

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Jeníková

**Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na psychický
a fyzický vývoj jedince**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Kateřina Jeníková

**Eating disorders and their impact on the mental and physical
development of the individual**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Slaném dne 10.2.2016

Kateřina Jeníková

.....

Anotace

Bakalářská práce „Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na psychický a fyzický vývoj jedince“ se zabývá příčinami, prevencí a možnými nápravnými kroky v mediálním obrazu poruch příjmu potravy. Popisuje základní příznaky vyskytující se u jedince s mentální anorexií, mentální bulimií a jiných PPP. Zjišťuje dopad, který mají poruchy příjmu potravy na život člověka a jeho rodinu. Zkoumá vliv médií a sociálního tlaku na růst četnosti PPP u nás.

Klíčová slova

Anorexie, bulimie, jídlo, nemoci v dospívání, poruchy příjmu potravy, psychické nemoci, mediální obraz, výuka, protichůdné informace, zavádějící reklama.

Annotation

This bachelor dissertation named „Eating disorders and their impact on the mental and physical development of the individual” deals with the causes and possible prevention of eating disorders and their picture in media. It describes the basic symptoms occurring in individuals with anorexia nervosa, bulimia nervosa and several other eating disorders. It identifies the impact eating disorders have on sufferer’s life and his family, friends and career. It also examines the influence of media, fashion industry and social pressure on the number of eating disorders in Czech Republic.

Keywords

Anorexia, bulimia, food illness in adolescence, eating disorders, mental illness, media image, education, conflicting information, misleading advertising.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 TEORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	10
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	10
2.1 Typologie PPP.....	12
2.2 Historie poruch příjmu potravy.....	14
3 ROZDĚLENÍ PPP.....	16
3.1 PPP na území ČR.....	16
3.2 Pika.....	16
3.3 Ruminace.....	17
3.4 Bigorexie.....	17
3.5 Syndrom vybíravosti v jídle.....	18
3.6 Syndrom záchvatovitého přejídání.....	18
3.7 Syndrom nočního přejídání.....	19
3.8 Anorexia nervosa.....	19
3.9 Bulimia nervosa.....	21
4 PREVENCE.....	23
5 PSYCHICKÉ NÁSLEDKY PPP.....	25
5.1 Nemocný a jeho blízké okolí.....	25
5.2 Rodinné vztahy.....	26
5.3 Partnerské vztahy.....	28
5.4 Vliv na socializaci a kariéru.....	29
6 FYZICKÉ NÁSLEDKY PPP.....	31
6.1 Akutní příznaky.....	31
6.2 Dlouhodobé a trvalé následky.....	31
7 MÉDIA A PPP.....	35
7.1 Nadějně vyhlídky.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
8 PRŮZKUM	39
8.1 Výzkumné hypotézy.....	39

8.2 Použitá metoda.....	39
8.3 Popis zkoumaného vzorku.....	40
8.4 Výsledky šetření.....	42
8.5 Analýza hypotéz.....	59
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY.....	64
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	65
PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK.....	I

ÚVOD

Setkáváme se s nimi každý den, jsou dokonalé, mají perfektní vlasy, skvělý make-up a nepřipadá nám ani trochu zvláštní, že na fotkách vidíme všechna jejich žebra, a že paže mají štíhlé jako adolescentní děti. Jsou to modelky. Tyto éterické, a však vyhublé bytosti se na nás každý den valí všemi mediálními kanály, ať už z módních časopisů, televize či z hudebních videoklipů a přehlídkových mol. Zdá se, že záře reflektorů a Photoshop se staly novým měřítkem především ženské krásy. V běžném životě, nás napoprvé vlastně ani nenapadne, že ve velké většině jsou tyto dívky vyhublé natolik, že mají BMI index pod 17,5¹. Je zřejmé, že tento problém zasahuje daleko za hranice České republiky.

V dnešní době, je mediální ideál ženské krásy propojen s přehnanou vyhublostí. Touha po takovém ideálu nezdravě vyhublé postavy mívá za začátek dietu a tvrdý trénink, avšak většinově přechází v některou z forem poruchy příjmu potravy. Obtíže spojené s poruchou příjmu potravy se však nedotýkají pouze pacientů, ale také jejich rodin a celého jejich okolí. Ačkoliv jsou historicky vzato poruchy příjmu potravy zkoumány přes 200 let², tak jak bude dále prezentováno v této práci, informovanost a prevence nejsou dostatečné.

Tato práce je rozdělena do dvou hlavních částí a to části teoreticko-metodologické a části praktické. Teoretická část této práce se bude zabývat vymezením známých poruch příjmu potravy (dále jen PPP), vymezení kriticky ohrožené skupiny a představí možnosti prevence PPP a jejich psychické a fyzické důsledky.

¹ BMI: Index tělesné hmotnosti

² 1874 Laségue Anorexie hysterique

Teoretická část také přednese tři hlavní hypotézy:

1) Stávající prevence a míra informovanosti žáků devátých tříd základních škol není dostatečná, stále (především dívky) trpí neobjektivním vnímáním vlastního těla.

2) Prezentace ženského těla v médiích, propagovaná módními firmami, zapříčiňuje u adolescentních osob neobjektivní vnímání (především ženského) těla; což má za následek nárůst rizika PPP v populaci.

3) Změna takového mediálního obrazu, by měla za následek snížení počtu PPP a bez ohledu na informovanost v rizikové skupině by došlo ke snížení tlaku okolí na vzhled adolescenta.

Druhá část této práce zkoumá správnost těchto hypotéz. Výzkum je proveden kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Jeho cílem je zjistit úroveň informovanosti dětí v základních školách a jejich vztah k PPP.

Cílem této práce je ověřit či vyvrátit výše uvedené hypotézy a nastínit možnosti východisek pro snížení počtu PPP.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jak již bylo naznačeno v úvodu této práce, poruchy příjmu potravy jsou zde s námi již mnoho a mnoho let, ale i právě přesto jsou stále a pořád nejasné a mnohdy zmateně interpretovány jak široké veřejnosti tak zároveň té specifické, která by se měla o tuto problematiku a informovanost nejvíce zajímat a to jsou rodiče a pedagogové. Proto budou v následujících kapitolách ve zkratce sepsány základní pojmy a fakta o některých známých nemocech poruch příjmu potravy.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Označení poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) využíváme tehdy, jestliže osoba, z větší části dívky, využívá jídlo a jeho konzumaci jako prostředek k řešení svých emocionálních či psychických problémů. Velmi často se takto lidé pokoušejí vyrovnat - ač ne záměrně a mnohdy ani ne vědomě - s problémy v rodině, ve škole, se známými - šikanou a podobně. Z určitého pohledu se dá říct, že poruchy příjmu potravy jsou obdobnou nemocí jako jsou závislosti na alkoholu u alkoholiků či drogách u toxikomanů. U normálního člověka slouží jídlo jako doplněk jeho života, ale u lidí s PPP se jídlo stává středobodem jejich "vesmíru".

První pud člověka, který se objevil na tomto světě, bylo dozajista přežít a neumřít hladem, potřeba obstarat si potravu je také prvním z pudů člověka když se narodí. Nikdo ho to nemusí učit a sami si podle instinktu najdeme tu nejkratší a nejjednodušší možnou cestu, jak se nasytit. *„Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění.“*³

³ KRCH, F. D. a KOLEKTIV, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.

Ve vývoji člověka se jídlo posléze stalo nejen nutností, ale také následně možností zábavy a sociálního života. Spojili jsme si s příjmem potravy různé aspekty sociálního života, jako jsou obchodní schůzky, oslavy, posezení s přáteli či jiná setkání. Zároveň už si nevystačíme pouze s tím nejnütnejším, co naše tělo potřebuje, ale právě ve většině případů naopak vyhledáváme podle chuti a také podle příležitosti. A právě proto se jídlo a příjem potravy stává odměnou nebo únikem před problémy a samotou, protože je to něco, co je ve své podstatě přirozené. Jednotlivé PPP se od sebe na první pohled velmi liší, ba jsou v některých ohledech naprosto opačná.

A i přes to, si lidé tyto nemoci často pletou nebo je nedovedou přesně definovat. Jednu věc mají ovšem PPP společnou a tou je ono jídlo. Člověk trpící PPP je neustále nucen na jídlo myslet a to v různých variantách. Vše ostatní ať už rodina, přátelé, partner/partnerka, práce a tak dále, pro člověka trpícího PPP přestávají být jakkoliv důležití a totálně pro něj ztrácí smysl o nich přemýšlet a vůbec si je připouštět.

Celý život se najednou onomu člověku začne točit okolo jedné věci a myslí buďto na diety nebo na množství jídla co snědl či má v plánu sníst. Dobrým dnem pro takového člověka, je když si splnil svou dietu a ručička na váze mu ukázala to, co chtěl vidět. Špatným dnem, je když nedodržel svůj dietní režim a v tu chvíli nic jiného tuto situaci nemůže zachránit. Pokud má takovýto pacient trpící PPP zároveň nízké sebevědomí (což je více než pravděpodobné jelikož se jedná o jeden ze startujících podnětů), tak ani jeho případnému pokusu o pomoc zvenčí se nedostane kladné odpovědi. Především u dívek jsou PPP cestou, jak se přiblížit své "ideální" váze, kterou si vysnily na základě zkušeností z okolního prostředí či ze světa, který jim je prezentován.

Zkusíme-li v dnešní době namátkou zapnout televizní kanál, nebo otevřít téměř jakýkoliv magazín pro dospívající mládež, zjistíme, že narazíme na spousty reklam, které budou vyobrazovat uměle upravenou modelku s nepřirozeným tělem. A toto jsou informace, ze kterých naše mládež čerpá a domnívá se, že aby dosáhla takové postavy a proporcí, je nutné si ničit vlastní tělo a spadá tak do kategorie PPP.

2.1 Typologie PPP

Nejrůznější formy PPP jsou popisovány už po staletí. Jeden z nejnámějších a zároveň nejstarších druhů je takzvaný výraz „*Ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu přežvýkání. Dále je od starověku známa pika, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci.*”⁴ Když se podíváme do starého Egypta nebo maleb na zdi ať už v Australských jeskyních a na skalách nebo i u nás v Evropě, už v té době se dají nalézt malby lidí s velkými břichy, tudíž můžeme mluvit o prvních zmínkách o obezitě.

„*Na základě MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) společně s DMS-IV (Americké psychiatrické asociace) se zahrnují pod pojem PPP dva nejzřetelněji vymezované syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie*”⁵ Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů, o kterých se v této práci také hovoří. (F.D. Krch a kolektiv 1999)

Při pohledu na člověka, který své psychické problémy začal řešit ať už vědomě, nebo nevědomě jídlem a jeho variacemi, je nutno se pozastavit nad jeho pocity, které jídlo člověku jako takovému přináší. Pokud by se jednalo čistě a pouze o stravu jako takovou, mělo by ve většině případů upravit jídelníček a bylo by po starostech, ovšem PPP jsou víc než jenom určitý systém jídelních návyků. „*Jsou způsobem, jak se vyrovnat s bouřlivými pocity. Lidé trpící PPP jsou přesvědčeni, že se s nimi vypořádat nelze.*”⁶

Při pokusu rozdělit PPP podle určitých kategorií, můžeme začít s prvotním rozdělením na PPP, které převažují v dětském věku, dospívající mládež a následně v dospělosti.

⁴ KRCH, F. D. a KOLEKTIV, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.

⁵ KRCH, F. D. a KOLEKTIV, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.

⁶ MALONEY, M. a KRANZOVÁ R., 1997. *O Poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

„U starších lidí, které můžeme řadit do kategorie dospělých (18+ let) se vyskytují především dvě nejznámější a nejrozšířenější PPP a tj. mentální anorexie a mentální bulimie.”⁷ (Blíže budou tyto nemoci rozebrány v dalších kapitolách této práce.) Dále se u dospělého člověka objevují PPP spojené s psychickými poruchami a to přejídání nebo naopak zvracení, pika (vysvětleno výše) nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu.

„U dospělých jedinců se předpokládá vyšší zásah PPP v následku s psychickými problémy, jelikož dospělý člověk je mnohem více ovlivňován prostředím, rodinou a především médií a sociálním životem.

U dětských pacientů s PPP se nejčastěji setkáváme s mentální anorexií, mentální bulimie je velmi vzácná u dětí do 14 let.”⁸, ovšem můžeme narazit na jiné PPP - emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, syndromem vybírání jídla a syndromem pervazivního odmítání jídla.

Většina konfliktů je, jak již bylo zmíněno problémem dospívajících mladých lidí. Jakožto takové, je toto období puberty plné změn, a to nejen fyzických, ale i psychických.

⁷ MALONEY, M. a KRANZOVÁ R., 1997. O Poruchách příjmu potravy. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

⁸ www.psychiatriepropraxi.cz

2.2 Historie poruch příjmu potravy

Zmínky o PPP jsou nejen v naší, ale v celosvětové historii zaznamenávány již od starověku. Zmínky lze nalézt nejen v historických knihách, ale také i na ve starobylých dokumentech. Hippokrates zaznamenává PPP již v 5. století před naším letopočtem. Původní název kterým PPP, jak je známe nyní označil pod pojmem *asithia*. Termín anorexie použil jako první v historii Galén, a to ve 2. století našeho letopočtu. Objevují se různé neověřené případy žen trpících PPP a to už dokonce před 1000 lety. Jako příklad můžeme uvést princeznu Margaretu Maďarskou (1045-1093), z historických záznamů lze usuzovat, že mohla trpět anorexií, nebo Sv. Kateřina ze Sienny, která si svým špatným stravováním přivodila smrt, jelikož od svých 16 let omezila jídlo na chléb, zeleninu a vodu. Pokud se cítila přejedená, vyvolávala zvracení užitím kořínků. První lékařské popisy mentální anorexie se objevují v 17. století a jsou přisuzovány anglickému lékaři Richardu Mortnovi. Morton jako první popisuje příznaky a příčiny mentální anorexie.

V roce 1859 přichází s pojmem *sitiomanie* neboli chorobném nechutenství, lékař William Stout Chipley. O rok později se v literatuře objevuje článek od lékaře Luise Victora Marce, který se zabývá několika případy pubertálních dívek, jež trpěly nechutí k jídlu. Popisuje jejich odpor k jakýmkoliv změnám ve stravovacích návycích. Tento článek je doplněn anamnézami pacientek, jež, dle soudobých ukazatelů, trpěly mentální anorexií.

Mortonovy popisy PPP ze 17. století byly objeveny až v druhé polovině 18. století a dodnes jsou využívány v medicíně. V této době se anorexií zabývají také lékaři Ernest-Charlesa Lasègua (1873) a Williama Whitey Gulla (1874). Ti anorexiu popisují jako psychogenní nemoc, která postihuje zejména mladé dívky a ženy. Oba se shodují, že klasickými příznaky jsou: velký hmotností úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost známek organické etiologie. William Gull byl první, kdo použil termín *anorexia nervosa*.

Od roku 1914 až do 40. let 20. století byly mezi lékaři vedeny spory o příčinách vzniku mentální anorexie. Tyto spory vyřešil příchod psychosomatické medicíny a psychoanalýzy, kdy byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy.

O bulimických syndromech se objevují zmínky již v dobách antického Říma. Přejídání spojené se zvracením byly častými jevy ve vysoce postavených vrstvách

společnosti. Již Seneca v roce 65 př. n. l. píše: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“⁹

Termín bulimia nervosa poprvé oficiálně použil britský psychiatr Gerald Russel (1979). Popisuje nadměrné přejídání a následné zbavování se jídla zvracením nebo užíváním projímadel za účelem zabránění přibírání na váze. Dle Russela se tato porucha objevovala převážně u žen s normální hmotností.

Ve 20. století lékaři ucelili popis PPP a definovali jejich psychologické, somatické a sociální důsledky. Zejména v posledních několika desetiletích je zaznamenán nárůst literatury pojednávající o etiopatogenezi těchto onemocnění. Obor zabývající se PPP se zařadil mezi ostatní psychiatrické obory se značným přesahem k psychosomatické problematice.

Je potřeba si ovšem uvědomit, že historie není zdaleka tak dobře zdokumentovaná, jak by v takovýchto oblastech bylo potřeba. Velmi podstatné je uvést, že v minulých dobách bylo mnohem jednodušší takové věci utajit před veřejností, a tak jsou k dispozici právě tyto informace zmíněné v této kapitole a nikde nenajdeme záznamy o procentech dětí trpících PPP. To vše souvisí s tím, že v minulých dobách byl mediální a sociální tlak naprosto minimální nebo nebyl vůbec, a tudíž psychické podmínky k tomu aby člověk začal trpět PPP byli mnohonásobně menší. Z významných lidí můžeme z historie označit pouze pár jedinců, kteří se veřejně přiznali k tomu, že trpěli PPP. Princezna Sisi, Princezna Dajána a pár dalších. V dnešní moderní době, kdy je nespočet mediálních magazínů, kteří se honí za senzacemi, zjistíme, že některý z významných, takzvaných VIP lidí, trpí nebo může PPP trpět během pár hodin. Problémy ohledně psychického nátlaku který může být nápomocen při vzniku PPP probereme dále v této práci.

Stejně jako v historii, i v moderní době není PPP jednoduchá záležitost a proto je potřeba si je nejprve správně rozdělit, jelikož jejich příznaky mohou velmi často vykazovat podobné znaky a nemusí být na první pohled jasné, o jakou PPP se jedná. (Faltus, 1979)

⁹ FALTUS, F., 1979, Anorexia mentalis, Praha: Avicenum

3 ROZDĚLENÍ PPP

PPP se rozdělují na nespecifické poruchy příjmu potravy, do kterých patří například pika, ruminace, bigorexie, syndrom vybíravosti v jídle, syndrom záchvatovitého přejídání, syndrom nočního přejídání, některé z nich byly zmíněny již v úvodu této práce. Druhým druhem PPP jsou specifické poruchy příjmu potravy, do kterých patří mentální anorexie a mentální bulimie, které tvoří podstatnou část této práce.

3.1 PPP na území ČR

Tím, že se výskyt PPP na našem území ale i ve světě neustále zvyšuje a moderní doba zapříčiňuje vznik nových nemocí, které se mohou několika symptomy podobat či být shodné s mentální anorexií nebo s mentální bulimií. Jelikož se stále objevují noví pacienti, kteří nespádají do diagnostických kritérií mentální anorexie a mentální bulimie, začalo se tedy mluvit o nespecifických poruchách příjmu potravy. (F.D. Krch a kolektiv 1999)

3.2 Pika

Jak bylo výše uvedeno pika je známá již z dob dávné historie. Jedná se především o nemoc dětí v raném dětském věku, kdy dítě pojídá nestrávitelné látky, které nejsou k jídlu určeny. Většinou to bývá písek, kamínky, papír, textilie a jiné. Převážně můžeme tento jev pozorovat u sociálně slabších rodin ale i tak se pika ve starším věku vyskytuje velmi zřídka. U dospělých můžeme piku spatřit převážně u mentálně retardovaných jedinců. Pika je psychiatrická porucha stejně jako mentální retardace, infantilní autismus nebo psychotické onemocnění. Proto ji nejčastěji můžeme vidět v objektech sociální péče. Pouze v ojedinělých případech se může objevovat jako izolovaný příznak. Většinou tím tak dítě reaguje například na špatnou výchovu či rozpad manželství rodičů. Tím, že dítě pojídá věci ne k jídlu určené, může tím ohrozit svůj život, hrozí mu nebezpečí otravy nebo může nastat prenatální a perinatální poškození. Léčba se musí postarat o psychoterapii dítěte a zároveň musí fungovat práce rodičů. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000)

3.3 Ruminace

Ruminace je PPP spojená s návratem nestrávené potravy do úst, při které nedochází k nutkání zvracet. Tato porucha se vyskytuje velmi minimálně a to především u dětí v útlém věku. V případě, že se objeví tato nemoc u dospělého jedince můžeme předpokládat, že se jedná o člověka, který je mentálně retardovaný. Ruminace u dětí nevyvolává žádné známky nevolnosti, naopak děti vypadají spokojeně a velmi často ruminují v době, kdy jsou samy. Pokud se ruminace u dítěte rozvine, může dojít ke stagnaci či poklesu hmotnosti dítěte. Na onemocnění se podílejí zejména deprivací vlivy či problémy ve vztahu k matce. Velmi často matky takto nemocných dětí trpí některou z duševních poruch. Léčba musí být dvousměrně zaměřená a to jak na dítě tak i na ovlivnění chování matky a celé rodiny. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000)

3.4 Bigorexie

Jednou z méně známých PPP je bigorexie. Nazývá se také svalová dysmorfofobická porucha neboli porucha body image. Základem problému, který tato nemoc má je nereálné usilování o dosažení maximálních hodnot ve směru fyzické zdatnosti. Podobně jako u jiných PPP se i zde setkáváme, s tím že postižený jedinec neustále řeší svůj vzhled a hmotnost. Na rozdíl od ostatních PPP se bigorexie vyskytuje převážně u mužů. Nemoc se projevuje přehnaným cvičením a speciálními dietami, které mají pomoci docílit nereálně dokonalý vzhled, který bývá prezentován v kulturistických časopisech, filmech a podobně. Postižení bigorexií žijí v představě, že jsou slabí, drobní a nemají žádné svaly. Diety, které bigorektici užívají jsou založené na vysokém množství bílkovin, téměř nula tuku a velmi často využívají doplňky stravy a zakázané látky (anabolické steroidy). Rozdíl mezi bigorektikem a člověkem, který žije zdravě a sportuje, je v tom, že nemocný podřídí sportu úplně vše. Opouští jiné zájmy, ztrácí přátele a partnery a z klasických tréninků se stávají rituály. (www.viviente.cz/bigorexie)

3.5 Syndrom vybíravosti v jídle

Syndrom vybíravosti v jídle je převážně onemocnění dětí mezi osmým až dvanáctým rokem. Překvapivě se častěji objevuje u chlapců. Dítě jí pouze několik druhů potravin a tak se může stát, že tento nesprávný přísun potravy, má za následek nedostatek vitamínů a vlákniny, které jsou důležité pro správný růst dítěte. Problém při určování diagnózy u této nemoci je, že dítě nehubne, ale naopak se prohlubují psychické problémy. Dítě je agresivní a vyhledává konflikty. Nešťastné je, že rodiče mohou v první řadě považovat vybíravost za hloupý rozmar malého dítěte. (www.detskestranky.cz)

3.6 Syndrom záchvatovité přejídání

Syndrom záchvatovitého přejídání neboli psychogenní přejídání má charakteristickou nekontrolovatelnou konzumaci, při které člověk v krátkém časovém úseku spořádá velké množství potravin. Při tomto aktu, který můžeme nazvat záchvatem, člověk jí neuvěřitelně rychle, má pocit, že nemůže s jídlem přestat a že musí jíst dál a dál i když je plně nasycen. Zkrátka má pocit, že kontrolu nad jídlem totálně ztrácí. Nejde vůbec o to, že by měl hlad nebo chuť na něco specifického, ale je veden vnitřními impulzy, které ho tímto nutí řešit jeho aktuální psychickou nebo fyzickou nepohodu. Má pocit, že tím vyřeší stres či napětí. Nemocní pociťují při přejídání neklid a při cestě k dosažení uspokojení z jídla se mohou odhodlat k věcem, které by za normálních okolností neudělali. Mohou jídlo ukrást ostatním či dojídat zbytky. To, co dělají jim přijde nechutné, ostudné a degradující. V poslední době můžeme vidět zvýšenou pozornost o tuto nemoc. Jsou k dispozici informace, že i jako u ostatních PPP trpí touto nemocí převážně ženy, ovšem tato nemoc má vyšší zastoupení nemocných mužů než v případě jiných PPP. Na rozdíl od bulimického přejídání zde nemocný obvykle nezvrací, nevyužívají se žádné podpůrné prostředky a nesnaží se zhubnout. Aby se mohlo začít mluvit o záchvatovitém přejídání musí se tato činnost opakovat velmi pravidelně a po určitou dobu a s určitou pravidelností, nejméně dvakrát týdně. (Iva Málková, F.D. Krch 2001)

3.7 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání je diagnostikován jako konzumace v průběhu jedné noci, kdy nemocný sní nejméně čtvrtinu celkového množství kalorií, které by měl sníst za celý den. Poprvé byla tato nemoc popsána v roce 1995 Stunkardem u obézních pacientů. Součástí tohoto syndromu nočního přejídání je i nespavost, kdy nemocný spí méně než polovinu oproti normálu. Zároveň s tím se vyskytuje ranní anorexie. Nejčastěji se syndrom vyskytuje v dobách nárůstu váhy a stresu a je velmi často pozorován současně se selháním v dietním režimu. (Hana Papežová, 2003)

3.8 Anorexia nervosa

Nejrozšířenější PPP je Mentální anorexie (latinsky anorexia nervosa). Ta se specifikuje jako úmyslné ubývání na váze pacientem za účelem zhubnutí. Většinou se tak děje na základě psychického tlaku na fyzický vzhled jedince. Tato „*Specifická psychopatologie: obavy z tloušťky a ochablosti tělesných kontur jsou neustále v popředí pozornosti jako neodbytná, ovládací myšlenka. Pacienti sami usilují o nízkou váhu, jejímž následkem je obvykle podvýživa různé závažnosti, sekundární endokrinní a metabolické změna a narušení tělesných funkcí*“¹⁰. Za příznaky se u mentální anorexie považují omezování v jídle, nadměrné cvičení, vyvolávání zvracení, vyvolávání průjmů at' už uměle za pomoci prášků tak psychickými silami. Porucha se nejčastěji vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen, ale mohou být postiženy i starší ženy po menopauze, stejně jako adolescentní chlapci a mladí muži. (Petr Smolík, 1996)

„*Diagnostická kritéria mentální anorexie lze shrnout do tří základních znaků:*

1.aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti;

2.strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;

¹⁰ SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

*3.u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.*¹¹

U jedinců trpících mentální anorexií se jejich chování dá popsat ve čtyřech stádiích. Na začátku si pacient nechce přiznat, že by se mu něco dělo, občas se stane, že i připustí, že by měli něco změnit, ale buď nakonec nechtějí nebo nenajdou v sobě tu sílu aby něco změnili sami. Toto stádium se nazývá popření problému. Po tomto stádiu následuje příprava, kdy si pacient změnu uvědomuje a díky vlastní snaze si přeje změnu a žádá ostatní o pomoc. Sám si sice není moc jistý co se stane, když změní návyky, ale je odhodlán něco dělat. Třetí stádium je když se nemocný rozhodne a činí konkrétní kroky ve změně jídelních návyků, a je přesvědčen, že změnu zvládne. Tomu se říká akce. Další je udržení, kdy nemocný zůstává u svého úsilí a vyhýbá se zpětnému návratu nemoci. (Hana Papežová, 2000)

Příčiny

Příčiny, vznik a vývoj této nemoci se dají podle Smolíka dělit do dvou kategorií a to podle faktorů biologických a psychosociálních.

Biologické faktory: Jelikož už mentální anorexie buďto dochází a nebo jsou příčinou hormonální změny, mohlo by se stát, že je zaměněna za onemocnění psychické či hormonální. Pro zaměnění s psychickými poruchami nahrává porucha chuti k jídlu, termoregulace a jiné. Podle všeho jsou však tyto změny spíše sekundární, jako důsledek hladovění. *„Třebaže je riziko vzniku poruchy o něco vyšší u biologických sourozenců, dokázaly studie na dvojčatech a adoptivních sourozencích, že neexistují jasné důkazy o genetickém přenosu poruchy. Ať jsou biologické změny primární nebo sekundární, patří nedílně k obrazu poruchy a je třeba je zvažovat v rámci interakce biologických a psychických faktorů”*¹². Vysoká incidence depresí mezi příbuznými pacientů s mentální anorexií a mezi pacienty samostatnými vedla některé autory k úvahám o tom, že

¹¹ KRCH, F. D., 2010. Mentální anorexie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

¹² SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

mentální anorexie by mohla být variantou biologicky podložené a geneticky přenášené afektivní poruchy.

Psychosociální faktory: Není zvykem, aby se mentální anorexie vyskytovala v rodinách ze středních a vyšších vrstev společnosti (byť výjimky potvrzují pravidlo). Předpokládá se, že tato nemoc je jakousi utkvělou představou, která představuje jejich hodnoty. Ukazuje význam úspěchu a s tím spojené štíhlosti, kladného a mladistvého vzhledu, síly, pružnosti a schopnosti. Hladovění je interpretováno jako odmítání těhotenství a vypuzování jídla jako behaviorální odpověď na fantazie o orální fixaci. Amenorea¹³ bývá někdy vykládána jako symbolická manifestace přání být těhotná. Nověji je zdůrazňována jako primární příčina zhoršení vztahu matka-dítě a neschopnosti odpoutat se. Zapomínání a špatná pohyblivost spojená s vnímáním vlastního těla by mohlo být způsobeno také vývojovými poruchami v dětství.

V posledních letech vysvětlují rodinní terapeuti mentální anorexii jako výsledek dysfunkce rodinných interakcí, kdy děti někdy přebírají roli rodičů a rodiče se stávají závislími na dětech. **Samo množství teorií ukazuje na multidimenzionální původ poruchy.** Žádná teorie nenabízí dostatečné vysvětlení. Přesto je možné tyto teorie brát v úvahu při praktické léčbě. (Petr Smolík, 1996)

3.9 Bulimia nervosa

Druhá nejznámější a zároveň nejvíce v literatuře popsána PPP je mentální bulimie (latinsky bulimia nervosa). Je to porucha charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Zároveň k určení diagnózy mentální bulimie potřebujeme tři základní znaky:

„1. Opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství.

2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení.

¹³ Amenorea - vynechání menstruace (minimálně dvou cyklů)

3. Strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného."¹⁴

Pocit přejídání je velmi relativní a u každého jednotlivce naprosto jedinečný. U člověka, který váží 60kg je pojem přejídání úplně jiný než u člověka, který za normálních okolností váží 90kg. Pacient si je ve většině případů vědom dramatického prožitku ztráty kontroly nad jídlem. Často je zřejmé, že nemocní mentální bulimií se přejídají i přes evidentní pocit sytosti a kontrolu váhy pak kompenzují zvracením. (Petr Smolík, 1996)

Pacientky dokážou během záchvatu spořádat až 20 000 kalorií. Vybírají si potraviny bohaté na kalorie, především tučné a sladké. Potraviny nemocní nejedí pro hlad nebo jejich chuť. Záchvat bývá vyprovokován různými zevními podněty, jakými jsou: strach, deprese, zklamání, pocit osamělosti nebo nuda. Často se ale již vyvolávající činitel zjistit nedá. Po záchvatu cítí pacientky nejprve uvolnění a pocit spokojenosti, později trpí velkými výčitkami svědomí. (Leibold, 1995) Díky tomuto režimu se objevují časté výkyvy hmotnosti během krátkého časového období. (Kranzová, Maloney, 1997)

Příčiny

Neexistuje jedna konkrétní známá příčina, která by vysvětlovala proč lidé trpí mentální bulimií, jde spíše o kombinaci několika různých aspektů lidského života, které dohromady způsobují tuto vážnou nemoc. *"Někdy je považován cyklus přejídání-zvracení za reprezentaci vnitřního konfliktu při odmítání milovaných osob, případně za „vyvrhování“ špatných vlastností, o který jsou většinou pacienti přesvědčeni. Sebehodnocení pacientů jsou většinou nízké. Stejně jako u mentální anorexie hrají pravděpodobně roli i kulturní vlivy spotřební společnosti, která zdůrazňuje potřebu úspěchu, aktivity, štíhlosti a kde mladistvý vzhled bývá privilegiem vyšší sociální vrstvy."*¹⁵

¹⁴ SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

¹⁵ SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

4 PREVENCE

Moderní doba přináší mnoho výhod, ale také nevýhod. Šíření mediálního vlivu na mladou generaci, je téměř nekontrolovatelný. Proto vytvořit kvalitní a účinnou prevenci proti PPP je stále více složitější a náročnější. Základní prevence má za úkol snížit riziko výskytu PPP, jelikož poslední výzkumy ukazují, že především množství pacientů s mentální anorexií se v naší zemi, na rozdíl od ostatních států evropské unie stoupá.

Potřeba prevence je tedy proto z hlediska odborníků velmi komplexní. V minulých letech se velmi často stávalo, že činnosti, které byly původně tvořeny jako prevence, se následně obrátila proti a tak se stalo, že mnoho pacientů PPP má s prevencí negativní zkušenosti. Ze světa jsou známy desítky příkladů, kdy byly projekty neúčinné a nebo účinné pouze velmi krátkodobě. Projekty, které jsou dlouhodobého charakteru jsou v této oblasti velmi vzácné. Možná, že právě důvod toho, že drogy a alkohol jsou mnohem více na očích a jsou považovány za akutní problémy, které mohou napadnout mnohem více lidí, je právě u těchto nemocí prevence mnohem snazší a jednodušší.

V oblasti PPP je argumentace stále mnohem složitější, jelikož mediální a sociální informační masáž, která tlačí na lepší vzhled, diety a "zdravý" životní styl je stále velká a mnoho lidí si tak nechce stále přiznat, že by si tímto jednáním mohli ubližovat.

*„Už se o onemocnění PPP nedozvídáme pouze ze životopisů slavných osob, které trpěly anorexií nebo bulimií jako císařovna Sisi, princezna Diana nebo Jane Fondová a mnoho dalších. Dnes se z médií dozvídáme mnohem dramatictější skutečnosti”.*¹⁶ Informovanost médií je tedy mnohem větší a aktuálnější. Ale to probereme důkladněji v dalších kapitolách této práce.

Prevence by se dala podle H. Papežové rozdělit do tří kroků.

Primární - kdy jde především o informovanost v rámci rodiny a působení společnosti jeden na druhého. Velmi důležitá je sebehodnocení a zvyšování sebedůvěry v jedince, čemuž může pomoci lepší socializace a kvalitnější výchova.

¹⁶ PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

Sekundární - kdy jde o detekci a ovlivnění ohrožených skupin, do který patří, jak již bylo v této práci několikrát zmíněno, lidé z chudších sociálních skupin, děti a dospívající léčící se na s obezitou, nebo lidé z neúplných rodin. Další skupinou jsou zájmové skupiny pro mladé související s kontrolou váhy - sportovní kluby, modeling a další.

Terciární - prevence vracejících se problémů již uzdravených jedinců a obnovení plného zdraví společně s prevencí šíření ve svém okolí či přenosu na další generaci.

V praxi by se mělo především soustředit na práci s jedinci a skupinami, kteří jsou v kritických kategoriích a projev PPP je u nich předvídatelný. Informovanost ohledně správné výživy je ve většině případů nedostatečná, jelikož riziková skupina toto zná občas mnohem lépe než odborníci. Nejdůležitější je snížit riziko názorných příkladů, které se mohou k lidem v rizikových skupinách dostat.

Prevence je nezbytná součást odborné péče, která se PPP věnuje. Základem je výzkum aktuálního dění v médiích a všech ostatních sociálních vlivech, které na případné potenciální pacienty mohli doléhat a následně za pomoci státu, médií a dalších možných aspektů reagovat a tyto rizika snižovat. Hlavním úkolem prevence je změnit postoje k PPP, a to tak aby si lidé uvědomili co vše si mohou svým nevhodným chováním způsobit a že tím neubližují jenom sobě. (H. Papežová,2010)

5 PSYCHICKÉ NÁSLEDKY PPP

*"Očekávám to hned, jak se probudím. První, co udělám, jakmile se probudím a dojdou si na záchod, je, že se zvažím. Když jdu k váze, cítím se dost nervózní. Víím, že ať to dopadne jakkoliv, bude to předurčovat můj den."*¹⁷

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou PPP, které ve své nejhorší podobě končí smrtí. Extrémní úprava jídelníčku, nedostatečné přijímání potravy, zvracení a užívání prostředků ke zhubnutí, mohou ohrožovat zdraví a zhoršují kvalitu života člověka, který těmito poruchami trpí.

Tím, že takový člověk přestává jíst, podřizuje svůj denní režim své dietě následkem čehož přetrhává společenské vazby si tak zároveň na sebe přivolává zvýšenou pozornost okolí. V mnoha případech aniž by ostatní lidé věděli, co se dotyčnému děje ho podrobují negativními komentáři a hodnocením. S rostoucími problémy narůstá sebestřednost a pocit celkového neuspokojení, Následkem je zhoršení vztahu k ostatním lidem a problémy se socializací ve svém nejbližším okolí. Jak bylo uvedeno výše v této práci, PPP se převážně vyskytují společně s nízkou sebedůvěrou. Čím víc se nemocný ubírá k absolutní kontrole svého jídelníčku a vlastní váhy, která ho znepokojuje, tím více signalizuje do okolí pocitu nespokojenosti, nejistoty a agrese. Jedinci trpící anorexií či bulimií dávají okolí často najevo, že oni jsou ti, kteří jsou v pořádku. *Na počátku i na konci anorexie a bulimie je nejistota.*¹⁸ Protože nejistota bývá základním kamenem ke startu většiny psychických poruch. (F.D. Krch, 2010)

5.1 Nemocný a jeho blízké okolí

Jak již bylo zmíněno v úvodu této podkapitoly jak anorexie tak i bulimie vede k psychickým problémům, které mají zásadní dopad na komunikaci a vztahy nemocného s jeho okolím. Nálada nemocného je ve většině případů závislá na aktuální tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly.

¹⁷ MIDDLETON K. a SMITH J., 2010. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron. ISBN 978-80-7297-115-2.

¹⁸ KRCH, F. D., 2010. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

Není možné v této práci shrnout veškeré možné typy a druhy chování nemocných s PPP, jelikož jejich variace a varianty jsou v tolika různých variantách jako je lidí, kteří jimi trpí. A protože různorodosti v deviantním asociálním chování je bezpočet, a liší se od jednoho jedince postiženého PPP ke druhému.

S jistotou můžeme však říci, že chování lidí trpících PPP je vždy zdrojem častých nedorozumění, agresivních slovních potyček a různých sociálních problémů. Fakt, že se nemocní vyhýbají jídlu nebo se naopak přejídají vyvolává u ostatních lidí obavy a v mnoha případech také pocit že musí dotyčnému pomoci. Většinou se okolí snaží dotyčného dobře míněnou radou upozornit na to, že to co dělá není pro něj, jeho zdraví i sociální vazby to nejlepší. Takovéto jednání, které je ve většině případů děláno s dobrým úmyslem se, ale mívá nakonec opačný efekt.

Případně má strach z jejich špatných a negativních reakcí a tak nemocným ustupuje a snaží se je držet v "psychické pohodě" a chovají se k nim jako k malým dětem. Okolí nemocného PPP má tendenci se k němu chovat, jako k dítěti, snaží se nemocnému zavděčit, neodporovat, držet ho v relativní psychické pohodě. V praxi se mnohdy snaží se nemocného nakrmit a jak rodiče tak přátelé cítí povinnost donutit k jídlu člověka, který je vychrtlý. V opačném případě se snaží okolí přemluvit člověka, jež se přejídá, nebo je otlý, aby si dnes dal pouze poloviční porci.

PPP má většinou svůj vývoj, kdy s postupem času nabývá na intenzitě. Proto, je proces ve kterém dochází k deformování vztahů s okolím ovlivněn i faktorem času. Dá se říci, že takto nemocný věnuje čím dál tím více času a prostoru své obsesi jídlu a o to méně tráví čas se svým okolím, přáteli, rodinou ale i v práci. Jelikož nemocný člověk jídlu naprosto propadá a je to jeho jediná starost. Zároveň se snižuje intelektová výkonnost a schopnost řešit problémy, člověk ztrácí smysl pro humor, což vzhledem k chybějícím živinám i cukrům není s podivem. Přichází ztráta zájmu o vše co se netýká jídla. (F.D. Krch, 2010)

5.2 Rodinné vztahy

Být rodičem bývá samo o sobě složité a náročné, vývoj dítěte je dlouhý a velmi proměnlivý. Především u adolescentů, (které považujeme za nejrizikovější skupinu pro onemocnění PPP) Vás děti jeden den milují a druhý den jste pro ně nepřítel číslo jedna.

V období puberty dítě prochází hormonálními změnami a jeho chování se dá velmi obtížně předvídat a jeho reakce na okolní svět mohou být různé.

„Pacienti s PPP obecně popisují kritické rodičovské prostředí (byť tomu tak ve skutečnosti většinou není), zdůrazňující donucovací kontrolu. Pacienti s mentální bulimií také zmiňují vysokou dotěrnost rodičů, žárlivost, soutěživost či svádílost ze strany otce.”¹⁹

V literatuře se často uvádí, že spojení vlivu rodiny a kultury poskytuje nejobvyklejší okolnost při níž dochází k rozvoji poruch příjmu potravy. Členové rodiny se snaží v dobrém nemocného podporovat aby vypadal dobře, tato zdánlivá podpora samozřejmě onemocnění nevyvolává, ale spíše jej udržuje v chodu. Dá se říci, že rodina s takovými ambicemi pomyslně přilévá olej do ohně, již tak narušeného jedince. Člověk, který trpí PPP si totiž velmi často nechce přiznat, že má problém a tak vnímá snahu rodičů a blízkých v obráceném gardu. (Michal Novák, 2010)

Rodina je i při léčbě PPP klíčová, avšak autoritativní přístup či zákazy a dobře míněné rady jsou nešťastné a scestné. Pokud chce rodina nemocnému pomoci měla by především založit svoji pomoc na pozitivní komunikaci s nemocným. Všichni v rodině by měli respektovat a chápat, že nemocný má problém, se kterým potřebuje pomoci. Protože jak bylo uvedeno v kapitolách výše, PPP jsou nemoci se kterými je potřeba vyhledat odbornou pomoc, a rozhodně ji rodina nezvládne svépomocí.

Jedním z hlavních kroků je totiž právě přiznat problém, a to nejen přímo u nemocného, ale právě u rodiny a nejbližších příbuzných. Velmi často se stává, že rodiče dítě trestají a domnívají se, že to jsou pouze rozmary dítěte ale nevidí, nebo si nepřipouštějí, že by se mohlo jednat o nemoc. Například, když matka tvrdí, že dítě simuluje, zjevně aby dosáhlo větší pozornosti okolí. (Hana Papežová, 2003)

¹⁹ NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm. ISBN 978-80-7204-657-7.

5.3 Partnerské vztahy

Nejen vztah mezi rodiči a dítětem či adolescentem je kriticky důležitý. U starších adolescentů a dospělých je neméně podstatný partnerský vztah. Situace je obdobná té z předchozí kapitoly této práce, byť s určitými odlišnostmi. V případě PPP se dá partnerský vztah přirovnat ke tomu mezi dcerou a otcem nebo synem a matkou. Největším rozdílem mezi těmito vztahy je fakt, že partneři si tento svazek vybrali a teoreticky relativně jednoduše partnera opustí a vyberou si partnera jiného. Je zde tedy větší riziko narušení statutu quo, kdy partner může o svého druha přijít a žije v relativním riziku a potencionálním strachu z rozchodu.

Tato relativní nejistota, může být jeden ze spouštěčů PPP, kdy se partner chce svému protějšku zavděčit a být pro něj tím nejlepším. Přesto, že je to ve své podstatě dobrý motiv, způsobuje nepřiměřený tlak na psychiku partnera, jež chce být nejlepším. V případě, že se z partnerské nejistoty stane PPP a nabere na intenzitě je velmi těžké s takto nemocným člověkem vyjít. Samotný kontakt s nemocným, jež je obsedantně posedlý svou stravou je sám osobě vysilující a náročný. Partner se setkává s nepochopením ze strany nemocného, a to přes svou dobrou vůli milovanému pomoci. Často zde hraje roli i sobectví a nedůvěra, kdy špatně zvládá své vlastní pocity, jako je vyrovnávání se lží, nebo i holý fakt, že partner nic nezpozoroval dříve. Důvěra mezi partnery je pak ohrožena. V mnoha případech partner svou PPP tají, což logicky vede ke konfliktu mezi partnery.

„Sám u sebe partner dříve či později nalézá celou škálu pocitů:

- *strach o partnerku - o její zdraví, v případě mentální anorexie často i o její život,*
- *pocit bezmoci - nemožnost stav partnerky ovlivnit, změnit, zvrátit,*
- *lítost - nad partnerčinou i svou situací,*
- *soucit - jako pochopitelný doprovod lásky k partnerce,*
- *sklon ke konfliktnosti - často způsobený netrpělivostí ze stagnace či odmítání léčby, kdy psychická zátěž přesahuje pro partnera únosnou mez,*
- *nedostatek tělesného kontaktu - odmítání ze strany nemocné dotyky přijímat, ale i poskytovat,*
- *pocity viny související s hledáním příčin onemocnění u sebe, pocity viny*

za myšlenky opustit partnerku,

- *vztek a agrese - na nemoc, na okolí (vztek např. na rodiče partnerky jako příčinu onemocnění), na služby, na partnerku (často kvůli odmítání léčby či nedostatku její iniciativy v léčbě),*
- *racionalizace a popírání - nutné pro setrvání ve vztahu, zavírání očí před realitou jako obrana před sebou samým,*
- *strach z budoucnosti - vycházející z nebezpečí, že se nemoc může vrátit, že může mít následky (např. nemožnost mít s partnerkou děti, trvalé zdravotní potíže, ...).*

„20

Partner nemocného se dostává do velmi složité role, kdy musí zůstat partnerem a neměl by se stát pro toho druhého rodičem či lékařem. To je přesně to, co může být pro nemocného to nejsložitější - on jedny rodiče (většinou) má nebo měl, a nepotřebuje dva otce nebo dvě matky, ale otce, matku i partnera. *"Nastanou rovněž okamžiky, kdy všechny úzkosti a napětí vyvřou na povrch ve formě otevřeného hněvu nebo nepřátelství - směrem k partnerovi nemocného."*²¹ Největší a pravděpodobně nejlepší radou pro partnery je být hodní, tolerantní ale zároveň přísní, pokud se nemocný chová nepřiměřeně. Partner by se měl pokusit zajistit, aby se nemocnému dostalo podpory a pomoci. (Dr. Kate Middleton a Dr. Jane Smith, 2010)

5.4 Vliv na socializaci a kariéru

Partnerské vztahy nejsou jediným problematickým aspektem sociálního života nemocného PPP. Další těžkou životní zkouškou pro nemocného PPP je jeho práce, kariéra a socializace mimo svou nejbližší rodinu, tedy vztahy s přáteli a kolegy. Typický člověk trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií se chová ke svému okolí velmi nepředvídavě. Nemocný se snaží odvést pozornost od svého problému často tím, že projevuje přehnou snahu pomáhat ostatním, což ovšem často působí jako nadřazené až arogantní chování, a ve výsledku má negativní dopad na sociální vazby mezi nemocným a jeho okolím. To je jeden z hlavních důvodů, proč najít si cestu k nemocnému je tak

²⁰ PERKINS, Sarah, et al. 2010. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. International Journal of Eating Disorders [online]. 2004,

²¹ MIDDLETON K. a SMITH J., 2010. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron. ISBN 978-80-7297-115-2.

složitě. Většina přátel se od nemocného odcizí. Důvodem je převládající pocit, že je na ně nemocný agresivní a má sklony k manipulativnímu jednání. Souhrnem těchto skutečností se nemocný asocializuje a stává se izolovaným od okolí.

Izolace ovšem nevyplývá pouze z chování nemocného. U blízkých přátel však nastane moment, kdy si uvědomí závažnost celé situace a chtějí mu pomoci s nemocí bojovat. Problém ale nastává ve chvíli kdy si nemocný neuvědomuje svoji nemoc a má tak tendenci obavy svých přátel bagatelizovat nebo je úplně ignorovat. Často si však přátelé nemocného neuvědomují, že tak nečiní z vlastní vůle. Ačkoliv se snaží ze všech sil pomoci tak se především v počáteční fázi nemoci prakticky nikdy nedočkají uznání od nemocného, který většinou bývá ve fázi, kdy veškeré snahy okolí bere jako cílený útok na jeho osobu. Zároveň si nepřipouští, že by na jejich snahách mohlo být něco pozitivního, a sám se tak dostává ještě pod větší psychický tlak než pod jakým ve skutečnosti je. Časté napjaté, vyostřené a jinak neuspokojivé situace jsou důvody proč se sociální vztahy, ať už mezi přáteli či kolegy ničí a mají za následek další ochladnutí vztahů mezi nemocným a jeho okolím. *"Sociální izolace patří k nejtěžším stresovým činitelům, které mohou člověka potkat. Není proto divu, že se z toho brzy vyvinou vážné psychické poruchy, které ještě zhorší původní PPP."*²²

Sociální izolace zároveň souvisí se snižujícím se zájmem o mezilidské vztahy. Myšlenky nemocného člověka se soustředí především na jeho problémy s váhou a tak jim nezbyvá na nic dalšího prostor. Dá se říci, že čím více je nemocný izolován, tím má menší potřebu a zájem se stýkat s ostatními lidmi. (Gerhard Leibold,1995)

*„Cesta ke zdraví je cestou zpět mezi lidi“*²³ Člověk si občas uvědomí, že aniž by to vnímal, tak jeho problémy zapříčiní ztrátu mnoha přátel, kamarádů, kontaktů. Spousta vztahů, ať už přátelských, partnerských, či na pracovišti jde ve většině případů znovu obnovit. Proto i ti, kteří ztratili své přátele, známé či pracovní kontakty díky PPP mají velmi vysokou možnost po jejich návratu zpět do normálního zdravého života tyto vazby znovu navázat. (F.D.Krch, 2008)

²² LEIBOLD, G., 1995. *Mentální anorexie*. Praha: Nakladatelství Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.

²³ KRCH F. D., 2008. *Bulimie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2130-9.

6 FYZICKÉ NÁSLEDKY PPP

Na první pohled nejsou však psychické následky tak viditelné jako jsou následky fyzického charakteru. K PPP patří také řada tělesných komplikací, které jsou v první řadě přímým důsledkem extrémního hubnutí, přejídání, zvracení nebo jsou následkem některého z vedlejších podpůrných, hubnoucích či jinak tělo upravujících metod. V této podkapitole přiblížíme akutní příznaky a dlouhodobé a trvalé následky některých PPP.

6.1 Akutní příznaky

Akutní příznaky jsou logicky odlišné a specifické pro každou z nemocí. U **mentální anorexie** (která se projevuje především odmítáním nebo nedostatečným příjmem potravy), je akutním příznakem výrazná ztráta energie. *„Když tělo dostává málo potravy, přestavuje rychle svou činnost, aby mohl být život zachován tak dlouho jak to jen jde. Tato reakce nastupuje automaticky, proto tomu nelze nijak zabránit, a to ani vědomě.“*²⁴ Tělo díky nedostatku příjmu energie mění metabolické pochody a tím se snaží zachovat alespoň bazální funkce organismu²⁵. Zjednodušeně řečeno, všechny tělesné činnosti dostávají mnohem méně energie, než potřebují a tak začínají postupně ochabovat. Dalším viditelným akutním příznakem je vypadávání vlasů, vysoká lámavost nebo nepřítomnost nehtů, bledá až našedlá kůže, syndrom studených rukou a studených nohou, kdy dochází k nedokrvování končetin vzhledem k absenci energie.

Začíná to celkovou únavou, a následně kdy klidový režim už nestačí, aby udržel základní tělesné funkce, se objevují závažné zdravotní problémy, které mohou pacienta ohrožovat na životě. (Gerhard Leibold, 1995)

Akutní příznaky u **mentální bulimie** souvisejí především se stavem žaludku. Při rychlém přejedení se navozují pocity plnosti a nafouknutí, velmi často jsou tak nepohodlné až způsobují bolesti v krajně břišní. Všeobecné zažívací problémy spojené

²⁴ LEIBOLD, G., 1995. *Mentální anorexie*. Praha: Nakladatelství Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.

²⁵ Bazální funkce organismu - základní životní funkce například v tomto kontextu: dýchání, srdeční činnost, činnost oběhové a trávicí soustavy atp.

s přejídáním a následným zvracením jsou spojeny s pálením žáhy, refluxem jícnu²⁶, křečemi v žaludku, nadýmáním, průjemem nebo zácpou. Pocity plnosti jsou velmi často spojeny s problémy s dýcháním. Přeplněný žaludek totiž tlačí na bránici a brání tak v normálním dýchání. Ve výjimečných případech může nastat porucha žaludeční stěny, kdy dojde k extrémnímu roztažení žaludku. To je považováno za závažný akutní příznak, který je nutné léčit v nemocnici, často i akutní operací, hrozí totiž perforace žaludeční stěny do dutiny břišní a následná otrava. (P.J.Cooper,2014)

6.2 Dlouhodobé a trvalé následky

Akutní příznaky jsou jedna věc a dlouhodobé a trvalé následky jsou věc druhá. Čím rychleji začne nemocný vnímat a řešit akutní příznaky tím má větší šanci předejít a minimalizovat dlouhodobé a trvalé následky. PPP provází mnoho zdravotních komplikací, které mohou v důsledku vést i ke zvýšení úmrtnosti a to jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární komplikace, což jsou nemoci spojené s onemocněním srdce a cév. Pojďme si představit některé druhy trvalých následků PPP.

Kardiovaskulární – téměř u 90% postižených se někdy během onemocnění setkáváme s kardiovaskulárními obtížemi. Problémy které mohou mít za následek ochabnutí chlopně či arytmie, jsou nejčastější a zároveň nejnebezpečnější poruchy, které mohou potkat pacienta s PPP. Proto se pacientům s PPP doporučuje velmi často si měřit tlak, a to jak ve stoje nebo v leže, a jsou s velkou pravidelností posíláni na kontroly EKG. Potíže s krevním tlakem v tepnách mohou souviset s kardiovaskulárními problémy, ale také může být způsoben ucpáním cév, zvenku, tudíž stažením svalů - křečemi nebo špatnou koncentrací kyselin v krvi způsobené špatným stravováním. (F.D.Krch, 1999)

Mezi další kardiovaskulární problémy spojenými s PPP patří termoregulace a svalová atrofie, svalová slabost, bradykardie a různé arytmie, které mohou vést až k zástavě srdce. (J.Raboch, P.Pavlovski, 2013)

²⁶ Reflux jícnu- Zjednodušeně se jedná o poškození jícnu žaludečními kyselinami.

Gastrointestinální - jsou problémy v oblasti dutiny břišní, zduření žláz, tyto následky se projevují až u 50% postižených mentální anorexií nebo mentální bulimií. Souvislost mají především s pravidelným zvracením a případným polykáním podpůrných prášků, které nejsou v žaludku správně zpracovány. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází k zánětu jícnu nebo ke vředům. (F.D.Krch, 1999)

Kosterní - Je známo, že lidé, kteří málo jedí, bývají menší než jejich vrstevníci se správným příjmem potravy. Je dokázáno, že mentální anorexie a mentální bulimie mají za následek špatné vyžrávání kostí a vývoj kostí se může v době nemoci zcela zastavit, což má za následek menší vzrůst a následné řidnutí kostí.

Mnohdy je u pacientů PPP pozorována zvýšená fyzická zátěž, kdy se snaží cvičením ještě více zredukovat svoji váhu, a tím si opět ubližují, protože oslabené kosti jsou mnohem náchylnější ke zlomeninám a velmi špatně srůstají. (Hana Papežová, 2010)

Endokrinní - neboli problémy spojené s hormonálními poruchami. U žen dochází k poklesu produkce pohlavních hormonů, což má v počáteční fázi vliv na poruchy menstruačního cyklu až na jeho úplné zmizení (amenorea). PPP může vést až k trvalé neplodnosti. (F.D.Krch, 1999)

Hematologické - tedy problémy spojené s krví, změny krevního obrazu a kostní dřevě. Méně častý je výskyt anémie. (Hana Papežová, 2010)

Neurologické - problémy s mozkem mohou způsobit ztrátu rovnováhy, zvracení, akutní zmatenost, křeče, svalové slabosti, zvýšení šlachových reflexů, mdloby a jiné. (F.D.Krch, 1999)

Metabolické - zpomalení metabolismu či jeho úplné zastavení, tedy schopnost zpracovávat látky, které se do těla dostávají, to je způsobeno špatnou stravou a špatným spánkem a narušenou psychikou. (F.D.Krch, 1999)

Psychické – Těžké deprese, pocity úzkosti a viny. V kritických situacích může dojít až k sebevražednému chování. Nemocní tak trpí protichůdnými myšlenkami o pozitivním vlivu jídla a jeho negativních účincích. Jako je extrémně nízké

sebehodnocení a strach z tloušťky versus vědomí, že bez jídla nelze přežít. (M.Preiss, H.Kučerová, 2006. Vhainer a kol., 2011)

Jak bylo na řádcích výše uvedeno, dlouhodobých a trvalých následků spojených s PPP může být mnoho a mohou mít různé podoby. Selhávání vnitřních orgánů je pro život člověka to nejhorší co se může stát. PPP jsou velmi vážným onemocněním, která mohou skončit až úmrtím nemocného. A proto je důležité nepodlehnout mediálnímu tlaku, často cílenému především na dívky ve věku 10 až 19 let prostřednictvím lifestylových magazínů, internetových stránek, sociálních sítí a různých módních domů, jež rády vystavují své modely na oděv na extrémně hubeným modelkách. (F.D.Krch, 1999)



(Obr. č. 1; zdroj http://nd01.jxs.cz/983/154/949138a473_4192874_o2.jpg)

7 MÉDIA A PPP

„Je důležité, aby modelky propagovaly zdravý životní styl založený na dostatečné stravě. Velmi často se totiž stávají vzorem pro desítky tisíc dospívajících dívek.“²⁷

Móda dnešního světa je všeobecně zaměřena na štíhlost, všechny mediální kanály se nám snaží prezentovat vyzábělé modelky. V roce 2003 na soutěži Miss ČR měly 3 z 12 finalistek anorektickou váhu. Dokonce, když se podíváme na rok 2006 a vítězku ročníku Taťánu Kuchařovou, která měla v době soutěže BMI 17,2, faktem tedy je, že vítězka MISS World je anorektička. (idnes.cz, Hana Papežová, 2003)

Média dnešního světa jsou obviňována z umělotin, propagace nepravd a polopravd. S tím souvisí i prezentace lidského těla jako takového, neustále nacházíme v novinových nebo časopisových článcích motivační texty o nezávislosti - převážně žen - aby člověk vzal svůj život do svých rukou a objevoval svou osobnost - své pravé já. Jako doprovodný obrázek u takovýchto článků vždy najdeme fotografii, která je ve skutečnosti reklamním sdělením na různé masti, léky, kosmetiku a z nichž je většina spojena se spokojeným výrazem modelky, která je na fotografii vyobrazena. Tato fotografie automaticky vzešla nejen z práce šikovné vizážistky, zručného fotografa, který věděl, jak nastavit úhel pohledu a světel tak, aby vyobrazil to nejzajímavější a nejhezčí a nakonec fotografie prošla rukama schopného grafika, který poslední nedostatky dotáhl k dokonalosti. Takže ve výsledku u textu, který nás podporuje v tom být takový jací jsme je vlastně úplně jiná žena, než stála původně fotografovi modelem.

Už tato psychologická manipulace, která nám je předhazována, to jak bychom měli vypadat a jak bychom měli být viděni ostatními, není ideální, natož správné. A zároveň druhá strana těchto reklamních sdělení útočí na peněženky konzumentů, protože dává najevo, že udržovat, kontrolovat váhu a "zlepšovat" naše tělo je nejen běžné, ale že je to žádoucí.

²⁷ Francouzská politička Marisol Touraine, www.aktualne.cz

Valná většina časopisů zároveň využívá takzvané konfliktní sdělení. Například na dvojstraně, kde je na levé stránce článek o snižování váhy a hubnutí, a na pravé straně nalezneme kuchařský recept. Velmi často se také v časopisech a ostatních médiích prezentují motivační hesla, která mají vést ke změně tělesných proporcí za účelem úspěšnějšímu vzhledu, k lepším vztahům a lepšímu, šťastnějšímu životu.

"Zhubni 5 kilo" najdeme blízko článku s nápisem "Způsoby, jak učinit váš život lepší" nebo je ideálně rovnou jeho součástí.



(Obr.

č.2, zdroj: časopis



Marriane, Burda Media, září 2015)

(Obr. Č 3 , zdroj: <http://www.elle.cz/krasa/fitness-a-zdravi/8-superpotravin-s-kterymi-rychleji-zhubnete>)

Na obrázcích můžeme vidět reálné příklady z praxe, jak to ve světě lifestylových magazínů aktuálně chodí. Na druhém obrázku vidíme zcela jasně pohublou modelku, především je to vidět pokud se podíváme na její pas, ručky (byť důmyslně schované v košili) a její lýtka. Může být namítnuto, že modelka může být enormně vysoká, ale i tak je její vzhled nevypadá zdravě, přirozeně natož pracovní úspěšně. Jak nás v úvodu článku vybízí titulek hlásající velkými písmeny „Teď nebo nikdy!“ a snaží se nám tím říci, že pokud chceme být úspěšní a být lepší než jsme teď (jinak se ani heslo „...aby se vaše kariéra pohnula z místa“ nedá vysvětlit) tak bychom měli i vypadat obdobně jako modelka na obrázku č.2. A pokud se nám lidé z magazínu Marriane snaží namluvit, že žena na obrázku je úspěšná a právě ona je ta, která má být naším vzorem, není to v žádném případě správné.

Obdobný příklad je na druhém obrázku, kdy na české verzi internetových stránek časopisu Elle, nalezneme možná ještě větší důkaz o špatné motivaci směřovanou z médií. Dokonce přímo v nadpisu tohoto článku je výzva k lepšímu systému hubnutí a redukci naší váhy. Opět je článek doplněn fotografií s vyzáblou modelkou (ob.č.3), tentokrát ovšem tematicky alespoň vyfocena se zdravými potravinami, ale opět se jedná o modelku, která je evidentně podvyživená. A opět se nám tento článek tedy snaží ukázat, že právě vzhled této modelky je podle nich cílem našeho snažení. Protože, když budeme hubnout budeme vypadat tak "krásně" jako ona.

Další problém médií, který nemusí být na první pohled znát a brán jako zásadní, je že k ovlivnění konzumentů nemusí dojít přímo. Člověk, má v dnešní době neuvěřitelně velké množství možností, jak se dostat například ke shlédnutí filmu o pacientech mentální bulimie, ve kterém hrdinka po vyzvracení snědeného jídla nepřibírá na váze a tím pádem si drží "štíhlou linii" může diváka motivovat k tomu, aby tuto metodu taky vyzkoušel, zda to na něj také bude fungovat. Většinou si lidé neuvědomí, že dělají něco špatného, protože to přeci dávali v televizi a jelikož stále existuje fáma, že tam by nic špatného přeci nedávali. (Michal Novák, 2010)

7.1 Nadějně vyhlídky

Jedna z prvních vlaštovek, která by mohla velmi pomoci v prezentaci nejen ženského těla, ale mediálnímu obrazu zdravých žen je nový zákon ve Francii, který zakazuje využívání příliš hubených modelek. Stalo se tak v dubnu roku 2015, kde na základě nového zákona by se již na území Francie měly prezentovat pouze modelky se zdravým BMI. V tomto centru světové módy by se tak neměly objevovat modelky, jejichž tělesná hmotnost v poměru k výšce nedosahuje hodnoty nutné k zachování zdraví. Za porušení této normy, která navazuje na podobné zákazy, které už fungují ve Španělsku, Itálii nebo v Izraeli, hrozí pokuta až do výše dvou miliónů korun nebo dokonce vězení. Ve Francii, ovšem šli ještě dál, když schválili úpravu zákona, kdy je trestným činem podpora anorexie na internetu nebo například návody k přísným dietám ohrožující zdraví. (www.tyden.cz)

Další pozitivní reakce v médiích a také ve světě modelingu je aktuální rozšíření prezentace takzvaných plus size modelek. Výrobci mění své prezentace, a víc je směřují k reálným velikostem zákaznic. Dokonce, se toto děje i u firem prodávající spodní prádlo. Jsou známy výsledky, kdy kolekce prezentované na modelkách z kategorie plus size vykazují čtyřikrát větší prodeje, než ty které jsou uvedené na vyhublých modelkách. (www.novinky.cz)

Dokonce i u nás na území České republiky se v posledních letech rozjelo několik agentur, které se snaží vnutit českým firmám a společnostem místo standardních hubených modelek dívky, které spadají právě do kategorie plus size. Například letos se bude pořádat již čtvrtý ročník soutěže MISS PRIMA Křivky, která funguje jako skvělý marketingový produkt na českém trhu, který alespoň krapet vypomůže v šíření myšlenky žen bujnějších tvarů.

Velkým průkopníkem ve využívání modelek s označením plus size je německý trh s oblečením, kde se například na začátku roku 2016 uskuteční již tradiční Fashion Week, který současně bude doprovázet Fashion week Plussize. Společnosti jako Chalou nebo No Secret a jimi podobní, dokonce prezentují své značky především jako oblečení pro lidi kypřejších tvarů.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 PRŮZKUM

V této části bakalářské práci zkoumáme správnost hypotéz, které jsme si na začátku celé práce zvolili. Jedná se nám převážně o zjištění informovanosti žáků základních škol o PPP a jejich dopad na jejich vývoj. Zároveň budeme porovnávat subjekty z různých sociálních kruhů.

8.1 Výzkumné hypotézy

Jak již bylo uvedeno v úvodu této práce, tři hlavní hypotézy kterými se v této bakalářské práci zabýváme jsou:

Hypotéza 1: Stávající prevence a míra informovanosti žáků devátých tříd základních škol není dostatečná, stále (především dívky) trpí neobjektivním vnímáním vlastního těla.

Hypotéza 2: Prezentace ženského těla v médiích, propagovaná módními firmami, zapříčiňuje u adolescentních osob neobjektivní vnímání (především ženského) těla; což má za následek nárůst rizika PPP v populaci.

Hypotéza 3: Změna takového mediálního obrazu, by měla za následek snížení počtu PPP a bez ohledu na informovanost v rizikové skupině by došlo ke snížení tlaku okolí na vzhled adolescenta.

8.2 Použitá metoda

Pro kvalitní výstup pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno šetření za pomoci nestandardizovaného dotazníku, který se vyznačuje písemným kladením otázek v přeházeném pořadí, a to proto, abychom respondenty udrželi co možná nejdéle v nevědomosti, co přesně je jádrem našeho výzkumu a snažíme se tím docílit vyšší kvality odpovědí, které tím pádem nejsou ovlivněny předchozími otázkami do takové míry, aby vedly k umělým odpovědím. Tato metoda, je nejfrekventovanější pro získávání údajů od většího množství dotazujících, jelikož se předpokládá, že všichni respondenti tím mají naprosto stejné podmínky a tudíž se tím zvyšuje pravděpodobnost

úspěšného výzkumu. Základní podmínkou dotazníku je přesné formulování otázek, tak aby respondenti věděli, jak nejlépe na jednotlivé otázky odpovídat.

Dotazník by se měl skládat ze tří částí:

1. Vstupní část - prostor pro informaci o autorovi dotazníku a pokyny, jak dotazník vyplňovat.

2. Vlastní část s otázkami, které jsou buďto **otevřené**, kdy respondent může odpovídat vlastními slovy a je k tomu přímo vyzván, dále **polo-uzavřené**, kdy se má vybrat z několika možností a následně vysvětlit důvod proč. Nebo se vyskytují otázky **uzavřené**, které vyžadují výběr respondenta z předem předpřipravených nabídek (zakroužkování, potrhnutí apod.).

3. Na konci dotazníku, děkujeme respondentům za spolupráci.

(Gavora Peter, 2000)

Otázky ve výzkumném dotazníku této práce jsou rozděleny do čtyř částí, podle našich tří hlavních hypotéz a k tomu obecné informace, kdy definujeme zkoumanou skupinu respondentů ze dvou sociálně odlišných skupin.

8.3 Popis zkoumaného vzorku

Pro výzkum byly vybrány dvě základní školy, každá z jiného města. První je Základní škola Komenského, ve Slaném (Komenského náměstí 618, 27401, Slaný) a druhá je Základní a Střední odborná škola služeb Kavčí Hory (K Sídlišti 840, 14000, Praha 4 - Podolí). Do obou těchto škol, byly rozeslány dotazníky v celkovém počtu 120 kusů (60 a 60), kdy se počítalo s tím, že v jedné třídě může být až 30 žáků, tudíž bylo podchyceno aby měli možnost odpovědět z každé školy dvě třídy. Na základě dohody s kantory, byly dotazníky předány k vyplnění žákům devátých tříd. Tím se nám výzkumná skupina zúžila na děti ve věku 13-15 let. Předpokládaná návratnost dotazníku byla 95%, nakonec bylo obdrženo 103 správně vyplněných dotazníků a reálná návratnost tím pádem byla 85,5%.

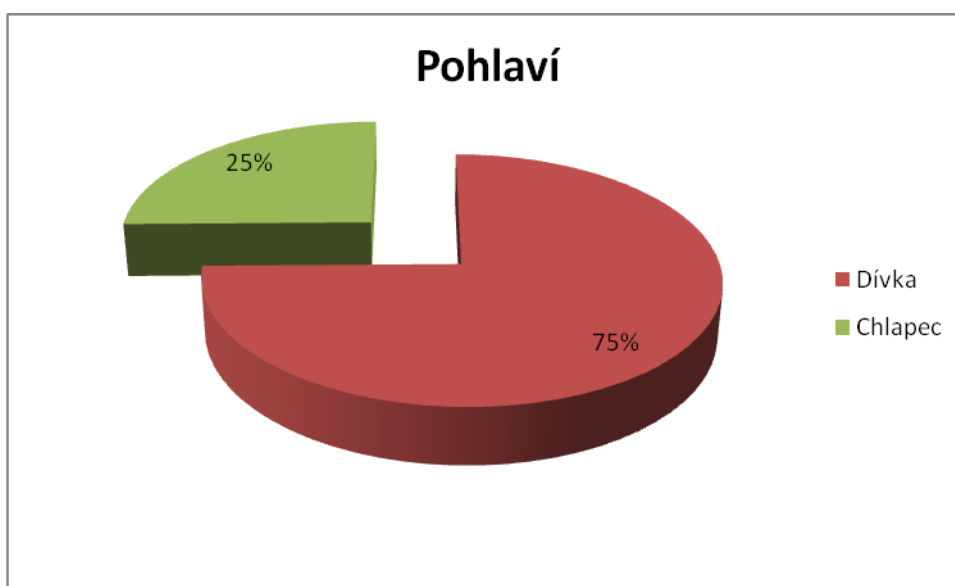
Pro přehlednost zde udávám převodní tabulku, mezi pořadím grafů a pořadí otázek v dotazníku.

Graf č.1	Otázka č.1
Graf č.2	Otázka č.2
Graf č.3	Otázka č.10
Graf č.4	Otázka č.9
Graf č.5	Otázka č.11
Graf č.6	Otázka č.12
Graf č.7	Otázka č.13
Graf č.8	Otázka č.14
Graf č.9	Otázka č.15
Graf č.10	Otázka č.16
Graf č.11	Otázka č.17
Graf č.12	Otázka č.4
Graf č.13	Otázka č.3
Graf č.14	Otázka č.6
Graf č.15	Otázka č.5
Graf č.16	Otázka č.7
Graf č.17	Otázka č.8

8.4 Výsledky šetření

V této části bakalářské práce budou prezentovány a rozebrány výsledky šetření a okomentovány jednotlivé otázky, použity v dotazníku. Odpovědi respondentů jsou vyobrazeny v grafu v procentech a rozděleny podle měst v nichž se nachází škola dotazovaných.

Graf č.1 - Pohlaví respondentů



Jak bylo uvedeno, dotazníkového šetření se zúčastnilo a vyplněný dotazník vyplnilo celkem 103 dětí z Prahy a Slaného. Z celkového počtu dotázaných podle grafu vyplývá, že mnohem více respondentů byly dívky. Z celkového počtu respondentů tvořilo 75% tj. 77 dívky a 25% tj. 26 chlapci.

Graf č.2 - Ve kterém městě se nachází tvoje škola?

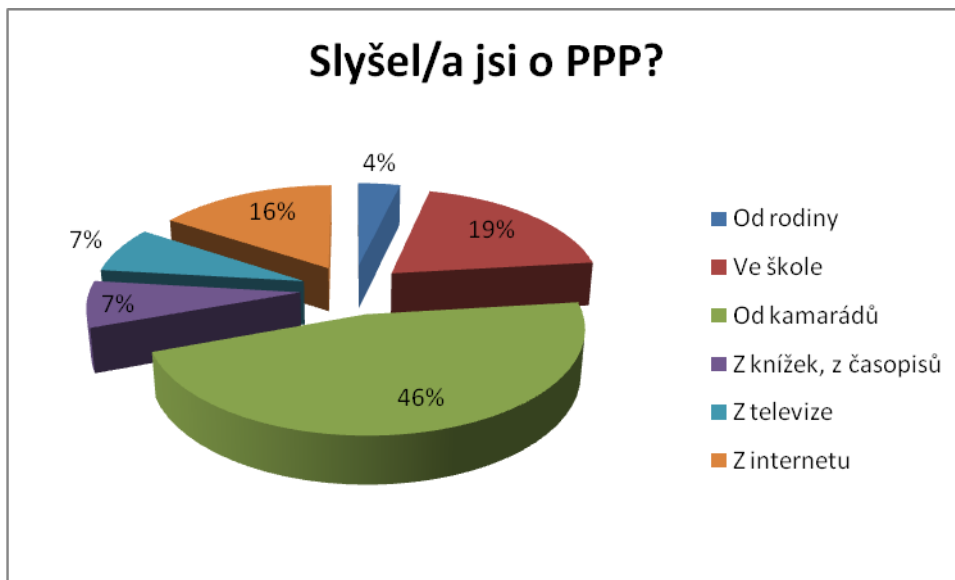


Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, cílem dotazníkového šetření je porovnat informovanost a znalost studentů devátých tříd základních škol z hlavního města oproti žákům z maloměsta ve Slaném. Návratnost dotazníku byla 85% tj. 103 vyplněných dotazníků. Tento graf nám zobrazuje geografické rozložení respondentů, kdy 57% tj. 59 respondentů dochází do školy v Praze a 43% tj. 44 respondentů ve Slaném. Rozdíl tudíž není moc velký, a tak nám při porovnání znalostí obou měst nebude rozdíl nijak výrazně zhoršovat výsledky výzkumu.

Graf č.3 - Kde jsi slyšel/a jsi o PPP?

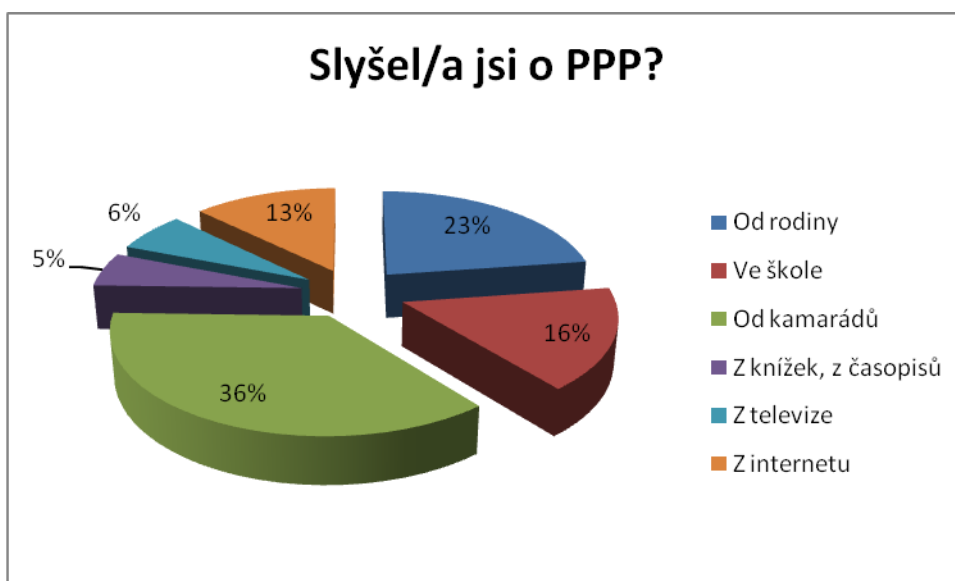
Graf Slaný

Zajímavé je, že ve Slaném slyšeli žáci o PPP v 46% od kamarádů, v 19% ve škole, 14% z internetu, 7% z televize a z časopisů a pouze ve 4% od rodiny.



Graf Praha

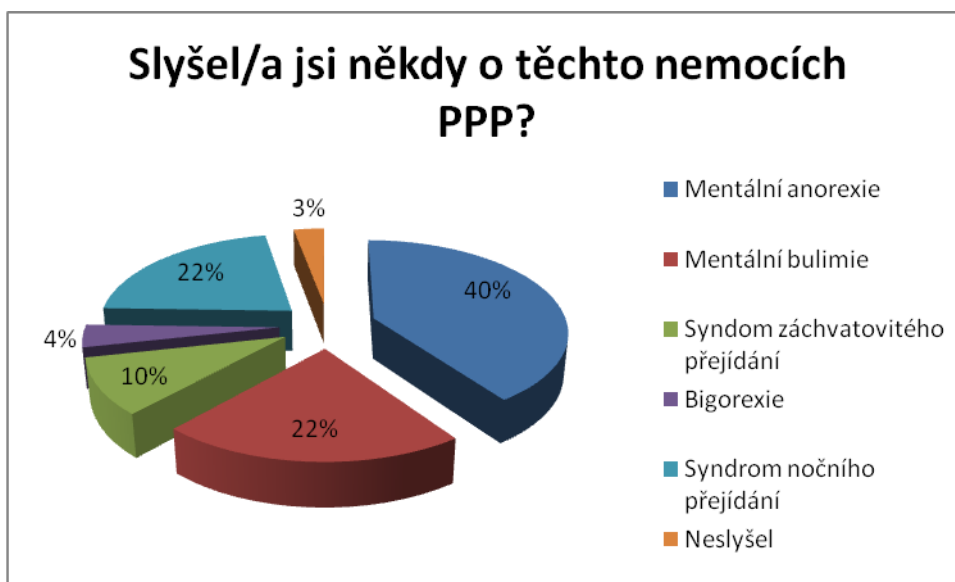
V Praze je šíření informací o PPP ze strany rodiny vyšší (23%) a opět nejvyšší podíl informovanosti je od kamarádů (36%). I zde je informovanost ze školy až na 3. místě (16%) a na samém konci jsou informace zprostředkované skrze televizi (6%) a časopisy (5%).



Graf č.4 - Slyšel/a jsi někdy o těchto nemocích PPP?

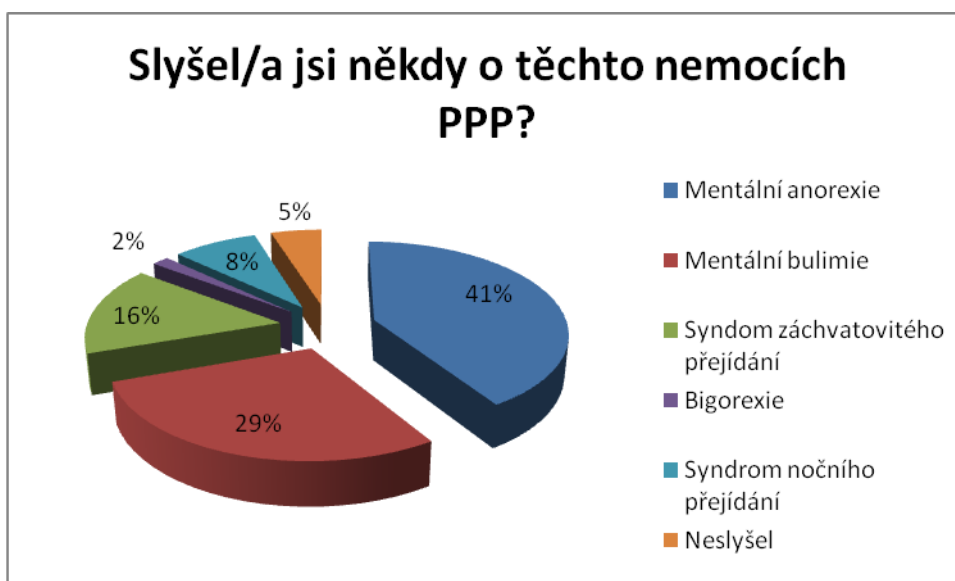
Graf Slaný

Tato otázka nám měla zjistit, jaký mají žáci přehled o nemocích PPP a které znají. Pouze 3% o PPP neslyšelo, o MA slyšelo 40%, MB zná 22% a u nespecifických PPP jsou procenta nižší 10% zná SZP, 22% SNP a jen 4% Bigorexii.



Graf Praha

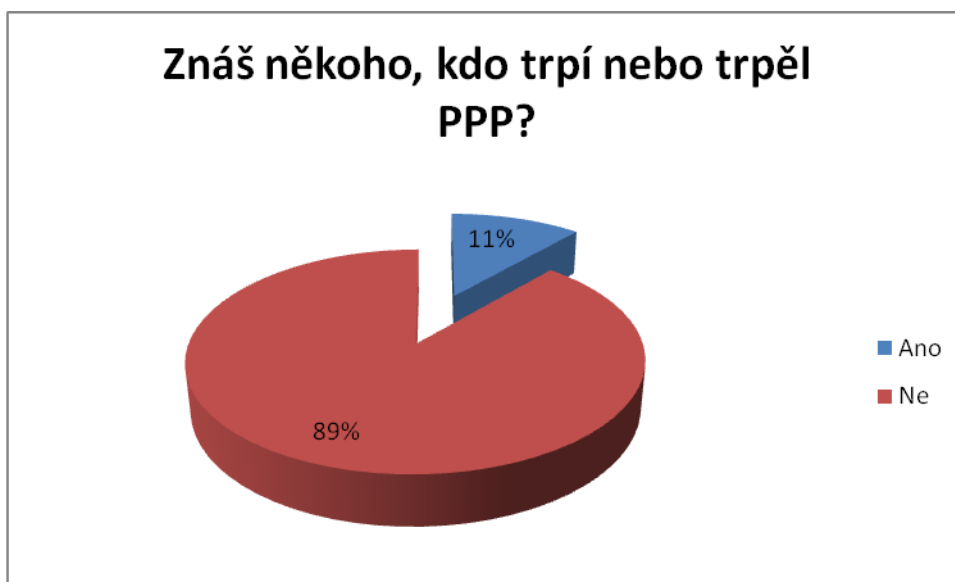
V Praze je znalost velmi obdobná, MA (41%), MB (29%), 16% SZP, 8% SNP, 2% Bigorexie a 5% o PPP neslyšelo.



Graf č.5 - Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP?

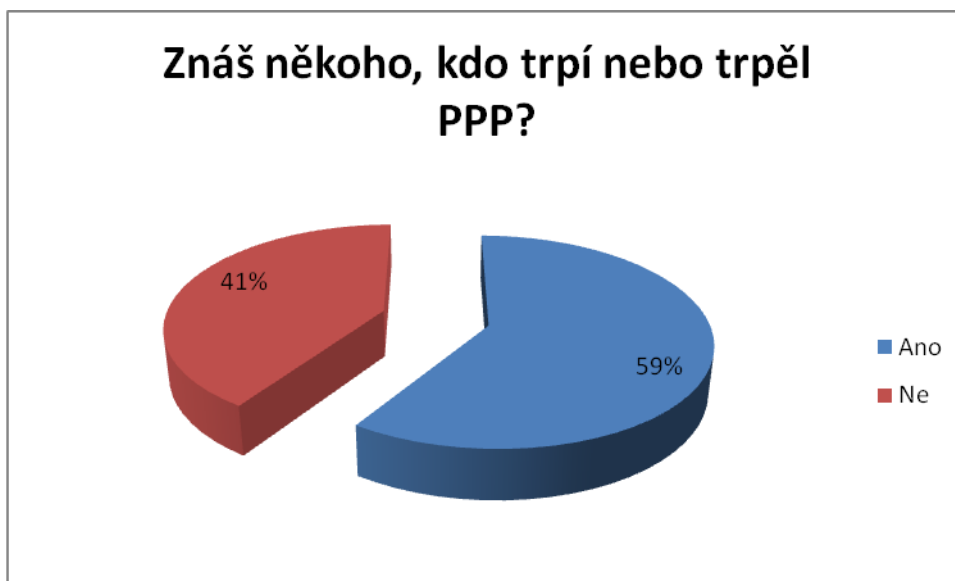
Graf Slaný

Z následujícího grafu je zřejmé, že valná většina (89%, tj. 39 žáků) nezná osobně nikoho ze svého okolí, kdo by trpěl PPP, zato 11% tj. 5 žáků ano.



Graf Praha

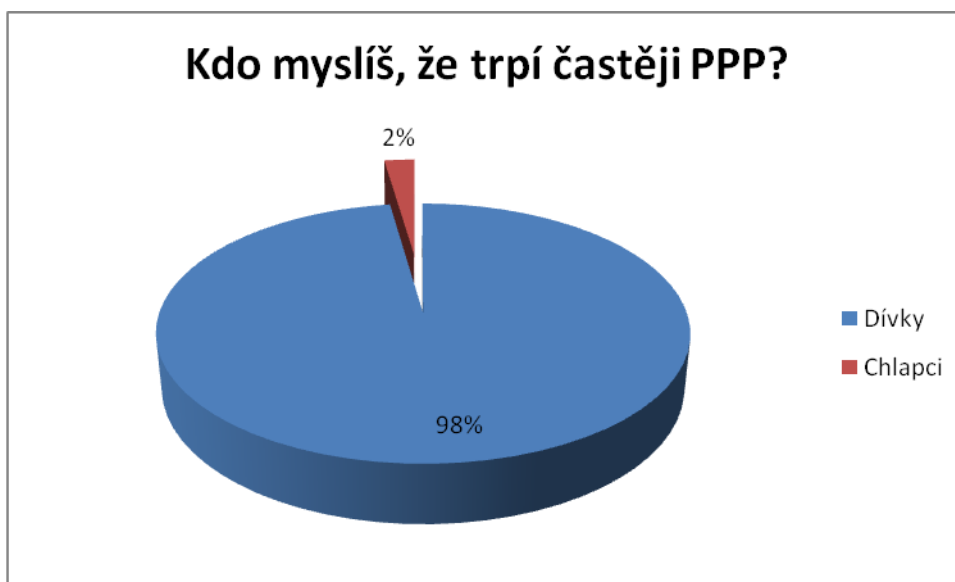
Naopak v Praze je situace velmi odlišná, zde graf ukazuje, že pouze 41%, tj. 24 žáků nikoho s PPP nezná a dokonce 59%, tj. 35 žáků má zkušenost s někým, kdo PPP trpěl.



Graf č.6 - Kdo myslíš, že trpí častěji PPP?

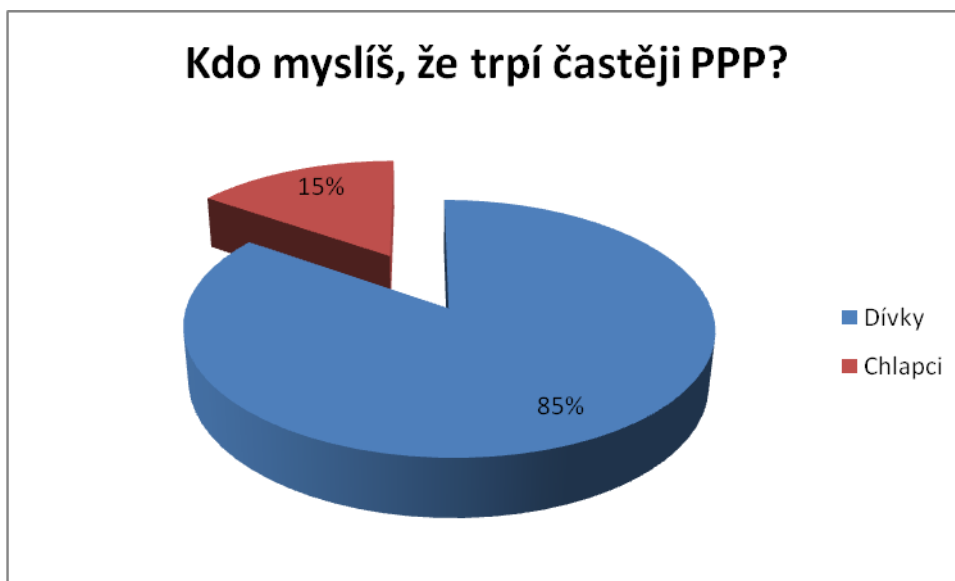
Graf Slaný

U této otázky graf znázorňuje, že podle 98% tj. 43 žáků trpí častěji PPP dívky a pouze 2% tj. 1 žák si myslí, že častěji chlapci.



Graf Praha

V Praze si myslí 85% tj. 50 žáků, že častěji trpí PPP dívky a 15% tj. 9 žáků si myslí, že chlapci.



Graf č.7 - Považuješ PPP za vážnou nemoc?

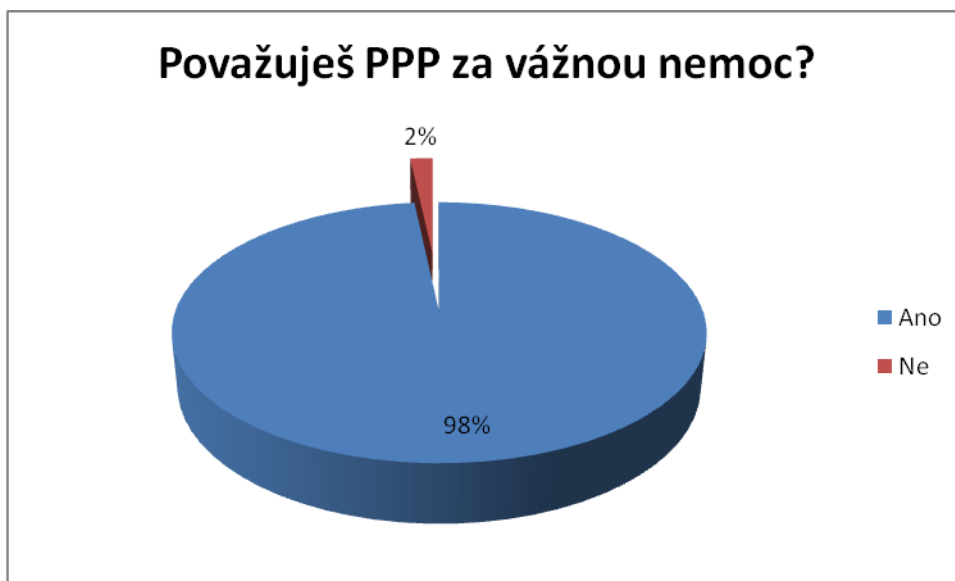
Graf Slaný

Je pozitivní, že valná většina (93% tj.41 žáků) považuje PPP za vážnou nemoc a pouhých 7% tj. 3 žáci ne.



Graf Praha

V Praze je převaha žáků, považujících PPP za vážnou nemoc ještě vyšší (98% tj.58 žáků) a pouze jeden žák (2%) si myslí, že ne.



Graf č.8 - Myslíš si, že PPP mají vliv na psychiku?

Graf Slaný

Správně si 95% tj. 42 žáků myslí, že PPP mají vliv na psychiku člověka a pouze 5% tj. 2 žáci si myslí, že ne.



Graf Praha

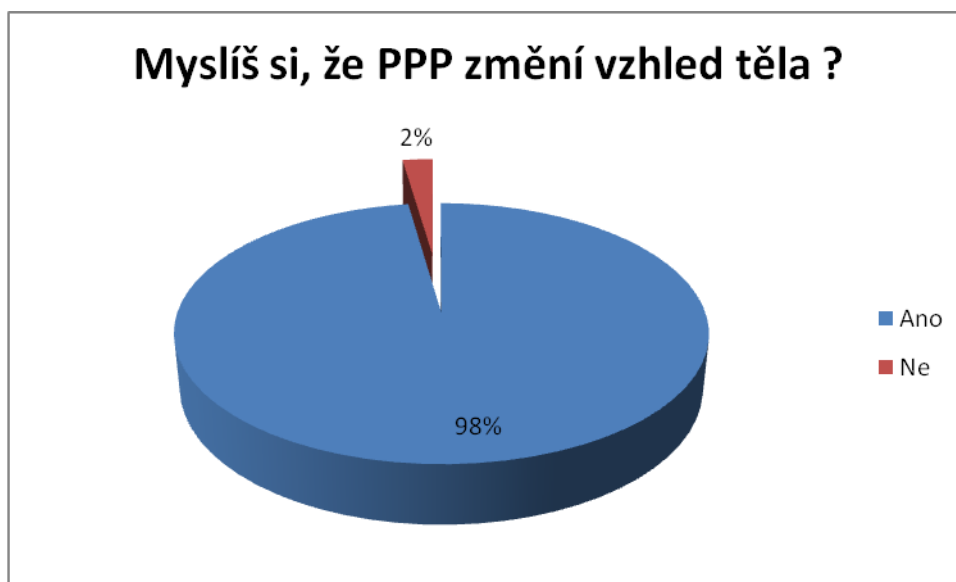
Překvapivě se v této otázce u grafů ukazují stejná procenta. Takže zjišťujeme, že pohled na psychický dopad vidí obě zkoumané skupiny stejně. V tomto případě 95% tj. 56 žáků pro ano a pouhých 5% tj 3 žáci, že ne.



Graf č.9 - Myslíš si, že PPP změní vzhled těla?

Graf Slaný

Ze Slaného si pouze 2% tj. 1 žák myslí, že PPP nemění vzhled těla. Převažujících 98% tj. 43 žáků si myslí, že se vzhled při PPP mění.



Graf Praha

Žáci z Prahy se v této otázce naprosto shodli a všichni (100%) si myslí, že PPP mění vzhled lidského těla.



Graf č.10 - Myslíš si, že PPP způsobí jiné zdravotní problémy?

Graf Slaný

93% tj. 41 žáků si myslí, že PPP způsobují jiné zdravotní problémy a pouze 7% tj. 3 si to nemyslí.



Graf Praha

Pouze 5% tj. 3 žáci z Prahy si nemyslí, že by PPP způsobovali jiné zdravotní problémy, zato celých 95% tj. 56 žáků si myslí, že ano.



Otázka č.11 - Myslíš si, že je nutné při PPP vyhledat odbornou zdravotní pomoc?

Graf Slaný

Z tohoto grafu vyplívá, že 95% tj. 42 žáků si myslí, že je nutné vyhledat pro člověka trpící PPP odbornou pomoc a pouhých 5% tj. 2 žáci si to nemyslí.



Graf Praha

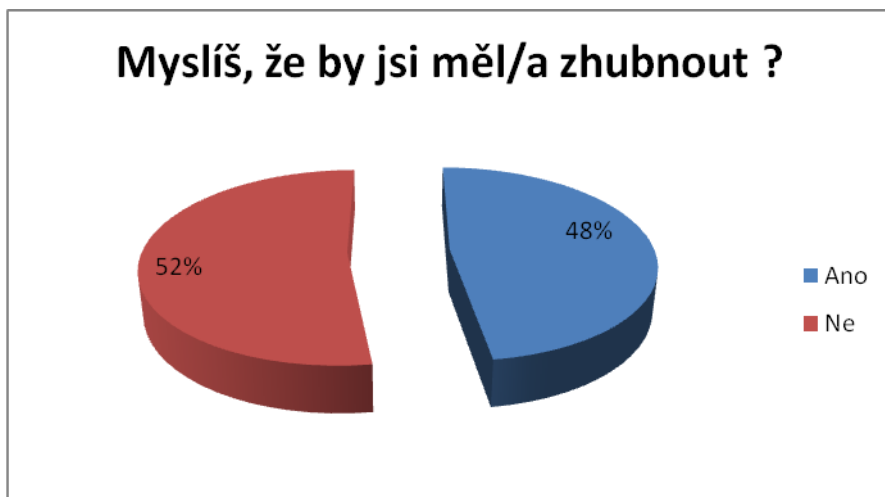
Z dalšího grafu vyplívá, že žáci z Prahy se v 88% tj. 52 žáků shodnou, že je nutné vyhledat pro člověka trpící PPP odbornou pomoc a 12% tj. 7 žáků si to nemyslí.



Graf č.12 - Myslíš si, že by jsi měl/a zhubnout?

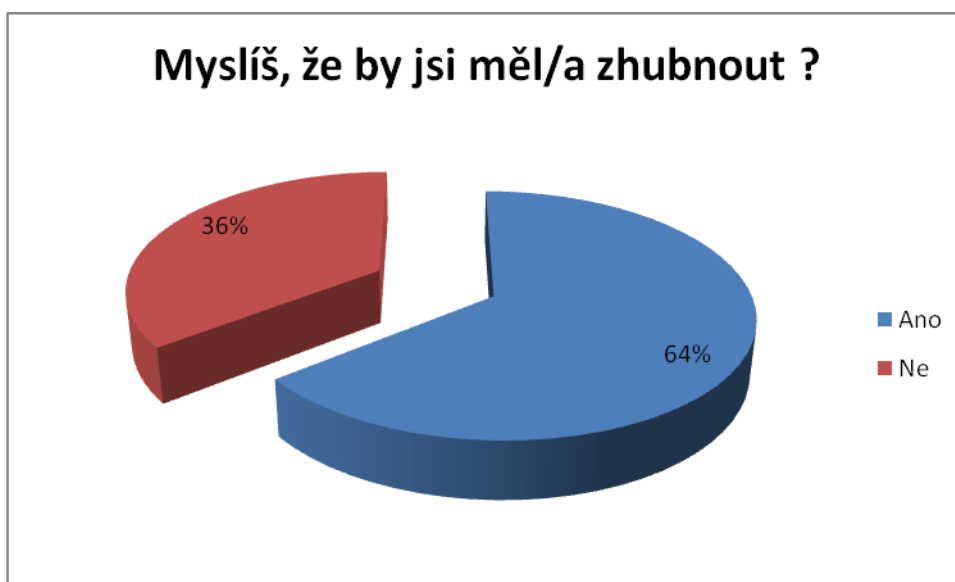
Graf Slaný

Více než polovina (52%) respondentů myslí, že by neměla zhubnout. Což souvisí s předchozím grafem, kdy je 57% respondentů více spokojeno s tím jak vypadá.



Graf Praha

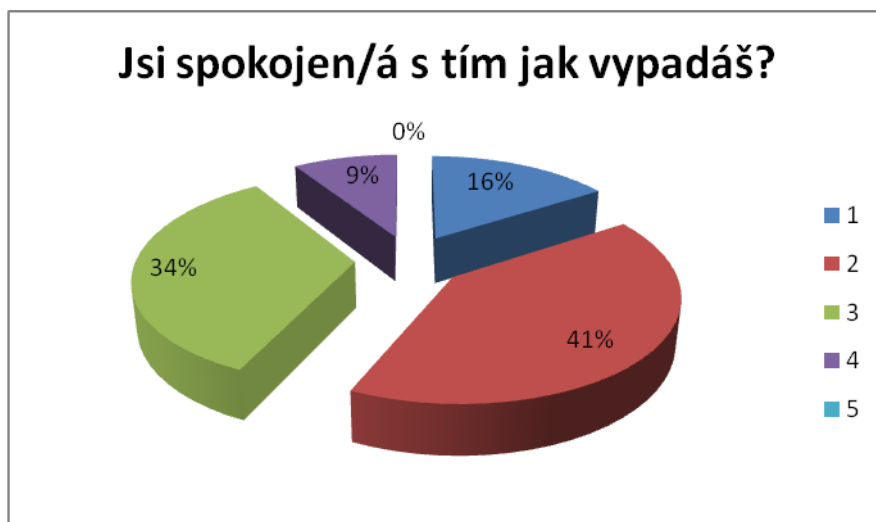
V podobné návaznosti jsou i grafy z Prahy, kdy si 64% respondentů myslí, že by zhubnout mělo. Což navazuje na to, že pouze 33% respondentů je spokojeno s tím, jak vypadá.



Graf č.13. - Jsi spokojen/á s tím, jak fyzicky vypadáš?

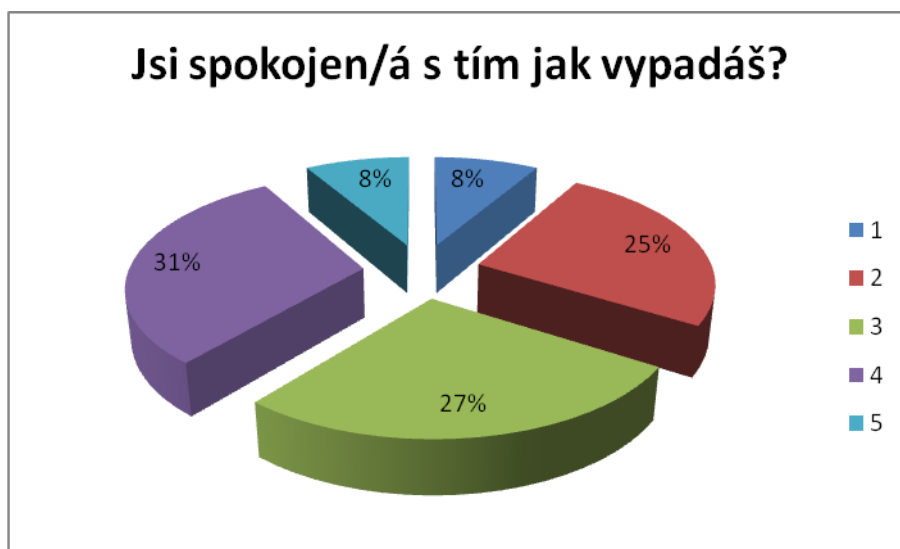
Graf Slaný

Tento graf zobrazuje kolik procent z dotázaných, kteří chodí do školy ve Slaném je spokojeno s tím, jak vypadají. Pouze 16% z dotázaných je naprosto spokojeno. Pozitivní je, že velmi nespokojených je menšina.



Graf Praha

V porovnání se Slaným jsou žáci v Praze na první pohled se sebou mnohem více nespokojeni. Dokonce 8% respondentů je se svým vzhledem hrubě nespokojeno.



Graf č.14. - Jaká si myslíš, že je podle tebe ideální postava ženy?

Graf Slaný

Na grafu je vidět, že představa o ideální postavě studentů ze Slaného je z 84% (tj.37 žáků) správná a poukazují na obrázek ženy, která nemá ani podváhu ani nadváhu.



Graf Praha

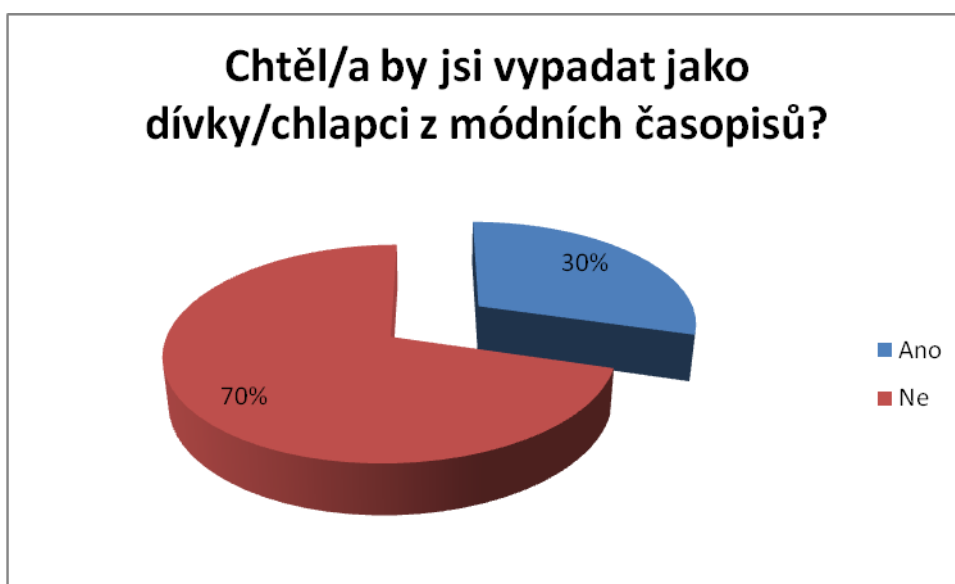
Opět se stává, že se grafy poměrně hodně liší a ukazují, že dokonce 24% tj.14 žáků považuje vyzáblou postavu za ideální postavu ženy.



Graf č.15 - Chtěl/a by jsi vypadat jako dívky/chlapci z módních časopisů?

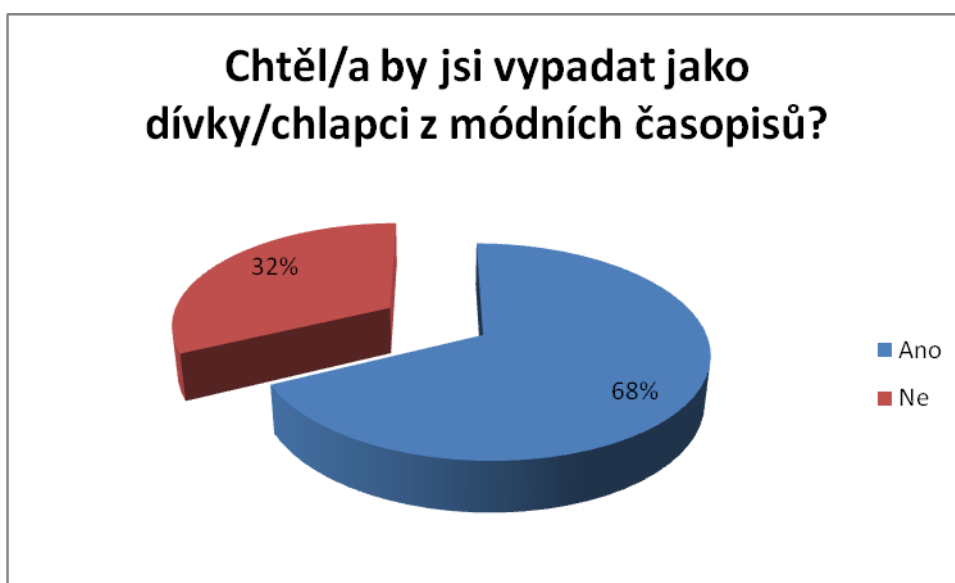
Graf Slaný

Z celkového počtu 44 respondentů zodpovědělo 70% tj. 31 žáků, že nechtějí vypadat jako "předlohy" z módních časopisů, které jim mediální svět podstrkává.



Graf Praha

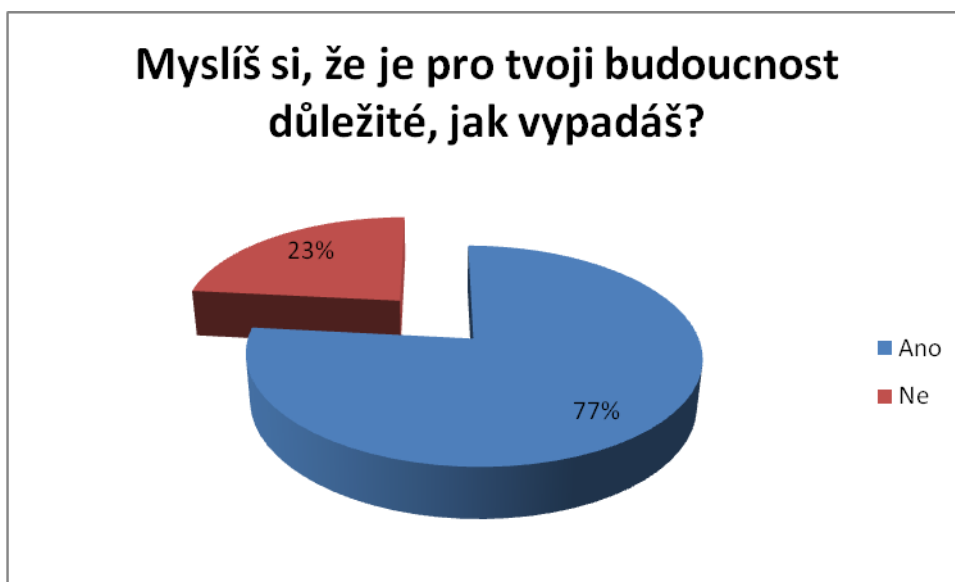
Další graf znázorňuje téměř obrácené mínění žáků studujících v Praze, kde naopak celých 68% chce vypadat jako předlohy z médií.



Otázka č.16 - Otázka pro dívky: Myslíš si, že je pro tvoji budoucnost důležité jak vypadáš?

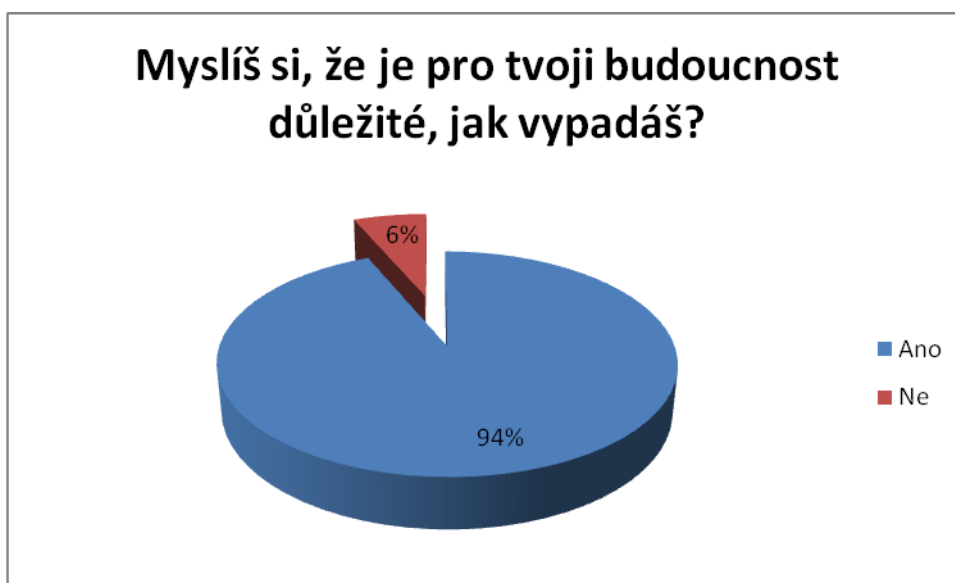
Graf Slaný

Z celkového počtu 30 dívek studujících ve Slaném celých 77% tj. 23 dívek si myslí, že jejich vzhled jim pomůže k úspěšnější budoucnosti.



Graf Praha

A z celkového počtu 47 dívek studujících v Praze si totéž myslí dokonce 94% tj. 44 dívek a pouhých 6% si myslí, že ne.



Otázka č.17 - Pokud ano - Jak moc je to pro tebe důležité?

Graf Slaný

V návaznosti na předchozí graf nám tento ukazuje, že pro více jak 61% tj.14 dívek chodících do školy ve Slaném je důležitost jejich vzhledu vůči budoucnosti důležitá.



Graf Praha

V Praze je situace opět výraznější, dokonce 80% tj. 35 dívek považuje vzhled pro svoji budoucnost za důležitý.



8.5 Analýza hypotéz

Hypotéza 1: Stávající prevence a míra informovanosti žáků devátých tříd základních škol není dostatečná, stále (především dívky) trpí neobjektivním vnímáním vlastního těla.

V první řadě srovnáváme a zjišťujeme, že způsoby jakými se žáci devátých tříd dostávají k informacím PPP jsou naprosto neočekávané a velmi překvapivé. Jak žáci chodící do školy v Praze tak žáci ze Slaného téměř obdobně udali, že nejvíce informací ohledně PPP dostávají od kamarádů - tudíž evidentně od lidí, kteří s nemocemi již mají nějaké zkušenosti ať už na sobě nebo na někom blízkém. Mohlo by se předpokládat, a v kapitole o prevenci tak bylo napsáno, že nejdůležitější je informovanost dětí v první řadě od rodičů a od školy. Tyto dvě skupiny skončili v Praze na druhém (od rodiny - 23%) a třetím místě (od školy - 16%). Ale ve Slaném děti uvedli, že od rodiny tyto informace obdrželi pouze ve 4% případů. Tento jev, může být brán z pohledu větší četnosti nemoci v hlavním městě, kde je na člověka větší sociální tlak, a tak je náchylnost k některé z PPP větší. V Praze je větší tlak na hubenost, lepší a kvalitnější vzhled a celkový obraz člověka. Z dotazníku bylo zároveň uvedeno, že žáci mají ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP. Na rozdíl od Slaného, kde zná někoho 11% dotázaných, v Praze je nejen díky větší koncentraci lidí číslo mnohonásobně větší a zastavilo se na 59% žáků, kteří znají někoho, kdo PPP trpěl, viz graf 11. Tato hypotéza byla tedy prokázána, jelikož předpoklad ke kvalitní prevenci a informovanosti, by měl v první řadě vést od školy a rodičů a až pak následně by se měli děti dovzdělávat na internetu, který nyní ovládá 3 až 4 příčku v informovanosti. Nýbrž informovanost od kamarádů případně z internetu může být mnohdy matoucí a v některých případech i protichůdná. A to například proto, že interpretace může nechtěně způsobit touhu vyzkoušet jaké to je pomoci si ke kvalitnější postavě pomocí jídla.

Hypotéza 2: Prezentace ženského těla v médiích, propagovaná módními firmami, zapříčiňuje u adolescentních osob neobjektivní vnímání (především ženského) těla; což má za následek nárůst rizika PPP v populaci.

Právě třeba nesprávná interpretace z médií, nebo nalákání se na jednoduché obchodní lákadlo, může i nepřímo způsobovat pocity potřeby u dětí něco se sebou dělat.

Jak bylo zjištěno, tak opět se v našem dotazníku projevuje rozdílná lokace a rozdílné sociální tlaky, které na děti jsou, protože ve Slaném, kde se předpokládá sociální tlak o mnoho nižší, si myslí 48% z dotázaných, že by měl zhubnout. Toto souhlasí s tím, že valná část našeho národa má nadváhu, ovšem pro dítě ve věku 13-15let je i oněch 48% moc. Na rozdíl od toho, v Praze si opět díky vyššímu tlaku okolí a společnosti na dítě a vyrůstajícího jedince, celých 64% žáků myslí, že by mělo zhubnout. Pokud budeme brát stupnici v dotazníku, která byla stanovena v číselné škále 1-5, známkování jako ve škole, tak nám výsledky grafu č.13 potvrdí další část naší hypotézy, protože celých 43% žáků ze Slaného není spokojeno s tím, jak vypadají, což souhlasí v porovnání s 48% kteří chtějí zhubnout. A opět při pohledu na výsledky z Prahy nám graf potvrzuje předchozí otázku, protože dokonce 66% žáků není spokojeno s tím, jak vypadá, opět navazuje na 64% těch, kteří chtějí zhubnout. Tyto odpovědi v našem dotazníku, musí vycházet z toho, jaký si daný respondent představuje ideál. Protože ten, má každý nastavený jinak. Proto bylo v další otázce dotazníku zjišťováno, co pro děti znamená postava ideální ženy. Pro toto vyjádření jsme použili obrázky 3 žen, kdy jedna má BMI cca 16-19, druhá 18-22 a třetí 24-26. Z příložené tabulky je zřejmé, že podle BMI je na tom nejlépe dívka na obrázku číslo tři.

WEIGHT lbs	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	
kg	45.5	47.7	50.0	52.3	54.5	56.8	59.1	61.4	63.6	65.9	68.2	70.5	72.7	75.0	77.3	79.5	81.8	84.1	86.4	88.6	90.9	93.2	95.5	97.7	
HEIGHT in/cm	Underweight					Healthy					Overweight					Obese					Extremely obese				
5'0" - 152.4	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
5'1" - 154.9	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	
5'2" - 157.4	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38	39	
5'3" - 160.0	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	31	32	32	33	34	35	36	37	38	
5'4" - 162.5	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36	37	
5'5" - 165.1	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	
5'6" - 167.6	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	
5'7" - 170.1	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	33	
5'8" - 172.7	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	32	32	
5'9" - 175.2	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	
5'10" - 177.8	14	15	15	16	17	18	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	
5'11" - 180.3	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	
6'0" - 182.8	13	14	14	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	29	
6'1" - 185.4	13	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	
6'2" - 187.9	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	
6'3" - 190.5	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	
6'4" - 193.0	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	

Žáci 9 škol, jak z Prahy tak ze Slaného v této otázce ovšem zcela podleli trendu aktuální společnosti, který se nám snaží ukazovat ideální modelky na molech, v časopisech a magazínech, většinou s BMI okolo 18-22. Tudíž obrázku číslo 2. Ten v obou městech s velkou převahou zvítězil - ve Slaném jej zaškrtno 84% a v Praze si ideální žena dle časopisů a propagandy médií odnesla 59%.

Alespoň malým pozitivem ve Slaném je, že dívku na obrázku č.1 považují za ideální pouhá 2% a zbývajících 14% volí dívku se správným BMI. V Praze je situace přehled vyrovnanější, dívku s podváhou považuje za ideál 24% a dívku se správným BMI 17%.

Tento fakt, nám potvrzuje naši hypotézu, že mediální obraz naprosto rozhazuje povědomí žáků, tak že jsou jim velice ovlivněni.

Hypotéza 3: Změna takového mediálního obrazu, by měla za následek snížení počtu PPP a bez ohledu na informovanost v rizikové skupině by došlo ke snížení tlaku okolí na vzhled adolescenta.

Právě fakt, že si mladí lidé v mnoha případech myslí, že modelky a modelové z magazínů, televize, reklamy a videoklipů jsou ti ideální podle, kterých by se měli řídit, je tím u čeho by se mělo začít něco dělat. A od základu to změnit. Protože na otázku zda by, žáci chtěli vypadat jako ti z módních časopisů odpovědělo ve Slaném 70% že ne. A v Praze se stal naprostý opak, 68% žáků by si přálo být jako některý z jejich idolů v časopisech. Opět zde narážíme na velký rozdíl mezi velkoměstem a maloměstem. Je tudíž zřejmé, že mediální a sociální tlak je ve větším městě mnohem vyšší. Současně s tím nám žáci potvrdili, že téměř pro většinu ze všech dotázaných dívek je důležité pro jejich budoucnost to, jak budou vypadat. Navíc je zřejmé, že tento fakt je pro dívky opravu důležitý. Ve Slaném toto zaškrtno 87% a v Praze dokonce 93% dotázaných dívek. Pokud by se tedy změnil směr mediálního obrazu například k plus size modelkám tak se dá předpokládat, že by se výsledky velmi změnili. Tímto byla naše hypotéza částečně dokázána.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se v teoretické části zabývali vymezením známých poruch příjmu potravy, vymezením kriticky ohrožené skupiny a přednesli možnost prevence PPP a jejich psychické a akutní a dlouhodobé fyzické následky. Současně s tím, jsme rozebrali vztahy nemocného s PPP s okolím v práci, mezi rodinou a mezi partnerem.

Jedním z cílů této práce, bylo poukázat na současnou situaci v médiích a s tím spojený špatný mediální obraz PPP, který je médií a módním světem ještě více podporován v tom, že PPP není nemoc, ale životní styl. Tuto myšlenku se snaží módní domy a časopisy šířit mezi obyčejné lidi i za pomoci klamavé a kontroverzní reklamy. Předhazují nám modely, které oni považují za ideály a za pomoci různých vábíčních prostředků se snaží přesvědčit konzumenty, že právě to je pro něj to nejlepší.

Společně s tímto mediálním tlakem je na člověka vyvíjen samozřejmě i tlak sociální, který v mnoha ohledech vychází právě z mediálního světa. Jelikož každý z nás čerpá informace tam, kde mu to je pohodlné a na základě těch se pak v životě rozhoduje.

Velkým překvapením při práci na této bakalářské práci bylo uvědomění si, kde všude můžeme na mediální tlak narazit. Je všude kolem nás aniž by jsme si to uvědomovali. Mnohdy pouze naše podvědomí reaguje na podněty spojené s vábením k lepšímu a kvalitnějšímu životu za pomoci jídla a stravování.

I výzkumná část této práce nám naprosto potvrdila veškeré hypotézy, které jsme si na začátku práce stanovili. Je až k udivení, jak moc mladých lidí je se sebou nespokojeno a jak moc je to trápí. To vše působí na psychiku dospívajícího jedince velmi negativně a podporuje ho tím tak v cestě změnit svět okolo sebe tak, jak mu to radí oni, a pokud to nejde může se stát, že jedním z východisek bude začátek PPP u tohoto člověka.

Tato práce by měla sloužit, jako přehled aktuálního stavu mediálního a sociálního světa vůči mladým, dospívajícím dětem v pohledu na případný výskyt PPP.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY

- FALTUS, František., 1979, *Anorexia mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum,
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ E. a KOLEKTIV, 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
- KRCH, F. D. a KOLEKTIV, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH F. D., 2008. *Bulimie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, F. D., 2010. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- MÁLKOVÁ, I. a KRCH. F. D., 2001. *SOS nadváha*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-521-0.
- NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, H., 2000. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, H., 2003. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-81-6.
- PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PREISS M., KUČEROVÁ H., 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 802-4714-60-4.
- SMOLÍK, P., 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-33-0.

SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY

COOPER P.J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.

LEIBOLD, G., 1995. *Mentální anorexie*. Praha: Nakladatelství Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, M. a KRANZOVÁ R., 1997. *O Poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

MIDDLETON K. a SMITH J., 2010. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Nesovice: Doron. ISBN 978-80-7297-115-2.

PEGGY, C-P., 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-818-5.

PERKINS, Sarah, et al. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, vol. 36, is. 3 [cit. 2007-03-10], s. 256-268. Dostupný z WWW:< <http://www.interscience.wiley.com/>>

RABOCH J., PAVLOVSKI P., 2013. *Psychiatrie*. Karolinum Press. ISBN 8024619857.

VHAINER A KOL., 2011. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Pragma. ISBN 8024775301.

VOKURKA M., 2014. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Pragma. ISBN 8024620324.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

ANDIK. *Když je z jídla strašák* [online] 4.11.2006 [cit.2015-08-22].
Dostupné z: <http://www.detskestranky.cz/clanek/51-kdyz_je_z_jidla_strasak.htm>

Informační server - *Týden.cz. Francie zákonem zakázala vychrtlé modelky* [online] 7.4.2015 [cit.2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/francie-zakonem-zakazala-vychrtle-modelky_338503.html>

Informační server - *Novinky.cz. Itálie zakázala reklamu s fotografií anorektičky* [online] 27.10.2007 [2015-09-12]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/125235-italie-zakazala-reklamu-s-fotografii-anorekticky.html>>

Informační server - *Aktuálně.cz. Konec anorexie? Francie chce zakázat příliš hubené modelky.* [online] 23.3.2015 [cit. 2015-09-12] Dostupné z: <http://magazin.aktualne.cz/francie-bojuje-proti-mentalni-anoerxii/r~d6599298ce4011e4a4c00025900fea04/>

Informační server *OnaDnes.cz – Jaká má být modelka? Vychrtlá a nebo baculka?* [online] 9.10.2006 [2015-09-13] Dostupné z: http://ona.idnes.cz/jaka-ma-byt-modelka-vychrtla-anebo-baculka-fg2-/krasa.aspx?c=A061005_170931_ona_krása_jup

NĚMEČKOVÁ P. *Poruchy příjmu potravy.* [online] 2002 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>>

ŠKARECKÁ I. *Bigorexie* [online] 15.9.2012 [cit.2015-08-29]. Dostupné z: <www.viviente.cz/bigorexie>

PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK

DOTAZNÍK PRO ŽÁKY 9.TŘÍD NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při mém dotazníkovém šetření. Prosím o předání dotazníků žákům 9.tříd Vaší školy. Dotazníky budou poskytnuty pro výzkum mé bakalářské práce s názvem: Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na psychický a fyzický vývoj jedince. Cílem výzkumu je zjistit, zda děti na ZŠ jsou dostatečně informovány o psychických a fyzických dopadů PPP. A zároveň porovnat informovanost , prevenci a celkovou osvětu před poruchami příjmu potravy . Dotazníky se vyplňují kroužkovou formou.

Děkuji.

Kateřina Jeníková

9. Slyšel/a jsi někdy o těchto nemocích PPP?

(zakroužkuj všechny o kterých jsi slyšel/a?)

- a) Mentální anorexie
- b) Mentální bulimie
- c) Syndrom záchvatovitého přejídání
- d) Bigorexie
- e) Syndrom nočního přejídání
- f) neslyšel/a

10. Slyšel/a jsi o PPP?

- a) Od rodiny
- b) Ve škole
- c) Od kamarádů
- d) Z knížek, z časopisů
- e) Z televize
- f) Z internetu

11. Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl PPP?

- a) Ano
- b) Ne

12. Kdo myslíš, že trpí častěji PPP?

- a) Dívky
- b) Chlapci

13. Považuješ PPP za vážnou nemoc?

- a) Ano
- b) Ne

14. Myslíš si, že PPP mají vliv na psychiku?

- a) Ano
- b) Ne

15. Myslíš si, že PPP změní vzhled těla?

- a) Ano
- b) Ne

16. Myslíš si, že PPP způsobí jiné zdravotní problémy?

- a) Ano
- b) Ne

17. Myslíš si, že je nutné při PPP vyhledat odbornou zdravotní pomoc?

- a) Ano
- b) Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Jeníková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na psychický a fyzický vývoj jedince

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 65

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 12

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 9

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann