

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta pedagogická

Bakalářská práce

2015

Kateřina Plechatá

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**POSTOJE STUDENTŮ STŘEDNÍCH ODBORNÝCH ŠKOL
K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Plechatá

Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra LOVASOVÁ, Ph.D.

Plzeň, 2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 1. dubna 2015

.....

vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D., za mnoho odborných rad, cenné připomínky a podněty, které mi v průběhu zpracovávání mé práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat. A v neposlední řadě děkuji svojí rodině za podporu a trpělivost v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
A TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	9
1.1 Historie sledování poruch příjmu potravy.....	11
1.2 Příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie.....	13
1.3 Mýty a omyly o poruchách příjmu potravy.....	18
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	23
2.1 Mentální anorexie.....	23
2.2 Mentální bulimie	25
3 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	27
4 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	32
4.1 Hospitalizace	32
4.2 Psychoterapie	32
4.3 Metody psychoterapie	33
B PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 MOTIVACE, CÍLE A METODY ŠETŘENÍ.....	35
5.1 Motivace výzkumného záměru	35
5.2 Cíl výzkumného šetření.....	36
5.3 Metoda sběru dat a práce s daty	37
6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE	38
6.1 Zkoumaný vzorek.....	38
6.2 Výsledky šetření.....	39
6.3 Shrnutí výsledků.....	74
ZÁVĚR	76
RESUMÉ	77
SEZNAM ZDROJŮ.....	78
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ	81
Seznam tabulek	81

Seznam grafů	81
Seznam obrázků.....	82
SEZNAM PŘÍLOH	83
PŘÍLOHA A: DOTAZNÍK	I

SEZNAM ZKRATEK

PPP	poruchy příjmu potravy
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
BMI	Body Mass Index
DSM	diagnostický statistický manuál
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá verze
WHO	World Health Organisation

ÚVOD

„*CHCEŠ-LI BÝT KRÁSNÁ, MUSÍŠ BÝT ŠTÍHLÁ*

(Bröhmová, 1999, s. 27).

Dnešní doba je ovládána médii a společnost jim podléhá čím dál tím více. Média udávají především módní trendy a formují náš pohled na lidskou krásu. S lítostí musím konstatovat, že v dnešní době nejde o krásu přírodní, ale o krásu, která se dá koupit. S tímto fenoménem je velmi úzce spojen i pojem poruchy příjmu potravy, kterým se zabývá i moje bakalářská práce.

Na dnešní společnost se ze všech stran hrnou mladí, krásní a štíhlí lidé a vypadají tak úspěšně a šťastně. Je možné je vidět na billboardech, v reklamách, v nekonečných seriálech, v časopisech, prostě kam se člověk podívá, tam jsou. Není tak divu, že se mnozí mladí lidé chtějí svým idolům „z plakátů“ co nejvíce podobat. Krása rovná se především štíhlost. V období dospívání je pro mladého člověka velmi důležité, jak vypadá, především pro dívky. Bohužel právě jim, které prochází velkou fyzickou a životní proměnou, jsou vyhublé modelky předkládány jako vzor.

Když se ohlédneme o několik století zpět, narazíme na poruchy příjmu potravy také. V dobách minulých se trýznily ženy hlady z různých náboženských důvodů, např. za jednu z prvních anorektiček můžeme považovat Kateřinu Sienskou. Další známou anorektičkou byla císařovna Sissi, která si úzkostlivě zakládala na úzkém pase, k němuž si dopomáhala hladověním. Ideál krásy spojovaný se štíhlostí však vznikl zhruba ve 20. letech 19. století a udržel se dodnes. Vlivem poválečného hospodářského růstu došlo v padesátých letech k určitému uvolnění a do módy přišly zaoblenější dámy. Tuto dobu symbolizuje dle mého názoru jedna z nejkrásnějších žen všech dob – Norma Jean Baker Mortenson, známější pod svým uměleckým jménem Marilyn Monroe. Bohužel v šedesátých letech se objevila vyhublá modelka Twiggy se vzhledem dítěte a od této doby přetrvává kult štíhlosti dodnes. Mladé dívky se několik desetiletí snaží vyrovnat těmto modelkám, ale bohužel jejich příběhy a touha po štíhlosti, a tím pádem i po úspěšnosti, mnohdy končí tragicky. Tyto dívky tak moc touží být štíhlé, že používají mnoho přípravků na hubnutí, drží velmi drastické diety, hlídají si každý gram váhy, mučí se v tělocvičnách do úmoru a hladovějí. Na druhé straně tu jsou dívky, které nedokážou držet diety a hladovět, a tak přistupují k nebezpečnému zvracení všeho, co pozřou. Všechny tyto

dívky žene k tomuto sebezničujícímu chování jediná věc – strach z nadváhy. I ony chtějí být přeci úspěšné, a to znamená „být štíhlá“.

V průběhu 80. a 90 let odborníci zaznamenali ohromný nárůst poruch příjmu potravy. Dalo by se mluvit i o epidemii. Mnoho mladých dívek v dnešní době také podléhá těmto potížím, a proto jsem se rozhodla věnovat se ve své bakalářské práci právě poruchám příjmu potravy.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část se zabývá vymezením poruch příjmu potravy (PPP), jejich historií, příčinami vzniku, diagnostikou, léčbou a prevencí. Druhá část se věnuje výzkumnému šetření. Pro účely tohoto šetření jsem zvolila kvantitativní metodu dotazníku vlastní konstrukce. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké povědomí mají žáci středních odborných škol o poruchách příjmu potravy a jejich vzniku, jestli mají osobní zkušenost s PPP, zdali by dokázali správně reagovat v případě, že ve svém okolí zaznamenají někoho s PPP, a které z etiologických příčin považují za nejdůležitější spouštěč poruch příjmu potravy.

A TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Při nedostatečné výživě a při nesprávném poměru mezi složkami stravy může dojít k poruchám příjmu potravy. K těmto poruchám může dojít i v případě nadměrného přísunu živin. Poruchy příjmu potravy lze rozdělit do dvou základních kategorií:

- a) PPP vznikající z vnějších příčin, jako jsou například organická onemocnění nebo z nedostatku potravních zdrojů.
- b) PPP jsou součástí chorobného psychického stavu (Fraňková, Dvořáková a Janů, 2003, s. 188).

Tato bakalářská práce je zaměřena na druhou skupinu vzniku poruch příjmu potravy.

„Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků se staly v posledních desetiletích centrem zájmu nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie. Ale také předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží rozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu, výkonu a slasti“ (Kocourková et al., 1997, s. 14.). Nejohroženější částí populace ve vztahu k poruchám příjmu potravy jsou dospívající dívky a mladé ženy. U těchto skupin se uvedené poruchy objevují nejčastěji. Podle některých autorů se tyto poruchy vážou nejen na kulturní specifika západních zemí, ale především na podmínky vyvinutých společností zaměřených na výkon a úspěch. Nejznámějšími z poruch příjmu potravy jsou mentální bulimie a mentální anorexie. Někteří odborníci uvádí, že u 30-50 % anorektiček se porucha vyvine v bulimii. Další zase tyto poruchy striktně oddělují a pro každou poruchu přesně vymezují její typické diagnostické charakteristiky. Konkrétní poruchy příjmu potravy určuje Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10):

- *„mentální anorexie,*
- *atypická mentální anorexie,*
- *mentální bulimie,*
- *atypická mentální bulimie,*
- *přejídání spojené s psychologickými poruchami,*
- *zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami,*
- *jiné poruchy příjmu potravy,*
- *pica u dospělých,*

- *psychogenní ztráta chuti k jídlu*“ (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59), 2014).

Podle Krcha (1999) lze určovat i další specifické typy mentální anorexie a mentální bulimie:

- *„Nebulimický (restriktivní) typ mentální anorexie – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.*
- *Bulimický (purgativní) typ mentální anorexie – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.*
- *Purgativní typ mentální bulimie: provádí pravidelně zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika.*
- *Nepurgativní typ mentální bulimie: používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.“*

V současnosti jsme obklopeni mnoha návody, jak určit optimální hmotnost a tvar těla. Samozřejmě ideální proporce se různí z pohledu módy, sportu a zdraví. Nejčastěji je v současnosti používán Body Mass Index (BMI) neboli index tělesné hmotnosti.

Podíl tuku v těle závisí na pohlaví, věku a etnickém původu jedince. U žen (18-30 % celkové hmotnosti) je podíl tuku vyšší než u mužů (10-25 % celkové hmotnosti). S přibývajícím věkem se svalová hmota jedince snižuje, zatímco podíl tuku v těle roste (Krch, 1999, s. 81).

„BMI je index tělesné hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce. Index vypočítáme jako podíl hmotnosti těla v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech“ (Fialová, 2001, s. 78).

Autorem BMI neboli indexu tělesné hmotnosti je Belgičan Adolphe Quetelet. V minulosti byl používán pouze k určení obezity. BMI porovnává výšku a hmotnost člověka bez ohledu na věk a pohlaví:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Tělesná hmotnost (kg)}}{\text{Tělesná výška (m)}^2}$$

Dosazením požadovaných parametrů do vzorce získáme výsledek, kterým si dle níže uvedené tabulky lehce ověříme, zdali je jedinec v ohrožení.

Tabulka 1: Kategorie BMI a zdravotní rizika

BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená Zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita stupeň I.	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita stupeň II.	Vysoká
> 40	Obezita stupeň III.	Velmi vysoká

Zdroj: Posouzení skladby těla pomocí BMI, WHR, bazální metabolismus. *Lifestyle Academy* [online]. (c) 2011 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.nutriacademy.cz/lifestyle/skladba-tela-pomoci-bmi-whr-bazalni-metabolismus.php>

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je podváha charakterizována BMI pod 18,5 a obezita BMI vyšším než 30. Vzhledem k tomu, že BMI neodráží podíl tuku a svalové hmoty, je třeba zohlednit některé faktory. Například u sportovců s větší svalovou hmotou vyšší BMI neznámá nadváhu, protože tuk proti svalové hmotě bude nižší, než u jedince se shodným BMI, ale vyšším množstvím tuku.

1.1 Historie sledování poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy byly zaznamenány již v dávné minulosti. Dodržování různých drastických půstů bylo součástí mnoha náboženských rituálů nebo reakcí na zhoršené životní podmínky.

Vývoj poruch příjmu potravy v kostce:

- „2. století – Galén jako první použil termín anorexie.
- 12. až 15. století – Hladovění je součástí různých rituálů, které očišťují duši od hříchů.
- 16. století – Tzv. hladovějící ženy pronásleduje církev a označuje je jako „posedlé ďáblem“, hladovění je trestáno více než přejídání.
- 1689 – Britský lékař Richard Morton je uváděn jako první, kdo popsal mentální anorexii.

- 1874 – William Gull publikoval svoji přednášku o anorexia nervosa – základní příznaky nemoci jím popsané jsou platné i v dnešní době.
- 1890 – Spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normálně urostlou ženu za ‚monstrum‘.
- 1917 – Dr. Lulu Hunt Peters zavedl termín kalorie, který byl v té době používán pouze ve fyzice.
- 1967 – Na scénu vstupuje první vyhublá modelka Twiggy, která odstartovala kult štíhlosti přetrvávající dodnes. Uveřejnil ji na titulní straně světově známý módní časopis Vogue. Twiggy v té době vážila 41kg a měřila 170 cm.
- 1970 – Švédský psychiatr S. Theander upozorňuje na obrovský nárůst PPP.
- 1979 – G. Russell poprvé veřejně použil termín bulimia nervosa, v této době také vznikají první specializovaná zařízení pro léčbu PPP.
- 1987 – WHO prohlašuje, že PPP jsou celosvětovým zdravotním problémem.
- 1990 - současnost – Kladení důrazu na prevenci a znalost PPP už ve školním věku, veřejnost si začíná uvědomovat nebezpečnost propagování kultu štíhlosti a otevřeně se proti němu vystupuje (Navrátilová, 2000, s. 152-154).

Už ve starověku byly popisovány různé formy PPP. První zmínky o PPP již zaznamenal Hippokrates v 5. stol. př. n. l. a označoval je jako asithia. Jako vůbec první použil termín anorexie Galén ve 2. stol. n. l. V dřívějších dobách bylo hladovění součástí různých očištných rituálů, kdy lidé věřili, že půstem očistí svoji duši od hříchů. První známou anorektičkou byla Kateřina Sienská, která z náboženských důvodů došla k přesvědčení, že nemusí do konce života jíst a přijímala jen malé množství chleba, vody a čerstvé zeleniny. Používala i různé rostliny, které vyvolávaly zvracení, aby se zbavila přebytečné potravy. Jako první nejlépe popsal anorexii anglický lékař Richard Morton, nazývaný taktéž prvním „portrétistou mentální anorexie“. Další historicky významnou postavou z pohledu PPP je Whitey Gull, který ve své přednášce pro anglickou lékařskou společnost prvně užil termín anorexia nervosa. Co se týče mentální bulimie v literatuře, moc záznamů nenajdeme. Přejídání bylo typické pro doby blahobytu v antickém Římě. Lidé se přejídali a následně zvraceli, aby se opět mohli přejíst. Tento jev popsal již Seneka. Ve starověku byl tento způsob jídelního projevu symbolem ekonomické nadřazenosti určité skupiny lidí. Koncem sedmdesátých let 20. století byl použit termín bulimia nervosa anglickým psychiatrem Geraldem Russelem, který popsal její klinické příznaky. V České republice se PPP začali lékaři zabývat na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

v šedesátých letech minulého století. Dalšími významnými osobnostmi, které se zabývají PPP u nás, jsou například Hana Papežová, Jana Kocourková a především František David Krch (Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup, 2010).

Historie nám ukazuje, že poruchy příjmu potravy nejsou žádnou novinkou, naopak sahají až do doby před naším letopočtem. Tato problematika existovala v dobách minulých a ať už lidi vedla k trýznění svého těla víra nebo jako dnes módní trendy, je třeba si uvědomit hrozbu a zbytečnost těchto nemocí a snažit se vzniku PPP zamezit, jak nejvíce to jde.

1.2 Příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie

„Poruchy příjmu potravy představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů“ (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 8).

Podle Sladké-Ševčíkové mohou vyvolat poruchu příjmu potravy biologické faktory (ženské pohlaví, rozložení tuku v těle – hruškovitý tvar postavy, vysoký index hmotnosti těla – pro tuk), psychologické faktory (jsou rizikové a každá z poruch má svá specifika, anorektičky trpí úzkostí, jsou perfekcionistické, zaměřené na výkon; bulimičky jsou naopak impulsivní, emocionálně labilní, s tendencí k sebepoškozování a depresi), rodinné okolnosti (zásadní je způsob komunikace v rodině – formální způsob: zaměření na perfekcionalismus a výkon, obsahový způsob komunikace: rodina zaměřena na zdravou výživu a štíhlost), sociokulturní podmínky (zásadní problém je prezentace kultu štíhlosti dnešní doby, sociokulturní prostředí západních zemí je zaměřeno na přehnanou štíhlost), (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 9-11).

Mentální anorexie a mentální bulimie nemají přesně určenu jednu příčinu. Vznikají v důsledku působení několika vlivů, jako jsou biologické, psychologické a sociální faktory. Vágnerová (2004, s. 467-470) uvádí, že vznik PPP ovlivňuje soubor několika faktorů: genetická dispozice, biologická dispozice, vývojově podmíněné specifické zátěže, odmítání ženské role, dysfunkční rodinné vztahy a sociokulturní prostředí. Lze tedy říct, že příčiny poruch příjmu potravy jsou kombinované.

Podobně se k příčinám staví i jiní autoři, například podle Krcha (1999, s. 57-78) můžeme příčiny vzniku poruch příjmu potravy rozdělit do několika okruhů:

- a, biologické faktory,
- b, osobnost a další psychologické faktory,

- c, emocionální faktory,
- d, rodinné prostředí a genetické faktory,
- e, sociokulturní faktory,
- f, náročné životní situace.

Biologické faktory vzniku poruch příjmu potravy

Významnou roli při vzniku PPP hraje pohlaví. U žen je riziko vzniku 10-20krát vyšší než u mužů. „*Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla*“ (Málková a Krch, 2001, s. 77). U dívek a chlapců byly prokázány zásadní rozdíly ve vnímání svého těla. Toto vnímání sebe sama je nejrizikovější v průběhu pubescence a adolescence. Nástup puberty u dívek může být rizikový z pohledu poruch příjmu potravy, protože tělo dívky se rychle mění ukládáním tuku v rizikových partiích a dívky se rychle vzdalují předepsanému kultu štíhlosti dnešní doby. Jejich BMI se během puberty (8-16 let) změní z 16 na 19, a to je pro ně významný rozdíl. Naopak chlapci v tomto období rostou a mužní a přibližují se mužskému ideálu. Někteří autoři dávají do souvislosti poruchy příjmu potravy s menstruačním cyklem. U anorektiček ve zhruba 10-20 % amenorea předchází pokles váhy v důsledku omezení příjmu energie, v ostatních případech je to naopak. U bulimiček je menstruační cyklus spojován s vyšší frekvencí bulimických epizod právě v období premenstruačního syndromu. Zde autoři vychází z výzkumů, které prokazují, že kalorický příjem ženy je v období zhruba 10 dnů před ovulací o 500 kalorií vyšší, než je obvyklé. Dalším z biologických faktorů, který ovlivňuje příčiny vzniku PPP, je tělesná hmotnost. S rostoucí váhou jedince narůstá i jeho nespokojenost sám se sebou, a tím vzrůstá i riziko používání drastických diet a poruch příjmu potravy. Odborné výzkumy prokázaly přímou úměru spokojenosti se svým tělem a množstvím uložených tuků v určitých partiích lidského těla. Výzkum potvrdil, že ženy s daleko vyšším sklonem k poruchám příjmu potravy mají uloženo vyšší množství tuku na bocích, hýždích a stehnech. Je nutno podotknout, že prudké a opakující se změny váhy jsou stejně rizikové jako obezita. Stejně tak jako předchozí biologické faktory ovlivňuje příčiny vzniku PPP i raná adolescence. V tomto období si jedinec mnohem více než kdy jindy uvědomuje sám sebe. Pubescenti o sobě hodně přemýšlí, hodnotí se a srovnávají se se svým okolím, hlavně s vrstevníky. V tomto období jsou vnitřně daleko nejistější dívky, které se strachují, že budou neoblíbené, což pramení z jejich nízkého sebevědomí. Puberta a adolescence je pro

dospívající velmi náročné období, které jim přináší mnoho změn a způsobují stres. Proto je toto období tolik rizikové pro vznik poruch příjmu potravy (Krch, 1999, s. 62-64).

Osobnost a další psychologické faktory

Někteří autoři jsou toho názoru, že příčinami poruch příjmu potravy jsou osobnostní rysy člověka. Pro anorektičky je specifická touha po úspěchu a dodržování etických a společenských norem. Těmto pacientkám chybí fantazie, vynalézavost, nemají vlastní vůli. Tyto dívky mají nízké sebehodnocení a jsou fixované na primární rodinu, protože mají strach z ní odejít a přizpůsobit se změnám s tím souvisejícím. Bulimičky jsou oproti anorektičkám impulsivnější, trpí více depresemi, pocity viny a jsou mnohem emocionálně labilnější. Obecně pro pacienty s poruchami příjmu potravy platí, že na sebe kladou vysoké nároky, podceňují se, jsou příliš sebekritičtí a trpí přílišnou sebekontrolou (Švédová a Mičová, 2010).

Emocionální faktory

Pacienti trpící poruchami příjmu potravy velmi často trpí i stavy úzkosti a depresemi. Zhruba 20 % pacientů s anorexií a 40 % pacientů s bulimií mají depresivní poruchu. Někteří autoři dokonce tvrdí, že anorexie je forma sebevražedného chování. U bulimie jsou ovšem deprese mnohem výraznější než u anorexie, zhruba 20-80 % bulimiček má depresivní poruchu. „*Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch existuje většinou shoda v tom, že negativní sebehodnocení, pocity inefektivity, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko poruch příjmu potravy*“ (Krch, 1999, s. 71).

Rodinné prostředí a genetické faktory

Mnoho odborníků včetně terapeutů a pacientů i jejich nejbližších poukazuje na to, že start mentální anorexie a mentální bulimie úzce souvisí s rodinou a událostmi probíhajícími v rodinném kruhu. Mnoho pacientů s poruchou příjmu potravy vyrůstalo v rodině, v níž chybí citová vzájemnost mezi jejími členy, někdo z rodiny zneužíval alkohol nebo jiné návykové látky či v neposlední řadě člen rodiny (zpravidla matka) také trpěl poruchou příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy mohou mít rovněž základ v rodinách, v nichž se úzkostně dbá na výživu, matka často držela různé diety (spíše sklony k anorexii) nebo v rodinách, kde vládl chaos a vyskytovala se nedostatečná péče o dítě (spíše sklony k bulimii)(Krch, 1999, s. 65-69). Další rizikové faktory, které se vyskytují

v rodinách pacientů s PPP, jsou např. nevhodné až kritické komentáře tělesného vzhledu a tělesné váhy, vysoké ambice, vysoká očekávání rodičů, nadměrná kritika rodičů a kladné hodnocení pouze mimořádného výkonu (Švédová a Mičová, 2010).

„Pro každou rodinu, která se setkala s poruchou příjmu potravy, jsou příznačné určité znaky:

- *Především složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde je blízkost ceněna více než samostatnost a seberealizace. Tímto dochází ke spojení dítěte s jedním rodičem a vyloučí se tak rodič druhý.*
- *Vyhýbání se určitým problémům bez jejich řešení. Rodina sama neumí a nedokáže se s danými konflikty vyrovnat a mluvit o nich – řešit je.*
- *Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny, jež vede především k nadměrné ochraně. Například rozpad rodiny (rozvod rodičů) může vést u dítěte k pocitu, že by bylo vhodné svoji rodinu ochraňovat – zachránit ji.*
- *Malá přizpůsobivost v rodině vůči dítěti. V dospívání se ovšem potřeby mladého člověka neustále mění. V některých rodinách nastává ten problém, že nejsou schopny se daným potřebám dospívajícího přizpůsobit, naopak je pouze vstřebají“* (Galová, 2013).

Sociokulturní faktory

Podle mnoha autorů je zásadní problém v měnícím se sociokulturním prostředí. Zhruba před šedesáti lety byly trendy úplně jiné. Lidé měli obavu z podvýživy, byli v kurzu prostředky na příbrání a ideál ženskosti byl viděn rozdílně. Zatímco dnes se na nás z časopisů a reklam vrhají vyhublé krásky a reklamy na diety a „zaručené“ redukční prostředky. V současnosti se obzvláště v západních zemích klade důraz na extrémní štíhlost a přehnanou sebekontrolu. Někteří autoři tvrdí, že módní trendy velmi ovlivňují především dospívající, kteří si myslí, že jim štíhlost zajistí úspěch a uznání okolí. *„H. Bruch pokládala módní průmysl a sdělovací prostředky odpovědné za to, že rozšiřují názor, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti“* (Krch, 1999, s. 58). Současný model štíhlosti, který nám předkládají masová média, je pro většinu žen biologicky nedosažitelný a dokonce ohrožující na zdraví a životě. Lehčí nadváha je v dnešní době považována za selhání člověka, které vede k jeho izolaci a diskriminaci. I přes kult štíhlé postavy a neustálé potřeby „být štíhlý“ hmotnost lidí v západních zemích roste. Poruchy příjmu potravy nazýváme také kulturně

podmíněným syndromem, to znamená, že tyto nemoci mohou být pochopeny pouze ve svém specifickém kulturním kontextu. Tyto poruchy se bezpochyby vyvíjí v závislosti na sociokulturním prostředí. „*Jak ale připomíná Kleiman (1988): V kulturním kontextu, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl*“ (Krch, 1999, s. 61-62).

Obrázek 1: Příklad reklamy na prostředky na přibrání

9 kg
přibrala

9 kg, které se stejnoměrně rozdělily na obličej, paže, ňadra, boky a lýtky. Vaše postava tímto přírůstkem váhy získá na kráse a stanete se žádoucnější.

Budete-li vždy po jídle užívat chutných „**ETA-TRAGOL**“ bonbonů (účinkují stejně u dam, pánů i dětí), přibudete v několika týdnech na váze o 5 až 15 kg. Vysedlé kosti v obličejí a na ramenou zmizí. Budete přibírat kilo za kilem. Nevolnost a nechut k životu zmizí a stanete se zjevem plným síly a života. Zvětší se i počet Vašich červených krvinek, posílí se i Vaše nervy a krev. Krabice Kč 30—, 3 krabice Kč 75—, Porto zvlášť proti dobírce.

Objednejte u firmy

HYDIKO, Praha II., Spálená 34-116 a.

Zdroj: Krch, 1999, s. 60

Náročné životní situace

Podle některých autorů jsou náročné životní situace počátkem poruch příjmu potravy jako reakce na stresové situace. Mnoho pacientek spojuje poruchu příjmu potravy právě s takovou situací. Nejčastěji postižení uvádějí nepříjemnou narážku okolí na svůj vzhled, sexuální potíže, osobní selhání, výraznou změnu životní situace, rodinné neshody apod. Většinou pak tyto situace vedou k pocitům méněcennosti. Pacienti se je snaží překonat snahou o dokonalé tělo, a to je může dovést až k PPP. Je však možné, že tyto výzkumy mohou být zkresleny osobním pohledem jak zkoumaného, tak terapeuta, rodiny i výzkumníka (Švédová a Mičová, 2010).

1.3 Mýty a omyly o poruchách příjmu potravy

Naše společnost bývá někdy velmi skeptická k novým či neznámým věcem. V dřívějších dobách byly psychické poruchy vysvětlovány např. posednutím děblem a léčeny vymítáním děbla z těla, které mělo leckdy fatální následky. Dnes máme mnoho možností a informací, proto je třeba se snažit přistupovat k těmto věcem se znalostí faktů a nepodléhat mýtům a omylům. Pokud tyto mýty a omyly nezničíme, pacienti s těmito poruchami budou neustále narážet na neporozumění a nepochopení, které nutně ke zvládnutí své nemoci potřebují.

Nejčastější mýty a omyly o poruchách příjmu potravy jsou:

„Na mentální anorexii a mentální bulimii nelze zemřít.“

Bohužel tomu tak není. Mentální anorexie patří mezi psychické nemoci, na které se umírá nejvíce. Když srovnáme úmrtnost na mentální anorexii s úmrtností na ostatní psychická onemocnění, vyjde nám trojnásobně vyšší hodnota. Na mentální anorexii umírá 5-20 % trpících touto poruchou. Úmrtnost se zvyšuje podle doby trvání nemoci. Do 10 let od prvních příznaků onemocnění umírá 5-10 % postižených a do 20 let od prvních příznaků nemoci se toto procento zvyšuje až na 18-20 %. Je pravda, že u mentální anorexie je úmrtnost až třikrát vyšší než u mentální bulimie, nicméně i bulimičky své nemoci podléhají. Především u nich dochází k selhání srdce jako následek dehydratace a ztráty draslíku a sodíku (Galová, 2013).

„Postižené poruchami příjmu potravy jsou jen adolescentní dívky.“

Poruchy příjmu potravy můžeme nalézt napříč generacemi. Je pravda, že se objevují především v období dospívání, ale není výjimkou, že se s nimi setkáváme i u dětí a seniorů. Obě dvě skupiny se stávají čím dál více ohrožené. Lze souhlasit s tím, že se tyto poruchy převážně vyskytují u dospívajících dívek, ale rozhodně nelze říci, že je to jediná skupina, u které se PPP objevují. Podle posledních výzkumů se až v 15 % objevují PPP u mužů. Více než 90 % pacientů začíná trpět poruchami příjmu potravy mezi 12. až 25. rokem života. Nemůžeme tedy tvrdit, že jde pouze o nemoc, kterou trpí dívky v rané adolescenci. (Každá pacientka zvrací aneb největší mýty o anorexii a bulimii, 2010)

„Mladí touží být důležití, a proto si vymysleli poruchy příjmu potravy.“

Tohle tvrzení je bohužel mylné. Tyto poruchy jsou nejčastějším onemocněním dospívajících. Jsou řazeny mezi psychická onemocnění (viz MKN-10). Poruchy příjmu potravy postihují častěji ženy bez rozdílu sociálního postavení či rasy. To ovšem neznamená, že muži těmito onemocněními postiženi nejsou. Mentální anorexií trpí asi 0,5 % ženské populace a 0,1 % populace mužské. Mentální bulimie postihuje zhruba 1-3 % žen a 0,1 % mužů. Na počátku těchto poruch často bývá nějaký druh redukční diety, která riziko vzniku těchto onemocnění zvyšuje až 7x. Je třeba si uvědomit, že mentální anorexie a mentální bulimie mohou vést ke smrti a dlouhodobě působí potíže postiženým i jejich okolí (Galová, 2013).

„Psychické potíže a potřeba se trestat předchází vzniku PPP.“

Psychické potíže typu deprese, podrážděnosti, nízkého sebehodnocení, stavů úzkosti a nejistoty a v neposlední řadě sklonů k sebepoškození jsou až důsledkem nemoci. Poruchami příjmu potravy jsou často postiženi jedinci s nízkým sebevědomím a perfekcionisté. Všichni tihle lidé se snaží získat obdiv svého okolí. Příčin vzniku poruch potravy je opravdu mnoho, jeden ze zásadních je dnešní kult štíhlosti, kde štíhlý = krásný = úspěšný. Tento obraz úspěšného člověka nám denně nabízí masová média v různých reklamách, časopisech a podobně (Galová, 2013).

„Pokud jste štíhlý, budete ve společnosti oblíbení a úspěšní.“

Trendy dnešní doby jsou čím dál tím více zaměřeny na štíhlost, ale mnohdy si neuvědomujeme, že přílišná štíhlost může vážně poškodit zdraví. Nadváha se v dnešní době neodpouští a někdy krutě trestá. Lidem s nadváhou jsou často přisuzovány i negativní lidské vlastnosti, jako je hloupost, lenost atd. Štíhlost je dnes považována za měřítko úspěchu ve společnosti. Ideálů ženské krásy se napříč historií vystřídal mnoho. Jako příklad můžeme uvést módu ve staré Číně, kdy si ženy bandážovaly nohy, aby jim zůstaly malá drobná chodidla. I tento trend vedl k trvalému poškození zdraví. Lidé, kteří trpí PPP, překročili zdravou hranici zájmu o vlastní tělo, trpí úzkostmi a depresemi, ztrátou zájmu o sex a zpravidla se společnosti vyhýbají. Být štíhlý rozhodně neznamená mít úspěch ve společnosti (Papežová, 2000 s. 13).

„Lidé s poruchou příjmu potravy ve skutečnosti nechtějí pomoci.“

Je nutné si uvědomit, v jakém období života poruchy příjmu potravy vznikají. Obvykle se jedná o období dospívání, kdy je člověk zranitelný, těžko mluví o svých pocitech, je citlivý, nachází vlastní sebeúctu a především se snaží získat respekt svého okolí. Většina pacientů s PPP není ochotna začít s léčbou a všemožně se léčbě brání. Tento fakt je běžnou zkušeností. Nicméně pacienti, kteří byli léčeni bez souhlasu, dosáhli úplně shodných výsledků jako pacienti, kteří léčbu zahájili dobrovolně. Dokonce tito pacienti po skončení léčby projevují větší uznání a vděk za svoji léčbu (Mýty a polopravdy o anorexii a bulimii, 2010).

„Mentální anorektici nikdy nezvrací.“

Mentální anorexii můžeme rozdělit do dvou typů. **Typ nebulimický** (restriktivní) – u těchto pacientů nedochází k záchvatům přejídání a **typ bulimický** (purgativní) – u těchto pacientů dochází k pravidelným přejídáním spojeným se zvracením. Zhruba 30-50 % anorektiček se v průběhu nemoci stanou bulimičkami (Krch, 1999, s. 15).

„Mentální bulimie není tolik nebezpečná jako mentální anorexie.“

Bulimičky jsou zpravidla na první pohled velmi úspěšné atraktivní ženy, které mají normální hmotnost. Jenže tahle nemoc s sebou přináší mnoho zdravotních poškození, jako jsou například praskliny zažívacího traktu spojené s přejídáním, záněty hltanu a poškození zubní skloviny z opakovaného zvracení, zácpa nebo žaludeční vředy. Mentální bulimii doprovází také mnoho psychických potíží, jako je podrážděnost, nejistota, úzkost, nekoncentrovanost, nedostatek sebedůvěry či ztráta zájmu o společnost (Galová, 2013).

„Záchvatové přejídání nepatří do spektra poruch příjmu potravy.“

Záchvatové přejídání můžeme popsat jako nadměrnou konzumaci velkého množství potravy v průběhu krátkého času, ale na rozdíl od bulimie nekončí zvracením. Je také spojováno obezitou, která je vnímána jako civilizační choroba. V tomto případě je zdrojem úzkosti a strachu jídlo. Depresivní nálada spouští cyklus přejídání, který způsobuje pocit viny. Doprovodné příznaky této nemoci jsou například již zmiňovaná obezita, pocit izolace, úzkost nebo deprese. Toto onemocnění postihuje lidi všech věkových kategorií, z toho je zhruba 60 % žen. Záchvatové přejídání bezpochyby patří

stejně jako mentální anorexie a mentální bulimie do skupiny poruch příjmu potravy (Galová, 2013).

„Mužů se PPP netýkají a jejich nezměrná touha po ohromujících svalech není problém, cvičení je přeci zdravé.“

Je pravda, že o poruchách příjmu potravy mluvíme spíše v ženském rodě, ale ani chlapcům a mužům se tato problematika nevyhýbá. Poruchy příjmu potravy jsou u žen a dívek 10-20krát vyšší, ale v celkovém počtu jde i u mužů o vysoká a nezanedbatelná čísla. Muži oproti ženám se nesoustředí na redukci váhy prostřednictvím diet, ale orientují se více na cvičení. Nejvíce postižených mužů pochází ze sportovního prostředí, kde se klade důraz na tělesné proporce, například balet, tanec, gymnastika, skoky na lyžích, krasobruslení a jezdeckví. V těchto sportovních odvětvích jsou na hmotnost jedince kladeny přísné nároky. Cvičení je rozhodně zdravé. Všechno má ale svou míru, a to platí i o cvičení. Je nutné si uvědomovat, že organismus potřebuje i regeneraci a čas na odpočinek. V případě, že člověk propadne nadměrnému cvičení, formování vlastního těla a odsouvá i důležité povinnosti kvůli cvičení, ničí si zdraví. Posedlost cvičením, u kterého dochází k potlačování emocí, kdy člověk není schopen tyto emoce vyjádřit jinak, nazýváme bigorexie. Bigorexií trpí velké množství pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií, vyskytuje se ale i samostatně a v tomto případě se týká především mužů. Příčiny této choroby můžeme hledat ve společnosti. Je to především tlak okolí. Pro postiženého jedince je fyzický vzhled nade vše důležitý a pro něj tou nejvyšší hodnotou. Dalším ovlivňujícím faktorem může být rodina, v níž se člověk už od dětství věnuje sportu, a jsou na něj kladeny vysoké nároky. Člověk s bigorexií trpí chronickou únavou, je nekoncentrovaný, ztrácí fyzickou i psychickou vitalitu, trpí svalovou únavou, má křeče, které vyvolává ztráta minerálů kvůli přetížení organismu, a zpomalení srdečního rytmu v průběhu cvičení v důsledku přetrénování (Galová, 2013).

„Porucha příjmu potravy u adolescentů je projevem selhání rodičů.“

Rodiče, škola, spolužáci a vrstevníci jsou v období dospívání pro jedince velmi důležití. Spouštěčem PPP mohou být rodinná traumata (např. vážná nemoc v rodině, úmrtí v rodině nebo rozvod rodičů). Ale pokud je dítě negativistické a skrz tento pocit posuzuje vše, co kolem něj je a odehrává se, je velmi náchylné k tomu, aby všechny rodinné problémy považovalo za svou vinu a svoje selhání. Čím více je dítě v tomto ohledu pesimistické, tím snadněji sklouzává k PPP. Podle Claude-Pierreové (2001, s. 99) většina

rodičů pacientů s PPP jsou rodiče milující. Touha po úspěchu pramení především z pacientů samých a ne z přehnaných požadavků rodičů.

„Alternativní způsoby stravování patří mezi poruchy příjmu potravy a tuk je pro naše tělo škodlivý, čím méně tuku máme, tím lépe pro naše tělo.“

Alternativní způsoby stravování jsou často velmi kontroverzní, mají mnoho přívrženců a odpůrců. Nicméně každý z nás má právo se svobodně rozhodnout pro vlastní svobodný životní styl. Mezi nejznámější alternativní způsoby stravování patří vegetariánství. Vegetariánství není porucha příjmu potravy. Vegetariánství je jednou z forem alternativních způsobů stravování. Je třeba si dát pozor, protože někteří nemocní mohou svou poruchu za tento alternativní způsob stravování schovávat. Vegetariáni se zaměřují na rostlinné potraviny a z konzumace vylučují především maso. Další alternativní způsoby jsou např. veganství, frutariánství, vitariánství, makrobiotika či syrová strava. Lidé k těmto způsobům stravování přistupují z mnoha důvodů (móda, ochrana zvířat, touha jíst zdravěji apod.). U dětí a dospívajících však mohou v důsledku nedostatečnosti některých důležitých živin způsobit i zdravotní potíže (osteoporóza, chudokrevnost). Tato rizika jsou stejná i pro kojící matky a seniory. Mezi základní živiny, které ve stravě člověk potřebuje, patří sacharidy, bílkoviny a v neposlední řadě i tuky. Tuky jsou zdrojem energie pro lidský organismus, jsou stavební složkou biologických membrán, chrání vnitřní orgány, slouží jako ochrana před chladem a slouží ke snadnějšímu vstřebávání vitamínů, které jsou rozpustné právě v tucích. Denní příjem stravy by měly tvořit sacharidy (50-55 % denní dávky), tuky (25-30 %) a bílkoviny (15-20 %). Je tedy více než jasné, že člověk bez tuku žít nemůže. Pro zdravé tělo je velmi důležité mít správný poměr všech složek ve stravě: organických složek, vitamínů, minerálních látek a enzymů (Galová, 2013).

„Poruchy příjmu potravy není možné úplně vyléčit.“

Z poruchy příjmu potravy se vyléčit lze. Je ovšem pravda, že ne všichni pacienti to dokáží. Pro trpícího PPP je velmi těžké říci: „Potřebuji pomoc.“ Je třeba si uvědomit, že proces léčby je velmi zdoluhavý a může trvat i několik let. Důležitá je motivace nemocného k léčbě. Pacient se musí zbavit utvrzeného negativismu. Zapudit PPP je velmi náročné a znamená to, že se pacient musí naučit žít s neustálou obavou z návratu akutního onemocnění. Na vyléčení se z PPP pacient potřebuje porozumění, trpělivost a velké množství času. Cílem léčby je pacienta naučit pravidelnému jídelnímu režimu (Claude-Pierre, 2001, s. 99).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

2.1 Mentální anorexie

„Mentální anorexie (*anorexia nervosa* – náruživá abnormální snaha zhubnout)“ (Leibold, 1995, s. 44).

„Mentální anorexie je charakterizována ubýváním hmotnosti, které je úmyslně vyvoláno a udržováno. Je přítomna specifická psychopatologie – obava z tloušťky. Tato obava má charakter ovládané až nutkové myšlenky. Pacientky samy usilují o nízkou hmotnost. Následně vzniká podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí. Nízké hmotnosti dosahují různými způsoby, tj. buď nejčastěji hladověním (restriktivní typ), nebo přejídáním a následným vypuzováním (vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, klyzmat)“ (Navrátilová, 2000, s. 154).

Pro postižené touto nemocí je zvýšení váhy hrůznou představou. Tento strach z nadváhy je provází na každém kroku. Anorektičky odmítají jíst pro svoji utkvělou představu, že jsou tlusté. Mají narušené vnímání vlastního těla. Toto vnímání je neobjektivní. Metody, kterými dívky snižují svou tělesnou hmotnost, se různí. Zhruba jedna polovina dívek trpících touto chorobou drží hladovky a velmi intenzivně cvičí. Ostatní využívají dalších metod, jako je zvracení nebo používají různá laxativa (projímadla), anorektika (léky snižující chuť k jídlu) a diuretika (léky, které odvodňují organismus člověka). Pro dívky trpící mentální anorexií se snižování tělesné hmotnosti stává smutnou životní cestou (Papežová, 2000, s. 10-11).

Dívky trpí fobií z tloušťky a z jídla. O mentální anorexií mluvíme ve chvíli, kdy dojde u pacientky ke snížení váhy o 15 % oproti normálu. Hladovění přináší pocit uspokojení a snižuje úzkostné stavy pacientky. Anorektičky si v podstatě vytvářejí závislost na pocitu hladu. Hlad je pro ně důkazem toho, že nepřibírají na váze, a to v nich vzbuzuje pocit úspěšnosti. U některých pacientek se hladovění projevuje zvýšeným zájmem o jídlo. Jídlu se nevyhýbají, ale nejde o přímou konzumaci jídla, ale například o sbírání receptů, hovoření o jídle a přípravu pokrmů pro ostatní. Mentální anorexie začíná zhruba mezi 14. a 18. rokem života ženy, v některých případech se může objevit i později. Může se jednat jen o jednu epizodu nebo může mít chronický průběh. Vývoj této choroby není příliš optimistický. V průměru se vyléčí 30 % nemocných, 20 % zůstává těžce nemocných a jejich stav je kolísavý a zhruba 5 % postižených umírá. Většina postižených trpí pocitem nespokojenosti, selhání a cítí se osamělé. Také zpravidla nedokážou zvládnout

partnerskou roli a zůstávají samy bez partnera. Nástup choroby bývá plynulý a pozvolný. Anorektičky lze srovnat s lidmi, kteří začali užívat drogy. Ze začátku si okolí nemusí všimnout, že je něco v nepořádku. Naopak mohou anorektičku pochválit za snížení váhy a její pevnou vůli při cvičení apod. Tato podpora utvrdí postiženou o správnosti svého chování. Postižené pokračují v redukci váhy a v tomto období je takřka nemožné je přesvědčit, že jejich chování je za hranicí zdraví a nebezpečné. Podceňují závažnost svého chování a nepřiznávají jakékoliv potíže. Opírají své argumenty o zdravou výživu, lžou a podvádějí, aby se vyhnuly řešení problému. Se snižováním tělesné hmotnosti dochází ke kompletnímu vyčerpání organismu a následně k únavě. Dívky trpí bolestmi břicha, hlavy a dochází u nich k poruchám spánku. Mění se celkově osobnost postižených, jsou úzkostné, podrážděné a trpí depresemi. Přestávají mít zájem o své okolí, vrstevníky, nemoc jim ničí sociální vztahy. Jediné, o co má anorektička zájem, je hubnutí. Vše další nemá žádný význam (Vágnerová, 2004, s. 470-475).

Obrázek 2: Mentální anorexie v praxi



Zdroj: Anorexie (mentální anorexie) a bulimie. *CZblog* [online]. 27.11.2011 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://czblog.cz/anorexie-mentalni-anorexie-a-bulimie/>

Na závěr je možné podle Krcha shrnout výše uvedená diagnostická kritéria do tří základních znaků:

1. „aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
2. strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
3. amenorea u žen“ (Krch, 1999, s. 15).

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie a mentální anorexie jsou dvě nemoci, které jsou velmi často vzájemně propojeny. „*Onemocnění je charakterizováno opakovanými a nekontrolovatelnými záchvaty příjmu velkého množství potravy, která je navíc většinou energeticky bohatá. Po periodě přejídání se u nemocných objevují pocity tělesného dyskomfortu doprovázené pocity deprese a viny. Následuje perioda kompenzatorního chování, kdy se nemocné snaží nadměrného množství požití potravy zbavit. Nejčastěji tak činí navozením zvracení nebo užitím projímadel. Opakované zvracení má za následek elektrolytické poruchy a jiné somatické komplikace.*“ Mentální bulimie je velmi často propojena s mentální anorexií anebo se v ní v mnoha případech postupem času (několika měsíců nebo let) vyvine (Navrátilová, 2000, s. 173)

Bulimičky mají nezkrotnou touhu se přejídat, hltají nadměrné množství jídla a poté následují hladovky, zvracení nebo používání projímadel. „*Výraz ‚prejídání‘ je používán v různých významech. Určitý čas trvalo, než se ustálila klinická definice přejídání, avšak v posledních několika letech bylo dosaženo shody. Přejídání je chápáno jako jídelní epizoda se dvěma charakteristickými rysy. Za první, podle běžných měřítek je snědono obrovské množství jídla. Za druhé, jídlo je provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly*“ (Cooper, 2000, s. 20). Pacientky trpící bulimií navíc sužuje chorobný strach z obezity, který je spojen s neschopností kontroly příjmu jídla. Velmi jim záleží na vzhledu, tělesných proporcích a váze. Na rozdíl od anorektiček mají bulimičky normální sexuální aktivitu. Bulimičky jsou často impulsivní a neschopné sebeovládání. Tyto vlastnosti jsou pro ně typické. Většina bulimiček má normální tělesnou váhu, pouze některé jsou podvyživené, mohou ovšem trpět i nadváhou. Tyto pacientky často trpí pocity viny z přejídání, výčitkami svědomí a také depresí. Na počátku nemoci postižení sní jen o trochu více, než původně chtěli. Ale ve chvíli, kdy začnou zvracet, se rozvine nadměrné přejídání. Stravovací režim bulimiček je velký chaos. Nejrizikovější věk ženy je mezi 15. a 20. rokem života, ojediněle se může porucha objevit v pozdějším věku. Jejich cílem

je „štíhlost“, za kterou jsou v podobě různých preparátů ochotny utratit velké finanční obnosy. Také jejich spotřeba jídla je mnohem větší a finančně náročnější. Toto finanční zatížení řeší některé bulimičky krádežemi nebo podvody. Bulimičky také velmi často zneužívají diuretika a trpí závislostí na psychostimulačních lécích, alkoholu a drogách (Vágnerová, 2004, s. 474-477).

3 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) určuje konkrétní specifika poruch příjmu potravy takto:

- *„Mentální anorexie:*
 - *Je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.*
- *Atypická mentální anorexie:*
 - *Poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze. Například některý z klíčových příznaků jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea nejsou přítomny, ale je výrazný váhový úbytek a chování směřující k redukci váhy. Tato diagnóza by neměla být použita, pokud má pacient nějakou somatickou chorobu spojenou s hubnutím.*
- *Mentální bulimie:*
 - *Je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie trvající od několika měsíců po několik let.*
- *Atypická mentální bulimie:*
 - *Poruchy splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu. Například mohou být recidivující záchvaty*

přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy nebo mohou být nepřítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla.

- *Přejídání spojené s psychologickými poruchami.*
- *Přejídání způsobené stresujícími událostmi jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně.*
- *Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami.*
- *Opakované zvracení, které se vyskytuje u disociativních poruch a hypochondrické poruchy a které není způsobeno stavy, které jsou zařazeny mimo tuto kapitulu. Této podpoložky může být rovněž použito jako dodatku (nadměrné zvracení v těhotenství), když při určení příčiny opakované nauzey a zvracení v těhotenství převažují emoční faktory.*
- *Jiné poruchy příjmu potravy.*
- *Pica u dospělých.*
- *Psychogenní ztráta chuti k jídlu“ (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59, 2014).*

Důležitým aspektem při určování diagnózy poruch příjmu potravy je vyloučení psychosomatických a duševních poruch. Tyto poruchy mohou stejně jako mentální anorexie a mentální bulimie vyvolat nechutenství, nízkou tělesnou hmotnost a poruchu v jedení (Krch, 1999, s. 16).

Podle Navrátilové (2000, s. 156-158) při určování diagnózy zjišťujeme především tyto údaje:

- Změny tělesné hmotnosti v posledních šesti měsících.
- Změny chuti k jídlu.
- Důvody změny chuti k jídlu (alergie na některé potraviny, intolerance lepku apod.).
- Zjišťujeme komplikace v ústní dutině, problémy při kousání a polykání potravy, vady skusu a chrupu.
- Zjišťujeme potíže gastrointestinálního traktu.
- Zjišťujeme, jestli pacientka neměla jinou nemoc. Pokud ano, jakou, trvání a způsob léčby.
- Ptáme se na užívání laxativ, diuretik, antacid a všech dalších léků či doplňků stravy.

- Zjišťujeme četnost obtíží s požitím jídla v návaznosti na denní a noční dobu.
- Ptáme se na zaměstnání či studium. Postižené mívají nadprůměrné IQ , ale bývají neochotné pochopit svůj problém a odmítají léčbu.
- Zjišťujeme frekvenci tělesné aktivity. U postižených bývá nadměrná.
- Zjišťujeme rodinný a sociální stav pacientky, abychom dokázali vyhodnotit jeho škodlivost nebo přínos pacientce. Krom pacientů je v některých případech potřeba psychoterapie pro rodiny (především matky).
- Zjišťujeme závislost na alkoholu, drogách a lécích, které se u pacientek s PPP často vyskytují.
- Velmi podrobně zjišťujeme denní režim pacientek (se zaměřením co, kolik, kdy jedí). Mentální anorektičky nejedí teplé jídlo a přijímají nadměrné množství tekutin.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F50.0):

- 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 hypotalamo-hypofýzo-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 kortizolu, 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 menarche je opožděna (Krch, 2007).

V klinické praxi se jako standart uvádějí kritéria stanovená MKN-10, kritéria dle DSM-IV jsou spíše užívána v publikační činnosti a ve výzkumu.

Diagnostická kritéria mentální anorexie 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), (Krch, 1999, s. 15).*

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F50.2):

- a, *Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
- b, *Neustále 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, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.*
- d, *Pocit 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 intenzivnější omezování se v jídle (Krch, 2007).*

Níže jsou opět pro srovnání uvedena diagnostická kritéria dle DSM-IV používané spíše pro publikační činnost a výzkum.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle DSM-IV:

- a, *Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge rating) charakterizuje:*
 1. *Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.*
 2. *Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).*
- b, *Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.*
- c, *Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.*
- d, *Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.*
- e, *Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch, 1999, s. 17-18).*

Závěrem je možné shrnout podle Krcha kritéria k určení diagnózy mentální bulimie, stejně jako v případě mentální anorexie, do tří základních skupin:

1. Opakující se epizody přejídání (binge eating).
2. Opakující se nepřiměřená nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti.
3. Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Papežová (2003, s. 15) ve své publikaci uvádí, že hranice mezi mentální anorexií a mentální bulimií se prolínají. Obě formy poruchy mohou přecházet jedna v druhou.

Podle dalších autorů se mentální anorexie a mentální bulimie striktně neliší. Nazývají je syndrom jídelního chaosu nebo tzv. bulimarexie (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 7).

4 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch příjmu potravy bývá velmi náročný proces. U takto postižených pacientů narážíme na negativní přístup k léčbě. Při terapii je nutný individuální léčebný plán spojený s psychologickým, medicínským a sociálním přístupem (Vágnerová, 2004, s. 478).

Podle Navrátilové (2000, s. 177): „*Léčba spočívá jednak v psychoterapii, jednak ve farmakologii. Z psychoterapeutických přístupů se nejvíce doporučuje kognitivně-behaviorální psychoterapie, z farmakoterapie antidepressiva, ...*“

Nejdůležitějším cílem lékařské péče je odstranění podvýživy a úprava příjmu potravy. V některých případech je nutná hospitalizace. Léčba farmaky je pouze doplňková a slouží k odstranění úzkostných stavů pacienta a depresí. Důležitou složkou léčby je psychoterapie. K léčbě se běžně používají metody individuální i skupinové psychoterapie. Velký význam je kladen na práci s rodinou, a proto bývá doporučována i rodinná psychoterapie. Velkým přínosem jsou i svépomocné skupiny, které přináší získání emoční podpory a důležité zkušenosti (Vágnerová, 2004, s. 478).

4.1 Hospitalizace

Hospitalizace je nutná u pacientky, která se nachází v ohrožení života, i případně proti její vůli. V 10 % případů se anorektické pacientky dostávají k lékaři pozdě a umírají. Při hospitalizaci je tělo pacienta ve stavu, kdy není schopné přijímat stravu normálně, proto jsou léčeni infúzemi výživných roztoků a podávají se léčiva na podporu srdeční činnosti a stabilizaci krevního oběhu. „*Dlouhotrvající podvýživa vede prakticky u všech postižených k nedostatku vitamínů, minerálních látek a stopových prvků v těle a často také k povážlivému nedostatku bílkovin. Na začátku nemocniční léčby se musí tyto těžké stavy nedostatečnosti upravit většinou pomocí infúzí, aby se zachránil život pacientů*“ (Leibold, 1995, s. 96). Po stabilizování pacienta je na lékaři, aby posoudil výsledky celkových vyšetření a stanovil další léčbu.

4.2 Psychoterapie

Poruchy příjmu potravy jsou vážná psychická onemocnění a kromě léčby tělesného je třeba léčit i psychiku. Některé pacienty není možné zprvu léčit ambulantně a jsou léčeni

na klinice, někdy i proti jejich vůli. Psychoterapie zpravidla trvá delší dobu. Délka trvání psychoterapie závisí na zvolených metodách léčby a ochoty pacienta spolupracovat.

4.3 Metody psychoterapie

Psychoanalýza je metoda, při které si pacient uvědomuje a zpracovává neuvědomované komplexy. S terapeutem hovoří o svých myšlenkách a pocitech, který je následně rozebírá. Pacient následkem těchto rozhovorů dochází k sebepoznání. Pacient se pomocí psychoanalýzy naučí změnit své chování, v případě PPP obnoví normální stravovací režim. **Behaviorální terapie** je nová forma psychoterapie. Od psychoanalýzy se odlišuje tím, že nezkoumá podvědomé příčiny nemoci, ale rovnou přistupuje k nácviku změny správného chování (jídelní návyky) a odnaučuje návyky nesprávné. Při této léčbě se používá mnoho relaxačních technik, které proces uzdravení zrychlují. Behaviorální metoda má dva stupně: první učí pacienta k jinému přístupu k jídlu a druhý stupeň učí pacienta novým návykům. Proto je nutné u této terapie nepřerušovat léčbu. **Rodinná terapie** je nedílnou a nutnou součástí uzdravení pacienta s PPP v případě nepříznivých rodinných vztahů. U této terapie je nejdůležitější, aby se jí účastnili všichni členové rodiny, tzn. rodiče i sourozenci. Při této léčbě se opět analyzují narušené rodinné vztahy a urovnávají se. Cíl je narovnat rodinné vztahy, naučit rodinu komunikovat a řešit problémy, aby před nimi pacient nemusel utíkat zpět k nemoci. **Skupinová terapie** přispívá k léčení pacienta tím, že se naučí ve skupině správně chovat. Dnešní doba s sebou nese mnohá úskalí a sociální prostředí je silným spouštěčem PPP. Pacient dochází několikrát týdně k terapeutovi, kde se schází šest a více osob a vytváří zde malou sociální skupinu. Pacienti mezi sebou navzájem nacvičují různé vzorce chování, řeší konflikty a problémy a trénují, jak na ně reagovat. Učí se otevřeně mluvit o svých pocitech a už jen to samo o sobě pomáhá. Tento způsob léčby se velmi dobře osvědčil. **Svépomocné skupiny** se týkají především pacientů, kteří mají mírné příznaky. Výhoda léčby ve svépomocných skupinách je ta, že vychází z rozhodnutí nemocného a ne z vnějšího nátlaku. Pacient si sám stojí za svým chováním a s postupně získaným sebevědomím mění svoje jídelní návyky. Nevýhodou může být zbytečné prodloužení nemoci, které se následkem svépomoci zmírní, ale postupem času se příznaky opět objeví a zhorší (Leibold, 1995).

Prevence poruch příjmu potravy: *„Ačkoli základem prevence poruch příjmu potravy je rodina, především pozitivní komunikace a dobré vztahy mezi rodiči a dětmi, ale i postoje k jídlu a vhodné stravovací zvyklosti, neměla by být tato problematika*

zanedbávána ani ve škole. Ve škole děti tráví mnohdy více času než doma a setkávají se v ní s předáváním nejen školních znalostí, ale také společenských hodnot. Pedagogové navíc mohou napravit to, co rodiče v určitých ohledech nezvládli (přílišný důraz na výkon, na vzhled, autoritativní výchova podryvající sebevědomí dítěte, chyby ve stravování dětí apod.)“ (Švédová a Mičová, 2010).

Je nutné si uvědomit, že uzdravovací proces je dlouhodobý a někdy i celoživotní boj. Proto je dobré si pravidelně opakovat a v nejlepším případě přijmout za své tzv. desatero uzdravujících se:

1. *Jsem jedinečná bytost a jsem dokonalá/ý taková/ý, jaká/ý jsem.*
2. *Mám se rád/a.*
3. *Mám rád/a lidi kolem sebe.*
4. *To, co si o mně myslí druzí, je jejich problémem.*
5. *Mám právo vyjádřit svůj vlastní názor.*
6. *Mám právo na odpočinek a nicnedělání.*
7. *Mám právo svobodné volby.*
8. *Mám právo na odbornou péči.*
9. *Mám právo říct ‚nic se neděje‘, když se nedaří.*
10. *Jsem zodpovědná/ý za své zdraví (Polanská, Sladká Ševčíková a Švédová, 2007).*

B PRAKTICKÁ ČÁST

5 MOTIVACE, CÍLE A METODY ŠETŘENÍ

5.1 Motivace výzkumného záměru

Poruchy příjmu potravy jsou u dospívajících lidí třetí nejčastější psychiatrické onemocnění a na jeho následky zemře dvakrát více pacientů než na následky jiných psychiatrických onemocnění a desetkrát více oproti zdravé populaci (Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup, 2010, s. 134).

Lze tedy říct, že poruchy příjmu potravy jsou z největší části adolescentní patologií. Někteří autoři uvádějí, že vznik PPP velmi úzce souvisí s adolescentní krizí. Faktem je, že nejvíce si člověk uvědomuje sebe a především svoje tělesné proporce v průběhu dospívání. Průběh dospívání ovlivňuje mnoho dalších faktorů, které formují člověka různými způsoby. V první řadě se jedná o biologické změny jedince, jako je růst a změna tělesných proporcí, nebo psychologické zrání, jako jsou například změny v oblasti emocionální. Další zásadní ovlivňující faktor je sociokulturní prostředí, ve kterém dospívající jedinec vyrůstá. Prostředníkem sociokulturních norem bývá rodina a to, jaké hodnoty rodina přijala a jak s nimi pracuje. Komplikací při vývoji dospívajícího jedince může být nesoulad v biologickém, psychologickém a sociálním zrání. V ideálním případě se tyto faktory zrání doplňují. V opačném případě mohou tyto změny způsobit emoční těžkosti, např. vývoj sekundárních pohlavních znaků, jako je u dívek růst prsů. Většina autorů se shodne na konci adolescentního období, ale rozpory můžeme sledovat u začátku tohoto období. Někteří autoři uvádějí, že adolescence začíná u dívek zhruba okolo desátého roku života a u chlapců o dva roky déle. Období dospívání začíná pubertou, kdy dochází k výrazným změnám ve vývoji sekundárních pohlavních znaků a začíná nástupem dospělého sociosexuálního a ekonomického chování. Dospělost pak začíná u žen kolem 18. roku a u mužů zhruba kolem 21. roku. Jiní autoři dělí adolescentní období do tří fází: raná adolescence (10-14 let), střední adolescence (15-17 let) a pozdní adolescence (18-20 let). Obecně však platí, že začátek procesu dospívání ovlivňují vývojové změny v oblasti tělesné a až v pozdější fázi dospívání dochází ke změnám psychosociálním a sociokulturním. Tělesné změny u dívek v tomto období mohou být nežádoucí. Pozornost, která tyto změny provází především u stejně starých chlapců, se dívky redukcí váhy mohou snažit oddálit (Kocourková, 1997, s. 65-72).

Tělesné změny, ke kterým v dospívání dochází, a to i vlastní postoj ke svému tělu, je u obou pohlaví odlišný. Pro dívky tyto změny znamenají větší psychickou zátěž. U chlapců sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled viditelné. Jejich růst těla a svalstva a celkové zmužnění je vnímáno spíše pozitivně. Kdežto u dívek je tělesná změna daleko markantnější a je okolím vnímána daleko zásadněji, než je tomu u chlapců. Tyto tělesné změny mohou přijít zcela nečekaně, rychle a dívka na ně může reagovat až odmítavě. Pocity nespokojenosti s vlastním tělem umocňují také sociokulturní stereotypy, které zdůrazňují význam ženské krásy. Důležitým předpokladem atraktivity je dnes posuzování tělesné krásy skrz současný ideál štíhlosti. Pro většinu dnešních dívek a žen je tento ideál krásy fyzicky nemožný, přesto o něj mnoho žen usiluje. Zásadním problémem je, že v dospívání se ženské tělo mění tak, že se podsouvanému ideálu krásy spíše oddaluje. Aktuální vzor krásy velmi ovlivňuje sebehodnocení dospívajících dívek a může být zásadním spouštěčem PPP. Většina dospívajících dívek je přesvědčena, že čím více se přiblíží ideálu krásy, tj. štíhlosti, tím budou úspěšnější, atraktivnější a oblíbenější. S tímto pocitem přichází i narušený vztah k jídlu, který může vyvrcholit až poruchou příjmu potravy (Vágnerová, 2004, s. 463-466).

Výzkumy posledních let ukazují několik nepříznivých skutečností, jako jsou zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy, a to zejména bulimie a snižující se věk pacientek. Vzniká tedy nutnost se věnovat se zvýšenou pozorností dospívajícím a klást důraz na prevenci těchto poruch.

5.2 Cíl výzkumného šetření

Moje bakalářská práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy. Cílem výzkumu proto bylo zjistit, jaké povědomí mají žáci SOŠ o poruchách příjmu potravy, které z etiologických příčin považují za nejdůležitější spouštěč a zdali by dokázali správně reagovat v případě, že ve svém okolí zaznamenají někoho s PPP.

Po prostudování literatury a úvahách o zkoumané problematice jsem stanovila několik výzkumných otázek:

- 1. Vědí studenti, co jsou to poruchy příjmu potravy?**
- 2. Znají studenti příčiny poruch příjmu potravy?**
- 3. Dokázali by žáci pomoci trpícímu poruchami příjmu potravy ve svém okolí?**

Předpokládám, že většina studentů nebude mít přesnou představu o PPP. Většina žáků bude za PPP považovat pouze mentální anorexii a mentální bulimii, o dalších formách budou informováni minimálně. Více informací a zkušeností s PPP budou mít dívky oproti chlapcům. Za vznik poruch příjmu potravy budou žáci určovat nespokojenost se vzhledem. Dále předpokládám, že většina dotazovaných žáků bude ochotna pomoci svému kamarádovi s PPP, ale nebudou si jisti způsobem, jak mohou pomoci, a to bez ohledu na pohlaví či rodinné zázemí.

5.3 Metoda sběru dat a práce s daty

Pro šetření jsem vzhledem k citlivé povaze zvoleného tématu zvolila anonymní dotazník vlastní konstrukce, který se skládá ze tří částí:

- 1. úvod a instrukce k vyplnění,**
- 2. faktografické otázky,**
- 3. vlastní dotazník obsahující 17 otázek.**

V první části dotazníku byli žáci požádáni o pravdivé a přesné vyplnění dotazníku a ujištění o anonymitě získaných údajů sloužících pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Dále jim bylo popisně vysvětleno, jakým způsobem dotazník vyplnit.

Druhá část dotazníku obsahuje faktografické otázky týkající se věku, pohlaví, studijního oboru a rodinného zázemí respondentů.

Třetí část dotazníku se skládá ze 17 uzavřených, polootevřených, otevřených a škálových otázek. Pro jednodušší orientaci jsou výsledky zpracovány do tabulek a grafů.

Dotazník je uveden v příloze A.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

6.1 Zkoumaný vzorek

Celkový počet respondentů byl 80 žáků ve věkovém rozmezí 17-19 let. Dotazníkové šetření jsem prováděla na Integrované střední škole živnostenské v Plzni, Škroupova 13 a v Hotelové škole, Plzeň, U Borského parku 3. Výzkum proběhl v průběhu února 2015 pomocí anonymního kvantitativního dotazníkového šetření. Anonymní kvantitativní dotazník vyplňovali studenti 3. a 4. ročníku, obor kosmetické služby, kadeřník a kuchař-číšník. Výzkumného šetření se zúčastnili příslušníci obou pohlaví.

Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle oborů

Žáci oboru kosmetické služby	21
Žáci oboru kadeřník	19
Žáci oboru kuchař-číšník	40
Celkem	80

Zdroj: Vlastní zpracování.

Tabulka 3: Faktografické otázky 1

Věk	Dívky	Chlapci
17-19 let	40	40

Zdroj: Vlastní zpracování.

Tabulka 4: Faktografické otázky 2

Pohlaví	Dívky	Chlapci
Rodina úplná	21	23
Rodiče rozvedeni	19	17

Zdroj: Vlastní zpracování.

6.2 Výsledky šetření

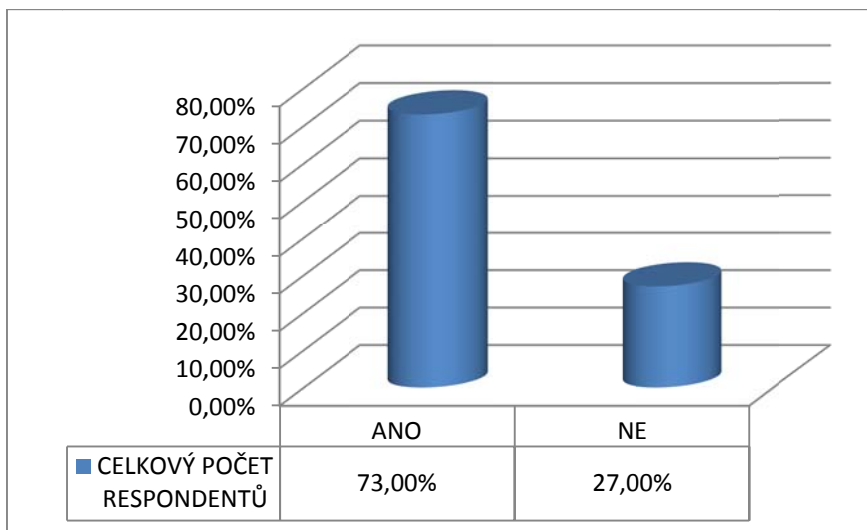
Cílem mého dotazníkového šetření bylo potvrzení nebo vyvrácení výše uvedených hypotéz zaměřených na postoj žáků SOŠ ke vzniku poruch příjmu potravy. Zvláště byly vyhodnocovány odpovědi žáků různého pohlaví a odpovědi žáků různého rodinného zázemí.

Výsledky šetření jsou uváděny převážně v tabulkách a grafech a doplněny o stručný komentář.

1. Setkal(a) jsi se už někde s pojmem poruchy příjmu potravy?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 1: Otázka č. 1 – celkový počet respondentů

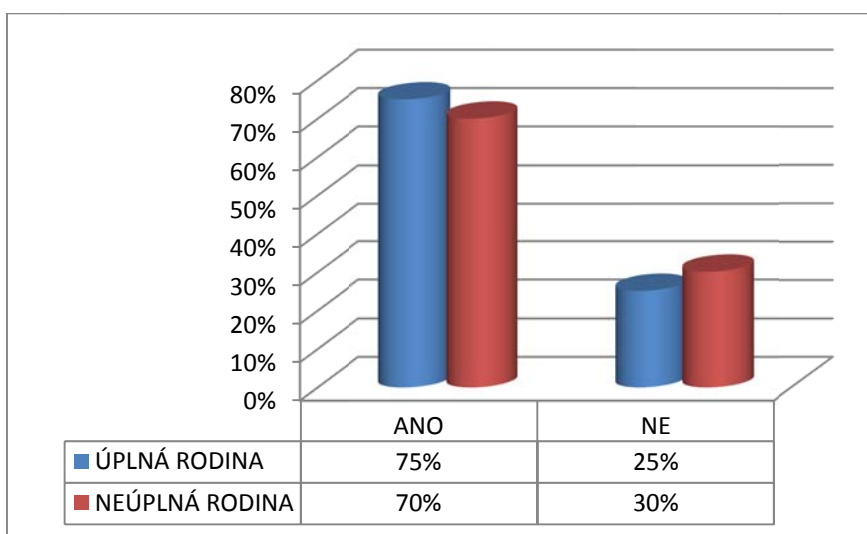


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu žáků se s PPP setkala 73 % respondentů. 27 % žáků uvedlo, že se s tímto pojmem doposud nesetkali. Pravděpodobně si nedokážou přesně uvědomit, které nemoci tento pojem zahrnuje. Předpokládám, že u konkrétních otázek na konkrétní nemoci respondenti budou vědět.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Graf 2: Otázka č. 1 – rodinné prostředí respondentů

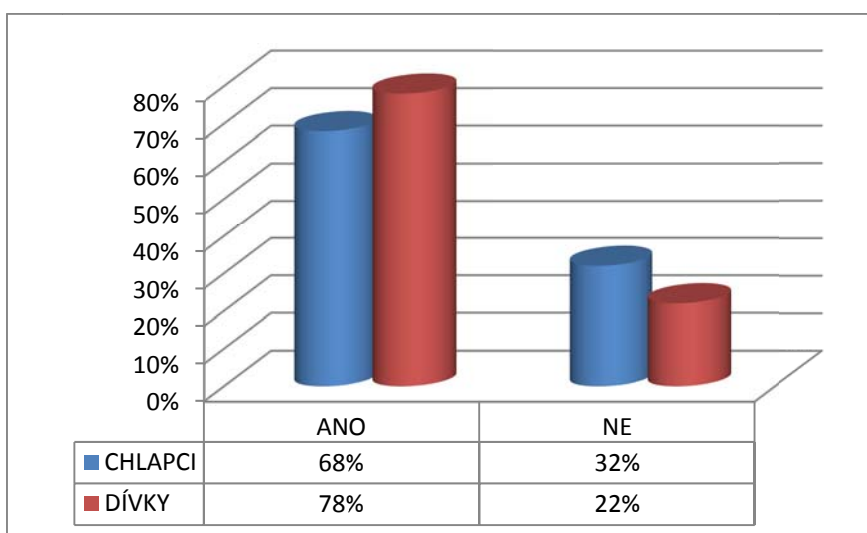


Zdroj: Vlastní zpracování

Žáci z úplných rodin se s pojmem PPP setkali v 75 %, pouze 25 % žáků s tímto pojmem nemá žádnou zkušenost. Žáci z neúplných rodin se s tímto pojmem setkali v 70 % a 30 % z nich o tomto pojmu nikdy neslyšelo. Respondenti nejsou schopni přesně určit, co pojem PPP znamená, a proto je jim neznámý.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdíl pohlaví respondentů.*

Graf 3: Otázka č. 1 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

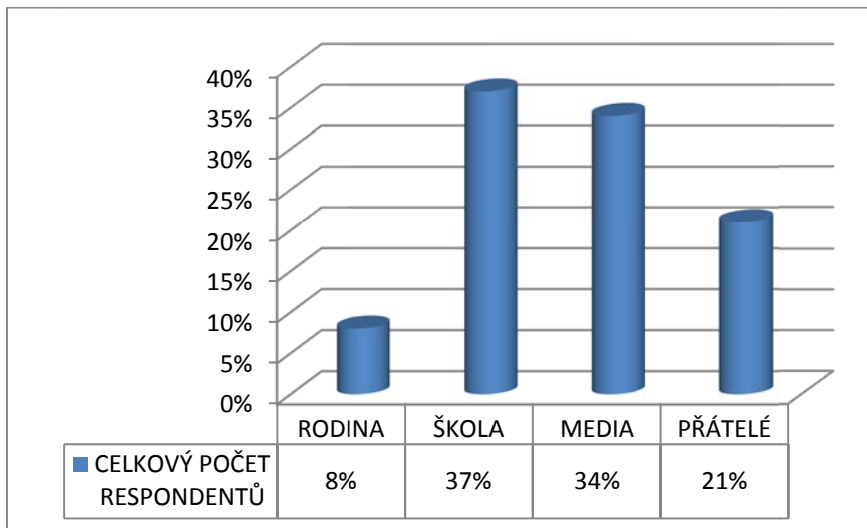
Dívky se s pojmem poruchy příjmu potravy setkali v 78 %, kdežto chlapců se s tímto problémem setkalo o 10 % méně, tj. 68 %. 22 % dívek uvedlo, že se s tímto pojmem nesetkaly, chlapců se s tímto pojmem nikdy nesetkalo 32 %.

Žáci z úplných rodin uvedli, že se s pojmem PPP již setkali, a to 75 % z nich. S pojmem se nesetkalo 25 %. 70 % žáků z neúplných rodin uvedlo, že se s tímto pojmem setkali a 30 % z nich tento pojem nezná. Rozdíl v kladných i záporných odpovědích na tuto otázku mezi žáky z úplných a neúplných rodin je pouze 5 %, proto tento malý rozdíl nebudu interpretovat. Vyšší rozdíl se objevil v porovnávání odpovědí v návaznosti na pohlaví žáků. Chlapci jsou méně informovaní než děvčata pravděpodobně proto, že se tento problém týká v období adolescence z větší části dívek než chlapců. Tento rozdíl činí 10 % a je mnohem nižší, než jsem předpokládala. Očekávala jsem větší propad mezi informovaností dívek a chlapců.

2. Pokud ano, kde?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 4: Otázka č. 2 – celkový počet respondentů



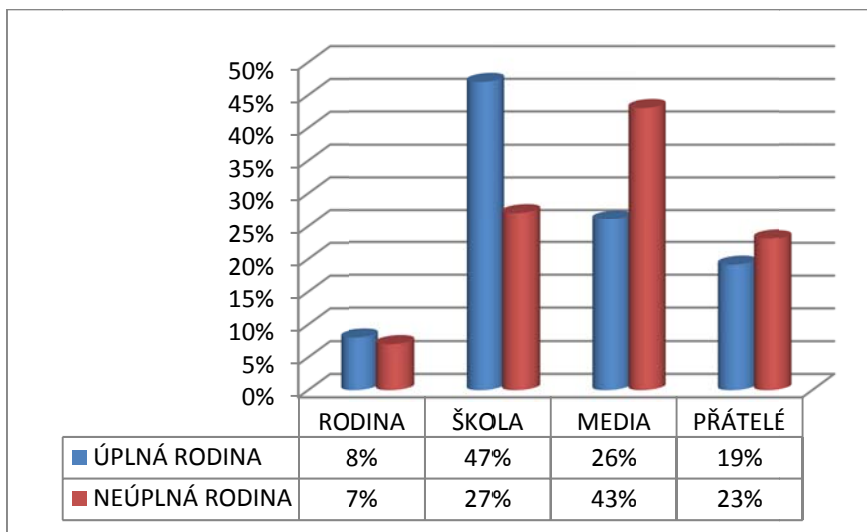
Zdroj: Vlastní zpracování

Žáci určovali místo, kde se se s pojmem poruchy příjmu potravy setkali. Nejvíce žáků, přesně 37 %, uvedlo setkání s tímto pojmem ve škole. Jako druhé místo nejčastějšího setkání s tímto pojmem uvedli média – 34 %. Dalších 21 % žáků uvedlo, že se s tímto pojmem setkali mezi svými přáteli. Rodinu jako místo setkání s tímto pojmem uvedlo pouhých 8 % žáků z celkového počtu. Vzhledem k tomu, že se PPP týkají především

dospívajících, místa, kde se s nimi respondenti nejčastěji setkávají, se přímo nabízí a výsledky odpovědí na tuto otázku to potvrzují.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Graf 5: Otázka č. 2 – rodinné prostředí respondentů



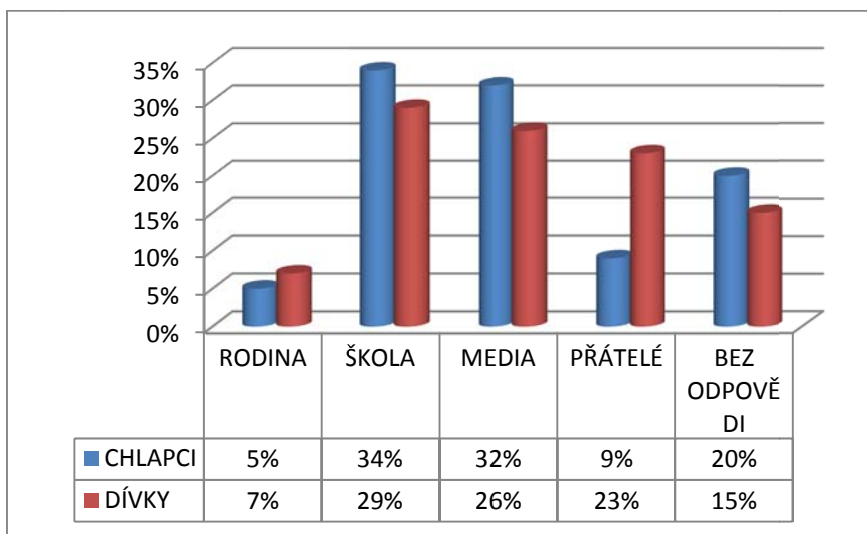
Zdroj: Vlastní zpracování

Žáci vyrůstající v úplné rodině uvedli nejčastější setkání s pojmem PPP ve škole – 47 %. Na druhém místě uvádějí, že znají tento pojem z médií – 26 %. Setkání s tímto pojmem mezi přáteli je nižší a činí 19 %. Rodinu jako místo setkání s pojmem PPP uvádí 8 % z celkového počtu žáků.

Žáci z neúplných rodin uvádějí na prvním místě média, a to ve 43 %, na druhém místě uvádějí školu – 27 %, mezi přáteli se setkali s PPP ve 23 % a jako posledním místem setkání s pojmem PPP uvádí rodinu, a to v pouhých 7 %. Rozdíl na prvních místech v odpovědích na tuto otázku může být v tom, že žáci z neúplných rodin tráví více času u počítače a televize než žáci z rodin úplných.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 6: Otázka č. 2 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Ve srovnání pohlaví zůstává rodina na posledním místě u chlapců s 5 % ,i u dívek se 7 %. Chlapci se s tímto pojmem setkali nejvíce ve škole – 34 % a hned poté v médiích – 32 %. Děvčata se nejvíce setkávají s tímto problémem také ve škole – 29 % a následně v médiích – 26 %. Mezi přáteli se dívky o tomto pojmu dověděly ve 23 % případů, chlapci v pouhých 9 %.

Žáci z neúplných rodin uvádějí, že nejvíce se s pojmem setkávají v médiích – 43 % dotázaných. Školu jako místo setkání uvádí 27 % žáků. Mezi přáteli se s PPP setkali dotázaní ve 23 % a v rodině v 7 % z celkového počtu žáků.

Informovanost žáků z různých rodinných prostředí je rozdílná. Jako největší zdroj informací o této problematice uvádějí žáci z úplných rodin školu – 47 %, kdežto žáci z neúplných rodin média – 43 %. Jako druhé nejčastější místo žáci z úplných rodin uvedli média – 26 % a žáci z neúplných rodin školu – 27 %. Přátele uvádějí obě skupiny dotazující jako třetí nejčastější místo setkání s tímto pojmem. Nejméně informací obě skupiny získávají v rodině.

Velký rozdíl je patrný u dívek a chlapců, pokud jde o setkání s PPP mezi přáteli. Dívky toto místo uvádí ve 23 % a chlapci v 9 %. Tento rozdíl je pravděpodobně dán faktem, že v tomto období jsou dívky PPP ohroženy více a výskyt těchto poruch je u nich častější.

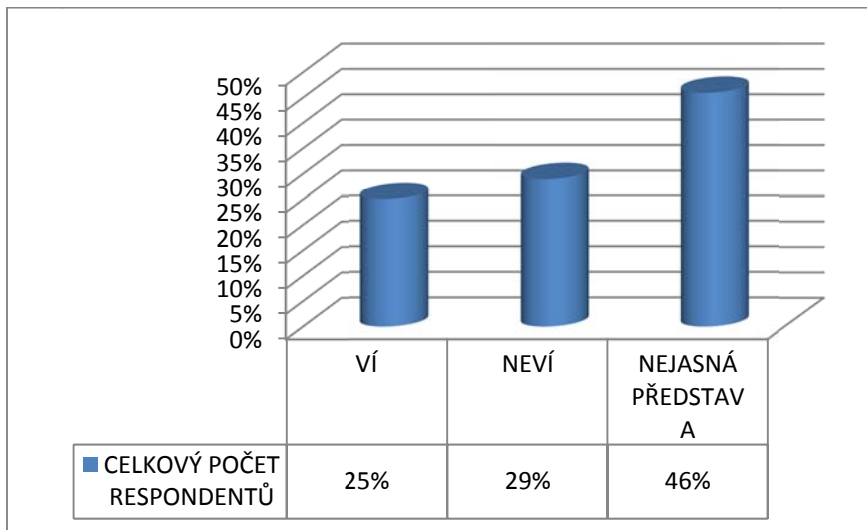
Bez rozdílu pohlaví nebo rodinného zázemí uvádí dotazovaní žáci na prvních dvou místech jako setkání s PPP školu a média. Je jasné, že média zde přebírají výraznou informační funkci pro dospívající. Tento fakt nepovažují za šťastný, protože informace poskytované těmito zdroji bývají často zkreslené a zavádějící. Obrázky vyhublých žen, které produkuje média a ujišťují přitom o normě a zdraví těchto žen, jsou přinejmenším zavádějící. Vliv na žáky má ještě školní prostředí, které bez pochyby, jak vyplývá z výzkumu, stále ovlivňuje žáky a jejich informovanost o těchto problémech. V tomto prostředí by žáci měli dostávat pravdivá fakta o závažnosti těchto poruch.

Všechny skupiny bez rozdílu pohlaví se s pojmem PPP nejméně setkávají v rodině. Z výzkumu je jasné, že v rodinách je tento problém tabuizován. Z mého pohledu si rodiče vážnost problému nepřipouští v domnění, že se jich a jejich dětí netýká. Možná jsou i sami neinformovaní nebo podléhají společenským stereotypům, které bagatelizují tyto poruchy.

3. Napiš svými slovy, co si představuješ pod pojmem poruchy příjmu potravy.

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 7: Otázka č. 3 – celkový počet respondentů

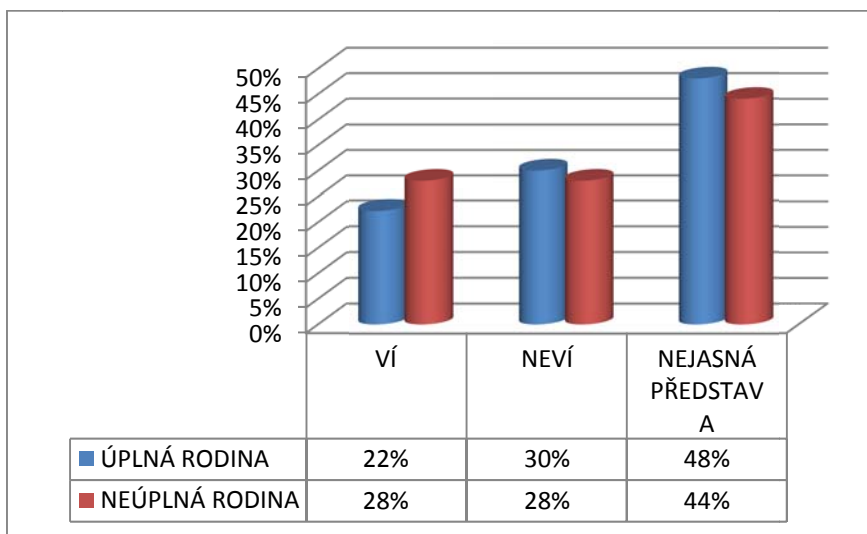


Zdroj: Vlastní zpracování

Většina respondentů nebyla schopna přesně popsat, co si pod tímto pojmem představuje. Ostatní si pod pojmem PPP představují pouze mentální anorexii a mentální bulimii. Pouze jedna respondentka uvedla navíc přejídání a poruchu pica.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 8: Otázka č. 3 – rodinné prostředí respondentů

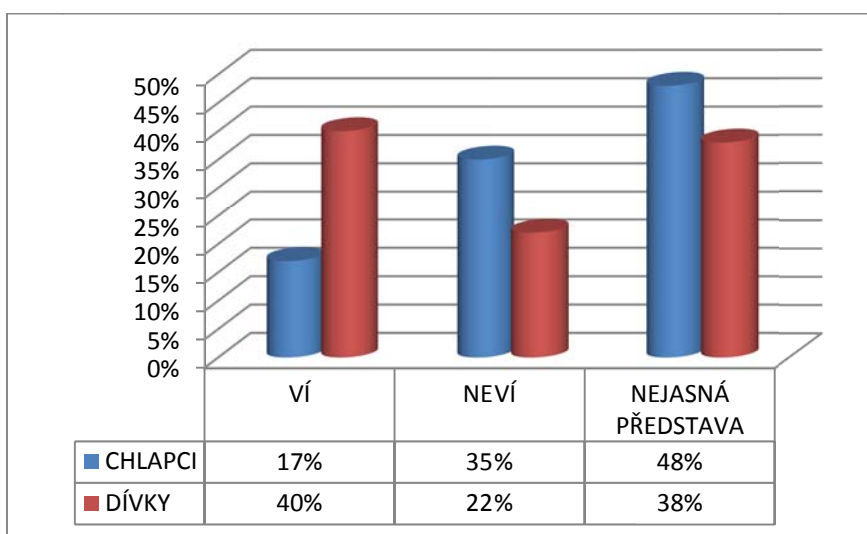


Zdroj: Vlastní zpracování

Žáci z úplných rodin mají nejasnou představu o PPP v 48 %, žáci z neúplných rodin se liší o pouhých 4 %, tj. 44 %. 30 % žáků z úplných rodin a 28 % z neúplných rodin neví, co jsou PPP. 22 % žáků z úplných rodin a 28 % z neúplných rodin má představu o tom, co jsou to PPP. V případě srovnání žáků z úplných a neúplných rodin nejsou ve výsledcích rozdíly a procenta jsou téměř shodná u všech variant odpovědí.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 9: Otázka č. 3 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

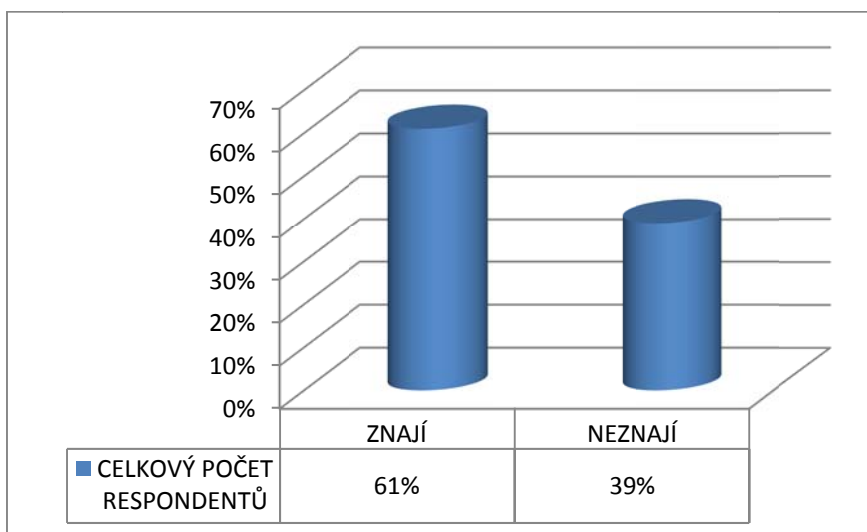
Dívky dokáží mnohem lépe popsat PPP a mají o nich větší povědomí – 40 % oproti chlapcům – 17 %. Velké množství chlapců vůbec nedokáže popsat, co jsou to PPP – 35 %. Děvčata nevěděla ve 22 %. Nejvyšších procent opět dosáhla nejasná představa o PPP, a to u dívek v 38 % a chlapců ve 48 %.

Ve srovnání dívek a chlapců jsou výsledky výrazně rozdílné. Dívky jsou lépe informovány a dokáží PPP lépe popsat než chlapci. Tato skutečnost pravděpodobně pramení z toho, že děvčata jsou ohroženější skupinou a je na ně více zaměřena prevence PPP.

4. Víš, co je to mentální anorexie? Pokud ano uveď, jak vypadá.

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 10: Otázka č. 4 – celkový počet respondentů

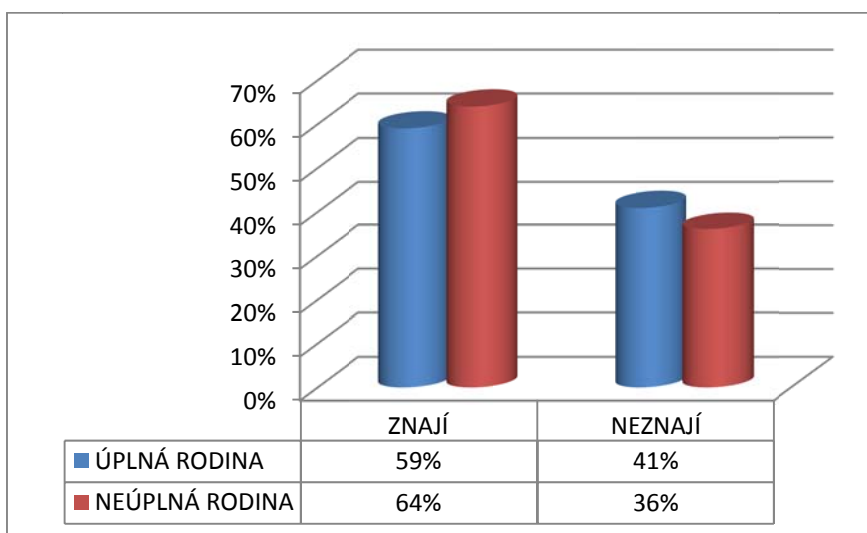


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu dotazovaných 61 % uvedlo správně popis mentální anorexie, 39 % tuto PPP nedokázalo správně popsat. Respondenti buď spletli mentální anorexií a mentální bulimii, nebo vůbec tuto poruchu nedokázali popsat.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Graf 11: Otázka č. 4 – rodinné prostředí respondentů

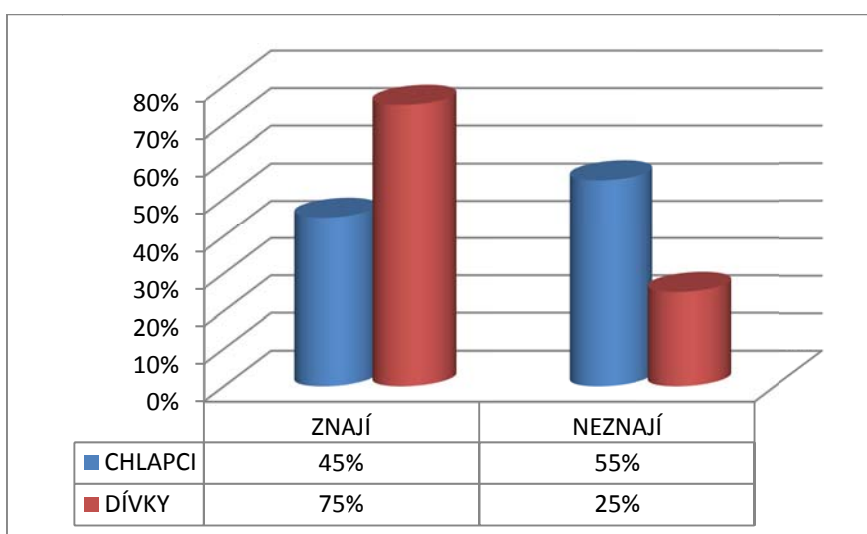


Zdroj: Vlastní zpracování

Srovnání z pohledu rodinného prostředí se výsledky nikterak významně neliší. Žáci z úplných rodin dokázali popsat mentální anorexii v 69 % a žáci z neúplných rodin měli skóre o trochu vyšší, a to 64 %. Tuto problematiku žáci z úplných rodin nedokázali popsat v 41 % a žáci z neúplných rodin v 36 %.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:*

Graf 12: Otázka č. 4 – rozdělení dle pohlaví respondentů



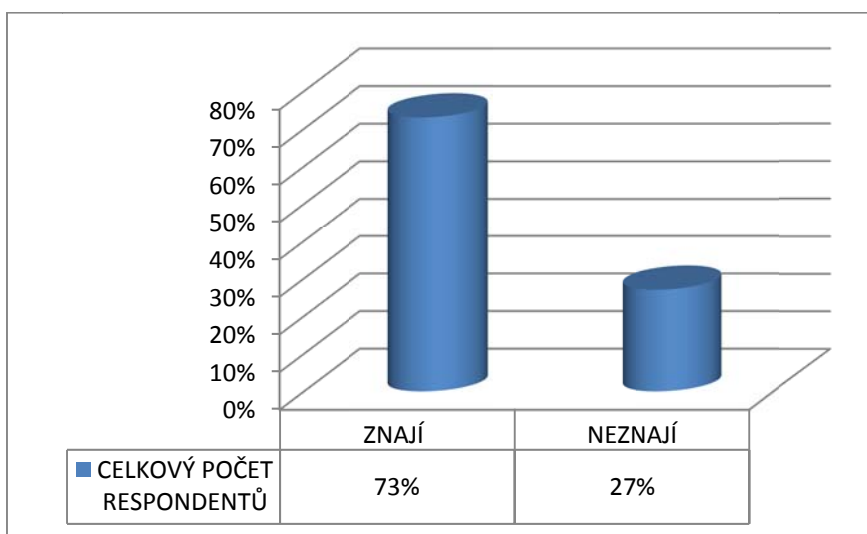
Zdroj: Vlastní zpracování

Velký rozdíl je mezi dívkami a chlapci. Dívky dokáží tuto poruchu popsat v 75 %, chlapci pouze v 45 %. Tento fakt je dán již výše zmiňovanou větší informovaností dívek, které jsou ohroženější skupinou v období dospívání.

5. Víš, co je to mentální bulimie? Pokud ano uveď, jak vypadá.

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:

Graf 13: Otázka č. 5 – celkový počet respondentů

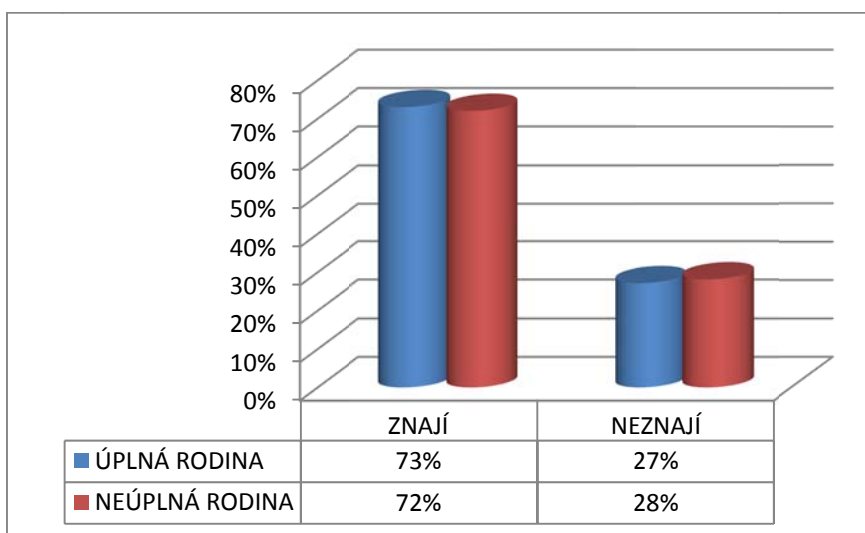


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů dokázalo popsat mentální bulimii 73 % a 27 % jich tuto poruchu nedokázalo specifikovat. Respondenti buď spletli mentální bulimii a mentální anorexii, nebo vůbec tuto poruchu nedokázali popsat.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Graf 14: Otázka č. 5 – rodinné prostředí respondentů

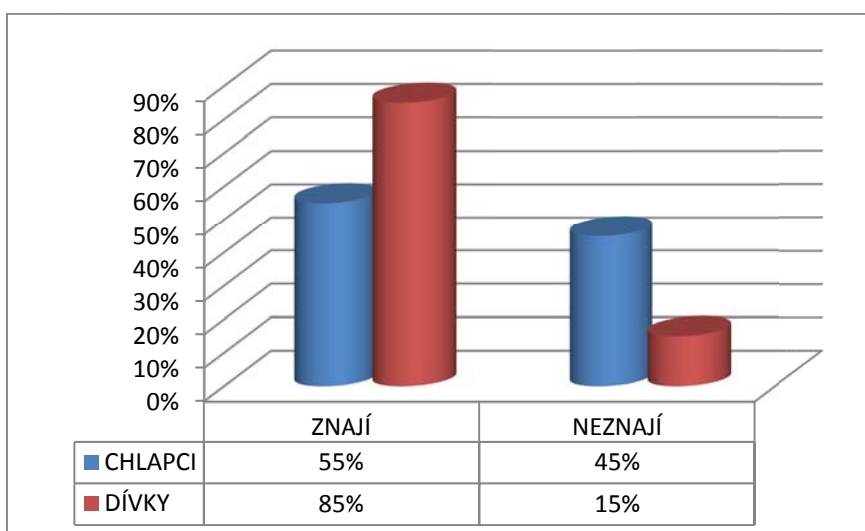


Zdroj: Vlastní zpracování

V tomto případě se opět výsledky dotázaných z odlišných rodinných prostředí neliší nijak významně.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:*

Graf 15: Otázka č. 5 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

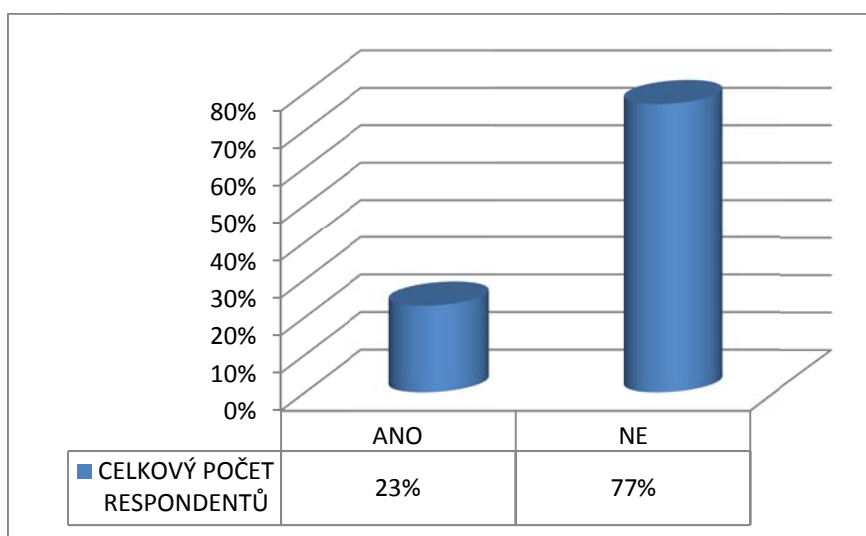
Dívky popsali mentální bulimii v 85 %, chlapci v pouhých 55 %. Dívky popsali tuto nemoc opět lépe než chlapci, lze předpokládat, že z výše uvedených důvodů.

Z výzkumu vyplývá, že pro skupinu dotázaných bez ohledu na rodinné prostředí nebo pohlaví je známější mentální bulimie než mentální anorexie. Popsat ji dokázalo o 12 % více respondentů.

6. Znáš ve svém okolí někoho, kdo trpí nějakou poruchou příjmu potravy? Pokud ano, jakou?

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:

Graf 16: Otázka č. 6 – celkový počet respondentů

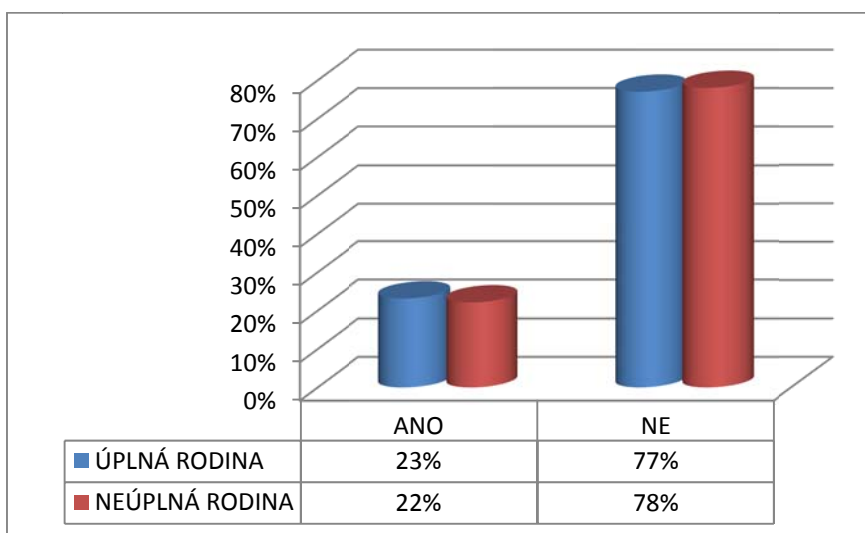


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu dotázaných uvedlo jen 23 %, že zná někoho s poruchou příjmu potravy. Všichni shodně uvádějí, že jde o mentální anorexii.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 17: Otázka č. 6 – rodinné prostředí respondentů

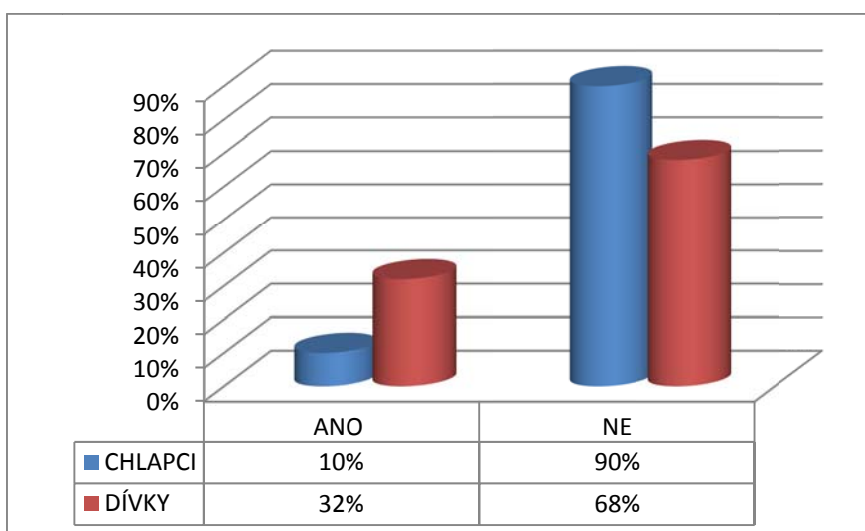


Zdroj: Vlastní zpracování

Rozdíly ve výsledcích mezi úplnou rodinou a neúplnou rodinou jsou 1 %. Tento rozdíl je tak nepatrný, že ho není potřeba interpretovat.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 18: Otázka č. 6 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledky v porovnání dívky – chlapci ukazují rozdílnost. Pouhých 10 % chlapců uvedlo, že zná někoho ve svém okolí s PPP. Dívky znají ve svém okolí někoho s PPP

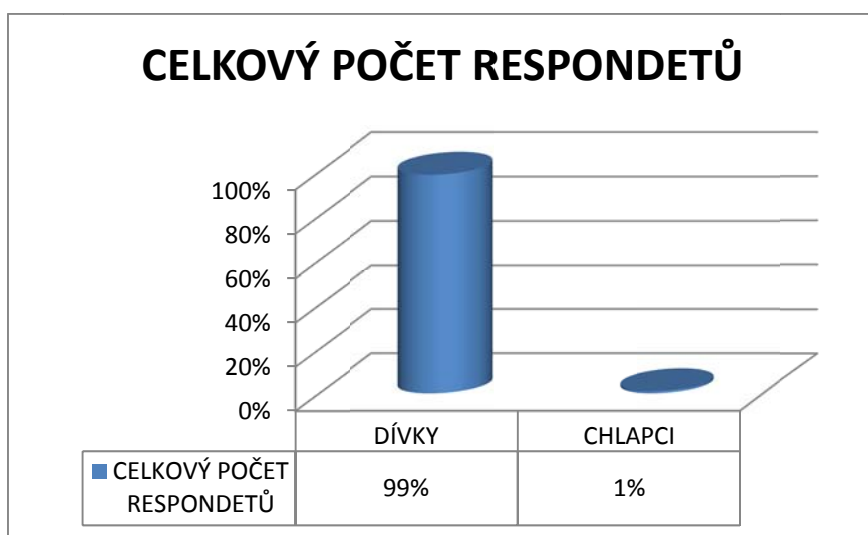
v 32 %. Chlapci v 90 % neznají nikoho, kdo by trpěl PPP, děvčata neznají nikoho, kdo by trpěl těmito poruchami v 68 %. Všichni chlapci i dívky, kteří uvedli, že znají někoho s PPP, tvrdí, že trpí anorexií. Jedna dívka uvedla, že její kamarádka toužící po dokonalé postavě pojídá vatu. Všichni označili trpícího PPP, kterého znají, jako dívku.

Dívky, jak vyplynulo z výše uvedených výsledků, jsou lépe informovány o této problematice pravděpodobně také proto, že se s PPP setkávají více i ve svém okolí. Chlapci nemají tolik informací o PPP a pravděpodobně netuší, že některé jejich spolužačky a kamarádky mohou PPP trpět. Chlapci, kteří kladně odpověděli na tuto otázku, uvádí, že jde o osobu velmi blízkou nebo o rodinného příslušníka.

7. Kdo podle tvého názoru trpí poruchami příjmu potravy častěji?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 19: Otázka č. 7 – celkový počet respondentů



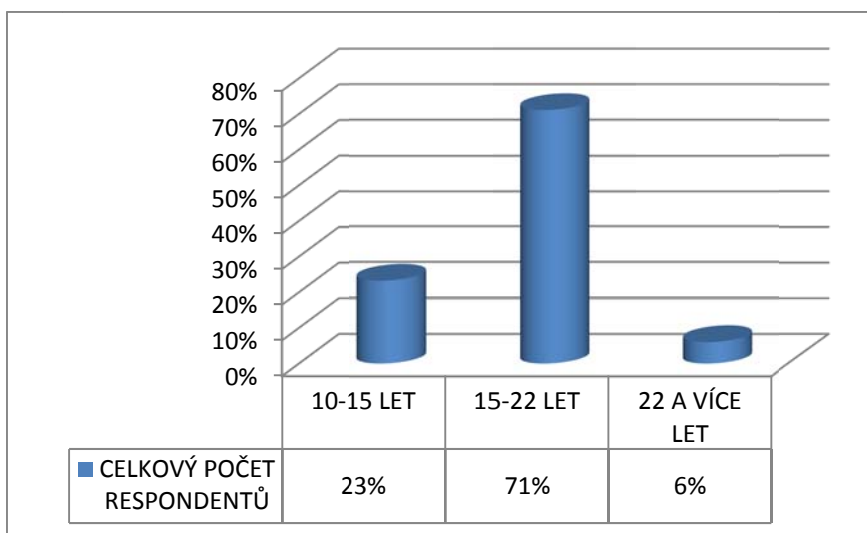
Zdroj: Vlastní zpracování

V této otázce mají všichni respondenti jasno a uvádějí, že se tento problém více týká dívek. Pouze jeden dotázaný chlapec z úplné rodiny odpověděl, že chlapci trpí častěji PPP. Pro jednoznačnost odpovědí nebudu dál tuto otázku interpretovat.

8. Ve kterém věku, podle tvého názoru, začínají lidé trpět poruchami příjmu potravy?

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:

Graf 20: Otázka č. 8 – celkový počet respondentů

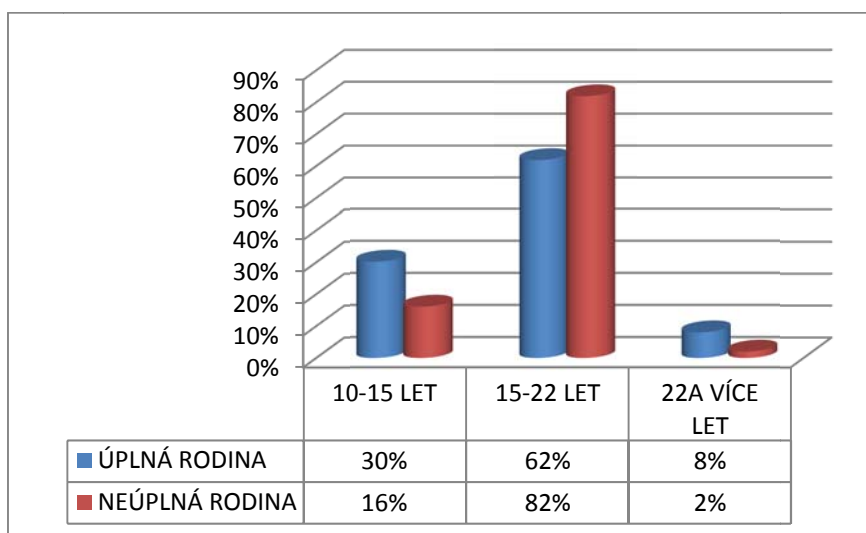


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů 71 % uvedlo, že nejohroženější jsou ve vztahu k PPP lidé mezi 15. a 22. rokem života. 23 % uvedlo, že toto riziko je největší u lidí mezi 10. a 15. rokem života, a pouhých 6 % si myslí, že je toto riziko největší u starších 22 let. Respondenti si uvědomují, že jsou riziková skupina, a proto je informovanost tak vysoká, protože se týká právě jich samotných.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 21: Otázka č. 8 – rodinné prostředí respondentů

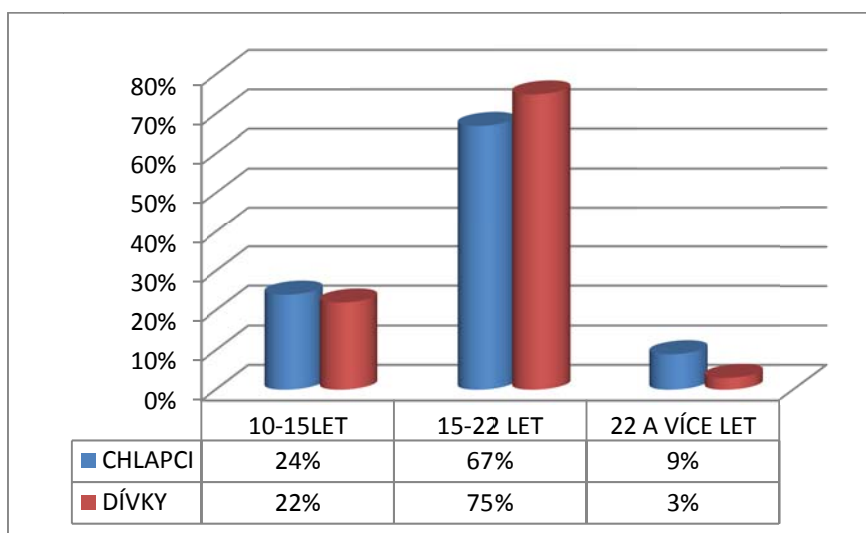


Zdroj: Vlastní zpracování

Žáci z úplných rodin si ve 30 % myslí, že nejrizikovější období života pro PPP je 10-15 let, 62 % si myslí, že toto riziko je nejvyšší v období mezi 15. a 22. rokem a nejméně z nich uvedlo, že toto riziko je největší až po 22. roce života. Žáci z neúplných rodin uvedli, že nejrizikovější období pro vznik PPP je mezi 15. a 22. rokem života, a to v 82 %. 16 % z nich si myslí, že je to v 10. až 15. roce života, a pouze 2 % uvedla variantu 22 a více let. Je tedy možné, že žáci z neúplných rodin považují toto období za nejcitlivější pro dospívajícího člověka. Žáci z úplných rodin mají pocit, že toto citlivé a náročné období začíná mnohem dříve, a proto mnoho z nich určilo obě období. Variantu 22 a více let určili v 8 % žáci z úplných rodin a v 2 % žáci z neúplných rodin. Toto období již nepovažují za rizikové pravděpodobně proto, že člověka v tomto věku považují za dospělého, silného a schopného čelit problémům.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 22: Otázka č. 8 – rozdělení dle pohlaví respondentů



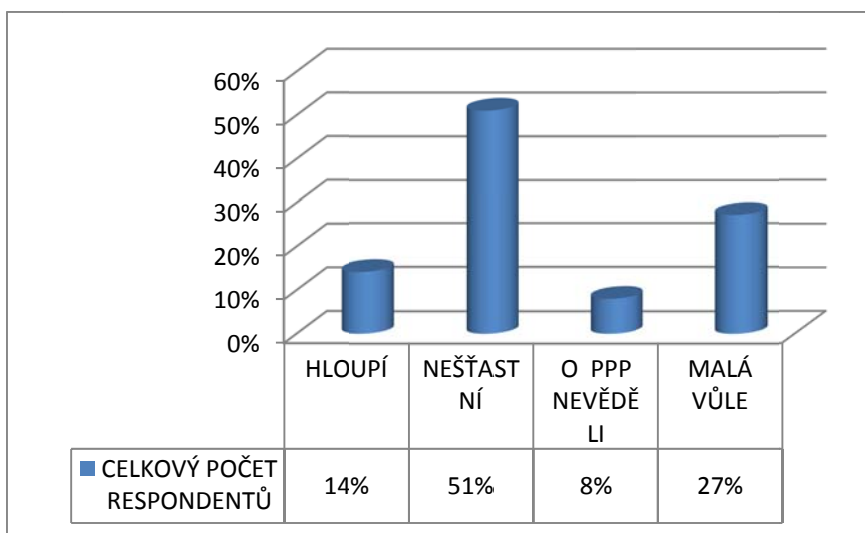
Zdroj: Vlastní zpracování

Odpovědi chlapců na tuto otázku se příliš nelišily od odpovědí dívek. Chlapci uvedli, že poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji v 15-22 letech v 67 %, ve 24 % v 10-15 letech a nejméně jich uvedlo 22 a více let – 9 %. Dívky odpovídaly podobně: Nejvíce z nich si myslí, že PPP vznikají v 15-22 letech – 75 %, ve 22 % uvedly 10-15 let a nejméně z nich uvedlo 22 a více, a to jen 3 %. Děvčata a chlapci odpovídali na výše uvedenou otázku takřka shodně, v jejich názorech není nijak velký rozdíl. Patrnější rozdíly jsou u odpovědí žáků z úplných a neúplných rodin. Žáci z úplných a neúplných rodin určili jako nejrizikovější shodně období pro vznik PPP 15-22 let.

9. Co si myslíš o lidech, kteří trpí poruchami příjmu potravy?

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů

Graf 23: Otázka č. 9 – celkový počet respondentů

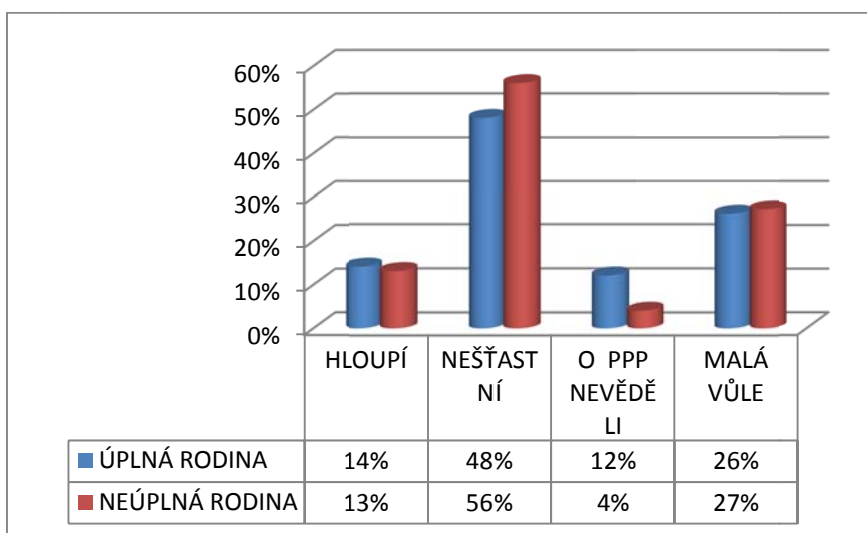


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů více než polovina – 51 % – zvolilo variantu b – nešťastní. Variantu a – hloupí zaškrtnulo 14 % žáků, variantu c – o PPP nevěděli 8 % a variantu d – 27 %. To znamená, že žáci mají z většiny pocit, že jsou informováni o PPP a skoro není možné o těchto problémech nevědět. Většina z žáků považují za příčinu vzniku PPP nějaký problém a myslí si, že lidé trpící PPP něco trápí a řeší tak svůj problém. Za další příčinu označili malou vůli postižených. Pravděpodobně tento názor vztahují k bulimii, kde se postižení nedokážou udržet, přejí se a následně toto selhání řeší zvracením. Pouhých 14 % žáků považuje postižené těmito poruchami za hloupé. Pravděpodobně tuto hloupost spatřují v chování, se kterým se nedokážou sami ztotožnit, a proto jim připadá hloupé.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 24: Otázka č. 9 – rodinné prostředí respondentů

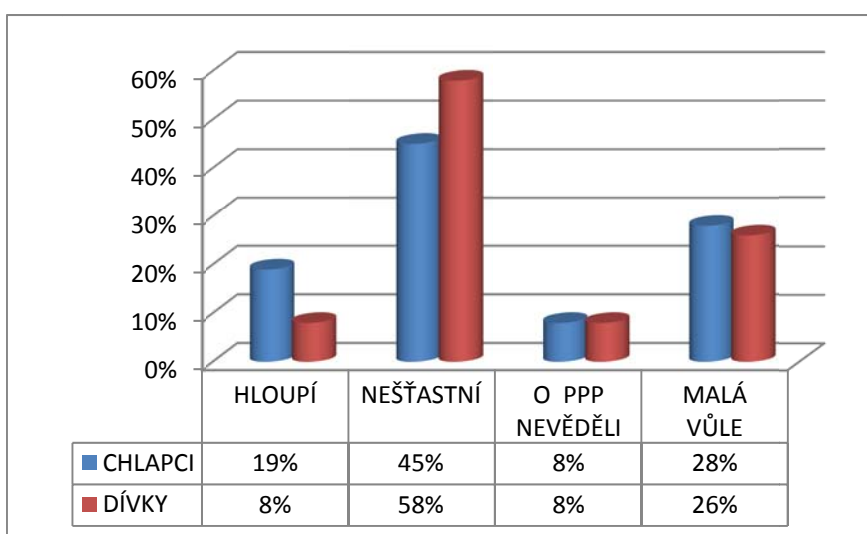


Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu úplné a neúplné rodiny se výsledky na tuto otázku nijak výrazně neliší od výsledků celkových. Žáci z obou rodinných prostředí zastávají podobné postoje k lidem trpícím PPP.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 25: Otázka č. 9 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Dívky odpovídaly nejčastěji, že lidé poruchami příjmu potravy trpí, protože jsou nešťastní – 58 %. Jako druhou nejčastější odpověď – 28 % – uváděly malou vůli postižených. Jako třetí a čtvrté uváděly hloupost a nevědomost – 8 %. Z výsledků výzkumu u chlapců je pořadí důvodů stejné, jen v odpovědi a – hloupí došlo k výraznému procentuálnímu rozdílu od pohledu dívek. Chlapci zřejmě nedokážou pochopit touhu dívek po štíhlé postavě jako dívky. Chlapci považují hladovění či zvracení za hloupost. Dívky ovšem touhu po štíhlé postavě chápou lépe a myslí si, že za vznikem PPP stojí spíše nešťastná osoba než hloupá. Obě pohlaví považují neznalost problematiky PPP jako nepravděpodobnou.

10. Kdo podle tvého názoru nejvíce ovlivní stravovací návyky člověka? Seřad' podle důležitosti 1-5.

Škola – Rodina – Kamarádi – Média - Partner

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Tabulka 5: Otázka č. 10 – celkový počet respondentů

	VŠICHNI RESPONDENTI
1.	KAMARÁDI
2.	RODINA
3.	PARTNER
4.	ŠKOLA
5.	MÉDIA

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledků vyhodnocení této otázky je patrné, že většinu dotazovaných nejvíce ovlivňuje nejbližší okolí a především vrstevníci. To, že respondenti mají pocit, že nejvíce je v tomto ohledu ovlivňují kamarádi, je jasné. V tomto období života svou partu a její pravidla vnímají jako jedinou autoritu.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:*

Tabulka 6: Otázka č. 10 – dívky x chlapci

	DÍVKY	CHLAPCI
1.	PARTNER	KAMARÁDI
2.	RODINA	RODINA
3.	KAMARÁDI	PARTNER
4.	MÉDIA	ŠKOLA
5.	ŠKOLA	MÉDIA

Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu rozdílnosti pohlaví jsou v tomto případě jasné rozdíly. Obě dvě skupiny určily rodinu až na druhém místě. Je faktem, že pro tuto věkovou skupinu respondentů je daleko důležitější postoj vrstevníků než rodičů. Ovšem první místo není u obou skupin stejné. Chlapci určili jako nejdůležitější faktor jejich stravovacích návyků kamarády, pro dívky je to ovšem jejich přítel. Pro chlapce je v tomto životním období velmi důležitá skupina chlapců – kamarádů a ti zpravidla ovlivňují jejich názory. Pro dívky je také důležitá skupina vrstevnic, ale je zřejmé, že dávají přednost větší intimitě před skupinovým sdílením jako chlapci. Obě skupiny jako nejméně důležité v těchto otázkách považují školu a média.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Tabulka 7: Otázka č. 10 – rodinné prostředí respondentů

	ÚPLNÁ RODINA	NEÚPLNÁ RODINA
1.	RODINA	KAMARÁDI
2.	KAMARÁDI	RODINA, PARTNER
3.	PARTNER	
4.	ŠKOLA	ŠKOLA
5.	MÉDIA	MÉDIA

Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu úplné a neúplné rodiny se názory respondentů také liší. Žáci z úplných rodin jednoznačně jako místo, kde se formují jejich stravovací návyky, určili rodinu. Oproti tomu žáci z neúplných rodin určili kamarády. Je pravděpodobné, že skupina vrstevníků – kamarádů do jisté míry supluje rodinné prostředí, kde se respondent cítí dobře a kde získává různé návyky. Na posledních dvou místech respondenti určovali školu a média.

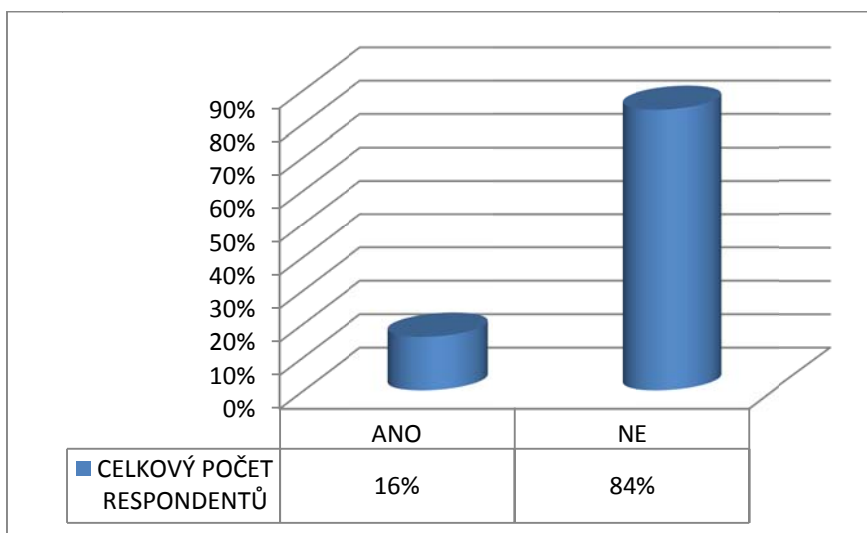
11. Proč myslíš, že se někdo rozhodne nejíst?

Všichni respondenti se shodují v tom, že se lidé rozhodnou nejíst, protože chtějí zhubnout. Příčinu jejich chování cca 80 % z nich vidí v tlaku okolí na daného člověka. Za největší stresor považují média, vrstevníky, spolužáky a kamarády. Pokud se člověk jen malinko vymkne ideálu krásy, okamžitě se dle jejich názoru stává terčem, a to je dovádí k rozhodnutí zhubnout co nejrychleji, tzn. nejíst. Jako další důvody se v dotazníku objevily např. problémy v rodině, šikana či hloupost. Jeden z respondentů uvedl, že tlusté nikdo nemá rád. Všechny zkoumané skupiny shodně uvádějí, že největší problém vidí v tlaku okolí a přizpůsobování se jakési normě. Ve chvíli, kdy se normě vzdálíte, jste za to velmi krutě trestán. Z tohoto nejvíce respondenti viní média a společnost jako takovou, jen si neuvědomují, že tuto tolik kritizovanou společnost spolutvoří a je odrazem nás všech.

12. Sleduješ často soutěže krásy nebo jiné podobné pořady?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:*

Graf 26: Otázka č. 12 – celkový počet respondentů

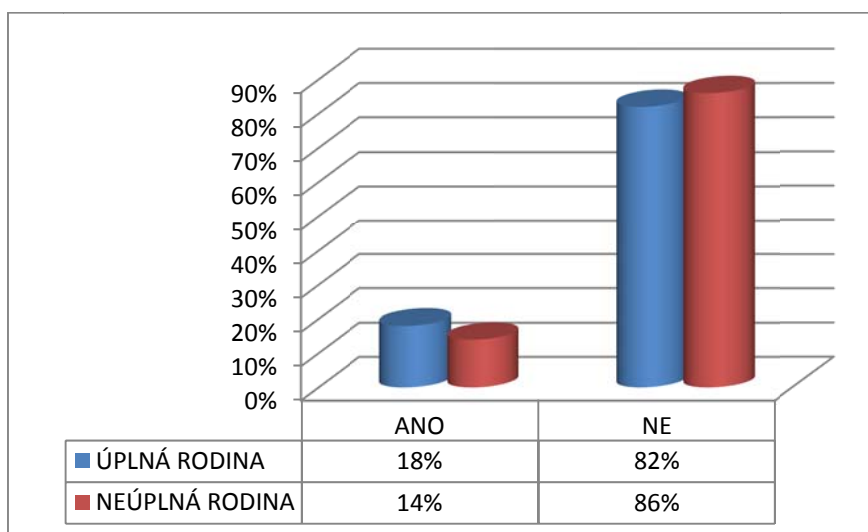


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů na tuto otázku odpovědělo 16 % kladně a 84 % záporně. Z toho vyplývá, že zkoumaná skupina má minimální zájem o tento druh zábavy. Většina respondentů uvádí, že je tyto pořady buď vůbec nezajímají, nebo je nebaví. Někteří se dokonce vyjádřili, že jim tyto pořady přijdou hloupé. Ti, kteří se přiznali k sledování těchto pořadů, jako svůj důvod uvádí zájem o krásné dívky nebo módu. Pravděpodobně jsou také respondenti ovlivněni skupinou vrstevníků, kteří se v tomto období dospívání staví ke komerčnímu prodeji krásy negativisticky a tvrdí si mezi sebou navzájem, že tyto pořady nesledují.

b) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:*

Graf 27: Otázka č. 12 – rodinné prostředí respondentů

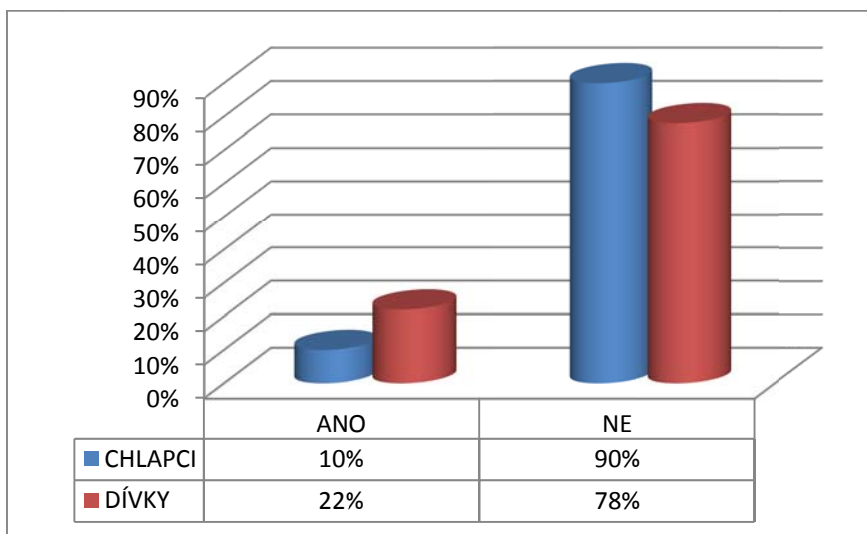


Zdroj: Vlastní zpracování

Názory žáků z úplných a neúplných rodin se nijak výrazně neliší jak od sebe navzájem, tak od celkového počtu respondentů. Proto není nutné otázku interpretovat.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:*

Graf 28: Otázka č. 12 – rozdělení dle pohlaví respondentů



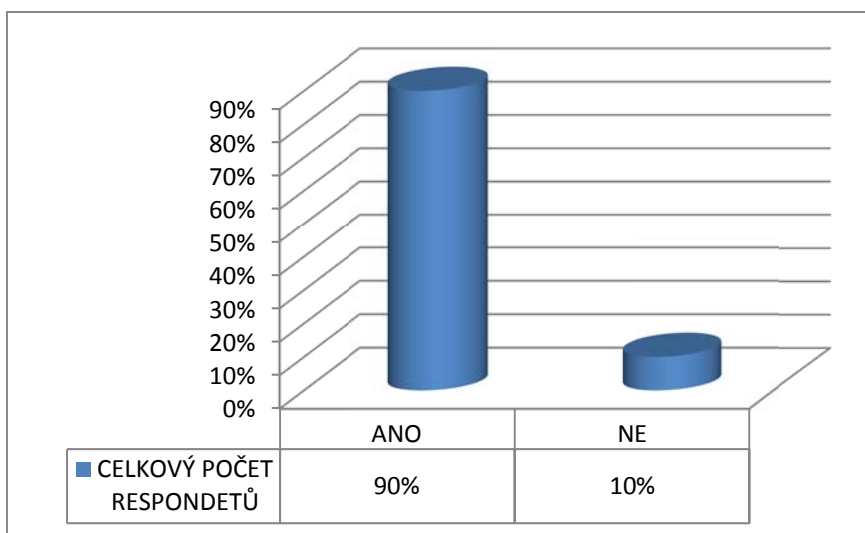
Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledky názorů na tyto pořady se více liší při rozdělení na pohlaví respondentů. Chlapci v 90 % uvedli, že se o tyto pořady nezajímají, protože jim připadají nezábavné, nezajímají je a jsou hloupé. Chlapci, kteří uvedli, že tyto pořady sledují, uvádí shodně pouze jeden důvod, a to je pohled na krásné mladé dívky, což je v tomto věku pochopitelné. Dívky v 78 % uvedly, že tyto pořady nesledují, a to z důvodu, že jim připadají hloupé, nebaví je a nejsou pro ně ničím zajímavé. Dívky, které přiznaly sledování těchto pořadů, jako svůj důvod uvádějí zájem o módní trendy a inspiraci pro sebe samu (líčení, účesy, oblečení apod.). Vzhledem k tomu, že dívky jsou z oborů kadeřnice a kosmetička, je pochopitelné, že se o tyto věci zajímají. Souhrnem je třeba říci, že pravděpodobně respondenti tak trochu pohrdají tímto způsobem zábavy, a proto je míra sledování těchto pořadů tak nízká.

13. Myslíš si, že dnes lidé podléhají dnešnímu ideálu krásy?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů*

Graf 29: Otázka č. 13 – celkový počet respondentů

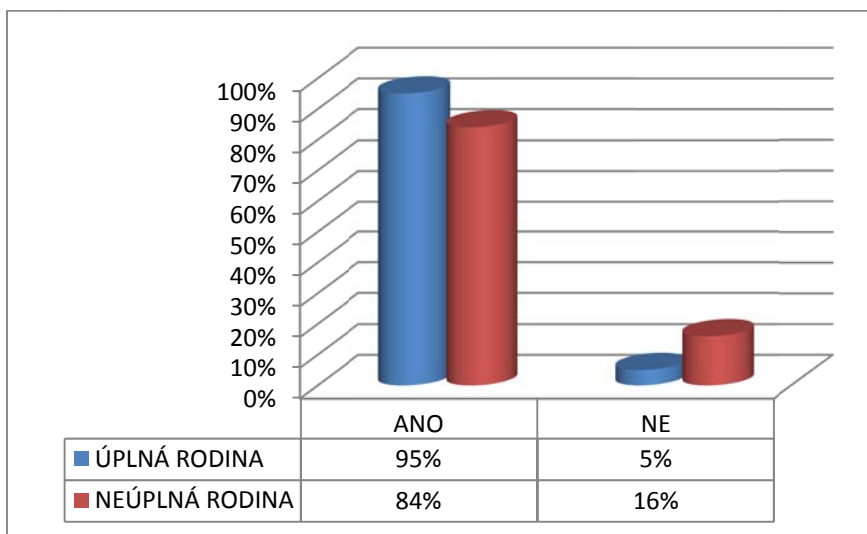


Zdroj: Vlastní zpracování

V případě této otázky je výsledek z celkového počtu respondentů jednoznačný – 90 % z nich si myslí, že lidé podléhají dnešnímu ideálu krásy. Pouhých 10 % uvedlo opak. Pravděpodobně tento názor vyjadřuje i jejich pohled na dnešní ideál krásy. I oni jsou tímto kultem štíhlosti zasaženi. Všichni dotazovaní jsou ovlivněni umělou krásou, která se na ně hrne ze všech stran, a vnímají to i u ostatních a pravděpodobně názoru většiny podléhají. Jednoznačně z výsledků této otázky vyplývá, jak obrovskou moc mají média, jak snadno jim podléháme a málo si uvědomujeme jejich sílu a míru nebezpečí, která s nimi přichází.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 30: Otázka č. 13 – rodinné prostředí respondentů

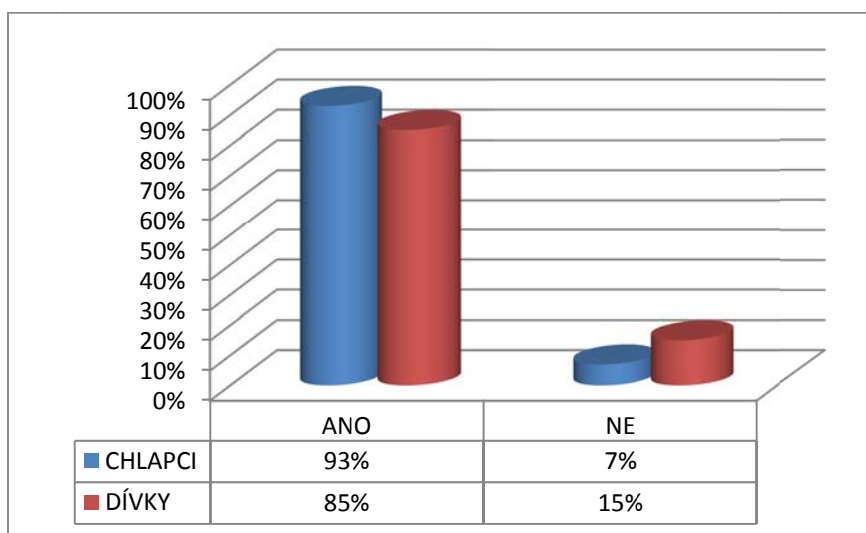


Zdroj: Vlastní zpracování

Respondenti z úplných rodin jsou v 95 % přesvědčeni o tom, že jsou lidé ovlivněni ideálem krásy dnešní doby. Naopak pouhých 5 % z nich si myslí, že to tak není. Respondenti z neúplných rodin si v 84 % myslí, že jsou lidé ovlivněni ideálem krásy dnešní doby a 16 % si myslí opak. Žáci z neúplných rodin se zdají být větší optimisté a žáci z úplných rodin větší realisté. V každém případě se většina z nich shoduje na tom, že dnešní společnost je velmi ovlivněna módními trendy.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 31: Otázka č. 13 – rozdělení dle pohlaví respondentů



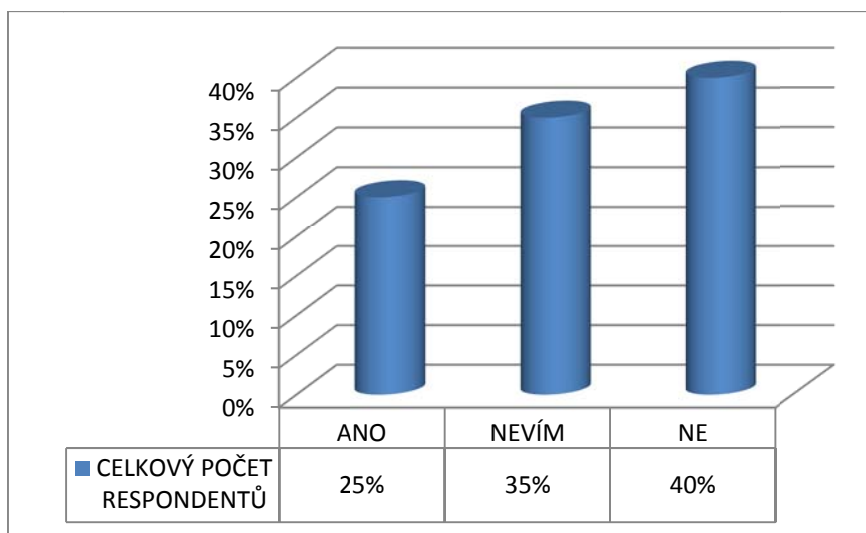
Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu rozdílnosti pohlaví se také na výsledcích nic nezměnilo. Většina dotázaných – chlapci 93 % a dívky 85 % – je přesvědčena, že lidé jsou ovlivněni ideálem krásy dnešní doby a jen málo z nich – chlapci 7 %, dívky 15 % – tento pocit nemá. Je zřejmé, že chlapci jsou více nakloněni variantě ano oproti dívkám. Pravděpodobně to souvisí se zvýšeným zájmem chlapců o opačné pohlaví (v tomto období života jsou dívky pod drobnohledem chlapců mnohem více než jindy, objevují se navzájem). Dívky jsou v této době zase posedlé svým vzhledem a touhou být dokonalá jako „TA“ z časopisu. To možná chlapcům přijde trošku absurdní a mají pocit, že se dívky opravdu zajímají jen o ideál krásy dnešní doby a jak ho dosáhnout.

14. Myslíš si, že se dnešní společnost zabývá dostatečně problematikou poruch příjmu potravy?

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:

Graf 32: Otázka č. 14 – celkový počet respondentů

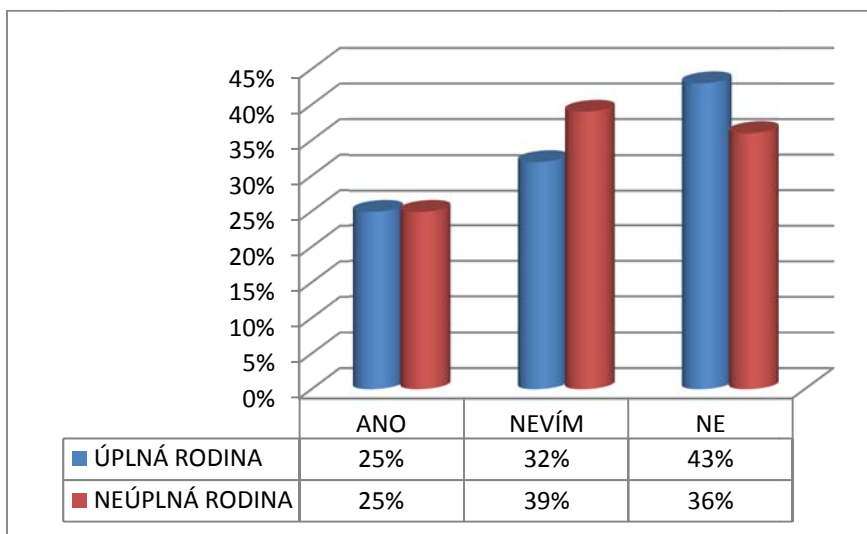


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů 40 % uvedlo, že se dle jejich názoru společnost nedostatečně zabývá problematikou PPP. 25 % respondentů si myslí, že se touto problematikou společnost zabývá dostatečně. Ostatní respondenti nemají na tuto otázku názor. Je zřejmé, že většina respondentů by chtěla být více informována o těchto nemocech.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 33: Otázka č. 14 – rodinné prostředí respondentů

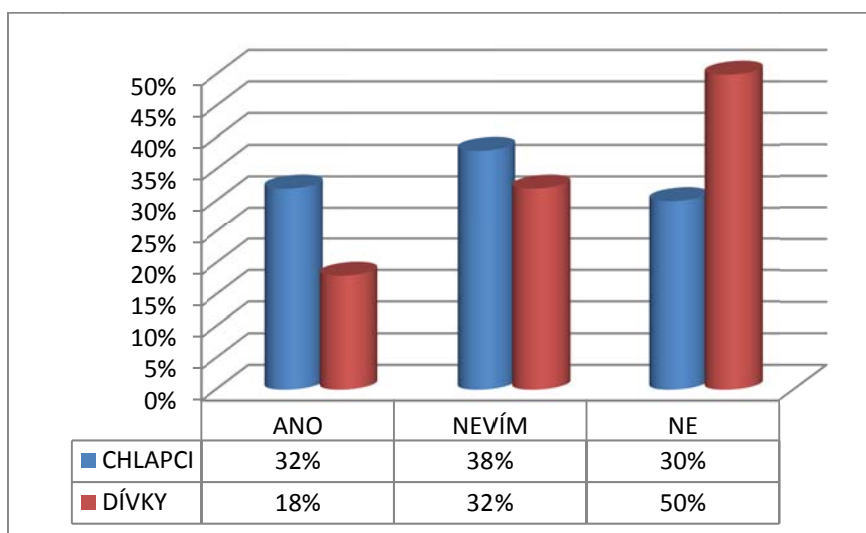


Zdroj: Vlastní zpracování

25 % respondentů z úplných i neúplných rodin si myslí, že jsou dostatečně informováni o problematice PPP. 32 % respondentů z úplných rodin a 39 % z neúplných rodin neví, jestli se společnost zabývá PPP dostatečně. 43 % respondentů z úplných rodin si myslí, že by se společnost měla zabývat PPP více, 36 % respondentů z neúplných rodin si myslí totéž. Výsledky se zhruba shodují s výsledky celkového počtu respondentů. Lze zde zaznamenat potřebu respondentů po větší informovanosti.

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 34: Otázka č. 14 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu odlišnosti pohlaví jsou rozdíly největší. Dívky si myslí, že se společnost dostatečně nezabývá problematikou PPP v 50 %, chlapci oproti tomu jen ve 30 %. Chlapci si z 32 % myslí, že je tato problematika veřejně dostatečně komunikována, z děvčat si to myslí pouhých 18 %. Ostatní neví, zda se společnost tímto problémem zabývá dostatečně – dívky 32 %, chlapci 38 %. Z výsledků odpovědí na tuto otázku vyplývá, že dívky si přejí tuto problematiku více veřejně diskutovat, aby se s ní společnost více zabývala. Důvodem jejich většího zájmu o tuto problematiku může být fakt, že děvčata jsou těmito nemocemi mnohem více ohrožena. PPP pro dívky znamenají daleko větší hrozbu než pro chlapce. Chlapci mají mnohem menší zájem o tyto informace a pravděpodobně mají pocit, že se jich tato problematika vůbec netýká.

15. Proč si myslíš, že lidé, kteří trpí poruchami příjmu potravy, svůj problém tají?

Přibližně polovina respondentů na tuto otázku odpověděla, že k utajování tohoto problému postižené vede stud. Zhruba 30 % z nich uvedlo, že postižení PPP si nepřipouští svůj problém. A zhruba 15 % odpovědělo, že mají strach se přiznat k PPP. Pouze jeden respondent uvedl jako důvod hloupost. Přibližně stejně odpovídaly skupiny z úplných a neúplných rodin. Dospívání je velmi náročnou životní situací, kterou každý den provází nějaká „trapná situace“. V tomto období je v podstatě všechno trapné, možná proto jako první určovali žáci stud. Tento fakt platí ve své podstatě i u strachu. Nejenom stud, ale

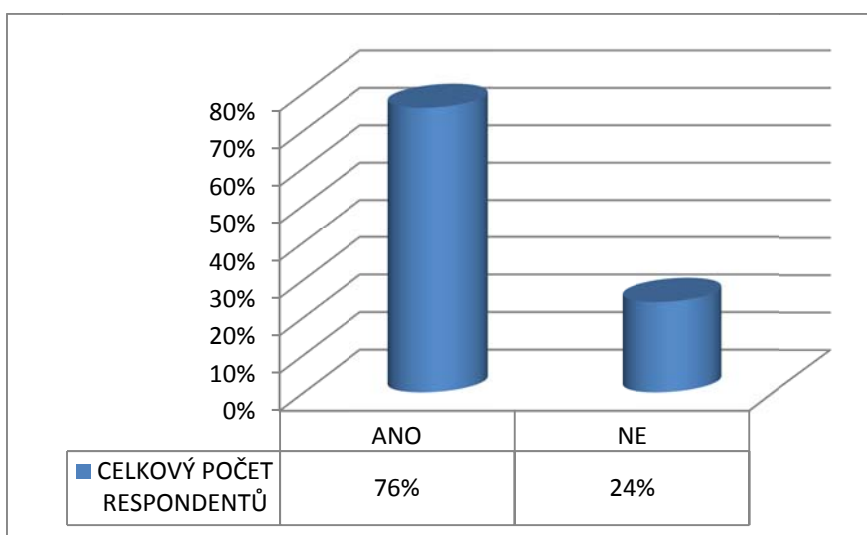
i strach provází toto náročné životní období. Jako druhou nejčastější odpověď určili možnost, že si postižený svůj problém nepřipouští. Zde pravděpodobně vycházejí již z informací, které o těchto poruchách nabyli.

V porovnání dívek a chlapců je rozdíl. Nejvíce dívek – 40 % – si myslí, že si postižený nepřipouští svůj problém. Stud pak uvádí méně dívek oproti chlapcům. Ti jako první uvádějí stud v 35 % a pak až variantu, že si postižený problém neuvědomuje. Tento fakt zřejmě pramení z toho, že dívky jsou lépe informovány a připravovány na setkání s těmito nemocemi a ví, že si zpravidla postižený svou nemoc nechce připustit.

16. Myslíš si, že bys mohla kamarádce/kamarádovi, který trpí poruchami příjmu potravy nějak pomoci? Jak?

a) *Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů*

Graf 35: Otázka č. 16 – celkový počet respondentů

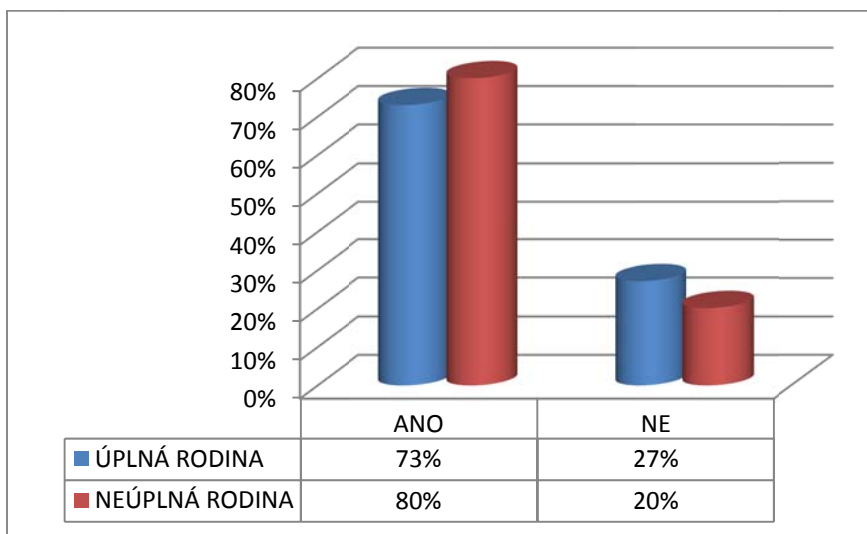


Zdroj: Vlastní zpracování

Většina respondentů uvedla, že by mohla svému kamarádovi pomoci 76 %. 24 % si myslí, že by oni sami pomoci nemohli. Ti respondenti, kteří si myslí, že by mohli pomoci, uvádějí jako způsob pomoci „promluvit postiženému s PPP do duše“. Jako druhá nejčastější odpověď se objevila „vyhledat s postiženým odbornou pomoc“. Pouze čtyři dotazovaní uvedli, že by se obrátili na rodiče a jeden uvedl učitele. Z výsledků odpovědí na tuto otázku vyplývá, že dotazovaní podceňují tyto poruchy a myslí si, že by je s postiženým zvládli sami.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 36: Otázka č. 16 – rodinné prostředí respondentů

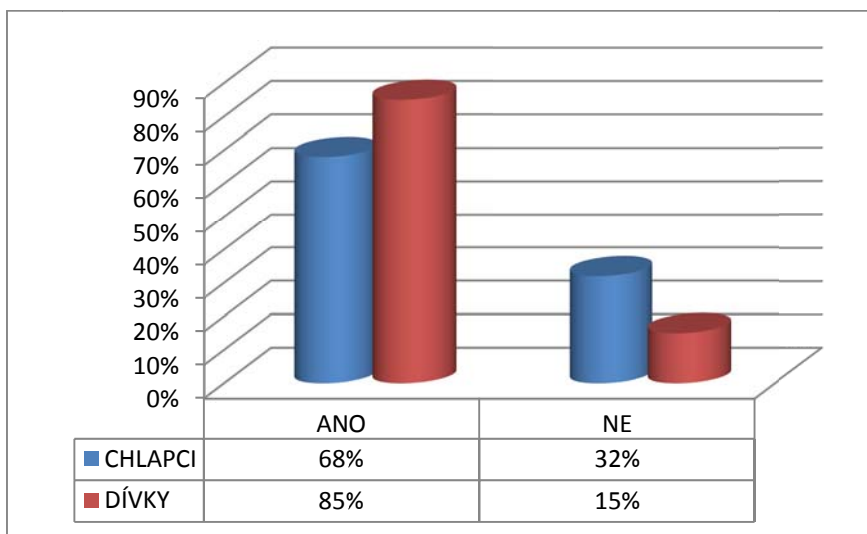


Zdroj: Vlastní zpracování

Při porovnání respondentů z úplných a neúplných rodin vyplývá, že dotazovaní z úplných rodin jsou ochotnější a myslí si, že by dokázali postiženému s PPP pomoci. Opět u obou skupin platí, že by nejprve postiženému promluvili do duše. Jako druhá odpověď je návštěva odborníka. Respondenti z neúplných rodin jsou citlivější k problémům ostatních a je zde vidět větší ochota pomoci, pravděpodobně na základě vlastní zkušenosti s problémovou situací (rozpad rodiny).

c) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:

Graf 37: Otázka č. 16 – rozdělení dle pohlaví respondentů



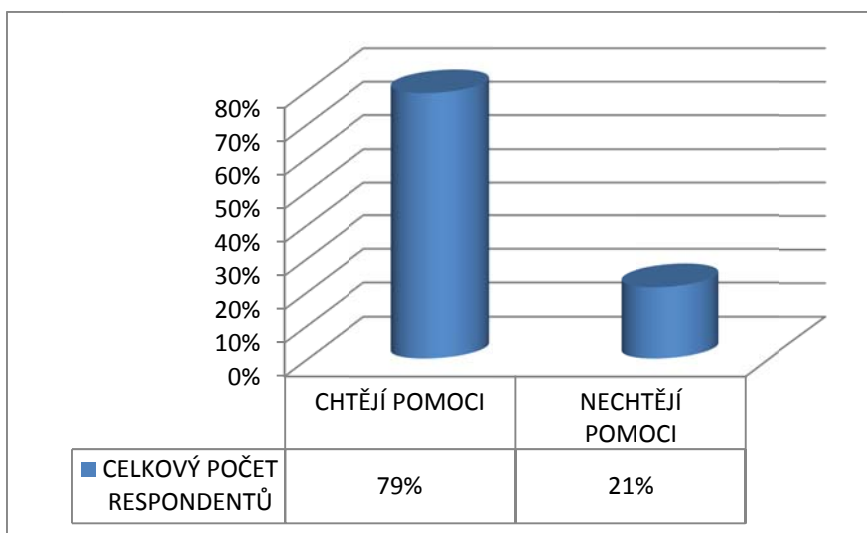
Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu rozdílnosti pohlaví jsou mnohem ochotnější pomoci postiženému s PPP dívky (85 %) než chlapci (68 %). Dívky uvádějí nejčastěji možnou pomoc „promluvením mu do duše“. Jako druhou variantu nabízejí „odbornou pomoc“. Čtyři dívky by se obrátily pro pomoc na rodiče. Chlapci, kteří uvádějí, že by mohli postiženému pomoci, uvádějí jako způsob pomoci nejdříve „odbornou pomoc“ a na druhém místě „promluvit s postiženým“. Jeden chlapec by se s prosbou o pomoc obrátil na učitele. Důvod rozdílnosti v kladných odpovědích na tuto otázku je pravděpodobně v tom, že se tento problém více týká děvčat a mají pro něj větší pochopení a soucit s postiženým a také si dokážou představit dopady těchto nemocí. Tento pohled na věc také odpovídá větší informovanosti dívek o PPP. Chlapci pravděpodobně tento problém ze svého pohledu bagatelizují a nemají výrazný zájem ho řešit.

17. Opravdu bys to udělal?

a) Výsledky jsou uvedeny z celkového počtu respondentů:

Graf 38: Otázka č. 17 – celkový počet respondentů

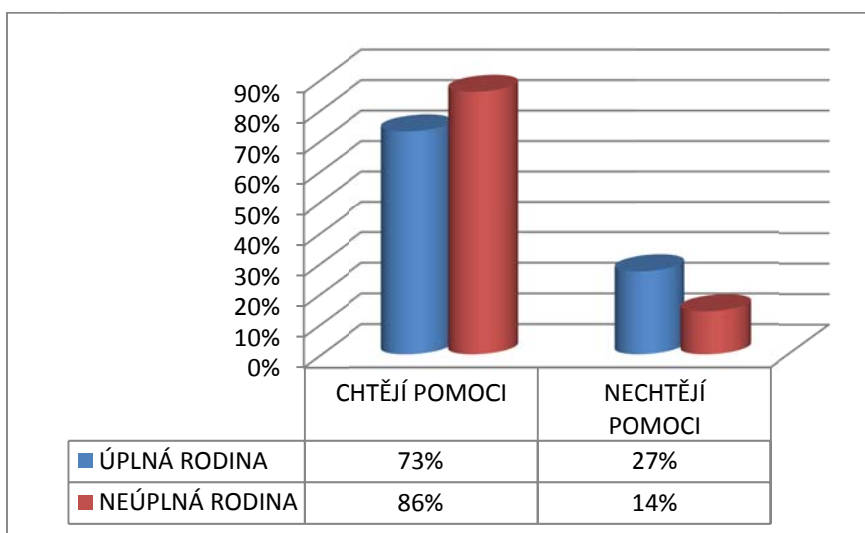


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů projevilo svůj zájem pomoci kamarádovi 79 % a 21 % pomoci nechce, respektive považují svoji snahu za zbytečnou. Respondenti, kteří vyjádřili svoji vůli nepomoci kamarádovi, uvádějí jako důvod zbytečnou snahu, protože kdo pomoci nechce, tomu pomoci nelze. Někteří respondenti, kteří uvedli, že jsou ochotni pomoci, také uvádí, že je těžké a možná nemožné pomoci někomu, kdo pomoc nechce, ale rozhodně by se o to chtěli pokusit. Z postojů vyplývá, že většina by se pokusila kamarádovi pomoci, ale jsou si vědomi, že možná neuspějí. Někteří by se o to ani nepokusili, protože jim to připadá bezúčelné a nemožné.

b) Výsledky jsou uvedeny s ohledem na rozdílnost rodinného prostředí respondentů:

Graf 39: Otázka č. 17 – rodinné prostředí respondentů

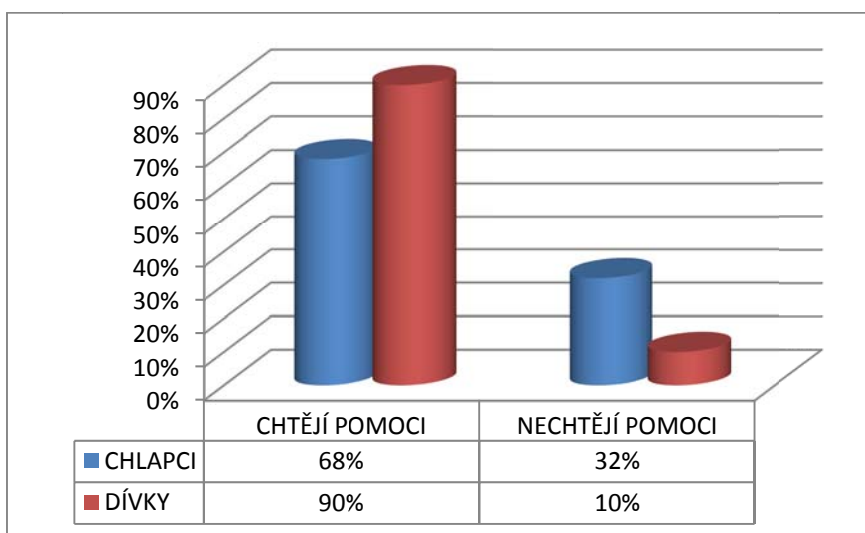


Zdroj: Vlastní zpracování

Z pohledu úplné a neúplné rodiny je možné sledovat, že většina žáků by pomoci svému kamarádovi chtěla. Ovšem žáci z úplných rodin jsou mnohem méně ochotni pomoci svému kamarádovi – v 73 % – než žáci z rodin neúplných – v 86 %. Pravděpodobně žáci z neúplných rodin jsou na základě svých životních zkušeností (rozpad rodiny) daleko citlivější a vnímavější k problémům ostatních, protože i oni byli zranitelní a potřebovali podporu a pomoc okolí.

c) *Výsledky jsou uvedeny s ohledem na pohlaví respondentů:*

Graf 40: Otázka č. 17 – rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Mnohem výraznější rozdíl nacházíme mezi výsledky postojů chlapců a dívek. Dívky jsou z 90 % ochotny pomoci kamarádovi ve svém okolí. Chlapci jsou ochotni pomoci v 68 %. Chlapci svoji neochotu obhajují především tím, že postižený pomoci nechce. A kdo pomoci nechce, tomu ani pomoci nelze. Nebo netuší, jak dotyčnému pomoci. Oproti tomu dívky vnímají stejně, že většina postižených o pomoc nestojí, ale přesto by pomoci chtěly a zkusily. Děvčata jsou biologicky předurčená k tomu se o někoho starat a pomáhat svému okolí a z tohoto pravděpodobně vyplývá ochota pomáhat více, než jsou ochotni pomáhat chlapci.

Obecně z výsledků výzkumu vyplývá, že ve většině případů by respondenti chtěli pomoci postiženému ve svém okolí, ale jsou si vědomi toho, že jejich pomoc se může minout účinkem a postižený ji odmítne.

6.3 Shrnutí výsledků

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké je informovanost žáků středních odborných škol o poruchách příjmu potravy, jejich etiologických příčinách a zdali by dokázali a byli ochotni pomoci postiženému ve svém okolí.

V případě první výzkumné otázky jsem předpokládala, že žáci budou mít nejasnou představu o PPP a za tyto poruchy budou považovat pouze mentální anorexii a mentální

bulimii. Tento předpoklad byl správný. Většina žáků nebyla schopna popsat, co jsou to PPP. Až v případě konkrétních dotazů na mentální anorexii a mentální bulimii se zorientovali. Přesto někteří nedokázali tyto poruchy přesně definovat. Z pohledu úplných a neúplných rodin jsou výsledky téměř shodné a vliv rodin v informovanosti žáků je téměř shodný. Z pohledu rozdílnosti pohlaví mají mnohem větší představu o těchto poruchách dívky než chlapci.

U druhé výzkumné otázky jsem předpokládala, že jako příčinu PPP většina dotazovaných uvede nespokojenost se vzhledem. Výzkumné šetření ukázalo, že za jiných okolností by žáci svůj vzhled neřešili, ale vzhledem k tlaku okolí a médií propadají žáci, kteří přesně nezapadají do měřítka pro krásu dnešní společnosti, stavům úzkosti a strachu. Právě ve společnosti ovlivněné médií spatřují žáci základ vzniku PPP. Bohužel si neuvědomují, že jsou sami součástí a spolutvůrci společnosti, ve které se nacházejí a již obviňují.

Předpoklad u otázky třetí byl, že většina žáků bude ochotna pomoci svému kamarádovi trpícímu PPP bez ohledu na pohlaví či rodinné zázemí. Z výsledků šetření vyplývá, že byl tento předpoklad příliš optimistický. Očekávala jsem takřka 100 %. Z pohledu rodinného prostředí se ukázalo, že žáci z úplných rodin jsou ochotni pomoci mnohem méně a jsou více lhostejní k problémům ostatních. Kdežto žáci z rodin neúplných jsou více empatičtí k lidem s potížemi a jejich ochota pomoci je mnohem vyšší. Když nahlédneme na tu to otázku skrze pohlaví, z šetření vyplývá, že děvčata jsou mnohem více ochotna pomáhat lidem s PPP než chlapci, kteří mají tendenci tyto poruchy podceňovat nebo jsou přesvědčeni, že tito lidé pomoci nechtějí, a proto jim ani pomoci nelze.

ZÁVĚR

Problematika poruch příjmu potravy je velmi závažná a složitá. Veřejnost někdy nedokáže pochopit, co dívky nutí hubnout, i přesto, že mají normální či nízkou váhu. Pro mnoho laiků je velmi těžko srozumitelné, proč dívky zvracejí, moří se v tělocvičnách do úmoru, používají projímadla a přestávají jíst. Všechny tyto dívky mají jediný společný cíl: být štíhlá! To je bohužel v dnešní době synonymum pro: být krásná, úspěšná a oblíbená. Tento obraz si vytvořila západní společnost sama a velmi agresivně jej propagují média.

V teoretické části bakalářské práce jsem se soustředila na vysvětlení základních pojmů poruch příjmu potravy, na jejich příčiny, diagnostiku, léčbu a prevenci a také jsem zde zmínila i mýty a omyly, které se ve společnosti o těchto poruchách tradují.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje mají žáci k etiologickým příčinám poruch příjmu potravy, jestli jsou dostatečně informováni o těchto poruchách a zdali jsou schopni a ochotni nabídnout pomoc postiženému ve svém okolí. Výsledkem bylo, že znalosti žáků o poruchách příjmu potravy nejsou dostatečné. Při zjišťování, zdali jsou ochotni pomoci postiženému ve svém okolí, tuto problematiku bagatelizují a pocitují, že je jakákoliv pomoc zbytečná. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy spatřují především v tlaku okolí na dospívajícího člověka a podsouvanému ideálu krásy. Těžko říci, zdali si plně uvědomují, že jsou součástí toho všeho a určitou měrou přispívají k tomuto tlaku, už jen tím, že s tímto konzumním postojem splynou. Společně označují jako šířitele kultu štíhlosti média.

Na základě výsledků šetření je nutno upozornit na důležitost prevence poruch příjmu potravy, a to v mnohem větší míře než doposud. Je zde nutná součinnost pedagogů, rodiny, žáků a specialistů na tuto problematiku, a to mnohem dříve než na středních školách. Je velmi důležité, aby i rodiče měli co největší množství informací o těchto nemocech, protože je zřejmé, že prevence poruch příjmu potravy musí začínat už v rodinách.

Závěrem nemohu opomenout fakt, že dnešní rychlá doba je velmi ovlivněná médii a v případě, že tyto instituce budou i nadále propagovat tento nereálný kult štíhlosti, jak je tomu dnes, bude postižených těmito poruchami přibývat, a to v mnohem nižším věku než dnes. Proto je v zájmu nás všech, abychom prevenci poruch příjmu potravy neopomíjeli.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Práce má dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje informace získané z odborné literatury a věnuje se vymezením těchto poruch, jejich historii, příčinám vzniku, diagnostikou, léčbou a prevencí a také zmiňuje časté mýty a omyly o těchto poruchách. Praktická část se věnuje problematice poruch příjmu potravy u žáků středních odborných škol. U žáků byly zjišťovány jejich postoje k etiologickým příčinám poruch příjmu potravy, jejich znalosti těchto poruch a schopnost pomoci postiženému ve svém okolí s ohledem na rodinné prostředí a pohlaví respondentů.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexiie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, BMI – body mass index, tělesná hmotnost, jídelní návyky, léčba, prevence.

The Bachelor thesis deals with the problems of eating disorders. The work consists of two parts – theoretical and practical. The theoretical part provides information based on professional literature and deals with the definition of these disorders, their history, causes of their origin, diagnostics, treatment and prevention and also mentions frequent myths and false beliefs related to them. The practical part pursues the problems of eating disorders in pupils of vocational secondary schools. Enquiries were made with pupils concerning their attitude to etiological causes of eating disorders, their knowledge of these disorders and the ability to help an affected person in their neighbourhood with respect to the family background and gender of respondents.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorders, BMI – Body Mass Index, body weight, eating habits, treatment, prevention.

SEZNAM ZDROJŮ

- Anorexie (mentální anorexie) a bulimie. 2011. *CZblog* [online]. 27.11.2011 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://czblog.cz/anorexie-mentalni-anorexie-a-bulimie/>
- BRÖHMOVÁ, Patricia. 1999. *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. 1. vyd. Praha: Amulet, 1999. ISBN 80-862-9917-1.
- CLAUDE-PIERRE, Peggy. 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Překlad Zdík Dušek. Praha: Pragma, 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
- COOPER, Peter J. 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
- FIALOVÁ, Ludmila. 2001. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 269 s. ISBN 80-246-0173-7.
- FRANĀKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- GALOVÁ, Kristýna. 2013. *Mýty a omyly*. Brno: Anabell, 2013. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404372388_myty-a-omyly.pdf
- GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. Brno: Paido, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
- Každá pacientka zvrací aneb největší mýty o anorexii a bulimii. 2010. *IDnes.cz* [online]. 13. ledna 2010 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/kazda-pacientka-zvraci-aneb-nejvetsi-myty-o-anorexii-a-bulimii-pbn-/vztahy-sex.aspx?c=A100106_170328_psychologie_bad
- KOCOURKOVÁ, Jana. 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-858-2451-5.
- KRCH, František David a Iva MÁLKOVÁ. 2001. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 236 s. ISBN 80-717-8521-0.

- KRCH, František. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi*. Č. 10, s. 420-422. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- LEIBOLD, Gerhard. 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- Mýty a polopравdy o anorexii a bulimii. 2010. *Svět potravin* [online]. 23.8.2010 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.svet-potravin.cz/clanek.aspx?id=2098>
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. 2000. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. 1. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 270 s. ISBN 80-859-1233-3.
- PAPEŽOVÁ, Hana. 2000. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 76 s. ISBN 80-851-2132-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.
- POLANSKÁ, Michaela, Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ a Jarmila ŠVÉDOVÁ. 2007. *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. Brno: Anabell, Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1402313751_prevence.pdf
- Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1999. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, 238 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9627-7. ??? citace
- Posouzení skladby těla pomocí BMI, WHR, bazální metabolismus. 2011. *Lifestyle Academy* [online]. [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.nutriacademy.cz/lifestyle/skladba-tela-pomoci-bmi-whr-bazalni-metabolismus.php>
- SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. 2003. *Z deníku bulimičky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 127 s. ISBN 80-717-8795-7.
- Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 2010. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 424 s., vi s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4724-256.

Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59). 2014. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014/4/1 [cit. 2015-01-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ. 2010. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Anabell. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kategorie BMI a zdravotní rizika.....	11
Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle oborů.....	38
Tabulka 3: Faktografické otázky 1.....	38
Tabulka 4: Faktografické otázky 2.....	38
Tabulka 5: Otázka č. 10 – celkový počet respondentů.....	58
Tabulka 6: Otázka č. 10 – dívky x chlapeci.....	59
Tabulka 7: Otázka č. 10 – rodinné prostředí respondentů.....	59

Seznam grafů

Graf 1: Otázka č. 1 – celkový počet respondentů.....	39
Graf 2: Otázka č. 1 – rodinné prostředí respondentů.....	40
Graf 3: Otázka č. 1 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	40
Graf 4: Otázka č. 2 – celkový počet respondentů.....	41
Graf 5: Otázka č. 2 – rodinné prostředí respondentů.....	42
Graf 6: Otázka č. 2 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	43
Graf 7: Otázka č. 3 – celkový počet respondentů.....	44
Graf 8: Otázka č. 3 – rodinné prostředí respondentů.....	45
Graf 9: Otázka č. 3 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	45
Graf 10: Otázka č. 4 – celkový počet respondentů.....	46
Graf 11: Otázka č. 4 – rodinné prostředí respondentů.....	47
Graf 12: Otázka č. 4 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	47
Graf 13: Otázka č. 5 – celkový počet respondentů.....	48
Graf 14: Otázka č. 5 – rodinné prostředí respondentů.....	49
Graf 15: Otázka č. 5 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	49
Graf 16: Otázka č. 6 – celkový počet respondentů.....	50
Graf 17: Otázka č. 6 – rodinné prostředí respondentů.....	51
Graf 18: Otázka č. 6 – rozdělení dle pohlaví respondentů.....	51
Graf 19: Otázka č. 7 – celkový počet respondentů.....	52
Graf 20: Otázka č. 8 – celkový počet respondentů.....	53

Graf 21: Otázka č. 8 – rodinné prostředí respondentů.....	54
Graf 22: Otázka č. 8 – rozdělení dle pohlaví respondentů	55
Graf 23: Otázka č. 9 – celkový počet respondentů.....	56
Graf 24: Otázka č. 9 – rodinné prostředí respondentů.....	57
Graf 25: Otázka č. 9 – rozdělení dle pohlaví respondentů	57
Graf 26: Otázka č. 12 – celkový počet respondentů.....	60
Graf 27: Otázka č. 12 – rodinné prostředí respondentů.....	61
Graf 28: Otázka č. 12 – rozdělení dle pohlaví respondentů	62
Graf 29: Otázka č. 13 – celkový počet respondentů.....	63
Graf 30: Otázka č. 13 – rodinné prostředí respondentů.....	64
Graf 31: Otázka č. 13 – rozdělení dle pohlaví respondentů	65
Graf 32: Otázka č. 14 – celkový počet respondentů.....	66
Graf 33: Otázka č. 14 – rodinné prostředí respondentů.....	67
Graf 34: Otázka č. 14 – rozdělení dle pohlaví respondentů	68
Graf 35: Otázka č. 16 – celkový počet respondentů.....	69
Graf 36: Otázka č. 16 – rodinné prostředí respondentů.....	70
Graf 37: Otázka č. 16 – rozdělení dle pohlaví respondentů	71
Graf 38: Otázka č. 17 – celkový počet respondentů.....	72
Graf 39: Otázka č. 17 – rodinné prostředí respondentů.....	73
Graf 41: Otázka č. 17 – rozdělení dle pohlaví respondentů	74

Seznam obrázků

Obrázek 1: Příklad reklamy na prostředky na přibrání	17
Obrázek 2: Mentální anorexie v praxi	24

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník.....	i
--------------------------	---

PŘÍLOHA A: DOTAZNÍK

Dotazník

Jmenuji se Kateřina Plechatá a jsem studentkou 3. ročníku oboru Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku na Západočeské univerzitě v Plzni na Fakultě pedagogické. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce s názvem „Postoje studentů středních odborných škol ke vzniku poruch příjmu potravy“.

Dotazník je anonymní a získané údaje nebudou nikde veřejně publikovány. Zakroužkujte Vámi vybranou variantu nebo doplňte odpověď. Prosím o pravdivé informace.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Jsem: žena muž

Věk:

Studijní obor:

V jaké rodině žiješ?

a) úplné b) rodiče jsou rozvedeni c) jiné.....

1) Setkal(a) jsi se už někde s pojmem poruchy příjmu potravy?

a) Ano b) Ne

2) Pokud ano, kde?

a) rodina b) škola c) média d) mezi přáteli

e) jinde.....

3) Napiš svými slovy, co si představuješ pod pojmem poruchy příjmu potravy.

4) Víš co je to mentální anorexie? Pokud ano, uveď, jak vypadá.

5) Víš co je to mentální bulimie? Pokud ano, uveď, jak vypadá.

6) Znáš ve svém okolí někoho, kdo trpí nějakou poruchou příjmu potravy?

Pokud ano jakou?

a) Ano b) Ne

.....

.....

7) Kdo podle tvého názoru trpí poruchami příjmu potravy častěji?

a) dívky b) chlapci

8) Ve kterém věku, podle tvého názoru začínají lidé trpět poruchami příjmu potravy?

a) 10-15 let b) 15-22 let c) 22 a více let

9) Co si myslíš o lidech, kteří trpí poruchami příjmu potravy?

a) jsou hloupí b) jsou nešťastní c) o tomto problému nevěděli d)

mají malou vůli

10) Kdo podle tvého názoru nejvíce ovlivní stravovací návyky člověka? Seřaď podle důležitosti 1-5 (1 nejdůležitější, 5 nejméně důležité)

Škola

Rodina

Kamarádi

Média (TV, internet)

Partner (přítel/přítelkyně)

11) Proč si myslíš, že se někdo rozhodne nejíst?

12) Sleduješ často soutěže krásy nebo jiné podobné pořady?

a) Ano b) Ne

Proč?

13) Myslíš si, že dnes lidé podléhají dnešnímu ideálu krásy?

a) Ano b) Ne

14) Myslíš si, že se dnešní společnost zabývá dostatečně problematikou poruch příjmu potravy?

a) Ano b) Nevím c) Ne

15) Proč si myslíš, že lidé, kteří trpí poruchami příjmu potravy, svůj problém tají?

16) Myslíš si, že bys mohl(a) kamarádce/kamarádovi, který trpí poruchami příjmu potravy nějak pomoci?

a) Ano b) Ne

Jak?

17) Opravdu bys to udělal(a)?

a) Ano b) Ne