TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Primární prevence rizikového chování se zaměřením na poruchy příjmu potravy

Bakalářská práce

Studijní program: B7505 Vychovatelství
Studijní obor: Pedagogika volného času

Autor práce: **Martina Bergmanová**
Vedoucí práce: PhDr. Jitka Novotová, Ph.D.
Katedra pedagogiky a psychologie

Liberec 2022

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Zadání bakalářské práce

Primární prevence rizikového chování se zaměřením na poruchy přijmu potravy

Jméno a příjmení:	**Martina Bergmanová**
Osobní číslo:	P18000034
Studijní program:	B7505 Vychovatelství
Studijní obor:	Pedagogika volného času
Zadávající katedra:	Katedra pedagogiky a psychologie
Akademický rok:	**2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíle:
- vytvoření preventivního programu pro děti staršího školního věku se zaměřením na poruchy přijmu potravy
- realizace a vyhodnocení preventivního programu

Metody:
- rešerše
- tvůrčí pedagogická činnost a její reflexe

Požadavky:
- provést rešerši literatury zaměřené na prevenci rizikového chování, poruchy přijmu potravy
- prostudovat odbornou literaturu k danému tématu
- vytvořit preventivní program pro děti staršího školního věku
- realizovat a zhodnotit preventivní program

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: Čeština

Seznam odborné literatury:

1) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
2) MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019. ISBN 978-80-7390-968-0.
3) MINISTERVSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)* [online]. 2010 [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny
4) PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
5) PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
6) TITMANOVÁ, Michaela. *Prevence rizikového chování: praktická příručka pro práci se třídou*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. ISBN 978-80-7603-034-3.

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Novotová, Ph.D.
Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání práce: 30. dubna 2020
Předpokládaný termín odevzdání: 29. dubna 2021

L.S.

prof. RNDr. Jan Picek, CSc.
děkan

doc. PhDr. Tomáš Kasper, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 16. prosince 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

13. dubna 2022 Martina Bergmanová

Děkuji PhDr. Jitce Novotové, PhD. za cenné připomínky a odbornou pomoc při zpracování této bakalářské práce.

Děkuji Základní škole T. G. Masaryka v Hrádku nad Nisou za umožnění realizace části preventivního programu.

Martina Bergmanová

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na vytvoření preventivního programu se zaměřením na poruchy příjmu potravy. V teoretické části jsou popsána jednotlivá onemocnění – mentální anorexie a mentální bulimie, ale jsou zde zmíněny i další typy poruch příjmu potravy. Popisovány jsou dále následky, prognóza, faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy a léčba. Cílovou skupinou jsou žáci staršího školního věku neboli 2. stupně základní školy. Praktická část se zabývá informacemi o dané škole a dále vytvořením, částečnou realizací a vyhodnocením preventivního programu.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, starší školní věk, primární prevence, preventivní program

Abstract

The bachelor thesis is focused on the creation of a preventive program with focus on eating disorders. The theoretical part describes the particular diseases – anorexia nervosa and bulimia nervosa, but there are also other types of eating disorders. The consequences, prognosis, factors influencing the onset of eating disorders and treatment are also described. The target group is pupils of older school age or lower-secondary / middle school pupils. The practical part deals with information about the school, as well as the creation, partial implementation and evaluation of the prevention program.

Key words

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, older school age, primary prevention, prevention program

Obsah

Seznam zkratek 9

Úvod 10

TEORETICKÁ ČÁST 12

1 Poruchy příjmu potravy 12

1.1 Vznik PPP 12

1.2 Následky PPP 13

1.3 Prognóza PPP 13

1.4 Faktory mající vliv na rozvoj PPP 14

1.5 Léčba PPP 17

1.6 Druhy PPP 21

2 Vývojová psychologie – starší školní věk 28

2.1 Tělesný vývoj 28

2.2 Kognitivní vývoj 30

2.3 Emoční vývoj 30

2.4 Vývoj základních dovedností a schopností 31

2.5 Socializace 32

2.6 Volba povolání 33

2.7 Vývoj sebepojetí 34

3 Primární prevence rizikového chování 36

3.1 Preventivní program 38

PRAKTICKÁ ČÁST 39

4 O škole a školní preventivní programy 39

5 Můj preventivní program 41

5.1 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání 41

5.2 Cíle programu 41

5.3 Struktura každé aktivity 42

5.4 Preventivní program 43

5.4.1 Motivační úvod k celému programu 43

5.4.2 Jednotlivé bloky preventivního programu 43

5.4.3 Reflexe celého programu 58

5.4.4 Realizace a vyhodnocení části preventivního programu 58

Závěr 61

ZDROJE 62
Knižní zdroje 62
Internetové zdroje 63
Obrázky 65
Seznam příloh 66
Přílohy 67

Seznam zkratek

PPP	poruchy příjmu potravy
BMI	body mass index (index tělesné hmotnosti)
RVP	Rámcový vzdělávací program
ŠVP	školní vzdělávací program
ZŠ	základní škola

Úvod

Bakalářská práce se zabývá primární prevencí rizikového chování, která je zaměřena na poruchy příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou jedněmi z nejzávažnějších psychických onemocnění. V posledních letech o těchto nemocích slýcháme více než dříve, protože v době internetu může kdokoliv číst různé články o hubnutí, cvičeních nebo dietách, které ovšem mohou být pro zdraví člověka dokonce nebezpečné a mohou se z nich poté rozvinout právě poruchy příjmu potravy.

Téma mě zaujalo již při předmětu Vybrané problémy výchovy, který byl součástí povinných předmětů mého studia. Dalším důvodem výběru byla situace v mé rodině, která příznaky mentální anorexie pozorovala u mé sestry. Už kvůli tomu jsem se chtěla dozvědět více a pokusit se včas rozpoznat příznaky, a zabránit tak vzniku této nemoci u dalších jedinců.

Práce je rozdělena do dvou částí, do teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá vysvětlením pojmu poruchy příjmu potravy. Dále představuje její nejznámější druhy jako mentální anorexie a mentální bulimie. Popisovány jsou také následky těchto poruch, prognóza, faktory ovlivňující jejich vznik a léčba. Součástí je i vysvětlení nespecifických i nových druhů poruch příjmu potravy.

Preventivní program je určen pro žáky staršího školního věku neboli žáky 2. stupně základní školy. Jedná se tedy o období začínající 11. až 12. rokem a trvající do ukončení povinné školní docházky. Z biologického hlediska nazýváme tuto dobu obdobím pubescence. Podrobně se zde zabývám tělesným, kognitivním a emočním vývojem, ale také vývojem základních dovedností a schopností, socializací a vývojem sebepojetí. Toto období jedinci ukončují výběrem dalšího studia a rozhodují se, které povolání by chtěli vykonávat.

Cílem primární prevence je předcházení nežádoucím jevům, v tomto případě poruchám příjmu potravy. Tímto směrem je zaměřena i moje praktická část. Snažím se u dětí vytvořit povědomí o poruchách příjmu potravy prostřednictvím různých aktivit, které jsou založené na získávání vědomostí, dovedností a postojů. Některé aktivity jsou kromě získávání nových poznatků zaměřeny také na podporu sebevědomí žáků a na zasažení emocionální stránky jedince. Preventivní program je určen pro žáky 8. třídy základní školy a je rozdělen do 5hodinových bloků.

V rámci vypracovávání bakalářské práce byla provedena také realizace jednoho bloku preventivního programu ve vybrané základní škole.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

„Poruchy přijmu potravy (PPP) patří k závažným psychiatrickým onemocněním, která se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti.“ (Papežová, 2010, str. 134). U adolescentů a mladých dospělých je výskyt nejčastější. Ovšem výjimkou není ani setkání s mnohem mladšími nebo staršími jedinci postiženými PPP. PPP jsou kategorizovány Mezinárodní klasifikací nemocí, která v současné době rozeznává mentální anorexii, mentální bulimii a jejich atypické formy (Papežová, 2018).

Při diagnostice dětí nelze použít stejná diagnostická kritéria jako v případě PPP u dospělých z důvodu odlišností při průběhu onemocnění (Papežová, 2010).

1.1 Vznik PPP

PPP mají u každého nemocného jedince odlišný průběh. Mezi 13 a 20 lety se vyskytuje nejvíce případů mentální anorexie a mezi 16 a 25 lety nejvíce případů mentální bulimie. Ovšem není to striktně dané. Jsou zaznamenávány i případy mentální anorexie již v 8 letech, ale i mnohem později po 30. nebo 40. roce života (Krch a kol., 2005). Většinou PPP postihují dospívající dívky a mladé ženy, o mužské pohlaví se jedná jen zřídka. V poměru je to asi 8–15 ku 1 případu (MŠMT, 2010).

Dospívání je často doprovázeno běžnými změnami jako experimentování s různorodými životními styly nebo snaha zapadnout do kolektivu svých vrstevníků, a proto nám můžou prvotní příznaky uniknout (Papežová, 2010). Rozvoj PPP je mnohdy pomalý a nenápadný. Leckdy se odvíjí od špatných stravovacích návyků, které jsou nastoleny v rodině nebo mezi vrstevníky (MŠMT, 2010). Nemocný jedinec má často tendence přizpůsobovat svůj život nesprávnému jídelnímu chování (Krch a kol., 2005).

PPP mohou vzniknout také následkem zátěže psychického rázu, situací způsobujících trauma, nemocí vyžadujících dietu, při které vzniká úbytek váhy, nebo narážek na vzhled, ale i následkem kladného hodnocení změn, které vedou ke zdravému stylu života a následně mohou přejít k chorobnému chování. Jedinci se nejdříve snaží omezit příjem potravy, vyřadit ze svého jídelníčku tučná a sladká jídla, následně přestávají jíst další jídla, popřípadě pít některé tekutiny. Pro snížení váhy mohou také začít nadměrně cvičit. Objevují se u nich psychické změny v podobě depresivních

a úzkostných stavů, větší emoční labilita či podrážděnost a zhoršuje se koncentrovanost (snižuje se školní výkonnost). Svůj problém s jídlem se snaží skrývat před okolím, aby se tak nemuseli dostávat do sporů s rodiči, například na téma, proč nejedí společně s dalšími lidmi nebo proč věnují takovou pozornost své postavě, vzhledu či změně denního režimu. U jedinců trpících PPP se dají zpozorovat změny chuti. Časté bývá šťourání se v jídle, zapíjení jídla vodou nebo pomalé přijímání potravy (Papežová, 2010).

Podle níže uvedené klasifikační tabulky pro BMI (neboli Index tělesné hmotnosti) může být odhalováno, že u daného jedince něco není v pořádku, a jejím prostřednictvím se určuje stupeň obezity. U pacientek s PPP se podle ní dá zjistit možná podváha, která je specifická zejména pro mentální anorexii nebo bulimii (Přinosilová, 2007).

Vzorec pro výpočet BMI: **BMI = tělesná váha (kg) / tělesná výška^2 (m)**

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méně než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Obrázek 1: Klasifikační tabulka pro BMI (Zdroj: Tým Rehabilitace.info, 2013)

1.2 Následky PPP

U dospívajících jsou následky PPP závažnější, protože jedinci jsou stále ve vývinu. Mohou zde vznikat problémy na celý život, kterými může být například menší vzrůst postavy. Mezi další následky se řadí především poruchy menstruačního cyklu, termoregulace a štítné žlázy, osteoporóza, lámání vlasů a nehtů a kažení zubů, což bývá způsobeno poškozením skloviny při zvracení (Papežová, 2010).

1.3 Prognóza PPP

Mentální anorexie a bulimie probíhají několika způsoby. Může se jednat o jedinou epizodu, u které vymizí veškeré příznaky nemoci, ale může také mít dlouhodobý průběh, nebo se opakovaně vracet po několik let (Krch a kol., 2005).

Krch a jeho kolektiv (2005) ve své knize uvádí, že úspěšnost léčby PPP je poměrně vysoká. Z dlouhodobých studií vychází, že kolem 50 % nemocných se vyléčí, získají zase normální váhu a u 70–90 % se opět objeví menstruace. U 30 % je zpozorováno zlepšení,

ale některé symptomy zůstávají. Po 5–10 letech může nemoc stále ještě přetrvávat nebo se dokonce zhoršovat, k čemuž dochází přibližně u 20 % sledovaných. Špatná prognóza bývá zaznamenána především u případů, u kterých má nemoc dlouhého trvání, hmotnost jedince je stále velmi nízká, rodinné vztahy se v důsledku nemoci pokazily či má jedinec málo optimistických vyhlídek (například je nezaměstnaný v invalidním důchodu).

Ovšem i přesto se mentální anorexie řadí mezi nejsmrtelnější psychické poruchy (MŠMT, 2010). Krch a kolektiv (2005) uvádí úmrtnost mezi 2 až 8 %. Jedná se přibližně o třikrát vyšší úmrtnost než u ostatních psychických poruch. Důvodem úmrtí je nejčastěji vyhubnutí a sebevražda. V současné době přibývá případů, při nichž ke smrti vede i alkoholismus.

1.4 Faktory mající vliv na rozvoj PPP

O původu poruch příjmu potravy byly vyjádřeny různé domněnky. Ani přes všechny dosavadní hypotézy není zatím možné vysvětlit veškeré varianty poruch. V některých případech mohlo jít o souběh událostí, které jsou charakteristické pro určitou populační skupinu (například fyzické zrání), nebo nešlo rozeznat, jestli se jednalo o příčinu, nebo důsledek. V současné době nerozeznáváme takovou příčinu, která by byla jednotná pro všechny nemocné a mohla by vysvětlit jejich obtíže (Krch a kol., 2005).

PPP mohou být způsobovány těmito faktory:

Biologické faktory

Mezi největší rizikové faktory PPP se řadí samotná příslušnost k ženskému pohlaví, u kterého se PPP vyskytují až desetkrát častěji než u mužů. Tělesná stavba je rozdílná u každého pohlaví a představuje jinou roli. Celkový růst je spojen s navyšováním tělesné hmotnosti. To může v myšlení dívek způsobovat nespokojenost s vlastním tělem, způsobenou odklonem od dnešního ideálu krásy. Chlapci se v pubertě zase naopak mužskému ideálu krásy často blíží dobře vyvinutým a svalnatým tělem. Dívky jsou kvůli časnému dozrávání ohroženější skupinou, protože mívají menší postavu a jsou silnější. Kvůli tomu bývají více vystavovány stresu a případným konfliktům s rodiči (Krch a kol., 2005).

Vyšší tělesná hmotnost způsobuje nespokojenost s vlastním tělem, a to jedince může vést k držení různých diet a bulimii. Riziko je vyšší u žen, kterým se ukládá tuk na bocích, na stehnech a na hýždích. Při opakující se proměnlivosti hmotnosti se mění

složení těla a mizí tuková i svalová hmota, což vyvolává shodná zdravotní nebezpečí jako obezita (Krch a kol., 2005).

PPP nejčastěji vznikají v období puberty, kdy jedinci fyzicky i duševně dozrávají. Puberta trvá většinou zhruba 3 roky. Podvýživa často ovlivňuje fyzický vývoj jedince a může vést až k jeho přerušení. Rozvoj PPP mohou ovlivňovat i negativní emoce z důvodu hormonálních změn, které doprovází pubertu. Při porovnání dívek a chlapců v období puberty se zjistilo, že dívky jsou více zaměřeny na to, jak je vnímá okolí. Jsou také více nejisté a mají nižší sebevědomí (Krch a kol., 2005).

Dalším biologickým faktorem, který může stát za vznikem PPP, je nepravidelnost menstruačního cyklu. V mnoha případech znamená nedostavení menstruace snížení tělesné váhy. Přibližně u 20 % žen tomu však může být naopak. Brzký nástup menstruace je častější u bulimiček (Krch a kol., 2005).

Individuální faktory

Mezi individuální faktory, které posilují strach z tloušťky, patří úzkostnost, pedanterie či nadměrná důslednost a ctižádostivost. Jedince postižené PPP podporuje v jejich činech nějaké trauma, které má za následek nejistota, jež je provází při dospívání. Dalším faktorem může být zdravotní problém jako například cukrovka nebo mononukleóza, při kterých je nutné dodržovat dietu (Krch, 2010).

Sociokulturní faktory

Předpokládá se, že základ problému poruch příjmu potravy je dán v rychle se měnící společnosti. Dříve se propagovaly reklamy zaměřené na přibírání na váze. Nevyhublá postava byla tzv. zjevem plným síly a života. Ovšem dnes je módní ideál zaměřen jiným směrem. Společnost se soustředí na vyhublost a s tím související přílišné sebeovládání (Krch a kol., 2005).

Sociální a kulturní tlaky předkládají mladým ženám nevhodné vzory a nereálné cíle. To narušuje jejich sebevědomí a podporuje strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem. Na základě toho vzniká přílišné nutkání kontrolovat vlastní váhu. Tyto vlivy začínají podporovat nesprávné jídelní postoje, které byly nastaveny jako společenská norma. Počet nemocných se zvyšuje kvůli médiím, která propagují důraz na vzhled a štíhlost. Módní průmysl, časopisy, televize a sociální sítě nám představují současný ideál krásy pro ženy, kterým není optimální váha, ale přímo vyhublost. Sebedůvěra se zvyšuje ve chvíli, kdy se mladým ženám podaří zhubnout a tělesnými

proporcemi se podobají ženám v časopisech. Riziko také vzniká v přípravě na určitou profesi, ve které je štíhlost podmínkou pro její vykonávání. Mezi rizikové profese se řadí modeling, balet či gymnastika (Švédová – Mičová, 2010).

Životní události

Mezi spouštěče PPP se řadí i různé obtíže nebo životní události, které jsou jedinci považovány za významné. Zpravidla se jedná o zhoršení rodinných nebo sociálních vztahů. Tyto události mohou v dané osobě vyvolávat pocit, že má nadváhu, a chce zhubnout. Nejčastěji jde o narážky na tělesnou hmotnost nebo osobní nezdar, ale třeba i o sexuální konflikty. Ale nelze říct, zda můžeme tyto údaje považovat za platné, z důvodu, že na ně bylo okolím pohlíženo zpětně (Krch a kol., 2005).

Rodinné a genetické faktory

Riziko poruch příjmu potravy může vznikat i v rodinném prostředí. Největší pravděpodobnost rozvoje PPP je při navádění. Často lze od rodiny slýchat, že je jedinec chválen za štíhlou postavu a schopnost sebekontroly a disciplíny. Tato údajná podpora může vést až k extrémní vyhublosti (Novák, 2010).

PPP se většinou vyskytují v rodinách, jejíž členi spolu moc dobře nefungují, rodinné vztahy jsou komplikované, nepřátelské či popírají emociální potřeby pacientek. V těchto rodinách vzniká riziko PPP především kvůli nedostatečné komunikaci, absenci rodičovské péče, nízkému očekávání rodičů, fyzickému nebo sexuálnímu zneužívání či malé otevřenosti při komunikaci. Při nahlédnutí do rodinné anamnézy jedinců s mentální anorexií se často objevuje alkoholismus, deprese, sociální separace nebo emoční poruchy (Novák, 2010).

K poruchám příjmu potravy má sklon především ženské pohlaví. Dívky často mrzí, že nejsou rodiči dost chváleny za jejich snahu či že rodiče více uznávají jejich bratra. Protichůdné citové postoje se objevují především v situacích, když mají pocit, že být ženou je nevýhodou. Míra respektu k matce a její spokojenost s rolí či to, jak se chová ke svému muži, působí na přijetí vlastního pohlaví. U dívek se objevují pokusy o dosažení mužského postavení, ovšem role matek, manželek a žen v domácnosti je ve společnosti neuznávaná (Novák, 2010).

Z genetického hlediska lze podle dostupných informací říct, že riziko PPP se vyskytuje podle rodinné anamnézy převážně u příbuzných ženského pohlaví.

V klinických případech se tyto poruchy často objevují u sourozenců, ale i matek nemocných čtyřikrát až pětkrát častěji než v ostatních případech (Krch a kol., 2005).

Emocionální faktory

U osob trpících poruchami příjmu potravy se hodně často objevují deprese a úzkosti. Tyto příznaky se vyskytují u nemocných anorexií zhruba ve 20 % a bulimií až ve 40 % případů. Depresivní a úzkostné symptomy se pojí se strachem o postavu a tělesnou hmotnost. Jedinci nemocní anorexií trpí nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak v případě bulimie neschopností se kontrolovat. Připadají si bezcenní, když nemohou docílit váhy, které by chtěli. Ale ani fakt, že anorexie může skončit smrtí, nevede jedince k tomu, aby změnili svoje jídelní chování (Krch a kol., 2005).

U bulimiček se často setkáváme s tím, že se negativní náladu snaží zahnat přejídáním. Ovšem poté následují pocity viny a jiné skličující příznaky. Deprese u anorektičky nejspíše souvisí s nízkým energetickým příjmem. Depresivní příznaky jsou charakteristické pro začátek a průběh anorexie i bulimie, kdežto příznaky úzkostí trvají ještě dlouhou dobu po ustoupení nemoci (Krch a kol., 2005).

1.5 Léčba PPP

Při léčbě je podstatná správná diagnostika, která musí brát v úvahu i zhodnocení somatického, psychického a sexuálního vývoje dítěte. Základem léčby je také diagnostikování případných připojených poruch. Léčba musí být komplexní a měla by brát ohled na odlišnosti průběhu nemoci každého jedince podle vývojového období, ve kterém se zrovna nachází. Cílem léčby je upravení hmotnosti jedince na základě změny jídelníčku a snížením fyzické aktivity. U nemocných je také třeba změnit názor na jídlo, vzhled a hodnocení sebe sama. U dětí a dospívajících je třeba spolupracovat s jejich okolím, především navázat terapeutický vztah s rodiči, protože jedinci trpící PPP mají spíše tendenci léčení bránit kvůli úzkostem, které nemoc provází. Při léčbě je nutné stanovit jasná pravidla a dbát na jejich dodržování (Papežová, 2010).

V České republice dosud chybí specializovaná centra pro denní docházení dětí a dospívajících do stacionáře, která jsou ve světě pro jedince s diagnózou PPP běžně přístupná. U nás lze léčení podstoupit v rámci hospitalizace nebo ambulantní péče. Mezi hlavní metody léčby patří rodinná nebo individuální terapie a nutriční poradenství. K léčení také přispívá, když jsou jedincům a jejich rodinám poskytovány informace o dané nemoci a o probíhajících programech při léčení. V domácím prostředí mají rodiče

problém se zvládáním striktních pravidel stravování, ale také s ovládáním svých emocí (Papežová, 2010).

Léčba je z velké části ovlivněna věkem nemocného a tím, jak je schopný spolupracovat. Pokud se daný jedinec nesnaží o vyléčení, výsledky se nedostavují. Jedinci musí být trpěliví a motivovaní pro vyléčení. U dětí hrozí větší zdravotní riziko a z toho důvodu nelze léčbu odkládat. Ta probíhá ve spolupráci s rodiči, ale může zahrnout i školu a vrstevníky (Krch – Marádová, 2003).

U nemocných jedinců je třeba dbát na otevřenost a respektování postoje rodiny. Nejdůležitějším krokem není hledání příčit poruch, ale především vzít rodičům pocit provinění, že na vzniklé situaci mají podíl. Ti by měli své děti přesvědčit ke vzájemné spolupráci a společně bojovat s nemocí (Krch – Marádová, 2003).

Při léčbě nesmí okolí jedinců trpících danou poruchou přistupovat na požadavky kladené nemocnými. Může jimi být například stravování se o samotě a v jiný čas než zbytek rodiny nebo příprava jídla pro ostatní a pro sebe zvlášť (lze až později). Dále si diktují, co by chtěli jíst (hlavně dietní jídlo) a aby jídlo dostávali pouze v případě, když budou mít hlad (Krch – Marádová, 2003).

Všechno se vrací do normálního stavu, pokud nemocní jedinci získají kontrolu nad jídelními návyky. Zlepšení zapříčiňuje přiměřené stravování a díky tomu se začne zlepšovat i tělesná hmotnost. Na základě toho se ztrácí deprese, napětí, podrážděnost a egocentrismus a navrací se staré koníčky (Krch – Marádová, 2003).

Existuje mnoho terapeutických metod pro léčbu, ale nejde určit, která má nejlepší výsledky. Vždy se ke každému jedinci přistupuje individuálně a na základě jeho aktuálních potřeb. Cílem je dostat jej z podvýživy a tělesných obtíží, jako je zvracení, hladovění nebo užívání prostředků, jako jsou například projímadla. Dále je třeba, aby nemocný podstoupil psychoterapii, která spočívá v porozumění příčinám nemoci a ve změně stravovacích návyků, u kterých je důležité začít je směřovat správným směrem (Procházková – Ševčíková, 2017).

Pokud byla léčba úspěšná, výsledkem je zdravý jedinec. Tento jedinec je schopen uznat svou tělesnou váhu a svou postavu, pozitivně hodnotit sebe sama, mít radost z jídla, ale také navázat zpět rodinné a sociální vztahy (Procházková – Ševčíková, 2017).

Kde hledat pomoc?

V případě, že se jedná o lehčí formu nemoci, probíhá léčba ambulantně, nebo v denních stacionářích. V **denních stacionářích** probíhají přes den individuální a skupinové terapie, ale na noc se jedinci vrací do svých domovů. Tato forma léčby má smysl pouze u osob, které jsou velmi motivované a mají snahu se uzdravit (Procházková – Ševčíková, 2017). Podstatná je návaznost denního stacionáře na **ambulantní lékařskou péči**, při níž jedinci chodí na pravidelné lékařské kontroly, které jsou založené na navracení nemocného do stavu somatické a psychické stability. Probíhají zde zejména kontroly váhy a dalších kritérií zdravotního stavu, která jsou životně důležitá (Krch a kol., 2005).

Další typy léčby:

- **Svépomocné skupiny**

  Tento typ léčby se hodí pro nemocné, kteří mají mírné příznaky nemoci a je u nich velká šance uzdravení (Krch a kol., 2005). Je určena pro nemocné nebo jejich rodiče (partnery). Tento druh léčby je zaměřen na podporu, motivaci a předávání zkušeností, prožitků a pocitů (Procházková – Ševčíková, 2017). Pomáhají nemocným uvědomit si, že nejsou jediní, koho potkal tento problém. Sezení jsou zpravidla vedena odborným poradcem, nebo jedincem, který si PPP prošel (Maloney – Kranzová, 1997).

  Existují i svépomocné manuály, podle kterých lze upravovat své stravovací návyky a postoje k sobě samému v případě, že nemocný jedinec není schopen docházet na řízené terapie (Procházková – Ševčíková, 2017).

- **Rodinná terapie**

  Rodinná terapie je určena především pro mladé nemocné, kteří ještě sdílí společnou domácnost se svoji rodinnou. Důležitost rodinné terapie souvisí s pochopením určitých terapeutických problémů, aby s nimi následně mohli pracovat (Krch a kol., 2005). Tato forma terapie poskytuje pomoc i okolí jedinců zasažených poruchami příjmu potravy. Pomoc je založena na obnově sociálních vztahů s vrstevníky, partnery a v rodině, kde byly vztahy narušeny (Maloney – Kranzová, 1997).

- **Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie**

  Tato léčebná metoda má za cíl vylepšit rozvoj individuální osobnosti jedince a získat nezávislou osobní identitu. Na základě toho jsou nemocní jedinci schopni porozumět hlubším důvodům své nemoci (Procházková – Ševčíková, 2017).

- **Farmakoterapie**

  Pro léčbu mentální anorexie ani bulimie zatím nebyly nalezeny žádné léky. PPP mohou doprovázet deprese, úzkosti či impulzivita, které se dají léky zmírnit. Nejčastěji podávanou medikací u PPP jsou antidepresiva. Léčbu podporují i léky jako anxiolytika (proti úzkostem) nebo antipsychotika, které mají vliv na vnímání vlastního těla a na všudypřítomné myšlenky o jídle (Papežová, 2018).

- **Nutriční terapie**

  Nutriční terapie spočívá v předávání informací nemocnému ze strany nutričního terapeuta. Ten vysvětluje možné tělesné následky, které mohou být způsobeny hladověním, přejídáním či nízkou váhou. Učí jej si zapisovat veškeré změny, kterými je například změna hmotnosti, cvičení, jeho jídelní návyky či doba zvracení. Cílem terapie je naučit nemocného pravidelně se stravovat (nejlépe 4–6krát denně) a poznamenávat si všechno zkonzumované jídlo (Procházková – Ševčíková, 2017).

- **Kognitivně-behaviorální péče**

  Tato léčba je vhodná především pro starší jedince trpící PPP, pro které není žádoucí rodinná terapie a kteří mají vážnější symptomy. Při této léčbě si jedinci s mentální bulimií musejí dělat poznámky o svém jídelníčku, záchvatech přejídání, zvracení, ale především o myšlenkách a pocitech, které zapříčiňují toto chování (Krch a kol., 2005).

- **Hospitalizace**

  Provedení hospitalizace radí lékaři u jedinců do 14 let, pokud je úbytek hmotnosti větší než 25 % jejich tělesné váhy, hrozí dehydratace a těžké deprese vedoucí k sebevražednému chování, objevují se příznaky oběhového selhávání (např. nízký krevní tlak), neustává zvracení nebo pacient zvrací krev (Marádová, 2007). Nemocní jedinci jsou hospitalizovaní většinou na odděleních psychiatrie, nebo pokud je třeba lékařské stabilizace, na jednotkách intenzivní péče. Hospitalizace trvá zpravidla 2–3 měsíce se záměrem zlepšení tělesné a psychické kondice (Procházková – Ševčíková, 2017). Doporučená doba hospitalizace je určena tak, že jedinec by měl každý týden přibírat na váze jeden až jeden a půl kilogramu

(Krch a kol., 2005). Důležitá je spolupráce mezi specialisty – psychologovy, psychiatry a zdravotními sestrami – kteří se podílí na léčbě (Procházková – Ševčíková, 2017).

V případě dětí a dospívajících je hospitalizace účinnější kvůli jejich nižší motivaci k léčení. Dalším přínosem hospitalizace se ukazuje být vedení léčby kvalifikovaným personálem s potřebnými zkušenostmi. V léčebně mají jedinci přesně strukturován čas a musí dodržovat stanovená pravidla týkající se učení, návštěv, telefonátů, psychoterapeutických aktivit nebo spánkového a jídelního režimu (Papežová, 2010).

Riziko recidivy

Po vyléčení se někdy mohou znovu objevit některé příznaky PPP (nemusí se jednat o znovuobjevení nemoci), což je označováno jako tzv. recidiva onemocnění. Ovšem uzdravení má být známkou získání uspokojivého pocitu z proběhlých změn ve fyzické, emoční a sociální sféře tak, aby nedocházelo ke snižování hmotnosti. Jedinci s PPP se často neuzdraví úplně, jelikož naučené vzorce chování a další návyky spojené s nemocí jsou hluboko zakotveny v samotném jedinci, jeho rodině a ve společnosti. Riziko recidivy je až u 50 % případů. Důležité je být při léčebném procesu informován, že se příznaky mohou znovu objevit, být na to připraven a umět je zvládnout (Procházková – Ševčíková, 2017).

1.6 Druhy PPP

Mentální anorexie

Za onemocnění mentální anorexií se označují případy se záměrným snižováním váhy o více než 15 %, při kterých jedinci stále přemýšlí o jídle, váze a vzhledu a mají narušené vnímání tělesného schématu (Papežová, 2010). Mezi dalšími znaky, kterými se dá mentální anorexie charakterizovat, je vyhýbání se jídlu, po kterém se přibírá na váze, nebo častější cvičení, zvracení a užívání některých látek, jako třeba projímadel. Nemocní jedinci o sobě mají zkreslenou představu. Nepřipouští si, že je jejich váha již natolik nízká, že to může být nebezpečné (Marádová, 2007). Anorexií trpí převážně ženy a dívky, nárůst váhy je pro ně děsivá představa (Papežová, 2007). Dochází u nich až k poruše menstruačního cyklu (Marádová, 2007).

Anorexii mohou spouštět různé příčiny. Může jimi být rodinná krize v podobě rozvodu rodičů, úmrtí blízké osoby, vážné nemoci v rodině, narážky na váhu například ze strany trenéra ve sportovním oddíle atd. Objevuje se většinou u jedinců, u kterých se vyskytují určité povahové rysy, jako například perfekcionismus neboli snaha být dokonalý. Projevuje se zvýšenou sebekritičností a nízkým sebevědomým. Dalším takovým povahovým rysem je zranitelnost aneb nejistota ve své osobě, což souvisí s cílem zalíbit se ostatním. U nemocných se může projevit trestání sebe samého, a to z důvodu že si myslí, že nejsou perfektní, a nedokážou se s tím vyrovnat (Papežová, 2017). Ale mezi spouštěče rozhodně nepatří chyba ve výchově, což si hodně rodičů dává za vinu, (Marádová, 2007).

Jedinci, kteří trpí touto poruchou přijmu potravy, odmítají jídlo, protože nechtějí jíst. Není to tak, že na jídlo nemají chuť. S omezováním příjmu potravy se zvětšuje pozornost směřovaná k jídlu. Často o jídle přemýšlí, se zájmem vaří, a to především pro druhé, nebo shromažďují různé recepty (Krch – Marádová, 2003).

Jak ze začarovaného kruhu ven? Důležité je navrátit se zpět ke vhodné stravě, nemít tolik fyzické aktivity a pečovatelé musí zvládnout odolat nesouhlasům a vysvětlování nemocných. Podstatnými vlastnostmi pečovatelů jsou laskavost, pevnost a ohleduplnost. Zásadní je seznámit nemocné s charakterem jejich nemoci. Léčba může začínat v domácím prostředí, ovšem pokud se úspěch nedostaví, je třeba jedince hospitalizovat. Rodina má tendence ustupovat a nemusí být tak důsledná (Papežová, 2017).

Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha, pro kterou jsou typické především opakované záchvaty přejídání a přehnaná kontrola vlastní hmotnosti. Období přejídání střídají období hladovění. Bulimie se dále projevuje silnou touhou po jídle, snahou vyprovokovat zvracení a zneužíváním projímadel. Jedinci trpící touto poruchou mají obavu z tloušťky a celkově z tloustnutí. Proto není divu, že jí často předchází období mentální anorexie (Krch – Marádová, 2003). U mentální bulimie na rozdíl od mentální anorexie nedochází k závažnějšímu ubývání váhy, a tak často zůstává normální (Papežová, 2010). Pokud by k zásadnímu úbytku tělesné hmotnosti došlo, jedná se o bulimickou formu mentální anorexie (Krch – Marádová, 2003).

Vzhledem se nejvíce zaobírají právě osoby trpící mentální bulimií. Bulimičky mají největší snahu být dokonalé a úspěšné, ať to stojí, co to stojí. Nechtějí, aby na nich bylo vidět, že za štíhlou postavou stojí tvrdá práce (chirurgické zákroky, odoperování několika žeber, nadměrné cvičení). Dokonalou postavu si udržují také pročišťováním (zvracením) (Maloney – Kranzová, 1997).

Bulimii můžeme také nazvat jako období velkého hladovění, což vychází i z překladu řeckých slov *bous* (kráva) a *limos* (hlad). Bulimičky mají snahu tzv. jíst jako kráva, což znamená, že najednou snědí hodně jídla. Tím se snaží zažehnat hlad. Ovšem poté z toho mají špatný pocit, bojí se ztloustnutí a jídlo vyzvrací. V jejich vystupování ani chování není jednoduché rozpoznat, že jedinci bulimií trpí. Tyto osoby dobře prospívají v práci, ve studiu, ale i společensky (Maloney – Kranzová, 1997).

S bulimií souvisí různé diety, hladovění, přejídání se, zvracení, ale i požívání různých látek na ubývání váhy, které mohou vést k rizikům. Pocit přejedení může vést k obtížím s dechem, protože je zde vyvinut velký tlak na bránici. Objevovat se mohou záněty slinivky, plynatost, zácpa nebo průjem. Po období, kdy žaludek přijímal menší množství jídla, může dojít k jeho ochabnutí, což se projevuje přejedením už po malé dávce jídla (Krch, 2008).

K většímu rizikům dochází z hlediska zdravotních obtíží, které jsou způsobeny nedostatečnou výživou. Mezi tyto problémy se řadí citlivost na chlad, celková únava organismu, spánkové poruchy, problémy s pletí (praskající, zažloutlá), větší kazivost zubů (způsobená kyselostí zvratků), srdeční problémy nebo odvápnění kostí. Dalším důsledkem bulimie je nepravidelnost menstruace. Změny menstruačního cyklu mohou způsobovat neplodnost už ve chvíli, kdy je tělesná hmotnost o 10 % nižší, než je optimální. U mladých bulimiček můžeme také pozorovat zpomalení růstu, což zapříčiňuje opoždění puberty. Bulimie má dopad i na krevní oběh, který je nemocí oslaben. Anemie, pomalý tep, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, slabý močový měchýř nebo poškozená játra z nedostatku živin potřebných k výrobě bílkovin patří mezi další důsledky mentální bulimie (Krch, 2008).

Bulimie má i psychické a společenské dopady. Od váhy a schopnosti se kontrolovat se odvíjí nálada nemocných. V případě, že nemocní jedinci nejsou spokojeni se svou váhou, se mohou dostavovat pocity podrážděnosti, úzkost, nejistota, depresivní stavy, konflikty s okolím a impulzivita. Tyto stavy mohou vést k sebedestruktivnímu chování. Bulimici se sebepoškozují například řezáním či údery do nohou. Dalšími

důsledky jsou velká chuť na sladké, zhoršená soustředěnost nebo větší rychlost plnění pracovních úkonů. Nemocní ztrácí kontakty s kamarády a bližším okolím. Všechny tyto problémy spojené s mentální bulimií mohou být začátkem alkoholismu nebo užívání drog (Krch, 2008).

Pro vyléčení se z bulimie není třeba hledat příčinu. Důležitější je si říct, že se člověk chce uzdravit, a to závisí na změně jídelních návyků a ukončení vyvolávaného zvracení. Dále je zapotřebí změnit své postoje, pohled vnímání na sebe sama, na nemoc a okolní svět (Krch, 2008).

Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy:

Stále častěji se v dnešní době můžeme v rámci naší populace setkávat s jedinci, kteří mají problémy s poruchami příjmu potravy. Vzrůstá počet pacientů, u nichž se neobjevují všechny znaky, které charakterizují klasické poruchy příjmu potravy. Na základě nesplnění všech kritérií se někdy tato kategorie přehlíží, ovšem i v těchto případech může v následujících letech dojít k plnému rozvinutí kompletních příznaků poruchy. **Atypická mentální anorexie** a **atypická mentální bulimie** jsou stejně tak závažné jako mentální anorexie a mentální bulimie. Do této kategorie se zařazují osoby, jejichž diagnóza ukazuje absenci jednoho nebo více základních příznaků. Například u žen se menstruace může vyskytovat i přes nízkou tělesnou hmotnost (Krch a kol., 2005).

Mezi nespecifické poruchy příjmu potravy se řadí syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání. Označovány jsou takto případy, při nichž se u nemocné vyskytují všechna kritéria mentální anorexie a dívka trpící touto nemocí má pravidelně menstruaci, nebo u ní značně poklesla tělesná hmotnost, která stále odpovídá normě. V případě mentální bulimie se mohou objevovat všechny její příznaky, avšak k přejídání nedochází tak často, nebo je jídlo pouze žvýkáno a vyplivováno (Krch a kol., 2005).

Záchvatovité přejídání

Při této PPP se nemocní jedinci opakovaně přejídají. Nehladoví, nezvrací, necvičí ani nepožívají projímadel. Konzumují i potraviny, které normálně nejedí. Jedí i v situaci, kdy nemají hlad, snaží se tím zabavit, přijít na jiné myšlenky (Procházková – Ševčíková, 2017).

Syndrom nočního přejídání

Z názvu lze odvodit, že konzumace většiny jídel probíhá po večeři nebo až v noci. Nemocní jedinci trpí nespavostí a následně nemají chuť k jídlu. Zmiňovaná PPP způsobuje narušení stravovacího režimu, což je zapříčiněno držením diet. Většinou se tak stává v období, kdy je jedinec vystavován stresovým situacím (Procházková – Ševčíková, 2017).

Nové druhy poruch příjmu potravy:

Bigorexie

Bigorexií nejčastěji trpí muži, kteří se zabývají kulturistikou. Tito muži hodně dbají na svůj vzhled. Chtějí být velmi fyzicky zdatní a snaží se mít hodně svalové hmoty. Jedinci trpící touto nemocí si o sobě stále myslí, že jsou slabí, malí a stále nedostatečně vyvinutí, a proto se snaží neustále posilovat. Na podporu růstu svalové hmoty často užívají anabolické steroidy či další látky. Dlouhodobé přetěžování organismu poškozuje pohybový aparát. Doplňky stravy narušují trávicí systém, ledviny a játra (Procházková – Ševčíková, 2017).

Ortorexie

Termín *orthorexia nervosa* poprvé použil doktor Steve Bratman poprvé použil v roce 1996. Ortorexii definoval jako posedlost zdravým stravováním. V překladu to znamená „správná chuť“ a přídavné jméno *nervosa* označuje nervový původ, jelikož se jedná o chorobné myšlenky a představy (McGregor, 2019).

U ortorektiků nejde o snížení, omezení nebo spálení kalorií jako u jedinců s anorexií nebo bulimií, ale cílem je zušlechtění se pomocí kvalitní stravy a zdravého způsobu života. Tuto nemoc může způsobovat tzv. pocit ne-moci. Pokud je jedinec nespokojen se svým životem a se sebou samým, může se upnout na příjem potravy jako na něco, co by mohl řídit on sám. Mezi další spouštěče se řadí také nízké sebevědomí, které pramení z prožívaných traumat či stresů, a právě podřízení se daným zásadám stravování přináší pocit uspokojení, naplnění a úspěchu. Potřeba být dokonalý nebo nedostatek soucitu se sebou samým jsou dalšími faktory způsobujícími ortorexii. Nemocný jedinec vychází z přesvědčení, že pokud bude splňovat svá stanovená pravidla, může se stát dokonalým. Zdravý člověk si uvědomuje, že dokonalost neexistuje, a je

schopný přijmout určité nedostatky či anomálie. Ortorektik podléhá pocitům viny a sebenenávisti a má výčitky svědomí (McGregor, 2019).

V dnešní době je velký problém, že už dospívající od 13 let mají založené účty na sociálních sítích, kde tráví spoustu času. Mají sklony k čistému stravování (vědomému vyhýbání se průmyslově zpracovaným potravinám) a sociální média jim umožňují přístup někdy ke zkreslenému podávání úspěchu a dokonalosti. Krásně nazdobené zdravé pokrmy a vytvarované a štíhlé postavy cvičenkyň na nás vyvíjejí tlak. Ovšem ne všechny dostupné informace jsou vědecky podložené (McGregor, 2019).

Nemocný jedinec, který trpí ortorexií, na sobě nepozoruje žádné změny. Je důležité, aby alespoň okolí poznalo příznaky a mohlo tak zasáhnout. Mezi nejčastější příznaky patří odmítání jídel s tím, že mají potravinovou alergii. Kolem jídla dělají rituály, které spočívají v tom, že dokážou druhým připravit výborné jídlo, ale oni sami si nevezmou. Ortorektici jedí pouze jídlo, které si sami připraví. Vyhýbají se společenským akcím, na nichž se bude jíst, protože vědí, že by nemohli dodržet nastolená pravidla. Jsou schopni vyřadit ze svého jídelníčku celé skupiny potravin. Pro ně „zdravý“ způsob stravování jim dává pocit sebeuspokojení a dokáží za jídlo utratit hodně peněz. Objevují se u nich deprese, výkyvy nálad či úzkosti. Jsou schopni cvičit každý den, aby se následně mohli v klidu najíst (McGregor, 2019).

Odbornou pomoc lze hledat v odbornících na výživu (výživoví specialisté, nutriční terapeuti specializovaní na poruchy příjmu potravy) a na duševní zdraví (psychologové, psychiatři). Léčba je zaměřena na uzdravení celé bytosti. Jedinci potřebují vyřešit problém se stravováním, ale i se svou myslí (McGregor, 2019).

Drunkorexie

Drunkorexie spočívá ve snížení příjmu energie, aby mohl jedinec vypít větší množství alkoholu. Alkohol je sám o sobě hodně kalorický, proto jedinci omezují jídlo. Nejčastěji byl tento druh poruchy příjmu potravy registrován u dospívajících ve Spojených státech amerických, kde ze statistik vychází, že touto poruchou trpí až 30 % dospívajících dívek. Tím, že nepřijímají žádné jídlo, se alkohol rychleji a ve vyšší dávce vstřebává do jater. To může vést k úplnému selhání organismu i nenadálé smrti (Procházková – Ševčíková, 2017).

Pregorexie

Tato porucha příjmu potravy se objevuje u žen v těhotenství. Pojí se s anorektickou symptomatologií právě v období, kdy žena čeká dítě. Tyto ženy záměrně snižují svou tělesnou hmotnost. Pokud se jim daří tělesnou hmotnost úspěšně snižovat, vzniká zde velké nebezpečí. Na základě podpory od okolí, která změnu hodnotí pozitivně, se může porucha rozvinout úplně. Dopad to může mít na plod v těle matky, přičemž může dojít až k jeho úmrtí, protože nebude dostatečně vyživován. Ohroženy na životě mohou být i budoucí matky (Procházková – Ševčíková, 2017).

2 Vývojová psychologie – starší školní věk

Starší školní věk je obdobím 2. stupně základní školy. Je to období od 11. až 12. roku do ukončení povinné školní docházky, což znamená přibližně do 15 let (Vágnerová, 2005). Jedinci v tomto věku se snaží nalézt své místo ve společnosti a mezi vrstevníky (Procházková – Ševčíková, 2017). Z biologického hlediska se jedná o období pubescence neboli první fáze dospívání (rané adolescence) (Vágnerová, 2005).

Tato doba je označována jako přechod mezi dětstvím a dospělostí, a sice jako období, ve kterém se komplexně proměňují všechny složky osobnosti dospívajícího, jak somatické, psychické, tak také sociální. Nejviditelnější změny můžeme zaznamenat v tělesném dospívání, které souvisí s pohlavním dozráváním (Vágnerová, 2005).

Dále probíhají významné psychické změny jako změna ve způsobu myšlení nebo hormonální změny, které stimulují emoční prožívání. Pubescent má tendence se osamostatňovat a ztotožňovat se s vrstevníky. Jsou pro něj důležitá přátelství a první lásky. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky v 15 letech a výběr budoucího profesního směřování (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Období pubescence se rozděluje do 2 fází – fáze prepuberty a fáze vlastní puberty. Fáze prepuberty se vyznačuje prvními známkami pohlavního dospívání. Projevují se objevením sekundárních pohlavních znaků a zrychleným růstem. Po počátku menstruace u dívek a první noční poluce u chlapců tato fáze končí. Následně nastupuje fáze vlastní puberty, která trvá až do doby, kdy jedinec dosáhne reprodukční schopnosti. Dívky se stávají reprodukčně schopné po 1–2 letech od první menstruace. Podobně tomu je i u chlapců, a sice po dokončení vývoje sekundárních pohlavních znaků (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.1 Tělesný vývoj

Období pubescence je významným biologickým mezníkem, kdy se dítě mění v reprodukceschopného jedince. U každého je počátek dospívání individuální a geneticky daný. U dívek a chlapců dochází k tělesné proměně, zejména tedy k proměně tělesných proporcí a sekundárních pohlavních znaků, což v pubertě často bývá terčem výsměchu. Nezřídka se jedinci za svou změnu postavy stydí. U obou pohlaví se objevuje růst tělesného ochlupení v podpaží a v pubické oblasti. Pro muže je charakteristický zrychlený růst postavy a svalů, silnější a hrubší kůže, změny rozložení podkožního tuku,

prohloubení hlasu a zvětšení penisu a varlat. U žen dochází k růstu prsů, nárůstu podkožního tuku a rozšíření pánve a boků (Vágnerová, 2008). Jak již zmiňuji v kapitole výše, právě vyšší tělesná hmotnost může vést k držení diet, protože dívky nejsou spokojené se svým tělem, z čehož se může následně rozvinout anorexie (Krch a kol., 2005). Na tělesné, ale i psychické změny je třeba jedince v rizikovém období připravit. Je třeba s dětmi promluvit o různých tělesných typech a rozdílech mezi lidmi, aby uměli přijmout sami sebe a ostatní takové, jací jsou (Procházková – Ševčíková, 2017).

Tělesná proměna se stává součástí identity dospívajícího. Pro pubescenta může být toto období obtížné. Někdo je na své viditelné tělesné změny pyšný, ale najdeme i případy, kdy se za ně jedinec může stydět. Proces přijetí nové identity trvá určitou dobu. U některých dospívajících se projevuje ztrátou jistoty a popíráním reality. To znamená, že vyspělá dívka si obléká volné oblečení, aby jí nebyla vidět prsa a mohla se tak schovat před světem (Vágnerová, 2008).

Podle studií dospívají dívky dříve než chlapci. Tělesné dospívání bývá zpomaleno zejména u chlapců, čímž mohou nastávat i problémy. Z chlapců, kteří dospívají dříve, se stávají sebejistí, populární jedinci a často také vůdci skupiny. Naopak chlapci tělesně nevyspělí (malí a slabí) se stávají předmětem agrese ze strany vyspělejších vrstevníků (Vágnerová, 2008).

Dospívající se v této době začínají více zajímat o svůj zevnějšek. Tělesný vzhled se stává důležitou součástí identity, kterou vyjadřují prostřednictvím oblečení a úpravou zevnějšku. Snaží se tím říct svému okolí, kým se cítí být, a odlišit se od dospělých. Stylem oblečení se mohou připodobnit k určité skupině nebo vzoru (Vágnerová, 2008).

Pro období dospívání je také charakteristické zvyšování tělesné hmotnosti, a to zejména z důvodu růstu postavy. V tomto období by měly děti přibírat na váze. U některých dětí se může Index tělesné hmotnosti držet pod normou a nemusejí být anorektické. Ovšem váha by neměla být stejná v 15 letech jako ve 12. Děti, které měly nadváhu, mohou začít při tělesném růstu hubnout. Snížení hmotnosti u těchto dětí může vést k uspokojení. Je proto nutné se mít v těchto případech na pozoru, protože je možné, že budou chtít pokračovat v dietách, aby se jejich váha stále snižovala. A z těchto diet může vzniknout právě anorexie. Podvýživa nebo vyhublost je nebezpečná a může způsobovat zpoždění či úplné zastavení tělesného růstu (nevyvíjení prsou u dívek

a genitálií u chlapců). Po navrácení tělesné hmotnosti do normálu se tělesný vývoj dokončí (Krch, 2010).

2.2 Kognitivní vývoj

Studie ukazují, že intelektový vývoj se nachází na vrcholu na konci období pubescence, tedy v 15 letech. Uvádí se, že v této době se přibližují největšímu výkonu a mohou intelektovými schopnostmi přesahovat starší jedince. Diferenciace inteligence se zastavuje s největší pravděpodobností na konci tohoto období (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Kognitivní vývoj dětí a mládeže spočívá ve vývoji poznávacích funkcí, jakými je vnímání, představování, fantazie, myšlení, pozornost a paměť. Nejdůležitějším představitelem problematiky kognitivního vývoje byl především Švýcar Jean Piaget. Jeho teorie kognitivního vývoje je rozdělena do 4 stádií vývoje dětí, která závisejí na tom, jakým způsobem člověk poznává v průběhu života. Stádium konkrétních operací končí mezi 11–12 rokem života. V tomto období jsou již jedinci schopni logicky uvažovat, avšak pouze o konkrétních obrazech. Dosáhli úrovně, na které jsou schopni přemýšlet nad tím, jak prožívají a přemýšlí ostatní lidé. Prozatím však nebyli schopni přemýšlet abstraktně. To se mění s 12. rokem, kdy dítě přechází do konečného 4. stádia, nazývaného stádium formálních operací (Kohoutek, 2008). Nový formálně abstraktní způsob myšlení spočívá v pochopení pojmů, které jsou obecnější a nejsou odvozeny ze smyslové zkušenosti, z názorných předloh. Podle Piageta je již dospívající schopný vytvářet různé hypotézy nebo domněnky, které se neopírají o realitu a mohou být i vymyšlené, neskutečné (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.3 Emoční vývoj

Období staršího školního věku je spojeno s hormonální proměnou, která se projevuje větší labilitou, dráždivostí a emočním zmatkem. Emoční reakce se zdají být méně přiměřené, velmi intenzivní, krátkodobé a proměnlivé (Vágnerová, 2008). To vše je způsobeno vnitřními změnami v jedincově organismu. Tím, že jedinec pohlavně dozrává, přichází do jeho života nové vnitřní podněty, které způsobují přecitlivělost na vnější podněty. Na základě toho je toto období označováno jako období „bouří a krizí“. Projevuje se častými a nápadnými změnami nálad, impulzivním jednáním, nestálostí a nepředvídatelností reakcí a postojů (Langmeier – Krejčíková, 2006). Objevuje se tzv. emoční egocentrismus. Jedinec si myslí, že nikdo nemá takové emoční prožitky jako

on. Zároveň je introvertnější a s tím přichází další typický znak dospívání, nechuť projevovat svoje city navenek. Už se s kýmkoliv nedělí o své prožitky, hlavně pokud se jedná o pocity smutku či trapnosti. Má strach z nepochopení, výsměchu či se jen stydí (Vágnerová, 2008).

Dospívající bývají dosti vztahovační, což je odrazem jejich osobní nejistoty. Tu zvyšují i okolní reakce na jejich chování, protože tyto informace bývají často kritické a zhoršují jejich sebehodnocení. S nepříjemnými pocity se často vyrovnávají únikem do fantazie, protože ta jim umožňuje řešit situace, se kterými si nedovedou ve skutečnosti poradit (Vágnerová, 2008).

Proces dospívání doprovází i rozvoj volních vlastností. Dospívající mají již lepší odhad vlastních možností, který vede ke zlepšení sebeovládání a vytrvalosti, pouze v případě, že jde o silný podnět (Vágnerová, 2008).

V tomto období se klade důraz na školní prospěch, jenž může být u pubescentů ohrožen, protože mohou vznikat obtíže při koncentraci pozornosti, které jsou spojené s emoční nestálostí. Dále s tím souvisí větší unavitelnost (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.4 Vývoj základních dovedností a schopností

Na rozdíl od mladšího školního věku se u pubescentů rychle vytváří dovednosti, pro které je zapotřebí síla, hbitost, jemná pohybová koordinace, i význam pro rovnováhu. Vývoj motoriky je důležitý pro sport, o který se v tomto věku začínají dospívající zajímat. Období pubescence je dále důležité vývojem vnímání. Především se jedná o vizuální vnímání, které souvisí s abstraktním myšlením, kterého dříve děti schopny nebyly (Langmeier – Krejčíková, 2006). Především uvažují nad tím, kým jsou a kým by chtěli být. Jsou schopni přiznat si své chyby a nedostatky. Pubescenti se často dostávají do tzv. denního snění. Nejčastěji se jedná o představy, že jsou všeho schopni, a také sní o erotičnu (Vágnerová, 2008). Představy pubescentů už jsou obecnější, vycházejí ze zkušeností a od určitých znaků, vlastností a vztahů daného předmětu. Pro mladší děti je důležitá názornost. Ovšem nyní je potřeba se od pouhé názornosti trochu odpoutat, aby se nezpomaloval vývoj abstraktního myšlení. Nepřestala se vyvíjet ani řeč. Jedinci mají bohatší slovní zásobu a větné skladby jsou složitější (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.5 Socializace

V životě dítěte představuje rodina jistotu, pocit bezpečí a útočiště. Dítě se může na rodiče obrátit v jakékoliv situaci, ať se jedná o pozitivní či negativní problémy (Langmeier – Krejčíková, 2006). Rodiče mají na své děti velký vliv, a jak píše Novák (2010), problém může nastat především v navádění, při čemž je jedinec chválen za štíhlost. Problém se může objevit i v opačném případě, v němž rodiče mohou zmínit, že dítě přibralo, a dítě to může vzít vážně. Je to zásah do jejich sebevědomí, čímž může dojít k omezování se v jídle (Novák, 2010).

V období pubescence je charakteristické odpoutání se od rodičů. Dospívající se snaží najít způsob, jakým získat co největší samostatnost. Tímto způsobem však nechtějí ztratit kladný vztah s rodinou. I přesto mohou vznikat mezi dospívajícími a rodiči rozpory. Dospívající se dostávají do fáze, ve které jsou pro ně významné vztahy s vrstevníky, se kterými se ztotožňují. Často přijímají jejich chování, názory, zájmy a hodnoty, které se neslučují s představami rodičů, a proto proti nim často zbrojí, kritizují je, vytýkají jim nedostatky a jejich nadměrnou kontrolu. Pociťují stud, když jim rodiče projevují něhu a lásku. Někdy se může stát, že se dospívajícímu nemůže oprostit od vazby na rodičích a zčásti ji přesunout na vrstevníky. V tomto případě mohou nastat obtíže jako nenávist k rodičům či proměna úcty v pohrdání. Ani sám dospívající si neumí vysvětlit toto chování. Další skupina dospívajících může mít strach, že ztratí lásku rodičů. Vyrovnávají se s tím tak, že odmítají nové vztahy, vrací se o krok zpět k infantilní závislosti na rodičích, uzavírají se do svého světa, popřípadě unikají do svých fantazií. Tyto situace jim nakonec pomáhají nalézt vlastní úspěšnou cestu. V určitých případech mohou pocity nejistoty a úzkosti přetrvávat. Vytváří se jako dominantní rys osobnosti nebo jsou jednou z příčin vzniku otevřené patologie s vegetativní poruchou, jakou je například mentální anorexie. I přes touhu po emancipaci si za normálních okolností pubescenti udržují pozitivní vztah k rodičům, ať je jakkoli kritizují. Pro dospívající jsou rodiče i nadále oporou. Při konfliktech či emočních problémech si nejčastěji jdou pro radu za matkou. Až na druhém místě se nacházejí jejich přátelé nebo spolužáci. Základní hodnoty a morální postoje, které získali od své rodiny, zůstávají a pozměňuje se jimi vnější styl chování (Langmeier – Krejčíková,2006).

Jak je již výše zmíněno, v období pubescence se dospívající odpoutávají od rodiny. Na základě toho nalézají pocit jistoty a jsou celkově hodně ovlivňováni většinou stejně starými vrstevníky. Navazování nových a diferencovanějších vztahů připravuje

dospívající na nové trvalé emoční vztahy v dospělosti. Rozšiřování těchto vazeb je popisováno 5 stupni, které na sebe navazují. Každé dítě jimi prochází individuálně, občas ve velmi rozdílném věku. Někdy se mohou jednotlivá období překrývat. Na začátku puberty se vytváří skupinová izosexuální fáze. Ta spočívá ve vytváření skupin stejného pohlaví. Jedinci s opačným pohlavím jsou odmítáni. Chlapcům dívky připadají užalované či ufňukané. Dívkám se nelíbí hrubost chlapců. Druhý stupeň se nazývá individuální izosexuální fáze, která je založena na potřebě intimního přátelství k důvěrnému příteli nebo přítelkyni. Navzájem si svěřují své osobní zkušenosti nebo vlastní pocity. Přátelství z této doby může vydržet někdy až do stáří. Třetí fáze je označována jako přechodná etapa. Dospívající se začínají zajímat o opačné pohlaví. Ze začátku může být tento kontakt bázlivý, tápavý či nejistý. Překonáním skupinového tabu se mohou stávat terčem posměchů, ale zároveň se zde objevuje závist. Jedinci si pozornost dávají najevo pokřikováním na sebe, koketováním a vtipkováním. Čtvrtá heterosexuální polygamní fáze se začíná objevovat na přelomu pubescence a adolescence. Jedná se o první opravdový vztah mezi chlapcem a dívkou, též označován jako tzv. první láska. Projevuje se tajným scházením se získáváním zkušeností s důvěrným stykem s jedincem druhého pohlaví, zvědavostí a přáním přesvědčit se o své ceně a atraktivitě. Většinou až o hodně později vyústí takový vztah jedinců v hlubší porozumění a oddanost. Tehdy se jedná o etapu zamilovanosti, pro niž jsou již charakteristické erotické vztahy, které zpravidla na konci adolescence mohou vyústit v založení vlastní rodiny (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Sexualita v období pubescence je ovlivněna výchovnými a sociálními podmínkami, především současnými kulturními normami. Mezi dospívajícími jsou rozšířeny autoerotické praktiky, které předchází pozdějším heterosexuálním vztahům vznikajícím mezi 14. a 16. rokem (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.6 Volba povolání

Do 11 let děti neslučují svou volbu povolání se svými schopnostmi či požadavky práce. Zatím všechno zůstává ve formě přání a fantazií. Po 11. roku života začíná dospívající své fantazie a přání opouštět a už chápe, že musí brát ohled na své schopnosti a také na svůj školní prospěch. Začíná si zjišťovat podmínky, za jakých by mohl být přijat na danou školu (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Na volbu povolání lze nahlížet ze 2 hledisek. Za prvé by si měl jedinec vybrat takové povolání, které by mu vyhovovalo a mohl by v něm využít své specifické schopnosti, osobní sklony i zájmy. Za druhé je pro společnost důležité vybrat takového zaměstnance, jenž by byl schopný plnit společenské úkoly (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Při výběru povolání se často střetávají zájmy dospívajících a jejich rodičů. Na základě toho se vydělují 3 typy volby povolání. Prvním typem je výběr ovlivněný vlivem rodičů. V případě, v němž rodič rozhoduje o volbě povolání, tuto situaci nelze označovat za „volbu povolání“. Druhý a nejčastější typ představuje střední pozici. Souvisí s přáními dospívajících, jejichž představy jsou nejasné a nepevné. Třetí typ se týká rozhodných a cílevědomých jedinců, kteří mají stanovený osobní plán s předem promyšlenými cíli (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Často se u mladých lidí po 2 až 3 letech studia objevuje nejistota a nespokojenost s vybraným oborem. Není se čemu divit, rozhodování o budoucnosti probíhá v době, kdy je jedinec ještě zájmově nevyhraněn a vývoj schopností a charakterových vlastností nebyl dokončen. Jedná se o dobu, kdy jedinec často mění svá rozhodnutí (Langmeier – Krejčíková, 2006).

2.7 Vývoj sebepojetí

Stejně jako odpoutání se od rodiny a výběr povolání je také velmi důležité docílit pocitu vlastní identity. Dospívající si v tomto období pokládají otázky typu: kdo jsem, jaký jsem, kam patřím, kam směřuji a jaké hodnoty jsou pro mě významné. Snaží se najít své možnosti. Nejzásadnější je pro ně přijmout svoji jedinečnost, zvláště pro jedince s různými omezeními či nedostatky. Začínají se pozorovat, zajímat se o svůj vzhled a hledají na sobě různé vady či odchylky. Například nespokojenost s vlastním tělem může vést až k poruše vnímání vlastního těla, což může být v extrémních případech spojeno s patologickým odmítáním potravy, jako je tomu právě u mentální anorexie nebo mentální bulimie, které jsou vedou k záměrnému hubnutí. Více se mentální anorexie objevuje u dívek a může vést až ke smrti (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Hodnocení sebe sama po objevení otázek po vlastní identitě nejdříve klesá. Poté okolo 15. a 16. roku života se zase více dostává do popředí. Jedinci se starají především o to, jak je vidí a co si o nich myslí ostatní. Tohoto způsobu uvažování jsou schopni až

s rozvojem formálních operací. Kritický pohled na sebe jim pomáhá v utřídění si osobnostních charakteristik a vlastní role ve společnosti (Langmeier – Krejčíková, 2006).

Aktivní experimentace je součástí hledání identity. Snaží se vyzkoušet různé postoje nebo například pozměňují svůj styl písma. Dospívající ještě stále často obměňují své zájmy a tímto vším utváří své já. Snaží se být sami sebou (Langmeier – Krejčíková, 2006).

3 Primární prevence rizikového chování

Obecně lze o prevenci říct, že se jedná o soubor opatření, která se soustředí na to, jak předcházet nějakým nežádoucím jevům (Průcha a kol., 2013). V tomto případě jak předcházet poruchám příjmu potravy.

Průcha a kolektiv (2013) uvádí 2 kategorie dělení prevence:

1. dělení:

- Primární prevence má za cíl bránit vzniku nežádoucích jevů u osob, u kterých se ještě rizikové chování neobjevilo. *„Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů, kultuře stravování. Důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, na které mají prokazatelný vliv média a kulturní vzory.“* (Papežová, 2010, str. 140). Školských zařízení se týká pouze primární prevence a je jejich povinností zajistit primární programy ve školách.
- Sekundární prevence usiluje o včasné odhalení a práci s nežádoucími jevy již v rané fázi.
- Terciální prevence má za úkol zabránit dalšímu rozvoji již existujícího problému, jehož nežádoucí jevy jsou již rozvinuté.

2. dělení:

- Nespecifická prevence pracuje s celou sledovanou populací takovým způsobem, který nemá přímou spojitost s rizikovým chováním. Řadí se sem aktivity, které zmenšují riziko vzniku a rozvoje rizikového chování formou zájmových, sportovních nebo volnočasových aktivit, ale také aktivit zaměřených na společenská pravidla či zdravý rozvoj osobnosti (Martanová, 2014).
- Specifická prevence podporuje činnosti zaměřené na konkrétní formu poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie atd.) (Martanová, 2014).

Cílem primární prevence je snížení rizika vzniku poruch příjmu potravy. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat dívkám, u kterých se objevuje nespokojenost s vlastním tělem (Titmanová, 2017). Kvůli rostoucímu vlivu médií na dospívající se zvyšuje i počet případů trpících touto poruchou. Okolí jim vnucuje ideál krásy, kvůli kterému dívky drží různé nevhodné diety, které jsou často komerčně zneužívány v reklamách, ale nejsou vždy pravdivé. Ovšem i přes zdravý životní styl se nemusí podařit

dojít k prezentovanému ideálu krásy, protože veškeré fotky modelek z časopisů jsou upravovány počítačovými programy, aby jejich postava a vzhled byly bez chyby (Papežová, 2010).

PPP je možné předcházet a základ by měl být dětem předán v rodině. V dnešní době děti tráví ve školách někdy více času než doma. Učitelé jsou pro děti zdrojem, který jim předává nejen znalosti, ale i společenské hodnoty, proto by se měla i škola zaměřit na informování žáků na toto téma. Především je důležité se zaměřit na zdravé stravovací návyky, na podporu kladného sociálního klimatu ve třídě, ale také na posilování sebedůvěry a rozvoje individuality každého jedince. Škola by se měla snažit zaměřit na odstranění nedostatků, které si žáci přináší z rodiny (Procházková – Ševčíková, 2017).

Ve školách lze u dospívajících podporovat také jídelní a fyzickou aktivitu, častější společné stolování s rodinou, práci na pozitivním vnímání vlastního těla a diskuse o problému šikany, která by se mohla ve třídě vyskytovat směrem k jedincům s nadváhou. Rodiny je třeba upozornit, aby nemluvily o hmotnosti jedince a snažily se zdravě cvičit a jíst (Papežová, 2010).

Preventivní programy či promlouvání učitelů na téma problematiky PPP k žákům by mělo být předáváno vhodným způsobem, jinak může tato prevence působit spíše opačným způsobem, jako tzv. spouštěč. Určitě by předávání takových informací nemělo být prováděno formou zastrašování, přehánění či vyzdvihování daných hledisek. Některé děti se do té doby nemusely s danou problematikou setkat a mohlo by to pro ně sloužit jako návod (Procházková – Ševčíková, 2017).

Základ prevence stojí na komunikaci mezi pedagogem a žáky, ale také na míře otevřenosti. Pedagog by měl na děti či dospívající působit jako osoba, které se mohou svěřit, pokud se u nich vyskytly nějaké problémy. Učitel by měl dětem umět pomoct či poradit, jak se v daných situacích příště zachovat. Pedagog často bývá prvním, kdo si všimne rozvíjející se poruchy příjmu potravy či jiného rizikového chování žáka. Následně doporučuje jedinci a jeho rodině, na koho se obrátit pro odbornou pomoc (Titmanová, 2019).

Úkolem učitele je vést děti ke správným stravovacím návykům a předcházet tak riziku obezity. Toho docílí, když dětem poskytne pauzu na obědy, předá jim informace o významu pestré stravy, o pravidelném stravování a o omezení sladkostí a slazených nápojů. Ovšem tím nesmí v dětech povzbudit strach z tloušťky. V určitých situacích by

také mohlo být vhodné, aby učitel v rámci diskuse ukázal žákům fotografie modelek před úpravou a po úpravě. Žáci by tak zjistili, že časopisy neobsahují pouze reálné fotografie (Procházková – Ševčíková, 2017).

S prevencí PPP také souvisí podpora pozitivního sociálního klimatu ve třídě. Mezi žáky je třeba rozvíjet sebedůvěru, zdravý osobní růst a schopnost jednat asertivně, umět řešit konflikty a zdravě se prosazovat (Procházková – Ševčíková, 2017).

3.1 Preventivní program

Efektivita preventivního programu závisí na celkovém zorganizování a zvolené strategii, kterou bude pedagog působit na cílovou skupinu žáků. Může ovšem zvolit také pomoc institucí, které se preventivními programy nebo projektovými dny zabývají. Mohou spolupracovat s masmédii nebo se například potkávat s rodiči. Programy by měly být naplánované tak, aby na sebe navazovaly a doplňovaly se. Důležité je také zvolit, pro jakou cílovou skupinu program bude tvořen, aby odpovídal věku žáků a byl pro ně dostatečně zajímavý. Při brzkém započetí s preventivními aktivitami je prevence účinnější. Při programu je třeba vytvořit takové prostředí, aby v něm mohly být navazovány uspokojující vztahy. Jeho smyslem je ovlivňovat chování žáků tak, aby z programu získali sociální dovednosti jako například schopnost odmítat nebo zlepšovat sociální komunikaci. Dále je důležité u nich podpořit zdravý životní styl a také předkládat různé kladné vzory. Rizikové chování se ve školní třídě nebude šířit, pokud bude pedagog podporovat kladný vztah mezi žáky a bude je učit, jak řešit případné problémy (Titmanová, 2019).

Nedoporučuje se podávat žákům zdravotní poznatky, zákazy, přehánět možné následky nemoci či jedincům hrozit (Titmanová, 2019).

Programy se především zaměřují na ochranu zdraví žáků a na rozvoj takových znalostí, postojů a dovedností, které pomáhají předcházet riziku PPP. Cílem prevence u každého žáka je, aby byl schopný rozeznat rizikové situace, které se v jeho životě mohou objevit (Titmanová, 2019).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 O škole a školní preventivní programy

Pro realizaci svého preventivního programu jsem se spojila se Základní školou T. G. Masaryka v Hrádku nad Nisou. Ve škole působí pan učitel M. F., který byl ochotný se se mnou ohledně mých dotazů sejít. Na škole zajišťuje metodickou, koordinační a poradenskou činnost v problematice prevence rizikového chování na škole a spolupracuje se třídními učiteli, aby bylo klima ve škole bezpečné. Tato funkce se nazývá metodik školní prevence a jedná se o specifickou funkci, pro kterou je nutné absolvovat speciální studium.

Studium k výkonu specializovaných činností (Prevence sociálně pedagogických jevů) je 2leté a je stanoveno Národním pedagogickým institutem. Tento obor je možné studovat v Centru dalšího vzdělávání. Podmínkou přijetí je vysokoškolské vzdělání.

Na Základní škole T. G. Masaryka v Hrádku nad Nisou se mohou děti v případě určitých problémů obracet i na výchovné poradce. Jeden výchovný poradce je určen pro 1. stupeň a druhý pro 2. stupeň.

Každá škola vyučuje podle svého školního vzdělávacího programu (ŠVP), který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání Národního ústavu pro vzdělávání. Součástí ŠVP jsou osnovy všech předmětů pro všechny ročníky, ve kterých je stanoveno, čím se budou žáci zabývat. Primární prevenci se na ZŠ T. G. M. v Hrádku nad Nisou věnují především v rámci předmětu výchova ke zdraví. Na webových stránkách školy lze v ŠVP najít osnovy předmětů od 7. třídy, ve kterých je uvedeno, že se žáci zabývají změnami v životě každého jedince (puberta, dospívání). Od pana učitele jsem obdržela osnovy předmětu výchova ke zdraví pro 6. ročník, kde jsou probíranými tématy zdravý životní styl, zdravá výživa (sestavování jídelníčku, výživové hodnoty), ale i konkrétní nemoci, které patří mezi poruchy příjmu potravy. S tím souvisí i téma nazvané Pozitivní cíle a hodnoty, taktéž zařazené v osnovách. Zaměření této bakalářské práce se nejvíc ztotožňuje právě s osnovami předmětu Výchova ke zdraví pro 6. třídu.

S poruchami příjmu potravy se mohou žáci setkat i v 8. třídě v rámci Přírodopisu, v němž probírají jednotlivá vývojová období. Probíráno je také období puberty, ve kterém

dochází k tělesným změnám. Během něj mohou mít některé dívky problém přijmout změnu svých tělesných proporcí.

Každá škola má také vypracovaný školní preventivní program, ve kterém jsou obsaženy následující kapitoly: charakteristika školy, poradenská pracoviště a vnitřní informační zdroje (kontakty na výchovné poradce, metodika školní prevence), vnější informační zdroje (kontakty na Linku bezpečí, sociální pracovnice v Hrádku n. N. atd.), cíle a dlouhodobé cíle programu, školní řád, riziková místa školy (toalety), zaměření primární prevence pro cílovou skupinu (1. stupeň, 2. stupeň – specifikováno pro každý ročník), úkoly třídního učitele, monitoring a evaluace.

Škola zajišťuje bezpečnost a ochranu žáků při vzdělávání. I v rámci školního řádu jsou žáci seznamování s ochranou před sociálně patologickými jevy, ale i ochranou zdraví. Na začátku každého školního roku je jim připomínáno, že pokud je bude někdo ze spolužáků či ostatních žáků ve škole omezovat, šikanovat (např. vysmívání se, že je někdo silnější), aby se obrátili na třídního učitele, výchovného poradce, metodika školní prevence či vedení školy, které začne vzniklý problém prošetřovat.

Ve školní řádu je stanoveno, že děti samozřejmě mohou během vyučování/přestávek pít, ovšem nesmí se jednat o energetické ani kofeinové nápoje, čímž apelují i na zdravý životní styl. Tyto nápoje mohou způsobovat změny v chování žáků, protože obsahují velké množství cukru. Mezi tyto nápoje se řadí například i Coca-Cola.

V případě, že by byl již znatelný nějaký problém u konkrétního žáka, zařazuje se dané téma v rámci třídnických hodin. V případě podezření je třeba kontaktovat rodiče daného žáka. Následně, pokud se již nemoc projevila výrazněji a je odhalená, přichází na řadu odborná pomoc (zejména psychologická).

Kdyby škola měla zájem o provedení preventivního programu na určité téma, může oslovit organizaci MAJÁK o.p.s., která takovéto služby nabízí.

5 Můj preventivní program

Následující preventivní program je zpracován na téma primární prevence rizikového chování, které je zaměřené na poruchy příjmu potravy. Je připraven pro žáky 2. stupně základní školy. Pro jeho realizaci jsem si zvolila žáky 8. třídy.

5.1 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

Při procházení Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání jsem zjistila, že 2. stupeň základních škol se problematikou prevence poruch příjmu potravy nezabývá. V RVP je problematika PPP opomíjena. Zde je zmiňována především problematika šikany a závislostí. V rámci předmětu Výchova ke zdraví na ZŠ T. G. M. jsou diskutovány především změny v období dospívání, dále zásady zdravého životního stylu a osobnostní a sociální rozvoj, což je spojeno s poruchami příjmu potravy. Ovšem konkrétní nemoci PPP zmiňovány nejsou. Na 1. stupni se v RVP zmiňuje v předmětu Člověk a jeho svět, konkrétně v rámci tématu Člověk a jeho zdraví, že by žák měl být schopen uplatňovat základní znalosti, dovednosti a návyky související s preventivní ochranou zdraví a zdravého životního stylu (např. denní režim nebo správná výživa).

Domnívám se, že pro 2. stupeň je primární prevence PPP velmi důležitá. V tomto věku (11–15 let) se jedinci dostávají do puberty, což je problematické období týkající se mnoha změn, které mohou vést k potížím v této oblasti. Podle mého názoru by měli mít žáci o těchto nemocech alespoň základní povědomí.

Na základě tohoto faktu jsem se rozhodla pro zpracování aktivit, které by mohly předcházet vzniku PPP.

5.2 Cíle programu

Cílem preventivního programu je získání povědomí o poruchách příjmu potravy. Především to, které nemoci se mezi PPP řadí, jaké jsou jejich příznaky, co je spouští a které faktory je ovlivňují. Aktivity se zaměřují na podporu zdravého a kladného sebevědomí, hledání pozitiv na sobě samém, ale i na druhých. Seznamují žáky se zdravými stravovacími návyky a množstvím kalorií různých potravin. Dále rozvíjí spolupráci mezi spolužáky, aby spolu dokázali komunikovat, a pečovali tak o vztahy ve třídě.

Dalším důležitým cílem je uvědomit si, že média nás všechny z velké části ovlivňují, předkládají nám i nereálné ideály krásy, se kterými se často ztotožňujeme. U dívek se jedná o přílišnou štíhlost až vyhublost, u chlapců jde o nepřirozeně osvalenou postavu. Aktivitami se snažíme žáky dovést k pochopení, že všichni nejsou stejní, každý je výjimečný něčím jiným a každému jde něco jiného.

5.3 Struktura každé aktivity

Název aktivity

- Výstižné označení aktivity

Edukační cíle (výchovně-vzdělávací cíle)

- Popisují, na co se bude aktivita zaměřovat a co bude žák umět na konci aktivity (dovednosti, vědomosti, postoje)

Časová dotace

- Čas vymezený na aktivitu

Pomůcky

- Nástroje/předměty potřebné pro danou aktivitu

Průběh aktivity

- Detailní popis toho, jak bude daná aktivita probíhat
- Rozdělení aktivity:
    - Motivační úvod
    - Hlavní část
    - Reflexe

5.4 Preventivní program

5.4.1 Motivační úvod k celému programu

Lektor, který povede preventivní program, se žákům představí a seznámí je s tématem programu. Informuje žáky, že se společně sejdou celkem pětkrát na 1 hodinu. Nejdřív se žáků zeptá, zda se již setkali s pojmem poruchy příjmu potravy a co si pod ním představí. Dále lehce nastíní, čemu se budou v následujících 5 blocích věnovat – dozví se nové informace o PPP (příznaky, následky, léčba, druhy, nové druhy), o hrozbě zvané média, o ideálu krásy, o různých typech postavy, ale že se také budou snažit rozvíjet zdravé sebepojetí vyzdvihnutím jejich silných stránek.

5.4.2 Jednotlivé bloky preventivního programu

BLOK 1

1. aktivita

Název	**MYŠLENKOVÁ MAPA**
Edukační cíle	Žák umí popsat druhy poruch příjmu potravy a jejich příznaky, vysvětlit faktory ovlivňující jejich rozvoj a popsat možnosti jejich léčby.
Časová dotace	30 minut
Pomůcky	Křídy / fixy, tabule / velký arch papíru
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** Motivace proběhla již v motivačním úvodu k celému programu. Tato aktivita na něj navazuje.
	Hlavní část: Na tuto aktivitu využijeme tabuli ve třídě nebo velký arch papíru, na něž doprostřed napíšeme zkratku „PPP“ = poruchy příjmu potravy. Následně budeme žáky vyzývat, aby každý, koho něco napadne k tomuto tématu, připsal daný pojem/sousloví na tabuli/arch (ve zkratce). Tyto pojmy pak mohou být rozvíjeny. V okamžiku, kdy nikoho nebude již nic napadat, budeme dále téma rozvíjet kladením otázek, jimiž se snažíme žáky nasměrovat na další pojem, o kterém bychom mohli diskutovat.

	Na tabuli/arch budou dopisovat příznaky, ovlivňující faktory, důsledky a fakta o léčbě. Do myšlenkové mapy dopíšeme i nové druhy PPP (bigorexie, drunkorexie, orthorexie, pregorexie), u kterých platí předpoklad, že je žáci znát nebudou. Později s nimi provedeme aktivitu, která bude zaměřena právě na tyto druhy. Pro příklad je v Příloze 1 vytvořena myšlenková mapa tak, jak by měla vypadat po dokončení aktivity.
	Reflexe: Na konci aktivity shrneme dané téma. Buď v kruhu, nebo po lavicích bude každý žák vyvolán, aby uvedl jednu novou informaci, kterou si zapamatoval. Poznatky by se neměly opakovat. Každý by měl říct takový poznatek, který ještě při tomto shrnutí nezazněl. Ze strany lektora by měl být vyzdvihnut fakt, že se PPP často rozvíjí na základě nízkého sebevědomí, když jsou k sobě jedinci moc kritičtí nebo se hodnotí negativně. Na to bude navazovat následující aktivita.

2. aktivita

Název	**CO MÁM NA SOBĚ / NA SPOLUŽÁKOVI RÁD/A**
Edukační cíle	Žák dokáže uvést své pozitivní stránky a dát pozitivní zpětnou vazbu svým spolužákům k jejich chování či osobnosti (říci, co se mu líbí na spolužákově chování, jaké kladné vlastnosti má, co dobře umí).
Časová dotace	10 minut – 1. část aktivity 15 minut – 2. část aktivity 5 minut – reflexe
Pomůcky	Papír A4, tužka/propiska
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** *„Již jsme se bavili o tom, že mentální anorexie a mentální bulimie mohou pramenit z nízkého sebevědomí či podceňování*

	se. Proto je důležité ve svém životě hledat pozitivní věci a mít se rádi.“
	Hlavní část: **1. Co mám na sobě rád/a?** V první řadě rozdáme každému dítěte čistý bílý papír. Na tabuli předkreslíme koláč = kruh rozdělený na 6 částí. Žáci si stejný koláč nakreslí na papír, který dostali. Koláč musí být dostatečně velký, aby se do něj daly psát věci nebo vlastnosti, které na sobě mají rádi. V této části po nich nebude vyžadováno, aby četli své vlastnosti nahlas. Je to spíše pro ně, aby si uvědomili, co na sobě mají rádi. **2. Co mám na svém spolužákovi rád/a?** V druhé části si s žáky sedneme do kruhu, stačí na zem (či na židle). Každý žák má připravenou tužku/propisku a dostane papír, který si v pravém horním rohu podepíše. Následně pošle papír spolužákovi sedícímu po své levé ruce, takže papír koluje stále stejným směrem. Žáci vždy napíšou jednu věc nebo vlastnost, kterou mají na konkrétním spolužákovi, jehož papír k nim zrovna doputoval, rádi. Popsanou část přehnou a pošlou dál. A takto budou postupovat, dokud se k žákovi nedostane jeho vlastní papír.
	Reflexe: S žáky zůstaneme sedět v kruhu. Každý z nich si přečetl pozitiva, která o něm napsali ostatní. Každý dostane prostor vyjádřit, jestli se ztotožňuje s názory spolužáků, zda se tak cítí a jestli ho slova, které mu napsali, potěšila, překvapila atd. Vyjádřit by se měli všichni žáci.

BLOK 2

3. aktivita

Název	**ŘEKNI, CO SES DOZVĚDĚL**
Edukační cíle	Žák umí vyjmenovat a popsat nové druhy poruch příjmu potravy, jejich příznaky a léčbu. Umí svými slovy zformulovat získané informace na plakát a následně je interpretovat ostatním spolužákům.
Časová dotace	30 minut – samostatná práce 25 minut – odprezentování témat 5 minut – reflexe
Pomůcky	Krabička s papírky na rozdělení žáků do skupin (4 barvy), papírky s názvy nových druhů PPP (drunkorexie, orthorexie, bigorexie, pregorexie), články s informacemi o těchto druzích, čtvrtka A3 (A4), fixy, pastelky, propiska, barevné papíry, mobil
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** Na začátku žáky seznámíme s tím, že existují 4 nové druhy PPP a že informace o těchto druzích si navzájem předají formou skupinové práce. V rámci toho vyhlásíme soutěž o nejlepší plakát. Skupina, která jej vytvoří, dostane odměnu.
	Hlavní část: V této aktivitě si připravíme krabičku s papírky o 4 barvách. Bude v ní přesný počet kartiček na počet žáků tak, aby byli rovnoměrně rozděleni do skupin. Losováním vytvoříme náhodné skupiny, které si najdou místo, kde se jim bude dobře pracovat. Na jednom stole připravíme pro žáky velké/menší čtvrtky, fixy, pastelky a barevné papíry. Každá skupina si může chodit pro cokoliv, co potřebuje, aby vytvořila plakát o konkrétní PPP. Ke každé nemoci rozdáme žákům vytisknuté materiály (článek/informace o nemoci, Příloha 2), ze kterých by měli čerpat. Důležité je vypisovat podstatné informace tak, aby všechno bylo srozumitelné pro ostatní. Skupinám povolíme práci s mobily, kde si budou moct dohledat ještě nějaké doplňující informace k tématu.

	Mezi dětmi (jako lektor) budeme procházet a kontrolovat jejich práce. Budeme sloužit jako tzv. rádce, kdyby s něčím potřebovali poradit. Projekt by měl být zpracován tak, aby byl srozumitelný a zajímavý pro ostatní po všech stránkách (vzhledově i obsahově). Měli by zmínit charakteristiku nemoci, faktory ovlivňující vznik, příznaky, důsledky, popř. také následky. Po uplynutí stanoveného času budou jednotlivé skupiny chodit k tabuli, kde budou prezentovat svou práci ostatním spolužákům. Ve skupině si rozdělí informace, které budou prezentovat. Každý ze skupiny by měl říct alespoň několik vět. Lektor bude doplňovat případné nedostatky.
	Reflexe: Na konci této aktivity budeme plakáty hodnotit z hlediska toho, jak kvalitně byly zpracované, jak se žákům spolupracovalo ve skupině nebo co si odnáší z této aktivity. Poté proběhne soutěž o nejlepší plakát. Každá skupina dostala na začátku při rozdělování do skupin barvu. Na základě toho každý žák napíše na malý papírek barvu skupiny, jejíž plakát se mu nejvíc líbil. Při vyhlášení dostane každý z vítězné skupiny například müsli tyčinku. Pokud budou mít žáci nějaké dotazy, dostanou na ně v této části prostor. Na konci se zaměříme na otázku, zda znají ve svém okolí někoho, kdo má s těmito nemocemi problém.

BLOK 3

4. aktivita

Název	**SKUTEČNÝ PŘÍBĚH DÍVKY**
Edukační cíle	Žák umí vysvětlit, co může být spouštěčem PPP. Umí odpovědět na otázky (lektorem položené) týkající se textu.
Časová dotace	25 minut
Pomůcky	Vytištěný příběh dívky trpící anorexií (do dvojic / do lavice)

Průběh aktivity	**Motivační úvod:** *„V této aktivitě si řekneme, že spouštěče nemoci mohou být různého původu a mohou vyústit z celkového vnímání vlastní osoby. Na názorné ukázce si nyní přiblížíme, jak daná osoba tuto nemoc prožívala a vnímala.“*
	Hlavní část: Žáci dostanou do dvojice skutečný příběh dívky, která popisuje svoje pocity při boji s anorexií. Jedná se o výňatky z knihy *Anorexie: Hlad o jiném světě* od Evy Steppanové, která zde popisuje svůj příběh (Příloha 3). Každá dvojice si úryvky příběhu přečte a následně bude dané téma rozebírat.
	Reflexe: Otázky na žáky po přečtení výňatků (co si z toho odnesli): • O kom / o čem je tento příběh? • Jaké pocity dívka prožívala? • Dělala, co ji baví? • Stravovala se správně při brigádě? • Všimli jste si některého prvku, kterým byla dívka posedlá již od mala? Z čeho se mohla anorexie vyvinout? Jaké další faktory ji ovlivňovaly? • Byla někdy nespokojená se svou postavou? • Co chtěla dělat/studovat? Co ji zajímalo? • Co si vyčítala? • Co bylo spouštěčem anorexie? • Jak se anorexie projevovala? • Dokázala si přiznat, že má problém? V jaké chvíli? • Co ji mrzelo? (Chtěla, aby se o ni někdo zajímal.)

5. aktivita

Název	**IDEÁL KRÁSY**
Edukační cíle	Žák umí vysvětlit, proč je ideál krásy prezentovaný v médiích často nereálný. Popíše spojitost dokonalosti idolů v médiích s možnostmi úpravy jejich vizáže pomocí počítačové techniky.
Časová dotace	35 minut
Pomůcky	Časopisy s modelkami, které předvádějí oblečení nebo líčení, obrázky modelek před a po retuši, počítač s programem na úpravu fotek (Zoner), interaktivní tabule
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** *„Určitě jste si někdy prohlíželi módní časopisy, kde ženy nebo muži předvádí oblečení, plavky či líčení. Napadlo vás, že ne všechno, co vidíte, je vždy realita?* *V následující aktivitě si řekneme, že nikdo není dokonalý. Dokonalosti lze různými programy pomoci nebo za ní mohou být i různá trápení.“*
	Hlavní část: **1. práce s časopisy** Třídou necháme kolovat časopisy, ve kterých žáci naleznou modely nebo modelky, kteří předvádí oblečení, líčení a plavky. Žáci budou tázáni, zda si myslí, že tyto ženy/muži jsou takto hubení přirozeně. Následně je informujeme, že ne vždy tomu tak je. Často je například jejich manažeři nutí, aby drželi nezdravé diety, a byli tak hodně hubení. Poté tito jedinci otevřou časopis nebo určité stránky s fotkami modelek, na kterých předvádí např. spodní prádlo. Na základě toho může dojít k sebepodceňování z neznalosti celého příběhu dané osoby. Nucenou dietou se dostanou do problémů s anorexií nebo bulimií. Jenže už není cesty zpět a oni hubnou a nedaří se jim přestat. Jejich psychický stav je nutí si myslet, že stále nejsou dostatečně hubení a běžná strava je pro ně téměř nemožná. To jim způsobuje další

	komplikace jako např. obtížné udržení pracovní pozice a funkčního sociálního života. Ani v časopise nevidíme reálnou postavu modela/modelky, což zkresluje naše vnímání. My tuto mylnou realitu vnímáme jako svůj ideál. **2. informace o programu na úpravu fotek** Existují různé programy na úpravu fotek. Modelka nemusí být ani tolik hubená nebo na sobě může mít nějakou nedokonalost. Program si s tím hravě poradí, umí zeštíhlit postavu a vyretušovat pupínky na obličeji nebo např. jizvy. Žákům ukazujeme fotky modelek před a po retuši (Příloha 4). Představíme jim obrázek slečny (Příloha 4), která se dívá do zrcadla. Náš pohled do zrcadla je zcela subjektivní, protože nás ostatní mohou posuzovat odlišně. Pro srovnání ukážeme žákům obrázek muže před a po vyléčení anorexie (Příloha 4). **3. práce s programem na úpravu fotek** Poté si připravíme počítač, který bude propojený s interaktivní tabulí. V počítači máme k dispozici program na úpravu fotek. S žáky vybereme jednu fotku, která bude upravována tak, aby se jednalo o dnešní ideál krásy. To znamená, že vybraná postava bude např. zeštíhlena, zbavena vrásek, akné na obličeji atd. Pokud by se poté někdo přihlásil dobrovolně, mohl by být vyfocen přímo na místě ve třídě a následně pomocí programu upraven, aby žáci viděli, jak to může vypadat.
	Reflexe: Žáci samostatně shrnou téma řešené v této aktivitě. Tím chceme zjistit, zda pochopili, co bylo jejím cílem.

BLOK 4

6. aktivita

Název	**VÍŠ, CO JÍŠ?**
Edukační cíle	Žák dokáže vysvětlit pojem „energetická hodnota“ a v čem se tato veličina udává. Vypočítá svůj bazální metabolismus podle daného vzorce a popíše, co pojem znamená. Je schopen sestavit jednodenní jídelníček s využitím mobilní aplikace.
Časová dotace	60 minut
Pomůcky	Sušenka „BeBe Dobré ráno“, müsli tyčinka, mobily (alespoň do dvojice) + aplikace YAZIO, obrázek potravinové pyramidy, propiska, pracovní list s různými druhy ovoce, zeleniny, masa, sladkostí atd.
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** S žáky budeme hovořit o zdravém životním stylu a co si pod tímto slovním spojením představují. Většinou všechny napadnou slova jako cvičení, diety nebo např. zdravé stravování. Ale životní styl není jen o tomto, představuje totiž náš celkový pohled na život. Patří sem pohyb, spánek, psychika a životospráva. A všechny tyto věci ovlivňují naše rozpoložení, tedy to, jak se cítíme, ale také kým jsme. Následně rozdáme žákům pracovní list (Tvůj den, viz Příloha 5), na kterém zakroužkují odpovědi podle toho, jak to mají ve svém životě nastavené. Jejich odpovědi si nebudeme sdělovat nahlas, jsou pouze pro ně, aby si uvědomili, jak probíhá jejich den.
	Hlavní část: **1. energetická hodnota** V tomto bloku nejprve probereme, že veškeré jídlo má určitou energetickou hodnotu, která je vyjadřována v kaloriích. Za příklad dáme třeba müsli tyčinku, ukážeme ji a vysvětlíme, že na zadní straně obalu produktu je většinou uvedena tabulka, ve které lze najít právě zmíněnou energetickou hodnotu této tyčinky. Většinou zde udávají, kolik energie odpovídá

	100 gramům. Kalorie se označuje zkratkou cal, ale častěji se používá zkratka pro kilokalorie, a sice kcal, což je uvedeno vždy na obalech produktů. **2. bazální metabolismus** V další části programu se věnujeme bazálnímu metabolismu. Tento pojem lze vysvětlit jako přibližné množství energetického příjmu potřebného pro zachování základních životních funkcí (MTE, 2020). Bazální metabolismus lze vypočítat pomocí následujícího výpočtu: ▪ ženy: 655,0955 + (9,5634 × váha v kg) + (1,8496 × výška v cm) − (4,6756 × věk v letech) (MTE, 2020) ▪ muži: 66,473 + (13,7516 × váha v kg) + (5,0033 × výška v cm) − (6,755 × věk v letech) (MTE, 2020) **3. práce s mobily – výpočet bazálního metabolismu** Následně povolíme žákům, aby si vytáhli své mobilní telefony a otevřeli v nich funkci kalkulačka. Podle toho, zda se jedná o dívku, nebo chlapce, využijí výše zmíněný vzorec. Nebo si zadají ve vyhledávači na internetu pojem „bazální metabolismus kalkulačka“ a na příslušné stránce zadají jen výšku, váhu a věk a program jim to sám vypočítá. Číslo, které jim vyjde, znamená počet kilokalorií (kcal), které spotřebuje jejich tělo bez jakékoliv aktivity za den. **4. práce s mobilní aplikací YAZIO** Do mobilů si následně stáhneme aplikaci YAZIO, která po zadání potravin a jejich množství ukáže, kolik kcal za den člověk snědl. Aplikace určuje i doporučené množství bílkovin, sacharidů a tuků pro danou osobu po zadání věku, váhy a výšky. Samozřejmě musíme brát v potaz, že tato aplikace je především pro dospělé, protože v tomto věku jsou žáci stále ve vývinu, a pokud mají dostatek pohybu či dělají nějaký sport, je samozřejmé, že jejich tělo potřebuje větší přísun živin. Následně klademe otázky typu: *„Kdo tady ve vaší třídě sportuje?“*, *„Kdo má koníčky, při kterých nemá pohyb?“ nebo „Kdo nemá žádný*

	koníček, a když přijde ze školy domů, sedne si k počítači a hraje hry?" Nakonec srovnáváme, kdo potřebuje jíst více, např. Pepa, když má fotbalový trénink, nebo Láďa, který přijde domů a hraje hry na počítači (popř. má koníček v modelování letadel). **5. pracovní list – bílkoviny, tuky, sacharidy** Tato aplikace nám bude v tuto chvíli sloužit ke zjišťování kilokalorií potravin (kolik obsahují bílkovin, tuků či sacharidů). Do dvojice / do lavice rozdáme pracovní list (Příloha 5), na kterém jsou různé potraviny, a žáci budou v aplikaci zjišťovat, kolik tyto potraviny obsahují kilokalorií (na 100 g) – množství gramů bílkovin, sacharidů či tuků. **6. vymýšlení jídelníčku** Po vyplnění pracovního listu otočí papír a na druhé straně zkusí vymyslet a sepsat jednodenní jídelníček tak, aby splňoval ideální nutriční příjem. Měli by zahrnout snídani, svačinu, oběd, svačinu a večeři. Pro jednodušší sestavení jídelníčku necháme k dispozici obrázek potravinové pyramidy (Příloha 5). Už z předešlých ročníků by měli být žáci s potravinovou pyramidou seznámeni. Pro jistotu si připomeneme základní principy potravinové pyramidy. Na špičce pyramidy je vždy to, co se má jíst nejméně. Jedná se tedy o méně zdravé věci – cukry a tuky. Pro představu objasníme žákům, že i např. kuchařky ve školních jídelnách se musí řídit všemi nastavenými výživovými hodnotami. Jídelníčky sestavují, aby byly pestré. Proto dostávají žáci k obědu např. jablko, které představuje vitamíny / zdravé sacharidy. Musí zařazovat i ryby nebo různé druhy masa, i když pro většinu z žáků nejsou tyto potraviny oblíbené. Obsahují však hodně bílkovin, které jsou důležité pro tvorbu svalstva.
	Reflexe: Na konci každá dvojice představí svůj pestrý jídelníček (potraviny, kalorie), který vymyslela. Tak si lektor ověří, zda

	žáci pochopili, jak takový pestrý jídelníček vypadá, aby byl dostatečně výživný.

BLOK 5

7. aktivita

Název	**SOMATOTYP**
Edukační cíle	Žák umí charakterizovat, popsat a ukázat na obrázku jednotlivé typy postav. Žák rozlišuje genetické faktory ovlivňující postavu od faktorů životního stylu, které můžeme ovlivnit.
Časová dotace	45 minut
Pomůcky	Obrázek s jednotlivými somatotypy, vytištěný test na zjištění somatotypu (na počet žáků), tužka/propiska
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** V této aktivitě seznámíme žáky s tím, že existuje něco jako somatotyp. Nejdříve jim položíme otázku: *„Víte někdo, co si pod tímto pojmem představit?“* Poté jej vysvětlíme: *„Somatotyp je typ lidské postavy. Když se podíváte okolo sebe, zjistíte, že všichni, co tu sedíte, máte odlišné postavy, každý jste, dalo by se říct, unikátní. Někdo máte dlouhé nohy, někdo naopak krátké. Někdo má úzká ramena, někdo zase širší atd. A právě na základě toho pan William H. Sheldon v roce 1940 rozdělil somatotypy do třech kategorií – ektomorf, mezomorf a endomorf. Ale je důležité říct, že nikdy nejsme čistě jeden typ, vždy máme něco i z dalších.“* (Heger, 2020).
	Hlavní část: Žákům budou popsány jednotlivé typy somatotypů (viz Příloha 6). **Ektomorf** – dost těžce nabírá na váze a celkově svalovou hmotu, což by mohlo následně být těžké, pokud by se rozhodl pro sport jako kulturistika. Jedince ektomorfa lze poznat celkem snadno – je hubený, šlachovitý, má dlouhé končetiny, úzký obličej a ramena, slabší kostru a málo podkožního tuku. Jedinec by měl

	mít vysoký energetický příjem, což lze popsat slovy – sním, co vidím. Při cvičení je lepší omezovat aerobní aktivity, zařazujeme spíše silové tréninky – intenzivní s delšími pauzami. • Výhody – při vytrvalostních sportech; stále vyrýsovaná postava; nemusí se kontrolovat, co jí; nenabere tolik tělesného tuku **Mezomorf** – atletická a svalnatá postava, dalo by se říct, že si bere to nejlepší z obou dalších typů. Výraznými rysy jsou pevná stavba těla, silná kostra, širší ramena, užší pas, velké ruce a vyrýsované svaly. Nemá výrazný problém s nárůstem svalové hmoty, ale celkem snadno také shazuje nadbytečný tělesný tuk. Jídelníček by si měl hlídat, ale zase to není tolik potřeba jako u endomorfů. Ideální jsou pro něj komplexní cviky (intenzivní, do 60 minut), následně regenerace a dny volna, aby nedocházelo k přetrénování, k němuž má sklony. • Výhody – výborné předpoklady pro sport (posilování, atletika kromě dlouhých běhů, gymnastika, silové sporty či sprinty) **Endomorf** – nižší postava, kulatý obličej, mohutné a široké kosti, kratší končetiny, širší pas, většinou má více podkožního tuku. Lépe nabírá svalovou hmotu, ale měl by si hlídat jídelníček, protože nespaluje tuk tak dobře jako ostatní typy. Často na pohled vypadá, že trpí nadváhou, přitom má váhu normální. Nevhodné jsou pro něj sporty zaměřené na vytrvalost, naopak delší tréninky (silové i kardio) s kratšími přestávkami se pro něj hodí. • Výhody – předpoklady pro silové sporty (vzpírání, trojboj, zápas, kulturistika) (Heger, 2020) Následně každý žák obdrží test (Příloha 6) (Chňoupková, 2015), kterým zjistí, k jakému somatotypu mají nejblíže. Jak už bylo zmíněno, ne vždy tíhneme k jednomu typu. Každý žák si podle sebe vyplní test a následně sečte, kolik odpovědí a které varianty

	odpovědi (A, B, C) měl nejčastěji. Výsledky jim přečteme dle Přílohy 6. Nejvíce odpovědí: A: Ektomorf B: Mezomorf C: Endomorf Je důležité říct, že každý má dobré předpoklady k něčemu jinému, aby se nestalo, že by začali např. žáka-endomorfa považovat za tlustého.
	Reflexe: Žáky rozdělíme do skupin podle výsledku testu. Ten, kdo to měl přesně nerozhodně, bude stát mezi danými typy (skupinami). Žáci se mohou navzájem porovnat, zda test vyplnili pravdivě. Zaměříme se na to, jaké sporty vykonávají. Především, zda dané sporty odpovídají zmíněným somatotypům.

8. aktivita

Název	**OKNO DO MÉHO ŽIVOTA**
Edukační cíle	Žák dokáže popsat pozitivní zážitky svého života, vyjmenovat své silné stránky a stanovit si, čeho by chtěl v životě dosáhnout.
Časová dotace	15 minut
Pomůcky	Papír A4 pro každého, pastelky, tužka/propiska
Průběh aktivity	**Motivační úvod:** *„Určitě máte každý ve svém životě něco, na co rádi vzpomínáte, na co jste pyšní nebo co se vám povedlo. Ale třeba máte ještě nějaké plány, které jste zatím nestihli zrealizovat. Při této aktivitě popřemýšlejte o svém životě, abyste dokázali odpovědět na následující otázky.“*
	Hlavní část: Všem žákům rozdáme papír A4, který si rozdělí na 8 stejných částí. Na tabuli nakreslíme předlohu, jak by to mělo vypadat. Do každého okénka budou zapisovat/kreslit níže popsané události/zážitky/pozitiva atd. To, co mají napsat/nakreslit do

	každého okénka, vypíšeme i na tabuli, aby to měli stále před očima. Žáci mají za úkol 4 věci napsat a 4 nakreslit. Záleží na nich, do kterých budou kreslit a do kterých psát. 1. okénko: v čem vynikám 2. okénko: co mě baví / co mě naplňuje 3. okénko: co má rád/a na svém životě 4. okénko: nejdůležitější událost v mém životě (od narození do současnosti) 5. okénko: úspěch za poslední rok 6. okénko: nejšťastnější chvíle za poslední rok 7. okénko: co bych chtěl/a udělat v příštím roce / co bych chtěl/a zažít 8. okénko: zážitek, na který nikdy nezapomenu
	Reflexe: Nakonec necháme žáky ve dvojicích (v lavici) si navzájem přečíst a ukázat, co vymysleli. Pro druhého by to mohlo být motivující, aby měl člověk nějaký cíl, kterého by chtěl v životě dosáhnout. *„Bylo to pro vás těžké, vymyslet / vzpomenout si, co bylo/je ve vašem životě zásadní? Trvalo vám to, než jste to vymysleli / vzpomněli si?“*

5.4.3 Reflexe celého programu

1. část

Rozdáme žákům test (viz Příloha 7), kterým se snažíme zjistit, co si z proběhlého programu zapamatovali. Test bude sloužit jako zpětná vazba pro lektora.

2. část

Žákům rozdáme 2 papírky a požádáme je o zpětnou vazbu. Ta spočívá v tom, že na jeden papírek napíšou, co se jim nejvíce líbilo, a na druhý, co se jim nelíbilo, popřípadě nějaké připomínky k programu, které jsou negativní. Na jeden ze stolů ve třídě postavíme 2 krabičky. Jedna bude mít na sobě obrázek usměvavého 😊 a druhá smutného smajlíka ☹️.

5.4.4 Realizace a vyhodnocení části preventivního programu

Část preventivního programu byla zrealizována v 8. třídě Základní školy T. G. Masaryka v Hrádku nad Nisou. Ve třídě bylo dne 12. 4. 2022, kdy byla škola navštívena, celkem 16 žáků (9 dívek a 7 chlapců). Předpokladem u této věkové kategorie bylo, že už zčásti budou mít nějaké povědomí a názor na PPP.

Před realizací této aktivity jsme se s žáky neznali. Po představení mé osoby třídě byla mezi žáky poslána papírová páska, na kterou napsali své křestní jméno. Po odtržení si ji přilepili na tričko.

Realizován byl první blok programu, jehož součástí je aktivita „Myšlenková mapa“ a „Co mám na sobě / na spolužácích rád/a“.

Na základě informací od pana učitele (metodika školní prevence) bylo již před začátkem hodiny zjištěno, že jsou ve třídě chlapci, kteří více ruší a budou hodinu odmítat, případně se jim nebude chtít pracovat. Tato informace se později potvrdila. Přesto se do aktivit zapojili bez větších problémů i tito žáci, kteří vyrušovali. Třídu navštěvují i dívky, u kterých by později mohla být PPP rozvinuta, pokud soudíme dle vzhledu. Mezi dívkami vyčnívala vysoká a hubená slečna, dále naopak dívka s nadváhou. Předávání informací bylo třeba upravit tak, aby si některá z dívek neodnesla z programu spíše trauma. Na pohublé dívce bylo vidět, že ji téma zajímalo a pozorně naslouchala.

Na základě realizace programu vyplynulo, že téma poruchy příjmu potravy je velmi citlivé pro jakoukoliv dívku a s žáky se musí obecně pracovat velmi opatrně. Ze

strany chlapců bylo vidět, že je téma moc nezajímá a že ještě v této době nejsou vyspělí tak jako dívky. Zájem o aktivitu u chlapců stoupl ve chvíli, kdy byl zmíněn nový druh PPP – bigorexie, jelikož se jedná o nemoc vyskytující se převážně u mužů.

V tomto věku se dívky spíše odklání od ideálu krásy, kdežto chlapci v něm nabírají svalovou hmotu, a tím se ideálu krásy více přibližují. Někteří to komentovali stylem, že to na nich není vidět. Většina z nich byla mírně při těle. Bylo třeba jim vysvětlit, že růst postavy je u každého individuální.

Při aktivitě „Myšlenková mapa“ byli žáci překvapivě aktivní, komunikovali a snažili se vymýšlet další a další odpovědi. Občas bylo zapotřebí jim napovědět otázkou, aby byli navedeni na správnou odpověď. Chlapci se zapojovali méně, ale to se dalo u tohoto tématu očekávat. Před hodinou mi bylo panem učitelem řečeno, že pokud by nikdo nereagoval, vždy se dá spolehnout na 2 dívky, které spolupracují a dá se na ně s odpovědí obrátit. Skutečně měl pravdu, do aktivit se zapojovaly nejvíce. U otázky „Jaké druhy PPP znáte?“ byl předpoklad, že vyjmenují 2 klasické druhy (mentální anorexie a mentální bulimie), ale překvapení nastalo, když jedna dívka zmínila ortorexii i s vysvětlením, čeho se nemoc týká. S ostatními druhy PPP bylo potřeba žákům pomoct. Po zmínění názvu nemoci zkoušeli vymýšlet, čeho by se konkrétní nemoc podle názvu mohla týkat. Většinou význam odvozovali správným směrem a téměř na to přišli.

Kdyby bylo umožněno realizovat s žáky této třídy i další bloky, určitě by bylo dobré pozměnit zasedací pořádek. Už bychom věděli, co od žáků očekávat a kdo nemůže sedět vedle svého kamaráda, protože je jisté, že by vyrušovali.

V první i v druhé části aktivity „Co mám na sobě / na spolužákovi rád/a“ se žáci hodně vyptávali, co všechno patří mezi vlastnosti, které mají vypisovat. Prohlašovali, že je těžké vymyslet pozitivní vlastnost k sobě, natož ke každému spolužákovi. Bylo vidět, že někdy tápou, ale nakonec přeci jen něco každému na jeho papír napsali. Při realizaci druhé části aktivity by bylo lepší se příště zaměřit na názornější popis přehýbání papíru, ne všichni pochopili. Bylo zajímavé žáky při čtení vlastností (popř. různých věcí), co na nich mají spolužáci rádi, pozorovat. Při nahlédnutí do papírů žáků se nejvíce opakovaly následující vlastnosti: kamarádský, hodný, upřímný, sarkastický a vtipný.

Na základě zrealizování preventivního programu lze říci, že edukační cíle byly naplněny. Žáci byli po aktivitě „Myšlenková mapa“ schopni uvést druhy poruch příjmu potravy a jejich příznaky, ale i faktory ovlivňující jejich rozvoj a možnosti léčby. V druhé

části zrealizovaného bloku byli žáci schopni popsat do nakresleného koláče 6 svých pozitivních stránek osobnosti, i když to pro ně nebylo jednoduché. Při popisu pozitiv svým spolužákům napsali ke každému spolužákovi alespoň jedno pozitivum. Po přečtení pozitiv od svých spolužáků bylo vidět, že jsou povětšinou rádi za to, jak je ostatní vidí. Někdy se objevovaly i překvapené výrazy.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo vytvoření preventivního programu pro děti staršího školního věku a následně program zrealizovat a vyhodnotit. Teoretickou část tvořilo vysvětlení pojmu poruchy příjmu potravy. Dále byly představeny nejznámější druhy PPP jako mentální anorexie a mentální bulimie, ale i vysvětlení nespecifických a nových druhů PPP. Popsány byly také následky, prognóza, faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy a léčba těchto poruch. Součástí teoretické části byl popis staršího školního věku jako cílové skupiny, pro kterou byl tvořen preventivní program.

Praktická část obsahovala informace o vybrané základní škole a samotný preventivní program, který byl rozdělen do 5hodinových bloků a celkem obsahoval 8 aktivit. Byl konkrétně koncipován pro žáky 8. třídy ZŠ. Celkové zaměření programu by mělo vést ke zvýšení sebevědomí jednotlivých žáků a získání povědomí o poruchách přijmu potravy, ale i k seznámení se s nutričními hodnotami potravin, typy postav a nevhodnými vzory či nereálnými cíli, které udávají média.

Cíl práce byl částečně naplněn. Základní školou mi nebylo dovoleno zrealizování všech bloků preventivního programu. Zrealizován byl pouze jeden blok programu z důvodu, že by došlo k narušení jejich nastavených osnov. Zrealizovaná část programu je hodnocena jako úspěšná, jelikož při práci s žáky byly naplněny stanovené edukační cíle.

ZDROJE

Knižní zdroje

KRCH, F. D., 2010. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, F. D., 2008. *Bulimie.* Jak bojovat s přejídáním. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, F. D., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E., 2003. *Výchova ke zdraví*. Poruchy příjmu potravy. Příručka pro učitele. Praha: VÚP, 2003, 32 s. ISBN (Brož.).

LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

MALONEY, M. a KRANZOVÁ, R., 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

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

MCGREGOR, R., 2019. *Ortorexie*. Posedlost zdravou stravou. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7390-968-0.

NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, H., 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání*. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Interdisciplinární přístup. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

PROCHÁZKOVÁ, L. a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J., 2017. *Poruchy příjmu potravy*. Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-8816346-6.

STEPPANOVÁ, E., 2017. *Anorexie*. Hlad po jiném světě. Praha: Vladimír Kvasnička, nakladatelství Vodnář. ISBN 978-80-7439-119-4.

TITMANOVÁ, M., 2019. *Prevence rizikového chování*. Praktická příručka pro práci se třídou. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-7603-034-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika – vychovatelství. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-306-4.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I.* Dětství a dospívání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

Internetové zdroje

BELLA-KEJTÝ, 2014. *Welcome to My dream* [online]. In: *Blogger*. 2014 [vid. 29. 3. 2022]. Dostupné z: https://bella-kejty16.blogspot.com/2014/01/anorexie.html.

F-SPORT, 2017. Optimální postava pro ženy – modelky vs realita. In: *F-sport.cz* [online]. Brno: F-sport. 29. 10. 2007 [vid. 29. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.f-sport.cz/print.php?id=475#nadpis.

GILÍK, R, 2011. Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít. In: *Vitalia.cz* [online]. Praha: Internet Info. 11. 11. 2011 [vid. 27. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/.

HEGER, J., 2020. JAKÝ JSEM SomatoTYP A K ČEMU JE DOBRÉ TO VĚDĚT. In: *Nutrition-shop.cz* [online]. Vyškov: Nutrition-shop. 13. 3. 2020 [vid. 26. 2. 2022]. Dostupné z: https://www.nutrition-shop.cz/spalit-tuk/jaky-jsem-somatotyp-a-k-cemu-je-dobre-to-vedet/.

HORKÝ, K. 2017. Modelky na fotografiích jinak? Co třeba silné nebo chlupaté?. In: *Foto-mánie.cz* [online]. Teplice: Karel Horký. 13. 10. 2017 [vid. 29. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.foto-manie.cz/inpage/modelky-na-fotografiich-jinak-co-treba-silne-nebo-chlupate-120/.

CHŇOUPKOVÁ, D., 2015. Test: Zjistěte, jaký jste somatotyp! Podle toho nastavte jídelníček a trénink. In: *Proženy.cz* [online]. Praha: Seznam.cz. 7. 9. 2015 [vid. 26. 2. 2022]. Dostupné z: https://www.prozeny.cz/clanek/test-zjistete-jaky-jste-somatotyp-podle-toho-nastavte-jidelnicek-a-trenink-11844.

CHROMÝ, A., 2015. I muži trpí anorexií: Skončit to může i takhle. In: *Super.cz* [online]. Praha: Seznam.cz. 23. 4. 2015 [vid. 29. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.super.cz/347080-i-muzi-trpi-anorexii-skoncit-to-muze-i-takhle.html.

KOHOUTEK, R., 2008. Kognitivní vývoj dětí a školní vzdělávání. In: *Pedagogická orientace* [online]. Brno: Masarykova univerzita, **18**(3), 20 [vid. 20. 4. 2022]. ISSN 1805-9511. Dostupné z: https://journals.muni.cz/pedor/article/view/1186/911.

MINISTERVSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2010. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28. In: *MŠMT.cz* [online]. Praha: MŠMT. 2010 [vid. 14. 4. 2020]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny.

MTE, 2020. Kalkulačka BMR – bazální metabolismus. In: *MTE.cz* [online]. Brno: MTE. 2020 [vid. 2. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.mte.cz/kalkulacky/kalkulacka-bmr-bazalni-metabolismus.

MARTANOVÁ, P. V., 2014. Specifické X nespecifické programy primární prevence. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání. Květen 2014 [vid. 6. 2. 2022]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1.

MODRÝ KONÍK, 2022. Pregorexie. In: *Modrý koník* [online]. Praha: Modrý koník. [vid. 27. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.modrykonik.cz/jsem-tehotna/pregorexie/.

PŘINOSILOVÁ, D., 2007. Informovanost žáků základní školy o poruchách příjmu potravy a stravovacích návycích. In: *Škola a zdraví pro 21. století* [online]. Brno: Masarykova univerzita. [vid. 8. 1. 2022]. Dostupné z: https://www.ped.muni.cz/z21/puv/sbornik_06/pdf/077.pdf.

SPEKTRUM ZDRAVÍ, 2016. Bigorexie – porucha příjmu potravy, která trápí převážně muže. In: *Fitness – spektrum zdraví* [online]. Brno: SnugDesign. 15. 6. 2016 [vid. 27. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.spektrumzdravi.cz/fitness/fitness-bigorexie-porucha-prijmu-potravy-ktera-trapi-prevazne-muze.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2022. Potravinová pyramida. In: *Základy výživy jednoduše pro každého.* Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

[vid. 29. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/4-zaklady-vyzivy-jednoduse-pro-kazdeho.

ŠVÉDOVÁ, J. a MIČOVÁ, L., 2010. *Manuál pro pedagogy. Poruchy příjmu potravy* [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell. [vid. 27. 11. 2021]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpro pedagogy.pdf.

TÝM REHABILITACE.INFO, 2018. Pregorexie neboli těhotenská anorexie – objevuje se u mnoha současných žen. In: *Rehabilitace.info* [online]. 20. 2. 2018 [vid. 27. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.rehabilitace.info/zdravotni/pregorexie-neboli-tehotenska-anorexie-objevuje-se-u-mnoha-soucasnych-zen.

VYŠÍNOVÁ, R., 2020. Posedlost zdravou stravou? Porucha, která může zabít!. In: *Proženy.cz* [online]. Praha: Seznam.cz. 22. 7. 2020 [vid. 27. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.prozeny.cz/clanek/posedlost-zdravou-stravou-porucha-ktera-muze-zabit-65433.

Obrázky

TÝM REHABILITACE.INFO, 2013. Klasifikační tabulka pro BMI. In: *Rehabilitace.info* [online]. 16. 10. 2013 [vid. 31. 3. 2022]. Dostupné z: https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/vypocet-bmi-body-mass-index/.

Seznam příloh

Příloha 1 – Myšlenková mapa

Příloha 2 – Řekni, co ses dozvěděl

Příloha 3 – Skutečný příběh dívky

Příloha 4 – Ideál krásy

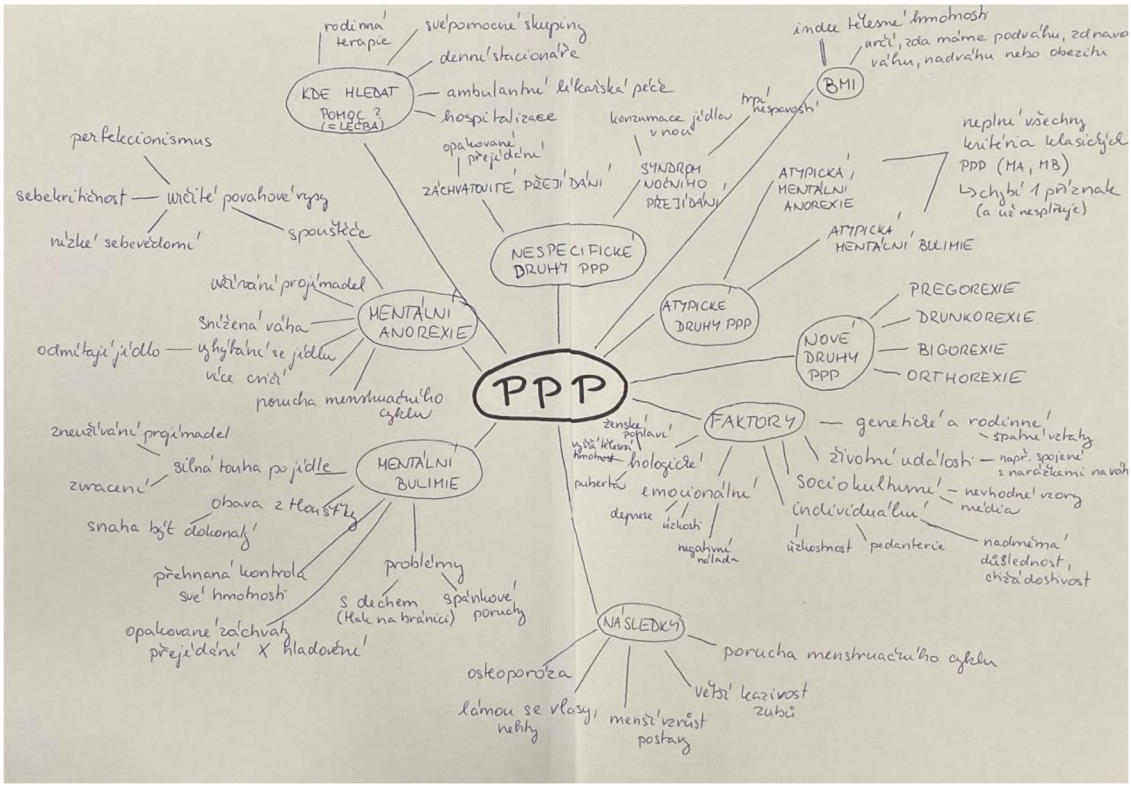
Příloha 5 – Víš, co jíš?

Příloha 6 – Somatotypy

Příloha 7 – Reflexe celého programu

Přílohy

Příloha 1 – Myšlenková mapa



Zdroj: Bergmanová Martina, 27. 3. 2022

Příloha 2 – Řekni, co ses dozvěděl

Pregorexie neboli těhotenská anorexie – objevuje se u mnoha současných žen

Pojem anorexie je poměrně známý. Obvykle je spojován zejména s dívkami v mladším věku, které touží po dokonalé postavě, na které nebude ani jediný gram tuku. Tento problém jer spojený s tím, že se dívky vidí mnohem prostorově výraznější, než ve skutečnosti jsou. Vlivem toho se vyhýbají jakékoliv potravě. To může mít za následek mnoho zdravotních problémů, které začínají:

Apatií
Nulovou fyzickou energií
Závratěmi a omdlíváním

Ty nejhorší stavy mohou končit až hospitalizací, nebo dokonce smrtí. Proto je anorexie tak závažným problémem. A o to hůře, že se objevuje i takzvaná těhotenská anorexie. O co se jedná? Podívejte se.

Těhotenská anorexie – stejné postupy, jako u mladých dívek

Těhotenská anorexie není v podstatě ničím jiným, než to samé, jako dělají mladé dívky toužící po dokonalé postavě. Je spojena s odmítáním jídla. **Problém je však mnohem větší, jelikož zdravotní komplikace se netýkají jenom samotné ženy, ale týkají se také ještě nenarozeného miminka.** V těhotenství je totiž nutné dodávat živiny nejenom sobě jako ženě, ale musíte je dodávat také samotnému plodu. Tím chceme říci, že je nezbytností upravit jídelníček.

Těhotenská anorexie vede k tomu, že dostatek pro tělo důležitých látek nemají ani nastávající maminky, ani jejich budoucí děti. A to může vést k mnoha problémům, mezi které můžeme zařadit jak potrat, tak i vážné zdravotní postižení samotného dítěte.

Přibírání je normální

Přibírání v těhotenství je zcela normální a není důvod se znepokojovat. To je důležité pochopit. Důvodem, proč se těhotenská anorexie vyskytuje, je u mnohých žen i to, že sami dost dobře nevědí, o kolik přiberou a jaké navýšení váhy je zcela normální. **Mnoho žen si myslí, že když kilogramy přibývají takzvaně nad váhu samotného plodu, je to špatné a musí začít s dietou. Opak je ale pravdou.** Vlivem různých změn ve vašem těle se váha navýší více, než je jenom hmotnost vašeho v budoucnu narozeného potomka. A o kolik se zhruba zvýší? Spočítejte si vaše BMI a od toho se odpíchněte.

- **BMI 18,5–19,9:** Nárůst váhy o 13 – 18 kilogramů
- **BMI 20,0–25,9:** Nárůst váhy o 11 – 16 kilogramů
- **BMI nad 25,9:** Nárůst váhy o 7 – 12 kilogramů

Jak je vidět, nárůsty váhy jsou celkem vysoké. **Hlavně potom u velmi hubených žen.** Je to proto, že tělo chce zajistit výživu pro dítě i v horších chvílích, a tak začne více

1

Zdroj: Tým Rehabilitace.info, 2018

ukládat. Že je toto tvrzení pravdivé potvrzují silnější ženy, u kterých je zásoba energie vyšší a tak pochopitelně netloustnou tolik.

Hlídejte váhu s rozumem

Smiřte se s tím, že při těhotenství přiberete. A začněte si ho spíše užívat, než abyste se začala stresovat nad tím, kolik přiberete. Pokud chcete váhu hlídat, nedopusťte, aby u vás nastala těhotenská anorexie. Raději se začněte stravovat s rozumem. A to ta, že budete jíst vyvážené jídlo v několika denních porcích, a k tomu přidáte i trochu sportovní aktivity. Na vašem těle tak projevy ukládání tuků nebudou tak výrazné a budete i v těhotenství vypadat dobře. **Samozřejmě vše konzultujte s lékařem, jelikož jak jídlo, tak i sportovní zátěž musí odpovídat tomu, v jaké fázi těhotenství jste.**

Co tvoří vaši nadváhu?

Dobré je vědět i to, že vaše nadváha není jenom o tuku. Tím, že vaše tělo prochází v těhotenství hormonálními změnami, se může měnit i jeho fungování. **Poměrně časté je výrazné zadržování vody.** A tak působíte nejenom napuchle, ale vaše váha stoupá. Každý litr vody v těle váží jeden kilogram. A to už je znát. Také nezapomeňte na váhu svého potomka. Jakmile porodíte, logicky hmotnost vašeho těla klesne. **K tomu když připočítáte i to, že se vaše tělo začne po porodu i z hlediska obsahu vody začne vracet do normálu, je výsledek ten, že reálná nadváha bude třeba jenom 5 kilogramů.**

A shodit je dnes už není problém. Při intenzivnější dietě třeba i za jeden měsíc, reálně však za měsíce 2 – 3. Takže i už pár měsíců po porodu budete vypadat opět skvěle. **Těhotenská anorexie je tedy zbytečná.**

Známé osobnosti svádí k držení diet

Problém těhotenské anorexie je také to, že se mnoho žen příliš věnuje různým magazínům, které jsou zaměřené na svět bulváru a celebrit. Zde skutečně můžeme vidět řadu celebrit, které i v těhotenství vypadají stále stejně. Tento trend výrazně podporují také různé fitness cvičitelky a blogerky, které ukazují, že i v několikátém měsíci těhotenství nemají téměř žádné bříško, ani téměř žádnou nadváhu. **To dokáže řadu žen ovlivnit v tom, že dělají něco špatně.**

Realita je taková, že **přibrat v těhotenství je běžné**, a pokud se jedná o množství kilogramů zmíněných výše, je to zcela normální. Tím chceme říci, že i opačný trend je špatný. Chutě sice mohou být různé, ale vy byste jim měla odolat. **Chybou je jak anorexie, tak i nadměrné přejídání.** Jakmile v těhotenství útočíte na váhu, která se navýší až o 20 kilogramů, už to může být druhé riziko. Nadváha a obezita je totiž také jedním z rizik, které se týká nejenom vašeho zdraví, ale pochopitelně i zdravé vašeho dítěte. Naše varování tedy zakončeme slovy, že nic se nemá přehánět. **Ani hubnutí, ani množství jídla, které sníte.**

Zdroj: Tým Rehabilitace.info, 2018

Jaké negativní následky si dítě z matčiny anorexie může odnést?

Anorexie může být celoživotní, chronický stav, a může se stát velkým problémem zejména během těhotenství. **Tato potravinová porucha charakterizovaná aktivním potlačením přírůstku hmotnosti může mít nebezpečné důsledky pro nenarozené dítě.** Jaké to jsou?

1. Horší vývoj mozku

Malinká miminka rostou v děloze a potřebují určité živiny, které jim pomohou správně se vyvíjet. **Například kyselina listová pomáhá vytvářet mozek a páteř, zatímco proteiny pomáhají buňkám reprodukovat se.** Podvýživa matky může zabránit správnému vývoji mozku dítěte tím, že **zpomalí pohyb a spojení neuronů v mozku**. Podvýživa plodu byla v různých výzkumech spojena **s nižším IQ a poruchami učení u dítěte později v životě**.

2. Nízká porodní váha

Nízká porodní hmotnost bývá častá u dětí matek s pregorexií. Děti, které jsou podvyživené během růstu v břiše matky, mají riziko narození s nízkou porodní hmotností. **Také nízká porodní hmotnost může být výsledkem předčasného porodu – velmi reálné riziko pro těhotné ženy s anorexií.** Děti s nízkou porodní hmotností jsou vystaveny vyššímu riziku závažných zdravotních potíží, jako je syndrom respirační tísně, krvácení do mozku a srdeční vady. **Nízká porodní hmotnost je také spojena s hypertenzí později v životě.**

3. Nebezpečí potratu

Těhotné ženy, které trpí anorexií, mají zvýšené riziko potratu v důsledku zdravotních problémů souvisejících s anorexií u matky. A co víc, britská studie z roku 2007 z časopisu *„The British Journal of Psychiatry"* zjistila, že u žen s anorexií je mnohem větší pravděpodobnost, že budou mít více potratů, i po úspěšném zotavení z anorexie.

4. Vývojové problémy

Špatný výživový a kalorický příjem dítěte v děloze může na něj mít mnoho negativních vývojových účinků. **A některé přetrvávají i později v životě dítěte.** Například děti matek, které trpí anorexií, jsou vystaveny vyššímu riziku vzniku cukrovky a srdečních onemocnění a dokonce mají o 35 procent vyšší riziko úmrtí kvůli srdečním potížím než dítě zdravé matky. Jsou také vystaveny zvýšenému riziku utrpení z poruch učení a poruch nálady v pozdějším věku, stejně jako **fyzických poruch, jako je mozková obrna, problémy s játry a rozštěp patra**.

TÝM REHABILITACE.INFO. Pregorexie neboli těhotenská anorexie – objevuje se u mnoha současných žen. *Rehabilitace. info: Magazín o zdraví* [online]. 2018 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.rehabilitace.info/zdravotni/pregorexie-neboli-tehotenska-anorexie-objevuje-se-u-mnoha-soucasnych-zen/

3

Zdroj: Tým Rehabilitace.info, 2018

Příčiny

Ženy s pregorexií mají mnoho společných znaků s ženami, které mají poruchu příjmu potravy - mentální anorexie. K obecným rysům obou stavů patří extrémní strach z přibírání, omezení příjmu kalorií a nadměrné cvičení.

Některé ženy s pregorexií mají v anamnéze poruchu příjmu potravy, u jiných žen se pregorexie může vyvinout pouze po otěhotnění.

Faktory přispívající ke vzniku pregorexie:

- Kultura - důraz na štíhlost
- Poruchy příjmu potravy v rodinné anamnéze
- Fyzické traumy - znásilnění
- Stresující události - stahování, nová práce
- Biologické faktory - hormonální a chemické nerovnováhy, genetické predispozice

Projevy

- Nezvyšování hmotnosti během těhotenství
- Omezování jídel
- Počítání kalorií
- Neustále a nadměrné cvičení

Důsledky pregorexie

- Krvácení z dělohy
- Vyšší riziko potratu
- Předčasný porod
- Špatný vývoj plodu
- Nízká porodní hmotnost plodu
- Náročný porod:
    - Vyšší míra císařských porodů
    - Vyšší výskyt porodů koncem pánevním

Léčba

Léčba patří do rukou odborníků - gynekolog, psychoterapeut a odborník na výživu. Konkrétní průběh léčby se liší u každé ženy. Některé ženy s pregorexií mají vážné fyzické problémy, u jiných jsou na prvním místě psychické problémy.

Pregorexie. *Modrý koník* [online]. [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.modrykonik.cz/jsem-tehotna/pregorexie/

Zdroj: Modrý koník, 2022

Posedlost zdravou stravou? Porucha, která může zabít!

Foto: Josep Suria, Shutterstock.com

RENATA VYŠÍNOVÁ
22. 7. 2020

Nic se nemá přehánět – ani snaha jíst co nejzdravěji. Může se z toho vyvinout psychická porucha, která vás nepustí do restaurace ani na grilovačku, a dokonce vás může i zabít. Jak poznáte, že trpíte ortorexií?

Stravovat se zdravě je jistě chvályhodné, ovšem někdy se to zvrtnea rozvine se z toho ortorexie, tedy posedlost zdravým stravováním. A to je patologický stav, který patří mezi **poruchy příjmu potravy** spolu s bulimií, mentální anorexií, záchvatovitým přejídáním, kontinuálním jedením, **bigorexií** či **drunkorexií**...

Proč ortorexii nebrat na lehkou váhu a jak ji u sebe nebo u blízkých poznat?

1

Zdroj: Vyšínová, 2020

Co je to ortorexie

Orthorexia nervosa – tak se odborně jmenuje porucha, kterou popsal v 90. letech 20. století americký lékař **Steven Bratman na základě vlastní zkušenosti**. Ti, kteří jí trpí, zažívají při jakémkoli jídle nepříjemné a úzkostné pocity, nejistotu, zda právě snědli opravdu zdravý pokrm, jestli ho připravili co nejzdravěji...

Jídlo se stává jejich hlavním tématem, nejsou schopni zajít si do restaurace na oběd, užít si oslavu... Omezí všechny společenské aktivity, které souvisejí s konzumací potravin, a jejich životní program se smrskne na striktní dodržování stravovacích pravidel, která si sami nastavili.

Příznaky posedlosti zdravou stravou

Běžnému strávníkovi může připadat „posedlý" **vegetarián**, příznivce makrobiotiky, **raw stravy** nebo ten, kdo dlouhodobě drží nějakou dietu. Ale to neznamená, že jimi opravdu jsou. Pro lidi trpící ortorexií je typické, že stále řeší jen to, jak se najíst „čistého" jídla. Kolik obsahuje tuků, bílkovin, cukrů, vitaminů, minerálů, antioxidantů... Způsob pěstování, dopravy, balení... Hnojiva, pesticidy, éčka, barviva... Ortorektici si nejraději všechny potraviny pěstují a upravují sami a mají sklon pohrdat lidmi, kteří jedí normálně.

Starost o to, aby konzumoval jen zdravou stravu podle velmi přísných kritérií (která si stanoví sám), ortorektikovi zcela zásadně omezí život. Obava, že by mohl sníst něco „zakázaného" či „jedovatého", mu způsobuje silnou úzkost, kterou se snaží zmírnit velice přísnou kontrolou jídelníčku. Často se na „černou listinu" dostávají další a další „nevhodné" potraviny, až

2

Zdroj: Vyšínová, 2020

se může stát, že se nemocný vyhladoví a paradoxně mu pak chybí mnoho ke zdraví potřebných živin.

Kdy se ze zdravé stravy stane problém

Zdravé stravování by mělo zachovávat rozumnou mez. A co je tedy zdravé? „Kvalitně se může stravovat jak všejedlík, tak třeba zastánce paleo jídla nebo vegetariánství. Zdravé stravování vyžaduje kromě pohody také nadhled. Nežijeme v ideálním světě, kde si zeleninu natrháte na zahrádce a rovnou dáte na talíř: musíte dělat kompromisy a i supermarketová zelenina je lepší než žádná," vysvětluje specialistka na zdravotní prevenci a výživu Margit Slimáková.

A kdy je to špatně? „Dodržování určitých stravovacích návyků je přínosné pro lidské tělo, ale pokud to člověka ničí vnitřně, lze to nazývat poruchou," dodává Barbora Hernychová, expertka na přirozenou stravu ze společnosti Probio.

Léčba ortorexie

Je bohužel velmi snadné snahu jíst zdravě překlopit do posedlosti, která člověka zcela pohltí a odřízne od okolního světa. Stanovení diagnózy není jednoduché – zásadní je, aby si pacient sám přiznal, že má problém. A to je, podobně jako třeba u anorexie, velmi těžké. Léčba je v rukou psychiatra, psychologa, terapeuta i odborníka na výživu.

Léčba vyžaduje dlouhodobý odborný dohled.

Komu hrozí posedlost zdravou stravou?

Ortorexie se častěji rozvíjí u lidí, kteří ze zdravotních či jiných důvodů dlouhodobě vyřazují určité potraviny ze stravy: **potravinoví alergici**,

3

Zdroj: Vyšínová, 2020

vegani, **makrobiotici**... Mezi ohrožené patří dále jedinci, kteří kvůli svému povolání řeší častěji otázku zdravé stravy: například výživoví poradci či sportovci, a také ti, kdo musí často hubnout: operní pěvci, tanečníci, baletky...

Zaráží vás, že by výživoví poradci měli takový problém? Právě studium oborů spojených se zdravou výživou je nezřídka součástí jejich posedlosti: touží se ujistit, že dělají dobře, když se jídlo stalo jejich „náboženstvím".

VYŠÍNOVÁ, Renata. Posedlost zdravou stravou? Porucha, která může zabít!. *Proženy.cz* [online]. 2020 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.prozeny.cz/clanek/posedlost-zdravou-stravou-porucha-ktera-muze-zabit-65433

Zdroj: Vyšínová, 2020

Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít

RICHARD GILÍK 11. 11. 2011

Drunkorexie v sobě kombinuje dva velmi rozšířené problémy: ve vztahu k jídlu a alkoholu. „Večer s přítelem na kalbičku, tak dnes jen suchar a deset kuliček vína... Váha 51, dobrý."

Mezi mladými lidmi se šíří nový, zhoubný zvyk. Zasahuje prý především vysokoškolské studentky. Nejprve se objevil v Americe, ale zprávy o něm přicházejí i z jiných západních zemí. Nebezpečný zlozvyk nese název drunkorexie.

Tento termín, který vytvořila média, dosud není uznán jako oficiální diagnóza, nemá svou stránku na Wikipedii, ale kdo trochu umí anglicky, asi porozumí, že se jedná o zkřížení dvou slov drunkenness (opilství) a anorexia. *„V podstatě se jedná o kombinaci dvou problémů, totiž anorexie a zneužívání alkoholu,"* potvrzuje MUDR. KAREL NEŠPOR, který se dlouhodobě zabývá léčbou závislostí. *„Kombinace těchto poruch je velmi riziková. Namátkou lze zmínit otravy, krvácení do trávicí trubice, rozvrat minerálního a vodního hospodářství, stavy bezvědomí nebo cévní mozkové příhody jako následek prudkého zvýšení krevního tlaku. Nastávají také psychické problémy a hrozí riziko rozvoje závislosti na alkoholu."*

Drunkorexie je forma chování, která se pojí s poruchami příjmu potravy (dále PPP), především ale s nárazovým pitím. Znamená omezování příjmu potravy, aby si člověk ušetřil kalorie na konzumaci alkoholických nápojů. „Drunkorektik" buď přes den hladoví, aby se večer mohl opít, anebo se po konzumaci vyšších dávek alkoholu úmyslně vyzvrací, případně obojí. Jedná se tedy o jakousi kombinaci anorexie, bulimie a nárazového pití. Pro úplnost vysvětlení pojmů:

- anorexie: vynechávání jídla kvůli patologickému strachu z přibrání na váze
- bulimie: záchvatovité přejídání a následná snaha se jídla zbavit úmyslným vyvrhováním potravy nebo průjmem

Rychlá opice pro mladé dívky

Obětování potravy kvůli alkoholu má jistý racionální základ. Například velká sklenka vína může obsahovat tolik kalorií jako průměrný lehký oběd. Vynechávání potravy ale může mít i jinou motivaci: pijete-li nalačno, namažete se mnohem rychleji. *„Já se pořád držím, ale včera jsem vypila hodně alkoholu. Samozřejmě mi bylo hrozně špatně, protože jsem celý den nic nejedla,"* svěřuje se jedna z dívek v diskuzi na internetu.

1

Zdroj: Gilík, 2011

Údaje / USA:

- 30 % mladých lidí ve věku 18–24 let vynechává jídlo, aby mohli více pít
- 1 z 12 univerzitních studentů je diagnostikován s PPP
- 30 % mladých žen, které mají problémy s pitím, trpí rovněž PPP. Národní asociace pro anorexii dokonce uvádí, že 72 % žen, které jsou závislé na alkoholu, trpí PPP
- Nárazové pití se šíří mezi ženami napříč Amerikou. Podle jedné americké studie ze září 2009 ze vzorku 428 studentů 72 % přiznalo, že se pravidelně opíjejí. Zatímco množství alkoholu, které zkonzumovali mužští respondenti, bylo podobné jako v dřívějších studiích, frekvence nárazového pití mezi ženami se zvýšila.

Autor: Isifa.cz

Údaje z České republiky nejsou k dispozici, drunkorexie ještě oficiálně neexistuje. *„Taková data u nás neznám,"* odpovídá i Karel Nešpor. *„Ale údaje z USA mi připadají nadnesené už proto, že spotřeba alkoholu, a to i u dospívajících, je tam podstatně nižší než u nás. Mimochodem alkohol se tam smí kupovat až od 21 let."*

Nicméně když zapátráte na webech komunity PRO ANA, tedy (zejména) dívek s poruchou příjmu potravy, zmínky o chování odpovídajícím drunkorexii se tu objevují již několik let. Líčení, kterak autorka, obvykle slečna o váze pod padesát kilo, plánuje večerní „kalbu" a odepře si kvůli tomu celodenní jídlo (např. tedy půl litru šťávy z kysaného zelí, deset deka špenátových listů ap.) a výpočty energetické hodnoty mojita. *„U lidí, kteří trpí poruchou příjmu potravy, se zneužívání alkoholu vyskytuje častěji než v běžné populaci,"* varuje odborník.

2

Zdroj: Gilík, 2011

Hrozí dlouhodobé následky

Drunkorexie, stejně jako anorexie či bulimie, postihuje především mladé ženy. Bedlivě sledují obsah kalorií nejen v jídle, ale také v alkoholických nápojích. Někteří zdravotní experti proto svádějí vinu na různé dietní kúry, které trend podporují tím, že k počítání kalorií nabádají. Badatelé z University of Missouri uvádějí, že z 1000 dotazovaných univerzitních studentů 25 % žen uvedlo, že pravidelně snižují příjem svých kalorií, aby si je „ušetřily" pro pití. Z mužských studentů 11 % připustilo, že jsou drunkorektici. *„Závislost na alkoholu se u žen a v mladším věku rozvíjí rychleji,"* říká Karel Nešpor. Ženy jsou ve větším nebezpečí také proto, že alkohol vstřebávají jinak než muži a mohou snadněji onemocnět a utrpět poruchy životně důležitých orgánů. Opilé ženy jsou navíc snadnou kořistí násilných útoků.

Odborníci před drunkorexií varují, profesorka JANET TREASURE o ní hovoří jako o velmi nebezpečné: *„Máte tu kombinaci prázdných kalorií s nulovou výživovou hodnotou a rizikové chování, které doprovází opilost."* Americké studie ukazují, že kombinace obou nezdravých návyků postihuje dlouhodobé zdraví a navíc zvyšuje riziko, že se u drunkorektiků obě poruchy ještě více rozvinou. Tím, že mozku odnímáte přiměřenou výživu a konzumujete vyšší dávky alkoholu, si můžete přivodit třeba poruchy koncentrace, učení a rozhodování. Vaše tělo ztrácí vitamíny a minerály a porucha snadno vede k podvyživenosti, která vyústí v poškození orgánů a slabé kosti.

Poruchy v příjmu potravy a závislosti

Lidé s poruchami příjmu potravy a lidé s návykovými poruchami vykazují podobné typické rysy, včetně toho, že:

- obtížně ovládají emoce
- mají omezené prostředky pro zvládání stresu
- mají pocit, že se nemohou kontrolovat
- mají tendenci příliš si dělat starosti

Kde hledat pomoc?

Při akutních potížích, v případě hrozící otravy alkoholem, nevolnosti nebo přetrvávajících duševních problémů se nebojte zavolat lékaře. Je vázán lékařským tajemstvím, nehrozí ani trestní postih.

Jestliže si nejste jisti, jestli lékaře vyhledat nebo ne, raději ho vyhledejte. Můžete se také obrátit na linku telefonické pomoci. Např. Centrum krizové intervence v Praze, tel. 284 016 666, provoz je nepřetržitý. V naléhavých případech volejte záchrannou službu tel. 155.

Velmi důležitá je spolupráce v rámci širší rodiny, spolupráce s léčebnými zařízeními, školou, případně dalšími institucemi.

3

Zdroj: Gilík, 2011

Je důležité o problému mluvit v rodině, v rámci skupinové terapie nebo svépomocné organizace.

Neváhejte vyhledat profesionální pomoc – vedle odborných lékařů, kteří se specializují na léčbu závislostí a PPP, najdete podporu v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Užitečnou práci konají i linky důvěry, centra krizové intervence a další zařízení.

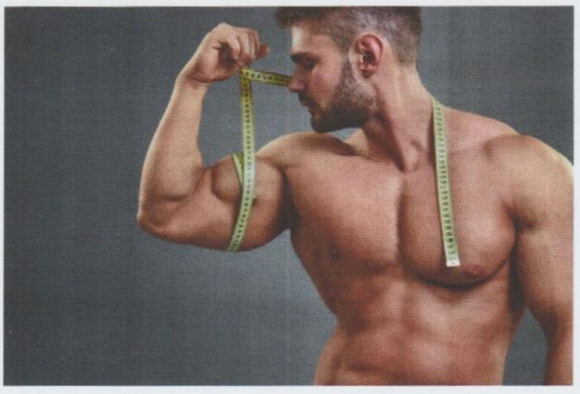
S využitím se souhlasem autora:
Karel Nešpor, Ladislav Csémy: Alkohol drogy a vaše děti – Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat
Karel Nešpor: Zůstat střízlivý – Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké

GILÍK, Richard. Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít. *Vitalia.cz* [online]. 2011 [vid. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/

4

Zdroj: Gilík, 2011

Bigorexie - porucha příjmu potravy, která trápí převážně muže



Bigorexie se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Týká se především sportovců, kteří se věnují kulturistice či jiným sportům spojeným s potřebou nárůstu svalové hmoty. Bigorektici jsou nespokojení s vlastním tělem, trápí je nedostatečně vyvinutá muskulatura. Jsou schopní trávit hodiny v posilovnách a ničit si tělo nepřiměřeným cvičením. Nejnebezpečnější na této poruše je, že nemocní často nadužívají preparáty na bázi bílkovin, aminokyselin a anabolických steroidů.

Poruchy příjmu potravy a bigorexie

Bigorexie patří stejně jako anorexie a bulimie do skupiny **poruch příjmu potravy**. Můžeme ji nalézt také pod názvem **svalová dysmorfobická porucha**, **porucha body image**, **Adonisův komplex** (nadměrné až abnormální zaujetí pro optimální tělesný vzhled, fyzickou zdatnost a výkonnost) nebo **obrácená anorexie**. Jedná se o poruchu vnímání vlastního těla, přičemž postižený usiluje o dosažení až nereálných hodnot fyzické zdatnosti.

Společným znakem bigorexie, anorexie a bulimie je, že postižení jedinci se neustále zabývají svou hmotností a vzhledem. Dalším společným rysem je, že se jedná o **psychickou poruchu**. Pro jedince, který se potýká s poruchou příjmu potravy, je jídlo jeho hlavním a často jediným zájmem. Ve většině případů není jednoduché určit,

1

Zdroj: Spektrum zdraví, 2016

zda se už jedná o poruchu příjmu potravy nebo ještě o běžné úvahy o tělesné hmotnosti a zájem o zdravou výživu. Obecně však platí, že o poruše mluvíme ve chvíli, kdy začnou být ostatní stránky života ovlivňovány jídelním chováním.

Bigorexie jako převážně mužský problém

Na rozdíl od anorexie nebo bulimie, kterou trpí převážně dívky a ženy mající touhu po štíhlejší a dokonalejší postavě, trpí bigorexií hlavně muži. Pokud bigorexii podlehnou ženy, jde většinou o kulturistky.

Postižení bigorexií mají pocit, že jsou drobní, slabí a málo svalově vyvinutí. Tento komplex řeší pomocí **zcela neúměrného cvičení**. Jediným smyslem života se pomalu stává tělesná zdatnost. Bigorektici ztrácí zájem o všechny ostatní aktivity, přátelé, rodinu. Bigorektici dodržují velmi přísnou dietu obsahující vysoké množství bílkovin, nízké množství tuků a často konzumují doplňky stravy (většinou bílkovinné povahy) a zakázané látky (anabolické steroidy).

Cílem je většinou nereálně dokonalý vzhled, který bývá zobrazován na stránkách kulturistických časopisů nebo ve filmech s akčními hrdiny.

Příznaky bigorexie

Typickým příznakem bigorexie je nadměrné cvičení a snaha dosáhnout stále větších objemů, vyrýsování a až uměle dokonale osvaleného těla. Postižení už cvičí pouze kvůli vzhledu a ne pro potěšení. Většinou se bigorektici neustále v posilovnách pohybují poblíž zrcadla a kontrolují svůj vzhled.

Snaha dosáhnout vzhledu velmi svalnatého muže nebo televizní hvězdy ve stylu akčních hrdinů jim přerůstá přes hlavu. Užívají **velké množství potravinových doplňků** (kreatinu, proteinu, steroidu), rychle se jim mění váha. Bigorektici také často praktikují nebezpečné metody hubnutí: extrémní dieta, laxativa, zvracení, diuretika apod.

Příliš svého času a peněz věnují na úpravu zevnějšku a přesto mají trvale depresivní pocity vyvolané přesvědčením, že nikdy nevypadají dobře. Neustále potřebují, aby je někdo ujišťoval o tom, jak dobře vypadají, permanentně drží bílkovinové a nízkotučné diety.

2

Zdroj: Spektrum zdraví, 2016

Rizika spojená s bigorexií

Vzhledem k dlouhodobému přetěžování organismu, náročným tréninkům a nedostatečné regeneraci dochází k **poškození hybného systému**. Bigorektici usilují o nárůst svalové hmoty, a proto jim velmi rychle stoupá hmotnost, čímž dochází k náhlému přetěžování pohybového aparátu a kloubů.
Dochází také k **přetěžování trávicího systému**, **jater a ledvin**, a to v důsledku užívání vysokých dávek bílkovin a dalších doplňků stravy.

Protože tato intenzivní až chorobná péče o tělo a o zevnějšek je finančně i časově velmi náročná, dochází často i k **finančnímu vyčerpání** a k **sociální izolaci** a deprivaci.

Rozdíl mezi zdravým přístupem ke sportu a k výživě a bigorexií je ten, že bigorektik podřídí sportu úplně vše. Nemá jiné zájmy než sport, partnerku si volí také ze sportovního prostředí a z klasických tréninků se stávají rituály. Pokud akorát rádi sportujete a zajímáte se o zdravou výživu, ale neovlivňuje to zcela Váš život, neznamená to, že trpíte bigorexií!

Léčení bigorexie

Postižení si neuvědomují a nepřipouští, že jsou nemocní. Okolí je taktéž ze začátku vnímá spíše jen jako někoho, kdo pečuje o své zdraví. To, že by se mohlo jednat o nemoc, často ani netuší. Tato choroba, jak už bylo řečeno, se týká většinou mužů, zejména kulturistů. Protože jde o velké nabírání svalové hmoty, můžeme mluvit o téměř ryze mužské záležitosti. Ženy jsou společenským tlakem nuceny vypadat co nejštíhleji, takže trpí častěji naopak anorexií nebo bulimií.
Bigorexie **se dá pochopitelně léčit**, a protože jde o mentální poruchu, je tu důležitá hlavně psychika. Prvních příznaků bigorexie si nejprve začnou všímat příbuzní a nejbližší rodina. Postižený sám není schopen přiznat, že má nějaké problémy. Důležité je, aby dal na péči svého okolí a **navštívil psychologa**. Ten s bigorektikem postupně probere všechny aspekty a přijde na příčinu. Někdy je potřeba **návštěva i u psychiatra**.

3

Zdroj: Spektrum zdraví, 2016

Bigorexie v praxi aneb jak poznat bigorektika

Jak poznat člověka, který trpí bigorexií? Je to stejné jako s anorexií. Nutné je všímat si jak psychických, tak fyzických změn. Anorektičky nosí volné oblečení, aby nebylo na první pohled patrné, jak jsou extrémně štíhlé. Lidé postižení bigorexií většinou nosí naopak **upnuté oblečení**, aby byly co nejvýrazněji vidět svaly. I přes svoji extrémní snahu nemají bigorektici dokonalou postavu. Většinou bývají obtloustlí, protože přijímají ohromné množství potravy. Poznámky, ať už dobře mířené či urážlivé, postiženým rozhodně nepomohou.

Někteří bigorektici dokonce odcházejí ze studií nebo z práce, aby mohli veškerý svůj čas věnovat posilování. Posedlost po dokonalosti, obdivu a naprostá zaujatost stravováním se po nějaké době nedá přehlédnout…

Bigorexie - porucha příjmu potravy, která trápí převážně muže. *Fitness spektrum zdraví* [online]. 2016 [vid. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.spektrumzdravi.cz/fitness/fitness-bigorexie-porucha-prijmu-potravy-ktera-trapi-prevazne-muze

4

Zdroj: Spektrum zdraví, 2016

Příloha 3 – Skutečný příběh dívky

ANOREXIE: HLAD PO JINÉM SVĚTĚ – EVA STEPPANOVÁ

Úryvek 1 (str. 13)

„Cítila jsem, že moje máma musí být velice silná osobnost, když jí se mnou i s financemi nepomáhá tatínek jako ostatním maminkám v mém okolí. V práci bývala opravdu dlouho a vydělávala opravdu málo, přesto jsme vždy měly doma co jíst, vždy bylo uklizeno, teplo a vždy pro mě našla úsměv a něhu."

„Ovšem co jako malé dítě můžete v takové chvíli udělat? Moc toho není. Proto jsem se snažila být pro ni tou nejlepší dcerou. Jak nejlepší? Sama nevím. Bylo to vlastně mé přání bez cíle – anebo s jasným cílem? Být nejlepší ve všem. Chtěla jsem být nejhodnější ve školce, chtěla jsem být tak hodná, abych byla nejhodnější pro všechny učitelky. Chtěla jsem být nejoblíbenější, aby mamka mohla být pyšná, že má dceru, kterou mají všichni rádi. Chtěla jsem umět nejlépe malovat a nejlépe zpívat. Nikdy jsem nechtěla nikoho rozčílit a pořád jsem se chtěla chovat podle pravidel. Nikdy jsem nesměla udělat nic, co by někdo jin nechtěl, a naopak jsem musela udělat všechno, co ostatní chtěli – nastavila jsem si to tak. To byl pro mě jakýsi mustr v tom, abych byla nejlepší. Aby maminka měla radost, aby viděla, že já ji chci dělat radost, protože ji miluji. Také aby se netrápila a nebyla pak nemocná a něco se jí nestalo. Abych o ni nepřišla..."

Úryvek 2 (str. 17)

„Nástup na střední školu byl složitý. Po dlouhém rozhodování jsem nastoupila na obchodní akademii, přestože mi vůbec nešla matematika a veškeré předměty spojené s logikou. Bylo mi to však doporučeno výchovným poradcem a také moje touha jít na pedagogickou školu se doma nesetkala s úplným nadšením. ‚Vždyť učitelů je všude plno a mají nízké platy, nic by sis nevydělala,' slýchala jsem doma pořád a bylo mi líto, že to tak zkrátka je. Byla jsem naučená dělat to, co se o de mě vyžadovalo, a byla jsem naučená dělat ostatním radost, tudíž jsem souhlasila, že půjdu na obchodní akademii. Popravdě? Bylo to PEKLO."

Úryvek 3 (str. 35-36)

„Je to do očí bijící – zklamala jsem. A zklamala jsem hrozně moc. Co na tom, že jsem skládala vysokoškolské zkoušky na jedničku a vozila medaile z mistrovství světa, když jsem nepracovala? Když jsem se nedokázala zapojit do běžného režimu, kam se dokáže zapojit spousta jiných lidí, kteří do této chvíle životem proplouvali? K čemu to všechno, když jsem zklamala člověka, kterého ve svém životě nejvíce miluji? A k čemu to, když jsem zklamala ... SEBE?"

Úryvek 4 (38-39)

„Vzhledem k tomu, že jsem se snažila pracovat opravdu rychle, aby byl zaměstnavatel spokojený, splnila jsem svou práci, pro kterou jsem byla na brigádu přijata, po měsíci docházky místo dvou, se kterými se počítalo. Půjčovali si mě tedy i zaměstnanci z jiných oddělení, kterým se tam kupila práce, abych jim pomohla. Nedělala jsem si žádné přestávky na jídlo a na oběd jen přestávku na nejméně nutnou dobu, abych někoho nerozhořčila tím, že moc dlouho nepracuji. Někdy jsem nejedla celý den, protože jsem se styděla udělat si přestávku. Doma jsem to ale večer pak všechno dohnala, tudíž se zde nejednalo o žádný deficit, spíše o dost nesprávné stravovací návyky. Zkrátka jsem se bála, že mě někdo osočí, že nejsem dost produktivní."

Úryvek 5 (str. 43-45)

„V tu dobu jsem o sebe přestala jakkoliv pečovat. Když jsem zrovna nebyla v práci, kde se vyžadoval určitý dress-code, hned jsem se převlékla do tepláků a ošuntělého trička. Už jsem se ani nelíčila a

Zdroj: Steppanová, 2017

občas jsem si ráno ani neučesala vlasy. Být to jen na mně, nejraději bych chodila v teplácích i do práce. Ušmudlaná jsem chodila dokonce i do obchodu a do města, neměla jsem vůbec sílu přetvářet se do nějaké další masky, aby si lidé mysleli, že jsem snad ‚normální'. Nebavila mě už jezdit ano na tréninky, nic mi to tam nedávalo. Celou dobu jsem jen myslela na to, co všechno musím ještě stihnout, čemu všemu (nebo komu všemu) se musím zítra postavit a jak se s tím vším musím vypořádat, když tomu nikdo jiný nerozumí. Často jsem si doma stěžovala, že nezvládám. Že je mi psychicky tak špatně (z práce), až se mi z toho chce fyzicky zvracet. Že nemám sílu ani chodit, natož něco dělat."

„Bylo mým úkolem zajistit mamce spokojenější a příjemnější život, než jaký žila doposud. Než jaký žila doposud KVŮLI MNĚ. Musela se stále otáčet, aby mě zabezpečila, aby měla všechno. A já jí to neměla, jak vrátit. Bylo mou povinností tuto situaci zvládnout, a nejen tuto, ale všechny, které mě vždy měly čekat. Jen jsem netušila jak, nevěděla jsem, kde vzít sílu. Jen jsem slepě šla za tím, co všichni očekávali, bez rozmyslu, bez citů, plochá jako kámen, všem pouze musí silou."

„Už jsem odpočítávala snad poslední minuty před svým posledním odchodem z práce, když moje teta, jakožto vedoucí oddělení, vyvěsila na nástěnce inzerát, že na oddělení logistiky se hledá nová pracovní síla. Je to až paradox, jak se stane přesně to, co nechcete, a jak se to stane přesně ve chvíli, kdy si myslíte, že už se vážně nemůže nic zvrtnout."

„Domů jsem přišla s kamenným výrazem ve tváři a ihned mamce oznámila, že jí bude volat teta kvůli výběrovému řízení, ale že tam ten životopis nepodám. ... Samozřejmě se mezi námi strhla do té doby nevídaná hádka. Snažila jsem se vysvětlit, že už prostě NEMŮŽU. Už jsem nevěděla, jak dál vysvětlit svou bezmoc."

Úryvek 6 (str. 46-47)

„Cítila jsem se hrozně a provinile. Věděla jsem, jak moc jsem mamce ublížila, a nenáviděla se za to, že se nedokážu postavit své neschopnosti. Začala jsem mít pocit, že od této chvíle si nezasloužím nic. Došla jsem k tomu, že všechno, co mám, musím dát jí, protože jsem pro ni jen zátěží. Vyčítala jsem si, že jsem si šla koupit jídlo, a co víc, vyčítala jsem si, že ho jím. Vyčítala jsem si, že mám doma k dispozici jídlo, kolikrát denně jen potřebuji, ale vyčítala jsem si to i tehdy, když jsem za něj utratila své peníze, protože ty jsem si přeci také nezasloužila. Byla to šílená myšlenka, že takovou zátěž, jako jsem já, je krajně šílené utrácet JAKÉKOLIV peníze za JAKKOLIV základní věci."

Ten hlas sebenenávisti v mé hlavě byl ohlušující, byla jsem absolutně neschopná proti tomu něco udělat. Popravdě mě v té době už vůbec nenapadlo, že by moje myšlenky mohly být třeba neoprávněné nebo přehnané."

„Tak já prostě přestanu jíst a nebudu jíst tak dlouho, dokud mi to fyzicky neublíží. Dokud mě to nezabije! A třeba, když zhubnu hodně, si někdo všimne toho, jak strašně se cítím v tomhle světě, nebo mě alespoň vyslechne. Třeba tu pro mě někdo začne být. A nebo třeba opravdu umřu na vyhladovění, a budu vysvobozená od toho všeho... A když se nepovede ani jedno, alespoň budu štíhlá."

Úryvek 7 (str. 57-59)

„Venku je nádherně a parno, mohl by to být pozitivní den i díky tomu, že mám zrovna 23. narozeniny. Jenže pro mě není. Nemám energii, nemám náladu, ale zato mám strach. Mám strach z dnešního dne, protože budu muset jíst dort, bude se grilovat, budu si muset připít. Milion kalorií v jednom dni. Milion zbytečných kalorií. Navíc, na co bych si měla připíjet? Na to, že existuje taková troska, jako

Zdroj: Steppanová, 2017

jsem já? Na to, že se ve svém věku nedokážu postavit na vlastní nohy? Ž e trápím všechny kolem sebe a jsem jen zátěž, která stojí peníze a sama je nevydělává? Z toho mám mít radost?

Své mastné vlasy dávám do neupraveného culíku a oblékám se do šedivých sepraných tepláků a černého trička, přestože je venku asi třicet stupňů. Mně je však zima a vůbec mě nezajímá, že se na mě někdo bude hloupě koukat. Cestou se stavujeme v obchodě pro věci na grilování a pro šampaňské na přípitek. Na všechny otázky, které se týkají výběru přípitku či masa, odpovídám, že nechci nic nebo že je mi to jedno. Hodlám sníst jen kousek libového plátku se zeleninou a přípitku si možná tak cucnout. ‚Evi, myslím si, že už to s tím hubnutím vážně začíná být na hraně. Podívej, pořád je ti zima, z ničeho nemáš radost, nic tě nezajímá. S nikým se nebavíš, jako bys to ani nebyla ty,´povídá mi mamka cestou na párty.

Večer si krájím kilogramy zeleniny na svůj obvyklý salát a situace už je neúnosná. To obrovské napětí doma, mamčina naštvanost, moje vyčerpání. Nevím, opravdu nevím, co mě k tomu vede. Krájím pórek, mamka je v kuchyni, ani nezvednu oči od prkénka a povídám: ‚Mami, misím ti něco říct, ale nebude se ti to líbit. Mám anorexii a vím to už dlouho a asi potřebuju pomoct…´

Opravdu jsem měla pocit, že už musí každým dnem dojít ke kolapsu, protože jsem se fyzicky cítila neuvěřitelně špatně. Nejspíš jsem ale stále, nebí spíše právě NYNÍ čekala, až se někdo zeptá: PROČ? Ale to se nestalo. Vlastně ano – tato otázka zde padla, ovšem ve smyslu: PROČ SE TI NELÍBILA TVOJE POSTAVA? Vyslechla jsem si milión připomínek o tom, jaké jsou a mají být v životě hodnoty, co je na prvním místě, co je zdraví a co krása, co je pomíjivé a co věčné, bože to bylo tak k smíchu.

Nikoho ani přinejmenším nenapadne, že by za ztracenými kily mohlo být i něco jiného, než touha po krásném těle."

Úryvek 8 (str. 182)

„Zatímco uhlazuji okraje kaše na talíři, slyším lékařku, jak se ptá lékaře, zda mi můžou sestavit nějaký jídelníček k té sondě, aby nejedla pořád to samé a abych zkrátka jedla ‚normálně´. Ten ale opáčil, že nemusím jíst vůbec, že všechno mám v sondě a žádné jídlo se přidávat nebude. Můžu jíst jen kaši, banán a rohlík, protože nic jiného můj žaludek nestráví, a měla bych toho jíst co nejmíň, aby nenarušovala efekt enterální výživy."

„Měla jsem v té chvíli v sobě asi jednu lžíci kaše. Rozbrečela jsem se a okamžitě poslala oběd zpět s jedinou myšlenkou, s jediným STRACHEM v hlavě: Bože, fakt se nebudu moct nikdy normálně najíst? Zoufalství anorektičky? Přiznat, že má hlad nebo chuť. A přiznat to nahlas. Zahrabala jsem se pod peřinu, vzala telefon a s takovými vzlyky, že mi nebylo rozumět, jsem zavolala mamce a řekla něco, co jsem neřekla už měsíce: Mami, já se chci najíst! Byla jsem odhodlaná začít jíst normálně, chtěla jsem to víc než cokoliv, byla jsem pevně přesvědčená."

Zdroj: Steppanová, 2017

Příloha 4 – Ideál krásy

Zdroj: F-sport.cz, 2007

Zdroj: Horký, 2017

Zdroj: Bella-Kejtý, 2014

Zdroj: Chromý, 2015

Příloha 5 – Víš, co jíš?

PRACOVNÍ LIST – TVŮJ DEN

Vaši odpověď zakroužkujte

1) Je tvůj denní režim pravidelný?

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne

2) Spíš pravidelně více než 8 hodin?

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne

3) Patří do tvé náplně dne i pohybové aktivity (alespoň 30 minut denně)?

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne

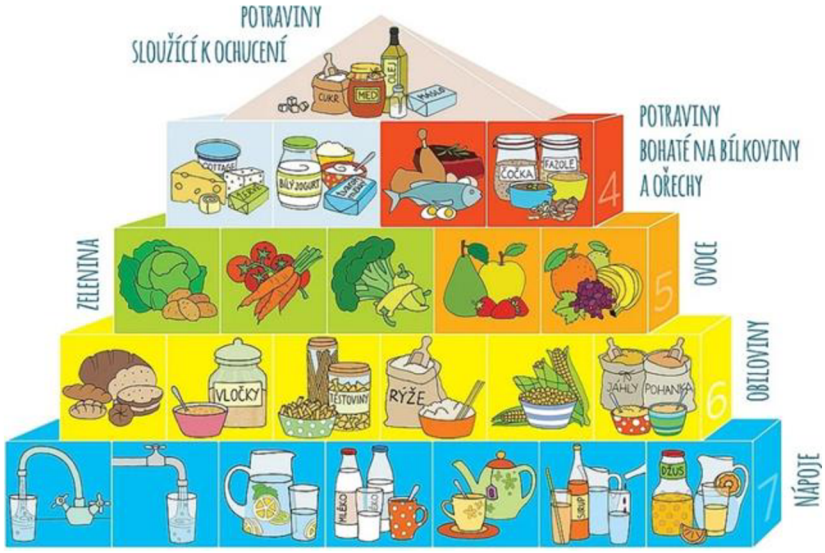
4) Obsahuje tvůj jídelníček převážně zdraví prospěšné potraviny?

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne

5) Máš přes den vyhrazený čas pro sebe/na odpočinek?

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne

Zdroj: Bergmanová Martina, 20. 4. 2022



Zdroj: Státní zdravotní ústav, 2022

PRACOVNÍ LIST – DOPLNĚNÍ KILOKALORIÍ (kcal) NA 100 g

Příklad: kedlubna: 27 kcal = S – 6,2 g, B – 1,7 g, T – 0,1 g

S = sacharidy, B = bílkoviny, T = tuky

Kuřecí přírodní plátek: .....

Smažený kuřecí řízek: .....

Hovězí svíčková: .....

Vepřové maso: .....

Vejce na tvrdo: .....

Jablko: .....

Pomeranč: .....

Banán: .....

Květák, vařený: .....

Květák, smažený: .....

Chléb, toastový: .....

Žitný chléb: .....

Rohlík bílý: .....

Jogurt Florian jahoda: .....

Řecký jogurt bílý: .....

Tvaroh polotučný: .....

Tvaroh odtučněný: .....

Máslo: .....

Kobliha: .....

Kuřecí šunka: .....

Sýr Eidam 30 %: .....

Brambory, vařené: .....

Bílá rýže, vařená: .....

Pizza, šunková: .....

Hranolky: .....

Zdroj: Bergmanová Martina, 8. 4. 2022

VYTVOŘTE VLASTNÍ JÍDELNÍČEK NA CELÝ JEDEN DEN

- podmínkou je, aby splňoval nutriční příjem (dle vypočítaného bazálního metabolismu jednoho z dvojice)

Snídaně

Svačina

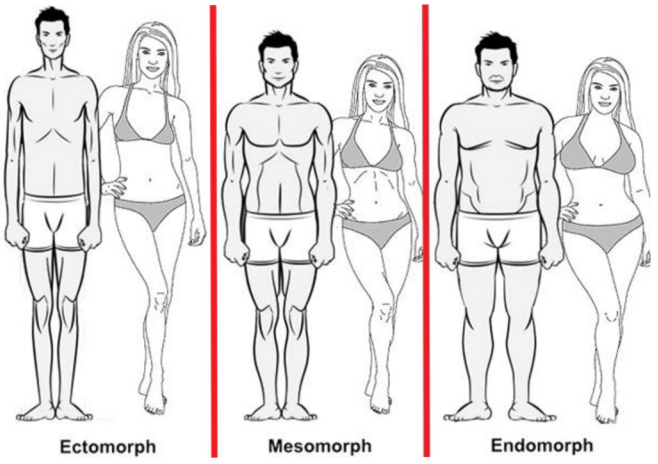
Oběd

Svačina

Večeře

Zdroj: Bergmanová Martina, 8. 4. 2022

Příloha 6 – Somatotypy



Zdroj: Heger, 2020

JAKÝ JSEM SOMATOTYP?

1. Moje ramena jsou...

- a) Stejné jako boky
- b) Širší než boky
- c) Užší než boky

2. Své končetiny bych popsal jako...

- a) Dlouhé a spíše štíhlé
- b) Poměrně dlouhé s viditelnými svaly
- c) Spíše kratší a silnější

3. Když začnu cvičit, svalovou hmotu nabírám....

- a) Hodně obtížně
- b) Poměrně snadno a celkem brzy jsou svaly vidět
- c) Poměrně snadno, ale aby byly svaly vidět, musím se hodně hlídat v jídle

4. Ke sportu mám vztah....

- a) Jsou sportovní aktivity, které mám rád. Především ty vytrvalostního charakteru
- b) Miluju dynamický rychlý sport. Bez pohybu bych nemohl žít
- c) Když cvičím, tak jenom proto, že musím

5. Postavou jsem...

- a) Jsem spíše vyšší
- b) Průměrně
- c) Jsem spíše menší

6. Povahově bych se popsal jako...

- a) Citlivý, spíše uzavřený, přemýšlivý, nestálý
- b) Vyrovnaný, klidný, odolný, spolehlivý
- c) Dobrosrdečný, otevřený, zábavný, společenský

7. Obvod pasu je u mě...

- a) Hodně podobný jako obvod hrudníku
- b) Mnohem užší než obvod hrudníku
- c) Větší než obvod hrudníku

8. Moje zápěstí a předloktí je...

- a) Velmi tenké
- b) Výrazné a silné
- c) Spíše větší a zaoblené

Zdroj: Chňoupková, 2015

VÝSLEDKY:

Nejvíce odpovědí A: Ektomofr

Podle našeho testu máte nejblíže k ektomorfovi. Jste sice štíhlí, což vám možná mnozí závidí. Na druhé straně máte obtíže s nabráním svalové hmoty, která by se vám vzhledem k vašim křehkým kostem určitě hodila. A hlavně mít svaly je jednoduše super!

Budou na vás proto platit silové tréninky. Je potřeba cvičit s vysokou intenzitou a posilovat s těžkými váhami. Aby sval rostl, musí se také pořádně krmit. Neznamená to ovšem jíst nezdravé potraviny s prázdnými kaloriemi, ale nutričně bohatá a výživná jídla s vyváženým obsahem základních makroživin.

Naopak je dobré se vyhnout aerobním tréninkům, kde jako ektomorf všechno vyběháte, a to bez výrazného nárůstu svalové hmoty.

Nejvíce odpovědí B: Mezomorf

Vy jste ale šťastlivec! Vaše tělesná stavba se nejvíce podobá mezomorfovi. Jste tedy od přírody silní, máte atletickou postavu a nadání ke sportu, což je pro vás nejen z estetického, ale i zdravotního hlediska velmi příznivé.

Mezomorf by měl jíst vyváženě s dostatečným příjmem sacharidů i bílkovin a věnovat se aktivnímu pohybu. Zda si vyberete spíše silové sporty nebo vytrvalostní, je na vás. To zvažte i podle toho, zda si myslíte, že jste kombinací spíše s ektomorfem nebo s endomorfem. Obecně ale mezomorfům více sedí silové tréninky. Klidně zařaďte obojí.

Nejvíce odpovědí C: Endomorf

Nejblíže máte k endomorfovi, což znamená, že budete potřebovat trochu urychlit metabolismus. Když se vám ale podaří shodit přebytečné tuky, můžete se pyšnit pevnými vyrýsovanými svaly. Bude to chtít ale trochu práce.

Vhodný pro vás bude aerobní trénink s nízkou intenzitou. Délka tréninku by měla mít alespoň 60 minut, optimálně třikrát týdně. Pokud jste sportovní začátečníci, určitě vám pomohou tyto rady!

Platit na vás bude taky nízkosacharidová strava s omezením živočišných tuků. Neznamená to, že byste se měli sacharidům vyhýbat úplně. Sacharidy volte s nízkým glykemickým indexem a preferujte je zejména dopoledne.

Zdroj: Chňoupková, 2015

Příloha 7 – Reflexe celého programu

ODPOVĚZ NA OTÁZKY

1. Co bys doporučil/a kamarádce, která drží dietu?

2. Co sis uvědomil v průběhu programu?

3. Co řekneš kamarádce/kamarádovi, u kterého pozoruješ příznaky mentální anorexie?

4. Jaké pocity může mít dívka, která trpí PPP?

5. Co si představíte pod pojmem zdravý životní styl?

6. Co bys doporučil/a kamarádovi/kamarádce, který/á se nechá ovlivňovat médii?

7. Můžeme mít všichni stejnou postavu? Pokud ne, vysvětli.

8. Co mají společného osteoporóza, větší kazivost zubů a porucha menstruačního cyklu?

Zdroj: Bergmanová Martina, 8. 4. 2022