

# Postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy

Bc. Zdeňka Packová

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zdeňka PÁČKOVÁ**  
Osobní číslo: **H128188**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na rozběr nejznámějších typů poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání);
- na vznik poruch příjmu potravy z hlediska různých faktorů (etiologie);
- na možnosti využití sociální pedagogiky v oblasti prevence poruch příjmu potravy.

Součástí práce bude realizovaný výzkum zaměřený na zjištění postojů veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Cooper, P.J. **Mentální bulimie a záchvatovité přejídání**. Olomouc: VOTOBIA, 1995

Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V. **Psychologie výživy a sociální aspekty jídla**. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003

Jandourek, J. **Sociologický slovník**. Praha: Portál, 2001

Krch, F.D. **Poruchy příjmu potravy**. Praha: Grada, 2005

Papežová, H. **Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup**. Praha: Grada Publishing, 2010

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Alena Pišková**

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:


**31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mišpachr, Ph.D.

vedoucí katedry



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Berou na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o zřízení 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 užit své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

*Zdeňka Pačková*

*Jména, příjmení studenta*

V Brně 24. 8. 2014

*Zdeňka Pačková*

*Podpis*

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o zřízení a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47a Zveřejněním zveřejněním prací.

1) Právní škola uzavírá licenční smlouvu s držitelem autorských práv, v níž stanoví podmínky, za kterých může být dílo použito v rámci výzkumných a studijních účelů. Způsob poskytnutí licenční smlouvy určuje škola.

2) Dílčí právo, diplomová, bakalářská a magisterská práce odevzdaná uchazečem k obhajobě musí být při odevzdání již zpracovaná dílem před obhajobou. Zpracování a vydání díla musí být provedeno předem předložením písemného souhlasu držitele autorských práv s tímto právním předpisem.

3) Platí, že odevzdaná práce autorovi zůstává ve vlastnictví své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na způsob 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.

1) Na právo autorského nále náleží právo držitele díla rozhodnout o způsobu, jakým se dílo má užívat, a o způsobu, jakým se dílo má šířit. Právo držitele díla rozhodnout o způsobu, jakým se dílo má užívat, a o způsobu, jakým se dílo má šířit, je právo držitele díla rozhodnout o způsobu, jakým se dílo má užívat, a o způsobu, jakým se dílo má šířit.

1) 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 odst. 1.

1) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla tj. § 12 odst. 1. Odpovědnost autorů školního díla néstí vztahem ke škole nebo k školskému zařízení se jako osobou, která má právo uzavřít smlouvu o užití školního díla.

2) Může být poskytnuta i jiná, než je uvedena v tomto zákoně, licenční smlouva, pokud je uzavřena s osobou, která má právo uzavřít smlouvu o užití školního díla.

3) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny předstívat, aby při užití školního díla v rámci školního zařízení v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenční smlouvy příspěvek na úhradu nákladů, které byly vynaloženy na vytvoření díla, a na jeho obhajobě až do jejich skutečné výše, přičemž se přičítá k výši příspěvku školní nebo školská či vzdělávací zařízení v rámci školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

### **Abstrakt česky**

Diplomová práce se věnuje postojům veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy. Teoretická část je zaměřena na vymezení základních forem, tedy na mentální anorexii a mentální bulimii, ale přibližuje i nespecifické a atypické formy poruch příjmu potravy. Kromě příčin, diagnostiky, příznaků a důsledků poruch se také zaměřuje na jejich léčbu. Poslední kapitola teoretické části definuje pojem postoj, seznamuje s faktory, které mohou ovlivnit postoje ve vztahu k poruchám příjmu potravy, zamýšlí se nad kontextem poruch se sociální pedagogikou a informuje o možnostech jejich prevence. Cílem výzkumné části bylo zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o poruchách příjmu potravy a jaké postoje k této problematice veřejnost zaujímá.

### **Klíčová slova:**

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, projevy, průběh, rizika, komplikace, důsledky, léčba, postoje, prevence, sociální pedagogika.

## **ABSTRACT**

### **Abstrakt ve světovém jazyce**

The diploma thesis deals with the attitudes of the public to the issue of eating disorders. The theoretical part focuses on the definition of basic forms, namely anorexia nervosa and bulimia, but also explains nonspecific and atypical forms of eating disorders. In addition to the causes, diagnosis, symptoms and consequences of failures, it also focuses on their treatment. The last chapter of the theoretical part defines the concept of attitude, introduces the factors which may affect attitudes related to eating disorders, ponders on the context of social pedagogy failures, and informs about their potential prevention. The aim of the research was to determine the public awareness of eating disorders, and to find out what attitudes the public assumes to this issue.

### **Keywords:**

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, causes, symptoms, course, risks, complications, consequences, treatment, attitudes, prevention, social pedagogy.

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za užitečnou metodickou pomoc, cenné rady, vstřícnost, čas a ochotu, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Ráda bych také poděkovala všem, kteří se účastnili výzkumné části této práce.

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

Bc. Zdeňka Packová

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>	
<b>I</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>11</b>
1.1	MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	13
1.2	MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.3	ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	17
<b>2</b>	<b>PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>21</b>
2.1	GENETICKÉ A BIOLOGICKÉ FAKTORY.....	22
2.2	KULTURNÍ A SOCIÁLNÍ FAKTORY.....	24
2.3	PSYCHICKÉ A EMOCIONÁLNÍ FAKTORY .....	26
<b>3</b>	<b>PROJEVY, PRŮBĚH A RIZIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>29</b>
3.1	PROJEVY MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	29
3.2	ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE .....	31
3.3	PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMŮ POTRAVY .....	34
3.4	MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	36
<b>4</b>	<b>POSTOJE VEŘEJNOSTI K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>39</b>
4.1	POSTOJE, JEJICH SLOŽKY, FUNKCE A VÝZNAM .....	39
4.2	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJ VEŘEJNOSTI K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY .....	42
4.3	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	45
4.4	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY .....	48
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>METODY, CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ</b> .....	<b>52</b>
5.1	VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	54
5.2	VLASTNÍ VÝZKUM .....	55
5.3	ANALÝZA A PREZENTACE VÝZKUMU .....	81
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>89</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>91</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>95</b>	
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>96</b>	
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>97</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>99</b>	

## ÚVOD

*„Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak, měly jinou představu o jeho kráse. Nově vznikající ideální normy bývají nevšimavé ke zvláštnostem různých lidí a k podmínkám, ve kterých žijí. Pod jejich sugestivním vlivem připomínají někteří lidé svým vzhledem sériové výrobky nebo karikatury. Ztrácejí svoji jedinečnost a autentičnost a orientují se na povrchní, vnější znaky nedostupného ideálu, který jim není šit na míru. vzdaluje se tak sobě a svým možnostem.“<sup>1</sup>*

Hodnotový systém současné společnosti je zaměřen především na výkon, úspěch a sebekontrolu, a s tím vším právě štíhle a vypracovaně vyhlížející tělo koresponduje. Hubenost, někdy až vyhublost, se tak v současné době stává synonymem krásy, někdy neoprávněně i zdraví, a především znakem společenského úspěchu.

Přitom jenom několik procent dívek a žen má genetickou výbavu na to, aby splňovaly požadavky kladené módním průmyslem. Těm ostatním jsou nabízeny „zaručené“ prostředky ve formě léků, čajů, různých koktejlů, které mají jediný zaručený efekt, obrovské zisky pro výrobce a distributory. Honba za štíhlostí má bohužel často negativní důsledky – poruchy příjmu potravy. Mentální anorexie a mentální bulimie mohou být, a mnohdy dokonce jsou, smrtelné choroby.

O poruchách příjmu potravy toho již bylo napsáno mnoho, přesto stále dochází k nárůstu počtu dívek, žen, ale i mužů, kteří trpí mentální anorexií a mentální bulimií, případně jinou poruchou příjmu potravy. Stále více je i těch lidí, kteří svou poruchu šikovně i po dobu mnoha let skrývají a unikají tak nejen diagnostice, ale především odborné pomoci.

Tématem diplomové práce chci navázat na svoji bakalářskou práci, ve které jsem se věnovala poruchám příjmu potravy z pohledu nemocných a jejich nejbližšího okolí. V diplomové práci bych se ráda na tyto nebezpečné poruchy podívala z druhé strany, z pohledu laické veřejnosti. Cílem mé práce je přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, nakolik je veřejnost informovaná o těchto poruchách a jaké postoje k nim zaujímá.

Podle mých dosavadních zkušeností jsou poruchy příjmu potravy i přes veškerou medializaci pro běžnou populaci stále těžko srozumitelným onemocněním. Lidé si většinou mentální anorexii a bulimii spojují s vyhublými modelkami nebo herečkami. A tak si ani

---

<sup>1</sup> MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, Praha: Portál, 2001, s. 43



nedokážou představit, že by se tento problém mohl týkat jich samotných, či někoho blízkého. Netuší, jaký mají tyto choroby průběh, zdravotní, psychické a sociální důsledky, a jak fatální mohou být pro nemocného a celou jeho rodinu. Právě informovanost, nebo spíše nedostatek informací, ovlivňuje postoje laické veřejnosti k poruchám příjmu potravy a lidem trpícím těmito poruchami.

Diplomovou práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem pracovala s dostupnou literaturou formou obsahové analýzy. Tato část se skládá ze čtyř kapitol. První z nich charakterizuje poruchy příjmu potravy. Ve druhé a třetí kapitole jsou uvedeny příčiny vzniku, projevy, průběh a rizika těchto poruch. Poslední, čtvrtá kapitola vymezuje teoretický pojem postoj, seznamuje s faktory, které mohou ovlivnit postoje veřejnosti ve vztahu k poruchám příjmu potravy, zamýšlí se nad kontextem poruch se sociální pedagogikou a informuje o možnostech jejich prevence.

Cílem praktické části diplomové práce je především zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o poruchách příjmu potravy, a jaké postoje veřejnost zaujímá k této závažné problematice. K dosažení tohoto cíle používám kvantitativní výzkum a jeho dotazníkovou metodu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

*„Vnitřní představa o těle, jeho subjektivní obraz je citlivou součástí lidské osobnosti. V hranicích svého těla člověk vnímá, prožívá a uvědomuje si svoji existenci. Fyzické tělo je vidět, má svoji velikost, formu a proporce, které vnímáme, hodnotíme a prožíváme v kontextu existujícího světa a osobní zkušenosti.“<sup>2</sup>*

Tělo bylo po dlouhá staletí vnímáno jen jako nástroj ducha a tělesnost byla přehlížena nebo spojována s negativními atributy. Až v devatenáctém a především ve dvacátém století dochází k diferencovanějšímu pohledu na lidské tělo a tělesnost. Příčinami byly pokroky v medicíně a vědě celkově (především větší důraz na osobní hygienu a péči o tělesné zdraví), v módě (tělo přestalo být skrýváno a deformováno), životním stylu a kultuře společnosti. Tělesný vzhled se stal předmětem zájmu společnosti i člověka, který měl stále více prostředků a času zabývat se sám sebou, svým tělem.<sup>3</sup>

Představa o těle se u člověka vyvíjí jak v souvislosti s osobní zkušeností, tak pod vlivem různých sociálních a kulturních vlivů. V době genderového narovnávání, v době, kdy společnost konečně přijímá lidi s hendikepem, s různou sexuální orientací, je vstřícná k dětem a seniorům a zajímá se o ekologii, tak v této době více než polovina populace odmítá své proporce.

Vědci ale odhadují, že genetické předpoklady k tomu, aby člověk vypadal jako model či modelka, má maximálně pět osob ze sta. To znamená, že 95 % žen normálně nevypadá jako současný ideál krásy, a naopak nenormální je neustálá snaha se mu co nejvíce přiblížit. Vzhled však hrál u žen vždy větší roli než u mužů, u kterých historicky společnost hodnotila spíše postavení, peníze a vliv.

Požadavky na to, jak má člověk vypadat, se v posledních letech rozvinuly neuvěřitelným způsobem. Před třiceti lety byly dívky s nízkou hmotností posílány do ozdravoven jako podvyživené a dnes jsou dívky se stejnou hmotností považovány za vzor. Podle výzkumů již šestileté holčičky nadměrně řeší svůj vzhled a touží být štíhlejší a v každé školní třídě

---

<sup>2</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 187

<sup>3</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 187 - 188

s dětmi mezi čtrnácti až šestnácti lety má alespoň jedna dívka poruchu příjmu potravy nebo k ní sklony!<sup>4</sup>

Díky medializaci životních příběhů známých osobností se poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) dostaly do povědomí široké veřejnosti. Nejčastěji uváděné PPP jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Vedle těchto základních typů současně existovaly i další nespecifické a atypické poruchy, které odborníci pojmenovali a definovali teprve nedávno. Jedná se především o orthorexii, bigorexii a drunkorexii. Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie nejsou tyto PPP dosud zařazeny do seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí. Diagnózu mentální anorexie či mentální bulimie tedy může stanovit pouze lékař, psychiatr nebo psycholog.

*„PPP jsou si i přes zdánlivou odlišnost hubených anorektiček velmi podobné. Všechny spojuje nespokojenost se sebou, která je vyjádřena především přes nespokojenost s vlastním tělem. Nemocní mají strach z tloušťky a svému vzhledu a tělesné hmotnosti věnují nadměrnou pozornost. Neustále se zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Přestávají se zajímat o okolí a o všechno, co se bezprostředně netýká jídla. Stávají se z nich egocentrici, bývají vztahovační, mají konflikty se svým okolím a ubývá jim společenských kontaktů. Dostávají se pak při zacházení s jídlem a vlastním tělem do extrémů, které je ohrožují zdravotně a později i na životě.“<sup>5</sup>*

Podle údajů prof. Papežové z Centra poruch příjmů potravy v Praze je úmrtnost pacientů s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie 5 - 10 %. U dětí končí tragicky až 3 % případů. Dívky jsou oproti chlapcům postiženy PPP desetkrát, až dvacetkrát častěji. Úspěšnost léčby závisí na délce trvání onemocnění, intenzitě choroby, hodnotě BMI, kvalitě lékařské péče a především na osobní motivaci k terapii.

Podle Papežové jsou výsledky léčby u malých děvčat lepší než u starších pacientek. Dívky mají podporu okolí a rodiče zachytí onemocnění zpravidla včas. Na druhé straně někteří odborníci vidí právě v rodině velký problém. Rodiče jsou podle nich citově angažovaní, bez odborných znalostí a často stav zhoršují a ztrácejí cenný čas.<sup>6</sup>

Podle mého názoru mohou postoje pacientů a jejich rodičů k PPP souviset s předsudky a problémem stigmatizace, která je stále ještě spojena s psychickým onemocněním.

<sup>4</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 10 - 11

<sup>5</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 4 - 5

<sup>6</sup> KOUBOVÁ, A., *Nepřítel se třemi „P“*, Svět ženy, 2012, s. 48, 49

Pacienti ze studu dlouho nemoc tají, odmítají léčbu, a tím zhoršují šanci na vyléčení. Také se stává, že rodina nemocného má zpočátku sklon jeho potíže bagatelizovat. Domnívají se, že jde o přehnanou snahu zhubnout, kterou mohou ovlivnit rozumnými argumenty. Když rodiče zjistí, že tyto prostředky nemají význam, hledají příčiny, obviňují se a cítí se bezmocní. Jejich bezmoc může vést ke zhoršení situace (zavrhování nemocného, vypjaté rodinné klima apod.).

Mgr. Švédová z Občanského sdružení Anabell ukazuje další pohled na možné příčiny: *„Proč je tak těžké si připustit vážné problémy s příjmem potravy a začít s léčbou? Nemocní s poruchou příjmu potravy obvykle (nejvíce zpočátku) před svým problémem s jídlem zavírají oči nebo jej podceňují, nechtějí jej aktivně řešit, protože jim přináší určité uspokojení nebo zástupně „řeší“ jiný problém. Dalšími důvody je také stud, strach z nepochopení a z odhalení. Nebo strach ze změny. Je totiž velmi těžké začít bojovat s určitými příznaky poruchy příjmu potravy, protože to vždy znamená začít jíst, přestat zvracet, nepřejít se. A to může nahánět hrůzu.“<sup>7</sup>*

V každém případě je třeba si uvědomit, že mentální anorexie a mentální bulimie patří mezi nejvážnější psychiatrická onemocnění, která je nutné léčit jako jakoukoli jinou chorobu. PPP se vyléčit dají, ale je to dlouhodobý, někdy i celoživotní boj.

## 1.1 Mentální anorexie

*„Jsem máma patnáctileté dívky. Čím člověk musel projít, nikomu nepřeju. A dcera zdaleka nemá vyhráno. Někdy ani není chuť vstát, ale kdo jiný by jí měl pomoci než ona sama, rodiče a lékaři. Jenže někdy síly docházejí a pak nezbývá jen si říct: Musíš. Nemoc se vkrade nenápadně a pomalu, ale dostat ji ze života trvá léta. Přeji vám, abyste ji nepoznaly.“<sup>8</sup>*

Mentální anorexie je závažným psychickým onemocněním, které patří do kategorie PPP. Od začátku 70. let se její výskyt stále zvyšuje. V České republice je rozšíření mentální anorexie podobné jako v zemích západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 – 0,8 %). Podle posledních studií trpěly anorexií někdy v životě až 4,5 % žen.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> ŠVÉDOVÁ, J., *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*, Občanské sdružení Anabell, 2012, s. 7

<sup>8</sup> PRESSEROVÁ, V., *Hladový souboj s vlastním Já. Šokující příběh známé atletky*, Puls, 2006, s. 80

<sup>9</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, Praha: Portál, 2002, s. 52

Onemocnění obvykle začíná v období mezi třináctým až šestnáctým rokem, v poslední době se stále častěji objevuje i u mladších dívek (kolem desátého roku) a ve druhé vlně pak u žen střední generace, které nejsou spokojeny se svým tělem (kolem čtyřicátého roku až do menopauzy). Mentální anorexie byla dlouho považována za okrajový problém. Málokoho by napadlo, že se jedná o závažné a dlouhodobé až chronické onemocnění, které se téměř v 50 % vrací a může končit i smrtí.<sup>10</sup>

Mentální anorexie je porucha, pro kterou je charakteristické úmyslné snižování hmotnosti. U pacientů nejde o pravé nechutenství. Je to spíše přemáhání a potlačení hladu a následně příjmu potravy ve snaze o snížení váhy. Specifickou psychopatologií tedy bývá chorobný strach z tloustnutí a obezity spojený s nekritičností ke svému tělu. Tento strach u nemocných přetrvává, ovládá je, takže usilují o stále nižší tělesnou hmotnost, i když objektivně jsou již extrémně vyhublí. Mentální anorexie se projevuje omezeným výběrem jídla, nadměrnou tělesnou činností, průjemem, zvracením, zneužíváním anorektik a diuretik.<sup>11</sup>

Pacienti se snaží nejprve omezit velmi energetické potraviny (např. tučná jídla, sladkosti), ale postupně redukuje i nízkoenergetická jídla a někdy dochází i k omezování příjmu tekutin. Někteří nemocní mají zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí – sbírají recepty, nakupují, vaří pro celou rodinu, hromadí suroviny v tajných skrýších. Navzdory velké vyhublosti jsou velmi aktivní a schopni denně cvičit až několik hodin.<sup>12</sup>

#### **Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (1996)**

- *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.*
- *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.*

<sup>10</sup> TYLOVÁ, O., *Devítihlavá saň anorexie*, Svět ženy, 2004, s. 122, 124

<sup>11</sup> PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. et al.: *Psychiatrie v primární péči*, Praha: Mladá fronta, 2013, s. 678

<sup>12</sup> SVACINA, Š. et al., *Poruchy metabolismu a výživy*, Praha: Galén, 2010, s. 335

- *Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea (nedostavení se menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.*
- *Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna“.<sup>13</sup>*

Housová, Papežová a Haluzík k tomu dodávají, že pacienti trpící mentální anorexií bývají hodnoceni jako úspěšní ve škole i v jiných aktivitách, velmi přizpůsobiví, zodpovědní, na výkon orientovaní perfekcionalisté. S rozvoje nemoci se však často dostávají do konfliktu s okolím, podvádějí a lžou, aby se vyhnuli přiměřenému příjmu jídla.<sup>14</sup>

## 1.2 Mentální bulimie

*„Ted' jsem přišla ze školy. Dala si oběd a zase ten známej stereotyp, zvracení dvacetkrát denně, bolí mě krk, mam od zubů podrápaný klouby u prstů, křeče v žaludku a jsem na sebe hrdá. Ale to přejde. Z hrdosti se stane nenávisť k vlastnímu tělu. Nedělám nic špatného, dělá to tolik lidí. Mám všechno pod kontrolou, a až se budu sama sobě líbit, seknu s tím. Pak v noci u okna brečím nad vlastní blbostí, vím, že to není pravda. Tohohle svinstva se jen tak nezbavíte. Nikdy se nepřijmu taková, jaká jsem.(dívka trpící mentální bulimií)“.<sup>15</sup>*

Mentální bulimie je závažná PPP, při které dochází k opakovaným záchvatům přejídání a přehnané kontrole hmotnosti. Člověk v okamžiku záchvatu dokáže sníst neuvěřitelné množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit zvracením, pomocí laxativ, diuretik, hladovkami nebo kombinací všeho uvedeného.

Onemocnění začíná obvykle mezi 14. - 18. rokem, tedy o něco později než mentální anorexie. V některých případech dochází k přechodu z mentální anorexie v mentální bulimii. Lidé s touto poruchou bývají často nepřiměřeně závislí na hodnocení druhých a mají problémy se sebekontrolou a sebeovládáním. Zpočátku se snaží o potlačení hladu a omezení příjmu potravy, přísný dietní režim však nejsou schopni dodržet a postupně

<sup>13</sup> PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. et al., *Psychiatrie v primární péči*, Praha: Mladá fronta, 2013, s. 678

<sup>14</sup> SVAČINA, Š. et al., *Poruchy metabolismu a výživy*, Praha: Galén, 2010, s. 335

<sup>15</sup> PRESSEROVÁ, V., *Hladový souboj s vlastním Já. Šokující příběh známé atletky*, Puls, 2006, s. 80

u nich dochází k tajnému přejídání. Tyto záchvaty přejídání pak považují za vlastní selhání.<sup>16</sup>

Rozšíření mentální bulimie v České republice je srovnatelné s počty nemocných v zemích západní Evropy. Podle různých studií se odhaduje, že touto poruchou u nás trpí asi každá dvacátá žena. Případů mentální bulimie ale rychle přibývá spolu s nárůstem výskytu mentální anorexie.<sup>17</sup>

Na tomto místě bych chtěla zdůraznit, že počty lidí trpících mentální bulimií se opravdu pouze odhadují. Podle mého názoru jsou čísla mnohem vyšší, než uvádějí studie. V chování nemocných totiž není velice dlouho nic nápadného (i po mnoho let). Záchvaty přejídání se odehrávají v soukromí, takže si ničeho nemusí všimnout ani rodina a nejbližší okolí. Navíc pacienti s mentální bulimií mají normální hmotnost, mohou mít dokonce i mírnou nadváhu.

#### **Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (1996)**

- *„Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců) při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.“<sup>18</sup>*

Lidé trpící mentální bulimií se cítí vedle ostatních méněcenní, mají sklony k depresím a často u nich dochází ke kolísání nálad. Jejich život zcela ovládají myšlenky na jídlo, strach o postavu a hmotnost. Kromě zdravotních problémů, jsou poznamenány i jejich osobní a pracovní vztahy. Nemocní s mentální bulimií mívají často problémy

<sup>16</sup> SVAČINA, Š. et al., *Poruchy metabolismu a výživy*, Praha: Galén, 2010, s. 337

<sup>17</sup> KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, Praha: Grada Publishing, 2008, s. 42 - 43

<sup>18</sup> PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. et al., *Psychiatrie v primární péči*, Praha: Mladá fronta, 2013, s. 679



s alkoholem nebo drogami a bývají uváděny i pokusy o sebevraždu nebo sebepoškození.<sup>19</sup>

### 1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Co se týče poruch příjmu potravy, lékaři si již dávno nevystačí pouze s termíny mentální anorexie nebo mentální bulimie. Nové názvy se postupně vžívají i pro další formy výživových poruch, ač ještě nejsou uznávány jako oficiální diagnózy. Orthorexie, bigorexie a drunkorexie jsou však ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako anorexie či bulimie.

#### **Orthorexie (orthorexia nervosa)**

Orthorexie je porucha založená na obsedantní kontrole přijímané stravy. Lze ji definovat jako patologickou závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě.

Poprvé toto onemocnění popsal v roce 1997 Dr. Steve Bratman, který později na toto téma vydal knihu s názvem *Health Food Junkies* (Narkomani zdravého jídla). Problematika orthorexie si získává stále větší pozornost a v poslední době se dostává i do popředí zájmu odborníků zaměřených na PPP.<sup>20</sup>

Lidé s touto poruchou se soustředí více na kvalitu přijímané stravy než na její kvantitu, jak je tomu v případě mentální anorexie nebo mentální bulimie. Společnou charakteristikou těchto poruch však bývá vrozená dispozice k perfekcionismu.

Zpočátku může být obtížné odlišit přirozenou touhu po tom žít a stravovat se zdravě, od posedlosti zdravou výživou. Obecně se dá říci, že orthorexií trpí ti jedinci, kteří zdravému stravování věnují většinu svého času. Zanedbávají práci, rodinu, přátele, cítí se vinni a trpí výčitkami, poruší-li své stravovací zásady a zdravá strava se pro ně stává nástrojem k překonávání osobních problémů.

Lidé postižení orthorexií konzumují výhradně biopotraviny ze specializovaných obchodů, jsou radikálními odpůrci uměle hnojených a geneticky upravovaných surovin. Jejich jídelníček se postupně zužuje na minimum, protože ani bio-výrobky pro ně nemusí být

---

<sup>19</sup> COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, Olomouc: Votobia, 1995, s. 26, s. 38 - 39

<sup>20</sup> MÁLKOVÁ, S., *Kdy zdravé stravování přestává být zdravým – Orthorexie*, Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 8

„vhodné,“ záleží na výrobci, zda byly dodrženy všechny bio-postupy, zda suroviny nebyly kontaminované znečištěným vzduchem apod.<sup>21</sup>

Mezi ohrožené skupiny můžeme také zařadit ortodoxní vyznavače makrobiotiky, veganství, syrové stravy a dalších alternativních výživových směrů. Sklony k orthorexii mohou mít i lidé některých profesí – například sportovci nebo umělci a modelky, u nichž je důležitý vzhled.

Podle odborníků spočívá nebezpečí této poruchy v tom, že: *„lidé pod dojmem velmi zdravého stravování mohou postupně spadat do stejné kategorie, jako jsou mentální anorexie a bulimie, u kterých se výživa a strava staly jediným smyslem života. Orthorexie v mnoha případech předchází mentální anorexii nebo mentální bulimii, nebo naopak obě nemoci mohou vyústit v orthorexii. Poruch nelze striktně kategorizovat, mohou se vyskytovat současně i přecházet jedna v druhou.“*<sup>22</sup>

V případě léčby je důležité zaměřit se na nácvik správného stravování a využívá se především kognitivně – behaviorální přístup.

### **Bigorexie (svalová dysmorfická porucha, Adonisův komplex)**

Bigorexie je další formou poruch příjmu potravy, která je úzce spjatá s narušeným vnímáním vlastního těla. Jedinci postižení bigorexií jsou nespokojeni se svým vzhledem, mají pocit slabosti a touží po dokonalém a silném těle.

Tato porucha se projevuje spíše u mužů, výjimkou jsou ženy, věnující se kulturistice. Lidé, kteří trpí bigorexií nadměrně cvičí, jejich strava je velice jednostranně zaměřená, užívají doplňky stravy a často bohužel sahají i k užívání anabolických steroidů.

Ne každý cvičící svalnatý muž či žena musí být bigorektik. To označení lze použít, pokud jsou splněna alespoň dvě z následujících čtyř kritérií:

- *Bigorektik upřednostňuje trénink před pracovními a společenskými aktivitami.*
- *Vyhýbá se takovým aktivitám, při kterých je nutné se odhalit. Nemůže-li se tomu vyhnout, je na něm patrná velká nervozita a stres.*

<sup>21</sup> MARTYKÁNOVÁ, L., PISKÁČKOVÁ, Z., *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy. Časopis Výživa a potraviny* [online]. 2010 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>.

<sup>22</sup> MARTYKÁNOVÁ, L., PISKÁČKOVÁ, Z., *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy. Časopis Výživa a potraviny* [online]. 2010 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>.

- *Ani zdravotní problémy ho neodradí od pravidelného cvičení.*
- *Žije v představě vlastní nedokonalosti, což významně ovlivňuje jeho osobní a pracovní vztahy.*<sup>23</sup>

Následky bigorexie jsou jak zdravotní, tak i sociální. Jedinec s bigorexií své tělo nadměrně přetěžuje, dokonce ani nemoc či zranění nejsou důvodem k přerušení pravidelného tréninku. Tělu není dopřána žádná regenerace a odpočinek. Cvičení je pro tohoto člověka denní potřebou a při nedodržení svých tréninkových plánů se u něj objevuje stres a nervozita.<sup>24</sup>

Jak jsem uvedla výše, rovněž jídelníček jedince s bigorexií je pečlivě připraven – je bohatý na proteiny a s nízkým obsahem tuků. Nadměrné užívání potravinových doplňků jenom zhoršuje zdravotní stav. To potvrzuje i Kulhánek, který říká, že naprosto nevyváženou stravou a nadužívání doplňků obsahujících vysoké množství bílkovin a aminokyselin bývá přetěžovaný trávicí systém, játra i ledviny.<sup>25</sup>

Bigorexie zasahuje jedinci i do jeho osobního života, práce, rodinných či sociálních vztahů. Nedokáže se soustředit na nic jiného než na cvičení, chce přibrat svalovou hmotu a být co nejdokonalejší. „*Podstatné riziko hlavně pro duševní zdraví přináší sociální izolace, podobně jako u jiných závislostí zde ztrácejí nemocní společná témata s ostatními lidmi, před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru,*“ zdůrazňuje Kulhánek.<sup>26</sup>

Člověk, který hodně sportuje, zajímá se o výživu a zlepšuje svoji kondici, bývá všeobecně vnímán pozitivně. Takže okolí ani rodina často netuší, že něco není v pořádku. Bohužel ani sám postižený si žádnou poruchu nepřipouští. Krokem ke zlepšení zdravotního stavu musí být to, že sám jedinec si problém přizná a bude ho chtít s pomocí odborníků řešit.

### **Drunkorexie**

Drunkorexie je forma chování, která je spojena s poruchami příjmu potravy. Vyznačuje se opakovaným omezováním příjmu potravy, s cílem snížit počet kalorií, aby si jedinec mohl dovolit pít více alkoholu.

<sup>23</sup> HÁJKOVÁ, M., *Bigorexie: Když vám svaly lezou na mozek*. Vitalia.cz [online]. 2013[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/bigorexie-kdyz-jsou-svaly-nejdulezitejsi/>

<sup>24</sup> HÁJKOVÁ, M., *Bigorexie: Když vám svaly lezou na mozek*. Vitalia.cz [online]. 2013[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/bigorexie-kdyz-jsou-svaly-nejdulezitejsi/>

<sup>25</sup> KULHÁNEK, J., *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Idealni.cz [online]. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: [http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie\\_clanek\\_show.asp?id=2251?id=2251](http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251?id=2251)

<sup>26</sup> KULHÁNEK, J., *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Idealni.cz [online]. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: [http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie\\_clanek\\_show.asp?id=2251?id=2251](http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251?id=2251)

V drunkorexii se tedy kombinují dva zdravotně nebezpečné jevy – nárazovité pití většího množství alkoholu a chování typické pro PPP. Následky jsou jak fyzické, tak psychické:

- *Konzumace alkoholu na lačný žaludek urychluje vstřebávání alkoholu do krve a snadněji pak dojde k výpadkům paměti a akutní otravě alkoholem. Jde navíc o velkou zátěž na játra a zvyšuje se riziko vzniku závislosti na alkoholu.*
- *Kombinace alkoholu s energetickými nápoji je nebezpečná zejména pro osoby s hypertenzí či srdeční vadou, neboť se zvyšuje tlak a srdeční činnost, byly popsány i případy náhlého úmrtí.*
- *Ženy jsou oproti mužům více ohroženy drunkorexií, neboť jsou méně odolné vůči alkoholu.*
- *Konzumace nadměrného množství alkoholu zvyšuje riziko některých druhů rakoviny, onemocnění srdce, ledvin, jater a může vyvolávat psychické poruchy, jako deprese, úzkost či nespavost.*
- *Nereálné představy o svém vzhledu, ranní kocoviny, hladovění, nechtěná konzumace jídla v opilosti vyvolávají u drunkorektiků podrážděnost, nespokojenost, úzkosti, deprese, čímž se pro své okolí stávají nepříteliví a sami se cítí osamělí, společensky izolovaní.*
- *Další problémy ve spojení s jinými PPP – následky nedostatku živin a zvracení, rozvrat metabolismu, alkalóza, poruchy jícnu, osteoporóza atd.<sup>27</sup>*

Drunkorexie je velmi nebezpečná porucha a k její léčbě je třeba vyhledat odbornou pomoc. Buď přímo u specialistů, kteří se zaměřují na léčbu závislostí a PPP nebo v poradnách pro rodinu, mezilidské vztahy.

---

<sup>27</sup> VISCOJIS.CZ [online]: *Drunkorexie- nově vznikající porucha příjmu potravy*. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: [http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176%3A163&catid=68%3Aporuchy-pijmu-potravy&Itemid=118](http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=176%3A163&catid=68%3Aporuchy-pijmu-potravy&Itemid=118)

## 2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Zatímco nadváhou společnost opovrhuje, vyhublost se příliš neřeší, protože nulové tukové zásoby jsou přece znakem zdraví. O to těžší je problém s příjmem potravy odhalit. Dalo by se říct, že v tomto světě, oslavujícím materiální hodnoty na úkor těch duchovních, světě plném reklam, které zdůrazňují perfektní vzhled a dokonalost ve všech směrech, je těžké PPP neonemocnět.

Někdo však onemocní a někdo ne. Základ nemoci vzniká dříve než v pubertě. Společenský tlak sice ovlivňuje posedlost po dokonalém zevnějšku, ale jak zdůrazňuje Švédová: *„Jedná se o něco víc než jen touhu po dokonalém těle. Nespokojenost se sebou. Sebekritika. Nenávist k sobě. Velké nároky na sebe. Problémy v komunikaci a ve vztazích. Rodinné krize. Závislost na názoru a hodnocení druhých. Ztráta někoho blízkého. Černobílé vidění světa. Nepochopení. Pocit vlastní důležitosti a zároveň velmi nízké sebevědomí. Touha po ocenění, bezpodmínečném přijetí, lásce. Hledání sebe, své identity a hodnoty. Volání o pomoc a neschopnost ji přijmout. Bezmocnost, strach z opuštění, strach, že mě nebudou mít rádi, když nebudu dokonalá.*

*Tyto pocity, které si moc neuvědomujeme a nechceme si je mnohdy ani připustit, si neseme v sobě většinou od dětství. PPP je „pomáhá“ zvládat. Tím, že se veškerá pozornost a energie obrací k jídlu, kaloriím, postavě, hmotnosti.“<sup>28</sup>*

Podle Krcha jde o určité spojení vlivu sociokulturních a rodinných faktorů, chronických obtíží, nepříznivých životních událostí, biologických a genetických faktorů ale i nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností. Žádný z těchto faktorů neexistuje izolovaně a hledání jednoznačné příčiny je často zavádějící.<sup>29</sup>

S tímto názorem koresponduje i vymezení příčin PPP, které uvádí prof. Papežová: *„PPP trpí ti, kteří zažili traumatizující událost v životě i ti, u nichž PPP představuje jediný životní problém. Většinou se spojí více rizikových faktorů, které pravděpodobnost onemocnění zvyšují, onemocnění tedy vyvolává souhra nepříznivých okolností. Ojedinělý „rizikový“ faktor nemusí mít žádný efekt. Pouze kombinace s ostatními faktory (úzkostná povaha,*

<sup>28</sup> ŠVÉDOVÁ, J., *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*, Občanské sdružení Anabell, 2012, str. 12

<sup>29</sup> KRCH, F. D., *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*, Praha: Grada Publishing, 1999, s. 79

*touha po dokonalosti, rodinná orientace na výkon) vede ke vzniku onemocnění nebo ho udržuje.*<sup>30</sup>

Shrnu-li výše uvedené názory odborníků na příčiny vzniku PPP, je zřejmé, že neexistuje žádný společný faktor, který by ovlivňoval vznik PPP. Jedná se jak o sociální, tak biologické, psychologické i emocionální faktory. Každý člověk je jiný, jedinečný, to znamená, že i příčiny vzniku PPP budou u každého odlišné. Závažnost onemocnění spočívá v tom, že je velmi obtížné zjistit u nemocného pravou, hlavní příčinu vzniku nebo okamžik počátku PPP.

## 2.1 Genetické a biologické faktory

### Ženské a mužské pohlaví

Krch uvádí, že stačí být ženou a riziko PPP je desetkrát vyšší. Tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže, proto je pohlaví označováno jako silný rizikový faktor pro vznik PPP.

Fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližuje mužskému ideálu krásy, který dnes představuje svalnaté tělo. Zatímco pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co považuje za krásné. Rozdíl se ale neprojevují jenom ve fyzickém vývoji. Dívky jsou oproti chlapcům nejistější a závislejší na mínění a hodnocení okolí, mají nižší sebevědomí a větší obavy o svůj vzhled a výkon. Proto také mužům méně vadí nadváha a nejsou tak ohroženi PPP.<sup>31</sup>

Ale podle Nováka lze skutečnou prevalenci onemocnění PPP u mužů zjistit velmi těžko, protože se vyhýbají léčbě ze strachu před společenskou stigmatizací. Stydí se, že mají stejné problémy jako ženy, ale přitom jsou stejně citliví na posměšky kvůli své hmotnosti jako ženy. Na rozdíl od žen však PPP u mužů propukají častěji při pokusu o snížení skutečné nadváhy a ne na základě poruchy vnímání vlastního těla.

Některé výzkumy se také pokusily zjistit souvislost mezi PPP u mužů a jejich sexuální preferencí a identitou. Z těchto studií však není zřejmé, jestli onemocnění u muže vzniklo

<sup>30</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 10

<sup>31</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 190

následkem pochybností o identitě, nebo zda porucha příjmu potravy vedla k nejistotě sexuální role. K dispozici je také malé množství údajů, takže se zatím jedná spíše o spekulace.<sup>32</sup>

### Období dospívání

Věk propuknutí PPP je individuální. S onemocněním se mohou potýkat děti už v osmi či deseti letech nebo ženy středního věku, ale za nejrizikovější období bývá považována adolescence a časná dospělost.

Rozvinutí PPP v dospívání bývá ovlivněno celou řadou faktorů, protože toto životní období je spojené nejenom s fyzickými, ale i sociálními změnami. Tyto změny potom mohou představovat významný stres a přinášet se sebou nejistotu.

K těmto faktorům můžeme zařadit například nespokojenost dospívajících dívek (ale i chlapců) s vlastním tělem. Během poměrně krátké doby se výrazně změní jejich proporce a většina dívek si myslí, že by měly začít hubnout nebo proto již dietu drží. Pro mnohé

z dívek nespokojených se svým tělem není bohužel cílem normální váha, ale vyhublost. Někteří adolescenti se snaží redukovat svoji domnělou nadváhu tím, že kouří, vynechávají některé denní jídlo nebo experimentují s různými životními styly.<sup>33</sup>

Krch také zdůrazňuje, že: *„zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může být spojena se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se a tudíž nejistý osud a sociální kontext. I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebepodceňování. V současném sociálně kulturním kontextu nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety. Dospívající bývají také konformnější se svým referenčním okolím a snadno podléhají vlivu pro ně významných vzorů.“*<sup>34</sup>

Spouštěčem PPP v období dospívání může být podle Papežové i separace, neboli odloučení od původní rodiny. Podle ní je odchod téměř dospělých dětí náročnou vývojovou fází

<sup>32</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 43-44

<sup>33</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 195-196

<sup>34</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 196

v životě rodiny a může přispívat k jídelní patologii. Mladý člověk musí totiž vyřešit konflikt mezi touhou zůstat opečovávaným dítětem a snahou se osamostatnit. Nemocný svoji rodinu odmítá spolu s nabízeným jídlem, ale fakticky nemoc jeho závislost na rodině prohlubuje a rovněž ho chrání před nároky dalšího životního období.<sup>35</sup>

### **Biologicky podmíněná teorie vzniku mentální anorexie**

*„Někteří autoři uvádějí, že základem mentální anorexie může být porucha hypothalamu neznámé etiologie. Ale i zde panuje mezi odborníky nejednotnost v názorech, jestli jde v důsledku hladovění a snižování tělesné hmotnosti o porušení primárních nebo sekundárních hypothalamických funkcí. Podobné je to i u mentální bulimie. Závěry mezinárodní konference o PPP v Praze v roce 2003 zdůrazňovaly i možnou mozkovou poruchu jako jednu z hlavních příčin vzniku psychogenního onemocnění příjmu potravy.“<sup>36</sup>*

## **2.2 Kulturní a sociální faktory**

### **Média, komerční reklamy a kult štíhlosti**

Náš pohled na svět je bohužel z velké části utvářen a ovlivňován médii a je velmi těžké odolat jejich vlivu. Naprosto běžnou součástí dnešního světa je v médiích zobrazovat a zmiňovat lidské tělo v celé jeho kráse, nahotě a přitažlivosti.

*„Fotografie dívky na titulní straně časopisu nebo reklama na kosmetický přípravek sice nejsou příčinou přejídání se, nicméně neustále připomínají, že štíhlejší rovná se lepší, což vede k upevňování hodnot, které vedou ke zkrácenému způsobu nazírání na jídlo i vlastní já. Jak se může žena těšit z toho, jaká je uvnitř, když se všichni zaměřují jen na její zevnějšek? Je ironií osudu, že spousta hubených hereček a modelek, které za svůj vzhled a udržování vychrtlé postavy dostávají obrovské honoráře, musí ve snaze udržet se na trhu sama zápasit s poruchou příjmu potravy.“<sup>37</sup>*

Také komerční reklamy jsou zaměřeny více na vzhled, krásu, image, módu a propagaci produktů s nimi spojených, než na podporu zdravého životního stylu, stravování a pohybových aktivit.

Mediální prezentace extrémně štíhlých až vyhublých modelek jako ideál krásy a propagace různých diet jako vzor normálního stravování mladých lidí, problémy s příjmem potravy

<sup>35</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 43

<sup>36</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 17

<sup>37</sup> COHN, L., HALL, L., *Rozlučte se s bulimií*, Brno: ERA, 2003, s. 14



ještě více podporují a udržují. Počítačové úpravy zevnějšku vedou k ideálům a falešným představám o dokonalé štíhlosti, které průměrná dívka nebo žena nemůže dosáhnout.<sup>38</sup>

Novák k tomu dodává: „Problém médií spočívá v tom, že k ovlivnění konzumentů může dojít nepřímo, bez otevřené propagace štíhlého ideálu krásy. Jedna pacientka byla po zhlédnutí filmu o nemocných s mentální bulimií natolik unesená, že ještě tu noc na sobě metodu vyzkoušela.“

To ukazuje, že samotné zobrazování dietního nebo bulimického chování může být pro jedince návodem a vést ho k napodobení. Účinek médií je ještě silnější, pokud jsou aktérky v televizi nebo časopisech zobrazovány jako sociálně žádoucí.<sup>39</sup>

To, do jaké míry lidé přejímají „ideální“ vzory, které jsou jim vnucovány médii, souvisí především s tím, jak věří sami sobě. Člověk, který je nejistý a má problémy s tělesným sebezpojetím je určitě více ohrožen PPP.

Z negativního přístupu lidí k jídlu a vlastnímu tělu však nemůžeme vinit pouze média. Jak už bylo uvedeno v předchozích kapitolách, je třeba brát v potaz, že jedinci, kteří se uchylují k obsesivnímu přístupu k jídlu, mají pro toto své chování určité dispozice.<sup>40</sup>

### **Pro-anorektické weby**

Pro-anorektické weby (pro-ana weby) jsou weby, které kolem sebe sdružují internetovou komunitu dívek s PPP. Tyto dívky nemají zájem se vyléčit, ale nemoci se naopak přizpůsobují. PPP nevnímají jak život ohrožující choroby, ale spíše jako životní filozofii.

Pro-ana weby slouží jako podpora osamělým dívkám, které se dobrovolně rozhodly pro PPP a ve svém okolí nenacházejí pochopení. Členství v této komunitě jim umožňuje získat návody a tipy, jak se přiblížit současnému ideálu krásy, dodává jim pocit sounáležitosti a posiluje v odhodlání vytrvat v jejich zničující sebekázni a odříkání.

Tyto weby však mohou znamenat obrovské riziko pro dívky, které obtížně zvládaly nebo zvládají dospívání, jsou ovlivnitelné sociálním prostředím, nejsou spokojeny se svým životem a nemají ve svém okolí patřičnou sociální oporu.

<sup>38</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 10

<sup>39</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 64

<sup>40</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 10-11

Přes všechnu kritiku, která se na adresu pro-ana webů ozývá, naskýtá se zde jedinečná příležitost pro lékaře ve výzkumu a psychoterapeuty, kteří hledají nové postupy v léčbě. Při návštěvě těchto stránek mají možnost získat vhled do psychiky pacientek s PPP.<sup>41</sup>

### **Držení diet**

V současné době se u většiny lidí (především u žen) staly diety normální součástí života. Inzeráty, reklamy a články v časopisech neustále nabádají ke snižování váhy či zdokonalování postavy. Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, nezávisle na tom, jak jí bylo dosaženo. Právě diety jsou však označovány za jeden z nejvýznamnějších spouštěcích faktorů PPP.

Krch upozorňuje na to, že „dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. V průměru třicet procent redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v to, co je nazýváno patologickou dietou. U dvaceti až třiceti procent těchto „patologických dietářek“ dojde později k rozvoji příznaků poruchy příjmu potravy“<sup>42</sup>

Výzkumy uvádějí, že dietní průmysl je jedním z nejvýnosnějších odvětví. V USA činí roční obrat v tomto oboru 40 - 70 miliard dolarů. Nejvýnosnější jsou bohužel ty nejméně reálné sliby, že člověk může zhubnout bez námahy, rychle a mnoho kilogramů.<sup>43</sup>

## **2.3 Psychické a emocionální faktory**

### **Osobnostní a emocionální faktory**

Rizikovými faktory u PPP jsou také osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti: impulzivita a perfekcionismus, depresivní a úzkostní poruchy a obecně negativní emocionalita.

Anorexii propadají velmi často dívky se sklonem k perfekcionismu, dívky s vysokými ambicemi a dcery ambiciózních, na výkon orientovaných rodičů. U bulimiček je častým povahovým rysem impulzivnost a psychická labilita, ale i u nich nacházíme perfekcionistické rysy.

<sup>41</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 69-71

<sup>42</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, Praha: Portál, 2002, s. 52 - 54

<sup>43</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 12

Tyto rysy se u lidí s PPP projevují již v dětství. Snaží se být nejlepší, dokonalí, precizní, neobtěžovat, neubližovat, neodmlouvat, bývají přehnaně sebekritičtí. Kladou na sebe vysoké požadavky a snaží se dosáhnout toho, co si předsevzali. Riziko PPP se zvyšuje tam, kde se spolu s perfekcionistickými rysy vyskytuje i nespokojenost s vlastním tělem a nízké sebevědomí.<sup>44</sup>

Podle odborníků více než polovina lidí s PPP trpí depresemi nebo úzkostmi. Těžké deprese se sice častěji vyskytují u nemocných s mentální bulimií, ale v případě mentální anorexie mohou být následkem dlouhodobého hladovění. Právě deprese, neschopnost bojovat s nemocí, strach z budoucnosti, pocity viny, vedou mnoho nemocných k sebevražedným pokusům.<sup>45</sup>

### Situační a rodinné faktory

Pro dospívající představuje rodina významný zdroj zkušeností a pomáhá jim určit hranice toho, co je a co není normální. Rodinné faktory vzniku PPP jsou velmi komplikované a mezi spouštěcí mechanismy patří především události, které naruší nebo zásadním způsobem změni stabilitu rodiny.

Podle Krcha je pro jedince z hlediska vzniku PPP rodina důležitá zvláště při formování představ o vlastním těle a konceptu úspěchu a krásy. Dále uvádí jako nejčastější souvislost s výskytem PPP nadváhu a nevhodné jídelní a pohybové návyky v rodině. Poukazuje rovněž na nadměrně kritické komentáře, které se týkají obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti.<sup>46</sup>

Novák vidí ve spojení rodiny a vlivu kultury nejobvyklejší okolnost, při níž dochází k rozvoji PPP. „*Případové studie rodičovské interakce ukazují, že rodiny, v nichž se objevují poruchy příjmu potravy, jsou spletité, obtěžující, hostilní a popírají emocionální potřeby pacientek. Zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící péče, nízké očekávání rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny, nízká uspořádanost a nízká nezávislost.*“<sup>47</sup> Novák rovněž zdůrazňuje negativní vliv matek dívek s PPP na onemocnění

<sup>44</sup> SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J., *Tři pé aneb poruchy příjmu potravy od A do ZET*. [online]. 2004 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>

<sup>45</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 39,

<sup>46</sup> KRCH, F. D., *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*, Psychologie dnes, 2006, s. 27,

<sup>47</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 24

svých dcer. Dle něj jsou často orientované na výkon, kariéru nebo frustrované ve svých ambicích. Své dcery popisují jako neatraktivní a myslí si, že by měly zhubnout. Matky těchto dívek jsou rovněž náročné, kritické, žárlivé a perfekcionistické.<sup>48</sup>

Papežová k tomu dodává, že pokud je v rodině výskyt PPP, existuje zvýšené riziko rozvoje onemocnění. V současné době je PPP postižena „druhá generace,“ tedy dcery matek, které se s potížemi minulosti samy potýkaly. V některých rodinách trpí tímto onemocněním více žen a problém je často utajovaný a neléčený. Rizikový je i výskyt nějakého druhu závislosti v rodině, rozvod rodičů, partnerské problémy a mnohé další<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 25

<sup>49</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 14

### 3 PROJEVY, PRŮBĚH A RIZIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

*„Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy jídelního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až pro přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu.“<sup>50</sup>*

Samotný průběh poruchy příjmu potravy je u každého pacienta odlišný. Může jít jenom o krátkou jedinou epizodu v životě s úplným uzdravením bez léčby, ale také o celoživotní potíže, zaujetí vzhledem s dietním chováním nebo chronické celoživotní onemocnění s postupně narůstajícími zdravotními, psychickými a sociálními následky přerušovanými pobyty na jednotce intenzivní péče a invalidizací, eventuálně předčasnou smrtí.<sup>51</sup>

#### 3.1 Projevy mentální anorexie a mentální bulimie

##### Mentální anorexie

*„Začalo to naprosto nenápadně – uschováváním novinových článků o nejrůznějších dietách, pečlivou četbou knížek o všech možných způsobech hubnutí, každodenním vážením, přeměřováním boků, pasu a nohou. Vztekem, když váha neklesala a zůstávala na své úrovni. Moje dcera chtěla být dokonalá, takže normální váha jí připadala nenormální. Nikdo si dlouho nevšiml, že se děje něco zvláštního. (matka dívky s mentální anorexií)“<sup>52</sup>*

Matka pacientky výstižně popsala situaci, která se často odehrává na počátku onemocnění. Projevy mentální anorexie mohou být nenápadné a lehce zaměnitelné za snahu žít zdravě a racionálně se stravovat. A tak může trvat poměrně dlouho, než si okolí uvědomí, že jedinec potřebuje odbornou pomoc.

Každý nemocný je jiný, pochází z jiného prostředí a rovněž příčiny vzniku nemoci jsou zcela individuální. Přesto hlavní příznaky mentální anorexie lze zobecnit.

- **Změna jídelníčku.** Postupné vynechávání jídel energeticky vydatných (sladká, tučná jídla) nebo těch, které jedinec považuje za nezdravé. Zúžení jídelníčku pouze na dietní potraviny.

<sup>50</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 198

<sup>51</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 392

<sup>52</sup> KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I., *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 8

- **Změna jídelního režimu.** Nemocní nejedí nic navíc a postupně začínají vynechávat i jednotlivá jídla – nevečeří, svačiny vyhazují, peníze na obědy utrácí za něco jiného a nakonec jejich jídelníček může zahrnovat jedno jablko nebo jeden jogurt denně.
- **Dodržování jídelních změn.** Dodržují svůj jídelní režim velmi důsledně, tvrdě ho obhajují, manipulují s jídlem, nemají na jídlo čas, chuť, vymlouvají se, podvádějí.
- **Změna jídelního tempa a chování.** Jedinec jí velmi pomalu, dlouho a obřadně. Vybírá si jídlo, které nesní, prohlíží si ho, potraviny krájí na miniaturní kousky, často se z těchto důvodů nestihne najíst.
- **Nárůst tělesné aktivity.** Potřeba neustálého pohybu, cvičení i v noci, běhání mnohakilometrových vzdáleností, posilování několik hodin v neprodyšném oblečení. Neschopnost uvolnění, klidu, relaxace. To vše způsobuje poruchy soustředění, únavu, vyčerpání, apatii.
- **Sledování tělesné hmotnosti.** Nemocní se neustále váží a zaobírají svojí postavou. Počáteční hubnutí jim zvýší sebevědomí a zlepší náladu, v té době bývají aktivní a společenší. Postupně se ale soustřeďují pouze na sebe, svoje tělo a jídlo.

Mezi závažné projevy mentální anorexie můžeme zařadit i sociální izolaci a tvrdošíjně odmítání pomoci. Nemocní postupně přestávají jíst ve společnosti, vyhýbají se přátelům, rodině a uzavírají se do sebe. Na pomoc okolí reagují kategorickým odporem, vyhrožují, emočně vydírají, na každý argument mají protiargumenty. Často podvádí, aby oklamali a uklidnili rodinu a okolí.<sup>53</sup>

### **Mentální bulimie**

Lidé s mentální bulimií vynakládají obrovské množství energie, aby skryli příznaky svého onemocnění. Většinou se jim to daří, a tak řada z nich žije s touto závažnou poruchou po mnoho let a ani nejbližší okolí netuší, co skrývají.

Hlavní projevy mentální bulimie:

- **Změny jídelního režimu.** Snaha nejíst nebo se najíst málo, dostaví se neovladatelná chuť k jídlu, následují záchvaty přejídání a zvracení, zneužívání laxativ, diuretik. Strach z opětovného nárůstu hmotnosti, hladovění a další záchvaty přejídání. Přejídání a zvracení se často opakují i několikrát denně (i 20x).

---

<sup>53</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, Praha: Portál, 2002, s. 52

- **Změny jídelního chování.** Nemocní se stravují v tajnosti, přesto mizí velké zásoby jídla, nápadně časté používání WC po jídle. Vyhýbají se jedení na veřejnosti, odmítají chodit do restaurací a všude tam, kde nemají možnost zvracet.
- **Zneužívání léků.** Často užívají tablety na hubnutí, zneužívají projímadla, pravidelně zařazují půsty nebo očistné kúry. Zvýšená závislost na alkoholu či drogách.
- **Krádeže jídla.** Záchvaty přejídání jsou finančně nákladné, nemocní berou jídlo doma, přátelům, výjimkami nejsou krádeže v obchodech.
- **Psychické změny.** Nemocní často trpí depresemi, úzkostí, jsou přecitlivělí na zmínky o své postavě, vyhýbají se společnosti. Mají časté výkyvy v tělesné hmotnosti.<sup>54</sup>

Na počátku rozvoje mentální anorexie a často i bulimie je většina lidí nadšených, že se jim daří hubnout a celý problém se zdá malicherný. Já ale souhlasím s odborníky, kteří srovnávají PPP se závislostí na alkoholu, drogách nebo cigaretách. Podobně jako alkoholik nebo kuřák si nemocný myslí, že dokáže s hubnutím přestat, kdykoliv bude chtít. Ve chvíli, kdy se rozhodne léčit, je už ale na svou poruchu zvyklý a léčení je obtížné. Po několika marných pokusech uzdravit se, snadno propadá panice. Situace je o to komplikovanější, že cigarety a alkohol člověk ke svému životu nepotřebuje, jídlu se však vyhýbat nelze.

### 3.2 Zdravotní komplikace

*„Riziko neplodnosti není pro čtrnáctiletou dívku argumentem, který by obstál vedle rizika, že si bude muset koupit o číslo větší oblečení. Navyklý scénář je přitažlivější než neznámá cesta. To, co si jednou zdůvodní, tomu i věří.“<sup>55</sup>*

#### Mentální anorexie

S klesající tělesnou hmotností výrazně přibývá zdravotních komplikací. Mezi ty nejzávažnější můžeme zařadit:

- u dospívajících dívek dochází k zpomalení až zastavení růstu, pozdnímu nástupu puberty, nepravidelné menstruaci;
- ženy s poklesem hmotnosti přestanou menstruat, hrozí riziko neplodnosti, v těhotenství se zvyšuje riziko potratu;

<sup>54</sup> Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii a mentální bulimii*. Informační leták, 15. 8. 2010

<sup>55</sup> KRCH, F. D., *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*, Psychologie dnes, 2006, s. 25

- nemocní mohou trpět motorickým neklidem, mají problémy s koordinací pohybů, udržením tělesné rovnováhy, omdlévají;
- zhoršuje se kvalita vlasů (padají, lámou se, slábnou), kůže (suchá, zažloutlá, modřiny, nehojící se rány, zvýšené ochlupení), nehtů (lámavé), zvyšuje se kazivost zubů, výskyt oparů, aftů;
- vyskytují se poruchy spánku, nespavost, přecitlivělost na světlo a zvuky, únava a svalová slabost;
- nemocní mají časté srdeční obtíže, především bradykardie a arytmie, může dojít i k srdečnímu selhání;

Kromě výše uvedených zdravotních problémů, existuje celá řada dalších komplikací, které vyžadují lékařskou pomoc. Může to být například nízký krevní tlak, zpomalení funkce střev, poškození jater, poruchy ledvin nebo oslabení celkové obranyschopnosti organismu.

Někteří nemocní si zpočátku ani neuvědomují, že se s nimi něco děje, nebo se z různých důvodů nechtějí obrátit na lékaře. Jiní sice u lékaře již byli, ale zatajili mu pravou příčinu svých problémů nebo nejsou spokojeni s jeho přístupem a přestanou se léčit. Důvodem může být rovněž strach z toho, že se o jejich problémech dozví okolí.<sup>56</sup>

### **Mentální bulimie**

*„Dočetla jsem se v časopise, že někteří lidé užívají laxativa jako prostředek k očištění. Zkoušela jsem zvracet, ale nedokázala jsem to. Tak jsem si koupila nějaká projímadla a po každém přejedení jsem si vzala deset tablet. Podvědomě si uvědomuji, že se tím neřeší problém s přejídáním, ale díky laxativům se cítím prázdná a očištěná.(pacientka s mentální bulimií)“<sup>57</sup>*

Zpověď dívky s mentální bulimií upozorňuje na dva závažné problémy. Tím prvním je skutečnost, že řada článků v časopisech nebo na internetu, které měly původně varovat před nebezpečím PPP, mají zcela opačný účinek. Pro řadu nemocných jsou bohužel návodem, jak hubnout. Druhým problémem je samozřejmě zneužívání laxativ či diuretik při kompenzaci přejídání.

*„Zvracet jsem začala jednoho dne, když jsem snědla moc čokolády. Připadalo mi to jako geniální způsob, jak zůstat štíhlá bez diety, Mohla bych jíst, kolik bych chtěla, a pak*

<sup>56</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, Praha: Portál, 2010, s. 16

<sup>57</sup> COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*, Olomouc: Votobia, 1995, s. 31



*se toho zase zbavit. Bylo by to mnohem snazší než držet dietu.(pacientka s mentální bulimií)“<sup>58</sup>*

Dalším, mnohem častějším způsobem kompenzace přejídání, je vynucené zvracení. Nemocní si ovšem neuvědomují, že jak zvracení, tak zneužívání laxativ a diuretik jsou dlouhodobě neúčinné způsoby hubnutí, které naopak vedou k závažným zdravotním komplikacím. Mezi hlavní zdravotní problémy, které souvisejí s mentální bulimií, můžeme zařadit:

- časté zvracení vede k nerovnováze elektrolytů, což způsobuje srdeční arytmií;
- zvracení je také příčinou otékání slinných žláz pod čelistí a v důsledku toho je tvář opuchlá, při vyvolávání reflexu zvracení může rovněž dojít k poškození krku (nemocní používají nejrůznější předměty);
- zneužívání laxativ a diuretik způsobuje celou řadu komplikací, dlouhodobým užíváním laxativ se může vytvořit závislost na těchto lécích, některá laxativa vedou k poškození střevní stěny;<sup>59</sup>
- eroze zubní skloviny, odhalování zubních krčků a tedy nezvratné poškození zubů je rovněž výsledkem opakovaného zvracení, časté jsou i problémy s kvalitou kůže, vlasů (lámavé, třepivé, vypadávají), nehtů (křehké, lámavé), objevují se záněty, žaludeční vředy;
- nepravidelná nebo žádná menstruace, potíže s otěhotněním a těhotenstvím;
- pacienti mohou rovněž trpět osteoporózou, otoky, nevolnostmi až mdlobami, častými velkými výkyvy hmotnosti, únavou či bolestmi svalstva.<sup>60</sup>

Výrazná podváha a časté zvracení mohou ještě znásobit zdravotní problémy, které PPP postupně přinášejí. Situaci komplikuje i zneužívání léků a návykových látek včetně alkoholu. Krch dále uvádí, že u 10 - 20 % nemocných s PPP se onemocnění nezlepší a postupně přibývají další psychopatologie a zdravotní obtíže. I když je úspěšnost léčby nemocí v dlouhodobé perspektivě relativně vysoká, mohou mít tyto poruchy pro život

---

<sup>58</sup> COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, Olomouc: Votobia, 1995, s 28

<sup>59</sup> COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, Olomouc: Votobia, 1995, s. 47-48

<sup>60</sup> Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii a mentální bulimii*. Informační leták, 15. 8. 2010.

jedince velmi vážné důsledky. Mentální anorexie dokonce patří mezi duševní poruchy s nejvyšší úmrtností (2 - 8 % nemocných umírá).<sup>61</sup>

### 3.3 Psychické a sociální důsledky poruch příjmů potravy

*„Závažnost těchto poruch nespočívá v dramatickosti jejich průběhu, ale v tom, že jimi trpí desetitisíce převážně mladých žen v ekonomicky vyspělých zemích světa a v tom, že jde o poruchu nejzákladnější lidské potřeby: obživného pudu.“<sup>62</sup>*

PPP výrazně mění kvalitu života nemocných. Kromě zdravotních komplikací jsou totiž doprovázeny četnými psychickými obtížemi a mají také vážné sociální dopady nejenom na život nemocných, ale často poznamenávají celé jejich rodiny.

#### Psychické příznaky mentální anorexie

- *Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Zpočátku bývají nemocní velmi aktivní a živí, s postupující vyhublostí, nebo naopak když jsou donuceni jíst, je jejich nálada pokleslá, depresivní a podrážděná.*
- *Namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkosti a úzkostných prožitků, i malé problémy se zdají být neřešitelné. Na rostoucí tlak ke změně často reagují přecitlivěle a hystericky.*
- *Úzkost, smutek, nenávisť k sobě samému (sebepoškozování, sebevražda).*
- *Nesoustředěnost, zhoršení paměti, neustálé myšlenky na jídlo.*
- *Nepřekonatelný strach z růstu hmotnosti.<sup>63</sup>*

#### Sociální důsledky mentální anorexie

- *Ztráta zájmu o okolí (nemocný člověk se vyhýbá společnosti), zájmu o sex a o vše, co se netýká jídla.*
- *Konflikty s rodiči, přáteli, okolím, vznětlivost náladovost, plačtivost, vztahovačnost, nadměrná sebekritičnost, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a nesouhlasem okolí, neschopnost říkat „ne“, postupná sociální izolace.<sup>64</sup>*

<sup>61</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D., *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 200

<sup>62</sup> KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I., *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*, Praha: Granit, 1993, s. 50

<sup>63</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 29

<sup>64</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 29

Lidé s PPP postupně ztrácejí zájem o své okolí, neustále se s někým srovnávají, jsou podráždění, vztahovační a úzkostní. Často mívají problémy v partnerských vztazích, s přáteli, ve studiu nebo zaměstnání. V průběhu onemocnění dochází k omezení dřívějších zájmů a sociální izolaci.<sup>65</sup>

### **Psychické příznaky mentální bulimie**

- *Po každé epizodě přejedení a následného zvracení se pocit vlastní neschopnosti a osamělosti stále prohlubuje.*
- *Pocity selhání bývají často doprovázeny depresí a úzkostí, psychickou labilitou, pocity izolace a celkové nejistoty, změny nálad, smutkem, pocity viny a nenávisť sama sebe, nadměrnou sebekritičností, plačtivostí, nízkým sebevědomím.*
- *Myšlenky se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké.*
- *Vlastní hodnocení založené na hmotnosti, ohromný strach z růstu hmotnosti.<sup>66</sup>*

### **Sociální důsledky mentální bulimie**

- *Nejistota, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a nesouhlasem z okolí, neschopnost říkat „ne“, postupná izolace.*
- *Ztráta zájmu o okolí, vyhýbání se společnosti, konflikty s rodiči a přáteli, vztahovačnost.*
- *Zhoršení kvality života, špatná nálada, ale i strach z jídla mohou vést k nadměrnému užívání alkoholu a experimentům s drogami. Nedostatek prostředků a špatná komunikace s okolím v některých případech vedou k drobným podvodům a krádežím, které se stupňují.<sup>67</sup>*

Zdravým lidem se to zdá často nepochopitelné, ale nemocní s PPP mají dobrý pocit z hubnutí a omezení příjmu potravy. Často jim to dodává jistotu, že něco ovládají, což zvyšuje jejich sebejistotu a sebevědomí. PPP také zdánlivě „řeší nebo dávají zapomenout“ na problémy, stres a utrpení. Vytvářejí v lidech iluzi, že potlačují emoční stres. Ve skutečnosti ale PPP vedou k vyhubavému chování a ne k řešení problémů. PPP kolem sebe vytvářejí zmatek – žít s nimi nebo „vedle nich“ je velmi těžké a často to vede

---

<sup>65</sup> KRCH, F., D., MÁLKOVÁ, I., *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*, Praha: Granit, 1993, s. 54

<sup>66</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 30

<sup>67</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 30

k chování, které vypadá sobecky a provokativně. V takové situaci je pro rodinu a okolí těžké přijmout, že PPP vyjadřují, především zpočátku, nespokojenost, stres a pocit neštěstí.

PPP jsou onemocněním osamělých lidí. Patří mezi psychické nemoci, které postižení nejsou od určitého stádia schopni kontrolovat. V žádném případě se nejedná o rozmar, naschvál či módní trend.<sup>68</sup>

### 3.4 Možnosti léčby poruch příjmu potravy

V předchozích kapitolách jsem se pokusila charakterizovat PPP, uvést rizikové faktory, které se mohou podílet na vzniku těchto onemocnění, a také ukázat, jak mohou PPP ovlivnit život nemocných, a to nejen v kontextu zdraví, ale i sociálních vazeb. V následující části bych chtěla stručně vymezip možnosti léčby PPP.

PPP jsou dlouhodobým onemocněním a mohou skončit smrtí z nedostatku výživy a selháním životně důležitých orgánů. Nemocní si bohužel svůj problém nechtějí přiznat a skrývají ho za různými zástupnými zdravotními problémy a jsou dokonce ochotni podstupovat i náročná interní vyšetření, která však nedokážou odhalit skutečnou příčinu problému. Předpokladem úspěchu je tedy dobrovolnost léčby a spolupráce nemocného s lékaři a dalšími odborníky. Je možné absolvovat léčbu ambulantně, tedy pravidelně docházet na terapie, nebo se nechat hospitalizovat v nemocnici či léčebně, kde probíhá intenzivní terapeutický program.<sup>69</sup>

- **Hospitalizace a částečná hospitalizace.** Hospitalizace je nutná u pacientů, kteří trpí těžkými depresemi, mají sebevražedné sklony, vážné zdravotní komplikace, nebo u těch, u kterých je ambulantní léčba neúspěšná. Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu pacienta a může se pohybovat od dvou měsíců až po jeden rok. Měla by být tak dlouhá, aby pacientovi umožnila navození normálního jídelníčku, normalizaci hmotnosti a získat schopnost si normální hmotnost udržet. Po hospitalizaci by měly být dostupné doléčovací skupinové programy zaměřené na prevenci relapsu.<sup>70</sup>
- **Ambulantní péče.** Dlouhodobá ambulantní léčba je vhodná u lehčích případů, protože nemocní nejsou vytrženi z přirozeného prostředí a své problémy se učí průběžně

<sup>68</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 8-9

<sup>69</sup> HÁTLOVÁ, P., Myšlenky anorektiček: jídlo, vzhled i smrt. *Novinky.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/303890-myslenky-anorekticek-jidlo-vzhled-i-smrt.htm>

<sup>70</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 153, 302, 306

aktivně zvládat. Při tomto typu léčby je ale důležitá dobrá motivace nemocného a také spolupráce s rodinou. Kromě ambulantní péče jsou pacienti rovněž pod dohledem svého praktického lékaře, popřípadě dalších specialistů (internista).<sup>71</sup>

- **Denní stacionáře.** Stacionáře poskytují specializovaný program akutní i doléčovací péče. Tvoří mezistupeň mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Psychoterapeutický program může být poskytován buď denně nebo jednou či vícekrát týdně. Denní stacionáře poskytují režimovou léčbu, jídelní režim a podobně jako u ambulantní péče je výhodou, že nemocný při tom není vytržen ze svého přirozeného prostředí.<sup>72</sup>

PPP jsou primárně psychickým onemocněním a jejich terapie by měla být společnou prací nemocného a terapeuta – psychiatra, psychologa, psychoterapeuta a nutričního terapeuta, popřípadě sociálního pracovníka. Rozsah a různorodost PPP vyžaduje různé léčebné přístupy, které by měly respektovat jak specifiku problematiky PPP, tak konkrétní problémy pacienta. Pokud jde o terapeutické přístupy využívané při léčbě PPP, nejčastěji se využívají:

- **Kognitivně-behaviorální terapie.** Tato terapie je úspěšná především u léčby mentální bulimie. Opírá se o poznatky kognitivní psychologie a teorie učení, o dobrou znalost problematiky PPP a práce s ambivalentním pacientem, kterého vede k aktivní a otevřené spolupráci. Tato metoda se zaměřuje na konkrétní, pozorovatelné, jasně definované problémy a jejím cílem je změnit nezdravé návyky jídelního chování a myšlení.
- **Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství.** Terapie je určena především pro děti a mladší adolescenty, u nichž je účinná při léčbě mentální anorexie. PPP mohou odrážet různé problémy v rodině, konflikty nebo disfunkční role. A právě rodinná terapie pomáhá identifikovat a řešit problémy, které u nemocného ovlivnily vznik PPP.
- **Terapeutické techniky orientované na tělo.** Tyto metody zaměřené na tělo mohou pomoci nemocným pozitivně prožívat vlastní tělo, omezit hyperaktivitu, rozvíjet sociální dovednosti a dosáhnout sebepřijetí. V terapii lze využít mnoho různých technik

---

<sup>71</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 298

<sup>72</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 298-299

a cvičení, například fyzioterapii, dechová a relaxační cvičení, ergoterapii, arteterapii a další.<sup>73</sup>

Někdy může být účinná i pomoc různých terapeutů alternativní léčby (masáže, akupresura, akupunktura apod.), kteří umějí naslouchat a pracují nejen s tělem, ale s člověkem jako celkem. Tyto druhy terapie by však měly být využity pouze jako doplněk k hlavní léčbě, kterou je psychoterapie.<sup>74</sup>

Podle mého názoru samotná léčba PPP je až tím druhým krokem. Ten první a nejtěžší krok je, že si nemocný svůj problém přizná a rozhodne se léčit. Rodina, přátelé nebo odborníci mohou člověka motivovat, podpořit a podržet, ale vyléčit se může jenom on sám. Bohužel žádný zázračný lék ani recept na PPP neexistuje. Je to jenom o rozhodnutí, odhodlání a víře, že se vyléčí.

---

<sup>73</sup> PÁCKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 37-39

<sup>74</sup> ŠVÉDOVÁ, J., *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*, Občanské sdružení Anabell, 2012, str. 21

## 4 POSTOJE VEŘEJNOSTI K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY

### 4.1 Postoje, jejich složky, funkce a význam

Definicí týkajících se postojů je celá řada a můžeme se s nimi setkat nejenom v psychologii, ale i v dalších vědních oborech.

Z psychologického hlediska je postoj vymezen jako: „*Sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama; postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění; vědomosti, dovednosti a postoje se získávají v průběhu života, především vzdáváním a širšími soc. vlivy, jako je veřejné mínění, soc. kontakty aj.*“<sup>75</sup>

Hewstone a Stroebe uvádí definici postoje takto: „*Postoj: Psychologická tendence vyjádřená hodnocením určité entity s určitou mírou souhlasu či nesouhlasu.*“<sup>76</sup>

Mimo to zdůrazňují, že postoje jsou důležité pro náš společenský život. Na úrovni jedince ovlivňují postoje myšlení, vnímání a chování. Na interpersonální úrovni lidé své postoje běžně zjišťují a odhalují. Pokud znají vzájemně své postoje, svět je předvídatelnější. A na meziskupinové úrovni jsou postoje k vlastní skupině a k ostatním skupinám jádrem meziskupinové spolupráce i konfliktu.<sup>77</sup>

Hayesová v knize *Základy sociální psychologie* cituje definici postojů, kterou v roce 1962 předložili Krech, Crutchfield a Ballachey, a v níž zdůrazňují, že postoje se týkají i činnosti či jednání: „*Postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.*“<sup>78</sup>

V tomto díle rovněž upozorňuje na rozdíl mezi postoji a názory, který je v jejich emocionální dimenzi. Názory jsou neutrální - jde o výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé. Kdežto postoje jsou hodnotící - indikují pocity ve vztahu k určité záležitosti.<sup>79</sup>

Na závěr uvedu pojem postoj, jak jej definuje sociologický slovník: „*Naučená dispozice jedince reagovat pozitivně nebo negativně na nějaký objekt (předmět, osobu, ideu) určitými*

<sup>75</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*, Praha: Portál, 2000, s. 442

<sup>76</sup> HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*, Praha: Portál, 2006, s. 283

<sup>77</sup> HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*, Praha: Portál, 2006, s. 283

<sup>78</sup> HEYSOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál, 2003, s. 95

<sup>79</sup> HEYSOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál, 2003, s. 95 - 96

*pocity, představami, hodnocením a způsoby chování. Je to hypotetický konstrukt, který nemůžeme pozorovat přímo, ale usuzujeme na něj podle chování a vyslovených mínění.*“<sup>80</sup>

Objekty postoje mohou být konkrétní (kniha), abstraktní (nezaměstnanost), mohou jimi být osoby, věci nebo skupiny. Právě podle toho o jaký objekt postoje se jedná, jsou některým postojům přiřazovány specifické názvy:

- **předsudky** – jsou postoje ke společenským skupinám, zvláště ty negativní;
- **sebehodnocení** – postoje k sobě samému;
- **hodnoty** – jsou postoje k abstraktním entitám („svoboda slova“).<sup>81</sup>

### **Složky postojů**

S vymezením pojmu postoj úzce souvisí i problematika jeho vnitřní struktury. Postoje jsou složité a mohou se projevovat na různých úrovních. Nejčastěji je popisována struktura, ve které rozlišujeme tři složky, jež jsou všechny důležité pro celkový vývoj postoje:

- **kognitivní dimenze** – názory a myšlenky, které má jedinec o předmětu postoje;
- **emocionální dimenze** – co jedinec cítí k předmětu postoje (emoce, emocionální reakce);
- **behaviorální dimenze** – sklony k chování nebo jednání ve vztahu k předmětu postoje.<sup>82</sup>

### **Funkce postojů**

Je zřejmé, že každý člověk si v průběhu svého života vytváří pod vlivem společnosti, ve které žije svůj systém postojů. Tento systém mu potom pomáhá:

- snáze kategorizovat informace, které získává a dát jim určitý význam;
- lépe se orientovat ve světě, porozumět mu a uspořádat prožívání světa do přehledné a předvídatelné struktury;
- jednodušeji hodnotit realitu, odlišit žádoucí od nežádoucího a usnadňuje volbu mezi vhodným a nevhodným chováním.

---

<sup>80</sup> JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, Praha: Portál, 2001, s. 189

<sup>81</sup> HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*, Praha: Portál, 2006, s. 283 - 284

<sup>82</sup> HEYSOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál, 2003, s. 96



Postoje také dodávají jistotu při řešení různých problémů, protože z nich vyplývají základní modely chování, které jsou společností nebo sociální skupinou považovány za vhodné a tedy předem schválené

Postoje mohou mít i ochrannou funkci, tedy sloužit jako obrana před nepříjemnými pocity, ztrátou sebeúcty i před nejistotou. Obecnější, trvalejší postoje stimulují v určitých situacích podobné vzorce chování a tím se stává lidské jednání srozumitelnější a předvídatelnější.<sup>83</sup>

### Vývoj a změny postojů

Existuje řada teorií o tom, jak se postoje vyvíjí. Podle Heysové se vývoje postojů účastní mnoho mechanismů. Patří mezi ně napodobení, sociální identifikace, obeznámenost a sebepercepce.<sup>84</sup>

Vágnerová tvrdí že: *„Největší množství postojů vzniká v průběhu dětství. Tyto postoje zpravidla bývají nejpevněji zakořeněné a lze je považovat za součást osobnosti. V této době je, vzhledem k dosažené úrovni rozvoje jednotlivých psychických vlastností, základem postoje jeho afektivní složka. Rozumový aspekt postoje se rozvíjí později, pravděpodobně jako racionalizace již vytvořeného emočního hodnocení.“*<sup>85</sup>

V průběhu života se, podle Vágnerové, postoje vytváří sociálním učením. Jedinec je přijímá od jiných lidí, především od těch, kteří jsou pro něj buď emočně významní, nebo je považuje za autoritu. Člověk rovněž přebírá postoje sociální skupiny, ke které patří a se kterou se identifikuje. Postoje si také může vytvořit na základě vlastních zkušeností. Různé zážitky vyvolávají pozitivní nebo negativní emoce a ty posilují určitý postoj. Emoční prožitek může také přispět ke změně postoje, zejména pokud šlo o intenzivní emoce<sup>86</sup>.

Hewstone a Stroebe dodávají, že postoje se také mění s tím, jak se lidé učí spojovat objekty postoje s příjemnými nebo nepříjemnými podmínkami a důsledky. Dalším důvodem změny postojů je snaha jedince o zachování kognitivní konzistence, tedy změna postojů tak, aby byly v souladu s jeho chováním.<sup>87</sup>

V podstatě jsou postoje odolné vůči změně a pravděpodobnost změny závisí na typu postojů. Obecně se dá říct, že čím je postoj extrémnější, tím bývá silnější a obtížněji

<sup>83</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2005, s. 291 - 292

<sup>84</sup> HEYSOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál, 2003, s. 115

<sup>85</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2005, s. 293 - 294

<sup>86</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2005, s. 293

<sup>87</sup> HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*, Praha: Portál, 2006, s. 327

ovlivnitelný. Průměrné, v podstatě konformní postoje jsou snáze ovlivnitelné, protože jsou méně vyhraněné a nemají takovou intenzitu. Jedinec potom nemusí vynaložit tolik úsilí, aby je obhájil jak sám před sebou, tak před ostatními. Nová zkušenost či informace tedy může jeho postoj snadněji změnit.<sup>88</sup>

## 4.2 Faktory ovlivňující postoj veřejnosti k poruchám příjmu potravy

V předchozí podkapitole jsem uvedla několik definic pojmu postoj, tak jak jej vymezuje obecná a sociální psychologie nebo sociologie, včetně popisu jeho struktury, funkcí, vývoje a toho, jaký má postoj v životě jedince význam.

V této části své práce se chci zaměřit na postoje společnosti k problematice PPP a především na faktory, které je mohou ovlivnit.

Vágnerová uvádí, že laická veřejnost nevnímá PPP jako psychické nemoci, ale považuje je spíše za hloupost dotyčného jedince, který se v tomto směru chová nepřiměřeně. Veškeré aktivity spojené s hubnutím jsou laiky vnímány jako důsledek vlivu médií a módního trendu obecně.

Vztah ostatních lidí k nemocnému bývá ambivalentní, sice se mu snaží pomoci, ale na druhé straně se na něj zlobí, protože si sám škodí a z jejich pohledu se chová nepochopitelně. Určité projevy jednání nemocného mohou dokonce v okolí vzbuzovat odpor (zvracení, hromadění jídla, krádeže). Podle Vágnerové projevy PPP narušují sociální vazby nemocného, okolí si myslí, že se chová „divně“, nereaguje na pomoc, a proto bývá opouštěn. Tím se zvyšuje riziko jeho sociální izolace.<sup>89</sup>

Souhlasím s autorkou v tom, že PPP jsou těžko pochopitelné nemoci a společnost k nim může zaujímat určité negativní postoje. To je ovšem ovlivněno různými faktory a domnívám se, že to není pouze médií a módním průmyslem. Podle mého názoru se postoje lidí k problematice PPP odvíjejí od druhu informací, který veřejnost má o těchto poruchách nebo dostává.

V posledních letech se povědomí o PPP zlepšilo, vychází řada knih, jsou dostupné informace na internetu, články v časopisech. Já se však domnívám, že pokud jedinec nebo jeho blízcí sami nemají osobní zkušenost s některou z těchto nemocí, nemají ani důvod,

---

<sup>88</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2005, s. 294 - 295

<sup>89</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 1999, s. 236

zajímat se o tuto problematiku hlouběji. V tom případě dostávají informace zprostředkovávány především médii.

Masová média ovlivňují chování i postoje, mohou vzdělávat a působit jako prostředek osvěty ve všech oblastech života. Lze tedy předpokládat, že oblast poruch příjmu potravy nebude výjimkou.<sup>90</sup>

Domnívám se že, informace o PPP jsou médii prezentována velmi zjednodušeně. Medializují tyto nemoci pouze v souvislosti se známými osobnostmi – modelkami i herečkami, které trpí PPP nebo v důsledku nemoci dokonce zemřely. Chtějí za každou cenu zaujmout a informace předkládají jako senzaci, včetně drastických záběrů či fotografií. Je pravda, že v záplavě dalších mediálních informací se prosadí pouze velmi emočně vyhocené zprávy (například modelka, trpící anorexií, která v důsledku podvýživy téměř zemřela na předváděcím molu).

Běžný člověk se ale z těchto zpráv nedozví nic o původu, příčinách a následcích PPP. Není proto překvapující, že v důsledku toho laická veřejnost PPP těžko chápe, nevnímá je jako psychickou nemoc a podceňuje jejich závažnost.

Myslím si, že nedostatek kvalitních informací, které mohou ovlivnit postoje veřejnosti k PPP, se týká především střední a starší generace. Před dvaceti, třiceti lety byly tyto poruchy ve společnosti téměř neznámým pojmem a získat o nich potřebné znalosti bylo velmi obtížné. V současné době jsou starší lidé především pod vlivem mediálních informací, o kterých se zmiňuji výše.

Naopak mladší generace, studenti středních a žáci základních škol mají mnohem více možností dozvědět se i o etiologii a následcích PPP, což může mít kladný vliv na utváření jejich postojů k těmto poruchám. Podle mého názoru jsou pak schopni vnímat PPP nejen v kontextu s médii nebo módou, ale jako psychické onemocnění, skutečný problém, který může postihnout kohokoliv, a kterému by měla společnost věnovat daleko větší pozornost.

Pro žáky a studenty jsou ve školách připravovány různé preventivní programy, mají možnost účastnit se besed i přednášek a informace získávat také prostřednictvím internetu. Podle Papežové využívají internet 90 % studentů ve věku 12-20 let a více než polovina z nich si zde ověřuje své normy, hodnoty, názory a postoje. K medializaci PPP na internetu je třeba přistupovat s opatrností, protože kromě stránek s odbornými

---

<sup>90</sup> MIČÁNOVÁ, M., *Média a jejich vliv na postoje lidí ke zdraví v laické populaci*, Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 24

informacemi, existují i takové, které mohou poskytovat nebezpečné návody a rady. Nedávno se zde například objevily videoklipy majitele jedné modelingové agentury, ve kterých bylo dívkám doporučováno strkat si po každém jídle lžičku do krku a zvracet.<sup>91</sup>

O internetových blozích (pro-ana blogy), které poskytují informace, jak dosáhnout „ještě lepší anorexie nebo bulimie,“ jsem již psala v předchozí kapitole.

Na závěr bych chtěla zmínit ještě jeden faktor, který se podle mého názoru může podílet na formování postojů veřejnosti k PPP. Je to přetrvávající negativní pohled společnosti na duševní poruchy.

Negativní stereotyp duševně nemocného si lidé udržují již po generace a já se domnívám, že za tím může být rovněž nedostatek kvalitních informací. Pro mnohé je totiž jednodušší obávat se neznámého než o něčem přemýšlet. V lidech tak často přetrvává názor, že za psychické onemocnění by se měl jedinec stydět, že takový člověk je divný, nepředvídatelný a možná nebezpečný. Myslím si, že na utváření postojů společnosti k duševním poruchám se podílí do určité míry i média. Prezентují trestné činy, nehody, agrese spáchané nemocnými bez přesnějších informací, ale s upozorněním, že šlo o psychiatrického pacienta.

Pokud se vrátím zpět k PPP, tak musím konstatovat, že lidem, kteří o poruchách nejsou dostatečně informováni, se může jevit chování nemocných velmi zvláštní. Většina společnosti má totiž jídlo spojené spíše s příjemnými prožitky, než s trápením a nemocí. Pravděpodobně nerozumí tomu, že jiní lidé jídlo vyhazují, schovávají, v důsledku hladovění se vystavují závažným zdravotním komplikacím a jsou ochotni raději zemřít, než přibrat pár deka na váze. Lidé s mentální bulimií utratí za jídlo obrovské částky peněz, vystavují se riziku odhalení při jeho krádeži v obchodech, aby vše nakonec skončilo vyzvracené v toaletě. Je však třeba znovu zdůraznit, že PPP patří k závažným psychiatrickým onemocněním, které musí být léčeno odborníky.

Bohužel je to právě určitá stigmatizace psychických onemocnění, která vede jedince či celou rodinu, aby nemoc tajili a tím oddalovali stanovení diagnózy a včasný začátek léčby nebo terapie.

---

<sup>91</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 313

### 4.3 Prevence poruch příjmu potravy

„Má-li být prevence skutečně účinná, musí se stát součástí života každého z nás a musíme ji integrovat do všech oblastí naší kultury.“<sup>92</sup>

Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, v kultuře stravování, ale i v působení společenských vlivů. Na utváření sebehodnocení dětí a dospívajících mají kromě rodiny prokazatelný vliv i média a kulturní vzory. S rostoucím dopadem nových technologií, hlavně internetu, je vytváření účinné a kvalitní prevence stále nesnadnější.<sup>93</sup>

Současná společnost vnucuje dívkám a ženám ideál krásy, který je však virtuálním ideálem, virtuální realitou, jež je normálním životním stylem nedosažitelná. Modelky jsou pomocí počítačové techniky upravovány, aby byly naprosto bezchybné, narůstá počet soutěží krásy (miss čehokoliv, bohužel i v dětském věku), jsou nám vnucovány reklamy na nejrůznější neúčinné diety, které jsou ale z komerčního hlediska nesmírně výnosné.<sup>94</sup>

Uvedu jeden konkrétní příklad naprosto absurdní reklamy (navíc spojené s lidskou hloupostí a ignorací). Reklama na posilovnu použila fotografie vězňů z koncentračního tábora v Osvětimi se sloganem „Dejte kaloriím sbohem!“ Jednalo se o reklamu v Dubaji, která vyvolala bouřlivé protesty a na žádost polské diplomacie byla nakonec stažena. Spokojený majitel nicméně konstatoval, že reklama byla nesmírně úspěšná!<sup>95</sup>

Příkladů různých méně či více extrémních reklam, mediálních kampaní, soutěží krásy, módních přehlídek, článků podporující štíhlost bych našla jistě mnohem více. Raději uvedu několik pozitivních pokusů boje proti PPP a kultu štíhlosti obecně.

Jednu z takových akcí zorganizoval slavný italský fotograf Oliviero Toscani v rámci světové kampaně „*Ne anorexii*.“ Vytvořil snímky na kost vyhublé francouzské modelky Isabelle Caro, které potom byly zveřejněny na stránkách předních světových časopisů i na billboardech. Isabelle Caro léta bojovala s mentální anorexií a bohužel zemřela před třemi lety na následky této nemoci. Před svou smrtí chtěla pomoci a snažila se varovat ostatní dívky před nebezpečím anorexie. Oliviero Toscani chtěl těmito snímky ukázat, kam

<sup>92</sup> HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 51

<sup>93</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 140, 311

<sup>94</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 311

<sup>95</sup> PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J., *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*, Praha: Klinika adiktologie, 2012, s. 8-9

až může vést posedlost po štíhlém těle a zdůraznil, že k rozšíření PPP velmi přispívá právě módní průmysl. Tuto kampaň podpořilo i italské ministerstvo zdravotnictví.<sup>96</sup>

Ministerstvo zdravotnictví Izraele provedlo statistický průzkum, který prokázal, že 7 % adolescentních dívek a 13,7 % mladých uchazeček o modeling vykazují známky mentální anorexie. Na základě tohoto výzkumu proběhla rozsáhlá kampaň proti PPP s návrhem zákona zakazujícího modeling dívkám, které mají pod 19 BMI (toto číslo označuje podváhu se zdravotními riziky). Podobné aktivity (právní i vládní) proti propagaci extrémní štíhlosti byly zaznamenány rovněž ve Velké Británii, Francii, Německu nebo Španělsku.<sup>97</sup>

Pokud jde o Českou republiku, tak velmi nadějně jsou iniciativy některých časopisů a výrobců, kteří ve svých reklamách nebo na fotografiích respektují tělesné proporce skutečných žen. V této souvislosti bych ráda zmínila společnost Dove, která se rozhodla ke změně mediální strategie a odhodlala se své produkty propagovat v sérii billboardů a reklam zobrazujících normální ženské tělo.<sup>98</sup>

Prof. Papežová, která se mnoho let zabývá problematikou poruch příjmu potravy, zdůrazňuje, že potřeba prevence z hlediska odborníků je velmi komplexní. Poukazuje na to, že řada preventivních projektů je neúčinných nebo účinných pouze krátkodobě a chybí kvalitní preventivní programy s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a mládeže. Podle jejího názoru by dodržování zákonů v oblasti PPP mělo být sledováno stejně, jako propagace alkoholu a kouření.<sup>99</sup>

Prevence je nezbytná součástí odborné péče. V praxi se odborníci soustředí především na práci s rizikovými jedinci, rizikovou populací a rizikovým prostředím. Prevenci přizpůsobují nejen zralosti populace, se kterou pracují, rizikovému prostředí, ale i znalostem pedagogů nebo jiných spolupracovníků. Důležité je, aby preventivní programy byly supervidované, diskutované a dobře ověřené. Komunikace a práce s rodiči nebo celou rodinou bývá podle odborníků často problematická, protože klasický rodinný život se společným stolováním se stává minulostí. Účinnost prevence ovlivňují i rychle

---

<sup>96</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 311

<sup>97</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 312

<sup>98</sup> NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, Brno: CERM, 2010, s. 80

<sup>99</sup> PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 311

se rozvíjející technologie. Je nutné se těmto trendům přizpůsobit, to znamená využívat multimédia a více zkoumat jejich dopad na výskyt PPP.<sup>100</sup>

Musím konstatovat, že u nás v současné době v této oblasti není jednotný systém prevence. Jednotliví odborníci či organizace řeší tuto problematiku ze svého pohledu. Pokud jde o školy tam je prevence PPP v kompetenci především Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR.

Konkrétním příkladem kvalitní a záslužné činnosti v oblasti prevence PPP je práce Občanského sdružení Anabell, které poskytuje sociální a zdravotnické služby lidem postiženým nebo ohroženým PPP. V současné době má organizace své pobočky v Brně, Praze, Ostravě a ve Zlíně. Sdružení Anabell se podílí na celé řadě vzdělávacích či preventivních projektů zaměřených na PPP. V rámci své činnosti provozuje i telefonickou krizovou linku nebo nutriční poradnu.

Před dvěma lety jsem měla možnost osobně se zúčastnit projektu sdružení Anabell s názvem „*Motivace – terapie – uplatnění*.“ Cílem projektu bylo sociální začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením, konkrétně osob s PPP, včetně odstraňování bariér v jejich přístupu ke vzdělávání nebo zaměstnání. Tento projekt tvořily specifické programy, například kurzy vaření, víkendové pobyty, poradna osobnostního růstu nebo klub Anabell.<sup>101</sup>

Na závěr uvedu ještě jeden příklad prevence PPP, kterým je online program PRO-YOUTH. Jedná se o mezinárodní program internetové prevence, kterého se účastní sedm evropských zemí. Je určen primárně pro mladé lidi ve věku 15 – 25 let a směřován na základní, střední, eventuelně vysoké školy. Mladým lidem může pomoci rozpoznat u sebe projevy PPP, rovněž poskytnout informace o možnostech pomoci sobě nebo ostatním. Zaregistrovat se do tohoto programu může ale každý, kdo potřebuje pomoc v oblasti PPP, duševního zdraví nebo zdravého životního stylu. V programu jsou k dispozici například online chaty s odborníky na PPP, psychology, kteří mohou doporučit vhodnou formu léčby nebo poskytnout potřebné kontakty.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> PAPEŽOVÁ, H.: *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 312 - 313

<sup>101</sup> Občanské sdružení Anabell: *Motivace-Terapie-Uplatnění*. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/ukoncene-projekty/motivace-terapie-uplatneni>

<sup>102</sup> Pražské centrum primární prevence: *Portál primární prevence rizikového chování v Praze* [online] [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>

*„K rozvoji poruchy příjmu potravy přispívá tolik faktorů, že je na místě, aby skutečná prevence zahrnovala faktory všechny, ať už kulturní, sociální, biologické, rodinné, emoční, sexuální či jiné. Je to neskromný cíl, který předpokládá revoluci současného myšlení. Nicméně věřím, že každý, kdo se dokázal zbavit poruchy příjmu potravy, i každý, kdo se o to třeba jen pokusil nebo kdo odmítal držet dietu, revoluční krok v tomto směru učinil. A ohlas takovýchto kroků může být dalekosáhlý. Je jasné, že rozhodující jsou změny institucionální, ty jsou však možné právě jen díky jedincům, kteří dokážou změnit především sami sebe.“<sup>103</sup>*

#### 4.4 Poruchy příjmu potravy v kontextu sociální pedagogiky

V závěru teoretické části své diplomové práce se chci zaměřit na souvislost problematiky poruch příjmu potravy se studijním oborem sociální pedagogika.

Pojetí sociální pedagogiky se v průběhu jejího vývoje měnilo a ani v současné době není jednoznačné. Liší se jednak v jednotlivých zemích i z pohledu jednotlivých autorů. Pokud jde o pojetí české sociální pedagogiky, je třeba zdůraznit, že ve srovnání se sousedními zeměmi, především Německem a Polskem, u nás nemá tak velkou tradici. Zlom v jejím vývoji nastává až po roce 1990, kdy se začíná objevovat v různých významech.<sup>104</sup>

Vymezení sociální pedagogiky se dá shrnout do tří základních přístupů:

- **Široké pojetí** – autoři dochází k závěru, že celá pedagogika by měla být sociální. Tyto přístupy se tedy orientují na celou populaci.
- **Úzké pojetí** – sociální pedagogika je definována jako aplikované odvětví pedagogiky, které se zabývá výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých. Zaměřuje se také na pomoc rodinám s problémovými dětmi, na mládež ohroženou drogami, na jedince propuštěné z vazby aj.
- **Dvojdimenzionální pojetí** – v tomto pojetí je sociální pedagogika prezentována jako vědní obor transdisciplinární povahy, zaměřující se na roli prostředí ve výchově v souvislosti s celou populací, a to ve smyslu vytváření souladu mezi potřebami jedinců a společnosti a tím přispívání k optimálnímu způsobu života v dané době, v daných

<sup>103</sup> HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 52

<sup>104</sup> KRAUS, B., SÝKORA, P., *Sociální pedagogika I*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 10 - 11



společenských podmínkách. Podle tohoto pojetí sociální pedagogika zahrnuje dvě dimenze – sociální a pedagogickou.<sup>105</sup>

Pokud jde o vymezení obsahu oboru sociální pedagogika, dá se říci, že většina autorů vychází z uvedeného širšího pojetí. V tomto smyslu se sociální pedagogika zaměřuje na každodenní život jedince, na zvládání životních situací bez ohledu na věk, zdůrazňuje ochranu jedince před rizikovými vlivy, iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží sladit individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti. Sociální pedagogika má tedy dvě základní funkce – preventivní (profylaktickou) a terapeutickou (kompenzační).<sup>106</sup>

*„Sociální pedagog je specializovaným odborníkem, vybaveným teoreticky, prakticky a koncepčně tak, aby mohl záměrně působit na ty jednotlivce a sociální skupiny, jejichž životní styl je destruktivní a nekreativní.“<sup>107</sup>*

Podle mého názoru lze práci sociálních pedagogů v souvislosti s problematikou PPP využít především v oblasti prevence – a to na všech třech úrovních – primární, sekundární i terciální.

### **Primární prevence**

Primární prevence je zaměřena na předcházení vzniku PPP. Snaží se předcházet vzniku onemocnění výchovou ke zdravému životnímu stylu a osvojením si správných stravovacích návyků. Jde především o působení rodiny, školy, ale i lokálního prostředí (například občanská sdružení).<sup>108</sup>

V oblasti primární prevence PPP tedy může sociální pedagog působit například ve školách jako metodik prevence nebo v občanském sdružení typu Anabell, jehož preventivní činnost jsem popsala v předchozí kapitole.

### **Sekundární prevence**

*„Záměrem sekundární prevence je odhalení presymptomatických příznaků nemoci a zabránit jejich šíření a prohloubení. Pokud je léčba podchycena v raném stádiu, jsou šance na celkové uzdravení velice vysoké. Sekundární prevence se zaměřuje především*

<sup>105</sup> KRAUS, B., SÝKORA, P., *Sociální pedagogika I.* Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 11

<sup>106</sup> KRAUS, B., SÝKORA, P., *Sociální pedagogika I.* Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 12

<sup>107</sup> ČERNÁ, Š., *Poruchy příjmu potravy.* Brno: IMS, 2013, s. 9

<sup>108</sup> KRAVÁČKOVÁ, P., *Terciální prevence poruch příjmu potravy.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2012, s. 55

na rizikové a ohrožené skupiny populace. Odhalením rizikových faktorů je možné zahájit včasnou a cílenou léčbu.<sup>109</sup>

Sekundární prevencí se zabývají různé instituce, mezi něž patří například krizová centra, poradny, detoxikační centra, linky telefonické pomoci, kontaktní centra, střediska preventivně výchovné péče.

V oblasti sekundární prevence PPP má sociální pedagog možnost:

- podílet se na organizování přednášek, seminářů a kurzů pro osoby s PPP a jejich rodiny;
- poskytovat osobám s PPP informace, doporučení, kontakty v rámci činnosti v poradnách, krizových a kontaktních centrech, na linkách telefonické pomoci;<sup>110</sup>

### **Terciální prevence**

Terciální prevence se zaměřuje na omezení komplikací po prodělaném onemocnění, předcházení relapsů PPP a na plné obnovení zdraví. Prevence se rovněž soustředí na resocializaci nemocných a předcházení sociálnímu vyloučení.<sup>111</sup>

PPP patří mezi dlouhodobá onemocnění, s nimiž nemocní bojují měsíce, roky a někteří bohužel po celý život. Jediným smyslem jejich života se stává jídlo a myšlenky na něj. Z tohoto důvodu se postupně dostávají do sociální izolace a často ztratí úplně všechno. Rodinu, přátele, koníčky, zaměstnání, školu a hlavně zdraví.

Pokud jsou donuceni k léčbě nebo se k ní sami odhodlají, tráví mnoho času v nemocnicích a v péči psychiatrů nebo psychologů. Návrat do „normálního“ života pro ně bývá velmi složitý a obtížně zvládají běžné životní situace - vyjít si do společnosti, do restaurace, do kina, jít sportovat, samostatně nakoupit. V rámci terciální prevence jim při tomto návratu mohou pomáhat sociální pedagogové. Ti mohou být nápomocni i při vyřizování složitějších záležitostí – invalidního důchodu, přerušení, ukončení nebo znovuobnovení studia, pomáhat v oblasti pracovního uplatnění.<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> KRAVÁČKOVÁ, P., *Terciální prevence poruch příjmu potravy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2012, s. 55

<sup>110</sup> Občanské sdružení Anabell, *Sociální poradenství a jiné služby Občanského sdružení Anabell*, Informační leták Brno

<sup>111</sup> KRAVÁČKOVÁ, P., *Terciální prevence poruch příjmu potravy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2012, s. 56

<sup>112</sup> PACKOVÁ, Z., *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*, Brno: IMS, 2012, s. 40

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 METODY, CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ

Vlastní výzkum jsem se rozhodla zpracovat kvantitativní metodou, technikou dotazníkového šetření.

Kvantitativní výzkum znamená testování hypotéz v rámci skupin. Vlastní analýza je prováděna na kumulovaných datech o mnoha jedincích, kdy musí být splněna základní podmínka, že data lze kumulovat díky tomu, že jsou totožná.<sup>113</sup>

V případě kvantitativního výzkumu se pracuje s měřitelnými proměnnými. Pokud jsou příčinou změny jiných proměnných, mluvíme o nezávisle proměnných (například v mém výzkumu - muž-žena, věkové skupiny), v případě, že jsou důsledkem působení těchto příčin, mluvíme naopak o proměnných závislých. V podstatě zkoumáme, jak se změnou nezávisle proměnných mění proměnné závislé.<sup>114</sup>

Kvantitativní výzkum je založen na testování hypotéz. Za použití dedukce se pokoušíme teoretický nebo praktický problém formulovat pomocí jedné či několika hypotéz. Hypotézy tedy navrhují, jaký vztah mezi proměnnými bychom měli najít, je-li námi vytvořená hypotéza pravdivá. Po provedeném sběru dat zjišťujeme, zda závislosti mezi daty, které jsme získali, odpovídají principu předpovězenému v hypotézách. Pokud ano, přijmeme hypotézu jako platnou, jinak musíme hypotézu odmítnout.<sup>115</sup>

Oproti tomu je kvalitativní výzkum nenumerické šetření, které usiluje o zjištění významu sbíraných dat a o jejich interpretaci. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět lidem a vztahům v dané sociální situaci. V kvalitativním výzkumu tedy jeho tvůrce nehledá absolutní pravdu, jedinou a neměnnou. Ví, že to, co lze pozorovat, je pravda konkrétního jedince nebo skupiny v konkrétní situaci. Pozoruje tedy sociální realitu a snaží se porozumět tomu, proč se něco děje, o porozumění významu zkoumaného děje.<sup>116</sup>

Dotazník, který je hojně využívaným výzkumným nástrojem kvantitativního výzkumu, primárně slouží ke zjišťování informací od cílové skupiny. Dotazník tvoří seznam otázek, na něž respondent odpovídá písemně do tištěného formuláře, přičemž počet a typ otázek je daný účelem zjišťování a cílovou skupinou, pro kterou je určený. Dotazníky jsou převážně

---

<sup>113</sup> DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2005, s. 126

<sup>114</sup> RADVAN, E., VAVŘÍK, M., *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, 39 - 41

<sup>115</sup> DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2005, s. 76 - 77

<sup>116</sup> DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2005, s. 286 - 289

samonaváděcí, to znamená, že dotazovaný si přečte pokyny a sám (případně jen s malou pomocí realizátora) dotazník vyplní. Otázky v dotazníku mohou být:

- **uzavřené** – nabízejí soubor možných alternativ, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď (např. ano - ne – nevím). Nevýhody: určitá povrchnost, nabízené možnosti mohou odpověď vynucovat, nebo odpověď není dostatečně přesná;
- **polouzavřené** – respondent nejprve vybere jednu z nabízených možností a potom doplní zdůvodnění výběru (odpoví na otázku, a pokud odpoví ano, uvede proč);
- **otevřené** – nenabízejí alternativní odpověď, dotazovaný má prostor k vyjádření vlastního názoru, odpovědi formulují samotní dotazovaní, otázky tohoto typu jsou pružné, lze je prohloubit, jsou však náročnější na vyhodnocení;<sup>117</sup>
- **škálové** - slouží k popsání povahy skutečností, které se zjišťují (používají se zaškrtačovací seznamy, posuzovací škály dle kategorií či intervalů např. k hodnocení spokojenosti lze použít škálu 1 – velmi spokojen, 2 - nespokojen, 3 - nevím, 4 - spokojen a 5 - velmi spokojen).

**Výhody** použití dotazníku jsou:

- úspora času a finančních prostředků při samotném šetření;
- možnost získání informací od velkého počtu jedinců, při relativně malých nákladech;
- použitelnost při získání informací o citlivém tématu;
- snadnější kvantifikace získaných dat;
- relativně přesvědčivá anonymita.

**Nevýhody** použití dotazníku jsou:

- možné vysoké nároky na ochotu dotazovaného;
- riziko nevyplnění některých otázek a nízké návratnosti;
- riziko, že dotazník vyplní někdo jiný, mimo cílovou skupinu;
- menší pružnost (např. nelze klást doplňující otázky);
- formulace otázky nemusí být dostatečně srozumitelná všem.<sup>118</sup>

---

<sup>117</sup> RADVAN, E., VAVŘÍK, M., *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, s. 43

<sup>118</sup> DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2005, s. 124, 127 - 141

Základním cílem mého výzkumu bylo zhodnotit postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy a úroveň znalosti dotázaných o této problematice. Stanovila jsem si tedy následující hypotézy, které měly výzkum potvrdit nebo vyvrátit:

- **H1:** S rostoucím věkem klesá informovanost o poruchách příjmu potravy.
- **H2:** Ženy jsou lépe informovány o poruchách příjmu potravy než muži.
- **H3:** Veřejnost považuje poruchy příjmu potravy za méně škodlivý jev, než závislost na alkoholu, drogách nebo gambling.
- **H4:** Veřejnost vnímá poruchy příjmu potravy více jako touhu po štíhlosti než jako psychické onemocnění.

## 5.1 Výběr respondentů

V praktické části jsem provedla výzkum pomocí kvantitativní metody, formou dotazníku u vzorku populace, který měl obsáhnout veškeré věkové skupiny. Otázky jsem volila uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Pro potřeby této práce byly vytvořeny dvě varianty dotazníku, varianta pro školy a varianta pro veřejnost. Oba dotazníky se shodují v otázkách 1 - 18, otázka 19 je specifická pro oba dotazníky. Otázky 20 a 21 jsou navíc pouze ve verzi pro školy. Zbývající otázky jsou opět identické, takže otázky 22 - 25 verze pro školy odpovídají otázkám 20 - 23 verze pro veřejnost.

Po sestavení dotazníků jsem provedla předvýzkum, kdy jsem k ověření srozumitelnosti otázek oslovila 10 dospělých osob a 8 studentů. Na základě vznesených připomínek byla provedena korektura a poté mohlo být přistoupeno k samotnému šetření.

Verze pro školy byla použita při šetření na vybrané základní a střední škole, verze pro veřejnost byla použita při sběru dat v okruhu známých, spolupracovníků a část dotazníku byla zodpovězena elektronicky. Dotazníkové šetření ve školách proběhlo v termínu 10. 2. – 14. 2. 2014 na ZŠ Rosice u Brna, gymnáziu Brno - Bystrc a gymnáziu Tišnov, verze pro veřejnost byla provedena ve stejném termínu.

Z původně 200 rozdaných a rozeslaných dotazníků se vrátilo vyplněných 165 dotazníků. Bylo možné využít 130 dotazníků – 80 od žen a 50 od mužů, celková návratnost byla tedy 65 %. Zbytek dotazníků musel být vyřazen z důvodu nečitelnosti, neúplnosti nebo chybného vyplnění.

## 5.2 Vlastní výzkum

Vzhledem ke stanoveným hypotézám jsem při vyhodnocování použila dva typy tabulek. V první tabulce jsou odpovědi v závislosti na věku a pohlaví a tu jsem označila A. Pro druhou, kde jsou odpovědi v závislosti pouze na věku, jsem použila označení B.

**Otázka č. 1: Setkal(a) jste se někdy s pojmem „porucha příjmu potravy“?**

- a. ano
- b. ne

**Tabulka č. 1: Znalost pojmu porucha příjmu potravy A**

Pohlaví	Otázka č.	1			
		Věk/Odp.	a	a v %	b
ŽENY	do 16	20	100	0	0
	16-25	20	95,24	1	4,76
	26-35	11	100	0	0
	36-45	14	93,33	1	6,67
	46-55	8	100	0	0
	55 a více	5	100	0	0
	<b>celkem Ž</b>	<b>78</b>	<b>97,5</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>
MUŽI	do 16	11	91,67	1	8,33
	16-25	7	87,5	1	12,5
	26-35	8	100	0	0
	36-45	7	100	0	0
	46-55	6	85,71	1	14,29
	55 a více	6	75	2	25
	<b>celkem M</b>	<b>45</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Celkový počet</b>		123	94,62	7	5,38

Ze zúčastněných respondentů zná pojem porucha příjmu potravy 123 dotázaných (94,62 %), pouze 7 osob (5,38 %) se s tímto pojmem nesešlo.

Z hlediska rozdělení respondentů podle pohlaví se s pojmem porucha příjmu potravy častěji setkaly ženy – 78 dotázaných (97,5 %), mezi muži to bylo 45 dotázaných (90 %).

**Tabulka č. 2: Znalost pojmu porucha příjmu potravy B**

<b>Otázka č.</b>	<b>1</b>			
<b>Věk/Odp.</b>	<b>a</b>	<b>a v %</b>	<b>b</b>	<b>b v %</b>
<b>do 16</b>	31	96,88	1	3,13
<b>16-25</b>	27	93,1	2	6,9
<b>26-35</b>	19	100	0	0
<b>36-45</b>	21	95,45	1	4,55
<b>46-55</b>	14	93,33	1	6,67
<b>55 a více</b>	11	84,62	2	15,38

Ve druhé tabulce jsou prezentovány výsledky znalosti pojmu porucha příjmu potravy (dále jen PPP) z hlediska rozdělení do věkových kategorií.

Nejčastěji se s tímto pojmem setkala skupina dotázaných ve věku 26-35 let (100 %), následovaná skupinou nejmladších respondentů do 16 let (96,88 %), naopak nejméně tento pojem zná věková kategorie 55 let a více (84,62 %).

**Otázka č. 2: Pokud jste se s tímto pojmem setkal(a), kde jste tyto informace získal(a)? (více možností)**

- a. v médiích (TV, internet, časopisy)
- b. ve škole (preventivní programy, besedy, diskuze)
- c. informace od rodičů
- d. informace od přátel
- e. osobní zkušenost
- f. jinde (prosím, uveďte, kde)



Tabulka č. 3: Zdroj informací o pojmu PPP A

Pohlaví	Otázka č.	2					
	Věk/Odp.	a	b	c	d	e	f
ŽENY	do 16	12	17	3	4	2	0
	16-25	17	14	3	4	0	0
	26-35	10	10	0	4	0	1
	36-45	13	17	0	0	2	0
	46-55	7	7	0	3	0	0
	55 a více	4	4	1	1	1	0
	<b>celkem Ž</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
MUŽI	do 16	9	7	1	1	1	0
	16-25	5	4	2	0	0	0
	26-35	5	3	4	1	1	0
	36-45	5	0	3	2	2	0
	46-55	5	0	2	0	0	0
	55 a více	6	0	3	0	0	0
	<b>celkem M</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Celkový počet</b>	98	83	22	20	9	1	

U této otázky mohli respondenti označit více možností, proto jsem vyhodnocení provedla podle četností odpovědí u jednotlivých možností.

V rámci celého souboru byla nejčastějším zdrojem informací o PPP média (TV, internet, časopisy), což uvádí 98 osob a na druhém místě byla škola (83).

Muži zvolili na první místo rovněž média (35) a na druhém místě to byly informace získané od rodičů (15). Ženy nejčastěji získávaly informace o PPP ve škole (69), ale těsně za školou následovala v jejich případě média (63).

V celé skupině respondentů informace o PPP získalo 22 dotázaných od rodičů, 20 respondentů od přátel a osobní zkušenost má 9 dotázaných.

Tabulka č. 4: Zdroj informací o pojmu PPP B

Otázka č.	2					
Věk/Odp.	a	b	c	d	e	f
<b>do 16</b>	21	24	4	5	3	0
<b>16-25</b>	22	18	5	4	0	0
<b>26-35</b>	15	13	4	5	1	1
<b>36-45</b>	18	17	3	2	4	0
<b>46-55</b>	12	7	2	3	0	0
<b>55 a více</b>	10	4	4	1	1	0

V tabulce, kde jsou výsledky prezentovány podle věku, respondenti všech věkových skupin uvedli jako nejčastější zdroj informací média a na druhém místě školu. Pouze skupina dotázaných do 16 let získala nejvíce informací o PPP ve škole a na druhém místě z médií. Ostatní možnosti, tedy rodiče, přátelé, osobní zkušenost jsou zastoupeny v nižším počtu.

**Otázka č. 3: Který z uvedených pojmů patří mezi poruchy příjmu potravy?:**

- a. mentální anorexie
- b. mentální bulimie
- c. záchvatovité přejídání
- d. všechny možnosti

**Tabulka č. 5: Jednotlivé typy PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	3				
	Věk/Odp.	a	b	c	d	d v %
ŽENY	do 16	3	1	0	16	80
	16-25	1	0	1	19	90,48
	26-35	1	2	0	8	72,73
	36-45	1	0	0	14	93,33
	46-55	1	0	1	6	75
	55 a více	1	1	0	3	60
	<b>celkem Ž</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>66</b>	<b>82,5</b>
MUŽI	do 16	3	3	0	6	50
	16-25	2	1	1	4	50
	26-35	3	4	0	1	12,5
	36-45	0	0	0	7	100
	46-55	1	0	2	4	57,14
	55 a více	2	1	2	3	37,5
	<b>celkem M</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>50</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>91</b>	<b>70</b>	

Mezi PPP patří všechny uvedené pojmy (mentální anorexie, mentální bulimie i záchvatovité přejídání).

Z celkového počtu dotázaných odpovědělo správně 91 osob (70 %). Z celkového počtu žen potom bylo 66 správných odpovědí (82,50 %) a u mužů 25 správných odpovědí (50 %).

Tabulka č. 6: Jednotlivé typy PPP B

Otázka č.	3				
Věk/Odp.	a	b	c	d	d v %
do 16	6	4	0	22	68,75
16-25	3	1	2	23	79,31
26-35	4	6	0	9	47,37
36-45	1	0	0	21	95,45
46-55	2	0	3	10	66,67
55 a více	3	2	2	6	46,15

Z pohledu jednotlivých věkových kategorií na tuto otázku nejlépe odpověděla skupina dotázaných ve věku 36-45 let (95,45 %), následovaná mladými respondenty ve věku 16-25 let (79,31 %). Nejnižšího výsledku dosáhla nejstarší věková skupina 55 let a více (46,15 %).

#### Otázka č. 4: Mentální anorexie se vyznačuje:

- hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- záchvaty přejídání se a zvracením
- prejídáním se
- nevím

Tabulka č. 7: Znaky mentální anorexie A

Pohlaví	Otázka č.	4				
	Věk/Odp.	a	a v %	b	c	d
ŽENY	do 16	16	80	4	0	0
	16-25	21	100	0	0	0
	26-35	10	90,91	1	0	0
	36-45	15	100	0	0	0
	46-55	6	75	0	0	2
	55 a více	3	60	2	0	0
	<b>celkem Ž</b>	<b>71</b>	<b>88,75</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
MUŽI	do 16	9	75	2	0	1
	16-25	6	75	1	0	1
	26-35	8	100	0	0	0
	36-45	6	85,71	1	0	0
	46-55	5	62,5	1	2	0
	55 a více	5	71,43	1	0	1
	<b>celkem M</b>	<b>39</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>110</b>	<b>84,62</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	

Mentální anorexie se vyznačuje hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou. Z celkového počtu respondentů na tuto otázku správně odpovědělo 110 dotázaných (84,62 %).

Ve skupině žen to bylo 71 správných odpovědí (88,75 %), ve skupině mužů byla úspěšnost ve 39 případech (78 %).

**Tabulka č. 8: Znaky mentální anorexie B**

Otázka č.	4				
Věk/Odp.	a	a v %	b	c	d
<b>do 16</b>	25	<b>78,13</b>	6	0	1
<b>16-25</b>	27	<b>93,1</b>	1	0	1
<b>26-35</b>	18	<b>94,74</b>	1	0	0
<b>36-45</b>	21	<b>95,45</b>	1	0	0
<b>46-55</b>	11	<b>68,75</b>	1	2	2
<b>55 a více</b>	8	<b>66,67</b>	3	0	1

Z hlediska rozdělení osob podle věku bylo nejvíce správných odpovědí ve skupině dotázaných ve věku 36-45 let (95,45 %), velmi podobného výsledku dosáhly i skupiny 26-35 let (94,74 %) a 16-25 let (93,1 %). Nejhůře odpovídala kategorie respondentů 55 let a více (66,67 %).

**Otázka č. 5: Mentální bulimie se vyznačuje:**

- a. hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- b. záchvaty přejídání se a zvracením
- c. přejídáním se
- d. nevím

Tabulka č. 9: Znaky mentální bulimie A

Pohlaví	Otázka č.	5				
	Věk/Odp.	a	b	b v %	c	d
ŽENY	do 16	1	15	75	2	2
	16-25	0	21	100	0	0
	26-35	1	10	90,91	0	0
	36-45	1	14	93,33	0	0
	46-55	0	8	100	0	0
	55 a více	0	3	60	1	1
	<b>celkem Ž</b>	<b>3</b>	<b>71</b>	<b>88,75</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
MUŽI	do 16	1	9	75	1	1
	16-25	3	5	50	1	1
	26-35	2	6	66,67	0	1
	36-45	1	4	57,14	2	0
	46-55	2	5	71,43	0	0
	55 a více	1	4	66,67	1	0
	<b>celkem M</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>13</b>	<b>104</b>	<b>80</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	

Mentální bulimie se vyznačuje záchvaty přejídání se a zvracením. Z celkového počtu dotazovaných na tuto otázku správně odpovědělo 104 respondentů (80 %).

Ve skupině žen bylo 71 správných odpovědí (88,75 %), muži byli úspěšní ve 33 případech (66 %).

Tabulka č. 10: Znaky mentální bulimie B

Otázka č.	5				
Věk/Odp.	a	b	b v %	c	d
do 16	2	24	75	3	3
16-25	3	26	83,87	1	1
26-35	3	16	80	0	1
36-45	2	18	81,82	2	0
46-55	2	13	86,67	0	0
55 a více	1	7	63,64	2	1

V tabulce, kde jsou výsledky prezentovány podle věkových kategorií, bylo nejvíce správných odpovědí ve skupině dotázaných ve věku 45-55 let (86,67 %), na druhém a třetím místě se umístily skupiny respondentů ve věku 16-25 let (83,87 %) a 36-45 let (81,2 %). Nejméně správných odpovědí bylo v kategorii osob 55 let a více (63,64 %).

**Otázka č. 6: Znáte pojmy orthorexie, bigorexie nebo drunkorexie?**

Žádný z dotázaných respondentů neměl znalosti o těchto specifických formách PPP. Z tohoto důvodu nejsou prezentovány výsledky odpovědí.

**Otázka č. 7: Pokud tyto pojmy znáte, uveďte stručně, čím se vyznačují:**

- a. orthorexie je:
- b. bigorexie je:
- c. drunkorexie je:

Tato otázka navazuje na předcházející otázku č. 6. Žádný z dotázaných respondentů neměl znalosti o těchto specifických formách PPP. Z tohoto důvodu nejsou prezentovány výsledky odpovědí.

**Otázka č. 8: Domníváte se, že poruchami příjmu potravy trpí častěji:**

- a. ženy
- b. muži

PPP trpí častěji ženy, podle výzkumů na deset žen s PPP připadá jeden muž.

Ze 130 dotázaných respondentů odpovědělo na tuto otázku správně 129 osob (99,23 %).

**Otázka č. 9: Jaký věk je nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy?**

- a. 5 – 10 let
- b. 11 – 20 let
- c. 21 – 30 let

Tabulka č. 11: Rizikový věk pro vznik PPP A

Pohlaví	Otázka č.	9			
	Věk/Odp.	a	b	b v %	c
ŽENY	do 16	1	19	95	0
	16-25	0	21	100	0
	26-35	1	10	90,91	0
	36-45	0	14	93,33	1
	46-55	0	8	100	0
	55 a více	0	5	100	0
	celkem Ž	2	77	96,25	1
MUŽI	do 16	2	10	83,33	0
	16-25	1	7	87,5	0
	26-35	2	6	75	0
	36-45	0	6	85,71	1
	46-55	0	6	85,71	1
	55 a více	1	6	75	1
	celkem M	6	41	82	3
Celkový počet		8	118	90,77	4

Nejrizikovějším věkem pro vznik PPP je období 11 -20 let. Z celkového souboru respondentů na otázku správně odpovědělo 118 dotazovaných (90,77 %).

Ženy odpověděly správně v 77 případech (96,25 %), ve skupině mužů odpovědělo správně 41 dotázaných (82 %).

Tabulka č. 12: Rizikový věk pro vznik PPP B

Věk/Odp.	a	b	b v %	c
do 16	3	29	90,63	0
16-25	1	28	96,55	0
26-35	3	16	84,21	0
36-45	0	20	90,91	2
46-55	0	14	93,33	1
55 a více	1	11	84,62	1

Nejvíce správných odpovědí na tuto otázku bylo ve věkové kategorii 16-25 let (96,55 %), následovala kategorie dotázaných ve věku 46-55 let (93,33 %), nejhorší výsledek byl naopak ve věkové skupině respondentů 26-35 let (84,21 %).

## Otázka č. 10.: Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou psychickou poruchou?

- a. ano  
b. ne

Tabulka č. 13: PPP jako psychická porucha A

Pohlaví	Otázka č.	10			
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %
ŽENY	do 16	19	95	1	5
	16-25	21	100	0	0
	26-35	11	100	0	0
	36-45	15	100	0	0
	46-55	8	100	0	0
	55 a více	3	60	2	40
	celkem Ž	77	96,25	3	3,75
MUŽI	do 16	10	83,33	2	16,67
	16-25	8	100	0	0
	26-35	4	50	4	50
	36-45	5	71,43	2	28,57
	46-55	3	42,86	4	57,14
	55 a více	5	62,5	3	37,5
	celkem M	35	70	15	30
Celkový počet		112	86,15	18	13,85

PPP jsou psychickou poruchou.

Z celkového počtu dotázaných respondentů správně odpovědělo 112 osob (86,12 %). Ženy měly 77 správných odpovědí (96,25 %), muži 35 správných odpovědí (70 %). Špatně odpovědělo z celkového souboru respondentů 18 dotázaných (13,85 %).

Tabulka č. 14: PPP jako psychická porucha B

Otázka č.	10			
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %
do 16	29	90,63	3	9,38
16-25	29	100	0	0
26-35	15	78,95	4	21,05
36-45	20	90,91	2	9,09
46-55	11	73,33	4	26,67
55 a více	8	61,54	5	38,46



PPP jako psychickou poruchu nejčastěji označila správně věková skupina dotázaných 16-25 let (100 %), následovaná kategorií respondentů ve věku 36-45 let (90,91 %), nejhorší výsledek byl dosažen ve skupině dotázaných ve věku 55 let a více (61,54 %).

**Otázka č. 11: Považujete poruchy příjmu potravy za stejně závažný jev jako je závislost na alkoholu, drogách nebo hraní automatů (gambling)?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**Tabulka č. 15: Závažnost PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	11					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16	13	<b>65</b>	1	5	6	30
	16-25	20	<b>95,24</b>	1	4,76	0	0
	26-35	10	<b>90,91</b>	0	0	1	9,09
	36-45	15	<b>100</b>	0	0	0	0
	46-55	8	<b>100</b>	0	0	0	0
	55 a více	4	<b>80</b>	1	20	0	0
	<b>celkem Ž</b>	<b>70</b>	<b>87,5</b>	<b>3</b>	<b>3,75</b>	<b>7</b>	<b>8,75</b>
MUŽI	do 16	9	<b>75</b>	1	8,33	2	16,67
	16-25	6	<b>75</b>	1	12,5	1	12,5
	26-35	4	<b>50</b>	4	50	0	0
	36-45	4	<b>57,14</b>	2	28,57	1	14,29
	46-55	3	<b>42,86</b>	2	28,57	2	28,57
	55 a více	0	<b>0</b>	3	37,5	5	62,5
	<b>celkem M</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
Celkový počet		96	<b>73,85</b>	16	12,31	18	13,85

PPP jsou odborníky na tuto problematiku považovány za stejně závažný jev jako alkoholismus, drogová závislost či gambling. Z celkového počtu dotázaných respondentů odpovědělo na otázku kladně 96 osob (73,85 %), záporně 16 respondentů (12,31 %), nevědělo 18 dotázaných (13,85 %).

Ve skupině žen bylo 70 kladných odpovědí (87,5 %) a pouhé 3 záporné (3,75 %), 7 žen odpovědělo, že neví (8,75 %). Muži odpověděli ano v 26 případech (52 %), ne bylo 13 odpovědí (26 %) a nevím 11 odpovědí (22 %).

Tabulka č. 16: Závažnost PPP B

Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	22	<b>68,75</b>	2	6,25	8	25
16-25	26	<b>92,86</b>	2	7,14	0	0
26-35	14	<b>73,68</b>	4	21,05	1	5,26
36-45	19	<b>90,48</b>	2	9,52	0	0
46-55	11	<b>84,62</b>	2	15,38	0	0
55 a více	4	<b>50</b>	4	50	0	0

V tabulce, která prezentuje výsledky podle věkových kategorií, nejvyšší počet kladných odpovědí byl ve věkových kategoriích 16-25 let (92,86 %) a 36-45 let (90,48 %), nejméně ve skupině respondentů 55 let a více (50 %).

**Otázka č. 12: Považujete poruchy příjmu potravy za nebezpečné a škodlivé pro organismus?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Tabulka č. 17: Škodlivost PPP pro organismus A

Pohlaví	Otázka č.	12					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16	<b>20</b>	100	0	0	0	0
	16-25	<b>21</b>	100	0	0	0	0
	26-35	<b>11</b>	100	0	0	0	0
	36-45	<b>15</b>	100	0	0	0	0
	46-55	<b>7</b>	87,5	0	0	1	12,5
	55 a více	<b>4</b>	80	0	0	1	20
	<b>celkem Ž</b>	<b>78</b>	<b>97,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>
	MUŽI	do 16	<b>12</b>	100	0	0	0
16-25		<b>7</b>	87,5	0	0	1	12,5
26-35		<b>5</b>	62,5	1	12,5	2	25
36-45		<b>6</b>	85,71	1	14,29	0	0
46-55		<b>4</b>	57,14	1	14,29	2	28,57
55 a více		<b>4</b>	50	2	25	2	25
<b>celkem M</b>		<b>38</b>	<b>76</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>116</b>	<b>89,23</b>	<b>5</b>	<b>3,85</b>	<b>9</b>	<b>6,92</b>	

PPP jsou škodlivé pro organismus a z celkového počtu dotázaných respondentů odpovědělo na tuto otázku: kladně - 116 osob (89,23 %), záporně 5 respondentů (3,85 %), nevědělo 9 dotázaných (6,92 %).

Ve skupině žen bylo 78 kladných odpovědí (97,5 %), žádné záporné a 2 ženy neznaly odpověď na otázku (2,5 %). Muži odpověděli ano v 38 případech (76 %), ne bylo 5 odpovědí (3,85 %) a nevím 7 odpovědí (14 %).

**Tabulka 18: Škodlivost PPP pro organismus B**

Otázka č.	12					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
<b>do 16</b>	32	<b>100</b>	0	0	0	0
<b>16-25</b>	28	<b>100</b>	0	0	0	0
<b>26-35</b>	16	<b>88,89</b>	1	5,56	1	5,56
<b>36-45</b>	21	<b>95,45</b>	1	4,55	0	0
<b>46-55</b>	11	<b>91,67</b>	1	8,33	0	0
<b>55 a více</b>	8	<b>80</b>	2	20	0	0

Výsledky podle věkových kategorií prezentují nejvyšší počet kladných odpovědí ve věkových kategoriích dotázaných do 16 let (100 %) a 16-25 let (100 %), nejméně ve skupině respondentů 55 let a více (80 %).

**Otázka č. 13: Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit trvalé následky na zdraví nebo i smrt?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Tabulka č. 19: Riziko zdravotních následků a smrti u PPP A

Pohlaví	Otázka č.	13					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16	19	95	0	0	1	5
	16-25	21	100	0	0	0	0
	26-35	11	100	0	0	0	0
	36-45	15	100	0	0	0	0
	46-55	8	100	0	0	0	0
	55 a více	3	60	1	20	1	20
	celkem Ž	77	96,25	1	1,25	2	2,5
	MUŽI	do 16	11	91,67	1	8,33	0
16-25		7	87,5	0	0	1	12,5
26-35		4	50	2	25	2	25
36-45		4	57,14	1	14,29	2	28,57
46-55		3	42,86	1	14,29	3	42,86
55 a více		3	37,5	3	37,5	2	25
celkem M		32	64	8	16	10	20
Celkový počet		109	83,85	9	6,92	12	9,23

PPP mohou způsobit trvalé následky na zdraví a dokonce i smrt. Z celkového počtu dotázaných odpovědělo na otázku týkající se zdravotních rizik PPP a následné smrti 109 osob kladně (83,85 %), ve skupině žen byla kladná odpověď u 77 dotázaných (96,25 %) a ve skupině mužů kladně odpovědělo 32 respondentů (64 %).

Tabulka č. 20: Riziko zdravotních následků a smrti u PPP B

Otázka č.	13					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	30	93,75	1	3,13	1	3,13
16-25	28	100	0	0	0	0
26-35	15	83,33	2	11,11	1	5,56
36-45	19	95	1	5	0	0
46-55	11	91,67	1	8,33	0	0
55 a více	6	60	4	40	0	0

Z hlediska věkových kategorií odpověděli na uvedenou otázku kladně nejčastěji respondenti ve skupině osob 16-25 let (100 %) a ve skupině do 16 let (93,75 %), nejmenší počet kladných odpovědí je ve kategorii respondentů 55 let a více (60 %).

**Otázka č. 14: Domníváte se, že se poruchy příjmu potravy dají vyléčit?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**Tabulka č. 21: Léčitelnost PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	14					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16	<b>18</b>	90	1	5	1	5
	16-25	<b>12</b>	57,14	2	9,52	7	33,33
	26-35	<b>10</b>	90,91	0	0	1	9,09
	36-45	<b>13</b>	86,67	0	0	2	13,33
	46-55	<b>7</b>	87,5	0	0	1	12,5
	55 a víc	<b>4</b>	80	0	0	1	20
	celkem Ž	<b>64</b>	80	3	3,75	13	16,25
	MUŽI	do 16	<b>10</b>	83,33	0	0	2
16-25		<b>8</b>	100	0	0	0	0
26-35		<b>5</b>	62,5	2	25	1	12,5
36-45		<b>3</b>	42,86	1	14,29	3	42,86
46-55		<b>2</b>	28,57	5	71,43	0	0
55 a víc		<b>2</b>	25	2	25	4	50
celkem M		<b>30</b>	60	10	20	10	20
Celkový počet		<b>94</b>	72,31	13	10	23	17,69

PPP se vyléčit dají, ale je to často dlouholetý boj. Z celkového počtu zúčastněných respondentů se 94 osob (72,31 %) domnívá, že se PPP dají vyléčit. Ve skupině žen tento názor sdílí 64 dotázaných (80 %) a ve skupině mužů je to 30 osob (60 %).

**Tabulka č. 22: Léčitelnost PPP B**

Otázka č.	14					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	28	<b>87,5</b>	1	3,13	3	9,38
16-25	20	<b>90,91</b>	2	9,09	0	0
26-35	15	<b>83,33</b>	2	11,11	1	5,56
36-45	16	<b>94,12</b>	1	5,88	0	0
46-55	9	<b>64,29</b>	5	35,71	0	0
55 a více	6	<b>75</b>	2	25	0	0

Nejvíce věří ve vyléčení PPP dotázaní ve věkové kategorii 36-45 let (94 %), na druhém místě je skupina respondentů ve věku 16-25 let. Naopak nejméně jsou o tom přesvědčeni dotázaní ve skupině 55 let a více.

**Otázka č. 15: Víte co jsou to „pro-ana blogy“?**

- a. ano (prosím stručně charakterizujte)
- b. ne

Z celkového souboru (130 osob) má informace o „pro-ana blogu“ 8 dotázaných (6,15 %). Ve věkové kategorii do 16 let (3 ženy), 16-25 let (2 ženy), 36-45 (2 ženy) a ve věkové skupině 26-35 let (1 muž).

**Otázka č. 16: Existují podle Vašeho názoru povolání, která jsou pro vznik poruch příjmu potravy více riziková?**

- a. ano (prosím uveďte příklady)
- b. ne
- c. nevím

**Tabulka č. 23: Vliv povolání na vznik PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	16					
ŽENY	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
	do 16	12	60	2	10	6	30
	16-25	17	80,95	2	9,52	2	9,52
	26-35	9	81,82	0	0	2	18,18
	36-45	12	80	2	13,33	1	6,67
	46-55	5	62,5	1	12,5	2	25
	55 a více	3	60	1	20	1	20
	celkem Ž	58	72,5	8	10	14	17,5
MUŽI	do 16	2	16,67	2	16,67	8	66,67
	16-25	1	12,5	3	37,5	4	50
	26-35	4	50	0	0	4	50
	36-45	2	28,57	0	0	5	71,43
	46-55	3	42,86	0	0	4	57,14
	55 a více	3	37,5	2	25	3	37,5
	celkem M	15	30	7	14	28	56
Celkový počet		73	56,15	15	11,54	42	32,31

Z celkového počtu respondentů vidí spojitost vzniku PPP s konkrétním povoláním 73 osob (56,15 %). Ve skupině žen si to myslí 58 dotázaných (72,5 %) a mezi muži je to 15 osob (30 %). Respondenti uvádí jako rizikovou oblast pro vznik PPP především módní a zábavní průmysl (modelky, herečky, tanečnice).

**Tabulka č. 24: Vliv povolání na vznik PPP B**

Otázka č.	<b>16</b>					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	14	<b>43,75</b>	4	12,5	14	43,75
16-25	18	<b>78,26</b>	5	21,74	0	0
26-35	13	<b>92,86</b>	0	0	1	7,14
36-45	14	<b>87,5</b>	2	12,5	0	0
46-55	8	<b>88,89</b>	1	11,11	0	0
55 a více	6	<b>66,67</b>	3	33,33	0	0

Nejvíce respondentů spojuje vznik PPP s určitou profesí ve věkové kategorii 26-35 let (92,86 %), za nimi pak následuje věková skupina dotázaných ve věku 46-55 let (88,89 %), nejméně s tímto názorem souhlasí skupina mladých respondentů do 16 let (43,75 %).

**Otázka č. 17: Vznik poruch příjmu potravy může být ovlivněn (můžete označit více možností)**

- a. médií (fotografie modelek, hereček, články propagující štíhlost, diety)
- b. psychikou (stres, šikana, narážky na hmotnost, problémy v práci nebo ve škole)
- c. touhou po štíhlosti
- d. narušenými rodinnými vztahy (ambice rodičů, sexuální zneužívání, komunikace)
- e. závažná životní situace (rozvod rodičů, smrt blízké osoby, nemoc)

Tabulka č. 25: Faktory ovlivňující vznik PPP A

Pohlaví	Otázka č.	17				
	Věk/Odp.	a	b	c	d	e
ŽENY	do 16	16	19	17	11	13
	16-25	21	21	21	18	16
	26-35	10	11	10	7	7
	36-45	15	14	13	12	9
	46-55	8	8	6	5	4
	55 a více	4	5	5	2	2
	<b>celkem Ž</b>	<b>74</b>	<b>78</b>	<b>72</b>	<b>55</b>	<b>51</b>
MUŽI	do 16	8	10	11	1	6
	16-25	5	7	7	11	3
	26-35	5	8	6	7	5
	36-45	5	4	6	6	2
	46-55	3	5	5	6	1
	55 a více	4	7	4	5	1
	<b>celkem M</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>104</b>	<b>119</b>	<b>111</b>	<b>59</b>	<b>69</b>	

Na tuto otázku mohli respondenti zvolit více možných odpovědí, proto jsem vyhodnocení provedla podle četnosti odpovědí u jednotlivých možností.

V rámci celého dotazovaného souboru byla za nejčastější faktor ovlivňující vznik PPP považována psychika (stres, šikana, nářky na hmotnost, problémy v práci/ve škole), což uvádí 119 osob, na druhém místě se objevila touha po štihlosti (111 osob) a na třetím vliv médií (104 dotázaných).

Muži zvolili na první místo rovněž psychiku (41) a na druhém místě je touhu po štihlosti (39). Ženy za rozhodující faktory ovlivňující vznik PPP považují touhu po štihlosti (78 osob) a na druhém místě je podle nich vliv médií (74 dotázaných).

Tabulka č. 26: Faktory ovlivňující vznik PPP B

Otázka č.	17				
Věk/Odp.	a	b	c	d	e
do 16	24	29	28	12	19
16-25	26	28	28	29	19
26-35	15	19	16	14	12
36-45	20	18	19	18	11
46-55	11	13	11	11	5
55 a více	8	12	9	7	3

V tabulce, kde jsou výsledky prezentovány podle věku, nelze nalézt výraznější rozdíly.



**Otázka č. 18: Znáte osobně nebo ve svém okolí někoho s poruchou příjmu potravy?**

- a. ano (prosím uveďte – např. dcera, kamarádka, rodiče)  
b. ne

**Tabulka č. 27: Znalost osoby s PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	18			
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %
ŽENY	do 16	2	10	18	90
	16-25	7	33,33	14	66,67
	26-35	6	54,55	5	45,45
	36-45	5	33,33	10	66,67
	46-55	1	12,5	7	87,5
	55 a víc	1	20	4	80
	<b>celkem Ž</b>	<b>22</b>	<b>27,5</b>	<b>58</b>	<b>72,5</b>
MUŽI	do 16	1	8,33	11	91,67
	16-25	2	25	6	75
	26-35	2	25	6	75
	36-45	3	42,86	4	57,14
	46-55	1	14,29	6	85,71
	55 a víc	0	0	8	100
	<b>celkem M</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>82</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>31</b>	<b>23,85</b>	<b>99</b>	<b>76,15</b>	

Z celkového počtu respondentů zná 31 dotázaných (23,85 %) osobně nebo ve svém okolí osobu s PPP. Ve skupině žen zná jedince s PPP 22 dotázaných (27,5 %) a mezi muži 9 osob (18 %).

**Tabulka č. 28: Znalost osoby s PPP B**

Otázka č.	18			
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %
do 16	3	<b>9,38</b>	29	90,63
16-25	9	<b>31,03</b>	20	68,97
26-35	8	<b>42,11</b>	11	57,89
36-45	8	<b>36,36</b>	14	63,64
46-55	2	<b>13,33</b>	13	86,67

Nejvíce respondentů, kteří znají jedince s PPP je ve věkové kategorii 26-35 let (42,11 %), nejmenší zastoupení má věková skupina 46-55 let (13,33 %). Nejčastěji respondenti definují vztah k osobě s PPP jako ke kamarádce nebo známé, popř. dceři známé.

**Otázka č. 19: Myslíte si, že je ve školách věnována dostatečná pozornost této problematice?**

- a. ano (uveďte prosím příklad prevence)
- b. ne
- c. nevím

Tato otázka je součástí dotazníku určeného pro veřejnost. Údaje, které nejsou v tabulkách uvedeny, se týkají věkových skupin do 16 let a 16-25 let. Otázky vztahující se k těmto věkovým kategoriím jsou součástí dotazníku určeného pro školy a jsou vyhodnoceny samostatně.

**Tabulka č. 29: Problematika PPP ve školách A**

Pohlaví	Otázka č.	19					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16						
	16-25						
	26-35	0	0	8	80	2	20
	36-45	0	0	4	26,67	11	73,33
	46-55	4	50	0	0	4	50
	55 a více	0	0	1	20	4	80
	<b>celkem Ž</b>	<b>4</b>	<b>10,53</b>	<b>13</b>	<b>34,21</b>	<b>21</b>	<b>55,26</b>
	MUŽI	do 16					
16-25		0	0	5	71,43	2	28,57
26-35		0	0	3	37,5	5	62,5
36-45		0	0	0	0	7	100
46-55		0	0	0	0	7	100
55 a více		0	0	0	0	8	100
<b>celkem M</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>21,62</b>	<b>29</b>	<b>78,38</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>4</b>	<b>5,33</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>66,67</b>	

Z dotázaných respondentů jsou pouze 4 osoby (5,33%) přesvědčeny, že škola věnuje problematice PPP dostatečnou pozornost, 21 osob se domnívá, že škola se této problematice nevěnuje a 29 dotázaných (66,67 %) neví.

**Tabulka č. 30: Problematika PPP ve školách B**

Otázka č.	19					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16						
16-25	0	0	5	71,43	2	28,57
26-35	0	0	11	40,74	16	59,26
36-45	0	0	4	26,67	11	73,33
46-55	4	26,67	0	0	11	73,33
55 a více	0	0	1	7,69	12	92,31

Respondenti, kteří se domnívají, že škola věnuje pozornost problematice PPP, zastupují jedinou věkovou kategorii - 46-55 let (26,67 %).

**Otázka č. 19: Má vaše škola preventivní program o poruchách příjmu potravy?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Otázka je součástí dotazníku určeného pro školy. Respondenti zastupují věkové kategorie do 16 let a 16-25 let. Z celkového počtu žáků do 16 let uvedlo 25 dotázaných (78,13 %), že jejich škola se věnuje prevenci PPP. Na toto téma se ve škole pořádají přednášky, jako konkrétní příklad žáci uvedli Den zdraví. Rovněž ve věkové kategorii 16-25 let uvádí 17 studentů (72,27 %), že v jejich škole je PPP věnována pozornost.

**Otázka č. 20: Pokud vaše škola má preventivní program k této problematice, jaký má pro vás význam?**

Otázka je součástí dotazníku určeného pro školy a žádný z respondentů na ni neodpověděl.

**Otázka č. 21: Mluvili s vámi rodiče o poruchách příjmu potravy?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Otázka je součástí dotazníku určeného pro školy. Ve věkové skupině dotázaných do 16 let odpovědělo 25 % žáků kladně, rodiče s nimi o PPP mluvili. Ve věkové kategorii respondentů 16-25 let uvedlo 40,91 % studentů rozhovor s rodiči na téma PPP.

**Otázka č. 22: Domníváte se, že informovanost o poruchách příjmu potravy je v naší společnosti dostatečná?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Tato otázka je součástí dotazníku určeného pro školy (č. 22) a rovněž dotazníku pro veřejnost (č. 20). Odpovědi z obou dotazníků budou vyhodnoceny dohromady.

**Tabulka č. 31: Informovanost společnosti o PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	22 š=20 v					
		a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	Věk/Odp.						
	do 16	7	35	6	30	7	35
	16-25	8	38,1	12	57,14	1	4,76
	26-35	0	0	11	100	0	0
	36-45	2	13,33	5	33,33	8	53,33
	46-55	2	25	3	37,5	3	37,5
	55 a více	0	0	2	40	3	60
	<b>celkem Ž</b>	<b>19</b>	<b>23,75</b>	<b>39</b>	<b>48,75</b>	<b>22</b>	<b>27,5</b>
MUŽI	do 16	8	66,67	1	8,33	3	25
	16-25	3	37,5	2	25	3	37,5
	26-35	1	12,5	4	50	3	37,5
	36-45	1	14,29	2	28,57	4	57,14
	46-55	0	0	2	28,57	5	71,43
	55 a více	0	0	1	12,5	7	87,5
	<b>celkem M</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>50</b>
	<b>Celkový počet</b>	<b>32</b>	<b>24,62</b>	<b>51</b>	<b>39,23</b>	<b>47</b>	<b>36,15</b>

Z celkového počtu dotázaných respondentů se 32 osob (24,62 %) domnívá, že informovanost o PPP je v naší společnosti dostatečná, 51 respondentů (39,23 %) si naopak myslí, že informovanost o PPP dostatečná není a 47 respondentů (36,15 %) nedokázalo odpovědět.

Ve skupině dotázaných žen je o dostatečné informovanosti o PPP přesvědčeno 19 žen (23,75 %) a ve skupině mužů je o tom přesvědčeno 13 dotázaných (26 %).

**Tabulka č. 32: Informovanost společnosti o PPP B**

Otázka č.	22 š=20 v					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	15	<b>46,88</b>	7	21,88	10	31,25
16-25	11	<b>44</b>	14	56	0	0
26-35	1	<b>5,88</b>	15	88,24	1	5,88
36-45	3	<b>30</b>	7	70	0	0
46-55	2	<b>28,57</b>	5	71,43	0	0
55 a víc	0	<b>0</b>	3	100	0	0

Nejvíce respondentů, kteří se domnívají, že informovanosti o PPP je v naší společnosti dostatečná, spadá do věkové kategorie do 16 let (46,88 %).

**Otázka č. 23: Jak Vy vnímáte problematiku poruch příjmu potravy?**

- a. jedná se o skutečný problém, měla by se tomu v naší společnosti věnovat větší pozornost
- b. poruchy příjmu potravy vnímám jako problém, ale ne závažný
- c. poruchy příjmu potravy jsou přeceňovány, nevnímám je jako problém
- d. nevím

Tato otázka je součástí dotazníku určeného pro školy (č. 23) a rovněž dotazníku pro veřejnost (č. 21). Odpovědi z obou dotazníků budou vyhodnoceny dohromady.

Tabulka č. 33: Vnímání problematiky PPP A

Pohlaví	Otázka č.	23 š=21v							
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %	d	d v%
ŽENY	do 16	14	70	3	15	0	0	3	15
	16-25	20	95,24	1	4,76	0	0	0	0
	26-35	9	81,82	2	18,18	0	0	0	0
	36-45	11	73,33	4	26,67	0	0	0	0
	46-55	5	62,5	3	37,5	0	0	0	0
	55 a více	3	60	1	20	1	20	0	0
	<b>celkem Ž</b>	<b>62</b>	<b>77,5</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>	<b>1</b>	<b>1,25</b>	<b>3</b>	<b>3,75</b>
	MUŽI	do 16	7	58,33	1	8,33	2	16,67	2
16-25		5	62,5	3	37,5	0	0	0	0
26-35		2	25	6	75	0	0	0	0
36-45		4	57,14	3	42,86	0	0	0	0
46-55		0	0	2	28,57	3	42,86	2	28,57
55 a více		0	0	6	75	1	12,5	1	12,5
<b>celkem M</b>		<b>18</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>80</b>	<b>61,54</b>	<b>35</b>	<b>26,92</b>	<b>7</b>	<b>5,38</b>	<b>8</b>	<b>6,15</b>	

Z celkového počtu dotázaných respondentů 80 osob (61,54 %) vnímá problematiku PPP jako skutečný problém, kterému by měla naše společnost věnovat větší pozornost. Pokud jde o skupinu žen, uvádí stejný názor 62 dotázaných (77,5 %), ve skupině mužů je to 18 respondentů (36 %).

Z celkového počtu dotazovaných 35 respondentů (26,92 %) vnímá PPP jako problém, ale ne závažný a 7 osob (5,38 %) se domnívá, že PPP jsou přeceňovány a nepovažuje je za problém.

Tabulka č. 34: Vnímání problematiky PPP B

Otázka č.	23 š=21 v							
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %	d	d v %
do 16	21	65,6	4	12,5	2	7,41	5	15,6
16-25	25	86,2	4	13,8	0	0	0	0
26-35	11	55	8	40	1	5	0	0
36-45	15	68,2	7	31,8	0	0	0	0
46-55	5	41,7	5	41,7	0	0	2	16,7
55 a více	3	27,3	7	63,6	0	0	1	9,09

Jako skutečný problém, kterému je potřeba věnovat větší pozornost, vnímá problematiku PPP především skupina dotázaných ve věku 16-25 let (86,2 %) a 36-45 let (68,2 %).

Respondenti z věkové skupiny 55 let a více (63,6 %) považují PPP za problém, ale ne závažný.

#### Otázka č. 24: Podle Vašeho názoru jsou poruchy příjmu potravy problémem

- pouze oblasti módního a zábavního průmyslu (modelky, herečky, zpěvačky)
- dívek, které vidí vzor v modelkách a chtějí se jim podobat
- celé společnosti a mohou postihnout kohokoliv

Tato otázka je součástí dotazníku určeného pro školy (č. 24) a rovněž dotazníku pro veřejnost (č. 22). Odpovědi z obou dotazníků budou vyhodnoceny dohromady.

**Tabulka č. 35: Problémové skupiny PPP A**

Pohlaví	Otázka č.	24 š=22 v					
	Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
ŽENY	do 16	0	0	7	35	13	65
	16-25	0	0	3	14,29	18	85,71
	26-35	0	0	3	27,27	8	72,73
	36-45	0	0	2	13,33	13	86,67
	46-55	1	12,5	2	25	5	62,5
	55 a více	0	0	3	60	2	40
	<b>celkem Ž</b>	<b>1</b>	<b>12,5</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>59</b>	<b>73,75</b>
MUŽI	do 16	2	16,67	4	33,33	6	50
	16-25	1	12,5	2	25	5	62,5
	26-35	1	12,5	2	25	5	62,5
	36-45	1	14,29	1	14,29	5	71,43
	46-55	3	42,86	2	28,57	2	28,57
	55 a více	4	50	4	50	0	0
	<b>celkem M</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>46</b>
<b>Celkový počet</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>35</b>	<b>26,92</b>	<b>82</b>	<b>63,08</b>	

Z celkového počtu dotázaných respondentů 82 osob (63,08 %) považuje PPP za problém celé společnosti, jež mohou postihnout kohokoliv. Ve skupině žen udává stejný názor 59 dotázaných (73,75 %) a mezi muži je to 23 respondentů (46 %).

Skupina 35 dotázaných (26,92 %) se domnívá, že PPP jsou problémem dívek, které se zhlédly v modelingu a 13 osob (10 %) si myslí, že PPP se týkají pouze oblasti módního a zábavního průmyslu.

Tabulka č. 36: Problémové skupiny PPP B

Otázka č.	24 š=22 v					
Věk/Odp.	a	a v %	b	b v %	c	c v %
do 16	2	6,25	11	34,38	19	59,38
16-25	1	3,45	5	17,24	23	79,31
26-35	1	5,26	5	26,32	13	68,42
36-45	1	4,55	3	13,64	18	81,82
46-55	4	26,67	4	26,67	7	46,67
55 a více	4	30,77	7	53,85	2	15,38

Všechny dotázané věkové kategorie považují PPP za problém celé společnosti, kromě respondentů ve věkové skupině 55 let a více (53,75 %), kteří se domnívají, že PPP jsou především problémem dívek, jež vidí vzor v modelkách a chtějí se jim podobat.

#### Otázka č. 25. Jaký máte vlastní názor na poruchy příjmu potravy?

Tato otázka je součástí dotazníku určeného pro školy (č. 25) a rovněž dotazníku pro veřejnost (č. 23). Otázka je otevřená a odpovědělo na ni 11,54 % respondentů, převážně ženy. Ze zajímavých názorů vybírám:

**Žena do 16 let:** „Osobně bych takto neřešila svoje problémy, ale vidím to jako závažný problém, je to neovlivnitelná závislost podobně jako drogy, alkohol....“

**Žena 16-25 let:** „Podle mě je velice důležité nemoc rozpoznat co nejdříve a věnovat jí opravdu pozornost. Toto je ale úkolem rodičů, kamarádů.....“

**Žena 16-25 let:** „Při poruše příjmu potravy vždy musí být nějaký faktor, nějaký spouštěč, který člověka podnítl tak, že přestane jíst, že se přejídá.“

**Žena 26-35 let:** „Myslím si, že je to především psychická porucha. Může být způsobena situací člověka, ve které žije (rodinné, partnerské problémy). A také je to způsobeno kvůli médiím (články o modelkách a hubnutí).“

**Žena 46-55 let:** „Poruchy výživy vnímám jako důsledek chybné výchovy rodičů, zejména z pohledu nedostatku pozornosti a správného zájmu o děti.“

**Muž 17-25 let:** „Jsou to nebezpečné civilizační choroby, které by lidi měli brát vážně.“

**Muž 26-35 let:** „Jednou z hlavních podstat a příčin problému je velká mediální masáž, odklon od opravdových hodnot a malá vnímavost okolí.“



### 5.3 Analýza a prezentace výzkumu

V praktické části své diplomové práce jsem se snažila zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o problematice PPP a jaké postoje lidé zaujímají k tomuto nebezpečnému onemocnění.

Z celkového souboru respondentů, který tvořilo 80 žen a 50 mužů, se více jak 90 % dotázaných osob s pojmem PPP již setkala, a to se týká i jednotlivých věkových kategorií. Méně respondentů vykazuje znalost pojmu PPP pouze ve věkové kategorii 55 let a více.

Skupina respondentů (více než 80 %) rovněž dokázala určit hlavní znaky mentální anorexie a mentální bulimie. Správně zařadit jednotlivá onemocnění do poruch příjmu potravy zvládly především ženy, a to ve všech věkových kategoriích. Ve skupině dotázaných mužů to byla pouze polovina z nich. Nejlépe obstála kategorie mužů ve věku 36 – 45 let.

Na otázku, která se týkala znalosti specifických PPP, tedy orthorexie, bigorexie a drunkorexie nedokázal správně odpovědět nikdo z respondentů a o pro-anorektických blozích vědělo pouze 8 dotázaných. Všichni oslovení respondenti však správně označili rizikový věk pro vznik PPP (11-20 let) a také skutečnost, že tímto onemocněním trpí častěji ženy.

Domnívám se, že tyto výsledky odráží zvyšující se informovanost o PPP, především v posledních letech. PPP již nejsou záležitostí pouze lékařů a odborné literatury, ale prostřednictvím médií, se o nich dozvídá i široká veřejnost. Překvapující pro mě bylo poměrně vysoké povědomí o PPP u starší generace, tedy respondentů ve věku 55 let a výše.

Lze konstatovat, že většina lidí si PPP již dokáže spojit s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Záchvatovité přejídání či specifické PPP jsou zatím záležitostí především odborné literatury. Stejně tak o pro-anorektických blozích ví, podle mého názoru, kromě samotných nemocných, pouze úzký okruh odborníků, kteří se specializují na PPP.

Další otázka v dotazníku se týkala zdrojů informací o PPP. Zde se potvrdilo to, co jsem několikrát uvedla v teoretické části diplomové práce, a sice že hlavním zdrojem informací o PPP jsou pro celou skupinu respondentů především média. Bohužel jsem otázku více

nespecifikovala, tedy, která média jsou nejčastěji využívána, domnívám se však, že v současné době je to především internet.

Z pohledu rozdělení respondentů na ženy a muže uvádí ženy na prvním místě informace o PPP získané ve škole, z pohledu věkových skupin má stejný názor kategorie mladých respondentů do 16 let. Rozdíl mezi informacemi získávanými ve škole a informacemi z médií je však velmi malý. Informace poskytované v rámci školní prevence PPP, považuji za velmi důležité, protože žáci a studenti mají možnost získat více kvalitnějších informací zaměřených i na etiologii PPP.

Pokud jde prevenci PPP ve školách, překvapilo mě, jak se názory žáků, studentů a veřejnosti od sebe lišily. Zatímco téměř 3/4 žáků a studentů uvedly, že jsou jimi ve škole v rámci prevence poskytovány informace o PPP, veřejnost, tedy skupina respondentů nad 26 let je přesvědčena o opaku, tedy nedostatečné informovanosti. Celá skupina respondentů se však shoduje v tom, že společnost obecně neposkytuje dost informací o těchto nebezpečných poruchách.

Co se týče postojů veřejnosti k PPP, doposud jsem se domnívala, že lidé jsou sice informováni o těchto poruchách, ale nejedná se o informace, které by jim umožnily posoudit závažnost a nebezpečnost tohoto onemocnění. Mám na mysli poznatky o příčinách, komplikacích či důsledcích PPP. Následkem toho se pak vytváří negativní postoje veřejnosti k lidem s PPP. Výsledky mého výzkumu ale ukázaly něco jiného.

Většina respondentů (86 %) považuje PPP za psychickou poruchu, která může zanechat trvalé následky na zdraví nebo způsobit i smrt (83 %). Tento názor zaujímají jak muži, tak ženy. Vznik PPP je podle celé skupiny respondentů ovlivněn psychikou (to znamená stresem, následkem šikany, narážkami na hmotnost, problémy ve škole, v partnerském vztahu apod.). Z pohledu rozdělení na pohlaví se muži domnívají, že vznik PPP ovlivňuje psychika, ale téměř stejný počet si myslí, že PPP způsobuje touha po štíhlosti a tlak médií. Ženy mají velmi podobný názor, pouze vliv médií považují za silnější než touhu po štíhlosti.

Téměř 3/4 dotázaných ve všech věkových kategoriích (mimo osoby 55 let a více) považuje PPP za stejně závažný jev jako je závislost na alkoholu, drogách nebo hracích automatech. Na tento výsledek jsem pohlížela rovněž z hlediska rozdělení muži, ženy a zjistila jsem, že tento názor má pouze polovina mužů oproti 80 % žen.

Největší názorový rozdíl se objevil mezi muži a ženami v odpovědích na otázku, zda jsou PPP skutečným problémem celé společnosti, mohou postihnout kohokoliv, a tudíž by jim měla být věnována mnohem větší pozornost. S tímto názorem sice souhlasilo přes 60 % respondentů, ženy jsou o tom přesvědčeny téměř v 80 %, zatímco muži se tímto názorem ztotožnili pouze v 36 %!

Jedním z možných vysvětlení by mohl být fakt, že ženy a dívky se setkávají s PPP ve svém životě mnohem častěji než muži. Jsou o nich více informovány a mohou tedy lépe posoudit jejich závažnost. Nejenom, že ženy onemocní PPP desetkrát častěji než muži, mají tedy osobní zkušenost, tuto zkušenost mohou získat i zprostředkovaně. To znamená, že některou z poruch trpěla či trpí jejich kamarádka, sestra, kolegyně. Rovněž časopisy a pořady pro ženy se zaměřují na problematiku PPP mnohem více než časopisy pro muže. Všechny tyto skutečnosti mohou formovat postoje žen a mužů k problematice PPP.

Z mého výzkumu tedy vyplývá, že muži sice považují PPP za problém celé společnosti, který může postihnout kohokoliv, ale nemyslí se, že je závažný. Ženy vnímají problematiku PPP jako skutečný problém celé společnosti, která by mu měla věnovat daleko větší pozornost.

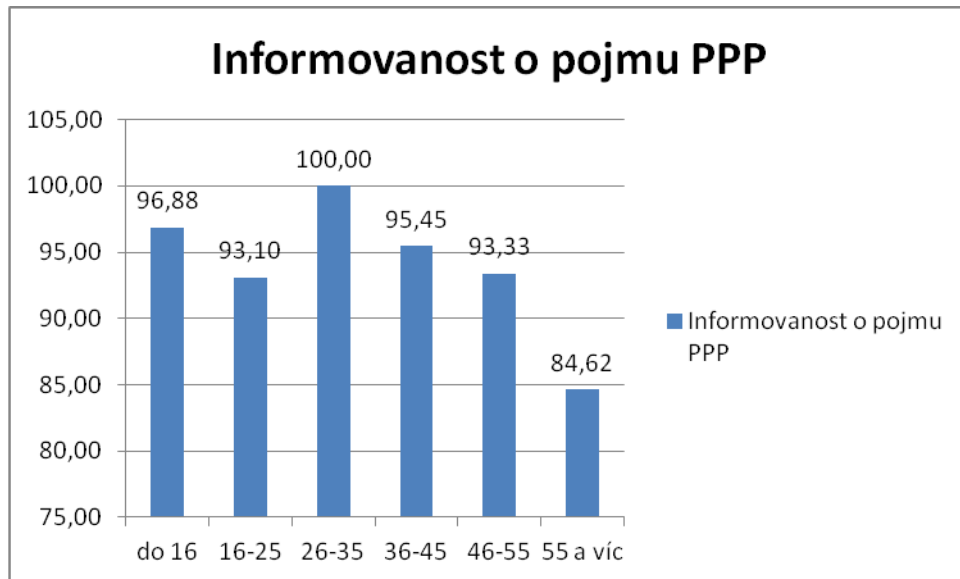
V závěru výzkumné části diplomové práce bych ráda zdůraznila, že si uvědomuji skutečnost, že tento výzkum vzhledem k svému rozsahu není vypovídající a nelze ho zobecnit na celou populaci. Lze jej ale považovat za určitý vhled do dané problematiky. I přes tento nedostatek se domnívám, že poznatky uvedené v diplomové práci mohou být využity především v oblasti prevence PPP. Například jako metodická příručka prevence PPP na základních nebo středních školách, ale také v Občanském sdružení Anabell.

Konkrétní nabídku na využití výsledků výzkumu jsem již dostala ze Základní školy v Rosicích, kde jsem realizovala svůj výzkum mezi žáky osmé a deváté třídy. Byla jsem oslovena metodičkou prevence, zda bych mohla vypracovat závěrečnou zprávu, popřípadě jim poskytnou svou diplomovou práci pro potřeby prevence PPP.

Hypotéza H1: S rostoucím věkem klesá informovanost o poruchách příjmu potravy.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 1, která byla zaměřena na zjištění informovanosti o pojmu poruchy příjmu potravy.

**Graf 1: Závislost míry informovanosti o pojmu PPP v závislosti na věku.**



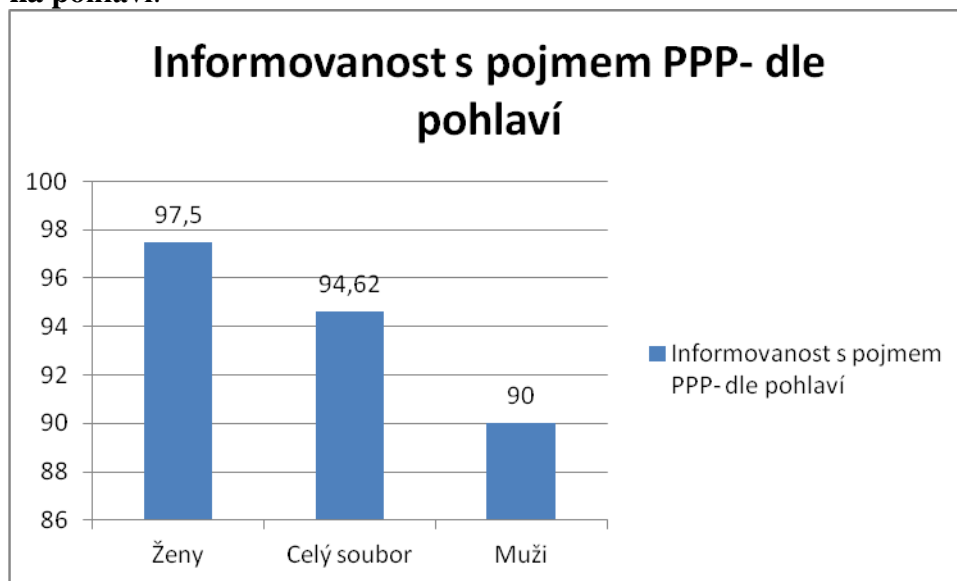
Z grafu je patrné, že informovanost se s věkovou skupinou respondentů mění. Největší informovanost prokázala věková skupina 26-35 let (100 %), poté informovanost trvale klesala, nejhorší informovanost je ve věkové skupině 55 let a více (84,62 %). Překvapivě nízká je úroveň informovanosti respondentů ve věkové skupině 16-25 let (93,10 %), která částečně patří do nejrizikovější skupiny vzniku PPP.

Hypotéza H1 **se potvrdila.**

Hypotéza H2: Ženy jsou lépe informovány o poruchách příjmu potravy než muži.

Ke druhé hypotéze se vztahoval soubor odpovědi na otázky č. 1 (viz graf č. 2) a na otázky č. 3, 4, 5, 10, 13 a 14, který je rozdělen podle pohlaví v tabulce č. 37.

**Graf č. 2: Závislost míry informovanosti o pojmu PPP v závislosti na pohlaví.**



Z hlediska rozdělení respondentů podle pohlaví se s pojmem PPP častěji setkaly ženy (97,5 %), než muži (90 %).

**Tabulka č. 37: Úroveň znalostí respondentů na vybrané otázky**

Otázka č.	Ženy	Muži	Celý soubor
3	82,5	50	70
4	88,75	78	84,62
5	88,75	66	80
10	96,25	70	86,15
13	96,25	64	83,85
14	80	60	72,31
Průměr	<b>88,75</b>	<b>64,67</b>	79,49

Správně zařadilo pojmy mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání mezi PPP 82,5 % dotázaných žen a 50 % mužů.

Charakteristické znaky mentální anorexie dobře určilo 88,75 % žen a 78 % mužů, mentální bulimie rovněž 88,75 % žen a 66 % mužů.

PPP jsou psychickou poruchou a tuto odpověď označilo 96,25 % žen a 70 % mužů.

Na otázku, zda PPP mohou způsobit trvalé následky na zdraví a dokonce i smrt, správně odpovědělo ve skupině žen 96,25 % dotázaných a ve skupině mužů 64 % dotázaných.

PPP se dají vyléčit a ve skupině žen tento názor sdílí 80 % dotázaných a ve skupině mužů 60 % respondentů.

Hypotéza H2 se **potvrdila**.

Hypotéza H3: Veřejnost považuje poruchy příjmu potravy za méně škodlivý jev, než závislost na alkoholu, drogách nebo gambling.

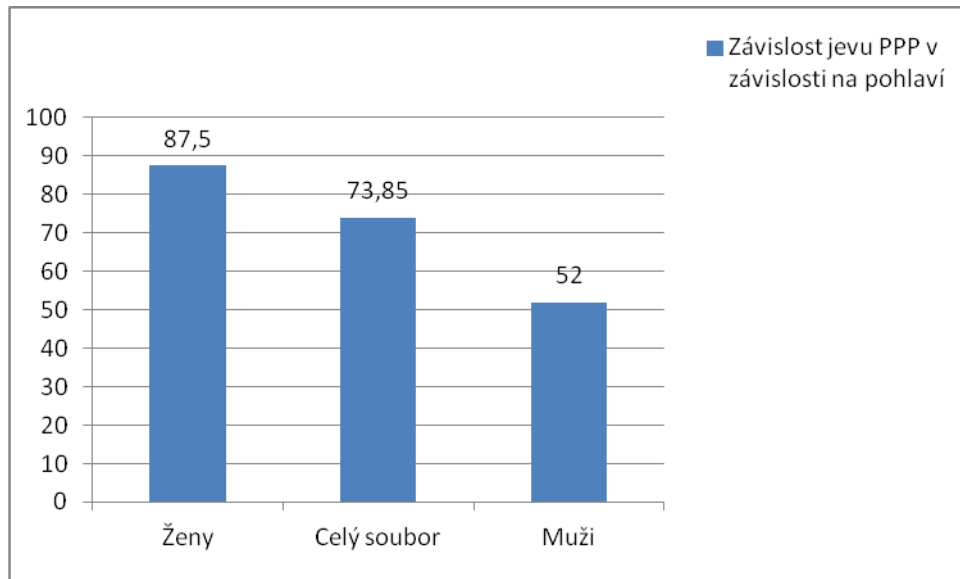
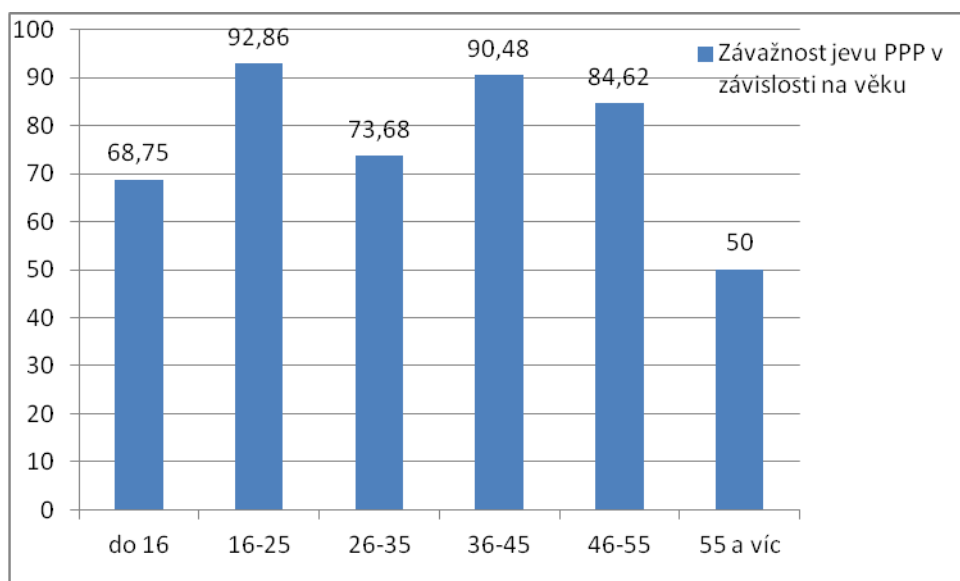
Tuto hypotézu má potvrdit nebo vyvrátit soubor odpovědí na otázku č. 11 (viz tabulka č. 38).

**Tabulka č. 38: Závažnost jevu PPP**

Otázka č.	11
Ženy	87,5
Muži	52
Celý soubor	73,85
Věk.skup.	/
do 16	68,75
16-25	92,86
26-35	73,68
36-45	90,48
46-55	84,62
55 a více	50

V téměř všech skupinách dotázaných respondentů převážil názor, že PPP jsou stejně závažný jev jako je závislost na alkoholu, drogách nebo na automatech (gambling). Pouze ve věkové skupině 55 let a více si to myslí 50 % dotázaných.

Silněji jsou o tom přesvědčeny ženy (87,5 %) než muži (52 %) a z hlediska věku je o tom nejvíce přesvědčena věková kategorie 16-25 let (viz graf č. 4).

**Graf č. 3: Závažnost jevu PPP v závislosti na pohlaví.****Graf č. 4: Závažnost jevu PPP v závislosti na věku.**

Hypotéza H3 se nepotvrdila.

.

Hypotéza H4: Veřejnost vnímá poruchy příjmu potravy více jako touhu po štíhlosti než jako psychické onemocnění.

Ke čtvrté hypotéze se vztahuje soubor odpovědí na otázku č. 17 (viz tabulka č. 39).

Tabulka č. 39: Odpovědi k otázce č. 17

Otázka č.	17	
Věk/Odp.	b-psychika	c -štíhlost
do 16	29	28
16-25	28	28
26-35	19	16
36-45	18	19
46-55	13	11
55 a víc	12	9
Ženy	78	72
Muži	41	36
Celkem	119	111

V celkovém souboru respondentů ve skupině dotázaných žen, mužů i ve věkových kategoriích osob do 16 let, 26-35 let, 46-55 let a 55 let a více převážil názor, že vznik PPP je více ovlivněn psychikou než touhou po štíhlosti, ve věkové kategorii 16-25 let mají respondenti shodný názor, pouze ve věkových kategoriích 36-45 let a 46-55 let se respondenti domnívají, že vznik PPP je více způsoben touhou po štíhlosti než psychikou.

Hypotéza H4 se **nepotvrdila**.



## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na zjišťování postojů veřejnosti k problematice PPP. V teoretické části jsem vymezila základní pojmy PPP a uvedením příčin, příznaků a důsledků (zdravotních, psychických i sociálních) jsem se snažila poukázat na závažnost těchto poruch a upozornit na dopady na rodinný, partnerský, společenských i profesní život nemocných. Cílem praktické části bylo zjistit, jak je veřejnost o závažnosti PPP informována a jaké postoje k této problematice zaujímá.

Z výzkumu, jenž byl součástí mé diplomové práce, vyplynulo, že informace, které veřejnost dostává, jsou stále více zaměřeny na větší pochopení problematiky PPP, a to může následně kladně ovlivnit její postoje jak k PPP, tak i k nemocným jedincům. Lidé začínají vnímat PPP jako závažné psychické onemocnění, které může postihnout kohokoliv a je problémem celé naší společnosti.

Výsledky výzkumu, jsou tedy poměrně pozitivní. Přesto je třeba konstatovat, že počet případů onemocnění tak pozitivní není a někteří odborníci dokonce varují před jejich nárůstem a neustálým snižováním věkové hranice nemocných.

V životě každého člověka je rozhodujícím obdobím dětství. V jeho průběhu a především vlivem rodiny se formují jeho postoje k sobě, životu, jídlu i vlastnímu tělu. Rodina je určující pro chování jedince, jeho jídelní i pohybové návyky a životní styl. Smysl má pouze tolerance, střízlivost a umírněnost v postojích a jednáních, protože neexistují žádná jednoduchá a zázračná řešení. Důležité není to, co rodiče říkají, ale to co je vidět – jejich jednání, jejich vzor. Jestliže se sami přejídají, trpí PPP, nedodržují jídelní režim, drží neustále diety, nemohou nic jiného očekávat ani od svých dětí.<sup>119</sup>

Cesta ke spokojenosti a akceptování vlastního těla, k přiměřenému zdraví a dobrému vzhledu je zcela individuální, ale člověk má většinou možnost a příležitost na sobě pracovat a dosáhnout určité míry spokojenosti se sebou samým. Jako v každé oblasti lidského života, tak i ve volbě životního stylu musí člověk dělat rozhodnutí, která nejsou vždy snadná a příjemná.

Je neuvěřitelné, do čeho všeho jsou lidé v touze po dokonalosti schopni investovat nemalé částky. Plastická chirurgie, diety, kosmetická péče, doplňky stravy apod. Kolik by místo

---

<sup>119</sup> KRCH, F., D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu.*, Praha: Granit, 1993, s. 164

toho mohli procestovat, dopřát si, prožít, kdyby přestali hledat nesmyslný a nepřirozený ideál a dokázali být šťastní tak jak jsou. S tím ovšem hmotnost nemá nic společného.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> FIALOVÁ, L., KRCH, F. D.: *Pojetí vlastního těla-zdraví, zdatnost, vzhled*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, s. 11

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ALLPORT, W. G. *O povaze předsudků*. 1.vyd. Praha: Prostor, 2004, 574s. ISBN 80-7260-125-3.
- [2] BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 3.vyd. Public promotion, 2008, 251s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [3] CASSUTO, D. A., GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout*, 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 120s. ISBN 978-80-7367-357.
- [4] COOPER, P. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*. 1.vyd. Olomouc: Votobia, 1995, 207s. ISBN 80-85885-97-2.
- [5] ČERNÁ, Š. *Poruchy příjmu potravy*, Bakalářská práce, Brno: IMS, 2013, 77s.
- [6] DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 3.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005, 374s. ISBN 80-246-0139-7.
- [7] FIALOVÁ, L., KRCH, F. D. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2012, 278s. ISBN 978-80-246-2160-9.
- [8] FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- [9] HÁJKOVÁ, M. *Bigorexie: Když vám svaly lezou na mozek*. *Vitalia.cz* [online]. 2013[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/bigorexie-kdyz-jsou-svaly-nejdulezitejsi/>
- [10] HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*, 1.vyd. Brno: ERA, 2003, 240s. ISBN 80-86517-60-8.
- [11] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4.vyd. Praha: Portál, 2010, 797s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [12] HÁTLOVÁ, P., *Myšlenky anorektiček: jídlo, vzhled i smrt*. *Novinky.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/303890-myslenky-anorekticek-jidlo-vzhled-i-smrt.htm>
- [13] HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6.vyd. Praha: Portál, 2011, 166s. ISBN 978-80-7367-909-5.

- [14] HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie*, 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 769s. ISBN 80-7367-092-5.
- [15] JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 285s. ISBN 80-7178-535-0.
- [16] KOUBOVÁ, A. *Nepřítel se třemi „P“*, Svět ženy, 2012, č. 3, s. 48, 49. ISSN 1213-757X.
- [17] KRAUS, B., SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*, Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 63s.
- [18] KRAVÁČKOVÁ, P. *Terciální prevence poruch příjmu potravy*, Diplomová práce, Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, 2012, 82s.
- [19] KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 200s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [20] KRCH, F. D. *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*, Psychologie dnes, 2006, č. 10, s. 25-27. ISSN 1212-9607.
- [21] KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 235s. ISBN 80-7178-598-9.
- [22] KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010, 264s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [23] KRCH, F. D. a kolektiv *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 240s. ISBN 80-7169-627-7.
- [24] KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. 1.vyd. Praha: Granit, 1993, 191s. ISBN 80-85805-12-X.
- [25] KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1.vyd. Praha: MOTTO, 1998, 96s. ISBN 80-85872.86-2.
- [26] KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. *Idealni.cz* [online]. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251)
- [27] LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140s. ISBN 80-205-0499-0.

- [28] MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001, 240s. ISBN 80-7178-521-0.
- [29] MÁLKOVÁ, S. *Kdy zdravé stravování přestává být zdravým Orthorexie*. Bakalářská práce, Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta, 2010, 41s.
- [30] MARTYKÁNOVÁ, L., PISKÁČKOVÁ Z. *Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy*. Časopis Výživa a potraviny [online]. 2010 [cit. 2014-02-05] Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>.
- [31] MIČÁNOVÁ, M. *Média a jejich vliv na postoje lidí ke zdraví v laické populaci*, Bakalářská práce, Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2010, 95s.
- [32] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, 152s. ISBN 80-7178-831-7.
- [33] NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [34] Občanské sdružení Anabell: *Motivace-Terapie-Uplatnění*. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/ukoncene-projekty/motivace-terapie-uplatneni>.
- [35] Občanské sdružení Anabell, *Sociální poradenství a jiné služby Občanského sdružení Anabell*, Informační leták. Brno.
- [36] Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii a mentální bulimii*. Informační leták, Brno, 15. 8. 2010.
- [37] PACKOVÁ, Z. *Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie*. Bakalářská práce, Brno: IMS, 2012, 67s.
- [38] PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 424s. ISBN 978-80.247-2425-6.
- [39] PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN, 2012, 47s. ISBN 978-80-87258-98-9.
- [40] PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. et al. *Psychiatrie v primární péči*. 1.vyd, Praha: Mladá fronta, 2013, 855s. ISBN 978-80-204-2798-4.

- [41] Pražské centrum primární prevence: Portál primární prevence rizikového chování v Praze [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>.
- [42] PRESSEROVÁ, V., *Hladový souboj s vlastním Já. Šokující příběh známé atletky.*, Plus, 2006, č. 9, s. 80. ISSN 1211-7404.
- [43] RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách.* Brno: IMS, 2009, 57s.
- [44] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Tři pé aneb poruchy příjmu potravy od A do ZET.* [online]. 2004 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>.
- [45] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 128s. ISBN 80-7178-795-7.
- [46] SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy.* 1.vyd. Praha: Galén, 2010, 505s. ISBN 978-80-7262-676-2.
- [47] ŠVÉDOVÁ, J. *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci.* 1.vyd. Vydalo: Občanské sdružení Anabell, 2012, 74s.
- [48] TYLOVÁ, O. *Devítihlavá saň anorexie,* Svět ženy, 2004, č. 5, s. 122, 124. ISSN 1213-757X.
- [49] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 444s. ISBN 80-7178-214-9.
- [50] VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie,* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 356s., ISBN 80-246-0841-3.
- [51] VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie.* Brno: IMS, 2010, 181 s.
- [52] VISCOJIS.CZ, *Drunkorexie - nově vznikající porucha příjmu potravy.* Viscojis.cz [online]. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: [http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176%3A163&catid=68%3Aporuchy-pijmu-potravy&Itemid=118](http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=176%3A163&catid=68%3Aporuchy-pijmu-potravy&Itemid=118)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PPP Poruchy příjmu potravy

BMI Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)

MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, desátá revize

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č.1: Závislost míry informovanosti o pojmu PPP v závislosti na věku	84
Graf č. 2: Závislost míry informovanosti o pojmu PPP v závislosti na pohlaví.	85
Graf č. 3: Závažnost jevu PPP v závislosti na pohlaví.	87
Graf č.4: Závažnost jevu PPP v závislosti na věku.	87



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Znalost pojmu porucha příjmu potravy A	55
Tabulka č. 2: Znalost pojmu porucha příjmu potravy B	56
Tabulka č. 3: Zdroj informací o pojmu PPP A.	57
Tabulka č. 4: Zdroj informací o pojmu PPP B	57
Tabulka č. 5: Jednotlivé typy PPP A	58
Tabulka č. 6: Jednotlivé typy PPP B	59
Tabulka č. 7: Znaky mentální anorexie A	59
Tabulka č. 8: Znaky mentální anorexie B	60
Tabulka č. 9: Znaky mentální bulimie A	61
Tabulka č. 10: Znaky mentální bulimie B	61
Tabulka č. 11: Rizikový věk pro vznik PPP A	63
Tabulka č. 12: Rizikový věk pro vznik PPP B	63
Tabulka č. 13: PPP jako psychická porucha A	64
Tabulka č. 14: PPP jako psychická porucha B	64
Tabulka č. 15: Závažnost PPP A	65
Tabulka č. 16: Závažnost PPP B	66
Tabulka č. 17: Škodlivost PPP pro organismus A	66
Tabulka č. 18: Škodlivost PPP pro organismus B	67
Tabulka č. 19: Riziko zdravotních následků a smrti u PPP A	68
Tabulka č. 20: Riziko zdravotních následků a smrti u PPP B	68
Tabulka č. 21: Léčitelnost PPP A	69
Tabulka č. 22: Léčitelnost PPP B	69
Tabulka č. 23: Vliv povolání na vznik PPP A	70
Tabulka č. 24: Vliv povolání na vznik PPP B	71
Tabulka č. 25: Faktory ovlivňující vznik PPP A	72
Tabulka č. 26: Faktory ovlivňující vznik PPP B	72
Tabulka č. 27: Znalost osoby s PPP A	73
Tabulka č. 28: Znalost osoby s PPP B	73
Tabulka č. 29: Problematika PPP ve školách A	74
Tabulka č. 30: Problematika PPP ve školách B	75
Tabulka č. 31: Informovanost společnosti o PPP A	76
Tabulka č. 32: Informovanost společnosti o PPP B	77

Tabulka č. 33: Vnímání problematiky PPP A	78
Tabulka č. 34: Vnímání problematiky PPP B	78
Tabulka č. 35: Problémové skupiny PPP A	79
Tabulka č. 36: Problémové skupiny PPP B	80
Tabulka č. 37: Úroveň znalostí respondentů na vybrané otázky	85
Tabulka č. 38: Závažnost jevu PPP	86
Tabulka č. 39: Odpovědi k otázce č. 17	88

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Dotazník č. 1 – pro školy

Příloha P II: Dotazník č. 2 – pro veřejnost

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK Č. 1 – PRO ŠKOLY

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zdeňka Packová a studuji 5. ročník Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (IMS), obor sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je součástí méjí diplomové práce na téma „**Postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy.**“ Získané údaje budou využity pouze v této diplomové práci. Dotazník je anonymní, proto se prosím nikam nepodepisujte.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Bc. Zdeňka Packová

Dále se prosím věnujte samotnému dotazníku. Postup při vyplňování je jednoduchý. Označte vždy jednu odpověď. Tam, kde je to napsáno, můžete označit i více odpovědí, nebo odpověď vypsát na vymezené místo. U odpovědí, kde místo na vypsání vymezeno není, to prosím nedělejte. Děkuji

**Jsem** (vhodnou odpověď označte prosím křížkem):       **žena**       **muž**

**Můj věk:**       do 16 let       16-25       26-35       36-45       46-55       55 a více

**1. Setkal(a) jste se někdy s pojmem „porucha příjmu potravy“?** (vhodnou odpověď označte prosím křížkem):

a. ano

b. ne

**2. Pokud jste se tímto pojmem setkal(a), kde jste tyto informace získal(a)? (více možností)**

- a. v médiích (TV, internet, časopisy)
- b. ve škole (preventivní programy, besedy, diskuze)
- c. informace od rodičů
- d. informace od přátel
- e. osobní zkušenost
- f. jinde (prosím uveďte kde).....

**3. Který z uvedených pojmů patří mezi poruchy příjmu potravy:**

- a. mentální anorexie
- b. mentální bulimie
- c. záchvatovité přejídání
- d. všechny možnosti

**4. Mentální anorexie se vyznačuje:**

- a. hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- b. záchvaty přejídání se a zvracením
- c. přejídáním se
- d. nevím

**5. Mentální bulimie se vyznačuje:**

- a. hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- b. záchvaty přejídání se a zvracením
- c. přejídáním se
- d. nevím

**6. Znáte pojmy orthorexie, bigorexie nebo drunkorexie?**

- a. ano
- b. ne

**7. Pokud tyto pojmy znáte, uveďte stručně, čím se vyznačují:**

- a. orthorexie je:.....
- b. bigorexie je:.....
- c. drunkorexie je:.....

**8. Domníváte se, že poruchami příjmu potravy trpí častěji:**

- a. ženy
- b. muži

**9. Jaký věk je nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy?**

- a. 5 – 10 let
- b. 11 – 20 let
- c. 21 – 30 let

**10. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou psychickou poruchou?**

- a. ano
- b. ne

**11. Považujete poruchy příjmu potravy za stejně závažný jev jako je závislost na alkoholu, drogách nebo hraní automatů (gambling)?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**12. Považujete poruchy příjmu potravy za nebezpečné a škodlivé pro organismus?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**13. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit trvalé následky na zdraví nebo i smrt?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**14. Domníváte se, že se poruchy příjmu potravy dají vyléčit?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**15. Víte co jsou to „pro-ana blogy“?**

- a. ano (prosím stručně charakterizujte).....
- b. ne

**16. Existují podle Vašeho názoru povolání, která jsou pro vznik poruch příjmu potravy více riziková?**

- a. ano (prosím uveďte příklady).....
- b. ne
- c. nevím

**17. Vznik poruch příjmu potravy může být ovlivněn (můžete označit více možností):**

- a. médií (fotografie modelek, hereček, články propagující štíhlost, diety)
- b. psychikou (stres, šikana, narážky na hmotnost, problémy v práci/ve škole)
- c. touhou po štíhlosti
- d. narušenými rodinnými vztahy (ambice rodičů, sexuální zneužívání, komunikace)
- e. závažná životní situace (rozvod rodičů, smrt blízké osoby, nemoc)

**18. Znáte osobně nebo ve svém okolí někoho s poruchou příjmu potravy?**

- a. ano (prosím uveďte – např. dcera, kamarádka, rodiče).....
- b. ne

**19. Má Vaše škola preventivní program o poruchách příjmu potravy?**

- a. ano (uveďte prosím příklad prevence).....
- b. ne
- c. nevím

**20. Pokud Vaše škola má preventivní program k této problematice, jaký má pro Vás význam?****21. Mluvili s Vámi rodiče o poruchách příjmu potravy?**

- a. ano
- b. ne

**22. Domníváte se, že informovanost o poruchách příjmu potravy je v naší společnosti dostatečná?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**23. Jak Vy vnímáte problematiku poruch příjmu potravy?**

- a. jedná se o skutečný problém, měla by se tomu v naší společnosti věnovat větší pozornost
- b. poruchy příjmu potravy vnímám jako problém, ale ne závažný
- c. poruchy příjmu potravy jsou přeceňovány, nevnímám je jako problém
- d. nevím



**24. Podle Vašeho názoru jsou poruchy příjmu potravy problémem**

- a. pouze oblasti módního a zábavního průmyslu (modelky, herečky, zpěvačky)
- b. dívek, které vidí vzor v modelkách a chtějí se jim podobat
- c. celé společnosti a mohou postihnout kohokoliv

**25. Jaký máte vlastní názor na poruchy příjmu potravy?**

**Děkuji Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku!!!**

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK Č. 2 – PRO VEŘEJNOST

### DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zdeňka Packová a studuji 5. ročník Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (IMS), obor sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je součástí méjí diplomové práce na téma „**Postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy.**“ Získané údaje budou využity pouze v této diplomové práci. Dotazník je anonymní, proto se prosím nikam nepodepisujte.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Bc. Zdeňka Packová

Dále se prosím věnujte samotnému dotazníku. Postup při vyplňování je jednoduchý. Označte vždy jednu odpověď. Tam, kde je to napsáno, můžete označit i více odpovědí, nebo odpověď vypsát na vymezené místo. U odpovědí, kde místo na vypsání vymezeno není, to prosím nedělejte. Děkuji

**Jsem** (vhodnou odpověď označte prosím křížkem):       **žena**       **muž**

**Můj věk:**       do 16 let     16-25     26-35     36-45     46-55     55 a více

**1. Setkal(a) jste se někdy s pojmem „porucha příjmu potravy“?** (vhodnou odpověď označte prosím křížkem):

a. ano

b. ne

**2. Pokud jste se tímto pojmem setkal(a), kde jste tyto informace získal(a)? (více možností)**

- a. v médiích (TV, internet, časopisy)
- b. ve škole (preventivní programy, besedy, diskuze)
- c. informace od rodičů
- d. informace od přátel
- e. osobní zkušenost
- f. jinde (prosím uveďte kde).....

**3. Který z uvedených pojmů patří mezi poruchy příjmu potravy:**

- a. mentální anorexie
- b. mentální bulimie
- c. záchvatovité přejídání
- d. všechny možnosti

**4. Mentální anorexie se vyznačuje:**

- a. hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- b. záchvaty přejídání se a zvracením
- c. přejídáním se
- d. nevím

**5. Mentální bulimie se vyznačuje:**

- a. hladověním a nadměrnou sportovní aktivitou
- b. záchvaty přejídání se a zvracením
- c. přejídáním se
- d. nevím

**6. Znáte pojmy orthorexie, bigorexie nebo drunkorexie?**

- a) ano
- b) ne

**7. Pokud tyto pojmy znáte, uveďte stručně, čím se vyznačují:**

- a. orthoterxie je:.....
- b. bigorexie je:.....
- c. drunkorexie je:.....

**8. Domníváte se, že poruchami příjmu potravy trpí častěji:**

- a. ženy
- b. muži

**9. Jaký věk je nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy?**

- a. 5 – 10 let
- b. 11 – 20 let
- c. 21 – 30 let

**10. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou psychickou poruchou?**

- a. ano
- b. ne

**11. Považujete poruchy příjmu potravy za stejně závažný jev jako je závislost na alkoholu, drogách nebo hraní na automatech (gambling)?:**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**12. Považujete poruchy příjmu potravy za nebezpečné a škodlivé pro organismus?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**13. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit trvalé následky na zdraví nebo i smrt?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**14. Domníváte se, že se poruchy příjmu potravy dají vyléčit?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**15. Víte co jsou to „pro-ana blogy“?**

- a. ano (prosím stručně charakterizujte).....
- b. ne

**16. Existují podle Vašeho názoru povolání, která jsou pro vznik poruch příjmu potravy více riziková?**

- a. ano (prosím uveďte příklady).....
- b. ne
- c. nevím

**17. Vznik poruch příjmu potravy může být ovlivněn (můžete označit více možností):**

- a. médií (fotografie modelek, hereček, články propagující štíhlost, diety)
- b. psychikou (stres, šikana, narážky na hmotnost, problémy v práci/ve škole)
- c. touhou po štíhlosti
- d. narušenými rodinnými vztahy (ambice rodičů, sexuální zneužívání, komunikace)
- e. závažná životní situace (rozvod rodičů, smrt blízké osoby, nemoc)

**18. Znáte osobně nebo ve svém okolí někoho s poruchou příjmu potravy?**

- a. ano (prosím uveďte – např. dcera, kamarádka, rodiče).....
- b. ne

**19. Myslíte si, že je ve školách věnována dostatečná pozornost této problematice?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**20. Domníváte se, že informovanost o poruchách příjmu potravy je v naší společnosti dostatečná?**

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

**21. Jak Vy vnímáte problematiku poruch příjmu potravy?**

- a. jedná se o skutečný problém, měla by se tomu v naší společnosti věnovat větší pozornost
- b. poruchy příjmu potravy vnímám jako problém, ale ne závažný
- c. poruchy příjmu potravy jsou přeceňovány, nevnímám je jako problém
- d. nevím

**22. Podle Vašeho názoru jsou poruchy příjmu potravy problémem**

- a. pouze oblasti módního a zábavního průmyslu (modelky, herečky, zpěvačky)
- b. dívek, které vidí vzor v modelkách a chtějí se jim podobat
- c. celé společnosti a mohou postihnout kohokoliv

**23. Jaký máte vlastní názor na poruchy příjmu potravy?**

**Děkuji Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku!!!**