

# Poruchy příjmu potravy

Petra Zemánková Janků

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav pedagogických věd**

**akademický rok: 2010/2011**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Petra ZEMÁNKOVÁ JANKŮ**  
**Osobní číslo: H07490**  
**Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice**  
**Studijní obor: Sociální pedagogika**

**Téma práce: Poruchy příjmu potravy**

**Zásady pro vypracování:**

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti týkající se poruch příjmu potravy.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BURTON, G., JIRÁK, J. Úvod do studia médií. Brno: Barrister & Principál, 2003. ISBN 80-85947-67-6.**

**COOPER, P., J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Jak se uzdravit. Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.**

**KRCH, F. D. Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3. doplněné a přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.**

**KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.**

**KRCH, F. D. Mentální anorexie. 1. vydání, Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eva Šalenová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25.2.2011

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy a předkládá ucelený popis o mentální anorexii a mentální bulimii a to od historie přes charakteristiku onemocnění, rizikové faktory, léčbu až po její prevenci. Jsou zde zmíněny i nové formy tohoto onemocnění, jako je drunkorexie, bigorexie a ortorexie.

Praktická část je zaměřena na názory studentů na informovanost, prevenci a rizikové faktory poruch příjmu potravy, ze kterých jsou vyzdviženy především média.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, drunkorexie, bigorexie, ortorexie, rizikové faktory, možnosti prevence a léčby, média

## **ABSTRACT**

The work deals with the issue of eating disorders and presents a comprehensive description of the less-Environmental anorexia and bulimia and a history over the disease characteristics, risk factors, treatment to its prevention. They are mentioned here as well as new forms of diseases such as drunkorexia, bigorexia and orthorexia.

The practical part is focused on students views on awareness, prevention and risk factors of which are highlighted in particular the media.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, drunkorexia, bigorexia, ortorexia, risk factors, prevention and treatment, media

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytovala při tvorbě mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji i své rodině za velkou trpělivost, kterou se mnou měli po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovaná samostatně.

Prohlašuji, že jsem použila pouze literaturu uvedenou v příloženém seznamu, a že citace použitých pramenů je úplná.

Ve Zlíně 15. 04. 2011

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>12</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	13
1.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0).....	14
1.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle DSM-IV .....	15
1.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ BULIMIE .....	15
1.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2) .....	16
1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle DSM-IV .....	17
1.3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	17
1.4 NOVÉ DRUHY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
1.4.1 Bigorexie .....	19
1.4.2 Ortorexie .....	19
1.4.3 Drunkorexie.....	20
<b>2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>21</b>
2.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	21
2.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE.....	22
<b>3 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>23</b>
3.1 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY .....	23
3.1.1 Média.....	24
3.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY .....	25
3.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY .....	26
<b>4 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>27</b>
4.1 TĚLESNÉ DŮSLEDKY .....	27
4.2 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY .....	27
<b>5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>29</b>
5.1 AMBULANTNÍ PÉČE .....	29
5.2 HOSPITALIZACE.....	30
5.3 FARMAKOTERAPIE.....	30
5.4 PSYCHOTERAPIE .....	31
5.5 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY .....	31
<b>6 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>32</b>
6.1 PREVENCE V RODINĚ .....	32
6.2 INFORMOVANOST .....	33
6.3 VYVÁŽENÝ ŽIVOTNÍ STYL .....	34
6.4 SEBEVĚDOMÍ .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>7 METODOLOGIE</b> .....	<b>38</b>



7.1	PŘEDVÝZKUM .....	38
7.2	METODIKA VÝZKUMU .....	38
7.2.1	Struktura dotazníku .....	39
7.3	CÍLE VÝZKUMU .....	40
7.4	FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	41
7.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	41
7.6	ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU.....	42
<b>8</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>44</b>
8.1	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE A ZÁKLADNÍ INFORMACE O RESPONDENTECH.....	44
8.2	VLASTNÍ VÝZKUM .....	47
8.3	DOPLŇKOVÉ OTÁZKY .....	65
<b>9</b>	<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>68</b>
9.1.1	Doporučení pro praxi .....	70
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
	<b>INTERNETOVÉ ZDROJE.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>80</b>

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila v současné době velmi aktuální téma „Poruchy příjmu potravy“. Problematika tohoto onemocnění je velice závažná a komplikovaná. Vzhledem k tomu, že počet případů onemocnění stále stoupá, přičemž již není prioritou pouze žen, ale nebezpečně rostou i počty postižených mužů a dokonce se již onemocnění vyskytlo i u čtyřletých dětí. Tato dětská forma onemocnění nebyla ještě přesně v literatuře definována, ale již důkaz její existence je značně alarmující.

O poruchách příjmu potravy bylo již napsáno velké množství literatury, a to jak laické, tak i odborné, přesto zde chybí větší množství literatury zaměřené na prevenci a informovanosti široké veřejnosti a adolescentů, kteří patří mezi nejrizikovější skupinu, která může být touto poruchou zasažena. V této práci jsem se zaměřila právě na oblast prevence poruch potravy, ve které vidím silnou stránku ke snížení výskytu zmiňovaného onemocnění.

Účelem mé bakalářské práce, bude předložit ucelený popis poruch příjmu potravy. Celou práci bych chtěla strukturalizovat do dvou základních částí, a to první teoretickou částí a druhou praktickou částí. V teoretické části bych chtěla vymezit charakteristiku onemocnění a její historii, která by měla poskytnout náhled na některé důležité aspekty tohoto onemocnění. Také bych zde chtěla zmínit atypické a nespecifické poruchy a okrajově se dotknout nových forem tohoto onemocnění, jako je drunkorexie, bigorexie, ortorexie.

V jedné kapitole teoretické části bych chtěla rozebrat rizikové faktory, které mohou vyvolat toto nebezpečné onemocnění. Součástí tohoto tématu by měla být více rozvedena podkapitola zaměřená na média, která jsou velmi spojovaná se vznikem poruch potravy. V práci by se dále měly objevit zdravotní komplikace, která provázejí zmiňované onemocnění a kapitola, v které bude rozebrána pestrá paleta léčebných postupů, ze kterých bych chtěla přiblížit pouze některé, pro omezený rozsah práce.

V posledním oddíle teoretické části bych chtěla zpracovat problematiku již zmiňované prevence poruch příjmu potravy, ve které bych chtěla analyzovat základní oblasti prevence. Zde je nutno upozornit na včasnou a dostatečnou informovanost a vliv rodiny.

Součástí praktické části by měl být kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem bude získat názory studentů na prevenci poruch potravy, na otázky související s působením médií a dostatečnou informovaností na školách. Základem této části bude dotazníkové šetření, které bude dále zpracováno a vyhodnoceno.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Každodenní příjem potravy nám slouží na zajištění všech důležitých životních pochodů v lidském organismu. Jestliže tomu tak není a tělo nedostává každodenní a pravidelný příjem živin, dochází k vnitřní nerovnováze a organismus postupně strádá a bere si z vlastních zásob. Bohužel existují jedinci, kteří se jídlu vyhýbají úmyslně. Může je k tomu vést spousta možných důvodů. Pokud pomineme zdravotní příčiny, tak mezi nejčastější důvod odpírání si jídla je bezpochyby dieta, která nemusí být až tak nebezpečná, jestliže je racionálně vyvážená. Problém nastává u velmi častých a drastických diet, kdy trpí nejen tělesná schránka organismu, ale i psychická.

Příjem potravy představuje pro člověka hodně psychologických významů a může také mnoho věcí nahrazovat. Může se stát prožitkem něčeho slastného, může být způsobem odměny, může snižovat úzkost, kterou jídlom kompenzujeme, může vyplnit pocit osamělosti a prázdnoty, ale může být také vyjádřením nepřátelského postoje nebo obranou (Praško, 2003).

Strava komplexně ovlivňuje celý náš organismus a právě na jejím správném složení závisí, jak se bude cítit naše tělo, a jak bude prospívat. Nevhodné stravovací chování může být spouštěčem poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Jedním ze spouštěčů tohoto onemocnění může být právě dieta, která se stane posedlostí. Neustálé diety promění vnitřní postoj k sobě samému a dotyčný myslí jen na hmotnost, dietu a jídlo. Všechno kolem přestává být důležité a rodina, přátelé, škola a veškeré zájmy jdou stranou.

PPP bývají spojovány s poruchou postoje k vlastnímu tělu, jak uvádí Musil (2006) a veškeré aktivity jsou spojovány s hubnutím. Někdy jsou připisovány důsledku vlivu médií a módních trendů. Laická veřejnost je nepovažuje za onemocnění, ale za neuváženost dotyčného, který se chová nepřiměřeně. Také pro blízké okolí bývá onemocnění těžce pochopitelné a mnohdy podceňované.

PPP jsou zařazovány mezi tzv. civilizační choroby, ovšem podle Koutka (In Hort, 2000) představují závažné primárně duševní onemocnění, které představuje změny jak psychické, tak i somatické. Postihuje zejména mladé dívky, což nemusí být vždy pravidlem. Onemocnění můžeme pozorovat i u mužů, zralých žen a dokonce i u čtyřletých dětí.

Poruchy zařazené do této skupiny jsou bio-psycho-sociálního původu, jelikož každá má svůj původ v biologické, psychologické a sociální oblasti. Všechny jsou součástí vnějších

systemů a vzájemně se ovlivňují. Výsledkem je vznik specifické poruchy. Jedná se o poruchu jednání, která se úzce vztahuje k jídlu a k odlišnému vnímání vlastního těla a tělesných proporcí, tzv. percepční poruchy. Jsou to závažné a obtížně léčitelné poruchy, jejichž výskyt se dramaticky zvyšuje (Malá, 2002).

Od některých autorů jako je např. Nešpor (2007) a Marádová (2006) se můžeme dozvědět, že přirovnávají PPP k závislosti na alkoholu a omamných látkách. Závislost jako taková může vzniknout na jakoukoli látku, s kterou přicházíme do styku. Závislost na jídle může být stejně nebezpečná a devastující jako závislost na kterékoli návykové látce. Dokonce bych řekla, že může být i nebezpečnější, jelikož od automatů, drog nebo alkoholu se můžeme izolovat, ale od jídla to nelze. Pravidelný příjem potravy nevyhnutelně potřebujeme k životu.

Podobnost závislosti na omamných látkách a závislosti na jídle se zabývá ve svém díle Nešpor (2007), který ji přímo rozpracoval v samostatné kapitole, kde uvádí definici závislosti, podle které spadají PPP do stejné skupiny jako ostatní závislosti. Samotná definice MKN-10 uvádí, že je závislost „*skupinou fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání některé látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (Nešpor, 2007, s. 9).

Syndrom závislosti, je charakterizován opakovaným užíváním návykové látky, což může být u MB velmi lehce splněno, pokud se ataky „žravosti“ opakují několikrát za týden. Také některé projevy závislosti na návykových látkách jsou si velmi podobné s těmi, které se vyskytují u PPP, například pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků nebo také zanedbávání nebo opouštění zálib a jiných potěšeních (Sovová, 2006).

I když jsou spatřovány u závislostí a PPP některé podobnosti, bylo by přínosné, aby se k jednotlivým onemocněním přistupovalo ojedinele, neboť vykazují zvláštní specifické znaky a nadále byl zachován individuální přístup.

### 1.1 Charakteristika mentální anorexie

Vyhýbání se jídlu, zneužívání laxativ a diuretik, držení drastických diet nebo vyvolávání zvracení může být varovným znamením toho, že se děje něco nestandardního nebo nebezpečného. Jestliže by šlo jen o pouhý exces, kterých je v našem životě několik, a z kterých se poučíme a dále již nechybujeme, nebylo by to nic tak závažného. Ovšem mentální anorexie (dále jen MA) často začíná jako nevinná dieta, která podle Benešové (2003) může

skončit v nekonečném začarovaném koloběhu, který se netočí kolem ničeho jiného než je jídlo, zvracení, diety, cvičení, přejídání, a tak stále dokola.

Dívka nebo mladá žena získá přesvědčení, že je příliš tlustá a začátek bludného kruhu může začít. K začátku onemocnění mnohdy přitom stačí jen nemístná poznámka od okolí na své boky nebo stehna, která nastartuje boj s „ideální postavou“. Dotyčná si začíná vážit jídlo, počítat kalorie a cvičit, úmyslně zvyšuje tělesnou aktivitu, aby spálila více energie. Často zvyšuje i duševní aktivitu, například v podobě usilovného studování, aby odvrátila myšlenky od jídla.

Je všeobecně známo, že pro MA je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy, nechutenství a následné hubnutí, které je úmyslně vyvoláno a udržováno. Je zde přítomna patologická obava z tloušťky, ta má charakter ovládané až nutkavé myšlenky. Pacientky se samy snaží o udržení nízké hmotnosti a té dosahují různými způsoby. Nejčastěji se snaží hladovět, zvracejí, zneužívají laxativ, diuretik a klyzmat (Navrátilová).

Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu, může být v mnoha případech spíše zavádějící, neboť je až sekundárním znakem a nemusí se vyskytovat u všech postižených. Krch (2005) uvádí, že někteří pacienti mají naopak zvýšený apetit a averze k jídlu je jejich projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k vlastnímu tělu.

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

- Váhový úbytek, který vede k váze pod 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Ztráta hmotnosti je následkem vyhýbání se jídlům, užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Rozsáhlá endokrinní porucha osy hypotalamus – hypofýza – gonády se u žen projevuje jako amenorea.
- 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. U mužů ztráta zájmu o sex a potence.

- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Rahn, Mahnkopf, 2002).

Aby se mohla definitivně diagnostikovat mentální anorexie, musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud je absence jednoho nebo více symptomů, ale přesto dotyčný vykazuje téměř typický klinický obraz, hovoříme o atypické mentální anorexii (Kocourková, et al., 1997).

### 1.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle DSM-IV

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
- Intenzivní obava z přibírání na váze, která se nezmenšuje s pokračujícím váhovým úbytkem.
- Porucha vnímání váhy, rozměrů či tvaru vlastního těla, pacient vnímá zkresleně určité partie i přes probíhající kachexii.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace. U prepubertálních dívek se MA projevuje primární amenoreou (Kabíček, Sulek, 2008).

Při diagnostice MA je nutné se také zmínit o **specifických** typech onemocnění, u kterých je odlišný průběh. Jedná se o **nebulimický (restriktní) typ**, který je ve svém průběhu ojedinělý, že během epizody mentální anorexie u nemocného nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Druhým typem je **bulimický (purgativní) typ**, u kterého během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Bártáková, 2010).

## 1.2 Charakteristika mentální bulimie

Vedle MA můžeme zařadit mezi poruchy potravy také mentální bulimii (dále jen MB), která patří do základního členění onemocnění. Také tento typ poruchy stravování spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu.

Někteří jedinci trpící MA nemají tak silnou vůli, aby dokázali neustále držet dietu a hladovět. Navíc pravidelný a dostatečný příjem potravin je důležitý, pro všechny životní funkce a navíc je jídlo tak chutné a lákavé. Jestliže nástrahám dobrot neodolají a podlehnou poku-

šení, vyčítají si to a obviňují se. Po selhání vůle sáhnou k drastičtějším metodám a použijí laxativa nebo ty „statečnější“ použijí drastičtější metodu, rozdráždí dáivý reflex a obsah žaludku, který právě naplnili, vyzvrací. Z jednoho excesu se může přejít v závislost, která velmi negativně ovlivní další život jedince. Není teda ojedinělým případem, že se MA může přesmeknout v MB.

Krch (2008) uvádí, že MB je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, která je spojena jako u MA s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Samotné přejídání bývá často velmi dlouho utajováno svému okolí a k přejídání dochází v ústraní, kde nejsou žádní svědci, kteří by mohli na samotný fakt upozornit.

Koutek popisuje MB také jako „*syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následně snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení.* (Koutek, In Hort, 2000, s. 271).

Samotná klinická definice „prejídání“, která provází MB, byla stanovena až v posledních několika letech a je chápána jako jídelní epizoda s dvěma charakteristickými znaky. Jedním znakem je, že je požit velké množství jídla. Za druhé, jídlo je provázeno subjektivním pocitem sebekontroly. Jídlo je během záchvatu přejídání konzumováno velmi rychle a velmi často není ani v ústech rozmělněno (Cooper, 1995).

Každý z nás se někdy přejedl a určitě to nebylo jen jedenkrát. Vždyť se říká „hlad má velké oči“ a pak jsme se cítili přeplnění a ještě k tomu provinile. Jak teda můžeme říci, že se nejedná o MB? Samozřejmě občasné přejedení neznamená, že trpíme bulimií, toto onemocnění musí splňovat ještě další symptomy, které náležejí k danému onemocnění, a které dále rozvedu.

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

- Časté epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- V důsledku přejídání se pacienti snaží čelit přírůstku hmotnosti zvracením, zneužíváním projímadel, užíváním anorektik, preparátů štítné žlázy nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.



- Vlastní pocit „přílišné tloušťky“ s neodbytnou obavou z tloustnutí (Rahn, Mahnkopf, 2000).

### 1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle DSM-IV

- Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání charakterizuje:
- Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch, 2005).

Tak jako se u MA vyskytují specifické typy onemocnění, tak MB mezi **specifické typy** řadí **purgativní typ**, u kterého pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretik, aby zabránil zvýšení hmotnosti. U druhého typu **nepurgativním** používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Bartáková, 2010).

Diagnostika MB je mnohdy velmi složitá, jelikož okolí nemusí vůbec zpozorovat, že nemocná trpí nějakým onemocněním. Většinou normálně obědvá s rodinou, která si nějakého problému nemusí všimnout několik měsíců nebo i let. Většinou na sebe dívka upozorní až velkou vyhublostí.

Velmi často můžeme sledovat, že v anamnéze nemocných trpících MB, je epizoda anorexie nebo intenzivnější omezování v jídle.

## 1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Počty postižených jsou značně alarmující, neboť se jejich počet stále zvyšuje a věk nemocných se stále snižuje. Bohužel se nevyhýbá ani ženám a ani mužům. U velkého počtu postižených, touto psychiatrickou nemocí, se může onemocnění navzájem od sebe lišit.

Stále můžeme sledovat, jak se různá onemocnění vyvíjí, jak mutují a mají daleko závažnější dopad na lidský organismus. O mutaci nemůžeme hovořit v pravém slova smyslu, jelikož toto onemocnění není virového původu, přesto i u něj můžeme pozorovat různé rozdí-

ly. Může probíhat značně nestandardním způsobem, ale přesto vykazovat téměř typický klinický obraz.

Pro případy u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků, byly vyčleněny pojmy **atypická anorexia nervosa** a **atypická bulimia nervosa**, ty sice vykazují typický klinický obraz, ale nesplňují všechna diagnostická kritéria (Papežová, In Fišar, 2009).

Jestliže nemocný nespadá ani do jedné z výše zmiňované kategorie, nabízí se možnost pro stanovení diagnózy a to do **jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy**. Můžou se zde řadit případy, kdy jsou u postižené splněny všechny kritéria onemocnění a nemocná má pravidelnou menstruaci, k záchvatům přejídání dochází méně často nebo tělesná hmotnost stále odpovídá normě. Do této skupiny poruch potravy lze zařadit i **záchvatovité přejídání** (binge rating disorder) a **syndrom nočního přejídání** (night rating), přesto ani jedna z uvedených PPP není specifikována v MKN-10. Záchvatovité přejídání lze také označit jako psychogenní přejídání a je charakteristické epizodami přejídání, ale chybí zde zvracení či užívání laxativ. O syndromu nočního přejídání lze říci, že se jedná o biobehaviorální poruchu s narušením cirkulárního rytmu a je charakterizován „denní anorexií“, nespavostí a nočním přejídání (Bartáková, 2010).

Nutno zmínit ještě jeden nově popsany symptom, který dosud stojí mimo pozornost výzkumníků a kliniků a tím je **kontinuální jedení (grazing)**. Jedná se o kontinuální konzumaci menšího množství potravy bez volní kontroly. Pro diagnostiku tohoto symptomu není primárně důležité množství konzumovaného jídla, ale spíše kvalita prožívání. To znamená, že pacient subjektivně negativně vnímá ztrátu kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy (Kravarová, Slabá, Svačina, 2010).

#### 1.4 Nové druhy poruch příjmu potravy

Naše moderní společnost je vyhlášena malým množstvím pohybu, přílišnou konzumací vysokokalorických pokrmů a stále se zvyšujícím procentem obézních jedinců, přesto touha vypadat hezky je u některých jedinců velmi silná a to jak u žen, tak u mužů. Toho aby dosáhli „ideální postavy“ jsou mnohdy ochotni zajít do extrémů a sáhnout po drastických způsobech, kterými by dosáhli svého cíle a touhy po štíhlé nebo po sportovní postavě.

Díky těmto extrémům vznikají také nové typy PPP, které jsou ve své podstatě stejně nebezpečné jako MA a MB. Mezi tyto nové typy PPP patří např. bigorexie, ortorexie a drunkorexie. Jsou to poruchy, které jsou definovány poměrně nedávno, mají specifické znaky

moderní doby, proto jsem tuto kapitolu nazvala „novými“ PPP, jelikož jsou svým výskytem nejmladší.

### 1.4.1 Bigorexie

Ve všech dostupných multimediálních komunikačních prostředcích nás zahlcují těla dokonale vypracovaných postav, na kterých není ani deko tuku a jen samý sval, který získáme pravidelným cvičením ve fitcentrech a užíváním přípravků, které nám zvýší příjem bílkovin a aminokyselin, po kterých bude naše svalová hmota stále přibývat. Reklam s podobným obsahem je všude nepřeborné množství a podle nich asi není pro tělo nic lepšího.

Tak jako ve všech oblastech platí, že všeho moc škodí a sportu se toto pravidlo také nevyhýbá. Ve společnosti se začíná vytvářet skupinka jedinců, kteří věnují pohybové aktivitě a složení stravy nadměrnou pozornost, až se stává jejich posedlostí. Velkým problémem této oblasti je, že si jedinci nepřipouští, že by prováděli něco nepřiměřeného. Jejich léčba je o to složitější.

Pojem *bigorexie* nebo také *Adonisův komplex* je formulována jako nadměrné až abnormální zaujetí pro optimální tělesný vzhled, fyzickou zdatnost a výkonnost. Osoby postižené bigorexií vnímají samy sebe jako slabé, nedostatečně vyvinuté a snaží se náročným posilovacím tréninkem a nadměrnou spotřebou doplňků stravy dosáhnout dokonalého vzhledu. Tato psychická porucha představuje riziko v podobě poškození pohybového aparátu jeho nadměrným přetěžováním, riziko nadměrné hmotnosti, riziko nadměrné spotřeby doplňků výživy a také je zde riziko sociální izolovanosti. (Kolouch, 2002).

### 1.4.2 Ortorexie

U ortorexie je patologickou závislostí zdravá výživa. Postižení jsou až posedlí zdravou stravou a vyhýbají se všemu nezdravému. Hledají v obchodech koutky zdravé výživy, vše co neobsahuje nic umělého nebo škodlivého pro tělo. Tato touha po všem zdravém může zajít do extrému, kdy se jedinec nedokáže zabývat ničím jiným než sháněním zdravých potravin a pokud jejich touha není uspokojena, raději nejedí vůbec nic, než by jedli něco nezdravého.

Při tomto onemocnění roste strach z nezdravého jídla, zvyšuje se zájem o zkoumání složení a o výrobu pokrmů. Postupně se okruh konzumovaných jídel snižuje a postižený touto nemocí ztrácí na hmotnosti a může trpět podvýživou.

Samotný název „ortorexie“ by se dal rozdělit na dvě části „orthos“, který znamená správný a „orexis“ znamená chuť, teda správná chuť. Označení ortorexie použil poprvé pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou americký lékař Steven Bratman ve své knize *Healthfood Junkies*. Původně se sám zabýval zdravou výživou, založil komunitu lidí, kteří se o tuto problematiku zajímali, než zjistil, že přehnané zabývání se zdravým jídelm může vést k negativním důsledkům na zdraví. Po tomto zjištění komunitu rozpustil (Kulhánek, 2002).

### 1.4.3 Drunkorexie

Třetím typem poruch potavy, kterou bych chtěla zařadit do této skupiny je drunkorexie, která je specifická opakovanou redukcí potavy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Také zde hraje velkou roli nespokojenost se svou postavou a touha po „ideální váze“.

Podstata onemocnění vychází z faktu, že alkohol, a to především destiláty a likéry, obsahuje velké množství kalorií. Nemocný se cíleně vyhýbá, před požitím alkoholu, přísunu potavy, aby snížil příjem kalorií na minimum a netloustnul. Takové excesy se můžou vyskytnout například před víkendovými akcemi, kde se mladí lidé baví, a kde je předpoklad konzumace alkoholických nápojů. Jedinci postižení tímto onemocněním velmi často kombinují konzumaci alkoholu s energetickými nápoji. Pokud je požitá množství velmi vysoké, může mít toto spojení velmi nebezpečný dopad na zdravotní stav jedince, jelikož dochází ke zvyšování srdeční frekvence, zvyšování krevního tlaku a při požití většího množství alkoholu dochází ke snížení vnímavosti únavy a tím nebezpečí vyčerpání organismu až kolapsu (Kulhánek, 2002).

Dnešní mládež se chce nejenom bavit, ale touží být také krásná a oblíbená v kolektivu, proto je drunkorexie stejně nebezpečná jako jiné druhy poruch potavy, protože na tomto životním stylu může velmi rychle vzniknout závislost. Také je toto onemocnění velmi nebezpečné pro své důsledky na organismus, který devastuje stejně jako jiné PPP. Onemocnění negativně ovlivňuje nejenom fyzickou stránku, ale i psychickou a jsou také známé případy náhlého úmrtí nemocných trpících drunkorexií. Proto by se tento druh poruchy neměl bagatelizovat a měl by mít nezastupitelné místo vedle jiných PPP.

## 2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

I když by se mohlo zdát, že PPP jsou problémem, který trápí současnou moderní dobu, opak je pravdou. Již v dávné historii můžeme objevit zmínky, které by mohly zapadat do stejného profilu, jakým je MA. Ovšem prvky hladovění ještě nebyly považovány za onemocnění nebo poruchu a u některých typů náboženství, byly velmi časté. Stoupenci některých náboženských skupin se dokázali postit několik i dní. Takovým to způsobem si dokazovali velkou vnitřní sílu a sebeovládání. Znamky hladovění v minulosti měly tedy spirituální nebo náboženský charakter.

Stopy minulosti MA a MB nastíním v dalších podkapitolách.

### 2.1 Historie mentální anorexie

Jestliže bychom se vrátili v čase a pustily bychom se do pátrání po počátcích narušeného způsobu příjmu potravy, zřejmě bychom se žádného konkrétního cíle nedohledali. Onemocnění MA existovalo po staletí u různých civilizací, ale byla přisuzována jako příznak jiných somatických onemocnění nebo součástí duševní poruchy, které doprovázelo nechutenství a úbytek na váze. Společné symptomy mentální anorexie byly často nesprávně diagnostikovány, a pokud se neslučovaly s žádným dosud známým onemocněním, byly přisuzovány negativnímu působení nadpřirozených mocností.

První zmínky o příčinách MA popsal Galén, který byl jednou z nejvýznamnějších medicínských postav tehdejší doby. Termín MA používal ve smyslu absence chuti k jídlu nebo odpor k jídlu (Krch, 2005).

Přílišné hladovění bylo možno pozorovat také u některých náboženství, zde to bylo považováno za kladnou známku silné vůle, ke které světcům dopomáhaly boží mocnosti. Byla to také známka oddanosti k „hlavě“ uznávaného náboženství. V 12. až 15. století ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice, sebetřýzní se a odčičují své hříchy a tím vysvobozují své hříchy. V 16. století byly tzv. anorektické světice, prohlašované za „posedlé ďáblem“ a jsou pronásledovány církví. Hladovění a půst je odsuzován více než přejídání a obžerství, které je součástí desatera (Navrátilová et al., 2000).

Postupná diagnostika poruch potravy byla definitivně stanovena, až s vývojem medicínských oborů. Pojem anorexia nervosa se datuje až v sedmdesátých letech devatenáctého století, přesto jí nebylo po dlouhá léta věnována přílišná pozornost, kterou by si zasloužila. Byla sice popsána britským lékařem Richardem Mortonem již v roce 1689, který se ve

svém díle „Phthisiologia“ zmiňuje o nervovém opotřebením, které je devastací a skomíráním způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálním rozrušením. Přestože bylo Mortonovo dílo značně fascinující, první věrohodně popsane případy mentální anorexie se objevovali až ve druhé polovině devatenáctého století (Papežová, 2005).

Termín „anorexia nervosa“ poprvé použil lékař královny Viktorie William Gull v roce 1874 v Anglii a současně onemocnění popsal ve Francii Charles Lasegue. Klasifikačně je anorexia nervosa stanovena až Andersenem v roce 1990 a ten diagnostikoval nejen anorexii, ale i mentální bulimii (Němečková, 2007).

## 2.2 Historie mentální bulimie

Historie MB je zřejmě tak stará jako lidstvo samo. Nadměrné přejídání bylo většinou prioritou vyšších vrstev, které měly kapitál na pořádání bohatých hostin, na kterých se stoly prohýbaly jídlem. Hodovalo se a pilo i několik dní a nocí. V takovém prostředí byl velký prostor pro ukojení chorobného hladu.

Samotné dějiny přejídání a s ním související pojem bulimie prošel širokou historií, byl definován různými významy, než se ustálil do současné podoby. Z historie jsou například známé zajímavé popisy přejídání ve spojení se zvracením, které medicína definovala jako *kynorexia* nebo *fames canina*. Toto přejídání a následné zvracení bylo často přisuzováno jiným onemocněním, které navzájem doprovázelo (Krch, 2005).

Vývoj MB jako samostatné diagnózy trval velmi dlouhou dobu a i dnes můžeme slyšet spory o tom, zda je bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou. I když písemné záznamy o MB jsou dochovány již po staletí, dokonce bylo objeveno i několik kazuistik, ve kterých byla identifikována značná skupina příznaků, které bulimii doprovází, přesto získala status psychiatrické diagnózy poměrně nedávno.

Navrátilová et al. (2000) uvádí, že termín *bulimia nervosa*, který označuje silné a neovladatelné nutkání se přejídat a s následným zvracením požitého jídla ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí, poprvé použil v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell. V tomto období vznikají také první speciální zařízení pro PPP a v roce 1987 prohlašuje WHO, že mentální bulimie je důležitým problémem světové populace.

### 3 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Určit přesný důvod proč vznikají poruchy a onemocnění, a to ať psychické nebo tělesné, je velmi složitý proces. Mnohdy trvá velmi dlouho, než se pravý původ nemoci objeví a v některých případech dojde i k tomu, že se příčina nikdy neobjasní. K této situaci dochází i v případě PPP. I zde nelze jednoznačně určit pravou příčinu vzniku.

Kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčina, která by se vyskytovala u všech nemocných a objasňovala jejich potíže. V osobní a rodinné anamnéze pacientů se setkáváme s některými nespécifickými rizikovými faktory. Vždy jde o kombinaci několika různých faktorů, které se často objevují i u jiných duševních poruch. A i „*kontrolované studie na širším vzorku pacientů zatím nepotvrdily obecnou platnost žádného z jednoduchých etiologických modelů*“ (Krch, 2005, s. 57).

Podle Kocourkové et al. (1997) současná medicína i psychologie většinou upouští od výkladů vzniku onemocnění, který se opíral o jednoznačnou příčinu jejího vzniku. Na PPP je nahlíženo jako na syndromy determinované multifaktoriálně a dále faktory dělí na individuální, rodinnou a sociokulturní.

I když je podle mnoha odborníků, kteří se zabývají problematikou PPP zřejmé, že základní příčina nám dosud uniká, je zřejmé, že se na rozvoji zmiňovaných poruch podílejí jak faktory biologické, tak psychologické a sociokulturní (Praško, 2003).

Je popsáno mnoho faktorů, které se na vzniku PPP podílejí a jelikož se jedná o bio-psycho-sociální onemocnění, je i toto členění rizikových faktorů vhodné použít. Při etiologii onemocnění jde téměř vždy o určitou konstelaci různých vlivů biologických faktorů, nepříznivých životních událostí, krizi v dospívání, rodinných vlivů a dalších příčin. Při existenci mnoha různých faktorů lze hovořit o bio-psycho-sociální podmíněnosti PPP.

#### 3.1 Sociální a kulturní faktory

Každý z nás je součástí určité společnosti, která na nás působí, a která nás ovlivňuje. Všichni podléháme tlakům okolí a ať si to uvědomujeme nebo ne, tak nás tato společnost formuje. Ne všechny tlaky společnosti, kterými jsme terčem, jsou kladné a těm se musíme naučit odolávat. Abychom byli schopni relevantně čelit negativním tlakům, záleží hodně na síle osobnosti a taky na vlivu rodiny, která nám poskytuje primární vzory.

Může to být například přílišná soutěživost mezi sourozenci nebo sportovní zájmy rodičů, které jsou pozitivní záležitostí, ovšem jen do té doby než se zvrhnou do extrému. Další takovou příčinou mohou být nevhodné stravovací návyky rodičů a sourozenců nebo obezita a držení diet v rodině (Krch, 2002).

Dítě nebo mladý člověk si z těchto vzorů berou příklad nebo se naopak budou chtít některým vyvarovat. Mohla bych to přiblížit tomu, že matka, která věnuje velkou pozornost své postavě a svému vzhledu, která neustále drží diety, bude mít dceru, která se bude chovat podobně. Naopak zase rodina, která má nevhodné stravovací návyky a je obézní, bude mít dceru, která bude mít strach z obezity a bude se vyhýbat jídlu.

Mezi četnými sociálními vlivy, které na společnost působí při vzniku PPP, je i změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti, které vděčíme touze žen po samostatnosti a emancipaci. Téměř každá žena chce být úspěšná. To ovšem představuje i podstoupení tlaku společnosti na přehnaný „ideál štíhlosti“. Jestliže se chce žena v současné společnosti prosadit musí se řídit módními trendy, být vždy upravená a být štíhlá (Leibold, 1995).

Aby ženy vyhověly společenským představám o štíhlosti, podstupují dietní programy a konzumují dietní preparáty, které jim mají napomoci ke štíhlosti. Významná role se připisuje také negativnímu vlivu reklamy a sdělovacím prostředkům, které vzbuzují falešnou představu, že vše je možné bez většího úsilí. Protagonisté, kteří jsou obsazováni do reklam a spotů, jsou stále hubenější a jsou vzorem našemu kulturnímu ideálu. Nereálné cíle štíhlosti navozují „*nespokojenost s vlastním tělem a zvýšenou pozornost dietnímu chování postupující na úkor jiných životních hodnot*“ (Papežová, 2006, s. 182).

Podíl médií na vzniku PPP je velmi aktuální téma a zaměřila jsem na něj i ve své praktické části své práce, proto bych je dále hlouběji rozvedla.

### 3.1.1 Média

Díky médiím a komerčním reklamám je v nás posilována představa, že člověk může získat vše, na co si vzpomene. Touto mylnou představou jsou manipulováni především dospívající, kteří jsou nejovlivnitelnější a mnohdy ještě nemají dostatečně rozvinuty schopnosti rozlišovat fikci od reality. Možná právě proto je dospívající mládež, a to převážně dívky, nejrizikovější skupinou pro vznik PPP.

Do našeho podvědomí se dostává mylná představa, že pouze krásné a štíhlé ženy mohou být obdivované a úspěšné. Ti oškliví a tlustí jsou zesměšňováni a úspěchu nedosáhnou.



Jestliže se v médiích objevují jen hubení jedinci ve spojitosti s úspěšností, může si mladý člověk snadno spojit vyhublost se zdravím, sebekontrolou, elegancí, společenskou přitažlivostí a mládím (Benešová, 2003).

Média nás obklopují na každém kroku a představují významný faktor spoluutvářející život jednotlivce, skupin i celé společnosti, ale není zcela zřejmé, čím vlastně mohou média ovlivňovat a jaké povahy je toto působení. Je to dáno především rozdílným pohledem a povahou, kterou se díváme na mediální komunikaci. Ač jsou již známé negativní účinky a dopad, není možné tomuto působení zabránit. Média jsou významné a natolik provázané s různými institucemi, že je nelze izolovat ani jim zabránit (Jirák, Köpplová, 2007).

Názor, že média mají velkou moc a velký vliv na společnost, je všeobecně rozšířená, ale jaké povahy tato moc je se názory rozbíhají. Jednou z nejpodstatnějších mocí mediální komunikace je, že se podílí na socializaci jednotlivce, na jeho včlenění do společnosti, a tím jak na formování jedince, tak na utváření podoby společnosti a vztahů. Právě proto se objevují časté snahy o jejich ovládnutí a o jejich kontrolu (Burton, Jirák, 2003).

I když není možné, aby se úplně zabránilo negativnímu vlivu médií, nebo aby se úplně izolovaly, přesto by měla společnost usilovat o minimalizování tohoto dopadu. Tlak médií na naše představy o životním vzoru současného člověka jsou velmi silné. Média dokážou utvářet a formovat jedince a informace mohou být značně zkreslené, hlavně pokud jsou to jediné informace, které se k němu dostávají. Proto patří mezi nejsilnější spouštěcí mechanismy, které mohou vyvolat poruchu potavy.

### **3.2 Biologické faktory**

Působení biologických faktorů vstupuje do této duševní poruchy zřejmě až sekundárně a spolupůsobí na jejím udržování (Ondriášová, 2005).

Avšak Krch (2008) uvádí, že jedním nejčastějším rizikovým faktorem pro rozvoj poruchy je ženské pohlaví. Riziko vzniku poruchy u žen je desetkrát vyšší než u mužů, proto je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rozvoj ženské pohlaví. U dospívajících mužů je také možno sledovat zvýšený zájem o tělesné proporce a fyzickému vzhledu, avšak muži si většinou přejí zesílit.

Ženské tělo má důležitou úlohu a proto se jim musí přizpůsobit i jejich tělesné proporce. V období puberty dochází k závažným změnám ve stavbě těla. Tato změna může být tak

rychlá, že se s ní jedinec nedokáže vyrovnat a začne se jí bránit. Dívky v pubertě začínají přibývat na váze, začínají se zaoblovat a přestávají být spokojeny se svou postavou.

Je možné pozorovat i určité genetické predispozice, jako je vyšší riziko onemocnění u sourozenců a to převážně u dvojčat. Jestliže jedno dvojče trpí některou poruchou potravy, je pravděpodobné, že jí bude trpět i druhé z dvojčat (Praško, 2003).

Ke vzniku onemocnění může přispívat i genetické předávání tělesné hmotnosti. To kolik bude v dospělosti jedinec vážit a jak bude stavěný, rozhoduje do velké míry dědičná složka. Tendence k nadváze mohou znamenat větší náchylnost ke vzniku jídelních poruch. Určitou nadváhu můžeme také pozorovat u nemocných před vypuknutím poruchy. Vrozená nadváha ve spojení s dalšími psychologickými a sociálními faktory může být velmi silným spouštěčem tohoto onemocnění (Cooper, 1995).

Krch (2005) řadí mezi biologické faktory také menstruační cyklus a pubertu, jelikož toto období je pro vývoj jedince velmi specifické a zlomové období, ve kterém dochází k razantním změnám celkové psychické i fyzické struktury. Velmi ohrožující mohou být změny, které nejsou rovnoměrně vyváženy a fyzické dozrávání je rychlejší než psychické.

### 3.3 Psychologické faktory

Výskyt některých psychologických vlastností mohou být důsledkem vzniku poruch potravy. Může to být například nízké sebehodnocení a hluboký pocit neschopnosti nebo nadměrné sklony k perfekcionismu, který si kladou vysoké požadavky. Velká skupina trpících tímto onemocněním byla závislá na alkoholu nebo byla v dětství zneužívána. I když je tato skutečnost pro psychický vývoj škodlivá, nemusí být vždy směrodatná pro vznik poruchy. (Cooper, 1995).

Pocit neschopnosti a osobní selhání korigují někteří nemocní absolutní kontrolou nad jídlem a tělesnou váhou. Snaží se dodržovat striktní diety, cvičí nebo si vyvolávají zvracení, aby si dokázali, že mají kontrolu nejen nad svou váhou, ale i nad svým životem. Takovým jednáním si vytvářejí iluzi úspěchu, ale chybí jim reálný pohled na svou postavu.

## 4 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

PPP mohou způsobovat velkou řadu zdravotních komplikací. Rozsah následků, které toto onemocnění způsobuje je závislé především na délce trvání onemocnění. Velmi často uplyne hodně dlouhá doba než pacient postižený některým typem onemocnění, vyhledá odbornou pomoc nebo si určitých varovných signálů povšimne jejich blízké okolí. Bohužel v některých případech jsou důsledky tak devastující, že nejsou slučitelné se životem a následuje smrt.

I když je léčba PPP poměrně úspěšná, mohou mít tyto poruchy velmi závažné důsledky pro život nemocného. Jestliže začne samotné onemocnění nepříjemně zasahovat do osobního života a nějakým způsobem ho negativně ovlivňovat, je to často první důvod pro zahájení léčby. Toto onemocnění může způsobit velmi vážné zdravotní obtíže a to nejen tělesné, ale i psychické a sociální. V nejhorším případě má za následek smrt.

PPP mění kvalitu života nemocného, chronický průběh je často spojen se sociální izolací a pracovní invalidací. U MA se udává úmrtnost v rozmezí 2-8 % a u MB je úmrtnost vyčíslena na 0-2 %. V průměru 50 % děvčat s MA a téměř 2/3 s bulímií se zcela vyléčí (Krch, In Praško, 2007).

### 4.1 Tělesné důsledky

Jestliže lidský organismus dostává jen velmi malé množství potravy, velmi rychle se naprogramuje na „úsporu energie“, která automaticky zachovává životní funkce. To má za následek, že všem tělesným činnostem, které nejsou tak důležité, je poskytováno méně energie, aby bylo možno udržet orgány pro život nutných. To vede k prvním potížím (Leibold, 1995).

Mezi nejčastější fyzické důsledky, které můžou postižené MA nebo MB ohrožovat jsou převážně závratě, poruchy koncentrace, podrážděnost, nespavost, snížená citlivost v obou končetinách, deprese, zvýšená infekčnost, podlitiny, bradykardie, arytmie, selhání srdce, dehydratace, selhání ledvin, edémy, osteoporóza, snížená tělesná teplota, suché a lámavé vlasy, zácpa, nepravidelná menstruace (Maloney, Kranzová, 1997).

### 4.2 Psychické a společenské důsledky

Samotné onemocnění si nevybírá jen daň fyzickou, ale je ovlivněn celý tělesný komplex, který samozřejmě obsahuje i psychickou stránku osobnosti nemocného. Pacienti často ne-

dokážou adekvátně komunikovat se svými vrstevníky a navazovat upřímné přátelství a straní se kolektivu. Jedním z důvodů může být strach z prozrazení onemocnění, proto je pro ně vhodnější držet se v anonymitě.

Dalším důvodem jejich odcizení se společnosti, může být posedlost jídlem a pílí, kterou se snaží dosáhnout ideální postavy. Jejich posedlostí sportem, aby vydali velké množství energie a zničili tak veškerou energii, kterou v potravě přijali.

Velkým bojem za štíhlostí nemají již čas na přátele a vedlejší zájmy, tím trpí především jejich společenské vztahy, které jsou již poznamenány nízkou sebedůvěrou.

Kabíček a Sulek (2008) zahrnují do psychických důsledků také perfekcionistické rysy, pocit tloušťky a snížené sebehodnocení. Nemocní se snaží být dokonalí ne jenom ve svém vzhladu, ale i v práci a ve škole. Snaží se dosáhnout nejlepších výsledků a překonat své okolí. Ovšem dlouhým hladověním a nedostatkem vyvážené stravy trpí tělo celkově a dochází ke zhoršení celkové intelektové výkonnosti, jelikož se snižuje koncentrace pozornosti a navíc se jejich myšlenky neustále zaobírají jídlem.

Vedle fyzických a psychických důsledků poruch potravy, je hendikepována i společenská stránka života. Velkým úbytkem tělesné hmotnosti se zvyšuje pocit nejistoty a úzkostné prožitky, jelikož na hmotnosti je závislá i nálada. Bez nálady není ani chuť chodit do společnosti, ubývá společenských kontaktů a začíná sociální izolovanost. Jelikož se vše točí jen kolem jídla, je zde ztráta zájmu o okolí a samozřejmě také o sex.

Narušené osobní vztahy mohou být i u nejbližšího okolí, které je součástí nebezpečného koloběhu, který se točí kolem tohoto onemocnění. Nemocný řeší své problémy se svými blízkými a může být na nich velmi závislý. Ne vždy je to pro okolí příjemné a může reagovat podrážděně nebo může mít velký strach o nemocného trpící PPP.

## 5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pro léčbu PPP platí všeobecně platné podmínky, jaké platí i u jiných onemocnění a to, že léčba musí být komplexní a musí začít pokud možno co nejdříve, neboť je větší šance k dosažení co nejlepších výsledků. Při započetí včasné léčby, bývají také daleko menší důsledky pro tělesný organismus.

Aby byla léčba co nejučinnější je v první řadě nutné změnit postoje nemocných k jídlu a k samotnému onemocnění. Sami si musí uvědomit, že trpí tímto onemocněním, a že potřebují pomoc, ta obvykle vyžaduje dlouhodobou terapii poskytnutou odborníky.

Největším úskalím pro toto onemocnění představuje uvědomění si, že současné stravovací návyky jsou samy o sobě problémem a nevedou k řešení jiných neduhů. Bohužel mnoho rodičů a nemocných trpících PPP odmítá tuto diagnózu připustit a s léčbou začínají až ve značném pokročilém stádiu, kdy již došlo k devastaci celého organismu. Velkou roli hraje vzdělání pacienta a rodiny o povaze onemocnění, o možných zdravotních důsledcích a také o efektech a možnosti léčby (Kabíček, Sulek, 2008).

V současné době existuje spousta možností a léčebných prostředků, které se dají aplikovat na poruchy potravy, jsou to např. kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychodynamická terapie, farmakoterapie, rodinná terapie, svépomocné skupin aj. Při léčbě by se nemělo také zapomínat na nutriční rehabilitaci, která má dobré předpoklady k navození pravidelných stravovacích návyků.

### 5.1 Ambulantní péče

Jednou z nejobecnějších rozdělení léčby je na ambulantní a na hospitalizaci a každá z těchto principů má své klady a zápory. Pro lehčí případy nebo pro nepoddajné případy je vhodná ambulantní léčba, pro kterou není nutná pracovní neschopnost a nemocný nemusí podstupovat změnu zaběhlého rodinného, pracovního a společenského prostředí.

Léčba PPP se v posledních letech vyznačuje velkým pokrokem v léčbě. Veřejnost se více zajímá o tato onemocnění, takže postižení najdou daleko dříve cestu k profesionální pomoci. Tento rychlý vývoj je bohužel zřejmý především u hospitalizační léčby. Na klinikách, které se specializují na tato onemocnění, je k dispozici diferencovaná koncepce léčby. U doplňkových ambulantních služeb nešel vývoj tak rychle a existuje zde celá řada kvantitativních a kvalitativních nedostatků (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Ambulantní léčba je velmi praktická a je možné při ní využívat různé typy psychoterapie a farmakoterapie, může být prováděna individuálně i ve skupinách. Ovšem jednou z největších nevýhod je, že se nedá aplikovat u velmi těžkých zdravotních komplikací, jako jsou například těžký rozvrat vnitřního prostředí nebo u velmi těžké podvýživy.

## 5.2 Hospitalizace

Hospitalizace je vhodná v případě, kdy pacienti nereagují na ambulantní léčbu, která nepřináší předpokládané výsledky. Je nutná při neustávajícím zvracení nebo velkou podvýživou. Měla by probíhat na specializovaných pracovištích, která se umí o nemocného trpící některou z forem poruch příjmu potravy postarat. Neměla by se v žádném případě zaměřovat jen na záchranu života a na tělesnou schránku, ale měla by obsahovat i péči o duševní stránku nemocného.

Hospitalizace má často pozitivní změny a to ve velmi krátkém čase, jelikož je pacient vytržen z domácího prostředí, kde on a ani rodiče již nezvládají jídelní patologii a emoce. Je indikována, již v prvopočátku u poloviny pacientek, jelikož se u nich objevují somatické komplikace a známky deprese, které způsobila výrazná a rychlá ztráta hmotnosti. Pacientky často popírají své onemocnění a neakceptují přiměřenou hmotnost (Kabiček, Sulek, 2008).

Při léčbě je nutná úzká spolupráce psychiatrů, psychologů, internistů, nutričních specialistů, endokrinologů, gynekologů, stomatologů, otopedů a samozřejmě spolupráce s rodinou (Benešová, 2003).

## 5.3 Farmakoterapie

Součástí léčby je farmakoterapie a to především psychofarmaka. Je třeba si uvědomit, že farmakoterapie není možnost první volby a měla by být doplňkem při komplexním terapeutickém přístupu.

Tato léčba nebývá považována za kauzální léčbu a bývá indikována zejména u případů s depresivní symptomatikou. Není vhodná jako samostatná léčba, neboť se u ní objevují velmi četné vedlejší účinky, výsledky nejsou dostatečné a dochází k vysokému procentu relapsů po ukončení podávání léku (Kocourková et al., 1997).

Přesto studie léčby MB pomocí antidepresiv ukázaly pozitivní vliv, neboť se v průběhu několika týdnů po zahájení léčby snížila frekvence záchvatů přejídání o 50-60%, snížila se četnost zvracení a zlepšila se psychická stránka (Cooper, 1995).

## 5.4 Psychoterapie

V psychoterapeutických přístupech je v současné době preferován kognitivně-behaviorální přístup, který se snaží vytvořit pozitivní změny v postojích k jídlu a k vnímání vlastního těla. Snaží se pozitivně nahlížet na sebe samé. Nové přístupy pracují s pozitivní motivací a využívají také emoční reakce k přetvoření pohledu na svou postavu.

Psychoterapie je léčebná metoda, která se snaží psychologickými prostředky pozitivně ovlivnit chorobný proces a klade si dva základní cíle. Prvním je odstranění nebo zmírnění chorobných příznaků a druhým je dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti (Malá, 2002).

V psychoterapii existují velmi odlišné psychoterapeutické směry a formy léčby. Řadí se zde také rodinná terapie, kognitivně-behaviorální postupy, dynamická psychoterapie, využívají se relaxační techniky a může být jak individuální tak skupinová psychoterapie (Nešpor, Csémy, 1996).

## 5.5 Svépomocné skupiny

Existují organizace, které se věnují PPP, některé poskytují pouze informace, jiné provádějí poradenství. Také existují svépomocné skupiny, které sdružují skupiny lidí, kteří trpí poruchami potravy a vzájemným působením si chtějí navzájem pomoci. Tyto skupiny vede obvykle odborný poradce, který je vede k tomu, aby si uvědomili, že na svůj problém nejsou sami (Maloney, Kranzová, 1997).

Skupiny by měly být namíchané, neboť složení pouze z řad obětí PPP mohou mít nežádoucí účinky a to v oblasti posilování vzájemného negativismu (Claude-Pierre, 1998).

## 6 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch potravy je na velmi vysoké úrovni, je spousta odborníků, kteří se touto problematikou zabývají, existují specializovaná léčebná zařízení a organizace, které se touto problematikou zabývají. Také média udělaly velký krok v informovanosti veřejnosti a přístupu k PPP, přesto čísla, která ukazují počty trpících poruchami potravy, neklesá. To představuje silný impuls k tomu, aby se začal klást větší důraz na prevenci vzniku poruch potravy. Tato prevence by se neměla zabývat pouze okrajovými informacemi, ale měla by se integrovat do všech oblastí společnosti. Současně by měla být komplexní, systematická, dlouhodobá a přizpůsobená věku.

Jak předcházet PPP je často diskutovaným tématem, neboť možnosti primární prevence jsou problematické. Primární prevence se snaží snížit rizikové faktory způsobující poruchy potravy, a tím usiluje o zamezení vzniku onemocnění. Na rozdíl od toho sekundární prevence spočívá ve včasném odhalení onemocnění a včasné intervenci. Při realizaci primární a sekundární prevence byly vyzkoušeny různé techniky a tím vznikly i různé přístupy. V praxi se osvědčil včasný screening nebo edukační a informační intervence (Vrbatová, Borůvková, 2010)

Věnovat se preventivním programům, které mají zabránit vzniku stravovacím poruchám, nemusí zabezpečovat pouze léčebná a školská zařízení, ale velmi účelné mohou být organizace, které vznikly za tímto účelem. Tato místa velmi dobře zastávají sociální pedagogové, kteří jsou vyškoleni na práci s rizikovými skupinami a mnohdy jsou jim blíže, než lékaři či učitelé ve školách.

### 6.1 Prevence v rodině

Na prvním místě v oblasti prevence by měla být postavena rodina a rodinné zázemí, jelikož rodina je prvotním zdrojem informací v oblasti výživy a také působí na formování stravovacích návyků jedince, které jej většinou ovlivní na celý život. Dítě mnohdy nemá srovnání, jak by měl vypadat vyvážený jídelníček a nemá představu o tom, co je pro něj zdravotně škodlivé.

Rodiče si mnohdy také neuvědomují, čím dítěti nejvíce škodí. V preventivních programech by se nemělo zapomínat na informovanost rodičů, kteří často nevědí jaký typ výchovy si zvolit, aby vychovali plnohodnotného jedince.



K všeobecným zásadám prevence v rodině patří získat důvěru dítěte, umět mu naslouchat a naučit se o problémech hovořit. Pro prevenci je vhodné podotknout, že nejvhodnější výchova je vřelá, měla by omezovat pouze částečně a měla by dávat dobré vzory. Rodič by se měl snažit porozumět a starat se o potřeby potomka. Neměl by také zapomínat určovat pravidla, které se musí striktně dodržovat a v žádném případě od nich neustupovat (Nešpor, Csémy, 1996).

Mnohé děti hodnoty a vzory rodičů v pubertě opouštějí a odmítají, ale zpátky se k nim vrací v pozdějších letech. To jen potvrzuje skutečnost, že rodinné působení je pro každého velmi důležité a nepostradatelné.

## 6.2 Informovanost

Velmi účinnou preventivní metodou je včasná informovanost o všech rizicích PPP, které toto onemocnění obnáší. Tato prevence by měla začínat již v období základní školní docházky, ovšem v praxi je i spousta studentů středních škol velmi špatně nebo pouze okrajově seznámena s tímto onemocněním. Studenti často ani neznají správnou definici, ani si nedovedou představit, jak je toto onemocnění nebezpečné.

Aby se dosáhlo úspěchu, měli by se vzdělávat jak rodiče, tak pedagogové, lékařská komunita, trenéři, pracovníci ve zdravotnictví, duchovní i média. Preventivní programy nemohou nabízet pouze základní informace, neboť se ukazuje, že to ani zdaleka nestačí (Hall, Cohn, 2003).

I když jsou v naší republice preventivní programy, které se týkají PPP stále nedostačující, můžeme pozorovat určitý pokrok, jelikož se příležitostně objeví školení, kurzy či diskuse pro veřejnost, které na tento problém poukazují. Přesto je jich velmi málo, a aby splnili svůj úkol, jsou velmi nedostačující.

Pro pedagogy je k dispozici příručka pro učitele, kterou zpracoval PhDr. František David Krch a PaedDr. Eva Marádová, CSc., která byla vydána Výzkumným ústavem pedagogickým ve spolupráci s MŠMT, která je k dispozici na internetových stránkách ministerstva. Tato příručka je přínosem nejen pro učitele, ale může být užitečná i pro rodiče nebo nemocné trpící některou z poruch PPP, neboť jsou v ní přehledně zpracovány nejen způsoby prevence, ale i léčba, výskyt onemocnění, zdravotní potíže, příčiny a další cenné informace (Krch, Marádová, 2003).

Dále potom informace pro rodiče přehledně zpracovala Hana Papežová, která uvedla desatero pro rodiče, kterými se mohou rodiče inspirovat. Mezi těmito body je např. uvedeno jak se vyhýbat rozdělování jídel na dobrá a bezpečná, jak se vyhýbat aktivitám, přitahující pozornost vašemu tělu, jak pomoci dětem bránit se vlivu médií nebo jak zvýšit sebedůvěru dětí a přijímání sebe sama atd. (Papežová, 2008).

### 6.3 Vyvážený životní styl

Velmi silnou stránkou v boji proti PPP je pochopit funkci lidského těla, které je závislé na složení a množství stravy, kterou přijímáme. Abychom lépe porozuměli potřebám svého těla, je důležité naučit se dodržovat zdravý životní styl a přijímat zdravou a vyváženou potravu. Ovšem neznamena to, že je nutné se celý život vyhýbat tučným, slaným, příliš kalorickým, slaným a smaženým jídlům, jen by měla strava obsahovat všechny důležité živiny, které jsou důležité, pro správnou funkci lidského těla a neměli bychom zapomínat na dostatečný pitný režim.

*„Zdravá výživa je na prvním místě výživa, která je přiměřená vašim potřebám. To znamená přiměřená vašemu věku, zdraví, životnímu stylu i podmínkám, ve kterých žijete“ (Krch, 2008, s. 96).*

Samozřejmě ne jen jídlem jsme živí, ale také duchem a zdravím. To obnáší věnovat se kondičnímu sportu, pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu, dostatečně spát, odpočívat, vyhýbat se nadměrnému stresu, nekouřit a neholdovat alkoholu. To vše představuje dodržování zdravého životního stylu života, kterým dosáhneme dokonalé rovnováhy mezi duševním a fyzickým zdravím.

Velké množství osob má zkreslenou představu o vnímání vlastního těla, jsou nespokojené se svým tělem a cítí se být obézní. S vnímáním body image souvisí i vznik PPP, kterému by částečně šlo předejít správným sebehodnocením. Jedním z nejjednodušších a nejužívanějších způsobů posouzení tělesné hmotnosti je Queteletův index tělesné hmotnosti neboli Body Mass Index (dále BMI). Toto měřítko není jediným měřítkem k určení váhy a také nebere v potaz další faktory, které mohou výsledek ve finále ovlivnit, ale může být dobrým orientačním ukazatelem při určení váhy.

BMI vypočítáme, jestliže vydělíme tělesnou hmotnost v kilogramech druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 25, přičemž o obezitě se může hovořit, jestliže je BMI vyšší než 30. Obezita představuje vysoké riziko one-

mocnění kardiovaskulárního systému a metabolické změny. BMI do 18,5 s sebou nese zdravotní rizika spojená s podváhou, při které může být snížena imunita organismu, u žen hrozí amenorea nebo neplodnost (Krch, 2008).

Obrázek 1: Klasifikace hraničních hodnot BMI

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
< 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 <	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Zdroj: <http://www.vypocet.cz/htm>

## 6.4 Sebevědomí

Boj proti PPP představuje dlouhou a komplikovanou cestu, která se musí překonat, aby se počty trpících tímto nebezpečným onemocněním snížilo. Abychom dosáhli vytyčených cílů, musíme se nejdříve vypořádat sami se sebou, se svým tělem a svým vzhledem. K tomu bychom měli naučit i naše děti, které se někdy cítí méněcenné. Myslí si o sobě, že jsou méně krásné než ostatní vrstevníci nebo méně úspěšné. Měli bychom se naučit, jak přijímat a vážit si ostatních a nedělat si legraci z jejich vzhledu.

Naučme se jak zdravě posilovat sebevědomí a vztah k vlastnímu tělu, které velmi ovlivňuje tělesná hmotnost a vzhled celkově, neboť ne jen štíhlé tělo může být krásné. Vnitřní krása je mnohem důležitější, než vnější pozlátka. Neboť kladné přijímání sebe sama a pozitivní pohled na svět je nejlepším způsobem, jak předejít nezdravým dietám a zapadnutí do nekonečného bludného kruhu, které představují PPP.

Také příliš velké a přehnané požadavky na sebe nebo své potomky může podnítit vznik PPP. Jestliže jsme na sebe příliš přísní a chceme se někomu vyrovnat, nebo si dokázat, že zhubneme za každou cenu, nebo mít nejlepší studijní výsledky ze všech, může to být prvotní spouštěč začátku onemocnění. Proto bychom se měli takového jednání vyvarovat a

zbytečně nepřeceňovat své cíle a sny. Své cíle bychom si měli stanovovat dle svých možností, které jsou bohužel omezené.

Velmi vhodné je naučit se o svých problémech a pocitech hovořit se svými rodiči, blízkými, nebo pokud se stydíme, vyhledat odborníky, kteří jsou vyškoleni na to, aby naslouchali a vhodně pomohli. Vlastní utápění svým vnitřním žalem je velmi nebezpečné pro vznik duševní poruchy a nejlepším lékem proti němu, je podělit se s ním s někým dalším, který bude naslouchat.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 METODOLOGIE

V praktické části bych chtěla volně navázat na teoretickou část a formou kvantitativního výzkumu zjistit náhled studentů na problematiku PPP. Toto téma je velmi široké a obsáhlé, proto bych ze základního tématu vyčlenila pouze některé otázky, na které bych se chtěla zaměřit. V první řadě bych chtěla zjistit, jaký postoj zaujímá skupina respondentů k jednomu ze spouštěcích mechanismů vzniku PPP, a to k problematice médií.

Konkrétně bych chtěla zjistit míru informovanosti studentů v menším městě, které nepřesahuje míru 10 000 obyvatel.

A v poslední řadě bych se chtěla ve svém výzkumu zaměřit na oblast prevence, jejíž součástí je právě včasná, komplexní a kvalitní informovanost.

### 7.1 Předvýzkum

Před samotným šetřením proběhl předvýzkum, který proběhl v lednu 2010 u studentů 1. ročníku gymnázia. Jeho cílem bylo zjistit, zda studenti dotazníku dostatečně rozumějí. V případě nejasností, vzniklé problémy odstranit nebo doplnit tak, aby neměl žádných z respondentů problém s vyplněním celého dotazníku.

Celkem jsem rozdala 20 dotazníků, z kterých byl pouze jeden nevyplněn, návratnost byla téměř 100%. Studenti dotazníku rozuměli, objevily se pouze nejasnosti v položkách č. 9 a 24, které bylo tedy nutné více upřesnit a pozměnit. V původním dotazníku bylo dále nutné upravit drobné stylistické nedostatky.

### 7.2 Metodika výzkumu

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, které patří k nejběžnějšímu a nejčastějšímu nástroji sběru dat pro různé typy průzkumu.

Dotazník lze charakterizovat, jako „*metodický nástroj výzkumu, resp. Průzkumu, vývoje, nebo evaulace na hromadné a poměrně rychlé zjišťování informací o osobních znalostech, postojích k aktuální, nebo potencionální skutečnosti a hodnotových preferencích metodou písemného dotazování*“ (Maňák, Švec, Š., Švec, V., 2005, s. 20).

Chráška (2007) uvádí, že *dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ (Chráška, 2007, s. 163)

Zvolila jsem kvantitativní typ výzkumu s využitím dotazníkového šetření i přes jeho některé nedostatky, mezi které patří například, že nejde do hloubky zkoumaných jevů. Přesto jsem se rozhodla pro tento typ šetření, které je vhodné jako zdroj informací, které jsem potřebovala získat pro metodologickou část své práce.

I když mají dotazníky řadu nevýhod, je nutné zmínit i klady, mezi které nesporně patří, že umožňuje v poměrně krátkém čase získat a shromáždit data od velkého počtu respondentů. Je poměrně málo nákladný jak pro distribuci, tak i pro zpracovávání získaných dat.

Velkou nevýhodou dotazníku, kterou je malá návratnost, jsem eliminovala tím, že jsem v dotaznících formulovala pouze jednoduché a snadno pochopitelné otázky. Při každém setkání jsem dotazovaným vysvětlila účel a cíl výzkumného šetření, poskytla jsem potřebné informace k vyplnění dotazníku. Dala jsem možnost pro dotazy při vzniklých nejasnostech. Jelikož jsem se šetření účastnila osobně, ze všech 117 rozdaných dotazníků se mi vrátily všechny, návratnost tedy byla 100%. Pouze ve dvou rozdaných dotaznících, byly uvedeny vulgarismy a nebylo možné je použít.

### 7.2.1 Struktura dotazníku

Jak už jsem zmínila dotazník, je nejběžnějším nástrojem pro získání potřebných dat od respondentů. Aby byly zjištěné výsledky pro výzkum přínosem, musí být dotazník vhodně strukturován a otázky by měly být formulovány věcně a srozumitelně.

Ve vstupní části dotazníku seznamuji dotázané s tématem šetření, se stručnou instrukcí k vyplňování a samozřejmě nechybí zmínka o anonymitě získaných výsledků. V nestandardizovaném dotazníku jsem použila 30 otázek, které byly jak uzavřené, tak polouzavřené, které dávají možnost volné odpovědi, jestliže zvolené položky nespĺňují požadavky respondenta.

V dotazníku jsou použity tyto formy otázek:

- Položky uzavřené – je uveden určitý počet předem připravených odpovědí.
- Položky polouzavřené – je uveden určitý počet předem připravených odpovědí s možností doplnit i své stanovisko, které v položkách chybí.
- Položky dichotomické – jsou uvedeny pouze dvě odpovědi (ano, ne) a ty se vzájemně vylučují.
- Položky polytomické – je uvedeno více možností odpovědí.

- Položky filtrační – na tento typ otázky odpovídá jen respondent, který na předchozí otázku odpověděl ano.

Dotazník byl zpracován v programu Microsoft Word, zjištěné data byly dále roztříděny ručně pomocí čárkovací metody a převedeny do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. K analýze zjištěných údajů bylo použito základních statistických operací, procentuální vyjádření pomocí relativní četnosti a faktická čísla pomocí absolutní četnosti.

### 7.3 Cíle výzkumu

Média se velmi často zaměřují na zdravý životní styl, ale nabízené informace o snižování příjmu potravy jsou prezentovány neadekvátním způsobem a u rizikové skupiny populace mohou vést ke vzniku nevhodných stravovacích návyků. Pojem zdravý životní styl a pojem redukční dieta může být v médiích vykládán různými způsoby a může mít zkreslenou podobu. Příčinou může být, že tyto informace jsou propagované potravinářským a farmaceutickým průmyslem za účelem komerčního zisku. Konečným výsledkem chybných výkladů v médiích je, že dietní chování je považováno za normální a u rizikových skupin může následně vést ke vzniku PPP.

Jaký mají vliv média při vzniku PPP, je velmi aktuální téma současné doby, kterým se zabývá i Novák (2007), který zpracoval studii na vzorku 525 žen z prostředí internetové komunity, která zjišťovala souvislost příznaků PPP a přitažlivosti štíhlého ideálu. V této studii byla prokázána opodstatněnost teze, že média zobrazující ženský ideál štíhlosti jsou pro dnešní ženy nositeli žádoucích hodnot a norem, které v sobě skrývají potenciální riziko. Toto téma mě velmi zaujalo, proto jsem si jako hlavní cíl výzkumu stanovila, zjistit postoje studentů k médiím, jako jednoho ze spouštěcích mechanismů při vzniku poruch příjmu potravy.

Vedle hlavního cíle jsem si stanovila i vedlejší výzkumné cíle neboli dílčí cíle výzkumu, které vyplynuly z hlavního tématu práce.

Dílčí cíle výzkumu:

- Jaké jsou názory studentů na otázky týkající se prevence poruch příjmu potravy?
- Jaká je informovanost studentů ve Valašských Kloboukách o poruchách příjmu potravy?



## 7.4 Formulace výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou postoje studentů k médiím, jako jednoho ze spouštěcích mechanismů při vzniku poruch příjmu potravy?

Z hlavního výzkumného cíle a z dílčích cílů výzkumu vyloučily dílčí výzkumné otázky, které bych chtěla výzkumem zjistit:

- Jak velká je informovanost studentů ve městě Valašské Klobouky s problematikou týkající se poruch příjmu potravy?
- Jaké jsou zdroje informací týkající se problematiky poruch příjmu potravy u respondentů?
- Jaké jsou postoje respondentů na prezentaci příliš hubených lidí v médiích?
- Jaký je postoj respondentů k médiím, jako jednoho ze spouštěcích mechanismů při vzniku poruch příjmu potravy?
- Jaké jsou postoje respondentů na otázku včasné prevence poruch příjmu potravy?
- Zjistit zda na školách ve Valašských Kloboukách probíhá preventivní program týkající se poruch příjmu potravy?

## 7.5 Výzkumný soubor

Při výběru respondentů, kteří by byli vhodnými adepty pro výzkum, jsem volila záměrný výběr osob, který by splňoval požadavky kladené pro kvantitativní šetření.

Pro výběr respondentů jsem si zvolila několik podmínek, které musí být splněny, aby byly zjištěné výsledky adekvátní. Základním kritériem pro výběr jednotlivých respondentů bude věk mezi 16 až 18 lety. Toto věkové rozmezí, které je před hranicí dospělosti, jsem volila úmyslně, jelikož v tomto věku již lze očekávat osobnostní a psychickou vyzrálou a lze předpokládat, že v tomto věku již budou respondenti vybaveni alespoň základními informacemi, které se týkají základního tématu, jelikož osvěta tohoto problému, by měla začínat již na základních školách.

Druhým kritériem bude město na území Zlínského kraje, které má méně než 10 000 obyvatel, jelikož je na menší města při výzkumech často zapomínáno a lze předpokládat, že zde bude i nižší informovanost týkající se zmiňované problematiky.

Poslední podmínkou bude, aby se šetření účastnily střední školy s různým profesním zaměřením, aby bylo možné porovnat, zda jsou rozdíly jak v míře informovanosti, v postojích a názorech, týkajících se postavy, hubnutí a podobných otázek, které souvisejí s PPP.

Aby byly splněny tři základní kritéria, která byla výše zmíněna, budu volit pro základní výzkumný vzorek studenty druhých ročníků středních škol ve Valašských Kloboukách.

Samotné město Valašské Klobouky leží na území jižního Valašska a je jeho součástí Zlínského kraje. Město má 5 141 obyvatel a tím splňuje druhou podmínku kladenou pro volbu respondentů.

Na území Valašských Klobouk se nachází jedna střední škola s humanitním zaměřením a to je gymnázium, na kterém studují nejen studenti všeobecného zaměření, ale i studenti obchodní akademie. V této škole převažují především studentky. Druhou školou je střední odborné učiliště, které je centrem pro získávání kvalifikace různých učňovských oborů. Škola vychovává řemeslníky v oborech automechanik, opravář zemědělských strojů, kuchař číšník a malíř – lakýrník. Třídy s řemeslným zaměřením budou převážně chlapecké.

SOU Valašské Klobouky, je sloučeno s OU ve Valašských Kloboukách. Obě školy vychovávají učně podobného zaměření a připravují je na jejich budoucí povolání. Studenti OU nebyli do základního vzorku zařazeni, jelikož v jejich řadách jsou integrováni i jednotlivci s mentálním postižením a s vývojovými poruchami učení. Výsledky takového šetření by byly neadekvátní a zkreslené.

Předem jsem telefonicky kontaktovala ředitele nebo jejich asistenty zvolených škol, které jsem požádala o svolení s realizací výzkumného šetření. Samotná realizace výzkumného šetření probíhalo v měsíci září a říjen 2010 a byla individuálně přizpůsobena jednotlivým školám, tak aby co nejméně narušovala výuku studentů.

## 7.6 Časový harmonogram výzkumu

Před samotným výzkumem jsem se seznámila s danou problematikou studiem odborné literatury týkající se PPP.

Harmonogram a plán výzkumu:

- Získat informace a materiály na empirický výzkum (2010 - 2011)
- Stanovení výzkumného problému (leden 2010)
- Vybrat vhodnou metodiku sběru informací prostřednictvím dotazníku (březen 2010)

- Realizace předvýzkumu na vybraném vzorku (červen 2010)
- Vyhodnocení předvýzkumu a provedení úprav výzkumného nástroje (červenec 2010)
- Realizace hlavního výzkumu na vybraném vzorku a sběr dat (září, říjen 2010)
- Kontrola, třídění a kódování (leden 2011)
- Analýza a interpretace výzkumného nástroje (únor, březen 2011)
- Formulace výsledků a stanovení závěru (březen 2011)

## 8 ANYLÝZA A INTERPRETACE DAT

Pro třídění dat, které jsem získala od dotázaných respondentů, jsem použila klasickou čárkovací metodu. Pro vyhodnocení otázek, jsem použila grafické znázornění pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel, který je pro tento typ práce nejpraktičtější a nejprehlednější. Pro lepší názornost jsem dále získané data zpracovala i pomocí absolutní četnosti (AČ), která udává skutečné hodnoty a pomocí relativní četnosti (RČ), která zahrnuje procentuální výsledky.

V tabulkách a grafech, uvádím zkrácené formy odpovědí a používám zkratky, např. střední odborné učiliště (SOU) a obchodní akademie (OA) nebo absolutní a relativní četnost (AČ a RČ). Některé zkratky jsou uvedeny u jednotlivých grafů a tabulek pomocí vysvětlivek, které umožní snadnější orientaci v textu. Celá verze dotazníku je uvedena v příloze *PI-Dotazník pro studenty*. Všechny použité zkratky jsou zahrnuty v *seznamu použitých symbolů a zkratk*.

### 8.1 Demografické údaje a základní informace o respondentech

Výzkumu se zúčastnilo celkem 115 studentů ze tří středních škol ve Valašských Kloboukách. Vzorek se skládal z 25 studentů OA (tj. 22% z výzkumného vzorku), 28 studentů gymnázia (tj. 24% z výzkumného vzorku) a 62 studentů SOU (54% z celkového počtu respondentů). Z hlediska členění podle pohlaví se vzorek skládal z 66 mužů (tj. 57%) a ze 49 žen (tj. 49%). Viz tabulka č. 1.

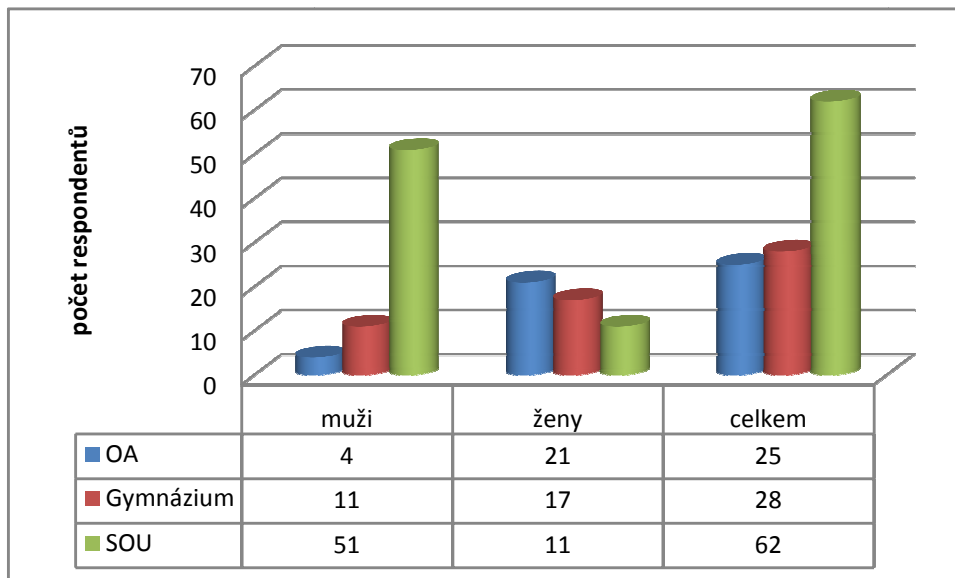
Tab. 1: Struktura zkoumaného vzorku dle pohlaví a jednotlivých škol.

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
muži	4	11	51	66	57
ženy	21	17	11	49	43
celkem	25	28	62	115	100

Ze škol, které se výzkumu účastnily, byly dvě třídy výhradně chlapecké a dvě třídy převážně dívčí. Vzorek respondentů na SOU byl složen z 51 chlapců (tj. 82% z celé třídy) a 11 dívek (tj. 18%), vzorek z OA se skládal ze 4 chlapců (tj. 16%) a 21 dívek (tj. 84%) a

na gymnáziu odpovídalo 11 chlapců (tj. 39%) a 17 dívek (tj. 61%), tedy v této třídě převažovala děvčata (graf 1).

Graf 1: Struktura výzkumného vzorku – grafické znázornění.

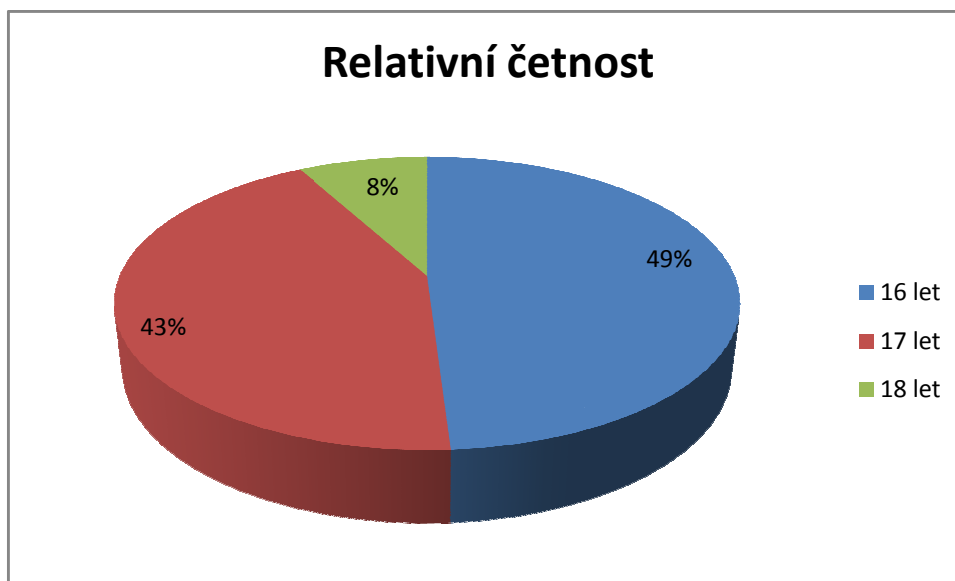


Věkové složení respondentů se pohybovalo v rozmezí 16 – 18 let (tab. 2). Z toho 16 let mělo 34 (tj. 30%) mužů a 23 (tj. 20%) žen, celkem tedy 57 (tj. 49% z celkového počtu). Jednalo se tedy o nejpočetnější věkové zastoupení. Ve věku 17 let bylo 27 (tj. 24%) mužů a 22 (tj. 19%) žen, celkem 49 (tj. 43% z celkového počtu respondentů) a 16 let mělo pouze 5 (tj. 4%) mužů a 4 (tj. 3%) ženy, celkem 9 (tj. 8%) respondentů.

Tab. 2: Struktura výzkumného vzorku dle věku.

věk	muži	ženy	Absolutní čet- nost	Relativní četnost v %
16 let	34	23	57	49
17 let	27	22	49	43
18 let	5	4	9	8

Graf 2: Struktura výzkumného vzorku dle věku – grafické znázornění.



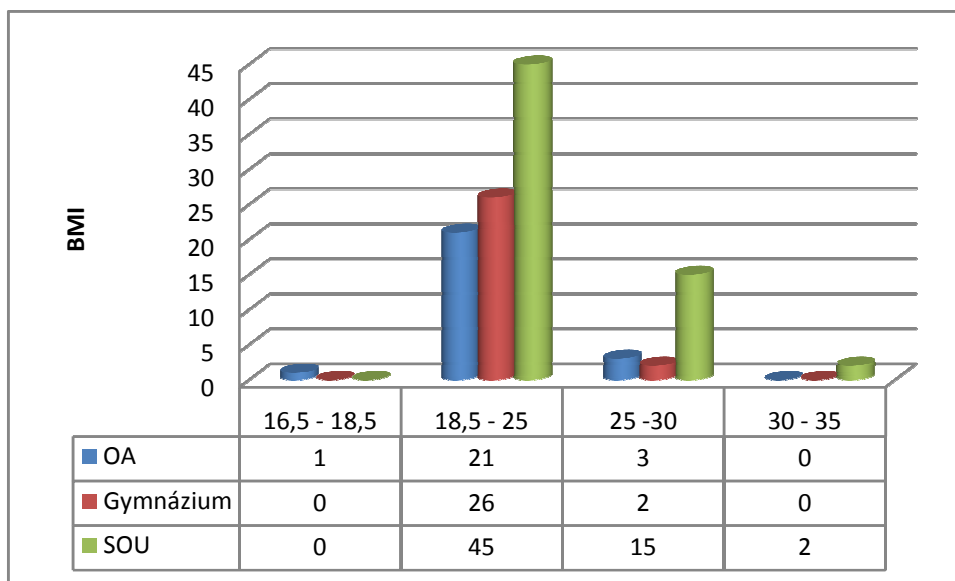
V položce číslo 3 měly dotázaní uvést svou výšku a váhu, z které se potom dále dal zjistit orientační výpočet BMI (tab. 3), přičemž podváhu (tj. 16,5 – 18,5 BMI) měla pouze jedna žena a žádný muž. Ideální váhu (tj. 18,5 – 25 BMI) měla největší skupina respondentů a to 92 (tj.80%) dotázaných, z toho bylo 48 (tj.42%) mužů a 44 žen (tj.38%). Nadváhu (25 – 30 BMI) mělo 17(tj. 15%) mužů a 3 (tj. 3%) ženy, celkem 20 (tj. 17%). Z dotázaného vzorku trpí mírnou obezitou (30 -35 BMI) 1 muž a 1 žena což je 2% z celku.

Tab. 3: BMI – rozdělení podle pohlaví.

	muži	ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
16,5 - 18,5	0	1	1	1
18,5 - 25	48	44	92	80
25 - 30	17	3	20	17
30 - 35	1	1	2	2

Na jednotlivých školách bylo váhové rozložení následující (graf 3): podváhu (16,5 – 18,5 BMI) měla pouze jedna žena z OA, na jiných typech škol se již nevyskytovala. Ideální váhu (18,5 – 25 BMI) mělo na OA 21 (tj. 84% z celé třídy), na gymnáziu 26 (tj. 93% z celé třídy) a na SOU 45 (tj. 73% z celé třídy). Mírnou obezitu měli na OA 3 (tj. 12%) respondenti, na gymnáziu 2 (tj. 7%) a na SOU 15 (tj. 24%) dotázaných.

Graf 3: BMI – rozdělení podle škol.



## 8.2 Vlastní výzkum

V tomto odstavci bych chtěla rozebrat všechny důležité položky, které se bezprostředně týkají vytyčených cílů a dílčích otázek.

### Slyšel/a jsi někdy o poruše příjmu potravy?

Tato položka (tab. 4) měla zjistit, zda již někdy respondenti slyšeli o poruše příjmu potravy. Ze zjištěných dat vyplynulo, že na OA o ní slyšelo 18 osob naopak 7 nikoli, na gymnáziu 23 ano a 5 ne, na SOU volilo kladnou odpověď 41 dotázaných a 33 zápornou. Velká většina respondentů (tj. 82 osob) ze zkoumaného vzorku (tj. 115 osob) již o poruchách příjmu potravy slyšela.

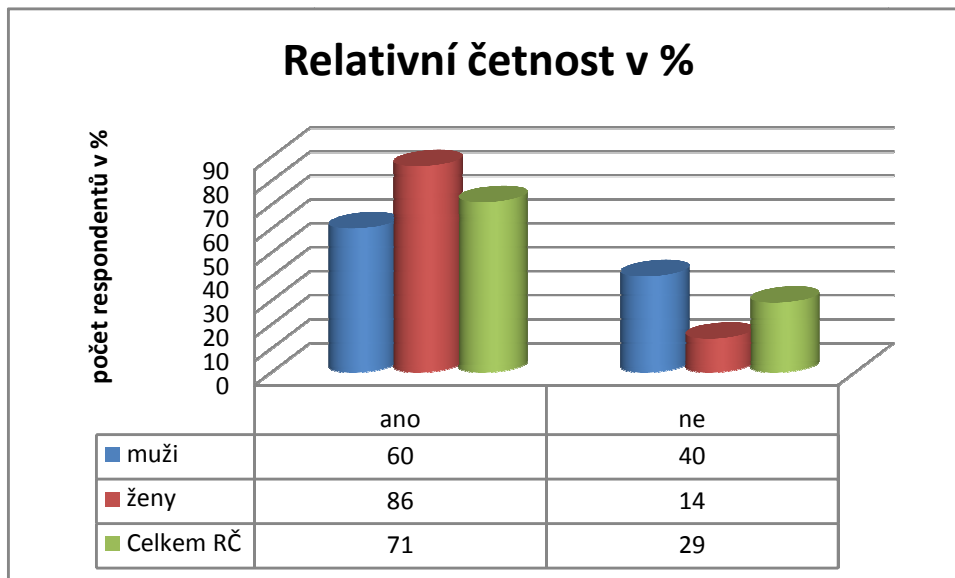
Tab. 4: Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	18	23	41	82	71
ne	7	5	21	33	29

O poruchách příjmu potravy slyšelo celkem 40 (tj. 60%) mužů, neslyšelo o ní 26 (tj. 40%) z 66 členné skupiny. Ze 49 žen volilo kladnou odpověď 45 (tj. 86%) dotázaných a 7 (tj.

14%) volilo zápornou variantu. Relativní četnost kladných odpovědí byly 71% a 29% byly záporných variant (graf 4).

Graf 4: *Slyšel/a jsi někdy o poruše příjmu potravy – relativní četnost.*



### Jestliže ano, kdo ti jej vysvětlil?

Na tuto otázku (tab. 5) měl odpovídat jen ten, kdo již slyšel o poruchách příjmu potravy, jelikož se jednalo o otázku filtrační. Odpovědělo celkem 99 respondentů. V nabídce bylo celkem 6 možných odpovědí. Na OA se o PPP dozvěděli respondenti následovně: 2 od rodiny, 1 od kamaráda, 4 od učitele, 11 z médií, od nikoho 7 osob. Na gymnáziu: 2 od rodiny, 1 od kamaráda, 5 od učitele, 14 z médií, 1 jiný zdroj, 2 od nikoho. A na SOU: 4 od rodiny, 8 od kamaráda, 4 od učitele, 24 z médií, 1 jiný zdroj, 8 od nikoho. Jako jiný zdroj informací uvedly dvě dívky, že se o PPP dozvěděly z knih a na střední škole, což by se dalo zahrnout do položky – učitel.

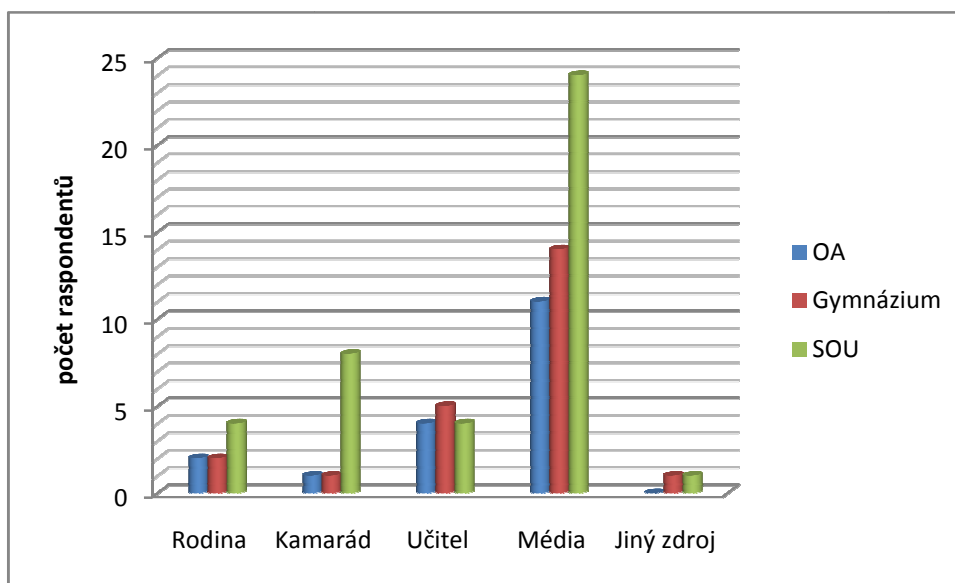


Tab. 5: Jestliže ano kdo ti jej vysvětlil?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodina	2	2	4	8	8
Kamarád	1	1	8	10	10
Učitel	4	5	4	13	13
Média	11	14	24	49	50
Jiný zdroj	0	1	1	2	2
Nikdo	7	2	8	17	17

Na grafickém znázornění (graf 5), lze velmi dobře postřehnout, že nejčastějším zdrojem informací jsou média, celkem tuto odpověď volilo 49 (tj. 50%) dotázaných, za nimi následoval nikdo 17 (tj. 17%); učitel 13 (tj. 13%); kamarád 10 (tj. 10%); rodina 8 (tj. 8%); jiný zdroj 2 (tj. 2%).

Graf 5: Grafické znázornění položky 12.



### Jak bys nejlépe charakterizoval/a poruchy příjmu potravy?

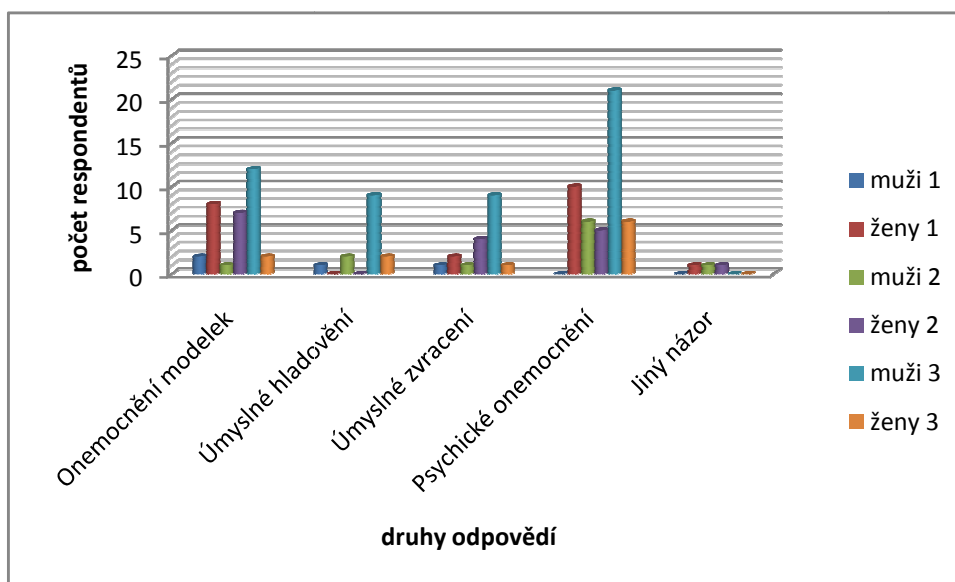
Podle nejčastějších charakteristik na výše zmíněnou otázku, se dalo částečně zjistit jejich informovanost o tomto problému. Zjištěné výsledky byly celkem uspokojivé, jelikož 48 (tj. 42%) dotázaných volilo odpověď, PPP je psychické onemocnění spojené s úmyslným hladověním a úmyslným přejídáním. Další častou odpovědí bylo onemocnění modelek 32 (tj.

28%), následovalo úmyslné zvracení 18 (tj. 16%) a úmyslné hladovění 14 (tj. 12%). Nejméně dotázaných mělo jiný názor a to 3 (tj. 2%). Jedna respondentka nevěděla, jedna udala vše a poslední uvedla, že jde o psychické onemocnění spojené se zvracením. Jednotlivé množství odpovědí na jednotlivých školách (tab. 6) a grafické znázornění (graf 6), které obsahuje výskyt jednotlivých odpovědí, jak z hlediska pohlaví, tak jednotlivých škol, je znázorněno níže.

Tab. 6: Jak bys nejlépe charakterizoval/a poruchy příjmu potravy?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Onemocnění modelek	10	8	14	32	28
Úmyslné hladovění	1	2	11	14	12
Úmyslné zvracení	3	5	10	18	16
Psychické onemocnění	10	11	27	48	42
Jiný názor	1	2	0	3	2

Graf 6: Grafické znázornění položky 13 podle pohlaví a druhu školy.



Legenda: muži 1 – respondenti OA, ženy 1 – respondentky OA, muži 2 – respondenti gymnázia, ženy 2 – respondentky gymnázia, muži 3 – respondenti SOU, ženy 3 – respondentky SOU.

### Co znamená zkratka BMI?

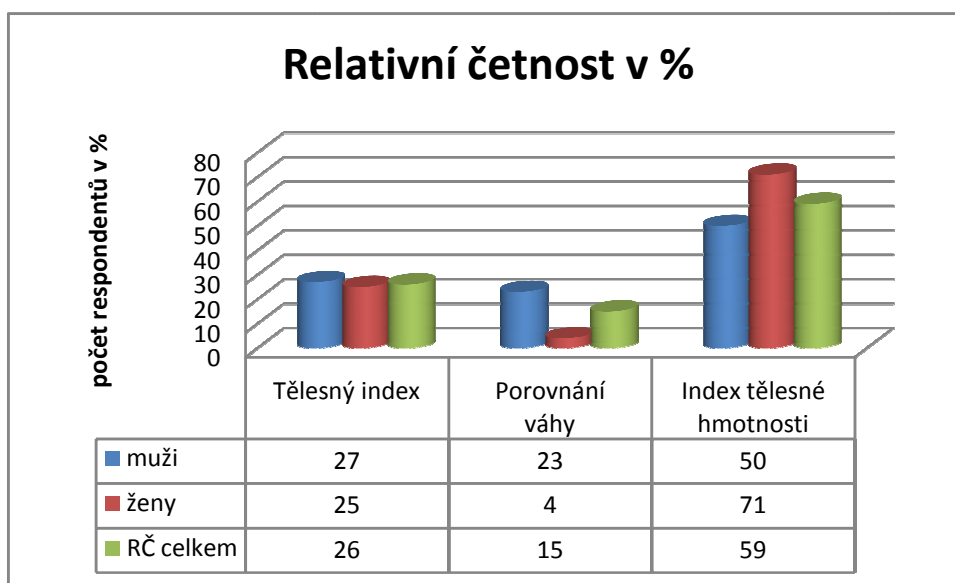
V této položce (tab. 7) jsem chtěla zjistit, jak jsou respondenti seznámeni s touto zkratkou a jestli mají představu, co vlastně znamená. Správnou odpověď dokázalo zodpovědět 68 (tj. 59%) respondentů, 30 (tj. 26%) uvedlo, že se jedná o tělesný index a 17 (tj. 15%) si myslí, že jde o porovnání váhy. Na OA správnou odpověď vědělo 15 (tj. 60%), na gymnáziu 19 (tj. 68%) a na SOU 34 (tj. 56 %) osob. Nejvíce správných odpovědí bylo na gymnáziu.

Tab. 7: Co znamená zkratka BMI.

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Tělesný index	9	8	13	30	26
Porovnání váhy	1	1	15	17	15
Index tělesné hmotnosti	15	19	34	68	59

Z hlediska jednotlivých pohlaví (graf 7) správnou odpověď volilo 33 (tj. 50%) mužů a 35 (tj. 71%) žen. Tělesný index zvolilo 18 (tj. 27%) mužů a 12 (tj. 25%) žen a porovnání váhy se objevilo celkem 15 krát (tj. 23%) u mužů a 2 krát (tj. 4%) u žen.

Graf 7: BMI z hlediska pohlaví – relativní četnost.



### Myslíš si, že je mentální anorexie a bulimie nebezpečná?

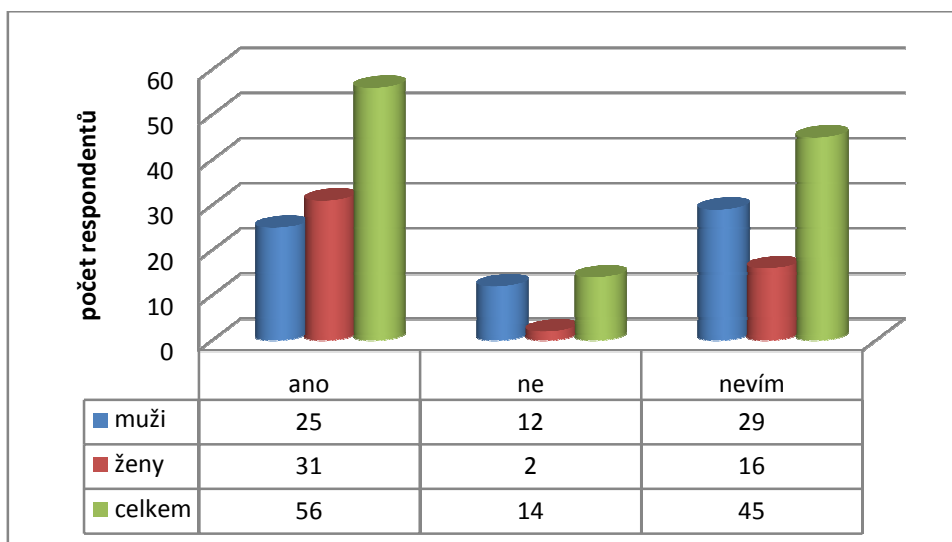
Tato položka měla za úkol zjistit další okruh informovanosti týkající se zmiňovaného problému. Výsledek byl takový, že 49% (tj. 56) dotázaných si myslí, že mentální anorexie a bulimie je nebezpečná, 12% (tj. 14) si myslí pravý opak a 39% (tj. 45) respondentů nedokázalo tuto položku zařadit (tab. 8). Na OA odpovědělo kladně 15 (tj. 60%), ne nikdo a nevím 10 (tj. 40%), na gymnáziu se ano vyskytovalo 16 krát (tj. 57%), ne 3 krát (tj. 11%) a nevím 9 krát (tj. 32%), na SOU byla kladná odpověď téměř vyrovnaná s nevím, přičemž ano bylo uvedeno 25 krát (tj. 40%), nevím 26 krát (tj. 42%) a ne 11 krát (tj. 18%). Z výsledku lze usoudit, že o nebezpečí PPP mají největší podvědomí studenti z OA, za nimi následuje gymnázium. Na učilišti mírně převážila nevědomost nad kladnou odpovědí.

Tab. 8: Myslíš si, že je mentální anorexie a bulimie nebezpečná?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	15	16	25	56	49
Ne	0	3	11	14	12
Nevím	10	9	26	45	39

Jednotlivá pohlaví měla na tuto otázku přibližně stejný názor (graf 8). Muži kladnou odpověď volili 25 krát (tj. 38%), ženy 31 krát (tj. 63%), ne zvolilo 12 (tj. 18%) mužů a pouze 2 (tj. 4%) ženy, odpověď nevím se u mužů objevilo celkem 29 krát (tj. 44%) a u žen 16 krát (tj. 33%).

Graf 8: Je mentální anorexie a bulimie nebezpečná – z hlediska pohlaví respondentů.



**Zkoušíš se někdy porovnávat s osobnostmi z médií?**

S osobnostmi z médií se snaží někdy porovnávat na OA 4 ženy a žádný muž ano; 4 ženy a 1 muž ne; 3 muži a 11 žen občas; 2 ženy a žádný muž v žádném případě. Na gymnáziu se objevily odpovědi: ano 4 ženy a žádný muž; ne 7 mužů a 4 ženy; občas 3 muži a 7 žen; v žádném případě 1 muž a 2 ženy. Odpovědi na SOU: ano 4 muži a 2 ženy; ne 9 mužů a 1 ženy; občas 29 mužů a 8 žen; v žádném případě 9 mužů a 0 žen. Absolutní četnost odpovědí byla u ano 14 (tj. 12%), u ne 26 (tj. 23%), u občas 61 (tj. 53%) a u poslední možnosti 14 (tj. 12%) osob (tab. 9).

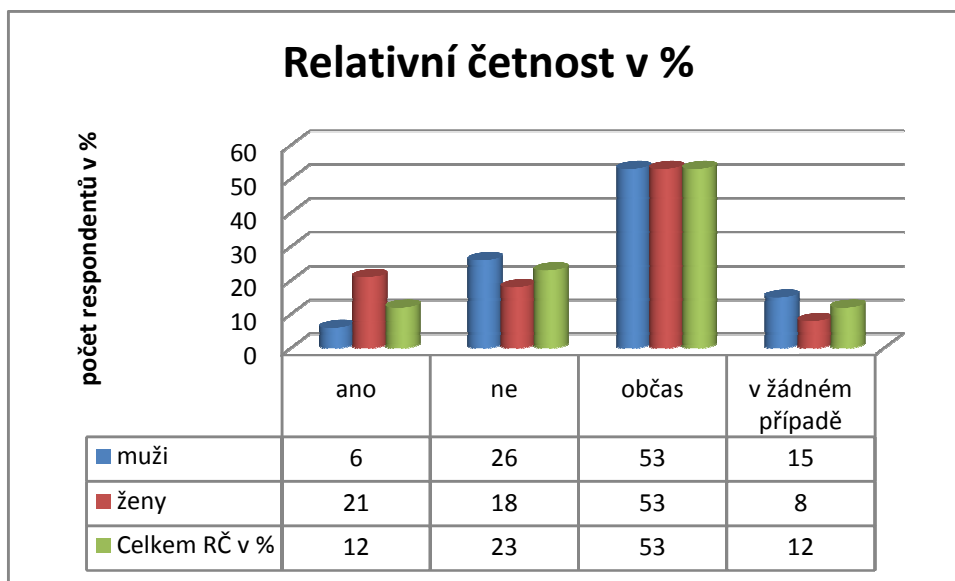
Tab. 9: Zkoušíš se někdy porovnávat s osobnostmi z médií?

	OA		Gymnázium		SOU	
	muži 1	ženy 1	muži 2	ženy 2	muži 3	ženy 3
ano	0	4	0	4	4	2
ne	1	4	7	4	9	1
občas	3	11	3	7	29	8
v žádném případě	0	2	1	2	9	0

*Legenda:* muži 1 – respondenti OA, ženy 1 – respondentky OA, muži 2 – respondenti gymnázia, ženy 2 – respondentky gymnázia, muži 3 – respondenti SOU, ženy 3 – respondentky SOU.

Z celkového počtu mužů odpovědělo kladně 4 (tj. 6%), záporně 17 (tj. 26%), občas 35 (tj. 53%) a v žádném případě 10 (tj. 15%). Mezi ženami se kladná odpověď objevila 10 krát (tj. 21%), záporná 9 krát (tj. 18%), občas 26 krát (tj. 53%) a v žádném případě 4 krát (tj. 8%). Z odpovědi lze vyčíst, že se občas s osobnostmi z médií porovnává, jak 53% mužů, žen a celkové procento dosáhlo stejné hodnoty (graf 9).

Graf 9: Porovnávání se s osobnostmi z hlediska jednotlivých pohlaví - relativní četnost.



### Myslíš si, že média mohou ovlivnit pohled na „ideální zevnějšek“?

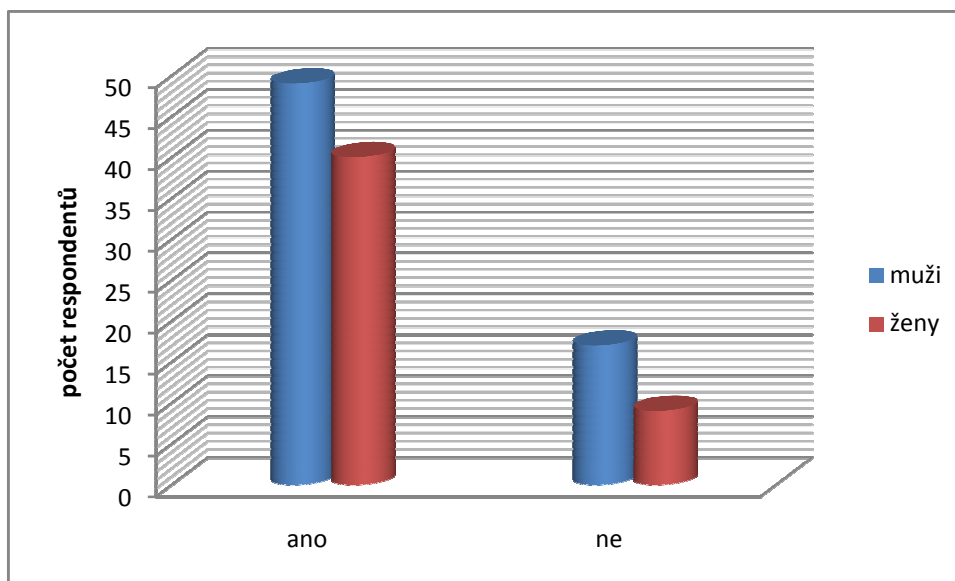
Názor, zda si respondenti myslí, že média mohou ovlivnit náš pohled na „ideální zevnějšek“ (tab. 10), jsem zjistila, že na OA ano 20 krát (tj. 80%) a ne 5 krát (tj. 20%), na gymnázium ano 23 krát (tj. 82%) a ne 5 krát (tj. 18%) a na SOU byla kladná odpověď 46 krát (tj. 74%) a záporná 16 krát (tj. 26%). Celkem bylo kladných odpovědí 86 (tj. 77%) a záporných 26 (tj. 23%).

Tab. 10: Myslíš si, že média mohou ovlivnit pohled na „ideální zevnějšek“?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	20	23	46	89	77
Ne	5	5	16	26	23

Odpovědi jednotlivých pohlaví byly celkem vyrovnané (graf 10), převážná většina s tvrzením souhlasilo 49 mužů (tj. 74%) a 40 žen (tj. 82%), nesouhlasilo 17 mužů (tj. 26%) a 9 žen (tj. 18%).

Graf 10: Ovlivňují média pohled na náš zevnějšek - pohlaví respondentů.



### Kdo tě nejvíc ovlivňuje při posuzování tvého vzhledu?

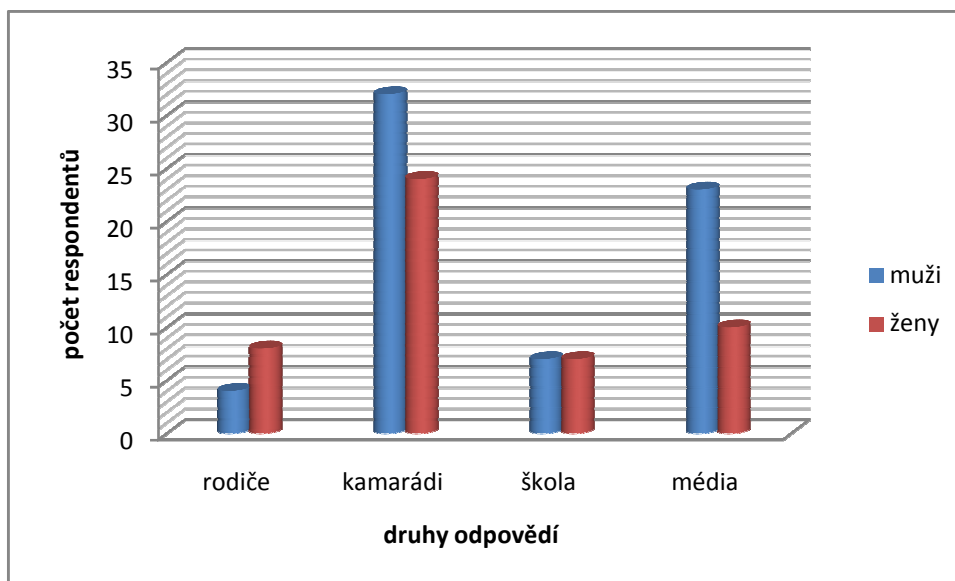
Tato položka měla zjistit, kdo nejvíce ovlivňuje respondenty, při posuzování jejich vzhledu (tab. 11). Na všech školách mají největší vliv na dotázaných kamarádi, na SOU shodně 26 osob zvolilo odpověď média a kamarádi. Položku média zvolilo na OA celkem 6 respondentů a na gymnáziu pouze 1 osoba. Z celkového vzorku rodiče ovlivňují 12 (tj. 10%), kamarádi 56 (tj. 48%), škola 14 (tj. 13%) a média 33 (tj. 29%) osob.

Tab. 11: Kdo tě nejvíc ovlivňuje při posuzování tvého vzhledu?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodiče	4	5	3	12	10
Kamarádi	12	18	26	56	48
Škola	3	4	7	14	13
Média	6	1	26	33	29

Odpovědi všech mužů a žen byly celkem vyrovnané, rodiče ovlivňují 4 (tj. 6%) muže a 8 (tj. 16%) žen, kamarádi 32 (tj. 48%) mužů a 24 (tj. 49%) žen, škola 7 (tj. 11%) mužů a 7 (tj. 14%) žen, média 23 (tj. 35%) mužů a 10 (tj. 21%) žen (graf 11).

Graf 11: Kdo tě nejvíc ovlivňuje - z hlediska pohlaví respondentů.



### Čemu přisuzuješ největší podíl při vzniku poruch příjmu potravy?

Respondenti přisuzují největší podíl při vzniku PPP (tab. 12): 9 (tj. 14%) mužů a 13 (tj. 27%) žen rodině, 13 (tj. 20%) mužů a 6 (tj. 12%) žen životnímu stylu, 44 (tj. 67%) mužů a 27 (tj. 55%) žen volilo média, jiný názor měly 3 (tj. 6%) ženy. Uvedli, že největší vliv na vznik PPP má nespokojenost se sebou samým, psychika a kolektiv. Z celkového počtu dotázaných si myslí, že největší vliv mají média 71 (tj. 62%), dále rodina 22 (tj. 19%), životní styl 19 (tj. 16%) a jiný názor 3 (tj. 3%).

Tab. 12: Čemu přisuzuješ největší podíl při vzniku poruch příjmu potravy?

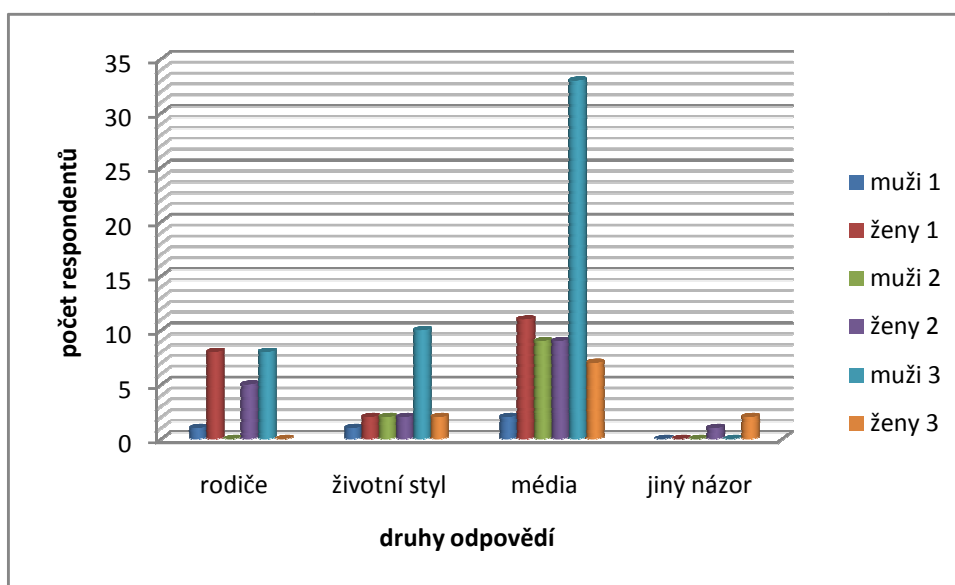
	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodině	9	13	22	19
Životnímu stylu	13	6	19	16
Média	44	27	71	62
Jiný názor	0	3	3	3

Na jednotlivých školách bylo rozložení odpovědí následující (graf 12): na OA 1 (tj. 4%) muž a 8 (tj. 32%) žen rodina; 1 (tj. 4%) muž a 2 (tj. 8%) ženy životní styl; 2 (tj. 8%) muži a



11 (tj. 44%) žen média; na gymnáziu 5 (tj. 18%) žen rodina; 2 (tj. 7%) muži a 2 (tj. 7%) ženy životní styl; 9 (tj. 32%) mužů a 9 (tj. 32%) žen média; 1 (tj. 4%) žena jiný názor; na SOU 8 (tj. 13%) mužů rodina; 10 (tj. 16%) mužů a 2 (tj. 3%) ženy životní styl; 33 (54%) mužů a 7 (tj. 11%) žen média; jiný názor měly 2 (tj. 3%) ženy.

Graf 12: Grafické znázornění položky 20 z hlediska pohlaví a druhu školy.



Legenda: muži 1 – respondenti OA, ženy 1 – respondentky OA, muži 2 – respondenti gymnázia, ženy 2 – respondentky gymnázia, muži 3 – respondenti SOU, ženy 3 – respondentky SOU.

### Souhlasíš s tvrzením, že velký podíl při vzniku poruch příjmu potravy mají média?

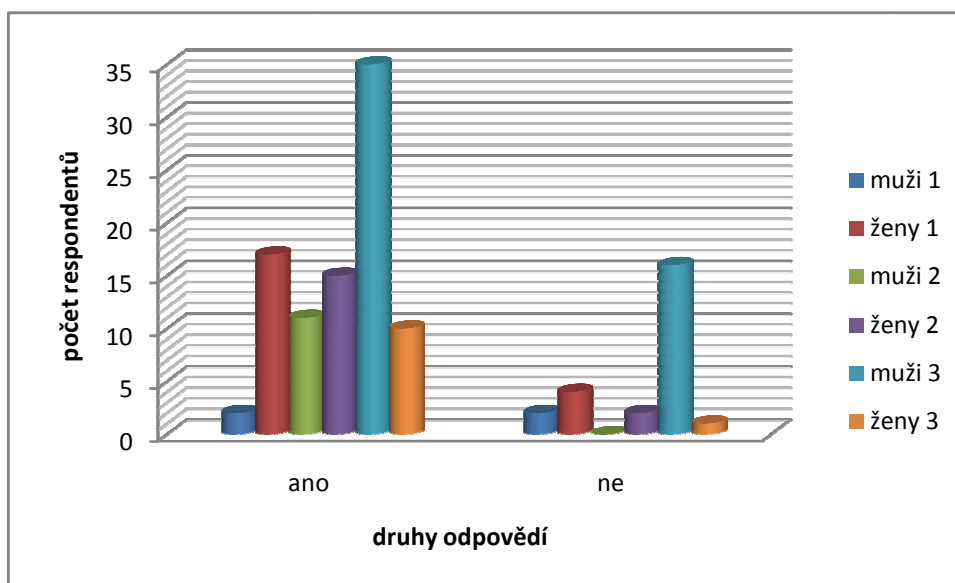
Tato položka měla zjistit, zda si respondenti myslí, že velký podíl při vzniku PPP mají média či nikoli. S tvrzením souhlasilo celkem 48 (tj. 73%) mužů a 42 (tj. 86%) žen. Záporně odpovědělo 18 (tj. 27%) mužů a 7 (tj. 14%) žen. Celkem bylo kladných odpovědí 90 (tj. 78%) a záporných 25 (tj. 22%). Převážná většina dotázaných tady s názorem souhlasí (tab. 13).

Tab. 13: Souhlasíš s tvrzením, že velký podíl při vzniku poruch příjmu potravy mají média?

	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	48	42	90	78
Ne	18	7	25	22

Na školách jednotlivci odpovídali (graf 13): na OA 2 (tj. 8%) muži ano a 2 (tj. 8%) ne; 17 (tj. 68%) žen ano a 4 (tj. 16%) ne; na gymnáziu 11 (tj. 39%) mužů ano a ne nikdo; 15 (tj. 54%) žen ano a 2 (tj. 7%) ne; na SOU 35 (tj. 56%) mužů ano a 16 (tj. 26%) ne; 10 (tj. 16%) žen ano a 1 (tj. 2%) ne. Na jednotlivých školách většina respondentů s tvrzením souhlasilo, pouze u mužů na OA byly odpovědi vyrovnané.

Graf 13: Grafické znázornění položky 21 s ohledem na pohlaví a druh škol.



Legenda: muži 1 – respondenti OA, ženy 1 – respondentky OA, muži 2 – respondenti gymnázia, ženy 2 – respondentky gymnázia, muži 3 – respondenti SOU, ženy 3 – respondentky SOU.

### **Souhlasíš s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může být spouštěčem vzniku některé z poruch příjmu potravy?**

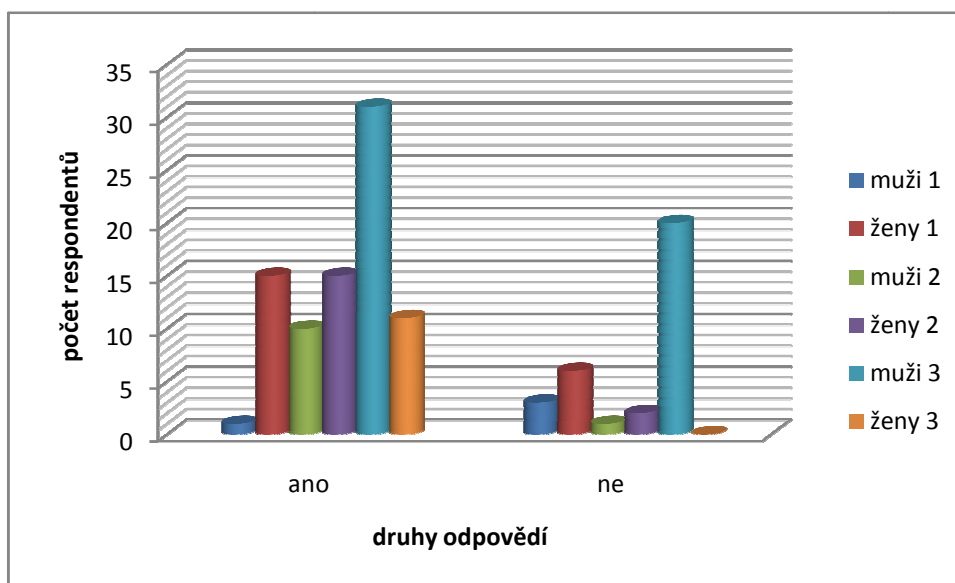
Na otázku, zda respondenti souhlasí s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může mít vliv na vznik PPP (tab. 14), odpovídala převážná většina dotázaných kladně. Z celého souboru mělo tento názor 83 (tj. 72%). Nesouhlasilo pouze 32 (tj. 32%) respondentů, z toho u mužů se vyskytovala kladná odpověď 42 krát (tj. 64%) a ne 24 krát (tj. 36%), žen s tvrzením souhlasilo 41 (tj. 84%), proti bylo 8 (tj. 16%) z celkového počtu žen.

Tab. 14: Souhlasíš s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může být spouštěčem vzniku některé z poruch příjmu potravy?

	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	42	41	83	72
Ne	24	8	32	28

Při porovnání odpovědí na jednotlivých školách převažovali kladné odpovědi, pouze u mužů na OA to bylo obráceně (graf 14). Jinak byly odpovědi více méně vyrovnané. Na OA: muži ano – 1 (tj. 4%), ne – 3 (tj. 12%), ženy ano – 15 (tj. 60%), ne – 6 (tj. 24%); na gymnáziu: muži ano – 10 (tj. 36%), ne – 1 (tj. 3%), ženy ano – 15 (tj. 54%), ne – 2 (tj. 7%); na SOU: muži ano – 31 (tj. 50%), ne – 20 (tj. 32%), ženy ano – 11 (tj. 18%), ne 0 (tj. 0%).

Graf 14: Grafické znázornění položky 22 s ohledem na pohlaví a druh školy.



Legenda: muži 1 – respondenti OA, ženy 1 – respondentky OA, muži 2 – respondenti gymnázia, ženy 2 – respondentky gymnázia, muži 3 – respondenti SOU, ženy 3 – respondentky SOU.

### Myslíš si, že kvalitní a včasná prevence může snížit výskyt poruch příjmu potravy?

Výzkumem bylo zjištěno, že 87 (tj. 76%) respondentů si myslí, že kvalitní včasná prevence může snížit výskyt PPP. Nesouhlasilo pouze 28 (tj. 24%) dotázaných. Muži odpovídali

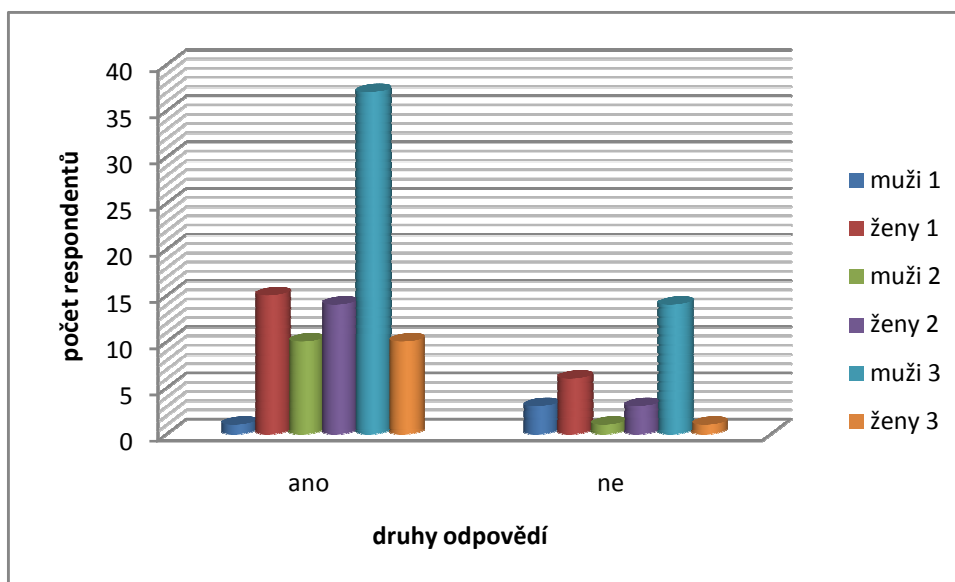
kladně 48 krát (tj. 73%) a ženy 39 krát (tj. 80%). Zápornou odpověď udalo 18 (tj. 27%) mužů a 10 (tj. 20%) žen (tab. 15).

Tab. 15: Myslíš si, že kvalitní a včasná prevence může snížit výskyt poruch příjmu potravy?

	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	48	39	87	76
Ne	18	10	28	24

Při rozdělení odpovědí na jednotlivé školy a pohlaví (graf 15), převažovaly kladné odpovědi na všech školách a u všech pohlaví, pouze muži na OA s tímto názorem nesouhlasili. Kladně zde odpověděl pouze jeden muž (tj. 4%) a 3 (tj. 12%) z celé třídy záporně. 15 (tj. 60%) žen na této škole odpovídalo kladně a 6 (tj. 24%) záporně. Na dalších školách byl výsledek podobný: Na gymnáziu: ano - 10 (tj. 36%) mužů a 14 (tj. 50%) žen, ne – 1 (tj. 3%) muž a 3 (tj. 11%) ženy; na SOU: ano – 37 (tj. 60%) mužů a 10 (tj. 16%) žen, ne 14 (tj. 22%) a jedna (tj. 2%) žena.

Graf 15: Názory na včasnou prevenci s ohledem na pohlaví a druh školy.



### Setkal/a jsi se na své škole s preventivními programy týkající se poruch příjmu potravy?

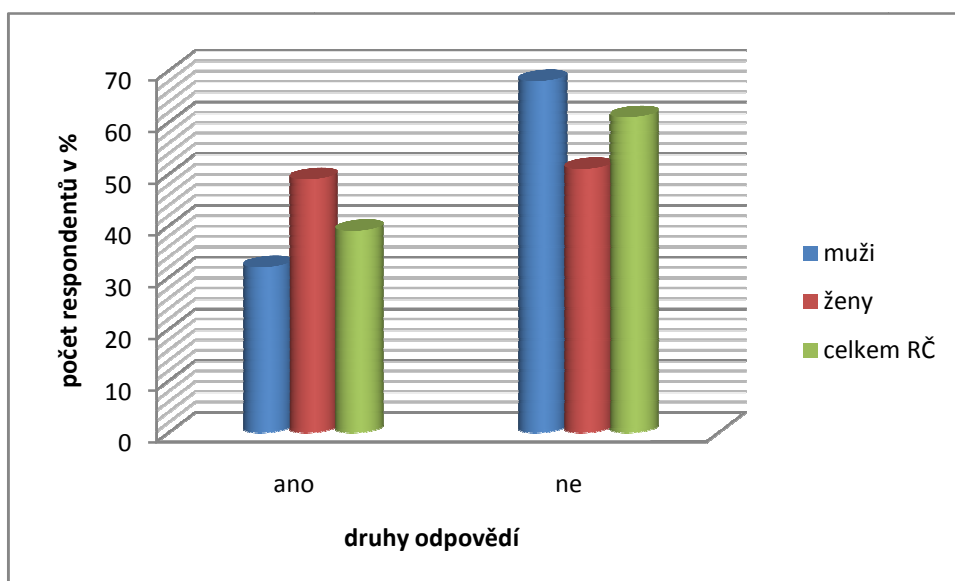
Tato položka, byla koncipována tak, aby zjistila, zda se respondenti na své škole již setkali s preventivními programy týkající se PPP (tab. 16). Výsledek ukázal, že bohužel 61% (tj. 70) dotázaných se s preventivními programy na školách nesetkalo. Kladnou zkušenost má 39% (tj. 45) studentů z celého vzorku. S podivem bylo zjištěno, že nejvíce respondentů se s prevencí na škole setkalo na SOU a to téměř 48% (tj. 30) dotázaných. Na gymnázium a na OA byl podíl kladných odpovědí v celku vyrovnaný a to na OA 28% (tj. 7) a na gymnázium 29% (tj. 8).

Tab. 16: Setkal/a jsi se na své škole s preventivními programy týkající se poruch příjmu potravy?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	7	8	30	45	39
Ne	18	20	32	70	61

Rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými pohlavími jsou minimální (graf 16). Kladnou odpověď uvedlo 21 (tj. 32%) mužů a 24 (tj. 49%) žen. Záporně odpovědělo 45 (tj. 68%) mužů a 25 (tj. 51%) žen. Lze tedy konstatovat, že více jak polovina respondentů se s preventivními programy, zaměřené na PPP, nesetkali.

Graf 16: Preventivní programy z hlediska pohlaví respondentů – relativní četnost.



**Myslíš si, že prevence poruch příjmu potravy je na školách dostačující?**

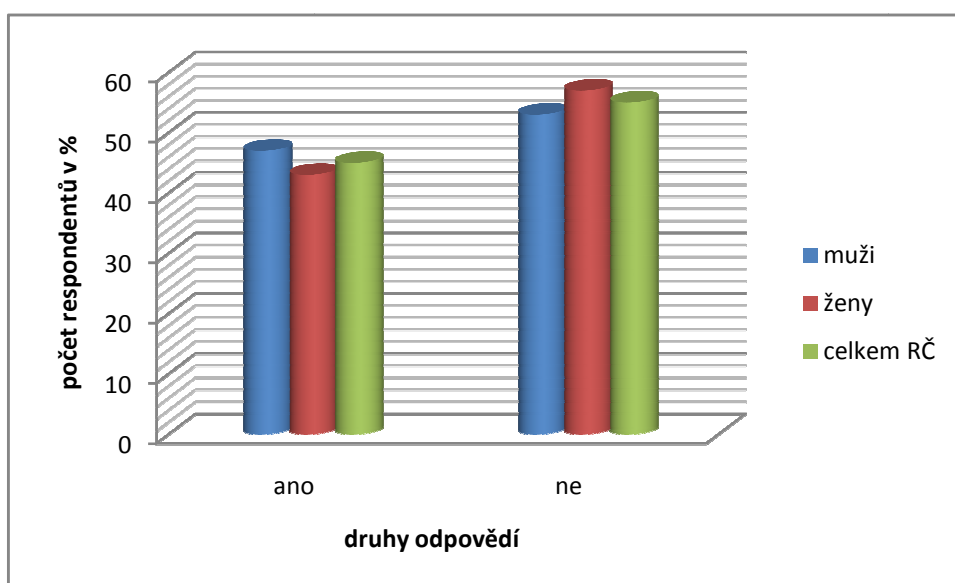
Podobný výsledek jako předchozí položka měla i otázka, týkající se dostatečné prevence u zmiňovaného problému na školách. 62 (tj. 54%) dotázaných je toho názoru, že prevence je nedostačující. Naopak 52 (tj. 46%) respondentů si myslí, že dostačující není (tab. 17).

Tab. 17: Myslíš si, že prevence poruch příjmu potravy je na školách dostačující?

25	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	31	22	53	46
Ne	35	27	62	54

Z grafu níže (graf 17) lze vyčíst, že odpovědi jsou téměř vyrovnané. Záporná odpověď převažovala více u žen a to z 57% (tj. 28), kladně odpovědělo 43% (tj. 21) dotázaných. Muži byli z 47% (tj. 31) s prevencí spokojeni, nespokojeno jich bylo 53% (tj. 35).

Graf 17: Názor na dostatečnou prevenci – relativní četnost.

**Jaká je podle tebe nejúčinnější prevence poruch příjmu potravy?**

V této otázce byla možnost volby z 3 možných odpovědí a těmi byly rodina, omezení propagace příliš hubených lidí v médiích a dostatečná informovanost (tab. 18). Nejvíce bylo voleno „omezení propagace“ a to 47 (tj. 41%) krát, následovala dostatečná informovanost 41 (tj. 36%) krát. Nejméně účinná prevence by byla podle odpovědí rodina, tu zvolilo pou-

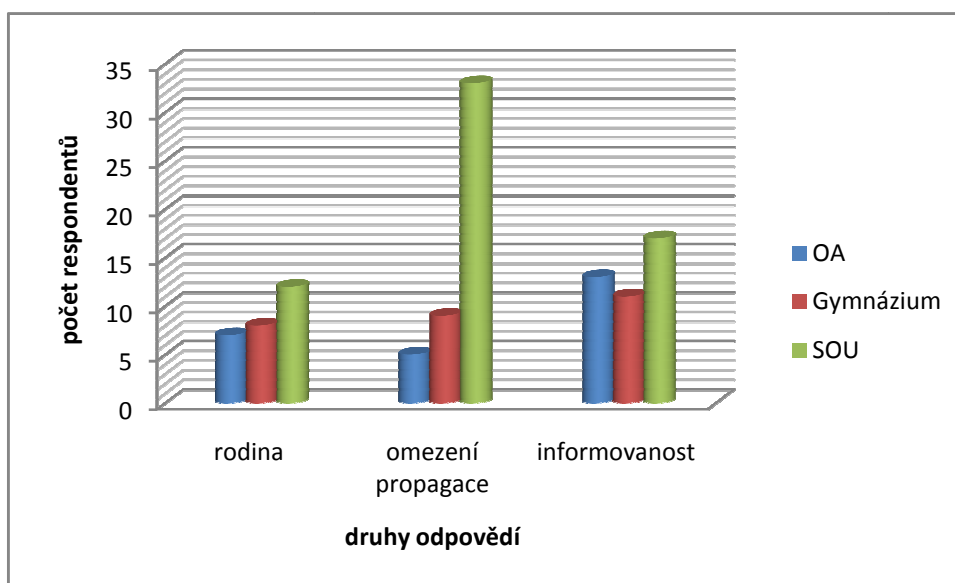
ze 27 (tj. 23%) dotázaných, z toho bylo 14 (tj. 21%) mužů a 13 (tj. 27%) žen. „Omezení propagace“ zvolilo 30 (tj. 45%) mužů 17 (tj. 35%) žen a dostatečnou informovanost 22 (tj. 33%) mužů a 19 (tj. 39%) žen.

Tab. 18: Jaká je podle tebe nejúčinnější prevence poruch příjmu potravy?

	Muži	Ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodina	14	13	27	23
Omezení propagace...	30	17	47	41
Dostatečná informovanost	22	19	41	36

Četnost odpovědí na jednotlivých školách se lišila (graf 18). Pro studenty na OA je nejúčinnější prevencí dostatečná informovanost a to u 13 (tj. 52%) dotázaných, po ní následuje rodina u 7 (tj. 28%) nejméně účinné by bylo omezení propagace příliš hubených osob, uvedlo pouze 5 (tj. 20%) respondentů. Na gymnáziu, podobně jako na OA, nejvíce studentů volilo informovanost a to 11 (tj. 39%), následovalo „omezení propagace“ u 9 (tj. 32%), 8 (tj. 29%) volilo rodinu. Pouze na SOU respondenti nejvíce zastávali názor, že nejúčinnější prevencí by bylo „omezení propagace“, odpovědělo 33 (tj. 53%) dotázaných, 17 (tj. 28%) uvedlo dostatečnou informovanost a 12 (tj. 19%) rodinu.

Graf 18: Nejúčinnější prevence – rozdělení podle druhu škol.



### Kdy by podle tebe měla začít účinná prevence poruch příjmu potravy?

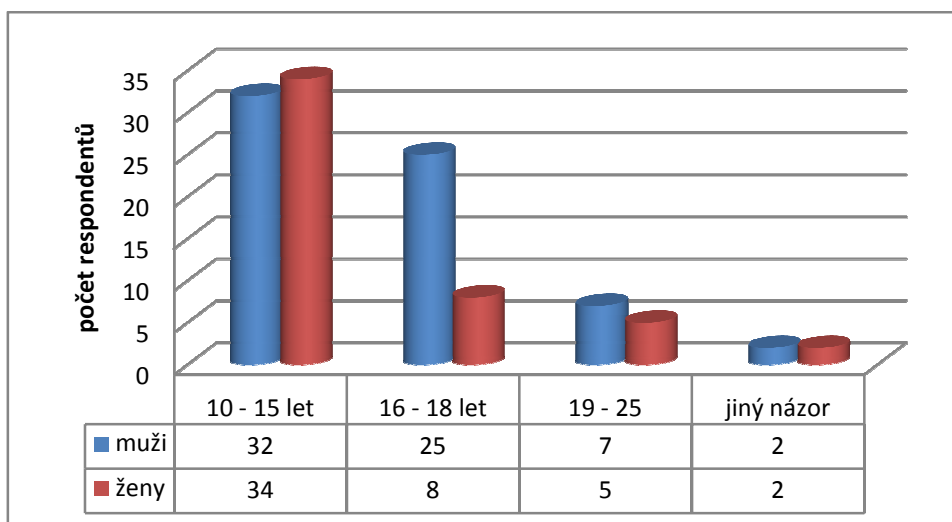
Na položku, kdy by podle respondentů měla začít účinná prevence PPP (tab. 19), odpověděla větší polovina dotázaných, že mezi 10 – 15 lety života. Tento názor má 66 (tj. 57%) studentů z celého zkoumaného vzorku. 33 (tj. 29%) dotázaných by volilo, pro začátek prevence věk mezi 16 – 18 lety a věk mezi 19 – 25 lety by zvolilo 12 (tj. 11%) respondentů, pouze 4 (tj. 3%) studenti měli jiný názor. Jedna respondentka si myslí, že včasná prevence by měla začít v období, kdy se dívky začínají zajímat o svůj vzhled, jiná na druhém stupni ZŠ. Jeden dotázaný uvedl věk mezi 19 – 27 lety a jeden co nejdříve.

Tab. 19: Kdy by podle tebe měla začít účinná prevence poruch příjmu potravy?

	OA	Gymnázium	SOU	Absolutní četnost	Relativní četnost v%
10-15 let	17	12	37	66	57
16-18 let	5	10	18	33	29
19-25 let	3	4	5	12	11
Jiný názor	0	2	2	4	3

Přibližně stejná četnost respondentů byla i u rozdělení na jednotlivá pohlaví (graf 19). Nejvíce mužů a žen volilo věk mezi 10 – 15 lety, mužů bylo 32 (tj. 48%) a žen 34 (tj. 69%), následoval věk mezi 16 – 18 lety, mužů 25 (tj. 38%) a žen 8 (tj. 17%), věk mezi 19 – 25 lety volilo 7 (tj. 11%) mužů a 5 (tj. 10%) žen, nejméně dotázaných mělo jiný názor 2 (tj. 3%) muži a stejné množství (tj. 4%) žen.

Graf 19: Začátek prevence – rozdělení podle pohlaví respondentů.





### 8.3 Doplnkové otázky

Těmito otázkami jsem doplnila dotazník přesto, že neměly za úkol zodpovědět hlavní ani žádný z vedlejších cílů, ale měli mě pouze informovat o skutečnostech týkajících se hubnutí a spokojeností se svou postavou. S těchto doplňujících položek vybírám pouze některé, které považuji za nejpodstatnější.

#### Jaké jsou osobní zkušenosti studentů s hubnutím?

#### Jaká je spokojenost dotázaných se svou postavou?

Na tuto položku zodpovědělo kladně 28 (tj. 24%) mužů a 22 (tj. 19%) žen, celkem tedy 50 (tj. 43%) respondentů. Záporně zodpovědělo 38 (tj. 33%) mužů a 27 (tj. 25%) žen, celkem 65 (tj. 57%) respondentů. Z odpovědí vyplynulo, že větší polovina (tj. 57%) dotázaných není nějakým způsobem spokojená se svou současnou postavou, přičemž jsou více nespokojeni muži nežli ženy (tab. 20).

Na OA bylo se svojí váhou spokojeno 11 (tj. 10%) dotázaných, na gymnáziu 16 (tj. 14%) a na SOU 23 (tj. 20%). Naopak nespokojeno bylo na OA 14 (tj. 12%), na gymnáziu 12 (tj. 10%) a na SOU 39 (tj. 34%). Na školách byla větší polovina respondentů nespokojena se svou váhou, pouze na gymnáziu převažovaly kladné odpovědi a to z 57% z celé třídy.

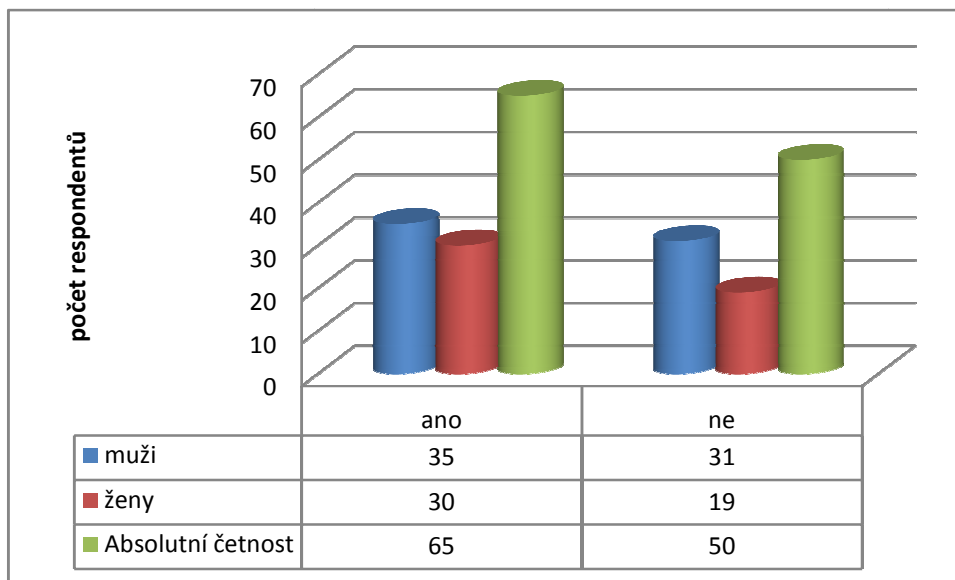
Tab. 20: Spokojenost se svou současnou postavou - podle pohlaví.

	Muži	ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	28	22	50	43
ne	38	27	65	57
celkem	66	49	115	100

Výzkumem jsem také chtěla zjistit, zda by dotázaná skupina chtěla zhubnout, či nikoli. Bylo zjištěno, že by chtělo zhubnout 65 (tj. 57%) respondentů a naopak nechce 50 (tj. 43%) dotázaných. V rozdělení na jednotlivá pohlaví kladnou odpověď uvedlo 35 (tj. 30%) mužů a 30 (tj. 26%) žen, zápornou 31 (tj. 27%) mužů a 19 (tj. 17%) žen. Ze získaných dat lze říci, že větší polovina mužů i žen by chtěla zhubnout (graf 20).

Z hlediska jednotlivých škol by chtělo zhubnout na OA 64%, na gymnáziu 43%, na SOU 60%, naopak by nechtělo zhubnout na OA 36%, na gymnáziu 57% a na SOU 40% respondentů. Z celkového počtu dotázaných by chtělo zhubnout 57% osob.

Graf 20: Chtěl/a bys zhubnout?



### Jaké jsou osobní zkušenosti studentů s hubnutím?

Nejvíce mě zajímalo, zda již někdy respondenti drželi nějakou dietu (tab. 21), přičemž kladně zodpovědělo 30 (tj. 45%) mužů a 36 (tj. 55%) záporně, naopak u žen se kladná odpověď objevila celkem 32 (tj. 64%) krát a záporná 17 (tj. 36%) krát. Z celkového množství respondentů se ano objevilo 62 (tj. 54%) krát a ne 53 (46%) krát. Lze tedy zhodnotit, že větší polovina respondentů již dietu držela.

Tab. 21: Držel/a jsi někdy dietu?

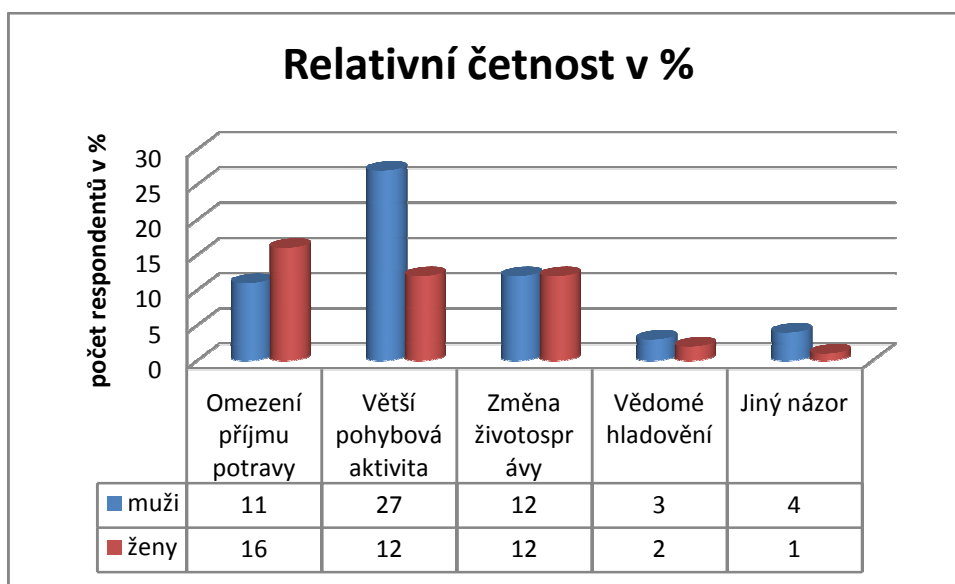
	muži	ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	30	32	62	54
ne	36	17	53	46
celkem	66	49	115	100

S ohledem na hubnutí jsem chtěla také zjistit, jaký je podle respondentů nejúčinnější způsob hubnutí, v nabídce bylo celkem 5 možných odpovědí, přičemž na poslední se mohl

dotázaný volně rozepsat. Odpovědi se objevovaly následovně. Omezilo by příjem potravy 13 mužů a 18 žen, větší pohybovou aktivitu by zvýšilo 30 mužů a 14 žen, životosprávu by změnilo 14 mužů a 14 žen, vědomě by hladověli 4 muži a 2 ženy, jiný názor mělo 5 mužů a 1 ženy. Mezi jinými názory se objevily odpovědi jako omezení jídla a aktivní pohyb; nejíst a cvičit; hladovět; nejíst; jíst všechno v omezeném množství a pravidelně se hýbat. Největší skupina odpověděla, že kdyby chtěla zhubnout, zvýšila by pohybovou aktivitu celkem 44 (tj. 38%), následovalo omezení příjmu potravy 31 (tj. 27%), změna životosprávy 28 (tj. 25%), stejný počet odpovědělo na vědomé hladovění a volila jiný názor 6 (tj. 5%) osob.

Procentuální zhodnocení z hlediska jednotlivých pohlaví (graf 21), by muži (tj. 27%) nejčastěji hubli pomocí větší pohybové aktivity a ženy (tj. 16%) omezením příjmu potravy. Stejné procento mužů a žen (tj. 12%) volilo změnu životosprávy. Jiný názor mělo 4% mužů a 1% žen, hladovělo by 3% mužů a 2% žen.

Graf 21: Nejúčinnější způsob hubnutí – relativní četnost.



## 9 SHRNU TÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRA XI

Na základě výzkumného šetření a vyhodnocení všech zjištěných dat, jsem dospěla k následujícím závěrům:

- **Jak velká je informovanost studentů ve městě Valašské Klobouky s problematikou týkající se poruch příjmu potravy?**

K vyhodnocení této otázky jsem vycházela z toho, že by měli respondenti znát alespoň základní informace o PPP, mezi ty jsem zařadila charakteristiku onemocnění a význam zkratky BMI. Také jsem se chtěla dozvědět, zda již o PPP někdy slyšeli a zda si uvědomují, jak je toto onemocnění nebezpečné.

Ze zjištěných výsledků jsem zjistila, že téměř většina dotázaných již o PPP někdy slyšela, ale jen menší polovina ví, že se jedná o psychické onemocnění spojené s úmyslným hladověním a přejídáním. Bohužel třetina respondentů si PPP spojuje s onemocněním modelek a velká skupina si ještě neuvědomuje, že toto onemocnění je velmi nebezpečné.

Na položku, která se týkala BMI jsem dostala 59% správných odpovědí, z čehož vyplývá, že veřejnost si již tuto zkratku osvojila.

Z celkového hlediska bych odpovědi na tuto dílčí otázku zhodnotila za ne moc dostačující, jelikož dle mého názoru by měli mít studenti na středních školách již více informací o zmiňovaném onemocnění.

- **Jaké jsou zdroje informací týkající se problematiky poruch příjmu potravy u respondentů?**

Ze všech získaných odpovědí vyplývá, že polovina respondentů získala informace o PPP z médií a pouze 13% jich bylo informováno od učitele, mohou být jejich informace značně zkreslené, jelikož média nemusí být vždy objektivní. Lze také vyvodit, že pedagogové jen málo informují o problémech poruch potravy. Z výsledku bylo dále zjištěno, že v rodinách se málo mluví o PPP, jelikož pouze 8% respondentů uvedlo, že se o zmiňované problematice dozvědělo v rodině.

Porovnáním výsledků na jednotlivých školách nebyl zjištěn výrazný rozdíl, jako u celkového počtu získaných odpovědí. Na všech školách nejvíce studenti čerpají informace z médií.

- **Jaké jsou postoje respondentů na prezentaci příliš hubených lidí v médiích?**

Velká většina respondentů se domnívá, že média mohou ovlivnit pohled na náš „ideální zevnějšek“ a také souhlasí s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může být spouštěčem při vzniku PPP. Stejně hledisko měli jak muži, tak i ženy. Na jednotlivých školách nebyly zjištěny výrazné rozdíly v odpovědích, jelikož na všech souhlasí s tvrzením, že média nás mohou ve zmiňovaných oblastech ovlivnit.

Bylo také zjištěno, že 35% mužů a 53% žen se alespoň občas zkouší porovnávat s osobnostmi z médií. Z toho lze vyvodit, že média mají na jednotlivce docela velký vliv a nevhodným působením může dojít ke spuštění zmiňovaného onemocnění. Přesto to není prokazatelný důkaz, že i když se budu porovnávat s mediálními osobnostmi, budu časem trpět poruchou potravy. Také není bezprostřední důkaz o tom, že omezení expozice štíhlých žen v médiích sníží počet výskytu tohoto onemocnění. Přesto se k tomuto názoru podstatná část dotázaných přiklání.

- **Jaký je postoj respondentů k médiím, jako jednoho ze spouštěcích mechanismů při vzniku poruch příjmu potravy?**

Respondenti uvedli, že při posuzování jejich vzhledu jich nejvíce ovlivňují kamarádi. Média byly uvedeny až na druhém místě žebříčku odpovědí a odpovědi se nelišily u mužů ani u žen. Přestože kamarádi a kolektiv na dotázané velký vliv, přesto většina připouští, že velký podíl při vzniku PPP mají právě média. Více se k tomuto názoru přiklání ženy, jejichž kladná odpověď byla více častá. Na jednotlivých školách byly odpovědi téměř vyrovnané, nejvíce s tvrzením souhlasili respondenti z gymnázia, kde kladnou odpověď volilo 93% dotázaných. Jen malá část dotázaných jsou toho názoru, že největším podílem na vzniku PPP může mít rodina nebo životní styl.

Z výzkumu bylo zjištěno, že velká část respondentů souhlasí, že média mají podstatné místo na poli provokujících faktorů.

- **Jaké jsou postoje respondentů na otázku včasné prevence poruch příjmu potravy?**

Výzkumem bylo zjištěno, že obě pohlaví jsou toho názoru, že kvalitní a včasná prevence může snížit výskyt PPP, přesto si víc jak polovina dotázaných myslí, že na školách je prevence tohoto onemocnění stále nedostačující. Nejvíce respondentů se domnívá, že nejúčinnější

nější prevencí v boji s touto nemocí je omezení propagace příliš hubených lidí v médiích, dále pak dostatečná informovanost a v neposlední řadě rodina.

Na jednotlivých školách se názory na nejúčinnější prevenci mírně lišily. Na OA a na gymnáziu nejvíce uváděli dostatečnou informovanost a na SOU nejvíce zastávají názor, že nejúčinnější je omezit propagaci příliš hubených lidí a médiích.

V otázce, kdy by měla začít účinná prevence tohoto onemocnění, zvolilo nejvíce respondentů věk mezi 10 – 15 lety, z mužů tuto odpověď zvolilo celkem 48% a žen 69%.

- **Zjistit zda na školách ve Valašských Kloboukách probíhá preventivní program týkající se poruch příjmu potravy?**

Pomocí výzkumu jsem se chtěla také dozvědět, zda se respondenti na svých školách již setkali s preventivními programy, které se týkaly PPP. Bohužel bylo zjištěno, že 61% dotázaných s prevencí na své škole nemá zkušenost. Pozoruhodné bylo, že by se dalo předpokládat, že se s prevencí nejvíce setkají studenti na gymnáziu nebo na OA, ale opak byl pravdou. Nejvíce tuto zkušenost uvádí na SOU.

### 9.1.1 Doporučení pro praxi

Můj záměr na počátku tohoto šetření byl velmi osobní, jelikož jsem chtěla zmapovat základní informace a názory vybraného vzorku respondentů, které z kterých bych chtěla čerpat ve svém budoucím projektu a to založením občanského sdružení. Toto sdružení by nemělo být zaměřeno pouze na problematiku PPP, ale na prevenci sociálně patologických jevů nejen u dospívajících, ale i u dětí. Chtěla bych zde realizovat preventivní a volnočasové projekty pro děti a mládež a to jak samostatně, tak i ve spolupráci s jinými subjekty.

I když jsou zjištěné údaje pro mé účely pouze okrajového charakteru, utvrdily mě v tom, že tento záměr by mohl mít opodstatněné místo v oblasti primární a sekundární prevence. Výzkum ukázal, že i když bylo šetření provedeno u respondentů ve věku 16 až 18 let, kdy by již většina měla být dostatečně informována o PPP, výsledek nebyl dostačující, jelikož velká skupina dotázaných neumí toto onemocnění správně charakterizovat a ani si nedokáže dostatečně uvědomit jejich rizika.

Jelikož bylo zjištěno, že na školách stále ještě neprobíhají preventivní programy zaměřené na problematiku poruch potravy, mohla by tato práce být dobrým doporučením pro jednotlivé školy a to nejen středních, ale mělo by se začít již na základních školách. Pedagogové

se mohou realizovat sami nebo mohou využít organizace a dobrovolníky, kteří se touto problematikou zabývají a mají s ní zkušenosti.

Přestože tato práce neměla za cíl přinést do této všeobecně známé problematiky žádné nové poznatky a závěry, může být dobrým zdrojem informací nejen pro nemocné trpící tímto onemocněním, ale i jedincům, kteří se o toto téma více zajímají, jelikož předkládá ucelený popis jednotlivých poruch potavy. Smyslem také bylo, upozornit společnost na problematiku nebezpečí médií, které mohou být spouštěcím mechanismem při vzniku PPP. I když tato práce nebude mít tak velkou sílu aby zastavila prezentaci hubených modelek a dokonalých mužských těl a ani nesníží výskyt tohoto onemocnění, ale měla by alespoň malou část společnosti upozornit na tuto problematiku. Mohou z ní také čerpat organizace, které se zaměřují na PPP, jako je například Anabell nebo pro metodiky prevence na školách.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo pomocí odborné literatury vytvořit ucelený popis o poruchách příjmu potravy a definovat jednotlivé formy onemocnění. Při hlubším studiu jsem se více položila do tohoto problému a také se dozvěděla o nových formách onemocnění, které ještě nejsou přesně specifikovány. Také jsem se dozvěděla, že i zdravá strava a cvičení může být v některých případech na škodu a může se stát posedlostí. V teoretické práci jsem se také zabývala diagnostickým kritériem, průběhem, prognózou a příčinami onemocnění.

Užívání počítačů, internetu a všech dalších multimédií se stává stále více běžnou součástí života každého jedince. Veškeré informace jsou pro každého dostupnější a současná média obsahují stále více témat pojednávajících o štíhlé linii, dietách a také upozorňují na „ideál štíhlosti“. Smyslem práce také bylo, upozornit na problematiku nebezpečí médií, které mohou vyprovokovat poruchu jídelního chování. I když tato práce nebude mít tak velkou sílu, aby zastavila expozici hubených modelek a dokonalých mužských těl, snad jsem alespoň dosáhla toho, že se malá část čtenářů zamyslí a uvědomí si, co tohle počínání může způsobit.

Teoretická i praktická část se zabývala aspekty prevence v oblasti poruch potravy. Zde jsem zjistila, že při realizaci preventivních programů byly vyzkoušeny různé techniky, z kterých se v praxi používá nejvíce screening a edukační a informační intervence. Problémem těchto programů je stanovit, které informace jsou důležité, a které zavádějící nebo rizikové. Lze také říci, že i přes veškeré poznatky, které o PPP máme, je oblast preventivních opatření zatím minimální. Výzkumem, který byl proveden, jsem také zjistila, že preventivní programy, které probíhají na školách a mezi veřejností jsou nedostatečné. Tento problém mě tak zaujal, že bych se s ním chtěla zabývat v budoucnu i hlouběji.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BÁRTÁKOVÁ, M. Poruchy příjmu potravy. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č. 2. ISSN: 1801-1349.

BENEŠOVÁ, D. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií. Recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení MAC, 2003. ISBN 80-86015-91-2.

BURTON, G., JIRÁK, J. *Úvod do studia médií*. Brno: Barrister & Principal – studio, 2003. ISBN 80-85947-67-6.

CLAUDE – PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

COOPER, P., J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

FÍŠAR, R., BOB, P., PAPEŽOVÁ, H. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.

HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-472-9.

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

JIRÁK, J., KÖPPLOVÁ, B. *Média a společnost. Stručný úvod do studia médií a mediální komunikace*. 2. vydání, Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-287-4.

KABÍČEK, P., ŠTĚPÁN, S. Mentální anorexie – diagnostické a terapeutické aspekty. Jak významné jsou kulturní a sociální vlivy na vznik poruch potravy? *Vox pediatrice*, 2008, roč. 8, č. 4. ISSN: 1213-2241.

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

KRCH, F., D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, F., D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

- KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- LEIBOLD, G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Nakladatelství Svoboda. 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.
- MUSIL, J. a kol. *Klinická psychologie a psychiatrie. Přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- NAVRÁTILOVÁ, M. aj. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.
- NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 4. ISSN: 1213-2241.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NOVÁK, M. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy? *Česká a slovenská psychiatrie*. 2007, roč. 103, č. 8. ISSN 1212-0383.
- ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria. Učebnice pre fakulty ošetrovateľstva*. Martin: Osveta. 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, H. Nové otázky a jejich řešení u poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých*. 2006, roč. 145, č. 3. ISSN: 0008-7335.
- PRAŠKO, J. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. 2003. ISBN 80-7333-002-4.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing. 2000. ISB N 80-7169-964-0.

SOVOVÁ, E. a kol. *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 978-80-247-0952-9.

VRBATOVÁ, N., BORŮVKOVÁ, N. Efektivita edukačního přístupu v prevenci poruch příjmu potravy. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 3. ISSN: 0044-1996.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

KOLOUCH, Vladimír. *Bigorexie*. [online]. c2002-2009, [cit. 2010-03-11]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>>.

KRAVAROVÁ, E., SLABÁ, Š., SVAČINA, Š. Poruchy příjmu potravy u obézních - problematika psychiatrická, nebo interní? *Vnitřní lékařství*, 2010, roč. 56, č. 10. [online]. c2010, [cit. 2011-01-04]. Dostupné z: <<http://www.vnitrnilekarstvi.cz/pdf/vl-10-10-15.pdf>>.

KRCH, F., D., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. [online]. c2003-2008, [cit. 2010-03-11]. Dostupné z: <[http://www.msmt.cz/\\_DOMEK/default.asp?ARI=102528&CAI=3037](http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=102528&CAI=3037)>.

KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. [on-line]. c2002-2009, [cit. 2010-01-23]. Dostupné z: <[www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251)>.

MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislosti*. [online]. c2006, [cit. 2011-02-04]. Dostupné z: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/prev%20zavislosti.pdf>>.

PAPEŽOVÁ, H. *Informace pro rodiče*. [online]. c2008, [cit. 2010-08-07]. Dostupné z: <[http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?=44](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?=44)>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ – Absolutní četnost

BMI – Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)

DMS-IV – Diagnostický a statistický manuál

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OU – Odborné učiliště

PPP – Poruchy příjmu potravy

RČ – Relativní četnost

SOU – Střední odborné učiliště

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

**Obrázek č. 1** *Klasifikace hraničních hodnot BMI.*

**SEZNAM TABULEK**

**Tabulka č. 1** *Struktura zkoumaného vzorku dle pohlaví a jednotlivých škol.*

**Tabulka č. 2** *Struktura výzkumného vzorku dle věku.*

**Tabulka č. 3** *BMI – rozdělení podle pohlaví.*

**Tabulka č. 4** *Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?*

**Tabulka č. 5** *Jestliže ano kdo ti jej vysvětlil?*

**Tabulka č. 6** *Jak bys nejlépe charakterizoval/a poruchy příjmu potravy?*

**Tabulka č. 7** *Co znamená zkratka BMI.*

**Tabulka č. 8** *Myslíš si, že je mentální anorexie a bulimie nebezpečná?*

**Tabulka č. 9** *Zkoušíš se někdy porovnávat s osobnostmi z médií?*

**Tabulka č. 10** *Myslíš si, že média mohou ovlivnit pohled na „ideální zevnějšek“?*

**Tabulka č. 11** *Kdo tě nejvíc ovlivňuje při posuzování tvého vzhledu?*

**Tabulka č. 12** *Čemu přisuzuješ největší podíl při vzniku poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 13** *Souhlasíš s tvrzením, že velký podíl při vzniku poruch příjmu potravy mají média?*

**Tabulka č. 14** *Souhlasíš s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může být spouštěčem vzniku některé z poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 15** *Myslíš si, že kvalitní a včasná prevence může snížit výskyt poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 16** *Setkal/a jsi se na své škole s preventivními programy týkající se poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 17** *Myslíš si, že prevence poruch příjmu potravy je na školách dostačující?*

**Tabulka č. 18** *Jaká je podle tebe nejúčinnější prevence poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 19** *Kdy by podle tebe měla začít účinná prevence poruch příjmu potravy?*

**Tabulka č. 20** *Spokojenost se svou současnou postavou - podle pohlaví.*

**Tabulka č. 21** *Držel/a jsi někdy dietu?*

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf č. 1** *Struktura výzkumného vzorku – grafické znázornění.*

**Graf č. 2** *Struktura výzkumného vzorku dle věku – grafické znázornění.*

**Graf č. 3** *BMI – rozdělení podle škol.*

**Graf č. 4** *Slyšel/a jsi někdy o poruše příjmu potravy – relativní četnost.*

**Graf č. 5** *Grafické znázornění položky 12.*

**Graf č. 6** *Grafické znázornění položky 13 podle pohlaví a druhu školy.*

**Graf č. 7** *BMI z hlediska pohlaví – relativní četnost.*

**Graf č. 8** *Je mentální anorexie a bulimie nebezpečná – z hlediska pohlaví respondentů.*

**Graf č. 9** *Porovnávání se s osobnostmi z hlediska jednotlivých pohlaví - relativní četnost.*

**Graf č. 10** *Ovlivňují média pohled na náš zevnějšek - pohlaví respondentů.*

**Graf č. 11** *Kdo tě nejvíc ovlivňuje - z hlediska pohlaví respondentů.*

**Graf č. 12** *Grafické znázornění položky 20 z hlediska pohlaví a druhu školy.*

**Graf č. 13** *Grafické znázornění položky 21 s ohledem na pohlaví a druh škol.*

**Graf č. 14** *Grafické znázornění položky 22 s ohledem na pohlaví a druh školy.*

**Graf č. 15** *Názory na včasnou prevenci s ohledem na pohlaví a druh školy.*

**Graf č. 16** *Preventivní programy z hlediska pohlaví respondentů – relativní četnost.*

**Graf č. 17** *Názor na dostatečnou prevenci – relativní četnost.*

**Graf č. 18** *Nejúčinnější prevence – rozdělení podle druhu škol.*

**Graf č. 19** *Začátek prevence – rozdělení podle pohlaví respondentů.*

**Graf č. 20** *Chtěl/a bys zhubnout?*

**Graf č. 21** *Nejúčinnější způsob hubnutí – relativní četnost.*

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**P I** DOTAZNÍK PRO STUDENTY

**P II** NĚKTERÉ DŮLEŽITÉ KONTAKTY



## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO STUDENTY

Milý/á studente/tko,

Do rukou se vám dostal dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Dotazník se zabývá poruchami příjmu potravy a bude využit pouze k účelům mé závěrečné práce. Je samozřejmě *anonymní*, proto prosím o pravdivé odpovědi.

Zvolené odpovědi ve většině případů označte křížkem, jen v některých případech je nutné odpověď dopsat.

Za spolupráci děkuje:

Petra Zemánková Janků

**1. Pohlaví?**

- Muž
- Žena

**2. Kolik je ti let?.....**

**3. Kolik vážíš a měříš?**

Váha.....kg

Výška.....cm

**4. Jsi spokojený/á se svou současnou postavou?**

- Ano
- Ne

**5. Jak často se vážíš?**

- Jednou měsíčně
- Jednou týdně
- Jednou denně
- Několikrát denně
- Nevážím se
- Jiná frekvence, jaká.....

**6. Chtěl/a bys zhubnout?**

- Ano
- Ne

**7. Jestliže ano, kolik by, jsi chtěl/a vážit?.....kg**

**8. Držel/a jsi někdy dietu?**

- Ano
- Ne

**9. Pokud bys nějakou dietu držel/a, z jakých zdrojů bys čerpal/a informace o „nejvhodnější dietě“?**

- Od kamarádů
- Ve škole
- V rodině
- V médiích (internet, časopisy, televize....)
- Jiný zdroj, jaký.....

**10. Jaký je podle tebe nejúčinnější způsob hubnutí?**

- Omezení příjmu potravy
- Větší pohybová aktivita
- Změna životosprávy
- Vědomé hladovění
- Jiný názor, jaký.....

**11. Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?**

- Ano
- Ne

**12. Jestliže ano, kdo ti jej vysvětlil?**

- Rodina
- Kamarád
- Učitel
- Média (internet, televize.....)
- Jiný zdroj, jaký.....
- Nikdo

**13. Jak bys nejlépe charakterizoval/a poruchy příjmu potravy?**

- Onemocnění modelek
- Úmyslné hladovění
- Úmyslné zvracení
- Psychické onemocnění spojené s úmyslným hladověním a úmyslným přejídáním
- Jiný názor, jaký.....

**14. Co znamená zkratka BMI (Body Mass Index)?**

- Tělesný index
- Porovnání váhy
- Index tělesné hmotnosti

**15. Setkal/a jsi se někdy s mentální anorexií nebo bulimií ve svém okolí?**

- Ano
- Ne

16. Myslíš si, že je mentální anorexie a bulimie nebezpečná?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
17. Zkoušíš se někdy porovnávat s osobnostmi z médií (herci, modelky, sportovci...)?
- Ano
  - Ne
  - Občas
  - V žádném případě
18. Myslíš si, že média mohou ovlivnit pohled na „ideální zevnějšek“?
- Ano
  - Ne
19. Kdo tě nejvíc ovlivňuje při posuzování tvého vzhledu?
- Rodiče
  - Kamarádi
  - Škola
  - Média (televize, internet, časopisy.....)
20. Čemu přisuzuješ největší podíl při vzniku poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie atd.)?
- Rodině
  - Životnímu stylu
  - Média a propagace „ideálu krásy“
  - Jiný názor, jaký.....
21. Souhlasíš s tvrzením, že velký podíl při vzniku poruch příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie, atd.) mají média?
- Ano
  - Ne
22. Souhlasíš s tvrzením, že prezentace příliš hubených lidí v médiích může být spouštěčem vzniku některé z poruch příjmu potravy (např. mentální anorexie, bulimie, atd.)?
- Ano
  - Ne
23. Myslíš si, že kvalitní a včasná prevence může snížit výskyt poruch příjmu potravy?
- Ano
  - Ne
24. Setkal/a jsi se na své škole s preventivními programy týkající se poruch příjmu potravy (diskuse, letáky, přednášky apod.)?
- Ano
  - Ne
25. Myslíš si, že prevence poruch příjmu potravy je na školách dostačující?
- Ano
  - Ne

**26. Chtěl/a by ses dozvědět o poruchách příjmu potravy více?**

- Ano
- Ne

**27. Jaká je podle tebe nejúčinnější prevence poruch příjmu potravy?**

- Rodina
- Omezení propagace příliš hubených lidí v médiích
- Dostatečná informovanost

**28. Kdy by podle tebe měla začít účinná prevence poruch příjmu potravy?**

- 10-15 let
- 16-18 let
- 19-25 let
- jiný názor, jaký.....

**29. Kdybys se setkal/a ve svém okolí s některou formou poruch příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie, atd.) snažil/a by ses pomoci?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**30. Jestliže ano, jakým způsobem?**

- Promluvil/a bych si s osobou, které se to týká
- Promluvil/a bych si s jeho rodinou
- Oznámil/a bych to ve škole
- Spojil/a bych se s odborníkem
- Jiný názor, jaký.....

## **PŘÍLOHA P II: NĚKTERÉ DŮLEŽITÉ KONTAKTY**

### **Psychiatrická klinika při fakultní nemocnici Brno – Bohunice**

*S jednotkami pro léčbu poruch příjmu potravy*

**Adresa:** Jihlavská 20, 639 00 Brno-Bohunice

**Telefon:** Krizové centrum: 547 192 078, Linka naděje: 547 212 333

**Vedoucí:** Přednosta psychiatrické kliniky Prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

### **Psychoterapeutická skupina pro klienty s poruchami příjmu potravy v Praze**

**Kontakt:** MUDr. Rozmarová Pavla, Mgr. Petr Růžička

**Adresa:** Centrum Gaudia, Perucká 23, Praha 2

**Telefon:** 222 518 776

**E-mail:** info@gaudia.cz

**Web:** www.gaudia.cz

### **Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch**

**Kontakt:** MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Jana Machandrová, Mgr. Jan Knop, MUDr. Aleš Fürst, Mgr. Petr Moos, MUDr. Michaela Petišková, Mgr. Marie Zemanová

**Adresa:** Jáchymovská 385/25, 460 10 Liberec - Františkov

**Telefon:** 485 150 890, 485 151 398

**E-mail:** skt@sktlib.czskt@sktlib.cz

### **Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy**

**Adresa:** Psychiatrická klinika 1. LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2

**Telefon:** 224 961 111 (ústředna), Denní stacionář 224 965 053.

**Anabell BRNO - kontaktní centrum a sídlo Občanského sdružení**

**Adresa:** Dům lékařských služeb, 4. patro, Bratislavská 2, 602 00, Brno

**Telefon:** 542 214 014

**E-mail:** [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz) [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz)

**Denní stacionář pro poruchy příjmu potravy v Praze**

**Adresa:** Psychiatrická klinika Ke Karlovu, Praha 2, Ke Karlovu 11

**Telefon:** 224 96 53 50

**Arteterapie v léčbě poruch příjmu potravy v Brně**

**Adresa:** DDM "Malovaný domek", Helceletova 4, Brno - Masarykova čtvrť

**Telefon:** 543 212 113, 777 56 85 94

**Vedoucí:** Mgr. Andrea Bakalová

**Poradna klinické psychologie v Kroměříži**

**Adresa:** Blahoslavova 422, 767 01 Kroměříž

**Telefon:** 573 342 647

**Vedoucí:** PhDr. Jana Dorazilová

**Internetové zdroje informací:**

[www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)

[www.idealni.cz](http://www.idealni.cz)

[www.psychoporadna.cz](http://www.psychoporadna.cz)

[www.doktorka.cz](http://www.doktorka.cz)

[www.modralinka.cz](http://www.modralinka.cz)

[www.fzv.cz](http://www.fzv.cz)