

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2014-2018

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Sabina Šváchová**

**Psychologie zdraví**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

**2014-2018**

**BACHELOR THESIS**

**Sabina Šváchová**

**Psychology of health**

**Prague 2018**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Marie Vacínová, CSc.**

### **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.

V Praze dne 19. února 2018

Sabina Šváchová

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, především mentální anorexií a mentální bulimií. Teoretická část obsahuje historii mentální anorexie a mentální bulimie, vymezení pojmu mentální anorexie a mentální bulimie, dále obsahuje poruchy příjmu potravy u dětí a poruchy příjmu potravy u mužů, léčbu těchto poruch, prevenci, psychogenní přejídání, abnormální jídelní chování a pojem obezita. Hlavním cílem v praktické části bylo zjistit informovanost žáků základních škol. Interpretace výsledků je zobrazena v grafech se stručnými popisky. Cílem bylo především porovnat informovanost mezi anorexií a bulimií a mezi dívkami a chlapci. Také ověření či vyvrácení předem stanovených hypotéz.

## **Klíčová slova**

Anorexie, bulimie, jídlo, léčba, poruchy příjmu potravy, terapie.

## **Anotace**

This bachelor deals with the eating disorders as; mental anorexia and mental bulimia. The theoretical part includes history of mental anorexia and mental bulimia, definition of mental anorexia and mental bulimia, eating disorders in children and eating disorders in mens, as well as treatment anorexia and bulimia, prevention, psychogenic overeating, abnormal eating habits and the concept of obesity. The aim in the practical part was to compare the awareness of mental anorexia and mental bulimia between girls and boys. The interpretation of results are presented by graphs. And the last part confirm or refuse the hypothesis.

## **Klíčová slova**

Anorexia, body weight, bulimia, food, rating disorders, therapy.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b> -
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH HISTORIE</b> .....	<b>9</b> -
1.1 První zmínky o poruchách příjmu potravy .....	9 -
1.2 Historie mentální anorexie.....	9 -
1.3 Historie mentální anorexie v ČR .....	10 -
1.4 Historie mentální bulimie .....	10 -
<b>2 SVĚT MÓDY A SDĚLOVACÍ PROSTŘEDKY</b> .....	<b>12</b> -
<b>3 DRUHY A VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>14</b> -
<b>4 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>15</b> -
4.1 pohlaví .....	15 -
4.2 Společnost, kultura a vliv médií .....	15 -
4.3 Negativní sebehodnocení a redukční diety .....	15 -
<b>5 VYMEZENÍ POJMU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>17</b> -
5.1 Mentální anorexie .....	17 -
5.2 Mentální bulimie.....	18 -
5.3 Ostatní poruchy příjmu potravy .....	19 -
<b>6 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ</b> .....	<b>21</b> -
6.1 Dětská tělesná hmotnost .....	22 -
6.2 Dětská terapie .....	23 -
<b>7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ</b> .....	<b>24</b> -
<b>8 PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>25</b> -
8.1 Příznaky mentální anorexie .....	25 -
8.2 Příznaky mentální bulimie .....	27 -
8.3 Zdravotní následky mentální anorexie a mentální bulimie.....	28 -
<b>9 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>29</b> -
9.1 Hospitalizace.....	29 -
9.2 Ambulantní lékařská péče.....	30 -
9.3 Rodinná terapie .....	30 -

9.4	Kognitivně behaviorální terapie.....	- 30 -
9.5	Interpersonální terapie .....	- 31 -
9.6	Farmakoterapie .....	- 31 -
<b>10</b>	<b>PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>11</b>	<b>PRVNÍ KROKY S JÍDLEM.....</b>	<b>- 35 -</b>
<b>12</b>	<b>CHOROBNÝ STRACH .....</b>	<b>- 36 -</b>
12.1	Výstřední chování .....	- 36 -
12.2	Stav transu.....	- 36 -
12.3	Riziko sebevraždy.....	- 38 -
<b>13</b>	<b>ŠKOLA A UČITELÉ.....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>14</b>	<b>PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ.....</b>	<b>- 41 -</b>
<b>15</b>	<b>ABNORMÁLNÍ JÍDELNÍ CHOVÁNÍ.....</b>	<b>- 42 -</b>
<b>16</b>	<b>OBEZITA .....</b>	<b>- 42 -</b>
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>- 43 -</b>
<b>17</b>	<b>PRŮZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>- 43 -</b>
17.1	Vymezení cíle .....	- 43 -
17.2	Použité metody .....	- 43 -
17.3	Harmonogram postupu .....	- 44 -
17.4	Popis zkoumaného vzorku.....	- 45 -
17.5	Výsledky dotazníkového šetření .....	- 45 -
17.6	Diskuze .....	- 65 -
17.7	Interpretace výsledků.....	- 66 -
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>- 68 -</b>

# ÚVOD

Psychologie zdraví se zabývá rolí psychologických faktorů při prevenci nemocí, při udržování dobrého zdravotního stavu, při zvládnání negativních zdravotních stavů, při vyrovnávání se s chronickými nemocemi a při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu údravy.

Vědní disciplína nazývaná psychologie zdraví se zaměřuje hlavně na relativně psychicky zdravé lidi. V první řadě se snaží o prevenci, např. udržování dobrého zdravotního stavu, posilování zdraví, podporu zdraví a psychické povzbuzování zdraví. (Křivohlavý, 2003)

Vzhledem k hodně oblíbené problematice dnešní doby, jsem se rozhodla svoji bakalářskou práci zaměřit na poruchy příjmu potravy, především tedy na mentální anorexii a mentální bulimii. Tyto poruchy patří k nečastějším. Postihují nejen dívky a mladé ženy, ale i chlapce a muže.

Práce má za úkol informovat čtenáře o tom, co vlastně poruchy příjmu potravy jsou, druhy těchto poruch, koho postihují a jak často se vyskytují. Úkolem také je zodpovědět otázky, jaké jsou možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy, jak lze tyto poruchy poznat a jaké jsou možnosti léčení.

V dnešní době se krása jeví ženskou vyhublostí a u mužů svalnatým a vyrýsovaným tělem. Přesto je stále více lidí, kteří přibývají na váze. Je hrozné, že začátkem těchto poruch jsou nevinné diety a představa o dokonalé postavě. Celý den se dívky přehnaně zabývají počítáním kalorií, sledováním vlastní váhy, vlastním tělem, příjmem či ne příjmem potravy.

Dívky stresuje strach z tloušťky, proto jsou jejich myšlenky, pocity a strach z jídla velmi nebezpečné. Osudy některých dívek trpící mentální anorexií či mentální bulimií mohou skončit velice tragicky a to až smrtí.

Důvodem rozšiřující se poruch je pravděpodobně nízká informovanost o následcích.

Tato bakalářská práce bude rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bude využito studium odborné literatury a informace, která autorka získala během studie. Praktická část bude formou kvantitativního výzkumu, který bude proveden sběrem dat dotazníkovým šetřením. Hlavně bude poukazovat na informovanost mentální bulimie a mentální anorexie mezi žáky základních škol ve věku od 13 do 15 let. Dále se budou porovnávat výsledky z průzkumu. Ztvárnění bude provedeno pomocí grafů a slovního hodnocení. Cílem této práce bude ověřit či vyvrátit předem stanovené domněnky.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH HISTORIE

### 1.1 První zmínky o poruchách příjmu potravy

Již od Starověku byly popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Hippokrates se stal již prvním autorem o poruchách příjmu potravy a to již v 5. století před naším letopočtem. Označil je názvem „*ASITHIA*“. Galén použil jako první v historii termín anorexie a to již ve 2. století našeho letopočtu. V 17. století byly zaznamenány první klinické obrazy, které mohly odpovídat mentální anorexii. Anglický lékař Richard Mortonov (1637 – 1698) nejdokonaleji popisuje tyto choroby, ve svém díle „*PHTHISIOLOGIA*“ z roku 1689 popsal tzv. „nervové opotřebení“ (nervové úbytě, skomírání a devastaci způsobené „první portrétista mentální anorexie“. Stejný chorobný syndrom popsal po Mortonovi v roce 1767 v Anglii Whytt, jenž byl známým neurologem své doby, poté francouzský lékař Nadeau v roce 1780. (Papežová, 2010)

„(...) *štíhlost nikoho neudělá lepším, pouze menším.*“ (Clark, 2009, s. 261)

### 1.2 Historie mentální anorexie

Až ve druhé polovině 19. století se začínají v literatuře objevovat věrohodné případy mentální anorexie. Hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné William Stout Chipley, v roce 1859 popsal tzv. „*sitiomani*“ (označována také jako „*sitiofobie*“). Francouzský lékař Louis-Victor Marcé publikoval o rok později v roce 1860 článek o zvláštní formě „*hypochondrického deliria*“. Pozoroval několik dívek v pubertálním věku, které trpěly nechutí k jídlu. Některé z těchto dívek celé měsíce skoro nic nejedly a byly velice vyhublé. Jejich pokusy o změnu stravovacích návyků se „*potýkaly s důmyslnými lstmi a nezdolným odporem*“. (Papežová, 2010, s. 20)

První případy mentální anorexie byly popsány v článku Marcého. Podobně jako práce Chipleyho, jeho článek také nenašel v odborných lékařských kruzích žádnou zpětnou vazbu. Mortonovy „*nervové úbytě*“ byly znovu objeveny teprve ve 2. polovině 19. století, až poté

našly místo v anglo-americké a francouzské medicíně. O tzv. „*hysterické apepsii*“ (tento termín byl dříve předchůdcem mentální anorexie) přednášel Sir William Whitey Gull (1816 – 1890) pro anglickou lékařskou společnost. Mladé dívky trpící hysterickou apepsií velice hubnou, aniž by trpěly tuberkulózou. Toto onemocnění nemá žádné somatické příčiny poznamenal Gull. Gull se dělí o své prvenství s francouzským klinikem Ernestem-Charlesem Laséguem (1816 - 1833). Zevrubné vylíčení této nemoci podali nezávisle na sobě oba autoři – v roce 1874 byla publikována Gullova přednáška, tentokrát již s termínem „*anorexia nervosa*“. Jednalo se o chorobu psychogenní, vyskytující se převážně u mladých dívek a žen, dle obou těchto lékařů. Základní příznaky (amenorea, zácpa, neklid a velký hmotnostní úbytek), které popsali, platí i dnes.

### **1.3 Historie mentální anorexie v ČR**

Koncem 19. století byl termín mentální anorexie všeobecně přijat a zájem o toto onemocnění začal v následujících letech rychle narůstat. V roce 1963 se v České republice mentální anorexií začal zabývat Doc. MUDr. František Faltus. Na téma anorexie vydal tento významný pražský lékař několik publikací, poté vytvořil Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a to v roce 1983, která byla jako první svého druhu ve východní a střední Evropě. Toto nastalo až po vzoru Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy v Kortenbergu v Belgii. Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. pokračuje v díle Doc. MUDr. Františka Faltuse, poruchy příjmu potravy se do povědomí odborníků i veřejnosti dostaly i zásluhou dalších mnoha autorů, například PhDr. František David Krch, Doc. PhDr. Jana Kocourková a mnoho dalších. (Papežová, 2010)

### **1.4 Historie mentální bulimie**

V literatuře jsou zmínky o bulimických syndromech spíše sporadické, na rozdíl od mentální anorexie. Již v době antického Říma bylo jídlo ve vyšších společenských vrstvách konzumováno v nadměrném množství – tam bylo přejídání a následné zvracení obecným jevem. Seneca již v roce 65 před naším letopočtem popsal tento způsob obžerství, a to slovy: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“ (Papežová, 2010, s. 22) Přejídání ve vyšších

společenských kruzích bylo časté v době starověku i středověku. Již v kronikách lze najít zmínky o obžerství. Výjimeční jedlíci se předváděli pro zábavu i na poutích, oblíbenou zábavou je to ovšem i dnes. (Papežová, 2010)

Termín bulimie má původ již v Plutarchově (Plútarchos, řecký spisovatel, filozof a historik, žil přibližně v letech 50 – 120 našeho letopočtu) pojmu „*BOLIMOS*“, tímto pojmem byl označován zlý démon, který symbolizoval nadměrný hlad. Filozofové z pozdějších dob však tvrdí, že pojem pochází z řeckých slov „*bous*“ (vůl) a „*limos*“ (hlad). Označován tím byl tak velký hlad, že by člověk snědl až vola. Od dob antiky až do počátku 20. století měl pojem bulimie nejrůznější významy, čím dál více byl spojován s nejrůznějšími emocionálními faktory, především sklíčenost. Záchvatové přejídání a zvracení bylo poprvé uváděno jako součást mentální bulimie až v 50. letech 20. století, ale ještě v tomto období považovala spousta internistů bulimii za poruchu trávení. Britský psychiatr Gerald Russel v roce 1979 poprvé oficiálně použil termín bulimia nervosa. Mentální bulimii specifikoval jako „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí*“.  
(Papežová, 2010, s. 23) Lidé trpící mentální bulimií se nadměrně přejídají, a protože se obávají ztloustnutí, snaží se tohoto nebezpečí zbavovat zneužíváním pročišťujících prostředků, čili diuretik a laxativ (projímadel) a hlavně zvracením. Velké množství literatury a článků, které pojednávají o poruchách příjmu potravy, bylo publikováno od konce 90. let 20. století až do současnosti. Nejčastěji se autoři snaží zjišťovat etiologii těchto poruch, tedy příčiny vzniku mentální bulimie a mentální anorexie a zaměřují se také na léčbu postižených dívek a žen.

## 2 SVĚT MÓDY A SDĚLOVACÍ PROSTŘEDKY

V naší společnosti nejvíce vytváří tzv. mýtus krásy televize a časopisy. Ženské tělo je v těchto médiích ukazováno mnohem častěji než tělo mužské, proto je ženská část populace vystavena mnohem většímu tlaku v otázce vzhledu a přitažlivosti. Ženy jsou stále vystavovány tlaku okolí, aby kontrolovaly své proporce či hmotnost a pořád zlepšovaly svůj vzhled. Již na titulní straně jsou čtenářky konfrontovány s modelkou, která se pyšní svým dokonalým tělem. Čtenářky si však neuvědomí, že skutečnost není tak ideální jak se zdá, mnohé tyto fotografie prošly grafickými úpravami a modelky mají silnou vrstvu make-upu, která je dělá krásnými, ale ve skutečnosti to tak být nemusí. Dívky, které se nechávají ovlivnit těmito časopisy se, ale nikde nedočkou, že modelky které jsou vidět na titulních stránkách, obětují svůj život jen snu o kráse, na jehož konci číhá smrt.

Anorektičkami v 19. století se nejčastěji stávaly dívky z vyšších a středních tříd společnosti. Dívky chtěly dát najevo, jak jsou duchovně založené, že dokážou potlačit své potřeby jako například jídlo.

Pokud dívka nedodrží přísné diety, nemůže patřit do světa módy. Modelky dodržují přísný jídelníček, který se skládá např. k snídani jablko, přes den sní pár oříšků a večer pár listů salátu nebo raději vůbec nic. Hodně pijí vodu či kávu a nadprůměrná je i jejich pohybová aktivita.

Tyto vychrtlé karikatury jsou napodobovány milionem žen a dívek po celém světě, chtějí vypadat jako ony. Může za to i utkvělá představa módních návrhářů, že jejich modely budou vypadat nejlépe v těch nejmenších velikostech.

V Miláně i v Madridu odmítají pustit na přehlídková mola modelky, které jsou příliš vyhublé. Začíná se tedy ve světě módy blýskat na lepší časy. Dalším opatřením má být například vyloučení z přehlídkových mol dívků mladších 16 let, které jsou moc vyhublé. Jejich stav bude zjišťován před přehlídkou lékař. Ve Španělsku již platí usnesení oživit středomořský typ krásy. Bohužel se však anorektičkami nestávají pouze modelky, ale i dívky, které jsou ve svém povolání nebo postavení vystaveny takzvaně na očích. Musí splňovat současný nesmyslný ideál krásy, proto jsou vystaveny pod velký tlak.

Boubelaté modelky letěly ve světě módy do 50. let 20. století. Například krásná Marilyn Monroe. Herečka kyprých tvarů byla v jisté době ideálem krásy. Z jakého důvodu nás dnešní svět nutí oblékat do velikosti 34 a pokud tuto velikost neoblékáme, cítíme se tlusté? Z jakého důvodu stále počítám kalorie a bojím se sníst o sousto navíc, abychom neztloustli? Není lepší

koupit si o velikost větší šaty, ale cítit se dobře? Tato pohoda se poté odráží v naší psychice a v jednání s naším nejbližším okolím.

Modelka a známá anorektička Isabella Caro doplatila na anorexii. Proslavena byla především kampaní Ne anorexie. Brazilskou modelku Carolinu Fostonovou modeling také bohužel dohnal až ke smrti.

### 3 DRUHY A VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy existují ve společnosti již od pradávna a jsou velmi závažným onemocněním. Přesto se před několika lety o nich ještě příliš nevědělo. Přesto že dívky i ženy trpěly těmito poruchami, nebyly tak rozšířené, jako jsou v dnešní době. Postižené ženy se snažily tyto problémy co nejvíce tajit, a proto se tyto poruchy nedostávaly do veřejného povědomí. Nemluvilo se o nich v televizi, nepsalo se o nich v novinách a v časopisech, ani se o tyto poruchy nezajímaly jiná média. O těchto poruchách byla velmi malá informovanost a až v posledních letech se do široké veřejnosti dostaly poruchy příjmu potravy. Dle odborníků bulimické obtíže zaznamenali vysoký nárůst. Každý z nás se může setkat s poruchami příjmu potravy. Postihnout mohou kohokoliv z příbuzných, z rodiny, kamarádek, kolegyň či spolužaček nebo dokonce nás samotné.

Nejrozšířenějšími a neznámějšími poruchami příjmu potravy jsou mentální bulimie (bulimia nervosa) a mentální anorexie (anorexia nervosa). V naší společnosti je výskyt těchto poruch rok od roku vyšší. Tzv. psychogenní přejídání je velmi rozšířené, není sice poruchou příjmu potravy v pravém slova smyslu, ale poměrně často se vyskytuje v naší společnosti.

V současné době jsou poruchy příjmu potravy velmi časté onemocnění. Těmito poruchami trpí nejčastěji dívky a mladé ženy. V současné době, dle odborníků trpí těmito poruchami zhruba každá dvacátá dospívající dívka či mladá žena. Hodně dívek a žen toto postižení tají, předpokládá se, že skutečný počet postižených poruchou příjmu potravy je ve skutečnosti mnohem vyšší. Věk postižených se rok od roku rapidně snižuje, což je také alarmující zjištění. Před několika lety tyto nemoci postihovaly zejména dívky ve věku 15 – 17 let, v současné době trpí poruchami příjmu potravy už i devítileté holčičky. Během posledních několika let se poruchy příjmu potravy začali týkat i mužů.

## **4 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

### **4.1 Pohlaví**

Do dnešní doby nebyly příčiny vzniku poruch příjmu potravy jednoznačně určeny. Do současnosti nebyly známy odpovědi na otázku, proč tyto poruchy vznikají. Hovoříme pouze o tzv. rizikových faktorech, nebo-li o událostech a charakteristikách, jejichž přítomnost a souhra zvyšuje riziko onemocnění.

Ženské pohlaví je prvním a nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Riziko onemocnění mentální anorexií či mentální bulimií se zvyšuje více než desetkrát skutečností, že člověk je ženou. V posledních desetiletí narůstá počet mužů trpících některou poruchou příjmu potravy, ale výskyt těchto poruch je pořád poměrně vzácný. Ženy na svém těle zajímá především krása, štíhlost či tělesný tuk, muži zejména upřednostňují sílu a svaly. Ženy přikládají mnohem větší význam vzhledu než muži.

### **4.2 Společnost, kultura a vliv médií**

Dnešní doba je stále náročnější v osobním i profesním životě. Jedno z nejdůležitějších kritérií úspěchu je fyzická krása ženy. Za významnou sociální hodnotu je považována tělesná atraktivita ženy a počtem kilogramů určujeme její hodnotu. Čím méně má žena kilogramů, tím je více úspěšná, krásná a hodnotnější. Současná společnost je velmi jednostranná, co se týče štíhlosti a ideálu ženské krásy. Velmi často je kritizován každý dekagram, který má žena na svém těle „navíc“.

### **4.3 Negativní sebehodnocení a redukční diety**

Vnímání vlastního těla dívky či mladé ženy významně ovlivňuje fyzická atraktivita. Negativní hodnocení sebe sama dle odborníků, významně zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Nejistota a snížená sebedůvěra je velmi často doprovázena v období dospívání, proto se dívky snaží zhubnout a drží různé redukční diety, aby se přiblížili co nejvíce ideálu krásy a tím posílily své sebevědomí. Dívky považují rapidní úbytek své váhy

za metodu, od které čekají nejen krásnu (štíhlost), ale i obdiv, uznání svého okolí, úspěch v mezilidských vztazích a vyřešení všech svých problémů. Dívky předpokládají, že budou spokojenější a oblíbenější. Některé dívky nedokážou myslet na nic jiného, než na svůj vzhled a na to co jí. Jedinou náplní jejich života se stává, jak se vyhnou jídlu či jak ho úplně odmítnou. Tyto dívky mají narušený postoj k jídlu a samy k sobě, mají zkreslené představy o svém těle a o tom jak vypadají, což se negativně projevuje i v jejich chování.



## 5 VYMEZENÍ POJMU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jídlo je základním zdrojem živin, které je nenahraditelné pro psychické a tělesné zdraví člověka. Změny v chuti k jídlu, závažné poruchy, změny v příjmu potravy, rozvoj duševní a somatické poruchy a až vážná onemocnění jsou způsobeny nedostatkem živin a energie. Mezinárodní klasifikace nemocí a Americká psychiatrická asociace zahrnují pod pojmem poruchy příjmu potravy dva nejvíce vymezené syndromy a to jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto dvě poruchy jsou si dost podobné. Obě tyto poruchy spojuje přehnaná pozornost na tělesnou hmotnost, strach z tloušťky a vlastní vzhled. Odlišují se v používaných metodách kontrolující váhu a v závažnosti podvýživy.

Hlavním důsledkem těchto poruch jsou redukční diety a hladovění. U pacientů se často objevuje nízké sebevědomí, somatické obtíže či rodinné problémy. (František David Krch a kolektiv, 1999)

### 5.1 Mentální anorexie

*„Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti.“* (Krch, 2003, s. 18)

Většina lidí zná termín mentální anorexie, či anorexia nervosa a většina tuší, co si pod ním představit. Málokdo však ví jaký je pravý význam slova „anorexia“ a kde je jeho původ. Pojem je překládán jako „osvobození od žádostivosti, chtivosti a nedostatek požitku z jídla“. Překladem však je záměrné odmítání jídla z přehnaného strachu ze ztloustnutí, avšak mylně svádí k tomu, že podstatou poruchy je nechutenství. (Papežová, 2010, s. 22)

Popisována je převážně úmyslným snižováním tělesné váhy. Důsledkem dlouhodobého nepřijímání jídla u pacientů je nechutenství či slabá chuť k jídlu. (Krch, 2002, s. 23)

Anorexií trpí především ženy v období dospívání a hormonálních změn. Jedná se o dlouhodobé vyhýbání se potravy. Nesmíme zaměňovat nechutenství při užívání některých léků či v období nemoci apod. Porucha je na první pohled patrná. Pacienti trpí extrémní vyhublostí, propadlým obličejem, únavou, vypadáváním vlasů, výkyvy nálad a dalším. (Anorexie, 2009)

Ženy a dívky s poruchou příjmu potravy o sobě tvrdí, že mají rozsáhlé vědomosti v oblasti zdravého životního stylu a za tím si svéhlavě stojí. Tyto údaje však pochází

z nedůvěryhodných zdrojů, myslí se tím časopisy pro ženy, články o dietách a zkušenosti čtenářek apod. Velice těžký, dlouhodobý a zásadní úkol v průběhu léčby bývá přesvědčit pacientku o nesprávnosti těchto informací. (Krch, 2005, s. 163)

*„Už předtím nás trenér strašil, že tloušťka znamená konec sportovní kariéry, a trápil nás hlad, nyní se soustředil na mě. Když někdo náhodou přibral, srážel mu trenér peníze ze stipendia, nebo ho dokonce fyzicky trestal. Křičel na nás, že gymnastika je estetický sport a my že vypadáme jako tlustý báby. (...) bály jsme se stoupnout na váhu a přibrat třeba jen deset deka. Není divu, že některé z nás vůbec nevyrostly.“* (Krch, 2002, s. 35)

Pokud má pacientka příznaky anorexie a zároveň používá projímadla či opakovaně zvrací, má tzv. **bulimický typ mentální anorexie**.

Tuberkulóza či některá nádorová onemocnění mohou vzniknout také hladověním či nechutenstvím. Anorektické příznaky lze také nalézt u osob, kteří prožívají těžké deprese nebo trpí problémy s toxikománií.

## 5.2 Mentální bulimie

Typické pro mentální bulimii je záchvatové přejídání, které se opakuje stále dokola. Dalšími velmi typickými aspekty je kontrolování tělesné váhy, vyvolávané zvracení, užívání projímadel a odvodňujících léků, trávení dlouhého času cvičením, střídající se s obdobím hladovky.

### PŘEJÍDÁNÍ

Každý z nás určitě někdy zažil, nebo měl pocit přejedeného žaludku. Pocit přejedení znamená např.:

- že, pozřeme více potravy, než bychom chtěli
- že, pozřeme něco jiného nebo sníme víc, než je nám příjemné
- že, sníme jídlo v nezvyklém množství či velmi mnoho potravy
- při stravování ztrácíme kontrolu nad svým chováním

První dvě odrážky patří do běžného života a zná je opravdu každý člověk. Při záchvatu se však počet snědených kalorií liší. Pacienti trpící poruchou mentální bulimie snědí až

20 000 kcal, ale často se počet kalorií pohybuje od 1000 až do 3000 kcal. Při záchvatu je skladba jídla různorodá, ale obsahují i základní potraviny jako např. mouka či máslo.

Časová četnost záchvatů u bulimiček je různá. Dívky většinou začnou jíst a konzumují potravu dokud mohou a nebo dokud nepotřebují zvracet. Nejhorší jsou pro ně večery, kdy jsou unavené, vyhladovělé a bez dozoru. Většinou tají své nakoupené potraviny.

Lidé, které trápí například: stres, deprese a osamělost, nejčastěji řeší své problémy přejídáním. Strach z tloušťky je nejtypičtějším znakem těchto poruch příjmu potravy. Pokud strachu věnujeme velkou pozornost, čím dál více se stupňuje. Jedná se o strach například z potravin v restauraci, z pocitu nasycení nebo ze sladkostí.

### **Nejčastější zdravotní důsledky nedostatečné výživy:**

Nespavost nebo naopak únava, vypadávání vlasů, nepravidelný menstruační cyklus, zažloutlá či praskající pleť, obtíže srdce, poškození jater, časté nevolnosti, oslabení obranyschopnosti a u mladých dívek se zpomaluje růst. U bulimiček mohou nastat komplikace při porodu, například: předčasný porod nebo nízká porodní váha u dítěte.

Zvracení se váže se zdravotními důsledky, které vážně ohrožují lidský život. Bulimičky dávicí reflex vyvolávají prsty či různými předměty. Tím si poraní krk a jícen, což je velmi bolestivé. Poté dochází k infekci nebo k prasknutí jícnu. Časté zvracení také způsobuje opuchlost celého obličeje, díky otoku slinných žláz.

## **5.3 Ostatní poruchy příjmu potravy**

### **Atypická bulimie a anorexie**

Pacientky, které mají typický průběh poruchy, je zde však absence jednoho či více typických znaků nemoci (např. i přes chybějící hormonální léčbu dívka stále menstruuje). (Krch, 2005, s. 21)

### **Přejídání spojené s psychologickými poruchami**

Příčinou stresové události, jako ztráta blízké osoby, sexuální zneužívání, nehoda apod. se dívka začne přejídat.

### **Zvracení související s jinými psychologickými poruchami**

V rámci různých disociativních (pacientka se snaží vytěsnit ze své mysli stresovou či nepříjemnou situaci) a hypochondrických poruch pacientka opakovaně zvrací.

### **Jiné poruchy přijímání potravy**

V této skupině nalezneme tzv. piku u dospělých (pacientky konzumují látky, které nejsou určeny k jídlu) nebo se také jedná o psychogenní ztrátu chuti k jídlu.

### **Poruchy přijímání potravy (nespecifikováno)**

## 6 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ

Již u dětí mladších deseti let byly objeveny příznaky mentální anorexie. Tyto poruchy příjmu potravy jsou typické pro období dospívání, kdy děti poznávají své tělo. Nejdůležitější je však vyhledání lékařské pomoci a začít proti těmto poruchám příjmu potravy bojovat.

### **Následky začínající anorexie u dětí do 14 let věku:**

Děti mají menší rezervy v tuku, tudíž se u nich rychleji nastartují zdravotní potíže, a tím může dojít i k dehydrataci organismu. U dětí ne příjem jídla způsobuje mnohem rychlejší vyhublost, než u dospělých. Může docházet i k zastavení růstu, puberty a zpomalí se i sexuální zrání. U mladých chlapců přetrvávají dětské genitálie a u dívek se přestanou vyvíjet prsa. Návrat k tělesné hmotnosti přeměřenému věku způsobuje dokončení vývoje. Většinou pak děti s touto poruchou mají menší postavu než jejich vrstevníci. Trvalé následky bohužel mohou nastat, pokud dítě trpí poruchou v dětství. Výjimečně se mentální bulimie objevuje u dětí do 14 let. Většinou reagují na domluvy agresivně, s odporem či útokem. Také lze naopak zpozorovat chování malých dětí. Nejdůležitější je trpělivost a důslednost jejich rodičů. Konflikty s rodinou a depresivní příznaky lze také často pozorovat. Často se u dětí setkáváme s narušením psychosociálního zrání.

### **„Hospitalizace je u dětí do 14 let doporučována v následujících případech:**

- *váhový úbytek více než 25% optimální tělesné váhy,*
- *dehydratace,*
- *známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak...),*
- *přetrvávající zvracení nebo zvracení krve,*
- *těžká deprese a sebevražedné chování.“ (Krch, 2010)*

Pro poruchy příjmu potravy se bere puberta a dospívání za nejnebezpečnější věk. Děti jsou více zranitelnější, vnímavější, soupeřivější a také citlivější během tohoto období. (František D. Krch, 2010)

## 6.1 Dětská tělesná hmotnost

Tělesná hmotnost, tukové zásoby, věk a výška spolu souvisí. Hodnota průměrného BMI (= body mass index – index tělesné hmotnosti) také. BMI lze vypočítat dle vzorce:

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

(František D. Krch, 2003)

Za normální se považuje hodnota BMI od 19 do 25. Hodnota BMI vyšší než 30 je pro obezitu. Největší růst tělesné hmotnosti probíhá mezi sedmým a šestnáctým rokem života. (František David Krch, 2003)

Tuk v celkové hmotnosti u žen by měl obsahovat 18-30%. Větší riziko předčasného úmrtí mají lidé s podváhou oproti lidem, kteří trpí nadváhou. Pro zdraví je však stejně nebezpečná obezita, tak i vyhublost. (František D. Krch, 2010)

Světovou zdravotnickou organizací byla stanovena hranice anorexie. Kritické hodnoty, u kterých je potřeba zvážit hospitalizace jsou 17,5 BMI, 13,5 kg/m<sup>2</sup>. Geneticky může být ovlivněna váha i tělesná skladba člověka.

*„Normální a anorektická váha*

<i>Výška</i>	<i>1,55</i>	<i>1,60</i>	<i>1,65</i>	<i>1,70</i>	<i>1,75</i>
<i>Normální rozmezí</i>	<i>44-59 kg</i>	<i>47-63</i>	<i>50-66 kg</i>	<i>53-71 kg</i>	<i>56-75</i>
<i>(BMI 20-25)</i>					<i>kg</i>
<i>Anorexia nervosa</i>	<i>42 kg</i>	<i>45</i>	<i>48</i>	<i>50</i>	<i>53</i>
<i>(BMI menší než 17,5)“</i>					

(Papežová Hana, 2000, s. 54)

## 6.2 Dětská terapie

Poradenství pro rodiče bývá velmi důležitou a účinnou složkou v léčbě. Poskytování podpory, rad a zvládnání jídla je dobré hlavně v domácím prostředí. Nejdůležitější úkol pro úspěšnou léčbu je zejména rodičovská spolupráce s terapeutickým týmem.

### Děti mohou podstoupit tyto terapie:

- **Terapie rodinná** – Dítě může vyjádřit své názory či pocity za přítomnosti ostatních členů rodiny, také může sloužit k objasnění konfliktů mezi členy. Pro pacienta to ze začátku vůbec nemusí být jednoduché. Sezení se může také soustředit na názor a potřeby ostatních sourozenců.
- **Terapie skupinová** – Tato terapie se zaměřuje zejména na rozvoj sebeúcty. Ve skupině si mohou děti rozvíjet vztahy k vrstevníkům a svobodně se vyjadřovat. Skupina pro rodiče probíhá současně s touto terapií. Dobré je to zejména pro podporu ze strany ostatních rodičů. Mohou tak s nimi sdílet pocity, rady a zkušenosti, které zjistili v průběhu léčby.
- **Terapie individuální** – Pokud neuspěla terapie rodinná, používá se terapie individuální. V rodině se tak mohou objevit další problémy jako například zneužívání dítěte. Většinou se tato terapie zaměřuje na téma individualizace a také separace. Nejdříve dítě s terapeutem zkouší řešení důležitých bodů, poté až důležité body řeší s rodiči.
- **Medikace** – Medikace by se neměla používat bez dalších jiných léčebných způsobů. Pokud pacient trpí depresí, nebo obsedantně kompulzivní poruchou lze užívat antidepresiva. K jiným terapiím slouží medikace jako doplněk.

Přerušování školní docházky je nutné k hospitalizaci dítěte s poruchou příjmu potravy. Načasování návratu do školy je nutné probrat se školou a se školními odborníky. Důležité je také řešit otázku vyšetření speciálních potřeb vzdělávání dítěte. (František D. Krch a kolektiv, 1999).

## 7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ

I když se to nezdá, muži také tvoří velké procento s touto psychickou poruchou. Identifikace a diagnostika této nemoci u mužů je mnohem obtížnější než u žen, protože deprese je přidruženým symptomem a odklání pozornost od mentální anorexie či mentální bulimie. Je to převážně pracovní vytížení, stres, nezdravý životní styl a za tím vším se může skrývat porucha příjmu potravy. Spíše ženy řeší téma zdravého životního stylu a hubnutí a obzvláště ženy sahají po časopisech nebo publikacích jako je dieta či hubneme zdravě. Avšak k velmi drastickým dietám se uchylují i muži. U mužů se však objevují příznaky jako je dobrovolné zvracení či nárazové přejídání, přehnaně cvičí, jsou perfekcionisti, nechtějí jíst ve společnosti druhých, nárazovitě se přejídají a trpí depresemi.

Hall a Cohn (2003) uvádí ve své publikaci, že někteří sportovci, například gymnasté či zápasníci, z důvodu snížení hmotnosti uplatňují své bulimistické chování a tím se u nich vyskytuje tato nebezpečná závislost. Bulimie jim umožňuje lépe zvládat neblahé životní okolnosti, proto se k ní tito muži často uchylují. Muži se jen velmi neradi svěřují do rukou odborníků. Muži trpící mentální anorexií ztrácí svalovou hmotu mnohem více než je to u žen. U žen nejdříve dochází ke ztrátě zásob tuku. Úbytek zásob tuku a svalové hmoty představují určitá nebezpečí pro zdravé fungování organismu a jeho funkcí. Genetické faktory a predispozice, ale i osobnostní a povahové rysy mohou hrát velkou roli u vzniku mentální anorexie či mentální bulimie. Velkou příčinou je také touha být vždy perfektní, dokonalý, akceptovaný, správný, být na špici, chválený, mít všechno pod kontrolou.

Od mužů se často v jejich zaměstnání či v koníčkách vyžadují tělesné dispozice. Patří sem např. herci, tanečníci, umělecké profese, manažeři, muži pracující v oblasti módy či sportovci. Avšak kuchaři či číšníci sem také mohou patřit. Tyto profese mohou nést vysoké riziko vzniku mentální anorexie či mentální bulimie, ale dokážou ho skrývat. Umělci to často skrývají za získáním důležité práce, kde je velmi důležitá určitá mužská krása. Většinou si tito lidé začnou hlídat kalorie, hodně cvičit a užívat tablety pro redukci hmotnosti. Toto se však může stát opravdovým problémem, i když se to ze začátku zdá jen na chvíli.



## 8 PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

*„Celý můj život se točí kolem jídla. Vůbec už se nedokážu soustředit na práci, což má velmi negativní důsledky. Můj problém vede k hádkám doma. Přestalo mě těšit jíst společně s rodinou nebo s přáteli. Začala jsem být uzavřená a zahleděná do sebe, ztratila jsem veškerou sebedůvěru a sebeúctu. Nechci chodit mezi lidi. Přestala jsem se mít ráda.“*  
(Cooper, 1995, s. 38)

Dlouhou dobu si většina nemocných neuvědomuje, že to čemu říkají zdravý životní styl, dieta či hubnutí se přeměnilo v polovině tohoto procesu v některou z poruch příjmu potravy – mentální bulimie či mentální anorexie. Většinou se nad tímto problémem dívky začínají zamýšlet až ve chvíli, kdy na evidentní příznaky reaguje okolí výrazně, i laika na první pohled zaujmou změny týkající se vzhledu dívky a dají varovný signál vážnosti této situace. Vyhublost, řídké vlasy, únava, zvracení či přejídání a následné zvracení to jsou nejčastější příznaky těchto poruch. Zastavení menstruace by mělo být alarmujícím zjištěním i pro samotnou postiženou. U velmi mladých dívek se menstruace vůbec nedostaví a zastaví se i sexuální vývoj. Může být hodně důvodů, proč nemocní svůj problém vůbec neřeší. Nejčastěji to však může být stud před okolím, rodinou, nedůvěra k lékařům či vůbec nechtějí nic řešit.  
(Krch, 2002, s. 13 – 16)

Pokud osoba s poruchou přijme fakt, že je nutné svůj zdravotní stav řešit a je opravdu důvod k obavám, je to opravdu pozitivní. Poté následuje přesvědčování sebe sama i okolí o tom, že následkem je pouze nějaké špatné období či následek nepříjemné životní situace apod. Proces léčení je oddalován pod výmluvami, např. až na tom budu lépe a budu mít pevnější vůli, ještě trochu shodím a pak začnu, nebo když mi je pořád špatně, proč bych měla jíst.  
(Krch, 2003, s. 45 – 46)

### 8.1 Příznaky mentální anorexie

Mentální anorexie a její hlavní příznaky:

- **změna jídelníčku** – na prvním místě vynechání sladkostí, bílého pečiva a kalorických potravin. V konečné fázi jsou ponechány pouze nízkokalorické potraviny.
- **změna jídelního režimu** – odmítání potravy mimo běžný režim (snídaně, oběd, večeře), později vynechání i hlavních jídel.

- **striktní obhajování změny jídelního režimu** – výjimečné vynechání potravy se stane pravidlem, přesvědčování okolí o tom, že dívka již jedla, že nemá hlad ani čas na jídlo apod.
- **pomalé jídelní tempo, malé porce** – anorektička požaduje malé porce, nepojídá běžným způsobem (jídlo převrací na talíři, nimrá se v něm, uždibuje) . Většinou dívce jídlo trvá neobvykle dlouhou dobu, přesvědčuje okolí o tom, že se chce najíst v klidu či že si jej vychutnává. Obvykle žvýká či kouří cigarety.
- **změna chutí** – zapíjení hladu (někdy naopak dehydratace), hodně solí, pije kávu.
- **vyhýbání se jídlu ve společnosti** – dívce není příjemné, když na ní někdo při jídle kouká či dokonce komentuje co jí. Nejčastěji si vybírá co nejmenší porce s malými kalorickými hodnotami. Anorektička o všech potravinách tvrdí, jak ji nasytily, že je přejedená, jak to byla velká porce atd.
- **anorektička je velmi aktivní** – neustále vyvíjí nějaké činnosti, sportuje (několikahodinové cvičení, dlouhé chození), má potřebu vypotit kalorie. Čím více nabývá stádium onemocnění, tím více ubývá sil. Stává se bez zájmu, unavenou, apatickou.
- **jídlo jako téma hovoru** – anorektičky vyhledávají jídlo jako téma k hovoru. Rády se baví o svých pocitech z jídla, o tom co snědly, o tom jak jsou nafouklé apod. Jiné anorektičky se úzkostlivě vyhýbají tématům o jídle.
- **postava jako hlavní zájem** – středem zájmu pro dívky s poruchou je postava. Nejčastěji řeší svou hmotnost, neustále se váží, zaobírají se tím, jak vypadají atd. Často mají tendenci skrýt svojí „tlustou postavu“, proto si oblékají volné šaty. Některé dívky si zas oblékají obtažené outfity, aby daly na odiv své vyhublé postavě.
- **zvýšení sebevědomí, zlepšení nálady** – spojováno s prvními úspěchy s úbytkem hmotnosti. Většinou však tento pozitivní stav netrvá dlouho.
- **izolace od společnosti** – vyhýbání se přátelům, špatná nálada, uzavření se do sebe, dívky se zaobírají jen sebou a potravou.
- **agrese, lhaní** – anorektičky reagují velmi přesvědčivě na tlak svého okolí pro obnovení jídelního režimu. Většinou ani nejbližší okruh přátel a rodiny nerozpoznají lež. Dívky se snaží svou rodinu uklidnit, aby se mohly nadále věnovat svým zaběhlým stravovacím návykům. Nebo opačně jsou dívky agresivní, vydírají či vyhrožují svému okolí a prezentují svůj odpor k jídlu.

- **zdravotní potíže** – anorektičky nejčastěji trpí zácpou, vypadáváním vlasů, kazivostí zubů, ztráta menstruace, zhoršení pleti, neustálý pocit chladu a zimy. Dívky jsou extrémně vyhublé až nevhledně. (Krch, 2002, s. 27, 28)

## 8.2 Příznaky mentální bulimie

Mentální bulimie a její hlavní příznaky:

- **přejídání se** – jak Cooper uvádí, přejídání má 2 charakteristické rysy, první z nich je subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem a druhým snědení velkého množství jídla. Převážně jde o nedietní stravu – velmi kalorickou. Pacientka se v nouzi neštítí ani krádeže jídla, pojídána potravu i z odpadkových košů či jídlo sní i přátelům. (Cooper, 1995, s. 20 – 23)
- **tajné přejídání** – dívky tyto tajné epizody absolvují v tajnosti. Dokonce i celé roky dokážou lhát a vymýšlet různé lži. Každá bulimička konzumuje potravu někde jinde, některá po cestě domů z práce, jiná zase doma v kuchyni nebo v průběhu nakupování. (Cooper, 1995, s. 21)
- **způsob konzumace** – bulimičky konzumují potravu extrémní rychlostí. (Cooper, 1995, s. 21)
- **diety** – u bulimičky vzniká začarovaný kruh mezi záchvaty přejídání a držení diety. Diety jsou nejčastějšími spouštěči ztráty kontroly nad jídlem a přejídáním se. Jojo efekt je také neodmyslitelnou součástí diet. (Cooper, 1995, s. 46)
- **zvracení, zneužívání laxativ a diuretik** – po záchvatech přejídání používají bulimičky tyto praktiky. Avšak již při samotné konzumaci dochází ke vstřebávání kalorií, a proto nedojde k anulování sněženého jídla ani po zvracení potravy. Podobně jsou na tom i projímadla, vstřebávání kalorií dochází již v horní části traktu, ale projímadlo působí až v dolní části. Diuretika zabraňují zadržování vody v těle, proto v tomto směru také nejsou přínosem. (Cooper, 1995, s. 48)
- **ztráta sebedůvěry, vyhýbání se společnosti, odpor sama k sobě** – dívky se většinou samy za sebe stydí, jsou si odporné, ale z celé situace nevidí jiné řešení. Považují fyzický vzhled člověka za jediné měřitelné hodnocení, často se uzavírají do sebe a vyhýbají se svým nejbližším. (Cooper, 1995, s. 40 – 43)
- **zdravotní následky** – podobné následky jako u mentální anorexie. Nejčastějším projevem bulimie je však kolísání tělesné váhy. (Hehlmann, 2010, s. 20)

### 8.3 Zdravotní následky mentální anorexie a mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy způsobují vážné zdravotní komplikace. Některé mohou způsobit i smrtelné následky. Mezi psychiatrickými nemocemi, patří mentální anorexie na nelichotivé první místo v úmrtnosti. Zdravotní komplikace, které patří mezi nejčastější:

- tepová frekvence se zpomalí na 60 tepů/min,
- tlak se sníží pod 90/60,
- nedostatek bílých krvinek, železa, snížená sedimentace,
- otoky končetin, močové kameny,
- v důsledku nedostatku vápníku řídnou kosti,
- komplikace neurologické (křeče, bolest hlavy, svalová slabost, mdloby, dvojí vidění, zmatenost),
- gastro potíže (zácpa, záněty, nevolnosti, porušení zubní skloviny),
- poruchy termoregulace (třas, studené končetiny), (Fialová, 2007, s. 111)

## 9 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Při terapii poruch příjmu potravy se v poslední době hodně rozšířili různé psychoterapeutické přístupy. Pro léčbu těchto poruch je velmi důležité, v jak nebezpečném somatickém stavu dívka je, charakteristické rysy dívky, oblast symptomů a průběh předchozí terapie. Je několik druhů léčby, například: medikace, rodinná a individuální terapie, svépomoc, denní stacionář, hospitalizace atd.

### 9.1 Hospitalizace

Z hlediska léčebné stabilizace je nutná hospitalizace nemocné dívky. Velice důležitá je aktivita ze strany pacientky. Rozhodnutí a potřeba hospitalizace vychází z obecných hledisek:

*„Patří k nim:*

- 1) nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů,*
- 2) přerušení záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení,*
- 3) zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží,*
- 4) léčba některých přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.“ (František D. Krch, 1999)*

Pacientce závisí délka hospitalizace na získání cílové váhy, která činí alespoň 90%. Vyhovující přibírání hmotnosti je 1 či 1,5 kg měsíčně. Během přechodu z hospitalizace do ambulantní péče se doporučuje využít denní stacionář či částečnou hospitalizaci. Hospitalizace je především pro pacientky, které jsou hodně vyhublé a hrozí u nich riziko sebepoškození.

## 9.2 Ambulantní lékařská péče

Hlavním úkolem ambulantní lékařské péče je dát pacienta do psychické a somatické stability místo překonání poruch příjmu potravy. Doporučeno chronickým pacientům, kteří za sebou mají mnoho různých forem léčeb. Tato léčba se může provádět individuálně či skupinově. Provádí se zde lékařský dohled, který kontroluje tělesnou váhu a zdravotní stav a probíhají zde i odborné konzultace. Skupinová terapie motivuje pacienty s podobnými příběhy.

## 9.3 Rodinná terapie

Tato terapie se používá u pacientů bydlících s rodinou či u hodně mladých pacientů. Nejčastěji se využívá pro větší porozumění terapeutických problémů. Pro poruchy příjmu potravy mohou být srážedlem konflikty v rodině či dysfunkční role. Puberta je nejvíce rizikové období. Důvodů může být mnoho, například se chce odklonit od konfliktu nebo chce na sebe upozornit.

Tato terapie zejména slouží k napomáhání při zacházení s jedincem rodiny trpící poruchou příjmu potravy. Jedná se o dlouhodobější léčbu. Rodiče by měli být velkou oporou a jsou velmi důležití pro dosažení určeného terapeutického cíle.

## 9.4 Kognitivně behaviorální terapie

Tato terapie utváří základy terapie pro velkou část léčby a je uznávána především pro mentální bulimii a mentální anorexii. Terapie je vhodná především pro dívky se středně těžkými až vážnými příznaky a pro dívky, pro které je nevhodná rodinná léčba. Fairburn za pomoci Marcuse a Wilsona vytvořil kognitivně behaviorální terapii.

Tyto body jsou především pro mentální bulimii:

- psaní záznamu o pročišťování, pocitech, myšlenkách, o záchvatech přejídání
- vážit pravidelně tělesnou váhu

- kontrola diet, změna jídelníčku, cílená normalizace jídelního plánu, konzumace vyhýbaným jídlům
- změna v myšlení
- prevence

Kognitivně behaviorální terapie je pro pacientky trpící anorexií doporučována užít klinicky, trvá mnohem déle než u pacientek s mentální bulimií. Tato terapie dokáže vyřešit i otázky pocitů úzkosti, neschopnosti a konfliktů. Mohou se začlenit i složky rodinné a interpersonální, pokud kognitivně behaviorální terapie má dlouhého trvání. Lékařská péče ambulantní ve skupině je nabídnuta, pokud je tato léčba neúčinná.

## 9.5 Interpersonální terapie

Terapii vytvořil Klerman, Weissman, Rounsavill a Chevron a byla nejdříve považována za krátkodobou léčbu deprese.

Tato terapie má 3 fáze:

1. Zjišťování interpersonálních problémů
2. Smlouva o práci v problémech interpersonálních
3. Otázky na skončení léčby

Studie poukazují na to, že interpersonální terapie má stejné účinky jako kognitivně behaviorální terapie. Interpersonální terapie se doporučuje zejména dívkám trpící mentální anorexií.

## 9.6 Farmakoterapie

Zejména se medikace doporučuje u záchvatového přejídání a mentální bulimie, pokud neuspěla kognitivně behaviorální terapie. Antidepresiva jsou velice účinná podle posledních studií. Velký důraz se klade na to, že hlavní složkou nejsou medikace. Fluoxetin hydrochlorid (Prozac) je nejpoužívanějším lékem. Tricyklická antidepresiva se nasazují až poté, co se zjistí

že Fluoxetin nezabírá. Pacientky si však musí dávat velký pozor na vedlejší účinky či na předávkování. Inhibitory MAO se užívají až v situaci, kdy se zjistí, že nezabírají ani tricyklická antidepresiva. Fluxetin může být u mentální anorexie prostředkem proti relapsu. Další účinky medikace jsou proti depresím, pocitům úzkosti či nepříjemným pocitům v žaludku po jídle. (František David Krch a kolektiv, 1999)



## 10 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Dle posledních výzkumů je patrné, že mentální anorexie a mentální bulimie stále roste. Primární prevence má na starosti zmenšení procent vzniku poruch příjmu potravy. Dívky, které se cítí nespokojené se svojí postavou, zvyšují procento nárůstu poruch příjmu potravy. Pro většinu dívek je ideál ženy dnešní společnosti nedosahující, způsobuje to tedy nespokojenost s postavou. Ve většině reklam, filmů a billboardů je vidět tzv. virtuální ideál.

Fotograf Oliviero Toscan z Itálie nedávno vytvořil kampaň boje s mentální anorexií, který vyfotil modelku Isabell Carovou vážící 31 kg a umístil ji na billboardy. Kampaň podpořilo i ministerstvo zdravotnictví. Cílem této kampaně bylo ukázat krutou posedlost po vyhublosti.

Sebeпоškozování je v dnešní době často spojováno s poruchami příjmu potravy. Odborníci také kontrolují internet a mažou ohrožující webové stránky, které propagují tento anorektický životní styl. Pro lepší sebehodnocení a životní hodnoty je důležité poskytnout a předat mladé generaci pozitivní hodnoty.

Od Debry Franko byly v roce 2003 uvedeny cíle preventivních programů: *„zlepšení znalostí, sebezřetiví, sebevědomí, podněcovat různorodost a chápat změny v pubertě, upravit jídelní návyky, snížit držení diet, snížit posměch, pracovat s medií, „coping“ strategie. Cílem by mělo být i snížení nespokojenosti s vlastním tělem, chápání zdravého jídelního režimu a snížení internalizace ideálu štíhlosti.“* (Papežová, 2010)

V roce 2009 byl vydán článek pro zdravotnická zařízení, klinické prostředí, školy a ostatní zařízení o tom, jak pracovat v prevenci proti poruchám příjmu potravy a proti obezitě u dětí.

Doporučení z projektu EAT:

- *„Snažte se zabránit nezdravým dietám, a naopak podporujte jídelní a fyzickou aktivitu, která může být dlouhodobá.*
- *Pracujte na pozitivním vnímání vlastního těla.*
- *Podporujte častější a příjemné společné rodinné stolování.*
- *Podporujte rodiny, aby méně mluvily o váze a snažily se, aby se doma jedlo a cvičilo zdravě.*
- *Předpokládejte, že dospívající s nadváhou zažívají šikanu a mluvte o tomto problému s vrstevníky a jejich rodinami.“* (Papežová, 2010)

Zkoumáním jídelních zlovyků u adolescentů se zabývá projekt EAT. Doporučení ukazují rodičům nezabývat se tolik váhou, ale řešit změny chování dětí.

O zkvalitnění prevence se stará mezioborová spolupráce. Probíhá na odborných konferencích, kam se zvou psychologové, psychiatři, zdravotní sestry, učitelé, rehabilitační pracovníci, média.

*„V evropské spolupráci byl navrhován*

- evropský atlas služeb pro PPP,*
- standardní soubor preventivních programů pro mladé a pro rodiny,*
- standardní preventivní programy pro profesionály,*
- rozvoj evropské informační sítě a společných webových stránek pro PPP.“*

(Papežová, 2010, s. 314)

## 11 PRVNÍ KROKY S JÍDLEM

K vyléčení poruchy příjmu potravy je velmi nutný nárůst váhy, bez toho není vyléčení možné. Nedůležitější je zabránění úbytku váhy. V první řadě je dobré se poradit s výživovým poradcem. V nemocnici je považován za normální nárůst hmotnosti 1-2 kg za týden. Doma není zapotřebí přibývat tolik. Aby pacientka neměla tolik pocit viny a strach z více novinek, může se ze začátku potrava opakovat, například 3x denně brambory s tvarohem. Po delší době se doporučuje přidávat v jídle nějaké novinky. Mělo by to být pestré a kalorické jídlo, například oříšky, banány, ryby, bílkoviny atd. Pacientky trpí většinou vysokým cholesterolem z důsledku hladovění, avšak po dosažení normální váhy se vrátí zpátky do normy.

Vysoký obsah kalcia napomáhá k obnovení nervů, kostí a svalů. Pokud je váha stále nedostačující, mohou se k jídlu podávat také nutriční nápoje tzv. Nutridrinky.

### Cvičení

Pro některé pacientky je cvičení nutkavý způsob pro snížení a kontrolu váhy. Při cvičení může dojít k poškození kůže či ke zlomeninám, pokud mají pacientky příliš nízkou váhu. Cvičení je optimální 3x týdně po půl hodině. (Papežová Hana, 2000)

Pacientky trpící bulimií si utvářejí určité rituály a spojují si jídlo s pohybem. Pokud zjistí, že si večer nemohou zacvičit, tak večer raději vůbec nejí. Dívky trpící bulimií se často soustředí na výkon až to se sportem přehánějí, přitom by měl sport být zdravým pohybem pro tělo. V tomto případě se doporučuje si délku cvičení zapisovat a poté pomalu délku snižovat.

*„Tak jako se znovu učíte, co znamená normálně jíst, je třeba se naučit normálně se pohybovat.“* (Krch Fr. David, 2003, str. 123)

## 12 CHOROBNÝ STRACH

U mentální anorexie či mentální bulimie jde často o velký strach z tloušťky. Jedná se o podobu strachu např. ze sladkého, z plného žaludku, z restaurace, z večeří a podobně. Pokud nad tím vším stále uvažujeme, strach se zvětšuje. Myšlenky se nejčastěji věnují tomu, čeho se tak bojíme. „*Strach má velké oči a je nenasytný.*“ (Krch Fr. David, 2003)

Strach a velká pozornost na své tělo může způsobit, že jednotlivé části těla se začnou zkreslovat. To také platí i pro porce s jídlem. Dívky, které trpí tímto strachem vidí malinkou porcičku jako porci pro chlapa. (Krch Fr. David, 2003)

### 12.1 Výstřední chování

Dívky, které jsou posedlé hubnutím, trpí většinou negativismem a nepřemýšlí o svém chování k okolí. Oddalují se rodině i kamarádům. Spánek u dívek trpící mentální anorexií či mentální bulimií je minimální, neustále přemýšlí nad potravou a nad kaloriemi. Chlapci a dívky trpící mentální anorexií či mentální bulimií se mohou začít chovat výstředně. Chlapci se mohou začít oblékat jako dívky a dívky se oblékají nápadným stylem. Také pacienti mohou jíst své zvratky, někdo si sedá do bláta nebo se pomazávají svými exkrementy. V horším případě se může jednat i o sebepoškozování.

Lidé s těmito poruchami si utvrzují svojí méněcennost, mají potřebu být odmítáni. Svoje chování však bohužel neumí pochopit či vysvětlit. (Claudie-Pierre Peggy, 2001)

### 12.2 Stav transu

Pacienti trpící mentální anorexií či mentální bulimií mohou upadnout do stavu, ve kterém nereagují na své okolí. Člověk se tak může dostat do kritického psychického stavu. Skutečná mysl byla přetlačena negativní myslí.

Tyto další známky může mít stav transu:

- „*ztišení pacientova hlasu až k šepotu,*
- *strach, který se najednou (bez vnější příčiny) objeví v hlase,*

- *tělo se postupně znehýbňuje, oběť se může například schoulit strachy na posteli do polohy embrya,*
- *pacient přestává sledovat, co se děje okolo něj, a zjevně se zabývá svým nitrem,*
- *pacient neodpovídá přímo nebo odpovídá pomalu.*“ (Claudie-Pierre Peggy, 2001)

V tomto stavu se pacient dívá jen před sebe, nic nevidí a ani nemrká. Dále má pacient zaťaté čelisti a zrychlený dech. V tu chvíli poslouchá jen svojí negativní mysl. Tento stav bývá nejčastěji první tři měsíce léčby. Negativní mysl v tomto období udává příkazy: *„Neposlouchej je, jenom ti lžou. Chtějí, abys přibrala a byla tlustá.“* (Claudie-Pierre Peggy, 2001)

V podobě příkazů nemusí být udávána pouze negativní mysl, ale také například hlasité bouchání, zvonění či muzika, tak hlasitě, aby nebyly slyšet rady lékařů.

## **TRIKY**

Dívky trpící mentální anorexií či mentální bulimií si často vymyslí například, že jsou vegetariáni a při zlepšení stavu si klidně dají hamburger. Toto však také způsobuje negativní mysl. Dále také převařují jídlo, aby se rozložilo více kalorií při větší teplotě a aby jim jídlo méně chutnalo. Dalším příkladem je, že schovávají jídlo kamkoliv je to možné, například do kapsníků, do šatů atd.

Dívky se neustále měří a váží. Pokud nemají k dispozici váhu, řeší měření například různým oblečením či tkaničkami od bot. Pozorování své postavy je další jejich potřebou, pokud nemají k dispozici zrcadlo, používají odrazy v televizi, ve dvířkách od trouby či v oknech. Před pravidelným vážením u lékaře jsou schopni vypít více vody, vzít si silnější oblečení či se snaží zatížit oblečení kamínky. Kvůli projímadlu se snaží přesvědčit lékaře o své zácpě.

Cvičí potají, protože je pro ně těžké přestat. Například cvičí ve sprše či v posteli nebo vydrží dlouho stát pro spálení více kalorií. V zimě nechtějí nosit kabát, aby využili více energie pro udržení tepla. V létě se chtějí více potit, aby spálili více kalorií, proto nechtějí používat větráky. Vykonávají co nejvíce domácích prací, kvůli energetickému výdeji. Lžou i sami sobě, řídí se totiž Negativní myslí.

## MALÉ PÍSMO

Pacientky mohou začít používat malé písmo, ani rodiče to nepřehlédnou. Může to být znamení. Někdy je potřeba lupa pro přečtení, jak jsou písmenka malinká. Miniaturní písmo naznačuje méněcennosti a podráženosť. Větší sebevědomí a novou osobnost mohou pacientky získat ve třetí fázi léčby. To se však začne projevovat i na velikosti písma. Písmo dosahuje normální velikost až když jsou pacientky otevřenější mezi lidmi a jejich mysl se začíná vyjasňovat. (Claudie-Pierre Peggy, 2001)

### 12.3 Riziko sebevraždy

U osob trpící mentální anorexií či mentální bulimií se dvojnásobně zvyšuje riziko sebevražd. Dívky přemýšlejí o sebepoškozování a mají negativní mysl. Z pocitu bezcennosti a zbytečnosti mají tendenci si ubližovat. Ztrácí víru a naději v uzdravení, když se dostaví stav vyčerpání. Zvyšuje se riziko sebevraždy.

Samotná nemoc mentální bulimie či mentální anorexie je pomalá sebevražda. Dívky považují sebevraždu za jediné východisko, v případě pokud vyzkoušely již několik pokusů různých léčení a hospitalizací.

*„Je mi 24 let a už 8 let mám anorexií. Byla jsem hospitalizována už nejméně desetkrát... Není to tím, že bych se nechtěla uzdravit. Ale už jsem to zkoušela tolikrát, že mně to připadá beznadějně... Sebevražda se mi jeví čím dál víc jako dobré řešení a jediné možné východisko. Nevím, co jiného bych ještě mohla udělat.“* (Claude-Pierre Peggy, 2001)

## 13 ŠKOLA A UČITELÉ

Učitel jako první může pozorovat známky anorexie u žačky či žáka. Při cvičení v tělesné výchově či při hrách si učitel může všimnout zastavení růstu nebo nízké tělesné váhy oproti ostatním dětem. Dítě se začne stranit ostatním a začne se uzavírat do sebe. Nyní má viditelný pocit smutku, přitom dříve bylo aktivní. Dále je vidět, že jí pouze ovoce a zeleninu a vynechává školní potravu v jídelně.

Pokud učitel tuší známky anorexie či bulimie, měl by učinit určitá opatření. Nejdůležitější je promluvit si s rodinou dítěte, spolupráce s rodinou může vést k úspěšnosti problému. Škola tak může stanovit určitá pravidla, které zabrání rozvíjení anorektického chování dítěte.

- **cvičení** – pro dítě trpící mentální anorexií či bulimií by se měla zakázat jakákoli tělesná aktivita. Hrozí zdravotní rizika při nízké váze.
- **jídlo** – nejvhodnější je vymyslet plán stravování a hlídat jeho splnění.

„*Varianty*

- *Jíst jako ostatní a s ostatními.*
- *Vybrat kamarádku, která bude s postiženou v jídelně sedět a ubezpečí se, že jídlo sní.*
- *Jíst s členem učitelského sboru.*
- *Jíst v oddělené místnosti.*
- *Jíst u stolu učitelského sboru.*
- *Jíst mimo jídelnu s kamarádkou, která dává pozor.“ (Papežová, 2000)*

Jídelní plán musí tvořit malá jídla během dne. Mléčný produkt či sendvič je nejlepší na svačinu.

- **domácí úkoly** – perfekcionistické rysy jsou typické pro dívky trpící mentální anorexií, u domácích úkolů to však znamená délku vypracování, která je u většiny případů příliš dlouhá. Učitel s rodiči mohou vypracovat časové limity pro domácí úkoly.

- **zkoušení** – kognitivní funkce a koncentrace jsou nejvíce postihovány u anorexie. Pro případ veřejného a důležitého zkoušení je dobré, aby lékař poslal učiteli dopis, ve kterém vše vysvětluje.
- **poradenství o povolání** – dívky mají ve škole výborné výsledky, díky jejich perfekcionismu. V některých zemích se hodně diskutovalo, jestli mohou dívky trpící mentální anorexií pracovat ve zdravotnictví a bylo jim zakázáno pracovat jako dietní sestra. V některých zemích, aby mohly být dívky zařazeny do výuky, musí být dva roky v pořádku bez terapie. Tyto postoje jsou v současné době kvalifikovány jako odmítavé. (Papežová Hana, 2000)



## 14 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ

Tzv. psychogenní přejídání je v populaci velice rozšířené. Není však ještě považováno za poruchu příjmu potravy, nesplňuje diagnostická kritéria pro tyto poruchy. Psychogenní přejídání je typické abnormálním jídelním postojem a chováním. Tito lidé nezvracejí ani nepoužívají žádné pročišťující prostředky. Psychogenní přejídání se tak podílí na narůstající obezitě v populaci. Obezita se stává v posledních letech rostoucím problémem, proto lékaři a odborníci věnují svoji pozornost této problematice.

Papežová (2010, s. 128) popisuje diagnostická kritéria, které se týkají tohoto abnormálního chování:

*„a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.*

*b) Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimia nervosa v (b).*

*c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než nemorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.“*

Lidé, kteří trpí psychogenním přejídáním, nemají kontrolu nad množstvím jídlem, které sní. Nespokojenost s vlastním tělem či strach z obezity vedou k neúčinným dietám. Na rozdíl od lidí, kteří trpí mentální anorexií či mentální bulimií mají k nespokojenosti objektivní důvod, protože nadváha může ohrožovat jejich život. Pokusy o dodržování diet a hubnutí vedou jen k dalšímu přejídání. Lidé, kteří trpí psychogenním přejídáním se často potýkají s psychickými i fyzickými následky své obezity.

Nejčastějšími symptomy je rychlá konzumace co největšího množství jídla a to i bez pocitu hladu, poté lidé trpí nepříjemným pocitem studu a depresí po jídle. Lidé většinou jedí o samotě, bez společnosti dalších lidí.

Nemoc je charakteristická dlouhodobějším a chronickým průběhem. Abstinence od přejídání se není tak častá. Způsob léčby není do současné doby znám. Odborníci i lékaři o léčbě stále diskutují. Odborníci zjistili, že průběh léčby bude podobný jako u mentální bulimie.

## 15 ABNORMÁLNÍ JÍDELNÍ CHOVÁNÍ

Jedinými „jídelními nešvary“ není pouze psychogenní přejídání či poruchy příjmu potravy, které se objevují v naší společnosti. Mnoho lidí se ve stravovacích návycích chovají jinak, než je běžné a normální.

Abnormální jídelní postoje a chování také určitě stojí za zmínku. Prevalence dietního chování byla odhadnuta na 25%, záchvaty přejídání 15,7%, navozované zvracení 2,4% a užívání laxativ 2,7% a to pokud se stává nejméně jednou týdně.

Z jakého důvodu někteří lidé jedí, i když nemají hlad? Z jakého důvodu dávají přednost přejídání se, před vlastním zdravím? Odborníci zatím na tyto otázky odpověď nenašli. Stále nejsou známy přesné příčiny tohoto chování, proto výzkumy stále pokračují. V současné době ani lékaři neznají účinné způsoby, jak pomoci lidem překonat toto abnormální jídelní chování.

## 16 OBEZITA

Antičtí Řekové obezitu dříve trestali a považovali ji za odmítavou. Římané si dokonce vynalezli místnost, kam po větších hostinách chodili zvracet. V první polovině 20. století se stala obezita velkou hodnotou pro většinu lidí. Byly obdivované především děti, které měly nadváhu. Staly se obdivované především pro jejich velkou statnost a sílu. Dětem, které ve dvanácti letech vážily více jak 60 kg nikdo nic nevytkl, vše bylo v pořádku.

Dle většiny lékařů z USA se v dnešní době obezita rozšiřuje až epidemicky. Více jak pětina lidí žijící v Americe je obézních, jejich BMI tedy přesahuje hranici 30. Lidé, kteří trpí obezitou se většinou cítí závisle a osamoceně. Avšak tito lidé mají úplnou zodpovědnost za svou váhu. Ženy i muži mohou trpět obezitou. Ženy to však nesou mnohem hůř než muži. (Novák Michal, 2010)

*„Zatímco chlapec považuje tělo za prostředek k ovládnutí vnějšího prostředí, dívka se učí, že hlavním účelem jejího těla je být pro ostatní přitažlivá.“ (Novák Michal, 2010)*

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 17 PRŮZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

### 17.1 Vymezení cíle

V této praktické části bakalářské práce se pokusíme zjistit povědomí žáků základní školy o těchto poruchách, tj. mentální anorexie a mentální bulimie. Zjistíme, zda děti mají základní informace o poruchách příjmu potravy. Vymezení cíle je zda děti jsou dostatečně informováni o poruchách příjmu potravy a porovnání zda dívky jsou více informovány než chlapci.

K získání odpovědí na výzkumné šetření byli stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: **Více dívek ví, co znamená mentální anorexie v porovnání s chlapci.**

Hypotéza 2: **Více dívek ví, co znamená mentální bulimie v porovnání s chlapci.**

Hypotéza 3: **Více dívek měla touhu být hubenější v porovnání s chlapci.**

Hypotéza 4: **Většina a to jak dívek, tak i chlapců si myslí, že anorexií či bulimií trpí pouze obézní lidé.**

### 17.2 Použité metody

Hlavními znaky dotazníku je písemné kladení otázek a získání písemných odpovědí. Pro zjišťování údajů je tato metoda nejfrekventovanější. Především určeno pro velký počet odpovídajících. Respondent je člověk, který vyplňuje dotazník a administrace je zadávání dotazníků. Formulování konkrétního cíle ve vztahu ke zvolenému problému je základní podmínkou dotazníku.

Dotazník by měl obsahovat tři části:

1. Část vstupní – tato část zahrnuje jméno autora dotazníku, cíl dotazníku a význam odpovědí. Zahrnuje také dále pokyny, jak dotazník vyplňovat.
2. Část druhá – tato část zahrnuje vlastní otázky.

3. Na konci dotazníku se nachází poděkování respondentům za spolupráci.

Otázky, které se nachází v dotaznících se dělí dle stupně otevřenosti:

1. Uzavřené otázky – zakroužkováním či podtrhnutím označit správnou odpověď
2. Polouzavřené otázky – nejdříve se označí správná odpověď a poté se i vysvětlí.
3. Otevřené otázky – respondent se vyjadřuje vlastními pocity a názory.

(Gavora Peter, 2000)

První část dotazníku této bakalářské práce představuje autora, účel a cíl dotazníku, a poté pokyny k jeho vypracování. Druhá část se věnuje samotným otázkám dotazníku. V dotazníku je zahrnuto dvacet otázek. První tři otázky zahrnují demografické údaje a ostatních sedmnáct otázek se věnuje problematice poruch příjmu potravy. Otázky, které se nachází v dotazníku, jsou pouze uzavřené. Na konci dotazníku bylo respondentům věnováno poděkování.

### **17.3 Harmonogram postupu**

1. Fáze přípravná

Přípravná fáze nejdříve zahrnovala studium odborné literatury a prameny, které souvisí s touto problematikou. Poté byl sestaven dotazník, na základě zjištěných informací.

2. Fáze realizační

V této realizační fázi byly stanoveny předpoklady a rozdány dotazníky respondentům.

3. Fáze vyhodnocovací

Vyhodnocovací fáze nastává po návratu dotazníků a je to fáze poslední. Do programu Excel byla sesbíraná data zaevidována a rozřazena podle jednotlivých otázek. Poté byly vytvořeny grafy s procentuálními vyjádřeními. Na závěr dotazníkového šetření byly shrnuty výsledky výzkumu a potvrzeny či vyvráceny předpoklady, které byly na začátku stanoveny.

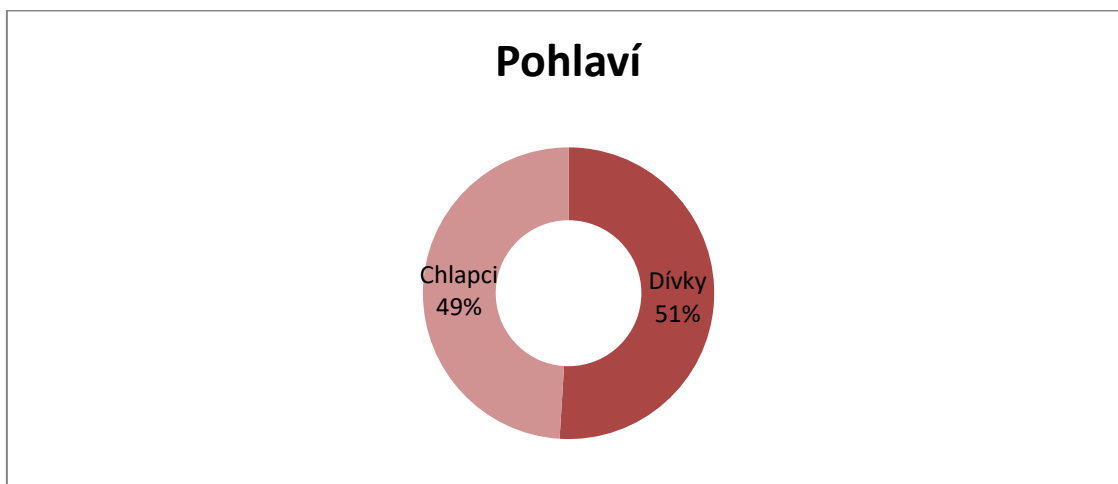
## 17.4 Popis zkoumaného vzorku

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 51 žáků. Všechny 51 žáků dochází do Základní školy na vesnici a všichni žáci byli ve věku 13 – 15 let.

## 17.5 Výsledky dotazníkového šetření

V této části bakalářské práce se budeme zaměřovat na jednotlivé otázky z vyplněných dotazníků. Nejprve se však budeme věnovat demografickým otázkám a poté přejdeme na otázky, týkající se poruch příjmu potravy.

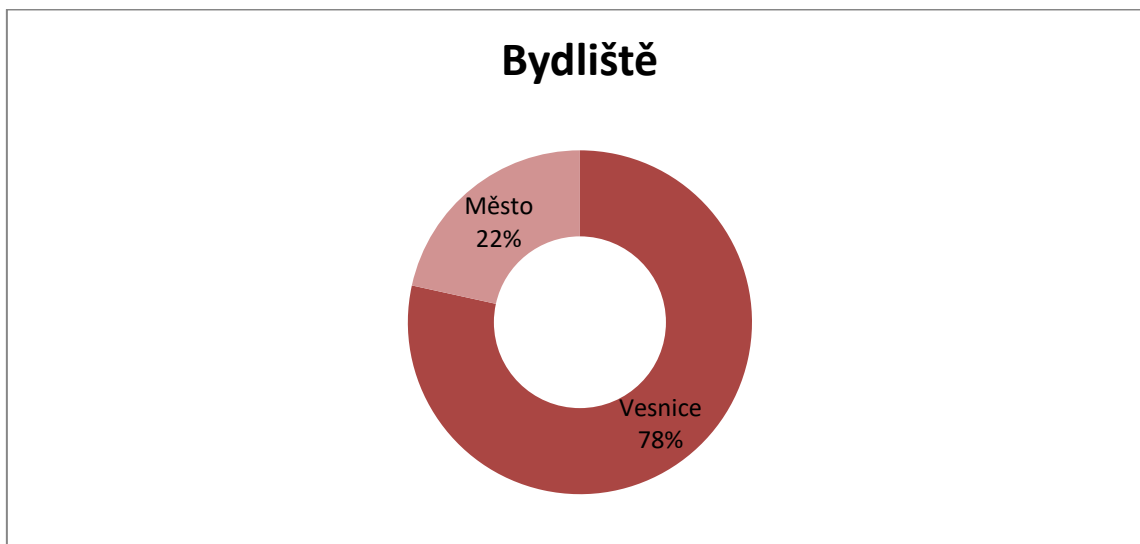
### Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 51 žáků z Jihočeského kraje, obec Štěkeň. Z vyplněných dotazníků vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo více dívek než chlapců. Rozdíl je však minimální. Z celkového počtu tvoří 51% respondentů dívek a 49% respondentů chlapců.

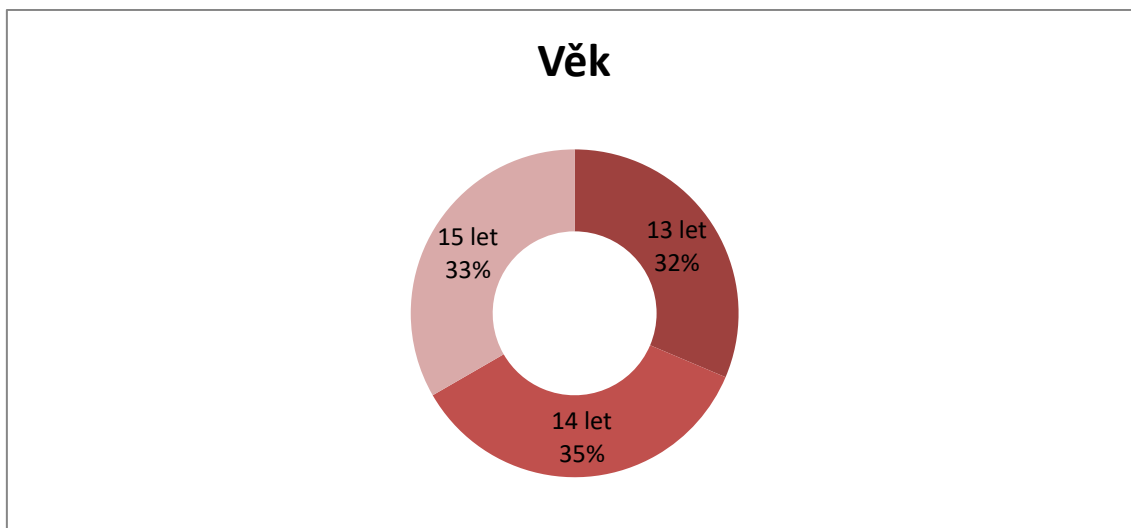
Jak jsem již zmiňovala, hlavním cílem tohoto dotazníkového šetření je zjistit informovanost žáků od 13 do 15 let o nemoci bulimie a anorexie a porovnání mezi dívkami a chlapci. Dotazníky tedy byly zaslány na Základní školu v obci Štěken, která se nachází v Jihočeském kraji. Průzkumu se zúčastnilo o 1 % více dívek než chlapců. Na výsledky dotazníkového šetření a stanovených hypotéz tento rozdíl nebude mít žádný zásadní vliv.

### Otázka č. 2 – Bydliště respondenta



Z grafu bylo zjištěno, že 78% respondentů žije na vesnici a pouze 22% respondentů žije ve městě.

### Otázka č. 3 – Věk respondenta

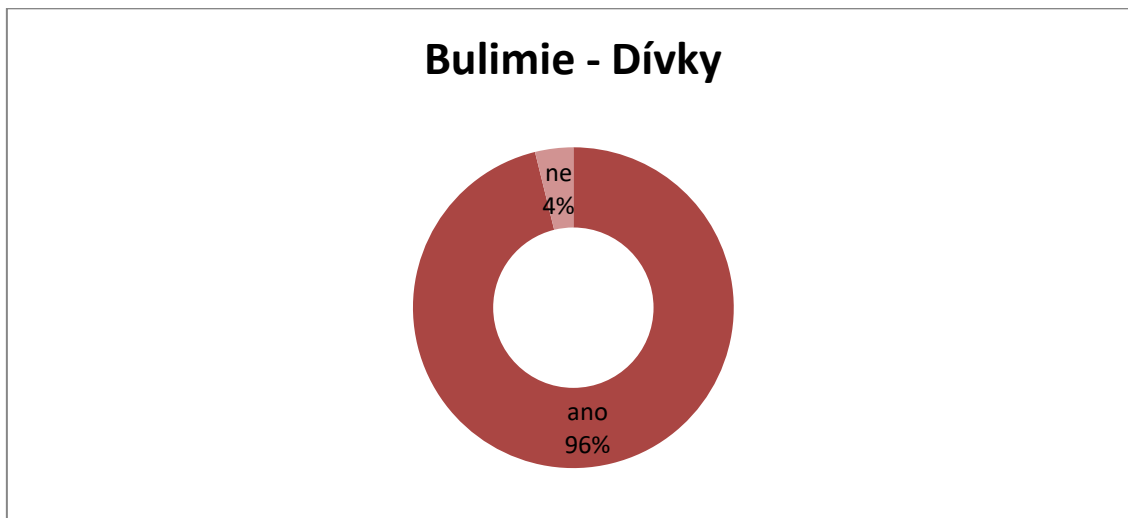


Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejvíc respondentů bylo ve věku 14 let a to 35%, respondentů ve věku 13 let bylo 32 % a respondentů ve věku 15 let bylo 33 %.

#### Otázka č. 4 – Víš co je bulimie?

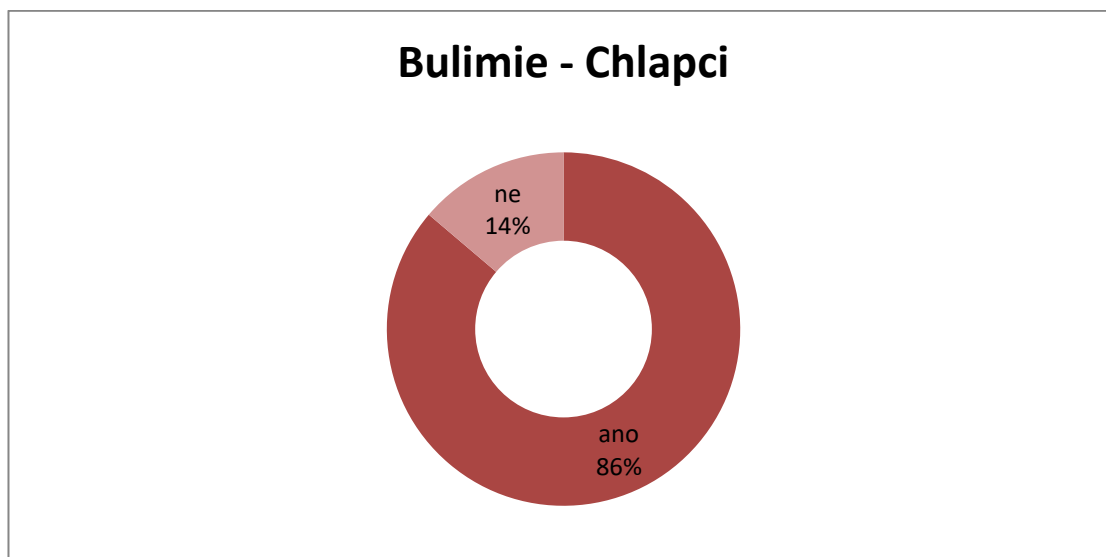
##### Graf DÍVKY

Graf znázorňuje, kolik dívek ví co je bulimie. Většina dívek odpověděla Ano, tj. 96% (25 dívek) a 1 dívka (4%) neví, co znamená nemoc bulimie.



##### Graf CHLAPCI

Graf znázorňuje, kolik chlapců ví co je bulimie. Většina chlapců odpověděla Ano, tj. 86% (25 chlapců) a 4 chlapci (14 %) neví, co znamená nemoc bulimie.



### Otázka č. 5 – Víš co je anorexie?

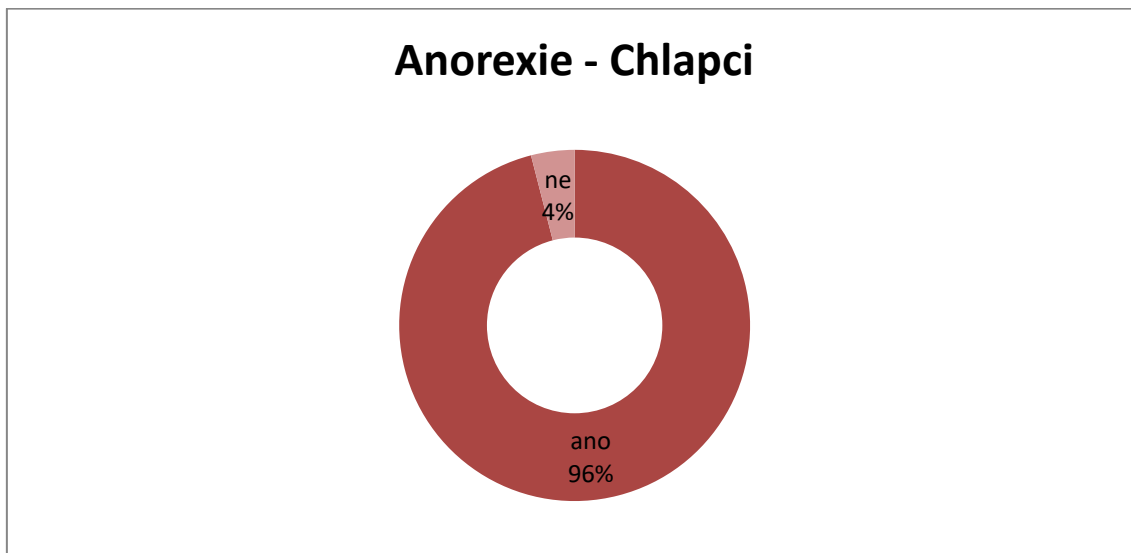
#### Graf DÍVKY

Graf znázorňuje, kolik dívek ví co je anorexie. Většina dívek odpověděla Ano, tj. 92% (24 dívek) a pouze 2 dívky (8 %) neví, co znamená anorexie.



#### Graf CHLAPCI

Tento graf znázorňuje, kolik chlapců ví co je anorexie. Většina chlapců odpověděli Ano, tj. 96 % (24 chlapců) a pouze 1 chlapec (4 %) neví, co znamená anorexie.



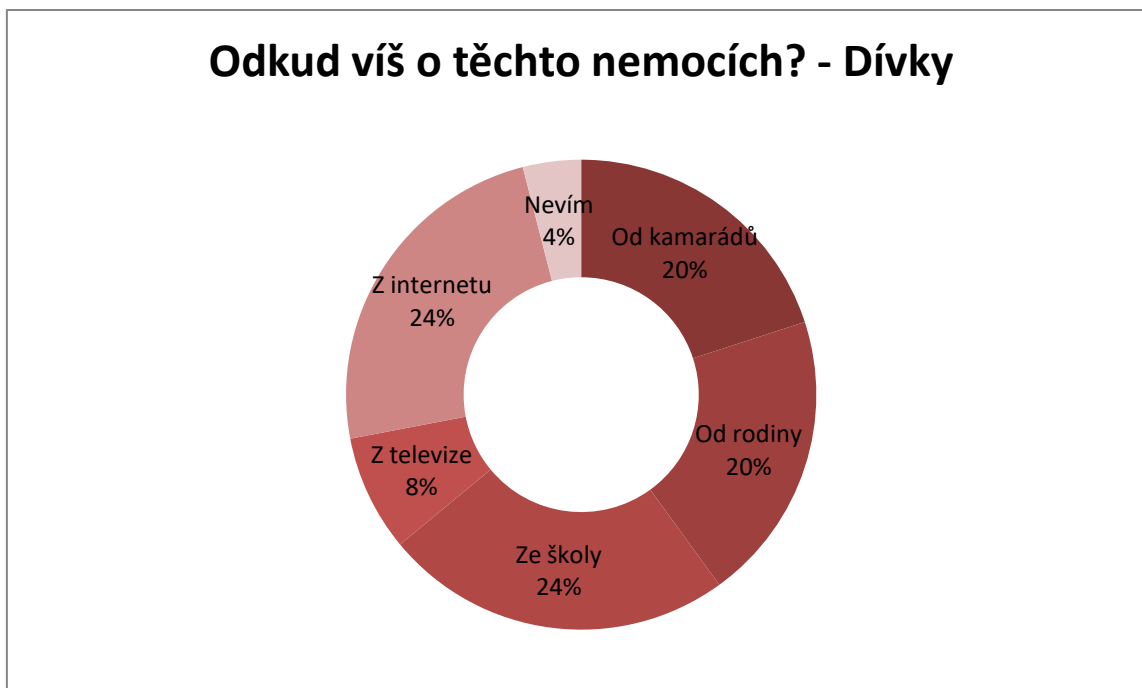


## Otázka č. 6 – Od koho nebo odkud si se dozvěděl/la o těchto nemocech?

### Graf DÍVKY

Graf znázorňuje počet zdrojů, odkud se dívky dozvěděly o anorexii a bulimii.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce dívek se o těchto nemocích dozvědělo ve škole (24 %) a na internetu (24 %), poté následuje od rodiny (20 %), od kamarádů (20%), z televize (8 %) a 1 dívka odpověděla, že neví odkud o nemoci ví. Je zajímavé, že škola a internet mají stejné procento.

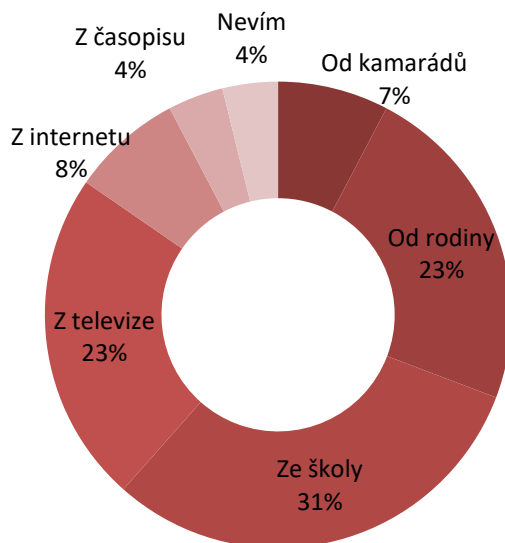


### Graf CHLAPCI

Graf znázorňuje počet zdrojů, odkud se chlapci dozvěděli o anorexii a bulimii.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce chlapců se o těchto nemocích dozvědělo ze školy (31 %), poté na stejné pozici následuje rodina (23 %) a televize (23 %), internet (8 %), od kamarádů (7 %), z časopisu (4 %) a jeden respondent (4 %) neví, odkud se o nemoci dozvěděl.

## Odkud víš o těchto nemocích? - Chlapci

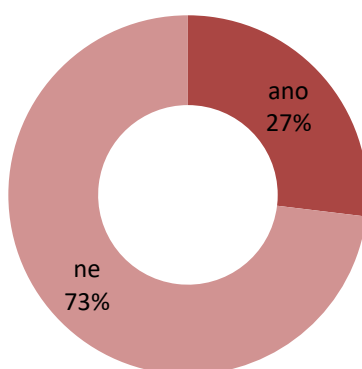


**Otázka č. 7 – Byla u vás na škole někdy beseda o anorexii či bulimii?**

### Graf DÍVKY

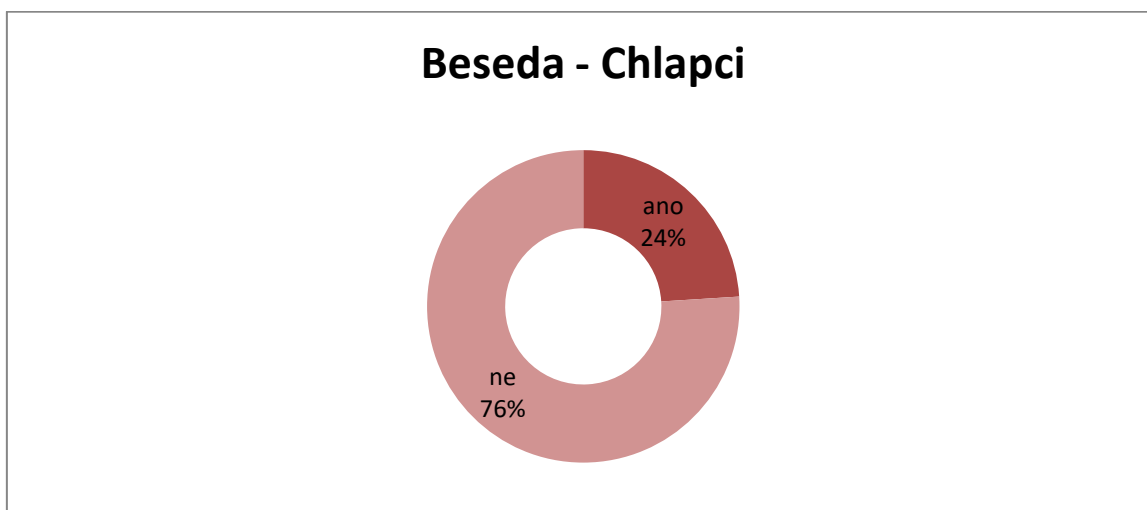
V grafu je patrné, že 27 % dívek odpovědělo, že mělo ve škole besedu o anorexii nebo o bulimii a 73 % dívek odpovědělo záporně. Vysvětlením může být, že 73 % dívek si besedu nepamatuje nebo 27 % dívek si ji spletly s nějakou jinou besedou.

## Beseda - Dívky



### Graf CHLAPCI

Opět graf poukazuje na 24 % chlapců, kteří odpověděli Ano a 76 %, kteří odpověděli záporně.

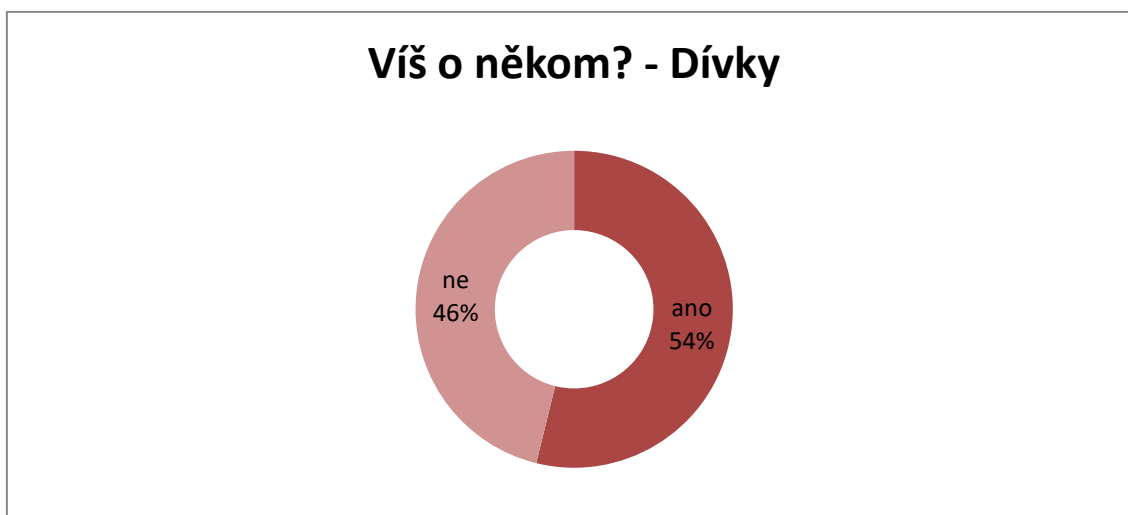


### Otázka č. 8 – Víš o někom, kdo trpí anorexií či bulimií?

#### Graf DÍVKY

Více než polovina respondentek odpověděla, že zná někoho, kdo trpí anorexií či bulimií.

Kladně odpovědělo 54 % (14 dívek), záporně odpovědělo 46 % (12 dívek).



## Graf CHLAPCI

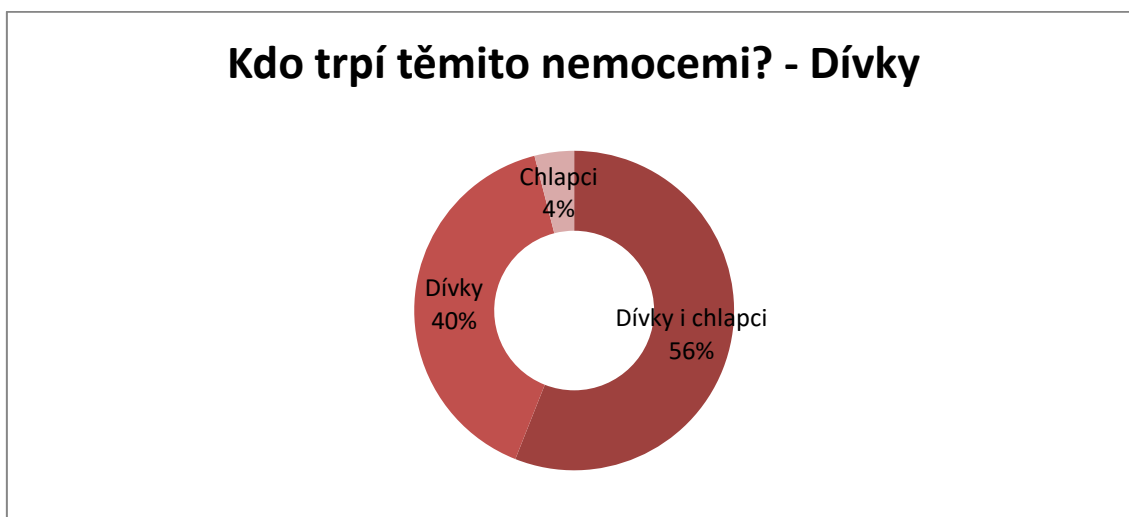
Jak je z grafu patrné, ani jeden z chlapců nezná nikoho, kdo trpí anorexií či bulimií.



## Otázka č. 9 – Kdo trpí anorexií či bulimií?

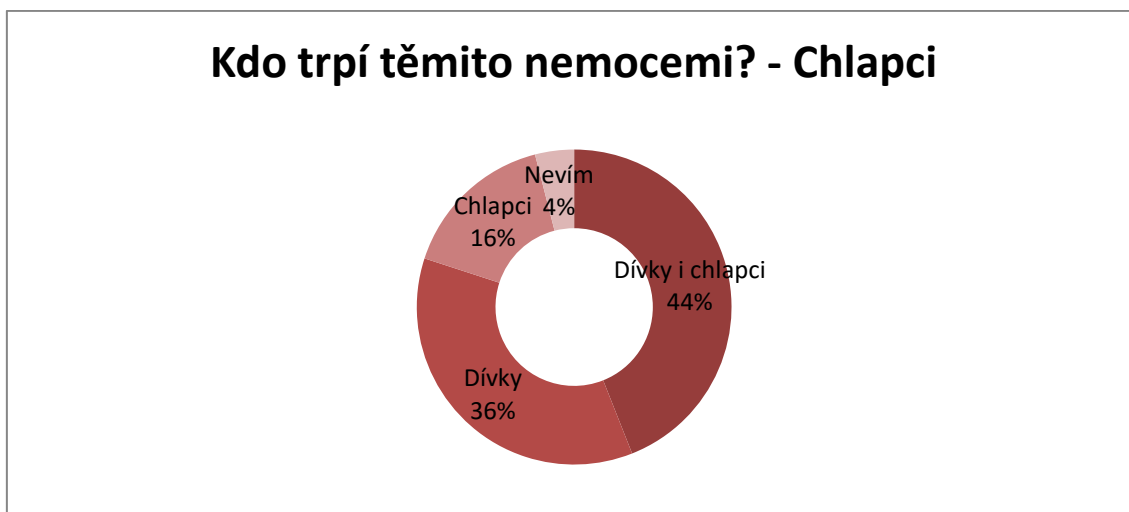
### Graf DÍVKY

Respondentky měly na výběr ze 3 odpovědí. Většina jich odpověděla, že těmito nemocemi trpí dívky i chlapci (56 %), pouze dívky (40 %) a chlapci (4 %).



### Graf CHLAPCI

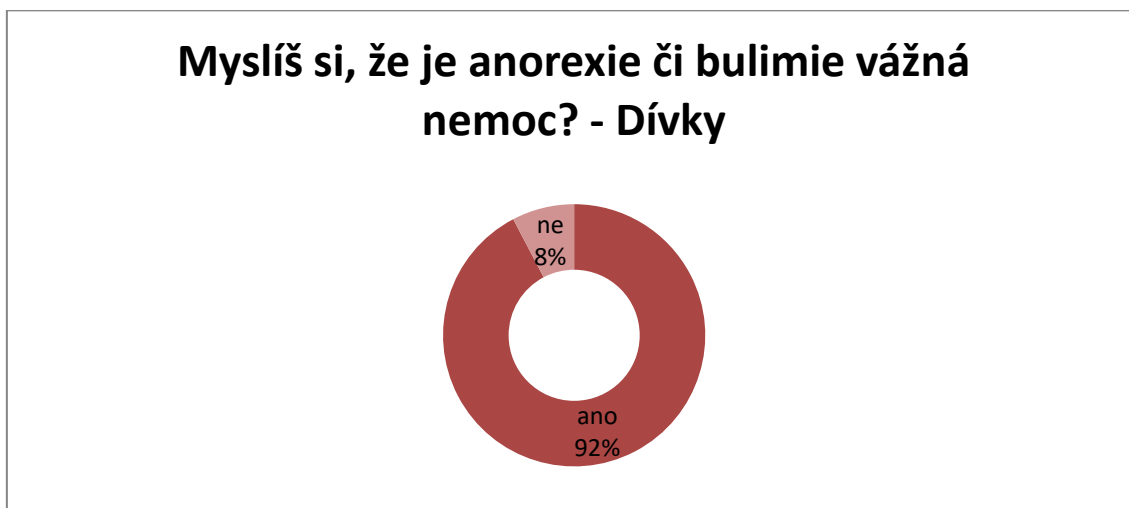
Dle chlapců trpí anorexií či bulimií také nejčastěji dívky i chlapci (44 %), poté pouze dívky (36 %), chlapci (16 %) a 1 respondent (4 %) neví, kdo trpí těmito nemocmi.



**Otázka č. 10 – Myslíš si, že anorexie či bulimie je vážná nemoc?**

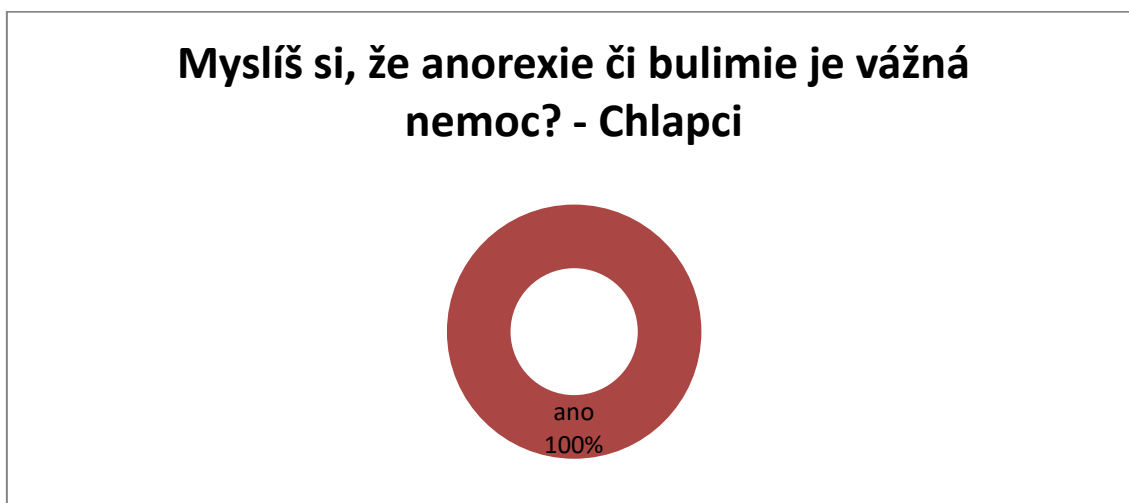
### Graf DÍVKY

Za vážnou nemoc považuje anorexii či bulimii 92% dívek, zbylých 8% (2 dívky) si myslí, že anorexie či bulimie vážná nemoc není.



### Graf CHLAPCI

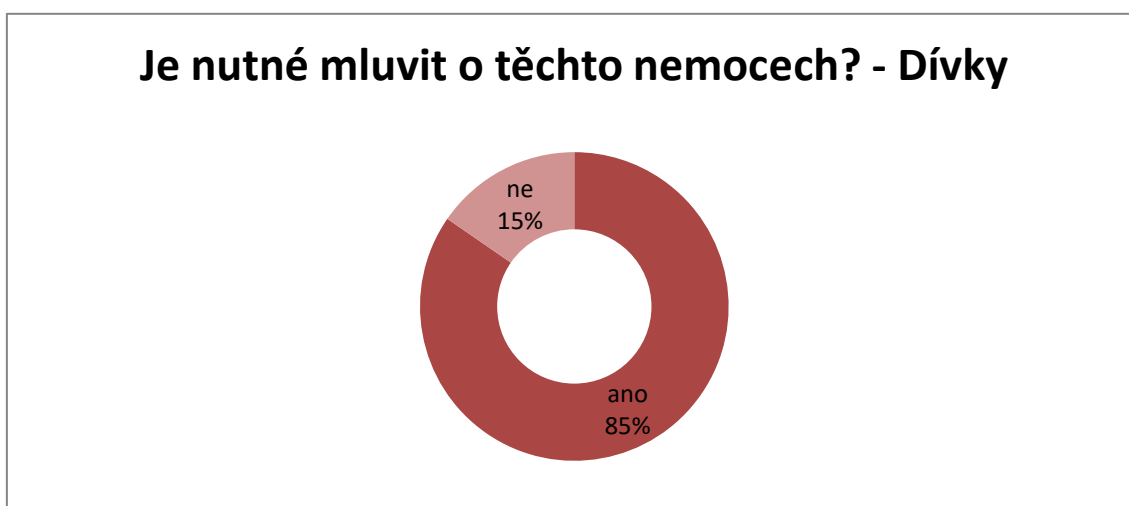
Dle grafu je patrné, že všichni respondenti si myslí, že anorexie či bulimie je vážná nemoc.



### Otázka č. 11 – Je nutné mluvit o anorexii či bulimii?

#### Graf DÍVKY

Graf u této otázky znázorňuje, že 85% dívek souhlasí, že by se o těchto nemocích mělo dále mluvit a diskutovat o nich. Pouze 4 dívky (15 %) odpověděly záporně, že by se o těchto nemocích nemělo dále hovořit.



### Graf CHLAPCI

Graf u této otázky znázorňuje, že 56 % chlapců si myslí, že by se o těchto nemocích mělo mluvit a diskutovat. 40% chlapců si myslí, že by se o těchto nemocech nemělo hovořit a 1 respondent neví.



**Otázka č. 12. – Je nutné při anorexii či bulimii vyhledat odbornou pomoc?**

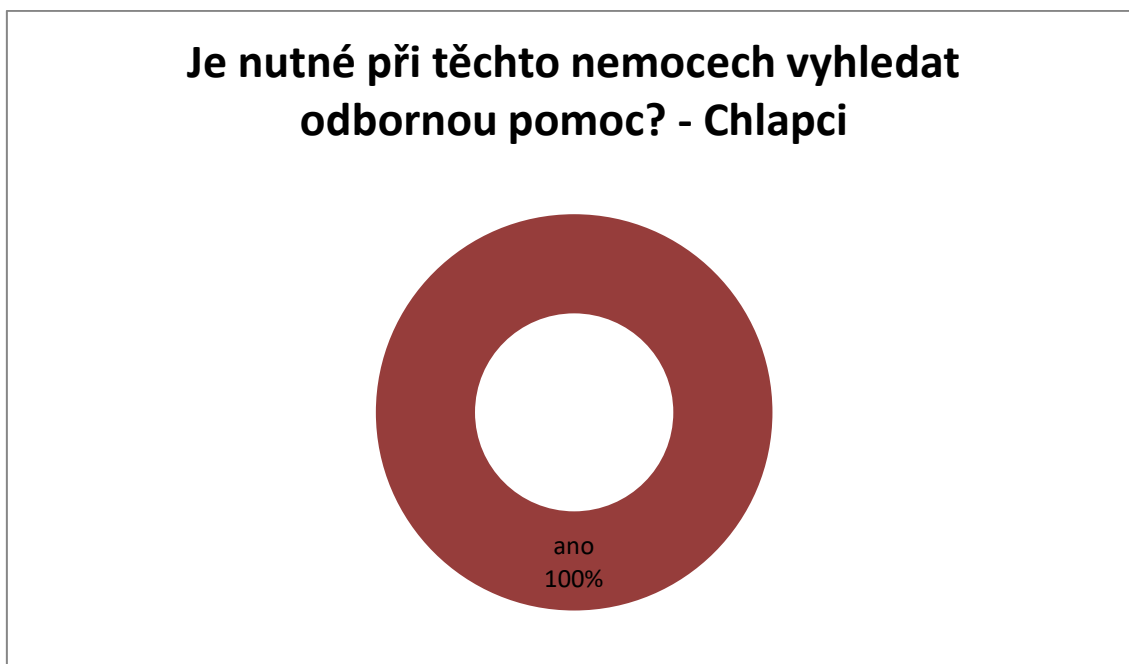
### Graf DÍVKY

23 dívek (88%) souhlasí s tím, že by se při anorexii a bulimii měla vyhledat odborná pomoc. Pouze 3 dívky (12%) si myslí, že se vyhledat odborná pomoc nemusí.



### Graf CHLAPCI

Všichni respondenti (25 chlapců) si myslí, že je nutné vyhledat odbornou pomoc při anorexii či při bulimii.



### Otázka č. 13 – Víš kde se tyto pacienti léčí?

#### Graf DÍVKY

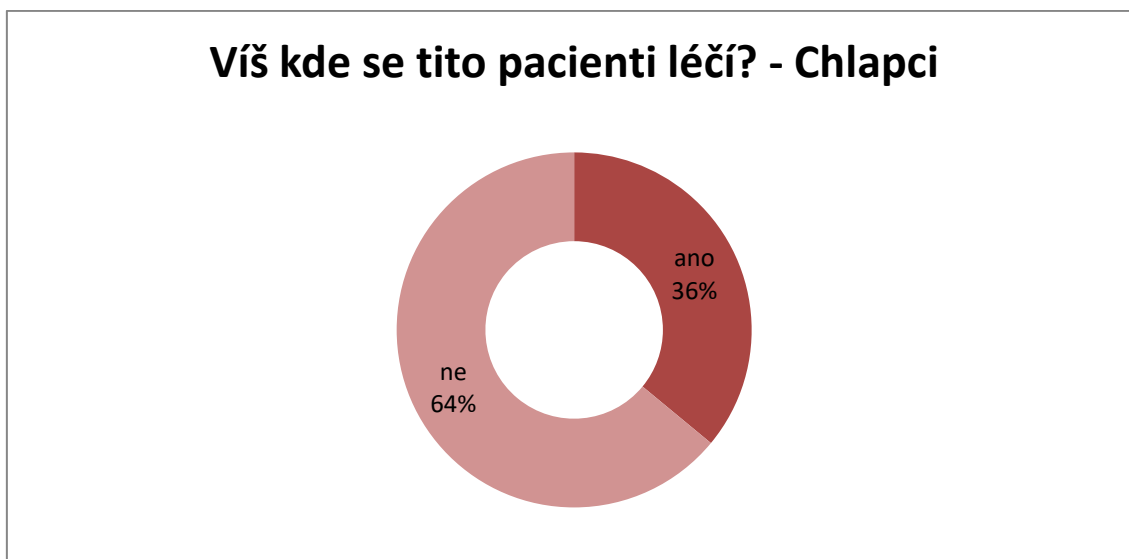
Většina dívek (88%) odpověděla, že ví, kde se tyto pacienti léčí s anorexií či bulimií, zbylé procento dívek (12%) neví, kde se tyto pacienti léčí.





### Graf CHLAPCI

V průzkumu bylo zjištěno, že většina (64%) chlapců neví, kde se léčí pacienti s anorexií či bulimií a pouze 36% chlapců na otázku odpovědělo kladně.



### Otázka č. 14 – Může být anorexie či bulimie dědičná?

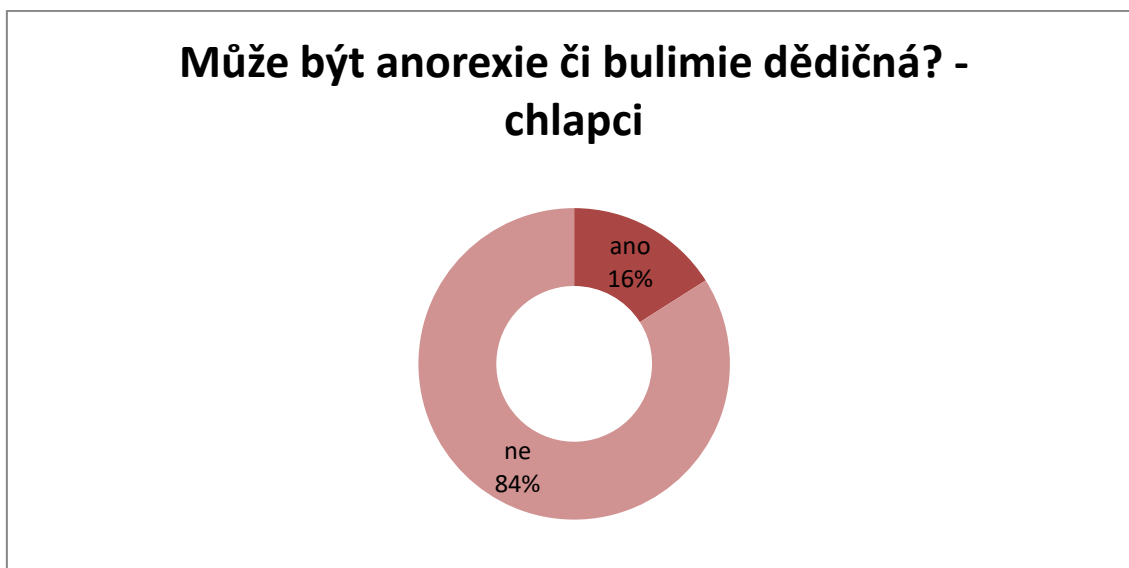
#### Graf DÍVKY

Respondentky měly tři možnosti odpovědí, nejvíce respondentek však odpovědělo ne (85% dívek), ano odpovědělo 11% a 1 dívka nevěděla, zda je nemoc anorexie či bulimie dědičná.



### Graf CHLAPCI

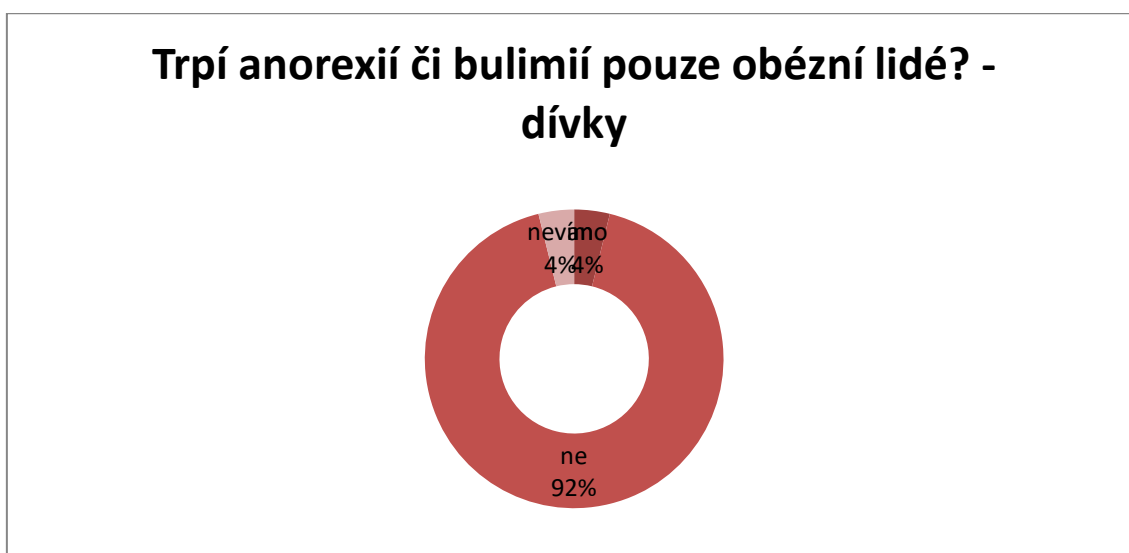
Graf poukazuje, že většina chlapců (84%) odpovědělo, že anorexie či bulimie nejsou dědičné nemoci a pouze 16% odpovědělo kladně.



**Otázka č. 15 – Trpí anorexií či bulimií pouze obézní lidé?**

### Graf DÍVKY

Graf znázorňuje, že pouze 1 dívka si myslí, že anorexií či bulimií trpí obézní lidé, 1 dívka neví, zda anorexií či bulimií trpí pouze obézní lidé a většina (92%) ví, že anorexií či bulimií trpí i lidé s průměrnou postavou.



### Graf CHLAPCI

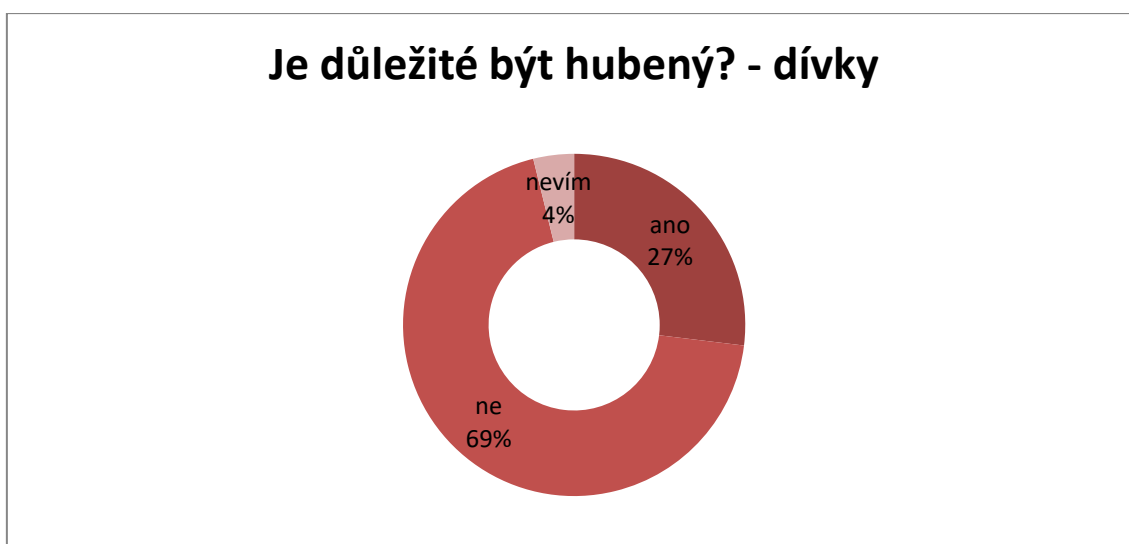
Pouze jeden respondent odpověděl, že anorexií či bulimií trpí pouze obézní lidé. Jinak většina (96%) odpověděla, že anorexií či bulimií netrpí pouze obézní lidé.



**Otázka č. 16 – Myslíš si, že je důležité, aby člověk byl hubený?**

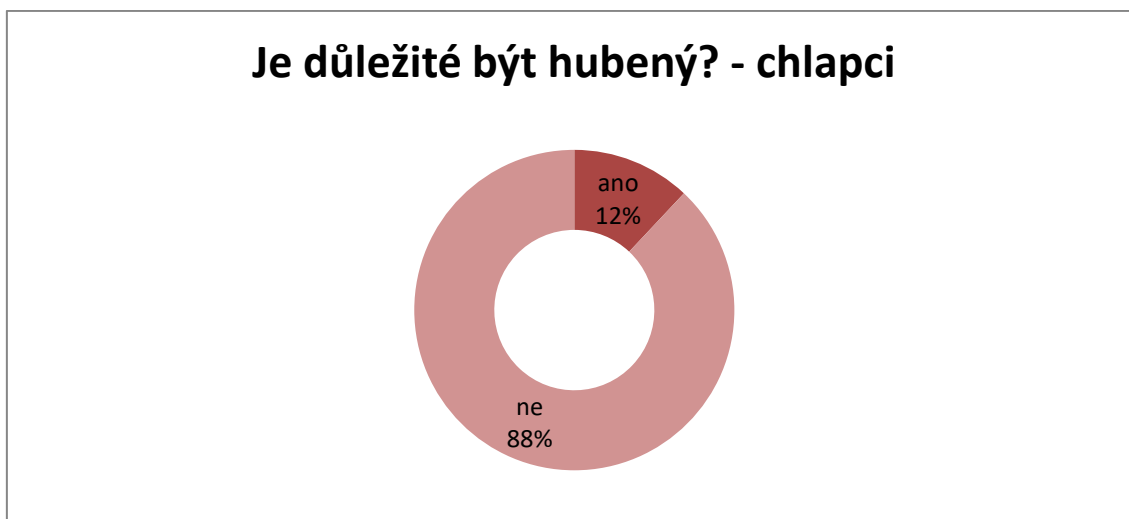
### Graf DÍVKY

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že 27% dívek si myslí, že je důležité, aby člověk byl hubený. 69% dívek odpovědělo záporně, tudíž že si nemyslí, že je důležité být hubený a 1 dívka neví.



### Graf CHLAPCI

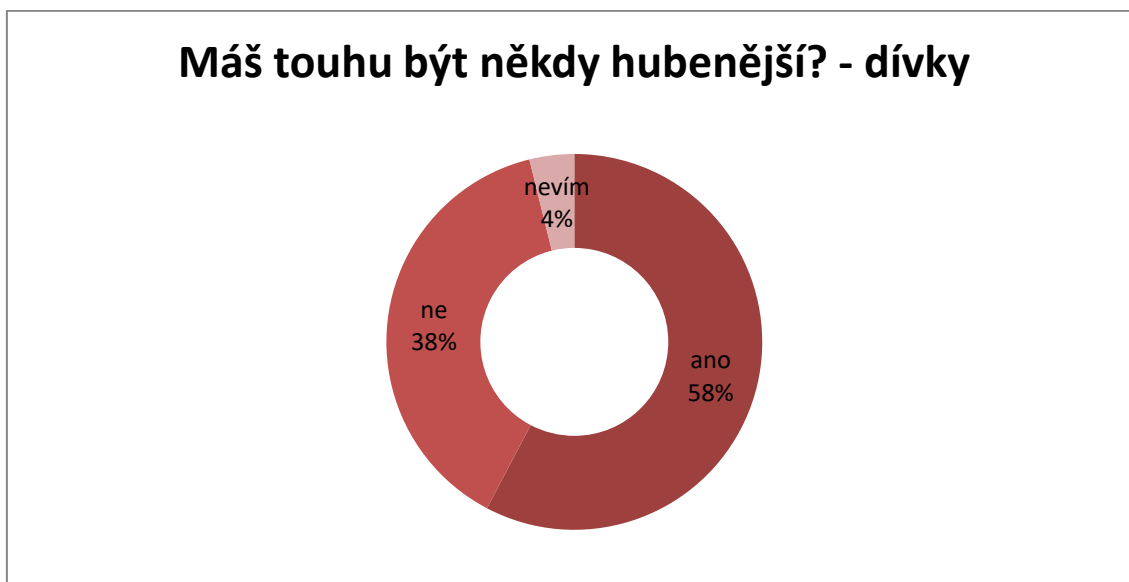
Jak vidíme v grafu, pro chlapce není tak důležité, zda jsou hubení či nikoliv, kladně odpovědělo pouze 12% všech dotázaných chlapců a 88% odpovědělo záporně.



### Otázka č. 17 – Máš touhu být někdy hubenější?

#### Graf DÍVKY

Většina všech dotázaných dívek odpověděla, že mají touhu být hubenější a to přesně 58%, 38% odpovědělo záporně a 1 dívka neví.



### Graf CHLAPCI

Jak už ukázal předchozí graf, pro chlapce není tolik důležité, zda jsou hubení nebo ne. Toto tvrzení potvrdil i tento graf, kde pouze 8% chlapců odpovědělo, že mají touhu být hubenější a 92% chlapců odpovědělo, že nikoliv.



**Otázka č. 18 – Dokázal by tě tvůj idol ovlivnit natolik, že bys chtěl/la zhubnout?**

### Graf DÍVKY

Z grafu je zřejmé, že většina (58%) dívek by se nechala ovlivnit svým vzorem. Záporně odpovědělo jen 42% dívek.



### Graf CHLAPCI

Tento graf poukazuje na to, že 88% chlapců by se nenechalo ovlivnit svým vzorem. Pouze 3 chlapci odpověděli kladně.



**Otázka č. 19 – Smál se ti někdo někdy kvůli tvé postavě?**

### Graf DÍVKY

Jak bylo zjištěno z grafu, většině (54%) dívek se někdo někdy smál kvůli jejich postavě. 46% dívek odpovědělo záporně.



### Graf CHLAPCI

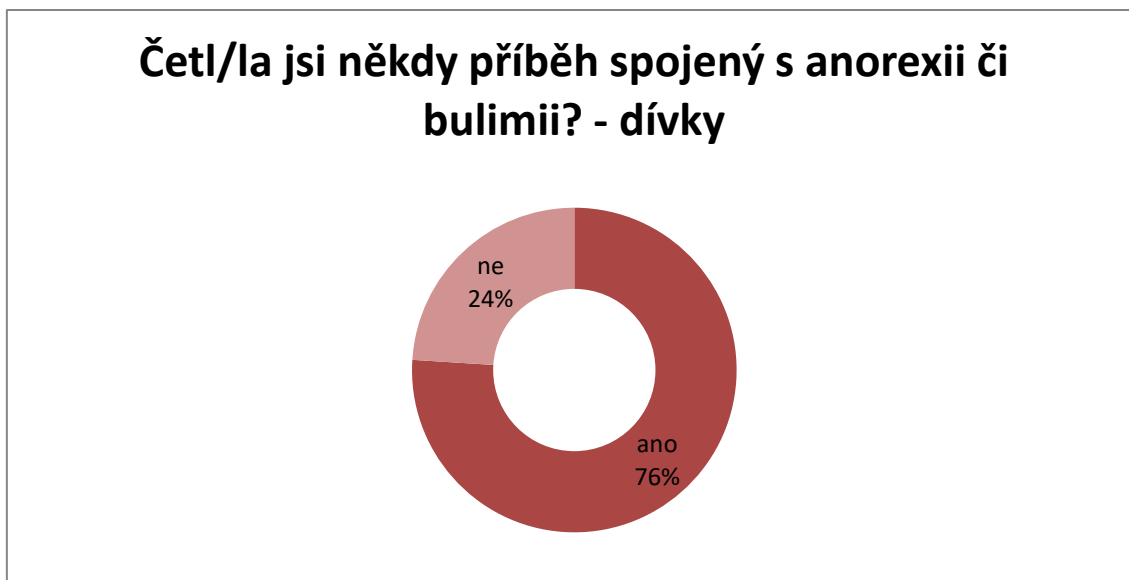
Z grafu bylo zjištěno, že 92% chlapců nikdy nemělo problém s tím, že by se jim někdo smál. Pouze 8% chlapců odpovědělo kladně.



**Otázka č. 20 – Četl/la jsi někdy nějaký příběh o anorexii či bulimii?**

### Graf DÍVKY

Pouze 24% dívek nikdy nečetla příběh spojený s anorexií či bulimií a 76% dívek nějaký příběh o anorexii či bulimii četla.



### Graf CHLAPCI

Z grafu vyplývá, že 20% všech dotázaných chlapců někdy četla nějaký příběh spojený s anorexií či bulimií a 80% chlapců nikdy žádný takový příběh nečetla.





## 17.6 Diskuze

K první hypotéze 1: **Více dívek ví, co znamená mentální anorexie v porovnání s chlapci.**

Toto tvrzení musím vyvrátit. Dle dotazníkového šetření ví víc chlapců co je nemoc mentální anorexie než dívek. Chlapci, kteří ví co je mentální anorexie je 96% a dívek bylo pouze 92%. Rozdíl tedy byl 4%.

V minulých letech tomu však bylo obráceně, výsledek byl pro autorku velice překvapující.

Předpoklad 2: **Více dívek ví, co znamená mentální bulimie v porovnání s chlapci.**

Toto tvrzení je pravdivé. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že víc dívek ví co je to nemoc mentální bulimie než chlapců. Dívky, které věděly co je to mentální bulimie bylo 96% a chlapců bylo pouze 86%. Rozdíl tedy činí 10%.

Předpoklad 3: **Více dívek měla touhu být hubenější v porovnání s chlapci.**

Tento předpoklad je pravdivý. Dle dotazníků bylo zjištěno, že 58% všech dotázaných dívek měly nebo pořád mají touhu být hubenější, než doopravdy jsou. Pouze 8% chlapců mělo touhu být někdy hubenější. Rozdíl je tedy 50%.

K tomuto trendu bohužel napomáhají média a časopisy, ke kterým mají dívky přístup. Přitom si dívky neuvědomují, že modelky, které vidí v časopisech jsou graficky upravené, s make-upem. Ve skutečnosti to jsou stejně „obyčejné“ dívky.

Předpoklad 4: **Většina a to jak dívek, tak i chlapců si myslí, že anorexií či bulimií trpí pouze obézní lidé.**

Toto tvrzení bylo vyvráceno. Zjistila jsem, že s tímto tvrzením souhlasí pouze 2 lidé ze všech dotázaných respondentů, tedy 94% všech dotázaných nesouhlasí s tím, že anorexií či bulimií trpí pouze obézní lidé.

## 17.7 Interpretace výsledků

Ze získaných informací je zřejmé, že vyšší informovanost o anorexii mají chlapci. Toto zjištění je velice překvapující oproti minulým létům, kdy dívky byly více informovány o těchto nemocích. I když opakem je, že o mentální bulimii jsou více informováni děvčata než chlapci. Při shrnutí všeobecných otázek o mentální anorexii a mentální bulimii jsme zjistili, že vědomosti chlapců a děvčat jsou velmi podobné, někde až velice těsné.

Kde se žáci o mentální anorexii a mentální bulimii dozvěděli v porovnání mezi dívkami a chlapci je zřejmé, že jak dívky, tak chlapci nejvíce informací pochytili ve škole. U dívek následuje internet a poté rodina, i když u chlapců následuje rodina.

Je zajímavé, že větší polovina dívek má nebo měla někdy touhu být hubenější a u otázky, zda se jim někdy smáli kvůli jejich postavě, dívky odpověděly také ve větší polovině. Z toho plyne zjištění, že dívky řeší víc svůj vzhled než chlapci a že se dívkám děti smějí více než chlapcům kvůli jejich postavě. Také jsou dívky mnohem více ovlivnitelné vůči svým vzorům, které sledují v televizi a na internetu.

Alarmujícím zjištěním je, že více než polovina dotázaných dívek ví o někom, kdo trpí mentální anorexií či bulimií.

O mentální anorexii či bulimii by se mělo hovořit mnohem více, aby tyto poruchy byly v povědomí více lidí. Dále totiž překvapujícím zjištěním bylo, že jak dívky, tak chlapci odpověděli ve valné většině, že nikdy neměli na školách besedu o poruchách příjmu potravy.

## ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy je téma velmi rozsáhlé a autorka přináší komplexní průřez touto problematikou i přes jeho velký rozsah. V bakalářské práci je nejdříve teoretická část, kde je zmíněna historie nejrozšířenějších a nejznámějších poruch příjmu potravy - mentální anorexie a mentální bulimie, dále vymezení pojmů. Poté obsahuje poruchy příjmu potravy u dětí, následky, jaká je hospitalizace dětí do 14 let, jak se pohybuje dětská hmotnost a dětská terapie. Poté v práci můžeme najít poruchy příjmu potravy u mužů, příznaky mentální bulimie či mentální anorexie, zdravotní následky a léčbu těchto poruch příjmu potravy. V teoretické části dále nacházíme prevenci poruch příjmu potravy a na závěr psychogenní přejídání a abnormální jídelní chování.

Hlavním cílem této bakalářské práce v praktické části bylo zjistit informovanost o mentální anorexii a mentální bulimii u žáků na základních školách ve věku 13 – 15 let. Hlavním cílem bylo porovnat odpovědi a zjistit, zda jsou informovanější děvčata či chlapci. Také ověření či vyvrácení předem stanovených hypotéz.

Dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že z vytyčených hypotéz jsou dvě pravdivé a dvě se nám podařilo vyvrátit.

Velkým zjištěním bylo, že by se měl klást větší důraz na informovanost žáků ve školách, velice opomíjená je prevence u těchto dětí. Podceňovat by to neměli ani rodiče dětí, měli by je více informovat o možných rizicích a následcích těchto poruch.

Pracovat na této bakalářské práci bylo velice poučující a zajímavé. Dozvěděla jsem se spoustu užitečných informací a doufám, že i nadále bude sloužit jako přínos informací.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

CLAUDE-PIERRE Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. PRAGMA, 2001. ISBN 80-7205-818-5

CLARK, N. *Sportovní výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-27837

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-858-8597-2

GAVORA, Peter, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno, Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6

HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA, 2003. ISBN 80-86517-60-8

HEHLMANN, A. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, xiv. ISBN 978-802-4726-120.

KRCH František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7

KRCH František David. *Mentální anorexie*. Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9

KRCH František David. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2.vyd., Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0527-3

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X

KRCH František David. *Mentální anorexie*. 2.vyd. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4

KŘIVOHLAVÝ Jaro. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4

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

PAPEŽOVÁ Hana. *Anorexia Nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8

PAPEŽOVÁ Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

Anorexie. *Anorexie* [online]. [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: [www.anorekticka.cz](http://www.anorekticka.cz)

## PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK

- 1) **POHLAVÍ**
  - a) **Chlapec**
  - b) **Dívka**
  
- 2) **BYDLIŠTĚ**
  - a) **Město**
  - b) **Vesnice**
  
- 3) **Kolik ti je let?**
  - a) **13 let**
  - b) **14 let**
  - c) **15 let**
  
- 4) **Víš co je nemoc bulimie?**
  - a) **Ano**
  - b) **Ne**
  
- 5) **Víš co je nemoc anorexie?**
  - a) **Ano**
  - b) **Ne**
  
- 6) **Od koho nebo odkud si se dozvěděl/la o těchto nemocích?**
  - a) **Od rodiny**
  - b) **Od kamarádů**
  - c) **Ve škole**
  - d) **V televizi**
  - e) **Na internetu**
  - f) **V časopise**
  
- 7) **Byla u vás na škole někdy beseda o anorexii či bulimii?**
  - a) **Ano**
  - b) **Ne**
  
- 8) **Víš o někom, kdo trpí anorexií či bulimií?**
  - a) **Ano**
  - b) **Ne**
  
- 9) **Kdo trpí anorexií či bulimií?**
  - a) **Dívky**
  - b) **Chlapci**
  - c) **Dívky i chlapci**

- 10) Myslíš si, že anorexie či bulimie je vážná nemoc?  
a) Ano  
b) Ne
- 11) Je nutné mluvit o anorexii či bulimii?  
a) Ano  
b) Ne
- 12) Je nutné při anorexii či bulimii vyhledat odbornou pomoc?  
a) Ano  
b) Ne
- 13) Víš, kde se tito pacienti léčí?  
a) Ano  
b) Ne
- 14) Může být anorexie či bulimie dědičná?  
a) Ano  
b) Ne
- 15) Trpí anorexií či bulimií pouze obézní lidé?  
a) Ano  
b) Ne
- 16) Myslíš si, že je důležité, aby byl člověk hubený?  
a) Ano  
b) Ne
- 17) Máš touhu být někdy hubenější?  
a) Ano  
b) Ne
- 18) Dokázal by tě tvůj idol ovlivnit natolik, že bys chtěl/la zhubnout?  
a) Ano  
b) Ne
- 19) Smál se ti někdo někdy kvůli tvé postavě?  
a) Ano  
b) Ne
- 20) Četl/la jsi někdy nějaký příběh o anorexii či bulimii?  
a) Ano  
b) Ne

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Sabina Šváchová

**Obor:** Manažerská studia – Řízení lidských zdrojů

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Psychologie zdraví

**Rok:** 2018

**Počet stran textu bez příloh:** 60

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 15

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Vacínová, CSc.