

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO

PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pavλίna Schlesová

Informovanost adolescentů SŠ a VoŠ v Karlových

Varech o poruchách příjmu potravy

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Pavλίna Schlesová

**Awareness of adolescents on secondary and high school in
Karlovy Vary about eating disorders**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15.2.2020

Pavčina Schlesová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala především Mgr. Milanu Fleischmannovi za příjemnou spolupráci při psaní mé bakalářské práce. Mgr. Zuzaně Týnkové za pomoc při sběru dat do dotazníkového šetření. A celé mé rodině za duševní i finanční podporu.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá informovaností o poruchách příjmu potravy na Střední pedagogické škole, gymnáziu a vyšší odborné škole v Karlových Varech. Je v ní obsaženo komplexní pojetí této problematiky, s ohledem na zvláštnosti moderní doby. Cílem teoretické části je informovat laickou veřejnost a této problematice. Cílem praktické části je pomocí dotazníků zjistit informovanost studentů o poruchách příjmu potravy, jejich vlastní zkušenosti ze života, rizikách, které z tohoto chování vyplývají a nebezpečí médií. V rámci závěru je shrnuto naplnění cílů a hypotéz.

Klíčová slova

Dotazníkové šetření, mentální anorexie, mentální bulimie, orthorexie, poruchy příjmu potravy, záchvatovité přejídání.

Annotation

The bachelor thesis deals with information about eating disorders at secondary and high school in Karlovy Vary. It contains a comprehensive conception of them on this issue with regard to peculiarities of modern times. The aim of the theoretical part is to inform the general public about this issue. The aim of the practical part is to use questionnaire to determine the awareness of students about eating disorders, their own experiences in life, the risk that results from this behavior and the dangers of media. The conclusion summarizes the fulfillment of goals and hypotheses.

Keywords

Anorexia nervosa, binge eating disorder, bulimia nervosa, eating disorders, orthorexia, questionnaire

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
2. DEFINICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
3. DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	12
4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	15
5. EPIDEMIOLOGIE.....	16
6. ETIOLOGIE.....	18
6.1. Sociální a kulturní faktory	18
6.2. Biologické faktory.....	20
7. PROJEVY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	21
8. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	23
9. PROGNOZA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	24
10. LÉČBA.....	24
11. ADOLESCENCE	27
12. VLIV MASMÉDIÍ NA PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	29
13. DOPORUČENÍ PRO BLÍZKÉ OSOBY.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
14.VÝZKUM	35
14.1. Metodologie výzkumu.....	35
14.2. Cíle a hypotézy	35
14.3. Organizace výzkumu, jeho výsledky a zpracování	36
14.4. Výsledky výzkumu.....	36
15. INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ	63
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	73

SEZNAM PŘÍLOH.....	74
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	77

ÚVOD

„Pro krásu se musí trpět.“

Tématem bakalářské práce je informovanost o poruchách příjmu potravy na SŠ a VOŠ pedagogické v Karlových Varech. Adolescenti tvoří velmi početnou část skupiny, která se potýká s poruchami příjmu potravy, jedná se především o mladé ženy, ale ani muži nejsou výjimkou. V posledních letech dochází k nárůstu počtu osob s poruchami příjmu potravy, což statistiky jen potvrzují. S poruchami příjmu potravy, tedy anorexií, bulimií a jinými atypickými a nespecifickými poruchami se lze často setkat už v poměrně nízkém věku dětí a je tedy důležité včasně chorobu rozpoznat a uvědomit si zcela všechna rizika s tím spojená. Ačkoliv existuje mnoho literatury na toto téma, laická veřejnost má často zkreslené a neúplné informace.

V bakalářské práci, přesněji teoretické části, jsou poskytnuty informace o této problematice, definice pojmů, specifikace dospívání, historie, diagnostika, charakteristika, etiologie, ovlivňující faktory, prevence, léčba a nové požadavky na terapii. Také je zde poukázáno na nebezpečnost médií, především internetu. V posledních letech jsou velice oblíbené sociální sítě, jejichž příspěvky mohou inspirovat adolescenty k rizikovému chování. Ba dokonce existují tzv. pro ana - blogy, nebo pro - mia blogy které navádí k anorexii a bulimii s tím, že toto chování nazývají životním stylem. V práci jsou tedy zahrnuty komplexní informace s ohledem na moderní tendence „trendy“ dospívajících.

Toto téma lze považovat za velmi aktuální. Cílem teoretické části je srozumět společnost s touto problematikou. V praktické části za použití výzkumné metody, kvantitativní – dotazníku vlastní tvorby, je zjišťována informovanost dospívajících ze školy v Karlových Varech o problematice, informovanost o rizicích vyplývajících z poruch příjmu potravy, nebezpečí médií v dnešní době a jejich vlastní postoje či názory. Dotazník je směřován studentům střední školy a vyšší odborné školy pedagogické v Karlových Varech ve věku od 15-20 let. Dotazníků bylo rozdáno 50 kusů.

TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Náznaky poruch příjmu potravy už jsou známé po celá staletí, je možné zmínit ruminaci – opakované vrácení požvýkané potravy do úst za účelem dalšího žvýkání, či syndrom pica, onemocnění, které je známé již ze starověku, přičemž postižená osoba přijímá potravu bez nutričních hodnot. Jedná se o nejedlé věci, jako například keramiku, kameny, sklo, trsy vlasů, kov. Pojídání těchto předmětů způsobuje zdravotní komplikace. Také můžeme nalézt zmínky o nadváze, o které spadají až do období paleolitu, toto lze potvrdit z historických nálezů, často se jednalo o kamenná nebo keramická díla, která oslavovala „kult matky“, tedy silné ženy, která bude schopna dobrého porodu a zajištění dalšího pokolení, příkladem může být Věstonická, či Willendorfská venuše. (Krch, 1999).

Mentální anorexie – Po celá staletí tento jev nebyl považován za patologický, neboť s ním byly spojeny praktiky tehdejších křesťanů. Odmítání potravy, držení půstu bylo součástí asketického přístupu, či sebetrestání. O několik staletí později bylo odmítání potravy, pakliže nebylo spojeno s vedlejšími příznaky nějaké choroby, pojímáno jako posedlost Ďáblem, či propadnutí temným silám. Dále v historii mentální anorexie byla spojována s duševními poruchami. V období pozdního středověku se objevovaly zmínky o tak zvaných „zázračných pannách“, jednalo se o především dívky v adolescentním věku, které tvrdily, že nemusí přijímat potravu, neboť je živí Bůh. Pojem mentální anorexie (anorexia nervosa) pochází již z dob antiky, kdy tento pojem byl vykládán jako únava a apatie. Galén, významný lékař této doby používal termín „asitia“ nebo „inetia“, který přímo hovořil o odmítání potravy. Od starověku se hovořilo o nenasytné žravosti – podobné psímu chování, kdy následovalo zvracení, příčiny se ale spíše přisuzovaly dysfunkcím žaludku. Později se v souvislosti s přejídáním a zvracením hovořilo o hysterii „hysterickém zvracení“. Okolo 19. století byl mentální anorexii již připsán patologický charakter. První odborně popsane zmínky o mentální anorexii se objevují až ve druhé polovině 20. století. Jako o první anorektičce se často hovoří o Alžbětě Bavorské, neboli císařovně Sissi, která se narodila roku 1837, ta byla posedlá svým vzhledem, kterému obětovala veškerý volný čas a držela drastické diety, kdy některé dny pila jen čistou vodu a k tomu se věnovala několik hodin denně sportu.

Mentální bulimie a přejídání – Nadměrné přejídání patří ke společnosti už od nepaměti. Termín bulimie dle Pultarcha vychází z „bolimos“, toto slovo označovalo zlého démona, původně však označoval velký hlad „pou limos = polys limos“. Někdo také tvrdí, že pojem vychází z latinského „bous“ = vůl a „limos“ = hlad. Pojem bulimie také zahrnoval i slabost a mdloby nebo obtíže užívacího ústrojí. Bulimii až do začátku 18. století nelze jednotně vysvětlit, počátkem tohoto století však lékaři rozdělovali až 7 druhů bulimie, lékaři už brali v potaz i emocionální faktory. Teprve v roce 1979 psychiatr Gerald Russel popsal bulimii jako „silné e nepřekonatelné nutkání přejídat se“ spojené se „strachem z příbrání“ s následky zvracení. (Krch, 1999).

Velký zlom přišel v období rozvoje masmédií a fotografií, které ženám podsouvaly ideál krásy v reklamách a módních časopisech. Na trhu se také začaly objevovat nové produkty, které ženám dopomáhaly k „ideální postavě“, jednalo se například o stahovací korzety, projímadla, léky na hubnutí, (i extáze), která se jako prostředek na hubnutí používala až do roku 1984. (https://theses.cz/id/71109m/Diplomova_prace_Sarka_Kaplanova_-_hotovo.pdf).

V dnešní době můžeme hovořit především o vlivu internetu, který poskytuje snadný a rychlý přístup k informacím, které mohou podsouvat nereálné ideály krásy, poskytovat členství ve skupinách, které podporují anorexii (pro ana - blogy a pro - mia blogy), které budou vysvětleny dále v práci, či neodbornou podporu v oblastech tipů a triků na hubnutí, „zdravé“ jídelníčky, nebo laické zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Na druhou stranu však internet poskytuje anonymní zázemí a může být také účinným nástrojem v oblasti prevence i léčby. (https://irtis.muni.cz/media/3111728/report_thinline_11_2018_final.pdf).

2. DEFINICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Nasycení patří do základních tělesných, fyziologických potřeb člověka, již od vzniku prvních lidí bylo jejich primární starostí obstarávání potravy. Hovoříme-li o jídle, pak hovoříme o nenahraditelné složce, která tělu dodává živiny a podmiňuje dobrý somatický vývoj i duševní zdraví. Pokud důležité živiny chybí, dochází k omezení energie a závažným poruchám. Změny v chuti k jídlu mohou signalizovat vážné ale i banální onemocnění, nebo duševní poruchu. Během života člověka jsou jídlu připisovány mnohé významy, může se jednat o odměnu, únik ze stresu, životní styl či

filozofii. V těchto případech je velmi nesnadné určit, kdy je jednání v normě, nebo se jedná o patologii. (Krch, 1999).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnuje do poruch příjmu potravy „PPP“ mentální anorexii, mentální bulimii (bulimie NS, hyperorexia nervosa), atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (psychogenní přejídání), zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy (pica u dospělých, psychogenní ztráta chuti k jídlu). (<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>).

Ač jsou mentální anorexie a bulimie zdánlivě od sebe odlišné, lze najít společné příznaky, mezi něž patří strach z tloušťky, nadměrné zaobírání se vlastním tělem a tělesnou hmotností. Postižení neustále kontrolují svou váhu a snaží se zabránit přibývání na hmotnosti. U obou těchto poruch jsou další společné rysy, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo tělesné problémy a závislost na kontrole. (Krch, 1999).

3. DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie (MKN-10, F 50.0), je porucha příjmu potravy, která je charakteristická tím, že člověk jí trpící neustále snižuje svoji hmotnost. Někdy je spojena s nechutenstvím, ale nemusí tomu tak vždy být. Často naopak se u pacientů shledáme s tím, že mají zvýšený zájem o jídlo, většinu dne přemýšlí o jídle, zkoušejí nové recepty a užívají si vaření, někdy je také přítomna zvýšená chuť na sladké, což se jeví jako přirozená adaptační odpověď organismu, tak jako oslabení touhy po jídle po několikátýdenním hladovění. Tito pacienti odmítají potravu ne proto, že by neměli chuť, ale zkrátka odmítají jíst. Toto chování svědčí o jejich narušeném postoji k sobě samým, ke své hmotnosti, proporcím i tloušťce. (Krch, 1999).

Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F 50.0): Dle BMI (body mass index) je tělesná hmotnost po výpočtu (kg/m^2) 17,5 a nižší. V období prepubertálním, tedy vývoje, se posuzuje podle očekávaného přibírání. Ubírání na váze si nemocný způsobuje sám, omezením stravy, vyhýbáním se stravě, vyvoláváním zvracení, užíváním laxativ, anorektik či diuretik a přehnaném cvičení. Představa o těle nemocného je zkreslená, nemocný má často nepříjemné vtíravé myšlenky, které

způsobují strach z tloušťnutí a nastavení si nesmyslného cíle (váhy). Je přítomna rozsáhlá endokrinní porucha, která u žen způsobuje vynechávání menstruace (amenorrhoea) a u mužů potenci a snížení sexuální apetitu. Mohou se také objevit i jiné změny, jako zvýšená hladina kortizolu, nebo rozdíly v produkci inzulínu. Pakliže žena užívá hormonální antikoncepci, nemusí být amenorrhoea přítomna. Pokud se anorexie objeví už před pubertou, některé přirozené procesy spojené s tímto obdobím jsou opožděny, či zastaveny (růst, vývin sekundárních pohlavních znaků - prsa, nedostavení menstruace, u chlapců nedostatečný vývin genitálií), po uzdravení často probíhá vývoj zcela normálně, avšak menstruace je opožděna. (Krch, 1999).

Dále existují diagnostická kritéria dle DSM-IV, americké národní klasifikace mentálních poruch, která jsou však velmi podobná jako v MKN-10. (Krch, 1999).

Mentální bulimie (MKN-10, F 50.2), je porucha která je charakteristická záchvatovitým přejídáním a kontrolou váhy. Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F 50.2): Jsou přítomny epizody přejídání (minimální délka trvání jsou 3 měsíce, 2x týdně), přičemž během krátké chvíle dojde ke konzumaci velkého množství stravy. Nepřetržité zabývání se jídlem a nutková touha po jídle neboli (bažení - craving).

Aby nemocný korigoval účinky snědeného jídla, využívá jeden či více z těchto způsobů: vynucené zvracení, užívání projímadel, střídání období hladovění, užívání diuretik, u diabetiků také dochází k přerušování léčby inzulínem. (Krch, 1999).

Nereálné představy o svém těle (pocit tloušťky) a intenzivní strach z tloušťnutí. Často se v minulosti u nemocného projeví epizoda anorexie, nebo intenzivní usměrňování váhy. Kritéria DSM-IV jsou opět velmi podobná jako v případě MKN-10. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

Atypická mentální anorexie (MKN-10, F 50.1), tato diagnóza se užívá u pacientů, kteří nesplňují jeden či více základních znaků mentální anorexie. Ale mají téměř stejný klinický obraz. (Krch, 1999).

Atypická mentální bulimie (MKN-10, F 50.3), nemocný opět nesplňuje jedno či více kritérií pro mentální bulimii. (Krch, 1999).

Psychogenní přejídání (MKN-10, F 50.4), je definováno jako nadměrné požívání jídla v porovnání se zdravými jedinci, za určitý časový úsek. Přítomen je pocit ztráty kontroly nad sebou samým. Vyznačuje se rychlou konzumací stravy i po naplnění pocitu sytosti, přičemž pak dochází k přeplnění a bolesti. Nemocní své jídlo konzumují v soukromí, neboť cítí hanbu vyplývající z množství snědeného jídla. Po konzumaci

obvykle přichází výčitky, pocity viny. Tato epizoda je pro nemocného vždy velmi stresující. Nicméně nenásleduje žádné cvičení nebo užití laxativ. Často bývá doprovázeno obezitou, ale není tomu tak vždy. (http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf).

Jiné poruchy příjmu potravy, Syndrom Pica (MKN-10, F 50.8), tento syndrom se projevuje požíváním nepoživatelných materiálů, věcí, které nejsou určeny k jídlu. Tento syndrom lze diagnostikovat po 1 měsíci trvání a je nutné diagnostikovat až v určitém věku, kdy už se toto chování jeví jako vývojově nevhodné. Častá je komorbidita s duševními poruchami. Mezi nejznámější patří tzv. trichofagie, která je dalším stádiem poruchy sebeovládání, kdy si nemocný vytrhává vlasy a konzumuje je. (<https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/532-pica-syndrom-pajka-priznaky-projevy-symptomy>).

Poruchy, které nejsou prozatím zařazeny do MKN-10. Tyto poruchy momentálně nejsou zařazeny do sekce poruch příjmu potravy dle MKN-10, nicméně se jedná o pojmy, se kterými se můžeme často setkat obzvláště v dnešní době. Tyto dalo by se říci „styly života“ jsou často propagovány za pomoci médií, slavných osobností a zastánci zdravého životního stylu. Jedná se o špatně interpretované přístupy v oblasti péče o zdraví, které naopak zdraví škodí.

Orthorexie – V anglickém jazyce se tato porucha označuje „healthy eating disorder“. Řadí se do psychických poruch, vyznačuje se patologickou závislostí na zdravé stravě. Jakmile nemocný poruší své zásady zdravé výživy, přichází pocity viny. Tito lidé se vyhýbají průmyslovým potravinám a potravinám z velkovýroby, tedy nejraději konzumují biopotraviny. Pro mnoho lidí tato porucha může znamenat překonávání svých životních potíží. Prvotní záměr lidí, trpících touto poruchou je být zdraví, nicméně tato potřeba později přerůstá v personalismus, nutkání mít pod kontrolou svůj život, řeší tímto způsobem své životní potíže, či se takto pokoušejí zhubnout. Mezi skupiny ohrožené touto poruchou patří vegetariáni, vegani a makrobiotici. (<https://www.celostnimedicina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>).

Bigorexie – Jinými názvy též svalová dimorfická porucha, Adonisův komplex, obrácená anorexie. Jedinec se o sobě domnívá, že je málo svalově vyvinutý, tato porucha se vyskytuje nejčastěji u mužů. Jedinci, aby zlepšili svůj vzhled, často navštěvují posilovnu, konzumují různé doplňky stravy, někdy až anabolické steroidy

a přijímají nadbytečně velké množství potravy. Častým posilováním dochází k poškození pohybového aparátu, díky nadměrnému příjmu energie a bílkovin také dochází k porušení funkce ledvin a jater, i užívání steroidů má na negativní vliv na zdravotní stav. (<https://www.celostnimediceina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>).

Drunkorexie/alkorexie – Jedná se o závažné, nebezpečné druhy závislosti na alkoholu, které jsou spojeny s poruchami příjmu potravy. Tyto poruchy jsou typické pro mladší populaci a především pro ženy, to však neznamená, že závislí nemohou být muži, nebo osoby staršího věku. Při této poruše se jedná o epizodické konzumování alkoholu a období s přísnými dietami. Drunkorexie by se dala popsat jako týdenní hladovění, s tím, že osoba očekává o víkendu vysoký příjem alkoholu. Často také osoby alkoholem nahrazují jídlo, za účelem zhubnutí, zmírnění pocitu hladu, nebo jako náhražka za jídlo. Tato porucha má veliké dopady na psychické i tělesné zdraví člověka. (<https://www.adicare.cz/typy-zavislosti/drunkorexie-alkorexie/>).

4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

I když je zřejmé, že se jedná o mentální anorexii, je potřeba vyloučit výskyt jiných psychických či somatických onemocnění. Při diagnóze často může být mentální anorexie zaměněna za depresi. „*Při depresi může být přítomen sekundární anorektický syndrom, zatímco součástí mentální anorexie bývá pravidelně sekundární depresivní syndrom.*“ (Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá, 2008, str. 267).

Při diagnóze mentální anorexie bývá typická snaha zhubnout, rituály v zacházení s jídlem a bránění přibírání na váze, toto u depresivní poruchy není přítomno. Další záměna může být s jinými duševními poruchami, například schizofrenií, somatizační poruchou a obsedantně-kompulzivní poruchou. Obsedantně kompulzivní porucha může být spojena s nutkavou potřebou cvičit. V první řadě lékaři zjišťují somatická onemocnění. Nejprve se pacient dostane k praktickému, či dětskému lékaři, pokud je přítomna ztráta menstruace, tak ke gynekologovi. Někdy je také prvním lékařem stomatolog, nebo dermatolog. Somatickým vyšetřením musí být vyloučena organická příčina, může se jednat o tumor centrálního nervového systému, kachektizující nádorové onemocnění, nebo střevní onemocnění, které způsobuje stěbávání živin = malabsorpční syndrom, sprue. Také je zaměřeno na vyloučení endokrinních

onemocnění, nejznámější je diabetes mellitus. (Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá, 2008).

U mentální bulimie je také nezbytné vyloučit jiné psychické onemocnění, nebo somatické poruchy. „Z psychiatrických onemocnění přicházejí v úvahu zvracení koverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami“. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, str. 274).

Mentální bulimii je také důležité odlišit od depresivní poruchy, neboť stejně jako mentální anorexie je spojena s depresivním syndromem, i suicidálním chováním. Co se týče somatických onemocnění, přichází v úvahu tumory na centrálním nervovém systému, choroby jícnu a žaludku, nebo gastorezofageální reflux. Opět jsou zapotřebí všechna vyšetření, aby došlo k správnému diagnostikování. U mentální bulimie se lze setkat s komorbiditou (přítomností jednoho nebo více onemocnění, nebo poruch, které se vyskytují s elementárním onemocněním, či poruchou). Často to bývá diabetes mellitus, nebo závislosti na návykových látkách. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008).

Obecně můžeme hovořit o výskytu sebepoškozování v obou diagnózách. „Ve skupině pacientů s poruchami příjmu potravy je prevalence sebepoškozování 25% – 45%.“ (Platznerová, 2009, s. 60).

5. EPIDEMIOLOGIE

U výskytu mentální anorexie a bulimie především v posledních desetiletích je zaznamenán vysoký vzrůst v období adolescence u dívek i chlapců. Nicméně mnoho autorů se shoduje na tom, že dívky v tomto věku trpí tímto onemocněním častěji, než chlapci. (Kocourková, 1997).

Období adolescence je obecně považováno za kritické období, neboť dochází k důležitým změnám, nejen fyzickým (pohlavní zralostí), ale i duševním. (Kriegelová, 2008).

Krch uvádí, že rozšíření mentální anorexie je v České republice podobné jako v západní Evropě, jedná se tedy o 0,5-1% dívek, tedy zhruba každá 200. dívka. Na konci puberty se mohou některé ukazatele objevit až u 6% dívek. Také tvrdí, že v průběhu života až 4,5% žen trpělo anorexií. Velký vliv na tyto ukazatele má také tlak médií, které se poslední dobou těší velké oblibě, mladí lidé jsou posedlí dietami,

zdravou výživou a málokteří mají reálnou představu o svém těle. Krch dále hovoří o tom, že až 10% mladých žen někdy použilo ohrožující metody kontroly své hmotnosti. První příznaky anorexie se nejčastěji projeví ve 13-16 roce tedy rané adolescenci, nicméně nejsou výjimkou ani dětští pacienti. Anorexie dříve byla spojována s lidmi ze středních či vyšších vrstev, tuto teorii dnes už nelze uplatnit. V mnoha studiích je uváděno, že chlapi trpící anorexií tvoří maximálně 15% z této skupiny. Je těžké dokázat kvůli čemu to tak je, nicméně se předpokládá, že dívky jsou nejistější, mají menší sebevědomí, jsou sebekritičtější a mají obavy, zdali jsou oblíbené. Snaží se dosáhnout jistého ideálu krásy. Zatímco chlapi si v tomto období naopak zakládají na přibírání svalové hmoty. (Krch, 2010).

U mentální bulimie se hovoří o prevalenci od 1-3% dívek. Opět se vyskytuje spíše u dívek, než chlapců. S rozdílem, že mentální bulimie se vyskytuje častěji v pozdní adolescenci, až rané dospělosti. (Kocourková, 1997).

Některé studie zohledňovaly populační skupiny, u kterých se očekávalo, že výskyt poruch příjmu potravy bude rozšířenější. Jednalo se například o homosexuální muže, tuto teorii posuzovali Robinson a Holden (1986), a studentky baletu, které posuzovali Druss a Silverman v roce 1979, nebo také diabetiky. (Krch, 1999).

Český statistický úřad uvádí, že v roce 2017 se v České republice léčilo 3 731 pacientů s diagnózami F 50.0 – F 50.9 Poruchy příjmu potravy v ambulantních zdravotních zařízeních tvořily z 90% ženy, těch, které se tento rok léčily s nemocí poprvé bylo zhruba 37%. Na psychiatrickém oddělení bylo umístěno 454 pacientů. Děleno podle věku, 12% tvořili nemocní ve věku 0-14 let, 32% ve věku 15-19 let a 56% 20 let a více. Nejvyšší počet pacientů spadá pod hlavní město Prahu. Na psychiatrických odděleních byli umístěni pacienti především pro diagnózu mentální anorexie a to v 65%, ve 13% pro mentální bulimii, 13% pro atypickou mentální anorexii. Častěji byly hospitalizované ženy. Nejvíce hospitalizovaní pacienti byli z Ústeckého, Středočeského kraje a z kraje Vysočina. (<https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017>).

6. ETIOLOGIE

6.1. Sociální a kulturní faktory

Někteří autoři se domnívají, že primární problém poruch příjmu potravy tkví v kultuře, která se rychle mění, podporuje vyhublost a kontrolu nad sebou. Tvrdí, že rychlým nástupem západní kultury se smýšlení žen změnilo a je spojeno s posedlostí vzhledem a pocity tloušťky. H. Brunch popsala, jak média a módní průmysl působí především na adolescenty a podsouvá jim, že krása je důležitější, než samotná hodnota člověka. V roce 1982 zase Garfinkel a Garner potvrdovali, že na ženy je vyvíjen vysoký tlak ze stran sdělovacích prostředků a modelky zobrazující se v nich jsou stále štíhlejší a štíhlejší. Tyto nátlaky vedly k jakémusi ideálu krásy, popisující postavu a proporce, kterým se normální ženy jen těžko mohou přiblížit. Většina žen nemá biogeneticky dáno takto vypadat a snahy o to mohou být i zdraví ohrožující. Předkládání těchto nerealistických obrazů, vzorů má za důsledek nízké sebevědomí, vede k přehnané sebekontrolě a nedodržování diet, a vyšší váha může být považována za selhání. (Krch, 1999).

V posledních letech lze sledovat obrovský rozvoj internetu a především webových stránek, či sociálních sítí, kde se objevují neodborné články o hubnutí, jídelníčky, fotografie a příběhy lidí, amatérské rady a zkušenosti. Sociální sítě, jako mohou být třeba Facebook a Instagram jsou přeplněné fotografiemi uživatelů, kteří předvádějí své tělo, je ovšem také nutné si uvědomit, že fotografie, které uživatelé vkládají na tyto weby, jsou často upravované. Někdy si uživatelé dopomáhají make-upem, plastickými zákroky, photoshopem, nebo jen prostě znají pózy, ve kterých jejich tělo vypadá co nejlépe.

(https://irtis.muni.cz/media/3111728/report_thinline_11_2018_final.pdf).

S poruchami příjmu potravy se potýká či potýkalo i mnoho celebrit, které pro některé fanoušky mohou být vzorem a ideálem krásy. Jedná se například o Angelinu Jolie, Victorii Beckham, Taru Reid, Donatellu Versace, Keiru Knightley a z českých slavných osobností o Elišku Bučkovou. Z minulosti to byly především Twiggy, Audrey Hepburn a princezna Diana. (<https://www.blesk.cz/galerie/celebrity-svetove-celebrity/611902/slavne-anorekticky-na-kost-vyhubly-angelina-jolie-victoria-beckham-i-eliska-buckova?foto=18>).

Vliv sociálně-enviromentálních faktorů - Životní situace jsou často klíčové pro vznik poruch příjmu potravy. Může se jednat o nepříliš dobré socioekonomické podmínky, problémy v rodině (rozvod, hádky rodičů), nebo osamělost. Tyto faktory ovlivňují míru frustrace, stresu a zvyšují výskyt poruch příjmu potravy. Dále se může jednat o násilné činy, třeba znásilnění. Také interpersonální vztahy mají vliv na vzniku poruch. Dále ztotožnění se s rodinnými pravidly, či normami společnosti, ztotožnění se s přidělenými životními rolemi, požadavky kladené na adolescenta. Nevhodné emocionální klima v rodině, emocionálně chladné prostředí, opomíjení pocitů a traumatické životní události. (Krieglová, 2008).

Vliv rodiny – Aby docházelo k harmonickému vývoji, je důležité vyrůstat ve funkční rodině, jedná se především o dobrý vztah s matkou. Pakliže v rodině jsou nefungující vztahy, nebo je pocíťována citová deprivace, má to negativní vliv na psychiku adolescenta a může se jednat rizikový faktor pro vznik poruchy příjmu potravy. Dalšími rizikovými faktory mohou být alkoholismus v rodině, deprese, či jiné psychické poruchy nebo poruchy příjmu potravy mezi sourozenci, či rodiči. (Kocourková, Koutek, 2003).

Mnoho dívek, které drží dietu, hovoří o tom, že se inspirovaly u svých matek (drží stejnou dietu). Důležitým faktorem také je, že některé rodiny nemají dostatek financí na pravidelné jídlo, či je rodina v konfliktu a tak tuto pravidelnost nemůže zajistit. Často se také potýkáme s tím, že rodina není schopná spolupracovat na problému poruchy příjmu potravy. (Krch, 2010).

Vliv školního neúspěchu – Škola je jak pro rodinu, tak i pro dítě velmi důležitá. Může mít pozitivní, ale i negativní vliv na psychiku dítěte, adolescenta. Školní neúspěch může vést k různým patologickým jevům, záškoláctví, sebepoškozování, suicidálním pokusům, i poruchám příjmu potravy. Děti jsou často obětí šikany, pro ekonomický status jejich rodiny, i kvůli vzhledu. Děti někdy dovedou být velmi kruté a nekompromisní. Školní selhání může mít za následky fobii ze školy, poruchy chování i poruchu příjmu potravy. (Kocourková, Koutek, 2003).

Vliv vrstevnických vztahů – Školní kolektiv je pro žáka velmi důležitý a hraje v jeho životě velkou roli. Pakliže se dítě cítí, že „zapadlo“ do kolektivu a je přijímáno, má to blahý dopad na jeho sebevědomí. V případě, že dochází k šikaně, dítě pocíťuje pocity méněcennosti, selhání, deprese i úzkost. Nejčastější obětí šikany jsou děti, které se nějakým způsobem odlišují od ostatních, nemají nejmodernější oblečení, techniku,

jsou obézní, nemají dobré výsledky v hodinách tělovýchovy, nebo se jedná o děti introvertní. Zvláště u dívek se řeší jejich vzhled a tělesné proporce a jejich negativní hodnocení může vyústit v poruchu příjmu potravy. Také je důležité jaké „party“ se dítě „chytí“, vliv vrstevníků je v tomto věku obrovský. (Kocourková, Koutek, 2003).

6.2. Biologické faktory

Vliv ženského pohlaví – Jedná se o jeden ze zásadních rizikových faktorů. Muži a ženy mají jiné postoje k tělesným proporcím, nejvíce se tyto postoje projevují v období adolescence, kdy dochází k největším biologickým, ale i psychickým změnám. Dochází k nejrychlejšímu tělesnému růstu a pro mnoho dívek tento příbytek na váze představuje strach. V tomto období dívky jsou často nespokojené se svým vzhledem. Zatímco chlapci se v tomto období snaží o maskulinní ideál krásy, přírůstek svalů. (Krch, 1999).

Tělesná hmotnost – Se zvyšováním tělesné hmotnosti vzrůstá riziko, že ženy jsou se svou postavou nespokojené a začnou vyhledávat diety. Tuk se začíná ukládat v „problémových partiích“ (boky, hýždě, stehna, břicho) a ženy, u kterých je toto ukládání výrazné, mají vyšší sklony k poruchám příjmu potravy. (Krch, 1999).

Vliv období dospívání – Je nejobvyklejším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy. Pokud v pubertě vypukne mentální anorexie, často je normální, zdravý vývoj člověka zastaven. Důležité je uvědomit si, že puberta je jedním z nejnáročnějších období života, dochází k obrovským emočním i hormonálním změnám. V pubertě si člověk začne sám sebe uvědomovat a více o sobě přemýšlí, také se porovnává s druhými. Dívky jsou v tomto období oproti chlapcům nejistější, mají nízké sebevědomí a jsou sebekritické, to je často vede k vylepšování svého vzhledu, držení diet a může vést k poruše příjmu potravy. Také dochází k prvním sexuálním zkušenostem, vyvstávají otázky ohledně separace od rodiny a obecně lze toto období považovat za skutečně stresující. (Krch, 1999).

Vliv hladiny serotoninu – Serotonin je biologicky aktivní látka, jedná se o neurotransmitter „přenašeč podnětu“. Jeho hladina má vliv na výskyt poruch příjmu potravy, neboť vyšší množství serotoninu vede k potlačení hladu. Serotonin lze však regulovat stravou. (<https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html>).

7. PROJEVY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy se týkají celého organismu a zahrnují sekundární orgánové komplikace.

Gastrointestinálního ústrojí – Osoby, které trpí některou z poruch příjmu potravy, mohou mít problémy s pálením žáhy, nadýmáním a plynatostí, pocit přejevení i po malé porci jídla. Často se vyskytují různé bolesti břicha a při užívání laxativ také průjem. Při hladovění také dochází k zvýšenému slinění, nemocnému praskají koutky, nebo trpí afty. Při zvracení otéká obličej, a jelikož mají zvratky kyselé Ph, tak dochází k ničení zubní skloviny a zvýšené kazivosti zubů, problémy s dásněmi a může dojít i k úplné ztrátě chrupu. Následkem dlouhodobého hladovění mohou být žaludeční potíže, poruchy žaludku. Také dochází ke zvýšenému ukládání tuku v jaterních buňkách. V oblasti žaludku i slinivky je snižená sekrece. (<https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Kardiovaskulární systém – Poškození tohoto systému patří k jednomu z nejzávažnějších. Může dojít až k akutnímu selhání srdce, které vede k smrti. Při poruchách příjmu potravy dochází k tzv. brachykardii, což je zpomalení srdeční frekvence pod únosnou mez, nebo hypotenzi, což je označení nízkého tlaku. Při podvýživě také dochází k hypotrofii srdečního svalu. (<https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Kožní potíže – V souvislosti s dehydratací dochází ke kožním změnám, pleť je vysušená, tenká a šupinatá, proto jsou na ni lépe vidět jizvy, modřiny i mozoly. Typické je zbarvení prstů až do modra a žlutooranžové zbarvení dlaní a chodidel. Často nemocné trpí svěděním, které vede k nutkavému škrábání. Také okolo očí a úst se vyskytuje typické zbarvení, které je fialové, často se uskupuje v tečkách. V oblasti břicha a zad dochází ke specifickému ochlupení. Pakliže si osoba vyvolává záměrné zvracení, objevuje se tzv. Russelovo znamení, na prstech a rukách. Také dochází k častému vypadávání vlasů, jejich nadměrnému lámání a lámání nehtů.

(<https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Imunitní systém – Nemocní mají zvýšené riziko výskytu infekčních onemocnění.

Metabolické a endokrinní změny – Organismus spustí adaptační mechanismy, klesá množství inzulínu v těle, regulačních hormonů a drastickému

snížení hladiny tuku, hladiny leptinu. V důsledku snížení hormonů dochází k výskytu amenorrhoei, vynechání menstruace. (<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Osteoporóza – „Osteoporóza je onemocnění kostní tkáně, které vede ke zvýšené křehkosti kostí. V důsledku tohoto jevu dochází u lidí trpících tímto onemocněním k čtenějším zlomeninám. Slovníky a lexikony uvádějí osteoporózu jako takzvané "řidnutí kostí". (<https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/osteoporoz.html>).

Ledviny – Postižení ledvin může mít na vině tzv. hypokalemie, neboli jedna z nejběžnějších iontových poruch, hypomagnezemie, což je nízký obsah hořčíku v těle. A poruchy spojené s užíváním projímadel. (<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Realimentační syndrom, „refeeding syndrom“ - Nastává u podvyživených pacientů, po opětovném navýšení příjmu jejich potravy. Týká se změn fosfátových iontů, kália, hořčíku a natria. Pokud je tento syndrom již plně rozvinutý může mít letální následky, s tím se ovšem setkáváme zřídka. (<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-2/realimentacni-syndrom-57704>).

Abúzus – Často jsou v souvislosti s poruchami příjmu potravy zneužívána laxativa, neboli projímadla, diuretika, které způsobují vylučování vody a elektrolytů, psychostimulancia, což jsou léky, které zvyšují činnost CNS, může se jednat o drogy, jako jsou kokain, či amfetamin. Nebo také kofein a nikotin, dále též analeptika. Také může docházet ke zneužívání látky zvané tramadol, což je ovoidní analgetikum, které omezuje chuť k jídlu, zastavuje potřebu přejídání se a zamezuje projevům negativních emocí. (<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Interní onemocnění – Výskyt poruch potravy může být zvýšený pro osoby, které trpí některým z interních onemocnění, která skýtají jistá omezení v potravě. Nejčastěji se jedná o diabetes mellitus 1. Typu, celiakii, idiopatický zánět střeva. Primární onemocnění může být v ústupu, ale dochází k rozvoji sekundárním anorektickým projevům, především díky dietním opatřením, která jsou v případě těchto nemocí potřebná. (<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>).

Psychické změny – Nemocní se často potýkají s nespavostí, neschopností soustředit se, depresi, pocitu méněcennosti, zvýšenou plačtivostí a citlivostí na

podněty a celkovou podrážděností, únavou a změnami nálad. (<https://www.elekarnice.cz/od0-18let/problemy-s-hmotnosti/mentalni-anorexie/>).

Plodnost a těhotenství – Mnoho žen vnímá období těhotenství jako ohrožující pro jejich hmotnost, snaží se v období těhotenství přibrat co nejméně kilogramů, načež přibližně 13kg přírůstku hmotnosti během těhotenství je normální. Uzdravená anorektička má stejnou šanci na početí, jako každá jiná žena, mnoho anorektiček si však dobrovolně vybírá život bez potomků. V případě bulimie se neplodnost objevuje u dvojnásobku žen, než v běžné populaci. U anorexie v aktivní fázi této nemoci, jsou ženy neplodné, kvůli vynechání menstruačního cyklu, mohou se ale objevit případy, kde i přes nepřítomnost menstruace, žena otěhotní. V těhotenství dochází k zesílení psychických stavů a často se prohlubuje úzkost a deprese. Mnoho žen má obavy, že tato nemoc povede k poškození jejich plodu, nicméně tyto pocity pouze málokdy vedou ke zlepšení nemoci. Pokud žena trpí mentální anorexií a otěhotní, je zde reálné riziko, že porodí dítě s nízkou porodní váhou, různými malformacemi a dítě je ohroženo smrtí v důsledku nedostatečného vývinu. Kanadské a Švýcarské studie z roku 1995 uvádí, že ročně se na Klinikách plánovaného rodičovství objeví kolem 7,6% žen, které trpí některou z poruch příjmu potravy. (Krch, 1999).

8. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Prevenici můžeme dělit na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence probíhá především v rodinném prostředí, záleží na výchově v rodině. Také je zde započítáný vliv společenského prostředí a kultura stravování. Důležité je, jaký vztah k jídlu si děti a dospívající vybudují a také jak pojmají sami sebe, důležitá je sebedůvěra a sebehodnocení, velký vliv mají média a kulturní vzory.

Sekundární prevence má za úkol detekovat skupiny ohrožené tímto jevem. Zvýšenou péči si zaslouží děti, které se někdy léčily s obezitou, děti s některým ze somatických onemocnění, při kterých je nutností držet dietu a děti, které mají koníčky, které přímo souvisí s regulací hmotnosti, jako jsou modeling, gymnastika, nebo tanec.

Terciární prevence kontroluje prevenci relapsu a zabývá se také procesem znovuoživení plného zdraví, znovuoživení plodnosti a také aby se problémy spojené s jídlem v rodině neprojevovaly v dalších generacích. (Papežová, 2010).

9. PROGNOZA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Je důležité si uvědomit, že poruchy příjmu potravy, jakou jsou mentální anorexie a mentální bulimie jsou psychické poruchy, které patří mezi ty, na něž se umírá.

Hovoří se o tom, že v porovnání s jinými psychickými nemocemi, je mortalita u mentální anorexie až třikrát vyšší. Jedná se tedy o 5-20% nemocných. Hodně záleží na tom, jak dlouho osoba s touto nemocí bojuje, pokud se jedná o 10 let od vzniku nemoci, hovoříme o 5-10% úmrtnosti. Pakliže osoba bojuje s nemocí okolo 20 let, šance na úmrtí se blíží 18-20%. Mnoho lidí se domnívá, že na mentální bulimii nelze zemřít. Pravdou je, že oproti mentální anorexii je úmrtnost až třikrát nižší, nicméně může dojít k velmi závažným zdravotním rizikům, na které zemřít lze. Může se jednat o dehydrataci organismu, nízký obsah draslíku a sodíku v těle, což může vést k problémům se srdcem, až selhání srdce. (http://www.anabell.cz/images/obr/1404372388_myty-a-omyly.pdf).

10. LÉČBA

Dnes již existuje mnoho způsobů léčby. Je důležité si uvědomit, že pacienti trpící poruchou příjmu potravy často k lékaři přicházejí až na popud svého blízkého okolí. Často kvůli rodinným příslušníkům, jen proto, aby jim dokázali, že jejich jednání není nebezpečné. Nejdůležitější je tedy pacienta vhodně motivovat k léčbě. (Papežová, 2010).

Psychoanalytický přístup vychází z přesvědčení, že porucha pramení z dětství a souvisí se vztahy, především vztahu s matkou. Psychoanalytický přístup je orientován na hlubší psychické souvislosti, často nevědomé. Zaměřuje se na osobnost pacientů. Psychoanalytický přístup popisuje bulimické pacienty jako pacienty, kteří trpí nadměrnou impulzivitou a příliš nekontrolují své ego, zatímco anorektické pacienty popisuje jako pacienty, kteří se vyznačují obsedantními příznaky s přísným superegem. Tento přístup také čerpá z faktu, že mnoho bulimických patientek trpělo dříve anorexií, což podporuje teorii, že prvotním impulzem jídelní patologie je pocit hladu a chtivosti, které jsou zprvu ovládány obrannými mechanismy, které posléze selhávají. V případě mentální bulimie teze popisuje intenzivní a zároveň nevědomou agresi vůči rodičům,

typicky matce. Tato agrese se právě promítá do přístupu ke stravě. (<http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>).

Terapie orientovaná na tělo/body terapie je zaměřena na vnímání vlastního těla u pacientů, kteří trpí poruchou příjmu potravy. Je zaměřena především na kladné pocity. Cílem je podpořit u pacientů tělesné prožívání pocitů a impulzů a umění je vyjádřit. Tento přístup napomáhá nemocným, aby se opět cítili dobře ve vlastním těle a pojali ho za své. Tato terapie se také zaměřuje na posilování sociálních vazeb. Mezi další cíle patří harmonizovat představy a realitu o těle, a namísto hyperaktivity tento čas využít smysluplnými činnostmi, například relaxací, či nějakým potěšujícím koníčkem. Terapie čerpá mnoho poznatků a metod z biosyntézy. (<http://www.bechynova-psycholog.cz/clanky/psychoterapie-zamerena-na-telo-u-pacientek-s-ppp/>).

Kognitivně-behaviorální terapie se v rámci léčení poruch příjmu potravy používá už dlouho. Užívá se především při hospitalizaci pacienta, hlavními cíly je zvýšení váhy nemocného, klidnit jeho jednání s personálem, který se stará o stravu. Čím lépe pacient spolupracuje, tím více má sociálních výhod, jako mohou být vycházky mimo zařízení, návštěva domova, nebo účast na vícero aktivitách. Zabývá se nejen zvýšením váhy, ale i vhodnou křivkou váhového přírůstku. Důležitý je také vztah pacienta s terapeutem. Pacient musí vnímat terapeuta jako spojence, než nepřítel. V důsledku umístění v nemocnici je také nutné řešit i jiná psychoterapeutická zaměření, jako jsou sociální vztahy, pozitivní myšlení a prožívání a celková změna pohledu na sebe sama, sebeúcta a schopnost dávat najevo své emoce. (Kocourková, 1997).

Hospitalizace, nebo částečná hospitalizace je často nutná kvůli stabilizaci stavu pacienta. Léčba v nemocnici je někdy již nezbytná a nevyžaduje závazek vyléčení z nemoci. Pokud ovšem je hospitalizace pojata za krok k uzdravení, závazek je nutný. Hospitalizace je nezaměřuje jen na fyzické problémy, ale i psychické problémy související s poruchami příjmu potravy. Při hospitalizaci se zvažuje několik faktorů, zdali je umístění nezbytné a to: 1) Nezbytnost vrácení normální hmotnosti pacienta anebo přerušování jeho úbytku váhy. 2) Pokud jsou užívání projímadel, zvracení či záchvaty přejídání natolik vážné, že ohrožují zdraví pacienta. 3) Je-li potřeba zabývat se jinými potenciálně vážnými zdravotními problémy. 4) Léčba jiných neodkladných stavů jako může být deprese, sebepoškozování, nebo zneužívání drog. Dále je možné volit hospitalizaci, pakliže pacient nereaguje na psychologickou léčbu. Vhodným řešením je

krátkodobá hospitalizace s poskytnutím poradenství a později návaznost na ambulantní psychoterapii. Nicméně u anorektických pacientek není krátkodobá hospitalizace příliš vhodná z důvodu obnovování výživy (realimentace). Dalšími vhodnými formami mohou být denní stacionář či částečná hospitalizace. (Krch, 1999).

Rodinná terapie je nejvhodnější terapií pro mladé pacienty a také pro ty, kteří doposud žijí se svou rodinou. Rodinní terapeuti se domnívají, že poruchy příjmu potravy souvisí s dysfunkčními vztahy v rodině, konflikty a interakcí mezi členy rodiny. Také se domnívají, že tyto poruchy mohou být výsledkem maladaptace, nebo snahou o strhnutí pozornosti, aby nedocházelo k jiným konfliktům. Tato terapie je vhodná především proto, že k ní dochází v přirozeném prostředí pacienta, rodiče mají významně podporovat terapeutický cíl. Může také doplňovat individuální terapii. (Krch, 1999).

Farmakoterapie se nevyužívá jako první volba při léčbě poruch příjmu potravy. Léky používané k léčbě mají často mnoho nežádoucích účinků. Byla prozatím vyzkoušena antidepresiva typu TCA, SSRI a IMAO. Také běžná a atypická antipsychotika a látky, které ovlivňují chuť k jídlu. (<http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>).

Antidepresiva typu TCA jsou nejstaršími vyvinutými antidepresivy a fungují na základě zpětného vychytávání neurotransmiterů, jako jsou serotonin, noradrenalin a další, také mají mnoho vedlejších účinků. (<https://cs.wikipedia.org/wiki/Antidepresivum>).

Antidepresiva typu SSRI, jedná se o antidepresiva s účinkem zpětného vychytávání serotoninu, zvyšují množství serotoninu v těle a také jsou v dnešní době nejčastěji užívanými antidepresivy. Tyto léky již mají méně nežádoucích účinků. (<https://cs.wikipedia.org/wiki/Antidepresivum>).

Antidepresiva IMAO jsou inhibitory monoaminoxidázy, fungují na základě zpomalování metabolismu serotoninu a jiných látek, dochází tedy k navýšení těchto látek v těle. (https://cs.wikipedia.org/wiki/Inhibitor_monoaminoxid%C3%A1zy).

Co se týče prevence relapsu, tak jsou často užívána antidepresiva typu SSRI, neboť se prokázal jejich dobrý účinek. U mentální bulimie antidepresiva pomáhají snižovat frekvenci záchvatů přejídání, v tomto případě se osvědčil lék fluoxetin. Nejčastěji se ovšem tyto léky předepisují v důsledku komorbidity PPP s depresí, či úzkostí, u pacientů, jež nezaznamenali úspěch při psychoterapii anebo při nechuti

spolupráce pacienta. (<http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>).

11. ADOLESCENCE

„Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, od 10 do 20 let. V tomto období dochází ke komplexní přeměně osobnosti v oblastech: somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždy je významně ovlivňují psychické i sociální faktory, s nimiž jsou vzájemné interakci.“ (Vágnerová, 2008, s. 321).

Adolescent je mladý člověk mezi 10-19 lety. (<https://www.who.in>).

Dospívání závisí na kulturních a společenských hodnotách, ze kterých vyplývají požadavky a očekávání vůči dospívajícímu. Jedinec si potřebuje upevnit vlastní identitu, která je již zralejší a buduje si své společenské postavení. Tato fáze života se vytvářela mnoho let a měly na ni vliv civilizační změny. Dříve bylo dospívání ve společnosti o mnoho jednodušší, zakládalo se na pohlavním dozrání, které bylo oslaveno formou rituálu. Dospívající jedinec měl již předem určenou životní roli a status dospělého. Tradice již predikovaly přechod z adolescence do dospělosti, a tedy nedocházelo k pochybám a objevování sebe sama. V dnešní době se očekává, že se adolescent zbaví všech svých dětských zvyklostí a chování a nabude svých práv, svobody rozhodování, bude plnit své povinnosti a bude zodpovědný. (Vágnerová, 2008).

Adolescence se obecně dělí na **ranou adolescenci**, kterou můžeme také nazývat **pubescence**, která trvá od 11 do 15 let. V tomto období probíhají nejčastěji tělesné změny, pohlavní dozrání. Také dochází ke změnám v emoční rovině a myšlení. V rané adolescenci se osoba osamostatňuje od rodičů, není na nich tolik závislá a upíná se spíše ke svým vrstevníkům. Kamarádské vztahy se stávají hlubšími a pubescent nalézá svou první lásku. Starší pubescenti mají potřebu odlišovat se od okolí svým odlišným vzhledem, rádi provokují, mají kontroverzní zájmy a svůj vlastní způsob života. Důležitým přelomovým bodem je také skončení školní docházky, ke kterému obvykle dochází v 15 letech a následuje profesní směřování. Také pubescent ztrácí své jistoty, které si formoval celé dětství a nyní přichází fáze budování si své pozice ve světě, neboli „vydobývání“ si svého místa. K **pozdní adolescenci** dochází od 15 do 20

let života. Toto období je ohraničeno pohlavním dozríváním a také se dostavuje první sexuální zkušenost. Také se vyznačuje komplexnějšími psychosociálními proměnami, adolescentovi se kompletně mění osobnost a jeho postavení ve společnosti. Následuje ukončení profesních příprav a pokračuje to nástupem do zaměstnání, či další studium, což určuje ekonomickou samostatnost. V dnešní době je z pohledu dospělosti ekonomická samostatnost jedním z faktorů dospělosti. V období pozdní adolescence dochází k přejímání kultury, životního stylu, což ovlivňují vrstevníci a vede k potvrzení sociální identity. Vztahy se nadále rozvíjejí, především ty partnerské a vztah s rodiči se uklidňuje. V 18 letech je osoba považována za plnoletou. Úkolem pozdní adolescence je mít dostatek času, aby člověk porozuměl sám sobě, zvolil si do budoucna své cíle a osamostatnil se. (Vágnerová, 2008).

Vnější změny jsou v tomto období velmi viditelné, pubescence je důležité období, kdy se osoba mění z dítěte na dospělého člověka, který je schopen reprodukce. Dospívání je nejspíše dáno genetickými predispozicemi. Adolescenti tělesné změny velmi prožívají a reakce okolí podmiňují způsob uvažování adolescenta, reaguje-li okolí negativně, adolescent může své dospívání negativně pojmát a může dojít k nízkému sebevědomí a sebehodnocení. Je dáno, že dívky dospívají dříve než chlapci a jejich tělesné dospívání je také jiné než u chlapců. U chlapců dochází k vývinu svalů a sekundárních pohlavních znaků, které jsou nezaznamenané na první pohled. Oproti tomu u dívek jsou více viditelné. Což vyvolává v okolí potřebu upozorňovat na tyto znaky a také je hodnotit, dívky toto mohou chápat negativně. Pakliže dojde ke zpomalenému vývoji, vyvolává to v adolescentech nedůvěru a pochyby, které vyúsťují v další nepříjemné pocity a mohou vyvolávat až agresi. U adolescentů také dochází k tomu, že svá těla porovnávají a to je často ovlivněno médii a tzv. „kultem těla“. Pokud vývoj probíhá v pořádku, adolescentovi to přidá na jistotě, sebevědomí a vede k harmonickému vztahu k opačnému pohlaví i k sobě. (Vágnerová, 2008).

Kognitivní změny se týkají především stádia kognitivních operací, které mají vliv na morální usuzování a dochází k nim přibližně v 15 letech. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008).

Probíhají změny v paměti a adolescenti přichází na nové způsoby řešení problémů. Myšlení se pomalu formuje z dětského na dospělé. (Macek, 2003).

Emocionální chování je podmíněno hormonálními změnami. Adolescenti jsou velmi náladoví, emočně nestabilní, tedy labilní, často až přecitlivělí. Často reagují neadekvátně na situace. Tyto změny v chování jsou často i samotnými adolescenty přijímány špatně, mají pocit nezvladatelnosti a těžko regulují své emoce, pro okolí toto chování je rušivé. Adolescenti se snaží sami analyzovat své chování, snaží se jej vysvětlit, toto nazýváme „emoční egocentrismus“, kdy adolescenti věří tomu, že jejich emoce a prožívání jsou výjimečné a žádný jiný člověk něco obdobného neprožívá a neumí je tedy pochopit. Často se schylují k introvertismu, kdy se uzavrou do sebe a snaží se svými emocemi na sebe neupozorňovat, protože se bojí nepochopení a možného výsměchu. Adolescenty také velmi ovlivňuje názor druhých lidí. Prohlubují se sklony k negativním emocím až depresivní náladě, to může vést až k hostilitě, nebo obranné reakci – úniku do fantazie. Toto je jen přechodné období a na jeho konci se emoční prožívání stabilizuje, hormony se uklidní a dochází k fázi realismu. (Vágnerová, 2008).

Rodičovské chování se vůči adolescentovi významně mění. Rodiče mají problém s přizpůsobováním adolescentovi a plněním jeho potřeb. Pro rodiče je těžké smířit se s tím, že jejich dítě se chce osamostatnit, anebo naopak, osamostatnění přehnaně podporují. Chování rodičů souvisí s tím, jak sami prožili svou adolescenci a jaké měli vztahy se svými rodiči. (Hort, Hrdlička, Kocourková, 2008).

12. VLIV MASMÉDIÍ NA PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Média obecně působí na psychiku člověka, dokážou ovlivnit chování, postoje i hodnoty, ale i poznávací funkce. Jsou cílená na lidské emoce a snaží se probudit různé pocity. Média mohou na člověka působit pozitivně, ale i negativně. Dnešním nejvyužívanějším médiem je internet, který zastínil televizi i tiskoviny. (<http://vitavera.denik.cz/clanky/co-s-nami-delaji-media/>).

Internet - Odborníci popisují největší problém internetu v souvislosti s poruchami příjmu potravy v tom, že obsahuje přespříliš informací a je mnohdy i pro

odborníka těžké, se v nich vyznat. Natož pro laika, který se mnohdy dostane k nebezpečným, klamným či neúplným informacím. Pomocí internetu jsou předávány nové a nové metody na udržení štíhlosti, diety a jídelníčky, které jsou matoucí a posilují v člověku nejistoty a nespokojenost se svým vlastním tělem a stravováním. Málokterý člověk si na internetu ověřuje pravost informací a čerpá z vědeckých článků. Nemocní také často svou nemoc maskují za životní styl. Lidé s poruchami příjmu potravy si často vybírají jen informace, které se jim hodí a svůj postup nemoci reprezentují jako úspěch. Tito lidé se často vyhýbají reálnému sociálnímu okolí a uchylují se k online světu, často se stávají členy různých skupin, které mohou být svými názory a chováním až extrémní. Nemocní také velmi rádi porovnávají svůj vzhled s ostatními, ale nevidí všechny aspekty. Každopádně odborníci se shodují na tom, že média jako jsou internet, nemoc jako takovou nezpůsobují, každopádně ji mohou prohlubovat, či udržovat. Internet ovšem také může sloužit pozitivně, nemocní často na internetu vyhledají odbornou pomoc, nebo se stát členy skupiny, která podporuje léčbu. Také mohou snadno komunikovat s lidmi s obdobným problémem, předávat si rady a zkušenosti, motivovat se navzájem. (https://irtis.muni.cz/media/3111728/report_thinline_11_2018_final.pdf).

Photoshop je v posledních letech velmi oblíbenou součástí různých reklam, webových stránek, sociálních sítí. V reklamách se jedná především o to, aby vše vypadalo dokonale, a cílem je zvyšování tržby. Zobrazení žen, ale i mužů, modelek je nereálné, vyumělkované a je prakticky nemožné v reálném životě takového vzhledu docílit. Nicméně photoshop není záležitostí pouze grafiků, ale i běžní lidé z pohodlí domova s ním dokážou prakticky cokoliv. Není pak nic jednoduššího, než upravit svůj obličej, své tělo a pochlubit se snímkem na sociálních sítích. Tyto fotografie potom mohou sloužit jako klamné vzory. V případě reklam kupující věří, že díky vyobrazovaným modelům budou vypadat stejně tak dobře, mladě, šťastně. (Petra Říhová, 2015).

Časopisy pro ženy - Fotografie z časopisů pro ženy jsou také upravovány pomocí fotoshopu, nicméně důležitou roli zde hraje i text. Články obsahují různé osvědčené diety, diety celebrit a nereálné představy o těle, pleti, křivkách. Modelky jsou zde zbaveny všech nedokonalostí a jsou prezentovány jako dokonalé ženy. (Petra Říhová, 2015).

Fitness blogy - Dříve bylo zvykem, že si ženy psaly své vlastní kuchařky, v moderním světě zakládají fitness blogy, které jsou zaměřené na cvičení, sport, zdravou stravu, obsahují přesné recepty a jsou otevřeny diskuzím. Lidé na nich často hledají jak se stravovat zdravě, nebo jak přejít na alternativní stravování, jaké potraviny jsou zdravé a naopak nezdravé. Pravidelné navštěvování těchto stránek však většinou vede k omezování jídelníčku v důsledku toho, že z něj návštěvníci webu pomalu odstraňují nezdravé potraviny, a k přílišnému zaobírání se svou postavou. Mohou se také objevit poruchy jako je např. orthorexie. (https://irtis.muni.cz/media/3111728/report_thinline_11_2018_final.pdf).

Pro ana – blogy a pro – mia blogy - Tyto blogy se objevily na internetu teprve před pár lety a lze je označit jako velmi nebezpečné. Tyto blogy propagují anorexii a bulimii jako správný životní styl. „Ana blog“ se zabývá podporou anorexie a „Mia blog“ podporou bulimie, často se také používají jako dívčí jména. Tyto blogy jsou cílené především na mladé dívky v pubertě, které již nemocí trpí a takto ji omlouvají. Tyto blogy slouží k inspiraci, propagaci fotografií, motivačních citátů, básní o anorexii a chatu mezi lidmi, které sdružuje tento problém. Navzájem se podporují v držení diet, cvičení a odmítání stravy a staly se takovou malou skupinou izolovanou od světa, která navzájem chápe své vnitřní problémy. Stránky také obsahují odkazy na různé aplikace umožňující počítání kalorií, výpočet BMI a recepty na nízkokalorické jídlo. Dalším obsahem můžou být informace o samotné autorce, která se chlubí svým pokrokem a diskutuje jej s ostatními, návody jak utajit svou nemoc před rodiči a jak zahnat hlad. Často se stává, že autorky těchto blogů na čas byly nucené přerušit své psaní, neboť se dostaly do nemocnice, nebo samy po čase uznaly, že jsou nemocné a jejich nemoc je ohrožuje na životě a tak tyto blogy zrušily, mnoho jich však existuje dodnes. (Petra Říhová, 2015).

Zde je ukázka z pro – ana blogu, autorka se zde dělí o svůj jídelníček a citáty.

„Dobrý jídelníček

snídaně: 2x jahoda

svačina: 2 sklenice vody

oběd: nic

svačina: 1 sklenice vody

večeře: 3 sklenice vody“

„Pro krásu se musí trpět!

Umírám pro dokonalost!

Umírám pro dokonalost!

<http://proanathinspiration-sima.blog.cz/1805/dobry-jidelnicek#komentare>).

Proti šíření tohoto obsahu se zapojily známé sociální sítě. Na Facebooku lze takovýto obsah označit jako nevhodný a lze jej pomocí tlačítka oznámit a bude vymazán. Instagram zakázal do svého vyhledávání užívat slova jako „pro ana“, „anorexie“, „pro mia“, „bulimie“ a další slova či zkratky podporující sebepoškození, také lze na Instagramu nahlásit nevhodný příspěvek. (Bc. Petra Říhová, 2015).

Plus size modelky - V posledních letech se plus size modelky staly velmi oblíbenými ve světě módy. Jedná se o ženy s bujnými křivkami, které možná nabyly své oblíbenosti právě proto, že více ztělesňují realitu. Mnoho těchto modelek se dostalo na obálky světoznámých módních časopisů. Také mají na sociálních sítích statisíce fanoušků. Tyto modelky se také často stávají tvářemi různých kampaní, například proti retuši, nebo právě poruchám příjmu potravy. Mezi nejznámější plus size modelky patří například Ashley Graham. (https://www.idnes.cz/onadnes/moda/plus-size-modelky-socialni-site.A170217_132436_modni-trendy_kace).

Diety - V západní kultuře je dietní průmysl obzvláště oblíbený. O tom svědčí prodej knih s touto tematikou, jisté programy a oblíbenost dietních potravin. Mnoho lidí, kteří toto využívají, opravdu trpí nadváhou, nicméně většina drží diety pouze za účelem estetiky. Ogdenová tvrdí, že až 95% žen někdy v životě drželo dietu. Držení si každý z nás vykládá zcela odlišně. Nicméně většinou to znamená snížení kalorií za účelem zhubnutí. Ale moderní je také prokládání diet s cvičením. Jane Ogdenová dále tvrdí, že dietní průmysl stále vytváří iluzi nespokojenosti s vlastním tělem a zároveň nabízí řešení tohoto problému. Dieta se dá držet i normálními způsoby, které výrazně neovlivňují způsob života, mnozí lidé však volí radikálnější, drastičtější způsoby. Mezi něž se dá zařadit kouření, které prokazatelně snižuje chuť k jídlu, zvracení, nebo užívání laxativ, dieta pomocí nízkokalorických drinků, nebo užívání preparátů pro snížení hmotnosti. Je důležité si uvědomit, že takovéto diety jsou nezdravé a naopak zdraví škodlivé. Obecně lze také říci, že některé diety zabírají pouze krátkodobě, či neúčinkují vůbec. U obézních jedinců je pravděpodobnost úspěchu vyšší, než u jedinců s normální váhou. Pakliže se člověku v dietě viditelně nedaří, vede to k frustraci a zklamání, ženy se cítí provinile a mají pocit, že jejich vůle nebyla dostatečně silná a cítí se dále nespokojeny se svou postavou a proporcemi. Diety také naopak mohou vést k nárůstu tělesné hmotnosti po jejich ukončení. Při držení diet totiž dochází ke zpomalení

metabolismu a dochází k ukládání rezervních tuků, běžně se tento jev označuje jako „jajo efekt“. Některé studie tvrdí, že držení diet může způsobovat jiné tělesné problémy, jako jsou třeba zvýšený tlak, nebo problémy se srdcem. Zatímco cvičení se možná nejeví tak účinně jako držení diet, má však mnoho pozitivních účinků, jako je posílení svalů a zlepšení kardiovaskulárního systému. Ani s cvičením se to však nesmí přehánět. (Grogan, 2000).

13. DOPORUČENÍ PRO BLÍZKÉ OSOBY

Je důležité si uvědomit, že váš blízký člověk, má problém, se kterým se musí „poprat“ především on sám. Je zbytečné logicky odůvodňovat a vyvracet jeho přesvědčení. K získání svého normálního života zpět vede dlouhá cesta. Je důležité překonávat svůj strach zkoušením nových věcí. Je také nutné nemocného podporovat a neustupovat mu, samozřejmě s citem. Podstatné je domluvit se na jídelním plánu, který se bude dodržovat. Také je nutné dbát na věk nemocného, čím je starší, tím by se měl více angažovat sám a třeba pouze žádat o rady. (Krch, 2010).

Obecně lze říci:

Buďte k sobě upřímní a nelžete si.

Buďte trpěliví, naslouchejte, nekritizujte a nedemotivujte. Musíte vašemu blízkému dát najevo, že vám na něm opravdu záleží a vše co děláte, myslíte dobře.

Uvědomte si, že celá léčba je velmi náročný a zdlouhavý proces.

Nesnažte se vést nemocnému celý život, dejte mu prostor a svobodu, tím také dáte najevo, že mu věříte.

Myslete také na sebe, když s vámi nemocná osoba bude jednat nepříjemným způsobem, sdělte jí to.

Buďte citliví, nemocný si právě prochází velmi těžkým obdobím, které zcela nemusí psychicky zvládat a může se objevit špatná nálada, či myšlenky. V těchto chvílích váš blízký nejvíce potřebuje vaši lásku a podporu.

Uvědomte si, že porucha příjmu potravy mohla znamenat vypořádávání se s problémy pro jedince, jež jí trpí. Pomozte jí vyhledat jiné, zdravé způsoby vypořádávání se s pocity. Nabídněte jí také pomoc, zeptejte se, co potřebuje.

Nabídněte blízké osobě, aby vyhledala odbornou pomoc. Zdůrazněte, že dnes již existuje mnoho způsobů léčby a může si vybrat nejlépe vyhovující. Respektujte její rozhodnutí. (Hall, Cohn, 2003).

Jídelní zvyky:

Stanovte si společně pravidla ohledně jídla. Musí se jednat o rozumné a přiměřené cíle, tedy pravidla, která se doopravdy budou dodržovat.

U jídla nemluvte o poruchách příjmu potravy.

Pokud dojde k selhání, promluvte si o tom a přemýšlejte, jak tomu příště zabránit.

Hleďte na to, aby stanovený jídelníček pasoval nemocnému, byl zdravý a bezpečný, popřípadě jej konzultujte s odborníkem.

Věnujte volný čas aktivitám, které nemají co dočinění s jídlem.

Nehodnoťte vzhled nemocného, ačkoliv to můžete myslet dobře, nemocný si to tak vyložit nemusí.

Také je dobré spolu s nemocným psát záznamy o jídle, vést si takový „deníček“.

(Hall, Cohn, 2003).

Myslete také sami na sebe:

Zhodnoťte, zdali vy sami nepotřebujete pomoc odborníka. Uvědomte si, že čelíte stresu, který ze situace vyplývá, myslíte také na své zdraví. Odborník vás také může naučit novým pozitivnějším přístupům.

Také zhodnoťte, zdali k poruše příjmu potravy sami nepřispíváte. Uvědomte si, jak se chováte, a zda není nutné své chování a přístupy přehodnotit.

Zjistěte si co nejvíce informací o poruchách příjmu potravy. Čerpejte především z odborných a ověřených zdrojů, neváhejte se obrátit také na odborníky. (Hall, Cohn, 2003).

PRAKTICKÁ ČÁST

14. VÝZKUM

14.1. Metodologie výzkumu

Hlavní metodou výzkumu je dotazník vlastní tvorby, který je anonymní a obsahuje celkem 17 otázek, jedná se o otázky uzavřené, polouzavřené i otázky otevřené. Cílem výzkumu je zjistit, nakolik jsou studenti střední školy a vyšší odborné školy v Karlových Varech informovaní o poruchách příjmu potravy, rizikách tohoto chování, jejich vlastní zkušenosti a ovlivňování této problematiky pomocí médií. Dotazník je určen pro cílovou skupinu ve věku 15 až 20 let, kdy tyto poruchy nejčastěji vznikají. Výzkumný vzorek tvoří 50 respondentů. Respondenti jsou jak dívky, tak i chlapci, kterých se tato problematika také týká. Dotazník je součástí příloh (P1).

14.2. Cíle a hypotézy

Cíl číslo 1.

Cílem je zjistit, jak jsou adolescenti informovaní o poruchách příjmu potravy.

Cíl číslo 2.

Zjistit osobní zkušenosti studentů s těmito poruchami, jejich jídelní zvyky a postoje.

Cíl číslo 3.

Zjistit, zdali studenty ovlivňují média a respondenti si to uvědomují.

Hypotéza číslo 1.

Studenti nejsou příliš informovaní o poruchách příjmu potravy a rizikách vyplývajících z tohoto onemocnění, mají nepřesné informace.

Hypotéza číslo 2.

Studenti jsou se svým vzhledem, proporcemi a váhou nespokojeni, nedodržují správné stravování a místo toho raději drží diety.

Hypotéza číslo 3.

Studenti jsou ovlivňováni médií a tento fakt si uvědomují.

14.3. Organizace výzkumu, jeho výsledky a zpracování

Dotazníky za pomoci vážené paní učitelky na Střední pedagogické škole, gymnáziu a vyšší odborné škole v Karlových Varech, byly rozdány dvěma třídám k jejich vyplnění, dne 24.1.2020, během vyučování. Jednu třídu tvořili studenti prvního ročníku střední školy, oboru předškolní a mimoškolní pedagogika, druhou třídu tvořili žáci druhého ročníku na vyšší odborné škole se zaměřením na sociální práci a sociální pedagogiku. Dotazníky jsem si vyzvedla dne 29.1.2020. Z 50 dotazníků jich studenti vyplnili 50, a tedy návratnost byla 100%. Dotazníky jsem poté vyhodnotila a výsledky výzkumného šetření jsem zaznamenala do tabulek a grafů.

14.4. Výsledky výzkumu

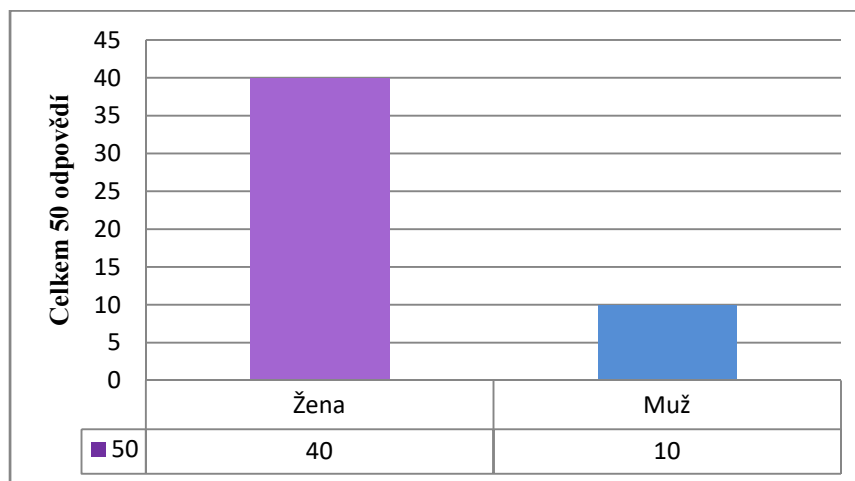
Otázka č. 1: Jsi žena nebo muž?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Počet respondentů	Odpovědi
40	Žena
10	Muž
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka má za úkol zjistit, kolik respondentů tvoří ženy a kolik respondentů tvoří muži. Z odpovědí vyplývá, že převážnou většinu dotazovaných tvoří ženy,

kterých je ve školních třídách na této škole většina. Toto zjištění využijí v ostatních otázkách. Muži jsou důležité zastoupení této skupiny, protože onemocnění poruch příjmu potravy se týká obou pohlaví, ačkoliv většinou žen. Na otázku odpovědělo 50 respondentů, tedy všichni dotazovaní, 40 z toho je žen, pouze 10 dotazovaných jsou muži.

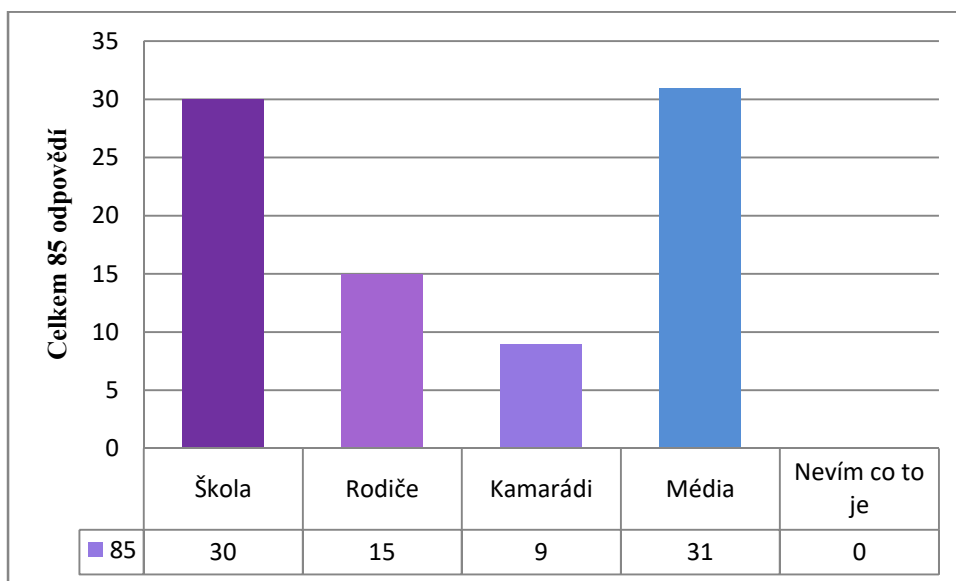
Otázka č. 2: Kdo tě informoval o poruchách příjmu potravy?

Tabulka č. 2 Zdroje informací o poruchách příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
30	Škola
15	Rodiče
9	Kamarádi
31	Média
0	Nevím co to je
Celkem 50 respondentů	Celkem 85 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 Zdroje informací o poruchách příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce se zaměřuji na fakt, odkud se studenti dozvěděli o poruchách příjmu potravy, popřípadě jestli tento pojem vůbec znají. Je velmi potěšující, že všech 50 respondentů zná pojem poruchy příjmu potravy. Tato otázka je uzavřená, studenti mohli volit z několika možností, mohli jich také vybrat více. 50 respondentů odpovědělo 85 odpověďmi. 31 studentů odpovědělo, že tento pojem znají z médií, jako je internet, TV, tiskoviny. To dokazuje, že toto téma je médií

velmi diskutované a aktuální, hlavní problém médií tkví v tom, že ne všechny informace, pokud nejsou z vědeckých, ověřených zdrojů, nemusí být vůbec pravdivé a tedy zavádějící, mohou poskytovat lživé informace o této problematice. 30 studentů se o poruchách příjmu potravy dozvědělo od své školy. Školy by určitě měly informovat žáky o této problematice, měla by jí být vyhrazena vyučovací hodina, nejlépe formou přednášky, diskuze, nebo formou filmu, či dokumentu. Školy by s osvětou neměly otálet příliš dlouho, tato onemocnění nejčastěji propukají v adolescenci, a tedy žáci základních škol by tyto informace již uvítaly. Vhodné jsou také preventivní programy a v dnešní době by každá škola již měla mít školního psychologa, se kterým by žáci tuto problematiku mohli řešit. Dle mého názoru by také školy měly poskytovat duševní hygienu a více se zaměřovat na duševní zdraví žáků. Beru za celkem zarážející fakt, že pouze 15 respondentů se o poruchách příjmu potravy dozvědělo z úst svých rodičů. Rodiče by měli být ti první, kteří by se svými potomky probírali toto téma. Rodiče jsou pro dítě velkými vzory a dítě jim nejvíce důvěřuje, také své dítě znají nejvíce, a proto ví, jak by tato osvěta měla probíhat. Navíc tato možnost poskytuje dostatek času pro debatu a doptávání se. Rodiče často o veškerých duševních problémech se svými ratolestmi nemluví, protože mnozí se domnívají, že toto se přeci nemůže jejich potomků týkat, nicméně je to vhodné k prohlubování vztahu, důvěry a jako prevence onemocnění. 9 studentů toto téma probíralo se svými kamarády.

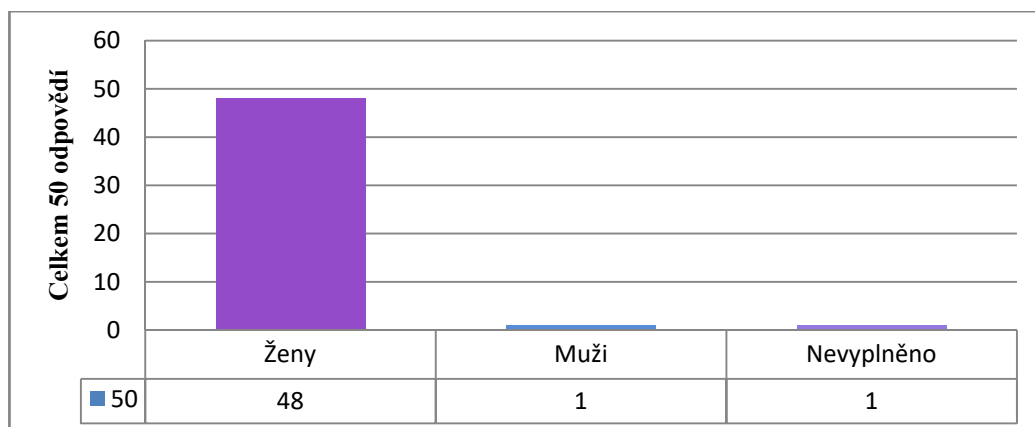
Otázka č. 3: Domníváš se, že poruchami příjmu potravy trpí častěji ženy, či muži?

Tabulka č. 3 Riziková skupiny dle pohlaví

Počet respondentů	Odpovědi
48	Ženy
1	Muži
1	Nevyplněno
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 Riziková skupiny dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali respondenti mají ponětí o výskytu poruch příjmu potravy. Mnoho zdrojů a výzkumů hovoří o tom, že muži tvoří přibližně 15% osob, které trpí některou z poruch příjmu potravy, zbylých 85% jsou ženy. Tedy jednoznačně poruchami příjmu potravy trpí ženy a to z mnoha důvodů, které jsou popsány v teoretické části. Z odpovědí respondentů vyplývá, že respondenti buď jsou dobře informováni, nebo si tuto odpověď logicky odvodili. 48 respondentů správně uvedlo, že poruchami příjmu potravy trpí častěji ženy. 1 respondent mylně uvedl, že muži a 1 respondent vůbec neodpověděl na tuto otázku.

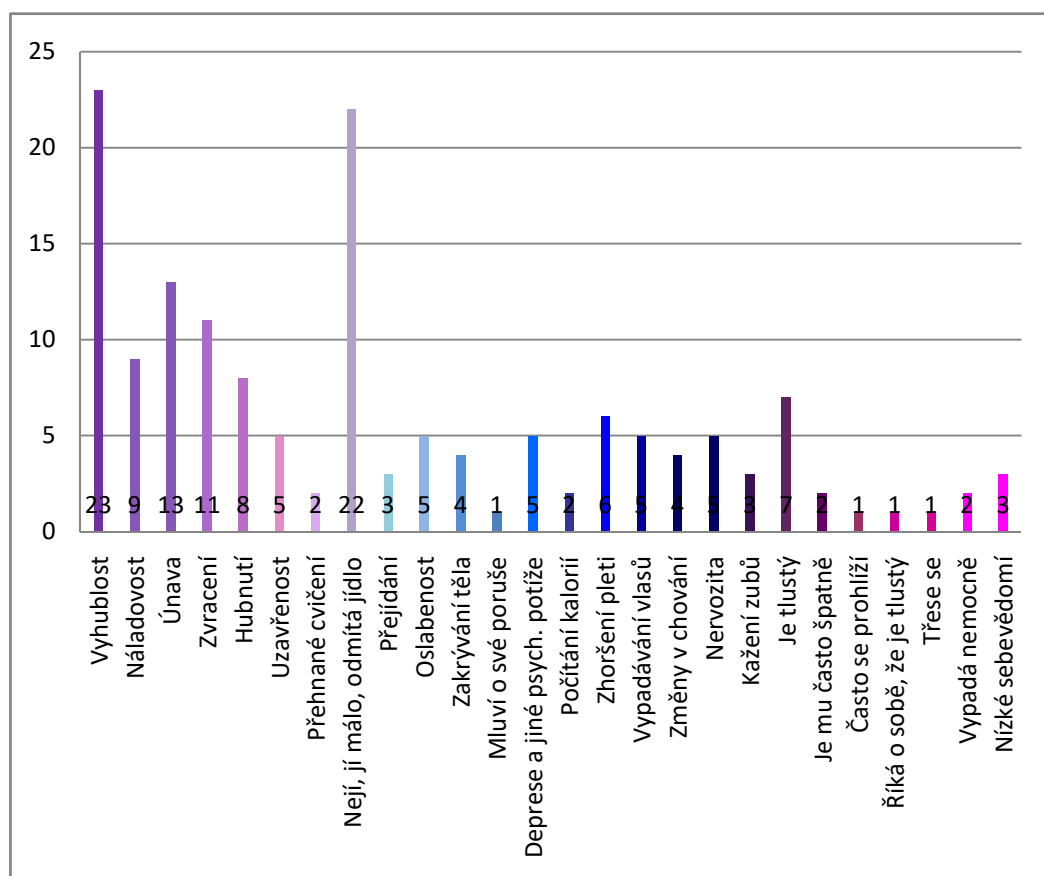
Otázka č. 4: Jaké znaky jeví člověk, který trpí některou z poruch příjmu potravy?

Tabulka č. 4 Rozpoznání poruchy příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
23	Vyhublost
9	Náladovost
13	Únava
11	Zvracení
8	Hubnutí
5	Uzavřenost
2	Přehnané cvičení
22	Nejí, jí málo, odmítá jídlo
3	Přejídání
5	Oslabenost
4	Zakrývání těla
1	Mluví o své poruše
5	Deprese a jiné psych. potíže
2	Počítání kalorií

6	Zhoršení pleti
5	Vypadávání vlasů
4	Změny v chování
5	Nervozita
3	Kažení zubů
7	Je tlustý
2	Je mu často špatně
1	Často se prohlíží
1	Říká o sobě, že je tlustý
1	Třeše se
2	Vypadá nemocně
3	Nízké sebevědomí
Celkem 50 respondentů	
Celkem 153 odpovědí	

Graf č. 4. Rozpoznání poruchy příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 4 se dotazují respondenti na znaky, viditelné projevy, které nemocný, který trpí kteroukoliv poruchou příjmu potravy, vykazuje. Každý z 50 respondentů udal minimálně 1 znak, někteří jich vypsali o mnoho více. Celkem dotazovaní uvedli 153 odpovědí, z toho 26 odpovědí bylo rozlišných. Nejvíce

respondentů a to 23 uvedlo, že nemocný je vyhublý, tím odkazovali na mentální anorexii, kdy nemocný váží rozhodně méně, než by dle jeho výšky a věku měl vážit. 22 respondentů uvedlo jako primární znak nemoci, že postižení nejí, jí velmi málo, nebo jídlo odmítají. 13 respondentů uvedlo, že nemocný je unavený, nemá dostatek energie a často zaznívalo, že nedokáže zvládat běžné denní úkony. 11 dotazovaných uvedlo zvracení jako znak poruchy příjmu potravy, to se především děje u mentální bulimie, kdy postižený se přejí a následně zvrací a má výčitky svědomí. 9 studentů uvedlo, že lidé trpící poruchami příjmu potravy mají střídavé nálady, často jsou podráždění. 8 z nich uvedlo, že dotyčný hubne, což také lze vidět například na „plandavém“ oblečení. Dalších 7 respondentů uvedlo, že lidé trpící těmito poruchami mohou být tlustí, obézní. 6 respondentů uvedlo, že také dochází ke zhoršení pleti, což je prokazatelně pravda, pleť je viditelně sušší, olupuje se a můžou vznikat nedokonalosti, jako je akné, často také nemá zdravou barvu, může být nepřírodně světlá, nebo až šedá. 5 respondentů také uvedlo, že tito lidé jsou často uzavření a vyhýbají se lidem, společnosti a mohou také přicházet o své známé či kamarády. Je pravdou, že tito lidé jsou často izolovaní a osamělí a nechtějí o svém problému s nikým mluvit, protože jim nikdo nerozumí a také se bojí odsouzení a posměchu. 5 studentů se shodlo také na tom, že nemocný přichází o vlasy, toto tvrzení je potvrzeno, dochází k velice intenzivnímu vypadávání vlasů a jejich lámavosti. 5 respondentů uvedlo oslabenost jako jeden ze znaků, oslabenost ve smyslu únava, ale také oslabenost imunity, tedy, že nemocní jsou často náchylní k nemocem a jejich tělo nefunguje správně. Další respondenti a to v počtu 5 správně uvádí, že nemocný může trpět depresemi, nebo jinými psychickými poruchami, tato komorbidita je velmi běžná a často je těžké ji lékařsky oddělit, samy poruchy příjmu potravy jsou psychická onemocnění. Také u těchto osob může být přítomno sebepoškozování, které sice nemá samotnou klasifikaci poruchy, ale je doprovodným znamením mnoha jiných duševních poruch. 5 respondentů shodně uvedlo, že nemocný vykazuje známky nervozity, toto tvrzení lze také označit jako pravdivé. 4 studenti uvádějí, že by poznali nemocného podle toho, že zakrývá své tělo oblečením. Je pravdou, že oblečením lze nemoc maskovat, především pakliže nemocný nosí volnější oblečení, nebo nenosí sukně, či trička s krátkými rukávy, kde by mohly vynikat vyčnívající kosti. 4 respondenti by nemoc poznali tak, že by se dotyčná osoba chovala jinak, dotazovaní blíže nespecifikovali, o jaké změny by se jednalo, ale rozhodně lze říci, že změnám v chování dojde, někdy jsou více patrné a někdy méně. Také zde padla

odpověď od 3 studentů, že se postižený přejídá, u některých poruch potravy k tomuto chování dochází. 3 respondenti uvedli, že osoba má nízké sebevědomí. Většinou nízké sebevědomí pramení z nespokojenosti s vlastním tělem. Jako další možnost projevů 3 respondenti uvedli zvýšenou kazivost zubů, toto je typické pro bulimiky, kteří pravidelně, opakovaně zvrací a jejich zuby se tím narušují. Ovšem i jiné poruchy potravy mohou způsobovat tyto problémy, z důvodu nedostatku kalcia a jiných látek. 2 respondenti tvrdí, že nemocní obvykle hodně cvičí, což samozřejmě může být pravda. Další 2 respondenti se shodli na tom, že nemocní často počítají kalorie. Někteří lidé dokonce dokážou strávit hodiny nakupováním jen proto, aby zkontrolovali každou etiketu potravin a našli údaje s kaloriemi. Pokud se jim počet kalorií zdá vysoký, potravinu vrátí. Některé potraviny nekonzumují díky tomu vůbec a proto je jejich jídelníček velmi chudý a neobsahuje živiny, které by měl, takto často dochází k malnutrici. 2 respondenti se domnívají, že osobám, které trpí poruchou, bývá špatně. Jiní 2 respondenti se domnívají, že postižení prostě vypadají celkově nemocně a nezdravě. Dále respondenti a to po jednom označovali za znaky poruch třes, nebo že se postižený často prohlíží, to však většinou dělá v soukromí. Postižený o sobě říká, že je tlustý, přitom není a 1 respondent uvedl, že postižený o své poruše hovoří, s tímto tvrzením nesouhlasím, protože nemocný spíše o své poruše nemluví a snaží se ji zatajovat před ostatními, dává si veliký pozor, aby se o jeho problému nikdo nedozvěděl. Celkově lze shrnout, že studenti, tedy dotazované osoby očividně mají přehled o symptomech poruch příjmu potravy.

Otázka č. 5: Jaká jsou dle tebe nejčastější zdravotní i sociální rizika poruch příjmu potravy?

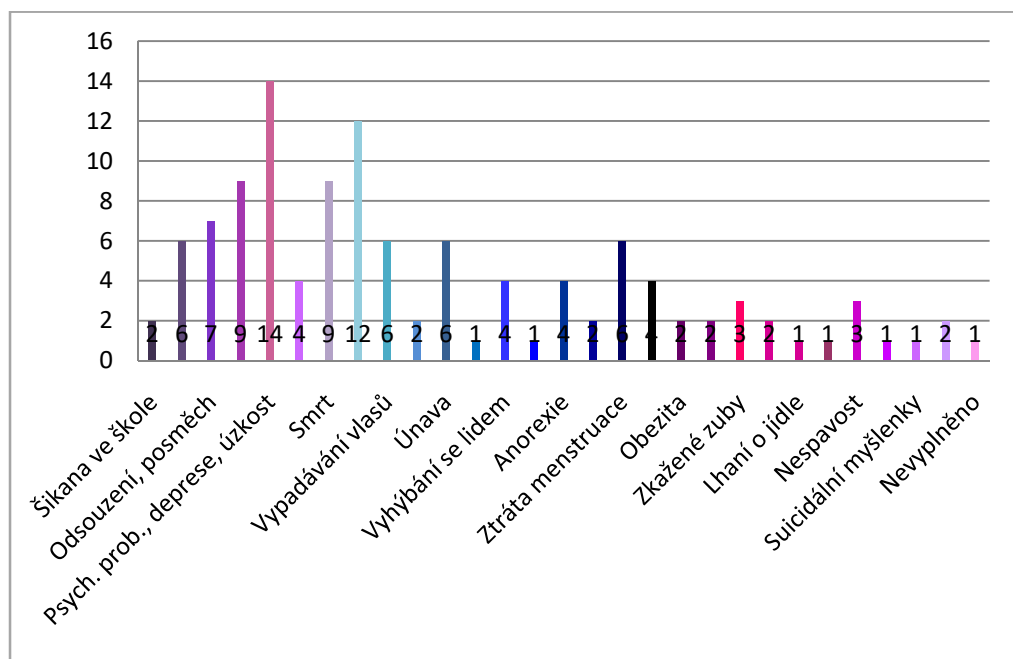
Tabulka č. 5 Zdravotní a sociální rizika poruch příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
2	Šikana ve škole
6	Oslabená imunita
7	Odsouzení, posměch
9	Vyčlenění z kolektivu, samota
14	Psych. prob., deprese, úzkost
4	Poruchy metabolismu
9	Smrt
12	Selhání orgánů
6	Vypadávání vlasů
2	Agrese
6	Únava

1	Nedostatek vitamínů
4	Vyhýbání se lidem
1	Odmítání pomoci
4	Anorexie
2	Bulimie
6	Ztráta menstruace
4	Neplodnost
2	Obezita
2	Omdlévání
3	Zkažené zuby
2	Kardiovaskulární problémy
1	Lhaní o jídle
1	Vředy
3	Nespavost
1	Předčasné stárnutí
1	Suicidální myšlenky
2	Nevím
1	Nevyplněno
Celkem 50 respondentů	Celkem 118 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 Zdravotní a sociální rizika poruch příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 je otázka otevřená, stejně jako v případě otázky č. 4. Zvolila jsem způsob otevřené otázky, abych respondentům dala co největší prostor vyjádřit se k dané problematice. Z 50 respondentů jich odpovědělo 49, u jednoho dotazníku tato odpověď vyplněna nebyla. 2 respondenti uvedli jako odpověď „nevím“, zbylých 47 respondentů

uvedlo nejméně 2 odpovědi a celkem jsem obdržela 118 odpovědí, z toho 27 odpovědí mělo různá znění. Nejčastější odpovědí, kterou studenti vyplnili celkem 14krát bylo, že zdravotním rizikem může být psychická porucha, nejčastěji uváděli konkrétní příklady jako depresi, nebo úzkost, nebo nespécifikovali. 12 studentů se shodlo na tom, že zdravotním rizikem může být selhání orgánů, nebo organismu celkově. 9 studentů jako zdravotní riziko uvedlo smrt, bohužel i ke smrti může v závažných případech dojít, především pokud nemoc nebyla odhalena a podchycena včas. 9 studentů jako sociální riziko uvedlo vyčlenění z kolektivu a následující samota, tato odpověď také navazuje na další odpověď dalších 7 studentů, kteří uvedli jako další ze sociálních rizik odsouzení od ostatních lidí, posměch, či celkové nepochopení. S těmito reakcemi se obecně osoby s jakoukoliv psychickou poruchou setkávají velmi často, proto se raději od okolí izolují a o svém problému raději nehovoří s jinými lidmi. Skupiny po 6 respondentech uvádí další zdravotní rizika, jako je oslabená imunita, k čemuž u nemocných dochází. Únava, která je zapříčiněná nedostatkem potřebných živin, aby tělo pracovalo tak, jak má, ztráta menstruace, ke které u velmi podvyživených dívek s nízkou tělesnou hmotností dochází. Pakliže dojde ke ztrátě menstruace, tyto dívky se poté stávají neplodnými, což také někteří respondenti dále uvedli. Také uvedli vypadávání vlasů, ke kterému dochází, vlasy jsou často oslabené, lámavé a ztrácejí lesk a barvu. Po 4 respondentech mají také odpovědi: poruchy metabolismu, řadí se mezi zdravotní rizika, mohou se vyznačovat ztrátou tělesného tuku, změnami krevního tlaku i pulsu, ale také jinak. Neplodnost, která však je pouze dočasná, po vyléčení nemocné z poruch příjmu potravy dojde k obnovení plodnosti. A jedno ze sociálních rizik, čímž je vyhýbání se lidem, ztráta kontaktů, ztráta přátel i známých. 4 studenti také uvedli jako zdravotní riziko poruch příjmu potravy anorexii, ti tuto odpověď pojali velmi z širokého hlediska. 3 respondenti jako další zdravotní riziko uvedli zkažení zubů a nespavost, o které se domnívám, že nutně nemusí být příznakem poruch příjmu potravy. Každá z těchto dalších odpovědí měla 2 respondenty, jedná se o odpovědi: šikana ve škole, časté sociální riziko, které může nastat. Agrese, kterou by dotyčný mohl vykazovat. Bulimie, opět velmi nespécifikovaná odpověď. Obezita, kterou respondenti mají jistě spojenou se záchvatovitým přejídáním. Omdlévání, které nastává po vyčerpání organismu a kardiovaskulární problémy, kterými se zaobírám výše v práci. Dále respondenti uváděli jako odpovědi nedostatek vitamínů, odmítání pomoci, když už dojde k odhalení nemoci, tak nemocný často nespoupracuje a odmítá pomoc od druhých lidí, lhaní o jídle, které

je zcela běžné, nemocní často tvrdí, že nemají hlad, že už jedli a proto nemohou jíst znovu, jídlo často vyhazují do koše, nebo se jej zbavují jinými způsoby a poté tvrdí, že jej snědli a další. Dalšími odpověďmi byly žaludeční vředy z nesprávného stravování, předčasné stárnutí, nebo suicidální myšlenky, které jsou obvykle spojovány s depresemi, kterými nemocní často trpí.

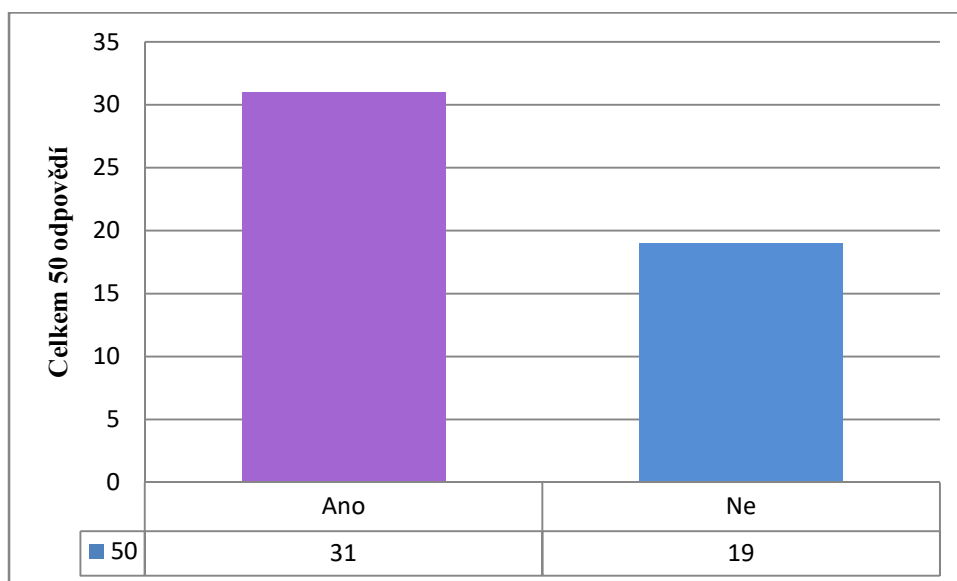
Otázka č. 6: Znáš někoho, kdo trpí/trpěl některou z PPP (anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání)?

Tabulka č. 6 Zkušenosti s poruchou příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
31	Ano
19	Ne
Celkově 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 Zkušenosti s poruchou příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, do jaké míry se adolescenti ve skutečnosti setkávají s poruchami příjmu potravy, zdali znají osoby, které touto nemocí trpí. Pravděpodobně se jedná o osoby z jejich blízkého okolí. Je poměrně alarmující skutečností, že 31 z 50 respondentů se setkali s někým, kdo poruchou trpěl, což je více než polovina dotazujících. 19 studentů uvedlo, že nikoho kdo trpí či trpěl poruchou příjmu potravy, neznají.

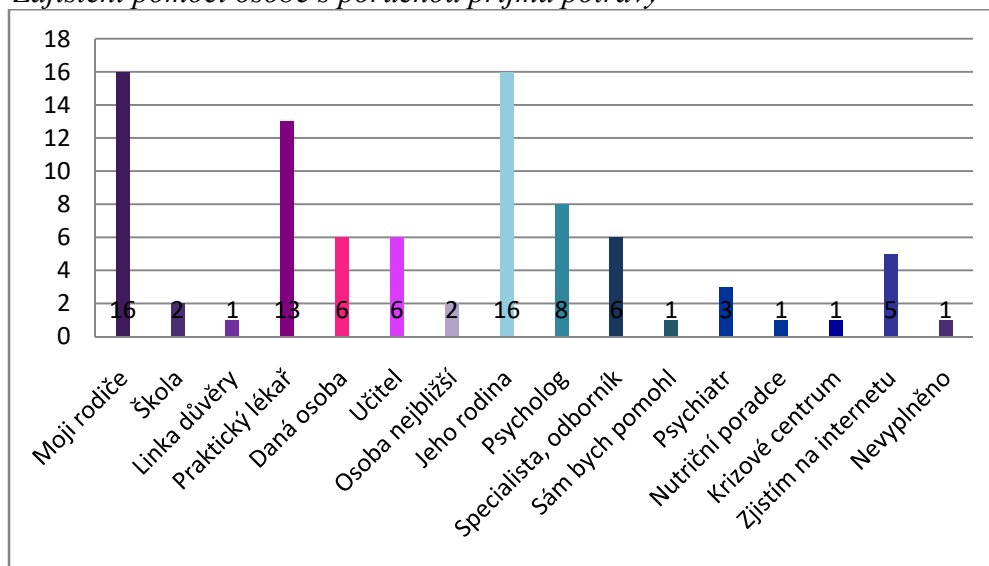
Otázka č. 7: Na koho by ses obrátil/a, pakliže bys znala někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

Tabulka č. 7 Zajištění pomoci osobě s poruchou příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
16	Moji rodiče
2	Škola
1	Linka důvěry
13	Praktický lékař
6	Daná osoba
6	Učitel
2	Osoba nejbližší
16	Jeho rodina
8	Psycholog
6	Specialista, odborník
1	Sám bych pomohl
3	Psychiatr
1	Nutriční poradce
1	Krizové centrum
5	Zjistím na internetu
1	Nevím
Celkem 50 respondentů	Celkem 88 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 Zajištění pomoci osobě s poruchou příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, jak by studenti zareagovali na to, kdyby zjistili, že jejich blízký, či známý trpí poruchou příjmu potravy. Velmi mě potěšilo, že všichni respondenti ví, na koho se obrátit v tomto případě, od koho by se jim dostalo rady či pomoci a mohli tak pomoci osobě, která by si sama o pomoc nedokázala

požádat. 1 respondent na tuto otázku neuvedl žádnou odpověď. 50 respondentů celkově uvedlo 88 odpovědí, z toho 16 rozlišných. Nejvíce respondentů a to 16 uvedlo, že by požádali o radu své vlastní rodiče, 16 respondentů také uvedlo, že by se obrátilo na rodinu člověka, kterého se nemoc týká. 13 respondentů uvedlo, že by se obrátilo na praktického lékaře, který by jim měl poskytnout dostatečné rady a především informace. 8 respondentů by se obrátilo na psychologa. 6 osob by se obrátilo přímo na danou osobu, která onemocněním trpí, a vedli s ním rozhovor. 6 studentů by se obrátilo na svého učitele, který by jim dozajista měl poskytnout potřebné informace, popřípadě by odkázal na příslušné místo, nebo zajistil školního psychologa. Dalších 6 respondentů by volilo návštěvu odborníka – specialisty, blíže nespecifikovaného. 5 respondentů by použilo internet k tomu, aby vyhledali, kam je potřeba se v tomto případě obrátit. 3 respondenti by žádali o pomoc psychiatra, který má také dostatek informací, ač především předepisuje léky. 2 studenti by se obecně obrátili na svou školu, nejspíše na nějakého pedagogického pracovníka. 2 respondenti uvedli, že by o pomoc žádali osobu, která je nemocnému nejbližší, pravděpodobně by se jednalo o rodinu, či nejlepšího přítele. 1 respondent by se na pomoc zeptal na Lince důvěry, která slouží k těmto účelům pro studenty do 26 let, kteří se na ni mohou kdykoliv (její provoz je nonstop), obrátit a specializovaní pracovníci jim poskytnou odbornou pomoc, či je odkážou na instituce. Další respondent by se obrátil na nutričního poradce. Jiný respondent by pořádal o pomoc krizové centrum, což je nízkoprahové zařízení určené pro akutní psychickou pomoc, která vznikla krizí. 1 respondent by nemocnému pomohl sám, nespecifikoval způsob, jakým by pomoc měla probíhat. To, že respondenti uvedli osoby a odborné pracovníky, které by jim opravdu mohli pomoci, je velmi potěšující zjištění.

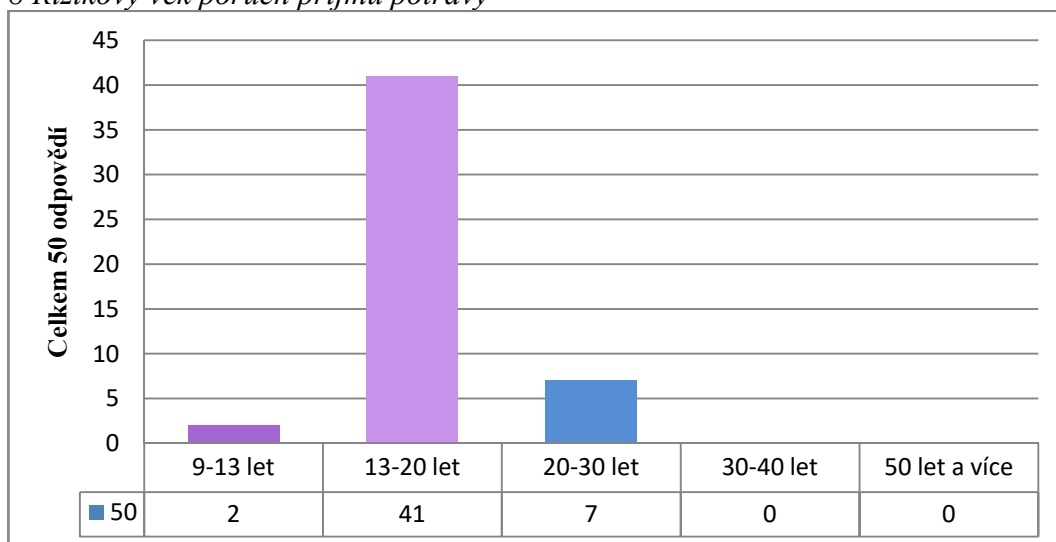
Otázka č. 8: V jakém věku nejčastěji dochází k propuknutí poruchy příjmu potravy?

Tabulka č. 8 Rizikový věk poruch příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
2	9-13 let
41	13-20 let
7	20-30 let
0	30-40 let
0	50 let a více
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8 Rizikový věk poruch příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka je zaměřena na informovanost o poruchách příjmu potravy. Respondenti měli z uvedených odpovědí vybrat, jedná se tedy o uzavřenou otázku, v jakém věku nejčastěji propuká toto onemocnění. 41 respondentů uvedlo správnou odpověď a to, že tyto poruchy vznikají nejčastěji ve 13-20 roce života. Anorexie vzniká dříve, než bulimie, pro kterou je typický věk 16 let. 7 respondentů uvedlo jako dobu zniku onemocnění věk 20-30 let, v tomto věku jsou tyto poruchy velmi běžné, protože právě vznikají v adolescenci a většinou jsou vleklého charakteru a přetrvávají až do dospělosti, jejich léčba je u každého individuální, ale je typické, že trvá řádky let. 2 respondenti uvedli jako dobu vzniku dětství, tedy 9-13 let, mezi pacienty se najdou i tací, u kterých porucha propukla dříve. Možnosti 30-40 let a 50 let a více nevybral nikdo.

Otázka č. 9: Znáš nějaké organizace pomáhající lidem, kteří trpí poruchou příjmu potravy?

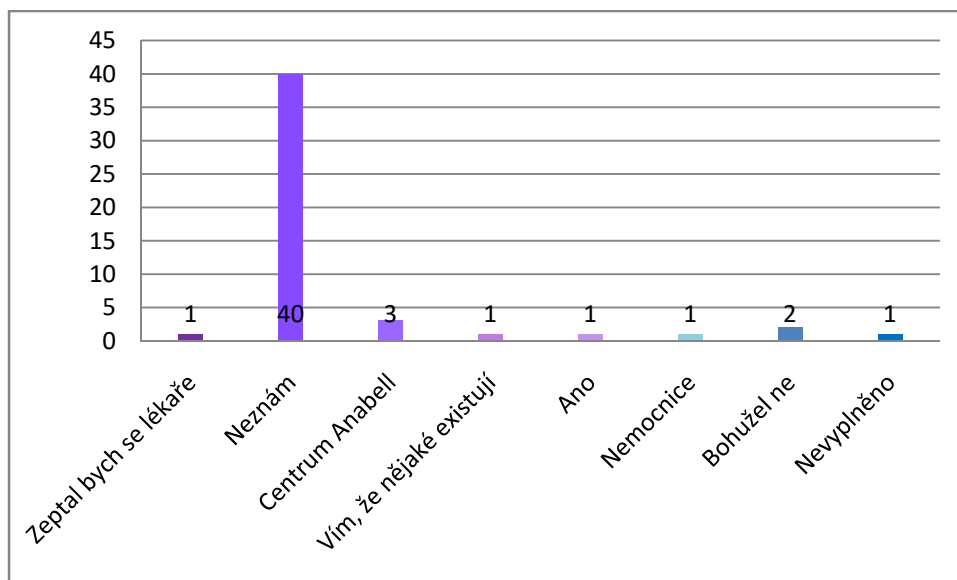
Tabulka č.9 Pomáhající organizace

Počet respondentů	Odpovědi
1	Zeptal bych se lékaře
40	Neznám
3	Centrum Anabell
1	Vím, že nějaké existují
1	Ano
1	Nemocnice
2	Bohužel ne

1	Nevyplněno
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9 Pomáhající organizace



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka se opět zaměřuje na informovanost studentů, cílem bylo zjistit, zda znají nějaké z mnoha organizací, které pomáhají s poruchami příjmu potravy. Respondenti mohli vypsát i zahraniční organizace. 40 respondentů však uvedlo, že žádné organizace neznají, což je celkem tristní. 3 respondenti uvedli organizaci Centrum Anabell, která je u nás v České republice tou nejznámější, tato služba zaměstnává odborné pracovníky, jako například psychology, psychiatry, nutriční poradce a terapeuty. Jejich služby jsou snadno dostupné a poskytují poradenství, i jiné důležité služby osobám, které trpí některou z poruch příjmu potravy. 2 respondenti bohužel neznají žádné organizace, ale slovem bohužel naznačují, že by je rádi znali. Odpověď od 1 respondenta se mi velice líbí a to, že by se zeptal svého lékaře, který mu mohl poskytnout potřebné informace. 1 respondent uvedl odpověď „ano“, avšak nevypsal konkrétní odpověď. 1 respondent uvedl jako organizaci nemocnici, což je zdravotní zařízení, ne organizace. A 1 respondent na otázku neodpověděl vůbec.

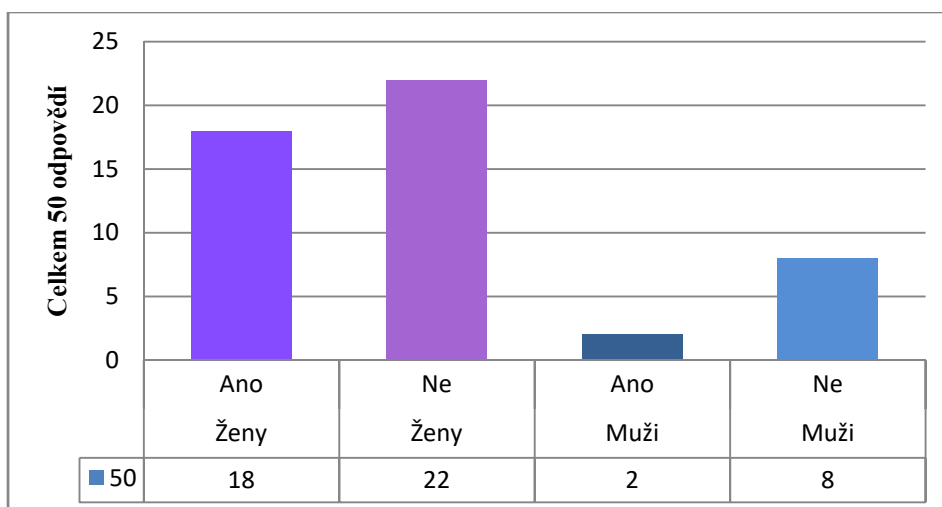
Otázka č. 10: Jsi spokojen/a se svou současnou váhou?

Tabulka č. 10 Spokojenost studentů s jejich váhou

Počet respondentů	Pohlaví respondentů	Odpovědi
18	Ženy	Ano
22	Ženy	Ne
2	Muži	Ano
8	Muži	Ne
Celkově 50 respondentů	40 žen, 10 mužů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10 Spokojenost studentů s jejich váhou



Zdroj: Vlastní výzkum

Touto otázkou jsem chtěla zjistit spokojenost studentů s jejich vlastním tělem, přesněji s jejich váhou. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že více než polovina respondentů je nespokojená se svou současnou váhou a to 22 žen ze 40 a 8 mužů z 10. Pouze 18 žen je se svou váhou spokojeno a 2 muži. V adolescenci dochází k výrazným tělesným změnám, které mají vliv také na psychický vývoj jedince a nespokojenost s vlastním tělem může vést k nízkému sebevědomí, nebo právě vzniku poruch příjmu potravy. Je velmi důležité naučit se mít rád sám sebe.

Otázka č. 11: Držel/a jsi někdy ve svém životě dietu?

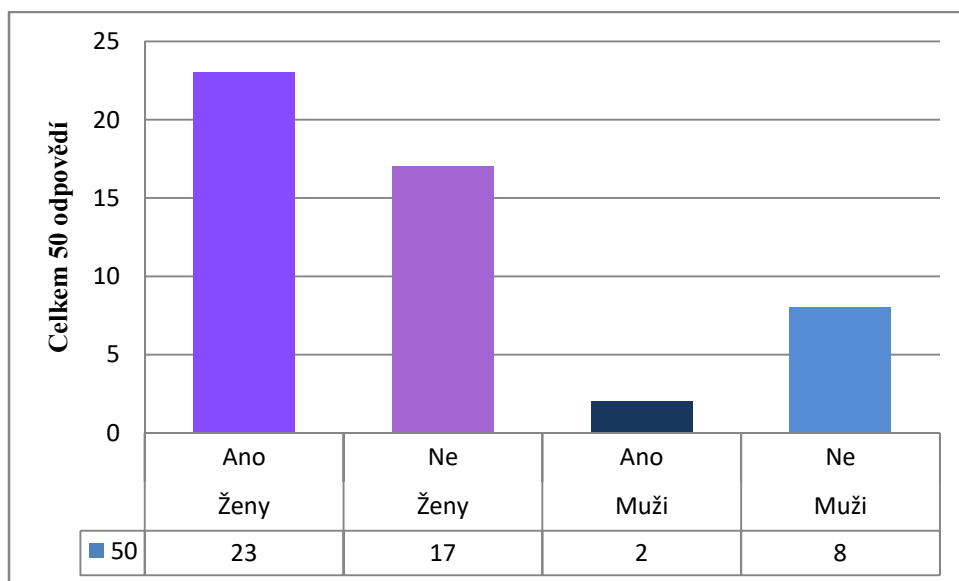
Tabulka č. 11 Zkušenosti respondentů s dietou

Počet respondentů	Pohlaví respondentů	Odpovědi
23	Ženy	Ano
17	Ženy	Ne
2	Muži	Ano
8	Muži	Ne

Celkem 50 respondentů	40 žen, 10 mužů	Celkem 50 odpovědí
-----------------------	-----------------	--------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 Zkušenosti respondentů s dietou



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 měla za úkol zjistit, zdali respondenti v tak nízkém věku drželi někdy v životě dietu. Diety se postupně stávají trendem a součástí životního stylu, avšak v době vývoje není vhodné držet diety, pakliže se nejedná o diety, které jsou nutné k udržení dobrého zdravotního stavu. Obecným názorem je, že ženy drží diety častěji než muži, což také vyplývá z této výzkumné otázky. Ze 40 žen jich drželo dietu 23, tedy více než polovina dotazovaných žen, 17 dietu nedrželo nikdy ve svém životě. Zatímco muži v 8 z 10 případů dietu nedrželi. Pouze 2 muži uvedli, že drželi dietu. Tuto otázku doplňuje otázka následující, která ji rozvíjí.

Otázka č. 12: Kdo tě v dietě inspiroval?

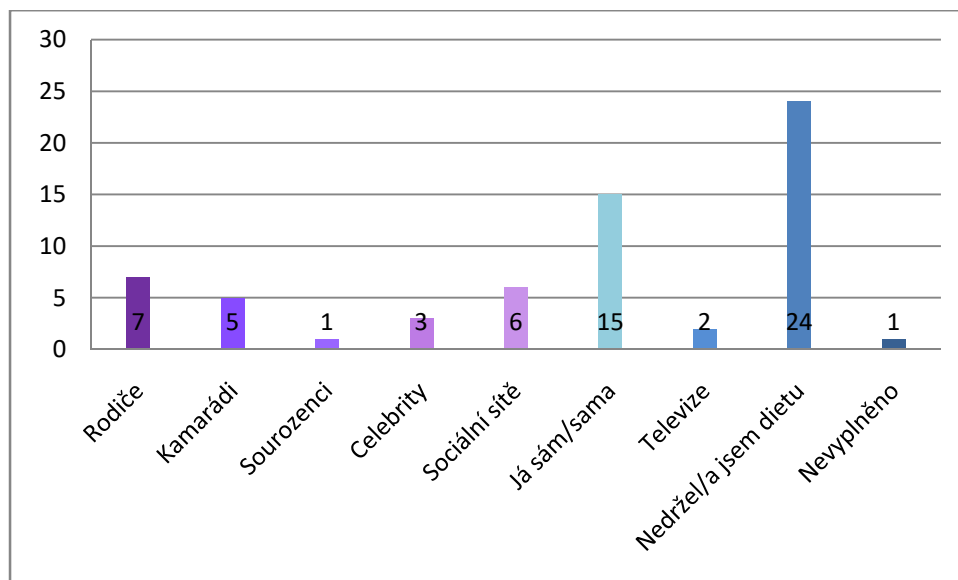
Tabulka č. 12 Původce diety

Počet respondentů	Odpovědi
7	Rodiče
5	Kamarádi
1	Sourozenci
3	Celebrity
6	Sociální sítě
15	Já sám/sama
2	Televize
24	Nedržel/a jsem dietu
1	Nevyplněno

Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí
-----------------------	--------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 Původce diety



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka doplňuje otázku předešlou, tedy otázku č. 11, jejím cílem je zjistit, kdo inspiroval adolescenty v držení diety. V teoretické části se zmiňují o vlivu masmédií, reklamách a propagaci diet. Také o tom, že často pokud matka v rodině drží dietu, tak stejné jídelní návyky od ní přebírá i jejich dítě. Tato otázka je uzavřená a respondenti mohli vybírat z 8 odpovědí. Jak vyplynulo z předchozí otázky, tak 24-25 respondentů nikdy v životě dietu nedržel (jeden respondent otázku nezodpověděl). 15 respondentů uvedlo, že oni sami byli pro sebe příkladem pro držení diety, nejspíše si tedy podmínky diety vytvořili sami. 7 respondentů uvedlo, že drželi dietu po vzoru svých rodičů. 6 respondentů si vyhledalo dietu na sociálních sítích. 5 respondentů drželo dietu podle svých přátel/kamarádů. 3 respondenty inspirovaly celebrity, 2 respondenty televize, čili nějaký program a 1 respondenta inspiroval jeho sourozenec.

Otázka č. 13: Použil/a jsi někdy nějaké preparáty na hubnutí?

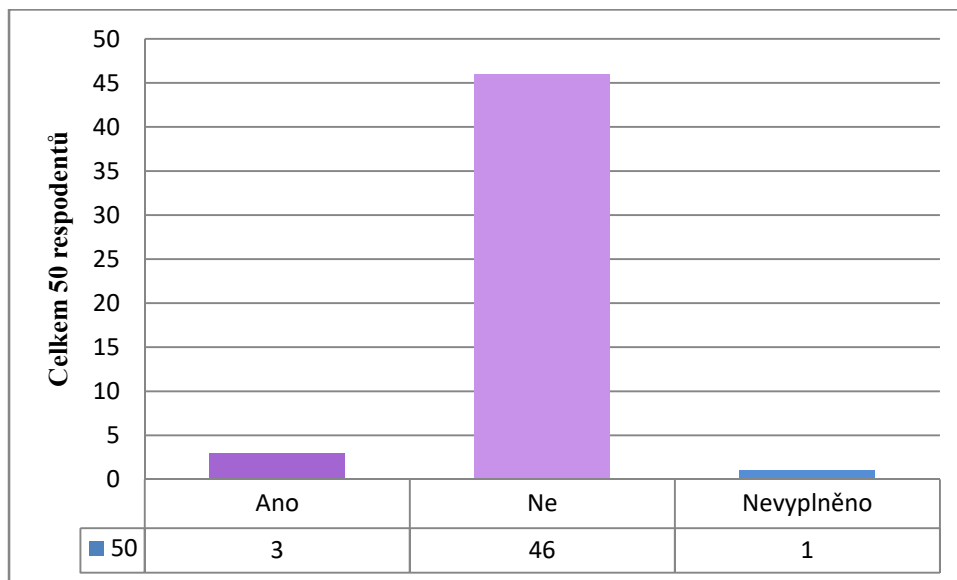
Tabulka č. 13 Užití přípravků na hubnutí

Počet respondentů	Odpovědi
3	Ano
46	Ne
1	Nevyplněno

Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí
-----------------------	--------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 Užití přípravků na hubnutí



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 je otázka uzavřená. Pomocí této otázky zjišťuji, zdali respondenti k redukci své váhy někdy užívali různé preparáty na hubnutí. Nejčastěji se jedná o tablety, které se dají volně koupit. 46 respondentů uvedlo, že si nikdy nedopomáhali k hubnutí preparáty k tomu určenými, 3 respondenti uvedli, že tyto přípravky někdy užívali. A 1 respondent otázku nezodpověděl.

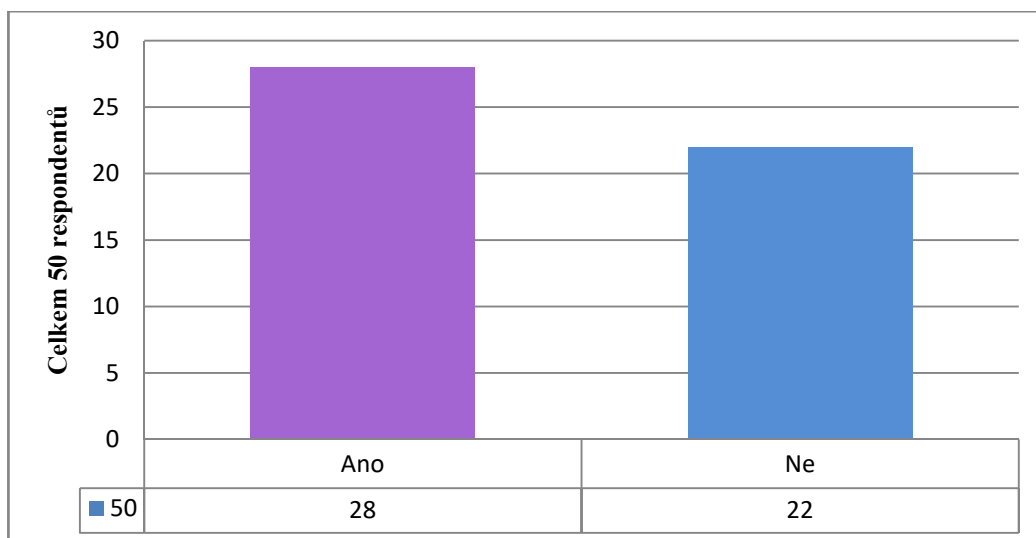
Otázka č. 14: Jíš pravidelně? Pokud je tvá odpověď ne, doplň proč.

Tabulka č. 14 Pravidelnost ve stravě

Počet respondentů	Odpovědi
28	Ano
22	Ne
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 Pravidelnost ve stravě



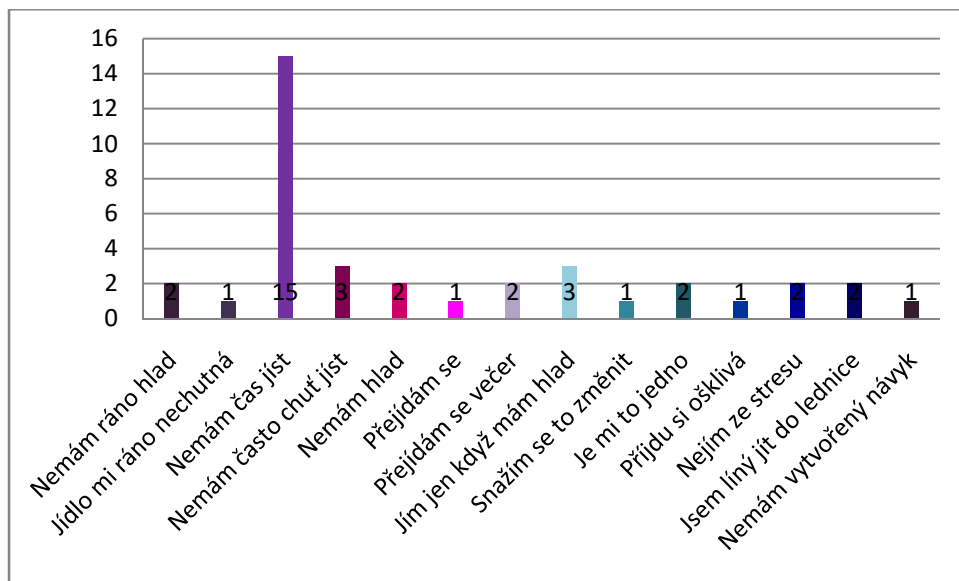
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 15 Důvody nepravidelného stravování

Počet respondentů	Odpovědi
2	Nemám ráno hlad
1	Jídlo mi ráno nechutná
15	Nemám čas jíst
3	Nemám často chuť jíst
2	Nemám hlad
1	Přejídám se
2	Přejídám se večer
3	Jím jen když mám hlad
1	Snažím se to změnit
2	Je mi to jedno
1	Přijdu si ošklivá
2	Nejím ze stresu
2	Jsem líný jít do lednice
1	Nemám vytvořený návyk
Celkem 22 respondentů	Celkem 38 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 Důvody nepravidelného stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Pravidelná strava je v životě jedince velmi důležitá, napomáhá správnému vývinu i dobrému zdraví. Mnoho lidí v dnešní „uspěchané době“ nemá občas ani čas se najíst. Pravidelné stravování potřebuje návyk, který je nutné budovat už od dětství. V této otázce se zaměřuji na to, kolik respondentů se stravuje pravidelně. A ti, kteří se pravidelně nestravují, tak z jakého důvodu. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že více než polovina, tedy 28 respondentů se stravuje pravidelně, má tedy dobré jídelní návyky. 22 respondentů uvedlo, že se pravidelně nestravují. 22 respondentů z celkových 50 je poměrně vysoké číslo. Nejčastějším důvodem, proč se studenti nestravují pravidelně, je údajně to, že nemají čas na to, se najíst. Někteří své odpovědi rozvedli a z detailně popsaných odpovědí zaznívá, že studentský život je časově náročný, někteří bydlí na „itru“, ale ti, kteří musí pravidelně do školy dojíždět, nemají čas pravidelně jíst kvůli dopravě. Někteří studenti také popsali, že mají náročné koníčky, či chodí po škole na brigády. Těchto respondentů je celkem 15. Mezi další odpovědi patří, že často nemají chuť jíst, nebo jí pouze, když pocítují hlad a to ve 3 případech. 2 respondenti hovoří o tom, že nesnídají, protože po ránu nemají hlad, další 2 respondenti nemají hlad celkově. Odpovědi po 2 respondentech zahrnují také to, že se večer se jim zvyšuje chuť k jídlu a tedy se večer přejídají, nebo jim je jídlo celkově jedno a příliš ho neřeší, 2 respondenti jsou líní dojít si pro jídlo do lednice a 2 se nestravují pravidelně kvůli tomu, že jsou ve stresu, který ovlivňuje chuť i míru hladu. 1 respondent dále nesnídá, protože mu po ránu jídlo nechutná, kromě rána tedy jí pravidelně. 1 respondent uvedl, že se

přejídá po celý den, protože má velmi rád jídlo a prostě mu chutná. 1 respondent uvedl, že se pravidelně nestravuje, ale uvědomuje si, že toto chování není dobré a proto se snaží změnit a jíst pravidelně. 1 studentka uvedla, že občas, když se cítí ošklivá, tak se snaží nejíst a tudíž se nestravuje pravidelně. 1 respondent uvedl, že nemá vytvořený návyk.

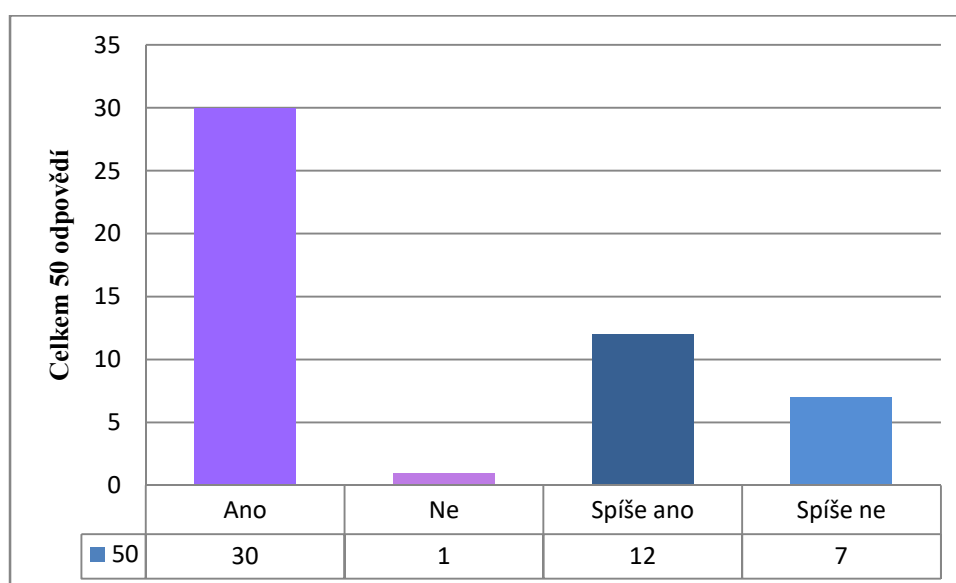
Otázka č. 15: Myslíš si, že mají média vliv na výskyt poruch příjmu potravy?

Tabulka č. 16 Vliv médií na výskyt poruch příjmu potravy

Počet respondentů	Odpovědi
30	Ano
1	Ne
12	Spíše ano
7	Spíše ne
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 Vliv médií na výskyt poruch příjmu potravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše v teoretické části se zmiňují o vlivu masmédií, propagaci a síle reklamních sdělení. Tato sdělení jsou často mířena právě na mladé lidi a mohou v nich postupně zakořeňovat nespokojenost s jejich vzhledem, proporcemi a váhou. S příchodem internetu také přicházejí nové trendy, kterým mladí lidé často podléhají. Jak moc si však tyto lidé uvědomují, že jsou ovlivňováni? Pod slovem média jsou především myšleny propagační prostředky, jako jsou tiskopisy, TV, internet a tak dále. 30 dotazovaných z 50 se domnívá, že média mají vliv na vznik poruch příjmu potravy, 12 respondentů se

domnívá, že spíše ano, tedy že spíše mají vliv na vznik poruch příjmu potravy, ale nemohou to tvrdit se 100% jistotou. 7 respondentů uvedlo, že dle nich média spíše nemají vliv na těchto poruch a 1 respondent si je jist, že mezi médii a poruchami příjmu potravy neexistuje žádná spojitost.

Otázka č. 16: Motivoval tě někdy internet k tomu, abys změnil/a svůj jídelníček?

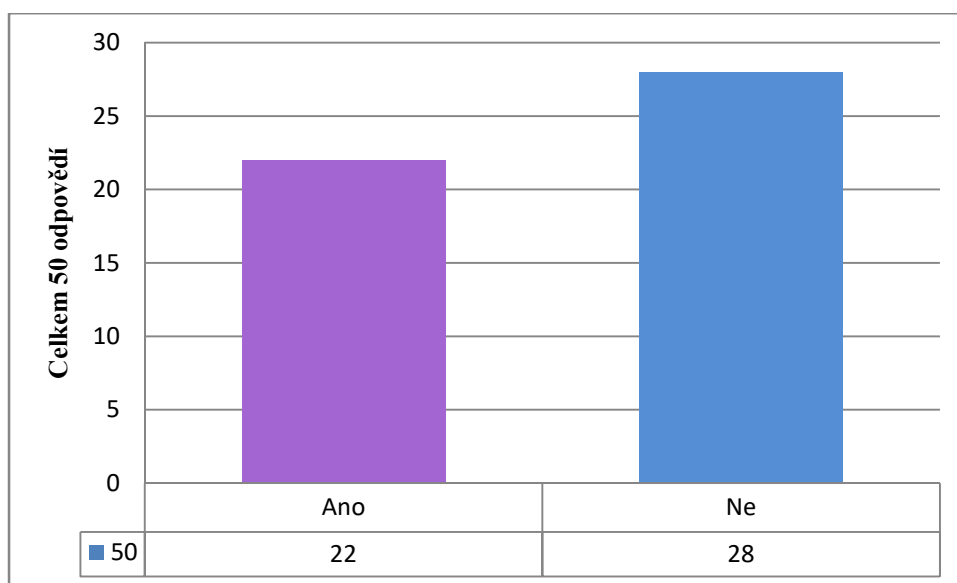
Pokud ano, tak jak?

Tabulka č. 17 Vliv internetu na změny ve stravování

Počet respondentů	Odpovědi
22	Ano
28	Ne
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 Vliv internetu na změny ve stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

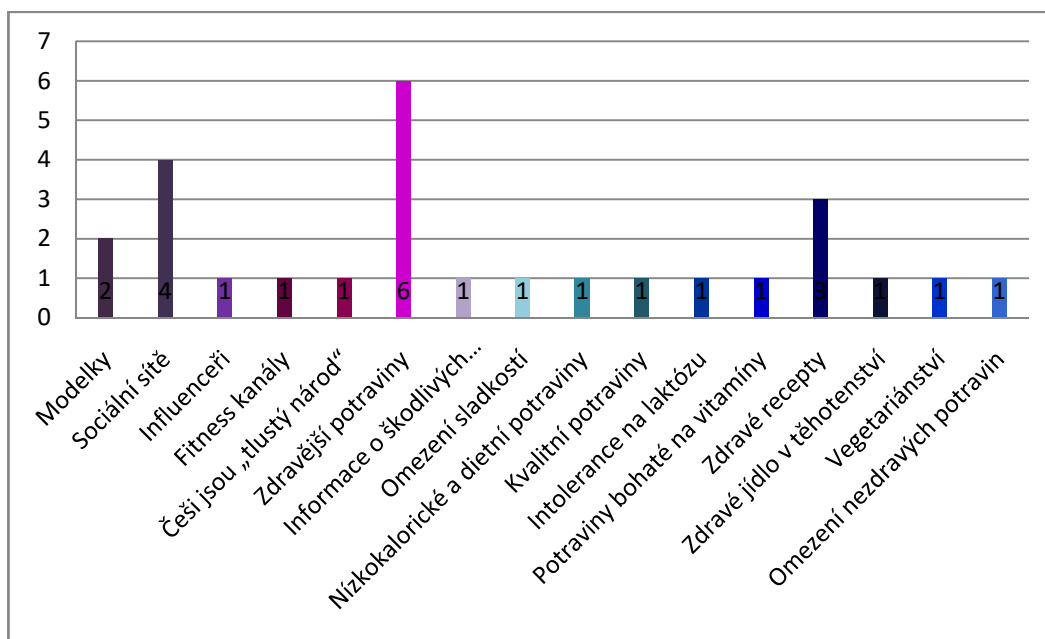
Tabulka č. 18: Konkrétní změny ve stravování

Počet respondentů	Odpovědi
2	Modelky
4	Sociální sítě
1	Influenciři
1	Fitness kanály
1	Češi jsou „tlustý národ“
6	Zdravější potraviny
1	Informace o škodlivých potravinách
1	Omezení sladkostí
1	Nízkokalorické a dietní potraviny
1	Kvalitní potraviny

1	Intolerance na laktózu
1	Potraviny bohaté na vitamíny
3	Zdravé recepty
1	Zdravé jídlo v těhotenství
1	Vegetariánství
1	Omezení nezdravých potravin
Celkem 22 respondentů	Celkem 27 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 Konkrétní změny ve stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka zjišťuje, do jaké míry má na respondenty vliv internet, co se týká jejich stravování. Tato otázka je polootevřená proto, abych se dozvěděla co nejvíce konkrétních odpovědí. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že 22 respondentů se někdy inspirovalo na internetu ohledně potravin a jídel. 28 respondentů z 50 nikdy internet nemotivoval, aby svůj jídelníček změnil, což je více než polovina respondentů. Dále jsem se chtěla dozvědět, v jakém směru internet mohl mít vliv na jídelníček respondentů. Respondenti tuto otázku pochopili dvěma způsoby a to: Kdo, nebo kde se inspirovali, získali motivaci, a co se na jejich jídelníčku změnilo poté, co je internet motivoval. V tabulce č. 18 prvních 5 odpovědí reaguje právě na osoby, či webové stránky, které přispěly k jejich změně rozhodnutí, zbylé odpovědi jsou pak konkrétní změny v oblasti stravování. Nejvíce respondentů a to 6 uvedlo, že na internetu vyhledávali informace o potravinách, které jsou zdravé, načež je začali konzumovat. 4 respondenti uvedli, že je inspirovali sociální sítě, konkrétně to byly fotografie osob,

kteře se pyšnily lepší postavou, než mají respondenti. 3 respondenti na internetu vyhledávali nové, zdravé nápady na recepty, které si doma potom začali vařit. 2 respondenty inspirovali modelky. Poté následují odpovědi po jednom respondentovi a to, že respondenty inspirovaly influenceři, kteří v posledních letech na sociálních sítích získávají velký vliv. Další respondent sleduje fitness kanály, a tudíž se podle nich stravuje i cvičí. 1 respondentka uvedla, že se snaží dokázat opak k tvrzení, že „Češi jsou tlustý národ“ se kterým se obecně lze často setkat. Jiný respondent si zase na internetu vyhledává údaje o škodlivosti některých potravin a poté omezuje jejich konzumování. Další respondent díky informacím na internetu omezil konzumaci sladkých potravin. Další odpovědí je vyhledávání dietních a nízkokalorických potravin. Jiný respondent se snaží přijímat kvalitní potraviny. 1 respondent trpí intolerancí na laktózu, a proto si na internetu vyhledává informace o intoleranci a vyhledává potraviny, které může konzumovat bez omezení. Dalšího respondenta internet ovlivnil v tom, že přijímá více potravin, které jsou bohaté na vitamíny. 1 respondentka uvedla, že se zajímá o potraviny, které jsou doporučovány v těhotenství a nejsou škodlivé pro plod. Dalšího respondenta zajímá téma vegetariánství. Jiný respondent se zase snaží omezit příjem nezdravých potravin. Z odpovědi na otázku vyplývá, že internet sloužil pro studenty především k vyhledávání informací o lepší stravě, než kterou přijímali doteď, zdravější, prospěšnější s lepšími nutričními hodnotami. Nevýhodou internetu však může být to, že informace nemusí pocházet z ověřeného zdroje a nemusí tedy být vždy pravdivé, to je ale na každém, aby si pravdivost informací ověřil. Celkově internet je skvělým pomocníkem pro vyhledávání a šíření aktuálních informací.

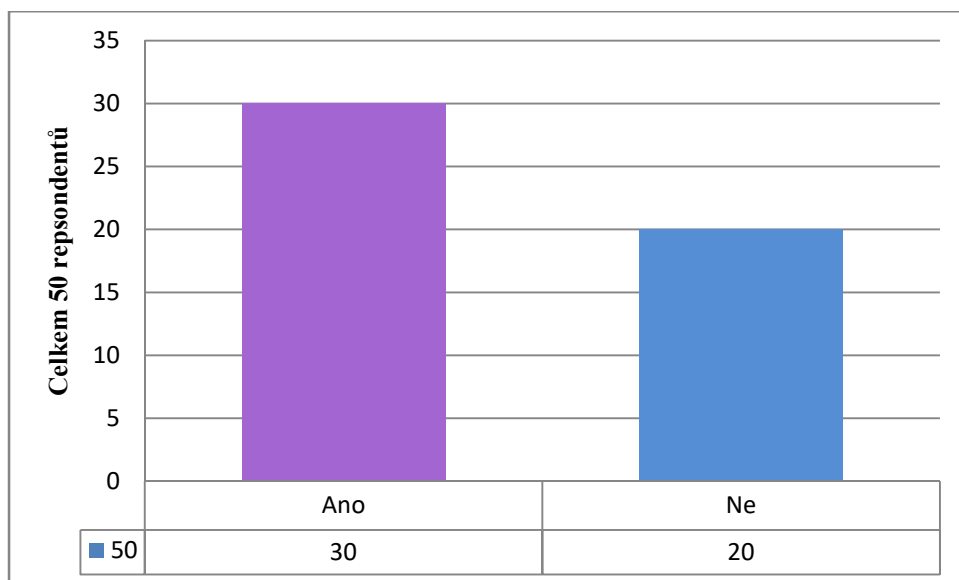
Otázka č. 17: Víš co jsou plus size modelky? Jaký na ně máš názor?

Tabulka č. 19 Informovanost o trendu plus size modelky

Počet respondentů	Odpovědi
30	Ano
20	Ne
Celkem 50 respondentů	Celkem 50 odpovědí

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19 Informovanost o trendu plus size modelky



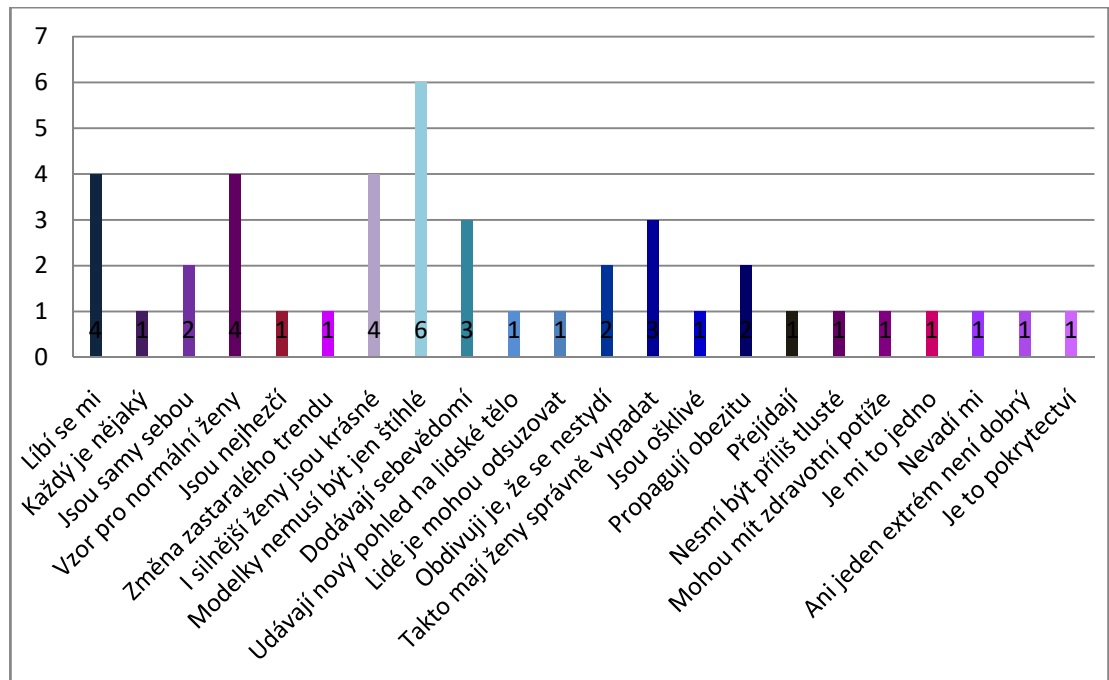
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 20 Názor na plus size modelky

Počet respondentů	Odpovědi
4	Líbí se mi
1	Každý je nějaký
2	Jsou samy sebou
4	Vzor pro normální ženy
1	Jsou nejhezčí
1	Změna zastaralého trendu
4	I silnější ženy jsou krásné
6	Modelky nemusí být jen štíhlé
3	Dodávají sebevědomí
1	Udávají nový pohled na lidské tělo
1	Lidé je mohou odsuzovat
2	Obdivuji je, že se nestydí
3	Takto mají ženy správně vypadat
1	Jsou ošklivé
2	Propagují obezitu
1	Přejídají
1	Nesmí být příliš tlusté
1	Mohou mít zdravotní potíže
1	Je mi to jedno
1	Nevadí mi
1	Ani jeden extrém není dobrý
1	Je to pokrytectví
Celkem 30 respondentů	Celkem 43 odpovědi

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20 Názor na plus size modelky



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17 je opět polootevřenou otázkou. Jejím cílem je zjistit, zdali studenti znají nové trendy týkající se modelingu a novým pojetím krásy, která bourá mýty, že na molo se dostanou pouze modelky, které jsou „kost a kůže“ a splňují určité standardy. Plus size modelky často bojují proti poruchám příjmu potravy, zakládají, či se stávají tvářemi kampaní, které s těmito poruchami bojují. Nepropagují nezdravý zdravotní styl, ba naopak cvičí, aby své tělo udržely pevné, prostě jen mají větší velikost, jako normální ženy, se kterými se denně střetáváme na ulici. Pro mnohé ženy také slouží jako inspirace a dodávají jim sebevědomí. Mají mnoho fanoušků, mezi kterými jsou také muži. Na sociálních sítích mají statisíce followerů (sledujících). Z celkových 50 respondentů, jich 30 uvedlo, že ví, co to jsou plus size modelky, 20 respondentů o nich nikdy neslyšelo. Tabulka a graf č. 20 ukazují názory 30 respondentů, kteří se s výrazem plus size modelky již setkali. 6 respondentů udává, že modelky nemusí být vždy jenom štíhlé. To platí zvláště v dnešní době, kdy jsou modelky často vybírány pro svoje zvláštnosti, tedy jedinečnost a ne podle postavy. Tento trend také začala propagovat panenka Barbie, která je celosvětově známá a inspiruje děvčátka po celém světě, v minulých letech začala firma vyrábět panenky, které jsou přirozenější a mají běžné dámské proporce (tedy jsou nižší a tlustější), těchto typů panenek jsou dnes již desítky a staly si mezi dívkami velmi oblíbené. 4 respondenti na otázku, jaký mají na tyto

modelky názor, uvedli, že se jim prostě líbí. Další 4 respondenti uvedli, že i silnější ženy jsou krásné, tedy nezáleží pouze na váze. 4 respondenti uvedli, že mohou sloužit jako vzor, pro normální ženy. 3 respondenti se domnívají, že takto mají správně ženy vypadat, tedy že vyšší váha je něco zcela normálního. 2 respondenti uvedli, že tyto modelky jsou prostě samy sebou. Další 3 respondenti uvedli, že plus size modelky mohou dodávat sebevědomí ostatním. Především tedy ženám, které si kvůli své váze připadají méně atraktivní a přitom kdyby ji tolik neřešily, mohly být spokojené. 2 respondenti obdivují tyto modelky, že se nestydí. 2 jiní respondenti se však domnívají, že tyto ženy propagují obezitu, tedy že jsou až příliš tlusté. Dále jsou názory jednotlivých respondentů... 1 respondent komentoval pouze slovy každý je nějaký, tedy očividně nemá vyloženě na toto téma názor. Další respondent uvedl, že tyto ženy jsou nejkrásnější. Další odpovědí je, že se jedná o změnu zastaralého trendu. Je pravda, že pravidelně s dobou se trendy mění, na krásu existují různé pohledy, nejen ovlivňovány časem, ale také místem, každý stát má jiné požadavky na krásu. 1 respondent uvedl, že udávají nový pohled na lidské tělo, respondent nspecifikoval, zdali to považuje za dobré, či za špatné. 1 respondent se obává, že tyto ženy mohou jiní lidé odsuzovat, tedy že mohou čelit kritice i posměchu ze stran nechápavého okolí. Další respondent považuje tyto ženy za ošklivé. Dalším názorem je, že se tyto modelky přejídají, nebo nesmí být příliš tlusté, aby ještě byly hezké. Také zde padla odpověď, že tyto ženy mohou trpět zdravotními potížemi, které jsou doprovázeny nadváhou. Dalšímu respondentovi tento trend nevadí. Další se domnívá, že ani jeden extrém není dobrý, tedy když jsou ženy příliš obézní, ale i příliš hubené. 1 respondent se domnívá, že tato prezentace kyprých žen je pokrytectví. Zde v odpovědích převažovaly názory, které se k tomuto tématu staví pozitivně, tedy vítají, že na molech se objevují nové typy modelek, které se jim buď líbí, nebo mohou pozitivním způsobem působit na zbytek populace.

15. INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ

Je důležité zmínit, že studenti nebyli předem připraveni na to, že u nich bude probíhat výzkum, jednalo se o náhodně zvolené třídy studentů, takže se nemohli dopředu připravit na otázky spojené s touto tematikou a tudíž nebyly výsledky zkresleny.

Otázka na pohlaví respondentů nám objasnila, zdali je více respondentů mužů či žen, tuto informaci jsem také využila pro doplnění odpovědí na jiné otázky. Více respondentů a to 40 z 50, je žen. Ještě před rozdáváním dotazníků jsem se domnívala, že to takto bude, protože dle mých zjišťovaných informací tuto školu navštěvuje více děvčat, než chlapců, třídy jsou tedy genderově velice nevyrovnané.

Hypotéza č. 1 Studenti nejsou příliš informovaní o poruchách příjmu potravy a rizicích vyplývajících z tohoto onemocnění, mají nepřesné informace.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila

Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázek č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Z odpovědí na tyto otázky vyplynulo, že většina studentů má dostačující informace o poruchách příjmu potravy, i jejich rizicích. Jejich informace jsou také správné.

100% respondentů zná pojem porucha příjmu potravy. 96% studentů také správně odpovědělo, že ženy trpí poruchami častěji než muži. Studenti také správně popsali znaky, kterými se může vyznačovat osoba, která trpí některou z poruch příjmu potravy, správných odpovědí na tuto otázku bylo 152. Studenti dále měli vyjmenovat zdravotní a sociální rizika poruch příjmu potravy, zde uvedli 115 správných odpovědí, což je více než dostačující množství. Otázka č. 6 zaměřená na to, jestli studenti osobně znají někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy vypovídá o tom, že studenti se s tímto jevem setkávají poměrně často a to v 62%, tedy mají osobní zkušenosti s touto nemocí, zbylých 38% nikoho s poruchou nezná. Otázka č. 7 byla zaměřena na to, jak by adolescenti reagovali, pakliže by znali někoho, kdo nemocí trpí. Pouze 1 respondent neví, na koho by se v tomto případě obrátil, zbylí respondenti ví jak by se v tomto případě zachovali a na koho by se obrátili, včetně odborníků. Studenti také správně uvedli věkové rozmezí, kdy poruchy příjmu potravy vznikají, 82% respondentů

odpovědělo správně. Většina studentů však nezná žádné organizace, které pomáhají s poruchami příjmu potravy, pouze 6% studentů zná konkrétní organizace.

Hypotéza č. 2 Studenti jsou se svým vzhledem, proporcemi a váhou nespokojeni, nedodržují správné stravování a místo toho raději drží diety.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila

Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázek č. 10, 11, 12, 13, 14.

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že studenti nejsou se svou momentální váhou spokojeni. Ze 40 žen není spokojeno se svou váhou 22 a z 10 mužů dokonce 8 není spokojeno se svou váhou, ti tvoří 60% respondentů, 40% respondentů je spokojeno. Na otázku, zdali respondenti drželi někdy dietu, 23 žen z 50 odpovědělo, že ano, ale naopak pouze 2 muži z 10 drželi dietu. Z toho vyplývá, že ženy drží dietu častěji než muži, ačkoliv muži jsou více nespokojeni se svou váhou. Z otázky č. 12 vyplývá to, že polovina respondentů, tedy 50% dietu nedrželo, zbylých 50% ji tedy drželo. Otázka dále rozvíjí, odkud pochází impulz držení diety studentů. 92% respondentů nikdy v životě neužilo preparáty na hubnutí, pouze 8% respondentů si ke štíhlejší postavě dopomohlo nějakými přípravky, raději tedy volí diety. Dále z výzkumu vyplývá, že 56% respondentů dodržuje pravidelný jídelní režim, zbylých 44% respondentů neví pravidelně, načež uvádí různé důvody vynechávání jídel. Tato hypotéza se tedy potvrdila pouze z části, studenti nejsou spokojeni se svou váhou, až 50% z nich drží dietu, ale více než polovina z nich se stravuje pravidelně.

Hypotéza č. 3 Studenti jsou ovlivňováni médii a tento fakt si uvědomují.

Hypotéza č. 3 se potvrdila

Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázek 15, 16, 17.

Po zhodnocení odpovědí vyplynulo, že tato hypotéza byla správná. Média jednoznačně mají vliv na poruchy příjmu potravy, tento fakt si uvědomuje 84% respondentů, kteří uvedli odpovědi, že média mají vliv na výskyt poruch příjmu potravy a spíše mají vliv. Zbylých 16% respondentů se domnívá, že tento vliv není až tolik vysoký a je poměrně zanedbatelný. 44% studentů přímo ovlivnil internet v tom, aby změnil svůj jídelníček, zamysleli se nad tím, co konzumují. 56% respondentů se stravuje, aniž by vyhledávali informace o potravě na internetu. 60% respondentů ví, co to jsou plus size modelky,

které jsou momentálně módním trendem médií, zbylých 40% tento pojem neznají a neumí si pod ním nic představit.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem řešila problematiku poruch příjmu potravy. Protože poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují v adolescenci, tak jsem se na tento věk zaměřila. Existuje již mnoho prací na toto téma, které je stále velmi aktuální a proto jsem se zaměřila na moderní společnost a hrozby, které z ní vyplývají, především vliv masmédií. Na začátku práce je nastíněna historie poruch příjmu potravy, definice těchto poruch, jejich druhy, nejčastější výskyt, vlivy, které dělím na sociální a biologické, projevy poruch příjmu potravy, jejich prevenci, prognózu do budoucna a následnou léčbu. Dále v práci definuji pojem adolescence, aby došlo k lepšímu pochopení problematiky, adolescence je velmi specifický věk, který už tak je adolescenty nesnadno prožíván, jedná se o velmi důležitou vývojovou fázi, kdy jedinec zraje v dospělou, samostatnou bytost, v tomto věku je velmi ovlivnitelný a psychicky labilní. Zaměřuji se zde na změny, které nastávají v různých oblastech. Důležitou součástí práce je pojednání o vlivech masmédií, které někdy nemusí být zcela zřejmé. Na konci teoretické části je stručné doporučení pro osoby blízké, aby věděli, jak správně postupovat pakliže se s těmito poruchami setkají u svých známých, přátel, nebo rodiny. Cílem teoretické části je informovat laickou veřejnost o poruchách příjmu potravy, jejich komplexním shrnutím. Tento cíl byl v rámci teoretické části naplněn.

V praktické části bylo použito dotazníkové šetření vlastní tvorby, jehož cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou adolescenti informovaní o poruchách příjmu potravy, dále také zjistit osobní zkušenosti studentů s těmito poruchami, jejich názory, jídelní zvyky a postoje. A také vliv masmédií na studenty, kteří si jej uvědomují, či neuvědomují.

Dotazník splnil očekávání, naplnil cíle a potvrdil či vyvrátil stanovené hypotézy.

Výsledky výzkumu pro mne byly velmi užitečné, mile mě překvapily, jelikož výzkum byl zaměřen na studenty, kteří v budoucnu budou vykonávat povolání, při kterém by tuto problematiku mělo znát, jedná se o budoucí předškolní a mimoškolní pedagogy a sociální pracovníky /sociální pedagogy. Dotazník dal studentům mnoho prostoru pro vyjádření se a ti jej vyplnili poctivě. Tento dotazník identifikoval silná i slabá místa respondentů a jejich orientaci v dané problematice. Dle mého názoru by bylo vhodné se výzkumem na toto téma dále zabývat, výsledky na jiných školách by zajisté byly odlišné, nebo by byly odlišné i u jiné věkové kategorie studentů. Tato práce

může sloužit pedagogickým, či sociálním pracovníkům, samotným studentům, jejich rodičům a celé laické veřejnosti jako zdroj informací, ze kterého by mohli čerpat dle svých potřeb. V rámci vlastních opatření bych navrhovala, aby se pedagogové tomuto tématu i nadále věnovali, dle mého názoru by studenti uvítali kupříkladu nějaký film dle skutečné události na toto téma, přednášku, interaktivní hodinu, či diskuzi. Dále pro předcházení tohoto patologického bych si přála, aby na škole byl věnován čas duševní hygieně, či zvládání mechanismů zátěže. Rodičům dále doporučuji, aby se více zajímali o to, co jejich děti sledují na internetu, s kým tráví svůj volný čas, jaké webové stránky navštěvují a pokusili se omezit čas svých potomků trávený na internetu obecně, protože se jedná o celosvětový problém závislosti mladé generace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Česká literatura

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9

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

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ a Eva MALÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5

KOCOURKOVÁ, Jana, Jan LEBL a Jiří KOUTEK. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9

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

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2333-4

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

ŘÍHOVÁ, Petra. Vliv médií na body image se zaměřením na poruchy příjmu potravy. Praha, 2015. X s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky. Katedra mediálních studií. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Jan Jiráček, Ph.D.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Dotisk 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0

Internetové zdroje

BECHYŇOVÁ, Bernadeta a Petra CHUDOBOVÁ. Psychoterapie zaměřená na tělo u pacientek s PPP. PhDr. BERNADETA BECHYŇOVÁ: *Klinický psycholog a psychoterapeut pro děti, dospívající a jejich rodiny, i dospělé* [online]. Praha 5. Dostupné z: <http://www.bechynova-psycholog.cz/clanky/psychoterapie-zamerena-na-telo-u-pacientek-s-ppp/> . [cit. 2019-12-13].

BERÁNKOVÁ, Jana. Orthorexie a bigorexie: méně známé formy poruch příjmu potravy. *Celostní medicína* [online]. c2001-2020, 12. 04. 2010. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm> . [cit. 2019-11-10].

BOP. Slavné anorektičky: Na kost vyhubly Angelina Jolie, Victoria Beckham i Eliška Bučková. In: *Blesk* [online]. Praha 7: Czech News Center, c2001-2020, 27. Ledna 2017. Dostupné z: <https://www.blesk.cz/clanek/celebrity-svetove-celebrity/446405/slavne-anorekticky-na-kost-vyhubly-angelina-jolie-victoria-beckham-i-eliska-buckova.html> . [cit. 2019-12-17].

Co s námi dělají média? In: *Vitavera* [online]. Praha, 4. února 2016. Dostupné z: <http://vitavera.denik.cz/clanky/co-s-nami-delaji-media/> . [cit. 2019-12-12].

Drunkorexie/alkorexie. *Adicare: Centrum psychologické a psychiatrické péče* [online]. Praha. Dostupné z: <https://www.adicare.cz/typy-zavislosti/drunkorexie-alkorexie/> . [cit. 2019-11-15].

FALTUS, F. Syndrom nočního jedlctví. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2007. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf . [cit. 2019-12-17].

GALOVÁ, K. 2013, *Mýty a omyly*; Brno: Anabell, [vid. 20. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404372388_myty-a-omyly.pdf . [cit. 2019-11-27].

KACEROVSKÁ, Soňa. Plné tvary lákají. Plus size modelky hvězdami sociálních sítí. *IDnes* [online]. Praha: Mafra, c1999-2020, 19. února 2017. Dostupné z: https://www.idnes.cz/onadnes/moda/plus-size-modelky-socialni-site.A170217_132436_modni-trendy_kace . [cit. 2019-12-09].

KAPLANOVÁ, Šárka. Informovanost a postoje žáků středních zdravotnických škol k problematice poruch příjmu potravy [online]. Olomouc, 2011. Dostupné z: <https://theses.cz/id/71109m/> . [cit. 2019-11-09].

KRCH, František David. Mentální anorexie a bulimie: Poruchy příjmu potravy jako cena za štíhlost. *VESMÍR: věda, příroda, člověk, společnost – časopis s tradicí od roku 1871* [online]. 1871-, 5. 9. 1998. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html> . [cit. 2019-11-25].

MEISNEROVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi*. 2013, 15 (8-9), 266–268. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf> . [cit. 2019-11-26].

Nehybková, Eliška & Šmahelová, Martina & Čevelíček, Michal & Smahel, David & Drtilová, Hana & Machackova, Hana. (2018). Digitální technologie a poruchy příjmu potravy [Digital Technologies and Eating Disorders]. Dostupné z: https://irtis.muni.cz/media/3111728/report_thinline_11_2018_final.pdf . [cit. 2019-11-20].

Osteoporóza. *Mojemedicina* [online]. Praha 8, c2020, 7. Dubna 2017. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/diagnozy/osteoporoz.html>

PEŘINOVÁ, Jana. Mentální anorexie. *Nemoc - projev - samoléčba: informace od Vaší lékárnice* [online]. Webnode, c2008. Dostupné z: <https://www.elekarnice.cz/od0-18let/problemy-s-hmotnosti/mentalni-anorexie/> . [cit. 2019-12-15].

PIVOŇKOVÁ, Eva. Pica syndrom, pajka - příznaky, projevy, symptomy. *Příznaky a projevy nemocí: Ucelené informace o nemocích a jejich příznacích* [online]. c2012-2018, 23. červen 2013. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/532-pica-syndrom-pajka-priznaky-projevy-symptomy> . [cit. 2019-11-10].

SÍMA. Dobrý jídelníček :). In: *Blog.cz* [online]. 1. května 2018. Dostupné z: <http://proanathinspiration-sima.blog.cz/1805/dobry-jidelnicek> . [cit. 2019-12-10].

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza a Dagmar RATAJOVÁ. Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy. *Healthy and Free* [online]. Praha 3: E-clinic, c2015. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy> . [cit. 2019-12-05].

ŠEVELA, Stanislav, František NOVÁK, Antonín KAZDA a Helena BRODSKÁ. Realimentační syndrom. *Časopis lékařů českých* [online]. 2016, (2), 88-94. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-2/realimentacni-syndrom-57704> . [cit. 2019-12-15].

Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Antidepressivum [online], c2019, poslední aktualizace 25. září 2019 12:29. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Antidepressivum&oldid=17671432> . [cit. 2019-12-01].

Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Inhibitor monoaminoxidázy [online], c2019, poslední aktualizace 24. listopadu 2019 15:10. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Inhibitor_monoaminoxid%C3%A1zy&oldid=17880361 . [cit. 2019-12-01].

World health organization. [online]. c2019. Dostupné z: https://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ . [cit. 2019-12-12].

Ostatní zdroje

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>. [cit. 2019-11-10].

NECHANSKÁ, Blanka. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, c2010-2020. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017> . [cit. 2019-11-20].

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

CNS – centrální nervový systém

DSM-IV – diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

PPP – poruchy příjmu potravy

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1

Dotazník

Ahoj, obracím se na tebe s prosbou o vyplnění dotazníku, kterým budu zjišťovat informovanost studentů o poruchách příjmu potravy, vlastní zkušenosti a postoje, rizika poruch příjmu potravy a vliv médií na střední pedagogické škole a vyšší odborné pedagogické škole v Karlových Varech.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce v rámci studia na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze.

Odpovědi vyplň podle zadaných instrukcí, někde také lze zakroužkovat více možností.

Předem velmi děkuji, že si uděláš čas. Pavlína Schlesová.

1. Jsi žena nebo muž? Zakroužkuj odpověď.

- Žena
- Muž

2. Kdo tě informoval o poruchách příjmu potravy? Zakroužkuj jednu, či více odpovědí.

- Škola
- Rodiče
- Kamarádi
- Média (TV, internet, časopisy)

- Nevím co to je

3. Domníváš se, že poruchami příjmu potravy trpí častěji ženy, či muži?

- Muži
- Ženy

4. Jaké znaky jeví člověk, který trpí některou z poruch příjmu potravy? Doplň odpověď.

5. Jaká jsou dle tebe nejčastější zdravotní i sociální rizika poruch příjmu potravy?
Doplň odpověď.

6. Znáš někoho, kdo trpí/trpěl některou z poruch příjmu potravy (Anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání) Zakroužkuj odpověď.

•Ano

•Ne

7. Na koho by ses obrátil/a, pakliže bys znal/a někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy? Doplň odpověď.

8. V jakém věku nejčastěji dochází k propuknutí poruchy příjmu potravy?
Zakroužkuj odpověď.

• 9- 13 let

• 13-20 let

• 20-30 let

• 30-40 let

• 50 let a více

9. Znáš nějaké organizace pomáhající lidem, kteří trpí poruchou příjmu potravy?
Doplň odpověď.

10. Jsi spokojen/a se svou současnou váhou? Zakroužkuj odpověď.

• Ano

• Ne

11. Držel/a jsi někdy ve svém životě dietu? Zakroužkuj odpověď.

• Ano

• Ne

12. Kdo tě v dietě inspiroval? Zakroužkuj odpověď.

- Rodiče
- Kamarádi
- Sourozenci
- Celebrity
- Sociální sítě
- Já sám/sama
- Televize
- Nedržel/a

jsem dietu

13. Použil/a jsi někdy nějaké preparáty na hubnutí?

- Ano
- Ne

14. Jíš pravidelně? Zakroužkuj odpověď, pokud je tvá odpověď ne, doplň proč.

- Ano
 - Ne
-
-

15. Myslíš si, že mají média vliv na výskyt poruch příjmu potravy?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

16. Motivoval tě někdy internet k tomu, abys změnil/a svůj jídelníček? Pokud ano, tak jak? Zakroužkuj odpověď, pokud je tvá odpověď ano, doplň ji.

- Ano
 - Ne
-
-

17. Víš co jsou plus size modelky? Jaký na ně máš názor? Zakroužkuj odpověď, pokud je tvá odpověď ano, doplň ji.

- Ano
 - Ne
-
-

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Pavlína Schlesová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Informovanost o poruchách příjmu potravy na SŠ a Voš v Karlových Varech

Rok: 2020

Počet stran textu: 68

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 14

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 23

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann