

# Poruchy příjmu potravy pohledem žáků 2. stupně základních škol

Helena Kulíšková

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena Kulišková**  
Osobní číslo: **H16531**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy pohledem žáků 2. stupně základních škol**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti charakteristiky osobnosti žáka druhého stupně základní školy, mentální anorexie a mentální bulimie.  
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.  
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.  
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:

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.**

**KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.**

**KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.**

**MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.**

**NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.**

**VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**  
Ústav pedagogických věd

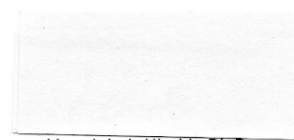
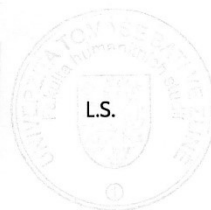
Datum zadání bakalářské práce: **27. listopadu 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 27. listopadu 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 8.1.2019.....

<sup>1)</sup> 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 nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, v kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu 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). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje poruchám příjmu potravy pohledem žáků 2. stupně základních škol. Teoretická část popisuje, co jsou to poruchy příjmu potravy a které poruchy se sem řadí. Dále se zabývá rizikovými faktory, důsledky, prevencí a léčbou poruch příjmu potravy. V neposlední řadě se snaží popsat, jaká je osobnost žáka 2. stupně základních škol.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní výzkum, který byl realizován prostřednictvím dotazníků a na interpretaci výzkumného šetření.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívání, žák druhého stupně základní školy

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with eating disorders with the view of pupils of the 2nd grade of elementary schools. It also deals with risk factors, consequences, prevention and treatment of eating disorders. Last but not least, it tries to describe what the personality of the pupil of the 2nd grade of elementary schools is.

The practical part of the bachelor thesis is focused on quantitative research, which was realized through questionnaires and interpretation of the research.

Keywords: Eating Disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, pupil of the second grade of elementary school

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a poskytnuté konzultace. Dále bych chtěla poděkovat základní škole, která mi umožnila provést výzkumné šetření a především patří velké díky rodině, která mě podporovala nejen při psaní bakalářské práce, ale i po celou dobu studia.

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

*„Zdržlivost v jídle znamená buď starost o zdraví, anebo neschopnost mnoho jíst.“*

*François de La Rochefoucauld*

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>12</b>
1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	13
1.2 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	14
1.3 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.3.1 Kritéria mentální anorexie podle MKN – 10 .....	17
1.4 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	17
1.4.1 Kritéria mentální bulimie podle MKN - 10.....	19
<b>2 RIZIKOVÉ FAKTORY, DŮSLEDKY, PREVENCE A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>20</b>
2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	20
2.1.1 Faktory individuální .....	20
2.1.2 Faktory rodinné .....	21
2.1.3 Faktory sociokulturní .....	21
2.2 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	22
2.3 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	23
2.4 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	24
2.4.1 Kognitivně behaviorální terapie.....	24
2.4.2 Rodinná a víceročinná terapie.....	25
2.4.3 Svépomoc a svépomocné skupiny .....	25
2.4.4 Nutriční terapie.....	26
2.4.5 Hospitalizace .....	26
2.4.6 Ambulantní lékařská péče .....	26
2.4.7 Farmakoterapie.....	26
<b>3 OSOBNOST ŽÁKA ZŠ.....</b>	<b>28</b>
3.1 ZMĚNY TĚLESNÉ.....	28
3.2 ZMĚNY PSYCHICKÉ.....	29
3.3 ZMĚNY SOCIÁLNÍ.....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>4 REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>33</b>



4.1	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	33
4.2	ZDŮVODNĚNÍ TÉMATU .....	33
4.3	CÍL VÝZKUMU .....	34
4.4	METODA SBĚRU DAT .....	34
4.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	35
4.6	PŘEDVÝZKUM .....	35
4.7	PRŮBĚH ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ SBĚRU DAT.....	35
<b>5</b>	<b>VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>36</b>
5.1	ANALÝZA DAT.....	36
5.1.1	Informovanost respondentů o poruchách příjmu potravy .....	36
5.1.2	Zkušenosti respondentů s osobou, která trpí jednou z poruch příjmu potravy.....	40
5.1.3	Důležitost vzhledu a tělesné hmotnosti respondentů .....	41
5.1.4	Zkušenost respondentů se snižováním tělesné hmotnosti a dietami .....	44
5.1.5	Souvislost mezi snižováním tělesné hmotnosti a sportovní aktivitou.....	46
5.1.6	Souvislost mezi štíhlou postavou, úspěchem a štěstím v životě .....	46
5.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE .....	47
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	50
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>58</b>

## ÚVOD

V dnešní době patří poruchy příjmu potravy mezi nejčastější choroby na světě. Většinou se domníváme, že jsou tyto poruchy typické pro moderní společnost, ale mýlíme se. Poruchy příjmu potravy se objevovaly už ve starověku a doprovází naši společnost až doposud. Ovšem nyní se také častěji setkáváme s tím, že pacienti nesplňují všechna kritéria pro diagnostiku mentální anorexie či mentální bulimie.

První kapitola teoretické části bakalářské práce se zabývá charakteristikou poruch příjmu potravy, dále se podrobněji zaměřuje a definuje mentální anorexii a mentální bulimii. V posledních letech se objevují i nové poruchy, které spadají do poruch příjmu potravy, a proto je i jim věnováno pár řádků. Dále jsou zde zmíněny i pojmy jako atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie, kterým chybí jeden nebo více znaků k tomu, aby byly diagnostikovány jako mentální anorexie či mentální bulimie.

Naše společnost ví o existenci těchto chorob, ale s jistotou nedokáže říct, co stojí za jejich vznikem. Proto je druhá kapitola bakalářské práce zaměřena na příčiny poruch příjmu potravy, které jsou různorodé a mnozí autoři se v názorech liší. Dále se zmiňujeme o možnostech léčby poruch příjmu potravy a v neposlední řadě se zaměřujeme na prevenci. Pokud vůbec existuje prevence, která může účinně bojovat proti těmto onemocněním, která jsou stále častější.

Výzkum byl zaměřen na žáky druhého stupně základních škol, protože právě oni se vyskytují ve věku, kdy se může některá z poruch příjmu potravy objevit.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB) patří do skupiny poruch příjmu potravy (PPP). Ač mohou obě nemoci působit odlišně, jsou si podobné. Obě jsou charakteristické kontrolou své váhy, hlídáním tělesné hmotnosti a strachem z tloušťky. Nemocní se snaží kontrolovat svou hmotnost, aby nepřibrali a vypadali podle svých představ a ideálů. (Krch a kol., 2005, s. 15, 16)

„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 a alimentárního chování.“ (Vágnerová, 2004, s. 463) Vágnerová dále uvádí, že MA i MB trpí častěji dívky a v současnosti dochází k rozvoji těchto nemocí a to především kvůli civilizačním faktorům, které se v moderní společnosti vyskytují. (Vágnerová, 2014, s. 426)

Novák ve své publikaci (Novák, 2010, s. 7) uvádí, že „poruchy příjmu potravy patří k jednomu z nejzáhadnějších a nejhůře uchopitelných psychiatrických diagnóz“. Dále píše, že i když byla v posledních letech tomuto problému věnována pozornost ve výzkumu i literatuře, tak je to pořád málo. Důvod vidí v tom, že na vzniku nemoci se podílí řada faktorů.

Middleton a Smith ve své knize (2013, s. 9) uvádí, že „oporuše příjmu potravy hovoříme tehdy, když jakýmkoli způsobem narušené stravovací vzorce začnou mít závažný vliv na psychické a fyzické zdraví člověka“. Dále píše, že PPP začínají v okamžiku, když si člověk řeší své životní problémy tím, že začne hlídat svou váhu.

Podle Nývltové (2008, s. 159, 160) nejsou MB ani MA pouze následkem diet a hladovění, ale přispívají k tomu i další rizikové faktory (charakter, psychika,...). Mnoho dívek si neuvědomuje, že diety a hladovky nebudou moci ovládat svou vůli, pokud se u nich rozvine jedna z PPP. Následně jim pomůže už jen lékařská pomoc.

Jana Sladká - Ševčíková (2003, s. 7) píše: "Jde o poruchu, která spočívá v tom, že pacientky jsou nepřiměřeným způsobem zaměřeny na své tělo, hmotnost a příjem potravy. Cílem obou syndromů je štíhlost a hlavní příčinou je strach z tloušťky." Dále pokládá otázku, jak je možné, že právě tyto nemoci jsou v dnešní době tak rozšířené. Odpověď vidí v dnešním vnímání ideálu postavy či nadbytku jídla, které moderní společnost bezpochyby má.

Málková a Krch (2001, s. 71, 72) nevidí hlavní problém v procesu nemoci, ale v tom, že tyto poruchy postihují hlavně ženy, které pocházejí z ekonomicky vyspělých zemí. Tyto choroby nemají vliv jen na nemocného, ale i na okolí, v kterém se pohybuje. Jak mentální bulimie, tak i anorexie se vyvíjí pomalu vlivem více faktorů.

PPP trpí častěji mladé ženy a dívky, u chlapců je odhad podstatně nižší. Nejčastěji se PPP objevují v adolescenci a často dochází k tomu, že se člověk z mentální anorexie, dostane do mentální bulimie. Jedná se o onemocnění, které může končit smrtí. V průměru se jedná o 8% případů, které skončí takto tragicky. (Kohoutek a Kocourková, 2003, s. 65)

## 1.1 Historie poruch příjmu potravy

Když se podíváme do historie, zmínky o PPP najdeme již ve starověku, kde se o nich zmiňuje Hippokrates nebo Galén. U Galéna se také objevilo první použití termínu anorexie. Nicméně první odborný popis této nemoci se datuje do 17. století a je připisován lékaři Richardu Mortonovi, který jej použil ve svém díle „Phthisiologia“. (Faltus, In Papežová a kol., 2018, s. 21)

V druhé polovině 19. století už nalezneme v literatuře odborně popsány případy, které se PPP týkají. Například případ, který zaznamenal Louis – Victor Marcé. Ten sledoval několik dívek v adolescentním věku, které záměrně několik měsíců odmítaly jakoukoli potravu. Když se snažil jejich stravovací návyky napravit, setkal se pouze s jejich odporem. William Gull v roce 1874 použil na své přednášce termín „anorexia nervosa“. Lékaři tuto chorobu připisovali převážně mladým dívkám a ženám. (Faltus, In Papežová a kol., 2018, s. 22)

Můžeme si všimnout, že byla převážně popisována mentální anorexie, zatímco mentální bulimie byla popisována jen sporadicky. Nicméně i mentální bulimie má svou historii. MB byla až do 19. století označována jako „nenasytná žravost“, po které následovalo zvracení. (Krch a kol., 2005, s. 32)

Oficiální použití termínu mentální bulimie se objevilo až v roce 1979 a je připisováno britskému psychiatrovi Geraldovi Russelovi. Podle Russela touto nemocí trpěly ženy, jejichž hmotnost byla normální. (Faltus, In Papežová a kol., 2018, s. 25, 26)

Stručný náhled do historie nám ukázal, že PPP nejsou typické jen pro moderní společnost, jak se mnozí domnívají, ale že jejich kořeny najdeme až ve starověku. Ke konci minulého

století však došlo k výraznému rozvoji těchto onemocnění z důvodu nového chápání ženského těla a vznikání nového ideálu krásy. (Nývtová. 2008, s. 160)

## 1.2 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

S větším výskytem PPP, se kterým se v dnešní době setkáváme, roste i počet pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria, aby jim byla diagnostikována MA či MB. (Krch a kol., 2005, s. 21)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí by se měly termíny jako je **atypická mentální anorexie** a **atypická mentální bulimie** používat v případech, ve kterých pacientům chybí jeden či více příznaků k definování poruchy MA nebo MB. (Krch a kol., 2005, s. 21)

Mezi tzv. **nespecifikované poruchy příjmu potravy** můžeme zařadit podle Krcha **syndrom nočního přejídání**(k požívání velkého množství jídla dochází v noci), **záchvatovité přejídání**(osoby, které se přejí a přejedení nijak nekompensují). (Krch a kol., 2005, s. 21)

Dále můžeme do PPP zařadit **bigorexii**, která je častější u mužů. Pokud člověk trpí bigorexií, připadá si slabý, bez svalové hmoty a snaží se to napravit neustálým posilováním své fyzické zdatnosti. Dále zde patří **ortorexie**, která je v dnešní době stále častější. Jedná se o posedlost zdravou stravou, kdy se jedinec bojí zkonsumovat jídlo, které pro něj představuje hrozbu (nezdravé složení potravin). V moderní době se můžeme setkat i s pojmem **pregorexie**, která se vyskytuje u těhotných žen, které se snaží o snižování tělesné hmotnosti v období těhotenství. V neposlední řadě zde můžeme zařadit nepříliš známou **drunkorexii**, jejíž cílem je omezit energetický příjem potravy a nahradit ji kalorickým alkoholem. (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 11 – 13)

## 1.3 Mentální anorexie

První mentální anorexii popsal William Gull a to v roce 1868. (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015, s. 266) „Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2002, s. 23)

„Při mentální anorexii dochází k úmyslnému snižování hmotnosti, které si daný jedinec způsobuje sám tím, že se vyhýbá některým jídlům nebo radikálně omezuje příjem veškeré potravy, nadměrně cvičí, užívá léky na odvodnění aj.“ (Nývtová, 2008, s. 161)

Můžeme rozeznat dva typy MA. Prvním typem je **bulimický typ**, u kterého se vyskytují záchvaty přejídání. U druhého **nebulimického typu** série záchvatů přejídání chybí. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017, s. 9)

MA je jednoznačně poruchou podvýživy, otázkou však zůstává, zda je chuť k jídlu skutečně narušena nebo nikoliv. Někteří se přiklání k názoru, že chuť k jídlu je skutečně narušena, jelikož představy jídla vyvolávají u nemocného strach a znechucení. (Connan a Stanley, In Treasure *akol.*, 2003, s. 72)

Podle Papežové se mentální anorexie může objevovat v době, kdy prožíváme těžké období. Náš mozek se soustředí na naše tělo a hubnutí, a tím pádem zapomínáme na naše skutečné problémy. To, že anorexii používáme jako prostředek řešení stresu a problémů, se ze začátku jeví jako správná volba, ale mohou se objevit další problémy, které nabudou na intenzitě, což může vést k ještě zvýšenější kontrole svého těla. (Papežová, 2012, s. 56)

Lidé, u kterých se mentální anorexie objevuje, mají problém s udržením zdravé váhy. Představa, že by přibrali, je pro ně děsivá. (Papežová, 2012, s. 12)

Dušek a Večeřová – Procházková ve své publikaci (2015, s. 266 – 267) uvádí, že mentální anorexií častěji trpí dívky a ženy v rozmezí 12. a 21. roku života. Pokud dojde k výskytu MA u takto mladých dívek, je nutné ihned vyhledat odbornou pomoc a zabránit tak negativním důsledkům (např. dehydratace organismu, zástava růstu), které může tato nemoc způsobit. (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 8) Mezi důvody nárůstu lidí, kterým je diagnostikována MA, uvádí kampaně bojující proti obezitě a kampaně, které mají vést k štíhlosti. (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015, s. 266 – 267)

Okolí může na počáteční držení diet a nadměrné cvičení, které způsobilo pokles váhy, reagovat pozitivně. To může způsobovat motivaci k dalšímu cvičení a držení diet, které vede k dalšímu poklesu váhy. Okolí už si může začít všímat, že diety, cvičení a štíhlost už nejsou v pořádku. Nicméně jedinec si nepřipouští, že by měl problémy a jakékoliv potíže. Své počínání si vysvětluje např. zdravým životním stylem. (Vágnerová, 2014, s. 434)

Procházková a Sladká – Ševčíková (2017, s. 8) a Krch (2010, s. 25) shrnují kritéria MA do následujících základních znaků:

1. Neustálé hlídání a udržování velmi nízké váhy (BMI nižší jak 17,5 s ohledem na výšku a věk).
2. Strach z tloušťky, i když je hmotnost velmi nízká.

3. U žen ztráta menstruace (pokud nejsou podávány hormonální přípravky) a u mužů ztráta libida.
4. Pokud dojde k nástupu nemoci před začátkem puberty, mohou být projevy puberty opožděny nebo zastaveny (např. zastaven růst prsou u dívek).

Ve spojení s MA by se mělo primárně hovořit o přemáhání hladu s cílem snížit svou váhu než o nechutenství, které je následkem neustálého hladovění. (Krch, In Rořková, 2017, s. 34)

Cílem nemocného, který trpí MA, je dosáhnout co nejnižší tělesné hmotnosti. Pro tento cíl je schopný i lhát, podvádět a vytvářet si různé teorie o tom, proč nemůže jíst a proč musí zhubnout. Důvodem je, že nemocný má zkreslený obraz o své postavě a není schopen být ke svému stavu kritický. I přesto, že se podaří nemoc překonat, tak problémy a komplikace, které nastaly v průběhu nemoci, mohou ještě dlouho přetrvávat. (Nývltová, 2008, s. 161, 162)

Při výskytu MA se nemocný snaží co nejvíce omezovat příjem jídla. V průběhu a vývoji nemoci může dojít k situaci, že omezování příjmu jídla je nahrazeno záchvatovitým přejídáním. V tomto případě se u nemocného vyskytuje jak MA, tak MB. (Nývltová, 2008, s. 161)

Dlouhodobé hladovění má za následek tělesné problémy, které mohou způsobit smrt nemocného. S MA však nejsou spojeny jen zdravotní problémy, ale také problémy psychické, které zasahují do osobního a společenského života nemocného. (Krch, 2010. s. 45)

Psychické a společenské důsledky MA lze podle Krcha (2010, s. 49) shrnout do následujících bodů:

- Nálada nemocného souvisí s jeho schopností sebekontroly a s jeho hmotností.
- Dochází k úbytku sebevědomí, zvyšuje se nejistota.
- Zvýšená sebekontrola okolo jídla se začíná přenášet i do ostatních sfér života.
- Myšlenky, ve kterých hraje jídlo hlavní roli.
- Neschopnost orientovat se ve svých pocitech.
- Problémy s pozorností, spánkem.
- Ztráta smyslu pro humor.
- Začíná se vyskytovat izolovanost od okolí.



### 1.3.1 Kritéria mentální anorexie podle MKN – 10

1. Tělesná hmotnost je nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI (body mass index) je 17,5 a méně. U prepubertálních pacientů se nepočítá se splněním očekávaného hmotnostního přírůstku.
2. Nemocný si sám způsobuje snižování tělesné hmotnosti (např. vyhýbáním se některým jídlům, vyvolávaným zvracením, užíváním prostředků na hubnutí, nadměrným cvičením,...)
3. Vlivem nemoci dochází k endokrinní poruše, která způsobuje u žen ztrátu menstruace, u mužů ztrátu sexuálního zájmu.
4. Pokud dojde k výskytu nemoci před začátkem puberty, mohou být projevy puberty opožděny nebo zastaveny. (Papežová a kol., 2018, s. 123)

### 1.4 Mentální bulimie

První použití termínu mentální bulimie se objevuje v roce 1979 a je připisováno Geraldovi Russellovi. Toho času Russell popisoval MB jako následky MA. Pozoroval 30 pacientů a pouze 6 z nich v minulosti netrpělo MA. (Halmi, In Maj a kol., 2003, s. 10)

Nicméně MB začala být diagnostikována jako samostatná psychická porucha až ke konci minulého století. (Nývltová, 2008, s. 163)

Pro bulimii je typické záchvatovité přejídání ve velmi krátkém čase, proložené hladověním či zvracením. Lidé trpící mentální bulimií mají obvykle normální hmotnost, a tak je snadnější nemoc skrývat i řadu let. (Papežová, 2012, s. 13)

MB se vyskytuje později než MA, zhruba v rozmezí mezi 16. a 30. rokem. Základním znakem MB je „strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem potravy“. Rozvoj MB může být pomalý, ale může vyústit až k narušování života jedince, kterého mimo jiné může postihnout i řada somatických problémů. Obvykle dochází k hladovění nebo přejídání. (Vágnerová, 2014, 432, 435)

Jedinci trpící MA se dokáží ovládat, nejíst a nepřibrat, zatímco jedincům s MB se to nedaří. To způsobuje pocity viny, zklamání a hledání nového způsobu řešení, jak se zlepšit. Některé pacientky zkusí další diety a jiné zvolí radikálnější cestu. Začnou užívat projímadla nebo začnou zvracet po jídle. (Krch, 2003, s. 18)

Procházková a Sladká – Ševčíková (2017, s. 9) definují MB jako „poruchu, kterou charakterizují opakující se záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“

Krch (2008, s. 26) uvádí, že „bulimie je balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se“. S MB je nejčastěji spojováno právě zmíněné přejídání, které probíhá převážně v tajnosti. Přejídání může být **náhlé**, to může být spuštěno po situaci, která vyvolala u jedince stres či jiné negativní pocity (při tomto typu přejídání sní jedinec cokoliv, co má po ruce) nebo **plánované** přejídání, což znamená, že jedinec se na přejídání dopředu připravuje. Přejídání může trvat v rozmezí několika minut až po několik hodin. (Nývtová, 2008, s. 164)

Přejídání není spojováno jen s lidmi, kteří trpí nadváhou. Lidé s MB, u kterých probíhá záchvatovité přejídání, se snaží zároveň vynaložit velké úsilí k tomu, aby přejedení vykompenzovali. (Cooper, 2014, s. 13)

Jako spouštěč pro záchvatovité přejídání může být **kontakt s jídlem**. Ať už se jedná o nakupování, vaření či pouhé myšlenky na jídlo. Dalším spouštěčem může být **špatná nálada** či **narážka od okolí na postavu**. (Krch, 2003, s. 24, 25)

Po samotném přejedení se dostaví vlna různých emocí, jako je úleva, znechucení nebo deprese z toho, že se ztratila kontrola nad jídlem a dotyčný podlehl. Přejídání má negativní dopad i na tělo jedince. Dochází například k bolesti hlavy, břicha či pocitu nadmutosti. (Cooper, 2014, s. 19)

Bulimičky, které trpí záchvatovitým přejídáním, se většinou snaží zároveň držet **dietu**, která jim má pomoci snížit váhu. Právě diety většinou předchází záchvatovitému přejídání. Mezi další kompenzační prostředky u bulimiček, které trpí záchvatovitým přejídáním, patří **zvracení**. Značná část bulimiček, která zvrací pravidelně, dokáže zvracení ovládat vůlí. (Cooper, 2014, s. 20,21)

Časté záchvatovité přejídání způsobuje řadu problémů, jako jsou problémy s dýcháním, roztažením žaludku, nadýmavostí, průjmem, zácpou. Ve vážných případech může dojít i k protržení žaludeční stěny. (Cooper, 2014, s. 35)

Vágnerová (2004, s. 475, 2014, s. 433) uvádí, že dívky, které trpí mentální bulimií, mají problémy se sebeovládáním. Tyto dívky by se rády uchýlily k hladovění tak, jako anorektičky, ale právě kvůli nízkému sebeovládání toho nejsou schopny docílit. Důsledkem je pocit bezmocnosti a znechucení.

Krch (2010, s. 22) uvádí **tři základní znaky** k určení MB:

1. Neustále se vyskytující přejídání a ztráta kontroly nad jídlem.
2. Neustálá kontrola tělesné hmotnosti (zvracení, používání projímadel, nadměrné cvičení, hladovky,...)
3. Neustálý zájem o vzhled a tělesnou hmotnost.

**Při určení diagnózy MB** je důležité vyloučit somatické onemocnění, které může způsobovat zvracení, ale taky je potřeba vyloučit i psychické onemocnění, které může způsobovat přejídání. Dále se musí u pacienta objevovat všechny již zmíněné znaky MB. MB představuje větší riziko než MA, protože oproti MA nezanechává žádné viditelné stopy. (Roľková, 2017, s. 38)

Pravidelné zvracení u bulimiček přináší zdravotní důsledky, mezi které patří otoky slinných žláz, které způsobují opuchlost obličeje, oslabení obranyschopnosti, pocity nevolnosti, chudokrevnost, nedostatek živin a další. (Krch, 2008, s. 36,37)

Podle Krcha můžeme rozlišit **dva typy** mentální bulimie. Prvním typem je **purgativní typ**, kdy se jako prostředek snížení hmotnosti používá zvracení či laxativa. Druhým typem je **typ nepurgativní**, který ke snížení své hmotnosti používá přísné diety, hladovky či nadměrné cvičení. (Krch a kol., 2005, s. 19)

#### **1.4.1 Kritéria mentální bulimie podle MKN - 10**

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle.
2. Snaha snížit kalorický účinek jídla (zvracením, hladovkou, laxativy,...)
3. Neustále se objevující chorobný strach z tloušťky. (Papežová a kol., 2018, s. 123)

## 2 RIZIKOVÉ FAKTORY, DŮSLEDKY, PREVENCE A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Následující kapitola se bude zabývat rizikovými faktory, které přispívají ke vzniku PPP. Popíšeme, jaké důsledky tyto nemoci přináší a v neposlední řadě se budeme zabývat terapiemi a léčbou, které mají přispívat k vyléčení PPP.

### 2.1 Rizikové faktory

U každého jedince se na vzniku onemocnění podílí různé vlivy, jako je například vliv prostředí a kultury, rysy osobnosti, výchova nebo genetika. (Papežová, 2012, s. 16)

Krch (2005, s. 57) se zmiňuje o **multifaktorovém konceptu**. To znamená, že se na vzniku PPP podílí faktory biologické, sociální a psychologické. V tomto případě hovoříme o **biopsychologické podmíněnosti**, která souvisí se vznikem PPP.

Než je nemoc diagnostikována, mohou se objevovat příznaky, mezi které patří například: odmítání jídla, nechutenství, ztráta pocitu hladu, boj s chutí k jídlu, omezování se v jídlu, zvracení po jídlu. Můžou zde ale také patřit příznaky jako je suchá kůže, studené končetiny, vypadávání vlasů, potíže s menstruací, pokles váhy či libida. (Janebová, 2006, s. 74,75)

Papežová zase ve své publikaci uvádí určité charakterové rysy, které mohou přispívat ke vzniku PPP. Řadí sem například perfekcionismus, kdy mají dívky potřebu být dokonalé. Dále zde řadí zranitelnost, závislost, sebekritičnost či nestálost. (Papežová, 2012, s. 20)

Novák ve své publikaci uvádí, že faktory způsobující vznik PPP se člení do tří kategorií. Jedná se o faktory individuální, rodinné a sociokulturní. (Novák, 2010, s. 13)

#### 2.1.1 Faktory individuální

Některé individuální rizikové faktory mohou souviset z osobnostními rysy člověka a některé mohou pocházet z osobní zkušenosti, kterou člověk zažil. (Novák, 2010, s. 13)

Můžeme sem zařadit **sebekontrolu**. V tomto případě sebekontrolu chápeme jako tu, díky níž máme dokonale štíhlou postavu. Podstrkování štíhlosti a perfektní postavy je v moderní společnosti, díky novým a chytrým technologiím velice jednoduché. To může představovat nebezpečí hlavně pro ty, kteří mají nízké sebevědomí a nevěří si. (Papežová, 2012, s. 17, 18) Může se stát, že z přehnané sebekontroly nad vlastním tělem, se můžeme dostat do úplné závislosti. (Novák, 2010, s. 19)

Mezi další faktor patří **ženské pohlaví**. Krch považuje právě tento faktor za nejvíce rizikový. Zdůvodňuje to tím, že vnímání ženské postavy a ženského těla má odlišnou váhu než vnímání a hodnocení postavy těla mužského. Nejkritičtějšími obdobím je podle něj období dospívání a puberty. Právě v tomto období může docházet k rychlejšímu růstu váhy, což pro dospívající může představovat problém. (Krch, 2005, s. 61)

Dále zde můžeme zařadit **impulzivitu**, související se záchvatovitým přejídáním či **perfekcionismus** typický pro dívky, které chtějí být nejlepší. (Papežová, 2010, s. 38, 39)

Dalším faktorem mohou být **kritické životní události**, jež jsou spojené s osobní zkušeností. (Novák, 2010, s. 17) Sem se mohou řadit traumatické zážitky propojeny s jídlem, tělem či sexualitou. (Sladká - Ševčíková, 2003, s. 8)

### 2.1.2 Faktory rodinné

Většina pacientek i lékařů hledá příčiny vzniku PPP v rodině. (Krch, 2005, s. 67) Ale ne jen odborníci. I samotná rodina se snaží najít příčinu právě u sebe. I když v některých rodinách můžeme najít například špatné dodržování jídelních návyků či neustálé diety u některých členů rodiny, zatím nebylo potvrzeno, že by to s onemocněním nějak souviselo. (Papežová, 2012, s. 19) Covšak některé výzkumy prokázaly, byla souvislost mezi pacientkami trpícími MA nebo MB a jejich matkami, které se s těmito poruchami také potýkaly. Dochází k tomu proto, že matky svými stravovacími návyky a tím, jak vnímají a posuzují své vlastní tělo, ovlivňují dítě v kterémkoliv věku. (Papežová a kol., 2018, s. 52)

V rodině může docházet k tomu, že rodiče nepřiměřeně omezují nebo kontrolují své děti. To může vést k negativnímu ovlivnění stravovacích návyků a může to také zvýšit riziko výskytu PPP. (Papežová a kol., 2018, s. 52)

Novák vyjmenovává situace v rodině, které mohou přispívat k výskytu PPP. Patří sem nízká komunikace a otevřenost v diskusi mezi členy rodiny, malá rodičovská péče, fyzické či sexuální zneužívání, ale i deprese, alkoholismus či sociální izolace. (Novák, 2010, s. 24)

### 2.1.3 Faktory sociokulturní

Sociální prostředí a okolí, ve kterém se jedinec pohybuje, mají bezesporu velký vliv na podílů vzniku PPP. Velký vliv má především rodina a vrstevníci. Zvláště rizikové období pro rozvoj těchto nemocí je období dospívání, kdy jsou jedinci citliví na poznámky, které se týkají jejich zevnějšku. (Nývtová, 2008, s. 160)

K dalším sociokulturním faktorům, které přispívají ke vzniku PPP, bezesporu patří dnešní chápání ženského těla. Především v západních oblastech se šíří ideál štíhlosti a vyhublosti. Příkladem mohou být časopisy, ve kterých najdeme doporučení, jak zhubnout a k tomu i různé diety, které mají ženy dovést k perfektní a ideální postavě. Ideál štíhlosti většinou podporují a prezentují modelky, herečky či zpěvačky, které jsou považovány za samotný ideál krásy a štíhlosti. (Papežová, 2012, s. 17) Toto vnucování vyhublé postavy, která je všemi oslavována, může mít vliv především na mladé ženy, které mají díky tomuto „ideálu“ nabouranou sebedůvěru. (Krch, 2005, s. 60)

Novák se domnívá, že v dnešní době, kdy jsou na ženy kladeny různé požadavky, očekává se od nich výkon a úspěch, takže právě toto může vést k větší náchylnosti vůči PPP. (Novák, 2010, s. 35)

Touha a posedlost štíhlostí se ve všech kulturách neobjevuje stejně. PPP jsou typické pro země, které mají dostatek potravy, zatímco kultury, které nejsou bohaté a nemají dostatek jídla, považují za ideál krásy zaoblený tvar těla. (Novák 2010. s. 35, 36)

Tyto trendy nepodporují jen média, ale velkou roli tu mají i další sdělovací prostředky jako jsou škola, rodina nebo vrstevníci. (Krch, 2005, s. 61)

Nicméně Novák dodává: „Panuje shoda, že vliv kultury, společnosti a médií rozhodně souvisí s poruchami příjmu potravy. Ale všichni autoři jsou opatrní v otázce, jakou roli tyto faktory ve vzniku onemocnění přesně sehrávají.“. (Novák, 2010, s. 73)

## 2.2 Důsledky poruch příjmu potravy

PPP patří k psychiatrickým onemocněním, jsou častou příčinou úmrtí a způsobují řadu zdravotních potíží. (Uhlíková, In Papežová a kol., 2018, s. 140)

Mezi zdravotní potíže patří **kardiovaskulární onemocnění**. Zde můžeme zařadit nižší tepovou frekvenci či srdeční arytmii, která je důsledkem častého užívání projímadel. Mezi další problémy se řadí **renální komplikace**, které mohou mít za následek vznik močových kamenů nebo otoky končetin. Do **gastrointestinálních komplikací** patří otoky slinných žláz, problémy s ústy, zuby nebo záněty jícnu. Příčina těchto problémů je v častém zvracení, v jehož průběhu je vytvořen nadbytek žaludečních šťáv, které ničí zubní sklovinu nebo poškozují jícen. Mezi **kosterní komplikace** patří především osteoporóza, která vzniká v důsledku nedostatku vitamínu D. Dále zde můžeme zařadit **endokrinní komplikace**, které mohou způsobit problémy s menstruačním cyklem. Mezi **neurologické komplikace**

patří svalová slabost, stavy zmatenosti či bolesti hlavy. **Dermatologické komplikace** přináší výskyt modřin, mozolů nebo vznik lanuga. Mezi další zdravotní problémy bychom zde mohli zařadit problémy **hematologické či metabolické**. (Krch, 2005, s. 94 – 101)

K důsledkům nepatří pouze zdravotní potíže, jež mohou PPP způsobit. Může dojít i k **narušení psychiky, osobního nebo společenského** života. Neustálé myšlenky na jídlo, fyzické komplikace, to vše zasahuje i do ostatních sfér života. Témata v životě se začínají točit pouze kolem sebe a svých problémů. To může vést k narušení vztahů s ostatními, tím pádem dochází k izolovanosti, sebelítosti, depresím či k úzkostem. (Krch, 2008, s. 38)

### 2.3 Prevence poruch příjmu potravy

Jak už bylo zmíněno, tak PPP trpí nejčastěji dívky ve věku 12. až 21. let. Proto by měla být primární prevence zaměřena především na **školu**. Škola je druhým socializačním činitelem, ve kterém se děti ocitají a má v jejich životě důležitou roli. Uvádí je do společnosti a připravuje je na budoucí život. Proto by měla být do výuky zařazena primární prevence, která by měla působit na všechny žáky, jež představují skupinu nejvíce PPP ohroženou. (Heluz a Caloňová, In Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 46), (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 46,47)

Prevence by měla podle Rořkové (2017, s. 49) docílit zdravého životního stylu, měla by omezit výskyt diet, posílit ženskou roli a především by měla docílit omezení vlivu médií a stereotypů vnímání na fyzický vzhled ženy. I ona se přiklání k názoru, že prevenci je třeba dětem předkládat již od dětství. Velký vliv připisuje **výchově a rodině**, ve které dítě vyrůstá.

Krch čerpá z článku, který vyšel v roce 2009 a byl zaměřen na jídelní zvyklosti adolescentů. V něm se vyskytovalo následující doporučení:

- Vyhýbat se nezdravým dietám a naopak snažit se vyvinout jídelní a fyzickou aktivitu.
- Snažit se vnímat své tělo pozitivně.
- Snažit se o pravidelnější rodinné stolování.
- Snažit se, aby se v rodinách jedlo zdravě namísto neustálého mluvení o váze.
- Předpokládat, že dospívající, kteří trpí nadváhou, jsou vystaveni šikaně, proto by se mělo mluvit o jejich problémech a mělo by se jim pomoci. (Krch, In Papežová a kol., 2018, s. 364)

Potřeba prevence, která bude bojovat proti PPP je důležitá. Nicméně je velmi málo kvalitních preventivních programů s dlouhodobými účinky. Mezi úspěšné preventivní programy, se řadí ty, které se snaží podporovat sebevědomí a sebedůvěru, dále pak programy podporující kritické myšlení či strategie na zvládání negativních emocí. Naopak jako neúčinné preventivní programy se zařadily ty, jejichž cílem je pouhé předávání informací. Základem pro správný preventivní program je nemluvit o tělesné hmotnosti, ale o zdravém životním stylu. (Gricová, Papežová, In Papežová a kol., 2018, s. 359 - 361)

## 2.4 Léčba poruch příjmu potravy

Jestliže se pacientka vydá na cestu, která jí má pomoci vymanit se z PPP, bude zapotřebí především podpora zprostředkovaná prostřednictvím přátel, rodiny, terapeutů nebo zdravotníků. (Middleton a Smith, 2013, s. 43)

„Rozsah, různorodost, ale i proměnlivost problematiky PPP vyžaduje velkou diferencovanost léčebného přístupu, který by měl respektovat specifiku problematiky PPP a konkrétní životní kontext nemocného.“ (Krch, In Papežová a kol., 2018, s. 402)

V poslední době se rozšířily možnosti léčby PPP a s tím vzrostla především nabídka psychoterapeutických přístupů, které by měly pomoci v léčbě proti PPP. (Krch a kol, 2005, s. 123)

### 2.4.1 Kognitivně behaviorální terapie

Mezi psychoterapeutické přístupy patří kognitivně behaviorální terapie. Jedná se o snahu změnit jídelní návyky nemocného a změnit vnímání tělesné hmotnosti. Důležitou roli zde hraje terapeut, který by měl terapii jasně vymezit a v průběhu práce s klientem by měl zaujímat především aktivní roli a zajímat se o pocity klienta. V průběhu terapie dochází k sebemonitorování, aktivnímu nácviku, konfrontaci s nepříjemnými situacemi a k domácímu cvičení. Klientce může být dán k dispozici i terapeutický manuál, v němž najde různé rady či úkoly. V průběhu léčby si klientky pořizují jídelní záznamy, aby je mohly vést ke změně jídelních návyků. Ke konci léčby je důležité upozornit klientku na nebezpečí, která mohou nastat po ukončení léčby. (Krch, In Papežová a kol, 2018, s. 405 - 410)

Mimo jiné byla kognitivně behaviorální terapie první léčbou, která byla nadějná v léčení pacientek s MB, ale taky se ukázaly výborné výsledky v léčbě u lidí s obezitou, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním. (Krch a kol., 2005, s. 128,133)



### 2.4.2 Rodinná a vícerodinná terapie

Rodinné a vícerodinné terapie jsou prováděny především u mladších pacientů, kteří žijí se svou rodinou. Vícerodinná terapie obsahuje více přístupů, které se mohou střídát, a tím se přijde na to, jaký přístup rodině vyhovuje nejlépe. Hlavním cílem vícerodinné terapie je naučit rodinu hovořit o problému s jinou rodinou s podobnými problémy a navzájem se učit ze svých zkušeností. Dále má pomoci rodinám vymanit se ze sociální izolace, kam je většinou PPP dostanou. Ovšem před zahájením vícerodinné terapie je nutné posoudit a zvážit, zda je rodina do zahrnutí léčby přijatelná. (Tomanová, In Papežová a kol., 2018, s. 415, 417 – 418)

Rodinná terapie má pomoci jak pacientovi, tak rodičům k tomu, aby věděli, jak zacházet s člověkem trpícím PPP a aby věděli, jak mu mohou pomoci oni sami. Terapeuti, kteří se specializují na tuto terapii, věří, že PPP mohou souviset s tím, jaké jsou vztahy a situace v rodině. (Krch a kol., 2005, s. 127)

Podle Vágnerové (2014, s. 437) je práce s rodinou nutná a nezbytná. Rodina by měla získat náhled na situaci a být oporou pro nemocného. (Vágnerová, 2014, s. 437)

### 2.4.3 Svépomoc a svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny najdeme po celém světě. V čele svépomocné skupiny je většinou člověk, který má osobní zkušenosti s PPP a předává své zkušenosti a poznatky ostatním členům, kteří skupinu navštěvují. (Middleton a Smith, 2013, s. 47)

To, že jsou ve skupině členové, které spojuje stejný problém, by mělo přispět ke vzájemné pomoci při zvládnutí PPP. Účast na skupinovém sezení je dobrovolná a má za úkol informovat o řešení problému někoho jiného. Svépomocné skupiny mohou být pro některé doplňkovou terapií, pro druhé mohou být první snahou začít se léčit. (Krch a kol., 2005, s. 203)

Svépomocné skupiny mají přinést především motivaci, sdílení pocitů, podporu či překonání sociální izolace. (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 55)

Pacienti, u nichž nejsou vážné příznaky a jejichž stav není příliš vážný, mohou sáhnout po svépomoci, která by mohla přispět ke zlepšení jejich stavu, popřípadě by mohlo dojít k plnému uzdravení. (Krch, 1999, s. 131)

#### 2.4.4 Nutriční terapie

Cílem nutriční terapie je vysvětlit nemocnému následky a rizika hladovění, váhového kolísání, zvracení či užívání projímadel. Terapeut by měl během sezení vést nemocného k tomu, aby si vedl jídelní záznamy, dále aby si poznamenával svou váhu nebo sportovní aktivity. Pacient by měl postupně navyšovat své porce jídla a měl by se naučit pravidelnému stravování. (Procházková a Sladká – Ševčíková, 2017, s. 57)

#### 2.4.5 Hospitalizace

K hospitalizaci pacientů, kteří trpí jednou z PPP, dochází v případě, že je nezbytná lékařská pomoc. Pokud dojde k hospitalizaci pacienta, tak důraz není kladen jen na vyléčení se po fyzické stránce, ale je kladen důraz i na léčbu psychiky nemocného. Aby mohlo dojít k pokrokům v léčbě, je zapotřebí aktivní spolupráce pacienta. Typ léčby se následně odvíjí podle závažnosti stavu pacienta, u kterého byla hospitalizace nezbytná. (Krch a kol., 2005, s. 125)

Pro rodinu může být hospitalizace nemocného považována za náročnou chvíli, ale pro pacienta to může být moment, kdy začne přijímat pomoc odborníků. (Middleton a Smith, 2013, s. 47,48)

#### 2.4.6 Ambulantní lékařská péče

Mezi pacienty, kteří trpí PPP, můžeme najít případy, kdy nemocní zkusili mnoho léčebných postupů, které nefungovaly a rozhodli se o „lékařskou péči“. Cílem této „lékařské péče“ není zcela uzdravit pacienty z PPP, ale dostat je do stavu „somatické a psychické stability“. Ambulantní lékařská péče může probíhat individuálně či ve skupině. (Krch a kol., 2005, s. 126)

#### 2.4.7 Farmakoterapie

Léčba PPP prostřednictvím farmakoterapie není první volbou odborníků. Při farmakoterapii mohou být pacientům podávána antidepresiva, anxiolytika či antipsychotika. Farmakoterapie je ve většině případů kombinována s psychoedukací, nutričním poradenstvím, psychoterapií či režimovou terapií. (Papežová a kol., 2018, s. 509)

Krch uvádí, že k farmakoterapii by se mělo přistoupit až v momentě, pokud selže kognitivně behaviorální terapie. Dále uvádí, že význam farmakoterapie v léčbě MA je menší než v léčbě MB. (Krch, 1999, s. 136, 137)

**Cílem každé léčby** je nemocnou dívku opět vyléčit a naučit ji akceptovat svou postavu, váhu a vzhled. Ale také ji naučit mít ráda sebe sama a pomoci ji najít cestu k jídlu. (Procházková a Sladká – Ševčíková, s. 54)

**Obecně můžeme říci**, že postoj rodiny a okolí na jedince, který trpí jednou z PPP je rozpolcený. Na jednu stranu je snaha pomoci, ale na druhou stranu se na jedince vyskytuje vztek a zlost, což může způsobit zhoršení celé situace. (Vágnerová, 2014, s. 436)

Existuje řada způsobů, jak PPP léčit. Zásadní je však aktivita nemocného v procesu léčby a jeho samotný postoj k léčbě.

### 3 OSOBNOST ŽÁKAZŠ

Tato kapitola bude zaměřena na osobnost žáka druhého stupně základní školy. Popíšeme změny tělesné, psychické a sociální.

Osobnost žáka druhého stupně spadá do období dospívání (10 – 20 let). Konkrétně se jedná o ranou adolescenci, která bývá nazývána pubescencí. Jedná se o období 11. až 15. roku dítěte. Období pubescence můžeme dále rozdělit na 2 fáze. **Fáze prepuberty** (11. – 13. rok) a **pubertální fáze** (13. – 15. rok). (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143), (Vágnerová, 2005, s. 321)

Pro prepubertální období je typické především pohlavní dospívání a urychlení růstu. Prepuberta je u dívek ukončena příchodem menstruace a u chlapců první emisí semene. Puberta je ukončena reprodukční schopností dívek a chlapců. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143), (Vágnerová, 2005, s. 321)

V tomto období dochází ke změnám tělesným, psychickým i sociálním. Všechny tyto oblasti jsou ovlivněny převážně biologicky, ale souvisí i s psychickými a sociálními faktory. „Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.“ (Vágnerová, 2005, s. 323) A právě vytvoření identity je úkolem adolescence. Cílem je, aby se jedinec osamostatnil od rodičů a naučil se fungovat sám. (Thorová, 2015, s. 416)

#### 3.1 Změny tělesné

Během období dospívání dochází k řadám tělesných změn, které směřují především k pohlavní zralosti a schopnosti reprodukce. Tyto změny ovlivní jak chování jedince, který změnami prochází, tak i chování lidí, které má kolem sebe. (Vašutová a Gregor, In Vašutová a Panáček a kol., 2013, s. 17), (Vágnerová, 2005, s. 326, 327)

Tělesné změny mohou být prožívány intenzivně, protože se jedná o změny, které jsou spojeny s identitou. V případech, kdy jsou tyto změny vnímány až příliš intenzivně, může dojít ke ztrátě sebejistoty. S tím vším je spojena i tělesná atraktivita. Pokud se dospívající nevnímá jako atraktivní, může hledat jiné způsoby a cesty, jak toho docílit. (Vágnerová, 2005, s. 327 - 331) Ne vždy jsou však tyto cesty a způsoby pozitivní.

V průběhu tělesných změn v dospívání se může negativně změnit pohled dospívajícího na vlastní tělo. Jednou z příčin mohou být reakce od okolí na tělesné proměny u jedince. Většinou se nespokojenost se svým tělem vyskytuje u dívek, u kterých je předpoklad úspěšnosti především prostřednictvím štíhlosti, která je v současnosti prezentována jako samozřejmost. (Vágnerová, 2014, s. 424)

Pro dívky i pro chlapce platí, že svému tělu v tomto období věnují zvýšenou pozornost a vyrovnávají se s tělesnými změnami, kterými jejich tělo prošlo. (Vágnerová, In Thorová, 2015, s. 425)

V průběhu tělesných změn dochází k tělesnému růstu, změně proporcí a vyvíjí se pohlavní orgány. U chlapců se objevuje především již zmíněný rychlý tělesný růst, následně rozvoj svalů, mutace, vousy, zatímco u dívek jsou viditelnější sekundární pohlavní znaky. (Vágnerová, 2005, s. 326, 327), (Thorová, 2015, s. 424)

### 3.2 Změny psychické

Období dospívání je spojeno i s emočním vývojem, na jehož vliv mají především hormonální změny, které ovlivňují citové prožívání. Jedince v tomto období doprovází celá řada pocitů, která má vliv i na jeho nálady. Může se objevovat větší labilita, impulzivita, přecitlivělost či nestálost. Vlivem hormonálních změn může docházet i k větší a častější únavě, k přecitlivělosti a nízkému sebeovládání. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147), (Vágnerová, 2005, s. 340, 341)

Pocity a emoční reakce bývají většinou intenzivní, ale většinou jsou krátkodobé a často dochází k jejich proměnám. Pro dospívajícího je taková změna nálad a pocitů překvapivá, nepříjemná a většinou nesrozumitelná. Proto se v tomto období objevuje tzv. **emoční egocentrismus**, kdy jedinec častěji přemýšlí nad svými prožitky a emocemi. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147), (Vágnerová, 2005, s. 341)

Změny v chování, které vznikají vlivem emočních změn, nezůstávají bez povšimnutí okolí, které většinou reaguje negativně, což může vést ke smutku či depresím. (Vágnerová, 2005, s. 341)

V období dospívání se vyskytuje tzv. **mechanismus kyvadla**, což znamená, že se někdy u dospívajících objevuje dětské chování, i když už dosáhli vyšší úrovně. Dále můžeme u adolescentů pozorovat regresi či únik do fantazie. Těmito úniky řeší situace, které nezvlá-

dají. Avšak se jedná o přirozené reakce. Ke konci dospívání dochází ke stabilizaci emocí. (Vágnerová, 2005, s. 342)

U dospívajících dochází i ke kognitivnímu vývoji, v jehož důsledku se mění i způsob myšlení. Keating (Keating, In Vágnerová, 2005, s. 333, 334) uvádí výčet možností myšlení, mezi které se řadí například:

- **Variabilita**, která umožňuje dospívajícím vidět problém z různých úhlů pohledu.
- **Systematičnost**, která vede k lepšímu způsobu práce s informacemi. Dospívající dokáží vytvářet hypotézy, pracovat s alternativy.
- **Abstrakce**, díky které přichází na to, že obsah je zaměnitelný, ale forma je stálá.
- **Indukce**, díky které umí dospívající zobecňovat.
- **Kombinační myšlení**, které umožní pracovat s více informacemi, jež dokáží zkombinovat a zařadit.

Dospívající v tomto období umí lépe ovládat a udržet pozornost, díky strategiím, které používají. Strategie využívají i při učení, kdy si dokáží naplánovat učivo a déle si ho zapamatovat. Také se vyvíjí jejich sebekontrola a vytrvalost. (Vágnerová, 2005, s. 339 – 343)

### 3.3 Změny sociální

„Dospívání je velmi významnou životní fází, bývá označováno jako období druhého sociálního narození, spojeného se samostatným vstupem do společnosti.“ (Corneau, In Vágnerová, 2005, s. 346)

V období dospívání dochází ke změnám vztahů s ostatními. Dospívající začínají mít problém s autoritou, ať už se jedná o rodiče či učitele. K autoritě se často chovají kriticky a často dochází k vyměňování názorů. (Vágnerová, 2012, s. 229), (Vágnerová, 2005, s. 346)

V tomto období dochází k oslabování vazby na rodiče a začínají mít velký vliv vrstevnické skupiny a kamarádi. V kamarádech a vrstevnících mají dospívající podporu a někoho, komu se mohou svěřit se svými problémy. S vrstevnickou skupinou tráví dospívající většinu svého volného času, a tak se v ní mohou ovlivňovat a předávat si názory a postoje. Ve vrstevnických skupinách si nachází přátele a navazují s nimi vazby, které mohou přetrvat až do dospělosti. Ovšem může se stát, že se dospívající dostane do skupiny, která na něj bude

mít negativní vliv a dospívající se vydá špatným směrem. (Vašutová a Panáček a kol. 85,86)

V dnešní době, díky moderním technologiím, roste význam komunikace přes internet. To představuje pro dospívající možnost zkoušet něco nového. V online komunitách mohou adolescenti působit anonymně, vyjadřovat svůj názor a hledat nové kontakty. (Thorová, 2015, s. 423)

Komunikace s dospívajícím může být v tomto období složitá. Dospívající chce být v komunikaci považován jako rovnocenný, ale často dává průchod svým emocím, jako jsou přecitlivělost či vztek. Navíc mají dospívající potřebu se neustále dohadovat a argumentovat, což rodiče přivádí k frustraci a komunikace mezi oběma stranami se stává nelehkou situací. (Vágnerová, 2000, s. 231)

Důležitou roli hraje i rodina, která zůstává i v období dospívání pevným zázemím, kam se může dospívající uchýlit, i když v ní dochází ke změnám vztahů. (Vágnerová, 2005, s. 350)

Na školu se dívají dospívající kritičtěji a chápou ji jako prostředek, který jim zajistí budoucnost. Mění se i vztahy s učiteli. Dospívající začínají být více kritičtí a méně tolerantní. Chtějí prezentovat své názory a požadují spravedlnost. (Vágnerová, 2005, s. 362 – 366)

Osobnost žáka se v průběhu dospívání mění po všech stránkách. Může se objevovat i zvýšená přecitlivělost. Proto je důležité být k dospívajícímu ohleduplný, přijmout ho takového jaký je a snažit se ho chápat a podporovat.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 REALIZACE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce popíšeme průběh výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na poruchy příjmu potravy pohledem žáků 2. stupně základních škol.

### 4.1 Stanovení výzkumného problému

V praktické části bakalářské práce popisujeme deskriptivní výzkumný problém. "Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt nějakého jevu." (Gavora, 2000, s. 26)

**Úkolem je** zjistit, zda mají žáci základní informace o poruchách příjmu potravy a zda mají zkušenosti se snižováním své tělesné hmotnosti.

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jaké jsou vědomosti žáků o problematice týkající se poruch příjmu potravy a jak důležitý je pro ně vzhled?

#### **Dílčí výzkumné otázky:**

1. Mají respondenti přehled o informacích, které se týkají poruch příjmu potravy? (otázky 1 - 9)
2. Objevuje se v okolí respondentů někdo, kdo trpí jednou z poruch příjmu potravy? (otázky 10, 11)
3. Jak je pro respondenty důležitá postava a vzhled? (otázky 12 – 17)
4. Mají respondenti zkušenosti se snižováním své tělesné hmotnosti? (otázky 18 – 20)
5. Souvisí snižování tělesné hmotnosti s kroužkem či aktivitou, kterou respondenti vykonávají? (otázka 21)
6. Vnímají respondenti štíhlé tělo jako záruku pro šťastný život? (otázka 22)

### 4.2 Zdůvodnění tématu

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době velmi rozšířeným onemocněním. Rizikovější skupinou, která je náchylnější k tomuto onemocnění, jsou především dospívající dívky. Dívky s tímto onemocněním nejsou spokojeny se svým tělem a jsou schopny udělat všechno proto, aby docílily své vysněné štíhlé postavy. K tomuto závažnému onemocnění na-

pomáhá i dnešní doba, která oslavuje a propaguje štíhlost. Proto je důležité věnovat pozornost tomuto onemocnění a snažit se pomoci lidem, kteří trpí jednou z těchto poruch.

### 4.3 Cíl výzkumu

**Cílem výzkumu** je zjistit, jaká je informovanost žáků druhého stupně o poruchách příjmu potravy, jak jsou žáci spokojeni se svým tělem, a zda mají zkušenosti s dietami a snižováním své tělesné hmotnosti.

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda mají respondenti přehled o informacích, které se týkají poruch příjmu potravy.
2. Zjistit, zda se v okolí respondentů objevuje někdo, kdo trpí jednou z poruch příjmu potravy.
3. Zjistit, jak je pro respondenty důležitá postava a vzhled.
4. Zjistit, zda respondenti mají zkušenosti se snižováním své tělesné hmotnosti.
5. Zjistit, zda snižování tělesné hmotnosti souvisí s kroužkem či aktivitou, kterou respondenti vykonávají.
6. Zjistit, zda respondenti vnímají štíhlé tělo jako záruku pro šťastný život.

### 4.4 Metoda sběru dat

Praktická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum pracuje především s čísly. Získává data, která jsou následně matematicky zpracována. Dalším znakem kvantitativního výzkumu je postoj výzkumníka, který vše hodnotí objektivně, stojí stranou a tím zajišťuje nestrannost a již zmíněnou objektivitu. (Gavora, 2000, s. 31)

Jako metoda sběru dat byl použit dotazník. Dotazník je nejpoužívanější metodou sběru dat a používá se při zjišťování informací velké skupiny osob. (Gavora, 2000, s. 99)

Dotazník byl anonymní a skládal se z 22 položek a byl vytvořen pomocí otázek uzavřených, polouzavřených a škálových. Pomocí škálových otázek „pozorovatel vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále.“(Gavora, 2000, s. 88)

## 4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili žáci 2. stupně základní školy. Tedy se jednalo o žáky ve věku 11 až 15 let, kteří navštěvují 6. až 9. třídu. V tomto období se zvyšuje zájem o svůj vzhled, který se projevuje pozorováním vlastního těla. Přehnaný zájem o svůj vzhled projevují častěji dívky než chlapci. U dívek může dojít k předčasnému vývinu sekundárních pohlavních znaků, s čímž se nedokáží vyrovnat, a tak volí radikálnější způsob řešení, jako je například mentální anorexie (díky hubnutí se sekundární pohlavní znaky zmenší). (Zacharová a Šimíčková – Čížková, 2011, s. 80, 82)

## 4.6 Předvýzkum

Předvýzkum slouží k tomu, abychom zjistili, zda je formulace otázek v dotazníku srozumitelná a zda jsou respondenti schopni odpovědět na všechny položky. (Gavora, 2000, s. 101)

Předvýzkum byl proveden v listopadu 2018 díky skupince dobrovolníků, kteří odpovídali požadovaným parametrům (žáci 2. stupně základních škol). Na základě provedeného předvýzkumu došlo k úpravě či odstranění některých položek v dotazníku.

## 4.7 Průběh šetření a zpracování sběru dat

Výzkumné šetření probíhalo v lednu 2019. Bylo rozdáno 111 dotazníků, z toho bylo 7 vyřazeno z důvodu chybného vyplnění. Dotazníky byly rozdány na základní škole žákům 6. až 9. tříd. Základní škola, ve které dotazníkové šetření probíhalo, nemá žádný preventivní program, který by se věnoval poruchám příjmu potravy. Téma je probíráno pouze ve výuce o výchově ke zdraví. Proto byla zvolena právě tato škola.

Data byla zpracována, vyhodnocena a doplněna komentářem. Některé výsledky se objevují v grafech či tabulkách.

## 5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola je zaměřena na zpracování položek z dotazníku, následné vyhodnocení výsledků a jejich shrnutí.

### 5.1 Analýza dat

Úvodní část dotazníků byla zaměřena na pohlaví respondentů, jejich věk a na třídu, kterou navštěvují. Pro lepší přehled jsou dány informace o pohlaví a navštěvované třídě do tabulky. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 11. až 15. roku. Konkrétně 11 let uvedlo 4, 8% respondentů, 12 let 19, 2% respondentů, 13 let 25, 0% respondentů, 14 let 37, 5% respondentů a 15 let uvedlo 13, 5% respondentů.

Tabulka 1

Pohlaví	Třída				Celkem
	6.	7.	8.	9.	
Dívky	5	10	21	11	44
Chlapci	12	7	23	15	56
<b>Celkem</b>	17	17	44	26	<b>104</b>

#### 5.1.1 Informovanost respondentů o poruchách příjmu potravy

##### Otázka číslo 1: Slyšeli jste už o poruchách příjmu potravy?

První otázka v dotazníku byla zaměřena na zjištění, zda respondenti vůbec slyšeli pojem poruchy příjmu potravy a vědí, o co se jedná. Z celého počtu 104 respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně (ano) 95,2% (99) dotazovaných a odpověď zápornou (ne) uvedlo z celého počtu pouze 4,8% (5) dotazovaných.

##### Otázka číslo 2: Mentální anorexii podle mého názoru nejlépe vystihuje tvrzení

U této otázky měli respondenti na výběr ze tří odpovědí. Jejich úkolem bylo vybrat nejvíce podobnou definici mentální anorexie. Dvě definice byly nesprávné a pouze jedna správná. 95,1% (97) respondentů vybralo definici, která byla správná a to, že mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. 3,9%

(4) respondentů uvedlo definici, že mentální anorexie je charakterizovaná přejídáním a 1,0% (1) respondentů odpovědělo, že mentální anorexie není porucha, ale že se jedná o životní styl.

### Otázka číslo 3: Mentální bulimii podle mého názoru nejlépe vystihuje tvrzení

Stejně jako u předchozí otázky, tak i zde měli respondenti na výběr ze tří odpovědí a jejich úkolem bylo vybrat správnou odpověď. 88, 2% (90) respondentů vybralo správnou odpověď a uvedlo, že mentální bulimie je porucha charakterizována přejídáním a následným zvracením. 9, 8% (10) respondentů uvedlo, že mentální bulimie je porucha charakterizovaná odmítáním jídla a 2, 0% (2) respondentů uvedlo, že mentální bulimie není porucha, ale že se jedná o životní styl.

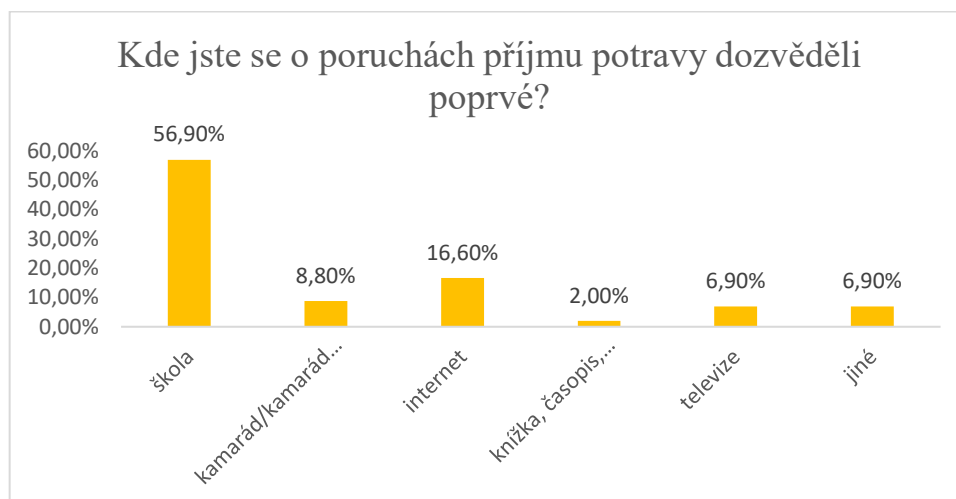
Při vyhodnocování otázek číslo 2 a 3 vyplynulo, že někteří respondenti si zaměnili pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. U otázky číslo 2, která byla zaměřena na mentální anorexii, označovali definici, která by odpovídala mentální bulimii a naopak.

### Otázka číslo 4: Kde jste se o poruchách příjmu potravy dozvěděli poprvé?

Graf číslo 1 nám ukazuje odpovědi na tuto otázku, z níž vyplynulo, že 56, 9% (58) respondentů se poprvé o poruchách příjmu potravy dozvědělo ve škole, 8, 8% (9) respondentů od kamaráda či kamarádky, 16, 6% (19) respondentů se o poruše dozvědělo díky internetu, 2, 0% (2) respondentů uvedlo knížku, časopis či noviny, 6, 9% (7) respondentů uvedlo televizi a 6, 9% (7) respondentů vybralo možnost jiné, kde jako odpověď volili rodiče.

Z této otázky vyplynulo, že žáci jsou informováni o poruchách příjmu potravy převážně ze školy, i když škola nemá žádný preventivní program.

Graf 1

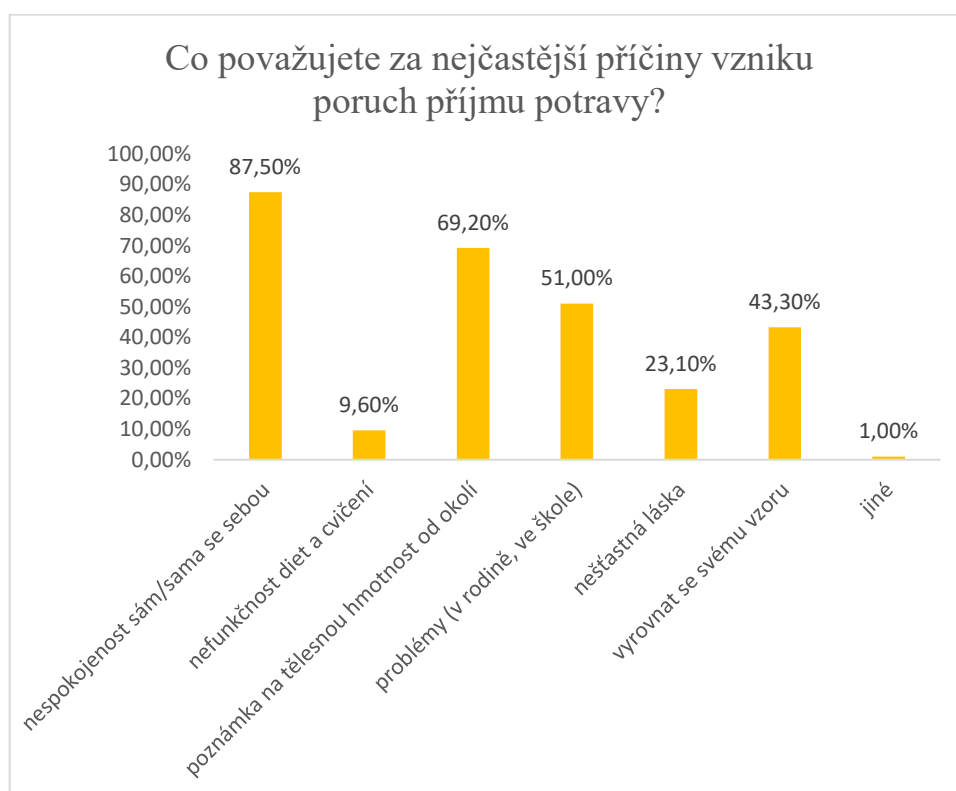


**Otázka číslo 5: Co považujete za nejčastější příčiny vzniku poruch příjmu potravy?**

U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Jako nejčastější odpověď uváděli respondenti nespokojenost sám/sama se sebou. Takto odpovědělo 87, 5% (91) respondentů. Nefunkčnost diet a cvičení uvedlo 9, 6% (10) respondentů, poznámka na tělesnou hmotnost od okolí uvedlo 69, 2% (72) respondentů, problém (ve škole, rodině) uvedlo 51, 0% (53) respondentů, nešťastnou lásku zvolilo 23, 1% (24) respondentů, vyrovnat se svému vzoru (modelka, herec, zpěvačka,...) zvolilo 43, 3% (45) respondentů a pouze 1, 0% (1) zvolilo jinou odpověď.

U této otázky jsme předpokládali, že největší počet obdrží odpověď, *vyrovnat se svému vzoru*, protože se pohybujeme v době, kdy jsou sociální sítě a internet zahlceny fotkami dokonalých lidí s dokonalými těly, ale tuto odpověď jednoznačně předběhla možnost nespokojenost sám/sama se sebou.

Graf 2

**Otázka číslo 6: Myslíte si, že je v dnešní době hodně lidí, kteří trpí jednou z těchto poruch?**

Otázka číslo 6 byla otázka škálová. Respondenti zde měli na výběr z možností určitě ano, spíše ano, nevím, spíše ne, určitě ne. 35, 6% (37) respondentů uvedlo odpověď **určitě ano**,

48, 1% (50) respondentů spíše ano, 10, 6% (11) respondentů zvolilo odpověď **nevím**, 4, 8% (5) respondentů zvolilo **spíše ne** a pouze 1, 0% (1) respondentů uvedlo odpověď **určitě ne**.

Převážná část respondentů, která volila odpověď *určitě ano*, následně v otázce číslo 10 uváděla, že zná někoho, kdo trpí poruchami příjmu potravy.

#### **Otázka číslo 7:Kdo si myslíte, že poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji?**

Na tuto otázku odpovědělo 90, 4% (94) respondentů, že poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji ženy. Pouze 1, 0% (1) respondentů uvedlo muže a zbylých 8, 7% (9) respondentů si myslí, že poruchami příjmu potravy trpí obě pohlaví stejně.

U této otázky můžeme vidět, že žáci vědí, že tyto poruchy postihují častěji ženy než muže.

#### **Otázka číslo 8:Myslíte si, že je Vám o této problematice podáváno dostatek informací?**

Tato otázka měla u respondentů vyvolat zamyšlení nad tím, zda informace, které jsou jim poskytovány o této problematice, považují za dostačující. Opět se jednalo o škálovou otázku. Odpověď **určitě ano** vybralo 24, 0% (25) respondentů, **spíše ano** 44, 2% (46) respondentů. Odpověď **nevím**, která značila, že to respondenti nedokáží posoudit, vybralo 21, 2% (22), **spíše ne** zvolilo 9, 6% (10) respondentů a **určitě ne** 1, 0% (1) respondentů.

Z odpovědí můžeme usoudit, že převážná část respondentů si myslí, že má dostatek informací o této problematice.

#### **Otázka číslo 9:Myslíte si, že se dá těmto nemocím předcházet? Popřípadě jak? (např. preventivní programy ve škole, poskytování více informací,...)**

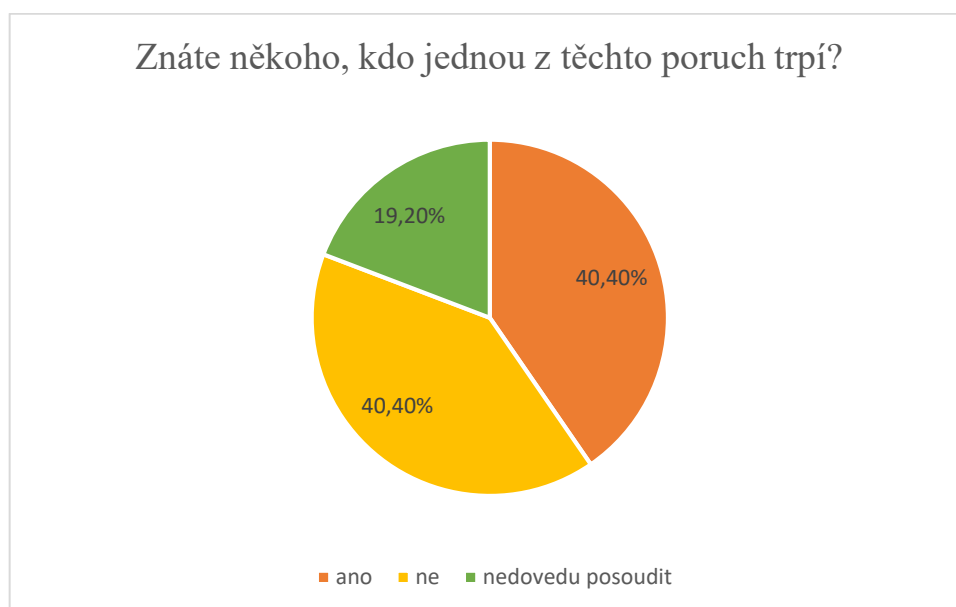
Otázka číslo 9 byla opět škálová, kde měli respondenti na výběr z odpovědí určitě ano, spíše ano, nevím, spíše ne a určitě ne. 33, 7% (35) respondentů si myslí, že poruchám příjmu potravy se dá **určitě** předcházet, 28, 8% (30) respondentů uvedlo **spíše ano**, 29, 8% (31) respondentů uvedlo odpověď **nevím**, 7, 7% (8) respondentů uvedlo **spíše ne** a odpověď **určitě ne** nezvolil žádný respondent. 36, 5% (38) respondentů poskytlo odpověď na druhou polovinu otázky a uvedli, že se dá předcházet poruchám příjmu potravy například preventivními programy, besedami či přednáškami na školách. Dále uváděli odpovědi jako mít rád sebe sama a přijmout se takový, jaký jsem, nezaobírat se poznámkami od okolí na svou postavu, mít pravidelný pohyb a vyvážené stravovací návyky.

### 5.1.2 Zkušenosti respondentů s osobou, která trpí jednou z poruch příjmu potravy

#### Otázka číslo 10: Znáte někoho, kdo jednou z těchto poruch trpí?

Otázka číslo 10 měla zjistit, zda si respondenti myslí, že mají ve svém okolí někoho, kdo trpí jednou z těchto poruch. Výsledky na tuto otázku byly překvapující, jelikož 40,4% (42) dotazovaných odpovědělo, že si myslí, že zná někoho, kdo trpí jednou z těchto poruch, což je z celkového počtu 104 respondentů poměrně vysoké číslo. 40,4% (42) respondentů uvedlo, že nikoho nezná a 19,2% (20) respondentů nedovede posoudit, zda se v jejich okolí někdo takový vyskytuje.

Graf 3



#### Otázka číslo 11: Kdybyste zjistili, že jednou z těchto poruch trpí Váš/Vaše kamarád/kamarádka, jak byste zareagovali?

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Záměrem této otázky bylo zjistit, jak by respondenti zareagovali v případě, kdyby jejich kamarád či kamarádka trpěli jednou z těchto poruch. 86,5% (90) respondentů uvedlo, že by si s dotyčným promluvílo, 13,5% (14) respondentů uvedlo, že by se svěřilo školnímu vychovateli nebo učiteli, 5,8% (6) respondentů by se svěřilo svým rodičům, 1,0% (1) respondentů by si to nechalo pro sebe a nikomu to neřeklo a 1,9% (2) respondentů odpovědělo, že by o tom informovalo rodiče kamaráda, o kterého by se jednalo anebo by reagovali tak, jak by chtěl samotný kamarád.



Z výsledků můžeme vidět, že převážná část respondentů by volila možnost promluvit si o tom s dotyčným.

### 5.1.3 Důležitost vzhledu a tělesné hmotnosti respondentů

Následující škálové otázky 12 až 16 byly zaměřeny tak, aby zjistily, jak respondenti vnímají své tělo, hmotnost, jakou roli svému tělu připisují, jak jsou se svým tělem spokojeni a jakou důležitost připisují tomu, když se někdo vyjadřuje k jejich postavě. Jednalo se o stupnicovou škálu v rozmezí 1 až 5.

#### Otázka číslo 12: Jak je pro Vás důležitá tělesná hmotnost a vzhled?

Otázka číslo 12 byla zaměřena všeobecně a týkala se tělesné hmotnosti a vzhledu. Respondenti měli odpovědět, jak jsou pro ně tyto dva jmenované aspekty důležité (1 hodně důležité, 5 málo důležité). 5, 8% (6) respondentů, zvolilo číslo 1, polovina respondentů (50, 0%) zakroužkovala číslo 2. 36, 5% (38) respondentů zvolilo číslo 3, 6, 7% (7) respondentů vybralo číslo 4 a pouze 1, 0% (1) respondentů číslo 5.

Z výsledků můžeme usoudit, že převážná část respondentů se zaobírá svou hmotností a vzhledem, což je vzhledem k věku respondentů obrovské číslo.

Graf 4



#### Otázka číslo 13: Jak moc řešíte svou váhu?

Otázka číslo 13 měla zjistit, jak moc řeší respondenti svou tělesnou hmotnost. Opět měli na výběr stupnicovou škálu v rozmezí 1 až 5, přičemž číslo 1 představovalo, že respondenti se

svou váhou zaobírají často a hodně a 5, že nikoliv. 6, 7% (7) respondentů zvolilo číslo 1, 46, 2% (48) respondentů zvolilo číslo 2, číslo 3 vybralo 28, 9% (30) respondentů, číslo 4 zvolilo 11, 5% (12) respondentů a 6, 7% (7) respondentů zvolilo číslo 5.

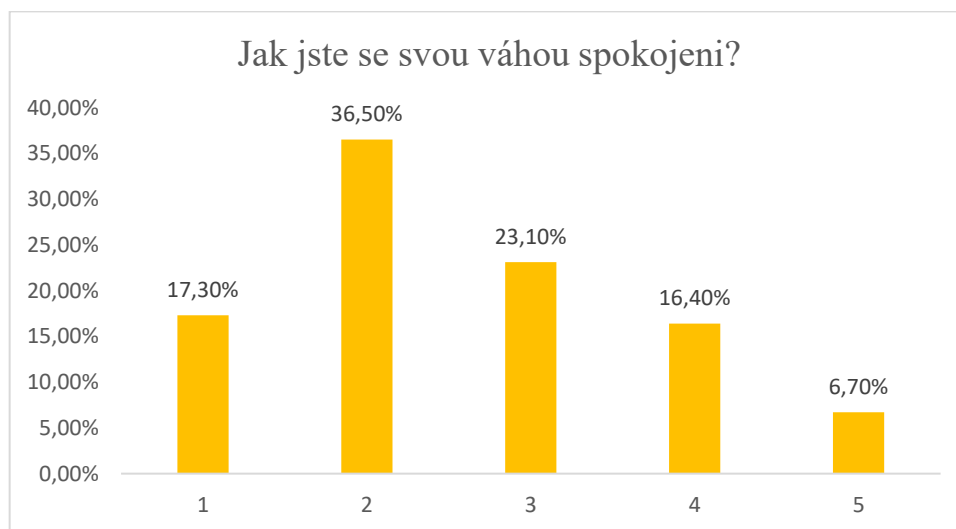
Opět z výsledků vidíme, že více jak polovina dotazovaných se zaobírá svou váhou a není jim lhostejné, kolik jim ručička na váze ukazuje.

#### Otázka číslo 14: Jak jste se svou váhou spokojeni?

Nejvíce spokojených je se svou postavou 17, 3% (18) respondentů, následuje 36, 5% (38) respondentů, kteří zvolili číslo 2, 23, 1% (24) respondentů zvolilo číslo 3, 16, 4% (17) respondentů zvolilo číslo 4 a 6, 7% (7) respondentů zvolilo číslo 5.

Z výsledků vyplývá, že převážná část respondentů je se svou váhou spokojena, ale našli se i takoví, kteří spokojeni nejsou.

Graf 5

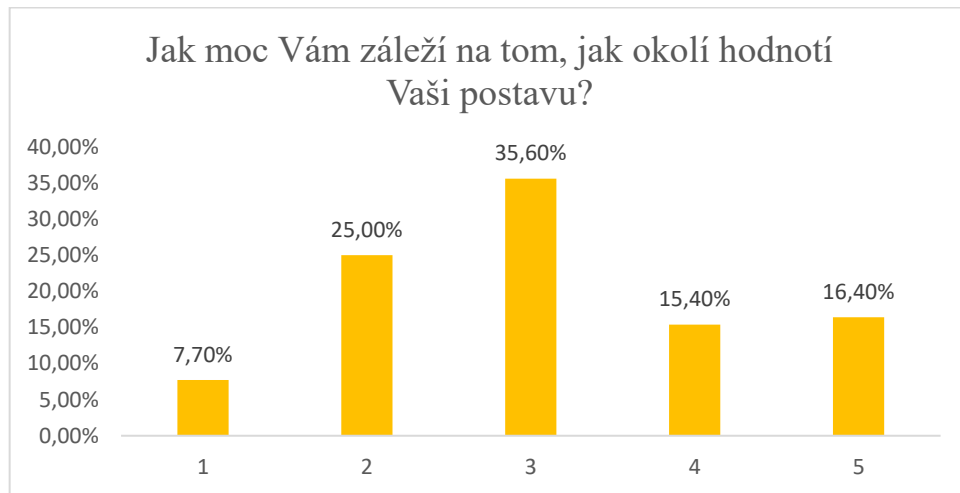


#### Otázka číslo 15: Jak moc Vám záleží na tom, jak okolí hodnotí Vaši postavu?

Otázka číslo 15 měla za úkol zjistit, jakou důležitost respondenti připisují okolí, ve kterém se pohybují, a které popřípadě hodnotí jejich postavu. Otázka byla položena i proto, že se pohybujeme v prostředí základní školy, kde jsou respondenti ve věku, kdy jejich tělo prochází změnami a zároveň je pro ně důležité okolí, ve kterém se pohybují (kamarádi či rodina). Pro 7, 7% (8) respondentů, kteří zvolili číslo 1, je důležité, jak okolí hodnotí jejich postavu, následuje 25, 0% (26) respondentů, kteří zvolili číslo 2, takže můžeme předpokládat, že ani jim není jedno, co okolí říká ohledně jejich postavy. Číslo 3 zvolilo 35, 6%

(37) respondentů, 15, 4% (16) respondentů volilo číslo 4 a zvolilo 16, 4% (17), jsou to tedy ti, kterým nezáleží na hodnocení od okolí.

Graf 6



#### Otázka číslo 16: Jak jste na škále od 1 do 5 spokojeni se svým tělem?

Otázka číslo 16 měla uzavřít okruh škálových otázek a byla zaměřena na to, jak jsou respondenti spokojeni se svým tělem. Výběr čísla 1 znamenal, že jsou plně spokojeni, výběr čísla 5 znamenal, že spokojeni nejsou vůbec. 15, 5% (16) respondentů je naprosto spokojeno se svým tělem a zvolilo číslo 1, následuje výběr čísla 2, které zvolilo 42, 3% (44) respondentů, číslo 3 vybralo 26, 0% (27) respondentů, číslo 4 vybralo 13, 5% (14) respondentů a číslo 5 zakroužkovalo 2, 9% (3) respondentů. Více než polovina dotazovaných je spokojena se svým tělem, ale ani těch, kteří volili číslo 4 a 5, není vzhledem k věku málo.

Graf 7



Škálové otázky 12 až 16 nám ukázaly, že ač valná většina dotazovaných řeší svou hmotnost či vzhled, tak je v podstatě spokojená. Ovšem vzhledem k tomu, že se pohybujeme na základní škole, kde jsou žáci ve věku 11 až 15 let, tak se tady najdou i takoví, kteří sami se sebou spokojeni nejsou.

**Otázka číslo 17: Dokázali byste popsat a zhodnotit svou postavu bez toho, aniž byste se cítili v rozpacích nebo byste se styděli?**

Velká většina dotazovaných a to konkrétně 55, 8% (58) by neměla problém hovořit o své postavě. 34, 6% (36) respondentů by taktéž dokázalo hovořit o své postavě, ale mělo by pocit studu. 8, 7% (9) respondentů by dělalo problém hovořit o své postavě. A 1, 0% (1) respondentů uvedlo, že by hovořit o své postavě vůbec nechtělo.

Můžeme usoudit, že i ti respondenti, kteří v předchozích otázkách uváděli, že nejsou spokojeni se svým tělem, tak ani těm by nedělalo větší problém o své postavě hovořit.

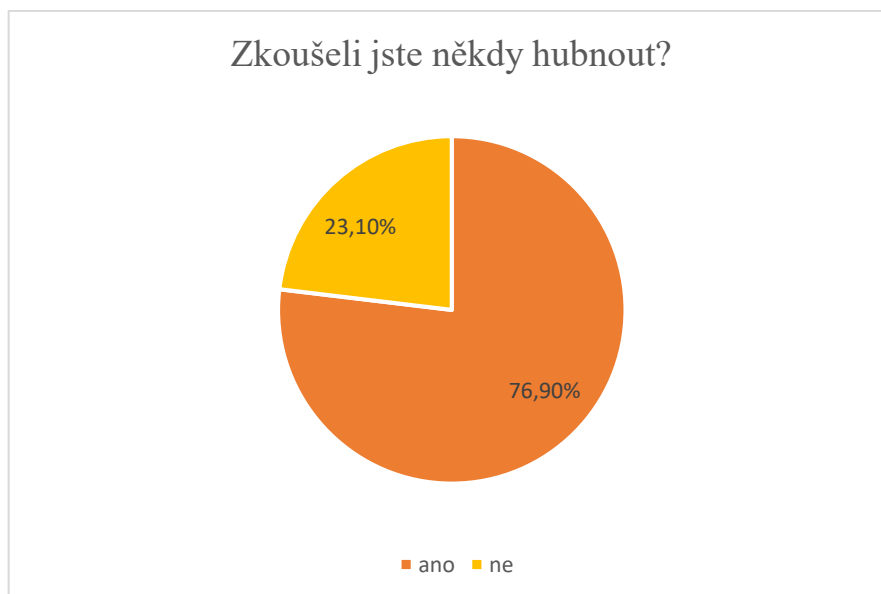
Následující otázky 18 až 21 byly zaměřeny na hubnutí u respondentů.

#### 5.1.4 Zkušenost respondentů se snižováním tělesné hmotnosti a dietami

**Otázka číslo 18: Zkoušeli jste někdy hubnout?**

Neskutečně obrovské číslo s kladnou odpovědí, se objevilo právě u otázky, zda respondenti zkoušeli někdy hubnout. 76, 9% (80) respondentů odpovědělo, že už se pokoušelo hubnout. Pouze 23, 1% (24) respondentů nemá s hubnutím žádnou zkušenost.

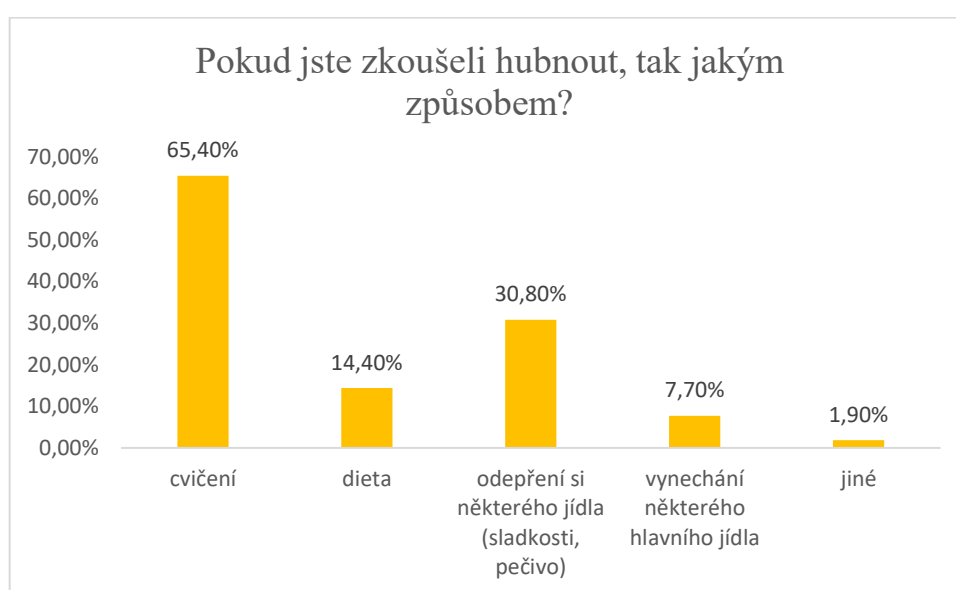
Graf 8



**Otázka číslo 19: Pokud jste zkoušeli hubnout, tak jakým způsobem?**

Otázka číslo 19 byla zaměřena na zjištění, jakým způsobem se respondenti pokoušeli hubnout. 65,4% (68) respondentů uvedlo, že jako pokus o snížení váhy použilo cvičení, 14,4% (15) respondentů uvedlo, že se pokusilo držet dietu. Odepření si některého jídla (sladkosti, pečivo,...) uvedlo 30,8% (32) respondentů. 7,7% (8) respondentů uvedlo vynechání některého hlavního jídla (snídaně, oběd, večeře) a 1,9% (2) respondentů zvolilo možnost jiné, a uvádělo zdravou stravu či pravidelné stravování.

Graf 9

**Otázka číslo 20: Jaký byl důvod k tomu, abyste hubli?**

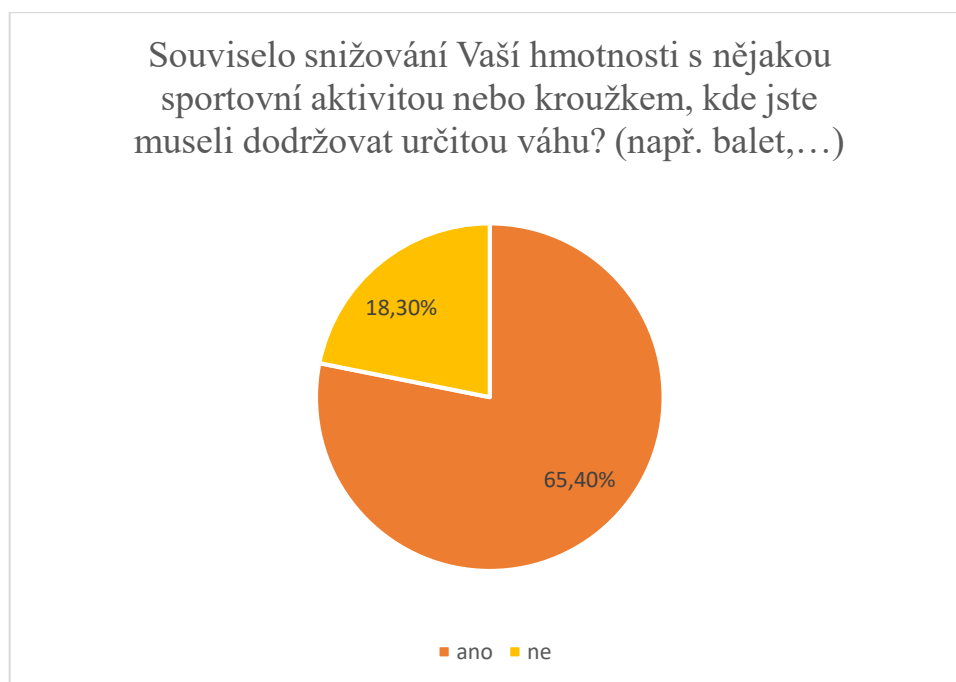
U této otázky měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. Nejčastější volená odpověď byla nespokojenost se svým tělem a to v 58,7% (61). Jako další důvod respondenti volili narážku od okolí na svou postavu a to v 6,7% (7). 8,7% (9) respondentů se chtělo někomu podobat. Posledních 12,5% (13) respondentů zvolilo odpověď jiné a uvádělo důvody jako: „chtěla jsem to zkusit“, „jen tak“, „chtěla jsem zkusit, jak to pomůže“, „jen abych měl sva-ly“, „chtěl jsem se víc hýbat“, „chci mít zdravý životní styl a dobře vypadat“. Pouze jeden respondent jako důvod snížení své tělesné hmotnosti uvedl potíže s nadváhou.

### 5.1.5 Souvislost mezi snižováním tělesné hmotnosti a sportovní aktivitou

**Otázka číslo 21: Souviselo snižování Vaší hmotnosti s nějakou sportovní aktivitou nebo kroužkem, kde jste museli dodržovat určitou váhu? (např. balet,...) Popřípadě o jakou aktivitu, kroužek se ve Vašem případě jednalo?**

Respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 18, se měli vyjádřit, zda hubnutí souviselo s nějakým kroužkem či sportovní aktivitou, kterou vykonávali. U 65, 4% (68) respondentů nesouviselo hubnutí s žádným kroužkem či sportovní aktivitou a 18, 3% (19) respondentů uvedlo, že ano. U respondentů, kteří odpověděli kladně, se jednalo o fotbal, florbal, hokej, bojové sporty jako aikido či karate, ale uváděli i běh, zimní sporty, jízdu na koni či hasičský kroužek.

Graf 10



### 5.1.6 Souvislost mezi štíhlou postavou, úspěchem a štěstím v životě

**Otázka číslo 22: Myslíte si, že štíhlá postava je zárukou úspěchu a štěstí v životě?**

Poslední otázka měla zjistit, zda si respondenti myslí, že má štíhlá postava vliv na úspěch a štěstí v životě. Původně se mělo jednat taktéž o škálovou otázku, ale z důvodu chyby v tisku, byly odpovědi hodnoceny jako uzavřená otázka s odpovědí ano, ne.

83, 7% (87) respondentů souvislost mezi štíhlou postavou, úspěchem a štěstím v životě nevidí a pouze 16, 3% (17) respondentů to vnímá opačně.

## 5.2 Shrnutí výsledků a diskuze

Následující kapitola zodpovídá na otázky a cíle výzkumu. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření a zúčastnilo se ho 104 respondentů. Respondenti navštěvují druhý stupeň ZŠ a jejich věk se pohybuje v rozmezí 11 až 15 let.

### **DVO1: Mají respondenti přehled o informacích, které se týkají poruch příjmu potravy?**

Na tuto dílčí výzkumnou otázku měla odpovědět 1. až 9. položka z dotazníku. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 95, 2% respondentů se setkalo s pojmem poruchy příjmu potravy, a vědí, o co se jedná. Respondenti byli také schopni vybrat adekvátní definici, která odpovídala charakteristice mentální bulimie (88, 2%) i mentální anorexie (95, 1%). U některých respondentů však docházelo k záměně definic u jednotlivých pojmů, z čehož se dá usoudit, že respondenti definice poruch znají, ale v dotazníku je zaměnili, což mohlo být zapříčiněno nepozorností nebo zbrklostí. Co se týká prvních informací o PPP, tak je mají respondenti především ze školy (56, 9%) a internetu (18, 6%). Přes 50 % respondentů napsalo, že informace, které jsou jim podávány o těchto poruchách, považují za dostačující. Téměř všichni (90, 4%) z respondentů uvedli správně, že častější výskyt PPP je u žen než u mužů a také si myslí, že PPP se dá předcházet pomocí různých přednášek, besed či preventivních programů, které se budou zaměřovat na tuto problematiku.

Na základě těchto položek můžeme říci, že respondenti mají základní poznatky o PPP a vědí, co si pod tímto pojmem představit. Můžeme tedy říct, že informovanost respondentů je na dobré úrovni.

### **DVO2: Objevuje se v okolí respondentů někdo, kdo trpí jednou z poruch příjmu potravy?**

Položka 10 a 11 nám poskytla informace na druhou dílčí výzkumnou otázku. 40, 4% respondentů si myslí, že zná někoho, kdo jednou z PPP trpí, což považujeme za nemalé číslo. Ostatní část respondentů (40, 4%) nikoho nezná anebo nedovede posoudit, zda se v jejich okolí někdo takový vyskytuje (19, 2%). Naše očekávání potvrdila otázka číslo 11, ze které vyplynulo, že pokud by respondenti zjistili, že jednou z těchto poruch trpí jejich kamarád, tak by si s ním o tom promluvili sami mezi čtyřma očima (86, 5%), protože jsou ve věku, kdy pro ně kamarádi mají obrovský význam, zatímco dospělí představují autoritu. Proto by školního vychovatele zvolilo pouze 13, 5% respondentů a rodiče 5, 8% respondentů.

Z výsledků těchto dvou položek se utvrzujeme v tom, že je zapotřebí šířit informace o PPP a upozorňovat na nebezpečí, které vlivem těchto poruch hrozí.

### **DVO3: Jak je pro respondenty důležitá postava a vzhled?**

Odpověď na tuto výzkumnou otázku se nám snažily poskytnout položky 12 až 17. Respondenti zde měli k dispozici pětistupňovou škálu, prostřednictvím které měli vyjádřit jim nejbližší číslo, které by vyjadřovalo jejich postoj k dané otázce. Z výsledků vyplynulo, že pro více než 50 % respondentů je vzhled a hmotnost velmi důležitá. Respondenti se zabývají svým tělem a přikládají mu velkou váhu. Na druhou stranu se o svém těle a vzhledu hovořit nebojí (55, 8%) a nezáleží jim na tom, jak je okolí hodnotí. I když se zaobírají svou váhou, věnují jí pozornost a dbají na ni, tak jsou se svým tělem ve výsledku spokojeni.

Respondenti byli ve věku od 11 do 15 let, což znamená, že jejich tělo je v období, kdy se mění a vyvíjí, čehož si jsou vědomi i oni sami a svému tělu tak věnují větší pozornost.

### **DVO4: Mají respondenti zkušenosti se snižováním své tělesné hmotnosti?**

Položky 18 až 20 nám poskytly odpovědi na tuto výzkumnou otázku. Počet kladných odpovědí na otázku, zda se respondenti pokoušeli snížit svou váhu, byl ohromující. 76, 9% respondentů se pokoušelo svou váhu snížit a pouze 1 % respondentů uvedlo jako důvod zdravotní komplikace. 58, 7% respondentů uvedlo jako důvod ke snižování své tělesné hmotnosti nespokojenost sama/sám se sebou. Dále uváděli narážku na postavu od okolí (6, 7%), chtít se někomu podobat (8, 7%) a možnost jiné (12, 5%). 65, 4% respondentů použilo jako prostředek k hubnutí cvičení, 30, 8% odepření si některého jídla, ať už se jednalo o sladkosti nebo pečivo. Dále 14, 4% respondentů zkusilo docílit štíhlé postavy pomocí diety, 7, 7% vynecháním některého hlavního jídla a 1, 9% respondentů uvedlo jiné.

Pokud si uvědomíme, že se nacházíme na základní škole, tak čísla, která nám vyšla, jsou znepokojující. Avšak předchozí dílčí výzkumná otázka nám dala informaci, že respondenti jsou se svým tělem v konečném důsledku spokojeni.

### **DVO5: Souvisí snižování tělesné hmotnosti s kroužkem či sportovní aktivitou, kterou respondenti vykonávají?**

Touto dílčí výzkumnou otázkou se zabývala položka číslo 21 a přinesla následující odpověď. 65, 4% respondentů uvedlo, že snižování jejich tělesné hmotnosti nesouvisí s kroužkem či sportovní aktivitou, kterou vykonávají. Respondenti (18, 3%), kteří



uvedli, že snižování tělesné hmotnosti souvisí s kroužkem či aktivitou, kterou vykonávají, tak ve většině případů uváděli, že se jedná o sporty jako fotbal, florbal či hokej.

Můžeme tedy říci, že respondenti snižují svou hmotnost, aniž by je ovlivňovala nějaká sportovní aktivita či kroužek.

#### **DVO6: Vnímají respondenti štíhlé tělo jako záruku pro šťastný život?**

Poslední dílčí výzkumnou otázkou se zabývala položka číslo 22, která nám dala jasnou odpověď. Většina respondentů, konkrétně 83, 7%, si nemyslí, že štíhlé tělo je zárukou pro úspěch a štěstí v životě. Zbýlých 16, 3% respondentů je opačného názoru.

**Hlavním cílem výzkumu bylo** zjistit, jaká je informovanost žáků druhého stupně o poruchách příjmu potravy, jak jsou žáci spokojeni se svým tělem, a zda mají zkušenosti s dietami a snižováním své tělesné hmotnosti. Tento cíl se díky provedenému výzkumu povedlo zodpovědět.

#### **Diskuze**

Výsledky výzkumu nám ukazují, že trend držení diet a štíhlosti se vyskytuje už i na základní škole. Z výsledku výzkumu je zřejmé, že necelých 70 % dotazovaných, ať už se jednalo o dívky nebo chlapce, zkoušelo snížit svou hmotnost a to především cvičením. Teoretická část zmiňuje, že za vzrůstem těchto onemocnění může doba, ve které žijeme. A jelikož žijeme v době sociálních sítí, tak i to může být důvodem, proč se v tak nízkém věku pokouší dívky i chlapci o redukci své váhy. Mohou být ovlivněni virtuálním světem, ve kterém se pohybují.

Avšak pokud se zamyslíme nad tím, jak popisujeme v teoretické části období dospívání podle autorky Vágnerové, tak příčina snižování hmotnosti a věnování se svému vzhledu může být i jinde. V teoretické části píšeme, že dospívání je obdobím, kdy se začíná měnit tělo dívkám i chlapcům, kteří si jsou změn vědomi a pozorují, jak se jejich tělo mění. Někteří mohou změnu přijmout snáze a jiní hůře. I to může být vysvětlení pro výsledek našeho výzkumu.

Díky výsledkům výzkumu jsme také mohli upozorovat rozpor mezi otázkou týkající se souvislosti štíhlé postavy a štěstí. Ač respondenti uvedli, že štíhlá postava pro ně není zdrojem štěstí a úspěchu, tak jí přesto věnují nadměrnou pozornost.

### 5.3 Doporučení pro praxi

Výsledky výzkumu nám ukazují, že ač jsou respondenti dostatečně informováni o PPP, je potřeba dál šířit informace, které se týkají této problematiky. PPP patří v poslední době mezi časté onemocnění a to především kvůli dnešní době, která hojně oslavuje štíhlost. Příkladem mohou být média a sociální sítě, ke kterým mají dospívající přístup a kde jsou prezentována dokonalá těla a i lehká nadváha je zde považována za něco nepřijatelného a je kritizována a haněna. Internet i média nabízí návody na různé drastické diety, které mají přispět ke snižování tělesné hmotnosti. I výsledek z našeho výzkumu nám prozrazuje, že dospívající tyto návody zkouší, aniž by znali rizika dopadu těchto diet.

PPP ovlivňují psychický i společenský život jedince, proto je potřeba zaměřit se hlavně na příčiny vzniku těchto chorob. Důležitá je především prevence, která by měla probíhat v rodině, ale i ve škole, kde žáci tráví většinu svého dne. Je důležité, aby si uvědomovali, že tělo a vzhled není vše. Proto by na základních školách mohly probíhat různé přednášky a besedy, které by upozorňovaly na hrozící nebezpečí vlivem těchto poruch. Stejně jako prevence je i důležité, aby byli dospívající upozorněni na následky, které mohou nastat.

V dnešní době je lehké podlehnout tlaku okolí, proto je důležité mít aspoň základní poznatky a informace o těchto onemocněních, abychom věděli, jak rozpoznat a jak zareagovat v případě, když bychom měli podezření, že někdo v našem okolí jednou z těchto poruch trpí. Právě včasné odhalení a pomoc, může dotyčnému zachránit život.

V neposlední řadě je důležité naučit se mít rád sebe sama, naučit se žít v dnešním světě a nepodléhat vlivu médií, společnosti a především nepodléhat sociálním sítím, které prezentují pouhou iluzi dokonalosti.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala poruchami příjmu potravy pohledem žáků 2. stupně základních škol. Téma bylo zvoleno z důvodu čím dál častějšího výskytu těchto poruch. I když existuje řada literatury a výzkumů na dané téma, je potřebné na tuto problematiku neustále upozorňovat.

Teoretická část bakalářské práce charakterizovala poruchy příjmu potravy, dále se zabývala pojmy jako mentální anorexie či mentální bulimie. V první kapitole byla věnována pozornost poruchám, kterým chybí jeden či více bodů k usnesení diagnózy mentální anorexie nebo mentální bulimie a byla zde popsána i historie PPP, jejichž kořeny spadají až do starověku. Druhá kapitola se zabývala příčinami PPP a jejich důsledky, které mohou přetrvávat i po překonání nemoci. Dále zde byly zmíněny možnosti léčby, které mohou pomoci osobám trpícím jednou z těchto poruch a v neposlední řadě byla věnována pozornost i prevenci, která je klíčová a měla by probíhat především doma, ale i ve škole. Třetí kapitola se věnovala popisu osobnosti žáka 2. stupně ZŠ. Popisovali jsme změny tělesné, psychické i sociální, kterými žáci v tomto období prochází.

Praktická část bakalářské práce se zabývala pohledem žáků 2. stupně na tyto poruchy. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost žáků druhého stupně o poruchách příjmu potravy, jak jsou žáci spokojeni se svým tělem, a zda mají zkušenosti s dietami a snižováním své tělesné hmotnosti. Pro sběr dat byl použit kvantitativní výzkum, který byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření na ZŠ. Výzkumný soubor tedy tvořili žáci 6. až 9. tříd.

Na základě provedeného výzkumného šetření je zřejmé, že dospívající pozorují své tělo, hmotnost i vzhled a hledají různé způsoby, aby docílili štíhlé postavy. Proto by měl být kladen důraz na prevenci, která by měla být dospívajícím poskytována, aby věděli, jaké neblahé důsledky a nebezpečí vlivem těchto chorob hrozí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, 183 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
- [2] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [3] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [4] JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, 106 s. Texty k sociální práci. ISBN 80-7041-512-6.
- [5] KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
- [6] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
- [7] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [8] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. Psyché. ISBN 802470840X.
- [9] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7.
- [10] KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [11] KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- [12] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
- [13] MAJ, Mario. *Eating disorders*. New York: J. Wiley, 2003. ISBN 0-470-84865-0.
- [14] MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha: [průvodce úskalím diet a životního stylu]*. 2. přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.

- [15] MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, c2013, 81 s. První kroky. ISBN 978-80-7297-115-2.
- [16] NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [17] NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- [18] PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018, 607 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
- [19] PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- [20] PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta, [2017], 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.
- [21] ROLKOVÁ, Henrieta. *Sociálněpatologické javy*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2017, 105 s. Učebnice. ISBN 978-80-7380-662-0.
- [22] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
- [23] THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- [24] TREASURE, Janet, Ulrike SCHMIDT a Eric van FURTH. *Handbook of eating disorders / edited by Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Eric Van Furth*. 2nd ed. Hoboken, N. J.: John Wiley, 2003. ISBN 0-471-49768-1.
- [25] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie a Marie VÁGNEROVÁ. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [27] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

- [28] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 8071783080.
- [29] VAŠUTOVÁ, Maria a Michal PANÁČEK. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2013, 137 s. ISBN 978-80-7464-125-1.
- [30] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

PPP	Poruchy příjmu potravy
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
Např.	Například
Tzv.	Takzvaně
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ZŠ	Základní škola
DVO	Dílčí výzkumná otázka

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: První informace respondentů o PPP

Graf č. 2: Nejčastější příčiny PPP

Graf č. 3: Zkušenost respondentů s osobou trpící PPP

Graf č. 4: Důležitost tělesné hmotnosti a vzhledu

Graf č. 5: Spokojenost respondentů s váhou

Graf č. 6: Hodnocení postavy od okolí respondentů

Graf č. 7: Spokojenost se svým tělem

Graf č. 8: Zkušenosti se snižováním tělesné hmotnosti

Graf č. 9: Způsoby snižování tělesné hmotnosti

Graf č. 10: Souvislost mezi snižováním tělesné hmotnosti a sportovní aktivitou



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Základní údaje o respondentech

## SEZNAM PŘÍLOH

Dobrý den, mé jméno je Helena Kulíšková a třetím rokem studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor Sociální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který mi pomůže při zpracování mé bakalářské práce, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Dotazník je zcela anonymní, takže nikde nemusíte uvádět své jméno.

Jsem **dívka x chlapec**

Je mi ..... let.

**Chodím do** 6. třídy

7. třídy

8. třídy

9. třídy

### 1. Slyšeli jste už o poruchách příjmu potravy?

a) ano

b) ne

### 2. Mentální anorexii podle mého názoru nejlépe vystihuje tvrzení:

a) Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.

b) Mentální anorexie je porucha charakterizovaná přejídáním.

c) Mentální anorexie není porucha, jedná se o životní styl.

### 3. Mentální bulimii podle mého názoru nejlépe vystihuje tvrzení:

a) Mentální bulimie je porucha charakterizovaná odmítáním jídla.

b) Mentální bulimie není porucha, jedná se o životní styl.

c) Mentální bulimie je porucha charakterizována přejídáním a následným zvracením.

### 4. Kde jste se o poruchách příjmu potravy dozvěděli poprvé?

a) ve škole

b) od kamaráda/kamarádky

c) na internetu

d) v časopisu, novinách, knížce

e) v TV (dokument, film,...)

f) jiné.....

**5. Co považujete za nejčastější příčiny vzniku poruch příjmu potravy? (můžete vybrat více odpovědí)**

a) nespokojenost sama se sebou

b) nefunkčnost diet a cvičení

c) poznámka na tělesnou hmotnost od okolí

d) problémy (v rodině, ve škole)

e) nešťastnou lásku

f) vyrovnat se svému vzoru (modelka, herec, zpěvačka)

g) jiné .....

**6. Myslíte si, že je v dnešní době hodně lidí, kteří trpí jednou z těchto poruch?**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) určitě ne

**7. Kdo si myslíte, že poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji?**

a) ženy

b) muži

c) obě pohlaví stejně

**8. Myslíte si, že je Vám o této problematice podáváno dostatek informací?**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) určitě ne

**9. Myslíte si, že se dá těmto nemocím předcházet? Popřípadě jak? (např. preventivní programy ve škole, poskytování více informací,...)**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) určitě ne

**Pokud ano, tak jak?.....**

**10. Znáte někoho, kdo jednou z těchto poruch trpí?**

a) ano

b) ne

c) nedovedu posoudit

**11. Kdybyste zjistili, že jednou z těchto poruch trpí Váš/Vaše kamarád/kamarádka, jak byste zareagovali?**

a) promluvila bych si o tom s ní/s ním

b) řekla bych to učitelce nebo školnímu vychovateli

c) řekla bych to svým rodičům

d) neřešila bych to a nikomu to neřekla

e) jiné.....

**12. Jak je pro Vás důležitá tělesná hmotnost a vzhled?** Vyberte na škále od 1 do 5, přičemž 1 znamená, že je to pro Vás hodně důležité a 5 znamená, že Vám to je jedno a neřešíte to.

1 2 3 4 5

**13. Jak moc řešíte svou váhu?** Opět vyberte na škále od 1 do 5, přičemž 1 znamená, že je to pro Vás hodně důležité a 5 znamená, že Vám to je jedno a neřešíte to.

1 2 3 4 5

**14. Jak jste se svou váhou spokojení?** Opět vyberte na škále od 1 do 5, přičemž 1 znamená, že jste hodně spokojeni a 5 znamená, že spokojeni nejste vůbec.

1 2 3 4 5

**15. Jak moc Vám záleží na tom, jak okolí hodnotí Vaši postavu?** Opět vyberte na škále od 1 do 5, přičemž 1 znamená, že je to pro Vás hodně důležité a 5 znamená, že Vám to je jedno a neřešíte to.

1 2 3 4 5

**16. Jak jste na škále od 1 do 5 spokojeni se svým tělem?** 1 znamená, že jste hodně spokojeni a 5 znamená, že spokojeni nejste vůbec.

1 2 3 4 5

**17. Dokázali byste popsat a zhodnotit svou postavu bez toho, aniž byste se cítili v rozpacích nebo byste se styděli?**

- a) ano, dokážu to, problém mi to nedělá
- b) ano, ale styděla bych se
- c) ne, dělalo by mi to problém
- d) ne, protože bych se o tom nechtěla vůbec bavit

**18. Zkoušeli jste někdy hubnout?**

- a) ano
- b) ne

**19. Pokud jste zkoušeli hubnout, tak jakým způsobem? (Můžete vybrat více možností)**

- a) dieta
- b) cvičení
- c) odepření si některého jídla (sladkosti, pečivo,...)
- d) vynechání některého hlavního jídla (snídaně, oběd, večeře)
- d) jiné.....

**20. Jaký byl důvod k tomu, abyste hubli? (Můžete vybrat více možností)**

- a) nebyla jsem spokojená se svým tělem
- b) narážka od okolí na mou postavu
- c) chtěla jsem se někomu vyrovnat a podobat
- d) jiné.....

**21. Souviselo snižování vaší hmotnosti s nějakou sportovní aktivitou nebo kroužkem, kde jste museli dodržovat určitou váhu? (např. balet,...) Popřípadě o jakou aktivitu, kroužek se ve Vašem případě jednalo?**

- a) ano
- b) ne

**Jednalo se o .....**

**22. Myslíte si, že štíhlá postava je zárukou úspěchu a štěstí v životě?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) určitě ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

# **PŘÍLOHA**

Příloha 1: Dotazník