

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

**Poruchy příjmu potravy z pohledu studentů
Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové**
Bakalářská práce

Autor:	Lucie Rösslerová
Studijní program:	Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii (SPETB)
Rok studia:	akademický rok 2016 -2017
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Petra Kalibová



Zadání bakalářské práce

Autor: Lucie Rösslerová

Studium: P14P0460

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii

Název bakalářské práce: **Poruchy příjmu potravy z pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové**

Název bakalářské práce AJ: Eating Disorders from the Perspective of the Pedagogic Faculty's Students of the University of Hradec Králové

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové na poruchy příjmu potravy. Teoretická část práce se věnuje pojmům anorexie, bulimie, psychogenní přejídání, ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Výzkumné šetření bude realizováno metodou dotazníku mezi studenty PdF UHK. Cílem práce je zjištění informovanosti studentů PdF UHK jako budoucích pracovníků pomáhajících profesí o poruchách příjmu potravy.

KRCH, František David. Bulimie, jak bojovat s přejídáním. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2 KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7 KRCH, František David. Mentální anorexie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. Rádci pro život. ISBN 80-7178-598-9

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Kalibová

Oponent: doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma "Poruchy příjmu potravy z pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové" vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne ...

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:.....

Podpis studenta:.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. et Mgr. Petře Kalibové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce a Ing. et Bc. Stanislavu Michkovi, Ph.D. za konzultace ohledně statistického zpracování.

Anotace

RÖSSLEROVÁ, Lucie. *Poruchy příjmu potravy z pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové*. Hradec Králové. 2017. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Petra Kalibová.

Bakalářská práce se zabývá problematikou pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové na poruchy příjmu potravy. Teoretická část práce se zaměřuje na pojmy anorexie, bulimie, psychogenní přejídání, ortorexie, bigorexie, drunkorexie a vývojové hledisko snáze postihnutelných jedinců. Výzkumné šetření bude realizováno metodou dotazníku mezi studenty Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Cílem práce je zjištění informovanosti studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové jako budoucích pracovníků pomáhajících profesí o poruchách příjmu potravy.

Klíčová slova

Mentální anorexie – mentální bulimie – psychogenní přejídání – ortorexie – bigorexie - drunkorexie

Annotation

RÖSSLEROVÁ, Lucie. *Eating Disorder from the Perspective of the Pedagogic Faculty's Students of the University of Hradec Králové*. Hradec Králové. 2017. Bachelor work. Pedagogic Faculty of University of Hradec Králové.

The topic of my bachelor work is „Eating Disorder from the Perspective of the Pedagogic Faculty's Students of the University of Hradec Králové. The theoretical part is about concepts: anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenic overeating, orthorexia, bigorexia, drunkorexia and development's aspects of humans with easier predisposition of disorder. The research survey will be realized by the method questionnaire between Pedagogic Faculty's students of the University of Hradec Králové. The purpose of this work is finding information of students as future worker helping professions about eating disorder.

Keywords:

Anorexia nervosa – bulimia nervosa – psychogenic overeating – orthorexia – bigorexia – drunkorexia

Obsah

Úvod.....	9
1 Problematika poruch příjmu potravy.....	11
1.1 Mentální anorexie.....	16
1.2 Mentální bulimie	23
1.3 Psychogenní přejídání	26
1.4 Nově vymezené poruchy příjmu potravy	27
1.4.1 Ortorexie	27
1.4.2 Bigorexie.....	28
1.4.3 Drunkorexie	29
2 Krizová vývojová období pro poruchy příjmu potravy	30
2.1 Adolescence	30
2.2 Mladá dospělost	33
3 Pohled studentů Pedagogické fakulty UHK na poruchy příjmu potravy	36
3.1 Teoretická východiska empirického šetření.....	36
3.2 Reálné hypotézy a úkoly	38
3.3 Analýza výzkumného nástroje	38
3.4 Organizace výzkumu.....	39
3.5 Analýza vzorku	42
3.6 Presentace výsledků	43
3.7 Diskuze výsledků	55
3.8 Vyhodnocení hypotéz.....	57
Závěr	59
Seznam grafů a tabulek.....	60
Zdroje.....	61

Úvod

Práce na téma poruchy příjmu potravy z pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové (také UHK) byla vybrána z důvodu nedostatku výzkumů u studentů na Pedagogické fakultě ohledně této problematiky. Je důležité vědět, jaké poznatky studenti oborů pomáhajících profesí mají o tomto okruhu problémů, zda je znají z vlastní zkušenosti či by onemocnění dokázali poznat. Občas je v práci uváděn pouze ženský rod, avšak je nutné si uvědomit, že poruchy příjmu potravy se netýkají pouze žen, ale jsou do toho také začleněni muži, přestože žen, bojujících s onemocněním tohoto druhu je daleko více.

S oporou o analýzu odborné literatury je cílem práce zjistit a popsat úroveň informovanosti studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové a jejich zainteresovanost v této problematice.

Vědecko-výzkumný problém je formulován na základě toho, zda studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové považují poruchy příjmu potravy za závažný problém. Pelikán tvrdí, že výzkumným předpokladem úspěšnosti je přesná formulace a vymezení výzkumného problému (Pelikán, 2007, str. 37). První cesta je pro něj pedagogická praxe, druhým zdrojem odborná literatura a třetí cesta vede k vlastní výzkumné otázce. Pelikán tvrdí, že správný výzkum nekončí tečkou, ale novými otázkami.

Ústřední hypotéza je stanovena: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové mají základní informace o poruchách příjmu potravy. Hypotéza je podložena tvrzením Ellingerové, která dělala výzkum u žáků základní a střední školy s výzkumnou otázkou, zda středoškoláci mají větší informovanost o poruchách příjmu potravy než žáci základní školy (Ellingerová, 2009 str. 72). Její výzkum přinesl výsledky potvrzující hypotézu o tom, že středoškoláci mají větší informovanost. Může být tedy předpokládáno, že vysokoškoláci budou více informováni a budou mít poznatky o poruchách příjmu potravy.

Charakter práce je teoreticko-empirický a empirické šetření bude kvantitativní povahy. Práce bude zpracována metodou literární, obecně logickými metodami a explorativní metodou - technikou dotazníku. Dle Reichela je dotazník kvantitativního šetření členěn na nestrukturovaný, polostrukturovaný a strukturovaný (Reichel, 2009, str. 118). Pro výzkumné šetření bakalářské práce byla zvolena poslední metoda - strukturovaný

dotazník (viz příloha B) z toho důvodu, že se vychází z předpokladu o dostupnosti dat a respondentů a také proto, že strukturovaný dotazník je časově méně náročný pro dotazované, než nestrukturovaný dotazník. Předpokládá se větší počet oslovených osob a tím i získání většího množství dat. Ačkoliv se musí brát v potaz neurčitá validita některých dotazníků, které mohou být šířeny různým způsobem (papírová podoba, internet) nebo z důvodu nedostatečného zastoupení mužské populace na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové, již na začátku dotazníku je předkládána důležitá informace o anonymitě dotazníku a jeho využití pouze pro bakalářskou práci. Respondenty kvantitativního šetření jsou studenti výše popsané Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové v bakalářských a magisterských oborech.

1 Problematika poruch příjmu potravy

Jedná se o onemocnění charakteristické poruchou myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Nastávají deformace vnímání proporcí vlastního těla, kdy se jedinec vidí rozměrnější, než ve skutečnosti je. Hlavními chorobami jsou anorexie nervosa a bulimie nervosa, které mají společné rysy v přímém vztahu k nutričnímu stavu. Primární symptomy jsou kolísání tělesné hmotnosti, respektive pokles a převládající stav hladovění (Faltus, 1996, str. 124).

Mezinárodní klasifikace nemocí se v rámci popisu klinických příznaků a diagnostických vodítek zmiňuje o poruchách příjmu potravy ve skupině (F50 - F59) Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (MKN-10. 1992, str. 155). V přehledu jsou poruchy příjmu potravy rozděleny na mentální anorexii (F50.0), atypickou mentální anorexii (F50.1), mentální bulimii (F50.2), atypickou mentální bulimii (F50.3), přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4), zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5), jiné poruchy příjmu jídla (F50.6) a porucha příjmu jídla nespecifikovaná (F50.9).

Smolík porovnává MKN 10 a manuál DSM-IV a uvádí, že druhý řečený dokument je celkově progresivnější a zachovává tradiční spojení obou okruhů do jediného oddílu (Smolík, 1996, str. 304). V dokumentu DSM -V je vše uváděno s dvojitým číslováním, tedy vlastním DSM - V a také používaném v MKN 10 (RABOCH a kol., 2015, str. 23). První hlavní kapitolou je Pika (307.52), která je v MKN rozdělena na U dětí (F98.3) a U dospělých (F50.8). Dále je rozděleno na Ruminační poruchu (307.53; F98.21), Psychogenní ztrátu chuti k jídlu (307.59; F50.8), Mentální anorexii (307.1), s podkategoriemi Restriktivní typ (F50.01) a Záchvatovité přejídání, purgativní typ (F50.02). Následuje Mentální bulimie (307.51; F50.2), Psychogenní přejídání (307.51; F50.8), Jiná specifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování (307.59; F50.8) a Nespecifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování (307.50; F50.9). Je možné vidět, že řazení sice stírá hranice, avšak některé jsou v MKN dány úplně do jiných kategorií a souvislosti jsou jen zmíněny.

Historie

V historickém kontextu byli vždy idealizováni jedinci s mohutnou a silnou postavou. Ti také většinou patřili k vyšším vrstvám, jelikož dobře živený jedinec byl známkou toho,

že netrpí bídou (Faltus, 1977, str. 36). Přes všechny tyto aspekty je však možné zaznamenat hladovění nebo přijímání nedostatečného množství hodnotné stravy. Nicméně se téměř vždy jednalo o diety, které byly součástí rituálu, obřadu, protestního činu či reakcí na špatné životní podmínky (Marádová, 2007, str. 5).

V dnešní době je běžné všem připomínat důsledky obezity, které jsou katastrofální, ale až se zvyšující se problematikou se začínají objevovat narážky i na přílišnou štíhlost, až vyhublost spějící k anorexii. Lidé s obezitou jsou dnes a denně vystaveni stresu a stresovým faktorům od svého okolí v běžných, denních činnostech. Zdravotní problémy obézních jsou neméně důležité a patří mezi ně srdeční problémy, žlučové kameny, slabost, únava, různé záněty, kardiovaskulární problémy, otoky, bolesti svalů a další. Proč se tedy nikde neprezentuje, že vyhublost má některé z těchto problémů také. Tělo nezvládá ani jeden z extrémů a optimálně na to reaguje (Bovey, 1995, str. 239).

Grogan tvrdí, že v bohatých západních společnostech byla štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností (Grogan, 2000, str. 60). Oproti tomu nadváha je spojována s leností, nedostatkem vůle a ztrátou kontroly. Pro ženy i pro muže je v tomto kulturním ideálu důležité mít postavu pevnou, ženy štíhlou a muži přiměřeně svalnatou. Avšak uvádí, že obě pohlaví mají jinou motivaci ke cvičení. Ženy cvičí, aby měly pod kontrolou svoji tělesnou hmotnost, změnu postavy, přitažlivost, zdraví nebo je k tomu nutí společenské důvody. Pro muže je důležitější mít více vyvinuté svaly, lepší svalový tonus. Pro některé to ale není natolik důležité a tvrdí, že by to dokázali, pokud by vážně chtěli.

Přestože poruchy příjmu potravy jsou poněkud novodobá záležitost, nejedná se však doslovně o problém dnešní doby. Pouze byla tato nemoc - závislost, až nyní zařazena do kategorie "psychicko-somatické onemocnění". Shody mezi chorobnými poruchami vztahu k jídlu a klasickými návykovými nemocemi svědčí o tom, že se jedná o onemocnění vyžadující odpovídající léčbu. U poruch příjmu potravy se sice neprojevují abstinenci příznaky a zvyšování dávek tak silně jako u narkomanů a alkoholiků, avšak hodně pacientů má sklon v průběhu nemoci omezovat dávku jídla, což odpovídá zvyšování dávky u narkomana (Leinold, 1995, str. 10).

Při ohlédnutí se do dávné historie a cestou do současnosti, byli vždy muži zobrazováni s výraznou maskulinitou, což mělo zdůrazňovat tělesnou sílu. Avšak ženy se postupem

času měnily a s nimi i ideál krásy své doby. V 19. století byly ženy vyobrazeny s postavami korpulentnějšími, kdežto již ve 20. století byly pozvedány celebrity a modelky s úzkým pasem (Eco, 2015, str. 420). Nolen-Hoeksema uvádí příklad porovnání dvou fotek celebrit - jedna je z padesátých let 20. století a druhá současná (Nolen-Hoeksema, 2012, str. 439). Při srovnání je snadné si všimnout, že současná celebrita má mnohem štíhlejší boky a stehna, tedy partie, které ženy nejvíce uvádějí jako problematická, a se kterými jsou nejméně spokojené.

Příčiny

Poruchy příjmu potravy jsou stále více diskutované téma na veřejnosti. Onemocnění tohoto typu se stala zjednodušenou, extrémní reakcí na problémy osobní spokojenosti, společenského úspěchu a zdraví. Jde o kontrolu, kterou nad sebou člověk má. Avšak krátkodobý úspěch jen posiluje nepřiměřená očekávání a dostává jedince do čím dál většího zoufalství a pocitu neschopnosti. Co se týče mentální bulimie, jedná se spíše o emocionální a duševní faktory, které člověka ovlivňují. V každém případě se jedná o intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem (Marádová, 2007, str. 6).

Na poruchách příjmu potravy je nejnebezpečnější to, že přicházejí nenápadně a často jsou tedy i po dlouhou dobu snadno utajitelné. Nefunguje to tak, že by si někdo řekl, že teď bude jíst pouze jogurt a jablko, ale postupem času si zakazuje určitá jídla, například večeri, poté svačinu ... Je možné, že některé dívky tají poruchu i před sebou samými. Nepřiznají si, že jsou nemocné a potřebovaly by pomoc. Postupem času ovšem okolí začne vnímat změny (Bröhmová, 1999, str. 52).

Člověk má velmi subjektivní vnímání a prožívání svého vlastního těla, ale je také ovlivňován společenským vlivem. Představu o těle určuje zkušenost a vliv působení informací z prostředí. Jsou vývojová období, kdy je člověk více zranitelný, než kdy jindy. Mezi tato období patří například adolescence, kdy dochází ke změně stavby těla a jedinec prochází i psychologickými změnami (Grogan, 2000, str. 12).

Pro některé lidi je těžké pochopit, jaké pocity mohou jedinci trpící poruchami příjmu potravy vnímat a jak na ně působí nepatrný nárůst váhy a pohled na jídlo. Pro většinu lidí je těžké snést fyzickou bolest, stres a utrpení spojené s hladověním. Pro některé to však přináší úlevu (byť jen krátkodobou) a rychlé řešení stresové situace. Avšak

problémy se tím nevyřeší a občas jsou také tímto způsobem prohlubovány (Papežová, 2012, str. 16). Každý z nás ví, že psychická stránka je spojena se somatickou stránkou naší osobnosti. Pokud má člověk tělesné potíže, odrazí se to v psychice a opačně. Pokud je člověk ve stresu či napětí, může se to projevit například nechutenstvím či ztrátou zájmu (Matějček, 2001, str. 11).

Typické rysy osobnosti, které neodmyslitelně patří k poruchám příjmu potravy, jsou odvozeny od míry stresu a frustrační tolerance jedince. Vše může být ovlivněno osobností, povahou a situací, ve které se zrovna člověk nachází. Častý je perfekcionismus a snaha být nejlepší ze všech, které je v důsledku nízkého sebevědomí. Mnoho nemocných jedinců má nerealistická velká očekávání v různých životních sférách a mohou mít tendenci sami sebe trestat za to, že si v nich neumí poradit. S tím souvisí veliká zranitelnost a nejistota ohledně sebe sama a nedostatek sebedůvěry vede k touze zalíbit se ostatním. Obvyklá je také častá závislost, potřeba vedení od ostatních a vnímání sebe sama jako neschopného, bezmocného člověka. Objevuje se také puritánství a asketismus, kdy člověk překonává vlastní potřeby, včetně jídla. Sám to může vnímat jako morální a očišťující činnost. Pro bulimii a psychogenní přejídání je typická impulzivita a výbušnost (Papežová, 2012, str. 20).

Obecně poměrně častým problémem je také komorbidita. Jedná se o kombinaci poruch příjmu potravy a dalších onemocnění, nejčastěji poruchy nálad, úzkostné poruchy, závislosti na návykových látkách nebo dokonce spojení s ADHD a poruchy autistického spektra. Na všechny formy existuje nějaká léčba, která však není funkční sama o sobě, je třeba aktivního přístupu a změn v jídelním chování nemocného (Papežová, 2012, str. 37).

Příčiny poruch příjmu potravy jsou různé, nicméně se zakládají na tom, že z počátku to nese výhody a nevýhody si jedinec uvědomuje, až když je pozdě. Mezi příčiny řadí Middleton a Smith například šikanu, zneužívání, problémy s nízkým sebehodnocením, traumatické zážitky, úzkost, deprese, stres, tlak na výkon, pohyb v prostředí, kde existuje tlak na štíhlost (tanec, gymnastika) a předchozí problémy s váhou (Middleton, Smith, 2010, str. 28 - 34). Důvodem spadnutí do poruch příjmu potravy je nabídka naděje a pomoci, změna sebehodnocení a navýšení sebevědomí, pomoc s vyrovnáváním se při zátěžové situaci a zoufalé hledání řešení.

Média

Z hlediska společnosti je vyvíjen tlak na ženy z různých míst. Přestože trend, kdy na vedoucích pozicích byli pouze muži, již pomalu mizí, stále jsou ženy zpochybňovány a znevýhodňovány. Média a různé firmy se pro své komerční strategie, zaměřené na ženy, drží nabídek, které slibují různé společenské ideály. Týká se to změny osobnosti k lepšímu, diet, módy, kosmetických přípravků a snaze čelit stárnutí. Vše je ovlivněno tím, že již od dětství slýchají, že by se měly starat o to, jak vypadají a média to vše jen podtrhují. Média jsou jen obrovský byznys založený na pochybnostech ženy o vlastním zevnějšku (Hall, Cohn, 2003, str. 10 - 14).

Média spojená s kultem krásy jsou stále diskutovanější téma. Posiluje se vliv štíhlých modelek, jejichž vzhled slouží jako vzor pro standard krásy pro ostatní ženy. Média jsou obviňována ze zkreslování reality, kdy jsou modelky a celebrity v každém případě extrémně štíhlé, buď přirozeně, nebo jako produkt jejich výjimečného úsilí. Tento obraz však nepředstavuje realitu, nýbrž pouze strategii a od reality a všední skutečnosti to má daleko (Novák, 2010, str. 59).

Příznaky

Poruchy příjmu potravy mají velmi specifické příznaky, které nemusí být viditelné hned od začátku. Jedná se o změny v jídelníčku, nejdříve jen selekce nezdravých potravin, avšak postupem času se zákaz rozšíří na vše, kromě dietních potravin. S tím souvisí také změny ve stravovacím režimu, kdy si nemocní jedinci nevezmou nic, co by mohlo být navíc a mají tendenci vyhýbat se i hlavnímu jídlu. Jako argumenty mají nedostatek času, chuti a začínají vznikat různé podvody s jídlem. V případě, že společně jedí, porovnávají se s ostatními, chtějí menší porce, nadměrně žvýkají, v jídle se spíše nimrají, jedí pomalu a maličké dávky. Na nucení k jídlu často reagují silným odporem, výhrůzkami, citovým vydíráním a mají na vše protiargument. Nemocní také mění své návyky ohledně chuti, hodně solí, pijí kávu nebo hodně vody, aby měli plný žaludek. Druhý extrém je, že nepijí vůbec a hrozí jim dehydratace. Ve většině případů se však během jídla snaží stranit společnosti a přecitlivěle reagují na projevy u jídla, jako je mlaskání. Typické je pro toto onemocnění i zvýšená pohybová aktivita, kdy člověk nedokáže relaxovat a sedět na místě, ale musí neustále pobíhat a cvičit. Zhoršuje se jim schopnost se soustředit a přichází únava, vyčerpanost a apatie. Projevují se také zdravotní obtíže jako je zácpa, porucha menstruačního cyklu, zimomřivost, padání

vlasů, zhoršení pleti a objevování se jemného ochlupení na těle. Po prvním zhubnutí se sice zvyšuje sebevědomí, avšak s postupem času se jedinec začíná uzavírat do sebe, zhorší se mu celková nálada, projeví se silná přecitlivělost a začne se vyhýbat rodině i přátelům (Marádová, 2007, str. 11 - 12)

Výjimky v dětském věku

Poruchy příjmu potravy se nemusí projevovat pouze u adolescentních dívek, ale také se výjimečně mohou objevit u menších dětí. Většinou se jedná o období, kdy jedinec prochází nějakou krizí, ať už vývojovou či subjektivní. V tomto období však poruchy příjmu potravy mohou mít dalekosáhlejší destruktivní účinky na biologické, socio-kulturní i psychologické úrovni. Koutek uvádí kritéria, kterými je nutné se při diagnostice řídit, neboť se u dětí poruchy projevují trochu jiným způsobem, než u dospělejších jedinců (Koutek in Hort a kol., 2008, str. 275). Klasifikace je zaměřena na úmyslný úbytek tělesné hmotnosti, nepřiměřené vnímání a přesvědčení o vlastní hmotnosti či postavě, dále také chorobné zabývání se svojí váhou. Strach z přibírání je zde totožný jako u kohokoliv jiného, ač v rozdílném věku. Mentální bulimie se však u dětí vyskytuje zřídka. Děti mohou trpět emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu (přítomno vyhýbání se jídlu, úbytek váhy a poruchy nálady, avšak vnímání svého těla, hmotnosti a postavy narušeno není), syndromem vybíravosti v jídlu (dítě má pouze dvě nebo tři potraviny, které je schopno a ochotno pozřít) nebo syndromem pervazivního odmítání (stav spojovaný s odmítáním jídla, pití, mluvení, pohybu i péče o sebe, nejčastěji projevované u dívek mezi 8 a 14 lety).

1.1 Mentální anorexie

Nemoc spadající do poruch příjmu potravy, která svým počátkem a průběhem není u každého identická, může být těžko rozpoznatelná a hůře léčitelná. Jedná se o psychické onemocnění, kdy nemocný je pohlcen utkvělou představou o svém těle. Jedinec se vidí jako tlustý, obézní nebo alespoň vidí nutnost zhubnout, přestože je jeho tělo již vyhublé. V základu této nemoci je snížený příjem energie a naopak zvýšený její výdej. To znamená, že jedinec omezí potraviny a živiny na minimum a snaží se veškerou energii předat do aktivně fyzického životního spektra (Krch, 2002). Přestože při doslovném překladu slova anorexie jde o ztrátu chuti k jídlu, nemoc na tomto podnětu vystavěna není. Pacientky (ve většině případů tedy ženy a dívky) nepřichází o chuť k jídlu jako takovou, ale nacházejí potěšení v boji s hladem a jeho přísnou

kontrolou a ovládnutím se (Kocourková, 1997). Navíc hlad není o tom, že tělo pozná prázdný žaludek, nýbrž se vše odehrává v mozku, který vysílá signály a určuje pocit hladu a sytosti. Výsledkem má být motivace jíst, s čímž nemocní usilovně bojují. Pokud by byl však hypotalamus v mozku narušen, docházelo by ke ztrátě hladu či pocitu sytosti a mohlo by to vést k jednomu (obezita) nebo druhému (smrt z nedostatku potravy) extrému (Nolen-Hoeksema, 2012, str. 432). Na počátku nemoci se projevuje velké nadšení z ubývajících kil, přibývajících nachozených kilometrů a sport vnímá jedinec jako útěk z reality od svých problémů. Postupem času, jak tělo slábne, upadá i aktivita a jedinec se začíná utápět v depresích a sebekritizování (Krch, 2002).

Mentální anorexie je spontánní hladovění, které má dlouhodobý charakter a není prováděno z jiných, například náboženských či očistných důvodů. Jedná se o patologický jev, při kterém dochází k poruše vztahu k vlastnímu organismu. Fraňková se zmiňuje, že již ve 2. století popsal Galén příznaky mentální anorexie. Na vývoji nemoci se výrazně podepsaly estetické normy a představy společnosti o ideálu žen, dívek a jejich postav (Fraňková, 1996, str. 77).

Dle Faltuse trpí anorexií čili duševním nechutenstvím zejména mladé dívky ve věku puberty (Faltus, 1977, str. 148). Jako projevy zveřejňuje odmítání jídla, nechutenství, ztráta pocitu hladu, fyzické obtíže, zamezení růstu zrání pohlavních buněk a nazývá to jako poruchu samotného pudu obživy. Hlavní příčinou bývá strach z tloušťky nebo z dospívání. Dívky také může děsit povinnost převzít roli dospělé ženy. Papežová tvrdí, že v poměru onemocnění dívky vs. chlapci, připadá na jednoho chlapce 10 dívek propadnuvší této nemoci (Papežová, 2004, str. 113). Jako důvody udává výsledky působení sociálních, kulturních a biologických faktorů s přispěním snížených psychologických mechanismů a osobní zranitelnosti jedince.

Ve své knize nabízejí Kocourková s Koutkem a Leblem krátké nahlédnutí do kazuistik patientek pro podporu svých zjištění (Kocourková a kol., 1997, str. 75 – 78, 91 – 93, 125). V téměř každé z nich je udána informace o inteligenčním kvocientu dívek a chlapců, o kterých jsou záznamy sepsány. V drtivé většině vyšlo z psychologického vyšetření nadprůměrný intelekt a cit pro perfekcionismus. Dívky mají často tendenci zavděčit se rodičům, případně matce a pro své vlastní uspokojení potřebují být nejlepší v tom, co dělají.

Pro okolí může být těžké přijmout člověka s poruchou příjmu potravy, jelikož se takový člověk chová sobecky, často nemístně a provokativně. Je ale nutné si uvědomit, že se ve většině případů jedná o vyjádření neštěstí a stresu. Pro nemocného je nárůst hmotnosti spojen s děsivými představami. Anorexie je specifická tím, že na rozdíl od hladovky se jedinci snaží snížit a udržet co nejnižší váhu. Při hladovce jedinci končí s dietou ve chvíli, kdy dosáhnou svého cíle (Papežová, 2012, str. 12).

Přestože motto: „nejíst“ bylo to, s čím do toho šli, pomalu se všechno s postupem nemoci mění. Krch doslovně říká, že: „to co zprvu přinášelo uspokojení (omezování se v jídle, zvracení a vyhublost), si nemocného postupně stále více zotročuje“ (Krch, 2002, str. 55). Přes to všechno se nedaří objevit specifickou příčinu, takže se na ni při léčbě nelze zaměřit. Jako příčiny se jeví sociální a kulturní faktory, nepříznivé životní události, chronické obtíže, nedostatečné sociální a rozhodovací dovednosti a biologické a genetické faktory. Častým důvodem pro držení diety je nárůst tělesné hmotnosti, esteticky nevhodné rozložení tělesného tuku a celkový tělesný vzhled. Příkladem mohou být matky nebo starší sestry, které dietu drží. Významnou roli hraje také nejistota spojená se změnami v dospívání, v rodině, osobní zájmy, zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrola, rozvrácené vztahy, alkoholismus v rodině nebo duševní poruchy u rodičů. To se jedná spíše o rizikový faktor, který znesnadňuje následné léčení. Z hlediska školy je důležité, aby se nemocný jedinec vyhnul šikaně, ale nesmí být ani zbytečně chráněn před následky svého chování (Marádová, 2007, str. 16).

Faltus udává kritéria, která považuje za nutná pro správnou diagnózu (Faltus, 1979, str. 18). Patří do nich odmítání jídla vedoucí k postupné ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu, postupné snižování tělesné hmotnosti vedoucí až k extrémní vyhublosti, nepřítomnost somatické choroby, která by některé příznaky mohla vyvolávat a nepřítomnost jiného kompletního psychopatologického syndromu. Pak se samozřejmě mohou projevovat i jiné příznaky související s nemocí, jako je třeba střídání anorexie s bulimií, naprostá nekritičnost k vlastnímu tělesnému vzhledu a zdravotnímu stavu, zatajování potíží a sklony k lhavosti.

Přestože Marádová má podobná diagnostická kritéria, zajímá se také o fyziologickou složku osobnosti (Marádová, 2007, str. 7). Pro správnou diagnózu vymezuje BMI nejméně 15 % pod normální úroveň nebo BMI 17,5 a nižší. Pokud onemocnění začalo již před pubertou, vývojové projevy jsou opožděny nebo dokonce zastaveny. Tím je

myšlen růst, nevyvíjení se prsou, nevyvíjení se genitálu. Po uzdravení většinou dochází k normálnímu dokončení puberty. Dalšími kritérii je vyhýbání se pokrmům, po kterých se tloustne, nadměrné cvičení, navozené zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik a přetrvává strach z tloušťky. Jedinec má vtíravou zkreslenou představu o vlastním těle a popírá závažnost nízké hmotnosti těla.

Muži

Faltus se jako jeden z mála autorů zmiňuje o anorexii u mužů (Faltus, 1979, str. 67). Uvádí poměr 15 - 30 : 1 v poměru ženy : muži. Toto tvrzení podkládá i Dixonová, která tvrdí: "muži pociťují své nedostatky a chyby mnohem méně než ženy." (Dixonová, 1997, str. 25). Koutek však udává poměr 10 : 1 ve prospěch žen, avšak v mladším věku je počet chlapců s tímto onemocněním vyšší (Koutek, 2008, str. 264). Faktorem pro tento jev je postoj společnosti, vyvíjející nepřiměřený tlak pro přizpůsobení se standardu, ignorující ovšem biologickou individualitu každého jedince. Nejvýhodnější strategii pro tento typ ovlivňování představují média a reklamy poukazující na ideální štíhlost. Základní symptomatika je však dle Faltuse u mužů totožná s tou u žen (Faltus, 1979, str. 67). Jelikož z pochopitelných důvodů odpadá ztráta menstruace, mezi hlavní příznaky řadíme ztrátu či výrazné oslabení libida a sníženou schopnost navazovat kontakt s druhým pohlavím. Dokonce bývá udáváno, že emoční poruchy bývají u chlapců hlubší než u dívek. Autor uvádí, že v letech 1961 až 1976 bylo léčeno 5 mladých mužů, avšak nakonec byla anorexie diagnostikována pouze u dvou, zbývající měli depresi, neurózu a tumor hypofyzy. Jeden z diagnostikovaných spáchal sebevraždu.

Hall tvrdí, že muži, trpící mentální anorexií jsou silně znevýhodněni tím, že všechny publikace i terapie jsou víceméně směřovány na ženy (Hall, Cohn, 2003, str. 16). Muž musí při hledání odborné pomoci vynaložit mnohem větší úsilí a v případě nutnosti vystoupit z naučené role a interpretovat si informace z relevantní feministické literatury pro osobní upotřebení.

Výskyt poruch příjmu potravy u mužů je menší než u žen. Napomáhá tomu fakt, že se muži vyhýbají léčbě ze strachu před společenskou stigmatizací. Novák se zmiňuje i o faktu, že dříve byli stereotypy zatíženi i doktoři a odmítali muže na poruchy příjmu potravy diagnostikovat (Novák, 2010, str. 43). Faktorem vzniku onemocnění u mužů je

aktivní provozování sportů, při kterých záleží na tělesné hmotnosti (atletika, jezdectví, gymnastika, plavání a vzpírání) nebo profesní zaměření ve sféře modelingu a tance.

Dopady na osobnost

Mentální anorexie má extrémní dopady na fyzické i psychické zdraví osoby, které se to týká. Běžná tělesná hmotnost se počítá pomocí vzorečku BMI, kdy je tělesná váha v kilogramech dělena výškou na druhou. Jedinci s mentální anorexií se pohybují na hranici podvýživy (18) nebo jsou již hluboko pod ní. Úbytek tělesné váhy vede k vysoké únavě a unavitelnosti organismu, řídnutí kostí, padání vlasů, poškození zubů, vede ke změnám nálady, emocionálního citění a proměně osobnosti. Dlouhodobé hladovění má také za následek poruchy trávení, špatnou motorickou kontrolu, otoky či dokonce sluchové či vizuální poruchy (Krch, 2002, 51 str.). Postupem času se objevuje depresivní syndrom, ztráta zájmu o okolí kromě školního výkonu a zvýšená dráždivost. Jedinec s poruchou má pocit, že i přes extrémní vyhublost je nadále silný a to je důvod stálého držení diety. Následují konflikty s rodinou v rámci odmítání jídla a nucení jíst. Jako obranu nemocní využívají nejrůznější manipulace s jídlem, jako je schovávání nebo následné vyvolávání zvracení (Koutek, 2008, str. 265)

Pro prvotní prožitky je spíše typické svěžest a energie, kterou nemocný jedinec pocítuje při redukci váhy. Únava, ztráta zájmu o okolí a podrážděnost přichází až později. Málková nazývá anorexiu jako chorobné nechutenství a uvádí, že dívky, které trpí touto poruchou, bývají důvěřivé a snaživé oběti současného kultu štíhlosti. Své postoje a hladovky argumentují nezdravostí přejídání se a zdravotními následky obezity (Málková, 2001, str. 74).

Jedinci, kteří mají co dočinění s touto nemocí jsou velmi vybíraví ve výběru potravin a snaží se mít potravu složenou co nejvíce z bílkovin. Hojně také konzumují ovoce a zeleninu. Pokoušejí se vyvarovat tukům a cukrům, avšak zároveň s tím jejich strava postrádá i proteiny a vitamíny. Také se zvyšuje nutkavost ke zvýšenému pohybu nebo dokonce pouze bezúčelné činnosti. Psychické změny se odehrávají postupně, nicméně se objevuje lhavost, podvádění, sklony ke krádežím s následnými depresiemi a stavy úzkosti a pocitu viny (Faltus, 1979, str. 30).

Anorektičky mívají často pocit nadřazenosti nad ostatními v důsledku svých diet a snižování tělesné váhy. Mají dojem, že ostatní jsou slabí a nedokážou se ovládat, co se

týče jídla a stravovacích návyků. Každý den tedy svádějí osobní boj s chutí k jídlu a všemi ostatními lidmi, kteří váží méně než ony. Dívky, které bývaly plaché a vstřícné jsou najednou bojovné a neústupné, naučily se odmítat a říkat ne všem, kteří jim říkají, co by měly dělat. Pokud je již anorexie v takovém stadiu, že je okem pozorovatelná změna na postavě, okolí si začne všimnout a anorektička se stává středem pozornosti. Jedná se o natolik vítanou změnu, kterou nemocná nezná, že si najednou přijde výjimečná, statečná a odhodlaná (Maloney, Kranz, 1997, str. 61).

Faktory vzniku

S největší pravděpodobností se jedná o multifaktoriální onemocnění. V pozadí můžeme vidět vlivy socio-kulturní, individuálně-psychologické, rodinné, biologické a společenské. Dívky se sklony k poruchám příjmu potravy bývají často nápadně přizpůsobivé, ctizádostivé, s perfekcionistickými rysy, často s nadprůměrnou inteligencí a studijními ambicemi (Koutek in Hort a kol., 2008, str. 266).

Mezi nejčastější příčiny jsou odborníky uváděny osobní problémy a společenský tlak. Ženy jsou v dnešní době vystavovány tlaku sdělovacích médií a je jim předkládán ideální vzor. Média je vnitřně přesvědčují, že vše v jejich životě, od krásy, přes osobní štěstí a vlastní hodnotu závisí na jejich vyhublosti (Krch, 2002, 57 str.). Základní symptomatologie dle Fraňkové a Dvořákové - Janů je v sociálním tlaku na kontrolu hmotnosti, hladovění a poklesu hmotnosti a v postoji k vlastnímu tělu (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003, str. 198). Patologický proces nastává ve chvíli, kdy se jídlo a hladovění stane centrem všech zájmů a života jako takového. Dle definice znamená anorexie ztrátu hladu, nicméně nemocní jedinci pocitu hladu dlouho neztrácejí a snaží se je různými prostředky potlačit.

Přestože svět není pouze černobílý, může být příčinou nemoci nejistota nemocného jedince. Jeho otázky jsou kladeny tak, aby si na ně mohl odpovědět jen ano či ne a jedná se o otázky stylu: „Jsem dobrá, štíhlá, chytrá, hezká...., což jsou velmi obecná spojení a každý člověk jako individualita by na ně odpověděl jinak. Anorexií postižené osoby si dávají nereálné cíle, nerealisticky se hodnotí a užívají různé nepřiměřené strategie. Byť jen malé odbočení od vytyčeného cíle je neštěstí a velký problém udávaný v psychice nemocného. Nijak k tomu nepomáhá typické negativistické myšlení zahrnující nepřiměřená a demoralizující očekávání, postoje a představy (Krch, 2002, 177 str.).

Crisp a kolektiv se v rámci dlouhodobé prognózy v anorexii zabývali diagnostickými kritérii a faktory ovlivňujícími vývoj nemoci (Crisp, Kalucy, Lacey, Harding in Vigersky, 1977, str. 55 - 60). Mezi základní a důležité faktory udali genderové hledisko, sociální postavení, věk jedince, rodinu a váhové vzory, váhu jedince před propuknutím nemoci, osobní vztahy, délku trvání nemoci, osobnost nemocného a rodinou anamnézu a následně i motivaci pro léčbu.

Mentální anorexie se, dle autorů Elliot a Place, objevuje spíše až v období puberty (Elliot, Place, 2002, str. 78). Pokud by se projevila dříve, je nutné vyloučit u dítěte tělesné onemocnění před tím, než se začne řešit diagnóza anorexie. Klíčovým faktorem v takovém případě je nahlížení na vlastní tělo. V počátečních fázích intervence nemluví jedinec v kterémkoliv věku o ničem jiném, než o jídle a své tělesné hmotnosti.

Léčba

Vhodné jsou strategické taktiky při jídle. Nemocný jedinec snadněji sní 6 malých porcí, výživově vydatných, než 3 velká jídla. Jde o to, že se nebude cítit absolutně sytý a neměl by mít tendenci jídlo vyzvracet a cítit se vinný. Násilné přesvědčování je nevhodné a pozbývající účinnosti. Mnohem výhodnější je jedincům s poruchou vysvětlovat, co za výživové hodnoty má která potravina. Důležité je i odvést pozornost od negativního myšlení. Dá se to vše zvládnout živou konverzací, psaním, uměním a dalšími kreativními činnostmi (Claude-Pierre, 2001, str. 134 - 138).

V případě onemocnění u dětí je potřeba zaměřit se na léčbu poškození organismu, ale také na psychoterapii pro pochopení příčin a důsledků onemocnění, psychoterapii na změnu stravovacích návyků a životního stylu. Je také třeba neustálý dohled nad dítětem, které ovšem přináší i bolestivá omezení (Marádová, 2007, str. 18).

Papežová uvádí, že výsledky dlouhodobého sledování ukázaly úspěšnost vyléčení u více než jedné třetiny pacientek s anorexií a o něco méně než jedna třetina u pacientek s bulimií (Papežová in Seifertová, 2004, str. 336). Neúplnou remisi (normalizaci váhy) zjistili u 28 % pacientek s anorexií a 40 % s bulimií, nepříznivá prognóza čekala 24 % anorektiček a 33 % bulimiček. Tyto výsledky dokazují, že funkční léčba je možná.

Z medicínského hlediska jsou čtyři možné postupy. Může být léčba pouze ambulantní či hospitalizace, u níž prvním krokem je zrušení důsledků hladovění, tedy zvýšit tělesnou hmotnost a rozpracovat normální skladbu stravy. Další možnou léčbou může být

farmakologická nasazením neuroleptik. Zklidňující léky jsou používány při výrazných poruchách vnímání vlastního těla. Další možností je psychoterapie, avšak ta bývá sama o sobě neúčinná. Avšak kognitivně behaviorální terapie má značné posuny při změnách postojů k jídlu a návykům s tím spojených. Poslední možností je komplexní přístup, který vyžaduje práci více odborníků. Mezi tyto specialisty řadíme psychiatra, internistu, psychologa, gynekologa a další (Smolík, 1996, str. 309).

1.2 Mentální bulimie

Jedná se o cyklus přejídání a pročišťování těla. Na rozdíl od anorexie nebo záchvatovitého přejídání nemá bulimie vliv na tělesnou hmotnost a bývá obtížné ji rozpoznat. Jedinci trpící tímto postižením se navíc snaží své záchvaty přejídání a následující zbavování se stravy a pročišťování utajit. V některých případech mohou bulimici sníst až desetkrát větší porci, než je běžné. Aby nad sebou opět získali kontrolu a nepodlehli svému živočišnému já, snaží se udržet si štíhlou a přitažlivou postavu zvracením. Paradoxem zůstává, že ženy, které trpí touto poruchou, bývají často úspěšné v práci, ve studiu i společenské sféře a na jejich zevnějšku nemusí být nic pozorovatelné (Maloney, 1997, str. 82 - 86).

Jde o abnormální příjem potravy, často se jedná paradoxně o důsledky pokusů o zhubnutí. V 80. letech byla tato nemoc nazývána "disease od theeighties", tedy v překladu nemoc osmdesátých let. V tomto období bylo publikováno více než 1000 statí v odborném tisku (Fraňková, 1996, str. 80). Také se o tomto onemocnění mluví jako o patologickém přejídání. Značí to útěk z reality k jídlu a jeho konzumaci. Člověk nepřijemnou skutečnost popírá, vytěšňuje a pozornost přenáší jinam, k jídlu. Tito jedinci si dokážou přesně vybavit celodenní jídelníček. Nejde o množství zkonsumované stravy, ale o fakt, že se jídlom zaobírají v každé své myšlence (Pokorný a kol., 2002, str. 79).

Mezi základní pilíře nemoci patří neustálé zabývání se jídlom a silná touha po něm. Po nezvládnutí takového stavu se pak jedinci snaží situaci vyřešit zvracením, projímadly, obdobím hladovění, léky. V případě diabetiků se může dokonce projevit tendence o vynechání léčby inzulínem. Také se musí jednat o opakované epizody přejídání - minimálně dvakrát týdně po tři měsíce. Avšak nutkání přejíst se mohou vyskytovat i u některých duševních chorob, jako je třeba deprese, mánie nebo alkoholismus (Marádová, 2007, str. 9).

O atypické mentální bulimii mluvíme v případě, že nemocný jedinec nesplňuje všechna stanovená kritéria diagnostiky bulimie, ale projevuje se u něj téměř typický klinický obraz. Diagnostická vodítka, jež musí jedinec s onemocněním splňovat, jsou neodolatelná touha po jídle s epizodami přejídání se a konzumací velkých dávek v krátkém časovém úseku. Dále je to snaha potlačit účinek jídla vedoucí k nabrání hmotnosti různými způsoby (střídání hladovění, užívání léků). Psychopatologie nemoci spočívá v chorobném strachu z tloušťky (Nešpor, 2011, str. 43). Jídelní režim bulimiček je zpravidla silně chaotický a jsou těsně vázány na zkoumání svých tělesných proporcí, vzhledu a váhy v porovnání s ideálem společnosti. Jídlo se pro ně stává drogou a typickým se stává chování, kdy je nezadržitelná touha hltat nadměrné množství jídla střídána s hladovkami, zvracením či užíváním projímadel. Mají iluzi štěstí, kterou zažívají z prvních váhových úbytků, avšak ta je rychle nahrazena pocity beznaděje a zoufalství (Málková, 2001, str. 76).

Příčiny

Bulimie často vzniká po léčené i neléčené anorektické fázi, se kterou má společnou touhu po nezdravé a nereálné štíhlosti. Hranice mezi těmito dvěma formami jsou natolik neznatelné, že mohou dokonce přecházet jedna v druhou. Tato spojení však násobí zdravotní problémy, které s tím jdou ruku v ruce. V případě této nemoci není častý žádný viditelný pokles či nárůst hmotnosti, a tak je možné ji tajit i několik let (Papežová, 2012, str. 13).

Ke konstrukci body image přispívá v základu rodina a následně vliv kultury. Jedná se o nejobvyklejší okolnost pro vznik poruchy příjmu potravy. Občas se i stane, že rodiče dítě chválí za jeho sebekontrolu a disciplínu, ovšem jen do doby, kdy se dítě stává extrémně vyhublým, pak nastává opak (Novák, 2010, str. 22).

Psychické obtíže

Nemocní jedinci věnují veškerou svoji pozornost stravě a věcí kolem ní. Přizpůsobují jídlu celý svůj život. Cooper tvrdí, že bulimie významně narušuje psychickou pohodu postižených a jejich společenský život (Cooper, 1995, str. 38 – 42). Časté jsou u těchto lidí symptomy deprese a úzkosti. Mezi hlavní depresivní příznaky je řazen pocit viny, špatná koncentrace pozornosti, pocit bezcennosti, nedostatek energie a ztráta sebedůvěry. Velké procentuální zastoupení postižených jedinců pociťuje odpor vůči

sobě samým za slabou vůli a litují toho, co provedli. Mají vysoké výkyvy nálad, a proto mají narušené sociální vztahy. Mezi další důležité faktory patří ekonomické problémy, jelikož je přejídání a následné zvracení nebo jiná kompenzace finančně náročné.

Dle Hall je bulimie poruchou prožívání a myšlení (Hall, Cohn, 2003, str. 29 -31). Přejídání zatlačí do pozadí všechny ostatní pocity, jelikož zaměstná plnou pozornost. Je to jediné zvládnutí emocí, které bulimičky znají a umí. Nemocní s bulimií dokáží jen velmi těžko identifikovat své emoce a mluvit o nich, často je zaměňují za pocit hladu. Bývá uváděno, že jsou bez energie, nesoustředěné a depresivní. Také mají zkreslenou, černobílou představu o všem kolem i o vlastním těle. Existují pro ně pouze dva extrémy - jídlo dobré či špatné, tělo štíhlé nebo tlusté, nic mezi tím nevidí. Nemít věci pod kontrolou pro ně znamená být úplně bez sebe. Jediná chvíle klidu a bezpečí pro ně jsou vytvořené rituály, které ovšem většinou souvisejí s jídlem a tělesným schématem. Jedná se o aranžování jídla na talíři, počítání kalorií, soustavné pojídání nebo prohlížení se v zrcadle.

Fyzické obtíže

Fyzické obtíže se projevují jako důsledek přejídání nebo jeho kompenzace. Jedinci pociťují vinu a úzkost po pozření potravy, proto se snaží zbavit těchto pocitů. Po každém přejedení jedinec pociťuje nepříjemné pocity přeplněného žaludku a nadmutosti. Někdy se také může projevit akutní bolest břicha a časté jsou střevní potíže, průjemy a zácpy. Všechny tyto pocity mohou vést ke ztrátě dechu, jelikož žaludek tlačí na bránici nebo k narušení stěny žaludku. Tímto jednáním se dostávají do koloběhu zvracení a používání podpurných léčiv. Při zvracení dochází k porušení zubní skloviny, otékání slinných žláz, což má za následek nebolestivý otok ve tváři a vytváří efekt baculatosti. Mohou se také projevit mikrotraumata v oblasti krku, která jsou způsobena předmětem, kterým jedinci s tímto onemocněním vyvolávají zvracení. Pokud se pokoušejí při zvracení o výplach žaludku, tedy že opakovaně zvrací a pijí vodu, velmi si tím narušují rovnováhu tělesných tekutin a solí. (Cooper, 1995).

Léčba

Smolík udává, že doposud neexistuje jednotný názor na způsob léčby mentální bulimie (Smolík, 1996, str. 313). Byly vypracovány komplexní metody využívající efektivitu

pozitivního hodnocení, plnění stanovených režimů a zpětné vazby. Někdy je výhodná aplikace antidepresiv.

Dle Papežové je cílem léčby u bulimie redukce přejídání a zvracení, akceptace optimálně stanovené váhy pro stabilitu jedince fyziologickou i emoční, nastolení pravidelné, pestré stravy a volit adekvátní tělesnou zátěž (Papežová in Seifertová, 2004, str. 338).

1.3 Psychogenní přejídání

Přejídání je chápáno jako jídelní epizoda s dvěma charakteristickými rysy. Jako první je snědenu obrovské množství jídla a za druhé je jídlo provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly. Téměř vždy probíhá přejídání tajně, samozřejmě záměrně a okolí o ničem neví. Takovéto chování vyžaduje poměrně dost lstivosti, důvtipu a podvádění (Cooper, 1995, str. 20).

Během záchvatu žravosti jsou jedinci s touto poruchou schopni pozřít 8 000 až 10 000 kalorií (někdy i 15 000 až 20 000), což je množství, které běžně sníst ani nejde. Ve většině času jsou konzumovány sladké a tučné pokrmy. Celé toto obžerství končí teprve tehdy, až když se do žaludku nic nevejde. Po záchvatu pociťují jedinci stejně velké nutkání ke zvracení, jako předtím k pozření jídla. Celou situaci ještě zhoršují využitá projímadla a močopudné prostředky. Nic z toho však nemocného člověka neuklidní v boji s neustálým strachem ze zvýšení tělesné hmotnosti (Leibold, 1995, str. 35).

Mezi metody kompenzace patří diety, zvracení, zneužívání laxativ a diuretik a další metody snižování tělesné hmotnosti. Jedinci trpící bulimií se snaží zařazovat do svých kompenzačních diet z důvodu omezení množství jídla, které zkonsumují. Buď se snaží o extrém v rámci půstu nebo omezení jídla na malý přísun kalorií. Poslední metoda je vyhýbání se určitému druhu potravin a označují si je za "zakázané, špatné nebo nebezpečné" (Cooper, 1995, str. 27).

Maloney a Kranzová tvrdí, že jednotlivé poruchy příjmu potravy mají mnoho společného a často se prolínají (Maloney, Kranzová, 1997, str. 84). Striktní dodržování diet může snadno přejít v záchvatovité přejídání nebo bulimické záchvaty. Toto vše může být přerušováno anorektickým obdobím hladovění. Autor uvádí, že polovina diagnostikovaných anorektiček se později stává bulimičkami. Oproti tomu Málková tvrdí, že o záchvatovité přejídání se jedná teprve tehdy, když se nekontrolované

přejídání opakuje s navyklou pravidelností a obvykle není redukováno zvracením, jak tomu bývá u bulimie (Málková, 2001, str. 76). Dokonce lze poruchy příjmu potravy porovnávat a spojovat s návykovými problémy, tedy závislostí látkovou i nelátkovou. Nešpor dokonce bulimii přirovnává ke cravingu, což připomíná znaky závislosti (Nešpor, 2011, str. 44). V některých případech může vést bulimie k závislosti (například na alkoholu) a opačně, tedy alkoholismus vedoucí k poruchám příjmu potravy. Společná léčba je pak velmi komplikovaná i z toho důvodu, že jsou silně narušeny osobní vztahy.

Dle Coopera se přibližně pětina bulimiček snaží kompenzovat své jídelní epizody užíváním projímadel z důvodu představy, že to sníží absorpci potravy (Cooper, 1995, str. 32). Při dlouhodobém používání laxativ je nutné pro dosažení účinku zvyšovat dávky. Navíc laxativa zadržují vodu v těle a vedou k edémům, které nejsou žádoucí a jedinci se to snaží kompenzovat diuretiky.

V rámci psychogenního přejídání se také občas objevuje pojem noční přejídání. Jedná se o stavy, většinou obézních pacientů, kdy jsou schopni v noci pozřít nejméně jednu čtvrtinu celkového množství kalorií, stráveného během dne, a to vše až večer, po večeři. Po takovéto noční epizodě následuje zanedbání snídaně, pocit viny a nastavení hladovky. Tato forma byla popsána již v roce 1955, tedy o 4 roky dříve než syndrom psychogenního přejídání. Jedinci trpící tímto onemocněním se za své jednání stydí a k lékaři přichází pozdě, až se zdravotními následky obezity. Noční přejídání bývá často spojeno s dalšími psychickými chorobami (Papežová, 2012, str. 14).

1.4 Nově vymezené poruchy příjmu potravy

V poslední době se čím dál častěji mluví o nových, resp. alternativních poruchách příjmu potravy. Jedná se o orthorexii, bigorexii a drunkorexii. Lidé nejsou spokojeni se svou postavou a snaží se sami sebe radikálně změnit. Věnují hodně času tomu, co jedí, jak sportují, až do chvíle, kdy tomu úplně propadnou. Dostávají se tím do extrémů, který je může ohrozit na zdraví, psychice nebo dokonce na životě.

1.4.1 Ortorexie

Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou. V prvopočátku se jedná pouze o vyhledávání „těch správných“ potravin a obchodů. Dále následuje zjišťování, jak se které potraviny zpracovávají a vyrábějí. Nakonec jde o strach z nezdravého jídla a posedlost zdravým jídlem, které je podrobováno dalším zkoumáním a zjišťováním, že

také není natolik zdravé, čímž pokračuje selekce na minimum potravin, které zdravé a bezpečné jsou. Jídelníček je tedy omezen na pár druhů potravin. Jedinec trpící orthorexií ztrácí tělesnou hmotnost a trpí podvýživou. Osoby s touto poruchou jsou odpůrci uměle hnojených potravin, podporují pouze chemicky neupravené potraviny a bez barviv. Často se orientují na obchody s nálepkou „bio“. Patologie není v myšlence na zdravé jídlo, ale v odmítání všeho ostatního. Časem se ovšem i bio potraviny stávají jedy, protože jedinec s orthorexií je přesvědčený, že potraviny jsou např. kontaminované znečištěným vzduchem a tím si omezuje jídelníček ještě více. Věří v to, že pokud by takové jídlo pozřel, otrávil by se, nebo by onemocněl. (Kulháněk, 2014)

1.4.2 Bigorexie

Tato porucha je známá také jako Adónisův komplex, svalová dysmorfofobická porucha nebo také porucha body image. Přestože je bigorexie řazena mezi poruchy příjmu potravy, její základ je postaven na nabírání svalové hmoty. Jedná se o druhý extrém oproti anorexii. Stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy je pozměněno vnímání vlastního těla v důsledku nemoci. Postižený jedinec se pokouší o nereálné hodnoty ve své fyzické zdatnosti a neustále se zabývá hmotností a vzhledem. Osoby postižené bigorexií mají utkvělou představu, že jsou drobní, slabí a mají málo svalové hmoty. Tento dojem přetrvává i přes neúměrné cvičení. Tito lidé přestávají projevovat zájem o cokoli jiného, než je cvičení a kontrolování vlastního těla. Snadno se mohou ocitnout sociálně izolovaní, bez rodiny, přátel a následně i bez práce, kterou zanedbávají. Toto onemocnění je typické převážně pro muže, oproti obecně známým poruchám příjmu potravy, kde převažuje procento postižených žen. Rozdíl mezi bigorexií a zdravým přístupem ke sportu je takový, že jedinci postižení tímto onemocněním vše podřizují sportu, nic jiného je nezajímá a pokud ano, partnerku si vybírají v oblasti sportu. Člověk, který dokáže vést normální život, aniž by ho sport omezoval nebo mu podřizoval celý svůj život, netrpí bigorexií (Škarecká, 2012)

Bigorexie má často jako příznaky uváděné nadměrné cvičení, snahu o dosažení co největších objemů a vyrýsování těla. Svoje vysněné tělo porovnávají s televizními hvězdami nebo fotografiemi z kulturistických časopisů. Cvičí pouze pro vzhled a ne pro potěšení, tudíž je v posilovnách naleznete ve většině případů velmi blízko zrcadel. Typické je užívání množství potravinových doplňků, nebezpečných metod diet a hubnutí založené na bílkovinách a proteinech. Lidé s touto poruchou mají velmi

citlivé hranice psychiky, chtějí být neustále ujišťováni o svém vzhledu, investují mnoho času a finančních prostředků do změny svého zevnějšku. Přesto, nebo možná právě proto, se u nich často objevují deprese, suicidální tendence a pocit, že nikdy nevypadají dobře (Škarecká, 2012).

Toto onemocnění není příliš typické pro ženy, převažuje kategorie mužů. Ženy v této kultuře mají být ideálně stále štíhlé a hubené, vypracované svalstvo je přímá výzva kulturnímu omezení. Ženy kulturistky, mohou být vystaveny negativním poznámkám, postojům a mohou kvůli stavbě svého těla zažívat konflikty, které jsou vytvářeny z pohledu na vyrýsované ženské tělo (Grogan, 2000, str. 46).

Při bigorexii je vysoké riziko poškození hybného aparátu jeho přetěžováním z důvodu nedostatečné regenerace. Rizikem je také nadměrná hmotnost, přetěžování kloubů, trávicího systému, jater a ledvin. Z psychického hlediska se člověk může sociálně izolovat od společnosti, mohou se projevit finanční problémy z důvodu vysokých poplatků za posilovny a potravinové doplňky (Škarecká, 2012).

1.4.3 Drunkorexie

Porucha označující opakované redukce příjmu potravy s cílem snížení kalorií pro možnost pití většího množství alkoholu. Jedinci trpící touto poruchou vycházejí z faktu, že alkohol je velmi kalorický a oni nejsou spokojeni se svojí postavou. Drunkorexie zahrnuje také cílené zvyšování výdeje energie na zábavě či party energetickými drinky v kombinaci s tvrdým alkoholem. Ovšem kombinace energetických drinků s alkoholem jsou velmi nebezpečné, jelikož zvyšují krevní tlak a ovlivňují srdeční činnost, což může vést ke kolapsu i u zdravého člověka. Jelikož lidé trpící drunkorexií pijí na prázdný žaludek, velmi rychle se alkohol vstřebává z trávicího traktu, zatěžuje více játra a má mnohem silnější a rychlejší účinek. (Kulhánek, 2014)

Z hlediska společenské aktivity a atraktivity se zdá nemoc přijatelná, avšak opak je pravdou. Jedinci bývají podráždění z hladu, z prázdného žaludku nebo z rychlé opilosti na lačno a tyto pocity mohou vést k sociální izolaci, pocitu osamění a odcizení. V opilosti se může ještě více projevit jejich nespokojenost s vlastním tělem a proporcemi, což může mít silný dopad na psychiku jedince. (Kulhánek, 2014)

2 Krizová vývojová období pro poruchy příjmu potravy

V rámci této kapitoly se zaměříme na dvě stádia ontogenetického vývoje. Adolescence a mladá dospělost je období, kdy mladí lidé studují a dostávají se na vysokou školu. Většina autorů (Vágnerová, Lengemeier, Říčan a další) se zaměřují spíše na tělesný a kognitivní vývoj osobnosti jedince v období dospívání, na rituály a sexualitu jedince odlišné dle různých kultur (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 142).

2.1 Adolescence

Slovo adolescence je odvozeno z latinského „adolesco“ tedy dospívat, vyvíjet se a sílit. Říčan tvrdí, že mezi patnácti a dvaceti roky života je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší a nejbystřejší (Říčan, 2014, str. 191). Je to hranice, kdy začíná jedinec brát život a budoucnost do svých rukou a svobodně se rozhodovat. Zároveň se ale objevuje mnoho úskalí, která jsou pro toto období typická. Adolescent musí najít cestu sám k sobě a udělat důležitá rozhodnutí pro svůj další život. Mezi tato rozhodnutí patří i výběr vysoké školy.

Psychika

V tomto období pokračuje proces osamostatňování, kdy jedinec prochází dle Josselsonové dvěma fázemi (Josselson, 1980). Jedná se o postupnou stabilizaci a psychické osamostatnění. První fáze slouží k postupnému vyrovnávání vztahů s rodiči. Adolescent si pomalu osvojuje zralejší způsoby chování, vytvářejí se nová pravidla soužití. Druhá fáze je o ukončení závislosti na rodině. Jedná se o úplnou samostatnost a vytvoření jedinečné osobnosti. Nahlížení ostatních lidí by mělo být shodné nebo alespoň podobné tomu, jak na sebe sám adolescent nahlíží.

Důležitým krokem v tomto stádiu vývoje je příprava ke společenskému uplatnění, respektive práci, budování sociálních vztahů, hledání životního partnera a ne jen chvilkového okouzlení a vyznání se tedy i v sobě sama. Teprve koncem tohoto období se objevuje radostnější ladění, převládá vnitřní síla, mládí a krása, prohlubuje se citové a rozumové porozumění, uklidnění se. Období je vymezeno většinou tělesným dozráváním organismu a také volbou, případně plnohodnotnou přípravou na povolání. Konec období nelze jednoznačně určit, žádný významný předěl neexistuje. Jedná se například o individuální vstupy ohraničené příchodem do pracovního procesu. Může se

také jednat o věkovou hranici, avšak plnoletost, tedy 18. rok života ještě neznamená duševní vyspělost (Říčan, 2014, str. 191- 193).

Adolescent myslí již rychleji než pubescent, je spolehlivější a zkušenější. Potravou inteligence jedince v tomto období se stávají pojmy, s názorností je spíše otravován a nuděn. S tím je bohužel spojen pokles živosti vnímání a představ tak, jak tomu bylo v dětství. Přes to všechno adolescent není na vrcholu inteligence, avšak je již tak blízko, že může být rovnocenným partnerem v diskuzi s rodiči a učiteli. Pro některé jedince se stává vášní četba. Jedná se spíše o literaturu dobrodružnou, historickou a cestopisnou, později však také poezii a drama (Říčan, 2014, str. 195).

Adolescenti nejsou zatíženi zkušenostmi, mají rychlejší, průbojnější myšlení a určitou flexibilitu v něm. Nemají problém používat nové způsoby řešení a preferují zásadní, jednoznačná řešení, která vedou k jistotě. Kompromis nesnášejí moc dobře a považují jej za řešení obecně méně kvalitní a ne natolik žádoucí. V tomto věku je důležitá vnitřní motivace, nadšení pro věc tedy bývá pro jinou činnost, než je škola (Vágnerová, 2000, str. 261).

Důvod toho, že dříve nebyla adolescence uváděna, je možné hledat i v tom, že v dnešní době je mnohem těžší role dospělého, než tomu kdy bylo. V primitivních společnostech je přechod k dospělosti ritualizován, tudíž zjednodušen. Jedná se o významný mezník, určující počátek nové fáze. Při rozvinutí společnosti došlo k odlišnému pojetí složek dospělosti. Právě z těchto důvodů vznikla adolescence, kdy jedinec v této fázi postupně dosahuje dospělosti (Vágnerová, 2000, str. 253).

Vývoj mravního života záleží na tom, jak jedinec vnímá dobro a zlo, jak rozumí mravním principům, jak rozumí zdůvodňování, proč to či ono má a nemá dělat. Adolescent je v morálce absolutista. Dovede v rozletu své abstrakce pojmout jako objekt mravního činu celé lidstvo a trápit se bídou lidí na druhém konci světa. Podle absolutních norem přísně soudí společnost, rodiče, učitele i lékaře, přestože on sám podle těchto norem žít nedovede. Když následně adolescent zjistí neuskutečnitelnost svých ideálů, může se projevit úskalí a jedinec se může vydat naprosto opačnou stranou, v bezohledném egoismu (Říčan, 2014, str. 210 - 216).

Fyziologie

Vágnerová souhlasí s Říčanem s tím, že pro adolescenta je prioritou vlastní tělo, které je posuzováno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity, srovnáváno s vrstevníky a případně přijímaným ideálem (Vágnerová, 2000, str. 256). Jedná se o nejdůležitější součást přijímání vlastní identity a podporu sebevědomí jedince. Zevnějšek je tedy prostředek k dosažení sociální akceptace či prestiže. Jedinec v tomto období se potřebuje líbit sobě i jiným, aby byl ubezpečován o své hodnotě. Jeho atraktivita je důležitým faktorem v dosažení dobré sociální pozice.

Milostný život je v adolescenci intenzivní, rozmanitý, šťastný, ale i nešťastný. O vztazích, sexu a erotice se mluví více, než kdy jindy a informace se hledají všude kolem. Schůzky chlapců s dívkami bývají často o tom, že se zpočátku vodí za ruce. Později následuje první polibek, něžnosti, objímání a hlazení. K pohlavnímu styku dochází nejčastěji kolem šestnáctého a sedmnáctého roku věku jedince, ovšem zřídka je to začátek pravidelného sexuálního života. Přestože je adolescent tělesně zralý, ve většině případů ještě není psychicky zralý na založení rodiny. V tomto období se často vyskytuje polygamní stadium sexuálního vývoje. Jedná se o touhu poznat více partnerů, dosáhnout zkušenosti a tolik se ještě citově nepoutat. V této době se často navazují vztahy z pouhé zvědavosti, obvyklý je i flirt - hra na lásku, kde se nemusí předpokládat sexuální sblížení. K prvnímu styku vedou adolescenty různé pohnutky. Chlapci jsou ve většině případů poháněni zvědavostí a také tlakem vrstevníků, kteří se jim vysmívají za nezkušenost. Dívky k sexuálnímu styku vedou city nebo nátlak ze strany partnera a strach, že by o něj přišli. Prožitky z něj bývají také rozporuplné. U chlapců převládá dobrý pocit a uspokojení, zatímco u dívek se jedná spíše o úzkost, strach z otěhotnění, stud a výčitky svědomí (Říčan, 2014, str. 202 - 208). Navíc jsou mladí lidé vystavováni signálům od společnosti, které určují, jací mají být. Dívky mají být přitažlivé, hezky vypadat, ale zároveň nesmí být viditelná snaha, s jakou toho dosahují. Pokud již naváží sexuální vztah s chlapcem, jsou jim opět předsunovány určité signály. Co když nemá stejné sexuální citění jako on, nebo co když ano, ale je to něco, kvůli čemu bude o ní mít špatné mínění. Ani jedna pozice není z psychologického hlediska pro dívku jednoduchá (Maloney, Kranzová, 1997, str. 20).

Biologická kritéria na konci adolescence ztrácejí váhu pod kritérii psychologickými, případně sociologickými a pedagogickými. Macek dokonce adolescenci rozděluje na tři

stádia – časná, střední a pozdní (Macek, 2003, str. 10). Časnou adolescenci spojuje s věkem 10 – 13 let, tudíž ji zaměňuje za pubescenci. Pozdní adolescenci ukončuje kolem 20 roku věku, avšak s možností delšího trvání. Udává totiž, že při zjišťování na seminářích univerzitních studentů ve věku 19 – 24 let, studenti častěji uvádějí, že se cítí více jako adolescenti, než jako dospělí. V dnešní době je tedy vysoká škola určitým prodloužením adolescence a přebírání zodpovědnosti.

Vliv na poruchy příjmu potravy může mít také rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí. Urychlování vývoje se stále snižuje k nižší věkové hranici, čímž se zvyšují nároky na jedince v tomto vývojovém období. Dle Langmeiera čeká na adolescenty mnohem více rozporů (Langemeier, Krejčířová, 1998, str. 158). Tyto protiklady se mohou objevit v rámci rolí a statusů nebo mezi hodnotami mladé a starší generace, čemuž může napomáhat i technizace doby. Dále se může jednat o konflikt mezi hodnotami rodiny a vnější společností. Mladého člověka to podněcuje k revoltě a vyvolávání konfrontací s rodiči.

Historie

S ohlédnutím do historie nebylo toto období zcela běžné, děti se o sebe již musely dokázat postarat a tělesné zrání bylo spjata i se sociálním. Bylo běžné, že se mladé dívky brzy vdávaly a chlapci dědili hospodářství, o které se museli starat. Dnes se sociální zralost posouvá o několik roků výš, což je spjata se studiem vysoké školy. Nicméně oproti odpovědnosti za svůj život, která se delší dobu nechává na rodičích, je například sexuální aktivizace v dnešní době urychlována. Postupem času se tedy vytvořila adolescence jako zvláštní životní období mezi dětstvím a dospělostí. Přestože mají mladí lidé určitá práva, úkoly a příležitosti, mají také různé zákazy. Jelikož je toto věkové období stále prodlužováno, jsou zde zařazeni i začínající vysokoškoláci (Říčan, 2014, str. 191- 193).

2.2 Mladá dospělost

Často se na dospělost pohlíží pouze v oblastech pracovního zařazení, rodinného života, inteligence, úzkosti, agrese, sexu a dalších. Až gerontologie se pak bere z vývojového hlediska. Vynechávání dospělosti z hlediska vývojové psychologie je z důvodu velké rozmanitosti životních cest různých skupin lidí dle pracovního zařazení. Úplně každý má před sebou volbu, co jednou bude dělat a je jen na něm, jakou cestou se vydá. Tedy

to, co je základem pro zkoumání vývoje - zákonitý sled změn, se v této rozmanitosti zčásti vytrácí (Říčan, 2014, str. 229).

Psychika

Pro to, aby byl jedinec zařazen do stadia mladé dospělosti, uvádí Říčan některá kritéria, která by mladý člověk měl splňovat (Říčan, 2014, str. 230). Mezi ně patří konání produktivní práce, která činí člověka samostatným, schopnost spolupracovat bez zbytečných konfliktů, samostatně hospodařit, jednat vyspěle vůči nadřízeným v práci nebo ve studiu, mít do budoucnosti realistické plány, bydlet samostatně mimo byt rodičů, schopnost trávit svůj volný čas sám, schopnost stýkat se s osobami druhého pohlaví, cílevědomé rozšiřování své orientace v prostředí, v němž žije či pracuje a aktivní zájem a péče o blaho rodiny. Vágnerová řadí mezi základní psychické znaky dospělosti samostatnost, relativní svobodu rozhodování a chování, zodpovědnost ve vztahu k druhým, za svá rozhodnutí a činy (Vágnerová, 2000, str. 301 - 311). Také je důležité přijmout roli a povinnosti, které z ní vyplývají. Jsou zde nakupeny životní mezníky, jako je volba profese, uzavírání manželství a stávání se rodiči. Mezi ně patří i přebírání zodpovědnosti za děti a upřednostňování jejich potřeb před vlastními.

Fyziologie

Jedná se o dobu největší tělesné síly, energie, vitálního elánu a zdraví. Tělesná konstrukce mohutní, zpevňuje se a svalová síla vrcholí v pětadvaceti letech. Za zmínku stojí i úmrtnost, která je sice v tomto věku nízká, nicméně umírají častěji muži, než ženy. Nejspíše je tomu z důvodu riskování, avšak ženy mají více suicidálních pokusů. Objevuje se však již i involuce - nepatrný úbytek tělesné výšky, slábnutí meziobratlových plotének a pomalá ztráta sluchu pro vysoké tóny. Ženy často již vyhledávají první vrásky a snaží se proti nim bojovat pomocí kosmetiky. Naše společnost je nastavena tak, že předpokladem úspěchu je krása tváře a postavy (Říčan, 2014, str. 232).

Každý jedinec v tomto období by měl realisticky pohlížet na své tělo a zadaptovat se k možnostem, které má. Jedná se o sílu, vytrvalost, půvab, zdraví i nervovou odolnost. V případě nespokojenosti s duševními vlastnostmi je třeba sebevýchovy, při nespokojenosti s tělem je možné navýšit výkonnostní trénink. Tělesná krása nabízí člověku možnosti, které by jinak ani nemusel mít, má ovšem i své stinné stránky.

Jedinec si může zvyknout na luxus a zneužívat vizáž jako prostředek k získávání věcí nebo může vzbuzovat závist a žárlivost v lidech ve své blízkosti (Říčan, 2014, str. 234).

3 Pohled studentů Pedagogické fakulty UHK na poruchy příjmu potravy

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká je informovanost a zainteresovanost studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové o poruchách příjmu potravy. Důležitá není jejich znalost dané problematiky jako taková, ale možnosti, kde se s tímto okruhem problémů mohli setkat, seznámit a prohloubit své znalosti, nejlépe v rámci studia, praxe nebo životních zkušeností. Dílčí cíle jsou rozřazeny dle informovanosti, postojů a přístupu respondentů:

1. Zjistit, kde se studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové mohou setkat s problematikou poruch příjmu potravy.
2. Zjistit, kde studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové prohloubili své znalosti.
3. Zjistit, jaký mají studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové přehled v problematice poruch příjmu potravy.
4. Zjistit, zda se studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové ve svém životě s poruchami příjmu potravy setkali.
5. Zjistit, jaký je přístup studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové k vlastnímu tělu a poruchám příjmu potravy.

3.1 Teoretická východiska empirického šetření

Veškerá odborná literatura vychází z faktů, že poruchy příjmu potravy jsou ukotveny v poruchách myšlení, jednání k jídlu, vlastnímu tělu a vzhledu. Jedinci s tímto onemocněním si nekompromisně hlídají tělesnou hmotnost, která je pro ně středobodem všeho. MKN-10 tato onemocnění začlenila, popsala diagnostiku a klinické příznaky. S lehkým náhledem do minulosti se dá říci, že se střídala období, kdy bylo ideou společnosti a kultury vyšší tělesná váha nebo paradoxně přílišná štíhlost. Bylo to ovlivněno postavením ve společenských vrstvách a vždy to o jedinci vypovídalo. Nicméně v poslední době je štíhlost a péče o tělo porovnávána s úspěchem, mládím a bohatstvím (viz 1. kapitola).

Příčiny poruch příjmu potravy jsou nyní ve většině případů hledány a nacházeny v socio-kulturním prostředí, biologických a psychologických faktorech, vlivu rodiny a psychických faktorech osobnosti každého jedince. Bohužel je nástup onemocnění natolik neidentifikovatelný a poměrně snadno utajitelný lidmi, kteří nemocí trpí, že se

na to ve většině případů přijde pozdě. Respektive při natolik rozšířeném onemocnění, že to člověk nemůže již zvládnout bez odborné pomoci. V těchto chvílích je vhodné, aby se jednalo o komplexní přístup odborníků, mezi něž jsou řazeny psychiatři, psychologové, ale i obvodní lékař nebo gynekolog. Poruchy příjmu potravy dokážou vytvořit na těle velmi rozsáhlé komplikace. Pro léčbu je následně vhodné využít určitých strategických technik při jídle a dodržovat důležité stanovisko, které zní: nikoho nenutit násilím (viz 1. kapitola).

Mezi hlavní krizová období patří dospívání, tedy adolescence a mladá dospělost. Jedná se o důležitý mezník v životě každého člověka a každý jedinec se k tomuto stádiu postaví jinak. Všichni jsou postaveni do situací, kde se mají rozhodnout pro podstatné kroky vedoucí do jejich budoucnosti. Mezi tyto klíčové milníky patří i výběr vysoké školy a určitá samostatnost s tím spojená. Jedince však neovlivňuje pouze studijní a pracovní náhled do dospělosti, ale jsou nuceni se vyrovnávat i s osobním životem a případnými těžkými situacemi, které mohou vést k psychickým problémům (viz 2. kapitola).

Tato práce je zaměřena na zjištění obeznamosti studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové o poruchách příjmu potravy, jejich náhledu na tuto problematiku, znalostí získaných ze školy či vlastních zkušeností a také vlastní přístup ke svému tělu a péči o něj. Jako budoucí pracovníci pomáhajících profesí by si měli být studenti vědomi toho, že tato onemocnění existují a vycházet z přesvědčení o sobě samém se zdravým sebevědomím.

Mezi základní informace patří povědomí o existenci onemocnění nazývajících se poruchy příjmu potravy. V této skupině je zařazena anorexie, bulimie, psychogenní přejídání, ortorexie, bigorexie a drunkorexie. U žen je výskyt poruch příjmu potravy vyšší než u mužů (viz 1. kapitola).

Nejčastějšími faktory ovlivňujícími vznik poruch příjmu potravy je následující výčet: socio-kulturní vlivy, individuálně-psychologické vlivy, rodinné vlivy, biologické vlivy, společenské vlivy, emocionální a duševní faktory, osobní problémy, krize, osobnostní rysy, společenský tlak, média, nejistota a nízké sebehodnocení, přechod z anorexie na bulimii, touha po nezdravé a nereálné štíhlosti, kultura, kompenzace snědeného jídla (pocit viny), šikana, zneužívání, trauma, deprese, stres, tlak na výkon (viz 1. kapitola).

3.2 Reálné hypotézy a úkoly

Ústřední hypotéza: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové mají základní informace o poruchách příjmu potravy.

Hypotéza č. 1: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové předpokládají, že masmédia jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňující poruchy příjmu potravy.

Hypotéza č. 2: Informovanost studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové je v oblasti poruch příjmu potravy ovlivněna znalostmi ze školy a vlastními zkušenostmi.

Hypotéza č. 3: Studentky jsou nespokojenější s vlastním tělem a více dbají na zdravý životní styl než studenti.

Pro naplnění daných výzkumných cílů byly definovány následující úkoly práce:

- studium odborných zdrojů problematiky poruch příjmu potravy a volba oblasti výzkumu u studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové
- stanovení metodologie výzkumu: cíl, hypotézy a úkoly práce
- realizace výzkumu formou elektronických dotazníků pro studenty bakalářských a magisterských oborů na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové
- zpracování a vyhodnocení získaných dat a údajů
- vypracování textu, diskuze a prezentace výsledků
- vyslovení závěrů a doporučení pro praxi

3.3 Analýza výzkumného nástroje

V rámci kvantitativního výzkumu je využita metoda dotazování. Dotazník je složen z 14 písemně formulovaných položek, vytvořených speciálně pro tento dokument. Použitý dotazník je anonymní a obsahuje otázky:

- uzavřené
- polouzavřené
- otevřené

Otázky jsou zaměřeny na zjištění informovanosti studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, vlastní zkušenosti, jejich postoj k poruchám příjmu potravy a postoj k vlastní osobě. Celý dotazník byl koncipovaný do oblastí, které byly zaměřeny na identifikační údaje o respondentovi (4 neočíslované položky), na informovanost ohledně poruch příjmu potravy (č. 1, 2, 3, 4, 8, 9), na vlastní zkušenost či setkání se

s poruchami příjmu potravy (č. 5, 6, 7), na postoje ke svému tělu a možnostem, které skýtá (č. 10, 11, 12, 13, 14).

Otázky byly koncipovány jako uzavřené, výběrem z několika možností (s možností jedné odpovědi nebo vícero, případně možností dopsat jinou odpověď), některé z nich však byly rozšířeny na podotázku otevřenou, kde se respondent mohl rozepsat, jak potřeboval. Tyto odpovědi byly nepovinné, nicméně pokud respondent vybral odpověď ano (případně ne) u dané otázky, byl k podotázce naveden. Následně byly tyto odpovědi rozděleny výzkumníkem do základních kategorií a zaznamenány do grafu (viz prezentace výsledků).

Dotazníky jsou vytvořeny v online nástroji Survio.com pro tvorbu dotazníků. Následná distribuce byla prostřednictvím internetu a sociálních sítí. Jako výhoda je brána okamžitá návratnost při vyplnění respondentem. Nevýhodou se může snadno stát neodpovídající kvalita odpovědí, nejistota správného vzorku respondentů či případné zkreslování skutečností. Nedostatkem je také to, že nelze vzorek respondentů ovlivnit požadovaným směrem, doslovně pro tuto práci je validita zkreslena menším množstvím mužů oproti ženám. Tento fakt je ovlivněn menším počtem mužů na Pedagogické fakultě.

3.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl proveden na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Respondenty tvořili náhodní studenti bakalářského a magisterského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Bylo vyhotoveno 113 dotazníků elektronickou formou.

V rámci předvýzkumu byli náhodně osloveni 4 studenti Pedagogické fakulty. Po konzultaci s nimi a jejich chápáním otázek, byly některé otázky upraveny a některé zcela vyškrtuty. Respondenti nejsou započítáni do celkového počtu respondentů vyplňující dotazníky. Vynechána byla otázka týkající se příčin vzniku poruch příjmu potravy, jelikož jí předcházela otázka, jež zjišťovala faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy. Dále byla odstraněna otázka znějící: "Myslíte si, že média ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?". Důvodem odstranění byl fakt, že je to nabídka odpovědi na faktory vzniku poruch příjmu potravy.

Respondenti v předvýzkumu byli 2 ženy a 2 muži. Všichni uvedli, že poruchy příjmu potravy znají, pouze jedna žena věděla, že existují další formy, než je medializovaná

anorexie a bulimie, a to ortorexie a bigorexie. Avšak všichni respondenti napsali, že znají také psychogenní přejídání zařazované do poruch příjmu potravy. Mezi faktory nejčastěji uváděli rodinu a vliv společnosti a médií. Každý z uvedených se nějakým způsobem setkal s touto problematikou v rámci předmětů na vysoké škole. Dotazování studenti napsali, že někdy drželi nějakou dietu a nejsou spokojeni se svojí postavou. Ženy uváděly, že by chtěly zhubnout, muži byli zaměřeni na zpevnění postavy nebo se jim nelíbila konstrukce těla jako taková, kterou nemají šanci ovlivnit (citována přímá odpověď 1 respondenta: "mám krátké ruce").

Při zpracování dat výzkumu byl využit program Microsoft Excel, do kterého byly zaznamenávány odpovědi respondentů v dotazníku. Otevřené odpovědi byly rozřazeny do kategorií, udán počet odpovídajících respondentů a zaznamenáno do grafů.

Identifikační údaje

- pohlaví respondentů
- věk respondentů
- studijní obor respondentů
- ročník studia respondentů

Dotazníkové položky

1. Trpí poruchami příjmu potravy častěji ženy nebo muži?
2. V jakém věku jsou lidé nejvíce ohroženi poruchami příjmu potravy? (nejvyšší výskyt)
3. Jaké osobnostní dispozice (vlastnosti, stavy psychiky, vlohy,...) jsou důležité pro rozvoj poruch příjmu potravy?
4. Jaké další faktory ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?
5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
6. Setkal/a ses na vysoké škole v rámci předmětů s problematikou poruch příjmu potravy?
7. Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchami příjmu potravy? Pokud ano, jaký jsi k nim měl vztah? (přítel, rodič, sourozenec, kamarád...)
8. Znáš jiné poruchy příjmu potravy než je anorexie, bulimie? Pokud ano, jaké?
9. Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy životu nebezpečné onemocnění?
10. Co děláš pro to, abys žil zdravě?
11. Držel/a jsi někdy nějakou dietu?

12. Vynecháváš některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře)? Pokud ano, které, a proč?
13. Jsi spokojen/á se svou postavou? Pokud ne, proč?
14. Porovnával/a jsi někdy svou postavu s někým z médií? Pokud ano, s kým a proč?

Ústřední hypotéza: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové mají základní informace o poruchách příjmu potravy.

k hypotéze se vztahují **otázky:**

1. Trpí poruchami příjmu potravy častěji ženy nebo muži?
2. V jakém věku jsou lidé nejvíce ohroženi poruchami příjmu potravy?
3. Jaké osobnostní dispozice (vlastnosti, stavy psychiky, vlohy,...) jsou důležité pro rozvoj poruch příjmu potravy?
4. Jaké další faktory ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?
5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
8. Znáš jiné poruchy příjmu potravy než je anorexie, bulimie?
9. Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy životu nebezpečné onemocnění?

Hypotéza č. 1: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové předpokládají, že masmédia jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňující vznik poruchy příjmu potravy.

k hypotéze se vztahují **otázky:**

3. Jaké osobnostní dispozice (vlastnosti, stavy psychiky, vlohy,...) jsou důležité pro rozvoj poruch příjmu potravy?
4. Jaké další faktory ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?
5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
14. Porovnával/a jsi někdy svou postavu s někým z médií?

Hypotéza č. 2: Informovanost studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové je v oblasti poruch příjmu potravy ovlivněna znalostmi ze školy a vlastními zkušenostmi.

k hypotéze se vztahují **otázky:**

5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
6. Setkal/a ses na vysoké škole v rámci předmětů s problematikou poruch příjmu potravy?
7. Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchami příjmu potravy?

Hypotéza č. 3: Studentky jsou nespokojenější s vlastním tělem a více dbají na zdravý životní styl než studenti.

Tato hypotéza je podložena tvrzením Dixonové, že muži pocítují své nedostatky a chyby mnohem méně než ženy (Dixonová, 1997, str. 25).

k hypotéze se vztahují **otázky:**

10. Co děláš pro to, abys žil zdravě?
11. Držel/a jsi někdy nějakou dietu?
12. Vynecháváš některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře)?
13. Jsi spokojen/á se svou postavou?
14. Porovnával/a jsi někdy svou postavu s někým z médií?

3.5 Analýza vzorku

Vymezení studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové

Univerzita Hradec Králové je primárně členěna na 5 fakult. Jedná se o Fakultu informatiky a managementu, Pedagogickou, Přírodovědeckou, Filozofickou a Ústav sociální práce. V rámci výzkumu je zjišťována informovanost studentů Pedagogické fakulty ohledně tematiky poruch příjmu potravy.

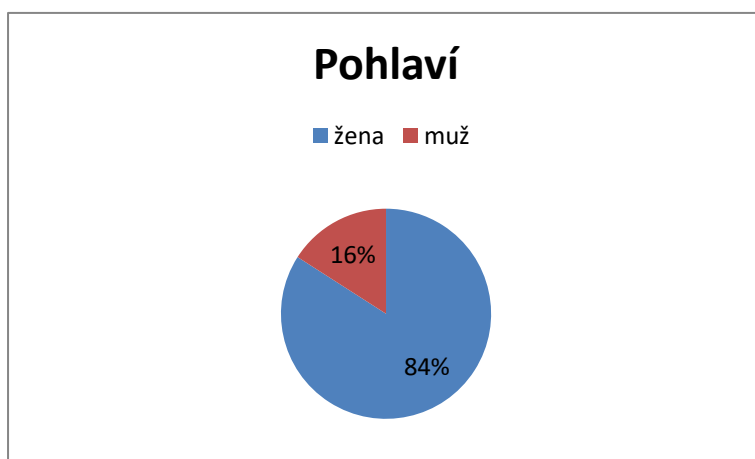
Pod Pedagogickou fakultou je začleněno 15 kateder s různým zaměřením. Spadá sem katedra hudební, anglického jazyka a literatury, českého jazyka a literatury, francouzského jazyka a literatury, kulturních a náboženských studií, německého jazyka a literatury, pedagogiky a psychologie, ruského jazyka a literatury, sociální patologie a sociologie, sociální pedagogiky, speciální pedagogiky a logopedie, technických předmětů, tělesné výchovy a sportu, výtvarné kultury a textilní tvorby, primární a preprimární edukace. Všechny tyto katedry jsou pak následně rozděleny na různé obory bakalářského, magisterského a doktorského typu (studijní obory UHK, 2017).

Důvodem vyhledávání jednotlivých oborů je nalezení možnosti setkání se s problematikou v rámci povinně volitelných předmětů. Obory viz příloha A. V případě učitelství a vychovatelství by mělo být samozřejmostí, byť lehké, seznámení s problematikou poruch příjmu potravy. Dá se říci, že se jedná o již netabuizované téma, o kterém by měl mít povědomí každý člověk spadající do pomáhajících profesí.

3.6 Prezentace výsledků

Pohlaví respondentů

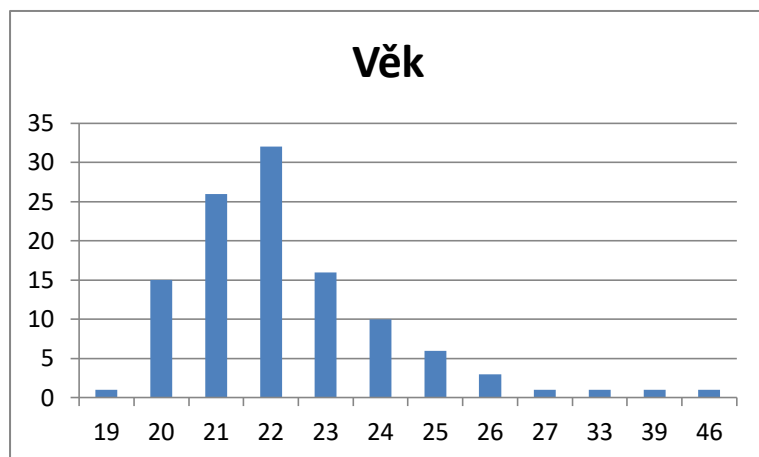
Skupinu respondentů tvořili studenti a studentky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Dohromady odpovědělo na dotazníky 113 respondentů, z toho 95 žen a 18 mužů.



Graf 1 Pohlaví

Věk respondentů

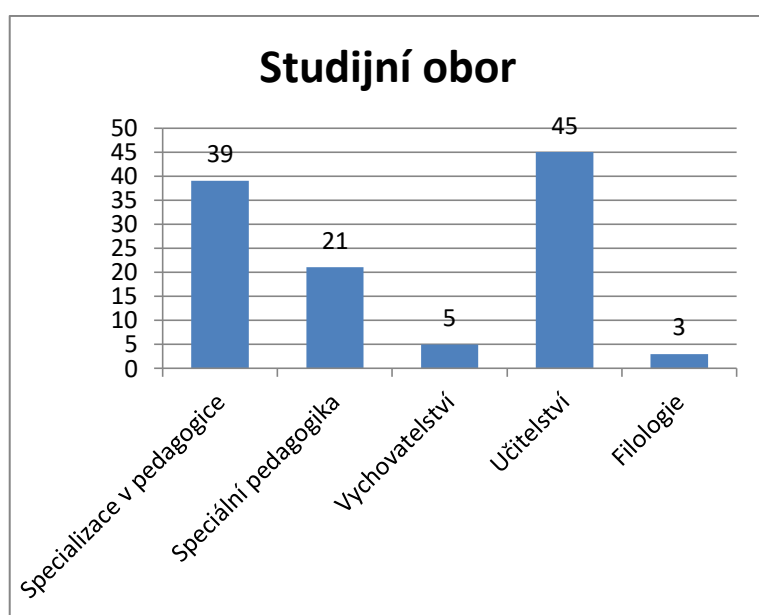
Další položka v dotazníku zaznamenávala věkové rozpětí respondentů. Stáří dotazovaných se pohybovalo mezi 19 a 46 roky.



Graf 2 Věk

Studijní obor respondentů

Celkový počet studijních oborů byl rozřazen dle studijních programů. V dotazníku odpovídali respondenti z programů: Specializace v pedagogice, Speciální pedagogika, Vychovatelství, Učitelství a Filologie.



Graf 3 Studijní obor

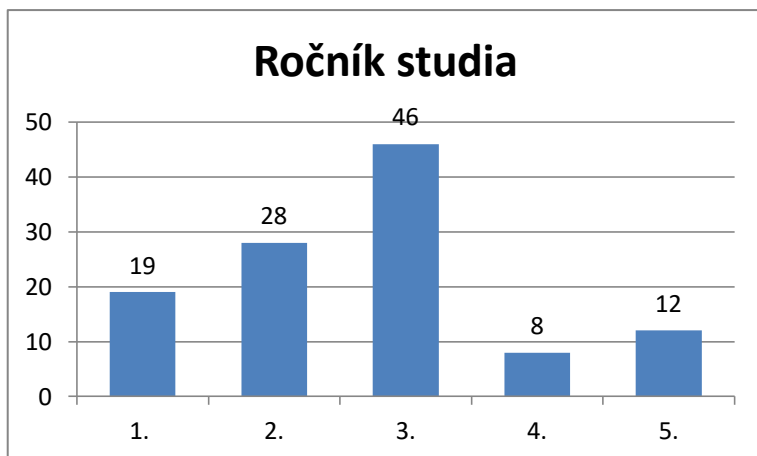
Tabulka 1 Studijní programy a obory

Specializace v pedagogice	Sociální pedagogika	7
	Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii	17
	Sociální patologie a prevence	12
	Grafická tvorba – multimédia	1
	Transkulturní komunikace	2
Speciální pedagogika	Výchovná práce ve speciálních zařízeních	13
	Speciální pedagogika – intervence	7
	Speciální pedagogika, rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení	1
Vychovatelství	Pedagogika volného času se zaměřením na tělovýchovu a sport	4
	Sociální komunikace v neziskovém sektoru	1
Učitelství	Učitelství pro MŠ	2
	Učitelství pro 1. Stupeň na ZŠ	3
	Učitelství pro 2. Stupeň na ZŠ	36
	Učitelství pro střední školy	2
	Jazyková a literární kultura	2
Filologie	Cizí jazyky pro cestovní ruch	3

Ročník studia respondentů

Respondenti odpovídající na dotazník byli ze všech pěti ročníků. Zastoupení:

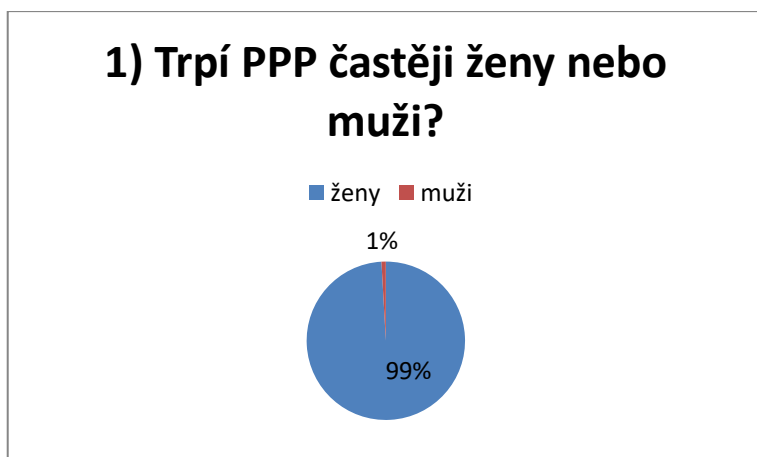
- 1. – 19
- 2. – 28
- 3. – 46
- 4. – 8
- 5. – 12



Graf 4 Ročník studia

1. Trpí poruchami příjmu potravy častěji ženy nebo muži?

První očíslovaná položka v dotazníku se dotazovala, zda poruchami trpí častěji ženy nebo muži. 112 respondentů odpovědělo, že ženy, 1 respondent odpověděl, že muži. Lze se pouze domýšlet, zda využil vlastní zkušenosti (setkal-li se někdy s mužem, jenž trpěl poruchou příjmu potravy) nebo se mu to zdálo pravděpodobnější.

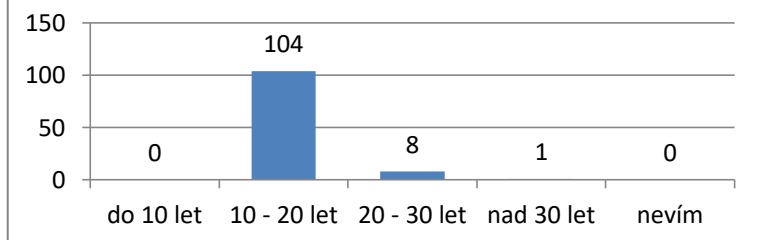


Graf 5 Ženy vs. muži

2. V jakém věku jsou lidé nejvíce ohroženi poruchami příjmu potravy? (nejvyšší výskyt)

Pro respondenty byly nabídnuty odpovědi, které stačilo zvolit. Jednalo se o možnosti: a) do 10 let, b) 10 – 20 let, c) 20 – 30 let, d) nad 30 let, e) nevím. Možnost b) 10 – 20 let vybralo 104 respondentů, 8 respondentů zvolilo odpověď c) 20 – 30 let a 1 respondent odpověděl d) nad 30 let.

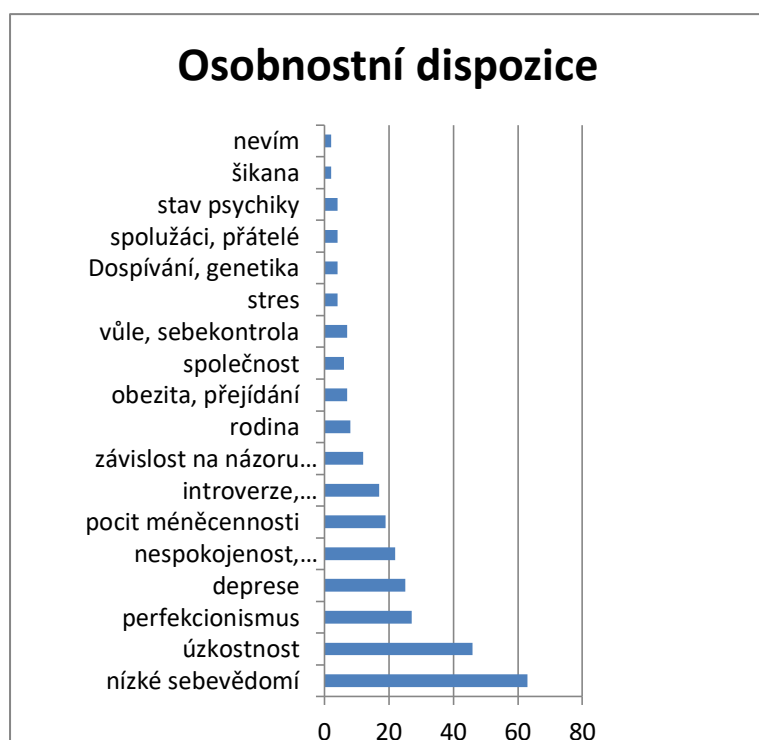
2. V jakém věku jsou lidé nejvíce ohroženi poruchami příjmu potravy?



Graf 6 Ohrožená věková kategorie

3. Jaké osobnostní dispozice (vlastnosti, stavy psychiky, vloh, ...) jsou důležité pro rozvoj poruch příjmu potravy?

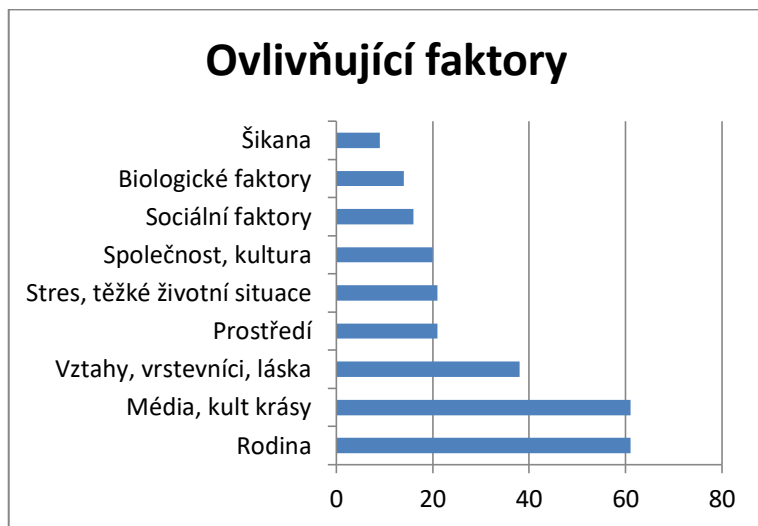
Ve 3. otázce měli dotazovaní možnost rozepsat své odpovědi. Následné odpovědi byly vyhodnoceny do kategorií: nízké sebevědomí, úzkostnost, perfekcionismus, deprese, nespokojenost a sebekritika, pocit méněcennosti, introverze, melancholie a pesimismus, závislost na názoru druhých a ovlivnitelnost, rodina, obezita a přejídání, společnost, vůle, stres, dospívání a genetika, spolužáci a přátelé, stav psychiky, šikana, nevím.



Graf 7 Osobnostní dispozice

4. Jaké další faktory ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?

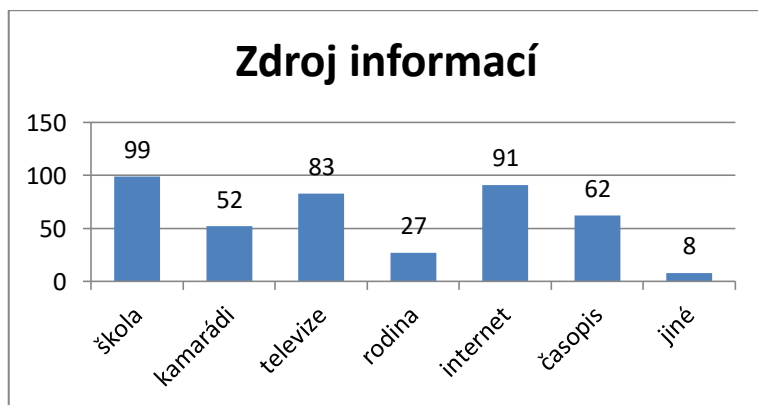
Také 4. položka byla formou otevřené otázky a požadovala na respondentovi vlastní slovní hodnocení. Odpovědi byly rozřazeny do kategorií: rodina, média a kult krásy, vztahy, vrstevníci a láska, prostředí, stres a těžké životní situace, společnost a kultura, sociální faktory, biologické faktory a šikana.



Graf 8 Ovlivňující faktory

5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?

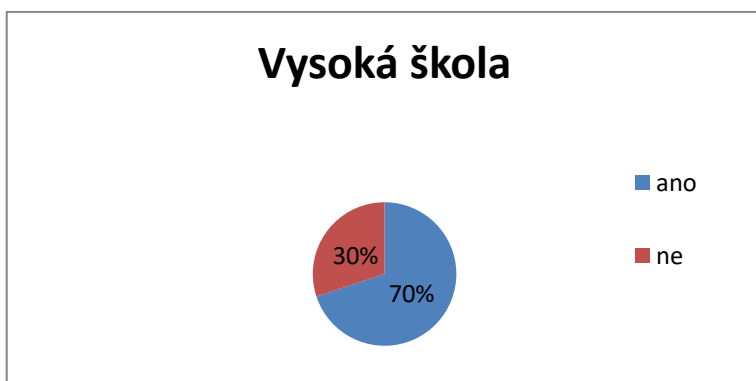
Otázka byla koncipována jako polouzavřená. Respondenti měli možnost vybrat z udaných kategorií: škola, kamarádi, televize, rodina, internet, časopis nebo zvolit možnost jiné. Této možnosti pár respondentů využilo a vypsali, že svoji informovanost o poruchách příjmu potravy mají z: odborné literatury, z vlastní zkušenosti, z lékařského prostředí, z knih.



Graf 9 Zdroj informací

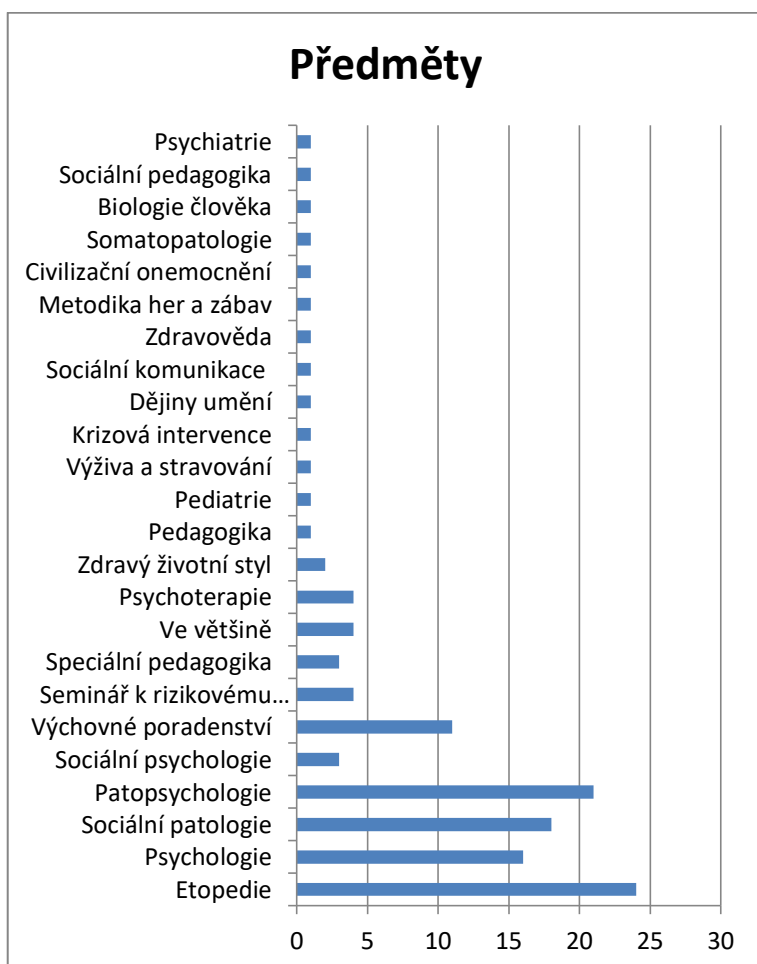
6. Setkal/a ses na vysoké škole v rámci předmětů s problematikou poruch příjmu potravy?

Otázka byla uzavřená a dotazovala se, zda se setkali s informacemi o poruchách příjmu potravy v rámci některého předmětu na vysoké škole.



Graf 10 Vysoká škola

V rámci 6. otázky figurovala také podotázka, která se dotazovala na název předmětu, ve kterém se s problematikou setkali.



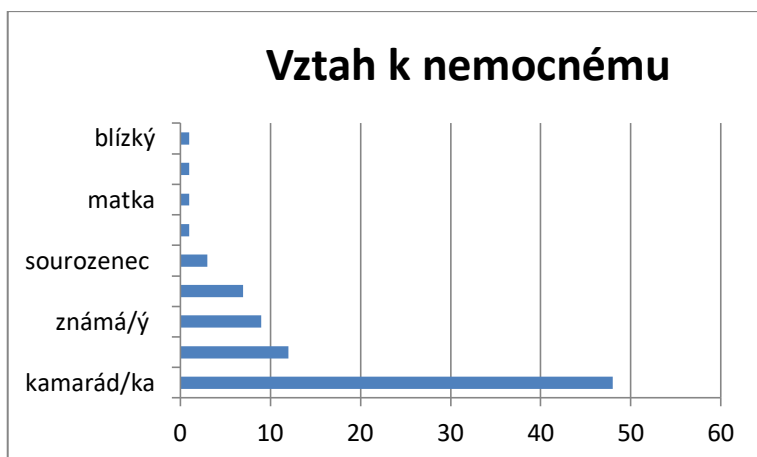
Graf 11 Předměty na VŠ

7. Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchami příjmu potravy? Pokud ano, jaký jsi k nim měl vztah? (přítel, rodič, sourozenec, kamarád...)

Tato otázka měla jasnou odpověď ano či ne. V rámci podotázky se pak mohli respondenti rozepsat, jaký vztah k dané osobě měli.



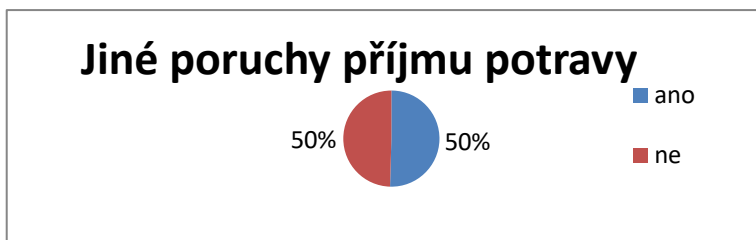
Graf 12 Vlastní zkušenost



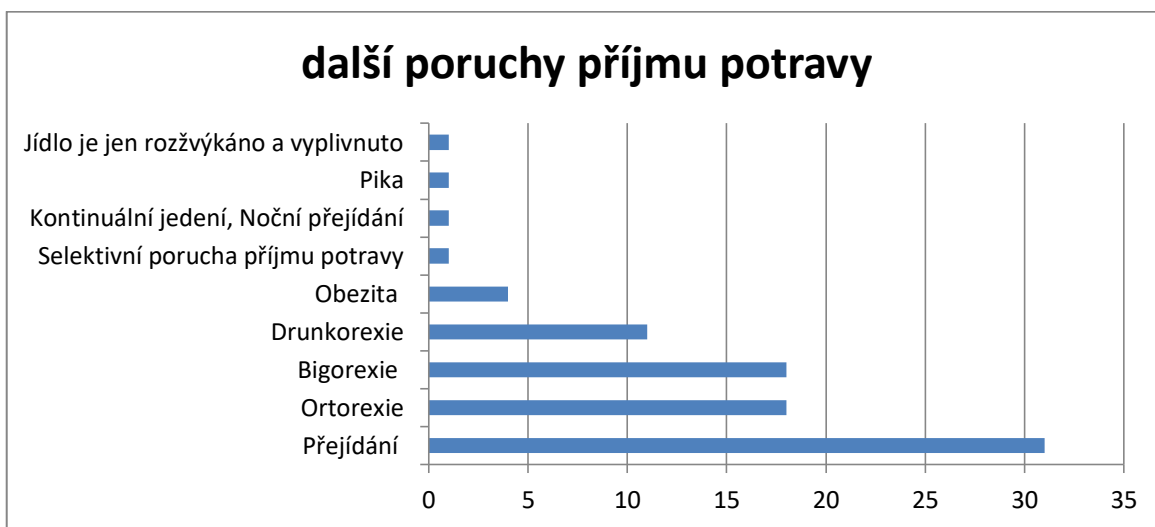
Graf 13 Vztah k nemocné osobě

8. Znáš jiné poruchy příjmu potravy než je anorexie, bulimie? Pokud ano, jaké?

Uzavřená otázka na ano – ne. V podotázce měli možnost respondenti napsat, kterou poruchu znají.



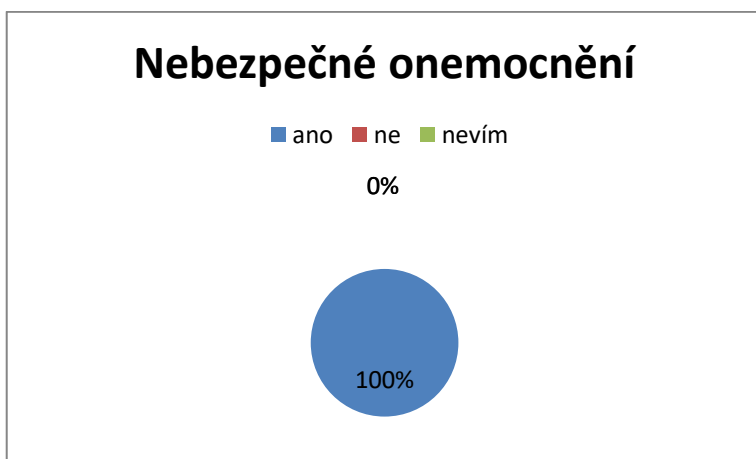
Graf 14 Znalost dalších poruch



Graf 15 Další poruchy příjmu potravy

9. Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy životu nebezpečné onemocnění?

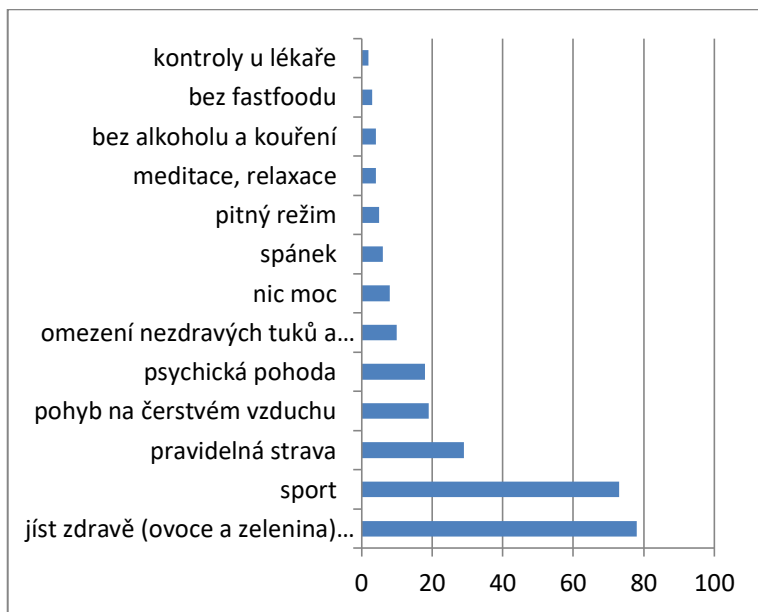
Respondenti v této otázce udávali, zda si myslí, že jsou poruchy příjmu nebezpečné. Dle svého mínění udávali ano – ne – nevím.



Graf 16 Nebezpečné onemocnění

10. Co děláš pro to, abys žil zdravě?

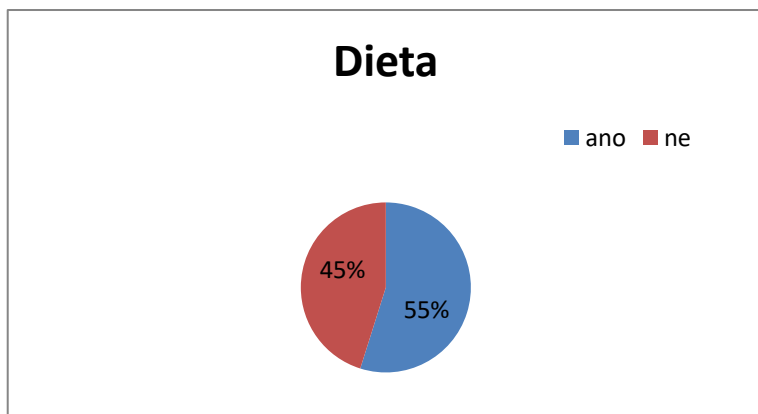
Tato otázka byla otevřená a požadovala po respondentovi vlastní zamyšlení nad tím, co dělat pro to, aby žil zdravě. Odpovědi byly následně rozřazeny do kategorií: jíst zdravě (ovoce a zelenina) a vyváženě, pitný režim, pravidelná strava, sport, pohyb na čerstvém vzduchu, psychická pohoda, omezení nezdravých tuků a sladkého, spánek, meditace a relaxace, nic moc, bez alkoholu a kouření, bez fastfoodu, kontroly u lékaře.



Graf 17 Žít zdravě

11. Držel/a jsi někdy nějakou dietu?

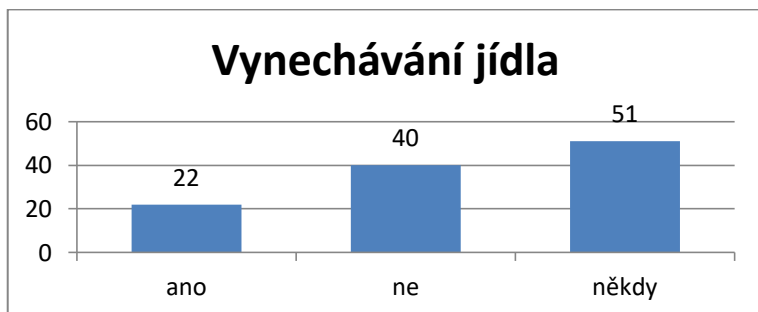
Otázka byla poněkud osobnějšího charakteru, avšak respondenti byli ochotni odpovídat, jelikož byla na začátku zdůrazněna anonymita dotazníků.



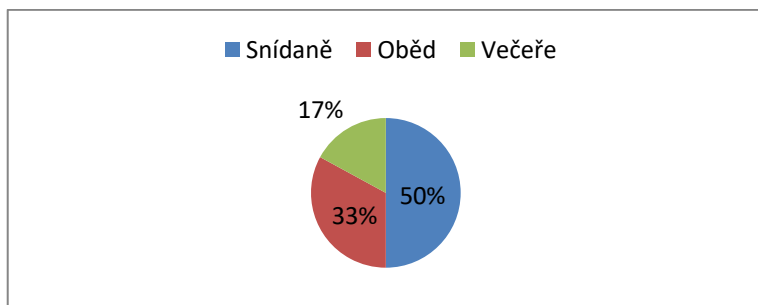
Graf 18 Dieta

12. Vynecháváš některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře)? Zda ano, které, a proč?

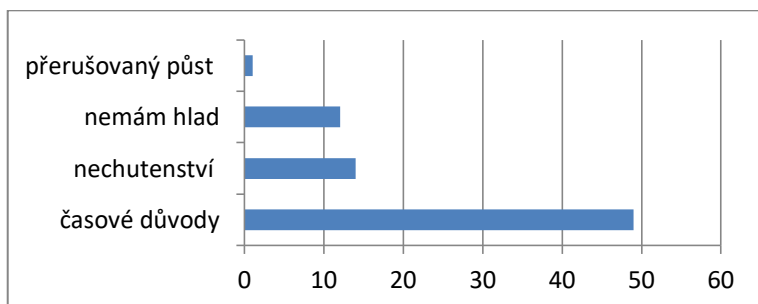
Otázka může být zavádějící a rozporuplná, proto byla obohacena o odpověď "někdy", jelikož je třeba si uvědomit, že někdo vynechává jídlo pouze někdy a z určitých důvodů.



Graf 19 Vynechávání jídla



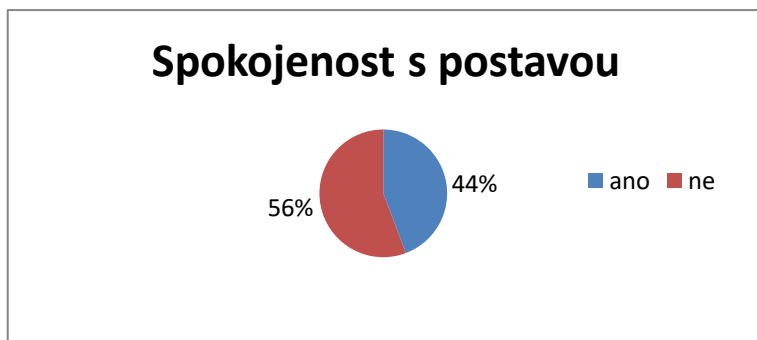
Graf 20 Jídlo



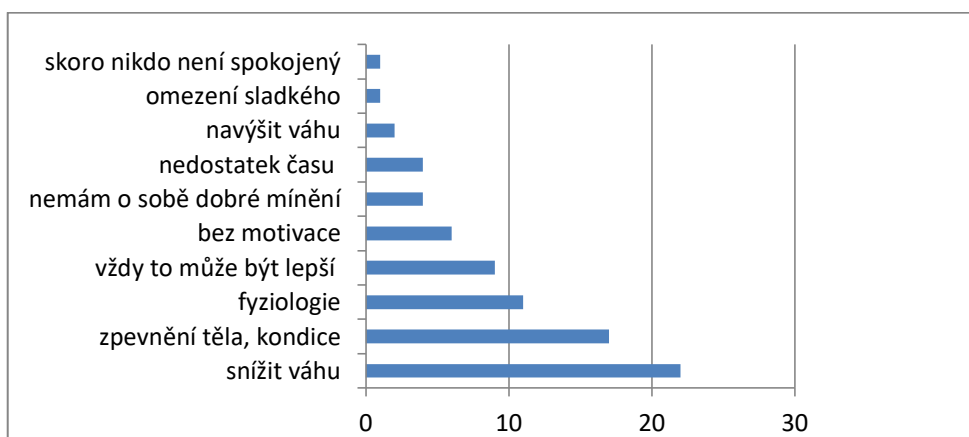
Graf 21 Důvod nejíst

13. Jsi spokojen/á se svou postavou? Pokud ne, proč?

Otázka velmi osobního charakteru, na kterou není lehké odpovědět bez zamyšlení. Pokud by byl člověk absolutně spokojený se svojí postavou, měl by motivaci ji takto udržovat? Objevili se odpovědi ano i ne, s převažujícími odpověďmi ne.



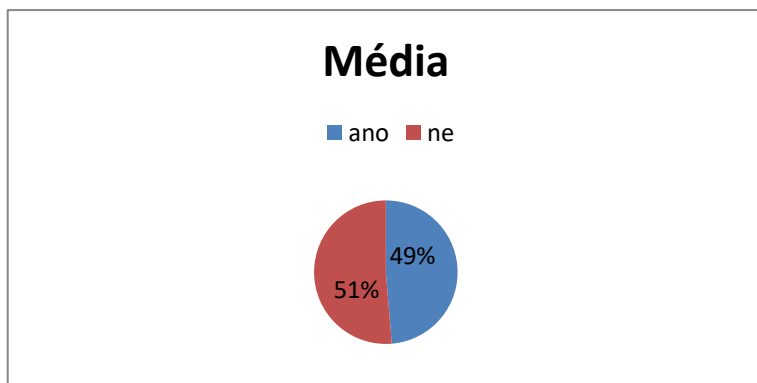
Graf 22 Spokojenost s postavou



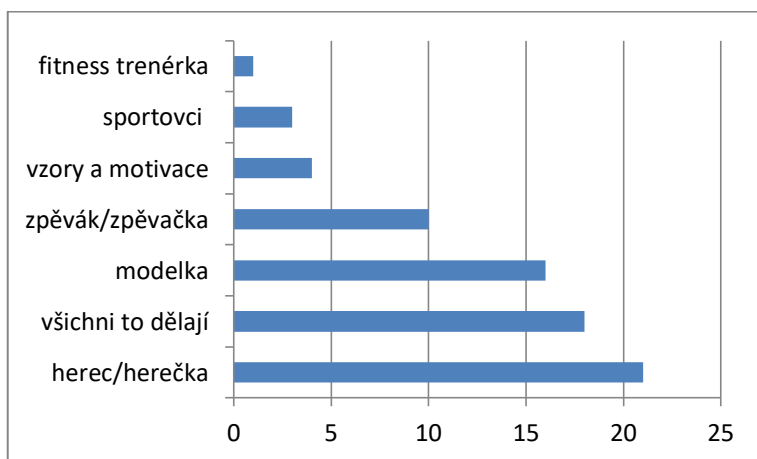
Graf 23 Důvod nespokojenosti

14. Porovnával/a jsi někdy svou postavu s někým z médií? Pokud ano, s kým a proč?

Otázka byla uzavřená, avšak podotázka byla možná rozepsat vlastními slovy. Odpovědi byly kategorizovány. Odpovědi, které do kategorií začlenit nešly, jsou následující. I silnějším to sluší. Mají pozornost mužů. Mám postavu jako ona. Hodnotím držení těla. Hledám a porovnávám fotky na Instagramu. Vliv masmédií. Dokonalé nalíčení a krásné šaty. Nemají problémové partie. Ráda se podívám, když má někdo hezké tělo. Protože jsou vysoké a mají dlouhé nohy, to já nikdy mít nebudu, díky tomu mohou nosit krásné šaty. Protože se chci cítit ve svém těle dobře. Vlastní potřeba, pocit srovnávat. Vypadá na svůj věk velmi dobře, udržuje si svou postavu a svého mimořádného úspěchu dokázal díky své ctíždosti a pevné vůli.



Graf 24 Porovnání s médii



Graf 25 Osobnosti

3.7 Diskuze výsledků

V rámci zohlednění identifikačních údajů je třeba se zamyslet, jak velký rozsah má výzkumné šetření distribuované přes internet. Ke kolika respondentům a jakého věku se dotazník dostane. Graf 2 udává věkovou škálu, která je poměrně široká, tedy věkové kategorie nejsou nijak diskriminovány. Problém nastává ve vzorku pohlaví, kdy Pedagogická fakulta nedisponuje převážnou částí mužskou populací, převažují téměř na všech oborech ženy.

První otázka věnující se problematice z pohledu gender je ovlivněna médii, probírána všude a ze všech stran. 1 respondent odpověděl, že muži trpí více poruchami. Nelze říci, zda si to opravdu tak myslí, je-li například ovlivněn vlastní zkušeností a setkáním se s mužem, jež onemocněním trpí či trpěl, nebo zda nepochopil formulaci otázky. Tento respondent nevěděl, že zná bigorexii, onemocnění, jímž trpí převážně muži. Při druhé otázce se většinou vychází z faktů z odborné literatury, a to, že na vznik poruch příjmu potravy má vliv pubescence, období dospívání, změny těla a smýšlení. Jenže stejně tak

na vznik poruch příjmu potravy lze uvést těžké, až krizové životní situace, které přicházejí se vznikem prokreační rodiny, rozchody, rozvody a zániky vztahů.

Ve třetí otázce nejvíce respondenti zohledňovali nízké sebevědomí a perfekcionismus, dále pak depresi, vrozený temperament a ovlivnitelnost druhými. Respondenti měli tendenci chybně vypisovat faktory vzniku poruch, což měli zaznamenat až v další otázce. V té se následně objevovali věci podobné, např. stavy psychiky a vztahy. Nejvíce se však projevila tendence vlivu rodiny a médií.

V otázce, kde získali informace o poruchách příjmu potravy, respondenti nejčastěji odpovídali, že zdrojem je škola, následně internet a televize. Rodina skončila na posledním místě. Nutí to k zamyšlení, zda se taková témata v rodinách neřeší, případně až se vzniklou špatnou situací a vlastní zkušeností s nemocí, nebo zda respondenti nepovažují za důležité rozhovory na toto téma v kruhu rodiny.

Při identifikaci předmětů, které respondenti vypisovali, se objevilo 23 předmětů studujících na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Ve většině případů se jednalo o psychologii či specifické předměty v rámci určitých oborů, zaznělo ovšem i odpověď: „snad ve všech“. Tato odpověď vypovídá o tom, že na některých oborech je to aktuální téma, které studenty přitahuje, vybírají si jej v seminárních pracích a je probíráno v různých předmětech. Co se týče vlastních zkušeností, objevilo se pár odpovědí, že respondentka sama nemocí trpí nebo trpěla. Téměř tři čtvrtiny respondentů potvrdili, že nějakou vlastní zkušenost s někým trpícím poruchami příjmu potravy mají.

Otázka dotazující se na další poruchy příjmu potravy, jiné než anorexie a bulimie, byla pádně definována pouze na tyto dvě základní a medializované. Důvodem byl fakt, že psychogenní přejídání se prezentuje také, avšak moc lidí si jej s poruchami příjmu potravy nespojuje. Objevilo se v asi jedné třetině odpovědí. Pár respondentů odpovědělo, že zná poměrně nově definované poruchy příjmu potravy – drunkorexii, bigorexii a ortorexii. Dá se z toho předpokládat, že lidé tuší nebezpečí poruch příjmu potravy. Ne pouze z hladovění či zvracení, ale i ze selekce jídla a špatnému náhledu na vlastní tělo.

Na otázku, co respondenti dělají pro to, aby žili zdravě, byla nejčastější odpovědí sport a jíst zdravě, pravidelně a vyváženě. Trochu tomu oponují odpovědi na další otázku, které ve většině případů udávají, že respondenti vynechávají některé z hlavních jídel.

Nejčastěji to je snídaně nebo oběd z časových důvodů a pracovního vytížení. Také následující otázka byla rozporuplná. Přestože spousta dotazovaných udává fakt, že sportují, ale se svojí postavou jsou nespokojeni. 22 studenti uvedli, že by chtěli zhubnout, avšak pár dokonce napsalo, že nemá motivaci (nestačí, že nejsou spokojeni se svým tělem). Jediné co neovlivní a nejsou s tím spokojeni, je fyziologie těla a dědičnost. Často tedy jen porovnávají své tělo se známými a prezentovanými herečkami a v druhé řadě s modelkami.

3.8 Vyhodnocení hypotéz

Ústřední hypotéza: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové mají základní informace o poruchách příjmu potravy.

Respondenti udávají, že nejčastěji trpí poruchami příjmu potravy ženy a osoby ve věku 10 - 20 let (graf 5 a 6). Mezi osobnostní dispozice důležité pro vznik onemocnění řadí nízké sebevědomí, perfekcionismus, nespokojenost sám se sebou a sebekritiku. Důležité faktory ovlivňující celý proces problematiky poruch příjmu potravy jsou uváděny dotazovanými jako rodina, média, vztahy, prostředí a stres. Všechny tyto údaje se propojují s fakty a údaji, které odborníci píší ve své literatuře (viz 1. kapitola). Sami respondenti uvádějí jako zdroje své informovanosti školu, internet, televizi, časopis, kamarády a v poslední řadě teprve rodinu (graf 9). Při dotazu, zda znají jiné poruchy příjmu potravy než mentální anorexii a bulimii, odpovědělo 57 respondentů, že ano (tedy polovina). Při znalosti této problematiky uváděli jako příklad dalších poruch přejídání, ortorexii, bigorexii a drunkorexii, což je správně (graf 15).

Ústřední hypotézu lze označit za pravdivou na základě toho, že minimálně 50% respondentů udalo fakta uváděná výše.

Hypotéza č. 1: Studenti Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové předpokládají, že masmédia jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňujících poruchy příjmu potravy.

Mezi nejčastější osobnostní dispozice byly udány nízké sebevědomí a perfekcionismus, což může být důsledek mnoha věcí (např. faktory sociální, rodinné, mediální...), v konečném důsledku jsou však daní jedinci ovlivněni porovnáváním sebe sama. Hlavními faktory byly uvedeny média a rodina (graf 8). Sami respondenti jsou o poruchách příjmu potravy informováni školou, internetem, televizí a časopisem (graf 9). Přestože 51% respondentů udalo, že se neporovnávají s nikým z médií, dotazovaní,

kteří odpověděli, mají dojem, že se porovnává každý, minimálně z důvodu motivace nebo nahlédnutí současného ideálu.

Hypotéza lze potvrdit, jelikož více než 75% respondentů tvrdí, že se k poruchám příjmu potravy dostali přes masmédia.

Hypotéza č. 2: Informovanost studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové je v oblasti poruch příjmu potravy ovlivněna znalostmi ze školy a vlastními zkušenostmi.

Dle udaných faktů dotazovaných lze říci, že nejvyšší informovanost ohledně problematiky poruch příjmu potravy má škola, po ní internet, televize a časopis a až poté kamarádi a rodina (graf 9). Z plného spektra respondentů udali, že se v 70% setkali s touto oblastí na vysoké škole v rámci některých předmětů (graf 10), avšak pouze 65% dotazovaných má vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy (graf 12), byť jen jako pozorovatel. 48 respondentů udalo, že některou z forem poruch příjmu potravy trpí či trpěla jejich kamarádka, 12 dotazovaných uvedlo spolužáka. Dohromady udalo vlastní zkušenost s někým trpícím poruchou příjmu potravy 73 respondenti.

S ohledem na tyto fakta lze hypotézu potvrdit a dodat, že je ovlivněna také médii.

Hypotéza č. 3: Studentky jsou nespokojenější s vlastním tělem a více dbají na zdravý životní styl než studenti.

Hypotézu bylo nutné vypočítat statisticky. Pro výpočet byl využit program Microsoft Excel (viz příloha C, ukázka tabulky počítání Chí-kvadrátu). Výsledek statisticky významný vyšel pouze v jednom případě, a to "držení diety", ostatní výsledky byly nad hladinu 0,05, což je, jak Lašek uvádí, vyšší výskyt na základě náhodnosti než 5%, tedy výsledek nenáhodný (Lašek, Maněnová, 2009, str. 12). Nelze tedy říci, že by se ženy více porovnávaly s osobnostmi z médií nebo žily zdravěji, než muži.

Hypotéza se tedy statistickým zpracováním vyvrací.

Závěr

Oblast poruch příjmu potravy je velice aktuální téma, rozmáhající se do všech odvětví, zvláště do pomáhajících profesí. Přestože již nemocným jedincům osvěta nepomůže, je třeba se zaměřit i na prevenci a ne pouze na odstraňování důsledků. V dnešní době je spousta seminářů a workshopů pro studenty i veřejnost, kde se na toto téma dá zjistit mnoho informací a nahlédnout za oponu celého toho medializovaného problému. I velký počet vyléčených nabízí možnost se o svůj příběh podělit. Tedy možností, jak se o poruchách příjmu potravy něco více dozvědět, je spousta. Občas se stačí rozhlédnout.

Z výzkumného šetření se projevil fakt, že Univerzita Hradec Králové a její vyučující na Pedagogické fakultě se v rámci předmětů zabývají poměrně velkou měrou poruchami příjmu potravy nebo tuto problematiku nastavují či umožňují studentům v rámci seminárních prací. Je důležité o problematice mluvit, zvyšuje se tím informovanost masy. Spousta respondentů uváděla také fakt, že pro to, aby žili zdravě, snaží se sportovat, hýbat, zdravě a pravidelně jíst a dostatečně spát. Nicméně jako další krok uvedli, že snadno vynechají některé z hlavních jídel, ve většině případů z časového hlediska, tedy spěchu. Jsou to dvě nesourodé odpovědi na podobnou otázku. Je pro ně tedy důležité zdravé tělo nebo hektický způsob života, kdy zapomínají i na základní životní potřeby?

Zdravotnická, následná terapeutická a sociální péče pro jedince s poruchami příjmu potravy je v České republice na poměrně dobré úrovni, avšak bylo by vhodné působit ohledně správného stravování a pohybu již na děti v rodinách. Z dotazníku vyplynulo, že každý respondent má v hlavě zakódováno, co je dle společnosti správné, ale spousta lidí se tím neřídí z různých důvodů. Ty důvody mohou být nízká motivace, nechut' se hýbat, názory okolí, sebekritika a další podobné faktory. Nicméně "poučování" rodin o našem hledisku není snadná a často demotivující záležitost. Nenapomáhá tomu ani zhoršující se zdraví populace.

Cílem bakalářské práce bylo nahlédnutí na poruchy příjmu potravy z pohledu studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové a zjištění jejich informovanosti. Lze říci, že studenti mají dobré základy z vlastního života, ze zkušeností a škola se snaží jim informace předat v rámci předmětů. Také masmédiá hrají velkou roli.

Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví.....	43
Graf 2 Věk	44
Graf 3 Studijní obor	44
Graf 4 Ročník studia	46
Graf 5 Ženy vs. muži	46
Graf 6 Ohrožená věková kategorie	47
Graf 7 Osobnostní dispozice	47
Graf 8 Ovlivňující faktory	48
Graf 9 Zdroj informací.....	48
Graf 10 Vysoká škola	49
Graf 11 Předměty na VŠ	49
Graf 12 Vlastní zkušenost	50
Graf 13 Vztah k nemocné osobě.....	50
Graf 14 Znalost dalších poruch.....	51
Graf 15 Další poruchy příjmu potravy.....	51
Graf 16 Nebezpečné onemocnění	51
Graf 17 Žít zdravě.....	52
Graf 18 Dieta	52
Graf 19 Vynechávání jídla.....	53
Graf 20 Jídlo	53
Graf 21 Důvod nejíst.....	53
Graf 22 Spokojenost s postavou	54
Graf 23 Důvod nespokojenosti	54
Graf 24 Porovnání s médii	55
Graf 25 Osobnosti	55

Seznam tabulek

Tabulka 1 Studijní programy a obory	45
---	----

Zdroje

Anorexia nervosa: a monograph of the National institute of childhealth and Human development. New York: Raven Press. 1977. 392 p. ISBN 0-89004-185-7. (edited by R. A. Vigersky)

BOVEY, S. *Zakázané tělo: být tlustý není hřích.* Překlad Barbora Voláková. Olomouc: Votobia, 1995. 267 s. Zdravověda. ISBN 80-85885-61-1.

BRÖHM, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?.* Překlad Jana Váňová. 1. vyd. Praha: Amulet, 1999. 170 s. Alfabet. ISBN 80-86299-17-1.

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit.* Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.

CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit.* Překlad Zdík Dušek. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.

DIXON, M A. *Miluj tělo, s nímž ses narodila: deset kroků k spokojenosti: kniha pro ženy.* Překlad Václav A. Černý. Praha: Práh, 1997. 197 s. ISBN 80-85809-72-9.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. verze. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.

ECO, U. *Dějiny krásy.* Praha: Argo. 2015. 439 s. ISBN 978-80-257-1433-1.

ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie.* Praha: Grada. 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

FALTUS, F. *Řekni mi, co jíš (a já ti povím něco o vztahu mezi náladou, vzhledem a potravou člověka).* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1977. 151 s. Život a zdraví.

FALTUS, F. *Anorexia mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba.* 1. vyd. Praha: Avicenum. 1979. Thomayerova sbírka 482.

FRANĀKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví.* Vyd. 1. Praha: ISV, 1996. 271 s. ISBN 80-85866-13-7.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ - JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 2003. 256 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Překlad Jana Krchová. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 184 s. Psyché. ISBN 80-7169-907-1.

HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era. 2003. 240 str. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.

KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. In HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2 vyd. Praha: Portál. 2008. s. 263 - 283. ISBN 978-80-7367-404-5.

JOSSELSOHN, R. *Ego development in adolescence*. 1980. In Adelson, J. *Handbook of adolescent psychology*. J. Wiley, New York.

KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Galén. 1997. 150 s. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. Rádci pro život. ISBN 80-7178-598-9.

KULHÁNEK, J. *Orthorexie, bigorexie, drunkorexie*. In: články IDEALNI.CZ. Poslední aktualizace: 21. 4. 2014 [citace 17. 8. 2016]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie>

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. 1998. ISBN 80-7169-195-X.

LAŠEK, J., MANĚNOVÁ, M. *Základy statistického zpracování pedagogicko-psychologického výzkumu*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. 2009. 42 s. ISBN 978-80-7041-779-9.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Překlad Lidia Běhounková. Vyd. 1. Praha: Svoboda. 1995. 120 s. ISBN 80-205-0499-0.

MACEK, P. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál. 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Překlad Jana Krchová. Praha: Národní lidové noviny. 1997. Linka důvěry. ISBN: 80-7106-248-0.
- MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3 přeprac. vydání. Jinočany: H&H. 2001. 147 str. ISBN 80-86022-92-7.
- MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MIDDLETON, K., SMITH, J. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Dron. 2013. 81 s. První kroky. ISBN 978-80-7297-115-2.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4. Praha: Portál. 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NOLEN-HOEKSEMA, S a kol. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložila ANTONÍNOVÁ, H. Praha: Portál. 2012. 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
- NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Psychiatrické centrum Praha. 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum. 1998. 270 s. ISBN 80-7184-569-8.
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s. Brno. 2002. ISBN 80-86568-02-04.
- PAPEŽOVÁ, H. *Eating Disorders*. In RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al. *Basic psychopathological terms and psychiatric diagnoses*. Prague: Charles University. 2004, p.113 -120. ISBN 80-246-0825-1.

RABOCH, J. a kol. DSM-5®: diagnostický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum. 2015. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Vyd. 3. Praha: Portál. 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.

SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B122 Centrum neuropsychiatrických studií*. Praha: Academia Medica Pragensis. 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

ŠKARECKÁ, I. *Bigorexie*. In: Výživová poradna VIVIENTE. poslední aktualizace: 15. 9. 2012. [citace 17. 8. 2016], dostupné z: <http://www.viviente.cz/bigorexie>

UHK. Studijní obory. [citace 7. 1. 2017] dostupné z: <https://www.uhk.cz/cs-CZ/PDF/Studium/Studijni-obory>

FALTUS, F. *Psychogenní poruchy příjmu potravy (F50)*. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 1998. str. 124 - 127. ISBN 80-7184-666-X.

Přílohy

Příloha A – Obory Pedagogické fakulty

Fakulta	Název oboru	Typ studia	Forma studia
PdF	Transkulturní komunikace	bakalářský	kombi
PdF	Transkulturní komunikace	bakalářský	prezenční
PdF	Cizí jazyky pro cestovní ruch – anglický jazyk	bakalářský	prezenční
PdF	Cizí jazyky pro cestovní ruch – francouzský jazyk	bakalářský	prezenční
PdF	Cizí jazyky pro cestovní ruch – německý jazyk	bakalářský	prezenční
PdF	Cizí jazyky pro cestovní ruch – ruský jazyk	bakalářský	prezenční
PdF	Jazyková a literární kultura	bakalářský	prezenční
PdF	Jazyková a literární kultura	bakalářský	Kombi
PdF	Speciální pedagogika - intervence	bakalářský	prezenční
PdF	Výchovná práce ve speciálních zařízeních	bakalářský	prezenční
PdF	Výchovná práce ve speciálních zařízeních	bakalářský	Kombi
PdF	Český jazyk a literatura se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Grafická tvorba- multimédia	bakalářský	prezenční
PdF	Historie se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Hra na nástroj a sólový zpěv se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Hudební kultura se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Náboženská výchova	bakalářský	Kombi
PdF	Řízení sboru	bakalářský	prezenční
PdF	Ruský jazyk se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Sbormistrovství chrámové hudby	bakalářský	prezenční
PdF	Sociální komunikace v neziskovém sektoru	bakalářský	Kombi
PdF	Sociální patologie a prevence	bakalářský	prezenční
PdF	Sociální patologie a prevence	bakalářský	Kombi
PdF	Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních	bakalářský	prezenční
PdF	Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních	bakalářský	Kombi
PdF	Společenské vědy se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Tělesná výchova a sport se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Textilní tvorba	bakalářský	prezenční

PdF	Učitelství praktického vyučování	bakalářský	Kombi
PdF	Učitelství pro mateřské školy	bakalářský	prezenční
PdF	Učitelství pro mateřské školy	bakalářský	Kombi
PdF	Výtvarná tvorba se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Základy techniky se zaměřením na vzdělávání	bakalářský	prezenční
PdF	Učitelství pro 1. stupeň základní školy	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 1. stupeň základní školy	magisterský	Kombi
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - anglický jazyk a literatura	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - biologie	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - český jazyk a literatura	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - chemie	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - dějepis	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - etická výchova	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - francouzský jazyk a literatura	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - fyzika	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - hudební výchova	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - informatika	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - matematika	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - německý jazyk a literatura	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - ruský jazyk a literatura	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - tělesná výchova	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - výchova k občanství	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - základy techniky	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - výtvarná výchova	magisterský	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - anglický jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - biologie	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - český jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - chemie	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - dějepis	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - etická výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - fyzika	Magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - hudební výchova	Magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - informatika	magisterský navazující	prezenční

PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - matematika	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol – německý jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol – občanská nauka	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - ruský jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol – tělesná výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - výtvarná výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro 2. stupeň základních škol - základy techniky	magisterský navazující	prezenční
PdF	Hra na nástroj a sólový zpěv se zaměřením na učitelství ZUŠ	magisterský navazující	prezenční
PdF	Sbormistrovství	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy - český jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy – dějepis	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy - hudební výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy – informatika	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy - ruský jazyk a literatura	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy – tělesná výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy – výtvarná výchova	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy – základy společenských věd	magisterský navazující	prezenční
PdF	Učitelství pro střední školy - základy techniky	magisterský navazující	prezenční
PdF	Speciální pedagogika - logopedie	magisterský navazující	prezenční
PdF	Sociální pedagogika	magisterský navazující	prezenční
PdF	Sociální pedagogika	magisterský navazující	Kombi
PdF	Učitelství výtvarné výchovy pro ZUŠ a SŠ	magisterský navazující	prezenční
PdF	Pedagogika předškolního věku	magisterský navazující	prezenční
PdF	Pedagogika předškolního věku	magisterský navazující	Kombi

Příloha B - dotazníkové šetření

Dobrý den, jmenuji se Lucie Rösslerová a jsem studentkou bakalářského oboru Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii. V rámci své bakalářské práce bych ráda zjistila informovanost studentů Pedagogické fakulty UHK o poruchách příjmu potravy. Vše je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro bakalářskou práci.

Děkuji vám za váš věnovaný čas.

Základní údaje

Pohlaví žena muž

Věk _____

Studijní program (obor) _____

Ročník studia 1 2 3 4 5

1. Trpí poruchami příjmu potravy častěji ženy nebo muži?
 ženy muži
2. V jakém věku jsou lidé nejvíce ohroženi poruchami příjmu potravy? (nejvyšší výskyt)
 do 10 let 10 - 20 let 20 - 30 let nad 30 let nevím
3. Jaké osobnostní dispozice (vlastnosti, stavy psychiky, vlohy, ...) jsou důležité pro rozvoj poruch příjmu potravy?

4. Jaké další faktory ovlivňují vznik poruch příjmu potravy?

5. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?
 škola kamarádi televize rodina internet časopis
 jiné (napíš) _____
6. Setkal/a ses na vysoké škole v rámci předmětů s problematikou poruch příjmu potravy?
 ano ne
Pokud ano, ve kterém? _____

7. Znáš někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchami příjmu potravy?

ano ne nevím

Pokud ano, jaký jsi k nim měl vztah? (přítel, rodič, sourozenec, kamarád...)

8. Znáš jiné poruchy příjmu potravy než je anorexie, bulimie?

ano ne

Pokud ano, napiš _____

9. Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy životu nebezpečné onemocnění?

ano ne nevím

10. Co děláš pro to, abys žil zdravě? _____

11. Držel/a jsi někdy nějakou dietu?

ano ne

12. Vynecháváš některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře)?

ano ne někdy

Pokud ano, které, a proč? _____

13. Jsi spokojen/á se svou postavou?

ano ne

Pokud ne, proč? _____

14. Porovnával/a jsi někdy svou postavu s někým z médií?

ano ne

S kým? _____

Příloha C - Příklady tabulek na spočítání Chí kvadrátu

Aktuální	10. Co děláš proto, abys žil zdravě			
Popisky	1 - strava	2 - sport	3 - relax	celkový součet
1= muž	11	15	5	31
2= žena	83	73	22	178
celkový	94	88	27	209
Očekávané	10. Co děláš proto, abys žil zdravě			
Popisky	1 - strava	2 - sport	3 - relax	celkový součet
1= muž	13,9	13,1	4,0	31
2= žena	80,1	74,9	4,0	178
celkový	94	88	27	209
CHITEST	1,42989E-18			0,05

Aktuální	12. Vynecháváš některé hlavní jídlo?			
popisky	1 -ano	2 -ne	3 - někdy	celkem
1 = muž	6	3	9	18
2 = žena	17	37	41	95
celkový	23	40	50	113
Očekávané	12. Vynecháváš některé hlavní jídlo?			
popisky	1 -ano	2 -ne	3 - někdy	celkem
1 = muž	3,7	6,4	8,0	18
2 = žena	19,3	33,6	42,0	95
celkový	23	40	50	113
CHITEST	0,131702			0,05