

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2023

Adéla Foltýnová

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

**Výchova ke zdraví na SŠ se zaměřením na prevenci
poruch příjmu potravy**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Foltýnová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Učitelství praktického vyučování
Vedoucí práce: Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Sylvie Tichotová



Zadání bakalářské práce

Autor:	Adéla Foltýnová
Studium:	P19K0034
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Učitelství praktického vyučování
Název bakalářské práce:	Výchova ke zdraví na SŠ se zaměřením na prevenci poruch příjmu potravy
Název bakalářské práce AJ:	Health education at secondary schools with a focus on the prevention of eating disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá výchovou ke zdraví na střední škole se zaměřením na prevenci poruch příjmu potravy. Teoretická část popisuje typy poruch příjmu potravy, jejich příčiny, projevy a důsledky, možnosti léčby a prevence. Praktická část dotazníkovým šetřením zjišťuje postoje žáků střední školy k poruchám příjmu potravy a postoje k preventivnímu působení předmětu zdravověda na vybrané SŠ.

Papežová, H. Spektrum poruch příjmu potravy

Middleton, K. Smith, J. První kroky z poruchy příjmu potravy

Procházková, L., Sladká Ševčíková, J. Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat

Novák, M. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy

Krch, F. D. Poruchy příjmu potravy

Zadávací pracoviště: Katedra pedagogiky a psychologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Sylvie Tichotová

Datum zadání závěrečné práce: 11.12.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Anotace

FOLTÝNOVÁ, Adéla. Výchova ke zdraví na SŠ se zaměřením na prevenci poruch příjmu potravy. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 58 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá výchovou ke zdraví na střední škole se zaměřením na prevenci poruch příjmu potravy. Teoretická část popisuje typy poruch příjmu potravy, jejich příčiny, projevy a důsledky, možnosti léčby a prevence. Praktická část dotazníkovým šetřením zjišťuje postoje žáků střední školy k poruchám příjmu potravy a postoje k preventivnímu působení předmětu zdravotní výchovy na vybrané SŠ.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, syndrom nočního přejídání, ortorexie, bigorexie, rizikové faktory, příznaky, projevy, následky, léčba.

Annotation

FOLTÝNOVÁ, Adéla. Health education at secondary schools with a focus on the prevention of eating disorders. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 58 pp. Bachelor thesis.

The bachelor thesis deals with health education in high school with a focus on the prevention of eating disorders. The theoretical part describes the types of eating disorders, their causes, manifestations and consequences, treatment options and prevention. The practical part of the questionnaire survey finds out the attitude of high school students to eating disorders and attitudes to the preventive effects of the subject of health science at selected secondary schools.

Keywords:

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, nocturnal binge syndrome, orthorexia, bigorexia, risk factors, symptoms, manifestations, consequences, treatment.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č.13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:.....

Podpis studenta:.....

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Radce Skorunkové, Ph.D. za její ochotu, cenné odborné rady a veškerý čas, který mi věnovala po celou dobu vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod	10
2. Poruchy příjmu potravy	12
2.1 Základní typy poruch příjmu potravy	12
2.1.1 Mentální anorexie	12
2.1.2 Mentální bulimie	13
2.2 Další typy poruch příjmu potravy	15
2.2.1 Záchvatovité přejídání	15
2.2.2 Syndrom nočního přejídání.....	15
2.2.3 Ortorexie	16
2.2.4 Bigorexie.....	16
3. Příčiny poruch příjmu potravy.....	16
3.1 Biologické rizikové faktory.....	17
3.2 Psychologické rizikové faktory.....	17
3.3 Sociální a kulturní rizikové faktory.....	18
3.4 Nebezpečí diet.....	19
4. Příznaky PPP	20
5. Projevy a následky PPP	22
5.1 Projevy mentální anorexie.....	24
5.2 Projevy mentální bulimie	25
6. Léčba	25
6.1 Druhy léčby.....	27
6.2 Rizika recidivy	29
7. Prevence	30
8. Výchova ke zdraví	31
9. Výzkumné šetření.....	32
9.1 Cíle výzkumného šetření.....	32
9.2 Výzkumné předpoklady	32
9.3 Realizace výzkumného šetření	32
9.4 Výsledky výzkumného šetření	33
9.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření	53
10. Závěr	54
Seznam literatury	56
Přílohy.....	58

1. Úvod

V současné době jsou poruchy příjmu potravy velmi rozšířeným problémem. Média zprostředkovávají špatný ideál krásy, který je spojován se štíhlostí, která je intenzivně propagována prostřednictvím reklam. Tímto způsobem spousta lidí vzhlíží k nezdravě hubeným modelkám a snaží se nejrůznějšími způsoby přiblížit k tomuto ideálu krásy, který vytvořila právě média.

Dalšími negativními vlivy jsou různé reklamy a časopisy, podporující a nabádající k držení nejrůznějších druhů diet. Právě tyto reklamy a časopisy vychvalují dietní metody, které nejsou zdravé a už vůbec ne prospěšné lidskému organismu. Dokonce nabádají k tomu, že štíhlost je správná cesta k dokonalosti.

Dalším problémem je, že spousta lidí není o poruchách příjmu potravy dostatečně informována, nebo získali informace mylné. Proto je velice důležité o této problematice hovořit co nejvíce a znát pravou realitu onemocnění, aby bylo možno nemoci předcházet nebo zabránit zhoršení.

Vzhledem k tomu, že děti stráví ve škole významnou část jejich života – od šesti, až do devatenácti let (někdy i déle), je nutné, aby se poruchám příjmu potravy věnovala větší pozornost. Je důležité, aby měl vyučující přehled o problému a všiml si určitých změn u žáků, protože čím dříve je nemoc odhalena, tím je následně snazší léčba. Dále by se v předmětech tomu určených mělo více zahrnovat téma anorexie a bulimie. Díky tomu, že žáci budou dostatečně informováni, budou schopni na svých spolužácích vyzorovat změny v jejich stravovacích návycích a pokud budou vědět, že jejich spolužák má sklony k poruchám příjmu potravy, budou následně moci tuto skutečnost oznámit vyučujícímu. Je také vhodné žákům vysvětlit, jaký je normální rozsah jejich tělesné hmotnosti, protože oni sami nedokáží objektivně posoudit, jestli je jejich tělesná hmotnost v pořádku.

V bakalářské práci se snažím podat základní důležité informace o problematice. Bakalářská práce se zaměřuje na obecné informace, na méně známé druhy poruch příjmu potravy, poté na příčiny a následky, na léčbu a prevenci.

Další část bakalářské práce je zaměřena na dotazníkové šetření, které jsem provedla na nejmenované střední škole. Dotazníkové šetření nám podává informace o tom, jak jsou

žáci středních škol informováni o problematice, zda oni sami mají sklony k poruchám příjmu potravy a v poslední řadě, zda na jejich škole probíhá dostatečná prevence.

2. Poruchy příjmu potravy

Bakalářská práce se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy (PPP), které patří mezi velmi závažná psychická onemocnění. Tato problematika se týká věkových kategorií, jako je adolescentní mládež, dospělí, ale i děti. Podle Kocourkové (1997) jsou nejvíce ohroženou populací adolescentní dívky a mladé ženy, u nichž se převážně PPP objevují.

Většinou jsou tyto poruchy potravy způsobené v důsledku nějaké celkové psychické újmy nebo poruchou osobnosti. Benešová (2003) tvrdí, že osoby trpící PPP jsou většinou velice inteligentní, ctizádostivé a snaží se být dokonalé.

Dle Middleton a Smith (2013) se částečně dá porozumět pocitům, které mají lidé s poruchou tak, že každý z nás si zažil provinění z malého nárůstu tělesné váhy po držení diety. Pro osoby trpící PPP je tento pocit mnohem silnější a je velice těžké se z něho vymanit.

2.1 Základní typy poruch příjmu potravy

2.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakteristická tím, že dotyčná osoba se úmyslně snaží snížit svou tělesnou hmotnost. Většinou touto poruchou trpí dívky. Podle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) se anorexie objevuje již před 14. rokem. V této počáteční fázi je důležité sehnat odborného lékaře a včas tuto problematiku řešit a zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy.

Dotyčná osoba se vědomě snaží potlačit chuť k jídlu a celkově i hlad. Krch (1999) tvrdí, že lidé trpící anorexií neodmítají jíst proto, že by neměli chuť k jídlu, ale protože jíst nechtějí.

Potlačování hladu a chuti k jídlu je v důsledku toho, že dotyčná osoba trpící anorexií, není schopná se psychicky vyrovnat se svou tělesnou hmotností. Dle Kocourkové (1997) osoby s anorexií mají většinou poruchu tělového obrazu, kdy se vidí silnější, než ve skutečnosti jsou. Vágnerová (2014) tvrdí, že mají specifický způsob uvažování, které se projevuje především u vztahu k vlastnímu tělu, jelikož jejich hodnocení neodpovídá realitě.

V počáteční fázi podle Kocourkové (1997) se nemocný snaží vyhýbat vydatným potravinám, postupně redukuje množství a příjem potravin, nastaví si minimální kalorickou hodnotu a snaží se omezit i příjem tekutin.

Machová a Kubátová (2009) zmiňují, že toto jídelní chování při této poruše, vede k extrémní vyhublosti následkem úbytku tukové i svalové tkáně.

Většinou jsou tyto osoby velice aktivní ve cvičení, kde podávají skvělé výsledky i přes jejich vyhublost. Jsou velice aktivní i ve vyhledávání různých receptů a rádi vaří, avšak jídlo, co uvaří, jíst nechtějí. Vyhýbají se celkové konzumaci jídla před ostatními tím, že například nechodí na obědy. Dle Vágnerové (2014) osobám s anorexií většinou chybí smysl pro humor.

Diagnostická kritéria

Krch (1999) uvádí diagnostická kritéria podle Mezinárodní kvalifikace nemoci (MKN-10):

- Tělesnou hmotnost se dotyčná osoba s poruchou snaží udržovat 15 % pod normální úroveň
- Snižování tělesné hmotnosti je způsobeno vědomě tím, že se jedinec snaží vyhýbat pokrmům, které on sám shledává jako pokrmy, po kterých se „přibírá“. Dále k snižování tělesné hmotnosti využívá tyto prostředky: vynucené zvracení, užívání projímadel, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Nemocná osoba má strach z tloušťky a má zkreslené vnímání vlastního těla. Strach z tloustnutí vede jedince k tomu, že si nastaví velmi nízkou cílovou hmotnost.
- U žen nastává hormonální porucha, jako např. ztráta menstruace. U mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.
- Pokud se tato nemoc objeví před pubertou, dojde k tomu, že pubertální projevy jsou opožděny nebo se zastaví (zastavuje se růst, aj.)

2.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je charakteristická tím, že dotyčná osoba se opakovaně záchvatovitě přejídá a následně zvrací. Osoby trpící bulimií si neustále kontrolují svojí tělesnou hmotnost, až několikrát za den. Objevuje se u nich neodolatelná a nekontrolovatelná chuť k jídlu. I zde, jako u anorexie jsou převážně právě dívky trpící touto poruchou. Dle

Kocourkové (1997) mají na sebe perfekcionista nároky, velice se obávají, že se jim zvětší tělesná hmotnost, tudíž v souvislosti s tím mívají pocit viny, vztek a stud ze svých špatných jídelních návyků.

Anorektičkám se daří striktně držet diety a hladovky, ale u osob s bulimií se stává to, že po nějaké době začnou jíst více, než by chtěly. Tím pádem u nich vznikne velké zklamání a snaží se si najít způsob, jak svoje zhřešení odčinit. Většinou se pustí do další diety nebo sáhnou po projímadlech nebo si vyvolají zvracení. A právě tímhle způsobem se snadno vytvoří návyk (Krch, 2000).

Pro mentální bulimii je také charakteristické to, že se u nich projevuje velký hlad s extrémní touhou po jídle. Avšak stále u nich zůstává velká touha po štíhlé postavě (Machová, Kubátová, 2009).

Některé stavy u osob s bulimií se projevují i tak, že dotyčná osoba se přejí a následně ji pocit přejedení vyvede naprosto z míry. Po jídle není schopná žádné aktivity, dokud se nepročistí, například zvracením. Poté se její stav uklidní a je schopna opět vykonávat aktivitu. Tento stav přejedení nemusí znamenat, že snědla ohromné množství jídla. Pro zdravého člověka to znamená, že se dobře najedl z normální porce, avšak pro osobu s bulimií je tento pocit najedení nesnesitelný.

Podle Krcha a Marádové (2003) se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti, jako u anorexie.

Osoby s bulimií jsou často spojovány se sebevraždou, protože bulimie je doprovázena silnými depresemi a nedokáží se vyrovnat s tím, jak vypadají, kolik toho snědly a mají silné výčitky.

Diagnostická kritéria

Krch (1999) uvádí diagnostická kritéria podle (MKN-10):

- Osoba trpící touto chorobou má opakované epizody přejídání (minimálně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), kdy v poměrně krátkém časovém úseku konzumuje velké množství jídla.
- Objevuje se neustálé zabývání jídlem a velmi silná a neodolatelná touha po jídle.
- Snaha potlačit pocit „vykrmení“ se projevuje: vyprovokovaným zvracením, užíváním projímadel, anorektik a diuretik, střídavá období hladovění.

- Nemocná osoba má pocit tloušťky a následně velkou obavu z přibírání. Často se v anamnéze objevuje epizoda anorexie nebo pokusy o hladovění.

2.2 Další typy poruch příjmu potravy

2.2.1 Záchvatovité přejídání

Tento typ PPP je spojen velmi často s nadváhou, až obezitou. Dotyčná osoba nevynakládá žádnou fyzickou zátěž, ani nemá sklony k hladovění, užívání anorektik, diuretik či projímadel. Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) tvrdí, že nemocný člověk je schopen během jedné epizody zkonzumovat velké množství jídla i na úkor toho, že na jídlo chuť nemá nebo mu nechutná. Nemocní zahánějí jídlem nudu, stres, zklamání, osamělost nebo nervozitu.

Osoba, která je zvyklá jíst neustále sladká jídla se ocitá v určitém kolotoči. Po pozření sladkého se zvýší cukr v krvi, ale pak dochází k velkému poklesu. Většinou se to projevuje velkou touhou na určité jídlo (pizza, dort, zmrzlina, chlebíček, aj.). I když dojde k uspokojení touhy, tento pocit uspokojení nemá dlouhé trvání. Nastává další touha po jídle a epizoda přejídání. Podle Maloney a Kranzové (1997) osoba trpící záchvatovitým přejídáním neustále vyhledává určité reakce, jako je pocit hodně plného žaludku, rychlé navýšení krevního cukru. Tím pádem je jisté, že bude jíst více než kolik její tělo potřebuje, ale i přes to bude mít stále pocit hladu a neuspokojení.

Definice dle Krcha (1999):

- Osoba s touto poruchou jí mnohem rychleji, než je obvyklé.
- Dokud nemá z jídla nepříjemný pocit plnosti, stále jí.
- Osoba jí i přes to, že nemá nejmenší pocit hladu.
- Nemocní většinou jedí o samotě, jelikož v sobě mají stud z toho, jak moc jedí.
- Po úplném přejedení je osoba ze sebe zcela znechucena, deprimována a cítí se provinile.
- Záchvatovité přejídání vede k pocitu úzkosti.

2.2.2 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání se projevuje, jak už je v názvu napsáno, v noci. Dotyčná osoba se budí několikrát za noc s ohromným hladem nebo s ohromnou chutí k jídlu.

K nočnímu přejídání dochází většinou v důsledku držení diet nebo při úplném hladovění. Poté většinou ráno není chuť k jídlu a nastávají výčitky.

2.2.3 Ortorexie

Jedná se o nemoc, kdy dotyčná osoba klade velký důraz na kvalitu potravin. Jejím cílem je jíst hlavně zdravou stravu, která neobsahuje barviva, konzervační látky, cukry, tuky, sůl, bílou mouku, aj. Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) ve své knize píše, že strach z toho, že jídlo není zdravé, může vést k podvaze a dochází k zúžení spektra potravin na minimum.

Tímto problémem trpí jak ženy, tak i muži.

Tito lidé často nakupují ve zdravých výživách a nakupují převážně bio potraviny. Jelikož jsou velice zaujati kvalitou potravin, dost často jsou omezováni ve společenském životě, kdy nechodí například s přáteli na obědy či večere. Veškerý svůj čas zaměřují na zdravé potraviny a zkoumají, jaké mají složení.

2.2.4 Bigorexie

Touto poruchou trpí spíše muži. Jedná se o stav, kdy je dotyčná osoba posedlá svým vzhledem. Snaží se tvarovat svoje tělo, zvyšovat fyzický výkon a svalovou hmotnost. Tato choroba se nejčastěji objevuje u skupiny lidí zaměřených na kulturistiku. Podle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) si lidé s touto poruchou připadají nedostatečně vyvinutí, malí a slabí. Tito lidé poté začnou mít sklon k braní anabolických steroidů a jiných látek, které jsou určeny ke zvyšování svalové hmotnosti.

Mezi hlavní rizika dle Procházkové a Sladké-Ševčíkové patří poškození pohybového ústrojí dlouhodobou námahou a nevyváženou stravou. Dále nadměrné užívání doplňků potravy může vést k poškození orgánů, jako jsou játra, ledviny atd.

3. Příčiny poruch příjmu potravy

O vzniku příčin PPP existuje celá řada teorií. Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) uvádějí, že je velmi obtížné zjistit pravou příčinu vzniku a pokud by existovala specifická příčina PPP, její odstranění by automaticky vedlo k vyléčení.

Jelikož nedokážeme určit jedinou příčinu PPP, můžeme je pouze rozdělit do možných rizikových faktorů. Tyto rizikové faktory mohou být biologické, psychologické a sociokulturní. Většinou se jedná o souhru všech možných příčin PPP, které působí na

nemocnou osobu. Proto je zcela nemožné určit pouze jednu jedinou příčinu. Tyto nepříznivé vlivy nemoc buď podporují, nebo ji udržují.

3.1 Biologické rizikové faktory

Ženské pohlaví je identifikováno jako jedním z významných rizikových faktorů. Ženské tělo se během puberty mění. Z malé holčičky se stává žena, a právě v tomto stádiu se začínají objevovat poměrně rychlé tělesné změny. Mezi tyto změny patří například růst prsou, tělo dívky začíná mít určitý tvar a křivky.

Objevuje se zde i nárůst tělesné hmotnosti a tukových zásob, což je pro ně nepřijatelné. Nedokáží se s tím vyrovnat a nastává pocit nespokojenosti se svým tělem. Krch (1999) ve své knize píše, že ohrožené dívky PPP jsou ty, které jsou tělesně vyžralé. Tyto dívky bývají menší a silnější než jiné dívky kolem nich. A právě tato odlišnost je vede k velkému stresu a nespokojenosti se svým tělem.

I mužské pohlaví mívá problém s PPP. Většinou je to v době, kdy začínají mít zájem o nárůst svalové hmotnosti a chtějí své dětské tělo proměnit v muže. Svá těla chtějí tvarovat k různým sportovním idolům a snaží se mít dobře vyvinuté svalnaté tělo.

Krch (1999) zmiňuje, že nepravidelný menstruační cyklus může být začáteční stádium anorexie. Je způsoben například držením diet, a právě tento energetický pokles může vést ke změnám v menstruačním cyklu. Krch (1999) tvrdí, že podle některých autorů se u bulimiček frekvence záchvatů mění podle menstruačního cyklu. Gladis a Walsh (1987) sledovali skupinu pacientek, u kterých se projevila bulimie a jejich záchvaty se zvyšovaly 5 dní před menstruací a poté nastal opět pokles.

3.2 Psychologické rizikové faktory

U osob s PPP se vyskytují velmi často deprese a úzkostné stavy. Podle Krcha (1999) osoby s PPP nedokáže zastavit ani fakt, že jim hrozí nebezpečí smrti. Tento fakt naprosto pomíjí a jsou pohlceni strachem z přibírání na váze. I přesto, že je nejen jejich blízcí, ale i odborníci varují před smrtí, tento fakt si nepřipustí a mají pocit, že je vše pod kontrolou.

Jedním z rizikových faktorů je i osobnostní rys a vlastnosti osoby. Dost často se u osob s PPP objevuje **perfekcionismus**. Perfekcionisté na sebe mají velmi vysoké nároky a potřebují mít ve všem pořádek. Snaží se být úspěšní a udělají pro to cokoliv. Pokud

tomu tak není, nastává pocit selhání a zvýšené úsilí k dosažení. Tyto osoby bývají často výbušné a impulzivní.

Dalším rizikovým faktorem mohou být **životní události**, které mohou zásadně ovlivnit vznik a vývoj PPP. Krch (2002) uvádí, že za PPP může být narážka, urážka, životní změny nebo problémy v rodině. Dost často je za příčinou rodina, která i nevědomky vytváří negativní událost. To se může projevovat například tak, že malé dívce rodiče říkají, že by se měla zamyslet nad tím, jak vypadá, začnou ji předhazovat, co má jíst a co ne. U dívky se projeví časem určitý blok a začne se kontrolovat i přes to, že je hubená, avšak ona se za hubenou nepovažuje.

3.3 Sociální a kulturní rizikové faktory

Současnou dobu hodně ovlivňují **média**, která prezentují „ideál krásy“. V různých reklamách a na sociálních sítích ukazují dokonalé štíhlé modelky. A právě toto je pro mladé zranitelné dívky zásadní. Krch (1999) zmiňuje, že osoby s PPP vidí ve štíhlosti ideální cestu ke kráse, dokonalosti a úspěchu. Media zkreslují realitu a nabádají k tomu, že štíhlé modelky v reklamách mají přirozenou a normální postavu. Novák (2010) zmiňuje, že žurnalisté vznesli obvinění na prodejce, a to právě z důvodu toho, že používali nezdravě hubené modelky k propagaci produktů.

Některé **časopisy** tvrdí, že držení diet je v pořádku a hladovka start při hubnutí. Dokonce podněcují to, že štíhlé tělo je ideálem krásy. Dále podporují časté vážení, kontrolování váhy a toto vše berou jako naprosto normální. Což je špatně, protože člověk začne mít pocit, že není dost dobrý a nesplňuje ideál krásy.

Dle Nováka (2010), člověk z **nižší vrstvy** si obtížně udrží nízkou váhu, pokud nemá fyzicky náročné zaměstnání. To je z toho důvodu, že levné potraviny nejsou jak kvalitní, tak ani zdravé. Člověk z nižší vrstvy si raději koupí něco sladkého, protože je to lacinější než ovoce, zelenina, maso a jiné. Finančně náročné jsou i různé sportovní aktivity, kroužky či školní akce. Člověk z nižší vrstvy si je nemůže dovolit, čímž se následně stává terčem posměchu. Podle Nováka (2010), štíhlé tělo může pro člověka z nižší vrstvy znamenat vstupenku do vyšší vrstvy.

Lidé se hlásí k určité sociální vrstvě a statusu tím, co jedí a kde jedí. Tím dostaly potraviny podobný význam jako značka oblečení, obuv nebo aut (Novák, 2010).

Krch (1999) ve své knize zmiňuje **předpojatost vůči obézním**, která se podle některých autorů stala kulturním fenoménem. Což znamená, že lidé trpící obezitou jsou považováni za líné, méně inteligentní, neatraktivní a zvláštní. Dále Krch (1999) tvrdí, že podle některých autorů je předpojatost vůči obézním vyšší u žen než u mužů. Nastává zde diskriminace vůči těm, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní. Také se vyskytuje strach z přibírání na váze a znechucení vlastní váhou.

Novák (2010) zmiňuje, že mnoho dívek nedrží dietu jen pro to, aby byly štíhlé, ale protože se obávají přibírání. Štíhlé tělo je ukazatelem síly a moci. A z toho právě vyplývá, že štíhlé tělo je v kultuře bráno pozitivně a obezita negativně.

Dalším rizikem vzniku a výskytu PPP může být určitá **sociální skupina nebo prostředí**. Jedná se o místa, ve kterých se klade důraz na výkon, kontrolu tělesné hmotnosti a panuje zde konkurence. Toto se objevuje u určitých profesí a u sportovních aktivit. U profese se může jednat například o baletku, modelku nebo tanečnici. Mezi ohrožené sportovní aktivity můžeme zařadit gymnastiku, atletiku, plavání, volejbal a jiné (Novák, 2010).

Zájmové kroužky také paří mezi rizikové faktory. Jsou to hlavně ty, ve kterých se klade velký důraz na postavu a tělesnou hmotnost. Mezi tyto kroužky můžeme zařadit balet, gymnastiku, atletiku i tanec. V těchto zájmových aktivitách je na dotyčné osoby kladen velký důraz, a aby se jejich výkon neustále zlepšoval. Bohužel se klade i důraz na jejich postavu a očekává se od nich, že se budou snažit o skvěle vypadající figuru. Tím se dostanou do určité frustrace, která může vést k prvotnímu počátku jedné z poruch.

3.4 Nebezpečí diet

Diety v dnešní době jsou velmi populárním trendem. Existuje celá řada druhů diet, avšak málo kdo si uvědomuje fakt, že dieta je určitá léčba, kterou by měl nastavit lékař.

Většina studií prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Chování, postoje a prožitky nemocných s PPP jsou podobné reakcím u lidí, kteří dlouhodobě redukční dietu drží a snaží se snížit svou tělesnou hmotnost. Tím pádem je hranice mezi normou a patologií velmi tenká. Výrazné dietní tendence a nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti se objevují už u dívek v posledních ročnících na základní škole. Redukční diety hrají klíčovou roli v poruchách příjmu potravy. Pro osoby s bulimií je dodržet dietu vysněný cíl. Mnoho bulimiček považuje

prázdný pocit v žaludku za pocit velmi příjemný a nadměrná sebekontrola je pro ně normou. Což znamená, že jediné tak se cítí dobře, avšak tento stav je dlouhodobě neudržitelný. Během držení diet se často vyskytuje zvýšená pocitová touha po potravě. Během tohoto období dochází k postupné ztrátě kontroly nad impulzem k jídlu, přičemž se pozornost jedince upíná především na potravu. (Marádová, 2007).

Dlouhodobé držení diety může vyvolat u jedinců výraznou touhu po sladkých potravinách, které začnou aktivně vyhledávat. V některých případech se projevují až úzkostné stavy z neodolatelné potřeby konzumovat kousíček čokolády či sušenky.

4. Příznaky PPP

Je velice důležité klást značný důraz na pozorné sledování změn v chování a projevech u osob v našem okolí. Pro učitele a rodiče je zvláště významné projevit pozornost a schopnost rozpoznat případné nepříznivé změny a včas na tyto problémy reagovat.

První příznaky PPP dle Marádové (2007):

- **Změny v jídelníčku.** Z jídelníčku se nejprve vyloučí pokrmy, které mají vysokou energetickou hodnotu a nezdravé složení. Poté dochází k postupnému omezení konzumace bílého pečiva, knedlíků a masa. Následně se jedinci často zaměřují na přechod na dietní potraviny s nízkým obsahem tuků, označované jako "light" varianty.
- **Změny ve stravovacím režimu.** U nemocných jedinců často dochází k výraznému omezení příjmu potravy, přičemž se většinou vyhýbají i hlavním jídlům. Striktně dodržují své změny stravovacího režimu a projevují tendenci obhajovat své chování vůči jídlu. Toto chování zdůvodňují nedostatkem chuti k jídlu či pocitem hladu a vymýšlejí si množství výmluv a klamů. Ráno se často vyhýbají snídani s odůvodněním, že v této části dne nejsou zvyklí jíst. Nemocný člověk večer tvrdí, že večeřel, i přestože se jedná o lež.
- **Srovnávání s ostatními.** Během jídla jedinci pociťují značnou úzkost, která se projevuje častým srovnáváním s lidmi v okolí. Mají tendenci vnímat, že ostatní jedí menší porce a stravují se zdravěji. Proto často upřednostňují extrémně malé porce jídla. Dalším způsobem zvládnutí pocitu hladu je neustálé žvýkání žvýkačky. U starších jedinců může tento mechanismus nahrazovat kouření cigaret.

- **Změna jídelního tempa a chování u stolu.** Nemocní jedinci konzumují pokrmy velice pomalu. Prodlužují dobu konzumace jídla tím, že si ho pečlivě prohlížejí, zkoumají a přesouvají, včetně částí, které se rozhodnou nekonzumovat. Strava je rozdělena na miniaturní kousky a proces konzumace je tak dlouhý, že se jim ve skutečnosti nedostává dostatečného množství potravy. Například při konzumaci jednoho malého bílého jogurtu si vyčleňují až 20 minut a používají pro to velmi malé lžičky. Toto chování je často spojeno s přesvědčením, že je důležité si jídlo plně užít. U jedinců trpících bulimií je pozorovatelný opačný vzorec chování. Konzumují potravu v nadměrném tempu a jsou schopni kombinovat jídla, které by normálně zdravého člověka nenapadly.
- **Změna chuti.** Nemocní často své pokrmy nadměrně solí, také více konzumují kávu, aby doplnili svou energii, také se jim snadno dělá po něčem špatně. Je také možné pozorovat výkyvy ve spotřebě tekutin, kdy nemocný jedinec tekutiny pije ve velkém množství, aby se vyhnul pocitu hladu, nebo naopak tekutiny pije v extrémně malém množství. U osob trpících bulimií jsou pozorovány extrémní změny preferencí chutí, jako je slanost, sladkost, kyselost, či chuť na teplé a studené pokrmy.
- **Izolace od společnosti.** Nemocným dělá velký problém jíst v přítomnosti ostatních. Jsou velmi citliví na pocity, když je někdo pozoruje při konzumaci jídla anebo když u ostatních slyší mlaskavé zvuky. Často preferují přípravu zdravých a málo nízkokalorických jídel, většinou v malých porcích, aby se vyhnuli špatnému pocitu, že jedí příliš hodně. Během jídla se může projevat ztuhlost, napětí a někdy i pocit strachu. Velmi často a snadno se cítí hodně přejedení, o čemž často mluví. Zatímco zdravý člověk jablko považuje za běžný pokrm a neřeší množství konzumovaného ovoce, pro nemocné jedince je jablko vnímáno jako obrovské a například rohlík jako nadměrně vydatná potravina, která se nedá sníst.
- **Zvýšená pohybová aktivita.** U nemocných jedinců se objevuje tendence vykonávat tělesnou aktivitu. Mají potřebu neustále něco dělat, intenzivně cvičit a dosáhnout výrazného pocení, aby bylo jasně vidět, že jejich tělo spaluje tuky. Dokáží nachodit velké vzdálenosti, jsou ochotní trávit několik hodin posilováním v neprodyšném oblečení. Mají potíže s relaxací, uklidněním a odpočinkem. Kvůli velké fyzické aktivitě se snižuje schopnost soustředit se ve

škole a učit se. S rostoucí podvýživou mohou zažívat velkou únavu, apatii až vyčerpanost.

- **Přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost.** Často se nemocní jedinci prohlíží před zrcadlem, mají potřebu se často vážit nebo naopak v nich může vážení vyvolat úzkost, kvůli které se bojí na váhu stoupnout. Dost často se oblékají do větších velikostí oblečení, aby se zahalili a jejich tělo nebylo vidět. Domnívají se, že nošení oblečení ve větší velikosti je opticky zeštíhlí.
- **Zdravotní potíže.** Je možné pozorovat zdravotních potíže jako nadměrné vypadávání vlasů, zvýšená zimomřivost, která je důsledkem sníženého tělesného tuku a narušené termoregulace. Dalším projevem může být porucha menstruačního cyklu či zhoršení pleti.
- **První zhubnutí.** Během počáteční fáze hubnutí jsou jedinci velice aktivní, snaží se v úsilí pokračovat, mají velice dobrou náladu, jsou šťastní a velice společenští. Postupně se začnou zaměřovat jen na sebe, svoje tělo a stravování. Začínají se vyhýbat rodině a přátelům a uzavírají se sami do sebe. Stávají se precitlivělí, iritovaní a jejich celková nálada výrazně klesá. Osoby trpící bulimií se projevují tak, že bývají hodně podrážděné a depresivní.
- **V případě, že dotyčná osoba zvrací.** V případě, že osoba začne se zvracením, bude se to projevovat tím, že se začnou doma ztrácet potraviny bez zjevného vysvětlení. Po jídle se zavřou na záchod nebo do koupelny, kde stráví dlouhou dobu. V této fázi začnou využívat diuretik a projímadel nebo si vyvolají zvracení.

5. Projevy a následky PPP

Poruchy příjmu potravy s sebou nesou celou řadu závažných zdravotních komplikací, které ohrožují funkci všech orgánových soustav v těle. Avšak i na pouhý pohled můžeme poznat, že dotyčná osoba je nemocná a její tělo strádá. Osoby postižené touto nemocí si odmítají připustit závažnost onemocnění a ani možné dlouhodobé následky. I přesto, že je bulimie velmi závažná tak nemá tak fatální následky, jako anorexie. Většina případů anorexie končí smrtí. Příčinou úmrtí může být způsobeno orgánovým selháním, depresi, kdy dotyčná osoba má sebevražedné sklony nebo může dojít k infekci celého těla v důsledku velmi oslabené imunity z dlouhodobého hladovění (většinou u anorexie).

Podle Middleton a Smith (2013) se osoby s PPP mohou cítit z počátku velice dobře, ale s odstupem času začnou vnímat tlak, který je vyvíjen na jejich tělo v důsledku onemocnění.

Krch (2002) sepsal **zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti:**

- Velká citlivost na chlad a zimu, mohlo by dojít k podchlazení.
- Suchá a praskající pleť se zažloutlou barvou.
- Zvýšený růst chloupků po celém těle.
- Vlasy začnou řídnout, intenzivně vypadávat, jsou křehké a začnou se lámat.
- Nemocné osobě se začnou dělat modřiny i přesto, že se neuhodila.
- Zvýšený cholesterol v krvi.
- Zpomalená funkce střev v důsledku hladovění a narušení trávicího systému, může vést k zácpě.
- Dochází ke zvýšení kazivosti zubů.
- Chudokrevnost, pomalý pulz, nízký krevní tlak, to vše může způsobit pocit oslabení, až omdlívání.
- Osoba je celkově unavená a má svalové oslabení.
- Nastává nespavost a různé poruchy spánku, jako jsou noční můry a časté probouzení.
- Přecitlivělost na světlo a různé zvuky.
- Nemocné osoby trpí nepravidelnou menstruací, která je způsobena malým obsahem tuku v těle, který má vliv na udržení normální pravidelné menstruace. U zdravé ženy se podíl tuku v těle pohybuje okolo 20 % jejich celkové tělesné hmotnosti. U jedinců s anorexií může tento podíl tuku být až o 10 % nižší, což vede k nepravidelnosti či úplnému vynechání menstruačního cyklu. Toto vynechávání a nepravidelnost menstruace může vést k neplodnosti. Porucha menstruace může nějakou dobu přetrvávat i při návratu normální tělesné hmotnosti.
- Nedostatek živin způsobuje poškození jater, které omezuje syntézu dostatečného množství, a to vede k vzniku otoků.
- V důsledku vyhublosti, u obou pohlaví vede k poklesu sexuální aktivity a sníženému zájmu o sex.

- Srdeční potíže se objevují u 90 % osob trpící anorexií. Při velkém úbytku tělesné hmotnosti může dojít k závažným srdečním komplikacím až k selhání srdce.
- Mohou se objevit poruchy funkce ledvin.
- Dochází k oslabení a odvápnění kostí. Kostí jsou křehké a tenké, proto se stává, že osoby trpící anorexií jsou fyzicky menší než jejich vrstevníci.
- Oslabená funkce močového měchýře a časté nucení na močení.
- V důsledku narušení trávicího systému nastává zvýšená sekrece žaludečních šťáv a tím dochází ke vzniku žaludečních vředů.
- Výrazné oslabení imunitního systému.
- U některých osob s anorexií se objevují závratě, poruchy vědomí, mdloby, dvojitě vidění nebo bolesti hlavy.
- U mladých dívek se může objevit zpoždění růstového vývoje a následně se může opozdit nástup puberty.

5.1 Projevy mentální anorexie

Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění s velkým rizikem smrti. Dle Krcha (2002) mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji k úmrtí.

Dlouhodobý problém s anorexií ovlivňuje jak fyzické, tak psychické zdraví jedince a v jeho sociálním životě se mohou projevit výrazné změny. Nemocné osoby se často stávají uzavřenými a izolovanými. Tyto změny mohou být často skryté, avšak některých si můžeme povšimnout.

Ve vzdělávacích institucích, jako jsou školy, by každý učitel měl být obeznámen s těmito projevy, aby se dalo vážným následkům zabránit a zajistit včasnou léčbu nemoci.

Dalším rizikovým faktorem u některých jedinců s anorexií je nedostatečná a jednostranná výživa. Strava, ve které chybí základní živiny, minerály a vitaminy nelze považovat za zdravou. Za dostatečně pestrou stravu můžeme považovat tu, ze které může organismus dostatečně čerpat veškeré nezbytné živiny. Nedostatek vitamínu a minerálů nelze nahradit dlouhodobým nadužíváním vitaminových přípravků (Krch, 2002).

5.2 Projevy mentální bulimie

U mentální bulimie je velmi závažným projevem zvracení. Nebezpečná je už i skutečnost, že dávicí reflex si musí většinou osoba s bulimií vyvolávat sama pomocí prstů nebo jiným předmětem. Tento proces nese riziko poranění hltanu a jícnu. Zranění jsou velmi bolestivá a také jsou náchylná k infekci. Dále může dojít ke spolknutí nějakého tělesa, kterým je zvracení vyvolávané nebo může dojít k prasknutí jícnu, kdy je nezbytné podstoupit ihned lékařský zákrok. Dalším nepříjemným důsledkem jsou otoky slinných žláz pod čelistí, které mohou vytvářet dojem kulatého a opuchlého obličeje (Krch, 2000).

Z častého zvracení se může objevit mozol na ruku, což je způsobeno tlačáním zubů při zvracení na kloubky prstů a působením žaludečních šťáv. Podráždění žaludečními šťávami může způsobovat bolesti v krku. Dalšími důsledky zvracení jsou bolesti a křeče za krkem.

6. Léčba

Poruchy příjmu potravy patří mezi velmi závažná a rozšířená onemocnění. Onemocnění PPP zasahuje do fyzického, psychického a sociálního zdraví jedince. I přes vážnost tohoto onemocnění existují léčebné metody, které umožňují úspěšně nemoc vyléčit. Léčba však musí být komplexní, jelikož zasahuje do všech aspektů zdraví. Důležitá je také včasná diagnostika a okamžité zahájení léčby. Čím déle se PPP přehlíží, tím je potom léčba náročnější. Dle Krcha (1999) se v posledních letech výrazně rozšířila nabídka různých léčebných, hlavně psychoterapeutických metod užívaných v terapii poruch příjmu potravy.

Podle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) by výsledkem léčby měla být zdravá osoba, která je schopna akceptovat svoji tělesnou hmotnost a svoji postavu a bude mít přiměřené a pozitivní sebehodnocení, znovu nalezne potěšení v jakémkoliv jídle a podaří se jí obnovit rodinné a sociální vztahy.

Důležitým faktorem pro uzdravení je vůle pacienta a to, aby měl zájem vyléčit se a dostat se z bludného kruhu bezmoci. Pokud by podstupoval léčbu jenom kvůli očekávání okolí a je si jistý, že v tom bude pokračovat, léčba nebude mít žádný efekt. Pro to je zde velice důležitá a klíčová motivace pacienta. Například u osob trpících

anorexií je motivace velice důležitá, neboť ony samy často nejeví dobrovolnou snahu o léčbu.

Říčan a Krejčířová (2006) tvrdí, že cílem léčby není jen zaměření na tělesný stav a váhový přírůstek, ale i na změnu toho, jak se pacient cítí a co prožívá.

Zvolený druh léčby je většinou individuální a závisí na tom, v jaké fázi se pacient nachází a jakou z poruch trpí, jaké jsou jeho možnosti a okolnosti.

Hospitace

Dříve byla hospitace nemocné osoby s PPP v mladším školním věku pouze metodou volby a nebyl zde možný stálý kontakt s rodičem (kontakt byl velice omezený). V současnosti se však objevují nové možnosti hospitace, který umožňuje pobyt i s rodičem, který je zahrnut do terapeutického programu. Obvyklým způsobem hospitace u nás je pobyt samotného dítěte na psychiatrickém či pediatrickém oddělení. Personál pečující o nemocné musí být speciálně trénovaný na osoby s poruchou příjmu potravy a musí mít být schopen poskytovat psychoterapeutickou péči (Kocourková, 1997).

Shrnutá kritéria pro hospitalizaci podle Procházkové a Sladké-Ševčíkové:

- Velký váhový úbytek či rychlost váhového úbytku.
- Depresivní stavy, sklony k sebepoškození nebo při riziku sebevraždy.
- Vztahové problémy s rodinou.
- Ambulantní péče po několika měsících (například po dvou) nepřináší žádné pozitivní pokroky ani žádoucí výsledky.

Dále by měla být hospitalizace zvažována v případě, kdy hrozí dehydratace nebo kdy se začínají objevovat známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak). Také pokud by nemocná osoba neustále zvracela nebo v horším případě, by začala zvracet krev (Marádová, 2007).

„Rozhodnutí hospitalizovat pacienta pouze za účelem zdravotní stabilizace a předání do další ambulantní péče vyžaduje pečlivé zhodnocení předchozí terapie a současné motivace k léčbě.“ (Krch, 2005, s. 125).

Při volbě vhodné léčby je klíčové, zda je nemocná osoba z lékařského hlediska v tak velkém nebezpečí, že její zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci. O hospitalizaci lze

uvažovat i v případě, že dotyčná nemocná osoba nereaguje jasně na dosavadní psychologickou léčbu (Krch, 2005).

Důležité u hospitace je, aby nemocná osoba projevovala aktivní účast v léčbě a měla zájem dosáhnout v léčbě různých pokroků. Léčit osobu, která nemá zájem o léčbu je velmi náročné a v některých případech bezvýznamné.

6.1 Druhy léčby

Denní stacionář:

Denní stacionář je účinný pouze u pacientů, co se vyléčit opravdu chtějí a jsou vysoce motivovaní. Stacionář probíhá pouze přes den a na noc se vrací do domácího prostředí. Přes den pacienti podstupují individuální a skupinové terapie (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Skupinová terapie je velice přínosná, protože zde spolu pacienti navzájem mluví a sdílejí různé zkušenosti, poskytují si rady a navzájem se v léčbě podporují. Krch (1999) tvrdí, že skupinová terapie může mezi účastníky vyvolat snahu se aktivně zabývat příznaky poruch příjmu potravy.

Ambulantní péče:

Ambulantní péči provádí lékař, kterého nemocná osoba pravidelně navštěvuje a sleduje její tělesnou hmotnost, provádí krevní a močové testy. Dále můžeme mezi ambulantní péči zařadit psychiatra, který předepisuje medikace. Mezi ambulantní péči patří i nutriční terapie, kdy se nemocnému nastaví stravovací plán podle potřeb a následně se kontroluje jeho dodržování (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Krch (1999) zmiňuje, že někdy tuto léčbu podstupují i pacienti, kteří již podstoupili během několika let různé formy léčebných procesů a už další podstoupit nechtějí.

Svépomocné skupiny:

Jsou to skupiny, které si navzájem pomáhají, když někdo v jejich blízkosti trpí poruchou příjmu potravy. Většinou je tato skupina nejvíce vhodná pro rodiny. Mezi sebou si předávají různé informace a rady, jak se mají zachovat a co mají dělat, když jejich nejbližší trpí jednou z poruch. Tato metoda je považována spíše jako doplňková terapie při jiné léčbě.

Rodinná terapie:

Rodinná terapie se sice nepovažuje za přímý způsob, jak vyléčit poruchy příjmu potravy, ale může pomoci vyřešit problém v rodině, který se mohl podílet na rozvoji jedné z poruch. Někdy si díky rodinné terapii členové rodiny dokáží otevřeněji říct, co je trápí, jaké mají obavy a co by potřebovali změnit.

Některé poruchy příjmu potravy jsou způsobeny právě nějakým konfliktem v rodině a dotyčná osoba se snaží svůj stres kompenzovat například pročišťováním, vynecháváním potravy či přejídáním.

Rodinní terapeuti by měli identifikovat problém a poradit rodině jako celku, jak by měli dále pokračovat, aby nedocházelo ke konfliktům a k nadměrnému stresu osoby, která trpí jednou z poruch.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie se stala běžně uznávanou léčbou pro mentální bulimii a zároveň vytváří teoretický základ pro léčbu mentální anorexie. Výsledky u osob s mentální bulimií, kdy dochází k záchvatovitému přejídání, jsou slibné, avšak dlouhodobá účinnost KBT u těchto skupin zůstává stále nejasná (Krch, 2005).

Tato terapie zahrnuje různé přístupy, jako jsou psychoterapie zaměřené na zlepšení tělesného vnímání sebe samotného a sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností. Terapie je založena na svépomocných manuálech pro nemocné, ale i pro jejich rodiny. U nemocných osob se zaměřuje, na zkreslené vnímání vůči tělu, hmotnosti, pocitům a chování. Jedná se o nejvíce vědecky zkoumanou psychoterapeutickou metodu (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Svépomocné manuály slouží k tomu, aby do nich nemocné osoby zaznamenávaly, co jedly, jak se přitom cítily, zda došlo k záměrnému pročišťování. Dále do nich zaznamenávají svoje pocity, myšlenky, co je vedlo například k záchvatovitému přejídání. Díky těmto manuálům dokážou terapeuti identifikovat hlavní příčinu problému a mohou na tomto problému pracovat podrobněji.

Dle Krcha (2005) kognitivně-behaviorální teorie zdůrazňuje pro mentální bulimii následující hlavní fakta:

- Vedení záznamu: o jídle, jak časté jsou záchvaty přejídání, jak časté je pročišťování, jaké má dotyčná osoba myšlenky a jak se cítí fyzicky i psychicky.
- Pravidelné kontrolování hmotnosti.
- Změna jídelního chování: zavedení jídel, kterým se nemocná osoba vyhýbala nebo plánování jídel dopředu, tak aby se navrátilo normální stravování.
- Kognitivní restrukturační s cílem změnit dosavadní navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem poruchy příjmu potravy.
- Zavedení prevence, aby nenastal návrat nemoci.

Tato terapie se provádí ambulantně a většinou obsahuje dvacet sezení v průběhu dvaceti týdnů. Jedno sezení trvá přibližně hodinu (Krch, 1999).

Farmakoterapie

Je to léčba, při které se podávají léky. Na základě nedávné studie, která se prováděla, na mnoha místech by pro léčbu mentální bulimie měl být lék fluoxetin. Pokud tento lék stav nemocného nezlepšuje, jsou další možností tricyklická antidepresiva. Při této léčbě se musí brát v potaz to, že léky mohou mít vedlejší účinky. Někteří pacienti léčbu nedokončí a u některých hrozí smrt z předávkování. Prokázané studie ukázaly, že u pacientek, kterým se podávala pouze medikace, byla léčba neúčinná, proto je v současnosti vhodné léky používat jako doplněk k jiné psychosociální léčbě s prokázanou účinností (Kruch, 2005).

6.2 Rizika recidivy

Recidiva znamená návrat příznaků po vyléčené nemoci. Pro osobu s poruchou příjmu potravy by uzdravení měl znamenat návrat jak fyzický, emoční a sociální, ale i přiměřené stravování bez výčitek zaměřující se na tělesnou hmotnost. U anamnézy týkající se osob s poruchou příjmu potravy nebývá uzdravení absolutní, některé chování a postoje týkající se poruch jsou v dané osobě silně zakořeněny. Jelikož držení diet a velké zaměření na postavu a tělesnou hmotnost se stávají pro dotyčnou osobu normou a všudypřítomnou skutečností, proto je u poruch relaps častý, a to až v 50 % případů. Pokud se objeví relaps, neznamená to, že se objevila celková porucha, ale pouze jen některé příznaky (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017).

Někdy je hranice u recidivy opravdu velmi tenká, a postačujícím impulzem může být větší nahromadění stresu či nějaká urážka zaměřená na postavu a dotyčná osoba může začít mít zpětné sklony k poruchám. Proto je vhodné podstupovat nějakou prevenci, aby se tomuto stavu zabránilo.

Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) shrnuly **prevence relapsu z pohledu psychosociálního fungování a z pohledu výživy člověka** do následujících bodů:

Psychosociální fungování:

- U dotyčné osoby by měl nastat nárůst a udržení optimální tělesné hmotnosti.
- Měl by být nastolen přiměřený a pravidelný jídelní režim.
- Přiměřená pohybová aktivita by měla být součástí denního režimu.
- Podstoupit terapie, které naučí správně vnímat vlastní tělo, mít ho rád, vážit si ho a naučit se s ním žít.
- Hlavní je se nevzdávat, pokud v léčbě nejde vše tak, jak si představujeme.
- Naučit se zvládat stres a nereagovat na to přejídáním či hladověním.
- Nebát se s léčbou začít znovu, jelikož léčba poruch příjmu potravy je dlouhodobá, což znamená i několik let.

Výživa člověka:

- Uzdravení znamená především osvojit si správné stravovací návyky, konzumovat pestrou stravu podle potravinové pyramidy a dodržovat zásady správné výživy. Mezi to můžeme zařadit: jíst pětkrát denně, jíst ovoce a zeleninu, mléčné výrobky, cereálie, nevynechávat cukry a tuky, mít kvalitní zdroje bílkovin, vypít 2 až 3 litry tekutin a nesnažit se hladovět či přejídat.
- Přestat se zaměřovat na počítání kalorií, váhu potravin a na různé diety.
- Na jídlo si vždy udělat čas a klid.
- Vyhnout se pocitům viny jak při jídle, tak i po něm.

7. Prevence

Jednou z hlavních prevencí je rodina a stabilní zázemí. Dle Vacka (2017), je rodina charakterizována důvěrnými vztahy, silnými emočními vazbami a uspokojováním základních potřeb všech členů dané rodiny.

Prevence poruchy příjmu potravy v širším slova smyslu je zdravý životní styl rodiny, který není zaměřen na konzumní styl života. V rodině by neměla být uspěchanost, přehnaně nastavený cíl na jednostranný úspěch a měla by v ní vládnout soudržnost a tolerance. Zpravidla matka má v rodině významnou roli, a to v tom, že se snaží o výchovu správných stravovacích návyků již od útlého věku (Machová, Kubátová, 2009).

Proto by v rodině neměl být kladen důraz na postavu, tělesnou hmotnost ani na žádné extrémní výkony v různých zájmových aktivitách. Rodina by měla podporovat a prosazovat normální stravovací návyky. Rodiče by si měli všimnout náhlých změn v jídelníčku svého dítěte či nadměrným aktivitám a včas zasáhnout. Vést dítě ke zdravému životnímu stylu je samozřejmě v pořádku, ale není žádoucí, aby zdravý životní styl byl jediné východisko, je třeba vyváženost. Pokud dítě vyžaduje sladkost, může si vybrat jednu sladkost denně. Například může být zavedeno, že dítě bude mít svou krabičku s různými sladkostmi a každý den si bude moct jednu sladkost vybrat. Tím dítěti dáváme signál, že dát si sladkost je naprosto normální, ale v určité míře.

Dalším preventivním krokem je škola, která by měla u žáků vyvíjet zdravou sebedůvěru a sebehodnocení. Pedagogové by měli být pozorní a všimnout si určitých nežádoucích změn u svých žáků a včas zasáhnout. Žáci by v určitých předmětech měli být informováni o poruchách příjmu potravy a znát závažnost tohoto problému. Škola by také měla své žáky připravit na to, že s odstupem času se u nich objeví přirozené tělesné změny, které jsou naprosto normální a žádoucí. Například u dívek dochází k zvětšování prsou, vytvoření křivek na těle, u chlapců změna hlasu a nárůst svalové hmotnosti. I ve školním prostředí je vhodné vést své žáky k vytváření správných stravovacích návyků.

8. Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví se snaží poskytnout lidem dostatek informací o možnostech a způsobech prevence nemocí, zvýšení povědomí, motivace, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o zlepšení a posílení zdraví. Sdělení tohoto předmětu spočívá v možnosti naučit se své zdraví chránit, upevňovat a rozvíjet (Čeledová, Čevela, 2010).

Cílem je pomoci žákům utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence, které mají pro ně význam pro zdravý život, ve všech třech dimenzích – tělesné, duševní a sociální. Klade velký důraz na prevenci při ochraně zdraví. Snaží se u žáků upevňovat

hygienické, stravovací, pracovní a další zdravotně preventivní návyky, rozvíjí dovednosti odmítat škodlivé látky, a jiné (Machová, Kubátová, 2009).

Bohužel výchova ke zdraví podává minimální informace o poruchách příjmu potravy, ale za to se snaží celkově preventivně zasáhnout proti psychickým poruchám a posiluje osobní rozvoj a sebedůvěru.

9. Výzkumné šetření

9.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat postupy střední školy při prevenci poruchy příjmu potravy. Dalším cílem je zjistit, jak škola přistupuje k tomuto problému a zda jsou žáci dostatečně informováni o této problematice.

Dotazníkovým šetřením se dále sleduje to, jaké mají žáci povědomí o poruchách příjmu potravy, jakým způsobem k nim přistupují, jaké jsou jejich stravovací návyky a jak by reagovali v případě, pokud by znali někoho s tímto problémem.

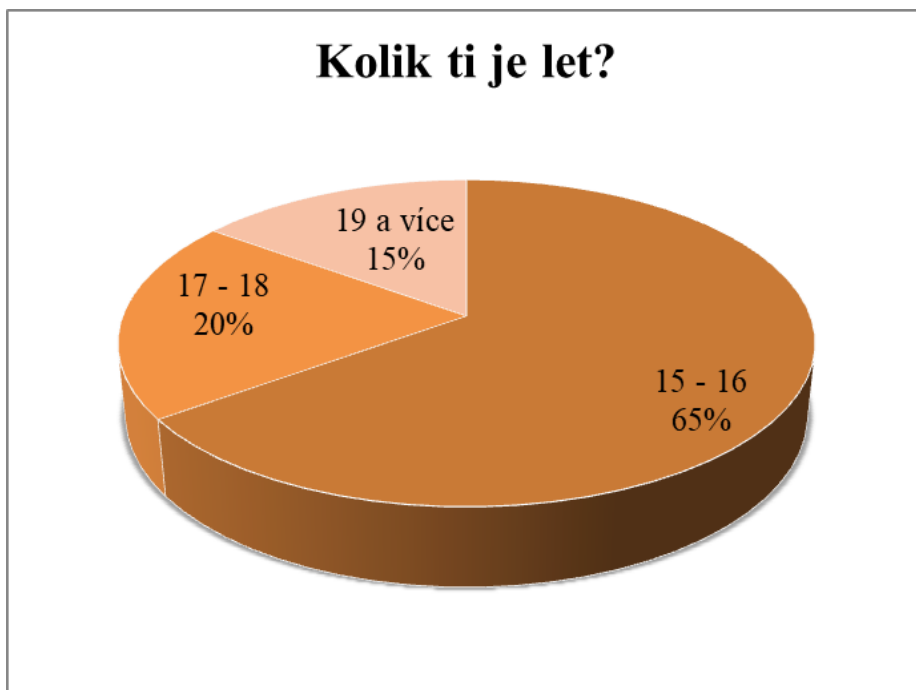
9.2 Výzkumné předpoklady

V mém výzkumném šetření předpokládám, že žáci znají okrajově poruchy příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii a mentální bulimii. Vzhledem k tomu, že se tato problematika dostává více do popředí jak ve školách (například v rámci výuky předmětu výchova ke zdraví), tak i prostřednictvím médií, očekávám, že žáci budou minimálně obeznámeni s pojmy. Dále předpokládám, že většina žáků bude mít pozitivní postoj k prevenci poruch příjmu potravy. Pokud škola dostatečně informuje o této problematice a snaží se tomu preventivně předcházet, je snazší se tomuto problému vyvarovat.

9.3 Realizace výzkumného šetření

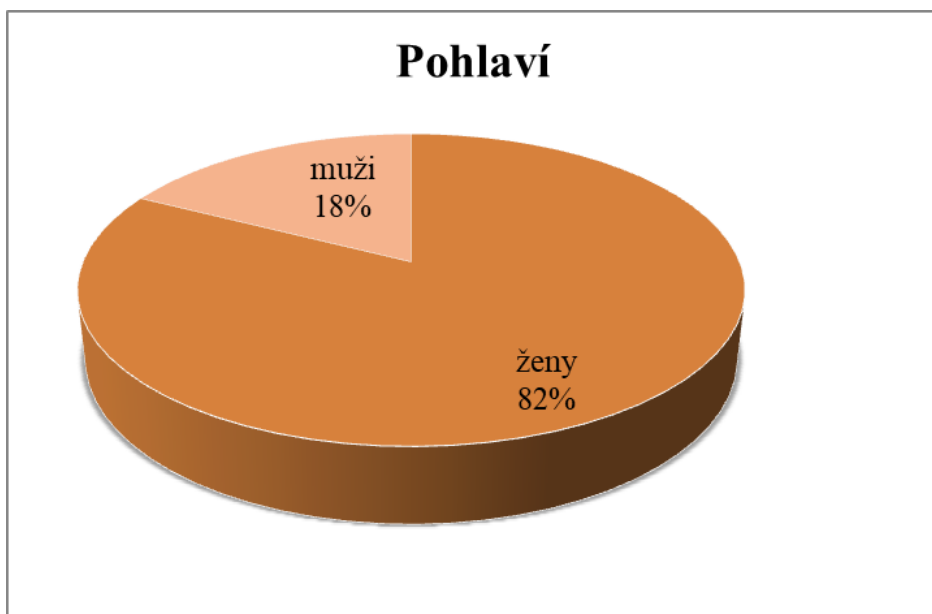
Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření bylo anonymní a obsahovalo 22 otázek, z nichž jich bylo 20 uzavřených a další 2 nabízely možnost otevřené odpovědi. Do dotazníkového šetření se zapojilo 40 respondentů, tedy dvě třídy na nejmenované střední škole. Z těchto respondentů bylo 7 chlapců a 33 dívek.

9.4 Výsledky výzkumného šetření



Graf 1. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 1 „Kolik ti je let?“

Z analýzy prvního grafu vyplývá, že převážnou část nasbíraných odpovědí tvoří dívky, a to 85 % a podíl odpovědí přispěných chlapci činí 15 %.



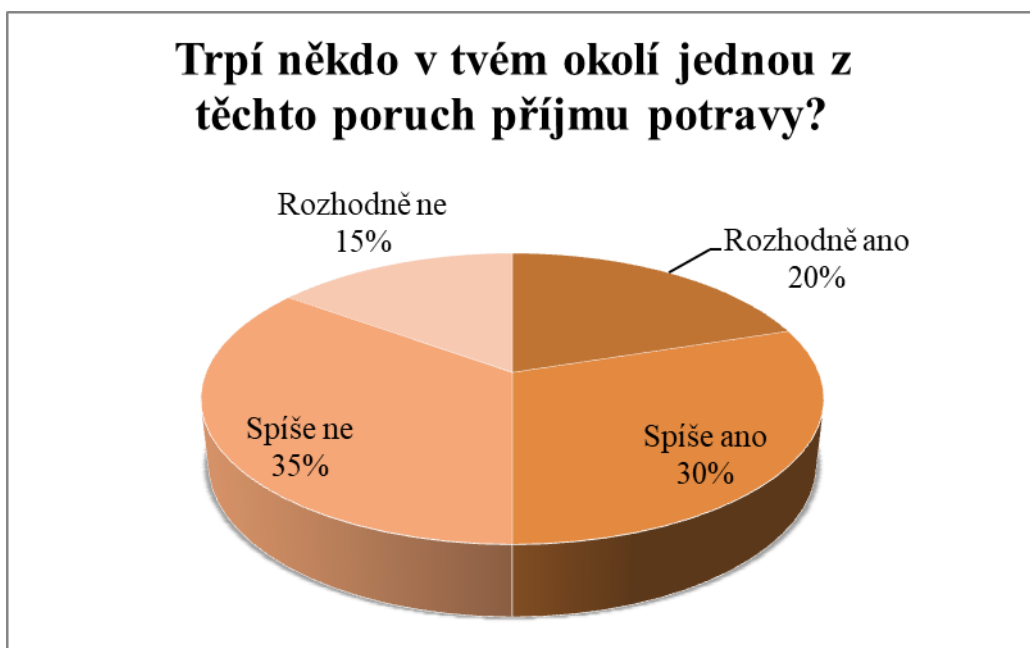
Graf 2. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 2 „Jaké je tvoje pohlaví?“

Druhý graf podává informace o tom, v jaké věkové kategorii se žáci pohybují. Z grafu je patrné, že největší část tvoří žáci ve věkové kategorii 15 až 16 let.



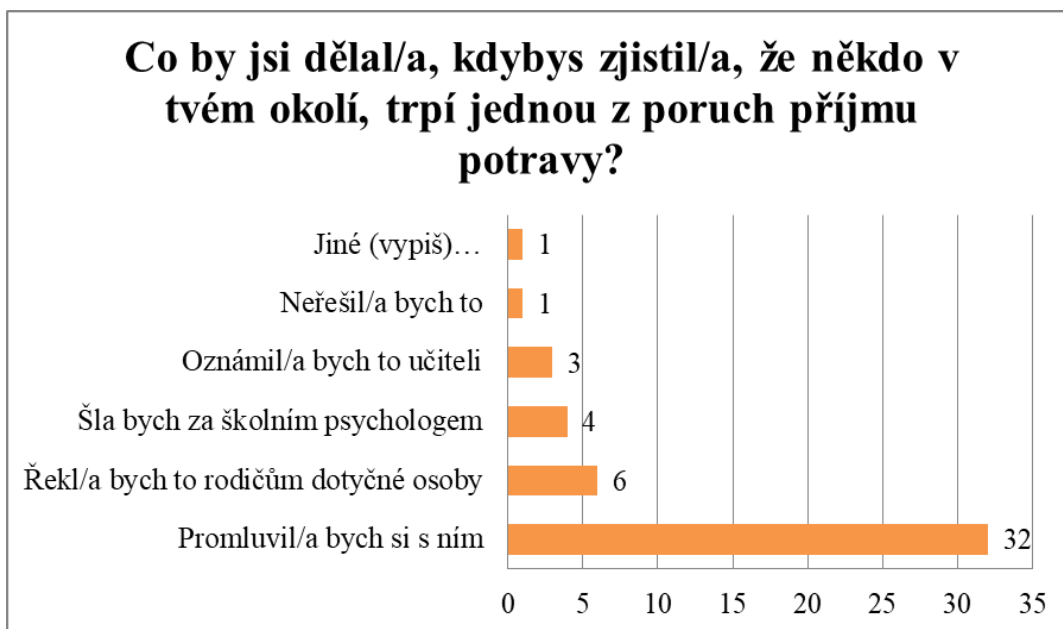
Graf 3. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 3 „Slyšel/a jsi někdy o mentální anorexii nebo mentální bulimii?“

Z třetího grafu lze vyčíst, že většina žáků je obeznámena s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Pouze 13 % respondentů uvedlo, že tuto problematiku spíše neznají nebo o ní rozhodně nikdy neslyšeli.



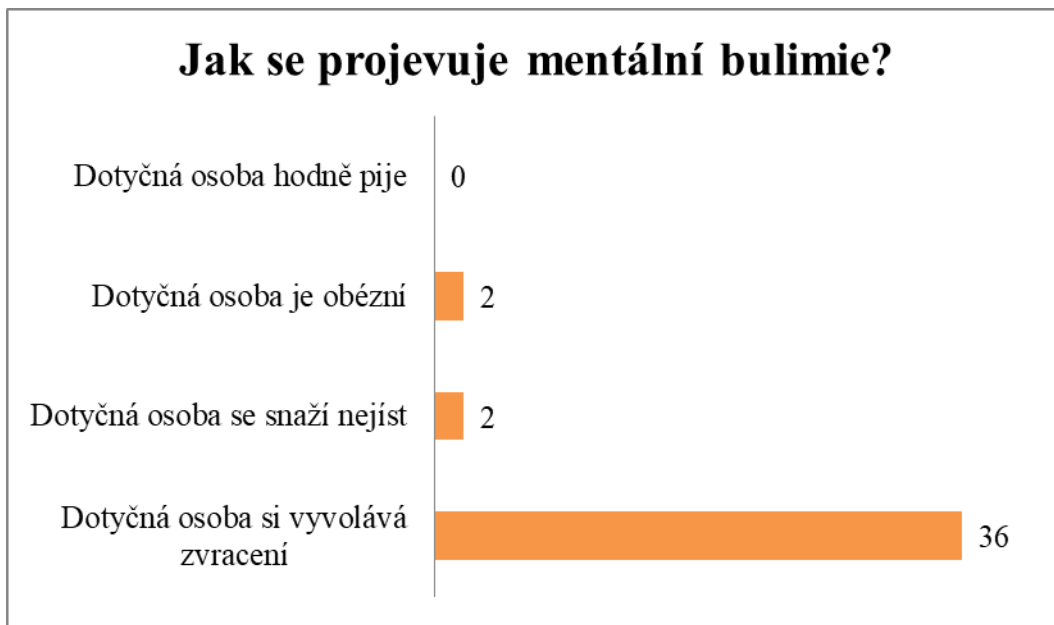
Graf 4. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 4 „Trpí někdo v tvém okolí jednou z těchto poruchou příjmu potravy?“

Ve čtvrtém grafu jsem zjišťovala, zda někteří žáci mají někoho ve svém okolí, kdo trpí jednou z těchto poruch. Výsledek je takový, že polovina žáků zná někoho s touto poruchou, zatímco druhá polovina ne. Jelikož dotazník se týká pouze dvou tříd, polovina žáků znající ve svém okolí někoho s poruchou příjmu potravy je značně významná část. Tato skutečnost nasvědčuje tomu, že porucha příjmu potravy je opravdu rozsáhlým problémem, který je velice rozšířený.



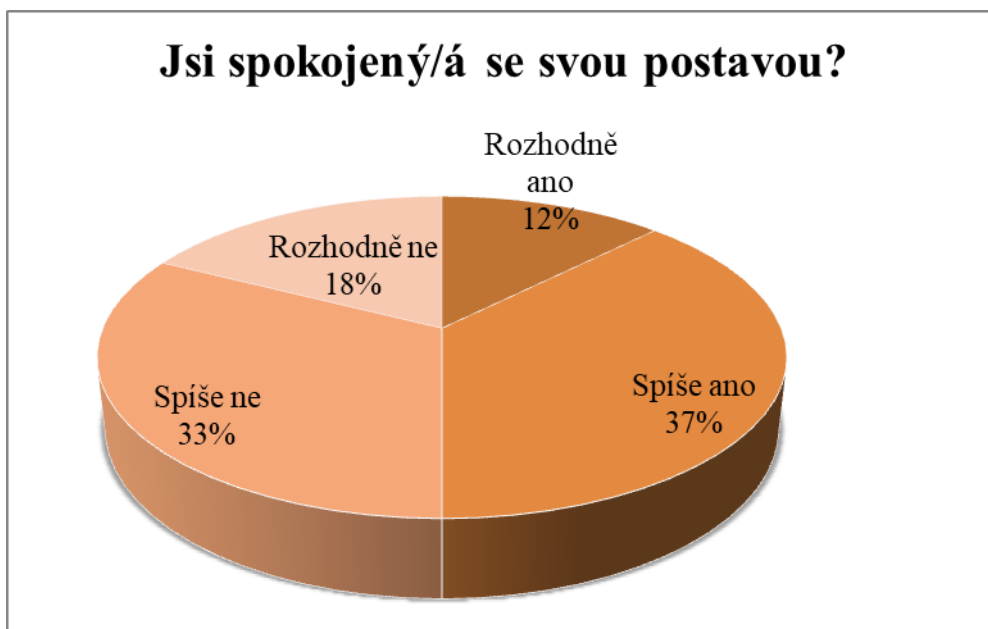
Graf 5. Sběr odpovědí na otázku č. 5 „Co bys dělal/a, kdybys zjistila, že někdo v tvém okolí trpí jednou z těchto poruch příjmu potravy?“

V pátém grafu měli žáci možnost vybrat si více odpovědí, z toho jedna odpověď byla otevřená a žáci v ní mohli napsat svůj vlastní názor. Na otázku, „Co bys dělal/a, kdybys zjistil/a, že někdo v tvém okolí trpí jednou z poruch příjmu potravy?“ většina žáků odpověděla, že by si s dotyčnou osobou o tomto problému promluvila. Při detailním prozkoumání otevřených odpovědí jsem zaznamenala názor jednoho z chlapců, který uvedl: „Ať začne jíst normálně a nedělá scény“. Z toho vyplývá, že existují jedinci, kteří pro poruchu příjmu potravy neprojevují pochopení. Avšak pozitivním aspektem je to, že většina žáků by se snažila nemocné osobě pomoci.



Graf 6. Sběr odpovědí na otázku č. 6 „Jak se projevuje mentální bulimie?“

Šestý graf se zaměřuje na úroveň znalostí žáků o poruchách příjmu potravy. Zde se zaměříme konkrétně na mentální bulimii. Z grafu je patrné, že opravdu velká část má povědomí o tom, jak se projevuje mentální bulimie. Avšak se najdou jednotlivci, kteří mají mylné informace. Mezi těmito mylnými informacemi je to, že dotyčná osoba trpící mentální bulimií je obézní. Tato představa může být způsobena vnímáním společnosti, která často spojuje osoby trpící mentální bulimií s nadváhou. Tato informace samozřejmě není správná, jelikož osoby s mentální bulimií se snaží svou tělesnou hmotnost snižovat. Ke snižování hmotnosti si napomáhají, jak správně odpověděla většina respondentů, vyvoláním zvracení. Další mylná odpověď žáků byla, že dotyčná osoba se snaží nejíst, což je projev mentální anorexie nikoliv mentální bulimie.



Graf 7. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 7 „Jsi spokojený/á se svou postavou?“

Sedmý graf analyzuje spokojenost žáků se svou postavou. Z výsledků grafu vyplývá, že 49 % žáků vyjádřilo kladný postoj ke své postavě, zatímco 51 % vyjádřilo postoj negativní. I přesto, že nepatrná většina vyjádřila svou nespokojenost se svou postavou, je pozitivním faktorem je vyrovnanost těchto výsledků. Pro zvýšení procenta spokojenosti je třeba, aby škola přijmula opatření. Učit žáky mít rád a respektovat své vlastní tělo, a že díky přirozenému vývoji a změnám se bude jejich tělo tvarovat a měnit.



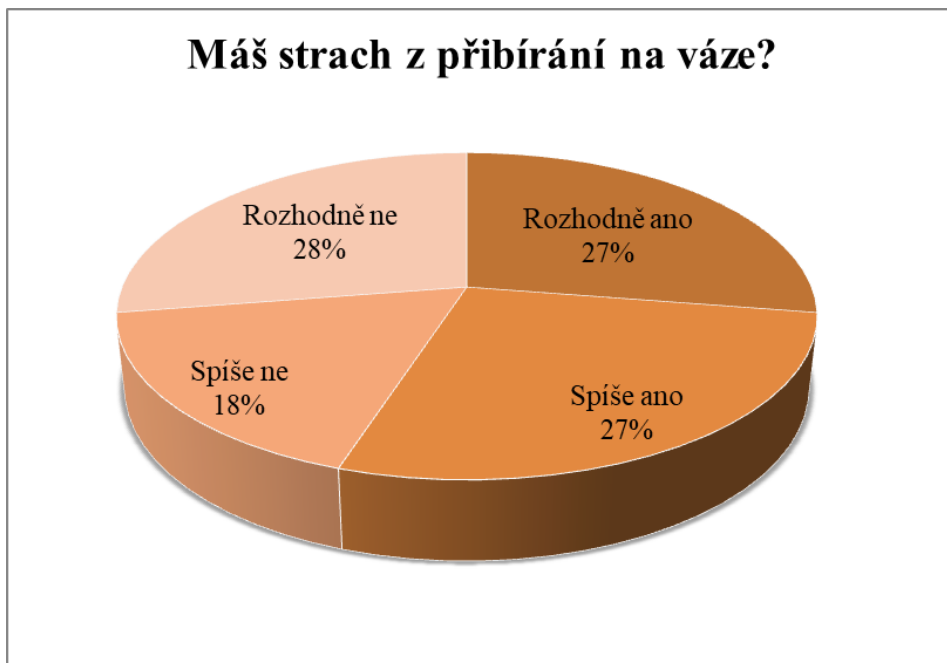
Graf 8. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 8 „Držel/a jsi někdy dietu?“*

Osmý graf se zaměřuje na to, zda žáci drželi někdy dietu. Z grafu vyplývá, že 55 % respondentů odpovědělo rozhodně ano či spíše ano. Naopak 45 % žáků odpovědělo na tuto otázku tak, že se o držení diet rozhodně či spíše nepokoušeli.



Graf 9. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 9 „Zažil/a jsi někdy šikanu kvůli své postavě?“*

Z devátého grafu vyplývá, že 60 % žáků nikdy nezažilo šikanu kvůli své postavě. Bohužel, 40 % žáků uvádí, že se s šikanou kvůli své postavě setkala, z toho 15 % odpovědělo rozhodně ano a 25 % spíše ano.



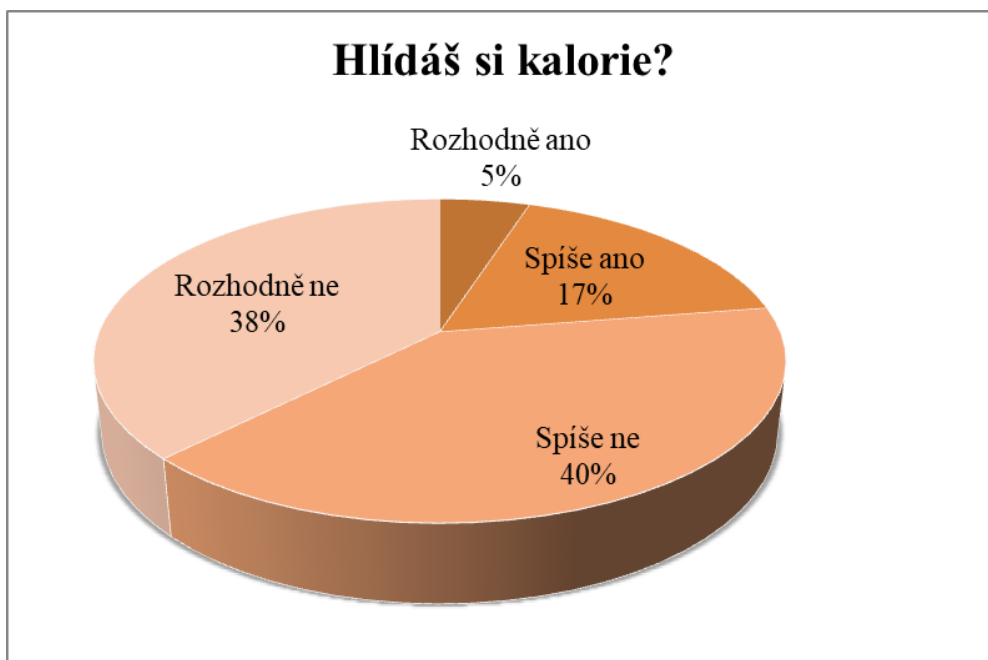
Graf 10. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 10 „Máš strach z přibírání na váze?“*

Z desátého grafu je patrné, že 54 % žáků má rozhodně či spíše strach z přibírání na váze, zatímco 46 % žáků strach z přibírání na váze nemá.



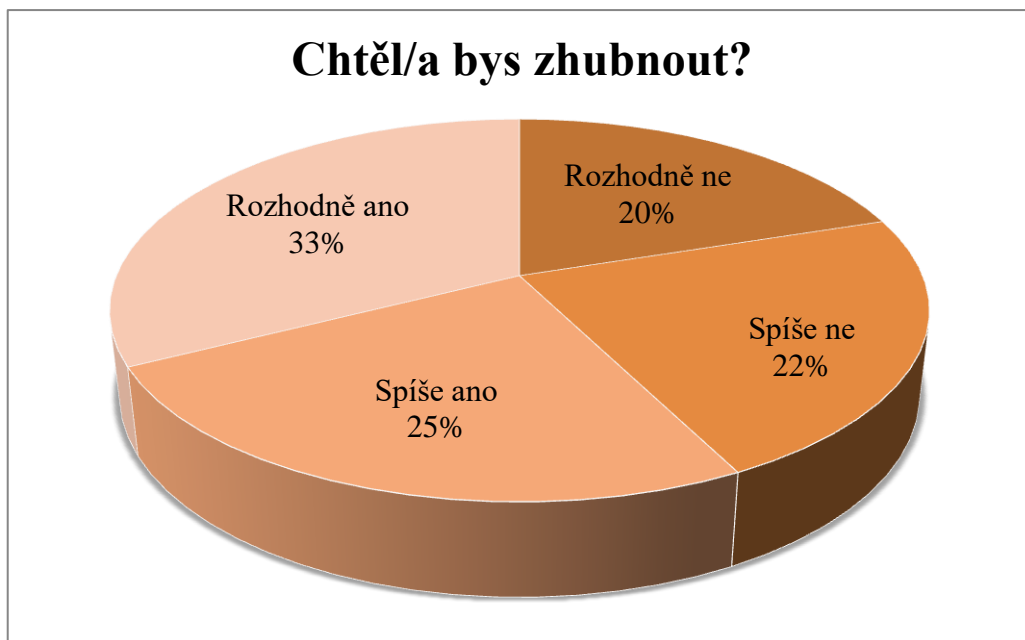
Graf 11. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 11 „Jak často se vážíš na váze?“*

Jedenáctý graf se zaměřuje na to, jak často se žáci váží. Jak z grafu vyplývá, větší procento žáků svou váhu neřeší a buď se nevážív vůbec, nebo jednou za rok. I žáky, kteří se váží jednou za měsíc, můžeme zařadit k pozitivnímu procentu, což je větší část žáků. Avšak se bohužel najdou i tací, kteří mají buď začáteční problém s poruchou příjmu potravy, tímto problémem trpí, či mají velké sklony k tomuto problému. Je to z toho důvodu, že každodenní či týdenní vážení je špatně a známka toho, že někdo přikládá velký význam tělesné hmotnosti.



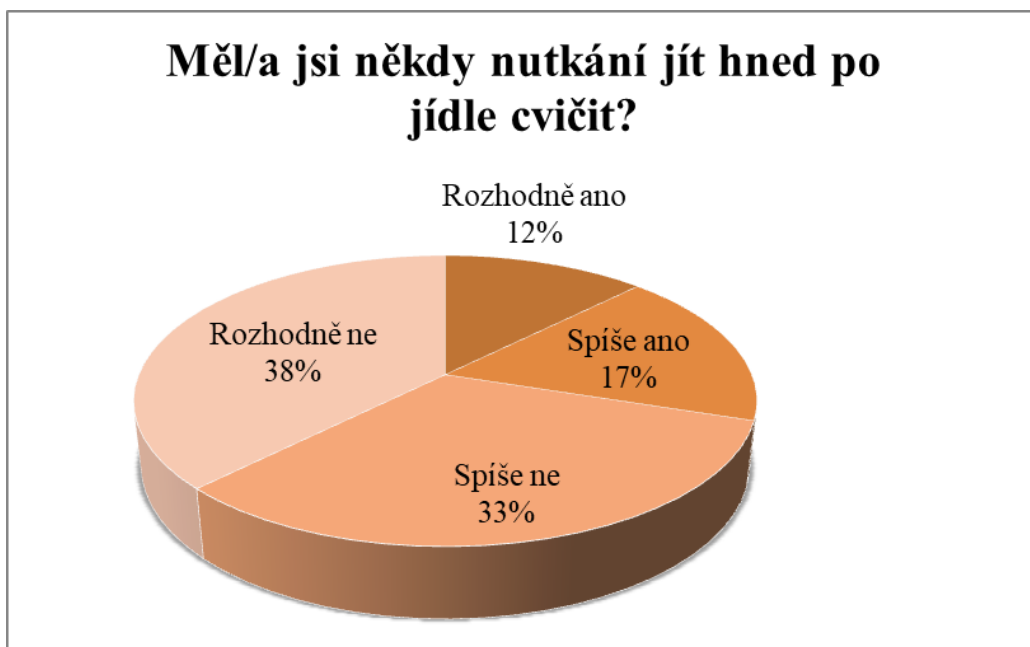
Graf 12. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 12 „Hlídáš si kalorie?“*

Dvanáctý graf se zaměřuje na to, zda si žáci hlídají kalorie. Z grafu vyplývá, že 78 % žáků si kalorie nehlídá, pouze 22 % žáků se aktivně zabývá kontrolou příjmu kalorií.



Graf 13. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 13 „Chtěl/a bys zhubnout?“*

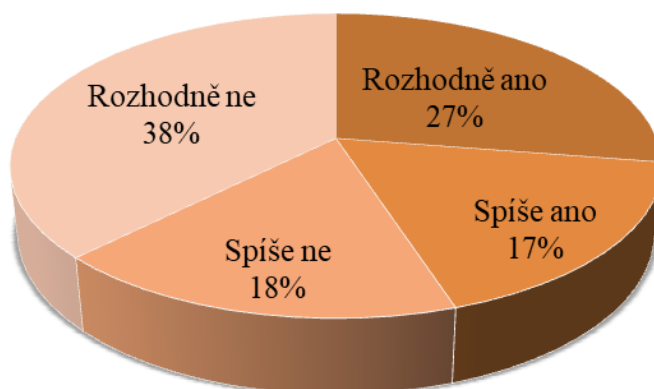
Třináctý graf se zaměřuje na to, zda by žáci chtěli zhubnout. Nepatrně větší polovina žáku vyjádřila přání zhubnout. To může být ovlivněno vnějšími faktory, jako jsou média, která reprezentují jako ideál krásy štíhlé modelky či vypracované modely. To žáky může vést k nespokojenosti se svou postavou a chtějí zhubnout, aby dosáhli vnímaného ideálu krásy.



Graf 14. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 14 „Měl/a jsi někdy nutkání jít hned po jídle cvičit?“

Z čtrnáctého grafu je očividné, že převážná většina nevykazuje potřebu provádět hned po jídle fyzickou aktivitu. Z čehož vyplývá, že se u nich neobjevují výčitky spojené s přijímáním potravy. Bohužel 29 % respondentů vyjádřilo negativní vztah k jídlu a mají pocit viny z toho, že se najedli a potřebují to, co snědli vykompenzovat prostřednictvím cvičení.

Měl/a jsi někdy pocit viny, když jsi nešel/a jeden den cvičit?



Graf 15. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 15 „Měl/a jsi někdy pocit viny, když jsi nešel/a jeden den cvičit?“*

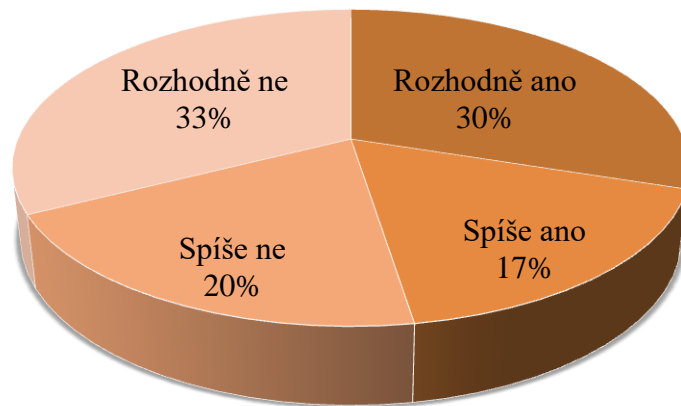
Z 15. grafu vyplývá, že nepatrná většina žáků nezažívá pocit viny v případě, že vynechají jeden den cvičení. 44 % žáků bohužel pocit viny pociťuje. Cvičení by mělo být vnímáno jako radostná činnost a jako součást zdravého životního stylu. Zároveň by cvičení nemělo být hlavní součástí dne a pokud nastane situace, kdy na cvičení nezbude dostatek času, neměly by nastávat pocity viny.



Graf 16. Sběr odpovědí na otázku č. 16 „Pokud cvičíš, za jakým účelem?“

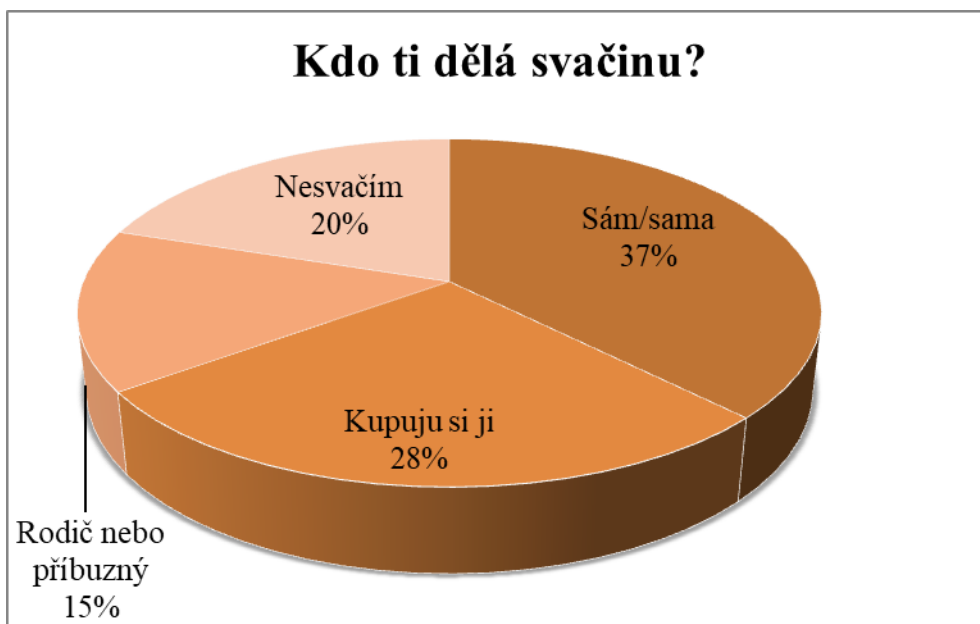
Šestnáctý graf se zaměřuje na to, z jakého důvodu žáci cvičí. Většina žáků odpověděla, že buď necvičí, nebo chtějí mít vypracované tělo. Pouze malá část odpověděla, že je cvičení baví. Jak už jsem zmiňovala u patnáctého grafu, cvičení by mělo být pro radost a jako součást zdravého životního stylu.

Měl/a jsi někdy v mobilu aplikaci, která počítá kalorie?



Graf 17. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 17 „Měl/a jsi někdy v mobilu aplikaci, která počítá kalorie?“*

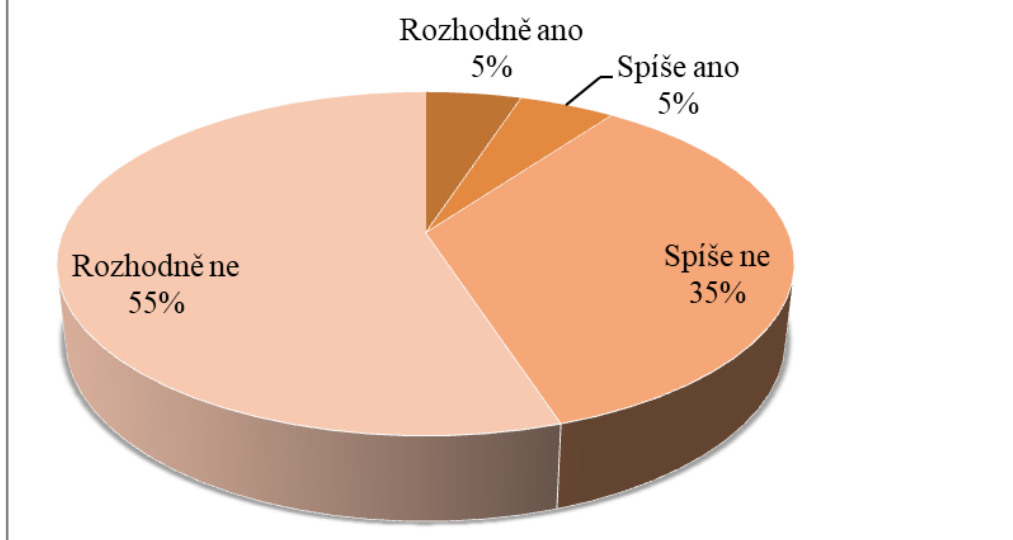
Sedmnáctý graf se zaměřuje na to, zda žáci měli někdy ve svém telefonu mobilní aplikaci, která se zaměřuje na počítání kalorií. Nepatrná většina opověděla negativně, avšak 47 % žáků se s takovou aplikací setkalo. V minulosti tyto aplikace byly populárními. Bohužel ne každý má povědomí o správně hodnotě denního příjmu kalorií a někteří jedinci si nastavují velice malé hodnoty kalorií. To znamená, že si nastavují extrémně omezený příjem potravy, například pouze dvě jablka a jeden rohlík za celý den.



Graf 18. *Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 18 „Kdo ti dělá svačinu?“*

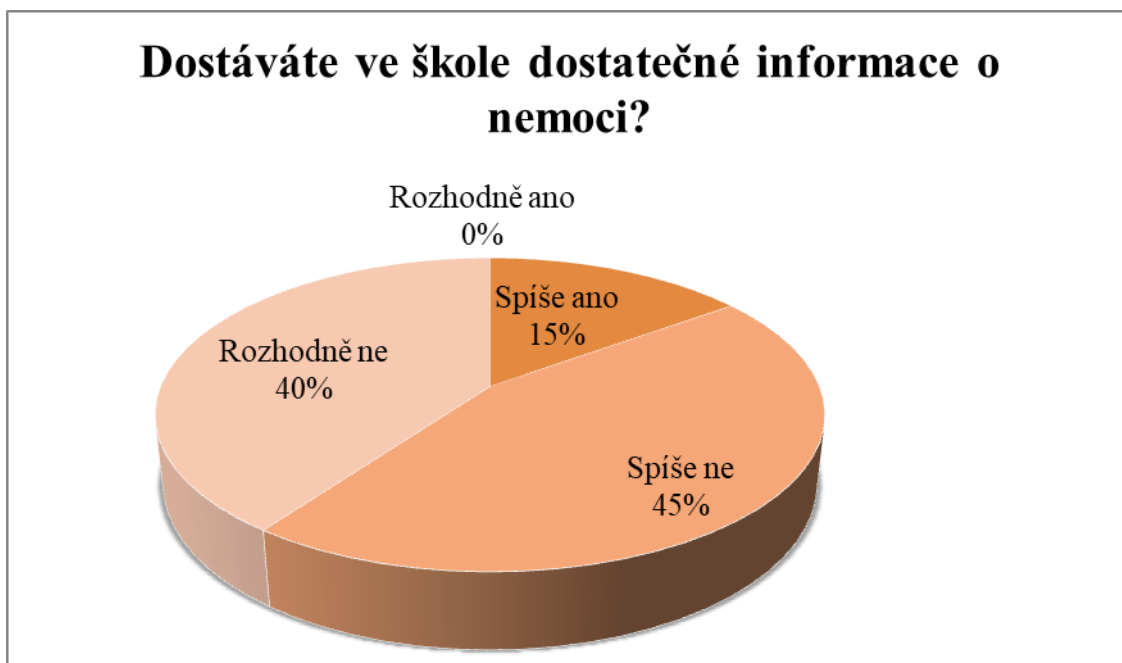
Z osmnáctého grafu vyplývá, že 80 % žáků svačí. Nejvíce procent žáků si svou svačinu dělají sami nebo si ji kupují. Menší procento tvoří rodiče či příbuzní, kteří svým dětem svačinu připraví. Bohužel je zde i 20 % žáků, kteří nesvačí vůbec. To může vést k celkovému negativnímu dopadu na výkon a pozornost žáků ve škole.

Máte na škole předmět, ve kterém se učíte o mentální anorexii a bulimii?



Graf 19. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 19 „Máte na škole předmět, ve kterém se učíte o mentální anorexii a bulimii?“

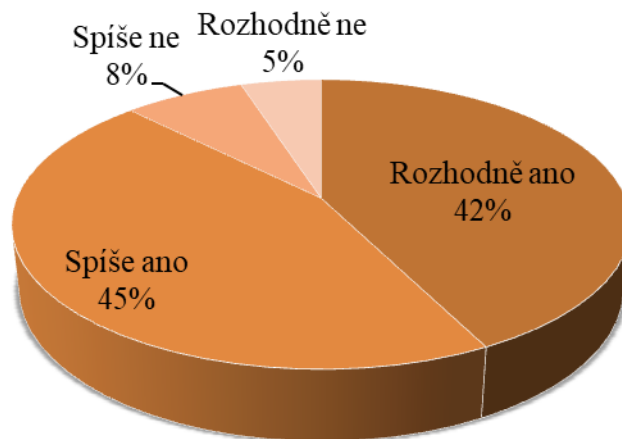
Devatenáctý graf se analyzuje to, zda škola poskytuje žákům předmět, ve kterém se učí o poruchách příjmu potravy. Většina žáků odpověděla negativně. Žáci mají pocit, že žádný takový předmět na škole nemají. Nicméně, na základě mého podrobného prozkoumání vím, že škola poskytuje předmět s názvem „Výchova ke zdraví“, který by měl poruchy příjmu potravy zahrnovat a poskytovat informace o správné prevenci.



Graf 20. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 20 „Dostáváte ve škole dostatečné informace o nemoci?“

Jak žáci v devatenáctém grafu odpověděli negativně, a i zde ve dvacátém grafu vyplývá, že škola neposkytuje dostatečné informace o poruchách příjmu potravy. Informace o poruchách příjmu potravy by žáci měli dostávat na každé škole. A pokud tomu tak není, může docházet i k tomu, že někteří žáci buď netuší, co jsou poruchy příjmu potravy nebo mají mylné informace, jako například v šestém grafu. Škola by nejen měla poskytnout informace o poruchách příjmu potravy, ale i poskytnout informace o prevenci. K tomu, jak jsem již zmiňovala, škola poskytuje předmět s názvem „Výchova ke zdraví“. Zajímavým zjištěním je i to, že žádný z dotázaných žáků na tuto otázku neodpověděl jednoznačně kladnou odpovědí.

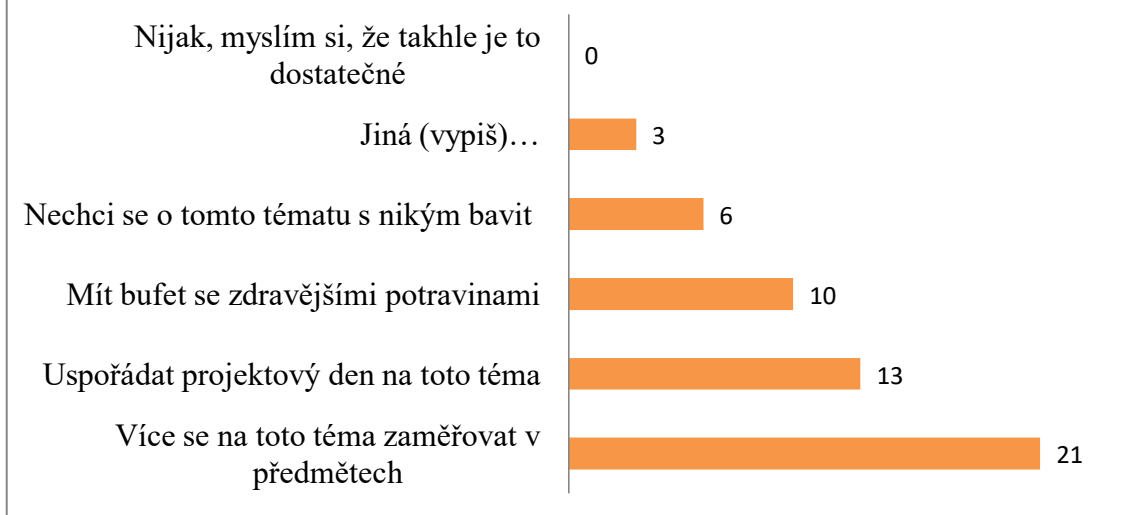
Myslíš si, že by škola měla poskytnout více informací, před hrozbami anorexie a bulimie?



Graf 21. Statistické zobrazení odpovědí na otázku č. 21 „Myslíš si, že by škola měla poskytnout více informací před hrozbami anorexie a bulimie?“

Ve dvacátém prvním grafu jsem se zaměřila na to, zda žáci vůbec stojí o to, aby škola poskytovala více informací o hrozbách poruch příjmu potravy. Z nasbíraných odpovědí vyplývá, že 87 % žáků odpovědělo pozitivně. Tudiž opravdu významná část žáků vyjadřuje zájem o rozšíření povědomí a vedení diskuze o tomto tématu.

Jakým způsobem si myslíš, že by škola mohla preventivně zakročit a zlepšit se?



Graf 22. Sběr odpovědí na otázku č. 22 „Jakým způsobem si myslíš, že by škola mohla preventivně zakročit a zlepšit se?“

Ve dvacátém druhém grafu měli žáci opět na výběr z více odpovědí, z nichž jedna byla otevřená a žáci mohli napsat svůj vlastní názor. Tato otázka byla zaměřena na to, jak si žáci myslí, že by škola mohla preventivně v tomto problému zakročit. Většina žáků vyjadřuje zájem více se zaměřovat na toto téma v předmětech. Dále si žáci myslí, že by škola mohla přijmout preventivní opatření prostřednictvím zorganizování projektového dne na toto téma nebo poskytnout žákům kantýnu, ve které bude zdravější sortiment potravin. Nicméně, našli se i tací žáci, kteří se o tomto problému nechtějí bavit. To může být způsobeno jejich nezájmem nebo naopak má s touto poruchou osobní zkušenosti a je mu nepříjemné se o tomto tématu bavit.

Na otevřenou otázku se vyjádřili celkem tři žáci, z nichž dva odpověděli dva chlapci a jedna dívka. Dívky odpověď byla: „Nemyslím si, že škola dokáže v tomto nějak zásadně pomoci, ale prezentace s někým, kdo tomu rozumí by neškodila, ale obvykle se toto musí vyřešit v rodině“. Odpovědi chlapců vyjadřují podobné postoje. První názor jednoho z chlapců na otázku byl: „Koho to zajímá? Jestli má někdo problém, ať si ho řeší a necpe to do škol“. Druhý chlapec odpověděl takto: „Nijak, nechápu, proč by nás s tím někdo otravoval, ať si každý řeší svoje problémy“.

Z těchto dvou odpovědí chlapců vyplývá zjevná nezainteresovanost, nedávají této problematice velkou váhu, považují ji za zbytečnou a jako téma ve škole nepotřebné. Toto je samozřejmě pochopitelné, jelikož poruchy příjmu potravy jsou častěji spojovány s dívkami, ale může se stát, že touto nemocí mohou trpět i chlapci. I přesto, že tento problém se týká spíše dívek, myslím si, že je vhodné, aby i chlapci měli povědomí o závažnosti tohoto psychického onemocnění, protože právě třeba jejich partnerka či kamarádka s touto nemocí může mít problém. A díky poskytnutí správných informací mohou chlapci pomoci tomu, aby se toto onemocnění začalo včas řešit a zabránilo se rozvoji.

9.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Výsledky dotazníkového šetření potvrzují mé předpoklady o tom, že většina žáků má povědomí o termínech mentální anorexie a mentální bulimie. Prokazuje se také to, že většina žáků má zájem o rozšíření preventivních opatření na škole. Bohužel se nepotvrdila dostatečná prevence a informovanost ze strany školy. To může být způsobeno tím, že škola má na toto téma k dispozici minimální časové rozložení (obvykle pouze jednu až dvě hodiny). Důvodem také může být to, že v učebnicích je toto téma zmíněno pouze okrajově.

Velice kladně oceňuji pozitivní přístup žáků k tomuto problému a jejich zájem o větší prevenci na škole. Ovšem je třeba zvážit i to, že celá prevence není pouze v kompetenci školy, ale také rodina by měla přijmout odpovědnost a opatřit určitou prevenci, jak i zmínila v dotazníku jedna dívka. Dále za velice kladné považuji ochotu žáků aktivně řešit s dotyčnou osobou problém, pokud by zaznamenali přítomnost jedné z poruch. Avšak v případě pokročilého stádia by bylo vhodné řešit tento problém s rodiči a ti by měli převzít iniciativu a konzultovat problém s odborníkem.

10. Závěr

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část se zaměřuje na teoretickou část, kde je hlavním cílem podat základní informace o poruchách příjmu potravy. Druhá část bakalářské práce představuje praktický výzkum na základě dotazníkového šetření. Bakalářská práce by měla sloužit, jako podpora prevence poruch příjmu potravy.

V teoretické části je uvedeno hlavní shrnutí jednotlivých poruch, jaké jsou příčiny (rizikové faktory), příznaky, projevy a následky, a zhodnotit dostupné metody léčby a prevence. V mé bakalářské práci se můžeme o léčbě dočíst to, že existuje řada typů léčby, avšak žádný z typů nich není jednoznačně vědecky prokázán jako účinný, a který by vedl k úplnému vyléčení všech osob s poruchou. Proto je léčba poruch příjmu potravy velice náročná a její léčba může často trvat několik let.

Jak ukázalo dotazníkové šetření, žáci nejmenované střední školy prokazují nedostatečnou informovanost o tomto problému i přesto, že jejich škola nabízí předmět výchova ke zdraví, kde by měli pedagogové žákům podat nejen informace o poruchách příjmu potravy, ale také sdělit o vysokém riziku spojenému s těmito poruchami. Předmět výchova ke zdraví by měl také žáky vést ke správným stravovacím návykům a zdravému životnímu stylu. V tomto předmětu by se mělo posilovat u žáků správné sebehodnocení, sebedůvěra a naučit své žáky respektovat a mít rádo své tělo. Vzhledem k tomu, že děti ve škole tráví spoustu času, měli by je pedagogové vést ke správnému stravování a životnímu stylu. Měli by si také všimnout u žáků potencionálních problémů. Například pokud dítě rapidně zhubne, přestává jíst, má bledou pleť nebo je extrémně zapálené do sportu. V tomto případě by si měl pedagog s žákem promluvit, kontaktovat rodiče a výchovného poradce, kterého škola poskytuje. Čím dříve se problém identifikuje, tím je následná léčba jednodušší.

Poruchy příjmu potravy představují v současné době významný problém. Média, časopisy, filmy, sociální sítě či reklamy vnášejí do povědomí to, že ideálem krásy jsou štíhlé modelky. Avšak v dnešní době se začínají v malé míře vyzdvihovali nedokonalosti, což lze pozorovat například ve filmech, kdy hlavní hrdinka není zcela dokonalá a má může mít i nějaké kilogramy navíc. Za poruchy příjmu potravy, nemohou pouze media, ale i celá společnost. Spoustu lidí soudí osoby na základě jejich vzhledu, jako jsou například osoby s nadváhou či naopak extrémně vyhublé. Nevzdělanost společnosti v tomto ohledu může citlivým osobám velice ublížit. Z toho

vyplývá, že nesmíme soudit lidi na základě jejich vzhledu a naopak, pokud si všimneme, že někdo v našem okolí trpí jednou z těchto poruch příjmu potravy, měli bychom se včas pokusit zasáhnout a snažit se poskytnout podporu dříve, než se situace zhorší, nebo bude příliš pozdě.

Seznam literatury

1. BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexii a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: MAC, 2003. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-86015-91-2.
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024732138.
3. KOCOURKOVÁ, Jana, Jan LEBL a Jiří KOUTEK. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.
4. KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví, Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.
5. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. Psychologie pro každého. ISBN 8071699462.
6. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071785989.
7. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 802470840x.
8. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
9. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.
10. MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 8071062480.
11. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 9788086991092.
12. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
13. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 9788072046577.
14. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.

15. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.
16. VACEK, Pavel. *Pedagogická psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 9788074356841.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206965.

Článek z webu:

Premenstrual exacerbation of binge eating in bulimia. *American Journal of Psychiatry* [online]. 1987, **144**(12), 1592-1595 [cit. 2023-06-26]. ISSN 0002-953X.
Dostupné z: doi:10.1176/ajp.144.12.1592

Přílohy

Odkaz na dotazník:

<https://www.surveio.com/survey/d/T7W8X0R1T2Y5X9J3V>