

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Markéta Špundová

3. ročník – prezenční studium

Obor: Pedagogika – sociální práce

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

OLOMOUC 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Ve Šternberku dne 12. 4. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za profesionální vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Zástupci ředitelky panu Mgr. Jaroslavu Zavadilovi a pedagogům Gymnázia Šternberk za ochotnou spolupráci a pomoc při realizaci praktické části bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Potrava	7
1.1 Poruchy příjmu potravy	8
1.2.1 Dějiny poruch příjmu potravy.....	9
1.2.2 Mentální anorexie	10
1.2.3 Mentální bulimie	12
2 Index tělesné hmotnosti - Body mass index	14
3 Mentální anorexie a bulimie dětí	14
3.1 Dnešní stravování dětí	15
4 Příznaky poruch příjmu potravy.....	16
5 Příčiny poruch příjmu potravy.....	17
5.1 Individuální faktory.....	18
6 Nově vymezené poruchy příjmu potravy	19
6.1 Ortorexie.....	20
6.2 Biorexie	20
6.3 Drunkorexie.....	21
7 Léčba poruch příjmu potravy.....	22
7.1 Terapie	24
8 Prevence poruch příjmu potravy.....	25
8.1 Metodika prevence sociálně patologických jevů	25
8.2.1 Preventivní programy pro školy.....	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST	28
1.1 Cíl výzkumného šetření	28
1.2 Metoda výzkumného šetření	28
1.2.1 Popis konkrétního výzkumného šetření.....	30
1.2.2 Popis vzorku výzkumného šetření.....	30
2 Konkrétní výzkumné šetření - výsledky.....	31
2.1 Diskuse	46
Závěr	48
Použitá literatura	49
Internetové zdroje.....	51
Anotace	52
Přílohy.....	53

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsem zvolila jako téma mé bakalářské práce hned z několika důvodů. Nejprve zmíním důvod motivační. Již několik let spolupracuji na projektu, který se snaží řešit také tento problém a díky němuž vím, že prevence je na prvním místě v tomto žebříčku boje proti poruchám příjmu potravy.

Dále je pro mne důvodem dnešní uspěchaná doba v kombinaci s obrovskou komercí, což má, dle mého názoru, na poruchy tohoto typu obrovský, neblahý vliv. I když v dnešní době je téma lépe řešené, co se prevence i léčby týče, stále v tomto případě zůstává viset několik otazníků. Zajímavé je, že si stále velká část populace dostatečně neuvědomuje, do jaké míry nás může závislost na potravě ovlivňovat, přitom se rovná závislosti na drogách. Přece jen je těžké pochopit, že něco, co nás má držet při životě, se může stát závislostí s tragickým koncem.

Velmi důležité je prevenci uskutečňovat nejen v rodině, ale i ve vzdělávacích institucích. Pro nejlepší výsledek je zapotřebí neúnavné spolupráce obou těchto složek.

V posledních letech narostl počet onemocnění poruch příjmu potravy nejen u nejrizikovější skupiny, tedy adolescentů, ale i u dětí. Dokonce došlo k nárůstu poruch tohoto typu i u mužů. Problém je znám už poměrně dlouhou dobu, jak u ženského pohlaví tak i u mužského. Ale teprve v posledních letech došlo k jakési osvětě tohoto jevu a s ní k rozšíření preventivních opatření.

Následky poruch příjmu potravy mají dopad nejen na konkrétně postiženou osobu, avšak i její okolí, zejména rodinu. Mohou být nejrůznějšího typu – psychické, fyzické i osobnostní.

Cílem této bakalářské práce je charakterizovat důsledky poruch s příjmem potravy a podat o nich důležité informace. Zaměříme se na poruchy příjmu potravy obecně, ale zejména na dvě nejnámější, mentální bulimii a mentální anorexii. Zmíníme i nově vymezené poruchy, a to ortorexii, drunkorexii, biorexii. Dále se budeme zabývat poruchami příjmu potravy a jejich příznaky, příčinami, léčbou a v neposlední řadě prevencí.

Objeví se zde také výpočet BODY MASS INDEXU – BMI (někdy také nazýváno Quetelův index) používaného k orientačnímu výpočtu tělesných proporcí.

Praktická část si klade za cíl, prostřednictvím metody kvantitativního výzkumu pomocí strategie dotazníku, zjistit, jak jsou o tomto problému informováni studenti gymnázia. Následně zdali budou dívky informovány lépe než chlapci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Potrava

Potrava patří k primárním potřebám člověka, tvoří jeho vnější prostředí, které ovlivňuje jeho zdraví. V průběhu života se mění význam jídla pro člověka, ať už psychologicky nebo sociálně. Může nabýt význam komunikace, úniku před samotou, získávání pozornosti, zvyklostí. Skladba přijímané potravy se odráží na lidském zdraví, jak tělesném, tak duševním. V neposlední řadě i na vzhledu, který je v dnešní době též velice důležitý a neměli bychom ho podceňovat ani přeceňovat (Včelařová, Bendová 2013).

Člověk se potřebuje několikrát za den „regenerovat“ a tohoto stavu může dosáhnout jen pomocí potravy, ze které získává všechny důležité složky pro organismus. Míra zdraví organismu se odvíjí od nutriční hodnoty přijímaných potravin, podepisuje se na celkovém zdraví, tzn. základní potřeba člověka pro život je jídlo a pití. Důležité ovšem je, jaké jídlo neboli stravu zvolíme (Marádová, 2010).

Je asi jasné každému z nás, že při časté konzumaci např. našeho tradičního jídla – zelí, vepřového a knedlíků nebo svičkové a knedlíků, bychom zcela jistě přibývali na váze a kvalita našeho zdraví (psychického, fyzického) by logicky nebyla příliš vysoká.

Proto je důležité zmínit nejdůležitější základy správného stravování a zásad s ním spojených. Mnohým se následující informace mohou zdát naprosto jasné, ale pozor, nejruznější studie a výzkumy dokazují opak. Zmíním jednu z mnoha studií provedenou ve Velké Británii s ohledem na pestrost národnostního složení tamního obyvatelstva.

Od roku 2011 prudce vzrostla obezita ve Velké Británii, což potvrzuje výzkum instituce The Health Survey for England. Pomocí srovnávání Body Mass Indexu v různém období bylo dosaženo zajímavých výsledků. Z výzkumu vyplynulo, že každý dospělý obyvatel Velké Británie trpí nadváhou (Včelařová, Bendová 2013).

Nejdůležitějšími základy správného stravování a zásad s ním spojených je bezesporu pestrost stravy. Tzn. snažit se, aby strava byla různorodá a nebyla jednotvárná. Vyhýbáme se smaženým a příliš těžkým jídlům. Dbáme na pitný režim. Jíme minimálně pětkrát denně, nevynecháváme ovoce a zeleninu, kterou si patřičně omýváme. Nezapomínáme

ani na hygienu rukou. Poslední jídlo konzumujeme minimálně 2 hodiny před spaním. A hlavně neopomíjíme pohyb. Každý bychom měli denně věnovat 30 minut pohybu, např. procházce atd. Vzor správného jídelníčku naleznete v příloze 1.

1.1 Poruchy příjmu potravy

U dívek a chlapců dochází v průběhu adolescence k poměrně prudkým změnám, což je těžké nejen pro ně, ale může to být těžké i pro jejich prostředí, tedy rodinu a přátele. Adolescenti se mění v dospělé jedince a tímto jsou na ně kladeny nové odpovědnosti rozdílné od dosavadních.

Dochází ke změnám tělesným i duševním, tyto okolnosti vedou k proměnám vztahů. Právě v dospívání se jedinci vyvíjí intelekt. Není pochyb, že každý adolescent prožívá období dospívání individuálně. U většiny jedinců je však toto období velmi bouřlivým, nejen z hlediska vnitřního, ale také vnějšího.

Jakmile se dítě začíná dostávat do období puberty, situace v rodině se do jisté míry mění. Konflikty mezi rodiči a dětmi se stávají častějšími a rodiče si mnohdy neví rady, jak tyto situace řešit. Zde právě nastává mezník, kdy se začínají objevovat první poruchy nejen příjmu potravy. Nyní je zapotřebí, aby si obě strany vytvořily určitý řád (Krch a kol., 1999).

Adolescenti hledají v období puberty svoji vlastní identitu. Dnešní doba internetu, televize a nepřehledného množství časopisů nabádá k inspiraci různými, bohužel mnohdy zápornými jevy. Např. jakýsi diktát módy dnes vyžaduje nejen oblékání v určitém stylu diktovaném konkrétní dobou, ale zahrnuje i obraz tělesné stavby. Tento obraz tělesné stavby je vymezen velice přísnými kritérii. I když se v poslední době upouští od přílišné štíhlosti, stále jsou kultem štíhlá, vypracovaná těla. Přiblížení se k tomuto ideálu často bohužel řešíme nesprávným způsobem, např. nebezpečným hladověním.

S tímto nesprávným řešením individuální situace nemají problém jen adolescenti, ale také lidé již dospělí a děti. Ovšem není pochyb o jednom z nejkritičtějších období, období adolescence. Pro výskyt poruch příjmu potravy je období adolescence nejrizikovější a záleží na individualitách osobnosti oběti, jak se dokáže s tímto onemocněním vyrovnat.

Skupiny, jak adolescentů, tak dospělých a dětí mají společný základ problému. Tím je jídlo, jako řešení negativních emocionálních situací. Dalo by se hovořit o závislosti na jídle dosti podobné závislosti na alkoholu nebo závislosti na cigaretách, či jiných návykových látkách. Jedinec trpící poruchou příjmu potravy začíná jídlo vnímat již ne jako součást života, ale jako jeho hlavní podstatu.

Dále je potřeba si uvědomit, že za poruchy příjmu potravy neoznačujeme pouze hladovění a s ním spojené dvě známé nemoci – mentální anorexii a mentální bulimii, ale stejně tak i poruchu přejídání. Jedinci trpící přejídáním konzumují obrovské množství potravy, i přestože nemají hlad. Jedí i to, co jim nechutná jen pro ukrutný pocit, že musí něco jíst. Tomuto projevu říkáme záchvatové (nutkavé) přejídání. Všem těmto jevům přísluší společná nespokojenost s vlastní životní situací (Web o zdraví a kráse, 2001) [online].

1.2.1 Dějiny poruch příjmu potravy

Po několik stovek let se setkáváme s poruchami v kombinaci s potravou. Již kolem období středověku začínáme registrovat první známky ruminace a pici. Ruminace, neboli opětovné vrácení sousta do úst k opakovanému žvýkání. Pica, tedy potřeba zkoušet neobvyklé, až extrémní věci, či látky nevhodné k jezení. Již z doby kamenné se setkáváme s výskytem obezity, jejíž důkaz naznačují např. sochy a malby.

Z dějin je možné vyčíst, že odmítání potravy bylo přisuzováno několika příčinám. Z prvopočátku byly poruchy kladeny za příčinu nadpřirozeným silám. Poté význam náboženský nedovoloval přijímat potravu v období půstu např. za nezbožné chování atd.

V pozdním středověku tvrdily svaté ženy, že je při životě drží boží pomoc a potravu přijímat nepotřebují nebo potřebují jen velmi omezené množství.

Později byla zaznamenána existence i jakýchsi „zázračných pan“, které tvrdily, že nepotřebují přijímat potravu, ale již neuváděly náboženské důvody. Většinou to byly adolescentní dívky. Za tuto „exhibici“ se těmto dívkám dostávalo obrovské pozornosti. Dokonce byly navštěvovány a obdarovávány králi. Snad možná proto, že tímto chtěli panovníci poukázat na snížení „příživnosti“ lidu na minimum.

V začátcích bylo toto chování považováno za náboženský, či nadpřirozený jev. Později se začalo mluvit o možnostech žití z výživných částic obsažených ve vzduchu. V devatenáctém století se na tento jev poruch příjmu potravy začalo pohlížet patologicky.

Také daleká historie přejídání je zjevná, nejvíce u privilegované společnosti, ale i u chudších lidí, kteří se přejídali pro zábavu druhých na trzích. Byli bráni jako zábavná atrakce a mohli si tímto způsobem přivydělat. Anorexia nervosa se objevuje ke konci osmnáctého století pod názvem „blednička“. Tehdejší lékaři, především psychiatři, popisují příznaky této nemoci. Bledost, ztráta chuti a ztráta menstruace postihující hlavně krásné mladé ženy.

V druhé polovině devatenáctého století se konečně objevuje věrohodné popsání mentální anorexie tehdy označované jako „sitiofobie“ (chorobné nechutenství). V roce 1944 byla vytvořena kvalitní kazuistika švýcarským psychiatrem. Jistá slečna bojovala se záchvaty zvracení a extrémním užíváním laxativ.¹ Bohužel byl její stav nesprávně diagnostikován jako schizofrenie. V sedmdesátých letech byla vymezena skupina symptomů charakteristická nadměrným přejídáním v kombinaci se zvracením — bulimia nervosa. V podstatě můžeme říci, že mentální bulimie se vyvinula z mentální anorexie (Krch a kol., 1999).

1.2.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha specifická pro záměrné snižování tělesné hmotnosti s následným hubnutím. Slovo anorexie je často definováno jako nechutenství, ale tato definice není pro danou poruchu přesná, proto bych definici zaměnila spíše za sebehladovění, protože tito lidé chuť k jídlu mají, jen se z nějakého důvodu rozhodli nejíst.

Tento důvod může být např. zapříčiněn narušeným postojem k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Papežová, 2000a).

Lidé trpící mentální anorexií si neustále připadají nedostatečně štíhlí, i přesto, že je okolí, tak blízké jako rodina a přátelé, shledávají za „kostlivce“, oni jako by jim

¹Laxativa = projímadla

nevěřili ani slůvko z toho, co jim říkají. I ti lidé, kteří byli hospitalizováni v nemocnici kvůli podvýživě, dokážou samotným lékařům vyvracet skutečnou diagnózu a říkat, že potřebují ještě zhubnout. Dnešní společnost k poruchám příjmu potravy velkou měrou přispívá, zejména zhlédnutím se ve fenoménu štíhlé postavy, viz příloha č. 2 (Krch, 2002).

V knize Poruchy příjmu potravy od Evy Marádové jsou uvedeny následující kritéria.

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie:

- *Tělesná hmotnost minimálně 15% pod odpovídající úrovní hmotnosti a je jedno, jestli byla pod tuto úroveň snížena nebo nebyla nikdy dosažena, nebo BMI (Index tělesné hmotnosti určuje stupeň obezity, jedná se o hodnotu vypočtenou podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou; normální váhu určují hodnoty BMI mezi 18,5 a 25, osoby, jejichž BMI má hodnotu pod 18,5, trpí podvýživou, hodnota BMI nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu). Pacienti před pubertou nesplňující během růstu očekávaný váhový přírůstek.*
- *Úbytek na váze si způsobuje osoba vědomě sama vyhýbáním se nutričně bohaté stravě a dále využíváním některého nebo několika z následujících prostředků: uměle vyvolané zvracení, užívání laxativ (léky, které různými způsoby vyvolávají stolici), anorektik (přípravky snižující chuť k jídlu), diuretik (látky povzbuzující tvorbu moči) a přehnané cvičení co do zátěže, tak co do frekvence.*
- *Přetrvávající intenzivní obava z nadváhy a neobjektivní vnímání vlastního těla vede ke stanovení si velice nízké a často až nereálné optimální hmotnosti.*
- *Endokrinní porucha projevující se u žen jako absence alespoň tří za sebou jdoucích menstruačních cyklů (amenorea) a u mužů jako ztráta sexuální chuti (apetence). Výjimku tvoří menstrující ženy užívající náhradní hormonální léčbu, nejběžněji ve formě antikoncepčních pilulek. Lze pozorovat taktéž zvýšenou hladinu somatotropního růstového hormonu, stresového hormonu (kortizolu) a nevyváženou sekreci tyreoidního hormonu štítné žlázy a inzulinu.*
- *U prepubescentních pacientů dochází k opoždění až zastavení projevů puberty. U dívek se jedná o celkový růst, růst prsou a absenci menstruace, u chlapců se nevyvíjí*

genitálie. Po vyléčení poruch příjmu potravy jsou většinou opožděné projevy puberty dokončeny (Marádová, 2007, s. 7).

1.2.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je onemocnění charakterizováno opakovanými záchvaty přejídání většinou velmi nutričně hodnotnými potravinami, které jsou nemocí postižené osobě rychle dostupné. Onemocnění je závažné, ve větší míře se vyskytuje u ženského pohlaví, hojně ve věku od 18 do 24 let. Oproti tomu v případě mentální anorexie se výskyt onemocnění objevuje v časnějším věku. Bulimici si přehnaně, až patologicky kontrolují svoji hmotnost.

Více jak polovina bulimiků nejdříve prošla mentální anorexií, která pro ně znamenala koloběh hladovění spojený s cvičením. Po tomto koloběhu omezování postižený přejde k jiné, „efektivnější a méně náročné metodě kontroly“, ke zvracení. Pro bulimika nastává „šťastné“ období, ve kterém konečně pocítuje pocit nasycení. Postižený stále potřebuje způsob kontroly, takže zvýšený příjem začne regulovat vyvolaným zvracením nebo užitím diuretik. Takto dosáhne stavu, v němž může nekontrolovatelně přijímat potravu a zároveň vše regulovat zvracením. To vše provádí ve veškeré tajnosti, a proto se s tímto nikdy nekončícím koloběhem pere sám, aniž by o poruše někdo věděl. K nevědomosti okolí, a to i blízké rodiny přispívá fakt, že si bulimici udržují poměrně normálně vypadající postavu. Významem přejídání může být i pocit možného uvolnění stresu, který se dostaví díky nasycení. Po nějaký čas se bulimikům daří dostatečně jíst a nepřibírat na váze nejen díky zvracení, ale také díky lékům na hubnutí, odvodnění, či vyprazdňování.

Toto pro bulimika „šťastné období“ končí ve chvíli, kdy se dostane do velmi úzkostných stavů, zvrací, a to i nechtěně a omdlévá. Následně také kvalita vlasů, nehtů a pleti značně klesá a celkový zdravotní stav se zhoršuje (Balch, 1998).

Pro určení a specifikaci diagnózy jsou používány tyto příznaky.

Diagnostická kritéria bulimie (označeno v MKN - 10 kódem 50.2) stanovené dle Mezinárodní klasifikace nemoci:

- *Opakované epizody přejídání (nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*

- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).*
- *Snaha potlačit "výkrmný" účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidální preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neobytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost. Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, 2008, s. 22).*

U osob postižených poruchami příjmu potravy se často vyskytují specifické osobnostní rysy.

Papežová v knize Motivační terapie u poruch příjmu potravy uvádí tyto osobnostní rysy:

- *Perfekcionismus — snaha být naprosto dokonalá a tím utišit enormní sebekritičnost a nízké sebevědomí.*
- *Zranitelnost — nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým.*
- *Nestálost — kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.*
- *Puritánství a asketismus — překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující.*
- *Sebetrestání — dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří, že jsou špatné (Papežová, 2000b, s. 397).*

2 Index tělesné hmotnosti - Body mass index

Body mass index vznikl v letech 1830 – 1850 zásluhou belgického matematika a statistika Adolphe Queteleta. Ten pracoval na svém systému „sociální fyziky“, díky němuž index vytvořil, proto se BMI někdy označuje také jako Queteletův index.

BMI je nejčastěji užívaným ukazatelem pro výpočet tělesné hmotnosti. Známé jsou i jiné indexy např. Brocův index, Rohrerův index nebo WHR index. Brocův a Rohrerův index vycházejí rovněž z poměrů výšky a hmotnosti.

Mezinárodní měřítko body mass index (Qualetův index) k vyjádření obezity:

$$\text{BMI} = \text{Váha v kilogramech} / \text{Výška v metrech}^2$$

KATEGORIE	ROZSAH BMI KG/M ²
Těžká podvýživa	≤ 16,5
Podváha	16,5 – 18,5
Ideální váha	18,5 – 25
Nadváha	25 – 30
Mírná obezita	30 – 35
Střední obezita	35 – 45
Morbidní obezita	> 40

Tento výpočet je pouze orientační. Každý jedinec má jinou tělesnou stavbu, například jinou váhu kostí, jinou míru svalové hmoty apod. Výpočet je vhodný k zjištění početných vzorků vysokého množství lidí v nejrůznějších průzkumech (Marádová, 2007).

3 Mentální anorexie a bulimie dětí

Na poruchy příjmu potravy nahlížíme jako na problém začínající v adolescentním věku dítěte, ale i když je tento jev v tomto věku nejfrekventovanější, je zajímavé, že se s ním setkáváme i v mladším věku dítěte. Mezníkem je pro dítě vstup do základní školy, kde se začíná více setkávat se sociokulturními vlivy. V této době se začíná dítě kritičtěji vnímat,

příčemž je jeho submisivita stále značná. A právě submisivita může být kořenem problému, kdy dítěti vnukne spolužák, že je škaredé nebo si dítě samo špatně vyloží narážku na jeho osobu. Dále se nejen ve školním, ale i v domácím prostředí dá pozorovat jisté napodobování případných starších sourozenců, kteří mohou mít se stravováním jakékoliv potíže. Výskyt poruchy může tkvět i ve zdravotním problému. V této chvíli můžeme začít pozorovat postupné změny ve „stravovacím chťiči“ dítěte (Matějček, 2001).

U dětí trpící ať už jakoukoliv poruchou, nejen mentální anorexií, či bulimií, je typické nadměrné vybírání si jídla. S vyhýbáním se jídlu je spojený možný úbytek hmotnosti, výskyt banálních nemocí. Např. nachlazení se stává obvyklejším a dochází k velmi časté změně nálad. Dítě se zaměří pouze na určité druhy jídla např. i na určitou značku keksů apod. a nepřijímá nic jiného. Většinou jsou potraviny vybrané dítětem energeticky vydatné, což nemusí konkrétně způsobovat úbytek hmotnosti, ale jiné zdravotní problémy, které mohou vést až k pozastavení růstu. V tomto případě je důležité objevení poruchy a včasné zahájení léčby. Záměrně uvádím vybrané dítětem, protože je jen na rodičích a jejich stravovacích návycích, kam až nechají problém stravování zajít. Tímto by rodiče neměli přebírat nad jídlom dítěte „nadvládu“, ale jistou zdravou kontrolu.

Mentální anorexiu a bulimii u dětí si dovoluji označit jako zvláštnost. Tato zvláštnost je umocněna fakty, že je na poruchy příjmu potravy pohlíženo z velké části jako na důsledek sociokulturních vlivů, což u mladšího dítěte v tomto ohledu nehraje až takovou významnou roli. Zde nastává otázka, jestli opravdu u poruch příjmu potravy tyto vlivy nepřečenujeme. Ano, mezníkem v této problematice je vstup dítěte do základní školy, kde se více začíná setkávat s prvními sociokulturními projevy. Dále ve škole mění stravovací návyky. Ovšem poruchy tohoto rázu se objevují už i u dětí od 6. měsíce věku (Kocourková, 1997).

3.1 Dnešní stravování dětí

Zde možná narazíme na problém, jenž je v posledních letech čím dál více rozebírán, ale stále se v mnohých případech vymyká zlaté střední cestě stravování se. U dětí řídí stravovací návyky rodiče a širší rodina. Vstupem do školy u dítěte dochází k jistým stravovacím změnám, např. má v aktovce láhev se sladkou šťávou a možná „klasickou českou svačinku“ — chleba s taveným sýrem. Toto může být pro dítě až stresující situace za předpokladu, že je z domu zvyklé na čaj a chleba nakrájený na „rybičky“. Z tohoto

důvodu je dobré v začátcích zvážit, co dítěti dát k svačině. Ta by se měla shodovat s tím, na co je dítě doposud zvyklé. Postupem času je dobré dítě nabádat k pomoci při přípravě svačiny, aby vidělo, co je vhodné a vhodné není. Toto ovšem vyžaduje jistou vědomost rodiče o mezích správné stravy (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003).

Doba, kdy maminky poctivě připravovaly svačinky svým ratolestem, je zřejmě v mnohých rodinách nenávratně pryč. Místo toho pozorujeme nárůst dávání jistých finančních obnosů na koupi svačiny samotným dítětem. V tomto bodě nastává pro dítě problém, problém ve formě volby. Dítě má v tuto chvíli až příliš velkou „moc“ nad svým jídelníčkem. Jistě není možné očekávat od dítěte nákup jablka a celozrnné bulky. Je pravděpodobnější očekávat od dítěte koupi sladkostí a jiných pochutin. Tento „rodičovský“ problém spočívá ve stále zrychlenější době, kdy se jisté zvyklosti řeší různým využitím ze sektoru služeb (Koutek, 2008).

4 Příznaky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se projevují různými příznaky dle individuální situace nemocného, dalo by se říci dle míry poruchy. Příznakem je několik zdravotních komplikací, které souvisejí s úbytkem hmotnosti a nevyváženou stravou. Častým příznakem nevyvážené stravy je nezdravě vypadající vrásčitá pokožka, lámavé a roztřepené nehty, vypadávající a slabé vlasy, srdeční obtíže a další. Nemocný začne zprvopočátku vynechávat potraviny s větším energetickým přínosem a postupuje k dalšímu zavrhování pro něj „nezdravých“ potravin.

Nedostatek živin poškozuje játra, tím pádem má dopad na celkový organismus a celkově ho oslabuje. Při přijímání malého množství potravy se trvaleji stáhne žaludek a s tím jsou spojeny pocity nevolnosti a přejedení při návratu k normálnímu jídlu. Se život ohrožujícími, závažnými příznaky souvisí i zvracení, pomocí něhož se snaží nemocný snížit energetický příjem. Vzhledem k tomu, že se cukry štěpí na energii již v ústech, není záměrné zvracení účinné. To vysvětluje, proč nevidáme některé bulimičky hubené. Nebezpečný je už samotný úkon, nejvíce jsou ohroženy osoby trpící bulimií strkáním prstů nebo různých „pomůcek“ do krku, za účelem vyprovokování zvracení. Při neopatrném použití „pomůcky“ může vést úkon k bolestivému zranění jícnu. Může dojít až k prasknutí jícnu nebo k polknutí „pomůcky na zvracení“. Mezi důsledky vyvrhování potravy záměrným zvracením patří

otoky slinných žláz pod čelistí, které způsobují oteklý obličej. Nejvíce nebezpečnými následky zvracení je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžují srdce a ledviny, např. nízká hladina draslíku vyvolávající poruchy srdečního rytmu — arytmie.

Důsledkem těchto nepřírodných změn můžou být různé neurologické komplikace jako například křeče, závratě a dokonce ztráta vědomí až zástava srdce. Žaludeční šťávy působí erozně na zubní sklovinu, což navíc umocňuje nadměrné čištění ústní dutiny postiženým. Životu nebezpečné jsou léky vyvolávající zvracení. Stejně jako zvracení jsou i projímadla a diuretika, kterými neúčinně a zároveň nebezpečně bulimičky usilují o kontrolu tělesné hmotnosti vážně zdraví ohrožující. Na projímadle si organismus vytváří závislost, což znamená, že pro žádoucí účinky je zapotřebí stále vyšších dávek, které mají závažné dopady nejen na tlusté střevo. Mohou poškodit střevní stěnu, narušit vstřebávání živin a způsobit nepříjemné otoky díky zadržování vody v těle. Zadržováním vody v těle narůstá poměrně rychle váha, což oběť nutí k panikaření.

Mentální anorexie a bulimie narušují psychickou vyrovnanost a osobní a sociální žití postiženého. Stav nálady osoby trpící tímto onemocněním je nadměrně závislý na tělesné hmotnosti a sebekontrole týkající se potravy. Nespokojenost s tělesnou hmotností vede k podrážděnosti a depresím. Dochází i k nevratné ztrátě plodnosti způsobené obvykle amenoreou². Většina postižených popírá, dokonce si ani nepřipouští jakékoli problémy, přestože jsou závažné a mohou být a v několika případech byly i jsou, smrtelné (Marádová, 2007).

5 Příčiny poruch příjmu potravy

Příčiny poruch příjmu potravy jsou problémy s několika činiteli. Nebylo by moudré tvrdit, že na jejich vzniku se podílí pouze určitá část faktorů. Dnes víme, že velmi významné, dalo by se říct u mnohých případů i nejvýznamnější, jsou sociální i kulturní faktory, z drtivé většiny pramenící z primární sociální skupiny — rodiny. Vše může mít souvislost i s hnutím za emancipaci žen. Hnutí vedlo k jistým ztrátám jistot, protože dřívější úlohy obou pohlaví byly sice zavrhnuty, ale nové nebyly objasněny. V knize Mentální

²Amenorea = ztráta menstruace

anorexie od německého autora Gerharda Leibolda je právě emancipace žen označena za jednu z možných příčin. Autor uvádí, že anorexie může sloužit ženě jako „úniková cesta“, díky níž může zrušit svoji sexuální přitažlivost. Tímto má žena možnost vzepřít se mužské nadvládě.

Rozmachem industriální společnosti se jakoby vytratil instinkt těla o tom, co právě pro sebe potřebuje. Zhruba v šedesátých letech minulého století se objevuje kult štíhlé, až vyhublé postavy. První nápadnější zmínky se dají pozorovat příchodem anglické modelky Twiggy. Twiggy se vyznačovala vyhublou postavou, což se zřejmě začalo líbit návrhářům, zejména kvůli ušetřenému materiálu na šití šatů (Leibold, 1995).

Existuje nepřeberné množství hypotéz a teorií, ale žádná není přesná nebo alespoň komplexní. Svou roli v této problematice hrají veškeré faktory.

Poruchy příjmu potravy ohrožují ženy i muže bez rozdílu věku, rasy, či postavení ve společnosti. Obvykle se stává začátkem poruchy příjmu potravy dieta. Pro ni má každý odlišnou definici a také různou představu jejího průběhu. Zrovna průběh diet a opakování diet se stává mnohdy nakonec patologickým jednáním. Převážné množství postižených udává, že problém s poruchami příjmu potravy začali mít ve spojitosti s různými změnami v životě. Často zmiňují hlavně narážky spojené s jejich vzhledem, či potíže v rodině. Zatím není prokázáno, že existuje typický příklad rodiny, kde jsou poruchy vnímány častěji. Stejně tak ani typická osobnost se sklony k poruchám příjmu potravy. Každopádně je dokázáno, že velmi hojné množství případů směřujících k různým poruchám nebo snad již poruchami trpící, pramení z primární skupiny tedy rodiny. Dodržování přísných diet, cvičení, zvracení a užívání rozličných medikamentů k hubnutí, ať už přímých nebo nepřímých mohou v nemocných vyvolat pocit vlastní kontroly nad svým tělem. Za nedlouho postižení bohužel zjistí, že to nejsou oni, kteří ovládají své tělo. Ale ovládá je samotné „to“, díky čemuž měli pocit direktivity sami nad sebou (Krch, 2008).

5.1 Individuální faktory

Lidé trpící závislostmi, ať už spojených se vzhledem, s psychotropními látkami, workoholismem nebo i s nikotinem a dalšími závislostmi, jsou často považováni za osobnosti se slabou vůlí, u nichž došlo k narušení vývoje v raném dětství. Za vznikem

závislostí stojí nepříznivé prostředí v dětství, nebo přehnané, nesprávné postoje k jídlu. Nelze však používat jednoznačné soudy, vyplývající z jedněch postojů.

Nemocný se dostane do začarovaného kruhu, z něhož si sám nedokáže pomoci, proto je nutná včasná pomoc, která pozitivně ovlivňuje celkový průběh léčby. Dříve se poruchy příjmu potravy dávaly dohromady s chudšími vrstvami obyvatelstva, dnes už víme o výskytu těchto poruch u všech sociálních vrstev, i když můžeme pozorovat vyšší výskyt obezity u lidí pocházejících právě z chudších vrstev. To opět dokazuje širokospektrálnost faktorů, které sahají snad do všech odvětví lidské psychiky, stejně tak jako samotná psychika nebyly ani tyto faktory zcela probádány a tím pádem ani vymezeny.

Svou vinu nese i nejasný rodičovský vzor, ten je ve 21. století často ve výchově opomíjený a dítě netuší, koho má následovat a potom je v tomto ohledu zmatené. Samozřejmě je nutné zmínit psychosomatické orgánové poruchy, jež ve spojitosti s psychickými aspekty mohou vést k poruchám tělesných funkcí a následně nejrůznějším nemocem. Nemalou roli hraje také pohlaví. Jistě mi dáte za pravdu, že abnormální výskyt poruch je vnímán u žen. Příčinou je tradice určitých proporcí těla u žen dle dobového trendu. Je zřejmé, že tento jev umocňují biologické faktory, které jsou nastaveny u žen přibýváním tukové hmoty a u mužů naopak přibýváním hmoty svalové (Kocourková, Hort, 1993).

6 Nově vymezené poruchy příjmu potravy

Jak již bylo zmíněno, dnešní uspěchaná doba vede populaci k různým většinou rychlostním řešením, ty nemusejí být vždy správné. Jedním z takovýchto se vyskytujících řešení je snaha snižovat váhu pomocí vitamínových doplňků, nesmyslným vyškrtáváním různých potravin z jídelníčku, diet, „hladovek“ atd.

Díky „vynalézavosti“ lidí se stále ještě setkáváme se vznikem nových poruch příjmu potravy.

6.1 Ortorexie

Nový typ poruchy tzv. ortorexie se řadí mezi patologickou posedlost zdravou potravou. Pojmenování se skládá ze dvou řeckých slov: „orthos“ – správný a „orexis“ – chuť. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného ze začínající orientace na racionální stravu stává posedlost a hlavní náplň času. Návštěvě obchodů se zdravými potravinami a hledání informací na etiketách věnuje více a více času. Narůstají obavy z „nezdravého“ jídla, zdravé jídlo je přespříliš zkoumáno, nakonec i to postupně přestává existovat, pro postiženého ortorexií, dostatečně zdravé, tedy vhodné.

Dochází k významné redukci stravování, složky potravin přestávají být plnohodnotné. Nemocný se vyhýbá večeři s přáteli, rodinou, aby nemusel sníst něco „jedovatého“. U nemocného přichází snížení hmotnosti, až nutriční nebo celková podvýživa. Shodně jako při mentální anorexii, či bulimii postižený velmi často přemýšlí nad jídlem, pociťuje úzkosti a deprese. Negativní pocity vedou k osamění, člověk si říká „nebudu zatěžovat druhé“, jenomže tímto sám sebe vede k izolaci.

Ortorektici jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, chemicky konzervovaných, barvených a geneticky upravovaných potravin. Zaměření ortorektika je orientováno na bio výrobky. Myšlenka o co nejvíce zdravém, přírodním jídle, nemusí být vždy špatná. Špatnou se stává příchodem extrémního řešení zdravého jídla, vedoucího k razantnímu odmítání „nedostatečně zdravých potravin“. Ortorexie rozhodně nesouvisí se zpochybňováním zdravého režimu, ale s přehnanou závislostí na nezávadnosti potravin. Postižený dostává obavy i o kontaminaci výrobků nezdravým okolím.

6.2 Biorexie

Podobným způsobem, jako u ortorexie, jenže ve smyslu tělesných proporcí, shledáváme biorexii, jako další druh nemoci poruch příjmu potravy. Vnímání vlastního vzhledu postavy, jako „nedostatečně fyzicky „nabušené“, se pacient snaží realizovat dodržováním nadlidských hodnot fyzického vzhledu. Osoby zasažené tímto onemocněním si připadají nedostatečně svalově vyvinuty a pokouší se udělat maximum pro vzhled akčního filmového hrdiny.

Přehnané cvičení doplňují potravinovými doplňky a dalšími látkami na svalový růst. Fyzickým důsledkem bývá vážné poškození pohybového aparátu těla zapříčiněné dlouhodobějším přetěžováním a narušením trávicího systému, ledvin a jater zásluhou metabolických doplňků. Psychickým důsledkem je společenská izolace často v kombinaci s nezvladatelnou finanční situací zásluhou nákupu potravinových doplňků a permanentek do fitnesscenter.

Biorektici začnou dávat přednost fitnesscentru před přáteli a mnohdy také rodinou a tímto přicházejí o nezbytné sociální kontakty. Ve vážných případech se biorektik dopracuje až ke ztrátě zaměstnání. Od ostatních poruch se odlišuje druhem zaměření na mužské pohlaví.

6.3 Drunkorexie

Označení drunkorexie vymezuje záměrně snížený příjem vydatných potravin za účelem požívání větší dávky kalorického alkoholu, tedy vyměnění alkoholických nápojů s plnohodnotnými potravinami. Vše bývá kombinováno snahou o zvýšený výdej energie na diskotékách a party za podpory energetických nápojů.

Statistiky prováděné v Americe poukazují na 30% vynechávání jídla u dívek ve věku 18 – 24 let, za účelem pití většího množství alkoholu. Výše uvedení si neuvědomují závažnost této praxe, protože v lačném žaludku se alkohol vstřebává velmi rychle, což znamená odbourávání alkoholu v játrech přibližně do 15 minut.

Důvodem tohoto zahrávání si s vlastním životem jsou úzkostné stavy z důvodu nespokojenosti s postavou. Samotná kombinace alkoholu s energetickým drinkem je pro tělo, hlavně srdce vysoce zatěžující. Co s nimi tento drink může udělat na lačný žaludek, a to nevnímající předchozí pravidelné přijímání nutričně chudé stravy lidé neberou na vědomí. Zaznamenány jsou v několika případech náhlá úmrtí, příčinou těchto úmrtí jsou zástavy srdce. Důsledky tohoto chování jsou téměř shodné jako u všech druhů poruch příjmu potravy (Blog Stop Anorexia, 2013) [online].

7 Léčba poruch příjmu potravy

Tyto poruchy není možné léčit bez aktivní účasti samotného postiženého, což je nejtěžší hlavně u dětí, které nechápou, co se s nimi vlastně děje a nedokážou si uvědomit závažnost problému. Léčba je zde velice důležitá a stejně jako u všech léčebných postupů platí, čím dříve, tím lépe. Opodstatněnost dokazuje odhad úmrtnosti obětí některých specialistů, který zejména u anorexie činí 18% (Krch a kol., 1999).

Začátek úspěšné léčby se zakládá na uvědomění si svého problému a snaha znovu žít plnohodnotný život bez neustálého strachu z jídla. Pomoc můžeme hledat u našeho praktického lékaře, který nám doporučí specializovanou léčbu, nebo rovnou vyhledáme terapeuta. Poruchy příjmu potravy přišly společně s některými názory, které postižený a jeho okolí pokládali za správné a se změnami jídelních návyků, které mu v určitém směru začaly vyhovovat. Tyto názory a chování je potřeba změnit a pomoci najít postiženému východisko, které bude záchranným bodem v jeho složitých chvílích léčby. Je potřeba, aby postižený měl při sobě osoby, které ho budou provázet celou léčbou, což nejčastěji bývají rodiče, či manžel.

Rodiče či manžel by měli zajistit kontrolu nad tím, jak jejich blízký přijímá jídlo i tekutiny, ale neměli by z něj udělat střed pozornosti. Kdyby se postižený stal středem pozornosti, byl by to velmi negativní vliv na vyléčení a následující začlenění do společnosti a osamostatňování se v jídle do budoucna. Důležité je seznámit okolí, tedy školu, přátele a rodinu s problémem a jeho možným řešením, což má obrovský význam u mladších pacientů (Nešpor, 2003).

Málokdo ví, jak se k postiženému chovat, aby mu ještě více neublížil a tak se může stát, že se mu začne vyhýbat. Proto je důležité dohodnout se například s učiteli, aby seznámili třídu s tím, jak se mají k jejich nemocnému spolužákovi chovat. Záleží však na věku postiženého jako určujícím faktoru způsobu léčby. U dětí do 14 let je doporučována hospitalizace, je-li úbytek hmotnosti o více než 25% optimální tělesné hmotnosti. Hrozí dehydratace organismu, pomalý tep, nízký krevní tlak, přetrvávající zvracení, osteoporóza³, amenorea⁴, těžká deprese a sebevražedné chování.

³Osteoporóza = řidnutí kostí

⁴Amenorea = ztráta menstruace

S přiměřeným stravovacím režimem se dosáhne odpovídající tělesné hmotnosti, mizí deprese, podrážděnost, napětí, soustředění se zlepšuje a přichází zájem o nové aktivity. Poruchy příjmu potravy nejsou problémy, které by nebylo možno vyřešit, ale řadí se mezi těžko řešitelné. Stejně jako u dalších onemocnění je důležitá prevence (Krch, Marádová, 2003).

Krch uvádí tyto vodítka pro léčbu poruch příjmu potravy:

Je pacient ve vážném somatickém nebezpečí?

- *Pacient nereaguje na běžnou psychologickou léčbu*
 - *Částečná hospitalizace pro stabilizaci stavu*
 - *Hospitalizace denní – psychologická léčba*

Je pacient samostatný nebo žije s rodinou, či alespoň s partnerem?

- *Ambulantní péče*
- *Hospitalizace*

Jak vážné je onemocnění?

- *Svépomoc, řízená svépomoc, psychoduktivní skupina*
- *Individuální léčba (rodinná, kognitivně behaviorální, interpersonální, psychodynamická terapie případně farmakoterapie)*

O jaký typ onemocnění se jedná?

- *Zvážit medikaci*

Jsou přítomny významné interpersonální problémy?

- *Interpersonální terapie*

Je dlouhodobější terapie oprávněná?

- *Minimální potíže, oslabení a zdravotní riziko*

Je možné ukončit léčbu a přejít pouze k podpůrným sezením?

(Krch a kol., 1999. s. 128)

7.1 Terapie

Jako dobře zabírající léčba poruch příjmu potravy se v posledních letech ukázala metoda terapie. Druh terapie indukujeme dle individualit a možností pacienta. Pokud je možnost častého, pravidelného setkávání s rodinou nebo nejlépe denní pobyt, je možné využít rodinnou terapii. Používá se zejména u mladých pacientů a jako doplňková terapie u starších. Mnozí specialisté tvrdí, že poruchy příjmu potravy odkazují na disfunkční jednání v rodině. Proto je vhodné rodinnou terapii začlenit do celkové léčby (Cooper, 1993).

Dalším druhem terapie je kognitivně behaviorální. Užívá se u pacientů s vyšším věkem, kde je rodinná terapie nemožná. Pacient si zde vede záznamy o stravování i jeho způsobu. Doplňuje informace o jeho konkrétních myšlenkách a pocitech v různých fázích stravování. Pořizuje záznamy z pravidelného vážení se. S pomocí terapeuta pacient pozvolna znovu začleňuje druhy jídel, které vyloučil a snaží se normalizovat jídelní chování. Terapeut s pacientem probírá na pravidelných sezeních kognitivně negativní změny s cílem napravit chyby v myšlení a destruktivní předpoklady. Kognitivně behaviorální terapie je závislá na vztahu pacienta a terapeuta. Jádrem této terapie je jednoduše řečeno umění terapeutova přesvědčení. Pacienta musí terapeut dokázat přesvědčit o nutném návratu ke zdraví, pohodě i vnější kráse, čehož dosáhne pomocí znovunalezení pacientovy úcty k vlastnímu tělu. Tento druh terapie se používá nejčastěji, jelikož má nejrychlejší účinky.

U poruchy záchvatového přejídání se uplatňuje interpersonální terapie, která je postavena na smlouvě mezi pacientem a terapeutem. Důležité je správné vymezení aspektů, na kterých se pacient společně s klientem dohodli. Neopomíjeme ani časové intervaly, ve kterých se změny musí konat. Před interpersonální terapií používáme spíše kognitivně behaviorální.

Myšlenkový proud psychodynamické terapie vznikl za účelem modifikace tradiční dynamické terapie, aby se dalo lépe vyhovět pacientům s konkrétním problémem poruchy. Tento směr se může zdát malinko feministický, jelikož je zaměřen na otázky různých forem diskriminace, jako např. pohlavní zneužívání, psychický teror, domácí násilí atd.

Stejně jako u všech návykových onemocnění je nutné dbát na prevenci relapsu⁵. Důležité je pohlídat u pacienta udržení optimální hmotnosti, adekvátní pitný, jídelní režim, přiměřený pohyb a v neposlední řadě vnímání vlastního těla (Krch, 1999).

8 Prevence poruch příjmu potravy

S pojmem prevence se setkáváme již řadu let v mnoha spojitostech. Souhrnně znamená podnikání jistých opatření proti vzniku nežádoucích jevů. I když není prevence stále taková, jaká by být mohla, neustále je vidět její určitý posun ve světě.

Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciální. Primární cíleně působí proti vzniku nežádoucího jevu, sekundární brání prohloubení vzniklého nežádoucího jevu a nakonec terciální prevence, která je zaměřena na zdravotní stránku — snaží se minimalizovat dopady na zdraví (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

8.1 Metodika prevence sociálně patologických jevů

Každá škola je ze zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (kde jsou i standardy pro další výchovné pracovníky), povinna vytvářet podmínky pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů. Základním dokumentem pro realizaci prevence na školách, který slouží jako výchozí bod pro tvorbu školního minimálního preventivního programu, je školní preventivní strategie. Prevence je tedy součástí školního vzdělávacího programu a reaguje vždy na konkrétní školní prostředí. Jedná se o dlouhodobý preventivní program, který je vytvořen tak, aby byl přizpůsobivý dané škole. Prevence poruch příjmu potravy, jakožto předcházení dané věci, či ochrana před něčím, je nezbytná v případě všech sociálně patologických jevů. V čím dřívějším věku prevence u dětí nastane, tím vyšší může být její úspěšnost (MŠMT, 2005).

Právě u poruch příjmu potravy je důležité neotálet. Prevence poruch příjmu potravy by měla začínat již v raném dětství.

⁵Relaps = návrat

Děti začínají s učením stravovacím návykům doma a přebírají postoje a názory související se stravováním od svých rodičů. Jako významnou roli vidí Maloney a Krausová v Knize O poruchách příjmu potravy roli matky. Říkají, že názory rodičů si děti nesou celým životem. Na základních školách jsou žákům dávány informace o poruchách příjmu potravy. Základní škola se děti snaží vést ke správným stravovacím návykům a zároveň posilovat jejich zdravou sebedůvěru. Velice důležitá je podpora zejména rodičů žáků.

Základní školy mají dnes několik možností, jak se mohou se svými žáky zapojit do preventivních programů a hledat náměty na preventivní opatření v literatuře, která se zabývá danou problematikou (Jedlička, Kořa, 1998).

8.2.1 Preventivní programy pro školy

Nejen základní školy mají dnes několik možností, jak se mohou se svými žáky zapojit do preventivních programů a hledat náměty na konkrétní preventivní opatření, které by vyhovovaly dané škole. V literatuře zabývající se danou problematikou mohou hledat mnoho inspirace. Např. Poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele od autorů Krch, Marádová z roku 2003 nebo Poruchy příjmu potravy od Marádové z roku 2007.

Publikační činnost vykazuje i samotné Občanské sdružení Anabell, jde především o jejich webové stránky, které svým návštěvníkům poskytují informace a články nejen o poruchách příjmu potravy, ale také programy primární prevence pro všechny školy i mateřské školy. Programů na uvedenou tematiku je dnes mnoho, protože se prokázala nesmírná důležitost preventivních opatření pro děti již v útlém věku.

Novinkou na trhu prevence je internetový projekt ProYouth, vytvořený Evropskou unií. Bezplatný a anonymní program internetové prevence poruch příjmu potravy je určen pro osoby od 15 – 25 let věku, ovšem registrovat se může každý bez ohledu na věkovou kategorii. Registrují se osoby vyhledávající jakoukoliv pomoc v oblasti poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu. Koncepce programu je nastavena tak, aby dokázala rozpoznat začínající projevy patologického chování a odkázala na informace o pomoci nejen sobě, ale i ostatním.

Při registraci je osoba požádána o vyplnění vstupního testu, který rovnou posoudí míru rizika vzniku poruch příjmu potravy. Po vyplnění se můžeme přihlásit do programu pomocí vygenerovaného uživatelského jména a hesla. Tímto se nám naskytne využít další testy, zkoumající problematiku spokojenosti s vlastní postavou, životním stylem, sebevědomím, rizikovým jídelním chováním, obavami s přibíráním hmotnosti.

Dle míry závažnosti individuálního jevu dojde na přímou zpětnou vazbu a k návrhu doporučeného řešení. Vše řeší tým poradců, který anonymně diagnostikuje problém s ohledem na vyplněné testy. Pokud nastane výrazné zhoršení stavu postižené osoby, máme možnost udat tuto skutečnost v hodnocení na webu. Zprávu o hodnocení dostane online poradce a pomocí emailu danou osobu kontaktuje a požádá o konzultaci na chatu webu ProYouth. Poradce probere s ohroženou osobou, s čím potřebuje pomoci a navrhne možné následující řešení.

Tým poradců se skládá z odborníků v problematice, a to ze specializovaných psychologů a psychiatrů.

Na webu ProYouth nalezneme také diskusní fórum, kde je možnost ptát se na názory odborníků a diskutovat i s vrstevníky a návštěvníky. Web využívá navíc interaktivní fotokomiksy pro osvojení dalších informací.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem mého výzkumného šetření v této práci je zjistit míru informovanosti studentů v adolescentním věku. Dále jsem stanovila i cíl dílčí, který zjišťuje, zda bude informovanost adolescentních dívek vyšší než chlapců.

Výzkumné otázky:

- **H1: Je informovanost studentů — adolescentů dostatečná?**
 - **V1: Je informovanost adolescentních dívek vyšší než chlapců?**

1.2 Metoda výzkumného šetření

Jako metoda výzkumného šetření byla použita metoda dotazníku, což je způsob psaného řízeného rozhovoru. Tato metoda je zaměřena na osobu jako na respondenta neboli osobu dotazník vyplňující. Dotazník bývá situován k zjišťování skutečností, informovanosti, zkušeností a postavení respondenta. Při přípravě dotazníků je nezbytné promyslet jeho celkovou koncepci, stanovit cíl šetření, vytvořit vhodné jednoznačné dotazy.

Oproti kvalitativní metodě rozhovoru dotazník pokryje mnoho respondentů v kratším čase, tzn. více informací v krátké době. U dotazníků máme výhodu při zpracovávání výsledků dotazů. Díky tomu, že se zpracovává kvantitativně, není potřeba tolika času na rozdíl od rozhovoru. Dotazník je možné vytvořit pomocí uzavřených, polouzavřených, otevřených dále škálových otázek. U uzavřených odpovědí rozlišujeme dle počtu uvedených odpovědí.

V dotazníku je vhodné položit otázku, případně otázky týkající se demografických údajů. Ty nám podají základní informace o respondentovi. Dotazník sestavíme tak, aby směřoval k určitému cíli šetření, otázky s možnostmi odpovědí promyslíme a sestavíme

zcela jasně a stručně. Postupujeme od jednodušších ke složitějším. Dle požadavků výzkumu volíme otázky.

Výsledky šetření zpracováváme kvantitativně, takže je vhodné využít počítačových programů pro přehlednost výsledků šetření.

Dotazník bývá zaměřen na zjišťování skutečností a informací o respondentovi, jeho názorech, postojích, mínění, zálibách, chování apod. (Chráška, 2007).

Při sestavování dotazníku je nutné promyslet a přesně určit cíl šetření a správně připravit konkrétní otázky. Do dotazníku můžeme obsáhnout otevřené (respondent má možnost individuálního vyjádření), polouzavřené (nabízejí výběr i možnost doplnění vlastní odpovědi) i uzavřené položky (respondent vybírá z minimálně 2 nabídnutých odpovědí). Položky uzavřené rozlišujeme dle počtu uvedených odpovědí. V případě položek typu ano – ne, mluvíme o položkách dichotomických. Specifickým typem jsou tzv. posuzovací škály, které kvantitativně hodnotí kvalitu jevu. Dále se můžeme setkat s položkami polynomičnými, jež dále dělíme na polynomičné výběrové (možnost volby jediné odpovědi z několika nabízených), polynomičné výčtové (možnost volby více odpovědí) a polynomičné stupnicové (potřeba uspořádání množiny nabízených jevů).

V dotaznících se můžeme setkat i s méně používaným typem projektivní položky, u níž se nedotazujeme přímo respondenta, ale dané skupiny jedinců, se kterou se respondent ztotožňuje (Průcha, Walterová, Mareš, 2009).

Specifickým typem jsou tzv. projektivní položky, kde se neptáme přímo na činnosti či názor respondenta, ale určité skupiny jedinců, se kterými se dotazovaná osoba podle našeho mínění ztotožňuje.

Nevýhodou výzkumného šetření pomocí dotazníku je možná subjektivita odpovědí, protože dotazovaná osoba a na ni působící vlivy může odpovědi různě ovlivňovat, což vyhodnocující osoba nerozpozná. Takto mnohdy dochází ke zkreslení výsledků výzkumného šetření (Spáčilová, 2009).

1.2.1 Popis konkrétního výzkumného šetření

Jak je zmíněno výše, pro toto konkrétní výzkumné šetření byla použita metoda dotazníku. Dotazník jsem vytvořila přímo pro tento výzkum. Skládá se ze 13 položek, z toho 1 položka se týká demografických údajů, a to pohlaví a ročníku gymnázia.

Výzkum trval několik dnů v měsíci únoru roku 2014 na Gymnáziu ve Šternberku. Anonymní dotazníky byly vytvořeny elektronicky a po předchozí domluvě se zástupcem ředitele školy předány příslušným pedagogickým pracovníkům.

V hlavičce dotazníku byly instrukce pro jeho účelné vyplnění. V dotazníku je 13 otázek s možnostmi odpovědí. Všechny položky v dotazníku jsou povinné.

Díky elektronické podobě dotazníku a použití uzavřených otázek vyplnili dotazník všichni požádaní studenti/studentky.

Bohužel není možné posoudit do jaké míry, studenti/studentky brali dotazník relevantně.

1.2.2 Popis vzorku výzkumného šetření

Výzkumného šetření pomocí dotazníků se zúčastnili adolescentní studenti a studentky Gymnázia Šternberk.

Na otázky odpovídalo celkem 109 respondentů. Respondenti byli zvoleni z řad studentů všeobecného gymnázia, a to z 1. a 2. ročníku 4letého oboru. Dále pak ze 4. a 5. ročníku 8letého oboru.

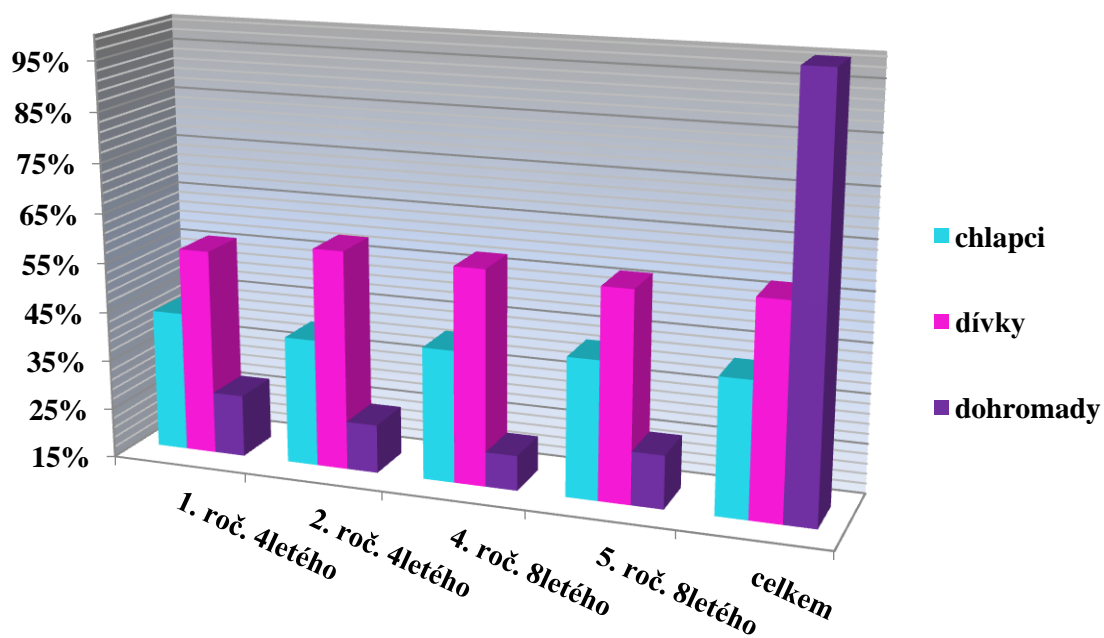
Zastoupení chlapců ve výzkumném vzorku je menší než zastoupení dívek a činí 46 studentů, v procentuálním vyjádření 42,20%, oproti tomu je zastoupení dívek viditelně větší a činí 63 studentek, v procentuálním vyjádření 57,80%.

2 Konkrétní výzkumné šetření - výsledky

Otázka č. 1: Jste chlapec nebo dívka?

Ročník gymnázia	Chlapci		Dívky		Dohromady	Dohromady %
	Počet	Zastoupení %	Počet	Zastoupení %		
1. ročník 4letého	13	43,33 %	17	56,67%	30	27,52%
2. ročník 4letého	11	40,74 %	16	59,26 %	27	24,77%
4. ročník 8letého	10	41,67 %	14	58,33 %	24	22,02%
5. ročník 8letého	12	42,86 %	16	57,14 %	28	25,69%
Celkem	46	42,20 %	63	57,80%	109	100%

Tabulka č. 1: Přehled zastoupení pohlaví respondentů.

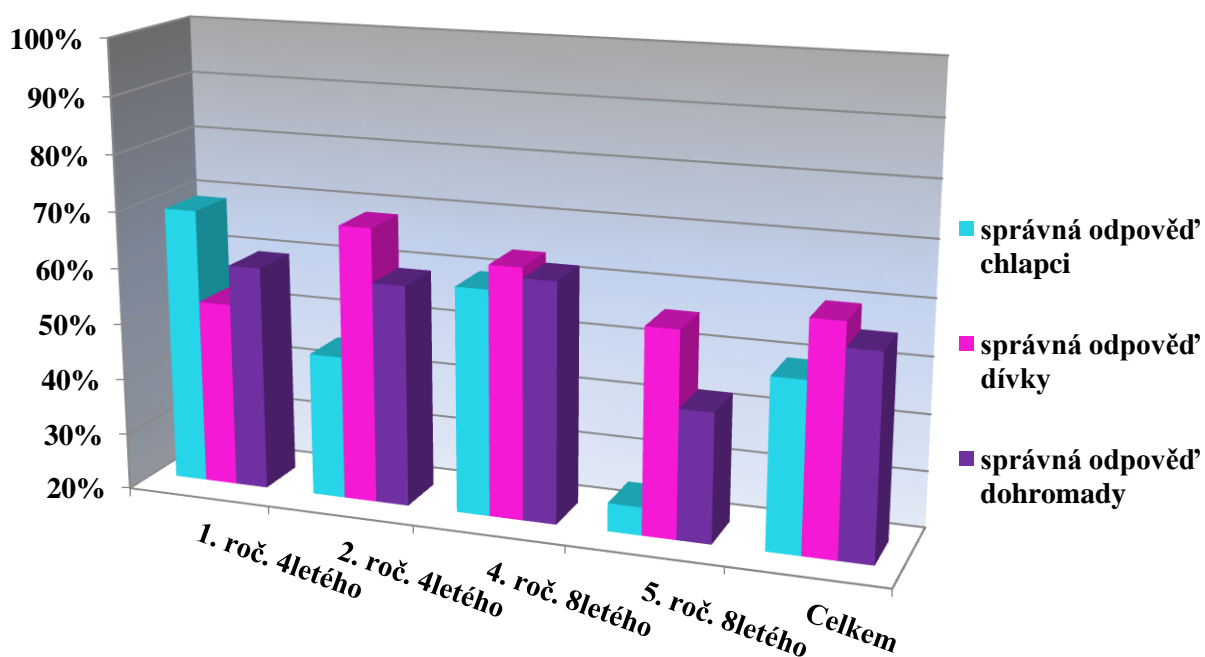


Graf č. 1: Přehled zastoupení pohlaví respondentů.

Otázka č. 2: Víte, co jsou poruchy příjmu potravy?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	9	69,23%	4	9	52,94%	8	18	60,00%
2. ročník 4letého	5	45,45%	6	11	68,75%	5	16	59,26%
4. ročník 8letého	6	60,00%	4	9	64,29%	5	15	62,50%
5. ročník 8letého	3	25,00%	9	9	56,25%	7	12	42,86%
Celkem	23	50,00%	23	38	60,31 %	25	61	55,96%

Tabulka č. 2: Přehled schopnosti respondentů vybrat správnou definici poruch příjmu potravy.



Graf č. 2: Schopnost respondentů správně definovat poruchy příjmu potravy.

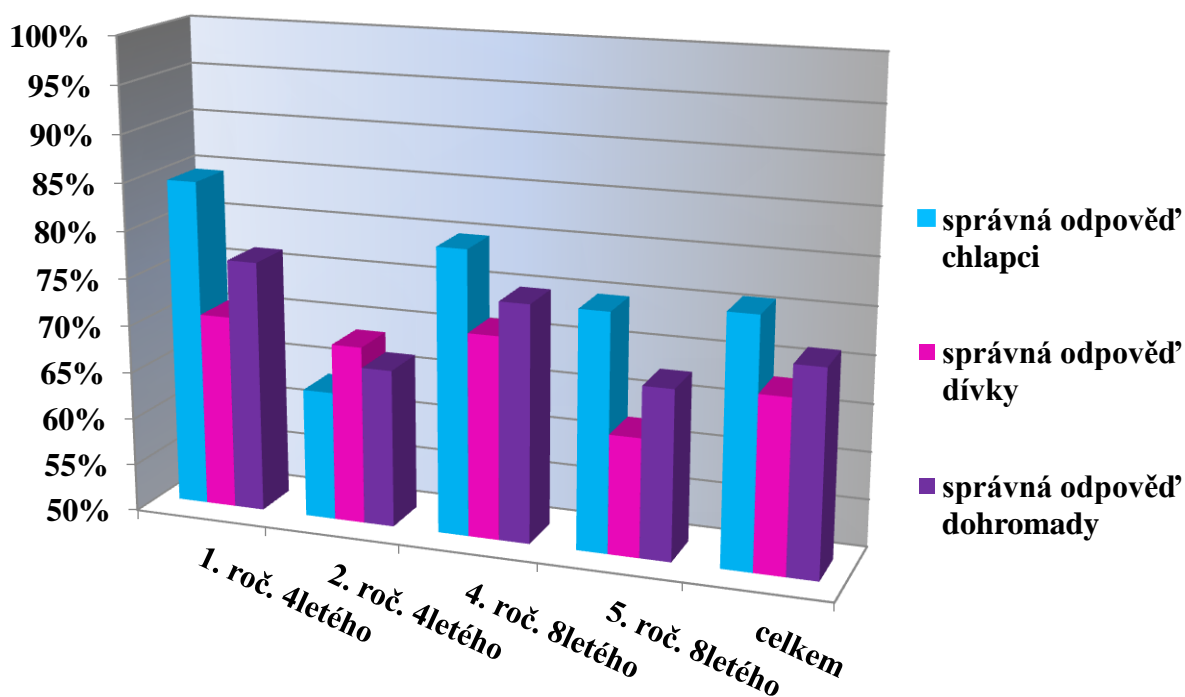
U otázky č. 2 (na rozdíl od otázky č. 6, kde byly výsledky nejlepší) z celkového počtu dotazovaných zahrlo správnou odpověď pouze 61 respondentů, v procentuálním vyjádření 55,96%. Respondenti nejčastěji nevěděli, že do poruch příjmu potravy spadá i chronické přejídání se.

Nejčastěji si myslí, že poruchy příjmu potravy zahrnují jen mentální anorexii a mentální bulimii. Ve správných odpovědích mírně převažují dívky, správně odpovědělo 38 dívek. V procentuálním vyjádření o 10,31% byly lepší dívky než chlapci.

Otázka č. 3: Co si představíte pod pojmem chronické přejídání?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	11	84,62%	2	12	70,59%	5	23	76,67%
2. ročník 4letého	7	62,64%	4	11	68,75%	5	18	66,67%
4. ročník 8letého	8	80,00%	2	10	71,43%	4	18	75,00%
5. ročník 8letého	9	75,00%	3	10	62,50%	6	19	67,86%
Celkem	35	76,09%	11	43	68,25%	20	78	71,56%

Tabulka č. 3: Přehled schopnosti respondentů vybrat správnou definici chronického přejídání.

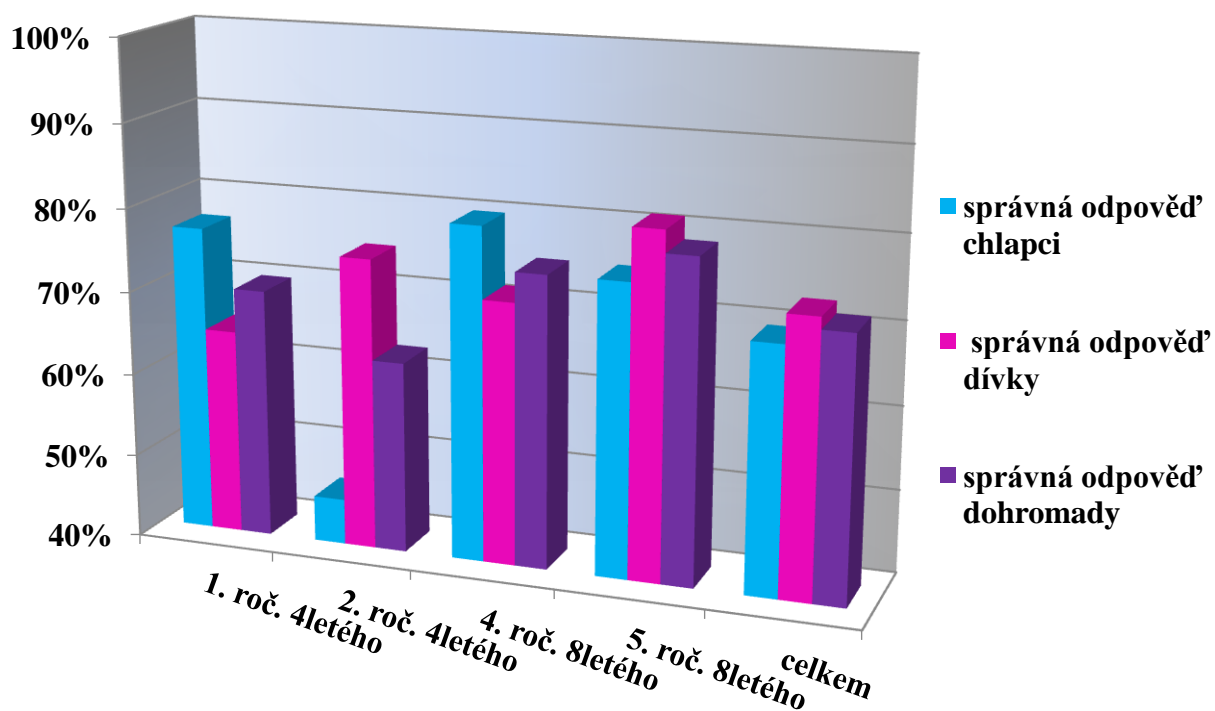


Graf č. 3: Schopnost respondentů definovat chronické přejídání.

Otázka č. 4: Co znamená pojem mentální bulimie?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	10	76,92%	3	11	64,71%	6	21	70,00%
2. ročník 4letého	5	45,45%	6	12	75,00%	4	17	62,96%
4. ročník 8letého	8	80,00%	2	10	71,43%	4	18	75,00%
5. ročník 8letého	9	75,00%	3	13	81,25%	3	22	78,57%
Celkem	32	69,57%	14	46	73,02%	17	78	71,56%

Tabulka č. 4: Přehled schopnosti respondentů definovat pojem mentální bulimie.

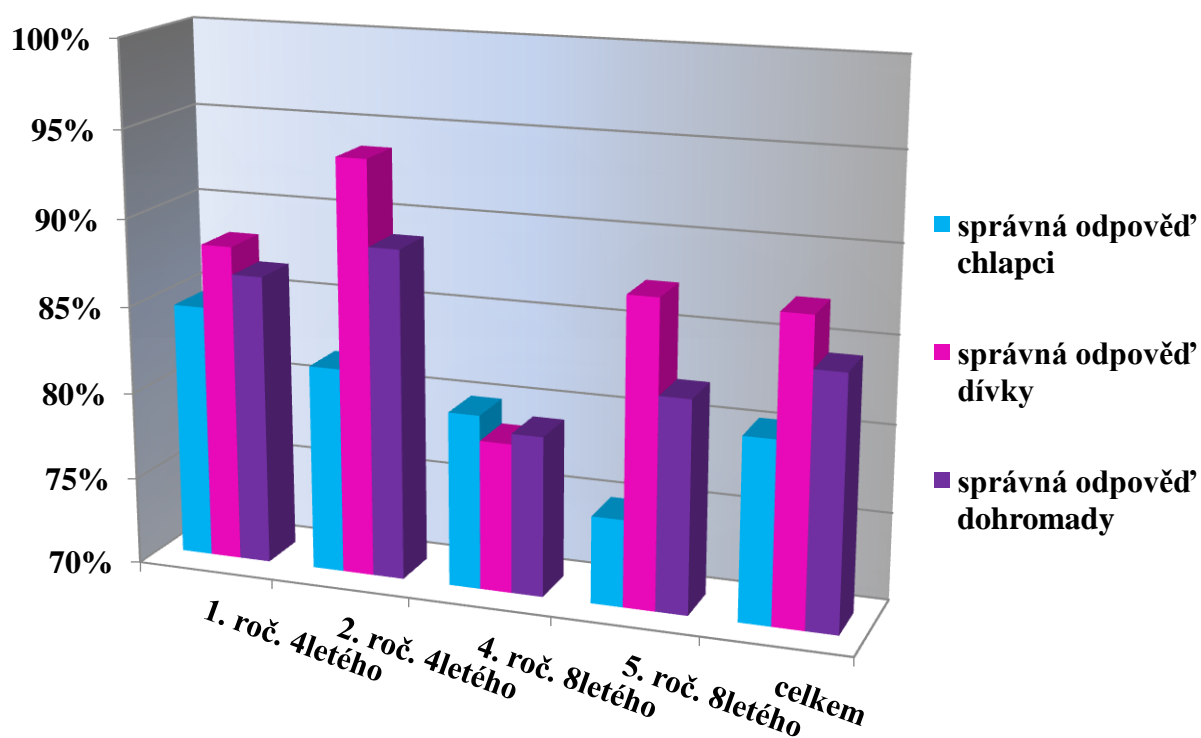


Graf č. 4: Schopnost respondentů definovat mentální bulimii.

Otázka č. 5: Co znamená pojem mentální anorexie?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	11	84,62%	2	15	88,24%	2	26	86,67%
2. ročník 4letého	9	81,82%	2	15	93,75%	1	24	88,89%
4. ročník 8letého	8	80,00%	2	11	78,57%	3	19	79,17%
5. ročník 8letého	9	75,00%	3	14	87,50%	2	23	82,14%
Celkem	37	80,43%	9	55	87,30%	8	92	84,40%

Tabulka č. 5: Přehled schopnosti respondentů definovat pojem mentální anorexie.

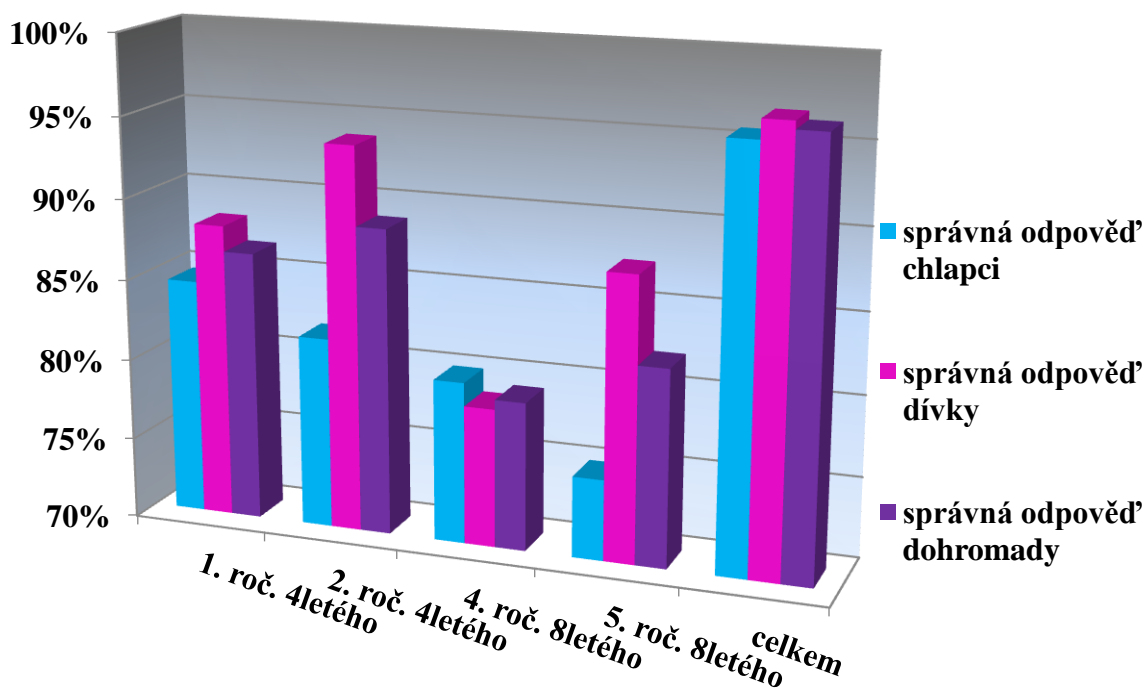


Graf č. 5: Schopnost respondentů definovat pojem mentální anorexie.

Otázka č. 6: Domníváte se, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit smrt?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	12	84,62%	1	17	88,24%	0	26	86,67%
2. ročník 4letého	10	81,82%	1	15	93,75%	1	24	88,89%
4. ročník 8letého	10	80,00%	0	13	78,57%	1	19	79,17%
5. ročník 8letého	12	75,00%	1	16	87,50%	0	23	82,14%
Celkem	44	95,65%	3	61	96,83%	2	92	96,33%

Tabulka č. 6: Přehled vědomostí o možném úmrtí při poruchách příjmu potravy.



Graf č. 6: Přehled vědomostí o možném úmrtí při poruchách příjmu potravy.

Z vyhodnocených výsledků výzkumného šetření je zajímavé, že bylo zaznamenáno nejvíce správných odpovědí právě u této otázky č. 6, zda jsou poruchy příjmu potravy smrtelné. Nejvíce špatných odpovědí jsme naopak zaznamenali u otázky č. 2, zda studenti dokážou správně vymežit poruchy příjmu potravy.

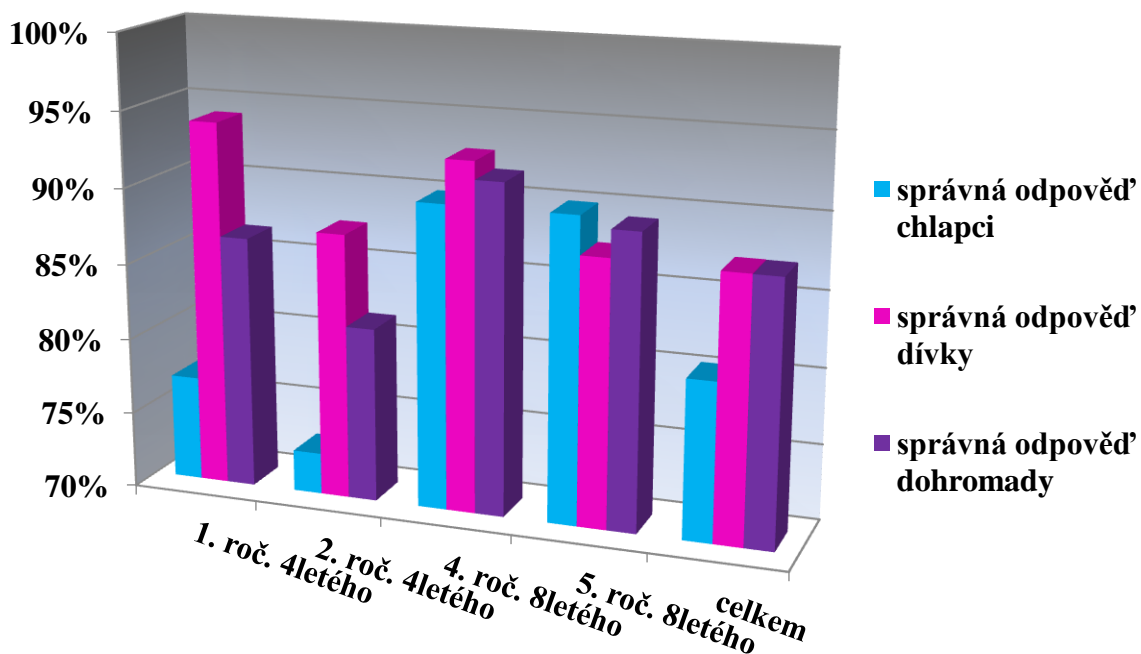
Čili u této otázky č. 6 ze všech respondentů, zahrlo správnou odpověď 92 studentů, v procentuálním vyjádření 96,33%. Stejně, jako u většiny výsledků si lépe vedly dívky než chlapci, ale rozdíl činí pouze 1,18%. Nejlépe si vedl 2. ročník 4letého gymnázia, kde 88,89% respondentů uvedlo správnou odpověď.

Z výsledku vyplynulo, že respondenti z řad studentů, jsou vědomi závažností poruch příjmu potravy.

Otázka č. 7: Domníváte se, že mohou mentální bulimií, či anorexií trpět i chlapci?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	10	76,92%	3	16	94,11%	1	26	86,67%
2. ročník 4letého	8	72,72%	3	14	87,50%	2	22	81,48%
4. ročník 8letého	9	90,00%	1	13	92,85%	1	22	91,67%
5. ročník 8letého	11	91,66%	1	14	87,50%	2	25	89,29%
Celkem	38	80,43%	8	57	87,30%	6	95	87,28%

Tabulka č. 7: Přehled vědomosti respondentů, zda mohou mentální bulimií, či anorexií trpět i chlapci.

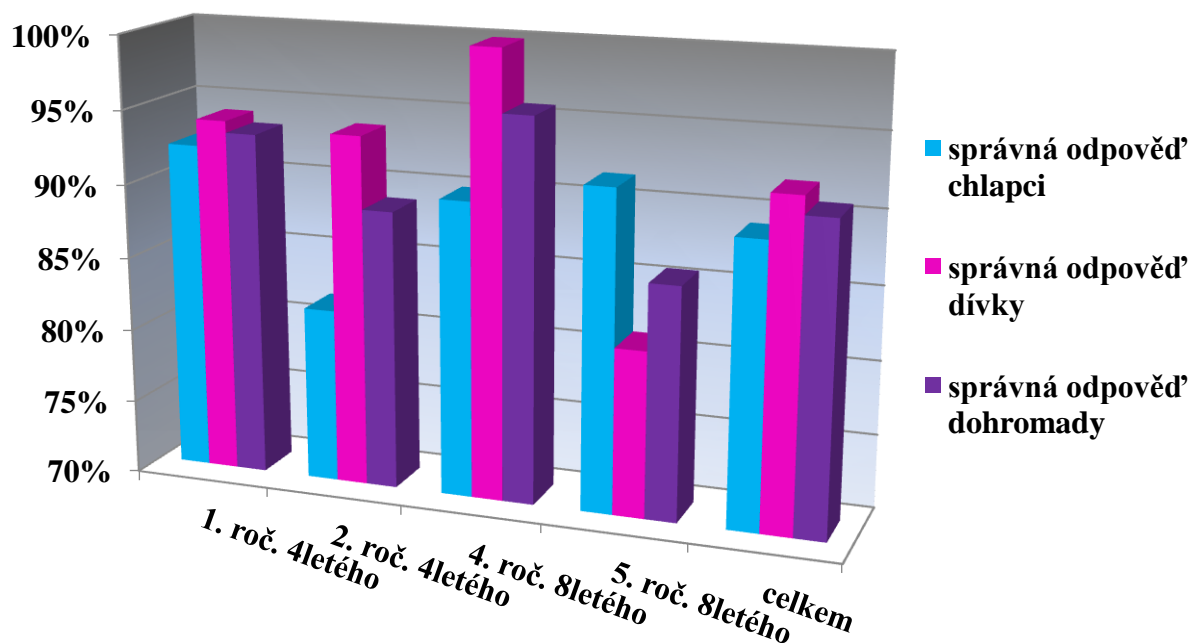


Graf č. 7: Vědomosti respondentů zda mohou mentální bulimií, či anorexií trpět i chlapci.

Otázka č. 8: Víte, jaké jsou fyzické následky špatného stravování?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	12	92,31%	1	16	94,11%	1	28	93,33%
2. ročník 4letého	9	81,81%	2	15	93,75%	1	24	88,88%
4. ročník 8letého	9	90,00%	1	14	100%	0	23	95,83%
5. ročník 8letého	11	91,66%	1	13	81,25%	3	24	85,71%
Celkem	41	89,13%	5	58	92,06%	5	99	90,82%

Tabulka č. 8: Přehled schopnosti definovat fyzické následky špatného stravování.

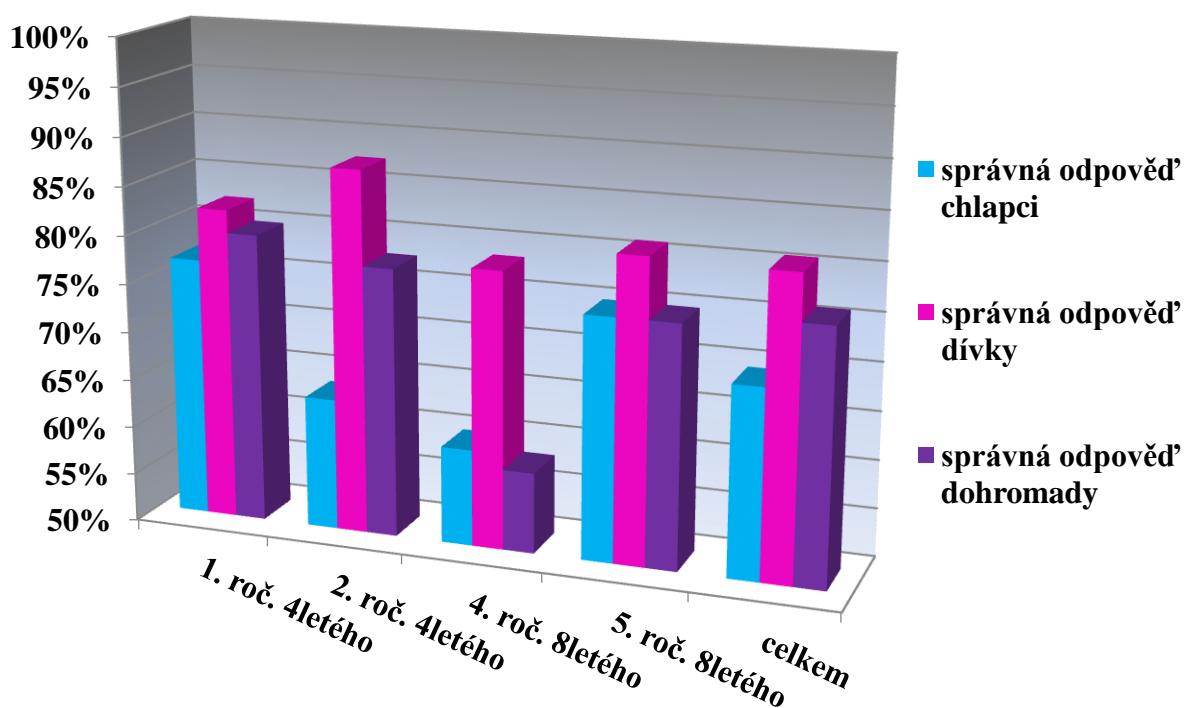


Graf č. 8: Schopnost respondentů definovat fyzické následky špatného stravování.

Otázka č. 9: Domníváte se, že se projímadlo může používat k hubnutí?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	9	69,23%	4	15	88,24%	2	24	80,00%
2. ročník 4letého	7	63,64%	4	14	87,50%	2	21	77,78%
4. ročník 8letého	7	70,00%	3	12	85,71%	2	19	79,17%
5. ročník 8letého	10	91,66%	2	12	81,25%	4	22	78,57%
Celkem	33	71,74%	13	53	84,13%	10	86	78,90%

Tabulka č. 9: Přehled vědomostí respondentů, zda se může používat projímadlo k hubnutí.

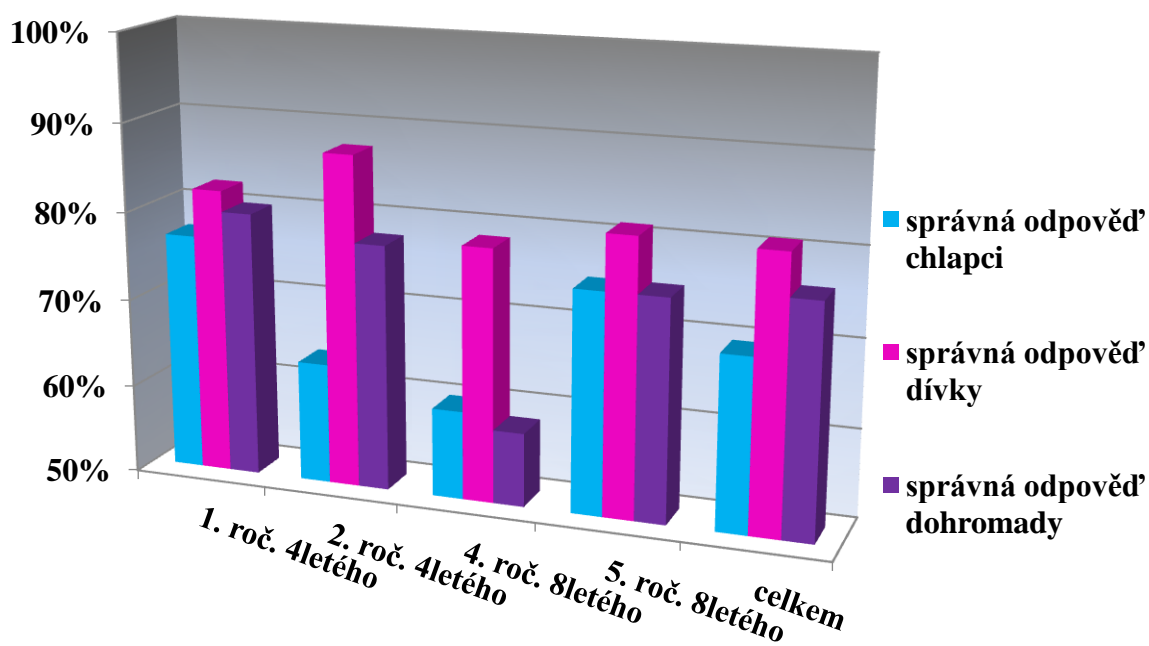


Graf č. 9: Přehled vědomostí respondentů, zda se může používat projímadlo k hubnutí.

Otázka č. 10: Víte, kde vyhledat informace, jak pomoci člověku trpícímu poruchou příjmu potravy?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	10	76,92%	3	14	82,35%	3	24	80,00%
2. ročník 4letého	7	63,64%	4	14	87,50%	2	21	77,78%
4. ročník 8letého	6	60,00%	4	11	78,57%	3	17	58,33%
5. ročník 8letého	9	75,00%	3	12	81,25%	4	21	75,00%
Celkem	32	69,57%	14	51	80,95%	12	83	76,15%

Tabulka č. 10: Přehled znalosti respondentů, zda ví, kde vyhledat informace, jak pomoci člověku trpícímu poruchou příjmu potravy.

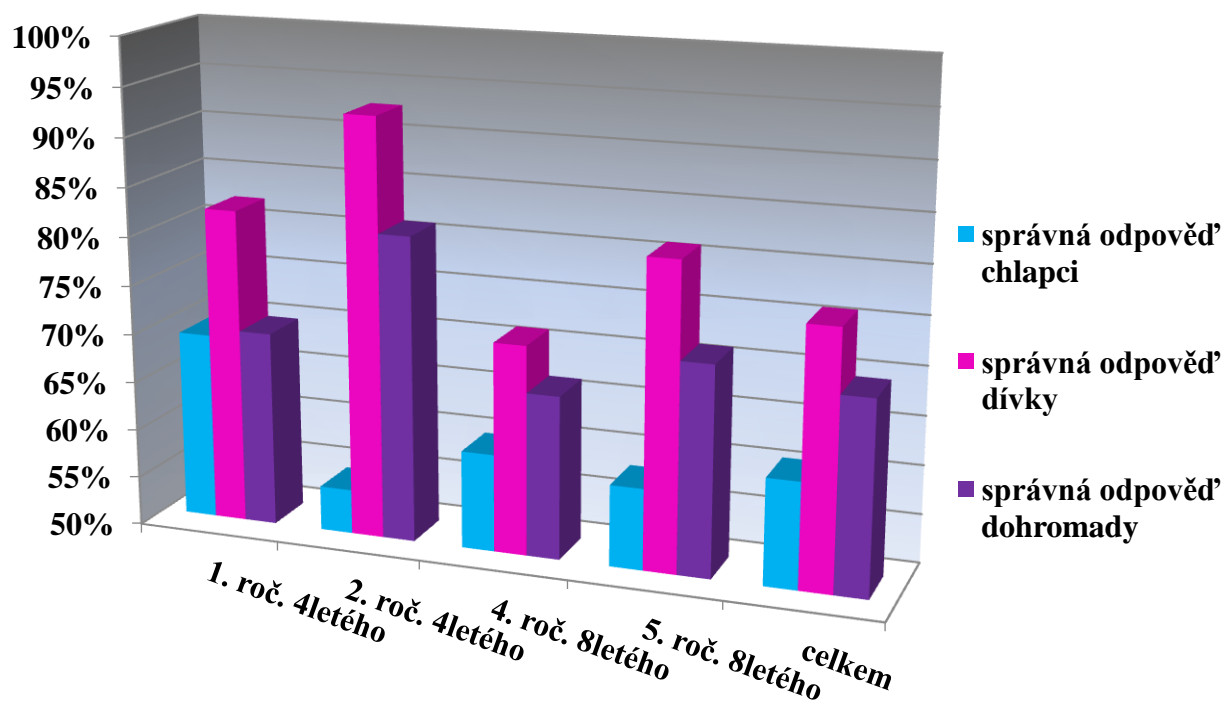


Graf č. 10: Přehled znalosti respondentů, zda ví, kde vyhledat informace, jak pomoci člověku trpícímu poruchou příjmu potravy.

Otázka č. 11: Domníváte se, že poruchy příjmu potravy mohou vést ke ztrátě plodnosti?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	9	69,23%	4	12	82,35%	5	21	70,00%
2. ročník 4letého	6	54,55%	5	13	92,86%	3	19	81,25%
4. ročník 8letého	6	60,00%	4	10	71,43%	4	16	66,67%
5. ročník 8letého	7	58,33%	5	13	81,25%	3	20	71,43%
Celkem	28	60,87%	18	48	76,19%	15	76	69,72%

Tabulka č. 11: Přehled vědomosti o možné ztrátě plodnosti při poruchách příjmu potravy.

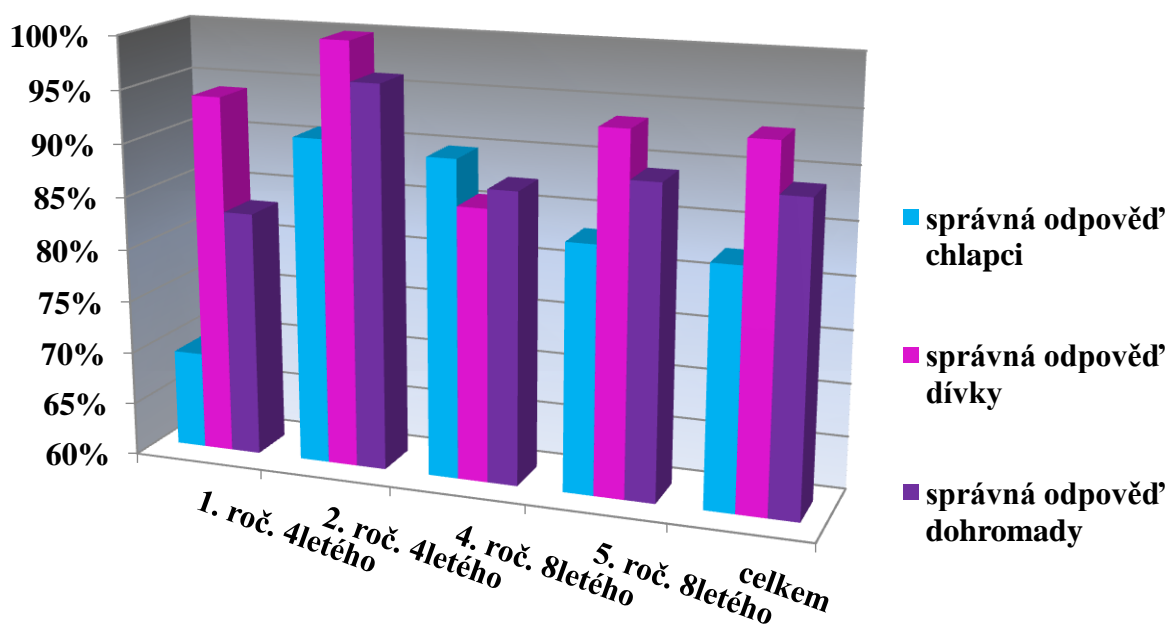


Graf č. 11: Přehled vědomosti o možné ztrátě plodnosti při poruchách příjmu potravy.

Otázka č. 12: Mohou způsobit poruchy příjmu potravy změny v osobnosti (nervozita, útočnost, podezíravost)?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	9	69,23%	4	16	94,12%	1	25	83,33%
2. ročník 4letého	10	90,91%	1	16	100,00%	0	26	96,30%
4. ročník 8letého	9	90,00%	1	12	85,71%	2	21	87,50%
5. ročník 8letého	10	83,33%	2	15	93,75%	1	25	89,29%
Celkem	38	82,61%	8	59	93,65%	4	97	88,99%

Tabulka č. 12: Přehled studentů, kteří si myslí, že poruchy příjmu potravy způsobují změny v osobnosti.

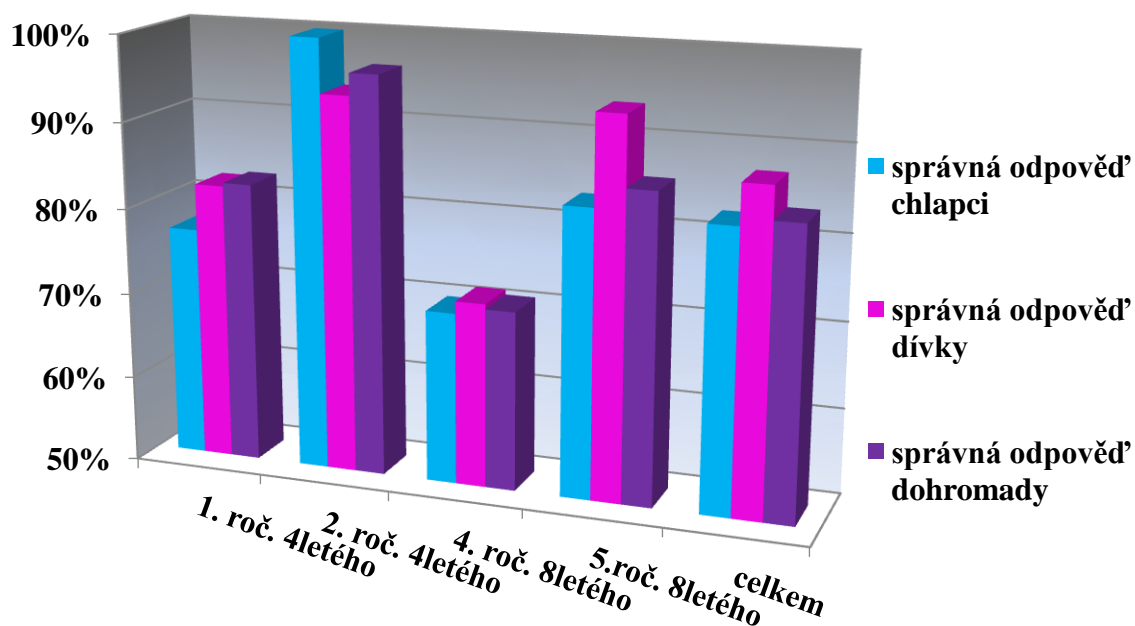


Graf č. 12: Přehled studentů, kteří si myslí, že poruchy příjmu potravy způsobují změny v osobnosti.

Otázka č. 13: Domníváte se, že rodina, ve které žijete, může zabránit poruchám příjmu potravy?

Ročník gymnázia	Chlapci			Dívky			Dohromady	
	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %	Špatná odpověď	Správná odpověď	Správná odpověď %
1. ročník 4letého	10	76,92%	3	14	82,35%	3	24	82,75%
2. ročník 4letého	11	100%	0	15	93,75%	1	26	96,30%
4. ročník 8letého	7	70%	3	10	71,43%	4	17	70,83%
5. ročník 8letého	10	83,33%	2	14	93,75%	2	24	85,71%
Celkem	38	82,61%	8	53	87,30%	55	91	83,49%

Tabulka č. 13: Přehled studentů, kteří vědí, že rodina může zabránit poruchám příjmu potravy.



Graf č. 13: Přehled studentů, kteří vědí, že rodina může zabránit poruchám příjmu potravy.

2.1 Diskuse

Výzkumným cílem mého šetření bylo odhalit míru informovanosti o poruchách příjmu potravy respondentů v adolescentním věku prostřednictvím dotazníků. Našeho dotazníkového šetření se zúčastnilo 109 studentů z Gymnázia ve Šternberku. Pracovali jsme se stanovenými výzkumnými otázkami. Hlavní výzkumnou otázkou („H1: Je informovanost studentů – adolescentů dostatečná?“) a vedlejší („V1: Je informovanost adolescentních dívek vyšší než chlapců?“).

Výsledky výzkumu zachycují míru informovanosti studentů adolescentů a následně informovanost o poruchách příjmu potravy z hlediska pohlaví.

Z vyhodnocených dotazníků od studentů byla u hlavní výzkumné otázky („**H1: Je informovanost studentů – adolescentů dostatečná?**“) prokázána dostatečná informovanost, což můžeme potvrdit skutečnostmi vyplývajícími z výše uvedených výsledků. Správné odpovědi studentů vždy převažovaly nad špatnými, dokonce u některých otázek se výsledek blížil výborné informovanosti, což dokazuje 92 (96,33%) ze 109 správných odpovědí u otázky č. 6. Studenti si uvědomují závažnost poruch příjmu potravy, dokonce ve většině případů znají i jejich charakteristiku.

Výzkumná otázka vedlejší („**V1: Je informovanost adolescentních dívek vyšší než chlapců?**“) prokazuje vyšší míru informovanosti u adolescentních dívek než u chlapců. To potvrdilo 12 ze 13 otázek (z nichž u otázky č. 3, jako u jediné) převažovali ve správných odpovědích chlapci. Tuto skutečnost zmiňuje i odborná literatura, která uvádí výskyt poruch příjmu potravy u mužů jen zřídka. Uvádí se 1 postižený muž na 10 postižených žen, nejčastěji v profesích, které jsou podmíněny tělesnými proporcemi (model, žokej, tanečník). Důvodem, proč jsou dívky více informovány než chlapci, je zřejmě i jejich větší soustředěnost na módní trendy, což začíná být zdravý životní styl. Jasně prokazatelné je i více literatury ilustrující příběhy poruch příjmu potravy, určené hlavně ženskému pohlaví. Zatímco u chlapců jsou módním trendem spíše sportovní aktivity a literaturu o poruchách příjmu potravy tolik nevyhledávají.

Z výzkumného šetření si dovoluji vyvodit značně pozitivně viditelný postih prevence ve školských zařízeních v porovnání s předchozími roky. V neposlední řadě je důležité zmínit, že výzkumný vzorek se skládal ze studentů gymnázia, u kterých předpokládáme vyšší míru informovanosti než u studentů jiného středního vzdělání. To se jistě

na výsledcích značně podepsalo, také nevíme, do jaké míry brali studenti dotazníky vážně a zda jsou všechny výsledky relevantní jejich skutečným vědomostem o poruchách příjmu potravy.

Pro zlepšení výsledků těchto studentů bychom mohli škole doporučit využít některý z preventivních opatření, např. objednat některý z programů nabízených na internetu. Další možností je využít dotační programy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na realizaci preventivních programů, a to v několika podobách. Jako jednu z mnoha možností zmíníme rozšíření kvalifikace vybraného pedagoga, který se po absolvování školení bude specializovat na tuto problematiku.

Specializovaný pedagog připraví individuální preventivní opatření pro všechny ročníky gymnázia se zaměřením na rizikové chování jednotlivých studentů. Vyčlení několik hodin v týdnu pro individuální konzultaci jednotlivých zájemců z řad studentů. Apeluje na třídní pedagogy, aby si více všímali stravovacích návyků a s tím případně spojeného patologického jednání. Uvědomí pedagogy o pravidelných konzultacích na téma poruchy příjmu potravy a dohodne si s nimi určitý čas v měsíci a frekvenci setkávání se pro konzultace. Společně se třídními pedagogy prodiskutuje možnosti, jak informovat rodiče studentů, aby si více všímali jídelního chování svých dětí. Dále by bylo vhodné pomocí projektového dne upozornit na poruchy příjmu potravy, objasnit je a zdůraznit jejich závažnost s ohledem na věk studentů. Projekt by mohl být zaměřen i výtvarně, což by se mohlo využít k organizaci malé výstavy s promítáním filmu k dané problematice, a to např. českého filmu, režírovaného Vítem Olmerem — „Lehká jako dech“.

Závěr

Praktická část si klade za cíl, prostřednictvím metody kvantitativního výzkumu pomocí strategie dotazníku, zjistit, jak jsou o tomto problému poruch příjmu potravy informováni studenti gymnázia. Následně zda dívky budou informovány lépe než chlapci.

V teoretické části jsem si stanovila za cíl charakterizovat poruchy příjmu potravy, jejíž následky, příznaky, příčiny, léčbu a v neposlední řadě prevenci. Snažíme se tedy o seznámení čitatele s poruchami příjmu potravy nejen jako takovými. Poukazuji zde na jejich možná nebezpečí a snažím se o vysvětlení tohoto problému a s ním spojených jevů.

Jak se zmiňuji i v úvodu, díky projektu zaměřeného na zdravé stravování, na kterém spolupracuji, potvrzuji nesmírnou důležitost prevence, proto ji zdůrazňuji, jak v rodině, tak v institucích. Zřejmé je i stále se zvyšující tempo životního nasazení, kterému není jednoduché vyhovět, což může být prvním spouštěčem poruch příjmu. A to nejen asi nejznámějších, jako je mentální anorexii a bulimie, ale též přejídání se a z něj často plynoucí obezity. Stále častěji se setkáváme se stravováním ve fastfoodech, děti již málo kdy dostávají svačinku z domova, ale spíše finanční obnos na koupi svačiny dle vlastního výběru a právě tyto “dobové akty“ jsou pro poruchy příjmu potravy výživnou půdou.

V praktické části jsem použila kvantitativní metodu výzkumu, dotazník, který jsem rozdala na všeobecné 4leté gymnázium celkem 109 respondentům. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit informovanost studentů o poruchách příjmu potravy v adolescentním věku, výzkumnou otázku jsem rozdělila do 2 kategorií na hlavní a vedlejší výzkumnou otázku. Hlavní výzkumná otázka zjišťuje celkovou informovanost studentů v adolescentním věku. Vedlejší výzkumná otázka zjišťuje, zda informovanost adolescentních dívek je větší než u chlapců. Výsledek nám ukázal, že informovanost studentů v adolescentním věku je dostatečná. Informovanost dívek se prokázala větší než chlapců. Uvědomujeme si, že výsledky jsou získány od respondentů, u kterých se předpokládá nejvyšší všeobecná znalost. Díky získaným výsledkům šetření, jsem se pokusila navrhnout opatření, které by mohlo aktuální informovanost studentů zvýšit.

Závěrem mohu konstatovat výsledek této bakalářské práce, jako odpovídající předem stanoveným cílům.

Použitá literatura

BALCH, J. F. *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80720-5637-9.

CLAUDIE – PIERRE P. *The secret language of eating disorders*. New York: Random House Value Publishing, 1998. ISBN 978-03 757-5018-2.

COOPER, J. P. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia 1993. ISBN 80 – 85885-97-2.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KOCOURKOVÁ, J, HORT, V. *Psychodynamika a psychoterapeutická východiska u mentální anorexie v adolescenci*. Česká a slovenská psychiatrie, 1995. ISBN 95-11-1300-432.

KOUCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, 1997. ISBN 808-58-2451-5.

KOUTEK, J. Specifické poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. HORT, V. a kol. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KRCH, D. F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-169-627-7.

KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

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

LEIBOLD, G. 1995. *Mentální anorexie*. Nakladatelství Svoboda, Praha. 13 – 19 s. ISBN 80-205-0499-0.

MARÁDOVÁ, E. 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s. ISBN 978-80-86991-09-2.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, H. *Motivační terapie u poruch příjmu potravy*. Česká a slovenská psychiatrie, 2000. ISBN 978-80-85121-32-2.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe*. 3. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. ISBN 80-86568-04-0.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

SPÁČILOVÁ, H. *Pedagogická diagnostika v primární škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2264-0.

MŠMT: Věstník z července 2005 - Koncepce poradenských služeb poskytovaných ve škole (č.j. 27 317/2004-24).

Internetové zdroje

KULHÁNEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. Doktorka.cz [online]. 5.9. 2001 [cit. 2013-12-12].
Dostupné z: <http://zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy//>

VČELAŘOVÁ, H., & BENDO VÁ, M. (2013). *Nadváha a obezita dětí a dospívajících ve Velké Británii – současný stav a přístupy, vycházející z psychosociálních a environmentálních aspektů problému*. *E-psychologie* [online], 7 (2), 1-11 [cit. 2013-12-11]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/vcelarova_bendova.pdf>. ISSN 1802-8853.

Stop anorexia - Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. 2013 [cit. 2014-05-02].
Dostupné z: http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/ortorexie_-bigorexie_-drunkorexie/ortorexie_-bigorexie_-drunkorexie.html

Anotace

Jméno a příjmení:	Markéta Špundová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Poruchy příjmu potravy
Název v angličtině:	Eating disorders
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá obecnou problematikou poruch příjmu potravy. Vysvětluje a analyzuje pojmy mentální anorexie, bulimie, ortorexie, drukoroxie, biorexie. Zmíněny jsou kritéria těchto nemocí i vzorec pro výpočet tělesné hmotnosti Body mass Index. Dále jsou obsaženy stravovací návyky dětí dnešní doby a další faktory, které mnohdy k poruchám příjmu potravy vedou. Praktická část si klade za cíl pomocí dotazníku zjistit a vymezit stav informovanosti studentů adolescentního věku a analyzovat zda je informovanost adolescentních dívek vyšší než chlapců.
Klíčová slova:	Potrava, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, index tělesné hmotnosti, poruchy příjmu potravy u dětí, léčba, prevence.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with general issues of eating disorders. It explains and analyzes the concepts of anorexia nervosa, bulimia, orthorexia, drukoroxie, biorexie. This thesis mentions the criteria for these diseases and the pattern for calculating weight - Body Mass Index. I also include are children's eating habits of our time and other factors that often eating disorders lead. The practical part aims to find out a questionnaire to define a state of awareness of adolescent students and analyze whether the awareness of adolescent girls more than boys.
Klíčová slova v angličtině:	Food, eating disorders, anorexia, bulimia nervosa, body mass index, eating disorders in children, treatment, prevention.
Přílohy vázané v práci:	CD - ROM
Rozsah práce:	58 s.
Jazyk práce:	Český jazyk

Přílohy

Příloha č. 1 Vyvážený jídelníček

Snídaně

- Miska celozrnných cereálií (ovesné vločky, drcené ořechy, sušené ovoce kukuřičné lupínky, strouhaný kokos) s polotučným mlékem, celý kus ovoce (jablko), 1dcl 100% džusu + 1dcl vody nebo čaj (na 250ml 1 lžička cukru nebo medu).

Svačina

- Polotučný bílý jogurt, pomeranč.

Oběd

- Kuřecí vývar se zeleninovými nudlemi (syrová nastrouhaná polévková zelenina).
- Pečená treska s brokolicí (150g tresky a 100g brokolice), 3 střední vařené brambory, zeleninový salát (okurkový).

Svačina

- Knäckenbrot s vlákninou, potřeny cottage sýrem a celý kus zeleniny (rajče).

Večeře

- 3 střední brambory zapečené s 100g dušené šunky a s 50g nastrouhaného sýra, míchaný salát se za studena lisovaným olivovým olejem.

Pozor

- Dodržujeme pitný režim, nejlépe obyčejnou vodu — 3l dospělý /denně.
- Snídáme.
- Cereálie, které koupíme v marketu, mohou být natolik přeslazené, že se stávají v podstatě nezdravými, proto se informujte např. ve zdravé výživě nebo využijte

uvedený recept v závorce u snídaně. Pokud jste navyklí např. na cereálie zapékané a jiné nemůžete „strávit“, alespoň je nařeďte ovesnými vločkami.

- Džusy kupujeme pouze 100% a ředíme vodou v poměru 1:1.
- Snažíme se sníst alespoň 5 porcí denně.
- Každou porci doplníme o zeleninu, či ovoce (nejlépe 3x denně zeleninu, 2x denně ovoce spíše dopoledne) tzn., že též sníme 5 porcí zeleniny a ovoce.
- Nebojíme se dochucovat bylinkami a sůl používáme minimálně.
- Místo tavených sýrů (s obsahem tavících solí, jež blokuje vápník) vybíráme sýry tvarohové.
- Vyhýbáme se uzeninám, spíše konzumujeme dušenou šunku.
- Nezapomínáme na celozrnné výrobky, zejména celozrnné pečivo.
- Jíme naposledy 2 hodiny před spaním.

Příloha č. 2: Reklama

Angelina váží pouze 47 kg...

hvězda přestala jíst díky meto... která...
Více info...
[zde!](#)

reklama

Byla jsem tlustá a nešťastná

redukční dieta bez odřikání!
• Bez léků!
• Bez námahy!

a teď

NOVINKA NA HUBNUTÍ
✓ BEZ REDUKČNÍ DIETY
Za 5 dní menší o jedno konfektaní číslo...
Za 10 dní o 10 kilogramů
Přísta...
NOVINKA NA HUBNUTÍ
✓ BEZ REDUKČNÍ DIETY
Přísta z Orientu: HYPERAKTIVNÍ moštki rosa NA HUBNUTÍ proti přebytečným kilogramům, proti tlustým bokům.

a teď

reklama

Příloha č. 3: Dotazník

Poruchy příjmu potravy

Prosím o vyplnění krátkého dotazníku, který mi poslouží při tvorbě mé bakalářské práce.

U otázek je možná pouze jedna odpověď, veškeré otázky je třeba vyplnit.

Děkuji. S pozdravem a přáním hezkého dne, studentka Univerzity Palackého, Markéta Špundová.

1A.) Jste chlapec nebo dívka?

- a) Chlapec
- b) Dívka

1B.) Jaký navštěvujete ročník?

- a) 1. ročník 4letého všeobecného oboru
- b) 2. ročník 4letého všeobecného oboru
- c) 4. ročník 8letého oboru
- d) 5. ročník 8letého oboru

2.) Víte, co jsou poruchy příjmu potravy?

- a) Nemoc jater, přejídání se
- b) Přejídání se, mentální anorexie, mentální bulimie
- c) Mentální anorexie
- d) Zvracení, mentální bulimie
- e) Mentální bulimie, mentální anorexie
- f) Obezita, mentální bulimie

3.) Domníváte se, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit smrt?

- a) Ano
- b) Ne

4.) Co si představíte pod pojmem chronické přejídání?

- a) Časté přejídání z důvodů psychické poruchy
- b) Časté přejídání z přirozeného hladu
- c) Přejídání se, jelikož jsem neměl celý den čas na jídlo

5.) Co znamená pojem mentální anorexie?

- a) Úmyslné snižování tělesné hmotnosti, vyvoláno strachem z tloušťky
- b) Časté zvracení z důvodu přejezení se
- c) Nechuť k jídlu
- d) Žaludeční nevolnost vyvolaná z jídla

6.) Co znamená pojem mentální bulimie?

- a) Žaludeční nevolnost vyvolaná z jídla
- b) Chronické záchvaty přejídání s přehnanou kontrolou hmotnosti
- c) Žaludeční nevolnost vyvolaná z žaludečního onemocnění
- d) Nechuť k jídlu

7.) Domníváte se, že mohou bulimií, či mentální anorexií trpět i chlapci?

- a) Ano
- b) Ne

8.) Víte, jaké jsou fyzické následky špatného stravování?

- a) Lámající se nehty, pevné kosti
- b) Padající vlasy, pevná pokožka
- c) Dobře vypadající postava

d) Lesklé vlasy, kvalitní nehty

e) Vysoká nemocnost (časté nachlazení), padající vlasy, lámající se nehty

9.) Domníváte se, že projímadlo můžeme používat k hubnutí?

a) Ano

b) Ne

10.) Víte, kde vyhledat informace, jak pomoci člověku trpícímu poruchou příjmu potravy?

a) Ano

b) Ne

11.) Domníváte se, že poruchy příjmu potravy mohou vést ke ztrátě plodnosti?

a) Ano

b) Ne

12.) Mohou způsobit poruchy příjmu potravy změny v osobnosti (nervozita, útočnost, podezíravost)?

a) Ano

b) Ne

13.) Domníváte se, že rodina, ve které žijete, může zabránit poruchám příjmu potravy?

a) Ano

b) Ne