

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lenka Víchová

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta



**Informovanost žáků o poruchách
příjmu potravy v osmých ročnících
základních škol na vybraných
litvínovských školách**

Lenka Víchová

Katedra pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice (B VZ-ZSV)

2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost žáků o poruchách příjmu potravy v osmých ročnících základních škol na vybraných litvínovských školách vypracovala pod vedení vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Litvínově dne 14. 5. 2014

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Evě Marádové, CSc. za trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při odborných konzultacích i samotném zpracování.

.....

podpis

Anotace

Cílem této bakalářské práce je zjistit informovanost žáků o problematice poruch příjmu potravy v mikroregionu Litvínovska. První část je zaměřena na historický vývoj, definici poruch příjmu potravy, příznaky, komplikacemi a možnou léčbou. Velká pozornost je zde věnována mentální anorexii a mentální bulimii. Druhá část práce je zahrnuje výsledky a vyhodnocení empirického výzkumu znalostí, postojů a jídelních návyků žáků osmých tříd druhého stupně základní školy. Údaje jsou získány na základě dotazníkového šetření. Práce přináší poznatky o respondentech v tomto regionu a konstatuje, jaká opatření by bylo vhodné přijmout pro případné zlepšení zjištěného stavu a prevenci ve školských zařízeních.

Klíčová slova

BMI, mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, poruchy příjmu potravy, záchvatovité přejídání

Abstract

Aim of this work is to determine the awareness of students about eating disorders in region Litvínov. The first part focuses on the historical development, the definition of eating disorders, symptoms, complications and treatment options. Great attention is paid to anorexia nervosa and bulimia. The second part bases on results and evaluation of empirical research on knowledge, attitudes and eating habits of pupils in the eighth grade of secondary school. The data are obtained from the survey. The work brings the findings about the respondents in this region and it states which arguments should be suitable to accept for possible improvement of established situation and the prevention in the school facility.

Keywords

BMI, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, eating disorders, binge eating

Obsah:

Úvod.....	6
1 Poruchy příjmu potravy	8
1.1 Historie poruch příjmů potravy	11
1.2 Faktory podmiňující vznik poruch příjmů potravy	15
1.3 Mentální anorexie.....	20
1.3.1 Příznaky, diagnostika, léčba	20
1.4 Mentální bulimie	22
1.4.1 Příznaky, diagnostika, léčba	23
1.5 Nespecifické poruchy příjmu potravy	25
1.6 Výskyt poruch příjmu potravy v populaci ČR	26
1.7 Prevence poruch příjmů potravy	26
2 Praktická část	29
2.1 Cíl výzkumného šetření, hypotézy a metody výzkumu	29
2.1.1 Respondenti a průběh výzkumu	30
2.2 Výsledky výzkumu	31
2.2.1 Diskuse k hypotézám.....	53
3 Diskuse.....	56
4 Závěr	59
5 Seznam literatury a zdrojů	61
6 Přílohy.....	64

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou v posledních letech středem zájmu médií, lékařů i laické veřejnosti. Ideál krásy podávaný médií zapřičiňuje u stále mladších dívek touhu po dokonalém těle, jak ho podávají média. Mediální tlak zapřičiňuje, že stále mladší děti, zejména děvčata, mají zkušenosti s nějakým typem diety, protože pouze správné proporce vlastně zajistí úspěch v životě. Podle dnešních pokřivených měřítek krásy pouze štíhlá dívka – žena je úspěšná, protože je jasné, že má velkou vnitřní disciplínu a dokáže se ovládat nejen v jídle. Další tlaky na nepřirozenou štíhlost vytvářejí módní návrháři, kteří své modely navrhují na velikost 32, přičemž průměrná žena má velikost 40 až 42. Dnes není těžké najít již mezi děvčaty na prvním stupni tzv. dietářky. Je tedy jasné, že takto ovlivněné děti jsou živnou půdou pro vznik tak závažných onemocnění, jako jsou mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Nebezpečnost těchto onemocnění je v tom, že často dlouho probíhají skrytě a v okamžiku odhalení může být již pozdě. Díky tomu mohou být následky těchto onemocnění fatální. Pokud se podaří nemoc zvládnout, je to stejné jako u alkoholika nebo patologického gamblera – nemoc se může kdykoliv vrátit, je tedy zřejmé, že jde o celoživotní záležitost.

Žáci osmých tříd patří mezi rizikovou skupinu z hlediska poruch příjmů potravy. V mnoha publikacích, které se věnují problematice poruch příjmu potravy, se uvádí, že toto onemocnění nejčastěji vzniká u žáků mezi 13. a 15. rokem života, přičemž častěji postihuje dívky a ženy. Ovšem v posledních letech se stále častěji objevují i u chlapců a mužů. V období, kdy u dětí probíhá puberta, existuje velké riziko vzniku onemocnění. V této době jsou ohroženější dívky, protože puberta u nich znamená také proměnu dětského těla v tělo ženy. U dívek dochází k vytváření sekundárních pohlavních znaků, což znamená růst prsou, zvětšování boků, zvyšování množství tělesného tuku na těle a menstruace. Pokud se dívka s tímto přerodem nedokáže vyrovnat, lze snadno od diety sklouznout až k mentální anorexii.

Cílem práce bylo seznámit se v teoretické části s poznatky o poruchách příjmu potravy, které přinášejí publikace věnující se tomuto tématu, v praktické části této práce pak zjistit, jak jsou žáci osmých tříd základních škol v mikroregionu Litvínovska informováni o poruchách příjmu potravy a jaká stanoviska k této problematice zaujímají. V návaznosti na získané poznatky jsou navržena v závěru některá opatření,

která by bylo vhodné přijmout pro zlepšení současného stavu a zvýšení prevence, a to zejména ve školách.

1 Poruchy příjmu potravy

Pojem „Poruchy příjmu potravy“ (dále také PPP) označují souhrnně řadu různých onemocnění, z nichž nejčastěji zmiňované ve školách i v laické veřejnosti jsou odmítání potravy – mentální anorexie, nebo naopak chorobnou žravost spojenou se zvracením – mentální bulimie. Shodné pro obě onemocnění je to, že u pacientů s touto diagnózou došlo k pokřivení ve vnímání vlastního těla. Jde tedy o psychosomatické onemocnění. Definice poruch příjmů potravy jsou různé, ale podstatou jsou shodné, znamenají patologické chování ve vztahu k jídlu.

Krch a kolektiv¹ ve své publikaci uvádí: *„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu prostředí.“*

Maloney a Kranzová² pak píše: *„O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů, v obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla. V jistém smyslu je závislost na jídle podobná jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“*

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která vešla v platnost v roce 1994, rozlišuje dvě základní formy poruch příjmu potravy, mentální anorexii a mentální bulimii. Stejně základní dělení poruch příjmu lze nalézt také v Diagnostickém statistickém manuálu (DSM-VI) Americké psychiatrické asociace.³

Poruchy příjmu potravy jsou problémem, který u odborné veřejnosti stále častěji rezonuje v diskuzích, ale ve své podstatě je téměř neřešitelnou otázkou v současném

¹ KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7, s. 11

² MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0, s.15

³ KRCH, František David a kol, 2005

nazírání světa.⁴ Pro laika je pak až tak závažným problémem, se kterým se nedokáže vypořádat, když se ho tento problém začne nějakým způsobem dotýkat.

Výstižně o tomto problému píše v knize *Strach z jídla* Lorrain Ladischová:⁵
„Pouze žena či dívka, co trpí či trpěla bulimií nebo anorexií, opravdu ví, co to znamená být tak posedlá snahou zeštíhlet, že je schopná volit raději smrt, než riskovat, že by zvýšila svou tělesnou hmotnost byť jen o jediný gram. Jakmile se dostane do pasti diet a půstu kvůli redukci hmotnosti, nemoc se může rozvinout velice rychle a postižená osoba se cítí osamělá, nepochopená, zmatená a deprivovaná.“

V tabulce č. 1 uvádím pro porovnání klinický obraz a průběh mentální anorexie a bulimie. Tabulka shrnuje základní údaje o projevech nemocí, jejich výskytu a průvodních znacích. Detailněji se oběma nemocem věnuji v kapitolách 1.3 a 1.4.

⁴ MARÁDOVÁ, Eva, 2007

⁵ LADISHOVÁ, Lorrain, C, 2002

Tabulka č. 1 - Klinický obraz a průběh mentální anorexie a bulimie⁶

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substitute	20–40 %
Navozené zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	jí spíše rychleji, větší sousta, „patlá“ jídlo, někdy degradace jídel. chování, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později	14–30 rok
Pohlaví pacientů (ženy : muži)	10–15 : 1	20 : 1
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Sebepoškozování	výjimečně (u bulim. formy)	občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %	0–2 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

Zdroj: KRCH, František. Poruchy příjmu potravy in *Medicina pro praxi: časopis praktických lékařů*, s. 421

⁶ KRCH, František, 2007

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Podle publicity by se zdálo, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí prakticky posledních asi šedesáti let. Někteří lidé, kteří se zajímají například o historii naší země, by mohli tento problém posunout ještě o sto let zpět, protože by argumentovali posedlostí svým zjevem u císařovny Sissi. Ovšem PPP jsou záležitostí daleko starší. Různé formy narušeného přijímání potravy jsou známy již od starověku.

Prakticky poprvé se žáci mohli dozvědět něco o poruchách příjmu potravy v hodinách dějepisu, kdy učitel popisoval opulentní i několikanásobné hostiny ve starověkém Římě, kdy si účastníci ulevovali zvracením, aby mohli v hostině pokračovat. Také například hladovění nebo přijímání sníženého množství stravy bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, prostřednictvím kterých se měli účastníci přiblížit Bohu.

„Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný ruminace, neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známa pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci.“⁷

V tabulce č. 2 jsou se autoři pokusili v bodech sumarizovat historii poruch příjmu potravy.

⁷ KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7, s. 24

Tabulka č. 2 - Milníky v historii poruch příjmu potravy⁸

2. století	Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie
12. - 15. století	ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za svěťice, sebetrýzní odčiňují své hříchy a osvobozují duši
16. století	tzv. anorektické svěťice jsou prohlašovány za "posedlé ďáblem" a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání
1694	britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii
1874	William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o "apepsia hysterica"
1873	Charles Lasegue definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost
1883	Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii
1884	Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie
1890	spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum"
1908	P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korbzety ani vycpávky
1917	Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety
1930	přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity)
1950	Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění

⁸ NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ, Eva a SOBOTKA, Luboš., 2000

1962	Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií
1967	Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a 170 cm
1970	S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky
1979	G. Russell a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro PPP
1980	vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie
1981	M. C. Brotmana G. Humprey přednášejí referát o MB - zneužívání ipekakuanhy (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly - periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie
1983	R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP
1986	až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii
1987	WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence PPP
1990 - dosud	preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifík PPP

Zdroj: NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ, Eva a SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii*, s. 136

Z údajů uvedených v tabulce je patrné, že poruchy příjmu potravy se projevovaly již v předkřesťanských civilizacích. V 19. století se již tento problém projevuje ve zvýšené míře a lékaři mu začínají věnovat větší pozornost. Ovšem až teprve v 80. letech 20. století začínají probíhat výzkumy, na základě kterých jsou vymezena kritéria mentální anorexie a mentální bulimie. Na základě těchto výzkumů a

také rozšíření těchto nemocí dochází v 90. letech 20. století k zavádění a rozšiřování preventivních a podpůrných programů.

Je neoddiskutovatelné, že problém PPP se dostal do popředí až s rozvojem masmédií a také se zvyšující se životní úrovní v rozvinutých státech. Obrázky krásných žen, které se začaly používat v reklamě, sdělovaly ženám, jak má vypadat správná žena. Později to byly módní a ženské časopisy, které začaly určovat, co je ta pravá krása. Ještě na začátku šedesátých let mohla žena jako žena vypadat. Ovšem nástupem Twiggy se ženské tvary vytratily a nastoupila éra chlapeckých těl. Je samozřejmé, že tento trend nemohl dlouho vydržet, protože s tímto vzhledem se nedokáže ztotožnit velká většina žen. Proto se v osmdesátých letech prosazují typy modelek, jako např. Linda Evangelista, Cindy Crawford, které jsou sice štíhlé, ale přesto působí žensky a zdravě.

Ovšem navzdory všem poznatkům a snahám o preventivní opatření se opět od devadesátých let na módních molech a stránkách časopisů objevují modelky, které mají zřetelnou podváhu a často také problémy s PPP. Dalším problémem jsou fotografie v časopisech, které jsou často ještě upravované. Je potom problém vysvětlit náctiletým děvčatům, že modelka, kterou na obrázku vidí, ve skutečnosti vypadá jinak.

1.2 Faktory podmiňující vznik poruch příjmu potravy

Kocourková a kol.⁹ uvádějí: „*Spouštěcí faktory onemocnění jsou obtížně tzv. objektivně hodnotitelné, protože souvisejí více se subjektivním prožíváním stresu než s objektivně zjištěnou závažností takové situace.*“ Příčiny vzniku poruch příjmu potravy nejsou tedy známy, ale lze vysledovat škálu faktorů, které vznik těchto poruch umožňují a usnadňují. Dá se říct, že ke vzniku poruch příjmu potravy nejvíce přispívají vlivy sociální, rodinné a dále pak individuální faktory. Vznik těchto poruch často souvisí s vlivem puberty, rodiny, psychotraumatizace, záleží také na osobnosti daného jedince a na mnoha dalších faktorech. Rozlišení determinujících rizikových faktorů od vlastních projevů poruchy je velmi těžké, zejména u pacientů s delším trváním nemoci. Většina autorů se ovšem shoduje, že na vzniku těchto poruch se vždy spolupodílí více činitelů.¹⁰

Krch¹¹ k tomu uvádí, že „*mezi výzkumnými a klinickými pracovníky, kteří mají dlouhodobou zkušenost s poruchami příjmu potravy, dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže.*“

Příčiny mentální anorexie se často objevují již v dětství, kdy člověk podléhá tlakům a stále se zvyšujícím požadavkům společnosti. Porucha ve vnímání vlastního těla je obtížně léčitelná, jelikož pacientka má vše ve své hlavě a těžko si dá vymluvit, že postoj k jejímu tělu není správný. Většina anorektiček, ač mají těla silně vyhublá a jejich stav již provázejí tělesné potíže, které nelze přehlédnout, stále říká, že se cítí být tlustá.¹²

Mentální bulimie je prvotně emoční poruchou, ovšem projev této poruchy souvisí i s dalšími psychickými poruchami. Častou další příčinou je nízké

⁹ KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5, s. 16

¹⁰ KRCH, František David a kol., 1999

¹¹ KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7, s.57

¹² LEIBOLD, Gerhard, 1995

sebehodnocení, vysoká kritičnost jak k sobě, tak k okolí, psychické konflikty z dětství a tlak okolní společnosti. Téměř všichni pacienti pocházejí z rodin, ve kterých nebyly plně saturovány emoční, fyzické a duchovní potřeby. „*Jedinci nemocní bulimií byli často považováni za ideální děti, které se naučily dělat radost druhým.*“¹³ Ve společnosti se tito jedinci projevují pouze nekonfliktně, působí společensky a sebejistě, což působí dobře navenek, ovšem ve svém vnitřním světě bojují s pocity úzkosti. Na první pohled na pacientovi s mentální bulimií většinou není nic zvláštního a často se onemocnění ihned nepozná, protože pacient má normální hmotnost.¹⁴

Sladká – Ševčíková¹⁵ rozděluje faktory vzniku onemocnění ve svém článku následujícím způsobem:

- biologické faktory - ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus a puberta;
- psychologické faktory - životní události, rodinné faktory, osobnost a další psychické charakteristiky, emocionální faktory, závislost na psychoaktivních látkách a somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti;
- sociální a kulturní faktory - vliv médií, komerční reklama, módní ideál, dietující chování obecně, uměle vytvořený ideál ženské krásy a sociální diskriminace nešťihlých podle umělých ideálů.

Biologické faktory

Krch¹⁶ ve své knize uvádí, že stačí být ženou, a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Z hlediska etiologie poruch příjmu potravy je významná časnost nástupu puberty a tělesného zrání. Dívky pak bývají menší a silnější postavy než jejich vrstevnice a projevují nespokojenost se svou postavou, se kterou se ve svém věku nedokáží ztotožnit. S tím souvisí nástup redukčních diet a nebezpečí jejich přechodu v PPP. Již u

¹³ HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. 240 s. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8, s.6

¹⁴ HALL, Lindsey a COHN, Leigh., 2003

¹⁵ SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet* [online]anabell.cz[cit.2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>

¹⁶ KRCH, František David a kol., 2005

dvanáctiletých dívek lze pozorovat, že se chovají úzkostně vůči své postavě a cítí se být ohroženy nadváhou. Výzkumy ukazují, že ženy si samy vytvářejí aktuální a ideální schéma svého těla a srovnání těchto dvou schémat vede k tomu, že většina žen je se svým tělem nespokojena. Do této kategorie patří také společenské a kulturní požadavky na ženskou roli.

Koutek¹⁷ uvádí i možnost genetických predispozic, které zvyšují riziko onemocnění pro sourozence. Vyšší výskyt je také zaznamenán u jednovaječných oproti dvojvaječným dvojčatům. Vágnerová¹⁸ jako biologický základ dispozice ke vzniku PPP vidí ve změnách funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se může významnějším způsobem projevit teprve v podmínkách zvýšeného stresu, a jako vyvolávající mechanismy mohou sloužit různé zátěžové faktory.

Psychologické faktory

Různé životní situace a události mající vliv na psychiku jedince jsou často považovány za významné spouštěcí faktory PPP, nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled. Až dvě třetiny dětí a adolescentů zažili podobnou zkušenost, která podle nich zapříčinila vznik poruchy příjmu potravy.¹⁹ Někteří rodiče promítají do svých dětí svá nenaplněná přání. Obzvláště matky, které měly vždy problémy se svou postavou a celý život se stravovaly podle nejrůznějších neodborných dietních režimů, kladou na své dcery ty nejvyšší požadavky. Někdy stačí jediné slovo k tomu, aby se dívky začaly stravovat tak, že u nich mohou časem nastat závažné zdravotní problémy a závažná onemocnění.

Hort²⁰ hodnotí rodiny postižených jako rodiny zaměřené na pracovní výkon, úspěch, s tendencí konflikty spíše zastírat než otevřeně řešit, otcové bývají popisováni jako impulzivní, snadno vznětliví, s menší frustrační tolerancí, matky pak jako tíhnoucí k depresivním prožitkům a pocitům nespokojenosti.

17 KOUTEK, J. in Hort, Vladimír et al., 2008

18 VÁGNEROVÁ, Marie, 2004

19 KRCH, František David a kol., 2005

20 HORT, Vladimír a kol., 2008

„Typické projevy se vyskytují v oblasti vývojové separace a individuace, kdy je na vazbovém chování patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných druhých osob.“²¹

Jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy, které jsou společné většině pacientů. Papežová²² za takové povahové rysy považuje:

„Perfekcionismus - snaha být naprosto dokonalá a tím utišit enormní sebekritičnost a nízké sebevědomí.

Zranitelnost - nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým.

Nestálost - kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.

Puritánství a asketismus - překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující.

Sebetrestání - dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří, že jsou proto špatné. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy, nebo by je měly pod kontrolou.“

Sociální a kulturní faktory

Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak a měly jinou představu o jeho kráse.²³ Ovšem rozvoj médií a jejich vliv, který se za posledních několik desetiletí mnohonásobně zvětšil, přinesl masovou propagaci štíhlosti, prezentované jako synonymum zdraví a krásy, v kontrastu s odsuzováním tloušťky, jež je považovaná za odpudivou, symbolizující sníženou inteligenci nebo omezenost, a často vedoucí k diskriminaci. Tato adorace štíhlosti, spíše až vyhublosti, vede k významnému nárůstu onemocnění PPP.

²¹ SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7, s. 6

²² PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8, s. 15

²³ MÁLKOVÁ, Iva a KRCH, František David, 2001

Ideál krásy se samozřejmě stále mění. V průběhu historie několikrát přibral a zase ubral na váze: korpulentní Věstonickou Venuši vystřídala už o něco štíhlejší Venuše Mélská, symbol antického ideálu ženy. Gotičtí umělci zase ztvárňovali ženy vyzábělé, což souviselo s neposkvřeným početím Panny Marie, proto se zdůrazňovala křehkost a hubenost. V renesanci a baroku byl ideál na dnešní poměry tlustý, zdůrazňovala se prsa, boky a břicho. Ideál kulaté ženy přežil až do 19. století, ideální byla spíše boubelatější dívka, typ "krev a mlíko", protože tehdy se krása rovnala zdraví. Ke změně estetického ideálu dochází na počátku 20. století. Po první světové válce přišla do módy chlapecká postava a opálení. Ve 30. a 40. letech pak byly zdůrazňovány ženské křivky. „*Zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené prostředky na přibrání, je dnes komerční reklama jednostranně ovládána prostředky na hubnutí.*“²⁴ Ještě dlouho po druhé světové válce, kdy byl nedostatek jídla, byla plná postava považována za znak blahobytu. Ideálem je Marilyn Monroe a míry 91-58-91. Zlom nastal v šedesátých letech, kdy se symbolem stává modelka Twiggy s mírami 79-56-81. V roce 1982 americký časopis Time vyhlásil za ideální ženu herečku Jane Fondovou. V té době se kladl důraz na pevnou a sportovní postavu. V devadesátých letech se ideálem stala hubená, jakoby nemocná modelka Kate Mossová, kouřové líčení a zvýraznění kruhů pod očima.²⁵

Ideál krásy je ovlivňován nejen tím kdy, ale také kde žijeme. Co je v jedné zemi považováno za velmi přitažlivé, jinde může odpuzovat. Například podle výzkumu jsou Afroameričanky se svou plnější postavou spokojeny více než Američanky bílé pleti. Mezi afroamerickou populací totiž silné ženské tělo vyjadřuje sexualitu a smyslnost. Na Filipínách, v Indonésii nebo Číně zase tloušťka znamená dostatek potravy, a tedy i bohatství. Také je podstatné i to, do jaké člověk patří sociální a generační skupiny.

²⁴ KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7, s. 59

²⁵ *Historie krásy - Jak se vyvíjel fyzický ideál?* <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/219-historie-krasy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal>

1. 3 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) se vyznačuje jednak odmítáním jídla a často také zvýšenou tělesnou aktivitou, které se děje v důsledku pokřiveného pohledu na vlastní tělesné proporce. Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst nemohou.

„Mentální anorexie je charakterizována ubýváním hmotnosti, které je úmyslně vyvoláno a udržováno. Je přítomna specifická psychopatologie - obava z tloušťky. Tato obava má charakter ovládané až nutkavé myšlenky. Pacientky samy usilují o nízkou hmotnost. Následovně vzniká podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí. Nízké hmotnosti dosahují různými způsoby, tj. buď nejčastěji hladověním (restriktivní typ), nebo přejídáním a následným vypuzováním (vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, klyzmat).“²⁶

1.3.1 Příznaky, diagnostika, léčba

„Anorexie často začíná jako nevinná dieta, která může končit v bezútešném začarovaném koloběhu: jídlo – zvracení – diety – cvičení – přejídání ...“²⁷ U dívek se obvykle začne měnit způsob stravování. Začnou omezovat příjem potravy, zejména sladká a tučná jídla. Začínají se zaměřovat na zdravou výživu, vegetariánství, shromažďují recepty, znají energetickou hodnotu potravin a sledují ji. Příjem potravy rapidně klesá, někdy omezují i tekutiny. Dívky i chlapci se vyhýbají společnému jídlu, a to jak ve škole, tak i v rodině. Zvyšují svoji tělesnou aktivitu, až několik hodin denně cvičí, navštěvují sportovní kroužky, brzy vstávají, pracují v domácnosti. Ovšem s postupem doby aktivita ustupuje, objevuje se únava a vyčerpanost. Dlouhou dobu se jim daří tento problém tajit pomocí vhodného oblečení. Pokud rodiče tento problém odhalí,

²⁶ NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ, Eva a SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s., [2] s. barev. obr. příl. ISBN 80-85912-33-3, s. 154

²⁷ BENEŠOVÁ, Dagmar a MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení MAC, 2003. 31 s. Diety pro nejčastější choroby; sv. 28. ISBN 80-86015-91-2, s. 4

dívka nechce k lékaři, bojí se psychiatrie a případné hospitalizace. Rodičům většinou vyhrožuje, že nebude jíst vůbec, pokud ho dají do nemocnice, má strach, že ho chtějí „vykrmit“.²⁸

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10, která jsem uváděla v tabulce č. 1, zpracoval Krch do těchto bodů:²⁹

- *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.*
- *Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.*
- *Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.*
- *Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.“*

DSM-IV dále rozlišuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám zvracení, užívání laxativ nebo diuretik.

Léčba mentální anorexie je obtížná, dlouhodobá a je nutné počítat s tím, že často dochází k recidivám. Její základ spočívá v psychologické práci s postiženým. Léčba by měla být celková, tedy psychická i somatická. Její řízení patří vždy do rukou lékaře a

²⁸ KOCOURKOVÁ, Jana; PAPEŽOVÁ, Hana., 2004.

²⁹ KRCH, František. Poruchy příjmu potravy in *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů*. Konice: Solen, 2007; 4(10). ISSN 1214-8687, s.320

zpravidla je nutná spolupráce různých specialistů. Měl by ji zahájit obvodní lékař, u něhož je pacient evidován a který ho nejlépe zná. V psychické oblasti se uplatňují psychofarmaka, která působí nejen na podporu a léčbu psychiky, ale některé medikamenty také podporují chuť k jídlu, a tím i přibírání na váze a psychoterapie.

K léčebným metodám patří také především správná zdravá výživa s dostatkem vitamínů, minerálních látek a základních živin potřebných pro organismus, jako jsou bílkoviny, tuky, sacharidy. Ke správné výživě se pacient vrací postupně. Nejde ovšem o dietu výživnou, při níž by hrozily vážné tělesné poruchy a psychické reakce. Pokud se onemocnění dostalo do těžké fáze, je nutná hospitalizace a zavedení umělé výživy. V nemocnici jsou ohrožení pacienti vyživováni infúzemi výživných roztoků a roztoků s elektrolyty, protože normální výživa zpočátku nestačí pokrývat ztráty elektrolytů a tekutin. U pokročilých případů nepomůže ani okamžitá léčba a pro přibližně 10 % pacientů končí tato podvaha smrtelně.³⁰

1.4 Mentální bulimie

*„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy.“*³¹ Hall a Cohn³² uvádějí, že většina žen i mužů svoji závislost tají, protože bulimie podryvá jejich sebeúctu a ohrožuje jejich život. Definují bulimii potom jako *„posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizovanou opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb.“*

Častým scénářem je situace, kdy jedinec zpanikaří poté, co snědl větší porci než tu, kterou považuje za pro sebe rozumnou míru, po čemž paradoxně rychle ztrácí zábrany a začne se nekontrolovaně přejídat. Toto záchvatovité přejídání není jen důsledkem slabé vůle, ale spíše jde o kombinaci hladu a určité typické situace, během

³⁰ LEIBOLD, Gerhard., 1995

³¹ Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize, 2000, s. 175

³² HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8, s.2

níž typické vnitřní pocity či opakované činnosti fungují jako spouštěče tohoto přejídání a následných výčitek.

1.4.1 Příznaky, diagnostika, léčba

„Pro bulimii je příznačná „nezadržitelná“ touha hltat nadměrné množství potravy, následovaná hladovkami, zvracením nebo nadměrným používáním projímadel“³³ Zdravotnické statistiky uvádí, že je bulimie třikrát rozšířenější než anorexie. „Mentální bulimie je jedním z nejběžnějších onemocnění dospívajících dívek. Ve věku mezi patnácti až pětadvaceti roky jí trpí každá dvacátá dívka. V poslední době se lze setkat i s pozdějším počátkem rozvoje poruchy“³⁴

Ovšem u řady pacientek s mentální bulimií předcházelo období mentální anorexie. Bulimie se od anorexie liší tím, že není na první pohled tak patrná. Nemocní si často udržují svoji normální hmotnost. Dá se říci, že nastupuje o něco později než anorexie. Mnohdy bývají bulimičky pacientky, které dříve trpěly, či se léčily s anorexií.

Na rozdíl od jiných onemocnění není výjimkou, že mentální bulimie zůstane po relativně dlouhou dobu nerozpoznána. V rodinách, kde jsou rozšířené nevhodné stravovací návyky, totiž jednoduše vůbec nemusí být patrná. Podezření pak vzniká až tehdy, kdy jsou u dané osoby patrné prudké výkyvy nálady i celková podrážděnost, a to v kombinaci právě s dosud neobvyklým častějším zvracením, nečekaně mizícím jídlem či objevy projímadel nebo odvodňujících prostředků.³⁵

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10, jak je shrnuje Krch:³⁶

- *„Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.“*

³³ KRCH, František David a RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. 96 s. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-86-2, s. 41

³⁴ KRCH, František David a RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. 96 s. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-86-2, s.51

³⁵ *Bulimie*[online][cit.2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.bulimie.name/>

³⁶ KRCH, František. Poruchy příjmu potravy in *Medicina pro praxi: časopis praktických lékařů*. Konice: Solen, 2007; 4(10). ISSN 1214-8687, s.320

- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.“*

Prvním krokem k vyléčení je překonat přejídání a změnit svoje jídelní zvyklosti. Při jezení je důležité přichystat si pouze jídlo, které mohou nemocní sníst dle rozpisu, vše ostatní by mělo být schované, aby je nelákalo jíst více, než by měli. Je vhodné nevytvářet si doma zásoby jídla a neobklopovat se jídlem. Mentální bulimie také narušuje psychickou pohodu člověka. U většiny bulimiček se objevují deprese, sklíčenost, uzavřenost a stranění se společností. Proto je důležité vyhledat psychiatra nebo pravidelně docházet na skupinová sezení, tzv. psychoterapie.³⁷

Pokud se bulimie stále nachází v nepříliš rozvinuté fázi provázené méně nebezpečnými příznaky, lze s úspěchem uplatnit tzv. svépomocný program. Prvním krokem je zde důkladné seznámení pacienta se svépomocným manuálem, v němž jsou dopodrobna rozebrány hlavní zásady léčby, při níž není nutná hospitalizace.³⁸

V případě těžších případů, nebo v situaci, kdy hrozí závažné akutní zdravotní komplikace, se lékaři uchylují k doporučení částečné případně úplné hospitalizace pacienta. Nejčastěji trvá mezi jedním až dvěma měsíci, během nichž je hlavním úkolem ustálení stravovacích návyků i celkového postoje k jídlu tak, aby se opět stabilizovala dosud vychýlená hmotnost. Součástí hospitalizace je tedy důsledný dohled nad vlastním stravováním, kdy se samozřejmě pacient sleduje tak, aby se nemohl krátce po jídle vyvracet či užít projímadla.

Tak jako u anorexie je i v případě bulimie klíčovou podmínkou úspěšné léčby především dostatečná motivace ze strany nemocného.

³⁷ KRCH, František David, 2008

³⁸ *Lečba bulimie*[online][cit.2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.bulimie.name/lecba-bulimie/>

1.5 Nespecifické poruchy příjmu potravy

Rozdělení nespecifikovaných poruch příjmu potravy (též EDNOS) je obsaženo v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV). Pod EDNOS lze řadit noční přejídání a záchvatovité přejídání.

- Syndrom nočního přejídání

Nemocní se většinou probudí s nutkavou potřebou jíst, aniž by měli hlad. Pokud nutkání podlehnou a začnou jíst, je těžké skončit. Pokud jídlo nemají k dispozici, tak jíst nemusí na rozdíl od mentální bulimie, kdy pacientky musí jíst za každou cenu. Tato porucha je spojena s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí.

- Záchvatovité přejídání

Toto onemocnění charakterizuje opakovanými epizodami přejídání s následným obdobím diety. O záchvatovitém přejídání lze hovořit, pokud se člověk přejí 2 x týdně po dobu půl roku a nepoužije následovně kompenzační prostředky. V důsledku přejídání může dojít až k obezitě.³⁹

Relativně novými typy poruch příjmu potravy, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie, bulimie či psychogenní přejídání, jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie.⁴⁰ Tyto nové typy PPP ještě nemají své zařazení v DSM-IV.

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou, která se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z „nezdravého“ jídla. Zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání, a i to postupně přestává být dost zdravé, jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou.

³⁹ KRCH, František David a kol., 1999

⁴⁰ KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie a drunkorexie*. [online] idealni.cz [cit. 2013-04-13]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251

Bigorexie se týká převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a tělesných proporcí. V odborné literatuře se o této duševní poruše píše také jako o variantě „dysmorfofobie“ (nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby), nebo ji lze nalézt pod označením „Adonisův komplex“.

Drunkorexie pak označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol je poměrně kalorický. Opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce a kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.

1. 6 Výskyt poruch příjmu potravy v populaci ČR

Jak uvádí Marádová, *„mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Mentální bulimii trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (6%), mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1% mladých děvčat.“*⁴¹

1. 7 Prevence poruch příjmů potravy

Prevenčí se z lékařského hlediska rozumí předcházení nemoci.⁴² Důslednou prevencí lze docílit pozitivní změny zdravotního stavu.

Nejdůležitější by měla být prevence v rodině. Ta je pro dítě silným modelem. Jak konstatuje Marádová, *skutečnost, že někdo v rodině (matka nebo sestra) trpí poruchou příjmu potravy, zvyšuje riziko vzniku anorexie nebo bulimie u ostatních žen*

⁴¹ MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy-příručka pro učitele*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2, s. 9

⁴² VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. Maxdorf, 2009, 1147 s. ISBN 978-807-3452-025, s. 706

v rodině.⁴³ Dítě se novému chování učí tím, že pozoruje a napodobuje chování lidí kolem sebe. Zdravému životnímu stylu, správným stravovacím návykům a postojům k jídlu se dítě od počátku učí doma.⁴⁴ Matka, která neustále drží nějaké diety, je krajně nevhodným vzorem pro svou dceru. Také není vhodné nutit dítě do jídla a dojídaní všeho, co má na talíři. Dítě samo pozná, kdy má dost, proto není vhodné nutit ho přejídat se, stejně jako umožnit mu dojídat se například sladkostmi. Rodiče by také neměli své dítě odměňovat jídlem, například sladkostmi, ale měli by ho vést k přesvědčení, že jídlo je pouze prostředkem k zahnání hladu, nikoliv jejich cílem. Měli by také u svých dětí budovat sebedůvěru, rozvíjet jejich osobnost a milovat je takové, jaké jsou. Právě nízká sebedůvěra, nejistota a strach ze selhání jsou častými počátečními symptomy narušených jídelních postojů vedoucích k poruchám příjmu potravy. Také požadavky, které rodiče kladou na své děti, by měly být vždy splnitelné s ohledem na věk a schopnosti dětí. Nezastupitelnou úlohu hrají rodiče také při budování hodnotového systému u dětí, kdy přiměřený hodnotový systém hraje velmi významnou roli při prevenci poruch příjmu potravy.

Rodiče by si měli všimnout základních projevů PPP – úbytek na váze, vynechávání pravidelné stravy, omezení dávek jídla, zvýšená pohybová aktivita, změny v chování atd. V případě podezření na PPP by rodiče měli kontaktovat odborníky na tuto problematiku, ať už z řad neziskových organizací, či v závažnějších případech hned lékaře. Neměli by problém bagatelizovat nebo očekávat, že si nemocný pomůže sám. V nejzávažnějších případech by rodiče měli přistoupit na hospitalizaci dítěte v nemocničním zařízení.

Ve škole by prevence poruch příjmu potravy měla být prováděna v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu. Nejdříve je vhodné poskytnout žákům dostatek informací o poruchách příjmu potravy a jejich příčinách, ale také o důsledcích těchto poruch. Důležité je vést žáky ke zdravému životnímu stylu, vytvářet podmínky pro posilování sebedůvěry, pro osobnostní rozvoj každého žáka a nakonec také podporovat

⁴³ MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy-příručka pro učitele*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2, s. 9

⁴⁴ HALL, Lindsey a COHN, Leigh., 2003

kladné sociální klima ve třídě. Důležitým bodem prevence je předcházet strachu z tloušťky, a tím pádem následnému hubnutí z důvodu posměchu ve škole.⁴⁵

Na podnět Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR vydal v roce 2003 Výzkumný ústav pedagogický v Praze metodickou příručku pro učitele pod názvem „Poruchy příjmu potravy“. Tato příručka, která je určena učitelům výchovy ke zdraví a školním metodikům prevence sociálně patologických jevů, byla zpracována v souladu se záměry dokumentu Zdraví 21⁴⁶. Tato metodická příručka poskytuje učitelům ucelený obraz o problematice poruch příjmu potravy, proto by měla být k dispozici pedagogům na každé škole. V rámci této publikace se uvádějí následující možnosti preventivního působení ohledně poruch příjmu potravy:⁴⁷

- *„poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy,*
- *vést žáky ke správným stravovacím návykům,*
- *podporovat pozitivní sociální klima ve škole,*
- *vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.“*

⁴⁵ MARÁDOVÁ, Eva, 2007

⁴⁶ Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30.10.2002

⁴⁷ KRCH, František David; MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví – Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha, VÚP. 2003, s. 6

2 Praktická část

Druhou částí práce je empirická část, která obsahuje popis výzkumného šetření, které bylo realizováno na základních školách v regionu Litvínov. Je zaměřena na informovanost žáků o poruchách příjmu potravy v osmých ročnících základních škol

2.1 Cíl výzkumného šetření, hypotézy a metody výzkumu

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou žáci základních škol, konkrétně osmých tříd, informováni o poruchách příjmu potravy, jaké mají stravovací návyky, zda již v tomto věku řeší snižování svojí hmotnosti, a pokud ano, jakým způsobem. V návaznosti na výsledky publikované v odborných studiích lze vyslovit předpoklady, že:

Hypotéza 1: Dívky budou o mentální anorexii a mentální bulimii lépe informované než chlapci. Vycházím z předpokladu, že v tomto věku se dívky obecně zajímají o svůj vzhled více než chlapci a že bylo zjištěno a konstatováno v literatuře, že PPP trpí většinou dívky.

Hypotéza 2: Nejčastějším zdrojem poznatků o poruchách příjmu potravy bude školní výuka. Vycházím z předpokladu, že respondenti se dozívají o PPP v rámci předmětů jako výchova ke zdraví či přírodopis, neboť tato témata jsou obsažena přímo v rámcovém vzdělávacím programu pro ZŠ, a tedy by měli všichni žáci ZŠ tyto informace mít. V rodinách tato „povinnost“ není, a je tedy velmi pravděpodobné, že ne všichni rodiče se tomuto tématu při výchově věnují.

Hypotéza 3: Dívky se více zabývají otázkami vzhledu svého těla a porovnávají ho s herečkami a modelkami více než chlapci. I při stanovení této hypotézy jsem vycházela z poznatků, že dívky se obecně zajímají o svůj vzhled více než chlapci.

Hypotéza 4: Dívky mají větší zkušenost s držním diet než chlapci. I tento předpoklad vychází z toho, že dívky mají o svůj vzhled větší péči.

Hypotéza 5: Chlapci navštěvují zařízení typu fast food častěji než dívky. Při stanovení této hypotézy jsem vycházela z osobní zkušenosti a své pedagogické praxe.

K výzkumu byl použit anonymní dotazník, který byl rozdán na 5 základních školách v Litvínově. Dotazník byl určen žákům osmých tříd. Byl sestaven tak, aby prověřil informovanost žáků osmých tříd základních škol v Litvínově o poruchách příjmu potravy. Dotazník je členěn do 19 otázek a obsahuje:

- Otevřené otázky, u kterých žáci doplňovali volnou odpověď (otázky č. 2 a 15).
- Polootevřenou otázku, u níž žáci doplňovali bližší informace (otázka č. 10).
- Uzavřené otázky, u kterých žáci odpověď zakřížkovali (otázky č. 1, 3-9, 11-14 a 16-17).

2. 1. 1 Respondenti a průběh výzkumu

Respondenty byli žáci osmých tříd 5 základních škol v Litvínově. Osmý ročník byl vybrán záměrně, neboť žáci ve věku 13 – 15 let jsou více náchylní ke vzniku poruch příjmu potravy.

Na základní školy bylo rozdáno celkem 269 dotazníků, z nichž bylo uceleně vyplněno a vráceno 269, návratnost tedy činila 100%, a to díky tomu, že žáci si neodnášeli dotazníky domů, ale vyplňovali je během výuky ve škole pod dohledem učitele, čímž byla návratnost zajištěna. Z 296 respondentů bylo 150 dívek a 119 chlapců.

Ve škole byly dotazníky předány učiteli, který vyučuje předmět výchova ke zdraví a zároveň mu byl vysvětlen význam a požadavky na vyplňování dotazníku. Celkový čas na vypracování dotazníků činil 45 minut, tedy jednu vyučovací hodinu (žákům ovšem trvalo vyplnění ve velké většině mnohem méně času). Všechny otázky byly učitelem žákům řádně vysvětleny. Šetření probíhalo zcela anonymně.

2. 2 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1 – Uved' své pohlaví:

V první otázce jsem zjišťovala pohlaví respondentů, které je důležité pro výsledky výzkumu a ověření hypotéz. Ze získaných údajů je patrné, že 150 respondentů byly dívky (56 %) a 119 chlapci (44 %).

Otázka č. 2 - Prosím, napiš svoje osobní údaje – hmotnost a výšku:

Druhá otázka směřovala k tomu, aby mohl být vypočten BMI. Odpovědi byly zpracovány pomocí tabulky č. 3.

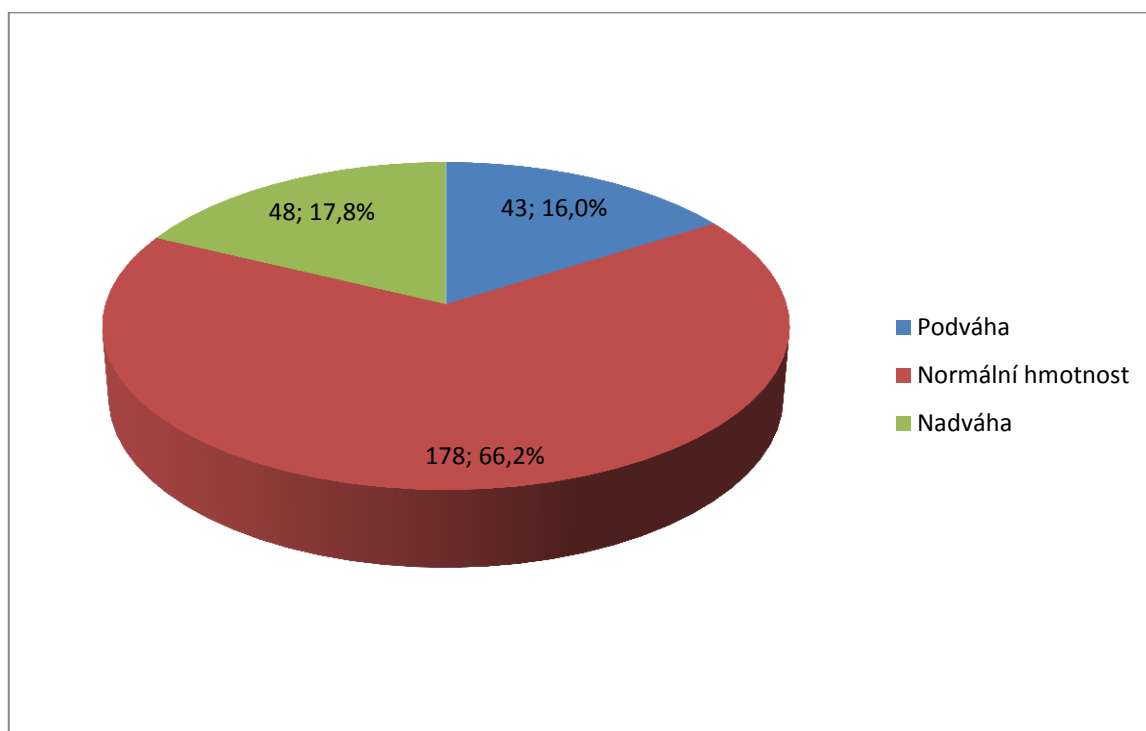
Tabulka č. 3 - Podváha, normální hmotnost a nadváha podle BMI respondentů

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Podváha	31	20,7 %	12	10,1 %
Normální hmotnost	96	64 %	82	68,9 %
Nadváha	23	15,3 %	25	21 %

Pozn. Procentuální část je počítána vždy v rámci stejného pohlaví, nikoliv celku.

Pokud by byla skupina posuzována jako celek, podváhu mělo 16 % respondentů, nadváhu 17,8 % a normální hmotnost 66,2 % respondentů (graf č. 1). V rámci dotazníkového šetření měly podváhu výrazně častěji dívky, celkem 31 dívek ze 43 respondentů, a nadváhu zase chlapci, celkem 25 chlapců ze 48 respondentů celkem. Téměř dvě třetiny žáků uvedly hmotnost, která se dá hodnotit jako normální.

Graf č. 1 - Podváha, normální hmotnost a nadváha u respondentů celkem



Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 3 - Mentální bulimie je:

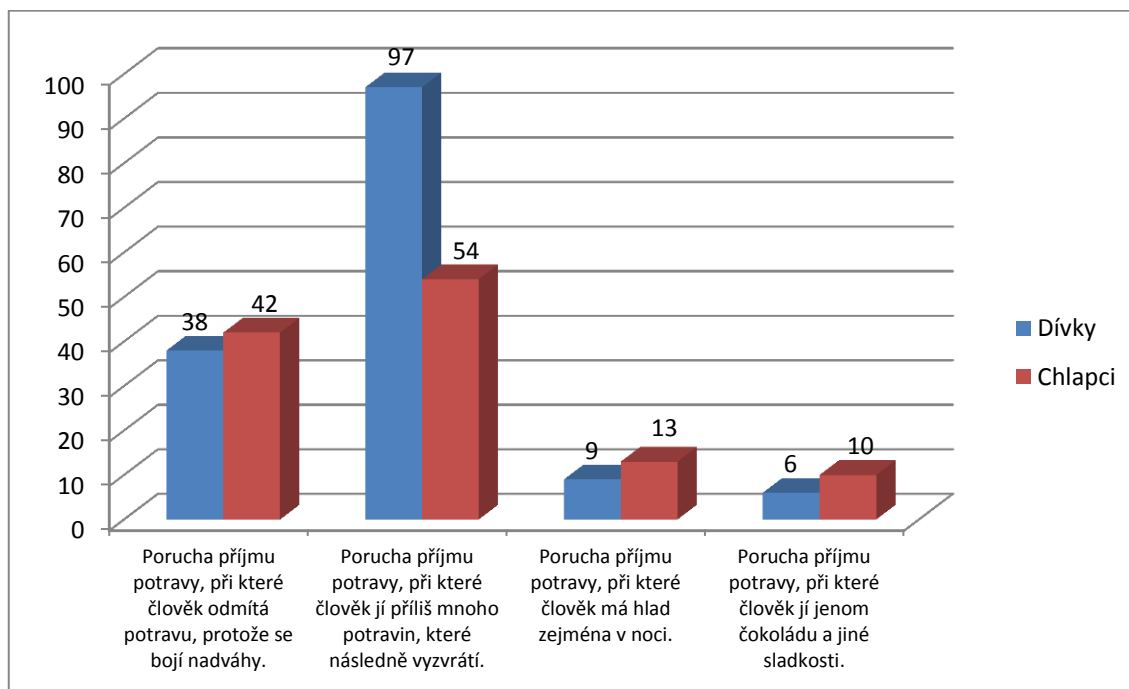
V této otázce byly respondentům předloženy 4 definice s cílem prověřit, zda opravdu vědí, co je mentální bulimie. 38 dívek (25,3 %) a 42 chlapců (35,3 %) uvedlo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy. 97 dívek (64,7 %) a 54 chlapců, (45,4 %) odpovědělo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí. 9 dívek (6 %) a 13 chlapců (10,9 %) zaškrtnulo variantu, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci. 6 dívek (4 %) a 10 chlapců (8,4 %) napsalo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti. Je tedy patrné, že dvě třetiny dívek a téměř polovina chlapců má mentální bulimii spojenou s požíváním přílišného množství potravin a následného vyzvrácení.

Tabulka č. 4 - Přehled odpovědí na otázku, co je mentální bulimie

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.	38	25,3 %	42	35,3 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.	97	64,7 %	54	45,4 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.	9	6 %	13	10,9 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.	6	4 %	10	8,4 %

Pozn. Procentuální část je počítána vždy v rámci stejného pohlaví, nikoliv celku. Odpovědi byly zjednodušeny tak, aby byly srozumitelné respondentům.

Graf č. 2 - Poměr odpovědí na otázku, co je mentální bulimie – podle nabídnutých variant



Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí vyplývá, že dívky jsou více informovány o tom, co je mentální bulimie než chlapci.

Podíváme-li se na odpovědi na otázku č. 11, zjistíme, že 12 chlapců mělo někdy starosti ohledně své hmotnosti. Pouze 6 z nich má však mentální bulimii spojenou s požíváním přílišného množství potravin a následného vyzvrácení. Z celkového počtu 150 dívek odpověděly na otázku č. 11 celkem dvě třetiny, že měly někdy starosti ohledně své hmotnosti (108 dívek), ale jen 95 z nich má mentální bulimii spojenou s požíváním přílišného množství potravin a následného vyzvrácení.

Otázka č. 4 - Mentální anorexie je:

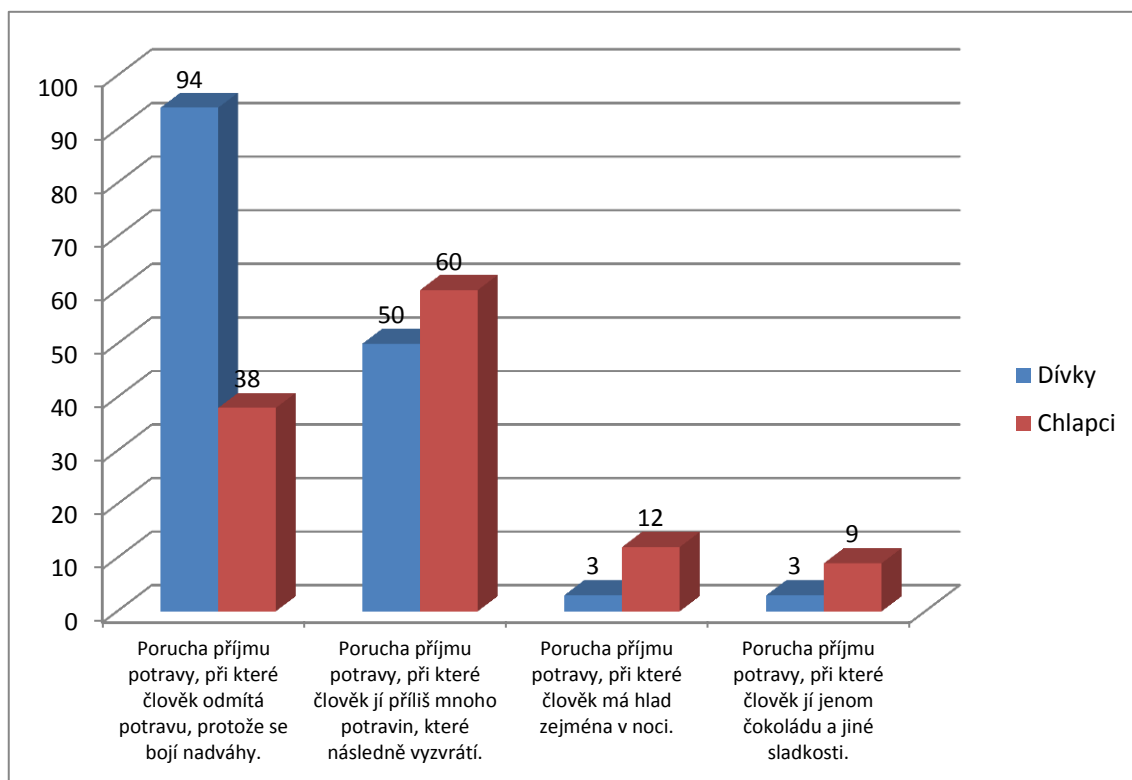
I čtvrtá otázka směřovala k získání informací o poruchách příjmu potravy. Dotazovaní na otázku, co je mentální anorexie, opět vybírali ze čtyř možných variant odpovědí. 94 dívek (62,7 %) a 38 chlapců (31,9 %) uvedlo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy. 50 dívek (33,3 %) a 60 chlapců, (50,4 %) odpovědělo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí. 3 dívky (2 %) a 12 chlapců (10,1 %) zaškrtnulo variantu, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci. 3 dívky (2 %) a 9 chlapců (7,6 %) napsalo, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti. Je tedy patrné, že většina respondentů (a větší procento dívek) má mentální anorexii spojenou s odmítáním potravy z důvodu obavy z nadváhy.

Tabulka č. 5 - Přehled odpovědí na otázku, co je mentální anorexie

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.	94	62,7 %	38	31,9 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.	50	33,3 %	60	50,4 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.	3	2 %	12	10,1 %
Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.	3	2 %	9	7,6 %

Pozn. Procentuální část je počítána vždy v rámci stejného pohlaví, nikoliv celku. Odpovědi byly zjednodušeny tak, aby byly srozumitelné respondentům.

Graf č. 3 - Poměr odpovědí na otázku, co je mentální anorexie – podle nabídnutých variant



Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí vyplývá, že dívky mají více spojenou mentální anorexii spojenou s odmítáním potravy z důvodu obavy z nadváhy. Rozdíl je u této otázky ještě markantnější. Z odpovědí na otázky č. 4 a 5 jasně vyplývá, že dívky jsou o poruchách příjmu potravy mnohem lépe informované.

Podíváme-li se opět na odpovědi na otázku č. 11, zjistíme, že z 12 chlapců, kteří měli někdy starosti o svou hmotnost, pouze 6 z nich však spojilo mentální anorexii s odmítáním potravy (6 chlapců naopak zaměnilo mentální bulimii s mentální anorexií). Z celkového počtu 150 dívek odpověděla na otázku č. 11 většina, že měla někdy starosti ohledně své hmotnosti (108 dívek), z těchto dívek pochází všech 94 odpovědí, které spojily mentální anorexii s odmítáním potravy.

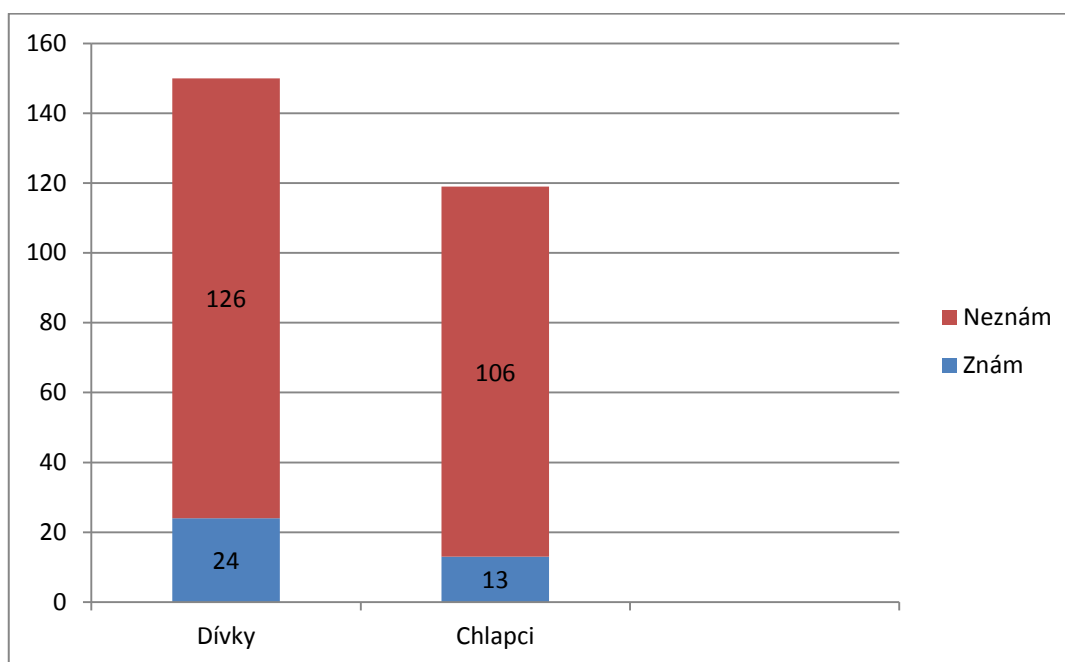
Otázka č. 5 - Setkal(a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

Z počtu 269 respondentů 86,2 % nezná nikoho s poruchou příjmu potravy. Pouhých 13,8 % dotazovaných s poruchou příjmu potravy někoho zná, nebo se s takovým člověkem setkalo.

Tabulka č. 6 - Setkání s osobou s poruchou příjmu potravy

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Setkal(a) nebo zná	24	16 %	13	10,9 %
Nesetkal(a) a nezná	126	84 %	106	89,1 %

Graf č. 4 - Setkání s osobou s poruchou příjmu potravy – odpovědi podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

U dívek a chlapců se výsledky příliš nelišily. Mezi dívkami bylo 16 % těch, které odpověděly kladně, mezi chlapci 10,9 %.

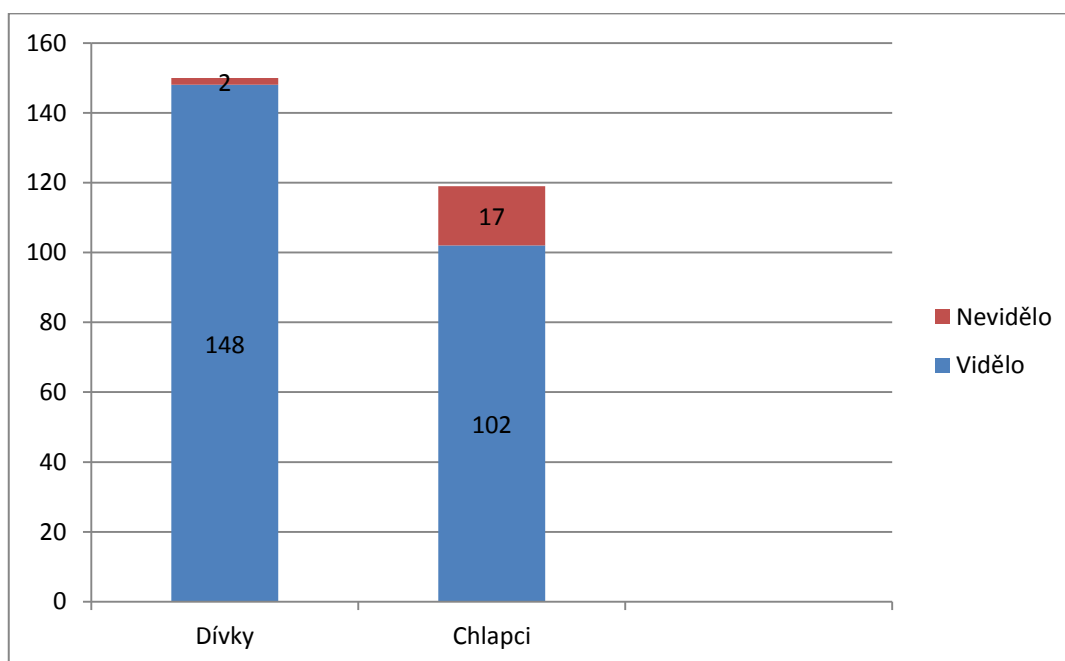
Otázka č. 6 - Viděl(a) jsi někdy obrázky osob, které jsou takto nemocné?

Z 269 dotazovaných respondentů celých 250 (92,9%) odpovědělo, že již viděli obrázky nemocných s poruchou příjmu potravy. Pouze 19 respondentů (7,1%) obrázkem takto nemocné osoby nevidělo.

Tabulka č. 7 - Zhlédnutí obrázku osoby s poruchou příjmu potravy

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Viděl(a) obrázek osoby s PPP	148	98,7 %	102	85,7 %
Neviděl(a) obrázek osoby s PPP	2	1,3 %	17	14,3 %

Graf č. 5 - Zhlédnutí obrázku osoby s poruchou příjmu potravy – odpovědi podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

U odpovědí na tuto otázku byl již rozdíl mezi dívkami a chlapci vyšší. Mezi dívkami byla pouze 1,3 % těch, které nikdy žádný obrázek neviděly, mezi chlapci to bylo 14,3 %. Důvody lze zřejmě vyčíst v odpovědích na otázku č. 12, ze kterých

vyplývá, že dívky se o dané problematice mnohem více dočítají v časopisech a na internetu, kde lze předpokládat i to, že texty jsou doprovázeny názornými fotografiemi.

Porovnáme-li odpovědi na otázky č. 5 a 6, je patrné, že drtivá většina respondentů již viděla obrázek osoby s PPP, osobní zkušenost má však pouze malá část, přičemž z těch, kteří se osobně setkali s někým, kdo trpí PPP, všichni zároveň viděli nějaký obrázek takto nemocného člověka. Domnívám se, že je to logické, protože bez předchozího teoretické znalosti by respondenti zřejmě netušili, že jde o osobu s PPP.

Otázka č. 7 - Znepokojily tě tyto obrázky, přišli ti tito lidé vážně nemocní?

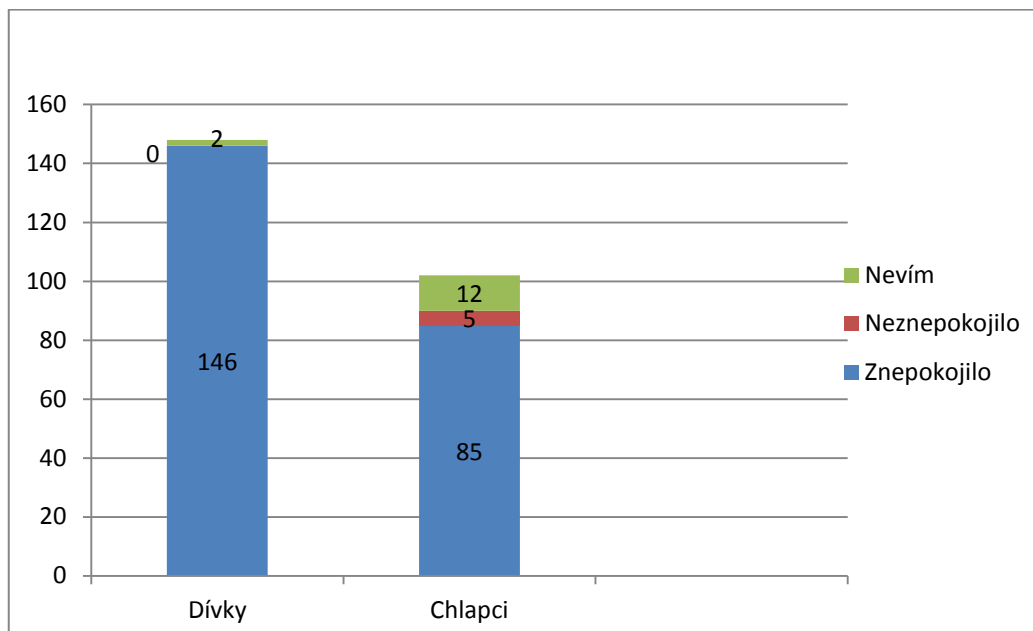
U této otázky bylo cílem zjistit, zda znepokojil dotazované respondenty pohled na obrázek lidí s poruchou příjmu potravy. Odpovídali pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 6 odpověděli kladně, tzn. 148 dívek a 102 chlapců.

Ano odpovědělo celkem 231 dotazovaných (92,4 %) z 250. Ne odpovědělo pouze 5 respondentů (2 %). K odpovědi nevím se přiklonilo 14 dotazovaných (5,6 %).

Tabulka č. 8 - Znepokojení nad obrázky osob s poruchou příjmu potravy

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Znepokojily	146	98,6 %	85	83,3 %
Neznepokojily	0	0 %	5	4,9 %
Nevím	2	1,4 %	12	11,8 %

Graf č. 6 – Znepokojení nad obrázky osob s poruchou příjmu potravy - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Mezi dívkami se nenašla jediná, kterou by obrázek člověka s poruchou příjmu potravy neznepokojil, pouze 2 odpověděly, že neví. U chlapců se našlo 5 takových, které obrázek člověka s poruchou příjmu potravy neznepokojil, a 12 jich uvedlo, že neví. Je tedy zřejmé, že je rozdíl mezi tím, jak vnímají dívky a chlapci takto nemocné osoby. To je poněkud paradoxní, neboť většinou těmito nemocemi nakonec trpí osoby ženského pohlaví, které obrázky znepokojily více.

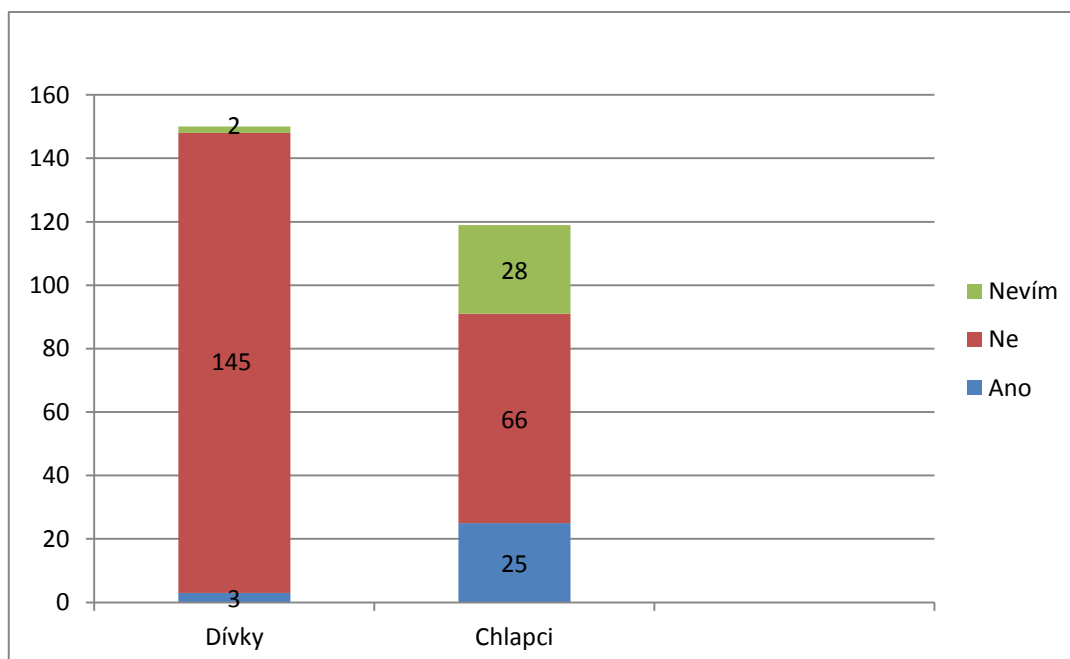
Otázka č. 8 - Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci jen modelky?

Na otázku, zda jsou poruchy příjmu potravy záležitostí modelek, odpovědělo 211 dotázaných, že nikoliv. To znamená, že více než 78,4 % respondentů má jasnou představu o tom, že tento problém se nevztahuje pouze na nějakou úzkou profesní skupinu.

Tabulka č. 9 - Odpovědi na otázku, zda mohou mít poruchy příjmu potravy jen modelky

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	3	2 %	25	21 %
Ne	145	96,7 %	66	55,5 %
Nevím	2	1,3 %	28	23,5 %

Graf č. 7 - Odpovědi na otázku, zda mohou mít poruchy příjmu potravy jen modelky - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

U odpovědí na tuto otázku je zcela zřejmé, že dívky jsou mnohem lépe informované, pouze 3 dívky odpověděly, že poruchy příjmu potravy se týkají pouze modelek a 2 nevěděly, všechny ostatní odpověděly správně, že nikoliv. U chlapců bylo záporných odpovědí pouze 66 (což činí 55,5 %), ostatní uvedly, že neví (28 odpovědí – 23,5 %) nebo že se týkají pouze modelek (25 odpovědí - 21 %).

Zajímavé je podívat se blíže na 25 chlapců a 3 dívky, kteří na tuto otázku odpověděli tak, že pouze modelky mohou trpět PPP. Na otázku č. 6, zda viděli někdy obrázky osob s PPP, odpovědělo negativně 15 těchto chlapců a 2 dívky. Na otázku č. 7, zda je tyto obrázky znepokojily, odpovědělo 8 chlapců neví, 1 neznepokojily a 1 znepokojily; dívka odpověděla neví.

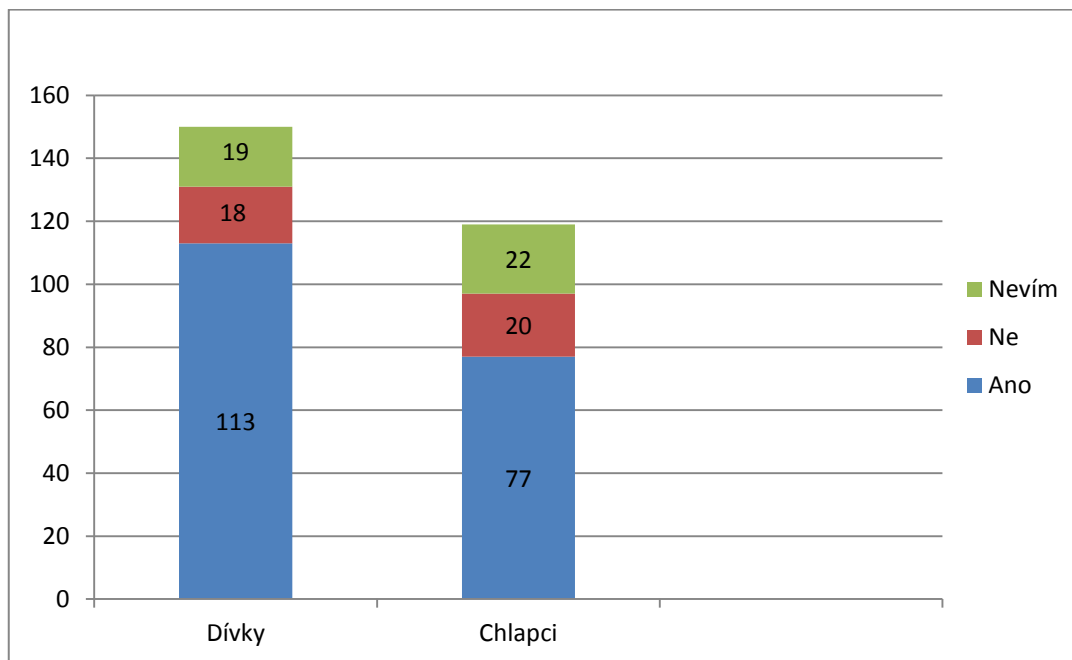
Otázka č. 9 - Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci i muži?

Z otázky, zda poruchou příjmu potravy mohou onemocnět i muži vyplývá, že 190 respondentů, si myslí, že ano, což činí 70,6 % dotázaných.

Tabulka č. 10 - Odpovědi na otázku, zda mohou mít poruchu příjmu potravy i muži

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	113	75,3 %	77	64,7 %
Ne	18	12 %	20	16,8 %
Nevím	19	12,7 %	22	18,5 %

Graf č. 8 - Odpovědi na otázku, zda mohou mít poruchu příjmu potravy i muži - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Je zajímavé, že zde se rozdíl mezi informovaností dívek a chlapců projevil mnohem méně. Kladně odpovědělo 75,3 % dívek a 64,7 % chlapců, záporně 12 % dívek a 16,8 % chlapců. Nevědělo 12,7 % dívek a 18,5 % chlapců.

Otázkou je, nakolik je toto způsobeno tím, že dívky se v tomto věku zajímají zejména o svůj vzhled a své vzory vidí v jiných dívkách a ženách, takže i tento problém vnímají jako ryze ženský. Je možné, že jsou na vině i časopisy a internet, který také spojuje tyto poruchy více s ženským pohlavím, a bylo by zajímavé zjistit, zda zde nehraje roli i zavádějící pojetí tohoto problému ve školách.

Podívejme se ještě na porovnání odpovědí na otázky č. 8 a 9. Je zajímavé, že z 25 chlapců, kteří odpověděli, že PPP mohou mít jen modelky, odpovědělo 20 chlapců chybně i v tom, že PPP nemohou mít muži, kdežto ze 3 dívek, které odpověděly, že PPP mohou mít jen modelky, neodpověděla chybně na otázku č. 9 žádná.

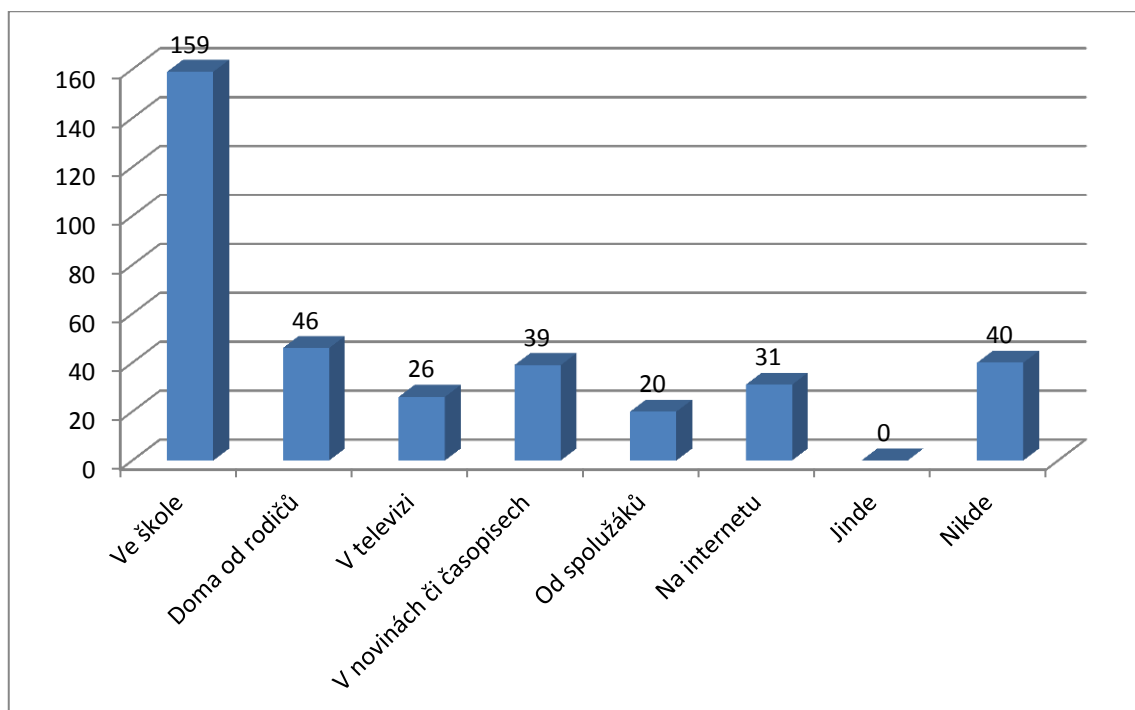
Otázka č. 10 - Uved' zdroj informací o mentální bulimii a mentální anorexii (můžeš zaškrtnout více možností):

Cílem otázky č. 10 bylo zjistit zdroje informací o mentální bulimii a mentální anorexii. Respondenti mohli zaškrtnout libovolný počet odpovědí. Z 269 respondentů uvedlo 92 dotazovaných 2 zdroje, dalších 43 uvedlo 3 zdroje, více zdrojů neuvedl žádný respondent. Naopak 40 respondentů neuvedlo žádný zdroj. Celkové výsledky viz tabulka č. 11. a graf č. 9.

Tabulka č. 11 - Zdroje informací o mentální bulimii a mentální anorexii

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ve škole při výuce	92	61,3 %	67	56,3 %	159	59,1 %
Doma od rodičů	31	20,7 %	15	12,6 %	46	17,1 %
V televizi	20	13,3 %	6	5,0 %	26	9,7 %
V novinách či časopisech	36	24,0 %	3	2,5 %	39	14,5 %
Od spolužáků	18	12,0 %	2	1,7 %	20	7,4 %
Na internetu	25	16,7 %	6	5,0 %	31	11,5 %
Jinde	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Nikde	15	10,0 %	25	21,0 %	40	14,9 %

Graf č. 9 - Zdroje informací o mentální bulimii a mentální anorexii



Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků vyplynulo, že nejvíce respondentů se o mentální bulimii a mentální anorexii dozvědělo ve škole při výuce - 59,1 % respondentů. Na druhém místě uvedlo 17,1 % dotazovaných možnost doma od rodičů. Rozdíl je ovšem propastný.

Z výsledků můžeme usoudit, že o této problematice by v rámci prevence ve škole měli být respondenti mnohem více informováni, protože pouze těsně nadpoloviční většina odpověděla ANO, což je z pohledu prevence rizik těchto onemocnění skutečně málo. Na druhou stranu je nutno konstatovat, že výsledek je ovlivněn tím, že na jedné z pěti škol uvedlo téměř 80 % respondentů, že ve škole při výuce o problematice nikdy neslyšeli, na ostatních to bylo výrazně méně. Pokud bychom tuto školu ve výzkumu vynechali, byl by podíl pozitivních odpovědí v kolonce „ve škole při výuce“ výrazně vyšší.

Také se vyplnilo mé očekávání, že podíl respondentů, kteří mají informace o poruchách příjmu potravy z domova, je velmi nízký – pouze 20,7 % dívek a 12,6 % chlapců (souhrnně tedy 17,1 %), což je skutečně nízký podíl. Podle očekávání je i zde informovanost nižší u chlapců než u dívek. Je to sice druhý nejčastěji uváděný zdroj, ovšem jen o něco méně byl uváděn jako zdroj noviny a časopisy (14,5 %, o 7 respondentů méně než v případě domova).

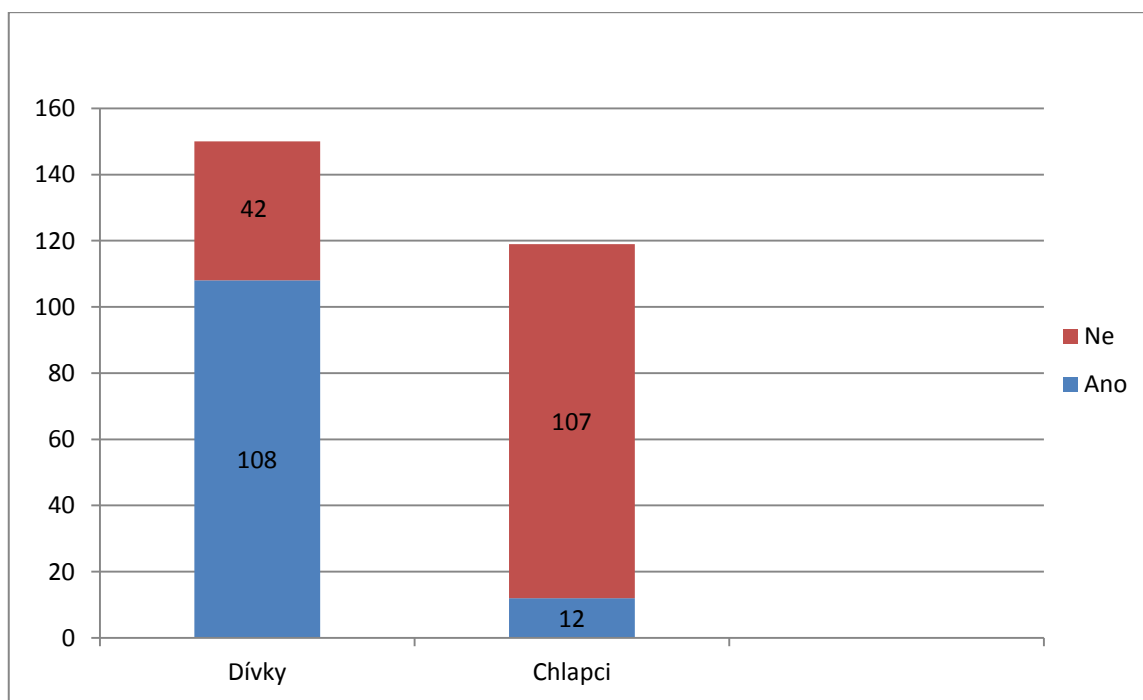
Otázka č. 11 - Měl(a) jsi někdy starosti ohledně své hmotnosti?

Na otázku č. 11 odpovídalo všech 269 respondentů. Tato otázka byla poměrně osobní a mířila na vlastní pocity ohledně hmotnosti. Ano odpovědělo 120 dotazovaných. Z těchto 120 dotazovaných bylo 108 dívek a 12 chlapců.

Tabulka č. 12 - Odpovědi na otázku, zda měli respondenti starost ohledně své hmotnosti

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	108	72 %	12	10,1 %
Ne	42	28 %	107	89,9 %

Graf č. 10 – Odpovědi na otázku, zda měli respondenti starost ohledně své hmotnosti - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Podle očekávání uvedlo mnohem více dívek než chlapců, že mělo někdy starosti ohledně své hmotnosti – u dívek to bylo 72 % pozitivních odpovědí (108 dívek), u chlapců pouze 10,1 % (12 chlapců).

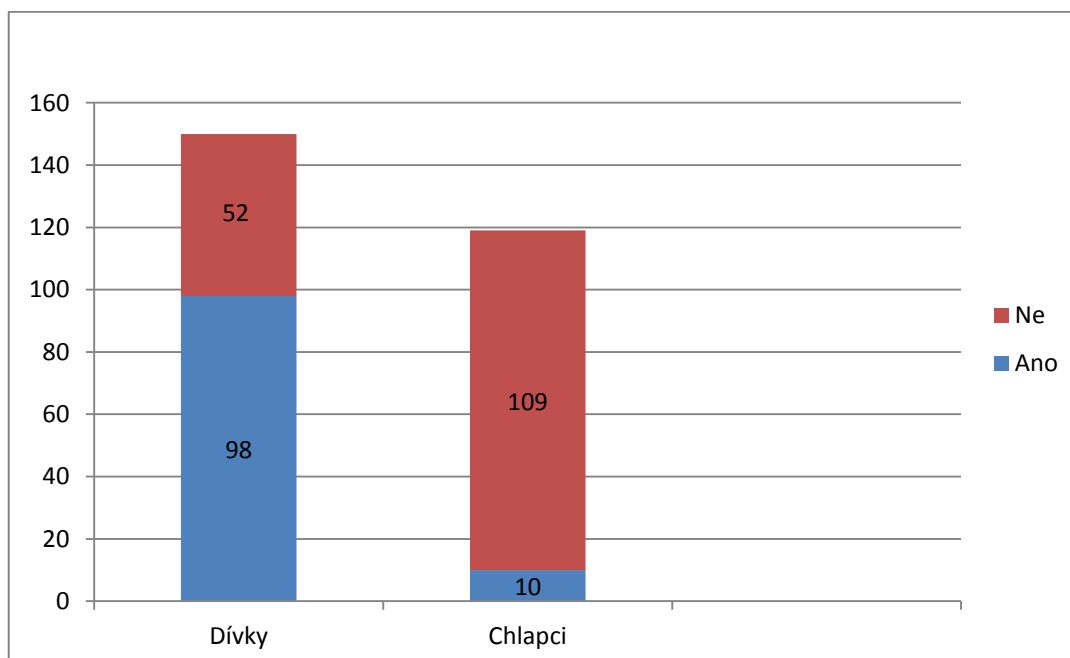
Otázka č. 12 - Hlídáš si svou hmotnost?

Na otázku č. 12 odpovědělo 108 dotazovaných, že ano, což je 40.1 % oslovených respondentů.

Tabulka č. 13 - Odpovědi na otázku, zda si respondenti hlídají svou hmotnost

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	98	65,3 %	10	8,4 %
Ne	52	34,7 %	109	91,6 %

Graf č. 11 - Odpovědi na otázku, zda si respondenti hlídají svou hmotnost - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Ze 108 respondentů, kteří si hlídají svou hmotnost, je 98 dívek a 10 chlapců, což je 65,3 % u dívek a 8,4 % u chlapců, což je v korelaci s odpověďmi na otázku č 11 – jak u dívek, tak i u chlapců všichni, kteří si hlídají svou hmotnost, odpověděli pozitivně i na otázku č. 11, že měli starosti ohledně své hmotnosti.

Při porovnávání kladných odpovědí na otázky č. 12 a 13 nám vychází, že z 28 chlapců, kteří srovnávají svou postavu s „idoly“ z médií, pouze 4 si hlídají svou hmotnost. Ze 132 srovnávajících dívek si pak 72 hlídá svou hmotnost. Je tedy patrné, že u poměrně vysokého počtu respondentů není důvodem hlídání si hmotnosti srovnávání s herečkami, herci či modelkami – konkrétně se jedná o 26 dívek a 6 chlapců. Důvody mohou být různé – sport, zdravotní příčiny, srovnávání se spolužáky, popř. další.

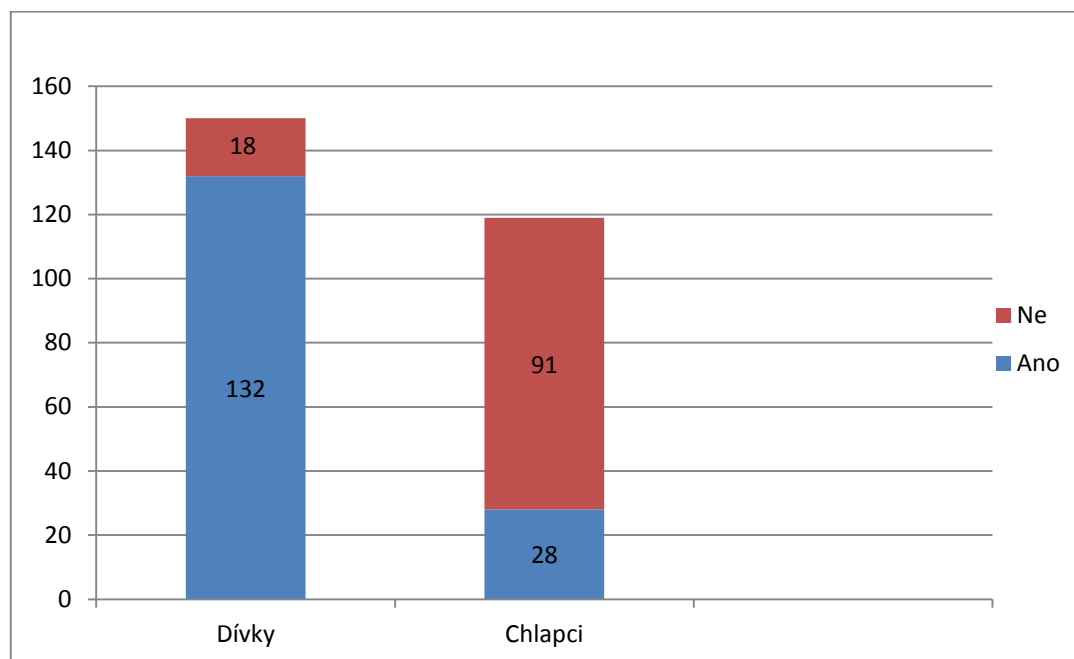
Otázka č. 13 - Srovnáváš svou postavu s obrázky herců, hereček, modelek v médiích?

Otázka č. 13 přinesla zjištění, že 160 dotazovaných někdy porovnávalo svoje tělo s obrázky herců, hereček či modelek v médiích, což je 59,5 %.

Tabulka č. 14 - Odpovědi na otázku, zda respondenti srovnávají svou postavu s obrázky herců, hereček a modelek

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	132	88 %	28	23,5 %
Ne	18	12 %	91	76,5 %

Graf č. 12 - Odpovědi na otázku, zda respondenti srovnávají svou postavu s obrázky herců, hereček a modelek - podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

V tomto případě to bylo 132 dívek, což činí 88 %, ale i 28 chlapců, což je 23,5 %. Je zde tedy patrný zřejmý nepoměr mezi přístupem chlapců a dívek, což jsem předpokládala.

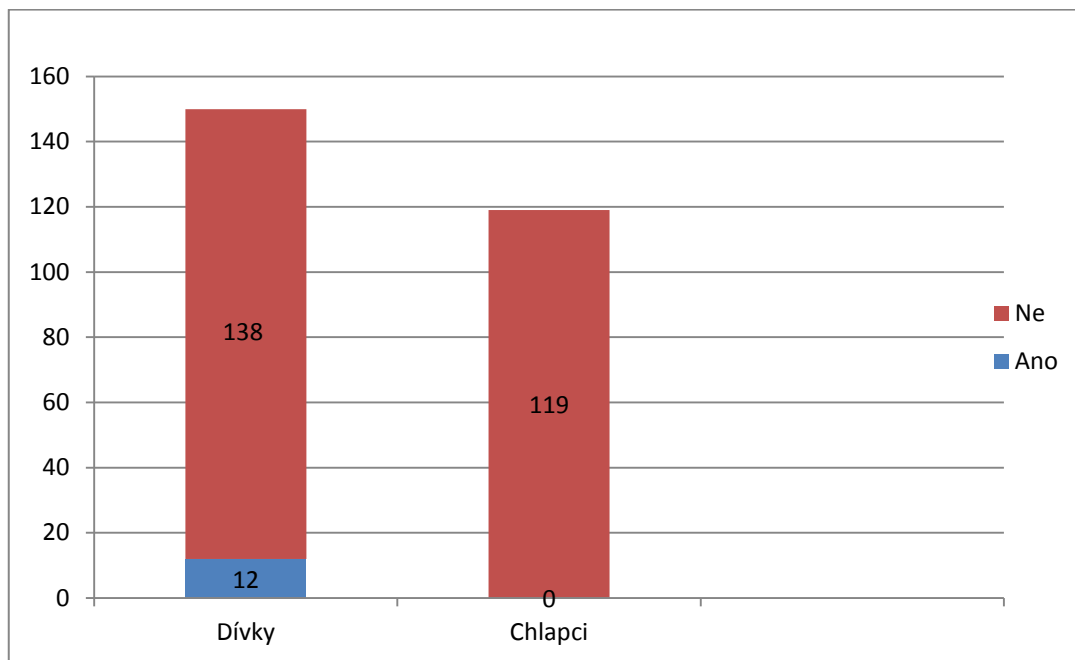
Otázka č. 14 - Držel(a) jsi někdy dietu?

Otázka č. 14 směřovala ke zjištění, zda respondenti drželi již někdy dietu. 95,5 % respondentů nemá žádnou zkušenost s dietou, naopak 4,5 % respondentů již někdy nějakou dietu drželo.

Tabulka č. 15 - Odpovědi na otázku, zda respondenti drželi dietu

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
Ano	12	8 %	0	0 %
Ne	138	92 %	119	100 %

Graf č. 13 - Odpovědi na otázku, zda respondenti drželi dietu – podle pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku neodpověděl kladně žádný chlapec, zkušenosti s dietou má tedy pouze 12 dívek, což činí 8 % respondentek. Můžeme tedy konstatovat, že ve věku 13 – 15 let má zkušenosti s dietou poměrně malá část dívek, což může být překvapující, ale důvodem je zřejmě ta skutečnost, že dívky začínají s dietami v pozdějším věku na střední škole.

Otázka č. 15 - Pokud ano, napiš jakou:

Z předcházející otázky vyplynulo, že dietu drželo z 269 respondentů pouze 12 dívek, žádný chlapec. Níže cituji všechny odpovědi, jak je napsali respondenti:

- *nejím*
- *jsem po nemoci a nemohu některá jídla*
- *více sportuju*
- *běhám*
- *běhám*
- *chodím na florbal*
- *kvůli sportu*
- *omezila jsem některá jídla*
- *nejím maso*
- *snažím se nejíst maso*
- *nejím sladké*
- *jím více ovoce a zeleniny*

Poněkud překvapivé bylo pro mne zjištění, že nepřevažoval typ diety spočívající v omezení příjmu potravy, naopak téměř polovina odpovědí zněla ve smyslu „zvýšený pohyb“, což lze jednoznačně hodnotit pozitivně.

Otázka č. 16 - Vyzkoušel(a) jsi někdy nějaký přípravek na hubnutí?

Stejně pozitivně lze hodnotit odpovědi na otázku č. 16, ve které respondenti odpovídali na to, zda již vyzkoušeli nějaký přípravek na hubnutí, neboť nikdo z respondentů neuvedl, že by tomu tak bylo, všechny odpovědi byly negativní.

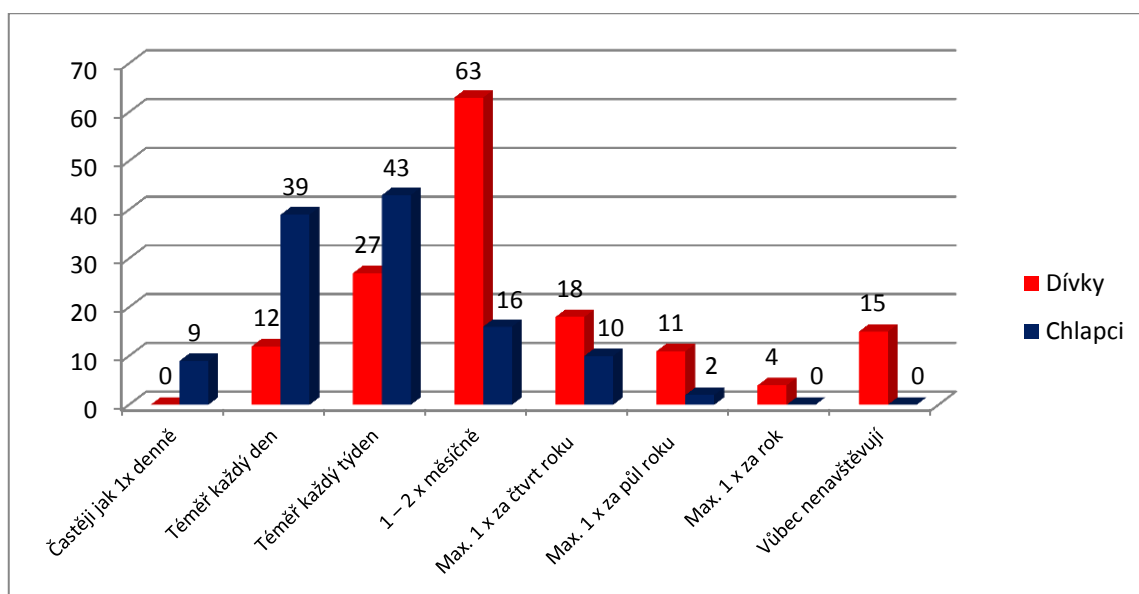
Otázka č. 17 - Jak často navštěvuješ rychlé občerstvení (fast food) – např. McDonald 's, KFC apod.

Poslední otázka směřovala na návštěvy rychlého občerstvení. Celkem 254 z celkového počtu 269 respondentů přiznalo, že navštěvují rychlé občerstvení. Jednotlivé odpovědi viz tabulka č. 16 a graf č. 14.

Tabulka č. 16 - Jak často navštěvují respondenti rychlé občerstvení

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Častěji jak 1x denně	0	0,0 %	9	7,6 %	9	3,3 %
Téměř každý den	12	8,0 %	39	32,8 %	51	19,0 %
Téměř každý týden	27	18,0 %	43	36,1 %	70	26,0 %
1 – 2 x měsíčně	63	42,0 %	16	13,4 %	79	29,4 %
Max. 1 x za čtvrt roku	18	12,0 %	10	8,4 %	28	10,4 %
Max. 1 x za půl roku	11	7,3 %	2	1,7 %	13	4,8 %
Max. 1 x za rok	4	2,7 %	0	0,0 %	4	1,5 %
Vůbec nenavštěvují	15	10,0 %	0	0,0 %	15	5,6 %

Graf č. 14 - Jak často navštěvují respondenti rychlé občerstvení



Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedených odpovědí vyplývá, že chlapci navštěvují zařízení typu fast food častěji než dívky – počet kladných odpovědí u chlapců převyšuje počet kladných odpovědí u dívek u nejčastějších frekvencí návštěv (častěji než 1 x denně, téměř každý den a téměř každý týden). Až u dalších odpovědí převyšuje počet kladných odpovědí u dívek. Také je to patrné z toho, že celkem 15 dívek uvedlo, že zařízení typu fast food nenavštěvují vůbec, u chlapců se taková odpověď nevyskytla, a naopak ani jedna dívka nenavštěvuje fast foody častěji jak 1 x denně, kdežto 9 chlapců odpovědělo u této varianty kladně.

2. 2. 1 Diskuse k hypotézám

Porovnání hypotéz s výsledky vlastního výzkumného šetření přineslo následující závěry:

Hypotéza 1: Dívky budou o mentální anorexii a mentální bulimii lépe informované než chlapci.

Hypotéza byla na základě odpovědí na otázky č. 3 – 9 potvrzena. Dívky jsou lépe informované o mentální anorexii a mentální bulimii než chlapci. Větší procento dívek vědělo, co je mentální anorexie a mentální bulimie, mnohem větší procento dívek ví, že těmito nemocemi nemusí trpět jen modelky a že jimi mohou trpět i muži (viz tabulka č. 17). Rovněž více dívek se setkalo s někým, kdo těmito poruchami příjmu potravy trpí (byť zde rozdíl nebyl tak markantní – 16 % dívek a 10,9 % chlapců). Stejně tak větší procento dívek již někdy vidělo obrázek takto nemocného člověka (98,7 % dívek a 85,7 % chlapců). Konečně větší znepokojení nad obrázky osob s PPP projevily dívky (98,6 % dívek oproti 83,3 % chlapců)

Tabulka č. 17 - Správné odpovědi na otázky č. 3, 4, 8, 9

Otázka	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
3. Mentální bulimie je:	97	64,7 %	54	45,4 %
4. Mentální anorexie je:	94	62,7 %	38	31,9 %
8. Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci jen modelky?	145	96,7 %	66	55,5 %
9. Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci i muži?	113	75,3 %	77	64,7 %

Hypotéza 2: Nejčastějším zdrojem poznatků o poruchách příjmu potravy bude školní výuka.

Hypotéza byla na základě odpovědí na otázku č. 10 potvrzena. U největšího počtu respondentů se objevila odpověď, že se dozívají o poruchách příjmu potravy ve škole. Celkem se ve škole o PPP dozvědělo 59,1 % respondentů, kdežto od rodičů jakožto druhého nejčastěji uváděného zdroje to bylo pouze 17,1 % respondentů. Další zdroje byly zastoupeny procentuálně ještě méně.

Hypotéza 3: Dívky se více zabývají otázkami vzhledu svého těla a porovnávají ho s herečkami a modelkami více než chlapci.

Hypotéza byla na základě odpovědí na otázky č. 11 – 13 potvrzena. Výrazně vyšší procento dívek mělo starost ohledně své hmotnosti, rovněž mnohem více dívek si svou hmotnost hlídá. Stejně tak je mnohem více dívek, které si svou postavu porovnávají s herečkami a modelkami než chlapců (viz tabulka č. 18).

Tabulka č. 18 – Pozitivní a negativní odpovědi na otázky č. 11 - 13

Otázka	Dívky		Chlapci	
	ANO	NE	ANO	NE
11. Měl (a) jsi někdy starosti ohledně své hmotnosti?	72 %	28 %	10,1 %	89,9 %
12. Hlídáš si svou hmotnost?	65,3 %	34,7 %	8,4 %	91,6 %
13. Srovnáváš svou postavu s obrázky herců, hereček, modelek v médiích?	88 %	12 %	23,5 %	76,5 %

O svou hmotnost mělo starost 108 dívek, ze kterých 98 si ji zároveň hlídá v současnosti. Všechny tyto dívky pak odpověděly, že srovnávají svou postavu s herečkami a modelkami. U chlapců mělo starost o svou hmotnost 12 respondentů, z nichž 10 si ji hlídá v současnosti, a opět všichni tito chlapci porovnávají své postavy s herci.

Hypotéza 4: Dívky mají větší zkušenost s držetím diet než chlapci.

Hypotéza byla na základě odpovědí na otázku č. 14 potvrzena. Dívky již v tomto věku mají zkušenosti s držetím diet, naopak žádný z chlapců takovou zkušenost nepotvrdil.

Hypotéza 5: Chlapci navštěvují zařízení typu fast food častěji než dívky.

Hypotéza byla na základě otázky 17 potvrzena. Chlapci navštěvují zařízení typu fast food mnohem častěji než dívky. Je zde zřejmá korelace s tím, že chlapci v uvedeném věku mají mnohem menší zájem o svůj vzhled, nadržují žádnou dietu, takže

jim nevadí negativní vliv stravy z fast foodů na formování postavy a na hmotnost. Přesto je návštěvnost fast foodů alarmující, obecně lze z výsledků vyčíst, že respondenti navštěvují často – 68 % dívek navštěvuje fast foody 1. – 2 x měsíčně nebo častěji, u chlapců dokonce 89,9 %. Pod pojem „často“ zahrnuji návštěvy fastfoodů 1 – 2 x měsíčně a častěji.

3 Diskuse

Z výzkumného šetření nevyplývá, že by respondenti byli o poruchách příjmu potravy dobře informováni. Nejdůležitější a největší roli v informovanosti sehraává škola, výrazně menší roli má rodina, což rozhodně není pozitivní zjištění. Možným vysvětlením je to, že rodiče většiny žáků ukončovali školní docházku na přelomu 80. a 90. let, tedy v době, kdy se poruchách příjmu potravy příliš nemluvalo, resp. prakticky vůbec.

Poněkud zarážející je skutečnost, že ani míra informovanosti ze škol není stoprocentní. Jak jsem již konstatovala v textu, na výsledky v tomto bodě měly zásadní vliv odpovědi z jedné základní školy, ovšem ani u jedné školy se nestalo, že by 100 % dotazovaných uvedlo, že je informováno o poruchách příjmu potravy ve škole. Je zřejmé, že i v budoucnosti bude hlavní tíha informovanosti ležet na školách, což se projevuje i stále silnějším důrazem na výchovné předměty v rámcových vzdělávacích programech, ať už v jednotlivých předmětech, tak v mezipředmětových vztazích. Jedině díky práci škol se v budoucnu může zvýšit informovanost ze strany rodičů, budeme-li vycházet z toho, že současní žáci budou již informováni a nebude jim činit tak velký problém informovat své děti.

Jistá „závislost“ respondentů na škole jako informačním a preventivním zdroji č. 1 klade zvýšené nároky na práci pedagogů, kteří by měli být maximálně pozorní ve sledování změn fyziologických i behaviorálních u žáků. Zde hrají hlavní roli třídní učitelé, výchovní poradci a metodici prevence sociálně patologických jevů. Samozřejmě by měla být v případě odhalení PPP spolupráce se zákonnými zástupci.

Celým dotazníkem se jako červená nit táhne vyšší zainteresovanost dívek. Jednak ve znalostech a také v pokusech zhubnout. Děvčata se o poruchách příjmu potravy vyjadřují s větší mírou informovanosti, mají hlubší znalosti. Na druhé straně více podléhají mediálnímu tlaku na vzhled. Tato zjištění jsou v souladu s mými očekáváními, chlapci v tomto věku ještě tolik na vzhled nedbají.

Vzhledem k rozšířenosti tohoto problému není překvapením, že oslovené děti již někdy viděly obrázky osob, které trpěly poruchami příjmu potravy. Pozitivní je, že na všechny dívky a na velkou většinu chlapců působily tyto obrázky negativně. Do jisté míry se tak snižuje negativní vliv médií a vzorů hereček a modelek. Respondenti si

uvědomují, že vzhled lidí s poruchami příjmu potravy není ideálem krásy a není ve společnosti přijímán jako norma.

Pokud jde o hmotnost, tak již v tomto věku si velká část dívek hlídá svoji hmotnost, na rozdíl od chlapců, kteří toto nepovažují za svou prioritu. Není zvláštností, že chlapci v tomto věku nemají zkušenost s dietou, naopak skutečnost, že pouze 12 dívek uvedlo, že takovou zkušenost má, mne poněkud překvapila, přeci jen jsem očekávala vyšší počet. Je ovšem velmi pravděpodobné, že toto číslo stoupá v průběhu dospívání. Toto by jistě stálo za další studii. Velmi pozitivně lze hodnotit fakt, že nikdo z 269 respondentů neuvedl, že by měl zkušenost s nějakým přípravkem na hubnutí. Opět lze ovšem předpokládat, že v pozdějším věku se někteří z nich s těmito přípravky setkají. Současná marketingová politika míří spíše na ženy ve středním a vyšším věku, nikoliv na dospívající mládež. Nezbývá než doufat, že farmaceutický průmysl neobjeví v mládeži novou cílovou skupinu. Naopak negativně lze hodnotit velkou zkušenost respondentů s fast foody. Zde se projevuje jistě to, že právě reklamy na fast foody cílí na dospívající mládež.

Podíváme-li se detailněji na skupiny respondentů s podváhou a nadváhou, můžeme vysledovat některé zajímavé poznatky. S podváhou bylo 31 dívek – zajímavé je, že všechny znepokojil pohled na obrázky osob s poruchami příjmu potravy. Tyto dívky však nemají příliš starost o svou hmotnost – pouze 8 z nich ji někdy projevilo, dalších 23 nikoliv. Stejných 8 dívek si váhu hlídá i v současnosti, dietu však držela někdy pouze 1 z nich. U dívek s nadváhou je míra hlídání váhy poněkud paradoxně vyšší – z 23 dívek s nadváhou mělo o svou hmotnost starost 12 dívek a všech 12 si ji hlídá i v současnosti a 4 z nich již někdy držely dietu. Tento paradox lze vysvětlit tím, že podváha u dívek není důsledkem cíleného snažení, nýbrž jinými okolnostmi – špatnou sociální situací, rodinnými poměry nebo dalšími příčinami.

U chlapců mělo 12 respondentů podváhu a žádný z nich neměl starost o svou hmotnost, ani si ji nehlídá v současnosti. S nadváhou bylo 25 chlapců a 3 z nich měli někdy starost o svou hmotnost, v současnosti si ji však nehlídá žádný. Je zajímavé, že z 12 podvyživených chlapců 4 neznepokojily obrázky osob s poruchami příjmu potravy, 8 znepokojily.

Zaměříme-li se na to, jak často navštěvují respondenti s nadváhou fastfoody, dojdeme k následujícím skutečnostem – z 23 dívek 3 navštěvují tato zařízení téměř

každý den, 7 téměř každý týden a 13 1 – 2 x měsíčně. Z 25 chlapců 9 navštěvuje fastfoody častěji jak 1 x denně, 7 pak téměř každý den, 3 téměř každý týden, 2 1 – 2 x měsíčně a 4 max. 1 x za čtvrtroku. Alarmující je, že 100 % těch, kteří uvedli, že fastfoody navštěvují častěji jak 1 x denně, mají nadváhu.

4 Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou fenoménem dnešní doby, ovšem objevily se již mnohem dříve. Lze zodpovědně uvést, že těmito poruchami trpí dnes řádově milióny lidí po celém světě. Všudypřítomná média vytvářejí obraz, kterému se chce podobat stále větší procento zvláště dívek. Tlak okolí na perfektní vzhled i výkon ve stále nižším věku vede k rozvoji poruch příjmu potravy u věkové kategorie, které se dřív tyto problémy vyhýbaly.

Onemocnět poruchami příjmu potravy je ve své podstatě jednoduché, ale vyléčit se je složitý a zdlouhavý proces, při kterém je zapotřebí podpora především rodiny, příbuzných a přátel, a často jde o boj na celý život, který může končit i smrtí.

Za důležité je považováno předcházet onemocnění poruchy příjmu potravy dostatečnou primární prevencí. Je důležité, aby škola a rodina působila ve shodě a vysvětlovala, že ne vše, co se v médiích ukazuje, je pravda. Že existují nějaké genetické predispozice a dosáhnout stejných proporcí, jako má dětský idol, prostě nelze. Je také důležité zdůrazňovat, že vše se netočí kolem vzhledu.

Pro prevenci poruch příjmu potravy je potřeba zvláště dětem přístupným způsobem neustále připomínat a vysvětlovat tuto problematiku. Zdůrazňovat, že pouhý vzhled k úspěšné kariéře nestačí. Vysvětlovat, co je zdravý životní styl, jak vypadá zdravá strava a kvalitní jídelníček. Ve škole nedovolit šikanu dětí, které mají nějaké kilo navíc, spíš je motivovat ke zdravému životnímu stylu. Vysvětlit, že jídlo není nepřítelem, ale ani modlou.

Cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti mají žáci osmých tříd na základních školách v Litvínově o poruchách příjmu potravy, zda již v tomto věku řeší svoji hmotnost a nakolik navštěvují zařízení typu fast food. První část práce byla zaměřena na teoretický rámec pro vlastní výzkumné šetření nacházející se v druhé, praktické části. Výzkumem bylo zjištěno, že dívky jsou o mentální anorexii a mentální bulimii lépe informované než chlapci, více se také zabývají otázkami vzhledu svého těla, které porovnávají s herečkami a modelkami více než chlapci. Také mají dívky větší zkušenost s držetím diet s tím, že ve věkové kategorii 13 – 15 let obecně není trendem diety držet. Také se prokázalo, že chlapci navštěvují zařízení typu fast food častěji než dívky.

Konečně se také potvrdilo, že nejčastějším zdrojem informací o poruchách příjmu potravy je škola.

Na základě těchto výsledků je patrné, že by bylo vhodné prohlubovat prevenci poruch příjmu potravy ve vyšší míře než doposud, a to jak v rodinách, tak i ve školách. Bylo by žádoucí včlenit prevenci PPP do minimálních preventivních programů, věnovat pozornost proškolení pedagogických pracovníků. Pro žáky pořádat besedy, kterých by se účastnili nutriční specialisté a také lidé, kteří úspěšně překonali nějakou poruchu příjmu potravy, protože takoví lidé nejlépe zodpovědí otázky, které mohou děti a mladé lidi zajímat. Samozřejmostí by měla být nabídka zdravých pokrmů ve školních jídelnách, bufetech a jídelnách a nápojových automatech. Školy by měly být zapojeny do projektů – např. *Školní mléko* a *Ovoce do škol*. Existuje zde také síť *Škol podporujících zdraví*, což je evropský program Světové zdravotnické organizace. Možností pro zkvalitňování práce škol je tedy dost a je zejména na ředitelích a učitelích jednotlivých škol, jak k dané problematice přistoupí.

5 Seznam literatury a zdrojů

1. BENEŠOVÁ, Dagmar a MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení MAC, 2003. 31 s. Diety pro nejčastější choroby; sv. 28. ISBN 80-86015-91-2.
2. FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. V Praze: Ikar, 2004. 206 s. ISBN 80-249-0418-7.
3. HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. 240 s. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
4. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
5. KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5.
6. KOCOURKOVÁ, Jana; PAPEŽOVÁ, Hana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. Praha: SZÚ, 2004.
7. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
8. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7
10. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. 255 s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X
11. KRCH, František David; MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví – Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha, VÚP. 2003
12. KRCH, František David a RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. 96 s. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-86-2.
13. LADISHOVÁ, Lorrain, C. *Strach z jídla*. Ružomberok: EPOS, s. r. o., 2002. 159s. ISBN 80-89191-53-3
14. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
15. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

16. MÁLKOVÁ, Iva a KRCH, František David. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
17. MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0
18. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2
19. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ, Eva a SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s., [2] s. barev. obr. příl. ISBN 80-85912-33-3.
20. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
21. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
23. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2009, 1147 s. ISBN 978-807-3452-025
24. KRCH, František. Poruchy příjmu potravy in *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů*. Konice: Solen, 2007; 4(10). ISSN 1214-8687.
25. KULHÁNEK, JAN. *Ortorexie, bigorexie a drunkorexie*. [online]idealni.cz[cit.2013-04-13]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251
26. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet* [online]anabell.cz[cit.2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-prijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-prijmu-potravy-od-a-do-zet>

27. *Bulimie*[online][cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.bulimie.name/>
28. *Historie krásy - Jak se vyvíjel fyzický ideál?*
<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-kрасy/219-historie-kрасy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal>
29. *Léčba bulimie*[online][cit.2013-04-12]. Dostupné z:
<http://www.bulimie.name/lecba-bulimie/>

6 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník k výzkumnému šetření

Milí žáci, tímto bych Vás chtěla poprosit o spolupráci na výzkumném šetření zabývajícím se poruchami příjmu potravy. Dotazníky jsou anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumné části mé práce.

Odpověď prosím zakřížkujte, popřípadě doplňte. Za vyplnění vám děkuji.

Výchová Lenka

1) Uved' své pohlaví:

Dívka

Chlapec

2) Prosím, napiš svoje osobní údaje - hmotnost a výšku:

Hmotnost:

Výška:

3) Mentální bulimie je:

Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.

Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.

Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.

Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.

4) Mentální anorexie je:

Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.

Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.

Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.

Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.

5) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

Ano

Ne

6) Viděl (a) jsi někdy obrázky osob, které jsou takto nemocné?

Ano

Ne

7) Znepokojily tě tyto obrázky, přišli ti tito lidé vážně nemocní?

Ano

Ne

Nevím

8) Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci jen modelky?

Ano

Ne

Nevím

9) Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci i muži?

Ano

Ne

10) Uved' zdroj informací o mentální bulimii a mentální anorexii (můžeš zaškrtnout více možností):

Ve škole při výuce

Doma od rodičů

V televizi

V novinách či časopisech

Od spolužáků

Na internetu

Jinde (napiš kde)

.....
 Nikde

11) Měl (a) jsi někdy starosti ohledně své hmotnosti?

Ano

Ne

12) Hlídáš si svou hmotnost?

Ano

Ne

13) Srovnáváš svou postavu s obrázky herců, hereček, modelek v médiích?

Ano

Ne

14) Držel (a) jsi někdy dietu?

Ano

Ne

15) Pokud ano, napiš jakou:

.....

.....

16) Vyzkoušel (a) jsi někdy nějaký přípravek na hubnutí?

Ano

Ne

17) Jak často navštěvuješ rychlé občerstvení (fast food) – např. McDonald' s, KFC apod.

Častěji jak 1x denně

Téměř každý den

Téměř každý týden

1 – 2x měsíčně

Max. 1 x za čtvrt roku

Max. 1 x za půl roku

Max. 1 x za rok

Vůbec nenavštěvuji

Příloha č. 2 – Data z dotazníků pro výpočet BMI respondentů - dívky

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
1	62	158	24,84	Normální hmotnost
2	60	160	23,44	Normální hmotnost
3	56	168	19,84	Normální hmotnost
4	52	163	19,57	Normální hmotnost
5	61	161	23,53	Normální hmotnost
6	61	168	21,61	Normální hmotnost
7	58	168	20,55	Normální hmotnost
8	60	160	23,44	Normální hmotnost
9	57	160	22,27	Normální hmotnost
10	45	160	17,58	Podváha
11	50	172	16,90	Podváha
12	65	177	20,75	Normální hmotnost
13	64	162	24,39	Normální hmotnost
14	61	171	20,86	Normální hmotnost
15	61	168	21,61	Normální hmotnost
16	46	159	18,20	Podváha
17	48	165	17,63	Podváha
18	71	160	27,73	Nadváha
19	58	164	21,56	Normální hmotnost
20	59	160	23,05	Normální hmotnost
21	75	162	28,58	Nadváha
22	63	165	23,14	Normální hmotnost
23	64	162	24,39	Normální hmotnost
24	54	171	18,47	Podváha
25	48	165	17,63	Podváha
26	49	149	22,07	Normální hmotnost
27	56	170	19,38	Normální hmotnost
28	58	168	20,55	Normální hmotnost
29	61	170	21,11	Normální hmotnost
30	62	169	21,71	Normální hmotnost
31	52	170	17,99	Podváha
32	60	164	22,31	Normální hmotnost
33	60	175	19,59	Normální hmotnost
34	65	178	20,52	Normální hmotnost
35	48	165	17,63	Podváha
36	48	169	16,81	Podváha
37	65	164	24,17	Normální hmotnost
38	53	169	18,56	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
39	45	160	17,58	Podváha
40	58	162	22,10	Normální hmotnost
41	51	168	18,07	Podváha
42	69	164	25,65	Nadváha
43	56	171	19,15	Normální hmotnost
44	52	172	17,58	Podváha
45	60	175	19,59	Normální hmotnost
46	48	168	17,01	Podváha
47	60	172	20,28	Normální hmotnost
48	52	170	17,99	Podváha
49	50	168	17,72	Podváha
50	62	154	26,14	Nadváha
51	60	157	24,34	Normální hmotnost
52	67	157	27,18	Nadváha
53	61	168	21,61	Normální hmotnost
54	49	165	18,00	Podváha
55	57	160	22,27	Normální hmotnost
56	61	154	25,72	Nadváha
57	58	168	20,55	Normální hmotnost
58	56	168	19,84	Normální hmotnost
59	52	172	17,58	Podváha
60	60	170	20,76	Normální hmotnost
61	71	168	25,16	Nadváha
62	51	168	18,07	Podváha
63	52	160	20,31	Normální hmotnost
64	53	160	20,70	Normální hmotnost
65	52	172	17,58	Podváha
66	60	172	20,28	Normální hmotnost
67	64	176	20,66	Normální hmotnost
68	56	168	19,84	Normální hmotnost
69	70	161	27,01	Nadváha
70	59	148	26,94	Nadváha
71	58	161	22,38	Normální hmotnost
72	52	169	18,21	Podváha
73	58	168	20,55	Normální hmotnost
74	80	171	27,36	Nadváha
75	56	149	25,22	Nadváha
76	58	165	21,30	Normální hmotnost
77	55	165	20,20	Normální hmotnost
78	60	172	20,28	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
79	64	164	23,80	Normální hmotnost
80	65	161	25,08	Nadváha
81	62	171	21,20	Normální hmotnost
82	56	168	19,84	Normální hmotnost
83	52	168	18,42	Podváha
84	49	163	18,44	Podváha
85	58	168	20,55	Normální hmotnost
86	61	168	21,61	Normální hmotnost
87	71	160	27,73	Nadváha
88	60	172	20,28	Normální hmotnost
89	45	162	17,15	Podváha
90	65	172	21,97	Normální hmotnost
91	72	168	25,51	Nadváha
92	51	170	17,65	Podváha
93	61	175	19,92	Normální hmotnost
94	45	161	17,36	Podváha
95	49	157	19,88	Normální hmotnost
96	56	161	21,60	Normální hmotnost
97	53	152	22,94	Normální hmotnost
98	56	159	22,15	Normální hmotnost
99	50	165	18,37	Podváha
100	53	148	24,20	Normální hmotnost
101	51	151	22,37	Normální hmotnost
102	53	147	24,53	Normální hmotnost
103	60	172	20,28	Normální hmotnost
104	87	171	29,75	Nadváha
105	68	158	27,24	Nadváha
106	49	157	19,88	Normální hmotnost
107	61	168	21,61	Normální hmotnost
108	58	151	25,44	Nadváha
109	61	168	21,61	Normální hmotnost
110	57	157	23,12	Normální hmotnost
111	54	161	20,83	Normální hmotnost
112	60	154	25,30	Nadváha
113	52	169	18,21	Podváha
114	57	160	22,27	Normální hmotnost
115	55	175	17,96	Podváha
116	73	163	27,48	Nadváha
117	54	149	24,32	Normální hmotnost
118	51	150	22,67	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
119	57	161	21,99	Normální hmotnost
120	62	165	22,77	Normální hmotnost
121	60	151	26,31	Nadváha
122	52	149	23,42	Normální hmotnost
123	56	168	19,84	Normální hmotnost
124	54	161	20,83	Normální hmotnost
125	55	165	20,20	Normální hmotnost
126	54	165	19,83	Normální hmotnost
127	45	161	17,36	Podváha
128	58	165	21,30	Normální hmotnost
129	56	161	21,60	Normální hmotnost
130	58	161	22,38	Normální hmotnost
131	61	168	21,61	Normální hmotnost
132	71	165	26,08	Nadváha
133	61	158	24,44	Normální hmotnost
134	53	148	24,20	Normální hmotnost
135	58	165	21,30	Normální hmotnost
136	51	151	22,37	Normální hmotnost
137	50	167	17,93	Podváha
138	61	168	21,61	Normální hmotnost
139	54	161	20,83	Normální hmotnost
140	56	161	21,60	Normální hmotnost
141	51	168	18,07	Podváha
142	60	170	20,76	Normální hmotnost
143	54	170	18,69	Normální hmotnost
144	61	168	21,61	Normální hmotnost
145	58	168	20,55	Normální hmotnost
146	56	168	19,84	Normální hmotnost
147	55	148	25,11	Nadváha
148	58	165	21,30	Normální hmotnost
149	64	148	29,22	Nadváha
150	56	161	21,60	Normální hmotnost

Příloha č. 3 – Data z dotazníků pro výpočet BMI respondentů - chlapci

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
1	56	171	19,15	Normální hmotnost
2	52	162	19,81	Normální hmotnost
3	60	175	19,59	Normální hmotnost
4	71	187	20,30	Normální hmotnost
5	50	168	17,72	Podváha
6	52	170	17,99	Podváha
7	53	164	19,71	Normální hmotnost
8	62	176	20,02	Normální hmotnost
9	78	168	27,64	Nadváha
10	72	186	20,81	Normální hmotnost
11	75	164	27,89	Nadváha
12	64	171	21,89	Normální hmotnost
13	68	161	26,23	Nadváha
14	84	171	28,73	Nadváha
15	65	177	20,75	Normální hmotnost
16	62	172	20,96	Normální hmotnost
17	61	160	23,83	Normální hmotnost
18	61	168	21,61	Normální hmotnost
19	84	171	28,73	Nadváha
20	81	176	26,15	Nadváha
21	79	170	27,34	Nadváha
22	65	174	21,47	Normální hmotnost
23	81	181	24,72	Normální hmotnost
24	84	174	27,74	Nadváha
25	71	168	25,16	Nadváha
26	68	159	26,90	Nadváha
27	58	156	23,83	Normální hmotnost
28	67	175	21,88	Normální hmotnost
29	68	174	22,46	Normální hmotnost
30	75	164	27,89	Nadváha
31	64	165	23,51	Normální hmotnost
32	58	163	21,83	Normální hmotnost
33	48	162	18,29	Podváha
34	58	158	23,23	Normální hmotnost
35	58	172	19,61	Normální hmotnost
36	71	170	24,57	Normální hmotnost
37	68	174	22,46	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
38	64	169	22,41	Normální hmotnost
39	81	174	26,75	Nadváha
40	79	176	25,50	Nadváha
41	67	180	20,68	Normální hmotnost
42	71	184	20,97	Normální hmotnost
43	76	174	25,10	Nadváha
44	55	174	18,17	Podváha
45	57	173	19,05	Normální hmotnost
46	58	170	20,07	Normální hmotnost
47	59	149	26,58	Nadváha
48	58	161	22,38	Normální hmotnost
49	71	170	24,57	Normální hmotnost
50	67	176	21,63	Normální hmotnost
51	49	153	20,93	Normální hmotnost
52	46	159	18,20	Podváha
53	65	172	21,97	Normální hmotnost
54	65	177	20,75	Normální hmotnost
55	45	160	17,58	Podváha
56	57	160	22,27	Normální hmotnost
57	61	170	21,11	Normální hmotnost
58	58	169	20,31	Normální hmotnost
59	52	148	23,74	Normální hmotnost
60	65	177	20,75	Normální hmotnost
61	71	175	23,18	Normální hmotnost
62	68	174	22,46	Normální hmotnost
63	58	167	20,80	Normální hmotnost
64	61	164	22,68	Normální hmotnost
65	57	160	22,27	Normální hmotnost
66	57	160	22,27	Normální hmotnost
67	51	153	21,79	Normální hmotnost
68	45	158	18,03	Podváha
69	69	170	23,88	Normální hmotnost
70	61	158	24,44	Normální hmotnost
71	53	168	18,78	Normální hmotnost
72	58	165	21,30	Normální hmotnost
73	51	151	22,37	Normální hmotnost
74	81	175	26,45	Nadváha
75	48	162	18,29	Podváha
76	71	178	22,41	Normální hmotnost
77	68	168	24,09	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
78	54	161	20,83	Normální hmotnost
79	65	177	20,75	Normální hmotnost
80	75	183	22,40	Normální hmotnost
81	71	180	21,91	Normální hmotnost
82	70	162	26,67	Nadváha
83	65	159	25,71	Nadváha
84	48	162	18,29	Podváha
85	63	178	19,88	Normální hmotnost
86	81	174	26,75	Nadváha
87	73	170	25,26	Nadváha
88	57	173	19,05	Normální hmotnost
89	77	180	23,77	Normální hmotnost
90	63	167	22,59	Normální hmotnost
91	75	175	24,49	Normální hmotnost
92	65	176	20,98	Normální hmotnost
93	80	184	23,63	Normální hmotnost
94	47	160	18,36	Podváha
95	73	172	24,68	Normální hmotnost
96	52	148	23,74	Normální hmotnost
97	74	167	26,53	Nadváha
98	47	155	19,56	Normální hmotnost
99	77	174	25,43	Nadváha
100	59	149	26,58	Nadváha
101	55	158	22,03	Normální hmotnost
102	71	181	21,67	Normální hmotnost
103	61	164	22,68	Normální hmotnost
104	55	151	24,12	Normální hmotnost
105	66	170	22,84	Normální hmotnost
106	50	149	22,52	Normální hmotnost
107	60	158	24,03	Normální hmotnost
108	60	170	20,76	Normální hmotnost
109	52	170	17,99	Podváha
110	61	168	21,61	Normální hmotnost
111	54	157	21,91	Normální hmotnost
112	53	170	18,34	Podváha
113	66	180	20,37	Normální hmotnost
114	58	157	23,53	Normální hmotnost
115	50	149	22,52	Normální hmotnost
116	66	155	27,47	Nadváha
117	68	175	22,20	Normální hmotnost

Pořadové číslo	Hmotnost	Výška	BMI	Klasifikace
118	55	148	25,11	Nadváha
119	58	165	21,30	Normální hmotnost

Příloha č. 4 – Vyplněný dotazník

Milí žáci, tímto bych Vás chtěla poprosit o spolupráci na výzkumném šetření zabývajícím se poruchami příjmu potravy. Dotazníky jsou anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumné části mé práce.

Odpověď prosím zakřížkujte, popřípadě doplňte. Za vyplnění vám děkuji.

Víchová Lenka

1) Uveď své pohlaví:

- Dívka
 Chlapec

2) Prosím, napiš svoje osobní údaje - hmotnost a výšku:

Hmotnost:*52*.....

Výška:*162*.....

3) Mentální bulimie je:

- Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.

4) Mentální anorexie je:

- Porucha příjmu potravy, při které člověk odmítá potravu, protože se bojí nadváhy.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk jí příliš mnoho potravin, které následně vyzvrátí.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk má hlad zejména v noci.
 Porucha příjmu potravy, při které člověk jí jenom čokoládu a jiné sladkosti.

5) Setkal (a) ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

- Ano
 Ne

6) Viděl (a) jsi někdy obrázky osob, které jsou takto nemocné?

Ano

Ne

7) Znepokojily tě tyto obrázky, přišli ti tito lidé vážně nemocní?

Ano

Ne

Nevím

8) Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci jen modelky?

Ano

Ne

Nevím

9) Myslíš si, že mohou mít tyto nemoci i muži?

Ano

Ne

10) Uveď zdroj informací o mentální bulimii a mentální anorexii (můžeš zaškrtnout více možností):

- Ve škole při výuce
- Doma od rodičů
- V televizi
- V novinách či časopisech
- Od spolužáků
- Na internetu
- Jinde (napíš kde)
- Nikde

11) Měl (a) jsi někdy starosti ohledně své hmotnosti?

- Ano
- Ne

12) Hlídáš si svou hmotnost?

- Ano
- Ne

13) Srovnáváš svou postavu s obrázky herců, hereček, modelek v médiích?

- Ano
- Ne

14) Držel (a) jsi někdy dietu?

Ano

Ne

15) Pokud ano, napiš jakou:

.....
.....

16) Vyzkoušel (a) jsi někdy nějaký přípravek na hubnutí?

Ano

Ne

17) Jak často navštěvuješ rychlé občerstvení (fast food) – např. McDonald' s, KFC apod.

Častěji jak 1x denně

Téměř každý den

Téměř každý týden

1 – 2x měsíčně

Max. 1 x za čtvrt roku

Max. 1 x za půl roku

Max. 1 x za rok

Vůbec nenavštěvuji