HOLČÍK, Jan, *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, 2009, ISBN 978-80-7392-089.0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KANTOR, Milan. *Výchova ke zdraví: Poznámky pro budoucí učitele*. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 1994. ISBN 80-7043-113-X.

KOMÁREK, Lumír. *Národní program zdraví: projekty podpory zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. ISBN 80-7071-205-8.

KREJČÍ, Milada, BÄUMELTOVÁ, Milada. *Týdny zdraví ve škole*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001. ISBN 80-7040-507-4.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. (ed.) *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

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

MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar. (ed.) *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAŇÁK, Josef., ŠVEC, Vlastimil. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

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

Internetové zdroje

ABZ slovník cizích slov [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2013-02-07] Dostupné z WWW:<<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>

Infogram- Portál pro podporu informační gramotnosti [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2013-02-07]. Dostupné z WWW:<<http://www.infogram.cz/article.do?articleId=1517>>

JEŘÁBEK, Jaroslav, TUPÝ, Jan. *Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. Praha: VÚP, 2007, [cit. 2012-07-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavaniskolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

KUBRICHOVÁ, Lenka, TUPÝ, Jan. *Fórum výchovy ke zdraví: příručka pro učitele* [online]. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP, 2004, [cit. 2012-06-19]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/forum-vychovy-ke-zdravi-prirucka-pro-ucitele>

Metodický portál- inspirace a zkušenosti učitelů [online]. Datum vydání 29.1.2008 [cit. 2012-09-11]. Dostupné z WWW:<<http://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/1932/vychova-ke-zdravi/-v-ucebnich-osnovach-svp-aktualizovana-verze.html>>

Občanské sdružení Anabell [online]. Datum vydání 7.10.2002, revize 25.9.2006. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z WWW:< <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/stanovy-os-anabell>>

Občanské sdružení Anabell [online]. Dostupné z: < www.anabell.cz>

Osobnostní a sociální výchova: vzdělávací programy pro učitele a žáky (projekt Odyssea) [online]. Dostupné z: < www.odyssea.cz>

Osobnostní a sociální výchova: vzdělávací programy pro učitele a žáky [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z WWW:< <http://www.odyssea.cz/metodiky-osv.php?cast=ocekavane-vystupy-osv>>

Pedagogicko psychologická poradna Plzeň [online]. Dostupné z: < www.kapezet.cz>

PERNICOVÁ, Hana. *Ratolesti podpora zdraví ve školách ČR: Informační příloha. Průvodce výchovou ke zdraví* [online]. 2005, č. 4 [cit. 2013-02-25]. s. 1-3. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zdrava-skola.html>

Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí [online]. Dostupné z: < www.idealni.cz>

Prevence nemocí a podpora zdraví- Portál pro vědecky podloženou prevenci a zdravý životní styl [obraz]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2012-10-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?/name=Content&pa=showpage&pid=5>>

River centre clinic [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2012-08-02]. Dostupné z WWW:< <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://www.river-centre.org/staff2.htm>>

Stop PPP [online]. Dostupné z: < www.jakomodelka.cz>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Datum vydání 21.12.2012 [cit. 2013-01-21]. Dostupné z WWW:< <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zar>>

Výchova ke zdraví [online]. Datum vydání ani revize není k dispozici. [cit. 2013-02-07]. Dostupné z WWW:< <http://www.ppt2txt.com/r/81757882/>>

World Health Organization- Kancelář WHO v České republice [online]. Datum vydání 13.12.2011 [cit. 2012-09-24]. Dostupné z WWW:< <http://www.who.cz/index.php/zaklinfo>>

Seznam grafů, obrázků a tabulek

Graf č. 1: Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami F50.0- F50.9 podle věkových skupin v roce 2006 a 2011

Obrázek č. 1: Pyramida zdravé výživy

Tabulka č. 1: Počty pacientů podle pohlaví, věkových skupin v roce 2011

Tabulka č. 2: Počet osob hospitalizovaných s diagnózou F50.0 a F50.2 v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví

Tabulka č. 3: Rozdělení výzkumného vzorku podle pohlaví a školy

Tabulka č. 4: Znalosti týkající se BMI a jeho funkci

Tabulka č. 5: Znalosti týkající se BMI a jeho funkci- statistické zpracování

Tabulka č. 6: Znalost pojmů týkající se poruch příjmu potravy

Tabulka č. 7: Znalost pojmů týkající se poruch příjmu potravy- statistické zpracování

Tabulka č. 8: Znalosti o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy

Tabulka č. 9: Znalosti o léčbě a důsledcích poruch příjmu potravy- statistické zpracování

Tabulka č. 10: Znalosti žáků o poruchách příjmu potravy- statistické zpracování

Tabulka č. 11: Představa žáků o ideálu krásy a postoj k vlastnímu tělu

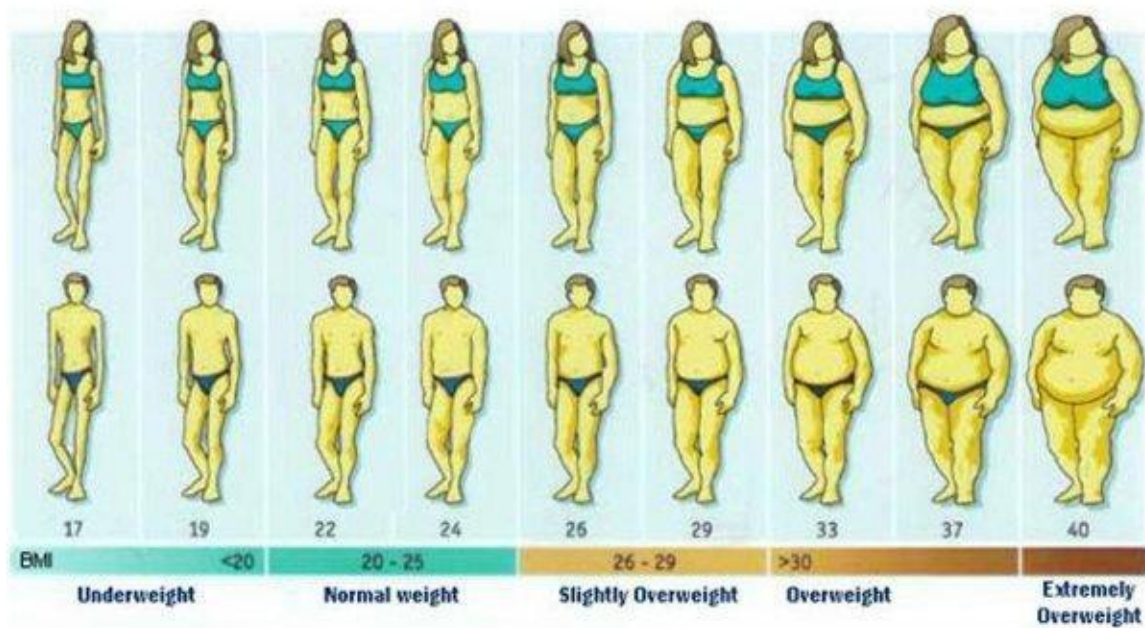
Tabulka č. 12: Schopnost rozpoznat poruchy příjmu potravy a umět poskytnout pomoc

Seznam příloh

Příloha č. 1- Obrázek- postavy podle BMI

Příloha č. 2- Dotazník

Příloha č. 1- Obrázek- postavy podle BMI



Příloha č. 2- Dotazník

Ahoj,

chtěla bych Tě poprosit o vyplnění dotazníku. Jmenuji se Adéla Šmídová a studuji na Západočeské fakultě v Plzni obor Výchova ke zdraví. V rámci své bakalářské práce na téma: Výchova ke zdraví jako prevence mentální anorexie a bulimie bych ráda informovala veřejnost o tom, jaké žáci mají znalosti z oblasti poruch příjmu potravy a jak vidí ideál krásy. Dotazník je zcela **anonymní** a slouží pouze k mým statistickým účelům a tak neměj žádný strach jej vyplnit sám a pravdivě. Třeba i Tobě se jednou bude hodit pomoc od člověka, jako jsi třeba Ty. Pokud není zadáno jinak, zaškrtni vždy jen jednu odpověď, po vyplnění celého dotazníku odevzdej.

Pohlaví: chlapec x dívka

1. Víš, co znamená zkratka BMI?

- a) index míry pohybu
- b) index tělesné hmotnosti
- c) index ukazující míru tuku v těle

2. K čemu slouží BMI?

- a) výpočtu optimální váhy vzhledem k výšce postavy
- b) výpočtu energetického příjmu potravin
- c) výpočtu vody v těle

3. Jaký je správný vzorec pro výpočet BMI? (kg= kilogram, m=metr, cm= centimetr)

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

b) $\frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (cm)}}$

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

4. Co jsou to poruchy příjmu potravy?

- a) jednorázové problémy spojené s konzumací jídla
- b) závažné psychické onemocnění spojené s jídlem
- c) konzumace pouze určitých druhů jídel

5. Co je mentální anorexie?

- a) záchvatové přejídání, po kterém následuje vyzvrácení potravy
- b) drastická dieta nařízená lékařem
- c) odmítání potravy za účelem záměrného snížení tělesné hmotnosti

6. Co je mentální bulimie?

- a) drastická dieta nařízená lékařem
- b) odmítání potravy za účelem záměrného snížení tělesné hmotnosti
- c) záchvatové přejídání, po kterém následuje vyzvrácení potravy

7. Jaké důsledky/špatný vliv mohou mít poruchy příjmu potravy na naše zdraví?

- a) ztráta zraku, ztráta chuťových buněk, hluchota
- b) narušení zubní skloviny, řídnutí kostí, neplodnost
- c) snížení inteligence a odumírání některých částí těla

8. Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?

- a) psychoterapie, nutriční a dietní poradenství
- b) chirurgické zákroky
- c) nalezením nové vizáže pacienta (styl oblékání...)

9. Držíš nebo držel(a)s dietu kvůli obavám z tloušťky?

- a) ano, ale dietu držím ze zdravotních důvodů
- b) ano, 1-2krát jsem dietu držela
- c) ano, dietu jsem držela více jak 2krát
- d) ne, nikdy jsem dietu nedržela
- e) ne, ale ráda bych to zkusila

10. Jak často se vážíš?

- a) více jak 1x za den
- b) 1x za den
- c) 1x za týden
- d) 1x za měsíc
- e) nevážím se

11. Jaký máš vztah ke svému zevnějšku?

- a) kladný
- b) spíše kladný
- c) někdy kladný, jindy záporný
- d) spíše záporný
- e) záporný

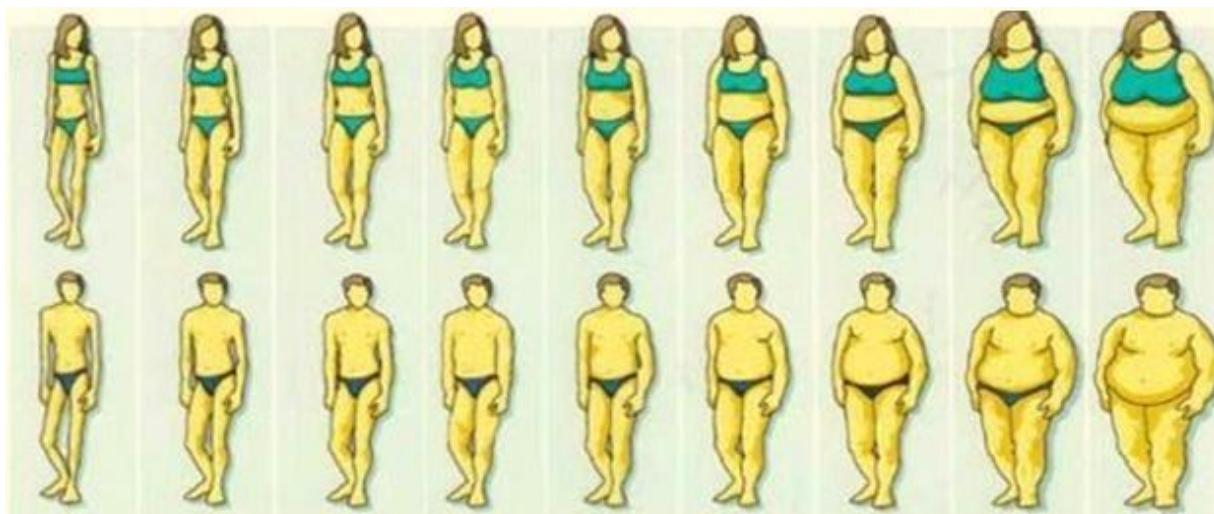
12. Posuzuješ ostatní podle toho, jak vypadají? (štíhlí jedinci jsou považováni za úspěšné, spokojené osoby bez problému a naopak silnější lidé jsou považováni za nešťastné, neúspěšné a neoblíbené)

- a) ano
- b) jak kdy
- c) nevím
- d) ano posuzuji, ale se vzhledem to nemá spojitost
- e) ne

13. Kdybys mohl(a) na svém vzhledu něco změnit, co by to bylo (možnost zaškrtnout více odpovědí)?

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> obličej | <input type="checkbox"/> stehna |
| <input type="checkbox"/> prsa | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> břicho | <input type="checkbox"/> nechci nic měnit, mám se rád takový, jaký jsem |
| <input type="checkbox"/> boky | |
| <input type="checkbox"/> zadek | |

14. Jak podle Tebe vypadá ideál krásy (označ)?



15. **Myslíš, že bys pak byl(a) se sebou více spokojen(a)?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) ne
16. **Myslíš, že bys poznal, kdyby někdo ve tvém okolí trpěl poruchami příjmu potravy?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) nejsem si jistý(á)
 - d) spíše ne
 - e) ne
17. **O kolika lidech z tvého okolí si myslíš, že trpí poruchami příjmu potravy?**
- a) nikdo
 - b) 1-2
 - c) 3-5
 - d) 6 a více
 - e) nevím
18. **Kdybys zjistil, že tvůj kamarád(ka) trpí poruchami příjmu potravy, co bys s tím dělal?**
- a) neřešil bych to, jeho věc
 - b) neřešil bych to, ale v myšlenkách by mě jeho nemoc trápila
 - c) domluvil bych mu ať jí a dál bych se tím nezabýval
 - d) snažil bych se mu sám pomoci (hledáním informací, pomoci...)
 - e) řekl bych to učitelí, výchovnému poradci, rodičům
19. **Kdyby jste ty nebo tvůj známý trpěli poruchami příjmu potravy a chtěli byste se léčit, kde budete hledat první pomoc (možnost zaškrtnout více odpovědí)?**
- a) internet, televize (pořady k tématu)
 - b) knížky, časopisy
 - c) rodina, kamarádi
 - d) výchovný poradce, lékař
 - e) organizace zabývající se poruchami příjmu potravy
 - f) jiné
20. **Znáš nějaké instituce, organizace, internetové portály, které se zabývají pomocí, prevencí nebo informují o poruchách příjmu potravy?**
- a) ano
 - b) nejsme si jistý, ale asi ano
 - c) některé instituce znám, ale nevím, jestli se zabývají i poruchami příjmu potravy
 - d) nevím
 - e) ne

Děkuji za Tvou ochotu a čas