

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Rizikové faktory u poruch příjmu potravy

Bakalářská práce

Autor: Erika Hrdličková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Erika Hrdličková**
Osobní číslo: **P 121162**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální patologie a prevence**
Název tématu: **Rizikové faktory u poruch příjmu potravy**
Zadávající katedra: **Katedra sociální patologie a sociologie**

Zásady pro vypracování:

Práce se věnuje rizikovým faktorům u poruch příjmu potravy. Zaměřuje se na mentální anorexii, mentální bulimii, ale i nové podoby tohoto onemocnění. Dále se zabývá rizikovými faktory, které přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy. Tyto faktory dělí do čtyř skupin na biologické, rodinné a genetické, psychologické a sociokulturní.

Metoda výzkumu: standardizovaný dotazník

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování diplomové práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie
Oponent: **PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.**
Datum zadání bakalářské práce: **7.2.2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **16. 12. 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
Děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
vedoucí katedry

Dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a použila jsem všechny uvedené prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 14. Dubna 2015

Erika Hrdličková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a cenné rady, které mi během psaní této práce poskytl. Také děkuji respondentům mého šetření, kteří mi ochotně vyplnili dotazník.

Anotace

HRDLIČKOVÁ, Erika. *Rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie

Bakalářská práce se zabývá problematikou rizikových faktorů u poruch příjmu potravy. Nejprve se věnuje obecně mentální anorexii a mentální bulimii. Důraz však klade především na rizikové faktory, které jsou uvedeny ve druhé polovině teoretické části práce. Rizikové faktory jsou rozděleny na sociokulturní, biologické, psychologické, rodinné a genetické. Konkrétněji se v teoretické části můžeme dočíst také o příznacích, zdravotních problémech spojených s PPP, výskytem v České Republice, o atypických a nespecifických poruchách příjmu potravy, novodobých poruchách a také o léčbě těchto onemocnění.

V empirické části jsem použila dotazníky, které mi vyplnily jak dívky, tak i chlapci ze základní a střední školy. Dotazníky mapují rizikové chování, nezdolnost, depresi a experimentování s jídelním chováním.

Klíčová slova

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, přejídání, hmotnost

Annotation

HRDLIČKOVÁ, Erika. *Risk factors for eating disorders*. Hradec Králové, 2015. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Kralove, Faculty of Education, Department of Social Pathology and Sociology.

Bachelor's thesis deals with risk factors for eating disorders. At first is thesis dealing in general with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Bu the emphasis put primarily on the risk factors that are listed in the second half of theoretical part. Risk factors are divided into socio-cultural, biological, psychological, familial and genetic. More specifically is theoretical part describing symptoms, health problems associated with the PPP, presence in Czech Republic, about atypical and non-specific eating disorders, modern disturbances and also how to treat these diseases.

In the empirical part were used questionnaires which were filled by girls and boys from elementary and high schools. Questionnaires are mapping risky behavior, resilience, depression and experimentation with eating behavior.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, risk factors, overeating, weight

Obsah

Úvod	1
I. Teoretická část	3
1. Poruchy příjmu potravy	3
1.1. Vymezení poruch příjmu potravy	4
1.2. Příznaky poruch příjmu potravy	4
1.3. Problémy spojené s poruchami příjmu potravy	5
1.4. Výskyt v České Republice	6
1.5. Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání	7
1.6. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	10
1.7. Jiné poruchy příjmu potravy	11
2. Mentální anorexie	13
2.1. Základní diagnostická kritéria MA:	14
2.2. Projevy mentální anorexie	15
3. Mentální bulimie	17
3.1. Základní diagnostická kritéria MB	18
3.2. Přejídání	18
3.3. Projevy mentální bulimie	20
4. Historie poruch příjmu potravy	22
4.1. Historie mentální anorexie	22
4.1. Historie mentální bulimie	23
5. Léčba poruch příjmu potravy	24
6. Rizikové chování u poruch příjmu potravy	27
7. Rizikové faktory	29
7.1. Sociokulturní faktory	29
7.2. Biologické faktory:	35
7.3. Psychologické	38
7.4. Rodinné a genetické faktory	40
8. II. Empirická část práce	42
8.1. Výzkumný cíl.....	42
8.2. Stanovené hypotézy	42
8.3. Sběr dat a výzkumný soubor	42

8.4. Výsledky a diskuze	48
8.4. Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami	55
Závěr	57
Seznam použité literatury	58
Seznam tabulek a grafů.....	61
Tabulky.....	61
Grafy.....	61
Seznam obrázků.....	61

Úvod

Zdravý člověk je ten, jehož život je v rovnováze fyzické, duchovní a duševní. Fyzická rovnováha znamená pravidelně a zdravě jíst, mít dostatek pohybu a udržovat přijatelnou váhu. Duchovní rovnováha představuje spokojenost se sebou samým. Šťastný člověk, který má rád svůj život a lidi kolem něj představuje rovnováhu duševní. V dnešní době je takovýchto „zdravých lidí“ jen velmi málo. Tato bakalářské práci se bude zabývat lidmi, kteří jsou úplným opakem, mají špatné stravovací návyky, dosahují velmi nízké váhy a jsou nespokojeni se sebou, především se svým tělem. Jsou to lidé trpící poruchami příjmu potravy, kterých dnes stále více přibývá. V největší míře se toto onemocnění týká dospívajících dívek. V menší míře poruchami příjmu potravy trpí také starší ženy a chlapi.

Toto téma bylo zvoleno, protože se v minulosti dotýkalo nejen autorky osobně, ale i prostřednictvím blízké kamarádky. K nemoci je dovedlo pročítání nejrůznějších blogů pro ana (pro anorektičky). S postupnou změnou jídelníčku a zvýšenému zájmu o jejich vzhled přicházely problémy typické pro PPP (poruchy příjmu potravy). Jednalo se o zvýšenou pohybovou aktivitu, především cvičení, dále hladovění, snížení sebevědomí a nakonec i úzkostné stavy a deprese. Postupem času se zredukoval jídelníček na minimum a váha se snížila o několik kilogramů. S tak malým přísunem živin a vitamínů, se dostavilo i padání vlasů, bolest kloubů a celkové vysílení. Kdyby se autorky tento problém přímo netýkal, nikdy by asi nedokázala pochopit, jak se dívky mohou vidět jako tlusté, i když jsou ve skutečnosti vyhublé. Proto také je velmi obtížné se vyléčit. Nemocní si nejdříve musí sami uvědomit, že se jich tento problém spojen s nezdravými stravovacími návyky přímo týká.

V dnešní hektické době pouze malá část z nás dodržuje správné a pravidelné stravování. Přitom právě zdravá výživa a pravidelné stravování v dětství má pozitivní vliv na člověka v budoucnosti. Je známo, že správná výživa přispívá ke zdravému životnímu stylu a také menšímu výskytu nejrůznějších onemocnění, jako jsou obezita a nádorová onemocnění. Většina lidí nesnídá, v práci nemá na jídlo čas, a tak když se večer vracejí domů, dohánějí chybějící jídlo z celého dne. Tyto špatné stravovací návyky jsou doprovázeny velkým nabíráním na váze. Jsou lidé, kterým to nevadí a o svůj vzhled nedbají, jsou však i takoví, kteří ve snaze zhubnout dodržují nejrůznější diety. Znáte ženu, která by nikdy nedržela dietu? Takových je jen velmi málo. Velký problém však

nastává u mladých dívek, které často nepoznají co je ještě v normě, a tak některé z nich nakonec podléhají poruchám příjmu potravy. Neuvědomují si však, jaké problémy s sebou onemocnění přináší. V extrémnějších případech je nutné vyhledat lékařskou pomoc. To však dívky musí chtít samy. Dokud si neuvědomí, že jsou opravdu nemocné, nepomohou jim dokonce ani lékaři. Dívky pak na následky své nemoci umírají.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, v jaké míře se tento problém týká dívek a chlapců, jaké faktory s nemocí souvisí a jaká je příčina vzniku těchto nezdravých stravovacích návyků.

I. Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy

„O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů, v obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla. V jistém smyslu je závislost na jídle podobná jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“ (Maloney, 1997, s. 15)

Podle Marádové (2007), o poruchách příjmu potravy mluvíme v případě, kdy člověk jídlo používá k řešení svých emocionálních problémů. Snaží se pomocí něj ulevit v tíživé životní situaci nebo svým pocitům prostřednictvím diet. Babiaková a Marková (2006) poruchy příjmu potravy definují jako: *poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Jedná se o neustálé zabývání se jídlom na úkor jiných sociálních aktivit a naléhavé kontrolování výživy.* (Babiaková, Marková, 2006, s. 287).

Krch (1997) poruchy příjmu potravy definuje jako syndrom podmíněný sociálně, kulturně i osobnostně.

Marádová (2007) uvádí, že se poruchy příjmu potravy v dnešní době stávají stále větším problémem. Mnozí si PPP spojují jen s omezováním se v jídle, či přejídáním. Souvisí s nimi však i tzv. pročišťování v podobě zvracení, projímadel, diuretik nebo hladovění. Jedná se o komplexní problém, který nesouvisí jen se stravou a tělesnou hmotností, ale také s vnitřními nevyrovnanými konflikty. Podle Švédové a Mičové (2010), trpí tímto psychickým onemocněním s vážnými zdravotními následky nejvíce dospívající dívky. Jedná se také o onemocnění duševní z důvodu toho, že člověk není schopen ovládat vlastní vůli chování spojené s nemocí. V tomto případě je nutná lékařská pomoc.

Problematikou poruch příjmu potravy se u nás zabývají autoři Krch, Marádová, Papežová, Novák, a další. Ze zahraničních autorů je to například Cooper, Leybold, Maloney, a další.

1.1. Vymezení poruch příjmu potravy

Podle MKN-10 (2013) – mezinárodní klasifikace nemocí a (DSM-IV) – Americké psychiatrické asociace do PPP řadíme dva syndromy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Obě tato diagnostická kritéria se zaměřují především na děti. Vzhledem k velkému počtu nemocných a jejich odlišným kritériím se věnují také jiným nespecifikovaným poruchám příjmu potravy.

Dělení poruch příjmu potravy podle Mezinárodní klasifikace nemocí (2009):

- F:50.0 mentální anorexie
- F 50.1 atypická mentální anorexie
- F 50.2 mentální bulimie
- F 50.3 atypická mentální bulimie
- F 50.4 přejedení spojené s jinými psychickými poruchami,
- F 50.5 zvracení spojené s jinými psychickými poruchami,
- F 50.8 jiné poruchy příjmu potravy.

Podle Krcha (1999), existuje mezi mentální anorexií a mentální bulimií jistá analogie. Základními znaky těchto dvou poruch, jsou extrémní soustředění se na svůj vzhled a strach z tloušťky. Liší se pouze tím, jaké metody jsou využívány při kontrole váhy a jak velká je závažnost podvýživy. V několika případech se pak stane součástí mentální anorexie i mentální bulimie a naopak.

Krch (2005) uvádí další společné znaky těchto dvou onemocnění, a to sociální problémy, nízké sebevědomí a velká pohybová aktivita. Krch (2005) také zmiňuje, že se jedná o problémy, vyskytující se nejen u nemocných, ale i u zdravých jedinců.

1.2. Příznaky poruch příjmu potravy

Podle Maradové (2007), je jednou ze základních změn u PPP změna stravování. Z jídelníčku jsou postupně vyřazovány „kalorické“ pokrmy a nahrazovány jsou tzv. „light“ potravinami. Dále pak vyhýbání se jídlu spolu s výmluvami, že na něj není čas. Maradová (2007) dále uvádí, že postupem času se nemocní začnou srovnávat s ostatními, dochází k radikálnímu zmenšení porcí a k tomu zvýšenému přežívání

každého sousta. Jídlo je nakonec konzumováno velmi pomalu po malinkých kouscích. Podle Maradové (2007) dochází ke změně chuti, což sebou přináší nadměrné solení a pití kávy. Nemocní přestávají jíst ve společnosti a malé potraviny se pro ně stávají velkými sousty. Neustále si stěžují na to, kolik toho snědli. Jsou stále aktivní, nedokáží v klidu sedět. Chodí všude pěšky a pravidelně cvičí. V této fázi se nemocní začínají nejvíce soustředit na svou postavu, kontrolují si často svou váhu a oblékají se do volných oděvů. Postupně se začínají objevovat zdravotní problémy v podobě zácpy, či narušení menstruačního cyklu. V horších případech dochází podle Maradové (2007) k padání vlasů a zhoršení pleti. Nemocní se stále více zaměřují na sebe a své tělo. Vyhýbají se rodině a přátelům. Posledním stádiem nemocných je odpor k jídlu. Dívky se snaží dostat pokrm z těla ven zvracením a pliváním. Lžou, aby utvrdili rodiče v tom, že je vše v pořádku.

Švédová a Mičová (2010) uvádí jako další příznaky a projevy poruch příjmu potravy izolaci od ostatních, ztrátu zájmu o večírky a diskotéky, nesoustředěnost, únavu a později také zhoršení prospěchu, nadměrnou aktivitu a neustálou potřebu se hýbat, zhoršení psychického stavu v podobě depresí a přecitlivělosti.

1.3. Problémy spojené s poruchami příjmu potravy

Jak již z předchozích kapitol víme, PPP jsou závažným onemocněním díky zdravotním problémům, které při této nemoci nastávají.

Kromě úbytku hmotnosti, citlivosti na chlad, zácpy, únavnosti, zhoršení kvality pleti, vypadávání vlasů, oslabeného krevního oběhu, srdečních obtíží a osteoporózy dochází v důsledku nedostatku živin k poškození jater a oslabení obranyschopnosti organismu. (Marádová, 2007, s.13)

Podle Maradové (2007) je nejzávažnějším zdravotním problémem ohrožujícím život zvracení, které je vyvoláno prstem bulimičky či různými předměty. Dochází tak ke zranění krku a jícnu, dokonce může dojít k infekci, či jeho prasknutí. Při zvracení bulimičkám otékají slinné žlázy, což způsobuje dojem opuchlého obličeje. Snižuje se hladina draslíku. Srdeční rytmus se stává nepravidelným, to může mít za následek ztrátu vědomí nebo závratě. Žaludeční šťávy způsobují narušení zubní skloviny zubů.

Problémů, způsobující zvracení je celá řada. Mezi ty méně viditelné Marádová (2007) zařazuje narušení rovnováhy solí a tělesných tekutin zatěžující ledviny a srdce.

Nemalým problémem jsou podle Maradové (2007) projímadla a diuretika, způsobující problémy tlustého střeva. Protože tyto léky potřebují nemocní čím dál více, může se na nich postupem času snadno vytvořit závislost. Ve větším množství mohou zapříčinit špatné vstřebávání živin, či poškození střevní stěny.

Jak uvádí Maradová (2007), ženy postižené touto nemocí se mylně domnívají, že zvracením hubnou. Pravdou však je, že jen podporují další přejídání. Zbavením se tekutin a dočasným vyprázdněním se dočasně sníží jejich váha. Protože k vyprázdnění tlustého střeva dochází až v době, kdy byla energie využita ve střevě tenkém, nezbaví se celkové energetické hodnoty zkonsumovaných pokrmů.

Maradová (2007) uvádí, že v době, kdy je nemoc ještě v raném stádiu, jsou nemocní sami se sebou spokojeni a narůstá jim sebevědomí. Dívky jsou se sebou spokojeny, protože hubnou a můžou kontrolovat svou váhu. Čím více se prohlubuje nemoc, objevují se zdravotní problémy. Jedním z nich je negativní působení na prožívání a vnímání. Se zvýšenými nároky na postavu přichází deprese, pocity viny a selhání. Veškerá energie je soustředěna na jídlo a vlastní osobu (egocentrismus). Mění se vztahy s okolím, zhoršuje se pozornost, jsou zpomaleny myšlenkové pochody a charakteristické je také časté kolísání nálady.

Švédová, Míčová (2010) problémy vznikající při poruchách příjmu potravy dělí do tří oblastí:

- Fyzické problémy, charakteristické zhoršením zdraví, v horších případech dokonce ohrožením života. (Smrtí končí podle statistik 8 – 20 % případů)
- Psychické problémy, kde řadíme stavy úzkosti a deprese, často dochází ke zneužívání návykových látek a alkoholu
- Sociální problémy, při kterých dochází ke změně schopnosti pracovat, studovat a být sociálně aktivní.

1.4. Výskyt v České Republice

Jak uvádí Maradová a Krch (2003), i když se jedná o poruchu s relativně velkou úspěšností léčby, až 50% anorektiček a 2/3 bulimiček se podaří nad touto nemocí zvítězit, se podle studií úmrtnost u mentální bulimie pohybuje v rozmezí od 0 do 2% a u mentální anorexie až od 2 do 8%. Velkým rizikem v průběhu nemoci je pro tyto dívky, zvláště pak bulimičky, užívání návykových látek a alkoholu.

Podle Maradové a Krcha (2003) se jedná o poruchu typickou pro období dospívání, postihující ve větší míře dívky. V České republice trpí touto nemocí každá dvacátá dívka. Zatímco problém mentální bulimie se týká pouze jednoho procenta dívek, u mentální anorexie je to až 6%. Nejčastěji se vyskytují v období kolem třináctého roku, u bulimie se s poruchou setkáváme většinou u dívek starších, ve věku od šestnácti do pětadvaceti let.

Nemocní mají možnost se v české republice obrátit na čtyři pracoviště, kde jim pomohou tuto psychogenní poruchu potravy vyléčit. Je to psychiatrická klinika v Praze ke Karlovu, Motol a psychiatrická klinika v Brně a Olomouci.

1.5. Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání

I když se díváme na poruchy příjmu potravy jako na poruchu sebeúcty nebo jednoduše jako na strach z tloušťky, bezpochyby se vyskytují i u dětí, přestože v nižší míře než u starších adolescentů. (Lask a Bryant-Waugh, 1993).

Maradová (2007) píše o případech, které byly zaznamenány již u desetiletých a mladších dívek. V tak nízkém věku jsou poruchy doprovázeny zdravotními problémy v podobě dehydratace a zástavou tělesného růstu.

Podle Maradové (2007) patří škola k období zásadních změn v životě dospívajících dětí. Některá děvčata jsou už ve svých osmi letech nespokojena se svou postavou. Začíná se měnit jejich tělesná konstrukce, což se projevuje nejčastěji přibýváním tuku v oblasti boků. Díky dnešním mediálním kampaním, dietnímu a potravinářskému průmyslu mají tyto děti zkreslené představy a také se často některé z nich stávají terčem nevhodných komentářů okolí. Pokud dívky omezují svou stranu již v tak nízkém věku, kdy jejich tělesný růst vyžaduje zvýšený příjem nutričně hodnotné stravy, vede to ke zvýšenému riziku rozvoje špatných stravovacích návyků.

Podle průzkumu mapujícího prevalenci poruch příjmu potravy u adolescentů z roku 1966, kterým se ve své studii zabýval Krch (2000) bylo zjištěno, že 77% dívek a 33% chlapců je nespokojeno se svou postavou. Polovina z nespokojených chlapců si přála zhubnout, druhá část z nich naopak chtěla zesílit. Dívky si převážně přály být hubenější, 7% z nich mělo podle výsledků narušený postoj ke své postavě a k jídlu. Krch (2000) dává tento narušený postoj do vztahu se sebehodnocením dospívajících. Podle odpovědí respondentů celková nespokojenost a stres vedou nejen k nadměrné kontrole redukci

jídla, ale i k nekontrolovanému přejídání. Studie také dokázala, že strach z tloušťky ovlivňuje u velké části českých dívek prožívání, postoje a každodenní život.

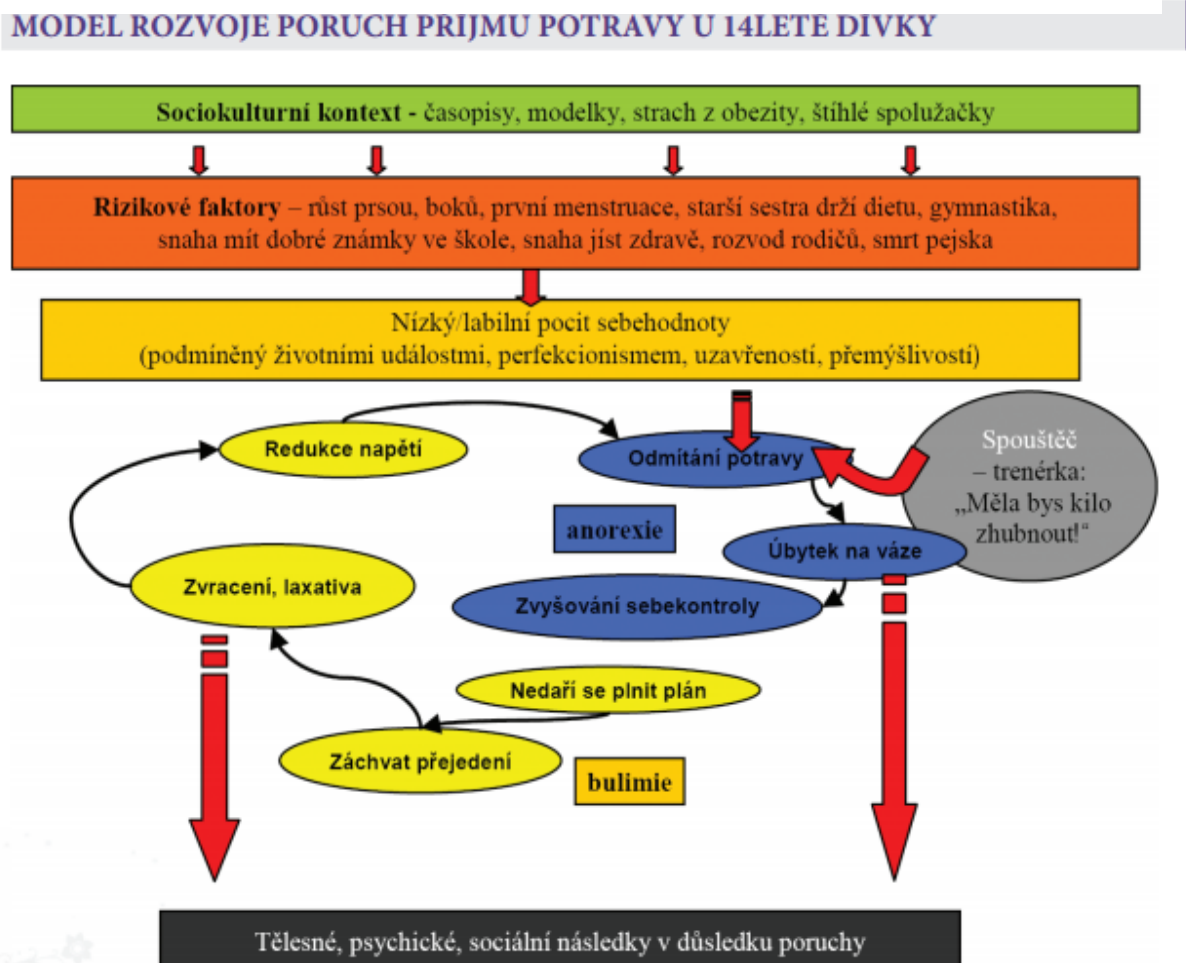
Podle Anabelle (2010) se v období dospívání porucha vztahuje k několika psychologickým jevům:

- Srovnávání se s ostatními
- Problémy s identitou
- Hledání vzorů
- Rozvoj autonomie v kontrastu se závislostí na rodině
- Rozvoj sebeúcty, sebedůvěry
- Ne/schopnost zvládnout vývojové úkoly u adolescenta
- Strach z dospělosti

Zmínky o tom, že se počátky onemocnění objevují již v dětství, najdeme také v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 (2013) a Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch DSM-IV (2010). V obou příručkách se píše o dvou hlavních znacích charakteristických pro tuto poruchu. Jedná se o držení tělesné hmotnosti o 15% pod odpovídající normu a nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu DSM IV (2010). Podle Krcha (1999) jsou ve spojení s nízkou váhou u dětí v období před pubertou narušeny, či opožděny pubertální projevy a je narušen vývoj a tělesný růst. K poruchám příjmu potravy se začátkem v dětství řadí Krch (1999) emoční poruchu s vyhýbáním se jídlu (FAED – food avoidance emotional disorder) a syndrom pervasivního odmítání. V prvním případě se děti vyhýbají jídlu z různých důvodů – strach z udušení, polykání, náказы a zvracení, bolest břicha, apod. Většinou jí jen dvě, popřípadě tři určité potraviny. V případě druhém souvisí vyhýbání se jídlu s psychickou nebo somatickou poruchou. Nejčastěji se děti vyhýbají jídlu z důvodu jeho znečištění, nebo ztrácí chuť k jídlu v souvislosti s chronickým únavovým syndromem a depresí.

Souhrnně, podle několika zjištění bychom o PPP v dětství mohli říci, že se nejedná o nemoc postihující pouze „bílé západní kultury“ s převahou dívčí populace. V některých případech bylo zaznamenáno vyšší procento pacientů chlapeckých. K nejrizikovější skupině mentální anorexie patří podle Krcha (1999) modelky, baletky a dívky ze soukromých škol.

Obrázek 1: Model rozvoje poruch příjmu potravy u 14leté dívky



Zdroj: ŠVÉDOVÁ, J. MIČOVÁ, L. (2010)

1.6. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Podle Krcha (1999) je vedle nemocných s mentální anorexií nebo mentální bulimií také nepřehlédnutelné množství pacientů nesplňující všechna diagnostická kritéria. Jedná se o ty, kterým chybí jeden a více ze základních znaků obou poruch. Mezinárodní klasifikace je řadí do kategorií atypické mentální bulimie (F50.3) nebo atypické mentální anorexie (F50.1).

Jinak nespecifické poruchy příjmu potravy (EDNOS) patří do diagnostické kategorie DSM-IV. Do této kategorie řadíme případy, které uvádí Krch, 1999: *jsou splněna všechna kritéria MA a nemocná má pravidelnou menstruaci, došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, 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.* (Krch, 1999, s20)

Pod EDNOS zde spadá také syndrom nočního přejídání a záchvatové přejídání.

1.6.1. Syndrom nočního přejídání

Znaky syndromu nočního přejídání podle Krcha (1999):

- Nespavost
- Přejídání se v noci
- Večerní anorexie
- Souvisí s neúspěšnými pokusy o zhubnutí

1.6.2. Záchvatové přejídání

Charakteristické znaky záchvatového přejídání dle Coopera (1995):

- Konzumace jídla mnohem rychleji než obvykle
- Jíst do té doby, než nejsme zcela plní
- Přejídat se, aniž bychom pocíťovali hlad
- Konzumace bez přítomnosti lidí
- Po sněžení mít pocit viny, být znechucen sám sebou

Podle Krcha (1999) musí doba záchvatového přejídání trvat nejméně 6 měsíců a to 2 krát v týdnu. Typické je především pro ženy staršího věku. Velmi často se se záchvatovým přejídáním setkávají obézní lidé.

1.7. Jiné poruchy příjmu potravy

K novým poruchám příjmu potravy řadíme bigorexii, ortorexii a drunkorexii. Jedná se o stejně tak nebezpečné choroby jako je mentální anorexie, bulimie a záchvatové přejídání.

1.7.1. Ortorexie

Slovo řeckého původu, v překladu znamená správná chuť. Podle Kulhánka (2009) ve srovnání s anorexií a bulimií, které jsou spojeny s kvantitou jídla, je ortorexie zaměřena na kvalitu potravy. Lidé, v tomto případě především ženy, trpící ortorexií jsou posedlí zdravou výživou. Soustředují se především na bio-potraviny. Nemocní zpočátku kupují jen zdravé jídlo, zaměřují se na výrobu potravin, postupem času roste strach z nezdravého jídla, až se z něj v posledním stádiu stane posedlost. I zdravé jídlo se stává nezdravým - mění se v jedy. Nemocný podle Kulhánka (2009) postupně začne ztrácet na váze a trpět podvýživou. V souvislosti s častými myšlenkami na jídlo, přichází pocity úzkosti a deprese. Osoby, trpící touto poruchou vyčleňují ze svého jídelníčku sacharidy, tuky a nutriční látky. Následkem toho jim začnou vypadávat vlasy, řídnou kosti, ženám se zastavuje menstruační cyklus.

Termín poprvé použil americký lékař Steven Bratman – zakladatel komunity orientující se na zdravou výživu, která však byla na základě zjištění o velkých změnách ve stravování a negativním změnám na zdraví rozpuštěna.

1.7.2. Bigorexie

Známá také jako Adonisův komplex. Znamená posedlost vlastním tělem. Podle Kulhánka (2009) lidé trpící bigorexií usilují o dosažení neuskutečnitelných hodnot své fyzické zdatnosti. Jedná se o slabé typy ochotné udělat pro svůj vzhled téměř cokoli. Častým posilováním však může dojít k poškození pohybového aparátu. Nadměrným užíváním bílkovinných doplňků stravy jsou přetěžovány ledviny, játra a trávicí systém. Vlivem velkého množství energetického příjmu těchto doplňků také někteří mohou trpět nadváhou.

Projevy bigorexie podle Ladishové (2002):

- Časté cvičení bez možnosti odpočinout si
- Pravidelné cvičení, i přes chronickou únavu a fyzické vyčerpání
- Vymezení si doby u své zvolené aktivity a její splnění, dokud nebude tato doba splněna (i přes zranění a bolest).

1.7.3. Drunkorexie

Drunkorexie znamená neustálé snižování příjmů potravy za účelem popíjení velmi kalorického, tvrdého alkoholu. Jak uvádí Kulhánek (2009) je opíjení se kompenzováno velkým výdajem energie na párty. Velké množství alkoholu na prázdný žaludek se však dostane do jater mnohem rychleji než obvykle, což jen zvyšuje jeho účinek. V kombinaci s energy-drinkem dokonce stoupá krevní tlak a srdeční tep. Trpícím srdeční vadou pak hrozí kolaps, či v horším případě smrt. Touto poruchou trpí především ženy ve věku od 18 do 24 let.

2. Mentální anorexie

Mentální anorexie je nemoc, jejíž neléčení může mít smrtelné následky. Obecně ji charakterizuje odmítání jídla a dramatický úbytek hmotnosti: pacientka nabývá typického mrtvolného vzhledu, třebaže ona sama sebe považuje za tlustou. (Ladishová, 2002,s.30)

Leibold (1995) popisuje MA jako nemoc, která proslula svými časně nápadnými vnějšími symptomy, a také faktem, že v mnoha případech končí smrtí. Za nejznámější případy mentální anorexie považuje britskou modelku Twiggy, která představovala ideál štíhlosti v šedesátých letech.

Papežová (2000) uvádí, že se jedná o nemoc postihující především mladé dívky. V porovnání s držení klasických diet u žen se liší především v pokračování hladovky i při dosažení svého cíle. Rozvod rodičů, alkoholismus, kritické poznámky o své váze a další, to vše mohou být důvody vzniku této nemoci. V žádném případě bychom ji neměli podceňovat, v závažnějších případech může ohrožovat život, či dokonce způsobit smrt. Její trvání je různé. Odmítáním pomoci může trvat dokonce i 5 let a více. V takových případech na nemoc nestačí jen rodiče, je nutné vyhledat psychiatrickou, lékařskou a psychologickou pomoc. Lidem trpícím anorexií velmi pomáhá kontakt s osobami stejné nemoci. Na tento popud byla na lékařské fakultě UK založena první svépomocná organizace - psychiatrická klinika. Podle Ladishové (2002) je největším znakem anorexie zkreslený obraz o své osobě - neuvědomění si, že postižená chorobou trpí. Nemocné dívky jsou neustále nespokojené. I když se jim podaří zhubnout, nestačí to, a tak hubou dále. Přesto, že je vyhublá na kost, považuje se stále za tlustou. Čím více se však anorektičky snaží snížit svou tělesnou hmotnost a hladovět, tím více narůstá jejich apetit a touha jíst. Postupem času se z jídla stává posedlost a z některých anorektiček se dokonce stávají bulimičky (asi 30% z 50%). *Hlavním rozdílem mezi těmito dvěma onemocněními jsou frekvence a intenzita záchvatů přejídání se a následného očišťování se - bulimička žije proto, aby se mohla přejídat a následně zvracet, zatímco anorektička zvrací pouze příležitostně. (Ladishová, 2002,s.33)*

V dnešní době se můžeme setkat s několika projevy anorexie. Pro většinu lidí je velmi obtížné ji pochopit. Pomoci jim může, jak uvádí Papežová (2000, s.11) *představit si anorexii jako nestvůru, která sedí postižené na ramenou a našeptává jí do ucha falešné rady a informace.*

Život s „anorektičkami“ může být pro mnohé rodiny velmi obtížný. Často je trápí, že nemoc je následkem chyby, zapříčiněné jejich špatnou výchovou. Místo, aby si uvědomily, že anorexie je jakýmsi vyjádřením stresu, tragédie, považují chování svých dětí za sobecké, zlomyslné a provokativní. Papežová (2007)

Jak je ale možné, že dívky i po tak přísných dietách nevidí, jak jsou vyhublé? Důvodem je tzv. narušený způsob vnímání, při kterém nemocné vidí své tělo zkresleně.

V myslí nemocných se vlivem různých negativních pocitů, prožitků a klíčových okamžiků Života vytváří zcela jiná představa vlastního vzhledu, která není reálným odrazem skutečnosti. (Anabell,2000,s.5). Podle Anabell (2000) je mnohonásobně přeceňovaná tělesná proporce, dívky se domnívají, že jsou tlusté. Neustále kontrolují svou váhu, udržení si nízké hmotnosti se stává posedlostí.

2.1. Základní diagnostická kritéria MA:

Základní diagnostická kritéria MA uvádí Maradová (2007):

- a) BMI dosahuje hodnot 17,5 a méně
Držení tělesné hmotnost nejméně 15% pod hranicí hmotnosti normální
- b) Nadměrné cvičení, vyhýbání se pokrmům, po nichž se tloustne, užívání látek zvyšujících vylučování moči, či látek potlačujících chuť k jídlu
- c) Stanovení si nízkého prahu hmotnosti na základě zkreslených představ o své postavě
- d) Nepravidelný menstruační cyklus u žen
- e) Pokud se jedná o mladé nemocné, v období puberty, dochází k primární amenoree, což znamená, že se dívkám nedostaví první menstruace. Zastavuje se jim růst a přestanou se vyvíjet prsa.

Podle Maradové (2007) lidé trpící mentální anorexií si na základě zkresleného vnímání svého těla a strachu z tloušťky neuvědomují závažnost své nízké hmotnosti, které sebou nesou vážné, v některých případech trvalé následky. Nespokojenost s vlastním tělem také úzce souvisí s celkovou životní spokojeností.

Specifické typy mentální anorexie, Krch (2002):

- Nebulimický (restriktivní) typ: během nemoci se nedostavují opakované záchvaty přejídání
- Bulimický (purgativní) typ: během nemoci dochází k neustálým záchvatům přejídání

2.2. Projevy mentální anorexie

Symptomy mentální anorexie podle Ladishové (2002):

- Extrémní touha být štíhlá i za cenu ohrožení života
- Nadměrný strach z přibrání i za předpokladu vyhladovění
- Zabývání se svým vzhledem, hmotností a postavou
- Zastavení menstruačního cyklu

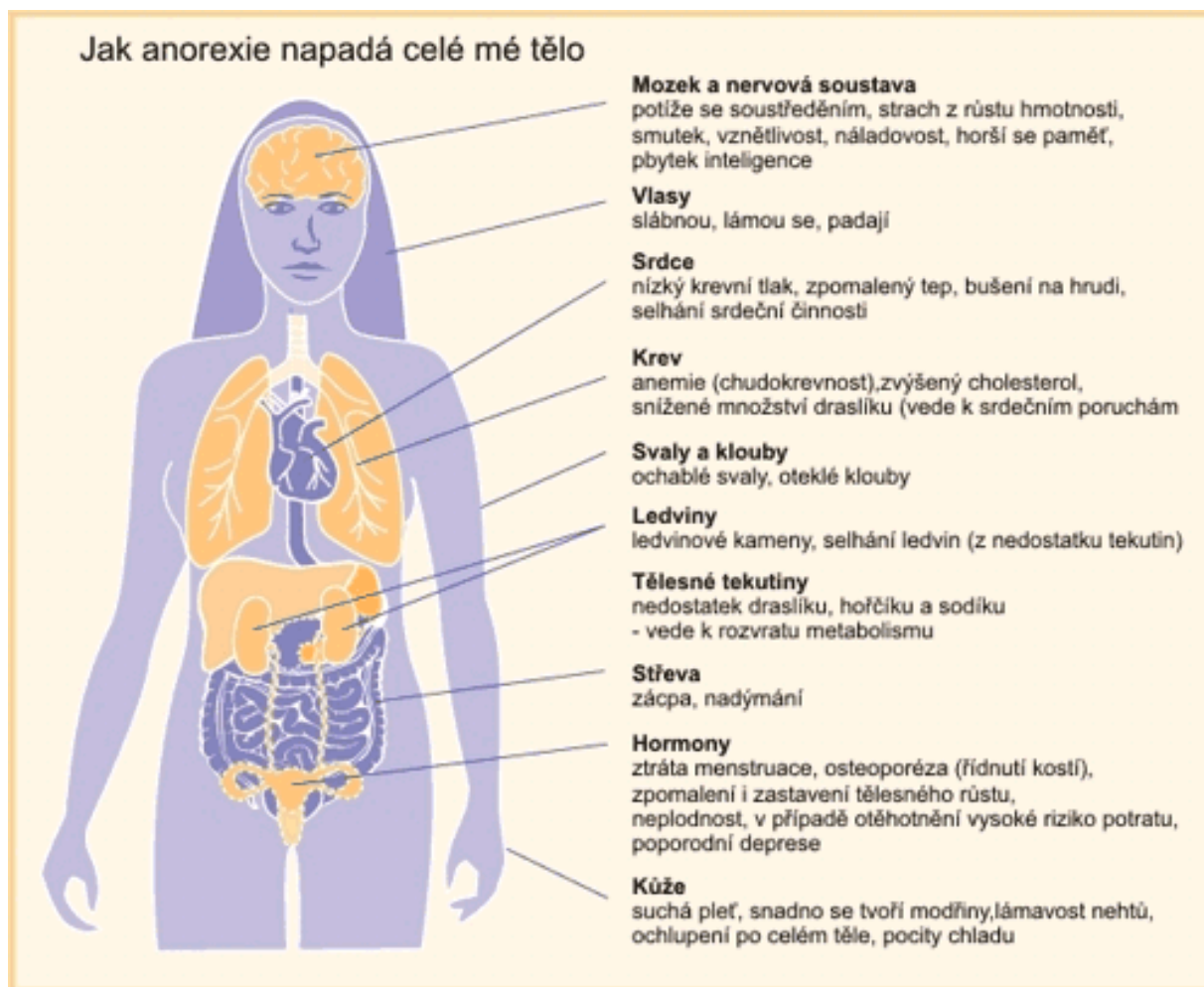
Znaky mentální anorexie, Ladishová, (2002):

- Velký úbytek hmotnosti, a extrémní vychrtlost
- Neustálé tvrzení postižených, že jsou tlusté, i když ve skutečnosti nejsou
- Potřeba neustále jíst, nebo v opačném případě nejíst vůbec
- Přísné a velmi časté cvičení až do úplného vyčerpání
- Vymlouvání se, že už jedla, nebo nemá hlad
- Neschopnost konverzace, ztráta přátel, koníčků, svých aktivit
- Být štíhlá je to nejdůležitější

Emocionální a psychické projevy, Ladishová (2002):

- Deprese, vyhýbání se přátel a rodině
- Nesmyslný strach z tloušťky
- Úbytek sexuální potence
- Neschopnost dělat cokoli s mírou
- Nízká sebeúcta
- Agresivní a iracionální chování při poznámkách okolí na jeho vzhled

Obrázek 2: Tělesné potíže při mentální anorexii



Zdroj: trable.cz (2015)

3. Mentální bulimie

„Bulimie je balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se“. (Krch, 2008, s.26) Pokud se chceme vyléčit z MB, musíme se nejprve přestat přejídat.

Ladishová (2006) mentální bulimii popisuje jako poruchu, pro kterou je charakteristická přehnaná kontrola hmotnosti spojená se záchvaty přejídání. Většinou se tato extrémní kontrola střídá s hladověním. V porovnání s anorexií není tak viditelná, protože osoby trpící mentální bulimií nejsou vyhublé, ale naopak mají normální, nebo vyšší hmotnost. Bulimičky jsou osoby trpící nadměrným přejídáním, během poměrně krátké doby, což pak kompenzují vyvolaným zvracením, nebo velkou fyzickou aktivitou. V některých případech může bulimie vyústit až do anorexie.

Největším problémem bulimie je podle Ladishové (2006) konzumace jídla i za předpokladu, že nemocní nemají hlad a to jen z důvodu zaplnění „vnitřní prázdnoty“. Jedí z několika důvodů: z nudy, když se cítí deprimované, nejisté, nebo osamělé. Přestat dokáží až po úplném přeplnění žaludku. Odbornice na poruchy příjmu potravy Rosa Calvová (2002) tvrdí, že *prejídání se zpravidla vzniká jako interakce mezi dodržováním diety a jinými situacemi psychické nepohody, které mohou urychlit a udržovat nadměrné a kompulzivní přejídání se. Existuje mnoho spouštěčů bulimistického záchvatu: může být vyvolán kalorickou a výživovou restrikcí, citovou deprivací, asociací jídla jako prostředku, jenž zmírňuje pocit úzkosti, samoty atd.* (Ladishová-Calvová, 2002, s.37).

Podle Krcha (2003) bychom mohli přejídání se charakterizovat jako okamžik nutkání, střídán s pocitem rozkoše, kterou střídá nevolnost a zakončen je pocitem štihlosti a čistoty.

Základní znaky k určení diagnózy MB:

1. Opakované epizody přejídání, které jsou podle některých významnějším příznakem než zkonsumované množství.
2. Opakující se nadměrná kontrola tělesné hmotnosti související s hladovkami a neustálým cvičením.
3. Zvýšený zájem o svůj vzhled a hmotnost.

3.1. Základní diagnostická kritéria MB

Podle Maradové (2007) jsou základní diagnostická kritéria MB:

- a) Nemocný po dobu 3 měsíců a to alespoň 2 krát týdně zkonsumuje velké množství jídla ve velmi krátkém čase. Takové přejídání probíhá v epizodách, které se opakují.
- b) Velká až přehnaná touha po jídle
- c) Obava ze ztloustnutí na základě pocitu velké hmotnosti
- d) Snaha kompenzovat konzumaci velkého množství jídla užíváním různých léků, projímadel, či zvracením.

Specifické typy mentální bulimie, Krch (1999):

- Bulimický (purgativní) typ: vyznačuje se opakovaným přejídáním, či kompenzace v podobě diuretik, laxativ, zvracení.
- Restriktivní typ: nedochází k opakovaným záchvatům přejídání a kompenzace. Využívá jiných metod, jako jsou: intenzivní cvičení, hladovky a přísné diety.

3.2. Přejídání

Přejídání se můžeme podle Krcha (2003) charakterizovat jako:

1. Zkonsumování většího množství, než jsme měli v plánu
2. Konzumujeme něco jiného, než jsme zvyklí
3. Konzumujeme větší množství jídla, než je obvyklé
4. Při jídle ztrácíme kontrolu nad svým chováním

Podle Krcha (2003), čím větší množství sníme, tím více roste chuť. Postupně se tak bulimičky od pocitu přejedení dostávají k přejídání. Během záchvatu přejídání jsou schopné zkonsumovat 1000 až 3000 kcal, neboli 4200 až 12 600 KJ. Některé z nich dokonce až 20 000 kcal, bez ohledu na to, o jakou potravinu se jedná. Vegetariánská dieta a přejídání se sezonním ovocem bývají díky jejich nízké energetické hodnotě nejčastěji příčinou návyku na velké množství jídla.

Jak uvádí Krch (2003) je přejídání popisováno bulimičkami jako něco zoufalého a neovladatelného. Pocit hladu závisí na hladině krevního cukru. Pokud klesne pod určitou hranici, přichází hlad. Po najezení zase stoupá, cítit hlad přestáváme asi po dvaceti minutách. Jakmile stoupne, automaticky dojde ke zvýšení inzulinu v krvi, který

cukr zpracovává. Nejrychleji se cukr do krve dostane za pomoci potravin obsahující jednoduché sacharidy, potravin s vysokým obsahem škrobu, alkoholu a kofeinu. Samozřejmě na velkou dávku cukru v krvi tělo reaguje velkou dávkou inzulínu, což vede k jeho rychlému zpracování. Při přejídání se sladkostmi nebo při časté konzumaci alkoholu a kofeinu tak dochází k permanentnímu zvýšení hladiny inzulínu v krvi a následně k příliš rychlému snižování cukru v krvi. Výsledkem je nízká hladina cukru a naopak vysoká hladina inzulínu, neboli odborně - Hypoglykemie. U lidí trpící hypoglykemií se v případě, že několik hodin nejí, objevuje malátnost, velký pocit hladu, deprese, problém soustředit se na jiné věci než je jídlo, zmatenost, a další fyzické potíže.

Podle Krcha (2003) existují dvě frekvence záchvatového přejídání. V prvním případě bulimičky jedí do té doby, než mohou nebo než nejdou zvracet. V případě druhém se přejídají jen v určitou dobu, především večer a pouze příležitostně.

Spouštěče záchvatového přejídání podle Krcha (2003)

1. Všechny situace, při nichž se dostáváme do styku s jídlem. Jedná se například o vaření, nakupování a stolování.
2. Zážitky související s jídlem, jako je pocit plnosti a sytosti, nebo opakované myšlenky na jídlo.
3. Vše, co souvisí s naší postavou, hmotností a strachu z tloušťky, od představ a zážitků až po nevhodné komentáře směřované na náš vzhled, či váhu.
4. Špatné pocity a nálady

Podle Coopera (1995) lidé po záchvatu přejídání cítí okamžitý pocit úlevy, který se střídá s pocitem viny. Mívají deprese, protože se nedokázali ovládnout. Záchvatové přejídání s sebou nese i fyzické problémy, jako je bolest hlavy a závratě, únava a bolest v podbřišku. Přejídání pak kompenzují hladověním, přísným dodržováním diet, zvracením, užíváním dietních pilulek, diuretik a projímadel.

Chorobný strach:

K dalším znakům typickým pro bulimie je chorobný strach a to především strach z tloušťky. Podle Krcha (2005, s 26) *jako každý jiný strach roste s pozorností, kterou*

mu věnujete, a s kroky, o které před ním ustupujete. Když se vyzvracíme, protože máme strach z tloušťky, o den později nás plné břicho vyděsí o to více.

Podle Coopera (1995) se postupem času strach zvětšuje a jediné, co v tomto případě pomůže, je postavení se tomuto svému strachu. V této situaci jsou pak jediným řešením skončit s dietami, přestat užívat projímadla, nezvracet a začít pravidelně jíst.

3.3. Projevy mentální bulimie

Symptomy mentální bulimie podle Ladishové (2006):

- Velmi časté střídání přejídání se s hladověním a vyvolaným zvracením
- Velké změny hmotnosti
- Ztráta kontroly u přejídání se, doprovázena pocity viny
- Neustálé držení diet

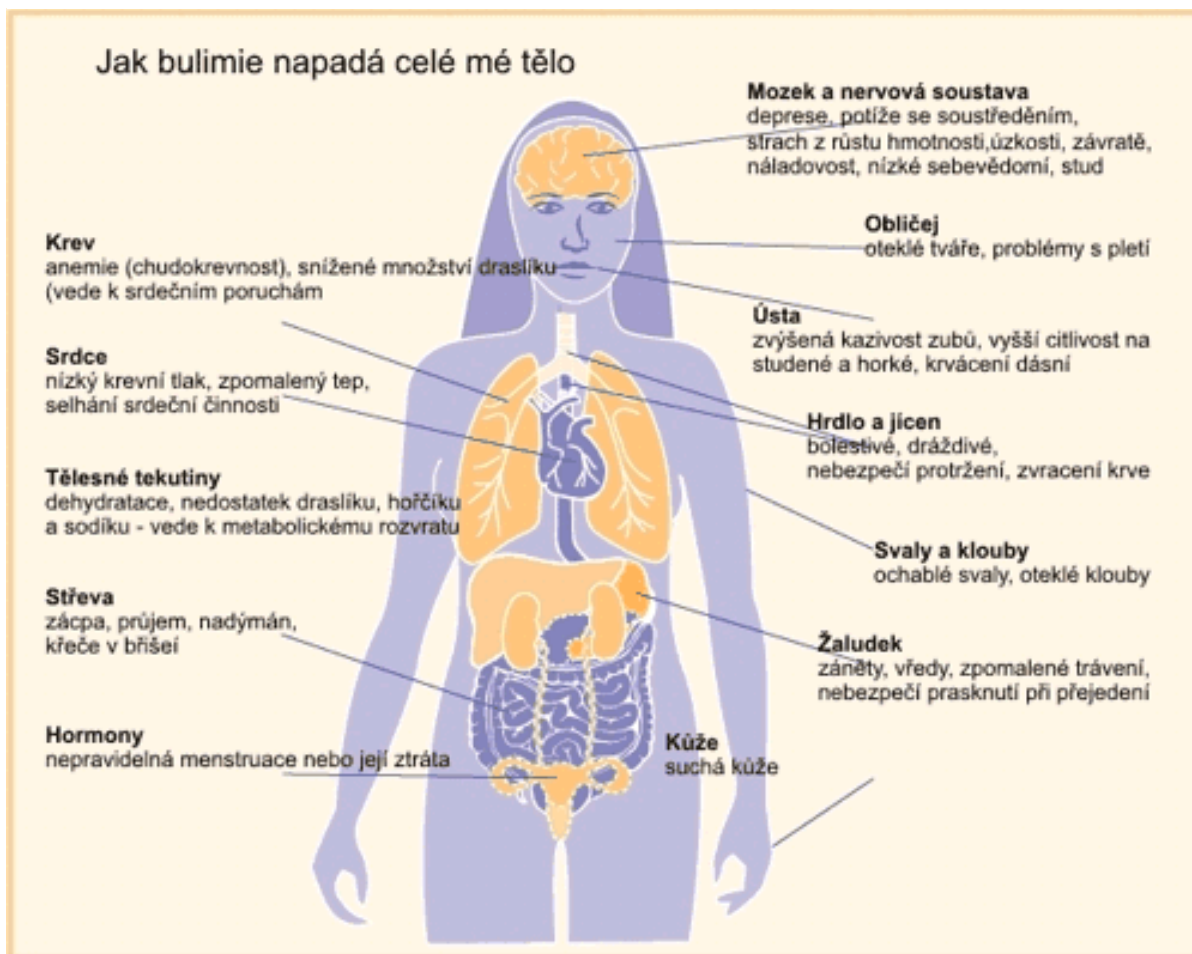
Stopy, zanechávající po sobě nemocní, Ladishová (2006)

- Schovávání pokrmů s vysokou kalorickou hodnotou, vyprazdňování lednice
- Nadměrný zájem o sportovní aktivity a cvičení i za špatného počasí, nemoci, či zranění
- Chození na toaletu po každém jídle, zápach zvratků na záchodě
- Oteklý krk a obličej
- Ztráta přátel a dřívějších aktivit
- Jiná – nažloutlejší barva zubů
- „Stopy“ na ruce způsobené vyvolaným zvracením, při strkání prstů do úst

Psychické projevy mentální bulimie, Ladishová (2006):

- Stanovení si nedosažitelných cílů, velké nároky
- Strach z tloušťky
- Neschopnost vyjádřit své pocity, špatná komunikace
- Deprese, smutek
- Neschopnost vážit si sám sebe
- Neschopnost udělat cokoliv s mírou

Obrázek 3: Tělesné potíže při mentální bulimii



Zdroj: trable.cz (2015)

4. Historie poruch příjmu potravy

Podle Krcha (1999) jsou poruchy příjmu potravy známy již z dávných staletí. Ze starověku se setkáváme s pojmy „pica“, v překladu touha po potravinách, které jsou nevhodné k jídlu nebo také „ruminace“, což znamená předžvýkané jídlo vrácené zpět do úst.

4.1. Historie mentální anorexie

Problém odmítání jídla nebyl považován vždy za primárně chorobný jev. Příkladem může být přísné dodržování půstu u křesťanů za účelem sebepotrestání. Později byly dávány do souvislosti s nadpřirozenými silami a moci ďábla. Teprve, když začalo mít odmítání jídla přehnaný charakter, začalo se pokládat za duševní poruchu.

Jak uvádí Krch (1999), první zmínky o mentální anorexii můžeme najít již ve středověkých pramenech pod pojmem „anorexia mirabilis“. V té době se objevují tzv. „zázračné panny“. Jedná se o postící se mladé dívky známé především pro své tvrzení, že nejedí vůbec, nebo konzumují pouze minimální množství potravy. Zpočátku tuto abstinenci považovali lékaři za boží přičinění, posléze byly tyto metafyzické teorie nahrazovány teoriemi pravdivějšími. Teprve ve 20. Století bylo na problém nahlíženo jako na chorobu. Mění se také pohled na tyto postící se panny, kterým jde především o upoutání pozornosti. V období antiky je užíván pojem „orexis“ ve významu absence chuti k jídlu, či odporu k jídlu. Hippokrates přichází s termínem „indeia“, připisuje však tento stav špatným tělesným tekutinám. Až do moderní doby se chápání anorexie soustředilo pouze na somatické příčiny, zejména poruchy funkce žaludku. Počátkem devatenáctého století vzniká ve Francii termín „nervová anorexie“. Francouzský frenolog a fyziolog Fluery Imbert posléze rozlišuje anorexii na dva druhy: nervovou, typickou pro pacienty odmítající jíst a gastrickou, spojenou s poruchou zažívání. Termín „anorexia mentale“ se používal do roku 1874, poté britský lékař William Gull přichází s novým označením – „anorexia nervosa“.

4.1.Historie mentální bulimie

Jak uvádí Krch (1999) historie přejídání je stejně tak stará jako odmítání jídla. Původně byla nemoc označována pojmem „bolimkos“, v překladu velký hlad. Filozofové té doby užívají řecká slova „bous limos“, což znamená mít tak velký hlad, že bychom snědli i vola. V osmnáctém století se rozlišovalo až sedm druhů bulimie. Brány v úvahu byly především emocionální faktory.

Jak již z předchozích kapitol víme, zpočátku se mentální anorexie a bulimie dávala do kontextu, což také bylo příčinou toho, že se bulimie stala základním objektem zkoumání. Zaznamenáno bylo několik záchvatů přejídání u dívek léčících se z anorexie. V roce 1944 přichází Ludwig Binswanger s nejlépe popsanou kauzistikou o boji bulimie se štíhlostí, která vyústí až k extrémnímu užívání laxativ a nucenému zvracení. V sedmdesátých letech začal vzrůstat počet žen trpících záchvaty přejídání, držících si však svou hmotnost za pomoci projímadel, zvracení, či stálým držením diet. Od roku 1987 je užíván termín bulimia nervosa, se kterým přišel psychiatr Gerald Russell. Charakterizoval je jako velké nutkání se přejídat ve spojení se strachem z tloušťky, doprovázeného zvracením. (Krch, 1999)

5. Léčba poruch příjmu potravy

Terapie poruch příjmu potravy se v poslední době kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby (Krch- Garner a Needleman,1997, s.127). Tyto návrhy však vzhledem k jejich teoretické a praktické náročnosti doposud nebyly empiricky ověřeny.

Hospitalizace a částečná hospitalizace:

Důvodem k hospitalizaci nemocných je často potřeba jejich lékařské stabilizace. (Krch, 1999,s.129). Jak dále Krch (1999) uvádí, součástí léčebného procesu je pomoci uzdravit se nejen z fyzické, ale také z psychické stránky. Při výběru vhodného druhu léčby rozhodují obecné směrnice:

1. u vychrtlých pacientů – navrátit se ke své původní hmotnosti, popřípadě zamezit dalšímu úbytku hmotnosti
2. zamezit zvracení, záchvatům přejídání a užívání léků, především projímadel
3. posouzení a následná léčba dalších vážných zdravotních potíží
4. léčba negativních stavů způsobených poruchami příjmu potravy – sebepoškození, deprese

Podle těchto čtyř kritérií se posléze rozhoduje, zda je pacientův stav natolik špatný, že je nutná hospitalizace. Popřípadě se o hospitalizaci uvažuje, když pacientovi nepomáhá dosavadní psychologická léčba.

Podle Krcha (1999), je částečná hospitalizace určena pro pacienty s menším rizikem sebepoškození, který nevyžaduje poskytování stálých terapeutických služeb. V nemocnici pak tyto pacienti nemusejí zůstat přes noc.

Ambulantní lékařská péče:

Jak uvádí Krch (1999), jedná se o léčbu určenou pro tzv. nepoddajné pacienty s negativním názorem na úspěšné vyléčení, a to především z důvodu několika předchozích forem neúspěšné léčby. Cílem je stabilizovat pacienta do stavu psychické a somatické rovnováhy, nikoli překonání jeho nemoci. Vykonávána může být ve skupině s lékařským dohledem nebo také individuálně. Součástí péče je nutná kontrola tělesné hmotnosti a zdravotního stavu.

Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace:

Svépomoc je podle Krcha (1999) vhodná pro pacienty s mírnými příznaky poruchy, mající velkou pravděpodobnost na uzdravení. U některých z nich dokonce může dojít k úplnému uzdravení. Součástí terapie je užívání svépomocné příručky, pro některé z pacientů je dostačující svépomoc pod dohledem odborníka.

Rodinná terapie

Jak uvádí Krch (1999) je tato terapie určená pro pacienty žijící se svou rodinou. Vhodná také pro starší pacienty, v jejichž rodinách dochází ke konfliktům, pouze však jako doplněk k terapii individuální. Nabízí pomoc členům rodiny, jak se správně postarat o své děti trpící poruchou příjmu potravy.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

KBT je podle Krcha (1999) určena pacientům se středními až těžkými příznaky, ale také těm, jejichž věk je nevyhovující pro rodinnou terapii. Kognitivně behaviorální terapie u mentální anorexie má dlouhodobější průběh a je zaměřena na interpersonální a osobní oblasti.

Interpersonální terapie (IPT)

Krch (1999) popisuje IPT jako terapii, která se nezaměřuje přímo na problémy s jídlem. Podle výsledků různých studií bylo prokázáno, že léčba pomocí IPT při zmírnění záchvatů přejídání, či úplného vyléčení je stejně tak účinná jako KBT. I přes tyto výsledky je pacientům doporučována spíše terapie kognitivně behaviorální a to především díky svým rychlejším účinkům při léčbě poruch příjmu potravy.

Psychodynamická terapie

Podle Krcha (1999) se psychodynamická terapie využívá v případě, kdy ostatní krátkodobé druhy léčby nejsou účinné. Je doporučena také jako alternativa při dlouhodobé KBT, pokud nepomohly jiné přístupy.

Farmakoterapie

O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovým přejídáním, které neuspějí při počátečním pokusu o kognitivně behaviorální terapii. (Krch, 1999, s.136). Podle Krcha (1999) by farmakoterapie však neměla být u pacientek s mentální bulimií prioritním druhem terapie. Podle studií je v tomto případě nejúčinnějším lékem fluoxetin chlorid, jehož denní dávka by se měla pohybovat kolem 60mg. V případě, že fluoxetin nepomáhá, jsou pacientkám doporučena cyklická antidepresiva. Inhibitory MAO jsou předepisovány pacientkám, kterým se nezlepšují výsledky po užívání žádné z předchozích dvou látek.

6. Rizikové chování u poruch příjmu potravy

Milovský (2010) popisuje rizikové chování jako jednání, na jehož následky dochází k nárůstu sociálních, zdravotních a výchovných rizik pro společnost i jednotlivce. Pojem je nahrazen dříve používaným označením – sociálně patologické jevy. Macek (2003) datuje největší nárůst rizikového chování od počátku devadesátých let, kdy se snížila kontrola nad chováním občanů a naopak zvýšila tolerance a benevolence k tzv. „teenagerům“. Jako další příčiny uvádí větší důraz na materiální hodnoty u některých skupin obyvatelstva, větší osobní svobodu a velký nátlak na vlastní rozhodování. Brát v potaz by se měly také skryté problémy rizikového chování v minulosti (nacionalistické a rasové postoje, problém drog), které jsou v dnešní době, na rozdíl od té minulé, zjevné.

Server aktivitaprozdravi.cz uvádí některé společné znaky rizikového chování:

- Chování směřuje proti skupině nebo proti sobě samému
- Míra rizika je v přímém vztahu k sociální a profesní příslušnosti, k věku a přechodnosti nebo stálosti deficity chování jednotlivce

Rizikové chování je doprovázeno především narušením vztahu k vrstevníkům, rodině, společnosti, ale i sobě samému.

Rizikové chování z pohledu adolescentů:

Jak popisuje Macek (2003), při analýze adolescentního prožívání a chování z pohledu dospívajících, která byla provedena na základě průzkumu z roku 1995, bylo největším problémem užívání tvrdých drog. Tuto možnost z celkové nabídky sedmi problémů vybralo až 51% všech respondentů. 14% vnímalo jako závažné střídání sexuálních partnerů, 12% hrací automaty, 9% alkoholismus, 3% měkké drogy, 2% kouření a 1% nadměrné užívání léků. Macek (2003) uvádí, že je důležité především zmínit, že při hodnocení rizikovosti záleží především na tom, co všechno dospívající považují za riziko a zda mají s jednotlivými formami rizikového chování osobní zkušenost. Například při jakékoli zkušenosti s drogově závislým je pro adolescenta největším nebezpečím drogová závislost. Při hodnocení rizikovosti by se měla brát také v potaz míra tolerance, která je například u kouření a pití alkoholu v dnešní době poměrně vysoká.

Milovský (2010) rozlišuje devět oblastí rizikového chování:

- Poruchy a problémy spojené se syndromem CAN
- Záškoláctví
- Prevence v adiktologii
- Rizikové sporty
- Sexuální rizikové chování
- Rasismus, xenofobie
- Působení sekt
- Poruchy příjmu potravy (Milovský, 2010)

Podle Sobotkové (2014) je v dnešní době experimentování s rizikovým chováním považováno za součást vývoje dospívající mládeže. Takovéto chování je většinou dočasné a s přibývajícím věkem postupně mizí. Většinou je v mezích zákona a nepřekročí hranici trestného činu. Vzhledem k vývoji dítěte však může být také účelové. Příkladem je pomoc při řešení aktuální potřeby ve smyslu zvýšení pocitu identity, vlastního sebevědomí a sebedůvěry.

Bohužel v současnosti přebírá adolescentní mládež čím dál více rizikové způsoby chování, které je mohou ohrožovat i v dalším životě. Světová zdravotnická organizace WHO dospívající považuje za samostatnou rizikovou skupinu. Dokonce přišla s označením SRCH-D, který je zkratkou pro syndrom rizikového chování v dospívání. Podle Sobotkové (2014) SRCH-D zahrnuje tři navzájem se kombinující oblasti.

Složky SRCH-D:

- Rizikové chování v oblasti reprodukční – předčasné rodičovství a sex, pohlavní nemoci, střídání sexuálních partnerů
- Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje – delikvence, poruchy chování, agrese, maladaptace, kriminalita, sebepoškozování, sociální fobie
- Zneužívání návykových látek – obecně dlouhodobě negativní jev

Syndrom rizikového chování na jednu stranu zjednodušuje pohled na devět základních oblastí rizikového chování, na druhou však neřeší klíčový problém.

7. Rizikové faktory

Obsahem této kapitoly jsou rizikové faktory u poruch příjmu potravy. Nejprve je zde vysvětlen tento pojem, dále jsou popsány jednotlivé druhy rizikových faktorů. Důležité je také zmínit, že příčinou vzniku nemoci není pouze jeden faktor, ale spojení několika vlivů, což uvádí Krch (1999), podle kterého se v dnešní době většina zkušených pracovníků shoduje v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádná příčina, která by se projevovala u většiny pacientů s poruchami příjmu potravy.

Podle Papežové (2010) je rizikovým faktorem faktor, jenž značí při dostatečném množství důkazů, že se sledovaná okolnost vyskytla dříve než onemocnění. Pokud jistě nevíme, zda faktor onemocnění předcházel, či následoval, jedná se o koreál, nikoli rizikový faktor. Zjednodušeně bychom mohli říci, že rizikovým faktorem jsou vlastnosti zvyšující výskyt nežádoucích jevů. Jak uvádí Papežová (2010), tyto faktory mohou na nemoc působit jako kauzální, pokud na základě experimentální manipulace dochází ke zmírnění/zesílení sledovaného symptomu. O zesíleném faktoru hovoříme, pokud působí přímo na vznik onemocnění, na tento faktor působíme při prevenci. Naopak o faktoru zeslabujícím hovoříme, pokud se podílí na udržování nemoci, na faktor působíme při léčbě. Mezi rizikovým faktorem a symptomem stojí mediátor, na který rizikový faktor působí a ovlivňuje poruchy příjmu potravy.

Podle Papežové (2010) se rizikové faktory dělí na speciální a obecné. O speciálních hovoříme v případě, že způsobují pouze onemocnění poruch příjmu potravy, žádná onemocnění psychiatrická. V případě zvýšeného rizika u obou onemocnění, hovoříme o faktorech obecných.

7.1. Sociokulturní faktory

Někteří autoři se domnívají, že problém poruch příjmu potravy je zapříčiněn rychle se měnící kulturou. Zpočátku se týkal žen a dívek, především imigrantek v zemích „západního světa“ snažících se přizpůsobit jakémusi ideálu západní kultury. Tento módní „vzor“ také z části ovlivňuje mnohé zranitelnější adolescenty. Bruch (1998) pokládá módní průmysl a sdělovací prostředky odpovědné za to, že rozšiřují názor, že „*hodnota člověka je v tom, že je štíhlý*“, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Jak zmínil Bruch (1998), ženy jsou tímto ideálem deprimovány především v médiích, prostřednictvím reklamy. Drží diety, aby splnili jakousi představu

společnosti o štíhlosti. Se stále hubenějšími modelkami se však tento „vzor“ pro většinu žen stává nedosažitelným a zdravotně ohrožujícím. Dále Bruch (1998) uvádí, že klamavé reklamy stále více negativně působí na diváky svým falešným tvrzením o tom, jak je možné dlouhodobě, bezpečně a hlavně snadno zhubnout. Těmto trendům se také časem přizpůsobují některé časopisy, píšíci až ze sedmdesáti procent o dietách, a potravinářský průmysl vyrábějící stále více „light“ potravin. Sociální a kulturní tlak stále více prohlubuje strach z tloušťky, extrémní zájem o svou postavu a nespokojenost se svým tělem. S hubnoucími ženami také narůstá průměrná hmotnost populace. Objevovat se začíná předpojatost vůči obézním lidem, kteří jsou popisováni jako oškliví a líní, což ještě více posiluje strach z tloušťky.

Studie dokazují, že velkou příčinou redukčních diet jsou sociální vlivy. Až 45 % dívek drží dietu jen proto, že to tak dělaly jejich matky, či přátelé. Velký tlak u žen způsobuje také širší možnost lepšího profesního uplatnění. Garfinkel a Garner (1982) tvrdí, že pro některé ženy může být dodržování diety formou obrany před úzkostí, kdy v chaosu světa mohou alespoň kontrolovat své tělo.

Krch (1999) uvádí, že PPP jsou kulturně a sociálně podmíněny, neustále se vyvíjejí a mění. K největším problémům patří především měnící se jídelní návyky (McDonalizace), jiné postavení žen ve společnosti, způsob trávení volného času a vliv médií.

Kult štíhlosti:

Štíhlost v západních společnostech bývá zpravidla spojována s mladistvostí a společenskou přijatelností. Kdo je štíhlý, je také šťastný a úspěšný. Obézní lidé naopak na ostatní působí jako fyzicky neatraktivní, navíc od devadesátých let bývá nadbytečný tuk spojován se slabou vůlí a špatnou morálkou. Tito lidé jsou pro svou vyšší tělesnou hmotnost poznamenáni již od dětství různými předsudky. Děti si raději hrají s těmi štíhlými a obézním připisují vždy jen špatné vlastnosti. Negativní vztah k silným lidem je dán západní ideologií, která vede k předsudkům proti těm, kteří nevyhovují kulturnímu ideálu štíhlosti.

Současně se také v devadesátých letech stává štíhlá figura a vypracované tělo symbolem kontroly a úspěchu. Bordo (1993) uvádí, že „*ideálem tu je tělo, které je absolutně pevné, zkrocené, spoutané, tuhé.*“ (Bordo,1993,s.190). Grogan (1999) uvádí,

že dokonce už v sedmdesátých letech byly atraktivním lidem připisovány vždy lepší vlastnosti a větší fyzická přitažlivost.

Podle Papežové (2000), významným rizikovým faktorem dnešní doby jsou také média, podle nichž se tlustí rovnají šeredným a méně hodnotným. Není však jednoduché prokázat vliv miss a štíhlých modelek v časopisech a televizi, jako faktory jednoznačně spouštějící PPP. Důvodem je tak velké rozšíření médií, že neexistují ženy, které by tomuto tlaku vystaveny nebyly. I když každá žena nesleduje televizi a nečte magazíny, je neustále obklopena různými billboardy a kamarádkami mluvícími o tom, jak by měly zhubnout. Existují také experimenty, které u žen po shlédnutí obrázků štíhlých modelek dokazují mnohem větší nespokojenost se svým tělem a zhoršení nálady v podobě depresí, pocitů studu a viny.

Jak uvádí Novák (2010) jsou muži naopak médii ovlivněni daleko méně. Nemají na ně negativní vliv v podobě nespokojenosti se svým tělem, ale právě naopak jim slouží jako prostředek informací a rad k tomu, jak vylepšit svůj zevnějšek.

Riziková prostředí:

Papežová (2000) popisuje, že většina z nás si určitě poruchy příjmu potravy spojí ihned s modelkami a baletkami. Nebylo prokázáno, že je to tak vždy. S jistotou však můžeme říci, že to jsou faktory, které riziko vzniku jak MA, tak i MB zvyšují. Nejvíce riziková prostředí jsou taková, prostředí, ve kterých je vyžadován určitý štíhlý vzhled a neustálá pohybová aktivita.

Vliv vrstevníků a kamarádů:

Novák (2010) uvádí, že jedním z faktorů zvyšujících riziko PPP je také vliv vrstevníků. V období dospívání si dívky osvojují různé postoje a chování svých kamarádů. V tomto věku se začínají adolescentní dívky nejvíce zajímat o svou postavu. Mladiství s vyšší hmotností se tak často stávají terčem posměchu svých spolužáků. Podle některých průzkumů jsou kamarádi spolu s rodinou považováni za mnohem rizikovější faktor, než jsou média. Existují však také výzkumy, které tuto teorii vyvrátily, jelikož ne všichni vrstevníci se zajímají o štíhlou postavu.

Ideál krásy v průběhu dějin:

„*Tělo člověka, jeho vzhled i projevy jsou úzce spjaty s kulturou.*“ (Fialová,2006,s.21)
Podle Fialové (2006) se každá kultura se v jejím historickém vývoji vyznačuje jistými trendy, které mají vliv na hodnocení krásy. Lidé tak usilují o napodobení ideální postavy dané doby, která by odpovídala pozitivnímu hodnocení společnosti. Kromě starověkého Řecka se snažily vyhovět ideálu krásy dané kultury vždy ženy.

- V období Antiky byla hlavním kritériem krásy tělesná zdatnost, z tohoto důvodu bylo také mužské tělo považováno za atraktivnější. Ženská postava se vyznačovala zaoblenými tvary, muži naopak svalnatou postavou.
- Gotika byla obdobím ovlivněným křesťanským zájmem o duchovní život. Zavrhovala se jakákoli starostlivost o tělesný vzhled. Symbolem té doby byla postava Krista.
- Renesance přikládala hlavní význam sekundárním pohlavním znakům. Ženy se vyznačovaly silnější postavou s větším množstvím tuku, u mužů byl kladen důraz na rozvíjení svalstva a kostry.
- Obdobně jako v renesanci měla barokní žena plnější tvary vyplněné větším množstvím tuku v oblasti břicha a pánve. Postava mužů byla o trochu více svalnatá než doposud.
- V době klasicismu přichází do módy korzety a ženy s útlými pasy. Důležitá už nebyla pouze postava, ale také společenské postavení, mravní hodnoty a krásný zevnějšek. Plnější tvary se přisuzovali spíše ženám nižšího postavení.
- Devatenácté století vyznává větší množství rysů chlapeckého vzhledu. Jsou zkracovány sukně, typické jsou především štíhlé postavy bez výraznějších ženských tvarů.

V roce 1998 se v jednom z neuznávanějších módních časopisů – Vogue, píše o ideální postavě, která má růst do výšky, má mít menší rozměry prsou a boků, širší pas a dlouhé nohy. Později na Svět přichází televize, která se stává symbolem konzumní společnosti. V období po válce se mužským ideálem stává Marilyn Monroe a postava ve tvaru přesýpacích hodin s velkým obvodem prsou. V roce 1940 Amerika znovu objevuje štíhlé modelky. Symbolem roku 1960 je Twiggy. Ideálem jsou herečky, podobající se prepubertálním dívkám. V osmdesátých letech přichází móda křivek, velkých prsou a útlého pasu. Protože je tato kombinace téměř neslučitelná, podstupují modelky

chirurgické zákroky a navštěvují fitness-centra. Symbolem devadesátých let je supermodelka Kate Moss s původními a flexibilnějšími měřítky štíhlosti.

Období padesátých, šedesátých a sedmdesátých let mělo podle Nováka (2010) velký význam v roli žen ve společnosti. Zaměříme-li se na jídelní postoje a chování, ještě v padesátých letech nebyla věnována tak velká pozornost množství kalorií v ženském jídelníčku. Ženy v té době zastávaly roli manželky, matky a staraly se o domácnost. Jejich váha by v dnešní době byla pojímána jako nadváha. V šedesátých letech je kladen důraz na přirozený vzhled, mění se také role muže a ženy. Vyrábí se unisex oblečení, ženy začínají nosit kalhoty.

Podle Fialové (2006), patří šedesátá léta do období s největším výskytem poruch příjmu potravy. Ideálem té doby byla již zmiňovaná Leslie Hornby Armstron, neboli Twiggy s pouhými čtyřiačtyřiceti kilogramy. Touhu žen po ideální postavě také ovlivnila móda francouzských bikin.

Sedmdesátá léta se podle Nováka (2010), vyznačují nástupem velkého množství žen do práce. Manželky v domácnosti tak nahrazují upravené, chytré a krásné „kariéristky“. Symbolem této doby je takzvaná superžena, která je schopná zároveň zvládat práci, domácnost, dbát o svůj zevnějšek a postavu. Tyto superženy, ve snaze přiblížit se co nejvíce vysokým nárokům společnosti jsou ohroženy zvýšeným rizikem vývoje PPP.

Podle Fialové (2006) Menší riziko onemocnění představovala osmdesátá léta, která vyznávala typ atletické postavy, tedy stále štíhlé, avšak s větším množstvím svalstva. Obecně devatenáctá a dvacátá léta přišla s názorem, že se obézní lidé dožívají mnohem nižšího věku než lidé štíhlí. Hmotnost, která byla kdysi považována za normální, vystřídala hmotnost nízká.

Fialová (2006) uvádí, že ideální postava je dnes velmi vzdálená realitě v porovnání s předchozími léty, kdy se například v letech sedmdesátých, 55% žen domnívalo, že jsou obézní, v letech devadesátých tímto problémem trpělo dokonce až 80% žen. Jednotná a ucelená měřítka krásy vytvořila ve dvacátém století masová média určující trendy po celém světě.

Média:

„Hubená jak tyčka, štíhlá jak laň, lehká jako pírkó, tenká jako proutek, chápete?“
(Reklama společnosti Bloomingdale's)

Podle Nováka (2010) se v posledních pár letech čím dál více setkáváme se ženami v reklamě. Problémem začalo být zkreslování reality při dosazování extrémně štíhlých modelek do těchto reklam pro co nejlepší propagaci výrobků. S obézními lidmi se naopak v televizi setkáme jen u 3% žen. V dnešní době jsou média rozšířena celosvětově - podle statistik z roku 1999 se v Americe děti od osmi do osmnácti let průměrně 6,5 hodiny dívají na televizi, poslouchají hudbu, hrají videohry a čtou magazíny. 99% těchto dětí má doma televizi a až 65% z nich ji má dokonce ve svém vlastním pokoji. Celkově se tak americká populace setká až s 3000 reklamami v průběhu jednoho dne. V České republice stráví denně děti od desíti do osmnácti let až 2 hodiny sledováním televize, z toho 11% tvoří reklamy. Prokázán byl také 22% vliv dámských magazínů na snižování tělesné hmotnosti u žen.

Velkým problémem je podle Nováka (2010) v tomto případě ten, že ve všech reklamách bývají preferovány především krásné a štíhlé modelky, které však neodpovídají realitě. Ve skutečnosti se průměrná výška u Američanek pohybuje kolem 161 cm a tělesná hmotnost kolem 70 kg. To však neodpovídá jakémusi ideálu médií s průměrnou výškou 170 cm a váhou necelých 50 kg. Existuje pouze 5% takovýchto dívek a žen, které by se svou postavou mohly být modelkami.

Pro objasnění, jaká by mohla být příčina až desetinásobně vyššího výskytu PPP u žen, oproti mužské populaci existuje několik faktů: v magazínech pro ženy se reklamy na diety objevují až 10x více, nejčastějším obsahem těchto časopisů jsou kromě diet také články o cvičení, sportech a chirurgických zákrocích. Jednou z příčin je také větší množství štíhlých, krásných a přitažlivých modelek na titulních stranách časopisů. Protože se takovéto ženy objevují až v 94% na veškerých obálkách magazínů, mají tak i muži jakési zidealizované představy o tom, jak by jejich partnerky měly vypadat. Následkem těchto dokonalých fotografií se pak ženy začnou zaobírat tím, jak jejich postavu vnímají ostatní. Jeden z důkazů, že média jsou skutečně faktorem zvyšujícím riziko poruch příjmu potravy, uvádí Novák (2010), který zaznamenal změnu vnímání sebe sama u žen na Fidži po tom, co se do této země dostala západní média. Již po třech letech vypovědělo 85% dívek a žen, že televize ovlivnila postoj k jejich postavě a tělesné hmotnosti.

Experimentování s jídelním chováním:

Jak popisuje Novák (2010), diety patří v dnešní době k běžné součásti našeho života. Oblíbili si je dokonce lidé větších tělesných hmotností. Mottem současnosti je

prohlášení, že „není žen tlustých, pouze líných“. I když dnes Američané podléhají více zdravému životnímu stylu, až 55% z nich je se svou hmotností nespokojena. Diety (alespoň jednou za měsíc) drží každá třetí žena. Pro mladé dívky však mohou mít vážné psychické a biologické následky v podobě deprese, úzkosti, poruchy nálad a koncentrace. V devatenáctém století narůstá zájem o cvičení a rapidně stoupá množství fitness center v USA.

Přestože nejsou diety jednoznačnou příčinou vzniku PPP, existuje mezi nimi určitá souvislost. Bylo prokázáno, že lidé stravující se přirozeně dokáží chuť k jídlu usměrňovat podle svých potřeb. Naopak lidé s nedostatečnou potřebou nasycení se vyznačují narušeným pocitem sytosti hladověním. Podle Brucha (1998), „*dietní chování a poruchy příjmu potravy jsou vyjádřením nízké sebeúcty dívek v adolescenci.*“ (Bruch, 1998). Ostatní autoři se shodují v tom, že štíhlé ženské tělo je důkazem vysoké sebekontroly.

Papežová (2010) uvádí, že při hladovění dochází často k záchvatům přejídání. Tuto skutečnost vysvětluje jako následek nižší hladiny tryptofanu, prekursoru serotoninu a následného přejedení při dietách ve snaze regulačních mechanismů vyrovnat tuto hladinu. Dalším důvodem může být větší touha po jídle, které si po delší dobu odříkáváme. Někteří přisuzují tuto příčinu k pokusům o zlepšení si negativní emocionality vzniklé následkem nejrůznějších diet, v lepší náladu. Experiment z padesátých let provedený na zdravých mužích dokázal, že při snížení váhy a následnému navrácení k původním stravovacím návykům docházelo u většiny mužů k přejídání, i když to před experimentem nikdy nedělali.

7.2. Biologické faktory:

Jak je uvedeno na serveru hubnuti4you.cz (2015), významné jsou zvláště při spojení s faktory psychosociálními. Rizikové v této kategorii jsou především tělesné charakteristiky, jako je větší tělesná hmotnost, ženské pohlaví a vyšší BMI. Potíže s větším množstvím tuku v problémových partiích řeší mladé dívky až příliš razantně, což jen potvrzuje fakt, že mnohé bulimičky před propuknutím choroby trpěly nadváhou.

Pohlaví:

Nejrizikovějším faktorem při rozvoji poruch příjmu potravy je ženské pohlaví, a to především v průběhu puberty a adolescenci. Papežová (2010) toto tvrzení opírá o

výzkum, podle kterého trpí ženy záchvaty přejídání 2,5 krát častěji než muži a anorektičky s bulimičkami dokonce až 10 krát častěji. Podle Krcha (1999) je nejrizikovějším obdobím mezi osmnáctým a šestnáctým rokem, kdy dochází u dívek k přibývání tukových zásob a růstu hmotnosti, což vede k nespokojenosti s jejich tělem. Velmi rizikové jsou především dívky s předčasným nástupem tělesného dospívání. Určitou roli zde hrají také kulturní a společenské požadavky na ženskou roli.

Jak uvádí Papežová (2010), výskyt poruch příjmu potravy se u mužů pohybuje v rozmezí od 27% do 42%. Většina těchto mužů je bisexuálně, či homosexuálně zaměřena a trpí ve větší míře bulimií. Některé studie se zabývají také transsexuály držící diety ve snaze napodobit své tělo ženské postavě.

Etnický původ:

Podle Papežové (2010), poruchy příjmu potravy bývají nejčastěji spojovány s „bílymi“ dívkami. Potvrzuje to také fakt, že Afroameričanky jsou se svou postavou mnohem spokojenější, a to i přes jejich vyšší tělesnou hmotnost. Na kolik je však etnický původ rizikovým faktorem, není jasná odpověď, neboť nespokojeností se svým tělem trpí také ženy asijského, kavkazského a hispánského původu.

Hmotnost:

Jak uvádí Fialová (2006), růstem svalů a množstvím tuku dochází ke zvýšení váhy, která se během dne i týdne neustále mění. Je proto důležité vážit se ve vždy zhruba ve stejný čas. Pro zjištění statistického porovnání tělesné hmotnosti s ohledem také na pohlaví a výšku se užívá body mass index – BMI. Vypočítá se dosazením hmotnosti v kilogramech dělené druhou mocninou výšky v metrech. Podle tabulky hmotnostního indexu, která je v rozmezí zhruba od patnácti, do více než čtyřiceti, se stanovuje, zda má jedinec podváhu, normální váhu, či trpí obezitou. Je důležité brát ohled také na věk, který s nárůstem mění i normální hodnotu BMI za vyšší. U některých osob se naměřená hodnota indexu může lišit od klinického stavu, protože BMI nezahrnuje podíl aktivní tělesné hmoty a tuku.

Tabulka 1: Kategorie BMI a zdravotní rizika

BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená Zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita stupeň I.	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita stupeň II.	Vysoká
> 40	Obezita stupeň III.	Velmi vysoká

Zdroj: nutriacademy.cz (2015)

Podle Papežové (2000), se kontext mezi poruchami příjmu potravy a BMI, či tělesného tuku doposud nepodařilo potvrdit. Některé studie považují BMI za ukazatele vývoje bulimie, není jej ale možné považovat jednoznačný rizikový faktor. S vyšší BMI však ženy nabývají dojmu, že nejsou štíhle, jelikož se štíhlost dává do souvislosti s krásou a ta se rovná úspěchu, stávají se pak náchylnější k působení jiných rizikových faktorů.

Krch (1999) dále zmiňuje, že nárůst hmotnosti a tělesného tuku, především v oblasti pasu, boků a stehen způsobuje u žen velkou nespokojenost se svým tělem. Dívky s tímto problémem se pak snaží co nejrychleji svou vyšší váhu pomocí redukčních diet snížit. Vzhledem k velkému a opakovanému kolísání hmotnosti pak dochází ke změně ve složení těla a zvýšenému riziku vzniku zdravotních problémů.

Nespokojenost s vlastním tělem:

Podle Papežové (2010), se spousta žen v dnešní době snaží přiblížit ideálu současnosti. Tato snaha ovšem způsobuje nespokojenost se svým tělem a větší předpoklad vzniku negativních emocí. Aby se zalíbily mužům, drží nejrůznější diety. Fialová (2006) uvádí, že některé ženy dokonce hodnotí své tělo velmi kriticky a zkresleně, i přestože jsou štíhlé. Naopak ostatní hodnotí reálně, podle toho, jak opravdu vypadají. Celkové sebehodnocení pak ovlivňuje rozsah spokojenosti a nespokojenosti se svým vzhledem. Až 90% žen spokojených se svou postavou jsou v životě šťastné, bez známek osamělosti a depresí. Papežová (2000) píše o průzkumu provedeném na několika dívkách různé postavy, kde si ženy vybíraly od nejštíhlejší po silnější vždy oproti mužům dívky hubenější, v domnění, že právě takové budou pro muže ty nejatraktivnější.

Věk:

Podle Krcha (1999), je jednou z příčin vzniku mentální anorexie období puberty. Špatné stravování dívek spojené s mentální anorexií může přerušit jejich fyzický vývoj. Určitou roli zde hrají také hormonální změny doprovázeny negativními emocemi (podrážděnost, labilita). Období dospívání sebou nese spoustu změn fyzických, ale i rozumových. Ve třídách se žáci začínají rozčleňovat podle oblíbenosti, což sebou nese především u dívek, zvýšenou pozornost o svou postavu a váhou. Problémem v tomto věku je také nízké sebevědomí, sebedůvěra a velká sebekritika. U dívek, snažících se snížit svou tělesnou hmotnost se tyto náchylnosti snižují v případě, že dieta selže. Naopak, pokud jsou úspěšné, pokračují v nich a svou váhu redukují až do úplného vyhubení. Nakonec postupně dochází ke vzniku poruch příjmu potravy.

7.3. Psychologické

Do této kategorie spadají hlavně faktory osobnostní, které se liší u nemocných s mentální bilimií a nemocných s anorexií.

Osobnostní faktory:

Podle některých autorů jsou základem vzniku PPP některé specifické poruchy, či rysy osobnosti. Podle Krcha (1999), je anorektička podle jejich názoru popisována jako dívka dodržující společenské a etnické normy, rodičovské hodnoty, bez fantazie, se špatným sebehodnocením, s obavami v adaptaci dospělosti, emočně nestabilní, s pochybnostmi o sobě, společensky konformní, perfekcionistická, se sníženou sebekontrolou.

Meindlová (2015) popisuje na serveru hubnuti4you.cz takovou dívku jako pečlivou, s výborným prospěchem ve škole, snažící se být ve všem úspěšná, je bezproblémová, čestná a neodmlouvá. Není sama sebou, ale jakýmsi ideálem, kterým by chtěla být.

Podle Krcha (1999) byl u mentální anorexie prokázán výrazně vyšší výsledek introverze, úzkosti a neuroticismu. Z výzkumů se také zjistila souvislost anorexie s obsedantně-kompulzivní poruchou, která se prokázala u 27-81%. Společnými znaky této poruchy a PPP jsou snížené sebevědomí, pochybnosti o sobě a nadměrná sebekontrola. Nemocní mají potřebu neustále si promítat svou bezvýznamnost, která v takovémto případě vede k vyhýbání se jídlu a změně jídelních návyků.

Jak uvádí Krch (1999), byl zjištěn také vztah anorexie s hraniční osobností, vyskytující se v rozmezí od 0 do 42%. Jisté příznaky byly zaznamenány také u bulimie. Pacienti s touto stanovenou poruchou se liší dle typu jejich léčby. Kromě obsedantních, neurotických rysů a hraniční poruchy osobnosti se u nemocných objevují také rysy hysterie, přecitlivělost, egocentrismus, nízké sebevědomí, pocit neefektivnosti a sociální úzkost. Výskyt poruchy před dozráním osobnosti je příčinou nevyzrálých postojů a reakcí.

Existují tři základní rysy vyskytující se u mentální anorexie: pocit vnitřní neefektivnosti, narušené uvědomování se vnitřních pocitů a porucha body-image. Je tedy prokázáno zvýšené riziko vzniku PPP při některých osobnostních rysech a psychických poruchách.

Dívku s mentální bulimií Meindlová (2015), popisuje jako velmi impulzivní, užívající návykové látky a alkohol, emočně labilní, se sklony k sebepoškození a depresím. „*Ačkoli bulimie je často spojená s impulzivitou, nacházíme u většiny lidí trpících bulimií zároveň perfekcionistačké rysy*“ (Vitousek a Manke, 1994, s.39). Podle Papežové (2000), byl výskyt perfekcionistačkých rysů prokázán již v dětství. Riziková je tato vlastnost však až v souvislosti se sníženým sebevědomím a nespokojeností se svou postavou.

Emocionální faktory:

Podle Krcha (1999), se strachem z tloušťky se u pacientů trpících poruchami příjmu potravy často objevují úzkostné a depresivní stavy. U pacientek trpících bulimií se deprese vyskytují ve větší míře. Zaznamenány byly u 20 až 80 % sledovaných. Příznaky deprese bývají vysvětlovány jako dopady podvýživy a nadměrné sebekontroly spojené s psychickými, sociálními a zdravotními problémy. „*Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost.*“ (Krch, 1999,70). Jak dále uvádí Krch (1999), se získáváním postupné kontroly nad PPP přetrvávají u bulimických pacientek úzkostné stavy, naopak deprese ve většině případů mizí. U nemocných anorexií se spolu s depresí vyskytují také obsedantní symptomy, které v případě selhání tyto deprese zvyšují. Zaznamenány byly u 20 až 40 % sledovaných. Z průzkumů se zjistilo, že přejídání u bulimiček a hladovění u anorektiček je v některých případech vyvoláno negativními náladami.

Novák (2010), dále zmiňuje, že jedním z důvodů negativních nálad jsou obrazy štíhlých žen v médiích. Je také prokázáno, že se ženy se špatnou náladou cítí mnohem těžší a naopak při jejím zlepšení mají pocit fyzické lehkosti. Negativní nálady u dospívajících dívek způsobují častou nespokojenost se svou postavou a snahu o přizpůsobení se jakémusi štíhlému ideálu. Chlapcům naopak negativní nálada napomáhá ke zdokonalení své postavy. Podle Krcha (1999) i přes specifčnost těchto poruch, nalezneme u nich v určitých aspektech shodu. Deprese, negativní sebehodnocení a nedůvěra ve své pocity pravděpodobně zvyšují riziko PPP.

Impulzivita:

Podle Krcha (1999) bývá impulzivita často spojována se záchvatovým přejídáním, jako nedostatečná kontrola impulzů a zneužíváním návykových látek. U mužů se impulzivita častěji projevuje užíváním návykových látek, u žen se naopak vyskytuje v souvislosti s bulimií a anorexií.

7.4. Rodinné a genetické faktory

Pro mnoho autorů jsou důvodem vzniku mentální anorexie, či bulimie některé rodinné události. Například poruchy příjmu potravy se mezi sourozenci vyskytují v rozmezí od 3-10%. Jako jeden z faktorů této poruchy bývá uváděna žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví. Podle Hsu (1990) *se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují poruchy příjmu potravy čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci.* (Krch,1999,s.65).

Podle Nováka (2010), je největší vinou rodin v rozvíjení PPP podněcování nemoci. Místo, aby rodiče dohlíželi na nízkou váhu svých dětí, naopak je podporují, chválí, obdivují za jejich sebekontrolu. Rodiče nemocných dívek jsou popisováni jako málo otevření, obtěžující, s nepřátelským postojem, odmítající emocionální potřeby svých dětí, s nízkým očekáváním, fyzickým a sexuálním zneužíváním, bez komunikace mezi členy rodiny.

Z průzkumů bylo zjištěno, že se PPP vyskytují ve větší míře v rodinách bulimiček. Téměř polovina sledovaných dívek trpících bulimií pocházela z rozvrácených rodin. Podobně i polovina z dívek trpících anorexií uvedla rodinné prostředí jako konfliktní. Novák (2010) dále uvádí, že se v rodině anorektiček velmi často vyskytují emoční poruchy, deprese a alkoholismus, a že poruchám přispívají rozpory ve výchově,

žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví a velmi málo důvěrnějších vztahů. Některé dívky nabývají dojmu menšího ocenění ze strany rodičů, oproti sourozenci. Rodiče anorektiček se také vyznačují extrémním zájmem o svůj vzhled, o fitness a diety. Většina z nich trpí neurotickými problémy, mnozí usilují o to, aby na veřejnosti vypadali spořádaně, jsou věřící a přísní. Žijí v neustálém napětí a neustálých hádkách. Podle Nováka (2010) jsou pro rodiny bulimiček charakteristické pocity vyloučení a izolace. Existují tři podoby této rodiny. Prvním typem je rodina dokonalá, druhým chaotická a posledním extrémně ochranná. Větší vliv na poruchy příjmu potravy mají matky nemocných, které se většinou soustředí spíše na svou kariéru, výkon a jsou frustrované. Novák je také popisuje jako žárlivé, perfekcionistky, necitlivé a pasivní. Usilují o to, aby jejich dcery byly hubené. Celkově mají tyto matky negativní postoj k fungování rodiny. Svými dietami vytváří špatné prostředí pro dcery, které se je snaží napodobit.

Meindlová (2015) na svých stránkách hubnuti4you.cz uvádí dva druhy otců z pohledu anorektiček. První z nich se vyznačuje nezájem, popsán bývá jako dominantní, citově chladný, slabý jedinec s občasnými sklony k agresivitě. Dcery takovýchto otců se pak domnívají názoru, že pro něj nic neznamenaají a nikdy se mu nedokáží zavděčit. Otec druhý je naopak aktivní, avšak nedostupný. Pro anorektičky téměř dokonalý, díky tomu pak mají pocit, že se mu nemůžou nikdy vyrovnat.

Bulimičky mají se svým otcem vztah velmi blízký, s nástupem puberty se však mění v postupný nezájem až vztah konfliktní. Až 40% bulimiček má rozvedené rodiče, u anorektiček je tento počet naopak dokonce menší než v běžných rodinách.

Podle Nováka (2010) usilovaly dívky, které trpěly PPP o to, aby se chovaly podle očekávání svých rodičů. Při srovnávání s ostatními mívaly strach, že vždy budou ty horší. Nabývaly dojmu, že by se měly rodičům odvděčit. Nedokázaly odlišit své touhy od záměrů, které s nimi rodiče měli.

8. II. Empirická část práce

8.1. Výzkumný cíl

Poruchy příjmu potravy patří v dnešní době k závažným zdravotním problémům mnoha mladých dívek a chlapců. Na jejich vzniku se podílí řada rizikových faktorů, kterými se autorka zabývala v teoretické části práce. Cílem v empirické části tak bude zmapovat výskyt tohoto, ale i dalšího rizikového chování u chlapců a dívek, poukázat na souvislost deprese s PPP a zjistit možné příčiny vzniku. Na základě cílů výzkumu a prostudované literatury byl stanoven výzkumný problém: Jaké jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy? Patří nezdravé stravování k rizikovému chování? Je deprese jedním z faktorů ovlivňujících experimentování s jídelním chováním? V souladu s výzkumným problémem byly stanoveny jednotlivé hypotézy.

8.2. Stanovené hypotézy

H 1: Pohlaví ovlivňuje rozdíly v projevech SRCH-D

H 2: Projevy SRCH-D se nevyskytují izolovaně

H 3: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s nižšími hodnotami deprese

H 4: intenzita depresivního prožívání vyjádřena celkovou hodnotou deprese souvisejí s projevy SRCH-D

H 5: Depresivní ladění souvisí s experimentováním s jídelním chováním

8.3. Sběr dat a výzkumný soubor

V praktické části byla použita kvantitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Podle Švece (1998) je dotazník metoda využívaná především pro hromadné a relativně rychlé zjišťování informací, názorů a postojů zkoumaných osob, prostřednictvím psaných otázek. Gavora (2001) dodává, že tak jako každá výzkumná metoda má i dotazník své kladné a záporné stránky. Je racionálnější než interview a díky anonymitě zvyšuje upřímnost odpovědí.

Průzkum byl proveden pomocí čtyř standardizovaných dotazníků, zkoumající projevy rizikového chování, depresivitu, dotazník vlastní konstrukce zaměřený na poruchy

příjmu potravy a nezdolnost. Součástí každého dotazníku byl vždy stručný popis toho, jak jej vyplnit. Použity byly jak otázky otevřené, tak i uzavřené. Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí šablon.

Pro průzkum dotazníkového šetření byla vybrána základní škola TGM v Bílovci, z důvodu toho, že jsem na této škole studovala. Protože současná paní ředitelka Mgr. Renáta Fialová nebyla po určitou dobu ve škole přítomna, vše se vyřizovalo prostřednictvím zástupkyně paní ředitelky Mgr. Ivy Vaňkové. Po návratu paní ředitelky mi však bylo sděleno, že tyto dotazníky nebude možné rozdat do tříd, vzhledem k jejich obsahové, časové náročnosti a některým otázkám týkajících se sexuality. Oslovila jsem tedy další školy, dotazníky mi však vyplnili pouze na základní škole v Třinci a na Gymnáziu v Bílovci. Ředitelem na gymnáziu v Bílovci je Mgr. Vít Schindler. Založeno bylo v roce 1946, zpočátku bylo zaměřeno pouze pro žáky talentované v matematice, v současné době si mohou žáci kromě matematicky zaměřených tříd vybrat také z dalších dvou forem studia, která tato škola nabízí, a to, osmi leté studium – po ukončení 5. Ročníku ZŠ a čtyř leté studium – po ukončení 9. Ročníku ZŠ. Tyto dvě formy jsou zaměřeny všeobecně. Jedná se o školu velmi prestižní, byla tak označena spolu s dalšími osmi školami Hospodářskými novinami. Druhá část dotazníků byla rozdána na základní škole Slezské v Třinci, která byla označena jako šestá základní škola. Vznikla v roce 1971. Ředitelkou školy je Mgr. Halina Franková. Škola poskytuje rozšířenou výuku jazyků, informatiky a vzdělání také žákům, kteří jsou dětmi osob se státní příslušností také jiného členského státu EU než je Česká Republika. V Třinci, na základě domluvy s panem učitelem Robertem Sýkorou a následně paní ředitelkou Mgr. Halinou Frakovou byly dotazníky rozdány do 8 a 9 tříd. Dotazníky byly anonymní a studenti byli požádáni, aby na svých otázkách pracovali samostatně. Před rozdělením byli všichni seznámeni s obsahem a účelem dotazníkového šetření. Vyplnění trvalo přibližně 40 minut.

O rozdělení na všeobecné gymnázium v Bílovci jsem požádala svého bratra – studenta této školy, který mi také pomohl sjednat svolení pro jejich vyplnění. Rozdány byly do 3. ročníků, tedy studentům ve věku od 16 do 18 let.

Vzhledem k tomu, že některé z otázek, především hmotnost a výška, nebyly vyplněny, musela jsem část vyřadit. Z celkového počtu 120 respondentů jsem tak použila pouze

97. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od třinácti do osmnácti let. Šetření se zúčastnilo celkem 62 dívek a 35 chlapců.

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dívky	62	63,9%
Chlapci	35	36,1%
Celkem	97	100%

Tabulka 3: Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
13 let	10	10,3%
14 let	22	22,7%
15 let	15	15,5%
17 let	24	24,7%
18 let	26	26,8%
Celkem	97	100%

Dotazník zkoumající rizikové chování vycházel z deseti oblastí, do kterých byly zařazeny jednotlivé typy nežádoucího chování. Otázky byly odstupňovány od jedné do pěti podle četnosti výskytu a opakování daného jevu. Sečtením hodnot a vydělením položek v nich obsažených byl zjištěn koeficient rizika. Těchto deset oblastí tvořilo Záškoláctví, Poruchy příjmu potravy a Sebeпоškozování, Rizikové chování na internetu, Agrese, Sázení, Drobná kriminalita, Zdravý životní styl, Rizikový životní styl, Sexuální chování a Pohybové aktivity ohrožující zdraví. Po přiřazení jednotlivých typů nežádoucího chování k těmto oblastem tak **Záškoláctví** obsahovalo předčasný odchod ze školy, neodůvodněnou absenci ve škole, záměrné vyhýbání se zkoušení. Další zařazení vypadalo následovně:

Poruchy příjmu potravy + Sebeпоškozování – experimentování s jídelním chováním (hladovění, držení diet), sebeпоškozování (pálení, řezání), přejídání se, konzumace sladkostí a slaných pokrmů, zdobení těla bez mechanického poškození.

Rizikové chování na internetu – urážky na sociálních sítích, hraní na počítači a z toho plynoucí neplnění povinností, trávení volného času na sociálních sítích v tak velké míře, že se nevěnují jiným aktivitám, posílání vtipných SMS zpráv spolužákům.

Agrese – ponižování a zesměšňování druhých lidí, nadávky, posměšky a ironické poznámky, týrání zvířat, agresivní chování vůči členům rodiny, agrese k lidem jiného etnika a národnosti, otevřené projevy nepřátelství.

Sázení – hraní placených her, sázení prostřednictvím internetu, hraní a sázení na výherních automatech.

Drobná kriminalita – ničení, poškozování věcí a majetku, rušení nočního klidu po 22. hodině, dopouštění se drobných krádeží.

Zdravý životní styl – konzumace vyvážené a rozmanité stravy ovoce, zelenina, drůbež, maso), vydatné snídání, spánek 7-8 hodin denně, trávené části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem.

Rizikový životní styl – užívání chemických látek při sportu (efedrin, steroidy), užívání léků bez předpisu (paralen, léky na spaní, aj.), kouření cigaret, pití nápojů bohatých na kofein a tein (čaj, káva, energetické nápoje), pití alkoholu.

Sexuální chování – střídání sexuálních partnerů, pohlavní styk, pohlavní styk bez kondomu

Rizikové sporty – pohybové aktivity ohrožující život a zdraví (lezení na sloupky vysokého napětí).

Dětská verze dotazníku SOC

Profesorka PhD. Malka Margalitová spolu se svou skupinou z Univerzity v Tel Avivu v roce 1994 vytvořila a ověřila v praxi „ The Children Sense of Coherence scale“ (SCOS) neboli dětskou orientační škálu (dětskou verzi dotazníku SOC). Tato škála byla testována na několika vzorcích izraelských dětí. S Anglickou verzí CSOC přišli Dorothea a Melvin Semmelovi z kalifornské univerzity. Na dotaznících se podílel také Antonovský svým konstruktem, v jehož souladu se vybralo šestnáct položek zobrazujících tři osobnostní komponenty a tři tzv. distraktory, které mají buď pobavit, rozptýlit, upoutat pozornost a ukázat, zda dítě reaguje tak, jak se očekává v dané kultuře. Koncem roku 1994 provedl český překlad tohoto dotazníku Jaro Křivohlavý. Rok poté od něj získal dotazník CSOC doc. PhDr. Bohumil Koukola a zahájil průzkum na naší dětské populaci.

Dotazník T-94 CDI Sebepoškozovací škála depresivity pro děti

Jedná se o první sebe posuzovací a standardizovanou metodu deprese pro děti, měřící současný stav nebo změnu stavu. Škála může pomoci při diagnostice potíží u dítěte, především v psychiatrii, poradenství, klinické psychologii a medicíně. Vznikla na základě sebe posuzovací škály depresivity pro dospělé od Becka. Od roku 1977 se datuje vznik sedmadvacetibodové škály. Je určena dětem a adolescentům ve věkové kategorii od sedmi do sedmnácti let se základní úrovní čtení. Součástí položek jsou také důsledky deprese ve školním prostředí. Položky jsou hodnoceny od 0 – absence syndromu, do 2 – výrazné projevy syndromu. Při vyhodnocování dotazníku sčítáme jednotlivé body k subškálám a poté všechny body jako celkový výsledek.

Dotazník vlastní konstrukce – test postojů ke stravování

Jedná se o dotazník inspirován testem EAT-26 (Eating attitude test), který patří k nejvíce používaným dotazníkům pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Sestaven byl v roce 1979 D.M.Garnerem a P.E.Garfinkelem jako škála o čtyřiceti položkách, která byla později zkrácena na 26. (Paclt, Florian, 1998). Využívá se jako screeningový nástroj pro riziko PPP na středních školách a univerzitách a jiné populaci. Je tvořen třemi subškálami:

- Dietní chování: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26
- Bulimické chování a zabývání se jídlem: 3, 4, 9, 18, 21, 25
- Orální kontrola (restriktivní chování): 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20

Úkolem je, u každé položky zaznačit tvrzení odpovídající současnému stavu jednotlivce. Jedinci mající 20 bodů a více, odpovídající kritickému stavu, by měli být vyšetřeni profesionálem pro potvrzení nebo vyloučení přítomnosti PPP.

Pro zhodnocení rizika máme celkem tři kritéria: výsledky EAT, nízká váha v porovnání s normou v určité věkové skupině a behaviorální projevy určující možné symptomy poruch příjmu potravy.

Tabulka 4: Skóre eat-26

	Skórovací systém					
	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Málokdy	Nikdy
Otázky 1-25	3	2	1	0	0	0
Otázka 26	0	0	0	1	2	3

Zdroj: Přepřacováno z: eat-26.com (2015)

Skóre EAT-26 – skóre vyšší než 20 u tohoto dotazníku indikuje vysokou úroveň zájmu o svou postavu, tělesnou hmotnost a nezdravé stravovací návyky. Pokud takového skóre dosáhne některý z respondentů, měla by se mu vyhledat pomoc kvalifikovaného zdravotnického pracovníka, který zjistí, zda je problém natolik vážný, aby vyžadoval klinickou pozornost, či nikoliv. Existují totiž studie, které neprokázaly výskyt poruch příjmu potravy při dosažení vysokého skóre. I bez ohledu na to, zda respondentům nevyšlo skóre pod hodnotu 20 bodů, zároveň pokud trpí pocity, které způsobují znepokojení a narušují každodenní fungování, měli by vyhledat pomoc odborníků.

Tabulka 5: Rozdělení podle pohlaví a věku

Table: BMI Considered "Underweight" for Different Ages and Sexes According to Norms													
Age	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21+
Female (BMI)	14.0	14.5	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.0	18.5	19.0
Male (BMI)	14.0	14.5	15.0	15.0	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0

Zdroj: eat-26.com (2015)

Tabulka BMI: Test postojů ke stravování obsahuje také otázky týkající se hmotnosti, výšky a pohlaví. Jsou to hodnoty, které se využívají při výpočtu BMI (Body Mass Indexu). Účelem BMI u poruch příjmu potravy je stanovení ohrožení při nízké hmotnosti rovnající se podváze v souladu s věkově odpovídajícími normami populace. Při hodnocení BMI je důležité brát v úvahu například sportovce a některé etnické skupiny, které mají různé složení tělesného tuku.

Tabulka 6: Behaviorální otázky

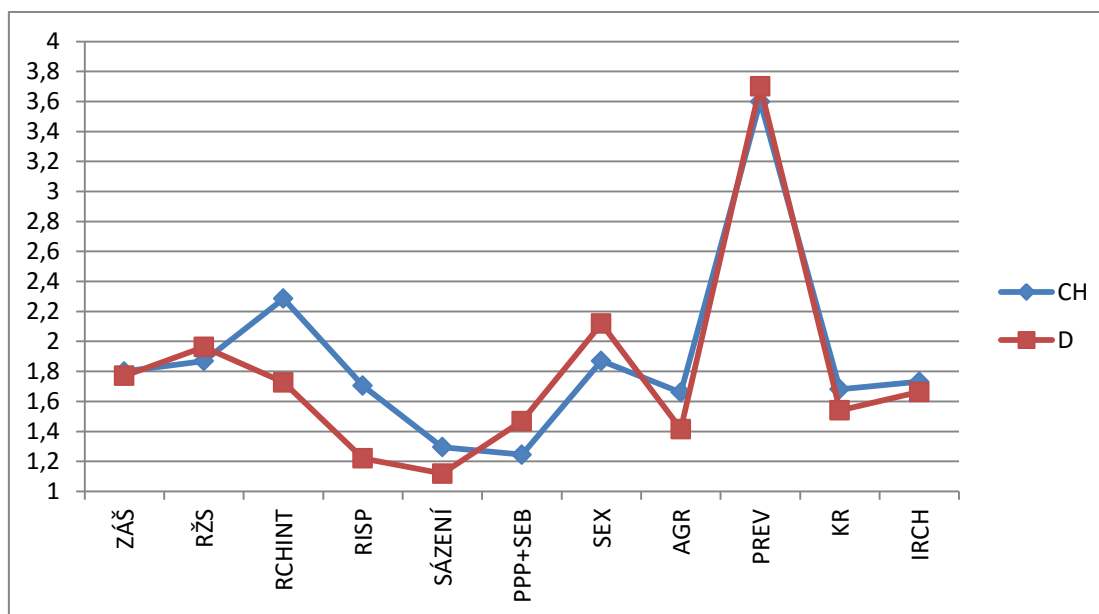
In the past 6 months have you:	Never	Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓	✓	✓	✓
Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	✓	✓	✓	✓	✓
Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	✓	✓	✓	✓	✓
Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
Lost 20 pounds or more in the past 6 months	Yes ✓		No <input type="checkbox"/>			

Zdroj: eat-26.com (2015)

Behaviorální otázky: respondent, který zaškrtně kteroukoli z otázek chování, by měl vyhledat lékařskou pomoc specializující se na léčbu poruch příjmu potravy. V úvahu by se pak měla brát frekvence, kontext chování a stupeň rizika.

8.4. Výsledky a diskuze

Graf 1: Výskyt projevů rizikového chování u souboru adolescentů



Vysvětlivky: Záš – záškoláctví , RŽS – rizikový životní styl, RCHInt – rizikové chování na internetu , RiSp – rizikový sport, PPP + SEB – poruchy příjmu potravy + sebepoškození , Sex – rizikové sexuální chování, Agr – agresivní chování, PREV – zdravý životní styl, KR – kriminalita, IRCH – index rizika

Graf 1 popisuje výskyt projevu rizikového chování u souboru adolescentů $N=97$. Hrubé porovnání průměrných hodnot projevů SRCH-D ukazuje na roli pohlaví.

Rozdíly mezi dívky a chlapci byly zjištěny v mnoha oblastech. Největší diference se projevila u rizikového chování na internetu, kde chlapci dosáhli vyššího průměru ($r = 2,29$) než dívky ($r = 1,73$) a u rizikového sportu s průměrem ($r = 1,70$) u chlapců a ($r = 1,22$) u dívek. Nepatrně vyšší hodnoty chlapců byly zaznamenány také u sázení, agresivního chování a kriminality.

Naopak dívky dosahovaly vyšších hodnot u PPP a sebepoškozování ($r = 0,47$) čímž se potvrdilo, že u žen, které se podstatně více zajímají o svůj vzhled a ve snaze neustále redukovat svou váhu, je riziko vzniku poruch příjmu potravy vyšší. Muži se v tomto případě s průměrem ($r = 0,25$) neodlišovali ve velké míře. Důvodem by mohly být nepatrně zkreslené výsledky vzhledem k nízkému počtu respondentů ($N=97$), ale také to, že se toto onemocnění v dnešní době začíná u mužů vyskytovat stále častěji. Muži však o těchto věcech nemluví, poruchy příjmu potravy jsou pro ně tabu. Jako silné bytosti si nechtějí tento problém připustit a nevyhledávají tak žádnou pomoc. Nezdravé stravování u mužů je tedy pro společnost i nadále považováno za ojedinělý jev.

Podle Robertsona (2000) se muži zaobírají svým vzhledem stejně tak jako ženy, nesnaží se však o dosažení štíhlé postavy, ale naopak usilují o nárůst svalové hmoty. U obou pohlaví však v těchto případech dochází k nezdravému chování v podobě špatných stravovacích návyků, nadměrného cvičení, apod.

Dále bylo v Grafu 1 překvapivé zjištění vyšších hodnot žen u rizikového životního stylu a sexuálního chování. Nepatrné rozdíly byly zjištěny u záškoláctví.

Tabulka 7: Vztahy mezi projevy SRCH-D

	ZÁŠ	RŽS	INT	RISP	SÁZ	PPS	SEX	AGR	PREV	KR	IRCH
ZÁŠKOL	1										
RŽSTYL	0,39**	1									
RCHINT	0,10	0,01	1								
RSPORT	0,11	-0,13	0,17	1							
SÁZENÍ	0,12	0,22*	0,17	0,02	1						
PPP+SEB	0,14	0,12	-0,02	-0,04	-0,09	1					
SEX	0,47**	0,45**	0,00	0,14	0,00	0,02	1				
AGRESE	0,34**	0,23*	0,26**	0,28**	-0,07	0,13	0,27**	1			
ZŽS	-0,25**	-0,29**	0,00	0,10	-0,15	-0,03	-0,06	-0,14	1		
KRIMI	0,38**	0,31**	0,30**	0,21*	0,17	0,18	0,26**	0,48**	-0,09	1	
Index RCH	0,68**	0,64**	0,31**	0,19	0,14	0,26**	0,68**	0,61**	-0,21*	0,68**	1

Vysvětlivky: ZÁŠKOL – záškoláctví, RŽSTYL – rizikový životní styl, RCHINT – rizikové chování na internetu, RSPORT – rizikový sport, PPP+SEB – poruchy příjmu potravy + sebepoškození, ZŽS – zdravý životní styl, KRIMI – drobná kriminalita, Index RCH – index rizikového chování

Statisticky signifikantní vztahy byly zjištěny mezi těmito projevy SRCH-D:

záškoláctví a: rizikový životní styl ($r = 0,39^{**}$), sexuální rizikové chování ($r = 0,47^{**}$), agresivní chování ($r = 0,34^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,38^{**}$), index rizikového chování ($r = 0,68^{**}$), Záškoláctví negativně koreluje se zdravým životním stylem ($r = -0,25^{**}$),

rizikový životní styl a: sázení ($r = 0,22^*$), sexuální chování ($r = 0,45^{**}$), agresivní chování ($r = 0,23^*$), drobná kriminalita ($r = 0,31^{**}$), index rizikového chování ($r = 0,64^{**}$), rizikové chování na internetu a: agrese ($r = 0,26^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,30^{**}$), index rizika ($r = 0,31^{**}$), Rizikový životní styl negativně koreluje se zdravým životním stylem ($r = -0,29^{**}$)

rizikové sporty a: agresivní chování ($r = 0,28^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,21^*$), *PPP + sebepoškození* a: index rizikového chování ($r = 0,26^{**}$), sexuální chování a: agresivita ($r = 0,27^{**}$), kriminalita ($r = 0,26^{**}$), index rizika ($r = 0,68^{**}$), *agresivní chování* a: drobná kriminalita ($r = 0,48^{**}$), index rizika ($r = 0,61^{**}$), *zdravý životní styl* a: index rizikového chování ($r = -0,21^*$), *drobná kriminalita* a index rizika ($r = 0,68^{**}$).

Význačný je zde ze statistického hlediska vztah mezi indexem rizika a záškoláctvím ($r = 0,68^{**}$), sexuálním chováním ($r = 0,64^{**}$), kriminalitou ($r = 0,68^{**}$). Dále pak také indexu rizika spolu s rizikovým životním stylem ($r = 0,64^{**}$) a agresivitou ($r = 0,61^{**}$). Potvrdilo se tedy, že jedinci s vyšším indexem rizika mají tendence tíhnout nejvíce k sexuálnímu chování, kriminalitě, agresivitě a rizikovému životnímu stylu.

Propojenost jednotlivých rizikových chování popisují Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák, 2010. Podle nich se u dětí v praxi uvedené problémy vyskytují jen zřídka izolovaně. Ve většině případů existuje spíše propojenost mezi projevy rizikového chování, popřípadě dochází k přecházení od jednoho k druhému.

Tabulka 8: Korelace mezi psychickou odolností a depresivní symptomatologií u adolescentů

	CSOC	CDI A	CDI B	CDI C	CDI D	CDI E
CSOC	1					
CDI A	-0,53**	1				
CDI B	-0,39**	0,50**	1			
CDI C	-0,36**	0,43**	0,35**	1		
CDI D	-0,55**	0,60**	0,54**	0,35**	1	
CDI E	-0,54**	0,59**	0,38**	0,51**	0,55**	1

Vysvětlivky: CDI A - Špatná nálada, CDIB – Interpersonální potíže, CDIC – Nevýkonnost, CDID – Anhedonie, CDIE - Snížené sebehodnocení. * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01

V tabulce 8 je znázorněn vztah mezi psychickou odolností a depresí. Bylo zjištěno, že psychická odolnost negativně koreluje s celou škálou depresivní symptomatologie: špatnou náladou ($r = -0,53^{**}$), interpersonálními potížemi ($r = -0,39$), nevykonností ($r = -0,36$), anhedonií ($r = -0,55^{**}$) a sníženým sebehodnocením ($r = -0,54$).

Pozitivní korelace byla prokázána mezi špatnou náladou a interpersonálními potížemi ($r = 0,50^{**}$), nevykonností ($r = 0,43^{**}$), anhedonií ($r = 0,60^{**}$), sníženým sebehodnocením ($r = 0,59^{**}$). Interpersonální potíže korelují pozitivně s nevykonností ($r = 0,35^{**}$), anhedonií ($r = 0,54^{**}$), sníženým sebehodnocením ($r = 0,38^{**}$), nevykonnost pozitivně koreluje s anhedonií ($r = 0,35^{**}$), sníženým sebehodnocením ($r = 0,51^{**}$) a anhedonie koreluje pozitivně se s níženým sebehodnocením ($r = 0,55^{**}$).

Z tabulky tedy vyplývá, že se zvyšováním psychické odolnosti, klesá deprese a naopak se snižováním psychické odolnosti deprese klesá.

Psychická odolnost (resilience) podle Hoskocové a Ryntové (2009) je *souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách. Jedná se o rozvinutí naší vytrvalosti, houževnatosti a schopnosti vyrovnat se s neúspěchem, osaměním, nemocí a dalšími nepříjemnostmi, které život tak často přináší*. Tyto dvě autorky dále uvádějí, že „*Dítě oslabené krizí má sklon ztrácet sebedůvěru a hrdost. Někdy přijdou depresivní nálady a někdy i sebevražedné sklony*“.

Vztahy mezi depresí, nízkým sebehodnocením a poruchami příjmu potravy popisuje Krch (2005). Nízké sebehodnocení spolu s nejistotou jsou příčinou vzniku deprese. Její příznaky jsou jak u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie spojeny se strachem o svou tělesnou hmotnost a postavu. Přibírání na váze u trpících PPP vyvolává pocity bezcennosti a selhání a beznaděje. Se získáním kontroly nad jídelním chováním depresivní příznaky ustupují. Krch (2005) dále dodává, že ke snížení sebehodnocení dochází také vinou rodiny, která klade zvýšený důraz na výkon a vzhled svého dítěte. Tyto rodině se neustále zabývají tím, zda jsou pokrmy, které konzumují zdravé a nejsou příliš tučné. Dítě pak tyto nevhodné návyky v průběhu dospívání přebírá.

Tabulka 9: Korelace mezi depresivní symptomatologií a projevy SRCH-D

	CDI A	CDIB	CDIC	CDID	CDIE	SUMA
CDI A	1					
CDI B	0,50	1				
CDI C	0,43	0,35	1			
CDI D	0,60	0,54	0,35	1		
CDI E	0,59	0,38	0,51	0,55	1	
SUMA	0,82	0,68	0,69	0,83	0,79	1
ZÁŠ	0,10	0,26	0,25	0,24	0,15	0,26*
RŽS	0,02	0,31**	0,28**	0,07	0,14	0,22*
RCHINT	-0,10	0,06	0,19	-0,14	-0,12	-0,04
RISP	-0,05	0,12	0,00	0,08	-0,01	0,03
SÁZENÍ	0,06	0,15	0,02	-0,10	-0,05	0,00
PPP+SEB	0,42**	0,36**	0,33**	0,38**	0,50**	0,51**
SEX	-0,21*	0,03	-0,04	0,02	-0,16	-0,09
AGR	0,12	0,22*	0,26*	0,09	0,15	0,21*
ZŽS	-0,03	-0,17	-0,34**	-0,16	-0,12	-0,21*
KRIM	0,18	0,21*	0,17	0,16	0,17	0,23*
IRCH	0,03	0,30**	0,31**	0,16	0,16	0,24*

Vysvětlivky: CDI A - Špatná nálada, CDIB – Interpersonální potíže, CDIC – Nevýkonnost, CDID – Anhedonie, CDIE - Snížené sebehodnocení. * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01

Pozitivní korelace byla zjištěna u špatné nálady a PPP + sebepoškozování ($r = 0,42^{**}$). Se špatnou náladou negativně koreluje sexuální chování ($r = -0,21^*$). Interpersonální potíže kladně korelují s rizikovým životním stylem ($r = 0,31^{**}$), PPP + sebepoškozování ($r = 0,36^{**}$), agresí ($r = 0,22^{**}$), kriminalitou ($r = 0,21$), indexem rizikového chování ($r = 0,30^{**}$), s nevykonností pozitivně koreluje rizikový životní styl ($r = 0,28^{**}$), PPP + sebepoškozování ($r = 0,33^{**}$), agrese ($r = 0,26^*$), index rizika ($r = 0,31^{**}$), negativní korelace byla zjištěna u zdravého životního stylu ($r = -0,34^{**}$) anhedonie koreluje pozitivně s PPP + sebepoškozování ($r = 0,38^{**}$), se sníženým sebehodnocením korelují kladně PPP + sebepoškozování ($r = 0,50^{**}$)

Z tabulky je patrné, že vyšší hodnoty depresivního ladění jsou spojeny s projevy rizikového chování. Dryfoos (1997) uvádí, že lidé trpící psychologickými problémy v podobě depresí mají velký sklon k rizikovému chování. Konkrétně zmiňuje pití alkoholu, užívání drog a delikvenci. Všechny tyto negativní jevy jsou pro dospívající cestou, jak zapomenout na své problémy.

Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi: PPP + sebepoškozování s celkovou sumou depresivního ladění ($r = 0,51^{**}$) a PPP + sebepoškozování se sníženým sebehodnocením ($r = 0,50^{**}$) a špatnou náladou ($r = 0,42^{**}$). S nepatrně nižšími hodnotami pak vztah mezi PPP + sebepoškozování s anhedonií ($r = 0,38^{**}$), interpersonálními obtížemi ($r = 0,36^{**}$) a nevykonností ($r = 0,33^{**}$).

Tabulka 10: Korelace mezi vybranými osobnostními faktory s experimentem s potravním chováním

	CSOC	BMI	DEP	Dietní chování	Bulimické chování	Orální kontrola.
CSOC	1					
BMI	0,03	1				
DEP	-0,63 ^{**}	0,00	1			
Dietní chování	-0,15	0,21 [*]	0,30 ^{**}	1		
Bulimické chování	-0,32 ^{**}	0,17	0,41 ^{**}	0,61 ^{**}	1	
Orální kontrola	-0,03	-0,15	0,17	0,48 ^{**}	0,39 ^{**}	1

* korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01

V tabulce 10 jsou porovnány hodnoty nezdolnosti, depresivity, BMI, sklonu k dietám, sklonu k záchvatovému přejídání a vědomé kontrole příjmu potravy

Prokázány byly vztahy mezi BMI a dietním chováním ($r = 0,21^*$), depresí a dietním chováním ($r = 0,30^{**}$), bulimickým chováním ($r = 0,41^{**}$), mezi dietním chováním a bulimickým chováním ($r = 0,61^{**}$), orální kontrolou ($r = 0,48^{**}$) a také mezi bulimickým chováním a orální kontrolou ($r = 0,39^{**}$).

Z tabulky vyplývá, že nespokojenost se svou postavou vede k neustálým pokusům pomocí nejrůznějších diet zhubnout. To vše nakonec vede k nepřiměřené kontrole v jídle a tedy i k mentální anorexii a bulimii

Souvislost dietního, bulimického chování a orální kontroly, která v testu vyšla, také dokazuje, že v adolescenci, kdy jsou dospívající nejvíce citliví ke špatné kritice jejich postavy a ve snaze přiblížit se ideálu dnešní doby se velmi často schylují k přísným dietám a změnám jídelních návyků.

Negativní korelace byla zjištěna ve vztahu mezi psychickou odolností s depresí ($r = -0,63$) a bulimickým chováním ($r = -0,32^{**}$).

Statisticky významný vztah byl zjištěn mezi depresí a bulimickým chováním ($r = 0,41^{**}$) a dietním chováním ($r = 0,30^{**}$). Krch (2002) uvádí, že deprese souvisí až se 75% případů trpících mentální anorexií. Depresivními stavy trpí více než polovina pacientů s poruchami příjmu potravy. Souvisí především s nízkým energetickým příjmem těchto pacientů. Depresi doprovází střídání pocitu výjimečnosti a euforie, které se u nemocných projevují dobrou náladou, energií a celkově pozitivním nabitím. V opačném případě ji však doprovází podrážděnost, pocit beznaděje, narušení spánku, ztráta důvěry a sebevědomí a sociální izolaci.

Krch (2005) dále upozorňuje na prohloubení těchto úzkostných stavů během onemocnění. S přibývajícím strachem o svou hmotnost a vzhled roste také deprese a úzkost pacientů. Spojeny tak jsou se špatnou výživou a nadměrnou sebekontrolou. U závažnějších případů mohou tyto úzkostné stavy vést až k sebevraždě.

8.4. Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami

H 1: Pohlaví ovlivňuje rozdíly v projevech SRCH-D

Z Grafu 1 jsou patrné odlišné projevy rizikového chování dívek a chlapců. Největší rozdíly byly zjištěny v oblasti rizikového chování na internetu a rizikového sportu. Překvapivé byly výsledky v oblasti sexuálního chování a rizikového životního stylu, kde dívky dosahoval vyššího průměru než chlapci. Překvapivě u poruch příjmu potravy nebyl zjištěn markantní rozdíl mezi pohlavími.

Hypotéza se potvrdila

H2: Projevy SRCH-D se nevyskytují izolovaně

Z tabulky 7 je zřejmá návaznost a prolínání jednotlivých projevů syndromu rizikového chování. Všechny druhy rizikového chování na sebe vzájemně navazují, nebo se vyskytují současně, nevyskytují se tedy izolovaně. Příkladem tak může být užívání návykových látek a s tím spojenou drobnou kriminalitu nebo konzumace alkoholu, která většinou vede ke snížené sebekontrolě v sexuálním chování. O vzájemném prolínání jednotlivých druhů chování mluví Lerner (1998) podle kterého může rizikové chování v jedné oblasti vést k rizikovým aktivitám v oblasti jiné.

Hypotéza se potvrdila

H3: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s nižšími hodnotami deprese

Z tabulky 8 vyplývá, že s rostoucí psychickou odolností klesá deprese a naopak s při nízké psychické odolnosti se projevy deprese zvyšují.

Hypotéza se potvrdila

H4: intenzita depresivního prožívání vyjádřena celkovou hodnotou deprese souvisejí s projevy SRCH-D

Z tabulky 9 je patrné, že vyšší hodnoty depresivního ladění jsou spojeny s projevy rizikového chování. Významné vztahy byly zjištěny u poruch příjmu potravy a sebepoškozování se špatnou náladou, interpersonálními potížemi, nevykonností, anhedonií, sníženým sebehodnocením a špatnou náladou.

Hypotéza se potvrdila

H5: Depresivní ladění souvisí s experimentováním s jídelním chováním

Z tabulky 10 je patrné, že deprese souvisí s dietním a bulimickým chováním. Prokázalo se tedy, že ve snaze o dosažení štíhlé postavy dochází ke změně jídelních návyků v podobě dodržování nejrůznějších diet. Tyto stravovací návyky se však neustále prohlubují, a tak s přibývajícím sebekontrolou a strachem z toho, že bychom po úspěšných dietách mohli znovu nabrat na váze, jsou většinou doprovázeny s depresemi.

Statisticky významné vztahy byly kromě deprese a experimentování s jídelním chováním zjištěny také mezi dietním a bulimickým chováním spolu s orální kontrolou.

Hypotéza se potvrdila

Závěr

V teoretické části práce jsem se zabývala obecně poruchami příjmu potravy, dále pak mentální anorexií, mentální bulimií a novými podobami těchto onemocnění, zmínila jsem se o příznacích, problémech a projevech s nimi spojené. Popsala jsem také možné rizikové faktory PPP, které jsem rozdělila do několika kategorií. Protože se jedná o velmi obsáhlé téma, nebylo možné zahrnout do této práce veškeré poznatky o této problematice, snažila jsem se však vybrat ty nejpodstatnější informace od autorů českých i světových.

V empirické části jsem se pomocí dotazníkového šetření, které jsem provedla u žáků základní školy v Třinci a Gymnázia v Bílovci, snažila nejprve zjistit výskyt rizikového chování u chlapců a dívek. V tomto průzkumu dosáhli chlapci vyššího indexu rizikového chování a naopak dívky vyšších hodnot poruch příjmu potravy. Potvrdil se tak fakt, že tato nemoc postihuje v největší míře dospívající dívky. Pozornost byla věnována také jednotlivým druhům rizikového chování, které se podle výsledků nevyskytují izolovaně, ale naopak se vzájemně ovlivňují. Zkoumána byla i deprese, která se podle průzkumu zvyšuje při nízké psychické odolnosti a která také souvisí s experimentováním s jídelním chováním. Při dalších šetřeních byla zjištěna souvislost dietního, bulimického chování a orální kontroly spolu s depresí. Důvodem tak může být na jedné straně nátlak okolí, médií, rodiny a přátel, kdy se děti snaží vyrovnat jakýmsi ideálům dnešní doby. Na straně druhé je zde souvislost se strachem o svou postavu, která je doprovázena depresivními stavy. Celkově tady můžeme potvrdit tvrzení autorů v teoretické části práce a to, že příčinou poruch příjmu potravy není jen jeden faktor, ale působení několika rizikových faktorů, které jsou vzájemně propojené. Výsledky dotazníkového šetření však nemohou být, vzhledem k tak nízkému počtu respondentů (97), pokládány za spolehlivé. Přesto se však s nimi dalo pracovat a zjistit potřebné informace k dané problematice.

Práce by měla posloužit nejen jako zdroj informací a poznatků o poruchách příjmu potravy, ale také jako upozornění na tento čím dále se prohlubující problém, který se může jednou týkat, nebo se týkal jakýmkoli způsobem někoho z nás.

Seznam použité literatury

1. BABIAKOVÁ M., MARKOVÁ E., VENGLÁŘOVÁ M.,: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha, 2006. ISBN: 978-80-247-6658-4
2. BORDO, Susan. *Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press, 1993, x, 361 p. ISBN 0520079795
3. BRUCH, Hilde. *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978, 150 p. ISBN 0674356500
4. COOPER, P. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2
5. DAVIS, C., ROBERTSON S., *psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideals in the extreme*. *Eating behaviors*, 2000, vol. 1, p. 33-46.
6. DRYFOOS, J. G. (1997): *Adolescents at Risk: Shaping Programs to Fit the Need*. *The Journal of Negro Education*, Vol. 65, No. 1, p. 5-18. Retrieved 30.11.2015, from JSTOR database.
7. FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
8. GARFINKEL, P. E a David M GARNER. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Montreal: Book Center, 1982, 379 p. ISBN 0876302975
9. GARNER, D.M., BEMIS, K.M. *A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa*. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6(2), 123-150. ISSN 0147-5916
10. GARNER, D.M., NEEDLEMAN, L.: *Sequencing and integration of treatments*. In Krch, F.D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X
11. GAVORA P. *Úvod do metodologie pedagogického výskumu*. Bratislava: 2001. ISBN 80-223-1628-8
12. GROGAN S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-907-1
13. HSU L.K.G.: *Eating disorders*. Guilford Press, New York, 1990

14. HOSKOVCOVÁ, Simona a Lucie SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2206-1.
15. KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
16. KRCH, František D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
17. KRCH, František D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
18. KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. (2. aktualiz. a dopl. vyd., 255 s.). Praha: Grada, 2005 ISBN 80-247-0840-X
19. KRCH, František D.: MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. 1. Vyd. Praha: VÚP, 2003
20. KRCH, František. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním* (3. Vydání). Praha: Grada, 2008 ISBN: 978-80-247-2130-9
21. LADISHOVÁ, L., C. *Strach z jídla*. Ružomberok: EPOS, s. r. o., 2002. 159s. ISBN 80-89191-53-3
22. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0
23. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
24. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2
25. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 : abecední seznam*. Vyd. 1. Praha: Bomton Agency, 2009, 743 s. ISBN 9788090425910.
26. NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
27. PACLT, I., FLORIÁN, J. *Psychofarmakologie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071695069
28. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8

29. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6
30. ROSA CALVO SAGARDOY. *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. 1. ed. Barcelona: Planeta, 2002. ISBN 8408038516.
31. ŠVEC, Š. *metodológia vied o výchove*. Bratislava, 1998, ISBN 0-564-25749-6.
32. VITOUSEK, K. & MANKE, F. (1994). *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Journal of Abnormal Psychology

Internetové zdroje:

33. GARNER, M. D., Eating attitudes test (EAT-26): scoring and interpretation [online]. 2015, cit. [1.12.2015] Dostupné z: <http://www.eat-26.com/Docs/EAT-26IntpretScoring-Test-3-20-10.pdf>
34. Hypertextová učebnice: Poruchy příjmu potravy [online]. 2015, [cit. 12.2.2014]. Dostupné z: <<http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=hypertextova-ucebnice--behavioralni-syndromy--poruchy-prijmu-potravy>>
35. KULHÁNEK, J. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. 2009, [cit. 5. 3. 2015]. Dostupné z <http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251#ixzz1ELVwAw8B>
36. MEINDLOVÁ, L., Rizikové faktory [online]. Hubnutí 4 you [cit. 11.2.2014]. Dostupné z: <<http://www.hubnuti4you.cz/119-rizikove-factory.html>>
37. Posouzení skladby těla pomocí BMI [online]. 2015, [cit. 14.1.2014] . Dostupné z: <http://www.nutriacademy.cz/lifestyle/skladba-tela-pomoci-bmi-whr-bazalni-metabolismus.php>
38. Pravehubnuti.cz [online]. 2015, [cit. 14.1.2014]. Dostupné z: <http://pravehubnuti.cz/wp-content/uploads/2013/01/schema-bc1.gif>

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1: Kategorie BMI a zdravotní rizika.....	37
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	44
Tabulka 3: Věk respondentů.....	44
Tabulka 4: Skóre eat-26.....	47
Tabulka 5: Rozdělení podle pohlaví a věku	47
Tabulka 6: Behaviorální otázky.....	48
Tabulka 7: Vztahy mezi projevy SRCH-D.....	50
Tabulka 8: Korelace mezi psychickou odolností a depresivní symptomatologií u adolescentů	51
Tabulka 9: Korelace mezi depresivní symptomatologií a projevy SRCH-D	52
Tabulka 10: Korelace mezi vybranými osobnostními faktory s experimentem s potravním chováním	53

Grafy

Graf 1: Výskyt projevů rizikového chování u souboru adolescentů	48
---	----

Seznam obrázků

Obrázek 1: Model rozvoje poruch příjmu potravy u 14leté dívky	9
Obrázek 2: Tělesné potíže při mentální anorexii.....	16
Obrázek 3: Tělesné potíže při mentální bulimii	21

Seznam příloh

Příloha A Dotazník mapující rizikové chování

Příloha B Dětská verze dotazníku SOC

Příloha C Dotazník T-94 CDI Sebeпоškozovací škála depresivity pro děti

Příloha D Dotazník vlastní konstrukce

Příloha A dotazník mapující rizikové chování

Dotazník posuzuje různé projevy chování, které mohou ovlivňovat Tvé zdraví a duševní pohodu. Posuď, jak často se níže uvedené chování u Tebe vyskytovalo v uplynulém kalendářním roce. K posouzení četnosti použij škálu 1-5. **1= nikdy, 2= zřídka, 3= občas, 4= často, 5= vždy (stále).**

chování	1	2	3	4	5
Návštěva lékaře, výmluva na zdravotní stav					
Kouření cigaret					
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností					
Experiment s jídelním chováním - držení diet, vyvolávání zvracení...					
20-30 minut trvající intenzivní tělesné cvičení, alespoň 3x týdně (aerobik, běh, plavání, cyklistika...)					
Užívání léků bez lékařského předpisu (ibalgin, paralen, lexaurin, léky na spaní aj.)					
Pití alkoholu					
Kouření marihuany					
Předčasné zahájení pohlavního života					
Posílání "vtipných" dopisů/zpráv, urážky na sociálních sítích					
Vyhýbání se zkoušení nebo písemné práci					
Agresivní chování ve škole					
Pravidelné trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje plnit mé povinnosti					
Sebepoškození (řezání, pálení)					
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)					
Pravidelné pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)					
Opakované hraní na výherních automatech					
Každý den zahajuji vydatnou snídani					
Užívání extáze					
Předčasné opouštění školní budovy					
Dlouhodobé, opakované týrání, ponižování, zesměšňování druhých					
Nechráněný sex					
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež...)					
Zdobení těla bez mechanického poškození (malování hennou)					
Užívání pervitinu					
Pozdní příchod na vyučování					
Agresivní chování vůči členovi/členům rodiny					
Střídání partnerů					
Trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem (turistika, domácí kutilství...)					
Zdobení těla s porušením kůže, tkání (tetování, piercing, skarifikace)					
Opakované sázení (virtuální sázení, poker, ruleta, sázka aj.)					
Užívání heroinu					
Týrání zvířat					
Pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích/skatu za autobusem, planking)					
Pravidelně spím celou noc (7 - 8 hodin)					
Otevřené projevy nepřátelství a agrese k jedincům jiného etnika či národnosti					

Příloha B Dětská verze dotazníku SOC

Návod k vyplnění:

Nejprve si přečteme věty v textu a poté označíme křížkem svou odpověď do některého ze čtyř sloupců.

Příklad: Pokud se po přečtení otázky číslo 1 domníváš, že to, co děláš každý den, děláš rád **vždy** a přináší Ti to radost, zakřížkuj ve sloupci možnost číslo 4. Pokud ti to nepřináší radost **nikdy** a nemáš to rád, zakřížkuj ve sloupci možnost číslo 1.

Rozhodnout se můžeš také pro číslo 2 **někdy** nebo 3 **často**.

Otázky	1 nikdy	2 někdy	3 často	4 vždy
1. To, co každý den dělám, dělám rád a dává mi to radost				
2. Když potřebuji pomoc, najde se někdo kolem mě, kdo mi pomůže				
3. Rád se dívám na televizi				
4. To, co dělám každý den, mě nudí a otravuje				
5. Zajímám se o to, co se děje kolem mě				
6. Kamarádi (kamarádky), s nimiž jsem se přátelil/a mě zklamali/y				
7. Cítím, že se se mnou nejedná, jak by mělo, tzn. slušně a upřímně				
8. Mám rád zmrzlinu				
9. I když je to někdy obtížné, jsem si jistý/á, že vše nakonec dobře dopadne				
10. Cítím se zmatený/á (popletený/á) a nevyrovnaný/á (nejistý/á)				

11. Když se mě kamarádi na něco zeptají, rozumím jim a chápu, co chtějí				
12. Na své problémy si stačím sám				
13. Zajímá mě mnoho věcí				
14. Dá mi to hodně práce, abych udělal, co udělat mám				
15. Jsem rád, když mi dá doktor nebo doktorka injekci				
16. Když se na mě někdo zlobí, rozumím mu a chápu, proč je takový				
17. Je mi líto sebe sama (lituji se)				
18. Cítím, že dost dobře nevím, co mám ve třídě dělat				
19. Když něco chci, pak jsem si jistý/á, že to dostanu				

Příloha C Dotazník T-94 CDI Sebepoškozovací škála depresivity pro děti

CDI		Hodnocení
jméno a příjmení: <input style="width: 100%;" type="text"/>		A
věk: <input style="width: 50%;" type="text"/> dnešní datum: <input style="width: 50%;" type="text"/>		...
1	Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.	...
2	Nic se mi nedaří. Nejsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.	...
3	Skoro všechno dělám dobře. Hodně věcí dělám špatně. Všechno dělám špatně.	...
4	Mnoho věcí mně baví. Baví mně jenom něco. Nic mně nebaví.	...
5	Pořád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.	...
6	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát. Mám strach, že se mi může stát něco špatného. Vím určitě, že se mi něco špatného stane.	...
7	Nenávídím se. Nemám se rád. Mám se rád.	...
8	Za všechno špatně můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.	...
9	Nemyslím na to, že bych se zabil. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale nendělal bych to. Chci se zabit.	...
10	Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.	...
11	Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jenom málokdy mě něco nudí.	...
12	Jsem rád mezi lidmi. Často nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.	...
13	Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se mohu soustředit.	...
Celkem: A= <input style="width: 50px;" type="text"/> B= <input style="width: 50px;" type="text"/> C= <input style="width: 50px;" type="text"/> D= <input style="width: 50px;" type="text"/> E= <input style="width: 50px;" type="text"/>		...

Příloha D Dotazník vlastní konstrukce

Zaškrtněte odpověď pro každé z následujících tvrzení:

	Vždy	Velmi často	Často	Občas	Zřídka	Nikdy
1. Mám hrůzu z nadváhy.						
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.						
3. Mám pocit, že se příliš zabývám se jídlem.						
4. Zažívám záchvaty přejídání s pocitem, že možná nebudu moct přestat.						
5. Krájím si jídlo na malé kousky.						
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7. Obzvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem karbohydrátů (např. chléb, rýže, brambory apod.)						
8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.						
9. Po jídle zvracím.						
10. Po jídle se cítím extrémně provinile.						
11. Myslím na to, jak toužím být štíhlejší.						
12. Když cvičím, myslím nati, jak spalují kalorie.						
13. Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubený/á.						
14. Zabývám se myšlenkou, že mám na těle tuk.						
15. Jíst mi trvá déle než ostatním.						
16. Vyhýbám se jídlům, která obsahují cukr.						
17. Jím dietní jídla.						
18. Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.						
19. Ohledně jídla se kontroloju.						
20. Mám pocit, že mě ostatní nutí do jídla.						
21. Jídlu věnuji příliš času a myšlenek.						
22. Po tom, co sním sladkosti, se cítím nepříjemně.						
23. Držím dietu.						
24. Líbí se mi, když mám prázdný žaludek.						
25. Po jídle je mi na zvracení.						
26. Rád/a zkouším nová jídla bohatá na živiny.						

Jak často jste v posledních 6 měsících:	Nikdy	Jednou za měsíc nebo méně	2 až 3krát měsíčně	Jednou týdně	2 až 6krát týdně	Jednou denně a více
A. Měl/a záchvat přejídání s pocitem, že možná nebudete moct přestat?						
B. Vyvolal/a si zvracení (nevolnost) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?						
C. Užil/a projímadla, pilulky na hubnutí nebo diuretika (látky zvyšující vylučování vody močí) s cílem udržet si váhu nebo tvar těla?						
D. Jste cvičil/a více než 60 minut s cílem snížit nebo udržet si váhu?						
E. Zhubl/a jste za posledních 6 měsíců 10 kilogramů nebo více?	ANO		NE			