

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2018

Lenka Zmatlíková

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

2016–2018

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Lenka Zmatlíková

Poruchy příjmu potravy u dospívajících dětí

Praha 2018

UNIVERSITY OF JAN AMOS KOMENSKY PRAGUE

STUDIES OF PEDAGOGICAL SCIENCE

SPECIAL PEDAGOGY

2016–2018

FINAL WORK

Lenka Zmatlíková

Adolescent eating disorders

Prague 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená závěrečná 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 12. 3. 2018

Jméno autorky Lenka Zmatlíková, v.r.

Anotace

Práce se zabývá poruchami příjmu potravy. Snaží se podat co nejkomplexnější přehled o dvou majoritních poruchách příjmu potravy. Jsou to mentální anorexie a mentální bulimie. Dále hovoříme o psychogenním přejídání. A zmiňujeme i další poruchy příjmu potravy, se kterými se lze setkat. Tyto nemoci mají mnoho společného, ale i některá specifika, na která v práci zmiňujeme. Tato práce je řazena tak, že v úvodu práce shrnujeme sociální význam tělového schématu. V prvních kapitolách čtenáře seznamuje s jednotlivými poruchami příjmu potravy, tedy kapitoly jsou věnovány mentální anorexii, bulimii a psychogennímu přejídání včetně sociálních postojů k poruchám příjmu potravy, východiska pro rodiny, partnery a přátele.

Pojednávají o predispozicích poruch příjmu potravy a jsou v nich zahrnuty psychologické i biologické faktory a dále zdravotní rizika, která mohou nastat při dlouhodobém hladovění u těchto pacientů. V závěru teoretické části jsou stručně popsány různé druhy léčby, které se ve své většině opírají o poznatky z psychologie.

Klíčová slova

Hladovění, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, psychogenní přejídání, zvracení.

Annotation

The work deals with eating disorders. It aims to give the most comprehensive overview of two major eating disorders: mental anorexia and mental bulimia. It also includes psychogenic overeating. And it mentions other eating disorders that can be encountered. These diseases have much in common, on the other hand they have also some specifics that are mentioned in the work. This work is organized by summarizing the social meaning of the body diagram at the beginning of the work. In the first chapters the reader is acquainted with particular eating disorders, i. e. the chapters are devoted to mental anorexia, bulimia and psychogenic overeating, including social attitudes to eating disorders, background of families, partners and friends.

They deal with predispositions of eating disorders and include both psychological and biological factors and health risks that may occur during long-term starving by these patients. At the end of the theoretical part, there are briefly described different types of treatment, that in most of the cases rely on the knowledge of psychology.

Keywords

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, psychogenic overeating, starvation, vomiting.

Úvod.....	8
Cíl práce.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 SOCIÁLNÍ VÝZNAM TĚLOVÉHO SCHÉMATU.....	9
2 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	10
2.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	11
2.2 Mentální anorexie	11
2.2.1 Diagnostická kritéria.....	12
2.2.2 Děti a mentální anorexie	13
2.3 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	13
2.3.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA.....	13
2.3.2 DĚTI A MENTÁLNÍ BULIMIE	14
2.4 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ.....	14
2.5 DALŠÍ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	15
2.6 HODNOCENÍ VÝŽIVY ORGANISMU	16
3 PREDISPOZICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	18
PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 VLASTNÍ VÝZKUM	24
4.1 METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE	24
4.2 VZOREK REPOUDENTŮ A VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ.....	24
4.3 SAMOTNÝ VÝZKUM.....	24
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	25
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A VÝCHODISKA PRO RODINY, PARTNERY A PŘÁTELE	39
ZÁVĚR	41
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	42
SEZNAM ZKRATEK	43
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	44
SEZNAM PŘÍLOH.....	46

ÚVOD

Základem udržení života je výživa. Dostatečnou výživu potřebují rostliny, živočichové i my, lidé. Zatímco rostliny ji přijímají formou roztoků a cílem výživy je pouze zásobovat rostlinné tělo živinami a minerálními látkami, u živočichů plní i jiné funkce. Obzvláště u člověka se jídlo stává rituálem a důležitým socializačním prvkem.

U dobrého jídla se scházejí rodiny, obchodní partneři i přátelé, aby oslavili důležité svátky, sjednali obchod či, aby jen viděli jeden druhého. Jídlo, které je pro někoho událost radostná či neutrální, či pro někoho může postupně být noční můrou. Opomineme-li velice závažnou problematiku nedostatku potravy v určitých částech a zemích světa, kdy počty hladovějících podle OSN překročili již miliardu osob, budeme hovořit především o osobách trpících poruchami příjmu potravy a psychogenním přejídáním. Obezita byla v historii ukazatelem blahobytu.

Na druhé straně stojí proti obezitě poruchy příjmu potravy. Ačkoli hodnoty BMI určující obezitu a podvýživu, stojí na opačných pólech tabulek, mají mnoho společného. Obě extrémní hodnoty ukazují na určitou patologii ve výživě, obě mohou způsobovat závažné zdravotní komplikace a obě mohou vést k předčasnému úmrtí. Pacienti s rodinnými predispozicemi k obezitě nebo osoby s nadváhou mohou ve snaze snížit vlastní tělesnou hmotnost ztratit kontrolu nad svým jednáním, což může vést až ke vzniku závažných poruch příjmu potravy.

V práci zmiňujeme poruchy příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie (anorexia nervosa), mentální bulimie (bulimia nervosa) a psychogenní přejídání. Snažíme se v ní problematiku pojmout komplexně, najít společné prvky. Poukážeme také na individuální odlišnosti nemocí. Dále zde uvádíme zdravotní komplikace, i vlastní léčbu poruch příjmu potravy.

CÍL PRÁCE

V dotazníkovém šetření ověřit, zda se s tématem poruch příjmu potravy žáci na druhém stupni základní školy již setkali. A dále porovnat znalosti a informovanost žáků dle pohlaví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ VÝZNAM TĚLOVÉHO SCHÉMATU

Součástí identity každého jedince je jeho tělo, přesněji řečeno jeho představa o vlastním těle – tělové schéma. Tělové schéma není jenom mentálním obrazem, ale zahrnuje i hodnotící složku, postoj, který vychází z kognitivních schémat a emočního zpracování příslušné informace. Zevnějšek člověka, to je jeho tělo, je nejnázne identifikovatelnou součástí jeho osobnosti, a proto je i jejím sociálním reprezentantem. Je první informací, kterou o jedinci dostává jeho sociální partner. (Vágnerová, 1999)

Člověku se vlastní tělo může zdát jinak, než jaké ve skutečnosti je. To je důsledkem subjektivního zkreslení, jež zahrnuje celkový vztah k sobě samému. Například někteří lidé vnímají své tělo jako mohutnější, než odpovídá reálně naměřeným hodnotám. Představa vlastního těla může být zkreslena emocionálně, a to obavami či přáními. Člověk se vidí takovým, jakým si přeje být, resp. jakým se obává, že je. Celkový postoj k tělu ovlivňuje i to, jak se člověk momentálně cítí, zda je spokojený či není. Zásadní a zjevná proměna těla může v krajním případě stimulovat pocit ohrožení vlastní integrity a vede k absenci sebejistoty. Tělové schéma si vytváříme dlouho. Důležitým obdobím je v tomto směru doba dospívání, kdy se tělo zjevně přetváří a nabývá formy, která má trvalejší charakter. (Vágnerová, 1999) Dospívající může být na svoje dospívání pyšný, ale zrovna tak může být nepříjemné a bude se za ně stydět. Tělesná proměna daná dospíváním může být, pro některé, ztrátou jistoty. Realitu začne potlačovat či popírat, eventuálně se jí snaží nějakým způsobem změnit. Dívky například přestanou jíst a jejich těla postupně ztrácí charakteristické ženské znaky.

Tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu. Jsme kulturou, která klade značný důraz na zevnějšek, a tedy není divu, že je tělesné schéma důležitou součástí identity. Konvenčnímu estetickému ideálu odpovídající lidé získávají lepší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a tedy velmi často i lépe hodnoceni. Subjektivní význam zevnějšku v dospívání vzrůstá. (Vágnerová, 1999) Riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu (a tím i k jídlu) zvyšují záporné sociální reakce, vysmívání pro tloušťku, neúspěšnost a nízký sociální status, který je zjevem často zdůvodňován apod. A právě takovéto negativní zkušenosti v této senzitivní vývojové fázi mohou vztah k vlastnímu tělu dlouhodobě narušit. Vliv má určitě obecně vnímaný sociokulturní stereotyp zdůrazňující ženskou krásu. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako synonymum krásy. Tedy, krásná žena je „hubená, bez boků

a stehem“. To ale v reálném životě znamená, že tento vzor krásy je pro valnou část dospívajících dívek nedostupný. A přes to všechno o něj dívky a ženy usilují.

„Současná sociokulturní norma vymezuje krásu, respektive štíhlost, jako úkol, který je potřeba zvládnout.“ (Vágnerová, 1999, s.229) Atraktivní je pro dospívající děti ten, kdo se nejvíce přibližuje tzv. ideálu. Pokud nedojde k uspokojivé identifikaci s vlastním tělem, může převážit negativní postoj, až dokonce nenávisť a odmítání vlastního těla. „A protože postava člověka, respektive její hmotnost, souvisí s výživou, mohou se mnohé, původně zcela jinak vzniklé problémy projevit změnou vztahu k jídlu případně až poruchou příjmu potravy.“ (Vágnerová, 1999, s.229)

2 VYMEZENÍ POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie patří společně s bulimií mezi takzvané poruchy příjmu potravy. I přes zdánlivou odlišnost jsou si obě poruchy velice podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat (Krch, 2005).

Některé příznaky těchto poruch, například zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo chuť se přejíst, mohou být důsledkem redukčních diet nebo hladovění. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie – nízké sebevědomí, sociální problémy a somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami spočívá v tělesné hmotnosti. Asi u jedné třetiny případů však mentální anorexie časem přechází v mentální bulimii, u níž bývá tělesná hmotnost normální. Podle některých autorů uvádí až 50% bulimiček má mentální anorexii v anamnéze a téměř polovina anorektiček pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlom a přejídá se (Krch, 2005).

Jídlo může být zdrojem slasti, odměnou za splněný úkol, za úspěch, popř. naopak, odnětí potravy může být i trestem. Jídlo funguje jako náhrada za jinou, aktuálně nedosažitelnou slast, v situaci frustrace či stresu. Je známé, že slouží ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu. Ulehčuje zvládání zátěže a vyrovnává emoční rozladění jakéhokoli původu. Jídlo není jen cílem, ale i prostředkem. Primárně prostředkem k přežití, ale také ovlivňuje tělesnou hmotnost. Prostřednictvím regulace příjmu potravy lze měnit žádoucím způsobem své tělo. Člověk je schopen svoje tělo až ničit (ať už esteticky či fakticky) nadměrným či nedostatečným příjmem potravy. *„Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s poruchami postoje (rozumového a emočního vztahu) k jídlu, a z toho vyplývající odchylkou v chování. Bývají*

spojeny i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, s deformací tělového schématu, jeho proporcí a hmotnosti.“ (Vágnerová, 1999, s.230)

2.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

První zmínky o určitých formách poruch příjmu potravy jsou známy od starověku např. Hippokrates. Ve 2. století je zaznamenáno poprvé označení anorexie (Galén), kterou dle mnohých pramenů mohla trpět princezna Margareta Maďarská. Anglický lékař, Richard Morton, v 17. století popisuje tzv. nervové úbytě, tedy nervové opotřebením způsobené emocionálními a fyzickými vlivy. Počátkem 19. století je již anorexie dělena lékařem Flaury Imbertem z Francie na anorexii gastrickou, která představuje poruchu trávení a anorexii nervovou, při které mozek nevysílá signály hladu a chuti k jídlu. Ve druhé polovině 19. století nalezneme popisy dívek, které stále opakovaně odmítají jídlo i po mnoha týdnech, kdy už jsou vyhublé na kost a svému okolí lžou a to velmi důmyslně. Mají odpor nejen k jídlu, ale k sobě samým. Jednalo se zde už o dochované případy chorob na psychogenním podkladě, která se týká zejména žen a dívek. Český profesor Otakar Janota, přednášející o mentální anorexii, chorobu nejen popsal, ale přikládal k výkladu i kauzistiky pacientek. Termín anorexie, který symbolizuje spíše nechutenství, než odmítání jídla z důvodu strachu z tloušťky a touhu po vyhublosti nahrazuje postupně termín mentální anorexie. Roku 1983 je u nás jako první ve střední a východní Evropě založena „Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na psychogenním podkladu“. Poruchy příjmu potravy se tak dostávají do podvědomí lékařů, ale i laické veřejnosti. Naproti tomu o mentální bulimii nenalezneme mnoho zmínek. Charakteristické znaky bulimie, přejídání se a následné zvracení, jsou známy od dob antického Říma, kdy členové vyšší vrstvy společnosti např. při společenských událostech přejídali a následně potravu zvraceli, aby mohli dále pokračovat v nezřízeném obžerství. Seneka toto do slova popsal: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.“ Pojem *bolimos* byl nejprve vykládán jako zlý démon, který je symbolem velkého hladu. Až v 50. letech 20. století se začíná o záchvatech jení a následném zvracení mluvit jako o součásti mentální anorexie. Britský psychiatr, Gerald Russel, poprvé užil termín *bulimia nervosa* a vysvětlil ho jako strach z tloušťky zapříčiněný neovladatelným pocitem přejíst se. Přejedení je následně kompenzováno vyvoláním zvracení či užitím projímadel popřípadě obojím (Papežová, 2010).

2.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství

nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se musí vyskytovat u všech nemocných.“ (Krch, 2005, s.16) Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, a to často popírají, a uvádějí rozličné důvody, proč tzv. nemohou jíst. Velice často vychází jejich nenávisť k jídlu z narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.

2.2.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normu), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).

Intenzivní obava, tedy strach z přibývání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.

U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (amenorea – nepřítomnost krvácení, tedy menstruace). (Krch, 2005)

Specifické typy:

- A.** Nebulimický (restriktivní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- B.** Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání. U těchto anorektiček se můžeme setkat s mnohem bohatší obecnou psychopatií od poruch nálady až po závislost na alkoholu a někdy s odlišnou osobnostní strukturou. Dále zde častěji narazíme na drogovou závislost, sebevraždy, sebepoškozování a emoční labilitu. (Krch, 2005)

Jako varovné signály tedy můžeme shrnout do třech základních znaků: aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti, strach z tloušťky trvajících i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost a amenorea u žen.

Se strachem z tloušťky úzce souvisí narušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Narušené vnímání tělesné hmotnosti a proporcí je současně velmi diskutovaným kritériem, které není možno objektivizovat.

2.2.2 DĚTI A MENTÁLNÍ ANOREXIE

U dětí je mnoho faktorů, díky kterým je organismus náchylnější a proto je nutné najít odbornou pomoc co nejdříve při objevení choroby. Nástup dehydratace a zdravotních problémů je mnohem rychlejší právě díky menším tukovým rezervám. Při nedostatečném příjmu potravy je takové dítě velmi rychle vyhublé, může se zastavit růst, sexuální zrání. Při pokusech a pobídkách k pravidelnému příjmu potravy reagují odporem, nenávistí, agresivitou či se chovají jako malé děti. Nechápu, proč by se měly léčit, toto často vede k vyhroceným konfliktům v rodině, rodiče se mohou obviňovat, cítí se provinile a často ustupují dítěti. Toto dítě je středem zájmu a sourozenci jdou do pozadí. Dítě se soustředí pouze na sebe, své pocity a běžné aktivity ho přestávají naplňovat. Určitě je třeba do léčby zapojit i rodiče, aby se snažili zajistit kontrolu nad příjmem potravy a tekutin. Dítě je ve věku, kdy se formuje jeho osobnost, představy a vztahy k okolnímu světu, utváří se vztahy mezi vrstevníky, utváří si sociální návyky. Proto je často vhodnější ústavní léčba, kde se setkává s ostatními pacienty, než jednostranná zkušenost, kdy je pozornost upnuta pouze na něj. Mentální anorexie začíná často již před 10. rokem. (Krch, 2005)

2.3 MENTÁLNÍ BULIMIE

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2005, s.18) Anglický psychiatr Gerard Russel pro vymezení mentální bulimie navrhl tři základní kritéria:

- A. Silná nepotlačitelná touha se přejídat tzv. binge eating.
- B. Snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ (projímadel) nebo obojím.
- C. Chorobný strach z tloušťky.

2.3.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.

Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (až žádostivost).

Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků např. diuretika, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem apod.

Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často lze v anamnéze nalézt epizodu anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle. (Krch, 2005)

Specifické typy:

- A. Purgativní typ. Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- B. Nepurgativní typ. Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však purgativní metody. (Krch, 2005)

Nutkání přejít se a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Dále se může vyskytovat i u mánie a oligofrenie (porucha intelektu). Častá je koincidence bulimie a závislosti na alkoholu.

2.3.2 DĚTI A MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie se u dětí vyskytuje výrazně vzácněji. Před dosažením věku 14 let jsou více postiženi chlapci. Naopak dívky až po 14 roce věku a ve věku pozdějším. U dětí tuto poruchu ale může nastartovat nedostatečná péče rodičů, zneužívání, alkoholismus, nepříjemná událost v rodině a také obezita v rodině. (Papežová, 2002)

2.4 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ

Poruchy příjmu potravy zahrnují nejen mentální anorexii, která přitahuje asi nejvíce pozornosti médií a zdravotníků. Vznikají téměř v každém věku, je zde nutné zmínit i střední věk, kde je častější výskyt poruchy ve formě psychogenního přejídání. Do začarovaného kruhu nezdravého jídelního chování se člověk dostává jak přejídáním, tak dietami a hladověním. Anorexie vzniká nejčastěji v pubertě, častěji se z ní poté vyvíjí bulimie nebo psychogenní přejídání, ale onemocnění může vznikat i v opačném sledu. V posledních letech se častěji setkáme se začátkem přejídání v pubertě následovaný anorexií a pak psychogenním přejídáním a nočním přejídáním. Nejméně u 30 % obézních pacientů nacházíme klinické psychogenní přejídání a dokonce u 50 % jsou popsány depresivní poruchy a chronické zdravotní problémy. (Papežová, 2012)

Únikové jedení je typické zejména pro ženy ve středním věku, kdy se ozývají hormonální problémy, je třeba řešit rodinné, finanční nebo jiné problémy. Únik k jídlu pak může mít jednu

z forem: převážně restriktivní, s přejídáním, s přejídáním a kompenzačními mechanismy. (Papežová, 2012) Restriktivní držení diet, přejídání se, excesivní cvičení, zvracení nebo prosté přejídání se např. čokoládou ovšem nic neřeší. Problém je i v tom, že většina štíhlých i obézních (držících diety nebo ne) zneužívá jídlo ke zvládnutí nudy, stereotypního života, deprese úzkosti, zlosti i emoční prázdnoty. Ti, co užívají jídlo k řešení problémů, zůstávají často nerozpoznáni a neléčeni, protože si nedokáží o pomoc říci a obvykle ještě nesplňují plně kritéria pro diagnózu psychogenního přejídání nebo jinou poruchu příjmu potravy.

Výskyt poruch příjmu potravy obecně ve společnosti lze přirovnat k obrazu ledovce:

Obrázek 1. Ledovec



3–5 % klinicky definované a léčené poruchy příjmu potravy

10 % nediodagnostikovaných mírných forem poruchy

10-15 % izolované symptomy

Více než 25 % ženské populace může žít s nediodagnostikovanou a neléčenou formou poruchy příjmu potravy.

Mezi rizikové a varovné faktory psychogenního přejídání a „únikového“ přejídání patří stálé dietování, opakované výkyvy váhy, časté myšlenky na jídlo a diety, pocity viny ohledně stravování, občasná ztráta kontroly nad jídlem, celodenní ujídaní bez pravidelných normálních jídel (tzv. grazing), rozdělování jídla do kategorií „špatné“ a „dobré“, vyhýbání se společenským aktivitám spojeným s jídlem, deprese, úzkost (spouští 80-90 % záchvatů přejídání) a pocit bezcennosti kvůli „nemožné“ váze, víra, že ztráta váhy je odpovědí na většinu problémů. Dále je dobré zde zmínit i nízké sebevědomí, sebehodnocení závislé především na své zevnějšku – toto se například projevuje u modelek, tanečnic, kde úspěch velmi často závisí na několika kilogramech navíc. Řadíme sem i jedince, kteří vyžadují perfekcionalismus a jsou extrémně soutěživí. I ti, kteří jsou citliví na mínění druhých, jsou odtaziti až nedůvěřiví. (Papežová, 2012)

2.5 DALŠÍ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Noční přejídání. Jak je zřejmé z názvu, ke konzumaci většiny denního jídla dochází až po večerech a v noci. Charakteristické je, pro tuto poruchu je nespavost a po ránu nechutenství.

Spouštěčem je zejména držení diet či např. období zvýšeného stresu. Ortorexie je až patologická posedlost zdravou výživou, s níž se v poslední době setkáváme stále častěji. Takový jedinci nejedí nic, co obsahuje konzervační látky, cukr, sůl, barviva, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny atd. Často hraničí až s fanatismem. Drunkorexie chorobný strach z přibírání vede k záměrné redukci příjmu potravy s cílem snížit příjem energie tak, aby se mohlo zvýšit množství vypitého alkoholu. Bigorexie vyskytuje se spíše u mužů (nejčastěji kulturistů). Jde o posedlost vlastním vzhledem a snahu dosáhnout velké fyzické zdatnosti a svalové hmoty. Často zneužívají anabolické steroidy a jiné látky, které podporují růst svalové hmoty. Bývá označován také jako Adonisův komplex. Diabulie zde nalezneme domorbiditu (současný výskyt několika nemocí) mentální bulimie s diabetem. Diabulie se týká především pacientů s onemocněním diabetes mellitus I. Typu. To je mimo jiné charakterizováno vznikem v dětském věku. Uživatelé inzulínu se tak brzy naučí manipulovat s dávkami ve snaze o snížení tělesné hmotnosti. U onemocnění diabetes mellitus II. typu se v souvislosti s poruchami příjmu potravy častěji setkáme se záchvatovitým přejídáním. Pregorexie jedná se o onemocnění spojené s anorektickou symptomatologií v období těhotenství. Najdeme ji tedy u žen, které úmyslně snižují váhu v období těhotenství. Přitom v anamnéze těchto žen se nemusí v minulosti objevit příznaky či přímo onemocnění před otěhotněním. Důsledky tohoto onemocnění mohou být naprosto fatální. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017)

2.6 HODNOCENÍ VÝŽIVY ORGANISMU

Obecně užíváme pro základní hodnocení organismu BMI a percentilové grafy. Pediatri je stále používají a pracují s nimi. BMI neboli Body mass index = index tělesné hmotnosti, je vhodné užívat u dospívajících a dospělých osob. Je definován takto: poměr tělesné váhy a výšky. Percentilové grafy se využívají spíše pro děti mladší, hodnotí stejné parametry jako BMI.

Obrázek 2. Výpočet BMI

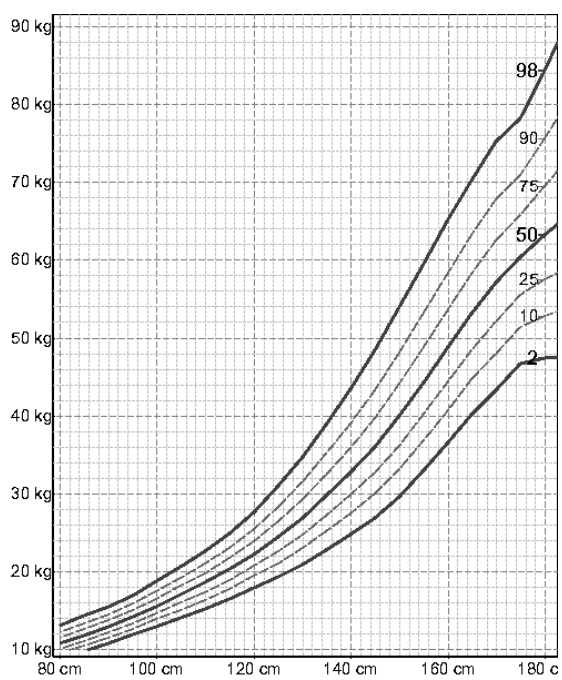
$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Tabulka 1. Hodnocení Body mass indexu (Papežová, 2012)

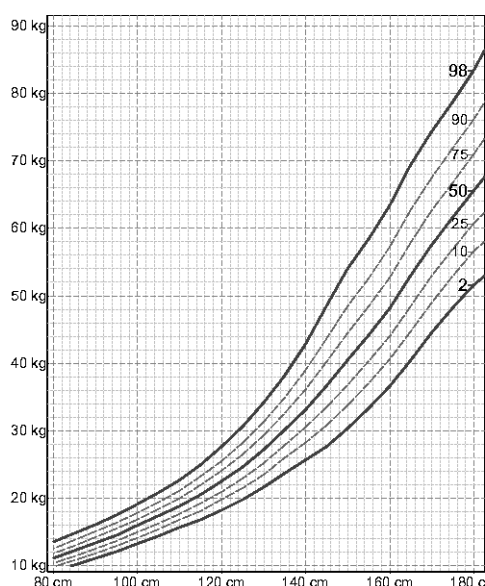
Tabulka BMI a obezity

Kategorie	Rozsah BMI
těžká podvýživa	BMI \leq 16,5
podváha	16,5 – 18,5
ideální váha	18,5 – 25
nadváha	25 – 30
mírná obezita	30 – 35
střední obezita	35 – 40
morbidní obezita	BMI $>$ 40

Obrázek 3. Percentilový graf pro dívky 3-14,5 let (SZU, 2018)



Obrázek 4. Percentilový graf pro chlapce 3-15 let (SZU, 2018)



Tabulka 2. Hodnocení na základě percentilových grafů (Papežová et al., 2010, s. 136)

Pod 3. percentil	Dystrofie	
Pod 10. percentil	Hypotrofie	Ztráta menstruace
10. – 20. percentil	Podváha	
20. – 80. percentil	Atrofie	
Nad 80. percentil	Nadváha	
Nad 85. percentil	Obezita	

Dystrofie znamená porucha výživy orgánu či tkáně. Hypotrofie je zmenšení velikosti orgánu nebo tkáně. A atrofie je normální velikost orgánu či tkáně.

3 PREDISPOZICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Podle literatury tvoří genetický podíl 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie. U geneticky zranitelnějších lidí může určitá rodinná dispozice spočívat ve vzdělání některých povahových rysů (úzkost, citlivost vůči stresu) či vzorců chování (preference některých jídel) nebo skladby těla. Onemocnění může spustit například stres v důsledku smrti někoho blízkého či velké zklamání. Může představovat způsob, jak se s tíživou situací vyrovnat. V největším riziku jsou příbuzné ženského pohlaví (v některých rodinách je postiženo několik generací, žen, matka, babička i teta.)“ (Papežová, 2012, s.20)

Při vzniku onemocnění většinou hraje roli závažnost stresu i schopnost se s obtížnou situací vyrovnat. Velký vliv má osobnost, povaha a zároveň situaci, ve které se jedinec momentálně nalézá. Můžeme vyjmenovat ty nejčastější charakterové rysy. Perfekcionalismus, tedy snaha být dokonalá (nejlepší), a tím se snaží skrýt zvýšenou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Zranitelnost, ta je

společná pro všechny poruchy příjmu potravy. Závislost – výrazná potřeba vedení. Sebekritičnost – vnímají sebe samé jako bezmocné a neschopné. Impulsivita je typická pro bulimii a psychogenní přejídání. Určitě sem patří i puritánství a asketismus.

Musíme konstatovat, že existuje celá řada teorií a hypotéz o možných příčinách podílejících se na vzniku poruch příjmu potravy. V současnosti jsou faktory vedoucí k rozvoji poruch příjmu potravy ve většině odborné literatury rozděleny do tří větších celků, a to na biologické faktory, psychologické faktory a sociální faktory. Toto členění přijímá většina odborníků zabývajících se touto problematikou (např. Krch, 2005, Papežová 2012). Lze se setkat i dalším členěním determinantů vedoucích k rozvoji poruch příjmu potravy a to na individuální, rodinné a sociokulturní (např. Novák, 2010). Tomuto dělení se zde věnovat nebudeme.

Faktem zůstává, že je velmi obtížné zjistit pravou, ústřední příčinu vzniku či okamžik počátku uvedených chorob, i když známe výše popsanou podmíněnost.

Biologické rizikové faktory

„Pro rozvoj poruch příjmu potravy je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů ženského pohlaví. Ženy a dívky vykazují zvýšený zájem o svou hmotnost a množství tělesného tuku, muži a chlapci se naopak více zaměřují na svalovou hmotu.“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 13) Nejvíce rizikovým změnám z hlediska vzniku poruch příjmu potravy dochází v pubertě a adolescenci. Na základě poznatků mnohých autorů lze obecně konstatovat, že za ohroženější skupinu lze považovat dívky, které jsou v období dospívání vyspělejší než jejich vrstevnice. Nejsou spokojeny se svou hmotností, s nelibostí prožívají nástup menstruace a s ní spojený rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Právě s časnější fyzickou zralostí je často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocit méně cennosti a některé další depresivní příznaky. V současnosti je více než kdy jindy kladen důraz na tělesný vzhled. Je zdůrazňována štíhlost jako předpoklad osobní přitažlivosti, tělesné krásy a elegance, které vedou ke zdánlivému společenskému úspěchu. Štíhlosti se tak připisuje nejvyšší hodnota, o níž je nutno neustále usilovat. Obézní jedinci bývají často považováni za ošklivé a často jsou terčem výsměchu až diskriminace.

Psychologické rizikové faktory

V souvislosti se vznikem a rozvojem poruch příjmu potravy odborníci upozorňují na určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti, které se vyskytují již před onemocněním, a mohou být tedy pro rozvoj poruch příjmu potravy rizikové. U dívek lze pozorovat nadměrnou přizpůsobivost a poslušnost, vyhýbavost, úzkostnost, pochybnosti o sobě samé, vysokou sebekontrolu a zodpovědnost nejen k sobě, ale především k druhým. Např. také k učitelům, ale samozřejmě

nejčastěji i ve vztahu k rodičům. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017) Pro některé jednice jako začátek onemocnění nebo jako významný impulz pro jeho rozvoj, mohlo být období odloučení od svých blízkých či rodiny. Velmi často se dá vysledovat u děvčat, která odcestovala na delší čas jako au-pair.

Biologické a psychologické determinanty jsou spíše zodpovědné za závažnost průběhu nemoci.

Sociální a kulturní rizikové faktory

Společenské faktory v podobě mediálně proklamovaného důrazu na vzhled a štíhlost jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet onemocnění. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017) V médiích se často setkáváme s nekritickou oslavou téměř kostnaté štíhlosti, vyhublosti modelek a zotuzování nadváhy např.: „Zhubněte po Vánocích!“, „Zhubněte do plavek!“, „Zaručeně zhubnete za 10 dní!“. Módní průmysl, časopisy, televize, internet podporují a rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem atraktivity a úspěšnosti. Bohužel přehnaný zájem o hmotnost se stává společenskou normou, ideálem však není optimální tělesná hmotnost, ale vyhublost.

Předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory, které oslabují sebedůvěru. A to z důvodu, že pro většinu populace jsou nedosažitelné. Logicky toto vše podněcuje nespokojenost s vlastním tělem a podporují jeho narušené vnímání. „*Mezi sociální rizikové determinanty rozvoje poruch příjmu potravy patří také profese či profesní příprava, která je výrazněji spojena s fyzickým zevnějškem a kde je štíhlá postava nezbytným předpokladem kariéry.*“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s.16)

3.1 ZDRAVOTNÍ RIZIKA

Jedná se velmi často o sebepoškozovací začarovaný kruh. Vliv na trávicí systém je takový, že se příjem potravy stává velkým stresem. Jedení je spojeno se smíšenými pocity paniky, viny a nepříjemnými tělesnými pocity. Hladověním vzniká nerovnováha solí a hormonů. (Papíková, 2012)

Mezi hlavní zdravotní rizika patří:

Poruchy spánku, časté probouzení ráno i několikrát během noci, slabý močový měchýř – časté močení přes den i v noci, precitlivělost na chlad, horší oběh rukou a nohou, končetiny jsou často promodralé, mohou na nich být skvrny, i otoky. Dochází k nárůstu jemného ochlupení na těle

(hlavně v oblasti zad a obličeje). Dále se mohou objevovat poruchy cirkulace, pomalý pulz, nízký krevní tlak a časté omdlévání. Ovlivňuje také zeslabení kostí (osteoporóza) může vést ke zlomeninám, deformacím páteře a bolestem. Postupně selhává i funkce kostní dřeně. Červené i bílé krvinky nejsou tvořeny dostatečně rychle. Výsledkem je anémie a náchylnost k určitým infekcím. Menstruace přestává nebo je nepravidelná (k menstruaci obvykle ženy potřebují 15 % tělesného tuku). Snižuje se zájem o sex a reprodukční schopnost organismu. Žaludek se hladověním zmenší a i malé množství jídla pak přináší nepříjemné pocity. Velmi často se objevují žaludeční vředy, které mohou přetrvávat i po vyléčení. Zpomalí se peristaltika střev a důsledkem je zácpa. Nedostatek výživy postihuje játra, což je důvod, že se netvoří tělesné proteiny. Vznikají otoky kolem kotníků a nohou. I ledviny jsou ohroženy infekcí a tvorbou kamenů, v horším případě i selháním. Dále hladovění poškozuje nervy i svaly. To vede ke zhoršení chůze do schodů, nohy se velmi těžce vlečou, dochází k extrémní únavě a unavitelnosti. U dětí jsou poruchy příjmu potravy velmi nebezpečné, protože zastavuje růst a pubertu. Při extrémním snížení krevního cukru se objevují stavy paniky a zmatenosti. Při zanedbání může dojít ke kómatu i smrti. (Papíková, 2012)

Dále zmíníme emoční problémy. Objevují se psychické potíže jako deprese a podrážděnost. Poruchy příjmu potravy ovlivňují negativně i mozek a veškeré duševní pochody. Jedinci jsou pesimističtí, ztrácí naději a radost ze života. Poškozeny jsou schopnosti soustředění, pozornost, paměť, učení a řešení problémů. Vliv na společenský život. Postupně se vytrácí schopnost účastnit se společenského života, zájem o přátele, ztrácí smysl pro humor. Zvracení a projímadla určitě zvyšují riziko zdravotních obtíží. Zvláště jsou poškozeny zuby, ledviny a střeva. Zneužívají i další léky např. různé dietní prášky a diuretika, které vedou k odvodnění organismu. Extrémní případy anorektiček mohou končit smrtí. Riziko je zde opravdu veliké až 16 krát větší než u normální populace. Největší tragédií je, že nemocní si neuvědomují, že se dostávají do tak vážného rizika. (Papíková, 2012)

3.2 SOCIÁLNÍ POSTOJE K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY

Veškeré aktivity, které jsou spojeny s hubnutím, jsou někdy laicky považovány za důsledek vlivu médií a módního trendu vůbec. Často lze pozorovat, že okolí nemocného má sklon bagatelizovat potíže s příjmem potravy, protože je taková porucha obtížně pochopitelná. Zpočátku se domnívá, že jde o přehnanou snahu zhubnout, kterou lze ovlivnit domluvou a rozumným argumentováním. Když příbuzní nemocného zjistí, že takové prostředky nemají žádný efekt, začnou být nejistí, začnou se obviňovat a hledat příčiny tak podivného chování. Cítí se bezmocní a jejich úzkost vede k rozhodnutím, jejichž důsledky mohou ještě více zhoršovat rodinné klima či jiné mezilidské vztahy (např. násilné krmení, zavrhování nemocné apod.) Vztah ostatních lidí

k postiženému člověku bývá ambivalentní, snaží se mu pomoci, ale zároveň na něho mají zlost, že dělá tokové nesmysly a sám si škodí. Některé projevy chování nemocných mohou vzbuzovat odpor (např. zvracení, hromadění a schovávání potravy apod.) Lhaní spojené se zakrýváním potíží bývá hodnoceno jako osobní úpadek. (Vágnerová, 1999) Všechny tyto projevy narušují veškeré vazby a to jak s rodinou, tak s dosavadními přáteli. Velice se zvyšuje riziko, že se nemocný dostane do izolace.

3.3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Nabídka různých léčebných, zvláště psychoterapeutických postupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy je poměrně široká. Nemůžeme ale říci, jaká terapeutická metoda je nejučinnější, přístup k nemocným by měl být individuální a podle skutečných potřeb.

„Léčba by měla sledovat tři cíle:

- *Léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vlivem opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, dlouhodobého hladovění)*
- *Psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě jednice*

Psychoterapie, zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného.“ ((Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s.54)

Výsledkem léčby by měla být zdravá dívka (chlapec), která akceptuje svou tělesnou hmotnost a postavu, má přiměřené pozitivní sebehodnocení, znovu našla potěšení z jídla, podařilo se jí obnovit rodinné a další sociální vztahy.

Nemocní mohou využívat tyto zařízení a terapie: denní stacionáře – je účinný u vysoce motivovaných a pro jednice BMI vyšším než 16. Zde je důležitá návaznost na ambulantní péči. Ambulantní péče: lékařská, psychiatrická, popřípadě gynekolog, internista, gastroenterolog atd. Dále nutriční terapie a psychoterapie. Existují tzv. svépomocné skupiny pro nemocné, pro rodiče či partnery – všichni zde naleznou podporu, motivaci, sdílení zkušeností a momentálních prožitků. Lze využívat jako místo prvního kontaktu nebo jako doplňková metoda léčby. Často nemocní využívají rodinnou terapii, kde mohou najít pomoc s obnovou narušených vztahů s vrstevníky, partnery a především v rodině. Právě práce s celou rodinou je často nezbytná podmínka úspěšného léčebného procesu.

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. Psychofarmakoterapie není příčinnou léčbou, ale léčbou podpůrnou. Užívá se zejména na zmírnění doprovodných příznaků jako je deprese, úzkost, nutkavé myšlení apod. Zde je nutné připomenout, že na anorexii ani bulimii neexistuje žádný lék. Nutriční terapie učí pacienta postupně zvyšovat denní porce jídla, pravidelně se stravovat 4-6x denně, zaznamenávat si jídla, která během dne zkonsumoval.

Kognitivně behaviorální terapie poměrně úspěšná forma terapie, která zahrnuje různé přístupy. Zabývá se rozpoznáním problému, jeho popsáním a změnou chování. Zaměřuje se na identifikaci zkreslených postojů k tělu a hmotnosti, zapisování myšlenek, pocitů a chování. Například: „Po jídle všichni vidí, jak mám obrovské břicho.“ Či „Když začnu jíst, nedonutím se už nikdy přestat.“ apod. Následně se s takovými myšlenkami pracuje při terapii, aby došlo postupně ke změně v takto rigidních postojích. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017)

Obvykle, například při neúspěšné ambulantní péči, jsou pacienti hospitalizováni. Zpravidla se využívají psychiatrická oddělení. Dalším důvodem může být lékařská stabilizaci na jednotce intenzivní péče. Cílem je zde zlepšit jak somatický tak psychický stav. Funguje zde týmová spolupráce (psycholog, psychiatr, dietní sestra, zdravotní sestra...)

Jako podpůrné terapie se využívají i například muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie, atd. *„Nejlepší výsledky v terapii mají komplexní programy, zahrnující nutriční poradenství, programy zaměřené na změnu chování, individuální, skupinovou a rodinnou terapii.“* (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s.59)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VLASTNÍ VÝZKUM

4.1 METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit informovanost dětí ve věku 13 až 16 let o poruchách příjmu potravy a dále porovnat povědomí dle pohlaví žáků. Dále jsme šetřili, kde se s pojmy setkali, koho poruchy více postihují a jaký věk žáci označují za nejvíce rizikový.

K získání informací jsme využili dotazníkové šetření, cíleně sestavené pro danou věkovou skupinu. Dotazník prošel pilotážním předvýzkumem na náhodném vzorku respondentů. Dotazníky jsme rozdávali na Základní škole při dětské léčebně v Janských Lázních. Celkem bylo vráceno 80 dotazníků. Dotazník je přiložen v příloze A.

4.2 VZOREK RESPONDENTŮ A VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ

Cílovou skupinou byli žáci základní školy ve věku 13 až 16 let. Poměr pohlaví respondentů je rovnoměrně rozložen. Dotazníky hodnotilo 40 dívek a 40 chlapců.

Škola zabezpečuje vzdělávání dětem a žákům, kteří se léčí v dětské léčebně. Jedná se o děti a žáky se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním z celé České republiky.

4.3 SAMOTNÝ VÝZKUM

Výzkum probíhal na základní škole od září 2017 do ledna 2018. Dotazníky byly distribuovány při hodinách matematiky či zeměpisu, a to ve všech ročnících na 2. stupni základní školy. Šetření bylo prováděno se souhlasem paní ředitelky. Souhlas s provedením výzkumu je přiložen v příloze B.

Respondenti byli poučeni, jakým způsobem dotazník vyplnit a všichni byli seznámeni s tím, k jakému účelu bude dotazník sloužit. Respondenti i učitelé této školy byli velmi vstřícní.

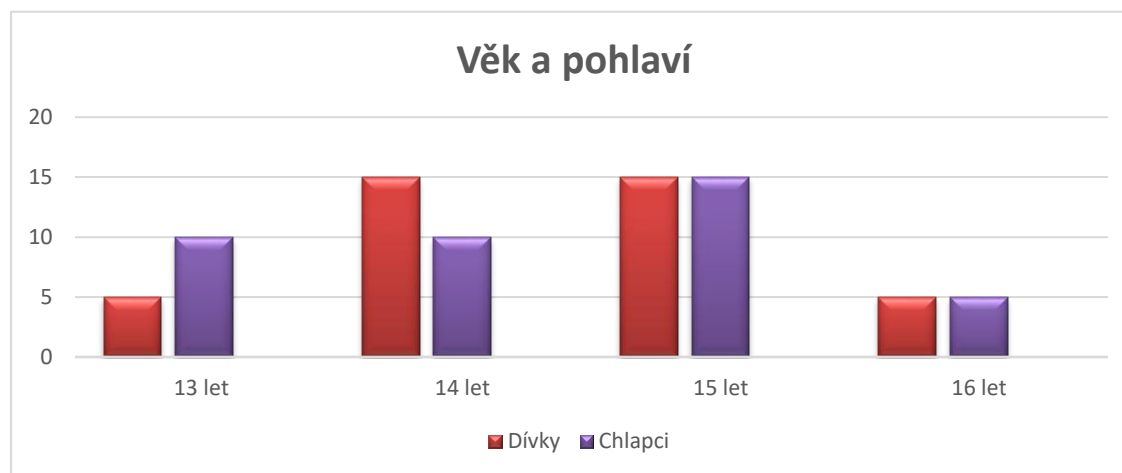
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Vyhodnocení otázky číslo 1 „Kolik je Ti let?“ a současně otázky číslo 2 „Jsi chlapec nebo dívka?“

Tabulka 3: Věk a pohlaví

Věk	Dívky	%	Chlapci	%
13	5	12,5 %	10	25,0 %
14	15	37,5 %	10	25,0 %
15	15	37,5 %	15	37,5 %
16	5	12,5 %	5	12,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 1: Věk a pohlaví



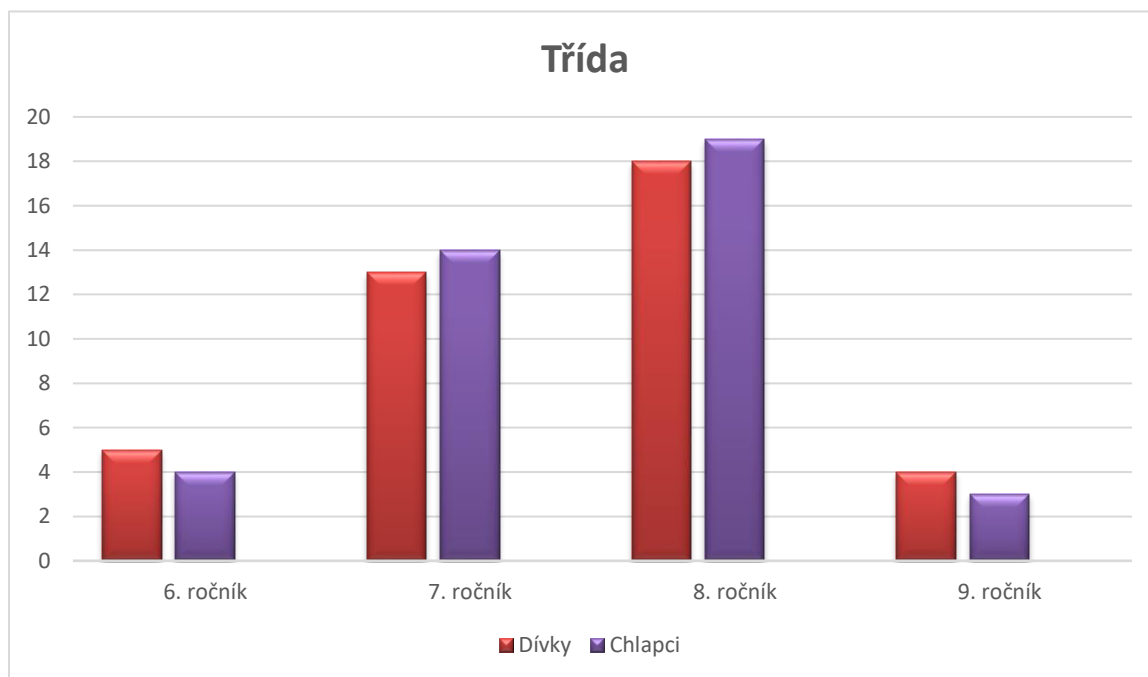
Ze čtyřiceti dívek bylo 5 dívek třináctiletých, 15 dívek čtrnáctiletých, 15 dívek patnáctiletých a 5 dívek šestnáctiletých. Ze čtyřiceti chlapců bylo 10 chlapců třináctiletých, 10 chlapců čtrnáctiletých, 15 chlapců patnáctiletých a 5 chlapců šestnáctiletých. Celkový počet dívek a chlapců byl vyrovnaný.

Vyhodnocení otázky číslo 3 „Do jakého ročníku chodíš?“

Tabulka 4: Třída

Třída	Dívky	%	Chlapci	%
6. třída	5	12,5 %	4	10,0 %
7. třída	13	32,5 %	14	35,0 %
8. třída	18	45,0 %	19	47,5 %
9. třída	4	10,0 %	3	7,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 2: Třída



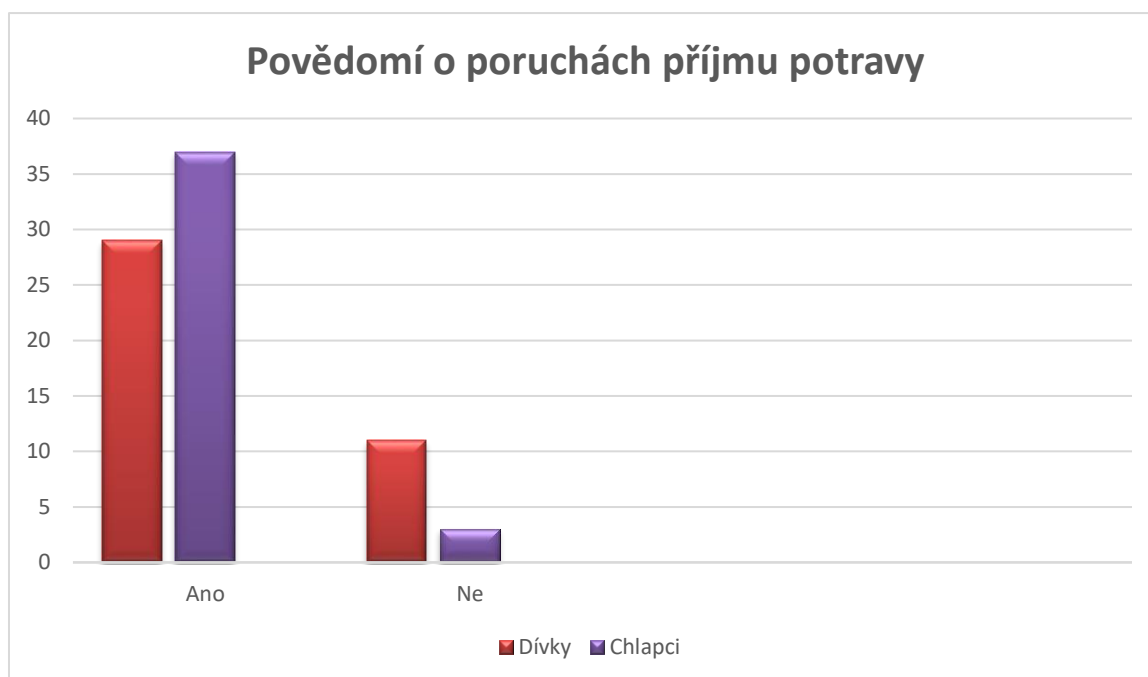
Zde máme znázorněno kolik děvčat a chlapců chodí do konkrétního ročníku. Největší počet respondentů navštěvuje 8. ročník základní školy.

Vyhodnocení otázky číslo 4 „Už si někdy slyšel/a o poruchách příjmu potravy?“

Tabulka 5: Povědomí o poruchách příjmu potravy

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ano	29	72,5 %	37	92,5 %
Ne	11	27,5 %	3	7,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 3: Povědomí o poruchách příjmu potravy



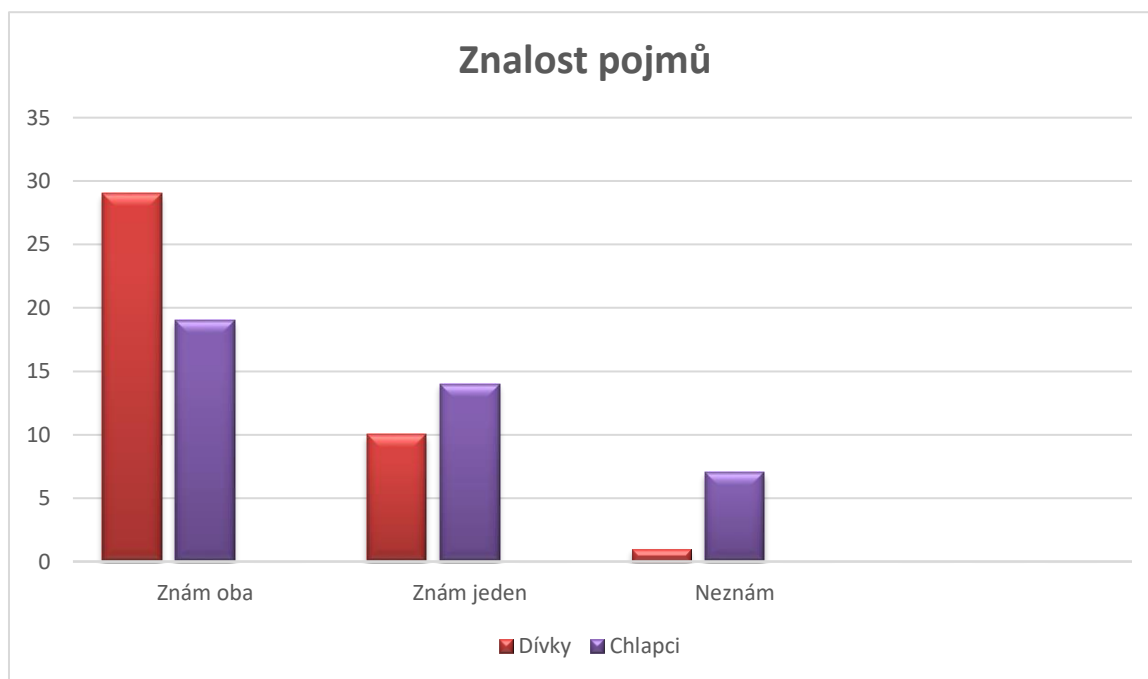
Ze čtyřiceti dívek odpovědělo kladně 29 dívek a záporně 11. Ze čtyřiceti chlapců odpovědělo 37 chlapců kladně a 3 chlapci záporně. Zde je velmi zajímavý fakt, že větší povědomí o pojmu poruchy příjmu potravy mají chlapci.

Hodnocení otázky číslo 5 „Znáš pojmy mentální anorexie a mentální bulimie?“

Tabulka 6: Znalost pojmů

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Znám oba	29	72,5 %	19	47,5 %
Znám jeden	10	25,0 %	14	35,0 %
Neznám	1	2,5 %	7	17,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 4: Znalost pojmů



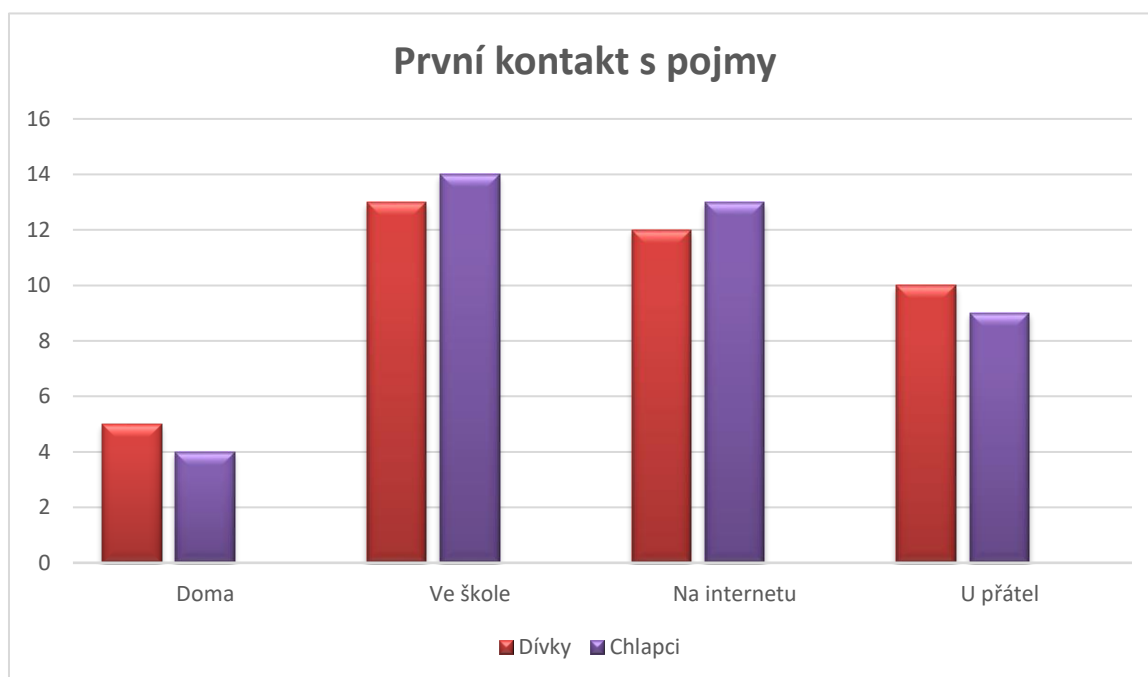
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že větší znalost pojmů mají děvčata a to ve více jak 72 %. Z děvčat znají pojmy 29 děvčat, 10 děvčat zná jeden pojem a 1 děvče neznalo žádný z pojmů. U chlapců zná oba pojmy 19 chlapců, jeden pojem zná 14 chlapců a 7 chlapců nezná ani jeden pojem.

Vyhodnocení otázky číslo 6 „Kde jsi se setkal/a s těmito pojmy?“

Tabulka 7: První kontakt s pojmy

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Doma	5	12,5 %	4	10,0 %
Ve škole	13	32,5 %	14	35,0 %
Na internetu	12	30,0 %	13	32,5 %
U přátel	10	25,0 %	9	22,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 5: První kontakt s pojmy



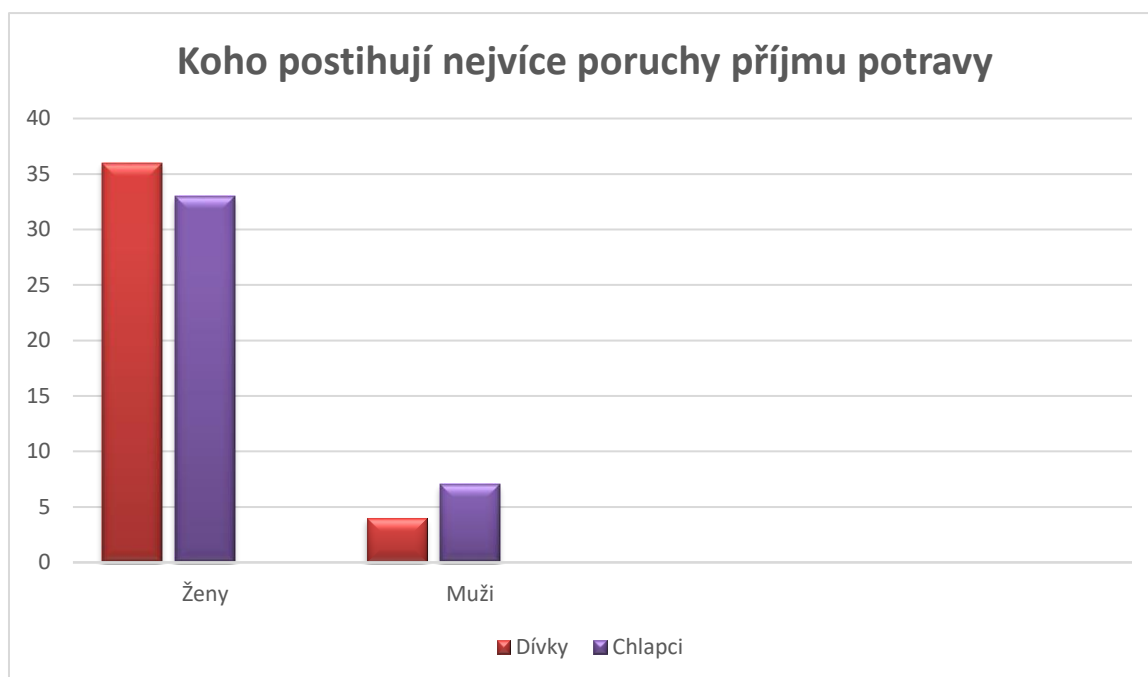
Z šetření vyplynulo, že děvčata i chlapci se o poruchách příjmu potravy mnoho informací v prostředí domova nedozví. Nejčastěji a nejvíce informací se dovídají ve škole a na internetu.

Vyhodnocení otázky číslo 7 „Koho poruchy příjmu potravy postihují nejvíce?“

Tabulka 8: Koho postihují nejvíce poruchy příjmu potravy

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ženy	36	90,0 %	33	82,5 %
Muži	4	10,0 %	7	17,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 6: Koho postihují nejvíce poruchy příjmu potravy



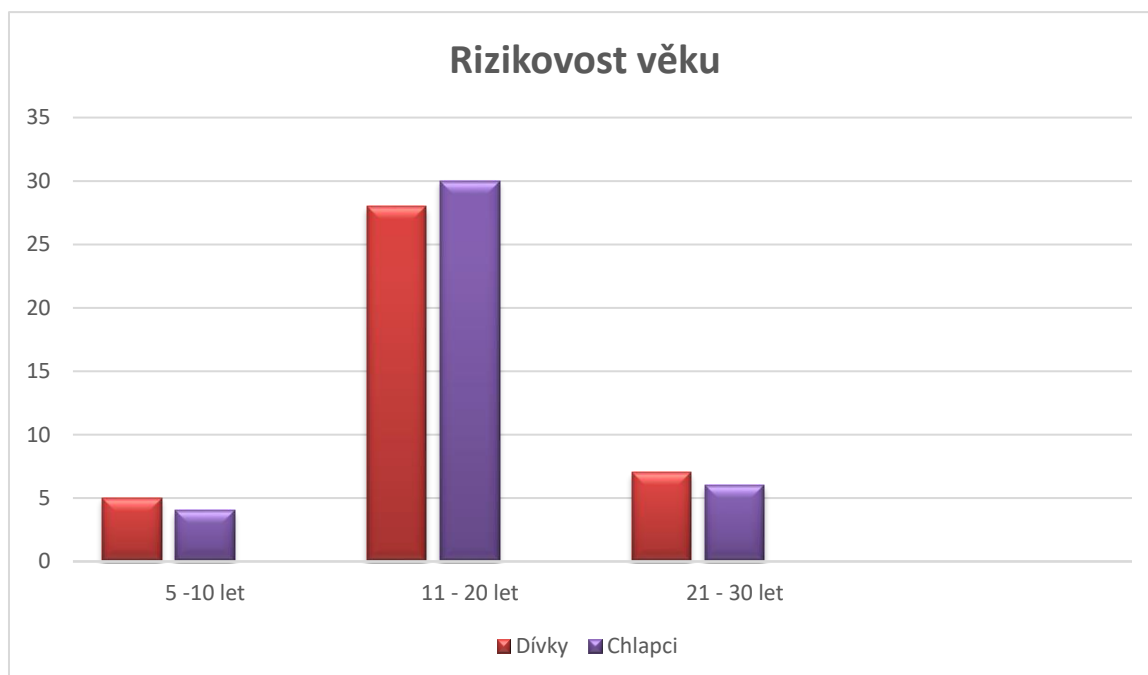
Zde jak děvčata, tak chlapci odpověděli, že častěji postihují poruchy příjmu potravy ženy a to s velkou převahou.

Vyhodnocení otázky číslo 8 „Jaký věk, dle Tvého názoru, je nejrizikovější pro vznik tohoto onemocnění?“

Tabulka 9: Rizikovost věku

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
5 – 10 let	5	12,5 %	4	10,0 %
11 – 20 let	28	70,0 %	30	75,0 %
21 – 30 let	7	17,5 %	6	15,0 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 7: Rizikovost věku



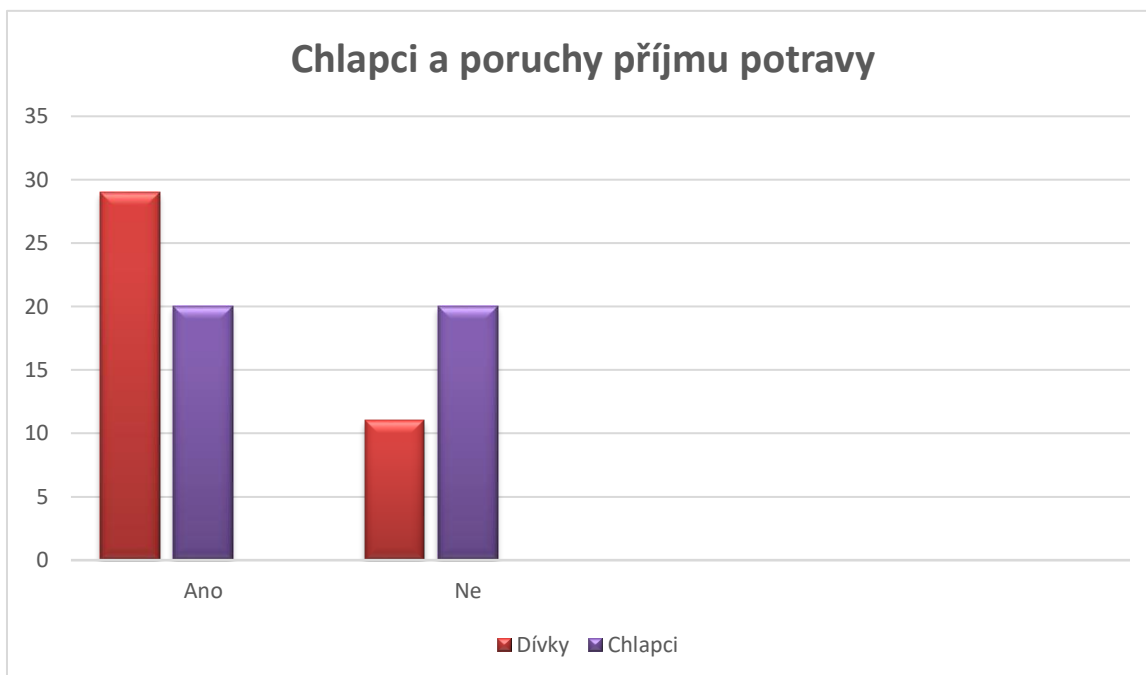
Většina respondentů a to jak dívek i chlapců určili věk 11 – 20 let, jako nejrizikovější. Velmi pozitivně hodnotíme informovanost zejména chlapců. Téma poruch příjmu potravy jim rozhodně není cizí.

Vyhodnocení otázky číslo 9 „Týkají se v dnešní době poruchy příjmu potravy většího množství chlapců?“

Tabulka 10: Chlapci a poruchy příjmu potravy

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ano	29	72,5 %	20	50,0 %
Ne	11	27,5 %	20	50,0 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 8: Chlapci a poruchy příjmu potravy



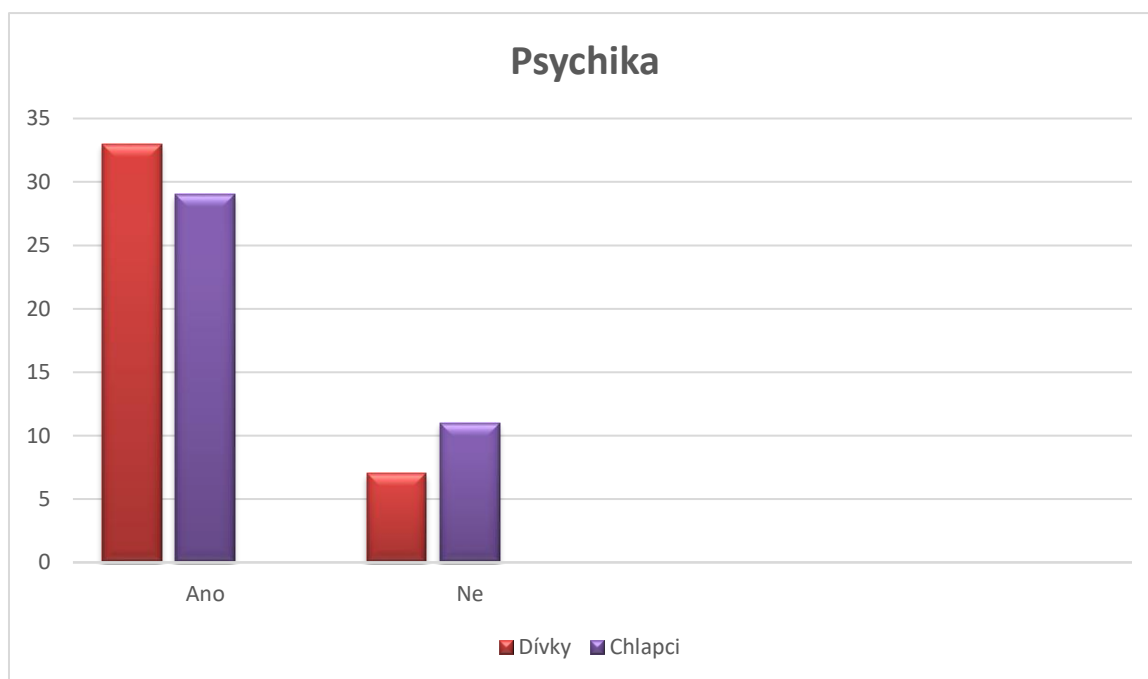
Zde je patrné, že chlapci nebyli zcela jednotní. Přesně polovina respondentů z řad chlapců hodnotila kladně a druhá polovina chlapců hodnotila záporně. U děvčat je tomu jinak. Zde je zřejmá převaha odpovědí ano, což je 72,5 %.

Vyhodnocení otázky číslo 10 „Má mentální anorexie a bulimie souvislosti s poruchami psychiky?“

Tabulka 11: Psychika

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ano	33	82,5 %	29	72,5 %
Ne	7	17,5 %	11	27,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 9: Psychika



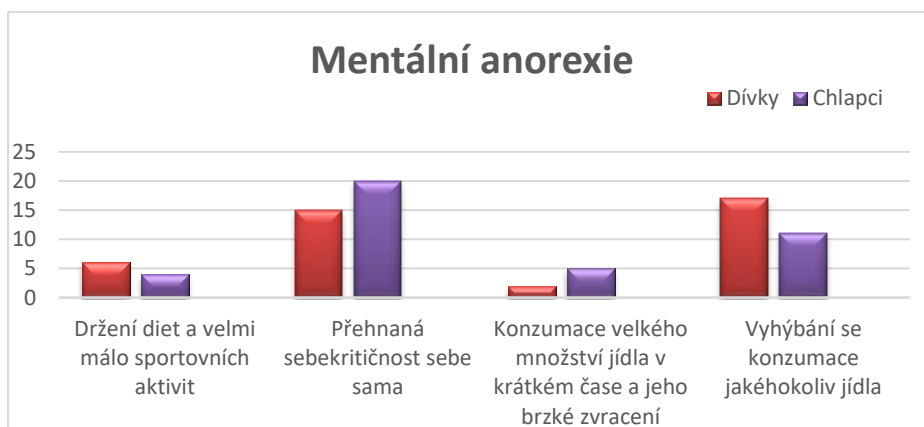
I zde můžeme hodnotit pozitivně, že většina dívek, tedy 33 respondentů, zná souvislost poruch příjmu potravy s poruchami psychiky. U chlapců odpověď ano volilo 29 respondentů.

Vyhodnocení otázky číslo 11 „Jak rozumíš pojmu mentální anorexie?“

Tabulka 12: Mentální anorexie

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Držení diet a velmi málo sportovních aktivit	6	15,0 %	4	10,0 %
Přehnaná sebekritičnost sebe sama, snaha být co nejšáhlejší	15	37,5 %	20	50,0 %
Konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké zvracení	2	5,0 %	5	12,5 %
Vyhýbání se konzumace jakéhokoliv jídla	17	42,5 %	11	27,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 10: Mentální anorexie



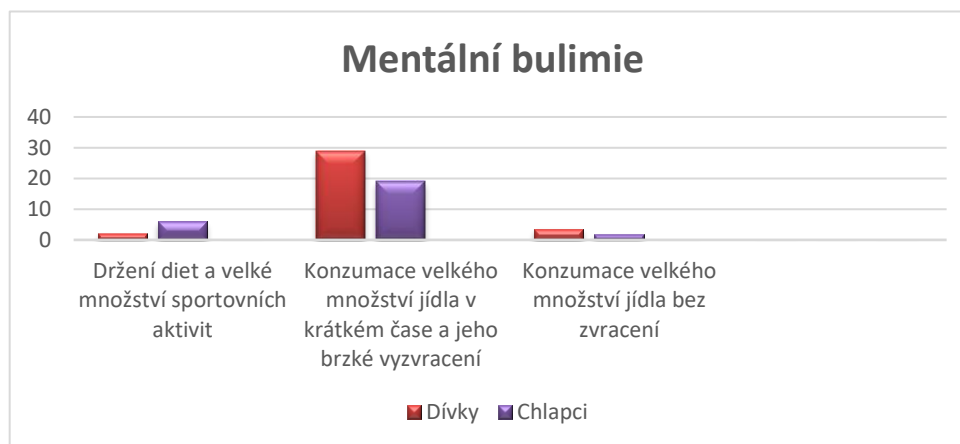
U dívek jsme zaznamenali jako nejčastější odpověď vyhýbání se konzumace jakéhokoliv jídla a to 17 respondentů (42,5%). U chlapců je patrné, že největší četnost měl odpověď přehnaná sebekritičnost sebe sama, snaha být co nejšáhlejší a to 20 respondentů (50%).

Vyhodnocení otázky číslo 12 „Jak rozumíš pojmu mentální bulimie?“

Tabulka 13: Mentální bulimie

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Držení diet a velké množství sportovních aktivit	2	5,0 %	6	15,0 %
Konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké vyzvracení	29	72,5 %	19	47,5 %
Konzumace velkého množství jídla bez zvracení	9	22,5 %	15	37,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 11: Mentální bulimie



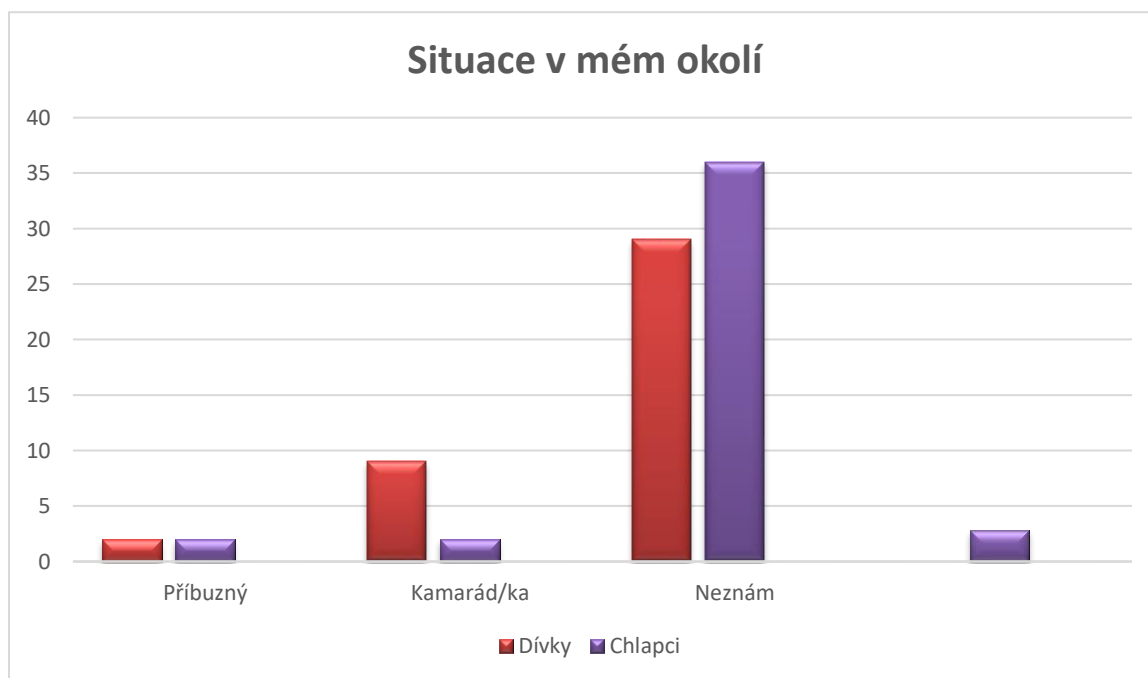
Zde v naprosté většině, v počtu 29, označily dívky možnost konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké vyzvracení, což je 72,5 %. U chlapců je tomu obdobně, 19 respondentů, tedy 47,5 %.

Vyhodnocení otázky číslo 13 „Znáš osobně někoho, kdo trpěl či stále trpí poruchami příjmu potravy?“

Tabulka 14: Situace v mém okolí

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Příbuzný	2	5,0 %	2	5,0 %
Kamarád/ka	9	22,5 %	2	5,0 %
Neznám	29	72,5 %	36	90,0 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 12: Situace v mém okolí



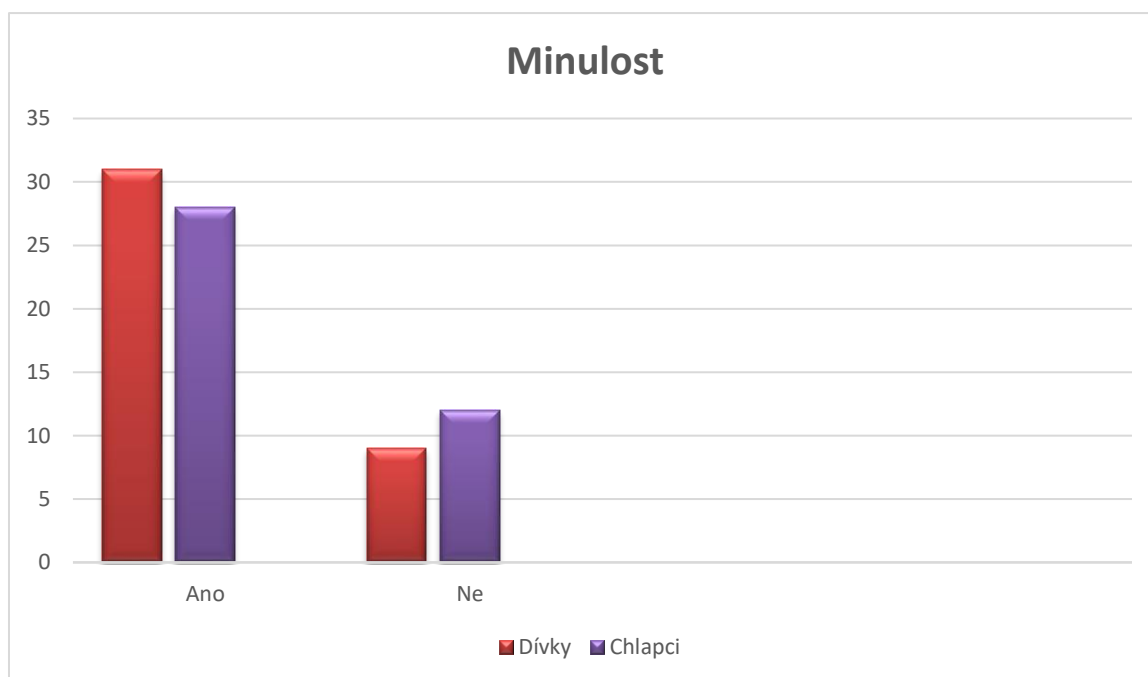
Valná většina respondentů, a to jak dívek tak chlapců, označila, že nezná ve své okolí někoho konkrétního, kdo trpí poruchami příjmu potravy.

Vyhodnocení otázky číslo 14 „Vyskytovaly se tyto poruchy již v minulosti?“

Tabulka 15: Minulost

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ano	31	77,5 %	28	70,0 %
Ne	9	22,5 %	12	30,0 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 13: Minulost



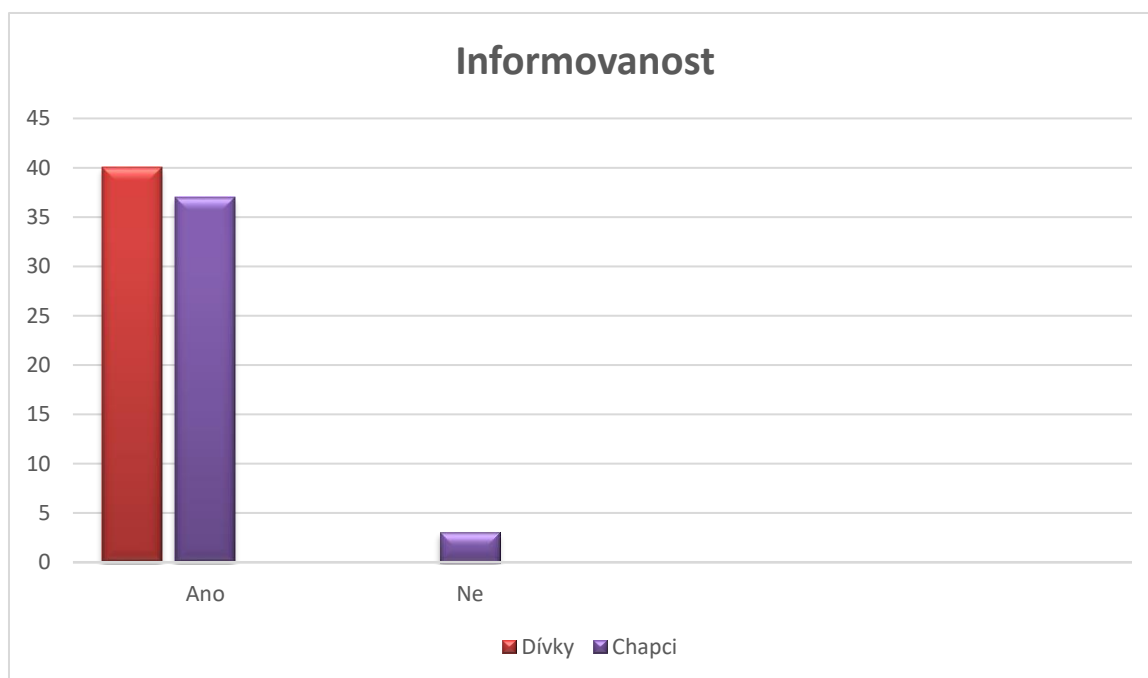
Děvčata i chlapci si zde uvědomili, že poruchy příjmu potravy byly i v minulosti. Dívky v počtu 31 respondentů, což je 77,5 % a chlapci v počtu 28 respondentů, což je 70 %.

Vyhodnocení otázky číslo 15 „Myslíš, že je dobré vědět, co jsou to poruchy příjmu potravy a něco o nich znát?“

Tabulka 16: Informovanost

Odpovědi	Dívky	%	Chlapci	%
Ano	40	100,0 %	37	92,5 %
Ne	0	0,0 %	3	7,5 %
Σ	40	100,0 %	40	100,0 %

Graf 14: Informovanost



Všech 40 dívek, tedy 100 %, odpovědělo, že je dobré vědět o problematice poruch příjmu potravy. Z celkového počtu 40 chlapců odpovědělo 37 respondentů obdobně jako dívky. Pouze 3 chlapci označili odpověď ne. Je velmi dobré, že všichni respondenti si uvědomují důležitost informovanosti o poruchách příjmu potravy.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A VÝCHODISKA PRO RODINY, PARTNERY A PŘÁTELE

Ačkoli rodina, zejména pozitivní komunikace mezi rodiči a dětmi, také dobré vztahy, ale právě i postoj k jídlu a vhodné stravovací návyky rodiny zůstávají základem prevence poruch příjmu potravy. Tuto problematiku nelze zanedbávat ani ve škole, mimo jiné i proto, že právě doba dospívání, kterou děti z velké části tráví ve škole, je nejrizikovějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy. Nemalý vliv má i dnešní „uspěchaná“ doba. Rodiče netráví mnoho času společně s dětmi.

Děti mnohdy tráví více času ve škole než doma. Právě škola, respektive učitelé, předávají dětem nejen znalosti, ale velmi často i společenské hodnoty. Pedagogové často mohou napravit to, co rodiče v určitých ohledech nezvládli. Učitelé se mohou setkat s rodiči, kteří kladou přílišný důraz na výkon, na vzhled, upřednostňují zejména autoritativní výchovu, která může podřývat sebevědomí dítěte. Právě tyto faktory mohou být například i spouštěčem poruch příjmu potravy. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017)

Je velmi důležité připravit žáky na tělesné změny například nárůst tělesné hmoty, zvětšení prsou, zaoblení boků apod. Dále i na psychické změny zejména v rizikovém období dospívání, které je čekají. Žáci by měli být poučeni o různých tělesných typech a také rozdílech mezi lidmi. Je určitě vhodné zabránit v šíření předsudků vůči odlišnostem. Učíme je sebe-přijetí a mít rádi sami sebe a ostatní takový jací jsou.

Učitel také může s žáky hovořit o nevhodných jídelních návycích a obzvláště zdůraznit způsob kontroly hmotnosti. Tím, že vede žáky ke správným stravovacím návykům a také dbá na prevenci obezity. Žáci mají možnost využít obědy a pauzu na ně, hovoří o pojmech pestrá strava a nevhodnosti časté konzumace cukrovinek a přeslazených nápojů. Velice často bývá škola, vyučující, kteří zachytí první známky poruchy příjmu potravy. Je proto velice důležité, aby vyučující znali tuto problematiku. Hovoříme zde o primární prevenci. Stejně tak je důležité podporovat pozitivní sociální klima ve třídách a vytvářet podmínky pro sebedůvěru žáků a jejich zdravý osobní růst. S tím také souvisí podpora dovedností žáků reagovat asertivně, zvládat řešení konfliktů a podporovat jejich zdravé sebeprosazení. I umění adekvátně reagovat na stres, neúspěch či kritiku a podpora skupinových aktivit úzce souvisí s prevencí poruch příjmu potravy.

Vždy je velmi důležitá spolupráce školy, rodiny a přátel z okruhu nemocného. Cesta k uzdravení není vždy snadná. Je určitě dobré vyhledat odborníka a nemoc s ním pravidelně konzultovat a radit o dalších postupech léčby. Překonání poruchy příjmu potravy je zápas, který trvá měsíce a ne zřídka i roky. Lze využít níže zmíněné státní či nestátní organizace, které se této problematice věnují:

- Centrum Anabell:
Obrázek 5.



Kontaktní centra Brno, Praha, Ostrava a dále poskytuje internetové poradenství na www.anabell.cz. Nabízí Komplexní služby v oblasti poruch příjmu potravy – poradenství, terapie, ambulantní léčba. Poradenství a terapie při řešení obtížných životních situací pro děti, dospělé a celé rodiny. Nutriční poradenství a terapie při různých zdravotních obtížích (redukce hmotnosti, sportovní výživa, stravování v těhotenství, výživa dětí, odstraňování nevhodných stravovacích návyků aj.).

- Fakultní nemocnice Motol, Dětská psychiatrická klinika. www.fnmotol.cz
Obrázek 6.



- Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy, Psychiatrická klinika I.LF UK a VFN www.vfn.cz

Obrázek 7.



- Fakultní nemocnice Brno, Psychiatrická klinika s jednotkami pro léčbu poruch příjmu potravy (dětské i dospělé oddělení) www.fnbrno.cz

ZÁVĚR

Strach z tloušťky a dietní tendence ovlivňují život stále mladších věkových kategorií, zejména dívek. Školní věk vnáší zásadní změny mimo jiné do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí dětí.

Cílem práce bylo ověřit v dotazníkovém šetření, zda se s tématem poruch příjmu potravy žáci na druhém stupni základní školy již setkali. A dále porovnat znalosti a informovanost žáků dle pohlaví. Z šetření je zřejmé, že se většina respondentů s poruchami příjmu potravy již setkala. A dále se o tuto problematiku více zajímají. Více znalostí mají dívky než chlapci.

Vhodným výchovným působením, zvláště pak v kritickém věku nastupující puberty, je možné poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence je rodině. Ale i škola by měla využít svých možností a žáky pomocí primární prevence informovat a nejen to, ale i vést je ke zdravým stravovacím návykům, podporovat pozitivní sociální klima a současně vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka. Zejména se soustředit na posilování sebedůvěry s jasným cílem – omezit sebedestruktivní chování. Škola ovšem nemůže zcela nahradit výchovu v rodinném prostředí. Bez vzájemné spolupráce školy a rodiny nemůže být prevence rizikových forem chování dostatečná.

Je třeba si uvědomit, že porucha příjmu potravy není zlovyk. Jde o psychickou poruchu. Nemocní jsou tedy psychicky ale i somaticky ohroženi, často proto potřebují lékařskou péči.

Jedním z významných kroků v primární prevenci a terapii poruch příjmu potravy je zlepšení informovanosti o problematice. Respondenti tohoto šetření projevovali velký zájem o zkoumaná témata, což vedlo velice často k podnětným diskuzím o těchto poruchách. Proto doporučujeme práci otevřít dalšímu výzkumu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- Jendruchová, M. 2013. *Už je to zamnou: Anorexie a jak se s ní vyrovnat*. Praha: Vyšehrad, ISBN 978-80-7429-335-1.
- Krch, D., F. a kolektiv. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 80-247-0840-X.
- Middleton, K., Smith, J. 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron, ISBN 978-80-7297-115-2.
- Novák, M. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, s.r.o., ISBN 978-80-7204-657-7.
- Papežová, H. 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, ISBN 978-80-87142-18-9.
- Vágnerová, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-678-0.
- Papežová, H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2425-6.
- Strnadelová, V., Zerzán, J. 2010. *Radost ze zdravých dětí: Preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. 2. vyd. Praha: ANAG, ISBN 978-80-726-3620-4.
- Fialová, L., Krch, D., F. 2012. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9
- Lewis, D., Leitchová, M. 2017. *Obézní planeta*. 1. vyd. Praha: Naše Vojsko. ISBN 978-80-206-1648-7

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- Fahy, T., Eisler, I. 1993. *Impulsivity and eating disorders*. 1. vyd. London: The British Journal of Psychiatry.

Seznam použitých internetových zdrojů

- SZU – Státní zdravotní ústav. Růstové grafy. [online]. © 11. 2. 2018 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/seznam-rustovych-grafu-ke-stazeni>
- Centrum Anabell. [online]. © 4. 3. 2018 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z <http://www.anabell.cz/>
- FN Motol. [online]. © 12. 2. 2018 [cit. 2018-02-12]. Dostupné z <http://www.fnmotol.cz/>
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. © 12. 2. 2018 [cit. 2018-02-12]. Dostupné z <http://www.vfn.cz/>
- Fakultní nemocnice Brno. © 12. 2. 2018 [cit. 2018-02-12]. Dostupné z <https://www.fnbrno.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

AN – anorexia nervosa

BM – bulimia nervosa

BMI – Body Mass Index

FN MOTOL – Fakultní nemocnice Motol

1.LF UK – První lékařská fakulta Univerzity Karlovy

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

FN Brno – Fakultní nemocnice Brno

PPP – poruchy příjmu potravy

SZU – státní zdravotní ústav

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1: Ledovec.....	15
Obrázek 2: Výpočet BMI.....	16
Obrázek 3: Percentilový graf pro dívky 3-14,5 let	17
Obrázek 4: Percentilový graf pro chlapce 3-15 let.....	18
Obrázek 5: Anabell.....	40
Obrázek 6: FN MOTOL.....	40
Obrázek 7: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.....	40

Seznam tabulek

Tabulka 1: Hodnocení Body mass indexu.....	17
Tabulka 2: Hodnocení na základě percentilových grafů.....	18
Tabulka 3: Věk a pohlaví.....	25
Tabulka 4: Třída.....	26
Tabulka 5: Povědomí o poruchách příjmu potravy.....	27
Tabulka 6: Znalost pojmů.....	28
Tabulka 7: První kontakt s pojmy.....	29
Tabulka 8: Koho postihují nejvíce PPP.....	30
Tabulka 9: Rizikovost věku.....	31
Tabulka 10: Chlapci a poruchy příjmu potravy.....	32
Tabulka 11: Psychika.....	33

Tabulka 12: Mentální anorexie.....	34
Tabulka 13: Mentální bulimie.....	35
Tabulka 14: Situace v mé okolí.....	36
Tabulka 15: Minulost.....	37
Tabulka 16: Informovanost.....	38

Seznam grafů

Graf 1: Věk a pohlaví.....	25
Graf 2: Třída.....	26
Graf 3: Povědomí o poruchách příjmu potravy.....	27
Graf 4: Znalost pojmů.....	28
Graf 5: První kontakt s pojmy.....	29
Graf 6: Koho postihují nejvíce PPP.....	30
Graf 7: Rizikovost věku.....	31
Graf 8: Chlapci a poruchy příjmu potravy	32
Graf 9: Psychika.....	33
Graf 10: Mentální anorexie.....	34
Graf 11: Mentální bulimie.....	35
Graf 12: Situace v mém okolí.....	36
Graf 13: Minulost.....	37
Graf 14: Informovanost.....	38

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník..... I

Příloha B – Souhlas s provedením výzkumu.....IV

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

mé jméno je Lenka Zmatlíková a jsem studentkou rozšiřujícího studia speciální pedagogiky na Univerzitě Jana Amose Komenského. Právě si dostal do ruky dotazník, který mi pomůže dokončit závěrečnou práci.

Dotazník je anonymní (nikdo nebude znát tvé jméno) a bude sloužit výhradně ke zpracování závěrečné práce na téma „Poruchy příjmu potravy u dospívajících dětí“. Dotazník obsahuje 15 otázek. V dotazníku zaškrtni vždy jen jednu odpověď.

Velice Ti děkuji za pečlivé přečtení a pravdivé odpovědi.

1. Kolik je Ti let?

- 13
- 14
- 15
- 16

2. Jsi děvče nebo chlapec?

- Děvče
- Chlapec

3. Do jakého ročníku chodíš?

- 6. třída
- 7. třída
- 8. třída
- 9. třída

4. Už jsi někdy slyšel/a o poruchách příjmu potravy?

- Ano
- Ne

5. Znáš pojmy mentální anorexie a mentální bulimie?

- Znáám oba
- Znáám jeden Napiš, který.....

- Neznám
6. Kde jsi se setkal/a s těmito pojmy:
- Doma
 - Ve škole
 - Na internetu
 - U přátel
7. Koho poruchy příjmu potravy postihují nejvíce?
- Ženy
 - Muže
8. Jaký věk, dle Tvého názoru, je nejrizikovější pro vznik těchto onemocnění?
- 5 – 10 let
 - 11 – 20 let
 - 21 – 30 let
9. Týkají se v dnešní době poruchy příjmu potravy většího množství chlapců?
- Ano
 - Ne
10. Má mentální anorexie a bulimie souvislosti s poruchami psychiky?
- Ano
 - Ne
11. Jak rozumíš pojmu mentální anorexie? (můžeš označit i více odpovědí)
- Držení diet a velké množství sportovních aktivit
 - Přehnaná sebekritičnost sebe sama, snaha být co nejtíhlejší
 - Konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké vyzvracení
 - Vyhýbání se konzumaci jakéhokoliv jídla
12. Jak rozumíš pojmu mentální bulimie? (můžeš označit i více odpovědí)
- Držení diet a velké množství sportovních aktivit

- Konzumace velkého množství jídla v krátkém čase a jeho brzké vyzvracení
- Konzumace velkého množství jídla bez zvracení

13. Znáš osobně někoho, kdo trpěl či stále trpí poruchou příjmu potravy?

- Příbuzný
- Kamarád či kamarádka
- Neznám

14. Vyskytovaly se tyto poruchy již v minulosti?

- Ano
- Ne

15. Myslíš se, že je dobré vědět, co jsou to poruchy příjmu potravy a něco o nich znát?

- Ano
- Ne

Ještě jednou děkuji za Tvou spolupráci a přeji hezký den.

V Janských Lázních 4. 9. 2017

Souhlas s provedením výzkumu

Výzkum prováděný na Základní škole při dětské léčebně v Janských Lázních, bude sloužit výhradně ke zpracování závěrečné práce na téma „Poruchy příjmu potravy u dospívajících dětí“. Cílem závěrečné práce je vyhodnotit informovanost dětí ve věku 13 až 16 let o pojmech mentální anorexie a mentální bulimie.

Výzkum bude probíhat v období od září 2017 do ledna 2018 a to dotazníkovým šetřením. V tomto časovém úseku budou děti na 2. stupni ZŠ dostávat dotazníky k vyplnění.

Distribuce dotazníků byla schválena vedením školy, které je seznámeno s jejich účelem.

Mgr. Alice Vosátková, v.r. ředitelka školy

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Zmatlíková

Název kurzu: SPPG, CŽV

Název práce: Poruchy příjmu potravy

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 31

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 10

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 5

Počet ostatních zdrojů: /