

Problematika poruch příjmu potravy z pohledu žákyň prvních ročníků středních škol

Kateřina Glozneková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina GLOZNEKOVÁ**
Osobní číslo: **H10613**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Problematika poruch příjmu potravy z pohledu
žáků prvních ročníků středních škol**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek ze stěžejních vývojových oblastí žáků v období adolescence a z oblastí prevence, etiologie a terapie poruch příjmu potravy.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HALL, Lindsey a Leigh COHN, 2003. Rozlučte se s bulimií. Brno: ERA. ISBN 80-86517-60-8.

KRCH, František David, 2002. Mentální anorexie. Praha : Portál. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David, 2003. Bulimie : Jak bojovat s přejídáním. Praha : Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David, 2005. Poruchy příjmu potravy. Praha : Grada. ISBN 80-247-0840-X.


CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hana Včelařová**
Ústav pedagogických věd

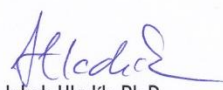
Datum zadání bakalářské práce: **20. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2014**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2014


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22. 4. 2014

Glozencová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za velmi cenné podněty, připomínky a odborné rady k práci a za její ochotu, laskavost a trpělivost, při vedení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám a zástupcům středních škol za vstřícnost a čas, který mě věnovali.

Také bych chtěla touto cestou poděkovat své rodině a přátelům za velkou podporu.

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

Motto:

„Co je člověk, když žije jenom proto, aby spal a jedl? Nic víc než zvíře, nic víc. Ten, kdo nám dal tak velkou schopnost myslet, nazírat věci minulé i příští, zajisté nechtěl, aby božský rozum v nás zahnil a tlel.“

William Shakespeare

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je problematika poruch příjmu potravy. V teoretické části jsou poruchy příjmu potravy vymezeny a jsou uvedeny jejich základní charakteristiky. Následně je pozornost zaměřena na výskyt mentální anorexie a bulimie v minulosti, na příčiny vzniku těchto poruch a jejich prevenci, možné následky a léčbu. V praktické části práce se zabýváme výzkumem informovanosti žákyň prvních ročníků středních škol o poruchách příjmu potravy. Konkrétně o mentální anorexii a bulimii, jejich symptomech, příčinách vzniku, důsledcích a následně o možnostech léčby. Cílem je podat základní informace o problematice a upozornit na nedostatek primární prevence v této oblasti.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, rizikové faktory, důsledky, prevence, léčba

ABSTRACT

The theme of the thesis is the issue of eating disorders. The theoretical part of eating disorder defined and are given their basic characteristics. Then the attention is focused on the incidence of anorexia nervosa and bulimia in the past, the causes of these disorders and their prevention, possible consequences, and treatment. In the practical part of the thesis deals with the research information for students' first year of secondary school about eating disorders. Specifically, the anorexia nervosa and bulimia, their symptoms, causes of, consequences and subsequently on treatment options. The aim is to give basic information about the issue and draw attention to the lack of primary prevention in this area.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, causes, risk factors, consequences, prevention, treatment

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE (MA).....	11
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	11
1.3 SPOLEČNÉ A ODLIŠNÉ ZNAKY	13
1.4 PUBESCENCE	14
1.5 ADOLESCENCE	16
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V MINULOSTI	18
2.1 KULTURNÍ SPECIFIKA	19
3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH PREVENCE	20
3.1 PREDISPOZICE K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY.....	20
4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	22
5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	24
5.1 DRUHY LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
6 REALIZACE VÝZKUMU	27
6.1 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	27
6.2 CÍL VÝZKUMU	28
6.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	28
6.4 METODOLOGIE VÝZKUMU	29
7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	30
7.1 VLASTNÍ VÝZKUM	30
7.2 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	48
7.3 DISKUZE.....	50
7.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	56
SEZNAM TABULEK	57
SEZNAM GRAFŮ	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Téma bylo zvoleno pro svou aktuálnost a rozšířenost ve společnosti, kde hraje vzhled důležitou roli. Jednou z pravd o poruchách příjmu potravy tzv. kulturně podmíněných nemocech je nepřirozený způsob nahlížení dnešní společnosti na ideál krásy. Není divu, že je tato problematika natolik rozšířená, když v dnešní západní kultuře je velký důraz kladen na individualitu, výkon, povrchní komunikaci, nerealistická očekávání, image nebo kult mládí a štíhlosti. Dnes média neustále propagují, jak by mělo vypadat naše tělo, jak se správně líčit a jak nejmoderněji oblékat. Copak se dnešní hodnota člověka měří podle toho, kolik kdo váží a jak vypadá? Bohužel podle reklamy a časopisů ano!

Problém však nastává tehdy, jestliže dospívající dívky nebo ženy jejich vzhled trápí tak intenzivně, že již nemyslí na nic jiného. Závažnost onemocnění bývá různá. U většiny z nich tento psychický zápas nepřekročí pomyslnou hranici ohrožující vlastní život. Někteří se ani nepokouší situaci řešit, protože v ní žádný problém nevidí. Odbornou pomoc tak vyhledává jen minimum z nich, i když mentální anorexie a mentální bulimie jsou nemoci, které mohou zanechat trvalé následky.

Cílem bakalářské práce je seznámení s poruchami příjmu potravy jako sociálně patologickým jevem, nastínit prevenci a uvést následnou léčbu.

Největší pozornost je věnována projevům onemocnění, které jsou nejzávažnější a mohou končit i smrtí. Dále se uvádí možnosti terapie, které dávají postiženým poruchami příjmu potravy šanci začít nový, plnohodnotný život.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit jaká je informovanost nejvíce ohrožených skupin dospívající mládeže o této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mezi poruchy příjmu potravy patří především mentální anorexie a mentální bulimie. Obě poruchy jsou si velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Asi jedna třetina anorektiček se začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti (Krch, 2008). Vágnerová (2008, s. 463) uvádí, že „poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu.“ Definic poruch příjmu potravy lze nalézt mnoho, každý si tu svou podle potřeby upraví a vyzdvihne to, co považuje za nejdůležitější.

1.1 Mentální anorexie (MA)

Krch (2002) píše, mentální anorexie je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Diagnostická kritéria mentální anorexie lze shrnout do tří základních znaků:

- a) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod patnáct procent normální tělesné váhy, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI),
- b) strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- c) amenorea u žen (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky).

Rozhodnutí, zda nemocné dívky trpí „strachem z tloušťky“ může být obtížné, protože některé z nich ho popírají. Časté jsou argumenty, že se jen snaží jíst zdravě, že jsou alergické na některá jídla nebo, že se snaží mít co nejvíce pohybu. Pokud pacientka splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně se přejídá, jde o takzvaný bulimický typ mentální anorexie (Krch, 2002).

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2008). Drtivá většina žen i mužů tuto svoji závislost, která ovládá jejich myšlení, tají. Bulimie podryvá jejich

sebeúcty a ohrožuje jejich život. K určení diagnózy mentální bulimie je třeba především tří základních znaků:

- a) Opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitým příznakem přejídání než zkonsumované množství. Z jídelních záznamů některých pacientek je zřejmé, že často snědí jen o něco víc, než by chtěly nebo než jsou zvyklé jíst. Navyklé, opakované zvracení však většinou vede ke konzumaci stále většího jídla.
- b) Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění také opakující se hladovky a nadměrné cvičení. Pro diagnózu mentální bulimie tedy není nezbytné zvracení nebo užívání projímadel.
- c) Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného. S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývá netypických pacientů, kteří nemusí splňovat všechna diagnostická kritéria. I tyto nevyhraněné nebo atypické případy však mohou mít závažné psychické a zdravotní obtíže. V některých případech může později dojít k plnému rozvoji všech příznaků (Krch, 2003).

Pozorované příznaky bulimie sice souvisí s jídlem a obavami z tloustnutí, jde však v podstatě o určitý způsob zvládání stresu a emoční zátěže. Orgie jedení zaplňují volný čas a odvádějí pozornost od rušivých problémů. Vyprázdňení pak představuje účinný prostředek opětovného nabytí pocitů sebekontroly a bezpečí, jež během epizody přejídání mizí. Ačkoli bulimické chování může začít jako zdánlivě nevinný pokus zhubnout, zpravidla se cyklus záchvatovitého přejídání a vyprázdňování postupně stává navyklou formou úniku před nejrůznějšími problémy. Lidé trpící bulimií toto své chování zpravidla pečlivě tají a někdy vynakládají značné úsilí, aby navenek udrželi zdání, že pro ně jídlo nepředstavuje žádný problém. Stydí se za svoje chování a za to, jak jim zasahuje do života. Často uvádějí, že se cítí jako dvě různé osobnosti – jedna chce přejídání a zvracení nechat, zatímco druhá toto úsilí neustále sabotuje. Běžně lžou nebo mlží. Nezřídka také popisují zoufalé epizody, kdy ukradli jídlo někomu cizímu nebo se dokonce začali přehrabávat v odpadcích (Hall, Cohn, 2003).

1.3 Společné a odlišné znaky

Pro obě poruchy je charakteristická obava z přibývání na váze a přehnaná zaujatost vlastním vzhledem. Způsoby, jak hubnout či jak si dosaženou váhu udržet, se již liší stejně jako míra vyhublosti. U mentální anorexie jde někdy až o váhu na hranici přežití, zatímco u mentální bulimie bývá hmotnost většinou v normě (Krch et al., 2005).

K tomu, aby byla stanovena diagnóza některé z poruch příjmu potravy, je třeba splnit určitá kritéria. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (Krch et al., 2005) by se měla hmotnost dívky trpící **mentální anorexií** pohybovat alespoň 15% pod normou nebo by měla dívka mít BMI nižší než 17,5. Další charakteristikou je neustálý strach z možnosti nabytí kilogramů a udržování či snižování hmotnosti za pomoci laxativ, diuretik, přílišného cvičení nebo odmítání různorodých, zpravidla kaloričtějších pokrmů. Typická je rovněž ztráta menstruace či její nepravidelnost, a pokud dojde k propuknutí mentální anorexie ještě před pubertou, bývá vývoj dívky zpožděn až do doby, než se vše vrátí opět k normálu. Popsány byly dva typy mentální anorexie, a to **nebulimický - restriktivní typ** a **bulimický -purgativní typ**. Jedinci patřící k prvnímu typu se nikdy nepřejedí a za všech okolností striktně dodržují svou dietu. Naopak u druhého typu dochází k občasnému přejedení s následným kompenzačním chováním (zvracení, pohybová aktivita) (Krch et al., 2005). Diagnostická kritéria podle MKN-10 pro **mentální bulimii** jsou pravidelné přejídání (alespoň dvakrát za týden po tři měsíce) s následným zvracením přijaté potravy. Tloustnutí z pozřeného jídla se mohou dívky snažit předejít taktéž pomocí projímadel, anorektik či krátkodobého hladovění. Stejně jako u mentální anorexie je v popředí obava z tloušťky a úsilí o zhubnutí. Navíc dívky téměř stále na jídlo myslí a mají nezvladatelnou touhu přejídat se. U bulimie lze opět rozlišit dva typy. Jestliže dochází po přejedení ke zvracení nebo užití projímadla či odvodňujících prostředků, jedná se o typ **purgativní**. Pokud se ovšem člověk snaží po záchvatu přejedení zabránit vzrůstu váhy cvičením nebo hladovkou, jde o typ **nepurgativní** (Krch et al., 2005).

Při srovnání mentální anorexie a mentální bulimie je uváděno několik lišících se skutečností. Pokles hmotnosti u mentální anorexie je výrazný nebo se alespoň zastaví, kdežto u mentální bulimie nastává jen mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti. Amenorea u anorektiček 60-100%, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce, u bulimiček pouze 10-30%. Anorektičky si navozují zvracení jen v 15-30% kdežto u bulimiček je to až u 75-90% případů. Velmi se liší jídelní chování u anorektiček, které

dodržují velmi pomalé jídelní tempo, malá sousta, jsou vybíravé a mívají nízký přísun tekutin. Bulimičky jedí spíše rychleji, větší sousta, obvykle s velkým příjmem tekutin. Počátek obtíží u anorexie nastává mezi 13-20 rokem, výjimečně později. Bulimie se vyskytuje mezi 14-30 rokem, výjimečně dříve. U anorektiček mohou nastat deprese v 10-60% a výjimečné je užívání alkoholu, přičemž u bulimiček je riziko vyšší a to až ve 20-90% s častým užíváním alkoholu. Anorektičky se léčí většinou z donucení s obtížemi ze svého okolí, a to s 20-75% úspěšností, kdežto bulimičky se chtějí zbavit přejídání a někdy může hrát roli i snaha zhubnout, úspěšnost vyléčení se uvádí u 60-85% případů (Krch, 2008).

Jak je známé většinou každá závažná onemocnění sebou nesou i nejvíce ohrožené skupiny, ani mentální anorexie a bulimie nejsou výjimkou. Poruchy příjmu potravy postihují nejvíce období dospívání, jež mnohé učebnice vývojové psychologie shrnují do jedné kapitoly pojednávající o dospívání, ale vzhledem k tomu, že se jedná o hodně široké věkové rozpětí, ve kterém dochází k zásadní proměně dětské osobnosti. Taktéž i mentální anorexie a bulimie se vyskytují v rozdílných fázích dospívání, bude tedy výhodnější rozdělit je na dvě fáze. Dle Vágnerové (2008, s. 157) „je období dospívání přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí.“ Začíná přibližně v 11 letech a končí dosažením dospělosti ve 20 letech.

1.4 Pubescence

Vágnerová (2008) píše že, první fáze dospívání je časově lokalizována přibližně mezi 11. a 15. rok, s určitou individuální variabilitou, danou v tomto případě spíše geneticky. Toto období je označováno jako pubescence, v němž dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Nejnápadnější je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním. V souvislosti s ním se mění zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke korekci sebepojetí.

V rámci celkového vývoje dochází i ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, např. o různých alternativách, které zatím reálně nenastaly. Pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodiče, značný význam pro něho mají vrstevníci, s nimiž se ve větší míře než dříve ztotožňuje. Zakončuje povinnou školní docházku a volí si svoje budoucí povolání, které bude spoluurčovat i jeho sociální postavení. Získává první zkušenosti s počátky partnerských vztahů, dospívání je dobou prvních lásek. Mnohé změny

jsou primárně podmíněné biologicky, ale významně je ovlivňují i psychické a sociální faktory, které jsou ve vzájemné interakci.

Proměny typické pro období dospívání byly různým způsobem interpretovány podle toho, z jaké teorie autor vycházel. Podle Eriksona (cit. dle Vágnerová, 2008) je dospívání charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti atd. Erikson (cit. dle Vágnerová, 2008) klade důraz na osamostatnění od rodiny, ale na rozdíl od Freuda považuje za důležitější jeho psychosociální aspekt.

Tělesné dospívání se všemi svými důsledky (jako je růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů atd.) podmiňuje dost významnou změnu, jejíž subjektivní zpracování může pro pubescenta představovat zátěž. Tělesné zrání je stimulem pro další změny, které mohou úspěšně proběhnout jen tehdy, jestliže je na ně jedinec dostatečně připraven. To znamená, že má předpoklady pro rozvoj kompetencí, potřebných k emancipaci z nejrůznějších, nyní již vývojově překonaných vazeb (např. na aktuální časoprostor na rodinu jako určující sociální skupinu). Jde o proces, který má svoje psychosociální důsledky (Vágnerová, 2008).

Právě nepřekonání či nezvládnutí výše popsaných překážek bývá také spouštěčem pro vznik mentální anorexie, kdy dospívající dívky nechtějí nebo nejsou připraveny přijmout jejich měnící se postavu. Vágnerová (2008, s. 158) uvádí, že „tělesné dozrávání se projeví i v psychické oblasti. Každá změna subjektivně představuje ztrátu jistoty dosud existujícího stavu, ve kterém se jedinec více či méně dobře orientoval. Změna přináší nejistotu a posiluje potřebu orientace v nové situaci. Představuje určitou zátěž, kterou lze chápat jako možnost rozvoje, jestliže situaci uspokojivě zvládne. Pokud je takový úkol příliš náročný, bude stimulovat různé obranné reakce. Důsledkem takové situace může být stagnace vývoje, eventuálně dokonce vznik patologického stavu.“

Jak uvádí Vágnerová (2008) tělesné a psychické dospívání musí probíhat současně. Pokud je tělesné zrání rychlejší než psychické, jedinec není vždy schopen je zvládnout přijatelným způsobem. Tělesné změny za těchto okolností představují řadu negativ, kterých by se chtěl jedinec zbavit nebo je alespoň zabrzdit. Pokud je dospívajícímu jedinci tato tělesná změna nepříjemná, snaží se jí nejrůznějšími způsoby bránit, a to např. popíráním reality.

1.5 Adolescence

Dle Vágnerové (2008) je období adolescence druhou fází relativně dlouhého časového úseku dospívání, jež trvá přibližně od 15 do 20 let s určitou individuální variabilitou, zejména v oblasti psychické a sociální někdy i somatické. Fáze adolescence je biologicky ohraničena pohlavním dozráváním. Adolescence je mnohem komplexnější proměnou, v této době se mění osobnost dospívajícího stejně tak, jako jeho sociální pozice. Mladý člověk získává nové role, spojené i s vyšší sociální prestiží. Emancipace z vázanosti na rodinu je obvykle dokončena, vztahy s rodiči se stabilizují a zklidňují. Vrstevníci jsou mnohem významnější než doposud. Stejně tak partnerské vztahy bývají v tomto období mnohem zralejší a pohlavní styk bývá normální součástí vztahu. V adolescenci pokračuje příprava na povolání, někteří již nastupují do svého prvního zaměstnání. Tím dosahují předpokladů potřebných pro dospělost.

Důležitou součástí adolescentní identity je tělesný vzhled, i když v této fázi už nepředstavuje tělesný vývoj žádnou převratnou změnu. Adolescent se svým tělem také zaobírá. Tento kult těla je také podporován obecně platným sociokulturním standardem vysoké hodnoty mládí a fyzické krásy. Vlastní tělo je posuzováno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity. Dochází ke srovnání s ostatními adolescenty a taktéž i aktuálně přijímaným ideálem. Tělové schéma se může stát nejdůležitější součástí vlastní identity. Pokud odpovídá aktuálnímu a společností určenému ideálu krásy, vytváří oporu vlastního sebevědomí. Dokáže podporovat pocity jistoty, že jedinec bude sociálně akceptován, pomáhá dosahovat uspokojivé prestiže, především ve vztahu ke druhému pohlaví (Vágnerová, 2008). Pokud je jedinec v této oblasti nějakým způsobem znevýhodněn buď to omezením hybnosti, zručnosti, fyzické síly nebo tělesné deformace může být v této oblasti identity ohrožen zvýšenou nejistotou a příliš negativním sebehodnocením. Tělesná odlišnost vede k přirozeným obranným reakcím, které právě v této oblasti a v těchto případech může být spouštěčem pro vznik mentální bulimie, která by mohla sloužit jakožto pomyslná obranná reakce před jistou tělesnou odlišností. Adolescent, který cítí tělesnou odlišnost od očekávané normy, může tuto skutečnost prožívat jako nespravedlnost. Emocionální prožitek v tomto případě obvykle zahrnuje pocit zklamání, úzkost a tenzi v situacích, kde hraje zevnějšek nějakou roli, popřípadě vztek a někdy může jít až o autoagresi (Vágnerová, 2008).

Tělo má zejména pro adolescenty velký význam, proto mu také přikládají nadměrnou pozornost. Adolescent se chce líbit jiným i sobě, aby si byl jistý svojí hodnotou. Zevnějšek a tělesný vzhled je prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Existence společenské normy krásy omezuje a tlumí tendenci k dosažení větší individualizace. Krása je pojímána jak úkol, který je třeba plnit. Zejména dívky dokážou vyvinout značnou aktivitu, jen aby se takovému ideálu přiblížily. Tendence k uniformitě je v dnešní době značná a navíc podporována působením medií (Vágnerová, 2008).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V MINULOSTI

I když by se mohlo zdát, že poruchy příjmu potravy jsou produktem moderní doby, není tomu tak. Téměř každé období v dějinách mělo určitou představu o tom, jak má tělo, zvláště pak ženské vypadat a tohoto ideálu se množství žen snažilo skutečně dosáhnout. Symptomy bulimie popisují již Egypťané a také židovský talmud. Bulimie (řecký výraz pro „vlčí hlad“) byla běžně praktikovaná v dobách starověkého Řecka a Říma (Procházka, 2012). Příkladem je taktéž masové rozšíření korzetů v 19. století. Korzety mohou být považovány za mechanickou pomůcku k dosažení štíhlého vzhledu a stejně jako hladovění mohou být zdrojem tělesného poškození páteře, vnitřních orgánů apod. I přes obecnou známost a rozpoznání těchto rizik korzety zůstaly dlouho populární pro svou symboliku krásy a cudnosti. Tělesná pohoda i zdraví byly obětovávány kulturnímu ideálu krásy. Dalším případem, který také pochází z 19. století je romantizace a idealizace tuberkulózy. Tato nemoc byla asociována s vlastnostmi jako ušlechtilost, jemnost a citlivost. Pobledlost se stala módním atributem, muži dávali přednost zesinalým ženám, které používaly bělicí prášek namísto výrazných líčidel a pily citronový džus a ocet, aby ztratily chuť k jídlu (Novák, 2010).

Již v roce 1908 píše korespondent časopisu Vogue, že módní postava roste do výšky, má menší obvod prsou a boků, širší pas a nádherné dlouhé štíhlé končetiny. Obezita začínala být zvláště u žen kritizována. Po roce 1920 byla štíhlost přijata masou žen, které aspirovaly na třídní vzestup. Hojnost a nevázanost zmizela během hospodářské krize třicátých let a za druhé světové války. V poválečné atmosféře začal být kladen důraz na ženskou postavu tvaru přesýpacích hodin a velkých prsou, v této době byla symbolem krásy například Marilyn Monroe (Novák, 2010).

Kolem roku 1940 se zrodila nová vlna vyzáblých modelek, tedy nové upevnění ideálu štíhlosti v roce 1960, které zvěstovala Twiggy, sebou přinášející nové rysy, jako byly chlapecký vzhled a trend stále mladších modelek. V polovině 80. let se objevily známky nového trendu, jež hlásaly, že „křivky jsou opět tady“. Nicméně požadavek na štíhlost trval, zvláště v bocích a pase, jenž byl ovšem současně s ideálem velkých prsou obtížně slučitelný. Jsou známé případy modelek, které si nechaly provést chirurgické zákroky (Novák, 2010).

Další směr vývoje ve stejné době vedl k rozmachu fitness-center a důrazu na svalnaté tělo. V 90. letech se přes prohlášení o nástupu flexibilnějších tělesných standardů ideál

štíhlosti vrátil. Ve druhé polovině dvacátého století se pak poruchy příjmu potravy, především právě bulimie staly široce rozšířeným kulturním jevem. Bulimii někdy také označujeme jako mentální bulimii nebo bulimarexi. Také je zaznamenán velký nárůst mentální anorexie, zřejmě jako reakce na nové trendy. Kromě idealizace štíhlé postavy začíná být důraz kladen na sebekontrolu, výkonnost a celkovou úspěšnost. V 60. a 70. letech převládala mentální anorexie, v 80. a 90. letech zase mentální bulimie (Sladká-Ševčíková, 2003). Jak je tedy vidět, jsou poruchy příjmu potravy z velké části důsledkem snahy mnohých žen přiblížit se ideálu konkrétní doby.

2.1 Kulturní specifika

Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí, která je klíčovým rysem poruch příjmu potravy, je koncentrovaná v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je ideálním zaoblený tvar těla, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout. Tudíž kultura, která žije v kalorickém nadbytku, může být považována za příčinu PPP, ovšem tato příčina není specifická, i když patrně zvyšuje šance na rozvinutí onemocnění, většina lidí i v těch nejlahobytnějších kulturách PPP netrpí. Z transkulturálního výzkumu McCarthyho (cit. dle Novák, 2010) vychází, že všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje.

Dle Krcha (2008) lze chápat, že zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl. Poruchy příjmu potravy jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.

Krch (2008, s. 52) píše „pokud jde naopak o faktory, které „chrání“ před poruchami příjmu potravy, vyzdvihují současné studie aktivní řešení problémů, nízké užívání alkoholu, nízké užívání diet a vyrovnanou náladu. K těmto vlastnostem bychom jistě mohli přidat trpělivost a smysl pro humor.“

3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH PREVENCE

Proč dojde u někoho k propuknutí poruchy příjmu potravy, a jinému připadají problémy s jídlem zcela banální a povrchní, není zatím úplně jasné. Tyto poruchy jsou velmi individuální záležitostí, a proto nelze přesně určit, kdo je jimi nejvíce ohrožen. Přesto existují určité dispozice, které mohou způsobit větší náchylnost jedince k poruchám příjmu potravy.

3.1 Predispozice k poruchám příjmu potravy

Život každého člověka je jedinečný a stejně tak jsou jedinečné i příčiny vzniku a cesty, které vedou k jejich vyléčení.

Bulimie je často považována za emoční poruchu, která se někdy vyskytuje spolu s jinými psychickými poruchami, například s depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchou. Podle některých studií souvisí bulimie s vážnými afektivními poruchami a má na ni tedy vliv dědičnost a nerovnováha biochemických systémů v organismu. V některých případech tedy může medikace zmírnit bulimické chování nebo depresivní útlum a umožnit tak vyšší účinnost různých léčebných postupů, především psychoterapie. Podle jiných studií souvisí bulimie se sníženou aktivitou serotoninergního systému v mozku podle Kaye (cit. dle Hall, Cohn, 2003). K hlavním příčinám poruch příjmu potravy však obvykle patří nízké sebehodnocení, psychické konflikty z dětství a tlak ze strany společnosti. Obecně lze říci, že lidé upadají do závislosti na různých látkách či formách chování v důsledku snahy vyhnout se nepříjemným pocitům, které souvisí jak s minulými, tak současnými zážitky. Některé tyto pocity pocházejí z dětství, například pocity studu, bázlivosti, neschopnosti, pocity související s nedostatkem lásky či přesvědčením, že si lásku nezaslouží. Jiné souvisí s naléhavou potřebou být přijímán vrstevníky či s potřebou přizpůsobit se jim. Vůbec ze všech nejškodlivější jsou pocity spojené s nízkým sebehodnocením - tedy pocity, že jsme k ničemu, že žijeme nehodnotným životem, který postrádá smysl, a že nikdy nedosáhneme naplnění a pocitu opravdového štěstí (Hall, Cohn, 2003).

Zásadní vliv pro formování jedince má prostředí rodiny i školy, lokální i celospolečenské (Kraus, Poláčková, 2001). Hall a Cohn (2003) píše, že většina lidí trpících poruchami příjmu potravy pochází z rodin, v nichž nejsou dostatečně naplňovány emoční, fyzické či duchovní potřeby jejich členů. Například v některých rodinách není zvykem vyjadřovat

pocity a komunikační schopnosti jejich členů jsou celkově nízké. V rodinné anamnéze můžeme nalézt depresi, alkoholismus, zneužívání drog nebo také poruchy příjmu potravy. Dítě tak může nevědomě přijmout únik jako vhodný způsob řešení problému.

Zdá se, že existují určité podobnosti osobnostních rysů, zkušeností a celkového životního pozadí jedinců trpících poruchami příjmu potravy. Vágnerová (2008) vymezuje dispozice genetické, biologické a sociokulturní, specifické zátěže vývojově podmíněné, dysfunkční rodinné vztahy a odmítání ženské role. Na **genetické dispozice** mají pravděpodobně vliv faktory, jako jsou hodnoty, životní styl a vztahy v rodině. Z tohoto důvodu jsou též více ohroženy sestry dívek s poruchou příjmu potravy. Naproti tomu **biologické dispozice** jsou zapříčiněny nesprávnou funkcí hypotalamu, ke které může dojít až v nějaké krizové situaci. Nezřídka bývají narušeny systémy, díky nimž člověk vnímá pocity hladu či sytosti. Nedostatek serotoninu například způsobuje špatnou náladu a může vést dokonce k záchvatům přejídání. Mezi **sociokulturní faktory** patří mediálně prezentovaný ideál ženské krásy, podle něhož má být žena hodně štíhlá, jen tak může být úspěšná a kladně hodnocena. **Vývojově podmíněné zátěže** souvisí převážně s obdobím dospívání, kdy se hlavně dívky musí vyrovnat se svými tělesnými změnami. Ne všechny jsou připraveny a chtějí právě v tuto chvíli dospět, proto u nich poruchy příjmu potravy fungují jako moratorium, regrese ve vývoji. S tím koresponduje **odmítání ženské role**, která se dívkám nezdá být dost přitažlivá, nebo se jí dokonce obávají. To se týká spíše mentální anorexie, kdy jsou děvčata přehnaně vyhublá, mají dětskou postavu a ztrácí menstruaci. Poslední hrozbu představuje **dysfunkční rodina**, jejíž členové nejsou schopni řešit problémy, adekvátně spolu komunikovat a rozhodovat se. Na své situaci ovšem nic měnit nechtějí, poněvadž se změny bojí. Nebezpečný bývá hlavně nezdravý vztah matky s dcerou. Matky dívek s poruchou příjmu potravy jsou často samy nejisté a nesebevědomé, k dívkám málo vstřícné a chápající, pedantské a kritické.

4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Zdravotní důsledky nedostatečné výživy

Diety, hladovění, přejídání se, zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“, to všechno způsobuje mnoho obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a kvality života postižených. S největšími zdravotními riziky je spojena podvýživa, hladovění a zvracení. Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti. Plnost může vést až ke ztrátě dechu a dýchavičnosti, protože tlak na bránici překáží dýchání. Výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny. Popsány byly i případy akutního zánětu slinivky břišní. Poměrně častá je plynatost, pocity nevolnosti, zácpa a průjem. Po hladovění žaludek ochabne, což vede k pocitům nepříjemného přejedení už po malých dávkách jídel nebo změně jídelníčku. Pocity plnosti jsou někdy mylně vykládány jako známka ukládání tělesného tuku. Mezi zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti patří citlivost na chlad, celková únava, svalová slabost a spavost, poruchy spánku, zažloutlá praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké suché a lámající se vlasy, zvýšená kazivost zubů, zpomalení funkce střev, zácpa, nepravidelná menstruace, srdeční obtíže, zejména bradykardie a arytmie, oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý puls, zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin, odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké, slabý močový měchýř, častější nucení na močení, poruchy funkce ledvin, pocit nevolnosti spojené se zmenšením žaludku, v důsledku zvýšeného množství žaludečních šťáv může dojít ke vzniku žaludečních vředů. U některých nemocných se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy, oslabení celkové obranyschopnosti organismu. U mladých dívek se může zpomalit nebo zastavit růst a opozdit puberta (Krch, 2008).

Dle Krcha (2008) dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným a psychickým utrpením a mohou skončit smrtí. Poruchy menstruačního cyklu a reprodukce se vyskytují i u normálně vážících bulimiček. Poměrně častou porodní komplikací bývá u bulimie předčasný porod a nízká porodní váha dítěte. Dalším závažným a život ohrožujícím důsledkem je zvracení. Nebezpečná je už sama skutečnost, že velká část bulimiček si musí dávat reflex vyvolávat prstem nebo různými předměty. Může nastat zranění jícnu, jež je velmi bolestivé a do rány se snadno dostane infekce, proto hrozí prasknutí jícnu. Mezi důsledky zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují pocit opuchlého, kulatého obličej. Objevují se u třetiny postižených.

Psychické a sociální obtíže

Základním příznakem poruch příjmu potravy je významné narušení psychické pohody, osobního, pracovního a společenského života nemocného. Dalo by se říct, že problémy spojené s jídlem, neuspokojivým jídelním režimem a hladem zasahují do každodenního života nemocného. Myšlenky na jídlo, nutkání jíst a „neschopnost dosáhnout nemožného“ (nejíst nebo jíst jen málo a hubnout) navozují pocity viny, selhání, neschopnosti a deprese, které se přenášejí i do jiných oblastí života. Postupně ubývá energie a zájmu o jiné věci než o jídlo a tělesný vzhled. Snižuje se tak možnost odvést pozornost k jiným tématům a nacházet uspokojení v něčem jiném. Současně vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy (egocentrismus) a mezi pocity převažuje sebelítost. To se samozřejmě projevuje ve vztahu k ostatním lidem, doma, mezi kamarády i v práci. Tak jako dlouhodobý pocit vnitřního neuspokojení je spojen s depresí, bývá osamělost spojena s dlouhodobě neuspokojivými společenskými vztahy. V obou případech se tak snižuje schopnost přizpůsobení se a zvyšuje se možnost nepřiměřených reakcí (Krch, 2008).

Krch (2008) dále popisuje, nejistota a nízké sebehodnocení vedou k depresivním příznakům od podrážděné apatie a pocitů viny až k vyhýbání se společností a pocitům beznaděje. Bulimičky jsou často nešťastné, cítí se provinile, zahanbeně a znechuceně samy sebou. Jsou si odporné a často nenávidí to, co dělají. Některé z nich se pokouší o sebevraždu. Poruchy příjmu potravy mají nejvyšší úmrtnost ze všech psychických onemocnění (Agras, 2001).

„Bulimie, jsou také různé úzkostné prožitky. Mnoho bulimiček se nadměrně obává selhání, nedostatků, nedokonalosti a náhody i v jiných směrech. Žijí v napětí, že něco nevyjde, a z drobného nedostatku se snadno stane selhání nebo dramatický problém. Poměrně časté jsou stavy podrážděnosti a nervového napětí, které mohou být spojeny s fyzickými obtížemi (bušení srdce, podrážděný žaludek, pocení)“ (Krch, 2008, s. 40).

Již výše uvedené důsledky jako jsou podrážděnost, napětí, pocity viny a špatná nálada samozřejmě narušují kvalitu sociálních vztahů bulimiček. Zdrojem nedorozumění a sociálních problémů je i skutečnost, že přejídání, zvracení a užívání projímadel je často utajováno před okolím. Jejich nálada a společenské kontakty se pohybují v závislosti na tom, zda se jim daří hubnout, jak jsou spokojeny se svojí postavou a do jaké míry své jídelní návyky udržují pod kontrolou, právě tyto aspekty mohou být důvodem k uzavírání se před okolím (Krch, 2008).

5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Autoři Hall a Cohn (2003) zdůrazňují, že volba správného terapeuta vyžaduje mnohem hlubší úvahu, často vyžaduje mnoho energie a času než se najde terapeut, který dokáže opravdu pomoci.

Slovem terapeut zpravidla označujeme psychiatra, psychologa nebo manželského a rodinného poradce, ale také další odborníky, například kvalifikované sociální pracovníky, dietetiky či odborníky na výživu. Neocenitelnou službu mohou také prokázat některé sestry, duchovní, akupunkturisté, chiropraktici nebo lidé, kteří pracují s terapeutickými doteky. Multidisciplinární přístup spočívá v týmové péči několika odborníků z různých oblastí. V případě farmakoterapie musí být součástí týmu patřičně kvalifikovaný lékař (Hall, Cohn, 2003).

Zdravotní střediska mají obvykle seznam lékařů a terapeutů, kteří se léčbou poruch příjmu potravy zabývají a nemocnice či jiná klinická zařízení mají na tuto oblast své specialisty. Některé nemocnice poskytují kromě lůžkové péče, také péči ambulantní nebo denní stacionáře, případně poskytují odborné konzultace pro veřejnost. Lůžkových zařízení určených výhradně pacientům trpících poruchami příjmu potravy existuje poměrně málo (Hall, Cohn, 2003).

Otázkou však je, zda je vůbec možné, aby došlo k úplnému vyléčení pacienta? A zda se může jedinec znovu zařadit do běžného života. Vždy záleží na tom, v jakém zdravotním stavu aktuálně nemocná/ý je, a jaká je její/jeho motivace se léčit. Pokud onemocnění popírá či léčbu odmítá, nebývá léčba příliš efektivní. Motivace a odhodlání vytrvat v léčbě je základem pro její úspěšnost (Gerhard, 1995).

5.1 Druhy léčby v České republice

Pobytová péče neboli hospitalizace probíhá zpravidla na psychiatrických odděleních. Délka pobytu se pohybuje od 2 do 5 měsíců. Hospitalizace je doporučována v případech, kdy je žena či dívka ohrožena na životě podvýživou či sebevražednými úmysly či pokud není dlouhodobě úspěšná stacionární nebo ambulantní péče. Dalším důvodem může být depresivní syndrom nebo patologické rodinné interakce kolem jídla a hmotnosti. Terapie v průběhu hospitalizace musí zahrnovat více léčebných metod, jak přístupy psychologické, tak i farmakoterapeutické. Častá je také čekací doba na umístění na takové lůžko (kolem 2-

3 měsíců). K hospitalizaci je nutné doporučení obvodního lékaře či od lékaře, který měl dívku či ženu v péči dopsud.

V rámci **stacionární péče** v ČR existuje jediný Denní stacionář v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Délka léčby je maximálně 3 měsíce, je určena pro ženy a dívky s body mass indexem vyšším než 16. Nemocná přichází do stacionáře ráno a přes den absolvuje individuální i skupinovou terapii s dalšími nemocnými, na večer a na noc odchází do domácího prostředí, kde zkouší upevnit nové návyky získané ze stacionáře. Účast na tomto typu léčby předpokládá alespoň částečné zvládnutí nemoci a vyžaduje také finanční spoluúčast na léčbě (asi 50Kč/den jako příspěvek na jídlo).

Ambulantní péče tu mohou poskytovat psychologové, psychoterapeuti a psychiatři. Nemocná dochází k odborníkovi na terapeutická sezení, zpravidla 1x týdně, ale léčba může být i více či méně intenzivní. Psychoterapie vychází z potřeb a zakázky nemocné – pozornost je soustředěna mj. na zvládnutí jídelních návyků a změnu postojů k sobě a ke svému tělu. Cena za jedno terapeutické sezení se pohybuje od 400-1000 Kč.

Terapeutické skupiny po určitý čas se scházejí tytéž dívky a ženy a společně s jedním či dvěma terapeuty pracují na svém uzdravení formou skupinové terapie. Zároveň mohou docházet i na individuální terapii.

Svépomocné podpůrné skupiny jsou místem, kde se setkávají nemocné dívky a ženy a za účasti koordinátora skupiny či odborníka hledají motivaci k léčbě, sdílí své myšlenky a zkušenosti, podporují se navzájem v procesu léčby. V počátku léčby mohou tyto skupiny pomoci najít odvahu kontaktovat odborníka, v dalším procesu léčby mohou pak i vhodně doplňovat individuální terapii (Gerhard, 1995). V posledních několika letech je rozšířená svépomoc či podpůrné skupiny prostřednictvím internetu, kde mohou nemocné dívky zůstat v absolutní anonymitě. Taktéž jsou k dispozici nejrůznější manuály, příručky a doprovodné programy nápomocné k uzdravení formou knih a literatury.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 REALIZACE VÝZKUMU

Doposud jsme se zabývali problematikou poruch příjmu potravy z teoretického hlediska. Především mentální anorexií, mentální bulimií, charakteristikou těchto závažných onemocnění. Uvedli jsme si jejich možné příčiny vzniku, i když se často u pacientek velmi obtížně a především zdlouhavě zjišťují. Vymezili jsme pojmy pubescence a adolescence, právě z důvodu, že tato věková skupina dívek je ta nejohroženější, kterou se taktéž dále výzkum bude zabývat. Byla uvedena i kulturní specifika současné společnosti, což také hraje podstatnou roli ve vzniku onemocnění. V teoretické části práce byly nastíněny důsledky, jež mohou být velmi závažné, končící bohužel dokonce smrtí, následně bylo navázáno na možnosti léčby a vyjmenovány dostupné druhy léčby v České republice.

Jak už bylo uvedeno v úvodu, cílem práce je zjistit informovanost, již zmíněné nejrizikovější věkové skupiny dívek v období okolo 15. roku života, proto byly vybrány první ročníky středních škol. Cílem je zjistit, jaká je informovanost o symptomech poruch příjmu potravy, příčinách, důsledcích a především možnostech terapie i léčby. Práce může sloužit v praxi preventivním programům či sdružením zabývajících se poruchami příjmu potravy a poukázat na možnou nedostatečnou prevenci. Zjistit, na které oblasti mají osvětu více zaměřit.

V empirické části této práce bylo postupováno podle odborné literatury Petera Gavory (2010) a Miroslava Chrásky (2007).

6.1 Stanovení výzkumného problému

Pro realizovaný výzkum byl zvolen **deskriptivní (popisný)** výzkumný problém, který podle Gavory (2010, s. 56) „zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu. Při takovém výzkumu se obvykle používá výzkumná metoda pozorování, škálování, dotazník nebo interview.“

Výzkumný problém byl stanoven následovně:

Jaká je informovanost žákyň prvních ročníků středních škol o problematice poruch příjmu potravy?

6.2 Cíl výzkumu

Z uvedeného výzkumného problému vyplývá, že **hlavním cílem** realizovaného výzkumu je zjistit, informovanost žákyň prvních ročníků středních škol o problematice poruch příjmu potravy.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda a do jaké míry zvládnou žákyně vymezit pojmy poruch příjmu potravy, mentální anorexie a bulimie (položky č. 1, 2, 3)
2. Zjistit informovanost žákyň o symptomech mentální anorexie a bulimie (položky č. 4, 5, 6, 7, 8)
3. Zjistit informovanost žákyň o příčinách mentální anorexie a bulimie (položky č. 9, 15)
4. Zjistit informovanost žákyň o důsledcích mentální anorexie a bulimie (položky č. 10, 11, 12)
5. Zjistit, zda žákyně znají možnosti léčby mentální anorexie a bulimie (položky č. 13, 14)

6.3 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Základní soubor tvoří dívky prvních ročníků středních škol, tedy dívky od 14 do 16 let. Dle Vágnerové (2008) období pubescence, první fáze dospívání časově je lokalizované přibližně mezi 11 a 15 rokem a období adolescence trvá od 15 do 20 let. Právě ve zmíněných obdobích dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti, nejnápadnější je tělesné dospívání spojené s pohlavním dozráváním.

V souvislosti s ním se mění zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke korekci sebepojetí. Důležitou součástí adolescentní identity je tělesný vzhled, i když v této fázi už nepředstavuje tělesný vývoj žádnou převratnou změnu. Adolescent se svým tělem také zaobírá. Tento kult těla je také podporován obecně platným sociokulturním standardem vysoké hodnoty mládí a fyzické krásy. Z faktů plyne, proč jsme zvolili soubor tvořený dívkami v tomto věkovém rozmezí, tudíž naši cílovou skupinu.

Při volbě výzkumného souboru jsme použili dostupný výběr ve třech středních školách v okrese Hodonín, kde bylo v prvních ročnících rozdáno celkem 100 dotazníků, přičemž jejich návratnost činila 86%, tudíž to je 86 dotazníků. Výzkumný vzorek není obecně

reprezentativní, proto závěry tohoto výzkumu platí jen pro dané školy a není možno je bezpečně zevšeobecňovat na jiné školy.

6.4 Metodologie výzkumu

Z důvodu výběru popisného výzkumného problému jsme se rozhodli pro **kvantitativní výzkum**, konkrétně pro výzkumnou metodu **dotazníku**. Dotazník je dle Chrásky (2007, s. 163) souborem „předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Výhodou dotazníku je umožnění poměrně rychlého shromažďování dat od velkého počtu respondentů.

Nejdříve byl proveden **předvýzkum**, jehož cílem bylo ověřit, zda je dotazník dostatečně srozumitelný a vhodný pro vlastní výzkum. Prvotním cílem práce bylo zjistit, zda dívky prvních ročníků středních škol mají zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Proto byl dotazník sestaven z více osobnějších otázek korespondujících s vytyčenými cíli. Například ohledně váhy, výšky, jídelních návyků dívek apod. Bylo rozdáno 20 dotazníků s návratností 100%, dotazníky byly rozdány náhodně dívkám v předmětu tělesné výchovy, které se dobrovolně k vyplňování přihlásily. Průběhem předvýzkumu dívky zmínily, že jsou otázky vztahující se k jejich postavě, či rodinnému prostředí příliš osobní, na které nechtěly odpovídat. Nebo zřejmě nebylo odpovídáno pravdivě. Proto bylo usouzeno, že by v tomto případě vlastní výzkum nebyl objektivní, tudíž byl zvolen cíl jiný. Cílem práce tedy byla zjišťována informovanost dívek prvních ročníků o problematice poruch příjmu potravy. Na základě nově zvolených cílů, byl sestaven dotazník, ve kterém osobní otázky byly vynechány a nahrazeny vhodnějšími, u kterých bylo pravděpodobně odpovídáno pravdivě.

Před začátkem **vlastního výzkumu** jsme navštívili tři střední školy v okrese Hodonín, které jsme pro výzkum vybrali. Po domluvě se zástupci středních škol o povolení výzkumu na školách, jsme rozdali dotazníky dívkám prvních ročníků. Dotazník byl složen z 15 otázek, kdy 11 otázek bylo uzavřených, 1 polouzavřená, 2 otevřené a 1 škálová. Respondentky byly seznámeny s důvody vyplnění dotazníků a informovány o jeho anonymitě, což je také uvedeno v úvodní části dotazníku.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Pro vyhodnocení dat byla použita čárkovací metoda. Pro vyhodnocení otázek, jsme použili grafické znázornění pomocí koláčových grafů a tabulek v programu Microsoft Excel, který je pro tento typ práce nejpraktičtější a nejprehlednější, a také jsou výsledky doplněny slovním popisem, taktéž vlastním komentářem. U položek č. 1-7 a 10-11 jsou správné odpovědi v tabulkách pro lepší přehlednost tučně zvýrazněné. V položkách č. 8, 9 a 12-15 nelze určit jednoznačně správné odpovědi. Odpovědi jsou pouze názory a domněnky dotazovaných dívek v prvních ročnících vybraných středních škol v okrese Hodonín.

Demografické údaje a základní údaje o respondentech

Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, z čehož bylo navráceno 86%, z důvodu absence studentek, které v době vyplňování dotazníků nebyly přítomny na středních školách.

7.1 Vlastní výzkum

Dílčí cíl č. 1

Zjistit, zda žákyně zvládnou vymezit pojmy poruch příjmu potravy, mentální anorexie a bulimie. (Otázky č. 1, 2, 3)

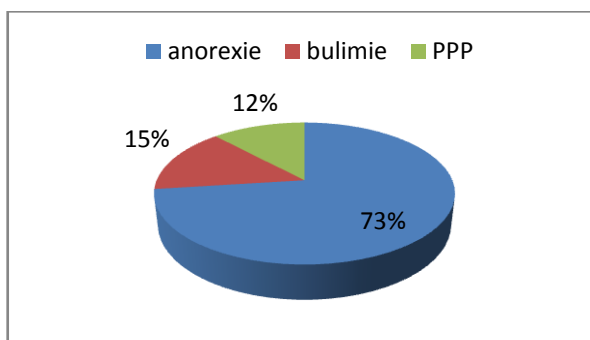
Otázka č. 1 **Vyberte správnou definici PPP**

V této otázce bylo zjišťováno, zda studentky dokážou správně rozpoznat obecnou definici PPP. Měly na výběr ze tří možností. Správně odpovědělo pouze 10 dívek (12%), 63 dívek (73%) zaměnilo pojem za mentální anorexii a 13 dívek (15%) za mentální bulimii.

Tabulka č. 1 **Vymezení pojmu PPP**

Definice	Četnost	%
Spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy	63	73%
Sebe-destruktivní a paradoxní neracionální chování	13	15%
Používání jídla k řešení emocionálních problémů, v obtížných situacích snaha ulevit svým pocitům pomocí jídla, jídlo přestává být jednou ze součástí života, ale stává se jeho hlavním naplněním	10	12%

Graf č. 1 Vyhodnocení otázky č. 1



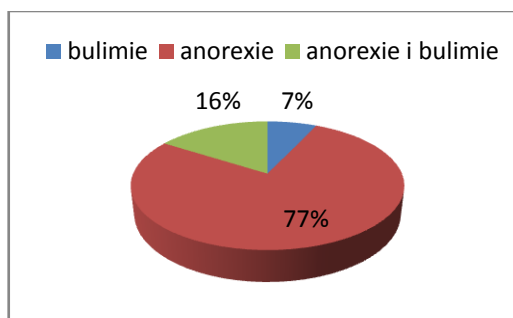
Otázka č.2 Vyberte, která z možností odpovídá tvrzení: „Porucha je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a odmítáním jídla“

V otázce bylo zjišťováno, zda dívky poznají, o které z poruch příjmu potravy tvrzení pojednává. Správně odpovědělo 66 dívek (77%), tedy že se jedná o mentální anorexii, 14 dívek (16%) uvedlo mentální anorexii i mentální bulimii a 6 dívek (7%) uvedlo mentální bulimii.

Tabulka č. 2 Tvrzení: „Porucha je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a odmítáním jídla“

Odpovědi	Četnosti	%
mentální bulimie	6	7%
mentální anorexie	66	77%
anorexie i bulimie	14	16%

Graf č. 2 Vyhodnocení otázky č. 2



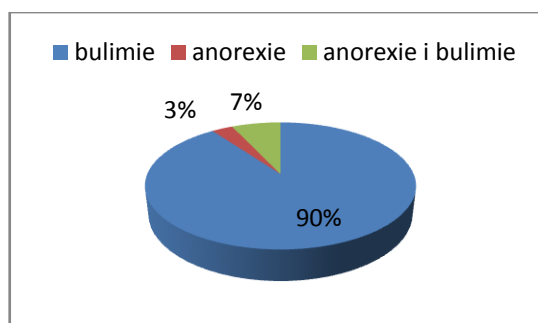
Otázka č.3 Vyberte, která z možností odpovídá tvrzení: „Porucha je charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání a zvracení s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“

Taktéž jako v předchozí otázce bylo zjišťováno, zda dívky správně určí jednu z PPP dle daného tvrzení. V tomto případě odpovědělo správně 77 dívek (90%) tudíž jedná se o mentální bulimii. Pouze 3 dívky (3%) určily mentální anorexii a zbylých 6 dívek (7%) byly názoru, že jde, jak o mentální anorexii, tak i o bulimii.

Tabulka č. 3 Tvrzení: „Porucha je charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání a zvracení s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“

Odpovědi	Četnosti	%
mentální bulimie	77	90%
mentální anorexie	3	3%
anorexie i bulimie	6	7%

Graf č. 3 Vyhodnocení otázky č. 3



Komentář: Domníváme se, že většina žákyň by stručně poruchy příjmu potravy dokázala popsat, přesnou definici, ovšem většina nevedla správně, což mohlo být způsobeno odborností těchto pojmů, kterým zřejmě dostatečně neporozuměly.

Dílčí cíl č. 2

Zjistit informovanost žákyň o symptomech mentální anorexie a bulimie. (Otázky č. 4, 5, 6, 7, 8)

Otázka č. 4 Kterou z charakteristik tělesné hmotnosti dle Vás můžeme označit za projevy mentální anorexie ?

V této otázce bylo zjišťováno, zda dívky vědí, jak se mentální anorexie projevuje na tělesné hmotnosti. 82 dívek (94%) bylo názoru, že se anorexie projevuje především výrazným poklesem hmotnosti, 2 dívky (3%) uvedly zastavení váhového přírůstku a 2 dívky (3%) mírný pokles hmotnosti.

Tabulka č. 4 Projevy mentální anorexie na tělesné hmotnosti

Odpovědi	Četnosti	%
výrazný pokles hmotnosti	82	94%
zastavení váhového přírůstku	2	3%
mírný pokles hmotnosti	2	3%

Graf č. 4 Vyhodnocení otázky č. 4



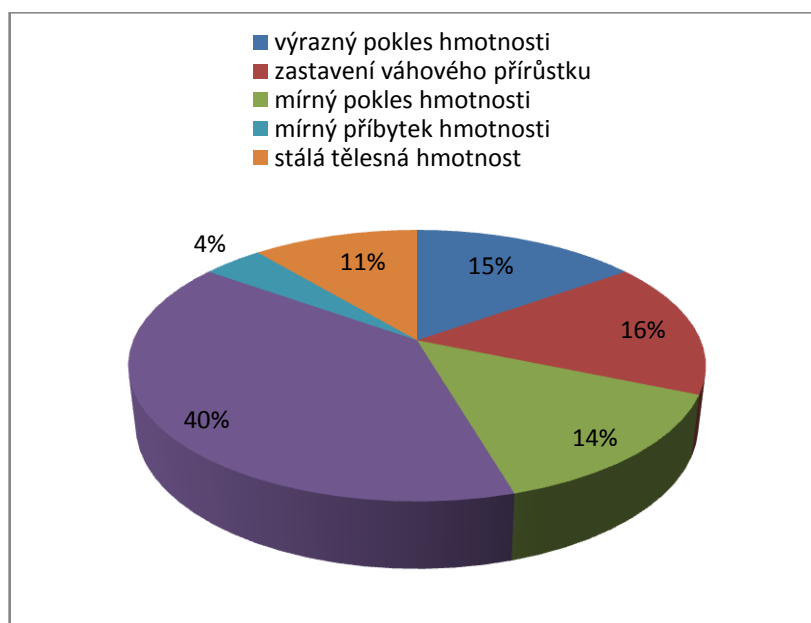
Otázka č. 5 Kterou z charakteristik tělesné hmotnosti dle Vás nemůžeme označit za projevy mentální bulimie?

Otázkou bylo zjišťováno, kterou z charakteristik tělesné hmotnosti dívky nepovažují za projev mentální bulimie. 34 dívek (39%) nepovažuje za projev mentální bulimie výrazný nárůst hmotnosti, 14 dívek (16%) uvedlo zastavení váhového přírůstku, 13 dívek (15%) výrazný pokles hmotnosti, 12 dívek (14%) mírný pokles hmotnosti, 9 dívek (11%) uvádělo stálou tělesnou hmotnost a 3 dívky (4%) nepovažovaly za projev mírný příbytek hmotnosti.

Tabulka č. 5 Charakteristiky tělesné hmotnosti, kterými se mentální bulimie neprojevuje

Odpovědi	Četnosti	%
výrazný pokles hmotnosti	13	15%
zastavení váhového přírůstku	14	16%
mírný pokles hmotnosti	12	14%
výrazný nárůst hmotnosti	34	39%
mírný příbytek hmotnosti	3	4%
stálá tělesná hmotnost	10	11%

Graf č. 5 Vyhodnocení otázky č. 5



Otázka č. 6 Které ze stravovacích návyků jsou dle Vás charakteristické pro mentální anorexii?

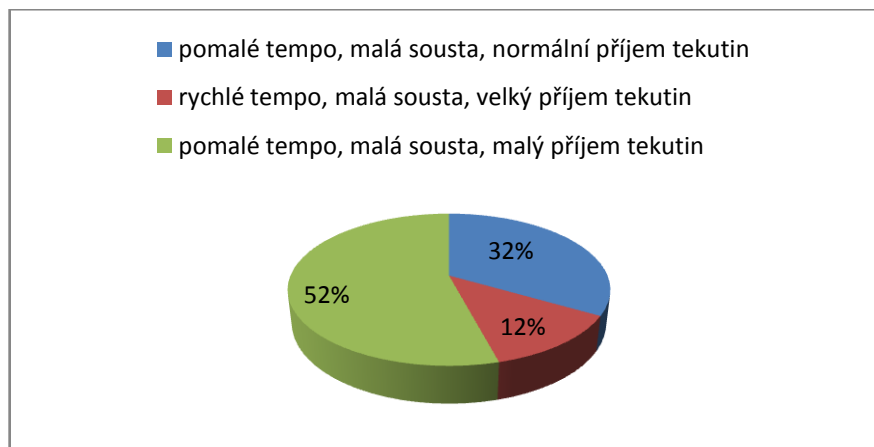
V této otázce bylo zjišťováno, zda dívky znají stravovací návyky charakteristické pro mentální anorexii. Dívky měly na výběr ze 4 možností, 45 dívek (52%) odpovědělo možnostmi „pomalé jídelní tempo, malá sousta, malý příjem tekutin“, 27 dívek (32%) odpovědělo „pomalé tempo, malá sousta, normální příjem tekutin“, 10 dívek (12%) uvedlo

„rychlé jídelní tempo, malá sousta, velkým příjem tekutin“, 2 dívky (2%) zvolily „rychlé jídelní tempo, velká sousta, velký příjem tekutin“ a 2 respondentky na tuto otázku neodpověděly.

Tabulka č. 6 **Stravovací návyky charakteristické pro mentální anorexii**

Odpovědi	Četnosti	%
pomalé tempo, malá sousta, normální příjem tekutin	27	32%
rychlé tempo, malá sousta, velký příjem tekutin	10	12%
pomalé tempo, malá sousta, malý příjem tekutin	45	52%
rychlé tempo, velká sousta, velký příjem tekutin	2	2%

Graf č. 6 **Vyhodnocení otázky č. 6**



Otázka č. 7 **Které ze stravovacích návyků jsou dle Vás charakteristické pro mentální bulimii?**

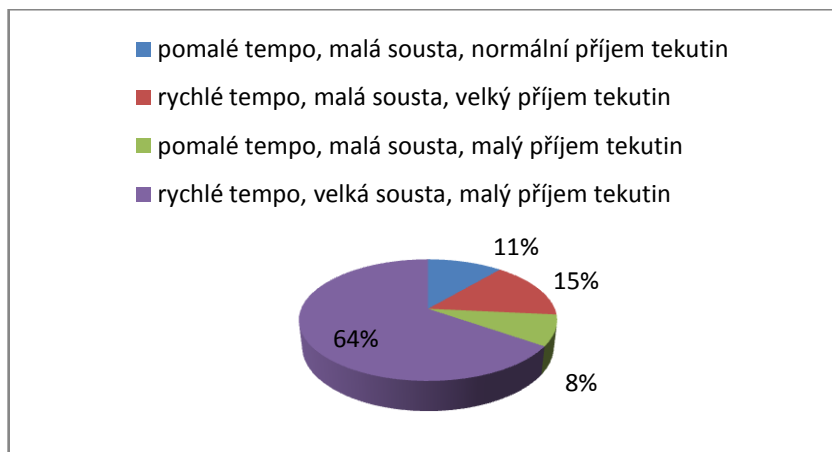
V této otázce taktéž jako v předchozí bylo zjišťováno, zda dívky znají stravovací návyky, tentokrát charakteristické pro mentální bulimii. Opět měly na výběr ze 4 možností, 55 dívek (64%) odpovědělo možností „rychlé jídelní tempo, velká sousta, velký příjem tekutin“, 13 dívek (15%) volilo možnost „rychlé tempo, malá sousta, velký příjem

tekutin“, 9 dívek (11%) odpovídalo „pomalé tempo, malá sousta, normální příjem tekutin“, 7 dívek (8%) odpovědělo „pomalé tempo, malá sousta, malý příjem tekutin“ a 2 dívky na otázku neodpověděly.

Tabulka č. 7 **Stravovací návyky charakteristické pro mentální bulimii**

Odpovědi	Četnosti	%
pomalé tempo, malá sousta, normální příjem tekutin	9	11%
rychlé tempo, malá sousta, velký příjem tekutin	13	15%
pomalé tempo, malá sousta, malý příjem tekutin	7	8%
rychlé tempo, velká sousta, velký příjem tekutin	55	64%

Graf č. 7 **Vyhodnocení otázky č. 7**



Otázka č. 8 Pokuste se přiřadit k daným projevům, zda se jedná o mentální anorexii, mentální bulimii, obojí nebo ani jedno

V otázce bylo zjišťováno, zda dívky dokážou rozpoznat u daných projevů, jestli souvisí pouze s anorexií nebo pouze s bulimií, zda se shodují anorexie i bulimie nebo nesouvisí ani s jednou poruchou. Bylo zadáno 7 projevů, ke kterým dívky vybíraly, dle jejich názoru správné možnosti. Prvním projevem byla: „porucha menstruačního cyklu“ 43 dívek (50%)

uvedlo pouze mentální anorexii, 32 dívek (37%) uvedlo anorexii i bulimii zároveň, 7 dívek (8%) si myslelo, že se netýká ani jedné z nich a 4 dívky (5%) odpovědělo bulimii. Projev druhý „zneužívání léků“ 33 dívek (38%) uvedlo mentální bulimii, 30 dívek (35%) mentální anorexii, 16 dívek (19%) odpovědělo anorexie i bulimie a 7 dívek (8%) ani jedno z nich. Projev třetí „zvýšená sebekontrola“ 33 dívek (38%) zvolilo anorexii i bulimii, 27 dívek (34%) pouze anorexii, 23 dívek (27%) ani jedno a 3 dívky (4%) odpovědělo bulimii. Projev čtvrtý „užívání alkoholu“ 49 dívek (57%) odpovědělo ani jedno, 16 dívek (19%) uvedlo anorexii i bulimii, 13 dívek (15%) bulimii a 8 dívek (9%) anorexii. Projev pátý „vznik poruchy mezi 14 až 30 rokem života“ 69 dívek (79%) uvedlo obojí anorexii i bulimii, 10 dívek (12%) anorexii, 4 dívky (5%) bulimii, stejně tak 4 dívky uvedly ani jedna z poruch v tomto období nevzniká. Projev šestý „nízké sebehodnocení“ 46 dívek (54%) uvedlo obojí anorexii i bulimii, 20 dívek (23%) uvedlo pouze anorexii, 10 dívek (12%) bulimii, a stejně tak 10 dívek odpovědělo ani jedna z nich. Projev sedmý „neustálé myšlenky na jídlo“ 59 dívek (69%) uvedlo bulimii, 17 dívek (20%) uvedlo ani jedné z poruch se netýká, 7 dívek (8%) uvedlo obojí a 3 dívky (4%) odpověděly mentální anorexie.

Tabulka č. 8 Projevy poruch příjmu potravy

Projevy	MA četnosti	%	MB četnosti	%	OBOJÍ četnosti	%	ANI JENDO četnosti	%
porucha menstruačního cyklu	43	50%	4	5%	32	37%	7	8%
zneužívání léků	30	35%	33	38%	16	19%	7	8%
zvýšená sebekontrola	27	31%	3	4%	33	38%	23	27%
užívání alkoholu	8	9%	13	15%	16	19%	49	57%
počátek 14-30 rok života	10	12%	4	5%	68	79%	4	5%
nízké sebehodnocení	20	23%	10	12%	46	54%	10	12%

neustálé myšlenky na jídlo	3	4%	59	67%	7	8%	17	20%
----------------------------------	---	----	----	-----	---	----	----	-----

Komentář: Z výsledků můžeme usoudit, že dívky znaly projevy mentální anorexie podstatně více, než tomu bylo u bulimie. Téměř všechny věděly, že anorexie je význačná především abnormální štíhlostí, taktéž tomu bylo podobně u jídelních návyků a dalších znaků onemocnění, správné odpovědi se objevovaly převážně u otázek týkajících se anorexie. Domníváme se tedy, že povědomí o bulimii není mezi dívkami natolik známé, jako je tomu u mentální anorexie.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit informovanost žákyň o příčinách mentální anorexie a bulimie. (Otázky č. 9, 15)

Otázka č. 9 Rozhodněte, zda tyto osobnostní rysy mohou zvýšit pravděpodobnost výskytu spíše mentální anorexie, mentální bulimie, anorexie i bulimie zároveň nebo nepřispívají ani k jedné z nich

Otázkou bylo zjišťováno, které osobnostní rysy dívky přisuzují ke vzniku anorexie, které ke vzniku bulimie, které přisuzují ke vzniku obou nebo ani jednomu. Opět bylo zadáno 7 osobnostních rysů, ke kterým dívky přiřazovaly odpověď ze čtyř možností dle jejich názoru. Prvním z nich byla „úzkostnost“ 46 dívek (54%) odpovědělo anorexii i bulimii zároveň, 33 dívek (38%) uvedlo mentální anorexii, 4 dívky (5%) bulimii a 3 dívky (4%) ani jedno. Druhý rys „impulzivnost“ 30 dívek (35%) uvedlo obojí, 28 dívek (33%) bulimii, 21 dívek (25%) nejedná se ani o jedno a 7 dívek (8%) anorexii. Třetí „vyrovnanost“ 69 dívek (80%) odpovědělo k žádné z poruch nepřispívá, 7 dívek (8%) uvedlo anorexii, stejně tak 7 dívek uvedlo obojí a 4 dívky, tedy (5%) bulimii. Čtvrtý rys „emoční labilita“ 51 dívek (59%) bylo názoru, že obojí anorexie i bulimie, 24 dívek (28%) uvedlo anorexii, 7 dívek (8%) bulimii a 4 dívky (5%) odpověděly ani jedna možnost.

Pátý „perfekcionismus“ 29 dívek (34%) uvádělo anorexii a stejný počet dívek uvedlo obojí, 22 dívek (26%) uvedlo ani jedno a 6 dívek (7%) bulimii. Šestý znak „zaměření na výkon“ 36 dívek (42%) odpovědělo ani jedna z poruch, 20 dívek (23%) uvedlo anorexii, 18 dívek (21%) obojí a 12 dívek (14%) bulimii. Sedmý rys „náladovost“ odpovědělo 62 dívek (72%), že jde o obojí jak anorexii, tak bulimii, 10 dívek (12%) ani o jednu z nich a stejný počet dívek odpovídalo anorexie 8% a bulimie taktéž 8%.

Tabulka č. 9 Osobnostní rysy zvyšující pravděpodobnost výskytu PPP

Osobnostní rysy	MA četnosti	%	MB četnosti	%	OBOJÍ četnosti	%	ANI JENDO četnosti	%
úzkostnost	33	38%	4	5%	46	54%	3	4%
impulzivnost	7	8%	28	33%	30	35%	21	25%
vyrovnanost	7	8%	4	5%	6	7%	69	80%
emoční labilita	24	28%	7	8%	51	59%	4	5%
perfekcionismus	29	34%	6	7%	29	34%	22	26%
zaměření na výkon	20	23%	12	14%	18	21%	36	42%
náladovost	7	8%	7	8%	62	72%	10	12%

Dílčí cíl č. 4

Zjistit informovanost žákyň o důsledcích mentální anorexie a bulimie. (Otázky č. 10, 11, 12)

Otázka č. 10 **Rozhodněte, o které z PPP vypovídají důsledky v uvedené výpovědi:**
„Dlouho jsem nechápala, že moje zdravotní problémy nějak souvisí s jídlem. Byla mi pořád neskutečná zima. V noci jsem nemohla spát, měla jsem hrozné křeče v lýtkách. Vlasy mi padaly v chomáčích. Měla jsem mžitky před očima a ztrácela rovnováhu. Jednou jsem doma omdlela, ale nikomu jsem to neřekla.“

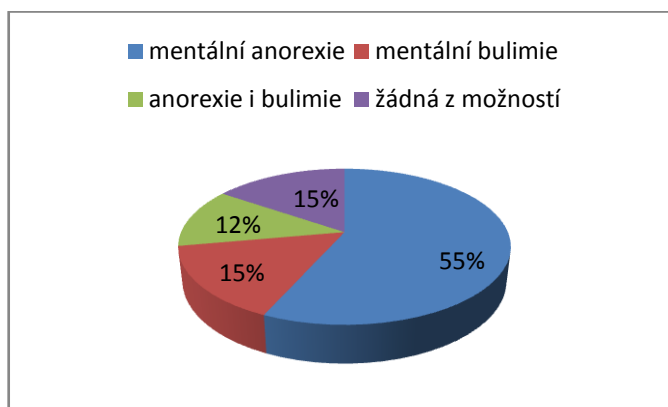
V této otázce bylo zjišťováno, zda dívky podle zadané výpovědi, v níž jsou uvedeny důsledky PPP, správně určí, o kterou z poruch příjmu potravy se jedná. Správnou odpověď mentální anorexie uvedlo 47 dívek (55%), 13 dívek (15%) uvedlo mentální bulimii a stejný počet taktéž 13 dívek (15%) uvedlo ani jedna z možností. 10 dívek (12%) odpovědělo, že se jedná o anorexii i bulimii zároveň, 3 dívky na tuto otázku neodpověděly.

Tabulka č. 10 Rozpoznání výpovědi

Odpovědi	Četnosti	%
mentální anorexie	47	55%

mentální bulimie	13	15%
anorexie i bulimie	10	12%
žádná z možností	13	15%

Graf č. 8 Vyhodnocení otázky č. 10



Otázka č. 11 **Rozhodněte, o které z PPP vypovídají důsledky v uvedené výpovědi:**
„Vyhrávaly jsme jednu soutěž za druhou, ale já už nemohla dál! Bála jsem se každého sousta, bála jsem se holek, že si všimnou, že jsem oteklá nebo že nejsem ve své kůži, bála jsem se těch hrozných rautů.“

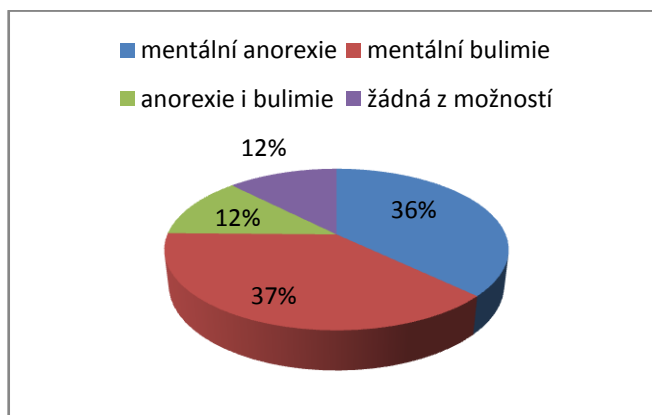
U této otázky bylo zjišťováno stejně jako u předchozí, zda dívky správně určí, o kterou z poruch příjmu potravy se jedná u uvedené výpovědi. V tomto případě byly odpovědi mentální anorexie a bulimie téměř vyrovnané, mentální anorexii uvedlo 31 dívek (36%), ovšem správná odpověď byla bulimie, tak odpovědělo 32 dívek (37%), což značí, že s důsledky bulimie nejsou dívky obeznámeny do takové míry jako s důsledky anorexie. Dále 10 dívek (12%) odpovědělo, že se jedná o anorexii i bulimii, stejný počet dívek odpovědělo, že nejde ani o jednu z poruch, 3 dívky na otázku neodpověděly.

Tabulka č. 11 Rozpoznání výpovědi

Odpovědi	Četnosti	%
mentální anorexie	31	36%
mentální bulimie	32	37%
anorexie i bulimie	10	12%

žádná z možností	10	12%
------------------	-----------	------------

Graf č. 9 Vyhodnocení otázky č. 11



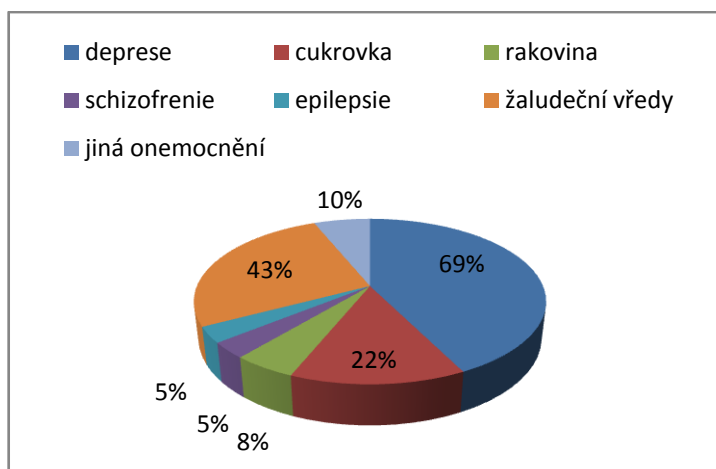
Otázka č. 12 **Může dle Vás být PPP spouštěčem dalších onemocnění?**

V této otázce bylo zjišťováno, zda dívky znají rizika vzniku dalších onemocnění v důsledku anorexie či bulimie, a která onemocnění dle jejich názoru to konkrétně jsou. Dívky mohly zvolit více odpovědí. 59 dívek (69%) uvedlo deprese, 37 dívek (43%) uvedlo žaludeční vředy, 19 dívek (22%) cukrovku, 9 dívek (10%) odpovědělo jiná onemocnění, 7 dívek (8%) uvedlo rakovinu a 4 dívky (5%) uvedly epilepsii, stejný počet 4 dívky uvedly schizofrenii, 3 dívky neodpověděly na otázku.

Tabulka č. 12 **Možná onemocnění v důsledku PPP**

Odpovědi	Četnosti	%
deprese	59	69%
cukrovka	19	22%
rakovina	10	9%
schizofrenie	4	5%
epilepsie	4	5%
žaludeční vředy	37	43%
jiná onemocnění	9	10%

.Graf č. 10 vyhodnocení otázky č. 12



Komentář: U cíle, kterým jsme zjišťovali znalost důsledků, lze vyvodit, že polovina dívek dokázala poznat důsledky spojené s mentální anorexií, ovšem specifické důsledky bulimie dokázala správně určit jen třetina dívek, stejný počet dívek je zaměnil za důsledky anorexie a zbytek uvedl, že neví. Většina dívek k důsledkům přisuzuje deprese, žaludeční vředy nebo cukrovku.

Dílčí cíl č. 5

Zjistit, zda žákyně znají možnosti léčby poruch příjmu potravy. (Otázky č. 13, 14)

Otázka č. 13 Na jaké odborníky by se člověk s PPP měl obrátit?

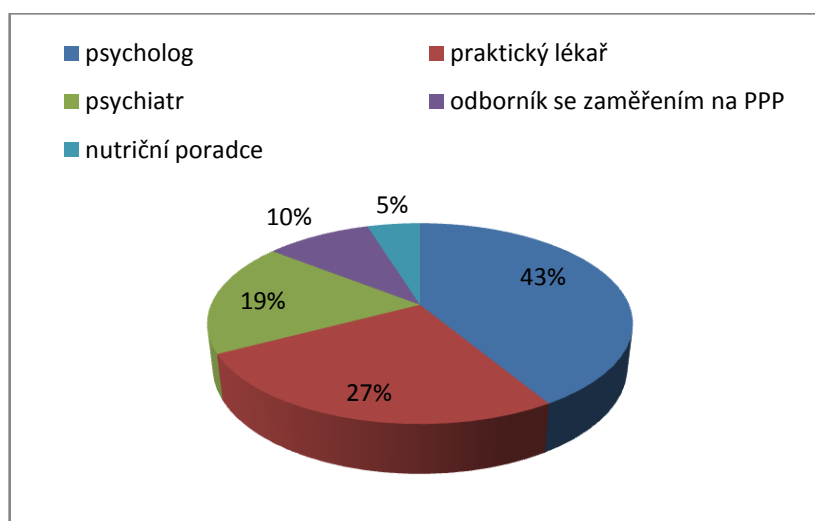
V otázce bylo zjišťováno, zda dívky znají lékaře nebo odborníky, kteří se zabývají poruchami příjmu potravy, zda vědí, na koho se s léčbou této problematiky obrátit. Otázka byla otevřená a 26 dívek (30%) na tuto otázku neodpovědělo, tudíž lze usoudit, že neví, kdo poruchy příjmu potravy léčí. 37 dívek (43%) z celkového počtu uvedlo psycholog, 23 dívek (27%) z celkového počtu uvedlo praktický lékař, 16 dívek (19%) psychiatr, 9 dívek (10%) odpovědělo odborník se zaměřením na PPP, 4 dívky (5%) uvedly nutriční poradce, 1 dívka (1%) uvedla dietolog a 1 dívka terapeut.

Tabulka č. 13 Odborníci zabývající se PPP

Odpovědi	Četnosti	%
psycholog	37	43%
praktický lékař	23	27%

Psychiatr	16	19%
odborník se zaměřením na PPP	9	10%
nutriční poradce	4	5%
dietolog	1	1%
terapeut	1	1%

Graf č. 11 Vyhodnocení otázky č. 13



Otázka č. 14 Jaké zařízení zabývající se PPP znáte?

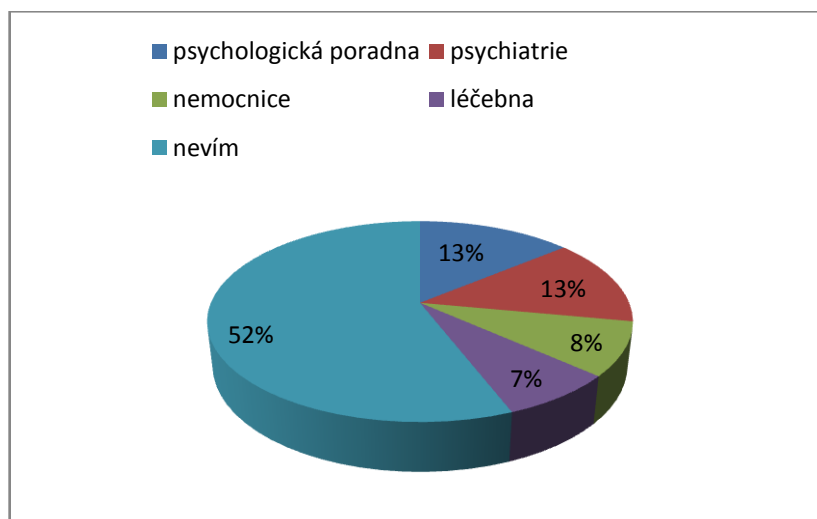
Otázkou bylo zjišťováno, zda dívky vědí, kde se PPP léčí, popřípadě, jestli znají konkrétnější zařízení určené k léčbě PPP. Otázka byla otevřená a neodpovědělo 45 dívek (52%) z čehož je zřejmé, že neznají žádné zařízení zabývající se poruchami příjmu potravy. 11 dívek (13%) odpovědělo psychologická poradna, stejně tak 11 dívek (13%) psychiatrie, 7 dívek (8%) uvedlo nemocnice, 6 dívek (7%) léčebna, 3 dívky (3%) uvedly ozdravovna, dále bylo uvedeno jedenkrát lázně, odvykací centra, linka důvěry.

Tabulka č. 14 Zařízení zabývající se PPP

Odpovědi	Četnosti	%
psychologická poradna	11	13%

psychiatrie	11	13%
nemocnice	7	8%
léčebna	6	7%
ozdravovna	3	3%
lázně	1	1%
odvykací centra	1	1%
linka důvěry	1	1%

Graf č. 12 Vyhodnocení otázky č. 14



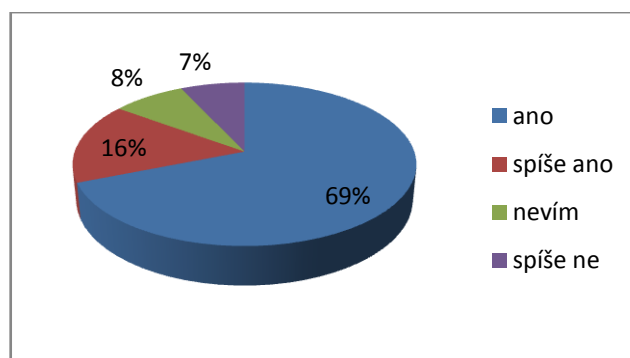
Komentář: Asi polovina dívek nevedla odpověď, z čehož je zřejmé, že žádné zařízení neznají. Poté se nejčastěji objevovaly odpovědi jako je psychologická poradna nebo psychiatrie. Ani jedna z dívek nevedla konkrétní zařízení nebo sdružení zabývající se poruchami příjmu potravy, jako je například Anabell. Odborníka zabývající se PPP nevedla asi třetina, jinak bylo uváděno většinou opět psycholog nebo praktický lékař.

Otázka č. 15 Z uvedených příčin vyznačte do tabulky, jakou měrou se dle Vás podílejí na vzniku poruch příjmu potravy (PPP)

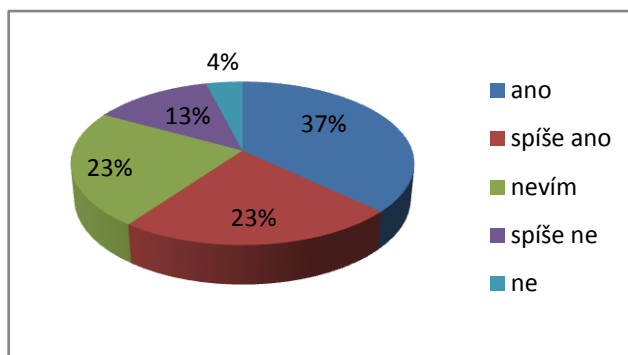
Otázkou bylo zjišťováno, jakou měrou považují dívky za vznik poruch příjmu potravy dané příčiny. Bylo zadáno 9 možných příčin ke vzniku PPP, dívky vybíraly z pěti možností „ano“, „spíše ano“, „nevím“, „spíše ne“, „ne“. První příčina byla „porucha hodnocení

vlastních tělesných proporcí“ odpovědi: „ano“ uvedlo 59 dívek (67%), 14 dívek (16%) uvedlo „spíše ano“, 7 dívek (8%) uvedlo „nevím“, 6 dívek (7%) „spíše ne“. Druhá příčina „porucha vnímání pocitů vlastního organismu“ odpovědi: 32 dívek (37%) „ano“, 20 dívek (23%) „spíše ano“, taktéž 20 dívek (23%) „nevím“, 11 dívek (13%) uvedlo „spíše ne“, 3 dívky (4%) uvedla „ne“. Třetí příčina zněla „chybí identifikace s vlastním tělem“ odpovědi: 24 dívek (28%) uvedlo „ano“, 27 dívek (31%) „spíše ano“, 20 dívek (23%) „nevím“, 9 dívek (11%) uvedlo „spíše ne“, 6 dívek (7%) „ne“. Čtvrtá příčina „ Sociální tlak na kontrolu tělesné hmotnosti (reklama, tisk, média, aj.)“ odpovědi: 41 dívek (48%) odpovědělo „ano“, 22 dívek (26%) „spíše ano“, 16 dívek (19%) „nevím“, 4 dívky (5%) „spíše ne“ a 3 dívky (4%) uvedla „ne“. Pátá příčina „ Problémy v rodině (špatná komunikace, přehnaný nebo žádný zájem o dítě, aj.)“ odpovědi: 39 dívek (45%) „ano“, 27 dívek (31%) „spíše ano“, 6 dívek (7%) „nevím“, 11 dívek (13%) odpovědělo „spíše ne“ a 3 dívky (4%) „ne“. Šestá příčina „ Strach z dospělosti (strach z osamostatnění se od rodičů)“ odpovědi: 3 dívky (4 %) byly názoru „ano“, 13 dívek (15%) „spíše ano“, 24 dívek (28%) uvedlo „nevím“, 34 dívek (40%) „spíše ne“ a 11 dívek (13 %) „ne“. Sedmá příčina „ Fyzické či psychické trauma v dětství (týrání, znásilnění, aj.)“ odpovědi: 30 dívek (35%) uvedlo „ano“, 36 dívek (42%) „spíše ano“, 6 dívek (7%) „nevím“, 9 dívek (11%) „spíše ne“, 6 dívek (8%) „ne“. Osmá příčina „vrozené či genetické faktory“ odpovědi: 9 dívek (11%) odpovědělo „ano“, 22 dívek (26%) „spíše ano“, 29 dívek (34%) uvedlo „nevím“, 20 dívek (23%) „spíše ne“ a 7 dívek (8%) uvedlo „ne“. Devátá příčina „ Nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob“ odpovědi: 50 dívek (58%) uvedlo „ano“, 23 dívek (27%) „spíše ano“, 4 dívky (5 %) odpověděly „nevím“, stejným počtem odpovědělo možnostmi „spíše ne“ a „ne“.

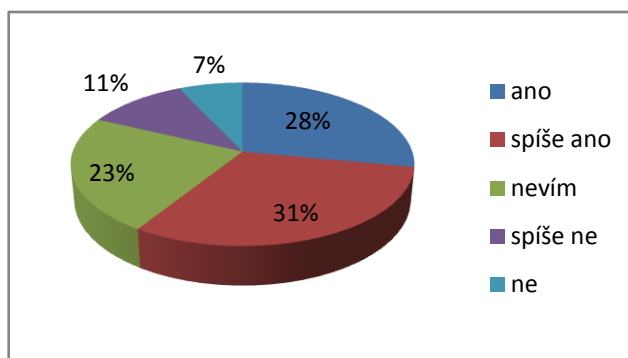
Graf č. 13.1. Porucha hodnocení vlastních tělesných proporcí jako příčina PPP



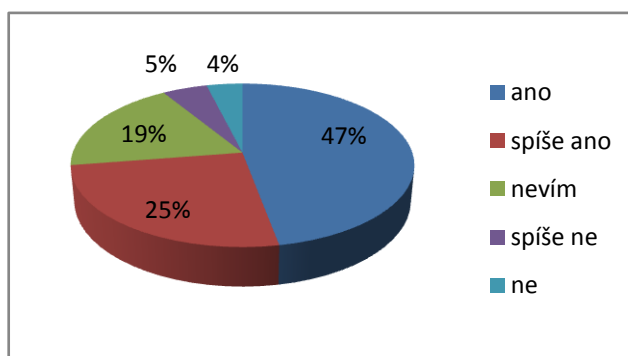
Graf č. 13.2. Porucha vnímání pocitů vlastního organismu jako příčina PPP



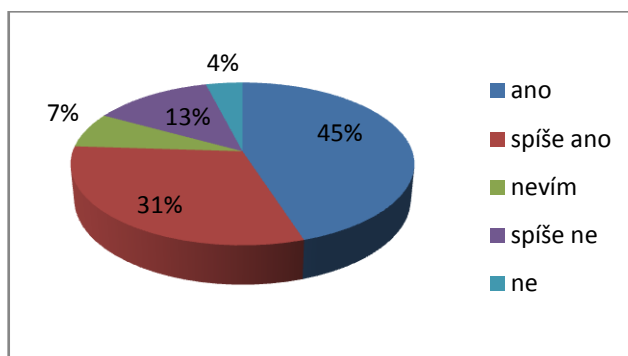
Graf č. 13.3. Ztráta identifikace s vlastním tělem jako příčina PPP



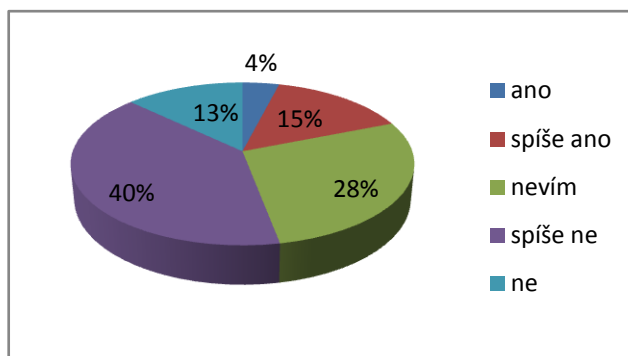
Graf č. 13.4. Sociální tlak na kontrolu tělesné hmotnosti (reklama, média, tisk, aj.)



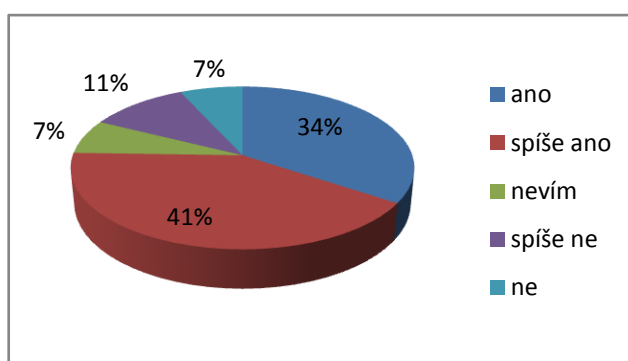
Graf č. 13.5. **Problémy v rodině (špatná komunikace, přehnaný nebo žádný zájem o dítě, aj.) jako příčina PPP**



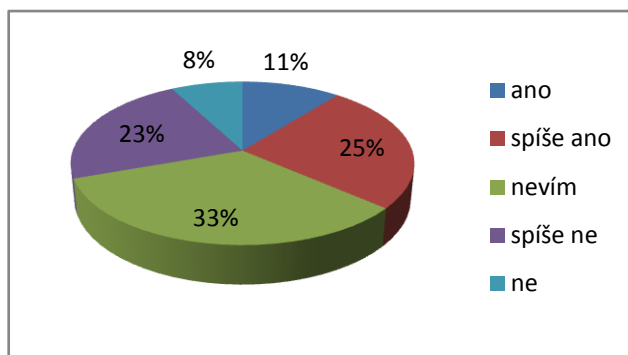
Graf č. 13.6. **Strach z dospělosti (strach z osamostatnění se od rodičů)**



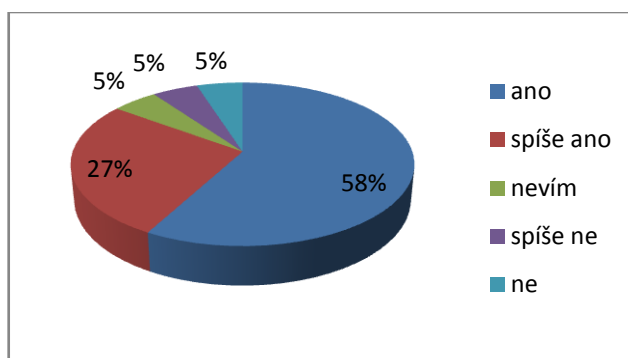
Graf č. 13.7 **Fyzické či psychické trauma v dětství (týrání, znásilnění, aj.)**



Graf č. 13.8 Vrozené či genetické faktory jako příčina PPP



Graf č. 13.9 Nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob



7.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost žákyň prvních ročníků středních škol o problematice poruch příjmu potravy. Výzkum zjišťoval, zda a do jaké míry zvládnou žákyně středních škol vymezit pojmy poruch příjmu potravy, mentální anorexii a bulimii. Dále zjišťoval, jaká je informovanost o symptomech, zda znají a umí rozlišit symptomy anorexie a bulimie. Konkrétně jsme se žákyň ptali na specifické znaky, jako je tělesná hmotnost, stravovací návyky a projevy u mentální anorexie a bulimie. Zjišťovali jsme znalost příčin a které z nich, dle jejich názoru přispívají ke vzniku onemocnění nejvíce, zároveň jsme se tázali na některé osobnostní rysy často spojované s poruchami příjmu potravy, zda mohou zapříčinit vznik anorexie či bulimie. Byla zjišťována znalost důsledků poruch příjmu potravy a znalost možností léčby. Také jsme se zabývali zjištěním, jaké znají dívky odborníky a zařízení zabývající se touto problematikou.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 86 respondentů, z toho 86 žen ve věkovém rozmezí 14 – 16 let, které navštěvují první ročníky středních škol v okrese Hodonín. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že většina z dívek 77% zvládne správně vymezit mentální anorexii a bulimii dokonce 90% z nich. Ovšem obecně vymezit pojem poruch příjmu potravy zvládla jen menšina dívek 12%, na základě této skutečnosti se můžeme domnívat, že nesprávnost odpovědí byla způsobena až příliš odborným popisem, kterému zřejmě dívky dobře neporozuměly. Tudiž z výsledků vyplývá, že dívky ve většině případů mají povědomí a znají rozdíly mezi anorexií a bulimií. Specifický znak pro anorexii, co se týče tělesné hmotnosti, odpovědělo 94% dívek, že se projevuje výrazným poklesem hmotnosti. U bulimie byly odpovědi procentuelně vyrovnané, což vypovídá o tom, že si dívky nejsou jisté, jaká je specifická bulimická váha, tento fakt potvrzuje i odborná literatura. Tuto skutečnost si můžeme vysvětlit tak, že se liší mnohdy jednotlivé typy bulimiček, některé zvracení dokážou ovládat do takové míry, že dokonce hubnou, kdežto jsou i bulimičky, které výrazně přibírají nebo mají dokonce normální hmotnost, rozhodně lze říci, že hmotnost bulimiček je velmi proměnlivá a nestálá. Polovina dívek věděla, že se anorektičky stravují velmi pomalým tempem, polykají malá sousta a mají i malý příjem tekutin, o něco více dívek 64% vědělo, že bulimičky jedí velmi rychle až hltavě po velkých soustech s nadměrným příjmem tekutin. 54% dívek si myslí, že se obě poruchy projevují nízkým sebehodnocením, 79% dívek je názoru, že počátek onemocnění je kolem 14. roku života a 38% dívek uvedlo, že se u pacientek projevuje zvýšená sebekontrola.

Paradoxem je, že 57% dívek uvedlo, že se u nemocných nevyskytuje užívání alkoholu, kdežto bulimičky jsou velmi častými užívatelkami alkoholických nápojů a drog, proto si myslím, že je důležité zdůraznit toto nebezpečí. Dle některých autorů odborné literatury je bulimie svým způsobem také závislostí, proto má-li bulimička sklony k závislostem, může lehce upadnout do jiných, ať už alkoholové nebo drogové závislosti. Do problémů bulimiček spadá i časté zneužívání léků, na kterých lze taktéž vzniknou závislost, o této skutečnosti se zmínilo 38% dívek. Podle výzkumu 69% dívek uvádí jako důsledek především deprese a 43% dívek žaludeční vředy. Zdravotních důsledků podmíněných nedostatkem výživy si byla vědoma téměř většina dívek, což je pochopitelné, neboť je zasaženo celé tělo nemocných.

Zabývali jsme se i otázkou, jaké dívky znají odborníky a zařízení zabývající se poruchami příjmu potravy, zjistili jsme, že 30% dívek nevědělo, na koho se s tímto problémem mohou obrátit, 43% dívek by se obrátilo na psychologa. Podobně tomu bylo

s nedostatečnou informovaností o zařízení, 52% dívek nevedlo žádné vhodné zařízení pro poruchy příjmu potravy a 13% uvedlo psychologickou poradnu, stejný počet psychiatrii.

V neposlední řadě bylo zjišťováno, jaké příčiny dívky pokládají za zásadní pro vznik onemocnění. Nejvíce dívek 69% uvedlo za největší příčinu poruchu hodnocení vlastních tělesných proporcí a nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob uvedlo 58% dívek. Dále v menší míře kolem 46% dívek uvedlo sociální tlak na kontrolu tělesné hmotnosti (reklama, tisk, média, aj.) nebo problémy v rodině (špatná komunikace, přehnaný nebo žádný zájem rodičů o dítě, aj.). 40% dívek spíše nepovažuje za příčinu strach z dospělosti a osamostatnění se od rodičů. Pole odborníků je velmi těžké zjistit příčinu, tudíž nelze jednoznačně říct, co je tím pravým spouštěčem poruch příjmu potravy, většinou je to velmi individuální a případ od případu se liší. Někdy trvá dlouhou dobu až po propuknutí nemoci, než se pravé příčiny odhalí. Otázkou tedy zůstává, zda je vůbec možné příčinám nějakým způsobem předcházet.

7.3 Diskuze

„Rozšíření mentální bulimie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Na základě různých studií můžeme předpokládat, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat u více než deseti procent mladých žen“ (Krch, 2008, s. 42).

Myslím si, že strachem z tloušťky a nezdravého jídla je poznamenáno mnoha dalších lidí, kteří nevědí, kolik by vlastně měli vážit a redukční diety zaměňují za normální stravovací režim a i přes tuto skutečnost se za pacienty poruch příjmu potravy nepovažují. Také je známo dle nejrůznějších anket a průzkumů, že asi 60 procent českých děvčat není spokojeno se svým tělem a většina mladých žen si přeje zhubnout. V posledních deseti letech se zdvojnásobil počet děvčat, která přiznávají, že drží redukční dietu a současně také vzrůstá počet dětí, které mají problémy s nadváhou. Poruchy příjmu potravy v největší míře zasahují dospívající děvčata, která jsou příliš ambiciozní a nedokáží se vyrovnat s měnící se a dospívající postavou. Tyto dívky bývají zejména ovlivňovány médii, reklamou a módními normami.

Dívky v dnešní době svůj volný čas nejčastěji tráví v nákupních střediscích nebo se svými vrstevníky na diskotékách či večírcích, kde jim záleží na dokonalém vzhledu a výkonu vůbec, tyto dívky většinou také víc kouří, pijí alkohol nebo dokonce experimentují s drogami (Pávková, 2008). Dívky postižené poruchami příjmu potravy pocházejí z různého společenského prostředí, z různých rodin, s různým vzděláním, z města i z venkova.

Je velmi obtížné určit konkrétní vlivy a příčiny vzniku těchto velmi závažných onemocnění. Každá dívka je jinak citlivá a ovlivnitelná okolními vlivy. Proto jen těžko můžeme určit nesprávné a škodlivé vlivy například reklamy, které mohou negativně poznamenat dívky a přispět ke vzniku mentální anorexie či bulimie. V každém případě si myslím, že takovýchto reklam vyzdvihující až abnormálně štíhlou postavu a dokonalý vzhled by mělo být co nejméně nebo dokonce by se neměly vyskytovat vůbec a autoři propagující tyto reklamy by se měli zamyslet a uvědomit si co vlastně mohou svým počínáním způsobit.

7.4 Doporučení pro praxi

Domnívám se, že hlavním účelem práce je seznámit ať už širokou veřejnost nebo veřejnost, přicházející do kontaktu s poruchami příjmu potravy a jejich rodinné příslušníky s touto problematikou a pomoci nalézt možnosti a správná řešení. Je zde snaha poskytnout vhodné rady a nejlepší způsoby, jak před závažnou problematikou varovat, popřípadě se s nemocí vypořádat a pomoci pacientům k návratu k neohrožujícím jídelním zvyklostem a zařazením se do běžného života.

Pokud tedy hledáme odpověď na otázku „Jaká je opravdu účinná prevence poruch příjmu potravy?“ trůfám si souhlasit s názorem Jany Sladké Ševčíkové (cit. dle Hall, Cohn, 2003), předsedkyně OS Anabell-pro nemocné anorexií a bulimií, která tvrdí, že prevence vážně existuje a je velmi snadná. Popisuje ji následujícím způsobem. Prevence musí probíhat cíleně a hlavně v době hluboko před otěhotněním nastávající matky, tedy před navázáním partnerského vztahu mezi mladou ženou a mladým mužem. Pokud tyto dva mladí lidé budou ctít životní hodnoty, jež nepostaví na tvaru postavy, na váze, na společenské úspěšnosti, na počtu aut a rodinných domků a pokud budou toužebně očekávat narození svého dítěte. Budou ho vychovávat v rodinném prostředí plném klidu,

porozumění a laskavosti, mají velkou naději, že pro prevenci poruch příjmu potravy svého potomka udělali maximum.

Jak vyplynulo z výsledků výzkumu, nedostatečná informovanost dívek prvních ročníků středních škol je především v možnostech léčby poruch příjmu potravy. Proto by bylo vhodné zaměřit se na tuto oblast, především na jaké odborníky by se člověk v případě nutnosti měl obrátit. Jaké zařízení je možné navštívit a poskytovat dívkám více informací v tomto směru, pomocí internetu, letáků, přednášek, seminářů apod. Dle Hradečné (1998) je důležité, aby se škola v primární prevenci stala soběstačnou, což samozřejmě nevylučuje spolupráci s jinými institucemi v případě nějakých zvláštních problémů.

Danou problematikou se v ČR zabývá občanské sdružení Anabell. Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy hledat a nalézat východiska k řešení problémů spojených s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním.

V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v kontaktních centrech Anabell - v Brně (sídlo organizace), v Praze (včetně služeb pro obyvatele Středočeského kraje), Ostravě, Plzni, Olomouci a Zlíně. Centrum Plzeň až do odvolání vyvíjí pouze přednáškovou činnost.

Myslím si, že by bylo vhodné a určitě smysluplné, aby podobných sdružení pořádající právě pro školy například výukovou metodou informačně-receptivní, jež představuje podávání hotových informací žákům (výkladem, vysvětlováním popisem apod.) (Maňák, Švec, Švec, 2005), bylo více, které by zvedly zmiňovanou informovanost a povědomí o problematice především u ohrožených mladých dospívajících dívek i v jejich okolí.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo podrobněji přiblížit problematiku, rozšířit povědomí o poruchách příjmu potravy. Především nastínit jejich závažnost. Problematika poruch příjmu potravy je velmi závažná a veřejností často nepochopitelná, která nevnímá fakt, že se jídlo může stát opravdovým návykem. Je důležité si uvědomit, že poruchy příjmu potravy jsou problémem celé společnosti, proto dalším cílem bylo také poukázat na možnou nedostatečnou informovanost nejvíce ohrožené skupiny dospívajících dívek ve věku 14 – 16 let, jakožto důvod ke zlepšení či zavedení prevence ve školách.

Tato práce má za úkol informovat o rizicích problémů poruch příjmu potravy, varovat před tlakem médií na vzhled a postavu, a případně nabídnout pomocnou ruku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- GERHARD, Leibold, 1995, *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. Praha: Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.
- HALL, Lindsey a Leigh COHN, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA. ISBN 80-86517-60-8.
- HRADEČNÁ, Marie, 1998. *Vybrané problémy sociální pedagogiky*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4015-7.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KRAUS, Blahoslav; POLÁČKOVÁ, Věra, 2001. *Člověk-prostředí-výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paldo. ISBN 80-7315-004-2.
- KRCH, František David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David, 2003. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David, 2008. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9.
- MALONEY, Michael, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V., 2005. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-102-2.
- NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: GRM akademické nakladatelství. ISBN 978-80-7204-657-7.
- SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2003. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-795-7.

PÁVKOVÁ, Jiřina et al., 2008. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-423-6.

PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-3470-5.

PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ, 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktualit. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje:

Agras, W. S. (2001). The consequences and cost of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379. Abstract retrieved May 10, 2013, from Database ScienceDirect at <http://www.sciencedirect.com>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- ČR Česká republika
- MA Mentální anorexie
- MB Mentální bulimie
- OS Občanské sdružení
- PPP Poruchy příjmu potravy

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vymezení pojmu PPP.....	31
Tabulka 2: Tvrzení.....	32
Tabulka 3: Tvrzení.....	33
Tabulka 4: Projevy mentální anorexie na tělesné hmotnosti.....	34
Tabulka 5: Charakteristiky tělesné hmotnosti, kterými se mentální bulimie neprojevuje...35	
Tabulka 6: Stravovací návyky charakteristické pro mentální anorexii.....	36
Tabulka 7: Stravovací návyky charakteristické pro mentální bulimii.....	37
Tabulka 8: Projevy poruch příjmu potravy.....	38-39
Tabulka 9: Osobnostní rysy zvyšující pravděpodobnost výskytu PPP.....	40
Tabulka 10: Rozpoznání výpovědi.....	40-41
Tabulka 11: Rozpoznání výpovědi.....	41-42
Tabulka 12: Možná onemocnění v důsledku PPP.....	42
Tabulka 13: Odborníci zabývající se PPP.....	43-44
Tabulka 14: Zařízení zabývající se PPP.....	44-45

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Vyhodnocení otázky č. 1.....	32
Graf 2: Vyhodnocení otázky č. 2.....	32
Graf 3: Vyhodnocení otázky č. 3.....	33
Graf 4: Vyhodnocení otázky č. 4.....	34
Graf 5: Vyhodnocení otázky č. 5.....	35
Graf 6: Vyhodnocení otázky č. 6.....	36
Graf 7: Vyhodnocení otázky č. 7.....	37
Graf 8: Vyhodnocení otázky č. 10.....	41
Graf 9: Vyhodnocení otázky č. 11.....	42
Graf 10: Vyhodnocení otázky č. 12.....	43
Graf 11: Vyhodnocení otázky č. 13.....	44
Graf 12: Vyhodnocení otázky č. 14.....	45
Graf 13.1: Porucha hodnocení vlastních tělesných proporcí jak příčina PPP.....	46
Graf 13.2: Porucha vnímání pocitů vlastního organismu jak příčina PPP.....	47
Graf 13.3: Ztráta identifikace s vlastním tělem jak příčina PPP.....	47
Graf 13.4: Sociální tlak na kontrolu tělesné hmotnosti jako příčina PPP.....	47
Graf 13.5: Problémy v rodině jako příčina PPP.....	48
Graf 13.6: Strach z dospělosti jako příčina PPP.....	48
Graf 13.7: Fyzické či psychické trauma z dětství jako příčina PPP.....	48
Graf 13.8: Vrozené či genetické faktory.....	49
Graf 13.9: Nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob jako příčina PPP.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I Dotazník

PŘÍLOHA: Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vytvořila jsem dotazník, který je součástí bakalářské práce. Dotazník se zabývá poruchami příjmu potravy a bude využit pouze k účelům závěrečné práce.

Dotazník je zcela *anonymní*, proto prosím o pravdivé odpovědi.

Zvolené odpovědi ve většině případů zakroužkujte, jen v některých případech je nutné odpovědi dopsat.

Děkuji za spolupráci

Kateřina Glozneková

1) Vyberte správnou definici poruch příjmu potravy

- a) *„spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy“*
- b) *„sebe-destruktivní a paradoxní neracionální chování“*
- c) *„používání jídla k řešení emocionálních problémů, v obtížných situacích snaha ulevit svým pocitům pomocí jídla, jídlo přestává být jednou ze součástí života, ale stává se jeho hlavním naplněním“*

2) Vyberte, která z možností odpovídá tvrzení: „Porucha je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a odmítáním jídla“

- a) mentální bulimie
- b) mentální anorexie
- c) mentální anorexie i bulimie
- d) ani jedna z možností

3) Vyberte, která z možností odpovídá tvrzení: „Porucha je charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání a zvracení s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“

- a) mentální bulimie
- b) mentální anorexie
- c) mentální anorexie i bulimie
- d) ani jedna z možností

4) Kterou z charakteristik tělesné hmotnosti dle Vás můžeme označit za projevy mentální anorexie?

- a) výrazný pokles hmotnosti
- b) zastavení váhového přírůstku
- c) mírný pokles hmotnosti
- d) výrazný nárůst hmotnosti
- e) mírný příbytek hmotnosti
- f) stálá tělesná hmotnost

5) Kterou z charakteristik tělesné hmotnosti dle Vás nemůžeme označit za projevy mentální bulimie?

- a) výrazný pokles hmotnosti
- b) zastavení váhového přírůstku
- c) mírný pokles hmotnosti
- d) výrazný nárůst hmotnosti
- e) mírný příbytek hmotnosti
- f) stálá tělesná hmotnost

6) Které z těchto stravovacích návyků jsou dle Vás charakteristické pro mentální anorexii?

- a) pomalé jídelní tempo, malá sousta, normální příjem tekutin
- b) rychlé jídelní tempo, malá sousta, velký příjem tekutin
- c) pomalé jídelní tempo, malá sousta, malý příjem tekutin
- d) rychlé jídelní tempo, velký sousta, malý příjem tekutin

7) Které z těchto stravovacích návyků jsou dle Vás charakteristické pro mentální bulimii?

- a) pomalé jídelní tempo, malá sousta, normální příjem tekutin
- b) rychlé jídelní tempo, malá sousta, velký příjem tekutin
- c) pomalé jídelní tempo, malá sousta, malý příjem tekutin
- d) rychlé jídelní tempo, velký sousta, velký příjem tekutin

8) Pokuste se přiřadit k jednotlivým projevům, zda se jedná o mentální anorexii (MA), mentální bulimii (MB), obojí nebo ani jedno

	MA	MB	OBOJÍ	ANI JEDNO
Porucha menstruačního cyklu				
Zneužívání projímadel a léků				
Zvýšená sebekontrola				
Časté užívání alkoholu				
Počátek obtíží mezi 14 až 30 rokem				
Nízké sebehodnocení				
Neustálé myšlenky na jídlo				

9) Rozhodněte, zda tyto osobnostní rysy mohou zvýšit pravděpodobnost výskytu spíše mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB), obojí, ani jedné z nich

	MA	MB	OBOJÍ	ANI JEDNO
Úzkostnost				
Impulzivnost				
Vyrovnanost				
Emoční labilita				
Perfekcionismus				
Zaměření na výkon				
Náladovost				

10) Rozhodněte, o které z poruch příjmu potravy (PPP) vypovídají důsledky v níže uvedené výpovědi.

„ Dlouho jsem nechápala, že moje zdravotní problémy nějak souvisí s jídlem. Byla mi pořád neskutečná zima. V noci jsem nemohla spát, měla jsem hrozné křeče v lýtkách. Vlasy mi padaly v chomáčích. Měla jsem mžitky před očima a ztrácela rovnováhu. Jednou jsem doma omdlela, ale nikomu jsem to neřekla. “

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie
- c) mentální anorexie i bulimie
- d) ani jedna z možností

11) Rozhodněte, o které z poruch příjmu potravy (PPP) vypovídají důsledky v níže uvedené výpovědi.

„ Vyhrávaly jsme jednu soutěž za druhou, ale já už nemohla dál! Bála jsem se každého sousta, bála jsem se holek, že si všimnou, že jsem oteklá nebo že nejsem ve své kůži, bála jsem se těch hrozných rautů. “

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie
- c) mentální anorexie i bulimie
- d) ani jedna z možností

12) Může dle Vás být porucha příjmu potravy (PPP) spouštěčem dalších onemocnění?

- a) deprese
- b) cukrovka
- c) rakovina
- d) schizofrenie
- e) epilepsie
- f) žaludeční vředy
- g) jiné ...

13) Na jaké odborníky by se člověk s poruchou příjmu potravy měl obrátit?

14) Jaké zařízení zabývající se poruchami příjmu potravy znáte?

15) Z uvedených příčin vyznačte do tabulky, jakou měrou se dle vás podílejí na vzniku poruch příjmu potravy (PPP)

příčiny	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne
Porucha hodnocení vlastních tělesných proporcí					
Porucha vnímání pocitů vlastního organismu					
Chybí identifikace s vlastním tělem					
Sociální tlak na kontrolu tělesné hmotnosti (reklama, tisk, média, aj.)					
Problémy v rodině (špatná komunikace, přehnaný nebo žádný zájem o dítě, aj.)					
Strach z dospělosti (strach z osamostatnění se od rodičů)					
Fyzické či psychické trauma v dětství (týrání, znásilnění, aj.)					
Vrozené či genetické faktory					
Nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob					

Děkuji za ochotu a Váš čas ☺

