

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**INFORMOVANOST ŽÁKŮ ZŠ V OBLASTI
PROBLEMATIKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Iva Večeřová

Brno 2006

Poděkování:

Děkuji paní PhDr. Dagmar Přinosilové, Ph.D. za odborné rady, za cenné podněty a připomínky, za laskavost a trpělivost a při vedení mé diplomové práce a též panu MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D. za ochotu a pomoc při objasňování termínů medicínské problematiky.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....

OBSAH

ÚVOD	5
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	6
1.1 Stručná historie poruch příjmu potravy	6
1.2 Vymezení pojmu a charakteristika mentální anorexie.....	10
1.3 Vymezení pojmu a charakteristika mentální bulimie	12
1.4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	13
2. ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
2.1 Biologické faktory.....	16
2.2 Sociální a kulturní faktory	16
2.3 Osobnostní a psychické charakteristiky.....	17
2.4 Další rizikové faktory podmiňující vznik poruch příjmu potravy	18
3. ZDRAVOTNÍ RIZIKA A PŘEHLED LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	20
3.1 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy.....	20
3.2 Možnosti léčby poruch příjmu potravy.....	24
3.3 Farmakoterapie.....	28
3.4 Nejčastější metody psychoterapie.....	29
4. INFORMOVANOST ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZŠ V OBLASTI STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	36
4.1 Cíle, hypotézy, metody a techniky.....	36
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	37
4.3 Vlastní výzkumné šetření	37
4.4 Analýza výsledků, diskuse	75
ZÁVĚR.....	77
SHRNUTÍ	78
SUMMARY	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
PŘÍLOHY	

ÚVOD

„Nežijeme, abychom jedli, ale jíme, abychom žili.“

SÓKRATÉS

Dovolila jsem si v úvodu použít tato moudrá slova, která mě vedla k zamyšlení nad tím, zda už tenkrát bylo nutné lidem připomínat, jakou úlohu má v našich životech jídlo. Ano, poruchy příjmu potravy tu byly, jsou a budou. Tento fakt ví jen malé procento laické veřejnosti, přestože zápas s jedením, či nejedením vede téměř každý z nás. Kdo z nás se nezabývá, ať už z jakýchkoli důvodů, vlastní tělesnou hmotností? Proč? Vždyť za předpokladu, že jsme tělesně i duševně zdraví a náš příjem potravy je správný, by měla být naše tělesná hmotnost v normě. Avšak kdo z nás dodržuje správné stravovací návyky? Proč je nás tolik, co trpíme strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem a nevhodnými způsoby jak „kontrolovat“ svou tělesnou hmotnost?

Je velmi mnoho faktorů, které nám brání vykonávat tak přirozené a základní věci jako je jíst, když máme hlad a pít, když máme žízeň. Poslední dobou značně stoupá počet lidí s poruchami stravování. Vždyť každá desátá žena trpí poruchou vztahu k jídlu. A to neznáme skrytý počet, tj. počet těch, kteří nejsou statisticky podchyceni. Cílem této diplomové práce je poznání a pochopení problematiky poruch příjmu potravy, zjišťování zdrojů informací u žáků druhého stupně základní školy o poruchách příjmu potravy a zmapování jejich informovanosti v oblasti stravovacích návyků se zaměřením na problematiku poruch příjmu potravy.

Diplomová práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola popisuje, co to vlastně poruchy příjmu potravy jsou a jak se projevují. Druhá kapitola se zabývá výčtem faktorů, které mohou způsobit vznik poruch příjmu potravy a teoretickou část uzavírá třetí kapitola, která pojednává o nejčastějších zdravotních komplikacích vyskytujících se u osob trpících mentální anorexií a mentální bulimií. Dále pak tato kapitola podrobně rozebírá možnosti léčby, které se nabízí nemocným s poruchami příjmu potravy. Výzkumná část je zaměřena na zjišťování úrovně informací o problematice poruch příjmu potravy a s tím souvisejících stravovacích návyků u vzorku pokusných osob, kterými byli žáci osmých ročníků základní školy.

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Pravděpodobně první starostí člověka bylo neumřít hlady. Potřeba nasycení - obživný pud - přirozeně určuje i uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. V průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být ve složitém bio-psycho-sociálním kontextu velmi obtížné.

1.1 STRUČNÁ HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev.

Již ve starověkých lékařských pramenech lze najít odkazy na termín „anorexia“. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny antické doby, používal termín anorexie v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu.

V období pozdního středověku se setkáváme s hluboce věřícími ženami, které tvrdily, že je při životě bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem udržuje boží pomoc.

V novověku už bylo obtížnější připisovat vysvětlení nepochopitelných jevů nadpřirozeným silám. V této době se na scéně objevují „záračné panny“, tedy postíci se mladé dívky. Většinou to byly adolescentní dívky, které se již výslovně neodvolávaly na boží inspiraci. Přesto se jim však dostávalo značné místní a někdy i celonárodní pozornosti. Tyto případy vyvolávaly ostré diskuse a od lékařů se očekávala odpověď na otázku, zda jde o podvod, nebo o zázrak. Řada lékařů byla tehdy ještě přesvědčena, že déletrvající abstinence potravy je zázrak.

V 17. století se Richard Morton navždy zapsal do historie medicíny především díky svému popisu dcery pana Duka, která trpěla problémy s jídlem, vyhublostí, amenoreou (vynechávání menstruace), hypotermií (snížení tělesné teploty) a opakovanými záchvaty mdloby. Morton byl překvapen jejím zbědovaným stavem, pro nějž nenacházel žádnou fyzickou příčinu. Předepsal různé léky, ale dívka odmítala přijmout jeho léčebný postup a zemřela. Britský lékař Richard Morton definuje v roce 1694 mentální anorexii. Je udivující, že ani Mortonův přesný popis, naznačující mentální anorexii, neotevřel oči jeho současníkům. Přestože tento případ byl popsán v knize „Phthisiologia“, která byla široce známa, zůstal bílou vránou v celé lékařské literatuře po následující dvě století.

Odmítání jídla (vyhýbání se jídlu) patřilo k běžným průvodním symptomům dávno známých jevů – hysterie, zamilovanosti, mánie, melancholie, demence a všech druhů psychotických poruch. Významná je z tohoto hlediska chloróza neboli blednička, často zmiňovaná v lékařské literatuře 18. a 19. století. Tato choroba postihovala především krásné mladé ženy a projevovala se celou řadou příznaků – bledostí, ztrátou menstruace a poruchami jídla, například ztrátou chuti k jídlu, přejídáním, ale zvláště pak picou.

V roce 1840 Fleury Imbert, prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog, popisuje ve svém pojednání o ženských chorobách vedle bulimie a picy dva druhy anorexie: gastrickou anorexii (porucha zažívání) a nervovou anorexii (mozek nevyvolává signál chuti k jídlu). Imbertově práci se nedostalo žádné profesionální odezvy.

V roce 1859 William Stout Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, popsal takzvanou sitiománii, která byla tehdy obvykle označována jako „sitiofobie“ (chorobné nechutenství). Kromě této poměrně dobře známé formy odmítání potravy u duševně nemocných zaznamenal jiný typ odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek „pocházejících z vyšších kruhů společnosti“, které se tak snažily upoutat pozornost. To dokládá na případu jemné mladé ženy, které netrvalo dlouho, aby pochopila, že podiv a úžas společnosti narůstá nepřímo úměrně s množstvím jídla, které snědla. Přes všechny jeho snahy odradit ji od této pošetilosti, zemřela.

V roce 1860 otiskl francouzský lékař Louis-Victor Marcé článek, kde popisuje první případy mentální anorexie. Přestože bylo Marcého pozorování velmi přesné,

psychiatrická obec té doby na něj ještě nebyla připravena. Podobně jako v případě Chipleyho, článek neměl téměř žádnou odezvu.

Trvalo to ještě více než deset let, než se chorobné sebehladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem. O autorství prvního jednoznačného popisu se dělí pařížský klinický lékař Ernest-Charles Lasègue a londýnský lékař Sir William Withey Gull. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u dívek a mladých žen. Charakteristické znaky, které popsali Gull a Lasègue, platí i dnes: velký váhový úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence jakýchkoli známek organické patologie. Ani nadále však nebyla mentální anorexie věnována přílišná pozornost.

Trvalo ještě další desetiletí, než se odborný lékařský tisk začal o „nový“ syndrom více zajímat.

Až ve 20. století byla mentální anorexie přesunuta z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie. K původnímu klinickému obrazu, jak jej popsali Lasègue a Gull, přibyly ještě další dva podstatné rysy: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V posledních desetiletích se ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem.

Mentální bulimie a dějiny přejídání

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Za rodiště bulimie je považován Řím. Již v 1. století př. Kr. se při slavnostech podávají dávidla, aby se ulevilo přeplněnému žaludku. Nenasyté hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti.

Na jarmarcích občas veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle dalších atrakcí.

Například Hippokrates rozlišoval „boulimos“ jako nezdravý hlad od normálního hladu. Zprávy o chorobném hladu se pod různým pojmenováním objevují již s prvními medicínskými záznamy v historii. Z pohledu moderního klinického obrazu mentální bulimie jsou zajímavé především historické popisy přejídání se zvracením. V medicíně je tato jídelní abnormalita známá jako „kynorexia“ nebo „fames canina“ (psí hlad).

Od starověku až do 19. století tak byla označována nenasytná žravost, podobná chování psa, následovaná spontánním zvracením. Zde byly za příčinu pokládány dysfunkce a abnormality žaludku. Specificky klinický obraz záchvatovitého přejídání spojeného se zvracením byl také zmiňován v kontextu jiných chorob. Podobně jako odmítání jídla, i přejídání mohlo být spojováno s řadou dalších onemocnění, například s nervovými gastrickými poruchami, mánií, hypochondrií a chlorózou. Přejídání a zvracení patřily k symptomům často uváděným především v popisech hysterie a někdy byly označovány jako hysterické zvracení.

V roce 1874 popsal londýnský lékař William Withey Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a také pařížský lékař Ernest-Charles Lasègue zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie.

Na přelomu století se objevilo několik kazuistik nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Tyto příznaky nebyly považovány za samostatný syndrom, ale spíše za neurotickou poruchu nebo za variantu jídelního schématu anorektických pacientů.

V roce 1944 publikoval švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger bezpochyby nejlépe popsanou kazuistiku (přestože případ byl chybně diagnostikován jako schizofrenie). Je to působivý příběh Elen Westové, jejího neúnavného zápasu se štíhlostí a boje s bulimií, která ji dovedla až k násilnému zvracení a extrémnímu nadužívání laxativ.

Na počátku sedmdesátých let 20. století se začaly množit klinické případy žen, které se přecpávaly, ale přitom dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálým držetím diety.

Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel publikoval článek, ve kterém použil termínu „bulimia nervosa“ k popisu příznaků třiceti pacientů, který doplnil detailním klinickým popisem skupiny. Pro vymezení mentální bulimie navrhnul tři základní kritéria:

- silná a nepotlačitelná touha se přejídat
- snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ nebo obojím

- chorobný strach z tloušťky

Termín bulimie se brzy stal běžně užívaným a nahradil jiné termíny jako bulimarexie nebo hyperorexie. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.

1.2 VYMEZENÍ POJMU A CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie (F 50.0)

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín anorexie však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech jedinců trpících touto poruchou.

„U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.14)

Gerhard Leibold (1995) dělí mentální anorexii na akutní mentální anorexii a chronickou mentální anorexii. Akutní mentální anorexie je charakterizovaná omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla. Velmi rychle vede k závažnému tělesnému poškození, které neléčené může končit smrtelně. Chronická mentální anorexie je také charakterizovaná omezováním příjmu potravy, ale nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

(DSM-Diagnostický a Statistický manuál Americké psychiatrické společnosti)

- A. Omítání 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 (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace.

(Krch, F.D. a kol., 1999)

Specifické typy:

- | | |
|---------------------------------|--|
| Nebulimický (restriktivní) typ: | Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. |
| Bulimický (purgativní) typ: | Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání. |

U anorektiček bulimického typu se obvykle můžeme setkat s mnohem bohatší obecnou psychopatologií od poruch nálady až po závislost na alkoholu a někdy i s odlišnou osobnostní strukturou. S tím souvisí i komplikovanější a dlouhodobější průběh poruchy, častější relapsy a menší odezva na terapii.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost.

1.3 VYMEZENÍ POJMU A CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie (F 50.2)

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.17)

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.
- (Krch, F.D. a kol., 1999)

Specifické typy:

- Purgativní typ: Provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- Nepurgativní typ: Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Pro stanovení diagnózy mentální bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu.

V případě, že pacient splňuje diagnostická kritéria mentální anorexie i mentální bulimie, pak má přednost diagnóza mentální anorexie.

1.4 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Stále více přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. Tato kategorie se někdy přehlíží, přestože do ní podle běžné klinické zkušenosti patří nezanedbatelný počet pacientů. U některých z těchto pacientů může dojít během let k rozvoji kompletních příznaků poruchy.

Atypická mentální anorexie (F50.1) Atypická mentální bulimie (F50.3)

Možnost těchto dvou diagnóz nabízí desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Tyto kategorie by se měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy. Například pacientky, které přes nízkou tělesnou hmotnost, i když nejsou hormonálně léčeny, mají pravidelně menstruaci.

Jiné poruchy jídla (F 50.8)

Tato kategorie poruch příjmu jídla je určena pro:

picu neorganického původu u dospělých (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu)

psychogenní ztrátu chuti k jídlu

další nespecifikované poruchy

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy

(Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS)

Pod EDNOS lze zařadit:

syndrom nočního přejídání, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Jen vzácně hovoří o hladu a nemusejí jíst, jestliže jídlo není k dispozici.

záchvatovité přejídání, tento termín byl navržen jako třetí druh poruch příjmu potravy pro kategorii osob, které se přejídají, aniž by užívaly nějaké kompenzační chování. Tento typ záchvatovitého přejídání je často spojen s nadváhou nebo obezitou. Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:

- člověk 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

Gerhard Leibold (1995) uvádí vedle mentální anorexie a mentální bulimie ještě dvě formy narušeného vztahu k jídlu:

Latentní otylost

Je popisována jako nadlidské sebeovládání u jídla. Tito lidé si nedovolí ani sebemenší prohřešek, jehož se čas od času dopustí i zdravotně sebevědomější člověk. Lidé trpící latentní otylostí si pokrmy připravují pomocí speciální přesné váhy a jednotlivé potraviny si odvažují s přesností na gramy, aby nepozřeli ani o jednu kalorií více, než je bezpodmínečně nutné. Kontrola příjmu potravy se pro ně stala nejdůležitější životní náplní, před níž musí všechno jiné, i mezilidské vztahy, ustoupit.

Maniakální otylost

Jedná se o nekontrolovatelné přejídání až skutečné záchvaty žravosti, které ale na rozdíl od bulimie nejsou vyrovnávány úmyslně navozeným zvracením, či jiným kompenzačním chováním. Ve své podstatě je „maniakální otylost“ identická se „záchvatovitým přejídáním“.

Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Tato kapitola se soustředí na historické kořeny dvou v současnosti nejvýznamnějších a nejzřetelněji specifikovaných poruch příjmu potravy: mentální anorexie a mentální bulimie. Dále pak jsou zde tyto dva syndromy definovány a vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplňují některá z diagnostických kritérií mentální anorexie a mentální bulimie, je v této kapitole věnována pozornost i některým atypickým a nespecifickým poruchám příjmu potravy.

2. ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Ke vzniku poruch příjmu potravy přispívá vzájemné působení různých biologických, sociálních a psychických faktorů, hovoří se o bio-psycho-sociální podmíněnosti. Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy.

2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je příslušnost k ženskému pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Zdá se, že dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí.

Typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta. Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívku znamená rychlý přírůstek tuku v dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné. Určitá role při rozvoji poruch příjmu potravy je připisována i negativním emocím (podrážděnost, labilita nálady), které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě.

2.2 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY

Předpokládá se, že jádro problému poruch příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost. Tento módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Avšak současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu dívek a žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující.

Významná role je připisována zejména negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích a divácích falešnou představu, že je možné snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, nebo si zvolit tělesné proporce stejně

snadno jako barvu vlasů. Jejich protagonisté jsou stále hubenější a stále větší pozornost je věnována různým dietním prostředkům a rádcům, kteří často uvádějí zcela nesmyslná, nepravdivá nebo i nebezpečná doporučení. Dietním trendům se přizpůsobuje také potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných „light“ výrobků.

Zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle a dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet je věnována jen malá pozornost, nebezpečí obezity bývá často přeceňováno. Patrná je předpojatost vůči obézním, ti jsou popisováni jako oškliví, líní a mnohdy i hloupí. Tato „antitučná“ mentalita jen posiluje strach z tloušťky a diskriminuje jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní.

Dalším sociokulturním faktorem, který je uváděn do souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Ženy si musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se rychle přizpůsobit požadavkům profesionálního úspěchu a výkonu.

Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, mění se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nesespecifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, úpadek jídelní kultury („McDonaldizace“) apod.

2.3 OSOBNOSTNÍ A PSYCHICKÉ CHARAKTERISTIKY

„Dnes už je dostatečně zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku anorexie a bulimie. Některé z nich, jako například perfekcionismus nebo obsedantní rysy, snadno zapadají do logiky poruchy, která jim dává konkrétní prostor a výraz ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu nebo sebekontrolé.“

(Krch, F.D. a kol., 1999, s.75) Jiné, jako například emoční labilita, strach z dospívání nebo nedůvěra v sebe a ve vlastní vnitřní pocity, pak odpovídají problémům a převažujícím vzorům postojů a chování adolescentů.

Vágnerová (1999) uvádí, že osobnost dívek se sklonem k mentální anorexii či bulimii má řadu společných znaků, ale rozhodně nelze říci, že by všechny tyto dívky byly stejné. Jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů, u kterých se lze setkat

s rozmanitou psychopatologií. U anorektiček bývají nejčastěji zdůrazňovány jako možné rizikové faktory nadměrná afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus, u bulimiček afektivní instabilita a snížená sebekontrola (impulzivita).

2.4 DALŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Životní události

Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštějící faktory poruch příjmu potravy. Nejčastěji jsou zmiňovány různé náračky na tloušťku a tělesný vzhled (někdo řekl o pacientce, že je silná, tlustá nebo, že by měla zhubnout), sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny.

Emocionální faktory

U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček a pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Některé výsledky naznačují, že poruchy příjmu potravy a poruchy nálady spolu souvisí, ale že nejsou přímo předávány ve společné genetické struktuře. Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch existuje většinou shoda v tom, že negativní sebehodnocení, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko poruch příjmu potravy.

Rizikové zájmy a profese

Je důležité rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních nebo sportovních důvodů, a chováním v důsledku nadměrného zaujetí vlastní postavou a štíhlostí. Jedno však může vést k druhému. Patologické způsoby kontroly tělesné hmotnosti se ve větší míře vyskytují u zápasníků, žokejů, gymnastek,

baletek, modelek a dalších socio-profesionálních skupin, pro které má výkon, tělesný vzhled a zejména pak tělesná hmotnost sama o sobě rozhodující význam.

Stav utvrzeného negativismu

Peggy Claude-Pierre (2001) vymyslela termín „*Stav utvrzeného negativismu*“, kterým popisuje souhrn myšlenkových pochodů. Je přesvědčená, že „*Stav utvrzeného negativismu*“ předchází poruchám příjmu potravy a je základem této choroby. Dle ní nemoc vzniká kvůli utkvělým chorobně negativním myšlenkám a ne pouhým hromaděním jednotlivých podnětů, které se uvádějí jako spouštěcí mechanismy mentální anorexie či bulimie. *„Právě tato Negativní mysl, která jakýkoli podnět překroucí a posuzuje jen ze záporného hlediska, nakonec člověka zlomí a jeho stále pesimističtější pohled na svět se prohlubuje a utvrzuje. Každý další podnět tak vede ke zhoršení stavu. Důležité tedy nejsou samotné podněty, jejichž působení je člověk vystaven, ale jeho vlastní postoj k nim.“* (Claude-Pierre, P., 2001, s.36)

Tato kapitola popisuje možné rizikové faktory, které podmiňují vznik poruch příjmu potravy nebo přispívají k jejich rozvoji. Příčina poruch příjmu potravy není téměř nikdy jednoznačná. Kromě idealizace štíhlosti, skandalizace obezity a dramatizace zdravotních důsledků i mírné nadváhy hraje významnou roli životní styl a převládající žebříček hodnot, který je stále více orientovaný na vnější znaky naší existence (úspěch, krása, peníze). Zanedbatelné nejsou ani různé stresové situace, rodina, zdravotní stav a osobnost dospívajících.

3. ZDRAVOTNÍ RIZIKA A PŘEHLED LÉČBY

PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních obtíží, které představují vážné ohrožení života pacientek a významně přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti.

3.1 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Kardiovaskulární komplikace

„Téměř u 90 % postižených se někdy v průběhu onemocnění můžeme setkat s kardiálními potížemi.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.96) Nejčastější z nich je sinusová bradykardie (zpomalená srdeční činnost) s frekvencí méně než 60 úderů za minutu. Neméně častá je hypotenze, která je způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami a vede ke stavům závratě a náhlé ztráty vědomí.

Nadužívání diuretik nebo projímadel může jak u bulimie, tak u anorexie vést k narušení elektrolytové rovnováhy a tím vyvolaným srdečním arytmiím. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě.

Byla popsána řada změn EKG, které jsou však reverzibilní a většinou rychle mizí při úpravě elektrolytové rovnováhy, doplnění tekutin a živin.

Renální komplikace

Hlavní poruchy, s nimiž se u poruch příjmu potravy setkáváme, jsou hypokalémie (snížená hladina draslíku v krvi), hyponatrémie (snížená hladina sodíku v krvi), hypochlorémie (snížená hladina chloridu v krvi) a hypochlorní metabolická alkalóza (posun pH vnitřního prostředí nad 7,04), kterou nejčastěji zjišťujeme u pacientek dehydratovaných v důsledku zvracení nebo nadužívání projímadel a diuretik.

Rychlá realimentace může způsobit náhlý přesun fosfátů do buněk, kde slouží k fosforylaci glukózy a syntéze proteinů. To může vést k výrazné hypofosfatémii (snížená hladina fosfátu v krvi) a ke generalizovaným křečím.

„Asi u čtvrtiny anorektiček je patrna hypomagnezémie, která bývá doprovázena obtížně odstranitelnou hypokalcémií a hypokalémií vyžadující doplňování hořčičku.“
(Krch, F.D. a kol., 1999, s.97)

Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů.

Předávkování projímadly vede k výrazné hypoproteinémii (snížená hladina bílkovin v krvi) a následně k hypovolemickému šoku (zhroucení oběhu u důvodu jeho nedostatečné náplně), ledvinovým infarktům a kardiovaskulárnímu selhání. Může jít o život ohrožující stav.

Gastrointestinální komplikace

„Dobře známým příznakem mentální bulimie je benigní zduření parotických slinných žláz, které se objevuje u 25 až 50 % postižených. Objevují se ale i u mentální anorexie a u jiných případů chronické podvýživy.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.98)

Hodnocení ústních a zubních komplikací ukazuje jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny a zuboviny. Charakteristická je zvýšená citlivost na teplo, zatímco důkazy o zvýšené kazivosti zubů nejsou jednoznačné.

V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů.

Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku klinicky vyvolává pocity plnosti a nadmutosti i po konzumaci malého množství jídla, což je pacientkám subjektivně nepříjemné. Často si to vykládají jako známku ukládání tuku v těle. Všeobecně platí, že žaludeční komplikace nejsou příliš časté.

Zhoršená motilita (pohyblivost) tenkého střeva je poměrně častá. Asi u poloviny anorektiček lze zjistit na rentgenu dilataci duodena (zvětšení dvanácterníku).

Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě prosté zácpy, obvykle souvisí s nadužíváním projímadel, které mohou vyvolávat nevolnost, zvracení či střídání zácpy a průjmu.

Kosterní komplikace

Pacientky s časným počátkem mentální anorexie bývají o něco menší než jejich vrstevnice. Vyhrávání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace.

U mentální anorexie je velmi častá osteoporóza (prořídnutí kostí). Vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti.

Prokázáným důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí. Snížení minerální denzity kostí se objevuje i u bulimiček, které nikdy netrpěly mentální anorexií. Při nedostatku estrogenu dochází ke zvýšení aktivní přestavby kostní tkáně a k převaze kostní resorpce nad tvorbou kosti, což vede k celkovému úbytku kostní tkáně. Ztráta kostní tkáně u mentální anorexie se do značné míry upraví, když se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě.

Endokrinní komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea (vynechávání menstruace), která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince.

Dalším známým příznakem mentální anorexie je hypogonadismus (snížená činnost pohlavních žláz).

„Mentální anorexie, stejně jako podvýživa, způsobuje narušený nebo nerovnoměrný výdej vazopresinu, což se během uzdravování upravuje jen pozvolna a je příčinou 40 % výskytu částečně neurogenního diabetes insipidus a významně zvýšeného výdeje moči.“
(Krch, F.D. a kol., 1999, s.101)

U velmi podvyživených pacientek se jako ochranné mechanismy, vyvolané stavem závažného stresu, objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukogenezi (proces tvorby jednoduchých cukrů z aminokyselin).

Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se pravděpodobně vyskytují u více než poloviny pacientek a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Realimentace (obnovení výživy) zpravidla vede k rychlé úpravě všech hematologických změn.

Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie (zvýšená dráždivost nervového systému), svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku (nedokrevnost mozku). Narušení elektrolytové rovnováhy je rovněž odpovědné za abnormální EEG záznamy, které vidíme u 40 % mentálních anorexií a anorexií střídajících se s bulimií.

Metabolické komplikace

Dalším důkazem o narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí u mentální anorexie je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení horku u nich dochází jen k minimální vazodilataci (funkční rozšíření cévy) a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje.

Také metabolismus glukózy je narušen, takže u mentální anorexie i u jiných forem podvýživy často nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes.

„U mentální anorexie existují dostatečné údaje, které svědčí pro narušení metabolismu kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí. S tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.103)

Dermatologické komplikace

U pacientek s poruchami příjmu potravy se setkáváme s řadou dermatologických obtíží. Tenkou šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina pacientek. Jemné lanugu podobné ochlupení se objevuje na tvářích, končetinách a trupu téměř u jedné třetiny podvyživených anorektiček.

„Hyperkarotenémie je přítomna u 72 % anorektiček a v některých případech způsobuje jasně nažloutlé zbarvení kůže – karotenodermii. Hyperkarotenémie může vzniknout v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu A v potravě nebo v důsledku získaného defektu v metabolizaci a využívání vitamínu A.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.104)

Purpura (mnohočetné tečkovité krvácení do kůže) je důsledkem zvýšeného nitrohrudního tlaku, vyvolaného zvracením při bulimii.

Některé kožní vyrážky vznikají působením projímadel, diuretik a léků, které pacientky užívají, aby ubraly na váze.

3.2 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hospitalizace

Při volbě vhodného typu léčby je na prvním místě třeba vzít v úvahu to, zda je pacient z lékařského hlediska v tak velkém nebezpečí, že jeho zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci.

Maloney a Kranzová (1997) píší, že hospitalizace je až posledním východiskem pro osoby trpící poruchami příjmu potravy. V některých případech je teprve hospitalizace tím momentem, kdy si začnou všichni zúčastnění zřetelně uvědomovat závažnost problému. Hospitalizaci se tedy dává přednost nejen u pacientů, kteří jsou značně vyhublí a vyžadují pečlivé lékařské sledování, ale i u těch, kteří neměli úspěch při dosavadní léčbě nebo je u nich velké riziko sebepoškození.

Při akutním ohrožení života je nemocniční léčba nezbytná. Na základě zákonného ustanovení lze léčit poruchy příjmu potravy proti vůli pacienta. *„Jakmile pomine akutní ohrožení, zasahují tyto zákony už jen podmíněně, takže další pokračování léčby už vyžaduje souhlas pacienta anebo alespoň jeho příbuzných.“* (Leibold, G., 1995, s.96) Závazek aktivní spolupráce je nezbytný v případě, že hospitalizace je zamýšlena jako důležitý krok

v procesu uzdravení. Pobyt v nemocnici není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci, ale soustřeďuje se i na psychické problémy, které poruchy příjmu potravy udržují nebo s nimi nějak souvisejí.

V případě, že pacientka je dostatečně motivovaná k dobrovolné účasti na léčení a aktivně spolupracuje, je vhodná krátkodobá hospitalizace s cílem zdravotní stabilizace, která zahrnuje psychologické poradenství a na kterou navazuje ambulantní psychoterapie. *„Krátkodobá hospitalizace většinou není vhodná pro vyhublé pacienty s mentální anorexií, které je třeba postupně realimentovat.“* (Krch, F.D. a kol., 1999, s.130) Potřebná doba hospitalizace je relativně jasná. Je to počet týdnů nebo měsíců nutných k získání alespoň 90 % cílové váhy. *„Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně. Tento postup je časově náročný a drahý, ale vyplácí se, pokud vede k uzdravení, protože chronické případy poruch příjmu potravy jsou finančně i emočně ještě dražší. Současně ale můžeme oprávněně pochybovat o účelnosti dlouhodobé hospitalizace s cílem realimentace, při které ke stálému nárůstu tělesné hmotnosti nedochází.“* (Krch, F.D. a kol., 1999, s.130)

Ambulantní péče

Zda se má po stabilizaci tělesného stavu provádět další terapie přímo v nemocnici nebo ambulantně, závisí na okolnostech. Většinou se však dává přednost ambulantní léčbě. To ale předpokládá, že je pacient ochotný a schopný chodit pravidelně na ošetření a při léčbě aktivně spolupracovat.

„Ambulantní psychoterapie může být také dobrá – dokonce snad i nezbytná – pro oběti poruchy příjmu potravy, které se ještě nedostaly do akutního stadia.“

(Claude-Pierre, P., 2001, s.212)

Svépomoc

Každý člověk vědomý si odpovědnosti za své zdraví se bude sám léčit pouze ve zjevně lehkých případech. Vážnější nebo dokonce život ohrožující onemocnění vyžadují samozřejmě odborné ošetření, každý pokus o samoléčbu by byl nezodpovědný.

Jako přednost svépomoci je nutno vyzvednout, že probíhá z vlastního pochopení a přesvědčení nemocného, který se pak necítí ovlivňován a tlačěn zvnějška. Jsou-li metody svépomoci prováděny důsledně, aktivují samoléčivé intrapsychické síly tak dobře, že mohou příznivě ovlivnit i tak těžké onemocnění, jakým je chorobná maniakální závislost na hubnutí.

„Nevýhodou je nebezpečí, že se chorobná závislost případnou nedostatečnou léčbou při svépomoci pouze zmírní a zbytečně protáhne a že nakonec přece jen může přejít do životu nebezpečného stadia.“ (Leibold, G., 1995, s.118)

Leibold (1995) dále uvádí, že i když dojde k trvalému potlačení nemoci svépomocí, mohou přetrvávat příčiny, které jí předcházely a vést k jiné psychické poruše, jejíž úspěšné léčení může být pak mnohem těžší.

Formy svépomoci:

- **svépomocné manuály:** Tyto texty jsou napsány tak, aby přístupnou formou zprostředkovaly informace o současném chápání mentální anorexie a bulimie a s nimi spojených problémů. Obsahují konkrétní rady, jak tyto problémy překonat. Pacientky je využívají buď samostatně (čistá svépomoc), nebo jen s velmi omezenou podporou terapeuta (řízená svépomoc).
- **svépomocné skupiny:** Jedná se vlastně o skupinovou terapii bez terapeuta. Svépomocné skupiny nabízejí především výměnu zkušeností, sociální kontakty, prohloubení sebepoznání a také pravidelnou terapeutickou činnost. Většinou to nenahradí odbornou psychoterapii, ale účinně ji doplňuje a po ukončení léčby přispívá k zabránění recidiv.
- **autogenní trénink:** Tuto relaxační techniku lze také doporučit při terapii poruch příjmu potravy. Postupy, které vedou k hlubokému uvolnění, jsou metodicky sestaveny a to ulehčuje nácvik. Začínají představou tíže a tepla v jedné ruce, následovány uklidněním

srdce a dechu, pocitem tepla v oblasti žaludku a chladu na čele. Když se po 12 týdnech nacvičí všech 6 základních úkonů, začíná se s pozitivním ovlivňováním.

• autohypnóza: Působí v principu stejně jako autogenní trénink, vede tedy předně k hlubokému uvolnění a tím umožňuje pozitivní sebeovlivňování. Obě techniky se však od sebe liší. Autohypnóza ponechává více prostoru pro volné formulace. Abychom se uvedli do stavu autohypnózy, uvolňujeme se představami tíhy a tepla v celém těle. To působí i na duševní a psychické funkce a zvyšuje připravenost nevědomí přijímat sugesci. Ty se opakováním hluboce vstípní do paměti a začínají po nějakém čase z nevědomí automaticky působit.

• jiné techniky: Existují různé další uvolňovací a autosugestující metody, které ale nedosáhly žádného většího významu. K nejznámějším patří staroindická meditační nauka jógy. Do relaxace se při ní člověk uvádí dechovými technikami, meditačními cviky a asánami (určitým držením těla). Další metodou je progresivní relaxace, která je postavena na stejných zásadách jako autogenní trénink. Tato metoda uvede do relaxace vědomým napínáním a uvolňováním nejdůležitějších svalových skupin těla. Také různé dechové cviky (jogínské nebo holotropní dýchání) vedou k hluboké relaxaci, která umožňuje pozitivní sebeovlivňování.

„I když pro většinu pacientů není svépomoc jako jediný způsob léčby dostačující, existuje významná podskupina, která má užitek z této velice úsporné intervence.“

(Krch, F.D. a kol., 1999, s.131)

Poradenství v oblasti výživy

Pacientky s poruchou příjmu potravy většinou tvrdí, že mají o oblasti výživy rozsáhlé znalosti a své teorie, přesvědčení a praktiky týkající se výživy si neústupně brání. Jejich znalosti jsou však velice výběrové, pocházejí z pochybných zdrojů, často jsou extrémní a většinou nesprávné. Jejich chybná přesvědčení je třeba uvést na pravou míru. Pozornost by měla být věnována těmto tématům:

- fyzické a psychické následky přehnaného dodržování diet, hladovění a špatné výživy
- výživný obsah potravin
- dynamika energetického příjmu

- aktivity a kontroly hmotnosti
- požadavky na výživu nutné k dobrému zdraví a udržení hmotnosti
- nebezpečí chování spojeného s purgativním chováním (pročišťováním)
- u starších pacientek praktické rady k nakupování a vaření

Přesvědčení a postoje pacientek se nezmění automaticky s váhovým přírůstkem.

Nejúčinnější prostředky k dosažení změny jsou:

- porozumění na základě správných informací
- osobní zkušenost, že návrat k normální tělesné hmotnosti a výživě příznivě ovlivňuje zdraví a energii
- stálá podpora a posilování

„Poradenství a osvěta by měly pomoci normalizovat jídelní chování, zmírnit úzkosti spojené s jídlem a poskytnout přesné informace o výživě. Přímou rehabilitaci výživy a dietní poradenství by měl poskytovat specialista na výživu (dietní sestra), který by měl být vždy členem terapeutického týmu.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.166)

3.3 FARMAKOTERAPIE

První studie pojednávající o léčbě poruch příjmu potravy psychofarmaky byly publikovány počátkem šedesátých let 20. stol. v krátké návaznosti na farmakoterapii ostatních psychických poruch. V poslední době se zřetelně diferencovaly psychofarmakologické postupy určené pro léčbu mentální anorexie a bulimie. V obou případech se však převážně uplatňují preparáty užívané v léčbě jiných duševních poruch, zejména antidepresiva a antipsychotika. Zatímco v medikamentózní léčbě mentální anorexie nebyl zaznamenán výraznější pokrok, přibývají v poslední době studie, které referují o úspěšnosti některých preparátů při léčbě mentální bulimie.

„Farmakoterapie poruch příjmu potravy má především tyto úkoly:

- 1. Regulaci příjmu jídla a úpravu tělesné hmotnosti.*
- 2. Zaměřit se na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese.*
- 3. Odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy.“*

(Krch, F.D. a kol., 1999, s.157)

Některé pacientky mohou mít užitek z medikace ke zvládnutí ovládaté úzkosti, těžké deprese nebo nesnesitelných nepříjemných pocitů v žaludku po jídle. Je však třeba brát v úvahu vedlejší účinky léku, vysoké procento pacientů, kteří nedokončí léčbu a možnost úmrtí z předávkování.

Peggy Claude-Pierre (2001) vyjadřuje své obavy nad tím, že léky mohou ovlivnit a skrýt pacientovy příznaky a chování, a tím znemožní získat přístup k pacientově mysli, který je zapotřebí k vyléčení „*Stavu utvrzeného negativismu*“. Často však je mnoho dobrých důvodů pro podání psychofarmak, které mohou například u akutního pacienta potlačit symptomy jeho stavu. „*Spolupracujeme s řadou odborných lékařů, kteří snižují pacientům dávky jejich léků, jakmile je to možné.*“

(Claude-Pierre, P., 2001, s.210)

Leibold (1995) se zmiňuje také o rostlinných a homeopatických medikamentech, které se dobře osvědčují například při odstraňování poruchy zažívání a aktivizaci zpomalené látkové přeměny. Přírodní léčiva nabízejí tu výhodu, že oslabený organismus nezatěžují ještě chemickými látkami. Některá rostlinná léčiva mohou posilovat srdce, stabilizovat krevní oběh a šetrně zvyšovat krevní tlak. „*Pro tento účel se dobře osvědčily z přírodních léčiv především hloh a hořčik na srdce a rozmarýn proti nízkému tlaku. Při vážnějších poruchách srdečně oběhových však tyto přírodní léky vždy nestačí.*“

(Leibold, G., 1995, s.99)

Než bude možné učinit jasné závěry o účinnosti farmakoterapie při léčbě poruch příjmu potravy, bude třeba provést více kontrolovaných studií.

3.4 NEJČASTĚJŠÍ METODY PSYCHOTERAPIE

V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy.

Hlubinné psychoterapeutické rozhovory

Hlubinně psychoterapeutický rozhovor sleduje určitá pravidla, která definoval americký psychoterapeut Rogers. Cíleně vedený rozhovor pomáhá pacientům poznat sama sebe a porozumět si a pomocí naučených postupů změnit své chování. Základním předpokladem je atmosféra plná porozumění a neomezené nefalšované náklonnosti, která upouští od jakékoliv kritiky a poučování. Taková atmosféra se nedá vždy vytvořit, závisí hodně na vzájemné sympatii nebo antipatii mezi pacientem a terapeutem.

V rozumné otevřené atmosféře terapeutického rozhovoru se může chorobně závislý pacient rozhovořit pomalu a bez strachu před odmítáním nebo kritikou o svých problémech, které ho ženou do maniakálního chování. Ze začátku o nich sám moc neví, protože příčiny působí z podvědomí. Pod vedením terapeuta se ale stávají pomalu zřetelněji vědomé. Odborník k tomu přispívá zvláště tím, že často pouze nejasně se objevující motivy zachytává do slov tak, že se pacientovi stávají opět vědomými. Nato je opět pod vedením terapeuta zpracovává.

Na rozdíl od přímých doporučení a rad, které chorému často udělují příbuzní a přátelé, vypracovává si postižený v průběhu léčby hlubinným rozhovorem sám způsoby řešení svých konfliktů a problémů. Proto také odpovídají ve své podstatě jeho osobnosti, takže se jimi může řídit bez vnitřního odporu.

Nevýhodou terapie rozhovorem, která se obecně provádí v individuálních sezeních, je především její dlouhé trvání.

Rodinná terapie

Krch (1999) uvádí, že rodinná terapie je léčbou první volby u pacientů žijících se svojí rodinou. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi.

Nepříznivé rodinné poměry hrají u poruch příjmu potravy často důležitou úlohu. Podle Leibolda (1995) by měla být cílem rodinné terapie pozitivní změna sociálních rodinných vztahů, před nimiž by pak už pacient nemusel utíkat do chorobné závislosti.

Zkušenosti z praxe ukazují, že se příbuzní často brání rodinné terapii, protože se obávají, že jim bude dávana vina za chorobnou závislost jednoho jejich člena. Proto by se při rodinné terapii neměla vyskytovat žádná kritika nebo dokonce výčitky ze strany terapeuta na adresu zdravých příslušníků rodiny. „*Pozitivní klima v rodině ochraňuje nemocného především před recidivami po ukončení léčby, může mít proto rozhodující význam pro trvalý úspěch terapie.*“ (Leibold, G., 1995, s.112)

Protože ale samotná rodinná terapie často pro vyléčení poruchy příjmu potravy nestačí, bývá většinou kombinována s jinými metodami psychoterapie, které se zaměřují na individuální a společenské, případně sociální příčiny nemoci.

Skupinová terapie

„*Skupiny tvoří zmenšený obraz společnosti a podporují proto nácvik vhodných sociálních způsobů chování, které později ve všedním životě pomáhají zvládat nevyhnutelné konflikty a problémy.*“ (Leibold, G., 1995, s.112)

Leibold (1995) dále uvádí, že skupina může pomoci jednotlivci snadněji si vybavovat podvědomé příčiny své nemoci a je nápomocná také při jejich zpracování. Tímto způsobem se navozují, stejně jako při terapii rozhovorem, různé nácvikové postupy, které mají pomáhat překonat nemoc. Svou roli zde hraje také poznání každého z jednotlivých účastníků, že se svou poruchou postojem k jídlu není osamocen a že mu zkušenosti s utrpením druhých, především také jejich úspěchy v boji proti nemoci, mohou posloužit jako předobraz pro vlastní chování, kterému se má naučit.

Před zařazením do skupiny se doporučuje realimentace (obnovení výživy) a individuální terapie směřující k získání náhledu. Je třeba, aby pacient nejprve překonal období popírání choroby, extrémní rigidity a nepoddajnosti příznačné pro počátek léčby, a začal jíst.

Pro skupinovou terapii nejsou vhodné extrémně vyhublí pacienti odmítající jídlo, kteří vyžadují intenzivní péči, a depresivní bulimičky se sebevražednými sklony.

Skupiny bývají smíšené a jsou na nich obvykle zastoupeni pacienti s mentální anorexií i bulimií. S rostoucím zastoupením anorektiček ve skupině je práce terapeuta zpravidla obtížnější. Úloha terapeuta spočívá hlavně v tom, aby udržoval v chodu

skupinovou terapii a podle potřeby ji nenápadně řídil, aniž by, pokud možno, přímo zasahoval. „*Tam, kde mají pacienti snahu drammatizovat problém nebo se navzájem posilují v postojích odporujících pozitivní změně, musí terapeut vystupovat aktivněji a direktivněji.*“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.188)

Skupinová terapie se u léčby poruch příjmu potravy dobře osvědčila jako samostatná nebo kombinovaná léčba. První skupinové zkušenosti nasbírají pacienti už na klinice. Po jejich propuštění z nemocničního ošetřování by skupinová práce měla pokračovat pokud možno bez přerušení buď ambulantně u psychoterapeuta, anebo v samostatné svépomocné skupině.

Peggy Claude-Pierre (2001) má však jiné zkušenosti se skupinovou terapií. Došla k nim na základě své praxe z kliniky v Montreaux. Mnoho jejích pacientů se usmívalo při svých vzpomínkách na léčebné programy v nemocnici, kde si s ostatními nemocnými ze skupiny vyměňovali různá „obchodní tajemství“ o tom, jak být lepším anorektikem. Těšilo je, že byli schopni vydržet na všechna opatření, která na ně lékaři v nemocnici vymýšleli. Zjistila, že skupiny složené výhradně z obětí poruch příjmu potravy mohou mít nežádoucí účinky. Smíšená skupinová terapie, kde kromě anorektiků jsou i lidé s jinými problémy, může být za určitých okolností dobrá. Nemocný vidí, že ostatní lidé mají také svoje starosti. Je zde ovšem nebezpečí, že se bude trápit kvůli potížím ostatních a přestane usilovat o vlastní uzdravení. Přestane dělat pokroky, zůstane na místě a bude se v myšlenkách plně věnovat bolestem lidí okolo sebe. „*Myslím, že je velice vhodné co nejvíce obklopovat anorektiky zdravými lidmi, dokud se jejich zdravotní stav nezlepší.*“ (Claude-Pierre, P., 2001, s.217)

Kognitivně behaviorální terapie

Verze kognitivně behaviorální terapie pro mentální anorexii a bulimii se v mnoha oblastech překrývají. Hlavním tématem obou poruch je samozřejmě pacientovo základní přesvědčení, že tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost jsou jedinými nebo nejdůležitějšími kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně. Strach z přibývání na váze je hlavním problémem jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Většinu pacientů s mentální bulimií lze ale ujistit, že v průběhu léčby pravděpodobně přiberou jen

málo. U mentální anorexie je naopak cílem terapeutické strategie skutečný nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientovu neodklonitelnou touhu udržet si nízkou váhu. U mentální anorexie trvá tedy kognitivně behaviorální terapie obvykle déle než u mentální bulimie. Pokud má dojít k trvalé změně, léčba nesmí vést pouze k normalizaci jídelních návyků a váhy, ale musí se zaměřit také na postoje vůči vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti, protože právě z nich pramení narušení příjmu potravy. Toto pojetí také ukazuje, že během léčby je třeba u pacientky napravit její negativní sebepojetí.

Kognitivně behaviorální léčba mentální bulimie

Provádí se ambulantně a obvykle zahrnuje kolem 20 sezení v průběhu 20 týdnů.

V první fázi léčby se zaměříme na dva základní cíle. Prvním je vysvětlit pacientce smysl léčby a teorii, ze které vychází. Druhým cílem je nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem.

V průběhu druhé fáze léčby klademe stále důraz na pravidelný jídelní režim a na využívání alternativního chování bránícího zvracení. Kromě toho se v terapii zaměříme i na různé formy dietních omezení, na postoje vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti a také na obecnější poruchy kognitivních procesů.

Třetí, závěrečná fáze je vlastně jakousi přípravou pacientek na obtíže v budoucnu. Obvyklým problémem je, že mnoho pacientek věří, že už nikdy nepodlehnu nutkání se přejíst. Tento předpoklad zvyšuje riziko relapsu, protože pacientka pak každý nezdar považuje za úplné selhání a ne za pouhý přechodný poklesek. V důsledku toho má pak tendenci zcela vzdát usilí o dodržování pravidelného jídelního režimu. Proto je velmi důležité zajistit, aby pacientky měly realistická očekávání ohledně budoucnosti.

Kognitivně behaviorální terapie je stále běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Ukázalo se, že kognitivně behaviorální terapie je účinná i při ustálení schémat jídelního chování u obézních jedinců, kteří trpí opakovanými záchvaty přejídání.

Interpersonální terapie

„Interpersonální terapie byla původně vytvořena Klermanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem (1984) jako krátkodobá léčba deprese.“ (Krch, F.D. a kol., 1999, s.134) Nezaměřuje se tedy přímo na problémy s jídlem.

Léčebný postup je u interpersonální terapie rozdělen do tří fází. V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech a závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie.

Bylo potvrzeno, že rychlejší účinky na ústup poruch příjmu potravy má kognitivně behaviorální terapie, a proto bývá stále doporučována jako první léčba. O přechod k interpersonální terapii by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií, které nereagovaly dobře na počáteční průběh kognitivně behaviorální terapie a u kterých převládaly interpersonální konflikty. Interpersonální terapie by se měla začleňovat také do dlouhodobější psychoterapie pacientů s mentální anorexií a s přetrvávajícími příznaky.

„Feministická“ psychoterapie

Přirozeně se nevyskytuje „mužská“ a „ženská“ psychoterapie, ale emancipační hnutí přece jen nezůstalo bez následků.

Hlavním cílem feministicky orientované psychoterapie je posílit pocity sebevědomí a sebedůvěry u žen a pomáhat při zpracovávání konfliktů, které vznikly na základě proměny v představách o úloze ženy. Kromě toho mají ženy rozvíjet uvědomování si těla a obrnit se vůči přehnanému ideálu štíhlosti, aby získaly individuálně přiměřenou tělesnou hmotnost.

Hypnóza

Hypnóza patří k nejstarším formám psychoterapie. Předností hypnózy je, že se při ní oslabuje kontrola vědomí a pro sugesci se otevře podvědomí. *„Léčebné sugescie musí být podvědomím hypnotizovaného nejprve akceptovány, než se mohou prosadit. To odporuje nejčastějšímu předsudku, že hypnóza vyřazuje svobodnou vůli pacienta. Jeho*

podvědomí totiž přijímá pouze ty sugesce hypnotizéra, které jsou v souladu s jeho osobností, a všechny ostatní jsou blokovány. “ (Leibold, G., 1995, s.108)

Jednoduchá hypnóza se pokouší podnítit pacienta cílenou sugescí k normálnímu vztahu k jídlu, aniž by se zabývala příčinami poruch příjmu potravy. To často vyvolává kritiku, že hypnóza pouze překrývá symptomy, ale ve skutečnosti nemoc neléčí. Zapomíná se při tom, že také psychické uvolnění, které je s hypnózou spojené, může aktivovat hlubší intrapsychické samoléčebné mechanismy, které pak již dokážou překonat příčiny onemocnění vlastními silami.

Vyhlídky na úspěch při terapii hypnózou se podle dosavadních zkušeností jeví příznivě. Ovšem předpokládá to, že hypnózu provádí skutečně odborník. Jinak selhává a může naopak chorobnou závislost ještě zhoršit.

Tato kapitola popisuje zdravotní komplikace poruch příjmu potravy u všech hlavních tělesných systémů. Tyto obtíže jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti nebo vznikají v důsledku určitého chování (např. zvracení, nadužívání projímadel a diuretik). Dále je zde uveden přehled hlavních možností léčby poruch příjmu potravy s důrazem na racionální integraci a postupné použití různých přístupů.

4. INFORMOVANOST ŽÁKŮ 2. STUPNĚ V OBLASTI STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

4.1 CÍLE, HYPOTÉZY, METODY A TECHNIKY

Cílem diplomové práce bylo zmapování informovanosti žáků osmých ročníků základní školy v oblasti stravovacích návyků se zaměřením na problematiku poruch příjmu potravy.

V tomto smyslu byly stanoveny následující hypotézy:

- H 1:** Chlapci jsou se svou postavou spokojenější než dívky.
- H 2:** Dívky častěji experimentují s různými dietami než chlapci.
- H 3:** U dívek je vliv médií v oblasti subjektivního vnímání vlastního zevnějšku významnější než u chlapců.
- H 4:** Chlapci jsou méně informovaní o poruchách příjmu potravy než dívky.

Při výzkumu bylo použito statistické procedury, která je charakteristická pro kvantitativní výzkumy a za techniku byl zvolen dotazník.

Harmonogram:	leden – duben 2005	-studium odborné literatury
	květen – srpen 2005	-zpracování získaných informací
	září – říjen 2005	-příprava vlastního šetření
	listopad – prosinec 2005	-vlastní šetření
	leden – únor 2006	-zpracování výsledků šetření
	březen – duben 2006	-formální úprava

4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

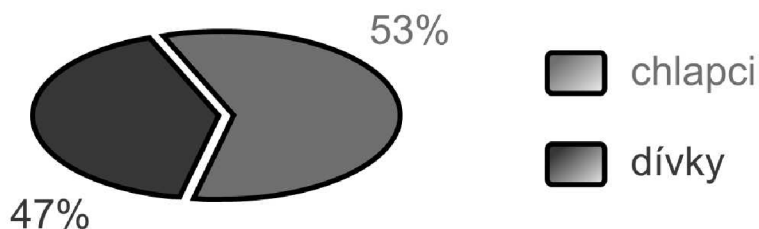
Informace byly získávány od žáků osmých ročníků běžné základní školy. Soubor tvořilo 109 respondentů, z toho 62 chlapců a 47 dívek. Všem dotazovaným bylo v době vyplňování dotazníku 14 let.

4.3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Respondenti byli před vlastním vyplněním dotazníku podrobně informováni, jak jej mají vyplňovat. Poté byly čteny jednotlivé otázky a žákům byl dán dostatek času, aby mohli ihned odpovídat. Všem otázkám tak plně porozuměli a dotazník byl ve všech případech zcela vyplněn.

1. otázka Pohlaví: muž-žena

Celkový počet respondentů byl 109, kdy dívek bylo 47 a chlapců 62.

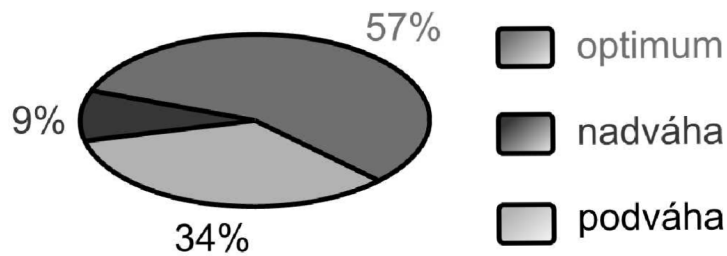


Graf č. 1 - Pohlaví

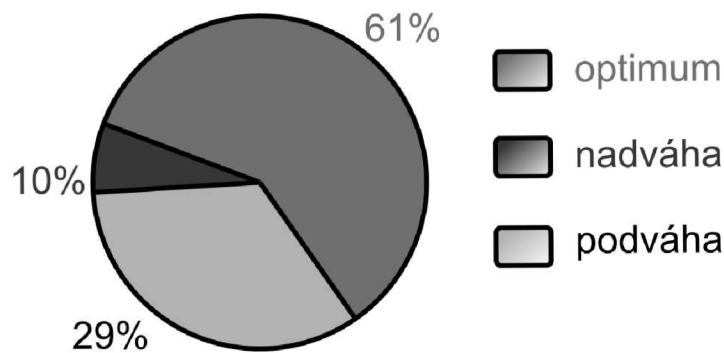
2. otázka Výška:

3. otázka Váha:

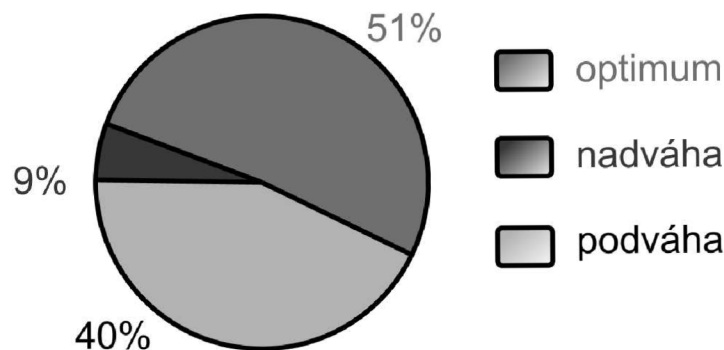
Tyto dvě otázky zjišťovaly, kolik dětí v tomto věku má optimální váhu. Za tímto účelem bylo užito percentilových grafů, které umožňují okamžité a přesné zhodnocení antropometrických dat dětí.



Graf č. 2 – Chlapci a dívky celkem



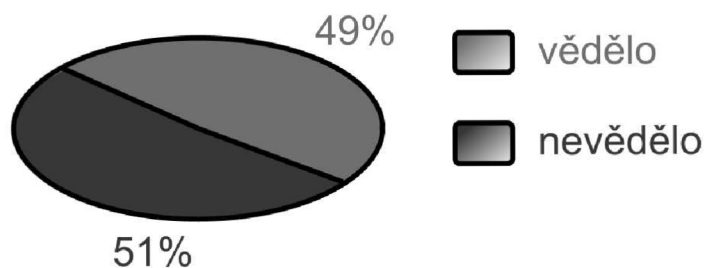
Graf č. 3 – Chlapci



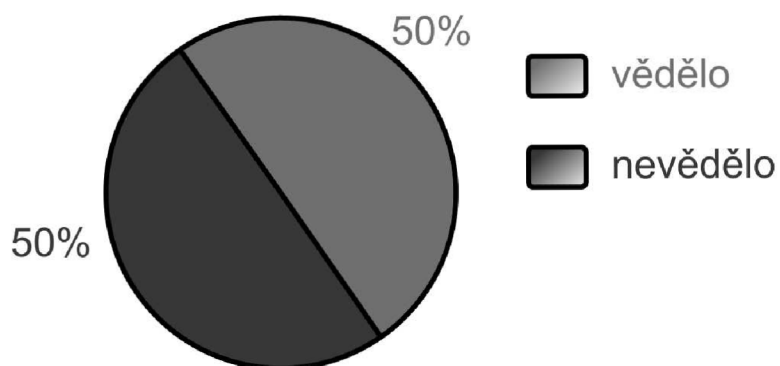
Graf č. 4 – Dívky

4. otázka Kolik bych měl(a) vážit?

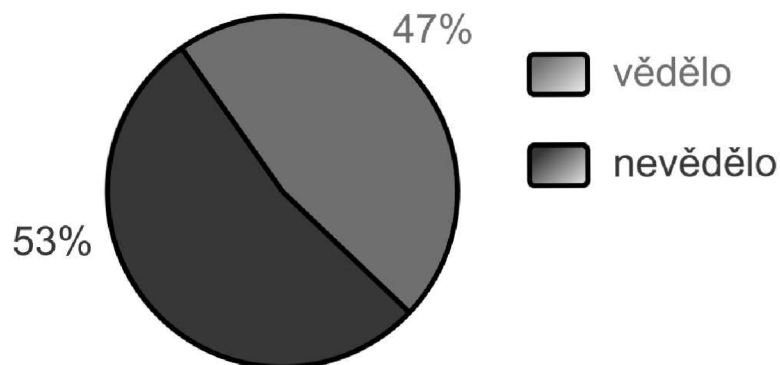
Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že více než polovina dětí ve věku 14 let neví, kolik by měly při své výšce vážit. Přičemž chlapci svoji váhu spíše nadhodnocují a dívky naopak podhodnocují.



Graf č. 5 – Chlapci a dívky celkem



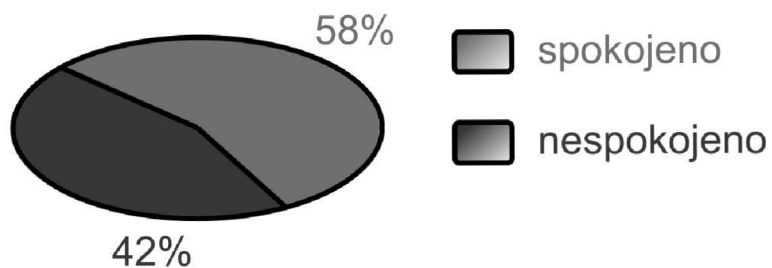
Graf č. 6 – Chlapci



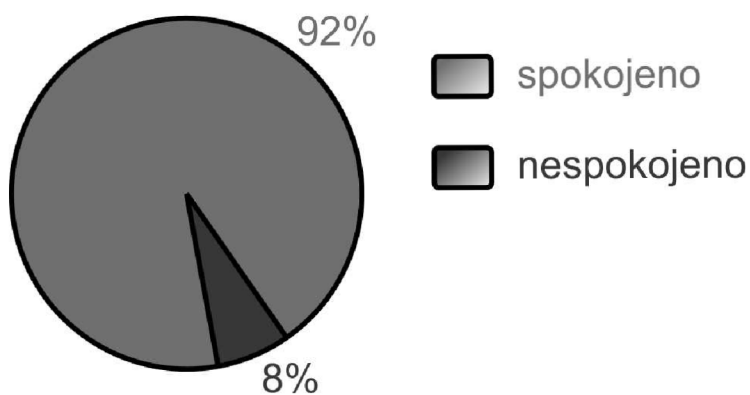
Graf č. 7 – Dívky

5. otázka Kolik bych chtěl(a) vážit?

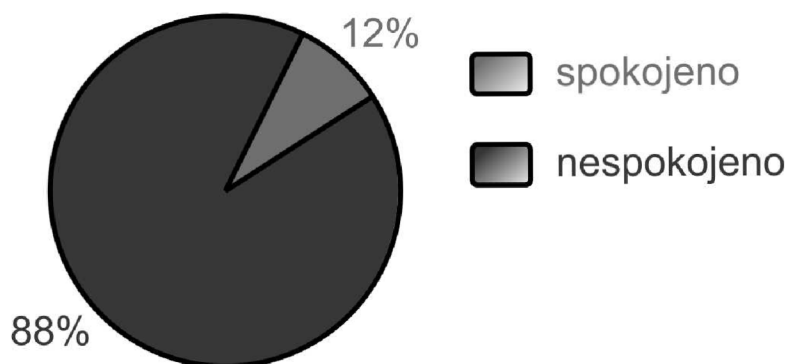
Ve srovnání s otázkou číslo 3, kde respondenti vyplňovali svou aktuální váhu, nám tato otázka ukazuje vysoké procento nespokojenosti se svou váhou u dívek, a to i přesto, že je jejich tělesná hmotnost v normě.



Graf č. 8 – Chlapci a dívky celkem



Graf č. 9 – Chlapci



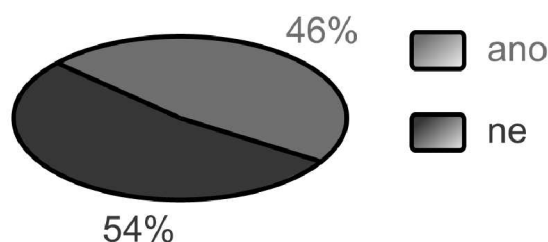
Graf č. 10 – Dívky

6. otázka Hlídáš si svou tělesnou hmotnost? ano-ne

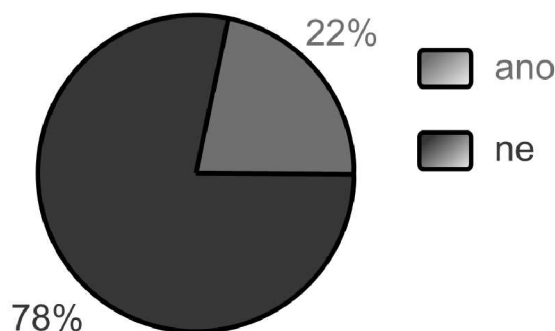
V období dospívání dochází ke změnám postavy, které nepředstavují pro chlapce a dívky stejnou zátěž. Z toho vyplývají i odlišné postoje v souvislosti s hlídáním si své tělesné hmotnosti.

U chlapců je v tomto věku zjevný především růst svalové tkáně, což je obecně akceptováno pozitivně a v důsledku toho se svou tělesnou hmotností zabývat ani nemusí.

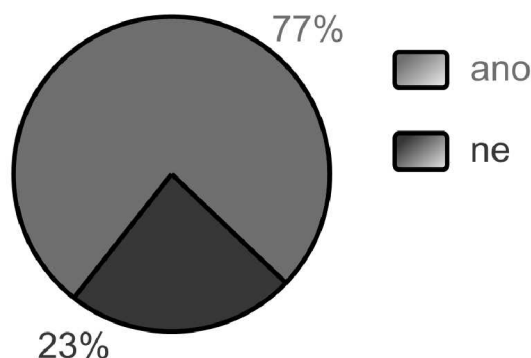
Zcela jinak je tomu u dívek. Proměna postavy dívek je na první pohled mnohem nápadnější, přibývá tuková tkáň a tukové polštářky se začínají objevovat i tam, kde dříve nebyly. Mnohé dívky přijímají tyto změny odmítavě, brání se zvyšování tělesné hmotnosti a usilují o mediálně prezentovaný „ideál štíhlosti“, který je velice blízký prepubertálnímu vzezření.



Graf č. 11 – Chlapci a dívky celkem



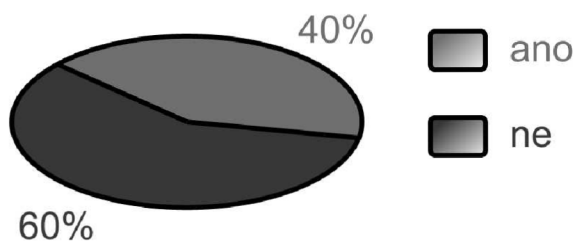
Graf č. 12 – Chlapci



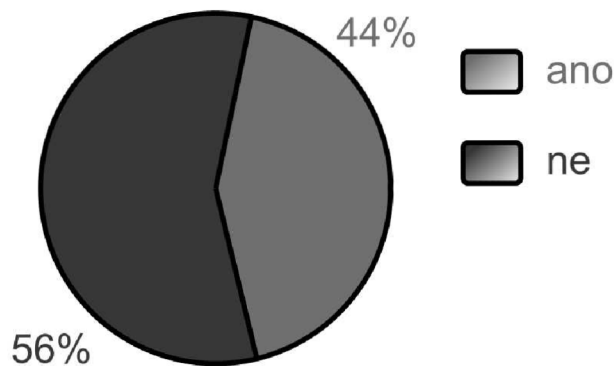
Graf č. 13 – Dívky

Následujících pět otázek mělo odhalit, zda se děti v tomto věku pravidelně stravují. Dívky i chlapci odpověděli na tuto otázku ve vzácné shodě, bohužel však ne tak, jak by bylo žádoucí. Odpovědi ukázaly, že většina dětí pravidelně pouze obědvá a večerí. Nezdravé vynechávání snídaní, dopoledních i odpoledních svačín, je časté.

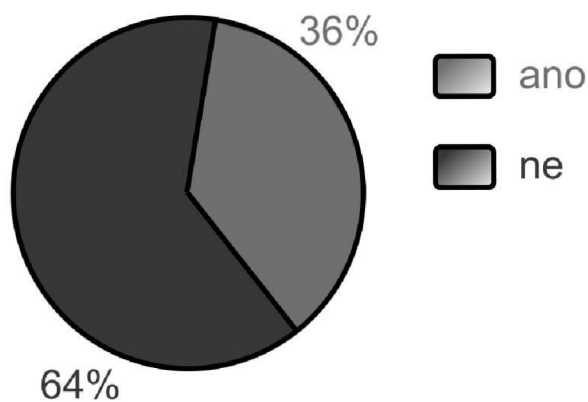
7. otázka Snídáš pravidelně? ano-ne



Graf č. 14 – Chlapci a dívky celkem

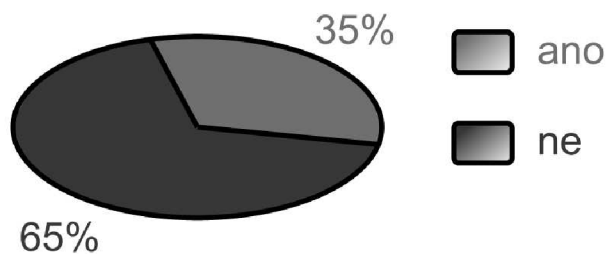


Graf č. 15 – Chlapci

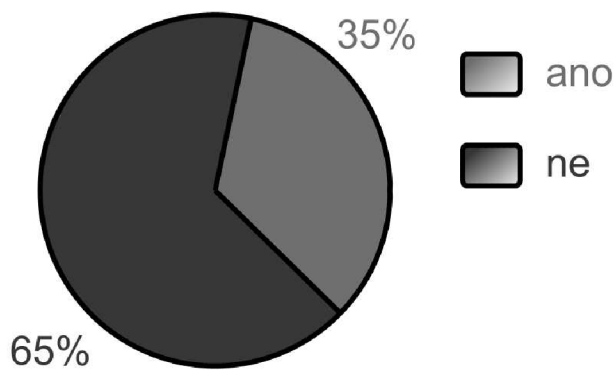


Graf č. 16 – Dívky

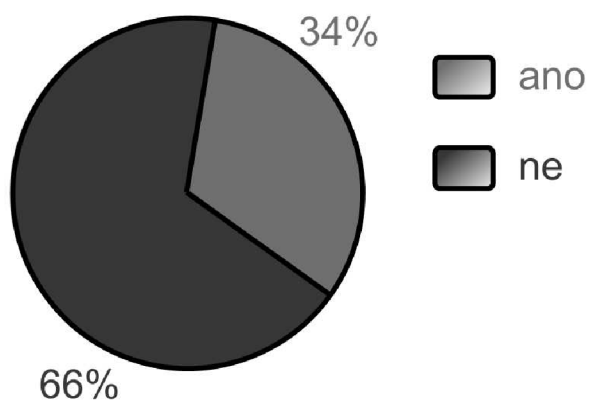
8. otázka Svačís dopoledne pravidelně? ano-ne



Graf č. 17 – Chlapci a dívky celkem

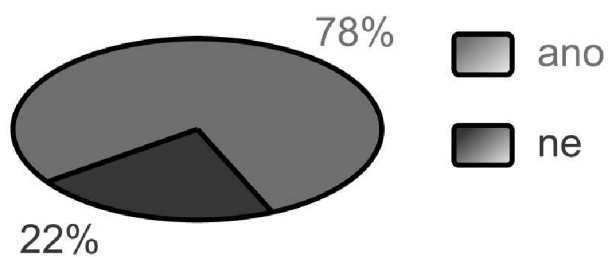


Graf č. 18 – Chlapci

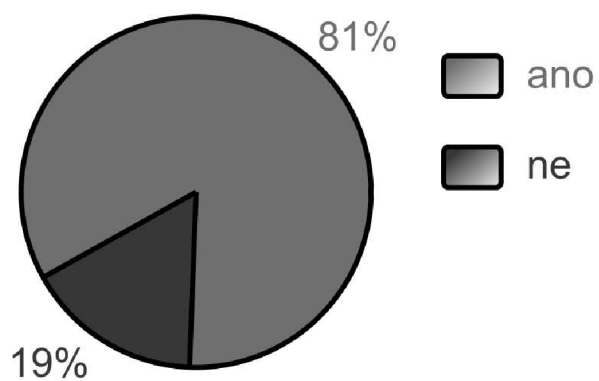


Graf č. 19 – Dívky

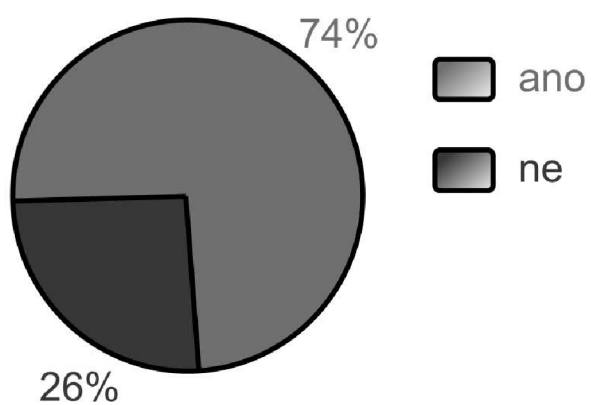
9. otázka Obědváš pravidelně? ano-ne



Graf č. 20 – Chlapci a dívky celkem

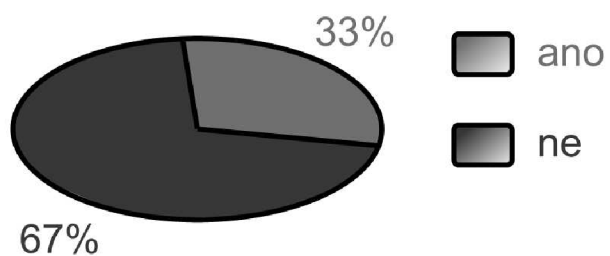


Graf č. 21 – Chlapci

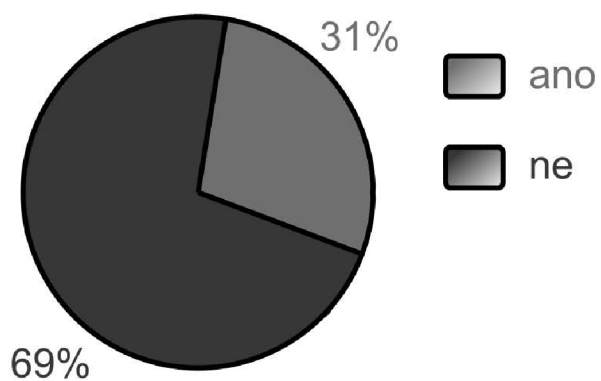


Graf č. 22 – Dívky

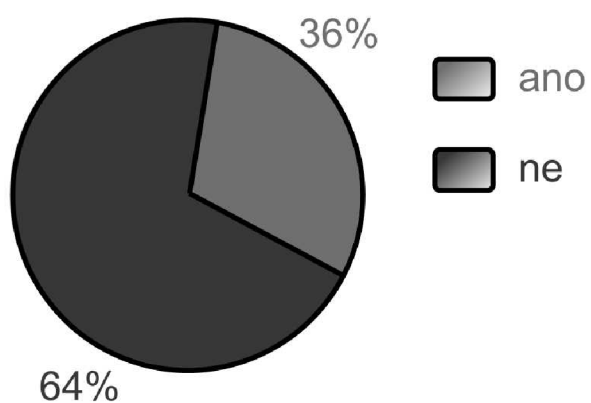
10. otázka Svačíš odpoledne pravidelně? ano-ne



Graf č. 23 – Chlapci a dívky celkem

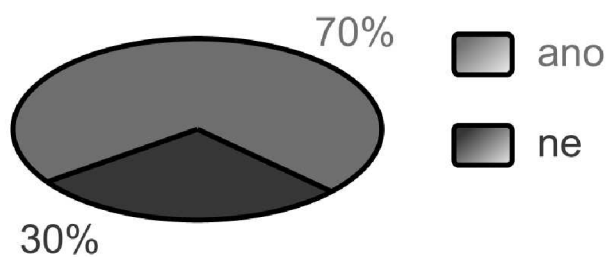


Graf č. 24 – Chlapci

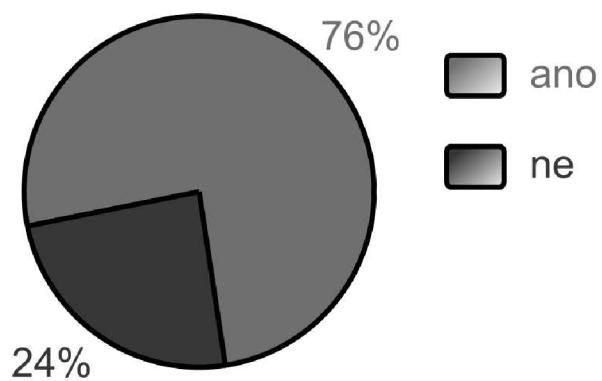


Graf č. 25 – Dívky

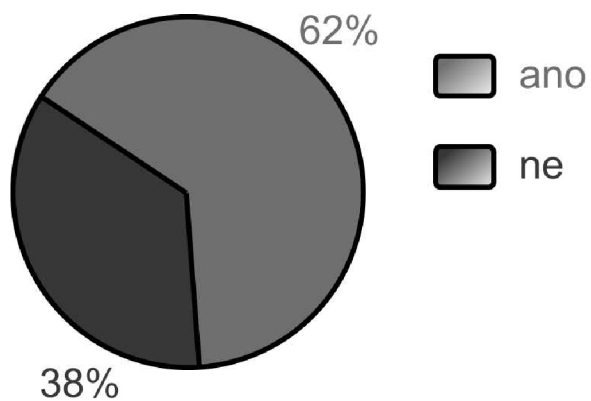
11. otázka Večeříš pravidelně? ano-ne



Graf č. 26 – Chlapci a dívky celkem



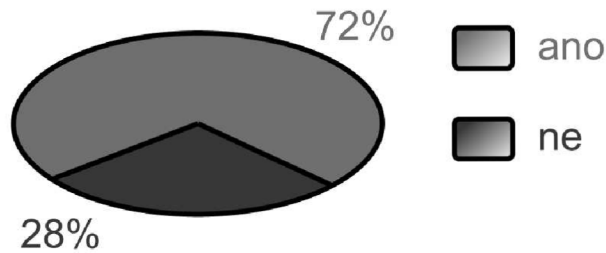
Graf č. 27 – Chlapci



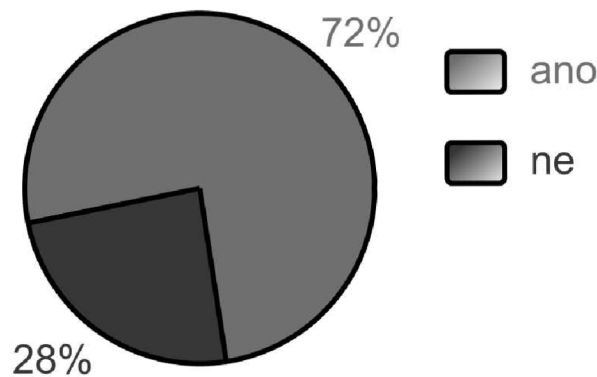
Graf č. 28 – Dívky

12. otázka Myslíš, že životní úspěchy (získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod.) závisí na štíhlé postavě a kráse? ano-ne

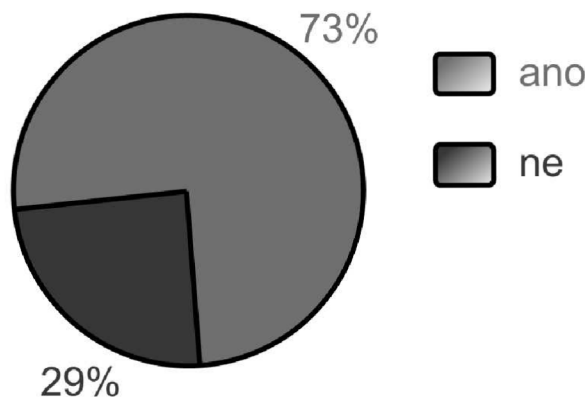
V našem sociokulturním prostředí má tělesná atraktivita svou sociální hodnotu. Lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, mívají vyšší sociální status, bývají obvykle snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že děti ve věku 14 let tuto skutečnost registrují.



Graf č. 29 – Chlapci a dívky celkem



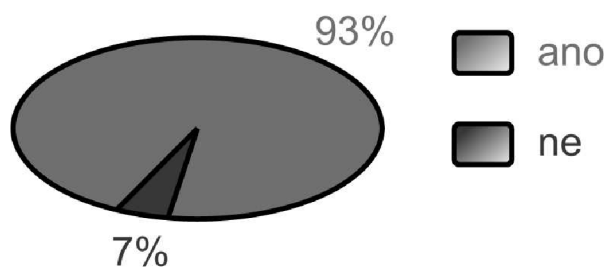
Graf č. 30 – Chlapci



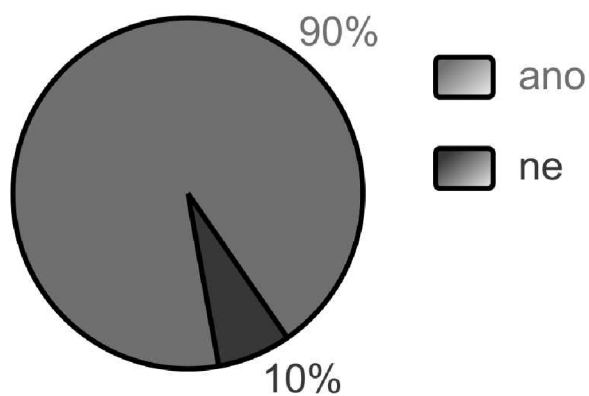
Graf č. 31 – Dívky

13. otázka Záleží ti na tom, jakou máš postavu? ano-ne

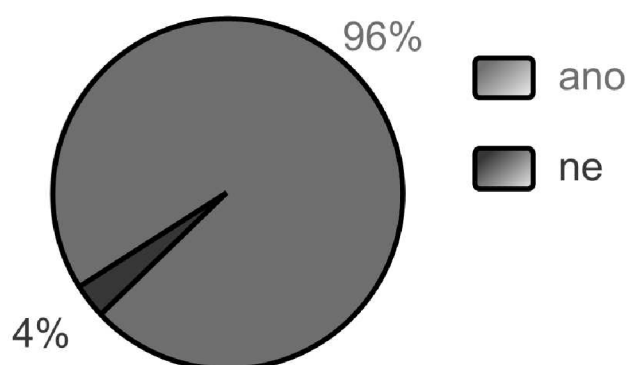
Téměř všem dotazovaným žákům záleželo na tom, jakou mají postavu.



Graf č. 32 – Chlapci a dívky celkem



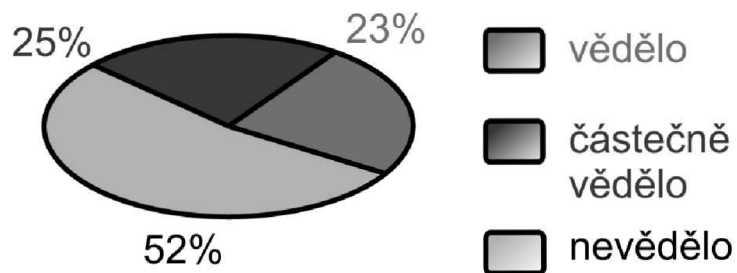
Graf č. 33 – Chlapci



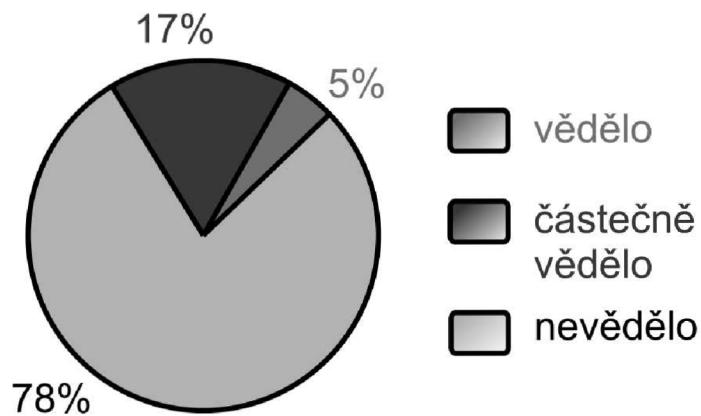
Graf č. 34 – Dívky

14. otázka Mentální anorexie je:

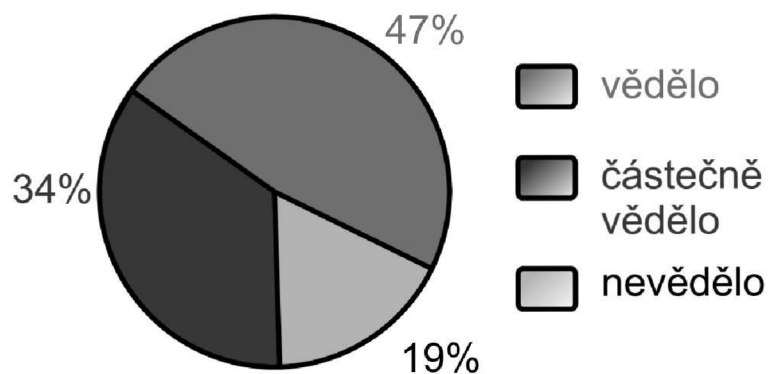
Zde je patrný rozdíl v informovanosti mezi chlapci a dívkami. Jen 5% chlapců dokázalo přesně vymezit, co to vlastně mentální anorexie je, zatímco dívek to vědělo 47%.



Graf č. 35 – Chlapci a dívky celkem



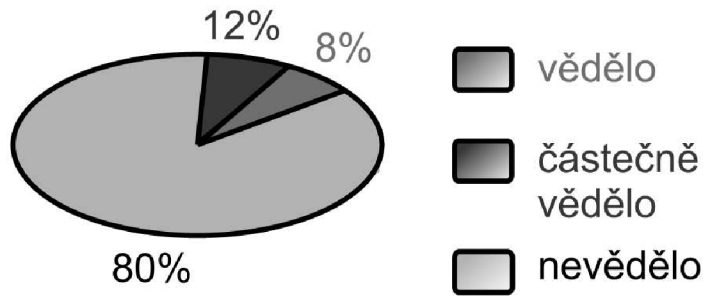
Graf č. 36 – Chlapci



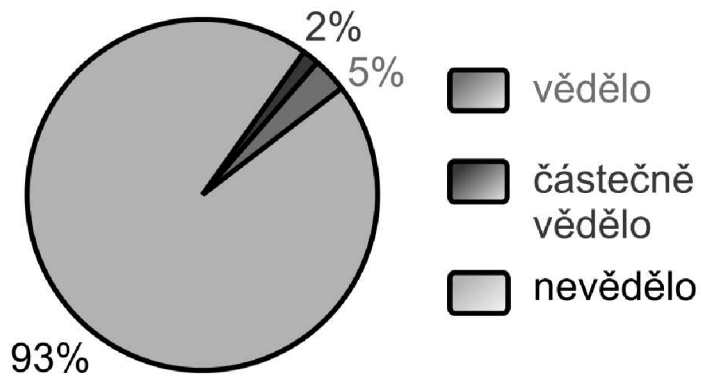
Graf č. 37 – Dívky

15. otázka Mentální bulimie je:

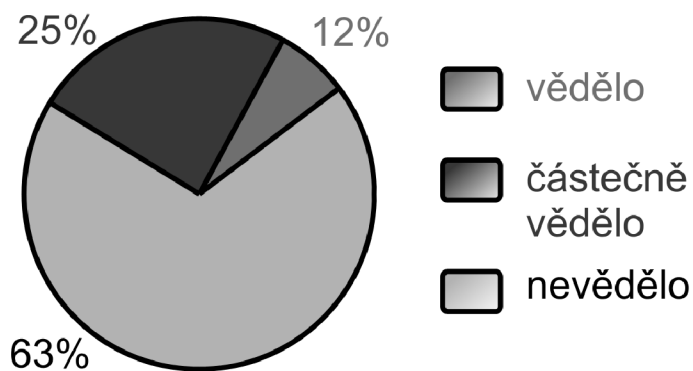
Pojem mentální bulimie je pro žáky 8. ročníků pojmem cizím, 93% chlapců nevědělo o mentální bulimii vůbec nic. I zde byl zaznamenán rozdíl v informovanosti mezi pohlavími.



Graf č. 38 – Chlapci a dívky celkem



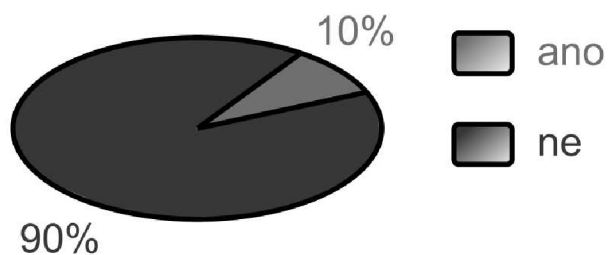
Graf č. 39 – Chlapci



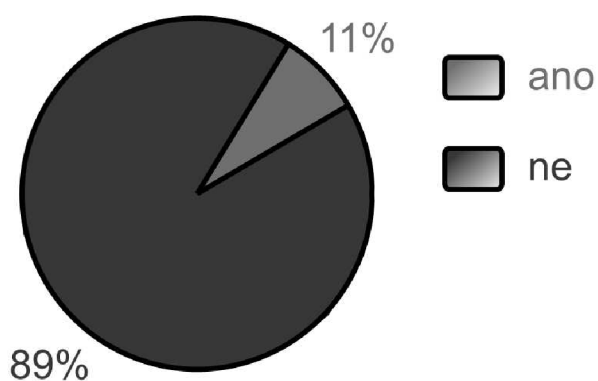
Graf č. 40 – Dívky

16. otázka Domníváš se, že je ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy? ano-ne

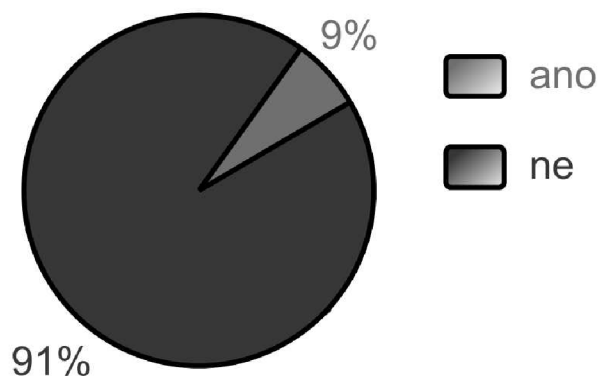
Poměrně velký počet žáků se domnívá, že ve sdělovacích prostředcích není dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy.



Graf č. 41 – Chlapci a dívky celkem



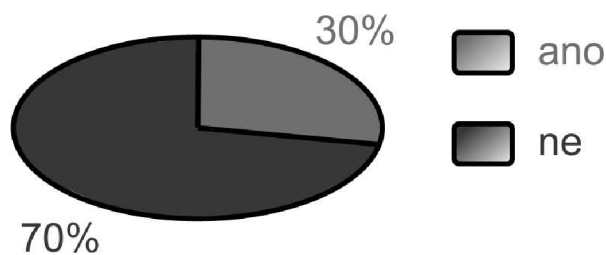
Graf č. 42 – Chlapci



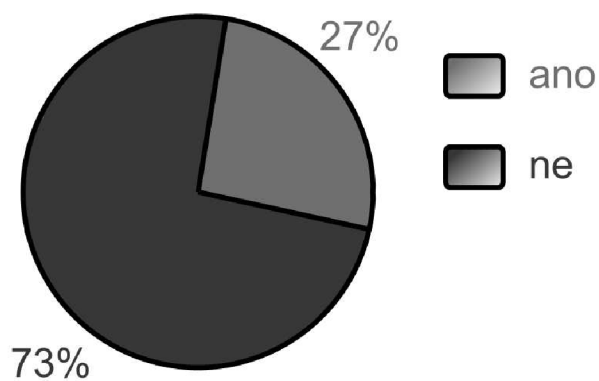
Graf č. 43 – Dívky

17. otázka Setkal(a) jsi se ve svém okolí s někým, kdo mentální anorexií nebo mentální bulimií trpí? ano-ne

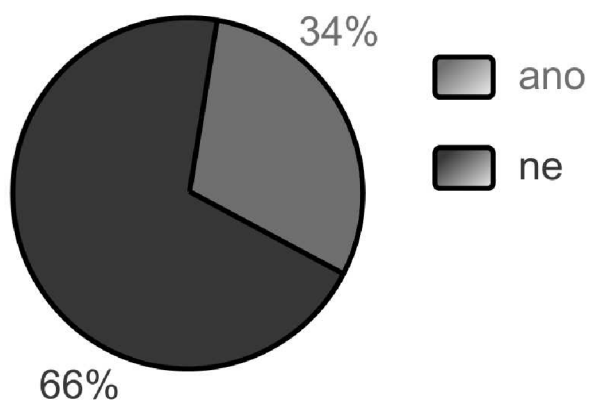
30% respondentů se ve svém okolí setkala s někým, kdo poruchou příjmu potravy trpí.



Graf č. 44 – Chlapci a dívky celkem



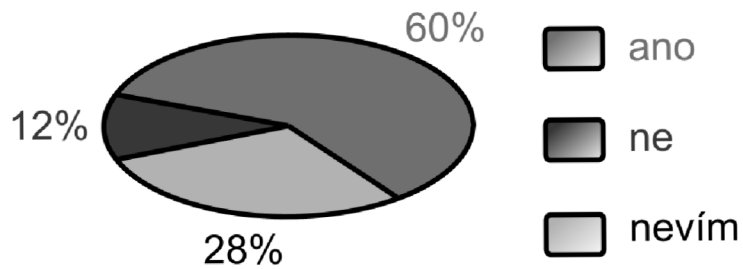
Graf č. 45 – Chlapci



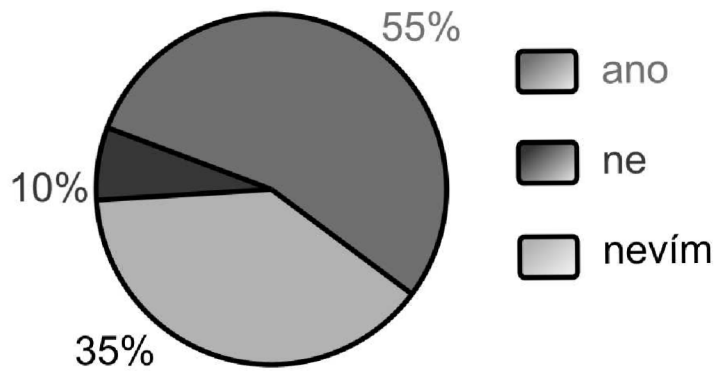
Graf č. 46 – Dívky

Následující otázky byly zaměřeny na stravovací návyky rodičů. Podle odpovědí se o něco málo lépe stravují matky než otcové, ale zásadní rozdíl mezi rodiči nebyl.

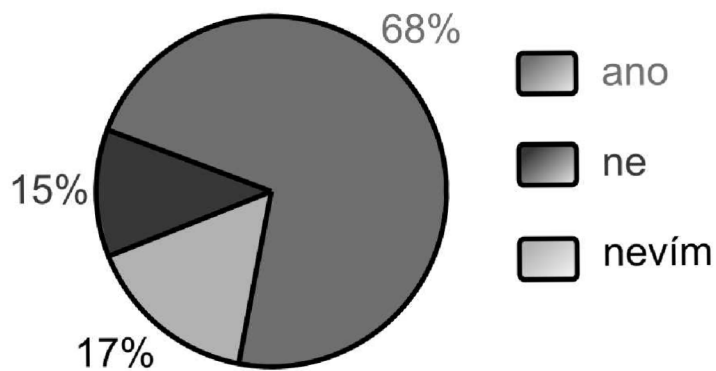
18. otázka Jsou stravovací návyky tvé matky správné? ano-ne-nevím



Graf č. 47 – Chlapci a dívky celkem

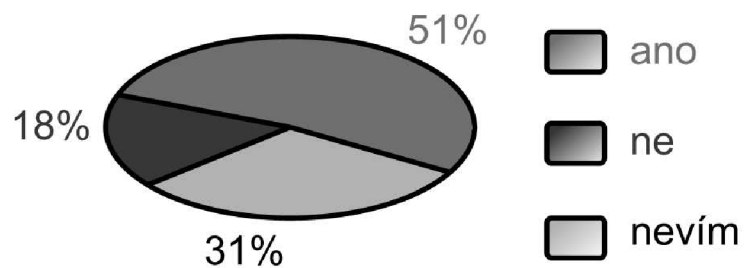


Graf č. 48 – Chlapci

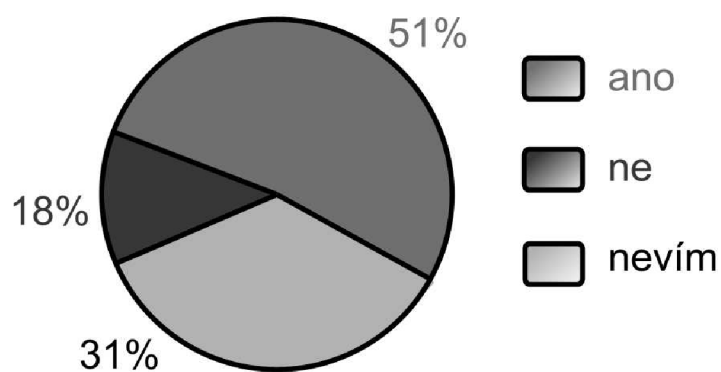


Graf č. 49 – Dívky

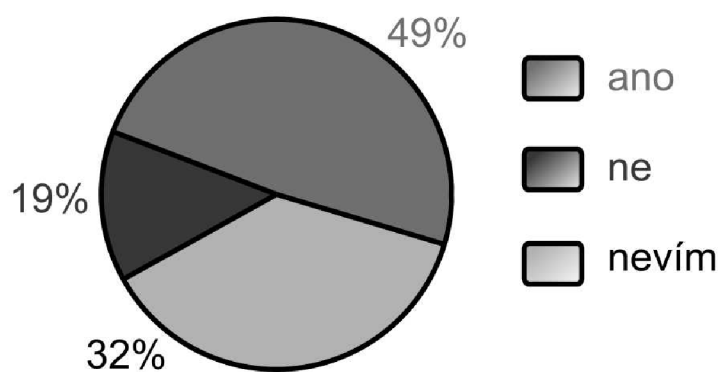
19. otázka Jsou stravovací návyky tvého otce správné? ano-ne-nevím



Graf č. 50 – Chlapci a dívky celkem



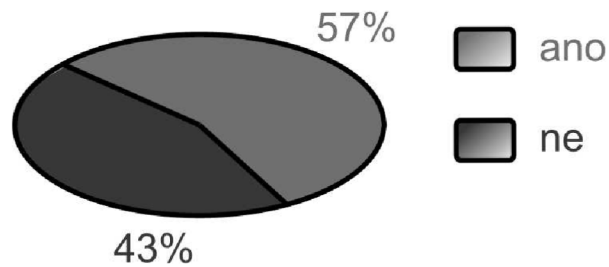
Graf č. 51 – Chlapci



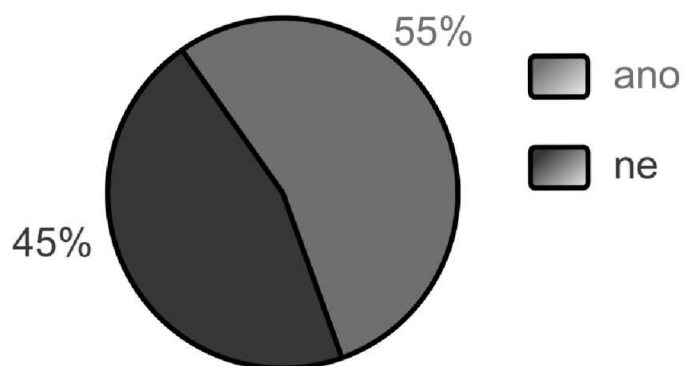
Graf č. 52 – Dívky

20. otázka Jsou tvé stravovací návyky správné? ano-ne

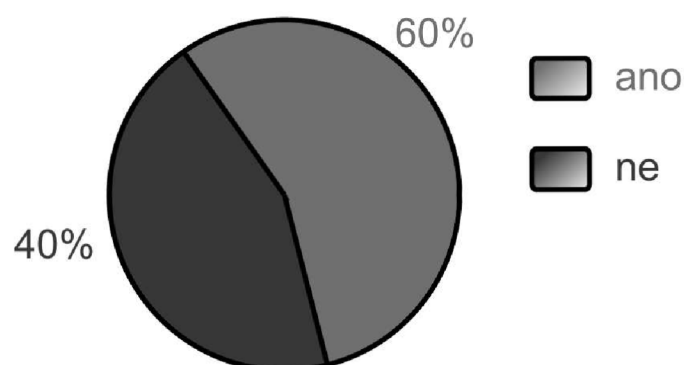
Více než polovina dotazovaných uvedla, že má své stravovací návyky správné. Výsledek této otázky je však v rozporu s výsledkem otázek, které se týkaly stravování, kde respondenti přiznali nepravidelnost ve stravování a také vynechávání důležitých jídel. Dětem v tomto věku zřejmě chybí povědomí o správných stravovacích návycích.



Graf č. 53 – Chlapci a dívky celkem



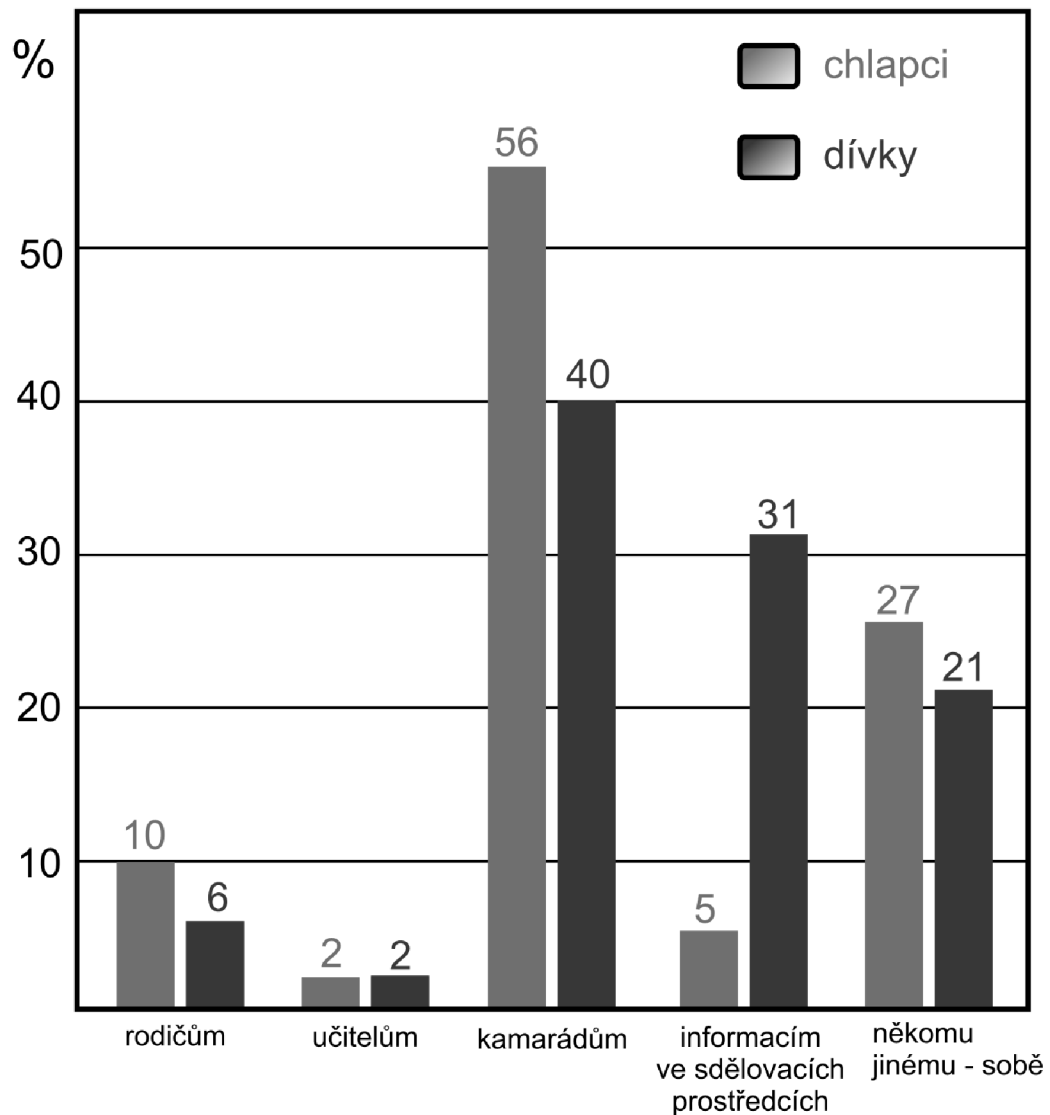
Graf č. 54 – Chlapci



Graf č. 55 – Dívky

21. otázka Komu za své stravovací návyky vděčíš?
rodičům-učitelům-kamarádům-informacím ve sdělovacích prostředcích-
někomu jinému

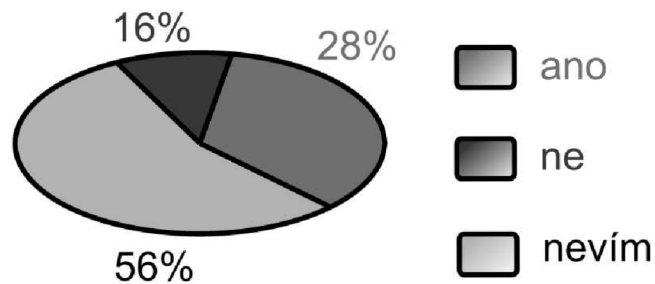
Zde je evidentní vliv kamarádů. V kolonce „někomu jinému“ uvedlo 16 chlapců a 14 dívek, že za své stravovací návyky vděčí sobě.



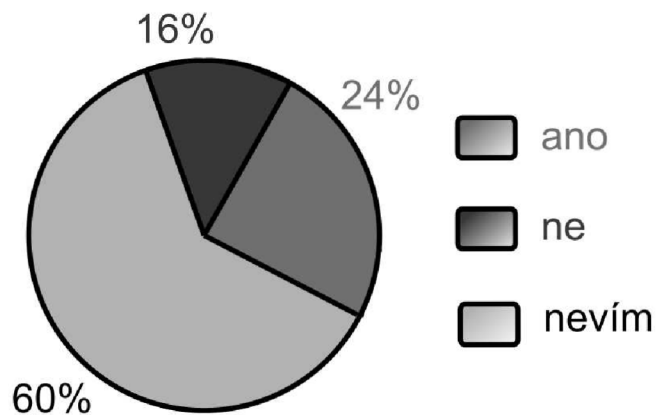
Graf č. 56 – Chlapci a dívky celkem

Další čtyři otázky zjišťovaly, jak vnímají děti názory svých rodičů a jaký k nim zaujímají postoj. Polovina adolescentů nezná názor svých rodičů na svou postavu a třem čtvrtinám dospívajících je lhostejné, co si rodiče o jejich postavě myslí.

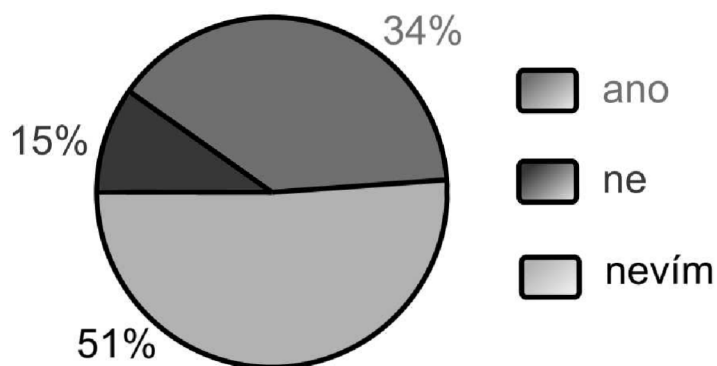
22. otázka Líbí se tvá postava matce? ano-ne-nevím



Graf č. 57 – Chlapci a dívky celkem

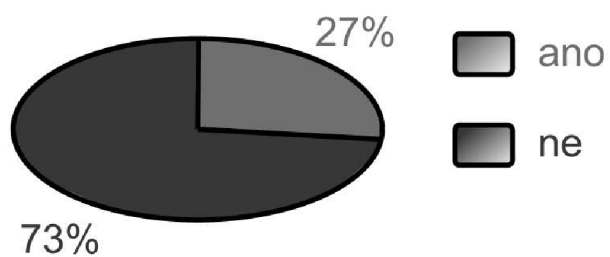


Graf č. 58 – Chlapci

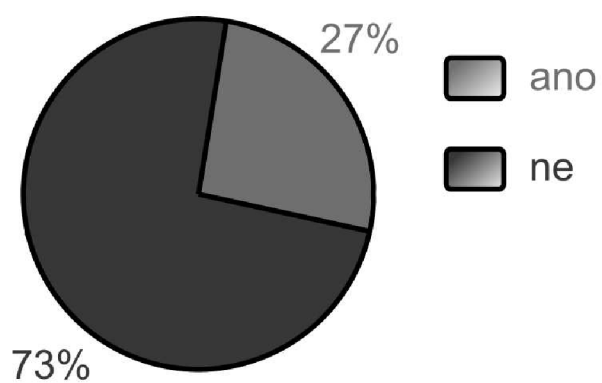


Graf č. 59 – Dívky

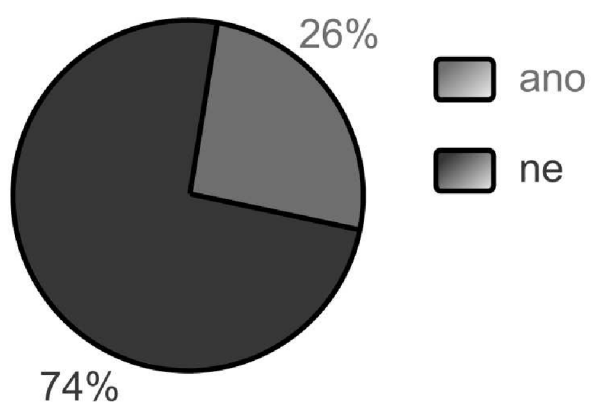
23. otázka Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila matce? ano-ne



Graf č. 60 – Chlapci a dívky celkem

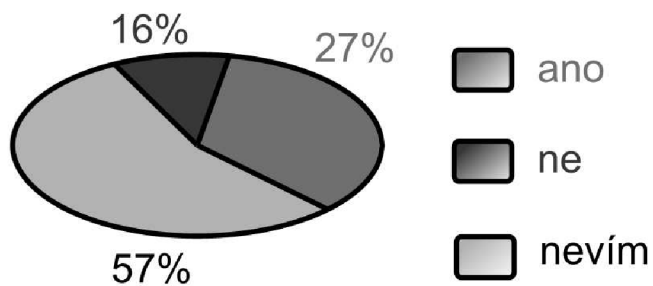


Graf č. 61 – Chlapci

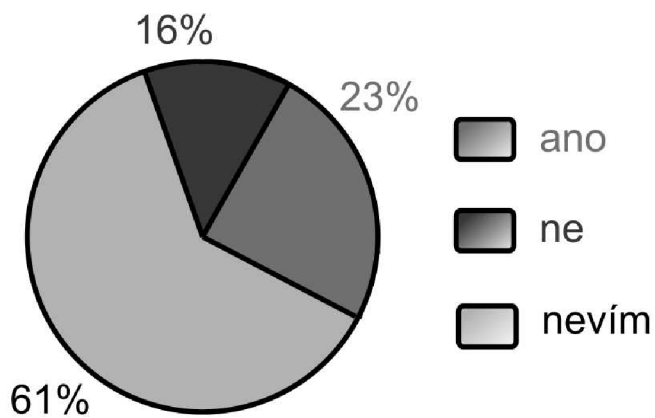


Graf č. 62 – Dívky

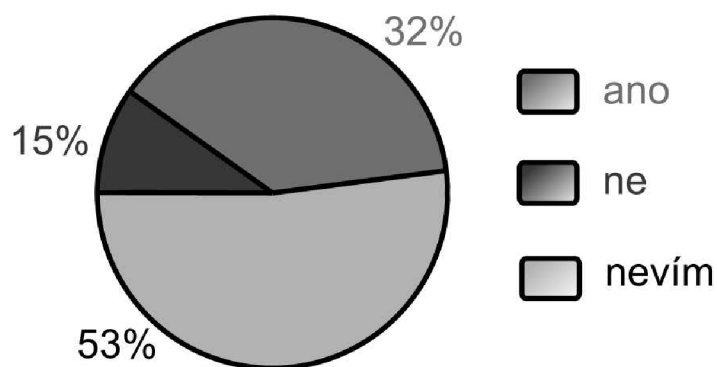
24. otázka Líbí se tvá postava otci? ano-ne-nevím



Graf č. 63 – Chlapci a dívky celkem

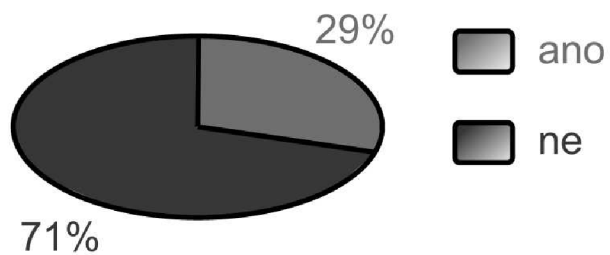


Graf č. 64 – Chlapci

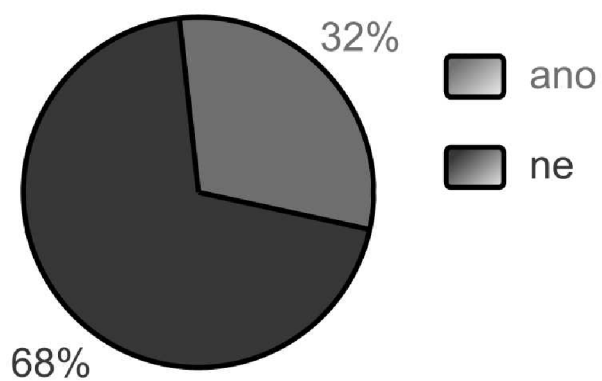


Graf č. 65 – Dívky

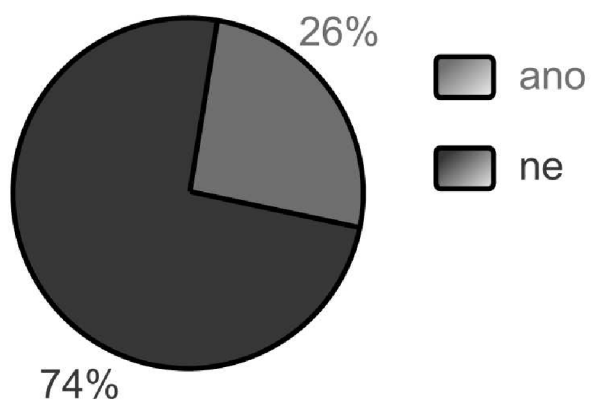
25. otázka Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila otci? ano ne



Graf č. 66 – Chlapci a dívky celkem



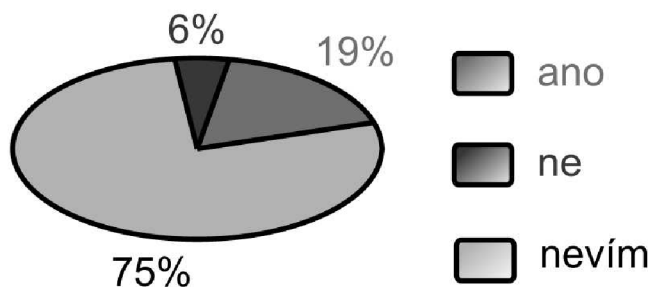
Graf č. 67 – Chlapci



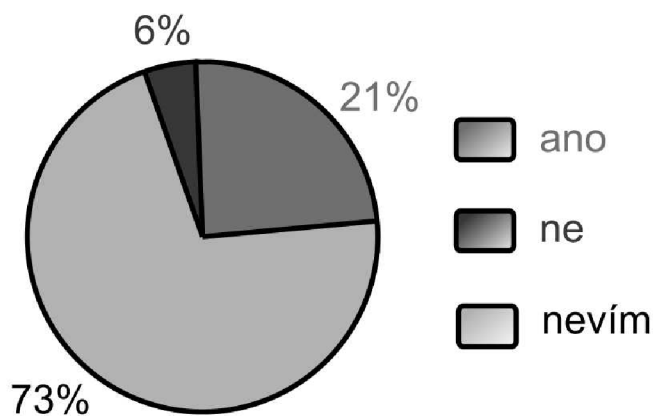
Graf č. 68 – Dívky

26. otázka Líbí se tvá postava tvým kamarádům? ano-ne-nevím

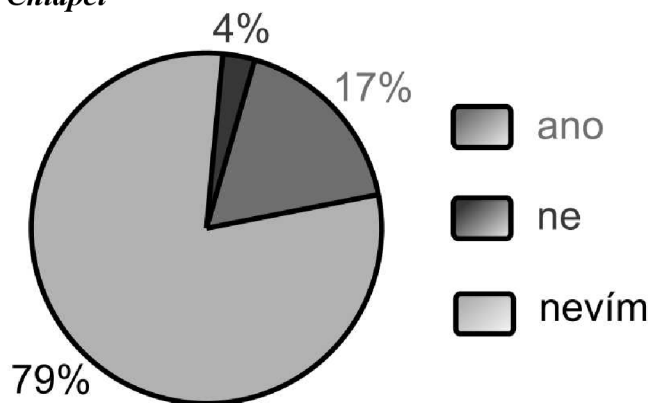
To, zda se postava dotazovaných líbí jejich kamarádům, vědělo jen malé procento dotazovaných.



Graf č. 69 – Chlapci a dívky celkem



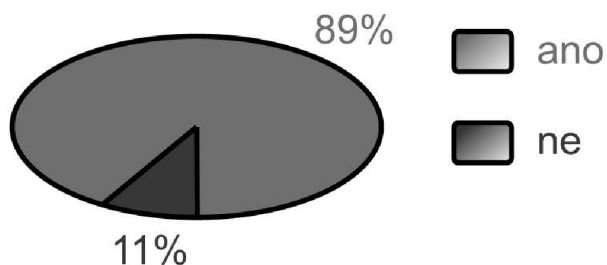
Graf č. 70 – Chlapci



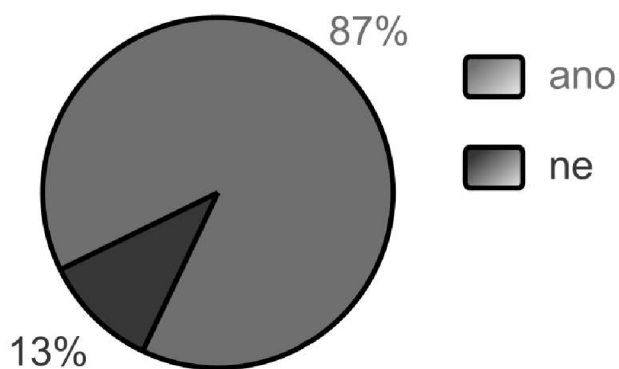
Graf č. 71 – Dívky

27. otázka Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila tvým kamarádům? ano-ne

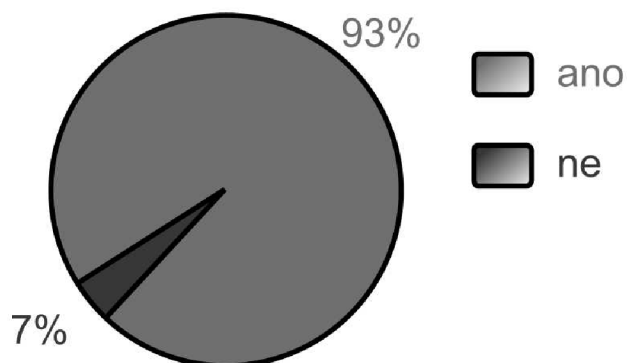
Naopak téměř všichni adolescenti uvedli, že jim záleží na tom, aby se jejich postava líbila jejich kamarádům. Zde je zřejmý zájem dospívajících být svými vrstevníky kladně hodnocen.



Graf č. 72 – Chlapci a dívky celkem



Graf č. 73 – Chlapci

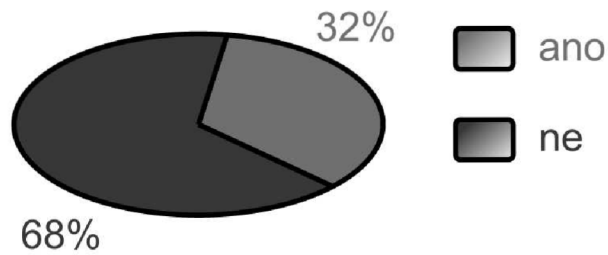


Graf č. 74 – Dívky

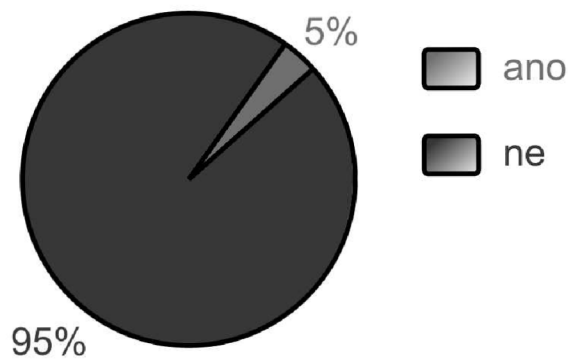
28. otázka Už jsi někdy vyzkoušel(a) nějakou dietu? ano-ne

Jak již bylo výše uvedeno, dochází u chlapců v tomto věku ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Chlapci tedy zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami.

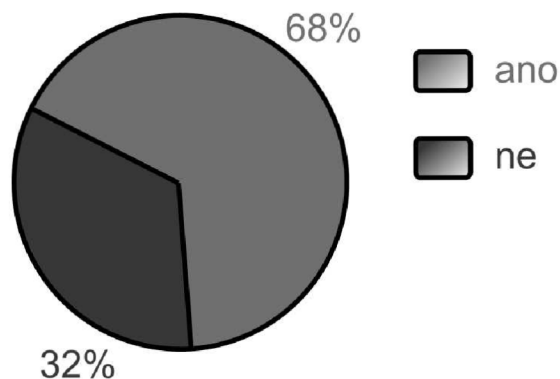
Dívčí postava se však v období adolescence mění opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Přestože je aktuální vzor krásy pro většinu nedostupný, mladé dívky o něj usilují různými způsoby a držení diet není výjimkou.



Graf č. 75 – Chlapci a dívky celkem



Graf č. 76 – Chlapci

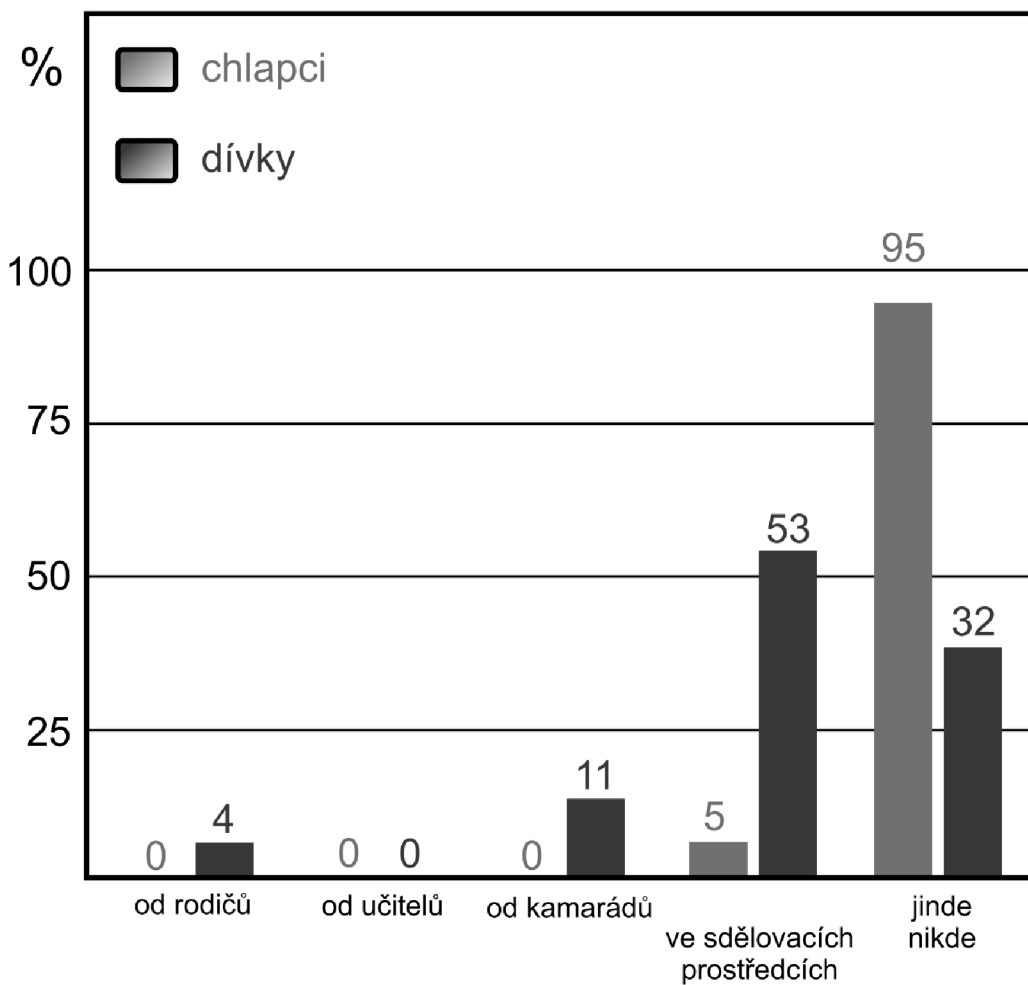


Graf č. 77 – Dívky

29. otázka Kde jsi se o ní dozvěděl(a)?

od rodičů-od učitelů-od kamarádů-ve sdělovacích prostředcích-někde jinde

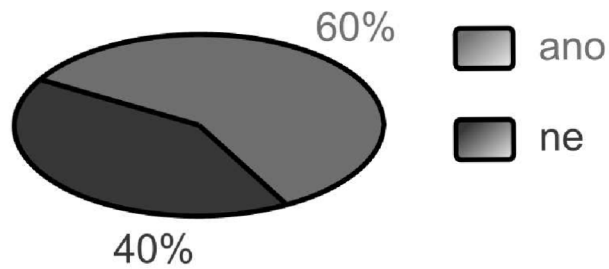
Tato otázka navazuje na otázku předešlou. Celkem 5 chlapců z dotazovaných uvedlo, že vyzkoušeli nějakou dietu a všichni se o ní dozvěděli ve sdělovacích prostředcích. Stejně tak u dívek dominoval vliv sdělovacích prostředků-25 dívek se o dietě dozvědělo ve sdělovacích prostředcích, 5 dívek od kamarádů/kamarádek a 2 dívky od rodičů, v obou případech od matky.



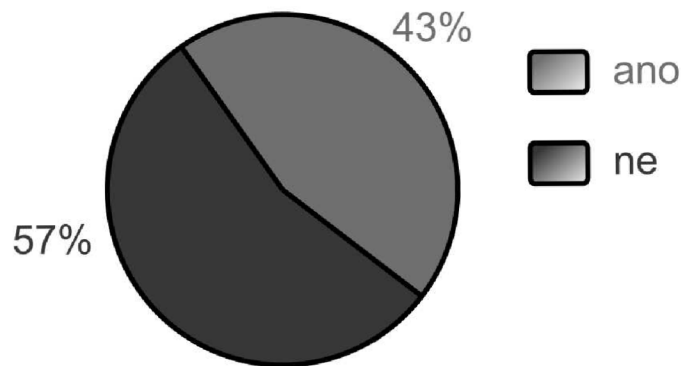
Graf č. 78 – Chlapci a dívky celkem

30. otázka Myslíš, že držení diety je dobrý způsob pro získání ideální postavy ? ano-ne

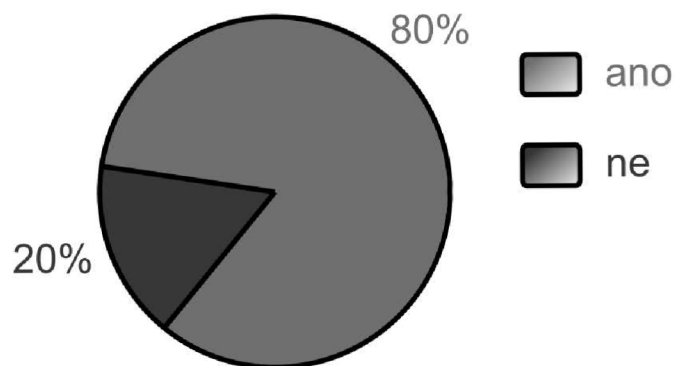
Chlapci a dívky se v názoru na tuto problematiku liší. I když chlapci účinnosti diet spíše nevěří, téměř polovina jich uvedla, že držení diety je dobrý způsob, jak ideální postavu získat.



Graf č. 79 – Chlapci a dívky celkem



Graf č. 80 – Chlapci

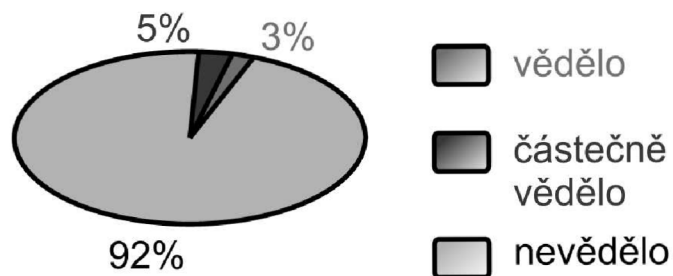


Graf č. 81 – Dívky

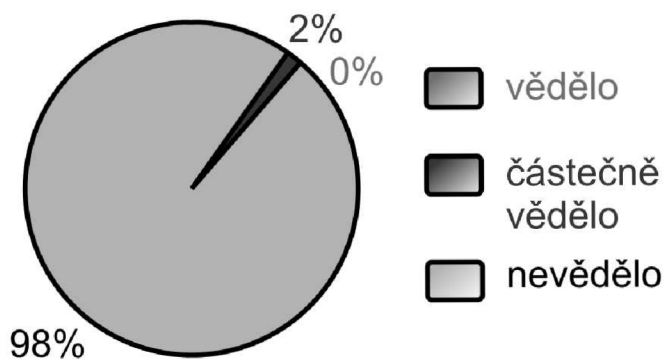
31. otázka BMI – body mass index je:

Queteletův index hmoty těla (BMI-body mass index) se dnes nejčastěji užívá k posouzení stavu výživy. Lze jej vypočítat tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů.

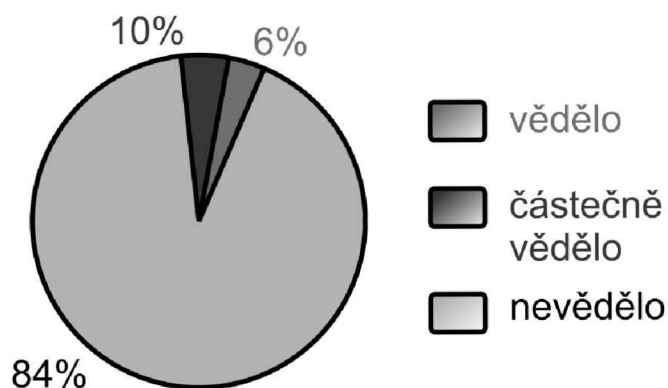
Výsledky ukazují, že žáci 8. ročníků index tělesné hmotnosti neznají.



Graf č. 82 – Chlapci a dívky celkem



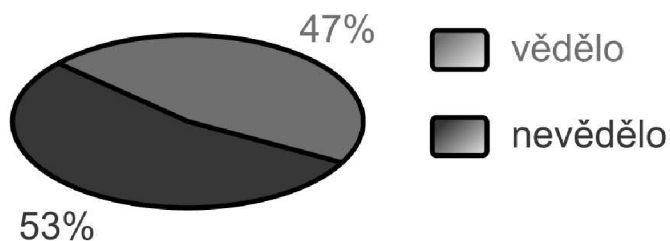
Graf č. 83 – Chlapci



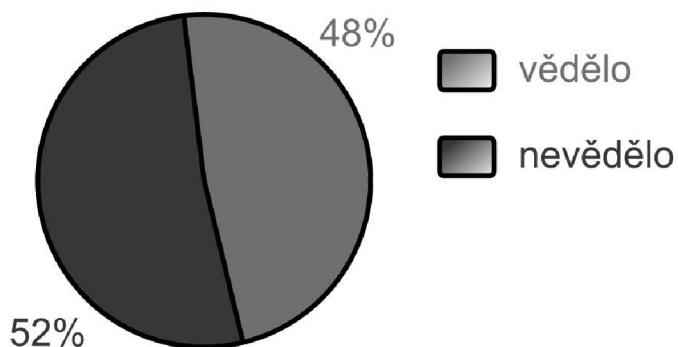
Graf č. 84 – Dívky

32. otázka Jaká je optimální váha dospělého člověka při výšce 170cm?

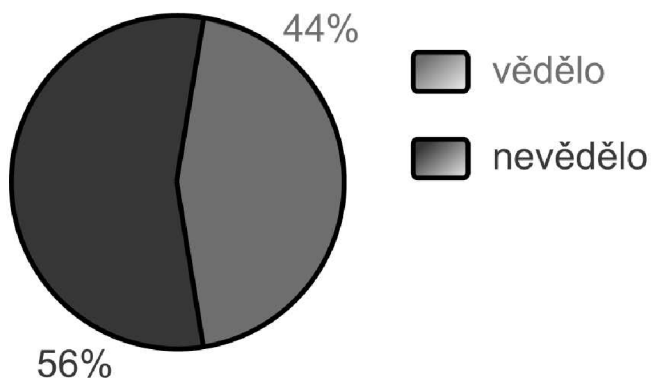
Polovina respondentů přiznala, že neví. Ti, kteří zde nějakou hodnotu v kilogramech zapsali, se většinou vešli do rozmezí optimální váhy, kterou vymezuje výše zmíněný index tělesné hmotnosti. Tj. od 55kg do 67kg (70kg) u žen a do 72kg u mužů.



Graf č. 85 – Chlapci a dívky celkem



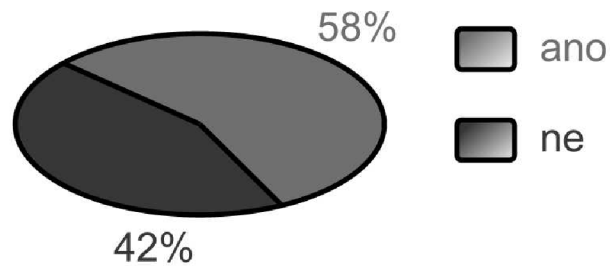
Graf č. 86 – Chlapci



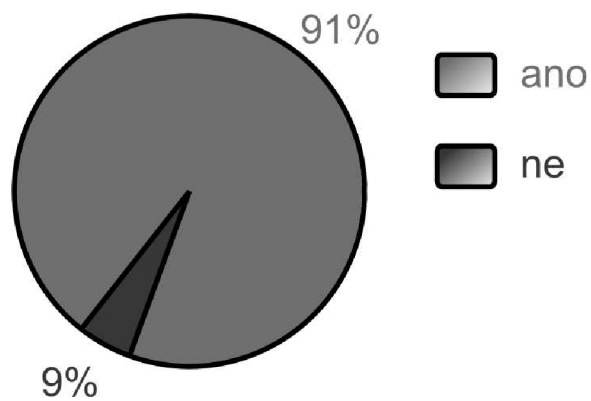
Graf č. 87 – Dívky

33. otázka Jsi spokojený(á) se svou postavou? ano-ne

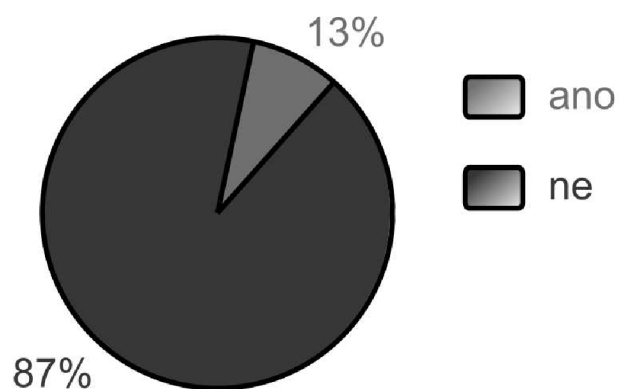
Většina dívek v tomto věku trpí pocitem nadváhy, nebo je jinak nespokojena se svým tělem, a to i přes tu skutečnost, že je jejich aktuální tělesná hmotnost v mezích normy.



Graf č. 88 – Chlapci a dívky celkem



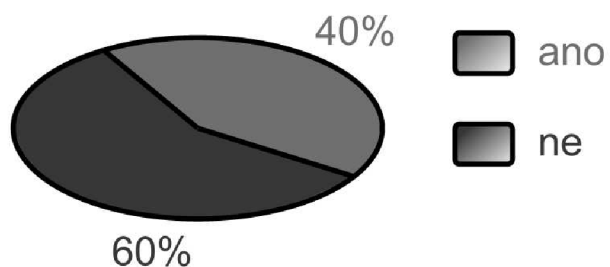
Graf č. 89 – Chlapci



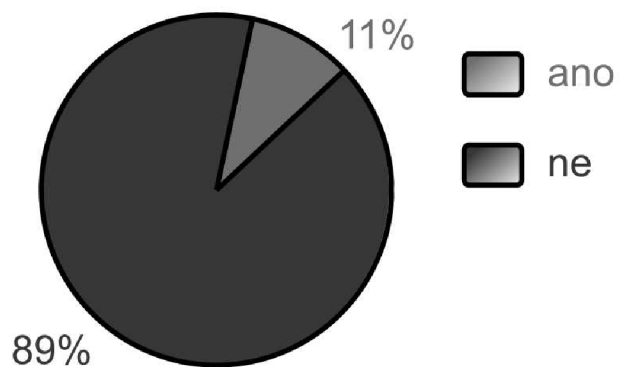
Graf č. 90 – Dívky

34. otázka Vážíš se pravidelně? ano-ne

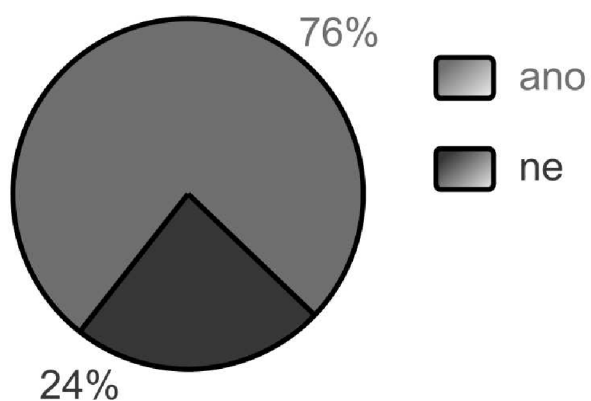
Protože jsou tlakem módního ideálu nejvíce ohroženy dospívající dívky, mají oproti chlapcům větší tendence kontrolovat svou váhu.



Graf č. 91 – Chlapci a dívky celkem



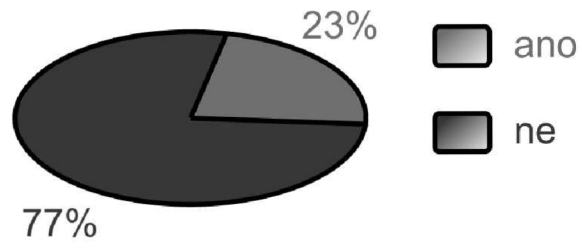
Graf č. 92 – Chlapci



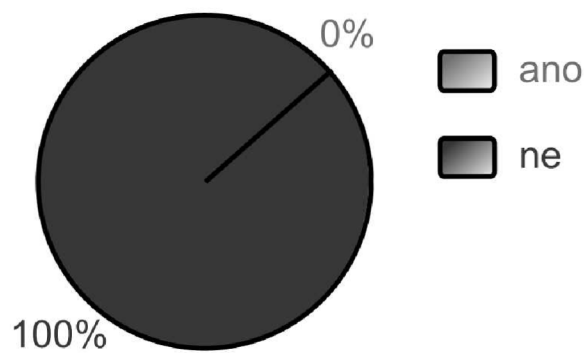
Graf č. 93 – Dívky

35. otázka V lékárnách i v obchodech jsou běžně dostupné různé léky, tablety a přípravky určené ke snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel(a) jsi nějaký? ano-ne

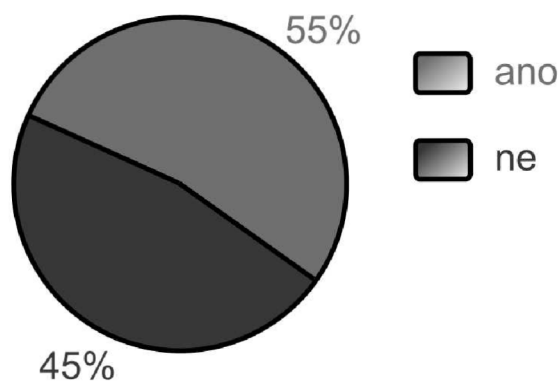
Více než polovina dívek ve věku 14 let má za sebou zkušenost s nějakým výrobkem určeným ke snížení tělesné hmotnosti. Povrchní publicita masmédií kraluje a dívky, které jsou v období dospívání tvrdě konfrontovány se svým měnícím se tělem, podléhají všudypřítomným reklamám na „zázračné a zaručené“ prostředky slibující zhubnutí bez námahy.



Graf č. 94 – Chlapci a dívky celkem



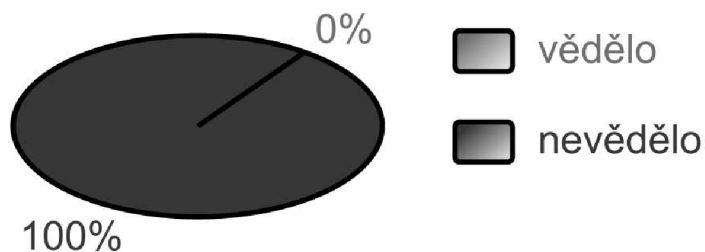
Graf č. 95 – Chlapci



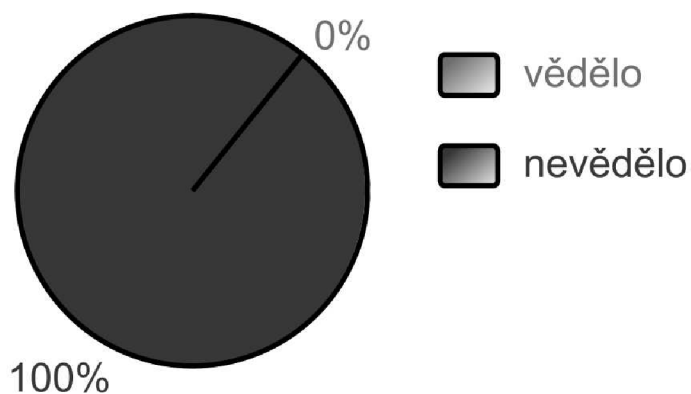
Graf č. 96 – Dívky

36. otázka Napiš, které tři základní druhy živin by měla obsahovat naše strava:

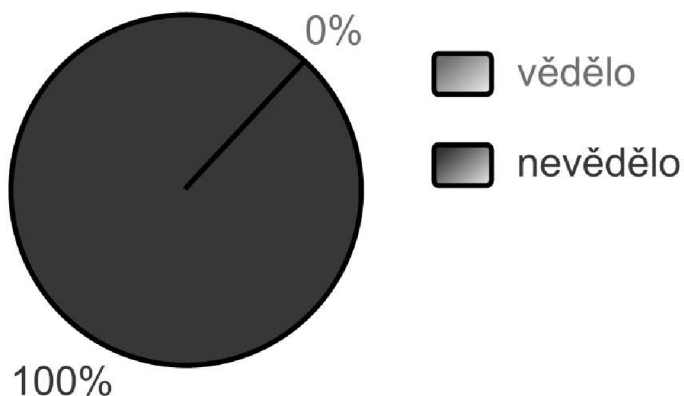
Je alarmujícím zjištěním, že žádný z respondentů nedokázal vyjmenovat tři základní živiny: sacharidy, tuky a bílkoviny.



Graf č. 97 – Chlapci a dívky celkem



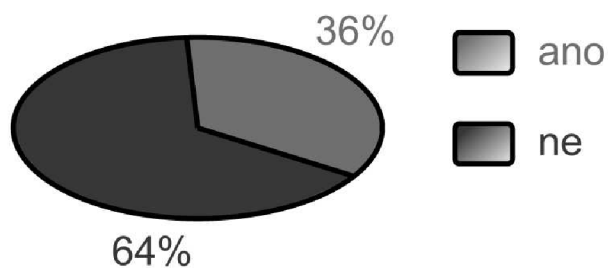
Graf č. 98 – Chlapci



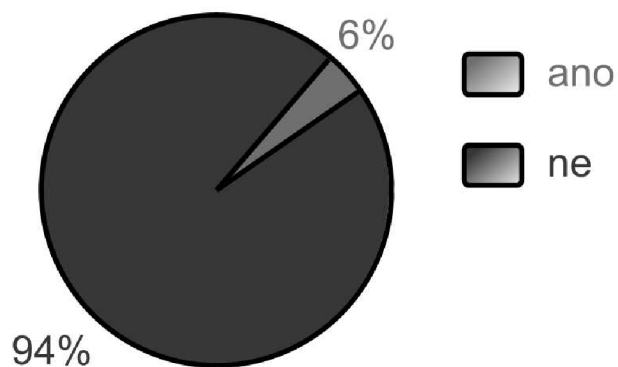
Graf č. 99 – Dívky

37. otázka Fyzikální jednotka „kj“ se dnes vyskytuje téměř na každém potravinářském výrobku. Sleduješ, jakou energetickou hodnotu (tj. kolik „kj“) má potravina, kterou konzumuješ? ano-ne

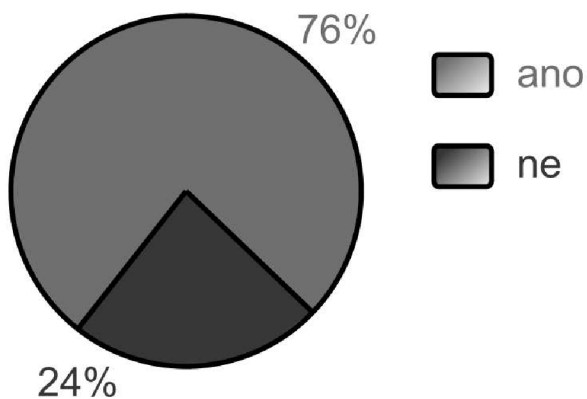
I zde byly zaznamenány rozdílné odpovědi u chlapců a u dívek, kdy chlapci se nezabývají energetickým příjmem, zatímco dívky ano.



Graf č. 100 – Chlapci a dívky celkem



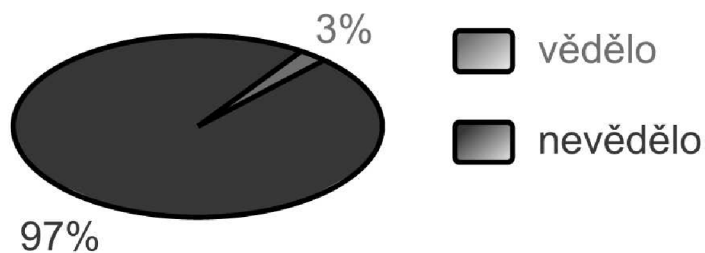
Graf č. 101 – Chlapci



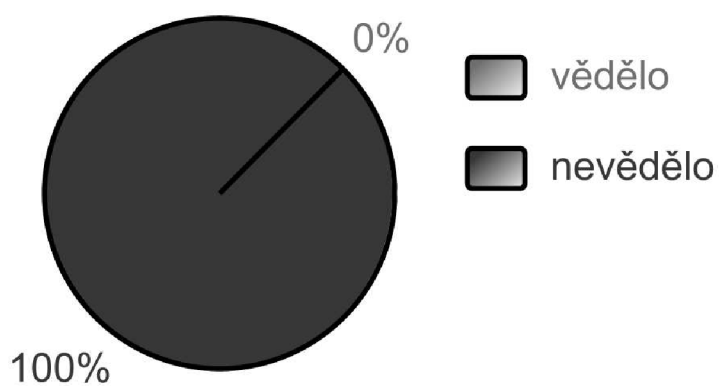
Graf č. 102 – Dívky

38.otázka Viš, jaký by měl být tvůj denní energetický příjem (tj. kolik „kj“)?
ano-ne Pokud ano, pak uveď kolik:

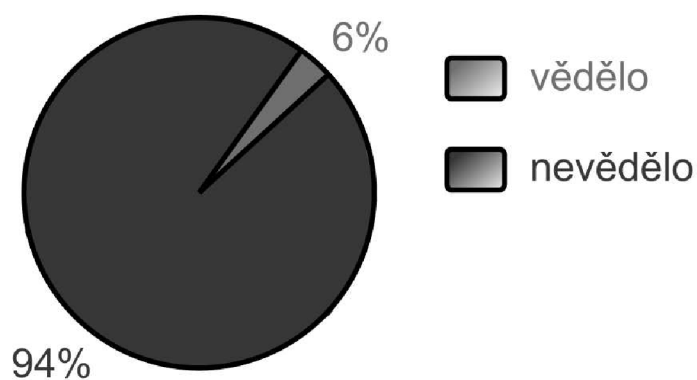
Pouze 3% dotazovaných prokázala že ví, jaký by měl být jejich denní energetický příjem a ve všech případech se jednalo o dívky.



Graf č. 103 – Chlapci a dívky celkem



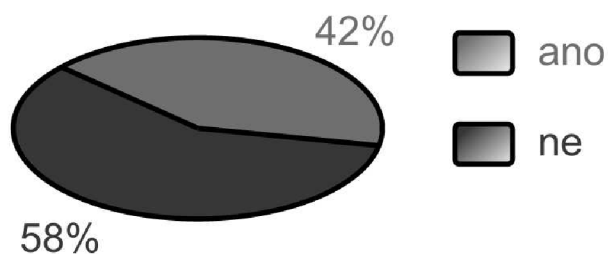
Graf č. 104 – Chlapci



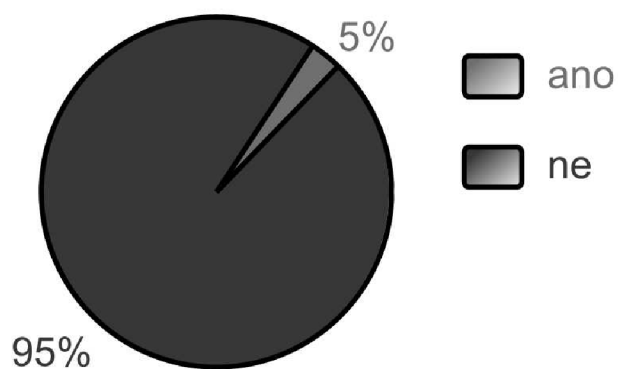
Graf č. 105 – Dívky

39. otázka Zajímají tě poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie)
a chtěl(a) by jsi se o nich více dozvědět? ano-ne

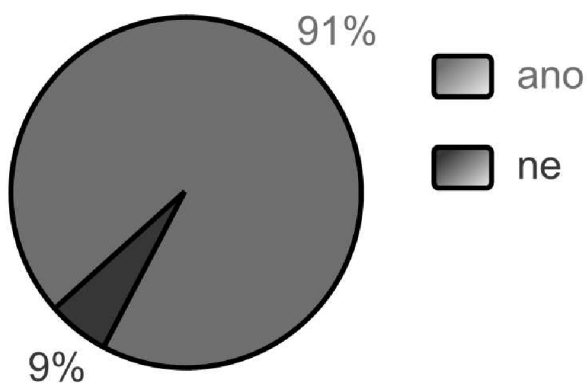
Že se poruchy příjmu potravy týkají spíše dívek, dokazuje i jejich větší zájem o tuto problematiku.



Graf č. 106 – Chlapci a dívky celkem



Graf č. 107 – Chlapci



Graf č. 108 – Dívky

4.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ, DISKUSE

Ze srovnání výsledků vlastního šetření se stanovenými hypotézami vyplynuly následující závěry:

Hypotéza 1: Chlapci jsou se svou postavou spokojenější než dívky.

Tato hypotéza byla pro náš vzorek zkoumaných osob verifikována.

V otázce č. 33 respondenti odpovídali, zda jsou spokojeni se svou postavou a v odpovědích na tuto otázku byl zaznamenán markantní procentuální rozdíl ve spokojenosti se svou postavou mezi chlapci a dívkami. (viz. grafy č. 89 a č. 90) I na grafu č. 10 je patrné vysoké procento nespokojenosti se svou postavou u dívek, a to

i přesto, že polovina dotazovaných dívek má optimální váhu. (viz. graf č. 4)

Hypotéza 2: Dívky častěji experimentují s různými dietami než chlapci.

Šetřením v našem výzkumném souboru byla prokázána platnost této hypotézy.

Z grafů č. 76, č.77, č. 95 a č. 96 vyplývá, že experimentování dívek s dietami je časté, zatímco chlapci nemají tendenci svou váhu snižovat. Do jaké míry si hlídají postavu dívky a do jaké míry chlapci, lze vidět i na grafech č. 12 a č. 13. Přestože je mediálně prezentovaný „ideál štíhlosti“ pro většinu dívek a žen biogeneticky nedosažitelný a zdravotně ohrožující, mnohé z nich o něj různými způsoby usilují a držení diet není výjimkou.

Hypotéza 3: U dívek je vliv médií v oblasti subjektivního vnímání vlastního zevnějšku významnější než u chlapců.

Při ověřování této hypotézy bylo zjištěno, že u dívek je vliv médií v oblasti subjektivního vnímání vlastního zevnějšku významnější než u chlapců. Tedy třetí hypotéza se v našem vzorku zkoumaných osob také potvrdila.

Jak velký je vliv sdělovacích prostředků na žáky osmých ročníků nám ukazují grafy č. 56 a č. 78. Dívky, které jsou v období dospívání více konfrontovány se svým měnícím se tělem,

snadněji podléhají všudypřítomným reklamám na „zázračné a zaručené“ prostředky slibující hubnutí bez námahy a více než polovina z nich má zkušenost s nějakým výrobkem určeným ke snížení tělesné hmotnosti. Mezi dotazovanými chlapci nebyl jediný, který by nějaký takový prostředek vyzkoušel. (viz. grafy č. 95 a č. 96)

Hypotéza 4: Chlapci jsou méně informovaní o poruchách příjmu potravy než dívky.

I tato hypotéza byla pro náš vzorek zkoumaných osob potvrzena.

Na základě analýzy 14. a 15. otázky bylo zjištěno, že dvě v současnosti nejvýznamněji a nejzřetelněji specifikované poruchy příjmu potravy jsou pro většinu žáků osmých ročníků pojmem cizím, přičemž mentální anorexii dokázali respondenti definovat lépe než mentální bulimii. Rozdíl v informovanosti mezi chlapci a dívkami byl zaznamenán u obou těchto poruch příjmu potravy. (viz. grafy č. 35, č. 36, č. 37, č. 38, č.39 a č. 40)

Vzhledem k získaným výsledkům a jejich analýze lze konstatovat, že cíl diplomové práce byl splněn.

ZÁVĚR

Pro většinu lidí jsou poruchy příjmu potravy velkou hádankou naší doby. Je velmi těžké pochopit, že jídlo či odmítání jídla se může stát opravdovým návykem, stejně jako je návykové zneužívání drog, léků nebo alkoholu, které pomalu ničí tělo i psychiku. Ovládací strach z tloušťky a jídla, s ním spojené nevhodné jídelní chování, hladovky a zvracení se velmi snadno mohou stát navyklými a nezávislými na možné příčině. Složitost a diferencovanost problematiky nemocných s poruchami příjmu potravy však neznamená, že jde o nesrozumitelný a logiku postrádající problém.

Diplomová práce se zabývala poznáním a pochopením problematiky poruch příjmu potravy a kladla si za cíl zjistit zdroje informací u žáků druhého stupně základní školy o této problematice a zmapovat jejich informovanost v oblasti stravovacích návyků.

Vlastním výzkumným šetřením bylo zjištěno, že žáci osmých ročníků základní školy nejsou s problematikou poruch příjmu potravy dostatečně seznámeni, a to i přesto, že poruchy příjmu potravy jsou patologickým a v dnešní době velice rozšířeným jevem. Žáci na druhém stupni základní školy jsou ve věku, kdy se s dětsky naivní a přímočarou mentalitou musí učit zvládat nebezpečí světa dospělých. Zdraví, úspěch nebo krása mají pro ně už konkrétní význam a těchto hodnot se snaží dosáhnout po svém. Je velmi žádoucí seznámit děti s problematikou poruch příjmu potravy, naučit je správným stravovacím návykům a pomáhat jim čelit všudypřítomným nástrahám souvisejících s touto problematikou. Stejně jako lze předcházet alkoholismu či drogovým závislostem, stejně jako varujeme před zdravotními důsledky kouření, měli bychom také varovat před důsledky nezdravého hubnutí, před striktním držetím diet, před nadměrným podléháním módním trendům, které stále více spojují úspěch, popularitu a bohatství s přehnaně štíhlou postavou. Je důležité včas zpozorovat příznaky těchto poruch, neboť málokdo si uvědomuje, jak jsou mentální anorexie a bulimie nebezpečné a jejich nebezpečnost je stále více naléhavější.

Lze konstatovat, že lidé trpící mentální anorexií a mentální bulimií jsou vedlejším produktem moderní společnosti, tedy odpovědnost za tento současný společenský problém leží na nás všech, nikoli na nich samotných.

SHRNUTÍ

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. První kapitola se soustředí na historické kořeny dvou v současnosti nejvýznamnějších a nejzřetelněji specifikovaných poruch příjmu potravy: mentální anorexie a mentální bulimie. Dále pak jsou zde tyto dva syndromy definovány a pozornost je věnována i některým atypickým a nespecifickým poruchám příjmu potravy. Ve druhé kapitole jsou uvedeny možné rizikové faktory, které podmiňují vznik poruch příjmu potravy nebo přispívají k jejich rozvoji. A třetí kapitola popisuje zdravotní komplikace poruch příjmu potravy u všech tělesných systémů. Teoretickou část uzavírá uvedení přehledu hlavních možností léčby poruch příjmu potravy s důrazem na racionální integraci. Ve výzkumné části je sledována úroveň informovanosti žáků osmých ročníků základní školy v oblasti stravovacích návyků se zaměřením na poruchy příjmu potravy. Bylo zjištěno, že ze zkoumaného vzorku žáků mají o této problematice větší povědomí dívky než chlapci.

SUMMARY

This degree work deals with the problems of the food intake disorders. The first chapter concentrates on the historical roots of the two currently most important and most clearly specified food intake disorders: mental anorexia and mental bulimia. Then these two syndromes are defined here and attention is also paid to some atypical and non-specific food intake disorders. In the second chapter, possible risk factors which condition the origin of the food intake disorders or contribute to their development are mentioned. And the third chapter describes the health complications of the food intake disorders for all the body systems. The theoretical part is closed by an overview of the main possibilities of food intake disorder treatment with emphasis on rational integration. The research part monitors the level of the knowledge of the eighth-year pupils of primary school in the area of eating habits with particular attention paid to the problems of the food intake disorders. It has been found out that, out of the examined sample of pupils, girls have higher awareness of these problems than boys.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALCH, J. F.: *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 1998.
ISBN 80-7205-637-9.
- BOVEY, S.: *Zakázané tělo*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-61-1.
- BRÖHMOVÁ, P.: *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999.
ISBN 80-86299-17-1.
- CLAUDE-PIERRE, P.: *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*.
Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- CORNEAU, G.: *Anatomie lásky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-398-6.
- DETHLEFSEN, T., DAHLKE, R.: *Nemoc jako cesta*. Praha: Aquamarin, 1995.
ISBN 80-901922-1-1.
- ELLIOTT, J., PLACE, M.: *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing, 2002.
ISBN 80-247-0182-0.
- HELUS, Z.: *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0.
- HORNBACHER, M.: *Na dně*. Ostrava: Domino, 1998. ISBN 80-86128-25-3.
- KENNERLEYOVÁ, H.: *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998.
ISBN 80-7178-266-1.
- KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998.
ISBN 80-7178-280-7.
- KRCH, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999.
ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I.: *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993.
ISBN 80-85805-12-X.
- LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- LEMAN, K.: *Sourozenecké konstelace*. Praha: Portál, 1997.
ISBN 80-7178-152-5.
- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R.: *O poruchách příjmu potravy*.
Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
- MATOUŠEK, O.: *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1995.

ISBN 80-7178-314-5.

NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000.

ISBN 80-7178-432-X.

PECK, M. S.: *Nevyšlapanou cestou*. Praha: Odeon, 1994. ISBN 80-207-0500-7.

PEROUTKOVÁ, I.: *Na vahách života*. Praha: Road, 1992.

ISBN 80-85385-30-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.: *Dětská klinická psychologie*.

Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

VÁGNEROVÁ, M.: *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*.

Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0181-8.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VOMASTEK, P.: *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000.

ISBN 80-86065-10-3.

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Vážení,

zpracovávám diplomovou práci na PF MU v Brně se zaměřením na problematiku poruch příjmu potravy.

Prosím vás o vyplnění následujícího dotazníku. Zaškrtněte, prosím, zvolenou odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci.

Iva Večeřová

- 1. otázka** **Pohlaví:**
 muž
 žena
- 2. otázka** **Výška:**

- 3. otázka** **Váha:**

- 4. otázka** **Kolik bych měl(a) vážit?**

- 5. otázka** **Kolik bych chtěl(a) vážit?**

- 6. otázka** **Hlídáš si svou tělesnou hmotnost?**
 ano
 ne
- 7. otázka** **Snídáš pravidelně?**
 ano
 ne
- 8. otázka** **Svačíš dopoledne pravidelně?**
 ano
 ne
- 9. otázka** **Obědváš pravidelně?**
 ano
 ne

- 10. otázka** Svačíš odpoledne pravidelně?
 ano
 ne
- 11. otázka** Večeříš pravidelně?
 ano
 ne
- 12. otázka** Myslíš, že životní úspěchy (získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod.) závisí na štíhlé postavě a kráse?
 ano
 ne
- 13. otázka** Záleží ti na tom, jakou máš postavu?
 ano
 ne
- 14. otázka** Mentální anorexie je:

- 15. otázka** Mentální bulimie je:

- 16. otázka** Domníváš se, že je ve sdělovacích prostředcích dostatečné množství informací o poruchách příjmu potravy?
 ano
 ne
- 17. otázka** Setkal(a) jsi se ve svém okolí s někým, kdo mentální anorexií nebo mentální bulimií trpí?
 ano
 ne
- 18. otázka** Jsou stravovací návyky tvé matky správné?
 ano
 ne
 nevím

- 19. otázka** **Jsou stravovací návyky tvého otce správné?**
 ano
 ne
 nevím
- 20. otázka** **Jsou tvé**
 ano
 ne
- 21. otázka** **Komu za své stravovací návyky vděčíš?**
 rodičům
 učitelům
 kamarádům
 informacím ve sdělovacích prostředcích
 někomu jinému
- 22. otázka** **Líbí se tvá postava matce?**
 ano
 ne
 nevím
- 23. otázka** **Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila matce?**
 ano
 ne
- 24. otázka** **Líbí se tvá postava otci?**
 ano
 ne
 nevím
- 25. otázka** **Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila otci?**
 ano
 ne
- 26. otázka** **Líbí se tvá postava tvým kamarádům?**
 ano
 ne
 nevím
- 27. otázka** **Záleží ti na tom, aby se tvá postava líbila tvým kamarádům?**
 ano
 ne

28. otázka Už jsi někdy vyzkoušel(a) nějakou dietu?

- ano
- ne

29. otázka Kde jsi s

- od rodi
- od učitel
- od kamarádů
- ve sdělovacích prostředcích
- někde jinde

30. otázka Myslíš, že držení diety je dobrý způsob pro získání ideální postavy?

- ano
- ne

31. otázka BMI – body mass index je:

32. otázka Jaká je optimální váha dospělého člověka při výšce 170cm?

33. otázka Jsi spokojený(á) se svou postavou?

- ano
- ne

34. otázka Vážíš se pravidelně?

- ano
- ne

35. otázka V lékárnách i v obchodech jsou běžně dostupné různé léky, tablety a přípravky určené ke snížení tělesné hmotnosti. Vyzkoušel(a) jsi nějaký?

- ano
- ne

36. otázka Napiš, které tři základní druhy živin by měla obsahovat naše strava:

37. otázka Fyzikální jednotka „kj“ se dnes vyskytuje téměř na každém potravinářském výrobku. Sleduješ, jakou energetickou hodnotu (tj. kolik „kj“) má potravina, kterou konzumuješ?

- ano
- ne

38. otázka Víš, jaký by měl být tvůj denní energetický příjem (tj. kolik „kj“)?

- ano
- ne

Pokud ano, pak uveď kolik: _____

39. otázka Zajímají tě poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) a chtěl(a) by jsi se o nich více dozvědět?

- ano
- ne

ANOTACE

Bc. Iva Večeřová: Informovanost žáků základní školy v oblasti problematiky poruch příjmu potravy, diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita 2006

Diplomová práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy. Zabývá se úrovní informovanosti žáků osmých ročníků základní školy v oblasti stravovacích návyků se zaměřením na problematiku poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: Mentální anorexie
Mentální bulimie
Nespecifické poruchy příjmu potravy
Komplexní léčba
Subjektivní vnímání vlastního zevnějšku
Stravovací návyky
Diety
Medializace poruch příjmu potravy

ANNOTATION

Bc. Iva Večeřová: Knowledge of the Primary School Pupils in the Area of the Problems of Food Intake Disorders, degree work. Brno, Masaryk University 2006

This degree work has the problems of the food intake disorders as its subject. It deals with the level of the knowledge of the eighth-year pupils of primary school in the area of eating habits with particular attention paid to the problems of the food intake disorders.

Key words: Mental anorexia
Mental bulimia
Non-specific food intake disorders
Complex treatment
Subjective perception of one's appearance
Eating habits
Diets
Publicity of food intake disorders in the media