

# **Poruchy příjmu potravy jako sociálně patologický jev u žáků základní školy**

Zuzana Ondrůšková

---

Bakalářská práce  
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana ONDRŮŠKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy jako sociálně patologický jev u žáků základní školy.**

Zásady pro vypracování:

**Shromažďování odborně zaměřené literatury, její prostudování a kompletace.**

**Pojednání dané problematiky v teoretické rovině, vymezení základních pojmů.**

**Zpracování empirické části práce metodou dotazníků a kvantitativní vyhodnocení dotazníkového šetření.**

**Závěry plynoucí z těchto šetření.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KRCH, D. F. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3. KRCH D. F. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH D. F. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-x.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 444 s. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí bakalářské práce:

**Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**7. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. května 2008**

Ve Zlíně dne 7. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

Mgr. Jarmila Celá  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Teoretická část bakalářské práce pojednává o poruchách příjmu potravy a to i v dětství a rané adolescenci, o jejich diagnostických kritériích, faktorech ovlivňující vznik těchto poruch, zdravotních rizikách a léčbě těchto poruch a o možnosti prevence u žáků základních škol. Cílem teoretické části je vytvořit rešerši odborné literatury k dané problematice. Praktická část zjišťuje, jaké jsou jídelní postoje žáků základních škol v souvislosti s vnímáním mediálního ideálu krásy. Cílem, je poukázat na negativa sociokulturních faktorů na sebepojetí žáků.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, obezita, infantilní mentální anorexie, emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, syndromy vybióravosti v jídle, syndrom pervazivního odmítání, ruminace, faktory vzniku, zdravotní rizika, léčba, prevence.

## **ABSTRACT**

The theoretic part of the baccalaureate work deal with the eating disorders in the adolescence as well as in the childhood and the early adolescence, about the diagnostic criteria, about the factors that can cause the creation of these disorders, it deals with the health hazards and with the treatment and the precaution in the case of the secondary school students. The object of the theoretic part is to create a search of the specialized publications that deal with these problems. The practical part is finding attitudes which students have towards the eating in the connection with the perception of the media ideal of the beauty. The object is to point out the negatives of socio - cultural factors, which influence the personality of a student.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimy, obesity, infantile anorexia nervosa, emotional disorder connected with a derogation of the food, syndromes of the delicacy, syndrome of pervasive apastia, rumination, factors of creation, health hazards, treatment, precaution.

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Mgr. Svatavě Kašpárkové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky, za laskavost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>12</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	13
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0): .....	13
1.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:.....	14
1.1.2.1 Specifické typy podle DSM-IV .....	14
1.1.3 Atypická mentální anorexie (F50.1) .....	14
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2): .....	16
1.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:.....	16
1.2.2.1 Specifické typy podle DSM-IV .....	16
1.2.3 Atypická mentální bulimie (F50.3).....	17
1.3 JINÉ PORUCHY JÍDLA (F50.8).....	17
1.4 OBEZITA.....	17
<b>2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSTVÍ A RANÉ ADOLESCENCI</b> .....	<b>19</b>
2.1 INFANTILNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	19
2.2 EMOČNÍ PORUCHA SPOJENÁ S VYHÝBÁNÍM SE JÍDLU .....	20
2.3 SYNDROM VYBÍRAVOSTI V JÍDLU .....	20
2.4 SYNDROM PERVAZIVNÍHO ODMÍTÁNÍ.....	20
2.5 SPECIFICKÉ PPP .....	20
2.5.1 Ruminace.....	21
2.5.2 Pika.....	21
<b>3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>22</b>
3.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY .....	22
3.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY .....	23
3.3 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY .....	24
<b>4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>26</b>
4.1 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PPP .....	26
4.2 ZPŮSOBY LÉČBY PPP .....	28
4.2.1 Postup léčby .....	28
4.2.1.1 Hospitalizace.....	29
4.2.1.2 Svépomocné skupiny .....	29
4.2.1.3 Farmakoterapie .....	30
4.2.1.4 Psychoterapie.....	30
<b>5 PREVENCE ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL</b> .....	<b>33</b>

5.1	INFORMOVANOST O PPP .....	33
5.2	MEDIÁLNÍ GRAMOTNOST .....	34
5.3	V LIV RODIČŮ .....	35
5.4	POSILOVÁNÍ SEBEVĚDOMÍ .....	36
5.4.1	Metodické listy .....	36
5.5	POSOUZENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI .....	37
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>KAZUISTIKY .....</b>	<b>40</b>
6.1	KAZUISTIKA ANNA .....	40
6.2	KAZUISTIKA JITKA .....	41
<b>7</b>	<b>VÝZKUM .....</b>	<b>43</b>
7.1	VYTYČENÍ CÍLE .....	43
7.2	FORMULACE PROBLÉMU .....	43
7.3	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	43
7.4	VOLBA DRUHU VÝZKUMU A METODY .....	43
7.5	PRŮBĚH SBĚRU DAT .....	44
7.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	44
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>45</b>
8.1	ÚČASTNÍCI VÝZKUMU .....	45
8.2	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU .....	45
8.2.1	Otázka číslo 4. Jsi spokojený/á se svou postavou? .....	45
8.2.2	Otázka číslo 5. Hlídáš si svou tělesnou hmotnost? .....	46
8.2.3	Otázka číslo 6. Je pro tebe důležité jak vypadáš? .....	47
8.2.4	Otázka číslo 7. Máš strach, že ztloustneš? .....	48
8.2.5	Otázka číslo 8. Vynecháváš hlavní jídlo? .....	48
8.2.6	Otázka číslo 9. Když máš špatnou náladu, snažíš se ji „zajíst“? .....	49
8.2.7	Otázka číslo 10. Myslíš, že držení diety je dobrý způsob pro získání ideální postavy? .....	50
8.2.8	Otázka číslo 11. Vyhýbáš se jídlu i když máš hlad? .....	50
8.2.9	Otázka číslo 12. Zkoušel/a jsi držet dietu? .....	51
8.2.10	Otázka číslo 13. Přejídáš se? .....	52
8.2.11	Otázka číslo 14. Zkoušel/a jsi zvracet nebo požívat projímadla, aby si tím zapříčinil/a pokles tělesné hmotnosti? .....	52
	<i>Tabulka č. 14 Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 14 .....</i>	<i>52</i>
8.2.12	Otázka číslo 15. Myslíš, že média mohou ovlivnit názor na „ideální“ postavu? .....	53
8.2.13	Otázka číslo 16. V televizi i časopisech se objevují reklamy, které radí, jak dosáhnout štíhlé a dokonalé linie těla. Řídíš se jimi? .....	54
8.2.14	Otázka číslo 17. Snažíš se řídit módními trendy? .....	54
8.2.15	Otázka číslo 18. Líbí se ti lidé prezentovaní v módních časopisech? .....	55
8.2.16	Otázka číslo 19. Chtěl/a by si vypadat jako lidé z přených stránek časopisů? .....	56

8.2.17	Otázka číslo 20. Myslíš, že životní úspěchy (získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod.) závisí na štíhlé postavě a kráse?.....	56
<b>9</b>	<b>ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ A DOPORUČENÍ.....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>67</b>



## ÚVOD

*„Jídlo je spolu s dýcháním jedním ze základních předpokladů pro udržení života. Když člověk několik minut nedýchá, nastává smrt. Když někdo přestane jíst, pak je smrt rovněž neodvratná, i když to může trvat několik týdnů.“* (Elliott, Place, 2002, s.78)

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila zcela záměrně. Jako žákyně základní školy jsem se setkala se spolužačkami, které poruchou příjmu potravy trpěly, ale navenek působily natolik dokonale, ať už svým prospěchem či vystupováním, že si nikdo z okolí nedokázal jejich rapidní úbytek váhy spojit s poruchou příjmu potravy. Pro školní okolí bylo jen důležité, že velmi dobře prospívají.

Z těchto dívek se dnes již staly mladé ženy, které se s tímto problémem i nadále potýkají a já už dnes mohu jen polemizovat, jak by se jejich osud vyvíjel, kdyby jejich nemoc někdo na základní škole rozpoznal a ony se začaly léčit. Když si ale položím otázku, kdo měl poznat, že něco není v pořádku? Učitel, rodič, žák? Musím se zamyslet i nad tím, že nejvhodnější by bylo, aby si to především uvědomily ony samy. A tak jako tyto mladé ženy, kdysi nedokázaly posoudit nebezpečí související s „držením diety“, tak i většina mladých dnes zaměřuje redukční dietu s normálním jídelním režimem. Je to možná tím, že nejsou dostatečně informovány, nebo se nechávají unášet mediálním tlakem, který dává do souvislosti krásu, úspěch a tělesnou hmotnost.

Vzhledem k tomu, že toto onemocnění postihuje poměrně velké procento populace a to v největší míře ženy v období dospívání, je velice pravděpodobné, že v pedagogické praxi se s ním setkáme. Každý pedagog by měl být informován o této tématice a být připraven pomoci. Proto je cílem mé práce vytvořit rešerši odborné literatury k dané problematice. V teoretické rovině tak poskytnu konkrétní odpovědi na konkrétní otázky týkající se nejrozličnějších aspektů těchto poruch. Doufám, že tato práce přispěje k lepšímu pochopení problematiky poruch příjmu potravy. Zabývám se také propagováním ideálu krásy, který je pouhý konstrukt dietního průmyslu a jeho institucí, které si z ideálu krásy vytvořily snadný zdroj zisku. Každý by si měl uvědomit, že předsudek vůči hmotnosti nevyřešíme dietou, ani tím, že přinutíme všechny ke štíhlosti, ale je nutné přestavět společenské představy o tom co je normální. Každý z nás je jiný. Proč si myslíme, že musíme vážit všichni stejně? Proto je nutné působit na děti, už od útlého věku, učit je sebeúctě, objektivitě a respektu k odlišnostem. Poruchy příjmu potravy jsou novým fenoménem poslední doby a dle mého názoru je nezbytné o něm mluvit, diskutovat, být informován.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaké jsou jídelní postoje žáků základní školy v souvislosti s vnímáním mediálního ideálu krásy. Činím tak dotazníkovým šetřením, které má poukázat na negativa sociokulturních faktorů na sebepojetí žáků. Při konstrukci dotazníku vycházím ze zjištění, získaných z literatury a obsažených v teoretické části.

Je nutné zdůraznit, že tyto poruchy postihují i muže, i když většina autorů se o pacientech vyjadřuje jako o ženách. Proto ze svého výzkumu nevynechám, ani žáky mužského pohlaví. Myslím si, že se na rozvoji poruch příjmu potravy u mužů může podílet i fenomén metrosexuality. Takto zaměřeni muži se zabývají svým fyzickým vzhledem, módními trendy a kosmetickými přípravky podobně jako ženy.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Patologická změna postoje k vlastnímu tělu, neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotnosti, to jsou charakteristiky poruch příjmu potravy (dále jen PPP) z nichž vyplívá narušení vztahu k jídlu a k jídelnímu chování (Vágnerová, 2004). Pod označením PPP se tedy skrývá celá řada stavů, které představují širokou škálu zdraví škodlivého stravovacího chování.

*„V průběhu života získává jídlo různý psychický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit prioritu možných vlivů a zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v tomto složitém biosociálním kontextu obtížné.“* (Krch, 2005, s.15)

Mezi nejznámější PPP patří mentální anorexie (dále jen MA) a mentální bulimie (dále jen MB), které jsou si velmi podobné, spojuje je strach s tloušťky, nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a touha zůstat extrémně štíhlými. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) a Diagnostický statistický manuál (dále jen DSM-IV) Americké psychiatrické asociace rozlišují dvě základní formy PPP: Mentální anorexie a Mentální bulimie. Existuje však mnoho pacientů, kteří nesplňují některá z diagnostických kritérií MA a MB, a proto se mezi ně zařazují i atypické a nespecifické PPP mezi, které Krch (2005) zařazuje i syndrom nočního přejídání.

PPP častěji trpí ženy než muži. Krch (2005) například uvádí, že stačí být ženou a riziko MA je desetkrát vyšší. Problém PPP se netýká ovšem jen dospělých, ale dětí a to i těch nejmenších, které by měly vědět, že nejen s drogami a alkoholem, ale i s jídlem si není radno zahrávat. Hubnutí může lehce sklouznout k těžko odstranitelné závislosti. Odborníci varují, že PPP postihují už i šestileté děti. Častá domněnka rodičů, že jejich dítě nemůže být poruchou příjmu ohroženo, protože jde o záležitost, která se týká pouze vyhublých modelek a dospělých žen, je tudíž scestná.

*„Léčba poruch příjmu potravy bývá náročná a s nejistým výsledkem. Jako u všech problémů těla i duše, bylo by i v tomto případě nejlepší těmto poruchám předcházet.“* (Kulhánek, 2008)

Musíme si uvědomit, že PPP nepůsobí potíže jen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí, to má sklon potíže ze začátku bagatelizovat, což může vést k dalšímu rozvoji PPP. Hladovější mohou dostávat i komplimenty od přátel a členů rodiny adresované na jejich silnou

vůli a schopnost zhubnout i přesto, že jejich zdraví je nebezpečně ohroženo (Crooková, 1995).

## 1.1 Mentální anorexie

Pro MA je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí, které je spojené s podstatnými tělesnými změnami. Přítomny jsou také psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o nadváze. (Koutek, 2000)

Postižené osoby přestávají nakonec úplně jíst, protože jsou posedlé po dokonale štíhlém těle. MA je sice nemoc, ale současně bývá úzce spojena s představou, že „držení diety“ souvisí se změnou pojetí fyzické přitažlivosti (většinou u žen) v moderní společnosti, proto anorexie a jiné PPP nejsou jen okrajovým problémem. (Giddens, 2001)

Omezování v jídle u některých pacientů je provázeno naopak zvýšeným zájmem o jídlo a vše co sním souvisí (Krch, 2002). Tito pacienti často sbírají recepty, rádi vaří pro své přátele a rodinu. Anorektičtí pacienti neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Někdy to popírají a uvádějí často i srozumitelné důvody, proč jíst „nemohou“ (Krch, 2005).

### 1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0):

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5(kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Předpubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízké optimální nebo cílové hmotnosti.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je

děložní krvácení navozené hormonální léčbou, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu.

- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dochází u nich k primární amenoree – nedostaví se první menstruace, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.

(Krch, 2005)

### 1.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:

- Hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající věku a výšce).
- Intenzivní obava z přibrání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě velké vyhublosti.
- Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea).

(Krch, 2005)

#### 1.1.2.1 Specifické typy podle DSM-IV

Krch (2005) uvádí tyto specifické typy MA:

- Nebulimický (restriktivní) typ, kdy během epizody MA u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Bulimický (purgativní) typ, kdy během epizody MA u pacienta dochází k opakovaným záchvatům zvracení.

### 1.1.3 Atypická mentální anorexie (F50.1)

Jedná se o případy, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů a projevů, pacientky nesplňují všechna diagnostická kritéria, ale jinak vykazují téměř typický klinický obraz.

Existuje také velká skupina subklinických forem MA, postižení vykazují problémy v parametrech diagnostických kritérií, avšak intenzita příznaků není tak výrazná (Koutek, 2000). „*Krch a Drábková našli u 7,4% adolescentních dívek narušené postoje k jídlu a svému tělu. Tyto dívky většinou nevyhledávají léčbu, avšak postupně mohou jejich příznaky dosáhnout klinické hloubky.*“ (Koutek, 2000, s. 271)

Cohen (2002) upozorňuje, že pokud si odborník přeje pacientce s MA pomoci, musí ji při určování diagnózy vést k tomu, aby přibrala na váze a jedla natolik, aby byla v bezpečí, avšak zároveň se musí vyvarovat poškození její křehké sebeúcty. Obtížné může být posouzení kritéria „strach z tloušťky“, vzhledem k tomu, že někteří pacienti tento strach popírají, jeho příznaky disimulují (Krch, 2005).

MA postihuje většinou mladé dívky a ženy, poměr mezi postiženými chlapci a dívkami je udáván nejčastěji 1:10 ve prospěch ženského pohlaví, relativně vyšší výskyt u chlapců je v mladším věku. Nejčastější začátek onemocnění bývá mezi 14.-15. rokem a mezi 17.-18. rokem věku. (Koutek, 2000)

Při stanovení diagnózy MA je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství a nízkou tělesnou hmotnost, která se vyskytuje u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy a u depresivní poruchy, někdy také u toxikomanie (Krch, 2005).

## 1.2 Mentální bulimie

MB je charakterizována především opakujícími se záchvaty extrémního přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2003). Základním příznakem je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla (Vágnerová, 2004). Koutek (2000) uvádí, že přejídání s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následně snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji vyvoláním zvracení, uvědomuje si chorobnost těchto příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení. Vágnerová (2004) uvádí, že MB postihuje především dívky a mladé ženy v rozmezí od 16 až do 40 let.

Většina lidí neví, že poměrně velká část energie je i v případě zvracení absorbována, takže při častějším zvracení a přejídání může pacient naopak přibrat. Nebezpečná a neúčinná jsou také projímadla. Způsobují především vyprázdnění tlustého střeva, které nastane teh-

dy, kdy už byla energie využita v tenkém střevě. Snížení váhy při užívání projímadel je způsobeno jen ztrátou tekutin. (Krch, 2007)

### 1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2):

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), v krátkém čase je konzumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neovladatelná touha po jídle (žádostivost).
- Snaha potlačit výkrmný účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často nepřiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

(Krch, 2005)

### 1.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:

- Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, které charakterizuje: konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku, než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době; pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.
- Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

(Krch, 2005)

#### 1.2.2.1 Specifické typy podle DSM-IV

Krch (2005) uvádí tyto specifické typy MB:



- Purgativní typ, kdy pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- Nepurgativní typ, kdy pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

### 1.2.3 Atypická mentální bulimie (F50.3)

Termín se užívá pro pacienty u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů, které jsou uvedeny v kritériích pro MB, ale projevuje se téměř typický klinický obraz, obvykle jde o pacienty s normální nebo nadměrnou váhou, ale typickými obdobími přejídání následovanými zvracením nebo zneužíváním projímadel (Koutek, 2000).

K určení diagnózy je důležité podle Krcha (2005), aby nemocný vnímal přejídání jako záchvatovité nebo neovladatelné, aby měl pocit ztráty kontroly nad jídlem, tento subjektivní pocit je ale velmi relativní. Pro stanovení diagnózy je důležité vyloučit primární poruchu gastrointerstinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu (Krch, 2005).

## 1.3 Jiné poruchy jídla (F50.8)

Krch (2005) uvádí, že jde o jinak specifikované PPP za které lze považovat případy:

- kdy jsou splněna všechna kritéria MA a nemocná má pravidelnou menstruaci,
- došlo k výraznému poklesu hmotnosti a jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě,
- jsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.

Mezi tyto poruchy lze zařadit i „syndrom nočního přejídání“, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání, je spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí (Krch, 2005).

## 1.4 Obezita

*„Problematika regulace tělesné hmotnosti, obezity a poruch příjmu potravy (PPP) má mnoho vzájemně se prolínajících a podmiňujících rovin. Vedle společné komorbidity a symptomatologie hraje obezita významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy a diety*

*společně s přejídáním při rozvoji obezity.*“ (Krch, 2007, dostupné na: <[http://www.istob.cz/ndex.php?option=com\\_content&task=view&id=1281&Itemid=47](http://www.istob.cz/ndex.php?option=com_content&task=view&id=1281&Itemid=47)>)

Obezita ve společnosti a její mediální odezva podporují strach z tloušťky a zvyšují riziko vzniku PPP. Zejména jsou to různé varující zprávy o zdravotních důsledcích obezity a zesměšňování obézních, předpojatost, kdy jsou obézní prezentováni jako líní, hloupí, oškliví. Tyto předsudky, které začínají často už v dětství, se mohou stát spouštěcím faktorem PPP.

Obezita je označována jako nadváha převyšující ideální váhu určenou podle výšky, věku a pohlaví na základě stanovených kritérií, takto definuje ji Koutek (2001).

Pro PPP i obezitu je příznačné zkreslené vnímání svého těla, nevhodné jídelní zvyklosti, nepřiměřená kontrola hmotnosti, strach z tloušťky, který nepříznivě ovlivňuje kvalitu života člověka ať už je, nebo není opodstatněný. PPP i obezitu je někdy obtížné jasně vymezit. Oba problémy postihují relativně velkou část populace, pro jejíž různé podskupiny mohou být charakteristické různé příznaky. Hranice mezi normou a patologií je potom křehká a pohyblivá. Opakovaná nebo chronická odtučňovací dieta může predisponovat jedince k PPP, včetně bulimie. Identifikovat obezitu v dětství a v rodině je jeden z významných rizikových etiologických faktorů bulimie. Při léčbě PPP se proto terapeut neobejde bez znalostí týkajících se výživy, regulace tělesné hmotnosti nebo zdravotních a psychických důsledků diet. (Krch, 2007)

*“Nevhodné jídelní standardy velké části populace a rostoucí výskyt obezity jsou součástí existující reality, stejně tak jako rostoucí riziko PPP. Jeden problém přitom potencuje druhý.”* (Krch, 2007, dostupné na: <[http://www.istob.cz/ndex.php?option=com\\_content&task=view&id=1281&Itemid=47](http://www.istob.cz/ndex.php?option=com_content&task=view&id=1281&Itemid=47)>)

## 2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSTVÍ A RANÉ ADOLESCENCI

Poruchy příjmu potravy se objevují i u dětí a na počátku dospívání, tedy v období, které vykazuje velkou citlivost na vývojové změny, jen je jejich rozpoznání ještě složitější než u dospělých. Sedmileté dítě jen stěží vyjádří nahlas nespokojenost s vlastním tělem, protože si ji ani samo nemusí uvědomovat. Na základě mnoholetého pozorování navrhl Krch (2005) alternativní diagnostický systém pro děti, který vychází z předpokladu, že jakýkoli úbytek hmotnosti není v dětství přirozený a může být dostatečným důvodem pro zástavu nebo opoždění v tělesném růstu a pubertálním vývoji.

### **Kritéria pro děti podle Krcha (2005) pro MA:**

- Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel).
- Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy.
- Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.

Zvracení, které je volně vyvolané, považuje Koutek (2000) za součást způsobů, jak udržet nízkou váhu v případě, že je dítě k jídlu donuceno dospělými. Pomocí jídla se může snažit rodič ovládat své dítě a naopak, píše Kulhánek (2008). Určitě si všichni z nás vzpomenou, jak bývali v dětství jídlem odměňováni, dostávali jsme nejrůznější sladkosti a dobroty v případě, že jsme si je nějak zasloužili. Ale když jsme neposlouchali, nedostali jsem nic, jak se říká „za trest“. Kulhánek (2008) upozorňuje, že takto se už odmala učíme, že jídlo není jen k obživě nebo k příjemným pocitům, ale také k prosazování vůle rodičů. Kocourková (2001) uvádí, že v dětském věku je MB vzácná, typickým věkem počátku je 17-18 let. Ne každý váhový úbytek či nepřibírání kilogramů je způsobeno PPP. Lékaři vždy proto vyloučí organické příčiny možného nepřibývání na váze či úbytku hmotnosti.

### **2.1 Infantilní mentální anorexie**

Kocourková (2001) uvádí, že tento syndrom popsala I. Chatoorová, která vycházela z vývojového modelu separačně-individuačního procesu a tuto formu MA dávala do souvislosti s problémy ranné vazby dítěte s matkou. Objevuje se v batolecím věku, kdy dítě odmítá jíst a rodiče ho do jídla obvykle nutí. Začátek poruchy se projevuje mezi šesti mě-

síci a třemi roky života (Koutek, 2000), nemusí jít jen o odmítání potravy, ale také o extrémní vybíravost.

## **2.2 Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu**

Syndrom byl popsán jako pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství, kdy děti uvádějí rozličné důvody, proč nechtějí jíst, verbalizují strach z toho, že jim bude špatně, že se pozvrací nebo udusí, stěžují si na bolesti břicha, strach z nákazy špatným jídlem, není však přítomno nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy a dítě se těmito tématy chorobně nezabývá (Kocourková, 2001). Přestávají přijímat potravu a mohou být ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií (Koutek, 2000).

## **2.3 Syndrom vybíravosti v jídlu**

Tento syndrom bývá pozorován u dětí 8 až 12letých, častěji chlapců a charakterizuje jej omezený rozsah jídel, která děti přijímají, bývají to obvykle dvě nebo tři potraviny a kolem tohoto patologického chování se mohou objevit konflikty v rodině (Koutek, 2000). Nemusí se zde projevovat úbytek hmotnosti, objevují se problémy s adaptací v cizím prostředí (Kocourková, 2001).

## **2.4 Syndrom pervazivního odmítání**

Koutek (2000) ho popisuje jako stav, který je spojen s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze i péče o sebe, a který může začínat jako mentálněanorektický syndrom, postupně zasahuje do dalších oblastí života. Většinou se objevuje u dívek mezi 8 až 14ti lety. Původně byl považován za dětskou variantu posttraumatické stresové poruchy v souvislosti se sexuálním zneužíváním. Tato hypotéza se nepotvrdila, ale na traumatizující okolnosti je nutno pomýšlet.

## **2.5 Specifické PPP**

Kromě výše uvedených PPP se v útlém a dětském věku objevují ještě specifické poruchy vázané na příjem jídla, jde o ruminaci a piku.

### 2.5.1 Ruminace

Tato porucha příjmu potravy se objevuje relativně zřídka. Častěji v rámci mentální retardace. Podmínkou diagnózy je nepřítomnost organického onemocnění. Děti trpící ruminací opakovaně, s častou frekvencí „ublinkávají“, aniž by se objevovaly známky nevolnosti či jiných negativních pocitů. Děti naopak vypadají spokojeně a ruminují častěji v době, kdy jsou samy. V rámci poruchy dochází k poklesu či stagnaci hmotnosti, dehydrataci, metabolickému rozvratu. Porucha může vést až k následnému ohrožení života. Na vzniku onemocnění se podílí deprivace vlivy, případně problémy ve vztahu se základní vztahovou osobou, nejčastěji matkou. Léčba ruminace je centralizována na dítě, i na psychoterapeutické ovlivnění matky a rodiny. (Koutek, 2000)

### 2.5.2 Pika

Jako pika je označováno požívání nestravitelných látek, které jinak k jídlu určeny nejsou. Jedná se o hlínu, barviva, různé odpadky, písek, vlasy, papír, textil apod. Pika je spojena s raným dětstvím, ve starším věku přetrvává velmi zřídka. Více se vyskytuje u dětí z nižších sociálních vrstev a je spojena s deprivací syndromy. Do dospělosti může přetrvávat zejména u mentálně retardovaných v ústavní péči. Pika se u dítěte může objevit jako reakce například na rozvrat manželství rodičů, výchovné zanedbání nebo i týrání. U postižených dětí může ohrožovat život nebezpečí otravy v důsledku konzumace nestravitelných látek. Léčba vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů. Potřebná je jak psychoterapie dítěte, tak i konzultace s rodiči. (Koutek, 2000)

PPP začínající u dětí jsou velmi závažné, porucha má mnohem rychlejší a horší průběh než u dospívajících či dospělých. Díky tomu, že mají děti malá tělíčka, příznaky podvýživy jsou u nich mnohem horší a dramatičtější. Včasné a správné rozpoznání poruchy i její léčba mohou pozitivně ovlivnit celoživotní zdravotní stav (Koutek, 2000). V mnoha směrech jsou však poznatky týkající se těchto poruch stále ještě nedostatečné.

### 3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

PPP jsou bio-psycho-sociálním onemocněním, je důležité vědět, že neexistuje žádná specifická příčina těchto poruch, jejíž odstranění by vedlo k vyléčení. Kromě držení redukčních diet však neexistuje žádná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže.

Nebezpečný je proto vliv zejména takových faktorů, které zvyšují zájem o tělo a příjem potravy, a jejichž důsledkem dieta může být. Nejčastějším rizikovým faktorem je obezita v anamnéze. Další rizikové faktory jsou obezita, diety a nadměrný zájem o výživu v rodině, esteticky nevhodná distribuce tuku, extrémní výšce (pro příliš vysoké nebo velmi malé dívky bývá jejich tělo problémem a může vybízet k dietním omezením) a zájmy nebo profese akcentující zájem o tělo a tělesnou hmotnost. Téměř dvě třetiny dívek s PPP dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí, uvádějí osobní nebo rodinné problémy, narážky týkající se tělesného vzhledu a životní změny. Většinou je velmi obtížné rozlišit, nakolik jsou tyto problémy významnou příčinou nebo důsledkem poruchy, případně jakou další roli hrají v životě nemocného. (Krch, 2007)

Protože, je u PPP postiženo tělo, očekávali bychom, že najdeme vysvětlení v biologických nebo fyzických faktorech, musíme si ovšem připustit, že podléhají i sociálním a kulturním vlivům (Giddens, 2001). Proto nyní rozeberu každou složku faktoru zvlášť.

#### 3.1 Biologické faktory

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů biologického typu je ženské pohlaví, protože v životě ženy a muže hrají tělesné proporce jinou roli. Z hlediska etiologie poruch příjmu potravy je významná také časnost nástupu puberty a tělesného zrání. Dívky bývají menší a silnější postavy než jejich vrstevnice a projevují nespokojenost se svou postavou. S tím souvisí i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Již u dvanáctiletých dívek lze pozorovat, že se chovají úzkostně vůči své postavě a cítí se být ohroženy nadváhou. (Krch, 2005)

Koutek (2002) připouští možné genetické predispozice, které zvyšují riziko onemocnění pro sourozence, vyšší výskyt je také zaznamenán u jednovaječných oproti dvojvaječným dvojčatům. Vágnerová (2004) uvádí jako biologický základ dispozice ke vzniku PPP změny funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy, tato dysfunkce se

může významnějším způsobem projevit teprve v podmínkách zvýšeného stresu, jako vyvolávající mechanismy mohou sloužit různé zátěžové faktory.

Štichová (2002) píše, že je známo, že hladovění či přejídání může měnit biologické mechanismy v mozku, tak že působí pocity euforie a klidu, a následně potlačí úzkost a deprese, je možné, že u osob s PPP je již primárně změněn „mozkový chemismus“, který reguluje pocity hladu a sytosti na úrovni mozku.

### 3.2 Psychologické faktory

Psychologické faktory, které můžeme pro vznik PPP pokládat za rizikové, se týkají zejména osobnostních rysů, regulace afektu, způsob kognitivního zpracování informací a vazbového chování (Sladká-Ševčíková, 2003). Různé životní situace a události mající vliv na psychiku jedince jsou často považovány za významné spouštěcí faktory PPP, nejčastěji jsou zmiňovány různé nárazky na tloušťku a tělesný vzhled. Až dvě třetiny dětí a adolescentů zažily podobnou zkušenost, která podle nich zapříčinila vznik poruchy příjmu potravy (Krch, 2005). U jedinců trpících mentální bulimií mohou být první epizody s přejedením a vyprazdňováním (zvracením) spojeny s konkrétní událostí, např. osobní nezdár, odchod z domova do internátní školy, onemocnění nebo úmrtí někoho blízkého, sexuální zneužití či přepadení.

Osobnostní charakteristiky nemocných PPP bývají odlišné. Koutek (2000) uvádí, že anorektičtí pacienti bývají premorbidně často nápadně přizpůsobiví, s perfekcionistickými rysy, ctižádostiví, nezřídka s nadprůměrnou inteligencí, se studijními ambicemi. Naproti tomu bulimičtí pacienti podle Vágnerové (2004) mívají nízké sebehodnocení, jsou nejistí jsou závislí na názoru jiných lidí, typická je i impulzivita a neschopnost sebeovládání, jsou emočně labilní a zvýšeně sebekritičtí. Celkově se postižení s PPP vyznačují tím, že na sebe a okolí kladou příliš velké nároky.

*„Typické projevy se vyskytují v oblasti vývojové separace a individuace, kdy je na vazbovém chování patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných druhých osob.“* (Sladká-Ševčíková, 2003, s.10)

Koutek (2000) hodnotí rodiny postižených jako často zaměřené na pracovní výkon, úspěch, s tendencí konflikty spíše zastírat než otevřeně řešit, otcové bývají popisováni jako

impulzivní, snadno vznětliví, s menší frustrační tolerancí, zatímco matky jako tíhnoucí k depresivním prožitkům a pocitům nespokojenosti.

### 3.3 Sociální a kulturní faktory

Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak a měli jinou představu o jeho kráse (Málková, Krch, 2001).

Media se významným způsobem podílejí na formování nejrůznějších projevů kultury dané společnosti, neboť dokážou nabízet totéž sdělení velkému počtu příjemců a tím jim zajišťovat sdílené zprostředkované zážitky. Na možnosti dosáhnout předem plánovaných účinků, cíleně ovlivnit působení médií, je založena reklama, která má snahu dosáhnout u příjemců nějakého žádoucího chování z hlediska zadavatele reklamy. Některé výzkumy naznačují, že jsou-li lidé dlouhodobě vystaveni působení reklamních sdělení, může to zřejmě mít vliv na podobu jejich postojů například ke stravovacím návykům či k pojetí krásy. (Jiráček, Köpplová, 2007)



Obr. 1. „Svět se mění“ - příklad dříve populární reklamy. (Krch, 2005, s.59)

Ve společnosti před 40 nebo 60 lety, kdy panovala obava z podvýživy a tuberkulózy byly oblíbené „prostředky na přibrání“ (Obr. 1), dnes je komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky na zhubnutí, což je také důvodem, proč některé ženské časopisy závislé na



finančním příjmu z reklamy odmítají publikovat články a zprávy o nebezpečnosti nebo neúčinnosti komerčních dietních prostředků (Krch, 2005).

Navíc jsou dospívající prakticky denně konfrontováni s nezdravým a nerealistickým ideálem, který reprezentují vyhublé celebrity. Nekriticky tak oslavujeme vyhublou štíhlost. Kulturním fenoménem se také stává předpojatost vůči obézním což posiluje strach z tloušťky a diskriminuje jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní (Krch, 2005).

*„Nově vznikající ideální normy bývají nevšimavé ke zvláštnostem různých lidí a k podmínkám, ve kterých žijí. Pod jejich sugestivním vlivem připomínají někteří lidé svým vzhledem sériové výrobky nebo karikatury.“* (Málková, Krch, 2001, s.43)

Vlivem společenských změn a postupným oddělováním těla od „přírody“ jsou naše těla vystavena působení vědy a techniky, jež přináší nová dilemata. Teprve až rozvoj techniky nám umožnil počítat, kolik má které jídlo kalorií. V dnešní době si své tělo sami spoluvytváříme, jedná se o tzv. sociální techniku, což je jakýkoliv pravidelný zásah do fungování našeho těla, jenž si klade za cíl ho změnit, například dieta. (Giddens, 2001)

Muži tvoří asi jen deset procent postižených, protože všeobecné společenské normy zdůrazňují význam fyzické přitažlivosti více u žen než u mužů, ale také proto, že žádoucí podoba mužského těla směřuje k jinému ideálu, kterým je svalnaté tělo. U mnoha mužů má posilování (kulturistika) právě tak návykový charakter jako PPP u žen. Kulturista se také necítí nikdy dost svalnatý, právě tak jako si anorektička nikdy nepřipadá dost hubená. (Giddens, 2001)

*„V kulturním kontextu, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a kde nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl.“* (Kleinman, 1988 In Krch, 2005, s.61)

## 4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mnoho vědeckých prací dnes naznačuje, že nejohroženější skupinou ve smyslu předčasného úmrtí jsou spíše lidé s podváhou než lidé s průměrnou váhou nebo nadváhou. Obezita i vyhublost jsou extrémně stejně zdravotně nebezpečné a kvůli jednomu nelze zapomínat na druhý. (Krch, 2003)

### 4.1 Zdravotní důsledky PPP

Cohen (2002) uvádí somatické změny, které jsou následkem choroby PPP, jsou to: výrazný úbytek váhy, dolíčky na nehtech prstů, kterými je vyvoláno zvracení, zvětšení příušní žlázy v důsledku zvracení.

**Krch (2002, 2003) dále uvádí zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti:**

- citlivost na chlad
- celková únavnost, svalová slabost a spavost
- poruchy spánku
- zažloutlá, praskající pleť
- zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké, suché a lámající se vlasy
- zvýšená kazivost zubů
- zpomalení funkce střev – zácpa
- nepravidelná menstruace, které může zapříčinit neplodnost
- u žen i u mužů dochází ke snížení činnosti pohlavních systémů a oslabení zájmu o sex
- srdeční obtíže, zejména bradykardie a arytmie
- oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý puls, zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- poškození jícna, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin
- poruchy funkce ledvin
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké
- slabý močový měchýř, častější nucení na močení
- pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku, vznik žaludečních vředů
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu
- vyskytují se také poruchy vědomí, závratě mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy
- u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta

Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou končit smrtí. Se životem ohrožujícími zdravotními důsledky je spojeno zvracení. Nebezpečná je už samotná skutečnost, že velká část bulimiček si musí dávicí reflex vyvolávat prstem nebo nějakým předmětem. Zranění krku a jícnu je velmi bolestivé. Do rány se snadno dostane infekce, může dojít ke spolknutí předmětu nebo prasknutí jícnu. (Krch, 2003)

#### **Psychické a společenské důsledky MA a MB podle Krcha (2002, 2003):**

- Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Nespokojenost s tělesnou hmotností a neschopností stoprocentně se kontrolovat vedou k podrážděnosti, přibývá depresivních příznaků.
- Místo posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků. I malé problémy se zdají být neřešitelné.
- Myšlenky se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké nebo naopak nechutí k jídlu. Prožitky spojené s jídlem (pocit přejevení, plnosti, nechutenství) mohou být přehnaně dramatické.
- Vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života. Potřeba mít všechno srovnané, nutkavě uklízí, myjí nádobí, starají se o domácí zvířata.
- Nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech spojených s jídlem a příjmem potravy. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácejí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat.
- Koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy.
- Zhoršuje se celková intelektová výkonnost.
- Posiluje se závislost nemocného na jeho okolí, které na jeho problémy reaguje zvýšenou úzkostí a obavami a neumožňuje mu tak přiměřenou sociální zpětnou vazbu a vyžívání. Některé anorektičky se adaptují na roli nemocného, chronického pacienta nebo duševně nemocného.
- Snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost), o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla, ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím.

## 4.2 Způsoby léčby PPP

Prognóza PPP není příliš optimistická, i když se udávané hodnoty u jednotlivých autorů liší. Vágnerová (2004) píše, že se v průměru 30% nemocných MA zcela vyléčí, 20% zůstane těžce postižených a přibližně 5% případů končí smrtí, u MB závisí prognóza na osobnosti nemocných, jestliže se premorbidně objevuje nízká sebeúcta a snížená tolerance k zátěži, zvyšuje se riziko chronického průběhu onemocnění.

Nabídka různých léčebných postupů, zejména psychoterapeutických se v posledních letech značně rozšířila. Jak uvádí Vágnerová (2004), terapie bývá obtížná, individuální léčebný program kombinuje medicínský psychologický a sociální přístup, častým problémem je ovšem negativní postoj anorektických pacientů k léčbě.

**Podle Krcha a Marádové (2003) je o léčbě MA nebo MB třeba vědět, že:**

- z těchto poruch není možné nikoho vyléčit bez jeho aktivního přičinění
- u vyhublejších, mladších, nespolupracujících, navykle zvracejících a depresivních nemocných je třeba se co nejrychleji obrátit na praktického lékaře, který by měl doporučit specializovanou léčbu
- zbavit se MA a MB znamená změnit složité chování a postoje
- za zdraví a možnost žít normální život čtrnácti nebo šestnáctileté dívky platí nejistotou, pocitem přejezení a větším strachem z tloušťky
- pokud dojde k chybám, není třeba propadnout panice
- je nevhodné začínat od složitých a vzdálených řešení, ale od konkrétních, srozumitelných a jasných kroků
- MA a MB přišla s některými názory, které nemocný a jeho okolí pokládali za správné, a se změnami jídelního chování, které mu v určitém směru vyhovovaly, některé z těchto názorů a návyků je proto třeba změnit
- učitel ani jeho spolužáci by neměli nahrazovat terapeuta
- bližší informace o tom, jak konkrétně řešit problematiku PPP lze najít ve svépomocných příručkách
- MA a MB jsou problémy, které lze zvládnout

### 4.2.1 Postup léčby

Principy léčby jsou podle Cohena (2002) následující:

- zajistit přírůstek váhy na normální hodnotu BMI, omezit chování směřující ke snížení váhy
- léčba somatických a psychických komplikací poruchy
- zaměření na psychické stránky poruchy

Nemocným bude možná připadat, že ti, kdo nabízejí pomoc, se ve skutečnosti snaží zničit jejich život, přinutit je, aby všechno dělali podle nich, nebo se jim snaží dokázat svoji nadřazenost (Maloney, Kranzová, 1997).

#### **4.2.1.1 Hospitalizace**

Nemocniční léčba je někdy nezbytná. Koutek (2000) píše, nejčastější příčinou hospitalizace jsou suicidální tendence a výrazný pokles hmotnosti. Pokud jde o akutní stav pacienta je nutná hospitalizace i proti jeho vůli, může ji tak vnímat jako zradu ze strany lékařů a rodičů. Maloney a Kranzová (1997) uvádí, že hospitalizace je až posledním východiskem pro jedince trpící PPP. V některých případech je teprve hospitalizace tím momentem, kdy si začínou všichni zúčastnění zřetelně uvědomovat závažnost problému.

Koutek (2000) píše, že v první fázi hospitalizace je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace, při závažných metabolických změnách se přistupuje k infuzní terapii. Pokud pacient v průběhu choroby zneužíval také léčiva, jsou navíc nutné i detoxikační a odvykací kúry.

V České republice existuje několik psychiatrických léčeben a klinik, kde se léčí PPP. Psychiatrická klinika VFN v Praze, kde se nachází Jednotka specializované péče pro psychogenní PPP. Psychiatrická klinika Motol, kde se léčí i pacienti s PPP do 18 let. Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, kde je psychiatrická klinika, léčí se zde PPP na dětském oddělení 24. Léčba PPP na tomto oddělení trvá obvykle 6 – 8 týdnů. Některé důležité kontakty jsou uvedeny v příloze P III.

#### **4.2.1.2 Svépomocné skupiny**

Jsou pacienti, kteří mají relativně mírné příznaky PPP, může u nich dojít k zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní (osvětové) intervence (Krch, 2005).

Svépomocné skupiny umožňují svým členům sdílet problémy spojené s PPP, získat emoční podporu a potřebné zkušenosti. Pacientům pomáhá pocít, že nejsou sami, kdo má tyto potí-

že, ostatní členové skupiny jsou jim oporou. Existují i svépomocné skupiny pro rodiče a blízké pacientů. Svěpomocné skupiny může vést odborník, poradce nebo vyléčený pacient. Svěpomocná skupina je otevřená, účast na ní je dobrovolná, obvykle představuje první krok z nemoci a izolace. Většinou se zde diskutuje o konkrétních problémech účastníků, o pocitech, myšlenkách.

Podle Leibolda (1995) je nevýhodou svépomocných skupin nebezpečí, že se chorobná závislost případnou nedostatečnou léčbou při svépomoci pouze zmírní a zbytečně protáhne a že nakonec přece jen může přejít do života nebezpečného stádia. Může dojít k trvalému potlačení PPP, ale příčiny, které jí předcházely, přetrvávají a vedou k jiné psychické poruše, jejíž úspěšné léčení může být pak mnohem těžší.

V České republice například působí Občanské sdružení Anabell – pro nemocné MA a MB, které pořádá jednou týdně svépomocnou skupinu pro nemocné PPP (Brno, Praha, Ostrava), jednou za dva měsíce pořádá svépomocnou skupinu pro rodiče, partnery a přátele nemocných (Brno a Praha).

#### **4.2.1.3 Farmakoterapie**

Cohen (2002) uvádí, že farmakologická léčba u PPP hraje malou roli a dosud se neprokázaly žádné významné klinické účinky. Naproti tomu Koutek (2000) považuje farmakoterapii za důležitou součást léčby, podstatný význam mají zejména psychofarmaka a vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva.

Při léčbě PPP je vhodné podávat vitaminy a doplnit chybějící minerály (calcium, Magnesol, Zincteral). Někdy se podávají léky, jejichž vedlejším účinkem je zvýšení chuti k jídlu (Peritol).

Krch (2005) uvádí i pokusy s podáváním placeba Fluoxetinu, kdy byla sestavena kontrolní skupina složená s anorektiček, které užívaly toto placebo a 16% z nich si udržela zdravou hmotnost. Fluoxetin může být slibným prostředkem pomoci při prevenci relapsu u MA, ovšem je třeba provést více kontrolních studií.

#### **4.2.1.4 Psychoterapie**

Volba psychoterapeutického přístupu je individuální, závisí na více okolnostech, jako je osobnost pacienta, věk pacienta, fáze onemocnění a motivace ke spolupráci. Základní psy-

choterapeutické metody jsou kognitivně-bahaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie, individuální terapie, skupinová psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie. (Koutek, 2000)

#### 4.2.1.4.1 Rodinná terapie

Tato terapie je prospěšnější u mladých pacientů a některých pacientů žijících se svojí rodinou (Krch, 2005). Individuální problémy pacientů sahají hluboko do jeho rodiny, zvláště u nedospělých nemocných léčba vyžaduje podstatné zásahy do navyklých interakcí v rodině (Langmeier, 2000). Nepříznivé rodinné poměry hrají u PPP často důležitou úlohu. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření důležité pro plné porozumění některým specifickým problémům (Krch, 2005). Tato terapie nehledá otázky proč problémy vznikly, ale jak a čím jsou udržovány. Terapie by se měli účastnit všichni členové rodiny, tedy i rodiče a sourozenci. Cílem je pochopení v rodině. Při terapii se neměla vyskytovat žádná kritika nebo dokonce výčitky ze strany terapeuta na adresu zdravých příslušníků rodiny, protože by to mohlo vést k tomu, že by si dávali za vinu nemoc jejich člena.

#### 4.2.1.4.2 Kognitivně-bahaviorální terapie

Kognitivně-bahaviorální terapie si klade za cíl změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy (Koutek, 2000).

Terapeutický neúspěch má často podle Krcha (2005) podobu zdánlivého náhledu pacienta na problém, ten se ale nikdy nepodaří převést na změnu chování a ústupu příznaků. Krch (2005) uvádí, že kognitivně behaviorální terapie byla první léčbou, která se u MB ukázala jako nadějná. Vedoucí postavení si udržuje dodnes.

#### 4.2.1.4.3 Psychoanalytická a dynamická psychoterapie

Tato terapie se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku PPP, včetně nevědomých souvislostí (Koutek, 2000). Zdůrazňuje se, že při vývoji, udržování a léčbě PPP je důležité se zabývat otázkami pohlavního zneužívání, dalších forem diskriminace (Krch, 2005).

#### 4.2.1.4.4 Interpersonální terapie

*„Interpersonální terapie byla původně vytvořena Klermanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem (1984) jako krátkodobá léčba deprese.“ (Krch, 2005, s.129)*

Nezaměřuje se tedy přímo na problémy s jídlem. Léčebný postup je u interpersonální terapie rozdělen do tří fází. V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech a závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie. (Krch, 2005)



## 5 PREVENCE ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL

Dá se vůbec PPP předcházet? Faktory vzniku jsou tak rozmanité a nejasné. Tím ale naopak i vzrůstá význam prevence. Musíme si uvědomit, že předcházet rozvoji nevhodných jídelních návyku může být snazší než je měnit. Jedním z důležitých prvků je informovanost, se kterou souvisí i mediální gramotnost, která nám dává možnost rozpoznat v nepřehledném množství informací jejich pravdivost. Důležitý je samozřejmě i vliv rodiny a zdravé posilování sebevědomí.

### 5.1 Informovanost o PPP

V dnešní době jsme díky internetu a ostatním mediím jsme schopni najít velké množství informací a to i o PPP, ovšem ty nemusí být vždy pravdivé a úplné. Děti navíc nemusí být schopny posoudit objektivitu těchto informací, proto je nutné přestovat osvětu PPP už na základní škole, aby dokázaly posoudit do jaké míry informace odpovídají skutečnosti. Děti by si měly uvědomit, jak je nebezpečné s jídlem experimentovat.

Škola může v tomto směru udělat mnoho. V dnešní době je téma zdravé výživy a zdravých stravovacích návyků v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání zpracováno velice kvalitně a podrobně s ohledem na nejnovější poznatky preventivní medicíny. Poznatkům o výživě a zdravým stravovacím návykům je věnován prostor v několika učebních předmětech.

Existují totiž webové stránky, kde se čtenáři navzájem podporují a vytváří určitý druh komunity oslavující vyhublost, hladovění a různé diety. Tyto stránky jsou nesmírně nebezpečné, mají návštěvníka utvrdit, že PPP nejsou nemoc a nabízí jim smrtelné návody, jak zlepšit svůj image. Je nutné dětem poskytnout tolik informací, aby byly schopny posoudit jejich škodlivost. Například na hojně sledovaném videoblogu na internetové televizi Stream.cz radí samozvaný stylist a módní guru Martin Vaněk, že nejlepší dietou je zvracení. Jeho další rady: *„Na 175 centimetrů je ideální váha 48 kilogramů. To je standart. 47 a půl kilo, to je úplně ideální. A jak té váhy dosáhnout? Já vám poradím. Vykážete se na léky, prášky a hubnutí. Pomůže vám v tom kávová lžička. Vezmete si sousto, sníte ho, pořádně ho zapijete a pokračujete v jídle dál. Pak přijde na řadu kávová lžička. Dojdete na toaletu a strčíte si kávovou lžičku do krku. Pak se stane to, že absolutně celý obsah žaludku, pokud je řádně zapito, vyhodíte. Když je někdo idiot, dá se z toho vypěstovat nějaká nemoc, ale pokud to děláte po sedmnácté hodině, mělo by to být v pohodě. Za měsíc je deset kilo do-*

le!“ Musíme si uvědomit, že děti vnímají takovou osobu na internetu jako autoritu, prokazuje se přece jako módní guru, proto se nedokážou takovým návodům bránit a udělají, co jim tato podle nich autorita radí.

Doporučuji také reklamní kampaň zaměřenou na celou populaci. V roce 2007 byla odhalena šokující reklama s 31 kilovou modelkou (Obr. 2). Odhalená anorektická dívka se objevila na billboardech a v různých časopisech. Šlo o kontroverzní kampaň italského fotografa Oliviera Toscaniho, která měla upozornit na problém anorexie. Reklamu podporuje i italské ministerstvo zdravotnictví. Na fotografii zapózovala francouzka Isabelle Caro, která trpí touto nemocí již patnáct let. Reakce na reklamu byli různé, některým se líbila, jiní ji odsoudili. Velký rozruch vzbudila také ve Francii, kde ji úřad, který má posuzování reklamy na starosti, nakonec zakázal s odůvodněním, že je v rozporu s lidskou důstojností a s morálním kodexem. Modelka tím byla zklamaná, protože prý chtěla upozornit další ženy a dívky, jak nebezpečná anorexie je.



Obr. 2. Reklama- „Ne anorexii“ (Olivier Toscani, 2007, dostupné na: <[http://verasmajlinka .blog.cz/0710/sokujici-reklama-s-31kilovou-modelkou](http://verasmajlinka.blog.cz/0710/sokujici-reklama-s-31kilovou-modelkou)>)

## 5.2 Mediální gramotnost

Mediální výchova může představovat samostatný předmět ve školách (od mateřských po vysoké), krátkodobé aktivity a projekty. Média formulují podstatným způsobem pohled na věci kolem nás. Informace, které nám media nabízejí mohou být někdy zkreslené, zkratkovité či neúplné. Je nutné, aby se děti naučily z informacemi z medií pracovat. Běžný laický pohled na vztah médií a skutečnosti je naivně přímočarý.

### 5.3 Vliv rodičů

Rodiče mohou často svým chováním přispět ke vzniku některé z PPP. Hana Papežová vytvořila 10 bodů, kterými by se měli rodiče řídit, aby předešli vzniku poruch příjmu potravy u svých dětí:

1. Zamyslete se nad tím, jak tělesná hmotnost ovlivňuje Vaše sebevědomí a vztah k vlastnímu tělu. Poučte své děti o základních sexuálních rozdílech, fyzickém vývoji a různých tělesných typech a také o tom, jak škodlivé může být vytváření předsudků vůči určitému typu.
2. Zkoumejte do hloubky své sny, cíle a požadavky, které kladete na blízké a milované. Dáváte velký důraz na fyzickou krásu? Vyvarujte se výroků typu: "Když zhubneš, budeme tě mít víc rádi." "Nejez moc, budeš se víc podobat modelkám z časopisů." "Snaž se vejít do užších šatů..." apod.
3. Naučte se povídat si se svými dětmi o následujícím - jak je nebezpečné držet diety - jak je důležité jíst pestrou a vyváženou stravu, v pravidelných denních dávkách.
4. Vyhybejte se rozdělování jídel na dobrá a bezpečná- tzn. netučná a nízkokalorická a špatná a nebezpečná - tzn. tučná nebo vysokokalorická. Snažte se být dobrým vzorem pro své dítě v oblasti stravování, cvičení a přijímání sebe sama.
5. Cvičení berte jako činnost, kterou děláte pro radost a pro udržení dobré kondice a ne jako způsob redukce hmotnosti nebo kompenzace spořádaných kalorií.
6. Nevyhybejte se aktivitám, přitahujícím pozornost k Vašemu tělu, jako je plavání, opalování či tancování. Zbavte se oblečení, které je Vám nepohodlné a které zdůrazňuje nedostatky Vaší postavy.
7. Pomozte svým dětem bránit se vlivu médií, propagujícím tělesnou krásu spojenou s vyhublostí a nadměrnou štíhlostí. Nejen štíhlé tělo může být přitažlivé a krásné.
8. Poučte chlapce o tom, jak důležité a mocné jsou jejich názory na ženskou krásu a jaký mohou mít vliv jejich výroky na dívčí sebevědomí.
9. Povzbudte své děti k tomu, aby byli aktivní pro radost a nezabývali se zbytečně počtem přijatých a vydaných kalorií (samozřejmě pokud to není doporučeno lékařem ze zdravotních důvodů).

10. Snažte se zvýšit sebedůvěru svých dětí i v jiných oblastech než je fyzický vzhled (škola, sport, kultura, koníčky, vztahy). Dávejte stejnou šanci, možnosti a povzbuzení dětem obou pohlaví. Kladné přijímání sebe sama je nejlepším lékem proti nesmyslným dietám a špatným stravovacím návykům.

(Papežová, 2007, dostupné na: <<http://www.pppinfo.cz/>>)

## 5.4 Posilování sebevědomí

Je velmi důležité učit žáky na základní škole optimálnímu sebehodnocení. Učit je mluvit otevřeně o svých kladech a uvědomovat si je, i to souvisí s prevencí PPP. Především je nutné, vést je k tomu, aby se nenechali zmanipulovat a uvědomili si, že krása může mít mnoho podob. Je třeba, aby se naučili navzájem se akceptovat a podporovat v tom, jak vypadají. Měli by pochopit, že krása člověka nespočívá v tom, jak člověk vypadá, ale v tom, jaký je uvnitř, že máme právo na to, abychom vypadali a oblékali se tak, jak se nám líbí, bez ohledu na to, co nám předkládají média. Všichni máme právo na vlastní subjektivní představu o kráse. Metodickými cvičeními pěstujeme sebevědomí, tvořivost a identitu. Velmi důležité je poskytovat žákům prostor pro samostatnost a vlastní rozhodování. Vytvářet vhodné podmínky, ve kterých se žák cítí dobře a bezpečně. Podporovat a upevňovat u žáka sebedůvěru, sebevědomí, vlastní názor a postoj, aby žák uměl stát si za svým názorem, dokázat ho předvést a prosazovat. Vnímání a ovládání těla je velmi důležité pro podporu sebevědomí.

### 5.4.1 Metodické listy

Jako velmi vhodný prostředek prevence na základní škole považuji používání různých metod k posílení sebevědomí. V příloze PI (Štipčáková, 2006) je uveden metodický list s názvem *Co se vám na mě líbí*, který by mohl posloužit k posílení sebevědomí a uvědomění si jak se děti navzájem vnímají a jak hodnotí sami sebe. Úkolem žáků je nakreslit kopretinu a do středu napsat své jméno, list pak pošlou mezi spolužáky a ti mají za úkol napsat vždy do jednoho okvětního lístku jeden pozitivní vzkaz svému spolužákovi, co se mu na něm líbí, čeho si váží, co obdivují. List papíru se potom vrátí ke svému majiteli a ten se může k hodnocení vyjádřit, jak to vnímá on, jestli souhlasí s tím co mu spolužáci napsali. Do debaty se mohou zapojit postupně všichni. Žáci nejsou zvyklí mluvit o svých

kladných vlastnostech, v úvodu mohou být ostýchaví, ale je důležité, aby se osmělili a dokázali otevřeně mluvit o svých kladech.

Velmi mě zaujal i metodický list s názvem *Siluety postav*, příloha P II (Štipčáková, 2006), kde po předložení obrázků se siluetami postav od velmi štíhlých až po velmi silné si mají žáci vybrat tu, která je nejbližší jeho vlastní postavě, a potom siluetu jež považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito siluetami postav je ukazatel spokojenosti či nespokojenosti. Dále s žáky rozebíráme, proč jsou s postavou spokojeni či nespokojeni, kde spočívá spokojenost a zda-li je oprávněná. Co můžeme udělat pro pozitivní změnu ve vnímání sebe sama. Takto se žáci učí respektovat odlišnosti a mít rád sám sebe, takový jaký jsem. Cvičení je vhodné pro prevenci PPP, protože zjistíme, zda-li žák nemá zkreslenou představu o svém těle.

## 5.5 Posouzení tělesné hmotnosti

Dítě už by mělo i na základní škole umět posoudit svoji tělesnou hmotnost. Podle Krcha (2003) je jedním ze základních preventivních prvků je výpočet BMI (Body Mass Indexu), jedná se o Queteletův index tělesné hmotnosti, který se dnes nejčastěji používá, lze vypočítat podle následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná váha [kg]}}{(\text{výška [m]})^2}$$

Tab. 1. BMI u dívek a chlapců do 17 let.

Věk (roky)	Hodnota BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
	chlapci	dívky
11	16 - 19	16 - 19
12	16,5 - 19,5	17 - 20,5
13	17 - 20	18 - 21
14	18 - 21	18,5 - 22
15	19 - 21	19 - 22
16	19,5 - 22	19,5 - 23
17	20 - 23	20 - 23

Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 25, u dívek a chlapců do patnácti let je optimální váha nižší (Tab. 1). O obezitě lze hovořit u hodnot vyšší než BMI 30. Mezi sedmým a šestým rokem života je největší vzrůst tělesné hmotnosti, s maximem ve třinácti letech, kdy děti nejvíce přibírají na váze. Lidské tělo se nejvíc změní, dívky začínají menstruuovat, podíl tělesného tuku dosáhne 17 až 20% celkové tělesné hmotnosti. (Krch, 2003)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 KAZUISTIKY

Jak už jsem se zmínila v úvodu, téma PPP je pro mě velmi zajímavé jelikož jsem se už na základní škole setkala s dívkami, které touto poruchou trpěly. Nyní bych ráda přiblížila jejich příběhy krátkými kazuistikami. Vzhledem k tomu, že tyto příběhy vypovídají o velmi citlivých událostech, byla jména pozměněna.

### 6.1 Kazuistika Anna

Anna se narodila v roce 1983 jako první dítě. Rodiče byli velmi mladí. Otec pracoval. Matka dokončovala střední školu. Když bylo Anně 6 let narodila se jí sestra. Otec začal podnikat. Matka po mateřské dovolené krátce pracovala, potom zůstala nezaměstnaná.

Anna byla na základní škole premiantka až na výjimky prospívala na výbornou. Když bylo jí 12 let začal mít otec problémy s alkoholem. Matka si našla nového přítele a krátce žili odloučeně. Otec podstoupil protialkoholní léčbu a rodina se dala opět dohromady. Otec se začal velmi usilovně věnovat svému podnikání a o rodinu se starala převážně matka, která byla stále nezaměstnaná. Anna v tomto období výrazně zhubla, začala také hojně sportovat, jídlu se vyhýbala pod různými záminkami, například že nejde na oběd do školní jídelny, protože má jít na oběd domů a doma samozřejmě tvrdila, že měla oběd v jídelně. Její výsledky ve škole zůstaly výborné, proto asi nikdo neviděl v poklesu její váhy nic špatného.

Na začátku deváté třídy základní školy si podala přihlášku na střední školu, začala se vyhýbat kolektivu s tím, že se musí doma učit, aby udělala přijímačky. V průběhu deváté třídy přestala menstruovat. Anna přiznala, že její vztah k matce, byl tehdy problematický a že matku jen zajímalo, jestli za ztrátou menstruace není těhotenství, když ji potvrdila, že ne, dál tento problém nijak neřešila. Na střední školu se dostala bez obtíží, to byl výrazný zlom v jejím chování, scházela se opět s přáteli, její váha se upravila a začala menstruovat.

Na střední škole se jí zpočátku dařilo, pak se její prospěch zhoršil a neodmaturovala. Maturitu musela opakovat za rok. Během toho roku opět začala hubnout, její náplní dne bylo cvičení a učení.

Po roce maturitu udělala, byla výrazně pohublá a její jídelníček se skládal pouze z ovoce a zeleniny. Okolí ji upozorňovalo, že její váha není v pořádku. Ona tyto názory nepřijímala.



Později začala mít zdravotní problémy, které souvisely s její vyhublostí. Našla si přítele a práci v jiném městě odstěhovala se od rodiny a přestala se stýkat s přáteli.

Tento rok je Anně 24 let. O tom jak nyní žije bohužel zprávy nemám.

## 6.2 Kazuistika Jitka

Jitka vyrůstala v harmonické rodině spolu s mladším bratrem. Byla velmi oblíbená a společenská. Jako dítě byla velmi štíhlá, ale kolem čtrnáctého roku se jí začala zakulacovat postava. Rozhodla se tehdy pro dietu, kterou viděla v nějakém časopise. Složení její potravy bylo nepřiměřené, konzumovala pouze zeleninu, ovoce a různé suchary. Začala také hodně cvičit. To, že drží dietu, ale před rodiči tajila, protože věděla, že by s tím nesouhlasili.

Jitka uvádí: *„Když jsem byla ve škole, tak nikoho moc nezajímalo co jím, holky pořád zkoušely držet nějaké diety. Doma to bylo horší, naštěstí rodiče byli často v práci, tak když nám matka připravila něco k jídlu hodně toho snědl brácha a já jsem jen zašpinila talíř, aby si mysleli, že jsem jedla, taky. Nikdo na to nepřišel.“*

Poměrně rychle začala ztrácet na váze. Rodiče si mysleli, že to souvisí se cvičením. Ovšem Jitka měla stále pocit, že je tlustá a nejedla dál, pak přestala menstruovat, svěřila se matce, která jí přesvědčila, že to co dělá není dobré pro její zdraví a že musí začít normálně jíst. Jitka ji poslechla. Její váha se upravila, ale přibrala, jen tolik, aby se jí menstruace vrátila.

Na střední škole se tato epizoda několikrát opakovala, vždy když Jitka přibrala, držela dietu, věděla, že když nebude jíst, může to mít pro ni zdravotní důsledky, ale věděla také, že dieta a cvičení je jediný způsob, jak se jí podaří zhubnout. Situace byla trochu jiná v tom, že brala antikoncepci, takže u ní nedošlo ke ztrátě menstruace. Zpočátku vždy, když se jí podařilo dostat kila na úroveň, kterou chtěla přestala hladovět, bylo to ovšem stále těžší.

Na konci třetího ročníku střední školy se zase rozhodla, že by měla něco „shodit“. Přes den ve škole snědla jen jablko, někdy pila jen vodu. Večer se probouzela nesnesitelným hladem. Vždycky když něco snědla měla, hrozný pocit provinění. Proto se začala trestat, začala si řezat zápěstí na ruku. Nechtěla spáchat sebevraždu, vždy to byl jen řez, který způsobí bolest, ale nijak ji na životě neohrozí. Okolí vždycky přesvědčovala, že jde o nějaký úraz a podobně. Později se začala řezat i na nohou, bylo to méně nápadné. Všechno nabralo rychlý spád, když ji matka našla v koupelně se žiletkou v ruce a zkrvavenými zá-

pěstími. Praktický lékař, ke kterému ji matka přivedla, Jitku poslal k psychiatrovi, který ji vyslechnul a rozhodl se pro hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

Po pobytu se vrátila do normálního života, dokončila střední školu. Vždycky říká, že jizvy, které na rukou má jí připomenou ty chvíle beznaděje a na nějakou dietu nemá hned myšlenky.

## 7 VÝZKUM

U problému PPP jsou čím dál nejasnější hranice mezi normou a patologií, proto i výzkum této problematiky je velmi složitý. Podle zkušeností Krcha, Csémyho a Drábkové, kteří provedli v roce 2003 studii PPP mezi 1429 dětmi posledních dvou ročníků základní školy, zjistili, že vyhublost a nadměrnou sebekontrolu v jídle respondenti podceňují a díky disimulaci nemusí být některé anorektičky zachyceny. V této studii uvedlo 60% sledovaných děvčat, že by chtěly zhubnout a 2% všech děvčat z toho důvodu nejméně jednou týdně zvracelo. Výsledky také potvrdily, že strach z tloušťky a dietní tendence jsou mezi českými děvčaty už ve věku 13 až 15 let dostatečně zřetelné a že významným způsobem ovlivňují jejich jídelní postoje a životní styl. (Krch, 2005)

### 7.1 Vytyčení cíle

Cílem výzkumné práce je za pomoci dotazníku proniknout do problematiky PPP na českých školách v Jihomoravském kraji. Výzkum se především zabývá postoji žáků základní školy ke svému tělu a jídelnímu chování, jejich ovlivnitelností médií a jejich mírou ohrožení poruchami příjmu potravy.

### 7.2 Formulace problému

Chci zjistit, jaké jsou jídelní postoje žáků základní školy v souvislosti s vnímáním mediálního ideálu krásy. Výzkum má poukázat na negativa sociokulturních faktorů na sebepojetí žáků.

### 7.3 Výzkumný vzorek

Základní soubor tvoří chlapci a dívky základní školy 2. stupně ve věku 12 až 15 let v Jihomoravském kraji. Jedná se o žáky 6., 7., 8. a 9. tříd. Respondenti byli získáni pomocí skupinového náhodného výběru. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků.

### 7.4 Volba druhu výzkumu a metody

Pro výše uvedený výzkumný problém jsem zvolila jsem kvantitativní výzkum, protože jsem potřebovala data od většího množství respondentů. Tento druh výzkumu jsem si také

zvolila jelikož pomáhá porozumět testované realitě a mým cílem je proniknout do problematiky jídelních postojů žáků základních škol hlouběji.

Jako metodu sběru kvantitativních dat jsem si zvolila dotazník o dvaceti otázkách (příloha P VI) z důvodů jednoduchosti jeho použití. Otázky jsou uzavřené vždy z možností výběru. Metoda dotazníku je pro respondenta časově nenáročná, průměrná doba vypracování se pohybuje kolem 10 minut. Dotazník je anonymní což zaručuje vyšší otevřenost a důvěru respondentů, což vede k pravdivým odpovědím. Při konstrukci dotazníku jsem vycházela ze zjištění, získaných z literatury a obsažených v teoretické části.

### **7.5 Průběh sběru dat**

V lednu 2008 se uskutečnil předvýzkum, který jsem provedla v organizaci Junák Buchlovice se svolením hlavní vedoucí Mgr. Veroniky Coplákové, kde jsem zjišťovala jestli děti dotazníku rozumí a snažila se objevit nesrovnalosti, které by výzkum mohly ovlivnit. Na základě předvýzkumu jsem lépe specifikovala některé otázky.

Výzkum proběhl v březnu 2008. Po svolení vedení školy jsem navštívila třídy, které byly náhodně vybrány a před samotným vyplňováním jsem jim poskytla základní informace. Časový limit na vyplnění dotazníku byl udán dle jeho rozsahu, bylo to 10-15 minut. Vyplnění bylo dobrovolné a anonymní. Dotazník vrátil jen ten, kdo chtěl. Po vyplnění jsem žákům krátce vysvětlila co jsou poruchy příjmu potravy a zanechala ve třídě některé důležité kontakty (příloha PIII), kam se mohou obrátit pokud mají pocit, že nějaké problémy s příjmem potravy mají.

### **7.6 Způsob zpracování dat**

Data získaná dotazníkovým šetřením vyhodnocuji za pomoci běžných statistických metod jako je výpočet četností, procent, průměru s užitím barevných grafů a tabulek, abych zajistila přehlednost interpretovaných dat.

## 8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

### 8.1 Účastníci výzkumu

Distribučováno bylo 120 dotazníků, vráceno bylo 112 dotazníků, návratnost činila 93 %. Šest dotazníků nesplňovalo všechny náležitosti, proto je konečný počet vyhodnocených dotazníků 106. Celkem ze zúčastnilo 52 dívek a 54 chlapců.

Tab. 2. Zastoupení jednotlivých účastníků výzkumu podle tříd ZŠ

	6 tř.	7 tř.	8 tř.	9 tř.	Σ	%
dívky	16	14	12	10	52	49 %
chlapci	18	11	18	7	54	51 %
Σ	34	25	30	17	106	100 %

Tab. 3. Zastoupení jednotlivých účastníků výzkumu podle věku

	12 let	13 let	14 let	15 let	Σ
dívky	14	14	13	11	52
chlapci	14	15	18	7	56
Σ	28	29	31	18	106

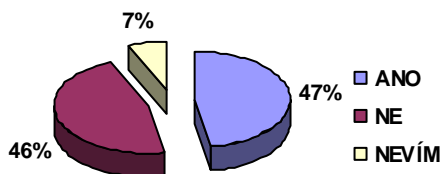
### 8.2 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

#### 8.2.1 Otázka číslo 4. Jsi spokojený/á se svou postavou?

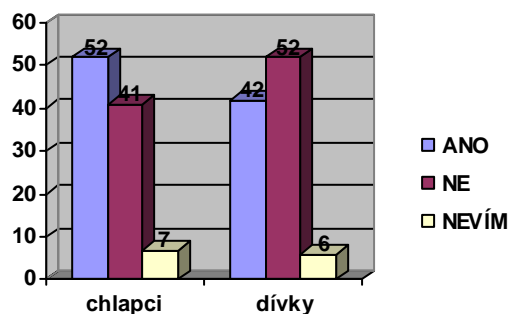
Tab. 4. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 4

otázka 4	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída												
chlapci	12	6	4	6	5	2	14	1	1	3	0	0
Σ chlapci	28				22				4			
dívky	9	3	5	5	7	10	6	4	0	1	1	1
Σ dívky	22				27				3			
Σ třídy	21	9	9	11	12	12	20	5	1	4	1	1
Σ	50				49				7			

Graf č.1 Celkové vyhodnocení otázky č.4



Graf č.2 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.4 v %



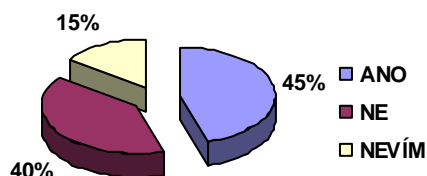
Jak je jasné z grafu č.1, je 46 % respondentů nespokojeno se svou postavou. Graf č. 2 nám ukazuje, že více jsou spokojeni chlapci, kdy ano odpovědělo 52 % respondentů než dívky, kdy ano odpovědělo 42 % respondentek.

**8.2.2 Otázka číslo 5. Hlídáš si svou tělesnou hmotnost?**

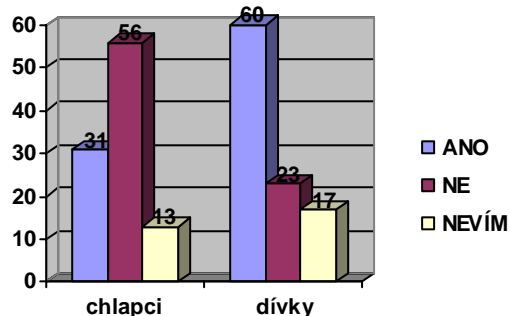
Tab. 5. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 5

otázka 5	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída												
chlapci	5	4	5	3	12	4	10	4	1	3	3	0
Σ chlapci	17				30				7			
dívky	10	9	10	2	4	3	1	4	2	2	1	4
Σ dívky	31				12				9			
Σ třídy	15	13	15	5	16	7	11	8	3	5	4	4
Σ	48				42				16			

Graf č.3 Celkové vyhodnocení otázky č.5



Graf č.4 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.5 v %



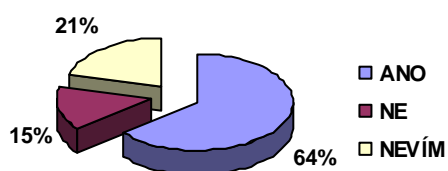
Z grafu č.3 je zřejmé, že 45 % všech dotazovaných odpovědělo, že si svou tělesnou hmotnost hlídá. V kladných odpovědích převažují dívky viz. graf č.4, kdy jich 60 % odpovědělo, že si svou hmotnost hlídá. U chlapců odpovědělo kladně 31 % dotázaných. Což je také poměrně vysoká hodnota.

### 8.2.3 Otázka číslo 6. Je pro tebe důležité jak vypadáš?

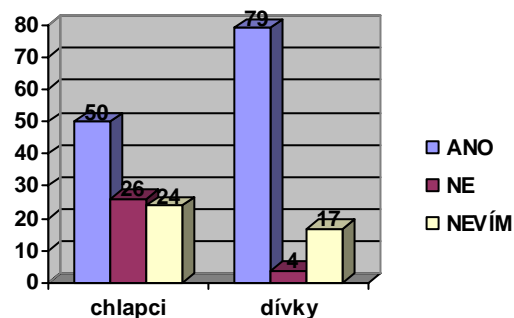
Tab. 6. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 6

otázka 6	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	9	8	6	4	4	1	8	1	5	2	4	2
Σ chlapci	27				14				13			
dívky	9	12	11	9	2	0	0	0	5	2	1	1
Σ dívky	41				2				9			
Σ třídy	18	20	17	13	6	1	8	1	10	4	5	3
Σ	68				16				22			

Graf č.5 Celkové vyhodnocení otázky č.6



Graf č.6 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.6 v %



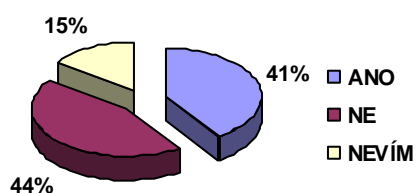
Pro 64 % všech respondentů je důležité jak vypadají. U obou pohlaví převažují kladné odpovědi u dívek odpovědělo ano 79 % a chlapců odpovědělo ano 50 %.

### 8.2.4 Otázka číslo 7. Máš strach, že ztloustneš?

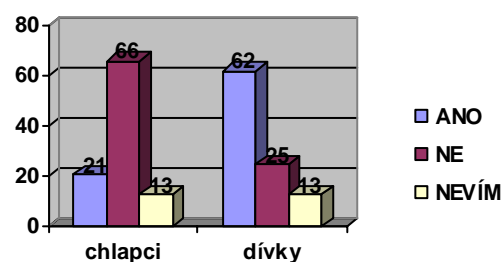
Tab. 7. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 7

otázka 7	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	4	0	6	1	10	8	10	6	4	3	2	0
Σ chlapci	11				34				9			
dívky	10	6	8	8	3	4	4	2	3	4	0	0
Σ dívky	32				13				7			
Σ třídy	14	6	14	9	13	12	14	8	7	7	2	0
Σ	43				47				16			

Graf č.7 Celkové vyhodnocení otázky č.7



Graf č.8 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.7 v %



Na otázku č.7 odpovědělo kladně 41 % respondentů. Ztloustnutí se bojí hlavně dívky z nichž ano odpovědělo 62 %, z chlapců kladně odpovědělo 21 %.

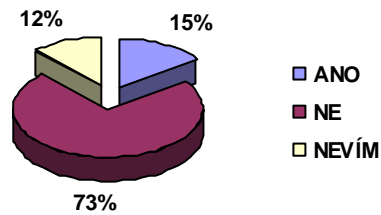
### 8.2.5 Otázka číslo 8. Vynecháváš hlavní jídlo?

Tab. 8. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 8

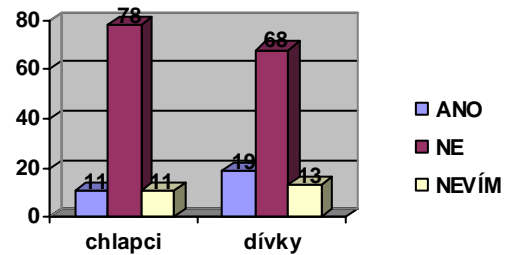
otázka 8	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	1	2	3	0	13	8	14	7	4	1	1	0
Σ chlapci	6				42				6			
dívky	5	1	3	1	8	11	8	8	3	2	1	1
Σ dívky	10				35				7			
Σ třídy	6	3	6	1	21	19	22	15	7	3	2	1
Σ	16				77				13			



Graf č.9 Celkové vyhodnocení otázky č.8



Graf č.10 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.8 v %



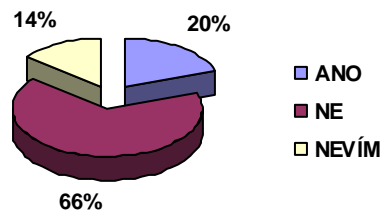
Hlavní jídlo vynechává 15 % všech dotazovaných. Jestliže porovnáme dívky a chlapce, dívky kladně na tuto otázku odpověděli v 19 % což je o 8 % více než chlapci.

**8.2.6 Otázka číslo 9. Když máš špatnou náladu, snažíš se ji „zajíst“?**

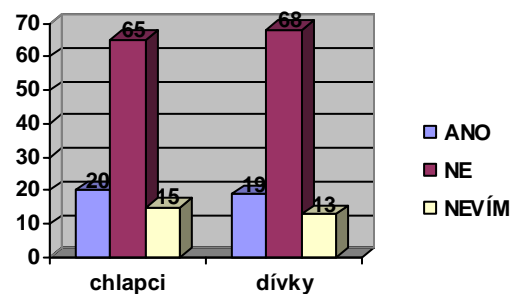
Tab. 9. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 9

otázka 9	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	5	0	4	2	9	8	13	5	4	3	1	0
Σ chlapci	11				35				8			
dívky	6	2	1	1	8	11	10	6	2	1	1	3
Σ dívky	10				35				7			
Σ třídy	11	2	5	3	17	19	23	11	6	4	2	3
Σ	21				70				15			

Graf č.11 Celkové vyhodnocení otázky č.9



Graf č.12 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.9 v %



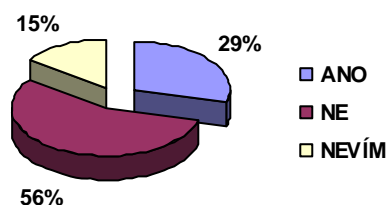
Špatnou náladu se snaží zajíst 20 % všech dotazovaných. Převažují spíše chlapci, jichž kladně odpovědělo 20 % než dívek, kterých odpovědělo kladně 19 %.

### 8.2.7 Otázka číslo 10. Myslíš, že držení diety je dobrý způsob pro získání ideální postavy?

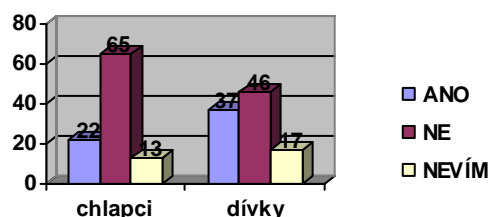
Tab. 10. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 10

otázka 10	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	4	1	5	2	10	7	13	5	4	3	0	0
Σ chlapci	12				35				7			
dívky	4	4	4	7	11	5	8	0	1	5	0	3
Σ dívky	19				24				9			
Σ třídy	8	5	9	9	21	12	21	5	5	8	0	3
Σ	31				59				16			

Graf č.13 Celkové vyhodnocení otázky č.10



Graf č.14 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.10 v %



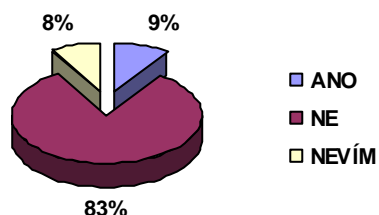
29 % účastníků si myslí, že držení diety je vhodný způsob pro získání ideální postavy. Kladně odpovídala spíše děvčata a to v 37 %, chlapců odpovědělo kladně 22 %.

### 8.2.8 Otázka číslo 11. Vyhýbáš se jídlu i když máš hlad?

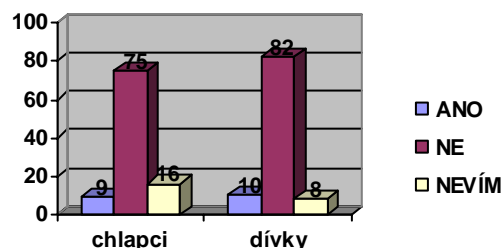
Tab. 11. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 11

otázka 11	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	4	1	0	0	12	7	18	7	2	3	0	0
Σ chlapci	5				44				5			
dívky	2	2	0	1	13	11	11	8	1	1	1	1
Σ dívky	5				43				4			
Σ třídy	6	3	0	1	25	18	29	15	3	4	1	1
Σ	10				87				9			

Graf č.15 Celkové vyhodnocení otázky č.11



Graf č.16 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.11 v %



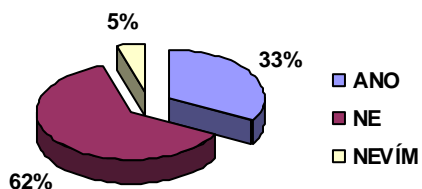
83 % všech respondentů odpovědělo, že hlavní jídlo nevynechává, ovšem nezanedbatelných je i 9 % respondentů, kteří jídlo vynechávají.

### 8.2.9 Otázka číslo 12. Zkoušel/a jsi držet dietu?

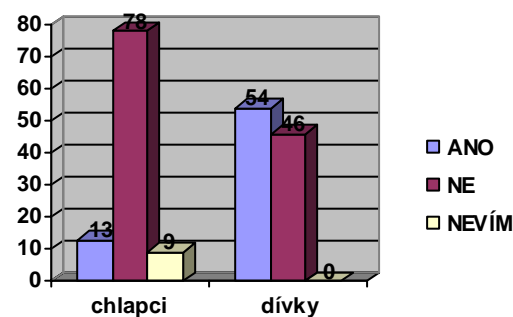
Tab. 12. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 12

otázka 12	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	2	2	3	0	14	7	14	7	2	2	1	0
Σ chlapci	7				42				5			
dívky	10	6	6	6	6	8	6	4	0	0	0	0
Σ dívky	28				24				0			
Σ třídy	12	8	9	6	20	15	20	11	2	2	1	0
Σ	35				66				5			

Graf č.17 Celkové vyhodnocení otázky č.12



Graf č.18 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.12 v %



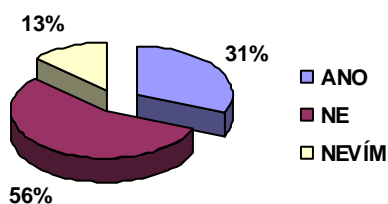
Dietu zkoušelo držet 33 % všech dotazovaných. Převažují opět dívky, kterých kladně odpovědělo 54 %, chlapců kladně odpovědělo 13 %.

## 8.2.10 Otázka číslo 13. Přejídáš se?

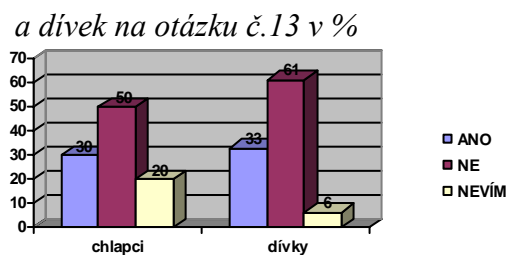
Tab. 13. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 13

otázka 13	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	8	2	3	3	7	5	11	4	3	4	4	0
Σ chlapci	16				27				11			
dívky	6	3	2	6	7	11	10	4	3	0	0	0
Σ dívky	17				32				3			
Σ třídy	14	5	5	9	14	16	21	8	6	4	4	0
Σ	33				59				14			

Graf č.19 Celkové vyhodnocení otázky č.13



Graf č.20 Srovnání odpovědí chlapců



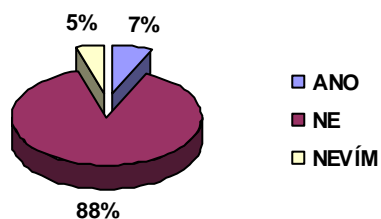
31 % všech dotazovaných se přejídá. Kladně odpověděly dívky v 33 % a chlapci v 30 %.

## 8.2.11 Otázka číslo 14. Zkoušel/a jsi zvracet nebo požívat projímadla, aby si tím zapříčinil/a pokles tělesné hmotnosti?

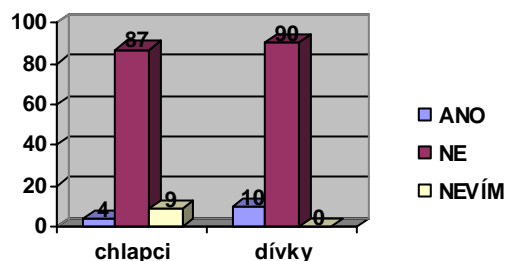
Tabulka č. 14 Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 14

otázka 14	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
Třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
Chlapci	1	1	0	0	14	8	18	7	3	2	0	0
Σ chlapci	2				47				5			
Dívky	1	0	3	1	15	14	9	9	0	0	0	0
Σ dívky	5				47				0			
Σ třídy	2	1	3	1	29	22	27	16	3	2	0	0
Σ	7				94				5			

Graf č.21 Celkové vyhodnocení otázky č.14



Graf č.22 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.14 v %



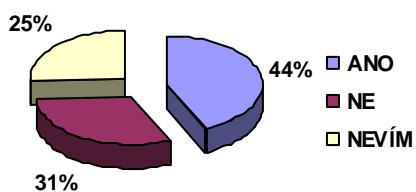
Na otázku č.14 odpovědělo 88 % všech dotazovaných záporně, ovšem 7 % dotazovaných, kteří odpověděli kladně jsou také nezanedbatelným výsledkem dotazování.

**8.2.12 Otázka číslo 15. Myslíš, že média mohou ovlivnit názor na „ideální“ postavu?**

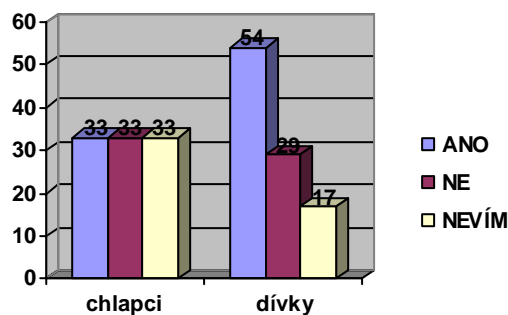
Tab. 15. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo15

otázka 15	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	5	0	11	2	6	5	2	5	7	6	5	0
Σ chlapci	18				18				18			
dívky	11	4	4	9	4	5	6	0	1	5	2	1
Σ dívky	28				15				9			
Σ třídy	16	4	15	11	10	10	8	5	8	11	7	1
Σ	46				33				27			

Graf č.23 Celkové vyhodnocení otázky č.15



Graf č.24 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.15 v %



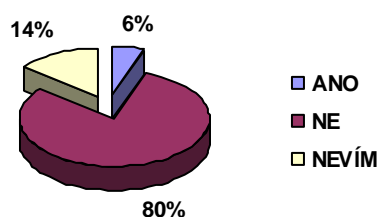
44 % všech dotazovaných předpokládá, že media mohou ovlivnit jejich názor na „ideální“ postavu. Nejvíce jsou o tom přesvědčeny dívky a v 54 % oproti chlapcům v 33 %.

### 8.2.13 Otázka číslo 16. V televizi i časopisech se objevují reklamy, které radí, jak dosáhnout štíhlé a dokonalé linie těla. Řídíš se jimi?

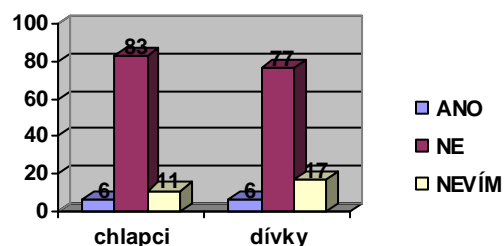
Tab. 16. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 16

otázka 16	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	3	0	0	0	13	7	18	7	2	4	0	0
Σ chlapci	3				45				6			
dívky	1	0	2	0	13	10	9	8	2	4	1	2
Σ dívky	3				40				9			
Σ třídy	4	0	2	0	26	17	27	15	4	8	1	2
Σ	6				85				15			

Graf č.25 Celkové vyhodnocení otázky č.16



Graf č.26 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.16 v %



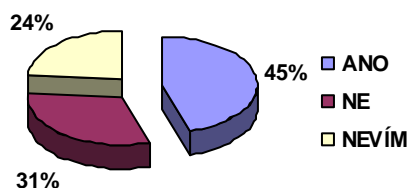
Na otázku č.16 odpovědělo jen 6 % dotazovaných kladně.

### 8.2.14 Otázka číslo 17. Snažíš se řídit módními trendy?

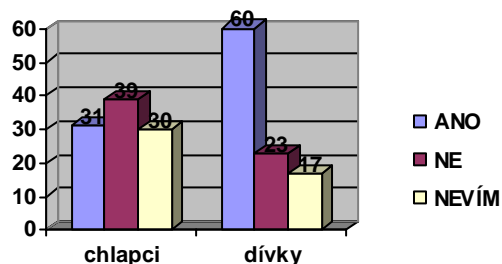
Tab. 17. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 17

otázka 17	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	7	1	7	2	4	5	7	5	7	5	4	0
Σ chlapci	17				21				16			
dívky	9	5	9	8	2	7	3	0	5	2	0	2
Σ dívky	31				12				9			
Σ třídy	16	6	16	10	6	12	10	5	12	7	4	2
Σ	48				33				25			

Graf č.27 Celkové vyhodnocení otázky č.17



Graf č.28 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.17 v %



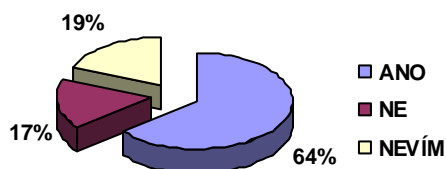
Módními trendy se řídí 45 % dotazovaných. Převažují dívky v 60 % nad chlapci v 31 %.

### 8.2.15 Otázka číslo 18. Líbí se ti lidé prezentovaní v módních časopisech?

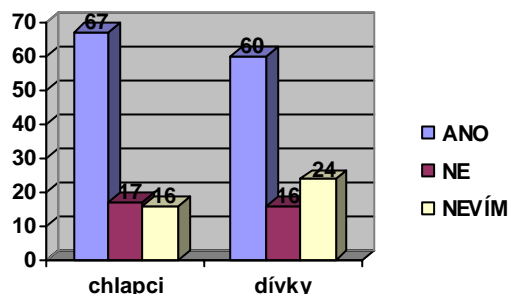
Tab. 18. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 18

otázka 18	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	11	6	13	9	4	3	3	0	3	2	2	1
Σ chlapci	39				10				8			
dívky	9	7	7	6	3	0	4	1	4	7	1	0
Σ dívky	29				8				12			
Σ třídy	20	13	20	15	7	3	7	1	7	9	3	1
Σ	68				18				20			

Graf č.29 Celkové vyhodnocení otázky č.18



Graf č.30 Srovnání odpovědi chlapců a dívek na otázku č.18 v %



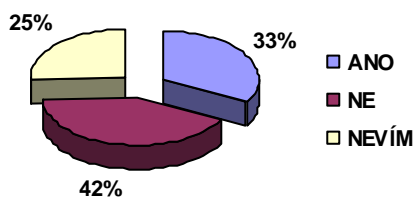
Lidé prezentovaní v módních časopisech se líbí 64 % dotazovaných. V 67 % převažují chlapci nad dívkami jichž kladně odpovědělo 60 %.

**8.2.16 Otázka číslo 19. Chtěl/a by si vypadat jako lidé z předních stránek časopisů?**

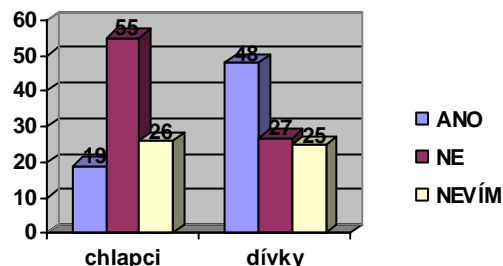
Tab. 19. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 19

otázka 19	ANO				NE				NEVÍM			
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	4	1	2	3	9	5	12	4	5	5	4	0
Σ chlapci	10				30				14			
dívky	7	4	7	7	5	5	4	0	4	5	1	3
Σ dívky	25				14				13			
Σ třídy	11	5	9	10	14	10	16	4	9	10	5	3
Σ	35				44				27			

Graf č.31 Celkové vyhodnocení otázky č.19



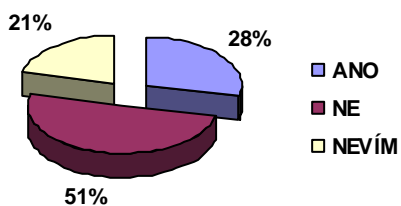
Graf č.32 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.19 v %



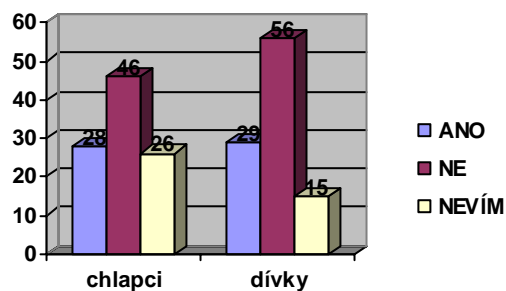
Jako lidé z předních stránek časopisů by chtělo vypadat 33 % dotazovaným. Jde převážně o dívky a to v 48 % oproti chlapcům v 19 %.

**8.2.17 Otázka číslo 20. Myslíš, že životní úspěchy (získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod.) závisí na štíhlé postavě a kráse?**

Graf č.33 Celkové vyhodnocení otázky č.20



Graf č.34 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.20 %



Tab. 20. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 20



otázka 20	ANO				NE				NEVÍM			
třída	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9
chlapci	4	1	5	5	8	4	11	2	6	6	2	0
Σ chlapci	15				25				14			
dívky	8	3	1	3	7	8	8	6	1	3	3	1
Σ dívky	15				29				8			
Σ třídy	12	4	6	8	15	12	19	8	7	9	5	1
Σ	30				54				22			

28 % všech dotazovaných předpokládá, že životní úspěchy, jako jsou získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod. závisí na štíhlé postavě a kráse.

## 9 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ A DOPORUČENÍ

Z výzkumu vyplynulo, že přibližně polovina, 46 % dětí ve věku 12-15 let není spokojena se svou postavou. Svoji tělesnou hmotnost si hlídá až 60 % dívek a 62 % dívek má strach, že ztloustne. U chlapců dochází v tomto věku ke změnám, které jsou hodnoceny spíše pozitivně, proto jich více jak polovina, 66 % nemá strach, že ztloustne, ale přesto si jich 31% hlídá svou tělesnou hmotnost.

Skutečnost, že 29 % dozovaných předpokládá, že dieta je vhodný způsob pro získání ideální postavy je zneklidňující. Dále z výzkumu vyplývá, že držet dietu zkoušelo 13 % chlapců a 54 % dívek, což nejsou nezanedbatelné hodnoty.

Zvracet nebo požívat projímadla zkoušelo 4 % chlapců a 10 % dívek, přestože to nejsou nějak vysoké hodnoty, musíme si uvědomit, o jak nebezpečné manipulování s jídlem jde. Je proto nutné snažit se prevencí i tyto hodnoty snižovat. Příkládám i ukázkou (Obr. 3) reakce žáka sedmé třídy na tuto otázku.

13. Přejídáš se?	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NEVÍM
14. Zkoušel/a si zvracet nebo požívat projímadla, aby si tím zapříčil/a pokles tělesné hmotnosti?	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NEVÍM
15. Myslíš, že media mohou ovlivnit názor na „ideální“ postavu?	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NEVÍM

Obr. 3. Ukázka vyplnění dotazníku

Skutečnost, že média mohou ovlivnit názor na „ideální“ postavu si uvědomuje 44 % všech dotazovaných. Za velmi pozitivní shledávám, že 80 % všech dotazovaných odpovědělo, že se neřídí radami z televize a časopisů, jak dosáhnout štíhlé linie. Lidé prezentovaní v časopisech se líbí 64 % všech dotazovaných, převažují zde chlapci, kdy jich na tuto otázku odpovědělo kladně 67 % oproti dívkám, kterých odpovědělo kladně 60%. Dívky odpovídaly ve 48 %, že by chtěli vypadat, jako lidé z předních stránek časopisů.

V našem sociokulturním prostředí má štíhlost a krása svou sociální hodnotu, uvědomují si to děti na základní škole, i proto jich 28 % odpovědělo, že si myslí, že životní úspěchy, jako je dobré zaměstnání, dosažení něčeho významného, závisí na štíhlé postavě a kráse.

Tyto informace a data nejsou definitivním soudem, vzhledem k nízkému počtu respondentů nám mohou být ilustrací a případným podnětem pro hlubší výzkum. Velmi zajímavé by bylo zkoumat i ty, kteří nevyplnili nebo nevrátili dotazník.

## ZÁVĚR

Je nevyhnutelné si uvědomit, že poruchy příjmu potravy se staly dalším sociálně patologickým jevem už i na základní škole. Proto je nutné zajistit maximální informovanost o tomto problému nejen pedagogům, ale i samotným žákům. Cílem preventivních programů by nemělo být jen získání základních znalostí u žáků základních škol, ale také získání dovedností a postojů podporujících zdravý životní styl, zahrnujících zdravé stravování a zdravé sebepojetí, ale hlavně, aby tyto nástroje dokázali žáci uplatnit ve svém chování v budoucnosti.

Poruchy příjmu potravy se mohou velmi negativně odrážet na celkovém zdravotním stavu jedince, ale i ovlivnit jeho vývoj osobnosti až do dospělosti. Včasné a správné rozpoznání poruchy a její léčba mohou pozitivně ovlivnit celoživotní zdravotní stav. (Koutek, 2000)

Prevence těchto poruch bohužel zatím není dostačující, je potřeba jí začít věnovat stejnou pozornost, jako i jiným sociálně patologickým jevům jako jsou drogy, záškoláctví, šikana a jiné. Můžeme se inspirovat ze zahraničí, kde například představitelé francouzského módního průmyslu podepsali v Paříži chartu proti anorexii. Signatáři tohoto dokumentu, který podpořilo francouzské ministerstvo zdravotnictví, se zavázali nepodporovat nezdravé životní návyky a neukazovat obrázky lidí, jež by mohly sloužit jako návod k extrémní vyhublosti.

Bakalářská práce se zabývala problematikou poruch příjmu potravy, a to jak z teoretického, tak i z praktického hlediska. Jejím cílem bylo podat ucelený teoretický obraz o problematice poruch příjmu potravy jako reakce na zvyšující se výskyt tohoto onemocnění v naší populaci a doplnit jej o praktickou část věnovanou zjištění jídelních postojů žáků základních škol v souvislosti s vnímáním mediálního ideálu krásy.

Závěrem tedy mohu konstatovat, že cíl bakalářské práce byl naplněn, jak v teoretické, tak v praktické rovině.

*„Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující asketické chování.“*

(Kocourková, 1997 In Vágnerová, 2004, s.463)

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
- [2] CROOKOVÁ, M. *V zajetí image těla : jak chápat a odmítat mýty o vzhledu těla*. 1.vyd. Ostrava : Oldag, 1995. 136 s. ISBN 80-85954-02-8.
- [3] ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
- [4] GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha : Argo, 2001. s. 136 – 148 ISBN 80-7203-124-4.
- [5] JIRÁK, J., KÖPPLOVÁ, B. *Media s společností: stručný úvod do studia medií a mediální komunikace*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-287-4.
- [6] KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů –diagnostické a terapeutické otázky*. [online]. [cit. 2008-20-02]. Dostupné na: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>>
- [7] KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. In HORT, V., aj. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. s. 263 – 283 ISBN 80-7178-472-9.
- [8] KRCH, D. F. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
- [9] KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- [10] KRCH, D. F., a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
- [11] KRCH, D. F., a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-x.
- [12] KRCH, D. F. *Poruchy příjmu potravy a obezita. Etiologie a léčba poruch příjmů potravy*. [online]. [cit. 2008-07-03]. Dostupné na: <[http://www.istob.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1281&Itemid=47](http://www.istob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=1281&Itemid=47)>

- [13] KRCH, D. F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. Praha : VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003.
- [14] KULÁNEK, J. *Prevence poruch příjmu potravy*. [online]. [cit. 2008-15-02]. Dostupné na: < [www.doktorka.cz](http://www.doktorka.cz) >
- [15] LANGMAIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
- [16] LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1.vyd. Praha : Svoboda, 1995. 144 s. ISBN 80-205-0499-0.
- [17] MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1.vyd. Praha : Lidové noviny, 1997. 160 s. ISBN 80-7106-248-0.
- [18] MÁLKOVÁ, I., KRCH, D. F. *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0.
- [19] PAPEŽOVÁ, H. *Informace pro rodiče*. [online]. [cit. 2008-07-03]. Dostupné na: <<http://www.pppinfo.cz/>>
- [20] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
- [21] ŠTICHOVÁ, Z. *Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy*. In VODÁČKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. s. 448 -457. ISBN 80-7178-696-9.
- [22] ŠTIPČÁKOVÁ, E. *Metodická příručka k prevenci poruch příjmu potravy pro pedagogy pracující na druhém stupni Základní školy*. Brno : MU, 2006, 83 s. (diplomová práce)
- [23] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 444 s. ISBN 80-7178-802-3.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DSM-IV	Diagnostický statistický manuál Americké psychiatrické asociace
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN -10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
$\Sigma$	Suma

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. „Svět se mění“- příklad dříve populární reklamy. (Krch, 2005, s.59) .....	24
Obr. 2. Reklama- „Ne anorexii“ (Olivier Toscani, 2007, dostupné na: < <a href="http://verasmajlinka.blog.cz/0710/sokujici-reklama-s-31kilovou-modelkou">http://verasmajlinka.blog.cz/0710/sokujici-reklama-s-31kilovou-modelkou</a> >) .....	34
Obr. 3. Ukázka vyplnění dotazníku .....	58

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. BMI u dívek a chlapců ve věku 11-17 let.....	37
Tab. 2. Zastoupení jednotlivých účastníků výzkumu podle tříd ZŠ.....	45
Tab. 3. Zastoupení jednotlivých účastníků výzkumu podle věku .....	45
Tab. 4. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 4.....	45
Tab. 5. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 5.....	46
Tab. 6. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 6.....	47
Tab. 7. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 7.....	48
Tab. 8. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 8.....	48
Tab. 9. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 9.....	49
Tab. 10. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 10.....	50
Tab. 11. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 11.....	50
Tab. 12. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 12.....	51
Tab. 13. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 13.....	52
Tab. 14. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 14.....	52
Tab. 15. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 15.....	53
Tab. 16. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 16.....	54
Tab. 17. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 17.....	54
Tab. 18. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 18.....	55
Tab. 19. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 19.....	56
Tab. 20. Četnost volby jednotlivých odpovědí na otázku číslo 20.....	57



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č.1 Celkové vyhodnocení otázky č.4 .....	46
Graf č.2 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.4 v % .....	46
Graf č.3 Celkové vyhodnocení otázky č.5 .....	46
Graf č.4 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.5 v % .....	46
Graf č.5 Celkové vyhodnocení otázky č.6 .....	47
Graf č.6 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.6 v % .....	47
Graf č.7 Celkové vyhodnocení otázky č.7 .....	48
Graf č.8 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.7 v % .....	48
Graf č.9 Celkové vyhodnocení otázky č.8 .....	49
Graf č.10 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.8 v % .....	49
Graf č.11 Celkové vyhodnocení otázky č.9 .....	49
Graf č.12 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.9 v % .....	49
Graf č.13 Celkové vyhodnocení otázky č.10 .....	50
Graf č.14 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.10 v % .....	50
Graf č.15 Celkové vyhodnocení otázky č.11 .....	51
Graf č.16 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.11 v % .....	51
Graf č.17 Celkové vyhodnocení otázky č.12 .....	51
Graf č.18 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.12 v % .....	51
Graf č.19 Celkové vyhodnocení otázky č.13 .....	52
Graf č.20 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.13 v % .....	52
Graf č.21 Celkové vyhodnocení otázky č.14 .....	53
Graf č.22 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.14 v % .....	53
Graf č.23 Celkové vyhodnocení otázky č.15 .....	53
Graf č.24 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.15 v % .....	53
Graf č.25 Celkové vyhodnocení otázky č.16 .....	54

---

Graf č.26 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.16 v % .....	54
Graf č.27 Celkové vyhodnocení otázky č.17 .....	55
Graf č.28 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.17 v % .....	55
Graf č.29 Celkové vyhodnocení otázky č.18 .....	55
Graf č.30 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.18 v % .....	55
Graf č.31 Celkové vyhodnocení otázky č.19 .....	56
Graf č.32 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.19 v % .....	56
Graf č.33 Celkové vyhodnocení otázky č.20 .....	56
Graf č.34 Srovnání odpovědí chlapců a dívek na otázku č.20 v % .....	56

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Metodický list č.1, ŠTIPČÁKOVÁ, E. *Co se vám na mě líbí?*
- P II Metodický list č.2, ŠTIPČÁKOVÁ, E. *Siluety postav.*
- P III Některé důležité kontakty
- P IV Dotazník

## PŘÍLOHA P I: METODICKÝ LIST Č.1 (Štipčáková, 2006)

### CO SE VÁM NA MNĚ LÍBÍ?

Věk: od 12 let	Skupina: 10 žáků	Doba trvání: 45 minut	Pomůcky: pastelky, fixy, papír
-------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------------------

**Cíl:** Uvědomit si jak mě vnímají ostatní a jak hodnotím sám sebe

**Úvod:** 5 minut

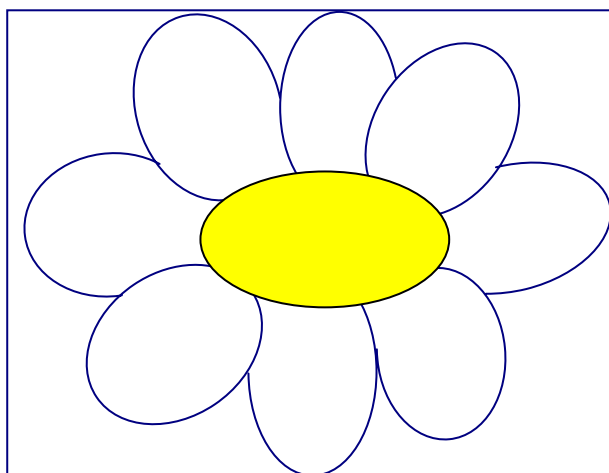
Žákům zadáte úkol nakreslit na list papíru květinu (kopretina), do středu květu napíše své jméno a list papíru pošlou svému spolužáku.

**Doba trvání:** 20 minut

Úkolem každého žáka je napsat vždy do jednoho okvětního lístku svému spolužáku jeden pozitivní vzkaz co se jim na něm líbí, čeho si váží, co na něm obdivují.

**Vyhodnocení:** 20 minut

Žáci by se měli vyjadřovat především o vlastnostem nejen ke vzhledu. Jak se kopretina vrátí zpět ke svému majiteli, mohou se jednotlivě vyjadřovat ke svému hodnocení, které právě obdrželi. Je názor spolužáků v souladu s jeho? Jak vnímají sami sebe? Jak jsou spokojeni?



## PŘÍLOHA P II: METODICKÝ LIST Č.2 (Štipčáková, 2006)

### SILUETY POSTAV

Věk: od 12 let	Skupina: 3 žáci nebo individuální práce	Doba trvání: 35 minut	Pomůcky: papír s předtištěnými si- luetami postav
-------------------	---	--------------------------	---

**Cíl:** Uvědomit si svoji postavu, proporce těla.

**Úvod:** 5 minut

Diskutujte s žáky na téma jejich postavy zdali jsou či nejsou spokojeni se svými propor-  
cemi.

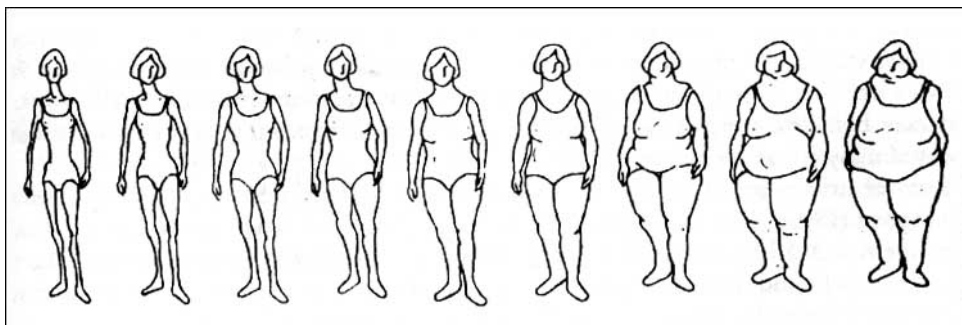
**Doba trvání:** 15 minut

Při uvedené technice žákům předložíte siluety postav od velmi štíhlých až po velmi silné.  
Žáci mají vybrat tu, která je nejbližší jeho vlastní postavě, a potom siluetu jež považuje  
za ideální.

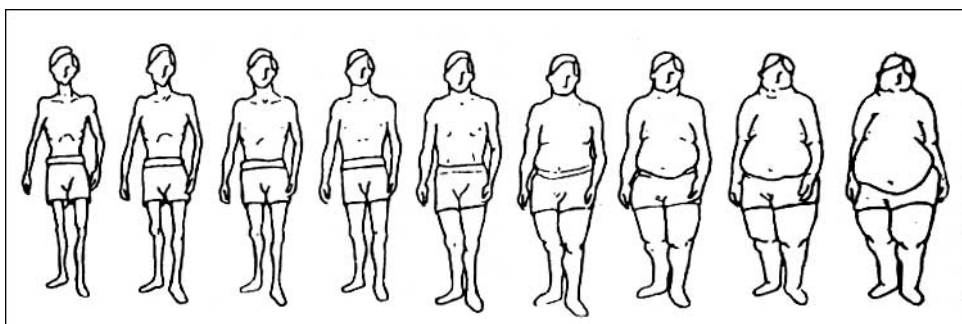
**Vyhodnocení:** 15 minut

Rozdíl mezi těmito siluetami postav je ukazatel spokojenosti či nespokojenosti. Rozebí-  
ráme s žáky, proč jsme s tou postavou spokojeni či nespokojeni. Kde a v čem spočívá ne-  
spokojenost a zda-li je oprávněná. Co můžeme udělat pro pozitivní změnu ve vnímání se-  
be sama. Vztah fyzického já a sebepojetí (sebeúcty), je zcela zřejmý.

Snaha o to, aby žáci dokázali vidět své tělo v lepším světle. Jedním ze způsobů jak  
toho dosáhnout, je vzít naše slabé stránky, které pocítujeme a v mysli je přeměnit na po-  
zitivní. Dosáhneme toho tím, že budeme s žáky diskutovat o tom, jak se cítí a vnímají  
sami sebe, proč a v jakých situacích se necítí dobře.



Siluety ženské postavy



Siluety mužských postav

## **PŘÍLOHA P III: NĚKTERÉ DŮLEŽITÉ KONTAKTY**

### **Občanské sdružení Anabell**

Dům lékařských služeb

Bratislavská 2, 602 00 Brno

Tel.: 542 214 014

e-mail: [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz)

Návštěvní hodiny: pondělí až pátek 8:00-16:00

### **Zdravotní ústav se sídlem v Brně**

Oddělení podpory zdraví

Stará 25, 602 00 Brno

MUDr. Eliška Bartlová

Tel.: 545 425 355-8

### **Poradna pro poruchy metabolismu a výživy**

MUDr. Jaroslava Navrátilová

Fakultní nemocnice Brno-Bohunice

Psychiatrická klinika

Jihlavská 20, 625 00 Brno-Bohunice

Tel.: 532 232 348

### **Modrá linka**

(Centrum a linka důvěry pro děti a mládež)

Lidická 50 (CVČ Lužánky)

Tel.: 549 524 111

Fax.: 549 524 104

e-mail.: [info@modralinka.cz](mailto:info@modralinka.cz)

### **Psychiatrická klinika**

MUDr. Hana Papežová, PhDr. František David Krch

Ke Karlovu 11, Praha 2

Tel.: 224 965 350

**Dětská psychiatrická klinika FN Motol**

Mudr. Jiří Koutek

Praha 5, V Úvalu 84

Tel.: 224 431 111, 224 433 400

e-mail: [psychiatrie@fnmotol.cz](mailto:psychiatrie@fnmotol.cz)

**Krizové centrum RIAPS**

Praha 3, Chelčického 39

Tel.: 222 580 697, 222 586 768

Krizová intervence – první pomoc (linka důvěry), krátkodobý pobyt na lůžku, kontakty na terapii individuální a skupinovou.

**ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika**

Praha A, Vejvanovského 1610

Tel.: 267 915 188

Denní stacionář, skupiny i individuální psychoterapeutická péče

**Informace o poruchách příjmu potravy : [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz)**





16. V televizi i časopisech se objevují reklamy, které radí, jak dosáhnout štíhlé a dokonalé linie těla. Řídíš se jimi?

ANO       NE       NEVÍM

17. Snažíš se řídit módními trendy?       ANO       NE       NEVÍM

18. Líbí se ti lidé prezentovaní v módních časopisech?

ANO       NE       NEVÍM

19. Chtěl/a by jsi vypadat jako lidé z předních stránek časopisů?

ANO       NE       NEVÍM

20. Myslíš, že životní úspěchy (získání dobrého zaměstnání, dosažení něčeho významného, apod.) závisí na štíhlé postavě a kráse?

ANO       NE       NEVÍM

Děkuji za vyplnění.