

# PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY - INFORMOVANOST A PREVENCE U ŽÁKŮ NA 2. STUPNI ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BRNĚ

---

*Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ, Lenka PROCHÁZKOVÁ*

## **Souhrn:**

*Již v období staršího školního věku se lze častěji setkat se žáky (zvl. dívkami), trpícími mentální anorexií a mentální bulimií. Sociální a zdravotní následky těchto excesů mohou být velmi vážné, doprovázené těžkým a nevratným poškozením zdraví, event. končící i smrtí. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou informováni žáci na základních školách o problematice poruch příjmu potravy (dále jen PPP) a navrhnout opatření primární prevence. Mapování situace bylo prováděno pomocí anonymního dotazníkového šetření na vzorku 231 žáků druhého stupně 5 brněnských ZŠ. Ukázalo se, že hoši jsou se svým vzhledem spokojenější než dívky. Dívky však vědí o příčinách vzniku PPP více než hoši, uvítaly by rovněž více poznatků. Ve škole je oblast PPP do výuky zařazena jen okrajově, čemuž odpovídá i relativně nízká informovanost dětí. V budoucnu bude nutné vyčlenit na probírání PPP více času, ponechat dětem větší prostor pro jejich vlastní vyjádření a diskusi.*

**Klíčová slova:** *poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, BMI, dotazník, studie, prevence*

## **Úvod do problematiky**

PPP jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění zvláště mladých dívek a žen s těžkými důsledky na fyzickou, psychickou i sociální kvalitu zdraví. Mentální bulimie a mentální anorexie, které tvoří nejzřetelnější vymezení PPP, se projevují základními symptomy, které mají logický vývoj a biologický, sociální a osobní význam (Maloney, Kranzová, 1997; Krch a kol., 1999; Krch, Marádová, 2003).

I přes odlišnost, kterou vidíme v mentální anorexii, již nám prezentují dívky vyhublé na kost, a bulimii, kterou lze na první pohled jen velmi těžko rozeznat, jsou si obě nemoci velmi podobné. Pacienty v obou případech spojuje strach z tloušťky, pozornost, která je nadměrně věnována vlastní postavě a vzhledu a v neposlední řadě také tělesné hmotnosti (Maloney, Kranzová, 1997; Krch, Richterová, 1998).

Lidé trpící poruchami příjmu potravy se opětovně zabývají tím, jak vypadají, kolik jim ukazuje ručička váhy, neustále se snaží zhubnout nebo přinejmenším zabránit jakémukoliv nárůstu tělesné hmotnosti. Přejít mezi nemocemi nemá hranice, obě formy mohou přecházet jedna v druhou, případně se střídají (Maloney, Kranzová, 1997; Krch, Richterová, 1998).

## Vymezení pojmu "mentální anorexie (anorexia nervosa)"

(upraveno podle: Krch a kol., 1999; Krch, 2002; Krch, 2005; Papežová, 2000)

Pro mentální anorexii je charakteristické záměrné snižování tělesné hmotnosti. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu jsou spíše až sekundárními důsledky dlouhodobého hladovění, nemusejí se vyskytovat u všech nemocných. Je zajímavé, že někteří pacienti s mentální anorexií projevují o jídlo zvýšený zájem, rádi vaří, kupují si nové knihy kuchařek, vlastní sbírky nejrůznějších receptů a v neposlední řadě na jídlo neustále myslí. Pacienti na počátku paradoxně odmítají potravu, protože jíst nechťejí, v pozdějším stádiu nemoci jíst chtějí, ale nemohou.

Hladovění mohou spustit různé důvody, ale většinou jde o několik vzájemně propojených příčin, např. poznámky někoho blízkého na vyšší tělesnou hmotnost nebo na nějakou část těla, s níž dívka není úplně spokojena, rodinnou krizi – časté hádky rodičů nebo s rodiči, alkoholismus či jinou závislost jednoho nebo obou rodičů, ztrátu někoho blízkého z rodiny nebo kamaráda, neúspěchy ve škole, návštěvu baletního, tanečního, sportovního či jiného kroužku, kde záleží na hmotnosti a tělesném vzhledu více než jinde, touhu koupit si oblečení, které je malé, tudíž dívka musí zhubnout, apod.

Ke snižování tělesné hmotnosti používají anorektičky různých způsobů. Asi jedna polovina nemocných intenzivně cvičí a velmi omezí příjem potravy. Jiné zvracejí, užívají různá laxativa (projímadla), diuretika (odvodňující prostředky), dietní přípravky. Velmi často dochází ke kombinaci všech prostředků. Situace je tím horší, čím delší dobu dochází k užívání léků. Řada z nich obsahuje návykové složky, může též představovat součást rituálu. Po určité době se tělo pacientky není schopno s účinky přirozeně vyrovnat. Např. dlouhodobé užívání projímadel způsobuje neschopnost organismu vyprázdnit se přirozenou cestou.

Různé zdroje (Papežová, 2000; Krch, 2005) uvádějí, že v dnešní době připadá jeden muž trpící poruchou příjmu potravy na deset až dvacet nemocných žen. Proto se většinou o pacientech s PPP pojednává v ženském rodě.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle Mezinárodní klasifikace nemocí, jak uvádějí Krch (1999, 2002, 2005) a Papežová (2000):

- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo je BMI (Body Mass Index) nižší než 17,5; prepubertální pacienti nesplní během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek (Pozn. Výpočet BMI: zadat tělesnou hmotnost v kg, vydělit dvojnásobkem tělesné výšky v m, za normu jsou považovány hodnoty v rozmezí 19- 25);
- nemocný si způsobuje snižování hmotnosti sám, tím, že se záměrně vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne a používá některé z prostředků na snížení hmotnosti, jako např. vyprovokované zvracení, projímadla, diuretika, nadměrné cvičení;
- u pacientů přetrvává strach z tloušťky, zkrácená představa o vlastním těle, obava z dalšího tloustnutí;
- projevuje se nezájem o partnera a ztráta sexuálního zájmu, u žen dochází ke ztrátě menstruace;
- pokud onemocnění započne před pubertou, jsou její projevy opožděny nebo zcela zastaveny; je zablokován růst a vývoj prsů u dívek, u hochů se dále nevyvíjejí genitálie; po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, ale menarché (první menstruace) je u dívek opožděna.

Pacienti trpící PPP mají tendence snáze inklinovat k závislostem, například na alkoholu, nikotinu, jiných návykových látkách. Jsou pozorovány rovněž sklony k sebepoškození i sebevraždám. Někteří nemocní uvádějí, že i když mají podváhu, připadají si tlustí a nemohou nadále v tak tlustém těle žít.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie (dle Navrátilové, 2000) je třeba pečlivě vyloučit jiné tělesné a duševní poruchy, které se projevují nechutenstvím, poklesem tělesné hmotnosti, problémy s příjmem potravy. Zvláště jde o některé nádorové choroby, infekce (tuberkulózu), endokrinní poruchy, depresivitu. Anorektické rysy mohou být též součástí obrazu u patologických závislostí.

### **Vymezení pojmu "mentální bulimie (bulimia nervosa)"**

(upraveno podle: Krch a kol., 1999; Krch, 2003; Krch, 2005; Papežová, 2003)

Mentální bulimie je porucha, kterou charakterizují především opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pro její přesnější vymezení lze použít tři hlavní kritéria:

- pacienti trpí nepotlačitelnou a silnou touhou se neustále dokola přejídat, i když jsou nasyceni;
- snaží se zabránit příbytku na váze nadměrným užíváním laxativ a diuretik, nebo záměrným vyvoláním zvracení, popřípadě obojím;
- mají přímo chorobný strach z tloušťky.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle Mezinárodní klasifikace nemocí, jak uvádějí Krch (1999, 2003, 2005) a Papežová (2003):

- opakované záchvaty přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při kterých je během krátké doby konzumováno velké množství jídla;
- neodolatelná žádostivost a touha po jídle, neustálé zabývání se myšlenkou na jídlo;
- snaha potlačit účinek jídla, tzn. co nejrychleji se jídla zbavit; pacienti nejčastěji provokují zvracení, nadužívají projímadla a anorektika, střídavě drží hladovku;
- neustálá obava z tloustnutí; často se projeví epizoda anorexie nebo nějaké období intenzivnějšího omezování v jídle.

### **Nespecifické a atypické PPP (Krch a kol., 1999; Krch, 2005)**

PPP ohrožují stále více lidí v populaci. Přibývá takových pacientů, kteří nesplňují kritéria pro diagnostikování mentální anorexie nebo mentální bulimie. Kategorie těchto nemocných se často přehlíží, přestože do ní patří nezanedbatelný počet osob. Nespecifické a atypické PPP se užívají pro pacienty, u nichž chybí jeden nebo více základních znaků onemocnění, ale projevuje se téměř typický obraz poruchy (mohou to být např. ženy, které pravidelně menstrují i přes svoji velmi nízkou tělesnou hmotnost a nepřítomnost hormonální terapie, pacientky trpící mentální bulimií, které mají normální váhu, ale jsou pro ně typická období přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, apod.).

### **Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Krch a kol., 1999; Krch, 2005)**

Do jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy spadají případy, kdy:

- pacient jídlo pouze žvýká, ale nepolyká;
- všechna kritéria pro mentální bulimii jsou splněna, ale záchvaty přejídání se objevují méně;
- všechna diagnostická kritéria pro mentální anorexii jsou splněna, ale tělesná hmotnost je v normě;
- za jinak nespecifikované PPP lze považovat také syndrom nočního přejídání.

### **Syndrom záchvatového přejídání (Krch, 2003)**

Syndrom záchvatového přejídání se projevuje opakovanými epizodami přejídání bez hladovění nebo purgativního chování (užívání projímadel), které je charakteristické pro mentální bulimii. Během jedné epizody jedinec zkonzumuje velké množství potravin, přestože nemá hlad ani chuť. Většinou se jedná i o jídlo, které mu ani normálně nechutná. K přejídání dochází z nějakého nutkání, které může být vzbuzeno vnitřními impulsy, např. stresem, úzkostí, pocitem napětí, nebo pouhou přítomností jídla. Osoby mají v průběhu záchvatu pocit ztráty kontroly nad jídlem. Jedí mnohem rychleji než obvykle, dostaví se pocit, že nemohou ovlivnit množství jídla, které jí a nedokáží přestat jíst, i když se cítí nepříjemně syté. Po přejedení trpí zahanbením a provinilostí ze ztráty sebekontroly a pocitem, že nezvládají vlastní život.

Tento typ patologického chování je velmi často spojen s nadváhou nebo obezitou, protože na rozdíl od mentální bulimie pacient neužívá žádné prostředky pro kontrolu své hmotnosti, ani se nesnaží po záchvatu o jakékoli vyprázdnění.

Problematice záchvatového přejídání se v posledních letech věnuje více pozornosti než v letech předchozích. Krch (2003, 2005) uvádí, že začátek choroby se nejčastěji projevuje ve starším věku, ale porucha se nevyhýbá žádné věkové skupině.

### **Historie poruch příjmu potravy**

Historické prameny se zmiňují o odmítání jídla, taktéž se věnují i přejídání. Hltání bylo snad nejvíce časté mezi vrchní společenskou vrstvou. I mezi sedmi smrtelnými hříchy světa se vedle lakoty, pýchy, lenosti, smilstva, závisti a msty objevilo obžerství.

Navrátilová a kol. (2000) uvádí některé klíčové momenty v historii PPP:

- 2. stol.: Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie;
- 12.- 15. stol.: ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašují se za svěťice, sebetřýzněním odčiňují své hříchy a osvobozují duši;
- 16. stol.: tzv. anorektické svěťice jsou prohlašovány za „posedlé ďáblem“ a jsou pronásledovány církví; arogance pŕstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání;
- 1694: britský lékař Richard Morton poprvé definuje pojem *mentální anorexie*;
- 1873: Charles Lasague definuje symptomatickou triádu *anorexie – amenorea – vyhublost*;
- 1874: William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii;
- 1883: Gilles de la Tourette rozlišuje *primární* a *sekundární (psychogenní) anorexii*;
- 1884: Janet diferencuje psychastenicou a hysterickou formu mentální anorexie;
- 1890: spisovatelka H. B. Stoarová kritizuje společnost, která považuje normálně urostlou ženu za „monstrum“;

- 1908: P. Poiret (pařížský módní návrhář) poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu, poprvé v historii je tělo pod šaty vidět;
- 1917: Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín *kalorie*, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety;
- 1930: přibývá výskytu mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety;
- 1950: Dr. Keys zveřejnil svou práci o důsledcích polohladovění – neurózy z hladovění;
- 1962: Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, PPP se často vyskytují u modelek, baletek, v New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením;
- 1967: Twiggy se objevuje na titulní straně módního časopisu Vogue – váží 41 kg, měří 170 cm;
- 1970: S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže Miss Amerika vyhrávají dívky, které jsou stále štíhlejší;
- 1979: G. Russel zavádí termín bulimia nervosa, vznikají první speciální zařízení pro léčbu PPP;
- 1980: jsou vymezena moderní diagnostická kritéria *mentální anorexie* a *mentální bulimie*;
- 1983: R.C. Casper poukazuje na rostoucí riziko obezity a PPP – snahu žen zachovat si štíhlost;
- 1986: až 80 % desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety, Garner a Garfinkel předpokládají multifaktoriální etiologii PPP a poukazují na podobnost mezi mentální anorexií a mentální bulimií;
- 1987: WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace; Pyle, Katzman, Pope popisují nápadný až epidemický růst výskytu PPP;
- 1990 až dosud: tvorba a aplikace preventivních a podpůrných programů k řešení PPP, veřejnost je nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti a drastických dietních opatření.

## **Materiál a metodika**

Během zimního období r. 2006 bylo osloveno 233 žáků 6. a 9. tříd 5 náhodně vybraných základních škol v Brně. Výzkum se týkal informovanosti o problematice PPP a byl realizován pomocí anonymního dotazníkového šetření. Použitý dotazník obsahoval celkem 21 položek, z toho 8 s uzavřenou, 10 s polouzavřenou a 3 s otevřenou volbou odpovědí.

Druhý stupeň základní školy byl vybrán proto, že je na něm možno masivnější výskyt PPP již reálně pozorovat. Ve studii šlo o zjištění stavu vědomostí žáků o PPP, srovnání jejich znalostí a postojů dle pohlaví a věku dětí, zmapování informačních potřeb žáků a škol o dalším vzdělávání se v problematice PPP.

Sebraná data byla převedena do elektronické podoby pomocí formulářů generovaných programem EpiInfo, v. 6.04cz (Dean a kol., 1994). Statistické zpracování bylo provedeno pomocí metody ANOVA a x2 testu v programech EpiInfo, modulu Analysis (Dean a kol., 1994) a programu Statistica for Windows, v. 6cz (StatSoft Inc., 2001).

Podrobnější charakteristiku sledovaného souboru podává tabulka 1.

Tabulka 1: Struktura sledovaného souboru, dotazovaného na PPP

Škola v Brně	Počet dívek		Počet hochů		Celkem
	6. třída	9. třída	6. třída	9. třída	
Bohunice	8	6	13	13	40
Jihomoravské náměstí	11	6	19	14	50
Chalabalova	14	9	14	9	46
Bosonožská	12	17	7	20	56
Křídlovická	11	7	9	14	41
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>45</b>	<b>62</b>	<b>70</b>	<b>233</b>

## Výsledky výzkumu

Výsledky jsou prezentovány tabulkovou a grafickou formou doprovázenou stručným komentářem. U vybraných znaků, kde byla nalezena statistická významnost mezi skupinami, jsou znázorněny hvězdičky (\*). Jedna hvězdička (\*) znamená hladinu statistické významnosti lepší než 5 % ( $p < 0,05$ ), dvě (\*\*) hladinu statistické významnosti lepší než 1 % ( $p < 0,01$ ) a tři (\*\*\*) hladinu statistické významnosti lepší než 0,1 % ( $p < 0,001$ ).

Tabulka 2: Přehled odpovědí na otázku *Jsi spokojen/á s tím, jak vypadáš?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano velice	1,0	10,6	5,9	7,0
Ano	17,8	36,4	26,3	30,4
Ano, ale něco bych na sobě změnil/a	65,4	47,0	55,9	53,9
Nejsem spokojen/á	15,8	6,0	11,9	8,7

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p = 0,00002504$ ,  $\chi^2$ ).

Řada děvčat neakceptuje svůj vzhled a touží jej alespoň částečně změnit.

Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl nalezen ( $p = 0,786$ ,  $\chi^2$ ).

Tabulka 3: Přehled odpovědí na otázku *Kdybys na sobě mohl/a něco změnit, co by to bylo?* Uvedeny jen pozitivní odpovědi.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Něco na svém vzhledu	72,3	34,8	55,1	47,0
Nějakou svou vlastnost	62,4	31,8	53,4	36,5

Rozdíl mezi pohlavími v otázce změny vzhledu byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p=0,00000003$ ,  $\chi^2$ ), v otázce změny vlastností též ( $p=0,00000640$ ,  $\chi^2$ ). Děvčata mají touhu změnit svůj zevnějšek i některou svou vlastnost výrazně více než hoši.

Rozdíl mezi třídami v otázce změny vzhledu nebyl statisticky významný ( $p=0,267$ ,  $\chi^2$ ), v otázce změny vlastností však ano, a to na hladině 5 % ( $p=0,0141$ ,  $\chi^2$ ). Žáci v šestých třídách jsou v nadpoloviční většině nespokojeni se svými vlastnostmi, naopak v devátých třídách by si jich téměř 64% své vlastnosti ponechalo.

Tabulka 4: Přehled odpovědí na otázku *Posuzuješ Ty ostatní podle vzhledu?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano	24,8	40,2	28,0	39,1
Ne	75,2	59,8	72,0	60,9

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 5 % ( $p=0,0198$ ,  $\chi^2$ ). U děvčat i u hochů převažovala odpověď ne. Z tabulky vyplývá, že nadpoloviční většina dotazovaných žáků ostatní lidi podle vzhledu neposuzuje. Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán ( $p=0,0956$ ,  $\chi^2$ ).

Tabulka 5: Přehled odpovědí na otázku *Nejdůležitějším pro mě je...?*

Uvedeny jen odpovědi, klasifikované jako velmi důležité (1) a důležité (2) na škále 1-5

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Být krásný/á	12,9	8,4	12,7	7,8
Být zdravý/á	86,2	78,8	79,6	84,3
Být fyzicky zdatný/á (vynikat ve sportu)	7,9	16,6	15,3	10,5
Být úspěšný/á ve škole, později v zaměstnání	24,7	34,9	31,3	29,6
Mít rodinu a dobré kamarády a moci se na ně spolehnout	74,3	68,1	66,9	74,8

Statisticky významný rozdíl mezi pohlavími byl nalezen na hladině 5 % pouze v otázce fyzické zdatnosti ( $p=0,0274$ ,  $\chi^2$ ). Kromě toho lze shrnout, že pro děvčata je nejdůležitější mít okruh blízkých osob a moci se na ně spolehnout, naopak pro chlapce být úspěšný ve škole a později v zaměstnání, i když rozdíly v těchto položkách nedosahují statistické významnosti. Rozdíly mezi třídami nebyly sledovány jako statisticky významné u žádného bodu otázky.

Tabulka 6: Přehled odpovědí na otázku *Znáš pojem "BMI (Body Mass Index)"?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	33,0	13,7	4,3	40,4
Ne	67,0	86,3	95,7	59,6

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p= 0,000848$ ,  $\chi^2$ ). Pojem "BMI" neznají dvě třetiny děvčat a více než tři čtvrtiny hochů. Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p= 0000000001$ ,  $\chi^2$ ). Znalosti pojmu "BMI" se rapidně zlepšují u starších dětí.

Tabulka 7: Přehled odpovědí na otázku *Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=115
Ano	68,3	51,9	47,9	70,4
Ne	31,7	48,1	52,1	29,6

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 5 % ( $p= 0,0171$ ,  $\chi^2$ ). Dvě třetiny dívek o PPP slyšely, u hochů polovina.

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p= 0,000773$ ,  $\chi^2$ ).

V devátých třídách se tři čtvrtiny žáků s pojmem PPP už setkali, kdežto v šestých třídách polovina ještě ne.

Tabulka 8: Přehled odpovědí na otázku *Znáš pojmy "mentální anorexie, mentální bulimie"?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano	83,2	65,2	59,3	87,0
Ne	16,8	34,8	40,7	13,0

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 1 % ( $p= 0,00351$ ,  $\chi^2$ ). Je zajímavé, že přibližně polovina hochů na otázku, zda zná PPP odpověděla, že ne (viz tab. 7). Přesto pojmy "mentální anorexie" a "mentální bulimie" jsou známy 65 % hochů. Jen méně než pětina děvčat uvedené pojmy nezná.

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p= 0,00000421$ ,  $\chi^2$ ).

Téměř v 90 % žáci devátých tříd oba pojmy znají, v nadpoloviční většině též žáci šestých tříd.

Tabulka 9: Přehled odpovědí na otázku *Odkud se dozvídáš o poruchách příjmu potravy?*

U položek uvedeny jen kladné odpovědi.



Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=132	6. třída N=117	9. třída N=114
Z knih	29,0	26,0	30,8	23,7
Z časopisů	77,0	46,6	53,4	66,4
Ve škole	51,0	50,8	42,4	59,6
Od kamarádů	38,0	25,0	22,0	39,5
Od rodiny	39,0	34,1	33,1	39,5
Z televize	76,0	73,5	66,9	82,3
Odjinud (internet, lékař, veřejnost)	13,0	11,5	9,5	14,9

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p=0,00000568$ ,  $\chi^2$ ) v položce "Z časopisů", na hladině 5 % ( $p=0,0473$ ,  $\chi^2$ ) v položce "Od kamarádů". Většina děvčat odpověděla, že se o problematice PPP dozvídá z časopisů, kdežto nadpoloviční většina hochů nikoli. Kontaktům s kamarády a získávání informací od nich dávají více přednost děvčata.

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 5 % ( $p=0,0448$ ,  $\chi^2$ ) u položky "Z časopisů", na hladině 5 % ( $p=0,0124$ ,  $\chi^2$ ), škola u položky "Ve škole", na hladině 1 % ( $p=0,00616$ ,  $\chi^2$ ) u položky "Od kamarádů", na hladině 5 % ( $p=0,0116$ ,  $\chi^2$ ) u položky "Z televize". Nadpoloviční většina žáků v šestých i v devátých třídách se o problematice poruch příjmu potravy dozvídá z časopisů. U starších dětí vzrůstá důležitost školy a vrstevníků jako informačních zdrojů. Významně posiluje vzdělávací role televize.

Tabulka 10: Přehled odpovědí na otázku *Jsi ve škole o problematice poruch příjmu potravy dostatečně informován/a?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=94	hoši N=108	6. třída N=101	9. třída N=101
Ano	38,3	28,7	13,9	52,5
Ne	61,7	71,3	86,1	47,5

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p=0,00000001$ ,  $\chi^2$ ), rozdíl mezi pohlavími nikoli. Více než tři čtvrtiny žáků šestých tříd se o poruchách příjmu potravy ve škole nedozvídají, u žáků devátých tříd jde přibližně o polovinu respondentů.

Tabulka 11: Přehled odpovědí na otázku *Uvítal/a bys ve škole přednášky o problematice poruch příjmu potravy?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=96	hoši N=104	6. třída N=101	9. třída N=99
Ano	67,7	42,3	53,5	55,6

Ne	32,3	57,7	46,5	44,4
----	------	------	------	------

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p=0,000537$ ,  $\chi^2$ ). Děvčata by se ráda o problematice PPP dozvěděla více, kdežto chlapci jeví menší zájem. Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán.

Tabulka 12: Přehled odpovědí na otázku *Setkal/a ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=99	hoši N=132	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	44,4	20,5	26,5	35,1
Ne	55,6	79,5	73,5	64,9

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ( $p=0,000165$ ,  $\chi^2$ ). Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán. Většina dotazovaných se s pacientem trpícím poruchou příjmu potravy nesešla.

Tabulka 13: Přehled odpovědí na otázku *Jaký by jsi zvolil/a způsob pomoci při podezření na poruchy příjmu potravy u spolužáka/spolužačky?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=130	6. třída N=116	9. třída N=114
Zavolat do krizového centra pro PPP	35,0	36,2	37,9	33,3
Poradit se s učitelem	16,0	24,6	21,6	20,2
Poradit se doma	35,0	27,7	33,6	28,1
Jiný nápad (lékař, rozhovor, ...)	14,0	11,5	6,9	18,4

Statisticky významné rozdíly mezi pohlavími nebyly nalezeny, mezi třídami též ne až na možnost "Jiný nápad", a to na 1 % hladině ( $p=0,00848$ ,  $\chi^2$ ). Starší děti by si troufily optat se zdravotníka, nebo by se pokusily o rozhovor s nemocnou osobou.

Tabulka 14: Přehled odpovědí na otázku *Co si myslíš, že je příčinou vzniku poruch příjmu potravy?* U položek uvedeny jen kladné odpovědi.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Povahové vlastnosti nemocného	51,0	64,1	56,4	60,5
Špatné vztahy s okolím	66,0	48,1	54,7	57,0

Problémy ve škole	53,0	38,9	43,6	46,5
Problémy doma	57,0	36,6	42,7	48,2
Jiné příčiny (mýtus krásy, nemoc...)	25,0	16,8	20,5	20,2

Rozdíl mezi pohlavími u možnosti "Povahové vlastnosti nemocného" byl statisticky významný na hladině 5 % ( $p=0,0454$ ,  $\chi^2$ ), u možnosti "Špatné vztahy s okolím" na hladině 1 % ( $p=0,00982$ ,  $\chi^2$ ), u možnosti "Problémy ve škole" na hladině 5 % ( $p=0,0459$ ,  $\chi^2$ ) a u možnosti "Problémy doma" na hladině 1 % ( $p=0,00322$ ,  $\chi^2$ ).

Prakticky polovina dotázaných dívek míní, že povahové vlastnosti nehrají jako příčina PPP roli, u chlapců tento vliv uznává 64 %. Děvčata kladou silnější důraz na špatné vztahy s okolím, problémy ve škole a doma oproti hochům.

Mezi třídami nebyly žádné významné rozdíly v odpovědích zaznamenány.

Tabulka 15: Přehled odpovědí na otázku *Jaké si myslíš, že může mít mentální anorexie následky?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Žádné	2,0	3,1	4,2	0,9
Lehké poškození zdraví	17,0	17,6	19,7	14,9
Závažné poškození zdraví	35,0	38,8	37,6	36,8
Úmrtí	46,0	40,5	38,5	47,4

Tabulka 16: Přehled odpovědí na otázku *Jaké si myslíš, že může mít mentální bulimie následky?*

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=98	hoši N=129	6. třída N=113	9. třída N=114
Žádné	2,0	3,9	4,4	1,8
Lehké poškození zdraví	16,3	24,0	23,9	17,5
Závažné poškození zdraví	56,1	46,5	47,8	53,5
Úmrtí	25,6	25,6	23,9	27,2

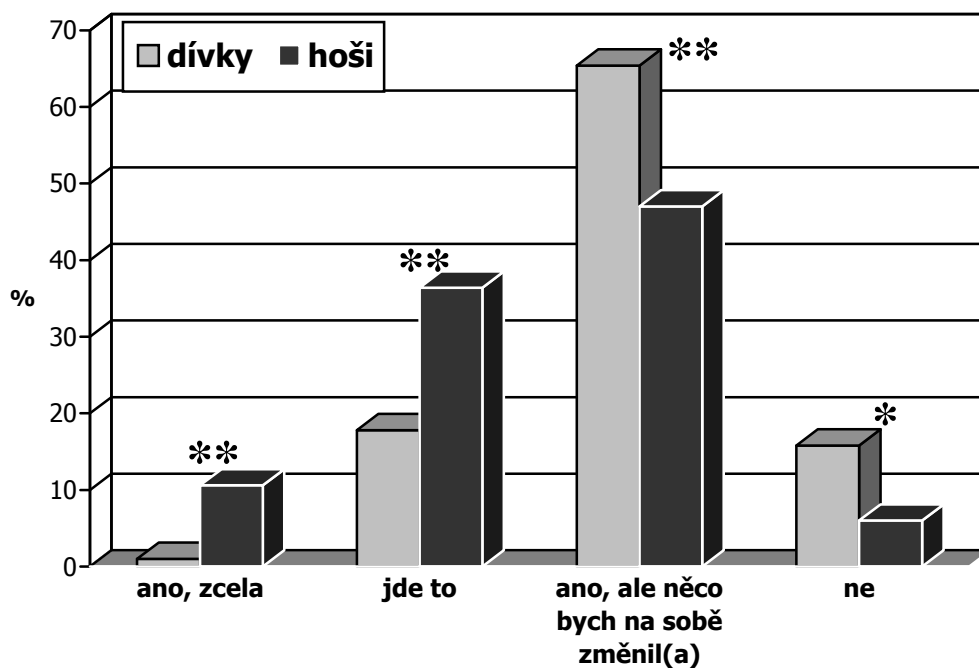
Pětina děvčat a čtvrtina hochů zdravotní následky PPP podceňuje, podobně čtvrtina žáků 6. tříd a pětina žáků 9. tříd. Statisticky významné rozdíly mezi odpověďmi však nebyly zaznamenány.

Tabulka 17: Přehled odpovědí na otázku *Myslíš si, že vzniku mentální anorexie a mentální bulimie přispívají časopisy či televize?*

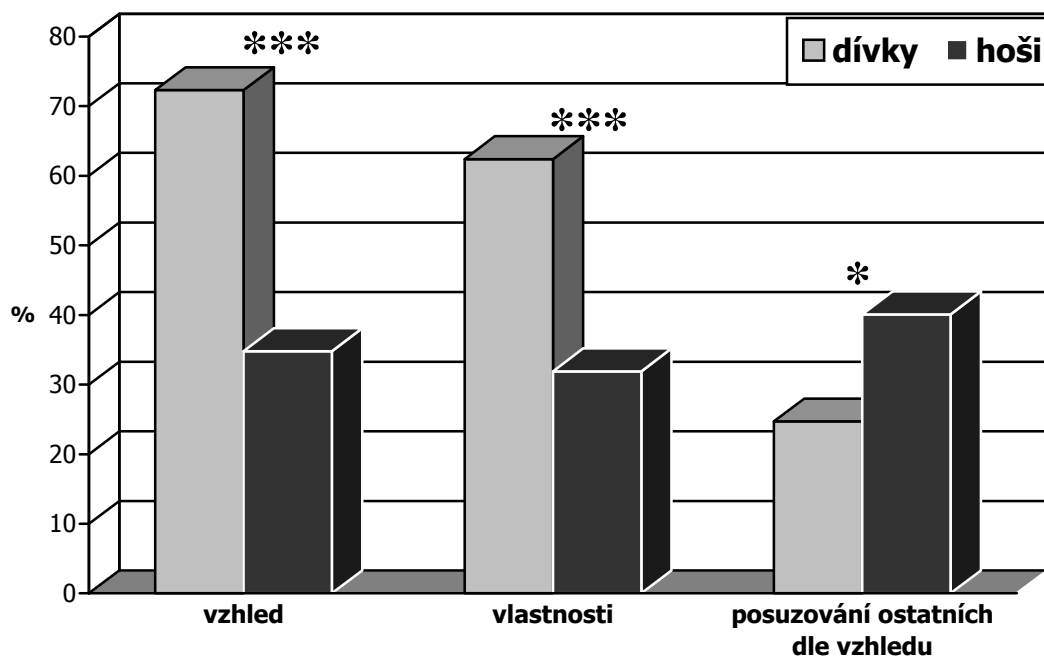
Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	74,0	53,4	59,0	65,8
Ne	26,0	46,6	41,0	34,2

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 1 % ( $p = 0,00222$ ,  $\chi^2$ ). Tři čtvrtiny děvčat si myslí, že média se na vzniku PPP podílejí, u chlapců si totéž myslí polovina. Nebyly zaznamenány významné změny názoru dle věku.

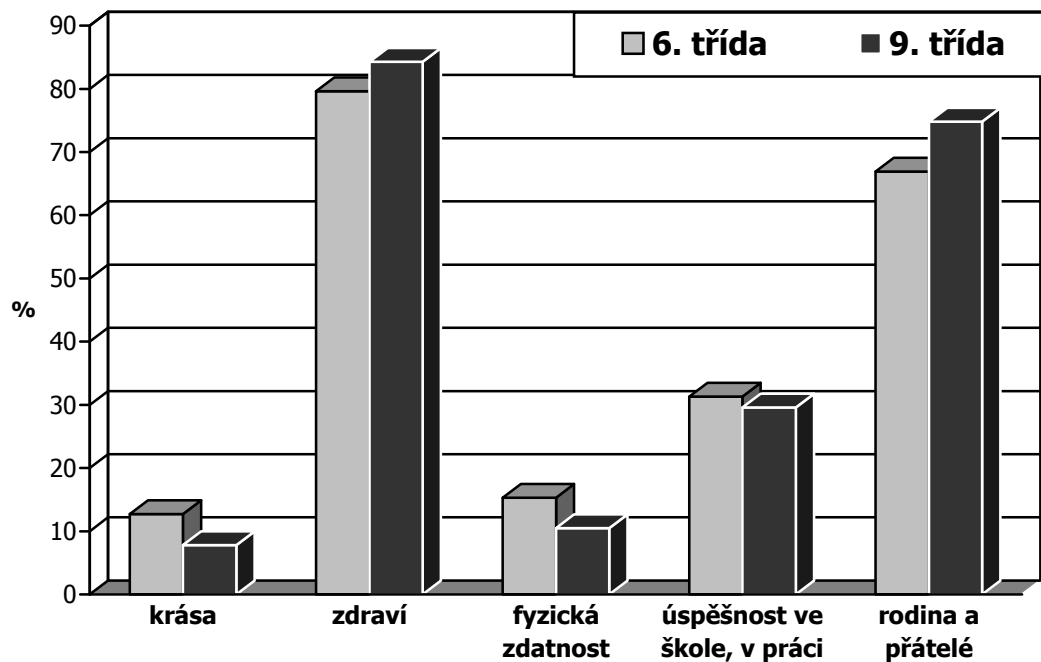
Graf 1: Spokojenost s vlastním vzhledem dle pohlaví



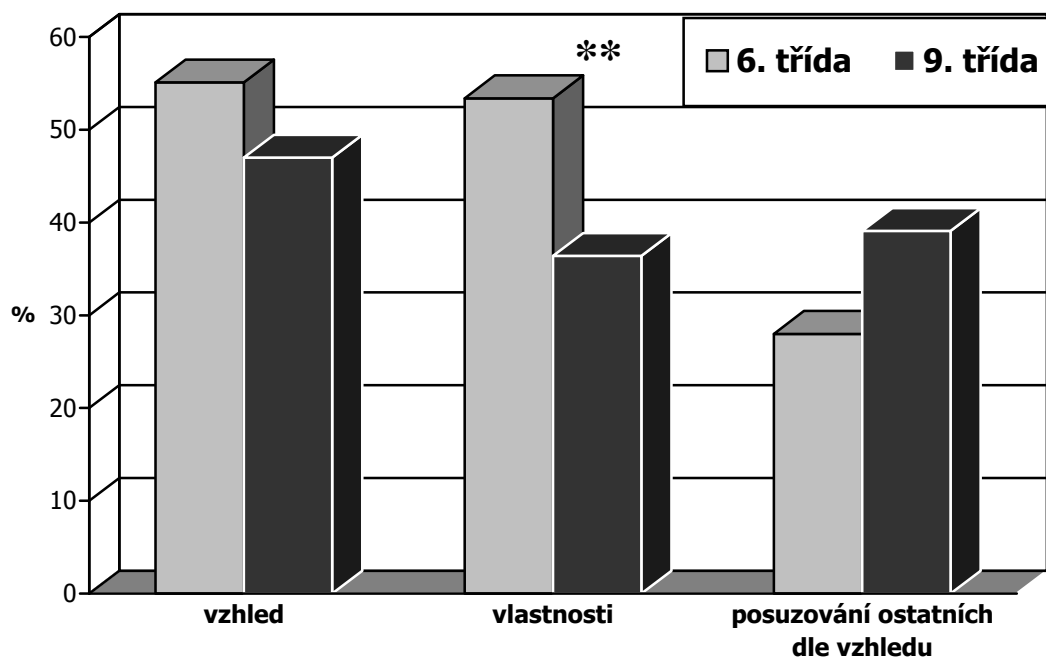
Graf 2: Možnost změny na sobě dle pohlaví



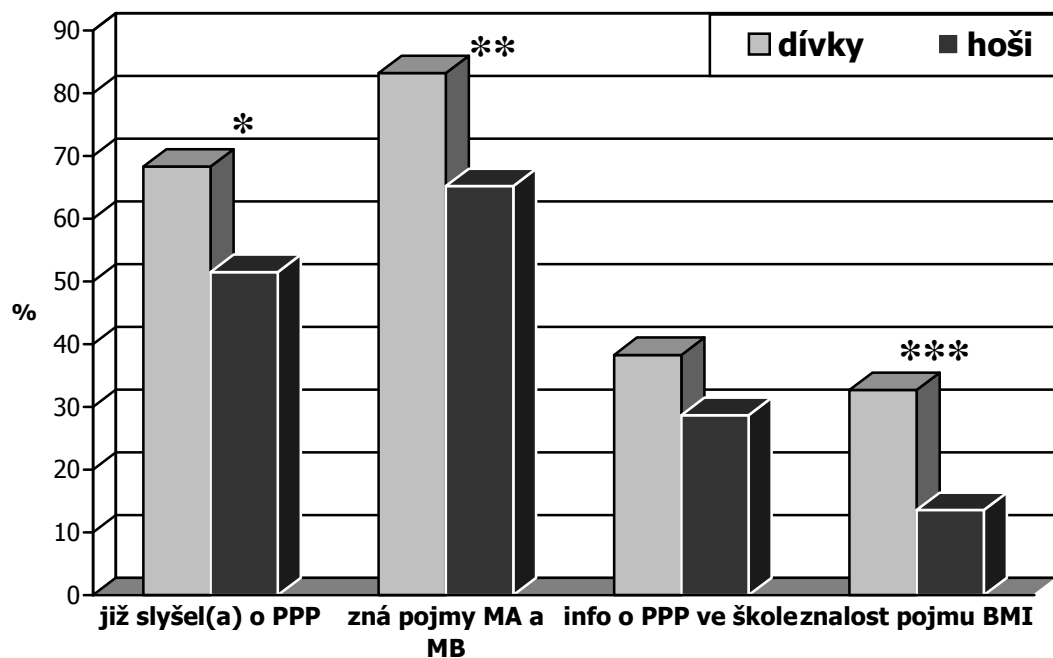
Graf 3: Důležité životní hodnoty dle věku



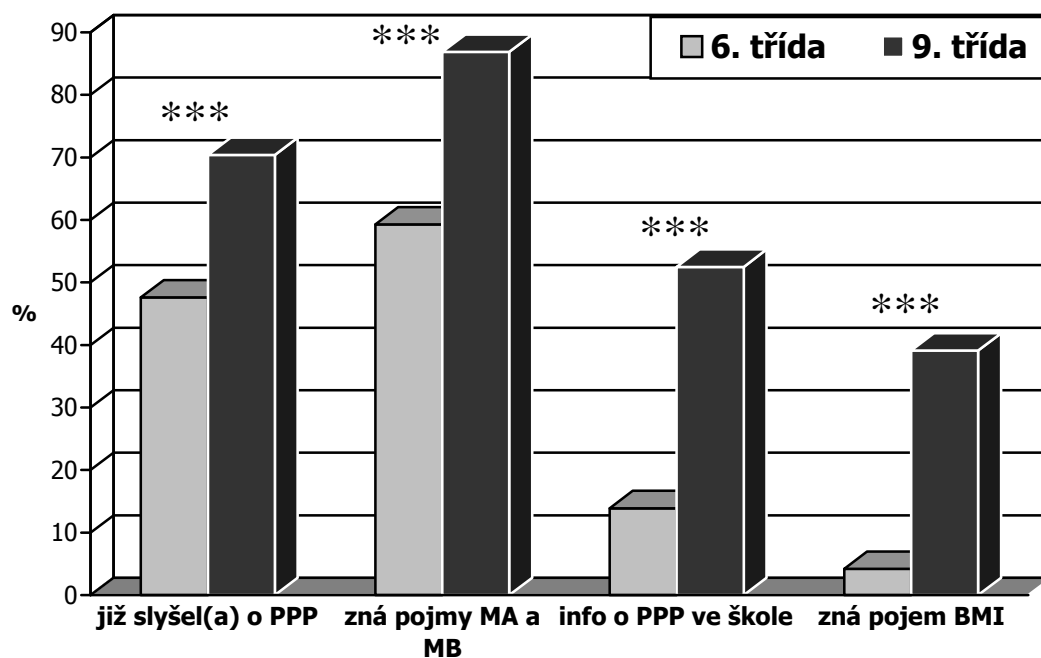
Graf 4: Možnost změny na sobě dle věku



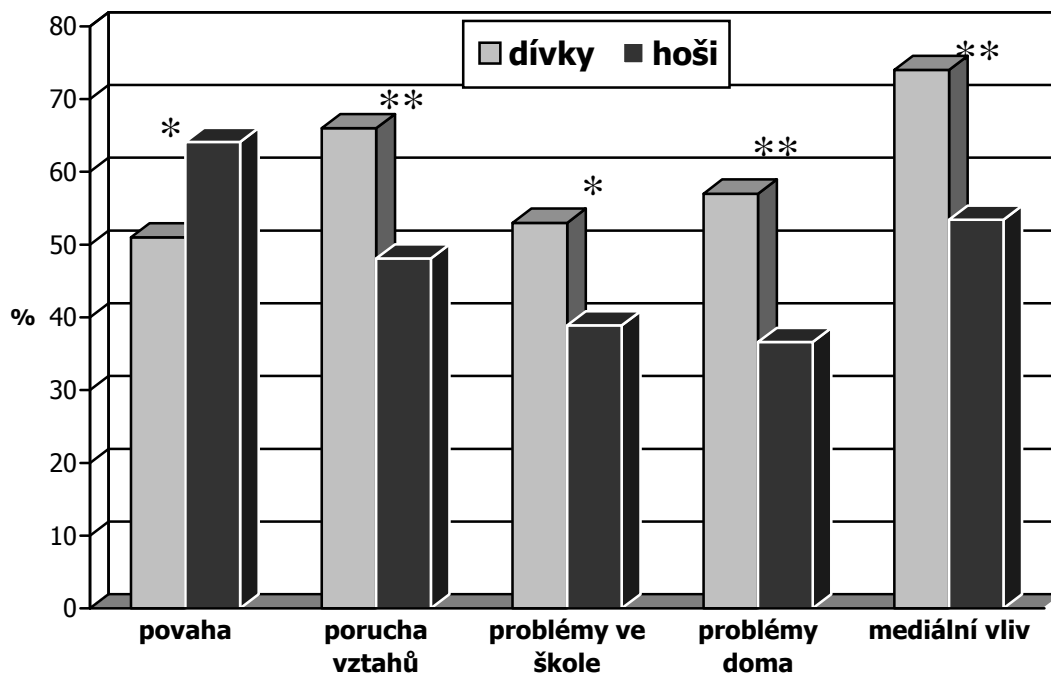
Graf 5: Informovanost a znalost pojmů dle pohlaví



Graf 6: Informovanost a znalost pojmů dle věku



Graf 7: Příčiny vzniku PPP dle pohlaví



## Diskuse

S výsledky a závěry tohoto výzkumu je třeba zacházet obezřetně, jde o pilotní sondu do názorů dětí na druhém stupni ZŠ ve velkém sídle a jeho okolí. Problém by si zasloužil reprezentativní multicentrické šetření.

PPP jsou v osnovách základních škol zahrnuty jen okrajově. Informovanost žáků o PPP je nízká, zvláště v šestých třídách. Zájem pedagogů o rozšíření výuky formou přednášek nebo diskusí na školách kolísá podle jejich odborného zaměření. Více ochoty věnovat se tématu PPP prokázali učitelé přírodovědných a společenských předmětů.

Je zajímavé, možná i zarážející, že si žáci nedávali do souvislostí pojem "poruchy příjmu potravy" a pojmy "mentální anorexie" a "mentální bulimie", což platilo jak při hodnocení odpovědí dle pohlaví, tak i dle věku.

Přibližně polovina žáků jeví vlažný či prakticky žádný zájem dozvědět se něco nového o oblasti PPP. Bylo by potřebné důrazněji oslovit děti již na předělu prvního a druhého stupně ZŠ, neboť již zde se PPP reálně vyskytují, event. se s nimi žáci setkávají ve své rodině a okolí.

Zanedbatelný není ani vliv veřejných sdělovacích prostředků. Honba za ideálem krásy, prezentace různých prostředků na hubnutí (diety, potraviny a potravinové doplňky, léky, kondiční pobyty) může mít na chování dětí a mládeže škodlivý vliv bez náležité přípravy na takovou mediální "masáž". Rovněž soutěže krásy a glorifikace "vyzábělých" modelek nebo bohatě „osvalených“ sportovců svádějí k nápodobě, zkratkovitosti a značnému zjednodušování v dětském uvažování, jednání a životním stylu.

Hodnotový žebříček rodiny, tlak trhu a konzumních mechanismů, orientace společnosti na úspěch a výkon vytvářejí závažné neurotizující momenty již od útlého věku. Děti by měly být brzy osloveny v okruhu vlastní rodiny a později ve škole nespecifickou prevencí, později (na přechodu z prvního do druhého stupně ZŠ) zaměřenou již specificky na PPP a jiné typy sociálních patologií.

Nerespektování zásad zdravého životního stylu může napáchat značné a někdy i nenapravitelné škody ve vývoji a růstu dětského organismu, nepříznivě zasáhnout do celostního pojetí zdraví.

Dospělí mají možnost volby, mohou si vybrat vlastní způsob chování a jednání na základě dosažitelných a zpracovaných informací a zkušeností. Dítěti se těchto zdrojů nedostává v potřebné míře, je mnohem více náchylné k ovlivňování, kopíruje dospělé. Ne vše ze světa dospělých je však pro ně vhodné a dobré, proto si zaslouhuje naši ochranu, výchovu a péči.

## Závěry

- hoši jsou významně častěji spokojeni se svým vzhledem oproti dívkám, mezi mladšími a staršími dětmi rozdíly nebyly nepozorovány;
- mezi životními hodnotami nejsou významné rozdíly ani dle pohlaví (s výjimkou fyzické zdatnosti), ani dle věku dětí;
- dívky a mladší žáci silněji touží po změně svého vzhledu a vlastností, hoši a starší žáci upřednostňují hodnocení ostatních dle vzhledu;
- dívky a starší děti znají problematiku a terminologii PPP podstatně lépe, informovanost o PPP v 6. třídě ZŠ je nízká, podstatně se zlepšuje až v 9. třídě ZŠ;
- dívky mají lepší představu o příčinách PPP, méně připouštějí roli povahových vlastností nemocného; vliv stárí dětí nebyl zaznamenán;



- děvčata a starší žáci mají zájem o podrobnější informace o PPP ve škole formou přednášek, besed, diskusí s odborníky...;
- děti vnímají zdravotní rizika mentální anorexie a bulimie, nebyly však nalezeny zásadní rozdíly ani dle pohlaví, ani dle věku (děvčata a starší děti poněkud výrazněji);
- z možností pomoci by děti nejčastěji vybraly kontakt centra pro řešení PPP, dále by doporučily poradu doma a poradu s učitelem, u děvčat a mladších dětí převažovalo svěření se doma, u hochů rozhovor s pedagogem;
- informovanost o PPP ve škole je nízká (zvláště v 6. třídě), bude potřebná optimalizace obsahu a forem předávaných poznatků (úměrná věku a zájmu dětí, skladbě předmětů...);
- v současnosti jsou PPP začleněny do osnov jen okrajově, bude nutné posílení znalostí a zájmu pedagogů o PPP.

## **Dedikace**

*Tento výzkum přímo souvisí s náplní výzkumného záměru pedagogické fakulty MU na období 2005-2010 "Škola a zdraví pro 21. století", identifikační číslo MSM0021622421, vedoucího řešitele doc. PhDr. Evžena Řehulky, CSc.*

## Literatura

1. DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. 6th ed. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1994, 257 s.
2. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-71696-27-7.
3. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-71785-98-9.
4. KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním?* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 170 s.. ISBN 80-24705-27-3.
5. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-2470-840-X.
6. KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. 1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 s.
7. KRCH, F. D.; RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout: o zhoubných následcích redukčních diet vypravují ti, které diety dovedly až k poruchám příjmu potravy (mentální anorexii a bulimii) nebo jen "oběti" redukčních diet*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. 91 s. ISBN 80-85872-86-2.
8. MALONEY, M.; KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-71062-48-0.
9. NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. 152 s. ISBN 80-85912-33-3.
10. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
11. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
12. STATSOFT Inc. *STATISTICA for Windows (Data Analysis Software System)*. Version 6. Tulsa: StatSoft Inc., 2001, <<http://www.statsoft.com>>.

***Kontakt na autory:***

---

**MUDr. Petr KACHLÍK, Ph.D.**

Katedra speciální pedagogiky

Pedagogická fakulta MU

Poříčí 9/11

603 00 Brno

E-mail: [petr@med.muni.cz](mailto:petr@med.muni.cz),  
[kachlik@ped.muni.cz](mailto:kachlik@ped.muni.cz)

Tel.: 549 494 886

Fax: 549 491 620

**Doc. MUDr. Marie HAVELKOVÁ, CSc.**

Katedra rodinné výchovy

a výchovy ke zdraví

Pedagogická fakulta MU

Poříčí 31

603 00 Brno

E-mail: [havelkova@ped.muni.cz](mailto:havelkova@ped.muni.cz),

Tel.: 549 491 111

Fax: 549 491 620

**Lenka PROCHÁZKOVÁ**

Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví

Pedagogická fakulta MU

Poříčí 31

603 00 Brno

E-mail: [Prochajda@centrum.cz](mailto:Prochajda@centrum.cz),

Tel.: 776 640 100

Fax: 549 491 620