

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Poruchy příjmu potravy u dívek a chlapců**

**Bakalářská práce**

Kateřina Hudečková

Jméno vedoucího práce: MUDr. Dagmar Smitková

Datum odevzdání práce 6.5.2009

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with eating disorders divided according to International Disease Classification (IDC-10) to two basic disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa. The theoretical part describes criteria of diagnosis, health complications, treatment possibilities and factors influencing the commencement of these disorders in individuals of both sexes. Also relatively new eating disorders are mentioned here that can be threatening not only for adolescents. The practical part aimed at finding out the level of awareness of parents and teachers concerning occurrence of eating disorders in male sex, since it is well known that it is girls and women who in general suffer from eating disorders. Further the paper aimed at monitoring sources of information on these disorders. The target groups were teachers of primary and secondary schools and parents of children aged 8-20 years. The questioning method by means of questionnaires was applied in the research.

## **ABSTRAKT**

Tématem této bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy, které jsou dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) rozlišeny na dvě základní poruchy – mentální anorexie a mentální bulimie. Teoretická část práce seznamuje s diagnostickými kritérii, zdravotními komplikacemi, možnostmi léčby a s faktory ovlivňujícími vznik těchto poruch u jedinců obou pohlaví. Jsou zde zmíněny i relativně nové poruchy příjmu potravy, které mohou ohrozit nejen dospívající mládež. Cílem praktické části bylo zjistit úroveň informovanosti rodičů a pedagogů o možnosti vzniku poruch příjmu potravy u mužského pohlaví, zejména proto, že je všeobecně známo, že poruchy příjmu potravy postihují převážně dívky a ženy. Dalším cílem bylo monitorování zdrojů informací o těchto poruchách. Cílovými skupinami výzkumu byli pedagogové základních a středních škol a rodiče dětí ve věku 8 – 20 let. Ve výzkumu byla použita metoda dotazování pomocí dotazníků.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Poruchy příjmu potravy u dívek a chlapců“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6.5.2009

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především MUDr. V. Chodurovi z psychiatrického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích za podporu a cenné připomínky při psaní mé bakalářské práce a MUDr. Dagmar Smitkové za vedení práce. Také bych chtěla poděkovat všem rodičům a pedagogům, kteří vyplnili dotazník.

# OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>6</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>9</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	9
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) .....	10
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE .....	10
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2) .....	11
1.3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY .....	11
1.4 NOVÉ TYPY PPP .....	12
1.5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PPP .....	13
1.5.1 Kardiovaskulární komplikace .....	13
1.5.2 Renální komplikace .....	13
1.5.3 Gastrointestinální komplikace .....	14
1.5.4 Kosterní komplikace .....	14
1.5.5 Endokrinní komplikace .....	14
1.5.6 Hematologické komplikace .....	15
1.5.7 Neurologické komplikace .....	15
1.5.8. Metabolické komplikace .....	15
1.5.9 Dermatologické komplikace .....	15
1.6 TERAPIE PPP .....	16
1.6.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace .....	16
1.6.2 Ambulantní péče .....	16
1.6.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace .....	16
1.6.4 Rodinná terapie .....	17
1.6.5 Kognitivně behaviorální terapie .....	17
1.6.6 Interpersonální terapie .....	17
1.6.7 Psychodynamická terapie .....	17
1.6.8 Farmakoterapie .....	17
1.7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V ČR .....	18
1.8 ŽENSKÝ SVĚT A PPP .....	19

1.9 MUŽSKÝ SVĚT A PPP .....	20
1.9.1 Kazuistika 1 .....	21
1.9.2 Kazuistika 2 .....	23
1.10 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	24
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>26</b>
2.1 CÍLE .....	26
2.2 HYPOTÉZY .....	26
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>27</b>
3.1 POUŽITÁ METODIKA .....	27
3.2 VYMEZENÍ SOUBORU.....	27
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>28</b>
<b>5. DISKUSE .....</b>	<b>38</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>41</b>
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>42</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>45</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>46</b>

## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou nejčastějším a nejzávažnějším psychickým a somatickým onemocněním především dospívajících dívek a mladých žen. V současné době trpí nejen značná část dospívajících dětí, ale také mnoho dospělých žen a mužů nespokojeností s vlastním tělem a strachem z obezity, kterou kompenzují nevhodnými stravovacími návyky a způsoby, jak kontrolovat svou tělesnou hmotnost. Následkem těchto poruch dochází k dlouhodobým obtížím, které se dotýkají nejen samotných pacientů, ale také jejich nejbližšího okolí – především rodiny a přátel. Poruchy mají často za současného spolupůsobení vhodných faktorů velmi pozvolný rozvoj. Jsou dlouho dobře ukryvány před okolím pacientů, kterým postupně narušují jejich sociální, emoční, sexuální i profesní život a to zejména ve věku, který je velmi důležitý pro správný psychosociální vývoj a budoucí život jedince.

Pro téma poruchy příjmu potravy jsem se rozhodla po zkušenosti s mojí kamarádkou, kterou jsem poznala na střední škole v době, kdy se zotavovala po prodělání mentální anorexie. Se spolužáky jsme měli za úkol hlídat, zda se řádně stravuje. Vznik nemoci byl v jejím případě dáván do souvislosti s diagnózou infekční mononukleózy, kdy v důsledku přísného dietního režimu došlo k postupnému rozvoji anorexie.

Ve své práci bych chtěla ukázat, že poruchy příjmu potravy nejsou záležitostí pouze dívek a žen. U chlapců a mužů se však vyskytují v menší míře. Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění především dospívajících jedinců, zajímalo mne, do jaké míry jsou o této problematice informováni rodiče dospívajících dětí a pedagogové.



# 1. SOUČASNÝ STAV

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou pod pojmem poruchy příjmu potravy (PPP) zahrnuty dva nejzřetelnější syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. U mnohých pacientů se však mohou vyskytovat atypické, subklinické, parciální či jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy.**(10)**

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou si přes zdánlivou odlišnost velmi podobné. Společnými rysy obou onemocnění jsou strach z tloušťky a nadměrné zaujetí vlastním vzhledem a tělesnou hmotností. Pacienti se neustále snaží zhubnout nebo alespoň zabránit nárůstu tělesné hmotnosti. Kromě toho stále kontrolují, jak vypadají a kolik váží. U obou poruch se setkáváme s dalšími společnými rysy, jako jsou nízké sebevědomí, somatické obtíže a sociální problémy. Čím se tato onemocnění zásadně liší je tělesná hmotnost.**(10)** Někdy je bulimie považována za chronickou variantu mentální anorexie. Některé zdroje dokonce uvádí, že se bulimie vyvine u 30 – 50 % mentálně anorektických pacientek.**(5)**

## 1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je definována jako úbytek hmotnosti, který je záměrně vyvolán a dále udržován.**(15)** Pacienti s diagnózou mentální anorexie neodmítají jídlo z důvodu nechutenství, ale proto, že jíst nechtějí. U některých pacientů dlouhodobé hladovění paradoxně doprovází zvýšený zájem o jídlo v podobě myšlenek, sbírání receptů, vaření pro své blízké, nebo změnou chuti například na sladké.**(10)**

### **1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)**

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo BMI je nižší než 17,5. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám odmítáním jídel, „po kterých se tloustne“, a užíváním jednoho nebo několika z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Specifická psychopatologie, představovaná přetrvávajícím strachem z tloušťky a zkreslenou představou o vlastním těle. Pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytovat zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Jestliže začíná onemocnění před pubertou, jsou pubertální změny a projevy (tělesné i psychosociální) opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je zpožděna.(5)

## **1.2 Mentální bulimie**

Onemocnění je charakterizováno nekontrolovatelnými a opakovanými záchvaty přejídání, které jsou spojeny s úzkostnou kontrolou tělesné hmotnosti.(8)

### 1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase zkonsumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik. Diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- Pocit přílišné tloušťky je spojen s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní avšak mnohdy přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.(10)

### 1.3 Atypické a nespecifické poruchy

**Záchvatovité přejídání** označuje poruchu, která je charakteristická nekontrolovatelnou konzumací velkého množství potravin. Během tohoto záchvatu se u pacientů objevuje ztráta kontroly nad jídlem, jedí rychle a mají pocit, že nemohou přestat i když jsou přesyceni. Impulzem pro vyvolání záchvatu není pocit hladu, ale nutkání v důsledku přítomnosti jídla, konkrétní situace, nebo vnitřní stav jako například stres či napětí. Po záchvatu pacienti obvykle nezvrací, neužívají žádná projímadla ani léky a nesnaží se hubnout. O této poruše mluvíme tehdy, pokud se opakuje pravidelně po určitou dobu (nejméně dvakrát týdně).(11)

**Syndrom nočního přejídání** je porucha, jejíž vznik je spojen s životním stresem a neúspěchy při pokusech zhubnout. Typickými příznaky jsou večer-

ní anorexie, noční přejídání a nespavost. Pacienti při záchvatu nejsou schopni přestat jíst. **(10)**

## **1.4 Nové typy PPP**

V poslední době, zvláště s nástupem módní vlny propagace biopotravin a posedlosti vlastním vzhledem, se objevily nové poruchy související s nevyváženým příjmem potravy. Ve své extrémní podobě jsou velmi nebezpečné stejně tak jako mentální anorexie, bulimie či přejídání.

**Ortorexie** je vnímána jako patologická posedlost zdravou výživou. Počáteční orientace na zdravou stravu, obchody s biopotravinami a shánění informací o výrobě potravin se pozvolna stává posedlostí a hlavní náplní veškerého času. Pacienti se zaměřují výhradně na potraviny ze specializovaných obchodů, avšak po nějaké době u nich narůstá strach, že i jídlo, které pochází z těchto prodejen může být nezdravé. Je postupně podrobováno stále důkladnějšímu zkoumání, následkem čehož se postupně zužuje seznam tzv. „zdravých“ jídel a pestrost stravy se snižuje na minimum. U pacienta dochází k úbytku tělesné hmotnosti, objevuje se podvýživa, úzkost a deprese, které vedou k pocitu osamění a skutečné izolaci. Nejedná se zde o patologizování zdravého životního stylu, ale o pojmenování stavu, který se tzv. „vymkne z rukou“.**(13)** Tato porucha je považována za sekundární projev nozofobie (chorobného strachu z nemocí).

**Bigorexie** se projevuje posedlostí vlastním tělem. Pacient často usiluje o dosažení nereálných hodnot svých tělesných proporcí a to prostřednictvím extrémního posilování, zneužíváním bílkovinných potravinových doplňků a látek podporujících svalový růst a ovlivňujících metabolismus. Závažným rizikem této poruchy je poškození pohybového aparátu v důsledku dlouhodobého přetěžování. Naprosto nevyváženou stravou a nadužíváním doplňků stravy a jiných preparátů (anabolik) bývá také přetěžován trávicí systém, ledviny a játra. Pacienti trpí nadváhou v důsledku zvýšeného příjmu energie a svalového růstu.**(13)**

**Drunkorexie** je charakteristická opakovanou redukcí příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a možností dopřát si pít větší množství alkoholu. Strach a nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze zde opět hrají hlavní roli. Tato posedlost vychází z obavy, že pití kalorického alkoholu může být příčinou zvyšování hmotnosti. Alkohol se v prázdném žaludku vstřebává mnohem rychleji a do jater se může dostat i za méně než 15 minut. Jeho účinek je rychlejší, navíc jej tělo často dostane ve vyšší dávce, což je hlavním nebezpečím této poruchy.(13)

## **1.5 Zdravotní komplikace PPP**

K poruchám příjmu potravy se váže množství zdravotních komplikací, které se podílejí na zvyšování úmrtnosti, a to jak u mentální anorexie, tak u bulimie. Komplikace jsou způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti nebo důsledkem určitého chování jako například zvracení, nadužívání projímadel a diuretik.(10)

Tyto komplikace zde budou zmíněny jen stručně.

### **1.5.1 Kardiovaskulární komplikace**

Nejčastěji se vyskytuje sinusová bradykardie s frekvencí menší než 60 tepů za minutu, či hypotenze s naměřenými hodnotami pod 90/60 mm Hg. Nadměrné užívání diuretik nebo projímadel může způsobit narušení elektrolytové rovnováhy, což může vést k vyvolání srdečních arytmií. Klinicky významné jsou také poruchy funkce mitrální chlopně levé komory a následné zhoršení výkonnosti srdečního svalu.(10)

### **1.5.2 Renální komplikace**

Závažné jsou poruchy elektrolytové rovnováhy jako hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza. Dále se u anorektiček objevuje hypomagnezemie, která je doprovázena hypokalciemií a hypokalemií. Zvyšuje se riziko vzniku močových kamenů v důsledku dehyd-

ratace a nadužívání projímadel **(10)**, přičemž může dojít ke chronickému tubulárnímu poškození až renálnímu selhání.**(15)**

### **1.5.3 Gastrointestinální komplikace**

Obvyklým příznakem mentální bulimie je benigní zduření parotických slinných žláz.**(10)** Ústní a zubní komplikace zahrnují zvýšenou kazivost zubů a vznik paradentózy.**(15)** Vlivem působení žaludečních šťáv při častém zvracení dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku má za následek pocity plnosti a nadmutosti i po konzumaci malé porce jídla.**(10)** Poruchy motility a zácpa souvisí s dlouhodobým hladověním, hypotyreózou a minerálovou dysbalancí.**(15)** Při nedostatečném přísunu bílkovin a následné podvýživě se vyskytují abnormality funkce jater.**(10)**

### **1.5.4 Kosterní komplikace**

U pacientů s mentální anorexií se zpomaluje, až zastavuje, vyžívání kostí. Často se vyskytuje osteoporóza. V důsledku nedostatku estrogenu, vápníku a fosforu se zvyšuje aktivní přestavba kostní tkáně, převažuje kostní resorpce nad tvorbou kosti, což má za následek úbytek kostní tkáně. Prokázaným důsledkem mentální anorexie je snížená minerální denzita kostí **(10)**, což nemalou měrou přispívá ke zvýšenému výskytu patologických zlomenin.**(15)**

### **1.5.5 Endokrinní komplikace**

Hlavním příznakem okruhu těchto komplikací je amenorea, objevující se zpravidla při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti **(10)** a v důsledku narušení sekrece GRH (gonadotropin-releasing hormon) v hypotalamu. Následně nastává pokles sekrece hypofyzárních gonadotropinů FSH a LH, přičemž mizí stimulace ovarií a sekundárně klesá hladina estrogenu a progesteronu.**(15)** Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen v normě, u mužů anorektiků jsou sníženy.**(10)** Prokázána byla také snížená hladina růstového hormonu, což svědčí o deficitu v oblasti hypotalamu. Dále

je potlačena konverze tyroxinu na trijodtyronin a dochází tak ke klinickému obrazu hypotyreózy.(15) U velmi podvyživených pacientek se následkem závažného stresu objevuje infertilita a snížení bazálního metabolismu, tyto příznaky jsou však chápány jako obranné mechanismy.(10)

### **1.5.6 Hematologické komplikace**

Dlouhodobá podvýživa má za následek snížený přísun železa a mědi, při jejichž deficitu dochází ke vzniku anemie projevující se sníženým počtem erytrocytů, poklesem koncentrace hemoglobinu, hematokritu a mikrocytózou. Snížená je i hladina železa v séru.(15) Dále se objevují příznaky imunologické abnormality jako: dysfunkce neutrofilů, zhoršená buněčná imunita a snížená hladina komplementu.(10)

### **1.5.7 Neurologické komplikace**

U pacientů s mentální anorexií dochází ke vzniku křečí, což má zřejmě souvislost se snížením zásoby elektrolytů. Mohou se objevit i abnormality EEG.(15) Méně častými komplikacemi jsou bolesti hlavy, ztráty vědomí, dvojité vidění a poruchy hybnosti. U pacientů s mentální anorexií se také vyskytují poruchy spánku.(10)

### **1.5.8. Metabolické komplikace**

Dochází ke zhoršení regulace tělesné teploty. Pokud je pacient vystaven chladu, nedochází ke stabilizaci tělesné teploty a ani ke třesu. Narušen je i metabolismus glukózy a často se v testu glukózové tolerance objevují hodnoty typické pro diabetes. Dále jsou prokázány poruchy metabolismu kalcia, kdy následkem jeho sníženého vstřebávání a naproti tomu zvýšenému výdeji močí, dochází ke zpomalení tvorby kostí.(10)

### **1.5.9 Dermatologické komplikace**

Pozorovatelnými komplikacemi jsou: ztenčení kůže, nárůst drobných chloupků např. na tvářích, končetinách a zádech, úbytek vlasů nebo lámání a třepení nehtů. Na kůži mohou být patrné hematomy a petechie, které se objevují v důsledku snížené syntézy vitamínu K.(15) Mohou se objevit kožní

vyrážky způsobené léky, které pacienti užívají s cílem snížit svou hmotnost.(10)

## **1.6 Terapie PPP**

Nabídka léčebných a zejména psychoterapeutických přístupů v terapii poruch příjmu potravy se v posledních letech značně rozšířila. Terapie se kloní k integraci či k použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a reakci na jednotlivé druhy poskytované terapie.(10)

### **1.6.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace**

K hospitalizaci se přistupuje z důvodu lékařské stabilizace pacienta, která je pro další postup nezbytná. Pobyt v nemocnici není směřován pouze k fyzické stránce nemoci, ale je součástí procesu uzdravování zaměřovaného i na psychické problémy pacienta. Velké úsilí vyžaduje například jeho získání k aktivní spolupráci.

Výhodnější formou terapie pro většinu pacientů je denní stacionář nebo částečná hospitalizace. V jejich rámci dochází ke změně jídelního režimu a k intenzivní terapii, aniž by byl pacient nucen opustit své aktivity mimo nemocnici.(10)

### **1.6.2 Ambulantní péče**

Tato forma péče není zaměřena na překonání poruchy, ale na návrat pacienta do stavu somatické a psychické stability. Cílem je restrukturační hodnot. Provádí se individuálně nebo skupinově. Zde je výhodou skupinová podpora a spoluúčast podobně postižených pacientů.(10)

### **1.6.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace**

Svépomoc je určena zejména pacientům, kteří mají relativně mírné příznaky a u nichž je předpoklad značného zlepšení či dokonce úplného uzdravení.(10) Je rozdělena do jednotlivých kroků, které na sebe navazují a ukládají pacientovi plnit konkrétní úkoly.(8)



#### **1.6.4 Rodinná terapie**

Tato forma terapie by měla být indikována jako vhodný doplněk k individuální terapii, kdy je spoléháno především na výraznou podporu ze strany rodičů nebo ostatních členů rodiny k dosažení terapeutického cíle.(10) Léčba zdůrazňující rodinu se jeví jako nejvíce úspěšná (1) v případech, kdy jsou si pacienti vědomi své chorobnosti a jsou ochotni spolupracovat.(17)

#### **1.6.5 Kognitivně behaviorální terapie**

Je doporučována pacientům se středně těžkými až vážnými příznaky a dále těm, pro které není vhodná rodinná terapie vzhledem k jejich vyššímu věku. Hlavním problémem je zde strach ze zvyšující se hmotnosti. Pacienty s mentální bulimií lze uklidnit ujištěním, že během léčby se jejich hmotnost pravděpodobně zvýší jen málo. U mentální anorexie je cílem terapeutické strategie, i přes pacientovu touhu udržet si nízkou hmotnost, právě skutečný nárůst tělesné hmotnosti. U pacientů s mentální anorexií je doba terapie delší než u těch s mentální bulimií a jsou do ní většinou začleněny i prvky interpersonální a rodinné terapie.(10)

#### **1.6.6 Interpersonální terapie**

Léčebný postup této terapie má tři fáze. V první fázi se identifikují příčiny rozvoje a udržování problémů s jídlem. Během druhé fáze dojde k uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto interpersonálních problémech. Třetí fáze se zaměřuje na otázky spojené s ukončením terapie.(10)

#### **1.6.7 Psychodynamická terapie**

Dynamicky orientované přístupy mohou být doporučeny těm pacientům, u nichž není účinná jiná krátkodobá léčba.(10)

#### **1.6.8 Farmakoterapie**

Ve většině případů mentální anorexie není psychotropní medikace nutná. U mentální bulimie by se o medikaci mělo uvažovat, avšak ne jako o primárním druhu léčby, nýbrž jako o doplňku k některému typu psychosociální

terapie. Antidepresiva 3. generace mohou být u některých pacientek brána jako vhodný doplněk.**(10)**

## **1.7 Poruchy příjmu potravy v ČR**

Na základě údajů získaných z epidemiologických studií se dá předpokládat, že incidence a prevalence mentální anorexie a bulimie v České republice se vyrovná hodnotám v zemích západní Evropy, navíc se vzrůstající tendencí. V České republice je ohrožena venkovská populace stejně jako městská a dále dívky s nižším sociálním statutem. Dospělé ženy jsou ohroženy, zejména trpí-li nadváhou.**(10)** Faktory, které mohou významně ovlivňovat výskyt poruch příjmu potravy, jsou nedostatečná osvěta a prevence, propagace diet a jednostranné zdůrazňování rizik nadváhy. Dalším nezanedbatelným nebezpečím je tradičně nepřiměřená skladba potravy a zejména zvýšený příjem tuků, zhoršená úroveň kultury stolování a stále se zvyšující spotřeba alkoholu a sladkostí. Poslední dobou velmi narůstá trend rychlého stravování, což ještě zvyšuje riziko nekvalitní výživy a posiluje tak již zaběhnuté nevhodné jídelní návyky nejen české mládeže. V neposlední řadě u nás dochází ke změnám v oblasti sociální a politické, kdy na území střední a východní Evropy pozvolna proniká způsob „západního“ životního stylu. Ten zahrnuje především důraz na úspěch a štíhlost, jež jsou údajně lehce dosažitelné zejména prostřednictvím propagovaných diet.**(11)**

Zatímco v roce 1985 bylo v České republice s diagnózou mentální anorexie či mentální bulimie hospitalizováno celkem 110 pacientů, v roce 1994 jich bylo zaznamenáno 266. V roce 2000 počet hospitalizovaných pacientů dosáhl k číslu 809, přičemž z toho bylo 45% jedinců ve věku 15-19 let. Mentální anorexie byla diagnostikována u 545 pacientek a 32 pacientů, mentální bulimie u 228 pacientek a 4 pacientů.**(10)**

## **1.8 Ženský svět a PPP**

Nejčastěji jsou s těmito poruchami diagnostikovány dívky a ženy, avšak vyskytují se i případy u chlapců a mužů či dokonce dětí.**(6)** Před 10. rokem věku se objevuje zejména mentální anorexie, která často přechází do symptomatiky bulimické.**(7)** Z celkového počtu případů představují děti do dvanácti let 5% diagnostikovaných. Pro raný začátek poruch příjmu potravy je rizikovým faktorem zejména způsob, jakým se jedinci adaptují na vývojové pubertální změny. Obzvláště dívky, které jsou na počátku dospívání výrazněji nespokojené se svým tělem nebo hůře prožívají nástup menstruace, představují rizikovou skupinu pro rozvoj poruch příjmu potravy. Riziko se dále zvyšuje, pokud je vyšší BMI, hruškovitá distribuce uložení tuku v těle a patrně i časnější menarché. Dalším spouštěcím faktorem může být konfrontace se sexuálními tématy.**(6)** Mimo výše zmiňované se uplatňují vlivy biologické, jež vedou k somatickému růstu a tělesným změnám a jsou příčinou řady změn v psychosociálním zrání. Na dospívajícího jedince dále působí sociokulturní vlivy, např. jak společnost adolescenci pojímá. Velmi důležitá je i subjektivní kvalita vnitřního prožívání dospívajících a jejich fantazijní svět, který má podíl na způsobu, jakým se bude jedinec v budoucnu adaptovat na vývojové úkoly přicházející dospělosti. Tyto úkoly jsou zejména pro dívky s diagnózou mentální anorexie velmi obtížné. Na počátku onemocnění mají obvykle těsný, přilnavý a kontrolující vztah k matce a odmítavý postoj k otci. Vztah k matce se může zpočátku jevit jako ideální avšak za tímto projevem se skrývá agrese ve smyslu kontroly a ovládnutí matky. Otec bývá často odmítán a kritizován pro pudové projevy, které jsou mnohdy spojeny s jídelní, někdy i sexuální symbolikou. V důsledku těchto okolností prožívají dívky období adolescence velmi obtížně a nezdá se se těžko vyrovnávají s požadavky tohoto věku.**(5)**

Velká část pacientek uvádí počátek rozvoje poruch příjmu potravy v kontextu konkrétních událostí jako např. narážky na tloušťku či tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významné životní změny, osobní neúspěchy, nemoc či problémy v rodině. Často se u pacientek s poruchami

příjmu potravy objevují deprese a úzkostné stavy. Znamky deprese bývají přítomny zejména u mentální bulimie, kdy jsou tyto symptomy považovány za důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů. Tyto příznaky jsou přímo spojeny s obavami o postavu a tělesnou hmotnost.(10)

Mnoho dospívajících dívek ani neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost a snaží se potlačit nástup biologicky přiměřených tělesných proporcí. Přiměřenou a zdravou výživu zamění za některou v dané chvíli módní redukční dietu.(12) Z provedených studií vyplývá, že redukční diety zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy až osmkrát.(8) Diety a nepřiměřená touha zhubnout jsou často důsledkem přehnané kritiky vlastního vzhledu a nespokojenosti s postavou, což má za následek intenzivnější zaobírání se tělesnou hmotností a realizaci konkrétních kroků k její redukci. Rostoucí nespokojenost s tělesnou hmotností je chápána jako důsledek současných trendů a tlaků na udržování štíhlosti.(10) Mezi negativní důsledky dietních postojů dívek patří také časté vynechávání některého z hlavních jídel a odmítání jíst ve školní jídelně nebo společně s rodinou.(12)

Zvýšený výskyt poruch příjmu potravy u dívek a žen byl zaznamenán zejména u socioprofesionálních skupin, kde je kladen důraz na udržení nízké tělesné hmotnosti. Jsou to především studentky baletu, profesionální tanečnice, modelky, gymnastky a atletky.(10)

## **1.9 Mužský svět a PPP**

Muži nejsou tolik ohroženi poruchami příjmu potravy proto, že ve snaze kontrolovat svou tělesnou hmotnost méně často drží diety.(9) Na rozdíl od žen je pro muže ideální tělo svalnaté ve tvaru V.(2)

Rizikovým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy u chlapců je, jako u dívek, období puberty a časná dospělost. Významným faktorem u diagnostikovaných mužských pacientů je (často zaznamenaná) premorbidní obezita. Na rozdíl od žen, které se rozhodnou pro dietu z důvodu, že se „cítí být tlus-

té“, u mužů tomu tak až v polovině případů skutečně je.(19) Mezi další příčiny patří nízké sebevědomí, potřeba být akceptován, neschopnost vyrovnat se s emocionálními tlaky, rodinnými a vztahovými problémy.(2)

Do jisté míry má vliv i homosexualita.(2) Dle studie realizované na 135 pacientech v Massachusetts General Hospital bylo z 62 pacientů s diagnózou mentální bulimie 42% homosexuálů či tzv. bisexuálů.(3) Příčinná souvislost mezi homosexualitou či bisexualitou a poruchami příjmu potravy nebyla prokázána. Existuje pouze předpoklad, že homosexuálové či tzv. bisexuálové jsou ke vzniku poruch příjmu potravy náchylnější, neboť přikládají vzhledu a postavě větší význam a častěji se snaží zhubnout.(10)

Dalším nezanedbatelným faktorem je zneužívání v dětském věku. Jak uvádí Feldman a Meyer (2007), homosexuálové a bisexuálové se zážitkem sexuálního zneužití v dětství mají větší náchylnost k rozvoji mentální bulimie (náchylnost k rozvoji mentální anorexie se v této studii neprokázala). Souvislost sexuálního zneužití v dětství se vznikem bulimie je pravděpodobně důsledkem snahy regulovat negativní vnitřní stavy jako jsou deprese, neklid a strach, což jsou pravděpodobně následky zážitku sexuálního zneužití.(4)

Stejně jako u dívek a žen je i u chlapců a mužů zaznamenán zvýšený výskyt poruch příjmu potravy u konkrétních socioprofesionálních skupin. Jsou to převážně gymnasté, běžci, žokejové, veslaři, plavci a tanečníci.(18)

### **1.9.1 Kazuistika 1**

*Osmiletý Jan byl doporučen pediatrem do péče dětské psychiatrické ambulance pro úbytek hmotnosti a patologické jídelní chování. Potíže chlapce byly diagnostikovány jako mentální anorexie. Chlapec žije pouze s matkou. Otec, který byl podstatně starší než matka, s rodinou nikdy nebydlel. Matka pracuje jako dělnice. Sama se stále pokouší držet dietu pro reálnou nadváhu. Chlapec se s otcem nestýká, občas se na něj matky ptá, ta chlapci řekla, že*

otec zemřel. Chlapec pochází z druhého neplánovaného těhotenství, kterému předcházela interrupce. Těhotenství i porod proběhly fyziologicky. Raný psychomotorický vývoj byl opožděný, chodil až v patnácti měsících. Byl kojen půl roku. Prodělal běžné dětské nemoci, dosud trpí primární noční enurézou, pro kterou je léčen Adiuretinem. Od tří let navštěvoval mateřskou školu, hůře se adaptoval, zpočátku tam nemluvil. V současné době je ve druhé třídě, hůře se na školu adaptoval, školou bylo doporučeno psychologické vyšetření kvůli neprůbojnosti. Má dobrý prospěch. Povahově je zakřiknutý, málo aktivní. V dětství kolem jídla nebyly problémy, matka uvedla, že byl spíše „baculatý“. Během letních prázdnin před druhou třídou přibral na váze, vážil asi 33 kg při výšce 134 cm. Po prázdninách mu spolužák řekl, že je tlustý. Rozhodl se, že nebude tolik jíst. Postupně omezoval příjem potravy. Jeho obvyklý jídelníček byl jeden suchý rohlík ráno, v poledne neobědval, svačinu přinášel domů, večer jedl zeleninový salát. Celkem zhubnul v průběhu 4 měsíců o 6 kilogramů. Matka byla zpočátku ráda, že chlapec jí více zeleniny, postupně se začala obávat o jeho zdraví. Byl vyšetřen pediatrem, nebyla zjištěna organická příčina obtíží. Na argument dětského lékaře, že pokud nebude jíst, nevyroste, sdělil, že by chtěl zůstat malý. Nechtěl by se stát dospělým, protože dospělí mají starosti a ty on mít nechce. Chlapec byl ambulantně léčen přibližně dva měsíce. V rámci terapeutického plánu byla indikována psychoterapie a farmakoterapie (užíval Peritol). Psychoterapeutický přístup byl dynamický, kombinovaný s herními a arteterapeutickými postupy. Byly realizovány opakované pohovory s matkou. V průběhu terapie se zlepšil přístup k jídlu a chlapec přibral 3 kilogramy, což odpovídalo jeho normální hmotnosti. Psychoterapie byla cílena na rozvoj chlapecké identifikace. Problémem byla absence otcovské postavy, infantilizující výchovné přístupy matky a příliš těsná vazba chlapce s matkou. Aktuálně chlapec nevykazuje jídelní symptomatiku, určitým rizikem však zůstávají problémy v chlapecké identifikaci.(7)

## 1.9.2 Kazuistika 2

Osmnáctiletý mladík, odeslaný praktickým lékařem pro poruchu příjmu potravy, v. s. psychického původu. Doprovází ho matka, která, po dohodě s ním, sděluje základní informace o problému. V rodině se vždy dbalo na životosprávu, a to hlavně kvůli mladšímu bratrovi pacienta, který býval „otesánek“. Pacient sám býval vždy zdravý, ve všem průměrný, sám moc ambicí neměl. Bude maturovat, chce se pokusit o studium na vysoké škole, což je hlavně přání otce. Matčina výpověď se od počátku jasně orientuje na dlouhodobý vztahový problém mezi pacientem a otcem, který ona sama vnímá. Otec, voják z povolání, hodně autoritativní, s relativně hodně úspěšnou kariérou, výrazně preferující mladšího syna. Ten je skutečně na rozdíl od pacienta zvědavější, živější a úspěšnější. Pacient se podle ní musel cítit otcem nemilovaný a odstrkovaný. Vždy chtěl dobře vypadat, zkoušel diety, protože inklinoval k nadváze. Hlídal si kalorie, zhubl. Pak začal hodně jíst, protože se začal věnovat závodnímu plavání. Překvapovalo ji, že tak moc jí a „nic to s ním nedělá“. Nejdřív to přičítala energetickému výdeji ve sportu, pak zjistila, že chodí po jídle zvracet. Dokázal vyjíst lednici. Jindy připravil oběd pro sebe, bratra a otce, nakonec snědl všechny tři porce sám. Ví, že mu hodně záleží na figuře a ona se ani nediví, doma to bylo dost často diskutované téma.

Pacient pohledný, sportovního vzhledu. Sám sděluje, že si postavu hlídá asi tři roky. Začal ji udržovat hlavně prostřednictvím diet a sportu. Zhruba před rokem mu začaly vadit časté návštěvy u prarodičů s nadměrnou konzumací jídla. Sám je označil jako „žranice“. Nutili ho do jídla a on je nechtěl urazit. Nakonec se překonal, nabízené snědl, pak to šel vyzvracet. Zvracel s použitím prstů jen dvakrát, pak už zvracel automaticky (pil hodně tekutin během jídla). Po vyzvracení se cítil lépe. Jak uvádí, „jídlo prostě v žaludku nesnesl“. Vůbec se nepřejídá a nezvrací, když tráví víkend s přáteli, eventuálně se svou dívkou. Ta o jeho problémech vůbec neví. Celou záležitost odhalila matka, zvracel prakticky denně. Maximálně vydržel pět dní nezvracet, pak se k tomu vrátil. Sám to vnímá jako psychologický a ne fyzický

*problém. Otce hodnotí jako člověka, který si zakládá na svém egu. Nejvíc ho zranilo, když se otec vyjádřil, že mu na něm a na matce vůbec nezáleží, záleží mu jen na bratrovi. Sám má otce rád a chce vystudovat VŠ, aby naplnil jeho ambice. Výška: 184 cm, hmotnost 73,10 kg.(19)*

## 1.10 Prevence poruch příjmu potravy

Základ prevence spočívá především v rodině. V kritickém období puberty lze poruchám příjmu potravy předcházet výchovným působením.(14) Rodiče by měli své děti naučit vhodným stravovacím návykům včetně společného stolování, seznámit s problematikou poruch příjmu potravy, varovat před důsledky držení diet a podléhání módním trendům.(21)

V současné době, kdy rodiče věnují svým dětem stále méně času, přecházejí tyto úkoly na pedagogy. Žáci tráví ve škole většinu svého času a učitel je zpravidla první, kdo může včas zpozorovat příznaky rozvíjející se poruchy příjmu potravy, což je velice důležité.(14,16) Zejména při tělesné výchově a hrách může pedagog zaznamenat, že žák hubne, straní se ostatních, běhá či cvičí jiným způsobem. U mladších dětí je možné pozorovat zpomalený růst oproti vrstevníkům. Dříve sociálně aktivní žák vyhledává samotu a působí smutným dojmem. Skrývá se pod vrstvami oblečení, vynechává školní jídla, která nahrazuje konzumací ovoce či zeleniny. Při mentální anorexii jsou patrné perfekcionistické rysy a žák má často dobré studijní výsledky.(16)

V rámci prevence a výchovy ke zdravému životnímu stylu by škola měla:

- Poskytnout žákům srozumitelné informace o příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy.
- Vést žáky ke zdravým stravovacím návykům.
- Rozvíjet pozitivní sociální klima ve škole a posilovat sebedůvěru žáků.
- Vytvářet podmínky pro osobní rozvoj každého jedince



Důležitým aspektem prevence je předcházení strachu z tloušťky jakožto důsledku jednostranné prezentace zdravotních rizik spojených s nadváhou. Přínosným bodem je potlačování důrazu na tělesný vzhled žáků a naopak oceňování jejich osobnostních a výkonnostních kvalit, posilování sebedůvěry a rozvíjení sociálních dovedností, které žákům umožní vyrovnat se s problémy souvisejícími s dospíváním. Vhodným nástrojem pro tento typ prevence jsou didaktické hry.**(14)**

Čím více bude pedagog o poruchách příjmu potravy informován, tím snadněji rozpozná příznaky a pochopí pocity pacienta, naučí ho přijímat své tělo a být spokojený sám se sebou.**(20)**

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle**

#### *Cíl 1*

Cílem této práce je zjištění informovanosti rodičů a pedagogů o poruchách příjmu potravy, zejména z hlediska možnosti vzniku poruch příjmu potravy u mužského pohlaví.

#### *Cíl 2*

Zjistit nejběžnější zdroje informací o poruchách příjmu potravy.

### **2.2 Hypotézy**

#### *Hypotéza 1*

V povědomí pedagogů a rodičů dospívajících dětí je zažité, že se poruchy příjmu potravy vyskytují pouze v ženské populaci.

#### *Hypotéza 2*

Nejběžnějším zdrojem informací o poruchách příjmu potravy je pro rodiče internet, stejně tak jako pro pedagogy.

#### *Hypotéza 3*

BMI je pro rodiče a pedagogy známý pojem.

## **3. METODIKA**

### **3.1 Použitá metodika**

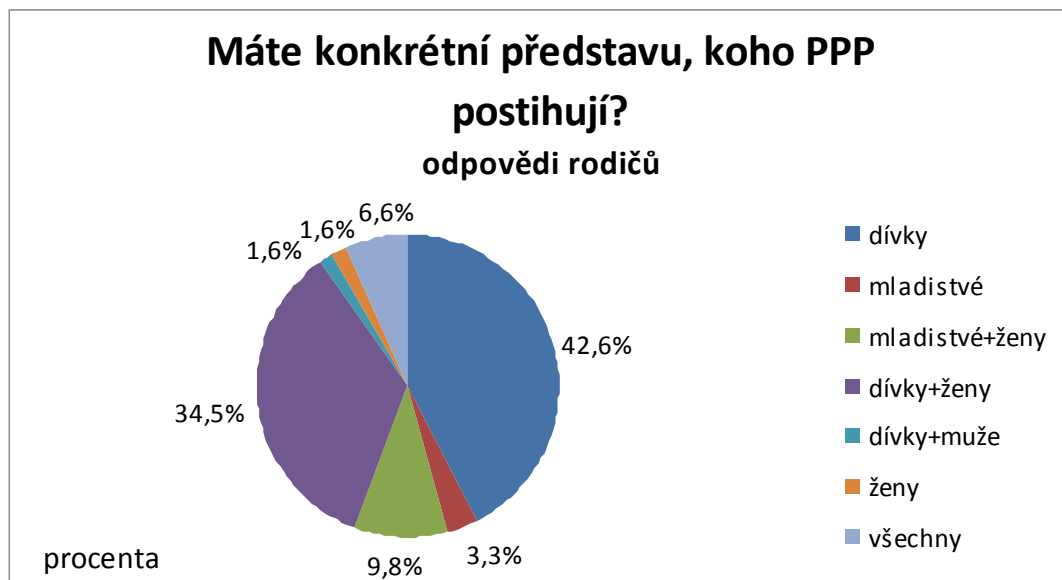
V bakalářské práci byl využit kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníků a šetření bylo provedeno v populaci rodičů a pedagogů. Dotazníky byly anonymní a koncipovány zvlášť pro rodiče a zvlášť pro pedagogy. Dotazník pro rodiče obsahoval 17 otázek, z toho bylo 10 otázek uzavřených, 5 otázek polootevřených a 2 otázky otevřené. U 2 otázek bylo možné označit více odpovědí (Příloha 1). Dotazník pro pedagogy obsahoval 15 otázek, z toho 8 otázek bylo uzavřených, 5 otázek polootevřených a 2 otázky otevřené. U dvou otázek bylo možné označit více odpovědí (Příloha 2). Celkem bylo rozdáno 280 dotazníků přičemž 150 bylo určeno pro rodiče a 130 pro pedagogy. Celková návratnost dotazníků činila 73%, u rodičů 81% a u pedagogů 62%. Výzkum probíhal v období od ledna do dubna 2009. Výsledky výzkumu jsou prezentovány pomocí grafů zpracovaných v programu Microsoft Excel a jsou uváděny pomocí reálných čísel i v procentech.

### **3.2 Vymezení souboru**

Výzkumu se zúčastnilo 122 rodičů dětí ve věku od 8 – 20 let z nichž bylo 92 žen a 30 mužů a dále 81 pedagogů, konkrétně ze 2. Základní školy v Jirkově, z Gymnázia v ul. Jírovcova v Českých Budějovicích, z Obchodní akademie a Střední zemědělské školy v Bruntále, z Gymnázia a Střední odborné školy v Moravských Budějovicích a ze Speciální základní školy v Moravských Budějovicích.

## 4. VÝSLEDKY

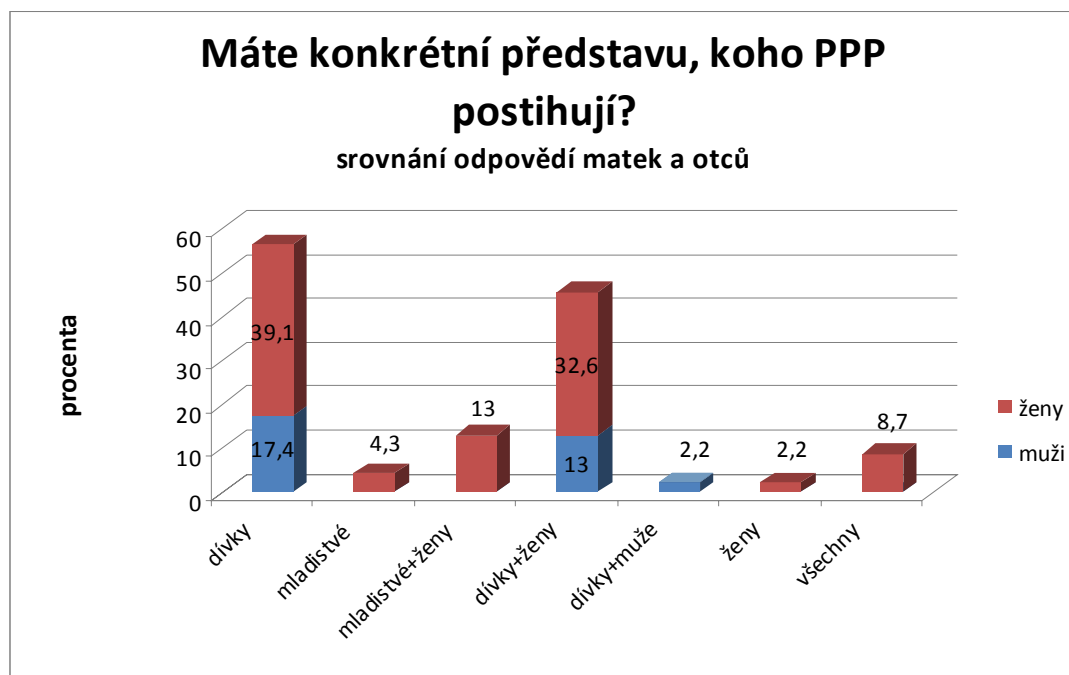
Graf 1.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Máte představu, koho poruchy příjmu potravy postihují?“ odpovědělo celkem 122 rodičů. Z toho 52 rodičů (42,6%) uvedlo dívky, 4 rodiče (3,3%) uvedlo mladistvé (dívky a chlapce), 12 rodičů (9,8%) uvedlo mladistvé a ženy, 42 rodičů (34,5%) uvedlo dívky a ženy, 2 rodiče (1,6%) uvedli dívky a muže, 2 rodiče (1,6%) uvedli ženy a 8 rodičů (6,6%) uvedlo všechny kategorie (dívky, chlapce, ženy i muže). U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

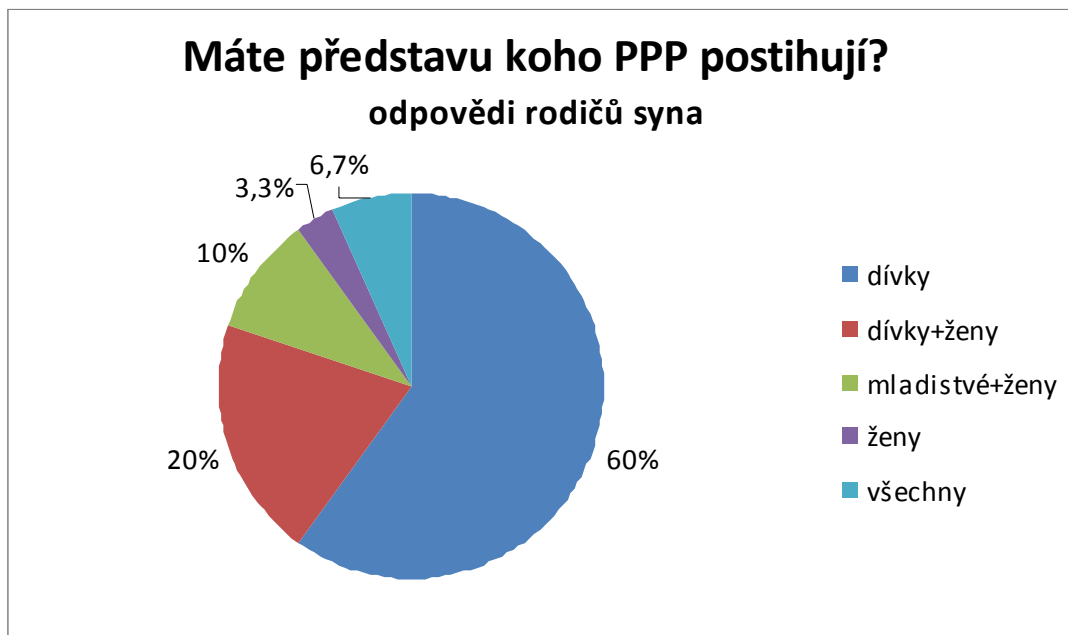
Graf 2.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Máte představu, koho poruchy příjmu potravy postihují?“ odpovědělo všech 122 rodičů a to 92 žen a 30 mužů.

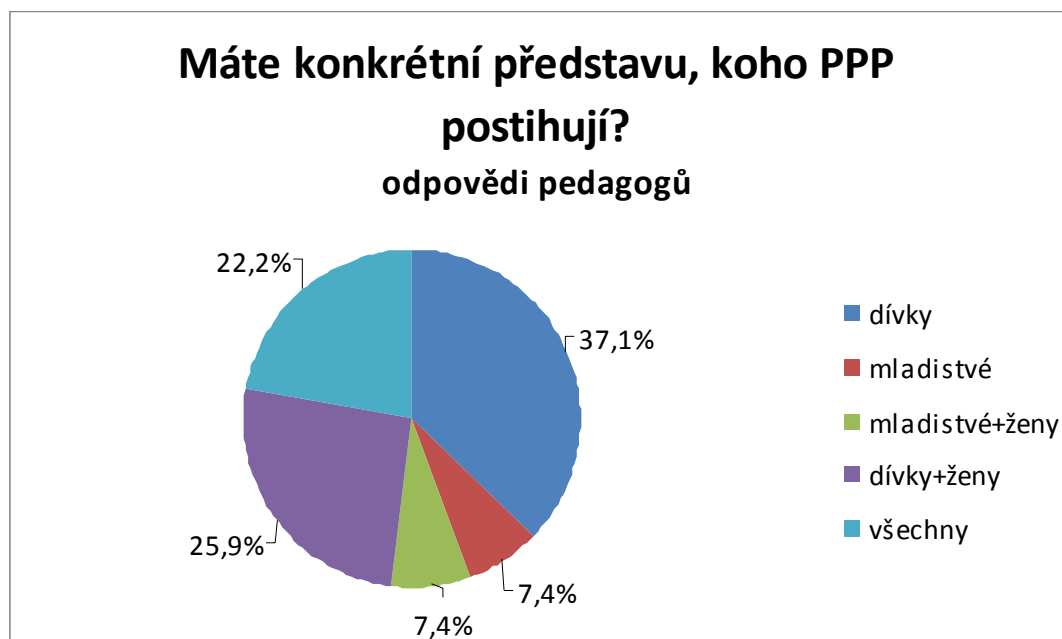
Graf 3.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 122 se výzkumu účastnilo 60 rodičů, kteří mají alespoň jednoho syna. Na otázku „Máte představu, koho poruchy příjmu potravy postihují?“ uvedlo 36 rodičů (60%) dívky, 12 rodičů (20%) dívky a ženy, 6 rodičů (10%) mladistvé (dívky a chlapce) a ženy, 2 rodiče (3,3%) ženy a 4 rodiče (6,7%) všechny kategorie (dívky, chlapce, ženy, muže). U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

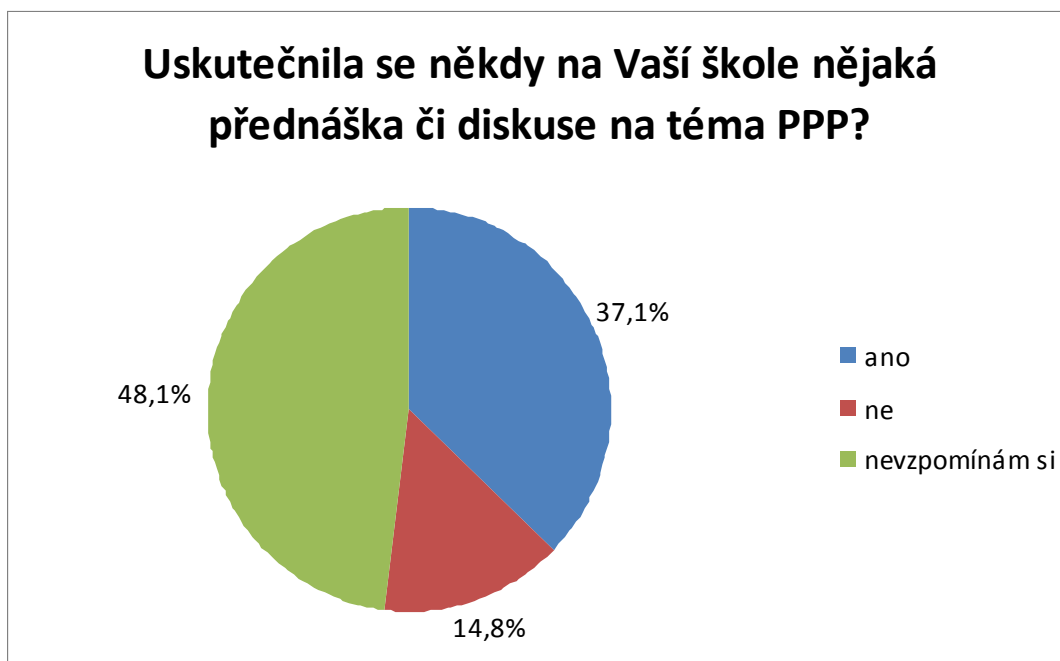
Graf 4.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Máte konkrétní představu, koho poruchy příjmu potravy postihují?“ odpovědělo celkem 81 pedagogů. Z toho 30 pedagogů (37,1%) uvedlo dívky, 6 pedagogů (7,4%) mladistvé (dívky a chlapce), 6 pedagogů (7,4%) uvedlo mladistvé a ženy, 21 pedagogů (25,9%) uvedlo dívky a ženy a 18 pedagogů (22,2%) uvedlo všechny kategorie (dívky, chlapce, ženy, muže). U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

**Graf 5.**

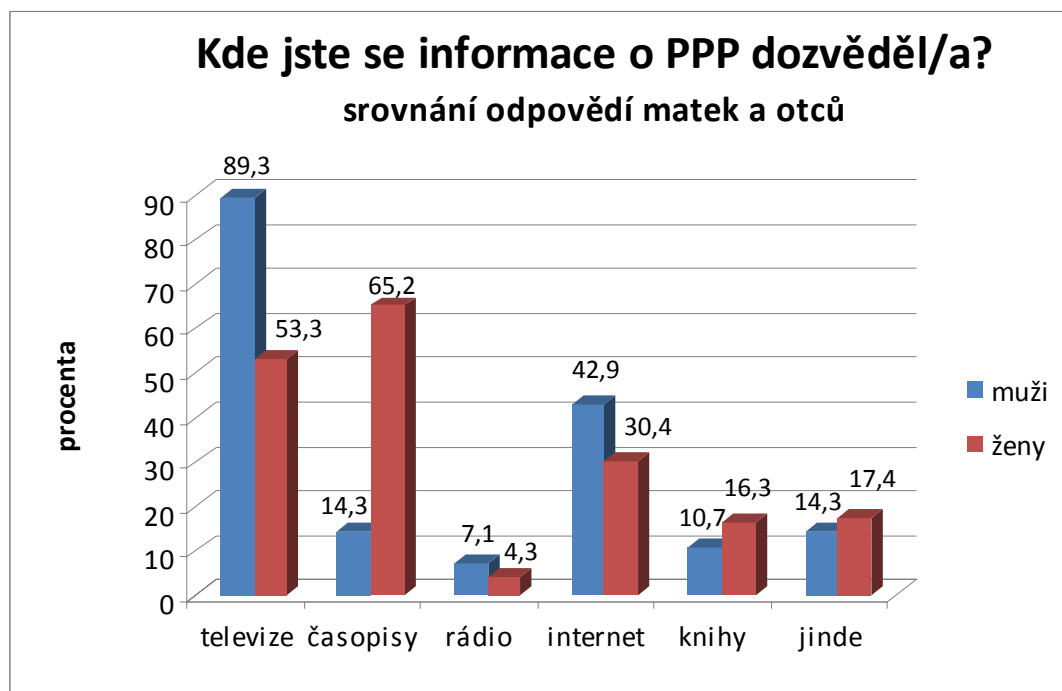


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Uskutečnila se někdy na Vaší škole nějaká přednáška či diskuse na téma poruchy příjmu potravy?“ odpovědělo všech 81 pedagogů. 30 pedagogů (37,1%) uvedlo ano, 12 pedagogů (14,8%) uvedlo ne a 39 pedagogů (48,1%) uvedlo nevzpomínám si.



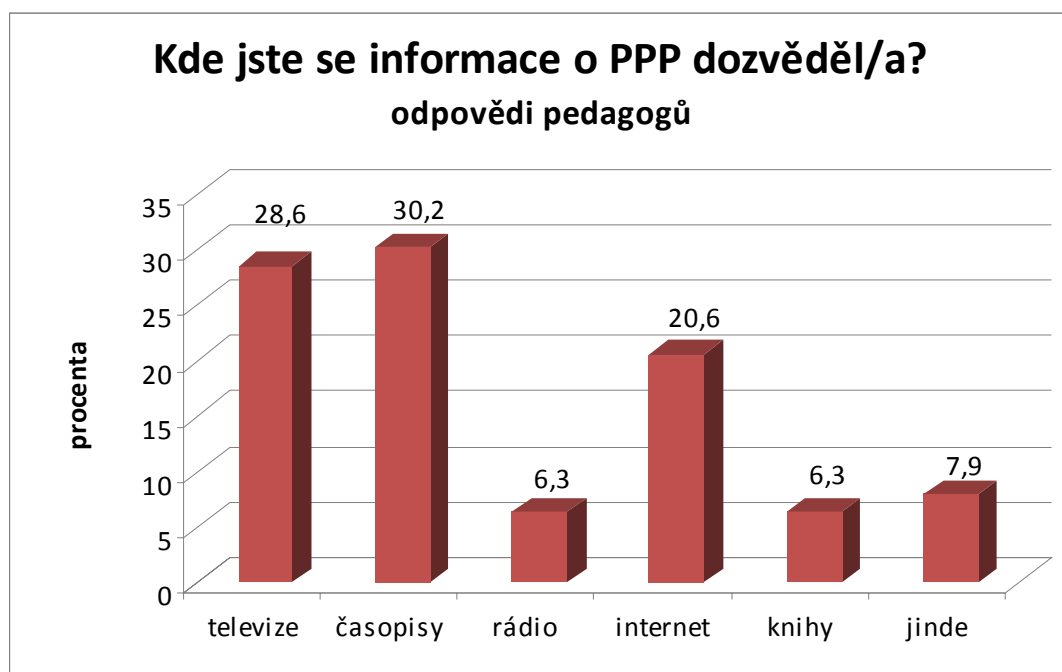
Graf 6.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Kde jste se informace o poruchách příjmu potravy dozvěděl/a?“ odpovědělo všech 122 rodičů a to 92 žen a 30 mužů. Nejčastější odpovědi žen byly v 65,2% časopisy a mužů v 89,3% televize. Nejméně uváženou odpovědí bylo rádio (ženy 4,3%, muži 7,1%). U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

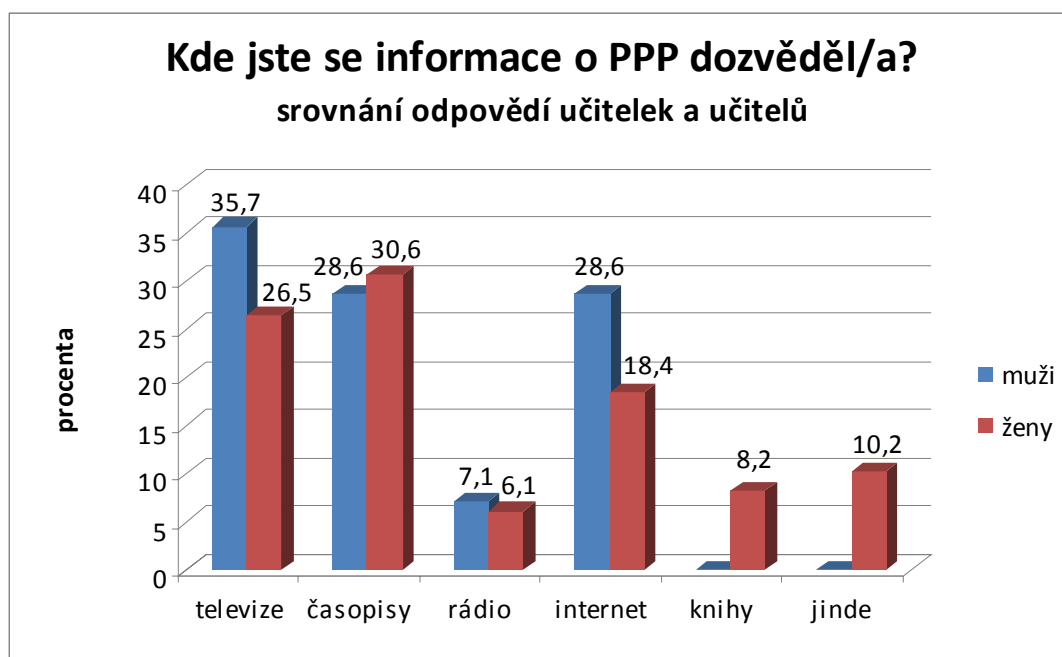
Graf 7.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Kde jste se informace o poruchách příjmu potravy dozvěděl/a?“ odpovědělo všech 81 pedagogů. Z toho 54 pedagogů (28,6%) uvedlo z televize, 57 pedagogů (30,2%) uvedlo z časopisů, 12 pedagogů (6,3%) uvedlo z rádia, 39 pedagogů (20,6%) uvedlo z internetu, 12 pedagogů (6,3%) uvedlo z knih a 15 pedagogů (7,9%) uvedlo odjinud. U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

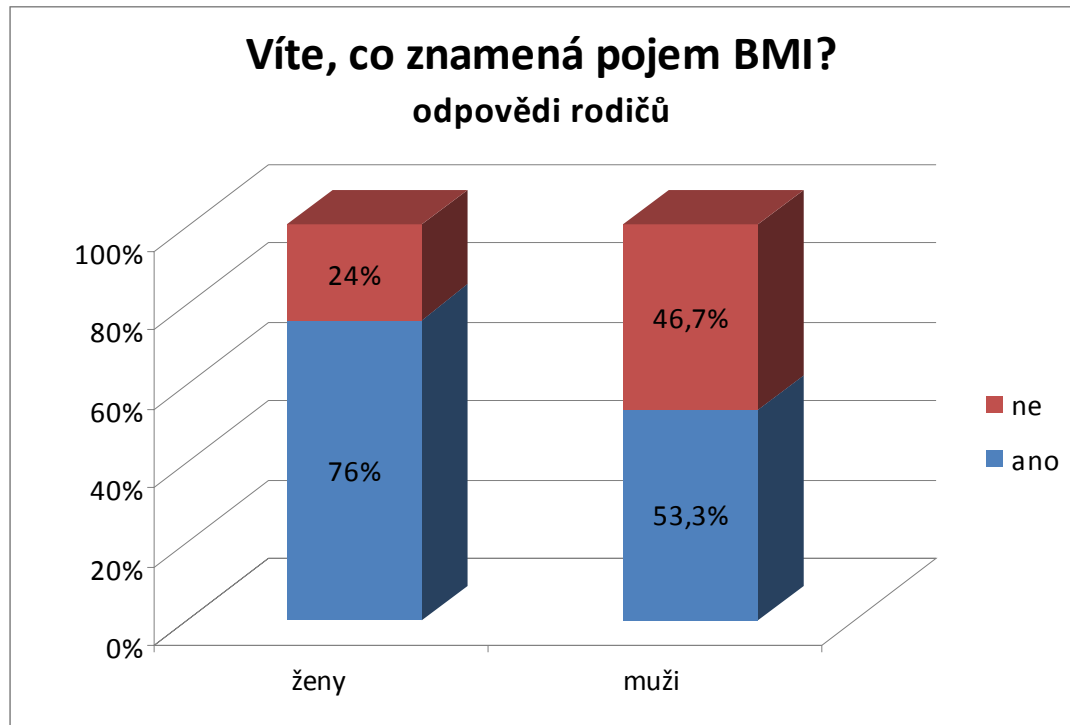
Graf 8.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Kde jste se informace o poruchách příjmu potravy dozvěděl/a?“ odpovědělo všech 81 pedagogů a to 63 žen a 18 mužů. Nejčastější odpovědi žen byly v 30,6% časopisy a mužů v 35,7% televize. U této otázky byla možnost označit více odpovědí.

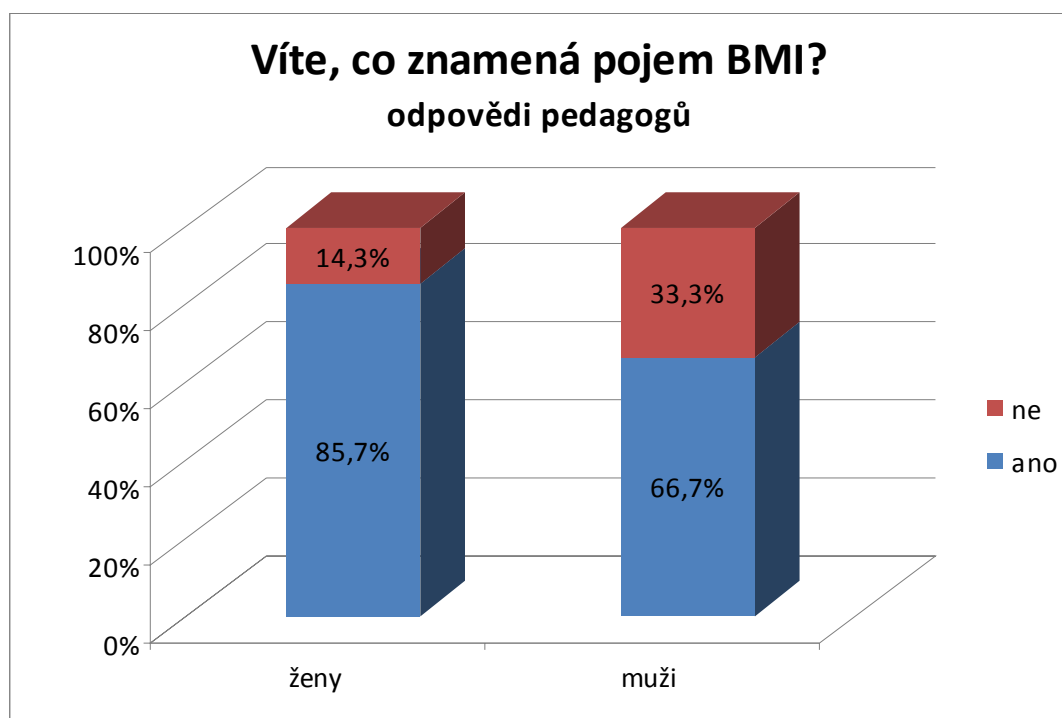
**Graf 9.**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Víte, co znamená pojem BMI (body mass index)?“ odpovědělo všech 122 rodičů a to 92 žen a 30 mužů. Z toho 70 žen (76%) uvedlo ano, 22 žen (24%) uvedlo ne. Oproti tomu 16 mužů (53,3%) uvedlo ano a 14 mužů (46,7%) uvedlo ne.

Graf 10.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Víte, co znamená pojem BMI (body mass index)?“ odpovědělo všech 81 pedagogů a to 63 žen a 18 mužů. Z toho 54 žen (85,7%) uvedlo ano, 9 žen (14,3%) uvedlo ne. Oproti tomu 12 mužů (66,7%) uvedlo ano a 6 mužů (33,3%) uvedlo ne.

## 5. DISKUSE

Nejčastěji jsou s poruchami příjmu potravy diagnostikovány dívky a ženy, avšak vyskytují se i případy u chlapců a mužů či dokonce dětí.(6) Na základě této skutečnosti byla stanovena hypotéza 1.

**Hypotéza 1: V povědomí pedagogů a rodičů dospívajících dětí je zažité, že se poruchy příjmu potravy vyskytují pouze v ženské populaci.**

Při ověřování hypotézy bylo potvrzeno, že rodiče i pedagogové mají tyto poruchy spojené spíše s ženským pohlavím.(viz graf č.1 a č.4) Důvodem je zřejmě prezentace a medializace dospívajících dívek, hereček a modelek, zatímco mi nejsou známy případy slavných mužů trpících těmito poruchami.

Z provedeného výzkumu vyplívá, že matky si do jisté míry uvědomují riziko vzniku těchto poruch u chlapců, naopak otcové tomu zřejmě nepřikládají význam. Žádný z otců totiž nezahrnul kategorii chlapci do výčtu odpovědí.(viz graf č.2) Domnívám se, že ani ohrožení dospělých mužů poruchami příjmu potravy si rodiče příliš nepřipouští, vzhledem k tomu, že hodnota zahrnující muže jako potencionální pacienty nepřesáhla 10% všech odpovědí rodičů. Na rozdíl od pedagogů, u nichž muži (v rámci kategorie „všichni“) představují téměř čtvrtinu všech jejich odpovědí.(viz graf č.4)

Celkovou lepší informovanost pedagogů je možné dát do souvislosti se skutečností, že téměř 40% pedagogů uvedlo, že se na jejich škole již uskutečnila přednáška nebo diskuse na téma poruchy příjmu potravy.(viz graf č.5) To však nemusí být důvod skutečný nebo přinejmenším ne zásadní. Je možné, že převážná většina znalostí má svůj původ ještě v samotných studiích pedagogů, kdy jsou poruchy příjmu potravy v rámci odborných předmětů probírány. Při samostatném posuzování odpovědí pedagogů - mužů však vyšel najevo podobný výsledek jako u odpovědí otců. Tento výsledek je pouze orientační, neboť z celkového počtu 81 odpovídajících pedagogů bylo jen 18 mužů.

Daný výsledek se nezlepšil ani při zohlednění synů v rodině. Téměř polovina rodičů, kteří se výzkumu zúčastnili, uvedla, že má v rodině alespoň jednoho syna. Z nich však pouze necelá pětina označila za potenciální pacienty dospívající chlapce a necelých 10% uvedlo také muže. (viz graf č.3)

**Hypotéza 2: Nejběžnějším zdrojem informací o poruchách příjmu potravy je pro rodiče internet, stejně tak jako pro pedagogy.**

Šetřením ve výzkumném souboru rodičů a pedagogů nebyla platnost této hypotézy prokázána. I přesto, že je v dnešní době internet běžným zdrojem informací, z dotazníkového šetření vyplynulo, že hlavními zdroji pro rodiče jsou televize a časopisy a až na třetím místě se nachází internet. Pro pedagogy jsou to časopisy a televize a stejně jako u rodičů je internet třetí v pořadí. (viz. graf č.6 a č.7)

Při posuzování tohoto výstupu je však nutné přihlédnout k pohlaví odpovídajících. Pokud samostatně posuzujeme zdroje informací mezi muži a ženami, zjistíme, že pro muže je hlavním zdrojem televize a poté internet. Pro ženy však zůstávají hlavním zdrojem časopisy, následuje televize a internet. (viz graf č.6) Tento trend se neliší při srovnání rodičů a pedagogů. (viz graf č.6 a č.8)

Ačkoliv nepochybují o kvalitě pořadů (na téma poruchy příjmu potravy) v televizi, nedomnívám se, že by jejich četnost byla dostačující. Osobně si vybavuji maximálně jeden seriál a několik pořadů a diskusí zabývajících se diagnózou těchto poruch. Co se týká časopisů, není z výzkumu zřejmé, zda se jedná o časopisy odborné, určené přímo pro ženy, či tzv. bulvár.

V dnešní době je téměř vyžadováno, aby nejen dospívající děti, zejména ze studijních důvodů, měli přístup k veškerým informacím a mnoho rodin se tak stává součástí internetové komunikace. Prostřednictvím tohoto média se nabízí možnost rychlého a velmi snadného přístupu k veškerým informacím. Byla by škoda, aby se rodiče nepokusili vyhledat alespoň nejdůležitější informace, zejména o varovných příznacích poruch příjmu potravy a jak

postupovat v případě zjištění problému u svého dítěte. V příloze je uvedeno několik užitečných odkazů. (viz. příloha 3) Z výsledků mého výzkumu je evidentní, že informace získávané prostřednictvím televize a časopisů, nemusí být dostačující. Jen v minimálním počtu dotazníků se objevily příznaky vedoucí k odhalení poruch, jako jsou: lhaní o příjmu potravy či schovávání jídla, neustálá kontrola hmotnosti, nošení volného oblečení a změny chování ve smyslu uzavření se do sebe, neustálá snaha se pohybovat (zejména v době, kdy by měl být dotyčný v klidu, např. neustálý pohyb nohama v sedě) a ztráta menstruace.

Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň, nebo BMI je nižší než 17,5.(6) Na základě tohoto diagnostického kritéria MKN - 10 byla stanovena hypotéza 3.

### **Hypotéza 3: BMI je pro rodiče a pedagogy známý pojem.**

Provedenou analýzou odpovědí na otázku „Víte, co znamená pojem BMI?“ bylo potvrzeno, že BMI je známý pojem pro téměř 71% dotazovaných rodičů a přibližně 82% dotazovaných pedagogů. Při posuzování rozdílu mezi ženami a muži vyplynulo, že ženy jsou lépe obeznámeny s tímto pojmem. Patrný rozdíl v rámci odpovědí mužů svedčil ve prospěch pedagogů. (viz. graf č.9 a č.10)

Domnívám se, že důvodem, proč jsou s BMI lépe obeznámeny ženy, je propagace kontroly tělesné hmotnosti a obezity nejen ve výše zmiňovaných časopisech. Také v ordinacích pediatrů se rodiče setkávají s měřením BMI u svých dětí, kde tento ukazatel slouží pro porovnání hodnot v percentilových grafech. Je třeba zdůraznit, že hodnoty BMI se u dětí a dospělých hodnotí odlišně.



## **6. ZÁVĚR**

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjištění informovanosti pedagogů základních a středních škol a rodičů dospívajících dětí o poruchách příjmu potravy z hlediska možnosti vzniku těchto poruch u jedinců mužského pohlaví. Dílčím cílem bylo zjistit nejčastější zdroje informací o poruchách příjmu potravy. Tyto cíle byly splněny. Pomocí kvantitativního výzkumu bylo zjištěno, že rodiče dospívajících dětí a pedagogové si spojují poruchy příjmu potravy převážně s dívkami a ženami, přestože jsou s těmito poruchami diagnostikováni také chlapci a muži. Nejběžnějším zdrojem informací jsou jak pro rodiče tak pro pedagogy televize, časopisy a internet.

Tato práce by měla splnit účel informativní, zejména pro rodiče a pedagogy, kteří by neměli riziko vzniku poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících jedinců podceňovat. Teoretická část práce by měla být brána jako základní náhled na problematiku poruch příjmu potravy u obou pohlaví, která by měla napomoci rodičům i pedagogům k včasnému rozpoznání příznaků poruch, které může nejdříve z postižených zachránit život.

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

1. ASHUK, R. *Narratives of Males with Eating Disorders* [online]. 2004-9-22[cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <http://library2.usask.ca/theses/available/etd-09192004-151449/unrestricted/Thesis.pdf>
2. Body wise: Eating disorders Information Sheet. *Boys and Eating Disorders* [online]. 2005-5-26 [cit. 2005-10-11]. Dostupné z: <http://www.womenshealth.gov/bodyimage/kids/bodywise/bp/boys.pdf>
3. CARLAT, D. J., CAMARGO, C. A., HERZOG, D. B. *Eating disorders in Males: a Report on 135 Patients* [online]. c1998 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/8/1127>
4. FELDMAN, M. B., MEYER, I. H. *Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men* [online]. 2007-5-28 [cit. 2007-6-7]. Dostupné z: <http://columbia.edu/~im15/files/EDABUSE.pdf>
5. KOCOURKOVÁ, J., et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5
6. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky* [online]. 2001-8-24 [cit. 2003-9-4]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>
7. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy s raným počátkem onemocnění* [online]. 2001-8-24 [cit. 2008-12-8]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/savepdfs/psy/2001/03/11.pdf>

8. KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Grada Publishing, 2008. 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9
9. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy-rizikové faktory* [online]. 2003-12-16 [cit. 2004-8-13]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/savepdfs/psy/2004/01/04.pdf>
10. KRCH, F. D., ET AL. *Poruchy příjmu potravy. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X
11. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *Sos nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0
12. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví-poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele* [online]. c2003 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>
13. KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. c2008 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: [http://pppinfo.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie\\_clanek\\_show.asp?id=2251](http://pppinfo.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251)
14. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2
15. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3
16. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8
17. PODLIPNÝ, J., ŠTROSOVÁ, I. *Mentální anorexie u čtrnáctiletého chlapce* [online]. 2005-12-30 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/savepdfs/psy/2005/02/09.pdf>

18. SHILTZ, T. *Males and Eating Disorders: research* [online]. 2005-11-9 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z:  
<http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/MalesRes.pdf>
19. STÁRKOVÁ, L. *Mentální bulimie u mužů* [online]. 2002-7-23 [cit. 2007-1-4]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/savepdfs/psy/2002/05/03.pdf>
20. ŠTIPČÁKOVÁ, E. *Metodická příručka k prevenci poruch příjmu potravy pro pedagogy pracující na druhém stupni základní školy*. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2006. 83 s., 2 s. příloh. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Kachlík, Ph. D.
21. VEČEŘOVÁ, I. *Informovanost žáků ZŠ v oblasti problematiky poruch příjmu potravy*. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2006. 80 s. 7 s. příloh. Vedoucí diplomové práce PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph. D.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Děti

Dospívající

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Pedagogové

Poruchy příjmu potravy

Rodiče

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník – rodiče

Příloha 2: Dotazník – pedagogové

Příloha 3: Internetové odkazy

## *Příloha 1 – Dotazník pro rodiče*

Vážení rodiče,

jmenuji se Kateřina Hudečková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Do rukou se Vám dostal dotazník zabývající se monitorováním informovanosti o „Poruchách příjmu potravy“. Výsledky tohoto šetření budou tvořit obsah empirické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a nebude obsahovat Vaše jména ani jiné údaje, které by umožnily Vás identifikovat. Má-li být tato studie úspěšná, je důležité, aby jste odpovídali uvážlivě a upřímně.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

### **1) Jste:**

- MUŽ
- ŽENA

### **2) Váš věk: .....**

### **3) Počet dětí: .....**

Dívěk: ..... Věk: .....  
Chlapců: ..... Věk: .....

### **4) Žijete:**

- S PARTNEREM
- BEZ PARTNERA

### **5) Víte, kolik váží Vaše dítě/děti?**

- ANO
- NE

**6) Drží Vaše dítě/děti nějakou dietu?**

- ANO
- NE (pokračujte ot. č. 8)
- NEVÍM (pokračujte ot. č. 8)

**7) Znáte důvod, proč Vaše dítě/děti tuto dietu drží?**

- ANO: .....
- NE
- NECHCI ODPOVĚDĚT

**8) Víte, co znamená pojem „Poruchy příjmu potravy“ (PPP)?**

- ANO
- NE

**9) Znáte nějaké příznaky „Mentální anorexie“ (MA)?**

- ANO Jaké: .....
- .....
- NE

**10) Znáte nějaké příznaky „Mentální bulimie“ (MB)?**

- ANO Jaké: .....
- .....
- NE

**11) Máte konkrétní představu, koho PPP postihují? (možnost více odpovědí)**

- DÍVKY
- ŽENY
- CHLAPCE
- MUŽE

**12) Víte, jaké jsou zdravotní důsledky PPP?**

- ANO Jaké: .....
- NE

**13) Kde jste se tyto informace o PPP dozvěděl/a? (možnost více odpovědí)**

- V TELEVIZI
- V ČASOPISECH



- Z RÁDIA
- Z INTERNETU
- Z KNIH
- JINDE: .....

**14) Svěřilo se Vám někdy Vaše dítě, že není spokojeno se svou postavou nebo váhou?**

- ANO
- NE (vynechte ot. č. 15)
- NEVZPOMÍNÁM SI (vynechte ot. č.15)
- NECHCI ODPOVĚDĚT (vynechte ot. č. 15)

**15) Považoval/a jste to za oprávněné?**

- ANO
- NE

**16) Víte, co znamená pojem BMI (body mass index)?**

- ANO
- NE

**17) Jí Vaše dítě/děti pravidelně?**

- ANO
- NE

## *Příloha 2 – Dotazník pro pedagogy*

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Hudečková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Do rukou se Vám dostal dotazník zabývající se monitorováním informovanosti o „Poruchách příjmu potravy“. Výsledky tohoto šetření budou tvořit obsah empirické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a nebude obsahovat Vaše jména ani jiné údaje, které by umožnily Vás identifikovat. Má-li být tato studie úspěšná, je důležité, aby jste odpovídali uvážlivě a upřímně.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

### **1) Jste:**

- MUŽ
- ŽENA

### **2) Věk: .....**

### **3) Učíte na:**

- 1. stupni ZŠ
- 2. stupni ZŠ
- SOU
- SŠ

### **4) Jaké předměty vyučujete?**

.....  
.....

### **5) Víte, co znamená pojem „Poruchy příjmu potravy“ (PPP)?**

- ANO
- NE

**6) Znáte nějaké příznaky „Mentální Anorexie“ (MA)?**

- ANO Jaké: .....
- .....
- NE

**7) Znáte nějaké příznaky „Mentální bulimie“ (MB)?**

- ANO Jaké: .....
- .....
- NE

**8) Máte představu, koho PPP postihují? (možnost více odpovědí)**

- DÍVKY
- CHLAPCE
- ŽENY
- MUŽE

**9) Víte, jaké jsou zdravotní důsledky PPP?**

- ANO
- NE

**10) Co bylo pro Vás hlavním zdrojem informací o PPP?**

- TELEVIZE
- ČASOPISY
- RÁDIO
- INTERNET
- KNIHY
- JINÉ: .....

**11) Máte informace o tom, že některý z žáků/studentů, které učíte, drží nějakou dietu?**

- ANO  Chlapec
- Dívka
- NE
- NECHCI ODPOVĚDĚT

**12) Víte, co znamená pojem BMI (body mass index)?**

- ANO
- NE

**13) Probíral/a jste někdy s Vašimi žáky problematiku PPP?**

- ANO
- NE Proč: .....
- NECHCI ODPOVĚDĚT

**14) Uskutečnila se někdy na Vaší škole nějaká přednáška či diskuse na téma PPP?**

- ANO
- NE
- NEVZPOMÍNÁM SI

**15) Byl/a jste někdy požádán/a o pomoc při řešení případu PPP u žáka/studenta?**

- ANO jestli chcete napište pohlaví a věk: .....
- NE

*Příloha 3 – Internetové odkazy*

- [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz)
- [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)
- [www.rodina.cz/clanek2320.htm](http://www.rodina.cz/clanek2320.htm)
- [www.doktorka.cz](http://www.doktorka.cz)