UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Aneta Vejmolová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Pedagogika – veřejná správa

Poruchy příjmu potravy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 10. 4. 2017

……

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Obsah

ÚVOD 7

TEORETICKÁ ČÁST 9

I. Sociálně-patologické jevy 9

1. Sociálně-patologické jevy 9

2. Závislost 9

2.1 Znaky závislosti 9

2.2 Návykové a impulzivní poruchy 10

2.3 Patologické hráčství 11

2.4 Pyromanie 11

2.5 Kleptomanie 12

2.6 Poruchy příjmu potravy 12

2.7 Další návykové a impulzivní poruchy 13

II. Poruchy příjmu potravy 14

1. Poruchy příjmu potravy 14

2. Mentální anorexie 16

2.1 Příčiny mentální anorexie 17

2.2 Průběh 18

2.3 Znaky 20

2.4 Zdravotní důsledky 21

2.5 Léčba 21

3. Mentální bulimie 23

3.1 Příčiny 24

3.2 Průběh 24

3.3 Znaky 25

3.4 Zdravotní důsledky 26

3.5 Léčba 27

4. Další poruchy příjmu potravy 28

4.1 Ortorexie 28

4.2 Bigorexie 29

4.3 Drunkorexie 29

4.4 Záchvatové přejídání 30

4.5 Syndrom nočního přejídání 30

5. Riziková vývojová období pro vznik poruchy příjmu potravy 31

5.1 Prepuberta ... 31
5.2 Puberta ... 32
5.3 Adolescence ... 33
6. Prevence ... 34
PRAKTICKÁ ČÁST ... 37
1. Stanovení výzkumných cílů a otázek ... 37
1.1 Stanovení výzkumných cílů ... 37
1.2 Stanovení výzkumných otázek ... 37
2. Popis výzkumné metody a vzorku ... 38
2.1 Popis výzkumné metody ... 38
2.2 Popis vlastního výzkumného šetření ... 38
2.3 Popis výzkumného vzorku ... 39
3. Výsledky výzkumu ... 40
4. Diskuze ... 56
ZÁVĚR ... 59
Seznam literatury ... 60
Internetové zdroje ... 63
Seznam příloh ... 64

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Aneta Vejmolová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Poruchy příjmu potravy
Název v angličtině:	Eating Disorders
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy. Vymezuje sociálně-patologické jevy a pojem závislosti, mezi které poruchy příjmu potravy patří. Definuje pojmy mentální anorexie a mentální bulimie a jejich příčiny, průběh, znaky, zdravotní důsledky a léčbu. Jsou zde také zmíněny další poruchy příjmu potravy, riziková vývojová období pro vznik poruch příjmu potravy a prevence těchto poruch. Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníků zjistit informovanost dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy a následně zjistit, zda jsou adolescentní dívky lépe informované o daném jevu než pubescentní a zda připravují základní a střední školy v České republice své žáky dostatečně ke zkoumanému jevu. Výsledky dotazníkového šetření jsou porovnávány s předem stanovenými výzkumnými otázkami.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, sociálně-patologické jevy, závislost, mentální anorexie, mentální bulimie, adolescence, pubescence, prevence
Anotace v angličtině:	This thesis is aimed at eating disorders. Defines socio-pathological phenomena and the concept of addiction, among which include eating disorders. It contains definions of anorexia nervosa and bulimia nervosa and their causes, course, characteristics, health effects and treatment. There are also mentioned other eating disorders, developmental risk period for developing eating disorders and prevention of these disorders. The practical part is using questionnaires to determine the awareness of adolescent girls in the field of eating disorders and then determine whether adolescent girls better informed about the phenomenon than pubescent and that prepare elementary and secondary schools in the Czech Republic of its pupils sufficiently examined the phenomenon. The results of the survey are compared with pre-defined research questions.
Klíčová slova v angličtině:	Eating disorders, socio-pathological phenomena, addiction, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, prevention
Přílohy vázané v práci:	dotazník
Rozsah práce:	64 s.
Jazyk práce:	český jazyk

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila poruchy příjmu potravy, jelikož se jedná o problematiku, se kterou mám osobní zkušenost a myslím si, že v současnosti se jedná o velmi diskutované téma v souvislosti s dospívajícími dívkami, médii a prezentovanému idolu krásy, který je často nedosažitelný a vede k sebenenávisti a zkreslenému vnímání vlastního těla.

Většina článků v časopisech pro dívky a ženy se týká hubnutí, různých druhů diet, a informace o poruchách příjmu potravy a jejich prevenci či formách pomoci se objevují spíše výjimečně a velmi stručně. Důsledkem je nedostatečná informovanost veřejnosti o této problematice a zkreslené informace. Nemocní většinou neví, jaké jsou možnosti pomoci a léčby, což může vést k pocitům osamělosti, nepochopení a bezradnosti.

Vznik poruch příjmu potravy je situován do období dospívání a dnes již není výjimkou ani období mladšího školní věku, a proto by školy měly dostatečně informovat své žáky o této problematice a její prevenci. Poruchy příjmu potravy se netýkají pouze ženského pohlaví. Čím dál více se objevují případy chlapců a mužů, kteří trpí některou z těchto poruch.

Jak jsem již zmínila, já sama jsem se po dobu téměř deseti let potýkala s mentální anorexií, kterou následně vystřídala mentální bulimie. Nikdy jsem sice nebyla hospitalizovaná na psychiatrii nebo v ohrožení života, ale i tak vím, jakou sebenenávist, psychickou bolest a osamělost nemocný prožívá. Dlouhou dobu mi trvalo, než jsem se naučila „normálně“ jíst, a především se mít ráda i se svými nedostatky.

Cílem teoretické části mé bakalářské práce je charakterizovat poruchy příjmu potravy. V první kapitole stručně popisuji sociálně-patologické jevy, jelikož poruchy příjmu potravy do této problematiky řadíme, a to konkrétně mezi závislosti, které zde také vymezuji. Druhá kapitola se týká poruch příjmu potravy, kde se z velké části zaměřuji na charakteristiku mentální anorexie a bulimie, jejich příčin, průběhu, znaků, zdravotních důsledků a léčbu. Dále zde stručně popisuji další poruchy příjmu potravy a riziková vývojová období pro vznik těchto poruch.

Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníků zjistit informovanost dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy a následně zjistit, zda jsou adolescentní dívky lépe

informované o daném jevu než pubescentní a zda připravují základní a střední školy v České republice své žáky dostatečně ke zkoumanému jevu.

TEORETICKÁ ČÁST

I. Sociálně-patologické jevy

1. Sociálně-patologické jevy

Sociální patologie je souhrnné označení nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů. Zabývá se zákonitostmi takových způsobů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí (Fischer, Škoda, 2014). Stanovení, co je patologické, se odvíjí od pojetí normality akceptované danou společností (Vykopalová, 2001).

Sociálně-patologické jevy jsou vždy pro společnost či jednotlivce negativní. Sociálně-patologické chování je důsledkem působení řady různých biopsychosociálních faktorů, a proto se příčiny vzniku sociálně-patologických jevů definují jako multifaktoriální (Fischer, Škoda, 2014).

2. Závislost

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2011, s. 9). “

K závislostem dochází častěji u jedinců, jejichž potřeba lásky, bezpečí anebo štěstí není naplněna a kteří se nenaučili s těmito potřebami zacházet konstruktivním způsobem. Závislost člověka izoluje, ovlivňuje mozkové funkce a dříve či později se projeví problémy v emocionální oblasti (Griffin, 2011).

2.1 Znaky závislosti

Nešpor (2011) uvádí, že k definitivní diagnóze závislosti je potřeba, aby se během jednoho roku projevily tři nebo více z následujících znaků závislosti:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení),

b) potíže v sebeovládání při užívání látky,
c) abstinenční příznaky po vysazení užívané látky,
d) růst tolerance k účinku látky jako např. vyžadování vyšších dávek látky,
e) zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívání látky a zvýšení množství času k získání nebo užívání látky,
f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater nadměrným pitím alkoholu).

2.2 Návykové a impulzivní poruchy

Návykové a impulzivní poruchy jsou poruchami schopnosti jedince vzdorovat impulzivním činům nebo chování, které jedince nebo jeho okolí poškozují. Jedná se o činy, které nejsou předem plánované a v jejichž průběhu nemá nad nimi jedinec kontrolu (Fischer, Škoda, 2014). Společným znakem pro tyto poruchy jsou mj. pociťování napětí před provedením činu, pocity vzrušení a uspokojení při něm a pocity úlevy bezprostředně po jeho ukončení (Vykopalová, 2011).

Lidé s těmito poruchami neumí vysvětlit, co je vede k provedení impulzivního činu a proč se při této činnosti cítí příjemně. Mnozí z nich ví, že jednání, kterého se dopouštějí, jim přináší nepříjemnosti a je nebezpečné. Přesto tomuto nutkání nedokáží vzdorovat (Vykopalová, 2001).

Příčiny vzniku těchto poruch jsou multifaktoriální, tzn. že pravděpodobnost jejich vzniku a rozvoje mohou ovlivňovat biologické faktory (egocentrismus, impulzivita, raná poškození CNS, nízká míra empatie aj.), v interakci s psychologickými (citové deprivace v dětství, nevědomá nenávist vůči rodičům, únik ze zátěžové situace, odmítání okolím aj.) a sociálními faktory (naučené nežádoucí vzorce chování z rodiny a různých skupin, vliv spoluvrstevníků a part, pasivní trávení volného času, užívání psychoaktivních látek aj.) (Fischer, Škoda, 2014).

Léčba těchto poruch může být ambulantní nebo ústavní. Užívá se především kognitivně-behaviorální psychoterapie v individuální či skupinové formě a bývá doplněna rodinnou terapií. Cílem je, aby nemocný dospěl k náhledu, porozuměl vlastním emocím, nacvičil si jiné vzorce chování a řešení problémů, změnil životní způsob a hodnoty. U některých poruch je využívána i farmakologická léčba (Fischer, Škoda, 2014).

Mezi návykové a impulzivní poruchy se řadí mj. patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie a poruchy příjmu potravy. V následujících podkapitolách si tyto vybrané pojmy vymezíme.

2.3 Patologické hráčství

Patologické hráčství se definuje jako časté, opakující se epizody, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení. Postižený pokračuje v hazardních hrách i poté, co došlo k rozvoji sociálních, ekonomických a mezilidských problémů souvisejících s patologickým hráčstvím (Fischer, Škoda, 2014).

Patologické hráčství se vyskytuje častěji u mužů než u žen. K rizikovým faktorům vzniku hráčství patří nižší sociálně-ekonomický status jedince, gamblerství u rodičů, užívání alkoholu a tabákových výrobků (Fischer, Škoda, 2014).

Vykopalová (2001) uvádí, že aby mohlo být hráčství označeno jako patologické, musí splňovat alespoň tři z kritérií patologického hráčství. Mezi tato kritéria patří např.:

- zaujetí hráčstvím, neustálé zabývání se hrou v myšlenkách,
- hra o stále vyšší částky peněz, než odpovídá hráčovým možnostem,
- rozladěnost, neklid, podrážděnost při abstinenci,
- hraní jako způsob řešení problémů, deprese, úzkostí, bezmoci a viny,
- hraní nejen ve volném čase, zanechání všech volnočasových aktivit pro hraní,
- páchání trestné činnosti za účelem získání peněz pro další hru,
- pokračování ve hraní navzdory dluhům, pracovním a sociálním problémům nebo kriminalitě apod.

2.4 Pyromanie

Tato porucha se vymezuje jako opakované zakládání nebo pokusy o založení požárů objektů různé formy vlastnictví bez zřetelného motivu a dále jako trvalé zaujetí předměty a motivy, které se k požáru vztahují (např. hasící stříkačky, zapalovače). Chování je doprovázeno pocity vzrůstajícího napětí před činem a pocity uvolnění a vzrušení bezprostředně po něm (Fischer, Škoda, 2014).

2.5 Kleptomanie

Patologické kradení neboli kleptomanii lze definovat jako opakovanou neschopnost odolat impulzům k ukradení věcí, které postižený ke svému obohacení a společenskému fungování nepotřebuje. Chování je spojeno, stejně jako u předchozích vyjmenovaných jevů, s pocity narůstajícího napětí před činem a pocity uvolnění či uspokojení při činu a po něm (Fischer, Škoda, 2014). Mezi jednotlivými epizodami krádeží může kleptoman trpět pocity viny či úzkostmi, které mu však nezabraňují v dalším kradení (Vykopalová, 2001).

Často se vyskytuje u osob s některými typy lékových závislostí, depresemi, úzkostmi, se sociální fobií či poruchami příjmu potravy. Vyskytuje se častěji u žen než u mužů (Fischer, Škoda, 2014).

2.6 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy, zejména mentální bulimie, bývají řazeny mezi závislosti či návykové a impulzivní poruchy, jelikož vykazují typické znaky závislosti. Jedná se o znaky jako bažení neboli neodolatelná touha po jídle, neustálé zabývání se jídlem a zhoršené sebeovládání (Nešpor, 2011). Impulzivní chování je charakteristické pro mentální bulimii, kdy se postižený snaží o snížení napětí přejídáním (Papežová, 2003).

Nemocní poruchou příjmu potravy používají jídlo jako omamný prostředek tím, že ho přijímají v nadměrném nebo nedostatečném množství. Toto chování se nedá rozumem ani vůlí kontrolovat. Postupně se vyvíjejí stejně těžká tělesná postižení i psychické a společenské následky jako při jiných závislostech. Myšlení nemocných je koncentrováno pouze na uspokojení touhy a ostatní fyzické, psychické i společenské potřeby jsou zcela zanedbávány.

Dochází k sociální izolaci stejně jako u jiných závislostí. Abstinenční příznaky nejsou tak silné jako u narkomanií, ale při náhlém přerušení manického chování hrozí stejně vážné tělesné i duševní poruchy. Kromě toho mají postižení sklon k tomu, aby jedli čím dál méně, což odpovídá zvyšování dávky u obvyklých závislostí (Leibold, 1995).

Nemocní poruchou příjmu potravy mohou mít sklony i k jiným závislostem, např. nadměrně pijí alkohol, aby zahnali pocit hladu, dále mohou užívat drogy podporující hubnutí (pervitin) a postižení bulimií mohou krást jídlo při nedostatku peněz (Krch, 2010).

Nešpor (2011) však také uvádí, že závislost na práci, internetu, patologické hráčství a hladovění či nestřídmé pojídání projímadel není závislostí v pravém slova smyslu, ale že uvedené druhy návykového chování mají se závislostí určité společné rysy.

Problematikou poruch příjmu potravy se budeme dále zabývat v následující kapitole.

2.7 Další návykové a impulzivní poruchy

V současnosti přibyly i nové formy návykového chování jako např. závislost na internetu neboli netolismus, dále na mobilním telefonu a televizi, patologické nakupování, workoholismus neboli závislost na práci, závislost na sexu, aj. (Nešpor, 2011).

II. Poruchy příjmu potravy

1. Poruchy příjmu potravy

„Na počátku anorexie i bulimie je nejistota a snaha získat ztracenou nebo nikdy nepoznanou sebedůvěru“ (Krch, Málková, 1993).

Poruchy příjmu potravy představují takové jídelní chování, které se vymyká normálu. Patří sem především omezování příjmu potravy za účelem zhubnutí neboli mentální anorexie a záchvaty přejídání střídané s následným zvracením či užíváním projímadel neboli mentální bulimie (Grogan, 2000).

První lékařský popis anorexie v roce 1694 se přičítá Richardu Mortonovi, který popsal úmyslné odmítání jídla u dívky a chlapce. Další případy poruch příjmu potravy byly popsány v 19. století, kdy se jednalo o extrémní vyhublost a nadměrnou aktivitu. Mentální bulimie byla poprvé popsána v roce 1976 u vysokoškolských studentek a v roce 1980 se tento pojem dostal do americké klasifikace nemocí a o sedm let později do evropské. V české odborné literatuře jako první vymezili poruchy příjmu potravy Vratislav Jonáš a Otakar Janota (Papežová, 2012).

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou spojeny s poruchou vnímání vlastního těla. Pro tyto poruchy jsou příznačné nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a snaha o dosažení štíhlosti. Nemocní neustále kontrolují svou tělesnou hmotnost, přemýšlí nad tím, co je a co není normální porce, srovnávají se vzhledově s ostatními a mívají velmi nízké sebehodnocení, jelikož si stanovují příliš vysoká kritéria týkající se jejich hmotnosti a jídla a nejsou schopni jich ihned dosáhnout. Přibrání na váze, snědení kousku jídla navíc, přejedení se, zvracení či nesplnění fyzické aktivity považují jako selhání (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

O poruchu příjmu potravy se jedná, pokud narušené stravovací vzorce začnou jakýmkoli způsobem mít závažný vliv na psychické a fyzické zdraví člověka. Vliv na psychiku jedince postiženého poruchou příjmu potravy má např. tělesná hmotnost po ránu, která předurčuje, jestli bude mít dobrý nebo špatný den. Fyzické zdraví jedince s poruchou příjmu potravy je ovlivněno špatnými vzorci chování jako např. zvracení, přejídání se, užívání projímadel či úplné hladovění (Middleton, Smith, 2013).

Pro poruchy příjmu potravy je charakteristické, že člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížných situacích se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u těchto poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu či drogách. Pro nemocného přestává být jídlo pouze jednou ze součástí života a stává se jeho náplní. Takový člověk neustále myslí na jídlo, svou tělesnou hmotnost a dietu. Přátelé, rodina a jiné zájmy či povinnosti pro něj přestávají být důležité (Maloney, Kranz, 1997). Zejména u dospívajících dívek mohou způsobovat sociální izolaci, neboť až 85 % svého času věnují jídlu a přemýšlením o něm (Vykopalová, 2001).

Nejčastěji se poruchy příjmu potravy vyskytují v ekonomicky vyspělých západních společnostech, kde bývá štíhlost spojována s úspěchem, zdravím, mladistvým vzhledem a společenskou přijatelností. Nadváha a obezita je vnímána jako neatraktivní a bývá spojována s leností, menším úspěchem a nedostatkem vůle. Štíhlost znamená především mít věci pod kontrolou a svalnaté tělo je symbolem energie, silné vůle a kontroly (Grogan, 2000).

Současná média nám denně vnucují tento štíhlý ideál krásy, a zvláště ženy pak hodnotí své tělo příliš kriticky, přestože jsou okolím vnímány pozitivně a splňují i tabulkové normy. Štíhlost se stala hodnotou, cílem snažení mnoha lidí (Fialová, 2006).

Poruchami příjmu potravy mohou trpět i muži a starší lidé. Více se však vyskytují u žen než u mužů, jelikož společnost nikdy nepřikládala velký význam tomu, kolik váží muži. Muži by sice neměli být obézní, ale jejich přijatelný rozsah tělesné hmotnosti je větší než u žen. Časopisy zaměřené na muže málokdy uvádějí informace o dietách nebo radách, ve kterých šatech budou vypadat štíhlejší. Vyšší výskyt poruch příjmu potravy se objevuje u mužů, kteří jsou profesí např. tanečníci, zápasníci nebo modelové (Maloney, Kranz, 1997).

Nemocní nemusí mít problémy pouze s jídlem. Stále častěji se vyskytují poruchy příjmu potravy společně se sebepoškozováním nebo silnými výkyvy nálad. Typická jsou období depresí, během kterých nemocní nejsou schopni obstát v nárocích každodenního života, zůstávají doma a ven chodí jen proto, aby si nakoupili jídlo, kterým se přejídají a následně zvrací. V případě mentální anorexie nevychází ven vůbec a drží hladovku. Dále mohou trpět úzkostmi s výrazně nepříjemnými pocity tíhy na hrudi, ztráty smyslu života, nevysvětlitelnými obavami, potíži se spánkem apod. Nejsou schopni nalézt důvod, proč vstát z postele, studovat nebo chodit do zaměstnání. Poruchy příjmu potravy dohromady s depresí a úzkostmi mohou

vést až k sebevražedným pokusům. (http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/dvojity-problem)

2. Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychické onemocnění charakterizované nechutenstvím, odporem k jídlu a úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, jehož příčinou je strach z nadváhy. Nemocní odmítají jídlo za účelem snížení své tělesné hmotnosti, následkem čehož je vznik podvýživy a další související poruchy v oblasti endokrinní a metabolické, včetně narušení dalších funkcí organismu (Vykopalová, 2001). Anorexie bývá doprovázena obsedantně-kompulzivní poruchou, konkrétně navyklými rituály týkajících se jídla (Papežová, 2000).

Strach z tloušťky je spojen se zkreslenou představou o vlastním těle neboli narušeném vnímání vlastního těla. Nemocní úzkostně sledují své tělesné partie a nadhodnocují jejich proporce (Krch, 2010). Nikdy si nepřipadají dostatečně štíhlí, žádná tělesná hmotnost pro mě ně není dostatečně nízká a jakákoliv porce jídla jim připadá příliš velká (Maloney, Kranz, 1997).

Lidé s mentální anorexií se stávají závislí na pocitu hladu, který v nich snižuje pocity úzkosti a přináší sebeuspokojení ze sebekontroly a silné vůle odolat jídlu. Pokud by se přejedli nebo snědli jen o něco více než si stanovili, objeví se u nich pocity úzkosti a deprese, které se snaží kompenzovat nadměrným cvičením nebo jinou fyzickou aktivitou (Vágnerová, 2014).

Anorektičky si nedělají starosti pouze o svou tělesnou hmotnost a vzhled. Většinou mají dojem, že nedokáží zvládat svůj život tak, jak by chtěly. Proto se soustředí na jedinou oblast svého života, nad kterou mají kontrolu – na své tělo. Myslí si, že mohou dosáhnout dokonalosti jedině hladověním a hubnutím. Všechno, co prožívají, závisí na tom, kolik právě váží a jak vypadají (Maloney, Kranz, 1997).

Rozdělujeme dva typy anorexie, a to typ restriktivní, kdy se nevyskytují záchvaty přejídání, následného zvracení či užívání projímadel, a typ bulimický, kdy se tyto projevy objevují (Abraham, Llewellyn-Jones, 1984). U bulimického typu anorektiček se objevují různé poruchy nálad, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, sebepoškozování a emoční labilita (Krch, 2004).

U poruch příjmu potravy rozlišujeme i jejich atypické formy. O atypickou mentální anorexii se jedná, pokud u nemocného jedince chybí některý z charakteristických znaků mentální anorexie jako např. ztráta menstruace nebo velký úbytek tělesné hmotnosti. Jedná se o nemocné, kteří vykazují všechny základní příznaky mentální anorexie, ale pouze v mírném stupni (Abraham, Llewellyn-Jones, 1984).

Chronické stádium mentální anorexie se vyskytuje u nemocných, pro které se tato porucha stala způsobem života, jsou zvyklí na omezený příjem jídla, na myšlenky okolo jídla, samotu, svého terapeuta a časté pobyty v nemocnici. Omezování v jídle a nadměrné cvičení jsou součástí jejich života a jejich vyhublost a iluze o tom, že jedí zdravě, jsou pro ně důležitými hodnotami, kterých se nechtějí vzdát (Krch, 2010).

2.1 Příčiny mentální anorexie

„Neexistuje pouze jedna příčina mentální anorexie. Obvykle se jedná o souhrn více okolností, které vedou ke vzniku a udržení onemocnění“ (Papežová, 2000).

Hlavní příčinou mentální anorexie je strach z tloušťky spojený s dodržováním přísných redukčních diet až hladověním. Dále může být příčinou nízké sebehodnocení, ženské pohlaví (ženám více vadí tloušťka, drží více diety a v dospívání přibírají především na tělesném tuku), kritická poznámka o vzhledu, úzkostné sebepozorování a srovnávání se s ostatními lidmi (Krch, 2010). Se vznikem anorexie mohou být také spojeny zkušenosti jedince se šikanou, sexuálním napadením, depresí, stresem apod. (Middleton, Smith, 2013).

Mentální anorexie často vzniká u jedinců s rizikovými charakterovými rysy jako např. perfekcionismus (snaha o dokonalost), pocit méněcennosti a vnitřní nedokonalosti, puritánství a asketizmus (překonání vlastních potřeb a odříkání si vlastního jídla), touha zalíbit se ostatním, sebetrestající chování, potřeba kontroly či nestálost emocí (Papežová, Hanusová, 2012).

Vznik mentální anorexie je situován převážně do období dospívání, kdy spouštěcím faktorem může být psychotrauma jako reakce na měnící se postavu jedince (Vykopalová, 2001).

Vliv na vznik či pozdější rozvoj anorexie má i rodinné prostředí. Rodiny postižených dívek vykazují poruchy hranic v subsystémech, bývají nadměrně ochraňující, bez dostatečné schopnosti vyjadřovat a řešit konflikty (Vykopalová, 2001). Matky anorektiček bývají málo empatické, hyperkritické, kladou důraz na pořádek a perfekcionismus, mívají projevy deprese

a mohou být zklamané svým neúspěchem v práci. Mohou samy trpět poruchou příjmu potravy, což může mít vliv na stravovací návyky dcery. Otcové bývají velmi zaměstnaní svou prací, odmítají se podílet na ženském světě rodiny a mohou si idealizovat svou dceru (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997).

V rodinách, kde jeden z rodičů chybí nebo má problémy s alkoholem či drogami, se od dospívající dívky očekává, že pomůže nahradit problémového rodiče (Maloney, Kranz, 1997). Mezi další rizikové faktory vzniku mentální anorexie v rodině patří nadměrné očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie, duševní poruchy u rodičů a sexuální zneužívání, v jehož důsledku se anorektická dívka snaží zůstat dítětem a být tak méně sexuálně přitažlivá (Krch, 2010).

2.2 Průběh

Počátky nemoci se objevují v období dospívání a její průběh probíhá pomalu a nenápadně (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Postižení se začnou zaměřovat na jídlo a svou váhu, protože je to část jejich života, kterou jsou schopni ovlivnit a mít pod kontrolou. Tímto chováním se snaží vyhnout svým problémům nebo je změnit. Postupně si začnou stanovovat limity, kolik jídla mohou sníst, kolik mohou vážit, jak často musí cvičit apod. Vytvářejí si seznamy špatných potravin, sestavují si dietní plány a drží hladovky. Čím více se jim daří hubnout, tím více jsou motivováni v daném systému pokračovat. Každé sousto navíc kompenzují nadměrnou fyzickou aktivitou nebo hladovkou (Middleton, Smith, 2013).

Někdy porucha začne tak, že dívka lehce přibere na váze, zpanikaří a začne hubnout. Zatímco shazuje to, co přibrala, začne věnovat pozornost dietám, hubnutí a svému vzhledu. V hubnutí pokračuje, i když dosáhne své původní váhy. Začne nadměrně cvičit, užívat projímadla nebo dietní prášky, aby ještě více zhubla. Dodržování diety jí poskytne pocit moci a kontroly nad vlastním tělem.

Některé anorektičky nedokáží dodržet tak přísnou dietu a začnou se přejídat. Pak se snaží přinutit ke zvracení, aby se zbavily snědeného jídla, protože se bojí, že ztloustnou. Někdy užívají projímadla, aby se pročistily. Jiné zase nadměrně cvičí, aby spálily kalorie z přijaté potravy. Toto schéma připomíná mentální bulimii, avšak rozdíl je v tom, že anorektičky si udržují nízkou tělesnou hmotnost, zatímco hmotnost bulimiček je v mezích normy (Maloney, Kranz, 1997).

Krch (2010) uvádí, že mentální anorexie je především strach z jídla a z nadváhy. Reakce na strach u anorektiček probíhá následovně:

1. Anorektičky se vyděsí při vzrůstu váhy, narážky na jejich vzhled apod.
2. Znejistí a mají potřebu nějak reagovat.
3. Zájem a pozornost přesunou do kritické oblasti.
4. Začnou se vážit, měřit, sledovat svůj energetický příjem a výdej.
5. Vzroste aktivita zaměřená na oslabení strachu jako je omezení jídla a zvýšení pohybové aktivity.
6. Tak dojde k poklesu strachu a uspokojení.
7. Postupně se tyto aktivity stanou návykem.

Většinou bývají anorektičky posedlé jídlem a vařením. Sbírají recepty a pro přátele a rodinu vaří speciality, které však samy nejedí. Tráví celé hodiny v kuchyni přípravou složitých jídel a bývají rozzuřené, pokud ostatní dost nejedí. Někdy se posedlost jídlem projevuje podivnými rituály při jídle, např. krájejí jídlo na miniaturní kousky, počítají, kolikrát přežvýkaly jedno sousto nebo kolikrát si kously, někdy zas vypijí sklenici vody po každém soustu apod. Tyto rituály pomáhají zamaskovat sebehladovění před ostatními a ovládnout vlastní pocit hladu (Maloney, Kranz, 1997).

Pohyb pro anorektického jedince přestává být zábavou a radostí, ale stává se prostředkem, jak likvidovat kalorie a hubnout. Anorektické pohybové návyky jsou spojeny s počítáním vydané energie a strachem z nedostatku pohybu. Součástí bývají pohybové rituály jako např. uplavání přesně 50 bazénů, chození desetkrát do schodů apod. Nemožnost provést dané pohybové rituály je spojena s úzkostí a napětím, které vystřídá uspokojení a úleva po jejich splnění (Krch, 2010).

Ve fázi, kdy už příbuzní a okolí nechtějí nečinně přihlížet, jak jedinec stále víc a víc hubne, se nemocní pod nátlakem vracejí k normálnímu chování při jídle a alespoň na přechodnou dobu překonají svou poruchu. Jiní se rozhodnout konzumovat pouze minimum kalorií a udržovat si tělesnou hmotnost, kterou pro sebe považují za přijatelnou nebo naopak ještě více odmítat potravu, což pro ně bez okamžitého zahájení léčby může znamenat smrt (Leibold, 1995).

Mentální anorexie může probíhat jako jediná epizoda s úplným vymizením nebo chronicky po řadu let. Její průběh může vést k závažným psychickým poruchám, sebevražednosti, totálnímu vyhladovění apod. (Vykopalová, 2001).

2.3 Znaky

Charakteristickými znaky pro poruchy příjmu potravy jsou nevhodné jídelní návyky, přehnaná sebekontrola, narušené vnímání těla a postoje k jídlu (Krch, Málková, 1993).

U dívek s mentální anorexií se objevuje černobílé myšlení a nechuť ke kompromisům. Nedokáží pružně reagovat na změny, snaží se za každou cenu vyhnout neúspěchu a bývají závislé na pozitivním hodnocení od svého okolí. Ve vztahu k druhým lidem jsou spíše rezervované, uzavřené, nejisté a nedůvěřivé (Vágnerová, 2014). Anorektické dívky potřebují být neustále ujišťovány o tom, že nejsou tlusté, nemají velké břicho, nevypadají v nějakém oblečení tlustě apod. (Papežová, Hanusová, 2012).

Krch (2010) uvádí znaky typické pro mentální anorexii:

- změna jídelníčku a jídelního režimu,
- jídelní změny jsou dodržovány stále důsledněji,
- úzkostlivé srovnávání s ostatními při jídle,
- změna jídelního tempa a chování (šťourání v jídle, rituály okolo jídla),
- změny chutí a častá nevolnost po jídle,
- vyhýbání se jídlu ve společnosti,
- zvýšení pohybové aktivity,
- zaobírání se svou postavou a tělesnou hmotností,
- zácpa, porucha menstruace a zimomřivost,
- zvýšení sebevědomí v důsledku hubnutí,
- vyhýbání se přátelům a rodině.

Anorektičky mají narušené vnímání hladu. Hlad pro ně znamená ulehčení a potvrzení, že nepřibírají na váze. Je pro ně jedinou zárukou proti tloustnutí (Maloney, Kranz, 1997).

2.4 Zdravotní důsledky

Mezi zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti patří mj. zimomřivost, dehydratace, suchá kůže, vypadávání vlasů, zašedlá pleť a jemné ochlupení, které má chránit tělo před chladem namísto chybějícího tuku, dále zvýšená kazivost zubů, zácpa, chudokrevnost, nízký krevní tlak a omdlévání, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, únava a svalová slabost, nespavost a jiné poruchy spánku, srdeční obtíže jako arytmie, poškození jater a ledvin, odvápnění kostí, nevolnosti kvůli zmenšení žaludku. U dospívajících může podvýživa zpozdit nebo zastavit tělesný růst (Krch, 2010). U anorektiček dochází ke ztrátě menstruace, jelikož se jejich tělo snaží zachovat všechny výživné látky a nechce je ztrácet při měsíčním krvácení (Maloney, Kranz, 1997).

Anorexie narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného. Ztrácí zájem o jiné věci, než je jídlo a cvičení. Myšlenky na jídlo přechází v úzkostnou sebekontrolu a ta v unavenou apatii. Nemocný má odpor vůči svému okolí, které ho nutí jíst (Krch, 2010). Dochází u něj k častým změnám nálady, která je závislá na tělesné hmotnosti, dále k úzkostem, depresím a v neposlední řadě ke zhoršení kognitivních funkcí (Marádová, 2007). Dospívajícím s mentální anorexií chybí sociální a pracovní dovednosti, mají zkreslené představy o sobě a světě kolem, jejich postoje a návyky jsou deformovány neuspokojeným obživným pudem (Krch, 2010).

Dlouhodobé zdravotní následky mentální anorexie jsou velmi závažné a v těch nejhorších případech může skončit smrtí z vyhladovění (Maloney, Kranz, 1997).

2.5 Léčba

Léčba mentální anorexie probíhá buď ambulantně, anebo při závažném průběhu pomocí hospitalizace na psychiatrickém oddělení, kdy je dívka odloučena od rodiny, vrstevníků a školy. Léčba je dlouhodobá a vyžaduje spolupráci psychiatra, psychologa, internisty, gynekologa, endokrinologa a dalších (Vykopalová, 2001). Během léčby jsou anorektičtí pacienti vystaveni svému strachu, a to přibrání na váze, jelikož právě to je hlavním cílem úspěšné léčby (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Prvním krokem je narušení patologické představy o vlastní osobě a zvýšení tělesné hmotnosti pomocí správné výživy. Součástí je psychoterapie zaměřená na změnu postojů

k jídlu, návyků spojených s jídlem a na změnu vnímání vlastní postavy. Při farmakologické léčbě se užívají antidepresiva, anxiolytika, neuroleptika a sedativa (Vykopalová, 2001).

Při léčbě je kromě změny jídelních návyků důležitá i změna těch pohybových. Anorektičtí pacienti by se měli naučit přestat brát pohyb jako prostředek ke snížení váhy a spálení kalorií, přestat se snažit o to být nejlepší a nejvýkonnější a umět odolávat nutkání zbavovat se přijatých kalorií nadměrným cvičením (Krch, 2010).

Psychoterapie může probíhat formou hlubinných psychoterapeutických rozhovorů, které pomáhají rozpoznat pacientům sebe sama a pomocí naučených postupů změnit své chování. Další užívanou formou psychoterapie je psychoanalýza, která spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů z dětství. Jinou formou psychoterapie je individuální psychologie, která se opírá o představu, že psychická onemocnění vyvolávají komplexy méněcennosti postiženého, které souvisejí s výchovou a s negativními životními zkušenostmi. Terapeut se pokouší odkrýt tyto pocity méněcennosti a z nich vyplývající poruchy chování, aby se mohly zpracovat. Nakonec se postižený učí změnit své chování, např. jíst normálně (Leibold, 1995).

V rámci kognitivně-behaviorální terapie by se měli pacienti naučit vést si záznamy o jídle a o myšlenkách a pocitech spojenými s příjmem potravy, pravidelně se vážit, změnit své jídelní chování a navyklé chyby v myšlení. Jídelní záznamy jsou velmi důležité jak u postižených anorexií, tak bulimií. Umožňují posouzení jídelních návyků a okolností, za kterých se projevují problémy s jídlem (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Zásadní význam při léčbě má rodinná terapie, která je zaměřena na sociální a vztahové problémy postiženého a jeho rodiny (Vykopalová, 2001). Pro dospívající je důležitá skupinová terapie, která má pomoci propracovat problémy s vrstevníky a také úzkosti a obavy spojené s návratem do školního kolektivu po ukončení léčby (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997).

Maloney a Kranz (1997) uvádí některé možnosti pomoci pro postižené poruchou příjmu potravy:

- poradenství – terapeut poslouchá, klade otázky a navrhuje jiný pohled na situaci,
- rodinné poradenství – rodinný poradce pomáhá všem členům rodiny vyjádřit jejich frustrace a najít vhodnější způsob řešení problémů,

- svépomocné skupiny – umožňují postiženému si uvědomit, že se svým problémem není sám, a aby se naučil novým způsobem uvažovat o jídle a svých vztazích,
- nutricionista – pomůže vyřešit problémy, které vznikly v důsledku diet, hladovění nebo pročišťování,
- hospitalizace – je posledním východiskem pro postižené poruchou příjmu potravy.

3. Mentální bulimie

Bulimie je charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání a následného zvracení, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Postižený ztrácí kontrolu nad jídlem a střídá se u něj období hladovění, přejídání se a extrémního cvičení. U této poruchy může mít jedinec normální váhu i nadváhu na rozdíl od jedinců postižených mentální anorexií (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Příznakem mentální bulimie je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem potravy. Je charakteristická nutkavou a neodolatelnou touhou po jídle a zabýváním se jím. Jídlo je pro nemocného prostředkem ke snížení úzkostného napětí, ale také je stresuje vědomím rizika tloustnutí (Vágnerová, 2014). Během přejídání se postižení cítí plní studu a znechucení. Jedí dvakrát rychleji než normální jedinci a svá selhání se snaží před ostatními zatajit (Papežová, 2003). Pro postižené bulimií jsou dobré dny takové, kdy dokáží odolat touze po přejedení a ve špatných dnech touze podlehnou a přejedí se (Maloney, Kranz, 1997).

Mentální bulimie se vyskytuje především u mladších osob, dále u dospělých jedinců a celkově především u žen než mužů (Vykopalová, 2001). Bulimičky bývají většinou dobré studentky, oblíbené mezi ostatními a dobře adaptované doma. Kromě závislosti na jídle často trpí i závislostí na alkoholu nebo drogách (Maloney, Kranz, 1997).

Rozlišujeme dva typy bulimie, a to vypuzující typ, kdy dochází k pravidelnému zvracení nebo užívání projímadel, a nevypuzující typ, kdy postižený užívá jiné nevhodné kompenzační chování, např. nadměrné cvičení, hladovění, ale není vyvoláváno zvracení a nejsou užívána projímadla (Vykopalová, 2001).

Stejně jako mentální anorexie, tak i bulimie má svou atypickou formu. O atypickou mentální bulimii se jedná, pokud u nemocného chybí jeden nebo více základních rysů mentální bulimie, ale u nichž se jinak projevuje téměř typický klinický obraz (Abraham, Llewellyn-Jones, 1984). Jedná se obvykle o pacienty s normální nebo nadměrnou tělesnou hmotností, ale

s typickými obdobími přejídání následovanými zvracením nebo užíváním projímadel (Nešpor, 2011).

3.1 Příčiny

Příčiny mentální bulimie jsou podobné jako u anorexie, avšak s tím rozdílem, že nemocní nedokáží jídlu odolat a snaží se pocity úzkosti a nespokojenosti s vlastním tělem zajídat. U některých pacientů je možné zaznamenat výskyt mentální anorexie v průběhu několika let před bulimií (Vykopalová, 2001). Anorektické pacientky nevydrží striktní diety, začnou znovu jíst a rozeběhne se u nich kolotoč přejídání, zvracení a užívání projímadel ze strachu z následného přibírání na váze (Krch, 2010).

Porucha vzniká vlivem fyzických, psychologických a sociálních faktorů. Mezi tyto faktory patří např. depresivní stavy, perfekcionismus, jiné závislosti jako např. alkoholismus apod. (Cooper, 1995). Vykopalová (2001) uvádí, že až 63 % žen trpících mentální bulimií bylo pohlavně zneužito v dětství.

Rodiny pacientek s mentální bulimií jsou charakterizovány jako dokonalé, přehnaně ochranitelské nebo chaotické. Vztahy mezi rodiči bývají nepřátelské a zproštěné závazku výchovy (Novák, 2010). V rodinách bulimiček se často objevují nevhodné jídelní návyky, někteří členové rodiny se přejídají či drží diety anebo prodělali poruchu příjmu potravy (Papežová, 2003).

U některých dívek vzniká bulimie jako reakce na tlak ze strany rodičů. Dívka cítí, že se od ní očekávají výborné výsledky ve škole, sportu či jiných aktivitách a bulimie se pro ni stává způsobem, jak zvládat svou úzkost (Maloney, Kranz, 1997).

3.2 Průběh

První projevy mentální bulimie jsou lokalizovány v adolescenci nebo v mladším dospělém věku. Často se objevuje v momentě určitého přechodu, např. při stěhování, změně zaměstnání, po rozchodu nebo při změně rodinné situace. Průběh bývá chronický a většinou až po několika letech je vyhledána lékařská péče (Vykopalová, 2001).

Většinou se bulimičky začínají přejídat po období diet a hladovění. Pociťují úzkost, které se zbavují jídlem. Jakmile jednou objeví možnost zvracení či užívání projímadel, považují to za vhodné řešení svých záchvatů. Cyklus přejídání a pročišťování je pro ně neustálou bitvou

o získání kontroly. Když se přejídají, tak kontrolu ztrácí a když zvrací, znovu ji získávají. Některé se zpočátku přejídají jen příležitostně a postupně se jejich stav zhorší a jiné si udržují svůj rytmus záchvatů jednou za měsíc nebo týden, ale i tak žijí v neustálém strachu ze ztráty sebekontroly.

Během bulimického záchvatu mohou sníst až 20 000 kalorií. Záchvat může trvat i několik hodin. Někdy snědí až tři hlavní chody najednou nebo jdou z obchodu do obchodu a v každém si koupí nějakou dobrotu, kterou se cestou přejídají. Používají různé triky jako třeba schovávají jídla samy před sebou, zamykají ho, znehodnocují potravy tak, že je polijí čistícím prostředkem nebo zahrabou pod odpadky. Když však znovu pocítí touhu se přejíst, tak jídlo najdou, očistí, umyjí a sní.

Bulimie může postupovat rychle, až vyústí v závažný zdravotní problém, anebo se může stát zavedeným způsobem života s dlouhodobými zdravotními následky. Postižené ženy vnímají svůj problém jako osobní selhání a pociťují k sobě vzrůstající odpor. Záchvaty popisují jako útěk od svých pocitů a po záchvatu se za sebe stydí, jsou znechucené, nenávidí se a mají pocit viny. Některé se přejídají v reakci na určité mimořádné události, např. po důležité schůzce nebo zkoušce, a jiné mají zavedený rituál přejídání.

Bulimička může mít uvolněné jídelní návyky, pokud se zrovna nepřejídá, nebo se může snažit dodržovat nějakou dietu. Většina postižených má normální tělesnou hmotnost, ale i tak mají neustálý strach z toho, že by mohly ztloustnout (Maloney, Kranz, 1997).

3.3 Znaky

Mezi charakteristické znaky mentální bulimie patří neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná chuť po jídle, epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla a následné vyprovokované zvracení či užívání projímadel. Neméně důležitý je chorobný strach z nadváhy stejně jako u pacientek s mentální anorexií (Nešpor, 2011).

Bulimičky mívají perfekcionistické rysy, nízké sebehodnocení a jsou závislé na názoru a hodnocení druhých lidí. Bývají velmi impulzivní, emočně labilní a neschopné se ovládat (Vágnerová, 2014). Pro nemocné je typická sociální izolace, jelikož většinu svého času řeší své jídelní problémy (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997).

U mnoha bulimických pacientů se objevují i depresivní stavy v důsledku hladovění, přejídání a zvracení. Deprese pramení z pocitu selhání, když postižený nedokáže ovládnout svůj hlad, přejí se a následně zvrací. Nenávidí se, připadá si neschopný a slabý (Krch, 2003).

Maloney a Kranz (1997) uvádějí některé charakteristické znaky mentální bulimie:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením nebo užíváním projímadel,
- neustálý strach z tloušťky,
- strach z přejedení,
- strach ze ztráty sebeovládání u jídla,
- deprese,
- nepravidelná menstruace,
- zvýšená kazivost zubů způsobená kyselostí zvratků,
- oteklé slinné žlázy.

V souvislosti s mentální bulimií se objevují i další poruchy, např. v oblasti sexuality (promiskuita, odmítání sexuální aktivity) a kontroly impulzů (alkoholismus, sebepoškozování, sebevražedné pokusy aj.) (Vykopalová, 2001).

3.4 Zdravotní důsledky

Zdravotní důsledky mentální bulimie jsou v mnohém totožné s mentální anorexií, avšak se liší zátěží pro organismus z neustálých změn (Zimenová, 2012). Opakující se přejídání a zvracení může vyvolat poruchy elektrolytů v těle (nesprávné množství draslíku a sodíku v organismu) a tělesné komplikace jako např. zvýšenou svalovou dráždivost, epileptické záchvaty nebo srdeční arytmii (Nešpor, 2011).

Zdravotními důsledky tohoto onemocnění bývají otoky na rukou a nohou, bolesti hlavy, bolestivé otoky příušních a slinných žláz, v jejichž důsledku má nemocný opuchlý obličej, dále poškození zubní skloviny a zubní kazy, zvředovatělý jícen, suchá kůže a kožní vyrážky, zadržování vody v těle a s tím spojené otoky, dehydratace v důsledku užívání projímadel, pocity plnosti, únavy a bolesti břicha. Mohou se objevovat závratě, křeče i nepravidelná menstruace. Následkem silného zvracení byly popsány i případy úmrtí po prasknutí žaludeční stěny (Vykopalová, 2001).

Kromě zdravotních důsledků je narušen i sociální život postiženého. Kvůli přejídání, zvracení a snaze vše utajit, je postižený osamocen, mění se u něj nálady a celý společenský život se točí okolo jídla (Cooper, 1995).

3.5 Léčba

Léčba mentální bulimie je dlouhodobá a náročná. Probíhá pomocí antidepresiv a kognitivně-behaviorální terapie s cílem pomoci nemocným získat zpátky kontrolu nad jídlem a změnit jejich vztah k vlastnímu tělu. Jako účinný se ukázal i systém odstupňované péče, kdy se postiženému dostává péče na nejnižší úrovni a postupně přecházejí ke stále intenzivnější léčbě. První stupeň zahrnuje svépomocný program pod dohledem pomocníka (např. praktického lékaře), v druhém stupni se přidávají antidepresiva a třetí stupeň zahrnuje kognitivně-behaviorální terapii. Pokud se stav postiženého ani po třetím stupni nezlepší, je zde možnost ambulantní péče či hospitalizace stejně jako u mentální anorexie (Cooper, 1995).

V rámci kognitivně-behaviorální terapie je vhodné, aby si pacienti vedli záznamy o jídle a o myšlenkách a pocitech spojených s příjmem potravy, dále změnili své jídelní chování (např. rozšíření jídelníčku, plánování jídel) a navyklé chyby v myšlení, překonali diety a vyřešili své problémy (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Pročišťování se pro pacienty s mentální bulimií stává psychickou závislostí. Je důležité, aby si tito jedinci promluvili s lékařem o své závislosti a postupně snižovali dávky projímadel. Náhlé vysazení by nemuselo být vhodné, pokud je již tělo zvyklé na určité množství těchto léků. Nemocný by si měl uvědomit, jaké negativní vlivy pročišťování a nadměrné cvičení má a postupně dojít až k jeho zastavení (Middleton, Smith, 2013).

Bulimičtí pacienti na rozdíl od anorektických přicházejí na léčbu většinou dobrovolně a chtějí se léčit. Chtějí se přestat přejídat, myslet na jídlo a být normální jako ostatní lidé. Většinou si přejí zhubnout, což u pacientů s nadváhou je možné a výrazně je to motivuje k léčbě, avšak u pacientů s normální váhou až podváhou se hubnutí vylučuje, což je může demotivovat (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

4. Další poruchy příjmu potravy

Krch (2010) uvádí, že ačkoliv se v současné době objevily nové poruchy příjmu potravy, nakonec se stejně ukázalo, že jde o starý problém anorexie v nových souvislostech a s novými argumenty pro hubnutí.

Mezi novodobé poruchy příjmu potravy patří ortorexie, bigorexie, drunkorexie, záchvatové přejídání a syndrom nočního přejídání, kterými se budeme zabývat v následujících podkapitolách.

4.1 Ortorexie

Ortorexie je porucha příjmu potravy charakteristická posedlostí zdravým životním stylem. Může vést k závažným zdravotním problémům stejně jako mentální anorexie či bulimie (Krch, 2010).

Jedinec se zaměřuje na jídlo, které je podle moderní literatury a společnosti zdravé, chemicky neupravované a biologicky čisté a bezpečné. Vylučování nezdravého jídla z jídelníčku může vést k obsedantnímu chování, přičemž se jedinec snaží mít absolutní kontrolu nad svým zdravím, využívat jídlo k utváření vlastní identity a touží po štíhlosti a vitalitě. Odmítá jíst jídlo, které si sám nepřipravil a které je podle něj nezdravé, jenž může vést k sociální izolaci tohoto jedince. Nemocný má kontrolu nad svým životem a pociťuje určitou nadřazenost nad ostatními lidmi, kteří jedí obyčejně tedy nezdravě. Postupně však začne mít strach z toho, co se má jíst a v jakém množství.

Rizikovou skupinou pro vznik ortorexie jsou jedinci, kteří se ve své profesi zabývají zdravou výživou a životním stylem, dále studenti výživy, dietetiky a příbuzných oborů. Ortorexie může vzniknout u dospívajících, jejichž rodiče jsou posedlí zdravou stravou a životním stylem. Tito jedinci mají strach z jídla ve škole, při návštěvách a při stravování s vrstevníky.

K ortorexii může přispět i výchova ke zdravému životnímu stylu ve škole. Někteří učitelé striktně rozdělují jídla na zdravá a škodlivá a dospívající se podle nich mohou začít řídit, což může vést k obsedantnímu chování v jídle (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

4.2 Bigorexie

Bigorexie je porucha příjmu potravy, při které je jedinec posedlý svým vzhledem a tělesnými proporcemi. Jedná se o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a proporcích.

Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí a jsou ochotni udělat cokoliv pro dosažení vzhledu svých idolů z kulturistických časopisů nebo akčních filmů. Bývají závislí na posilování a užívají zejména potravinové doplňky s vysokým obsahem bílkovin, které podporují svalový růst a ovlivňují metabolismus ve smyslu spalování tuků.

V důsledku dlouhodobého přetěžování a nadužívání potravinových doplňků dochází k poškození pohybového aparátu a trávicí soustavy. Bigorektičtí jedinci mohou trpět nadváhou, jelikož záměrně navyšují svůj energetický příjem potravy kvůli svalovému růstu. Bigorexie má dopad i na společenský život nemocného, jelikož tito jedinci tráví většinu svého času v posilovně a přemýšlením nad jídlem a svým vzhledem. (http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/)

4.3 Drunkorexie

Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato porucha se vyznačuje také tím, že jedinec cíleně zvyšuje svůj výdej energie kombinováním alkoholu s energetickými nápoji.

Nemocní jsou nespokojení se svou postavou, mají strach z nadváhy stejně jako u předchozích poruch příjmu potravy, zažívají úzkost při snaze kontrolovat svou hmotnost a trpí pocitem selhání, pokud v opilosti jedí místo toho, aby hladověli.

Častá konzumace alkoholu a obzvláště jeho míchání s energickými nápoji má negativní dopady na fyzické zdraví jedince. Dochází k rychlému zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, snížení schopnosti vnímat únavu a u jedinců se srdeční vadou může dojít ke kolapsu. Opakovaná podrážděnost z hladu nebo rychlé opilosti snižuje společenskou atraktivitu nemocného a může vést k pocitům osamělosti a sociální izolace. (http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/)

4.4 Záchvatové přejídání

Záchvatové přejídání je charakteristické přejídáním bez nějakého kompenzačního chování (např. zvracení, užívání projímadel, následného hladovění) (Krch, 2004).

Záchvatové přejídání může vzniknout kdykoliv během života a vyskytuje se u obou pohlaví. Rozvíjí se jako reakce na stres, citové strádání, úzkostné či depresivní stavy. Příčinou bývá nevyvážené stravování, držení redukčních diet či úplné hladovění, které v průběhu střídá nutkavá touha se přejíst. Na rozdíl od mentální bulimie však nedochází k následnému zvracení či užívání projímadel. Po záchvatu se objevují fyzické bolesti z přejedení a pocity selhání z nedodržení diety. V důsledku nárůstu tělesné hmotnosti je jedinec nespokojený se svým vzhledem a opět začne dodržovat diety či hladovět. **(**http://www.idealni.cz/psychogenni-prejidani/)

Důsledky záchvatového přejídání jsou především nadváha a obezita a s nimi spojené zdravotní následky. Jedinci během záchvatu jedí převážně sladká, tučná a smažená jídla, jejichž důsledkem může být nedostatek vitamínů a minerálů, vznik cukrovky či dalších poruch příjmu potravy. (http://www.spektrumzdravi.cz/zachvatovite-prejidani-je-problem-predevsim-psychicky)

4.5 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání je charakteristický večerním hladověním, následnou nespavostí a nočním přejídáním (Krch, 2004). Nemocný se několikrát během noci probudí a není schopen usnout, dokud něco nesní. Jídla bývají značně kalorická a jejich složení nezdravé. Přejídání vyvolává pocity viny, studu a znechucení. Syndrom nočního přejídání doprovází držení hladovky ráno po přejedení a zvýšená konzumace jídla v odpoledních a večerních hodinách.

Příčinami syndromu nočního přejídání jsou především stres, porucha vnímání vlastního těla, úzkostné a depresivní stavy, narušené mezilidské vztahy, nuda a dlouhodobá dieta.

Léčba probíhá pomocí kognitivně-behaviorální terapie a psychofarmak podobně jako u mentální anorexie a bulimie. Dále se nemocnému doporučuje strávit dvě noci ve spánkovém centru kvůli monitorování jeho mozkové aktivity během spánku. (http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6 _291_296.pdf)

5. Riziková vývojová období pro vznik poruchy příjmu potravy

Rizikovým vývojovým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy je období dospívání (Sobotková, 2014). Začátek mentální anorexie je typický pro pubescentní období a mentální bulimie se vyskytuje spíše v období adolescence (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997).

Nemocní dospívající mohou mít zdravotní potíže jako jsou nedostatek vitamínů a minerálů, dehydratace, zastavení tělesného růstu a opoždění procesu dospívání, nedochází k menstruaci apod. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Poruchy příjmu potravy mohou být v tomto období spojené i s dalším rizikovým chováním jako je sebepoškozování nebo závislosti na návykových látkách (Sobotková, 2014).

Vznik poruch příjmu potravy je typický spíše pro dívky, jelikož dospívající chlapci přibírají spíše na svalové hmotě a dívky spíše na tukové, čímž se vzdalují od společenského ideálu štíhlé postavy (Marádová, 2007).

Během dospívání probíhají u člověka změny ve fyzickém a psychickém vývoji. Někteří autoři označují období těchto změn jako věk druhé strukturální přeměny, tedy věk změn proporcí těla a struktury psychiky (Šimíčková-Čížková, 2008).

K rychlému vývoji během dospívání se přidává i skutečnost samostatného jednání dospívajícího, které často bývá neuvážené, nesprávné až rizikové. Jedinec se stává „složitým“ a v mnoha ohledech zvýšeně zranitelným (Machová, 2009).

Období dospívání bývá rozdělováno na dvě období. Prvním je období pubescence (11-15 let), které se dále člení na fázi prepuberty a puberty. Fáze prepuberty trvá u většiny dívek od jedenácti do třinácti let, přičemž u chlapců probíhá asi o jeden až dva roky později, a fáze puberty, která bývá ohraničena věkem od třinácti do patnácti let. Druhým obdobím dospívání je období adolescence (15-20 let) (Nikl, 2000).

V následujících podkapitolách si tato období a jejich fáze charakterizujeme.

5.1 Prepuberta

Pro prepubertu je charakteristické období vytáhlosti, během kterého probíhá intenzivní růst končetin a trupu. U jedince se zvyšuje produkce pohlavních hormonů, v jejichž důsledku se objevují druhotné pohlavní znaky.

Fyzický vývoj v tomto období bývá rychlejší než psychický, jenž s sebou přináší přechodné projevy typické pro prepubertu. Mezi tyto projevy patří mj. fyzická neobratnost, nekoordinovanost pohybů, křečovitost v grafickém projevu a střídání nadměrné aktivity s pocity únavy a apatie.

Z hlediska kognitivních změn dochází k přechodu od konkrétních operací k formálním, tedy k počátku abstraktního myšlení, jehož vývoj se dokončuje během období puberty a adolescence. Začíná schopnost vyvozovat logické závěry a dochází k rozvoji logické paměti, kdy jedinec upouští od zapamatování si textů bez pochopení souvislostí. Objevuje se samostatnost v myšlení a zvýšená kritičnost vůči dospělým v tom smyslu, že je zpochybňována jejich autorita.

Pro prepubertu je typická labilita neboli proměnlivost citů a přecitlivělost. Chování je výbušné, stačí nepatrný podnět a objeví se intenzivní reakce smíchu, pláče, vzteku apod. Vliv na citové projevy mají dosavadní zkušenosti dospívajícího a aktuální reakce okolí.

V období prepuberty se jedinec začíná osamostatňovat od rodiny a navazovat více kontaktů s vrstevníky. Tyto vztahy však nejsou pevné a dochází k častému střídání kamarádů a rivalitě mezi nimi. Sexualita je zaměřena spíše k vlastnímu tělu, a tak jsou vztahy mezi chlapci a dívkami spíše ojedinělé a vznikají zvlášť chlapecké a dívčí skupiny.

U dívek toto období končí první menstruací a u chlapců prvními ranními polucemi (Šimíčková-Čížková, 2008).

5.2 Puberta

V období puberty zpomaluje proces fyzických změn a rozvíjí se především psychické funkce, a tak dochází k dorovnání rozdílu mezi fyzickým a psychickým vývojem. Jedinec pohlavně dozrává, růst končetin zpomaluje a mohutní svalstvo. Zlepšuje se pohybová koordinace, mizí neobratnost a stabilizuje se fyzická výkonnost.

V kognitivních vývoji probíhá rozvoj logické paměti, která je dlouhodobější, abstraktního myšlení a hypotetického usuzování. V myšlení se objevuje racionalismus, který se vyznačuje rozumovým odůvodněním lidského jednání bez ohledu na citové důvody, a radikalismus vyznačující se unáhleným hodnotícím soudem, kdy dospívají přijímá jednu získanou zkušenost jako jediný platný fakt.

Citová labilita v pubertě ustupuje v důsledku harmonizace tělesného vývoje. City se projevují především v sociální oblasti. Rozvíjí se vyšší city morální a estetické. Dochází k citovému odpoutávání od rodičů a vzniku pevnějších kamarádských vztahů. Mizí vzájemná izolovanost mezi chlapci a dívkami, dochází mezi nimi ke sbližování a prvnímu zamilování. Dospívající jsou k sobě sebekritičtí, pochybují o vlastních kvalitách a přecitlivěle reagují na kritiku.

Sociální vývoj je ovlivněn touhou po nezávislosti, samostatnosti a uplatnění svého názoru v diskuzi mezi dospělými, což vede k častým konfliktům s autoritami. Pubertální jedinci mají potřebu navazování nových kontaktů a je pro ně typická jednotnost v oblékání, chování i názorech. Ve vrstevnických skupinách ztrácí svou individualitu a přejímají jejich vzory a hodnoty (Šimíčková-Čížková, 2008).

Mnoho pubescentů se zabývá svým vzhledem více než čímkoliv jiným. Atraktivní dospívající získávají lepší sociální status a bývají více přijímáni vrstevnickou skupinou. Pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí více dívky, jelikož dříve dospívají a jejich tělesné proporce se nápadněji mění (Vágnerová, 2000).

Začínají se jim vyvíjet ňadra, boky a vytvářejí se jim vrstvy tuku. Odmítají sami sebe, přemýšlí, zda jsou normální, srovnávají se s kamarádkami a prohlížejí se v zrcadle. Podrobně se zkoumají a někdy mají o sobě zkreslené vnímání, např. stehna jim připadají moc tlustá, nos moc velký apod. Připadají si tlusté a jejich sebevědomí se postupně vytrácí. Jakékoli narážky na tělesný vzhled nebo stravovací návyky těchto dívek vyvolávají hluboké rány v jejich sebepojetí, což může vést k tomu, že dívky začnou držet drastické diety nebo se jídlem naopak utěšují (Cassuto, Guillou, 2008).

5.3 Adolescence

Adolescence je období mezi dětstvím a dospělostí, během kterého se vyrovnávají vývojové rozdíly mezi chlapci a dívkami, dochází ke změnám tvaru a hmotnosti těla, které řada dívek těžko akceptuje a snaží se si udržet prostřednictvím diet váhu a vzhled na prepubertální úrovni (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997).

V kognitivním vývoji přetrvává kritický realismus, který spočívá v přezkoumávání již získaných poznatků, avšak na vyšší úrovni než v období puberty. Adolescenti jsou nekompromisní, neumí zcela předvídat důsledky svého chování a často se vrhají do nových

situací. U řešení problémů se snaží najít alternativní řešení, mají schopnost oddělit pravdu od nepravdy a jsou schopni systematizovat poznatky. Názory mění pod vlivem argumentů a autorit. Jejich myšlení se stává introspektivní, analytické a sebekritické.

Dospívající by měli během tohoto období přijmout normy a morální principy dané společnosti, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, vytvářet heterosexuální vztahy a rozhodnout se pro budoucí povolání, což může být pro adolescenta náročné, jelikož v tomto období nemusí být ještě zájmově vyhraněný a není zcela dokončen jeho vývoj schopností a dovedností (Šimíčková-Čížková, 2008).

Hlavním úkolem dospívání je vytvoření vlastní identity pomocí sebepoznávání. Identita spočívá v unikátnosti, odlišnosti od druhých, pocitu někam patřit a přijmutí odpovědnosti za své jednání. Jedinec si prostřednictvím životních situací a zkušeností upevňuje ty způsoby chování, se kterými byl úspěšný a které posílily jeho sebehodnocení (Sobotková, 2014). Poruchy příjmu potravy souvisejí s problémy s identitou a se strachem z dospělosti (Macek, 1999).

V sociální oblasti dospívající vyhledávají nové společenské situace, navazují nová přátelství a vytvářejí partnerské vztahy. Zklamání z prvních lásek a nedostatek erotických zkušeností mají negativní vliv na jejich sebehodnocení (Šimíčková-Čížková, 2008).

Během dospívání je důležitá postupná separace od rodičů. Čím větší je vazba k rodičům, tím těžší bude tento proces pro dospívajícího, což může u rizikových jedinců vést k rozvoji poruch příjmu potravy (Krch, 2010).

Adolescentní dívky si vytvářejí pohled na sebe sama a na své tělesné rozměry. Proces vytváření vlastního sebepojetí zahrnuje mj. poznávání funkcí těla v souvislosti s potřebou jídla, pocity při jeho konzumaci, dále ovládání příjmu jídla v závislosti na domácím a školním režimu, hodnocení správnosti výběru jídla, porovnávání sebe samotného s vrstevníky a prožívání svých pocitů v různých jídelních situacích (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

6. Prevence

„Je důležité odmítat nebezpečnou propagandu v médiích, která nazývá nepřirozenou hubenost krásou a diety omezující příjem kalorií označuje jako normální“ (Griffin, 2011).

Prevence je soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména sociálně-patologickým. Rozlišují se tři stupně prevence a to primární, sekundární a terciární. Primární prevence je zaměřena na celou populaci a jejím cílem je podporovat žádoucí formy chování a zabránit vzniku těch nežádoucích. Sekundární prevence se zaměřuje na rizikové jednotlivce a skupiny, kteří jsou ohroženi vznikem nežádoucího chování více než zbytek populace. Jedná se např. o jedince v sociálně vyloučených lokalitách či jedince, jejichž rodiče užívají návykové látky. Terciární prevence se snaží minimalizovat následky nežádoucích jevů a zabránit jejich pokračování. Jedná se prevenci zaměřenou na jedince, u kterých se již určitá forma nežádoucího chování vyskytuje (Průcha, Mareš, Walterová, 2003).

Prevenci poruch příjmu potravy můžeme rozdělit na prevenci všeobecnou a specifickou. Všeobecná prevence zahrnuje výchovu k přiměřenosti a umírněnosti v postojích, důraz na nebezpečí extrémních postojů ve výživě, životním stylu a sportu. Specifická prevence klade důraz na nebezpečí a neúčinnost redukčních diet, podává obecné informace o poruchách příjmu potravy a je vhodná u rizikových jedinců, kteří např. v poslední době rychle zhubli.

Neúčinná je prevence, která prezentuje informace o poruchách příjmu potravy a dospívající, kteří touto poruchou trpí, jelikož může vést k nápodobě. Naopak je vhodné rozšířit nabídku konkrétních materiálů jako jsou svépomocné příručky pro nemocné a jejich rodiny. (http://www.prevence-info.cz/jak-postupovat-1)

Základní prevence u dospívajících spočívá v rodině, avšak i škola může poskytnout dostatek informací o této problematice, vést ke zdravým stravovacím návykům, podporovat pozitivní sociální klima ve škole a vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování (Krch, Marádová, 2003). Rodiče by měli vlastním příkladem vytvářet povědomí o vhodnosti a nevhodnosti jednotlivých potravin a o pravidelnosti stravy. Velmi důležité je pohovořit s dospívajícími o ideálu krásy a o tom, jaká je realita bez počítačových úprav (Zimenová, 2012).

V rodině by měl panovat kladný vztah k jídlu. Stres a konflikty negativně ovlivňují chuť k jídlu i zažívání přijaté potravy. Bohužel i přehnaná péče a zájem o jídlo mohou mít nepříznivý vliv na jídelní chování dítěte. Nadměrná pozornost až úzkostlivost matek nepřispívá k normálnímu vývoji zdravých postojů k jídlu (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

V rámci školní výuky je vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, tedy zadávat žákům úkoly, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům. Dále poskytovat informace o důsledcích poruch příjmu potravy a rozvíjet jejich sebevědomí. Vhodné jsou didaktické hry zaměřené na zvyšování sebevědomí dětí, rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Cvičení by měla napomáhat tomu, aby se děti přijímaly takový, jací jsou, a aby se více vnímaly navzájem (Marádová, 2007).

Příklady cvičení podle Marádové (2007):

1. Napište, co všechno a v jakém množství jste snědli během jednoho dne.
2. Zjistěte, jakým jídlům dávají dospívající přednost a jaké mají postoje k jídlu i k vlastnímu tělu.
3. Vytvořte obrázkovou koláž toho, jak se v dějinách měnil ideál krásy.
4. Zamyšlení nad některými příběhy poruch příjmu potravy.

U dívek a žen ve věku od 15 do 25 let patří poruchy příjmu potravy mezi čtyři nejčastější příčiny nemocnosti, trvalého postižení a smrti. Nedostatek informací, stud a obavy brání ve vyhledání pomoci, snižují šanci na uzdravení a zvyšují riziko chronického průběhu onemocnění. Vzdělání, prevence a včasná odborná pomoc jsou pro minimalizaci škod způsobených poruchami přijmu potravy zásadní. (http://www.prevence-praha.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy)

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Stanovení výzkumných cílů a otázek

1.1 Stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit míru informovanosti dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy. Dílčími cíli jsou:

- porovnat míru informovanosti adolescentních a pubescentních dívek,
- zjistit míru připravenosti žáků v oblasti poruch příjmu potravy.

1.2 Stanovení výzkumných otázek

Před samotným zahájením výzkumného šetření byly stanoveny 3 výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka

Je informovanost u pubescentních a adolescentních dívek v České republice o zkoumaném jevu dostatečná?

Vedlejší výzkumná otázka č. 1

Je informovanost v oblasti poruch příjmu potravy u adolescentních dívek lepší než u pubescentních?

Vedlejší výzkumná otázka č. 2

Připravují základní a střední školy v České republice žáky dostatečně ke zkoumanému jevu?

2. Popis výzkumné metody a vzorku

2.1 Popis výzkumné metody

Při výzkumném šetření byla použita metoda dotazníku. Dotazník je explorativní metoda určená pro sběr dat, obsahuje otázky nebo výroky, na které respondent odpovídá podle předem stanovených instrukcí. Jedná se o soubor položek, které mají za cíl zjistit u respondentů informace, názory, postoje apod.

Dotazník je tvořen úvodní částí, která popisuje účel dotazníku a požadavky na vyplnění, dále věcnou částí tvořenou položkami sledujícími cíle výzkumu a třetí částí, ve které bývají zahrnuty demografické položky (např. věk, pohlaví aj.). Závěr bývá tvořen doplňujícími položkami a poděkováním za vyplnění dotazníku.

Výhodou této výzkumné metody je rychlost sběru dat od velkého množství respondentů a snadná administrace. K nevýhodám patří vysoká míra subjektivity, jelikož respondenti mohou své výpovědi různě ovlivňovat, např. se mohou v dotazníku prezentovat sociálně přijatelně, tedy tak, jak chtějí být viděni, a ne podle skutečnosti.

Dotazníkové položky členíme podle formy požadované odpovědi na otevřené, uzavřené a polouzavřené. Otevřené položky nemají předem stanovený výběr odpovědí, ale ponechávají respondentovi prostor na individuální odpověď. Naproti tomu uzavřené položky předkládají respondentům předem připravené odpovědi, přičemž jiné odpovědi nelze zvolit. Položky polouzavřené jsou kombinací otevřených a uzavřených položek. Předkládají respondentům předem připravené odpovědi, ale zároveň je zde možnost i jiných individuálních odpovědí.

Dotazníkové šetření může probíhat anonymně nebo neanonymně, a to v případech, kdy je nutné znát identitu zkoumaných osob. Dále rozlišujeme písemné a ústní dotazování. Písemné dotazování je využíváno častěji a můžeme se s ním setkat i v elektronické podobě, tedy přes internet. Ústní dotazování se využívá zpravidla v situacích, kdy je nezbytná osobní asistence výzkumníka (Chráska, 2015).

2.2 Popis vlastního výzkumného šetření

Jak bylo již zmíněno výše, pro výzkumné šeření byla využita metoda dotazníku. Dotazník má celkem 13 položek (otázek), při jejichž sestavování jsem vycházela z teoretické části bakalářské práce a výzkumných otázek. První položka se týká věkových kategorií

respondentů a zbylých dvanáct položek je zaměřeno na zjišťování informovanosti dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy. Položky jsou většinou uzavřené s výběrem možností ano/ne, pouze položky č. 6 a 8 mají více správných odpovědí a v poslední položce je možnost individuální odpovědi.

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu února a března 2017 prostřednictvím písemného dotazování přes internet. Dotazník byl zcela anonymní a určený pro dospívající dívky ve věku od 11 do 20 let. V úvodní části byl uveden účel dotazníku a pokyny pro jeho vyplnění. Položky dotazníku byly vytvořené srozumitelně pro danou věkovou kategorii. Díky elektronické podobě dotazníku a jeho anonymitě vyplnilo dotazník dostatečné množství respondentů a odpověděli vždy na všechny položky.

Celkově jsem rozeslala okolo 200 dotazníků, přičemž vyplněných se mi vrátilo 130. Návratnost je tedy 65 %. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze.

2.3 Popis výzkumného vzorku

Dotazníkového šetření se zúčastnily dospívající dívky ve věku od 11 do 20 let. Výzkumný vzorek jsem dále rozdělila na pubescentní dívky ve věku 11-15 let a adolescentní dívky ve věku 16-20 let. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 130 dospívajících dívek, konkrétně 51 pubescentních dívek a 79 adolescentních.

3. Výsledky výzkumu

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření byly zjištěny níže uvedené výsledky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 130 dospívajících dívek ve věku od 11 do 20 let. U každé otázky jsou výsledky zpracovány do tabulky a grafu. V tabulkách jsou výsledky uvedené jak v číselném vyjádření, tak procentuálním pro lepší porovnávání výsledků. V grafech jsou výsledky uvedeny pro lepší přehlednost pouze v procentech.

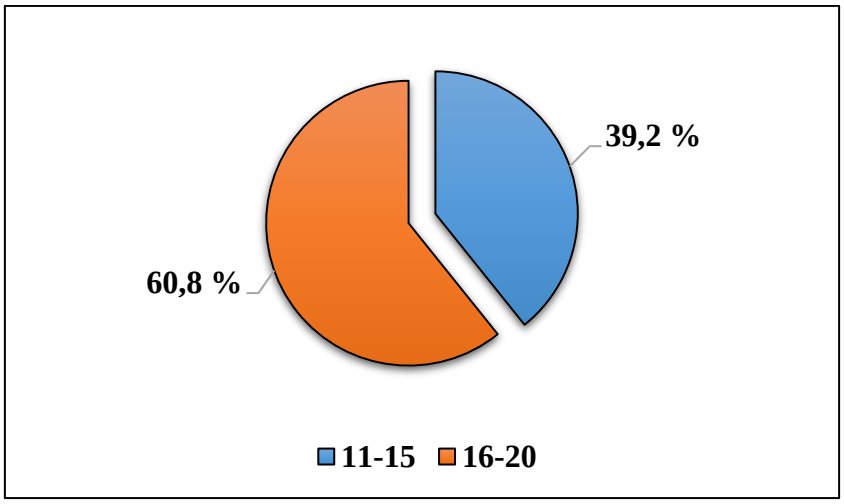
Dotazníkem byla zjišťována informovanost dospívajících dívek o poruchách příjmu potravy. Dosažené výsledky pak porovnáme mezi pubescentními a adolescentními dívkami, pro lepší orientaci v informovanosti daných věkových kategorií. Dotazníkem bylo také zjišťováno, zda základní a střední školy informují dospívající dívky o této problematice.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 1: Přehled zastoupení věkových kategorií respondentů

Věk	Dívky	%
11-15	51	39,2
16-20	79	60,8

Graf č. 1: Přehled zastoupení věkových kategorií respondentů



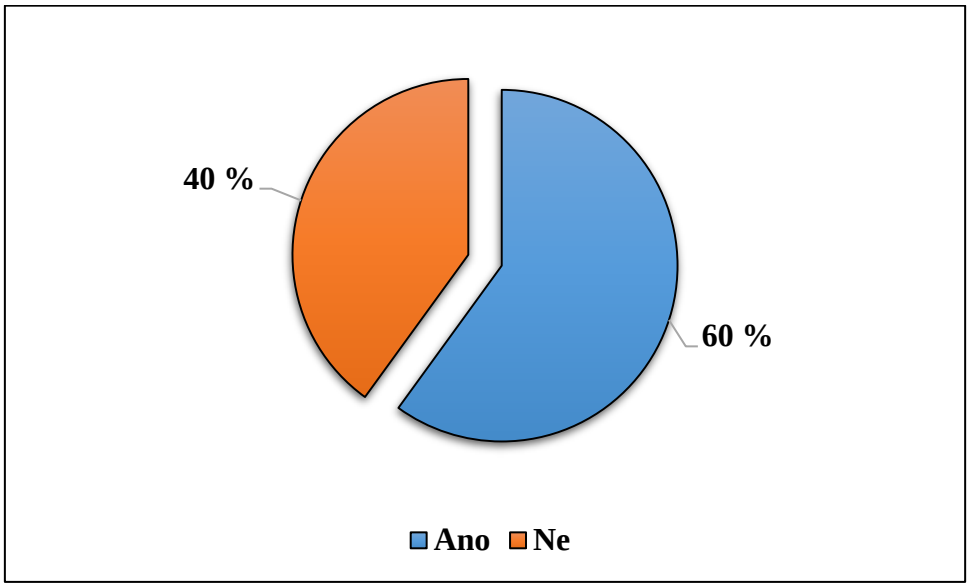
Na otázku č. 1 týkající se věkových kategorií respondentů odpovědělo celkem 130 dívek, z toho bylo 51 dívek (39,2 %) ve věku od 11-15 let a 79 dívek (60,8 %) ve věku od 16-20 let.

Otázka č. 2: Informovala Vás o poruchách příjmu potravy Vaše škola?

Tabulka č. 2: Přehled informovanosti dívek o poruchách příjmu potravy

Odpověď	Pubescentní dívky		Adolescentní dívky		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	37	72,5	41	51,9	78	60
Ne	14	27,5	38	48,1	52	40

Graf č. 2: Přehled informovanosti dívek o poruchách příjmu potravy



Na otázku č. 2, zda dívky informovala o poruchách příjmu potravy jejich škola, odpovědělo z celkového počtu dívek 60 % kladně a zbylých 40 % záporně. Z tabulky je patrné, že kladně odpovědělo 37 pubescentních dívek, což z jejich celkového počtu představuje 72,5 %. Naproti tomu odpovědělo kladně 41 adolescentních dívek, což představuje 51,9 % z jejich celkového počtu.

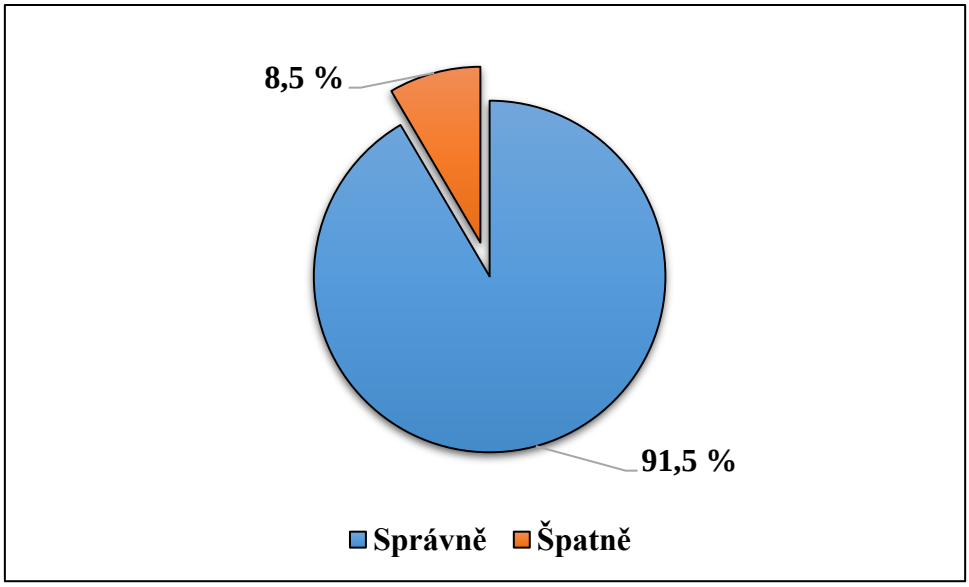
Podle procentuálních výsledků lze vyvodit, že pubescentní dívky jsou ve škole více informované o poruchách příjmu potravy než dívky adolescentní.

Otázka č. 3: Mentální anorexie je porucha charakterizovaná

Tabulka č. 3: Přehled znalosti charakteristiky mentální anorexie

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	48	94,1	3	5 ,9
Adolescentní	71	89,9	8	10,1
Celkem	119		11	
Celkem v %	91,5		8 ,5	

Graf č. 3: Přehled znalosti charakteristiky mentální anorexie



Na otázku č. 3, jejímž cílem bylo zjistit, zda dívky znají charakteristiku mentální anorexie, odpovědělo 119 dívek (91,5 %) správně a zbylých 11 dívek (8 ,5 %) špatně.

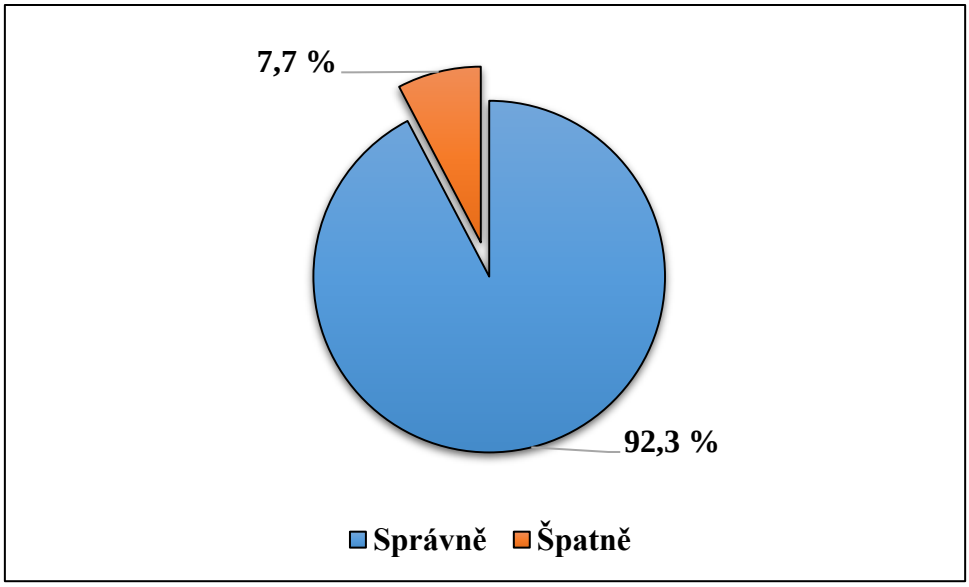
U otázky bylo na výběr pouze ze dvou odpovědí, přičemž jedna byla charakteristikou mentální anorexie a druhá charakteristikou mentální bulimie. Z dosažených výsledků je patrné, že většina dívek v pubescentním i adolescentním věku má povědomí o charakteristice mentální anorexie a ví, co si pod tímto pojmem představit. Z celkového počtu pouze 11 dívek zaměnilo charakteristiku mentální anorexie s charakteristikou mentální bulimie.

Otázka č. 4: Mentální bulimie je porucha charakterizovaná

Tabulka č. 4: Přehled znalosti charakteristiky mentální bulimie

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	47	92,2	4	7 ,8
Adolescentní	73	92,4	6	7 ,6
Celkem	120		10	
Celkem v %	92,3		7 ,7	

Graf č. 4: Přehled znalosti charakteristiky mentální bulimie



Otázka č. 4 navazuje na předchozí otázku s tím rozdílem, že jejím cílem není zjistit znalost charakteristiky mentální anorexie u dívek, ale znalost charakteristiky mentální bulimie. Odpovědi u této otázky byly stejné jako u otázky předchozí, z čehož lze vyvodit, že dívky mohly odpovídat vylučovací metodou.

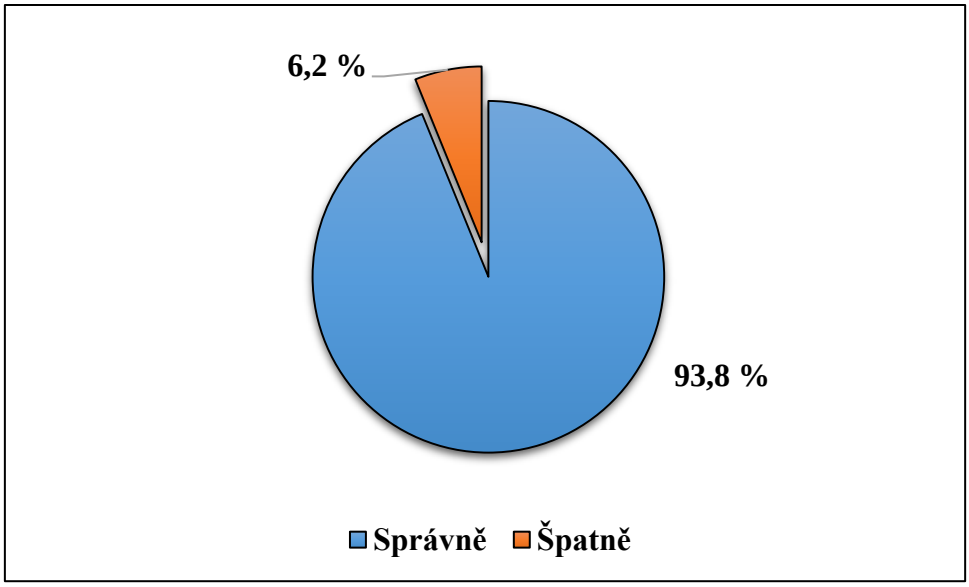
Celkově odpovědělo 120 dívek (92,3 %) správně a 10 špatně (7 ,7 %). Pokud porovnáme výsledky otázek č. 3 a 4, můžeme konstatovat, že počet dívek, které odpověděly správně, je srovnatelný.

Otázka č. 5: Domníváte se, že poruchami příjmu potravy mohou trpět i chlapci?

Tabulka č. 5: Povědomí dívek, zda mohou poruchami příjmu potravy trpět i chlapci

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	48	94,1	3	5 ,9
Adolescentní	74	93,7	5	6 ,3
Celkem	122		8	
Celkem v %	93,8		6 ,2	

Graf č. 5: Povědomí dívek, zda mohou poruchami příjmu potravy trpět i chlapci



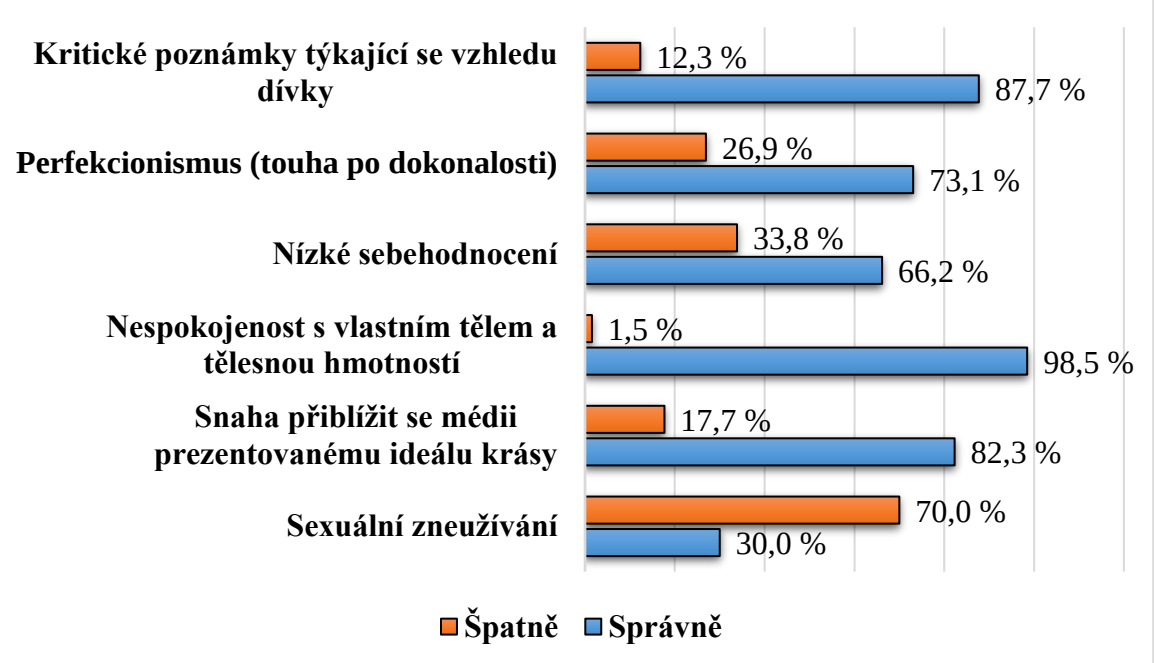
Na otázku č. 5, jejímž cílem bylo zjistit povědomí dívek o možném výskytu poruch příjmu potravy u chlapců, odpovědělo celkem 122 dívek (93,8 %) správně a 8 špatně (6 ,2 %), z čehož lze usoudit, že dospívající dívky jsou informované o možném výskytu poruch příjmu potravy u chlapců.

Otázka č. 6: Vyberte možné příčiny poruch příjmu potravy

Tabulka č. 6: Přehled vybraných příčin poruch příjmu potravy

Odpověď	Dívky											
	Pubescentní				Adolescentní				Celkem			
	Správně	%	Špatně	%	Správně	%	Špatně	%	Správně	%	špatně	%
Sexuální zneužívání	13	25,5	38	74,5	26	32,9	53	67,1	39	30,0	91	70,0
Snaha přiblížit se médii prezentovanému ideálu krásy	42	82,4	9	17,6	65	82,3	14	17,7	107	82,3	23	17,7
Nespokojenost s vlastním tělem a tělesnou hmotností	49	96,1	2	3 ,9	79	100,0	0	0	128	98,5	2	1 ,5
Nízké sebehodnocení	30	58,8	21	41,2	56	70,9	23	29,1	86	66,2	44	33,8
Perfekcionismus (touha po dokonalosti)	36	70,6	15	29,4	59	74,7	20	25,3	95	73,1	35	26,9
Kritické poznámky týkající se vzhledu dívky	43	84,3	8	15,7	71	89,9	8	10,1	114	87,7	16	12,3

Graf č. 6: Přehled vybraných příčin poruch příjmu potravy



Otázka č. 6 byla pro odpovídající dívky jednou z nejtěžších, jelikož všechny možnosti odpovědí jsou správné.

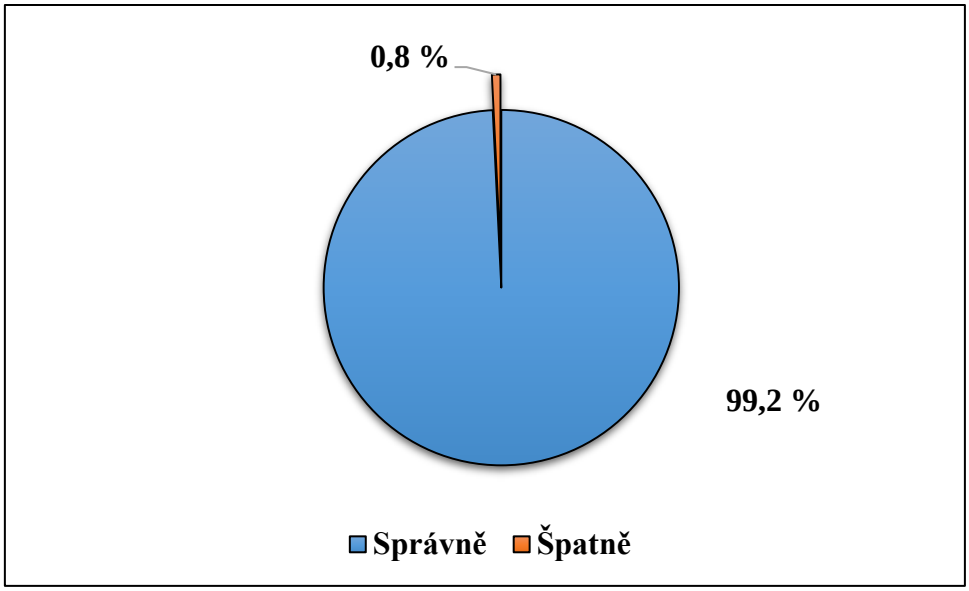
Nejméně pravděpodobnou příčinou vzniku poruchy příjmu potravy je podle respondentek sexuální zneužívání. Z celkového počtu odpovědělo správně pouze 39 dívek (30 %). Naproti tomu nejčastěji zvolenými příčinami poruch příjmu potravy byly nespokojenost s vlastním tělem a tělesnou hmotností, 128 správných odpovědí (98,5 %), kritické poznámky týkající se vzhledu dívky, 114 správných odpovědí (87,7 %), a snaha přiblížit se médii prezentovanému ideálu krásy, 107 správných odpovědí (82,3 %).

Otázka č. 7: Může člověk na anorexii zemřít?

Tabulka č. 7: Povědomí dívek o možném úmrtí v důsledku mentální anorexie

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	51	100	0	0
Adolescentní	78	98,7	1	1 ,3
Celkem	129		1	
Celkem v %	99,2		0 ,8	

Graf č. 7: Povědomí dívek o možném úmrtí v důsledku mentální anorexie



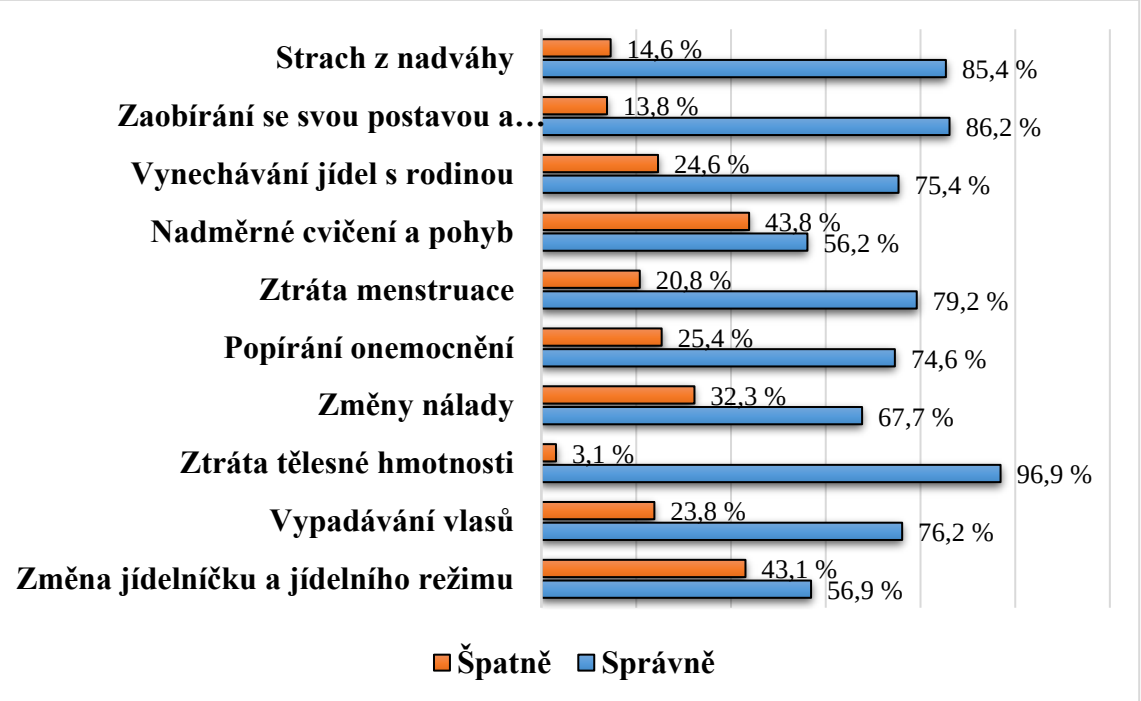
Otázka č. 7 měla za cíl zjistit povědomí dívek o možném úmrtí v důsledku mentální anorexie. Z celkového počtu dívek odpovědělo 129 správně (99,2 %) a pouze 1 dívka (0 ,8 %) špatně, z čehož vyplývá, že informovanost respondentek o možném úmrtí v důsledku mentální anorexie je vysoká.

Otázka č. 8: Vyberte projevy mentální anorexie:

Tabulka č. 8: Přehled vybraných projevů mentální anorexie

Odpověď	Dívky											
	Pubescentní				Adolescentní				Celkem			
	Správně	%	Špatně	%	Správně	%	Špatně	%	Správně	%	Špatně	%
Změna jídelníčku a jídelního režimu	29	56,9	22	43,1	45	57,0	34	43,0	74	56,9	56	43,1
Vypadávání vlasů	36	70,6	15	29,4	63	79,7	16	20,3	99	76,2	31	23,8
Ztráta tělesné hmotnosti	48	94,1	3	5 ,9	78	98,7	1	1 ,3	126	96,9	4	3 ,1
Změny nálady	27	52,9	24	47,1	61	77,2	18	22,8	88	67,7	42	32,3
Popírání onemocnění	36	70,6	15	29,4	61	77,2	18	22,8	97	74,6	33	25,4
Ztráta menstruace	37	72,5	14	27,5	66	83,5	13	16,5	103	79,2	27	20,8
Nadměrné cvičení a pohyb	30	58,8	21	41,2	43	54,4	36	45,6	73	56,2	57	43,8
Vynechávání jídel s rodinou	35	68,6	16	31,4	63	79,7	16	20,3	98	75,4	32	24,6
Zaobírání se svou postavou a tělesnou hmotností	44	86,3	7	13,7	68	86,1	11	13,9	112	86,2	18	13,8
Strach z nadváhy	43	84,3	8	15,7	68	86,1	11	13,9	111	85,4	19	14,6

Graf č. 8: Přehled vybraných projevů mentální anorexie



Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, zda dívky mají povědomí o projevech poruch příjmu potravy. Tato otázka byla pro respondentky jednou z nejtěžších, jelikož stejně jako u předchozí otázky č. 6 byly správné všechny odpovědi.

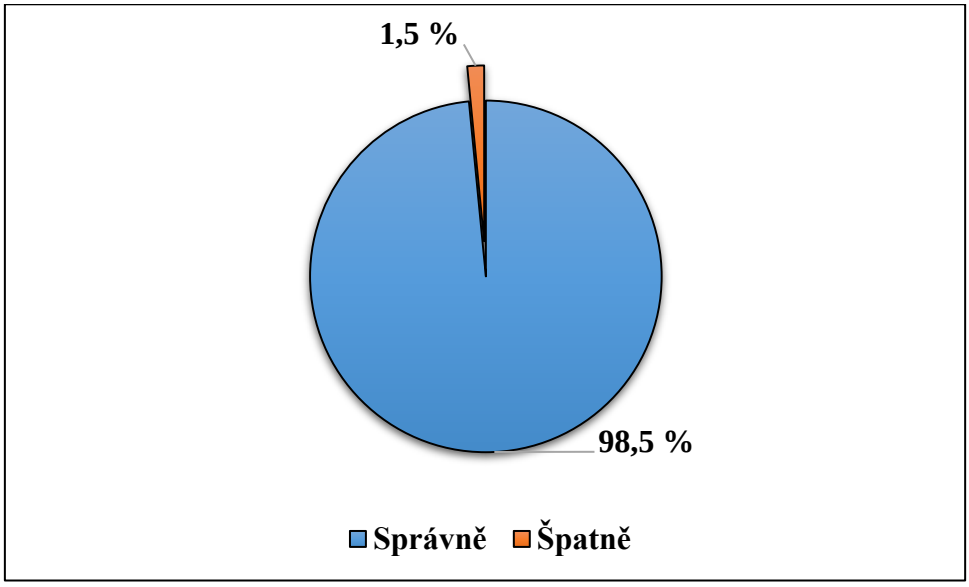
Nejméně pravděpodobnými projevy poruch příjmu potravy jsou podle respondentek nadměrné cvičení a pohyb, kdy z celkového počtu odpovědělo správně 73 dívek (56,2 %), a změna jídelníčku a jídelního režimu, kdy z celkového počtu odpovědělo správně 74 dívek (56,9 %). Naproti tomu nejčastěji zvolenými projevy poruch příjmu potravy byly ztráta tělesné hmotnost, 126 správných odpovědí (96,9 %), zaobírání se svou postavou a tělesnou hmotností, 112 správných odpovědí (86,2 %) a strach z nadváhy, 111 správných odpovědí (85,4 %).

Otázka č. 9: Projevují se u bulimiček změny v osobnosti a chování (např. deprese, úzkostlivost, nervozita apod.)?

Tabulka č. 9: Povědomí dívek o možných změnách v osobnosti a chování bulimiček

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	50	98,0	1	2 ,0
Adolescentní	78	98,7	1	1 ,3
Celkem	128		2	
Celkem v %	98,5		1 ,5	

Graf č. 9: Povědomí dívek o možných změnách v osobnosti a chování bulimiček



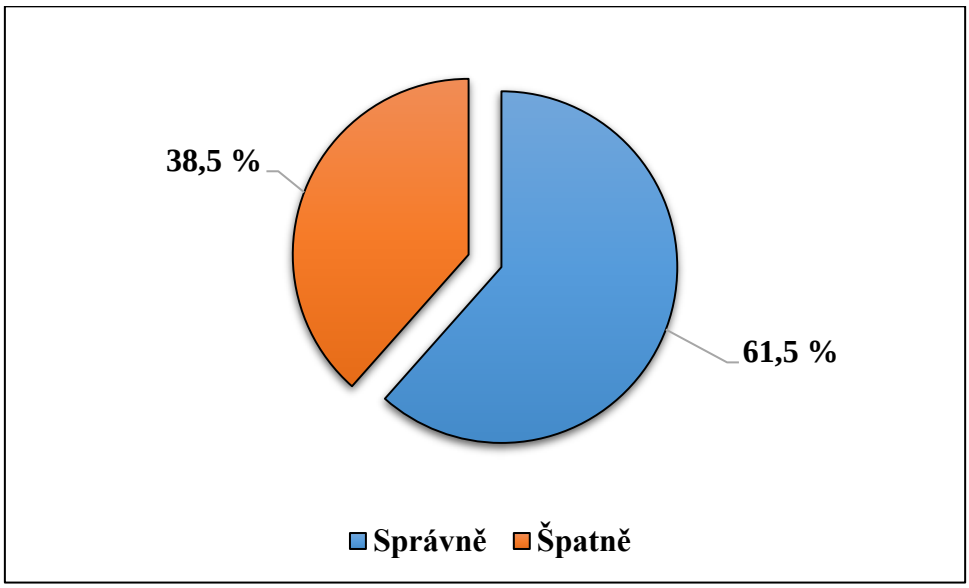
Otázka č. 9 měla za cíl zjistit povědomí dívek o možných změnách v osobnosti a chování bulimiček. Správně odpovědělo 128 dívek (98,5 %) a pouze 2 dívky (1 ,5 %) zvolily špatnou odpověď. Z dosažených výsledků je patrné, že informovanost dívek o možných změnách v osobnosti a chování bulimiček je vysoká.

Otázka č. 10: Domníváte se, že rodina dívky s poruchou příjmu potravy je schopná uhlídat její stravovací návyky?

Tabulka č. 10: Povědomí dívek, zda je rodina dívky s poruchou příjmu potravy schopná uhlídat její stravovací návyky

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	35	68,6	16	31,4
Adolescentní	45	57,0	34	43,0
Celkem	80		50	
Celkem v %	61,5		38,5	

Graf č. 10: Povědomí dívek, zda je rodina dívky s poruchou příjmu potrav schopná uhlídat její stravovací návyky



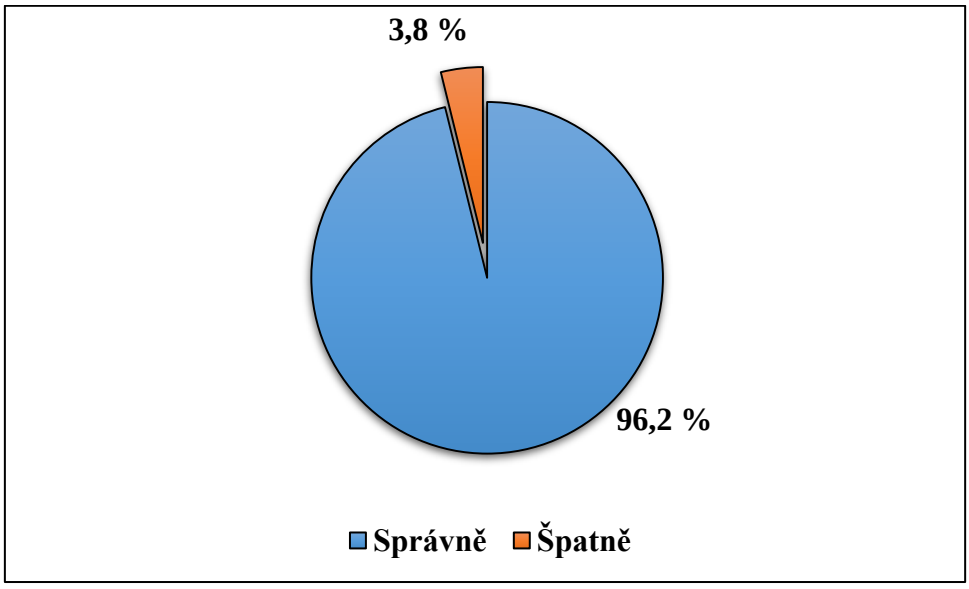
Cílem otázky č. 10 bylo zjistit povědomí respondentek, zda je rodina dívky s poruchou příjmu potravy schopná uhlídat její stravovací návyky. Z celkového počtu odpovědělo správně 80 dívek (61,5 %) a 50 špatně (38,5 %). Z tabulky je patrné, že 68,6 % pubescentních dívek a 57 % adolescentních dívek odpovědělo na tuto otázku správně, z čehož můžeme usoudit, že pubescentní dívky jsou o dotazovaném jevu více informované než dívky adolescentní.

Otázka č. 11: Potřebuje pacient s poruchou příjmu potravy odbornou léčbu?

Tabulka č. 11: Povědomí dívek, zda pacient s poruchou příjmu potravy potřebuje odbornou léčbu

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	48	94,1	3	5 ,9
Adolescentní	77	97,5	2	2 ,5
Celkem	125		5	
Celkem v %	96,2		3 ,8	

Graf č. 11: Povědomí dívek, zda pacient s poruchou příjmu potravy potřebuje odbornou léčbu



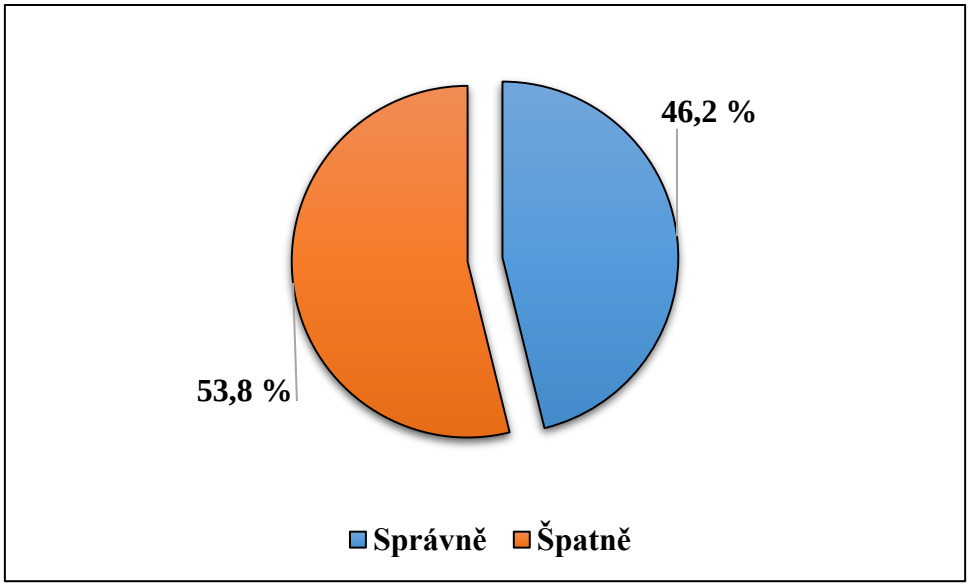
Otázka č. 11 měla za cíl zjistit povědomí dívek, zda pacient s poruchou příjmu potravy potřebuje odbornou léčbu. Z celkového počtu odpovědělo správně 125 dívek (96,2 %) a pouze 5 dívek zvolilo špatnou odpověď (3 ,8 %). Z dosažených výsledků lze usoudit, že informovanost dívek o potřebě odborné léčby pro pacienty s poruchou příjmu potravy je vysoká.

Otázka č. 12: Jsou poruchy příjmu potravy celoživotní onemocnění?

Tabulka č. 12: Povědomí dívek, zda jsou poruchy příjmu potravy celoživotní onemocnění

Dívky	Odpověď			
	Správně	%	Špatně	%
Pubescentní	14	27,5	37	72,5
Adolescentní	46	58,2	33	41,8
Celkem	60		70	
Celkem v %	46,2		53,8	

Graf č. 12: Povědomí dívek, zda jsou poruchy příjmu potravy celoživotní onemocnění



Cílem otázky č. 12 bylo zjistit povědomí dívek, zda jsou poruchy příjmu potravy celoživotní onemocnění. Z celkového počtu odpovědělo správně pouze 60 dívek (46,2 %) a 70 dívek (53,8 %) zvolilo špatnou odpověď. Z dosažených výsledků je patrné, že informovanost dívek o dotazovaném jevu není tak vysoká jako u předchozích.

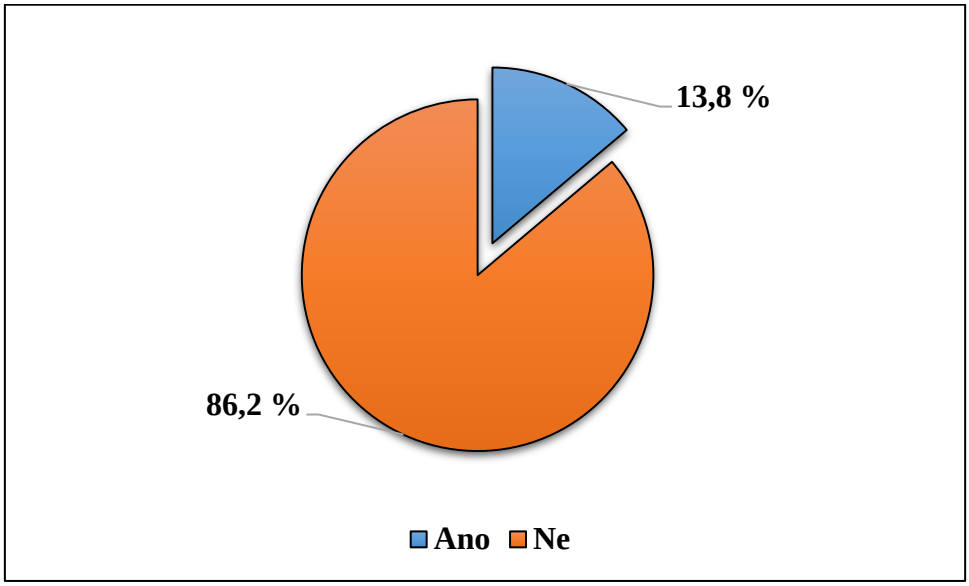
V tabulce vidíme, že 27,5 % pubescentních dívek a 58,2 % adolescentních dívek odpovědělo správně, z čehož můžeme usoudit, že adolescentní dívky jsou o dotazovaném jevu více informované než dívky pubescentní.

Otázka č. 13: Znáte mimo mentální anorexii a bulimii ještě jiné poruchy příjmu potravy? Pokud ano, vypište které.

Tabulka č. 13: Přehled znalosti dívek o jiných poruchách příjmu potravy

Dívky	Odpověď			
	Ano	%	Ne	%
Pubescentní	8	15,7	43	84,3
Adolescentní	10	12,7	69	87,3
Celkem	18		112	
Celkem v %	13,8		86,2	

Graf č. 13: Přehled znalosti dívek o jiných poruchách příjmu potravy



Cílem otázky č. 13 bylo zjistit, zda dívky znají mimo mentální anorexii a bulimii i jiné poruchy příjmu potravy a pokud ano, které. Z celkového počtu odpovědělo kladně pouze 18 dívek (13,8 %) a 112 dívek (86,2 %) odpovědělo záporně. Z dosažených výsledků je patrné, že informovanost dospívajících dívek o dalších poruchách příjmu potravy je nízká.

Další poruchy příjmu potravy, které dívky uvedly jsou záchvatové přejídání (12 odpovědí), dále ortorexie (7 odpovědí), bigorexie (4 odpovědi), drunkorexie (4 odpovědi) a syndrom nočního přejídání (1 odpověď).

4. Diskuze

Hlavním výzkumným cílem mého dotazníkového šetření bylo zjistit míru informovanosti dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy. Výzkumného šetření se zúčastnilo 130 dospívajících dívek, z čehož bylo 51 dívek pubescentních a 79 adolescentních (viz tabulka č. 1, graf č. 1). V rámci diskuze bych ráda našla odpovědi na následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: *„Je informovanost u pubescentních a adolescentních dívek v České republice o zkoumaném jevu dostatečná?“*

Z dosažených výsledků dotazníkového šetření byla prokázána dostatečná informovanost u dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy, což potvrzují převažující správné odpovědi u otázek č. 3 až 12 (viz. tabulky č. 3 až 12, grafy č. 3 až 12), přičemž u otázek č. 7 a 9 byla informovanost skoro výborná (viz. tabulky č. 7 a 9, grafy č. 7 a 9). Dospívající dívky si tedy uvědomují riziko úmrtí v důsledku poruch příjmu potravy a jsou informované o možných změnách v osobnosti a chování bulimiček. Poslední otázka č. 13 vykazuje nízkou informovanost dospívajících dívek v oblasti dalších poruch příjmu potravy (viz. tabulka č. 13, graf. 13), což se může zlepšit v rámci prevence ve školách a mediích, např. informace o dalších poruchách příjmu potravy ve školním předmětu výchova ke zdraví nebo články v časopisech informující o této problematice.

Z dosažených výsledků lze usoudit, že dospívající dívky jsou velmi dobře informované o tom, co je mentální anorexie a bulimie, zda poruchami příjmu potravy mohou trpět i chlapci, jaké jsou příčiny poruch příjmu potravy a projevech mentální anorexie. Jsou si vědomi závažnosti tohoto onemocnění a důležitosti odborné léčby.

Z celkových výsledků můžeme konstatovat, že informovanost pubescentních a adolescentních dívek v České republice v oblasti poruch příjmu potravy je dostatečná.

Vedlejší výzkumná otázka č. 1: *„Je informovanost v oblasti poruch příjmu potravy u adolescentních dívek lepší než u pubescentních?“*

Z výzkumného šetření je patrné, že informovanost pubescentních a adolescentních dívek v oblasti poruch příjmu potravy je srovnatelná, což dokazují odpovědi u otázek č. 3, 4, 5, 7, 9, 11 a 13 (viz. tabulky č. 3, 4, 5, 7, 9, 11 a 13, grafy č. 3, 4, 5, 7, 9, 11 a 13).

Rozdíly v informovanosti u pubescentních a adolescentních dívek můžeme zaznamenat u otázek č. 10 a 12, kdy na otázku č. 10 odpovědělo správně více pubescentních dívek něž adolescentních (viz. tabulka č. 10, graf č. 10), z čehož můžeme usoudit, že pubescentní dívky jsou více informované o možnosti, zda lze uhlídat stravovací návyky dívky její rodinou. Naopak u otázky č. 12 odpovědělo správně více adolescentních dívek (viz. tabulka č. 12, graf č. 12), z čehož lze usoudit, že adolescentní dívky jsou více informované o tom, že poruchy příjmu potravy jsou celoživotním onemocněním.

U otázek č. 6 a 8 byly všechny odpovědi správné, což ve většině případech respondentky zmátlo, jelikož se pravděpodobně snažily najít pouze některé správné odpovědi vylučovací metodou. Ve výběru správných odpovědí u otázky č. 6 se pubescentní a adolescentní dívky většinou shodovaly, pouze u možností *sexuální zneužívání* a *nízké sebehodnocení* odpovědělo správně více adolescentních dívek. Z celkových výsledků u této otázky lze konstatovat, že adolescentní dívky jsou lépe informované než pubescentní (viz. tabulka č. 6, graf č. 6). Ve výběru správných odpovědí u otázky č. 8 se pubescentní a adolescentní dívky také většinou shodovaly. U možností *změny nálady*, *ztráta menstruace* a *vynechávání jídel s rodinou* odpovědělo správně více adolescentních dívek než pubescentních, a naopak u možnosti *nadměrné cvičení a pohyb* odpovědělo správně více pubescentních dívek než adolescentních (viz. tabulka č. 8, graf č. 8).

Z celkových výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že informovanost adolescentních a pubescentních dívek je spíše srovnatelná, tudíž nelze tvrdit, že adolescentní dívky jsou více informované v oblasti poruch příjmu potravy než pubescentní.

Vedlejší otázka č. 2: *„Připravují základní a střední školy v České republice žáky dostatečně ke zkoumanému jevu?“*

Z otázky č. 2 výzkumného šetření vyplynulo, že 60 % dospívajících dívek bylo informováno o poruchách příjmu potravy ve škole. Z dosažených výsledků je patrné, že pubescentní dívky byly ve škole více informovány než adolescentní (viz. tabulka č. 2, graf č. 2). Z porovnání těchto výsledků s celkovými výsledky dotazníkového šetření lze usoudit, že adolescentní dívky jsou informované pravděpodobně z jiných zdrojů, než je škola, tedy např. z médií.

Z dosažených výsledků u otázky č. 2 je patrné, že informovanost ze strany školy v oblasti poruch příjmu potravy by mohla být lepší.

Základní školy by mohly tuto problematiku zahrnout v rámci prevence do předmětů jako např. výchova ke zdraví, biologie člověka, základy společenských věd apod. Na středních školách by bylo vhodné umožnit preventivní opatření v podobě besed, návštěv organizací zabývajících se pomocí nemocným jedincům (např. Anabell) apod. Pedagogové na školách by měli být dostatečně informováni o dané problematice, být schopni rozpoznat poruchy příjmu potravy u svých žáků a umět nemocným jedincům pomoci.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, především mentální anorexií a bulimií. Část práce je věnovaná dalším poruchám příjmu potravy a rizikovým vývojovým obdobím pro vznik těchto poruch.

Cílem této práce bylo charakterizovat poruchy příjmu potravy a ve výzkumném šetření zjistit míru informovanosti dospívajících dívek v oblasti poruch příjmu potravy, dále zjistit, zda jsou adolescentní dívky lépe informované o daném jevu než pubescentní a zda připravují základní a střední školy v České republice své žáky dostatečně ke zkoumanému jevu.

Pro výzkumné šetření jsem si zvolila adolescentní a pubescentní dívky, jelikož tato věková kategorie je nejrizikovější pro vznik poruch příjmu potravy. Z výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že informovanost adolescentních i pubescentních dívek je dostatečná a že základní a střední školy informují své žáky o poruchách příjmu potravy. Díky získaným výsledkům jsem se pokusila navrhnout preventivní opatření týkající se zlepšení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy.

Doufám, že mohu konstatovat, že výsledky výzkumného šetření jsou odpovídající předem stanoveným cílům. Na dotazníkové šetření odpovědělo celkem 130 dospívajících dívek, a tak jsem si vědoma, že tyto výsledky nelze zobecňovat na celou populaci dospívajících dívek České republiky. Vzhledem k tomu, že nemocní jsou ohroženi na životě, bych doporučovala rozšířit výzkumný vzorek u dalších výzkumných šetření pro zpřesnění výsledků.

Seznam literatury

ABRAHAM, Suzanne. a Derek. LLEWELLYN-JONES. *Eating disorders: the facts*. New York: Oxford University Press, 1984. ISBN 0192614592.

CASSUTO, Dominique a Sophie GUILLOU. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.

GRIFFIN, Vicki. *Cesta ke svobodě: jak překonat své každodenní závislosti: průvodce naším životem*. Praha: Advent-Orion, 2011. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 978-80-7172-916-7.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-907-1.

CHRÁSKA, Miroslav. *Kvantitavní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN: 978-80-7454-553-5

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.

KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003. ISBN: neuvedeno.

KRCH, František David a Iva MÁLKOVÁ. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Ilustroval Miroslav BARTÁK. Praha: Granit, 1993. ISBN 80-85805-12-X.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

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

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NIKL, Jaroslav. *Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže se zaměřením na jejich prevenci*. Praha: Policejní akademie České republiky, 2000. ISBN 80-7251-033-9.

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

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.

PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.

ZIMENOVÁ, Irena. *Základy psychiatrie závislosti*. Třebíč: Amaprint-Kerndl, 2012. ISBN 978-80-87710-13-5.

Internetové zdroje

Dvojitý problém [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/dvojity-problem

Jak postupovat [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://www.prevence-info.cz/jak-postupovat-1

Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. Idealni.cz [online]. 2014 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/

Poruchy příjmu potravy [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://www.prevence-praha.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy

Psychogenní přejídání. Idealni.cz [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/psychogenni-prejidani/

Syndrom nočního jedlictví. Česká a Slovenská psychiatrie [online]. Praha: Galén, 2007 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6 _291_296.pdf

Záchvatovité přejídání je problém především psychický. Spektrumzdravi.cz [online]. 2015 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z : http://www.spektrumzdravi.cz/zachvatovite-prejidani-je-problem-predevsim-psychicky

Seznam příloh

1. Dotazník

Příloha č. 1 DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

ráda bych Vás poprosila o Váš čas k vyplnění dotazníku, který se týká informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy. Dotazník je **dobrovolný a zcela anonymní.**

Jsem studentkou 3. ročníku oboru Pedagogika-veřejná správa, Univerzity Palackého v Olomouci.

Vyplněný dotazník bude použit jako podklad pro vypracování empirické části bakalářské práce na téma „*Poruchy příjmu potravy*".

Děkuji za Váš čas a odpovědi,

Aneta Vejmolová

Pokyny k vyplňování dotazníku:

Vybrané/správné odpovědi označte křížkem.

1. Jaký je Váš věk?

- □ 11–15 let
- □ 16-20 let

2. Informovala Vás o poruchách příjmu potravy Vaše škola?

- □ ano
- □ ne

3. Mentální anorexie je porucha charakterizovaná (jedna správná odpověď):

- □ opakujícími se záchvaty přejídání a následného zvracení či užívání projímadel
- □ nechutenstvím, odporem k jídlu spojeným s podvýživou a hladověním

4. Mentální bulimie je porucha charakterizovaná (jedna správná odpověď):

- □ opakujícími se záchvaty přejídání a následného zvracení či užívání projímadel
- □ nechutenstvím, odporem k jídlu spojeným s podvýživou a hladověním

5. Domníváte se, že poruchami příjmu potravy mohou trpět i chlapci?

- □ ano
- □ ne

6. Vyberte možné příčiny poruch příjmu potravy (více správných odpovědí):

- □ sexuální zneužívání
- □ snaha přiblížit se médii prezentovanému ideálu krásy
- □ nespokojenost s vlastním tělem a tělesnou hmotností
- □ nízké sebehodnocení
- □ perfekcionismus (touha po dokonalosti)
- □ kritické poznámky týkající se vzhledu dívky

7. Může člověk na anorexii zemřít?

- □ ano
- □ ne

8. Vyberte projevy mentální anorexie (více správných odpovědí):

- □ změna jídelníčku a jídelního režimu
- □ vypadávání vlasů
- □ ztráta tělesné hmotnosti
- □ změny nálady
- □ popírání onemocnění
- □ ztráta menstruace
- □ nadměrné cvičení a pohyb
- □ vynechávání jídel s rodinou
- □ zaobírání se svou postavou a tělesnou hmotností
- □ strach z nadváhy

9. Projevují se u bulimiček změny v osobnosti a chování (např. deprese, úzkostlivost, nervozita apod.)?

- □ ano
- □ ne

10. Domníváte se, že rodina dívky s poruchou příjmu potravy je schopná uhlídat její stravovací návyky?

□ ano

□ ne

11. Potřebuje pacient s poruchou příjmu potravy odbornou léčbu?

□ ano

□ ne

12. Jsou poruchy příjmu potravy celoživotní onemocnění?

□ ano

□ ne

13. Znáte mimo mentální anorexii a bulimii ještě jiné poruchy příjmu potravy? Pokud ano, vypište které.

□ ano, ……

□ ne