

# **Poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy**

Dominika Výduchová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika VÝDUCHOVÁ**  
Osobní číslo: **H10266**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti kognitivního, sociálního a tělesného vývoje žáků druhého stupně základní školy a z oblasti prevence, etiologie a terapie poruch příjmu potravy.**

**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**

**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.**

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

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

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

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

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Hana Včelařová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

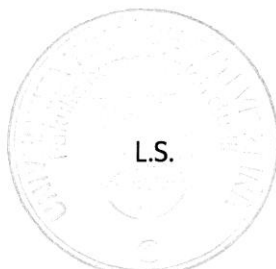
**27. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**2. května 2014**

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 29.4.2014

.....  
Býdlová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce zpracovává téma Poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy. Teoretická část se zabývá obdobím dospívání a osobností žáka druhého stupně základní školy, dále popisuje oblast poruch příjmu potravy, charakterizuje jednotlivé poruchy, jejich příčiny, léčbu a možnosti prevence. Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu realizovaného formou dotazníkového šetření. Jeho cílem je zjistit informovanost, osobní zkušenosti a postoje žáků druhého stupně základní školy k poruchám příjmu potravy.

Klíčová slova: dospívání, osobnost žáka druhého stupně základní školy, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, léčba, prevence

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis handles the topic: „Eating Disorders“ in Term of Upper Primary School Pupils. The theoretical part deals with upper primary school pupil's adolescence and their personality, describes the area of Eating Disorders, characterizes various disorders, their causes, treatment and possibilities of prevention. The practical part presents the results of quantitative research conducted by questionnaire survey. Its aim is to determine the level of awareness, personal experience and attitudes of upper primary school pupils to Eating Disorders.

Keywords: adolescence, upper primary school pupil's personality, Eating Disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, causes, treatment, prevention

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi při zpracování práce poskytovala.

Dále děkuji pedagogickým pracovníkům a žákům základní školy, kteří se podíleli na realizaci výzkumného šetření.

## **Čestné prohlášení**

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1</b> <b>CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>12</b>
1.1    VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	12
1.2    MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	13
1.2.1    Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10.....	15
1.3    MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.3.1    Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 .....	17
1.4    ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	17
1.5    PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	19
<b>2</b> <b>PŘÍČINY, TERAPIE A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>22</b>
2.1    PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	22
2.1.1    Faktory individuální .....	23
2.1.2    Faktory rodinné .....	24
2.1.3    Faktory sociokulturní .....	25
2.2    DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	26
2.3    LÉČEBNÉ PROGRAMY PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	28
2.3.1    Hospitalizace .....	30
2.3.2    Psychoterapeutické přístupy.....	31
2.3.3    Svépomocné skupiny.....	34
2.4    PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	34
<b>3</b> <b>OSOBNOST ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY</b> .....	<b>37</b>
3.1    VYMEZENÍ VÝVOJOVÉHO OBDOBÍ ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY .....	37
3.2    PROMĚNY V OBLASTI TĚLESNÉ.....	38
3.3    PROMĚNY V OBLASTI PSYCHICKÉ.....	39
3.4    SOCIÁLNÍ VZTAHY .....	40
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>43</b>
<b>4</b> <b>REALIZACE VÝZKUMU</b> .....	<b>44</b>



4.1	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	44
4.2	ZDŮVODNĚNÍ TÉMATU .....	45
4.3	CÍL VÝZKUMU .....	45
4.4	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	46
4.5	METODOLOGIE VÝZKUMU .....	46
4.6	PŘEDVÝZKUM .....	47
4.7	PRŮBĚH VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	47
4.8	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	47
<b>5</b>	<b>VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>48</b>
5.1	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	48
5.2	DISKUSE.....	74
5.3	SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	76
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>87</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou Poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy, zaměřující se na informovanost, osobní zkušenost a postoje k této oblasti.

Poruchy příjmu potravy patří k nejzávažnějším, ale i nejčastějším onemocněním především mladých dívek a žen, v poslední době se nevyhýbají ani chlapcům a mužům. Jedná se o problematiku velmi aktuální, neboť představují závažný problém současné společnosti. Poruchy příjmu potravy jsou psychosomatická onemocnění, na nichž se podílí zejména „ideál krásy“, s nímž se setkáváme prostřednictvím časopisů, televize, blogů na internetu, reklamy.

Stále častěji se však s poruchami příjmu potravy, a zejména s mentální anorexií, setkáváme u jedinců v období pubescence, kdy v souvislosti s pohlavním dozráváním dochází ke změně tělesných proporcí. Tato změna může u citlivých jedinců vyvolat neadekvátní, zkreslené vnímání vlastního těla. Tělesná nespokojenost se pak odrazí v jejich jídelním režimu a stravovacích zvyklostech, ovlivní kvalitu jejich života a vede k experimentování s vlastní tělesnou váhou, což může v budoucnu vyústit v některou z poruch příjmu potravy.

Pro předcházení těmto poruchám je nutné včasné zachycení rizikových faktorů, jež se mohou podílet na vzniku poruchy. Důležitá je i dostatečná a nezkreslená informovanost v dané problematice a realizace prevence.

Teoretická část bakalářské práce bude členěna do tří kapitol. První kapitola bude zaměřena na vymezení poruch příjmu potravy, charakteristiku jednotlivých poruch a jejich příznaky, další kapitola se bude věnovat příčinám, léčbě a prevenci těchto poruch a poslední kapitola se bude zabývat osobností žáka druhého stupně základní školy.

Praktická část bakalářské práce bude zahrnovat vlastní kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření. Cílem praktické části je zjistit informovanost, osobní zkušenost a postoje žáků druhého stupně základní školy v oblasti poruch příjmu potravy. Cílovou skupinou našeho výzkumu budou žáci druhého stupně základní školy v kraji Vysočina.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V úvodní kapitole se zabýváme charakteristikou poruch příjmu potravy. Předkládáme vymezení skupiny poruch příjmu potravy a popisujeme charakteristiku jednotlivých poruch a jejich příznaky.

Příjem potravy je základní podmínkou zachování života každého jedince. Jakákoli porucha v oblasti příjmu potravy může vyvolat negativní důsledky v podobě řady závažných poruch či nemocí.

### 1.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují závažné duševní onemocnění, projevující se chronickým průběhem a vážnými důsledky v oblasti psychické, somatické a sociální. Ovlivňují nejen zdraví a osobní život pacienta, ale často i jeho sociální okolí.

„Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s poruchami postoje rozumového a emočního vztahu k jídlu, a z toho vyplývající odchylkou v chování. Bývají spojeny i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, s deformací tělového schématu, jeho proporcí a hmotnosti.“ (Vágnerová, 1999, s. 230)

Jedinci trpící poruchou příjmu potravy jsou ke svému tělu nápadně kritičtí, své tělesné proporce nedokáží adekvátně vnímat a vyhodnotit ve srovnání s normou. Vlastní tělo vidí jinak, než jaké skutečně je. Jsou přesvědčeni, že jsou tlustí a mají strach z dalšího přibírání. (Vágnerová, 1999, s. 230)

„O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 7)

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál (dále jen DSM-IV) Americké psychiatrické asociace řadí do kategorie poruch příjmu potravy dvě základní formy, formu restriktérskou, mentální anorexii a formu buli-

mickou, mentální bulimii, které doplňují o další atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy. (Koutek, In Hort a kol., 2008, s. 263)

K nejzávažnějším poruchám příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie, jejich projevy představují krajní polohy nutričního chování od striktního omezování příjmu potravy nebo hladovění až po přejídání spojené s pročišťováním. Zároveň však je pro obě poruchy typická intenzivní snaha o dosažení štíhlosti, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem. Další příznaky souvisí s mírou podvýživy, se zvolenými prostředky na zhubnutí a intenzitou jejich užívání a změnou kvality života. (Marádová, 2007, s. 6)

Poruchy příjmu potravy se vyskytují nejčastěji u mladých dívek a žen, u mužů je výskyt mentální anorexie i bulimie zhruba desetkrát až dvacetkrát nižší. U mentální anorexie je udávána úmrtnost mezi 2 až 8%, u mentální bulimie do 2%. (Krch, In Janíková, Daněčková, 2007, s. 149)

Za rizikové z hlediska vzniku poruch příjmu potravy je pokládáno období rané adolescence, tedy počátek dospívání, kdy se výrazně mění tělesné proporce a vzrůstá nespokojenost s vlastním tělem.

## 1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha vyvolaná zejména úmyslným omezováním příjmu potravy a snižováním tělesné hmotnosti. Nemocný je nespokojen se svou postavou a má strach z tloušťky. Chce zhubnout, a proto odmítá jíst, usilovně cvičí, užívá projímadla nebo léky na hubnutí. Jeho averze k jídlu souvisí s narušeným vnímáním své tělesné hmotnosti, tělesných proporcí a strachu z tloustnutí. (Krch a kol., 2005, s. 16)

Krch (2010, s. 25) uvádí tři základní znaky mentální anorexie:

1. Nemocný aktivně udržuje svoji tělesnou hmotnost pod 85% své normální váhy s ohledem na výšku a věk.
2. I přes velmi nízkou tělesnou hmotnost přetrvává u nemocného chorobný strach z tloušťky.
3. Vynechávání či ztráta menstruace u žen, pokud nejsou užívány hormonální prostředky.

„Omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti chápe nemocný jako svůj hlavní úkol. Jeho plnění zásadním způsobem ovlivňuje jeho sebeúctu, nemocný se na něm stává závislý. Nejde o nechutenství, cílem je potlačit pocit hladu, zvládnout jej, a tím si potvrdit vlastní sílu. Kromě toho je pocit hladu signálem, že člověk netloustne, a proto je uspokojivý. Někteří nemocní si pocity hladu nepřipustí, ale jiní přiznávají, že hlad mají. V důsledku dlouhodobého hladovění nakonec ke ztrátě chuti k jídlu dochází.“ (Vágnerová, 1999, s. 230)

U některých anorektických jedinců může nepřiměřené hladovění vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se začnou přejídat. Přejedení, a tím i ztrátu kontroly nad svou tělesnou hmotností pak vnímají jako osobní selhání a cítí se provinile. Aby jim nehrozilo zvýšení jejich tělesné váhy, snaží se zbavit zkonsumovaného jídla záměrně navozeným zvracením, intenzivním cvičením nebo pomocí projímadla. (Vágnerová, 1999, s. 230 – 231)

Jedinci trpící mentální anorexií jsou ke svému stavu naprosto nekritičtí a mají zkreslené představy o svém těle. I přes objevující se negativní důsledky podvýživy, nadále odmítají potravu a vzdorují tlaku rodičů nebo jejich blízkého okolí. Pro své počínání si vymýšlejí různá zdůvodnění, lžou a podvádí. Chtějí dosáhnout co nejmenší hmotnosti, a tomu podřídí své chování a život. (Nývltová, 2008, s. 161)

„Pochopit anorexii může být pro lidi s normální chutí k jídlu až nemožné. Pro mnohé je nepochopitelné, jak mohou být tak intenzivní pocity vyvolány jídlem nebo nárůstem váhy. Vždyť fyzickou bolest, stres a utrpení spojené s hladověním většina lidí snáší velmi těžko.“ (Papežová, 2000, s. 11)

Mentální anorexie postihuje zejména dívky a mladé ženy, u mužů se vyskytuje výjimečně. První příznaky poruchy příjmu potravy zaznamenáváme mezi třináctým a šestnáctým rokem, tedy v období puberty, kdy dochází k výrazným tělesným změnám. V současnosti se s projevy mentální anorexie setkáváme stále častěji také u žen v dospělém věku a u dívek mladších třinácti let. (Krch, 2010, s. 56)

DSM-IV Americké psychiatrické asociace rozlišuje dva specifické typy mentální anorexie. Jde o typ nebulimický, tedy restriktivní, kdy se opakované záchvaty přejídání a vyprazdňování neobjevují a typ bulimický, tedy purgativní, kdy se střídají epizody přejídání a vyprazdňování. (Krch a kol., 2005, s. 17)

### 1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10

- Tělesná váha je udržována nejméně pod 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo), nebo BMI je 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. U prepubertálních pacientů není splněn během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Nemocný si snižuje váhu sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že využívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání anorektik, diuretik a laxativ, nadměrné cvičení.
- Stále přetrvává strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle a vtíravá obava z dalšího tloustnutí, což vede jedince k vymezení si velmi nízké optimální nebo cílové váhy.
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je vaginální krvácení vyvolané pomocí hormonální léčby. Mohou se vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, kortizolu a odchylky ve výdeji inzulínu.
- Pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, vývoj prsou, u děvčat dochází k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, ale menarche je opožděna. (Krch a kol., 2005, s. 16)

### 1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována „... neodolatelnou touhou po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požití potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky.“ (Vágnerová, 1999, s. 234) Pro mentální bulimii je tedy typické střídání opakovaných záchvatů přejídání s přehnanou kontrolou tělesné váhy. Přejedení a strach z tloušťky vyvolává následně u nemocného pocit viny spojený s tendencí zmírnit následky přejedení, nejčastěji vyvolávaným zvracením. (Koutek, In Hort a kol., 2008, s. 271) Nemocný si uvědomuje svůj narušený vztah k jídlu, neodolatelnou touhu po jídle však nedokáže vůlí ovládnout. (Nývltová, 2008, s. 164)

Krch (2008, s. 22) uvádí tři základní znaky mentální bulimie:

1. Pacient se nedokáže ovládat a jí, i když už nemá hlad. Podstatnějším znakem přejídání je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem než množství zkonsumovaného jídla.
2. Soustavná a nepřiměřená kontrola tělesné váhy, která zahrnuje kromě vyvolávaného zvracení, zneužívání projímadel a diuretik také střídavé období hladovění či intenzivní cvičení.
3. Nadměrné zaměření na vlastní tělesný vzhled a hmotnost. S tím souvisí i sebehodnocení nemocného.

Záchvaty přejídání nemívají dlouhé trvání a jejich frekvence je různá. Někteří bulimici jedí, dokud mohou nebo dokud se nejdou vyzvracet, jiní se přejídají jen občas nebo v určitou denní dobu. Množství jídla zkonsumovaného během záchvatu se obvykle pohybuje v rozmezí 1000 až 3000 kalorií, v některých případech však dosáhne až 20 000 kalorií. Mnohdy jde o velmi neobvyklé kombinace jídel. (Krch, 2008, s. 27 – 29)

Nývltová (2008, s. 164) uvádí dvě varianty záchvatů přejídání u mentální bulimie. V případě první varianty dochází k záchvatu přejídání náhle, často ještě v průběhu nebo okamžitě po určité stresové situaci. U druhé varianty si jedinec přejídání naplánuje. Předem se dostatečně zásobí větším množstvím jídla a těší se, jak se přejí.

Pokud se bulimik zbavuje požitého jídla vyvolávaným zvracením, je toto zvracení v počátcích onemocnění obtížné. Postupně se však může stát i zvracením spontánním, kdy nemocný pak zvrací i několikrát denně, aniž by to nějak ovlivňoval. (Koutek, In Hort a kol., 2008, s. 272)

Jedinci s bulimií se již nedokáží normálně najíst. „Buď hladoví, nebo se přecpou. Obvyčejně jedí tajně a stejně tak se zbavují potravy, protože se za své chování stydí. Zvracení či projímadlo jim přinese dočasnou úlevu především v tom, že se zbaví snědeného jídla, a tím aktuálně sníží strach z obezity, alespoň do určité míry.“ (Vágnerová, 1999, s. 235)

Bulimie je častější u žen než mužů. Objevuje se většinou mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem, v posledních letech není výjimkou ani u žen v dospělém věku. Většinou navazuje na období držení diet, hladovky nebo přímo na mentální anorexii. (Krch, 2008, s. 43)  
Často se pojí i se závislostí na alkoholu nebo drogách. (Maloney, Kranzová, 1997, s. 86)



Podle způsobu kompenzačního chování rozlišuje DSM-IV u mentální bulimie dva specifické typy. Purgativní typ je pravidelně spojen se zvracením, zneužíváním laxativ nebo léků. Typ nepurgativní využívá hladovky, přísné diety nebo intenzivní cvičení, ne však pravidelné purgativní metody. (Krch a kol., 2005, s. 19)

### 1.3.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10

- U pacienta se objeví opakované záchvaty přejídání alespoň dvakrát týdně v průběhu tří měsíců, kdy dochází v poměrně krátké době ke konzumaci velkého množství jídla.
- Pacienta ovládají neustálé myšlenky směřující k jídlu, neodolatelná touha po jídle.
- Pacient se snaží potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým či některými z uvedených způsobů: vyvolávané zvracení, zneužívání projímadel, užívání diuretik a jiných léků, střídavá období hladovění. Vyskytne-li se mentální bulimie u pacientů s diabetes, může dojít k úmyslnému vynechávání léčby inzulinem.
- Pacient má chorobný strach z tloušťky (usiluje o nižší než nemorbidní a často odpovídající tělesnou hmotnost). Často je v anamnéze epizoda anorexie či intenzivnějšího omezování konzumace jídla. (Krch a kol., 2005, s. 19)

## 1.4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Mezi atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy řadíme diagnózy, které nenaplnují přesně vymezená diagnostická kritéria.

### Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie

Podle MKN-10 zahrnuje tato kategorie poruch příjmu potravy pacienty, u nichž schází jeden či více základních symptomů pro mentální anorexii nebo pro mentální bulimii, ale jinak vykazují takřka typický klinický obraz určité poruchy.

U mentální anorexie může jít například o pacientku, která má i přes úbytek tělesné hmotnosti pravidelnou menstruaci, a přitom není hormonálně léčena. (Krch a kol., 2005, s. 21)

V případě mentální bulimie jde obvykle o pacienty s normální nebo nadměrnou hmotností, ale s typickými obdobími přejídání spojenými se zvracením nebo užíváním projímadel. (Koutek, In Hort a kol., 2008, s. 272)

### Jiné poruchy jídla

Do této kategorie podle MKN-10 náleží **pica** neorganického původu u dospělých, kdy jedinec opakovaně požívá nejedlé látky, dále pak **psychogenní ztráta chuti k jídlu** a jiné **nespecifické poruchy**. (Krch a kol., 2005, s. 21)

### Jinak nespecifické poruchy příjmu potravy (EDNOS)

Tato diagnostická kategorie je součástí DSM-IV. Pod EDNOS jsou shrnuty atypické formy mentální bulimie a mentální anorexie, které na rozdíl od MKN-10 DSM-IV nerozlišuje.

Jde například o případy, kde:

- kritéria mentální anorexie jsou naplněna, ale tělesná váha je stále v normě (u obezity),
- kritéria mentální anorexie jsou naplněna, ale přetrvává pravidelná menstruace,
- kritéria mentální bulimie jsou naplněna, ale frekvence záchvatů přejídání je méně častá, nebo jedinec jídlo nepolyká, jen žvýká a vyplivuje. (Krch a kol., 2005, s. 21)

K těmto poruchám patří také záchvatové přejídání a syndrom nočního přejídání. **Záchvatové přejídání** se často spojuje s nadváhou nebo obezitou. Jedná se o opakované přejídání bez hladovění nebo použití kompenzačních mechanismů. (Krch a kol., 2005, s. 21 – 22)

Na rozdíl od mentální bulimie nedochází tedy u této formy k vyvolávanému zvracení, nadměrnému cvičení, hladovkám, zneužívání projímadel či léků. K dalším symptomům této poruchy patří:

- rychlá konzumace jídla,
- nepříjemný pocit plnosti,
- konzumace jídla bez pocitu hladu,
- konzumace jídla o samotě s pocitem studu, že sní tak mnoho jídla,
- po přejedení pocit viny, znechucení a deprese. (Papežová a kol., 2010, s. 128)

**Syndrom nočního přejídání** je charakteristický konzumací většího množství jídla v noci a nespavostí. Potřeba jíst je tak silná, že ji jedinec podlehne, aniž by přitom měl hlad. Příčinou tohoto onemocnění bývá patrně držení diety a stres. (Krch a kol., 2005, s. 21)

Kromě výše uvedených poruch příjmu potravy, uvádí Kulhánek [online] i další, s kterými se v poslední době můžeme setkat. Jde o patologickou podobu původně racionálních myšlených návrhů a rad, které mají přispět ke zdravějšímu způsobu života. Jedná se o ortorexii, bigorexii a drunkorexii.

V případě **ortorexie** jde o patologickou posedlost zdravou výživou. Snaha zdravě jíst a přemýšlet nad složením jednotlivých potravin se postupně stává hlavní náplní času. Chorobný strach z nezdravého jídla vede ke stále pečlivější kontrole a rozboru potravin a k vylučování těch, které postupně přestávají být dost zdravé a bezpečné. Nabídka potravin v jídelníčku se tímto stává značně omezená, nemocný hubne a trpí podvýživou.

**Bigorexie** je charakteristická posedlostí vlastním vzhledem. Vlivem zkresleného vnímání vlastního těla si nemocný připadá stále slabý a nedostatečně svalově vyvinutý, a proto se za použití nejrůznějších prostředků snaží o zvětšování svého svalstva a fyzické zdatnosti. Využívá k tomu zejména posilování, na kterém je i často závislý. Dochází však také ke zneužívání anabolických látek a potravinových doplňků, které mají vliv na růst svalové hmoty.

**Drunkorexie** je posedlost, která se týká více žen než mužů. Vychází z faktu, že alkohol má poměrně dost kalorií. Opakovanou redukcí příjmu potravy se sníží příjem kalorií a dotyčný jedinec si tak může dovolit vypít více alkoholu a neztloustnout. Patří sem i cílené zvyšování výdeje energie např. na diskotéce mícháním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.

Podle Papežové (2010, s. 132) slouží uvedené diagnózy především laikům k zakrytí mentální anorexie či jiných poruch příjmu potravy.

## 1.5 Příznaky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se rozvíjejí pozvolna a nenápadně. „Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a graduji ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Místo, aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem.“ (Krch a kol., 2005, s. 23)

Na rozdíl od typické vychrtlosti u mentální anorexie lze mentální bulimii těžko rozpoznat. Bulimici se za přejídání a zvracení stydí. Své problémy dokáží dlouhodobě tajit, a proto si nemusíme žádných varovných příznaků všimnout.

Marádová (2007, s. 11) uvádí výčet příznaků, které mohou signalizovat onemocnění některou z poruch příjmu potravy:

- Mění se složení jídelníčku, z něhož nemocní vyloučí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky vydatná či „nezdravá“. Postupně vylučují další běžné pokrmy, až zbydou jen dietní „light“ potraviny.
- Mění se jídelní režim, nemocní důsledně neberou nic „navíc“. Pod záminkami se vyhýbají i hlavnímu jídlu. Se stále větší důsledností dodržují a obhajují změněné stravovací návyky. Na jídlo není najednou čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla.
- Mění se tempo a chování při jídle. Anorektičtí jedinci konzumují jídlo velmi pomalu a po malých soustech. V jídle se nimrají, dlouho si vybírají, co budou jíst a co nechají na talíři. Trvají na tom, že si musí jídlo dostatečně „vychutnat“, což znamená, že například ujídají malý jogurt miniaturní lžičkou 20 minut. U bulimiků se projevují tendence jíst hltavě a míchat vše dohromady.
- Mění se jejich chuť, někdy nemocní hodně solí. Někdy i hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy naopak pijí velmi málo a hrozí jim dehydratace.
- Nemocní se při jídle neustále úzkostlivě srovnávají s ostatními, požadují co nejmenší porce. Ve velké míře žvýkají žvýkačky nebo kouří.
- Vyhýbají se konzumaci jídla ve společnosti. Pro sebe si připravují jiné, méně energeticky vydatné jídlo. Při konzumaci vypadají strnule, napjatě a vyděšeně. Snadno se cítí přejedení a stále zdůrazňují, kolik toho snědli.
- Jejich pohybová aktivita se často zvyšuje, musí stále něco dělat, pobíhat, intenzivně cvičit. Dokáží například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, cvičit v neprodyšném oblečení nebo posilovat i několik hodin. V souvislosti s podvýživou se může vyskytnout únava, apatie a vyčerpání.
- Příliš se zaobírají vlastní postavou a tělesnou váhou. Prohlížejí se v zrcadle, často se váží nebo naopak se váže se strachem vyhýbají. Nosí volné šaty nebo naopak no-

sí oblečení, které zdůrazňuje jejich vyhublou postavu. Často mluví o jídle nebo se tomu naopak vyhýbají.

- Objevují se zdravotní obtíže, zácpa, zimomřivost, menstruační poruchy, zhoršuje se kvalita vlasů, pleti.
- S prvním zhubnutím vzrůstá sebevědomí a zlepšuje se nálada. V této fázi bývají nemocní velmi aktivní a společenští. Postupně se však stále více zaměřují na sebe, své tělo, jídlo a začínají se nápadně stranit přátel a rodiny. Uzavírají se do sebe, stávají se přecitlivělými a zhoršuje se jim nálada. Bulimičtí jedinci vykazují podrážděnost a deprese.
- V případě, že jsou nuceni jíst, reagují anorektičtí a někdy i bulimičtí jedinci projevy kategorického odporu. Argumentují, vyhrožují, emočně vydírají a podvádějí. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnili“ své rodiče.
- Pokud nemocní zvrací nebo zneužívají projímadla či diuretika, tráví dlouhý čas po jídle na toaletě nebo v koupelně. Někdy jídlo pouze rozžvýkají a potom po jídle je vyplivují. Při přejídání se ztrácí z lednice velké množství jídla.

Cassuto a Guillou (2008, s. 63) upozorňují na fakt, že ne u každé mladé dívky, která prochází obdobím, kdy se chová jako bulimička nebo anorektička, se musí porucha příjmu potravy vyvinout. V souvislosti s pubertálními problémy je toto rizikové chování většinou jen přechodné.

## 2 PŘÍČINY, TERAPIE A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Ve druhé kapitole uvádíme příčiny, které jsou považovány za rizikové z hlediska vzniku poruch příjmu potravy, a seznamujeme s důsledky, které tato skupina poruch může vyvolat. Také se zabýváme možnostmi terapie a preventivního působení v rámci poruch příjmu potravy.

Onemocnění některou z poruch příjmu potravy představuje vážné ohrožení zdravotního stavu a kvality života postižených jedinců. Základním předpokladem jejich nesnadné a dlouhodobé léčby je včasná diagnostika a vhodně zvolená odborná péče. Především je však žádoucí, předcházet jejich vzniku, případně eliminovat jejich důsledky, což je úkolem účinného působení prevence.

### 2.1 Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje řada hypotéz či výkladových modelů, které se zabývají příčinami vzniku poruch příjmu potravy. I když jsou ovlivněny přístupy svých autorů, zpravidla se shodují v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný další specifický faktor, který bychom našli u většiny nemocných. „Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.“ (Krch a kol., 2005, s. 57)

Poruchy příjmu potravy jsou chápány jako multifaktoriálně podmíněné onemocnění, což znamená, že na jejich vzniku a rozvoji se společně podílí faktory z oblasti biologické, psychologické a sociální. V tomto případě hovoříme o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. (Krch a kol., 2005, s. 57)

Za rizikové projevy před vznikem poruch příjmu potravy bývají pokládány:

- držení neuvážených redukčních diet,
- snížené sebevědomí ve vztahu k vlastnímu vzhledu,
- narušené vnímání vlastního těla, přílišná kritičnost ke svému tělu,
- nespokojenost a skrytá nenávisť vůči sobě,
- sklon k perfekcionismu, snaha po dokonalosti,
- kritický komentář vzhledu a váhy daného jedince ze strany sociálního prostředí.

(Nývtová, 2008, s. 160)

Redukční diety jsou podle názoru mnoha lidí jen přiměřenou reakcí na přejídání. Tato domněnka je však nesprávná, protože dieta má významnou roli u všech poruch příjmu potravy, zvláště pak u mentální bulimie a přejídání. „Pro bulimičku jsou však vysněným cílem, který podle potřeby používá jako kritérium přejedení nebo jako argument, proč se musí přejíst a zvracet. Mnoho bulimiček považuje příjemný pocit prázdného žaludku a nadměrné sebekontroly za normu. Tak se cítí dobře.“ (Marádová, 2007, s. 17)

Podle Faltuse (In Zvolský a kol., 2003, s. 126) můžeme rozdělit faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy do několika skupin. Jedná se o faktory individuální, rodinné a sociokulturní.

### 2.1.1 Faktory individuální

Z individuálních faktorů, které můžeme z hlediska vzniku poruch příjmu potravy pokládat za rizikové, jsou uváděny poruchy ego, pohlaví, puberta, hmotnost, poruchy vnímání vlastního těla, poruchy osobnosti, kognitivní procesy, perinatální trauma a další. (Faltus, In Zvolský a kol., 2003, s. 126)

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů je ženské pohlaví. Riziko vzniku poruch příjmu potravy je u žen mnohonásobně vyšší. „Zatímco dívky v průběhu dospívání přibírají hlavně na tělesném tuku, chlapci víc přibírají na svalové hmotě a přibližují se tak ideálu krásy, kterému se dívky s věkem spíš vzdalují.“ (Krch, 2010, s. 59) Vlastní fyzický vzhled je pro ženy důležitější hodnotou než pro muže, současně však jsou ve vztahu ke svému tělu úzkostnější a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou. (Krch, 2008, s. 44 – 45)

Dospívání je typickým obdobím počátku poruch příjmu potravy. Jde o období, jehož nejvýraznější změnou je tělesné dospívání spojené s pohlavním dozráváním, pubertou. Mění se výška a proporce postavy, rozvíjejí se sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů. Vlivem biologického zrání a následnou změnou zevnějšku roste zájem o vlastní tělo. (Vágnerová, 2012, s. 373) V průběhu období u dospívajících vzrůstá uvědomování si sebe sama, typická je jejich větší sociální vnímavost a s tím související zranitelnost, jejich sebevědomí je labilnější. Vazby k rodině se postupně uvolňují a začíná proces osamostatňování se. Roste význam vrstevnické skupiny, s níž se jedinec identifikuje a kde nachází emoční a sociální podporu. Rozvíjí se potřeba přátelství, objevují se první lásky. Tyto změny mohou u některých jedinců vyvolat značný stres, nejistotu a sebedoceňování, což

z hlediska poruch příjmu potravy může vést ke snaze zlepšit svůj fyzický vzhled a snižovat tělesnou hmotnost držením diet. (Krch, 2010, s. 60 – 61)

V souvislosti s dospíváním je třeba upozornit i na změnu jídelních zvyklostí, které by měly nejdříve akceptovat zvýšený příjem nutričně hodnotné stravy, ale později se přizpůsobit klesající energetické potřebě. „V důsledku měnících se nutričních potřeb, ale ještě více v důsledku měnících se možností (mnoho dospívajících se samo rozhoduje o tom, kdy, kde a co budou konzumovat) se zvyšuje riziko rozvoje nevhodných stravovacích návyků.“ (Marádová, 2007, s. 11)

Jako rizikové ve vztahu k poruchám příjmu potravy bývají uváděny určité osobnostní rysy. U anorektických pacientů můžeme pozorovat perfekcionalismus, stavy úzkosti, vyhýbavé chování, přecitlivělost, obsedantní rysy, nízké sebevědomí, negativní sebehodnocení, úzkostné sebezpozorování, deprese. (Krch, 2010, s. 62) Pro mentální bulimii bývá příznačná impulzivita a neschopnost se ovládat, ale i u tohoto onemocnění se objevuje perfekcionismus, úzkostnost, zvýšená sebekritičnost a deprese. (Papežová, 2003, s. 25)

Poruchu příjmu potravy může spustit také traumatická životní situace, například rozvod rodičů, ztráta blízkého, šikana, předčasný odchod z domova, alkoholismus nebo jiná závislost. (Krch a kol., 2005, s. 64 – 65)

### **2.1.2 Faktor y rodinné**

Jedním z významných etiologických faktorů vzniku poruch příjmu potravy je vliv rodiny. V rodinném prostředí se dítě učí diferencovat různé způsoby chování a prožívání, poznává různé sociální role a učí se je zvládat. Zde si také formuje názory a postoje týkající se úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, vytváří si vztah k jídlu, jídelní návyky a životní styl, což je z hlediska problematiky poruch příjmu potravy podstatné. (Krch, 2008, s. 48)

Ve výčtu rodinných rizikových činitelů je uváděn například věk rodičů a jejich sociální zařazení, jídelní návyky, vzhled, tělesná zdatnost, genetické faktory, alkoholismus a psychogenní poruchy příjmu potravy v rodinné anamnéze, obezita matky, specifické vztahy mezi rodiči a dětmi. (Faltus, In Zvolský a kol., 2003, s. 126)

Rizikovost vzniku poruch příjmu potravy bývá vyjádřena problematickou rodinnou interakcí a způsobem komunikace. Významný je obsah komunikace, tedy zaměřenost na jídlo, štíhlost, diety. (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 10)



Za významný rizikový faktor považuje Krch (2008, s. 48) výskyt některé z poruch příjmu potravy u blízkých příbuzných. Podle výzkumů se výskyt mentální anorexie nebo bulimie mezi sourozenci pacientů pohybuje mezi třemi až deseti procenty, u matek pacientů se držení diet nebo jiné nevhodné jídelní postoje mohou vyskytovat mnohem častěji. „Matka, která drží diety, není nebezpečná jen kvůli tomu, že slouží jako model, který dcera napodobuje, ale taková matka často hlídá i množství potravy, které dcera konzumuje.“ (Novák, 2010, s. 26)

K dalším závažným „rodinným“ rizikovým faktorům podle Krcha (2008, s. 48) náleží obezita a držení diety, kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesné hmotnosti a vzhledu, nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, přílišný důraz na vzhled a výkonnost, nedostatek rodičovské péče a empatie.

Zvláště v období dospívání, kdy člověk hledá svoji identitu, mohou kritické poznámky na tělesnou váhu či vzhled převrátit u některých jedinců způsob sebevnímání. V důsledku toho se cítí zodpovědní za tento stav, klesá jejich sebevědomí a dostavuje se pocit znechucení sama sebou, což je doprovázeno držením drastické diety nebo utěšováním se jídlem. Zraňující poznámky, které rodič vysílá ke svému dítěti, většinou zastírají jeho složitý vztah k (nad)váze. (Cassuto, Guillou, 2008, s. 45)

### **2.1.3 Faktory sociokulturní**

Sociokulturní rizikové faktory souvisejí s ideálem krásy, který současná společnost vidí v extrémní štíhlosti a s jeho úzkým spojením s profesním úspěchem, atraktivností a kvalitou osobního života. „Idealizace patologické štíhlosti a „zdravé“ výživy (směšované často s vegetariánstvím, makrobiotikou, veganstvím) a stigmatizace obezity vede paradoxně k nárůstu patologických vzorců v příjmu potravy.“ (Papežová, In Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 288)

S prezentací ideální krásy se setkáváme v nejrůznějších médiích. Zejména ženy jsou vystaveny tlaku sdělovacích prostředků, aby vyhověly společenským představám o štíhlosti. Negativní vliv reklamy a sdělovacích prostředků je spatřován především v tom, že vyvolává klamný dojem, že štíhlosti a fyzické přitažlivosti jde dosáhnout snadno a bezpečně, například nejrůznějšími dietami či dostatečným sebeovládáním. Zvláště nebezpečný je vliv médií pro malé a dospívající dívky, které se srovnávají se svými oblíbenými zpěvačkami

nebo modelkami. Tyto sociální a kulturní tendence se neshodují s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla. Předkládají nevhodné vzory a nerealistické cíle, které na jedné straně oslabují sebedůvěru, na straně druhé posilují nespokojenost s vlastním tělem a nadměrnou kontrolou tělesné váhy. (Krch a kol., 2005, s. 58 – 60)

„Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespecifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury, vulgarizace některých ekologických a zdravotních poznatků apod.“ (Krch a kol., 2005, s. 61)

Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy je vysoké riziko vzniku zejména u profesí, kde je kladen důraz na výkon, štíhlé tělo a panuje zde konkurence. Často se jedná například o sféru taneční, modelingovou nebo sportovní. (Novák, 2010, s. 72)

## 2.2 Důsledky poruch příjmu potravy

Dlouhodobé hladovění, podvýživa, vyvolávané zvracení, nadměrné užívání diuretických léků a projímadel sebou přináší řadu fyzických a psychických následků. Čím více se snižuje tělesná hmotnost jedince a čím nižší je jeho věk, tím více také vzrůstá nebezpečí podvýživy a dehydratace jeho organismu. V nejtěžších případech může skončit i smrtí. U mentální anorexie může být riziko úmrtí až osmnáctkrát vyšší než u zdravých vrstevníků. (Krch, 2010, s. 45)

Zdravotní obtíže jsou spojeny zejména s úbytkem tělesné hmotnosti a s nedostatečně nutričně vyváženou stravou. Souvisejí však také s vyvolávaným zvracením a užíváním projímadel a diuretik. (Krch, 2008, s. 35-37)

Mezi zdravotní důsledky poruch příjmu potravy patří především kardiovaskulární komplikace (bradykardie s frekvencí pod 60 tepů za minutu, nízký krevní tlak, závratě, náhlá ztráta vědomí, srdeční arytmie, případně až srdeční selhání); ledvinové komplikace (poruchy funkce ledvin, slabý močový měchýř, častější nucení na močení, riziko vzniku močových kamenů); kosterní komplikace (zpomalení vyžívání nebo zastavení vývoje kostí, odvápnění kostí); gastrointestinální komplikace (častější kazivost zubů, zácpa, nevolnost, žaludeční vředy, zánětlivé onemocnění jícnu, u 25 až 50% nemocných výskyt zduření slinných

žláz); endokrinní komplikace (porucha menstruačního cyklu, při poklesu optimální tělesné váhy o 10% dochází ke změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost); hematologické komplikace (chudokrevnost, nízký krevní tlak, omdlévání, v případě mentální anorexie u více než poloviny nemocných změny krevní obrazu a kostní dřeně); neurologické komplikace (u některých nemocných se vyskytují bolesti hlavy, poruchy vědomí, mdloby, dvojitě vidění); metabolické komplikace (citlivost na chlad, porucha vstřebávání a výdeje některých látek, zvýšená hladina cholesterolu v krvi až u 50 % jedinců s mentální anorexií, poruchy spánku, nespavost u mentální anorexie); dermatologické komplikace (kožní vyrážky, modřiny, zažloutlá a praskající pleť, jemné ochlupení po těle, vypadávání vlasů, výskyt suché a šupinaté kůže asi u 25 % osob s podvýživou). (Krch, 2005, s. 94-101)

Kromě zdravotních komplikací narušují poruchy příjmu potravy také psychickou pohodu a společenský život nemocného. „Fyzické problémy, neuspokojivý jídelní režim a s ním spojený hlad nebo chuť se přejíst na sebe vážou stále větší pozornost a zasahují do každodenního života nemocného.“ (Krch, 2008, s. 38)

Krch (2010, s. 49-50; 2008, s. 40-41) shrnuje psychické a společenské důsledky mentální anorexie a mentální bulimie:

- Nálada nemocného se odvíjí od jeho tělesné hmotnosti a míry sebekontroly. Pokud není se svojí váhou spokojen a nemůže se dostatečně kontrolovat, bývá podrážděný a objevují se příznaky deprese.
- V počátcích mentální anorexie je nemocný zpravidla velmi aktivní, spokojený se svým tělem, což se odráží v jeho zvýšeném sebevědomí. V průběhu bulimie, ale i při dalším průběhu anorexie, přibývá nejistoty a úzkosti. Nemocný je přecitlivělý, podrážděný, vztahovačný. Rostou problémy v osobním životě, konflikty s okolím.
- Nespokojenost se svým tělem a tělesnou hmotností, úzkost a napětí mohou vést až k sebepoškozování.
- Myšlenky nemocného se stále zabývají jídlem, vzrůstá nutkání přejídat se a chuť na sladké.

- U jedince s mentální anorexií vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se týká nejenom jídla, ale i jiných oblastí života. Nemocný nutkavě uklízí, myje nádobí, vaří a vykrmuje ostatní.
- Nemocný se postupně přestává orientovat ve svých pocitech souvisejících s příjmem potravy. Nemůže se spoléhat na pocity hladu, sytosti nebo chutě z důvodu ztráty jejich regulační funkce.
- Koncentrace pozornosti, pracovní tempo a schopnost chápat složitější problémy se u nemocného zhoršuje, mění se jeho režim dne, objevují se problémy se spánkem. V případě mentální anorexie dochází ke zhoršení celkové intelektové výkonnosti, ztrátě smyslu pro humor. Nemocný má sklon k černobílému vidění světa.
- Posiluje se závislost nemocného na jeho blízkém okolí, které reaguje zvýšenými obavami a úzkostí a neumožňuje mu tak náležitou sociální zpětnou vazbu a vyzrávání.
- Klesá zájem nemocného o okolí, vzrůstá egocentrismus, přibývá konfliktních situací a roste napětí v rodině. Nemocný má sklon lhát, podvádět, v některých případech se objevují drobné krádeže.
- Neuspokojivá kvalita života a strach z jídla mohou přispět k nadměrnému užívání alkoholu a experimentování s návykovými látkami.

### 2.3 Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří mezi vážná onemocnění s vysokým rizikem následků v oblasti psychosomatické, jejichž léčba je komplikovaná a vleklá. Předpokladem jejich úspěšné léčby je včasná diagnostika a volba odpovídající odborné terapie.

„První krok, jak najít pomoc v případě poruch příjmu potravy, ať už pro sebe nebo pro někoho známého, je přiznat si, že vůbec nějaký problém existuje.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 108)

Léčba poruch příjmu potravy, jako multifaktoriálně podmíněných onemocnění, musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem. Vyžaduje spolupráci řady lékařských oborů. U dospělých je založena na dobrovolné spolupráci, u dětí a dospívajících je spolupráce a náhled na patologii stavu obtížnější, a proto leží více

odpovědnosti na jejich okolí, včetně rodičů. Součástí léčby je stanovení určitých pravidel, které je nutno důsledně dodržovat. (Uhlíková, In Papežová a kol., 2010, s. 138)

Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje tři vzájemně se prolínající léčebné postupy:

- léčba poškození organismu jako následku dlouhotrvající podvýživy, způsobenou opakovaně vyvolávaným zvracením, zneužíváním projímadel a diuretik, dlouhodobým hladověním;
- psychoterapie, která je zaměřená k pochopení příčin a dalších podmínek daného onemocnění;
- psychoterapie, která je u pacienta orientována na změnu nevhodných jídelních návyků a životního stylu. (Marádová, 2007, s. 19)

Pacienti s poruchou příjmu potravy tvoří různorodou skupinu, která zahrnuje jak jedince, kteří v zásadě dokáží zvládnout svůj problém svépomocí, tak i jedince, kteří potřebují hospitalizaci. Jejich zdravotní a psychické obtíže ustoupí, jakmile se jim podaří získat zpět kontrolu nad jídlem a svými stravovacími návyky. V souvislosti s přiměřeně nastaveným stravovacím režimem a odpovídající tělesnou váhou se zlepšuje i jejich kvalita života. Důležitá je však jejich aktivita, motivace a trpělivost. (Krch, Marádová, 2003, s. 19)

Cesta z bludného kruhu poruch příjmu potravy ven však není vůbec jednoduchá. Problémem je častý negativní postoj vyhublých pacientů, kteří se sice chtějí zbavit svého onemocnění, ale nechťejí změnit to, co je stálo hodně odříkání a nepohodlí a na co si zvykli. Změna jejich stravovacích návyků, jejich chování a postojů je v případě terapie nutností. (Krch, Marádová, 2003, s. 19)

Krch a Marádová (2003, s. 20 - 21) uvádějí souhrn poznatků, které je potřeba znát v souvislosti s léčbou pacientů s mentální anorexií nebo mentální bulimií:

- Z mentální anorexie nebo mentální bulimie nelze někoho vyléčit, aniž by se dotyčný sám o to nepříčinil. Rozhodující je aktivní přístup nemocného čelit svému strachu a motivace ke změně návyků.
- U mladších, vyhublejších, nespolupracujících, navykle zvracejících a depresivních pacientů je nutná okamžitá konzultace s praktickým lékařem, který by měl doporučit specializovanou léčbu.

- Zbavit se mentální anorexie nebo mentální bulimie znamená změnit dosavadní postoje a složité chování pacienta.
- Za zdraví a možnost žít normální život mladé dívky platí nejistotou, pocitem přejevení a vzrůstajícím strachem z tloustnutí.
- Pokud dojde k chybě, není nutné podléhat panice, ale je třeba se z ní poučit. Některým chybám je možné předcházet.
- Je vhodné začít od konkrétních, srozumitelných a aktuálních kroků a ne od složitých a vzdálených řešení.
- Mentální anorexie nebo mentální bulimie je spojena s některými názory a postoji, které nemocný a jeho okolí považovali za správné, a se změnami stravovacích návyků, které mu určitým způsobem vyhovovali. Některé z těchto názorů a návyků je proto nutné změnit.
- Konkrétní řešení problematiky poruch příjmu potravy a volbu vhodné intervence v různých situacích každodenního života lze vyhledat ve svépomocných příručkách.
- Okolí pacienta nesmí přistoupit na podmínky, které si pacient často klade (např. jíst o samotě a v jinou dobu, jíst jen když má hlad a jen to, co mu chutná).

Lékařská péče je zaměřena na odstranění podvýživy a úpravu příjmu jídla. Podle závažnosti obtíží je u některých pacientů nutná hospitalizace. Farmakologická léčba je považována pouze za podpůrnou a je využívána k úpravě dílčích problémů, například úzkosti. V léčbě poruch příjmu potravy jsou využívány různé metody individuální a skupinové psychoterapie, důležitou součástí léčby je i psychoterapie rodinná. Prospěšné jsou svépomocné skupiny rodin pacientů s poruchou příjmu potravy, které jim poskytnou potřebné informace, zkušenosti a kde mohou získat emoční podporu. (Vágnerová, 2004, s. 478)

### 2.3.1 Hospitalizace

Důležitou otázkou léčby poruch příjmu potravy je rozhodnutí, zda má pacient podstoupit léčbu v rámci hospitalizace nebo zda postačí péče ambulantní.

„Hospitalizační péče je indikována zejména tehdy, je-li pacientka vyhublá a jsou-li zřetelné somatické následky poruchy, má tedy abnormální jídelní chování, je-li patrná depresiv-

ní porucha a je-li zřejmé, že případná předchozí ambulantní léčba byla neúspěšná. V případě mentální bulimie je hospitalizace indikována podobně, i když v tomto případě nejde o přímé ohrožení života.“ (Sladká - Ševčíková, 2003, s. 13)

Při hospitalizaci začíná léčba postupnou realimentací a změnou jídelních návyků. K tomu se využívá zejména režimová léčba, která je založena na přesně strukturovaném čase a dodržování pravidel, včetně psychoterapeutických aktivit, stravovacího režimu, návštěv a dalších činností. (Uhlíková, In Papežová a kol., 2010, s. 139)

Hospitalizace probíhá zejména na pediatrických, interních nebo metabolických odděleních. Psychiatrickým jednotkám, které jsou orientovány na tuto problematiku, se mnozí ze strachu stigmatizace vyhýbají. Lehčí formy onemocnění lze léčit ambulantně nebo v programech denních center. (Papežová, Novotná, In Papežová a kol., 2010, s. 291)

### 2.3.2 Psychoterapeutické přístupy

Psychoterapie je významnou složkou léčby poruch příjmu potravy. „Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezilidské vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“ (Vymětal, 2004, s. 20)

Výběr psychoterapie závisí na věku a motivaci pacienta, na stavu onemocnění a na rodinných a sociálních podmínkách. Důležitou roli ve výběru terapie má i osobnost terapeuta a dostupnost odborné péče. (Papežová, In Raboch, Pavlovský a kol., 2012 s. 294)

Významným prvkem komplexní terapie na všech stupních léčby je psychoedukace a motivační terapie.

Cílem **psychoedukace** je adekvátně poučit pacienta a popřípadě i jeho rodinu o charakteru onemocnění, následcích hladovění a podvýživy, o nevhodných dietách a možnostech léčby. (Papežová, Novotná, In Papežová a kol., 2010, s. 292) V souvislosti s touto problematikou jsou již u nás dostupné také kluby pro rodiče, internetové chaty a poradny pro rodinné příslušníky. (Papežová a kol., 2010, s. 152)

**Motivační terapie** se snaží porozumět důvodům současného chování pacienta, pochopit rozpory mezi jeho chováním a tím, co by ve svém životě chtěl, podporuje jeho sebedůvěru

a optimismus k uskutečnění změny. Motivační terapie pomáhá hledat řešení ambivalentního postoje pacienta k léčbě. (Papežová, Uher a kol., In Papežová a kol., 2010, s. 328)

**Kognitivně-behaviorální terapie** je pro pacienta srozumitelnou metodou, která se zaměřuje na konkrétní, pozorovatelné a jasně definované problémy. Vychází z poznatků kognitivní psychologie, teorie učení, problematiky poruch příjmu potravy a práce s ambivalentním pacientem, kterého vede k aktivní spolupráci. (Krch, In Papežová a kol., 2010, s. 349). Cílem této terapie je změna nežádoucího jídelního chování, negativního postoje k vlastnímu tělu a způsobu myšlení, který souvisí s onemocněním. (Koutek, In Hort a kol., 2008, s. 268).

Kromě terapeutického sezení může pacient využívat i svépomocných manuálů, které většinou vycházejí z kognitivně-behaviorálních principů. Po zvládnutí jednoho kroku se přistupuje k dalšímu. (Papežová, 2003, s. 50)

Podle Fairburna (Krch, In Papežová a kol., 2010, s. 345) zdůrazňuje kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy následující kroky:

- Záznamy o jídle, o myšlenkách a pocitech souvisejícími s jídlem.
- Pravidelná kontrola tělesné hmotnosti.
- Změna jídelního chování, především překonání redukční diety, plánování a rozšíření jídelníčku.
- Kognitivní restrukturační, tzn. rozpoznat a změnit chyby v myšlení, které udržují poruchy příjmu potravy.
- Prevence relapsu.

Kognitivně-behaviorální terapie je doporučována jako první léčba, neboť podle řady výzkumů rychle reaguje na ústup příznaků poruch příjmu potravy. (Garner, In Krch, 2005, s. 129)

**Interpersonální psychoterapie** se přímo jídlem nezabývá. Probíhá ve třech fázích. V úvodní fázi se zaměřuje na vztahové problémy, které onemocnění vyvolaly, vedly k jeho rozvoji, a které ho dále udržují. Poté se na základě terapeutické smlouvy přistupuje k řešení interpersonálních problémů a nakonec se řeší ukončení terapie. Interpersonální terapie je zařazována v rámci prevence relapsu. (Papežová a kol., 2010, s. 293)



**Psychodynamická psychoterapie** vyžaduje pro využití u poruch příjmu potravy modifikovaný přístup se znalostí specifických rysů tohoto onemocnění. Je doporučována také u pacientů s anamnézou traumatizace a sexuálního zneužívání a posttraumatické stresové reakce. Klade důraz na terapeutický vztah, zvláště u závažných forem, kdy často dochází k přerušování léčby. (Papežová a kol., 2010, s. 294)

**Rodinná terapie** se uplatňuje především u dětí, mladších adolescentů a u některých pacientů žijících se svou rodinou. U starších pacientů může doplňovat individuální terapii, pokud jsou v popředí rodinné konflikty. Podle rodinných terapeutů mohou za poruchou příjmu potravy stát např. určité dysfunkční role nebo interakční vzorce v rodině. „Porucha příjmu potravy může členy rodiny odklonit od potencionálně ohrožujících vývojových očekávání, která se objevují ve fázi přechodu k pubertě, může také sloužit jako maladaptivní řešení adolescentního boje o dosažení autonomie v rodině, kde je jakýkoliv pohyb směrem k nezávislosti vnímán jako ohrožení rodinné jednoty, nebo na sebe může obrátit pozornost, a tak umožnit rodičům a dítěti, aby se vyhnuli hlavním zdrojům konfliktu.“ (Garner, In Krch a kol., 2005, s. 127) Rodinná terapie je využívána především v ambulantní léčbě, ale je možné ji uskutečnit i během hospitalizaci pacienta. Pomáhá rodičům vyrovnat se s hospitalizací jejich dítěte, zklidňuje komunikaci s ošetřujícím personálem, připravuje je na ambulantní léčbu. (Kocourková, 1997, s. 113)

V souvislosti s rodinnou terapií se Papežová (2010, s. 293) zmiňuje o párové terapii, která se snaží řešit partnerské problémy zejména u rodičů dospívajících pacientů s poruchou příjmu potravy a dospělých pacientů.

V současné době se kromě rodinné terapie využívá i **terapie vícerodinná**, která přináší nový přístup v péči o dospívající a jejich rodiny. Jedná se o psychoterapeutický program, který je určen pro skupinu čtyř až šesti rodin pacientů trpících mentální anorexií.

Mezi základní principy tohoto přístupu patří:

- Umožňuje rodinám hovořit o svém problému s dalšími rodinami, které se nacházejí v podobné situaci a poučit se ze zkušeností ostatních rodin.
- Nabízí a pomáhá rodinám vyjít ze sociální izolace, kam často poruchy příjmu potravy přivedou jak samotného pacienta, tak i jeho rodinu.
- Vytváří prostředí otevřené pomoci a naděje.

- Pomáhá rodinám odvrátit jejich pozornost od poruch příjmu potravy a obnovit zdravé a dobře fungující interakční zázemí. (Papežová a kol., 2010, s. 352)

### 2.3.3 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou zaměřeny na podporu pacienta a jeho rodiny. Jde o skupinová setkávání lidí, která jsou vedena vyléčeným pacientem, školeným laickým terapeutem nebo profesionálem. Cílem těchto dobrovolných setkávání je umožnit nemocným zorientovat se v dané problematice, získat základní informace o poruše, vyměňovat si zkušenosti, vzájemně se motivovat k léčbě, překonat svoji osamocenost a získat sociální kontakty. (Krch a kol., 2005, s. 203) „Tyto skupiny umožňují člověku, aby si uvědomil, že se svým problémem není sám, a aby se naučil novým způsobem uvažovat o jídle a o svých dalších vztazích.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 120)

Krch (2005, s. 203) uvádí, že svépomocná skupina může být pro některé pacienty impulzem k léčbě a vyhledání pomoci, u dalších nemocných může doplňovat jinou terapii, nebo se v ní mohou scházet pacienti po propuštění z léčby. Významná je pro ambivalentní pacienty, kteří se chtějí léčit, ale mají obavu z kontaktu s psychiatrickým zařízením, a také pro chronické pacienty.

Vedle svépomocných skupin je populární řízená svépomoc pacientů, která představuje spíše cílenou pomoc sobě samému. Pacient využívá strukturovaný program, většinou ve formě příručky, se kterým pracuje individuálně. (Krch a kol., 2005, s. 204)

## 2.4 Prevence poruch příjmu potravy

Podobně jako v jiných oblastech rizikového chování, je také u poruch příjmu potravy velmi důležitá prevence. Obecně má prevence předcházet nebo usměrňovat zdravotní či sociální narušení jedince a jeho vztahy s okolím. (Sovák a kol., 2000, s. 277) Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární, kdy každá z nich má svá specifika.

V rámci poruch příjmu potravy zahrnuje primární prevence především výchovu v rodině, kulturu stravování a působení společenských vlivů. Důraz se klade na posilování sebehodnocení dětí a dospívajících. Cílem primární prevence je snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy. Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a usměrňování ohrožených skupin, např. děti léčené pro obezitu, tanečnice, modelky. Terciární prevence pracuje s prevencí

relapsu a znovuzískáním plného zdraví. Také se snaží zabránit přenosu jídelní patologie na další generace. (Uhlíková, In Papežová a kol., 2010, s. 140)

Podle Benešové (2003, s. 7) je žádoucí už od nejútlejšího věku vést děti v rodině k zásadám zdravé výživy, kultuře stolování a upozorňovat je na nebezpečí spojené s držetím různých diet.

Také Marádová (2007, s. 22) vidí základ prevence v rodině, škola by však měla v souvislosti s programem výchovy ke zdravému životnímu stylu žáky dostatečně informovat o typech, možných příčinách výskytu i důsledcích těchto onemocnění a vést je ke správným jídelním návykům. Nedílnou součástí tohoto působení je podpora příznivého sociálního prostředí ve škole a vytváření takových podmínek, které podporují osobnostní rozvoj každého žáka, posilují jeho sebedůvěru a zároveň redukuje projevy sebedestrukce.

V současnosti můžeme získávat informace o poruchách příjmu potravy zejména prostřednictvím internetových stránek. Tyto informace však mohou být různé kvality a někdy je velmi obtížné se v nich orientovat. Najdeme zde nejen názory odborníků či odkazy na stránky, kde lze najít seriózní informace o této oblasti, ale i soukromé blogy, které propagují například anorektický životní styl. Jelikož dospívající ve velké míře internet využívají a komunikují stále častěji přes sociální sítě, je nutné i prevenci přizpůsobit těmto trendům. (Papežová a kol., 2010, s. 313 - 315)

Právě jedním z internetových programů je program ProYouth, který je určen pro všechny žáky základních, středních i studenty vysokých škol ve věku 15 – 25 let. Jedná se o mezinárodní program, kterého se účastní 7 evropských zemí. Program je anonymní a studenti si zde kromě informací a kontaktů mohou zjistit, zda jsou sami ohroženi poruchami příjmu potravy a získat pomoc a podporu prostřednictvím online chatů s odborníky nebo svými vrstevníky. [online]

Vytvořit kvalitní a účinný program prevence je se zvyšujícím se vlivem médií stále obtížnější. Argumentovat o nutnosti prevence v oblasti poruch příjmu potravy je mnohem náročnější než např. u prevence drog, kde je veřejnost ochotná uznat zhoubnost jejich účinku. Kvalitní program prevence, který by dlouhodobě ovlivnil žebříček hodnot dětí a adolescentů, je v této oblasti vzácný. Většina programů sice zvýší znalosti a orientaci v této oblasti, ale jen málo z nich vede ke změnám jídelního chování. (Papežová a kol., 2010, s. 311 – 312)

Prevence poruch příjmu potravy musí být tedy zaměřena nejen proti stále se zvyšujícím nárokům, komerčním reklamám a kampaním, ale i na předávání takových hodnot, které ovlivní pozitivnější sebehodnocení jedinců a zároveň je nasměruje k hodnotám, které nejsou založené na tělesném vzhledu. (Papežová a kol., 2010, s. 313) „Represe a omezení jsou neúčinná nebo kontraproduktivní. Potřebujeme děti naučit samostatně hodnotit, srovnávat, vybírat, co je podstatné, a pomoci jim vytvořit hodnotový systém, který je bezpečný a zdravý.“ (Papežová a kol., 2010, s. 313 – 314)

### 3 OSOBNOST ŽÁKA DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY

V této kapitole se věnujeme osobnosti žáka druhého stupně základní školy. Uvádíme zde stručné vymezení dané vývojové etapy a proměny jednotlivých oblastí, kterými jedinec v tomto období prochází.

Právě období druhého stupně základní školy, tedy počátek dospívání, kdy se výrazně mění tělesné proporce jedinců a vzrůstá jejich nespokojenost s vlastním tělem, je pokládáno za jedno z rizikových z hlediska vzniku poruch příjmu potravy.

#### 3.1 Vymezení vývojového období žáka druhého stupně základní školy

Období mezi jedenáctým a patnáctým rokem života jedince, tedy doba související s jeho vzděláváním na druhém stupni základní školy, spadá do období dospívání, respektive pubescence.

Období dospívání je charakterizováno jako doba přechodu od dětství k dospělosti, která trvá přibližně od jedenácti do dvaceti až dvaadvaceti let věku jedince. V této době dochází k významným vývojovým proměnám tělesným, psychickým a sociálním. Období dospívání je nejčastěji děleno na období pubescence a období adolescence.

Období pubescence je dále členěno na fázi prepuberty, která trvá přibližně od jedenácti do třinácti let věku jedince a fázi vlastní puberty zahrnující zhruba dobu od třinácti do patnácti let věku jedince. Prepuberta se vyznačuje prvními náznaky pohlavního dospívání, zejména sekundárních pohlavních znaků a urychlením růstu do výšky. Po dokončení prepuberty nastupuje vlastní puberta, která je završena dosažením reprodukční schopnosti. Období adolescence trvá přibližně od patnácti do dvaceti až dvaadvaceti let věku jedince, v tomto období jedinec postupně dosahuje plné reprodukční zralosti. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 139)

„Dospívání představuje specifickou životní etapu, která má svoje typické znaky v rámci životního cyklu a svůj objektivní i subjektivní význam. Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.“ (Vágnerová, 2012, s. 367)

Vágnerová (2012, s. 369 - 370) dělí období dospívání na dvě etapy, na ranou a pozdní adolescenci. Období rané adolescence, tedy první fáze dospívání pak odpovídá charakteristice a časové lokalizaci období pubescence.

### 3.2 Proměny v oblasti tělesné

Pubescenci označujeme za období výrazných tělesných proměn. Vlivem tělesného dospívání spojeného s pohlavním dozríváním dochází u dospívajících k růstu a změně proporcí postavy, rozvíjí se sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů. Sekundární pohlavní znaky jsou nápadnější u dívek, chlapci jsou nápadní zejména růstem do výšky a rozvojem svalstva. (Vágnerová, 2012, s. 373 – 374)

Podle Marshalla a Tannera (Macek, 2003, s. 43 – 44) jsou pubertální tělesné změny obvykle členěny do pěti vývojových stadií. U dívek v prvním stadiu ještě nejsou patrné žádné viditelné pohlavní znaky. Ve druhém stadiu dochází k zvětšování prsní tkáně pod bradavkou a okolo genitálu se objevuje první pubické ochlupení. Vnější kontura prsou je charakteristická pro třetí stadium, ve čtvrtém stadiu se objevuje i vnitřní kontura prsou a ochlupení genitálu dospělého typu. Během třetího, případně čtvrtého stadia dochází také k zahájení menstruačního cyklu. Páté stadium se vyznačuje plným vývojem sekundárních pohlavních znaků. Pubertální změny u chlapců začínají vývojem penisu a šourku. V dalším stadiu dochází k zvětšování šourku a varlat a objevuje se první pubické ochlupení. Pro třetí stadium je typické zvětšování penisu více do délky, ve čtvrtém stadiu se zvětšuje jeho délka i šířka, vyvíjí se žalud a ochlupení odpovídá dospělému typu. Pro poslední, páté stadium je charakteristické středové ochlupení, růst vousů, změna hlasu a plné vyvinutí vnějších pohlavních orgánů.

V souvislosti s tělesnými proměnami roste zájem o vlastní tělo. Proměna zevnějšku, jenž je důležitou součástí identity každého jedince, bývá dospívajícími a zejména dívkami intenzivně prožívána. „Tělesná proměna může mít různý subjektivní význam, který závisí na představě o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince i na sociálních reakcích, které tuto změnu doprovázejí. Pubescent může být na svoje dospívání pyšný, ale stejně tak se za ně může stydět, záleží na okolnostech.“ (Vágnerová, 2012, s. 373 - 374)

Proměna těla podmíněná dospíváním je provázena změnou chování lidí z blízkého okolí pubescenta. Jejich reakce mohou být značně rozmanité a ovlivňují sebepojetí dospívajícího. Jsou-li reakce blízkých dospělých nebo vrstevníků na tuto proměnu nepříznivé, vzroste jeho nejistota a tím se zhorší jeho sebehodnocení. (Vágnerová, 2012, s. 374)

### 3.3 Proměny v oblasti psychické

Z hlediska rozvoje a propojení mnoha schopností jsou podstatné vývojově podmíněné změny určitých kognitivních funkcí. I v období pubescence je kognitivní vývoj vázán na interakci zrání a učení. Způsob myšlení se kvalitativně mění, dochází k postupnému uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě a nástupu formálních logických operací. Pubescenti jsou tedy schopni abstraktně uvažovat, a to i o pouhých možnostech. Jejich uvažování se stává systematictější, dokáží stanovit hypotézu, kterou postupně potvrdí nebo vyloučí, uvažují o různých způsobech řešení, experimentují s vlastními úvahami. Změna uvažování ovlivní i postoj dospívajících k okolnímu světu i k sobě samému a vede dočasně ke zvýšení egocentrismu. V souvislosti s tím bývají dospívající nadměrně kritičtí a mají sklon polemizovat, neboť své názory považují za dostatečně jasné, a tudíž o nich nikdo nemůže pochybovat. Bývají také často vztahovační a přecitlivělí, neboť se cítí být neustále sledováni a kritizováni, odmítají výjimky a kompromisy, mají sklon ke zkratkovitému zobecňování. Svě úvahy považují sice za zcela výjimečné, ale poměrně snadno se nechají ovlivnit například názory vrstevníků. (Vágnerová, 2012, s. 379 - 388)

Vlivem hormonální proměny, jež provází období dospívání, dochází ke změnám emočního prožívání. Pro pubescenty je typická větší emoční labilita, dráždivost, nestálost emočního ladění, nárůst emočního zmatku a tendence reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Jejich chování často provází neklid, tendence k impulzivité, výbušnosti a nepředvídatelnost reakcí. Oproti předcházejícímu vývojovému období bývají pubescenti uzavřenější a vztahovačtější, což je výrazem osobní nejistoty. Příznačná je pro ně nechuť projevat své city navenek, neboť je pokládají za ryze osobní. Emoční nestálost ovlivňuje i jejich sebehodnocení. (Vágnerová, 2012, s. 390 – 392)

Erikson prezentuje dospívání „jako konflikt mezi potřebou integrace sebe samého (ego identity) a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti tak, aby byl adolescent schopen najít a akceptovat svoje vlastní místo a hodnotu jako člen tohoto společenství.“

(Macek, 2003, s. 62) Dospívání je tedy významným obdobím, kdy se rozvíjí a utváří vlastní identita každého jedince. Dospívající si osvojuje nové kompetence, nové sociální role a zaujímá k nim postoj, odmítá původní identifikační vzory a hledá jiné, aktuální a atraktivnější. Potřebu nového sebevymezení provází snaha o lepší poznání sebe sama. Důležitou součástí sebepojetí je vztah k sobě samému, sebeúcta, která bývá v tomto období zranitelnější než v obdobích předcházejících. Sebeúcta v počátcích dospívání klesá, neboť je ovlivněna aktuálními pocity přecitlivělého a nejistého pubescenta a událostmi, kterým dospívající ještě nedokáže dostatečně čelit. Později spolu s novými kompetencemi a potvrzením vlastních kvalit opětovně roste. Sebeúcta dospívajících do značné míry závisí na přijetí a ocenění vrstevníky i dospělými. (Vágnerová, 2012, s. 452 - 457) „Pokud je dospívající nejistý, obtížně odliší, které reakce jeho okolí byly odezvou na něho samotného (jeho chování a zevnějšek) a které vyplývají z náhodných vlivů nebo jsou dány osobností interakčního partnera. Jestliže o sobě pubescent pochybuje, bude mít spíše tendenci vykládat si všechno vztahovačně a přecitlivěle.“ (Vágnerová, 2012, s. 457)

### 3.4 Sociální vztahy

Dospívání se vyznačuje výraznými změnami v sociálních vztazích, které směřují především k uvolnění dospívajících z přílišné vazby na rodičích a navazování diferencovanějších a významnějších vztahů se svými vrstevníky obojího pohlaví. Přestože je proces stálého osamostatňování a rozšiřování sociálních vztahů procesem dlouhodobým, který má svůj začátek již v útlém dětství a pokračuje až do dospělosti, je období dospívání považováno za rozhodující pro uspokojujivé převzetí pozdějších dospělých rolí. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 149)

Rodina je i v době, kdy se pubescenti začínají osamostatňovat, považována za důležité sociální zázemí. Odpoutávání z vázanosti na rodinu je náročné jak pro dospívající, tak i pro jejich rodiče. Je spojeno se změnou citové vazby k rodičům, kteří v této době ztrácejí výsadní postavení. Pubescenti jsou k rodičům kritičtí, netolerantní a odmítají formální nadřazenost autorit. Jejich nadřazenou pozici jsou ochotni jim přiznat pouze v případě, jsou-li přesvědčeni, že si ji opravdu zaslouží. (Vágnerová, 2012, s. 399 – 402) „Dohadování s autoritou a demonstrace jejího odmítání je typickým znakem dospívání. Pubescent ovšem neútočí na autoritu, aby ji zlikvidoval, ale aby se jí stal sám. Tím, že dospělým do-



káže úspěšně oponovat a logicky argumentovat, dosahuje potřebného pocitu jistoty, že se jim může vyrovnat.“ (Vágnerová, 2012, s. 395)

V této době se pubescenti ocitají v rozporuplném postavení. Na jedné straně mají stále dětské, podřízené a závislé postavení, na straně druhé se od nich očekává zodpovědné chování, které se blíží roli dospělého. Z tohoto rozporuplného postavení dospívajících vyplývá řada neshod a konfliktů. (Vágnerová, 2012, s. 401)

Ve vztahu k učitelům hodnotí nejen jejich profesní schopnosti, ale i jejich povahové vlastnosti. Pubescenti už nejsou ochotni zcela bezvýhradně akceptovat požadavky učitelů, aniž by znali jejich smysl. Kritizují zejména jejich nespravedlnost, podceňování a zesměšňování žáků a naopak oceňují smysl pro rovnoprávnou diskusi a respekt, ochotu učitelů vyslechnout jejich názor, smysl pro humor. (Vágnerová, 2012, s. 414 – 416)

V období pubescence nabývají na významu vrstevnické skupiny. V souvislosti s odpoutáváním od rodiny se pubescenti začleňují mezi vrstevníky, s nimiž je spojují podobné problémy a jsou s nimi v rovnocenném postavení. Vrstevnická skupina jim poskytuje oporu nejen pro jejich identitu, ale i pro překonání nejistoty v procesu osamostatňování. (Vágnerová, 2012, s. 423) „Ve vrstevnických vztazích se rychle mění a střídají pozice soupeře a spoluhráče, opozičníka a soupeřníka. Dospívající se cítí dobře, když mají pocit, že jsou vrstevníky viděni, slyšeni a oceňováni. Posiluje to jejich vlastní pozici a pocity významnosti. Vědomě či nevědomě sdílejí stejnou zkušenost, stejnou životní pozici, stejné problémy, nejistoty a nejasnosti.“ (Macek, 2003, s. 57)

V tomto období také roste potřeba přátelství. Důvěrný vztah s blízkým přítelem umožňuje dospívajícím vzájemné sdělování svých vnitřních pocitů, osobních zkušeností a svých tajemství. Přátelský vztah pozitivně ovlivňuje sebevědomí a jistotu dospívajících. Kromě navazování přátelských vztahů začínají pubescenti experimentovat i se vztahy partnerskými ve formě prvních lásek. (Vágnerová, 2012, s. 431 – 433)

Vztahy dospívajících k rodičům či jiným autoritám se významně odlišují od vztahů k vrstevníkům. Zatímco v rodině se dospívající snaží zejména o „zrovnoprávnění“ vlastní

pozice, v případě vrstevníků jim jde především o vlastní „zhodnocení“. (Macek, 2003, s. 53)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 REALIZACE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce mapuje poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy. Je zaměřena na zjištění informovanosti žáků, na jejich postoje a osobní zkušenosti v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

### 4.1 Stanovení výzkumného problému

Praktická část bakalářské práce zkoumá popisný výzkumný problém.

„Deskriptivní (popisné) výzkumné problémy obvykle hledají odpověď na otázku „jaké to je?“. Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.“ (Gavora, 2010, s. 56)

Úkolem výzkumu je zjistit, zda se žáci druhého stupně základní školy orientují v základních informacích týkajících se poruch příjmu potravy, jaký je jejich postoj k této oblasti, jídelní chování, jak hodnotí svou postavu a zda mají osobní zkušenost s hubnutím.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká je informovanost, osobní zkušenost a postoje žáků druhého stupně základní školy v oblasti poruch příjmu potravy?

Dílejší výzkumné otázky:

1. Zda a do jaké míry se respondenti orientují v základních informacích týkajících se poruch příjmu potravy?  
(otázka č. 20, 21, 22, 23, 24, 25)
2. Jaký postoj zaujímají respondenti k osobě s poruchou příjmu potravy?  
(otázka č. 26, 27, 28, 29, 30, 31)
3. Zda a do jaké míry překračuje aktuální jídelní režim respondentů hranici „rozum-  
né“ redukční diety?  
(otázka č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)
4. Zda a do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svou postavou?  
(otázka č. 1, 2, 3, 4, 5)
5. Zda a do jaké míry mají respondenti osobní zkušenost s hubnutím?  
(otázka č. 6, 7, 8, 9)

6. Do jaké míry považují respondenti svou informovanost ohledně poruch příjmu potravy za dostatečnou?

(otázka č. 32, 33, 34, 35)

Postoj - „...přetrvávající získaná dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývajícím specifickému způsobu chování v různých situacích, resp. ve vztahu k nějakým objektům. Postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality, a proto ovlivňuje způsob, jakým ji člověk vnímá a hodnotí, jaké v něm vyvolá emoce, jaký pro něj má význam a smysl a jak na ni bude s největší pravděpodobností reagovat.“ (Vágnerová, 2004, s. 291)

„Každý postoj je tvořen třemi základními složkami: Složka kognitivní, to znamená souhrn informací a z něho vyplývajícím názor na situaci či objekt, k němuž jedinec zaujímá nějaký postoj. Složka citová, tzn. význam této situace či objektu pro daného jedince, který se projevuje emocionálním hodnocením, prožitkem, jaký tento podnět obvykle vyvolá. Ten může příjemný nebo nepříjemný... Složka konativní, která je vnějším projevem postoje; je to tendence reagovat, resp. jednat určitým způsobem. Chování je ovlivněno emoční i rozumovou složkou postoje.“ (Vágnerová, 2004, s. 292)

## 4.2 Zdůvodnění tématu

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění. Bývají spojeny s poruchou vztahu k sobě či ke svému tělu a s nepřijetím sebe sama. Nespokojenost s vlastním tělem, nevhodnými stravovacími návyky a strachem z tloušťky trpí mnoho dívek, mladých žen, ale i chlapců a mužů. Poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji v období od 12 do 25 let věku, ohroženy však mohou být i děti mladší. Neřešené případy vedou k vážnému narušení všech kvalit zdraví a mohou skončit i smrtí. Důležité je proto včas zachytit případné rizikové faktory podporující vznik poruch příjmu potravy či poruchu příjmu potravy samotnou a účinně zasáhnout. Nezbytná je dostatečná informovanost v dané problematice a realizace včasné prevence.

## 4.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit informovanost, osobní zkušenost a postoje žáků druhého stupně základní školy v oblasti poruch příjmu potravy.

#### 4.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili žáci druhého stupně základní školy z kraje Vysočina ve věku dvanácti až patnácti let.

Období staršího školního věku, které trvá přibližně od jedenácti do patnácti let věku jedince, je spojeno se vzděláváním na druhém stupni základní školy. Jde o období pubescence (rané adolescence), tedy o první fázi dospívání, kdy se výrazně mění tělesné proporce jedince a roste jeho zájem o vlastní tělo. (Vágnerová, 2010, s. 369)

Mnoho dospívajících, zvláště dívky, se mnohdy nedokáží vyrovnat se změnou svého těla a trpí pocitem nespokojenosti. Tomu napomáhá kult ženské krásy a štíhlosti, který představují velmi mladé modelky. A právě období pubescence, kdy dochází k výraznému nárůstu hmotnosti, je typicky rizikovým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy.

#### 4.5 Metodologie výzkumu

Praktická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum „...pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevu, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možno je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky...“ (Gavora, 2010, s. 35)

Z výzkumných metod byl použit dotazník. Jako výzkumný nástroj byl zvolen strukturovaný dotazník vlastní konstrukce, jehož součástí je i Orientační test jídelních zvyklostí, jehož autorem je F. D. Krch [online]. Dotazník tvoří 35 otázek, z nichž je 26 otázek uzavřených a 9 otázek polootevřených.

Výzkumná metoda je proces, kterým se získávají data v terénu. Na základě každé metody si výzkumník vytváří určitý výzkumný nástroj. Výzkumný nástroj je připraven k použití jednak v hotové formě nebo si ho výzkumník přizpůsobí podle svých záměrů, anebo si vytvoří nástroj jiný. Dotazník je považován za ekonomicky výzkumnou metodu, jejíž realizaci získáme v krátké době množství údajů od velkého počtu respondentů. Jde o metodu písemného kladení otázek a získávání písemných informací. Každý dotazník má mít jasně stanovený cíl a promyšlenou strukturu. Otázky se dělí podle stupně otevřenosti na uzavře-

né, polootevřené a otevřené. Dotazník je anonymní, což přispívá k větší otevřenosti respondentů. (Gavora, 2010, s. 121)

#### **4.6 Předvýzkum**

Jako předvýzkum se označuje fáze, kdy se ověřuje funkčnost výzkumného nástroje na malém souboru. (Gavora, 2010, s. 84)

V lednu 2014 byl realizován předvýzkum s deseti respondenty dané věkové skupiny z tanečního kroužku ve Zlínském kraji, kterým byla zjišťována srozumitelnost jednotlivých otázek z dotazníku. Po jeho vyhodnocení byla zvolena vhodnější formulace některých otázek.

#### **4.7 Průběh vlastního šetření**

Vlastní výzkumné šetření proběhlo v únoru 2014 v náhodně vybraných třídách 6. až 9. ročníku na základní škole v kraji Vysočina. Dotazník byl zadáván prostřednictvím metodika prevence a byl vyplňován za jeho přítomnosti. V úvodu byli respondenti vždy informováni o významu dotazníku a způsobu jeho vyplnění. Zdůrazněna byla jeho anonymita. Pro vlastní vyplnění dotazníku byl vymezen časový limit 15 minut. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, vráceno zpět bylo 138 dotazníků, z toho 6 dotazníků bylo pro neúplnost a vulgární výrazy vyřazeno.

#### **4.8 Zpracování výsledků šetření**

Údaje získané dotazníkovým šetřením jsou prezentovány procentuálně v grafech a jsou doplněny komentářem. Graf znázorňuje odpovědi všech respondentů a odpovědi podle pohlaví. Ke konečnému zpracování a vyhodnocení bylo použito 132 dotazníků.

## 5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Interpretace získaných dat

V úvodu respondenti uvedli své pohlaví a třídu, kterou navštěvují. Jejich odpovědi byly zapsány do tabulky č. 1. Z celkového počtu 132 respondentů bylo 59 chlapců a 73 dívek.

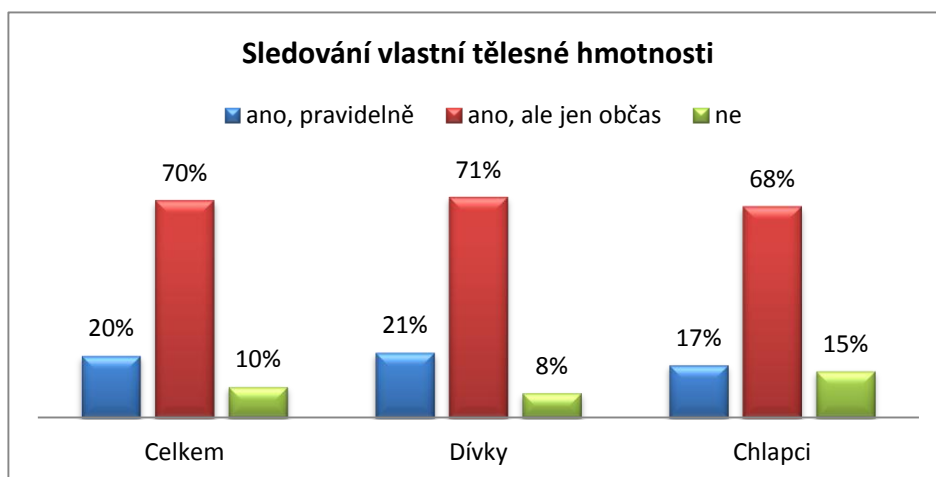
Tab. č. 1: Rozdělení respondentů podle tříd a pohlaví

Rozdělení respondentů podle tříd a pohlaví	Ročník				Celkem	%
	6.	7.	8.	9.		
Chlapci	14	16	17	12	59	
Dívky	19	19	16	19	73	
Celkem					132	100%

Dále již respondenti odpovídali na jednotlivé otázky z dotazníku.

#### Otázka č. 1: Sledujete svou tělesnou hmotnost?

Graf č. 1: Sledování vlastní tělesné hmotnosti

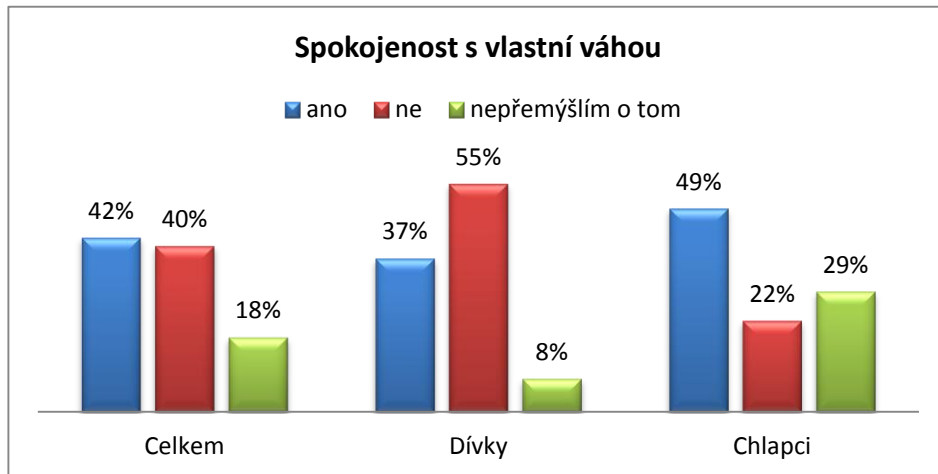


První otázka v dotazníku se týkala sledování vlastní tělesné hmotnosti respondentů. Z celkového počtu sleduje svoji hmotnost pravidelně 20% respondentů, občas ji sleduje 70% respondentů a 10% respondentů uvedlo, že svoji hmotnost nesleduje. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, 71% dívek a 68% chlapců uvedlo, že svou váhu sleduje, ale jen občas, 21% dívek a 17% chlapců sleduje svoji váhu pravidelně a 8% dívek a 15% chlapců svoji váhu nesleduje.



**Otázka č. 2: Jste se svou váhou spokojen/á?**

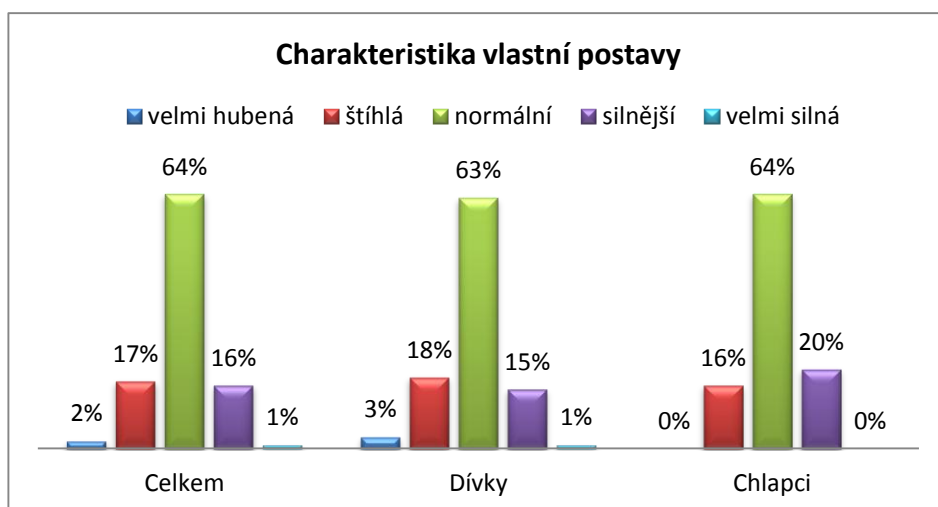
Graf č. 2: Spokojenost s vlastní váhou



Další otázka se týkala spokojenosti respondentů s vlastní váhou, 42% respondentů uvádí, že je se svou váhou spokojeno, 40% respondentů není se svou váhou spokojeno a 18% respondentů o své váze nepřemýšlí. Z grafu dále vyplývá, že více jak polovina dívek (55%) není se svou váhou spokojena, zatímco chlapci nejsou spokojeni pouze v 22%. Spokojenost se svou váhou udává 37% dívek a 49% chlapců, o své váze nepřemýšlí pouze 8% dívek a 29% chlapců.

**Otázka č. 3: Jak byste charakterizoval/a svou postavu?**

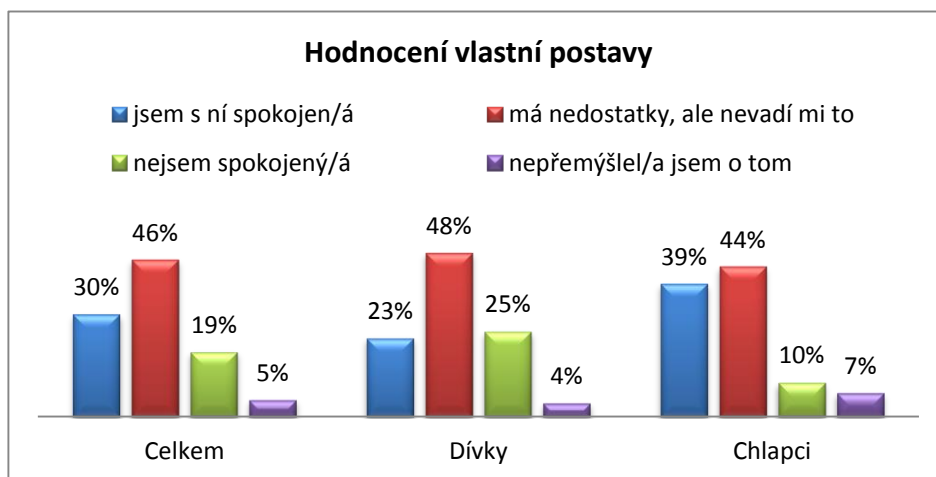
Graf č. 3: Charakteristika vlastní postavy



V otázce č. 3 mohli respondenti vybírat ze čtyř odpovědí. Z celkového počtu dotazovaných charakterizovalo svou postavu jako normální 64% respondentů, 17% respondentů vlastní postavu charakterizovalo jako štíhlou, 16% respondentů jako silnější, 2% respondentů jako velmi hubenou a zbylé 1% respondentů jako velmi silnou. Pokud porovnáme odpovědi podle pohlaví, 63% dívek a 64% chlapců, charakterizuje svou postavu jako normální, 18% dívek a 16% chlapců jako štíhlou, 15% dívek a 20% chlapců jako silnější, 3% dívek charakterizuje svoji postavou jako velmi hubenou a 1% dívek jako velmi silnou. Žádný z chlapců necharakterizoval svou postavu jako velmi hubenou nebo velmi silnou (0%).

#### Otázka č. 4: Jak hodnotíte svou postavu?

Graf č. 4: Hodnocení vlastní postavy

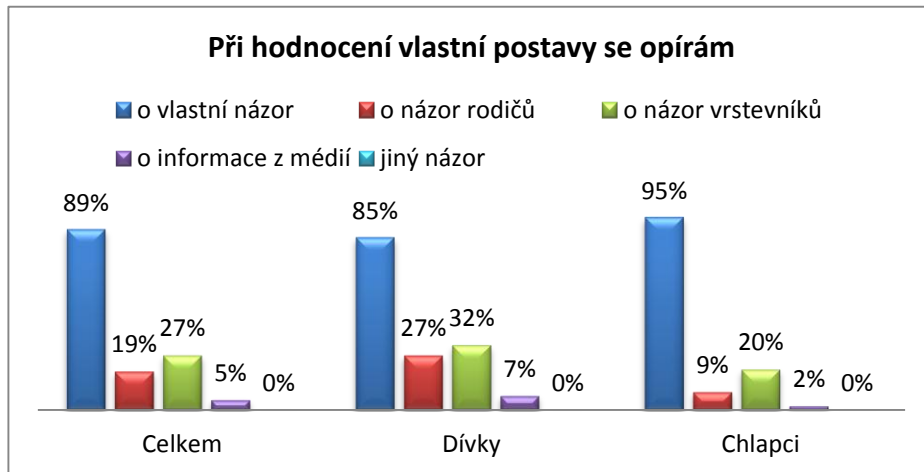


Z celkového počtu dotazovaných je se svou postavou spokojeno 30% respondentů, 46% respondentů připouští, že jejich postava má některé nedostatky, ale nevádí jim to, se svou postavou není spokojeno 19% respondentů a 5% respondentů o tom nepřemýšlelo. Z grafu vyplývá, že více spokojeni se svou postavou jsou chlapci než dívky. Nespokojenost se svou postavou udává 25% dívek a 10% chlapců.

Dívky by chtěly „zhubnout“ (2 odpovědi) a jako problematické uvádějí „silnější nohy, boky“ (1 odpověď); „tlustá stehna“ (3 odpovědi); „boky a břicho, možná i stehna, ale to jen možná“ (1 odpověď); „zhubnout břicho a stehna“ (4 odpovědi); „všechno“ (1 odpověď); „pár věcí“ (1 odpověď); „velké břicho“ (1 odpověď); „malá prsa“ (2 odpovědi); „velký zadek“ (2 odpovědi). Chlapci by chtěli „zhubnout“ (1 odpověď); „mít svaly“ (2 odpovědi); „krapet přibrat“ (1 odpověď); „shodit špek na břicho“ (2 odpovědi).

**Otázka č. 5: Při hodnocení vlastní postavy se opírám:**

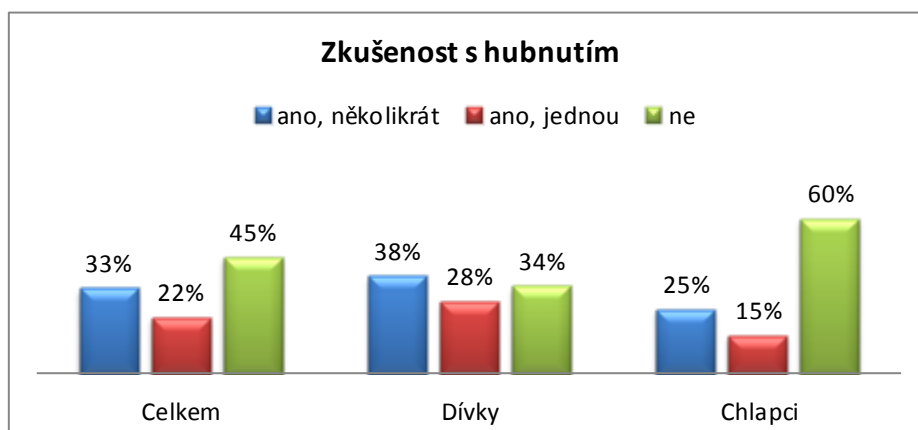
Graf č. 5: Při hodnocení vlastní postavy se opírám



U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. Respondenti uvedli, že při hodnocení vlastní postavy se nejvíce opírají o vlastní názor (89% odpovědí), dále pak o názor vrstevníků (27% odpovědí), o názor rodičů (19% odpovědí) a o informace z médií (5% odpovědí). Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, tak i zde byla nejčastěji uváděna odpověď vlastní názor – u dívek 85% odpovědí a chlapců 95% odpovědí, následoval názor vrstevníků – u dívek 32% odpovědí a chlapců 20% odpovědí, názor rodičů – u dívek 27% odpovědí a chlapců 9% odpovědí a o informace z médií – u dívek 7% odpovědí a chlapců 2% odpovědí. Odpověď jiný názor nezvolil žádný z respondentů (0%).

**Otázka č. 6: Zkoušel/a jste hubnout?**

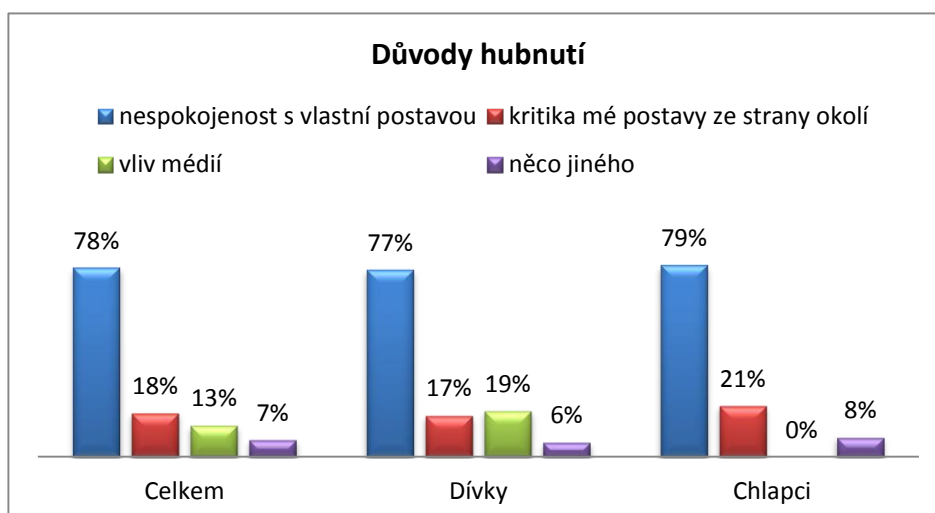
Graf č. 6: Zkušenost s hubnutím



Zkušenost s hubnutím přiznalo celkem 55% respondentů, z toho 33% respondentů zkoušelo hubnout opakovaně a 22% respondentů to zkusilo jednou, 45% respondentů uvedlo, že hubnout nezkoušelo. Z grafu vyplývá, že dívky mají s hubnutím více zkušeností než chlapci. 66% dívek uvedlo, že již zkoušelo hubnout (odpověď ano, několikrát uvedlo 38% dívek a odpověď ano, jednou uvedlo 28% dívek). Zkušenost s hubnutím uvádí také 40% chlapců, odpověď ano, několikrát uvedlo 25% chlapců a odpověď ano, jednou uvedlo 15% chlapců. Žádné zkušenosti s hubnutím uvedlo 34% dívek a 60% chlapců.

### Otázka č. 7: Co bylo důvodem Vašeho hubnutí?

Graf č. 7: Důvody hubnutí

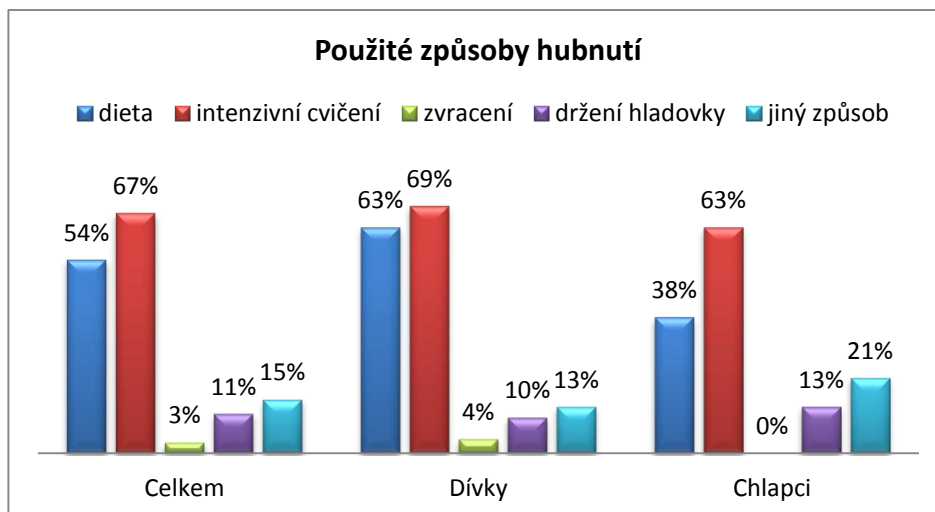


Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří v otázce č. 6 odpověděli kladně. Respondenti mohli zvolit více možností. Jako důvod hubnutí byla uváděna nejčastěji nespokojenost s vlastní postavou (78% odpovědí), kritika respondentovi postavy ze strany okolí (18% odpovědí), dále pak vliv médií (13% odpovědí) a jiné důvody (7% odpovědí). Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, zjistíme, že i zde je nejčastějším důvodem hubnutí respondentů nespokojenost s vlastní postavou – 77% odpovědí u dívek a 79% odpovědí u chlapců. Jako další důvod hubnutí uváděli dívky vliv médií (19% odpovědí), kritika postavy ze strany okolí (17% odpovědí) a něco jiného (6% odpovědí). Chlapci potom uváděli kritiku postavy ze strany okolí (21% odpovědí), něco jiného (8% odpovědí), vliv médií neuváděli (0% odpovědí).

Jako jiné důvody hubnutí chlapci uvedli „zlepšení fyzické kondice“ (1 odpověď); zalíbení se okolí“ (1 odpověď). Dívky pak uváděly – „chtěla jsem zkusit zhubnout“ (1 odpověď); „zdálo se mi, že ostatní odpuzuji“ (1 odpověď); „kamarádi se mi posmívali“ (1 odpověď).

### Otázka č. 8: Jaké způsoby jste při hubnutí použil/a?

Graf č. 8: Použité způsoby hubnutí

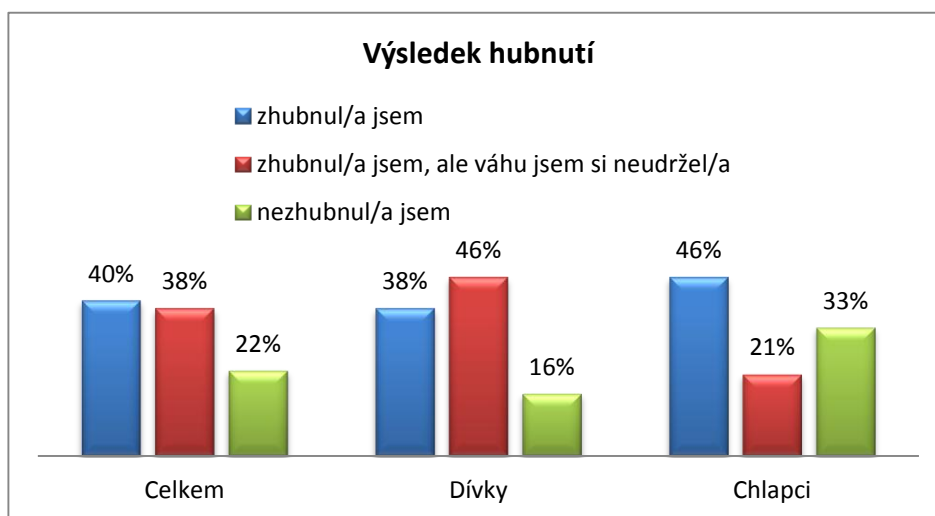


Na tuto otázku opět odpovídali jen ti respondenti, kteří v otázce č. 6 odpověděli kladně. Respondenti mohli zvolit více možností. Z výsledků je patrné, že respondenti nejčastěji k hubnutí využívali intenzivní cvičení (67% odpovědí), dále dietu (54% odpovědí), jiný způsob (15% odpovědí), držení hladovky (11% odpovědí) a zvracení (3% odpovědí). Dívky upřednostňovaly zejména intenzivní cvičení (69% odpovědí) a diety (63% odpovědí), chlapci volili především intenzivní cvičení (63% odpovědí), dále pak uváděli diety (38%) a jiný způsob hubnutí (21% odpovědí). Způsob držení hladovky byl zaznamenán v 10ti% odpovědí u dívek a v 13ti% odpovědí u chlapců. Zvracení uvedly pouze dívky (4% odpovědí).

Jako jiný způsob hubnutí uváděly dívky: „pravidelně jíst a pít hodně čisté vody“ (1 odpověď); „jíst zdravě“ (2 odpovědi); „jíst do 17 hodin“ (1 odpověď); „změna stravy – ne moc sladké, ale ovoce“ (1 odpověď); „cvičení“ (1 odpověď). Chlapci uváděli: „více sportovat“ (2 odpovědi); „pohyb – běhání, posilování“ (1 odpověď); „cvičení“ (2 odpovědi).

**Otázka č. 9: Jaký byl výsledek (výsledky) Vašeho hubnutí?**

Graf č. 9: Výsledek hubnutí



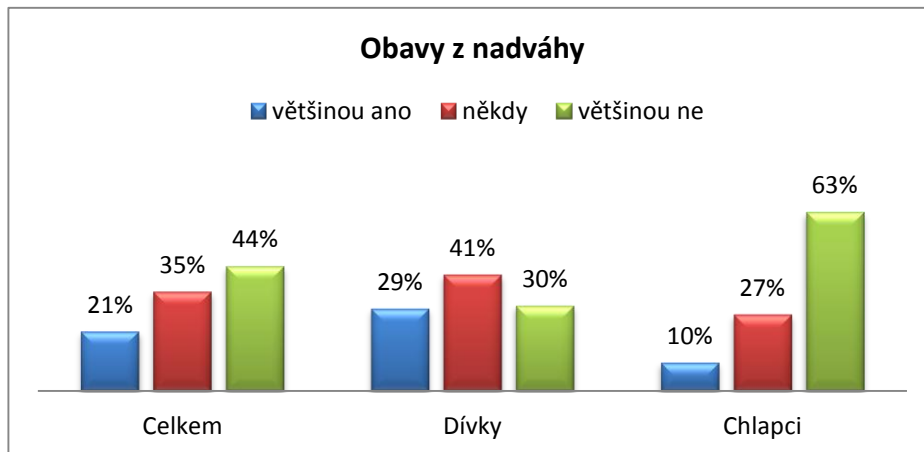
Na tuto otázku opět odpovídali jen ti respondenti, kteří v otázce č. 6 odpověděli kladně, tedy mají zkušenost s hubnutím. Z nich odpovědělo 40% respondentů, že zhubnulo, 38% respondentů zhubnulo, ale váhu si neudrželo a 22% respondentů nezhubnulo. Z grafu vyplývá, že 38% dívek a 46% chlapců zhubnulo, 46% dívek a 21% zhubnulo, ale váhu si neudrželo a 16% dívek a 33% chlapců nezhubnulo.

Otázky č. 10 – 19 tvoří tzv. Orientační test jídelních zvyklostí, jehož autorem je František David Krch [online]. Tento test má upozornit respondenty na jejich jídelní režim a případné rizikové jídelní chování. Test je vyhodnocován prostřednictvím bodů, odpověď většinou ano je vyhodnocena dvěma body, odpověď někdy je vyhodnocena jedním bodem a za odpověď většinou ne není přidělen žádný bod. Pokud má respondent méně než pět bodů, pohybuje se v normě, pokud má více než pět bodů nachází se v rizikovém pásmu a měl by se zamyslet a přehodnotit svůj jídelní režim.

Otázky č. 10 – 19 jsou vyhodnoceny nejprve samostatně, v grafu č. 20 je pak prezentováno vyhodnocení testu jako celku dle výše uvedeného hodnocení.

**Otázka č. 10: Máte hrůzu z nadváhy, i když objektivně nejste tlustý/á (můžete se tak ale cítit)?**

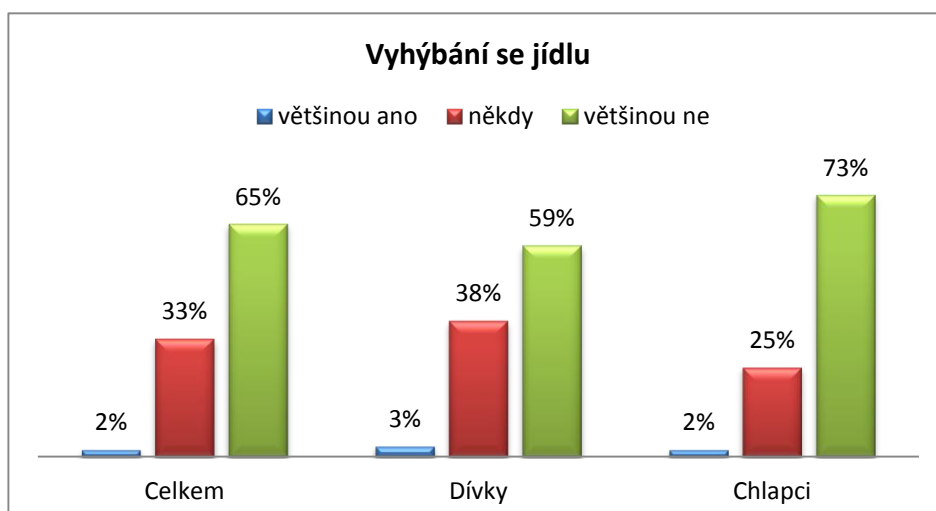
Graf č. 10: Obavy z nadváhy



Z celkového počtu dotazovaných odpověděla téměř polovina respondentů (44%), že obavy z nadváhy většinou nemají, 35% respondentů uvedlo, že obavy z nadváhy mají jen někdy a 21% respondentů připustilo, že se nadváhy většinou obávají. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, mají obavy z nadváhy více dívky než chlapci. Odpověď většinou ano uvedlo 29% dívek, odpověď někdy uvedlo 41% dívek a odpověď většinou ne 30% dívek. Chlapci odpovídali – většinou ano 10% odpovědí, někdy 27% odpovědí a většinou ne 63% odpovědí.

**Otázka č. 11: Vyhýbáte se jídlu, když máte hlad?**

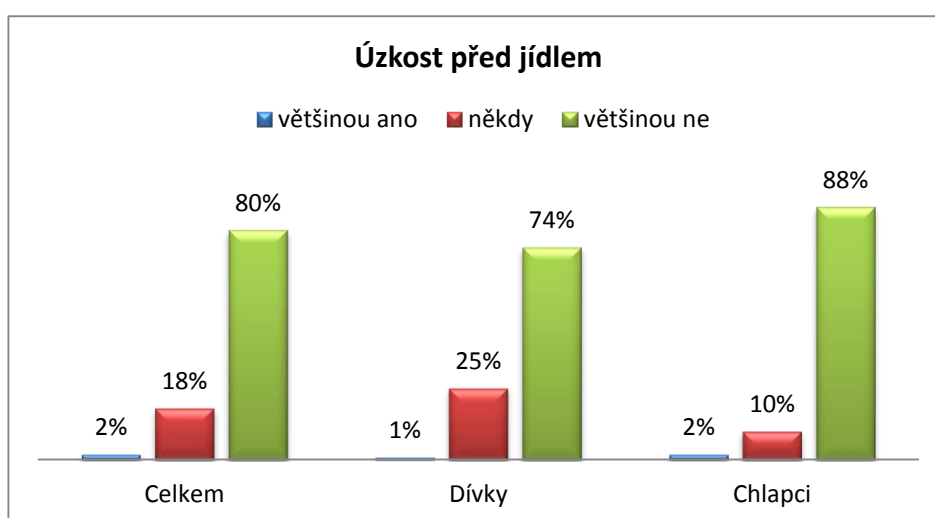
Graf č. 11: Vyhýbání se jídlu



Na tuto otázku odpovědělo 65% respondentů, že jídlu se většinou nevyhýbají, 33% respondentů připustilo, že jídlu se někdy vyhýbají a 2% uvedli, že jídlu se většinou vyhýbají. Z výsledků vyplývá, že tendenci vyhýbat se jídlu mají většinou dívky (3% dívek uvedlo odpověď většinou ano, 38% dívek uvedlo odpověď někdy). 2% chlapců uvedlo odpověď většinou ano, 25% chlapců uvedlo odpověď někdy.

### Otázka č. 12: Zmocňuje se Vás před jídlem často úzkost?

Graf č. 12: Úzkost před jídlem

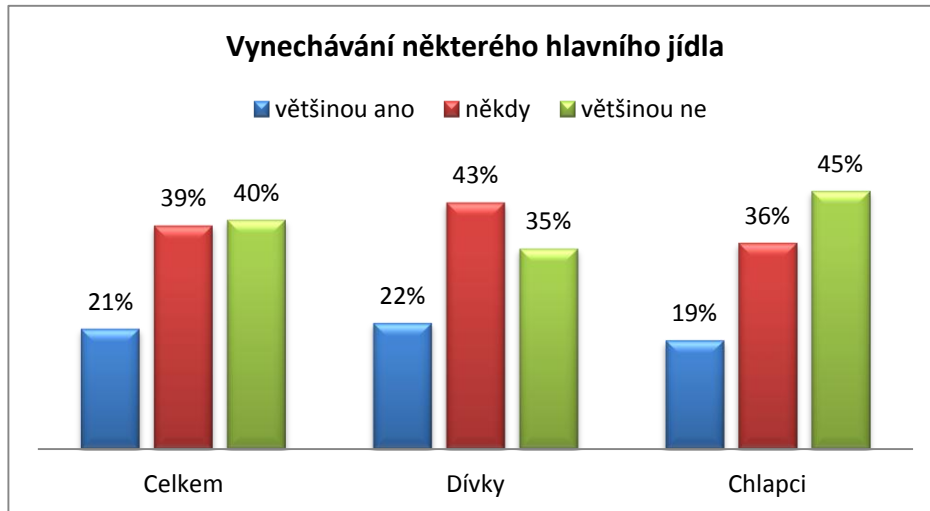


Většina respondentů (80%) uvedla, že úzkost před jídlem většinou nepocítuje, 18% respondentů připustilo, že úzkost před jídlem pocítuje pouze někdy a 2% respondentů uvedla, že se jich před jídlem většinou zmocňuje úzkost. Z grafu je patrné, že dívky (74%) i chlapci (88%) úzkost před jídlem většinou nepocítují, 25% dívek a 10% chlapců však připouští pocit občasné úzkosti před jídlem a 1% dívek a 2% chlapců uvedlo, že úzkost před jídlem se jich zmocňuje často.



**Otázka č. 13: Vynecháváte některé hlavní denní jídlo (snídani, oběd, večeři) nebo kategorii potravy (např. sladkosti nebo maso)?**

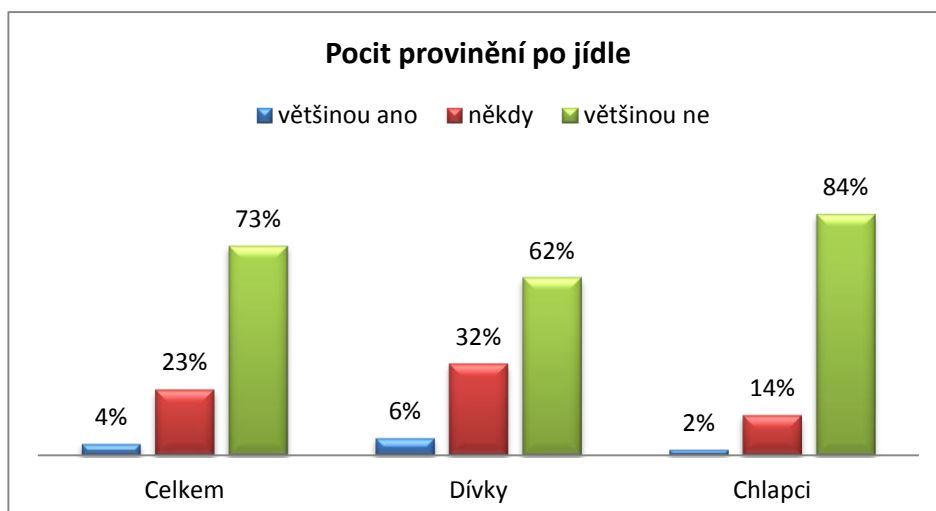
Graf č. 13: Vynechávání některého hlavního jídla



Varující je, že 21% respondentů uvedlo, že většinou vynechává některé z hlavních jídel či kategorii určité potravy, občasné vynechávání připouští 39% respondentů a 40% respondentů uvedlo, že z jídelníčku většinou nevynechává žádné z hlavních jídel. Při vyhodnocení odpovědí podle pohlaví je patrné, že vynechávání některého z hlavních jídel či kategorie potravy (odpověď většinou ano) uvádí 22% dívek a 19% chlapců, také k občasnému vynechávání jídla dochází ve vyšší míře u dívek (43%) než u chlapců (36%).

**Otázka č. 14: Cítíte se po jídle provinile?**

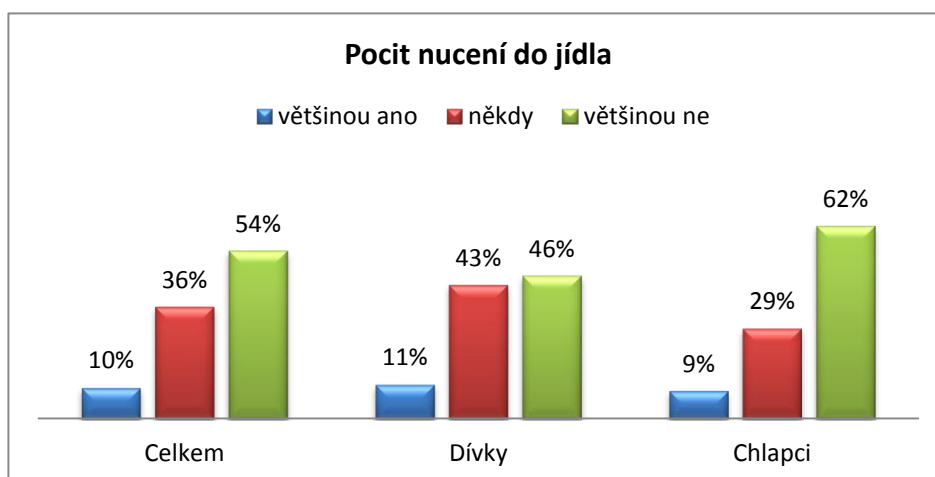
Graf č. 14: Pocit provinění po jídle



Z celkového počtu dotazovaných se cítí po jídle provinile 27% respondentů, z toho 4% respondentů zvolilo odpověď většinou ano a 23% respondentů zvolilo odpověď někdy, 73% respondentů pak uvedlo, že pocit provinění po jídle většinou nepocítují. Ze získaných údajů dále vyplývá, že téměř třetina dívek (38%) se cítí po jídle provinile (6% dívek zvolilo odpověď většinou ano a 32% dívek zvolilo odpověď někdy). Chlapci uváděli odpověď většinou ano v 2% a odpověď někdy ve 14ti%. Odpověď většinou ne uvedlo 62% dívek a 84% chlapců.

### Otázka č. 15: Cítíte, že ostatní Vás nutí do jídla?

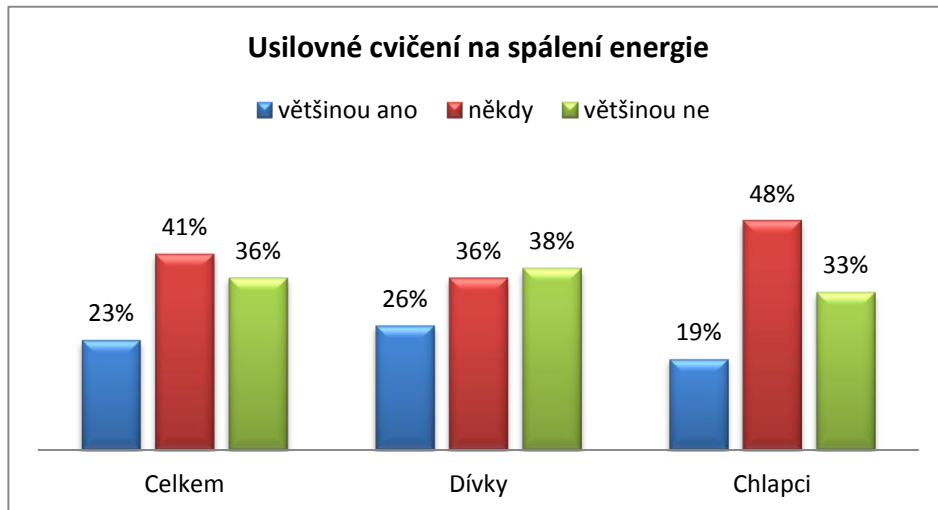
Graf č. 15: Pocit nucení do jídla



Nucení do jídla okolím udává 10% respondentů, 36% respondentů pak uvádí pocit občasného nucení do jídla a více jak polovina (54%) respondentů většinou nepocítuje nucení do jídla okolím. Z uvedených výsledků je dále patrné, že pocit nucení do jídla uvádějí ve větší míře dívky než chlapci. Odpověď většinou ano zvolilo 11% dívek a 9% chlapců, odpověď někdy zvolilo 43% dívek a 29% chlapců, odpověď většinou ne zvolilo 46% dívek a 62% chlapců.

**Otázka č. 16: Usilovně cvičíte, abyste spálil/a energii?**

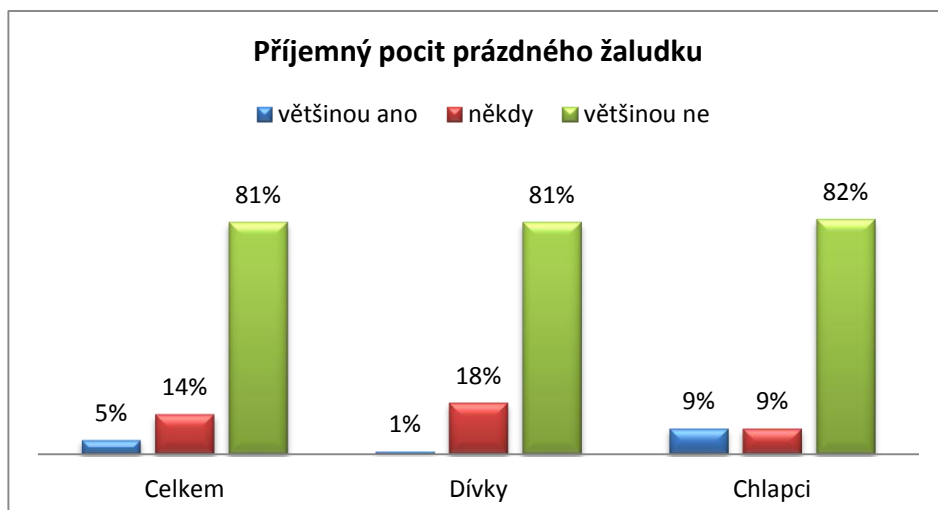
Graf č. 16: Usilovné cvičení na spálení energie



Na otázku, zda dotazovaní usilovně cvičí, aby spálili energii, odpovědělo 23% respondentů, že většinou cvičí, 41% respondentů zvolilo odpověď někdy a 36% respondentů většinou necvičí. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, vidíme, že chlapci (67%) se věnují usilovnému cvičení více než dívky (62%). Odpověď většinou ano uvedlo 26% dívek a 19% chlapců a odpověď někdy zvolilo 36% dívek a 48% chlapců. Usilovnému cvičení na spálení energie se většinou nevěnuje 38% dívek a 33% chlapců.

**Otázka č. 17: Máte rád/a prázdný žaludek?**

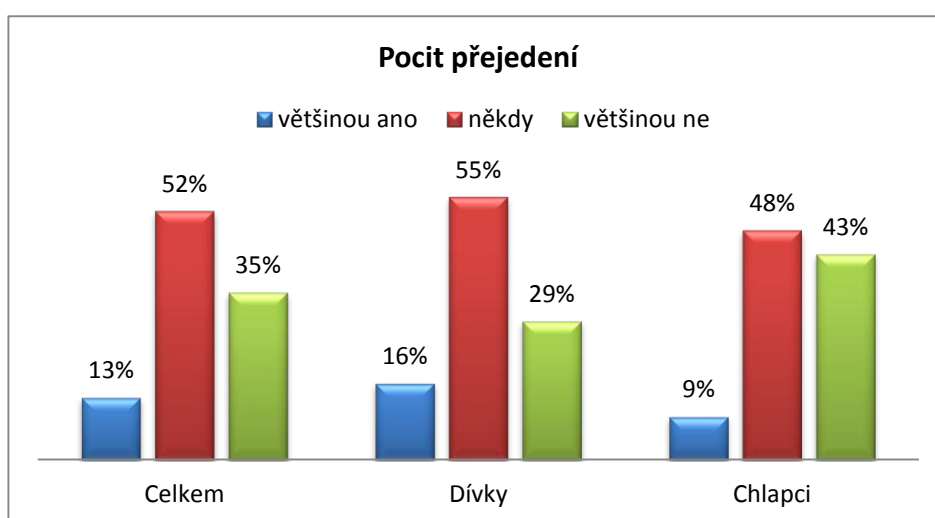
Graf č. 17: Příjemný pocit prázdného žaludku



Na otázku, zda dotazovaní mají rádi prázdný žaludek, odpovědělo 5% respondentů, že většinou ano, 14% respondentů zvolilo odpověď někdy a většina respondentů (81%) uvedla, že pocit prázdného žaludku jim většinou není příjemný. Z grafu je jasně vidět, že pocit prázdného žaludku je nepříjemný jak dívkám (81%), tak chlapcům (82%). Odpověď většinou ano zvolilo 1% dívek a 9% chlapců a odpověď někdy uvedlo 18% dívek a 9% chlapců.

### Otázka č. 18: Snadno se cítíte přejedený/á?

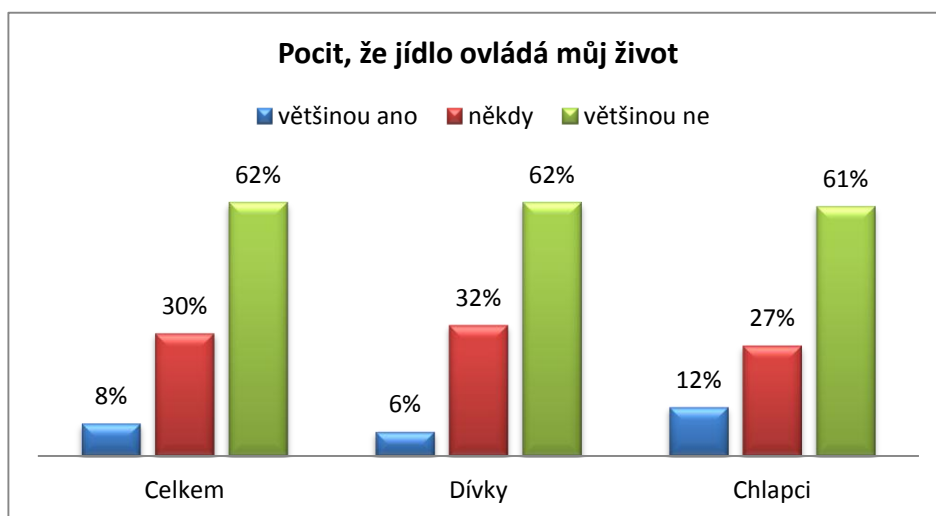
Graf č. 18: Pocit přejedení



Ze získaných odpovědí vyplývá, že více jak polovina respondentů se občas cítí přejedena (odpověď někdy 52%), 13% respondentů uvedlo, že se většinou cítí přejedeni (odpověď většinou ano) a 35% respondentů pak uvedlo, že se většinou necítí snadno přejedeni (odpověď většinou ne). Pocit přejedení udávají častěji dívky (71%) než chlapci (57%), 16% dívek uvedlo odpověď většinou ano, 55% dívek uvedlo odpověď někdy, 9% chlapců uvedlo odpověď většinou ano a 48% chlapců uvedlo odpověď někdy. Odpověď většinou ne zvolilo 29% dívek a 43% chlapců.

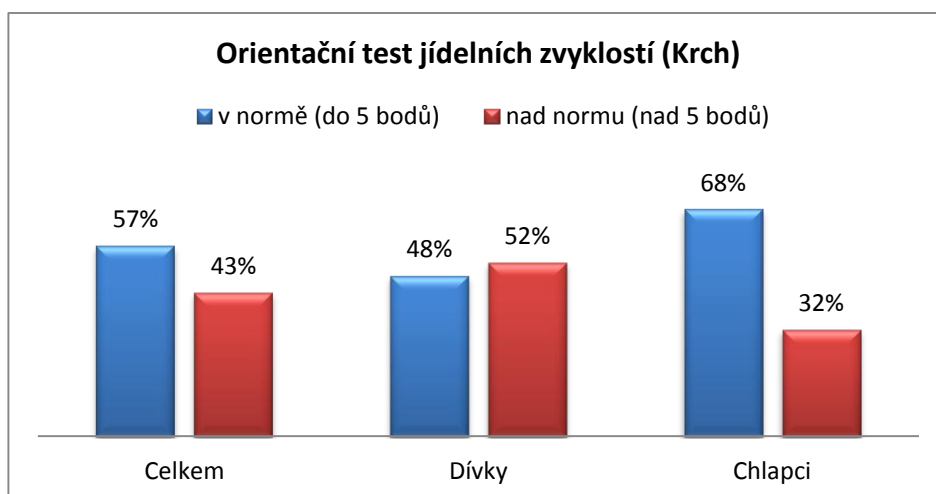
**Otázka č. 19: Cítíte, že jídlo ovládá Váš život?**

Graf č. 19: Pocit, že jídlo ovládá můj život



62% respondentů udává, že většinou nemá pocit, že by jídlo ovládalo jejich život, 38% respondentů uvedlo, že jídlo ovládá jejich život, z toho 8% respondentů uvedlo odpověď většinou ano a 30% respondentů uvedlo odpověď někdy. Z uvedených výsledků je dále patrné, že 6% dívek a 12% chlapců udává, že jídlo většinou ovládá jejich život, téměř třetina dívek (32%) i chlapců (27%) pocituje jen někdy, že jídlo ovládá jejich život a více jak polovina dotazovaných (62% dívek, 61% chlapců) většinou nemá pocit, že by jídlo ovládalo jejich život.

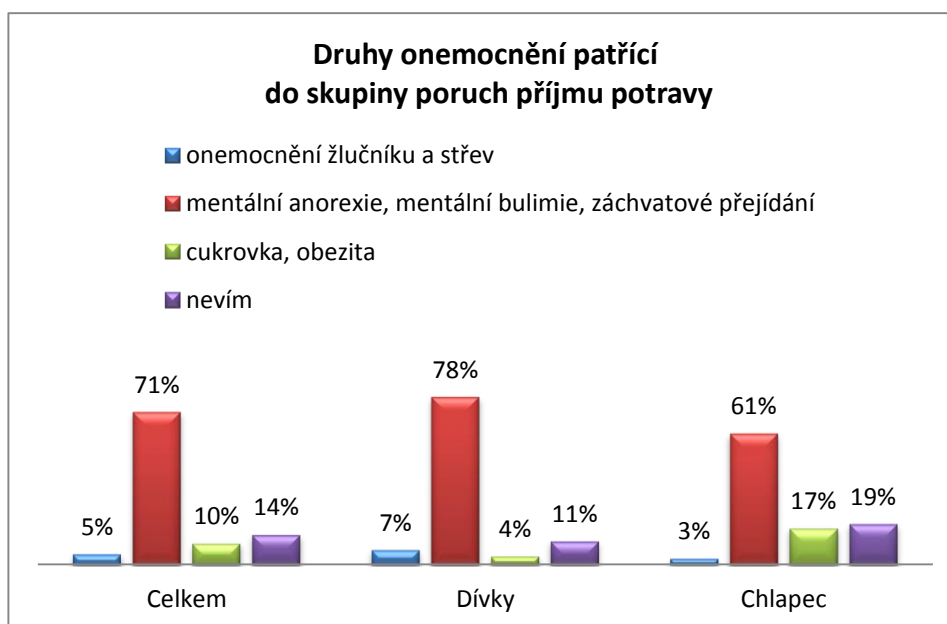
Graf č. 20: Orientační test jídelních zvyklostí (Krch)



Z bodového vyhodnocení Orientačního testu jídelních zvyklostí je patrné, že aktuální jídelní režim má 57% respondentů v normě, avšak 43% respondentů se pohybuje již nad hranicí normy. Více jak polovina dívek (52%) a přibližně třetina chlapců (32%), tak překročila hranici „rozumné“ redukční diety.

### Otázka č. 20: Jaká onemocnění podle Vás patří do skupiny poruch příjmu potravy?

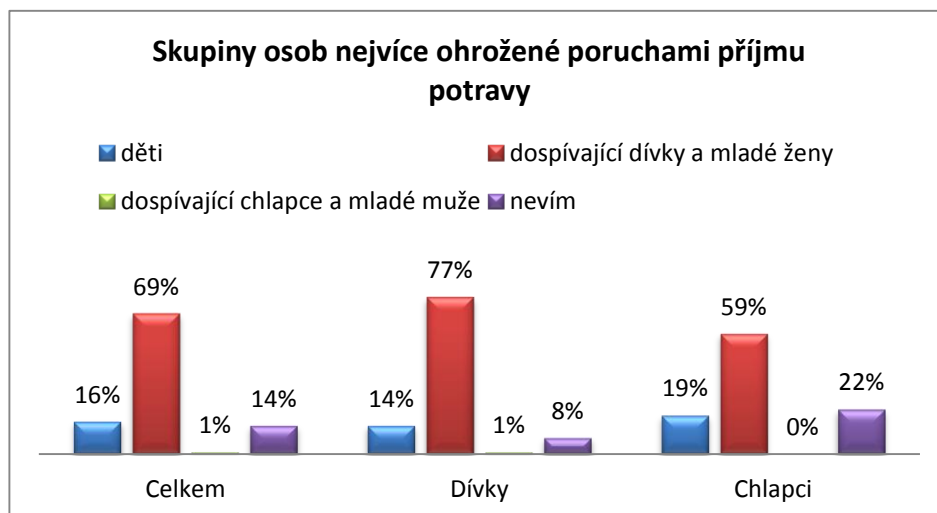
Graf č. 21: Druhy onemocnění patřící do skupiny poruch příjmu potravy



71% respondentů odpovědělo na otázku č. 20 správně a uvedlo, že do skupiny poruch příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatové přejídání. Špatně odpovědělo 15% respondentů a 14% respondentů odpověď neznalo. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, odpovědělo správně 78% dívek a 61% chlapců.

**Otázka č. 21: Koho ohrožují poruchy příjmu potravy podle Vás nejčastěji?**

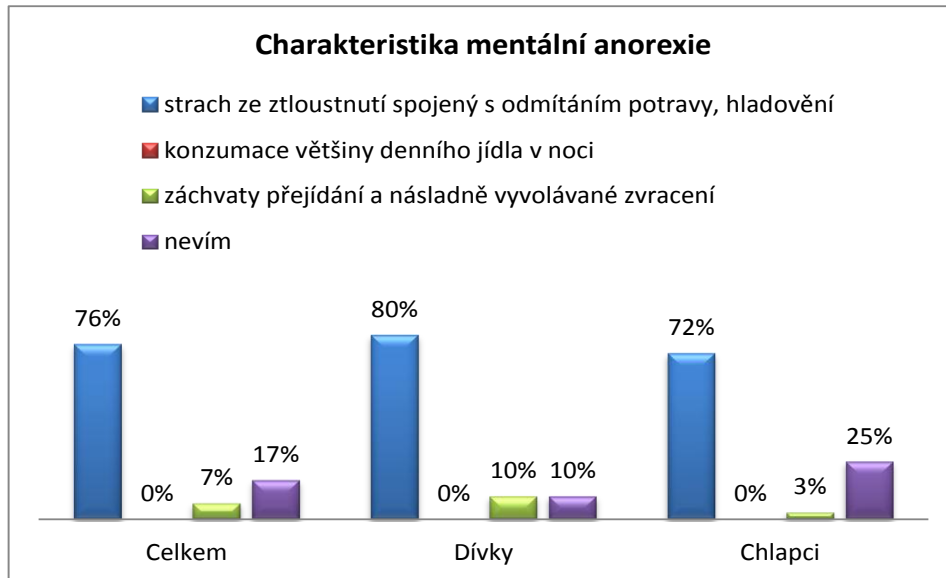
Graf č. 22: Skupiny osob nejvíce ohrožené poruchami příjmu potravy



Na otázku Koho podle Vás nejčastěji ohrožují poruchy příjmu potravy zvolilo 69% respondentů odpověď dospívající dívky a mladé ženy, 16% respondentů zvolilo odpověď děti, 1% respondentů zvolilo odpověď dospívající chlapce a mladé muže a 14% respondentů odpovědělo nevím. Odpověď dospívající dívky a mladé ženy uvedlo 77% dívek a 59% chlapců.

**Otázka č. 22: Jak byste charakterizoval/a mentální anorexii?**

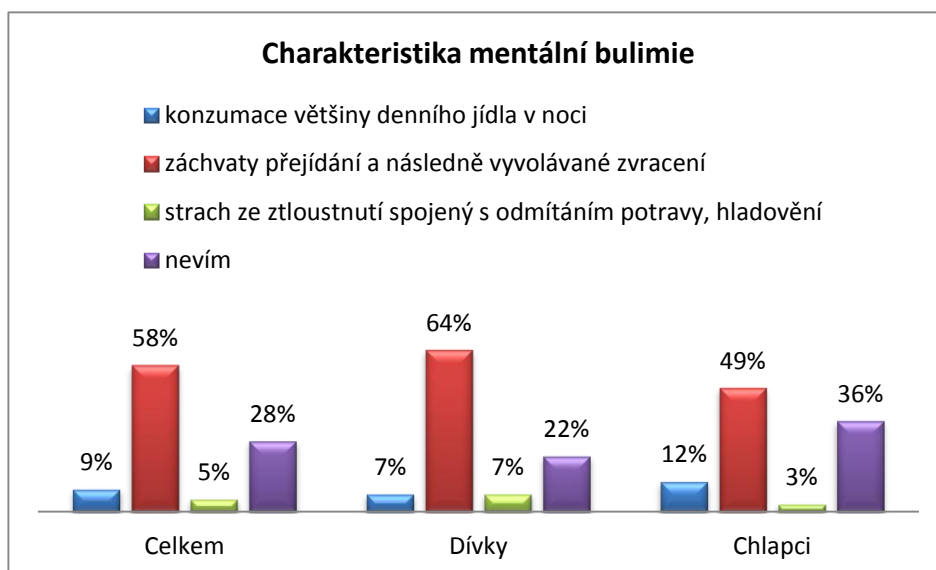
Graf č. 23: Charakteristika mentální anorexie



Mentální anorexii jako strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy a hladověním správně charakterizovalo 76% respondentů, 17% respondentů zvolilo odpověď nevím a 7% respondentů odpovědělo chybně. Správně odpovědělo 80% dívek a 72% chlapců.

**Otázka č. 23: Jak byste charakterizoval/a mentální bulimii?**

Graf č. 24: Charakteristika mentální bulimie

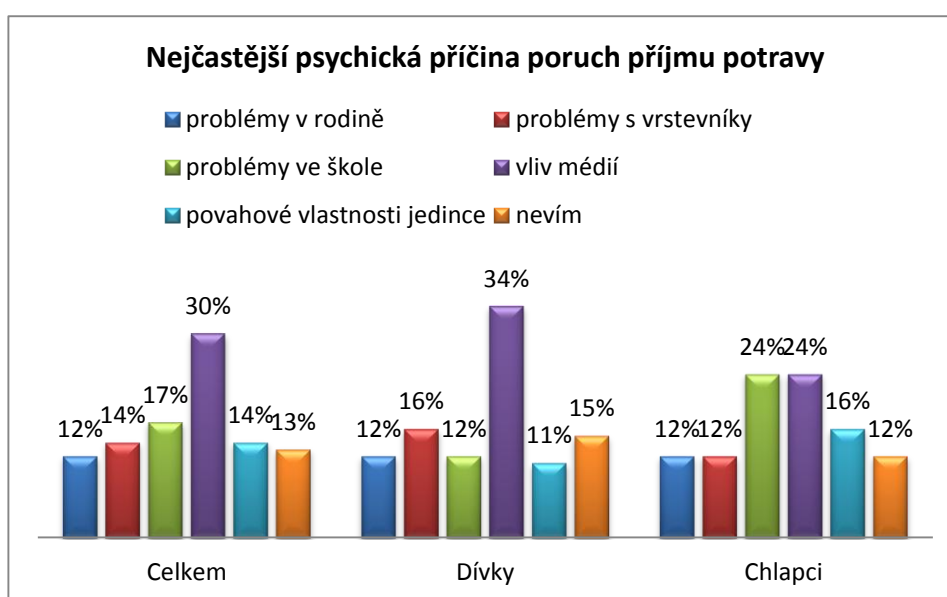




Mentální bulimii jako záchvaty přejídání a následně vyvolávané zvracení správně charakterizovalo 58% respondentů, 14% respondentů uvedlo chybné odpovědi a 28% respondentů označila odpověď neví. Dívky opět (64% správných odpovědí) odpovídaly lépe než chlapci (49% správných odpovědí).

### Otázka č. 24: Co je dle Vás nejčastější psychickou příčinou vzniku poruch příjmu potravy?

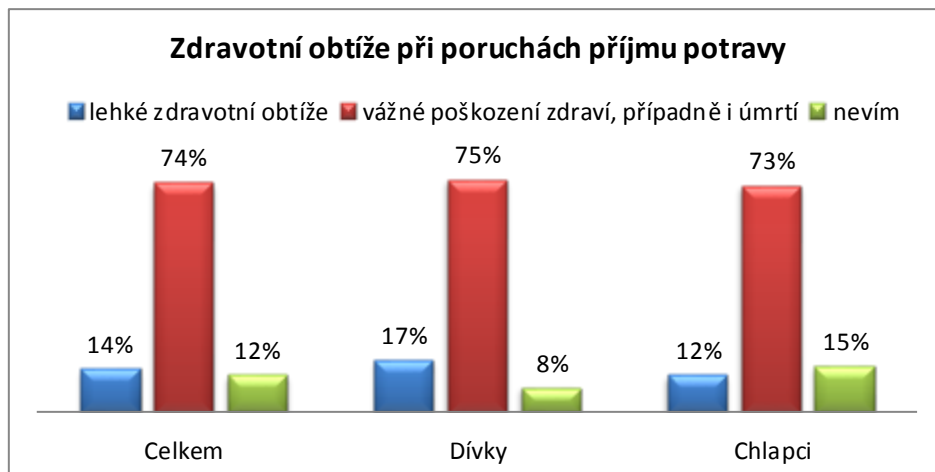
Graf č. 25: Nejčastější psychická příčina poruch příjmu potravy



Za nejčastější psychickou příčinu poruch příjmu potravy označili respondenti vliv médií (30%), dále pak problémy ve škole (17%), problémy s vrstevníky a povahové vlastnosti jedince (shodně 14%) a problémy v rodině (12%). 13% respondentů zvolilo odpověď neví. Také dívky označily jako nejčastější psychickou příčinu poruch příjmu potravy vliv médií (34%), dále pak problémy s vrstevníky (16%), problémy v rodině a problémy ve škole (shodně 12%) a povahové vlastnosti jedince (11%). Chlapci považují za nejčastější psychickou příčinu poruch příjmu potravy problémy ve škole a vliv médií (shodně 24%), povahové vlastnosti jedince (16%) a problémy v rodině a problémy s vrstevníky (shodně 12%). 15% dívek a 12% chlapců uvedlo odpověď neví.

**Otázka č. 25: Jaké zdravotní obtíže mohou dle Vás poruchy příjmu potravy způsobit?**

Graf č. 26: Zdravotní obtíže při poruchách příjmu potravy

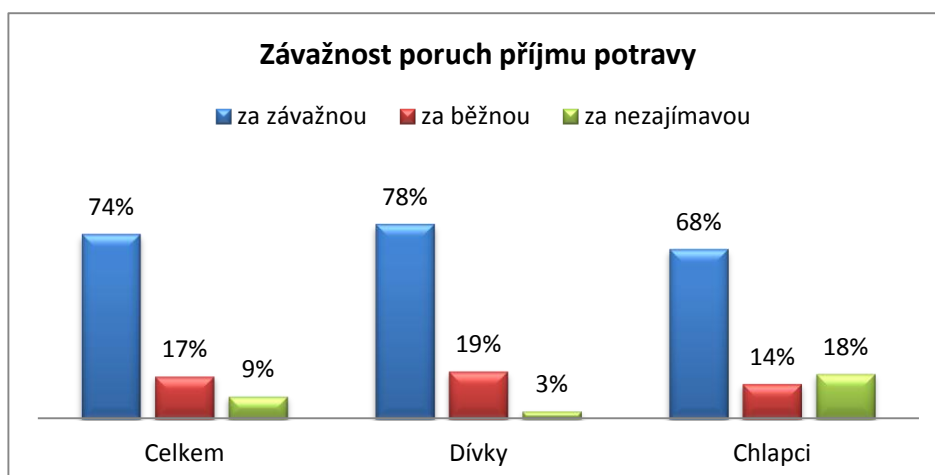


Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 74% respondentů, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit vážné poškození zdraví, případně i úmrtí. 14% respondentů uvedlo, že poruchy příjmu potravy mohou způsobit lehké zdravotní obtíže a 12% respondentů odpovědělo na otázku nevím.

Dle pohlaví uvedlo odpověď vážné poškození zdraví, případně i úmrtí 75% dívek a 73% chlapců. 17% dívek a 12% chlapců si myslí, že poruchy příjmu potravy způsobují pouze lehké zdravotní obtíže a 8% dívek a 15% chlapců uvedlo odpověď nevím.

**Otázka č. 26: Problematiku poruch příjmu potravy považují:**

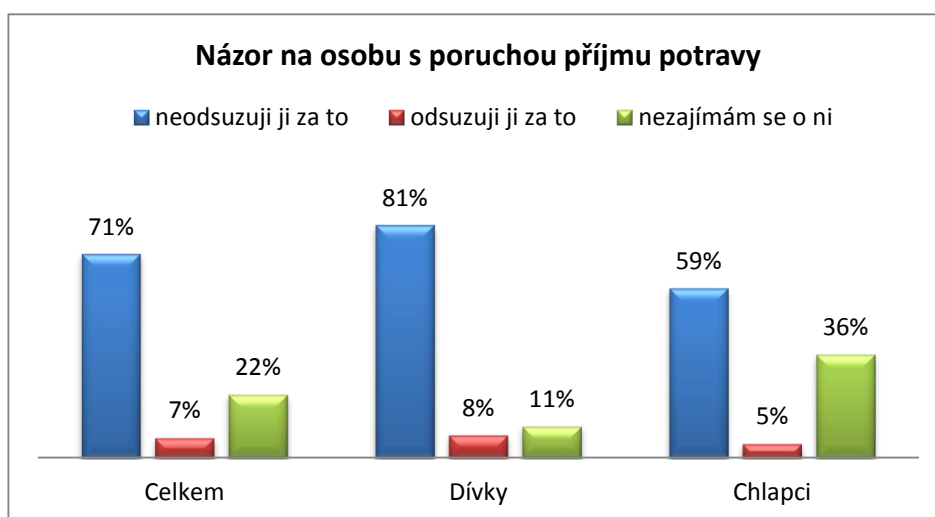
Graf č. 27: Závažnost poruch příjmu potravy



Tato otázka navazuje na otázku č. 25. Závažnost poruch příjmu potravy si uvědomuje 74% respondentů, 17% respondentů považuje poruchy příjmu potravy za běžné onemocnění a 9% respondentů uvedlo, že je pro ně závažnost poruch příjmu potravy nezajímavá. Z grafu vyplývá, že 78% dívek a 68% chlapců považuje poruchy příjmu potravy za závažné poruchy, 19% dívek a 14% chlapců za běžné onemocnění a 3% dívek a 18% chlapců za nezajímavé.

### Otázka č. 27: Jaký je Váš názor na osobu s poruchou příjmu potravy?

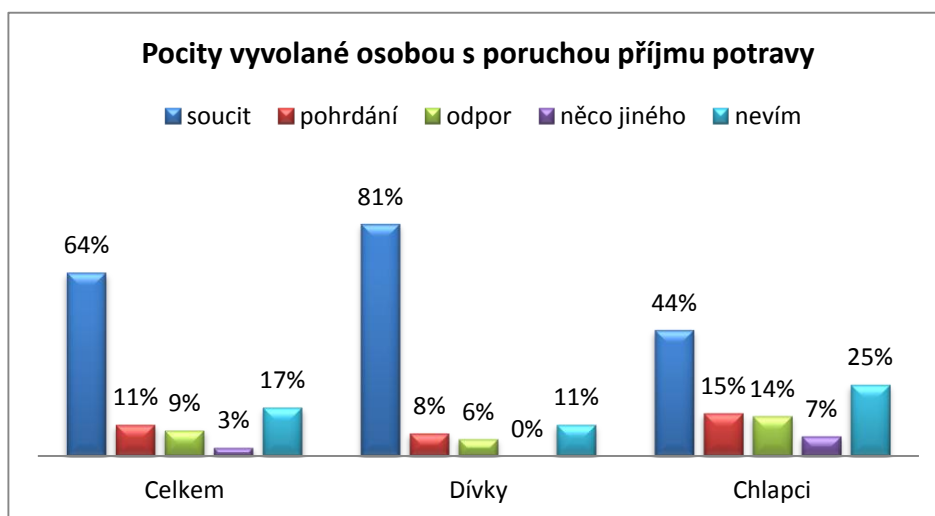
Graf č. 28: Názor na osobu s poruchou příjmu potravy



Další otázka se týkala názoru na osobu s poruchou příjmu potravy. Z celkového počtu uvedlo 71% respondentů, že osobu s poruchou příjmu potravy neodsuzují, 22% se o ni nezajímá a 7% ji odsuzuje. Dle pohlaví - dívky (81%) i chlapci (59%) nejčastěji volili odpověď - neodsuzuji ji za to, 11% dívek a 36% chlapců se o ni nezajímá a 8% dívek a 5% chlapců ji odsuzuje.

**Otázka č. 28: Jaký pocit ve Vás vyvolává představa osoby s poruchou příjmu potravy?**

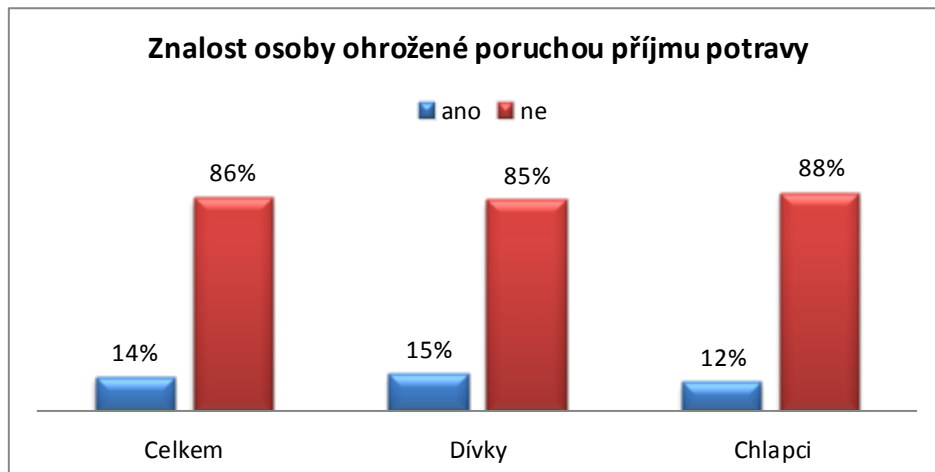
Graf č. 29: Pocity vyvolané osobou s poruchou příjmu potravy



Představa osoby trpící poruchou příjmu potravy může vyvolat různé pocity. U této otázky mohli respondenti zvolit více možností odpovědí. Respondenti nejčastěji uváděli soucit (64% odpovědí), následuje pohrdání (11% odpovědí), odpor (9% odpovědí), něco jiného (3% odpovědí) a nevím (17% odpovědí). Z grafu je patrné, že osoba s poruchou příjmu potravy vyvolala jak u dívek (81% odpovědí) tak u chlapců (44% odpovědí) nejčastěji soucit, dále pak pohrdání (u dívek 8% odpovědí a chlapců 15% odpovědí), odpor (u dívek 6% odpovědí a chlapců 14% odpovědí) a odpověď nevím (u dívek 11% odpovědí a chlapců 25% odpovědí). Odpověď něco jiného uvedli pouze chlapci (7% odpovědí) – „je prostě už taková“ (1 odpověď); „nechápu ji“ (1 odpověď); „je mi to jedno“ (1 odpověď); „když na to myslím, dělá se mi špatně“ (1 odpověď).

**Otázka č. 29: Znáte někoho, kdo by podle Vás mohl být ohrožen některou z poruch příjmu potravy?**

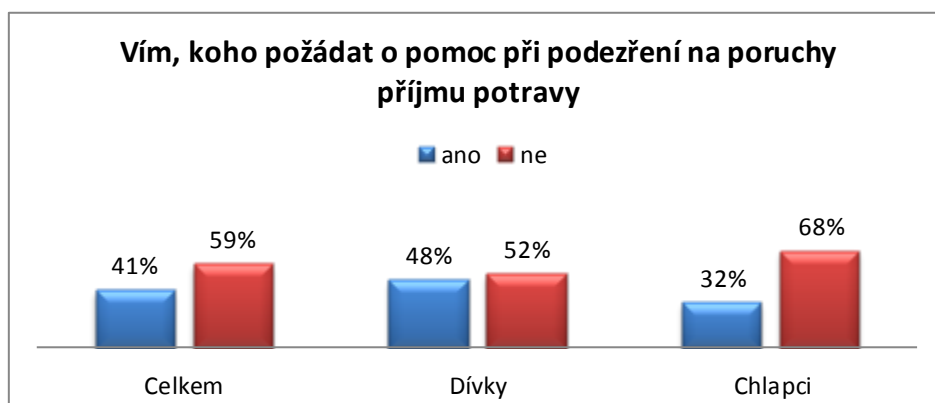
Graf č. 30: Znalost osoby ohrožené poruchou příjmu potravy



Z celkového počtu uvedlo 86% respondentů, že nezná osobu s poruchou příjmu potravy. Kladně odpovědělo 14% respondentů. V odpovědi dívky (15%) uvedly, že některou z poruch příjmu potravy by mohla být ohrožena „sestřenice“ (2 odpovědi); „sestra“ (1 odpověď); „známá“ (1 odpověď); „kamarádka“ (3 odpovědi) a „holka ze školy“ (1 odpověď), dále uvedly, že „osobu ohroženou poruchou příjmu potravy sice znají, ale blíže ji neurčily“ (3 odpovědi). Chlapci (12%) uvedli „kamarádku“ (4 odpovědi); „matku spoluhráče“ (1 odpověď); „tetu“ (1 odpověď); „spoluhráče z hokeje“ (1 odpověď).

**Otázka č. 30: Pokud byste se setkal/a se osobou trpící poruchou příjmu potravy, věděl/a byste, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?**

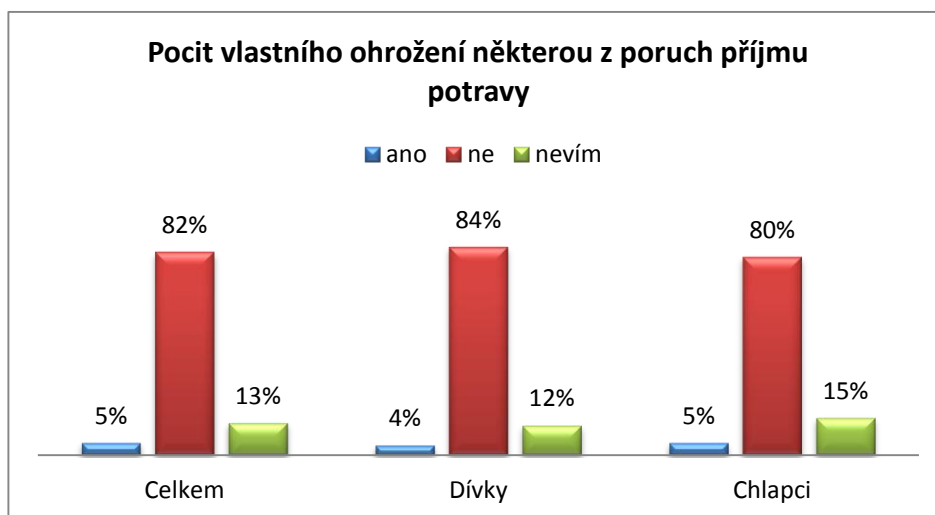
Graf č. 31: Vím, koho požádat o pomoc při podezření na poruchy příjmu potravy



Na otázku odpovědělo 41% respondentů kladně. Respondenti měli dále uvést, koho by požádali o pomoc. Dívky by se obrátily na „lékaře“ (9 odpovědí); „rodinu“ (7 odpovědí); „její rodinu“ (2 odpovědi); „přátele a známé“ (1 odpověď); „učitele“ (1 odpověď); „lékaře, psychiatra a rodiče“ (1 odpověď); „lékaře nebo odborného lékaře“ (1 odpověď); „lékaře a psychologa“ (4 odpovědi); „záchranku“ (1 odpověď); „lékaře a rodiče“ (2 odpovědi); „odborníka na výživu“ (1 odpověď); „nějakého odborníka“ (1 odpověď); „lékaře nebo odborníka zabývajícího se poruchami příjmu potravy“ (2 odpovědi); „na nějakou linku, kde by mi poradili“ (1 odpověď); „poradila bych se s mámou nebo zavolala na nějakou linku pomoci, ale jen v případě, kdyby pomoc chtěla“ (1 odpověď). Chlapci by požádali o pomoc „lékaře“ (8 odpovědí); „rodiče“ (2 odpovědi); „rodiče, učitele, kamarády“ (1 odpověď); „její rodiče, moje rodiče a lékaře“ (1 odpověď); „psychiatra a lékaře“ (3 odpovědi); „linku bezpečí“ (1 odpověď); „učitele, lékaře“ (1 odpověď); „lékaře, rodiče a učitele“ (2 odpovědi). Znepokojující je zejména fakt, že 59% respondentů uvedlo zápornou odpověď.

### Otázka č. 31: Cítíte se Vy sám/sama ohrožen/a některou z poruch příjmu potravy?

Graf č. 32: Pocit vlastního ohrožení některou z poruch příjmu potravy

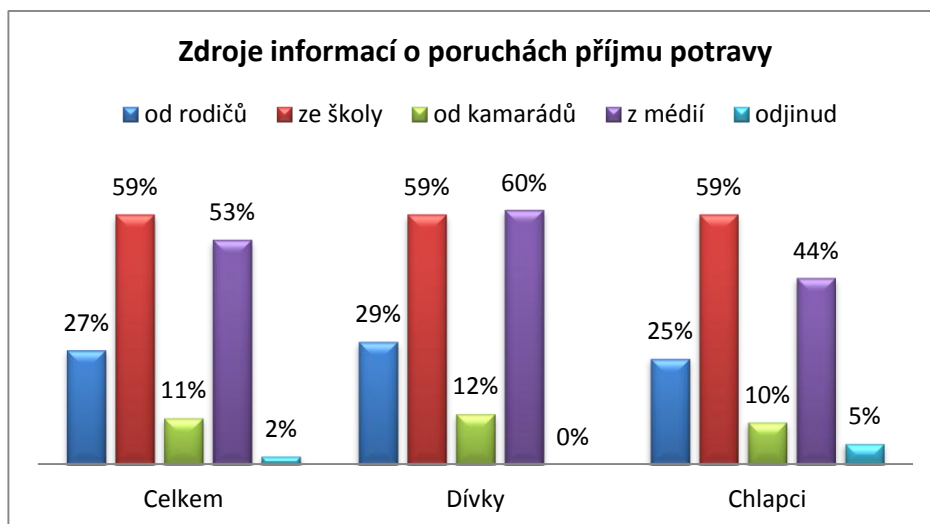


V další otázce se měli respondenti vyjádřit k tomu, zda se sami cítí ohroženi některou z poruch příjmu potravy. 82% respondentů se necítí být ohroženo některou z poruch příjmu potravy, 5% respondentů má pocit vlastního ohrožení poruchou příjmu potravy a 13% respondentů zvolilo odpověď nevím. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, tak dívky (84%), i chlapci (80%) nemají ve větší míře pocit vlastního ohrožení některou z poruch

příjmu potravy, pouze 4% dívek a 5% chlapců uvedlo, že se cítí ohroženi poruchou příjmu potravy. 12% dívek a 15% chlapců uvedlo odpověď nevím.

### Otázka č. 32: Odkud jste získal/a informace týkající se této oblasti?

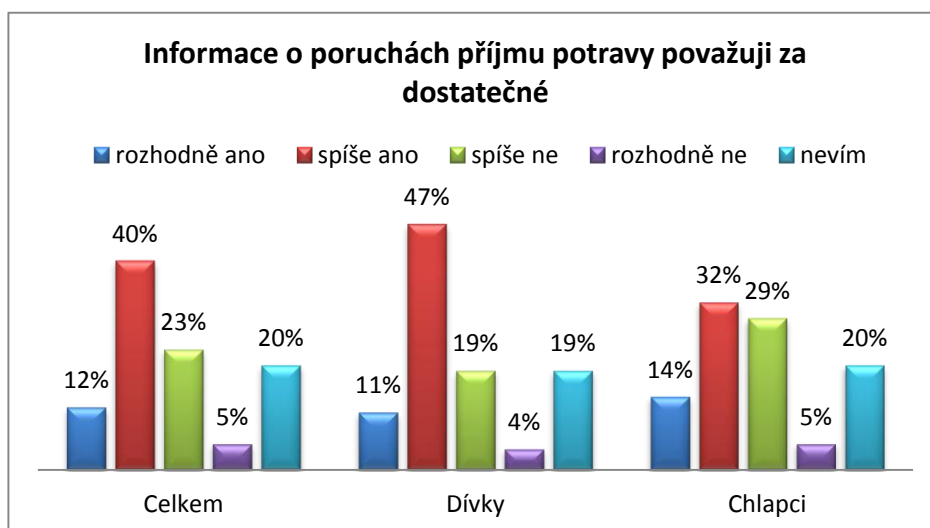
Graf č. 33: Zdroje informací o poruchách příjmu potravy



U této otázky mohli zvolit respondenti více možností. Informace o poruchách příjmu potravy získali nejčastěji ze školy (59% odpovědí), následují média (53% odpovědí), rodiče (27% odpovědí), kamarádi (11% odpovědí) a odjinud (2% odpovědí). Z grafu je patrné, že nejčastějším zdrojem informací u dívek jsou média (60% odpovědí) a škola (59% odpovědí), u chlapců je tomu naopak, nejčastěji uvádějí školu (59% odpovědí) a média (44% odpovědí). Jako další zdroje informací uváděly dívky rodiče (29% odpovědí) a kamarády (12% odpovědí). Chlapci pak uváděli rodiče (25% odpovědí), kamarády (10% odpovědí) a jiný zdroj (5% odpovědí) – „trenéři v posilovně“ (2 odpovědi); „od sebe“ (1 odpověď).

**Otázka č. 33: Považujete své informace o poruchách příjmu potravy za dostatečné?**

Graf č. 34: Informace o poruchách příjmu potravy považují za dostatečné

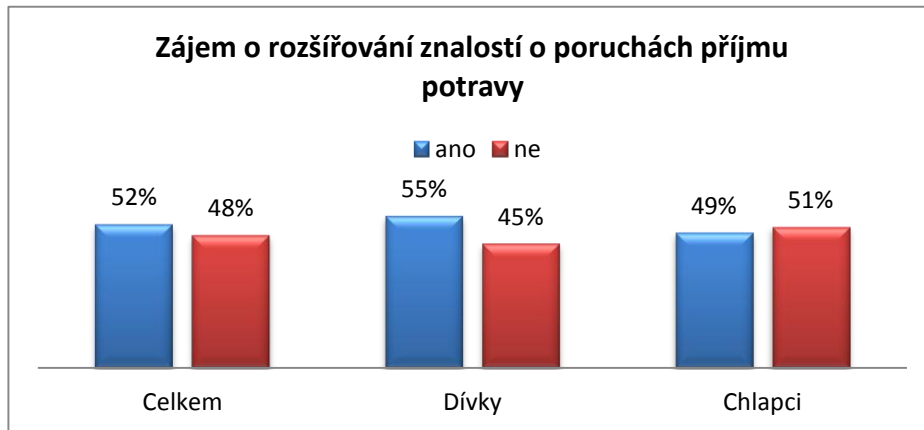


V této otázce měli respondenti posoudit, zda své informace o poruchách příjmu potravy považují za dostatečné. 12% respondentů považuje své informace za rozhodně dostatečné, 40% respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 23% respondentů spíše ne, 5% respondentů rozhodně ne a 20% respondentů zvolilo odpověď nevím. Z uvedených výsledků dále vyplývá, že 58% dívek hodnotí své informace o poruchách příjmu potravy za dostatečné, z toho rozhodně za dostatečné považuje své informace 11% dívek a spíše za dostatečné je považuje 47% dívek. Za spíše či rozhodně nedostatečné označilo své informace 23% dívek, z toho rozhodně nedostatečné (odpověď rozhodně ne) uvedla 4% dívek a spíše nedostatečné (odpověď spíše ne) 19% dívek. Odpověď nevím uvádí 19% dívek. 46% chlapců hodnotí své informace o poruchách příjmu potravy za dostatečné, z toho 14% chlapců je považuje za rozhodně dostatečné (odpověď rozhodně ano) a 32% chlapců za spíše dostatečné (odpověď spíše ano). Za spíše či rozhodně nedostatečné považuje své informace 34% chlapců, z toho spíše za nedostatečné (odpověď spíše ne) 29% chlapců a rozhodně za nedostatečné (odpověď rozhodně ne) 5% chlapců. 20% chlapců uvedlo odpověď nevím.



**Otázka č. 34: Máte zájem o rozšiřování svých znalostí v této oblasti?**

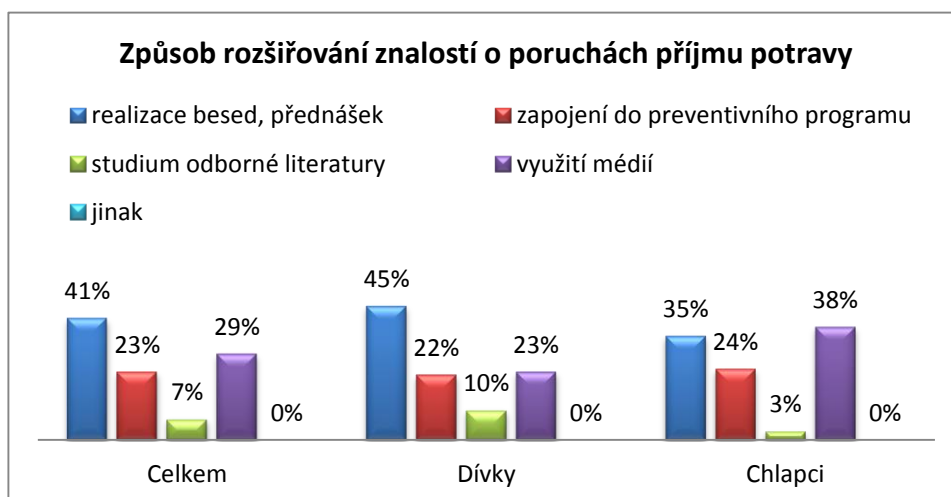
Graf č. 35: Zájem o rozšiřování znalostí o poruchách příjmu potravy



Pozitivní je, že zájem o rozšiřování svých znalostí z oblasti poruch příjmu potravy uvedla více jak polovina respondentů (52%). Zbývající část respondentů (48%) pak uvedla, že nemá zájem o další informace. Dívky (55%) projevily větší zájem než chlapci (49%).

**Otázka č. 35: Jaký způsob by Vám k tomu nejvíce vyhovoval?**

Graf č. 36: Způsob rozšiřování znalostí o poruchách příjmu potravy



Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří v otázce č. 34 odpověděli kladně. Jako způsob rozšiřování informací o této oblasti respondenti preferovali realizaci besed a přednášek (41%), dále pak využití médií (29%), zapojení do preventivního programu (23%) a studium odborné literatury (7%). Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, upřednostňují dívky realizace besed a přednášek (45%), zatímco chlapci využití médií (38%). U dívek dále

následuje využití médií (23%), zapojení do preventivního programu (22%) a studium odborné literatury (10%). Chlapci dále pak uváděli realizaci besed a přednášek (35%), zapojení do preventivního programu (24%) a studium odborné literatury (3%).

## 5.2 Diskuse

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na poruchy příjmu potravy z pohledu žáka druhého stupně základní školy.

Velmi pozitivní je zjištění, že většina respondentů se orientuje v základních informacích z oblasti poruch příjmu potravy. Dovedou určit, jaká nejčastější onemocnění patří do skupiny poruch příjmu potravy, uvědomují si vážnost jejich důsledků a vědí, kdo je jimi nejčastěji ohrožen. Mentální anorexii dokáží charakterizovat lépe než mentální bulimii, což může vyplývat z toho, že v období rané adolescence je riziko vzniku mentální anorexie vyšší než u mentální bulimie a v souvislosti s tím se může o této poruše více hovořit. Vliv médií, jako nejčastější příčinu vzniku poruch příjmu potravy, udává téměř třetina respondentů. Prostřednictvím médií se setkávají s prezentací ideálu krásy zdůrazňující přílišnou štíhlost, kterému mohou snadno podlehnout. I když jsou vlivu médií vystaveni všichni dospívající, porucha příjmu potravy se rozvine pouze u některých z nich. Dále se odpovědi různí podle pohlaví, u dívek následují problémy s vrstevníky, problémy v rodině nebo ve škole, povahové vlastnosti jedince, u chlapců problémy ve škole, povahové vlastnosti jedince a problémy v rodině nebo s vrstevníky.

Závažnost problematiky poruch příjmu potravy si uvědomují téměř tři čtvrtiny respondentů. Osoba trpící touto poruchou může vyvolat u okolí různé pocity, respondenti uvedli, že u nich vyvolává převážně soucit. Takové osobě je třeba pomoci, a proto ji za takové onemocnění neodsuzují. Odpovědi respondentů v souvislosti s jejich pocity a názorem na osobu s poruchou příjmu potravy nás pozitivně překvapily, neboť jsme od dospívajících očekávali spíše kritický postoj – odsouzení, pohrdání, odpor. Většina respondentů se necítí být sama ohrožena některou z těchto poruch a také nezná nikoho, kdo by ohrožen mohl být. Ti, kteří takovou osobu znají, uvedli, že jde o příbuzné z rodiny nebo známé. V případě žádosti o pomoc pro osobu trpící poruchou příjmu potravy by pouze necelá polovina respondentů věděla, na koho se může obrátit.

Jídelní režim respondentů byl posouzen na základě Orientačního testu jídelních zvyklostí, jenž byl součástí předkládaného dotazníku. Znepokojující je fakt, že téměř polovina respondentů se již pohybuje za hranicí „rozumné“ diety. Z tohoto důvodu je proto nutné, aby se respondenti zamysleli nad svými dosavadními jídelními návyky a snažili se je změnit. Změně nevhodných jídelních návyků může napomoci zejména rodinné prostředí a škola. Spokojenost se svou postavou udávají tři čtvrtiny respondentů, z nichž však jedna polovina uvádí, že jejich postava sice má některé nedostatky, ale ty jim nevadí. Toto zjištění je velmi pozitivní, neboť právě v období dospívání, kdy dochází k tělesné proměně, bývá dospívající ke své postavě značně kritický. Jako problematické uvádějí dívky nejčastěji tloušťnutí, silnější nohy, boky, stehna, břicho, hýždě a malá prsa. Chlapci by chtěli zhubnout nebo naopak přibrat a mít svaly. Potěšující je i fakt, že při hodnocení své postavy se většina respondentů nenechá ovlivnit názory okolí, ale upřednostňuje názor vlastní před názorem kamarádů a informacemi z médií. Svou tělesnou hmotnost kontroluje téměř většina respondentů, spokojenost s vlastní váhou však udává pouze necelá polovina z nich. Srovnáme-li odpovědi podle pohlaví, můžeme konstatovat, že dívky jsou se svou postavou i váhou spokojeny méně a svou váhu kontrolují častěji než chlapci, což potvrzuje výsledky řady výzkumů i poznatky z literatury. Právě v pubertě se dívky více začínají zajímat o svůj zevnějšek a porovnávají ho se současným ideálem krásy, který je však pro většinu z nich nedostupný.

Osobní zkušenost s hubnutím již v tomto věkovém období má více jak polovina respondentů, z nichž mnozí přiznávají i opakované hubnutí. Za nejčastější důvod hubnutí uváděli respondenti zejména nespokojenost s vlastní postavou, tento důvod uvedlo přibližně stejné procento dívek i chlapců. Jako další důvody hubnutí uváděli chlapci kritiku vlastní postavy ze strany okolí a jiné důvody (zlepšení fyzické kondice a zalíbení se okolí), dívky pak kritiku vlastní postavy ze strany okolí a vliv médií. Při hubnutí upřednostňovaly dívky především intenzivní cvičení a diety, chlapci volili zejména intenzivní cvičení. Jako další způsoby hubnutí uváděli respondenti držení hladovky, zvracení (pouze dívky) a jiný způsob (pravidelně a zdravě jíst, sportovat). Většině respondentů se sice podařilo zhubnout, váhu si však udržela pouze polovina z nich. Zkušenost s hubnutím uvádějí podle očekávání více dívky než chlapci. Mnohé dívky vnímají formování postavy do ženských tvarů negativně, jako tloušťnutí a snaží se tomu zabránit například držením redukčních diet či intenzivním cvičením. U chlapců je snaha zhubnout zaměřena spíše na fyzickou kondici. Období do-

spívání je pokládáno za rizikové z hlediska možného vzniku poruch příjmu potravy, a tomu výrazně napomáhá i držení redukčních diet.

Více jak polovina respondentů posuzuje své informace o poruchách příjmu potravy za spíše či rozhodně dostatečné, zbývající část respondentů za spíše či rozhodně nedostatečné nebo je nedokáže posoudit. Jako zdroj svých informací uváděli respondenti nejčastěji školu, média a rodiče. Podle pohlaví se pořadí odpovědí různí, dívky uváděly nejčastěji média, školu, rodinu, chlapi uváděli nejvíce školu, dále pak média, rodiče. Potěšující je, že zájem o rozšiřování svých znalostí v této oblasti vyjádřila více jak polovina respondentů, dívky projevíly o problematiku nepatrně větší zájem než chlapi. K rozšiřování svých znalostí by zvolila téměř polovina respondentů realizaci besed a přednášek, dále pak média, preventivní programy, či studium odborné literatury. Dívky by preferovaly realizaci besed a přednášek, chlapi využití médií.

### 5.3 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Na základě vyhodnocení výsledků získaných výzkumem jsme dospěli k těmto závěrům:

#### 1. Zda a do jaké míry se respondenti orientují v základních informacích týkajících se poruch příjmu potravy?

Většina respondentů se dokáže orientovat v základních informacích týkajících se poruch příjmu potravy. Téměř tři čtvrtiny respondentů správně zařadí a charakterizují nejčastější onemocnění patřící do skupiny poruch příjmu potravy, uvědomují si vážnost jejich důsledků a ví, jaká skupina je v souvislosti s nimi pokládána za nejrizikovější. Necelá třetina respondentů označila jako nejčastější příčinu vzniku poruch příjmu potravy vliv médií.

#### 2. Jaký postoj zaujímají respondenti k osobě s poruchou příjmu potravy?

Téměř tři čtvrtiny respondentů (74%) si uvědomují závažnost problematiky poruch příjmu potravy. Většina respondentů (86%) uvádí, že nezná žádnou osobu s touto poruchou a ani sami se necítí být jí ohroženi. U 69ti% respondentů vyvolává představa osoby trpící poruchou příjmu potravy soucit a 71% respondentů uvedlo, že si takto trpící osoba nezaslouží odsouzení. V případě pomoci takové osobě by pouze necelá polovina (41%) respondentů věděla, na koho se může obrátit.

### **3. Zda a do jaké míry překračuje aktuální jídelní režim respondentů hranici „rozumné“ redukční diety?**

Na základě vyhodnocení Orientačního testu jídelních zvyklostí je u 43% respondentů aktuální jídelní režim v rizikovém pásmu a je třeba zamyslet se a změnit nevhodné jídelní návyky.

### **4. Zda a do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svou postavou?**

Spokojenost se svou postavou udává 76% respondentů, z nichž je zcela spokojeno 30% respondentů a 46% respondentů uvádí, že jejich postava má některé nedostatky, ale nevadí jim to. Svou postavu respondenti hodnotí nejčastěji jako normální (64%). Vlastní tělesnou hmotnost pravidelně nebo občas kontroluje téměř většina (90%) respondentů, spokojenost s vlastní váhou však udává pouze necelá polovina z nich (42%). Při hodnocení vlastní postavy upřednostňuje většina respondentů vlastní názor (81%). Dívky jsou se svou postavou i váhou spokojeny méně a svou váhu kontrolují častěji než chlapi.

### **5. Zda a do jaké míry mají respondenti osobní zkušenost s hubnutím?**

Osobní zkušenost s hubnutím má již 55% respondentů, z nichž 33% respondentů uvedlo, že zkoušelo hubnout i opakovaně. Jako nejčastější důvod hubnutí uváděli respondenti (téměř shodně dívky i chlapi) nespokojenost s vlastní postavou (78%). K zhubnutí využívali především diety (54%) a intenzivní cvičení (67%). I když se respondentům (78%) podařilo zhubnout, váhu si udržela polovina z nich.

### **6 Do jaké míry považují respondenti svou informovanost ohledně poruch příjmu potravy za dostatečnou?**

Svou informovanost v oblasti poruch příjmu potravy považuje za spíše či rozhodně dostatečnou 52% respondentů. Informace respondenti získali nejčastěji ve škole (59%) nebo prostřednictvím médií (53%). Více jak polovina respondentů (52%) projevila zájem o rozšiřování svých znalostí, dívky nepatrně více než chlapi. Své znalosti by chtěli respondenti dále rozvíjet zejména prostřednictvím besed a přednášek (41%) nebo využitím médií (29%).

Cílem praktické části bylo zjistit informovanost, osobní zkušenost a postoje žáků druhého stupně základní školy v oblasti poruch příjmu potravy. Ten cíl se nám podařilo splnit.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali Poruchami příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy.

Teoretickou část jsme rozdělili do tří kapitol. První kapitola se zabývala vymezením poruch příjmu potravy, charakteristikou jednotlivých poruch a jejich příznaků. Druhá kapitola popisovala příčiny, možnosti léčby a prevenci těchto poruch. Poslední kapitola se věnovala osobnosti žáka druhého stupně základní školy.

V praktické části jsme uskutečnili dotazníkové šetření, jehož cílem bylo zjistit informovanost, osobní zkušenost a postoje žáků druhého stupně základní školy v oblasti poruch příjmu potravy.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že se žáci na druhém stupni základní školy dokáží dobře orientovat v zásadních znalostech týkajících se poruch příjmu potravy a mají zájem o jejich další rozšiřování. Uvědomují si závažnost těchto poruch včetně jejich možných důsledků a osobu trpící poruchou příjmu potravy za to neodsuzují, ale naopak s ní soucítí. Přestože je jejich informovanost v této oblasti dobrá a uvádějí i spokojenost se svou postavou, mají již i oni osobní zkušenost se snižováním své váhy. Chtějí vypadat lépe, naplnit své představy o vlastní postavě a srovnávat se se současným ideálem krásy, což je právě pro jedince v období dospívání typické, ale zároveň i rizikové. S tělesnými změnami, které provázejí dospívání, se musí každý jedinec vyrovnat po svém. Některý je přijme, u jiného mohou v souvislosti se svým proměňujícím se tělem vyvolat pocit sebepodceňování, což může podnítit změnu jídelního chování a vyústit až poruchou příjmu potravy.

Prevenci poruch příjmu potravy je v tomto věku třeba zaměřit nejen na zdravý životní styl, a správné jídelní chování, ale i na varování před držením nejrůznějších diet. Součástí preventivního působení je i podpora vhodného sociálního prostředí a podpora osobnosti žáka. Je velmi důležité mít pro něj čas, pochopení a rozvíjet jeho důvěru a sebeúctu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MÍČOVÁ, 2003. *Diety při onemocnění mentální anorexii a bulimií*. Praha: Sdružení MAC. ISBN 80-86015-91-2.
- [2] CASSUTO, Dominique-Adèle a Sophie GUILLOU, 2008. *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-357-4.
- [3] GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vydání Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [4] HORT, Vladimír et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [5] JANÍKOVÁ, Barbara a Tereza DANĚČKOVÁ, 2007. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky a VFN, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-254-0525-3.
- [6] KOCOURKOVÁ, Jana et al., 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-51-5.
- [7] KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [8] KRCH, František David, 2008. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [9] KRCH, František David a kol., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0840-X.
- [10] KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ, 2003. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR.
- [11] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-195-X.
- [12] MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. 2. upravené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- [13] MALONEY, Michael a Rachel KRANZOVÁ, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.



- [14] MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.
- [15] NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [16] NÝVLTOVÁ, Václava, 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 78-80-86723-48-8.
- [17] PAPEŽOVÁ, Hana (ed.), 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [18] PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-121-81-6.
- [19] PAPEŽOVÁ, Hana, 2000. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 85121-32-8.
- [20] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- [21] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana, 2003. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
- [22] SOVÁK, Miloš a kol., 2000. *Defektologický slovník*. 3. upravené vydání. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-76-5.
- [23] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. 1. Vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3
- [24] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- [25] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.
- [27] VYMĚTAL, Jan, 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0723-3.

[28] ZVOLSKÝ, Petr a kol., 2003. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-203-6.

### Internetové zdroje

- [1] *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-22]. Dostupné z: [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251)
- [2] *Poruchy příjmu potravy: Kam se obrátit pro pomoc: Program ProYouth* [online]. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/poruchy-prijmu-potravy?start=4>
- [3] *Orientační test jídelních zvyklostí* [online]. [cit. 2-2-2014]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/4500-mentalni-anorexie-jak-ji-poznat-a-lecit>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

MKN-10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
BMI	Body Mass Index
Např.	například
EDNOS	Eating disorders and otherwise specified
Apod.	a podobně

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle tříd a pohlaví

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Sledování vlastní tělesné hmotnosti

Graf č. 2: Spokojenost s vlastní váhou

Graf č. 3: Charakteristika vlastní postavy

Graf č. 4: Hodnocení vlastní postavy

Graf č. 5: Při hodnocení vlastní postavy se opírám

Graf č. 6: Zkušenost s hubnutím

Graf č. 7: Důvody hubnutí

Graf č. 8: Použité způsoby hubnutí

Graf č. 9: Výsledek hubnutí

Graf č. 10: Obavy z nadváhy

Graf č. 11: Vyhýbání se jídlu

Graf č. 12: Úzkost před jídlem

Graf č. 13: Vynechávání některého hlavního jídla

Graf č. 14: Pocit provinění po jídle

Graf č. 15: Pocit nucení do jídla

Graf č. 16: Usilovné cvičení na spálení energie

Graf č. 17: Příjemný pocit prázdného žaludku

Graf č. 18: Pocit přejedení

Graf č. 19: Pocit, že jídlo ovládá můj život

Graf č. 20: Orientační test jídelních zvyklostí (Krch)

Graf č. 21: Druhy onemocnění patřící do skupiny poruch příjmu potravy

Graf č. 22: Skupiny osob nejvíce ohrožené poruchami příjmu potravy

Graf č. 23: Charakteristika mentální anorexie

Graf č. 24: Charakteristika mentální bulimie

Graf č. 25: Nejčastější psychická příčina poruch příjmu potravy

Graf č. 26: Zdravotní obtíže při poruchách příjmu potravy

Graf č. 27: Závažnost poruch příjmu potravy

Graf č. 28: Názor na osobu s poruchou příjmu potravy

Graf č. 29: Pocity vyvolané osobou s poruchou příjmu potravy

Graf č. 30: Znalost osoby ohrožené poruchou příjmu potravy

Graf č. 31: Víím, koho požádat o pomoc při podezření na poruchy příjmu potravy

Graf č. 32: Pocit vlastního ohrožení některou z poruch příjmu potravy

Graf č. 33: Zdroje informací o poruchách příjmu potravy

Graf č. 34: Informace o poruchách příjmu potravy považují za dostatečné

Graf č. 35: Zájem o rozšiřování znalostí o poruchách příjmu potravy

Graf č. 36: Způsob rozšiřování znalostí o poruchách příjmu potravy

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy

# **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK – PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z POHLEDU ŽÁKŮ DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY**

## **Dotazník - Poruchy příjmu potravy z pohledu žáků druhého stupně základní školy**

Vážený žáci, vážené žákyně,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při realizaci výzkumného šetření, které se týká poruch příjmu potravy. Prosím Vás o pravdivé vyplnění jednotlivých položek tohoto dotazníku. Údaje, které uvedete, jsou považovány za důvěrné a poslouží výhradně uvedenému záměru.

**Dotazník je anonymní, neuvádějte tedy, prosím, své jméno.**

**Zvolenou odpověď zakroužkujte, případně doplňte. Pokud není u otázky uvedeno jinak, zvolte pouze jednu odpověď.**

Děkuji Vám za Vaši spolupráci, ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Dominika Výduchová, studentka FHS UTB ve Zlíně

Uveďte Vaše pohlaví: \_\_\_\_\_.

Uveďte třídu, kterou navštěvujete: \_\_\_\_\_.

Uveďte Váš věk: \_\_\_\_\_ let.

### **1. Sledujete svou tělesnou hmotnost?**

- a) ano, pravidelně
- b) ano, ale jen občas
- c) ne

### **2. Jste se svou váhou spokojen/á?**

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlím o tom

### **3. Jak byste charakterizoval/a svou postavu?**

- a) velmi hubená
- b) štíhlá
- c) normální
- d) silnější
- e) velmi silná



**4. Jak hodnotíte svou postavu?**

- a) jsem s ní spokojený/á
- b) má některé nedostatky, ale nevadí mi to
- c) nejsem spokojený/á, změnil/a bych – uveďte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) nepřemýšlel/a jsem o tom

**5. Při hodnocení vlastní postavy se opírám: (můžete zvolit více možností)**

- a) o vlastní názor
- b) o názor rodičů
- c) o názor vrstevníků a kamarádů
- d) o informace z médií (televize, internet, časopisy)
- e) o jiný názor – uveďte: \_\_\_\_\_

**6. Zkoušel/a jste hubnout?**

- a) ano, několikrát
- b) ano, jednou
- c) ne (pokud ne, přejděte na otázku č. 10)

**7. Co bylo důvodem Vašeho hubnutí? (můžete zvolit více možností)**

- a) nespokojenost s vlastní postavou
- b) kritika mé postavy nebo váhy ze strany rodiny, vrstevníků nebo jiných lidí
- c) vliv médií – články, fotografie propagující štíhlost
- d) něco jiného - uveďte: \_\_\_\_\_

**8. Jaké způsoby jste při hubnutí použil/a? (můžete zvolit více možností)**

- a) dieta
- b) intenzivní cvičení
- c) zvracení
- d) držení hladovky
- e) jiný způsob – uveďte: \_\_\_\_\_

**9. Jaký byl výsledek (výsledky) Vašeho hubnutí?**

- a) zhubnul/a jsem
- b) zhubnul/a jsem, ale váhu jsem si neudržel/a
- c) nezhubnul/a jsem

**10. Máte hrůzu z nadváhy, i když objektivně nejste tlustý/á (můžete se tak ale cítit)?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**11. Vyhýbáte se jídlu, když máte hlad?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**12. Zmocňuje se Vás před jídlem často úzkost?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**13. Vynecháváte některé hlavní denní jídlo (snídani, oběd, večeři) nebo kategorii potravy (např. sladkosti nebo maso)?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**14. Cítíte se po jídle provinile?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**15. Cítíte, že ostatní Vás nutí do jídla?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**16. Usilovně cvičíte, abyste spálil/a energii?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**17. Máte rád/a prázdný žaludek?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**18. Snadno se cítíte přejedený/ná?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**19. Cítíte, že jídlo ovládá Váš život?**

- a) většinou ano
- b) někdy
- c) většinou ne

**20. Jaká onemocnění podle Vás patří do skupiny poruch příjmu potravy?**

- a) onemocnění žlučníku a střev
- b) mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání
- c) cukrovka, obezita
- d) nevím

**21. Koho ohrožují poruchy příjmu potravy podle Vás nejčastěji?**

- a) děti
- b) dospívající dívky a mladé ženy
- c) dospívající chlapce a mladé muže
- d) nevím

**22. Jak byste charakterizoval/a mentální anorexii?**

- a) strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy, hladovění
- b) konzumace většiny denního jídla v noci
- c) záchvaty přejídání a následně vyvolávané zvracení
- d) nevím

**23. Jak byste charakterizoval/a mentální bulimii?**

- a) konzumace většiny denního jídla v noci
- b) záchvaty přejídání a následně vyvolávané zvracení
- c) strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy, hladovění
- d) nevím

**24. Co je podle Vás nejčastější psychickou příčinou vzniku poruch příjmu potravy?**

- a) problémy v rodině
- b) problémy s vrstevníky
- c) problémy ve škole
- d) vliv médií (časopisy, internet, televize) – reklama štíhlého těla
- e) povahové vlastnosti jedince
- f) nevím

**25. Jaké zdravotní obtíže mohou podle Vás poruchy příjmu potravy způsobit?**

- a) lehké zdravotní obtíže
- b) vážné poškození zdraví, případně i úmrtí
- c) nevím

**26. Problematiku poruch příjmu potravy považují:**

- a) za závažnou
- b) za běžnou
- c) za nezajímavou

**27. Jaký je Váš názor na osobu s poruchou příjmu potravy?**

- a) neodsuzuji ji za to
- b) odsuzuji ji za to
- c) nezajímám se o ni

**28. Jaký pocit ve Vás vyvolává představa osoby s poruchou příjmu potravy? (můžete zvolit i více možností)**

- a) soucit - je třeba jí pomoci
- b) pohrdání – může si za to sama, sama si škodí
- c) odpor - představa zvracení, dávení, schovávání potravy, extrémní vyhublost postavy
- d) něco jiného - uveďte: \_\_\_\_\_
- e) nevím

**29. Znáte někoho, kdo by podle Vás mohl být ohrožen některou z poruch příjmu potravy?**

- a) ano - uveďte (např. matka, sestra atd.): \_\_\_\_\_
- b) ne

**30. Pokud byste se setkal/a s osobou trpící poruchou příjmu potravy, věděl/a byste, na koho se můžete obrátit s žádostí o pomoc?**

- a) ano – uveďte: \_\_\_\_\_
- b) ne

**31. Cítíte se Vy sám/sama ohrožen/a některou z poruch příjmu potravy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**32. Odkud jste získal/a informace týkající se této oblasti? (můžete zvolit více možností)**

- a) od rodičů
- b) ze školy
- c) od kamarádů
- d) z médií (televize, rozhlas, internet, časopisy)
- e) odjinud - uveďte: \_\_\_\_\_

**33. Považujete své informace o poruchách příjmu potravy za dostatečné?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

**34. Máte zájem o rozšiřování svých znalostí v této oblasti?**

- a) ano (pokud ano, přejděte na poslední otázku)
- b) ne

**35. Jaký způsob by Vám k tomu nejvíce vyhovoval?**

- a) realizace besed, přednášek
- b) zapojení do preventivního programu
- c) studium odborné literatury
- d) využití médií
- e) jinak – uveďte: \_\_\_\_\_

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.