

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Poruchy příjmu potravy, prevence v rodině a vývoj
stravovacích návyků**

Bc. Tereza Kuběnová

vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2009

Prague college of psychosocial studies

**Eating disorders, prevention in family and development of
eating habits**

Bc. Tereza Kuběnová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2009

Anotace

Diplomová práce je věnována poruchám příjmu potravy (PPP), prevenci v rodině a vývoji stravovacích návyků. První část práce popisuje základní informace o této problematice: historický vývoj, charakteristiku jednotlivých poruch a diagnostická kritéria. Dále se práce zaměřuje na bio-psycho-sociální podmíněnost těchto poruch, na jejich zdravotní, psychické, sociální následky a na možnosti léčby. Jsou zde též zmíněna specifika PPP v dětském věku. Další část práce se zabývá prevencí PPP v rodině a zaměřuje se na vývoj stravovacích návyků. Poslední částí práce je šetření, jehož cílem je zjistit jaké jsou stravovací zvyklosti u dětí 6. třídy základní školy.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevence v rodině, vývoj stravovacích návyků.

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Poruchy příjmu potravy, prevence v rodině a vývoj stravovacích návyků“ jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 31.8. 2009

.....

Tereza Kuběnová

Poděkování

Děkuji Mgr. Janu Kulhánkovi, za odborné vedení, které mi poskytl při vypracování diplomové práce.

Forma studia: Kombinovaná

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Abstrakt

Diploma thesis deals with eating disorders, family prevention and the development of eating habits. First part of this work describes basic information about this problem: historical evolution of disorders, characteristics of each disorders and diagnostic criteria. Following text of thesis is focused on bio-psycho-social conditionality of these eating disorderds, their health, psychical, social consequences and possibilities of treatment. There are also mentioned specifics of eating disorders in early childhood. Next part of this work deals with the prevention of eating disorders in the family and is focused on development of eating habits. Last part of this diploma thesis is research its the aim is to find out an eating habits of the children of sixth grade basic school.

Key words

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, prevention in family, development of eating habits.

Obsah

1	ÚVOD.....	10
2	UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY.....	11
2.1	Vymezení pojmů	11
3	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	13
3.1	Historický přehled poruch příjmu potravy.....	13
3.2	Historie mentální anorexie.....	15
3.3	Historie mentální bulimie.....	16
3.4	Mentální anorexie.....	16
3.5	Mentální bulimie.....	19
3.6	Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	21
3.7	Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy.....	22
3.8	Výskyt poruch příjmu potravy v ČR.....	23
3.9	Posouzení tělesné hmotnosti.....	24
4	BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PODMÍNĚNOST PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	26
4.1	Biologické faktory.....	26
4.2	Psychologické faktory.....	29
4.3	Sociální a kulturní faktory	32
5	ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	34
5.1	Přehled zdravotních důsledků mentální anorexie	38
5.2	Přehled zdravotních důsledků mentální bulimie	39
6	PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	41
6.1	Psychické a společenské důsledky mentální anorexie	41
6.2	Psychické a společenské důsledky mentální bulimie	42
7	MOŽNOSTI V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	43
7.1	Terapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy.....	44
8	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSTVÍ A RANÉ ADOLESCENCI	48

8.1	Atypické formy poruch příjmu potravy u dětí.....	49
8.2	Somatické důsledky poruch příjmu potravy u dětí	52
8.3	Terapie poruch příjmu potravy u dětí.....	53
9	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V RODINĚ	55
10	VÝVOJ STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ	58
10.1	Vývoj potravního chování	58
10.2	Vývoj nutričních preferencí a averzí.....	60
10.2.1	Kritické vývojové periody pro přijímání nových jídel	60
10.2.2	Vývoj nutričních preferencí.....	61
10.2.3	Averze k jídlu a jejich vznik.....	62
10.3	Sociální faktory v utváření nutričních zvyklostí a postojů k jídlu	63
10.3.1	Rodinný život a vznik jídelních zvyklostí dítěte	63
10.4	Sociální kontext příjmu potravy	65
10.4.1	Mateřská škola a jídelní zvyklosti	65
10.4.2	Vliv reklamy na jídelní preference dítěte	66
10.4.3	Dítě a veřejné stravování	66
10.4.4	Nutriční výchova v rodině	67
10.5	Nejčastější chyby rodičů ve výchově nutričních zvyklostí u dětí.....	69
11	ŠETŘENÍ JÍDELNÍCH ZVYKLOSTÍ U ŽÁKŮ 6.TŘÍDY ZÁKLADNÍ ŠKOLY	72
11.1	Metodický úvod	72
11.2	Hypotézy	72
11.3	Popis výzkumného vzorku.....	72
11.4	Metodika	73
11.5	Realizace a zpracování získaného vzorku.....	73
11.6	Závěr šetření.....	80
12	ZÁVĚR	82
	Seznam použité literatury	83
	Příloha č.1.....	86

1 ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma, které se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Tyto poruchy se v současnosti stávají nejrozšířenějším onemocněním mladých lidí. I když je informovanost jako součást primární prevence o těchto poruchách dobrá, sama o sobě nestačí k tomu, aby zastavila rozvoj vzniku poruch příjmu potravy. S prevencí by se mělo začínat již u malých dětí a některá preventivní opatření by měla být v rukou rodičů. Jeden z aspektů prevence, který mohou rodiče ovlivňovat již od narození svých dětí, jsou stravovací návyky dětí, které se bohužel u mladé generace pomalu vytrácí. Špatné stravovací návyky spolu s dalšími rizikovými faktory mohou stát na počátku vzniku poruchy příjmu potravy. Proto se ve své práci zaměřuji na vývoj těchto stravovacích návyků jako součásti prevence v rodině.

V práci je nejprve vyložena historická vývoj těchto poruch a jejich obecná charakteristika spolu s vymezením jednotlivých poruch a jejich atypických forem. Zároveň podává srovnání diagnostických kritérií dle MKN-10 a DSM-IV. Poté práce navazuje psychoanalytickým výkladem těchto poruch a udává informace poskytující přehled o četnosti jejich výskytu v České republice.

V další části se práce věnuje bio-psycho-sociální podmíněnosti těchto poruch a zdravotním, psychickým a sociálním důsledkům poruch příjmu potravy. Dále nabízí pohled na možnosti léčby a terapie poruch příjmu potravy.

Osmá kapitola se zabývá těmito poruchami u dětí a adolescentů. Popisuje jednotlivé formy, které se u dětí vyskytují a možnosti léčby. Následující kapitola se zaměřuje na prevenci v rodině, přičemž se zabývá jedním z důležitých aspektů této prevence a to jsou stravovací návyky dětí. Objasňuje jejich vývoj i faktory, které je mohou ovlivňovat, a zároveň poukazuje na nejčastější chyby, kterých se rodiče dopouštějí v souvislosti se stravovacími návyky dětí.

Poslední částí práce je šetření, jehož cílem je zjistit jaké jsou stravovací zvyklosti u dětí šesté třídy základní školy. Pro šetření byla využita kvantitativní metoda dotazníku, který byl pro toto šetření vytvořen.

2 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

2.1 Vymezení pojmů

Na úvod bych chtěla vysvětlit některé pojmy, které považuji ve své práci za důležité. Jedná se o pojmy „porucha příjmu potravy“, „prevence“, „jídlo“, „potrava“, „návyk“.

Porucha příjmu potravy „je závislost na jídle; používání jídla k řešení emocionálních problémů; myšlenky a starosti spojené s jídlem se staly důležitější než všechno ostatní; jde o pravé návykové jednání provázené chorobnými vlastnostmi, které vyžadují léčbu; poruchou příjmu potravy trpí především dívky a ženy, zhruba 90% postižených je ve věkové skupině 15 – 55 let, muži jsou zastoupeny pouze 5%; nejčastěji způsobovány nerozumným hubnutím...ničí postižené tělesně, psychicky i sociálně; má se za to, že důvodem je potlačovaný hněv, vztek, agrese a podobné afekty, které nemohou projevit v roli dobře vychovaných a příjemných osob, zvláště vůči milujícím rodičům nebo v rodinách, kde je kladen důraz na vnější dojem; věří, že díky zamaskování svých pocitů se chovají správně; chlapci podobnými pocity trpí méně a mají i jiné možnosti řešení...léčba znamená vzdát se naděje na dosažení ideálu štíhlosti, zviditelnění problému, který byl dosud skrýván... (Hartl a Hartlová, 2000, s.432).

Prevence „.....předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj.; rozlišuje se a) **p.** primární – předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci; je buď nespecifická, kt. podporuje žádoucí formy chování obecně, n. specifická, zaměřená proti konkrétnímu riziku; b) **p.** sekundární – zaměřuje se na rizikovou skupinu zvláště ohroženou negativním jevem; c) **p.** terciární, zaměřená na jedince, u nichž se už negativní jev projevil, snaha o zmírnění následků problémového jevu; (Hartl a Hartlová, 2000, s.450).

Prevence ve vztahu k sociální práci je „souborem opatření, jimž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména těm typům selhání, které ohrožují základní hodnoty společnosti“ (Matoušek, 2003, s.164).

Jídlo „vše, co člověk obvykle jí, s větší či menší chutí, co mu více či méně prospívá a co je dáno kulturními zvyklostmi, na rozdíl od potravy“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 247).

Potrava „vše, co lze pozřít a dodá člověku energii a látky nezbytné k udržení života, na rozdíl od jídla“ (Hartl a Hartlová, 2000, s.444).

Rodina „spol. skupina spojená manželstvím n. pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Hartl a Hartlová, 2000, s.512).

Rodina je, ze sociálního pohledu, „forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti...“ (Matoušek, 2003, s.206).

Návyk je „reflexní jednání; způsob myšlení n. chování, proces, kt. Vrcholí v reflexu a zahrnuje příjem, přenos a reakci 1 W. James považuje n. za nejvýznamnější činitel soc. chování 2 J. Dewey za součást přizpůsobování 3 E. L. Thorndike za nejmenší jednotku v učení; někt. Návyky jsou kulturně historicky podmíněny a mají formu např. obyčejů, tradic, konvencí, n. dokonce závazné soc. normy, tím se stávají prostředkem soc. konformity...6 opakováním získaný sklon k vykonávání urč. úkonu, činnosti...n. usnadňují život...nežádoucí n. se obtížně odstraňují...(Hartl a Hartlová, 2000, s.343).

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

„Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby jak „kontrolovat“ tělesnou hmotnost dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů. Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí“ (Krch a kol., 1999, s.11).

Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, noční přejídání... Ve své práci se věnuji dvěma nejčastějším poruchám příjmu potravy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Poruchy příjmu potravy spojuje chování, které se vyznačuje patologickou manipulací s jídlem.

3.1 Historický přehled poruch příjmu potravy

- 2. století - Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie
- 12. - 15. století - ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašují se za světice, sebetřýzní odčiňují své hříchy a osvobozují duši.
- 16. století - tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za "posedlé d'áblem" a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání.
- 1694 - britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii.
- 1874 - William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii.
- 1873 - Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost.
- 1883 - Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii.
- 1884 - Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie.
- 1890 - spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum".

- 1908 - P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky.
- 1917 - Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety.
- 1930 - přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity).
- 1950 - Dr. Keys a jeho práce o důsledcích hladovění - neuróza z hladovění.
- 1962 - Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, častý výskyt poruchy příjmu potravy u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií.
- 1967 - Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a 170 cm.
- 1970 - S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hroživým nárůstem poruch příjmu potravy, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky.
- 1979 - G. Russell a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro léčbu poruch příjmu potravy.
- 1980 - vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie.
- 1981 - M. C. Brotman a G. Humprey přednášejí referát o mentální bulimii – a zneužívání ipekakuanhy (hlavěnky dávivé), která obsahuje emetin, což je jed pro kosterní svaly (periferní myopatie a popisovaná kardiomyopatie).
- 1983 - R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a poruch příjmu potravy, na snahu žen zachovat si štíhlost a na adiktivní charakter poruch příjmu potravy.
- 1986 - až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie a předpokládají multifaktoriální etiologii.
- 1987 - WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence poruch příjmu potravy.
- 1990 až do současnosti – vznik preventivních a podpůrných programů pro poruchy příjmu potravy, veřejnost začíná kriticky vnímat idealizaci vyhublosti a

nepřiměřené dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifík poruch příjmu potravy.

Zdroj: <http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/c1121.php>

3.2 Historie mentální anorexie

V průběhu dějin náleželo odmítání potravy jak k somatickým příznakům, tak i k příznakům některých psychiatrických syndromů, avšak po několik století nebylo odmítání potravy považováno za primárně patologické. Často bylo součástí sebetrestajících praktik zbožných křesťanů v podobě různě extrémních půstů. Například v době pozdního středověku, hluboce věřící ženy tvrdily, že je vůle boží udržet při životě i bez potravy nebo jen s malým množstvím.

V novověku se začínají objevovat tzv. „záračné panny“. Byly to převážně adolescentní dívky, které přijímaly jen minimální množství potravy, ale již se výslovně neodvolávaly na vůli boží. I přes to se jim dostávalo veliké pozornosti z řad poutníků, hodnostářů ale i králů, kteří těmto záračnými dívkami putovali a přinášeli jim dary. V této době ještě mnoho lékařů věřilo, že jde o boží zázrak, proto tento jev označovali jako „anorexia mirabilis“.

Postupem času byly představy o boží vůli nahrazovány pozemskými teoriemi. Velice oblíbená teorie byla postavena na představě, že lidé mohou žít z tzv. vydatných částic, které jsou obsaženy ve vzduchu. Až v průběhu devatenáctého století začali lékaři, dlouhotrvající odmítání potravy, považovat za patologické a jako za známku choroby.

Pojem „anorexia“ se nachází v lékařských pramenech, které pocházejí již ze starověku. Krch a kol. (1999, s.25) uvádí, že : „v antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy a apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal tento termín v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu“. Toto chápání anorexie přetrvávalo až počátků moderní doby i když v lékařských studiích byly zmiňovány emocionální vlivy, důraz se kladl na somatické příčiny spojené s poruchami funkce žaludku.

Na počátku devatenáctého století se ve Francii objevuje termín „nervová anorexie“, která je doprovázena neurotickými symptomy, jako například změna naladění, která

vyvolává hněv, melancholii a úzkost. V roce 1874 zavedl, britský lékař W. Gull, termín anorexia nervosa (Krch a kol. 1999).

3.3 Historie mentální bulimie

Již od antických dob bylo vysvětlení pojmu bulimie velmi rozličné a historie přejídání je stejně stará jako u mentální anorexie. V době středověku bylo přejídání charakteristické pro vyšší vrstvu společnosti, kdy se při významnějších událostech konzumovalo obrovské množství nejrůznějších potravin. Lékaři tohoto období měli za to, že bulimie je důsledkem dysfunkce nebo choroby žaludku. V osmnáctém století bylo popsáno až sedm druhů bulimie a začínalo se poukazovat na emocionální faktory (Krch a kol., 1999).

Za předchůdce mentální bulimie se uvádí tzv. fames canina neboli psí hlad. Takto byla označována nenasytná žravost, která byla podobná chování psů, kdy po konzumaci velkého množství jídla následovalo spontánní zvracení. Ale i přes všechny tyto úvahy se stále ještě ve dvacátém století považovala bulimie především za projev špatného zažívání

Krch a kol. (1999, s.30) uvádí, že: „až v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín *bulimia nervosa*, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností“.

3.4 Mentální anorexie

Pojem „anorexie“ pochází z řečtiny. Skládá se z předpony a- (ne, bez) a slova orexie (což znamená: žádostivost, chuť k jídlu či snahu). Tato nemoc postihuje především dívky ve věku mezi 14 až 25 let. To však neznamená, že touto poruchou nemohou trpět i muži. Bohužel se již také objevila diagnóza mentální anorexie u sedmiletých dětí.

Charakteristika mentální anorexie je dána především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, avšak samotný pojem „anorexie“, tedy nechutenství, může být zavádějící, jelikož ono oslabení chuti k jídlu je spíše sekundárním důsledkem hladovění, které se ovšem nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se

v jídle spojeno i se zvýšeným zájmem o jídlo. Například někteří pacienti rádi vaří, sbírají recepty, sledují pořady o vaření apod. U jiných pacientů zase dochází ke změně chutí. Často můžeme pozorovat vyhýbání se jídlům, po kterých se tloustne, užíváním laxativ, anorektik, diuretik, nadměrné cvičení a amenoreu (Krch a kol., 1999).

„Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce“ (Krch a kol., 1999, s.14).

Pro nemocné se jídlo, potažmo hladovění, stává středem života a všech zájmů. Mohou si vytvořit až nepřátelský vztah k vlastnímu tělu. Základem choroby je tedy narušení představy o vlastním těle a hladovění se stává důsledkem. *„Choroba začíná, když už jedinec nedovede sám sebe správně hodnotit a zastavit hladovění. Jeho okolí jej nedovede přesvědčit, že se jedná o nemoc. Pacienti mají pocity nesamostatnosti, poruchy vlastní identity, intenzívně prožívají pocity bezmoci. Mají představu, že jednají na základě přání jiných lidí, nerozhodují se podle vlastní vůle“ (Fraňková a Dvořáková–Janů, 2003, s.199).*

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo – hypofyzo – gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Pro srovnání uvádím diagnostická kritéria dle DSM, který navíc uvádí dva specifické typy.

Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava (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 (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru)

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.

3.5 Mentální bulimie

Pojem „bulimie“ vznikl ze dvou řeckých slov. Ze slova bous, což v překladu znamená „kráva“ nebo „vlč“, a ze slova limos, které znamená „hlad“ nebo „hladomor“. Podle tohoto překladu by se zjednodušeně dalo říci, že lidé trpící bulimií pociťují velký hlad, jako kdyby hladověli, a zároveň se snaží hlad utiřit tím, že „jedí jako kráva“, tedy velké porce. Někdy se můžeme setkat s termínem „vlčí hlad“. Jedná se tedy o hlad psychický.

Touto nemocí jsou nejvíce ohroženy dívky a mladé ženy ve věku 15 – 25 let, avšak stejně tak jako u anorexie mohou touto poruchou trpět i muži. Tato porucha může začít i ve vyšším věku.

Tuto poruchu charakterizují především opakující se záchvaty přejídání, následované uměle vyvolaným zvracením, zneužíváním laxativ, diuretik či anorektik ve snaze zabránit růstu tělesné hmotnosti a její nadměrná kontrola, proto také u bulimie dochází i k obdobím hladovění. Jelikož si pacienti uvědomují ztrátu kontroly nad svým stravováním a nedokážou udržet své stanovené omezení, dochází k selhání kontroly a následně k záchvatovému přejedení. Po té mají silné výčitky svědomí a pocity selhání, které je vedou již ke zmiňovanému zvracení či zahájení drastických diet. Stejně tak jako u anorexie se i u bulimie stává jídlo a štíhlost středem zájmu, avšak bulimičtí pacienti mají zpravidla váhu v normě nebo váha kolísá v rozsahu pěti a více kilogramů.

Někteří nemocní jedí svá oblíbená jídla, jiní konzumují jídla, kterým se normálně vyhýbají nebo které jim vůbec nechutnají. Nejčastěji však jde o jídla sladká, tučná nebo o jídla s vysokým obsahem škrobu. Během záchvatu přejídání jsou nemocní schopni zkonzumovat až 1500 až 3000 kalorií (Cooper, 1995).

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulínem.

- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

Pro srovnání uvádím klasifikaci dle DSM, která uvádí stejně jako i u anorexie dva specifické typy.

Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- A. Opakující se epizody záchvatového přejídání. Epizodu záchvatového 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 záchvatového 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.

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.

3.6 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

V současné době přibývá pacientů, kteří nespĺňují diagnostická kritéria poruchy a jsou bez obecné psychopatologie. „*Tato kategorie se někdy přehlíží, přestože do ní podle běžné klinické zkušenosti patří nezanedbatelný počet pacientů*“ (Krch a kol., 1999, s.19). Studie ukazují, že u některých pacientů dojde během několika let k rozvoji kompletních příznaků poruchy. Nedá se říci, že by tyto atypické formy poruchy byly lehčí, jelikož tito pacienti mají stejně závažné psychické obtíže jako pacienti s mentální anorexií či bulimií.

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se tak objevuje diagnóza atypické mentální anorexie (F50.1) a atypické mentální bulimie (F50.3). Do těchto kategorií by se měli zařazovat pacienti, kteří nevykazují všechny příznaky poruchy. Například to mohou být pacientky, které i přes nízkou tělesnou hmotnost mají pravidelnou menstruaci a to i bez hormonální léčby.

Mezi nespecifické poruchy patří například záchvatové přejídání nebo syndrom nočního přejídání.

Syndrom nočního přejídání

Pravděpodobné příčiny této poruchy jsou spojovány s dnešní moderní dobou, respektive s jejími nároky, které u některých lidí vytváří životní stres. Jako další příčinu se pak uvádějí neúspěšné pokusy zhubnout. Pro tuto poruchu je typická večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Nemocní často uvádějí neschopnost přestat jíst, jestliže už jednou začnou. Pokud jídlo nemají k dispozici, jíst nemusí.

Záchvatové přejídání

Záchvatové přejídání je velmi podobné jako přejídání u mentální bulimie, avšak zde chybí následné kompenzační chování a je častěji spojena s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. Tento typ poruchy se vyskytuje častěji u žen. U mužů je zastoupení této poruchy vyšší než u jiných typů poruch příjmu potravy. Začátek této poruchy se projevuje až ve starším věku a může být spojeno s obezitou. „*Pokud jde o vztah obezity a záchvatového přejídání, ukazuje se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se lze setkat i se záchvatovým přejídáním*“ (Krch a kol., 1999, s.20). Kromě obezity může mít tato porucha za následky depresivní a úzkostné stavy.

Záchvatovité přejídání se vyznačuje následujícími body:

„1. Nevyvážené stravování - značné omezování se v jídle (i hladovění) či jednostranný jídelníček se střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst. Takové stavy nejsou výjimečné, naopak se s jistou pravidelností opakují.

2. Po "záchvatu" konzumace potravy přichází fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle ale nedochází ke zvracení.

3. S nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou a snaha se nejrůznějším způsobem omezovat v jídle.

4. Porucha se častěji rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady“.

Zdroj: <http://www.idealni.cz/prejidani.asp>

3.7 Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy

Psychoanalytický přístup klade do středu zájmu především osobnost pacientek, nikoli symptomatické potíže, jak tomu je u jiných přístupů.

Podle psychoanalytické teorie jsou patologické kořeny poruch příjmu potravy spjaty s raným dětstvím a jsou podmíněny důležitými osobami, respektive vztahy s nimi, a to především s matkou. Usuzuje se, že matky pacientek nedokážou s budoucí anorektičkou zacházet jako s autonomní a individuální osobou a nedokážou rozpoznat základní signály kojence. *„S dítětem zacházely jako malá holčička s panenkou: krmily dítě vzorně, ale jen tehdy, když měly hlad samy. Dítě se pak snažilo přizpůsobovat matce, rezignovalo na vyjádření vlastních potřeb a vyhýbalo se střetům s matkou. Bylo ohroženo v budování vlastních hranic, neprocházelo optimálně separačně individuálními procesy a zůstávalo psychologicky vázáno na svoje rodiče. Tato falešná adaptace byla základní charakteristikou znemožňující zvládnání adolescence“* (Krch a kol., 1999, s.151). Podle této

teorie může mít takovéto chování matky ve vztahu ke kojenci za následek neschopnost rozpoznat vlastní přání a pocity. U dítěte je pak ohrožen správný vývoj vlastního „já“.

Jiní autoři vidí problém v jedné fázi separačně individuálního procesu, ve kterém dítě selhává. Tato fáze se nazývá „rapprochement“, neboli „znovupřiblížení“ a nastává mezi šestnáctým až dvacátým čtvrtým měsícem života. „*V této fázi vzdálení se od matky znamená riziko opuštění a vědomí separovanosti vzbuzuje u dítěte pocity nejistoty, samoty, závislosti, úzkosti*“ (Krch a kol., 1999, s.152). Tyto pocity nebezpečí pak dítěti brání v rozšíření vlastní autonomie, jelikož v nich rozvíjejí pocit, že budou matkou opuštěni a zůstávají k ní v hostilní pozici a prožívají ambivalentní závislost. Tento scénář se pak opakuje i ve vztahu k jiným blízkým osobám. Pacientky vnímají otce jako pasivního, slabého, někdy až nemorálního, ale přesto otce milují ovšem láskou, kterou se naučily ve vztahu ke své matce – buď vše, nebo nic.

3.8 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR

Dle Krcha (2005) je výskyt poruch příjmu potravy v České republice srovnatelný se zeměmi západní Evropy a má od poloviny dvacátého století vzrůstající tendenci. Výskyt těchto poruch je v současné populaci dívek a žen 0,5-1% a poměr mezi ženami a muži se udává 1:10.

Prevalence mentální anorexie se pohybuje kolem 0,5% u dospívajících dívek a mladých žen a incidence dosahuje 60 případů na 100 000 žen a dívek ve věku od patnácti do osmnácti let. Prevalence u mentální bulimie je poněkud vyšší a pohybuje se mezi 2-5%. U mladých dívek a žen se v 7 až 11% objevují narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Populace dívek, vyrůstajících ve městě i na venkově, je ohrožena stejně. Dospělé ženy jsou ohroženy vznikem poruchy příjmu potravy v případě, že trpí nadváhou.

Postoje mladých českých dívek a žen jsou velice ovládnuty strachem z nadváhy a silně ovlivňují jejich sebehodnocení a životní styl. Dívky často nevědí, kolik by měly vážit, jsou

spokojeny s vyhublostí a dodržují nejrůznější diety, které zaměňují za zdravý životní styl. Jedním z důvodů těchto častých postojů je stigmatizace nadváhy (Krch a kol., 2005).

„Šíření poruch přijímání potravy lze považovat za doklad vlivu vědy a techniky na náš současný způsob života: teprve pokrok techniky nám umožnil počítat, kolik má které jídlo kalorií. Dopad technického vývoje je však vždy spoluutvářen společenskými faktory. Máme daleko větší nadvládu nad vlastním tělem než dříve: tato situace nám přináší nové možnosti, ale i nové obavy“ (Giddens, 1999, s.141).

3.9 Posouzení tělesné hmotnosti

Pro výpočet a posouzení tělesné hmotnosti se nejčastěji používají dva indexy. Je to tzv. Queteletův index tělesné hmotnosti, nebo-li Body mass index a Brockův index.

Body mass index vypočítáme vydělením tělesné hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech. $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$.

Klasifikace dle BMI

- Těžká podváha <16,00
- Středně těžká podváha 16,00-16,99
- Podváha <18,50
- Mírná podváha 17,00-18,49
- Normální váha 18,50-24,99
- Nadváha 25,00-29,99
- Obezita >30,00

K určení tělesné hmotnosti můžeme využít tzv. **Brockův index**. Ten vypočítáme tak, že od výšky (v cm) odečteme 100 a vyjde nám optimální tělesná hmotnost. Přičemž ženy by si měly od této hodnoty odečíst 10%.

Tato kapitola se nejprve věnuje výkladu historie poruch příjmu potravy, konkrétně se zaměřuje na mentální anorexii a mentální bulimii. Následně se zabývá obecnou charakteristikou těchto poruch a předkládá jejich diagnostická kritéria. Tato kapitola také pojednává o psychoanalytickém přístupu k poruchám příjmu potravy, který klade důraz na osobnost pacientů více než na samotné symptomy. Tento přístup zasazuje kořeny patologie do dětství pacientů. V závěru této kapitoly je předložen postup při posuzování tělesné hmotnosti.

4 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PODMÍNĚNOST PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy svým charakterem patří mezi tzv. bio-psycho-sociální onemocnění, jsou tedy multifaktoriální povahy, z čehož vyplývá i jejich složitost.

4.1 Biologické faktory

Ženské pohlaví

Pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví jeden z největších rizikových faktorů. Být ženou znamená až desetkrát vyšší riziko pro vznik tohoto onemocnění. V průběhu puberty dochází k nejdramatičtějším tělesným i psychickým změnám. V tomto období vzrůstá tělesná hmotnost a přibývá tukových zásob. Tato proměna je více zřetelná u dívek, kdy v období od osmi až šestnácti let vzroste jejich tělesná hmotnost z BMI 16 na BMI 19. *„Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté svalnaté tělo, pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné“* (Krch a kol, 1999. s.62).

Tělesná hmotnost

Vzrůstající tělesná hmotnost u žen, bývá počátkem vzrůstající nespokojenosti s vlastním tělem, což může vést k experimentování s nejrůznějšími redukčními dietami a hladovkami. Vzrůstající váha však není jediným rizikovým faktorem. Dalším rizikovým faktorem je také rozložení tělesného tuku. U žen tzv. gynoidního typu, kdy je tělesný tuk nejvíce rozložen na stehnech, bocích a hýždích, je významně vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy než u ostatních žen.

Menstruační cyklus

Někteří odborníci se domnívají, že nepravidelnost a ztráta menstruace může být primárním projevem mentální anorexie. Jiní se domnívají, že jde o projev sekundární. U

příznaků mentální bulimie se ukazuje možnost příčinného vztahu s menstruačním cyklem, především v souvislosti s premenstruačním syndromem. „*U skupiny pacientek sledovaných Gladisem a Walshem (1987) se záchvaty zvyšovaly 5 dnů před menstruací a poté opět klesaly. Popsány byly i případy bulimiček, jejichž příznaky se velmi zlepšily po ukončení hormonální antikoncepce*“ (Krch a kol., 1999., s.64).

Dospívání

Za nejrizikovější období pro vznik poruch příjmu potravy se považuje období dospívání. Toto období má dvě fáze a to pubescenci a adolescenci.

Pubescence

Období pubescence se pohybuje mezi 11. a 15. rokem. V tomto období dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Nejvíce je spojeno s pohlavním dozráváním a typickou proměnou těla, kdy se stává tělesná atraktivita součástí sebehodnocení. Zde mohou individuální rozdíly v tempu dospívání vést k frustraci jedince, který pociťuje rozdíly od druhých (Vágnerová 2000).

Primárním důsledkem hormonálních změn je emoční nevyrovnanost a sekundárně k ní mohou přispívat změny v oblasti psychiky a mezilidských vztahů. V období pubescence se mění citové prožívání, které se někdy jeví jako nepřiměřené k dané situaci. Pubescenti jsou více vztahovační a zranitelnější, mění se jejich sebehodnocení. Začínají uvažovat hypoteticky, o pouhých možnostech. Toto uvažování se promítá do celkového přístupu ke světu i k sobě samému (Vágnerová, 2000).

„Období dospívání označuje Erikson jako fázi hledání a vytváření vlastní identity...v procesu rozvoje individuální identity hraje velkou roli přechodné stadium tzv. skupinové identity. V této době nabývá na významu ideál, který si pubescent vytvoří“ (Vágnerová,

2000, s.251). Je to období hledání své profesní role, kterou si pubescent vybírá a v níž se projevuje jeho míra identifikace s rodinou a jejími hodnotami.

Pubescent je ovlivněn svými novými schopnostmi, které se projevují ve způsobu zpracování sociálních vlivů a podílejí se na rozvoji socializace. Pubescent odmítá podřízenou roli, mění se tedy i jeho sociální role. Také se mění jeho vztah ke škole a učiteli, kdy se dobrý prospěch stává prostředkem a přestává být cílem a učitele přestává automaticky přijímat jako autoritu (Vágnerová, 2000).

„Jednou z vývojových potřeb pubescenta je odpoutání se od rodiny. Emancipace od rodiny nevede ke zrušení citové vazby k rodičům, ale k její proměně. Dítě už nechce být jako rodiče, snaží se od nich nějak odlišit. Potřebu odlišení posiluje pocit, že rodiče nejsou tak moudří a všemocní, jakými se zdáli být“ (Vágnerová, 2000, s.252).

V tomto období hraje velkou roli vrstevnická skupina, která pubescentům slouží jako opora. Rozvíjí se individuální identita, zvyšuje se potřeba přátelství a přicházejí první lásky (Vágnerová, 2000).

Adolescence

Období adolescence trvá přibližně od 15 do 20 let. Toto období je definováno několika zásadními proměnami. Patří sem první pohlavní styk a popřípadě i nechtěné těhotenství, dále pak ukončení povinné školní docházky, dovršení přípravného profesního období s výjimkou vysokoškoláků a dosažení plnoletosti, která je chápána jako jeden ze sociálních mezníků dospělosti (Vágnerová, 2000).

Pro adolescenta je velice důležitý jeho zevnějšek, který se uplatňuje při dosahování potřebné sociální pozice. Zde hraje důležitou roli sklon k uniformitě. V tomto období

dospívání se završuje rozvoj identity. Nemusí jít o samostatné hledání identity, ale třeba jen o převzetí nějakého modelu, který je charakteristický pro danou skupinu.

„V této vývojové fázi se rozvíjí i mužská a ženská role, která je významnou složkou identity adolescenta. Součástí identity jsou rovněž vztahy k jiným lidem, člověk je také definován tím, ke komu patří“ (Vágnerová, 2000, s.296).

Od adolescenta se stále více vyžaduje, aby jeho chování odpovídalo dospělosti, je akceptován jako dospělí. Mění se jeho sociální role, která se nejvíce projevuje ve vztahu k rodičům a učitelům. V adolescenci by měl být dokončen proces separace od rodiny, proto jsou pro adolescenta velice důležité vztahy s vrstevníky, kteří mají podobné zájmy a hodnoty a kteří jim pomáhají uspokojovat některé jejich potřeby. V období adolescence také vznikají partnerské vztahy, ve kterých dochází k prvnímu pohlavnímu styku, ale díky nedostatečné zralosti se tyto vztahy většinou rozpadají (Vágnerová, 2000).

I když adolescence již není charakterizována konflikty a zvraty, nadále zůstává skutečností, že se jedná o období velmi citlivé pro rozvoj rizikového a problémového chování. Může se jednat o poškozování adolescentova zdraví a o ohrožování společnosti v důsledku problémového chování adolescentů. Mezi oblasti problémového chování například patří: užívání drog včetně alkoholu, šikana, rasová nesnášenlivost, rizikové sexuální chování, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy...(Macek, 1999).

4.2 Psychologické faktory

Osobnost

Již před propuknutím nemoci lze u většiny nemocných zaznamenat nedostatek sebedůvěry, pocity méněcennosti, větší zranitelnost a sníženou odolnost proti psychické zátěži.

Povahové rysy zvyšující riziko vzniku poruch příjmu potravy dle Papežové (2000, s.15) to je:

„Perfekcionismus – snaha být naprosto dokonalá a tím utišit enormní sebekritičnost a nízké sebevědomí.

Zranitelnost – nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým.

Nestálost – kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.

Puritánství a asketismus – překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující.

Sebetrestání – dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří, že jsou proto špatné. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou. O problémech je však třeba mluvit, i když nejsme schopni plně někomu důvěřovat“.

Anorektická dívka je popisována jako osoba dodržující společenské normy, zaměřená na dosažení úspěchu, ctí rodinné hodnoty, avšak také jako dívku s negativním sebehodnocením, nezávislou vůlí, s nejasnými vztahy a cíli. U bulimiček je často zdůrazňována snížená impulzivita.

Rodinné faktory

Jeden z velkých rizikových faktorů v rodinném kruhu je považován výskyt poruchy mezi příbuznými ženského pohlaví. Nemocní často popisují své rodiny jako perfekcionista a zaměřené na výkon.

U anorektických pacientek se setkáváme s hyperaktivními, dominantními, někdy až obtěžujícími matkami. *„Protože matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Bylo poukazováno na přílišnou*

závislost matky a anorektického dítěte, spojenou s některými údajně velmi ambivalentními mateřskými postoji“ (Krch a kol., 1999, s.66).

Otci anorektických pacientů bývají charakterizováni jako pasivní, slabí, udržující si emoční odstup někdy ale také jako dominantní osoby. Další popisovaný typ otce je otec tak aktivní a dokonalý, že se mu dcery nikdy nemohou vyrovnat.

U pacientů trpící mentální bulimií se setkáváme s velmi blízkým vztahem k otci, v období raného dětství, který se během puberty začíná narušovat.

Rodině jako celku a vzájemným vztahům v ní byla věnována ještě větší pozornost než jejím jednotlivým členům. Rodina, ve které je anorektické dítě, má svá charakteristika. Popisuje se jako obtížně vyjadřující své emoce, rigidní, vyhýbající se konfliktům a hyperprotektivní. Podle Minuchina (in Krch a kol., 2005, s.66) „*jsou pro tyto rodiny příznačné zejména čtyři základní znaky:*

1) Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou ceněny více, než samostatnost a seberealizace. Slabé mezigenerační hranice mohou způsobit spojení jednoho dítěte s rodičem a vyloučení druhého na okraj.

2) Obtížné vyrovnávání se konflikty vede k tomu, že se jim rodina vyhýbá, a když k nim dojde, nedokáže je řešit.

3) Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodina vede k nadměrné ochraně. Anorektické dítě cítí často nadměrnou potřebu ochraňovat svou rodinu (nemoc dítěte jako by ji chránila před případným rozbitím).

4) Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce. Měníci se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat, než se jim přizpůsobit“.

Podle Eislera (in Krch a kol., 1999, s.67) „*tento model nerespektuje multifaktoriální podmíněnost poruch příjmu potravy, ani skutečnost, že symptomatické chování nemocného a model jednání uvnitř rodiny se neustále navzájem ovlivňují“.*

Pro rodiny s bulimickou dcerou jsou charakteristické konflikty mezi rodiči, emočně neuspokojivé vztahy rodičů k dceři a nedostatek zájmu.

Mezi další rizikové faktory, které se vyskytují v rodinách nemocných, jsou například alkoholismus, držení diet rodinnými příslušníky a obezita.

Životní události

Za spouštěcí mechanismy poruch příjmu potravy jsou označovány i některé životní události. Často zmiňované bývají nejrůznější narážky na tloušťku a na tělesný vzhled. Také

se prokázala souvislost mezi znásilněním, sexuálním zneužitím a vznikem poruchy. Dalšími spouštěcími mechanismy jsou také některé životní změny. Mezi ně patří rozvod rodičů, smrt či nemoc nějakého člena rodiny, odloučení od rodiny, nástup na novou školu, osobní nezdár.

Závislost na psychoaktivních látkách

Některé typické psychické charakteristiky, vyskytující se u závislosti na psychoaktivních látkách, jsou srovnatelné s charakteristikami vyskytujícími se u některých poruch příjmu potravy. Jsou to například nezdrženlivost, nutkavost, snížená sebekontrola. Nejčastěji se setkáváme s kombinací závislosti na alkoholu a mentální bulimie. *„Z hlediska návykových nemocí jsou zvláště zajímavé ty části definic, které se týkají kritérií pro mentální bulimii a mají blízko např. k bažení (carving). Také „neustálé zabývání se“ a „neodolatelná touha“ připomínají známé znaky závislosti“* (Nešpor, 2003, s.45).

4.3 Sociální a kulturní faktory

Zvýšený výskyt a vznik poruch příjmu potravy je bezprostředně spjat s kulturou, která vyhublost a nadměrnou sebekontrolu nekriticky vyzdvihuje. Toto hypotézu podporuje zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy v zemích západního světa, kde se dívky snaží přizpůsobit hodnotám a životnímu stylu západních zemí. *„Jidelní poruchy se nejčastěji objevují v zemích západního světa s hodnotovou orientací, která je výrazně zaměřena na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání. K tomuto modelu životního stylu patří styl péče o tělo, jeho vzhled a dokonalé fungování. Představuje to určitý způsob sociokulturní somatizace – tělo je zde pudově obsažený nepřítel, kterého je nutno omezovat, kultivovat a ovládat“* (Kocourková, 1997, s.58).

Další velký vliv pro vznik poruch příjmu potravy má módní ideál štíhlosti, který je dívkám předkládán v módních časopisech, televizi a především v módním průmyslu. Často pak mohou dívky podlehnout iluzi, že ten kdo je štíhlý, je také úspěšný, šťastný a krásný.

Denně na nás ze sdělovacích prostředků útočí reklamy na nejrůznější preparáty na hubnutí, se kterými zaručeně, bez pocitu hladu, bezpečně a bez cvičení zhubneme, a to vše za krátkou dobu. Tyto reklamy dívkám slibují biogeneticky nedosažitelné výsledky, které

opět dívky utvrzuje v tom, že vše je možné. Hubnouce preparáty pak v reklamách podporují stále více vyzdvihované a propagované nízkotučné výrobky.

Téměř v každém módním časopise se dočteme o nějaké zaručeně účinné dietě. Tyto časopisy pak dívkám ukazují, že jíst dietně je normální a podporují tak vznik špatných stravovacích návyků.

Dalším důležitým faktorem je předpojatost vůči obézním lidem, kteří jsou považováni za ošklivé, hloupé a líné osoby.

Tato kapitola se věnuje bio-psycho-sociálním příčinám vzniku poruch příjmu potravy, ze kterých lze odvodit některá preventivní opatření, a poukazuje na jejich multifaktoriální povahu.

5 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Je prokázáno, že poruchy příjmu potravy způsobují zdravotní komplikace, které zvyšují úmrtnost pacientů s těmito poruchami. „*Tragédie úmrtí spočívá v tom, že si nemocné nejsou schopny ani uvědomit, že se dostávají do tak vážného rizika. Opravdu věří, že mohou žít z ničeho...*“ (Papežová, 2000, s.48).

Zdravotní rizika, která přinášejí poruchy příjmu potravy, jsou především dána nedostatečnou výživou.

Kardiovaskulární komplikace

„*Téměř u 90 % postižených se někdy v průběhu onemocnění můžeme setkat s kardiálními potížemi. Nejčastější z nich, sinusovou bradykardií s frekvencí méně než 60 úderů za minutu, nacházíme u více než 80% pacientek. Je to způsobeno snížením metabolismu (úspora energie)*“ (Krch, a kol., 1999, s.96). U stejného počtu pacientů se setkáváme s hypotenzí pod 90/60 mmHg, která může vést ke stavům závratě a někdy až ke ztrátě vědomí. Zneužívání laxativ a diuretik může narušit elektrolytovou rovnováhu a tím vyvolávat srdeční arytmie, které mohou vést až ke smrtelné srdeční zástavě.

Gastrointestinální komplikace

Jedním z příznaků mentální bulimie i anorexie je benigní zduření slinných žláz. U pacientek s mentální bulimií se objevuje eroze zubní skloviny a to především u předních zubů horní čelisti.

Může dojít ke vzniku zánětu jícnu a jícnových vředů, jako důsledku nadměrného vystavení žaludečním šťávám.

Perforace žaludku nejsou až tak běžná, ale mohou nastat po konzumaci velkého množství potravy s následným zvracením. V tomto případě je nutný chirurgický zákrok.

Častěji bývá zhoršená motilita tenkého střeva. V oblasti tlustého střeva to jsou zácpy, které souvisí s užíváním laxativ a krvácení do tlustého střeva (Krch a kol., 2005).

Kosterní komplikace

Kosterní komplikace jsou častější u mentální anorexie, ovšem nejnovější studie ukazují, že ani u bulimických pacientů nejsou kosterní komplikace zanedbatelné. Nejčastěji jedná o osteoporózu. *„Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti. Všeobecně platí, že délka trvání amenorey je nejvýznamnějším prediktorem snížené minerální denzity kostí, bez ohledu na typ poruchy příjmu potravy“* (Krch a kol., 1999, s.100). Důsledkem osteoporózy jsou častější zlomeniny.

Vliv mentální anorexie na kvalitu kostní hmoty

„ Osoba, u níž byla diagnostikována mentální anorexie, je dokonce i po letech ohrožena zlomeninou kosti dvakrát více než lidé bez této poruchy. Dokazuje to alespoň nová studie z Dánska publikovaná v odborném časopise International Journal of Eating Disorders.

Nové závěry naznačují, že poškození kostí způsobené poruchami příjmu potravy může být stálé. Je však možné, že pacienti zmínění ve studii dosud s tímto onemocněním bojují a to brání kostem získat původní sílu.

Dřívější studie zjistily, že lidé s poruchami příjmu potravy, jako jsou anorexie nebo bulimie, mohou trpět oslabením kostí v důsledku špatné výživy. To podle odborníků může zvyšovat riziko osteoporózy a zlomenin.

Během nejnovějších výzkumů se vědci z Aarhusovy univerzitní kliniky v Dánsku zaměřili na 2149 pacientů s mentální anorexií, 1294 lidí s bulimií a na 942 osob s jiným typem

poruchy. Všichni pacienti, z nichž více než 90 procent byly ženy, byli srovnáváni se skupinou asi 4000 zdravých jedinců.

V porovnání s nimi byla u nemocných zaznamenána dvakrát vyšší pravděpodobnost zlomenin a toto riziko zůstalo vysoké i v období deseti let po zjištění poruchy příjmu potravy. Nejvyšší ohrožení přitom bylo zjištěno u anorektiků.

Badatelé se domnívají, že anorexie může způsobit stálé poškození kostry, které později doprovází ztráta kostní hmoty v důsledku stárnutí. Na druhé straně vědci poukázali na to, že ani po diagnostikování a léčbě nemusí být tato porucha zcela odstraněna, což způsobí trvalý deficit důležitých látek v těle“.

Zdroj: http://www.pppinfo.cz/anorexie-ma-vliv-na-kvalitu-kostni-hmoty-i-po-letech_clanek_show.asp?id=47#ixzz0NsmDpV6r

Endokrinní komplikace

Endokrinní komplikace jsou typické pro mentální anorexii. Nejčastější komplikací je amenorea, která se objevuje u jedné šestiny pacientek již před samotným propuknutím poruchy. Ztráta menstruace nastává při poklesu tělesné hmotnosti o 15% a u poloviny anorektiček přetrvává nějakou dobu i po návratu k normální tělesné hmotnosti. „Což podporuje názor, že dysfunkce hypotalamu je sekundárním důsledkem psychologických faktorů. Pro obnovení normální funkce osy hypotalamus – hypofýza – ovaria může být proto nezbytné zlepšit psychický stav pacientky“ (Krch a kol., 1999, s.101).

Další komplikací je hypogonadismus s nízkými hladinami luteinizačního hormonu a folikuly stimulujícího hormonu. To má za následek pokles výdeje estrogenů z vaječníků. Normální funkce se obnovuje, až když pacientky dosáhnou určité hmotnosti, která se pohybuje kolem 44 kilogramů. Hladina testosteronu u žen zůstává v normě, avšak u mužů, kteří trpí mentální anorexií, je hladina testosteronu snižená.

U pacientek, které jsou velmi podvyživeny, se objevuje ochranný mechanismus v podobě infertility – neschopnosti otěhotnět.

Hematologické komplikace

U více než poloviny pacientek trpící mentální anorexií jsou prokazatelné změny kostní dřeně a krevního obrazu. Tyto změny rostou s úbytkem tělesné hmotnosti. U 40-60% pacientek byla zjištěna leukopenie (snížení počtu bílých krvinek), která je zapříčiněna hypoplazií dřeně. Časté je také snížení imunity (Krch a kol., 2005).

Neurologické komplikace

Zneužívání laxativ, diuretik a zvracení narušuje elektrolytovou rovnováhu. Toto narušení pak může vyvolat celou škálu neurologických komplikací. Mezi tyto komplikace patří: stavy akutní zmatenosti, tetanie, zvýšení hlubokých šlachových reflexů, svalové slabosti a přechodné neurologické příznaky, které se podobají ischemii mozku. Další, avšak méně časté neurologické komplikace, jsou: bolesti hlavy, křeče, dvojitě vidění, náhlá ztráta vědomí a poruchy hybnosti (Krch a kol., 2005).

Metabolické komplikace

Zhoršení regulace tělesné teploty je dalším důkazem narušení funkce hypofýzy. Dále je narušen metabolismus glukózy a kalcia. Zvýšená hladina cholesterolu v krvi je prokázána až u 50% mentální anorexie.

U bulimiček s normální váhou nebyly zjištěny žádné poruchy spánku, avšak u anorektických pacientů studie prokázaly, že se častěji budí, spí méně hluboce, budí se brzy ráno a celková doba spánku je kratší. Opět platí, jako u jiných komplikací, že poruchy spánku mizí s dosažením normální tělesné hmotnosti a naopak (Krch a kol., 2005).

Dermatologické komplikace

Mezi dermatologické projevy, které jsou důsledkem nedostatečné výživy, patří: suchá kůže, lanugo, karotenodermie. Karotenodermie se vyskytuje u 72% pacientek a může způsobovat jasně zažloutlé zbarvení kůže. Mezi důsledky zvracení patří: modřiny, purpura, mozoly na hřbetech rukou. Kožní vyrážky se mohou projevit v důsledku nadužívání laxativ a diuretik. Asi čtvrtina pacientek má snížené množství kolagenu.

5.1 Přehled zdravotních důsledků mentální anorexie

Zdravotní důsledky mentální anorexie dle Krcha (2002):

- Zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení
- Suchá, zažloutlá a praskající pleť
- Zvýšený růst ochlupení po celém těle
- Vypadávání vlasů
- Výskyt různých vyrážek
- Zvýšená tvorba modřin
- Zvýšená kazivost zubů
- Zpomalená funkce střev – zácpa
- Chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlévání
- Změny krevního obrazu a kostní dřeně
- Zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- Celková únava a svalová slabost
- Nespavost a poruchy spánku (děsivé sny, časté probouzení apod.)
- Přecitlivělost na světlo a zvuky
- Nepravidelná menstruace a amenorea

- U žen i mužů dochází ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex
- Srdeční obtíže (arytmie, bradykardie), může dojít i k srdečnímu selhání
- Nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky)
- Objevují se poruchy ledvin
- Odvápňení kostí, které jsou tenké a křehké
- Slabý močový měchýř, nucení na močení
- Pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku, vznik žaludečních vředů, které způsobuje zvýšené množství žaludečních šťáv
- Oslabení obranyschopnosti organismu
- Poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění, bolesti hlavy
- U mladých pacientů se může zpomalit růst a opozdit puberta

5.2 Přehled zdravotních důsledků mentální bulimie

Zdravotní důsledky mentální bulimie dle Hall a Cohn (2003):

- Nerovnováha elektrolytů (ionty draslíku, chlóru a sodíku), které hrají důležitou roli při regulaci srdečního rytmu, srdeční arytmie, někdy může dojít až k srdeční zástavě
- Nízká hladina draslíku, která může vést k selhání ledvin
- Zvracení může končit protržením jícnu nebo dolních cest dýchacích, někdy může vést k zadušení
- Zkažený chrup
- Zažívací potíže (zácpa, nadýmání)
- Záněty a otoky slinných žláz
- Puchýře v krku
- Dehydratace
- Chudokrevnost
- Vnitřní krvácení
- Nepravidelný menstruační cyklus

- Zneužívání laxativ může vést k předráždění nervových zakončení ve střevech a tak k potlačení jejich aktivity, ale také může dojít k úbytku ochranného sekretu střevní stěny, což může způsobit střevní infekci

Tato kapitola popisuje zdravotní následky mentální anorexie a mentální bulimie a poukazuje na závažnost těchto následků i na nebezpečí, která tyto onemocnění doprovází.

6 PSYCHYCKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

6.1 Psychické a společenské důsledky mentální anorexie

Tato porucha vždy zasahuje do osobního a společenského života nemocného i jeho rodiny. Hladovění si bere stále větší pozornost nemocného a tak neustále zasahuje do jeho každodenního života. Čím déle hladovění trvá, tím více se nemocný zaměřuje na jídlo, až tato zaměřenost nakonec přechází v křečovitou sebekontrolu a později pak vede k únavě a apatii. „*Současně vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy (egocentrismus) a mezi pocity převažovat sebelítost. To se samozřejmě projeví i ve vztahu s ostatními lidmi, doma, mezi kamarády i v práci*“ (Krch, 2002, s.44).

Nemocní mají sklon držet se v extrémních polohách, které jsou pro ně srozumitelné a tak často žijí v černobílém světě.

Na počátku onemocnění stojí nejistota, díky které se většina pacientek začala zabývat svým vzhledem a váhou. Tato nejistota je provází celou nemocí a zasahuje i do jejich vnitřních pocitů. Častým pocitem je neuspokojení, které posiluje potřebu být dokonalý a vyniknout v něčem jiném. Potřeba být dokonalý a neustálá sebekontrola pak vedou ke zvyšování pocitu selhání. Reakcí na nejistotu a nízké sebehodnocení jsou deprese a depresivní stavy. Sebehodnocení nemocných je těsně spjata s hodnocením postavy a váhy, a proto když se přejedí nebo přiberou, cítí se být znechuceni a zahanbeni sami sebou.

Anorektičtí pacienti také často prožívají úzkostné stavy, které vznikají z obavy selhání, nedokonalosti a náhody i v jiných směrech než je jídlo, vzhled a váha. Seběmenší nedostatek je pro ně selháním nebo obrovským problémem.

Sociální problémy a nedorozumění nejčastěji vznikají v souvislosti s vyhýbáním se jídlu a s jejich nápadnou vyhublostí, která v ostatních vzbuzuje obavy, ale také snahu nějak jim pomoci. To vede k tomu, že se začnou vyhýbat společenským událostem, které jsou s jídlem spojené. Jejich společenské kontakty pak závisí na tom, jak se jim daří hubnout.

6.2 Psychické a společenské důsledky mentální bulimie

Stejně jako anorexie, tak i bulimie zasahují do společenského života nemocných a narušují jejich psychickou pohodu.

Bulimičky hodnotí sami sebe podle své postavy a tělesné hmotnosti. Jestliže tyto požadavky považují za nepřiměřené, vnímají se jako bezcenné. *„Proto je pro ně mimořádně demoralizující, když opakovaně ztrácejí kontrolu nad příjmem potravy a přejídají se. Pokud si nedokážou udržet kontrolu nad jídlem, pociťují hluboké zahanbení a znechucení samy nad sebou“* (Cooper, 1995, s.38-39).

U bulimiček se často objevují depresivní příznaky, které se vztahují k jejich postavě a hmotnosti. Tyto příznaky doprovází pocity viny, které vycházejí ze zahanbení nad koloběhem přejídání a zvracení. Neschopnost dosáhnout postavy a hmotnosti, kterou by si přály, a kterou považují za žádoucí, u nich posiluje vlastní bezcennost. Postupně ztrácejí sebedůvěru a začínají se vyhýbat společenskému životu.

Většina pacientek pociťuje nepříjemné prožitky úzkosti, které doprovázejí i fyzické příznaky (bušení srdce, potíže s dechem, pocení). Svě přejídání a zvracení přísně tají, což vede k izolovanosti. Jestliže jsou více či méně spokojeni s postavou a hmotností, společenské vztahy udržují.

Dalším důsledkem bulimie mohou být finanční potíže, které vznikají z neřízeného nakupování potravin.

V této kapitole jsou popsány psychické a sociální následky poruch příjmu potravy, které zasahují do životů pacientů, stejně tak jako do životů jejich blízkých osob.

7 MOŽNOSTI V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hospitalizace

Nejčastějším důvodem k hospitalizaci bývá nutnost nemocné lékařsky stabilizovat. Většinou se volí, až když dojde k velkému váhovému úbytku, nebo když hrozí sebevražedné či sebepoškozující jednání. Dalším důvodem k hospitalizaci jsou deprese, nebo selhávání jiné léčby, přerušení záchvatů přejídání a zvracení. Možnost hospitalizace poskytují psychiatrická oddělení, psychiatrické kliniky, nebo kliniky a stacionáře specializované na léčbu poruch příjmu potravy.

Podle závažnosti se volí buď krátkodobá, nebo dlouhodobá hospitalizace. Volba krátkodobé hospitalizace, kdy je cílem zdravotní stabilizace a psychologické poradenství, musí být vždy dobře zvážena na základě výsledků předchozí léčby a motivace pacienta. Po propuštění musí vždy následovat vhodná ambulantní psychoterapie.

Dlouhodobá terapie se volí u velmi vyhublých pacientek, u kterých je nutná postupná realimentace (obnovení výživy). Délka hospitalizace se odvíjí od doby, která je nutná k získání normální tělesné hmotnosti, ale dá se vypočítat podle doporučení rychlosti nárůstu hmotnosti a za předpokladu spolupráce. Doporučení váhového přírůstku za jeden týden je jeden až jeden a půl kilogramu. *„Pokud se nemocná pro hospitalizaci nerozhodla sama, může jí vnímat jako zradu. Tuto intervenci nesou velmi nelibě především ty anorektičky, které dosud odmítají jídlo. Na druhé straně, hospitalizace jako poslední prostředek záchrany dá zároveň pacientkám jasný signál, že porucha závažným způsobem ohrožuje jejich život“* (Maloney a Kranzová, 1997, s.122).

Mezi další formy hospitalizace patří denní stacionáře a částečná hospitalizace. *„Tyto programy poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim, a současně umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Jsou nesporně ekonomicky výhodnější než plná hospitalizace a nemocnému nabízejí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí“* (Krch a kol., 1999, s.130).

Ambulantní lékařská péče

Tato forma léčby se volí u pacientů, kteří již nechtějí podstupovat další léčbu, ani u nich pravděpodobně další psychoterapie nepomůže. Tito nemocní prošli během několika let různými druhy terapie. Jsou to pacienti chroničtí či nepoddajní. Ambulance se zaměřuje na stabilizaci somatického a psychického stavu. Může být uskutečňována individuálně či skupinově. Pokud je to nutné, může být součástí kontrola tělesné hmotnosti a elektrolytů (Krch a kol., 2005).

Farmakoterapie

Samotné podávání léků nestačí k vyléčení poruch příjmu potravy. „*Farmakoterapie nebývá považována za kauzální léčbu, ale může být indikována zejména v případech s přidavnou symptomatikou (například depresivní)*“ (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 255).

Dle Krcha (2005) má farmakoterapie za hlavní úkol regulaci příjmu potravy a úpravu tělesné hmotnosti. Zaměřuje se na léčbu komorbidních psychických poruch a to zejména deprese. Dále pak má odstranit somatické obtíže, které poruchy příjmu potravy způsobují. Nejčastěji se využívají antidepresiva a výživové doplňky ve formě minerálů a vitamínů.

7.1 Terapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

Kognitivně behaviorální terapie

Tento druh terapie se využívá především v léčbě mentální bulimie, která vychází z jejího kognitivního pojetí. Toto pojetí vychází z předpokladu, že tuto poruchu udržuje extrémní zaujetí postavou a hmotností. Pacienti mají tendenci posuzovat svoji hodnotu pouze na základě své postavy a hmotnosti a mají nutkavou potřebu stále něco kontrolovat. Jde tedy o obsedantně-kompulzivní poruchu.

Terapie se provádí zhruba jednou týdně po dobu 20 týdnů, přičemž jedno sezení trvá kolem 50 minut. Terapie se provádí ambulantní formou.

Na počátku terapeutického sezení dostane pacient informace o smyslu a teorii léčby, které vycházejí z rozpoznávání svých pocitů a procesů, které vedou k přejídání a jejich racionalizace. Terapie vede pacienty k normalizaci stravovacích návyků. K tomu slouží záznamy o jejich stravování, které tak umožní lepší vhled do jejich návyků. Do záznamových archů si nemocní zapisují, co snědli, kolik toho snědli, v kolik hodin jedli, kde jedli, jaké měli při jídle pocity, nebo jestli měli pocit, že toho snědli více, než měli a zda poté následovalo zvracení, použití laxativ či cvičení. Tyto záznamy pak slouží k lepší orientaci a pochopení souvislostí mezi stravovacími návyky a psychikou a pomáhají tak předcházet přejídání (Krch a kol., 2005).

Psychoanalytická terapie

Tento druh terapie se využívá k léčbě mentální anorexie. Jedná se o dlouhodobou terapii, která se zaměřuje na problémy osobnosti nemocného a pomáhá jim lépe pochopit hlubší příčiny onemocnění.

První fáze terapie se zaměřuje na získání základní důvěry nemocného a vytvoření opravdového kontaktu. Vytváří se tak prostor, který se pak využívá pro samotnou psychoanalytickou práci.

V další fázi terapie pacient proniká ke svým emocím, které jsou spojeny s depresí a separací. „*Učí se truchlit a tak zvládat nedokonalost, bolest nebo pocit opuštění*“ (Krch a kol., 1999, s.154).

V poslední fázi se pracuje se separační úzkostí, která se může projevovat úzkostí z opuštění nebo separační vinou, která je spojena se strachem z ublížení osobě, od které se vzdaluje. Jde převážně o matku, ale v terapii se odehrává v přenosu s terapeutem.

Interpersonální terapie

Tento druh terapie se zabývá identifikací problémů, které vedly k nesprávným stravovacím návykům. Dříve se požívala ke krátkodobé léčbě deprese a dnes se využívá v přizpůsobené formě k léčbě mentální bulimie.

„*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*

interpersonálních problémech. Závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie (Krch a kol., 1999, s.134).

Rodinná terapie

Tato terapie se využívá hlavně u mladších pacientek, které žijí s rodiči. Ve většině případů se nejedná o léčbu jedinou, ale o léčbu, která doplňuje například individuální terapii. Vyšetření rodiny v rámci terapie může přinést řadu poznání, které nám pomohou porozumět rodinným vztahům a problémům, které v rodině panují. Jelikož poruchy příjmu potravy často odráží dysfunkční role, koalice, interakční vzorce a konflikty v rodině. Nemoc tak může odvracet pozornost od řešení hlavního zdroje konfliktu. Důležitým předpokladem této terapie je potenciál rodičů, v podpoře dosažení kýženého terapeutického cíle.

Skupinová terapie

„Se skupinovou terapií se nejčastěji setkáme na stacionáři (docházkovém denním programu) nebo při hospitalizaci na psychiatrii. Skupina může poskytnout nemocnému informace, dát mu podporu, pochopení pro jeho problémy, může nabídnout i různé pohledy a tím i lepší porozumění sobě a svým problémům. Nemocní se ve skupině učí o svých problémech mluvit. Skupinová terapie má obvykle dobrý vliv na zlepšení vztahu k sobě a ke svému okolí“.

Zdroj:

http://www.idealni.cz/zakladnidruhyterapie+terapie_show.asp?id=1624#ixzz0O3cbEEws

Svépomocné skupiny

Využití svépomocných skupin je vhodné u pacientů s mírnými projevy nemoci, které mají jistý náhled, a kteří si jsou vědomi zodpovědnosti za své zdraví. Předností svépomoci je to, že vychází z vlastního pochopení nemocného. To, co všechny členy spojuje, je

společný problém, který nemocným umožňuje vzájemné pochopení a pomoc při řešení problémů.

Cílem těchto skupin je seznámení se a orientace v dané problematice, možnosti intervence, informace o příznacích i poruše. Nemocný poznává problémy ostatních a jejich způsoby řešení problémů. Skupina nemocnému umožňuje překonat osamění a získat potřebné sociální kontakty a vazby.

Tyto skupiny jsou otevřené a fungují na dobrovolné účasti. V našich podmínkách většinou skupiny probíhají například v rámci psychiatrického oddělení, které tak skupině nabízí určitou profesionální podporu. Skupinu může vést vyléčený pacient, laický terapeut, který prošel určitým školením, ale i profesionál. V některých případech může být právě svépomocná skupina prvním krokem k léčbě a povzbuzením nemocného vyhledat odbornou pomoc (Krch a kol., 2005).

Tato kapitola se zabývá různými možnostmi léčby a terapie poruch příjmu potravy, které jsou v této oblasti využívány.

8 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSTVÍ A RANÉ ADOLESCENCI

Poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují v průběhu dospívání, avšak věk nemocných se stále snižuje. Příznaky mentální anorexie byly diagnostikovány u dětí mladších 10 let a nejnižší hranice se udává 6-7 let věku. Vedle anorexie se u dětí můžeme setkat s atypickými poruchami příjmu potravy. Mentální bulimie u dětí bývá velmi vzácná.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 a DSM-IV se dají využít pro pacientky, u kterých nemoc propukla během dospívání, avšak nelze je použít u dětských pacientů. Proto byl navržen alternativní diagnostický systém pro děti, který respektuje to, že i když chování dětí může vyjadřovat jejich přesvědčení a to i tehdy, když si děti svůj strach neuvědomují, nebo ho neumějí identifikovat. Dále pak zohledňuje myšlenku, že důvodem pozastavení, či opoždění tělesného růstu a pubertálního vývoje, může být nepřirozený úbytek na váze, který je nežádoucí.

Diagnostická kritéria mentální anorexie v dětství, která navrhla nemocnice v Great Ormond Street v Londýně:

- Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (například vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel).
- Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy.
- Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou (Krch, 2005).

Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie dle Krcha (2002).

- Menší tukové rezervy – rychlejší nástup zdravotních potíží.
- K vyhublosti dochází rychleji.
- Větší nebezpečí dehydratace.
- Možnost pozastavení či opoždění tělesného růstu, puberty a sexuálního zrání.

- Na domluvy a snahu vykrmit je, reagují mladší pacienti s větším odporem, než dospělí pacienti, jsou útoční, agresivní nebo se chovají naopak jako malé děti a někdy jejich chování kolísá mezi těmito dvěma extrémy.
- Obtížná spolupráce při jejich léčbě, která vychází z neschopnosti pochopení cíle, a proto často vnímají vykrmování jako nátlakové.
- Často se objevují depresivní příznaky.
- Na základě problému dítěte, mohou v rodině vznikat konflikty, rodiče se obviňují, jelikož se cítí provinile a mohou tak nepřiměřeně ustupovat konfliktům s dítětem, svoji pozornost soustřeďují na nemocné dítě, což může být na úkor ostatních sourozenců.
- Rodiče by měli zajistit kontrolu nad příjmem potravin a tekutin svého dítěte, proto je vždy nutné zapojit je do léčebného procesu.
- U nemocných dětí je výrazně vyšší riziko narušení jejich psychosociálního zrání.

Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem mentální bulimie dle Krcha (2002).

- Počátek mentální bulimie před 14. rokem je vzácnější.
- Mezi mladšími pacienti jsou více zastoupeni chlapci.
- Dodržování osobních pravidel diety je důslednější.
- Ve srovnání se staršími pacienty se děti méně přejídají a zvracejí.
- Děti méně často užívají laxativa,

Jestliže onemocnění má svůj počátek již v dětském věku, je výrazněji ovlivněn nejen fyzický vývoj dítěte, ale i psychický a sociální. V tomto období se formuje osobnost dítěte a vytváří se představa o okolním světě. Dítě si začíná utvářet sociální a pracovní návyky.

8.1 Atypické formy poruch příjmu potravy u dětí

Infantilní mentální anorexie

Teorie vzniku infantilní mentální anorexie vychází ze separačně individuálního procesu a nejčastěji postihuje děti v batolecím věku. Tato porucha se dává do souvislosti

s problémem rané vazby dítěte s matkou. Dítě odmítá jídlo a to někteří rodiče těžko nesou, což vede k tomu, že dítě k jídlu nutí.

„Projevuje se typickými rysy:

- objevuje se mezi 6. měsícem a 3. rokem života
- dítě odmítá jíst a má konflikty s matkou kolem jídla
- rodiče vyvíjejí nátlak na to, aby dítě jedlo
- patrná je malnutrice bez přítomnosti somatické poruchy“

Zdroj: (<http://www.sekceppp.eu/doc/010300.pdf>)

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

„*Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu byla popsána jako porucha ležící na pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství*“ (Hort, et al., 2000, s.276). Tato porucha se vyskytuje v dětském věku a má mnoho podob a projevů. Zahrnuje jak samotné vyhýbání se jídlu a obtíže, které jsou s ním spojené, tak i emoční poruchu. Dítě prožije s nějakým pokrmem špatnou zkušenost, což u něj může vyvolat strach, že se situace bude opět opakovat. Tento strach se pak přenáší i na jiné pokrmy. Dítě své vybíravé chování vysvětluje nejrůznějšími výmluvami, jako například, že ho bolí břicho nebo hlavička, že nemůže jíst, že nemá hlad. Vyhýbání jídlu je také spojené s psychickými traumaty, které dítě prožilo. Může se jednat o zneužívání či týrání, úmrtí rodiče, stres. Tyto děti bývají somaticky stejně ohroženy jako děti s mentální anorexií.

„Bývají zdůrazňovány následující znaky:

- vyhýbání se jídlu
- porucha nálady
- nepřítomnost poruchy percepce vlastního těla
- nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností
- úbytek hmotnosti“

Zdroj: <http://www.sekceppp.eu/>

Syndrom vybíravosti v jídlu

Tento syndrom se nejčastěji vyskytuje u osmi až dvanáctiletých dětí, ale jsou popsány případy už u tříletých. Tento syndrom postihuje častěji chlapce a vyskytuje se u dětí

z rodin, kde je jídla dostatek až přebytek. Středem zájmu těchto dětí se stávají dva až tři druhy určitých potravin. Nejčastěji to jsou uhlovodany a sacharidy, například chipsy a sušenky. Děti s tímto syndromem nehubnou, ale jednostranná strava může mít za následek nedostatek vitamínů a minerálů, které jsou důležité pro zdravý vývoj.

Znaky typické pro tento syndrom:

- „omezený příjem potravin
- psychosociální problémy
- bez úbytku hmotnosti“

Zdroj: <http://www.sekceppp.eu/>

Syndrom pervasivního odmítání

Syndrom pervasivního odmítání se u dětí objevuje mezi osmým a čtrnáctým rokem života. Častěji jsou tímto syndromem postiženy dívky. *Tento syndrom je charakterizován hlubokým a pervasivním (vše prostupujícím) odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat“* (Krch, 2005, s.115).

Podle některých autorů je vznik pervasivního odmítání reakcí na zneužití. Jiní ho dávají do souvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou, u které se vyskytuje vyhýbavé chování.

U nemocných pozorujeme:

- „generalizované vyhýbavé chování
- odmítání jídla, pití, chození, mluvení, péče o sebe
- může jít o formu posttraumatické stresové poruchy“

Zdroj: <http://www.sekceppp.eu/>

Nechutenství

U dětí se může objevit krátkodobé nechutenství, které samo odezní bez vážných následků. Ovšem někdy může být důsledkem nějakého závažnějšího onemocnění, které způsobí dlouhodobé nechutenství. „U nejmenších dětí to mohou být organické poruchy, špatné motorické fungování úst (u dětí s Turnerovým syndromem) či žvýkání, zánětlivá

střevní onemocnění aj. Děti po mozkové obrně mohou mít potíže s příjmem potravy při poruše motoriky či funkce ústních svalů“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 225).

Dle Krejčířové (2006) může mít nechutenství komunikační význam. Dítě vyjadřuje své problémy ve vztahu s rodiči odmítáním potravy. Odmítání jídla může také sloužit k udržení rodinné rovnováhy, stejně tak jako jiné psychosomatické či psychické poruchy. Často se však jedná o interakční problém, kdy dítě, dle své konstituce, má menší potřebu jídla, přičemž jeho rodiče bývají úzkostnější a jsou hyperprotektivní. Další příčinou bývá integrační přenos, který spočívá v tom, že jeden z rodičů, který v dětství také málo jedl, přenáší ze své původní rodiny přesvědčení, že dobrý rodič je ten, který dává dítěti dostatečně najíst - čím je dítě tlustší, tím lépe je o ně pečováno. Pokud dítě nejí podle představ rodičů, vyvolává to u nich pocit selhávání a na dítě stále více tlačí. Avšak čím více se stupňuje tlak, stupňuje se i nechutenství u dětí.

8.2 Somatické důsledky poruch příjmu potravy u dětí

Jelikož jsou děti ve vývoji a stále rostou, je pro ně hladovění více rizikové než u dospělých. Stejně jako u dospělých pacientů je potřeba nejprve vyloučit jiné organické patologie a dále sledovat somatický vývoj. Je prokázáno, že děti před pubertou rychleji hubnou, jelikož mají malé tukové zásoby a dochází u nich k rychlejší dehydrataci. Dle Krcha (2005) počátek vyšetření spočívá ve změření výšky a váhy, jelikož tyto hodnoty nejlépe odrážejí akutní somatický stav. Hypotenze, bradykardie, nepřítomnost periferního pulzu u dětí signalizují závažnost zdravotního stavu a vedou k nezbytné hospitalizaci. U dětí v pubertě je normální vývoj velice variabilní, proto je vyšetření nemocného dítěte obtížné. U dětí, kde není potlačena hypotalamo-pituitárně-gonádová osa, vzhledem k tomu, že ještě nevstoupily do puberty, nemá toto potlačení žádný zjevný klinický vliv. Avšak po fyziologické stránce bude potlačena sekrece pulzačního gonadotropinu z hypofýzy, což má za následek opoždění puberty. U dětí, které již vstoupily do puberty, se onemocnění projeví tím, že jejich puberta bude zastavena. Dalším důsledkem poruchy u dětí je ztráta kostní hmoty, která je doprovázena poruchou přirůstání kostí. Toto se pak projeví tím, že nikdy není dosaženo normální kostní hmoty. Je tedy zřejmé, že podvýživa v dětském věku může mít velmi vážné a trvalé následky, ať už jsou její příčiny různé.

8.3 Terapie poruch příjmu potravy u dětí

„Podstata léčby poruch příjmu potravy v dětství spočívá ve všestranném přístupu, který bere v úvahu biologické, psychologické a sociální potřeby. Znamená to zajistit přiměřený váhový přírůstek, zabývat se emočními potřebami dítěte, rodičů a rodiny a vzít v úvahu úlohu školy a vrstevníků dítěte“ (Krch a kol., 2005, s.117).

Na počátku terapie je důležité vytvořit léčebné spojení proti nemoci, tak aby dítě cítilo, že mu v boji proti nemoci pomáhá silný tým. Důležité je vzájemné naslouchání a otevřenost, které vedou k vytvoření základní důvěry mezi terapeutem, dítětem a rodiči. Terapeut poskytuje dostatek informací, které rodičům pomáhají překonat pocity viny, které je často trápí. Jeden z kroků terapie, který musí zajistit rodiče, je kontrola příjmu jídla a tekutin u dítěte. Je velice důležité, aby se rodiče v daném přístupu shodli a to i tehdy, jestliže spolu rodiče nežijí. Rodičům je také poskytováno poradenství, které se zaměřuje na to, jak mají rodiče zvládnout stravování svého dítěte v domácím prostředí a podporuje jejich spolupráci, jelikož se ukazuje, že právě vzájemná spolupráce rodičů a spolupráce s terapeutem, je jednou z nejdůležitějších oblastí úspěšné léčby.

Dále pak mohou rodiče s dětmi využít rodinné terapie nebo skupinové. Skupinová terapie se u dětí zaměřuje především na rozvoj sebeúcty. Ukázalo se, že rodičovské skupiny mají velký význam, jelikož rodičům umožňují sdílet společné zkušenosti a pocity. Rodiče tak mohou ve skupině získat cennou podporu a jistotu ve své rodičovské roli.

U dětí s mentální anorexií a emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu je velice důležitá individuální terapie, která se zaměřuje na oblasti separace a individualizace. Terapie dítě podporuje v tom, aby důležité otázky řešilo s rodiči. Terapeut mu poskytuje bezpečné prostředí, kde si toto může nanečisto vyzkoušet. Individuální terapie je také vhodná pro děti s poruchou vybíravosti v jídlu, které využívá kognitivního přístupu. Tento přístup zahrnuje techniky v podobě vedení záznamů o jídlu a domácích úkolů (Krch a kol., 2005).

Medikace u dětí s poruchami příjmu potravy je velice omezená. U dětí, které trpí depresemi či obsedantně kompulzivní poruchou, nejčastěji se využívá antidepresiv a anxiolytik.

V některých případech je nutné zvážit hospitalizaci, která musí být vždy rodičům i dětem jasně vysvětlena. Současně je také nutné vyslechnout názory rodičů a vzít v úvahu všechny dostupné možnosti. „*Větší riziko než pobyt v nemocnici představuje v tomto směru jednostranná zkušenost nemocného, který se stává středem pozornosti celé rodiny, nadměrně se soustřeďuje sám na sebe a svoje pocity, přestává nacházet uspokojení v běžných aktivitách a „otuzovat se“ v normálních aktivitách*“ (Krch, 2002, s.31).

Nejčastější důvody k hospitalizaci dítěte:

- *váhový úbytek více než 25 % optimální tělesné váhy,*
- *dehydratace*
- *známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak...)*
- *přetrvávající zvracení nebo zvracení krve*
- *těžká deprese a sebevražedné chování*“ (Krch, 2002, s.32).

Tato kapitola se zabývá poruchami příjmu potravy u dětí. Zaměřuje se na mentální anorexii a mentální bulimii a popisuje jejich diagnostická kritéria. Také se věnuje atypickým formám těchto poruch u dětí. Popisuje somatické následky a nabízí možnosti léčby těchto poruch u dětí.

9 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V RODINĚ

Význam primární prevence vzrůstá vlivem stoupající incidence poruch příjmu potravy. Když už se objeví nebezpečné návyky a postoje je těžké je měnit, proto je daleko jednodušší těmto jevům účinně předcházet. Důležitá je informovanost dětí a jejich rodičů o poruchách příjmu potravy. V poslední době se však ukazuje, že je mnohem důležitější varovat je před nevhodnými jídelními zvyklostmi a nebezpečnými strategiemi kontroly tělesné hmotnosti. Primární prevence poruch příjmu potravy by tedy měla začínat v rodině, jelikož ta má na dítě silný vliv. Dítě se skrze nápodobu svých rodičů učí určitému chování. Rodina se stává pro dítě modelem, který mu ukazuje, co je správné a co ne.

Mnoho rodičů používá jídlo jako prostředek k výchově svých dětí. Když se dítě chová podle představ rodičů, například když dostane dobrou známku nebo uklidí, rodiče ho odmění tak, že mu dají nějakou sladkost a naopak. Tím dítěti ukazují, že jídlo neslouží jen ke stravovacím účelům, ale že skrze něj mohou prosazovat svoji vůli. Rodiče se snaží tímto manipulativním chováním prosadit či změnit určité chování nebo prožívání dítěte. Takovéto chování rodičů se stává problematickým tehdy, když začnou klást příliš velký důraz na odměňování a trestání svých dětí prostřednictvím jídla a zapomínají, že existují jiné a mnohem bezpečnější a účinnější metody, jak ovlivnit chování svých dětí. S jídelními manipulacemi také souvisí sebekontrola a kontrola. V některých rodinách je běžné, že dítě nemůže od stolu odejít dříve, než sní svoji porci. Dítě je již třeba syto, ale rodiče ho donutí pokrm dojíst a projeví radost nad tím, že to dítě přeci jenom zvládlo. Rodiče tak dítě učí, že nezáleží na jeho potřebách, ale na tom, co rodiče uznají za vhodné. Dítě vidí, že skrze to jak jí, může učinit své rodiče spokojené nebo naopak. Daleko vhodnější je dítěti ukázat, že pokrm sníst nemusí, ale zároveň mu potom neposkytnout možnost dojídat se něčím jiným. Dítě si tak pro příště zapamatuje, že když se nenají, bude mít hlad. Rodiče by také měli svým dětem ukázat i jiný význam jídla. Například to, že společný oběd či večeře může být krásně stráveným časem celé rodiny, který podporuje její soudržnost.

Mezi další velice důležité aspekty prevence poruch příjmu potravy patří stravovací návyky a zvyklosti, které rodiče u svých dětí formují již od narození. V poslední době se ukazuje, že se právě tyto správné návyky u dětí vytrácejí a to i přes to, že mohou významně přispět ke vzniku poruch příjmu potravy. O těchto stravovacích návycích a zvyklostech pojednává další samostatná kapitola.

Z dostupných informací o poruchách příjmu potravy lze odvodit několik rad, kterými by se měli rodiče řídit, aby u svých dětí předcházeli vzniku těchto poruch:

- Rodiče by si měli uvědomit, jaký je vztah k jejich tělu a jestli jejich tělesná hmotnost ovlivňuje jejich sebevědomí.
- Rodiče by měli být dobrým vzorem pro své děti v oblasti stravování, cvičení a v přijímání sebe sama.
- Důležité je, aby rodiče neřešili spory a problémy při jídle.
- Měli by své děti poučit o tom, že existují různé tělesné typy a rozdíly ve fyzickém vývoji dívek a chlapců, čímž mohou předcházet vzniku předsudků.
- Rodiče by se měli zamyslet nad tím, jaké požadavky a cíle kladou na své děti, ale i sami na sebe.
- Neměli by klást velký důraz na fyzickou krásu a měli by se vyvarovat výrokům typu: „Nejez, budeš tlustá“. „Když zhubneš, budeme tě mít víc rádi“ apod.
- Důležité je si s dětmi povídat o nebezpečích, které se skrývají v nejrůznějších dietách, ale i o zdravé a vyvážené stravě, o pravidelnosti ve stravování.
- Rodiče by měli naučit své děti, že se při jídle nevykonávají jiné činnosti, například dívání se na televizi nebo práce na počítači.
- Rodiče by měli svým dětem ukázat, že cvičení je činnost, která se dělá pro radost a pro udržení dobré kondice.
- Rodiče by se, spolu se svými dětmi, neměli vyhýbat aktivitám, které přitahují pozornost k tělu, například plavání, opalování, saunování, tancování apod.
- Důležité je i nosit oblečení, které je pohodlné, a které nezdůrazňuje nedostatky postavy.
- Rodiče by měli své děti vést k postojům, které ukazují, že nejen štíhlá postava je krásná a přitažlivá.
- Důležité je poučit své syny o tom, jak mohou nevhodné výroky a názory na ženskou krásu ovlivňovat dívčí sebevědomí.
- Rodiče by se měli snažit zvýšit sebedůvěru svých dětí v jiných oblastech než je fyzický vzhled.

Zdroj: http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=44&k=1#ixzz0PBxQpF0t

- Není správné jídla rozdělovat na dobrá a špatná, tedy na ty, co mají málo kalorií a na ty, co jsou vysokokalorická.
- Rodiče by měli svým dětem vysvětlit, že dieta, hmotnost, tělesné proporce a štíhlost nevede automaticky ke štěstí a naplnění.
- Rodiče by měli jít svým dětem příkladem v tom, že nebudou ostatní lidi posuzovat podle toho, jak vypadají a jakou mají tělesnou hmotnost. Tyto aspekty neříkají nic o charakteru či osobnosti člověka.
- Důležité je dětem vysvětlit smysl reklamy, ve kterých se často objevují mladí štíhlí lidé, kteří propagují například nějaké nezdravé potraviny či pochutiny a druhým protipólem je propagace tzv. light výrobků. Toto může vyvolat mylnou představu o tom, že pokud budu jíst určité potraviny, budu vypadat jako aktéři reklamy.
- Další problematickou oblastí jsou módní časopisy, ve kterých můžeme vidět vyhublé modelky, se kterými se pak mohou mladé dívky srovnávat. Proto je dobré se s dívkami bavit o tom, co vidí a čtou v časopisech a poukázat na nezdravou vyhublost modelek i některých známých osobností, na nesmyslnost prezentovaných diet a na to, že jsou fotky dívek často upravovány počítačem, tak aby jejich tělesné proporce vypadaly zdánlivě dokonale. O této problematice je dobré hovořit i s chlapci, jelikož i je mohou časopisy ovlivňovat v názorech na ženskou krásu.
- Důležité je dítěti poskytnout přiměřenou odpovědnost, která mu umožní vnímat sebe samo jako někoho, kdo má druhým co nabídnout. Dítě vidí, že je potřebné, což posiluje jeho sebevědomí.

Zdroj: <http://www.nationaleatingdisorders.org/>

Tato kapitola poukazuje na důležitost prevence v rodině a zároveň poskytuje přehled preventivních opatření pro rodiče.

10 VÝVOJ STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ

Ontogeneze psychiky, tedy vývoj psychiky od narození do konce života člověka, a s ním spojená výživa, je celoživotní proces. Celý život člověka je závislý na přísunu určitých látek, bez kterých by nebyl možný jeho vývoj, růst, obnova buněk a tkání. Kvalita a kvantita potravy se v průběhu života mění na základě požadavků organismu. V počátečních fázích života je potřeba velkého množství látek, které poskytují energii a minerály, které jsou nutné pro stavbu kostí. V dospělosti se pak nutriční potřeby odvíjejí například od úrovně fyzické aktivity a klimatických podmínek. Během celého života člověk potřebuje látky, které podporují organismus v boji proti choroboplodným činitelům.

10.1 Vývoj potravního chování

Vlivy výživy v prenatálním období na vývoj organismu

„Nutriční a psychologické vlastnosti jedince se tvoří dlouho předtím, než přijde na svět. Výživa dospělé ženy (stejně jako její osobnost) ještě dlouho před početím ovlivňuje vývoj a mnohé pozdější vlastnosti potomka“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s.154). Vyvíjející se mozek plodu a plod samotný je chráněn před kratším nedostatkem potravy. Tato ochrana je důležitá především na počátku těhotenství, kdy některé ženy těžko jídlo snášejí, trpí nechutenstvím nebo zvracejí. Avšak delší nedostatek určitých látek, především aminokyselin, minerálů a vitamínů, může vést k narušení vývoje plodu. Fyziologické a psychické vlastnosti matky ovlivňují vývoj plodu a podílejí se na určení schopnosti vyrovnání se s nedostatkem výživy a způsobem využití živin (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

Počátky potravního chování v postnatálním období

Podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) je první rok života velice důležitý pro vývoj potravního chování a nutriční osobnosti dítěte. V tomto období se vytváří základ dlouhodobým a pevným vzorcům potravního chování, preferencím a averzím vůči některým živinám a jídlům. Psychický vývoj dítěte je spjat s vývojem mozku, který

jednoznačně výživa ovlivňuje. Je tedy zřejmé, že pokud v tomto období dojde k poruše výživy, může dojít k dlouhodobým nebo dokonce i trvalým následkům. Důsledky nedostatečné výživy jsou mírnější s postupujícím věkem dítěte a dají se zmírnit či odstranit vhodnou nutriční terapií.

Každé novorozeně je vybaveno mechanismy pro přežití, které mu umožňují rozpoznat zdroj potravy, tedy matku. *„První pohyby, které přibližují novorozence k potravě, jsou souborem aktivit, uskutečňovaných prostřednictvím vývojově starých automatismů, reflexů (instinktů), z nichž některé má společné s dalšími savci. Dítě se těmito pohyby neučí, „naskočí“ samy o sobě, když přijde jejich čas“* (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s.155-156). Tyto pohyby označujeme jako tzv. hledací reflex. Jsou to pátrací pohyby hlavičkou napravo a nalevo, které směřují k prsní bradavce matky a jsou patrné jen v prvních dnech po narození. Novorozenec přijímá potravu sáním, jehož základem je vrozený sací reflex. První prožitky dítěte jsou tak spjaty se sáním, tedy s příjmem mateřského mléka, čímž dítě získává první zkušenosti s vnějším světem. Dítě je v příjmu potravy aktivním činitelem. Chování matky, ve kterém se odráží její nálada, neklid, deprese, emoční labilita nebo negativní vztah k dítěti, kojeneček vnímá a reaguje na ně. A nejen to, kojeneček je schopen vnímat i reagovat na matčiny verbální i neverbální projevy. To vše může mít negativní dopad na psychiku kojence a může tak dát základ ke vzniku negativního vztahu k potravě a zapříčinit první problémy spojené s jídlem.

Přechod od sání k příjmu tuhé potravy

Sací reflex zaniká po upevnění ontogeneticky novějšího způsobu příjmu potravy, i když se sání mateřského mléka a příjem tuhé stravy do jisté míry překrývají. Jelikož dítěti již mateřské mléko nutričně nestačí, začíná se mu postupně podávat tuhá strava. Tento přechod vyžaduje použití dalších nových mechanismů, které dítěti pomáhají jídlo zpracovat, trávit a využít živiny. Mezi 6.-7. měsícem věku se dítě naučí žvýkat a polykat. Mění se poloha i vzdálenost, ve které dítě potravu přijímá. V 9.-12. měsíci umí dítě sedět a učí se jíst ve vzpřímené poloze. Mění se frekvence i množství příjmu potravy. Příjem potravy se zvyšuje a zaměřuje se na světlou část dne.

Schopnost regulovat příjem potravy v dětském věku

„Pokud kojenec dostává mléko z matčina prsu, obvykle se „nepřepije“, kontroluje příjem podle potřeb svého tělíčka. Je vyzbrojen, jako i ostatní savci, instinkty, které fungují jako signály nasycení“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 158). Pokud matka z nějakých důvodů nemůže své dítě kojit a začne mu podávat potravu z lahve, má kontrolu nad tím, kolik toho dítě vypije. Některé matky, z obavy, že se dítě málo nají a bude mít hlad, zvyšují množství mléka nebo nedodržují jeho správné ředění a překrmují ho. To vede k větší zátěži trávicího a zažívacího ústrojí a může to být první základ k pozdější nadváze. V nedávné době proběhlo několik pozorování, která naznačila, že malé děti mají kontrolní mechanismy, které řídí příjem potravy. „Dětem ve věku 5-6 let se dala možnost spontánního výběru z nabídky normálních zdravých jídel. Bylo zjišťováno, kolik potravy (vyjádřeno její energetickou hodnotou) přijmou děti během 24 hodin. Sledování trvalo šest dní. V průběhu jednoho dne byla energetická hodnota jednotlivých jídel velmi variabilní, ale celkový denní energetický přívod byl pro každé dítě stálý“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 159). Jak se ukázalo, dítě je schopné řídit si denní příjem potravy samo podle své potřeby. Ovšem to lze pouze za předpokladu, že se dítěti podává přiměřená strava a nepřejídá se tučnými nebo sladkými pochutinami. Aniž by si to rodiče i ostatní dospělí, kteří jsou s dítětem v kontaktu, uvědomovali, mohou nevhodnými stravovacími návyky dítě poškodit již v raném věku.

10.2 Vývoj nutričních preferencí a averzí

10.2.1 Kritické vývojové periody pro přijímání nových jídel

Pro další vývoj potravního chování, které spočívá v rozšiřování jídelníčku dítěte, je velice důležité, kdy s tím rodiče začínají. Tento vývoj může být negativně ovlivněn jak předčasným zařazením tužší stravy, tak i jejím oddálením.

Kritická perioda pro chuť

Tato perioda se odehrává v období 4–6 měsíců věku dítěte. Je to období, kdy se kojenec setkává s novými chutěmi a pevnější texturou potravy. Pokud se dítěti toto nové složení potravy podává opakovaně, vytváří se u něj preference, která přetrvává. V dnešní době se

maminkám doporučuje, aby co nejdéle kojily, avšak i kojení v sobě skrývá jistá rizika. Mateřské mléko velice ovlivňuje strava, kterou matka přijímá. Pokud matka konzumuje například kořeněná jídla, může dítěti způsobit potíže. V tomto období není dítě připraveno na tyto výrazné chutě. Matka tak vytváří u dítěte předčasný odpor, který v pozdějším věku může vést k odmítání určitých pokrmů. Váhání s ukončením kojení, může mít vliv na vývoj vhodných potravních zvyklostí dítěte.

Kritická perioda pro chuť

Problémy s přijímáním tužší stravy mohou u dětí nastat, jestliže v období 6-7 měsíců neměly možnost potravy žvýkat. Nedovedou kousky potravy zvlhčit slinami a spolknout. Různá jídla vyvolávají různé smyslové vjemy v ústech dítěte, což je nezbytná zkušenost, která dítěti pomáhá ve vývoji jeho motorických dovedností, spojených s příjmem tuhé stravy.

10.2.2 Vývoj nutričních preferencí

Nutriční preference se vytvářejí již od počátku života. Všichni savci získávají své první preference na základě příjmu mateřského mléka, které je sladké, tučné a má svoji typickou konzistenci. Na základě této rané zkušenosti se u dětí vytváří obliba sladkého. Toto potvrdil i experiment, při kterém byl novorozenatům podáván sladký roztok. Novorozenata na něj intenzivně reagovala a to i zrychlením tepové frekvence. Již od narození se u dětí upevňuje preference sladkých a tučných pokrmů, kterým tuk dodává specifickou jemnost. S postupujícím věkem se u dětí vytváří obliba nejen sladkého a tučného, ale i slaného v kombinaci s tučným. Tato obliba se objevuje od osmnácti měsíců věku dítěte a je vázaná na chuťové vlastnosti pokrmů, které se jim podávají. Dle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) to nejčastěji bývají párky, smažené hranolky, hamburgery, burské oříšky apod. To, jak dospělí jedí, vytváří výživové návyky celé rodiny. V současné době roste spotřeba tuků mezi dospělými lidmi – rodiči, což vede i ke zvýšené konzumaci tučných jídel u dětí. Tučné i sladké pokrmy jsou součástí sváteční tabule a jsou tedy konzumována v pozitivním emočním i sociálním kontextu, což vede k upevňování preference těchto pokrmů u dětí. Je velice znepokojující, jak roste obliba těchto pokrmů u dnešních dětí. Tato obliba pak může vést k obezitě a dalším zdravotním obtížím, ale i ve vzniku některé z poruch příjmu potravy ve vyšším věku dítěte.

10.2.3 Averze k jídlu a jejich vznik

Stejně tak jak je člověku přirozená preference sladkého, je přirozená averze vůči hořkému a kyselému. Již v prvním roce života se vytvářejí averze vůči některým potravinám. To trvá asi do čtyř až pěti let, kdy se upevňují averze, které přetrvávají až do dospělosti. Averze může vzniknout na základě traumatické zkušenosti s nějakým pokrmem, po kterém bylo dítěti špatně, nebo když během jeho konzumace dítě zažilo nějaký nepříjemný zážitek. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) uvádějí, že vznik dlouhodobé averze může navodit nevhodný postoj nebo negativní emoční reakce dospělého. Biologickým základem averze je neofobie – strach z nového a neznámého.

Neofobie u dětí a problémy s přijímáním nových jídel

U malých dětí je neofobie častá. Na jejím základě je dítě ochráněno před požitím nějakých nebezpečných věcí. Tuto ochranu můžeme označit jako behaviorální strategii dítěte. Dítě, které začíná být velice pohyblivé a zvědavé, ochraňuje neofobie před požitím různých jedovatých listů, bobulí apod. Je tedy součástí vztahu dítěte k vnějšímu prostředí. „*Jídelní neofobie se vyskytuje často u dětí, kterým je podáno jídlo, s nímž se ještě ve svém životě nesetkaly. Může to být nezvykle vypadající, jinak chutnající pokrm nebo jídlo odlišné konzistence (textury) než je ta, které již přivykly*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s.164). Proto by se měla dodržet doba, kdy se má k tekuté stravě dítěte přidávat i pevnější strava. Pokud se pevná strava začne podávat až v sedmém měsíci nebo i později, má dítě po celou dobu dětství menší repertoár jídel, která přijímá. Jestliže má dítě neofobii k nějakému novému jídlu, je pro její překonání důležité opakované zařazování tohoto pokrmu do jídelníčku, pozitivní hodnocení dospělého a kladné posilování přijetí pokrmu. Neofobie bývá přechodným jevem a častěji se projevuje u chlapců. Vztah k jídlu se upevňuje prostřednictvím asociací mezi sensorickými klíči, psychosociálním a fyziologickým kontextem. Podmínění reflex patří mezi jeho hlavní mechanismy. Jídlo se stává součástí komunikace dítěte s dospělými i vrstevníky, hodnocení kvality života a zapojuje se do jeho představ o zdraví.

10.3 Sociální faktory v utváření nutričních zvyklostí a postojů k jídlu

Postoje dítěte k jídlu, se vyvíjí na základě vnějších vlivů. Tyto postoje se vytváří ještě dříve, než začíná období socializace. Dle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) jsou tři hlavní oblasti, které mají vliv na vývoj jídelních zvyklostí. Jsou to rodičovské vlivy, sociální vlivy a působení osob mimo rodinu, vlivy sdělovacích prostředků a kulturního prostředí.

10.3.1 Rodinný život a vznik jídelních zvyklostí dítěte

Na vývoj nutriční osobnosti dítěte velice působí životní styl rodiny, který je výsledkem mnoha faktorů. Podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) to jsou:

- existenční podmínky
- dostupnost potravních zdrojů
- sortiment kupovaných potravin
- sortiment připravovaných jídel
- emoční naladění rodiny
- interakce mezi členy rodiny
- organizace života rodiny (pracovní doba, odpočinek, kultura, sportovní vyžití)
- péče o duševní a tělesné zdraví
- způsoby zacházení s jídlem
- začlenění výživy do systému uznávaných hodnot

Stálé rozčlenění denního rytmu, ale i celého roku (víkendy, svátky, dovolená) souvisí s příjmem potravy. Pravidelnost příjmu potravy, tedy energie, je pro organismus velmi důležitá. Díky pravidelnosti se činnost organismu harmonizuje a ekonomizuje. Pro dítě je velice důležité, když se již od raného věku učí, že má život pevná pravidla. Jídelní pravidla se mění postupně s věkem dítěte. Novorozenec dostává stravu přibližně každou jednu až dvě hodiny a postupně se tento interval prodlužuje. Kojenec postupně přestává dostávat jídlo v noci a tak se u něj upevňuje rytmus bdění a spaní. Dítě se také začíná začleňovat do jídelních zvyklostí rodiny. Pro větší děti i dospělé je dobré rozdělit přísun potravy do více

než tři jídel denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře). „*Pravidelnost v jídlu i v rámci 24 hodin by měla být jedním ze základů zdravého životního stylu, která se pak přenáší i do rytmu ostatních denních činností*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 167). Děti ani dospělí by neměli jíst těsně před tím, než jdou spát, jelikož to zatěžuje organismus a může to vést k vytvoření nezdravých stravovacích návyků a ke vzniku obezity.

Roční cyklus a tradice ve výživě rodiny

Během roku se střídají různá období. Dříve k těmto obdobím patřily i různé druhy sezónních potravin, které se odrážely i v jídelníčku. I dnes se určitá sezónnost, a s ním spojené tradice, udržují. Nejvíce je to vidět v letních měsících, kdy je k dispozici čerstvá zelenina a ovoce.

I svátky byly dříve spojovány s pokrmy, které se jindy nepřipravovaly. Například o Vánocích to byla vánočka, o Velikonocích zase mazanec, jiná jídla se připravovala při posvícení. Pro děti byly svátky vždy něčím výjimečným, něčím, co intenzivně prožívaly a co se jim vrylo do paměti. Děti pak v budoucnu následovaly tradice, které byly pro jejich rodinu typické. Mezi důležité sváteční dny patřily narozeniny i jmeniny, které měly děti vždy spojeny s dorty a cukrovinkami. Tyto dobroty byly vždy něčím mimořádným. V mnoha dnešních rodinách tomu tak není a děti mají přísun sladkého každý den. „*Ztráta tradic, spojených s jídlom, má negativní stránky. Může souviset s úpadkem rodinného života, stálosti, pravidelnosti, rytmicky, což jsou činitele, velice důležité pro harmonický vývoj dítěte*“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 168).

Soudržnost rodiny a jídlo

Prostřednictvím svátků a společného jídla se upevňuje soudržnost rodiny a kladné vztahy v rodině. Je dobré když se i děti podílejí na přípravě jídla, jelikož to má dobrý vliv na jejich kognitivní a emoční vývoj. Tyto aktivity rozvíjejí dětskou fantazii, tvořivost a přináší radost z toho, že mohou udělat něco pro druhé. Avšak v současnosti výrazně klesá význam společných jídel. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) zjistily, že častěji se společně stravují matky s dětmi, a že dětské preference více ovlivňuje matka.

To jaké mají děti výživové zvyklosti je ovlivněno i vzděláním rodičů. V jednom výzkumu bylo zjištěno, že se vyšší vzdělání rodičů projevilo menším procentem tělesného tuku u jejich dcer. Nejen rodiče ovlivňují stravovací návyky dětí, ale určitý vliv mají i

sourozenci. To se děje v souvislosti s osamostatňováním a odpoutáváním se od rodičů, čímž pro dítě vzniká nový prostor pro nové sociální vztahy a vazby.

10.4 Sociální kontext příjmu potravy

Každé stravování se pro dítě stává sociální situací, ve které rodiče a dospělí vymezují svůj vztah k dítěti. To se děje prostřednictvím pochval, pokárání, ale i neverbálně. Dítě tyto projevy vnímá a na jejich základě si vytváří budoucí oblību nebo odpor k určitým pokrmům. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) uvádějí experiment L. L. Brichové z roku 1992, který se zabýval tím, jak ovlivňuje sociální kontext jídla jeho preferenci. Základem experimentu byly tři psychologické a sociální situace, ve kterých se pokrmy podávaly:

- Jídlo jako aktivita, nezbytná k dosažení určité odměny (např. se slovním doprovodem: „když sníš zeleninu, můžeš se dívat na televizi).
- Za určité chování nebo splnění úkolu, mohlo dítě získat jídlo jako odměnu (např. se slovním doprovodem: „byl jsi hodný, tak si můžeš vzít něco dobrého“).
- Jídlo podávané bez sociálního kontextu (dospělý nedával najevo žádný vztah ani pozornost vůči dítěti).

Během experimentu byly dětem podávány pokrmy, které předtím děti preferovaly, ale i ty, ke kterým měly odpor. Oblība pokrmů, podávaných bez sociálního kontextu, během experimentu se neměnila. U pokrmů, které dítě dostalo jako odměnu za dobré chování, se oblība zvyšovala. Ale jestliže dítě dostalo odměnu až po snědení podaného jídla, oblība tohoto pokrmu klesala. Tyto situace se poměrně často vyskytují v rodině. Rodiče odměňují dítě za to, že snědlo něco, co jim nechutná. Někdy dítě pokrm sní s velkým přemáháním. Je zřejmé, že tyto situace vedou k vytvoření negativního vztahu k jídlu.

Oblība jídel, které dítě nemá rádo, může nastat, jestliže dítě jí ve společnosti kamarádů, kterým pokrm chutná. Preference pokrmů nastává na základě společenské facilitace, která se nejlépe vytváří u tříletých dětí, ale působí i během předškolního a školního věku dítěte.

10.4.1 Mateřská škola a jídelní zvyklosti

Jedním z důležitých sociálních faktorů pro dítě je z hlediska jídelních zvyklostí mateřská škola. Význam má i pro výchovu života dítěte ve společnosti. S nástupem do mateřské školy mohou vzniknout určité problémy. Jídelní režim i sociální situace s ním

spojené se značně liší od těch, na které bylo dítě zvyklé z domova. Setkává se s novými pokrmy, starší děti si musí pro jídlo dojít samy a použité nádoby zase odnést. Pro dítě se mohou tyto situace stát negativní sociální zkušeností, zvláště pokud bylo dítě doposud zvyklé jíst pouze s rodiče nebo se sourozenci. Proto je dobré využít tzv. socializačních programů, které některé školky nabízejí, pro děti, které mají nastoupit do mateřské školy. Děti se tak seznamují s novým prostředím, s učitelkami, s dětmi i s hračkami a to vše společně s jedním z rodičů. Rodiče se mohou seznámit s jídelníčkem mateřské školy a zjistit tak, jestli by nějaký pokrm mohl být pro jejich dítě problematický. Je dobré, aby učitelku informovali o averzích dítěte, nechutenství či problémech, které má dítě s jídlem. Učitelka spolu s rodiči, pak může upravit jídelníček, tak aby jídelní situace nebyly pro dítě stresující a traumatizující.

10.4.2 Vliv reklamy na jídelní preference dítěte

Pokud děti sledují reklamní šoty v televizi, je vývoj jejich jídelních preferencí těmito šoty silně ovlivněn. Malé děti reklamě věří stejně tak, jako věří vysílaným pohádkám a příběhům. Reklamy se často zaměřují na nutričně méně hodnotné potraviny či pochutiny, a pokud je reklama spojena s pozitivní rolí, například v podobě nějakého oblíbeného hrdiny, má velký vliv na vývoj jídelních preferencí dítěte.

Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) popisují výzkum, který byl zaměřen na vliv reklamy na preference u dětí. Výzkum byl proveden u pěti až osmiletých dětí, kterým byly prezentovány tři druhy reklam. Reklamy, které propagují sladkosti, reklamy, které propagují ovoce a reklamy, které propagují vyváženou stravu. Kontrolní skupině nebyla prezentována žádná reklama. Po ukončení vysílání reklam byla dětem nabídnuta svačina, která se skládala z pomerančového džusu, zmrzliny, ovoce a dvou druhů sladkostí. Ty děti, které sledovaly reklamu na sladkosti, si nejméně ze všech vybíraly ovoce.

10.4.3 Dítě a veřejné stravování

„Společné jídlo dítěte s dospělými v restauraci může hrát úlohu ve formování společenského chování dítěte, ale i ve vztahu k rodičům. Může patřit k příjemným zážitkům, které si odnášíme z dětství i do pozdějšího věku“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 176). Přesto rodiče nedoceňují návštěvu restaurací a jídlo v restauraci hodnotí spíše podle kvantity, kvality a ceny. Návštěva restaurace, jako sociální situace, má význam pro rozvoj

osobnosti dítěte, ale může přinášet i některé problémy. Například v mnoha restauracích chybí vysoká dětská židle, takže aby dítě dosáhlo na stůl, musí na normální židli klečat, což je nepohodlné. Také často v restauracích chybí jídla a porce, které jsou vhodné pro děti. Dnešním trendem je dětem podávat kořeněná a těžce stravitelná jídla. Důležité je i to, aby se dítě v novém prostoru restaurace cítilo bezpečně. Pro dítě může být stresující hluk, který jde například z kuchyně nebo od společnosti jiných lidí sedících poblíž. Pro pohodu dítěte je zvuková kulisa důležitá a může dotvářet celý zážitek z návštěvy restaurace.

Návštěva restaurace je pro dítě výjimečná a nezvyklá situace, která může zpestřit jídelní zvyklosti rodiny. Platí zde jiná pravidla než doma. Dítě se stává součástí společnosti dospělých, stává se hostem i zákazníkem. Může si samo vybrat jídlo, tedy pokud mu rodiče nevnucují svoje představy, je obsluhováno na rozdíl od stravování ve školce či škole, kdy si pro jídlo musí přijít samo. Dítě se tak učí vyjadřovat svá přání. To vše u dítěte vyvolává pocit soudržnosti a rovnoprávnosti s dospělými. Dítě zažívá i nové komunikační zkušenosti tím, že komunikuje s personálem. Komunikace má jiná pravidla než doma. Dítě by nemělo křičet, ale mělo by se lépe vyjadřovat a dodržovat větší kázeň (Fraňková a Dvořáková-Janů 2003).

10.4.4 Nutriční výchova v rodině

„Výchovný styl rodičů je součástí způsobu života rodiny. Promítá se do utváření postojů dětí k jídlu, jejich nutričních zvyklostí. Na utváření výchovného stylu rodičů má však důležitý podíl i dítě. Může rodiče „trestat“ odmítáním jídla, odměňuje je tím, že sní neoblíbené jídlo a pod.“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003, s. 178). Vztah dítěte k jídlu mohou rodiče a dospělí ovlivňovat několika způsoby. Dle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) to jsou tyto: verbálně i neverbálně, skrze vlastní chování nebo tím, jestli potraviny používají k jiným než nutričním účelům.

Verbální podněty

Rodiče a ostatní dospělí, ovlivňují své děti, ať už pozitivními či negativními výroky o jídle. Děti jsou v tomto směru velmi vnímavé a citlivé. Na vývoj postojů, ale také na přijímání nových jídel, mají velký vliv především negativní výroky o jídle. Jestliže tedy rodiče podávají dětem nové jídlo, je dobré, aby to dělali se slovním doprovodem v závislosti na věku dítěte. Například můžou dítěti říkat, že jídlo dobře chutná, že je dobré

pro jejich zdraví. Mohou dítě poučit, jak se jídlo připravuje, z jakých surovin se skládá, jak se jmenuje apod. Pokud dítě jídlo odmítá, není dobré ho za každou cenu přesvědčovat, kárat či trestat. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) uvádějí výsledky výzkumu, který zjišťoval reakce matek na odmítání jídla jejich dětmi. Věk dětí se pohyboval v rozmezí od novorozenců až po šestileté děti. Výsledky ukázaly, že 40% matek reagovalo na odmítnutí pokrmu ignorací, 18% matek své dítě potrestalo nebo mu nedalo najíst, 16% matek nutilo své dítě k jídlu slovně, 15% matek projevovalo porozumění nebo své dítě utěšovalo, 10% matek svému dítěti vyhrožovalo, či jej nějak uplácelo, 4% matek dala svému dítěti k jídlu něco jiného.

Neverbální působení

Součástí komunikace jsou i neverbální projevy, které doprovázejí slovní vyjádření. Mimika může prozrazovat úzkost, nervozitu či nejistotu rodičů nad tím, co dítě s pokrmem provede, jestli ho sní, zda-li mu bude chutnat nebo naopak. Důležitá jsou i gesta a pohyby. Mohou být vyrovnané nebo naopak neúměrně rychlé, například když matka spěchá a chce, aby se dítě rychle najedlo. Dalším aspektem neverbální komunikace je tón hlasu. Příliš hlasitá či prudká řeč může u dítěte vyvolat nepříjemné pocity. Místo toho, aby slova a tón dítě povzbuzovala, spíše ho před pokrmem varují.

Potravní chování dospělých

Děti jsou velice vnímavé k chování svých rodičů i ostatních dospělých. Všimají si toho, jak se dospělí k jídlu chovají, jaký mají k jídlu vztah či postoj. Jejich chování je pro dítě vzorem. Důležité je, aby měl dospělý k jídlu úctu, jídlem neplýtvat, nepřipravoval více pokrmů, než je schopen sníst, nepřejídal se a aby nekladl na jídlo příliš velký důraz. Jestliže mají rodiče pozitivní a zdravý vztah k jídlu, je pravděpodobné, že si dítě na základě nápodoby také vytvoří dobrý vztah k jídlu.

Používání jídla k jiným, než nutričním účelům

Někteří rodiče používají jídlo k jiným, než nutričním účelům. Není špatné, když občas dají svému dítěti za odměnu nějakou sladkost. Avšak jídlo se může stát i trestem, pokud rodiče nutí dítě sníst pokrm, který mu nechutná, nebo když nemá hlad či chuť. Také někteří rodiče, když se na dítě zlobí, odeprou mu něco dobrého. Problémem je, když tyto praktiky

využívají velmi často a zapomínají i na jiné výchovné metody. Začnou manipulativně zacházet s jídlem a snaží se skrze jídlo dítě vychovávat. Dalším problémem může být to, když matky používají jídlo jako prostředek k uspokojení, především u nejmenších dětí. Když kojeneček začne plakat, matka mu dá napít. Avšak tímto způsobem nemusí odstranit příčinu nepohody dítěte. Takovéto uklidnění je sice nejjednodušší a nejpohodlnější, ale má svá rizika. *„Riziko je v tom, že může vést k narušení vývoje normálního potravního chování a správného vztahu k jídlu. Nevytvoří se asociace pouze mezi hladem a potravou. Jídlo se stává „všelákem“ na všechny potíže. To může dát základ pozdějším psychogenním poruchám příjmu potravy“* (Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V., 2003, s. 180).

Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) uvádějí v této souvislosti výsledky studie, která se prováděla u předškolních dětí. Zájmem studie byl kontext, ve kterém rodiče podávají jídlo svým dětem. Polovina rodičů poskytovala jídlo jako formu odměny, 29% matek používalo jídlo jako prostředek ke zklidnění dítěte, 10% matek trestalo své dítě tím, že mu nedalo najíst.

10.5 Nejčastější chyby rodičů ve výchově nutričních zvyklostí u dětí

Dle Fraňkové, Odehnala a Pařízkové (2000) existuje několik nejčastějších chyb, kterými mohou rodiče negativně ovlivnit postoje dětí k jídlu, vývoj jejich nutričních zvyklostí a potravního chování:

- Neznalost rodičů o zásadách zdravé výživy, o složení potravy, o správné technologii přípravy pokrmů, tak aby byla zachována, co největší nutriční hodnota. Jelikož nesprávnou úpravou jídlo ochuzují o vitamíny a minerální látky, které jsou nezbytné pro správný fyzický i duševní vývoj. Neschopnost rodičů předávat tyto informace svým dětem přiměřenou formou, v závislosti na jejich věku.
- Nevhodná skladba rodinného jídelníčku a malá rozmanitost ve stravování, která může dítěti zkomplikovat vstup do školky či školy tím, že ovlivňuje schopnost dítěte přizpůsobit se novým a neznámým pokrmům.
- Nešetrnost v zacházení s potravinami i s hotovým jídlom. Plýtvání je často vidět při oslavách či svátcích. Je důležité, aby rodiče učili své děti vážit si jídla i přírodních zdrojů, aby dali svým dětem základy ekologického myšlení, které souvisí

s ochranou životního prostředí a přírody, jelikož i tyto zásady pronikají do oblasti stravování a výživy.

- Nepravidelnost ve stravování rodiny nebo jen dětí, ale i nepravidelnost v denních aktivitách, do kterých patří i odpočinek. Při nepravidelném stravování a dlouhých pauzách mezi jednotlivými jídly, které prodlužuje hladovění, může dojít k poklesu hladiny glukózy v krvi, tedy k hypoglykémii.
- Nesprávné stravovací návyky rodičů a dětí, které spočívají v konzumaci pokrmů, které neodpovídají zásadám zdravé výživy. Často to jsou smažené, slané i sladké pokrmy, či hodně solené a kořeněné pokrmy, které zatěžují dětský, ale i dospělý organismus. Nesprávné stravovací návyky souvisí i s pitným režimem a to zejména tehdy, když rodiče svým dětem podávají nápoje obsahující velké množství cukru, chemických barviv a kofeinu.
- Nevhodné postoje dospělých k jídlu, kteří mohou přeceňovat význam jídla. Jídlo se dostává na první místa v hodnotovém žebříčku rodiny, stává se středem života a určuje jeho kvalitu. Ale ani podceňování jídla není vhodné, jelikož i to nám slouží ke zpříjemňování života a není pouze jen pohonnou hmotou.
- Nedobré a stresující chování rodičů při jídle. Není vhodné, aby se při společném jídle řešily spory mezi rodiči, stresující problémy v práci či ve škole, politická situace, dopravní či ekologické katastrofy apod. Společné jídlo by mělo být pro všechny příjemnou záležitostí, která dodává pocit soudržnosti rodiny.
- Nedostatek kultury stolování, která bývá v některých rodinách podceňována. Ke kultuře stolování patří čistý ubrus a prostírání, pěkný porcelán, ale i některé základní zásady etikety, jako je například správné držení příboru apod. Důležité je i čisté oblečení. Děti by se měly převléci ze školního oblečení či z oblečení na ven a měly by být umyté.
- Nevyvážené a extrémní diety nejsou vhodné ani pro děti, ani pro dospělé. Nevhodné je i přísné vegetariánství či veganství, makrobiotika a jiné jednostranné diety, které mohou pro děti znamenat velké riziko, jelikož se jim nemusí dostávat potřebných látek a živin, a to zejména bílkovin, vápníku a železa, které jsou nezbytné pro zdravý duševní i fyzický vývoj.
- Nerespektování věkových i vývojových zákonitostí, ale i individuality dítěte. Rodiče by měli podávat svým dětem pokrmy, které svým složením a úpravou odpovídají věkovým a vývojovým potřebám dítěte. V dětském období jsou

normální výkyvy v preferencích a averzích vůči některým potravinám. Většinou se jedná jen o krátké období a za nějakou dobu se vše zase upraví. Proto není vhodné, aby rodiče násilně nutili dítě k nějakému pokrmu, pokud k němu má dítě odpor.

Tato kapitola se zabývá vývojem potravního chování již od postnatálního období. Popisuje vývoj nutričních preferencí i averzí a nabízí přehled sociálních faktorů, které se podílejí na utváření nutričních zvyklostí a postojů. Dále tato kapitola předkládá zásady nutriční výchovy v rodině a nejčastější chyby rodičů ve výchově nutričních zvyklostí.

11 ŠETŘENÍ JÍDELNÍCH ZVYKLOSTÍ U ŽÁKŮ 6.TŘÍDY ZÁKLADNÍ ŠKOLY

11.1 Metodický úvod

Jak vyplývá z výše uvedených informací, jsou stravovací zvyklosti jednou ze složek prevence v rodině. Proto je cílem, tohoto dotazníkového šetření, zjistit, jaké jsou stravovací zvyklosti u dětí 6. třídy základní školy. Šetření jsem zaměřila na tři oblasti: pravidelnost stravování dětí, manipulativní zacházení s jídlem v rodině a jídelní zvyklosti.

11.2 Hypotézy

V současné době se ukazuje, že rodiče a potažmo i jejich děti nepřikládají velký význam správným stravovacím návykům a rodiče často využívají jídlo k jiným než nutričním účelům. Z tohoto zjištění vyvozují tři hypotézy:

1. Děti se pravidelně nestravují.
2. Manipulativní zacházení s jídlem je v rodině časté.
3. Děti nedodržují správné stravovací návyky.

11.3 Popis výzkumného vzorku

Šetření bylo zaměřeno na žáky druhého stupně základní školy, konkrétně na žáky 6.třídy, jejichž věk se pohybuje mezi 12 až 13 rokem. Celkový počet respondentů je 19 (počet dívek je 10 a počet chlapců je 9).

Tuto třídu jsem si vybrala proto, že jsem s ní v minulosti pracovala v rámci své dobrovolné činnosti a tudíž mezi námi již byla vytvořena základní důvěra.

11.4 Metodika

K tomuto šetření jsem sestavila vlastní dotazník (příloha č.1), který jsem zařadila do příloh. Vlastní dotazník jsem sestavila proto, že jsem neměla k dispozici dotazník standardizovaný, který by se zabýval touto tematikou. Sestavený dotazník se skládá ze 14 otázek. Pět otázek je zaměřeno na oblast pravidelného stravování dětí, čtyři otázky jsou zaměřeny na manipulativní zacházení s jídlem a pět na jídelní zvyklosti. První verzi dotazníku jsem nechala cvičně vyplnit dvěma dětmi a poté upravila otázky, které jim přišly méně srozumitelné. Ke každé otázce jsou vždy čtyři možné odpovědi, ze kterých si žáci mohli vybrat jen jednu.

11.5 Realizace a zpracování získaného vzorku

Jelikož jsem dotazníkové šetření prováděla během prázdnin, po předchozí domluvě s dětmi a jejich rodiči jsem vybrala dva termíny, ve kterých jsem šetření provedla. První termín byl 3.července 2009 a zúčastnili se ho čtyři dívky a šest chlapců. Druhý termín se uskutečnil 15.července 2009 a zúčastnilo se ho šest dívek a tři chlapci. Šetření proběhlo v klubovně základní školy vždy za stejných podmínek. Nejprve jsem dětem vysvětlila, čeho se dotazník týká a k jakým účelům bude využit. Poté jsem s dětmi prošla všechny otázky, abych se ujistila, že je děti správně chápou. Vysvětlila jsem jim, že na každou otázku musí zvolit pouze jednu odpověď. Čas na vyplnění dotazníku nebyl nijak ohraničen.

Pro vyhodnocení výsledků dotazníků jsem použila dvou hledisek. V prvním je zobrazeno početní a procentuální zastoupení odpovědí na jednotlivé otázky jednak pro všechny respondenty, dále pak pro dívky a chlapce odděleně. V druhém hledisku jsem přiřadila váhy jednotlivým odpovědím na otázky, otázky rozdělila do třech skupin podle faktické souvislosti a spočítala součet vah odpovědí na otázky pro již zmíněné kategorie u jednotlivých respondentů. Dále jsem rozdělila interval rozdílu mezi maximálním a minimálním součtem v dané kategorii na čtyři části, kvartily a podíl respondentů zasahujících do jednotlivých kvartilů zobrazila v grafu pro každou ze tří kategorií zvlášť. Své závěry uvádím níže.

Tabulka č.1 Výsledky všech respondentů

	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	4	4	9	2
Snídáš před odchodem do školy?	6	3	10	0
Svačíš?	3	8	7	1
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	14	4	1	0
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	3	6	8	2
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	8	5	4	2
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodiče, sourozenci) příjemné?	2	5	12	0
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	3	11	5	0
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodiče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0	6	11	2
Když nesníš nějaké jídlo (snídaně, oběd, večeře), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	3	9	4	3
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	4	7	6	2
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	2	4	8	5
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	2	11	5	1
Díváš se při jídle na televizi?	6	10	3	0

Tabulka č. 2 Výsledky všech respondentů

	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	21%	21%	47%	11%
Snídáš před odchodem do školy?	32%	16%	53%	0%
Svačíš?	16%	42%	37%	5%
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	74%	21%	5%	0%
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	16%	32%	42%	11%
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	42%	26%	21%	11%
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodiče, sourozenci) příjemné?	11%	26%	63%	0%
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	16%	58%	26%	0%
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodiče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0%	32%	58%	11%
Když nesníš nějaké jídlo (snídaně, oběd, večeře), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	16%	47%	21%	16%
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	21%	37%	32%	11%
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	11%	21%	42%	26%
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	11%	58%	26%	5%
Díváš se při jídle na televizi?	32%	53%	16%	0%

Z vyhodnocení všech dotazníků vychází, že pouze 21% dětí se sejde se svojí rodinou jednou denně u společného jídla, a že pro 63% dětí je společné jídlo s rodinou málokdy příjemné. 32% dětí uvedlo, že se u společného jídla někdo z členů rodiny hádá. 47% dětí uvedlo, že pokud nesní hlavní jídlo, mají poté často možnost dojít se nějakými pochutinami. Na otázku „Chodíš se najíst do fast foodu?“ označilo odpověď často 58% dětí. Více než polovina dětí – 58% se často při jídle kouká na televizi, přičemž 32% se při jídle kouká na televizi vždy. Dále vyhodnocení všech dotazníků ukazuje, že pouze 32% dětí snídá vždy před odchodem do školy. 74% dějí jí pravidelně třikrát denně, ale pouze 16% dětí pravidelně jí pětkrát denně. Na otázku „Dostáváš za odměnu sladkosti?“ zvolilo 58% dětí odpověď „často“.

Tabulka č.3 Výsledky dívek

	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	2	3	3	2
Snídáš před odchodem do školy?	3	2	5	0
Svačíš?	0	4	5	1
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	5	4	1	0
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	1	3	4	2
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	5	3	1	1
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodiče, sourozenci) příjemné?	2	2	6	0
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	2	6	2	0
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodiče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0	4	5	1
Když nesníš nějaké jídlo (snídani, oběd, večeři), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	2	5	2	1
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Tí za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	1	4	4	1
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	1	2	4	3
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	0	6	4	0
Díváš se při jídle na televizi?	1	7	2	0

Tabulka č.4 Výsledky dívek

	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	20%	30%	30%	20%
Snídáš před odchodem do školy?	30%	20%	50%	0%
Svačíš?	0%	40%	50%	10%
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	50%	40%	10%	0%
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	10%	30%	40%	20%
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	50%	30%	10%	10%
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodíče, sourozenci) příjemné?	20%	20%	60%	0%
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	20%	60%	20%	0%
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodíče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0%	40%	50%	10%
Když nesníš nějaké jídlo (snídani, oběd, večeři), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	20%	50%	20%	10%
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	10%	40%	40%	10%
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	10%	20%	40%	30%
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	0%	60%	40%	0%
Díváš se při jídle na televizi?	10%	70%	20%	0%

60% dívek uvedlo, že je pro ně společné jídlo s rodinou málokdy příjemné a u otázky „Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá?“ zvolilo 60% dívek možnost „málokdy“ nebo „nikdy“. 70% dívek udalo, že pokud nesní nějaké hlavní jídlo, má často nebo vždy možnost dojíst se sladkostmi či jinými pochutinami. 60% dívek se chodí najíst do fast foodů často a 70% dívek se při jídle často dívá na televizi. Na otázku „Snídáš před odchodem do školy?“ zvolilo odpověď „málokdy“ 50% dívek. 90% dívek jí vždy nebo často třikrát denně, ovšem pětkrát denně jí pouze 10% dívek. Na otázku „Dostáváš za odměnu sladkosti?“ zvolilo odpověď „často“ 60% dívek.

Tabulka č.5 Výsledky chlapců

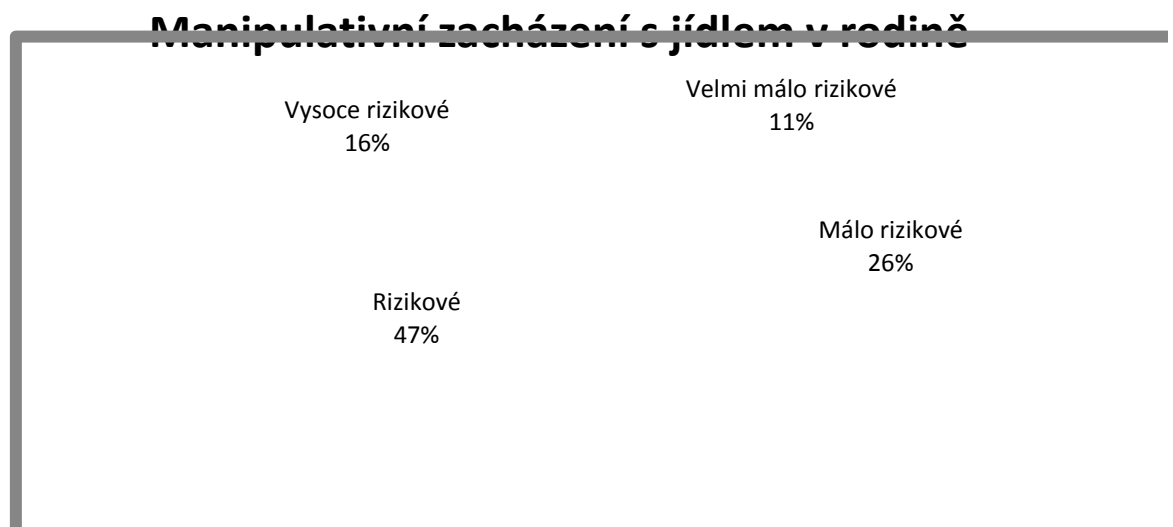
	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	2	1	6	0
Snídáš před odchodem do školy?	3	1	5	0
Svačíš?	3	4	2	0
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	9	0	0	0
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	2	3	4	0
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	3	2	3	1
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodíče, sourozenci) příjemné?	0	3	6	0
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	1	5	3	0
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodíče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0	2	6	1
Když nesníš nějaké jídlo (snídaní, oběd, večeři), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	1	4	2	2
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	3	3	2	1
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	1	2	4	2
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	2	5	1	1
Díváš se při jídle na televizi?	5	3	1	0

Tabulka č.6 Výsledky chlapců

	Vždy	Často	Málokdy	Nikdy
Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?	22%	11%	67%	0%
Snídáš před odchodem do školy?	33%	11%	56%	0%
Svačíš?	33%	44%	22%	0%
Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?	100%	0%	0%	0%
Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?	22%	33%	44%	0%
Obědváš během týdne ve školní jídelně?	33%	22%	33%	11%
Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodíče, sourozenci) příjemné?	0%	33%	67%	0%
Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidiš...)?	11%	56%	33%	0%
Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodíče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?	0%	22%	67%	11%
Když nesníš nějaké jídlo (snídaní, oběd, večeři), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?	11%	44%	22%	22%
Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?	33%	33%	22%	11%
Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?	11%	22%	44%	22%
Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?	22%	56%	11%	11%
Díváš se při jídle na televizi?	56%	33%	11%	0%

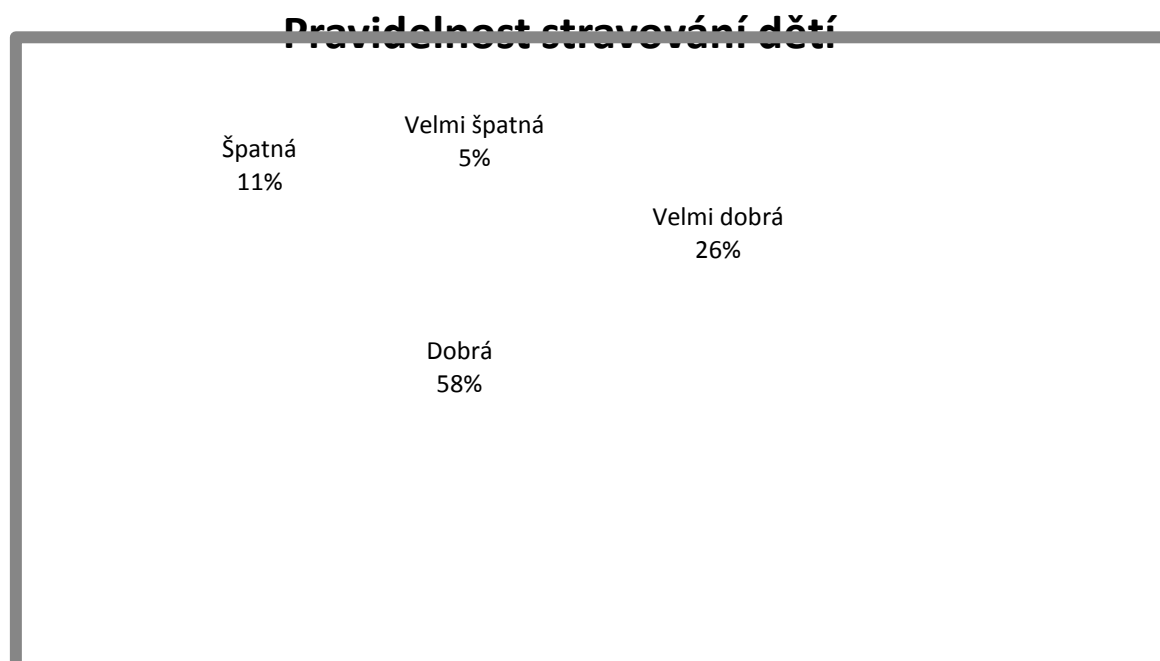
Z vyhodnocení dotazníků chlapců vychází, že 67% z nich se málokdy sejde se svojí rodinou u společného jídla a stejné procento chlapců uvedlo, že je pro ně málokdy společné jídlo příjemné. Na otázku „Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá?“ zvolilo možnost málokdy také 67% chlapců. 44% chlapců uvedlo, že pokud nesní hlavní jídlo, může se často dojít sladkostmi. 56% chlapců se chodí často najíst do fast foodů a stejné procento chlapců, tedy 56% se vždy při jídle dívají na televizi. Také 56% chlapců málokdy snídá před odchodem do školy, přičemž 100% chlapci uvedlo, že jí pravidelně třikrát denně, ovšem 44% chlapců jí pětkrát denně málokdy. 56% chlapců často dostává za odměnu sladkosti a 55% chlapců uvedlo, že jim rodiče vždy nebo často za trest odepřou nějaké sladkosti.

Graf č.1



Tento graf ukazuje, že manipulativní zacházení s jídlem v rodině je rizikové u 47% dětí, což potvrzuje moji hypotézu.

Graf č.2



Z tohoto grafu vyplývá, že většina dětí se pravidelně stravuje. 26% velmi dobře a 58% dobře (celkem 84%), což nepotvrzuje mojí hypotézu

Graf č.3



Z tohoto grafu je patrné, že až 63% dětí má špatné nebo velmi špatné jídelní zvyklosti, což potvrzuje mojí hypotézu.

11.6 Závěr šetření

Z výsledků dotazníkového šetření žáků 6. třídy, kterého se účastnilo 10 dívek a 9 chlapců vyplývá, že se dívky scházejí s rodinou u společného jídla častěji než chlapci, a že jak pro dívky, tak i pro chlapce je společné jídlo s rodinou málokdy příjemné. V rodinách dívek se častěji někdo z rodiny při společném jídle hádá, což může vést k tomu, že si dívky spojí negativní prožitek s jídlem, a to může negativně ovlivnit jejich stravování. Vysoké procento dívek i chlapců má možnost dojídat se sladkostmi a to i přes to, že nesní nějaké hlavní jídlo a stejně tak vysoké procento dětí se často stravuje ve fast foodech. Toho šetření také ukazuje, že vysoké procento dětí se dívá při jídle na televizi. Více než polovina dětí málokdy snídá před odchodem do školy. Všichni chlapci uvedli, že jedí pravidelně třikrát

denně, avšak z dívek tuto skutečnost uvedla pouze polovina. Vysoké procento dětí tvrdí, že dostávají za odměnu sladkosti a nižší procento dětí udalo, že jim rodiče za trest sladkosti odepřou.

Z celkového vyhodnocení jednotlivých kategorií dotazníků vyplývá, že manipulativní zacházení s jídlem, je v rodinách těchto dětí časté. Přičemž toto manipulativní zacházení s jídlem je považováno za nevhodný výchovný postup, který je rizikový a spolu s ostatními rizikovými faktory může přispívat ke vzniku poruch příjmu potravy. Proto by se prevence v rodině měla zaměřit na eliminování těchto postupů a rodiče by měli zvolit vhodnější výchovné metody. Z vyhodnocení kategorie „pravidelnost stravování“ vyplývá, že se děti stravují pravidelně, tudíž se moje hypotéza nepotvrdila. Vyhodnocení třetí kategorie potvrdilo moji hypotézu, že děti v této třídě mají špatné jídelní zvyklosti.

Jelikož se dotazníkového šetření zúčastnil jen malý počet respondentů, nedají se ze získaných výsledků tohoto šetření vyvodit obecné závěry. Toto šetření je tak spíše inspirací pro další práci.

12 ZÁVĚR

Cílem této práce je poukázat na problematiku poruch příjmu potravy, konkrétně na mentální anorexii a mentální bulimii, jak u dospívajících, tak i u dětí. Práce poskytuje pohled na multifaktoriální povahu těchto onemocnění a na jejich důsledky, které mají vliv na nemocného, ale i na jeho okolí. Pokud se na tyto poruchy díváme v souvislosti závislosti, ukazuje se, že závažnost a dopad těchto poruch je srovnatelná s jinými druhy závislostí, například se závislostí na alkoholu či drogách. Mladá generace má dostatek informací o těchto poruchách, avšak informovanost sama o sobě nestačí k tomu, aby zastavila vznik těchto onemocnění. Proto se práce zabývá možnostmi prevence poruch příjmu potravy v rodině, jelikož rodiče jsou pro děti velkým vzorem a mohou ovlivnit jejich stravovací návyky, chování i sebevědomí. Práce se v rámci preventivních opatření v rodině, zaměřuje na stravovací návyky, jelikož ty se formují již od narození. Poskytuje přehled vývoje jídelních návyků a poukazuje na kritické periody a zákonitosti, které jsou přirozenou součástí nutričního vývoje, a které je třeba respektovat. Práce také nabízí pohled na nejčastější chyby rodičů ve výchově jídelních návyků u dětí, které by mohly spolu s dalšími rizikovými faktory stát na pomyslném počátku vzniku některé z poruch příjmu potravy. Práce je doplněna dotazníkovým šetřením žáků 6.třídy základní školy, které ukázalo, že více než polovina těchto dětí má špatné jídelní zvyklosti.

Seznam použité literatury

COOPER, Peter. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání : Jak se uzdravit*. Olomouc : Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. s.247, 343, 432, 444, 450, 512. ISBN 80-7178-303-X.

HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

FRAŇKOVÁ, Slávka, DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.

FRAŇKOVÁ, Slávka, ODEHNAL, Jiří, PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha : HZ-Editio, 2000. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vyd. Praha : Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.

HALL, Lindsey, COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno : Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. s.206. ISBN 80-7178-535-0.

KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 150 s. ISBN 80-85824-51-5

KRCH, František, David. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František, David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František, David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie : Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1995. 135 s. ISBN 80-205-0499-0.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. s.164. ISBN 80-7178-348-X.

MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : Současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. upr. vyd. Praha : Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. vyd. Praha : Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie : Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

Seznam internetových pramenů

KULHÁNEK, Jan. *Idealni.cz : portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-08-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.idealni.cz/>>.

Nationaleatingdisorders.org [online]. c2009 [cit. 2009-08-10]. Dostupný z WWW: <http://www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?WebPage_ID=286&Profile_ID=41170>.

Občanské sdružení Anabell [online]. c2002-2009 [cit. 2009-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl121.php> >.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Idealni.cz* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-08-03]. Dostupný z WWW: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=44&k=1#ixzz0PBxQpF0t>.

Sekce poruch příjmu potravy při české psychiatrické společnosti JEP [online]. c2007 [cit. 2009-07-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/010300.pdf>>.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Idealni.cz* [online]. c2002-2009 [cit. 2009-08-03]. Dostupný z WWW: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=44&k=1#ixzz0PBxQpF0t>.

Příloha č.1

Dotazník

Milé děti, připravila jsem si pro Vás dotazník, který má zjistit, jaké jsou Vaše jídelní návyky.

U každé otázky zatrhněte vždy jen jednu ze čtyř možností.

Věk:

Pohlaví: dívka/chlapec

Otázka č. 1

Sejdeš se se svojí rodinou jednou denně u společného jídla (snídaně, oběd, večeře)?

- a) KAŽDÝ DEN
- b) ČASTO
- c) MÁLOKDY
- d) NIKDY

Otázka č. 2

Snídáš před odchodem do školy?

- a) KAŽDÝ DEN
- b) ČASTO
- c) MÁLOKDY
- d) NIKDY

Otázka č. 3

Svačíš?

- a) KAŽDÝ DEN

- b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 4

Jíš třikrát denně (snídaně, oběd, večeře)?

- a) KAŽDÝ DEN
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 5

Jíš pětkrát denně (snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře)?

- a) KAŽDÝ DEN
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 6

Obědváš během týdne ve školní jídelně?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 7

Je pro Tebe společné jídlo s rodinou (rodiče, sourozenci) příjemné?

- a) VŽDY
- b) ČASTO
- c) MÁLOKDY

d) NIKDY

Otázka č. 8

Dostáváš za odměnu sladkosti (za dobrou známku, za to, že uklidíš...)?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 9

Stává se, že se u Vašeho společného jídla někdo hádá (rodiče, rodiče se sourozencem, rodiče s jiným příbuzným-babička, děda, teta, strejda...)?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 10

Když nesníš nějaké jídlo (snídani, oběd, večeři), můžeš si pak dát něco dobrého (čokoládu, sušenky, chipsy...)?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 11

Když se na Tebe rodiče zlobí, odeprou Ti za trest něco dobrého k jídlu (sladkosti...)?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 12

Musí se u Vás v rodině dojídat jídlo, které se dostane na talíř?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 13

Chodíš se najíst do fast foodu (Mc Donald, KFC...)?

- a) KAŽDÝ DEN
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Otázka č. 14

Díváš se při jídle na televizi?

- a) VŽDY
 - b) ČASTO
 - c) MÁLOKDY
 - d) NIKDY
-

Děkuji za vyplnění!!! 😊

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: *Tereza Kuběnová*

Studijní program: *Sociální politika a sociální práce*

Studijní obor: *Magisterský program Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii a komunikaci*

Název práce: *Poruchy příjmu potravy, prevence v rodině a vývoj stravovacích návyků*

Počet stran bez příloh: 85

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: *Mgr. Jan Kulhánek*

Rok dokončení práce: 2009

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího diplomové práce

Studentka: **Bc. Tereza Kuběňová**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy, prevence v rodině
a vývoj stravovacích návyků**

Poměrně rozsáhlou diplomovou práci Terezy Kuběňové tvoří 89 stran textu včetně seznamu literatury a příloh, je členěna do 12 kapitol a přestože práce zahrnuje šetření pomocí dotazníkové metody, neužívá autorka formální rozdělení na teoretickou a empirickou část. Seznam literatury čítá 21 titulů (1 cizojazyčný), doplněný o 6 internetových zdrojů. Příloha obsahuje dotazník, sestavený autorkou pro šetření stravovacích zvyklostí dětí, popsaného v 11. kapitole diplomové práce.

Hned v úvodu píše autorka o závažnosti rozšíření poruch příjmu potravy zejména mezi mladými lidmi, o potřebě prevence i o vlivu stravovacích návyků v primární rodině. Tyto základní premisy autorka velice komplexně rozvádí na dalších 60 stranách (souhrnem diagnostických vodítek, historický vývoj pohledu na nemoc, možnosti léčby a další). V 11. kapitole ověřuje autorka pomocí vlastního dotazníku tři hypotézy: Děti se pravidelně nestravují, manipulativní zacházení s jídlem je v rodině časté a děti nedodržují správné stravovací návyky. Výsledky nepotvrdily pouze hypotézu o tom, že se děti stravují nepravidelně. Autorka v této kapitole stručně popisuje vybraný vzorek populace, metodu šetření, výsledky doplňuje o přehledné tabulky a grafy. Vzhledem k absenci standardizovaných metod či srovnatelného výzkumu nevidím jako problém to, že autorka svůj dotazník sama nestandardizovala.

Podle mě jde o precizní práci, ve které autorka prokázala nejen schopnost zpracovat srozumitelně a přehledně odbornou literaturu, ale také vzhled do zvolené problematiky a schopnost dobře metodologicky zvládnout výzkumnou část práce. Trochu mi v diplomové práci chyběla závěrečná diskuse, kde bývá prostor pro kritické zhodnocení své práce či naznačení souvisejících témat, které se do textu nevešly.

Diplomovou práci rozhodně doporučuji k obhajobě.

V Praze dne 16.9.2009

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek



Posudek oponenta diplomové práce

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Jméno a příjmení autora: **Tereza Kuběnová**

Název práce: **Poruchy příjmu potravy, prevence v rodině a vývoj stravovacích návyků**

Vedoucí práce: **Mgr. Jan Kulhánek**

Studijní program: **Sociální politika a sociální práce**

Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii a komunikaci**

Počet uváděných stran bez příloh: **85**

Celkový počet stran příloh: **4**

Počet titulů české literatury a pramenů: **20**

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: **1 (internetový odkaz)**

Počet internetových odkazů: **6**

Rok dokončení práce: **2009**

Formální zpracování:

S formálním zpracováním má studentka nemalé problémy. Z hlediska českého jazyka a členění textu nezvládla standardy diplomové práce. Na koncích řádků se často vyskytují předložky k, v, u, a další (např. str. 11, 14, 15, 27). V práci jsou použita zbytečně krkolomná souvětí, která obsahují nesmyslné koncovky a často se opakující slova, pro ilustraci souvětí ze str. 78: „Také 56% chlapců málokdy snídá před odchodem do školy, přičemž 100% chlapci uvedlo, že jí pravidelně třikrát denně, ovšem 44% chlapců jí pětkrát denně málokdy.“ Dalšími drobnými nedostatky je např. chybějící zarovnaní pravého okraje (např. str. 24, 36).

Z hlediska zacházení s odbornou literaturou není práce rovněž optimální. Studentka se věnuje tématu, o kterém bylo napsáno mnoho knih v angličtině a dalších jazycích, avšak žádného zahraničního autora necituje. Upíná se zejména k české literatuře s kognitivně-behaviorálním zaměřením. Práci by například prospělo obohacení o názory amerických či kanadských autorů (např. Garfinke, P. E., Garner, D. M: Anorexie Nervosa: A multidisciplinary perspective). Za naprostý exces považuji citace z internetových stránek laické společnosti Anabell.

Obsahová kritéria a zvolené metody:

Práce je členěna do dvanácti kapitol, avšak lépe by vyznělo rozčlenění na tři části. Po nevalném úvodu, který spíše připomíná abstrakt práce, následuje obecná část o poruchách příjmu potravy. K úvodu je nutné podotknout, že neobsahuje formulaci cílů diplomové práce, ani výchozí hypotézy, které by studentka chtěla prokázat či vyvrátit. Jako svou motivaci k výběru tohoto tématu uvádí: „Špatné stravovací návyky spolu s dalšími rizikovými faktory mohou stát na počátku vzniku poruchy příjmu potravy. Proto se ve své práci zaměřuji na vývoj těchto stravovacích návyků jako součásti prevence v rodině.“ Avšak prevenci v rodině je v celé práci věnována pouze kapitola 9, která má necelé tři strany.

Nejrozsáhlejší částí práce je obecné pojednání o poruchách příjmu potravy (kapitoly 1 až 8). Jedná se o průměrnou kompilaci děl několika českých převážně kognitivně-behaviorálních autorů. Jednostranné zaměření by se, vzhledem ke zvolenému tématu, dalo tolerovat u většiny částí práce, avšak v kapitole o psychoanalytickém přístupu k poruchám příjmu potravy, vycházející z kognitivně-behaviorálně orientovaného Krcha, mi připadá

neodborné. Proč zde autorka necituje Pontického, Kocourkovou, Papežovou či někoho z dalších autorů, kteří mají k psychoanalytickému přístupu u poruch příjmu potravy blíže? Obdobnou otázku bych položil i u skupinové, interpersonální a rodinné terapie.

Druhá část práce se týká prevence poruch příjmu potravy (kapitola 9) a vývoje stravovacích návyků (kapitola 10). Studentka zde vychází především z knihy FRÁNKOVÁ, Slávka, DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra: Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Autorka velmi zdařila mísí přímé a nepřímé citace s vlastními názory a postřehy. Členění desáté kapitoly je přehledné a jednotlivé části jsou dobře propojené. Škoda jen, že stejně tak kvalitní není i celý zbytek práce.

Ve třetí části se studentka pokusila o jakési dotazníkové šetření, které by se jen s těžší dalo nazvat výzkumem. To, co nazývá metodickým úvodem, nemá s metodikou nic společného. Formuluje tři jednoduché hypotézy, ale dále již neuvádí, zda-li je chce ověřovat kvalitativně, či kvantitativně. Píše, že šetření bylo zaměřeno na žáky druhého stupně, avšak používá výsledky dotazníkového šetření u velmi malého vzorku. Na str. 73 uvádí, že přidělila váhy jednotlivým odpovědím, z čehož pak vyvozuje závěry o manipulativním zacházení s jídlem v rodině. **Podle čeho ale přidělila váhy jednotlivým odpovědím? Jaká měla východiska pro jejich přidělení, a proč o nich nic nepíše?** Studentka dále interpretuje výsledky svého dotazníkového šetření a píše o dobrých a špatných jídelních zvyklostech (str. 80). **Jak ale vyhodnocovala dobré a špatné jídelní zvyklosti?** Za naprosto zavádějící a nesmyslné považují tabulky č. 2, 4 a 6. V nich studentka převedla vzorek devatenácti dětí na procenta (v tab. 6 dokonce pouhých 9 dětí) a následně uvádí, např. že 100% chlapců jí častěji, než 3x denně, ačkoliv jde pouze o 9 chlapců. Stejně tak údaj, že 22% chlapců jí vždy ve Fast foodu mi připadá silně zavádějící, jelikož se ve skutečnosti edná o 2 hochy.

Reliabilita celého výzkumu je nulová a o jeho validitě by se mohlo diskutovat. **Pakliže studentka použila dotazníkové šetření u devatenácti žáků, proč ho nesrovnala například s výzkumem VFN, která dávala téměř totožné otázky na mnoha desítkách škol? V případě, že se problematikou chtěla zabývat hlouběji, proč nepoužila kvalitativní metody?**

Na závěr této kapitoly autorka uvádí: „Jelikož se dotazníkového šetření zúčastnil jen malý počet respondentů, nedají se ze získaných výsledků tohoto šetření vyvodit obecné závěry. Toto šetření je tak spíše inspirací pro další práci.“ S tímto výrokem se ztotožňuji, avšak je škoda, že studentka nedala svému šetření hlubší rozměr.

Doporučení k obhajobě:

Pakliže PVŠPS nemá mezi podmínkami diplomových prací reliabilní výzkum a použití cizojazyčné literatury, pak práci doporučuji k obhajobě, v opačném případě nikoliv.

V Praze, 19.9.2009

Mgr. Klecanda Antonín

