

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2013–2015**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Ivana Novodárská**

**Poruchy příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD / ADD a SPU**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:  
Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER COMBINED STUDIES

2013-2015

**DIPLOMA THESIS**

**Ivana Novodárská**

**Eating disorders at pupils with disabilities, ADHD / ADD and SLD**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne: 24. 2. 2015

Jméno autorky:

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Janě Tomanové, Ph.D. za odborné rady, cenné podněty, spolupráci a trpělivost při vedení mé diplomové práce.

## **Anotace**

Diplomová práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD/ADD a SPU. Hlavním cílem práce bylo formou dotazníkového šetření zjistit a vyhodnotit povědomí pedagogů o problematice PPP ve vztahu k postižení a provést rozbor výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD/ADD a SPU na školách. V teoretické části jsou zpracovány a vysvětleny dostupné teoretické poznatky týkající se dané problematiky. Praktická část práce shrnuje a hodnotí výsledky dotazníkového šetření.

## **Klíčová slova**

Etiologie, komorbidita, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, specifické poruchy učení, syndrom ADD, syndrom ADHD

## **Annotation**

The dissertation deals with eating disorders at pupils with disabilities, ADHD/ADD and specific learning disorders (SLD). The main objective was to find out and evaluate, with the help of a questionnaire survey, the teachers' awareness of eating disorders in relation with disabilities and to carry out the incidence analysis of eating disorders at pupils with disabilities, ADHD/ADD and specific learning disorders (SLD) in schools. In the theoretical part, accessible theoretical knowledge on the given issues is worked out and explained. The practical part summarizes and evaluates the outcomes of the questionnaire survey.

## **Key words**

Anorexia nervosa, attention deficit disorder (ADD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), bulimia nervosa, comorbidity, eating disorders, specific learning disorders (SLD), etiology

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>10</b>
1.1 Klasifikace a symptomatologie.....	10
1.2 Mentální anorexie .....	11
1.2.1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa.....	11
1.2.2 Diagnostická kritéria DSM 5 .....	12
1.3 Mentální bulimie .....	12
1.3.1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa .....	12
1.3.2 Diagnostická kritéria DSM 5 .....	13
1.4 Syndrom nočního přejídání .....	14
1.5 Psychogenní přejídání .....	14
1.5.1 Diagnostická kritéria DSM 5 pro psychogenní přejídání .....	14
1.5.2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro psychogenní přejídání .....	15
1.6 Etiologie poruch příjmu potravy.....	16
1.6.1 Biologické faktory poruch příjmu potravy .....	17
1.6.2 Osobnost a psychologické faktory poruch příjmu potravy .....	18
1.6.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory .....	18
1.6.4 Emocionální faktory .....	19
1.6.5 Sociokulturní faktory .....	19
1.6.6 Životní události .....	20
1.7 Diagnostika a terapie mentální anorexie.....	20
1.7.1 Ambulantní terapie .....	21
1.7.2 Hospitalizace .....	21
1.7.3 Alternativní formy terapie .....	21
1.8 Diagnostika a terapie mentální bulimie .....	22
<b>2 SYNDROM ADHD – ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....</b>	<b>24</b>
Klasifikace MKN-10 .....	24
2.1 Terminologické vymezení .....	24
2.2 Symptomy syndromu ADHD.....	25
2.3 Etiologie syndromu ADHD.....	26
2.4 Léčba a péče o děti se syndromem ADHD .....	27
<b>3 SYNDROM ADD - ATTENTION DEFICIT DISORDERS.....</b>	<b>28</b>
3.1 Klasifikace MKN-10.....	28
3.2 Symptomy syndromu ADD.....	28
3.3 Etiologie syndromu ADD .....	28

3.4 Léčba a péče o děti se syndromem ADD .....	29
<b>4 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ.....</b>	<b>30</b>
4.1 Klasifikace MKN-10.....	30
4.2 Symptomy specifických poruch učení .....	31
4.2.1 Dyslexie – specifická porucha čtení.....	31
4.2.2 Dysgrafie – specifická porucha psaní .....	32
4.2.3 Dysortografie – specifická porucha pravopisu .....	32
4.2.4 Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností.....	33
4.2.5 Dyspinxie – specifická porucha kreslení .....	33
4.2.6 Dymúzie – specifická porucha vnímání a reprodukce hudby .....	33
4.2.7 Dyspraxie – specifická porucha obratnosti .....	34
4.3 Etiologie vzniku specifických poruch učení .....	34
4.4 Léčba SPU .....	35
<b>5 VZTAH PPP A ADHD.....</b>	<b>36</b>
5.1 Poruchy příjmu potravy a ADHD .....	36
5.2 Komorbidity u poruch příjmu potravy .....	36
5.3 Prevence a terapie .....	38
5.4 ADHD a PPP a impulzivita .....	38
5.5 Zahraniční zkušenosti .....	38
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>41</b>
6.1 Cíle výzkumu .....	41
6.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	41
6.3 Metody výzkumu .....	44
6.4 Dotazník 1 .....	46
6.4.1 Hypotézy .....	46
6.4.2 Interpretace výsledků .....	47
6.5 Shrnutí závěrů výzkumu .....	68
6.6 Dotazník 2 .....	70
6.6.1 Hypotézy .....	70
6.6.2 Shrnutí dotazníku EAT 26 .....	77
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK.....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>88</b>



## ÚVOD

Předložená diplomová práce se zabývá poruchami příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD/ADD a SPU. Toto téma jsem zvolila s ohledem na skutečnost, že poruchy příjmu potravy patří mezi častá a závažná onemocnění dospívajících a mladých lidí v naší společnosti. Poruchy příjmu potravy je souhrnné označení pro psychická onemocnění charakterizovaná narušením normálního způsobu příjmu potravy. Postihují častěji dívky a ženy, ale nevyhýbají se ani chlapcům a mužům.

Poruchy příjmu potravy jsou dnes chápány jako kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnějších forem, mentální anorexie a mentální bulimie, po psychogenní přejídání a syndrom nočního přejídání vedoucí často k obezitě.

Poruchy příjmu potravy působí dlouhodobé obtíže nejen samotným pacientkám, ale i jejich rodinám, přátelům a v neposlední řadě i jejich učitelům a spolužákům. Přestože se jedná o velmi vážné onemocnění, které může končit i smrtí, jsou poruchy příjmu potravy ve svých počátcích často podceňovány.

Značná část pacientek s poruchou příjmu potravy trpí dalším psychiatrickým onemocněním. V posledních dvaceti letech se setkáváme s odbornými pracemi a výzkumy, které referují o komorbiditě s ADHD/ADD a SPU. Zjistilo se, že u dívek, kterým byla v dětství stanovena diagnóza ADHD kombinovaného typu, vzrůstá riziko vzniku jídelní patologie. Dalším zjištěním bylo, že zvýšená impulzivita v dětství nejlépe predikuje, ve srovnání s nepozorností a hyperaktivitou, výskyt jídelní patologie v dospívání.

V souvislosti se zvoleným tématem byl proveden průzkum povědomí pedagogů o problematice poruch příjmu potravy ve vztahu k postižení ADHD/ADD a SPU a proveden rozbor výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD/ADD a SPU u žáků na školách.

Průzkum byl realizován formou dotazníků.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

### 1.1 Klasifikace a symptomatologie

Porucha příjmu potravy má dvě průběhové varianty, mentální anorexii a mentální bulimii, které se mohou v klinickém obrazu objevovat střídavě, mohou přecházet jedna v druhou a mohou se vyskytovat příznaky obou variant i současně. Do poruch příjmu potravy je podle soudobé klasifikace kromě mentální anorexie a mentální bulimie řazeno přejídání (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), zvracení (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), pika u dospělých osob, ztráta chuti k jídlu (Smolík, 1996). Někteří autoři uvažují i o zařazení nočního přejídání (NES – Night Eating Syndrome) do této kategorie poruch, podobně jako ještě jiné poruchy, ale tato problematika dosud není jednoznačně vyřešena a po stránce klasifikačního hodnocení není uzavřena (Faltus, 2007).

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou diagnostikovány u nás podle MKN-10 (F50.0 – F50.9). Tvoří spektrum psychiatrických onemocnění, do kterého patří mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání a další poruchy. Diagnostické skupiny tvoří obavy z tloušťky, patologický jídelní režim zaměřený na snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Onemocnění je doprovázeno postupným rozvojem psychických, somatických a sociálních následků a patologického jídelního chování. Poškozeny jsou často kognitivní funkce, rozvíjí se afektivní labilita či dlouhodobější změny nálad, ztráty zájmů. Narůstají neřešené problémy v interpersonálních vztazích, často jsou narušeny rodinné vztahy včetně těch, které premorbidně výrazně problematické nebyly.

V roce 2013 vznikla nová klasifikace Americké psychiatrické asociace DSM 5, kde se změnila některá kritéria pro poruchy příjmu potravy. Mohou být užitečná pro pochopení rozvoje poznatků v oblasti poruch příjmu potravy i pro další výzkum (Postgraduální medicína, online, cit. 2014-07-25).

Uvádíme tyto změny ve srovnání s naší diagnostikou MKN-10.

## 1.2 Mentální anorexie

Anorexia nervosa vzniká nejčastěji u dětí a adolescentů kolem 12–13 let a je charakterizována snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a sama udržuje podváhu. Ta může vzniknout i na základě somatického onemocnění a diety původně lékařem doporučené. V DSM 5 je zdůrazněno, že dětství a adolescence jsou kritickou periodou neuronálního a fyzického vývoje. V tomto období to může mít vážnější dopad než v jiném životním období. Proto jsou vývojové aspekty onemocnění v DSM 5 více zohledněny (Postgraduální medicína, online, cit. 2014-07-25).

### 1.2.1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa

1. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
2. Pacient/ka si snižuje váhu sam(a), dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
3. Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.
4. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
5. Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.

### **1.2.2 Diagnostická kritéria DSM 5**

V DSM 5 je anorexia nervosa rozdělena na restriktivní a purgativní typ. Je to důležité především pro stanovení prognózy a posouzení závažnosti somatických následků onemocnění. Jinak diagnostický koncept v DSM 5 zůstal zachován s výjimkou amenorey, která z diagnostických kritérií vymizela. Její vypuštění z diagnostických kritérií bylo dlouho v odborné veřejnosti diskutováno, protože symptom je velmi často „maskován“ při používání hormonální terapie.

Jedinec splňující kritéria A pro mentální anorexii musí mít v DSM 5 závažnou podváhu, u dětí a adolescentů vztahovanou k vývojovému stupni .

U kritéria B je v DSM 5 požadován pro stanovení diagnózy strach z přibrání na váze a perzistující chování s ním spojené. Behaviorální indikátory psychologických rysů poruch příjmu potravy mají být zvažovány i v nepřítomnosti přímého sdělení postiženou osobou. Více je možné použít informace z několika zdrojů (rodiče, škola) k upřesnění jednotlivých symptomů. Tyto změny by měly přispět k dřívější identifikaci problémů a časnější intervenci (Postgraduální medicína, online, cit. 2014-07-25).

Bohužel se v klinické praxi častěji setkáváme se situacemi, kdy onemocnění tají postižení i jejich rodinní příslušníci.

## **1.3 Mentální bulimie**

Z mentální anorexie se často vyvíjí mentální bulimie. Termín bulimia nervosa poprvé oficiálně použil v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel (Papežová, 2010). Obvykle začíná později, kolem 18 let. Vzhledem k jejím charakteristikám (normální hmotnost) může být utajovaná delší dobu.

### **1.3.1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa**

1) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.

2) Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídat.

3) Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

### **1.3.2 Diagnostická kritéria DSM 5**

V DSM 5 je pro naplnění stejných kritérií mentální bulimie snížena frekvence přejídání a zvracení na 1krát týdně, s cílem umožnit postiženým včasnější diagnostiku a léčbu. U atypických forem poruch příjmu potravy v MKN-10 mentální anorexie a mentální bulimie chybí jeden i více klíčových rysů, při typickém klinickém obrazu nebo jsou všechny symptomy pouze v mírném stupni.

Patří sem jedinci, kteří splňují:

- 1) Kritéria pro mentální anorexii, ale přetrvává u nich pravidelná menstruace,
- 2) Všechna kritéria pro mentální anorexii, ale přes velmi signifikantní váhovou ztrátu (u premorbidní obezity) jejich individuální váha ještě spadá do normálního rozmezí,
- 3) Všechna kritéria pro mentální bulimii, pouze frekvence záchvatů přejídání a neadekvátního kompenzačního chování je nižší,
- 4) Kritéria pravidelného užívání neadekvátních kompenzačních mechanismů po požití malého množství jídla (ne po záchvatu přejídání) a mají normální váhu (např. vyvolají si zvracení po konzumaci dvou sušenek),
- 5) Jedinci, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velká kvanta jídla, aniž by je polykali.

## **1.4 Syndrom nočního přejídání**

Syndrom nočního přejídání je charakterizovaný opakovanými epizodami konzumace jídla, přejídáním v noci, po probuzení ze spánku nebo po večeři. Syndrom nočního přejídání dle DSM 5 nelze vysvětlit vnějšími vlivy, jako jsou změna v cyklu spánku a bdění či lokálních sociálních norem. Noční přejídání působí značné obtíže a zhoršuje fungování jedince. Syndrom nelze vysvětlit excesivním přejídáním nebo jinou psychickou poruchou, ani poruchou způsobenou užíváním psychoaktivních látek, ani ji nelze přičíst zdravotní poruše či důsledkům medikace. Jednotlivé formy se liší mírou porušeného vědomí a amnézie na epizody přejídání během noci. Byl popisován jejich vztah k symptomům mentální anorexie a mentální bulimie během dne, ke stresu a psychiatrické komorbiditě, který není uveden v DSM 5. Výskyt onemocnění je udáván 1,5–1,6 % v běžné populaci. Je to diagnostikovatelné a léčitelné onemocnění, ale také často pacienty utajované a lékaři opomíjené (Postgraduální medicína, online, cit. 2014- 07-25).

## **1.5 Psychogenní přejídání**

Největší změny zaznamenala v DSM 5 diagnóza psychogenního přejídání. V klasifikaci DSM 5 se přesunula na základě výzkumu z dodatku B v DSM IV mezi základní diagnózy poruch příjmu potravy a patologického jídelního chování. Podobně jako u diagnózy mentální bulimie se snížil požadavek na frekvenci patologického chování. Pro splnění kritérií je vyžadován jeden den přejídání v týdnu během nejméně tří měsíců (ve srovnání s DSM IV, kde jsou požadovány dva týdny během šesti měsíců), bez kompenzačních mechanismů (zvracení, zneužívání laxancií, hladovění, užívání léků).

### **1.5.1 Diagnostická kritéria DSM 5 pro psychogenní přejídání**

Pro diagnózu psychogenního přejídání podle DSM 5 je také nutné splnit následující kritéria:

- 1) Opakující se epizody psychogenního přejídání, které se vyznačují: konzumací takového množství jídla, které je rozhodně větší, než je většina lidí za stejnou dobu schopná sníst a pocitem nedostatku kontroly nad jídlem během epizody.
  - 2) Epizody psychogenního přejídání souvisejí se třemi (i více) následujícími charakteristikami:
    - jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
    - jedinec jí až do doby, kdy se cítí přeplněný,
    - jedinec jí veliké objemy jídla, i když nepocítí uje hlad,
    - jedinec jí o samotě, protože mu je trapné, jaké množství jídla sní,
    - jedinec se následně cítí sám sebou znechucen nebo velmi provinile, je depresivní.
  - 3) Psychogenní přejídání působí jedinci značné obtíže.
  - 4) Psychogenní přejídání se vyskytuje v průměru nejméně jednou týdně po dobu tří měsíců.
  - 5) Psychogenní přejídání se nevyskytuje v souvislosti s jiným nevhodným kompenzačním chováním jako u mentální bulimie a nevyskytuje se v průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie (Postgraduální medicína, online, cit. 2014-07-25).
- Pro srovnání uvádíme i zde diagnózu Psychogenní přejídání v MKN-10 .

### **1.5.2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro psychogenní přejídání**

- 1) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- 2) Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimie nervosa.
- 3) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než premorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.

Strach z obezity, nepříjemné pocity po záchvatech přejídání a nespokojenost s vlastním tělem jsou často spojeny s neúčinnými dietami. Epidemiologické studie ukázaly, že mezi účastníky redukčních programů je 18–46 % jedinců se záchvatovým

přejídáním, kteří nesplňují kritéria pro mentální bulimii. Obézní jedinci s psychogenním přejídáním hledají pomoc dříve než obézní bez epizod přejídání a obezita se u nich objevuje v ranějším věku. Začínají dříve držet diety a častěji se u nich vyskytuje depresivní a anxiózní symptomatika. U těchto pacientů navrhovaná léčba zahrnuje modifikované behaviorální postupy, trénink asertivity, interpersonálních dovedností a zvládnání stresu.

## 1.6 Etiologie poruch příjmu potravy

Existuje mnoho hypotéz, teorií a dohadů příčin poruch příjmu potravy. Odborníci se shodují, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů (Krch, 2000).

Příčiny poruch příjmu potravy představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů. Rizikové faktory významné pro vznik poruchy mají kumulativní charakter. Odlišení determinujících rizikových faktorů od vlastních projevů poruchy, vázaných na malnutrici a specifickou psychopatologii, je nesnadné zejména u pacientek s delším trváním poruchy. Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy poruch příjmu potravy (např. sociokulturně podmíněné zaměření na tělo, štihlost a diety), jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (např. rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických pacientek). Rizikovým faktorem jsou traumatické zážitky, spojené s tělem, jídlem (Sladká-Ševčíková, 2003).

Je zdůrazňována koexistence různých faktorů a hovoří se o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy (Krch, 1999).

Krch (1999) mezi tyto faktory řadí následující:

- biologické faktory
- osobnost a psychologické faktory
- rodinné okolnosti a genetické faktory
- emocionální faktory
- sociokulturní faktory
- životní události



### 1.6.1 Biologické faktory poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou předmětem zkoumání z hlediska abnormalit v produkci a regulaci hormonů a neurotransmiterů, které kontrolují příjem potravy. Některé studie objevily nízké koncentrace metabolitů neurotransmiterů serotoninu u anorektických osob a nízké koncentrace serotoninu u bulimických osob. Zdaleka ne všechny abnormality v oblasti hormonů a neurotransmiterů se přímo vztahují ke ztrátě váhy. Menstruace převážně řízená pohlavními hormony ustává u zhruba třetiny anorektických dívek ještě předtím, než ztratí patřičnou váhu.

Krch (1999) zmiňuje jako obecné biologické faktory: ženské pohlaví a předčasnou fyzickou zralost, tělesnou hmotnost a zvýšené ukládání tuku na kritických partiích, a menstruační cyklus s možnými souvislostmi mezi fázemi cyklu a symptomy bulimie. Pro psychoterapii spoléhající na terapeutický vztah a jeho dynamické aspekty neposkytuje úzké zaměření na biologické faktory příliš užitečných vodítek. Tvoří spíše základ pro farmakologickou léčbu psychofarmaky, a důsledné vyloučení jiných, například organických příčin příznaků.

Pro ženu hraje tělo a jeho proporce důležitější roli než tělo pro muže. K velice dramatickým změnám dochází u ženy v období puberty a adolescence. Dochází k růstu tělesné hmotnosti a k přibývání tělesného tuku. Ženy, ve srovnání s muži, mají mnohem větší tendenci tloustnout (Krch, 2000).

S rostoucí hmotností roste riziko, že dívka je nespokojena se svou postavou, a tím hrozí nebezpečí redukčních diet, které úzce souvisí nejen s mentální anorexií, ale i s mentální bulimií (Krch, 1999).

Již u dvanáctiletých dívek lze pozorovat, že jsou úzkostnější v oblasti své postavy a cítí se být ohroženy nadváhou (Krch, 2002). Vzhled má pro ženu velice důležitou roli. V souvislosti s ženským pohlavím souvisí i společenské a kulturní požadavky na ženskou roli, a to může být jeden z dalších rizikových faktorů.

Typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta, u mentální bulimie je to období adolescence. Významnou roli hraje i adaptace na dospívání. Puberta a adolescence jsou pro některé jedince velice náročná období, v kterých se dívky často podceňují, mají nízké sebevědomí. Riziko těchto období v souvislosti s poruchami příjmu potravy hrozí podobou negativních emocí. Často se stává, že dívka je úzkostná,

má labilní nálady, je podrážděná. Její nespokojenost může vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled pomocí redukčních diet (Krch, 1999).

Biologické faktory spolupodmiňují projevy onemocnění a představují rizikový moment poruchy, který nabývá na významu až v souhře s faktory psychosociálními.

### **1.6.2 Osobnost a psychologické faktory poruch příjmu potravy**

Psychologické faktory, které můžeme pro vznik poruchy příjmu potravy pokládat za rizikové, se týkají zejména osobnostních rysů, regulace afektů, způsobu kognitivního zpracování informací a vazbového chování. Uvádějí se odlišné osobnostní charakteristiky u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Anorektičky bývají úzkostné, emocionálně inhibované, perfekcionistické, zaměřené na výkon.

Oproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškození. Typické projevy se vyskytují v oblasti vývojové separace a individuace, kdy je na vazbovém chování patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných druhých osob (Sladká-Ševčíková, 2000).

U pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií bývají rozdíly v osobnostní charakteristice. Anorektické osoby jsou často úzkostné, jsou zaměřené na úspěch, perfekcionistické, snaží se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Ve společnosti se chovají nenápadně, respektují společenské, etické, rodičovské hodnoty a normy. Bulimičky jsou obvykle emocionálně labilnější, impulzivnější, depresivní. Často mají tendenci k sebepoškození.

### **1.6.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory**

Rodinné okolnosti jako rizikový faktor vzniku poruchy příjmu potravy bývají nejčastěji vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí. Jde jednak o formální znaky komunikace, jednak o obsah komunikace (např. zaměření na jídlo, diety, štíhlost). V této fázi se již setkáváme s poruchami příjmu potravy v druhé generaci, tedy s rodinami, v nichž matka v minulosti touto poruchou trpěla a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a tzv. zdravou stravu. Toto zaměření pak přenáší na své děti. Formální způsob komunikace může odlišovat rodiny s anorektickým dítětem (uzavřené,

rigidní rodiny s důrazem na perfekcionismus a výkonnost) od rodin bulimických pacientek (rodiny se znaky dezorganizace, nedostatečně pečující o děti).

V rodinách lze často najít nejasné hranice a nepřímé formy komunikace o tom, co kdo chce a potřebuje. Role toho „co se má dělat“ je významnější než aktuální přirozené potřeby jednotlivých členů a vzájemné vztahy. (Sladká-Ševčíková, 2003).

S rodinou jsme spojeni skrze celé generace. Rodina formuje to, jak vidíme svět, jak cítíme a jednáme. Díky tomu je naše rodina jednou z hlavních příčin kvality našich vztahů, zdraví i života.

#### **1.6.4 Emocionální faktory**

U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují úzkostné a depresivní příznaky. Většina z nich je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Také často trpí nedůvěrou ve vlastní pocity. Dívky mají často negativní nálady, a to může způsobit, že začnou držet diety, nebo může začít cyklus přejídání a pročišťování. Depresivní nálady mohou být jak skrytou příčinou poruchy příjmu potravy, ale často i důsledkem (Krch, 1999).

#### **1.6.5 Sociokulturní faktory**

Sociokulturní podmínky představují jeden z velmi důležitých rizikových faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy.

Sociální a kulturní nátlak na štíhlost jsou v rozporu s biologickou přirozeností lidského těla a oslabuje sebedůvěru mladých dívek a žen, kterým předkládají nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Tyto postoje pak snadno vyústí v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem. Změna v nahlížení sociální a kulturní role ženy staví dospívající dívky před rozporuplná očekávání a standarty, která si mohou protřečít, ať už jde o formy fyzické atraktivity, rodinného života. (Krch, 1999).

Významný nárůst tohoto onemocnění nepochybně souvisí i se změnou obsahu a stoupajícím vlivem médií v posledních letech. Zejména dívky a mladé ženy jsou

vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že krása, jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisejí na jejich nízké váze.

### **1.6.6 Životní události**

Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Až dvě třetiny postižených dávají anorexii do souvislosti s nějakou životní událostí, Nejčastěji jsou zmiňovány narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny (Krch, 1999).

## **1.7 Diagnostika a terapie mentální anorexie**

K diagnostice se nejčastěji používá mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), DSM-IV Americké psychiatrické asociace, dotazník EAT, dotazník EDI a další. Na diagnostice mentální anorexie se podílí více odborníků, nutná je i spolupráce rodičů, školy a samozřejmě pacienta, který se často necítí být nemocen, a proto nemusí mít snahu se léčit. Diagnostika se nesmí zaměřovat pouze na somatické symptomy, ale musí hledat i samotnou příčinu mentální anorexie, která se často týká psychické stránky nemocného. Čím dříve bude mentální anorexie diagnostikována, tím větší jsou šance na uzdravení.

K prvotnímu zaznamenání příznaků mentální anorexie a tím ke včasné léčbě může přispět i škola. Dle Papežové (2000) by měl pedagogickou diagnostiku provádět i učitel, který může zaznamenat, že se u jeho žáků rozvíjí mentální anorexie. Učitel by si měl všimnout:

- 1) V tělesné výchově může zaznamenat, že žák ztrácí váhu.
- 2) U jedinců před pubertou může zaznamenat, že nerostou stejně jako ostatní.
- 3) Žák, sociálně aktivní, se začíná stranit ostatních a je posmutnělý.
- 4) Skrývají se pod vrstvami oblečení, často se tisknou k topení, aby si zachovali teplo.
- 5) V tělesné výchově se straní ostatních – cvičí jiným způsobem.
- 6) Vynechávají školní jídla, jedí pouze zeleninu a ovoce.

Škola může učinit některá opatření, která pomohou bojovat s anorexií. Učitel by měl sdělit podezření rodině a spolupracovat s rodinou.

Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky mentální anorexie. U těžkých případů je k tomu žádoucí i delší pobyt na klinice, při akutním ohrožení života dokonce i proti vůli pacienta, který sám není schopen rozumné úvahy (Leibold, 1995).

Moderní terapie mentální anorexie poskytuje řadu možností, ze kterých lze vybírat s ohledem na individuální situaci postižené osoby.

### **1.7.1 Ambulantní terapie**

Tento způsob terapie klade velké nároky na rodinu a pedagogické pracovníky, pokud postižený není vyloučen ze školní docházky. Při ambulantní terapii se předpokládá, že pacient je ochotný a schopný chodit pravidelně na léčení a aktivně spolupracovat. Je tedy nutné zajistit kontrolu rodičů a ve škole pedagogů nad přijímáním jídla a tekutin. Pro úspěšnou terapii je tedy nutná dobrá a fungující spolupráce nemocného s lékařem, který celou léčbu řídí.

### **1.7.2 Hospitalizace**

Nejčastěji je hospitalizace doporučována tehdy, jestliže váhový úbytek činí více než 25 % z původní hmotnosti, jestliže je pacient dehydratován, projevují se u něj známky selhání krevního oběhu (pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh), přetrvává zvracení nebo zvracení krve, nebo se u něj projeví těžká deprese ( Leibold, 1995).

Protože je nutné zároveň s psychoterapií provádět i léčbu tělesnou je nejvhodnější umístit nemocného na psychosomatickou kliniku, kde se podrobí celkové léčbě psychické i tělesné.

### **1.7.3 Alternativní formy terapie**

Všechny níže uvedené způsoby léčby formou alternativní terapie mají jen pomocné postavení: skupinová terapie, individuální terapie, rodinná terapie, svépomoc, autogenní trénink, autohypnóza, hipoterapie (terapeutické využití koní), canisterapie (terapeutické využití psů), arteterapie (léčba uměním), ergoterapie (léčba prací).

Manuální činnost a možnost soustředit se na něco jiného než na jídlo, má při arteterapii a ergoterapii blahodárné účinky. Při hipoterapii, popř. canisterapii hraje roli fakt, že vztah člověka a zvířete je jiný, než vztah dvou lidí. Pro zvíře je vzhled člověka nepodstatný (Krch, 1999).

Mezi doplňkové možnosti léčby patří poradny pro rodiče. Pro úspěšnost léčby je důležité, aby rodiče byli schopni pracovat společně s terapeutickým týmem.

## **1.8 Diagnostika a terapie mentální bulimie**

Diagnostický proces by měl poskytnout dostatek informací, na jejichž základě bude navržena a realizována účinná terapeutická strategie.

František Krch (2008) uvádí tři základní znaky k určení diagnózy mentální bulimie:

1. Opakující se epizody přejídání – subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem je důležitějším symptomem než zkonsumované množství; navyklé zvracení vede ke konzumaci stále většího množství jídla.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti – zneužívání projímadel, léků na odvodnění, zvracení i cvičení,
3. Přítomnost nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Tyto tři znaky můžeme najít u většiny autorů pouze s nepatrnými obměnami.

Terapie mentální bulimie je dlouhodobou záležitostí. Neexistuje pouze jeden druh léčby, a proto je důležité zaměřit se na celou osobnost jedince, aby byl vybrán nejvhodnější druh léčby.

Papežová (2003) ve své publikaci uvádí základní druhy léčby mentální bulimie:

- 1) Psychoterapie – léčba psychologickými metodami; individuální či skupinová; psychoterapie interpersonální, psychoanalytická či kognitivně-analytická.
- 2) Svépomocné skupiny – slouží především ke získání informací; jedinec zjistí, že není jediný, kdo touto poruchou trpí.
- 3) Rodinná terapie.

Mentální bulimie je často léčena formou ambulantní. Délka hospitalizace je individuální – pohybuje se mezi 2-3 měsíci. Důvodem hospitalizace je potřeba lékařské stabilizace.

K úspěšnosti léčby přispívá zejména motivace jedince vyléčit se. Během hospitalizace musí dojít ke zlepšení zdravotního stavu a ke změně patologických vzorců. Základem je dietní léčba ( Krcch 2005).

Velmi důležitá je pro nemocného podpora, především od rodiny, přátel, školy. Téměř dvě třetiny jedinců s mentální bulimií se vyléčí.

## **2 SYNDROM ADHD – ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

### **Klasifikace MKN-10**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) se používá označení Hyperkinetické poruchy, pod nímž je zařazena Porucha aktivity a pozornosti s číslem F90.0 a Hyperkinetická porucha chování s číslem F90.1 (MKN 2014).

### **2.1 Terminologické vymezení**

Termín ADHD je zkratkou anglického názvu poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou, tedy Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Jedná se o vývojovou poruchu charakteristickou dle věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, což nepříznivě ovlivňuje interakci dítěte s rodinou, školou i společností. Dříve se používalo označení LMD, čili lehká mozková dysfunkce, LDE tedy lehká dětská encefalopatie nebo MMD, což je označení pro minimální mozkovou dysfunkci (Šlapal 2002).

Syndrom ADHD nesouvisí s inteligencí, ale nepříznivě ovlivňuje veškeré chování a v důsledku snížené pozornosti mívají jedinci s tímto problémem horší školní výsledky než jejich vrstevníci. Klíčovými pojmy úzce souvisejícími s termínem syndrom ADHD jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita.

Deficit pozornosti umožňuje pouze krátkodobé zaměření se na určitou věc, znemožňuje soustředěnost, jedinec má problémy se stereotypními činnostmi, často také s jemnou i hrubou motorikou a někdy se též špatně orientuje v čase.

Hyperaktivita se projevuje častými zbytečnými pohyby a zvýšeným řečovým projevem.



S impulzivitou pak souvisí neklid a unáhlené reakce, jednání bez předchozího vyhodnocení situace a častá vztahovačnost.

## 2.2 Symptomy syndromu ADHD

Vzhledem k věku a vývojové úrovni se syndrom ADHD projevuje nepřiměřeným stupněm pozornosti (porucha pozornosti), hyperaktivitou a impulzivitou. K této diagnostice dospět tehdy, pokud se po dovršení sedmi let věku u dítěte projevuje alespoň šest symptomů charakterizujících poruchu pozornosti a minimálně šest symptomů, které provázejí hyperaktivitu a impulzivitu (Bragdon, Gamon 2006). Bragdon, Gamon (2006) ve své publikaci uvádí tři hlavní příznaky

Nepozornost:

- 1) Dítě nevěnuje pozornost detailům, při školní práci a dalších úkolech se z nepozornosti dopouští mnoha chyb.
- 2) Neudrží pozornost při plnění úkolů a při hře.
- 3) Když na ně někdo promluví, zjevně nesleduje, co mu říká.
- 4) Nepostupuje podle pokynů a často se mu nedaří splnit zadaný úkol.
- 5) S velkými obtížemi si organizuje činnosti vedoucí ke splnění úkolu.
- 6) Má velké obtíže při provádění činností a plnění úkolů vyžadujících trvalejší úsilí.
- 7) Opakovaně ztrácí pomůcky nutné k různým činnostem a úkolům, například tužky, pera, knihy nebo hračky.
- 8) Snadno se nechá vyrušit.
- 9) Často zapomíná vykonávat běžné, rutinní činnosti.

Hyperaktivita:

- 1) Dítě je nadměrně neklidné, neustále se vrtí, nevydrží na místě.
- 2) Vstává ze židle, i když má nařízeno sedět.
- 3) Neustále pobíhá sem a tam a vylézá na nejrůznější objekty ve svém okolí.
- 4) Jen obtížně vykonává činnosti, při nichž je zapotřebí být zticha.
- 5) Zdá se, že je v neustálém pohybu.

6) Nadměrně mluví.

Impulzivita:

- 1) Vyhrkne ze sebe odpověď ještě před tím, než dozní otázka.
- 2) Nevydrží čekat, až na ně dojde řada.
- 3) Skáče jiným lidem do řeči.

Tyto základní příznaky dítě predisponují k mnoha dalším obtížím, které se projevují již v raném dětství, jsou dlouhodobé a s vývojem dítěte se mohou měnit. Často jsou spojené s neschopností dodržovat některá pravidla chování, nebo podávat opakovaně po delší dobu určité stabilní pracovní výkony. V mnoha případech se u těchto dětí také později objevují problémy s učením, specifické poruchy učení či problémy v oblasti sociálních dovedností. Jde také o rizikovou skupinu s větším sklonem k poruchám chování, a to hlavně v souvislosti s výskytem dalších rizikových faktorů, kterými jsou například poruchy příjmu potravy. Uvedené obtíže mohou přetrvávat i v období dospívání a dospělosti.

### **2.3 Etiologie syndromu ADHD**

Děti se syndromem ADHD se jeví svému okolí jako nevychované, neukázněné a rozjívené. Laická veřejnost vidí příčinu tohoto nevhodného chování v neschopnosti rodičů a ve špatné výchově v rodině. Etiologie je ale ve skutečnosti jiná. Pravých příčin, které mají vliv na vznik problému, je mnoho a velmi často se kombinují. Nejčastěji se jedná o vliv genetických činitelů, a to ve více jak polovině případů. Syndrom ADHD je častěji zděděn po otci. Mnohem méně je případů, kdy dítě zdědilo tuto poruchu po matce (Train 1997).

Další příčinou mohou být drobná neprogresivní poškození mozku a centrálního nervového systému vzniklá v období prenatálním, perinatálním či postnatálním (Jucovičová, 2007).

V prenatálním období se jedná o nedostatečnou výživu matky, o prodělání infekčního nebo jiného závažného onemocnění matky, ale též o možný úraz během těhotenství. Také kouření, alkoholismus, nadměrné užívání léků nebo drogová závislost matky mohou negativně ovlivnit vývoj plodu a jeho centrální nervové soustavy.

Mezi perinatální vlivy patří protražovaný porod, asfyxie plodu, která vede k přerušení okysličení mozkových buněk.

Postnatální příčiny představují onemocnění, zánět, infekce nebo úraz mozku v raném věku (Šebek, 1990).

Rizikovými faktory mohou být i nízká porodní hmotnost, předčasný porod nebo naopak přenošenost plodu (Drtilková, 2007). Vědecké studie hovoří i o redukovaném krevním průtoku v některých částech mozku (Munden, Arcelus, 2006).

Pokorná (2001) uvádí mezi možnými příčinami také vystavení působení radioaktivity, avšak dle Drtilkové (2007) se pro nedostatek vědeckých důkazů od podobných hypotéz (vliv radioaktivity i toxických látek) upouští.

Alergie na stravu může v některých případech ovlivnit chování dětí s ADHD, ale nebylo vědecky dokázáno, že by syndrom ADHD byl přímo způsoben alergickou reakcí na stravu. Proto je potřeba k případným dietám či úpravám jídelníčku přistupovat vždy velmi opatrně, přísně individuálně a po dohodě s lékařem.

Někdy také zůstává etiologie nezjištěna.

## **2.4 Léčba a péče o děti se syndromem ADHD**

Nejefektivnější způsobem léčby je tak zvaná multifaktoriální léčba, tento způsob léčení syndromu ADHD je velmi dlouhý. Vhodná až nezbytná je spolupráce rodiny se školou. Učitel by měl sledovat pozici dítěte ve třídě a podílet se na jeho příznivější sociální situaci. V léčbě ADHD je důležité, aby se angažovali nejen lékaři a odborníci, ale také blízké osoby dítěte. Jsou to rodiče, sourozenci, prarodiče, učitelé, trenér a další osoby, které jsou v kontaktu s dítětem (Goetz, Uhlíková, 2009).

Aby se mohli všichni aktivně účastnit léčby ADHD je důležité je s tímto problémem blíže seznámit, vysvětlit, jak se k dítěti chovat a přistupovat k jeho vlastnostem. Edukace probíhá u lékaře, v dnešní době se dají najít potřebné informace na internetu nebo v různých příručkách (Goetz, Uhlíková, 2009).

Lékař určí, jestli je pro dítě vhodná farmakoterapie. Léky, které se používají při léčbě syndromu ADHD působí na oblasti mozku, které jsou ovlivněné onemocněním.

## **3 SYNDROM ADD - ATTENTION DEFICIT DISORDERS**

### **3.1 Klasifikace MKN-10**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) se používá označení Hyperkinetické poruchy, pod nímž je zařazena Porucha aktivity a pozornosti s číslem F90.0 a Hyperkinetická porucha chování s číslem F90.1 (MKN 2014).

### **3.2 Symptomy syndromu ADD**

Mezi charakteristické projevy u syndromu ADD patří snadná rozptýlitelnost okolním prostředím a vnějšími podněty. Žáci ve škole mají problémy s nasloucháním a s plněním úkolů. Obtížně udržují pozornost, mají potíže se zaměřením na určitý úkol a jeho dokončením. Děti se syndromem ADD mají velmi nevyrovnaný školní výkon. Někdy jsou schopny úkol splnit a jindy ne. Žáci tzv. „vypínají“ pozornost, vypadají zasněně. Tyto děti jsou nepořádné, neustále ztrácí nebo nemohou najít své věci, zapomínají plnit domácí úkoly, mají potíže se samostatnou prací. Učitel musí děti se syndromem ADD často napomínat a mít nad nimi zvýšený dohled (Trávníková, 2008).

### **3.3 Etiologie syndromu ADD**

Příčiny syndromu ADD nejsou dosud přesně známy. Jedná se o souhrn faktorů genetických, neurologických a biochemických spolu s negativním vlivem narušeného životního prostředí. V současné době se přichází na nové a nové poznatky v této diagnóze.

Příčiny vzniku poruchy pozornosti jsou různé. Mohou vzniknout v prenatálním období, perinatálním období a postnatálním období.

V prenatálním období, je velmi důležitý celkový stav matky. Její psychická pohoda, zda je dítě plánované nebo ne, v jakém rodinném zázemí žije. Důležitým faktorem je také zdravý životní styl matky, požívání alkoholu, kouření, užívání drog. Všechny tyto faktory mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte.

Dítě je ohroženo komplikovaným porodem. Komplikace mohou také nastat při přenašení plodu, nebo naopak při předčasném porodu. Při porodu může dojít například

k hypoxii až asfyxii plodu, což znamená, že je omezen nebo dokonce zastaven přívod kyslíku a dochází k poruše CNS.

K poruše CNS může dojít i po porodu, kdy je dítě ve vývinu. Důležité je předcházet úrazům hlavy u dítěte. Rizikem jsou i virová a horečnatá onemocnění.

### **3.4 Léčba a péče o děti se syndromem ADD**

Než se přistoupí k farmakologické léčbě je vhodné aplikovat, typ léčby, jako je například vhodně zvolený denní režim, který se snažíme společně s dítětem dodržovat. Tato režimová léčba je velmi důsledná, ale je důležité, aby dítě cítilo jistou vstřícnost, mělo dostatek denních aktivit, správně vypěstované návyky a cítilo jistotu domova. Dítě musí znát „pravidla hry“ a dodržovat je, popřípadě dokázat přijmout trest.

Další vhodný přístup k léčbě syndromu ADD je psychoterapie. Doporučuje se jak individuální přístup, tak i skupinové sezení, kdy se sezení účastní celá rodina a o problémech si promluví pod odborným vedením. Psychoterapeut využívá různé metody léčby (behaviorální, speciální sociální výcvik, zooterapie) a snaží se přijít na ten, který je pro dítě nejvhodnější.

Posledním řešením terapie ADD je farmakoterapie, zahrnuje podávání léků specifických lékových skupin – stimulancia, antidepresiva a neuroleptika. Léky jsou pro děti i rodiče velká pomoc, protože vyrovnávají nepravidelnost nervové činnosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

ADHD / ADD se většinou nevyskytuje osamoceně. Až 44 % dětí s ADHD / ADD trpí další psychickou poruchou. Například nějakým typem specifické poruchy učení, jako je specifická porucha čtení – dyslexie, specifická porucha psaní – dysgrafie, specifická porucha pravopisu – dysortografie, specifická porucha počítání – dyskalkulie, specifická porucha kreslení – dyspinxie, specifická porucha hudebnosti – dysmúzie a specifická porucha koordinace – dyspraxie.

## 4 SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Specifické poruchy učení je pojem, se kterým se v pedagogické praxi setkáváme stále častěji. Je jedním z aktuálních problémů současného školství, jelikož se týkají velkého procenta dětské populace, a to nejen na prvním stupni základní školy, ale také na druhém stupni, a výjimkou nejsou ani jedinci na středních školách.

Přestože je velmi obtížné určit procentuálně výskyt těchto poruch, v současnosti se uvádí přibližně u 5-6% jedinců, přičemž u chlapců je výskyt asi 4 – 10krát vyšší než u dívek, a neustále se tento počet zvyšuje (Michalová, 2004).

*„Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nerovnováhy soustavy“* (Zelinková, 2000, s. 12).

Do této skupiny řadíme pojmy dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Do problematiky SPU zařazujeme také pojmy dysmúzie, dyspinxie a dyspraxie, které mohou žákům při zvládnutí učební látky způsobovat určité problémy. Společným znakem všech uvedených poruch učení je předpona dys- (značí deformaci, nedokonalost, porušení), která je připojena ke slovnímu základu přejatého z řeckého označení činností, jež jsou postiženy, a zároveň odlišují poruchy specifické od poruch nespecifických.

### 4.1 Klasifikace MKN-10

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 zařazuje problematiku specifických poruch učení do skupiny Poruchy psychického vývoje, do kategorie F 80 – F89. Jsou zde souhrnně označeny jako specifické vývojové poruchy školních dovedností.

Zahrnují následující diagnózy:

F 80. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F 81. Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F 81.0 Specifická porucha čtení

F 81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti

F 81.2 Specifická porucha počítání

- F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností
- F 81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností
- F 81.9 Vývojové poruchy školních dovedností nespecifikované
- F 82. Specifická vývojová porucha motorické funkce
- F 83. Smíšené specifické vývojové poruchy (MKN 2014)

Specifické poruchy učení se vyznačují u jednotlivých osob řadou různých příznaků. Odborníci i rodiče uvádějí, že děti se SPU mají omezený slovník, nerozumějí řadě výrazů, obtížně se vyjadřují, chybí jim cit pro jazyk, obtížně chápou strukturu mateřského jazyka, jeho gramatická pravidla. Vývoj řeči je handicapován nejen z hlediska slovní zásoby, ale i z hlediska jejího užití. Tím, že se jejich jazyk nedostatečně rozvíjí, stávají se nejistými v jednání, obtížně se orientují v čase, mají potíže v chápání početní řady, gramatiky (Matějček, 1995).

*„Problematika specifických poruch učení však nepostihuje pouze oblast školských dovedností. Neúspěchy ve výuce, pocity méněcennosti a celý řetěz dalších obtíží, které poruchy provázejí, jsou mnohdy ve svých důsledcích mnohem horší než porucha sama“* (Zelinková, 2000, s. 13).

## **4.2 Symptomy specifických poruch učení**

Poruchy učení jsou členěny do skupin dle druhů obtíží, projevujících se v činnostech spojených se školními výkony. Na základě obecné definice SPU rozlišujeme specifické poruchy čtení – dyslexie, psaní – dysgrafie, pravopisu – dysortografie, počítání – dyskalkulie, kreslení – dyspinxie, hudebnosti – dysmúzie a koordinace – dyspraxie.

Je důležité si uvědomit, že jedinci se SPU tvoří stejnorodou skupinu, jednotlivé projevy se mohou kombinovat a v různé míře negativně ovlivňovat vzdělávání žáků ve všech školních předmětech. Specifické poruchy učení nepůsobí ojedinele, ale zasahují celou osobnost jedince (Bartoňová, 2004).

### **4.2.1 Dyslexie – specifická porucha čtení**

Dyslexie jako specifická porucha čtení se projevuje narušeným vnímáním písmen a prostoru. Postihuje základní znaky čtenářského výkonu, a to rychlost, správnost,

techniku čtení a porozumění čtenému textu. Jedinec nerozeznává, špatně si pamatuje a zaměňuje různé druhy písmen.

Jedná se o nejrozšířenější poruchu při osvojování si školních dovedností, která nejnápadněji ovlivňuje školní úspěšnost dítěte. „*Projevuje se neschopností jedince naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a žije v prostředí, které mu dává dostatek potřebných podnětů k žádoucímu společenskému a kulturnímu rozvoji*“ (Žlab, 2004. s. 51).

V doslovném překladu znamená pojem dyslexie potíže se slovy nebo poruchu v práci se slovy, přeneseně pak poruchu ve vyjadřování řeči psanou (v psaní) a ve zpracování psané řeči (ve čtení).

Ve většině případů bývá dyslexie kombinována s dysgrafií, respektive s dysortografií, což platí i obráceně (Matějček, 1995).

#### **4.2.2 Dysgrafie – specifická porucha psaní**

Jedná se o specifickou poruchu v oblasti grafomotorické, která postihuje zejména celkovou úpravu písemného projevu.

Dysgrafie bývá často zahrnuta pod pojmem dyslexie, se kterou velmi úzce souvisí, jelikož základní chyby ze čteného projevu jsou následně chybně převáděny do projevu písemného. Jedinec si obtížně pamatuje písmena, obtížně je napodobuje, má problémy s jejich správným řazením, zrcadlově je obrací. Dítě není schopno dlouhou dobu dodržet správnou výšku písma, písemný projev je pomalý, vyžaduje velkou koncentraci žákovy pozornosti a zvýšené úsilí. Žák není schopen se soustředit na obsahovou a gramatickou stránku projevu.

#### **4.2.3 Dysortografie – specifická porucha pravopisu**

Často se vyskytuje ve spojení s dyslexií a dysgrafií. Porucha nepostihuje celou oblast gramatiky, týká se pouze tzv. specifických dysortografických jevů. Děti s touto poruchou nejčastěji zaměňují krátké a dlouhé samohlásky, nerozlišují slabiky dy-di, ty-ti, ny-ni, vynechávají, přidávají, zaměňují písmena či celé slabiky (Zelinková, 2000). Při uplatnění reedukační péče dělá dítě těchto chyb méně, ale na správné napsání však potřebuje více času než ostatní žáci.



Dysortografické chyby se mohou opět objevit, pokud dítě pracuje v časovém tlaku (např. diktáty, písemné zkoušení), znovu se mohou vyskytnout chyby pravopisné, které má dítě již osvojené, a které dokáže ústně bez problémů správně zdůvodnit. Důležité je takto znevýhodněnému jedinci poskytnout pro psaní dostatek času a vědomosti raději ověřovat ústně nebo doplňovacím cvičením bez časového limitu.

#### **4.2.4 Dyskalkulie – specifická porucha matematických schopností**

Tato porucha zahrnuje specifické postižení dovednosti počítat. První náznaky, které rodiče nebo učitele upozorní na to, že dítě má potíže s matematikou, se obvykle objeví ve škole nebo při psaní domácích úkolů. Zpravidla to jsou chyby nebo postupy, které bychom u dítěte tohoto věku už nečekali.

#### **4.2.5 Dyspinxie – specifická porucha kreslení**

Porucha je charakteristická nízkou úrovní kresby. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, nedokáže převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, má potíže s pochopením perspektivy. Speciální porucha kreslení se objevuje především u dětí, které se nemohou naučit psát. Objevuje se stejná neobratnost v zacházení s tužkou jak při kreslení, tak při psaní. Držení tužky je křečovitě, tahy jsou tvrdé a projevuje se trvalá nejistota. Dítě nejenže nedokáže přenést svou představu na plochu papíru, nedovede ani kresebně napodobit určité sestavy čar nebo ploch, které by muselo napřed analyzovat, a pak teprve reprodukovat. Celý kresebný projev dítěte je nápadně primitivní (Matějček, 1995).

Obtíže v kreslení se zpravidla nevyskytují samostatně, ale tvoří součást syndromu lehkých mozkových dysfunkcí, u kterých jsou jedním z jejich nejčastějších příznaků.

#### **4.2.6 Dysmúzie – specifická porucha schopnosti vnímání a reprodukce hudby**

Patří mezi vzácné poruchy a nemá tak závažný dopad na výuku. Projevuje se obtížemi v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus.

#### **4.2.7 Dyspraxie – specifická porucha obratnosti**

Jedná se o poruchu schopnosti vykonávat složité úkony, jak při běžných denních činnostech, tak ve vyučování. V minulosti se jí také říkalo „syndrom neobratného dítěte“.

Děti, které jsou handicapované specifickou poruchou obratnosti, bývají pomalé, nešikovné, neupravené, jejich výrobky jsou nevzhledné, to často u dítěte vytváří nechuť k motorickým činnostem. Jejich obtíže se mohou projevit jak při psaní, v rámci jednotlivých výchov, ale i v řeči (Bartoňová, 2004).

### **4.3 Etiologie vzniku specifických poruch učení**

K hlubšímu poznání etiologie vzniku těchto poruch dochází v padesátých letech minulého století, kdy se specifické poruchy učení stávají závažným sociálním problémem, což bylo zapříčiněno především stoupajícími nároky na dětskou populaci v oblasti vzdělávání.

Pokorná rozlišuje pouze dědičný sklon a lehké mozkové postižení jako konstituční faktory, které zapříčiňují vznik SPU. Toto stanovisko vyplývá z předpokladu, že SPU nejsou „důsledkem sníženého intelektu dítěte ani málo podnětného prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo, ani důsledkem negativního emocionálního vývoje - musí jít o dispoziční zatížení, tedy nedostatečnou funkční zdatnost centrálních instancí.“ (Pokorná 2001)

Z. Matějček dle výzkumu O. Kučery uvádí čtyři skupiny příčin vzniku SPU:

1) Lehká mozková dysfunkce – drobná poškození mozku vznikající v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním – asi u 50 % jedinců.

Porucha čtení, psaní a pravopisu je zpravidla těžší, náprava je poměrně obtížná a objevují se poruchy chování.

2) Dědičnost – mezi blízkými příbuznými se vyskytuje někdo se stejnými nebo podobnými obtížemi – asi u 20 % jedinců.

Obtíže ve čtení a psaní jsou lehčího rázu, objevují se poruchy řeči ve formě artikulační neobratnosti, náprava je však rychlejší a úspěšnější. Komplikace v chování nejsou tak zřetelné jako u první skupiny.

3) Příčiny smíšené – jak lehké mozkové dysfunkce, tak dědičnosti – asi u 15 % jedinců. Obtíže předcházejících dvou skupin se v různé míře prolínají a vzájemně ovlivňují, což má vliv na nápravu, která je pro danou různorodost obtížnější.

4) Neurotická nebo nejasná etiologie – asi u zbývajících 15 % jedinců.

Jedná se o příčiny, kdy se u dítěte projevily určité problémy ve výuce a jedinec řeší vzniklou situaci neurotickými mechanismy, které si vytváří jako obranu proti stresu a napětí, způsobených obtížemi.

V ostatních případech je etiologie nejasná ( Matějček, 1995).

Z hlediska nejnovějších výzkumů se k výše uvedeným příčinám vzniku poruch učení přikládají také nepříznivý vliv rodinného prostředí a podmínky školního prostředí. Nepříznivý vliv rodinného a školního prostředí však nejsou pokládány za přímou příčinu SPU, nemalou měrou se ale mohou podílet na jejich projevech a ovlivňovat tak školní výkonnost, respektive školní neúspěšnost (Bartoňová, 2004).

Daším nejčastějším etiologickým faktorem specifických poruch učení bývá ADHD a ADD.

#### **4.4 Léčba SPU**

K nápravě poruch učení se využívá široká škála pedagogických metod. Nejčastěji jde o formu hry s využitím pohybu, hudebních nástrojů, kresby a dalších speciálních pomůcek. Důležitý je individuální přístup k potřebám dítěte a vhodná motivace pro jeho aktivní spolupráci. Při správném vedení a pravidelném cvičení se do dvou měsíců projeví první známky zlepšení. Je to ale individuální a záleží na rozsahu poruchy.

K novějším metodám náleží i metoda zvaná EEG biofeedback. Ta umožňuje ovládat vlastní mozkové vlny. Technika používá snímací elektrodu přiloženou na temeno hlavy a dvě elektrody připevněné na uši. Snímač zachycuje mozkové vlny a předává je počítači. Ten analyzuje signál a zajišťuje zpětnou vazbu.

## **5 VZTAH PPP A ADHD**

V posledních letech stále přibývají odborné práce o možnostech komorbidního výskytu poruchy příjmu potravy a ADHD/ADD. Oběma poruchám jsou společné projevy impulzivity vedoucí k ukvapenému a neplánovanému rozhodování včetně přejídání. Lidé s ADHD/ADD často selhávají v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů, proto preferují snadný zisk v dohledné době. Dostupná odměna v podobě příjmu potravy může hrát velkou roli. V případě této diagnózy ukazují studie podstatně vyšší výskyt poruchy příjmu potravy u žen s ADHD, zejména se často pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním ([www.prevencepraha.cz](http://www.prevencepraha.cz)).

### **5.1 Poruchy příjmu potravy a ADHD**

ADHD je považované za typické onemocnění dětského věku, které je charakterizováno příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Na tuto poruchu lze pohlížet jako na neuro-vývojovou dysfunkci genetickým podkladem. Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytnout i u řady poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá. Na ADHD lze pohlížet i jako na poruchu sebekontroly, kdy jedinec s ADHD není schopen i přes dobrou znalost a pochopení požadovaného výkonu dosáhnout tohoto cíle, který vyžaduje opakované vyhodnocení situace, naplánování nové strategie a regulování vlastního chování. Děti s ADHD velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů a jsou málo oceňované, proto preferují snadný zisk v dohledné době. Spolu s časným výskytem narušené závislosti na odměně může snadno dostupná odměna v podobě příjmu oblíbené potravy, hrát v systému odměňování značnou roli (Papežová, 2010).

### **5.2 Komorbidity u poruch příjmu potravy**

Současný výskyt více nemocí u poruch příjmu potravy představují obecně poměrně častý problém.

Několik nových prací dokládá vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek s ADHD. Nejčastěji popisovanou současně se vyskytující nemocí s ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání (binge eating), někdy spojované s poruchou spánku (Papežová, 2010). Mezi další a nejčastější komorbidity patří poruchy nálady a úzkostné poruchy.

Vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dívek s ADHD se často pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. U obézních pacientů s ADHD byl popsán častý výskyt bulimického chování. Každá kombinace ADHD a poruchy příjmu potravy je rizikovým faktorem pro výskyt další komorbidity včetně poruch chování.

Jedna z teorií vysvětluje toto spojení výskytem změněné aktivity hypokretin-orexinových neuronů v dorsomediálním a laterálním hypotalamu. U dětí s ADHD mají tyto neurony v dorsomediálním hypotalamu nižší aktivitu a v laterálním hypotalamu vyšší aktivitu. Na tyto poznatky navazují další neurofyziologické, genetické a zobrazovací studie, související s hypokretin-orexinovým systémem, které se zaměřují na agonisty histaminových H1 a H3 receptorů. Genetické a neurofyziologické studie se zaměřují i na možný vztah ADHD, obezity, prefrontálního kortexu a genů dopaminového systému. Dopaminergní změny v prefrontálním kortexu jsou považované za rizikový faktor pro vznik obezity u ADHD. Ve studii rodin s výskytem dětské obezity nad 97. percentilem s homozygotním výskytem mutace T-C nukleotidu 811 genu MC4R (C271R), která je spojována s morbidní obezitou, byl nalezen signifikantní rozdíl v prevalenci ADHD mezi homozygotní skupinou a ostatními členy rodin a bylo doporučeno obézní děti rutinně vyšetřovat na výskyt symptomů ADHD. Vzhledem k obecnému nárůstu nadváhy u dětské a adolescentní populace se studie zaměřily i na nadváhu u dětí s ADHD. Cílem studie z r. 2008, která zahrnovala 62 887 dětí ve věku 5–17 let, bylo zjistit prevalenci nadváhy a její souvislost s farmakoterapií ADHD. U dětí s ADHD bez léčby byla nadváha 1,5× častější a u dětí s ADHD léčených psychofarmaky byla nadváha 1,6× častější. Výsledkem studie bylo doporučení před preskripcí medikace posoudit hmotnost a od počátku léčby modifikovat terapeutický přístup, v diskuzi pak byl zvažován také vliv náplně volného času dětí s ADHD (Papežova 2010).

### **5.3 Prevence a terapie**

Pro praxi ze studií vyplývá kromě doporučovaných modifikací terapeutické péče pro pacienty s komorbidní poruchou příjmu potravy a ADHD také doporučení cíleného vyhledávání ADHD příznaků mezi obézními pacienty s bulimickými příznaky a možnost využití terapie stimulancii u obézních pacientů s bulimickým chováním. Informace o genetickém podkladu onemocnění mohou zásadním způsobem ovlivnit přístup k pochopení a léčbě psychických poruch a představují v oblasti poruch příjmu potravy relativně nový faktor, s kterým je nutné pracovat i v rámci psychoterapeutické péče (Papežova 2010).

### **5.4 ADHD a PPP a impulzivita**

Impulzivní chování, které je jedním ze základních příznaků ADHD, se může vyskytnout i u řady poruch příjmu potravy. Ve spektru poruch příjmu potravy přibývá tohoto chování směrem od restriktivní anorexie, kde se impulzivita vyskytuje málo, přes purgativní anorexii a bulimii k přejídání a obezitě, kde je impulzivita velmi častá.

Jako nosná se zatím jeví spojitost mezi ADHD a PPP zprostředkovaná impulzivitou, kterou mají obě onemocnění společnou. Je však zapotřebí zdůraznit, že impulzivita je pouze teoretickým konceptem, a navíc spojuje pouze určité subtypy ADHD a některé diagnózy ze spektra poruch příjmu potravy.

### **5.5 Zahraniční zkušenosti**

Jídelní patologii, kterou definovali výskytem bulimických symptomů a nespokojeností s vlastní postavou, zkoumali u adolescentních dívek s ADHD Mikami et al. Zjistili, že u dívek, kterým byla v dětství stanovena diagnóza ADHD kombinovaného typu, vzrůstá riziko vzniku jídelní patologie. Dalším zjištěním bylo, že zvýšená impulzivita v dětství nejlépe predikuje, ve srovnání s nepozorností a hyperaktivitou, výskyt jídelní patologie v dospívání. Zvýšená impulzivita vede k impulzivnímu jídelnímu chování a to může být důvodem zvýšeného BMI u adolescentních dívek s ADHD, obou typů, oproti kontrolní skupině. I když v dětství

bylo BMI obou skupin shodné, v adolescenci BMI dívek s ADHD spadalo do 80 . percentilu oproti 50. percentilu v kontrolní skupině.

Nazar et al. realizovali rešerši výzkumné literatury věnované komorbiditě ADHD a PPP. Analyzovali články od roku 1980 do roku 2008 z databází Medline, Lilacs, SciELO, ISI a PsycINFO. Autoři našli 14 článků, z toho: 5 studií prevalence, 4 kazuistické články, 3 "case-control" studie, jednu studii věnovanou symptomům ADHD a PPP a jeden článek popisující možnou souvislost ADHD a PPP. Analyzované studie rozdělili do tří skupin: výzkumy ADHD u pacientů s poruchami příjmu potravy, výzkumy poruch příjmu potravy u pacientů s ADHD a studie věnované pacientům s duální diagnózou ADHD a poruchou příjmu potravy.

Závěry analyzovaných studií uvádějí, že prevalence poruch příjmu potravy, především mentální bulimie, u dospělých žen s ADHD je vyšší než v kontrolní skupině. Prevalence mentální bulimie ve skupině pacientek s ADHD se pohybovala v rozmezí 1 až 12 % oproti 0 až 2 % v kontrolní skupině. U analyzovaných studií autoři kritizovali nejednotnost použitých metod a nedostatečnou velikost výzkumných souborů, závěry studií jsou proto předčasné a doporučují další výzkum v této oblasti.

V této souvislosti často citovaný výzkum Mikami et al. sice jako první rozdělil ADHD pacienty na subtypy (dle DSM-IV - ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a ADHD smíšený typ), čímž mohla být zohledněna specifika jednotlivých podskupin při interpretaci výsledků a jejich aplikaci v klinické praxi. Limitem tohoto výzkumu však byl fakt, že ani jedna dívka ze zkoumaného vzorku nespĺňovala kritéria pro diagnózu mentální bulimie. Také z povahy výzkumu vyplynulo omezení z nejednotného užití diagnostických nástrojů v jednotlivých etapách sběru dat. Výsledky je proto nutné interpretovat opatrně. Nosným se jeví zjištění o větším nárůstu BMI dívek s ADHD kombinovaného typu oproti dívkám s ADHD s převládající nepozorností a kontrolní skupině. Toto zjištění je ve shodě s pracemi věnovanými růstu tukových zásob a BMI u chlapců s ADHD.

Studie ukazují vyšší výskyt komorbidních poruch ADHD a poruch příjmu potravy s bulimickými symptomy. Nejednotně přitom hodnotí vztah ADHD a PPP jako komorbiditu (ADHD u PPP a naopak) nebo duální diagnózu. Zaměřují se na výskyt poruchy příjmu potravy u ADHD v závislosti na délce trvání a probíhající léčbě, nebo

na diagnostiku ADHD u poruch příjmu potravy. Souhrnně lze říci, že konstatují vyšší výskyt poruch příjmu potravy u ADHD a naopak ([www.cspsychiatr.cz](http://www.cspsychiatr.cz)).

Možnou souvislost mezi ADHD a PPP objasňují výzkumy věnované této problematice rozdílně. Kauzální vztah obou onemocnění zatím nebyl uspokojivě objasněn.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

### 6.1 Cíle výzkumu

#### DOTAZNÍK 1

**Míra informovanosti pedagogů v oblasti výskytu poruch příjmu otravy u žáků s postižením ADHD/ ADD a SPU.**

Cílem dotazníkového šetření byla klasifikace míry odborných znalostí a postojů k problematice poruch příjmu potravy u žáků s postižením ADHD/ ADD a SPU u pedagogů druhého stupně základních škol a osmiletého gymnázia.

#### DOTAZNÍK 2

##### EAT 26

Cílem dotazníkového šetření bylo vytipování žáků s ADHD/ADD, SPU s narušeným jídelním postojem ve vztahu k poruchám příjmu potravy.

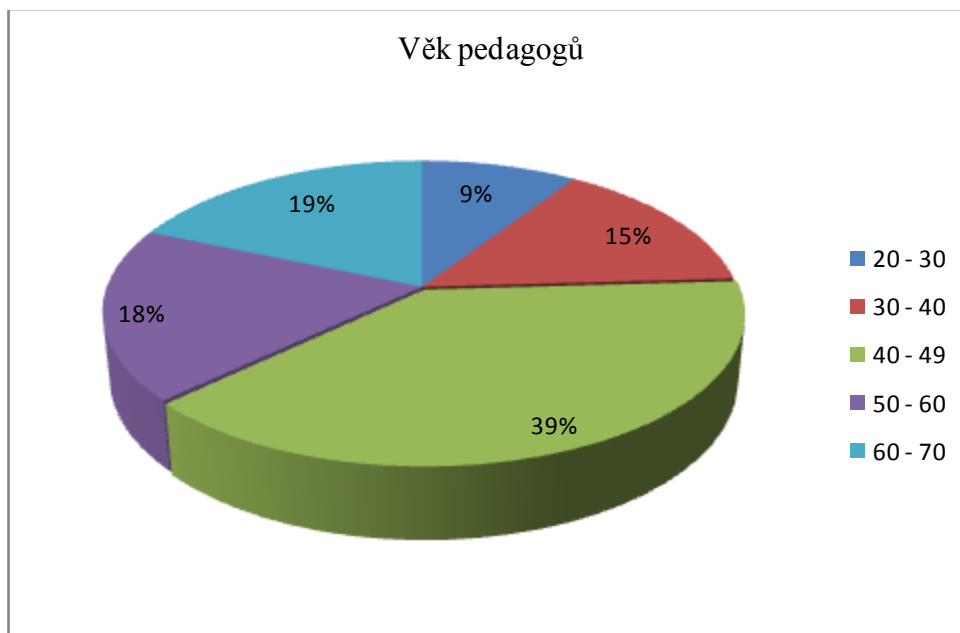
### 6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

#### DOTAZNÍK 1

Oslovenými respondenty dotazníkového průzkumného šetření bylo 46 pedagogů tří základních škol a osmiletého gymnázia - ZŠ v Dolním Podluží, ZŠ Karlova ve Varnsdorfu, ZŠ v Krásné Lípě a Gymnázium ve Varnsdorfu. Všechny školy jsou ve Šluknovském výběžku v Ústeckém kraji.

Jak vyplývá z grafu 1, největší zastoupení pedagogů z hlediska věku bylo v kategorii 40 až 49 let, nejmenší zastoupení pak představuje věková skupina 60 až 70 let. Průměrný věk pedagogů – respondentů dotazníkového šetření je 44 let.

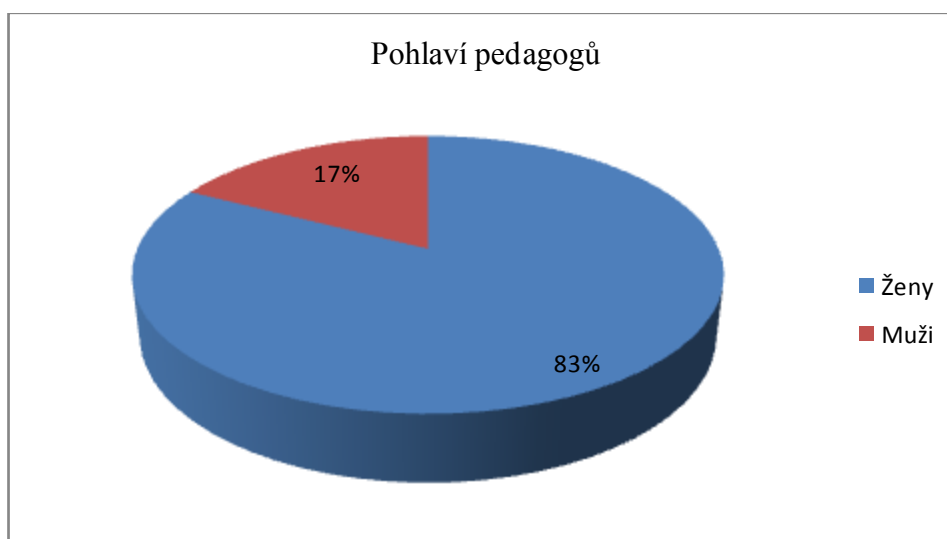
Graf 1: Věk pedagogů



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Zjištění vyplývající z grafu 2 není nikterak překvapující. Celých 83 % všech oslovených pedagogů představují ženy a 17 % představují muži.

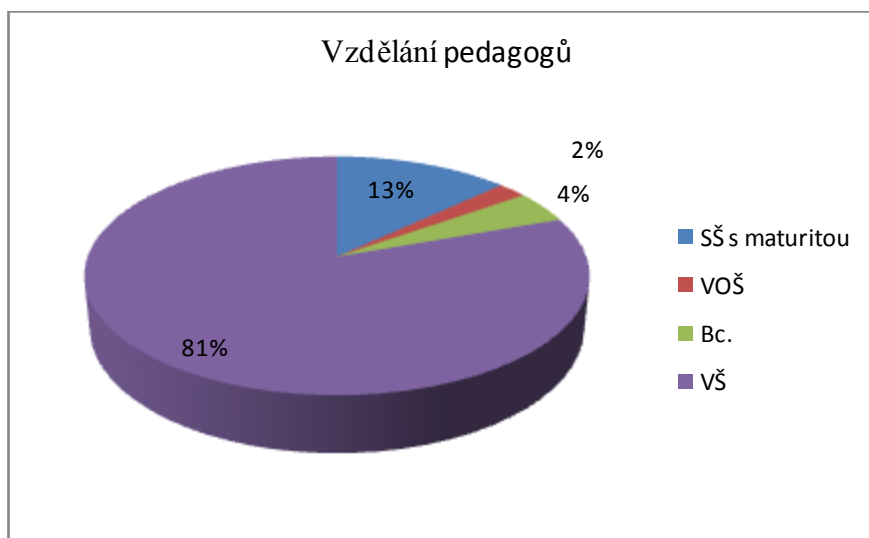
Graf 2: Pohlaví pedagogů



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Dotazníkovém šetření bylo zaměřeno i na nejvyšší dosažené vzdělání oslovených pedagogů, viz graf 3. Převážná většina, 81 % všech oslovených pedagogů má ukončené vysokoškolské vzdělání, 4 % má vysokoškolské vzdělání – bakalář, 2 % má vyšší odborné vzdělání a 13 % středoškolské s maturitou.

Graf 3: Vzdělání pedagogů



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

## DOTAZNÍK 2

Oslovenými respondenty dotazníkového průzkumného šetření bylo 52 žáků tří základních škol a osmiletého gymnázia – ZŠ v Dolním Podluží, ZŠ Karlova ve Varnsdorfu, ZŠ v Krásné Lípě a Gymnázium ve Varnsdorfu. Všechny školy jsou ve Šluknovském výběžku v Ústeckém kraji. Věkové rozpětí respondentů je 12 až 16 let.

### 6.3 Metody výzkumu

**DOTAZNÍK 1: Míra informovanosti pedagogů v oblasti výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením ADHD / ADD a SPU**, byl použit k průzkumu míry informovanosti pedagogů v oblasti výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením ADHD / ADD a SPU ve školských zařízeních.

V dotazníku škálového typu bylo předloženo 16 otázek. U dvou otevřených otázek byl zjišťován osobní názor, znalost či postoj k dané problematice. U 12 otázek pak byla předložena řada výroků či dotazů, se kterými měli respondenti vyslovit svůj souhlas či nesouhlas, kdy u 1 z nich byla při souhlasném stanovisku vyžadována další dílčí odpověď, a u jedné otázky byly nabídnuty k odpovědi odborné termíny.

#### **Vyhodnocení dotazníku:**

Pedagogové jsou velmi dobře informováni.

- pokud u dané otázky je více než 50% správných odpovědí (ANO, SPÍŠE ANO)
- pokud je vybrána správná odpověď z nabídky u více než 50 % respondentů

Pedagogové jsou málo informováni.

- pokud u dané otázky je méně než 50% správných odpovědí (NE, SPÍŠE NE)
- pokud je vybrána špatná odpověď z nabídky u více než 50 % respondentů

Respondenti byli seznámeni s tím, že výsledky a zjištěné informace budou sloužit k vypracování diplomové práce a že dotazník je anonymní.

DOTAZNÍK 1 tvoří přílohu A

**DOTAZNÍK 2: EAT 26** jsme použili k vytipování žáků s ADHD/ADD, SPU s narušeným jídelním postojem ve vztahu k poruchám příjmu potravy. Cílem bylo zjistit procentuální zastoupení žáků, kteří jsou tímto onemocněním ohroženi, určit poměr mezi dívkami a chlapci a to ve věkové kategorii, která je dle prostudovaných zdrojů, udávána jako nejrizikovější pro vznik tohoto onemocnění.

Tento dotazník – Gardnerův test jídelních postojů slouží pro vyhledávání žáků s narušeným jídelním chováním. EAT-26 je používán jako screeningový nástroj při

zjišťování poruch příjmu potravy v obecné populaci. Tento test jídelních postojů obsahuje 26 položek citlivých na aktuální jídelní postoje a chování ve směru dodržování redukčních diet nebo naopak pocitu ztráty kontroly (bulimie) a kontroly jídelního chování (orální kontrola). Celkový skóre ukazuje na narušené jídelní postoje ve směru poruch příjmu potravy.

### **Tento dotazník sleduje tři faktory jídelního chování:**

1. Dietní chování a obava z tloušťky.
2. Chování charakteristické pro ztrátu kontroly nad jídlem a nutkavé zabývání se jídlem.
3. Neobvyklé postoje spojené s konzumací jídla.

Odpovědi na jednotlivé položky dotazníku jsou bodovány.

Odpověď: vždy – 3 body, velmi často – 2 body, často – 1 bod, někdy 0 bodů, zřídka – 0 bodů, nikdy – 0 bodů. Toto bodování je shodné pro všechny položky, kromě položky číslo 25, která je bodována obráceně. Za kritickou hranici je považováno 20 bodů ze součtu všech položek.

Před samotným výzkumným šetřením bylo provedeno předvýzkumné šetření, kterého se zúčastnilo 8 žáků. Předvýzkumné šetření ověřilo srozumitelnost otázek a také pomohlo stanovit časový prostor na vyplnění dotazníku. Vlastní výzkumné šetření bylo prováděno s žáky v jednotlivých třídách během výuky za přítomnosti pedagoga. Po rozdělení dotazníku následoval vysvětlující komentář k jednotlivým otázkám. Po objasnění způsobu zaznamenání odpovědí a po stanovení způsobu, jakým je možno opravit případný omyl při vyplňování, byli respondenti vyzváni k odpovědnému vyplnění všech otázek. Respondenti byli také seznámeni s tím, že výsledky a zjištěné informace budou sloužit k vypracování diplomové práce a že dotazník je anonymní. návratnost dotazníků byla stoprocentní.

DOTAZNÍK 2 tvoří přílohu B

## **6.4 Dotazník 1**

### **6.4.1 Hypotézy**

Na základě společenských stereotypů byly vytvořeny následující hypotézy, které byly výzkumem potvrzeny či nepotvrzeny.

**Hypotéza 1:** Pedagogové jsou velmi dobře informováni o poruchách příjmu potravy u žáků.

**Hypotéza 2:** Pedagogové jsou velmi dobře informováni o postižení ADHD / ADD a SPU u žáků.

**Hypotéza 3:** Pedagogové jsou málo informováni o souvislosti poruch příjmu potravy a ADHD / ADD a SPU u žáků.

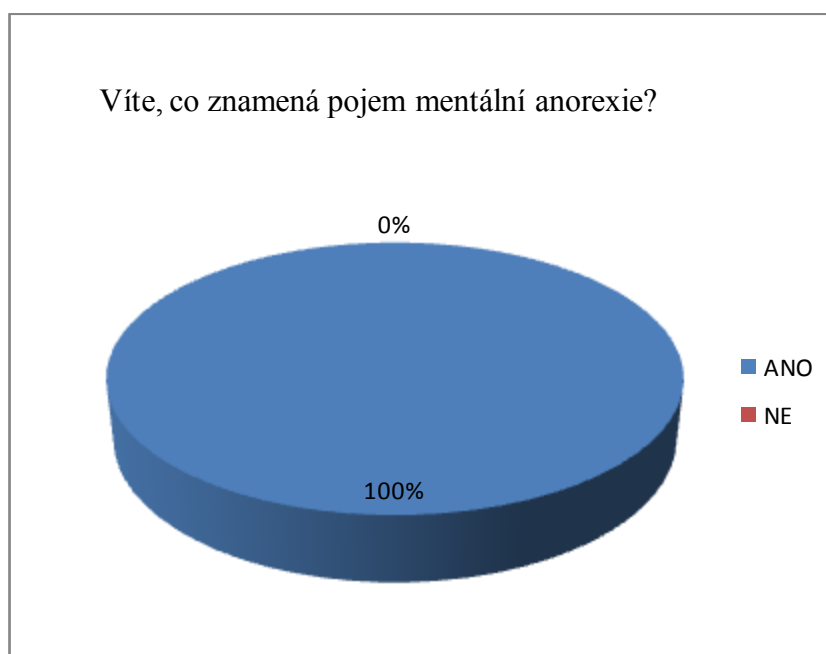
## 6.4.2 Interpretace výsledků

### Otázka č. 1

#### Víte, co znamená pojem mentální anorexie?

První otázka si klade za cíl zjistit, zda si pedagogové myslí, že vědí, co znamená pojem mentální anorexie a následně v druhé otázce (2. otázka: Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte projevy mentální anorexie?) je předložena uzavřená otázka s možností opovědi – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE.

Graf 4: Otázka č. 1



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Z výše uvedeného grafu jasně vyplývá, že všech 46 (100 %) respondentů ví, co znamená pojem mentální anorexie. Nevyskytla se žádná záporná odpověď. Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy jsou jedním z častých a závažných onemocnění dětí ve věku 13-18 let, je tato znalost pedagogů za potěšující.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

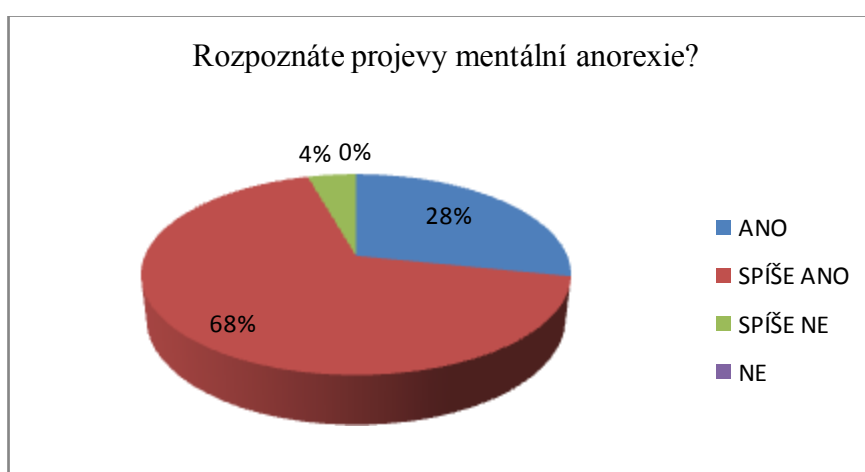
## Otázka č. 2

### Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte projevy mentální anorexie?

Druhá otázka si klade za cíl zjistit, zda si pedagogové myslí, že rozpoznají projevy mentální anorexie.

Na předcházející otázku č. 1 odpovědělo ANO všech 46 respondentů. Z toho vyplývá, že na otázku č. 2 odpovídali všichni pedagogové. Nabídnuty jim byly odpovědi – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE.

Graf 5: Otázka č. 2



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Ze zvolených odpovědí vyplývá, že 12 (28 %) respondentů dokáže správně rozpoznat projevy mentální anorexie. Odpověď SPÍŠE ANO zvolilo nejvíce pedagogů, a to 32 (68 %). Odpověď SPÍŠE NE si vybrali pouze dva (4 %) respondenti. Nikdo nezvolil odpověď NE.

Jeden respondent připojil k odpovědi SPÍŠE ANO dodatek: Příznaky umí dobře maskovat.

Na otázku odpovědělo ANO a SPÍŠE ANO 44 pedagogů z 46. Z toho vyplývá, že znalost projevů mentální anorexie je velmi dobrá.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

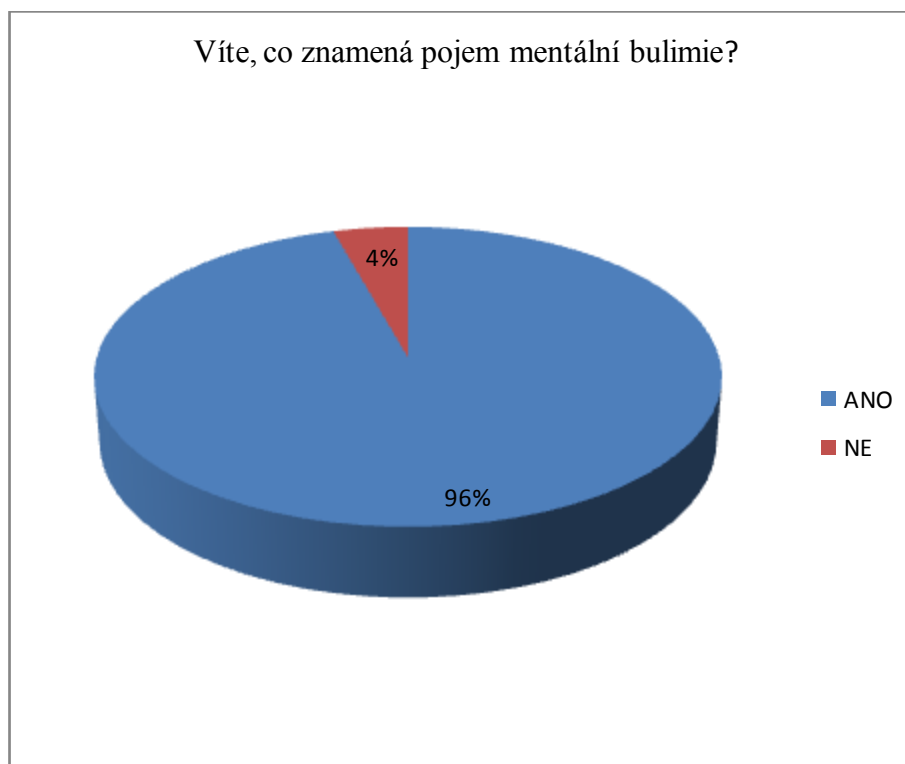


### Otázka č. 3

#### Víte, co znamená pojem mentální bulimie?

Třetí otázka si klade za cíl zjistit, zda si pedagogové myslí, že vědí, co znamená pojem mentální bulimie a následně v druhé otázce (4. otázka: Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte projevy mentální bulimie?) je předložena uzavřená otázka s možností opovědi – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE.

Graf 6: Otázka č. 3



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 44 (96 %) respondentů ví, co znamená pojem mentální bulimie. Zápornou odpověď uvedli dva (4 %) pedagogové. Otázka mentální bulimie je veřejnosti známa podobně jako otázka mentální anorexie, tím pádem i výsledek odpovědí na tuto uzavřenou otázku se zásadně neliší od výsledku grafu č. 4.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

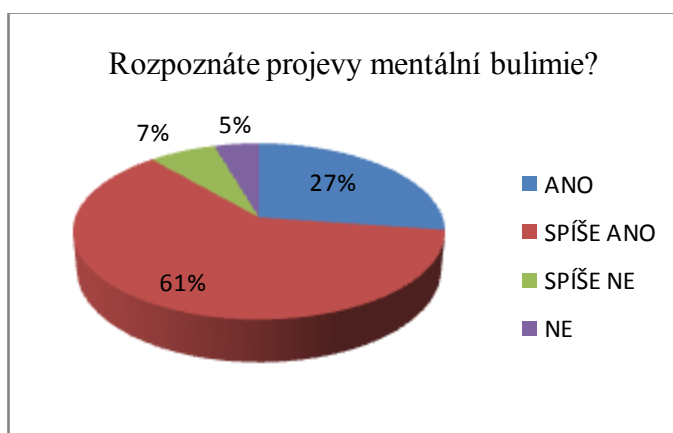
#### Otázka č. 4

##### **Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte projevy mentální bulimie?**

Čtvrtá otázka si klade za cíl zjistit, zda si pedagogové myslí, že rozpoznají projevy mentální bulimie.

Na předcházející otázku č. 3 odpovědělo ANO 44 respondentů. Z toho vyplývá, že na otázku č. 4 odpovídalo 44 pedagogů. Nabídnuty jim byly odpovědi – ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE.

Graf 7: Otázka č. 4



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Ze zvolených odpovědí vyplývá, že 12 (27 %) respondentů dokáže správně rozpoznat projevy mentální anorexie. Odpověď SPÍŠE ANO zvolilo nejvíce pedagogů, a to 27 (61 %). Odpověď SPÍŠE NE si vybrali pouze 3 (7 %) respondenti. Dva (5 %) respondenti zvolili odpověď NE.

Jeden respondent připojil k odpovědi SPÍŠE ANO dodatek: Příznaky umí dobře maskovat.

Z toho vyplývá, že znalost projevů mentální bulimie je téměř tak dobrá, jako u znalostí projevů mentální anorexie.

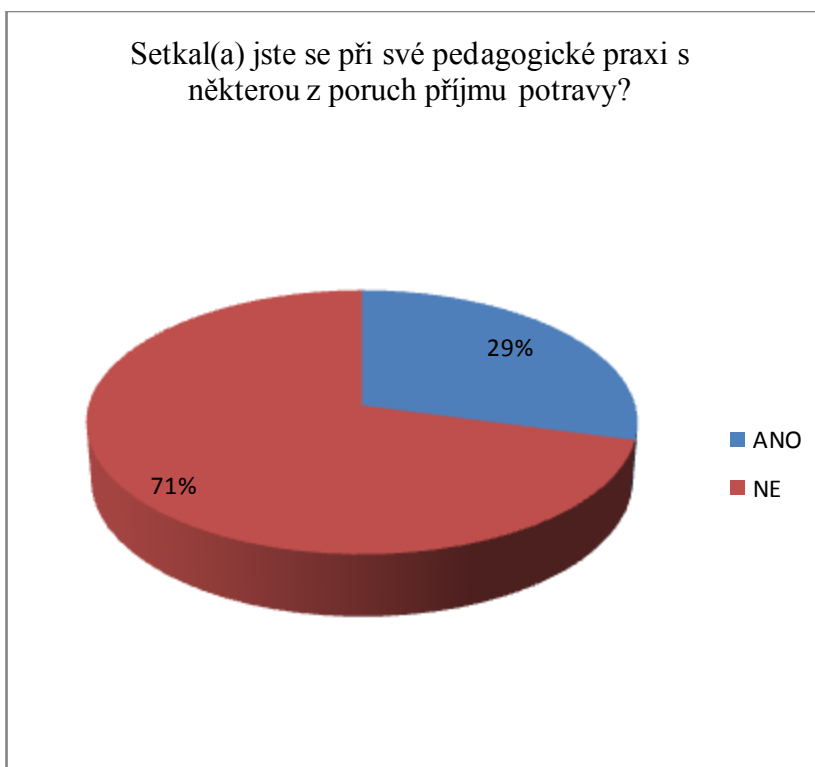
**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 5

#### Setkal(a) jste se při své pedagogické praxi s některou z poruch příjmu potravy?

Pátá otázka si klade za cíl zjistit, zda se respondenti během své pedagogické praxe setkali s žáky s některou poruchou příjmu potravy.

Graf 8: Otázka č. 5



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Z výsledku grafu je jasně patrné, že vlastní zkušenost s poruchou příjmu potravy u žáků má menšina pedagogů. Čtrnáct z nich (29 %) se již s poruchou příjmu potravy během své učitelské praxe setkalo a 32 (71 %) ještě tuto zkušenost nemá. Vzhledem k rostoucímu počtu výskytu případů poruch příjmu potravy je výsledek překvapující.

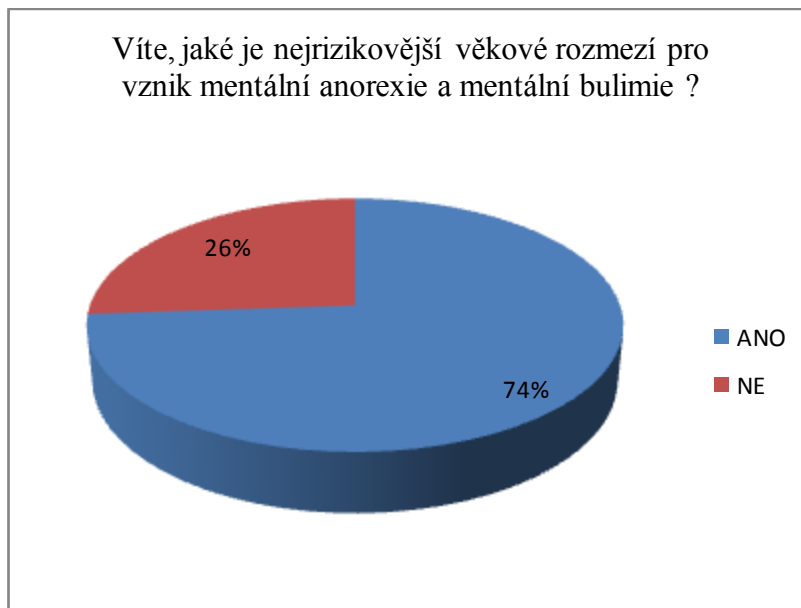
Učitel bývá často první, kdo zaznamená první známky onemocnění. Při tělesné výchově může například zaznamenat, že dítě hubne, nebo naopak jeho hmotnost nápadně narůstá, nebo nápadně kolísá.

### Otázka č. 6

#### Víte, jaké je nejrizikovější věkové rozmezí pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie ?

Pátá otázka si klade za cíl zjistit, zda pedagogové ví v jakém věku jsou žáci nejvíce ohroženi vznikem nějaké poruchy příjmu potravy.

Graf 9: Otázka č. 6



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Z grafu vyplývá, většina pedagogů má povědomost o rizikovém věku žáků pro vznik poruch příjmu potravy. Pouze 12 (26 %) z nich odpovědělo záporně. Kladnou odpověď dalo 34 (74 %).

Školní věk vnáší zásadní změny do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí školáků. Nejčastěji poruchy příjmu potravy vznikají ve věku 14-15 a 17-18 let.

Nutno podotknout, že dochází ke snižování věkové hranice výskytu tohoto onemocnění a není výjimkou, že začátek poruchy se objeví před 12 rokem.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 7

#### Co je podle Vás nejčastějším impulsem k nastartování poruch příjmu potravy?

Sedmá otázka si klade za cíl zjistit, zda respondenti vědí, jaké okolnosti a důvody jsou impulsem k nastartování poruch příjmu potravy.

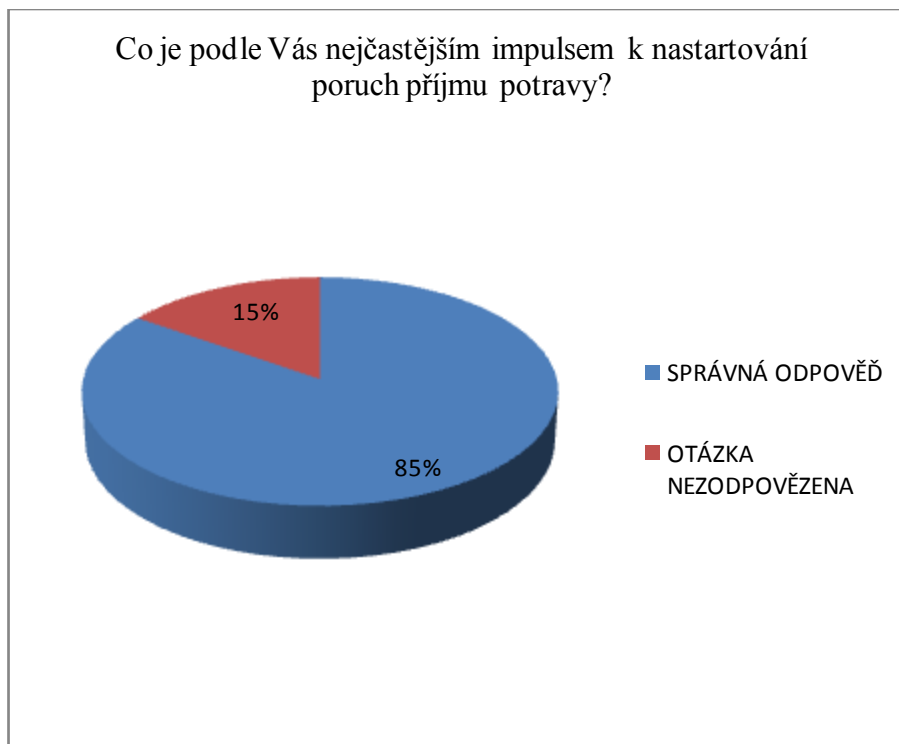
Tabulka 1: Otázka č. 7

Co je podle Vás nejčastějším impulsem k nastartování poruch příjmu potravy?	
1.	Problém s vyrovnáním se s nastalou životní nebo momentální změnou, situací. Nespokojenost se sebou samým. Chce být hezčí. Chce se vyrovnat vysněnému vzoru (sport, modeling,..)
2.	Touha po dokonalosti, upoutání pozornosti, psychické potíže, nezájem blízkých, soudy okolí.
3.	Nespokojenost s vlastním tělem
4.	Touha být dokonalý, psychické potíže
5.	Pocit méněcennosti, nedokonalosti vzhledu, sociálního vyřazení
6.	Potřeba líbit se sám sobě, stres
7.	Nespokojenost s vlastní postavou. Touha líbit se.
8.	Rodinné prostředí
9.	Stres
10.	Okolí, škola, rodina
11.	Impulsivní chování, psychická nevyrovnanost, vliv médií a kolektivu, potíže v rodině
12.	Nesprávné stravování
13.	Sebepřijetí – problém s vlastní identifikací, identitou a sebepřijetím
14.	Vliv médií, nespokojenost se svou osobností, psychické problémy
15.	Psychické problémy
16.	Psychické problémy
17.	Psychika, problém s nadváhou

<b>18.</b> Vliv médií
<b>19.</b> Stres, dospívání, nevyrovnaná osobnost
<b>20.</b> Stres, nespokojenost se sebou samým
<b>21.</b> Vliv okolí
<b>22.</b> Vliv médií
<b>23.</b> Problémy v rodině, problémy se sebestříjetím
<b>24.</b> Rodinné zázemí, sociální skupina
<b>25.</b> Touha po štíhlosti
<b>26.</b> Pocit méněcennosti, když se má člověk málo rád.
<b>27.</b> Špatný vzor, vliv vrstevníků a rodiny, vliv médií
<b>28.</b> Snížené sebevědomí
<b>29.</b> Dospívání, vliv médií, vliv okolí
<b>30.</b> Dědičnost
<b>31.</b> Nízké sebevědomí, problémy v rodině a v kolektivu
<b>32.</b> Stres
<b>33.</b> Vliv okolí, nevhodné poznámky
<b>34.</b> Porucha psychiky, poznámky spolužáků
<b>35.</b> Stresová situace – rozvod rodičů, smrt blízké osoby nebo něco podobného
<b>36.</b> Nevhodná výchova – např. vzbuzení komplexu, což se může projevit ve vztahu k vlastním hodnotám a k tělu. Pocit nesouladu těla s „vzory naší doby“.Nedostatek lásky, pozornosti,...
<b>37.</b> Puberta, nespokojenost s vlastním tělem, problémy v rodině
<b>38.</b> Dokonalá postava
<b>39.</b> Nízké sebevědomí podpořené poznámkami okolí

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 10: Otázka č. 7



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 39 (85 %) respondentů z 46. Sedm (15 %) pedagogů odpověď nevedlo. Nejčastěji se vyskytující odpovědí byla: stres, vliv médií, vliv okolí a rodiny, pocit méněcennosti, nespokojenost s vlastní postavou. Pouze jeden pedagog uvedl jako příčinu poruch příjmu potravy impulzivní chování.

Většinou se vyskytuje více rizikových faktorů, které pravděpodobnost onemocnění zvyšují. Onemocnění vyvolává souhra nepříznivých okolností. Ojedinelý „rizikový“ faktor nemusí mít žádný efekt (např. posměšná poznámka o vzhledu).

Pouze kombinace s ostatními faktory (úzkostná povaha, touha po dokonalosti, rodinná orientace na výkon, zvýšená sebekritičnost, nejistota sebou samým až nepřijetí sama sebe, ADHD / ADD, SPU) vede ke vzniku onemocnění nebo ho udržuje. Některým rizikům lze předcházet.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 8

**Uveďte odborné publikace zabývající se poruchami příjmu potravy, které znáte:**

Osmá otázka si klade za cíl zjistit, zda se pedagogové orientují v odborné literatuře, ze které by mohli čerpat informace o poruchách příjmu potravy.

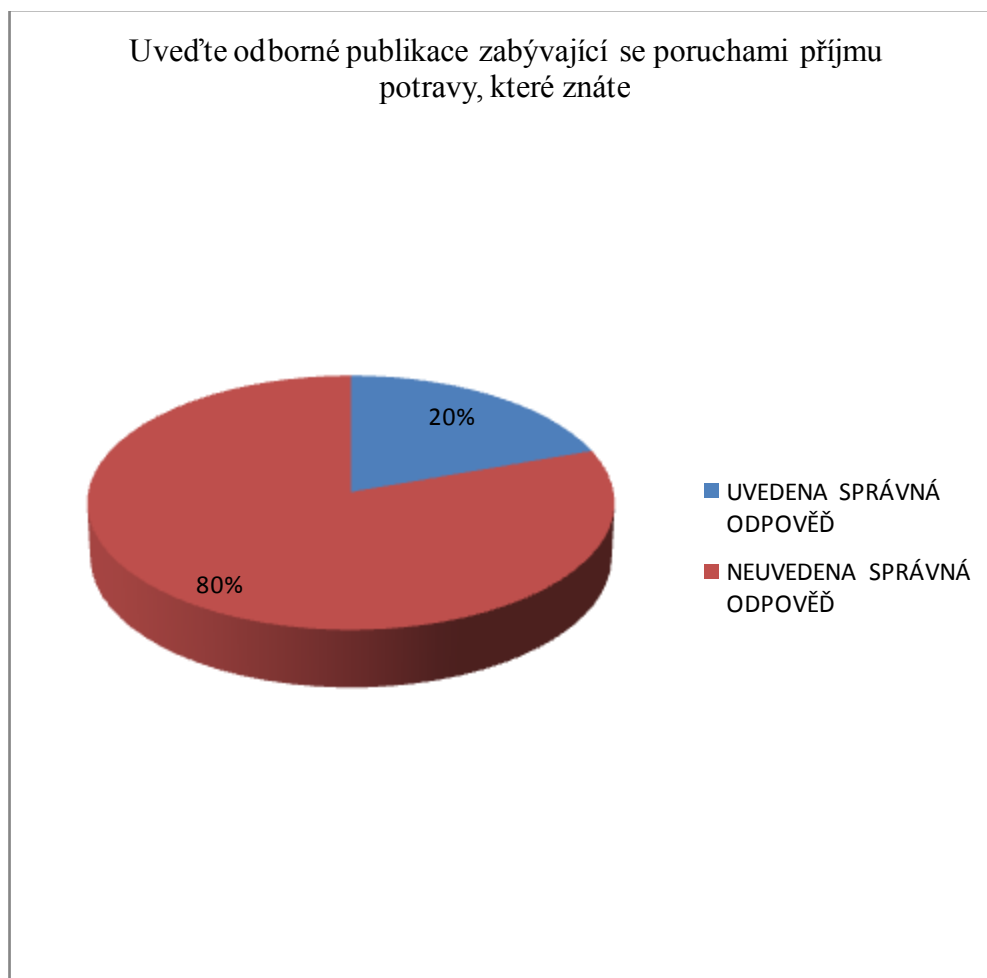
Tabulka 2: Otázka č. 8

Uveďte odborné publikace zabývající se poruchami příjmu potravy, které znáte:	
1.	Neznám (7 odpovědí)
2.	Spíše časopisy, internet
3.	„Jak chutná život“
4.	Vágnerová: Psychopatologie pro pomáhající profese Dr. Krch
5.	Nečetla jsem
6.	Časopisy Prevence, Psychologie
7.	Časopis Psychologie dnes Kniha pro mládež od spisovatelky I. Březinové
8.	Krch: Mentální anorexie Krch: Poruchy příjmu potravy Když chce dcera hubnout
9.	Papežová: Spektrum poruch příjmu potravy Krch: Mentální anorexie, Mentální bulimie
10.	H. Papežová: Spektrum poruch příjmu potravy H. Papežová: Začarovaný kruh
11.	1. Krch F.: Mentální anorexie 2. Vespalcová A.: Raději mrtvá, než-li tlustá

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)



Graf 11: Otázka č. 8



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Respondentů, kteří uvedli alespoň jednu odbornou publikaci nebo jméno autora odborné publikace, knihy nebo časopisu pojednávající o poruchách příjmu potravy bylo pouze 9 (20 %). Jeden respondent by k získání informací využil internet. Ostatních 37 (80 %) respondentů na otázku neodpovědělo vůbec, nebo neznalo odpověď. Nejčastěji jmenovanými autory odborné literatury byli František David Krch a Hana Papežová. Zahraniční autory neuvedl žádný respondent. V současné době je dostupné množství odborných publikací zabývajících se poruchami příjmu potravy.

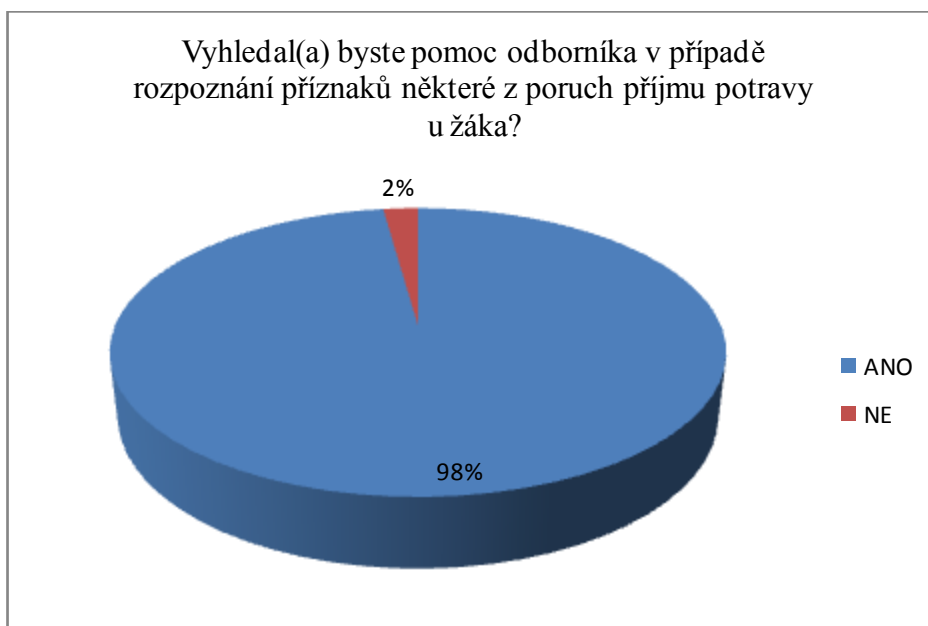
**Pedagogové jsou málo informováni.**

### Otázka č. 9

#### Vyhledal (a) byste pomoc odborníka v případě rozpoznání příznaků některé z poruch příjmu potravy u žáka?

Osmá otázka si klade za cíl zjistit, pokud by pedagog, pokud by se setkal u svého žáka s poruchou příjmu potravy, vyhledal pomoc nebo radu u specializovaného odborníka.

Graf 12: Otázka č. 9



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

V případě podezření na poruchu příjmu potravy by se na odborníka obrátilo 45 (98 %) pedagogů. Jeden (2 %) by pomoc nevyhledal.

Důležité je sdělit rodičům své obavy, a upozornit je na riziko poruch příjmu potravy. Prvním krokem je doporučit rodině vyhledat včas praktického nebo dětského lékaře, který zhodnotí zdravotní stav a poradí další postup ve vyhledání další zdravotní a psychologické pomoci. Diagnózu stanovuje vždy lékař.

Pedagog může informovat rodiče o dalších kontaktech a možnostech pomoci.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 10

#### Měl by být pedagogický sbor aktivní v oblasti primární prevence poruch příjmu potravy?

Desátá otázka si klade za cíl zjistit, zda by měli sami učitelé být aktivní v oblasti primární prevence poruch příjmu potravy ve školách. Při souhlasném stanovisku lze vyjádřit způsob a možnosti prevence.

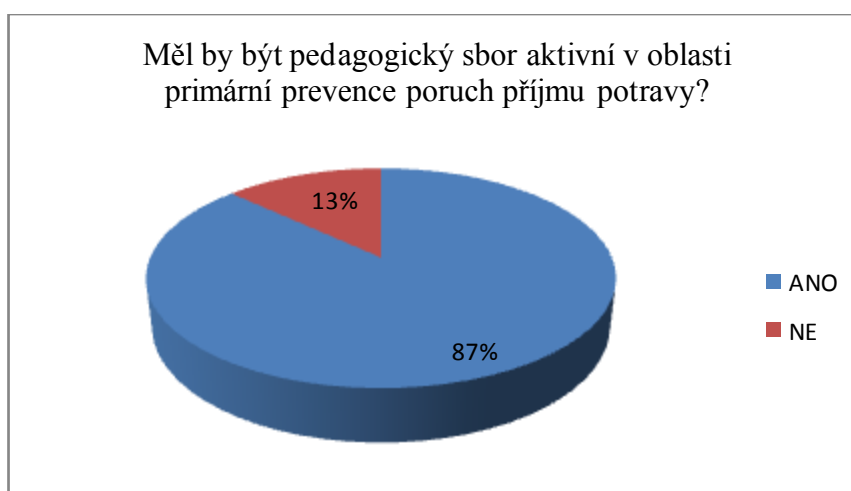
Tabulka 3: Otázka č. 10

Měl by být pedagogický sbor aktivní v oblasti primární prevence poruch příjmu potravy?	
1.	Osvěta, besedy na danou problematiku, upozornění s obrazovou přílohou (odstrašující fotografie nemocných), probírat v hodinách biologie (trávicí soustava, zdravá výživa)
2.	Rady, přednášky, domluva, prevence, budování pevné osobnosti a sebejistoty
3.	Informovat žáky o těchto problémech
4.	Přednášky, domluvy, příklady ze života
5.	Proškolení
6.	Školení
7.	Besedy, školení, literatura
8.	Všímat si žáků
9.	Citlivý přístup k žákům, všímat si jich, besedovat na téma výživa nebo „Můj vzhled“ apod.
10.	V případě pochybností okamžitě Inko primárnímu preventistovi školy
11.	Propagace, diskuse se žáky, videa, přednášky odborníka
12.	Informovat žáky
13.	Propagace správného modelu a vzoru, vzbuzovat v žácích sebedůvěru
14.	Přednášková činnost, zařazení této problematiky do ŠVP- rodinná výchova a občanská výchova, besedy
15.	Besedy, přednášky
16.	Přednášky

17. Kontakt s osobou, která měla problém s PPP
18. Hodiny Etické výchovy
19. Motivace ke svačinám a obědům, diskuse
20. Připomínat rizika spojená s poruchou příjmu potravy, správný jídelníček
21. Všimát si dětí, mluvit s nimi
22. Beseda, rozhovory
23. Rozpoznat problém u žáka a problém řešit s rodiči
24. Přednášky, prezentace, zařazení problematiky PPP do výuky
25. Pozorování stravo vacích návyků žáků, nabádání k pohybovým aktivitám
26. Vstřícný přístup, komunikace
27. Pozorování
28. Spolupráce hlavně s rodiči žáka
29. Osvěta, zařazení do výuky
30. Projektové dny, rozhovory
31. Přednášky na dané téma
32. Zařazení problematiky do výuky

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Graf 13: Otázka č. 10



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Souhlasnou odpověď uvedlo 40 (87%) respondentů. Osm z nich se k dané problematice dále nevyjádřilo. S tím, že by měli být pedagogové aktivní v oblasti primární prevence nesouhlasí 6 respondentů.

Preventivní programy se tak jako celá oblast poruch příjmu potravy neustále rychle vyvíjejí. Odborníci se snaží o rozvoj programů, které by byly dostatečně interdisciplinární, spojovaly metodiky prevence, učitele, pediatry a psychology. Rozvoj programů by mohl být uplatněn v týmové spolupráci a zařazen do již existujících programů pro metodiky prevence i v jiných oblastech (alkohol, drogy, šikana, patologické hráčství).

Jedním ze současných mezinárodně podporovaných programů je program PROYOUTH. Spojuje tyto požadavky: nabízí informace pro metodiky a učitele, informační letáčky, odkazy na webové stránky, počítačovou hru a internetové intervence podle různých potřeb pro mládež v riziku onemocnění.

Vzdělávání v této oblasti je také součástí 250 hodinových specializačních studií pro školní metodiky prevence, akreditovaných MŠMT. Tato specializační studia poskytují odborné neziskové organizace, pedagogicko-psychologické poradny, ale i univerzity. Přehled specializačních studií lze nalézt také na [www.prevence-praha.cz](http://www.prevence-praha.cz) v rubrice pro pedagogy. Lze tam nalézt informace seminářích a přednáškách z oblasti prevence poruch příjmu potravy.

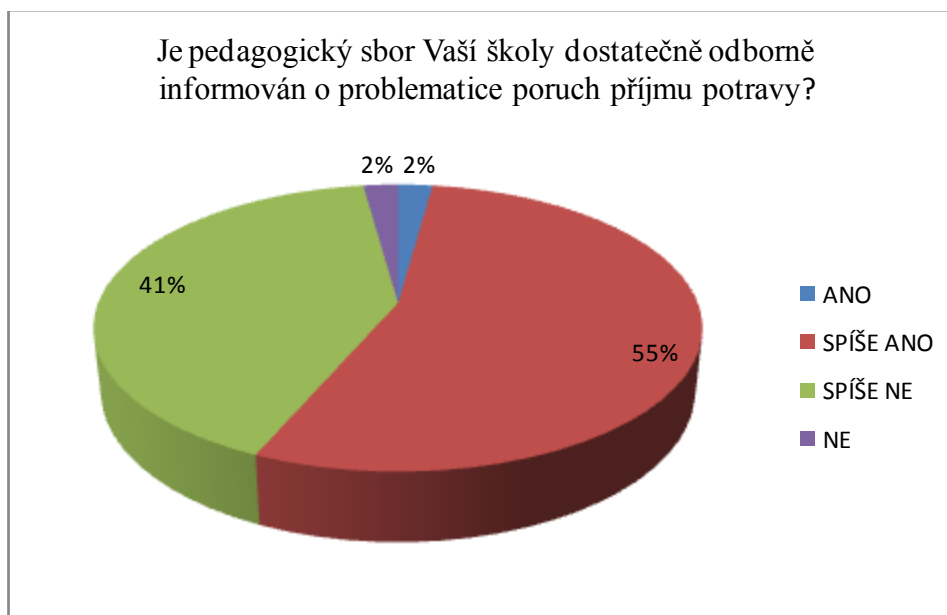
**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 11

#### Je pedagogický sbor Vaší školy dostatečně odborně informován o problematice poruch příjmu potravy?

Jedenáctá otázka si klade za cíl zjistit, zda jsou pedagogové na našich školách dostatečně informováni o problematice poruch příjmu potravy.

Graf 14: Otázka č. 11



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Nejvíce respondentů- 25 (55 %) vybralo předloženou odpověď SPÍŠE ANO. Druhou nejčastější odpovědí je SPÍŠE NE. Tuto možnost odpovědi zvolilo 19 (41 %) pedagogů. ANO a NE odpověděl vždy 1 (2 %) respondent.

Pravděpodobně nejvíce informací přinášejí dnešní internetové stránky, které ale mohou být různé kvality. Je někdy těžké pro pomáhající profese i postižené se v nich orientovat. Pro informace s odbornou garancí lze doporučit například portál <http://www.idealni.cz>. Je zde i adresář kontaktů na odborníky v jednotlivých regionech.

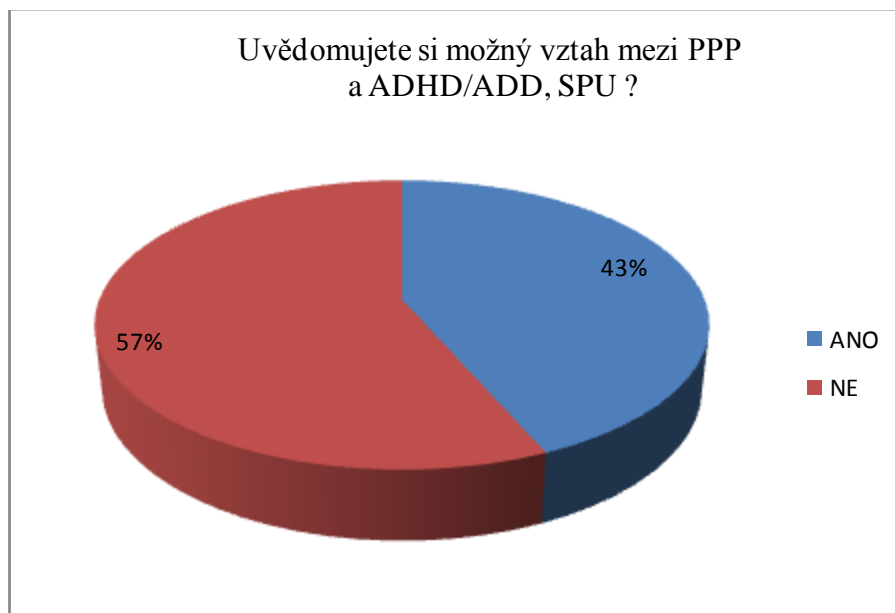
**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 12

#### Uvědomujete si možný vztah mezi PPP a ADHD/ADD, SPU ?

Dvanáctá otázka si klade za cíl zjistit, zda mají pedagogové povědomí o možné souvislosti poruch příjmu potravy a ADHD / ADD, SPU.

Graf 15: Otázka č. 12



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Dvacet (43%) pedagogů vybralo souhlasnou odpověď. Zápornou odpověď vybralo 26 (57%) respondentů.

V posledních letech stále přibývají odborné práce o možnostech komorbidního výskytu poruchy příjmu potravy a ADHD. Oběma poruchám jsou společné projevy impulzivity, vedoucí k ukvapenému a neplánovanému rozhodování včetně přejídání. Žáci s ADHD velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů, proto preferují zisk v dohledné době. Dostupná odměna v podobě příjmu potravy může hrát velkou roli.

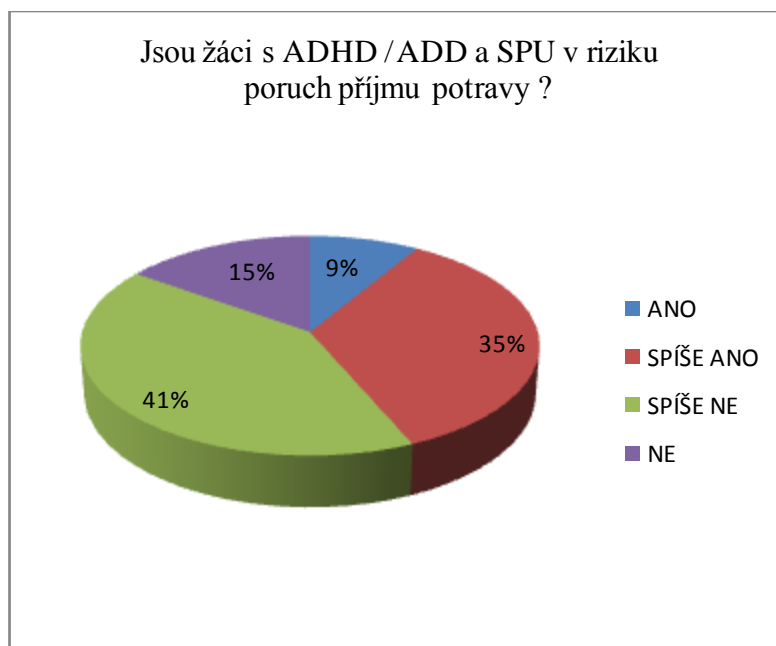
**Pedagogové jsou málo informováni.**

### Otázka č. 13

#### Jsou žáci s ADHD / ADD a SPU v riziku poruch příjmu potravy ?

Třináctá otázka si klade za cíl zjistit, zda si pedagogové uvědomují, že žáci s ADHD/ADD a SPU patří do rizikové skupiny pro vznik poruch příjmu potravy.

Graf 16: Otázka č. 13



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

S tím, že žáci s ADHD / ADD a SPU jsou rizikovou skupinou pro vznik poruch příjmu potravy souhlasí pouze 4 (9 %) respondenti. SPÍŠE ANO odpovědělo 16 (35 %) pedagogů. Pro odpověď SPÍŠE NE se rozhodlo 19 (41 %) respondentů a sedmkrát (15 %) se objevila odpověď NE.

Studie dokládají signifikantně vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dětí s ADHD. Často se pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. U obézních pacientů s ADHD byl popsán častý výskyt bulimického chování.

**Pedagogové jsou málo informováni.**

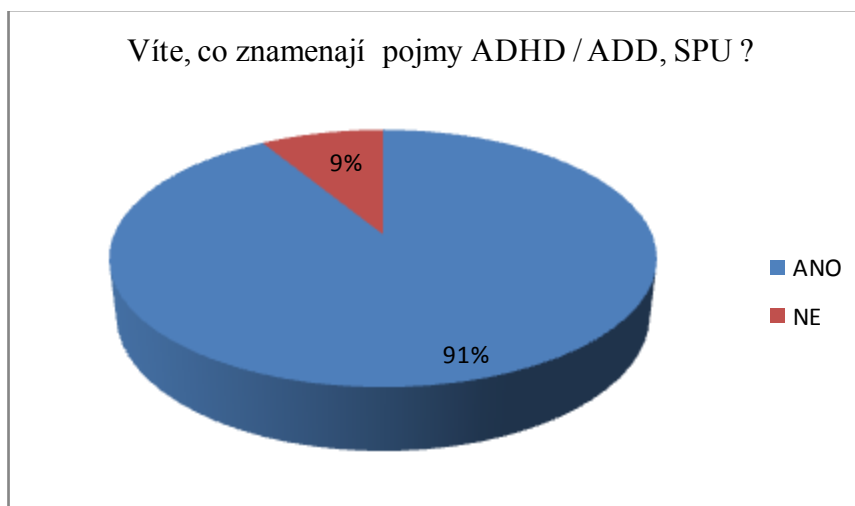


#### Otázka č. 14

#### Víte, co znamenají pojmy ADHD/ ADD, SPU ?

Čtrnáctá otázka si klade za cíl zjistit, zda učitelé znají pojmy ADHD/ ADD, SPU.

Graf 17: Otázka č. 14



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Většina pedagogů zná pojmy ADHD / ADD, SPU. 42 (91%) odpovědělo ANO a 4 (9%) odpovědělo NE.

ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) je zkratka, která vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace – jedná se o označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou (subtypem je ADD – syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity). Jde o jeden ze dvou v současnosti nejčastěji používaných termínů označujících potíže hyperaktivních dětí.

Specifické vývojové poruchy učení jsou definovány jako neschopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných výukových metod za průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti. Intelektové schopnosti dětí s těmito poruchami jsou průměrné až nadprůměrné.

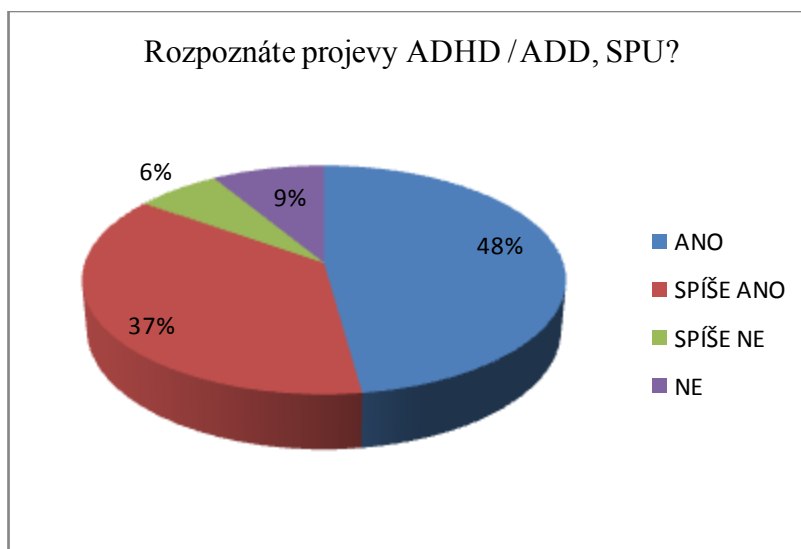
**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 15

#### **Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte projevy ADHD / ADD, SPU?**

Patnáctá otázka si klade za cíl zjistit u pedagogů, kteří odpověděli kladně na otázku č. 14, zda rozpoznají projevy ADHD / ADD, SPU u žáků.

Graf 18: Otázka č. 15



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Souhlasnou odpověď uvedlo nejvíce respondentů- 22 (48 %). SPÍŠE ANO odpovědělo 17 (37 %) pedagogů, SPÍŠE NE odpověděli 3 (6%) a NE si vybrali 4 (9 %) pedagogové.

V rámci individuální diagnostiky se doporučuje sledovat žáka, jeho projevy a následně poskytnout informace odborníkovi na diagnostiku, popřípadě požádat o profesionální radu. U žáka s poruchou – ADHD / ADD, SPU je třeba uplatňovat psychologické a speciálně-pedagogické doporučení ve výchově a vzdělávání. Pedagog tak má možnost zamyslet se nad vlastním přístupem a formami, které využívá ve výchově a vzdělávání žáka s poruchou.

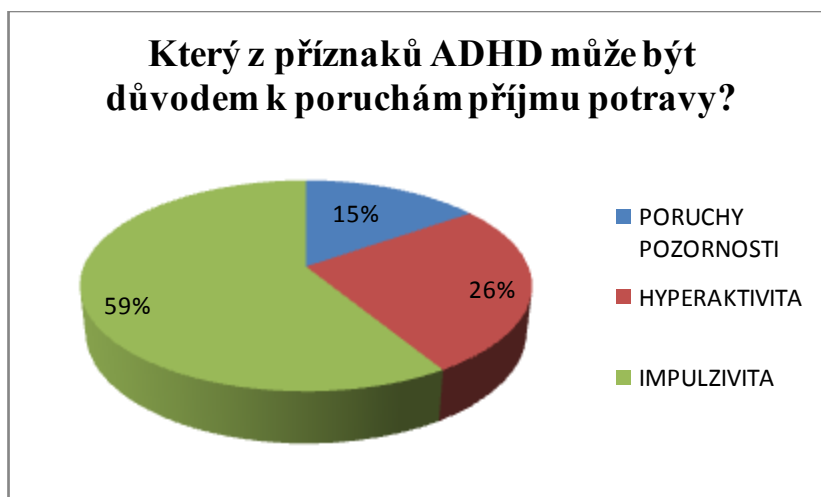
**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

### Otázka č. 16

#### Který z příznaků ADHD může být důvodem k poruchám příjmu potravy?

Šestnáctá otázka si klade za cíl zjistit, zda pedagogové znají příznak ADHD, který může být důvodem k poruchám příjmu potravy.

Graf 19: Otázka č. 16



Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Nejvíce respondentů vybralo správnou odpověď- 27 (59 %). Hyperaktivitu vybralo 12 (26 %) pedagogů a sedm (15%) z nich vybralo poruchy pozornosti.

Impulzivita znamená neschopnost odhadnout následky svého jednání nebo jednání usměrnit. Děti reagují často nepřiměřeně a bez rozmyslu. Často se zapojují do rizikových, zdraví ohrožujících aktivit. Dítě udělá cokoliv, co jej napadne, není schopné kontrolovat své projevy. Impulzivní děti nejsou schopné plánovat a ovládat svoje chování.

Impulzivita je společným projevem u poruch příjmu potravy a ADHD, který vede k ukvapenému a neplánovanému rozhodování včetně přejídání.

**Pedagogové jsou velmi dobře informováni.**

## 6.5 Shrnutí závěrů výzkumu

Hypotézu potvrzují odpovědi na otázky, které splňují podmínky pro potvrzení hypotézy. Pokud u dané otázky je více než 50% správných odpovědí (ANO, SPÍŠE ANO), nebo pokud je vybrána správná odpověď z nabídky u více než 50 % respondentů.

Na základě výsledků dotazníkového šetření a výsledků grafů byla potvrzena Hypotéza 1, tvrdící že: Pedagogové jsou velmi dobře informováni o poruchách příjmu potravy u žáků.

Na otázku č. 1 (Víte, co znamená pojem mentální anorexie?) kladně odpovědělo 100 % respondentů. Projevy mentální anorexie rozpozná 96 % pedagogů. Informovanost o pojmu mentální bulimie prokázalo 96 % respondentů a projevy nemoci rozpozná 88 % dotazovaných. Povědomost o nejrizikovějším věkovém rozmezí pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie prokázalo 74 % respondentů. Informace o nejčastějším impulsu, který vede k nastartování poruch příjmu potravy mělo 85 % dotazovaných. Nejčastější odpovědí byla – stres, vliv médií, vliv okolí a rodiny, pocit méněcennosti, nespokojenost s vlastní postavou. V případě podezření na poruchu příjmu potravy by se na odborníka obrátilo 98 % pedagogů. S potřebou a důležitostí primární prevence poruch příjmu potravy na školách souhlasilo 87 % pedagogů. Uvedli způsob a možnosti prevence. O dostatečné odborné informovanosti pedagogů ve škole o problematice poruch příjmu potravy je přesvědčeno 57 % respondentů.

Na základě výsledků dotazníkového šetření a výsledků grafů byla potvrzena Hypotéza 2, tvrdící že: Pedagogové jsou velmi dobře informováni o poruchách ADHD / ADD a SPU.

91 % pedagogů zná pojmy ADHD / ADD, SPU. Projevy nemoci rozpozná 85 % respondentů. Impulzivitu jako příznak ADHD, který může být důvodem k poruchám příjmu potravy zvolilo 59 % respondentů.

Na základě výsledků dotazníkového šetření a výsledků grafů byla potvrzena Hypotéza 3: Pedagogové jsou málo informováni o souvislosti poruch příjmu potravy a ADHD / ADD a SPU u žáků.

Možný vztah mezi PPP a ADHD / ADD, SPU si neuvědomuje 57 % pedagogů.  
56 % dotazovaných pedagogů nemá povědomí, že žáci s ADHD / ADD a SPU patří do rizikové skupiny pro vznik poruch příjmu potravy.

Vlastní zkušenost s poruchou příjmu potravy u žáků má menšina pedagogů.  
S poruchou příjmu potravy se během své učitelské praxe setkala 29 %.

## 6.6 Dotazník 2

### 6.6.1 Hypotézy

Na základě společenských stereotypů byly vytvořeny následující hypotézy, které byly výzkumem potvrzeny či nepotvrzeny.

**Hypotéza 1:** Kritické hranice pro dispozici pro vznik PPP (skóre 20 bodů) nedosáhne 80 % žáků.

**Hypotéza 2:** Ve skupině žáků s dispozicemi pro vznik k PPP (skóre vyšší než 20 bodů) jsou dívky zastoupeni častěji než chlapci.

Gardnerův test jídelních postojů slouží pro vyhledávání žáků s narušeným jídelním chováním. EAT-26 je používán jako screeningový nástroj při zjišťování poruch příjmu potravy. Tento test jídelních postojů obsahuje 26 položek citlivých na aktuální jídelní postoje a chování ve směru dodržování redukčních diet nebo naopak pocitu ztráty kontroly (bulimie) a kontroly jídelního chování (orální kontrola). Celkový skór ukazuje na narušené jídelní postoje ve směru poruch příjmu potravy.

Výsledky šetření jsou rozděleny dle pohlaví respondentů:

1. Tabulka č. 3 ukazuje početní zastoupení chlapců.
2. Tabulka č. 4 uvádí procentuální zastoupení chlapců.
3. Tabulka č. 5 ukazuje početní zastoupení dívek.
4. Tabulka č. 6. uvádí procentuální zastoupení dívek.
5. Tabulka č. 5 ukazuje početní zastoupení dívek a chlapců.
6. Tabulka č. 6. uvádí procentuální zastoupení dívek a chlapců.

Tabulka 3: Chlapci – v číslech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	3	2	1	5	2	23
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	2	5	4	25
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	2	0	0	5	4	25
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	2	1	1	5	4	23
5. Krájím jídlo na malé kousky	3	0	3	7	3	20
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	4	3	2	6	3	18
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	1	0	1	3	31
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	3	1	1	6	1	24
9. Po jídle zvracím	0	0	0	1	6	29
10. Po jídle se cítím velmi provinile	2	0	1	4	1	28
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	6	2	3	6	5	14
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	8	3	6	2	2	15
13.Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	2	2	3	5	3	21
14.Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	5	1	0	6	4	20
15.Jídlo mi trvá déle než ostatním	3	1	3	6	5	18
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	1	1	0	6	4	24
17.Jím dietní jídla	2	1	1	10	3	19
18.Cítím, že jídlo ovládá můj život	5	0	2	8	1	20
19.Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo	5	2	5	6	4	14
20.Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	3	0	2	2	3	26
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	1	1	2	2	8	22
22.Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	0	0	2	4	6	24
23.Držím diety	2	1	1	3	8	21
24.Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	1	1	5	29
25.Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	14	3	4	6	1	8
26.Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	4	2	30

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 4: Chlapci – v procentech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	8,33	5,56	2,78	13,89	5,56	63,89
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	5,56	13,89	11,11	69,44
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	5,56	0	0	13,89	11,11	69,44
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	5,56	2,78	2,78	13,89	11,11	63,89
5. Krájím jídlo na malé kousky	8,33	0	8,33	19,44	8,33	55,56
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	11,11	8,33	5,56	16,67	8,33	50,00
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	2,78	0	2,78	8,33	86,11
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	8,33	2,78	2,78	16,67	2,78	66,67
9. Po jídle zvracím	0	0	0	2,78	16,67	80,56
10. Po jídle se cítím velmi provinile	5,56	0	2,78	11,11	2,78	77,78
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	16,67	5,56	8,33	16,67	13,89	38,89
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	22,22	8,33	16,67	5,56	5,56	41,67
13. Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	5,56	5,56	8,33	13,89	8,33	77,78
14. Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	13,89	2,78	0	16,67	11,11	55,56
15. Jídlo mi trvá déle než ostatním	8,33	2,78	8,33	16,67	13,89	50,00
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	2,78	2,78	0	16,67	11,11	66,67
17. Jím dietní jídla	5,56	2,78	2,78	0	8,33	52,78
18. Cítím, že jídlo ovládá můj život	13,89	0	5,56	22,22	2,78	55,56
19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo	13,89	5,56	13,89	16,67	11,11	38,89
20. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	8,33	0	5,56	5,56	8,33	72,22
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	2,78	2,78	5,56	5,56	22,22	61,11
22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	0	0	5,56	11,11	16,67	66,67
23. Držím diety	5,56	2,78	2,78	8,33	22,22	77,78
24. Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	2,78	2,78	13,89	80,56
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	38,89	8,33	11,11	16,67	2,78	22,22
26. Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	11,11	5,56	83,33

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)



Tabulka 5: Dívky – v číslech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	1	1	2	2	1	9
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	0	2	2	12
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	0	0	0	4	5	7
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	0	0	1	5	1	9
5. Krájím jídlo na malé kousky	1	2	3	6	1	3
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	4	2	3	1	1	5
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	0	0	5	0	11
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	2	3	0	1	1	9
9. Po jídle zvracím	0	0	1	1	0	14
10. Po jídle se cítím velmi provinile	0	0	0	1	4	11
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	4	2	1	3	1	5
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	3	1	1	1	2	8
13.Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	2	4	1	1	1	7
14.Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	1	1	1	3	1	9
15.Jídlo mi trvá déle než ostatním	1	2	0	5	2	6
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	0	0	0	5	1	10
17.Jím dietní jídla	1	0	1	6	2	6
18.Cítím, že jídlo ovládá můj život	1	1	0	1	1	12
19.Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo	2	0	0	5	1	8
20.Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	0	1	0	5	1	9
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	0	0	0	2	2	12
22.Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	1	0	1	3	5	6
23.Držím diety	0	2	0	3	3	8
24.Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	1	2	1	12
25.Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	2	2	0	9	1	2
26.Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	2	3	11

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 6: Dívky – v procentech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	6,25	6,25	12,50	12,50	6,25	56,25
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	0	12,50	12,50	75,00
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	0	0	0	25,00	31,25	43,75
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	0	0	6,25	31,25	6,25	56,25
5. Krájím jídlo na malé kousky	6,25	12,50	18,75	37,50	6,25	18,75
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	25,00	12,50	18,75	6,25	6,25	31,25
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	0	0	31,25	0	68,75
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	12,50	18,75	0	6,25	6,25	56,25
9. Po jídle zvracím	0	0	6,25	6,25	0	87,50
10. Po jídle se cítím velmi provinile	0	0	0	6,25	25,00	68,75
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	25,00	12,50	6,25	18,75	6,25	31,25
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	18,75	6,25	6,25	6,25	12,5	50,00
13.Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	12,5	25,00	6,25	6,25	6,25	43,75
14.Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	6,25	6,25	6,25	18,75	6,25	56,25
15.Jídlo mi trvá déle než ostatním	6,25	12,5	0	31,25	12,5	37,50
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	0	0	0	31,25	6,25	62,50
17.Jím dietní jídla	6,25	0	6,25	37,50	12,50	37,50
18.Cítím, že jídlo ovládá můj život	6,25	6,25	0	6,25	6,25	75,00
19.Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo	12,5	0	0	31,25	6,25	50,00
20.Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	0	6,25	0	31,25	6,25	56,25
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	0	0	0	12,50	12,5	75,00
22.Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	6,25	0	6,25	18,75	31,25	37,50
23.Držím diety	0	12,50	0	18,75	18,75	50,00
24.Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	6,25	12,50	6,25	75,00
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	12,50	12,50	0	56,25	6,25	12,50
26.Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	12,5	18,75	68,75

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 7: Dívky a chlapci – v číslech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	4	3	3	7	3	32
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	2	7	6	37
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	2	0	0	9	9	32
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	2	1	2	10	5	32
5. Krájím jídlo na malé kousky	4	2	6	13	4	23
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	8	5	5	7	4	23
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	1	0	6	3	42
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	5	4	1	7	2	33
9. Po jídle zvracím	0	0	1	2	6	43
10. Po jídle se cítím velmi provinile	2	0	1	5	5	39
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	10	4	4	9	6	19
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	11	4	7	3	4	23
13.Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	4	6	4	6	4	28
14.Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	6	2	1	9	5	29
15.Jídlo mi trvá déle než ostatním	4	3	3	11	7	24
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	1	1	0	11	5	34
17.Jím dietní jídla	3	1	2	16	5	25
18.Cítím, že jídlo ovládá můj život	6	1	2	9	2	32
19.Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo	7	2	5	11	5	22
20.Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	3	1	2	7	4	35
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	1	1	2	4	10	34
22.Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	1	0	3	7	11	30
23.Držím diety	2	3	1	6	11	29
24.Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	2	3	6	41
25.Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	16	5	4	15	2	10
26.Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	6	5	41

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 8: Dívky a chlapci – v procentech

	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy	7,69	5,77	5,77	13,46	5,77	61,54
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	0	0	3,85	13,46	11,54	71,15
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	3,85	0	0	17,31	17,31	61,54
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat	3,85	1,92	3,85	19,23	9,62	61,54
5. Krájím jídlo na malé kousky	7,69	3,85	11,54	25,00	7,69	44,23
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	15,39	9,62	9,62	13,46	7,69	44,23
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)	0	1,92	0	11,54	5,77	80,77
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	9,62	7,69	1,92	13,46	3,85	63,46
9. Po jídle zvracím	0	0	1,92	3,85	11,54	82,69
10. Po jídle se cítím velmi provinile	3,85	0	1,92	9,62	9,62	75,00
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	19,23	7,69	7,69	17,31	11,54	36,54
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	21,15	7,69	13,46	5,77	7,69	44,23
13. Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	7,69	11,54	7,69	11,54	7,69	53,85
14. Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	11,54	3,85	1,92	17,31	9,62	55,77
15. Jídlo mi trvá déle než ostatním	7,69	5,77	5,77	21,15	13,46	46,15
16. Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	1,92	1,92	0	21,15	9,62	65,39
17. Jím dietní jídla	5,77	1,92	3,85	30,77	9,62	48,08
18. Cítím, že jídlo ovládá můj život	11,54	1,92	3,85	17,31	3,85	61,54
19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo	13,46	3,85	9,62	21,15	9,62	42,31
20. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	5,77	1,92	3,85	13,46	7,69	67,31
21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	1,92	1,92	3,85	7,69	19,23	65,39
22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	1,92	0	5,77	13,46	21,15	57,70
23. Držím diety	3,85	5,77	1,92	11,54	21,15	55,77
24. Mám rád/a prázdný žaludek	0	0	3,85	5,77	11,54	78,85
25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	30,77	9,62	7,69	3,85	3,85	19,23
26. Po jídle mívám nucení ke zvracení	0	0	0	11,54	9,62	78,85

Zdroj: autorka práce, 2015 (vlastní šetření)

## 6.6.2 Shrnutí dotazníku EAT 26

Ze závěrů dotazníků vyplývá, že kritické hranice 20 bodů a vyšší dosáhlo 7 (13,46 %) z 52 respondentů.

**Hypotéza 1:** Kritické hranice pro dispozici pro vznik PPP (skóre 20 bodů) nedosáhne 80 % žáků.

Hypotéza č. 1 se potvrdila. Kritické hranice 20 bodů nedosáhlo 86,54 % (45) žáků.

**Hypotéza 2:** Ve skupině žáků s dispozicemi pro vznik k PPP (skóre vyšší než 20 bodů) jsou dívky zastoupeni častěji než chlapci.

Hypotéza č. 2. se nepotvrdila. Kritické hranice a vyššího skóre dosáhly 2 dívky (12,5 %) z celkového počtu 16 dívek a 5 chlapců (13,89 %) z celkového počtu 36 chlapců.

Dívky dosáhly skóre 20 a 30 bodů. Nejvyšší skóre u chlapců se pohybuje v rozmezí 37, 30, 30, 22, 22 bodů

Skóre nižšího než 10 bodů dosáhlo 39 žáků. Dalších 6 žáků dosáhlo skóre v rozmezí 10 – 17 bodů.

Z vyhodnocení vyplněných dotazníků vychází, že 2 dívky (12,5 %) z celkového počtu 16 dosáhlo kritické hranice 20 bodů. Jedna z dívek dosáhla kritické hranice 20 bodů a druhá dívka dosáhla skóre 30 bodů.

Z odpovědí na otázku číslo jedna vyplývá, že strachu z nadváhy podléhá větší počet dotázaných dívek, než pouze ony 2, které měly vyšší kritické skóre. Počet dívek, které na tuto otázku odpovídaly možnostmi, které jsou bodovány (3,2,1 – čili se stávají v hodnocení významnými) je 4 (25 %). U otázky 6 „Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím“, je počet bodovaných odpovědí 9 (28,12 %). Na to, že dívky chtějí být štíhlejší myslí celkem 7 (43,75 %) z nich. Na otázku číslo 12. „Když cvičím myslím na to, že spaluji kalorie“, odpovědělo možnostmi, které jsou bodovány 5 (31,25 %) dívek. Na 13. otázku „Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)“ odpovědělo bodovanými odpověďmi 7 (43,75 %) dívek.

Na otázku číslo 1. „Mám hrůzu z nadváhy“, odpovědělo 6 (16,67 %) chlapců bodovanou odpovědí. Kalorickou hodnotu jídla, které jí (otázka č. 6) si uvědomuje 9

(25 %) chlapců. Jedenáct (30,56 %) chlapců odpovědělo možnostmi, které jsou bodovány, že by chtěli být štíhlejší (otázka č. 11). Na otázku číslo 12. „Když cvičím myslím na to, že spaluji kalorie“, odpovědělo významně bodovanými odpověďmi 17 (47,22 %) chlapců. Na otázku číslo 14. „Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle moc tuku“ odpovědělo bodovanou odpovědí 6 (16,67 %) chlapců. Jídlo ovládá život (otázka č. 18) sedmi (19,45 %) chlapcům. Sebeovládání v jídle (otázka č. 19) projevuje 12 (33,34 %) chlapců.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo provést rozbor výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD / ADD a SPU na školách a povědomí učitelů o problematice poruch příjmu potravy ve vztahu k postižení ADHD / ADD a SPU . Na základě společenských stereotypů byly nedefinovány hypotézy, jejichž pravdivost, či nepravdivost bylo nutno prokázat výzkumem ve formě dotazníků distribuovaných mezi pedagogy a žáky základních škol. Z výzkumu vyplynulo několik základních poznatků a zjištění.

Na základě výzkumu bylo prokázáno, že pedagogové velmi dobře znají pojem poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) a rozpoznají projevy nemoci. Učitel bývá často první, kdo zaznamená první známky onemocnění, proto je dobrá informovanost důležitá.

Přestože výskyt poruch příjmu potravy u žáků roste, je překvapující, že pouze 29 % pedagogů se s tímto onemocněním setkalo ve své učitelské praxi.

Bylo potvrzeno, že pedagogové ví v jakém věku jsou žáci nejvíce ohroženi vznikem nějaké poruchy příjmu potravy.

Potěšující je, respondenti vědí, jaké okolnosti a důvody jsou impulsem k nastartování poruch příjmu potravy. Nejčastěji se vyskytující odpovědí byla: stres, vliv médií, vliv okolí a rodiny, pocit méněcennosti, nespokojenost s vlastní postavou. Důležitost této informovanosti je v možnosti předcházet některým z těchto rizik.

Přestože je v současné době dostupné množství odborných publikací zabývajících se poruchami příjmu potravy, je orientace v oblasti odborné literatury, ze které by mohli pedagogové čerpat informace, nedostatečná.

Pokud by se pedagog setkal u svého žáka s poruchou příjmu potravy, vyhledal by pomoc nebo radu u specializovaného odborníka. Prvním krokem by mělo být doporučení rodině dítěte, vyhledat praktického nebo dětského lékaře, který zhodnotí zdravotní stav a poradí další postup ve vyhledání další zdravotní a psychologické pomoci.

Učitelé jsou si vědomi důležitosti a významu primární prevence poruch příjmu potravy ve školách. Ve svých odpovědích vyjádřili různé způsoby a možnosti prevence. Preventivní programy se tak jako celá oblast poruch příjmu potravy neustále rychle vyvíjejí.

O dobré informovanosti pedagogického sboru ve škole v oblasti problematiky poruch příjmu potravy je přesvědčena více než polovina dotazovaných respondentů.

Pedagogové velmi dobře znají pojmy ADHD / ADD a SPU a rozpoznají projevy nemoci.

Povědomí o možné souvislosti poruch příjmu potravy a ADHD / ADD, SPU nemá více než polovina dotazovaných pedagogů. V posledních letech stále přibývají odborné práce o možnostech komorbidního výskytu poruchy příjmu potravy a ADHD, přesto je ale nedostatek zdrojů, které by poskytly dostatek potřebných informací. Z nejnovějších výzkumů vyplývá, že v České republice prevalence obou onemocnění roste, ale komorbidním poruchám je věnováno málo pozornosti.

Impulzivita je společným projevem u poruch příjmu potravy a ADHD, který vede k ukvapenému a neplánovanému rozhodování včetně přejídání.

Z možnosti výběru příznaků ADHD – porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, správně určilo impulzivitu jako důvod pro vznik poruchy příjmu potravy více než polovina pedagogů.

Dále bylo na základě výzkumu prokázáno a ze závěrů dotazníků EAT-26 vyplývá, že kritické hranice 20 bodů a vyšší ze součtu všech 26 položek dosáhlo 7 (2 dívky a 5 chlapců) z 52 žáků s poruchou ADHD / ADD,SPU. Celkový skóre 20 a výše ukazuje na narušené jídelní postoj ve směru poruch příjmu potravy.

Děti s ADHD/ADD, SPU velmi často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších a náročnějších cílů, proto preferují snadný zisk v dohledné době. Dostupná odměna v podobě příjmu potravy může hrát velkou roli. Vyšší výskyt poruch příjmu potravy u dětí s ADHD / ADD,SPU, se často pojí s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. U obézních pacientů byl popsán častý výskyt bulimického chování. Postupy pro léčbu jsou předmětem aktuálního výzkumu.

Je nutné usilovat o to, aby byla problematika poruch příjmu potravy u dětí s poruchou ADHD / ADD,SPU cíleně, plošně a trvale směřována skrze primární prevenci realizovanou pedagogickým sborem na děti základních škol.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky*. 1.vyd. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

BRAGDON, A. D., GAMON, D. *Když mozek pracuje jinak*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠEDÝ, O. *Hyperkinetická porucha*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

FALTUS, F. Syndrom nočního jedlictví. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2007, roč.103, č. 6, s. 40–41. ISSN 1212-0383.

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4

JUCOVIČOVÁ, D. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě?*. 2.vyd. Praha: D + H, 2007. ISBN 978-80-9038-691-4.

KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

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

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

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-598-9.

- KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999.  
ISBN 80-7169-627-7.
- LEIBOLD, G. *Mentální anorexie- Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1.vyd. Praha, Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. 3.vyd. Jinočany: H&H, 1995.  
ISBN 80-85787-27-X.
- MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*.  
2. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. ISBN 80-7311-021-0.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivity*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-242-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003.  
ISBN 80-85121-81-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000.  
ISBN 80-85121-32-8.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
- SLADKÁ- ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003.  
ISBN 80-7178-795-7.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-0423-643-X.

ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 2.vyd. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

TRÁVNÍKOVÁ, D. *Vliv žonglování a dalších psychomotorických aktivit na rozvoj motorických dovedností a pozornosti u adolescentů se symptomy ADHD, poruch chování a učení*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 80-210-4145-5.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 5.vyd. Praha: Portál, 2000, 1994. ISBN 80-7178-481-8.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

ČERMÁKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD) příručka pro dospělé*. [online]. 2013 [cit. 2014-12-18]. ISSN 1253-652.

Dostupné z:

<http://www.prevencepraha.cz/attachments/article/35/ADHDADD-dospeli-brozura.pdf>

DALLE GRAVE, R., CALUGI, S., RUOCCO, A. *Night eating syndrome and weight loss outcome in obese patients*. *Int J Eat Disorders*. [online]. © 2011 [cit. 2014-12-18].

Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-475777>

MORGAN, F. *From Charles Atlas to Adonis komplex – fat is more than a feminist issue*. [online]. © 2000 [cit. 2014-12-18].

Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-475777>

NECHANSKÁ, B. ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 62/2012*. [online]. © 2014 [cit. 2014-12-18].

Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-475777>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. *V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-18].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>

ŠTĚPÁNKOVÁ, T., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P., PTÁČEK, R. *Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy*. [online]. 2013 [cit. 2015-01-05]. ISSN 1212-0383.

Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=883>

## **SEZNAM ZKRATEK**

ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou  
Attention Deficit Hyperactivity Disorders

ADD - Porucha pozornosti  
Attention Deficit Disorders

PPP - Poruchy příjmu potravy

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

### Seznam grafů

Graf 1: Věk pedagogů.....	41
Graf 2: Pohlaví pedagogů .....	41
Graf 3: Vzdělání pedagogů .....	42
Graf 4: Otázka č. 1 – Víte, co znamená pojem mentální anorexie?.....	46
Graf 5: Otázka č. 2 – Rozpoznáte projevy mentální anorexie? .....	47
Graf 6: Otázka č. 3 – Víte, co znamená pojem mentální bulimie? .....	48
Graf 7: Otázka č. 4 – Rozpoznáte projevy mentální bulimie? .....	49
Graf 8: Otázka č.5 – Setkal(a) jste se při své pedagogické praxi s některou z poruch příjmu potravy? .....	50
Graf 9: Otázka č. 6 – Víte, jaké je nejrizikovější věkové rozmezí pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie? .....	51
Graf 10: Otázka č. 7 – Co je podle Vás nejčastějším impulsem k nastartování poruch příjmu potravy? .....	54
Graf 11: Otázka č. 8 – Uveďte odborné publikace zabývající se poruchami příjmu potravy, které znáte. ....	56
Graf 12: Otázka č. 9 – Vyhledal(a) byste pomoc odborníka v případě rozpoznání příznaků některé z poruch příjmu potravy u žáka? .....	57
Graf 13: Otázka č. 10 – Měl by být pedagogický sbor aktivní oblasti primární prevence poruch příjmu potravy? .....	59
Graf 14: Otázka č. 11 – Je pedagogický sbor Vaší školy dostatečně odborně informován o problematice poruch příjmu potravy? .....	61
Graf 15: Otázka č. 12 – Uvědomujete si možný vztah mezi PPP a ADHD/ADD, SPU? .....	62
Graf 16: Otázka č. 13 – Jsou žáci s ADHD/ADD a SPU v riziku poruch příjmu potravy? .....	63
Graf 17: Otázka č. 14 – Víte co znamenají pojmy ADHD/ADD, SPU .....	64
Graf 18: Otázka č. 15 – Rozpoznáte projevy ADHD/ADD, SPU? .....	65
Graf 19: Otázka č. 16 – Který z příznaků ADHD může být důvodem k poruchám příjmu potravy? .....	66

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Otázka č. 7 – Co je podle Vás nejčastějším impulsem k nastartování poruch příjmu potravy? .....	52
Tabulka 2: Otázka č. 8 – Uveďte odborné publikace zabývající se poruchami příjmu potravy, které znáte .....	55

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník 1 .....	I
Příloha B – Dotazník 2.....	V



# PŘÍLOHY

## Příloha A - DOTAZNÍK 1

### Míra informovanosti pedagogů v oblasti výskytu poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD / ADD a SPU

Pro účely diplomové práce na téma:

### Poruchy příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD / ADD a SPU

**Vážené dámy, Vážení pánové,**

jsem studentkou oboru speciální pedagogiky na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí mé diplomové práce. Dotazník je koncipován tak, aby zjistil míru informovanosti a znalosti problematiky poruch příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD/ ADD a SPU u pedagogů na základních školách. Dotazník je anonymní.

Své odpovědi, prosím, uvádějte pravdivě, jedná se o vědecké šetření s cílem objektivního posouzení kompetencí pedagogů k dané problematice. Vaše odpovědi, prosím, označte křížkem. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď, případně tam, kde je to uvedeno, odpověď vypište na vyznačené místo.

**Děkuji Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku!**

**Prosím o vyplnění údajů:**

**Jste :**

**žena**

**muž**

**Věk:**

**Nejvyšší dosažené vzdělání:**

#### **Otázka č. 1**

Víte, co znamená pojem mentální anorexie?

**ano**

**ne**

#### **Otázka č. 2**

Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte **projevy** mentální anorexie?

**ano**

**spíše ano**

spíše ne

ne

### **Otázka č. 3**

Víte, co znamená pojem mentální bulimie?

ano

ne

### **Otázka č. 4**

Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte **projevy** mentální bulimie?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

### **Otázka č. 5**

Setkal(a) jste se při své pedagogické praxi s některou z poruch příjmu potravy?

ano

ne

### **Otázka č. 6**

Víte, jaké je nejrizikovější věkové rozmezí pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie ?

ano

ne

### **Otázka č. 7**

Co je podle Vás nejčastějším impulsem k nastartování poruch příjmu potravy?

### **Otázka č. 8**

Uveďte odborné publikace zabývající se poruchami příjmu potravy, které znáte:

### **Otázka č. 9**

Vyhledal(a) byste pomoc odborníka v případě rozpoznání příznaků některé z poruch příjmu potravy u žáka?

ano

ne

### **Otázka č. 10**

Měl by být pedagogický sbor aktivní v oblasti primární prevence poruch příjmu potravy?

**ano**  uveďte jakým způsobem:

**ne**

### **Otázka č. 11**

Je pedagogický sbor Vaší školy dostatečně odborně informován o problematice poruch příjmu potravy?

**ano**

**spíše ano**

**spíše ne**

**ne**

### **Otázka č. 12**

Uvědomujete si možný vztah mezi PPP a ADHD / ADD, SPU ?

**ano**

**ne**

### **Otázka č. 13**

Jsou žáci s ADHD/ADD a SPU v riziku poruch příjmu potravy?

**ano**

**spíše ano**

**spíše ne**

**ne**

### **Otázka č. 14**

Víte, co znamenají pojmy ADHD / ADD, SPU ?

**ano**

**ne**

### **Otázka č. 15**

Pokud byla Vaše odpověď ANO, rozpoznáte **projevy** ADHD / ADD, SPU?

**ano**

**spíše ano**

**spíše ne**

**ne**

### **Otázka č. 16:**

Který z příznaků ADHD může být důvodem k poruchám příjmu potravy?

poruchy pozornosti

hyperaktivita

impulzivita

## Příloha B - DOTAZNÍK 2

### Dotazník EAT 26

Jsem: chlapec / dívka Věk:	Vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.Mám hrůzu z nadváhy						
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad						
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo						
4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna/a přestat						
5. Krájím jídlo na malé kousky						
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím						
7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)						
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více						
9. Po jídle zvracím						
10. Po jídle se cítím velmi provinile						
11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší						
12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie						
13.Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)						
14.Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku						
15.Jídlo mi trvá déle než ostatním						
16.Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr						
17.Jím dietní jídla						
18.Cítím, že jídlo ovládá můj život						
19.Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo						
20.Cítím, že ostatní mě nutí do jídla						
21.Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu						
22.Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně						
23.Držím diety						
24.Mám rád/a prázdný žaludek						
25.Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla						
26.Po jídle mívám nucení ke zvracení						

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Ivana Novodárská

**Obor:** Speciální pedagogika – učitelství

**Forma studia:** magisterské kombinované studium

**Název práce:** Poruchy příjmu potravy u žáků s postižením, ADHD / ADD a SPU

**Rok:** 2015

**Počet stran textu bez příloh:** 71

**Celkový počet stran příloh:** 5

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 27

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 6

**Počet ostatních zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.