

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Barbora Skořepová

Riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním
postižením

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE
MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES
2013-2015

DIPLOMA THESIS

Barbora Skořepová

**Risk of developing eating disorders in individuals with
mental disabilities**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Iva Duksová

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 6. 3. 2015

Barbora Skořepová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat za neocenitelnou nezištnou pomoc, cenné rady a připomínky při vypracování této diplomové práce děkuji Mgr. Ivě Duksové.

Anotace

Tato diplomová práce se zaměřuje na období dospívání u dívek a chlapců, na ideál štíhlosti a vznik poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak velké může být riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením ve věku od 11 let do 15 let. Zda jsou obeznámeni s riziky nesprávného příjmu potravy ve vztahu k štíhlosti, jaký vliv na jejich stravovací návyky mají média a společnost. Pro naplnění cíle byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů.

Klíčová slova

Autismus, downův syndrom, mentální anorexie, mentální bulimie, mentální postižení, období dospívání, pohybová aktivita, poruchy příjmu potravy, záchvatovité přejídání, životní styl.

Annotation

This thesis focuses on the early adolescence period in girls and boys, on the ideal of slenderness and formation of eating disorders in individuals with mental disabilities. The aim of this thesis was to determine the risk of developing eating disorders in individuals with mental disabilities aged 11 to 15 years, whether they are familiar with the risks of improper food intake in relation to slenderness and what impact the media and the society have on their eating habits. Quantitative research by questionnaire has been conducted to obtain the data. The results were summarized into tables and charts.

Key words

Anorexia neurosa, autism, binge rating, bulimia neurosa, Down syndrom, food intake disorders, lifestyle, maturing period, mental disabilities, movement aktivitiy.

OBSAH

Úvod	9
Teoretická část	10
1 Období dospívání	10
1.1 Vymezení pojmu	10
1.2 Fyzické změny v dospívání	12
1.3 Psychický vývoj dospívajících	13
1.4 Socializace v dospívání	14
2 Poruchy příjmu potravy	20
2.1 Vymezení poruch příjmu potravy	20
2.2 Historie poruch příjmu potravy	24
2.3 Příčiny poruch příjmu potravy	26
2.4 Příznaky poruch příjmu potravy	30
2.5 Zdravotní následky poruch příjmu potravy	31
2.6 Léčba poruch příjmu potravy	33
2.7 Méně známé poruchy příjmu potravy	35
3 Mentální postižení	38
3.1 Mentální retardace	38
3.2 Downův syndrom	41
3.3 Autismus	42
4 Životní styl	44
4.1 Zdravá výživa	45
4.2 Pohybová činnost	49
Praktická část	52
5 Riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením	52
5.1 Stanovení výzkumného cíle	52
5.2 Hypotézy	52
5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku	53
5.4 Výzkumná metodika	53

5.5 Realizace výzkumu	54
5.6 Výsledky výzkumného šetření.....	55
6 Diskuse	79
Závěr	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK	86

ÚVOD

Problematika poruch příjmu potravy extrémně narůstá a patří mezi častá onemocnění dívek, žen, ale i mužů. Časté diskuse se vedou právě o zdravé výživě a správném životním stylu. Někteří jedinci jsou svou štíhlostí a zdravou výživou natolik posedlí, že si v každodenním boji s váhou a kaloriemi mnohdy ani neuvědomí, že se dostali do nebezpečného světa touhy po štíhlé postavě.

V dnešní době jsme pod velkým tlakem, abychom se přizpůsobili společenským pravidlům a normám. Snažíme se vypadat stejně jako společenský ideál, což je udáváno společností a kulturou. Dospívající se srovnávají s topmodelkami, známými hvězdami, které vidí v televizi či v časopisech se svými extrémně štíhlými postavami. Ideál štíhlosti a krásy je neustále prezentován v médiích a nepochybně ovlivňuje dospívající stále mladšího věku. Většina dospívajících poté často trpí nízkým sebevědomím, depresemi, pocitem nadváhy, a proto se často trápí drastickými dietami či úporným cvičením. Společnost by si měla uvědomit, jak může být nebezpečné dosáhnout ideálu. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli toto téma společnosti přiblížit a zabývat se tím, zda má vliv ideál štíhlosti i na jedince s mentálním postižením.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak velké může být riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením ve věku od 11 let do 15 let.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole je objasněno období dospívání, fyzické změny dospívajícího a jeho emoční vývoj. Je zde také zahrnuta kapitola o socializaci v tomto období v rámci rodiny, vrstevníků a samotné utváření identity dospívajícího. Druhá kapitola byla zaměřena na vymezení poruch příjmu potravy, jejich historii, příčiny, příznaky, zdravotní následky a léčbu poruch. Ve třetí kapitole je popsáno mentální postižení a jeho formy a poslední kapitola měla za úkol poukázat na zdravý životní styl v našem životě.

V empirické části bylo prezentováno výzkumné šetření, jehož úkolem bylo zjistit, zda jsou dospívající jedinci s mentálním postižením obeznámeni s riziky nesprávného příjmu potravy ve vztahu k štíhlosti. Zjistit, jak jsou dospívající jedinci s mentálním postižením spokojeni se svým vzhledem a tělem, a jaký vliv na jejich stravovací návyky mají média a společnost.

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření, jehož respondenti byli dospívající jedinci s mentálním postižením a dospívající, kteří tímto postižením netrpí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

1.1 Vymezení pojmu

Období dospívání je mezníkem mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu etapu života od 10 do 20 let. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech směrech: somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou podmíněny především biologicky, ale vždy je významně ovlivňují psychické i sociální faktory, které na sebe vzájemně působí, průběh dospívání je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplývají požadavky a očekávání společnosti ve vztahu k dospívajícím. (Vágnerová, 2005)

Na tuto etapu života je pohlíženo jako na léta „bouří a stresů“. Během této doby se očekává od dospívajícího jedince, že se naučí být samostatný, nezávislý na rodičích, začne vytvářet heterosexuální vztahy, přizpůsobí se vrstevníkům, zvolí si své budoucí zaměstnání, vytvoří si vlastní filozofii života. Spolu s těmito společenskými tlaky se střetávají i vlivy biologické a psychologické. Vliv těchto všech faktorů způsobuje rozkolísanost a konfliktnost. (Čížková a kol., 2003)

Charakteristické změny v tomto období jsou především ve fyzickém vývoji i ve vývoji psychickém. Tyto změny jsou hodně nápadné, jelikož přicházejí po klidném období mladšího školáka. Mezi chlapci i děvčaty, ale i u téhož pohlaví vidíme odlišný nástup fyziologických i psychických změn. U dívek nastupují tyto fáze rychleji, ale i u stejných pohlaví je hranice nástupu jednotlivých fází velice individuální. Můžeme si všimnout, že některé dívky ve 13 letech jsou vyspělé, mají rozvinuté druhotné sexuální znaky, na rozdíl od jiných dívek stejného věku. (Čížková a kol., 2003)

Podle Macka (1999), má smysl dospívání členit na ranou, střední a pozdní adolescenci.:

- **časná adolescence** je datována od 10-13 let, v tomto období dominují především pubertální změny. V této době se zvyšuje zájem o vrstevníky

opačného pohlaví, které jsou posilovány projeveným pohlavním pudem a výskytem sekundárních pohlavních znaků. Dochází k vývoji kognitivních procesů.

- **střední adolescence** je přibližně od 14 do 16 let věku, toto období je plné úvah a hodnocení. V této době se dospívající snaží výrazně odlišovat od svého okolí především stylem oblékání, hudbou, účesem. V psychologickém směru je to období hledání osobní identity, tj. vlastní jedinečnost a autentičnost.
- **pozdní adolescence**, vymezena obvykle od 17 let do 20 let. Dospívající ukončují v této životní etapě svoje vzdělání a hledají si nová pracovní uplatnění. Posiluje se potřeba někam patřit, podílet se na něčem, něco s druhým sdílet. Jedinci začínají více přemýšlet nad svou perspektivou, uvažují o budoucích cílech a plánech v oblasti profese, ale také v oblasti partnerských vztahů.

Langmeier a Krejčířová (2006, str. 143) vymezili období dospělosti takto:

1. Období pubescence – od 11 do 15 let:

- a) *Fáze prepuberty*, což je první pubertální fáze, kdy začínají první známky pohlavního dospívání. Objevují se první sekundární pohlavní znaky. Končí nástupem menarche u dívek, u chlapců analogickým vývojem, což je první emise semene- noční poluce. U dívek trvá toto období většinou od 11 do 13 let, fyzický vývoj u chlapců probíhá o 1-2 roky později.
- b) *Fáze vlastní puberty* nastupuje po dokončení prepuberty a končí dosažením reprodukčních schopností. První menstruace bývá anovulační a nepravidelná v mnoha případech. Pravidelná ovulační cyklus a schopnost oplodnění se dostavují zpravidla za 1 až 2 roky. U chlapců je reprodukční schopnost dosažena také o něco později, dochází k ní po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Toto období může trvat zhruba od 13 do 15 let.

2. Období adolescence- od 15 do 22 let:

Až v tomto období je postupně dosahováno plné reprodukční zralosti a dokončován tělesný růst. Rychle se mění postavení jedince ve společenském životě. Dochází k přechodu ze základní školy na školu střední, jedinci navazují častější a hlubší erotické vztahy, mění se jejich sebepojetí. Tato věková skupina bývá většinou nazývána jako mladiství, dorost, teenagers.

1.2 Fyzické změny v dospívání

Období dospívání představuje důležitý biologický mezník v životě jedince, dítě se mění v člověka schopného reprodukce. Tělesná proměna je významným signálem každého dospívajícího. Vlastní zevnějšek je důležitou součástí identity, proto jsou tyto změny prožívány velice intenzivně a emotivně. Zásadní a zjevná proměna těla může vést v krajním případě k pocitu ohrožení integrity a ke ztrátě sebejistoty. (Vágnerová, 2005)

Fyzické změny se projevují dříve u dívek než u chlapců, bývá to pro ně dosti zatěžující. U chlapců se v tomto období formuje postava, dochází k růstu a rozvoji svalů. Dívčím se zakulacují boky, přibírají na váze, což pro ně může být stresující a mnohdy to vede k poruchám příjmu potravy, jelikož se neumějí vyrovnat s nárůstem váhy. Sekundární pohlavní znaky u dívek se vyvíjí současně se změnami vnitřních pohlavních orgánů. První zevní známkou dospívání je obvykle růst prsů, což je první konkrétní projev působení hormonu vaječnicků. Tento hormon začíná být produkován mezi 8. až 13. rokem. U chlapců dochází k prvním změnám pohlavních orgánů před 10. rokem, dochází k aktivaci a zvětšení varlat. (Wedlichová, Heřmanová, 2008)

V této životní etapě se dívky začínají potýkat s menstruačním cyklem. Menarche, první menstruační krvácení, se objevuje v období puberty přibližně 18 měsíců poté, co rychlost tělesného růstu dívek dosáhla svého vrcholu. První menstruace bývají nepravidelné a k ovulaci (ovápnění zralého vajíčka) většinou dochází přibližně rok po menarche. U chlapců dochází k první ejakulaci dva roky po zahájení spurtu. První semeno v sobě nezahrnuje spermie, jejich počet a plodnost postupně narůstají. (Atkinson, 2003, str. 100)

Tělesný růst v době dospívání však není zcela souměrný, jelikož dolní a horní končetiny rostou na začátku období rychleji, tudíž dochází k disharmonii postavy.

Tělesná stavba obou pohlaví se od sebe také odlišuje, dívky se spíše zaoblují a chlapci nabývají svaloviny. Také při zrání mozku dochází k určitým výkyvům, které jsou patrné v tom, jak se na počátku dospívajícího jedince znovu objevují pomalejší vlny v EEG. Převaha alfa vln se ustálí kolem 16. roku. S těmito změnami může souviset zvýšená emoční labilita a těkavá pozornost. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.3 Psychický vývoj dospívajících

Díky zvýšené produkci hormonů v období dospívání dochází ke změně v oblasti citového prožívání. U dospívajících jedinců dochází ke kolísání emočního ladění, větší labilitě, dráždivosti, tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a narůstá emoční zmatek. Můžeme tuto etapu života označit jako období citové nejistoty a nestability. Emoční reakce jsou v tomto věku nápadnější ve srovnání s jejich dřívějšími projevy a zdají se být ve vztahu k vyvolávajícím podnětům nepřiměřené. I když jsou jejich citové prožitky dost intenzivní, bývají krátkodobé a navíc proměnlivé. Vzhledem k tomu lze jen velmi těžko předvídat, jaká reakce nastane příště. Změna vlastních pocitů jedince často překvapí, jejich prožitky a proměny nálad bývají i pro ně samotné nečekané. (Vágnerová, 2005) Příčinou většiny konfliktů v jejich okolí bývá především impulzivita a nedostatek sebeovládání. Typickým znakem v tomto období je nechuť projevovat své city navenek.

K proměně dochází i u citů k sobě samému, jelikož se mění struktura jejich těla, vyrostou, zmohtnou a změní svoji fyziognomii. Zaměřují se na sebe, proměnu svého těla a stávají se z nich introverti. Tělesný vývoj v nich často způsobuje citový zmatek, nespokojenost se sebou samým a tím se snižuje pocit sebedůvěry. Fyzický vzhled je pro ně důležitý, proto jsou velice citliví na jeho kritiku. (Čížková a kol., 2003)

V období emoční nestálosti je jistotou rodina, která nabízí jedinci bezpečí, útočiště, kam se může schovat v ohrožení či bolesti. I přesto je jedním z nejdůležitějších úkolů dospívání emancipace od rodiny, což bývá nelehké a někdy i bolestivé. Emancipace může vyvolat řadu mechanismů, kterým se jedinec vnitřně brání. Nejčastěji hledá přehnané rozdíly mezi svými rodiči a jinými dospělými, se kterými se setkává. Dospívající hledá rozdíly v chování, názorech, zájmech a hodnotách. Nechápaní rodina pak musí trpět revoltu, kritiku, výskyt skutečných nebo fiktivních nedostatků, odmítání něžnosti či kontroly. V případě, že se nedaří uvolnit přílišnou závislost, dochází k různým obtížím, které je obtížné pochopit.

Láska k rodičům se tak může obrátit v prudkou nenávist a pohrdání. Někteří dospívající se uzavírají před svými vrstevníky. Za normálních okolností si jedinci udrží pozitivní vztah k rodině i přes to, že je kritizují a drze jim odpovídají. Dospívající mění své chování na venek, uvnitř ovšem zachovává morální postoje a hodnoty rodiny. Konflikty způsobují především pravidla, zákazy, příkazy, které jsou pro ně neopodstatněné. (Farková, 2009)

Vývoj základních schopností, dovedností a zájmů

Vývoj motoriky se v období dospívání výrazně vyvíjí. Dospívající jedinci získávají dovednosti, které vyžadují sílu, hbitost, lepší pohybovou koordinaci a smysl pro rovnováhu. Dochází i k vývoji vnímání, zejména vizuálního, které souvisí s abstraktním myšlením. Proto by výuka dospívajících žáků neměla být příliš jednostranná, pouze názorná, ale i abstraktní. Pokračuje i vývoj řeči, i když to není tolik patrné. Zlepšuje se slovní zásoba, složitost větné stavby i celková výrazová schopnost. V této životní etapě jsme schopni učit se účinněji na základě logických souvislostí, ovšem větší problémy nám dělá tzv. memorování, tedy učit se věci, které nám nedávají smysl. Rozvoj všech těchto oblastí vede jedince k novým a hlubším zájmům ve sportu, četbě, hudbě, filmu a divadle. U některých zvědavějších jedinců se objevují první pokusy o literární, hudební či výtvarnou tvorbu. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.4 Socializace v dospívání

V období dospívání se začínají jedinci osamostatňovat od rodiny, citové vazby k rodičům se uvolňují, akceptují u rodičů spíše chování, které je racionálnější, dospělejší. Někteří autoři toto období nazývají jako sociální vakuum, jelikož v této etapě nejsou jedinci ani dětmi, ani dospělými. K dětem nepatří kvůli svému fyzickému vzhledu a dospělými nejsou, neboť se v jejich chování projevuje infantilní jednání.

Vytvářejí si vztahy s vrstevníky a sdružují se do skupin se stejnými zájmy. Ovšem dochází mnohdy k rivalitním vztahům mezi nimi. Pohlavní vzrušení se vyvíjí směrem ke svému tělu, především u chlapců. Toto je důvod, proč se k sobě chlapci s dívkami chovají mnohdy až s averzí a utváří spíše skupiny stejného pohlaví.

Dívky jsou vývojově vyspělejší, proto se začínají orientovat na starší chlapce. Zatím co chlapci zakládají své první party. (Čížková a kol., 2003)

Vztahy dospívajícího s rodiči

Dospívající jedinci nejsou už tak jednoznačně vázáni na normy a hodnoty svých rodičů a stále častěji je kritizují. Přesto jsou na svých rodičích v mnoha ohledech

závislí. V diskuzi se svými kamarády a přáteli stále častěji srovnávají, vzdorují a revoltují. V tomto případě platí, že rodiče, kteří prosazují své názory a pravidla mocí, vyvolávají ve svém potomkovi spíše odpor a brzdí jeho vývoj. Proto by měli mít rodiče v této době dost trpělivosti a tolerance pro citové výkyvy svého dítěte, zajistit mu větší příležitost ke skutečné intimitě a podporovat všechny jeho aktivity, kterého rozvíjí a pomáhají mu překonat toto složité období. Někdy jsou rodiče znepokojeni odcizením dítěte a přejí si, aby se jim dítě se svými starostmi více svěřovalo, toho ovšem nedosáhneme nátlakem nebo vyzvídáním. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Vztahy dospívajícího s vrstevníky

V dospívání má zvláštní význam oddělovat vrstevnické vztahy od specifitějších přátelských a partnerských vztahů. S jejím počátkem se jejich důležitost velmi výrazně zvyšuje. Nové vztahy dávají dospívajícím větší jistotu, kterou ztrácí odpoutáváním se od rodiny, ale připravují je pro nové trvalé emoční vztahy v dospělosti.

Langmeier (2006) rozděluje navazování vztahů s vrstevníky do několika stupňů, které u každého jedince nepřicházejí ve stejnou dobu ani ve stejném pořádku.

- 1. Skupinová izosexuální fáze:** jde o skupiny složené z jedinců stejného pohlaví, i když vznikají mnohem dříve, bývají stabilní a organizované. Každý jedinec zastává ve skupině svoji roli a od členů je vyžadovaná loajalita. Druhé pohlaví aktivně odmítají, jelikož chlapcům připadají dívky ufrňované a dívkám chlapani zase hrubí. Skupiny jsou vytvářeny především na základě společných zájmů. Jde o kladný a nutný socializační činitel, na druhou stranu může dítě svést i na scestí a vytvářet v něm antisociální jednání.
- 2. Individuální izosexuální fáze:** po nějaké době přichází potřeba intimního párového přátelství, které jsou neuspokojeny ve skupině. Vytváří se užší emoční vztah k příteli, který dovoluje jedinci vyměňovat si pocity, zkušenosti, svěřovat se a naopak sdílet soukromé pocity druhého. Přátelství ve dvou je jiné než kamarádství ve skupině, každý má stejnou osobní cenu a nemusí se podřizovat skupinovému pravidlům. Tyto přátelství přetrvávají mnohdy až do stáří.

3. **Přechodná fáze:** začíná se objevovat zájem o druhé pohlaví, i když je zprvu nejistý. Jedinci, kteří se jako první ve skupině zajímají o druhé pohlaví, musí odolávat posměškům, ve kterých se skrývá také závist. Chlapci a dívky neopouští své skupiny, projevují zájem spíše na dálku. Pokřikují na sebe, koketují mezi sebou a vymýšlí si mnohé historky, aby druhé pohlaví zaujali.
4. **Heterosexuální fáze polygamní:** je období, kdy prožíváme tzv. „první lásky“. U někoho přichází dříve, u jiných později. Vztahy mezi chlapci a dívkami jsou ještě nestálé a proměnlivé. Zprvu jde o nahodilá setkání a utajované schůzky, které umožňují jedinci získávat první zkušenosti s důvěrným stykem. Chlapci se snaží upoutat dívky svoji silou, odvahou, dovednostmi. Zatímco dívky sází na svůj vzhled, půvab, oblíbenost. Dospívající prožívají hravý kontakt, flirtují, koketují. Rozvíjí se jejich sexuální fantazie a později zažívají své první sexuální zážitky.
5. **Fáze zamilovanosti:** toto období přichází zpravidla o hodně déle, jde o vztahy k druhému pohlaví, které doprovází hluboké porozumění a oddanost založenou na stejných či doplňujících rysech osobnosti. U většiny jedinců se objevuje na konci adolescence až na prahu dospělosti. Některé tyto vztahy vyústí v autentické erotické vztahy, které směřují k manželství a založení rodiny.

Sexualita v období dospívání

Sexuální aktivita nezačíná v období dospívání, nyní ovšem rychle narůstá frekvence aktivit. Sexuální pud je závislý na fyziologických procesech, tedy prudkých změnách hormonální činnosti, ovšem jsou podmíněny také výchovnými a sociálními podmínkami a kulturními normami. Normy sexuálního chování bývají v dnešní době značně rozdílné, jelikož existuje větší tolerance dospělých a předmanželský sexuální život je podporován. Ovšem u některých to rodinné zázemí nedovoluje, vznikají tak protichůdné tlaky a dospívající jsou rozpačití a nejistí. Autoerotické (masturbační) praktiky jsou mezi dospívajícími rozšířeny, jsou jakýmsi krokem před pozdějšími heterosexuálními zájmy. Dle průzkumů Weisse a Zvěřiny (2001) přiznává masturbační

zkušenost 84% mužů a 58% žen, muži ve většině případů zahajují masturbační aktivitu dříve a s větší frekvencí než ženy. První sexuální zážitky získává většina dospívajících mezi 14. a 16. rokem. Nejčastěji začínají prvními polibky, polibky s větší aktivitou jazyka, poté přechází k dotekům přes oděv, k dotekům (pettingu) pod oděvem, k manuálnímu genitálnímu kontaktu s výlučnou aktivitou chlapce a podobnému genitálnímu pettingu s aktivní spoluúčastí dívky a končí pohlavním stykem. Při tom bývá většinou mezi jednotlivými stupni časový odstup 1 rok a více, vše je zcela individuální. Emoční reakce na pohlavní styk jsou u chlapců většinou pozitivní, zatímco dívky v mnohých případech prožívají úzkost, strach z těhotenství a sexuálně přenosných chorob, výčitky svědomí či studu. Nepříjemný zážitek u žen také mohou také vyvolat bolestivé a nepříjemné pocity při prvním styku, to vše může ovlivnit celý jejich budoucí sexuální život. Sexuální život v dospívání však není podmínkou, někteří kolem 20. roku nežili sexuální styk nebo to pro ně byla pouze jednorázová událost. Zahájení sexuálního života často ovlivňuje mnoho faktorů, ať už životní styl jedinců, rodinné prostředí, prostředí vrstevníků či traumatické sexuální zážitky v dětství. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Musíme si však uvědomit, že neexistují pouze heterosexuální vztahy, ale i homosexuální. Právě v období dospívání se obvykle ve větší míře projevívá menšinová sexuální identita, menšinová sexuální reference a orientace. I když většina dívek dospívá k ženské sexuální identitě se sexuální orientací na muže a převážně většina chlapců k mužské sexuální identitě s orientací na dívky, nemusí tomu tak být vždy. Homosexuální zkušenost v dospívání se častěji popisuje u chlapců, jelikož u dívek se takový vzájemný tělesný kontakt takto nepojmenovává.

Při heterosexuální orientaci může někdy homosexuální událost proces utváření sexuální identity zkomplikovat, při homosexuální orientaci naopak proces utváření sexuální orientace dosti jedinci lecco napoví. Uvědomění si vlastní sexuální orientace a vnitřní ztotožnění s homosexuálním zaměřením je často jen prvním krůčkem v dlouhé cestě k sebeodkrytí tzv. coming-outu. V dnešní ač moderní době není stále lehké vystoupit a přiznat svoji orientaci, liberální společnost často ostře kontrastuje s xenofobními osobními postoji. Jedinci po odkrytí svého pravého já někdy přichází o přátele, můžou být terčem šikany, ale také můžou ztratit rodinné zázemí. Odhalení homosexuality často rodinné vazby výrazně změní a negativně dlouhodobě poznamená. (Macek, 1999)

Utváření identity dospívajících

Doba dospívání se pokládá za fázi hledání identity. V tomto období hledáme odpovědi na řadu základních otázek např. Kým jsem? Jaký jsem? Kam patřím? Kam směřuji? Jaké hodnoty jsou v mém životě významnější? Každý by měl poznat své možnosti a meze, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky. Je to těžké především pro dospívající s jakýmkoliv typem handicapu nebo zdravotním postižením. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dle R. Josselnová (1980) můžeme popsat proces individuace osobnosti dospívajících ve čtyřech etapách.

- 1. etapa-** psychologická diferenciací začíná v pubertě, jedinec si začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti od ostatních vrstevníků a především rodičů. Je více kritický vůči svým rodičům, dospělí ztrácejí autoritu a přestávají být kladným vzorem pro dospívající, naopak se mění spíše v negativní postoj vůči nim a formálním autoritám.
- 2. etapa-** dospívající začínají zkoušet nové věci a experimentovat. Získávají pocit, že sami vědí, co je pro ně dobré, s rodiči často soupeří a zvyšují své závazky vůči vrstevníkům, se kterými sdílejí své postoje a vzájemně se podporují.
- 3. etapa-** období navazování přátelství, obnovují se vztahy s rodiči, jejich autorita je postupně přijímána, zvyšuje se zodpovědnost za vlastní chování a jeho důsledky. Dospívající jedinci hledají nové normy a pravidla ve vztahu k druhým, důležitá postavení získávají přátelství a erotické vztahy.
- 4. etapa-** konsolidace vztahu k sobě je poslední fáze, která je založena na pocitu vlastní autonomie a jedinečnosti. Jedinec si uvědomuje sebe samého v širším časovém horizontu, což je spojeno s hledáním, omyly, pochybnostmi. (Macek, 1999)

Erikson se domníval, že dospívající, kteří dosud nezformovali uspokojivou identitu, budou mít problémy s navazováním intimního, vzájemně uspokojivého vztahu, jelikož se zabývají sebou samými, což oslabí jejich schopnost věnovat se potřebám druhé osoby. Člověk, který nedokáže vstoupit do láskyplného vztahu, protože se bojí zranění

nebo je neschopný sdílet své pocity, riskuje, že zůstane izolován. Vztah s partnerem, který je oporou, přispívá k psychickému a tělesnému zdraví jedince. (Praško, 2003, str. 47)

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

„ Anorexie a bulimie pramení z neukojené touhy po lásce, touhy tak silné, že z ní může člověk nejen onemocnět, ale i umřít. Ano, na anorexii se také umírá – o čemž se zatím téměř nemluví.“ (Kořínková In Claude-Pierre, 2001, str. 7)

Tato kapitola je zaměřena na poruchy příjmu potravy, jejich historii a vymezení. Mezi nejčastější poruchy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Jedinci trpící těmito poruchami, jsou nepřiměřeným způsobem zaměřeni na své tělo, váhu a příjem potravy. Neustále kontrolují svoji tělesnou hmotnost, což mnohdy vede k nízkému sebehodnocení, závažným somatickým a sociálním důsledkům. Jejich hlavním cílem je být štíhlý.

2.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnuje změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Zařazuje se mezi tzv. civilizační choroby. Postihuje především mladé dívky a ženy. Rozeznáváme dvě formy onemocnění, formu restriktérskou, tedy mentální anorexii, a formu bulimickou, mentální bulimii. (Hort, 2000, str. 263)

O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní. (Maloney, Kranzová, 1997, str. 7)

Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto že nechtějí jíst. (Krch, 2000, str. 14)

Za svůj hlavní úkol považuje jedinec trpící anorexií omezení příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti. Jeho cílem je potlačit hlad, zvládnout jej, a tím se utvrdit ve vlastní síle. Pocit hladu je pro nemocného uspokojivý, jelikož hlad je signál, že jedinec netloustne. Během dlouhodobého hladovění ke ztrátě chuti k jídlu dochází. Naopak u někoho může hladovění vyvolat až přejídání, což většina považuje za osobní selhání, slabost, a proto jsou častými reakcemi nemocného pocity viny, deprese a úzkosti. V případě přejedení vyprovokují zvracení nebo použijí projímadlo, aby nehrozilo, že se jejich tělesná hmotnost zvýší. (Kocourková in Vágnerová, 1999)

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A.** 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 normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B.** Intenzivní obava z přibírání na váze a ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C.** Narušené vnímání vlastního těla, nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D.** U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace. (Krch, 1999, str. 15)

Mentální anorexii můžeme dělit na dva typy:

- a) **Nebulimický (restriktivní) typ**, u kterého nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- b) **Bulimický (purgativní) typ**, u něhož naopak dochází k opakovaným záchvatům přejídání. (Krch, 1999)

Rizikovým obdobím, kdy dochází ke vzniku mentální anorexie, je období dospívání. Přináší mnoho biologických změn, psychických a sociálních. Pro dívky je dospívání dosti náročné. Chtějí být atraktivní, přitažlivé a splňovat tzv. ideál krásy.

Atypická mentální anorexie

Tento pojem je vyhrazen pro případy, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů a projevů, ale jinak vykazuje téměř stejné znaky mentální anorexie. Jedinci v těchto případech nesplňují všechna diagnostická kritéria, i přesto v jednom či několika kriteriích dosahují jejich obtíže klinické hloubky. Nejčastěji tomu tak bývá v poklesu váhy pod BMI 17,5 a méně a s tím je spojena endokrinní porucha s amenoreou. Není však prokázáno, že si pacienti způsobují hubnutí aktivně sami, nemají strach z nadváhy a netrpí poruchou tělového schématu. Pokles váhy může být způsobeno nechutenstvím, které je zapříčiněno somatickým onemocněním, například angína, která je hubnutím často doprovázena. Je tu riziko, že i po odeznění somatické nemoci nechutenství i pokles hmotnosti může pokračovat a rozvinout se v mentálně-anorektické chování včetně omezování a manipulace s jídlem. (Hort, 2000)

Mentální bulimie

Tato porucha je neodolatelnou touhou po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požití potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky. (Vágnerová, 1999, str. 234)

Přejedení a přetrvávající touha po štíhlosti vede jedince k pocitu viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení. Nemocný si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje nebezpečí a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení. (Hort, 2000)

Podle Krcha (2000) jsou třeba k určení diagnózy tři základní znaky:

1. Opakující se epizoda přejídání.
2. Nepřiměřená a nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, která se projevuje vyvoláním zvracením, zneužíváním projímadel a léků na odvodnění, ale také opakující se hladovkou a nadměrným cvičením.
3. Nadměrný zájem o fyzický vzhled a tělesnou hmotnost.

Tuto poruchu je obtížné mnohdy rozpoznat, jelikož obvykle nemá vliv na tělesnou hmotnost a jedinci své záchvaty přejídání i následné pročištění tají.

Bulimie se často vyskytuje u starších dívek a mladých žen, u mužů bývá velice vzácná. Převážně z poloviny žen, které trpěly anorexií, se stanou bulimičky. Ženy s touto poruchou příjmu potravy bývají obvykle úspěšné v práci i společensky. Ovšem mnohdy mívají při své poruše příjmu potravy problémy se závislostí na alkoholu a drogách. (Maloney, Kranzová, 1997)

Atypická mentální bulimie je termín, který se užívá v případě, kdy u pacientů chybí jeden nebo více klíčových rysů z diagnostických kritérií pro mentální bulimii. Obvykle se to týká těch jedinců, kteří mají normální nebo nadměrnou váhu, ale s typickými obdobími přejídání následovnými zvracením nebo používáním projímadel, nejsou neobvyklé ani depresivní příznaky. (Hort, 2000)

Záchvatovité přejídání

Pro záchvatovité přejídání je charakteristická dlouho trvající nekontrolovatelná konzumace velkého množství potravin. Během této nemoci mají jedinci pocit ztráty kontroly nad jídlem, jedí rychleji než normálně a mají pocit, že nemohou přestat, i přesto že se cítí nepříjemně plný. Nepřejídají se z pocitu hladu, ale z důvodu nějakého vnitřního impulzu jako jsou pocity stresu, napětí. Po epizodě přejedení trpí pocity viny a depresí. Od bulimického přejídání se liší tím, že obvykle nezvrací, neužívají žádné prostředky na kontrolu váhy a nesnaží se hubnout. (Marádová, Krch, 2001)

Podle Krcha (1999) jsou epizody přejídání spojeny alespoň se třemi znaky:

1. jedinci trpící touto chorobou jí rychleji než obvykle,
2. jí dokud se necítí nepříjemně plný,
3. jí aniž by pociťovali hlad,
4. jí o samotě, jelikož se za to stydí,
5. po přejedení jsou sami sebou znechuceni a cítí se velmi provinile,
6. objevují se pocity úzkosti,
7. k přejídání dochází alespoň dvakrát do týdne po dobu půl roku,
8. tato nemoc je spojena s pravidelným kompenzačním chováním.

Záchvatovité přejídání se vyskytuje častěji u žen, než u mužů, ovšem je u nich zastoupena mnohem více než u jiných poruch příjmu potravy. Záchvatovité přejídání je

spojeno s obezitou většinou těžšího stupně. Je také často spojováno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky.

Záchvatové přejídání se léčí téměř podobně jako mentální bulimie. Terapie je zaměřena především na zvládnání stresu, úzkosti a je nutné, aby každý postižený jedinec změnil své stravovací návyky. Následky této poruchy příjmu potravy mohou být obezita, onemocnění srdce, riziko mozkové mrtvice, cukrovka a riziko vzniku mentální anorexie a bulimie. (Krch, 1999)

Jinak nespecifické poruchy příjmu potravy

K těmto poruchám bývá zařazován syndrom nočního přejídání, mezi jehož hlavní příznaky patří večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Je často spojován s životním stresem a neúspěšnými pokusy zhubnout. Jedinci, kteří trpí tímto syndromem, si mnohdy stěžují na neschopnost přestat jíst, když začnou. (Krch, 1999)

V posledních letech se podle některých autorů rozlišuje skupina osob, které se přejídají. Tento typ přejídání je často spojen s nadváhou a obezitou. Definice záchvatového přejídání je definována obdobně jako záchvatové přejídání u mentální bulimie. (Hainer, 2011)

Epizody přejídání by měly splňovat alespoň tři z následujících charakteristik takového jedince:

- jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
- jí, dokud se necítí nepříjemně plný,
- jí, aniž by pociťoval hlad,
- jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho, po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile. (Hainer, 2011, str. 376)

2.2 Historie poruch příjmu potravy

Problematika poruch příjmu potravy je zaznamenána již v daleké minulosti, kdy hladovění či přijímání nedostatečného množství potravy v důsledku dodržování různých diet bylo součástí náboženských obřadů, protestních činů či reakcí na špatné

životní podmínky. Příkladem jsou křesťané, kteří dodržovali extrémní půsty, což bylo součástí jejich asketického života. Ovšem později lidé odmítali dlouhodobě jídlo kvůli nadpřirozeným silám a vlivu ďábla. (Viod,online 2007)

Již Hippokrates se v 5. století před našim letopočtem zmínil o poruchách příjmu potravy a nazval je asithia.

Historie mentální anorexie

Ve 2. století našeho letopočtu použil termín anorexie jako první Galén, což je jedna z nejvýznamnějších postav medicíny této doby. Pod tímto termínem si představoval odpor k jídlu. Nejdokonalejší popis mentální anorexie dokázal zaznamenat anglický lékař Richard Morton v 17. století. Ve světové literatuře je znám jako první portrétista mentální anorexie. Termín nervová anorexie se začal objevovat ve Francii v 19. století. Na jeho počátku také Fleury Imbert, francouzský fyziolog a frenolog, stanovil dva druhy anorexie: gastrickou a nervovou anorexií. Gastrická anorexie byla poruchou trávení. Nervovou anorexií trpěli pacienti, kteří odmítali jíst, jelikož mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocitu hladu. Ve druhé polovině 19. století se začali objevovat v literatuře první případy mentální anorexie. (Papežová, 2010)

I přesto, že byla tato porucha popsána významnými lékaři, trvalo dlouhá léta, než se oni začala společnost a média zajímat. V některých zemích zůstala mentální anorexie okrajovým jevem až do 20. století. Třebaže moderní historie pojem anorexie nervosa datuje teprve od 70. let 19. století, nelze vyloučit, že tato porucha existovala už mnohem dříve pod jinými jmény. Odmítání jídla a emaciace patřily k běžným průvodním symptomům dávno známých jevů – hysterie, zamilovanosti, mánie, melancholie, demence a všech druhů psychotických poruch. Významná je z tohoto hlediska zejména chloróza neboli blednička, často zmiňovaná v lékařské literatuře osmnáctého a devatenáctého století. Tato choroba postihovala především mladé ženy a projevovala se celou řadou příznaků- bledostí, ztrátou menstruace, emaciací a poruchami jídla. Na konci 19. století bylo prokázáno, že nejpravděpodobnější příčinou této poruchy je nedostatek železa. (Krch, 1999, str. 26)

Historie mentální bulimie

V době antického Říma bylo ve vznešených vrstvách společnosti jídlo konzumováno v nadměrném množství. Přejídání, často spojené se zvracením, bylo obecným jevem.

Tento způsob obžerství byl například popsán Senekou již v roce 65 před naším letopočtem slovy „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“. Ve starověku i středověku bylo přejídání časté zejména mezi společenskou elitou. Na poutích i na dvorních představeních sloužili pro zábavu výjimeční jedlíci, kteří se tam předváděli vedle jiných atrakcí. Nadměrné přejídání bylo středem pozornosti již od nepaměti. (Papežová, 2010, str. 22)

Plutarch pojmem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Později filologové toto vyvrátili a přišli s tvrzením, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), popisuje tedy velký hlad, kdy by člověk byl schopen sníst celého vola. Bulimie se vztahovala i na slabost a mdloby způsobené hladem. V 18. století rozlišovali až sedm druhů bulimie. (Krch, 1999)

V roce 1979 byla bulimie popsána jako specifický syndrom Bernardem Russelem a v roce 1980 se objevil v americké klasifikaci nemocí. Bulimie se začala rozšiřovat přibližně od poloviny 20. století. Některé případy byly popsány i dříve, ovšem ke zvýšenému výskytu došlo v posledních desetiletích. Jedna z otázek je, proč právě v naší době došlo k takovému rozvoji onemocnění. Jako odpověď mnohdy bývá spojována s nadbytkem potravy, posunem ideálu krásného lidského těla směrem k větší štíhlosti a k tzv. západním životním hodnotám, jako je výkon, úspěch, individualita a sebekontrola. Onemocnění se během svého vývoje změnilo. V 60. a 70. letech minulého století převažovala mentální anorexie, v letech 80. a 90. se setkáváme mnohem víc s bulimií. (Sladká-Ševčíková, 2003)

2.3 Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje mnoho názorů a vysvětlení, co způsobuje poruchy příjmu potravy, proč jejich výskyt neustále roste. Ovšem nejvíce se potvrzuje názor, že na jejich vznik a rozvoj mají vliv různé faktory.

Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale

nepříjemnou životní skutečností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl. Jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů. (Krch, 2000, str. 28)

Biologické faktory

Jedním z biologických faktorů rozvoje poruch příjmu potravy je dědičnost, genetický podíl při vzniku anorexie se uvádí 50 až 90% a při vzniku bulimie 35 až 83%. Rodinná dispozice může spočívat v dědění některých povahových rysů, které jsou pro vznik onemocnění rizikové. U anorexie jsou to úzkostné, obsedantní, perfekcionistické a vyhýbavé rysy a u bulimie se jedná zejména o emoční labilitu a impulzivitu. Dědičnost rovněž ovlivňuje rozvoj obezity, která představuje významný rizikový faktor, zejména v rozvoji bulimie. Lze tedy předpokládat, že poruchy příjmu potravy se zjevně předávají z generace na generaci, nelze však jednoznačně říci, zda jde o genetickou predispozici nebo nebezpečné vzory chování, požadavky na hmotnost v rodině, přístup k jídlu a k dietám. Bylo však prokázáno, že u příbuzných ženského pohlaví je větší riziko rozvoje choroby. (Anabell, online, 2010, str. 8)

Jedním z dalších rizikových faktorů je brzké tělesné vyvrátní dívky, které je spojeno s menším vzrůstem a silnější postavou. Tyto dívky se srovnávají se svými vrstevnicemi, jsou méně spokojeny se svojí postavou a váhou, což vede ke stresu a konfliktům. S rostoucí tělesnou hmotností dochází k nárůstu redukčních diet a riziko vzniku bulimie. Zatímco pro chlapce je dle Tannera (1987) fyzické dospívání přiblížení k maskulinnímu ideálu krásy, svalnatému tělu. Období puberty se tak stává typickým obdobím vzniku mentální anorexie. Velký vliv v této etapě života mají na jedince negativní emoce, které mohou doprovázet hormonální změny. Vyrůstá uvědomění si sama sebe a přemýšlení o sobě a svém těle. Především dívky, jsou si více nejisté než chlapci, častěji přemýšlí, zda jsou či nejsou oblíbené, mají nižší úctu ke svému tělu a nižší sebevědomí. Nízké sebevědomí často svádí k zlepšení svého vzhledu a k držení diet. V mnoha případech dieta selže, což ústí k prohloubení nízkého sebevědomí. (Krch, 1999)

Redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie asi osmkrát. Trvají-li diety jeden až dva roky snadno přecházejí v patologické diety, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy. Podle amerických výzkumníků se vyvinula situace tak, že mezi dívkami a ženami převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním, tedy nad jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. V České republice drží redukční dietu asi 20% dívek, kterým je šestnáct let a 60% se o ni již někdy pokusilo. (Krch, 2000)

Sociálně-kulturní faktory

Dnešní moderní společnost pěstuje touhu po štíhlosti. Media nás zaplavují fotkami vyhublých modelek a hereček, které jsou tzv. ideálem krásy a udávají životní styl mnoha ženám. Sláva a úspěšnost v osobním i profesním životě je spojována se vzhledem a štíhlou postavou.

Podle H. Bruch (1978) módní ideál nepřímo ovlivňuje snadno zranitelné adolescenty. Ti vidí pomocí štíhlosti cestu ke kráse, úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Pokládala módní průmysl a média odpovědné za šíření podvědomí o tom, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Modelky byly v médiích stále hubenější až se jejich proporce a hmotnost stala pro většinu žen takřka nedosažitelnou a zdraví ohrožující. (Krch, 1999)

Podle Krcha jsou sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem významným sociálním vlivem. (Krch, 1999, str. 59)

Mezi další sociokulturní faktory patří profesní uplatnění, u mnoha pracovních pohovorů je vzhled spojený se štíhlostí rozhodující. Nesmíme opomenout profese jako je balet, modeling, kde je štíhlost pro kariérní postup nezbytná.

Významný je i úpadek jídelní kultury a správného stolování. Společnost nemá čas na jídlo a stravuje se v tzv. rychlých občerstveních. Rodina se málokdy sejde u společného stolu, proto mnohdy nemají ani rodiče přehled o stravování svých dětí, čehož využívají a snáz propadnou problémům vedoucím k poruchám příjmu potravy.

Psychologické faktory

Některé psychologické vlastnosti činí lidi náchylným ke vzniku poruch příjmu potravy. Vzniku těchto poruch obvykle předchází nízké sebehodnocení a hluboký pocit neschopnosti. V některých případech tyto obtíže pravděpodobně souvisejí s raným traumatem, se kterým se mohli jedinci setkat v rodině.

Dle Coopera (1995) třetina bulimiček ve Velké Británii byla sexuálně zneužita. Sexuální zneužívání v dětství může být příčinou poruch příjmu potravy, ale není to podmínkou.

Dle Sládkové-Ševčíkové (2003) se osobnostní charakteristiky liší u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Anorektičky jsou často úzkostné, emocionálně inhibované, perfekcionistické, zaměřené na výkon. Zatímco bulimičky jsou impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškozování. Velký rozdíl bývá zmiňován ve způsobu regulace afektů (od inhibující tendence u anorektiček po nekontrolované afektivní projevy u bulimiček). Problémy v kognitivním zpracování informací se vztahují např. ke změnám ve vnímání vlastního těla nebo ke kognitivním aspektům tzv. černobílého myšlení. 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. (Sládková-Ševčíková, 2003, str. 10)

Rizikové povahové rysy

- **Perfekcionismus**- snaha dosáhnout naprosté dokonalosti a tím potlačit sebekritičnost a nízké sebevědomí.
- **Zranitelnost**- nejistota ohledně sebe sama, která vede ke zvýšené snaze být oblíbený.
- **Nestálost**- kontrola nad jídlem střídá kontrolu nad nestabilními radostmi.
- **Puritánství a asketismus**- hlavním znakem je překonání vlastní potřeby, v tomto případě potřeby jídla, je považováno za morální a očišťující.
- **Sebetrestání**- jedinci se trestají za to, že mají problém, který neumí vyřešit a vyrovnat se s ním. Kdyby byli perfektní neměli by problémy. (Papežová, 2000)

Životní události

Poruchy příjmu potravy mohou být reakcí na stresové události objevující se během dospívání a samozřejmě i na aktuální osobní problémy (např. v rodině).

Sami adolescenti dávají při pátrání v minulosti vznik poruchy do souvislosti s nějakou významnou životní událostí, nejčastěji to bývají např. vysoké nároky okolí, sexuální konflikty, sexuální zneužití, životní změna (např. přechod na jinou školu), problémy v rodině (hádky, rozvod, závislost na alkoholu). Tyto životní události nás mohou vést k pocitům méněcennosti a neschopnosti, zvláště pokud není možné je kontrolovat a ovládat, výsledkem může být snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalováním těla. (Anabell, online, 2010)

2.4 Příznaky poruch příjmu potravy

V této kapitole jsou zachyceny základní příznaky mentální anorexie a bulimie, jelikož by se o ně měli zajímat jak pedagogové, rodiče či široká veřejnost. Mohou tak zachytit první známky poruchy příjmu potravy včas a pomoci nemocnému.

Příznaky mentální anorexie

Rodině a přátelům někdy trvá dlouhou dobu, než někdo pozná, že jejich blízký má anorexii. Většinou se snaží skrývat hladovění a daří se mu to. Při společném stravování předstírá, že jí nebo se snaží společnému jídlu zcela vyhnout.

Jak nejlépe rozpoznat anorexii? Stravování jedince se mění, z jídelníčku nejprve zmizí jídla, která jsou energeticky příliš vydatná. Zprvu sladkosti, tučná jídla, poté i bílé pečivo, knedlíky, maso. Nakonec jí jen dietní potraviny. Zmenšuje se výrazně počet porcí jídla přes den, až vymizí i hlavní jídla. Změny jsou dodržovány důsledně, na jídlo najednou není čas a přibývají výmluvy a lži. Jako kompenzaci jídla používají žvýkačky nebo cigarety. Jejich jídelní tempo je pomalé, ve všem se nimrají, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se opravdu nestihnou najíst. Malý jogurt jsou schopni jíst 20 minut po malých částech. Jejich pohybová aktivita vzrůstá, mají

potřebu stále spalovat tuky, ať už chůzí nebo několikahodinovým posilováním. Ovšem s rostoucí podvýživou přichází únava, apatie a vyčerpání. Neustále se prohlížejí v zrcadle a kontrolují svoji váhu. Začínají se vyhýbat rodině i přátelům, zhoršuje se jim nálada. V některých případech jedinci trpící anorexií zvrací, užívají laxativa, dietní prášky nebo diuretika. (Krch, 2002)

Příznaky mentální bulimie

Bulimii je obtížné rozpoznat, jelikož nemá vliv na tělesnou hmotnost a nemocní své záchvaty přejídání i pročišťování přísně tají. Významně narušuje jejich psychickou pohodu, osobní i společenský život. Myšlenky na jídlo jsou stále silnější, mají neustálé nutkání jíst. Nakonec tomu podřídí celý svůj každodenní život.

Dle Maloney a Kranzové (1997, str. 86) jsou možné příznaky bulimie tyto:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením, užíváním projímadel, diuretik, klystýry, nebo intenzivním cvičením,
- neustálý strach z tloušťky,
- strach, že nedokáže přestat jíst,
- strach jíst bez následujícího pročišťování nebo jiné kompenzace,
- strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo,
- deprese,
- odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání,
- nepravidelná menstruace,
- zvýšená kazivost zubů (způsobené kyselostí zvratků).

2.5 Zdravotní následky poruch příjmu potravy

Mentální anorexie a mentální bulimie s sebou přináší řadu zdravotních komplikací. Jsou buď přímým důsledkem nemoci, nebo vznikají jako následek způsobů kompenzace přejídání.

Anorektičky i bulimičky se svoje nepřiměřené jídelní postoje a hladovky snaží často zdůvodňovat škodlivostí přejídání a nadváhy. Akutně mnohem nebezpečnější

jsou však důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti. Ještě nebezpečnější může být navykklé zvracení. (Richterová, 1998, str. 37)

Zdravotní následky anorexie

Anorexie je velice závažná choroba, může způsobit vážné zdravotní problémy, které mohou vést až k smrti.

Zdravotní příznaky jsou velice podobné hladovění, protože jedinci trpící anorexií hladoví až k smrti. Ovšem jediné co je trápí, je jejich tloušťka.

Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky ve stravě chybějí. Při mentální anorexii je obvykle výrazně snížen příjem kalorií z karbohydrátů (cukrů) a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný. Při syndromech způsobených podvýživou a hladověním chybí v potravě i bílkoviny a vitamíny. (Krch, 1999, str. 96)

Mezi základní příznaky anorexie patří:

- závratě,
- poruchy koncentrace,
- podrážděnost,
- těžká insomnie (nospavost),
- deprese- pocit beznaděje a zoufalství, který anorektička připisuje tomu, že není schopna zhubnout, ale který má jiné psychologické kořeny, a zároveň je důsledkem špatné výživy,
- infekce, které se nehojí,
- podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění,
- nízká odolnost vůči chladnému počasí, snížená tělesná teplota,
- nízký tlak a nepravidelný srdeční tep,
- dehydratace a s ní spojené selhávání ledvin,
- zešedlá nebo zežloutlá pleť,
- suché, lámavé vlasy. (Maloney, Kranzová, 1997, str. 65-66)

Zdravotní následky bulimie

Přejídání spojené s bulimií často vyvolává nepříjemné pocity plnosti a nadmutosti, někdy dochází k akutním bolestem v břišní krajině. Plnost může vést až ke ztrátě dechu, jelikož žaludek tlačí na bránici, a tím dochází k potížím s dýcháním. Velkým rizikem je poškození stěny žaludku a dokonce k jejímu protržení. Mezi další zdravotní problémy patří bolesti žaludku, plynatost, zácpa a průjem. Změny tělesné hmotnosti mají vliv na činnost hormonů. Dochází k nepravidelné menstruaci, která může zapříčinit neplodnost. (Cooper, 1995)

Nesmíme také zapomenout na zdravotní rizika, která jsou spojena se zvracením. Většina jedinců trpících bulimií musí dávicí reflex vyvolávat prstem nebo jiným předmětem, což je samo o sobě dosti nebezpečné. Může dojít k poranění krku či jícnu, infekci rány, ke spolknutí předmětu a v nejhorším případě prasknutí jícnu. Mezi zdravotní následky zvracení patří otoky slinných žláz. Nebezpečnějším následkem je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, což zatěžuje ledviny a srdce. Dále nízká hladina draslíku způsobující nepravidelnost srdečního tepu. Žaludeční šťávy poškozují zubní sklovinu a způsobují záněty a vředy jícnu. (Krch, 2000)

2.6 Léčba poruch příjmu potravy

Přestože každý z jedinců trpících poruchou příjmu potravy je jiný a pochází z jiného prostředí, bulimie a anorexie jsou srozumitelným problémem s obdobným vývojem, v tom případě jsou kroky k řešení jednodušší. Ovšem vše závisí na nemocném, který musí udělat první krok a chtít se léčit. Poté může pomoci terapeut, který při prvním rozhovoru směřuje k lepší orientaci problému. Nabídne pacientovi určitá dílčí řešení, která vyplývají z konkrétní situace a směřují k vytvoření vhodných návyků. (Krch, Richterová, 1998)

Léčba poruch příjmu potravy je založena na třech vzájemně provázených léčebných postupech:

- léčba poškození organismu v důsledku dlouhodobé podvýživy, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,
- psychoterapie, která nemocnému poskytne možnost pochopit příčiny a další okolnosti jeho onemocnění,

- psychoterapie, zaměřena na změnu stravovacích návyků a životního stylu nemocného. (Marádová, 2007, str. 19)

Hospitalizace

Poslední možností pro osoby s poruchou příjmu potravy bývá hospitalizace. Při rozhodování, kdy je vhodné hospitalizovat pacienta, používáme několik obecných vodítek.

Patří k nim především, nezbytnost návratu k normální váze nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti. Dále přerušení záchvatů přejídání, zvracení nebo zneužívání projímadel v případech, kdy může dojít k vážným somatickým komplikacím. Hospitalizace je využívána k zhodnocení a léčbě jiných potenciálních zdravotních obtíží, které mohou ohrozit život pacienta. V neposlední řadě je doporučena k léčbě některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek. Cílem celé hospitalizace je zdravotní stabilizace, která zahrnuje psychologické poradenství a na kterou navazuje ambulantní psychoterapie. Pro většinu jedinců trpících poruchami příjmu potravy je vhodnější léčba formou terapie v denním stacionáři či částečná hospitalizace, které poskytují jídelní režim, umožňují intenzivní terapii a jsou ekonomicky výhodnější. Pacientům nabízí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí. (Krch, 1999)

Svépomoc a svépomocné organizace

Tento typ pomoci je doporučován pacientům s méně závažnými příznaky poruch příjmu potravy. Svépomocné organizace zaměřené na problémy výživy poskytují informace, jiné jsou zaměřeny na poradenství. Existují i tzv. svépomocné skupiny, které tvoří seskupení lidí se stejným problémem. Jsou vedeny odbornými poradci či vyléčenými pacienty. Vznikají za účelem podpory a pomoci člověku, aby si uvědomil, že se svým problémem není sám a naučil se jinak přemýšlet o jídle a o svých dalších vztazích. (Maloney, Kranzová, 1997)

Rodinná terapie

Mnohdy může porucha příjmu potravy souviset s rodinným prostředím a rodinnými neshodami. Proto se rodinná terapie doporučuje u mladých i starších pacientů, jako vhodný doplněk individuální terapie. I když není základem léčby, může být podrobné vyšetření rodiny nápomocné k pochopení některých specifických terapeutických problémů a pro práci s nimi. Rodinná terapie se doporučuje už z praktického důvodu, protože pacienti sdílí domov se svými rodiči či opatrovníky, kteří mají odpovědnost za jejich pohodu a zdraví. Rodiče by měli výrazně přispívat k dosažení terapeutického cíle. Naopak je členům rodiny poskytnuta pomoc při zacházení s pacientem trpícím tímto onemocněním. (Krch, 1999)

Rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičkám vidět kosti, a kolísají mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopnost určit přiměřené hranice bizarních dietních rituálů. Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu. Může být také cenným doplňkem individuální terapie v případě práce s traumatem, jako je například pohlavní zneužívání v rámci rodiny. (Krch, 1999, str. 132)

2.7 Méně známé poruchy příjmu potravy

Mezi další méně známé poruchy příjmu potravy patří bigorexie, orthorexie a drunkorexie. Tyto poruchy mohou být stejně nebezpečné jako mentální anorexii či mentální bulimie.

Bigorexie

Jde o přílišnou zaujatost domnělým tělesným nedostatkem nebo nepřiměřené zabývání se mírnou tělesnou vadou. Tito lidé bývají sociálně úzkostliví. Zatímco u anorexie či bulimie se jedinci snaží zhubnout, jedinci trpící bigorexií se snaží, o co nejsvalnatější tělo. Tito lidé jsou posedlí myšlenkou, že jsou příliš malí a nemají dost svalové hmoty. Ve většině případů tato nemoc postihuje muže, ale může se vyskytnout i u žen. I přesto že se tito jedinci cítí být malí, soutěží mnoho z nich v kulturistice.

Nejvíce svého času tráví v posilovnách, stále se prohlížejí v zrcadle, utrácejí značné částky za suplementy a jsou ochotni užívat i nebezpečné steroidy nebo jiné látky na podporu svalového růstu. Z jejich koníčku se stává posedlost. Příčinami většinou bývá nátlak ze strany společnosti, nízké sebevědomí, špatné vnímání vlastního těla a touha dosáhnout určitého ideálu. (Clarková, 2014)

Bigorektici se snaží vypadat jako postavy z kulturistických časopisů či akčních filmů. Mezi rizika této poruchy patří poškození pohybového aparátu a onemocnění kloubů, což je způsobeno dlouhodobým přetěžováním. Nevyvážená strava zatěžuje trávicí systém, ledviny a játra. Velmi často jedinci trpící touto chorobou mají nadváhu, ke které se dopracují záměrným vysokým příjmem energie kvůli svalovému růstu.

Po psychické stránce hrozí těmto nemocným sociální izolace, jelikož kvůli své závislosti ztrácejí společné téma s ostatními lidmi. Kvůli posilování zanedbávají jiné povinnosti, což negativně ovlivňuje jejich soukromý i osobní život. (Cenková, 2010)

Orthorexie

V případě orthorexie mluvíme o patologické posedlosti zdravou výživou. Počátečním krokem k této nemoci je vyhledávání obchodů se zdravými potravinami, poté se jedinci trpící touto chorobou zaměřují na hledání informací o tom, jak se takové potraviny vyrábějí, to se stává posedlostí a hlavní náplní času. Nemocný začíná mít patologický strach z nezdravého jídla a zdravé jídlo je podrobováno neustálému zkoumání, přibývá tak položek, které postupně přestávají být dost zdravé a bezpečné. Lidé jí jen to, co neobsahuje např. žádné konzervační látky, barviva, cukr, sůl, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny. Jídelníček nemocného se tak zužuje na minimum, jedinec ubývá na váze a trpí podvýživou. Podobně jako při mentální anorexii musí na jídlo stále myslet, trpí častými úzkostmi a depresemi, které vedou k sociální izolaci, jelikož si nemá s druhými lidmi co říci. Tato nemoc se často vyskytuje u žen než u mužů. Dívky trpící touto nemocí se snaží ovlivnit i rodinný jídelníček a nutí i ostatní členy rodiny, aby i oni přešli na „zdravou výživu“. (Cenková, 2010)

Drunkorexie

Drunkorexie je choroba opakovaného snižování energetického příjmu z potravy, aby mohl dotyčný vypít víc alkoholu a neztloustnout. Je velice známé, že alkohol, zejména „tvrdý“, je poměrně kalorický, proto vzniká tato posedlost. Cílem drunkorexie je zvyšování výdeje energie na diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Především ženy vynechávají jídlo, aby mohly více pít. Pokud ovšem jedinec nejí, alkohol se v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně než 15 minut. Jeho účinky jsou mnohem silnější a nebezpečnější, jelikož ho tělo hůře vstřebává. Míchání alkoholu s energy drinky je také velice nebezpečné, protože dochází ke zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, jedinec ztrácí schopnost vnímat únavu. Postižení se v opilosti dojí, což jim po vystřízlivění způsobuje úzkosti z množství snědeného jídla.

Tato nemoc se sebou také přináší pocit odcizení, osamělosti a izolace, jelikož se při rychlé opilosti z pití nalačno, výrazně snižuje společenská atraktivita postiženého. (Cenková, 2010)

3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V současné době mezi námi žije asi 3-4% osob s mentálním postižením. Dle statistických odhadů je na území České republiky cca 300 000 jedinců s mentální retardací. (Bendová, Zikl, 2011)

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem senzoričké, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti. (Dolejší In Bendová, Zikl, 2011, str. 9)

3.1 Mentální retardace

Dle stupně postižení dělíme mentální retardaci do šesti základních kategorií:

F 70 lehká mentální retardace	IQ 69-50
F 71 středně těžká mentální retardace	IQ 49-35
F 72 těžká mentální retardace	IQ 34-20
F 73 hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78 jiná mentální retardace	
F 79 nespecifikovaná mentální retardace.	(Pipeková a kol., 1998, str. 173)

Dělení podle druhů chování:

- typ eretický (nepokojný, dráždivý, astabilní)
- typ torpidní (apatický, netečný, strnulý)
- typ nevyhraněný, procesy vzruchu a útlumu jsou v rovnováze, popř. jeden z nich mírně převládá. (Pipeková a kol., 1998, str. 173)

Klasifikace mentální retardace podle etiologie:

1. **genetické poruchy**- anomálie chromozomů, vrozené poruchy metabolismu- např. hereditární idiocie, Downův syndrom, fenylketonurie, dermatodysplazie atd.
2. **prenatální poškození**- infekce matky, plodu, rentgenové ozáření plodu, abnormality placenty atd.
3. **perinatální poškození**- anoxie, nedonošenost, poranění mozku, krvácení, jádrový ikterus atd.
4. **faktory hrající až po narození**- jde o demence: degenerativní a demyelinizací onemocnění, zánětlivé onemocnění CNS, úrazy mozku, epilepsie, intoxikace, psychózy, alimentárně infekční vlivy (včetně karence vitamínů a stopových prvků), HIV infekce. (Hort, 2000, str. 119-120)

Lehká mentální retardace

Jedinci trpící touto retardací dosahují většinou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržují konverzaci, i když si řeč osvojují opožděně. Bývají v mnohých případech nezávislí v osobní péči, ať už při jídle, mytí, oblékání, hygienických návycích. Praktické domácí dovednosti pro ně nejsou problémem, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Problémy se u nich vyskytují při teoretické práci ve škole, mnozí mají potíže se čtením a psáním. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která je spíše praktického typu než teoretického. V sociokulturní oblasti se projevují emočně a sociálně nezralý. Obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním. Špatně se vyrovnává s požadavky manželství, výchovou dětí, nedokážou samostatně řešit problémy, které plynou z nezávislého života. U jedinců s lehkou mentální retardací se mohou objevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení. Odhaduje se, že výskyt v celkovém počtu mentálně postižených je 80%. (Švarcová, 2000)

Středně těžká mentální retardace

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděný rozvoj myšlení a řeči. Tento stav přetrvává až do dospělosti. Řeč bývá velice jednoduchá, slovní zásoba chudá, často se v řeči vyskytují agramatismy. Konverzují spíše pomocí jednoduchých vět nebo jednoduchých slovních spojení a někteří se dorozumívají pouze nonverbálně. Jemná a hrubá motorika je zpomalena, trvale zůstávají neobratní, mají nekoordinované pohyby a jsou neschopni jemných úkonů. (Pipeková a kol., 1998)

Jejich omezení můžeme pozorovat v oblasti sebeobsluhy. Jejich školní pokroky bývají limitované, ale někteří jedinci se středně těžkou mentální retardací si dokážou osvojit základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tyto jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, mohou být zařazeni do jednoduchého zaměstnání pod odborným dohledem či chráněné dílny. Bohužel většina z nich v dospělosti nedokáže vést samostatný život i přes to, že bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ovšem jejich komunikace se zakládá na jednoduché sociální aktivitě. U většiny středně mentálně retardovaných je přítomný dětský autismus, tělesné postižení či neurologické onemocnění, zejména epilepsie. (Švarcová, 2000)

Těžká mentální retardace

Jedinci trpící tímto stupněm postižení mají výrazně opožděný psychomotorický vývoj již v předškolním věku. Objevuje se značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů, časté motorické poruchy a příznaky celkového poškození CNS. Pomocí dlouhodobého tréninku si mohou jedinci osvojit základní hygienické návyky a částečně některé úkony týkající se sebeobsluhy. Ovšem někteří z nich nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Řeč je primitivní, vyjadřují se pomocí jednoduchých slov nebo není řeč vůbec vytvořena. Bývají nestálý, náladový, impulzivní. (Pipeková a kol., 1998)

I když možnosti výchovy a vzdělávání osob s těžkým mentálním postižením je dosti omezené, ukazuje se, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná výchovná a vzdělávací péče může pomoci k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a celkovému zlepšení kvality jejich života. (Švarcová, 2010)

Hluboká mentální retardace

Většina jedinců tohoto stupně postižení nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Bývají imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu, inkontinentní a v nejlepším případě jsou schopni rudimentární neverbální komunikace. IQ nelze přesně změřit. Tito jedinci trpí také tělesnými nedostatky postihující hybnost, epilepsii, poškození zraku či sluchu nebo neurologickými onemocněními. (Švarcová, 2000)

3.2 Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější formou mentální retardace. Tímto syndromem trpí asi 10% jedinců ze všech lidí s mentálním postižením. Všichni jedinci s touto oligofrenií mají charakteristický vzhled. Downův syndrom je chromozomálním onemocněním- trizomií 21. chromozomu, což doložil francouzský badatel Lejeun v roce 1959. (Švarcová, 2000)

Osoby s Downovým syndromem dorůstají menší výšky, což je průměrně 145-168 cm u mužů a u žen 132-155 cm. Mají zavalitější postavu, jejich ruce bývají široké s krátkými prsty a na dlani mívají pouze jednu příčnou rýhu. Nohy jsou silné se širokou mezerou mezi palcem a ukazováčkem. Končetiny a krk bývají ochablé, což nazýváme hypotonie a jde o malý tonus. Ovšem může se stát, že během vývoje jedince, dochází k zlepšení svalového napětí a nízký tonus se tak stává zřídka zásadním problémem. Krk mívají široký a krátký. Hlava bývá zezadu lehce oploštělá tzv. brachycefalie. Podíváme-li se na jedince s tímto syndromem zepředu, jeho obličej je kulatý, zatímco při pohledu z profilu je plochý. Oči mají mírně zešikmené vzhůru, vyskytuje se u nich malá kožní řasa, která probíhá vertikálně mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu, časem se může ztratit. Oči mívají po okrajích duhovky bílé nebo nažloutlé tečky, tyto skvrny nebrání vidění stejně jako epikantická řasa. Ústa jsou o něco menší, zatímco jazyk naopak větší. Díky tomuto poměru mají děti tendence vyplazovat jazyk. Vlasy mívají jemné a rovné. (Selikowitz, 2005)

Včasná péče o děti s Downovým syndromem je nutné podpořit již v útlém věku. Již u kojenců je možné podpořit senzomotorický a sociální vývoj. Při ovlivnění tělesného a duševního vývoje má význam spíše kvalita než množství získaných smyslových či fyzických vjemů.

V předškolním věku mají tyto děti možnost navštěvovat mateřské školy speciální nebo mohou být integrovány do běžných mateřských škol. Poté se mohou vzdělávat v praktických školách, speciálních školách nebo mohou být integrováni do běžných základních škol. Druh školy je zvolen podle závažnosti mentálního postižení. Pokud jim jejich možnosti dovolí, mohou pokračovat ve vzdělání na středních odborných učilištích, kde získají vědomosti a dovednosti potřebné ke svému praktickému životu. Pro osoby s Downovým syndromem jsou také zřizovány večerní školy v rámci celoživotního vzdělávání. (Švarcová, 2000)

3.3 Autismus

Autismus je onemocnění poměrně vzácné, je řazen mezi pervazivní vývojové poruchy organické povahy. Jsou postiženy oblasti sociálních vztahů, komunikace a chování. Mezi základní příznaky patří neschopnost vzájemné společenské interakce, neschopnost komunikace a omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit. Autistický syndrom je možné také charakterizovat jako poruchu socializace, neschopnost navazovat a prožívat mezilidské vztahy, spojeno se závažnou poruchou komunikačních schopností. Autismus není druhem mentální retardace, i když je s ní mnohokrát spojován, není ani druhem schizofrenie a nemá sociální původ. (Švarcová, 2000)

Autistické spektrum zahrnuje:

- **Klasický autismus a Kannerův syndrom**, jinak zvaný dětský autismus. Jde o pervazivní vývojovou poruchu, při které se abnormální vývoj projevuje už před třetím rokem života. I když jsou u jedinců tohoto onemocnění zastoupeny všechny stupně IQ, převažují případy s mentální retardací.
- **Aspergerův syndrom**, který byl popsán vídeňským psychiatrem Hansem Aspergerem, je vývojová pervazivní porucha, u které bývá inteligence nedotčena. Naopak lze zaznamenat i případy s nadprůměrnou inteligencí.
- **Dezintegrační porucha v dětství** (Hellerova psychóza, Hellerova demence) bývá někdy nazývána pozdní začátek autismu, vzhledem k jejímu nástupu a průběhu. Základní symptomy se objevují u dětí d 1,5-4 let věku. Tuto poruchu diagnostikujeme tehdy, jestliže dojde k zastavení normálního vývoje a nastane regrese dovedností vývojem autistických symptomů.

- **Jiné poruchy příbuzné autismu** obsahují některé symptomy, ale nesplňují všechna kritéria autismu, představují největší problém z hlediska diagnostiky. Dosud nejsou tyto poruchy shodně označeny ani rozděleny do systémů.
- Autistické rysy se objevují většinou u jedinců s poruchou pozornosti a motorickou neobratností nebo u postižených mentální retardací. (Šnýdrová, 2008, str. 132)

Základním problémem při vzdělávání autistů je fakt, že tito jedinci nepřijímají informace ze svého okolí a jeho průběh je velice komplikovaný. Naučit autistu základním dovednostem je obtížné, výsledky jsou vidět pomalu. Osoby trpící autismem se všemu brání, tedy i učení. Je důležité najít správný kompromis mezi výchovnými záměry a požadavky a schopnostmi konkrétního autisty. Tito jedinci jsou velice různorodí a mají své individuální zvláštnosti, tudíž i při učení je nutné postupovat podle individuálních programů. Odborníci si stále nejsou jisti, zda mají být autisté vzdělávání samostatně či společně s nepostiženými žáky nebo s žáky s jinými druhy postižení. (Švarcová, 2000)

4 ŽIVOTNÍ STYL

Podle Machové (2009) je životní styl formou dobrovolného chování v určité životní situaci, která je založena na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé možnosti z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl můžeme charakterizovat jako souhrn dobrovolného chování a životní situace.

Životnímu stylu můžeme také rozumět tomu, jak žijeme, jak se oblékáme, kde a jak bydlíme, pracujeme nebo jak trávíme svůj volný čas. Životní styl si volí každý sám a začít se změnou svého životního stylu můžeme kdykoliv, např. tím, že zařadíme do jídelníčku více zeleniny a ovoce, udržujeme optimální hmotnost, budeme pravidelně cvičit a relaxovat, odolávat stresu, přestaneme kouřit a pít alkohol či užívat drogy. (Čeledová, Čevela, 2010)

Mužík (2007) spojuje zdravý životní styl se stravováním, hygienickými návyky, pohybovou aktivitou a relaxací, dostatkem odpočinku a spánku, sexuálním chováním, ale také sociální patologií. Je důležité, aby se každý člověk cítil dobře po fyzické stránce, ale také po duševní. Zdraví životní styl podporuje zdraví jedince.

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2001, str. 40)

Zdravotní stav naší společnosti se hodnotí především na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují:

- kouření,
- nadměrná konzumace alkoholu,
- zneužívání drog,
- nesprávná výživa,
- nízká pohybová aktivita,
- nadměrná psychická zátěž,
- rizikové sexuální chování. (Machová, 2009, str. 16)

V dnešní době zhoršuje kvalitu a kvantitu života tzv. civilizační choroby, nikoli infekční choroby a hlad. Mezi tzv. civilizační choroby patří kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění, metabolické nemoci jako je obezita a cukrovka. Tyto nemoci jsou důsledkem dnešního životního stylu a způsobené sedavým způsobem života, přejídáním se, ale také zhoršujícími se mezilidskými vztahy. (Čeledová, Čevela, 2010)

Současný člověk sedí v pracovní době, do práce a z práce se většina populace dopravuje autem nebo jinými dopravními prostředky, nechodí pěšky, pokud je k dispozici výtah či eskalátory. Po příchodu domu opět sedí u televize či počítače. Většina domácností využívá techniku, která zbavila lidi pohybu. Životní styl v současnosti směřuje k honbě za získáváním nových věcí, za úspěchem, mocí a penězi. Rodinný život člověka poznamenává jeho pracovní vytíženost, neustálý spěch, nedostatek času na sebe a rodinu, na ostatní členy rodiny a děti vytvářejí stresové situace. Důsledkem všech těchto faktorů, dochází v dnešní společnosti k velké rozvodovosti, tedy k rozpadu rodiny. (Machová, 2009)

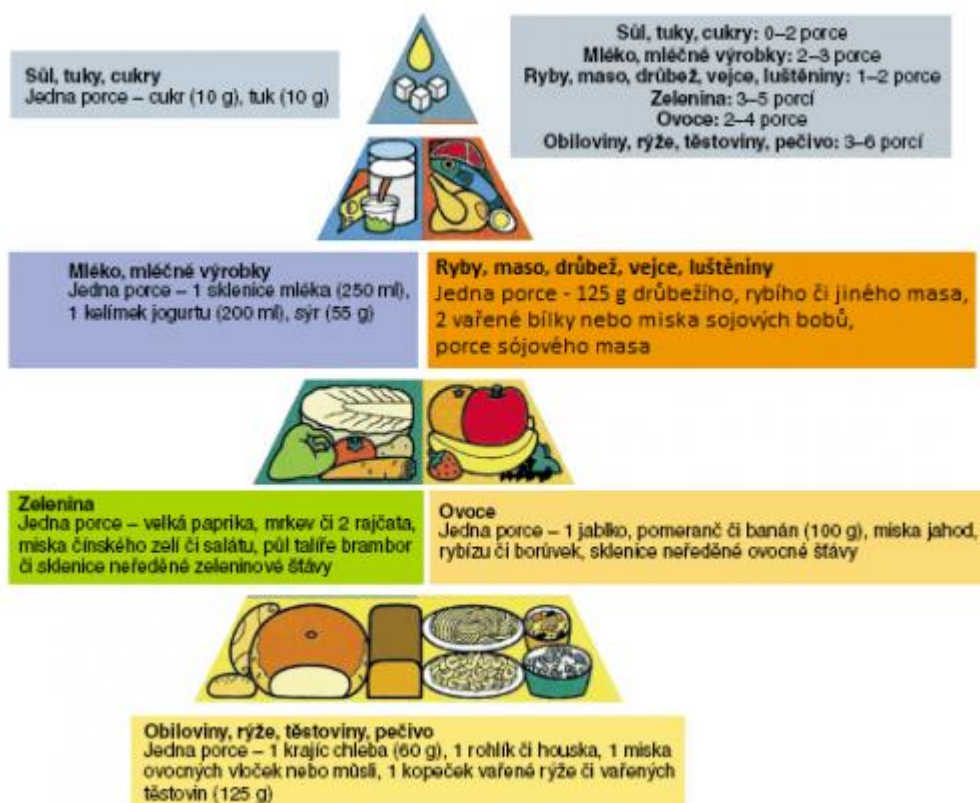
„Řešením dnešního životního stylu není odmítnutí technického pokroku, ale uvědomění si své biologické podstaty a z toho vyplývají potřeby pohybu, přiměřenosti energetické hodnoty potravy energetickému výdeji a také pěstování dobrých mezilidských vztahů na základě porozumění, pochopení a úcty.“ (Machová, 2009, str. 17)

4.1 Zdravá výživa

Úkolem potravy je dodat organismu správné množství živin nezbytných pro život. Jsou to tuky, bílkoviny, glycidy, vitamíny, minerály, vlákniny a voda. Všechny tyto živiny je potřebné dodávat tělu v přiměřené potřebě a vyvážené míře, v nejchutnější formě a vhodných časových rozmezích. V případě, že jedinec nedodrží tyto zásady, může se nesprávná výživa stát zdraví škodlivá. Pokud dojde k nadměrnému konzumování tuků, soli, cukru atd. Tato nadměrná konzumace vede k různým zdravotním problémům jako je cukrovka, srdeční a cévní choroby, zubní kazy, onemocnění jater či některým druhům rakoviny. Příjem potravy patří k základním úkolům potřebným k našemu životu. Otázkou mnohých lidí je, co přijímat, ale i jak to přijímat, kdy to přijímat, aby tento příjem potravy byl v rozmezích zdravého způsobu stravování. Přejídání či odmítání jídla jsou dva nežádoucí extrémy.

Při obezitě, mentální anorexii a bulimii dochází k překračování mezí normálu uspokojování fyziologických a psychologických potřeb příjmu potravy a tekutin. Zdravý příjem potravy se vyznačuje rovnováhou mezi příjmem a výdejem energie. (Křivohlavý, 2001)

Obrázek č. 1: Potravinová pyramida



Dostupné z: http://www.vimcojim.cz/cs/spotrebitel/zdrava-vyziva/vyvazena-strava/Potravinova-pyramida---navod-na-zdravy-zivotni-styl__s638x7938.html

Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) se stejně jako tuky (lipidy) a cukry (sacharidy) nazývají živiny a jsou důležitými stavebními látkami organismu. Tvoří hlavní stavební součást buněk, krve, hormonů, enzymů a protilátek. Bílkoviny ve správné stravě hradí jen 10-15%

energie, jsou tedy méně důležité než cukry a tuky. Naopak je tomu jen tehdy, pokud jedinci hladoví, obsahuje-li strava málo sacharidů u mentální anorexie.

V tomto případě jsou odbourávány bílkoviny vlastního těla a slouží jako úhrada energie. Potravou přijaté bílkoviny se v trávicím ústrojí rozkládají na aminokyseliny. Příjem bílkovin v potravě závisí na mnoha faktorech např. věk, druh práce, těhotenství, kojení, teplota prostředí, podíl sacharidů a tuků v potravě, stresové situace, nemoci a horečka. (Machová, 2009)

Tuky

Tuky představují nejvydatnější koncentrovaný zdroj energie, jejich nadměrný přísun se podílí na vzniku obezity. 1 g tuku má v sobě obsažen přibližně 37kJ. Tuky jsou tvořeny základními stavebními složkami, což jsou nasycené a nenasycené mastné kyseliny. V našem jídelníčku by neměly chybět nenasycené mastné kyseliny, které jsou obsaženy především v rostlinných olejích a tucích vyrobených z těchto olejů. Každý by měl zkonzumovat zhruba dvě třetiny těchto kyselin. Nesmíme zapomínat na skryté tuky, které jsou obsaženy ve většině pokrmů např. v pečivě, v mastném jídle nebo v mléčných výrobcích. Ovšem na tuky nesmíme zapomínat ani v době hubnutí, jelikož dodávají stravě chutnost a jemnost. Plní důležité funkce jako rozpouštění některých vitamínů v tucích, jsou zdrojem energie a esenciálních kyselin. V másle a rostlinných olejích jsou obsaženy prospěšné látky pro lidský organismus. Na tucích je nezdravý pouze nadbytečný příjem. V potravě by mělo být denně asi 10g tuků, které si můžeme namazat tence na pečivo nebo je použijeme do přípravy jídla. (Málková, Krch, 2001)

Sacharidy

Mají hlavní význam jako pohotový zdroj energie, tudíž je jejich podíl ve stravě největší a tvoří tak 55% až 60% celkové energetické potřeby. 1 g cukrů je asi 17 kJ.

Cukry můžeme rozdělit do několika skupin podle chemického složení:

1. Jednoduché sacharidy (monosacharidy) mají sladkou chuť a mohou být organismem vstřebávány. Jde o glukózu (hroznový cukr), fruktózu (ovocný cukr) a galaktózu.
2. Složité sacharidy (polysacharidy) mají ve výživě nezastupitelné místo. Jsou obsaženy v obilovinách, luštěninách, zelenině, ovoci a bramborách. Polysacharidy se štěpí rychleji nebo pomaleji na glukózové jednotky, díky nim se v krvi udržuje určitá hladina cukru.
3. Oligosacharidy stojí mezi jednoduchými a složitými sacharidy, některé z nich se řadí do skupiny vláknin. Používají se v mléčných či cereálních výrobcích. (Kunová, 2004)

Příjem sacharidů za den je asi v rozmezí 100-300 g, minimální příjem cukrů za den je asi 50 g a horní hranice je 500 g. V případě velmi nízkého příjmu sacharidů dochází k úbytku svalové hmoty, překyselení organismu a negativnímu ovlivnění psychiky. Na druhou stranu nadměrná konzumace cukrů vede k hromadění energie do tukových zásob. Vysoký příjem sacharidů ve stravě vede po nějaké době k poruše glukózové tolerance, až ke vzniku cukrovky. (Kunová, 2004)

Minerální látky a vitamíny

Lidský organismus se skládá z biogenních prvků, jako jsou uhlík, vodík, dusík, kyslík a kromě toho také obsahuje prvky minerální. Minerální látky, které jsou v těle, rozdělujeme do tří skupin: jako elektrolyty v tělesných tekutinách, vázané na organické látky (v bílkovinách, tucích, hormonech, enzymech, vitamínech) a v podobě nerozpustných solí (v kostech, zubech). Podle denní potřeby je můžeme rozdělovat na prvky, které naše tělo potřebuje více (sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík, síra) a na prvky, které potřebujeme méně (železo, zinek, fluor, jod, selen, hliník, měď, mangan, kobalt aj.). (Machová, 2009)

Vitamíny jsou složky, které si organismus neumí vytvořit sám, ovšem je jich potřeba k fungování enzymů, hormonů nebo k likvidaci nebezpečných volných radikálů. V případě, že člověk nemá dostatek vitaminů v těle, dochází k tzv. avitaminóze, která má pro každý jednotlivý vitamin různý soubor příznaků. V současnosti se tolik nevyskytuje, i přesto někteří jedinci trpí mírným nedostatkem vitaminů tzv.

hypovitaminózami. Jejich projevem bývá únava, zhoršený stav pleti či vlasů, poruchy nálad atd. Tyto nedostatky mohou také způsobovat horší onemocnění, jako jsou choroby srdce a cév, onkologická onemocnění či nemoci pohybového aparátu. Příčinou ztráty většiny vitaminů je technologické upravování potravin, dlouhodobé skladování a nešetrná úprava v domácnostech. Vitaminy se rozdělují do dvou skupin.

Na vitaminy rozpustné v tucích (vitamin A, D, E, K) a na vitaminy nerozpustné v tucích (vitaminy skupiny B, vitamin C). Vitaminy rozpustné v tucích je tělo schopno v menší či větší míře zásobovat, tudíž není potřeba je konzumovat denně, ovšem nevýhodou toho bývá, že se kvůli tomu můžeme předávkovat. Naopak vitaminy rozpustné v tucích je třeba doplňovat každý den, v případě jejich nadbytku odchází z těla močí. (Kunová, 2004)

Voda

Voda má v našem těle velikou funkci. Slouží jako rozpouštědlo, transportní prostředek, k udržování tělesné teploty. Napomáhá také k vstřebávání, přesunu látek z krve do tkání, vylučování odpadových látek ledvinami a celá látková přeměna. Voda je součástí každé buňky, voda tvoří v buňkách asi třetinu množství v těle. Je také součástí tkáňového moku, krve a mízy. Denní potřeba vody závisí na věku každého jedince, na tělesné činnosti a teplotě prostředí, proto je nutné všem těmto okolnostem přizpůsobit pitný režim. Nejvíce vody potřebují děti ve vztahu k tělesné hmotnosti, čím menší dítě, tím větší potřeba voda. Proto je důležité především u kojenců, jelikož v tomto období dochází často k průjmovým onemocněním, což může vést k dehydrataci organismu. (Machová, 2009)

4. 2 Pohybová činnost

Pohybová činnost je jedním ze základních projevů živočichů, včetně člověka. Lidské tělo je uzpůsobeno k pohybu a aktivitě, i když je naše tělo v klidu provádí dechové pohyby, dochází k cirkulaci krve, k srdečním stahům, k pohybům střev a jiných orgánů, i jednotlivých buněk např. krvinky nebo spermie. Jsme schopni se přemísťovat pomocí aktivního pohybu nebo pasivního pohybu. Pro zachování dobrého

zdraví je potřebný a také nejpřirozenější aktivní pohyb. Pohyby jsou zajišťovány pomocí pohybového aparátu. (Kubátová, 2001)

V dnešní době si můžeme všimnout, že naše společnost stále tloustne. Největší vina je přisuzována technickému pokroku, který nás ochuzuje o pohyb a dochází k jeho úbytku. Jedním z rizikových faktorů jsou televizory, počítače.

Tyto prostředky nevyžadují žádnou energii, stávají se návykem, provokují nás, k neustálému přísunu potravin. Tento stav poté směřuje k pasivnímu životnímu stylu. Ovšem pohyb je potřebný k posílení svalů, které zpevňují kostru, mají vliv na tělesné funkce a duševní pohodu. Děti se při pohybu učí různým sociálním dovednostem, orientaci, zvládnání neúspěchu, nepohody a nacházejí uspokojení v aktivním pohybu. Má především příznivý vliv na naše zdraví a je součástí prevence některých chorob, působí příznivě na duševní klid a vyvolává v nás dobrou náladu a dobrý pocit ze sebe samého. (Málková, Krch, 2001)

Pokud chceme, aby byl pohyb účinný, je třeba, aby se ho účastnilo celé tělo. Naším úkolem je zaměstnat všechny svalové skupiny, nejen tam kde chceme zhubnout. Nerovnoměrné rozložení tukových buněk je většinou věc dědičná. Pokud se tedy zaměříme na určitou část těla, můžeme ji zformovat a vylepšit tak tvar svého těla. Důležité je zvolit vhodný pohyb a správnou intenzitu. Měli bychom si také zvolit takovou aktivitu, která nás bude těšit, budeme mít na ni čas a vhodný prostor, jelikož by se měla stát součástí denního režimu. Častou chybou je zvolení nevhodného sportu či chceme-li rychle zhubnout. Snadno se tak vyčerpáme, znechutíme a bude nám připadat, že to ani fyzicky či časově nezvládneme. Jedinci s artrózou kloubů, nemůže samozřejmě běhat, skákat přes švihadlo či dělat dřepy. Naopak plavání v příjemně teplé vodě nebo cvičení s odlehčením kloubů je vhodné. Dá se posilovat a hubnout i pomocí přirozeného pohybu jako je chůze, u které si můžeme sami určit tempo a vzdálenost. Nevyžaduje nákladné vybavení, člověk si při chůzi krajinou odpočine, užije chvíle klidu, ale také je možné chodit v doprovodu příjemné společnosti. V dnešní době máme spoustu možností, můžeme navštěvovat sportovní haly, fitness centra jak pro muže i pro ženy nebo cvičit doma s DVD cvičením. (Marádová, Krch, 2001)

Cvičení nemá pouze vliv na fyzickou stránku člověka, ale i na řadu psychických projevů. Pohybová aktivita zlepšuje depresí zatíženou psychiku, snižuje úroveň úzkosti, zvyšuje kladné sebehodnocení a posiluje psychiku v boji se stresem. Cvičení zlepšuje vztah člověka k sobě samému, zvyšuje sebedůvěru, pocit vlastní hodnoty, povědomí o zlepšeném fyzickém vzhledu, pocit zdraví, povědomí o síle sebekázně,

pocitu zvýšené energie. Je také prokázáno, že jedinci, kteří cvičí pravidelně, lépe zvládají problémy každodenního života a stresové situace. (Křivohlavý, 2001)

Druhy cvičení

Cvičení můžeme rozdělovat do pěti druhů:

- izometrické cvičení,
- izotonické cvičení,
- izokinetické cvičení,
- anaerobické cvičení,
- aerobní cvičení.

Izometrické cvičení je typické tlakem proti pevné překážce např. dlaněmi do stěny. Používá se jako cvik pro získání svalové síly, avšak neovlivňuje pohyblivost pohybového aparátu.

Izotonické cvičení je založeno na stahování svalů, počítá i s pohyblivostí kloubů. Příkladem izotonického cvičení je zdvih činek. Toto cvičení používají jedinci, kterým jde o zlepšení celkového fyzického vzhledu.

Izokinetické cvičení využívá stahování svalů, pohyby kloubů, ale také možnost regulace odporu. K tomuto cvičení jsou sestaveny zvláštní trenažéry, které jsou umístěny v tělocvičnách.

Anaerobní cvičení je charakterizováno krátkodobými výbuchy svalové energie. Příkladem tohoto cvičení je vzpírání a běh na krátké tratě na atletických závodech, ale přesto je spotřeba kyslíku v normálních mezích.

Aerobním cvičením rozumíme takovým cvičením, při kterém je výrazně zvýšená spotřeba kyslíku, a to nejen krátkodobě, ale v průběhu relativně delší doby. K větší spotřebě kyslíku dochází při běhu na dlouhé tratě, plavání, výstupu v horách, běhu na lyžích, joggingu, aerobiku atd. Při této aktivitě je výrazně zvýšená činnost srdce, která se projevuje zvýšením srdečního tepu po dobu 10-30 minut. Aerobní cvičení má pozitivní vliv na činnost kardiovaskulárního systému, ale u každého je míra a délka zátěže individuální. Negativním důsledkem může být srdeční kolaps. (Křivohlavý, 2001)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 RIZIKO VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

5.1 Stanovení výzkumného cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak velké může být riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením ve věku od 11 let do 15 let.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda jsou dospívající jedinci s mentálním postižením obeznámeni s riziky nesprávného příjmu potravy ve vztahu k štíhlosti.
- Zjistit, jak jsou dospívající jedinci s mentálním postižením spokojeni se svým vzhledem a tělem.
- Zjistit, jaký vliv na jejich stravovací návyky mají média a společnost.

5.2 Hypotézy

Pro naše výzkumné šetření byly si stanoveny tyto hypotézy:

- **Hlavní hypotéza:** Dospívajících jedinců s mentálním postižením, kteří zaujímají negativní postoj ke svému tělu, je méně, než jedinců, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.
- **Pracovní hypotézy:**

H1: Dospívající jedinci s mentálním postižením jsou méně informováni, o poruchách příjmu potravy, než jedinci, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.

H2: Vliv názorů vrstevníků nejen o ideálu štíhlosti, ale i o jiných tématech, je na jedince s mentálním postižením menší, než vliv na jedince, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnilo v průměru 200 žáků ve věku od 11 let do 15 let. Z toho 100 žáků trpí mentálním postižením a 100 žáků, kteří navštěvují základní školu, tvoří srovnávací skupinu. Zkoumaný vzorek tvořilo 75 dívek a 125 chlapců z Libereckého a Ústeckého kraje.

Liberecký kraj nalezneme v severní části České republiky. Největším městem Libereckého kraje je Liberec. Rozloha kraje je 3 163 km² a počet obyvatel žijících na tomto území je 438 600.

Ústecký kraj leží na severozápadě České republiky, jeho centrem je krajské město Ústí nad Labem. Rozloha kraje je 5 335 km². Má cca 828 026 obyvatel.

5.4 Výzkumná metodika

Pro empirický výzkum byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu.

Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explodovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. (Hendl, 2005, str. 46)

Kvantitativní výzkum byl prováděn na základních školách praktických, speciální základní škole a na základní škole v Libereckém a Ústeckém kraji s cílem zjistit, jaké je riziko vzniku poruch u dospívajících s mentálním postižením. V těchto zařízeních byl proveden výzkum formou anonymního dotazníkového šetření.

Dotazníková metoda je určena pro hromadné získávání údajů. Tato metoda je jednou z nejvíce používaných, jelikož má spoustu nesporných výhod. Je málo nákladná, časově úsporná, málo náročná na počet respondentů, snadno opakovatelná,

a poskytuje nám možnost rozmyslet si odpověď a umožňuje i nepřímý kontakt jako je pozorování. (Gavora, 2000)

Dotazník byl sestaven na základě cíle práce a na základě stanovení hypotéz.

Dotazník je složen z 23 otázek. Dvacet tři otázek je uzavřených. První otázky jsou demografického charakteru, zaměřují se na pohlaví, míry a váhu jedince. Což bylo použito k výpočtu Body Mass Indexu jednotlivých respondentů.

5.5 Realizace výzkumu

Na počátku výzkumu byla zvolena kritéria pro výběr zkoumaného vzorku skupiny dospívajících s mentálním postižením, což byly:

1. věk od 11 let do 15 let
2. jedinci s mentálním postižením
3. kooperativní postoj k tomuto výzkumnému šetření.

Pro výběr srovnávací skupiny zkoumaného vzorku byla zvolena daná kritéria:

1. věk od 11 do 15 let
2. kooperativní postoj k tomuto výzkumnému šetření.

V souvislosti s reálným výzkumem byly osloveny a požádány tyto školy:

- Speciální základní škola, Mateřská škola a Praktická škola Ústí nad Labem, jejíž výuka probíhá ve čtyřech budovách a školu navštěvuje 425 jedinců se zvláštními potřebami, kteří jsou vzděláváni výborným pedagogickým sborem. Cílovou skupinou jsou žáci s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a autismem. Hlavním mottem pro práci v této škole je „Škola hrou!“.
- ZŠ Paprsek je odloučené pracoviště ZŠ Vojnovičova v Ústí nad Labem. Na tomto pracovišti je pět speciální tříd. Svým zaměřením a stylem výuky je ojedinělou školou v okolí.
- Základní škola, Praktická škola a Mateřská škola v České Lípě je umístěna na čtyřech pracovištích. Škola je zaměřena na rozvíjení osobnosti žáků se

všemi stupni mentálního postižení, rozvoji jejich vědomostí, dovedností a návyků.

- ZŠ náměstí Míru Nový Bor.

Dotazník byl rozdán v období května až června 2014. Jednotlivým respondentům byl dotazník představen a byly zadány pokyny k jeho vyplňování. Zdůrazněna byla anonymita při vyplňování a následné odevzdání dotazníku. Vzhledem k tomu, že byl dotazník zadáván a vybírán autorkou, návratnost byla 100%.

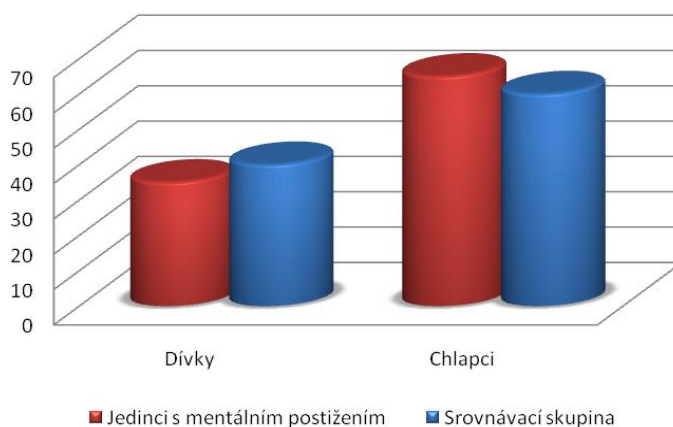
5.6 Výsledky výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno se zkoumaným vzorkem respondentů formou dotazníkové šetření. Jejich úkolem bylo vybrat jednu možnost, která je jim nejbližší. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou zpracovány do tabulek a grafů.

Otázka číslo 1

Pohlaví

Graf č. 1



Tabulka č. 1

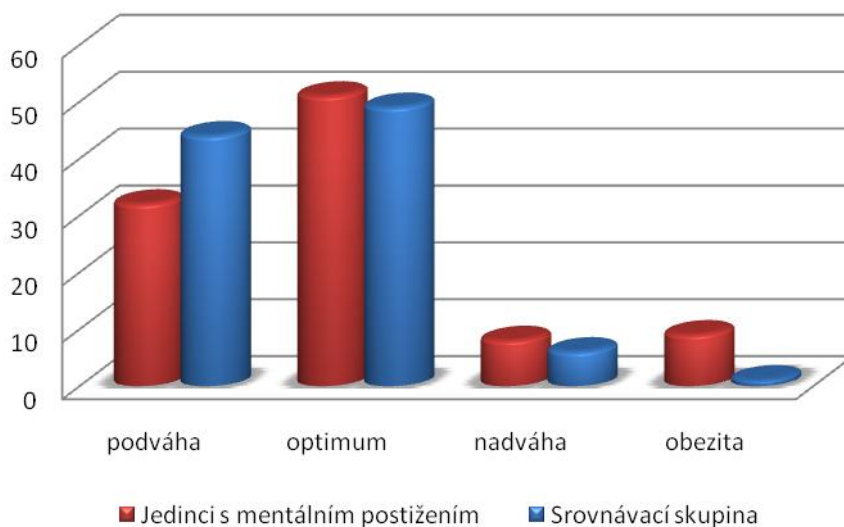
	Dívky	Chlapci
Srovnávací skupina	40	60
Jedinci s mentálním postižením	35	65

Z grafu i tabulky je zřejmé, že skupinu respondentů v obou skupinách tvořili převážně chlapci. Dotazník vyplnilo 75 dívek a 125 chlapců.

Otázka číslo 2

BMI

Graf č. 2



Tabulka č. 2

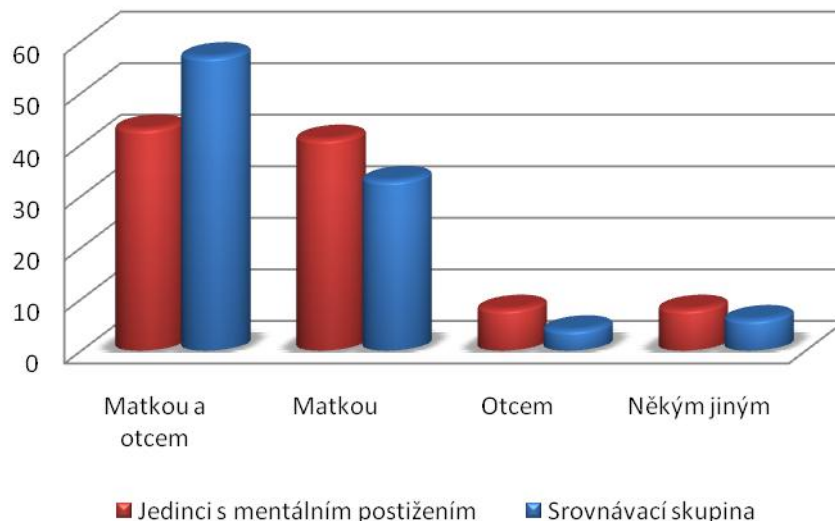
	podváha	Optimum	nadváha	Obezita
Srovnávací skupina	44	49	6	1
Jedinci s mentálním postižením	32	51	8	9

K výpočtu BMI (Body Mass Index) nám posloužily vyplněné údaje tj. váha a výška. U mentálně postižených jedinců i ve srovnávací skupině se polovina případů BMI pohybuje v rozmezí normální váhy. Více se potýkají s podváhou dospívající ze srovnávací skupiny, naopak nadváha a obezita je častější u mentálně postižených jedinců. Ovšem podváhou trpí 32% žáku s mentálním postižením, což také není malé procento. Musíme si uvědomit, že výpočet BMI je pouze orientační a neměla by mu být přikládána velká váha. Respondenti v tomto věku neradi zveřejňují svoji váhu, i přes anonymitu dotazníku. V některých případech si svoji váhu mohou vymyslet, tudíž mohou být výsledky zkreslené.

Otázka číslo 3

S kým doma bydlíš?

Graf č. 3



Tabulka č. 3

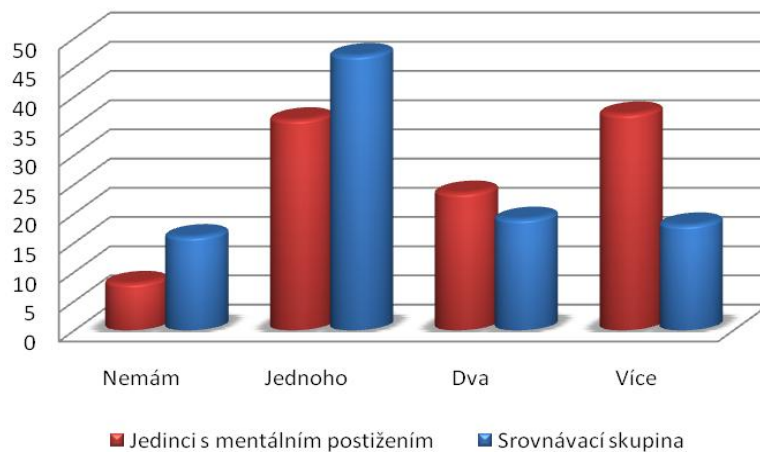
	matkou a otcem	matkou	otcem	někým jiným
Srovnávací skupina	57	33	4	6
Jedinci s mentálním postižením	43	41	8	8

Tato otázka byla do dotazníku vložena s cílem zjistit, zda pocházejí žáci z úplných nebo spíše neúplných rodin, jelikož i to má jistě velký vliv na riziko vzniku poruch příjmu potravy. Z grafu je patrné, že většina respondentů ze srovnávací skupiny (57%) a ze skupiny jedinců s mentálním postižením (43%) pochází z úplných rodin. Téměř vyrovnaná je i odpověď, kdy 41% jedinců s mentálním postižením žije pouze s matkou. Zbývající jedinci žijí buď se svým otcem nebo se svými prarodiči či jinými příbuznými.

Otázka číslo 4

Kolik máš sourozenců?

Graf č. 4



Tabulka č. 4

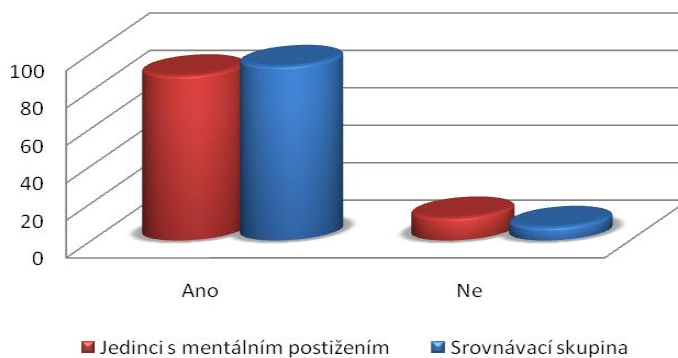
	Nemám	Jednoho	Dva	Více
Srovnávací skupina	16	47	19	18
Jedinci s mentálním postižením	8	36	23	37

Na první pohled je patrné, že jedinci s mentálním postižením mají více sourozenců než dva (37%) na rozdíl od srovnávací skupiny (18%). Tito jedinci mají kolem pěti sourozenců, podle jejich uvedení v dotazníku. Zatímco ve srovnávací skupině převládá odpověď, kdy mají jedinci pouze jednoho sourozence (47%).

Otázka číslo 5

Trávíš rád/a své volné chvíle s rodinou?

Graf č. 5



Tabulka č. 5

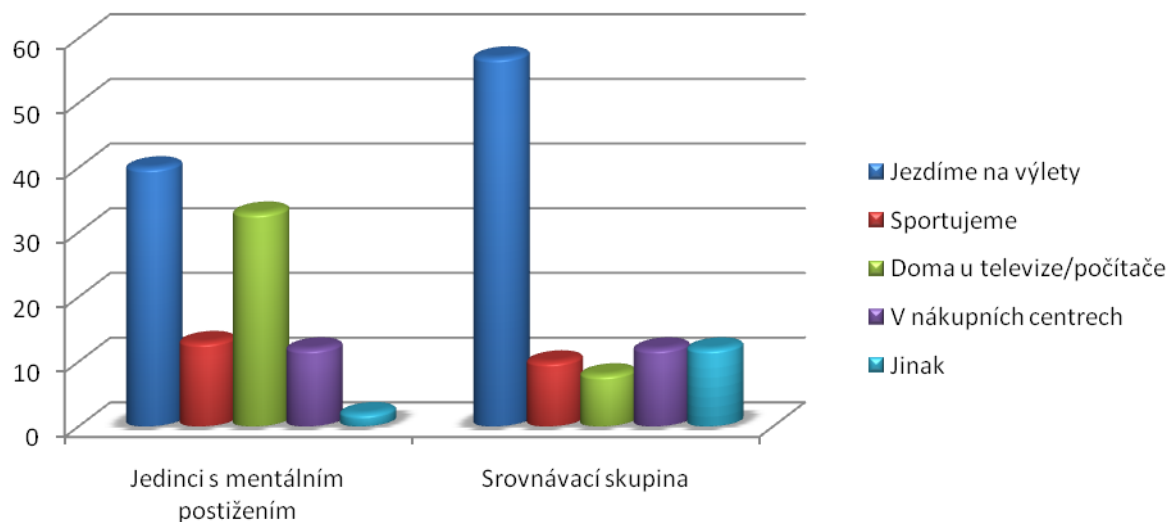
	Ano	Ne
Srovnávací skupina	93	7
Jedinci s mentálním postižením	88	12

Úkolem této otázky bylo zjistit, jaký má jedinec vztah ke své rodině, jelikož se to může dosti odrazit v psychice člověka a ovlivnit ho v určitém chování k sobě samému. Volné chvíle s rodinou tráví rád/a 88% jedinců s mentálním postižením a 93% respondentů ze srovnávací skupiny. Odpověď „Ne“ označilo 7% žáků ze srovnávací skupiny a 12% dospívajících s mentálním postižením.

Otázka číslo 6

Jak trávíte volné chvíle s rodinou?

Graf č. 6



Tabulka č. 6

	Jezdíme na výlety	Sportujeme	Doma u televize/počítače	V nákupních centrech	Jinak
Srovnávací skupina	57	10	8	12	12
Jedinci s mentálním postižením	40	13	33	12	2

Tato otázka byla do dotazníku vložena ze stejného důvodu, jako otázka předchozí. Z vyhodnocení vyplývá, že většina dotazovaných jezdí se svými rodinami na výlety. Největší rozdíl mezi skupinami můžeme pozorovat u třetí možnosti, kdy pouhých 8% žáků ze srovnávací skupiny tráví svůj volný čas doma u televize či počítače, zatímco 33% jedinců s mentálním postižením takto tráví volné chvíle s rodinou. V poslední odpovědi respondenti uváděli nejčastěji, že tráví volný čas s rodinou u jídla či kávy nebo ji označili ti, kteří se svoji rodinou netráví žádné volné chvíle.

Otázka číslo 7

Je tvoje rodina nábožensky založena?

Graf č. 7



Tabulka č. 7

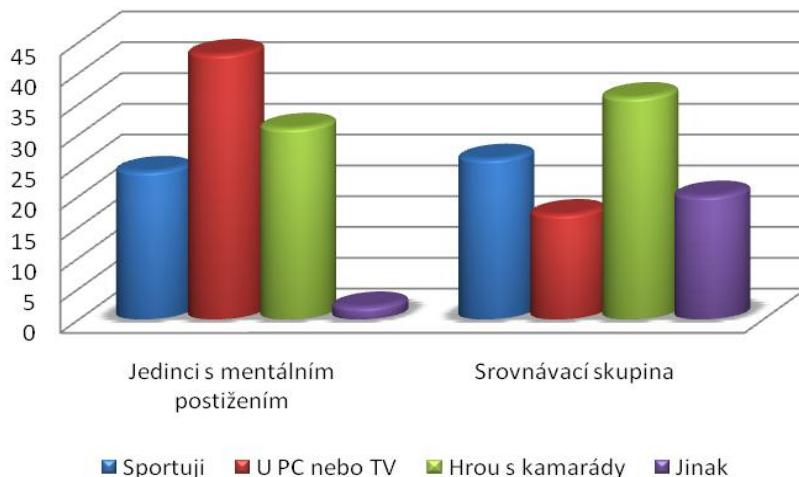
	Ne	Ano
Srovnávací skupina	90	10
Jedinci s mentálním postižením	90	10

Tato otázka je zaměřena na náboženství a byla do dotazníku vložena s cílem zjistit, kolik rodin je nábožensky zaměřeno, jelikož děti z náboženského prostředí bývají vyrovnanější a mívají jiné myšlení než nevěřící. U této otázky vyšly stejné výsledky u obou skupin dospívajících, 90% pochází z rodin, které nejsou nábožensky založeny, a pouhých 10% je.

Otázka číslo 8

Jak trávíš svůj volný čas?

Graf č. 8



Tabulka č. 8

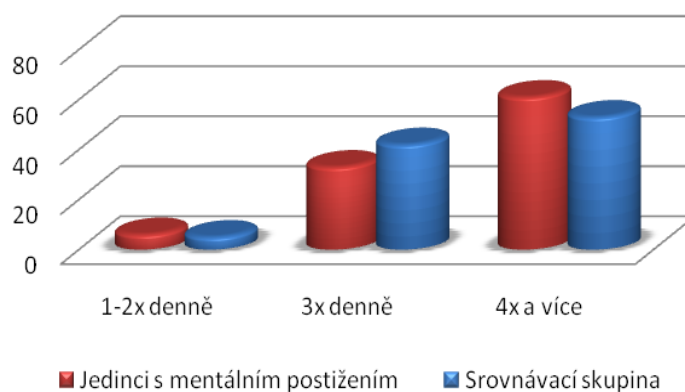
	Sportuji	U PC nebo TV	Hrou s kamarády	Jinak
Srovnávací skupina	26	17	36	20
Jedinci s mentálním postižením	24	43	31	2

Jedinci s mentálním postižením nejčastěji svůj volný čas tráví u počítače či televize (43%), naopak žáci ze srovnávací skupiny takto tráví čas nejméně (17%). Což může vypovídat o tom, že jedinci s mentálním postižením se více izolují od reálného života. Nejpočetnější odpovědí žáků základní školy byla hra s kamarády (36%). Sportu se věnují obě skupiny téměř podobně. Pokud někdo zvolil možnost „Jinak“, dopsal k ní např. vyšívání, četba, trávení volného času se svým domácím mazlíčkem.

Otázka číslo 9

Kolikrát během dne jíš?

Graf č. 9



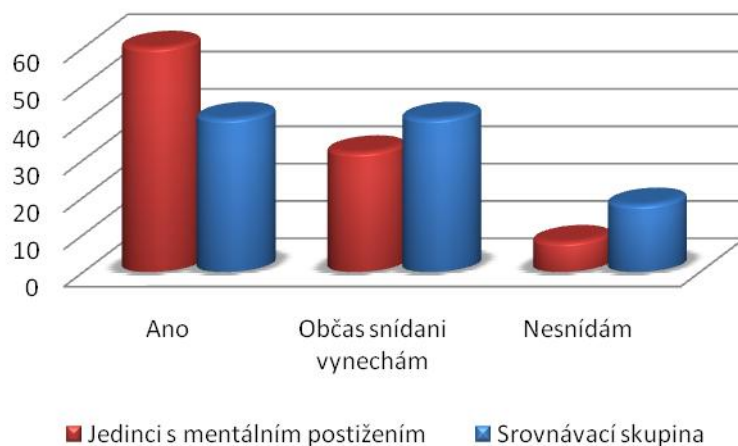
Tabulka č. 9

	1-2x denně	3x denně	4x a více
Srovnávací skupina	5	42	53
Jedinci s mentálním postižením	6	33	61

Tato otázka byla vložena s cílem zjistit, zda je strava dětí pravidelná. Velké procento žáků s mentálním postižením jí 4x a více porcí denně, což je ideální odpověď. Většina ze srovnávací skupiny zvolila tutéž odpověď. Na druhém místě převládla u obou skupin odpověď „3x denně“ a nejméně respondentů zvolila odpověď s možností, že během dne jí 1-2x denně.

Otázka číslo 10
Snídáš každý den?

Graf č. 10



Tabulka č. 10

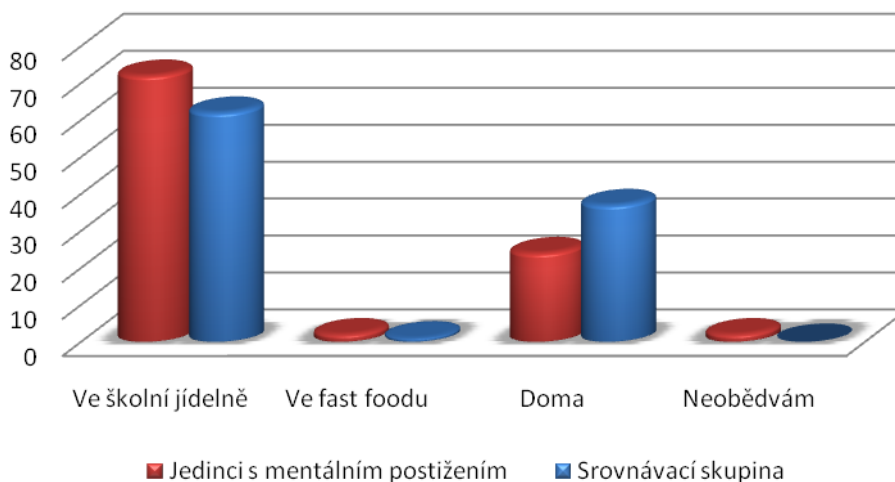
	Ano	Občas snídani vynechám	Nesnídám
Srovnávací skupina	41	41	18
Jedinci s mentálním postižením	60	32	8

Tato otázka je také zaměřena na správné stravování, jelikož snídane je pokládána za základ celého dne. 60% jedinců s mentálním postižením snídá každý den, ve srovnávací skupině tuto otázku zvolilo 41% žáků. Občas snídani vynechá 41% žáků ze základní školy a 32% žáků s mentálním postižením. Nikdy nesnídá 8% jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami a u žáků ze základní školy je toto procento vyšší o 10%.

Otázka číslo 11

Kde nejčastěji obědváš po vyučování?

Graf č. 11



Tabulka č. 11

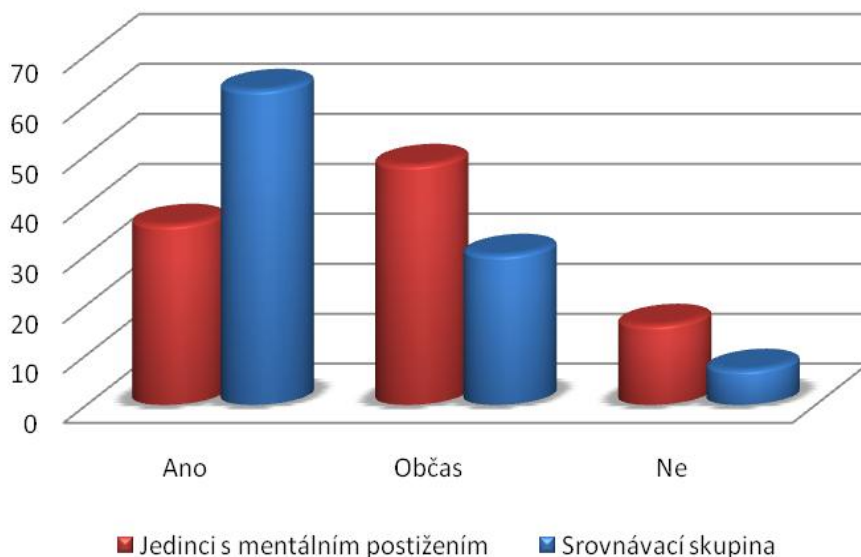
	Ve školní jídelně	Ve fast foodu	Doma	Neobědvám
Srovnávací skupina	62	1	37	0
Jedinci s mentálním postižením	72	2	24	2

U této otázky se obě skupiny shodly. Většina se stravuje ve školní jídelně či doma, což jsou velice pozitivní výsledky v dnešní době. Ve fast foodu se stravují pouhých 2% respondentů s mentálním postižením a 2% vůbec neobědvají. Dotazovaní ze srovnávací skupiny zastupují otázku „Ve fast foodu“ pouhým 1%.

Otázka číslo 12

Scházíte se společně s rodinou o víkendech u jídla (např. u oběda, večeře)?

Graf č. 12



Tabulka č. 12

	Ano	Občas	Ne
Srovnávací skupina	63	30	7
Jedinci s mentálním postižením	36	48	16

Je pozoruhodné, že 63% jedinců ze srovnávací skupiny se schází se svojí rodinou u jídla a 48% jedinců s mentálním postižením alespoň občas. V dnešní době si na sebe málokdy rodina najde čas u společného stolu, díky tomu většina rodičů neví, jak se jejich děti stravují. Z grafu je patrné, že i malé procento respondentů z obou skupin s rodiči netráví čas u oběda či večeře ani o víkendech.

Otázka číslo 13

Zajímáš se o zdravou výživu?

Graf č. 13



Tabulka č. 13

	Ano, celá rodina	Ano, zajímám se sám	Ne, nezajímá mě
Srovnávací skupina	43	26	29
Jedinci s mentálním postižením	47	17	36

Tato otázka byla vložena do dotazníku s cílem zjistit, zda se dospívající s mentálním postižením zajímají o zdravou stravu. Velký vliv podle zodpovězených možností má na jedince obou skupin rodina, jelikož si většina zvolila odpověď „Ano celá rodina“. Druhou nejpočetnější odpovědí byl pravý opak „Ne, nezajímá mě“. 17% žáků s mentálním postižením se zajímá o zdravou stravu samo a ze srovnávací skupiny 26% jedinců.

Otázka číslo 14

Jaký typ postavy se ti líbí?

Graf č. 14



Tabulka č. 14

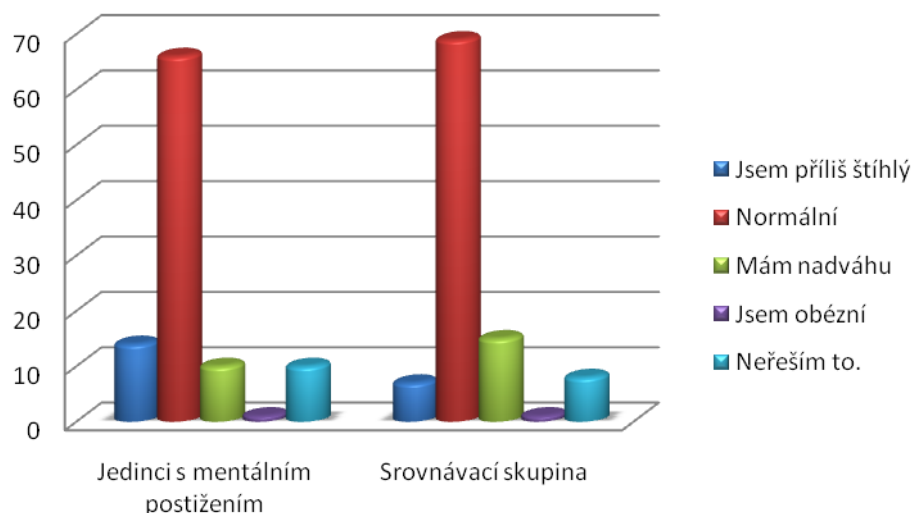
	Štíhlá	Sportovní	Normální	Silnější	Obézní
Srovnávací skupina	25	37	38	0	0
Jedinci s mentálním postižením	32	35	29	4	0

Z výzkumného šetření vyplývá, že se nejvíce líbí respondentům sportovní postava, u žáků ze srovnávací skupiny převládá postava normální, naopak jedinci s mentálním postižením preferují štíhlou postavu. Ovšem 4% respondentů se líbí i silnější postava. Podle očekávání si nikdo nezvolil postavu obézní.

Otázka číslo 15

Jak bys charakterizoval/a svojí postavu?

Graf č. 15



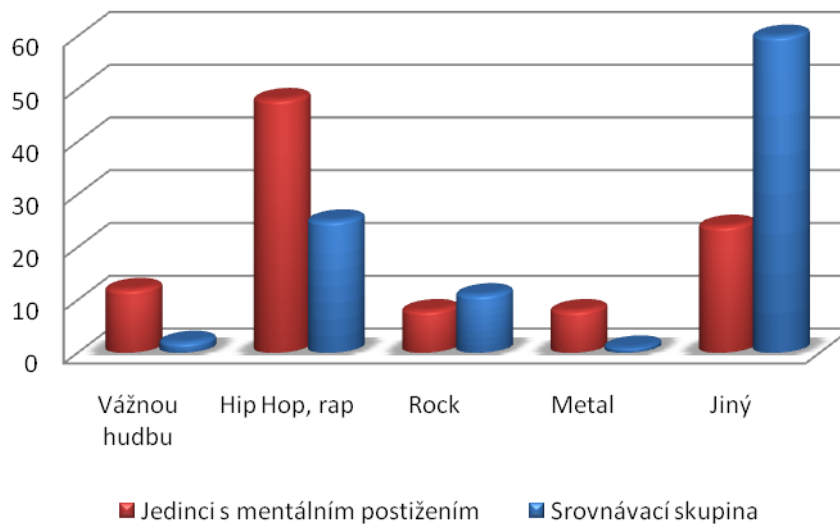
Tabulka č. 15	Jsem příliš štíhlý	Normální	Mám nadváhu	Jsem obézní	Neřeším to
	Srovnávací skupina	7	69	15	1
Jedinci s mentálním postižením	14	66	10	1	10

U této otázky měl každý charakterizovat svoji postavu podle vlastního uvážení. Jistě v tomto případě dosti hrálo i sebevědomí jednotlivců. Většina dotazovaných považuje svoji postavu za normální. 14% jedinců s mentálním postižením se považuje za příliš štíhlé a 10% má nadváhu. Naopak je to ve srovnávací skupině, kdy 7% zvolilo první možnost a 15% odpověď „Mám nadváhu“. Pouhé 1% je obézních a zbývající to vůbec neřeší. S výpočty BMI, které jsou zaznamenány v grafu č. 2, se tyto výsledky téměř shodují. V porovnání dle výpočtů je více jedinců s podváhou a méně s nadváhou než zodpověděli respondenti v této otázce. Již na začátku jsme zmínili, že při zodpovězení této otázky dosti záleží na tom, jak hodnotí a vidí sami sebe jednotlivý dopívající.

Otázka číslo 16

Jaký styl hudby posloucháš?

Graf č. 16



Tabulka č. 16

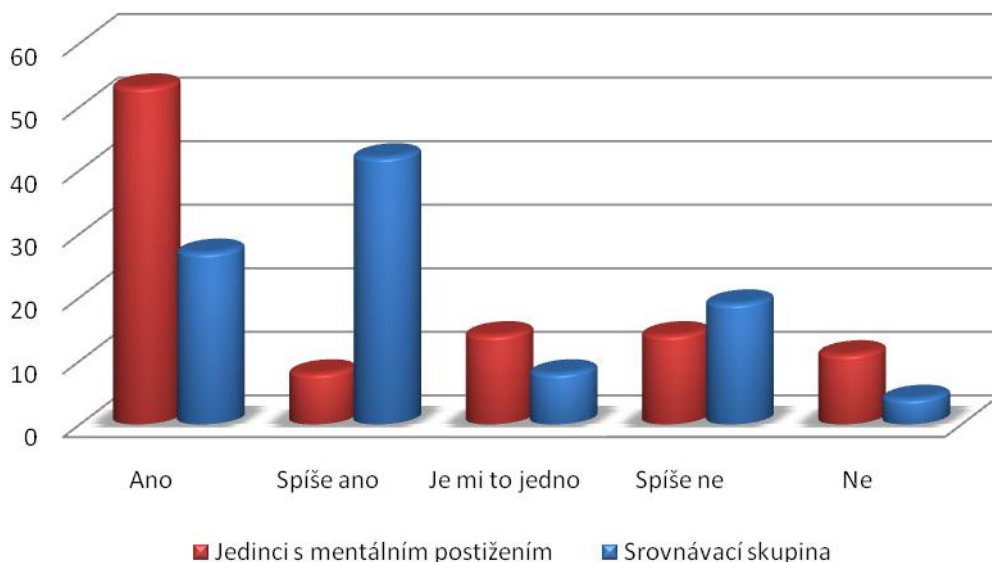
	Vážnou hudbu	Hip Hop, rap	Rock	Metal	Jiný
Srovnávací skupina	2	25	11	1	60
Jedinci s mentálním postižením	12	48	8	8	24

Tato otázka byla vložena do dotazníku jako zavádějící. Chtěli jsme respondenty od tématu poruch příjmu potravy odpoutat. Tudíž není pro naše výzkumné šetření její výsledek důležitý.

Otázka číslo 17

Jsi spokojený/á se svojí postavou?

Graf č. 17



Tabulka č. 17

	Ano	Spíše ano	Je mi to jedno	Spíše ne	Ne
Srovnávací skupina	27	42	8	19	4
Jedinci s mentálním postižením	53	8	14	14	11

Se svoji postavou je spokojeno nebo spíše spokojeno 62% žáků s mentálním postižením a 69% dospívajících ze srovnávací skupiny. Naopak nemá rádo svoji postavu 23% jedinců s mentálním postižením a 25% jedinců z druhé skupiny dotazovaných. Můžeme tedy vidět, že výsledky obou skupin jsou poměrně totožné. Zbývající svoji postavu neřeší, tudíž jim je jedno jak vypadají.

Otázka číslo 18

Je pro tebe důležité, co si o tobě myslí kamarádi či spolužáci?

Graf č. 18



Tabulka č. 18

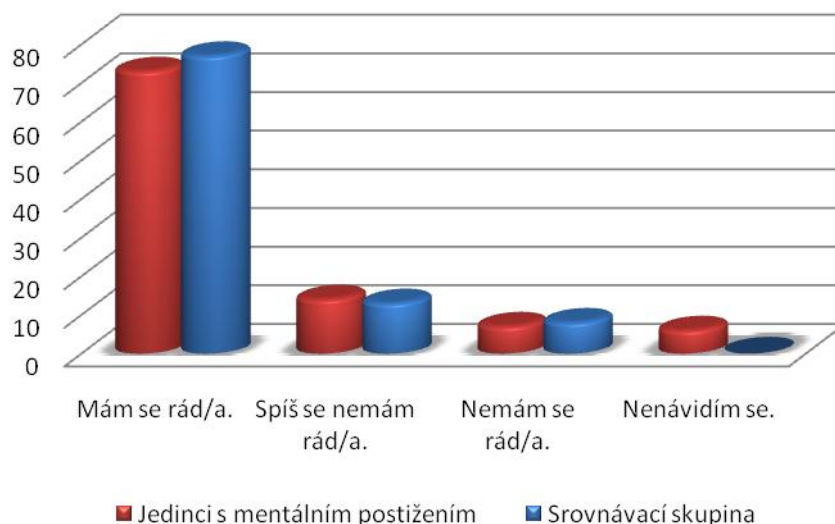
	Ano	Spíše ano	Je mi to jedno	Spíše ne	Ne
Srovnávací skupina	42	25	23	3	7
Jedinci s mentálním postižením	47	19	20	4	10

Ze získaných údajů vyplývá, že více jak polovině dotazovaných z obou skupin dospívajících záleží na názoru ostatních vrstevníků. Není tedy pochyb o tom, že na ně mají vliv i ve věcech stravování a smýšlení o své postavě, ať už pozitivně či negativně. 20% jedinců s mentálním postižením je jedno, co si o nich myslí ostatní a pouhých 14% to spíše nebo vůbec neřeší.

Otázka číslo 19

Jaký vztah máš ke svému tělu?

Graf č. 19



Tabulka č. 19

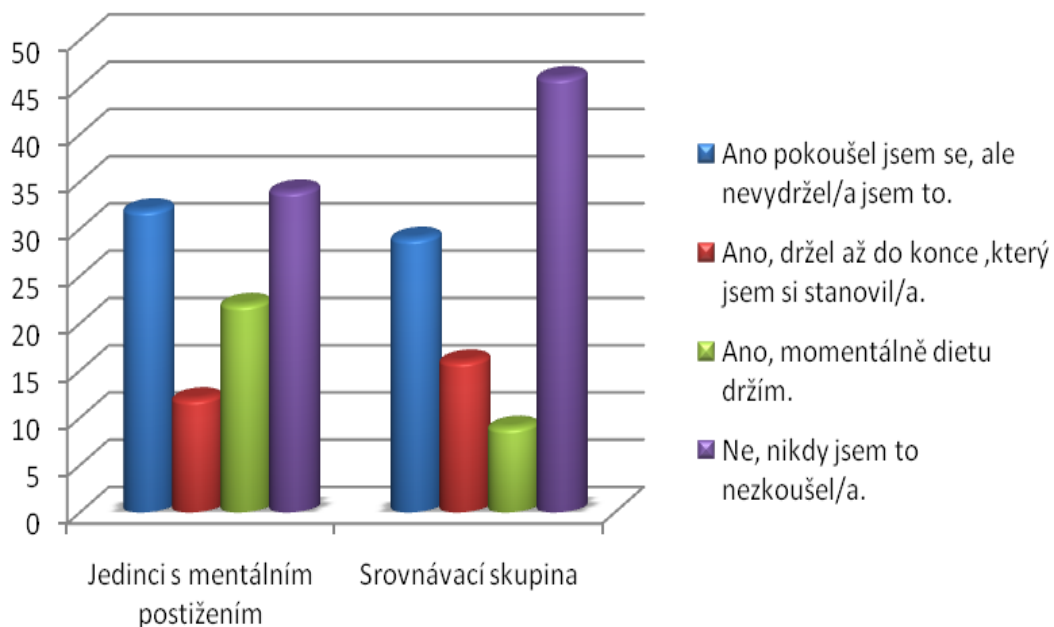
	Mám se rád/a	Spíš se nemám rád/a	Nemám se rád/a	Nenávídím se
Srovnávací skupina	77	13	8	0
Jedinci s mentálním postižením	73	14	7	6

I tato otázka byla do dotazníku vložena s cílem zjistit, jaké sebevědomí mají dospívající a jaký vztah mají ke svému tělu. Výsledek je celkem pozitivní, jak můžeme vidět na grafu. Většina žáků z obou skupin se má rádo, 21% se nemá spíše rádo či vůbec. 6% jedinců s mentálním postižením se nenávidí, což můžeme také z menší části přikládat jejich handicapu či je o tom přesvědčilo jejich okolí.

Otázka číslo 20

Držel/a jsi někdy dietu?

Graf č. 20



Tabulka č. 20

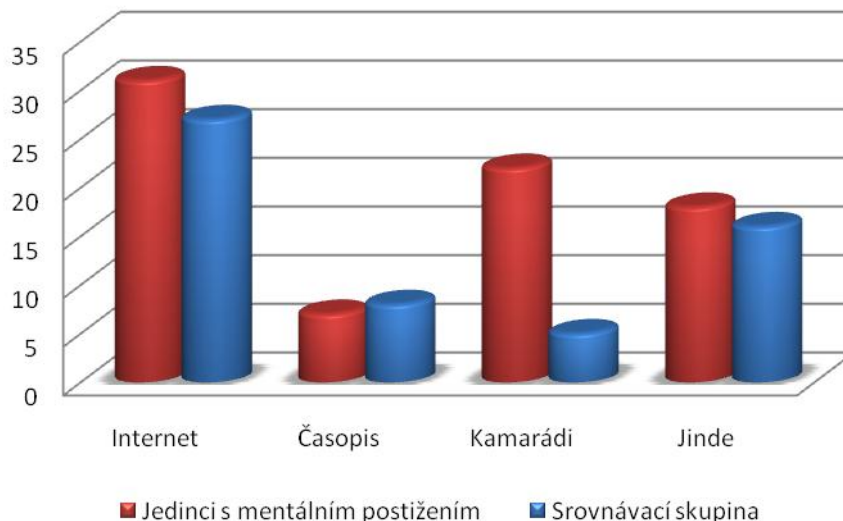
	Ano pokoušel jsem se, ale nevydržel/a jsem to	Ano, držel až do konce, který jsem si stanovil/a	Ano, momentálně dietu držím	Ne, nikdy jsem to nezkoušel/a
Srovnávací skupina	29	16	9	46
Jedinci s mentálním postižením	32	12	22	34

29% jedinců ze srovnávací skupiny a 32% dospívajících s mentálním postižením dietu někdy drželi, ale nevydrželi to. Ovšem velké procento žáků ze srovnávací skupiny (46%) dietu nikdy nadrželo. 12 jedinců s mentálním postižením a 16 respondentů ze srovnávací skupiny dietu vydrželo až do stanoveného konce. 22% dotázaných se speciálními vzdělávacími potřebami momentálně dietu drží.

Otázka číslo 21

Kde jsi se dozvěděl/a o této dietě?

Graf č. 21



Tabulka č. 21

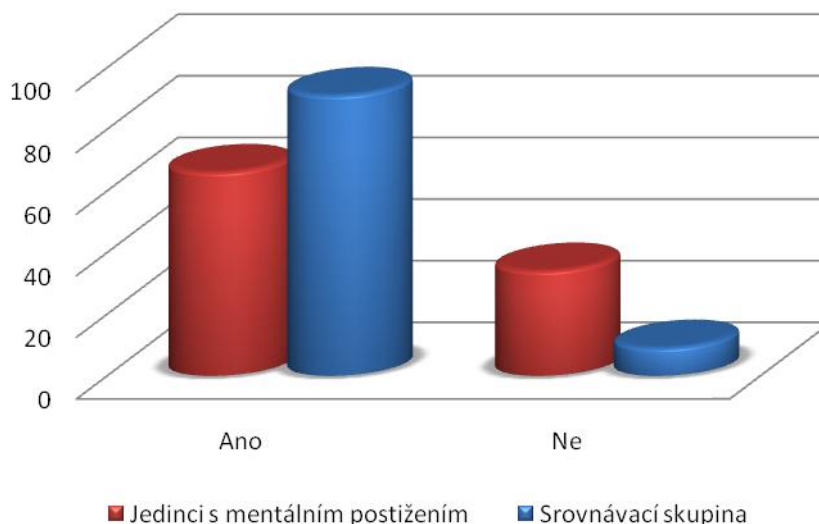
	Internet	Časopis	Kamarádi	Jinde
Srovnávací skupina	27	8	5	16
Jedinci s mentálním postižením	31	7	22	18

Otázka č. 21 navazuje na předchozí otázku a odpovídali na ni jen ti respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli ano. Nejčastěji se dospívající obou skupin o dietě dozvěděli z internetu. 22% jedinců s mentálním postižením informovali o dietě kamarádi. Pokud někdo zvolil poslední možnost, dopsal k ní, že dietu drží kvůli nemoci či mu byla doporučena jeho lékařem. A nejméně procent dotazovaných se o ní dozvědělo z časopisů.

Otázka číslo 22

Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?

Graf č. 22



Tabulka č. 22

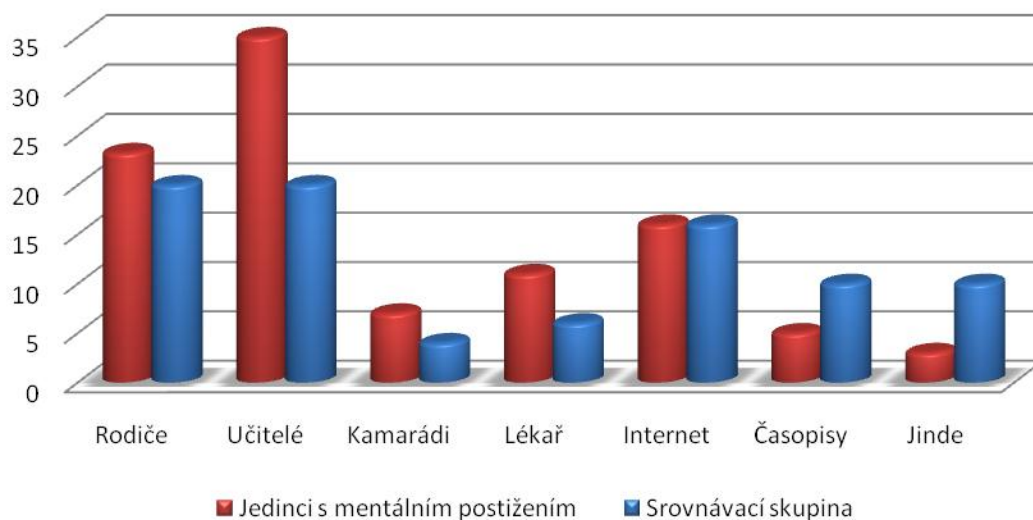
	Ano	Ne
Srovnávací skupina	91	9
Jedinci s mentálním postižením	66	34

Ze získaných výsledků vyplynulo, že až 91% jedinců ze srovnávací skupiny slyšelo o poruchách příjmu potravy, ve skupině žáků s mentálním postižením je procento menší (66%). S tématem poruchy stravování se nesetkalo 34% jedinců s mentálním postižením a 9% žáků ze srovnávací skupiny. Z toho vyplývá, že by se mělo na školách více mluvit o těchto nemocech a to i s jedinci mentálního postižení, jelikož i je můžou tyto poruchy příjmu potravy potkat v životě.

Otázka číslo 23

Pokud ano, kde jsi se o poruchách příjmu potravy dozvěděl/a?

Graf č. 23



Tabulka č. 23

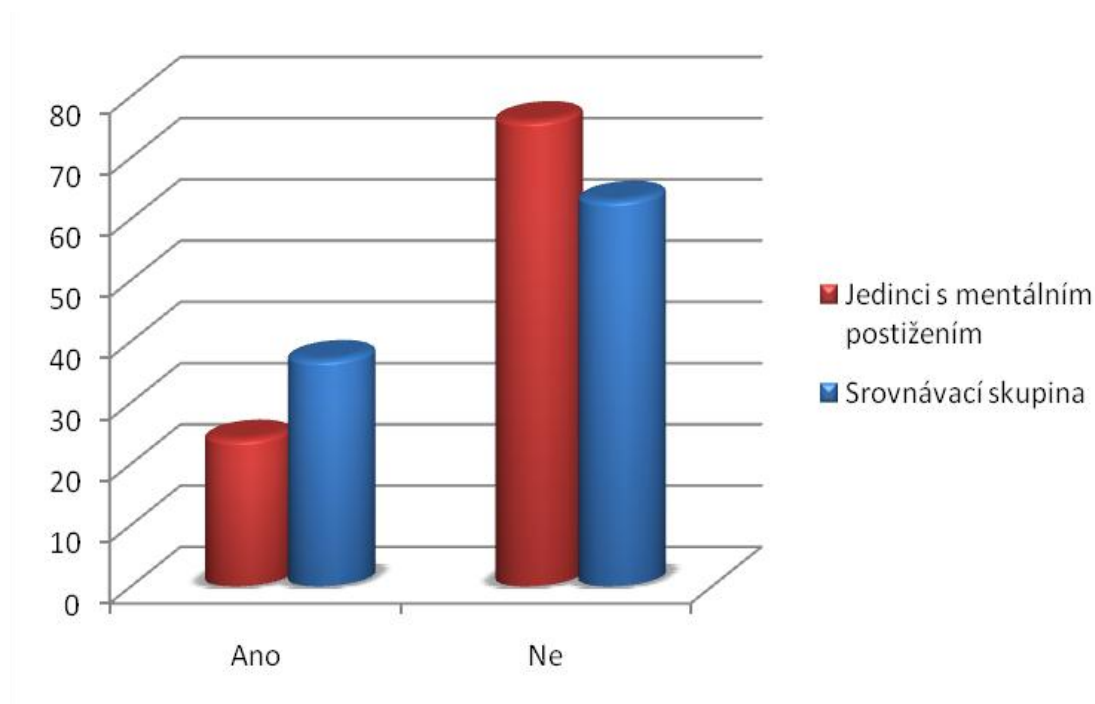
	Rodiče	Učitelé	Kamarádi	Lékař	Internet	Časopisy	Jinde
Srovnávací skupina	20	20	4	6	16	10	10
Jedinci s mentálním postižením	23	35	7	11	16	5	3

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří u předchozí otázky zvolili možnost „Ano“. Nejčastěji se jedinci s mentálním postižením dozvěděli o poruchách příjmu potravy od svých učitelů (35%), rodičů (23%) či z internetu (16%). Žáci ze srovnávací skupiny zvolili téměř ve stejném poměru tytéž odpovědi.

Otázka číslo 24

Znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

Graf č. 24



Tabulka č. 24

	Ano	Ne
Srovnávací skupina	37	63
Jedinci s mentálním postižením	24	76

V grafu je možné vidět, že vysoké procento, převážně však jedinců s mentálním postižením, nezná někoho, kdo by trpěl poruchou příjmu potravy. Téměř 37% dospívajících ze srovnávací skupiny zná ve svém okolí někoho, kdo onemocněl poruchou příjmu potravy.

6 DISKUSE

Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumný vzorek tvořilo 100 jedinců s mentálním postižením a 100 dospívajících bez tohoto postižení.

HH: Dospívajících jedinců s mentálním postižením, kteří zaujímají negativní postoj ke svému tělu, je méně, než jedinců, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.

Výsledek této hypotézy vyplývá z otázky č. 19, která je zaměřena na vztah dospívajících ke svému tělu. Výsledky u obou skupin respondentů byly velice pozitivní (viz graf č. 19). 73% jedinců s mentálním postižením má rádo svoje tělo a 77% dospívajících ze srovnávací skupiny také. Ovšem vyskytlo se i procento (21%) těch, kteří své tělo spíše nemají rádi či vůbec. Šest dospívajících s mentálním postižením se nenávidí, což může vést k patologickým jevům, ať už k sebepoškozování či poruchám příjmu potravy. Je možné, že tento negativní postoj vznikl vlivem jejich postižení, čímž se odlišují od dospívajících bez handicapu. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

Že mají dospívající jedinci, ať už s postižením či bez něj, kladný postoj ke své postavě, podpořila i otázka č. 17. Kdy 62% žáků s mentálním postižením a 69% dospívajících ze srovnávací skupiny má rádo svoji postavu (viz graf č. 17). Svoji postavu nemá rádo 23% jedinců s mentálním postižením a 25% jedinců z druhé skupiny dotazovaných. Je možné tedy vidět, že výsledky obou skupin jsou poměrně shodné.

H1: Dospívající jedinci s mentálním postižením jsou méně informováni, o poruchách příjmu potravy, než jedinci, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.

Výsledek této hypotézy vyplývá z otázky č. 22, kdy měli dotazovaní odpovědět, zda o poruchách příjmu někdy slyšeli či nikoliv. Tato hypotéza se potvrdila, jelikož 91% jedinců ze srovnávací skupiny slyšelo o poruchách příjmu potravy, ve skupině žáků s mentálním postižením je procento menší (66%). S tématem poruchy stravování se nesešlo 34% jedinců s mentálním postižením a 9% žáků ze srovnávací skupiny (viz graf č. 22). Pokud o poruchách příjmu potravy slyšeli dotazovaní, měli odpovědět i na otázku č. 23, u které bylo možné se dozvědět, od koho tyto informace získali. Nejčastěji se dospívající obou skupin dozvěděli o této problematice od svých učitelů, rodičů či z internetu (viz graf č. 23).

H2: Vliv názorů vrstevníků nejen o ideálu štíhlosti, ale i o jiných tématech, je na jedince s mentálním postižením menší, než vliv na jedince, u kterých se mentální postižení nevyskytuje.

Výsledek potvrzené hypotézy vyplývá z otázky č. 18, kde hodnotí dospívající, zda je pro ně důležité, co si o nich myslí kamarádi a spolužáci. Výsledky obou skupin byly téměř vyrovnané. Na 66% jedinců s mentálním postižením odpovědělo převážně pozitivně a to tak, že na ně mají vliv názory spolužáků a kamarádů. Ve srovnávací skupině odpovídali jedinci velmi podobně a to tak, že 67% žáků (viz graf č. 18) zvolilo také spíše pozitivní odpovědi. Není tedy pochyb o tom, že na tyto jedince mají názory jejich vrstevníků vliv i ve věcech stravování a smýšlení o své postavě, ať už pozitivně či negativně. 20% jedinců s mentálním postižením uvedlo, že jim je jedno, co si o nich myslí ostatní a pouhých 14% to spíše nebo vůbec neřeší. 10% žáků ze srovnávací skupiny uvedlo, že to také neřeší.

ZÁVĚR

Předložená diplomová práce byla zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy u dospívajících jedinců s mentálním postižením.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak velké může být riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením ve věku od 11 let do 15 let.

Díličními cíli bylo zjistit, zda jsou dospívající jedinci s mentálním postižením obeznámeni s riziky nesprávného příjmu potravy ve vztahu k štíhlosti. Dozvědět se, jak jsou dospívající jedinci s mentálním postižením spokojeni se svým vzhledem a tělem a jaký vliv na jejich stravovací návyky mají média a společnost.

Teoretická část byla zaměřena na období dospívání a změny, kterými jedinci prochází v tomto nelehkém období. V jednotlivých změnách byly popsány nejdůležitější životní mezníky. Cílem bylo poukázat na mnohé nelehké chvíle, kterými při svém vývoji prochází každý dospívající. V tomto složitém období by mělo být okolí dospívajícího tolerantní a trpělivé. Rodiče dítěte by se měli snažit porozumět svému potomkovi, podpořit jej v hledání jeho hodnot, nalezení osobní orientace a životních cílů. V další části práce je charakterizována problematika poruch příjmu potravy. Jsou zde popsány příčiny, projevy, zdravotní následky a léčba poruch příjmu potravy. Zabývali jsme se také historií této problematiky. Ve třetí kapitole byly vymezeny typy mentálního postižení. Poslední kapitola měla čtenářům poskytnout informace o tom, jak by měl vypadat zdravý životní styl. Teoretická část měla zahrnout výklad problematiky poruch příjmu potravy z odborného hlediska.

Empirická část byla věnována porovnávání a zjišťování, jaké sklony mají k poruchám příjmu potravy dospívající jedinci s mentálním postižením.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že riziko vzniku poruch příjmu potravy hrozí jak u jedinců s mentálním postižením, tak u dospívajících ze srovnávací skupiny. U většiny odpovědí byly u obou skupin téměř shodné výsledky. Je patrné, že dospívající s mentálním postižením se častěji straní společnosti a mají nižší sebevědomí.

Při hodnocení výsledků nebylo ve skupinách dotazovaných zjištěno vysoké riziko faktorů způsobujících poruchy příjmu potravy. Velice pozitivní výsledky byly vysledovány v pravidelnosti stravování, většina dospívajících snídá každý den a obědvá po vyučování ve školní jídelně či doma, nikoli ve fast foodu, což je v dnešní době velice využívaná služba, díky svojí rychlosti. Kladné výsledky byly také shledány v oblasti sebepojetí a sebehodnocení žáků, což je v období dospívání velice důležité.

Jelikož v tomto období hledají dospívající svoji identitu a prochází socializačním vývojem, kdy se emancipují od rodiny a navazují vztahy se svými vrstevníky. Lze tedy říct, že většina dospívajících s mentálním postižením i bez něj má kladný vztah ke svému tělu a jsou spokojeni se svými tělesnými proporcemi.

Přestože je informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi veřejností poměrně dobrá, je potřeba se více věnovat oblasti prevenci. Někdy si můžeme v novinách nebo na internetu dočíst o anorexii či bulimii, ale tyto články se nesnaží varovat své čtenáře, spíše to popisují jako nějakou senzaci. Měli bychom si uvědomit, že toto je velice závažný problém, kterým můžou trpět jedinci již ve školním věku. Většinu populace varování odradí, nicméně pro některé dospívající může být takový článek či blog na internetu výzvou a návodem k poruchám příjmu potravy. Na mnohých místech jsou prezentovány různé diety k dosažení ideálu štíhlosti, poté je už jen krůček k hladovění, zvracení a užívání projímadel. Měli bychom udělat vše proto, aby si jedinci uvědomili, že toto jsou jen dlouhodobě neúčinné metody hubnutí, které naopak vedou k závažným onemocněním. Zdravá výživa neznámá jíst od rána do večera pouze hodně ovoce či zeleniny a vyhýbat se masu nebo mléčným výrobkům. Měli bychom jíst přiměřeně a na svou postavu by si měl každý zvyknout a přijmout ji, i přestože není ideální. Nejvíce informací by tedy měli získat dospívající v každé škole i pro děti s nějakým postižením, ať už formou přednášky nebo v rámci výuky. Díky dotazníku bylo patrné, že děti s mentálním postižením nejsou o této problematice dosti informované. Byl by to jistě přínos pro jedince s poruchou příjmu potravy i pro ty, kteří jí netrpí. Mnoho dospívajících trpících tímto jevem se obává někomu svěřit. V případě větší osvěty ve škole by pak mohl zjistit, na koho se obrátit s požádáním o pomoc a jak se vypořádat s tímto problémem. Naopak jeho kamarádi by problému lépe pochopili a byli ochotni nabídnout pomoc.

Je také důležité, aby se pedagogové a výchovní poradci na školách zajímali o danou problematiku a rozpoznali ji. Je potřeba jedinci naslouchat, povzbudit ho a nabídnou mu odbornou pomoc.

Tato práce může být přínosem pro speciální pedagogy, pedagogy, vychovatele případně sociální pracovníky. Úkolem bylo poskytnout alespoň základní informace o těchto poruchách, neboť je to velice závažné onemocnění, které může končit až smrtí. Hlavním problémem těchto chorob je naše mysl, vše se odehrává v naší hlavě, nemůže nás tedy uzdravit nikdo jiný, než my sami.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. ATKINSON, R. a kol. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-6430-3.
2. BENDOVIÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
3. CENKOVÁ, T. *Jak přežít pubertu svých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-2913-8.
4. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. 1. vyd. Olomouc: VOTOBIA, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
5. CLARKOVÁ, N. *Sportovní výživa*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4655-5.
6. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: PRAGMA, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví-vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměněné vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
9. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
10. GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
11. HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
12. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
13. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
14. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
15. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
16. KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-946-2.

17. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
19. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0736-5.
20. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D., *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
21. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
22. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2715-8.
23. MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.
24. MALONEY, M. KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
25. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.
26. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
27. PRAŠKO, J. *Poruchy osobností*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-737-X.
28. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
29. SLÁDKOVÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
30. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2165-1.
31. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
34. WEDLICOVÁ, I., HEŘMANOVÁ, V. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2008. ISBN 978-80-7414-044-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL. *Manuál pro pedagogy*. [online]. 2010 [cit. 2014-09-22]. Dostupné z:

http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

VIOD. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 2007 [cit. 2014-09-22]. Dostupné z:

<http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>

VÍM, CO JÍM A PIJU, O. P. S.. *Zdravá výživa*. [online]. 2013 [cit. 2015-01-29].

Dostupné z: http://www.vimcojim.cz/cs/spotrebitel/zdrava-vyziva/vyvazena-strava/Potravinova-pyramida---navod-na-zdravy-zivotni-styl__s638x7938.html

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Potravinová pyramida.....	46
--------------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví.....	55
Graf 2: BMI	56
Graf 3: S kým bydlíš?	57
Graf 4: Máš sourozence?	58
Graf 5: Trávíš rád/a své volné chvíle s rodinou?	59
Graf 6: Jak trávíte volné chvíle s rodinou?	60
Graf 7: Je tvoje rodina nábožensky založena?	61
Graf 8: Jak trávíš svůj volný čas?	62
Graf 9: Kolikrát během dne jíš?	63
Graf 10: Snídáš každý den?	64
Graf 11: Kde nejčastěji obědváš po vyučování?	65
Graf 12: Scházíte se společně s rodinou o víkendech u jídla?	66
Graf 13: Zajímáš se o zdravou výživu?	67
Graf 14: Jaký typ postavy se ti líbí?	68
Graf 15: Jak bys charakterizoval/a svoji postavu?	69
Graf 16: Jaký styl hudby posloucháš?	70
Graf 17: Jsi spokojený/á se svoji postavou?	71
Graf 18: Je pro tebe důležité, co si o tobě myslí kamarádi či spolužáci?	72
Graf 19: Jaký vztah máš ke svému tělu?	73
Graf 20: Držel/a jsi někdy dietu?	74
Graf 21: Kde jsi se dozvěděl/a o této dietě?	75
Graf 22: Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?	76
Graf 23: Pokud ano, kde jsi se o poruchách příjmu dozvěděl/a?	77
Graf 24: Znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?	78

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví.....	55
Tabulka 2: BMI	56
Tabulka 3: S kým bydlíš?	57
Tabulka 4: Máš sourozence?	58
Tabulka 5: Trávíš rád/a své volné chvíle s rodinou?	59
Tabulka 6: Jak trávíš volné chvíle s rodinou?	60
Tabulka 7: Je tvoje rodina nábožensky založena?	61
Tabulka 8: Jak trávíš svůj volný čas?	62
Tabulka 9: Kolikrát během dne jíš?.....	63
Tabulka 10: Snídáš každý den?	64
Tabulka 11: Kde nejčastěji obědváš po vyučování?	65
Tabulka 12: Scházíte se společně s rodinou o víkendech u jídla?	66
Tabulka 13: Zajímáš se o zdravou výživu?	67
Tabulka 14: Jaký typ postavy se ti líbí?	68
Tabulka 15: Jak bys charakterizoval/a svoji postavu?	69
Tabulka 16: Jaký styl hudby posloucháš?	70
Tabulka 17: Jsi spokojený/á se svoji postavou?	71
Tabulka 18: Je pro tebe důležité, co si o tobě myslí kamarádi či spolužáci? ...	72
Tabulka 19: Jaký vztah máš ke svému tělu?	73
Tabulka 20: Držel/a jsi někdy dietu?	74
Tabulka 21: Kde jsi se dozvěděl/a o této dietě?	75
Tabulka 22: Slyšel/jsi někdy o poruchách příjmu potravy?	76
Tabulka 23: Pokud ano, kde jsi se o poruchách příjmu potravy dozvěděl?	77
Tabulka 24: Znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?	78

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
----------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dotazník

Milí žáci,

jmenuji se Barbora Skořepová a jsem studentkou Univerzity J. A. Komenského v Praze. Chtěla bych vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který slouží pouze pro účely mé diplomové práce. U každé otázky prosím označte odpověď, která je vám nejbližší, popřípadě doplňte vlastní text.

1) Jsem:

- a) dívka
- b) chlapec

2) Vážím..... kg (uved'te)

Měřím..... cm (uved'te)

3) Doma bydlím s:

- a) matkou a otcem
- b) matkou
- c) otcem
- d) někým jiným (uved'te s kým)

.....

4) Máš sourozence, pokud ano, uveď kolik?

- a) Žádného
- b) Jednoho
- c) Dva
- d) Více (uved'te počet).....

5) Trávíš rád/a své volné chvíle s rodinou?

- a) Ano
- b) Ne

6) Jak trávíte volné chvíle s rodinou?

- a) Jezdíme na výlety
- b) Sportujeme
- c) Doma u televize či počítače
- d) V nákupních centrech
- e) Jinak např. (uved'te)

.....
.....

7) Je tvoje rodina nábožensky založena?

- a) Ne, není
- b) Ano, je

8) Jak trávíš svůj volný čas?

- a) Sportuji
- b) U počítače nebo televize
- c) Hrou s kamarády
- d) Jinak např. (uved'te)

.....
.....

9) Kolikrát během dne jíš?

- a) 1-2x denně
- b) 3x denně
- c) 4x a více

10) Snídáš každý den?

- a) Ano, snídám každý den
- b) Občas snídání vynechám
- c) Nesnídám

11) Kde nejčastěji obědváš po vyučování?

- a) Ve školní jídelně
- b) Ve fast foodu
- c) Doma
- d) Neobědvám

12) Scházíte se společně s rodinou o víkendech u jídla (např. u oběda, večeře)?

- a) Ano, scházíme
- b) Občas
- c) Ne, nescházíme

13) Zajímáš se o zdravou výživu?

- a) Ano, zajímá se o ni celá rodina
- b) Ano, zajímám se o ní sám/sama prostřednictvím internetu, knih, časopisů
- c) Ne, nezajímá mě to

14) Jaký typ postavy se ti líbí?

- a) Štíhlá
- b) Sportovní (svalnatá)
- c) Normální
- d) Silnější
- e) Obézní

15) Jak bys charakterizoval/a svoji postavu?

- a) Myslím, že jsem příliš štíhlý/á
- b) Myslím, že je normální
- c) Myslím, že mám nadváhu
- d) Myslím, že jsem obézní
- e) Neřeším to

16) Jaký styl hudby posloucháš?

- a) Vážnou hudbu
- b) Hip hop, rap
- c) Rock
- d) Metal
- e) Jiný (uved'te jaký).....

17) Jsi spokojený/á se svoji postavou?

- a) Ano b) Spíše ano c) Je mi to jedno d) Spíše ne e) Ne

18) Je pro tebe důležité, co si o tobě myslí kamarádi či spolužáci?

- a) Ano b) Spíše ano c) Je mi to jedno d) Spíše ne e) Ne

19) Jaký vztah máš ke svému tělu?

- a) Mám se rád/a
- b) Spíš se nemám rád/a
- c) Nemám se rád/a
- d) Nenávidím se

20) Držel/a jsi někdy dietu?

- a) Ano, pokoušel/a jsem se o to, ale nevydržel/a jsem to
- b) Ano, držel/a až do konce, který jsem si stanovil/a
- c) Ano, momentálně dietu držím
- d) Ne, nikdy jsem to nezkoušel/a

21) Kde jsi se dozvěděl/a o této dietě? (vyplň pouze v případě, že jsi na předcházející otázku odpověděl/a ano)

- a) Na internetu
- b) V časopisech týkajících se diet
- c) Od kamarádů/ kamarádek
- d) Na jiném místě (uved'te kde)

.....
.....

22) Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?

- a) Ano, slyšel/a
- b) Ne, neslyšel/a

23) Pokud ano, kde jsi se o poruchách příjmu potravy dozvěděl/a?

- a) Od rodičů
- b) Ve škole od učitelů
- c) Od spolužáků a kamarádů
- d) Od lékaře
- e) Z internetu
- f) Z časopisů, knih, novin
- g) Z jiného zdroje

(uved'te).....

24) Znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji vám za váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Barbora Skořepová

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Riziko vzniku poruch příjmu potravy u jedinců s mentálním postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 74

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Iva Duksová