

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Závislostní chování s důrazem na poruchy příjmu potravy

Addictive behavior with an emphasis on eating disorders

Tereza Brožová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání – Speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání

Rok: 2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Závislostní chování s důrazem na poruchy příjmu potravy potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 20.4.2018

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters, positioned above a horizontal dotted line.

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D., za odborné vedení práce, za profesionální a zároveň laskavý přístup. Děkuji také ZŠ Hostivař za možnost realizace dotazníkového šetření a všem respondentům, kteří se šetření zúčastnili. V neposlední řadě patří velký dík mé rodině za její velkou podporu při mém dosavadním studiu.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

.....  
podpis

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou závislostního chování s důrazem na poruchy příjmu potravy. Pojednává o historii, multifaktoriálních příčinách, výskytu, průběhu, klinických následcích a samotné léčbě tohoto onemocnění. Podrobně se zabývá nejrizikovějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy – adolescencí. Nabízí také návod, jak poruchy příjmu potravy správně rozpoznat. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části je jasné vymezení pojmů a vystihnutí dané problematiky v co největší možné míře ucelenosti, aby každému čtenáři byly poskytnuty základní informace umožňující snadnou a rychlou orientaci v dané problematice. Základním cílem empirické části je zmapování informovanosti o poruchách příjmu potravy a účinnosti primární prevence u žáků devátých tříd na vytipované základní škole. Dílčím cílem je zjistit názor dotazovaných na tělesné sebepojetí a soudobý ideál krásy v souvislosti s pohlavím respondentů.

Výsledek průzkumu naznačuje, že převážná část žáků devátých tříd Základní školy Hostivař je vybavena elementárními znalostmi o problematice týkající se poruch příjmu potravy, avšak účinnost primární prevence na této škole, se dle výsledků nejeví zcela komplexní. Soudobý ideál krásy spojují respondenti se štíhlostí a značná část respondentů se cítí být ovlivněna médií, která tento ideál krásy neustále propagují.

Výstupem práce jsou doporučení pro rodiče a pedagogy v rámci primární prevence poruch příjmu potravy u adolescentů. Využita je komparativní metoda společně s dotazníkovým průzkumem.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

poruchy příjmu potravy, adolescence, primární prevence, mentální anorexie, mentální bulimie

## **ABSTRACT**

This bachelor work deals with problems of addictive behavior with an emphasis on eating disorders. Thesis describes history, multifactorial causes, the occurrence, the course, the clinical consequences and the treatment of disease itself. It deals in detail with the most risky period for eating disorders – adolescence. It also provides instructions how to recognize eating disorders correctly. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The aim of the theoretical part is to clearly define the terms and the content of the given issue to the greatest possible extent, in order to provide the reader with basic information enabling an easy orientation in the given issue. The basic aim of the empirical part is to chart awareness of eating disorders and the efficiency of primary prevention of ninth grade pupils in elementary school. The sub-goal determines opinion of bodily self-concept and contemporary ideal of beauty in relation to respondent's gender.

The result of the practical part suggests that the majority of pupils in the ninth grades of the Hostivař Primary School are equipped with elementary knowledge about problems related to food intake disorders, but the primary prevention efficiency in this school does not appear to be completely comprehensive. Respondents connect contemporary ideal of beauty with slenderness, and a large number of respondents feel sensitive to the media that constantly promote this ideal of beauty.

The output of this bachelor work is a recommendation for parents and teachers in the context of primary prevention of eating disorders in adolescents. The comparative method was used together with the questionnaire survey.

## **KEYWORDS**

Eating disorders, adolescence, primary prevention, mental anorexia, mental bulimia

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Závislost</b> .....	<b>10</b>
1.1 Vymezení pojmu závislost .....	10
1.2 Vznik závislosti.....	11
<b>2 Poruchy příjmu potravy</b> .....	<b>13</b>
2.1 Poruchy příjmu potravy obecně.....	13
2.2 Historie poruch příjmu potravy .....	15
2.3 Anorexia Nervosa.....	17
2.3.1 Epidemiologie mentální anorexie.....	19
2.3.2 Projevy, průběh a klinické následky mentální anorexie .....	20
2.4 Bulimia Nervosa.....	22
2.4.1 Epidemiologie mentální bulimie .....	23
2.4.2 Projevy, průběh a klinické následky mentální bulimie .....	24
2.5 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy .....	25
2.5.1 Psychogenní přejídání .....	26
2.6 Nové typy poruch příjmu potravy .....	26
2.6.1 Bigorexia nervosa.....	26
2.6.2 Drunkorexia nervosa .....	27
2.6.3 Ortorexia nervosa.....	27
<b>3 Etiologie poruch příjmu potravy</b> .....	<b>28</b>
3.1 Biologické rizikové faktory.....	28
3.2 Psychosociální rizikové faktory .....	29
3.3 Spirituální faktory.....	34
<b>4 Poruchy příjmu potravy – Jak je rozpoznat?</b> .....	<b>36</b>
4.1 Kapitola pro pedagogy .....	37
<b>5 Adolescence jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy</b> .....	<b>39</b>
<b>6 Specifické syndromy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících</b> .....	<b>41</b>
6.1 Diagnostika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů .....	42
6.2 Klinické následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů.....	42
6.2.1 Psychické následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů.....	42
6.2.2 Tělesné následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů .....	43
6.3 Terapie poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů .....	43
<b>7 Léčba poruch příjmu potravy</b> .....	<b>45</b>
7.1 Hospitalizace .....	46
7.2 Psychoterapie, nutriční terapie a sociální služby.....	47
7.3 Občanské sdružení Anabell.....	48
7.4 Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy.....	49
<b>8 Průzkum</b> .....	<b>51</b>
8.1 Cíl.....	51
8.2 Metodika průzkumu .....	51
8.3 Stanovení hypotéz .....	53

8.4	Výběr respondentů a realizace průzkumného šetření .....	54
8.5	Prezentace dat a interpretace výsledků dotazníkového šetření.....	55
8.5.1.	Prezentace dat a interpretace výsledků první části dotazníkového šetření .....	55
8.5.2	Prezentace dat a interpretace výsledků druhé části dotazníkového šetření .....	64
8.5.3	Prezentace dat a interpretace výsledků třetí části dotazníkového šetření .....	69
8.6	Závěr dotazníkového šetření.....	75
8.7	Limity dotazníkového šetření .....	77
8.8	Doporučení pro rodiče a pedagogy .....	78
<b>Závěr</b>	.....	<b>80</b>
<b>Seznam použitých informačních zdrojů</b>	.....	<b>84</b>
<b>Použité zkratky</b>	.....	<b>88</b>
<b>Seznam grafů</b>	.....	<b>89</b>
<b>Seznam tabulek</b>	.....	<b>90</b>
<b>Seznam příloh</b>	.....	<b>91</b>

## Úvod

Bakalářská práce pojednává o problematice závislosti se zřetelem na poruchy příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a zároveň nejzávažnější onemocnění dospívajících jedinců s velmi vážnými dopady na jejich psychické a fyzické zdraví. Značná část pacientů se s následky tohoto onemocnění potýká celý svůj život. Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace. Mezi nejvíce ohrožené patří ti, kteří během kritického období dospívání vyrůstají v prostředí, které klade velký důraz na výkon, a postupně tak v dospívajících buduje sklony k přílišnému perfekcionismu a následně sníženou sebeúctu a nízké sebevědomí. Velmi alarmující je fakt, že klesá věková hranice ohrožené skupiny a stále častěji toto onemocnění postihuje děti mladší deseti let. Této skutečnosti jistě nenapomáhá snadná dostupnost médií, která současný příliš hubený ideál krásy neustále propagují. Nynější hektický životní styl podporuje pokřivené vnímání světa kolem nás a velmi často je pokřivený i pohled do zrcadla. Toto zkreslené jednání vysvětlujeme skutečností, že pochvala fyzické přitažlivosti má pro nás mnohdy větší význam než ocenění našich kladných vlastností.

Je však nutné podotknout, že poruchy příjmu potravy již nejsou tabuizovaným tématem, jako tomu bylo kdysi, média tuto problematiku již začínají reflektovat a společnosti zabývající se módním a kosmetickým průmyslem do svých marketingových kampaní postupně zařazují i modelky se zdravými tělesnými proporcemi. Tento optimistický trend má však velmi pozvolnou vývojovou tendenci a neustále převažuje přesvědčení, že takzvaný model ideálu krásy musí splňovat velmi přísná kritéria a velké množství lidí se tomuto vzoru snaží alespoň přiblížit.

Motivace k volbě tohoto tématu je podmíněna aktuálností a značnou bagatelizací této problematiky. Velký význam má i osobní setkání s člověkem, který si prošel obdobím, kdy kvůli mentální anorexii podstoupil dlouhodobou léčbu a následky svého počínání mu kvalitu života narušují dodnes. Dále se domnívám, že z hlediska budoucího profesního života je mou povinností věnovat se tématům v oblasti Člověk a zdraví, do které tematika poruch příjmu potravy nepochybně patří.



Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu závislosti, dále pak na základní terminologii, historii, etiologii, výskyt a vývoj poruch příjmu potravy, popisujeme také multifaktoriální příčiny, diagnostiku a následnou léčbu. Významný prostor je věnován mentální anorexii a mentální bulimii, neopomenuli jsme však atypické, nespecifické a nové formy poruch příjmu potravy. Vzhledem k oboru mého studia na Pedagogické fakultě se důrazněji věnujeme výskytu těchto poruch především u adolescentů a dětí.

V rámci praktické části bakalářské práce se zaměřujeme na informovanost žáků devátých tříd základní školy o problematice poruch příjmu potravy, a to metodou dotazníkového šetření kvantitativního výzkumu.

Cílem této práce je jasné vymezení pojmů a vystihnoutí dané problematiky v co největší možné míře komplexnosti, a předložit tak čtenáři poznatky v ucelené a přehledné podobě způsobem, aby poskytovaly základní informace umožňující snadnou a rychlou orientaci v dané problematice. Základním cílem empirické části je zmapování informovanosti o poruchách příjmu potravy a účinnosti primární prevence u žáků devátých tříd na vytipované základní škole. Dílčím cílem je zjistit názor dotazovaných na tělesné sebepojetí a soudobý ideál krásy v souvislosti s pohlavím respondentů. Informovanost těchto žáků považujeme za jednu z nejdůležitějších, jelikož se nacházejí z hlediska věku v nejohroženější skupině pro možný vznik poruch příjmu potravy.

# 1 Závislost

Výraznou proměnu životního stylu naší společnosti během několika uplynulých let zcela jistě nelze přehlédnout. V důsledku stoupající tendence přiblížit se co nejvíce západní společnosti dáváme přednost zcela novým hodnotám, uznáváme jiné trendy a využíváme možnosti, které dnešní svět nabízí. Tento přirozený vývoj však přináší řadu stresových situací, se kterými se dennodenně setkávají nejen dospělí, ale také mladiství a děti.

I přesto, že většinová společnost žije v nadbytku, vznikají problémy s uspokojením základních potřeb. Někteří takto deprimovaní lidé se pokoušejí hledat způsoby, díky kterým nachází alespoň momentální a krátkodobé naplnění. Tyto způsoby však v mnohých případech mohou mít velice fatální dopad na život jedince.

## 1.1 Vymezení pojmu závislost

Pro přesnou formulaci termínu závislost si dovoluujeme citovat definici Světové zdravotnické organizace z roku 1964:

*„Závislost je stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.“*

V tomto prohlášení WHO<sup>1</sup>, dále také ve stále platném MKN-10<sup>2</sup> a DSM-V<sup>3</sup>, je pojem závislost spojován pouze s návykovými látkami, respektive s poruchami, které jsou vyvolané užíváním psychoaktivních látek. Připravovaná jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 zařazuje mezi duševní a behaviorální poruchy samostatnou kategorii behaviorální závislosti, mezi které začleňuje veškeré závislosti, které nejsou spojené s požíváním návykových látek.<sup>4</sup>

Závislost je komplexní porucha, která je charakteristická opakovaným nutkáním užít určitou látkou nebo se vědomě podvolovat určitému chování navzdory jeho negativním důsledkům. Jedná se o opakující se vzorec chování, který zvyšuje riziko vzniku zdravotních a/nebo osobních problémů. Behaviorální závislost je charakteristická

---

<sup>1</sup> World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

<sup>2</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí (desátá revize),

<sup>3</sup> Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

<sup>4</sup> Česká a slovenská psychiatrie; 2014;110 (3): 144 -150

**význačnosti** – daná aktivita se pro pacienta stává nejdůležitější v životě, začíná ovlivňovat jeho chování a myšlení. Významné jsou **změny nálad**, zvyšující se **tolerance**, kdy je nutná vyšší míra aktivity pro dosažení uspokojení, **konflikty** s ostatními osobami, **abstinenční příznaky** či **odvykací symptomy** vznikající v důsledku ukončení či omezení aktivity a **relaps**.<sup>5</sup>

Mezi behaviorální závislosti řadíme patologické hráčství, kleptomani, pyromani, trichotilomani, hypersexualitu a poruchy příjmu potravy. Závislost si lze vypěstovat na jakémkoliv chování, které přináší člověku uspokojení. V souvislosti s rozvojem informačních technologií známe nové, dosud nezařazené behaviorální závislosti, jako jsou technologické závislosti (PC, internet, mobil, hry, televize atd.), závislost na nakupování (oniomanie), workoholismus jako závislost na práci a sebepoškozování.<sup>6</sup>

## 1.2 Vznik závislosti

Závislost vzniká na základě deprivace, kdy jedinec není schopen přirozeným způsobem uspokojit některé ze svých základních potřeb, jako jsou například potřeba stálosti, řádu a smyslu, potřeba sociálních vztahů, společenského uplatnění a hodnot, potřeba podnětů. Závislost je multifaktoriálně podmíněná porucha. Na jejím vzniku se jako základní faktory podílejí osobnostní a somatické vlastnosti člověka, dále pak vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Jedná se tedy o **bio-psycho-socio-spirituální** působení symptomů na člověka. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace i míru rizika vzniku závislosti. (Vágnerová, 2012)

Studie dokazují, že užívání návykových látek a patologické závislostní chování stimuluje stejné systémy mozku. Největší roli hraje dopaminergní a endogenní opiátový systém. Dále bylo z hlediska genetiky zjištěno, že příbuzní prvního stupně mají významně vyšší prevalenci ke vzniku závislosti, pokud jejich rodič některou ze závislostí, ať už látkovou či nelátkovou, trpěl či trpí. K těmto výsledkům docházejí i molekulární genetické studie, které se snaží nalézt konkrétní geny zodpovědné za rozvoj závislosti.<sup>7</sup>

Adolescence a raná dospělost jsou z hlediska rizika vzniku závislosti obdobími nejvíce nebezpečnými. Jedná se o fáze hledání a vytváření vlastní identity. Jednou z variant

---

<sup>5</sup> Česká a slovenská psychiatrie; 2014;110 (3): 144 -150

<sup>6</sup> Česká a slovenská psychiatrie; 2014;110 (3): 144 -150

<sup>7</sup> Česká a slovenská psychiatrie; 2009;105 (6-8): 263-268

vymezení vlastní identity je volba tzv. negativní identity, která je spojena s odmítnutím společenských a rodinou preferovaných hodnot. Častým podkladem pro tuto volbu je nevyhovující rodinné zázemí, nízké sebehodnocení a pocity nedostatečných kompetencí. (Vágnerová, 2012)

## 2 Poruchy příjmu potravy

### 2.1 Poruchy příjmu potravy obecně

Již od počátku 20. století, kdy humanista Abraham Harold Maslow vytvořil hierarchii lidských potřeb, víme, že příjem potravy patří mezi základní fyziologické potřeby organismu. Lidé od nepaměti považují jídlo nejen za nutnost potřebnou k přežití, spojují ho také se společenskými příležitostmi, oslavu narozenin si bez dortu, chlebičků a dalších pochutin nedokážeme v dnešní době ani představit. Tento trend je umocněn i zásluhou sociálních sítí. Mladí lidé skrze tato média sdílí fotografie svých pokrmů nejen se svými kamarády, ale také s lidmi ze všech koutů civilizovaného světa. Slavnému výroku irského dramatika George Bernarda Shawa, „*Ze všech lásek nejupřímnější je láska k jídlu*“, dají jistě mnozí za pravdu. Množství přijímaného jídla nesoucí různou energetickou hodnotu spolu s dalšími faktory ovlivňuje naši tělesnou hmotnost. Proto se někteří lidé snaží ovlivnit svou postavu regulací přijímané potravy, a pokud se toto chování vymyká kontrole, dokážou své tělo i naprosto zničit.

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou jedním z nejzávažnějších a nejčastějších psychosomatických onemocnění, které postihuje ženy i muže. Adolescentní věk zůstává v současnosti pro rozvoj těchto poruch nejvíce rizikový, často se však setkáváme s tímto onemocněním napříč všemi generacemi.<sup>8</sup>

Mezi nejčastěji popisované syndromy PPP patří mentální anorexie (dále MA), mentální bulimie (dále MB) a záchvatovité přejídání. Dále můžeme v literatuře nalézt atypické formy PPP, jinak nespécifické formy PPP a nové formy PPP jako jsou ortorexie, drunkorexie, bigorexie a další. Papežová však do základní klasifikace tyto poruchy nezařazuje. (Papežová, 2010)

Základní projevy onemocnění jsou hubnutí a omezení příjmu potravy. Ztráta chuti k jídlu není ve všech případech samozřejmá. Téměř polovina pacientů kombinuje omezení příjmu potravy s nadměrným a nepřiměřeným cvičením. Pacienti snižují svou váhu také zvracením, používají medikamenty s projímavými či odvodňujícími účinky a různé další

---

<sup>8</sup> <http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>

dietní přípravky. Záměrem tohoto chování je docílení váhového úbytku spolu s maximální kontrolou nad vlastním tělem. (Papežová, 2010)

PPP jsou onemocněním charakterizované velmi různorodým průběhem, délkou trvání a dopadem na zdraví pacienta. Nemoc má plíživý charakter, a tak je velmi často zřetelná až po dlouhé době. Pokud dospěje onemocnění do chronického stádia, přináší pacientům a jejich blízkým značné utrpení. Narůstají vážné zdravotní komplikace, které vyžadují vysoce profesionální interdisciplinární přístup. To vše je samozřejmě spojeno s nemalými finančními náklady na léčbu, kterou často ztěžují samotní pacienti a jejich rodiny utajováním důležitých informací a odmítáním z důvodu nedostatečné motivace ke změně a v neposlední řadě také ze strachu ze stigmatizace. (Papežová, 2010)

Příznačným rysem PPP jsou také poruchy myšlení a velmi kritické jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Na úkor jiných sociálních aktivit se nemocní zabývají pouze jídlem. (Venglářová, Babiaková, 2006)

Velmi častý průběh onemocnění u jedince je prvotní výskyt MA, která po určité době přechází v MB. Pacient se poté nachází v cyklu, kdy se v určitém období tato dvě onemocnění střídají. Postižení se mylně domnívají, že přijímání či nepřijímání potravy budou mít vždy pod kontrolou, a bude tedy možné tyto dvě odlišné fáze kdykoliv ukončit. (Nývtová, 2010)

Pokud bychom měli vymezit hlavní rozdíl mezi MA a MB, nacházíme jej v rozdílném zacházení s potravou. Pacienti s MA jídlo odmítají. Při každodenním opakování odpirání pokrmů dochází ke značnému váhovému úbytku. Proti tomu pacienti s MB se snaží svůj kalorický příjem regulovat redukčními dietami, snižují množství jídla a stravují se velice chaoticky a nepravidelně. V určitém okamžiku hladovění přeruší, přejí se, a to takovým způsobem, že jsou schopni v jednu chvíli zkonsumovat obrovské množství jídla. Poté „propadají“ pocitu viny, který kompenzují zvracením či zneužíváním medikamentů, jako jsou diuretika či laxativa. Obě poruchy mají však mnoho společného, jako například intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem. (Marádová, 2007)

Tělové schéma u pacientů s PPP bývá zkresleno emocionálně, obavami nebo přáním. Obvykle se nejedná o poruchu percepce, jelikož přesně charakterizovat postavu jiného člověka jim nečiní problém. Člověk se vidí takovým, jakým si přeje být, či jakým si obává, že je. Velký důraz na důležitost vlastního sebepojetí má **rigidita**. Každá změna bývá

u pacientů velice citlivě prožívána. Je časté, že dívky a chlapci, kteří byli v dětství spíše obtloustlí a všichni jim to připomínali, si připadají silní, i když vyrostli a zeštíhleli, a nikdo je již nepatřičně neupozorňuje. (Vágnerová, 2012)

Enormně rostoucí výskyt těchto civilizačních chorob nepochybně souvisí se sociokulturním prostředím, ve kterém žijeme. Společnost klade velký důraz na zevnějšek. Lidé, kteří dosáhnou konvenčního štíhlého ideálu krásy, mají vyšší sociální status. Většina dospívajících se chce tomuto vzoru co nejvíce přiblížit. (Krch, 1998)

Není tedy překvapivé, že lidé, a především dospívající, kteří nedosáhnou už tak těžce dosažitelného ideálu štíhlosti, trpí negativním vztahem k vlastnímu tělu. Tento problém mohou začít řešit kontrolováním příjmu potravy, zajistit si tak možný váhový úbytek, a tedy změnu vnějšího vzhledu. Bohužel je však velmi časté, že z této přehnané kontroly se rozvine některá z PPP. (Vágnerová, 2012)

WHO uvádí v tabulce mezinárodní klasifikace váhy dospělých hodnoty normy BMI 18,50 - 24,99. Hodnoty 25 a výše indikují nadváhu, hodnoty 30 a výše obezitu. Podvýchiva se vyznačuje hodnotou BMI 18,49 a níže.<sup>9</sup>

## 2.2 Historie poruch příjmu potravy

První zmínky o PPP sahají až do daleké historie 5. století před naším letopočtem, kdy Hippokrates používá pro toto onemocnění název asithia, tedy nedostatek požitku z jídla. Odborný termín anorexia přichází od Galéna ve 2. století našeho letopočtu. První spisy o dívce, která zemřela hladem, pochází ze 14. století. Byla jí sv. Kateřina, které se ve snu měl zjevit Kristus s výzvou, aby pila krev vyvěrající z jeho ran. Klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze MA, jsou zaznamenány v 17. století. Nejdokonalejší popis choroby v této době je připisován anglickému lékaři Richardu Mortonovi (1637 - 1698). Ve světové literatuře je uváděn jako “první portrétista mentální anorexie”. (Faltus, 1979)

Na počátku devatenáctého století se objevuje termín nervová anorexie, a to hlavně ve francouzské literatuře. Ve svém pojednání o ženských chorobách rozlišuje v roce 1840 Fleury Imbert, francouzský fyziolog a frenolog, kromě bulimie ještě dva druhy anorexie: **gastrickou anorexii** a **nervovou anorexii**. První typ anorexie je především poruchou

<sup>9</sup> [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

trávení, zatímco u druhého typu, nervové anorexie, pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu. Ve Francii se od devadesátých let devatenáctého století stala mentální anorexie běžně užívaným lékařským termínem. Britský lékař William Gull zavádí v roce 1874 termín **Anorexia nervosa**. (Navrátilová, 2000)

Názor, že MA je duševní poruchou, převládal až do roku 1914, kdy hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých pacientů léze v hypofýze. MA začala být spojována se Simmondsovou kachexií. Zásadou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy ze čtyřicátých let 20. století byla však MA znovu zařazena mezi duševní poruchy. U nás se o studium PPP v první polovině 20. století zasloužil především Vratislav Jonáš, který české lékaře nabádal, aby v patologické hubenosti dívek nehledali pouze somatické příčiny, ale brali zřetel i na možnou změnu psychiky pacientky. (Papežová, 2010)

O MB jsou v literatuře pouze sporadické zmínky. Podle Plutarcha, řeckého historika, spisovatele a filosofa, byl pojem bolimos označován zlý démon, který je symbolem nadměrného hladu. Pozdější filologové však tvrdí, že název bulimie pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). V době antického Říma bylo ve vyšších vrstvách jídlo konzumováno ve velkém množství. Sám Seneca v roce 65 před naším letopočtem toto obžerství popisuje slovy: *“Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.”* Tento trend přejídání provází vyšší vrstvy obyvatelstva celým starověkem i středověkem. V roce 1979 britský psychiatr **Gerald Russel** poprvé užívá termín **Bulimia nervosa**, který popisuje jako silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí. Přikláněl se k názoru, že mentální bulimie je jen odlišnou formou mentální anorexie. V roce 1987 se Světová zdravotnická organizace zasloužila o samostatné vymezení termínu mentální bulimie. (Papežová, 2010)

Lékař **František Faltus** v roce 1983 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze **Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu**, která byla první svého druhu ve střední a východní Evropě. Publikoval také monografie *“Řekni mi, co jíš”* (1977) a *“Anorexia mentalis”* (1979). V současnosti na jeho vědeckou činnost navázali František David Krch, Hana Papežová a Jana Kocourková působící na Dětské psychiatrické klinice FN Motol.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Česká a slovenská psychiatrie; 2010;106 (4): 246-264



Od roku 1989 je pro pacienty s PPP k dispozici Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci a od roku 1992 také v Jablonci nad Nisou. Nově vznikly jednotky pro poruchy příjmu potravy při olomoucké psychiatrické klinice (1997) a Psychiatrické nemocnici v Opařanech (2009). V roce 2002 vzniklo **Občanské sdružení Anabell**, které nabízí pomoc a podporu osobám postiženým a ohroženým poruchami příjmu potravy hledat východiska k řešení svých problémů. Jeho vedením je pověřena Jana Sladká Ševčíková. (Papežová, 2010)

### 2.3 Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa neboli mentální anorexie patří mezi závažné onemocnění charakteristické záměrným snižováním tělesné hmotnosti a patologickým strachem ze ztloustnutí. Způsoby, kterými nemocní docílí úbytku váhy, jsou velmi různé. Spolu s extrémním omezením příjmu potravy je pro pacienty velmi obvyklé intenzivní cvičení. Toto nezvyklé chování často kompenzují sledováním kuchařských pořadů, sbíráním receptů, vyvažováním pro nejbližší nebo nakupováním velkého množství jídla. Cílem tohoto jednání je potvrzení vlastní síly skrze ovládnutí pocitu hladu. Hladovění snižuje u dotyčného pocit úzkosti. Pokud by se anorektik najedl více než sám považuje za vhodné, bude prožívat velmi silné a nepříjemné pocity vlastního selhání. Takto vzniká závislost na pocitu hladu, který je důkazem, že nemocný netloustne. (Krch, 2010)

Pocit uspokojení z přehnané sebekontroly, úmorného cvičení a následného hubnutí je mnohem silnější než varující náznaky vlastního těla. Patologické a sebedestruktivní kroky k vysněnému cíli hubeného těla podnikají za “zavřenými dveřmi”. Tajně intenzivně, často i v noci, cvičí, vyhazují nebo schovávají jídlo. Vyhublý ideál krásy se pro ně stává posedlostí i celým světem. (Krch, 2005)

**Pro přesné vymezení nemoci uvádíme definici podle MKN-10, F50.0 používané v klinické praxi:**

*„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu.*

*Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.”* (WHO, 2008, s. 227)

**Pro exaktní formulaci a snazší orientaci uvádíme diagnostická kritéria MA podle MKN-10, F50.0 využívané odborníky pro publikační účely a výzkum:**

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých s BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám způsobem, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.*
- C. 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.*
- D. 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.*
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, pubertální projevy jsou opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.<sup>11</sup>*

Anorektici mají narušené vnímání vlastního těla, trpí pocitem, že jsou tlustí, zejména v oblasti břicha, zadku a stehen. Nemají objektivní náhled na situaci a trpí tendencí popírání svých problémů. Díky tomu často nejsou motivováni k léčbě. (Krch, 2005)

Dle dosavadních poznatků medicíny rozlišujeme dva typy MA. Prvním z nich je **typ nebulimický (restriktivní)**, který je charakteristický tím, že během onemocnění u pacienta

---

<sup>11</sup> Medicína pro praxi; 2007; 4 (3): 420-422

nedochází k záchvatům přejídání, které se vyskytují u MB. Druhým je **bulimický (purgativní) typ**, u kterého dochází v průběhu onemocnění pacienta k záchvatům přejídání, které je charakteristické pro MB. Dle dosavadních statistik je druhý typ rozšířenější. (Krch, 2005)

Organismus se díky dvěma mozkovým centřům v hypothalamu dokáže nadbytku nebo, v tomto případě, nedostatku příjmu potravy, bránit. Je-li aktivováno centrum hladu v hypothalamické laterální části v mozku, organismus vyhledává a přijímá potravu. Je-li naopak aktivováno centrum sytosti, organismus nemá potřebu přijímat potravu. Avšak v důsledku dlouhodobého hladovění dochází k vyhasnutí těchto somatických signálů. Ztrácí se chuť k jídlu a postupně vymizí i pocit hladu.<sup>12</sup>

### 2.3.1 Epidemiologie mentální anorexie

Výskyt mentální anorexie popisují autoři v odborné literatuře různě. Krch (2010) uvádí výskyt ve společnosti 0,5 - 0,8 %, Papežová (2010) zase 1 %. Vašků (2017) uvádí celkovou prevalenci mezi 0,5 - 2 %. Jedna z posledních studií zabývající se prevalencí mentální anorexie vznikla ve Finsku. Orientovala se na skupinu žen narozených v letech 1975 - 1979. Výsledkem studie byla prevalence MA, která dosáhla 2,2 % a při rozšíření definice nesplňující všechna kritéria MA dokonce 4,4 %.<sup>13</sup>

Od roku 1994 nastalo v České republice zvyšování hospitalizací pacientů s diagnostikovanou PPP. Toto se přikládá sociálním a politickým změnám, cestováním za prací do zahraničí, a především všemi médii propagovanému ideálu krásy. Dnešní epidemiologické studie také dokazují, že dochází k nárůstu výskytu MA také v afrických zemích, z čehož plyne, že onemocnění PPP nepatří pouze do západního světa. Tento nárůst je vysvětlován postupným zvyšováním celkové životní úrovně. (Papežová, 2010)

Odborníci se shodují na typickém nástupu onemocnění během adolescence, kdy je prevalence mezi 3 - 7 %, onemocnění v tomto období je třikrát častější u dívek. Subklinickými variantami mentální anorexie trpí cca 10 % adolescentních dívek. Vágnerová (2012) uvádí poměr nemocných chlapců a dívek 1:10. Rizikový věk je uváděn mezi 13. - 15. rokem, dále pak mezi 17. - 18. rokem. V současné době však vzniká

---

<sup>12</sup> [https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPF0422c/um/NT-exokrinni\\_pankreas.pdf](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPF0422c/um/NT-exokrinni_pankreas.pdf)

<sup>13</sup> <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>

onemocnění v každém věku. Stále častěji nalézáme případy onemocnění menších dětí a dále pak žen středního věku.

Existují také riziková povolání, kde je vnější vzhled považován za velmi důležitou profesní součást, především v oblasti televizní zábavy, ať už se jedná o moderátory, herce nebo zpěváky, dále pak v modelingu, ale i u vrcholových sportovců, baletek, kde je úspěch spojován s výkonností.<sup>14</sup>

Celkově se výskyt onemocnění v populaci předpokládá daleko vyšší, epidemiologie se mapuje velice obtížně, jelikož anorektici svou nemoc velmi často dlouho utajují. (Krch, 2005)

### **2.3.2 Projevy, průběh a klinické následky mentální anorexie**

Mentální anorexie se může projevit pouze jednou epizodou, může však mít i chronický průběh. Prognóza není příliš radostná, v průměru 30 % pacientů se zcela vyléčí, 20 % zůstane těžce postižených a u většiny dochází ke kolísání potíží a k částečnému zlepšení. 5 % pacientů končí smrtí. Nebezpečí úmrtí pacientů s MA bývá až 18krát vyšší než u zdravých vrstevníků. Samotný rozvoj obtíží bývá ve svém počátku zcela latentní, pozvolný a plynulý. Často se ani nejeví jako porucha, pacienti začínají držet přísné diety a nadměrně cvičit. Anorektik může být pozitivně oceňován a chválen za prvotní váhové úbytky. Ve chvíli, kdy si okolí všimne nápadného a přehnaného chování, nemocní ve většině případech bagatelizují závažnost svého jednání a popírají jakékoli obtíže. Argumentují zdravou stravou, zdravým životním stylem. Velmi často lžou, podvádějí, schovávají nebo vyhazují jídlo. (Vágnerová, 2012)

Nemocní mění svůj jídelníček, přestávají jíst vydatná nebo nezdravá jídla. Nejedí nic, co by mohlo být "navíc". Tyto změny ve stravování důsledně dodržují, často žvýkají žvýkačky, kouří a pijí dietní kolové nápoje. Jedí velice pomalu, vše krájí na malé kousky. Neradi potraviny konzumují ve společnosti, reagují přecitlivěle, pokud je u jídla někdo sleduje. Velice snadno se cítí přejedeni. Tělesná aktivita velmi narůstá, nemocní mají neustálou potřebu být fyzicky aktivní. Cvičí i několik hodin denně, dokonce i v noci. Mají zhoršené soustředění, s rostoucí malnutricí přichází únava a vyčerpanost.

---

<sup>14</sup> <http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>

Neustále se zaobírají vlastní postavou, hmotností, váží se i několikrát denně, nebo se naopak váze úplně vyhýbají. Postupně se začínají uzavírat do sebe, jsou podráždění, přecitlivělí a straní se přátel a rodině. Se svými vrstevníky nesdílí žádné společné zájmy. Pokud jsou nuceni jíst, reagují hystericky, mohou vyhrožovat nebo emočně vydírat. Zajímá je pouze hubnutí, vše ostatní ztrácí svůj původní význam. (Krch, 2010)

#### **Mezi základní klinické následky MA patří:**

- Chybění podkožního tuku a svalstva, kůže je suchá, nažloutlá, bez elasticity, snadno praská a velmi špatně se hojí. Po celém těle je zvýšený nárůst ochlupení, tzv. lanugo. Vlasy podléhající zvýšenému vypadávání a lámání.
- Únava, svalová slabost a porucha termoregulace projevující se zimomřivostí je spojena s vyšším rizikem prochladnutí.
- Poruchy růstu a hustoty kostí – osteoporóza, zvýšená lámavost kostí v důsledku hypokalcémie (nedostatek vápníku). Pro časný počátek onemocnění je typický nízký vzrůst pacientů.
- Psychické poruchy - deprese, úzkost, nesoustředěnost.
- Metabolické poruchy, zejména hypokalémie (nedostatek draslíku) vznikající v důsledku dehydratace, která vede k dalším kardiovaskulárním a renálním komplikacím. Na kardiovaskulární a centrální nervovou soustavu má velký vliv i nedostatek sodíku a hořčíku.
- Poškození ledvin a gastrointestinálního traktu – žaludeční vředy vznikající v důsledku nadměrné sekrece žaludečních žláz, problémy s vylučováním – zácpa, průjem, nadýmání či nepříjemné pocity plnosti. Porucha činnosti jater.
- Plicní a srdeční patologie – změny krevního obrazu – anémie, hypoglykémie, vysoký cholesterol, snížená obranyschopnost, změny kostní dřeně, bradykardie, arytmie, srdeční selhání.
- Hematologické a imunologické poruchy.
- Onemocnění dentice.
- CNS poškození.

- Ztráta menstruace u dívek a žen.
- Poruchy reprodukční schopnosti v důsledku ztráty menstruace mohou vést až k úplné neplodnosti. Častý je opožděný nástup puberty a ztráta libida.<sup>15</sup>

Výskyt trvalých následků závisí na délce trvání onemocnění a věku, kdy se onemocnění projeví. Mezi nekritičtější proto patří období puberty, kdy může dojít k nevratnému poškození fyziologických funkcí organismu.<sup>16</sup>

## 2.4 Bulimia Nervosa

U pacientů s mentální bulimií dochází ke střídání dvou extrémních období. Prvním z nich je období hladovění a druhým je záchvatovitě přejídání s následnými snahami o co nejrychlejší vyloučení jídla z trávicího traktu z důvodu obav z nárůstu tělesné hmotnosti. Hranice mezi MA a MB bývají často velmi neostré a nejasné, jelikož obě formy mohou často přecházet jedna ve druhou. (Papežová, 2003)

Pro onemocnění je charakteristická neovladatelná chuť po jídle, která může přejít až v závislost na jídle. Záchvaty přejídání se opakují. Četnost opakování bývá individuální. Pacient jí i přesto, že zrovna nemá hlad. Množství snědené potravy bývá obvykle gigantické. Onemocnění je zároveň spojeno i s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a vnějšího vzhledu. (Vágnerová, 2012)

**Pro přesné vymezení nemoci uvádíme definici podle MKN-10, F50.2 používané v klinické praxi:**

*„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou tělesné váhy vedoucí k přejídání následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie trvající od několika měsíců po několik let.“*  
(WHO, 2008, s. 227)

<sup>15</sup> [https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVVPF0422c/um/NT-vyziva\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy.pdf?lang=cs](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVVPF0422c/um/NT-vyziva_poruchy_prijmu_potravy.pdf?lang=cs)

<sup>16</sup> [https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVVPF0422c/um/NT-vyziva\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy.pdf?lang=cs](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVVPF0422c/um/NT-vyziva_poruchy_prijmu_potravy.pdf?lang=cs)

### **Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F50.2):**

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.*
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.*
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.<sup>17</sup>*

Papežová (2010) rozlišuje dva typy MB, **purgativní typ** (bulimický) - kdy v průběhu nemoci dochází k opakovanému zvracení, užívání laxativ a diuretik a tělesná hmotnost je o 15 % nižší než odpovídá věku a výšce, a **nepurgativní** (restriktivní) - typ bez zvracení.

Bulimici si na rozdíl od anorektiků uvědomují své patologické chování a často mívají snahu zbavit se přejídání a následného zvracení. Dále se u bulimiků méně často vyskytují úbytky tělesné hmotnosti a trvalá amenorea. Velmi časté je výrazné váhové kolísání.

#### **2.4.1 Epidemiologie mentální bulimie**

Přesné stanovení epidemiologie je problémem nejen díky bulimikům, kteří svou nemoc skrývají a tají, ale také z důvodu kratší časové periody než u mentální anorexie. Mentální bulimie byla poprvé popsána až v roce 1979.

Prevalence MB se u autorů různí. Koutek (2008) uvádí údaj mezi 1 - 3 %, Vašků (2017) udává 4 - 9 %. Vágnerová (2012) přisuzuje výskyt na 2 - 6 % ženské populace, kdy nejrizikovější věk je mezi 16. - 40. rokem. Mentální bulimie má tedy četnější výskyt než mentální anorexie.

Ženské pohlaví má i v této nemoci navrch, dokonce několikanásobně. Poměr žen a mužů je udáván 20:1. Nástup onemocnění přichází obvykle o něco později, tentokrát v pozdní adolescenci a rané dospělosti. Výskyt tohoto onemocnění neustále roste. Přejídání je v dnešní době častým jevem. (Papežová, 2010)

---

<sup>17</sup> Medicína pro praxi; 2007; 4 (3): 420-422

Dotazníkový screening (Krch a Drábková, 1996) ukázal nespokojenost s vlastním tělem u středoškolských studentů v České republice. 5,7 % žen splnilo kritéria pro MB. Studie Pavlové (2010) udává narůstající incidenci hospitalizací pro MB v období 1994 - 2005 u různých věkových kategorií mužů a žen.

#### **2.4.2 Projevy, průběh a klinické následky mentální bulimie**

Rozvoj mentální bulimie bývá, stejně jako u anorexie, plynulý, nemocní se však postupně dostávají do stádia, kdy jim bulimie začne narušovat život a vede k různým somatickým problémům. Tyto problémy často nejsou tak závažné, jako u anorexie. Nedovedou se normálně najíst, střídá se jim období hladovění a extrémního přejídání. Často jedí v ústraní, tajně. Jejich hmotnost velice často kolísá, a to výrazně. Jedí spíše rychleji a větší sousta, jsou schopni smíchat potraviny různého druhu. Potraviny vybírají spíše velmi hutné, kalorické a nezdravé a hodně pijí. (Krch, 2010)

Nemocní obvykle trpí nízkou sebeúctou a sníženou tolerancí k zátěži. Bulimie bývá také často spojena s problémy užívání alkoholu, drog nebo léků. Vzhledem k zneužívání diuretik a laxativ bývají nemocní dehydrováni. Samostatný výskyt mentální bulimie bez kombinace s mentální anorexií bývá příznivější, jelikož bulimici jsou častěji motivováni k léčbě a své chorobné počínání si uvědomují. (Papežová, 2010)

Úmrtnost se pohybuje mezi 0 - 2 %. Úspěšnost vyléčení je udávána u 60 % pacientů.<sup>18</sup>

Somatické poškození záleží na četnosti zvracení a množství užívání diuretik a laxativ.

#### **Mezi základní klinické následky mentální bulimie patří:**

- Poškození gastrointestinálního traktu – poranění sliznice, velká kazivost zubů, zápach z úst, záněty a otoky slinných žláz – vytváří dojem kulatého obličeje, vylučovací problémy – zácpa, nadýmání, průjem. Při abusu laxativ hrozí poškození nervových plexů tlustého střeva, narušení střevní mikroflóry a riziko střevní infekce. Poškození jater a vznik žaludečních a jícnových varixů.
- Poškození ledvin.
- Hematologické abnormality – chudokrevnost, vysoká hladina cholesterolu, hypoglykémie, arytmie, srdeční selhání.

---

<sup>18</sup> Psychiatrie pro praxi. 2002; 5; s.202-205



- Neurologické abnormality jako následek hypokalémie – křeče, mdloby, závratě, stavy zmatenosti, dále pak snížení intelektové výkonnosti, nesoustředěnost, únava a apatie.
- Endokrinologická onemocnění – oslabení imunity, narušení termoregulace.
- Svalová ochablost, osteoporóza.
- Zhoršení kvality pleti, lámání a vypadávání vlasů.<sup>19</sup>

## 2.5 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy

Vedle MA a MB existují takové formy PPP, které jsou charakteristické absencí jednoho či více klíčových rysů, které jsou typické pro diagnostiku jedné z již zmíněných poruch. Pro tyto účely rozlišuje desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí atypické PPP, jako jsou **atypická mentální anorexie** (F50.1) a **atypická mentální bulimie** (F50.3), dále pak **přejídání spojené s psychologickými poruchami** (F50.4) často vyvolané stresem, **zvracením spojeným s jinými psychologickými poruchami** (F50.5) a **jiné poruchy příjmu potravy** (F50.8), mezi které řadíme onemocnění zvané **pika**, vyznačující se požíváním předmětů neorganického původu ve vývojově nevhodném věku, **psychogenní ztrátu chuti k jídlu** a **syndrom nočního přejídání**.

DSM-V zařazuje atypické formy PPP pod zkratku **EDNOS** (Eating Disorders Not Otherwise Specified). Do této kategorie zahrnujeme:

- *Ženy a dívky, které splňují kritéria pro AN, ale přetrvává u nich pravidelná menstruace,*
- *ty, které splňují všechna kritéria pro AN, ale přes velmi signifikantní váhovou ztrátu (u premorbidní obezity) jejich individuální váha ještě spadá do normálního rozmezí,*
- *jedince, kteří splňují všechna kritéria pro BN, pouze frekvence záchvatů přejídání a neadekvátního kompenzačního chování je menší než 2krát týdně po dobu tří měsíců,*

<sup>19</sup>[https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPPF0422c/um/NT-vyziva\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy.pdf?lang=cs](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPPF0422c/um/NT-vyziva_poruchy_prijmu_potravy.pdf?lang=cs)

- *ty, kteří pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství jídla (ne po záchvatu přejídání) a mají normální váhu (např. vyvolají si zvracení po konzumaci dvou sušenek),*
- *jedinice, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velká kvanta jídla, aniž by je polykali,*
- *psychogenní přejídání, opakované epizody přejídání bez užívání kompenzačních mechanismů charakteristických pro bulimii. (Papežová, 2010, s. 127)*

Atypické formy jsou charakteristické podobnými psychosomatickými následky jako plně vyjádřené formy PPP. Terapie těchto forem se neliší od typických.

### 2.5.1 Psychogenní přejídání

Pro pacienty trpící psychogenním přejídáním je typický tzv. **craving**, neboli bažení po jídle, které je podobné touze po drogách. Tito lidé se neustále zabývají jídlem, dokážou sníst velké množství potravy během krátké doby, záchvaty přejídání jsou často spojeny s nedostatečným zvládnutím stresových situací. Diagnostika stanovuje přítomnost minimálně dvou dnů přejídání v týdnu v období šesti měsíců, **bez kompenzačních mechanismů**, jako je zvracení apod. Tímto se psychogenní přejídání liší od mentální bulimie. Typický je i strach z obezity a nepříjemné pocity úzkosti a vlastního selhání po záchvatech. Pacienti jedí o samotě i když nemají hlad, a jedí do chvíle, kdy jsou tak přeplněni, že do sebe již více potravy nemohou dostat.

## 2.6 Nové typy poruch příjmu potravy

### 2.6.1 Bigorexia nervosa

Dle Ladishové (2006) trpí bigorektici pocitem nedostatečného svalového vyvinutí a připadají si slabí. To kompenzují nadměrným cvičením v posilovnách, užíváním bílkovinných preparátů a steroidů. Oddych bigorektici prožívají s úzkostí. Bývají často chronicky unavení, mívají problém s koncentrací. Vyskytují se u nich křeče a bolesti svalů z důvodu velké přetřénovanosti. Touto poruchou trpí převážně muži.

Jiné názvy pro toto onemocnění jsou „dysmorfofobie“ nebo „Adonisův komplex“. Mezi hlavní rizika této poruchy patří poškození pohybového aparátu z důvodu dlouhodobého přetěžování, dále pak může nevyvážená strava a nadužívání chemických potravinových doplňků zatěžovat trávicí systém. (Kramulová, 2008)

### Příčiny bigorexie:

- Tlak současné společnosti k dosažení image.
- Sklony k perfekcionismu a potřeba neustále vítězit. (Ladishová, 2006)

### Příznaky bigorexie:

- Chronická únava.
- Problém koncentrace.
- Ztráta fyzické i psychické vitality.
- Bolesti svalů a křeče.
- Zpomalený srdeční rytmus. (Ladishová, 2006)

### **2.6.2 Drunkorexia nervosa**

Pacienti s touto poruchou záměrně snižují počet přijímaných kalorií z potravy, aby bez výčitek mohli konzumovat vysoce kalorický alkohol. Velmi častý je i vysoký výdej energie (např. tancováním) na různých večírcích. Alkohol se díky prázdnému žaludku vstřebává rychleji, a tak vzniká ohrožení celkového kolapsu, který může skončit, a také velmi často končí, smrtí. Dle statistik jsou touto chorobou postiženy většinou vysokoškolské studentky ve věku 18 - 24 let. (Kramulová, 2008)

### **2.6.3 Ortorexia nervosa**

Řecké slovo orthorexia pochází ze slov “orthos” - správný a “orexis” - chuť. Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou. Tito lidé jsou velkými odpůrci uměle hnojených a geneticky modifikovaných potravin. Orientují se na zdravé biopotraviny a nezřídka kdy bývají podvyživení. Jakýkoliv stravovací prohřešek bývá doprovázen silným pocitem viny. Ortorexie se častěji vyskytuje u žen. Ortorektici jsou přísní, upjatí a nároční na sebe i své okolí. (Kramulová, 2008)

### 3 Etiologie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou **multifaktoriálně** podmíněným onemocněním. Rozvíjí se jako důsledek komplexního působení biologických, psychických, sociálních a spirituálních (osobnostních) faktorů spolu s působením zátěžových vlivů. Mezi těmito faktory má rozhodující vliv chování při držení diety. Častým spouštěcím mechanismem onemocnění bývá neschopnost zvládnání stresových situací nebo nepříznivých životních událostí.

#### 3.1 Biologické rizikové faktory

##### Pohlaví

Dle Krcha (2000) je riziko onemocnění MA u žen v průměru desetkrát vyšší a v případě MB až dvacetkrát vyšší, než je riziko u mužů. Mužské pohlaví příliš často nepodléhá dietám, muži nekontrolují tak citlivě svou tělesnou hmotnost a nejsou všeobecně vystaveni tlaku společnosti, jelikož je ženské tělo tradičně vnímáno jako důležitější a jeho proporce mají významnější roli v životě ženy než v životě muže. Ženy více zajímá tělesný vzhled, tělesná hmotnost a krása, naopak muže zase muskulatura a síla. Tyto vlastnosti jsou v přímém rozporu s fyziologickými předpoklady ženského a mužského těla a se změnami, kterými naše těla v průběhu dospívání prochází.

##### Věk

Období puberty a adolescence je nejrizikovější pro vznik některé z PPP. Pro tato vývojová stadia jsou charakteristické psychické a především fyzické dozrávání. Objevují se sekundární pohlavní znaky, chlapci sílí, začínají nabírat svalovou hmotu, dívky se naopak zaoblují v partiích typických pro ženskou krásu, tedy v oblasti boků, zadku, břicha a prsou. Dospívající se stává sociálně vnímavějším, a tedy i citlivějším na reakce okolí. Jeho sebevědomí je labilní. U fyzicky vyvrážděnějších dívek je riziko vzniku PPP až dvojnásobně vyšší, jelikož bývají zpravidla silnější než jejich vrstevníci, a mohou tak být terčem posměchu. Velmi typický pro tyto časnéji vyvrážděné dívky je strach z dalšího nabírání na váze. S dospíváním je spojena částečná a přirozená separace od rodiny, snaha o sebeprosazení a autonomii. Časně odloučení od rodiny v adolescenci může u rizikových jedinců vést k narušení jídelních zvyklostí. (Papežová, 2010)

## Změny funkce hypothalamu

Hypothalamus je část mozku zodpovědná za regulaci tělesné teploty, emocí, sexuálního chování, hormonální regulaci, apod. Zajišťuje také příjem potravy a tekutin. Jeho dysfunkce se může projevit ve stresových situacích a může vést ke vzniku poruch jídla. Na této regulaci se podílejí neurotransmitery jako noradrenalin, serotonin a dopamin. Centrální nedostatek serotoninu může být spouštěčem bulimického chování. Dysfunkce serotoninergního systému ovlivňuje vznik mrzuté nálady a posiluje tendenci k záchvatovitému přejídání.<sup>20</sup>

## Genetické dispozice

Genetické studie dokázaly častější familiární výskyt poruch příjmu potravy. Dle statistik jsou sourozenci anorektických pacientů postiženi pětikrát častěji než průměr populace. Výzkumy také prokázaly rodinnou vazbu dispozice ke vzniku depresí, dalších afektivních poruch a mentální anorexie.

Centrum pro poruchy příjmu potravy FNP se podílelo na celosvětovém výzkumu GWAS (Genome-wide association study) z roku 2017, který zkoumal 3500 pacientek, a zjišťoval genetický podklad onemocnění. **Vědci potvrdili umístění genu na dvanáctém chromozomu, který je zodpovědný za anorexii.** V minulosti toto místo vědci označili za sídlo genu zodpovědného za diabetes mellitus prvního typu a autoimunitních onemocnění. Ukázalo se, že anorexie má shodné genetické riziko spolu s metabolickými a autoimunitními chorobami. Samotné onemocnění MA vzniká společným působením rizikových genetických faktorů a rizikového prostředí.<sup>21</sup>

## 3.2 Psychosociální rizikové faktory

### Odmítání ženské role

Dle Vágnerové (2012) některé anorektické dívky považují ženskou či mateřskou roli za něco, co v nich vyvolává strach a odpor. Vyhublost vede ke ztrátě sekundárních pohlavních znaků a menstruace. Anorektičky vypadají jako děti. Jejich chování lze považovat za **asketické**. Tyto názory zdůrazňují především psychoanalyticky a psychodynamicky orientované teorie. Bulimii lze podle těchto psychologických proudů

---

<sup>20</sup> Psychiatrie pro praxi. 2007; 4; s.155-157

<sup>21</sup> <https://www.lf1.cuni.cz/pomuze-lecbe-poruch-prijmu-potravy-reforma-psychiatrie>

vnímat jako transformaci touhy něco pohltit, zvracení je vysvětleno jako symbolické odvržení něčeho nebo někoho.

### **Dysfunkce rodinných vztahů**

Dalším rizikovým faktorem pro vznik onemocnění spojené s poruchami příjmu potravy může být dlouhodobá dysfunkce rodinných vztahů. V takovémto rodinném prostředí převažuje taktika popírání problémů a potlačování emocí. Neschopnost řešení konfliktů, věcné komunikace a přijímání rozhodnutí. Ve společnosti se taková rodina tváří jako bezproblémová. Často se jedná o rodiny zaměřené na úspěch a výkon, který kladou především rodiče na své potomky. Vztahy mezi členy jsou spíše rigidní, vlašné. Poruchu příjmu potravy je možné vykládat jako **projev pasivní vzpoury**, kdy jiný způsob demonstrace není možný. Zdůrazněn je především vztah matky s dítětem. Tyto matky mívají nízké sebevědomí, často jsou málo empatické, zdůrazňují dodržování pravidel a docílení dobrého výkonu. K dětem bývají přehnaně kritické, ale také hyperprotektivní. Otcové bývají despotičtí. Problém tkví v neschopnosti odpoutání se dospívajícího z této vazby. Tyto děti bývají závislé na ocenění jinými lidmi, často mají tendenci plnit všechny jejich požadavky. (Vágnerová, 2012)

### **Ideál krásy a vliv médií**

V řadě posledních let rozšiřují média názor, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Současný ideál krásy je natolik hubený, že ho lze pouze velice těžko dosáhnout. Dle posledních analýz je “v kurzu” být nejen hubený, ale také muskulaturně vypracovaný. Komerční tlak na poli zdravé výživy, fitness a sportu je velice silný. Zlom nastal v šedesátých letech minulého století, kdy se symbolem krásy stala britská modelka Lesly Hornby přezdívaná Twiggy (dle anglického slova “twig” - proutek). Tato dáma se svými 41 kilogramy při výšce 168 cm způsobila naprostý zvrát ve vnímání ženského těla. Ženské tělo začíná být od té doby vnímáno jako krásné, jen když je štíhlé. Jen tak je možné získat úspěch a uznání. Tento trend je vnímán především v Evropě a Severní Americe. Afroamerikánci považují kypřejší ženské tvary za smyslné a přitažlivé. Stejně tak arabští muži vnímají silnější ženskou postavu za symbol plodnosti. Pro asijskou populaci je plnější ženská postava znakem bohatství. V současnosti vlivem migrace obyvatelstva a dosahem sdělovacích prostředků se vliv západního ideálu krásy dostává do všech koutů světa. V souvislosti s vlnou migrace a onemocněním PPP vznikl roku 1990 termín “*cultural change syndrom*” (syndrom změny kultury). Díky tlaku spojeném se začleněním

do určitého kulturního prostředí vyznávající vychrtlý ideál krásy, může dojít ke vzniku problémů s poruchami příjmu potravy v kulturách, které se s těmito problémy dosud nesetkaly a které vyznávají odlišný ideál ženské krásy. Co se týče mužského pohlaví, ideál krásy mužů se již po staletí neustále mění. V 80. - 90. letech minulého století byl trend urostlých až mohutných mužů. To se změnilo během několika posledních let, kdy návrháři začali šít pánské oblečení v téměř ženských velikostech. V kurzu jsou především vyhublí mladí muži s chlapeckými rysy a útlým pasem oblečení v úzkých nohavicích. Svět si začíná uvědomovat, že všudypřítomná nezdravá vyhublost, která nás obklopuje v časopisech, televizi, na internetu, má vliv na vznik PPP a je příčinou vcelku vysokého procenta úmrtnosti z důvodu fatálních zdravotních následků PPP. (Fialová, 2006)

Americká akademie pro poruchy příjmu potravy vydala prohlášení, ve kterém jasně doporučila zákaz předvádění modelů oblečení na dívkách, které mají BMI pod 18,5 a je jim méně než 16 let. Velký krok učinila známa kosmetická značka Dove, která nazvala svou propagandu jako "Kampaň za skutečnou krásu". Do svých televizních reklam začala zařazovat ženy s "normálními" ženskými tvary. Snaží se masu přesvědčit, že každá žena může být krásná, ať už má míry modelky, nebo ne.

### **Fenomén Pro-Ana**

Hnutí Pro-Ana, tedy skupina lidí, vyjadřující participaci v těchto skupinách svůj postoj k anorexii, kterou nevnímají jako závažné onemocnění, ale naopak jako životní styl. Členové staví štíhlost jako nejvyšší životní prioritu. Většinu Pro-Ana příznivců tvoří dívky do 18 let. Tyto dívky vidí mentální anorexii jako nástroj, kterým lze dosáhnout vysněné hubené postavy. Členky se v tomto patologickém chování navzájem posilují motivačními komentáři. Často se jedná o dívky s nadváhou, které se snaží prostřednictvím hladovění zhubnout. Anorexie je na internetových blozích často personalizována. Autorky o ní hovoří jako o své kamarádce, která se jmenuje Ana. Extrémním případem je dopis od Any, který byl sdílen skrze celou komunitu. V tomto dopisu mluví Ana ke svým obdivovatelům:

*„Dovol mi představit se. Jmenuji se Ana nebo, jak mě nazývají lékaři a jiní, Anorexia. Moje celé jméno zní Anorexia Nervosa, ale můžeš mi říkat Ana. Myslím, že se můžeme stát dobrými partnery. V blízké budoucnosti do tebe budu investovat hodně svého času a totéž očekávám od tebe. (...) Pokud se rozhodneš proti mně bojovat, dostat se k někomu a říct*

*mu, jak tě nutím žít, všechno se zničí. Nikdo to nesmí zjistit. (...) Jsi moje, jenom moje. Beze mě nejsi nic. Tak se nesnaž mi vzdorovat.*“<sup>22</sup>

Tyto blogerky se vzájemně motivují předáváním tipů, jakým způsobem co nejrychleji zhubnout, jak schovávat jídlo, jak se vyhybat situacím společného rodinného oběda či jak skrývat anorektické chování před okolím. Na blozích koluje i tzv. Modlitba pro Anu, která pro členy funguje jako mantra.

Dalším prostředkem jsou fotografie prázdných jídelních talířů, modelek a anorektiček. Tyto fotografie spadají do kategorie tzv. “Thinspiration”. Členky tohoto hnutí využívají pro sdílení těchto názorů a tipů prostředí internetu, které jim propůjčuje jistou anonymitu.

Členky se podporují i různými citáty, které jim připomínají důvod propagace tohoto životního stylu. Typickým příkladem jsou tato:

*„Vteřinu na rtech, navěky na stehnech!”*<sup>23</sup>

*„Kosti definují, kdo opravdu jsme, tak je ukaž!”*<sup>24</sup>

Podporovatelé tohoto životního stylu o sobě často prohlašují, že nejsou anorektici. Pro-Ana je pouze cesta k dosažení cíle, Pro-Ana nezabíjí a neničí životy. Tyto blogy však mohou mít negativní vliv na jídelní chování, vnímání vlastního těla a vnímání štíhlosti jako takové. Některé blogy přinášejí i rady a tipy, jakým způsobem je možné se sebepoškozovat.

Dobrou zprávou však je současný pokles množství těchto internetových blogů, respektive pokles aktivity na nich. Těch neaktivních na síti zůstává z řad minulých let velké kvantum. Pro křehké dospívající dívky trpící komplexy z vlastní postavy není tedy vůbec složité se k informacím sdílených na Pro-Ana blozích dostat.

### **Riziková prostředí**

Jak již jsme zmiňovali, existují riziková prostředí, především různorodá povolání a specifické obory, kde je postava považována za velmi důležitou profesní součást. Zaměstnanci v těchto povoláních jsou vystaveni rizikovému chování cílené k dokonalému vnějším vzhledu. Jedná se o povolání v komerčním mediálním sektoru, jako jsou

---

<sup>22</sup> [www.pro-ana.pise.cz](http://www.pro-ana.pise.cz)

<sup>23</sup> <http://baryys.blog.cz/en/1210/motta-3-proc-byt-pro-ana>

<sup>24</sup> <http://baryys.blog.cz/en/1210/motta-3-proc-byt-pro-ana>



moderátoři, herci, zpěváci, a v oblasti modelingu. Vrcholoví sportovci jsou také více exponováni, stejně tak jako baletní tanečníci. Tito lidé jsou enormně zaměřeni na své tělo, jejich úspěch je spojován s výkonností.<sup>25</sup>

### **Příslušnost k etnické skupině**

Výzkumy provedené v USA ukazují, že Afroameričané jsou se svou postavou spokojeni mnohem více než europoidní Američané, drží méně často diety, přestože mívají vyšší BMI. Američané hispánského a asijského původu jsou stejně nespokojeni jako Američané evropského původu. Afroamerické etnikum preferuje ženy plnějších tvarů. Bylo dokázáno, že záchvatovité přejídání se u Afroameričanů rozvine s velmi vyšší pravděpodobností než MA či MB. Odpovědí na vznik PPP u různých etnických skupin může být vliv západní společnosti. To dokazuje i výzkum provedený ve společenství Amišů v USA. Amišové žijí separováni od většinové společnosti, nejsou obklopeni médii, dodržují staré zvyky. Mladí lidé žijící v této společnosti jsou se svým tělem spokojeni, naopak mladí lidé ve stejném věku žijící pod tlakem dnešního světa udávají nespokojenost v 50 %. (Pavlová, in Papežová, 2010)

Jiné studie zase dokazují, že 75 % dospělých Američanů má nadváhu či obezitu. Vyšší než normální váhu má 35 % mužů a 40 % žen. Dle výsledků studie Státního zdravotního ústavu České republiky z roku 2008 vyplynulo, že nadváhou trpí 45 % a obezitou 17 % obyvatel. Tyto výsledky ukazují celosvětové problémy s příjmem potravy, ať už s nadbytečným či naopak nedostatečným, a činí tak z nich důležitou otázku dnešní doby a vzhledem k stále rychlejšímu tempu společnosti a působení stresových faktorů, nemají do budoucna příliš optimistickou prognózu.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> <http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>

<sup>26</sup> [https:// http://www.psp.cz/doc/00/09/16/00091683.pdf](https://http://www.psp.cz/doc/00/09/16/00091683.pdf)

### **3.3 Spirituální faktory**

Ze studií bylo zjištěno, že osobnost anorektika má řadu typických znaků:

#### **Odlišnost emočního prožívání**

Pacienti bývají více citlivější, vše hlouběji prožívají, a to často s negativními emocemi. Své emoce potlačují díky zvýšené sebekontrole. Nedokážou naplno prožít zlost nebo naopak radost. Jsou úzkostní a podráždění. Neustále potřebují potvrzovat svou hodnotu, často bývají depresivní. (Vágnerová, 2012)

#### **Specifický způsob uvažování**

Tato vlastnost se projevuje především ve vztahu k vlastnímu tělu. Pacienti mají černobílé myšlení, neradi dělají kompromisy. Bývají rigidní, nejistí a nemívají smysl pro humor. Mají nízkou potřebu vyhledávat nové podněty a vzrušení. Naopak bulimici bývají impulzivní a mívají problém se sebeovládáním, často se jedná o hraniční osobnosti. Anorektici jsou spíše spojováni s vyhubou osobností. (Vágnerová, 2012)

#### **Odlišnost motivace a regulačních kompetencí**

Na pacienty bývá většinou v jejich rodinách kladen vyšší důraz na výkon a úspěch. Takto se stávají závislými na pozitivním hodnocení a uznání okolí. Bývají svědomití, zodpovědní a perfekcionističtí. Plní veškerá očekávání druhých, nevybočují z normy. Více podléhají vlivu autorit a vzorů a kladou důraz na platné normy a pravidla. (Vágnerová, 2012)

#### **Sebepojetí**

Anorektici mívají nižší sebevědomí, bývají nejistí a často přehnaně sebekritičtí. Běžně se snaží vyhýbat problémům nebo od nich utíkat. Mají větší sklon reagovat pocitem viny, trpí nízkou sebeúctou. (Vágnerová, 2012)

#### **Vztah k okolí**

Pacienti bývají introvertní povahy, ve vztahu k ostatním lidem jsou často rezervovaní, nejistí a uzavření. Celkově mívají méně přátel. Vnější kritiku vnímají velice špatně. Partnerským vztahům se spíše vyhýbají. (Vágnerová, 2012)

## Stres, traumata a disociace

Stres dokáže jedince pozitivně stimulovat k výkonu nebo naopak může být vnímán jako nepřemožitelný a vést k selhávajícím pocitům bezmoci. Velmi závažný a intenzivní stres je nazýván **trauma**. Traumata ve velké míře porušují duševní rovnováhu. V důsledku emočního či fyzického traumatu může jako reakce na tyto události vzniknout **disociativní porucha**. Jedná se o obranný mechanismus jedince, kdy jeho neúnosné vzpomínky či myšlenky jsou disociovány od vědomé části psychiky a jsou podkladem pro vznik řady fyzických a psychických problémů. Další reakcí může být specifické chování s cílem stresoru uniknout, a snížit tak jeho negativní dopad. V tomto případě se jedná o tzv. chronický stres, který negativně ovlivňuje schopnost přizpůsobit se a může vést k somatickým, psychosomatickým nebo psychiatrickým onemocněním. Tímto způsobem u určitých jedinců vznikají PPP, u jiných zase závislost na návykových látkách, gamblerství apod. Mezi nejvýznamnější stresory, které se podílí na vzniku poruch příjmu potravy, patří rodinné ztráty či problémy, změny ve vztahu k vrstevníkům nebo ve společenském postavení, problémy sexuální, psychické či fyzické zneužívání, přílišné zaměření na výkon, přehnaná očekávání, frustrace, deprivace, úzkost, deprese. Pro rozvoj PPP je charakteristická také přítomnost osobnostních rizikových faktorů, jako je například perfekcionismus.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Psychiatrie pro praxi. 2004; 6; s. 291-296

#### 4 Poruchy příjmu potravy – Jak je rozpoznat?

Potíží pacientů s PPP bývá skutečnost, že své onemocnění často nevnímají jako problém. Své osobní nesnáze a konflikty s okolním světem řeší prostřednictvím kontroly příjmu potravy, a snaží se tak o lepší sebehodnocení. V dnešní době je přirozená, a to především ve velkých městech, značná anonymita. Tempo moderní společnosti se vyznačuje hektickou uspěchaností a arogancí lidí ke svému okolí. Pacienti jsou v tomto případě odkázáni na pomoc svých nejbližších, a to především na podporu rodiny a kamarádů.

Jak již jsme zmínili, mentální bulimie a mentální anorexie mají mnoho společných znaků a bývá někdy velice nesnadné odlišit tato dvě onemocnění. Ve více než u poloviny odhalených případů onemocnění přechází jedna forma ve druhou. Pro minimalizaci dopadu trvalých následků je velice důležité poruchy příjmu potravy včas odhalit. Diagnostika, rozpoznání formy onemocnění a následná léčba jsou poté v kompetenci odborníků, především lékařů.

Pacienti svou nemoc obvykle skrývají, často lžou a své problémy, mnohdy i s přísahou, zapírají. Pro laickou veřejnost může v těchto případech být těžké onemocnění odhalit. Existuje však řada symptomů, které mohou být pro nejbližší okolí nemocného jasně signifikantní. Jedná se především o **držení diet** a s tím spojené vynechávání jídel a zakazování si stále více druhů potravin. Pacienti značně hubnou, nebo jim, v případě mentální bulimie, váha nepřiměřeně rychle kolísá. Svou hubenou postavu, domnělou tloušťku či ženské tvary skrývají do volného oblečení, vymlouvají se ze společného jídelního stolování. Mění se i tempo příjmu jídla. Anorektici obvykle jedí velice pomalu, jídlo krájí na malé kousky, často kouří, pijí hodně kávy či dietní Coca-Colu, nebo naopak nepijí skoro vůbec a pokrmy hodně solí. Vyžadují, aby na talíři měli nejmenší porci jídla ze všech. Bulimici naopak pokrmy hltají. Dalším markantním signálem může být časté přejídání, zvracení. Neobvyklé jsou návštěvy toalety ihned po jídle. Co se týče sociálních interakcí, pacienti se straní přátel, straní se i rodiny. Své aktivity omezují, zajímá je pouze tematika jídla, diet. O této problematice mohou však diskutovat hodiny. Nedokážou realisticky hodnotit svou postavu. I přes svou štíhlost si stěžují, že jsou tlustí. Mají nízké sebevědomí a nevěří si. Časté je zhoršení prospěchu a nesoustředěnost. Jejich aktivita vzrůstá, neustále potřebují něco dělat, nevydrží sedět na místě. Velmi často chodí denně na několikakilometrové procházky, příliš dlouho a těžce cvičí a posilují. S rostoucí podvýživou se začíná objevovat podrážděnost, špatná nálada, únava až vyčerpanost.

**Stávají se závislími na pocitu hladu, který je důkazem, že jejich tělo netloustne.** Pacienti využívají prostředky, jako jsou diuretika či laxativa. Bývají emočně labilní, hůře zvládají stresující životní situace, což může vést k depresivním stavům, které mohou velkou měrou přispět k suicidálnímu jednání. Bulimici mohou být pachateli peněžních krádeží, aby si byli schopni obstarat velké množství jídla. Jsou také častěji vystaveni nebezpečí zneužívání léků, drog nebo alkoholu. Své problémy dokážou až mistrně skrývat a před okolím popírat, a to i z toho důvodu, aby okolí uklidnili. (Krch, 2010)

K somatickým potížím patří bolesti zubů, dásní a zvýšená křivost způsobená malnutriční výživou nebo zvracením. Pacientům vypadávají vlasy, mají křehké nehty a suchou kůži. V důsledku přísné diety dochází k poruše tvorby hormonů, a tak i k problémům s menstruací, která je nepravidelná či úplně vymizí, dále také k růstu nového ochlupení, tzv. lanuga, především na končetinách a v oblasti trupu. Díky ztrátě tuku je tělo pacientů velice citlivé na chlad. Jejich imunitní systém je narušen, stávají se tak více náchylní k dalším onemocněním. Vzhledem k těmto všem symptomům je nutné, aby nejen rodina, ale také pedagogové byli ohleduplní a především informovaní. Základní znalosti by měla přinášet především **primární prevence**, na kterou by měl být kladem čím dál větší důraz. Nebezpečí propuknutí poruch příjmu potravy se v souvislosti s tempem a kvalitou života stávající konzumní společnosti neúprosně zvyšuje.

#### **4.1 Kapitola pro pedagogy**

Poruchy příjmu potravy se často vyskytují u jedinců školního věku. Pokládáme tedy za velmi důležité věnovat tuto kapitulu pedagogům a jiným pedagogickým pracovníkům, jelikož mohou být právě těmi, kteří u žáků díky interakci, dynamice a času stráveného s nimi, zaznamenají psychické či fyzické změny, a mohou tak být prvními, kteří na možný problém týkající se poruch příjmu potravy poukáží. Vzhledem k tomu, že k řešení problémů PPP je nutný multidisciplinární přístup, pedagogové jsou jeho jednoznačnou součástí.

Velmi očividné změny může pedagog zaznamenat u žáka/žačky s rozvíjející se mentální anorexií. Nápadná je **ztráta váhy**, které je možné si všimnout běžně nebo zaznamenat při hodinách tělesné výchovy. U prepubescentních dětí je možné pozorovat, že **nerostou stejně** jako jejich vrstevníci. Dřívější elán a aktivita se ztrácí, dítě se začíná **stranit ostatních**, vyhýbá se společným hrám. Často vyhledávají zdroje tepla, jelikož mají

narušenou termoregulaci, a tak posedávají u topení. I z tohoto důvodu nosí **několik vrstev oblečení**. Signifikantní může být také nadměrná aktivita, kdy žáci **usilovně cvičí** či běhají. Co se sociálního chování a jeho změn týče, z dříve aktivních a společenských jedinců se stávají žáci **posmutnělí a stranící se kolektivu**. Často se také začnou vyhýbat školní jídelně a jíst pouze ovoce a zeleninu. Jedinci s MA jsou obvykle perfekcionisté, mívají výborné studijní výsledky a tendenci být lepší než ostatní spolužáci. Lze si všimnout narušení kognitivních funkcí a ztráty koncentrace. (Krch, Marádová, 2003)

Pokud má škola či pedagog důvodné podezření, že jedinec trpí některou z poruch příjmu potravy, měla by škola zasáhnout opatřeními, která zabrání dalšímu rozvoji stravovacích poruch a neprodleně o problému informovat rodiče.

Papežová (2000) uvádí několik variant, jak se škola může postarat o žáka/žákyni s PPP. Danému jedinci by mělo být **zakázáno cvičení**. Zvýšená tělesná aktivita při nízké váze je velkým zdravotním rizikem. Stravování by mělo být podloženo pečlivě připraveným plánem a jeho důslednou kontrolou ze strany ústavu. Autorka uvádí také několik variant stolování, kdy se jedinec může stravovat společně s ostatními, či s kamarádem/kamarádkou, kteří zkontrolují, že jídlo opravdu sní, dále může jíst se členem pedagogického sboru, nebo v oddělené místnosti, avšak s dozorem.

Velmi důležité je, aby škola před těmito problémy „nezavírala oči“, své pracovníky v této problematice školila a žáky vedla ke zdravému životnímu stylu poskytnutím správných informací, a vytvářela tak podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka. Dle Krcha a Marádové (2003) by škola měla podat dostatečné množství informací o výskytu, příčinách a dopadech PPP, vést žáky ke správné životosprávě a zdravým stravovacím návykům.

## 5 Adolescence jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy

Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere* - dorůstat, dospívat, mohutnět. Jedná se o druhou fázi úseku dospívání. Pohlavní dozrání je důležitý mezník pro vstup do období adolescence. Jedná se o období komplexní proměny, mění se osobnost dospívajícího i jeho sociální pozice. Vztahy s rodiči se obvykle stabilizují a zklidňují. Důležitost vrstevníků je významnější, než byla dříve. Partnerské vztahy bývají zralější. Adolescenti se připravují na svůj vstup do dospělosti. (Vágnerová, 2012)

Období adolescence je také charakterizováno změnou postojů a vztahů. Mění se vztah k sobě samému, ale také k ostatním lidem. Pozdní adolescenti se stávají více samostatní, chtějí rozhodovat sami za sebe. Adolescence je procesem hledání a snahy nalézt sebe sama. Jedná se o aktivní proces, kdy je dospívající velice citlivý k názorům okolí na svou osobu. Velmi časté jsou experimenty s vlastní identitou, jako jsou změny účesů, změny oblékání, změna rukopisu, zájmů atd. Dospívající tráví většinu času se svými vrstevníky, ať už ve škole či ve svém volném čase. Osvojuje si tak různé formy chování a jednání. Prvořadý význam má pro adolescenta pozice, kterou mezi vrstevníky zaujímá. Pro jeho citový vývoj má mimořádnou důležitost přátelství. (Vágnerová, 2012)

Důležitou součástí identity jedince je **tělesný vzhled**. Ten má značnou sociální hodnotu a stává se součástí sebehodnocení. Chlapcům více mohutní svalstvo a začínají růst vousy, dívčí postava se stává ryze ženskou, a to především v oblasti ňader a boků. Tato tělesná proměna má pro adolescenty velmi zásadní význam, jelikož je velice intenzivně prožívána. Přijetí této proměny závisí na psychické vyspělosti daného jedince a také na reakcích okolí. Ty mohou být pozitivní, ale také negativní. Pokud je jedinec v této oblasti určitým způsobem znevýhodněn, bude ohrožen zvýšenou nejistotou, nízkým sebevědomím. Tato tělesná odlišnost může vyvolávat obranné reakce. Jedinec se může stát objektem agresivního chování ze strany vrstevníků - šikany. Adolescent se potřebuje za každou cenu líbit, aby se ubezpečil o své hodnotě. **Tělesný vzhled je prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže**. Velkou úlohu hraje tendence k uniformitě a k napodobování určitých vzorů krásy. (Vágnerová, 2012)

Velmi častým problémem adolescentů jsou nevhodné stravovací návyky v rodinách. Jedinec může považovat dietní režim svých rodičů a sourozenců za normální součást života, a je tak ohrožen zvýšeným rizikem negativních dopadů nárazových diet. Opačným problémem může být změna stravovacích návyků souvisejících s trávením volného času

s vrstevníky, kdy společně vyhledávají restaurace s rychlým občerstvením, které nabízejí nezdravé a vysoce kalorické jídlo. Častý je i vznik nepravidelnosti v jídlu.

V souvislosti s PPP je toto období důležité formováním sebepojetí a sebekoncepce v souvislosti s dalším rozvojem myšlení. **V období dospívání jsou PPP třetím nejčastějším psychiatrickým onemocněním s dvakrát vyšší úmrtností ve srovnání s ostatními psychiatrickými nemocemi a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací.**<sup>28</sup> Pro časný začátek PPP je rizikovým faktorem způsob adaptace na vývojové změny. Jedinci, kteří jsou na začátku dospívání výrazně nespokojeni se svým tělem, jsou v rizikové skupině pro rozvoj PPP. Dle výzkumů a statistik zesiluje vyšší riziko hruškovitý tvar postavy a časnější menstruace. (Papežová, 2010)

Je časté, že PPP u dospívajících unikají pozornosti okolí, a to především v případech, kdy prvotní podnět o nadváze přichází od rodiny či vrstevníků. Počáteční snaha zhubnout může být okolím chválena a podporována, pokud však dietní režim přechází do extrému, mnohdy se rodina přizpůsobuje patologickému chování dospívajícího. (Krch, 1998)

Onemocnění může často začít velice nenápadně, v případech větší stresové zátěže, traumatizujících situací, kritických výroků okolí ohledně postavy, nebo naopak pochvalou či obdivem za pozitivní tělesnou změnu při úbytku váhy. (Krch, 1998)

---

<sup>28</sup> <http://www.addp.cz/dusevni-poruchy/Nemoci/Poruchy%20p%C5%99%C3%ADjmu%20potravy>



## 6 Specifické syndromy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících

### Infantilní mentální anorexie

Jedná se o poruchu vzniklou narušením vazby dítěte a matky. Objevuje se mezi 6. měsícem a 3. rokem života dítěte. Dítě odmítá jíst a rodiče ho do jídla musí nutit. Je zde patrná malnutrice, avšak bez přítomnosti somatické poruchy. (Koutek, in Hort, 2008)

### Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

Tento syndrom představuje pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Děti udávají různé důvody, proč nechtějí jíst, stěžují si na bolesti břicha a mají strach, že se z jídla udusí, pozvrací nebo že jim bude špatně. Děti obvykle popírají snahu zhubnout. (Koutek, in Hort, 2008)

### Syndrom vybíravosti v jídlu

Tato porucha postihuje děti ve věku 8 - 12 let, častěji chlapce. Obvykle jedí jen několik málo druhů potravin, ostatní jídlo odmítají. Toto chování má negativní dopad na harmonické rodinné prostředí a problémy s adaptací v cizím prostředí. (Koutek, in Hort, 2008)

### Syndrom pervazivního odmítání

Tento syndrom je spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Může skončit pervazivním stavem odmítání, kdy pacient jen leží v posteli, nejí a s nikým nekomunikuje. Většinou postihuje dívky mezi 8 – 14 roky. (Koutek, in Hort, 2008)

### Mentální anorexie u dětí

Kritéria pro MA u dospělých nebývají pro dětské pacienty vhodná, proto jsou vymezována kritéria přesně pro děti. Jedná se o **úmyslný úbytek tělesné hmotnosti**, který děti dosahují vyhýbáním se jídlu, nadměrným pohybem nebo zvracením. Dále je to **nepřiměřené vnímání hmotnosti nebo své postavy a patologické zabývání se hmotností nebo postavou**. Osobnostní rysy dětských pacientů bývají totožné s osobnostními rysy dospělých pacientů. Děti bývají vyhýbavé, mají tendenci popírat úmyslné hladovění, stěžují si na nechutenství a bolesti břicha. Spouštěcími faktory mohou být dospívání, změna školy či zážitek ztráty někoho blízkého. (Kocourková, Koutek, 2002)

## **Mentální bulimie u dětí**

Dětská mentální bulimie je velice vzácná, charakteristický věk pro toto onemocnění je období adolescence, obecně mezi roky 17 - 18 věku života jedince. Rizikovými a spouštěcími faktory jsou afektivní poruchy v rodině, dále alkoholismus a obezita. Také nedostatečná rodičovská péče o dítě, jeho zanedbávání nebo zneužívání. Velký význam mají i stresující životní události. (Kocourková, Koutek, 2002)

### **6.1 Diagnostika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů**

Pro diagnostiku PPP je nutné znát předchozí vývoj jedince. Jelikož diagnostické metody určené pro dospělé pacienty nevyhovují pacientům dětského a adolescentního věku, jsou tito pacienti hodnoceni tzv. **antropometrickým vyšetřením** zohledňující dynamiku vývoje. Pro toto vyšetření je nutné znát údaje jako jsou věk, váha, výška, dále pak střední obvod paže, tloušťka kožní řasy a biochemické nálezy. K těmto parametrům se využívá celostní přístup auxologie – růstová diagnostika. Pro hodnocení nutričního stavu dětí se využívají percentilové grafy, měření BMI je vhodné pro dospělé pacienty. (Kocourková, Koutek, 2002)

### **6.2 Klinické následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů**

#### **6.2.1 Psychické následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů**

Patologické chování ve vztahu k jídlu doprovází i značné psychické změny, časté jsou depresivní a úzkostné stavy, zvýšená emoční labilita, dráždivost, zhoršené soustředění, zhoršení školní výkonnosti. Pacienti se s nástupem onemocnění dostávají do **sociální izolace**, která může vyústit až v naprostou osamělost. Nemocní se zajímají pouze o jídlo a své tělo, pro okolí jsou velmi otravní, jelikož jejich témata v rozhovorech jsou velmi limitující. Rady a snahy pomoci ze strany rodiny či přátel nemocný odmítá, často se k němu přátelé obracejí zády, jelikož je pacient sám svým chováním odhání. Takto vzniklá samota v těžké psychické a tělesné deprivaci může mít za následek samotné zhoršení primárního onemocnění. Důležitá pro pacienta je však vytrvalost rodiny a blízkých ve snahách o zahájení odborné terapie. (Leibold, 1995)

Nemocným s PPP se často velmi rychle střídají momentální nálady. Z pocitu naprosté **euforie** se kvapem dostanou do **depresivních stavů**, nejsou schopni se soustředit, jindy jsou zase aktivní a svým chováním atraktivní pro okolí, rázem jsou však agresivní, podráždění a arogantní. Tyto dva extrémní póly nálad se mohou měnit během několika

minut, jindy zase trvají několik dní. U lidí trpících PPP jsou velmi obvyklé pocity vlastní **nadřazenosti**, ve kterých je utvrzuje především pevná vůle a zdání naprosté kontroly nad příjmem potravy. Toto arogantní a pohrdavé chování vehementně reflektují, avšak pravidelně se oni samotní stávají oběťmi selhání a neschopnosti ovládnutí svých tělesných potřeb ve vztahu k jídlu. Poté následují **pocity viny a výčitky**, které vedou ke zhoršení depresivních a úzkostných stavů. (Leibold, 1995)

### **6.2.2 Tělesné následky poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů**

Stupeň tělesných následků je závislý na době mezi vznikem poruchy a zahájením odborné terapie. Tělesné poškození je závažnější v tom, že zasahuje do vyvíjejícího se organismu, častými důsledky jsou **nižší vzrůst** a **infertilita**. Mezi vážné metabolické následky patří porucha menstruačního cyklu, poruchy termoregulace a imunity, dále poruchy štítné žlázy, osteoporóza, kazivost zubů, svalová atrofie, lámavost vlasů a nehtů. Při častém zvracení dochází ke zvětšení příušních žláz a zvýšení hladin sérových amyláz. Běžná je hypochloremie a hypokalemie, které mohou vést až k zástavě činnosti srdce. Hrozí větší nebezpečí dehydratace v důsledku menších tukových rezerv. Adolescence bývá opožděna vzhledem k nedostatečné činnosti endokrinního systému. **Osteoporóza vzniká již ve druhém roce po vzniku poruchy**. Proces dospívání může být zastaven. Pokud porucha trvá dlouho, může být pro jedince návrat do společnosti velice náročným procesem a problém se zařazením si může nést po celý svůj život. (Kocourková, 1997)

### **6.3 Terapie poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů**

Terapie PPP u dětí musí zahrnovat biologické, psychologické a sociální formy terapeutické intervence. Jedná se o terapeutické metody psychoterapie, farmakoterapie, režimovou léčbu, rodinnou terapii a nutriční poradenství. Při prvním kontaktu s pacientem je nutné rozhodnout, zda bude indikována hospitalizace či ambulantní léčba. Dítě je hospitalizováno při výrazném poklesu hmotnosti, při výrazných depresích a v případech patologického chování ze strany rodiny, které se týká jídla a váhy dítěte. Součástí terapie je psychoterapie a rodinná terapie. Jedná se o tzv. multimodální terapii. Pokud se u dítěte objevují výraznější depresivní či obsedantně-kompulzivní stavy, je nutné zahrnout i léčbu farmakoterapií. Nejčastěji se nasazují anxiolytika a antidepresiva. Ambulantní léčba je zaměřena na psychoterapii a rodinnou terapii. (Kocourková, Koutek, 2002)

Tyto terapeutické metody vychází z kognitivně-behaviorální terapie. Jejimi cíli jsou úprava váhy, změna jídelního chování a postojů k jídlu, váze, tělesnému vzhledu a sebehodnocení. Děti a dospívající mívají tendenci bránit se léčbě, protože samotné onemocnění doprovází úzkostné stavy, které děti vzhledem ke svému věku a nezralosti silně prožívají a nedokáží jim vzdorovat jako dospělí. Nezbytné pro terapii nezletilých pacientů je navázání vztahu s rodiči pacienta. (Kocourková, Koutek, 2002)

## 7 Léčba poruch příjmu potravy

Základem úspěšné léčby je správná diagnostika a zhodnocení psychického, somatického a sexuálního vývoje pacienta a diagnostika sekundárních poruch. (Krch, 2013)

Pro dosažení optimální efektivity léčby PPP je nutné, aby terapie sledovala krátkodobou i dlouhodobou perspektivu. Za cíl si klade:

- *Léčba dlouhodobé podvýživy a normalizace tělesné hmotnosti,*
- *zvládnutí somatického ohrožení a léčba přidružených tělesných obtíží a psychopatologických projevů, případně závislostí na návykových látkách,*
- *psychoedukace o zásadách správného stravování a následcích hladovění a držení diet,*
- *psychoterapie vedoucí ke změně maladaptivního myšlení, pocitů a chování týkajících se příjmu potravy,*
- *psychoterapeutické zpracování základních emočních konfliktů,*
- *nutriční terapie zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí,*
- *prevence relapsu.*<sup>29</sup>

Léčba dospělých pacientů je založena na dobrovolné spolupráci pacienta, u dítěte motivaci k léčbě lze dosáhnout těžce.

Vzhledem k individualitě každého pacienta a komplexnosti působících faktorů není možná existence jednotného etiologického prototypu onemocnění. Samotná terapie by měla zohledňovat individuální potřeby každého pacienta. (Krch, 2013)

Pro léčbu samotnou je nutný multidisciplinární přístup odborníků. V první řadě by základní diagnostiku měl provést praktický lékař nebo, v případě dětí a adolescentů, pediatr, který doporučí další léčbu vzhledem k povaze somatického a psychického stavu pacienta. Do další léčby je nutné zapojení psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, nutričního specialisty, doprovodného zdravotnického personálu a sociálního pracovníka. Z důvodu narušení somatického stavu pacienta by měl být do léčby zapojen i odborný

---

<sup>29</sup> Příručka pro zdravotníky, Občanské sdružení Anabell, 2013, s.21

lékař podle povahy zdravotních problémů pacienta. Může se jednat o internistu, gastroenterologa, gynekologa nebo endokrinologa. (Krch, 2013)

## 7.1 Hospitalizace

Lehčí formy onemocnění bývají léčeny ambulantně. Hospitalizace bývá indikována v případech:

- *Kritického úbytku hmotnosti,*
- *při nebezpečí somatických komplikací v souvislosti s chronickou malnutricí,*
- *při výrazné depresivitě nebo suicidalitě,*
- *při současném abúzu drog a alkoholu,*
- *u dětí při předpokládaném narušeném rodinném prostředí,*
- *při neúčinnosti ambulantní léčby a v případě, že nedošlo k žádné změně.<sup>30</sup>*

Pro úspěšnou léčbu poruch příjmu potravy je důležité nastolení pravidel, které je nutné s velkou důsledností dodržovat. Jednou z výhod hospitalizace je vytržení jedince z domácího rodinného prostředí, kde obvykle bývá problém zavedená pravidla, jak ze strany rodičů, tak ze strany pacienta, dodržovat. (Krch, 2013)

Hospitalizační léčba primárně začíná nastolením pravidelného jídelního režimu, tzv. realimentací, a obnovením optimální hmotnosti. Současně dochází ke snížení fyzické aktivity. Uplatňuje se režimová léčba, kdy je její součástí přesně nastavený jídelní čas, dále také učení, návštěvy, telefonáty a další aktivity. Režimová léčba je obvykle spojena s psychoterapií. U nemotivovaných dětských pacientů je úspěch léčby závislý na plné zodpovědnosti zdravotnického personálu. Ten je postupně učí přebírat zodpovědnost na sebe, ovládat své emoce a jídelní chování. Jinou výhodou hospitalizace je kontakt s vrstevníky se stejnými nebo odlišnými poruchami. (Krch, 2013)

**Farmakoterapie** je indikována u pacientů se stavem života-ohrožujícím nebo s problémy s depresivními či úzkostnými stavy. U pacientů s podváhou jsou indikovány v malé dávce neuroleptika. Anxiolytika se využívají ke stimulaci dětských a dospívajících pacientů pouze krátkodobě či 30 minut před jídlem. Nejčastěji podávanými léky jsou antidepresiva

---

<sup>30</sup> Příručka pro zdravotníky, Občanské sdružení Anabell, 2013, s.23

ze skupiny SSRI – antidepresiva inhibující zpětné vychytávání serotoninu – látka obsažená v trombocytech, v buňkách GIT a v CNS, jejíž nedostatek způsobuje změny nálad, deprese, poruchy spánku, podrážděnost apod. Farmakoterapie se obvykle využívá pro léčbu přidružených symptomů, jako jsou deprese, úzkost, snižování záchvatů přejídání. Jedná se tedy o podpůrnou metodu a její největší účinnost je zaznamenána ve spojení s psychoterapií. (Němečková, 2011)

## 7.2 Psychoterapie, nutriční terapie a sociální služby

Mezi **psychoterapeutické metody** patří kognitivně-behaviorální terapie, dále individuální a rodinná psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace pacientů a jejich rodičů.

K relativně novým metodám v léčbě adolescentních pacientů s PPP řadíme tzv. **vícerodinnou skupinovou terapii**. Této terapii se obvykle účastní pět až šest rodin. Kurz se skládá z úvodního čtyřdenního bloku a následných jednodenních setkání organizovaných v odstupu jednoho měsíce. Důraz je kladen na komunikaci a vytvoření pozitivního klimatu v rodinách. Jednou z hlavních součástí je nácvik společného jídelního stravování. Úspěšnost dlouhodobého vyléčení díky této metodě je uváděna mezi 60 - 90 %. (Krch, 2013)

Psychoterapie je léčba emočních, osobnostních problémů skrze psychologickou intervenci. Za cíl si dává změnu postojů, chování, zvládnání emocí a zátěžových situací. Nejvyšší účinnost v případech PPP zaznamenala **kognitivně-behaviorální terapie**. Tato metoda staví svou teorii na předpokladu, že ke zlepšení většiny zdravotních problémů vede jejich přesná identifikace a následná změna chybných a narušených představ, myšlenek a chování. V případě pacienta s PPP má za cíl získání sebedůvěry, zlepšení tělesného sebepojetí, nácvik asertivity a sociálních dovedností, dále pak změna nevhodných jídelních postojů, patologických myšlenek a pocitů. Jinou metodou je **psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie** pomáhající porozumět hlubším příčinám onemocnění. Rodinná terapie zapojuje do léčby celou rodinu a často je indikována především u dětí a adolescentů, u kterých je účinná. (Krch, 2013)

Pacienti s PPP procházejí několika stádii:

1. **Popření** – pacient popírá svůj problém a nehodlá nic měnit.
2. **Úvahy** – pacient začíná přemýšlet o svém problému, věnuje pozornost obtížím s jídlem, umí si připustit obtíže a potřebu změny, zůstává však nerozhodný.
3. **Příprava** – pacient chce změnu, není si však jistý důsledky změny jídelního chování.
4. **Akce** – pacient je rozhodnutý pro změnu, věří, že terapii vydrží.
5. **Udržení** – pracuje na svém uzdravení, vyhýbá se relapsu.<sup>31</sup>

**Nutriční terapie** se zaměřuje na energetickou malnutrici a pravidelný jídelní režim. Pacientům jsou prostřednictvím nutričních terapeutů poskytnuty informace o výživě, terapeut hodnotí pacientův nutritivní stav, hledá v jídelníčkách pacientů zásadní chyby, ať už z hlediska pravidelnosti stravování nebo dostatečného příjmu kalorií a živin. Přístup je u každého pacienta zcela individuální. Terapeut pacientovi zařazuje do jídelníčku vhodné potraviny, plánuje, kdy a jak jíst. (Krch, 2013)

**Sociální služby** jsou velmi často opomíjenou součástí léčby. Většina pacientů se s postupem onemocnění straní okolního světa, vyhýbají se sociálním kontaktům s vrstevníky, ale i s rodinou. Sociální pracovník pomáhá klientům vybavit hlídání dítěte, zvířete, sociální dávky, popř. invalidní důchod apod. V České republice existuje organizace věnující se sociální službám poskytovaným osobám s PPP mimo zdravotnictví – Občanské sdružení Anabell. (Krch, 2013)

### 7.3 Občanské sdružení Anabell

Sociální organizace Anabell nabízí klientům **odborné sociální poradenství**, jehož prostřednictvím dochází k řešení problémů spojených s PPP, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, vyhledávání navazujících služeb, jako například kontakty na specializované odborné pracovníky. Nabízí poradenství o možnostech léčby, ale také informace o projevech a možných následcích PPP, pomoc při vyřizování běžných záležitostí. Často vyhledávané je také **internetové poradenství**. To probíhá formou e-mailingové komunikace a jeho hlavním cílem je poskytování informací o PPP a jejich

---

<sup>31</sup> Příručka pro zdravotníky, Občanské sdružení Anabell, 2013



lčbě, ke které sdružení klienta směřuje. Bezplatně je také možné kontaktovat odborníky v Anabell skrze **telefonickou krizovou pomoc**, které je určena především těm klientům, kteří se aktuálně nacházejí v psychické krizi. Mimo jiné nabízí Občanské sdružení Anabell i tzv. **Svépomocnou skupinu** a řadu **volnočasových aktivit**, které napomáhají začleňování klienta do společnosti. Poradenství je vedeno nedirektivním způsobem a má za úkol nabádat klienta k tomu, aby sám převzal zodpovědnost za řešení svého problému.<sup>32</sup>

#### **7.4 Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy**

Centrum funguje při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11 v Praze. Jeho součástí je lůžkové specializované oddělení pro léčbu PPP, denní stacionář, ambulantní péče a internetové diskusní skupiny pro rodiče dívek a chlapců trpících PPP.

**Lůžkové specializační oddělení** bylo založeno roku 1983 a využívá multidisciplinární profesionální přístup odborníků. Pacienti jsou zde obvykle hospitalizováni 6-8 týdnů. Před nástupem k hospitalizaci je nutné, aby ambulantní psychiatr zaslal do centra doporučení. Toto doporučení je následně zařazeno do pořadníku. Čekací lhůta je uváděna od jednoho týdne až po tři měsíce, záleží vždy na aktuálním počtu zájemců. Obvykle jsou hospitalizováni pacienti, u kterých ambulantní léčba nevedla k uspokojivým výsledkům. Režimová léčba je založena na terapeutickém, jídelním, pracovním a sociálním programu. Centrum přijímá pacienty, kteří dovršili 18. roku. Důvodem k propuštění pacienta může být opakované porušování terapeutické smlouvy, se kterou jsou seznámeni na počátku pobytu. Nemocní ve stavu bezprostředně ohrožujícím život jsou léčeni na metabolických jednotkách JIP. Po stabilizaci zdravotního stavu a vzájemné domluvě je pacient přeložen do centra VFN. V závěru pacientova pobytu se profesionální tým odborníků zaměřuje na návrat pacienta do běžného prostředí. Pro prevenci relapsu je centrem doporučena následná péče. Velmi často jsou navrženy tzv. **doléčovací skupiny**. Jedná se o edukativní skupiny pro pacienty, které jsou zaměřené na jídelní, pohybový a pracovní režim, dále také na kontrolu příjmu potravy. Na skupinu není nutné se předem objednávat, probíhá jednou za čtrnáct dní v prostorách Psychiatrické kliniky VFN.

**Denní stacionář** navštěvují pacienti každý pracovní den. Pacientům je nabízena režimová léčba bez nutnosti odtržení pacienta z jeho přirozeného prostředí. Péče probíhá po dobu

---

<sup>32</sup> <http://www.anabell.cz>

až tří měsíců, přijímání jsou nemocní s BMI od 16 a výše. Čekací doba bývá maximálně dva týdny.

**Specializovanou ambulantní péči** vede František David Krch. Tato péče nabízí psychologické poradenství zaměřené na psychosomatické obtíže, dále na prevenci a následnou terapii. Krch vede i **Klub pro rodiče, příbuzné a partnery pacientů s PPP**. Jedná se o informativní setkání, kde nemocného blízcí získávají informace o projevech a důsledcích poruch příjmu potravy. Naučí se, jak motivovat nemocné k léčbě a jak je podporovat v následné léčbě. Setkání probíhá každou třetí středu v měsíci na půdě Psychiatrické kliniky VFN, není nutné se předem objednávat. Za účasti odborníka a pacientů probíhá každou druhou středu v měsíci **Klub pro pacienty a zájemce o léčbu**. Zájemci jsou informováni i formách a průběhu léčby. Opět není nutné se objednávat předem.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>

## 8 Průzkum

### 8.1 Cíl

Průzkumným šetřením si klademe za hlavní cíl **zmapovat míru informovanosti a účinnost primární prevence u žáků 9. ročníku Základní školy Hostivař týkající se problematiky poruch příjmu potravy**. Zajímá nás, zda se žáci orientují v oblasti týkající se základních forem PPP, symptomů, příčin, následných důsledků a možnostech léčby. Dílčím cílem je zjistit názor dotazovaných na tělesné sebepojetí a soudobý ideál krásy v souvislosti s pohlavím respondentů.

### 8.2 Metodika průzkumu

Pro potřeby stanovení výsledků hlavního a dílčích cílů a jejich následnou interpretaci jsme zvolili **kvantitativní výzkum**. Jedná se o metodu standardizovaného výzkumu popisující zkoumané skutečnosti pomocí proměnných, které lze vyjádřit čísly. Výsledky jsou obvykle zpracovány pomocí statistických metod a následně jsou interpretovány. Kvantitativní výzkum vyžaduje větší soubory dat a větší počet respondentů, výsledky jsou reprezentativní a vedou k lépe ověřitelným a srovnatelným výsledkům. Touto verifikační metodou jsme zajistili nestrannost pohledu. (Olecká, Ivanová, 2010)

Jako výzkumný nástroj jsme použili písemný strukturovaný **dotazník** vytvořený autorkou této práce. Metodu dotazníkového šetření jsme zvolili z důvodu získání údajů o velkém počtu odpovídajících, a tedy i získání velkého množství informací.

Dle Gavory (2000) musí dotazník splňovat tato základní pravidla:

1. Otázky musí být formulovány jasně, pro získání přesných údajů je nutné, aby respondenti otázce zcela porozuměli.
2. Vyhnout se příliš širokému znění otázky.
3. Vyvarovat se výrazům jako „několik“, „obyčejně“, „někdy“ a záporným slovům, abychom předešli dezinterpretacím odpovídajících.
4. Klást smysluplné jednoduché otázky, na které dokážou respondenti odpovědět a které se týkají pouze jedné věci.
5. Vyhnout se otázkám, které vzbuzují předpojatost.

Dotazník s názvem „**Míra informovanosti žáků 9.tříd o problematice poruch příjmu potravy**“ obsahuje vstupní část, která seznamuje respondenty s hlavními cíli výzkumu, následující část obsahuje vlastní otázky, které jsou rozděleny dle stanovených hypotéz do tří částí. Dotazník je zcela anonymní, jediným osobním údajem je pohlaví respondentů, které zjišťuje **otázka č. 1**.

První část zjišťuje základní informovanost žáků o PPP (**otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9**).

Druhá část zkoumá tělesné sebepojetí respondentů (**otázky č. 10, 11, 12, 13**). **Otázka č. 14** zjišťuje zkušenost s dietami.

Třetí část se zabývá problematikou působení a vlivu médií na respondenty v oblasti tělesného vzhledu a také zjišťuje, zda respondenti vnímají štíhlost jako výhodu ve společnosti (**otázky č. 15, 16, 17, 18, 19**). **Otázka č. 20** zkoumá vlastní postoj respondenta při popisu dvou kontrastních ženských postav a umožňuje komparaci.

Samotný závěr dotazníku je věnován poděkování respondentům za spolupráci. Dotazník tedy obsahuje celkem dvacet otázek, jak uzavřené, tak i otevřené otázky, které dávají respondentovi možnost volnosti u odpovědí.

Výsledky dotazníkového šetření jsme pro přehlednost transponovali do **grafů a tabulek**. Samotné grafy jsou organizovány dle stanovených hypotéz. Závěr výzkumu je věnován **interpretaci zjištění**.

### **8.3 Stanovení hypotéz**

Pro stanovení hypotéz jsme vycházeli z přesvědčení, že problematika poruchy příjmu potravy je médií značně reflektována, a tudíž že respondenti budou mít alespoň základní znalosti o tomto tématu. Z vlastní zkušenosti předpokládáme, že školská zařízení nevěnují této problematice dostatečný prostor ve výuce. Vzhledem k neustálému působení silného vlivu internetu, televizních pořadů, časopisů a reklamních kampaní předpokládáme, že převážná část respondentů nebude spokojena se svou stávající postavou a bude se chtít přiblížit štíhlému ideálu krásy. Nespokojenost bude značně převažovat u respondentek, jelikož dívky jsou více citlivé na názor okolí a svým vzhledem se zabývají více než chlapci. Kvůli neustálé propagaci štíhlosti budou respondenti považovat nadváhu a obezitu za značně limitující faktor ve společnosti.

#### **Hypotéza č. 1:**

- a) *Minimálně 75 % dotazovaných respondentů je informovaných o poruchách příjmu potravy a mají základní znalosti o jejich symptomech – informované budou převážně respondentky.*
- b) *Maximálně 25 % dotazovaných uvede jako zdroj informací školu.*

#### **Hypotéza č. 2:**

- a) *Minimálně 75 % dotazovaných respondentů není spokojených s vlastní postavou.*
- b) *Nespokojené budou převážně respondentky.*

#### **Hypotéza č. 3:**

*Minimálně 75 % dotazovaných respondentů spojuje štíhlou postavu s atraktivitou, úspěchem a krásou.*

## 8.4 Výběr respondentů a realizace průzkumného šetření

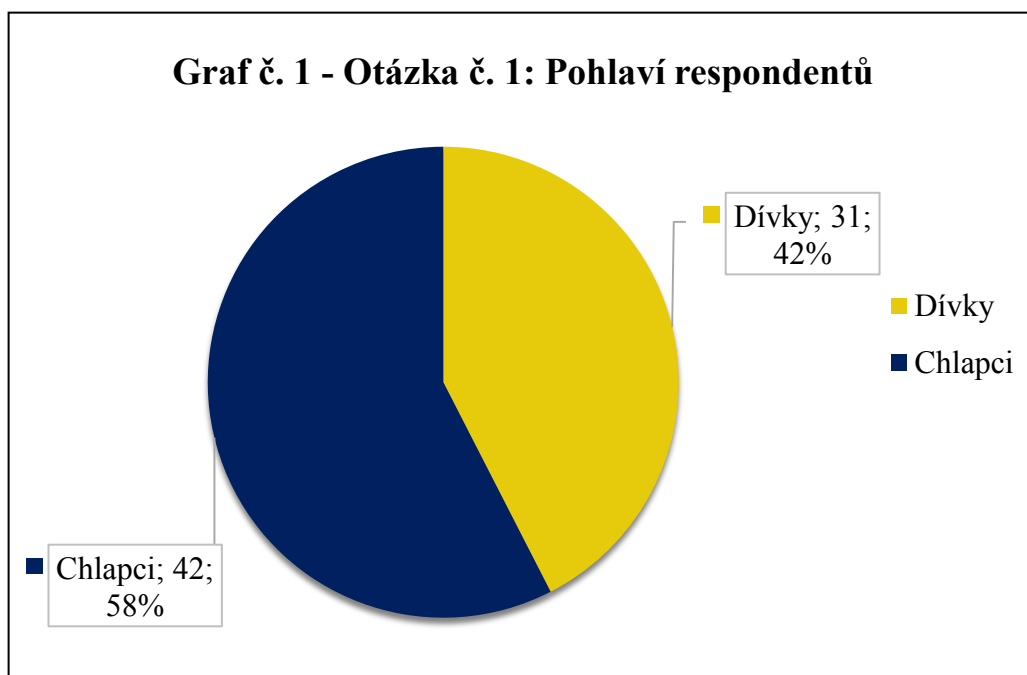
Průzkumné šetření proběhlo na Základní škole Hostivař, v březnu roku 2018. Respondenty byli žákyně a žáci devátých tříd (14/15 let), tedy jedinci nacházející se z hlediska věku v nejrizikovějším období pro vznik PPP. Výběr respondentů nebyl blíže specifikován, zakládal se na souhlasu ředitele zařízení, vyučujícího pedagoga v dané třídě a na přijetí samotného respondenta.

Respondenti byli nejprve informováni o anonymitě, cíli a účelu daného dotazníkového šetření. Poté žákyně a žáci odpovídali na otázky vlastnoručně psanou odpovědí a řídili se pokyny uvedenými v první části dotazníku. Vyplňování nebylo časově omezeno, průměrný čas strávený v každé třídě byl 15 minut.

**Dotazníkového šetření se zúčastnilo 73 žáků, z toho 31 dívek a 42 chlapců. Návratnost dotazníků byla 100%. Všechny odevzdané dotazníky byly zahrnuty do analýzy interpretace dat. Některé otázky nebyly respondenty zodpovězeny.**

Výsledky dotazníkového šetření jsme pro přehlednost transponovali do **grafů a tabulek**. Samotné grafy jsou organizovány dle stanovených hypotéz. Závěr výzkumu je věnován **interpretaci zjištění**.

**Graf č. 1 - Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů**

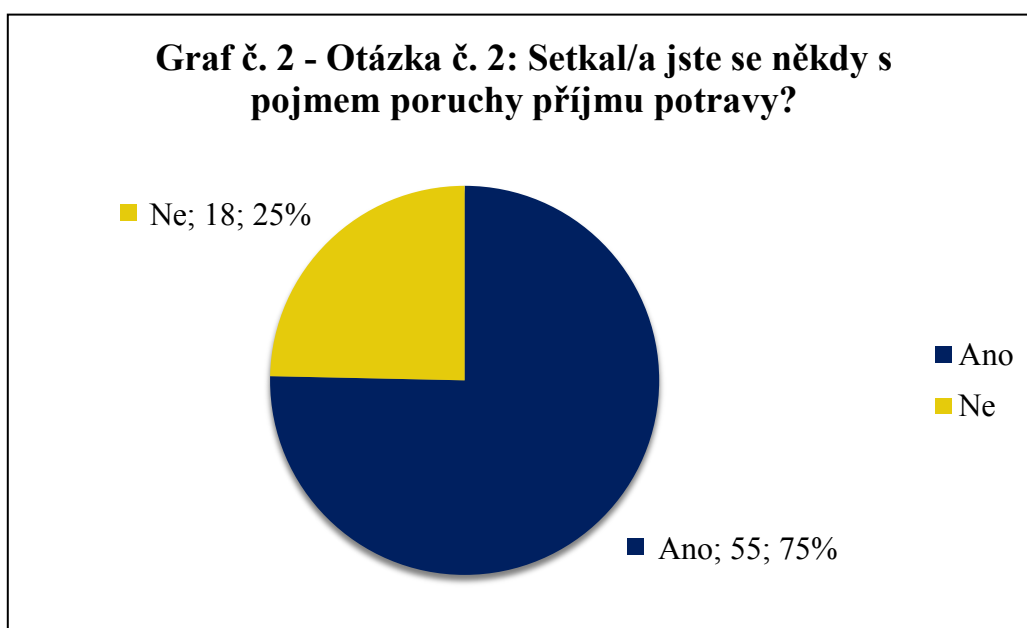


## 8.5 Prezentace dat a interpretace výsledků dotazníkového šetření

### 8.5.1. Prezentace dat a interpretace výsledků první části dotazníkového šetření

První část dotazníkového šetření (otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) je zaměřena na informovanost žáků v oblasti poruch příjmu potravy. Položka č. 2 zjišťuje, zda se respondent setkal s pojmem poruchy příjmu potravy. Tato otázka je pro první část šetření zcela stěžejní.

Graf č. 2 - Otázka č. 2 – Setkal/a jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?

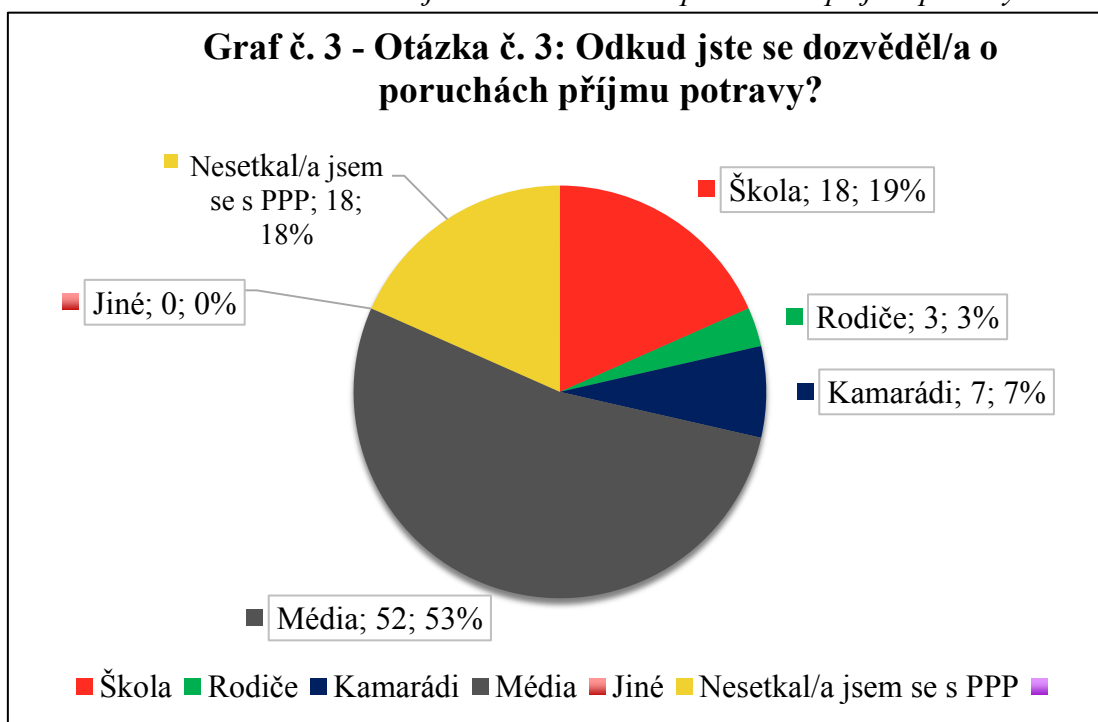


Tabulka č. 1

	Dívky	Chlapci
Ano	27 odpovědí; 87 %	28 odpovědí; 67 %
Ne	4 odpovědi; 13 %	14 odpovědí; 33 %

Na tuto otázku odpověděli všichni dotazovaní, 55 žáků uvedlo, že se s pojmem poruchy příjmu potravy setkalo, zbylých 18 žáků o této problematice neslyšelo. Z hlediska pohlaví 27 dívek zaškrtnulo odpověď „Ano“, zbylé 4 dívky odpověď „Ne“, 28 chlapců zvolilo odpověď „Ano“ a zbylých 14 chlapců odpověď „Ne“. Z tohoto výsledku vyplývá, že **dívky se s pojmem poruchy příjmu potravy setkávají častěji než chlapci.**

**Graf č. 3 - Otázka č. 3 – Odkud jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy?**



**Tabulka č. 2**

	Dívky	Chlapci
<b>Škola</b>	3 odpovědi; 17 %	15 odpovědi; 83 %
<b>Rodiče</b>	1 odpověď; 33 %	2 odpovědi; 67 %
<b>Kamarádi</b>	3 odpovědi; 43 %	4 odpovědi; 57 %
<b>Média</b>	45 odpovědi; 87 %	7 odpovědi; 13 %
<b>Jiné</b>	0 odpovědi; 0 %	0 odpovědi; 0 %
<b>Nesetkal jsem se s PPP</b>	4 odpovědi; 22 %	14 odpovědi; 78 %

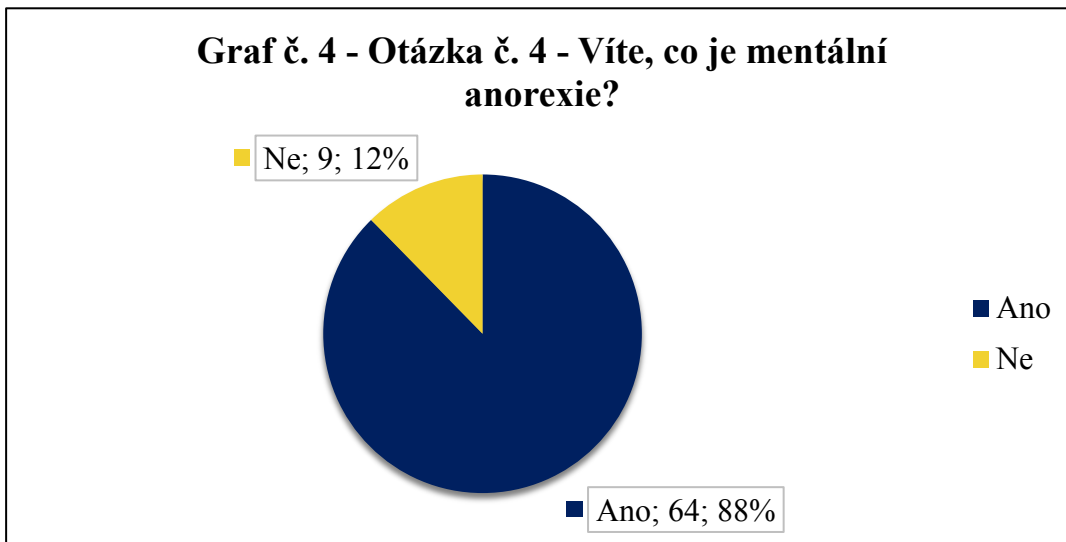
Na třetí otázku v pořadí odpověděli všichni respondenti. U této položky bylo možné zvolit více odpovědí, v grafickém znázornění tedy platí, že 100 % se rovná 98 odpovědí. Z výsledků jsme zjistili, že nejvíce respondentů se o termínu PPP dozvědělo skrze média. I díky tomuto výsledku je prokazatelné, že média tuto problematiku začínají reflektovat a tabuizace tématu PPP se stává historií. Respondenti v 19 % uvedli jako zdroj informací školu. **Je nutné podotknout, že 83 % respondentů, kteří uvedli jako zdroj informací školu, byli chlapci. Média jako zdroj informací naopak uvedlo 87 % dívek.**

Pouze 3 % respondentů uvedlo jako zdroj informací rodiče. **Nízká procenta odpovědí u zdrojů informací skrze rodiče a školu považujeme za velmi znepokojivý výsledek,**



jelikož obě tyto složky by měly fungovat v rámci primární prevence ve vzájemné provázanosti.

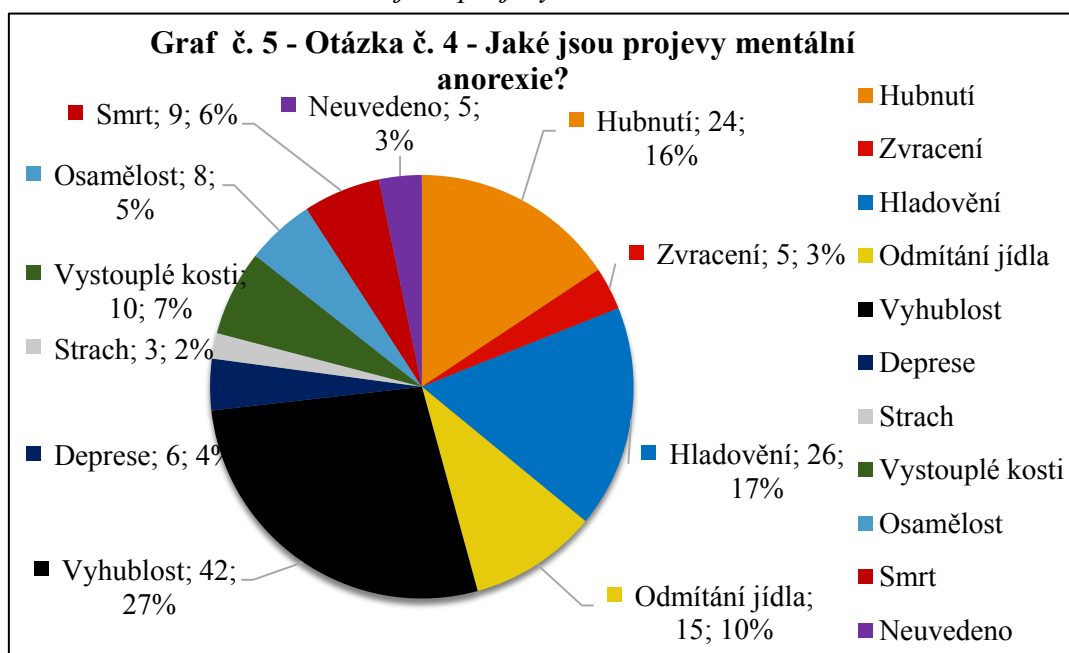
Graf č. 4 - Otázka č. 4 – Víte, co je mentální anorexie?



Tabulka č. 3

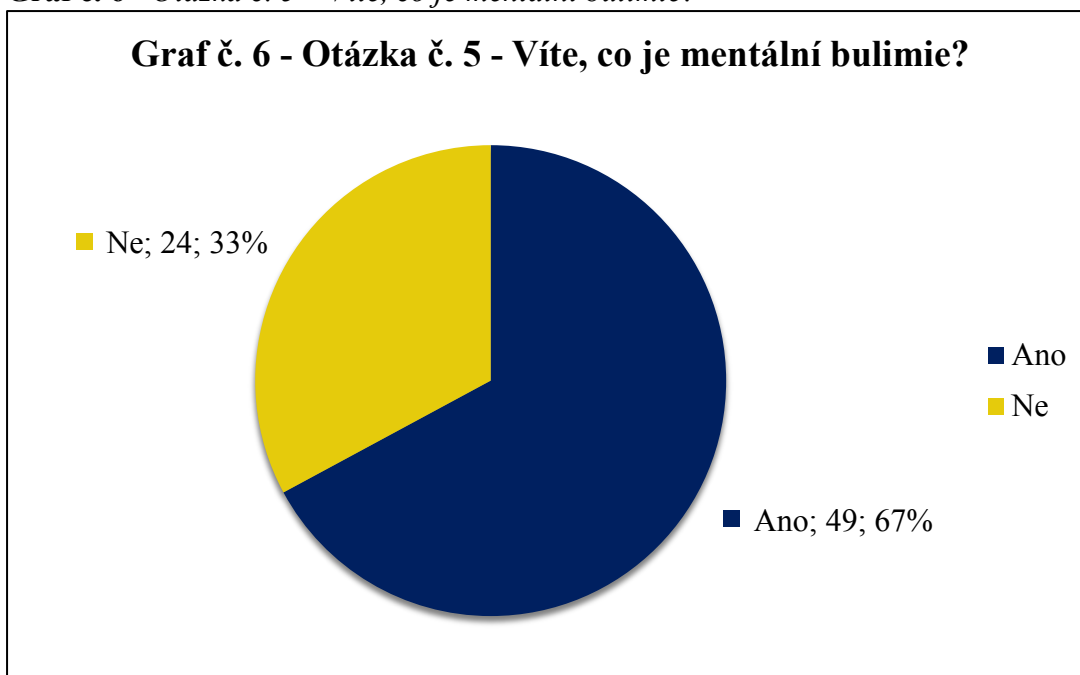
	Dívky	Chlapci
Ano	30 odpovědí; 97 %	34 odpovědí; 81 %
Ne	1 odpověď; 3 %	8 odpovědí; 19 %

Graf č. 5 - Otázka č. 4 – Jaké jsou projevy mentální anorexie?



První část otázky č. 4 zjišťuje, zda jsou respondenti seznámeni s pojmem mentální anorexie. Tato otázka byla zodpovězena všemi respondenty. Z hlediska výskytu se jedná společně s mentální bulimií o nejčastější poruchy příjmu potravy, proto jsme předpokládali, že většina respondentů bude tento termín znát, což se nám také potvrdilo. **Celkem 88 % respondentů tento termín zná.** Je nutné zmínit, že celkem 6 respondentů, kteří v předchozích otázkách odpověděli, že termín poruchy příjmu potravy neznají, vědí, co je mentální anorexie. Z hlediska pohlaví zná termín mentální anorexie 97 % dívek a 81 % chlapců. Druhá část otázky č. 4 se zabývá konkrétními projevy tohoto onemocnění. Pouze v pěti případech nebyla odpověď žádná. Nejvíce respondentů (42) uvedlo jako hlavní projev MA vyhublost, dále 26 respondentů hladovění, 24 respondentů uvedlo jako další projev hubnutí, následujících 15 zase odmítání jídla, v 10 případech také vystouplé kosti. Za zmínku dále stojí odpovědi jako smrt (9), osamělost (8), deprese (6), zvracení (5), strach (3). Z výše uvedeného vyplývá, že dotazovaní respondenti **mají základní znalosti o projevech mentální anorexie**, část respondentů také zmínila psychické projevy tohoto onemocnění, což považujeme za výborný výsledek, jelikož si někteří respondenti uvědomují souvislost poruch příjmu potravy s psychickými problémy.

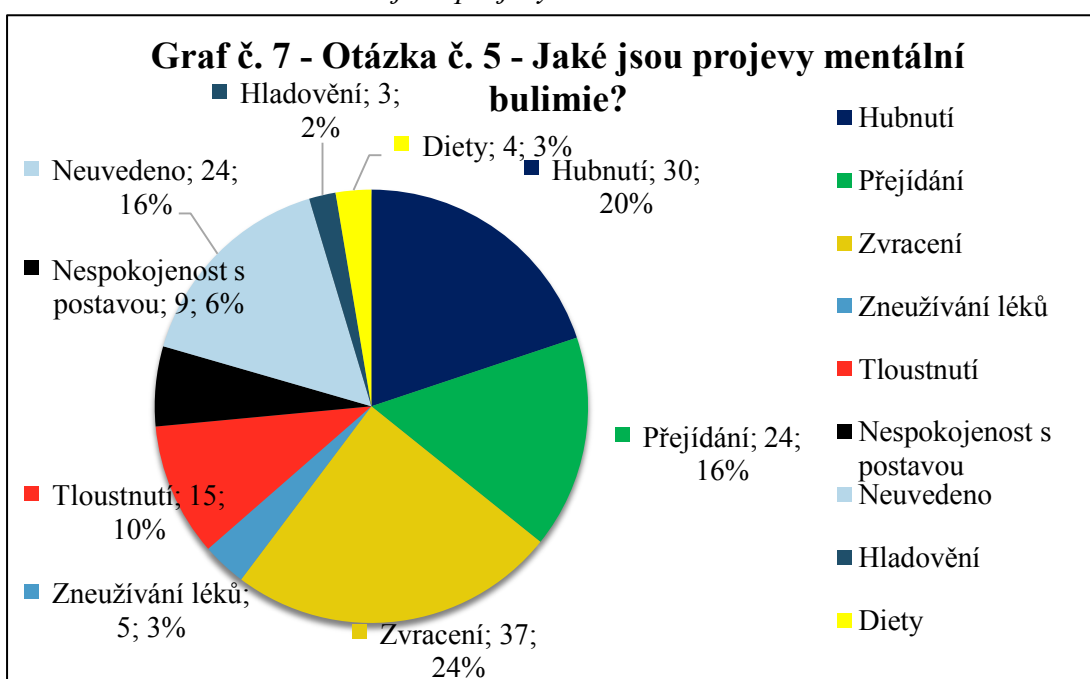
Graf č. 6 - Otázka č. 5 – Víte, co je mentální bulimie?



Tabulka č. 4

	Dívky	Chlapci
Ano	25 odpovědí; 81 %	24 odpovědí; 57 %
Ne	6 odpovědí; 19 %	18 odpovědí; 43 %

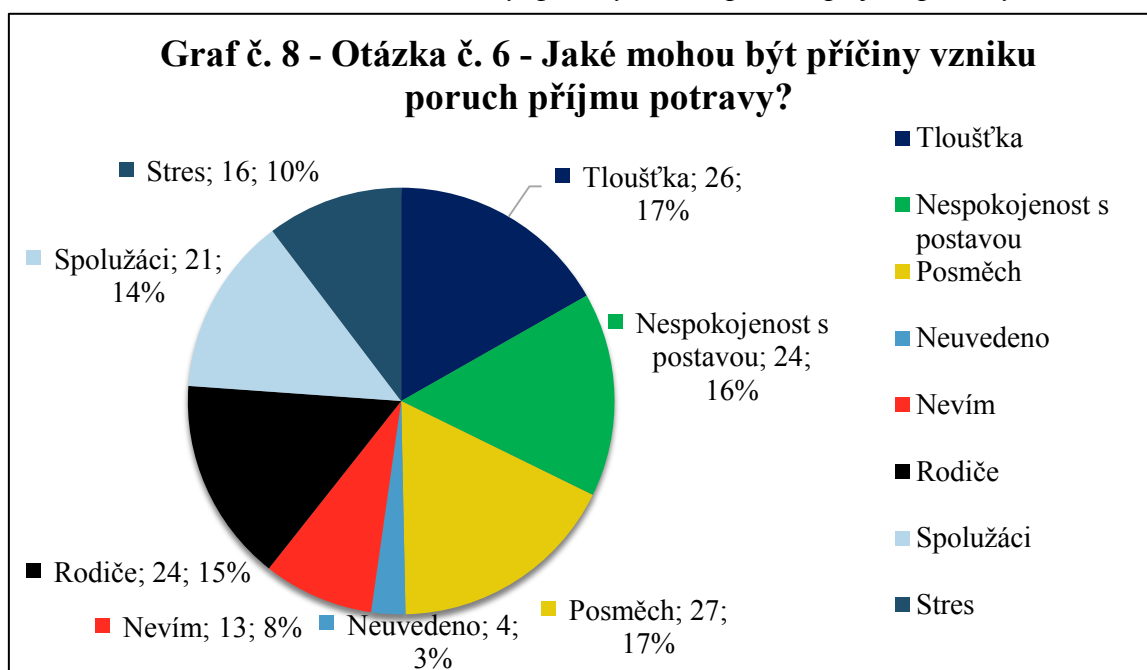
Graf č. 7 - Otázka č. 5 – Jaké jsou projevy mentální bulimie?



Otázkou č. 5 jsme zjišťovali informovanost respondentů o onemocnění MB. V první části otázky jsme zjistili, že 67 % respondentů zná pojem mentální bulimie, což je o 21 % méně, než je znalost pojmu mentální anorexie. Předpokládáme, že tato čísla jsou výsledkem toho, že o mentální anorexii se v médiích více hovoří, a proto je informovanost vyšší. Z hlediska pohlaví jsou lépe informovány respondentky, a to celých 81 %. Pouze 57 % všech dotazovaných chlapců zná tento termín.

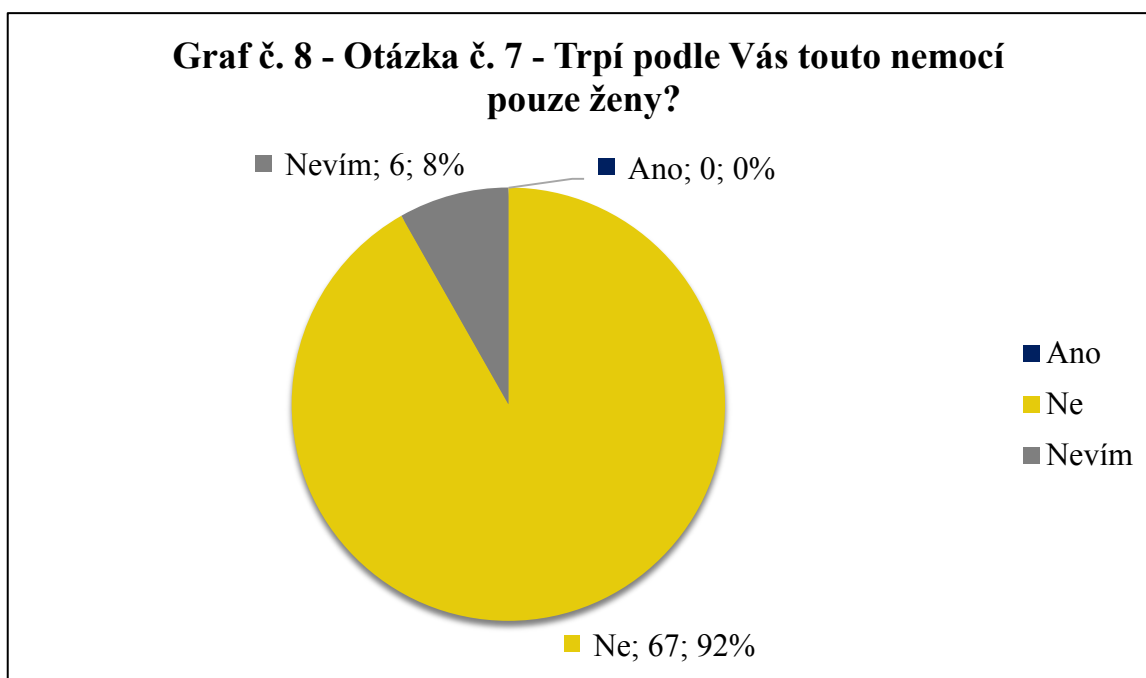
Respondenti však velmi vhodně odpovídali na druhou část otázky, která se týká samotných projevů MB. Nejvíce respondentů (37) uvedlo jako hlavní projev zvracení, hubnutí uvedlo 30 respondentů, dalších 24 respondentů zase přejídání. Mezi další uvedené projevy patří tloušťnutí (15), nespokojenost s postavou (9), zneužívání léků (5), držení diet (4), a hladovění uvedli 3 respondenti. Na tuto otázku neodpovědělo 24 respondentů, což je o 19 respondentů více než u předchozí otázky týkající se mentální anorexie. Uvedené projevy onemocnění MB byly ve většině správné.

**Graf č. 8 - Otázka č. 6 – Jaké mohou být příčiny vzniku poruch příjmu potravy?**



Na otázku příčin vzniku poruch příjmu potravy odpovídali respondenti následovně. Nejvíce respondentů považuje tloušťku a posměch ze strany okolí za nejzávažnější příčiny vzniku PPP. Dále pak se velmi často v odpovědích objevovala nespokojenost s postavou, vliv rodičů, spolužáků a také stresu. 4 respondenti neuvedli žádnou odpověď a 13 respondentů zvolilo odpověď “Nevím”. Z výsledků je patrně, že **respondenti cítí provázanost vlivu okolí se vznikem PPP**.

**Graf č. 9 - Otázka č. 7 – Trpí podle Vás touto nemocí pouze ženy?**

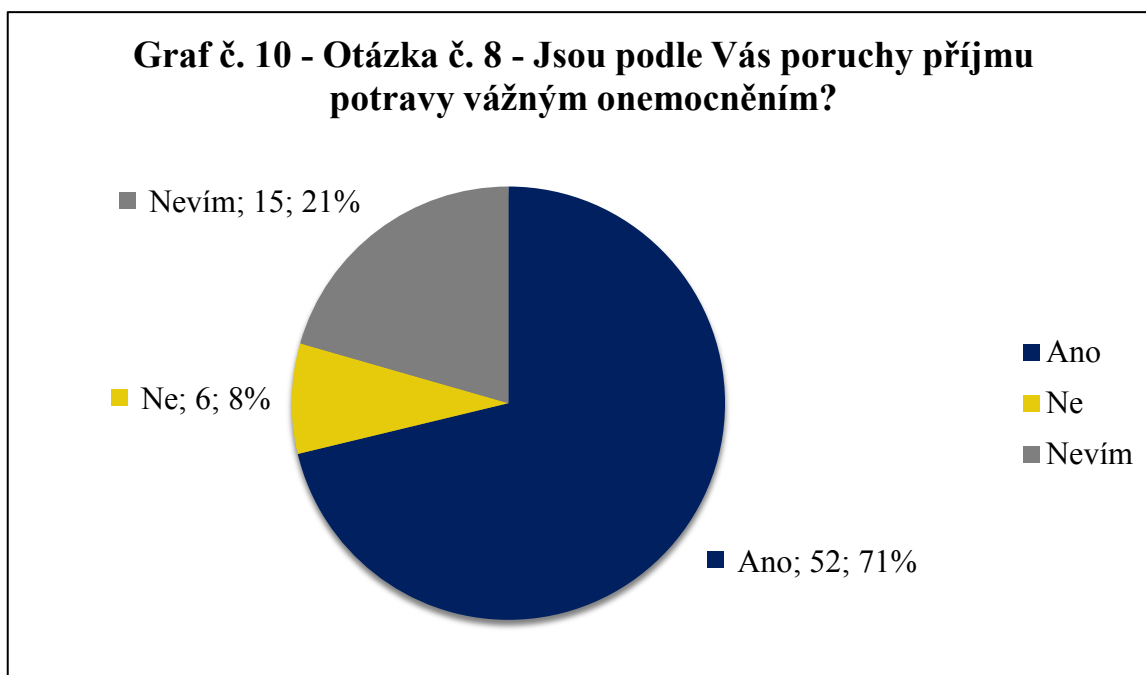


**Tabulka č. 5**

	Dívky	Chlapci
Ano	3 odpovědi; 10 %	10 odpovědí; 24 %
Ne	24 odpovědi; 77 %	27 odpovědí; 64 %
Nevím	4 odpovědi; 13 %	5 odpovědí; 12 %

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, kterým trpí obě pohlaví bez ohledu na věk. Přesvědčení, že těmito poruchami trpí pouze ženy, je již přežitě. **92 % respondentů správně odpovědělo, že PPP nejsou výhradně ženským onemocněním.** Zbývajících 8 % zvolilo odpověď “Nevím”. Odpověď “Ano” nevolil žádný respondent.

**Graf č. 10 - Otázka č. 8 – Jsou podle Vás poruchy příjmu potravy vážným onemocněním?**

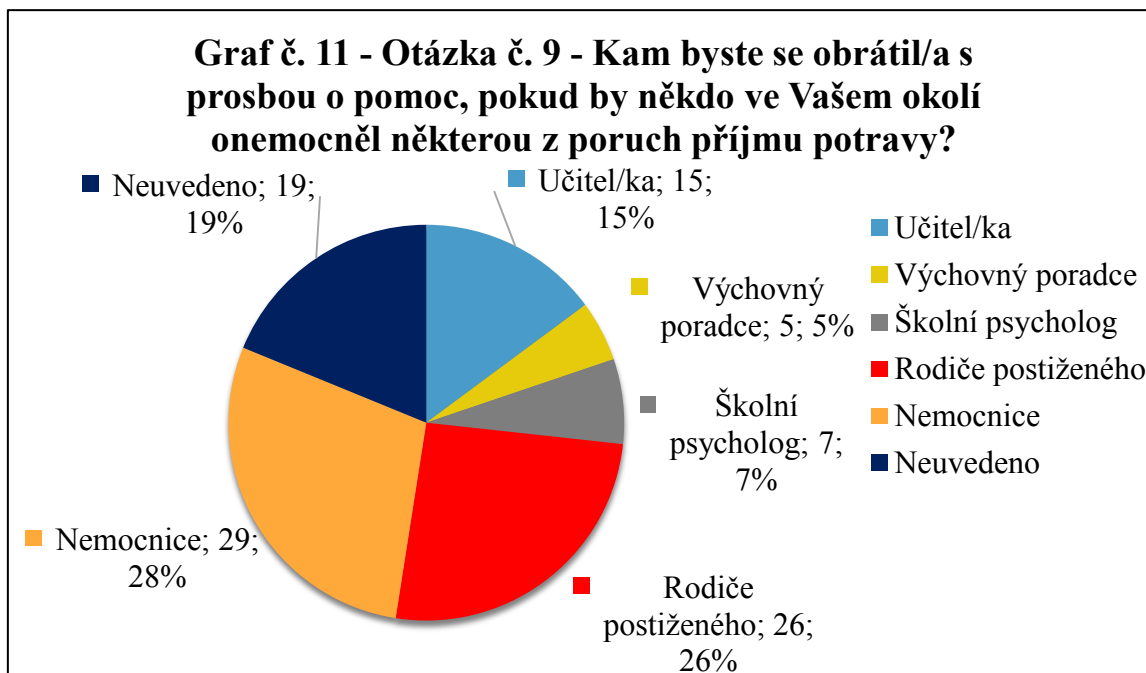


**Tabulka č. 6**

	Dívky	Chlapci
Ano	23 odpovědí; 74 %	29 odpovědí; 69 %
Ne	3 odpovědí; 10 %	3 odpovědí; 7 %
Nevím	5 odpovědí; 16 %	10 odpovědí; 24 %

Poruchy příjmu potravy patří mezi velmi vážná onemocnění. Nebezpečí úmrtí pacientů s PPP je až 18krát vyšší než u zdravých jedinců stejného věku. **Tuto závažnost onemocnění si uvědomuje 71 % respondentů.** Pouze 8 % zvolilo odpověď “Ne” a 21 % respondentů odpověď “Nevím”. Z hlediska pohlaví odpovědělo správně - “Ano” 74 % dívek a 69 % chlapců.

**Graf č. 11 - Otázka č. 9 – Kam byste se obrátil/a s prosbou o pomoc, pokud by někdo ve Vašem okolí onemocněl některou z poruch příjmu potravy?**

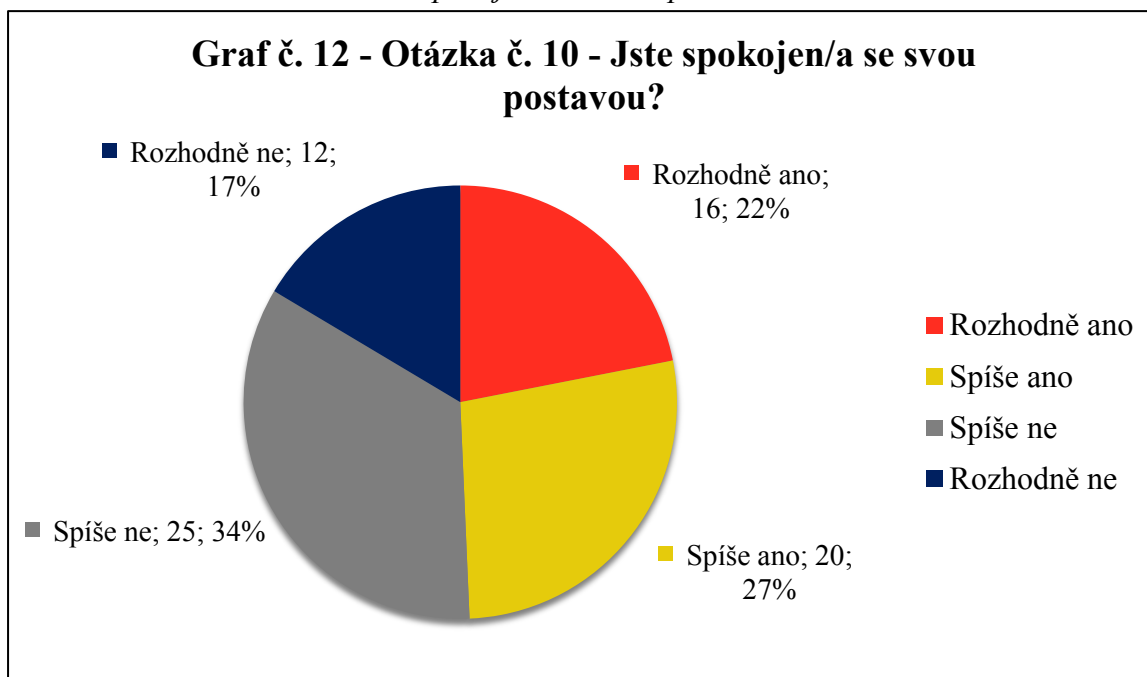


Z průzkumu jsme došli k výsledku, že žádný respondent nezná přesný název specializovaného oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Nejvíce respondentů by doporučilo léčbu v nemocničním zařízení, dále by se obrátili na rodiče postiženého. 15 % žáků a žákyň by se obrátilo na učitele. 19 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

## 8.5.2 Prezentace dat a interpretace výsledků druhé části dotazníkového šetření

Druhá část dotazníkového šetření zahrnující otázky č. 10, 11, 12, 13 zkoumá tělesné sebezpojetí respondentů. Otázka č. 14 se zabývá zkušenostmi s dietami.

Graf č. 12 - Otázka č. 10 – Jste spokojen/a se svou postavou?



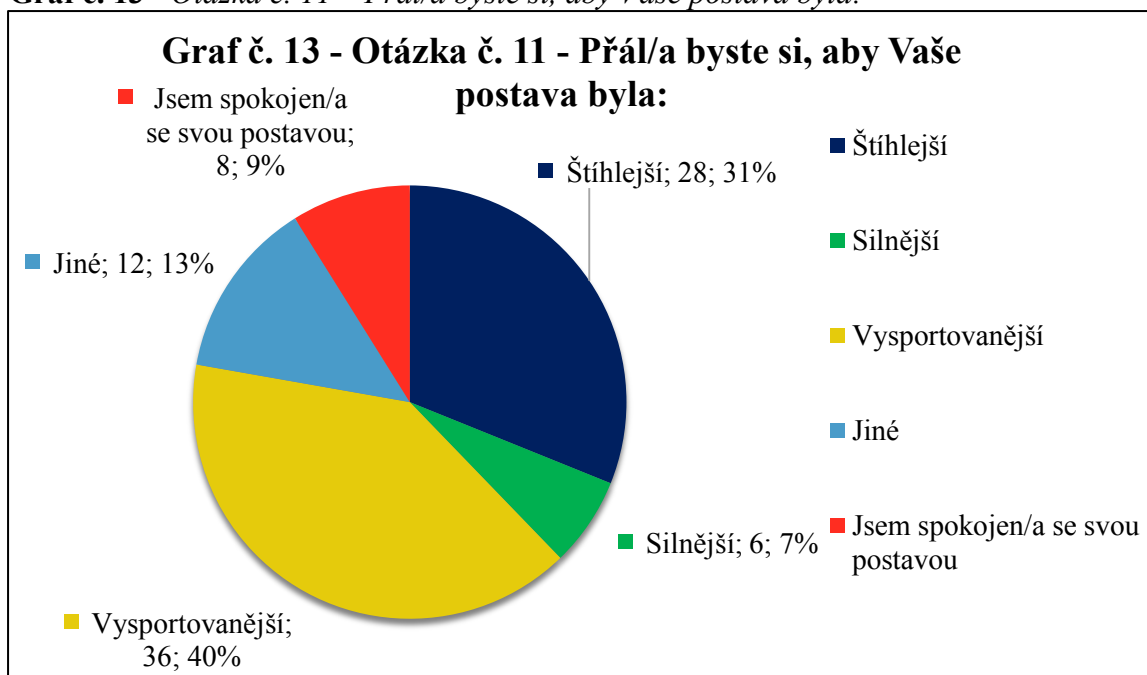
Tabulka č. 7

	Dívky	Chlapci
<b>Rozhodně ano</b>	3 odpovědi; 10 %	13 odpovědi; 31 %
<b>Spíše ano</b>	5 odpovědi; 16 %	15 odpovědi; 36 %
<b>Spíše ne</b>	13 odpovědi; 42 %	12 odpovědi; 28 %
<b>Rozhodně ne</b>	10 odpovědi; 32 %	2 odpovědi; 5 %

Na tuto otázku jsme získali odpověď od všech dotázaných respondentů. Z výsledků jsme došli k závěru, že 49 % všech respondentů zvolilo odpovědi “Rozhodně ano” nebo “Spíše ano”, z čehož 78 % tvoří chlapci. **Nespokojených je 51 % respondentů. Z hlediska pohlaví je se svou postavou nespokojených 74 % respondentek a 33 % respondentů - chlapců.** Z tohoto výsledku je patrné, že respondenti ženského pohlaví jsou k sobě přísnější a kritičtější.



Graf č. 13 - Otázka č. 11 – Přál/a byste si, aby Vaše postava byla:

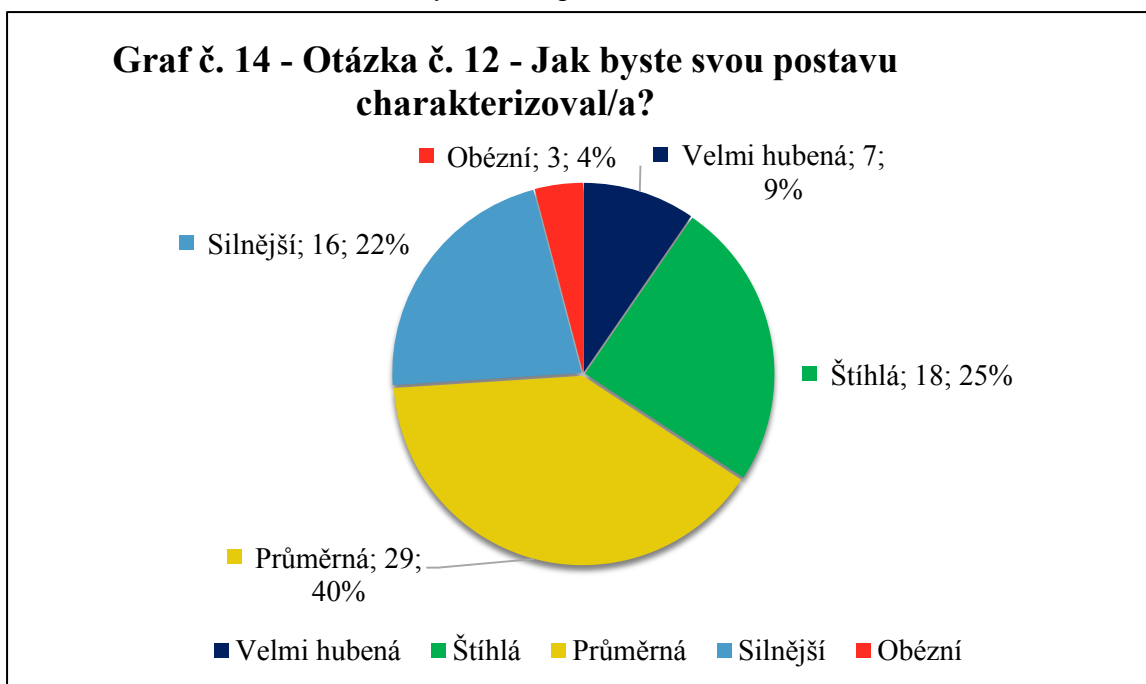


Tabulka č. 8

	Dívky	Chlapci
<b>Štíhlejší</b>	23 odpovědi; 82 %	5 odpovědi; 18 %
<b>Silnější</b>	0 odpovědi; 0 %	6 odpovědi; 100 %
<b>Vysportovanější</b>	12 odpovědi; 33 %	24 odpovědi; 66 %
<b>Jiné</b>	3 odpovědi; 25 %	9 odpovědi; 75 %
<b>Jsem spokojen/a</b>	2 odpovědi; 25 %	6 odpovědi; 75 %

Otázka č. 11 nabízela respondentům volit více odpovědí, celkově jsme získali 90 odpovědí. Nejvíce se vyskytovala kombinace “Štíhlejší” – “Vysportovanější”, a to především u dívek. Z hlediska pohlaví je z odpovědí respondentů zřejmé, že respondentky by si přály být spíše štíhlejšími, chlapci naopak vysportovanějšími. Naprosto spokojených respondentů bylo pouze 9 %. Mezi odpověďmi “Jiné” se nejvíce objevovala výška, a to znovu především u chlapců, kteří by si přáli být vyšší. **Z výsledku je zřejmé, že celkem 91 % respondentů by si přálo změnu své postavy.**

Graf č. 14 - Otázka č. 12 – Jak byste svou postavu charakterizoval/a?

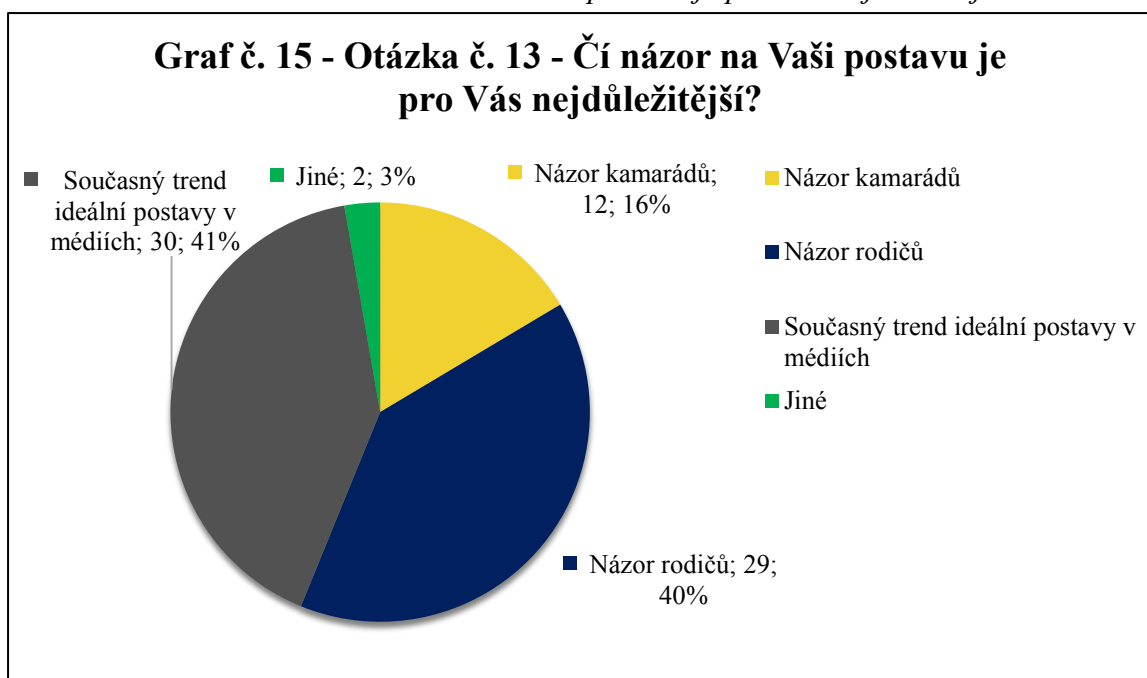


Tabulka č. 9

	Dívky	Chlapci
<b>Velmi hubená</b>	2 odpovědi; 16 %	5 odpovědi; 12 %
<b>Štíhlá</b>	3 odpovědi; 0 %	15 odpovědi; 36 %
<b>Průměrná</b>	17 odpovědi; 55 %	12 odpovědi; 28 %
<b>Silnější</b>	9 odpovědi; 29 %	7 odpovědi; 17 %
<b>Obézní</b>	0 odpovědi; 0 %	3 odpovědi; 7 %

Největší počet respondentů (40 %) charakterizovalo svou postavu jako průměrnou, v čehož 59 % tvořily dívky. Štíhlých je dle výsledků 25 % respondentů, z čehož většinu tvoří chlapci. Odpověď “Obézní” zaškrtnli pouze chlapci. **Z tohoto výsledku plyne, že respondentky, jsou ve svých postojích umírněnější, a i přesto, že se ve třídách objevovaly dívky velmi hubené, volily nejvíce odpověď “Průměrná” a ve velmi malé míře “Silnější” a “Štíhlá”.**

Graf č. 15 - Otázka č. 13 – Čí názor na Vaši postavu je pro Vás nejdůležitější?



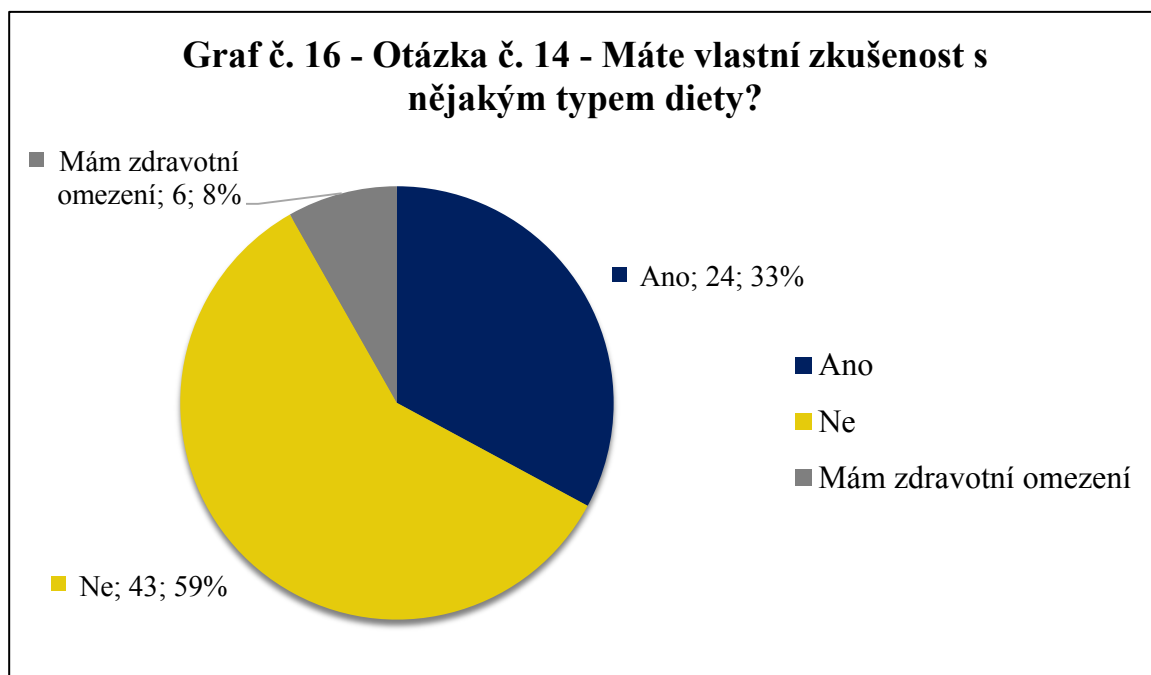
Tabulka č. 10

	Dívky	Chlapci
<b>Názor kamarádů</b>	7 odpovědí; 23 %	5 odpovědí; 12 %
<b>Názor rodičů</b>	8 odpovědí; 25 %	21 odpovědí; 50 %
<b>Trend ideální postavy</b>	16 odpovědí; 52 %	14 odpovědí; 33 %
<b>Jiné</b>	0 odpovědí; 0 %	2 odpovědi; 5 %

I přesto, že se respondenti nacházejí ve věku, kdy se názorově distancují a vymezují proti postojům svých rodičů, **40 % respondentů uvedlo „Názor rodičů” jako nejdůležitější.** Tuto odpověď zvolilo 50 % všech dotazovaných chlapců. **Nejvyšší procento však získala odpověď „Současný trend ideální postavy v médiích” (41 %).** Tuto odpověď zvolilo **52 % dívek.** Mezi odpověď „Jiné” (3%) uvedli respondenti důležitost vlastního názoru.

**Z výsledku je zřejmé, že dívky – respondentky, jsou mnohem více ovlivnitelné současným trendem ideální postavy propagované médii, chlapci – respondenti zase považují za nejdůležitější názor ohledně vzhledu pohled vlastních rodičů.**

**Graf č. 16 - Otázka č. 14 – Máte vlastní zkušenost s nějakým typem diety?**



**Tabulka č. 11**

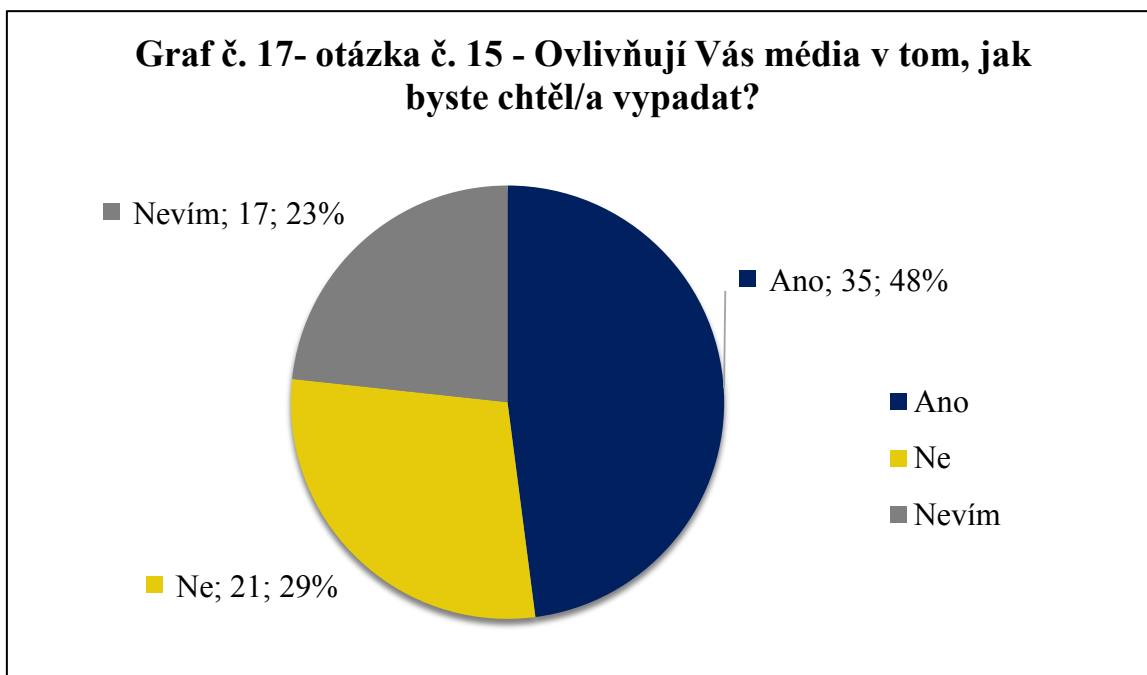
	Dívky	Chlapci
Ano	18 odpovědí; 56 %	6 odpovědí; 14 %
Ne	9 odpovědí; 29 %	34 odpovědí; 81 %
Mám zdravotní omezení	4 odpovědi; 15 %	2 odpovědi; 5 %

Z výsledků čtrnácté otázky vyplývá, že **33 % respondentů již má zkušenost s nějakým typem diety**. Mezi konkrétními odpověďmi byly příklady diet jako dělená strava, omezení sladkého a tučného, vynechávání příloh a pečiva, konzumace velkého množství zeleniny, pravidelná strava. **Ve dvou případech bylo uvedeno hladovění**. 8 % respondentů má zdravotní omezení (2 případy cukrovky, 1 případ celiakie, v 3 případech neuvedeno). Zkušenost s dietami mají především dívky. Vzhledem k výsledkům této otázky se domníváme, že respondentky jsou mnohem citlivější ke svému tělesnému vzhledu. Tento výsledek přisuzujeme vlivu časopisů, televizních pořadů, internetu a jiných médií, které nás dennodenně zahlcují články s tipy, jak zhubnout.

### 8.5.3 Prezentace dat a interpretace výsledků třetí části dotazníkového šetření

Třetí část se zabývá problematikou působení a vlivu médií na respondenty v oblasti tělesného vzhledu a také zjišťuje, zda respondenti vnímají štíhlost jako výhodu ve společnosti (otázky č. 15, 16, 17, 18, 19). Otázka č. 20 zkoumá vlastní postoj respondenta při popisu dvou kontrastních ženských postav a umožňuje komparaci.

Graf č. 17 - Otázka č. 15 – Ovlivňují Vás média v tom, jak byste chtěl/a vypadat?

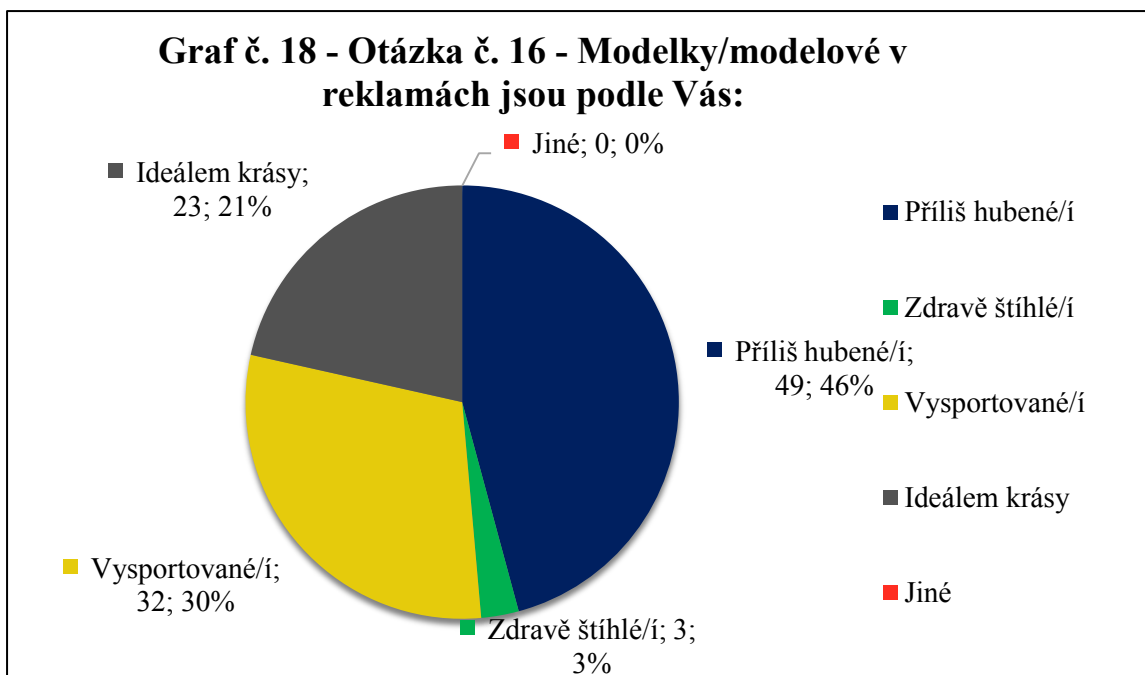


Tabulka č. 12

	Dívky	Chlapci
Ano	24 odpovědi; 78 %	11 odpovědi; 26 %
Ne	4 odpovědi; 13 %	17 odpovědi; 40 %
Nevím	3 odpovědi; 9 %	14 odpovědi; 34 %

48 % respondentů se cítí být ovlivňováno médii v tom, jak by chtěli vypadat, z čehož 69 % tvoří dívky - respondentky. Z tohoto grafu vyplývá, že média mají na značnou část respondentů vliv, a tento vliv si respondenti uvědomují. V pěti případech byla k odpovědi připsaná poznámka “Instagram”. Jedná se o internetové médium, skrze které jeho uživatelé sdílí své fotografie. Toto médium v současnosti považujeme za jedno z nejvyužívanějších. Pro mladé lidi je Instagram velice atraktivní, a tudíž velmi vlivný nástroj.

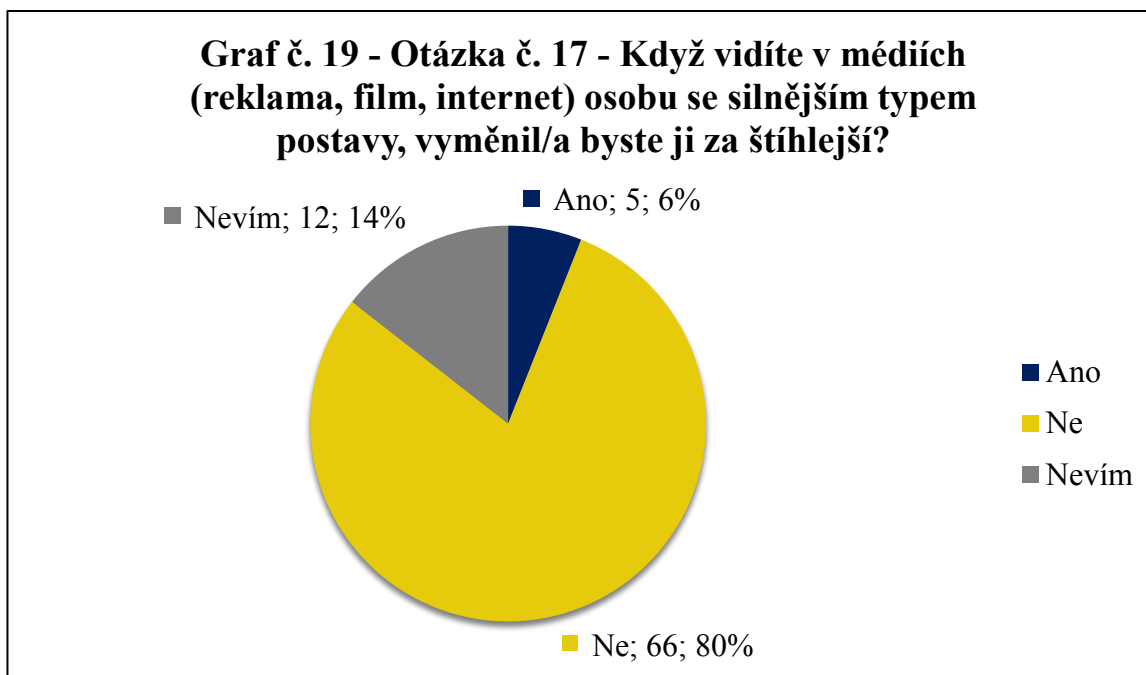
Graf č. 18 - Otázka č. 16 – Modelky/modelové v reklamách jsou podle Vás:



46 % respondentů uvedlo, že modelky a modelové jsou „Příliš hubené/hubení“. Je zajímavé, že respondenti v mnoha případech uvedli společně odpovědi „Příliš hubené/í“, „Vysportované/í“ a „Ideálem krásy“. Všechny tři odpovědi byly současně zaškrtnuté v 8 dotaznících. V 5 dotaznících byly společně zaškrtnuté odpovědi „Příliš hubené/í“ a „Vysportované/í“.

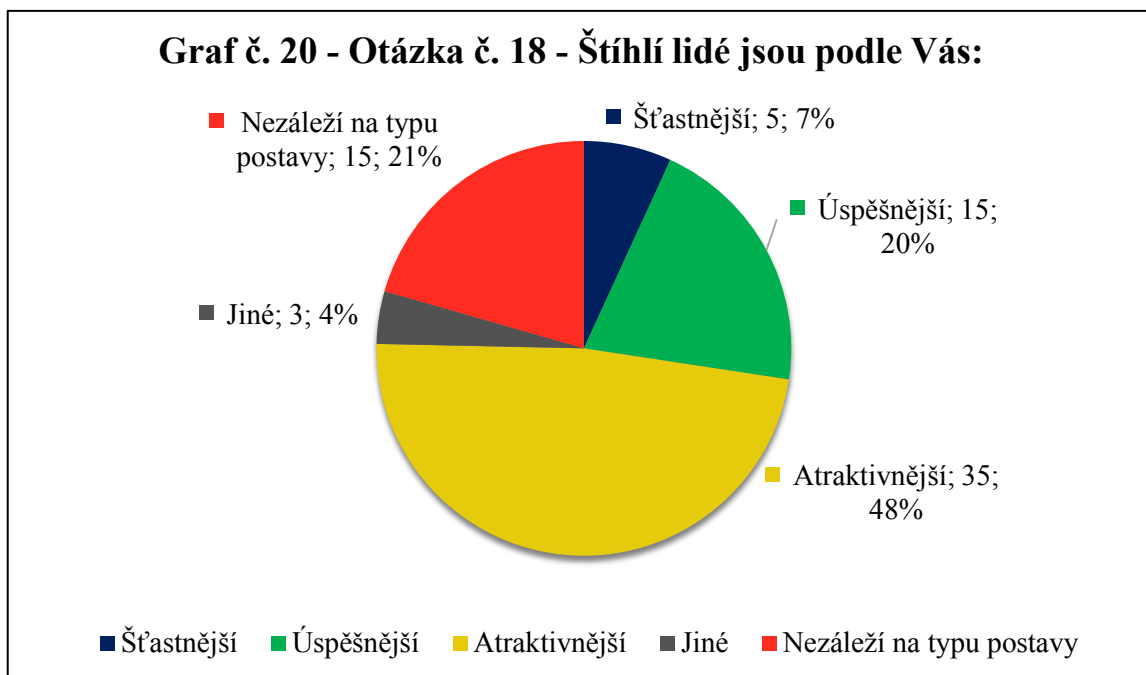
Z tohoto výsledku je zřejmé, že značná část respondentů vnímá ideál krásy jako přespříliš hubený.

**Graf č. 19 - Otázka č. 17 – Když vidíte v médiích (reklama, film, internet) osobu se silnějším typem postavy, vyměnil/a byste ji za štíhlejší?**



Velmi pozitivním výsledkem je, že 80 % respondentů uvedlo odpověď “Ne”. Pouze v pěti případech byla odpověď “Ano” (pouze chlapci), odpověď “Nevím” zvolilo 12 respondentů.

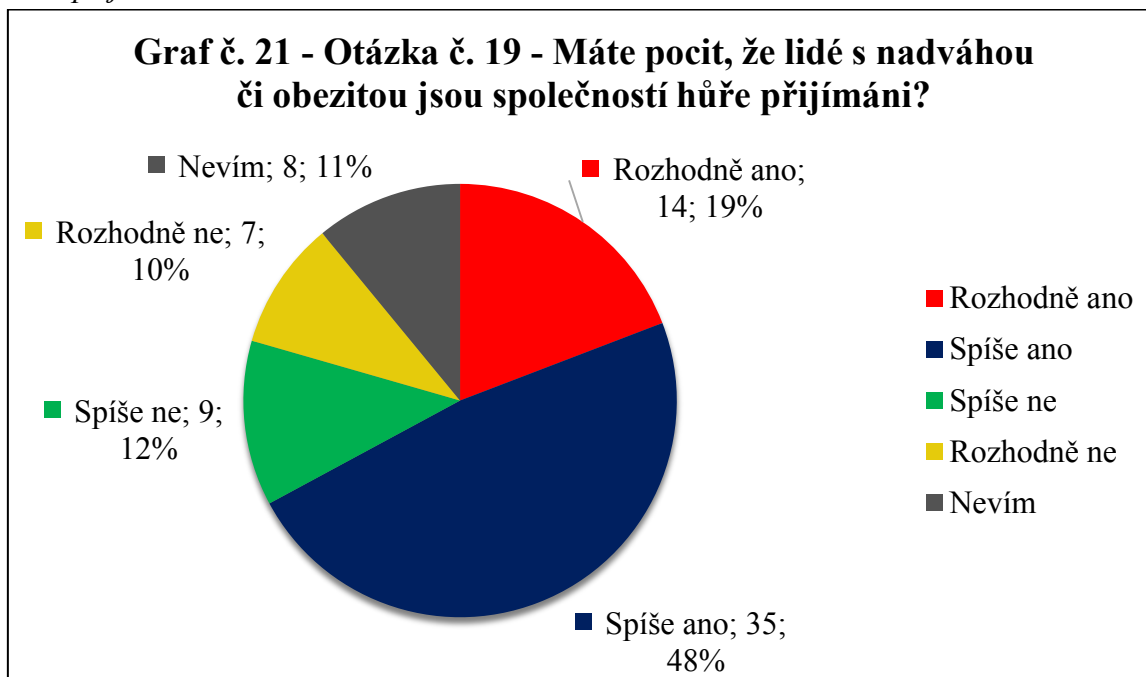
Graf č. 20 - Otázka č. 18 – Štíhlí lidé jsou podle Vás:



Výsledky ukazují, že 75 % respondentů je přesvědčených, že být štíhlý je výhodou. Nejvíce respondentů pocítuje jako hlavní přednost atraktivitu štíhlých lidí (48 %). 21 % respondentů uvedlo, že „Nezáleží na typu postavy“. Mezi odpověďmi „Jiné“ bylo uvedeno, že štíhlí lidé jsou krásnější.



**Graf č. 21 - Otázka č. 19 – Máte pocit, že lidé s nadváhou či obezitou jsou společností hůře přijímáni?**



Je zajímavé, že mnoho respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že jim nezáleží na typu postavy, v této otázce uvedli, že obézní lidé či lidé s nadváhou jsou hůře přijímáni. Z této skutečnosti vyplývá, že respondenti pocítují znevýhodnění osob, které nesplňují kritéria štíhlosti. **Celkem 67 % respondentů je toho názoru, že lidé s vyšší váhou jsou společností hůře přijímáni.** 8 % uvedlo odpověď “Nevím” a zbývajících 22 % respondentů je přesvědčených, že vyšší váha lidí nemá společensky žádný vliv.

**Otázka č. 20 – Prosím, napište, co Vás napadne při pohledu na tyto dvě fotografie.**

Nejvíce respondentů popisovalo ženy pomocí vnějších tělesných znaků. U ženy na obrázku č. 1 dominovaly výrazy jako vyhublost (85 %), štíhlost (63 %), ideální ženská postava (38 %), má míry modelky (25 %), má anorexii (20 %), je v kondici (20 %). V 35 dotaznících bylo uvedeno, že je žena se svou postavou spokojená, v 5 dotaznících bylo uvedeno, že by si daná respondentka přála vypadat stejně.

U ženy na obrázku č. 2 se začaly více v odpovědích projevat povahové rysy, a to především v dotaznících vyplněných dívkami. Nejvíce se objevovaly odpovědi jako nadváha (52 %), výraz tlustá (35 %) použili především chlapci, dívky volily jemnější výrazy (při těle, pár kilo navíc). Výraz hezká a usměvavá použilo 33 % dotázaných,

spokojená (28 %). Mezi dalšími odpověďmi byly uvedené vlastnosti jako sympatická, názor, že by měla držet dietu, výraz sexy apod.

Tyto fotografie žen byly vybrány z důvodu, že nevykazují extrémnost. Dívka na obrázku č. 1 je velmi hubená, nicméně internet je plný mnohem výstřednějších fotografií anorektiků a anorektiček, stejně tak i morbidně obézních lidí. Proto byla na obrázku č. 2 vyfocena žena, která, dle našeho názoru, má zdravě vypadající tělesné tvary. **Velmi nás proto překvapily názory respondentů, kteří v 52 % uvedli, že tato žena má nadváhu a 35 % respondentů dokonce uvedlo, že je tlustá.** Připisujeme to vlivu médií, která neustále propagují extrémní štíhlost a staví ji nad zdravě vypadající tvary ženských či mužských těl.

## 8.6 Závěr dotazníkového šetření

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 73 žáků 9. tříd Základní školy Hostivař, z čehož 31 bylo dívek a 42 chlapců. Ze srovnání výsledků plynoucích z odpovědí respondentů se stanovenými hypotézami jsme získali následující závěry:

### Hypotéza č. 1:

- a) *Minimálně 75 % dotazovaných respondentů je informovaných o poruchách příjmu potravy a mají základní znalosti o jejich symptomech – informované budou převážně respondentky.*
- b) *Maximálně 25 % dotazovaných uvede jako zdroj informací školu.*

**Odpovědi respondentů na otázky zjišťující míru informovanosti v oblasti PPP byly v 83 % správné.** 75 % respondentů uvedlo, že se s pojmem PPP setkalo. Projevy mentální anorexie byly v 94 % případů uvedené správně. Projevy mentální bulimie byly uvedeny v 74 % případů správně. 88 % respondentů vědí, co si představit pod pojmem mentální anorexie, 67 % respondentů zná pojem mentální bulimie. Možné příčiny vzniku některé z PPP byly uvedeny v 91 % správně. 92 % respondentů si uvědomuje, že PPP nejsou ryze ženským onemocněním a jejich závažnost chápe 71 % respondentů. **Z hlediska pohlaví jsme zjistili, že 83 % dívek – respondentek a 68 % chlapců – respondentů, je informovaných o poruchách příjmu potravy. Z tohoto výsledku je zřejmé, že respondentky jsou lépe informované o PPP než chlapci - respondenti.**

**Jako zdroj informací o termínu poruchy příjmu potravy uvedlo školu pouze 19 % dotazovaných,** z čehož 83 % tvořili chlapci. **Největší část respondentů uvedla jako zdroj informací o PPP média, a to celých 53 %,** z čehož 87 % tvořily dívky.

Z těchto výsledků je zřejmé, že získaná data svědčí pro platnost hypotézy č. 1.

### Hypotéza č. 2:

- a) *Minimálně 75 % dotazovaných respondentů není spokojených s vlastní postavou.*
- b) *Nespokojené budou převážně respondentky.*

**Výsledkem druhé části dotazníku je 51% nespokojenost s vlastní postavou, z čehož 62 % tvoří dívky a 38 % chlapci.** 49 % respondentů je se svou postavou spokojených. **Z hlediska pohlaví je se svou postavou nespokojených 74 % všech respondentek a**

**33 % všech respondentů - chlapců.** Z tohoto výsledku je patrné, že respondenti ženského pohlaví jsou k sobě přísnější a kritičtější. Z hlediska pohlaví tedy jasně vyplynulo, že nespokojené jsou převážně dívky. V kontrastu s výsledky otázky č. 10 týkající se spokojenosti či nespokojenosti s vlastní postavou jsme v navazující otázce **zjistili, že 91 % respondentů by si přálo změnu postavy**, a tedy pouze 9 % respondentů je se svou postavou spokojených. Nejvíce (40 %) respondentů by si přálo vysportovanější postavu (z 66 % chlapci), štíhlejší postavu by si přálo 31 % respondentů (z 82 % dívky).

### **Hypotéza č. 3:**

***Minimálně 75 % dotazovaných respondentů spojuje štíhlou postavu s atraktivitou, úspěchem a krásou.***

Celkem 71 % dotazovaných žáků a žákyň vnímá výhodu štíhlé postavy. Respondenti spojují štíhlou postavu s atraktivitou (47 %), úspěchem (16 %). Obezitu a nadváhu vnímá 67 % respondentů jako znevýhodňující faktor ve společnosti.

Srovnáním výsledků respondentů obou zastoupených pohlaví jsme zjistili, že odpovědi chlapců a dívek se lišily především v oblasti sebepojetí a vnímání vlivu médií na sebepojetí. Dívky – respondentky jsou k sobě mnohem kritičtější a přísnější než chlapci a při hodnocení vlastní postavy mají tendenci k průměru. Zároveň mnohem více pocítují vliv internetu, časopisů, televize na tělesné sebepojetí.

Dále v dotazníkovém šetření 41 % respondentů uvedlo, že je zajímavá názor médií v oblasti aktuálního trendu ideální postavy. Velmi zajímavé je zjištění, že respondenty zajímavá názor rodičů, a to ve 40 %. Pozoruhodné je toto zjištění z toho hlediska, že se obvykle v tomto věkovém období začínají jedinci od názorů rodiny distancovat a vymezovat a mnohem důležitější je pro ně názor vrstevníků. Na základě získaných dat lze konstatovat, že rodiče jsou jedním z nejdůležitějších faktorů, který má vliv na sebepojetí dětí a adolescentů, a tím i na riziko vzniku poruch příjmu potravy.

48 % respondentů uvedlo, že cítí vliv médií v tom, jak by chtěli vypadat, 78 % tvořily respondentky. Zároveň 53 % respondentů uvedlo, že skrze média získali informace týkající se problematiky poruch příjmu potravy. Nezbytnost médií je v tomto případě zřejmá, nicméně je nutné, aby tyto komunikační prostředky začaly více reflektovat a propagovat i osoby, které přísná kritéria současného ideálu krásy nespĺňují.

Respondenti nedokázali přesně určit specializované oddělení pro pacienty s PPP, nicméně intuitivně chápou propojenost poruch příjmu potravy s psychickými problémy.

Zkušenost s dietou má 1/3 respondentů, z čehož převážnou většinu tvoří dívky, respondentky. Ve 2 případech bylo uvedeno, že se respondentky snažily zhubnout hladověním. Respondenti se nachází z hlediska věku v nejrizikovějším období pro vznik některé z poruch příjmu potravy, proto je nutná pozornost ze strany rodičů a pedagogů, a pokud si všimnou u dospívajících jedinců ne zcela běžných stravovacích návyků či psychických nebo fyzických změn, je vhodné citlivě zasáhnout, jelikož včasná intervence může zásadně zmírnit dopady na zdraví jedince.

Z dat získaných dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že žáci ZŠ Hostivař se v tematice poruch příjmu potravy dobře orientují (83 % správných odpovědí), nicméně pouze 19 % respondentů uvedlo jako zdroj informací o této problematice školské zařízení. Domnívám se, že příčiny je možné shledávat v možné bagatelizaci a nezájmu pedagogů věnovat této problematice dostatečný vyučovací prostor. Jako doporučení navrhuje věnovat této problematice přiměřený čas v předmětu Výchova ke zdraví, jehož součástí by mělo být i posilování zdravého sebevědomí žáků, či organizace besedy s odborníky, kteří se oblastí PPP zabývají.

## **8.7 Limity dotazníkového šetření**

Empirického šetření se zúčastnilo 73 respondentů. Pro nastínění problematiky poruch příjmu potravy v souvislosti s touto bakalářskou prací je to vzorek dostačující a velmi důležitý. Průzkumem jsme neměli v úmyslu výsledky zevšeobecňovat a vztahovat na adolescenty v celé České republice, jelikož bychom k tomuto kroku potřebovali mnohem větší počet respondentů. Zjistit, s jak velkou pravděpodobností by se výsledky plošného šetření mohly shodovat s průzkumem v této práci, by bylo zajímavým tématem pro další práci.

Dotazník byl založen na subjektivním názoru každého respondenta, a proto nelze zaručit, že na žáky a žákyně v době průzkumného šetření nepůsobily vědomé i nevědomé vlivy, jako atmosféra třídy, srovnávání se spolužáky, nervozita atd. Je potřeba zdůraznit, že nebyly zodpovězeny všechny otázky.

Vzhledem k rozporu výsledků otázek č. 10 a č. 11 bychom v budoucnu volily jiný postup odpovědí na tyto otázky. V případě kladného hodnocení vlastní postavy v otázce č. 10 by

respondent měl přistoupit rovnou k otázce č. 12. Naopak jestliže by respondent svou postavu hodnotil negativně, pokračoval by k otázce č. 11. Tímto způsobem bychom se vyvarovali vzniklého rozporu výsledků.

## **8.8 Doporučení pro rodiče a pedagogy**

Nejdůležitějším faktorem pro rozvoj kladného sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní rodinnou atmosféru, a přijetí zdravého jídelního chování, je rodina. V rámci zajištění funkčnosti primární prevence považujeme proto za důležité navrhnout doporučení, která jsou výsledkem prostudování odborné literatury, a předejít tak možnému vzniku některé z poruch příjmu potravy.

### **Doporučení pro rodiče:**

- Formování zdravého sebepojetí jedince - velice důležité pro formování zdravého sebepojetí jedince je komunikace v rodině. Děti, kterým rodiče poskytují více pozitivních emocí a pozitivního hodnocení, vykazují vyšší sebeúctu a sebehodnocení. Je nutné, aby rodiče dokázali se svým potomkem otevřeně hovořit s ohledem na věk dítěte. Pro formování zdravého sebepojetí v oblasti vnímání vlastního těla je nutné, aby rodiče nevěnovali přílišnou pozornost tělesné hmotnosti jejich dítěte a respektovali vývojová specifika potomka. Je nevhodné, aby rodiče srovnávali potomka s jinými vrstevníky, kritizovali nebo se dokonce vysmívali jeho vzhledu, a to především v období pubescence a adolescence, kdy jsou jedinci nejvíce zranitelní, a to i vzhledem k výsledkům empirické části této bakalářské práce, kdy jsme zjistili, že 40 % respondentů zajímá v otázce vnějšího vzhledu názor rodičů. Je nutné, aby rodiče nezapomínali na veškeré potřeby dítěte. Pokud nebudou uspokojovány, dojde k narušení fyzické a psychické stránky jedince. Velmi důležité v období adolescence je také dát dítěti dostatečný prostor pro jeho směřování. Nutná je podpora ze strany nejbližšího okolí při rozvoji vnímání významu sebe samého, kritičnosti a prosazování názoru druhých na jeho osobu. Zásadní je nastolit pozitivní rodinnou atmosféru, v níž se dítě bude cítit milované takové, jaké je, a nebude se bát za rodiči přijít s jakýmkoliv osobním problémem.
- Rozvoj správného jídelního chování – pro rozvoj správného vzoru jídelního chování u dítěte je nutné, aby rodiče dbali na pestrou a vyváženou stravu a také na dostatek pohybu. Velmi důležité je společné stolování, jehož frekvence je v důsledku

hektičnosti současného života velmi nízká. Rodiče by se také měli vyvarovat držení drastických diet nebo naopak přejídání či nadměrné konzumaci nezdravých potravinových výrobků, jelikož jsou pro své potomky vzorem i v této oblasti.

Velmi významné je naučit potomka střídmemu a zdravému přístupu k jídlu. Pokud si rodiče všimnou nezvyklých jídelních způsobů svého dítěte, je nutné na tento problém zareagovat okamžitě, protože právě včasné řešení těchto potíží může vznik některé z PPP zastavit či značně zmírnit dopady onemocnění na psychické a fyzické zdraví daného jedince.

### **Doporučení pro pedagogy:**

- Budování bezpečného klimatu ve třídě – pro vytvoření přátelské a vlné atmosféry ve třídním kolektivu je role pedagoga velmi zásadní. Žáci se v bezpečné atmosféře cítí lépe, snadněji se jim bude pracovat a budou schopni otevřeně hovořit. V takové třídě jsou nižší předpoklady ke vzniku šikany. Žáci takovému pedagogovi důvěřují a budou se méně ostýchat za ním přijít s jakýmkoliv problémem.
- Všímavost pedagogů je zásadní – vzhledem ke skutečnosti, že žáci tráví značnou část dne ve školském zařízení, je nutné, aby pedagogové byli všímaví a aktivně na zdraví žáků dohlíželi. Pokud si všimnou jakýchkoliv změn v chování žáka či žákyně (tělesné změny, bylo by vhodné včas zareagovat. Dopady poruch příjmu potravy mohou být fatální a včasná léčba může zmírnit jinak devastující důsledky na fyzické a psychické zdraví jedince. Proto je nutné, aby pedagogové nebagatelizovali danou problematiku a zasáhli včas.
- Důležitost primární prevence – Význam fungující primární prevence je velmi zásadní. Je nezbytné vzniku problémů předcházet předáváním kvalitních informací o dané problematice. V oblasti poruch příjmu potravy je nutné žáky dostatečně informovat o rizikových faktorech a příčinách vzniku PPP, dále pak o závažných dopadech na zdraví pacientů. Velmi významné jsou v těchto případech besedy s odborníky nebo věnování dostatečného času této problematice v hodinách Výchova ke zdraví.

## Závěr

Poruchy příjmu potravy patří u dospívajících jedinců mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění s vážnými zdravotními následky. Jedná se o velmi aktuální problém, který zasluhuje pozornost z řad odborníků, rodičů, pedagogů a široké veřejnosti. Velmi znepokojivá je skutečnost snižující se věkové skupiny ohrožené tímto onemocněním, dále také stoupající incidence poruch příjmu potravy u mužského pohlaví. Celkový výskyt onemocnění je velmi těžko zjištělný, jelikož pacienti své problémy velmi dlouho tají. Vznik trvalých následků závisí na délce trvání onemocnění a věku, kdy se onemocnění projevilo. Mezi nekritičtější proto patří období puberty, kdy může dojít k nevratnému poškození fyziologických funkcí organismu. Přes všechny závažné následky bývá problematika poruch příjmu potravy stále podceňována, bagatelizována nebo zcela nepochopena.

Vstup teoretické části je věnován vymezení a definici pojmu závislosti, vzniku závislostního chování a uvedení do problematiky behaviorálních závislostí, mezi které řadíme i poruchy příjmu potravy. Na vzniku tohoto patologického chování se zásadně podílí **bio-psycho-socio-spirituální** působení symptomů na člověka.

Následující část je již výhradně věnována tématu poruch příjmu potravy. Popisujeme historii tohoto onemocnění, jež sahá až do dávného 5. století před našim letopočtem, zmiňujeme také zásluhy lékaře **Františka Faltuse**, který v roce 1983 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu.

Dále věnujeme pozornost mentální anorexii a mentální bulimii, popisujeme jejich epidemiologii, projevy, průběh a klinické následky. Zmiňujeme také atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy, dále pak nové typy poruch příjmu potravy, mezi které řadíme bigorexii, drunkorexii a ortorexii. Pro poruchy příjmu potravy je typické intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezením příjmu potravy, neustálé zabývání se jídlem, vzhledem a hmotností, panický strach z tloušťky a celková nespokojenost s vlastním tělem.

V následující kapitole se věnujeme etiologii PPP, popisujeme biologické, psychosociální a spirituální rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění. Upozorňujeme na stále silný vliv médií, která neustále podporují léty zažitý přespříliš štíhlý model ideálu krásy, je však



nutné zmínit, že snaha kosmetických a oděvních společností zařazovat nejen do marketingových kampaní, ale také na přehlídková mola, modelky zdravých tělesných tvarů, je znatelná, nicméně velmi pozvolná.

V další kapitole se zaměřujeme na rozpoznání poruch příjmu potravy. Tato část může sloužit jako zdroj informací pro širokou veřejnost, zejména pak pro pedagogy a pedagogické pracovníky, kteří mají velmi důležitou úlohu v primární prevenci, jelikož se svými žáky tráví velké množství času a očividné tělesné a psychické změny u žáka či žákyně mohou zaznamenat, a být tak velmi nápomocni při včasném řešení těchto problémů.

V šesté kapitole s názvem „Adolescence jako rizikové období pro vznik poruch příjmu potravy“ nejdříve reflektujeme období dospívání a zaměřujeme se především na tělesný vzhled, který se stává součástí sebehodnocení, a formování sebepojetí a sebekoncepce, a to v přímé souvislosti s rozvojem PPP. Následně popisujeme specifické syndromy PPP u dětí a dospívajících, zabýváme se jejich diagnostikou a klinickými následky.

Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje léčbě poruch příjmu potravy.

Cílem teoretické části bakalářské práce je jasné vymezení pojmů a vystihnoutí problematiky poruch příjmu potravy v co největší možné míře komplexnosti. K dosažení cíle byla využita odborná literatura, zejména publikace Hany Papežové, Františka Davida Krcha a Marie Vágnerové, dále pak množství medicinských a pedagogických studií.

Základním cílem empirické části je zmapování informovanosti o poruchách příjmu potravy a účinnosti primární prevence u žáků devátých tříd na vytipované základní škole. Informovanost těchto žáků považujeme za jednu z nejdůležitějších, jelikož se nacházejí z hlediska věku v nejohroženější skupině pro možný vznik poruch příjmu potravy. Mezi dílčí cíl řadíme názor dotazovaných na tělesné sebepojetí a soudobý ideál krásy v souvislosti s pohlavím respondentů.

Na základě tohoto průzkumu jsme zjistili, že odpovědi respondentů na otázky zjišťující míru informovanosti v oblasti PPP byly v 83 % správné. Pouze 19 % respondentů uvedlo školské zařízení jako zdroj informací v oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Takto nízké procento považujeme za znepokojivé, a proto jsme navrhli několik doporučení pro pedagogy v rámci primární prevence. V otázce spokojenosti s vlastní postavou jsme zjistili, že 51 % respondentů je nespokojených, z čehož 62 % tvoří dívky a 38 % chlapci,

nicméně 91 % respondentů uvedlo, že by si přáli změnu postavy, což považujeme za velmi vysoké číslo.

Na sebepojetí respondentů mají značný vliv rodiče. Ti mohou své potomky motivovat ke zdravému životnímu styl, naopak jejich příliš kritické názory a poznámky na vzhled jejich dětí mohou způsobit značné potíže a možný vznik některé z poruch příjmu potravy.

Na základě poznatků získaných v rámci empirického šetření a informací uvedených v odborné literatuře lze konstatovat, že rodiče jsou nejvíce vlivným činitelem na sebepojetí svých dětí a tím i na riziko možného vzniku některé z poruch příjmu potravy. Proto tato práce nabízí několik doporučení právě pro rodiče dospívajících dětí.

Z těchto návrhů je možné zdůraznit následující – Rodiče by:

- měli nastolit pozitivní rodinnou atmosféru, ve které se bude dítě cítit milované a nebude se bát přijít za rodiči s jakýmkoliv problémem,
- neměli věnovat přílišnou pozornost tělesnému vzhledu jejich potomka a respektovat jeho vývojová specifika,
- neměli srovnávat vlastní dítě s vrstevníky, kritizovat ho či se mu dokonce vysmívat,
- měli rozvíjet správné jídelní chování, dbát na pestrou stravu a být i v tomto směru dítěti příkladem.

Jelikož dospívající tráví ve školském zařízení značnou svého času, je nutné, aby pedagogové měli ke svým žákům citlivý přístup a nebyly jim lhostejné projevy neobvyklého chování či abnormálních tělesných změn žáků. Proto i pro pedagogy tato práce nabízí několik doporučení – Učitelé by:

- měli vytvořit bezpečné a přívětivé klima ve třídě – žákům se bude snadněji hovořit o svých problémech,
- měli být všímaví ke svým žákům a aktivně na ně dohlížet. Pokud si všimnout jakýchkoliv změn v chování, je vhodné, aby zasáhli včas,
- měli být činiteli primární prevence a informovat žáky o tématu poruchy příjmu potravy.

Co se týče vlivu médií a vnímání současného ideálu krásy, 48 % respondentů uvedlo, že cítí vliv médií v tom, jak by chtěli vypadat. Více jak polovina respondentů uvedla, že skrze média získala informace týkající se problematiky poruch příjmu potravy.

Média v tomto případě považujeme za důležitý zdroj informací, nicméně jejich tendence reflektovat spíše osoby splňující přísná kritéria ideálu krásy je velmi značná. Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že respondenti spojují současný ideál krásy se štíhlostí. Štíhlost považují za velice výhodnou, naopak obezitu a nadváhu za velmi znevýhodňující faktor ve společnosti.

Domnívám se, že v rámci možného rozsahu dané bakalářské práce jsem nastínila problematiku poruch příjmu potravy v dostatečně ucelené a komplexní podobě a dosavadní poznatky z této oblasti předkládám čtenáři tak, aby poskytovaly základní informace umožňující snadnou a rychlou orientaci v problematice poruch příjmu potravy. Jelikož bude tato práce volně ke stažení na internetu, každý uživatel do ní může kdykoliv nahlédnout a čerpat informace. Výsledky empirického šetření jsem předložila Základní škole Hostivař, ve které byl průzkum realizován. Tyto výsledky mohou být pro školu motivací, aby na primární prevenci v oblasti poruch příjmu potravy byl kladen větší důraz.

V budoucnu by se tato práce mohla rozšířit o názory vyššího počtu respondentů, dále také o metodiku primární prevence poruch příjmu potravy na školách, jejíž cílem by byla výchova ke zdravým stravovacím návykům a rozvoj sebedůvěry žáků.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### A) Monografie:

1. FALTUS, F. (1979): *Anorexia Mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum, 1979. CNB000392235.
2. FIALOVÁ, L. (2006): *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
3. GAVORA, P. (2000): *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 978-80-7315-185-0.
4. HORT, V. a kol. (2008): *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
5. KOUKOURKOVÁ J., KOUTEK, J. a LEBL, J. (1997): *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN: 80-85824-51-5
6. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ I. (1998): *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-858-7286-2.
7. KRCH, F. D. (2000): *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, ISBN 80-716-9946-2.
8. KRCH, F.D., MARÁDOVÁ, E. (2003): *Poruchy příjmu potravy: Výchova ke zdraví. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003
9. KRCH, F. D. (2005): *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
10. KRCH, F. D. (2010): *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
11. LADISHOVÁ, L. (2006): *Strach z jídla*. Ružomberok: Epos, 2006. ISBN 80-89191-53-3.
12. LEIBOLD, G. (1995): *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
13. MARÁDOVÁ, E. (2007): *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
14. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013*. Praha: Bomton Agency, 2013. ISBN 978-80-904259-0-3.

15. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ E., SOBOTKA, L. (2000): *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti.* Praha: Maxdorf-Jessenius, 2000. ISBN 80-859-1233-3.
16. NOVÁK, M. (2010): *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
17. NÝVLTOVÁ, V. (2010): *Psychopatologie pro speciální pedagogy.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.
18. PAPEŽOVÁ, H. (2000): *Anorexia nervosa.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8
19. PAPEŽOVÁ, H. (2003): *Bulimia nervosa.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85-121-81-6
20. PAPEŽOVÁ, H. (2010): *Spektrum poruch příjmu potravy.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
21. VÁGNEROVÁ, M. (2012): *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
22. VÁGNEROVÁ, M. (2012): *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2012
23. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. (2006): *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
24. WHO. (2008): *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí. Desátá revize aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2012.* Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN: 978-80-904259-0-3.

**B) Sekundární literatura (odborné studie, články a jiné zdroje):**

1. KOUKOURKOVÁ J., KOUTEK J. (2001): *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky.* In: *Psychiatrie pro praxi.* 2001, č. 3. s. 109-111. ISSN: 1213-0508
2. KRAMULOVÁ, D. (2008): *Posedlost zdravou výživou je také porucha.* In: *Psychologie dnes.* 2008, č. 12, roč. 14. s. 34 – 35. ISSN: 1212-9607.
3. KRCH, F., (2007): *Poruchy příjmu potravy.* In: *Medicína pro praxi.* 2007. 4 (10). s.420-422

4. KRCH, F.D., ŠVÉDOVÁ, J. (2013): *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Občanské sdružení Anabell, 2013
5. NĚMEČKOVÁ, P. (2007): *Poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie pro praxi*. 2007; 4; s.155-157
6. NĚMEČKOVÁ P. (2011): *Poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie pro praxi*. 2011, č. 8. S 459-462. ISSN: 1213-0508
7. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. (2010): *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. 2010
8. PAPEŽOVÁ, H., (2004): *Stres, emoce a poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie pro praxi*. 2004; 6; s. 291-296
9. PAPEŽOVÁ, H., YAMAMOTOVÁ, A. MARTÁSEK, P. (2012): *Závěrečná zpráva grantu IGA NS/10045-4 Anorexia nervosa a bulimia nervosa, hledání nových klinických subtypů a jejich vazby na polymorfizmy vybraných genů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2012.
10. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., (2010): *František Faltus – 80 let*. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. 2010. 106 (4). s. 246-264
11. STÁRKOVÁ, L. (2002): *Mentální bulimie u mužů*. In: *Psychiatrie pro praxi*. 2002; 5; s.202-205
12. VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P. (2014): *Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie*. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014. 110 (3). s. 144 -150.
13. VÁCHOVÁ, P.E., RACKOVÁ, S., JANŮ, L. (2009): *Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn*. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009. 105 (6-8). s. 263-268

### C) Internetové zdroje

1. KESKI-RAHKONEN, A., et al., [Online] [Citace: 8.8.2007]  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
2. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL [Online]  
<http://www.anabell.cz>
3. PAPEŽOVÁ, H., [Online] [Citace: 23.7.2017]  
<http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>

4. POSLANECKÁ SNĚMOVNA ČR, [Online] [Citace: 28.8.2013]  
<http://www.psp.cz/doc/00/09/16/00091683.pdf>
5. UHLÍKOVÁ, P., [Online]  
<http://www.addp.cz/dusevni-poruchy/Nemoci/Poruchy%20p%C5%99%C3%ADjmu%20potravy>
6. VAŠKŮ, J., [Online]  
[https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPF0422c/um/NT-exokrinni\\_pankreas.pdf](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2014/BVPF0422c/um/NT-exokrinni_pankreas.pdf)
7. VFN 1.LF UK, [Online] [Citace: 22.4.2016]  
<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>
8. VFN 1.LF UK, [Online] [Citace: 7.6.2017]  
<https://www.lf1.cuni.cz/pomuze-lecbe-poruch-prijmu-potravy-reforma-psychiatrie>
9. WHO, [Online] [Citace: 28.3.2018]  
[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

## **Použité zkratky**

BMI – Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

CNS – centrální nervová soustava

DSM – Diagnostic and Statistical Manual (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)

EDNOS – Eating Disorder Not Otherwise Specified (nespecifikované poruchy příjmu potravy)

FNP – Fakultní nemocnice Praha

GIT – gastrointestinální trakt

GWAS – Genome – wide association study (Celogenomová asociační studie)

JIP – jednotka intenzivní péče

LF – lékařská fakulta

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

PPP – poruchy příjmu potravy

SSRI - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

USA – United States of America (Spojené státy americké)

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



## Seznam grafů

<b>Graf č. 1</b> - Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů .....	54
<b>Graf č. 2</b> - Otázka č. 2 – Setkal/a jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy? .....	55
<b>Graf č. 3</b> - Otázka č. 3 – Odkud jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy? .....	56
<b>Graf č. 4</b> - Otázka č. 4 – Víte, co je mentální anorexie? .....	57
<b>Graf č. 5</b> - Otázka č. 4 – Jaké jsou projevy mentální anorexie? .....	57
<b>Graf č. 6</b> - Otázka č. 5 – Víte, co je mentální bulimie? .....	59
<b>Graf č. 7</b> - Otázka č. 5 – Jaké jsou projevy mentální bulimie? .....	59
<b>Graf č. 8</b> - Otázka č. 6 – Jaké mohou být příčiny vzniku poruch příjmu potravy? .....	60
<b>Graf č. 9</b> - Otázka č. 7 – Trpí podle Vás touto nemocí pouze ženy? .....	61
<b>Graf č. 10</b> - Otázka č. 8 – Jsou podle Vás poruchy příjmu potravy vážným onemocněním? .....	62
<b>Graf č. 11</b> - Otázka č. 9 – Kam byste se obrátil/a s prosbou o pomoc, pokud by někdo ve Vašem okolí onemocněl některou z poruch příjmu potravy? .....	63
<b>Graf č. 12</b> - Otázka č. 10 – Jste spokojen/a se svou postavou? .....	64
<b>Graf č. 13</b> - Otázka č. 11 – Přál/a byste si, aby Vaše postava byla: .....	65
<b>Graf č. 14</b> - Otázka č. 12 – Jak byste svou postavu charakterizoval/a? .....	66
<b>Graf č. 15</b> - Otázka č. 13 – Čí názor na Vaši postavu je pro Vás nejdůležitější? .....	67
<b>Graf č. 16</b> - Otázka č. 14 – Máte vlastní zkušenost s nějakým typem diety? .....	68
<b>Graf č. 17</b> - Otázka č. 15 – Ovlivňují Vás média v tom, jak byste chtěl/a vypadat? .....	69
<b>Graf č. 18</b> - Otázka č. 16 – Modelky/modelové v reklamách jsou podle Vás: .....	70
<b>Graf č. 19</b> - Otázka č. 17 – Když vidíte v médiích (reklama, film, internet) osobu se silnějším typem postavy, vyměnil/a byste ji za štíhlejší? .....	71
<b>Graf č. 20</b> - Otázka č. 18 – Štíhlí lidé jsou podle Vás: .....	72
<b>Graf č. 21</b> - Otázka č. 19 – Máte pocit, že lidé s nadváhou či obezitou jsou společností hůře přijímáni? .....	73

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 .....	55
Tabulka č. 2 .....	56
Tabulka č. 3 .....	57
Tabulka č. 4 .....	59
Tabulka č. 5 .....	61
Tabulka č. 6 .....	62
Tabulka č. 7 .....	64
Tabulka č. 8 .....	65
Tabulka č. 9 .....	66
Tabulka č. 10 .....	67
Tabulka č. 11 .....	68
Tabulka č. 12 .....	69

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Dotazník.....	92
----------------------------	----

## **Příloha č. 1**

Dotazník pro žáky 2. stupně základních škol

### „MÍRA INFORMOVANOSTI ŽÁKŮ 9. TŘÍD O PROBLEMATICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY“

---

Vážené zákyně, vážení žáci,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a ráda bych vás požádala o spolupráci vyplněním následného dotazníku, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce. Tímto průzkumem zjišťuji míru informovanosti žáků 9. tříd o problematice poruch příjmu potravy. Dotazníky budou zpracovány **anonymně**, proto se, prosím, nepodepisujte.

Vaše odpovědi, prosím, **zakroužkujte**, u otázek, kde je možnost volit více odpovědí, naleznete **hvězdičku** (\*). U otevřených otázek, prosím, napište Vaši odpověď na vyznačené či volné místo.

*Tímto Vám děkuji za spolupráci a trpělivost při vyplňování.*

*Tereza Brožová*

---

**1) Pohlaví:**

- a. Žena
- b. Muž

**2) Setkal/a jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?**

- a. Ano
- b. Ne

**3) Odkud jste se dozvěděl/a o poruchách příjmu potravy? \***

- a. Škola
- b. Rodiče
- c. Kamarádi
- d. Média (časopisy, noviny, televize, internet)
- e. Jiné, uveďte jaké:

.....

- f. Nesetkal jsem se s termínem poruchy příjmu potravy

**4) Víte, co je mentální anorexie? Prosím, popište její projevy.**

- a. Ano
- b. Ne

**5) Víte, co je mentální bulimie? Prosím, popište její projevy.**

- a. Ano
- b. Ne

**6) Jaké mohou být příčiny vzniku poruch příjmu potravy?**

**7) Trpí podle Vás touto nemocí pouze ženy?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**8) Jsou podle Vás poruchy příjmu potravy vážným onemocněním?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**9) Kam byste se obrátil/a s prosbou o pomoc, pokud by někdo ve Vašem okolí onemocněl některou z poruch příjmu potravy?**

**10) Jste spokojen/a se svou postavou?**

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Rozhodně ne

**11) Přejete si, aby Vaše postava byla: \***

- a. Štíhlejší
- b. Silnější
- c. Vysportovanější
- d. Jiné, uveďte jaké .....
- e. Jsem spokojen/a se svou postavou

**12) Jak byste svou postavu charakterizoval/a?**

- a. Velmi hubená
- b. Štíhlá
- c. Průměrná
- d. Silnější
- e. Obézní

**13) Čí názor na Vaši postavu je pro Vás nejdůležitější? \***

- a. Názor kamarádů
- b. Názor rodičů
- c. Současný trend ideální postavy v médiích (časopisy, televize, internet,...)
- d. Jiné, uveďte jaké.....

- 14) Máte vlastní zkušenost s nějakým typem diety?**
- a. Ano – uveďte jakou dietu  
.....
  - b. Ne
  - c. Mám zdravotní omezení (nesnášenlivost lepku, cukrovka,...)
- 15) Ovlivňují Vás média v tom, jak byste chtěl/a vypadat?**
- a. Ano
  - b. Ne
  - c. Nevím
- 16) Modelky/modelové v reklamách jsou podle Vás: \***
- a. Příliš hubené/í
  - b. Zdravě štíhlé/í
  - c. Vysportované/í
  - d. Ideálem krásy
  - e. Jiné, uveďte jaké  
.....
- 17) Když vidíte v médiích (reklama, film, internet) osobu se silnějším typem postavy,**
- vyměnil/a byste ji za štíhlejší?**
- a. Ano
  - b. Ne
  - c. Nevím
- 18) Štíhlí lidé jsou podle Vás: \***
- a. Šťastnější
  - b. Úspěšnější
  - c. Atraktivnější
  - d. Jiné, uveďte jaké  
.....
  - e. Nezáleží na typu postavy

**19) Máte pocit, že lidé s nadváhou či obezitou jsou společností hůře přijímáni?**

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Rozhodně ne
- e. Nevím

**20) Prosím, napište, co Vás napadne při pohledu na tyto dvě fotografie.**

Obrázek č. 1<sup>i</sup>



Obrázek č. 2<sup>ii</sup>



**Děkuji za spolupráci!**

---

<sup>i</sup> [http://tittypips.blogspot.de/2006\\_08\\_13\\_archive.html](http://tittypips.blogspot.de/2006_08_13_archive.html)

<sup>ii</sup> [http://modnimaniamanagerka.cz/\\_/Jste-zastankyni-cerne-barvy-Poradime-vam-jak-ji-nosit-a-nebyt-nudna?km=b](http://modnimaniamanagerka.cz/_/Jste-zastankyni-cerne-barvy-Poradime-vam-jak-ji-nosit-a-nebyt-nudna?km=b)