

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**MOŽNOSTI PRIMÁRNÍ PREVENCE U DĚTÍ MLADŠÍHO  
ŠKOLNÍHO VĚKU VE VZTAHU K PROBLEMATICE PORUCH  
PŘÍJMU POTRAVY**

**Bakalářská práce**

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| Autor:                 | Michala Fittlová             |
| Vedoucí práce:         | Mgr. Martina Ramešová, Ph.D. |
| Datum odevzdání práce: | 12. 5. 2008                  |

## **ABSTRACT**

Food-intake disorders belong to serious health problems and their prevalence is increasing all the time. They represent serious problem in children especially because they are not expected at this age. Combating this disease is difficult. The easiest way is to prevent these food-intake disorders (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) by targeted primary prevention both in basic schools and in families.

Theoretical part of my thesis is aimed at definition of junior school age. Next part is dedicated to the characteristics of food-intake disorders and prevention in children and youth. The last part concerns correct children's nutrition.

The research is divided into two parts. For quantitative research the technique of e-mail questioning was used. Questions were established for basic schools in South Bohemia region. For qualitative research was used half-guided dialogue with parents of junior school age children.

First aim was to chart the possibilities of primary prevention within the frame of food-intake disorders in the South Bohemia region in chosen basic schools. Further aim was to find out the parents' opinions on problems of food-intake disorders. Both aims were fulfilled. Hypothesis I had to document that within basic schools the targeted primary prevention in junior school age children in problems of food-intake disorders is not ensured. Hypothesis II should confirm that the offer of comprehensive education for pedagogues in problems of food-intake disorders is missing. Both hypotheses were confirmed as well. From qualitative research (half - standardized dialogue) two hypotheses emerged. Hypothesis III: It is necessary to increase the informedness in sphere of food-intake disorders. Hypothesis IV: Healthy nutrition is only one of important aspects of prevention.

I chose the topic for my thesis (Possibilities of primary prevention in junior school age children in relation to problems of food-intake disorders) because it is up-to-date subject and after all it started to be discussed in public. I am interested in possibilities of primary prevention, whether they exist and are used.

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Možnosti primární prevence u dětí mladšího školního věku ve vztahu k problematice poruch příjmu potravy“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 12. 5. 2008

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Martině Ramešové, Ph.D. za trpělivost, aktivní pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem základním školám a rodičům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

## **OBSAH**

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ÚVOD</b>                                                               | <b>7</b>  |
| <b>1. SOUČASNÝ STAV</b>                                                   | <b>9</b>  |
| <b>1. 1 Mladší školní věk</b>                                             | <b>9</b>  |
| 1. 1. 1 Charakteristika mladšího školního věku                            | 9         |
| 1. 1. 2 Psychologický vývoj                                               | 9         |
| 1. 1. 3 Socializace dítěte a jeho sebehodnocení v mladším školním věku    | 10        |
| <b>1. 2 Poruchy příjmu potravy</b>                                        | <b>12</b> |
| 1. 2. 1 Mentální anorexie                                                 | 13        |
| 1. 2. 2 Příčiny mentální anorexie                                         | 16        |
| 1. 2. 3 Mentální bulimie                                                  | 17        |
| 1. 2. 4 Záchvatovité přejídání                                            | 18        |
| 1. 2. 5 Poruchy příjmu potravy u dětí                                     | 19        |
| <b>1. 3 Prevence</b>                                                      | <b>20</b> |
| 1. 3. 1 Primární pediatrická prevence                                     | 21        |
| 1. 3. 2 Primární prevence ve školách                                      | 22        |
| 1. 3. 3 Pravidla kvalitní prevence ve školách                             | 22        |
| 1. 3. 4 Základní představitelé primární prevence ve školách               | 22        |
| <b>1. 4 Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže</b>               | <b>23</b> |
| 1. 4. 1 Jak předejít vzniku poruch příjmu potravy (doporučení pro rodiče) | 24        |
| 1. 4. 2 Metodické náměty pro práci se žáky                                | 25        |
| <b>1. 5 Výživa dětí</b>                                                   | <b>26</b> |
| 1. 5. 1 Desatero výživy dětí                                              | 27        |
| 1. 5. 2 Chyby ve výživě                                                   | 28        |
| <b>2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY</b>                              | <b>29</b> |
| <b>2. 1 Cíle práce</b>                                                    | <b>29</b> |
| <b>2. 2 Hypotézy</b>                                                      | <b>29</b> |
| <b>3. METODIKA</b>                                                        | <b>30</b> |
| <b>3. 1 Použitá metodika</b>                                              | <b>30</b> |
| 3. 1. 1 Metoda e-mailového dotazování                                     | 30        |

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| 3. 1. 2 Rozhovor                                    | 31        |
| <b>3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru</b>      | <b>31</b> |
| <b>4. VÝSLEDKY</b>                                  | <b>33</b> |
| <b>4. 1 Dotazníkové šetření</b>                     | <b>33</b> |
| <b>4. 2 Polostandardizovaný rozhovor s rodiči</b>   | <b>40</b> |
| 4. 2. 1 Identifikační údaje                         | 40        |
| 4. 2. 2 O poruchách příjmu potravy                  | 41        |
| 4. 2. 3 O stravovacích návycích a vztazích v rodině | 44        |
| 4. 2. 4 Možnosti prevence a pomoci                  | 50        |
| <b>5. DISKUZE</b>                                   | <b>53</b> |
| <b>6. ZÁVĚR</b>                                     | <b>59</b> |
| <b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>                   | <b>61</b> |
| <b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b>                             | <b>65</b> |
| <b>9. PŘÍLOHY</b>                                   | <b>66</b> |

## ÚVOD

Každého z nás, kdo se setká se ženou, mužem nebo dítětem, kteří trpí poruchou příjmu potravy, zejména velmi zřetelně viditelnou mentální anorexií, napadají různorodé myšlenky. Někomu je daného člověka líto, někomu se dělá zle, někdo odvrací hlavu, někdo přemýšlí „Proč?!“ a někoho napadá, jak by mohl pomoci.

Nad tím, jak bych mohla pomoci, přemýšlím i já. Dalším aspektem a důležitým ukazatelem pro mě při výběru tématu práce bylo, že mám velmi ráda děti a práci s nimi. Zvolila jsem téma bakalářské práce „Možnosti primární prevence u dětí mladšího školního věku ve vztahu k problematice poruch příjmu potravy (PPP)“. Tato problematika mě zaujala a chtěla bych svou prací, poznatky ve výzkumu, nastudováním literatury a dostupných internetových zdrojů nabídnout možnosti řešení problematiky prevence u PPP.

Výskyt PPP se v současnosti velmi rozrůstá, počet onemocnění se zvyšuje a věk pacientů naopak klesá. Není divu, masmédia jako televize, rozhlas, internet, časopisy a ostatní literatura nám neustále předkládají vzor krásy a ideálu, štíhlé až vyhublé modelky, nebo svalnatá, vypracovaná mužská těla. Tyto podněty zvenčí, tlak na naši mysl, neustálá reklama a ovlivňování, dokáží donutit k přemýšlení dospělého člověka a co teprve dítě, které je tak snadno ovlivnitelné?! Děti, zejména ty v mladším školním věku, uvěří často čemukoli, nepotřebují k tomu ani reálný podklad. Děti mají křehkou osobnost a některé se dokáží velice podceňovat a vidět se jinak, než je vidí jejich okolí. To může vést až ke zkreslenému vnímání sama sebe. Je proto nezbytné věnovat jim velkou pozornost, péči a poskytnout jim vše, co je možné a dostupné, aby z nich vyrostli zdraví mladí lidé.

V této práci jsem se zaměřila zejména na znalost této problematiky u rodičů a na primární prevenci v rodině. Předpokládám, že právě tady má dítě získat základní stravovací návyky a zvyklosti. Má se naučit mít jídlo rádo, má vidět vzor ve svých rodičích a má se dozvědět, co je zdravé a chutné jídlo. V rodině se zároveň utváří i osobnostní charakteristika a sebevědomí dítěte, které může posléze způsobit nedůvěru v sama sebe a podnítit vznik poruch příjmu potravy. Dále se zaměřuji na primární

prevenci na základních školách. Školy mnohdy v poskytování informací a ve výchově zastupují rodinu. Často se i rodiče spoléhají na školu v tom, co sami nezvládají nebo neumí dítěti vysvětlit. Každá základní škola má dnes metodiky a metodicky primární prevence, proto se v práci zaměřuji na zkoumání toho, zda vůbec existuje nabídka prevence poruch příjmu potravy a zda o ní školy vědí a využívají ji.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

### **1. 1 Mladší školní věk**

#### *1. 1. 1 Charakteristika mladšího školního věku*

Mladší školní období bývá zpravidla označováno dobou od 6 – 7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11 – 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání s psychickými projevy. Mluví se jen o školním věku, ale povinná školní docházka trvá ještě i v období pubescence, které se dá nazývat také starším školním věkem. Svět školy poznamenává významným způsobem toto období. Při běžném pohledu na tuto životní etapu se může zdát, že je toto období nezajímavé, že se toho tolik s osobností dítěte neděje (17).

Změny se nemusejí zdát tak převratné jako v předškolním věku, ale ani tak bouřlivé jako v následujícím dospívání. Psychoanalýza označuje tento věk jako období latence – etapu, kdy je ukončena jedna část psychosexuálního vývoje a kdy pudová a emoční složka osobnosti dřímá až do začátku pubescence, v níž se opět projeví v plné síle. Vývojově psychologické studie ukazují, že tomu tak není: vývoj pokračuje trvale a plynule a zároveň ve všech směrech dosahuje dítě výrazných pokroků, které jsou pro jeho budoucnost často rozhodující (17).

#### *1. 1. 2 Psychologický vývoj*

Ve vnímání se dítě začíná přibližovat dospělému člověku, je schopno orientovat se v čase, prostoru, zdokonaluje se ostrost všech jeho smyslů. Bezděčná pozornost trvá až 3 hodiny, záměrná pozornost 15 – 30 minut a zároveň se zvětšuje rozsah, rozdělování a přenášení pozornosti. V závislosti na citových změnách dochází ke změnám pozornosti. Je patrná roztržitost v důsledku vnitřní tenze - napětí. Nejprve převládá mechanická paměť a mezi 10. a 11. rokem už nastupuje paměť logická. Představitost je bouřlivá a velmi málo kritická (16).

Na rozdíl od menšího dítěte, které je ve svém vnímání, myšlení a jednání hodně závislé na vlastních přáních i fantaziích, a na rozdíl od dospívajícího, pro kterého je

důležitější vědět, co by mělo být správné, je školák plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit svět kolem sebe a věci v něm „doopravdy“. Tento charakteristický rys školního dítěte se dá pozorovat v jeho mluvě, kresbách, písemném projevu, ve čtenářských zájmech a ve hře. Školák se více zajímá o knihy, které ho poučí o věcech, lidech a zemích a tím rozšiřuje vlastní poznání (17).

Dítě ve školním věku je - a zároveň se snaží být - aktivní ve svém vztahu k lidem. Rozvíjí se motorika, ale i smyslové vnímání, zdokonalují se a rozvíjejí do složitých a propojených forem. Slovní zásoba je přibližně 10 000 slov. Dítě zná a uvědomuje si skladbu a gramatiku řeči (16). Řeč, která lidskou činnost řídí a která dovoluje lidem další rozvoj v celé oblasti chování a prožívání, se výrazně vyvíjí (17).

Duševní vývoj je závislý na velkém množství činitelů, a to jak uvnitř, tak i vně organismu dítěte. Z vnitřních faktorů to jsou především dědičné předpoklady, osobnostní nastavení jedince, zdravotní stav a z vnějších faktorů je to výchova v rodině, ekonomické postavení rodiny, společnost, kde dítě žije, kulturní tradice, stravovací návyky a mnoho dalších (22).

### *1. 1. 3 Socializace dítěte a sebehodnocení v mladším školním věku*

Sociální vztahy, které dítě prožívá, jsou k: a) dospělým = autorita, kterou respektují, obracejí se na něj s prosbou, žádostí o pomoc a k: b) vrstevníkům = dávají jim přednost před dospělými. Vztahy v tomto období bývají povrchní, krátkodobé. Děti jsou extrovertní, nepřiměřeně kritické, žalují na sebe, velice snadno a rychle odpouštějí. Sociální vztahy jsou také ovlivněny rodinou, která podporuje přátelství, družnost a ochotu pomáhat (16).

Zapojení dítěte do lidské společnosti sílí výrazně se vstupem do školy. V průběhu častých interakcí vzniká pevná vazba mezi dítětem a matkou, později i mezi dítětem a otcem (20). Významnými osobami, podle nichž se dítě učí tvořit své vlastní způsoby chování, nejsou už jenom rodiče, ale připojují se k nim stále více učitelé a spolužáci. Reakce dítěte na ostatní děti má jiný charakter než reakce na dospělé, dítě je dítěti bližší svými vlastnostmi, svými zájmy i svým postavením mezi lidmi (17).

Na začátku školní docházky je pro dítě, zároveň s rodiči, určujícím modelem hodnocení učitelka, v dalších letech školního období roste více vliv dětské skupiny. Ve školním věku se výrazně rozvíjí třetí složka socializačního procesu – osvojování sociálních rolí, tj. vzorců chování očekávaných od určitého jedince v určité situaci. Zároveň dochází ke změně dominantní činnosti dítěte, v předchozím období byla dominantní činností hra, která je ve školním období nahrazována učněním (16).

Z různých rolí, které dítě přijímá, i ze svého postavení ve skupině vrstevníků si osvojuje sebepojetí a sebehodnocení. Kořeny se nacházejí na úplném počátku života. Školní dítě se při popisu sebe sama nezaměřuje pouze na své objektivní charakteristiky, ale stále více poznává i své psychologické vlastnosti a schopnosti (17).

City se v tomto období obohacují a prohlubují, je delší citové prožívání a citové ovládání. Rozvíjí se sebecit: dítě si je vědomo svého „Já“, má určité sebevědomí (16).

Po osmém roce věku začíná být sebehodnocení poměrně stabilní. Významnou součástí sebehodnocení je posuzování své vlastní školní úspěšnosti, které od začátku školní docházky po celá školní léta klesá, protože se děti při svém sebehodnocení více opírají a srovnávají s druhými, velmi nízké sebevědomí zpětně více snižuje motivaci ke školní práci, a tím i vlastní školní výkony. Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Člověk, který si sám sebe necení – buď se podceňuje a v ničem si nevěří nebo se nadměrně přeceňuje – má často problémy i ve styku s druhými lidmi. Škola může v tomto směru ovlivnit to, co rodiče dříve podnítli (17).

Jde-li o vliv rodičů na kladné nebo záporné sebehodnocení, dá se uvažovat o dvojím mechanismu působení. Rodiče dávají dítěti najevo, jak si ho váží, nebo jak ho naopak podceňují. Rodiče jsou vzorem chování – podle nich dítě modeluje samo sebe. Ve školním věku výrazně ovlivňuje vývoj sebehodnocení dětská skupina. Kromě rodičů a dětské skupiny má na vývoj sebehodnocení vliv i učitel. Ten může sebevědomí žáka podpořit, ale může v něm také zasít semínko pocitu méněcennosti, zejména když ho ponižuje před třídou a ironizuje ho (17).

V rodině se člověk postupně naučí poznávat sama sebe, hranice svých možností a schopností, řešit problémy intrapsychické a interpersonální, různé životní role.

V rodině člověk získává své postoje k udržování zdraví a zároveň by o těchto záležitostech měla první ponaučení přicházet od rodičů (21).

## 1.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, těžké somatické, psychické a sociální důsledky a zároveň i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen. Působí dlouhodobé obtíže postiženým, ale i jejich okolí. Komplexní charakter mentální anorexie a bulimie, jejich závislost na společenských a kulturních vlivech a velmi křehká hranice mezi normou a patologií je staví na rozhraní psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů (13).

Odborná literatura uvádí, že těch, kteří mají vážný problém s jídlem, je mezi 1 – 3% u mladých dívek a žen, ale určité narušení jídelních postojů a chování se objevuje u 6 – 8% v této rizikové populaci. Na deset až dvacet dívek trpících touto chorobou připadá jeden chlapec nebo mladý muž (28).

Poruchy příjmu potravy jsou příznačným problémem současného světa – zjednodušenou a extrémní odpovědí na otázku osobní spokojenosti, společenského úspěchu i zdraví. Někdy stačí zhubnout a dokázat se kontrolovat. Krátkodobý úspěch jenom posiluje nepřiměřená očekávání. Zoufalství je potom větší a neschopnost stoprocentně se kontrolovat se stává výzvou k dramatické demonstraci neschopnosti jíst s mírou. Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech hraniční polohy nutričního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené s tzv. pročišťováním (projímadla, diuretika a především zvracení) nebo hladověním. Obě poruchy mají mnoho společného (12).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) shodně s Diagnostickým a Statistickým manuálem (DSM –IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy dva vymezené syndromy: *mentální anorexii a mentální bulimii*. Obě poruchy pojí strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu

vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit růstu tělesné hmotnosti (9).

Existuje mnoho teorií vzniku poruch příjmu potravy. Shoda odborníků spočívá v tom, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů. Hovoříme o tzv. *bio – psycho – sociální podmíněnosti*, k níž řadíme:

- Osobnost a jiné psychické charakteristiky.
- Biologické a genetické faktory.
- Emocionální faktory.
- Sociokulturní faktory.
- Rodinné okolnosti a životní události (28).

O poruše příjmu potravin se mluví tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V těžkých situacích se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se hlavní náplní (19). Ohroženou populací jsou adolescentní dívky a mladé ženy, u nichž se poruchy příjmu potravy nejčastěji objevují (7).

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, kde se zvyšuje incidence. Podle některých autorů jsou onemocněním vázaným nejen na určité kulturní charakteristiky vyspělých zemí, ale zejména na podmínky měnící se kultury směrem k vyvinutým, na výkon a úspěch zaměřeným společenstvem (7). Mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek a žen než chlapců. Mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (4 – 6%), mentální anorexie se vyskytuje méně a postihuje necelé 1% mladých děvčat. Obě poruchy se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, ztrácejí se v nevhodných stravovacích návycích vrstevníků a rodiny (11).

### 1. 2. 1 Mentální anorexie

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k širokému spektru psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování

půstu bylo původně součástí sebetrestajících praktik mnoha zbožných křesťanů. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být později pokládány za známku duševní poruchy (13).

Mentální anorexie je porucha charakteristická úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že prostě nechtějí jíst. Nejprve je chuť k jídlu a pocit hladu vědomě potlačován. Postupem času však nemocné dívky skutečně chuť k jídlu ztrácí a dochází u nich k závažnému oslabení pocitu hladu (28).

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie:

- Tělesná hmotnost je udržována 15% pod předpokládanou úrovní nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu hmotnostní přírůstek, který se očekává.
- Snížení hmotnosti si způsobí nemocný sám. Vyhýbá se pokrmům, „po kterých se tloustne“, nebo nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).
- Neustále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, ta vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (11).
- Intenzivní a neustálé obavy ze ztloustnutí, a to i v případě vyhublosti. Narušené vnímání vlastního těla a velmi vysoká závislost sebehodnocení na nízké tělesné hmotnosti (8).
- Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud tedy neužívají jinou náhradní hormonální léčbu. U mužů se projevuje ztrátou sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, a odchylky ve vylučování inzulínu (7).
- Je-li začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce mohou být zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek nerostou prsa a dochází k primární amenoree (první menstruace se nedostaví), u chlapců

zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází obvykle k normálnímu dokončení puberty, avšak první menstruace je opožděna.

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, to pak vede k odmítání jídla a hladovění **(11)**.
- Pravidelný denní příjem kalorií je nižší než 1000.
- Pocit, že dieta ovládla celý život té dotyčné osoby.
- Neustálé opakované cvičení, někdy i pozdě v noci nebo jinou zvláštní dobu **(19)**.

K vymezení mentální anorexie jsou potřeba především tři základní znaky:

- Aktivní udržování nenormálně nízké tělesné hmotnosti.
- Strach z tloušťky, který přetrvává i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost.
- Amenorea u žen **(11)**.

Anorektičky někdy mohou mít za sebou období záchvatovitého přejídání. Některé z nich skutečně kdysi mohly být silnější postavy, mohly skutečně mít nadváhu nebo dokonce byly obézní. V některých případech velmi výrazně zhubly v důsledku diet a jsou neustále ovládány strachem, že by mohly zase přibrat, nebo dokonce obavou, že jsou stále tlusté, a to bez ohledu na to, co ukazuje váha nebo zrcadlo. V naší společnosti, která je tolik posedlá tělesnou hmotností, trpí podobnými pocity mnoho žen, které nemají anorexii. Pro tyto ženy by bylo dobré, kdyby si vytvořily realističtější představu o vlastním těle a kdyby přehodnotily význam, který přikládají štíhlosti **(19)**.

Dívky, které byly normálně plaché a vstřícné, jsou najednou bojovné a neústupné, konečně dokáží odmítnout, když jim ostatní říkají, co by měly dělat! Je-li to poprvé, kdy hájí svůj postoj, může to opravdu být úžasný pocit – třeba i za cenu, že tím riskují život **(19)**. Dívky s mentální anorexií bývají před nemocí hodnoceny jako přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické, odpovědné. S rozvojem jídelní patologie se mohou dostávat do konfliktu se svými rodiči, často lžou a podvádějí ve spojitosti s jídlem, odmítají připustit, že je s nimi něco v nepořádku, a snahu druhých osob o změnu vnímají jako intruzi, na kterou reagují vztekem, lítostí a pocity viny. Rodiče bývají vyděšeni, nedovedou to pochopit, někdy se dostávají do konfliktu mezi sebou navzájem. Pacientka může rodiče rozdělit, stává se těsně vázanou na matku a otce odmítá či kritizuje **(7)**.

### 1. 2. 2 Příčiny mentální anorexie

Anorektici mívají obvykle zvláštní stravovací návyky. Mnoho z nich jídlo rovnou odmítá. Další jedí jen zvláštním, někdy i ritualizovaným způsobem (1).

O příčinách mentální anorexie bylo vysloveno mnoho teorií, které často jen zdůrazňují to, co je příznačné pro dospívající dívky. Počátek mentální anorexie je téměř vždy spojen se souhrou několika nepříznivých faktorů, mezi nimiž vystupují ty, jež jsou významné z hlediska držení diet. Kromě „dobrých důvodů k dietě“ (například vzrůst tělesné hmotnosti, esteticky nevhodné rozložení tělesného tuku, matka nebo sestra drží dietu, v rodině se neustále komentuje jídlo a tělesný vzhled) hraje významnou roli i nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy (zejména některé sporty „vyžadující“ nízkou tělesnou hmotnost nebo modeling), zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině, ale i nešťastná náhoda (11).

U nemocných s poruchou příjmu potravy a v jejich rodinách se relativně častěji vyskytují některé problémy, jako je například nízké sebehodnocení, rozvrácené vztahy, alkoholismus a duševní poruchy u rodičů. Ty se však vyskytují také u jiných psychických problémů a nemají specifický vliv na vznik problémů s jídlem. Představují jeden z rizikových faktorů, špatný vzor pro řešení problémů a „komplikují“ uzdravení nemocného dítěte. Důležité je vědět, že neexistuje žádná specifická příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení (11). Mezi příčiny patří záměrné působení dítěte na svůj nutriční stav, jeho nevhodné potravní chování a špatné jídelní návyky (2). Jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je skandalizace obezity; malé děti popisují obézní osoby jako líné, hloupé, nešikovné a smutné. Diskriminace a zesměšňování provází obezitu již na základní škole. V pohádkách a seriálech se děti setkávají s postavami zlého nebo hloupého tloušťíka. V předsudcích vůči obézním nejsou pozadu ani někteří lékaři a učitelé. Nepřátelství vůči obézním a strach z tloušťky mohou pramenit z toho, že nadváhu spojujeme s nedostatkem sebekontroly a silné vůle a máme tendenci přeceňovat zdravotní důsledky nadváhy. Tyto předsudky naučené už v dětství se mohou stát zdrojem odporu vůči sobě u těch, kdo mají nadváhu, nebo zdrojem úzkosti a nejistoty u každého, kdo značně přibírá nebo se toho jen obává (11).

### 1. 2. 3      *Mentální bulimie*

Mentální bulimie je charakteristická především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (12). Mentální bulimie je často pokračováním anorexie a projevuje se záchvaty přejídání a zvracení. Nebezpečí bulimie nespočívá v extrémní vyhublosti, jako to je u anorexie. Neovladatelné bulimické záchvaty rozvracejí tělesný metabolismus a mohou vést k přetrvávajícím zdravotním problémům. Nemocné dívky trpí častými depresemi a pocity viny. Myšlenky na jídlo, přejídání a zvracení se mohou stát jedinou náplní života. Mentální bulimie je snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla, a to těmito způsoby: vyprovokováním zvracení, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, tyreoidní preparáty nebo diuretika (7).

K projevům přejídání a následného zvracení patří:

- Nepřiměřená pozornost věnovaná jídlu a tělesné hmotnosti, strach z přibrání na váze.
- Záchvaty přejídání a následného zvracení.
- Stravování v tajnosti, o samotě.
- Zneužívání projímadel a užívání tabletek na zhubnutí.
- Nadměrné až vyčerpávající cvičení.
- Kulatá tvář, která je způsobena zduřením slinných žláz a hormonálními změnami.
- Kazivost zubů.
- Obtíže spojené se zažíváním (pálení žáhy, žaludeční vředy, střevní potíže).
- Možnost rozvratu organismu v důsledku odvodnění a nerovnováhy minerálů.
- Deprese, změny nálad, podrážděnost.
- Pocity viny, nadměrná sebekritičnost, úvahy o sebevraždách (28).

K určení diagnózy mentální bulimie je potřeba tří základních znaků:

- Často se opakující epizody přejídání. Subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem je důležitějším příznakem přejídání.

- Často se opakující nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení.
- Přítomnost nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje sebehodnocení nemocného (12).

Bulimie je balík problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se. Přejedení je velmi relativní pojem. Může znamenat, že: sníte víc, než byste chtěli, sníte víc nebo něco jiného, než je obvyklé, anebo i v nezvyklé kombinaci, ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním. První a druhý typ přejedení patří do normálního života a zná ho určitě každý, kdo někdy držel dietu (12).

Dívky s mentální bulimií již nebývají před nemocí hodnoceny jako vyhovující a přizpůsobivé, ale mají také perfekcionistařské rysy a bývají závislé na hodnocení druhými. Cení si sebeovládání a sebekontroly a její porušování ve svých vlastních bulimických epizodách snášejí s pokořením, studem a pocity viny. Tajné zacházení s jídlem se dostává zároveň do rodinného dění, kde symbolika hltání a zvracení jídla, které vaří matka, ukazuje na hluboké konflikty a vztahové problémy. Dívky se mohou stát sociálně izolovanými, což souvisí i s tím, že až 85% jejich času, kdy nespí, mohou být zaměstnány jídelními problémy a potížemi. Mohou se u nich projevit i poruchy sebekontroly v jiných oblastech než jídelních (7). Bulimie se objevuje ve všech sociálních vrstvách (19).

#### *1. 2. 4 Záchvatovité přejídání*

Nemoc postihuje obě pohlaví a může se rozvinout od dospívání v jakémkoliv věku. Příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Důsledkem bývá přibývání na váze, deprese, nespokojenost se sebou. Porucha se vyznačuje:

1. Nevyváženým stravováním – což je značné omezování se v jídle (i hladovění) či jednostranný jídelníček se střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst. Tyto stavy nejsou výjimečné, naopak se s jistou pravidelností opakují.

2. Po „záchvatu“ konzumace potravy přicházejí fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle nedochází ke zvracení.
3. S nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou sama a snaha nejrůznějším způsobem se omezovat v jídle.
4. Porucha se rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady (14).

#### 1. 2. 5 *Poruchy příjmu potravy u dětí*

V současnosti se v české populaci i u předškolních a školních dětí ve zvýšené míře projevují poruchy příjmu potravy v různých variantách. Mají samozřejmě dopad na jejich zdravotní stav a mohou negativně ovlivnit jejich růst a vývoj (22).

Při posuzování tělesné hmotnosti dětí je třeba přihlížet k věku a výšce dítěte. Úbytek na hmotnosti v dětství může být důvodem k opoždění tělesného růstu a puberty. Podvýživa v dětství, ať už je její etiologie jakákoliv, může mít vážné a trvalé následky. Mentální anorexie se projevuje již před pubertou. Na konci puberty se vyskytují anorektické příznaky až u 6% dívek. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje u některých onemocnění (nádorová onemocnění, tuberkulóza) (11).

Poruchy příjmu potravy jsou typické pro období dospívání, začátek mentální anorexie se objevuje kolem čtrnáctého roku věku. Příznaky anorexie však byly zaznamenány i u dětí mladších deseti let. U rozvinuté poruchy v útlém věku je nutné počítat s možnými komplikacemi. Je třeba vyhledat lékaře a snažit se zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy, kterými jsou především dehydratace a zástava tělesného růstu (11).

*Zvýšení rizika u nemocných dětí do 14 let jsou:*

- Rychlejší nástup zdravotních obtíží, větší nebezpečí dehydratace v důsledku menších rezerv tuku.
- Omezení příjmu potravy u dětí vede rychleji k výraznější vyhublosti.
- Je tu reálná možnost zastavení tělesného růstu, zpoždění nástupu puberty a zpomalení sexuálního zrání.
- Mentální bulimie začíná před 14. rokem méně často, mezi mladšími pacienty jsou více zastoupeni chlapci.

- Kritické následky má důslednost dětí v dodržování osobních dietních pravidel, děti se oproti starším pacientům méně často přejídají, zvrací a užívají projímadla.
- Na domluvy a snahu „vykrmit je“ reagují pacienti dramatičtějším odporem, jsou útoční, agresivní nebo se chovají jako malé děti.
- Obtížná spolupráce při léčbě, jejíž cíle často nechápou a vykrmování pocítují jako omezování své svobody.
- Výskyt častých depresivních příznaků.
- Problémy dítěte mohou vést k vyhrocení konfliktů v rodině a obviňování mezi rodiči, ti se cítí provinile, často nevhodně ustupují konfliktům s dítětem.
- Do léčby je nutné zapojit rodiče, kteří by měli zajistit kontrolu nad tím, jak jejich dítě přijímá jídlo a tekutiny.
- Vyšší riziko významného narušení psychosociálního zrání dítěte, nemocný je ve věku, kdy se utváří jeho osobnost, utváří se mu představa o okolním světě, sociální návyky a pracovní zvyklosti. Větší riziko, než je pobyt v nemocnici, představuje jednostranná zkušenost nemocného, když se stává středem pozornosti celé rodiny. Nadbytečně se soustřeďuje sám na sebe a svoje pocity, přestává nacházet uspokojení v běžných aktivitách a odmítá „otužovat se“ v normálních kontaktech s vrstevníky (11).

Vytvořit si zásoby tělesného tuku je energeticky náročný a dlouhodobý proces. Tukové zásoby, tělesná hmotnost a výška s věkem samozřejmě vzrůstají. Zvyšuje se i hodnota průměrného BMI (10).

### 1.3 Prevence

Prevence znamená předcházení. Je to cílená činnost, která vychází z poznání, že zabránit, aby nemoc nastala, je jednodušší, než její odstraňování. Cílem prevence je předcházet nemocem. Známe 3 typy prevence: primární, sekundární a terciální.

Primární prevence má bránit vzniku onemocnění. Primární prevenci lze dále rozdělit na specifickou, která je zaměřena proti rizikům nebo určitým nemocem, a

nespecifickou, která má vést k posílení nebo rozvíjení zdraví. Sekundární prevence se zaměřuje na včasné odhalení onemocnění. Cílem je zabránit dalšímu rozvoji, zachytit onemocnění co nejdříve. Léčba pokročilého onemocnění je nákladnější než léčba brzkého stadia. Terciální prevence je zaměřena na problémy, jež s sebou přináší nemoc, která již propukla. Cílem terciální prevence je odstranění následků již propuklé nemoci nebo zabránění vzniku handicapu. Zdravotní výchova by měla vysvětlovat pojem normální váhy, doporučit lidem, aby se zajímali o správnou hmotnost a udržovali ji (26).

### *1. 3. 1 Primární pediatrická prevence*

Primární pediatrickou prevenci poskytuje dětský lékař, u kterého je dítě zaregistrováno, ve spolupráci s dětskou sestrou. Úzce spolupracují se sociální péčí a se školskými zařízeními. Primární prevence se zabývá aktivním vyhledáváním dětí ohrožených po stránce zdravotní, psychické i sociální a sledováním jejich psychomotorického a sociálního vývoje. Preventivní prohlídky mají svůj obsah i časový harmonogram. Lékař sleduje tělesný, psychomotorický, sociální vývoj a informuje se o sociálním zázemí rodiny. Součástí je sledování racionální výživy. Lékař se dále informuje o sociálním prostředí, ve kterém dítě žije (32).

Primární preventivní prohlídky probíhají v poradnách. Preventivní prohlídky všech dětí předškolních, ale i školních, se provádějí za účasti rodičů dětí. O výsledcích preventivních prohlídek vede lékař dokumentaci „Záznam o zdraví a nemocech dítěte“ a zapisuje je do Zdravotnického průkazu dítěte, který je vydáván rodičům v porodnici hned po narození dítěte. Ve školním období jsou preventivní snažení zaměřena na prevenci neuróz a poruch chování a na vhodné přednášky o sexuální výchově (32).

Preventivní prohlídky se u dětí provádějí od třetích narozenin každé následující dva roky. Účastní se jich až 96 % dětí. Obsah prohlídky je: podrobné tělesné vyšetření a posouzení vývoje dítěte po stránce tělesné (růst, váhová křivka, pohlavního dospívání, vyšetření smyslů, pulzu, tlaku krve, vyšetření moči), duševní (časná detekce duševního zaostávání), sociální (situace a fungování rodiny, úspěšnost ve škole a kolektivu vrstevníků, detekce případného týrání apod.) a intervence rizikového chování (drogové

a jiné závislosti, sebepoškozování, prevence úrazů apod.). Je důležité, aby děti pochopily, že jim prohlídky nemají ublížit, ale pomoci. Platí to samozřejmě i pro rodiče. Někteří rodiče preventivní prohlídky zanedbávají, čímž mohou svým dětem ublížit (34).

### *1. 3. 2 Primární prevence ve školách*

Pojem prevence přišel z medicíny. Primární prevence zahrnuje opatření, která mají zabránit vzniku neblahého společenského jevu, který je zatím ve skrytém stavu a jen čeká na svoji příležitost. Tato opatření mají zabránit, aby se riziko nestalo skutečností. Ve školách do primární prevence patří i výchova ke zdravému životnímu stylu, výchova k rodičovství. Důležité je klást důraz na primární prevenci. Škola by měla umět předpovídat rizika, kterým jsou děti vystaveny v prostředí školy i mimo, měla by umět podporovat u dětí jejich sebedůvěru, obranyschopnost a životní jistotu (18). Každá škola by měla mít partnery pro pomoc a možnou intervenci. Jsou to partneři z oblasti pedagogicko-psychologického poradenství (32).

### *1. 3. 3 Pravidla kvalitní prevence ve školách*

- Má snižovat sociální i zdravotní rizika a možné škody (29).
- Má být komplexní.
- Má začít v časném období, kdy je prevence skutečně prevencí, tedy na prvním stupni základních škol (21).
- Má být cílená a přiměřená.
- Má podporovat zdravý životní styl.
- Má být soustavná a dlouhodobá (23).

### *1. 3. 4 Základní představitelé primární prevence ve školách*

- *Ředitel školy* – je garantem toho, co se ve škole děje. Odpovídá za prevenci ve své škole. Má znát skutečnou situaci školy a neměl by si nalhávat, že se jeho žáků problémy netýkají. Měl by umět získat ke spolupráci na prevenci co nejvíce členů pedagogického sboru (27).

- *Výchovný poradce* – zaměřuje se na individuální kontakt s dítětem, řeší jeho problémy. Zprostředkovává kontakt s poradenským pracovištěm, kontakty s rodiči a učiteli. Pomáhá s problémy výukového a částečně výchovného charakteru.
- *Školní metodik prevence* – koordinuje přípravu Minimálního preventivního programu a jeho zavádění ve škole, podílí se na realizaci a vyhodnocuje ho. Měl by se orientovat v možnostech preventivních programů. Spolupracuje se školskými, krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními.
- *Třídní učitel* – má vliv na atmosféru třídy, na vytváření důvěry ve třídě, na otevřenou komunikaci mezi žáky ve třídě. Pro prevenci je úloha třídního učitele klíčová (4). Měl by pracovat se skupinovou dynamikou ve své vlastní třídě (6).

#### **1. 4 Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže**

Vhodným výchovným působením v kritickém období nastupující puberty je možné poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence je samozřejmě v rodině, ale i škola by měla, v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, využít všech svých možností:

- Poskytnout žákům dostatek informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy.
- Vedení žáků ke zdravým stravovacím návykům.
- Podporovat pozitivní sociální klima ve školách.
- Vytvářet podmínky pro mentální a osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestructivního chování (11).
- Upozornit rodiče pokud vidí učitelé v jídelním chování dětí odchylky.
- Snažit se posilovat sebevědomí dítěte, podporovat a respektovat jeho názory (22).
- Při tvorbě preventivních programů je potřeba respektovat vývojové zákonitosti mladšího školního věku. Informace podávat v menším množství, častěji

opakovat a využívat mnemotechnických pomůcek jako jsou obrázky, barvy a používat herní prvky. Dítě se v tomto věku dovede soustředit současně na více aspektů učební látky, a tak roste složitost učení. Školák už také lépe chápe příčinné vztahy, nezaměňuje následek za příčinnou souvislost (17).

Pro vznik sebevědomí u dětí může mít důležitou úlohu jejich schopnost trochu kriticky přijímat informace z médií, a tady by mohla opět pomoci škola, naučit hodnotit, srovnávat a též pomoci dítěti při formování vztahů mezi vrstevníky. U dětí mladšího školního věku lze již zmapovat některé problémové okruhy jako jídelní chování a postoje k jídlu, pohybovou aktivitu, zájmy dítěte, sebehodnocení (22).

#### *1. 4. 1 Jak předejít vzniku poruch příjmu potravy (doporučení pro rodiče)*

1. *Trvejte na tom, aby vaše děti byly dětmi* – je důležité, aby se rodiče chovali jako rodiče. Dítě by si nemělo brát úkoly, které patří dospělým, i kdyby bylo velice schopné. Je dobré podporovat normální dětské chování a bránit chování předčasně „dospělému“ a nadměrnému nabírání odpovědnosti.

2. *Pomoc při řešení rodinných problémů hledejte mimo svoji rodinu* – rodiny, kde dochází k zásadnější manželské neshodě nebo napětí, by měly hledat pomoc a radu u kvalifikovaných profesionálů, přátel nebo u vzdálenějších příbuzných.

3. *Učte svoje dítě přijmout nedokonalost* – rodiče mohou často dítě upozorňovat, že mýlit se je lidské, a především musí mít trpělivost s jeho chybami.

4. *Vytvářejte u dítěte pocit bezpečí* – děti potřebují vědět, že mají rozumné vedení, že mají pevný bod, o který se mohou opřít. Děti potřebují, aby jim rodiče věřili bez ohledu na rozdíly v osobnostech. Potřebují mít důvěru v sílu svých rodičů a ve stabilitu domácího prostředí i v dnešní době plné rozvodů.

5. *Naučte dítě nepřeceňovat problémy* – rodiče by měli dítěti vysvětlit, že nepříjemnosti, které ho v životě potkávají, jsou opravdu jenom nepříjemnosti.

6. *Pomozte svému dítěti řešit jeho starosti* – osoba, trpící vnitřním negativismem má sklony zveličovat problémy, které vznikly tím, že pro ni rodiče něco neudělali, když byla ještě dítětem.

7. *Zasáhněte, když se vaše dítě podceňuje* – rodiče by neměli dopustit, aby dítě udělalo z jednoho svého neúspěchu obecný závěr o vlastní neschopnosti.

8. *Přimějte své dítě, ať se věnuje svým zájmům, ne vašim* – rodiče by neměli dávat najevo své očekávání, že by jejich dítě mohlo v něčem vynikat. Myslí-li si dítě, že jeho rodiče mají vysoké nároky, udělá vše, co je v jeho silách, aby je potěšilo (1).

V dětství jsme velmi často jídlem odměňováni – dostaneme nejružnější sladkosti či jiné dobroty v případě, že si je nějak zasloužíme. Když neposloucháme, nedostaneme nic, odepření dobrot bývá pro nás trestem. Tím se už odmala učíme, že jídlo není jen k obživě nebo příjemným pocitům, ale také k prosazování vůle rodičů. Problém nastává, je-li na způsob odměňování a trestání prostřednictvím jídla kladen až příliš velký důraz. Odměna a trest prostřednictvím jídla by neměly být časté, jsou i jiné způsoby odměňování a trestání. Místo toho by měla být důležitá jiná funkce jídla: společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu. Dítě by se nemělo nutit za každou cenu vše sníst; pokud toho sní málo, nemělo by mít možnost dojídat se pak sladkostmi, tím dítě zjistí jednoduchou věc – když se nenají, bude mít hlad (15).

#### 1. 4. 2 Metodické náměty pro práci se žáky

V rámci školní výuky je vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úkoly, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům. To znamená poskytovat žákům objektivní informace, týkající se ohrožení zdraví v důsledku poruch příjmu potravy, a rozvíjet jejich sebedůvěru i sociální dovednosti, které jim pomohou zvládnout problémy vlastního dospívání bez ohrožení mentální anorexií a bulimií (11).

Existují vhodné hry zaměřené na zvyšování sebevědomí žáků, na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Cvičení mají pomoci tomu, aby skupina (třída) dala svým členům najevo, že je přijímá takové, jací jsou, a aby se žáci více vzájemně vnímali. Důraz je kladen na uvědomění si hodnoty každého jedince, přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena skupiny. Červenou nití, která se vine všemi aktivitami, by měla být snaha o upřímnost jak v komunikaci, tak i ve vztazích,

oceňování vlastností společných i odlišných, podpora vzájemné úcty, důvěry, empatie a citlivosti. Příklady konkrétních námětů: viz Příloha 4 (11).

## 1.5 Výživa dětí

Každá výživa dětí má svá specifika. Aby byla dostatečná, musí zajišťovat adekvátní růst a tělesný vývoj, vývoj psychických funkcí, optimální vývoj imunologických reakcí a optimální průběh metabolických procesů (31). Výživa má důležitý význam především v období růstu a vývoje. Nedostatek některých živin, nebo naopak jejich nadbytek, může ovlivnit zdravotní stav jedince (22). Výživa dětí je v současné době ovlivňována změnami v ekonomických poměrech rodiny, ve způsobu života a nabídce nových produktů. Přibývá mražených hotových jídel, mikrovlnná trouba zrychluje přípravu i ohřívání potravin. Narůstá počet restaurací a bister podávajících tzv. „fast foods“ – rychlé občerstvení (2).

Výživa školních dětí je stejná jako výživa předškoláků. Důležité je dodržování ranního klidu (na jídlo má mít dítě dostatek času), důležitý je i pitný režim a rozdělení příjmu potravy přes den – snídaně by měla být bohatá, svačina dopolední i odpolední jen drobná, vydatný oběd, lehká večeře (32). Nejlepší dětská výživa je pestrá, s velkým dílem vlákniny, která se může jíst v klidu a pohodě a chutná dítěti stejně jako všem ostatním u rodinného stolu (3).

Rodiče se při výchově dětí většinou opírají o názory a zvyklosti, podle nichž byli sami vychováni. Neměli by lpět na zavedených stravovacích návycích svých rodů, protože ne vždy jsou to zvyklosti optimální a zdravé, ale měli by jít s duchem doby a snažit se o racionální stravování celé rodiny. Měli by si uvědomit, že nezáleží jen na tom, co jíme a kolik toho sníme, ale za jakých podmínek jíme, jaký vztah máme k jídlu a jak učíme své děti, aby k jídlu přistupovaly a chovaly se při něm, v jakých podmínkách učíme děti jíst a jak je vedeme k dodržování časového rozvrhu jídla (3).

Rodiče zprostředkovávají dítěti první zkušenosti s jídlem, určují jeho jídelní návyky a skladbu jídelníčku. Dítě by mělo mít před jídlem hlad. Dítě nejí vždy stejné porce a rodiče by měli nechat na jeho rozhodnutí, kolik toho sní (30).

Ze zkušeností Poradenského centra Výživa dětí vyplývá, že v České republice existuje docela dobré povědomí o tom, jak by měl vypadat správný dětský jídelníček. Pravidelnost je jednou ze zásad, kterou by měli dodržovat všichni, kteří se chtějí vyhnout zbytečnému zvyšování tělesné hmotnosti i později nadváze a obezité (30).

Ovoce a zelenina by měly být součástí jídelníčku dětí i dospělých, nejlépe 5x denně a přednostně v čerstvém stavu. Nemá být zakazováno dětem sladkosti, aby se nestaly něčím vysněným. Může se stát, že dítě při první příležitosti sní všechny pochoutky v dosahu. Nadměrný příjem soli je nebezpečný pro malé děti, jejich ledviny nejsou dostatečně vyvinuté, aby si s velkým množstvím soli poradily, a mohlo by tak dojít k poškození jejich funkce. Ryby by se měly v jídelníčku dětí objevovat cca 2x týdně. Jsou zdrojem nezbytných nenasycených mastných kyselin omega-3, které jsou potřebné pro zdraví srdce a cév a pro správný růst a vývoj mozku. 2 – 3x denně by se ve zdravém jídelníčku dítěte také měly objevit mléčné výrobky – nejlépe polotučné zakysané (zakysaná mléka, ochucené jogurtové nápoje, jogurty atd.), čerstvé či tvrdé sýry. Pro dospělé i děti platí, že tuky v jídelníčku by měly být ze 2/3 zastoupeny rostlinnými oleji a margaríny a pouze v 1/3 tuky živočišnými (včetně těch, které jsou již obsaženy v potravinách, mase, uzeninách, mléčných výrobcích) (30).

Potřeba tekutin celkem je obecně 125 – 50ml/kg/den. Nejedná se pouze o nápoje, ale také o tekutiny, které lidské tělo přijme v rámci potravy. Vhodnými nápoji pro děti jsou stolní vody, ovocné, zelené nebo slabé černé či bylinkové čaje, vodou ředěné 100% ovocné džusy, ovocné a zeleninové šťávy nebo malé množství neochucené minerální vody (30).

#### *1. 5. 1 Desatero výživy dětí*

- Dopřejme dětem pestrou a rozmanitou stravu, vybírejme jim hlavně takovou, která je bohatá na ovoce a zeleninu.
- Dbejme na to, aby jejich strava byla bohatá na obiloviny a výrobky z nich.

- Vybírejte jim potraviny, které mají nízký obsah tuku a cholesterolu, raději upřednostňujeme tuky rostlinné.
- Důležité je zajištění střídmosti v konzumaci cukru, sladkostí a slazených nápojů.
- Nedosolujeme jim hotové pokrmy, sůl a solené potraviny jim nabízejme jen zcela výjimečně.
- Zajistíme dětem pravidelně netučné nebo nízkotučné mléčné výrobky.
- Pitným režimem dodejme dětem alespoň 1,5 až 2 litry tekutin denně.
- Dejme dětem kvalitní zdroje bílkovin (drůbeží a rybí maso, luštěniny).
- Nenechme děti přejídat se ani hladovět, zamýšlejme se nad jejich růstem, tělesnou výškou a hmotností.
- Učme děti zdravému způsobu života, buďme jim příkladem.
- Učme děti uplatňovat své právo na aktivní volbu potravin, učme je přemýšlet o jejich výživě a ovlivňovat ji. Mají-li děti možnost, ať si vybírají spíše syrové ovoce a zeleninu a vyhýbají se uzeným a smaženým pokrmům (33).

#### 1. 5. 2 Chyby ve výživě

- Nepravidelnost v jídlu, často se to týká celé rodiny.
- Pozdní snídane nebo žádná snídane.
- Vynechání dopoledních svačin, nebo jen sladké pochutiny.
- Velmi málo tekutin.
- Nesprávné stravovací návyky rodiny, která si oblíbí jídla ne zrovna odpovídající zásadám zdravé výživy – hranolky s kečupem, pizzu, smaženky, chlebičky, obalovaná kuřecí křidélka apod., nápoje typu cola, fanta, jupík, sladké limonády.
- Nedostatečná kultura stolování – nutno sedět u stolu, používat ubrousky, příbory, skleničky na pití, ne pít celá rodina z jedné PET-láhve minerálku. Samozřejmostí jsou umyté ruce a čisté oblečení.
- Extrémní diety, zejména u dívek v dospívání, ale také i dívek mladšího školního věku, kdy se může začít rozvíjet porucha příjmu potravy, mentální anorexie (22).

## **2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle práce**

#### *Cíl 1*

Cílem práce je zmapování možností primární prevence v rámci poruch příjmu potravy v Jihočeském kraji na vybraných základních školách.

#### *Cíl 2*

Cílem je zjištění názorů rodičů na problematiku poruch příjmu potravy.

### **2.2 Hypotézy**

#### *Hypotéza I:*

V rámci základních škol není cílená primární prevence u dětí mladšího školního věku v problematice poruch příjmu potravy zajišťována.

#### *Hypotéza II:*

Chybí nabídka uceleného vzdělávání pro pedagogy v problematice poruch příjmu potravy.

*Hypotézy III a IV* se stanovily na základě kvalitativního výzkumu viz oddíl Diskuze.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Použitá metodika

##### 3.1.1 Metoda e-mailového dotazování

Ke sběru dat do bakalářské práce byla ke kvantitativnímu výzkumu použita metoda e-mailového dotazování na základních školách. Byl sestaven stručný a jasný dotazník, který obsahoval 6 otevřených otázek (Příloha 1). V úvodní části tohoto dotazníku byly uvedeny údaje o studentce a názvu bakalářské práce. Dotazník též obsahoval poučení, že údaje budou použity do výzkumné části bakalářské práce a že žádná otázka není hodnocena kladně či záporně.

Otázky byly položeny tak, aby jim respondenti porozuměli a byli ochotni na ně odpovědět. Zaměřily se na to, zda jsou na základních školách na prvním stupni v rámci nějakého vyučovacího předmětu poruchy příjmu zmiňovány, zda školy znají organizace, poskytující přednášky na toto téma, jestli se na jejich základní škole provádí primární prevence poruch příjmu potravy, zda je oslovila nějaká organizace s nabídkou přednášek na toto téma a jestli oni sami někoho kontaktovali. Poslední otázka byla zaměřena na subjektivní názor respondenta – jestli on sám/sama se domnívá, že je nutné provádět primární prevenci poruch příjmu potravy již na prvním stupni základních škol. Výsledky výzkumu jsou zobrazeny v grafech s reálnými čísly.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku sociologického výzkumu (5).

Formu e-mailového dotazování jsem zvolila proto, že se mi naskytla možnost sestavit stručný dotazník s otevřenými otázkami, které nikoho předem někam nesměřovaly. V dnešní době byla veliká pravděpodobnost, že se mnou spíše základní školy budou komunikovat prostřednictvím internetu než poštou. Důležitá pro mne byla i finanční stránka.

### *3. 1. 2 Rozhovor*

Ke sběru dat do kvalitativní části výzkumu byl použit polořízený (polostandardizovaný) rozhovor, který obsahoval celkem 22 otázek (Příloha 2). Z toho první 4 otázky se věnovaly identifikaci respondentů. K problematice poruch příjmu potravy a možnostem prevence a pomoci se vztahovalo 7 otázek a ke stravovacím návykům v rodině se vztahovalo 11 otázek. 7 otázek bylo zcela otevřených, kdy mohl respondent odpovědět, co chtěl. 7 otázek bylo postaveno tak, že na ně respondenti odpovídali výběrem z jedné možnosti a 9 otázek mělo vypsání možné varianty odpovědi a také volbu zcela jiné odpovědi než byla ve výčtu.

Rozhovor se zabýval hlavně tím, zda rodiče vědí, co jsou to poruchy příjmu potravy jejich názorem na ně a také zda znají možnosti pomoci a prevence poruch příjmu potravy. Dále jsem se zabývala otázkami, které zkoumaly stravovací návyky v rodině, neboť právě tam se odehrává primární prevence poruch příjmu potravy. Z rozhovorů (kvalitativního výzkumu) se stanovila hypotéza III a IV. Výsledky kvalitativního výzkumu jsou odpovědi na otázky každého respondenta. K rozhovoru byl kromě archu s otázkami použit záznamový arch. Byl proveden předvýzkum na šesti respondentech, který měl ukázat, zda jsou položené otázky srozumitelné.

Rozhovor může probíhat buď individuálně (tazatel – respondent), nebo skupinově (tazatel – skupina respondentů). Individuální rozhovor může být strukturovaný, standardizovaný, probíhající podle jasně definovaného schématu, kdy obsah otázek i jejich posloupnost je předem dohodnuta a připravena (5).

Techniku rozhovoru jsem si zvolila proto, že jsem dala přednost kontaktu tváří v tvář. Měla jsem možnost vidět, jak který respondent reaguje na otázky a zda jim rozumí. Rozhovor je náročnější na čas, ale poskytl mi srozumitelné odpovědi.

### **3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Ke kvantitativnímu výzkumu byly náhodně vybrány základní školy v Jihočeském kraji. Informace o školách, včetně jejich e-mailových adres a telefonních čísel byly pořízeny na dostupných internetových stránkách Jihočeského kraje. Celkem byl e-mailový dotazník zaslán 45 školám. Zpět se jich prostřednictvím e-mailu vrátilo 9.

To je 20 % navrácení dotazníků. Bylo nutné se tedy dále dotazovat telefonicky. Telefonicky odpovědělo 12 škol z 20 dotazovaných. To je 60 % návratnost. Celkem se tedy ze 45 dotazníků navrátilo 21, což činí 46,6%. Výzkumu se zúčastnily základní školy z Borku, Dolního Bukovska, Tábora, Českého Krumlova, Jindřichova Hradce, Ševětína, Českých Budějovic, Deštné, Veselí nad Lužnicí, Chlumu u Třeboně, Studené, Kunžaku a Třeboně. Na otázky odpovídali ředitelé/ředitelky škol a metodici/metodičky primární prevence.

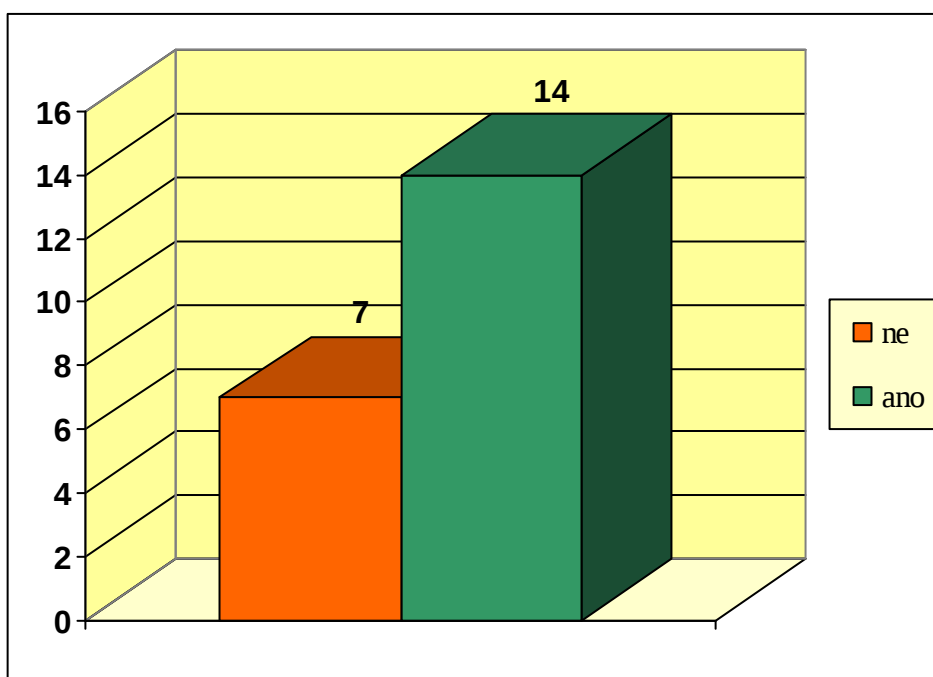
Kvalitativní výzkum prostřednictvím rozhovoru byl proveden celkem se šesti respondenty, kteří byli vybráni náhodně. Kritériem pro výběr respondentů byly maximálně tři děti, z toho jedno v mladším školním věku (6 – 12 let). Výzkumu se zúčastnilo 5 žen a 1 muž.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Dotazníkové šetření

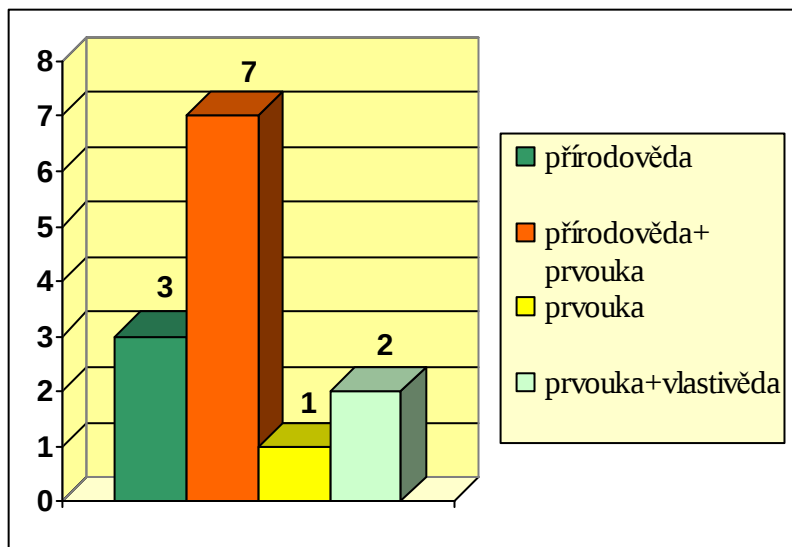
Výsledky dotazníkového šetření (kvantitativního výzkumu na základních školách) jsou v této části práce zobrazeny v grafech, které jsou vyhotoveny v programu Microsoft Word. Ke každé otázce přísluší graf s hodnotami v absolutních číslech.

**Graf 1** Zmiňování poruch příjmu potravy v rámci vyučování



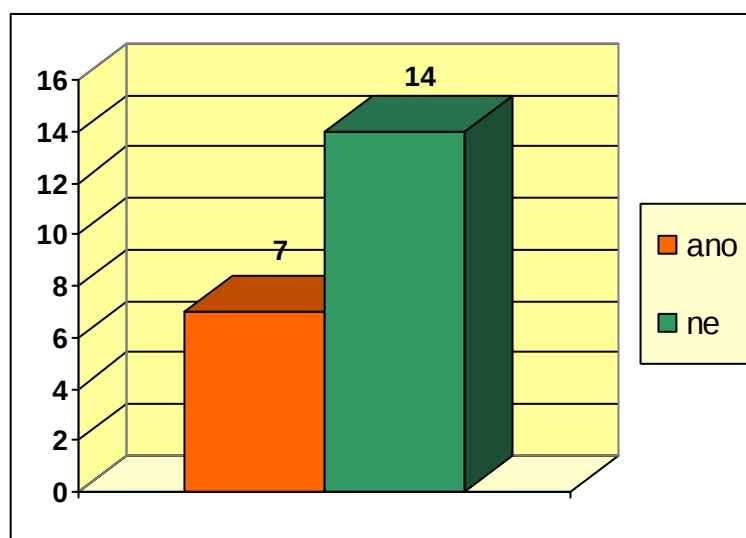
Zdroj: vlastní výzkum

Z 21 základních škol na otázku č. 1 odpovědělo celkem 14 škol (66,6%), že u nich jsou v rámci vyučování na prvním stupni poruchy příjmu potravy zmiňovány. 13 základních škol uvedlo konkrétně v rámci jakých předmětů (Graf 2). 7 základní škol (33,3%) odpovědělo, že u nich nejsou PPP zmiňovány vůbec.

**Graf 2****Vyučovací předměty**

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje v jakých předmětech se na prvním stupni o PPP mluví. Nejčastěji byla uváděna přírodověda a prvouka – kapitoly o zdravé výživě. Všechny školy ale sdělily, že poruchy příjmu potravy jsou uváděny pouze okrajově a nepoužívají se odborné termíny.

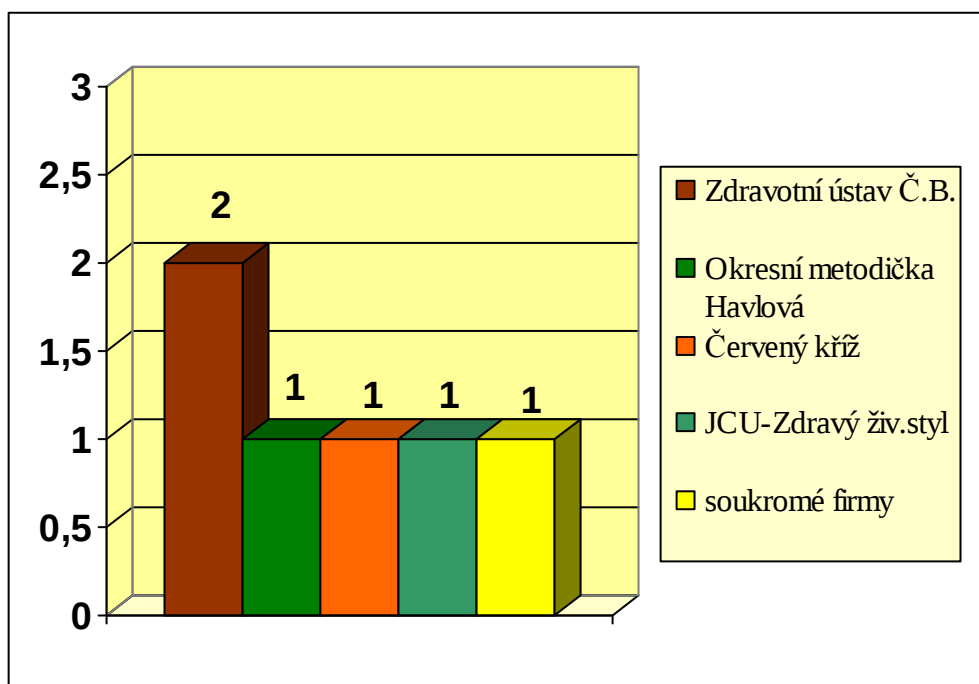
**Graf 3** Znalost organizací, které poskytují přednášky na téma poruch příjmu potravy

Zdroj: vlastní výzkum

Celkově 14 základních škol (66,6%) odpovědělo, že neznají žádné organizace ze svého okolí, které poskytují primární prevenci formou přednášek na téma poruch příjmu potravy. 7 škol (33,3%) tyto organizace zná. Příklady organizací, které 6 základních škol uvedlo, jsou v Grafu 4.

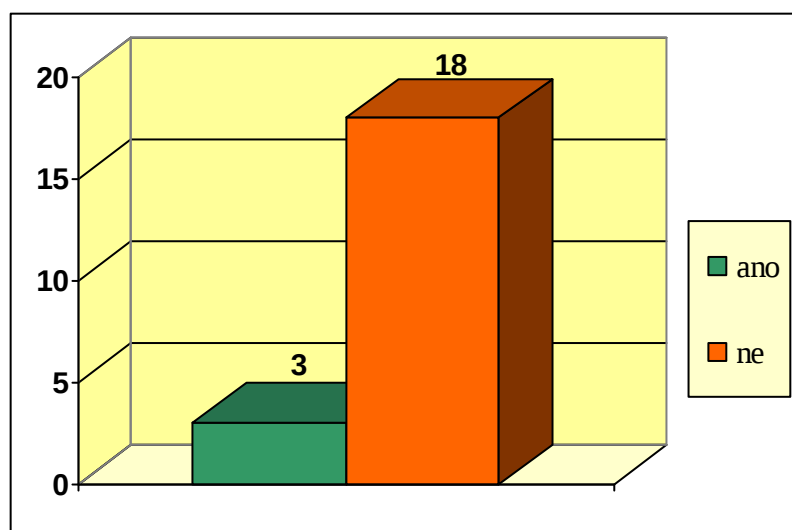
**Graf 4**

Organizace, které ZŠ znají



Zdroj: vlastní výzkum

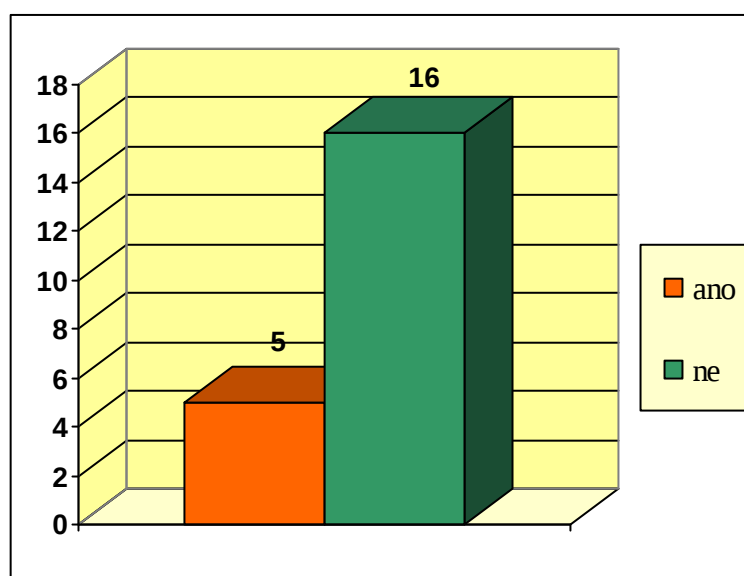
**Graf 5** Poskytování primární prevence PPP na 1. stupni



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 3 odpovědělo celkem 18 základních škol (85,7%), že u nich se primární prevence PPP na prvním stupni neposkytuje. Pouze 3 základní školy (14,2%) odpověděly kladně, na prvním stupni je primární prevence PPP poskytována.

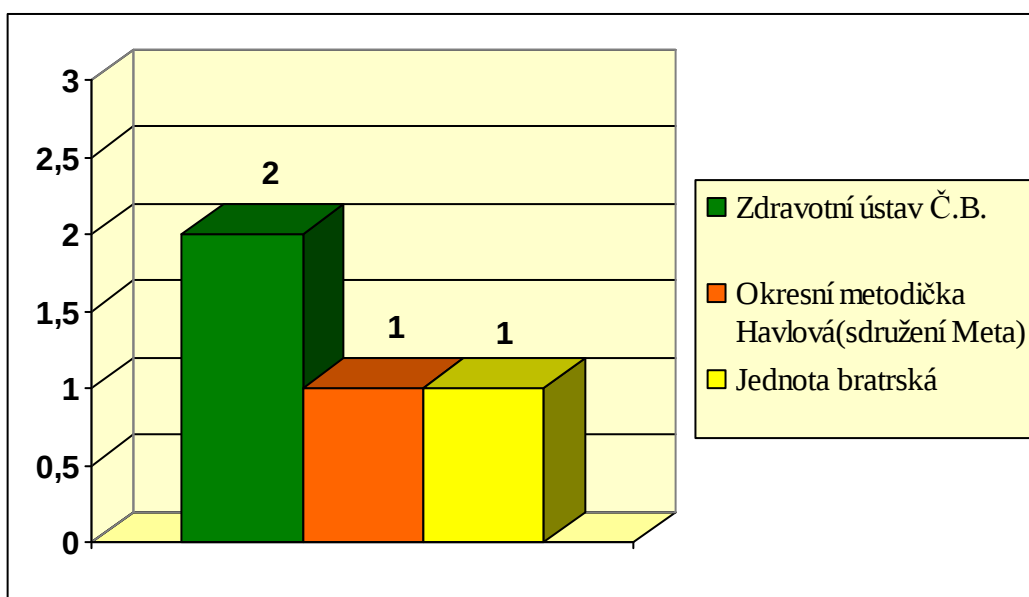
**Graf 6** Oslovení od organizací, sdružení, firem



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 4 odpovědělo celkem 5 základních škol (23,8%), že byly někdy nějakou organizací osloveny s nabídkou přednášek na téma prevence PPP. (Příklady, které školy uváděly, se nacházejí v Grafu 7). Celkem 16 škol (76,2%) odpovědělo, že je nikdy žádná organizace, sdružení ani soukromá firma nekontaktovala.

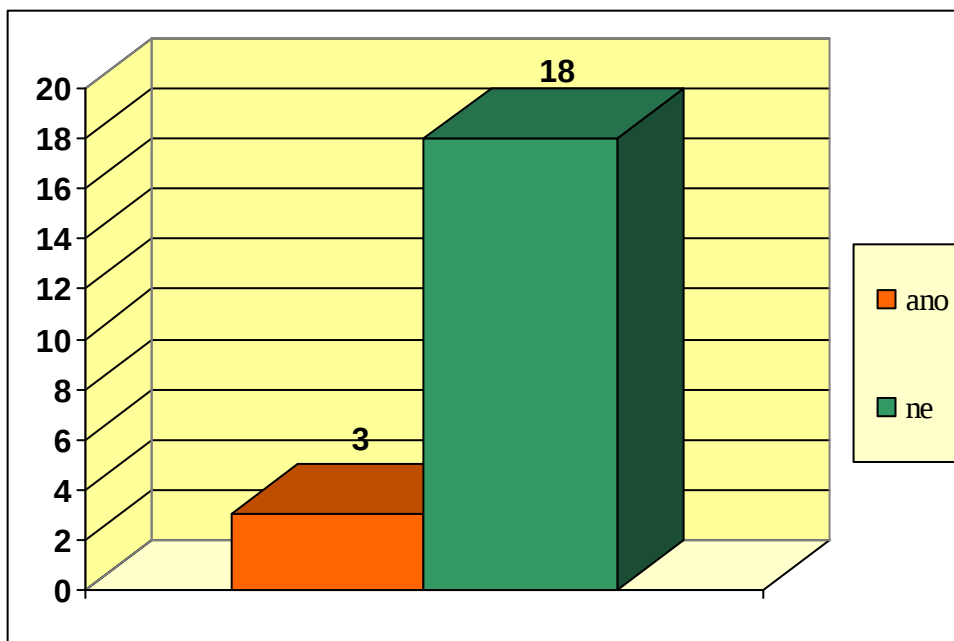
**Graf 7** Organizace, které oslovily základní školy s nabídkou přednášek



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 8**

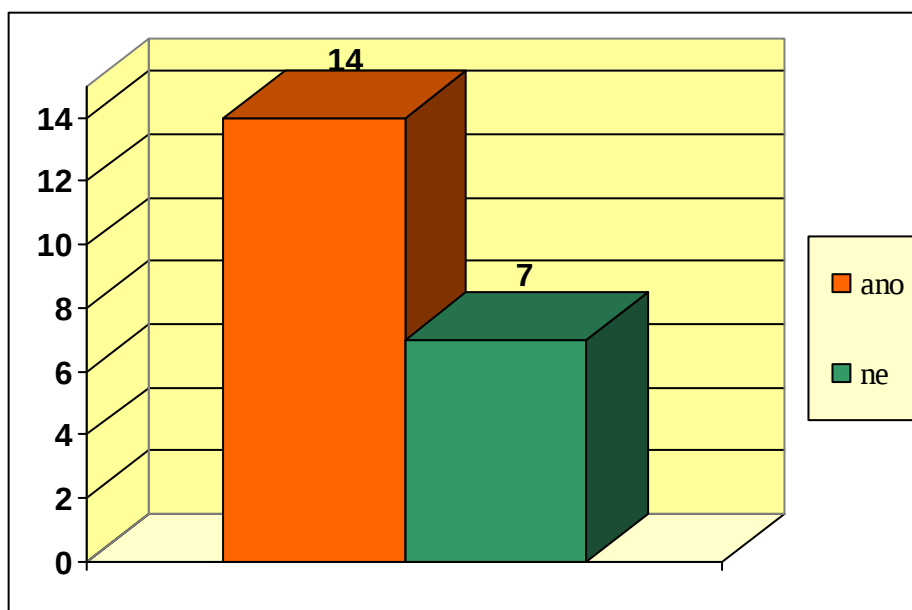
Kontaktování organizací základními školami



Zdroj: vlastní výzkum

18 základních škol (85,7%) nikdy neoslovilo žádnou organizaci s žádostí o poskytování přednášek na téma PPP na prvním stupni. 3 základní školy (14,2%) odpověděly, že kontaktovaly organizace (Zdravotní ústav Č. B.), soukromé firmy (bez uvedení konkrétního názvu firmy) a okresní metodičku paní Havlovou ze sdružení Meta Jindřichův Hradec.

**Graf 9** Potřeba provádět primární prevenci na 1. stupni ZŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 14 (66,6%) metodiků primární prevence a ředitelů základních škol se domnívá, že je v dnešní době třeba provádět cílenou primární prevenci poruch příjmu potravy již u dětí na prvním stupni. Téměř každý uvedl, že je to sice důležité, ale že se domnívá, že je potřebné podávat přiměřené informace vzhledem k věku dětí, aby se prevence nestala spíše „návodem jak zhubnout“. 7 (33,3%) metodiků a ředitelů odpovědělo, že si myslí, že primární prevence PPP na prvním stupni je zcela zbytečná a že v dohledné době by její provádění vůbec nedoporučovali.

## 4. 2 Polostandardizovaný rozhovor s rodiči

Výsledky rozhovorů se šesti rodiči jsou zobrazeny formou odpovědí na otázky. Stručné odpovědi jsou pro větší přehlednost zaznamenány do tabulek, kde první sloupec představuje označení respondenta a ve druhém sloupci jsou odpovědi. Odpovědi jsou vypsány přesně tak, jak rodiče (respondenti) odpovídali.

### 4. 2. 1 Identifikační údaje

Odpovědi na otázky 1 – 4:

Tabulka 1

| Pohlaví respondentů | Věková kategorie | Počet dětí | Počet dětí v ml. škol. věku | Pohlaví dítěte v ml. škol. věku | Věk dítěte (ml. škol.) |
|---------------------|------------------|------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|
| žena                | 31 – 35 let      | 2 děti     | 1 dítě                      | Dívka                           | 12 let                 |
| žena                | 36 – 40 let      | 3 děti     | 1 dítě                      | Dívka                           | 12 let                 |
| muž                 | 36 – 40 let      | 3 děti     | 1 dítě                      | Dívka                           | 11 let                 |
| žena                | 36 – 40 let      | 2 děti     | 1 dítě                      | Chlapec                         | 11 let                 |
| žena                | 31 – 35 let      | 1 dítě     | 1 dítě                      | Dívka                           | 9 let                  |
| žena                | 31 – 35 let      | 3 děti     | 1 dítě                      | Dívka                           | 11 let                 |

Zdroj: vlastní výzkum

Pohlaví respondentů tvořilo pět žen a jeden muž. Věk dětí, ke kterým se vztahoval výzkum, se pohyboval od 9 do 12 let. Předmětem výzkumu bylo pět děvčat a jeden chlapec. Všechny děti v mladším školním věku navštěvují první stupeň základních škol.

#### *4. 2. 2 O poruchách příjmu potravy*

Odpovědi na otázku č. 5

*(Co si představujete pod pojmem poruchy příjmu potravy?):*

*Respondentka 1:*

„Konkrétně nevím. Myslím si, že je to například, když dítě odmítá jíst velké kusy jídla, odmítá jíst jídlo vůbec. Rozhoduje si, kdy co bude jíst. Taky si myslím, že to může být vyhublost.“

*Respondentka 2:*

„Myslím si, že to je bulimie, anorexie, přejídání, zvracení, nechutenství.“

*Respondent 3:*

„Pod tímto pojmem se mi úplně poprvé vybaví anorexie a bulimie. Myslím ale, že do toho u dětí spadá i vybíravost v jídle a nechutenství.“

*Respondentka 4:*

„Anorexie a bulimie.“

*Respondentka 5:*

„Anorexie a bulimie, jak se při ní zvrací.“

*Respondentka 6:*

„Hlavně to podle mě je anorexie a bulimie, nic jiného mě nenapadá.“

Respondenti otázky č. 5 rozuměli, odpovídali na ni bez váhání. Většina odpovědí obsahovala pojem „mentální anorexie a bulimie“, které opravdu podle Mezinárodní klasifikace nemocí spadají do pojmu „poruchy příjmu potravy.“

Odpovědi na otázku č. 6

*(Koho podle vašeho názoru nejčastěji postihují poruchy příjmu potravy? Myslíte si, že je to vázané na pohlaví?):*

*Respondentka 1:*

„ Určitě hlavně modelky a děti v pubertě.“

„ Myslím si, že se vyskytuje u dívek i chlapců, ale u chlapců méně.“

*Respondentka 2:*

„ Nejvíce podle mě postihují děti v pubertě.“

„ Spíše častěji postihují děvčata.“

*Respondent 3:*

„ Myslím, že postihují modelky, tanečnice, baletky, herečky, prostě lidi, kteří se pohybují v showbyznysu.“

„ Ano, myslím, že postihují většinou jen ženy.“

*Respondentka 4:*

„ Postihují pubertální dívky a modelky.“

„ Myslím, že jsou vázané na pohlaví, určitě postihují pouze ženy.“

*Respondentka 5:*

„ Hlavně asi modelky, ženy a dívky, které jsou vidět v televizi.“

„ Myslím, že na pohlaví nejsou vázané, podle mě je to tak 50% ženy, 50% muži.“

*Respondentka 6:*

„ Postihují modelky, herečky, baletky, sportovce.“

„ Jsou vázané na pohlaví, myslím, že postihnou děvčata, protože ty dbají víc o svůj vzhled.“

Odpovědi na otázku č. 7

*(Informovali jste již někdy své dítě o poruchách příjmu potravy?):*

Tabulka 2

|                |                                                                                                                                          |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Ano.“                                                                                                                                   |
| Respondentka 2 | „Ne.“                                                                                                                                    |
| Respondent 3   | „Nikdy mě to nenapadlo.“                                                                                                                 |
| Respondentka 4 | „Ano.“                                                                                                                                   |
| Respondentka 5 | „Ano.“                                                                                                                                   |
| Respondentka 6 | „Ano, bavili jsme se, že existují dívky, které nejí a mohou umřít na vyhladovění. Ukazovala jsem jí obrázky dívek, které trpí anorexií.“ |

Zdroj: vlastní výzkum

Dva ze šesti respondentů odpověděli, že nikdy své dítě o poruchách příjmu potravy neinformovali, zbylé čtyři respondentky odpověděly kladně, to znamená, že své děti o této problematice informovaly.

Odpovědi na otázku č. 8

*(Víte vaše dítě, co jsou to poruchy příjmu potravy?):*

Tabulka 3

|                |                                                                                       |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Ano, ale asi nebude znát konkrétně pojem: poruchy příjmu potravy.“                   |
| Respondentka 2 | „ Ano.“                                                                               |
| Respondent 3   | „ Ano, manželka se s ní o tom bavila.“                                                |
| Respondentka 4 | „Ano.“                                                                                |
| Respondentka 5 | „Ano.“                                                                                |
| Respondentka 6 | „ Ví co to je anorexie a bulimie, ale neví, co znamená název poruchy příjmu potravy.“ |

Zdroj: vlastní výzkum

#### 4. 2. 3 O stravovacích návycích a vztazích v rodině

Odpovědi na otázku č. 9

(Jí vaše rodina pohromadě?):

Tabulka 4

|                |                                                                   |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Jak kdy. Každý má hlad v jinou dobu, každý jí, kdy on sám chce.“ |
| Respondentka 2 | „Ano.“                                                            |
| Respondent 3   | „Ano, snažíme se každý den.“                                      |
| Respondentka 4 | „Ne.“                                                             |
| Respondentka 5 | „Jak kdy.“                                                        |
| Respondentka 6 | „Ano.“                                                            |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 10

(Scházíte se u stolu?):

Tabulka 5

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| Respondentka 1 | „Pouze někdy, nepravidelně.“ |
| Respondentka 2 | „Pouze někdy, nepravidelně.“ |
| Respondent 3   | „Ano, každý den.“            |
| Respondentka 4 | „Pouze někdy, nepravidelně.“ |
| Respondentka 5 | „Ano, o víkendech.“          |
| Respondentka 6 | „Ano, každý den.“            |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 11

*(Má vaše dítě alespoň jedno teplé jídlo denně?):*

Tabulka 6

|                |                  |
|----------------|------------------|
| Respondentka 1 | „Ano.“           |
| Respondentka 2 | „Ano.“           |
| Respondent 3   | „Ano.“           |
| Respondentka 4 | „Ano.“           |
| Respondentka 5 | „Ano, ve škole.“ |
| Respondentka 6 | „Ano.“           |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 12

*(Máte přehled co vaše dítě jí během dne?):*

Tabulka 7

|                |                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Mám přehled, ale jídlo jí nedělám.“                |
| Respondentka 2 | „Ano, dělám jí svačiny a doma jí jídlo připravuji.“ |
| Respondent 3   | „Pouze o víkendech, když jsme celá rodina doma.“    |
| Respondentka 4 | „Ano, dělám mu svačiny a jídlo doma připravuji.“    |
| Respondentka 5 | „Ano, dělám jí svačiny a jídlo doma připravuji.“    |
| Respondentka 6 | „Pouze o víkendech, když jsme celá rodina doma.“    |

Zdroj: vlastní výzkum

Z této tabulky je zřejmé, že rodiče si uvědomují, že to, zda mají přehled o tom, co jejich děti jedí, je velmi důležité a mají tak zafixováno, že tím mohou předejít vzniku poruch příjmu potravy a dalším druhům patologického chování ve stravování.

Odpovědi na otázku č. 13

*(Pije vaše dítě dostatečně?):*

Tabulka 8

|                |        |
|----------------|--------|
| Respondentka 1 | „Ano.“ |
| Respondentka 2 | „Ano.“ |
| Respondent 3   | „Ne.“  |
| Respondentka 4 | „Ne.“  |
| Respondentka 5 | „Ne.“  |
| Respondentka 6 | „Ne.“  |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 14

*(Vycházíte vašemu dítěti vstříc, pokud nechce nějaké jídlo jíst?):*

Tabulka 9

|                |                                                                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Jak kdy. Někdy vidím, že si vyloženě vymýšlí, tak jí jídlo nechám sníst. Pokud ho nesní, nedostane za něj žádné jiné.“ |
| Respondentka 2 | „Jak kdy.“                                                                                                              |
| Respondent 3   | „Ano.“                                                                                                                  |
| Respondentka 4 | „Ano.“                                                                                                                  |
| Respondentka 5 | „Jak kdy.“                                                                                                              |
| Respondentka 6 | „Ano.“                                                                                                                  |

Zdroj: vlastní výzkum

Zde se dobře ukázalo, že rodiče nenutí děti jíst jídlo, které odmítají, a tím jim ani „nevypěstují“ nechuť k určitým druhům potravin.

Odpovědi na otázku č. 15

*(Omezuje se vaše dítě nějak v jídle?):*

Tabulka 10

|                |                                                                                                                                  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Ano, ale výjimečně, ne moc často.“                                                                                              |
| Respondentka 2 | „Ne, nikdy.“                                                                                                                     |
| Respondent 3   | „Vůbec se neomezuje. Sní všechno, co jí kdo připraví. Začíná to na ní být vidět.“                                                |
| Respondentka 4 | „Neomezuje se nikdy.“                                                                                                            |
| Respondentka 5 | „Ano, často. Má pouze vybrané potraviny, které jí, nic jiného jí nezajímá. Ale nebojím se, že by byla nemocná. Je jen vybíravá.“ |
| Respondentka 6 | „Ne jí jak „protržená“, má ráda všechno.“                                                                                        |

Zdroj: vlastní výzkum

Z Tabulky 10 nelze jednoznačně říci, zda se děti v mladším školním věku omezují nebo neomezují v jídle. Je to velmi individuální záležitost. Podle toho, jak rodiče odpovídali, nemají obavy, že by jejich děti mohly trpět poruchami příjmu potravy, i když se v jídle omezují nebo si vybírají, co budou jíst.

Odpovědi na otázku č. 16

*(Víte kolik vaše dítě váží a měří?):*

Tabulka 11

|                |                                                                                 |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Ano, samozřejmě.“                                                              |
| Respondentka 2 | „Ano, samozřejmě.“                                                              |
| Respondent 3   | „Nevím. Neříká mi to, ale manželka to ví, když s ní jde k lékaři na prohlídku.“ |
| Respondentka 4 | „Ano, samozřejmě.“                                                              |
| Respondentka 5 | „Ano, samozřejmě.“                                                              |
| Respondentka 6 | „V této době přesně nevím, protože dcera teď dost přibrala.“                    |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 17

*(Máte přehled, jak o sobě vaše dítě smýšlí?):*

*Respondentka 1:*

„ Myslím si, že ano. Dcera si o sobě myslí, že je střed světa, pozorností všech, že je neomylná a věří si. Se svým vzhledem a váhou si žádnou starost nedělá.“

*Respondentka 2:*

„ Dcera si myslí, že je bez chyb. Má o sobě velké mínění, řekla bych, že až přehnané. Rozhodně nemá nízké sebevědomí.“

*Respondent 3:*

„ Když byla menší, tak jsem to věděl, ale teď si nejsem jistý. Z toho, co slyším, že o sobě říká doma, si myslím, že někdy má o sobě mínění až přehnaně velké, a někdy se sama ponižuje a podceňuje. Myslím, že v tomhle věku to nemůže ještě dobře vědět.“

*Respondentka 4:*

„ Ano. Myslí si o sobě, že je nepraktický, nesoustředěný. Sám sobě se ale vzhledově líbí.“

*Respondentka 5:*

„ Myslím, že ano. Dcera si myslí, že je krásná, chytrá, dokonalá.“

*Respondentka 6:*

„ Ano, když ji někdo z rodiny naštvě, nadává na sebe (říká, že je tlustá, ošklivá, hloupá), ale to dělá pouze ze vzteku, jinak má o sobě dobré smýšlení.“

Odpovědi na otázku č. 18

(*Svěřuje se vám dítě se svými trápeními?*):

Tabulka 12

|                |                                                                                                 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Pouze když se zeptám.“                                                                         |
| Respondentka 2 | „Ne.“                                                                                           |
| Respondent 3   | „Pouze když se zeptám.“                                                                         |
| Respondentka 4 | „Jak kdy. Když si společně povídáme, říká mi spíše pozitivní věci. S negativními se nesvěřuje.“ |
| Respondentka 5 | „Ano.“                                                                                          |
| Respondentka 6 | „Pouze když se zeptám.“                                                                         |

Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 19

(*Umíte si sami poradit se starostmi vašeho dítěte?*):

Tabulka 13

|                |                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „ Někdy ano a někdy žádám o pomoc rodiče, kamarády, manžela.“                                 |
| Respondentka 2 | „ Žádám o pomoc manžela.“                                                                     |
| Respondent 3   | „ Žádám o pomoc manželku.“                                                                    |
| Respondentka 4 | „ Ano.“                                                                                       |
| Respondentka 5 | „ Někdy ano, někdy ne. Záleží na situaci a na problému. Když si nevím rady, ptám se přítele.“ |
| Respondentka 6 | „ Žádám o pomoc manžela.“                                                                     |

Zdroj: vlastní výzkum

#### *4. 2. 4 Možnosti prevence a pomoci*

Odpovědi na otázku č. 20

*(Znáte možnosti pomoci pro dítě, které trpí poruchami příjmu potravy?):*

*Respondentka 1:*

„Myslím si, že pomoc může najít na psychiatrickém oddělení každé nemocnice.“

*Respondentka 2:*

„Pomoc nalezne u dětského lékaře. Tam bych ji hledala já, kdyby dcera trpěla anorexií nebo bulimií. Jiná forma pomoci mě nenapadá.“

*Respondent 3:*

„Myslím si, že prvně by měl vždy pomoci dětský lékař a pak psychiatr, jako prevence by měla fungovat základní škola a média.“

*Respondentka 4:*

„Myslím si, že pomoci může psychiatr. Děti by se o těchto nemocích měly dozvědět od rodičů a ve škole.“

*Respondentka 5:*

„Pomoc nalezne u dětského lékaře, ten mi vždycky poradil. A o poruchách příjmu potravy by něco obecně měli říkat dětem rodiče.“

*Respondentka 6:*

„Ano, zašla bych za praktickým dětským lékařem, vždycky mi poradí, je spolehlivý. Dál si myslím, že je možnost na psychiatrii. O nemocích by děti měli informovat rodiče a školy.“

Odpovědi na otázku č. 21

*(Myslíte si, že je důležitá primární prevence poruch příjmu potravy již na prvním stupni základních škol?):*

Tabulka 14

|                |                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Ano.“                                                                                                                                                           |
| Respondentka 2 | „Ano. Věk, kdy se o sebe dítě začne zajímat, se snižuje.“                                                                                                        |
| Respondent 3   | „V dnešní době už asi ano. Uznávám, že na děti má velký vliv televize, časopisy a tak, takže když všude okolo vidí vyhublé modelky, začnou se s nima srovnávat.“ |
| Respondentka 4 | „Ano.“                                                                                                                                                           |
| Respondentka 5 | „Ano.“                                                                                                                                                           |
| Respondentka 6 | „Asi ano. Myslím, že by bylo vhodné ukázat jim nějaké fotky, říct jim možné důsledky nemoci.“                                                                    |

Zdroj: vlastní výzkum

Při této otázce se všichni rodiče shodli, myslí si, že primární prevence je důležitá již na prvním stupni základních škol. Dokonce se domnívali, že se věk nemocných bude neustále snižovat. Sami se podle svých slov snaží děti o tomto onemocnění obecně informovat, například ukazováním obrázků, na kterých jsou pacientky, které mají mentální anorexii.

Odpovědi na otázku č. 22

*(Účastnilo se vaše dítě nějaké přednášky o poruchách příjmu potravy v rámci vyučování?):*

Tabulka 15

|                |                                                                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondentka 1 | „Nevím.“                                                                                               |
| Respondentka 2 | „Nevím, neptala jsem se.“                                                                              |
| Respondent 3   | „Neúčastnila. Říkala, že na 1. stupni tyhle přednášky nemají.“                                         |
| Respondentka 4 | „Spíš nevím. Nemluvili jsme o tom. Myslím, že by se o tom sám ani nezmínil. Není to pro něj důležité.“ |
| Respondentka 5 | „Nevím.“                                                                                               |
| Respondentka 6 | „Ne. V rámci vyučovacích předmětů nemají toto téma a na 1. stupních jim na tohle téma nepřednáší.“     |

Zdroj: vlastní výzkum

Z této tabulky je zřejmé, že rodiče o tom, zda se jejich dítě ve škole účastní přednášek na téma PPP, neví a nebo vědí, že tyto přednášky na prvním stupni základních škol vůbec nejsou. Zároveň je ale zřejmé, že některé rodiče ani nenapadlo se na toto dítěte zeptat.

## 5. DISKUZE

V práci jsem si stanovila dva hlavní cíle. Cíl 1 měl zmapovat možnosti primární prevence v rámci poruch příjmu potravy v Jihočeském kraji na vybraných základních školách. Cíl 2 zjišťoval názory rodičů na problematiku poruch příjmu potravy.

V diskuzi se zabývám výsledky výzkumu a porovnávám je s údaji v literatuře a dostupných internetových zdrojích, které jsem použila pro vypracování současného stavu práce. Informace potřebné pro výzkum byly získány prostřednictvím kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

Kvantitativní výzkum formou e-mailového dotazování byl prováděn na náhodně vybraných základních školách v Jihočeském kraji, na vesnicích, menších, ale i velkých městech. V první části diskuze se zabývám výsledky kvantitativního výzkumu.

První otázka („Jsou na vaší škole na prvním stupni v rámci nějakého vyučovacího předmětu zmiňovány poruchy příjmu potravy?“) měla jednoznačnou odpověď zjistit, zda se vůbec v rámci vyučovacích osnov na základních školách zmiňuje tato problematika. Jak je vidět z Grafu 1, 14 základních škol z celkových 21 odpovídajících uvedlo, že v rámci vyučování na prvním stupni se poruchy příjmu potravy zmiňují. Příklady předmětů, které dále školy uváděly jsou zobrazeny v Grafu 2. 7 škol uvedlo přírodovědu a prvouku, ale zároveň dodaly, že se tyto předměty problematikou poruch příjmu potravy zabývají pouze okrajově. Školy spíše konstatovaly, že do větší hloubky této problematiky jde předmět výchova ke zdraví, který mají žáci v šesté třídě na druhém stupni.

Na otázku č. 2 („Víte o nějaké organizaci ve vašem okolí, která poskytuje primární prevenci formou přednášek na téma poruch příjmu potravy?“) odpovědělo 14 škol, že žádnou organizaci neznají. Odpověď zobrazuje Graf 3. Tato odpověď se dala předvídat vzhledem k tomu, že na dostupných stránkách Jihočeského kraje není možné takovou organizaci najít. 7 škol ale uvedlo, že nějakou organizaci znají, příklady jsou uvedeny v Grafu 4. 2 školy uvádějí Zdravotní ústav v Českých Budějovicích. To již neplatí, v současnosti proběhla transformace Zdravotního ústavu Č. B. (36) a ten již žádnou formu přednášek a prevencí nenabízí.

Dále zcela logicky následovala otázka č. 3 („Poskytuje se na vaší základní škole primární prevence poruch příjmu potravy u dětí na prvním stupni formou přednášek či besed?“) Graf 5 znázorňuje alarmující skutečnost, že z celkového počtu 21 škol 18 škol na prvním stupni prevenci týkající se poruch příjmu potravy neposkytuje. Školy na tuto otázku odpovídaly jednoznačným „Ne“. Stránky MŠMT a dále i Nešpor uvádí, že prevence by měla začít v časném období, kdy je prevence skutečně prevencí, tedy na prvním stupni základních škol (21, 24). Měla by být cílená a přiměřená a měla by zahrnovat získávání sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život (24). Toto se dá jen velmi těžko naplnit, pokud dle Grafu 5 prevence na základních školách na prvním stupni v problematice PPP je poskytovaná velmi málo (pouze 3 školy).

Otázka č. 4 („Oslovila vás někdy s nabídkou přednášek na toto téma nějaká organizace, zdravotní ústav, popř. občanské sdružení? Jaké to byly?“) je znázorněna v Grafu 6. 16 škol odpovědělo, že je nikdo s žádnou nabídkou neoslovil, z toho plyne, že ani nabídku neznají a nemohou ji využít. Graf 7 uvádí příklady, které vypsaly čtyři z pěti kladně odpovídajících škol. Školy opět uvádějí stejné organizace jako v Grafu 4, liší se pouze Jednota bratrská.

Graf 8 s otázkou č.5 („Kontaktovali jste vy sami někoho?“) opět jednoznačně ukazuje, že většina (tj. 18 ze 21 škol) nikoho nekontaktovala. To logicky vyplývá z toho, že školy ani nevědí, koho by mohly kontaktovat.

Otázka č. 5 byla posledním ze čtyř určujících otázek (otázka č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5), které měly potvrdit nebo vyvrátit první hypotézu „V rámci základních škol není cílená primární prevence u dětí mladšího školního věku v problematice poruch příjmu potravy zajišťována“. *Hypotéza se na základě odpovědí potvrdila.*

Graf 9 znázorňuje odpovědi na otázku č. 6 („Myslíte si, že je potřeba provádět preventivní aktivity na téma poruch příjmu potravy již na prvním stupni základních škol?“). Zde překvapivě kladně odpovědělo 14 metodiků primární prevence nebo ředitelů škol. Tato otázka se ptala na zcela subjektivní názor a mohla by být podnětem pro to, aby se primární prevence na prvních stupních v rámci poruch příjmu potravy začala provádět. Jak je zřejmé, školy tuto prevenci neprovádí, ale zároveň se domnívají, že je třeba ji dělat.

Druhá hypotéza byla stanovena takto: „Chybí nabídka uceleného vzdělávání pro pedagogy v problematice poruch příjmu potravy.“ Tuto hypotézu *jasně potvrzují* odpovědi na otázky č. 2, č. 4 a č. 5. To, že většina škol a tudíž i odpovídající metodici primární prevence neznají organizace ve svém okolí, které by nabízely formou přednášek či besed primární prevenci poruch příjmu potravy (Graf 3), vypovídá o tom, že ani sami nevědí koho oslovit s žádostí o přednášky nebo vzdělávací kurzy, jak ostatně ukazuje Graf 8. Školy podle Grafu 6 oslovuje velmi málo organizací, firem nebo zdravotních ústavů s nabídkou přednášek.

Po zpracování výsledků tohoto výzkumu jsem se rozhodla si druhou hypotézu, která se mi potvrdila, ověřit. Na dostupném internetovém zdroji (25) jsem se sama snažila vyhledat nabídku uceleného vzdělávání pro pedagogy či metodiky primární prevence v problematice poruch příjmu potravy. Nepodařilo se mi najít ani jeden jediný kurz (35). Stránky Vzdělávacího centra jsem opakovaně navštívila (20.2.2008, 1.3.2008, 25.3.2008), nedošlo k žádným změnám.

*Obě hypotézy vztahující se ke kvantitativnímu výzkumu se potvrdily.* Toto zjištění mě bohužel utvrdilo v mém názoru, že tato oblast není dostatečně podchycená.

E-mailové dotazování mělo být výhodné po stránce finanční, zároveň jsem se domnívala, že v dnešní uspěchané době bude více vyhovující než poštovní forma dotazování. Bylo to mylné mínění, příště bych raději rovnou volila telefonické dotazování nebo osobní kontakt.

Kvalitativní výzkum byl proveden formou polořízeného rozhovoru. Rozhovor byl veden se šesti respondenty. Účastnilo se ho pět žen a jeden muž.

První část rozhovoru obsahovala otázky č. 1 – 4, které se týkaly identifikačních údajů respondentů. Tyto identifikační údaje všech respondentů jsou uvedeny v Tabulce 1.

Otázky č. 5 – 8 se vztahovaly ke znalostem poruch příjmu potravy. Odpovědi na otázku č. 5 („Co si představujete pod pojmem poruchy příjmu potravy?“) jsou vypsány doslovně, jak jednotlivé respondentky a respondent odpovídali. Nejčastěji konkrétně jmenovali, že si pod tímto pojmem představují anorexii a bulimii. Stejně tak uvádí

Krch, že pod pojem poruchy příjmu potravy spadají dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie (9).

Na otázku č. 6 („Koho podle vašeho názoru nejčastěji postihují poruchy příjmu potravy? Myslíte si, že je to vázané na pohlaví?“) respondenti odpovídali, že se domnívají, že PPP jsou vázané na ženské pohlaví. Shodují se s literaturou, kde Sladká-Ševčíková uvádí, že na 10 – 20 nemocných dívek připadá 1 chlapec nebo mladý muž (28). Podle respondentů PPP postihují převážně modelky, tanečnice, baletky, herečky, lidi v showbyznysu, ale překvapivě odpovídali, že to podle nich jsou i děti v pubertě. Jak uvádí i Nesrstová, v celé české populaci, a tudíž i u předškolních a školních dětí, se ve zvýšené míře projevují poruchy příjmu potravy (22).

Tabulka 2 se vztahuje k otázce č. 7 („Informovali jste někdy své dítě o PPP?“). Čtyři ze šesti respondentů odpověděli kladně, to znamená, že své dítě o této problematice informovali. Uvědomují si, že je to nezbytné. Tabulka 3 obsahuje odpovědi na otázku č. 8 („Víte vaše dítě, co jsou to poruchy příjmu potravy?“). Všichni respondenti uvedli, že jejich dítě ví, co to PPP jsou.

Další část rozhovoru (otázka č. 9 – 19) se týkala stravovacích návyků a vztahů v rodině. Tyto otázky jsem do výzkumu začlenila, protože stravovací návyky v rodině a vztahy jsou základem utváření osobnosti dítěte a jeho příštích zvyků. Tabulka 4 - Tabulka 10 obsahují odpovědi na otázky, které se týkají stravování a stravovacích návyků jak rodiny, (která je pro dítě vzorem), tak i samotného dítěte. Odpovědi na otázku č. 14 (Tabulka 9) ukazují, že rodiče nenutí své dítě něco jíst, pokud to vyloženě nechce. Stejně tak uvádí i internetový zdroj Výživa dětí, že bychom měli dát dětem možnost aktivní volby potravin (33). Tabulka 11 je samostatnou otázkou („Víte kolik vaše dítě měří a váží?“), která měla zjistit, zda rodiče vědí, jak na tom jejich dítě je po tělesné stránce, zda se o to vůbec zajímají.

Odpovědi na otázky č. 17 – 19 se týkaly vztahů mezi rodiči a dětmi. V otázce č. 17 („Víte jak o sobě vaše dítě smýšlí?“) jsou vypsány odpovědi respondentů. Pět respondentů s úplnou samozřejmostí odpovědělo, že vědí, co si o sobě jejich dítě myslí. Dokonce to byly velmi kladné odpovědi, ze kterých vyplývá, že se tyto děti vůbec nepodceňují, že si věří a rodiče nemají obavy o jejich sebevědomí a sebejistotu.

Tabulka 12 uvádí odpovědi na otázku č. 18 („Svěřuje se vám dítě se svými trápeními?“). Odpovědi se liší. Nejsou jednoznačné. Velmi záleží na jednotlivém dítěti i rodiči. Děti, které byly předmětem výzkumu, jsou ve věku, kdy zrovna svěřování rodičům není jejich prioritou. Claude-Pierre uvádí, že rodič má pomoci řešit dítěti jeho problém (1). Stejně jako odpověděli respondenti v Tabulce 13 na otázku č. 19 („Umíte si sami poradit se starostmi vašeho dítěte?“), kde pouze jedna respondentka uvedla, že si sama umí poradit se starostmi svého dítěte, zbytek respondentů žádá o pomoc blízkou osobu, přítele, manžela/manželku i Claude-Pierre říká, že pomoc při řešení rodinných problémů by rodiče měli hledat mimo svoji rodinu (1). Důležité je zde to, že rodiče starosti svých dětí chtějí řešit a nepodceňují je.

Poslední část rozhovoru se věnovala tomu, zda respondenti znají možnosti pomoci a prevence. Na otázku č. 20 („Znáte možnosti pomoci pro dítě, které trpí PPP?“) odpověděli všichni respondenti, že by pomoc prvotně hledali u dětského lékaře nebo na psychiatrickém oddělení nemocnice. Tabulka 14 obsahuje odpovědi na otázku č. 21 („Myslíte si, že je důležitá primární prevence PPP již na 1. stupni základních škol?“). Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti stejně, shodli se, že je jednoznačně nutné primární prevenci PPP na 1. stupni ZŠ provádět, protože se věk dětí, u kterých se tyto poruchy vyskytují, snižuje. Respondenti se shodnou s názorem, který uvádějí Stránky MŠMT, že prevence by měla začít v časném období, kdy je prevence skutečně prevencí (21). Tabulka 15 odpovídá na poslední otázku („Účastnilo se vaše dítě nějaké přednášky o PPP v rámci vyučování?“). Z tabulky je zřejmé, že 3 respondenti nevěděli vůbec a 3 od svých dětí věděli, že se u nich na 1. stupni tyto přednášky nedělají (viz Kvantitativní výzkum na základních školách).

Na základě položeného rozhovoru se stanovily dvě hypotézy. Hypotéza III: *Je potřeba zvýšit informovanost v oblasti výskytu poruch příjmu potravy a* Hypotéza IV: *Zdravá výživa je pouze jedním z důležitých aspektů prevence.* Hypotéza III se vztahuje k otázce č. 6, kdy se respondenti domnívají, že se PPP týkají pouze modelek, sportovců, hereček a lidí v showbyznysu. Tato domněnka není zcela správná, je potřeba rodiče seznámit s tím, že PPP mohou postihnout i „obyčejného“ člověka. Hypotéza IV vyplývá z otázek č. 7, č. 8, kdy je zřejmé, že je důležitá i znalost a informovanost dítěte, dále

z otázek č. 16, č. 17, č. 18 a č. 19, kdy je důležité i to, jaký mají rodiče zájem o starosti a trápení svých dětí, tedy jaký je vztah rodičů s dětmi.

## 6. ZÁVĚR

Každá činnost, práce a tvorba má někde svůj začátek a někde konec. V tuto chvíli právě nastal čas, kdy je třeba říci něco závěrem. Tím, že práci uzavírám, neříkám, že by nešlo ihned navázat činností, která by tuto práci rozšířila a doplnila.

Byly stanoveny dva hlavní cíle. Cíl 1 byl zmapovat možnosti primární prevence poruch příjmu potravy (PPP) na základních školách v Jihočeském kraji. Troufám si říci, že tento cíl byl splněn. Prostřednictvím dotazníků určených základním školám byly zjištěny možnosti primární prevence. Zaměřila jsem se hlavně na to, zda školy o nějakých možnostech vědí a využívají je.

Splněním tohoto cíle a zároveň *potvrzením Hypotézy I*: V rámci základních škol není cílená primární prevence u dětí mladšího školního věku v problematice PPP zajišťována a *Hypotézy II*: Chybí nabídka uceleného vzdělávání pro pedagogy v problematice PPP, se prokázalo, že v Jihočeském kraji chybí nabídka poskytování přednášek a besed v rámci primární prevence PPP a zároveň i nabídka uceleného vzdělávání pro pedagogy v této konkrétní oblasti.

Cíl 2 „Zjištění názorů rodičů na problematiku poruch příjmu potravy“ byl také naplněn. Splnění tohoto cíle jsem realizovala pomocí kvalitativního výzkumu, formou polořízeného rozhovoru se šesti rodiči. Z tohoto výzkumu vyplynula *Hypotéza III*: Je potřeba zvýšit informovanost v oblasti výskytu poruch příjmu potravy a *Hypotéza IV*: Zdravá výživa je pouze jedním z důležitých aspektů prevence. Těmto Hypotézám se věnuji podrobněji v diskuzi.

Během této práce jsem využila poznatků několika odborníků. Jmenovala bych především P. Claude-Pierre, F. D. Krcha, J. Kocourkovou, J. Kulhánka a v neposlední řadě i internetové stránky [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz). Ukázalo se však, že v dostupné literatuře je věnována velmi malá pozornost prevenci v mladším školním věku. Díky nastudování odborné literatury jsem se dozvěděla spoustu podrobnějších a konkrétnějších informací o problematice PPP v dětství. Musela jsem si znovu připomenout, že poruchy příjmu potravy jsou opravdovou nemocí, která si zaslouží stejnou pozornost, prevenci a léčbu jako všechny ostatní nemoci.

Výsledky bakalářské práce by dále mohly být využity pro další případné výzkumy a práce v této oblasti nebo jako podnět pro základní školy, aby se začaly o prevenci PPP více zajímat. Mohla by zároveň sloužit i jako návrh pro organizace, zdravotní ústavy, popřípadě i soukromé firmy, které se zabývají primární prevencí na základních školách v jiných oblastech, než jsou poruchy příjmu potravy (drogová prevence, prevence násilí a šikany), zda by neuvažovaly o zahrnutí prevence PPP do svého programu. Tato prevence je obzvlášť v dnešní době velmi důležitá a domnívám se, že kdyby byla a základní školy by o její nabídce věděly, využívaly by ji.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. CLAUDE – PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
2. FRAŇKOVÁ, S. a kol., *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha: HZ Edition, 2000. s 198. ISBN 80-86009-32-7.
3. GREGORA, M. *Výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X.
4. HANOUSKOVÁ, M. *Metody a přístupy v prevenci rizikových činitelů na prvním stupni základních škol*. České Budějovice, 2007. 101 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Josef Hošek.
5. HNILICOVÁ, H. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané metody a techniky výzkumu, zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
6. KOLÁŘ, P. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-014-3.
7. KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
8. KRCH, F. D. *Mentální anorexie a bulimie*. 1. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995. 5 s. ISBN neuvedeno.
9. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
10. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240s. ISBN 80-7178-598-9.
11. KRCH, F. D. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. a) 1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 s. ISBN neuvedeno.
12. KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. b) 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.

13. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
14. KULHÁNEK, J. *Základní informace o poruchách příjmu potravy* [on-line]. [cit. 2008-02-03]. Dostupné z:  
<<http://www.pppinfo.cz/info.asp>>.
15. KULHÁNEK, J. *Prevence poruch příjmu potravy* [on-line]. [cit. 2008-02-03]. Poslední aktualizace: 22.1.2002. Dostupné z:  
<<http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/>>.
16. KUSÁ, M. *Mladší školní věk z psychologického hlediska* [on-line]. [cit. 2008-02-11]. Dostupné z:  
<[http://zis.naskok.cz/index.php/studijni\\_materialy/psychologie/mladsi\\_skolni\\_vek\\_z\\_psychologickeho\\_hlediska](http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/mladsi_skolni vek_z_psychologickeho_hlediska)>.
17. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
18. MATĚJČEK, Z. Úloha a možnosti učitele v prevenci rizikového chování mladistvých. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence, III. odborný seminář*. Praha: Free Teens Press, 2002, s. 89 – 99. ISBN 80-902898-2-7.
19. MALONEY, M. KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
20. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
21. MŠMT. *Vybrané termíny primární prevence* [on-line]. [cit. 2008-02-11]. Dostupné z:  
<<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarniprevence.pdf>>.
22. NESRSTOVÁ, M. [online]. [cit. 2008-01-03]. Poslední aktualizace: 12.7.2007. Dostupné z:  
<<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=590>>.

23. NEŠPOR, K. Prevence problémů působených návykovými látkami. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence, II. odborný seminář*. Praha: Free Teens Press, 2001, s. 63 – 76. ISBN 80-902898-1-9.
24. NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u dětí, Prevence v rodině. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence, V. odborný seminář*. Praha: Free Teens Press, 2004, s. 115 – 124. ISBN 80-902898-6-X.
25. Obecní školství – nabídky, semináře, soutěže. [on-line]. [cit. 2008-03-27]. Dostupné z:  
<[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=1183&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=1183&par[lang]=CS)>.
26. PULZOVÁ, A. *Role primární sestry v prevenci obezity u dětí*. České Budějovice, 2007. 79 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Alena Machová.
27. RŮŽIČKA, J. Desatero pro ředitele škol. In: *Prevence*. Praha: Občanské sdružení život bez závislostí, 2005., roč. 2, č. 1, s. 7. ISSN 1214-8717.
28. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro rodiče*. 1. vyd. Brno: PK FN, 2005. 5 s. ISBN neuvedeno.
29. SVOBODA, J. Kdy je prevence prevencí a kdy doplňkovou informací. In: *Prevence*. Praha: Občanské sdružení život bez závislostí, 2006., roč. 3, č. 4, s. 12. ISSN 1214-8717.
30. TOMEŠOVÁ, J. [online]. [cit. 2008-01-03]. Poslední aktualizace: 27.6.2007. Dostupné z:  
<<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=584>>.
31. TLÁSKAL, F. [online], [cit. 2008-01-03]. Poslední aktualizace: 19.7.2004. Dostupné z:  
<<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=130>>.
32. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
33. Výživa dětí, *Zdravá výživa dětí* [on-line]. [cit. 2008-02-03]. Dostupné z:  
<<http://www.vyzivadeti.cz>>.

34. Výživa dětí, *Preventivní prohlídky u dětského lékaře* [on-line]. [cit. 2008-02-03].  
Dostupné z:  
<<http://www.vyzivadeti.cz/pro-rodice/tipy-a-triky/preventivni-prohlidky-u-detskeho-lekare.html>>.
35. Vzdělávací centrum pro veřejnou správu. [on-line]. [cit. 2008-03-27]. Poslední aktualizace: 10. 1. 2008. Dostupné z:  
<<http://www.vcvscr.cz/index.php?page=nabidkakurzu&dest=budejovice&filtr=vyhledat>>.
36. Zdravotní ústav [on-line]. [cit. 2008-03-27]. Poslední aktualizace: 20.3.2008.  
Dostupné z:  
<http://www.zucb.cz/>.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Mladší školní věk

Poruchy příjmu potravy

Primární prevence

Výživa

## **9. PŘÍLOHY**

- Příloha 1: Dotazník pro základní školy
- Příloha 2 : Dotazník pro rodiče
- Příloha 3: Seznam míst odborné pomoci
- Příloha 4 : Příklady konkrétních námětů

*Příloha 1 – Dotazník pro základní školy (Metoda e-mailového dotazování)*

Dobrý den,

jmenuji se Michala Fittlová. Jsem studentka Jihočeské univerzity, Zdravotně sociální fakulty. Píši bakalářskou práci na téma: „**Možnosti primární prevence u dětí mladšího školního věku ve vztahu k problematice poruch příjmu potravy.**“

Dělám výzkum na základních školách v Jihočeském kraji.

Chtěla jsem Vás požádat o zodpovězení několika otázek. Byla bych velice ráda, kdybyste si udělali čas a odpověděli na mé otázky prostřednictvím e-mailu ([\*\*fittlovamichala@seznam.cz\*\*](mailto:fittlovamichala@seznam.cz))

Zde jsou zmiňované otázky:

1. Jsou na Vaší základní škole na prvním stupni v rámci nějakého vyučovacího předmětu zmiňovány poruchy příjmu potravy? (mentální anorexie, mentální bulimie)
2. Víte o nějaké organizaci ve Vašem okolí, která poskytuje primární prevenci formou přednášek na téma poruch příjmu potravy?
3. Poskytuje se na Vaší základní škole primární prevence poruch příjmu potravy u dětí na prvním stupni formou přednášek či besed?
4. Oslovila Vás někdy s nabídkou přednášek na toto téma nějaká organizace, zdravotní ústav, popřípadě občanské sdružení? Pokud ano jaké organizace to byly?
5. Kontaktovali jste Vy sami někoho?
6. Myslíte si, že je potřeba provádět preventivní aktivity na téma poruch příjmu potravy již na prvním stupni základních škol?

Žádná odpověď (kladná či záporná) není dobře nebo špatně. Informace, které získám, použiji do výzkumné části bakalářské práce. Moje bakalářská práce může posloužit jako podnět pro zlepšení primární prevence na ZŠ.

Děkuji, s pozdravem Michala Fittlová

*Příloha 2 – Dotazník pro rodiče (Polostandardizovaný rozhovor)*

**DOTAZNÍK PRO RODIČE**

***Identifikační údaje:***

1. Jste: a) žena  
b) muž

2. Váš věk je: a) méně než 25 let  
b) 25 – 30 let  
c) 31 – 35 let  
d) 36 – 40 let  
e) 41 a více let

3. Kolik máte dětí:

.....

4. Počet dětí v mladším školním věku (to znamená od 6 – 12ti let):

.....

Věk dítěte (dětí) je: a) 6 - 7 let  
b) 8 – 9 let  
c) 10 – 12 let

Pohlaví dítěte (dětí): a) dívka  
b) chlapec

***Otázky k poruchám příjmu potravy:***

5. Co si představujete pod pojmem poruchy příjmu potravy?.....

6. Koho podle Vašeho názoru nejčastěji postihují poruchy příjmu potravy, u koho se nejčastěji vyskytují?.....  
Myslíte si, že je to vázané na pohlaví?.....

7. Informovali jste již někdy své dítě o poruchách příjmu potravy?:  
a) ano  
b) ne  
c) nikdy mě to nenapadlo  
d) jiná odpověď.....

8. Ví Vaše dítě, co jsou to poruchy příjmu potravy?:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nemluvili jsme spolu o tom
- e) jiná odpověď.....

***O stravovacích návycích a vztazích v rodině:***

9. Jí Vaše rodina pohromadě?: a) ano

- b) ne
- c) jak kdy
- d) jiná odpověď.....

.

10. Scházíte se u stolu?: a) ano, každý den

- b) ano o víkendech
- c) pouze někdy (nepravidelně)
- d) nikdy

11. Má Vaše dítě alespoň jedno teplé jídlo denně?: a) ano

- b) ano, ve škole
- c) ne
- d) někdy

12. Máte přehled, co Vaše dítě jí během dne?:

- a) ano, dělám mu/jí svačiny a doma mu/jí jídlo připravuji
- b) ne
- c) jak kdy.....⇒ kdy ano?.....
- d) pouze o víkendech, když jsme celá rodina doma
- e) jiná odpověď.....

13. Pije Vaše dítě dostatečně (tj. minimálně 1,5 l/denně)? a) ano

- b) ne
- c) nevím

14. Vycházíte Vašemu dítěti vstříc, pokud nechce nějaké jídlo jíst?:

- a) ano
- b) ne
- c) jak kdy
- d) jiná odpověď.....

15. Omezuje se Vaše dítě nějak v jídle?:

- a) ano, často
- b) nevšiml/a jsem si
- c) nevím
- d) ne v mojí přítomnosti
- e) jiná odpověď.....

16. Víte, kolik Vaše dítě váží a měří?:

- a) ano, samozřejmě
- b) ne
- c) nemluvíme o tom
- d) jiná odpověď.....

17. Máte přehled, jak o sobě Vaše dítě smýšlí?.....

18. Svěřuje se Vám dítě se svými trápeními?:

- a) ano
- b) ne
- c) jak kdy.....⇒ kdy ano?.....
- d) pouze, když se zeptám
- e) jiná odpověď.....

19. Umíte si sami poradit se starostmi Vašeho dítěte?:

- a) ano
- b) ne
- c) žádám o pomoc manžela/ku
- d) žádám o odbornou pomoc
- e) jiná odpověď.....

### ***Možnosti prevence a pomoci:***

20. Znáte možnosti pomoci pro dítě, které trpí poruchami příjmu potravy?

.....

21. Myslíte si, že je důležitá prevence poruch příjmu potravy již na prvním stupni základních škol?

.....

22. Účastnilo se Vaše dítě nějaké přenášky o poruchách příjmu potravy v rámci vyučování?

.....

*Příloha 3 – Seznam míst odborné pomoci v Jihočeském kraji*

|                                                              |                                                            |                                                                                                                              |                                              |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Psychiatrická léčebna Červený Dvůr</b>                    | pošta Chvalšiny<br>382 08                                  | telefon: 380 739 131<br><a href="mailto:informace@cervenydvur.cz">informace@cervenydvur.cz</a>                               | Psychiatrická léčebna                        |
| <b>Nemocnice České Budějovice, a.s.</b>                      | Boženy Němcové<br>585/54<br>370 87 <b>České Budějovice</b> | telefon: 387 878 701<br>telefon: 387 871 111(ústředna)<br>Fax: 386 461 941<br><a href="mailto:psp@nemcb.cz">psp@nemcb.cz</a> | Psychiatrické oddělení nemocnice i ambulance |
| <b>Psychiatrická léčebna</b>                                 | 387 42 <b>Lnáře 16</b>                                     | telefon: 383 495 101<br>telefon: 602 164 086<br><a href="mailto:lecebna.lnare@quick.cz">lecebna.lnare@quick.cz</a>           | psychiatrická léčebna                        |
| <b>Dětská psychiatrická léčebna Opařany</b>                  | 391 61 <b>Opařany 121</b>                                  | telefon: 381 204 211<br>Fax: 381 204 210<br><a href="mailto:dploparany@dploparany.cz">dploparany@dploparany.cz</a>           | psychiatrická léčebna                        |
| <b>Krizové centrum ARKÁDA</b>                                | Husovo náměstí<br>2/24<br>397 01 <b>Písek</b>              | telefon: 382 211 300<br><a href="mailto:info@arkada-pisek.cz">info@arkada-pisek.cz</a>                                       | Krizové centrum linka důvěry                 |
| <b>Psychiatrická léčebna Dobřany - detašované pracoviště</b> | U Honzíčka 172<br>397 01 <b>Písek – Budějovické</b>        | Telefon: 382 212 925                                                                                                         | psychiatrická léčebna                        |
| <b>Krizové a kontaktní centrum</b>                           | Primátorská 76<br>383 01 <b>Prachatice</b>                 | telefon: 388 310 147<br><a href="mailto:kacko.prachatice@os-prevent.cz">kacko.prachatice@os-prevent.cz</a>                   | krizové centrum, linka důvěry                |
| <b>Linka důvěry</b>                                          | <b>Prachatice</b>                                          | Telefon: 388 310 147                                                                                                         | Krizové centrum Po+Pá 8-21h, Ú-Č 8-16h       |
| <b>Nemocnice Tábor, a.s.</b>                                 | kpt. Jaroše 2000<br>390 03 <b>Tábor</b>                    | telefon: 381 608 111<br>telefon: 381 608 313<br><a href="mailto:ontab@ontab.cz">ontab@ontab.cz</a>                           | psychiatrické oddělení nemocnice ústředna    |
| <b>Linka důvěry</b>                                          | <b>Vimperk</b>                                             | Telefon: 388 414 140                                                                                                         | Krizové centrum Pá 10-18hod                  |

Zdroj: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/seznam-kontaktu.php?kraj=Jihocesky>

#### *Příloha 4 – Příklady konkrétních námětů pro práci s dětmi, se žáky*

V rámci výuky je vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úlohy, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům.

### **PŘÍKLADY KONKRÉTNÍCH NÁMĚTŮ**

#### *1. Řekni mi, co jíš? Malá anketa o výživě*

Cíl: Uvědomit si své postoje k jídlu a přehodnotit vlastní stravovací návyky vzhledem k zásadám zdravé výživy.

Uspořádejte s žáky malou anketu o stravovacích zvyklostech v období dospívání.

Zadání: Pokuste se zjistit, jakým pokrmům dávají dospívající přednost, čím je zpravidla tvořen jejich jídelníček, co vědí o zdravé výživě, jaké mají postoje k jídlu i k vlastnímu tělu.

Vyhodnocení: Anketu společně vyhodnoťte. Co jste se dozvěděli o stravovacích zvyklostech dotazovaných? Dodržují zásady zdravé výživy? Výsledky průzkumu využijte při následné diskuzi o doporučovaných opatřeních k ozdravení naší stravy.

#### *2. Rozhodování nad talířem*

Cíl: Umět se rozhodovat v otázkách zdravého stravování.

Zadání: Napište dopis jídlu, které máte velmi rádi. Zmiňte se v dopise i o tom, zda oblíbený pokrm patří nebo nepatří ke zdravému jídelníčku. Uveďte, proč vám pokrm tak chutná.

Vyhodnocení: Na tabuli pak společně vypište důvody, které vedou k oblibě určitých pokrmů. Zobecněte: Jaký by měl být pokrm, abychom jej rádi zařazovali do jídelníčku?

#### *3. Jezte pestrou stravu v přiměřeném množství*

Cíl: Umět sestavovat pestrý jídelníček podle zásad zdravé výživy.

Zadání: Napište, co všechno a přibližně v jakém množství jste snědli během jednoho dne, který si sami zvolíte. Nezapomeňte na nápoje a na pamlsky. Zároveň zaznamenávejte, jakými aktivitami jste se zabývali.

Vyhodnocení: Údaje vyhodnoťte z hlediska příjmu a výdeje energie. Vypište do dvou sloupců pokrmy, které splňují požadavky zdravého stravování a které jsou pokládány

spíše za nezdravé. Zařazení zdůvodněte. Čím bychom mohli „nezdravé pokrmy“ v jídelníčku nahradit?

#### 4. *Pyramida zdravé výživy*

Cíl: Umět vyhodnotit denní jídelníček z hlediska doporučeného zastoupení jednotlivých skupin potravin.

Zadání: Určete, v jakém denním množství bychom měli konzumovat následující potraviny: chléb, čokoláda, kiwi, jogurt, kuřecí maso...

Vyhodnocení: Zapište, jaká jsou hlavní doporučení odborníků, která se týkají zlepšení stravovacích zvyklostí a nutričního chování dětí a mládeže.

#### 5. *Bud' fit*

Cíl: Zhodnotit svou tělesnou hmotnost pomocí BMI.

Zadání: Pokuste se zhodnotit svou tělesnou hmotnost pomocí tzv. BMI, postupuje se takto: tělesná hmotnost (v kg) / (tělesná výška v metrech)<sup>2</sup>.

Vyhodnocení: Pokud byste zjistili, že někdo z vašeho okolí překračuje výše uvedené hodnoty BMI, co byste mu poradili? Jestliže zjistíte u někoho hodnoty BMI příliš nízké, jaké mohou být příčiny tohoto stavu?

#### 6. *Ideál krásy*

Cíl: Uvědomit si, že neexistuje absolutní ideál krásy, každý může být něčím přitažlivý.

Zadání: Shromážděte obrazový materiál, kterým doložíte, jak se v dějinách měnil ideál krásy (obrazy, sochy, fotografie, filmy).

Vyhodnocení: Diskutujte s žáky o vlivu životního stylu na zdraví. Sestavte společně soubor rad „zdravím ke kráse“, tj. jak pečovat o zdraví v dospívání.

#### 7. *Posilujeme sebedůvěru*

Cíl: Podpořit sebedůvěru a zdůraznit pozitivní stránky osobnosti.

*Minitest pro děvčata – Jak si připadám?*

Když se podívám do zrcadla: a) leknu se, b) napadá mě, že bych mohla být hezčí, c) jsem docela spokojená

Moje tělo se mi líbí: a) vůbec, b) asi tak na 50%, c) asi tak, že v tom nevidím žádný problém.

Ostatní si o mě myslí: a) že nejsem hezká, b) že bych mohla být hezčí, c) tuhle otázku si nekladu

Jak se cítím ve své kůži: a) necítím se v ní ani trochu příjemně, b) mohlo by to být lepší, c) docela dobře

Vyhodnocení: Pokud máš nejvíce „a“: nejsi se sebou spokojená, je to tím, že zatím ještě nevidíš a nevnímáš své kladné stránky. Najdi je. Je to velký poklad, kterým můžeš obohatit i ostatní. Pokud máš nejvíce „b“: přikládáš názoru druhých příliš velký význam. Hrozí ti, že přijdeš o přirozenost a svěžest jen proto, že se poženeš za představou umělé krásy. To jaká jsi, má větší cenu. Pokud máš nejvíce „c“: díváš se na sebe realisticky a pozitivně. Přijímáš se taková, jaká jsi, a dokážeš tak předstoupit před ostatní.

### 8. *Co se vám na mně líbí?*

Cíl: Uvědomit si, jak mě vnímají druhí a jak hodnotím sám sebe.

Zadání: Nakreslete na list papíru svou květinu. Do středu napište své jméno a list papíru s květinou pošlete ostatním spolužákům. Úkolem každého žáka je napsat vždy svému spolužákovi jeden pozitivní vzkaz.

Vyhodnocení: Poté co se kopretina vrátí ke svému majiteli, se jednotliví žáci mohou vyjádřit k hodnocení, které právě obdrželi.

### 9. *Poznáváme sami sebe*

Cíl: Sebepoznáváním se učít ovládat své emoce a vážit si sám sebe.

Zadání: Vyberte si jednu věc, s níž přicházíte denně do styku a zamyslete se nad tím, co by o vás mohla vyprávět.

Vyhodnocení: Žáci se zamýšlejí sami nad sebou, co dobře zvládají? V čem jsem sice horší, ale jak se mohu zdokonalit? Co bych chtěl v životě dosáhnout?

Zdroj: KRCH, F. D. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. 1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 s. ISBN neuvedeno.