

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Informovanost o poruchách příjmu potravy

Diplomová práce

Autor: Bc. Nikol Pourová
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: P-NPE Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Hradec Králové

2015

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikol Pourová**
Osobní číslo: **P13294**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Název tématu: **Informovanost o poruchách příjmu potravy**
Zadávající katedra: **Katedra sociální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce se zabývá poruchami příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii a stručně popisuje také některé méně známé poruchy z této oblasti, například ortorexii a bigorexii. Teoretická část práce charakterizuje poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexii a mentální bulimii, věnuje se historii těchto poruch, zdravotním rizikům a možností léčby, různým rizikovým faktorům, které mohou mít na tyto poruchy vliv, a okrajově zmiňuje také poruchy příjmu potravy u mužů. Práce se zaměřuje také na informace o možné prevenci poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu. Empirická část práce zjišťuje znalosti současných lidí, kteří se nacházejí v období mladé dospělosti, ohledně poruch příjmu potravy (dále např. i stravovacích návyků a spokojenosti s postavou). Cílem diplomové práce je poskytnout základní informace o poruchách příjmu potravy a zjistit informovanost mladých dospělých v této problematice.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Iva Junová, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **20. prosince 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **6. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

L.S.

Mgr. Iva Junová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Ve Valdicích dne

(podpis)

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce, Mgr. Ivě Junové, Ph. D., za cenné rady a trpělivý přístup po celou dobu psaní této práce.

Anotace

POUROVÁ, Nikol. *Informovanost o poruchách příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta, Univerzity Hradec Králové. 2015. 117 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá poruchami příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii a stručně popisuje také některé méně známé poruchy z této oblasti, například ortorexii a bigorexii. Teoretická část práce charakterizuje poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexii a mentální bulimii, věnuje se historii těchto poruch, zdravotním rizikům a možnostem léčby, různým rizikovým faktorům, které mohou mít na tyto poruchy vliv, a okrajově zmiňuje také poruchy příjmu potravy u mužů. Práce se zaměřuje také na informace o možné prevenci poruch příjmu potravy a zdravého životního stylu. Empirická část práce zjišťuje znalosti současných lidí, kteří se nacházejí v období mladé dospělosti, ohledně poruch příjmu potravy (dále např. i stravovacích návyků a spokojenosti s postavou). Cílem diplomové práce je poskytnout základní informace o poruchách příjmu potravy a zjistit informovanost mladých dospělých v této problematice.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, zdravý životní styl

Annotation

POUROVÁ, Nikol. Hradec Králové. *Awareness about eating disorders*. Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2015. 117 pp. Diploma thesis.

This diploma thesis deals with eating disorders, with a focus on mental anorexia and mental bulimia and briefly describes some of the less well-known disorder of the area, such as orthorexia and bigorexia. The theoretical part describes eating disorders, especially mental anorexia and mental bulimia, dedicated to the history of these disorders, health risks and treatment options, various risk factors that may have an effect on these disorders, and marginally also mentions eating disorders in men. The work also focuses on information about possible prevention of eating disorders and healthy lifestyle and trying to map the prevention of eating disorders in the Czech Republic. The empirical part examines knowledge of contemporary people who are in young adulthood regarding eating disorders (e.g. even further eating habits and satisfaction with the figure). The aim of the thesis is to provide basic information about eating disorders and to determine the level of knowledge young adults in this issue.

Keywords: eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, healthy lifestyle

Obsah

Úvod.....	9
1. Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii ...	12
1.1 Poruchy příjmu potravy	12
1.2 Vymezení mentální anorexie	15
1.3 Vymezení mentální bulimie	18
1.4 Ortorexie a bigorexie	21
2. Historie mentální anorexie a mentální bulimie a poruchy příjmu potravy u mužů	22
3. Rizikové faktory pro vznik poruch příjmu potravy a jejich zdravotní důsledky	27
4. Léčba a prevence poruch příjmu potravy.....	35
4.1 Léčba poruch příjmu potravy	35
4.2 Prevence poruch příjmu potravy	38
5. Praktická část	41
5.1 Charakteristika šetření a použité metody	41
5.2 Výsledky šetření.....	46
Závěr praktického šetření	96
Závěr	99
Seznam citované literatury:	102
Seznam další literatury:.....	105
Seznam tabulek a grafů	106
Příloha A – Vzor dotazníku.....	112

Úvod

Jídlo je důležitý zdroj živin pro náš život. Pokud nebudeme jíst, tak dříve či později zemřeme, protože náš organismus nebude mít z čeho čerpat energii pro svůj chod. Nedostatek potravy nás tedy může zahubit, ale stejně tak i nadbytek potravy je pro naše tělo ohrožující a přináší četná zdravotní rizika. V současnosti existuje řada knih a pořadů o jídle a vaření, ale vedle toho také značný počet knih a pořadů o tom, jak se kalorií z jídla zbavit a zhubnout. Možná právě z tohoto důvodu můžeme pozorovat dva extrémy v současné společnosti, a to jedince obézní a jedince vyhublé na kost. Svět je tedy, zdá se, plný extrémů, protože na jedné straně tady máme lidi s nadváhou a obezitou, a na druhé straně lidi, kteří trpí mentální anorexií a bulimií a přestože jsou vyhublí na kost, tak stále hladoví se stejnou samozřejmostí a zápalem, se kterou obézní člověk jí a jídlo miluje. Oni ale milují hubnutí a hlad. Tato práce se však zaměřuje zejména na poruchy příjmu potravy jako je mentální anorexie a mentální bulimie a těm se tedy budeme podrobněji věnovat.

Poruchy příjmu potravy jsou aktuálním a často diskutovaným problémem, který by se rozhodně neměl podceňovat. Tyto poruchy mohou ohrožovat ženy i muže, ale tato práce se orientuje převážně na ženy, protože právě ženy postihuje toto onemocnění nejvíce. Tyto poruchy mohou zasahovat všechny ženy bez rozdílu věku, rasy či společenského postavení. Žijeme v kultuře, pro kterou je štíhlost uctívaným ideálem. Tlak, který je v současnosti na dívky a ženy vyvíjen, je sílící a dieta spojená se zhubnutím je pro většinu žen často řešeným tématem v jejich běžné denní konverzaci i jako neustálé téma ženských časopisů. Představa úspěchu je dnes automaticky spojovaná se štíhlou postavou. Současná společnost je na mladý a štíhlý vzhled velice orientovaná a bulvární plátky, módní časopisy i různé pořady neustále hodnotí krásu, vzhled, postavu. Neustále vznikají nové typy cvičení a nové typy diet. Modelky na přehlídkových molech jsou čím dál více hubenější a na stránkách ženských časopisů se objevují ženy, které vypadají čím dál více dokonaleji. Krása je hnána do extrémů, požadována je totiž nejen ultra štíhlá postava ale také neuvěřitelně dlouhé řasy a plné rty či nepřirozeně bílé zuby. Tyto ukázky modelek navíc podněcují i zkreslené představy chlapců a mužů o tom, jak má ideální žena vypadat, což vede jen k dalším problémům a stresu pro dívky a ženy.

Za nejrizikovější období pro vznik poruch příjmu potravy je považováno období dospívání. Období dospívání je charakteristické řadou fyzických i psychických změn. Dospívající často trpí pocity nejistoty, pochybuje o sobě, uzavírá se do sebe, je přecitlivělý, vzrůstá pro něj význam zevnějšku apod. I přes vysoké počty nemocných a zemřelých osob z důvodu těchto poruch se zdá, že vše se ubírá stále stejným směrem a chybí dostatečná informovanost a především účinná prevence, která by se měla zaměřovat už na děti, které navštěvují základní školu a zejména pak na dospívající dívky, které jsou těmito poruchami nejvíce ohroženy. Dostatečné informace o těchto poruchách by však měli získávat i rodiče. V ideálním případě by měla existovat provázaná prevence na úrovni rodiny, školy a médií. Média by měla prezentovat skutečné, reálné lidi všech věkových kategorií namísto vyhublých a vyretušovaných mladých dívek či žen.

Cílem této diplomové práce je s oporou o odbornou literaturu poskytnout základní informace o poruchách příjmu potravy, se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii, a v rámci praktického šetření zjistit nejen informovanost mladých dospělých v této problematice ale i jejich spokojenost s postavou a názory týkající se spojení štíhlosti i s jinými atributy.

Diplomová práce má část teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části jsou zde celkem čtyři hlavní kapitoly. První kapitola popisuje poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii a stručně zmiňuje ortorexii a bigorexii. Druhá kapitola se zabývá historií mentální anorexie a mentální bulimie. Ve třetí kapitole jsou uvedeny rizikové faktory pro vznik těchto poruch a zmíněny jsou i jejich zdravotní důsledky. Teoretickou část zakončuje čtvrtá kapitola, která hovoří o léčbě a prevenci poruch příjmu potravy. Pátá kapitola, poslední kapitola této práce, zahrnuje praktickou část, kde jsou popsány výsledky realizovaného šetření.

Každý z nás si ze své rodiny přináší určité představy a zvyky o stravování, jídle a také o ideální postavě. V některé rodině je zvykem jíst spíše lehká jídla a sportovat, jinde převažuje vydatná kuchyně spojená ještě s nedostatkem pohybu. Každý z nás je jiný, máme odlišně danou stavbu těla, přinášíme si různou genetickou zátěž od našich rodičů a můžeme přebírat i jejich stravovací návyky. Není tedy reálné, aby dívky, které nemají dispozice například k vytouženému modelingu, se stávaly modelkami a celý život se pak trápily hlady. Média nám ale často předkládají iluzi, ať už v rámci

ženských časopisů nebo televize, jak má vypadat žádoucí, ideální a krásná postava, a že stačí mít pevnou vůli, být dostatečně disciplinovaný a každý může být štíhlý. Ideální postavy ale není reálně dosáhnout u každého jedince.

Poruchy příjmu potravy jsou zrádné nemoci, které jsou spjaty s četnými zdravotními problémy a komplikacemi, které mohou jedince ohrozit i na životě. Narušen je samozřejmě i osobní a společenský život nemocného. Nálada je závislá na tělesné hmotnosti a schopnosti kontrolovat se v jídle, myšlenky jsou zcela upnuté k jídlu a zhoršuje se schopnost koncentrace, jedinec se stále více uzavírá do sebe a na okolí rezignuje. Co se týká úmrtnosti u mentální anorexie nebo mentální bulimie, čísla, která můžeme nacházet v literatuře, se mohou lišit, je pro ně ale společné, že je nemůžeme považovat za zanedbatelná, a z tohoto důvodu je velice žádoucí se těmito poruchami zabývat, snažit se proti nim bojovat a v nejlepším případě jim i účinně předcházet. Narušené vnímání toho, jak má ženská postava vypadat, se přenáší z generace na generaci a postihuje stále mladší a mladší ročníky, proto by se prevence měla zaměřovat už na děti na základních školách.

U nás se problematice poruch příjmu potravy dlouhodobě věnuje například František David Krch nebo Hana Papežová, kteří napsali řadu publikací z této oblasti. Tématem poruch příjmu potravy bychom se měli intenzivně zabývat mimojiné i z toho důvodu, že úmrtnost u těchto poruch se uvádí jako nejvyšší ze všech psychických onemocnění.

1. Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii

1.1 Poruchy příjmu potravy

„Proč musím neustále myslet na jídlo? Co se stane, když přestanu s dietami? Jak by měla vypadat normální porce? Podobné otázky dnes trápí desetitisíce mladých žen. Některé z nich už možná překročily pomyslnou hranici mezi „normální“ dietou a poruchou příjmu potravy. Jejich život je stále víc ovládán strachem z tloušťky a nevhodnými jídelními návyky. Místo aby svůj jídelníček a jídelní život přizpůsobovaly různým životním a společenským situacím, snaží se podřídít svůj život nevhodným dietním požadavkům a strachu z tloušťky“ (Krch, 2008, s. 11).

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažné psychické onemocnění, které převážně postihuje dospívající dívky a mladé ženy. Nevyhýbá se však ani ženám ve starším věku, mužům, a bohužel už ani dětem. Uvádí se, že už šestileté či osmileté dívky mohou onemocnět poruchou příjmu potravy. Společným znakem pro mentální anorexii a mentální bulimii je touha po štíhlosti a strach z tloušťky, kdy se postižení přehnaně zabývají jídlem, svou tělesnou hmotností a vzhledem. Podle Benešové, Mičové (2003, s. 8) se dříve předpokládalo, že mentální anorexie a bulimie postihuje pouze dívky a mladé ženy, ale nyní je známo, že tyto poruchy postihují i chlapce, ženy kolem čtyřicítky a nezdědka i děti. Z celkového množství nemocných tvoří muži jen 5-10%, zbytek připadá na ženy.

Poruchy příjmu potravy jako je anorexie (anorexie je z řeckého slova „ztráta chuti k jídlu“), a bulimie (bulimie je z řeckého slova pro výraznou chuť k jídlu), jsou charakterizovány nesmiřitelným a zkresleným postojem směrem k váze, jídlu a tloušťce. Tyto nemoci obvykle začínají v dospívání a nesou sebou značnou chorobnost a úmrtnost (Hsu, 1990, s. 1).

Podle Maloney, Kranzová (1997, s. 7) o poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, pokud člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na

drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho náplní.

„Poruchami příjmu potravy rozumíme stavy, které vedou v déleodobé perspektivě k narušení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie a k patologické změně tělesné hmotnosti“ (Kaňková, 2005, s. 52).

Součástí poruch příjmu potravy je porucha vnímání vlastního těla a jeho negativní hodnocení. Zasahuje do oblasti tělesné, psychické i sociální a působí obtíže nejen samotnému nemocnému ale i jeho okolí. Mnozí připisují jejich výskyt vlivu médií, módnímu průmyslu a současnému kultu štíhlosti, který nám adresuje jasné poselství: „Pokud nejsi štíhlá, jsi k ničemu.“ Preferována je kostnatá vyhublost a spíše chlapecká postava než klasické ženské tvary, které jsou zaměňovány spíše za tuk, který je nežádoucí. Přestože můžeme mít pocit, že přehnaná touha po dokonalé štíhlosti postihuje hlavně současné generace, rozmanité formy narušeného přijímání potravy jsou popisovány už po celá staletí. I když je pravdou, že výrazný nárůst těchto poruch započal zejména ve 20. století. Odmítání jídla bylo součástí praktik křesťanů a přejídání či nenasytné hltání bylo obvyklé mezi privilegovaným panstvem nebo se jedlíci předváděli na jarmarcích jako veřejná atrakce pro obveselení. Odmítání jídla nebylo dlouho bráno jako něco špatného, pokládalo se to i za zázrak, teprve postupem času většina lékařů začala považovat déletrvajících odmítání jídla za patologické a začalo se více zkoumat.

Přestože se nám pacienti s diagnózou mentální anorexie a mentální bulimie mohou jevit jako odlišní, existuje zde podobnost, která obě poruchy spojuje. Je to zejména nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu, kontrola tělesné hmotnosti a obava z možné tloušťky. Tito pacienti mají narušený postoj k vlastnímu vzhledu těla a jeho proporcím. Rozdíl mezi oběma poruchami spočívá v tělesné hmotnosti. Tyto poruchy se mohou vyskytovat samostatně, ale také se mohou vzájemně prolínat nebo střídát.

Podle Krcha (2008, s. 21) hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček. Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie ve své minulosti.

„Zásadní viditelný rozdíl spočívá už na první pohled ve vzhledu. U osob s mentální anorexií bije do očí jejich nápadná vychrtlost. Naopak osoby trpící mentální bulimií na první pohled nebývají ničím nápadné. Styčným bodem obou poruch je touha po krásném štíhlém těle a ustavičný strach z tloušťky. Dívky se soustavně zabývají svým vzhledem, svojí váhou a snaží se zhubnout za každou cenu“ U obou poruch stojí v popředí problém s jídlem. (Benešová, Mičová, 2003, s. 4).

Nemocní s mentální anorexií a bulimií tvoří různorodou skupinu a jejich porucha může mít velice různorodý průběh. Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost v rozmezí mezi 2 až 8%, u mentální bulimie je udávána úmrtnost 0 až 2%. V průměru 50% děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. U necelých 20% anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh. Mentální anorexie a bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (6%), mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1% mladých děvčat (Marádová, 2007, s. 9).

Podle Hartla, Hartlové (2000, s. 432) pro poruchy příjmu jídla je v praxi častější, ne zcela přesný termín porucha příjmu potravy, čili závislost na jídle, používání jídla k řešení emocionálních problémů, myšlenky a starosti spojené s jídlem, popřípadě s dietou a tělesnou hmotností se staly důležitější než všechno ostatní, jde o pravé návykové jednání provázené chorobnými vlastnostmi, které vyžadují léčbu, poruchami příjmu potravy trpí především dívky a ženy, zhruba 90% postižených je ve věku 15-55 let, muži jsou zastoupeni pouze 5%.

Marádová (2007, s. 11-12) charakterizuje příznaky poruch příjmu potravy takto:

- **Změny v jídelníčku.** Z jídelníčku mizí nejprve pokrmy, které jsou považovány za energeticky vydatné nebo „nezdravé“. Zákaz je postupně rozšiřován na další pokrmy, jako je bílé pečivo, knedlíky,..., až nakonec zbydou jen dietní potraviny.
- **Změny ve stravovacím režimu.** Nemocní si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“. Pod různými záminkami se vyhýbají i hlavnímu jídlu.
- **Srovnávání se s ostatními.** Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními a vyžadují, aby měli co nejmenší porce. Často hodně žvýkají, ti starší kouří.

- **Změna jídelního tempa a chování u stolu.** Nemocní konzumují pokrmy velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají. Potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že si musí jídlo „vychutnat“ nebo „jíst v klidu“, bulimičky naopak mají sklon jíst hltavě a „patlat“ všechno dohromady.
- **Změna chuti.** Nemocní někdy hodně solí, pijí kávu, snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy pijí hodně, někdy naopak nepijí vůbec.
- **Izolace od společnosti.** Nemocní se vyhýbají jídlu ve společnosti a také reagují citlivě na to, když je při jídle někdo sleduje nebo například mlaská.
- **Zvýšená pohybová aktivita.** Nemocní mají potřebu něco dělat, intenzivně cvičit, zpotit se.
- **Přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost.** Nemocní postávají před zrcadlem a často se váží, nebo se naopak váze vyhýbají. Zahalují se do volného oblečení nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich vyhublou postavu.
- **Zdravotní obtíže.** Nejprve se objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost. Také podají vlasy, zhoršuje se pleť a na těle se objevují jemné chloupky.
- **Soustředění se stále více na sebe, svoje tělo a jídlo.** Nemocní se začínají vyhýbat přátelům a rodině, jsou přecitlivělí a zhoršuje se jim nálada.
- **Projevy kategorického odporu k jídlu.** Nemocní reagují na tlak jíst zásadním odporem.

1.2 Vymezení mentální anorexie

„Uspokojení z hladu bylo silné. Byla to droga. Jídlo se stalo jedinou oblastí mého života, kde jsem viděla výsledek a jasnou vazbu, jak to funguje. Hladovění přinášelo další a další příjemné pocity. Pocity čistoty, exkluzivity, úspěšnosti. Když jsem nejedla, zdálo se mi, že mám sílu a všechno zvládnou. Protože když nejím, jsem čistá, krásná, dokonalá, jsem úspěšná a všechno se mi daří. A když jsem se najedla, měla jsem pocit fatálního selhání. Vnitřně jsem panikařila, byla jsem sama sobě odporná a špinavá“ (Dvořáková, 2009 s. 89).

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (Krch a kol., 2005, s. 16).

Podle Kaňkové (2005, s. 52) se anorexie v populaci vyskytuje s frekvencí pod 1% a z toho 90% nemocných jsou ženy. Znamky tohoto onemocnění se obvykle objevují během adolescence a časně dospělosti.

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let (Krch a kol., 2005, s. 22).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) 10. revize jsou zde pod kódem F 50.0 stanovena různá kritéria, která musí být splněna, abychom mohli hovořit o diagnóze mentální anorexie:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).
- Rozsáhlá endokrinní porucha, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je přetrvání děložního krvácení u žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche může být opožděna (Krch a kol., 2005, str. 16-17).

Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace rozlišujeme tato kritéria pro diagnózu mentální anorexie:

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles

a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).

- Intenzivní obava z přibývání na váze a ze ztloustnutí, i tehdy, pokud jsou pacienti vyhublé.
- Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a tělesné hmotnosti na sebehodnocení.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod pro vynechání menstruace (amenorea – stav, kdy má žena menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru) (Krch a kol., 2005, s. 17).

U mentální anorexie rozlišujeme dva specifické typy:

- **Nebulimický (restriktivní) typ:**

Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

- **Bulimický (purgativní) typ:**

Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch a kol., 2005, s. 17).

Marádová (2007, s. 7) vymezuje mentální anorexii jako poruchu charakterizovanou zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, kdy nemocní odmítají jídlo a nechtějí jíst, přestože mají na jídlo chuť. Omezování se v jídle je zpravidla doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na ně, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké.

„Základní diagnostická kritéria mentální anorexie:

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod normální úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- b) Snižování hmotnosti dosahuje nemocný tím, že se vyhýbá pokrmům, „ po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa*

(projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování močí a odvodňují organismus).

- c) Přetrvává u nich strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.*
- d) Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud neužívají náhradní hormonální léčbu.*
- e) Jestliže onemocnění začalo před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree (první menstruace se nedostaví), u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází obvykle k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché (první menstruace) je opožděna.*

Pro vymezení mentální anorexie jsou podstatné tyto tři hlavní znaky:

- *aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,*
- *strach z tloušťky, který trvá i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost,*
- *amenorea u žen“ (Marádová, 2007, s. 7).*

1.3 Vymezení mentální bulimie

„Bulimička přesně ví, co chce. Chce být krásná, štíhlá, chce se líbit. Za žádnou cenu nemůže připustit nějakou nedokonalost. Je k sobě velmi kritická. Musí být ve všem nejlepší, musí mít pocit, že všichni vědí a vidí, jak je dokonalá, jak správně jedná, jak správně se chová a také jak správně vypadá. Závidí lidem, kteří si třeba v neděli po obědě řeknou – no co, je neděle, pěkně si dáme po obědě ještě zákusek. Ať jsme tlustí na tři prsty! To by ji nikdy nenapadlo. A kdyby ji to napadlo, hned by se taková myšlenka obrátila někam úplně jinam. Do bulimického záchvatu.“ (Sladká-Ševčíková, 2003, s. 45).

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“ (Krch a kol., 2005, s. 18).

Mentální bulimie začíná obvykle mezi 16 až 25 lety (Krch a kol., 2005, s. 22).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) 10. revize jsou zde pod kódem F 50.2 stanovena různá kritéria, která musí být splněna, abychom mohli hovořit o diagnóze mentální anorexie:

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neovladatelná touha po jídle.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, diuretik,...
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch a kol., 2005, str. 19).

Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace rozlišujeme tato kritéria pro diagnózu mentální bulimie:

- Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání charakterizuje:
 - Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 - Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody
- Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, nadměrné cvičení
- Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tělesné hmotnosti a tvaru postavy
- Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch a kol., 2005, s. 19).

Stejně jako u mentální anorexie, také u mentální bulimie rozlišujeme dva specifické typy:

- **Purgativní typ:**

Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

- **Nepurgativní typ:**

Tento pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, nepoužívá však pravidelné purgativní metody (Krch a kol., 2005, s. 19).

Marádová (2007, s. 8) vymezuje mentální bulimii jako poruchu charakterizovanou zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.

„Základní diagnostická kritéria mentální bulimie:

- *Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků, diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování se v jídle.*

Je nutné zmínit se také o atypických a nespecifických poruchách příjmu potravy. Tyto poruchy se vyznačují tím, že pacienti, kteří jimi trpí, nesplňují všechna diagnostická kritéria pro mentální anorexii či mentální bulimii, můžeme zde pozorovat pouze určitá kritéria vymezovaná pro mentální anorexii či mentální bulimii. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), 10. revize rozlišuje diagnózu atypická mentální anorexie (F50.1) nebo atypická mentální bulimie (F50.3). Například typickým znakem u mentální anorexie je amenorea, ale pacientka s atypickou mentální anorexií má pravidelně menstruaci (pokud není hormonálně léčena), a přitom vykazuje nízkou tělesnou hmotnost.

Tyto kategorie by se měli používat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz (Krch a kol., 2005, s. 21).

1.4 Ortorexie a bigorexie

Přestože se tato práce soustředí především na poruchy příjmu potravy jako je mentální anorexie a mentální bulimie, tedy na poměrně známé poruchy, cílem této práce je také alespoň ve stručnosti seznámit s méně známými poruchami z této oblasti, jako je ortorexie a bigorexie, kterým dosud odborná literatura nevěnuje příliš mnoho pozornosti. Nejjednodušeji řečeno ortorexii můžeme charakterizovat jako závislost na zdravém stravování a bigorexii jako nezdravý náhled na vlastní tělo a jeho proporce.

Porucha příjmu potravy zvaná ortorexie je patologickou posedlostí zdravou výživou. V počátcích se jeví jako neškodné přeorientování se na zdravou stravu. Osoba trpící touto poruchou začne vyhledávat obchody se zdravou výživou a zaměří se na získávání a shromažďování informací o výrobě bioproduktů. Z toho se ale postupem času stává posedlost a hlavní náplň času. Postižená osoba začne mít doslova strach z nezdravého jídla, který neustále roste a zdravé jídlo dopodrobna zkoumá. Těchto zdravých jídel ale v očích nemocné osoby začne ubývat, protože přestávají být dostatečně zdravá, tedy bezpečná. Tím se zužuje jídelníček a nemocný ztrácí na své hmotnosti, až začíná trpět podvýživou (Dvořáková, 2012, s. 17).

Bigorexie je poruchou vnímání vlastního těla. Nemocný usiluje o dosažení většinou velmi nereálných hodnot ve svých fyzických možnostech, zdatnosti či svých tělesných proporcích. Možným označením této poruchy je Adonisův komplex. Jedinci trpící bigorexií mají pocit, že jsou slabí a jejich svaly nejsou dostatečně vyvinuté. Ve většině případů se k této nemoci váže závislost na posilování spojená se zneužíváním některých potravinových doplňků či látek, které mají podporovat svalový růst (Dvořáková, 2012, s. 18-19).

Každá postava má svůj specifický tvar a velikost a tělo každého člověka má geneticky naprogramovanou přirozenou hmotnost, která je pro něj nejzdravější. Tato hmotnost představuje výchozí bod. Má-li člověk tuto hmotnost, cítí se optimálně a není ani moc, ani málo a také metabolismus je v rovnováze. Tato ideální hmotnost se zásadně liší od hmotnosti, kterou uvádí standartní tabulka. Je pro každého člověka jedinečná (Hall, Cohn, 2003, s. 44-45).

2. Historie mentální anorexie a mentální bulimie a poruchy příjmu potravy u mužů

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, nejrůznější formy narušeného přijímání potravy jsou popisovány už po celá staletí a nejsou tedy záležitostí pouze současných generací. Nemůžeme tedy bezezbytku tvrdit, že mentální anorexie a bulimie začala až s moderní dobou a érou vyhublých modelek a celebrit. I když je pravdou, že výraznější uniformita v pojmání krásy přichází s érou 20. století, spolu s rozvojem médií. Každá kultura a historické období přináší svůj ideál krásy a zejména ženy se mu vždy snažily podobat. První věrohodně popsané případy mentální anorexie začínají objevovat ve druhé polovině 19. století. Přejídání bylo v minulosti někdy popisováno společně s mentální anorexií, o historii mentální bulimie máme méně informací než o historii mentální anorexie. Zvýšený důraz na štíhlost začala společnost západních zemí pociťovat přibližně od 60. let 20. století, ve spojitosti s modelkou přezdívanou „Twiggy“. Můžeme říci, že požadavek na štíhlost jako ideál krásy v současnosti stále přetrvává.

Tato práce nenabízí vyčerpávající přehled celé historie poruch příjmu potravy, ale orientuje se zejména na historii mentální anorexie a mentální bulimie, kterou zde nastiňuje v přehledných bodech:

Už v 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je pojmem asithia.

Ve 2. století našeho letopočtu Galén jako první v historii vůbec použil termín anorexie.

Vůbec první zmínka o dívce, která dobrovolně zemřela hladem, pochází ze 14. Století, touto dívkou byla Sv. Kateřina ze Sienny, která se starala o ženu s nádorem prsu. Zápach odumírající tkáně jí znechutil natolik, že nebyla schopná jíst. Aby tento odpor překonala, setřela z odumírající tkáně hnis a vypila ho. Ještě té noci se jí zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev vyvěrající z jeho ran, což měla být útěcha pro Kateřinin žaludek. Sv. Kateřina si událost vysvětlila tím způsobem, že nemůže trávit jídlo a nemusí jíst. Ve své víře docílila toho, že byla přijímána králi a papeži a radila jim dokonce v důležitých problémech.

První klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie byly zaznamenány v 17. století. Nejdokonalejší popis choroby je přikládán lékaři Richardu Mortonovi, který ve svém díle „Phthisiologia“ z roku 1689 popisuje takzvané „nervové opotřebení“. Morton je také uváděn jako první portrétista mentální anorexie.

Termín nervová anorexie se objevuje hlavně ve francouzské literatuře. Na počátku 19.století Fleury Imbert stanovil dva druhy anorexie: gastrickou anorexií a nervovou anorexií. První věrohodné případy mentální anorexie se začínají objevovat v literatuře až ve druhé polovině 19. Století.

Sir William Whitey Gull ve své přednášce pojednal o „hysterické apepsii“, při které mladé dívky extrémně hubnou, aniž by trpěly tuberkulózou. O své prvenství se Gull dělí s Ernestem-Charlesem Laséguem, oba autoři podali nezávisle na sobě zevrubné vylíčení nemoci. Gullova přednáška byla publikována v roce 1874 tentokrát už s názvem „anorexia nervosa“. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u mladých dívek. Základní příznaky, které popsali, platí i dnes: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost známek organické etiologie.

Do roku 1914 převládá názor, že mentální anorexie je duševní poruchou, ale v témže roce Morris Simmonds objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze. Mentální anorexie tedy začala být spojována se „Simmondsovou chorobou (kachexií)“. Po dobu dvou desetiletí dominovala tato hypotéza, až ve 40. letech 20. století byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy. Termín mentální anorexie byl všeobecně přijat koncem 19. století.

Oproti mentální anorexií jsou o mentální bulimii v literatuře jen sporadické zmínky. Ve starověku i středověku bylo přejídání časté zejména mezi společenskou elitou, kdy v kronikách nacházíme zmínky o obžerství panstva. Na poutích a dvorních představeních zase sloužili pro zábavu výjimeční jedlíci, kteří se zde předváděli vedle jiných atrakcí.

Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a byl symbolem nadměrného hladu. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Má tím být označován takový hlad, že by člověk snědl až vola.

V 50. letech začalo být záchvatovité jedlictví a zvracení uváděno jako součást mentální anorexie a ještě ve 20. století považovala řada internistů bulimii za formu určité gastrointestinální poruchy, za poruchu trávení. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel poprvé oficiálně použil termín bulimia nervosa. Tuto poruchou specifikoval: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí“. Koncem 90. let 20. století a počátkem tohoto tisíciletí publikuje řada autorů věnujících se této problematice rozsáhlé množství článků a monografií, které pojednávají o poruchách příjmu potravy. U nás je to například prof. Papežová, F. D. Krch, J. Kocourková a další (Faltus, in: Papežová, 2010, str. 20-23).

Novák (2010, s. 51-52) hovoří o proměnách ideálu ženské krásy ve 20. století:

Hlavní mezníky těchto proměn:

R. 1908: korespondent časopisu Vogue píše, že módní postava roste do výšky, má menší obvod prsou a boků, širší pas a nádherné dlouhé štíhlé končetiny, obezita začínala být zvláště u žen kritizovaná

Po r. 1920: štíhlost masivně přijala masa žen, které aspirovaly na třídní vzestup, štíhlé tělo představovalo demokratizaci nových ideálů ekonomické a sexuální nezávislosti, na scénu také vstupuje nové médium – televize, která se stala symbolem konzumní společnosti, hojnost a nevázanost mizí ve **30. letech** v souvislosti s hospodářskou krizí a za 2. světové války – v poválečné atmosféře: kladen důraz na ženskou postavu ve tvaru přesýpacích hodin a velkých prsou – symbolem byla Marilyn Monroe

R. 1960: nové upevnění ideálu štíhlosti ve spojitosti s modelkou Twiggy

Pol. r. 1980: dva proudy, první měl heslo "zpět ke křivkám" ale nicméně požadavek na štíhlý pas a boky přetrval, druhý proud přišel s rozmachem fitness-center, charakterizovaný svalnatou, ale štíhlou postavou

R. 1990 : ideál štíhlosti se vrací zpět (spjato s tehdejším symbolem vyzáblé modelky Kate Moss)

Podle Fialové (2006, s. 22) nemělo pojetí krásy v minulosti statický charakter, ale bylo vždy řízeno kulturními trendy dané doby. Snaha vyhovět kulturnímu ideálu krásy byla obvykle spíše tradicí žen.

Antika: mužské tělo bylo považováno za mnohem přitažlivější a krásnější než ženské tělo, krása v pojetí Řeků zahrnovala také tělesnou zdatnost, u mužů převládá svalnatý typ, u žen převažují zaoblené tvary, naopak Římané vysoko hodnotili štíhlost a velmi

kriticky se stavěli k obezitě, touha po dokonalé postavě jak dohnala až ke kontrole hmotnosti, jako bylo vyvolané zvracení

Gotika: modelem se stává postava Krista, který je symbolem skromnosti, utrpení a strádání, s tím spojené štíhlosti

Renesance: částečný návrat k antickým ideálům, u mužů kladen důraz na rozvoj kostry a svalstva a u žen na širokou pánev a celkově zaoblené tvary těla

Baroko: u žen převládá důraz na ty části těla, které symbolizují reprodukční úlohu ženy, tedy plnost a kulatost v oblasti břicha a pánve

Klasicismus: dva odlišné pohledy na ženské tělo, oba ideály se pyšnily útlými pasy zvýrazněnými korzetem, ale lišily se v ostatních tělesných charakteristikách a osobnostních vlastnostech, v první pol. 19. st. převládal typ dámy jemné a křehké, u které muži obdivovali především krásný obličej a morální hodnoty, v polovině 19. st. začali tomuto typu konkurovat ženy mohutnější, s většími obvody v prsou a bocích, takové ženy bylo možné nalézat mezi herečkami a prostitutkami

20. století: na začátku století se projevovali tendence ke štíhlosti, po 1. světové válce se začaly zkracovat délky sukni a zmizely také zaoblené ženské tvary, siluety se zploštily, velký vliv měl i rozvoj médií ve 20. letech

50. léta 20. st.: celý svět byl ovlivněn ideálem Marilyn Monroe, který se vyznačoval velkými prsy, útlým pasem a houpavou chůzí na velkých podpatcích

60. léta 20. st.: považována za období největšího nárůstu poruch přijímání potravy u ženské populace, které mnoho lidí spojuje s uvedením nového ideálu představovaného Leslie Hornby Armstrong, přezdívanou „Twiggy“, tato útlá dívka vážící necelých 44 kilogramů se stala vzorem mnoha žen

80. léta 20. st.: ideál svalnatějšího ženského těla, podle kterého je žena stále štíhlá, ale mnohem svalnatější než dříve, požadavek štíhlé postavy v současnosti stále přetrvává

Jak vyplývá z výše uvedeného textu, různé formy poruch příjmu potravy zde existují už odnepaměti. Odmítání jídla bylo spjato s křesťanstvím, kdy bývalo považováno za i za zázrak, přejídání a hltání zase bylo předváděno jako atrakce například na jarmarcích. Každé období v historii diktovalo svůj ideál toho, co je považováno za

krásné a žádoucí, a to jak pro muže, tak pro i ženy. Nicméně touha vyhovět ideálu krásy byla obvykle spíše záležitostí ženského pohlaví. Možná i na základě této skutečnosti, onemocní právě ženy poruchou příjmu potravy nejčastěji. První věrohodně popsané případy mentální anorexie se objevují ve druhé polovině 19. století. Více informací je v literatuře spíše o mentální anorexii než o mentální bulimii. Výrazná uniformita v pojmání krásy a postavy je spjatá s celým 20. stoletím, spolu s rozvojem médií. Právě média mohla výrazně přispívat k prezentování žádoucího ideálu krásy dané doby. Západní společnost často spojuje počátek „éry“ štíhlosti s dobou 60. let 20. století, kdy se ideálem krásy stává modelka „Twiggy“, jejíž postava zcela postrádala typicky ženské tvary, přesto se stala vzorem pro mnoho žen. Požadavek na štíhlou postavu přetrvává i do současnosti.

Poruchy příjmu potravy ohrožují sice především ženy, ale zároveň postupně roste i kulturní tlak na štíhlost u mužů, a proto i muži mohou těmito poruchami onemocnět. Dostupná literatura zatím nevěnuje poruchám příjmu potravy u mužů tolik prostoru, kolik by bylo potřeba. Obecně je více pozornosti v této problematice stále věnováno ženám a i společnost hodnotí spíše ženskou krásu a postavu. I v médiích najdeme prezentovanou zejména ženskou postavu. Nicméně i muži už začínají projevovat nespokojenost se svou postavou a pociťují rostoucí tlak na to, jak mají vypadat. Podle odborné literatury se muži obvykle snaží změnit postavu spíše cvičením než dietami. Držení diet je naopak typické pro ženy. Žádoucí mužská postava je představována jako sice štíhlá, ale i přirozeně svalnatá. Přehnané svaly jsou naopak společností hodnoceny jako nežádoucí.

„Ideální mužská postava je štíhlá a mírně svalnatá“ (Grogan, 2000, s. 71).

Hlavní partie, které vyvolávají u mužů nespokojenost jsou prostřední část trupu (břicho, bedra), bicepsy, ramena, hrudník a svalový tonus obecně (Grogan, 2000, s. 71).

3. Rizikové faktory pro vznik poruch příjmu potravy a jejich zdravotní důsledky

Proč někdo onemocní poruchou příjmu potravy a někdo ne? Možná nás napadne příklad, kdy dospívající nejistá dívka s malým sebevědomím a perfekcionistickým přístupem k životu začne držet dietu, aby shodila pár kilogramů a vypadala štíhleji. Chce být prostě dokonalá v další oblasti svého života. Nebo to může být úspěšná sportovkyně, která chce být ve své disciplíně (například sportovní gymnastika), natolik úspěšná, že když se jen tak mezi řečí její trenér zmíní o tom, že trochu přibrala, tak si vezme jeho slova k srdci a začne držet dietu. Může to být i malá holčička, která chce být krásná jako její štíhlá maminka, která neustále cvičí a drží diety. Může to být začínající modelka, které je doporučeno shodit raději pár kilogramů, pokud chce být ve své profesi úspěšná. Možný je i příklad dvou sester, kdy jedna z nich je krásná, úspěšná ve studiu a štíhlá, a zatímco ta druhá je ve všem průměrná a váží více než její sestra, a tak se to prostě rozhodne změnit a chce se své dokonalé sestře vyrovnat. Může to být i dívka, která si chce udržet chlapce a tak kvůli němu hubne, nebo se s ní dotyčný chlapec rozejde a ona se upne na hubnutí, protože teď je určitě opuštěná jenom kvůli svojí „tlusté“ postavě. Podobných příkladů ze života jistě existuje celá řada, uvádím je zde pouze pro představu toho, jak různorodé mohou důvody ke vzniku poruchy příjmu potravy být.

Nemocní s poruchami příjmu potravy jsou velice různorodou skupinou a jejich nemoc může mít odlišnou příčinu, charakter, průběh i konec. Na otázku, proč u někoho tato nemoc vznikne, si bohužel dosud neumíme jednoznačně odpovědět. Problematikou poruch příjmu potravy se zabývá mnoho odborníků, kteří hledají odpověď (kromě jiného z této oblasti) právě na tuto otázku. Mezi těmito odborníky existuje zatím shoda pouze v tom, že zde nefiguruje pouze jediný rozhodující faktor, ale těchto faktorů je zde celá řada a je nutné je i nadále důsledně prozkoumávat a realizovat další a další studie, které nám mohou pomoci najít odpověď na otázky týkající se této problematiky.

„Z dostupných materiálů vyplývá, že pokud někdo začne s redukční dietou, je pravděpodobnější, že u něj dojde k rozvoji mentální anorexie nebo bulimie, pokud je ženou, žije v relativním blahobytu, v prostředí, které se ztotožňuje se „západními“

kulturními hodnotami, prochází zmatkem a nejistotou dospívání, má nízké sebevědomí a špatné mínění o svém těle, jestliže jeho otec je alkoholik nebo hypochondr, matka neustále drží diety, sestra se léčila s mentální anorexií a spolužačky odmítají chodit do školní jídelny, protože „by byly tlusté a protože jíst maso není zdravé“. Ani přítomnost všech zmíněných vlivů ale nemusí stačit“ (Krch a kol., 2005, s. 79).

Ženské pohlaví

Jak vyplývá z literatury, jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Ženy také vždy více zajímá tělesný tuk a krása, zatímco muži svaly a síla.

„Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže“ (Krch a kol., 2005, s. 61).

„Existuje několik příčin, proč ženy trpí poruchami příjmu potravy v daleko větší míře než muži. Hlavním důvodem je, že společnost nikdy nepřikládala žádný velký význam tomu, kolik váží muži“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 9).

Rodina

Rodina může dát základ pro pozdější projevy poruchy příjmu potravy. Rodiče a sourozenci přímo i nepřímo ovlivňují postoje rodinných příslušníků k jídlu, hodnocení tělesné hmotnosti a fyzického vzhledu.

Ve většině klinických studií se výskyt poruch příjmu potravy pohybuje mezi sourozenci pacientů kolem 3 až 10%. Mezi matkami anorektiček se poruchy příjmu potravy mohou vyskytovat i častěji (Krch a kol., 2005, s. 65).

Podle Fraňkové, Dvořákové-Janů (2003, s. 226) za pozornost stojí hlavně vliv matky, její postoje k tělesným rozměrům, strach z nadváhy vlastní nebo její dcery. Mnohé dospělé ženy – matky se stále snaží o kontrolu své hmotnosti a dosažení štíhlosti. To může mít vliv na utváření postojů k jídlu u dcery. Někde také nutí matka celou rodinu včetně dětí k redukčnímu režimu, který směšuje s termínem „zdravá výživa“. Různé výzkumy ukázaly vztah mezi spokojeností matky se svým vzhledem a spokojeností dítěte.

Matka nesporně ovlivňuje stravovací návyky své dcery. Především proto, že matka je v rodině tím, kdo přebírá odpovědnost za nákupy a jídlo. Ale také proto, že je tou první osobou, se kterou se její dcera ztotožňuje, aby si vybuodovala a potvrdila svou ženskou identitu. Být matkou nás staví do role vzoru, kterému se dcera snaží podobat. Pokud od nás po celé dětství uslyší, jak si stěžujeme na své tělo a snažíme se zhubnout, hrozí, že takový vzorec chování převezme a bude mít tendenci podceňovat svou postavu. (Cassuto, Guillou, 2008, s. 49).

Maloney, Kranzová (1997, s. 15) uvádí, že u dospívajících dívek, které mají pocit, že od nich rodiče očekávají dokonalost se často rozvine anorexie nebo bulimie.

Charakterové rysy

Ke vzniku onemocnění poruchou příjmu potravy mohou přispívat i některé charakterové rysy jedince. Jako typické rysy, které mohou ovlivňovat vznik nemoci, jsou obvykle uváděny například perfekcionismus (tedy touha být ve všem nejlepší, dokonalá), zranitelnost, nejistota, sebekritičnost, nízké sebehodnocení, závislost (potřeba potvrzování od ostatních), asketismus nebo impulzivita (typická pro bulimii). U mentální anorexie a bulimie se vyskytují depresivní a úzkostné příznaky velmi často (Krch a kol., 2005, s. 69).

Nízké sebevědomí může být významným spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy. Studie zkoumající sebevědomí u anorektiček zjistily, že ženy s poruchami příjmu potravy mají obvykle velice nízké sebevědomí ve srovnání s ostatními ženami (Grogan, 2000, s. 145).

Podle Coopera (1995, s. 54) ke vzniku poruch příjmu potravy často dochází u lidí, kteří mají sklon k perfekcionismu, kteří se na sebe kladou vysoké požadavky a neúnavně usilují o splnění svých cílů. Někteří odborníci se domnívají, že právě kombinace perfekcionismu a pocitu neschopnosti, je hlavním predisponujícím faktorem pro vznik poruch příjmu potravy.

Kultura preferující štíhlost a zdraví

To, v jaké kultuře žijeme, nevyhnutelně ovlivňuje naše vnímání světa. Média nám prezentují určité informace, ideály, vzory a hodnoty, kterých se máme držet a podle nichž bychom měli „správně“ žít. Denně na nás útočí řada reklam, filmů, titulků

v novinách či časopisech. Ve spojitosti s poruchami příjmu potravy vlivu kultury a médií podléhají především dívky a ženy. Do podvědomí se žen se ukládá informace, že zdraví, úspěch, obdiv, je závislé na jejich vzhledu a štíhlé postavě. Jako ideály krásy jsou jim předkládány vyhublé modelky, herečky, tanečnice,... apod. Malé holčičky obdivují odněpaměti hračku panenku Barbie, která pro ně představuje zcela nereálný ideál ženské krásy. Ve filmech například obvykle vidíme úspěšnou ženu jako tu chytrou, krásnou a štíhlou, a tu neúspěšnou jako hloupou, tlustou a neohrabanou.

„Dívky jsou nespokojené, a to již někdy v šesti letech života, protože nedosahují ideálu krásy, který jim současná společnost vnucuje. Dnes se jedná o virtuální realitu, virtuální ideál. Normálním, zdravým životním stylem u většiny populace je nedosažitelný. Pomocí počítačové techniky jsou krásné modelky ještě dále upravovány, aby na nich nebyla skutečně žádná „chybička“ (vráska, pokrčená látka, stín,...). Také narůstá počet soutěží krásy i v dětském věku. Dospělé královny krásy mají často BMI (body mass index) nižší, než je kritérium stanovené odborníky pro diagnózu mentální anorexie (tj. méně než 17,5). Dětské a adolescentní vzory jsou často prezentovány v nedětských, téměř erotizovaných pozicích a oděvech“ (Papežová, 2010, s. 311).

„V posledním desetiletí jsou především v USA stále populárnější soutěže krásy i pro děti pod 6 let, kde malé holčičky mají make-up, podpadky, podprsenky, dokonce dostanou injekce botoxu a plastické operace. Sexualizace a komercializace dětství pokračuje, rodiče touží, aby jejich dcery „živé Barbie“, co nejdříve vyhrávaly soutěže a vydělávaly peníze a dívky se většinou stávají tímto snem také posedlé – nezřídka drží od dětství diety a skončí s poruchou příjmu potravy“ (Papežová, 2012, s. 17).

Životní události

Určitá závažná životní událost či na první pohled bezvýznamná situace v životě jedince může být z hlediska poruch příjmu potravy riziková. Mezi takové události můžeme zařadit například nejrůznější problémy a konflikty v rodině, s partnerem, s vrstevníky, problémy s rodiči, posměšné narážky na tělesný vzhled a postavu, životní selhání či nějaký neúspěch, sexuální zneužití apod.

Nebezpečné diety

Držení redukčních diet a zájem o dietování ve snaze snížit svojí tělesnou hmotnost a získat štíhlou postavu je obvykle doménou žen. Držení krátkodobých, přísných diet ale obvykle vede pouze k tzv. jo-jo efektu (snížení hmotnosti a posléze nabrání nejen shozených kil, ale i kil navíc) a také k deficitu některých vitamínů a minerálů. Přehnané dietování navíc může vést až ke stavům podvýživy. Zvláště nebezpečné je pak držení diet u dětí či dospívajících, v jejichž důsledku může být pozastaven jejich vývoj (zastavuje se růst, u dívek nedochází k menstruaci,...apod.)

Podle Marádové (2007, s. 16) většina studií dosud prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát.

Závažný je přesun zájmu o dietování do nižších věkových skupin. Od 80.let 20.století přibývá informací o dietování mladších dívek. Podle jedné studie mělo již 52% 14ti letých dívek zkušenost s dietou, v jiném sledování si 46% 12ti letých dívek přálo snížit tělesnou hmotnost, 11% dietovalo a 24% cvičilo. Motivace k hubnutí se posouvá do stále mladšího věku. Mezi 9ti a 14ti letými dětmi nebyl rozdíl v průměrném stupni dietního omezování. Dokonce jsou zprávy o 7mi letých dívkách. Podle vyplněného dotazníku si 55% dívek přálo být hubenější, 41% se pokoušelo snížit váhu. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 228).

Genetika

Při vzniku anorexie nebo bulimie může podle některých autorů hrát roli genetická zátěž.

Podle Papežové (2012, s. 20) tvoří podle literatury genetický podíl při vzniku mentální anorexie 50-90% a 35-83% u mentální bulimie. V největším riziku jsou pak příbuzné ženského pohlaví (v některých rodinách postiženo několik generací žen, matka, babička či teta).

Rizikové profese či sportovní odvětví

Mnoho autorů se zabývalo tím, zda určité profese nebo sporty mohou zvyšovat riziko poruch příjmu potravy. Často jsou zkoumány například profesionální balet, tanec, gymnastika či modeling, kde je na první pohled zřejmý důraz kladený na tělesnou hmotnost a na vzhled. Zjištěna však byla také kontrola hmotnosti u zápasníků, žokejů,

atletů a plavců. Určité profese a sportovní odvětví mohou tedy vytvářet rizikové prostředí, které může přispívat k poruchám příjmu potravy.

Middleton, Smith (2013, s. 29) uvádí mezi příčiny poruch příjmu potravy šikanu, zneužívání, problémy s nízkým sebehodnocením, traumatické zážitky (např. násilný nebo sexuální útok), úzkost, deprese, stres, tlak na výkon (od sebe či ostatních), pohyb v prostředí, kde existuje tlak na štíhlost (tanec, gymnastika) a předchozí problémy s váhou (často v dětství).

Podle Krcha (2008, s. 32-34) můžeme vymezit faktory posilující strach z tloušťky takto:

Kulturní faktory:

- Tlak médií (zejména televize) na představy a životní vzory člověka
- Hubnoucí ideál krásy, vyhublý nebo „dětský“ módní vzor
- Médii a komerční reklamou posilovaná představa, že člověk může získat všechno, co chce
- Nekritická idealizace dokonalosti, úspěchu, vzhledu,...
- Povrchní a jednostranné spojování vyhublosti a určitého životního stylu se zdravím
- Skandalizace obezity (spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy)

Společenské faktory:

- Přílišný důraz na konformitu a malá tolerance k různorodosti
- Přílišný důraz na fyzický výkon, úspěch, sebekontrolu, soutěživost a kritičnost
- Přílišný důraz na tělesné zdraví a přehnaně zdravou výživu
- Přílišná orientace na vnější vzhled a na to, jak kdo vypadá

Rodinné faktory:

- Příliš velký důraz na tělesný vzhled a výkon v rodině
- Příliš velký důraz na to, co se jí, jestli to je nebo není zdravé,...
- Příliš velká soutěživost v rodině (dvojčata, více dětí,...)
- Obezita a diety v rodině

- Nevhodné jídelní návyky rodičů a sourozenců
- Příliš velká nebo malá kontrola ze strany rodičů
- Závažné problémy v rodině, které posilují strach, že „mohu také špatně skončit“

Individuální faktory:

- Úzkostnost, pedanterie, důslednost, přílišná ctižádost
- Nejistota dospívání
- Tloušťka, nevhodná distribuce tělesného tuku
- Zdravotní problémy spojené s dietou
- Traumatická zkušenost obecně posilující hladinu úzkosti

Současný pohled na etiologii poruch příjmu potravy tedy vychází z představy, že na vzniku poruch příjmu potravy se mohou podílet biologické (ženské pohlaví), psychologické (charakterové rysy), sociální i kulturní faktory (tlak na štíhlost a vyhublý módní ideál).

Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat celou řadu nepříjemných zdravotních komplikací, které mohou ve svém konečném důsledku jedince ohrozit i na jeho životě. Zdravotní problémy souvisí ve většině případů hlavně se špatným stravováním až podvýživou, výrazným úbytkem hmotnosti, zvracením a užíváním projímadel a diuretik (látky určené k odvodnění organismu).

Marádová (2007, s. 13) uvádí jako komplikace spojené s těmito poruchami například úbytek hmotnosti, citlivost na chlad, zácpu, únavnost, zhoršení kvality pleti, vypadávání vlasů, oslabení krevního oběhu, srdeční obtíže, osteoporóza, poškození jater a oslabení obranyschopnosti organismu.

Podle dostupné literatury mohou poruchy příjmu potravy vést ke kardiovaskulárním komplikacím (např. srdeční arytmie, selhání srdce,...apod.), k dermatologickým komplikacím (např. suchá, šupinatá kůže, jemné ochlupení vyskytující se na tvářích, končetinách a trupu, zhoršení pleti,... apod.), renálním komplikacím (např. vznik močových kamenů,... apod.), gastrointestinálním komplikacím (zduření slinných žláz, eroze zubní skloviny, zánět jícnu, žaludeční vředy, zácpa,...apod.), kosterním

komplikacím (např. osteoporóza,...apod.), endokrinním komplikacím (např. ztráta menstruace,... apod.), neurologickým komplikacím (např. bolesti hlavy, křeče, svalová slabost,... apod.) Tyto poruchy vedou často také k poruchám spánku, sexuality a plodnosti. Můžeme tedy říci, že poruchy příjmu potravy mají negativní vliv na celou řadu životních pochodů a orgánů v lidském těle.

Důsledky poruch příjmu potravy se projevují nejen jako fyzické obtíže, ale zasažena bývá i psychika dotyčného jedince. Mezi takovéto psychické problémy můžeme zařadit například soustředění myšlenek pouze na jídlo a tělesnou hmotnost, zhoršení koncentrace a výkonu, snížení zájmu o okolí, kolísání nálady nebo sebestřednost (zájem pouze o vlastní osobu).

4. Léčba a prevence poruch příjmu potravy

4.1 Léčba poruch příjmu potravy

Zásadní skutečností, která ovlivňuje započetí a úspěch celé léčby je motivace postižené osoby. Velice důležitá bude i provázaná spolupráce špičkových odborníků z řady oblastí – psychologů, psychiatrů, internistů, nutričních poradců, gynekologů,... a dále to bude samozřejmě i spolupráce s rodinou nemocného. Obě poruchy jsou zejména závažným psychickým onemocněním, a proto by se léčba neměla omezovat pouze na fyzické potíže, ale velmi podstatná zde bude i psychika nemocného. Stěžejní bude nejen dosažení přijatelné, život neohrožující tělesné hmotnosti a úprava stravy, ale také změna postojů a myšlení postiženého.

„Vyléčení mentální anorexie může být vždy pouze dílem samotného pacienta. Všechny způsoby léčení mají jen pomocné postavení v tom, že ukazují správnou cestu a odstraňují překážky. Léčebná síla tkví tedy v každém postiženém a stane se, jakmile ji jednou zaktivuje, jeho nejsilnějším spojencem“ (Leibold, 1995, s. 126).

Rodina a okolí nemocného s mentální anorexií či bulimií často nechápe chování člena své rodiny či svého blízkého. Málokdo dokáže pochopit, proč někdo nechce jíst nebo proč dobrovolně zvrací a trápí se. Typickou reakcí mohou být domluvy, hrozby či dokonce i násilné nucení postiženého do jídla. Tato opatření však situaci neřeší, ba naopak, mohou vést i ke zhoršení a ještě zatvrzelejšímu odmítání jídla. Důležité je navázání kontaktu s nemocným, snaha pomoci a vcítění se do situace jedince a v neposlední řadě i kontaktování odborné pomoci.

Mnoho lidí zasažených poruchou příjmu potravy může mít často nereálná očekávání, co se týká průběhu či rychlosti uzdravení. Mnoho těchto lidí je přesvědčeno, že nemoc odezní do měsíců a obvykle si myslí i jejich blízcí. Co se ale týká léčby poruch příjmu potravy, je realističtější uvažovat spíše v rádech několika let, a i tehdy se určité abnormální postoje k jídlu či tělesné hmotnosti mění velice těžko. Možný relaps (návrat) nemoci je například po porodu, kdy je žena vystresovaná a mění se její postava, tuto skutečnost řeší i „normální“ ženy, natož pak například anorektičky.

Když se nedaří hubnutí zastavit a jedinec přestane mít náhled na svůj zdravotní a psychický stav, musí nastoupit odborná ambulantní léčba nebo hospitalizace. Nemocný si bohužel neuvědomuje nebezpečnost a chorobnost svého tělesného a duševního stavu. Neléčená nebo pozdě léčená mentální anorexie může vést k úmrtí. Je třeba připomenout, že počet úmrtí na mentální anorexii není ani v naší zemi zanedbatelný. Základem terapie mentální anorexie je úprava výživy a tělesného stavu. V jedné klinické studii byl sledován vliv zvyšující se hmotnosti na poznávací procesy, emoce a chování. S nárůstem hmotnosti poklesly pocity izolovanosti, přehnané zabývání se jídlem či projevy bizarního potravního chování. Zmenšila se apatie a zlepšila se verbalizace (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 200).

„Tělo nemocného mentální anorexií není po měsíce nebo i léta přivyklé na pravidelnou normální výživu. Silně omezenému příjmu potravy se přizpůsobily zažívací orgány a látková přeměna a rovněž ostatní tělesné funkce. Proto pacient nesmí za žádných okolností ihned přejít na normální stravu. To by mohlo vyvolat těžký šok s vážným tělesným poškozením – a z této nepříjemné zkušenosti by mohli psychicky ještě dostatečně nevyvážení pacienti usoudit, že pro ně není normální výživa vhodná, a stát se opět chorobně závislími na hubnutí. Příbuzní se často dopouštějí chyby tím, že pacienty z obavy o jejich zdraví vysloveně nutí k „vykrmování“ a k jídlu“ (Leibold, 1995, s. 100).

Podle Benešové, Mičové (2003, s. 10) mají mentální anorexie a mentální bulimie mnoho společných rysů, a proto i léčba obou poruch bývá podobná. Pro anorektičky bývá životně důležité zlepšení fyzického stavu, zejména zvýšení tělesné hmotnosti, a pro bulimičky které jsou zase ohrožené neustálým zvracením a přejídáním, je tedy stěžejní odstranit zvracení a přejídání.

„Léčba poruch příjmu potravy je založena na třech vzájemně provázaných léčebných postupech:

Léčba poškození organismu v důsledku dlouhodobé podvýživy, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,

Psychoterapie, která nemocnému poskytne možnost pochopit příčiny a další okolnosti jeho onemocnění.

Psychoterapie, zaměřená na změnu stravovacích návyků a životního stylu nemocného (Marádová, 2007, s. 19).

Podle Papežové (2012, s. 53) nelze průběh uzdravení předpovědět dříve než za pět let. U anorexie se po pěti letech uzdraví asi polovina postižených, 30% nemocných zůstane vážně poznamenáno a asi u 20% zůstane podváha a poruchy menstruace.

Nejdůležitější pravidla chování při zacházení s mentálním anorektikem můžeme shrnout následovně:

- Mentální anorektici jsou psychicky nemocní a tělesné ohrožení lidé, mají proto nárok na to, aby byli považováni za vážně nemocné, a nezasluhují si výčitky. Nepomůžou laická donucovací opatření ale atmosféra skutečné ochoty pomoci a porozumět, která vytváří u pacienta příznivé předpoklady k vyléčení.
- Ačkoliv se mentální anorektici často chovají tak, jako by měli nad všemi ostatními převahu a nepotřebovali žádný sociální kontakt, jsou na něj naléhavě odkázáni, u těžkých případů tvoří příbuzní poslední spojení s realitou, a proto mentální anorektik nesmí být ponechán svému osudu, protože by to mohlo znamenat rozsudek smrti.
- Přes nechuť proti těžkému zásahu do osobní svobody nesmějí blízcí váhat s tím, aby přivedly ohrožené pacienty i proti jejich vůli na léčení.
- I když mohou příbuzní cítit, že mají podíl na příčinách nemoci, měli by se bránit pokusům sebeobviňování v rodině, protože to by rodinnému klimatu nepomohlo, vhodnější by bylo hledat nové cesty v rodinných vztazích, což bude prospěšné nejen pro pacienta, ale i pro všechny ostatní členy rodiny, k tomuto účelu může sloužit rodinná terapie (Leibold, 1995, s. 132-133).

Podle Papežové (2010, s. 384) metaanalýza programů léčby anorexie i bulimie a dalších forem poruch příjmu potravy ukazuje, že nejlepší výsledky mají komplexní a diferencované programy zahrnující nutriční poradenství, programy zaměřené na modifikaci chování, individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Ve farmakoterapii bylo zkoušeno množství psychotropních látek – antidepresiva, antipsychotika, látky stimulující chuť k jídlu a další. Žádná látka není jednoznačně účinná, aby převážila riziko nežádoucích účinků a působila bez psychoterapeutické intervence.

4.2 Prevence poruch příjmu potravy

Prevence bývá obvykle vymezována jako soubor opatření, která mají předcházet nežádoucím, negativním jevům. Konkrétní prevence může být zaměřena na samotného jedince nebo jde o prevenci celoplošnou, která je zaměřena na celou populaci. Prevenci můžeme dále rozlišovat na primární prevenci, což je prevence, která se snaží předcházet vzniku nežádoucího jevu u celé populace, dále je to sekundární prevence, ve které jde o zaměření se na rizikové skupiny zvláště ohrožené konkrétním jevem, a v neposlední řadě existuje také terciární prevence, která se zabývá jedinci, u kterých se již negativní jev projevil a snaží se zmírnit jeho následky. Primární prevence by měla spočívat zejména ve výchově v rodině a v působení školy, dále sem spadá i působení společenských vlivů (médiá, módní vzory,...). V rámci sekundární prevence mohou být ohroženou skupinou například děti či dospívající ze zájmových kroužků, kde je kladen důraz na váhu a vzhled – balet, gymnastika, modeling,... Terciární prevence se může například snažit o obnovení plného zdraví u anorektiček či bulimiček (obnovení fertility).

Můžeme říci, že je v každém případě lepší nežádoucím jevům včas předcházet, a poruchy příjmu potravy nejsou jistě výjimkou, než je poté se značným úsilím (lidským i finančním) řešit (tedy léčit). Důležité bude také zacílit prevenci včas, tedy nejlépe už na děti. Dítě tráví spoustu času ještě doma s rodiči nebo ve škole s vrstevníky. A právě působení rodiny a školy by mohlo v mnohém pomoci. Vliv vrstevníků či médií prozatím ovlivnit nemůžeme, a proto by základ měla dát rodina a škola.

Nemůžeme se divit, že současná prevence v oblasti poruch příjmu potravy se jeví většinou jako nedostatečná a toto onemocnění se vyskytuje i u stále mladších dětí. Nastavení soudobé společnosti, jejích ideálů a hodnot, jakoby ani neumožňovalo nekonformitu (nebýt konformní?). Všichni můžeme vnímat zaměření na posedlost zdravým životním stylem, péčí o zevnějšek, vliv reklamy v televizi, nárůst různých soutěží krásy apod. Jak mají rodiče předávat kladné a pozitivní hodnoty, jako jsou například hodnoty sportu, rodiny, přátelství, čestnosti, ... apod., svému dítěti či pubescentovi, když mu média každý den prezentují ideály typu – buď mladý, krásný, štíhlý, úspěšný, výkonný,... apod.

Podle Marádové (2007, s. 22-23) lze vhodným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty, je možné poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence spočívá v rodině, ale i škola by měla – v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu využít všech svých možností:

- Poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy
- Vést žáky ke zdravým stravovacím návykům
- Podporovat pozitivní sociální klima ve škole
- Vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezit projevy destruktivního chování

Podle Papežové (2010, s. 312) je problémem rozdíl mezi odbornými a mediálními zájmy, cíli a jazykem. Profesionalita zavazuje odborníky, aby svá tvrzení přesvědčivě dokázali, média zase chtějí za každou cenu zaujmout. Sledování rizikových faktorů a specifické problematiky poruch příjmu potravy je dlouhodobé a často nejednoznačné. V záplavě informací v médiích se naopak prosadí pouze velmi emočně vyhocené zprávy, například dramatické úmrtí modelky, ale tato preventivní poselství mají pouze krátkodobý účinek.

„Pro prevenci platí, že je vždy lepší rozvoji nebezpečných postojů a návyků předcházet, než se je pozdě, často marně pokoušet změnit. Na nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy je třeba neustále upozorňovat. Dětem by měly být vštěpovány zásady správné výživy již od nejútlejšího věku, měly by být pravdivě upozorňovány na nebezpečí pro zdraví spojené s různými dietami a přípravky. Měly by být vychovávány v sebevědomé, se sebou vyrovnané jedince. Vzdělávat by se měli i rodiče, těhotné ženy, učitelé, zdravotníci, pracovníci fitness center a další. Zdravý životní styl by se měl stát samozřejmostí pro každého z nás. Měli bychom se naučit aktivně řešit problémy, neholdovat nadměrnému pití alkoholu, nedržet diety, udržovat si vyrovnanou náladu, být trpěliví, mít smysl pro humor, umět se zasmát i sami sobě“ (Benešová, Mičová, 2003, s. 7).

Podle Krcha, Richterové (1998, s. 7) je nejúčinnější metodou prevence anorexie a bulimie život bez redukčních diet a smysl pro přiměřenost nejenom v jídle. Vynucená štíhlost není zárukou osobního štěstí, zdraví ani společenského úspěchu.

Dobrou cestou k prevenci poruch příjmu potravy se jeví různé příručky, které by kromě souhrnu stěžejních informací o těchto poruchách, měli také obsahovat praktické rady a případné postupy při podezření na vznik zmíněných poruch. Obsažené informace by měly být určeny zejména pro školy (učitele) a rodiče. Například v roce 2003 z podnětu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy vznikla příručka Poruchy příjmu potravy, ve spolupráci s odborníky na danou problematiku, tedy s Františkem Davidem Krchem a Evou Marádovou. Dále v roce 2012 vznikla příručka Poruchy příjmu potravy – Příručka pro pomáhající profese, ve spolupráci s dalšími odborníky, tedy s Hanou Papežovou a Janou Hanusovou, vydaná Klinikou adiktologie, 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

5. Praktická část

5.1 Charakteristika šetření a použité metody

Výzkum může probíhat v rámci kvantitativní nebo kvalitativní orientace. Pro tuto diplomovou práci byla použita kvantitativní orientace výzkumu, tedy výzkum, který pracuje s čísly a s nestranným přístupem výzkumníka. Použitou výzkumnou metodou zde byl anonymní, nestandardizovaný dotazník. Vzor dotazníku je možné nalézt v Příloze A. V použitém dotazníku můžeme nalézt dva druhy otázek, jsou jimi uzavřené a otevřené otázky. Uzavřené otázky nám nabízí již hotové možné odpovědi, které musí respondent označit, oproti tomu otevřené otázky vybízí respondenta k vlastní iniciativě a dávají mu možnost odpovědět podle svého přesvědčení či názoru.

„Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících. Proto se dotazník považuje za ekonomický výzkumný nástroj. Můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času.“ (Gavora, 2000, s. 99).

Nespornou výhodou dotazníku je, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů (Chráska, 1998, s. 90).

Nevýhodou dotazníku může být chybějící osobní kontakt výzkumníka s respondentem a také skutečnost, že respondent nemusí plně porozumět otázce.

Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytykáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni (Chráska, 1998, s. 89).

K vyplnění bylo doručeno celkem 120 dotazníků, vráceno bylo však pouze 85 dotazníků. Pro toto výzkumné šetření bylo tedy celkem získáno 85 respondentů, kteří byli rozděleni podle pohlaví. Respondentů – mužů bylo celkem 38, tvořili tedy 40% dotazovaných, respondentek – žen bylo celkem 47, tvořili tedy 60% všech dotazovaných. Oslovení respondenti byli dále ustaveni na základě kritéria věku 20-40 let, který podle literatury zahrnuje období mladé dospělosti. Existují nejrůznější členění období mladé dospělosti. Například podle Skorunkové (2008, s. 56) zahrnuje

mladá dospělost období od 20 do 35 let. Hlavními vývojovými úkoly je získání úplné nezávislosti na rodičích, upevnění identity dospělého, přijetí profesní role, vytvoření stabilního partnerství a založení rodiny. Mladý člověk dosahuje vrcholu své tělesné síly, energie a výkonnosti a také si realisticky uvědomuje své tělo. Podle Vágnerové (2007, s. 11) je mladá dospělost období od 20 do 40 let. Pro toto výzkumné šetření bylo vybráno rozdělení podle Vágnerové.

Cílem výzkumného šetření je nejen zmapovat informovanost – vědomosti jedinců ve věku 20-40 let týkající se poruch příjmu potravy, ale také zjistit jejich spokojenost s postavou a názory ohledně spojení štíhlosti se zdravím a krásou. Doplňující otázky tvoří také otázky ke stravování, stravovací návyky nebo na zdravý životní styl.

Pro výzkumnou část této diplomové práce byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Muži jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy než ženy.

H2: Ženy bývají se svou postavou méně spokojené než muži.

H3: Respondenti přisuzují štíhlosti i jiné atributy (např. zdraví, krása,...).

Podložení hypotézy 1 – Muži jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy než ženy.

Každé historické období sebou nese svůj ideál krásy jak pro muže, tak i pro ženy, nicméně snaha vyhovět, podobat se ideálu krásy byla odnepaměti spíše doménou žen. Vlivem západní kultury, která sebou přináší kromě jiného i požadavek štíhlosti, drží zejména ženy různé diety ke snížení své hmotnosti. Držení diet a snaha snížit svojí tělesnou hmotnost přináší ženám obvykle více informací z této oblasti než mužům.

„Průměrná žena obvykle drží nebo držela dietu ve snaze snížit tělesnou hmotnost. Průměrný muž nebývá dostatečně motivován, aby držel dietu nebo cvičil, a to ani v případě, že si uvědomuje rozdíl mezi svou skutečnou postavou a ideálem. Pokud změní své chování, pak bude pravděpodobně spíše cvičit“ (Grogan, 2000, s. 141).

Podložení hypotézy 2 – Ženy bývají se svou postavou méně spokojené než muži.

„Výzkumy zaměřené na spokojenost s tělem došly s využitím řady nejrůznějších technik k závěru, že většina žen v západních společnostech je nespokojena se svou hmotností a postavou“ (Grogan, 2000, s. 30).

„Studia sledující spokojenost s tělem v průběhu života zjistily, že ženy všech věkových skupin jsou méně spokojeny než muži“ (Grogan, 2000, s. 140).

„Až 80% dospívajících dívek není spokojeno se svým vzhledem, skoro 70% dívek by si přálo zhubnout, nějakou dietu již někdy drželo zhruba 60% dívek“ (Benešová, Mičová, 2003, s. 8).

Podložení hypotézy 3 – Muži i ženy si spojují štíhlost se zdravím a krásou.

„Biologické argumenty zdůrazňují význam štíhlosti z hlediska zdraví a naopak negativní vliv nadváhy na zdraví.“ (Grogan, 2000, s. 17).

„Nadváha (jak u mužů, tak u žen) je vnímána jako fyzicky neatraktivní a je asociována s dalšími negativními charakteristikami“ (Grogan, 2000, s. 15).

Jednotlivé hypotézy zjišťují otázky v dotazníku, které jsou pro větší přehlednost rozděleny do celkem tří hlavních okruhů a jednoho doplňujícího okruhu.

Hypotézou č. 1 se zabývá okruh: Vědomosti o poruchách příjmu potravy, který obsahuje deset otázek:

1. Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujete.
2. Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média,...)?
3. Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, jmenujte.
4. Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět:
 - Převážně ženy
 - Ženy i muži
 - Ženy, muži i děti
5. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století?
6. V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy?
 - Úmrtí
 - Trvalé poškození zdraví (např. neplodnost,... apod.)
 - Narušení sociálních kontaktů, vztahů

7. Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole? Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...?
8. Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište.
9. Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte.
10. Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy?

Hypotézou č. 2 se zabývá okruh: **Spokojenost s postavou**, který obsahuje dvanáct otázek:

1. Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost?
2. Jak často se vážíte ve snaze zjistit svoji hmotnost?
 - Vůbec se nevážíte
 - 1x za měsíc
 - 1x za týden
 - 1x denně
3. Jste spokojeni s tvary svého těla?
4. Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište.
5. Přáli byste si zhubnout?
6. Přáli byste si přibrat?
7. Domníváte se, že máte ideální postavu?
8. Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí?
9. Líbí se Vám hodně štíhlá postava?
10. Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit,...)
11. Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera?
12. Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava?

Hypotézou č. 3 se zabývá okruh: **Spojení štíhlosti se zdravím a krásou**, který obsahuje pět otázek:

1. Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod?

2. Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví, kariéru, získání partnera?
3. Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?
4. Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou?
5. Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou?

Poslední, **doplňující čtvrtý okruh: Otázky ke stravování**, se zabývá stravováním a zdravým životním stylem, zahrnuje pět doplňujících otázek:

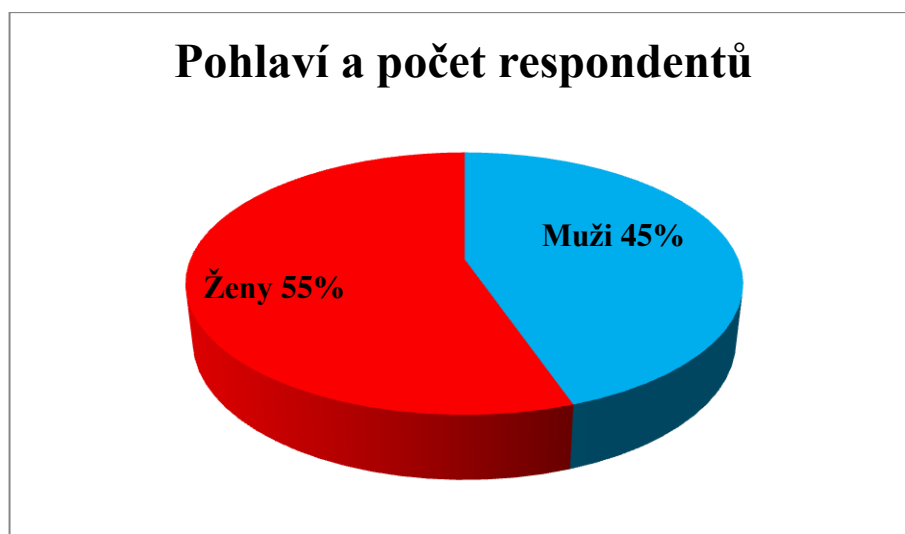
1. Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne (snídaně, oběd, večeře)?
2. Přejídáte se?
3. Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání?
 - Stres
 - Smutek
 - Hlad
 - Nuda, vyplnění volného času
4. Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování?
 - Rodina
 - Média
 - Přátelé, známí
 - Váš partner
5. Co to podle Vás znamená zdravý život styl? Stručně popište.

5.2 Výsledky šetření

Tabulka č. 1: Pohlaví a počet respondentů

Pohlaví	Počet	v %
Muži	38	45%
Ženy	47	55%
Celkem	85	100%

Graf č. 1: Pohlaví a počet respondentů – grafické znázornění



Respondenty tvořili muži a ženy ve věku od 20-40 let. Jak je patrné z výše uvedené tabulky a grafu, bylo získáno celkem 38 mužů a 47 žen, tedy 45% všech respondentů tvořili muži, a 55% respondentů tvořili ženy.

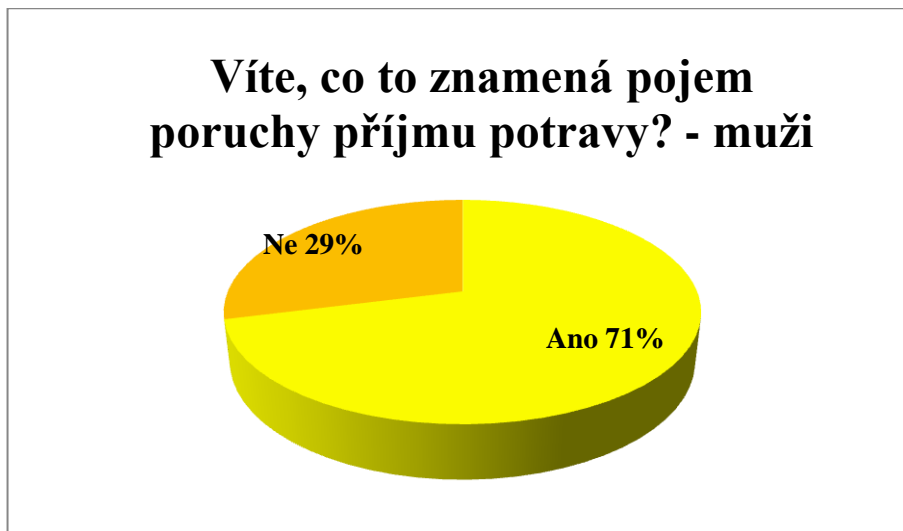
Vědomosti o poruchách příjmu potravy

Otázka č. 1: Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlete či vyjmenujte.

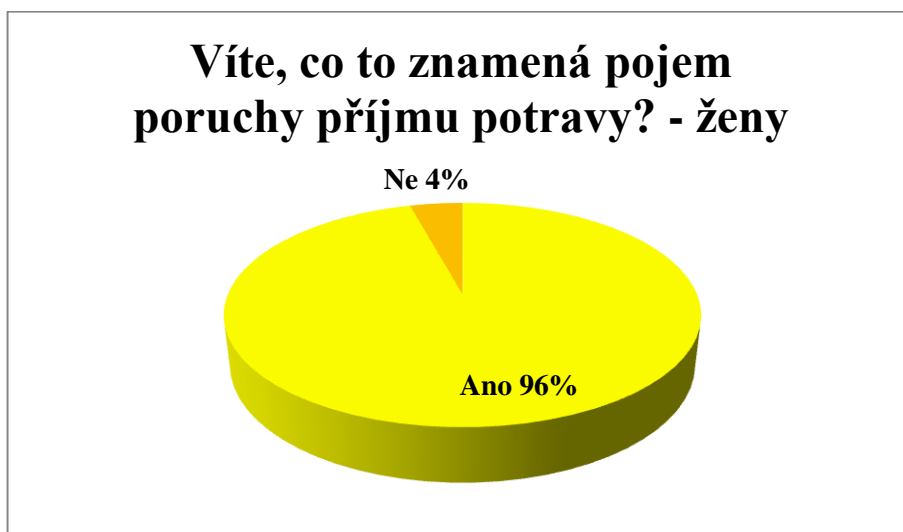
Tabulka č. 2: Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlete či vyjmenujte.

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	27	71%	45	96%
Ne	11	29%	2	4%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 2: Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujete. – odpovědi muži



Graf č. 3: Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujete. – odpovědi ženy



První otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy zjišťovala, zda respondenti vůbec znají samotný pojem poruch příjmu potravy a pokud ho znají, tak ho měli možnost stručně vysvětlit či vyjmenovat. Jak můžeme vidět ve výše uvedené tabulce a grafu, celkem 27 mužů, tedy 71% zná pojem poruchy příjmu potravy a 11 mužů, tedy 29% pojem nezná. U žen byly odpovědi ještě vyrovnanější, 45 žen, tedy celých 96% pojem zná, a pouze 2 ženy pojem, neznají, takže 4%.

Pokud respondenti znali pojem poruchy příjmu potravy, nejčastěji ho stručně vysvětlovali jako psychické poruchy, odmítání jídla nebo naopak přejídání se, nebo jako mentální anorexii a bulimii.

Ukázky nejzajímavějších odpovědí:

„Jedná se o stav, kdy si člověk sám sobě ubližuje buď nezměrným přejídáním či odpiráním jídla, aniž by si svůj problém uvědomoval nebo ho mohl sám řešit.“

„Člověk není schopný pravidelně se stravovat nebo vůbec potravu přijímat.“

„Jsou to poruchy spojené s přijímáním potravy. Stravování neprobíhá „normálním“ způsobem. Problém je zpočátku psychického rázu. Jedná se například o mentální anorexii či bulimii.“

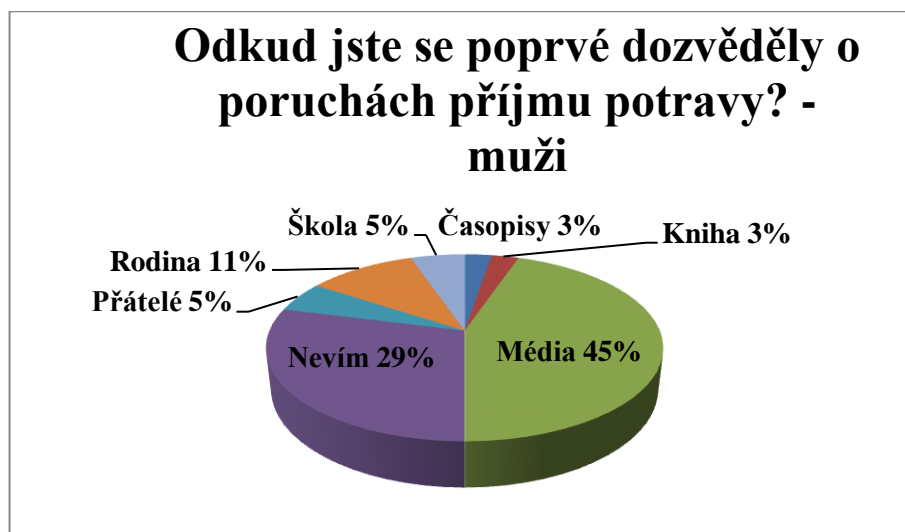
„Myslím si, že sem patří hlavně anorexie, tedy nepřijímání vůbec žádné potravy – hladovění, a pak bulimie – tedy hladovění střídané s enormním přejídáním a následným zvracením.“

Otázka č. 2: Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média,...)?

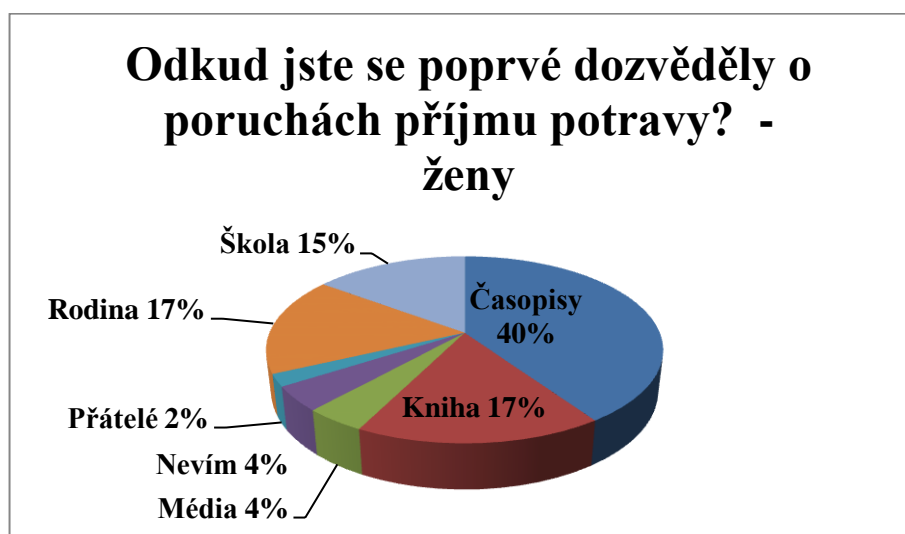
Tabulka č. 3: Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média,...)?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Časopisy	1	3%	19	40%
Kniha	1	3%	8	17%
Média	17	45%	2	4%
Nevím	11	29%	2	4%
Přátelé	2	5%	1	2%
Rodina	4	11%	8	17%
Škola	2	5%	7	15%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 4: Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média, ...)? - odpovědi muži



Graf č. 5: Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média, ...)? – odpovědi ženy



Třetí otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy měla za cíl zjistit zdroje, ze kterých se respondenti o poruchách příjmu potravy dozvěděli. Muži nejčastěji uváděli jako zdroj média, takto odpovědělo 17 mužů, tedy 45%. Další zdroje, které muži uváděli, byly rodina (11%) škola (5%) přátelé (5%), časopisy (3%) a kniha (3%). Ženy uváděli jako nejčastější zdroj časopisy, kdy obvykle respondentky uváděli označení – dívčí časopisy (takto odpovědělo 19 žen, tedy 40% žen, dále i rodinu (takto odpovědělo 8 žen, tedy 17%) a knihu (takto odpovědělo také 8 žen, tedy 17%). Ženy

dále uváděly jako zdroj také školu (15%), a také přátele (2%). Na rozdíl od mužů uváděly pouze 4% všech dotazovaných žen jako zdroj média.

Otázka č. 3: Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, I jmenujte.

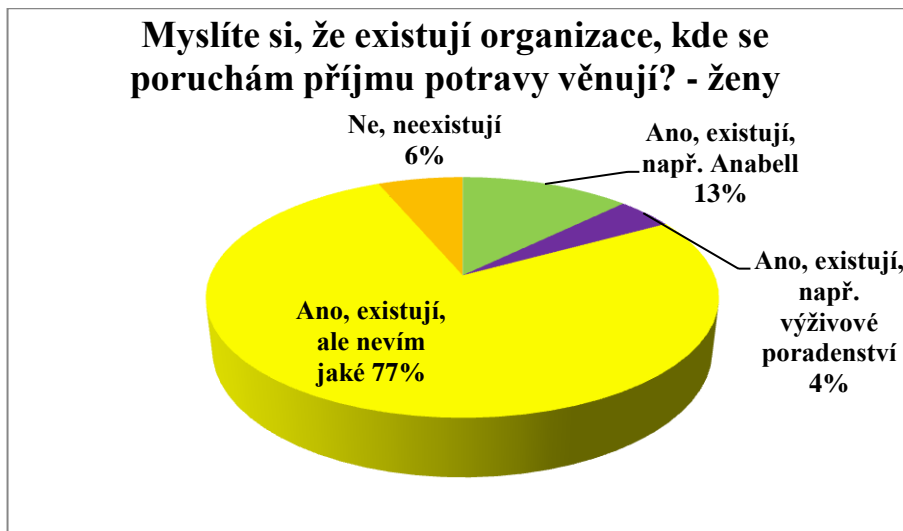
Tabulka č. 4: Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, I jmenujte.

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano, existují, např. Anabell	0	0%	6	13%
Ano, existují, např. výživové poradenství	0	0%	2	4%
Ano, existují, ale nevím jaké	12	32%	36	77%
Ne, neexistují	26	68%	3	6%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 6: Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, I jmenujte. – odpovědi muži



Graf č. 7: *Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, jmenujte. – odpovědi ženy*



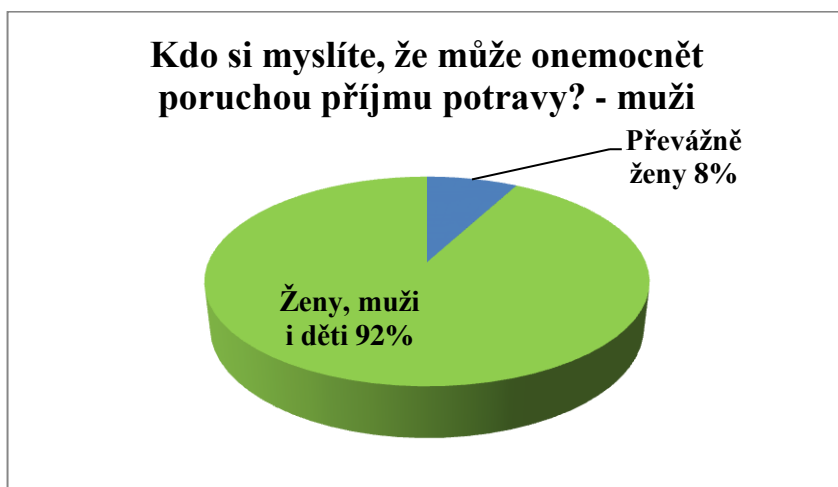
Třetí otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy zjišťovala, zda podle respondentů existují organizace, kde se poruchám příjmu potravy věnují a případně jaké to jsou konkrétně. Nejvíce mužů odpovědělo, že takové organizace nejsou (celkem 26 mužů). Muži jsou tedy v 68% přesvědčeni, že takové organizace neexistují. Podle 32% mužů takové organizace jsou, ale neví jaké (takto odpovědělo 12 mužů). Nikdo z mužů nejmenoval ani jednu konkrétní organizaci. U žen byly odpovědi vyrovnanější, celkem 77% žen odpovědělo, že tyto organizace existují, ale neví, jaké to jsou (tato odpovědělo 36 žen). Že takové organizace neexistují, je přesvědčeno 6% žen (celkem 3 žen). Konkrétní organizaci uvedlo 8 žen, kdy 6 žen uvedlo organizaci Anabell, a 2 ženy uvedly výživové poradenství.

Otázka č. 4: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti?*

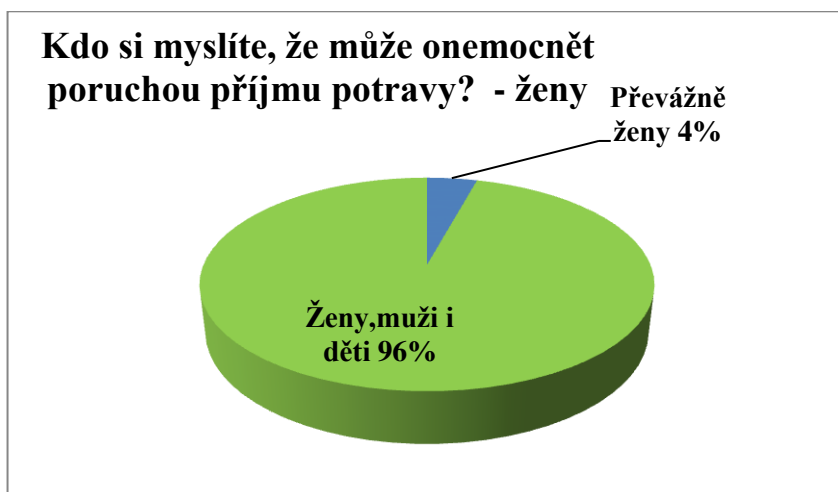
Tabulka č. 5: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Převážně ženy	3	8%	2	4%
Ženy i muži	0	0%	0	0%
Ženy, muži i děti	35	92%	45	96%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 8: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti? – odpovědi muži*



Graf č. 9: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti? – odpovědi ženy*



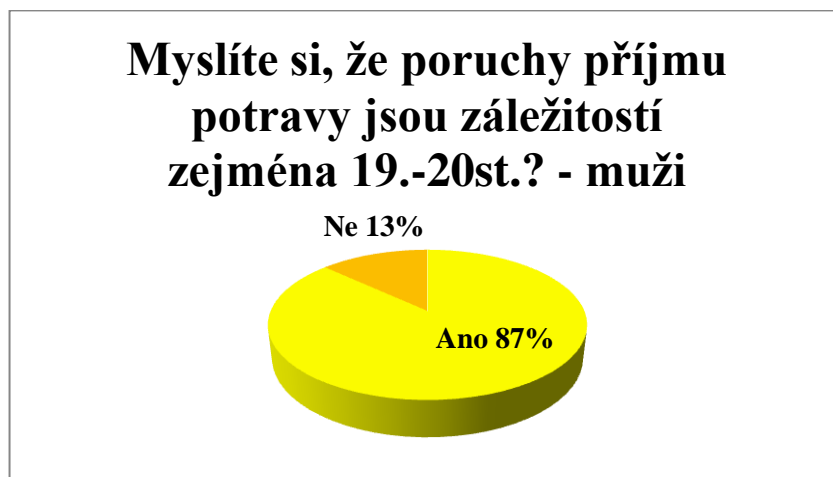
Čtvrtá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy měla za cíl zjistit, zda poruchami příjmu potravy mohou podle respondentů trpět – 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti. Nejvíce mužů i žen zvolilo odpověď, že poruchami příjmu potravy mohou trpět ženy, muži i děti, v případě mužů tuto odpověď zvolilo 92% mužů, u žen tuto odpověď zvolilo 96% celých žen. Další označovaná možnost byla odpověď, že těmito poruchami mohou trpět převážně ženy, kterou zvolilo 8% všech mužů a 4% všech žen. Možnost, že poruchami příjmu potravy trpí ženy i muži neoznačil žádný respondent.

Otázka č. 5: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století?*

Tabulka č. 6: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	33	87%	39	83%
Ne	5	13%	8	17%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 10: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století? – odpovědi muži*



Graf č. 11: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století? – odpovědi ženy*



Pátá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy zjišťovala, zda jsou podle respondentů poruchy příjmu potravy záležitostí zejména 19. - 20. století, nebo zda

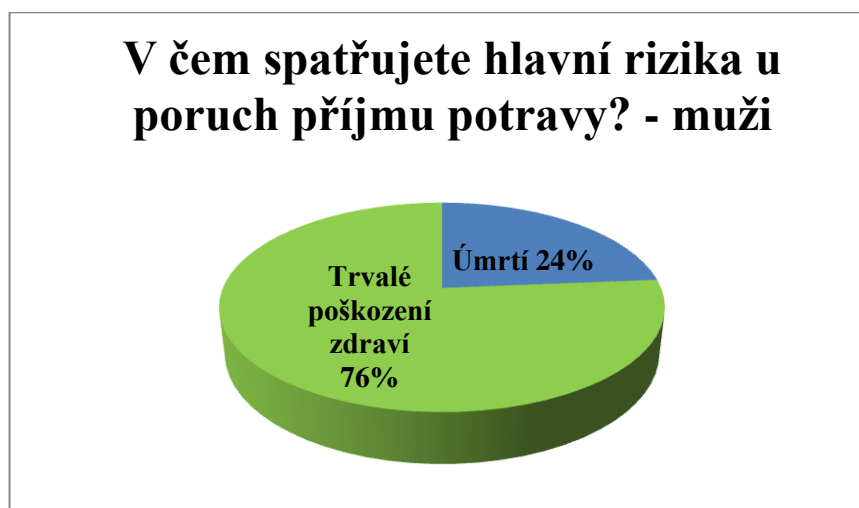
nikoliv. Nejvíce respondentů je přesvědčeno o tom, že tyto poruchy jsou záležitostí především 19. - 20. století, a to 87% mužů a 83% žen. U mužů zbývajících 13% o této skutečnosti přesvědčeno není, a u žen tomu tak je u 17% z nich.

Otázka č. 6: V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost,... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů?

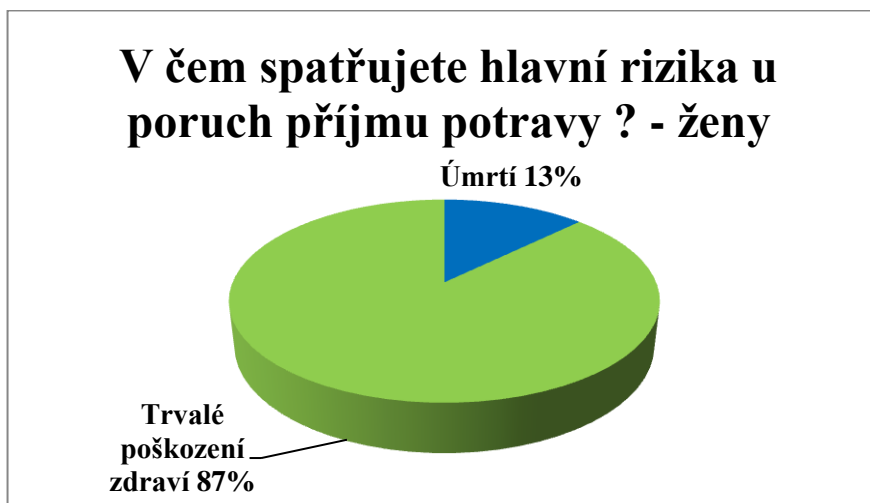
Tabulka č. 7: V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Narušení sociálních kontaktů, vztahů	0	0%	0	0%
Trvalé poškození zdraví	29	76%	41	87%
Úmrtí	9	24%	6	13%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 12: V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů? - odpovědi muži



Graf č. 13: V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů? – odpovědi ženy



Šestá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy se zabývala tím, jaká hlavní rizika spatřují respondenti v poruchách příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů. U mužů byly odpovědi na tuto otázku poměrně vyrovnané, protože jako hlavní riziko u poruch příjmu potravy uvádí 76% mužů trvalé poškození zdraví a úmrtí uvádí 24% mužů. Oproti tomu u žen je jako hlavní riziko uvedeno trvalé poškození zdraví, o čemž je přesvědčeno celých 87% žen, a úmrtí je zastoupeno 13%. Možnost, že hlavním rizikem u poruch příjmu potravy by mohlo být narušení sociálních kontaktů a vztahů, nevedl žádný z respondentů.

Otázka č. 7: Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole?

Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...?

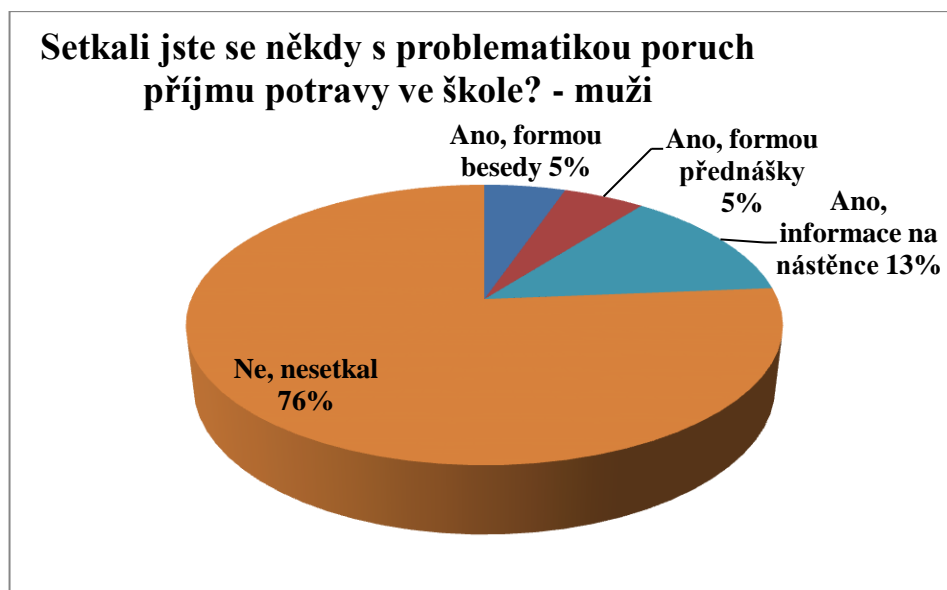
Tabulka č. 8: Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole?

Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...?

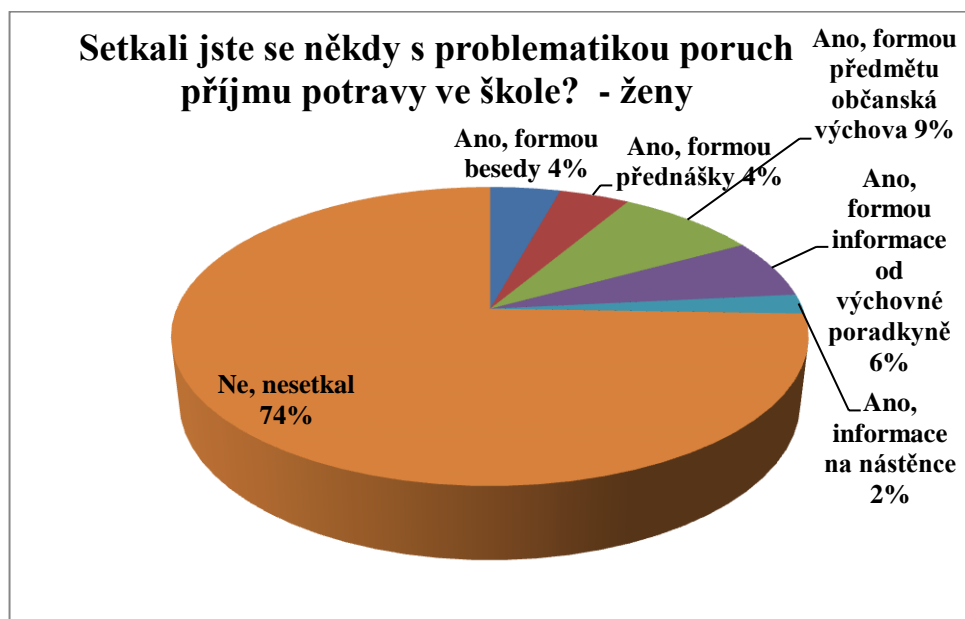
Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano, formou přednášky	2	5%	2	4%
Ano, formou besedy	2	5%	2	4%
Ano, předmět občanská výchova	0	0%	4	9%
Ano, info. výchovná poradkyně	0	0%	3	6%
Ano, info. na nástěnce	5	13%	1	2%
Ne, nesetkal	29	76%	35	74%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 14: Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole?

Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...? – odpovědi muži



Graf č. 15: Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole?
Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...? – odpovědi ženy



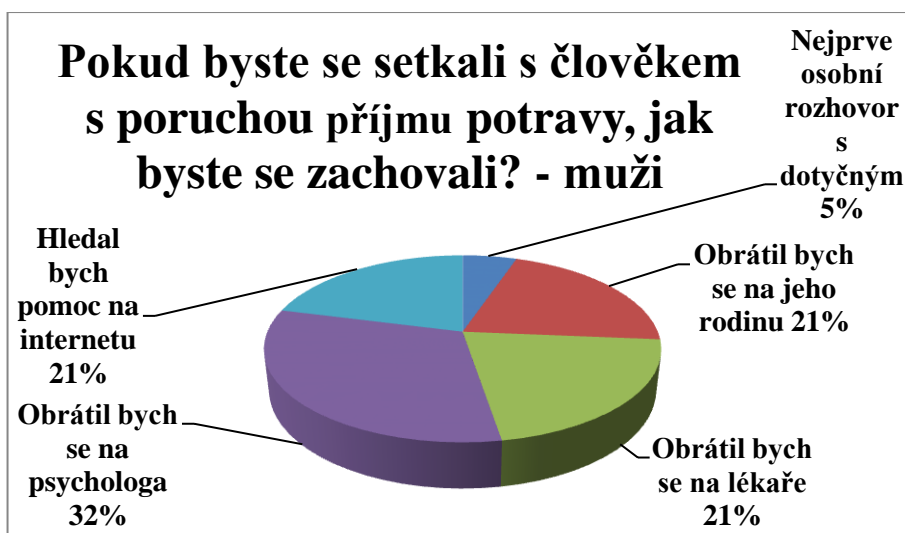
Sedmá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy se zaměřovala na skutečnost, zda se respondenti někdy setkali s problematikou těchto poruch ve škole, a případně i jakou formou. Z dotazníků vyplynulo, že 76% mužů a 74% žen se s problematikou poruch příjmu potravy ve škole nesetkalo. Setkání mužů s touto problematikou proběhlo u 13% mužů formou informace na nástěnce a u dalších 5% mužů formou besedy, u 5% mužů pak prostřednictvím přednášky. Setkání žen s poruchami příjmu potravy ve škole se uskutečnilo u 9% prostřednictvím předmětu občanská výchova, 6% prostřednictvím informace od výchovné poradkyně, 4% se s problematikou setkala v rámci přednášky, 4% žen formou besedy, 2% žen se setkala s poruchami příjmu potravy formou informace na nástěnce. Můžeme tedy říci, že více než polovina dotazovaných mužů a více než polovina dotazovaných žen se problematikou poruch příjmu potravy ve škole nesetkala a pokud ano, tak spíše ojediněle. Proto je namístě, aby školy dbaly o vyšší informovanost ohledně těchto závažných poruch.

Otázka č. 8: *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište.*

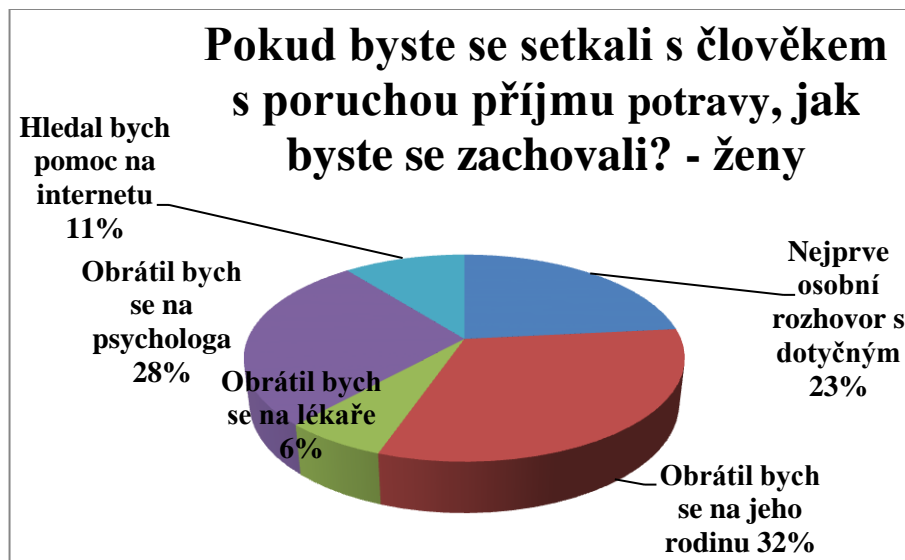
Tabulka č. 9: *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište.*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Hledal bych pomoc na internetu	8	21%	5	11%
Nejprve osobní rozhovor s dotyčným	2	5%	11	23%
Obrátil bych se na lékaře	8	21%	3	6%
Obrátil bych se na psychologa	12	32%	13	28%
Obrátil bych se na jeho rodinu	8	21%	15	32%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 16: *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište. – odpovědi muži*



Graf č. 17: *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište. – odpovědi ženy*



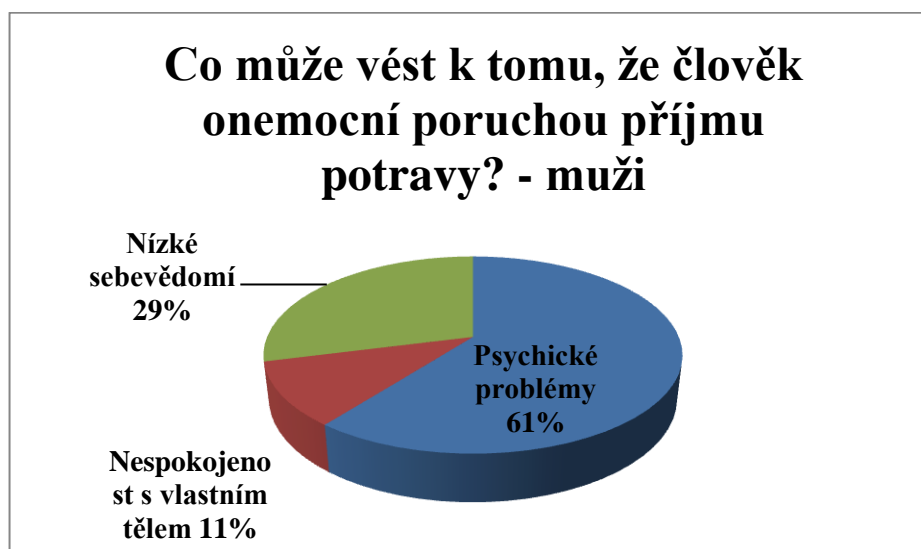
Osmá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy mapovala, jak by se sami respondenti zachovali při setkání s člověkem trpícím poruchou příjmu potravy, a na koho by se obrátili, kde by hledali pomoc. Muži by se nejčastěji obrátili na psychologa (32% mužů), 21% mužů by se obrátilo na lékaře a dalších 21% mužů by hledalo pomoc v rámci rodiny dotyčného, 21% mužů by hledalo pomoc prostřednictvím internetu. Osobní rozhovor s dotyčným jedincem by volilo pouze 5% všech dotazovaných mužů. Ženy by se nejčastěji obrátily na rodinu dotyčného (32% žen), dalších 28% žen by se obrátilo na psychologa, 23% žen by se pokusilo si pohovořit s jedincem nejprve osobně, 11% žen by hledalo pomoc na internetu. Pouze 6% žen by se obrátilo na lékaře.

Otázka č. 9: *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte.*

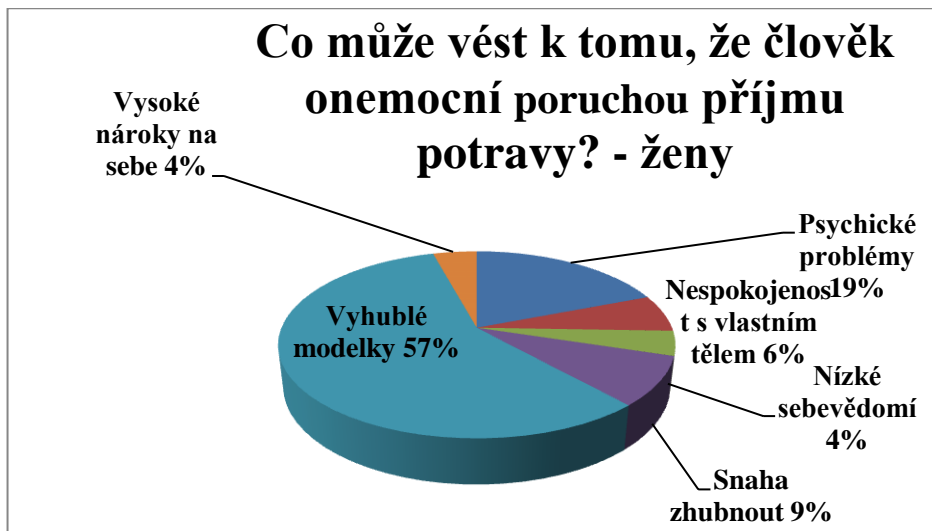
Tabulka č. 10: *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte.*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Nespokojenost s vl. tělem	4	11%	3	6%
Nízké sebevědomí	11	29%	2	4%
Psychické problémy	23	61%	9	19%
Snaha zhubnout	0	0%	4	9%
Vyhublé modelky	0	0%	27	57%
Vysoké nároky na sebe	0	0%	2	4%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 18: *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte. – odpovědi muži*



Graf č. 19: Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte. – odpovědi ženy



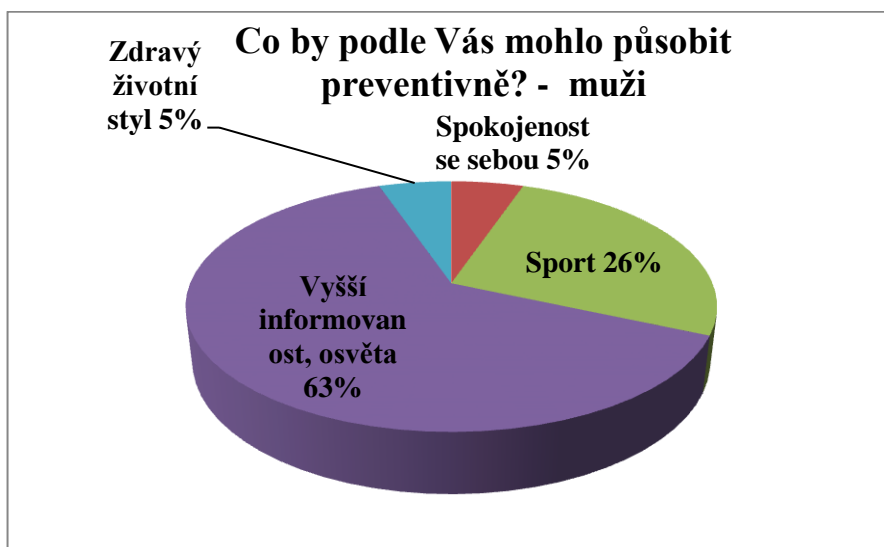
Devátá otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy se zaměřovala na to, jaká příčina může podle respondentů vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy. Respondenti muži uváděli nejčastěji jako možnou příčinu pro vznik těchto poruch psychické problémy, to uvedlo 61% mužů. Jako další příčinu muži uváděli nízké sebevědomí (29% mužů), dále nespokojenost s vlastním tělem (11% mužů). Respondentky ženy nejčastěji uváděli vyhublé modelky, tuto příčinu uvedlo 57% žen. Další příčiny mohou být psychické problémy, tuto možnost uvedlo 19% žen, 9% žen uvedlo snahu zhubnout a 6% žen uvedlo nespokojenost s vlastním tělem. Podle 4% dotazovaných žen mohou být příčinou také vysoké nároky na sebe a další 4% žen uvádí nízké sebevědomí. Podle dotazovaných mužů tedy mohou být příčinou vzniku poruchy příjmu potravy hlavně psychické problémy, oproti tomu dotazované ženy vnímají jako příčinu zejména vyhublé modelky, které neuvedl ani jeden z mužů.

Otázka č. 10: Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy?

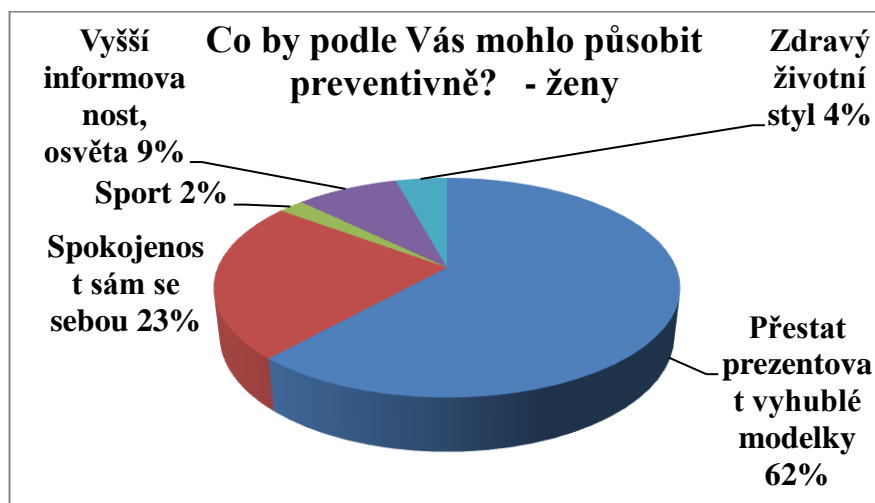
Tabulka č. 11: Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Přestat prezentovat vyhublé modelky	0	0%	29	62%
Spokojenost sám se sebou	2	5%	11	23%
Sport	10	26%	1	2%
Vyšší informovanost, osvěta	24	63%	4	9%
Zdravý životní styl	2	5%	2	4%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 20: Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy? – odpovědi muži



Graf 21: Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy? – odpovědi ženy



Desátá, závěrečná otázka okruhu Vědomosti o poruchách příjmu potravy měla za cíl zjistit, jak by se podle respondentů dalo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy. Na první pohled zde byly patrné určité rozdíly v názorech na prevenci poruch příjmu potravy u respondentů mužů a žen respondentek. Zatímco muži vidí možnost prevence zejména ve vyšší informovanosti, osvětě (tento názor sdílí 63% mužů) a sportu (podle 26% mužů), podle žen by mohlo pomoci přestat prezentovat vyhublé modelky (tento názor sdílí 62% žen), a za důležité považují také být spokojený sám se sebou (podle 23% žen). Muži dále uvedli jako možnost prevence zdravý životní styl (uvedlo 5% mužů), být spokojený sám se sebou (uvedlo 5% mužů). Ženy uvedli vyšší informovanost, osvětu (uvedlo 9% žen), dále zdravý životní styl (uvedlo 4% žen), oproti mužům je přesvědčeno o sportu jako možné prevenci poruch příjmu potravy pouze 2% žen.

Spokojenost s postavou

Otázka č. 1: Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost?

Tabulka č. 12: Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	6	16%	45	96%
Ne	32	84%	2	4%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 22: *Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost? – odpovědi muži*



Graf č. 23: *Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost? – odpovědi ženy*



První otázka okruhu Spokojenost s postavou zjišťovala, zda mají respondenti zkušenost s dietou z důvodu snížení své hmotnosti. Můžeme pozorovat významný rozdíl v odpovědích na tuto otázku z hlediska pohlaví. Zkušenost s držním diet uvedlo pouze 16% mužů, oproti 96% žen. Celých 84% mužů tedy nemá zkušenost s dietou, tuto skutečnost uvedlo však pouze 4% žen. Můžeme tedy říci, že ženy výrazně častěji než muži drží diety, ve snaze upravit svoji hmotnost.

Otázka č. 2: *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svojí hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně?*

Tabulka č. 13: *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svojí hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Vůbec se nevážíte	27	71%	8	17%
1x za měsíc	11	29%	39	83%
1x za týden	0	0%	0	0%
1x denně	0	0%	0	0%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 24: *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svojí hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně? – odpovědi muži*



Graf č. 25: *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svojí hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně? – odpovědi ženy*



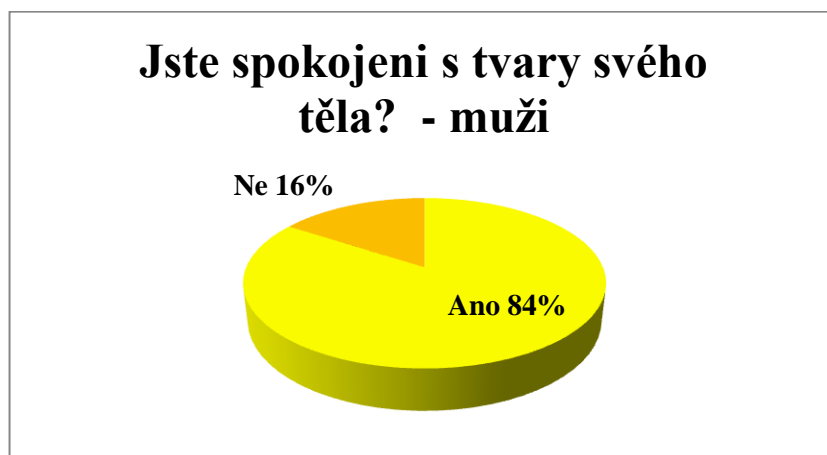
Druhá otázka okruhu Spokojenost s postavou měla za cíl zjistit, jak často se respondenti váží. Na výběr bylo celkem ze 4 variant: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně. Opět zde byl patrný rozdíl v odpovědích respondentů z hlediska jejich pohlaví. Respondenti muži nejčastěji uvedli, že se neváží vůbec, tuto odpověď uvádí 71% všech mužů. Oproti tomu ženy nejčastěji uvedli, že se váží 1x za měsíc, což označilo celkem 83% žen. U respondentů mužů byly dále označeny tyto odpovědi: 1x za měsíc se váží 29% mužů, možnost vážit se 1x za týden nebo 1x denně neoznačil žádný muž. U respondentek žen byly dále zaznamenány následující odpovědi: vůbec se neváží 17% žen, možnost vážit se 1x za týden nebo 1x denně neoznačila žádná žena. Z výše uvedených tabulek a grafů můžeme tedy vyvodit závěr, že dotazovaní muži se obvykle vůbec neváží, na rozdíl od většiny dotazovaných žen, které obvykle uváděly, že se se váží 1x za měsíc.

Otázka č. 3: *Jste spokojeni s tvary svého těla?*

Tabulka č. 14: *Jste spokojeni s tvary svého těla?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	32	84%	2	4%
Ne	6	16%	45	96%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 26: *Jste spokojeni s tvary svého těla? – odpovědi muži*



Graf č. 27: *Jste spokojeni s tvary svého těla? – odpovědi ženy*



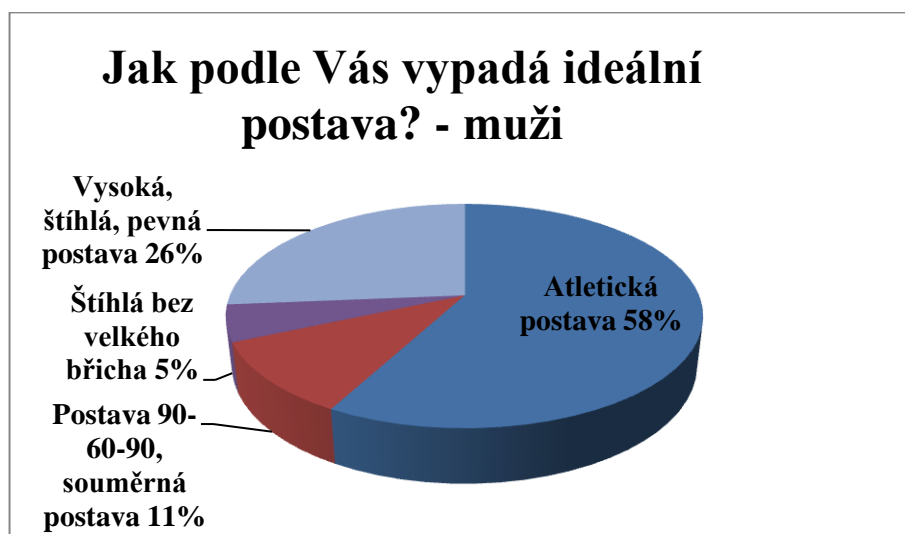
Třetí otázka okruhu Spokojenost s postavou se respondentů dotazovala, zda jsou spokojeni s tvary svého těla. Jak můžeme vidět z výše uvedené tabulky a grafu k této otázce, jsou zde významné rozdíly v odpovědích dotazovaných mužů a žen. Zatímco 84% mužů je spokojeno s tvary svého těla, 96% žen naopak není spokojeno se svými tvary. Nespokojeno s tvary svého těla je tedy pouze 16% všech mužů a pouze 4% žen jsou spokojena se svým tělem. Z těchto dat tedy lze vyvodit závěr, že dotazovaní muži jsou obvykle spokojeni s tvary svého těla, a naopak téměř většina žen se svými tvary spokojena není.

Otázka č. 4: *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište.*

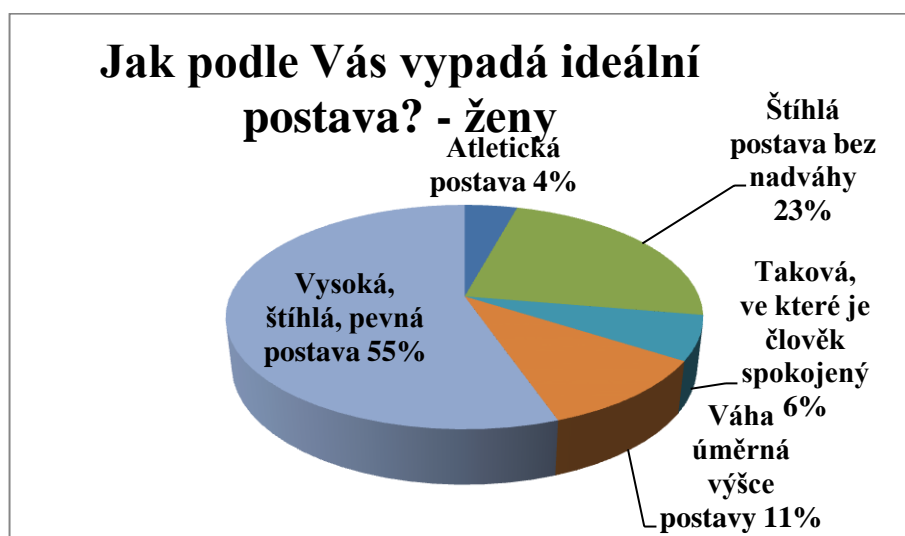
Tabulka č. 15: *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište.*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Atletická postava	22	58%	2	4%
Postava 90-60-90, souměrná	4	11%	0	0%
Štíhlá bez nadváhy	0	0%	11	23%
Štíhlá bez velkého břicha	2	5%	0	0%
Taková, ve které je člověk spokojený	0	0%	3	6%
Váha je úměrná výšce postavy	0	0%	5	11%
Vysoká, štíhlá a pevná	10	26%	26	55%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 28: *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište. – odpovědi muži*



Graf č. 29: *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište. – odpovědi ženy*



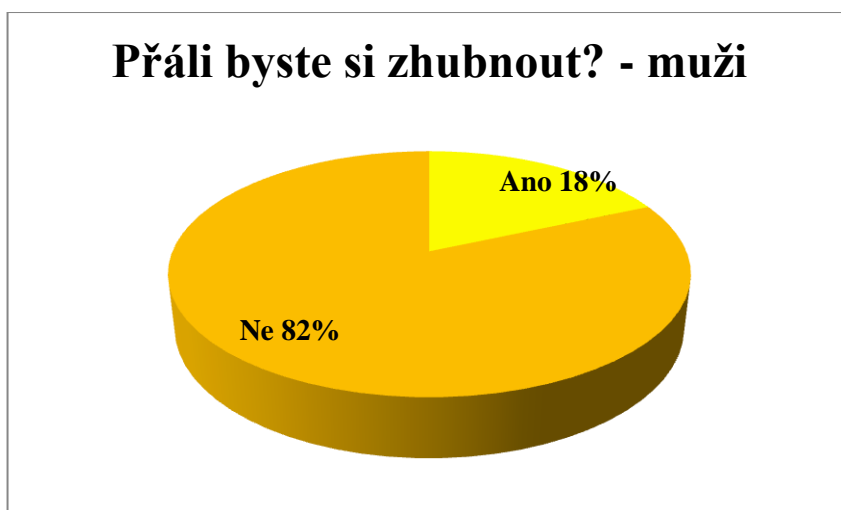
Čtvrtá otázka okruhu Spokojenost s postavou zjišťovala, jak podle respondentů vypadá ideální postava. Muži si nejčastěji představují ideální postavu jako atletickou postavu, tuto odpověď uvedlo 58% mužů, nebo jako vysokou, štíhlou a pevnou postavu, což uvedlo 26% mužů. Další odpovědi mužů týkající se podle nich ideální postavy byly: 11% uvedlo postavu rozměrů 90-60-90, s dovětkem - souměrná postava, 5% mužů si představují ideální postavu jako štíhlou postavu bez velkého břicha. Pro ženy představuje ideální postavu vysoká, štíhlá a pevná, což odpovědělo 55% žen, a postava štíhlá bez nadváhy, což uvádí 23% žen. Ideální postava pro ženy je i taková, kdy je váha úměrná výšce (11% žen), nebo taková postava, ve které je člověk spokojený (6% žen). Oproti mužům, u nichž je ideálem nejčastěji atletická postava, u žen je atletická postava ideální pouze pro 4% z nich.

Otázka č. 5: Přejí byste si zhubnout?

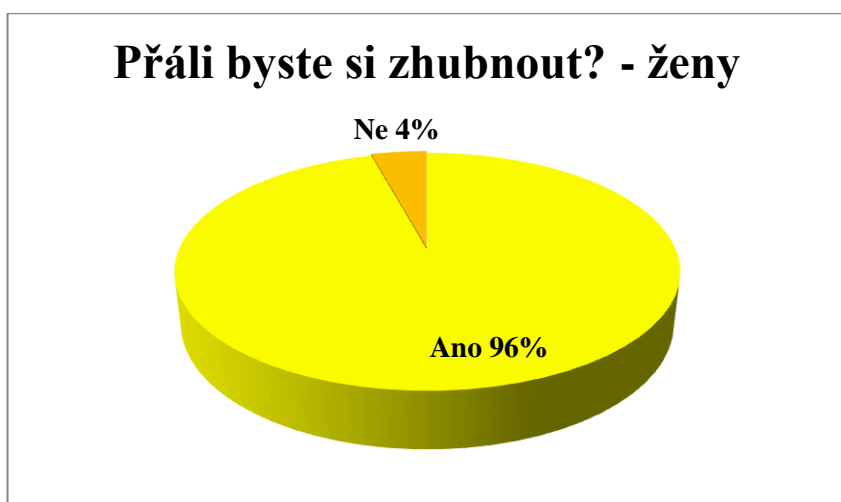
Tabulka č. 16: *Přejí byste si zhubnout?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	7	18%	45	96%
Ne	31	82%	2	4%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 30: *Přáli byste si zhubnout? – odpovědi muži*



Graf č. 31: *Přáli byste si zhubnout? – odpovědi ženy*



Pátá otázka okruhu Spokojenost s postavou měla za cíl zjistit, zda by si respondenti přáli zhubnout. Objevily se zde rozdíly v odpovědích podle pohlaví. Zhubnout si přeje pouze 18% mužů, a celých 96% dotazovaných žen. Hubnout si tedy nepřeje 82% mužů a pouze 4% žen. Jak tedy můžeme z odpovědí a grafů vyvodit, ženy si přejí hubnout významně častěji než muži.

Otázka č. 6: Přejali byste si přibrat?

Tabulka č. 17: Přejali byste si přibrat?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	1	3%	0	0%
Ne	37	97%	47	100%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 32: Přejali byste si přibrat? – odpovědi muži



Graf č. 33: Přejali byste si přibrat? – odpovědi ženy



Šestá otázka okruhu Spokojenost s postavou se respondentů dotazovala, zda by si přáli přibrat. Odpovědi byly zcela jednoznačné jak u dotazovaných mužů, tak zejména u dotazovaných žen. Celých 97% mužů si nepřeje přibrat a u žen nechce přibrat dokonce 100% všech dotazovaných žen. Přibrat si tedy přeje pouze 3% mužů.

Otázka č. 7: Domníváte se, že máte ideální postavu?

Tabulka č. 18: Domníváte se, že máte ideální postavu?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	27	71%	5	11%
Ne	11	29%	42	89%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 34: Domníváte se, že máte ideální postavu? – odpovědi muži



Graf č. 35: Domníváte se, že máte ideální postavu? – odpovědi ženy



Sedmá otázka okruhu Spokojenost s postavou mapovala, zda jsou respondenti přesvědčeni, že mají ideální postavu. Ze získaných dotazníků vyplynulo, že 29% mužů a 89% žen se domnívá, že nemá ideální postavu, 71% mužů a pouze 11% žen odpovědělo, že mají ideální postavu. Můžeme si tedy všimnout, že zejména

dotazované ženy a i téměř 30% dotazovaných mužů je přesvědčeno, že ideální postavu nemá.

Otázka č. 8: Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí?

Tabulka č. 19: Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	5	13%	11	23%
Ne	33	87%	36	77%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 36: Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí? – odpovědi muži



Graf č. 37: Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí? – odpovědi ženy



Osmá otázka okruhu Spokojenost s postavou zjišťovala, zda respondenti užívají, nebo někdy užívali prostředky ke zhubnutí. I v případě této otázky byly odpovědi respondentů vyrovnané, 87% mužů a 77% žen odpovědělo, že prostředky ke zhubnutí

neužívají a ani neužívali. Pouze 13% mužů a 23% žen uvedlo, že tyto prostředky užívají nebo užívali.

Otázka č. 9: Líbí se Vám hodně štíhlá postava?

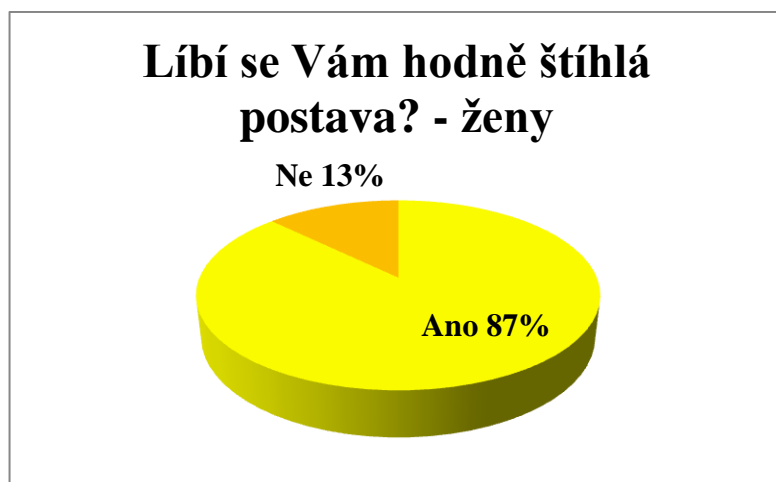
Tabulka č. 20: Líbí se Vám hodně štíhlá postava?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	21	55%	41	87%
Ne	17	45%	6	13%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 38: Líbí se Vám hodně štíhlá postava? – odpovědi muži



Graf č. 39: Líbí se Vám hodně štíhlá postava? – odpovědi ženy



Devátá otázka okruhu Spokojenost s postavou měla za cíl zjistit, zda se respondentům líbí hodně štíhlá postava. V dotaznících odpovědělo 55% mužů, že se jim líbí hodně štíhlá postava, a 45% mužů se hodně štíhlá postava nelíbí. U žen byl rozdíl v odpovědích výraznější, celých 87% dotazovaných žen odpovědělo, že jim líbí hodně štíhlá postava, a 13% odpovědělo opak. Zdá se tedy, že zejména ženám se hodně štíhlá postava líbí.

Otázka č. 10: Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit,...)?

Tabulka č. 21: Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit,...)?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	12	32%	39	83%
Ne	26	68%	8	17%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 40: Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit,...)? – odpovědi muži



Graf č. 41: *Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit, ...)? – odpovědi ženy*



Desátá otázka okruhu Spokojenost s postavou se zaměřila na skutečnost, zda respondenti porovnávají svoji postavu s postavami osob z médií (např. modelů/modelek, herců/hereček, celebrit, ... apod.). Ze získaných dotazníků vyplynulo, že 68% mužů svoji postavu neporovnává s postavami osob z médií, a 32% mužů svoji postavu porovnává. Dále 83% žen porovnává svoji postavu s postavami osob z médií, a pouze 17% žen svoji postavu s těmito osobami neporovnává. Můžeme tedy říci, že zejména dotazované ženy svoji postavou porovnávají s osobami z médií, ale postavu takto porovnává i značné procento dotazovaných mužů, téměř 70%.

Otázka č. 11: *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera?*

Tabulka č. 22: *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	33	87%	22	47%
Ne	5	13%	25	53%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 42: *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera? – odpovědi muži*



Graf č. 43: *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera? – odpovědi ženy*



Jedenáctá otázka okruhu Spokojenost s postavou zjišťovala, zda je pro respondenty důležitá postava u jejich partnera. Pro 87% mužů je postava u jejich partnera důležitá, a podle 13% mužů postava u jejich partnera důležitá není. Pro 47% žen je postava u jejich partnera důležitá a pro 53% postava u jejich partnera důležitá není. Ze získaných dotazníků tedy vyplynulo, že zejména pro dotazované muže je postava jakou má jejich partner důležitá, a pro přes polovinu dotazovaných žen postava jejich partnera důležitá není.

Otázka č. 12: Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava?

Tabulka č. 23: Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	15	39%	38	81%
Ne	23	61%	9	19%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 44: Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava? – odpovědi muži



Graf č. 45: Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava? – odpovědi ženy



Dvanáctá otázka okruhu Spokojenost s postavou měla za cíl zjistit, zda je podle respondentů důležitá jejich postava pro jejich partnera. Podle 39% mužů jejich postava je důležitá pro jejich partnera, opačný názor sdílí 61% mužů. Podle 81% žen je jejich postava důležitá pro jejich partnera, a podle 19% žen jejich postava pro partnera důležitá není.

Spojení štíhlosti se zdravím a krásou

Otázka č. 1: *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod?*

Tabulka č. 24: *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	30	79%	43	91%
Ne	8	21%	4	9%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 46: *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod? – odpovědi muži*



Graf č. 47: *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod? – odpovědi ženy*



První otázka okruhu Spojení štíhlosti se zdravím a krásou zjišťovala, zda jsou respondenti přesvědčeni o tom, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod. Celých 79% dotazovaných mužů je toho názoru, že ideální postava skutečně znamená lehčí život a více výhod, a zbývajících 21% mužů tento názor nesdílí. Oproti tomu u žen 91% respondentek je přesvědčeno o tom, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod a opačného názoru je pouze 9% dotazovaných žen. Ze získaných dotazníků tedy vyplývá, že většina dotazovaných mužů a zejména dotazovaných žen je toho názoru, že ideální postava nám opravdu může ulehčovat život a přinášet určité výhody.

Otázka č. 2: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví, kariéru, získání partnera?*

Tabulka č. 25: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví?*

Odpovědi respondentů - muži	Zdraví	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů - ženy	Zdraví	Odpovědi v %
Ano	35	92%	Ano	45	96%
Ne	3	8%	Ne	2	4%
Celkem	38	100%	Celkem	47	100%

Tabulka č. 26: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru?*

Odpovědi respondentů - muži	Kariéru	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů - ženy	Kariéru	Odpovědi v %
Ano	33	87%	Ano	46	98%
Ne	5	13%	Ne	1	2%
Celkem	38	100%	Celkem	47	100%

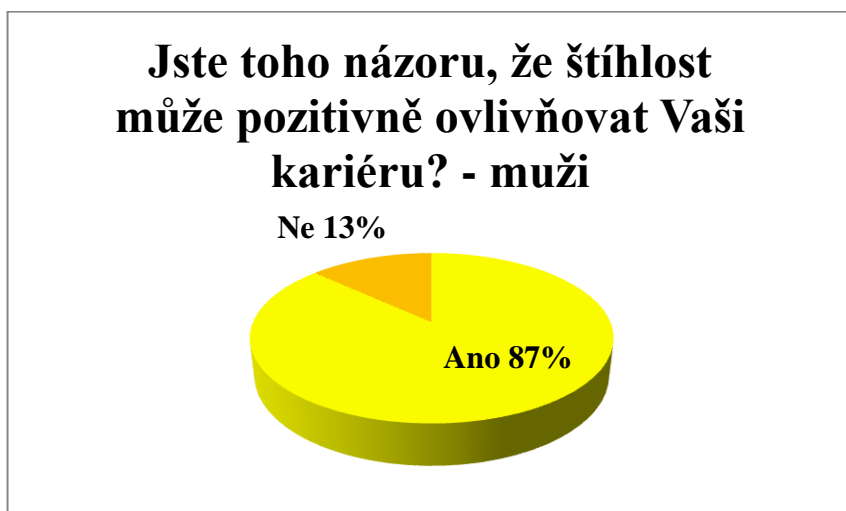
Tabulku č. 27: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat získání partnera?*

Odpovědi respondentů - muži	Získání partnera	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů - ženy	Získání partnera	Odpovědi v %
Ano	27	71%	Ano	41	87%
Ne	11	29%	Ne	6	13%
Celkem	38	100%	Celkem	47	100%

Graf č. 48: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví? – odpovědi muži*



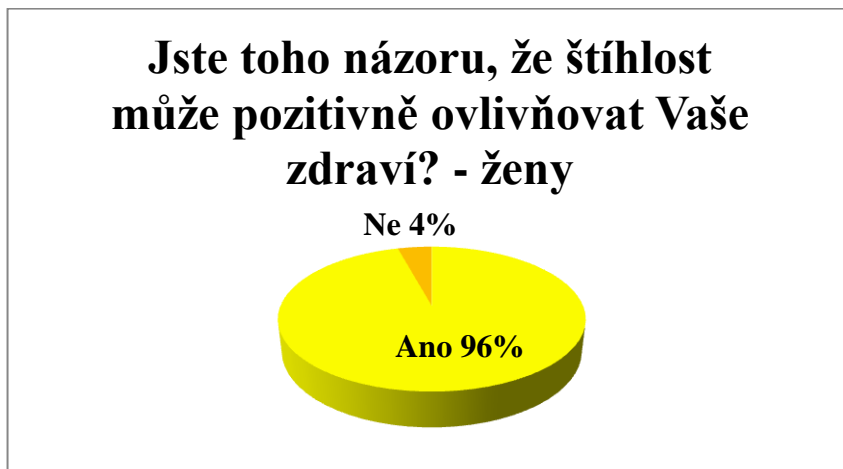
Graf č. 49: *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru? – odpovědi muži*



Graf č. 50: *Jste toho názoru, že štíhlosti může pozitivně ovlivňovat získání partnera? – odpovědi muži*



Graf č. 51: *Jste toho názoru, že štihllost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví? – odpovědi ženy*



Graf č. 52: *Jste toho názoru, že štihllost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru? – odpovědi ženy*



Graf č. 53: *Jste toho názoru, že štihllost může pozitivně ovlivňovat získání partnera? – odpovědi ženy*



Druhá otázka okruhu Spojení štíhlosti se zdravím a krásou, měla za cíl zjistit, zda jsou respondenti přesvědčeni, zda štíhlost může pozitivně ovlivňovat jejich zdraví, kariéru či získání partnera. Odpovědi respondentů z hlediska zdraví, kariéry i získání partnera byly hodně podobné. Co se týká hlediska zdraví, 92% mužů a 96% žen je přesvědčeno, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat zdraví, opačného názoru je pouze 8% mužů a 4% žen. Co se týká hlediska kariéry, uvedlo 87% mužů a 98% žen, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat jejich kariéru, opačného názoru je celkem 13% mužů a pouhá 2% žen. Že by mohla štíhlost pozitivně ovlivnit získání partnera je přesvědčeno 71% mužů a 87% žen, opačný názor sdílí 29% mužů a 13% žen.

Otázka č. 3: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?*

Tabulka č. 28: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	29	76%	42	89%
Ne	9	24%	5	11%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 54: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?* – odpovědi muži



Graf č. 55: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou? – odpovědi ženy*



Otázka č. 4: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou?*

Tabulka č. 29: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	35	92%	43	91%
Ne	3	8%	4	9%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 56: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou? – odpovědi muži*



Graf č. 57: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou? – odpovědi ženy*



Čtvrtá otázka okruhu Spojení štíhlosti se zdravím a krásou měla za cíl zjistit, zda respondenti vnímají štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou. Získané odpovědi respondentů byly poměrně jednoznačné u mužů i žen, 92% mužů a 91% žen vnímá štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou. Opačný názor sdílí pouze 8% mužů a 9% žen. Na základě získaných údajů tedy můžeme říci, že většina dotazovaných mužů i žen vnímá štíhlé jedince skutečně jako více zdravé, než mohou být jedinci s nadváhou.

Otázka č. 5: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou?*

Tabulka č. 30: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	36	95%	46	98%
Ne	2	5%	1	2%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 58: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou? – odpovědi muži*



Graf č. 59: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou? – odpovědi ženy*



Pátá otázka okruhu Spojení štíhlosti se zdravím a krásou zjišťovala, zda respondenti vnímají štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou. I zde získané odpovědi od respondentů byly poměrně jednoznačné, a to jak u mužů, tak i u žen. Celých 95% mužů a 98% žen vnímá štíhlé lidi jako krásnější než jsou lidé s nadváhou. Opačného názoru je pouze 5% mužů a 2% žen. Na základě získaných údajů tedy můžeme říci, že většina dotazovaných mužů i žen vnímá štíhlé jedince skutečně jako více krásné, než mohou být jedinci s nadváhou.

Otázky ke stravování

Otázka č. 1: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne: 1, snídaně, 2, oběd, 3, večeře?*

Tabulka č. 31: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? - snídaně*

Odpovědi respondentů -snídaně: muži	Muži	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů - snídaně: ženy	Odpovědi v %
Ano	29	76%	21	45%
Ne	9	24%	26	55%
Celkem	38	100%	47	100%

Tabulka č. 32: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd*

Odpovědi respondentů-oběd: muži	Muži	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů-oběd: ženy	Odpovědi v %
Ano	3	8%	9	19%
Ne	35	92%	38	81%
Celkem	38	100%	47	100%

Tabulka č. 33: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře*

Odpovědi respondentů-večeře: muži	Muži	Odpovědi v %	Odpovědi respondentů-večeře: ženy	Odpovědi v %
Ano	1	3%	0	0%
Ne	37	97%	47	100%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 60: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – snídaně: muži*



Graf č. 61: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – snídaně: ženy*



Graf č. 62: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd: muži*



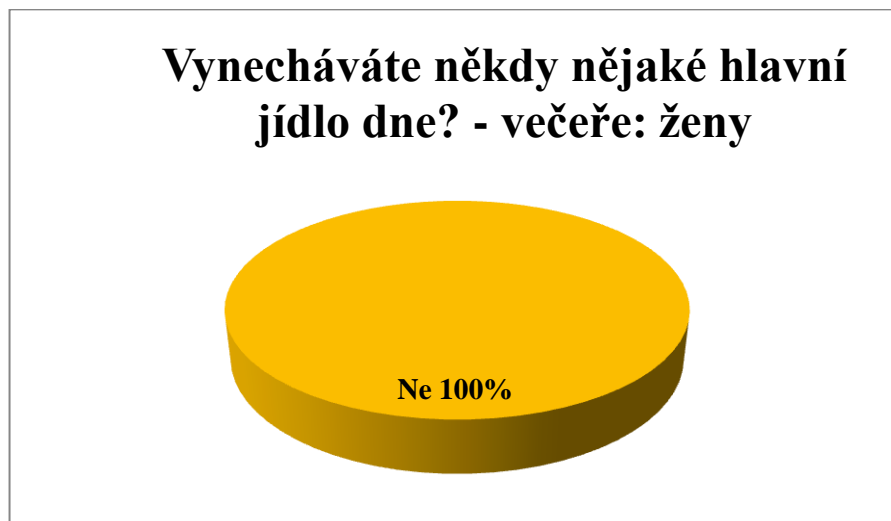
Graf č. 63: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd: ženy*



Graf č. 64: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře: muži*



Graf č. 65: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře: ženy*



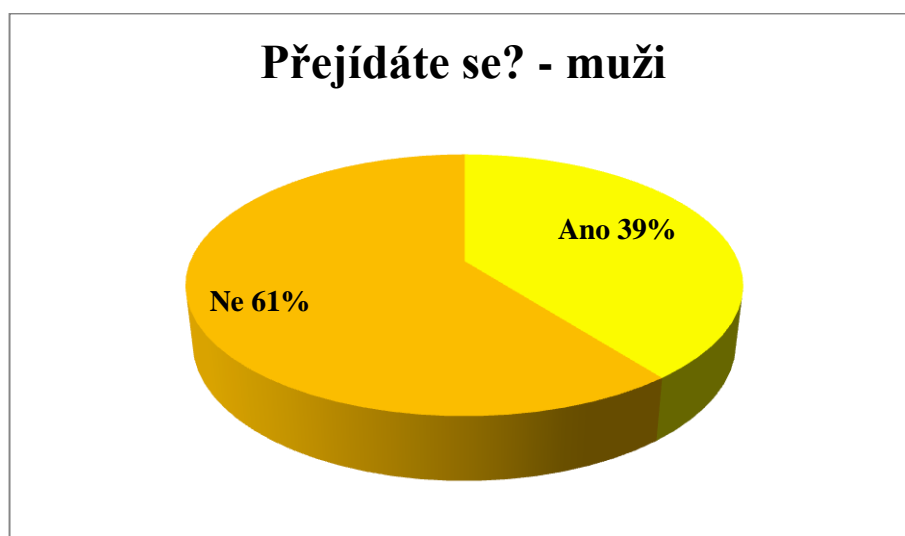
První otázka okruhu Otázky ke stravování zjišťovala, zda respondenti někdy vynechávají nějaké hlavní jídlo dne, tedy snídani, oběd, či večeři. Ze získaných odpovědí respondentů ohledně snídani vyplynulo, že 76% mužů a 45% žen vynechává někdy snídani, zbylých 24% mužů a 55% žen snídani nevynechává. Ze získaných odpovědí respondentů ohledně oběda vyplynulo, že 8% mužů a 19% žen někdy vynechává oběd, kdežto 92% mužů a 81% žen uvádí, že oběd nevynechává. Ze získaných odpovědí respondentů ohledně večeře vyplynulo, že večeři vynechává pouze 3% mužů. Celých 97% mužů a dokonce 100% všech dotazovaných žen uvádí, že večeři nevynechává. Můžeme tedy říci, že jako nejvíce vynechávané hlavní jídlo dne uváděli respondenti snídani, naopak nejméně vynechávaným jídlem se zdá být večeře.

Otázka č. 2: Přejídáte se?

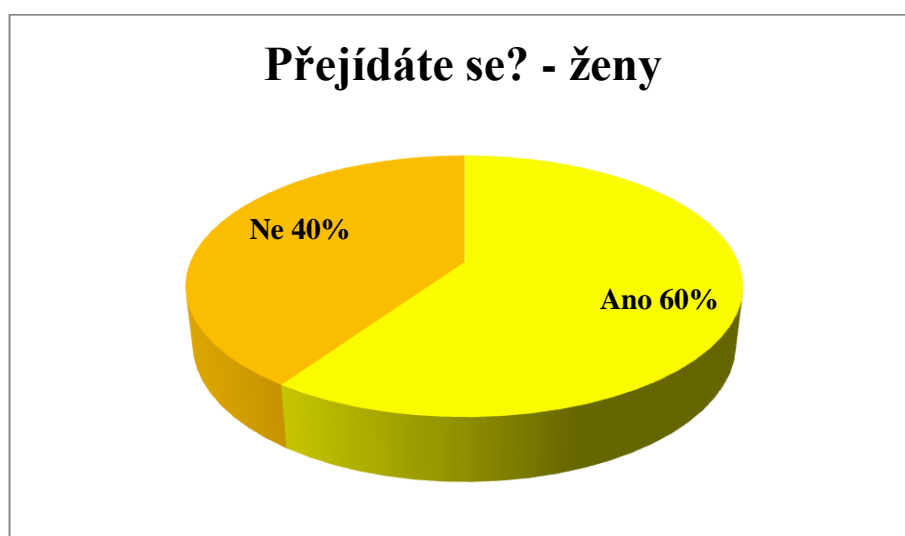
Tabulka č. 34: Přejídáte se?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Ano	15	39%	28	60%
Ne	23	61%	19	40%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 66: Přejídáte se? - odpovědi muži



Graf č. 67: Přejídáte se? – odpovědi ženy



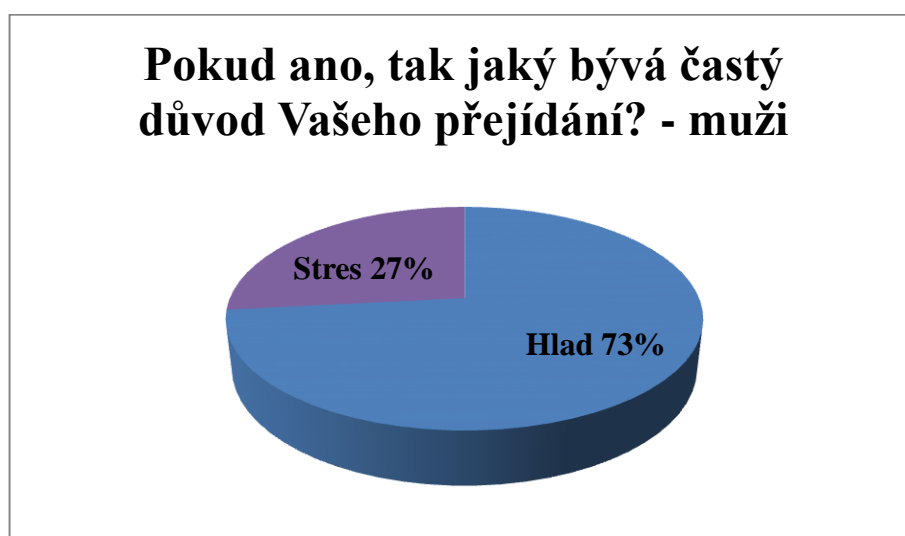
Druhá otázka okruhu Otázky ke stravování se zaměřila na to, zda se respondenti přejídají nebo ne. Ze získaných údajů vyplynulo, že se přejídá 39% mužů a 60% žen. Zbylí respondenti uvedli, že se nepřejídají (nepřejídá se 61% mužů a 40% žen). Podle uvedených odpovědí se tedy přejídají více ženy než muži.

Otázka č. 3: Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času?

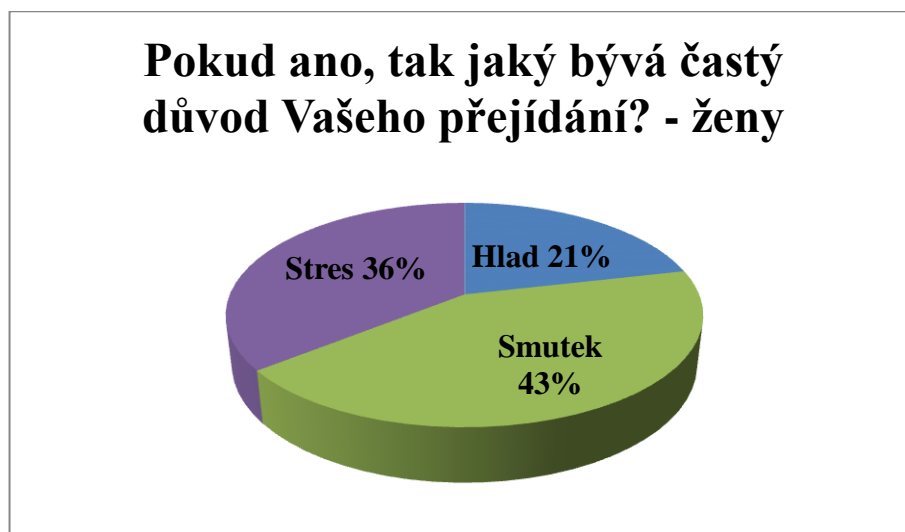
Tabulka č. 35: Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času?

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Hlad	11	73%	6	21%
Nuda, vyplnění volného času	0	0%	0	0%
Smutek	0	0%	12	43%
Stres	4	27%	10	36%
Celkem	15	100%	28	100%

Graf č. 68: Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času? – odpovědi muži



Graf č. 69: *Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času? – odpovědi ženy*



Třetí otázka okruhu Otázky ke stravování měla za cíl zjistit, jaký bývá častý důvod k přejídání se u respondentů (pokud respondenti označili, že se přejídají, na což byli tázáni v předchozí otázce). Jak můžeme vidět z výše uvedené tabulky a grafů, 73% mužů se přejídání nejčastěji z toho důvodu, že mají hlad a 27% mužů se přejídá ze stresu. U žen uvedlo 43% respondentek, že důvodem k jejich přejídání je smutek, pro 36% žen je důvodem k přejídání stres a 21% žen se přejídá, protože mají hlad. Podle odpovědí respondentů se muži nejčastěji přejídají zejména z důvodu hladu nebo stresu, kdežto u žen bývá nejčastějším důvodem k přejídání smutek či stres.

Otázka č. 4: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner?*

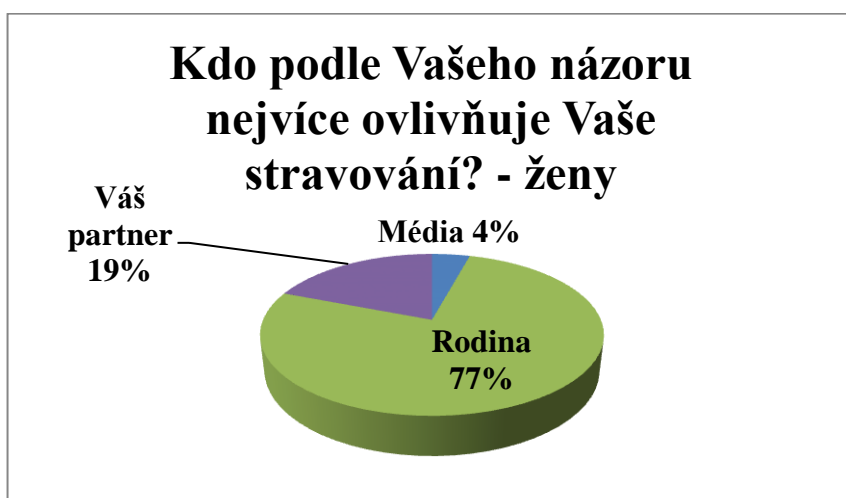
Tabulka č. 36: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner?*

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Média	1	3%	2	4%
Přátelé, známí	0	0%	0	0%
Rodina	22	58%	36	77%
Váš partner	15	39%	9	19%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 70: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner? – odpovědi muži*



Graf č. 71: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner? – odpovědi ženy*



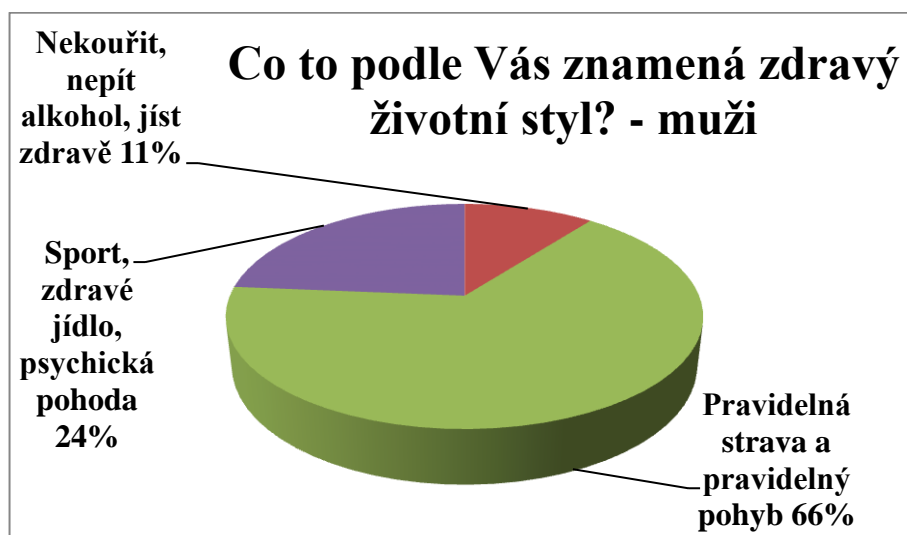
Čtvrtá otázka okruhu Otázky ke stravování zjišťovala, kdo nejvíce ovlivňuje stravování respondentů. Respondenti měli na výběr ze čtyř možností: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že rodina nejvíce ovlivňuje stravování u 58% mužů a 77% žen, partner ovlivňuje stravování u 39% žen a 19% mužů a média ovlivňují stravování pouze u 3% mužů a 4% žen. Odpověď, že stravování nejvíce ovlivňují přátelé či známí, ne zvolil ani jeden z respondentů. U získaných respondentů tedy nejvíce ovlivňuje jejich stravování rodina nebo jejich partner.

Otázka č. 5: Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete.

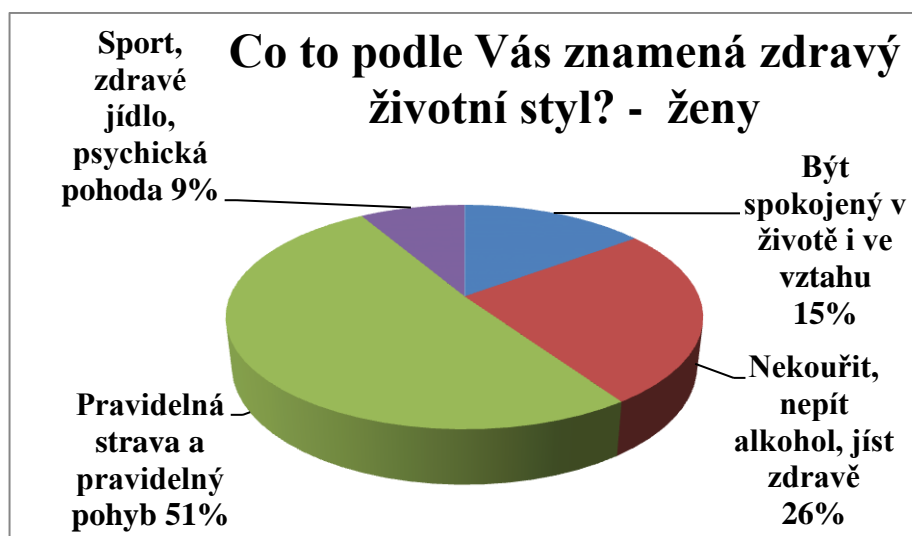
Tabulka č. 37: Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete.

Odpovědi respondentů	Muži	Odpovědi v %	Ženy	Odpovědi v %
Být spokojený v životě i ve vztahu	0	0%	7	15%
Nekouřit, nepít alkohol, jíst zdravě	4	11%	12	26%
Pravidelná strava a pravidelný pohyb	25	66%	24	51%
Sport, zdravé jídlo, psychická pohoda	9	24%	4	9%
Celkem	38	100%	47	100%

Graf č. 72: Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete. - odpovědi muži



Graf č. 73: Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete. – odpovědi ženy



Pátá otázka okruhu Otázky ke stravování měla za cíl zjistit, co to podle respondentů znamená zdravý životní styl. Pro 66% mužů a 51% žen představuje zdravý životní styl pravidelné stravování a pravidelný pohyb, což byla nejčastější odpověď mužů i žen. Další odpovědi u mužů byly, že zdravý životní styl představuje sport, zdravé jídlo a psychickou pohodu (uvádí 24% mužů), nekouřit, nepít alkohol, jíst zdravě (uvádí 11% mužů). Další odpovědi u žen byly, že zdravý životní styl znamená nekouřit, nepít, jíst zdravě (tento názor sdílí 26% žen), být spokojený v životě i ve vztahu (15% žen), sport, zdravé jídlo a psychická pohoda (9% žen). Na rozdíl od mužů, pouze ženy uvedly odpověď – být spokojený v životě i ve vztahu – uvedlo 15% všech žen, kdežto u mužů toto nevedl žádný z nich. Většina respondentů uvedla, že zdravý životní styl pro ně představuje zejména pravidelná stravu a pravidelný pohyb.

Závěr praktického šetření

Praktické šetření se uskutečnilo na celkem 85 respondentech, přičemž 38 z nich tvořili muži a 47 respondentů tvořili ženy. Respondenti byli ve věku 20-40 let, což je podle Vágnerové (2007, s. 11). Stanoveny byly celkem tři hypotézy.

Hypotéza 1 předpokládá, že muži jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy než ženy. Tato hypotéza byla v dotazníku zjišťována prostřednictvím okruhu s názvem Vědomosti o poruchách příjmu potravy. Tento okruh obsahoval celkem 10 otázek. Z uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že:

71% mužů a 96% žen pojem poruchy příjmu potravy zná

Muži se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy prostřednictvím médií (45% mužů), kdežto ženy se poprvé s tímto pojmem setkaly při četbě časopisů (40% žen) a knih (17% žen)

68% mužů je přesvědčeno, že organizace kde se věnují problematice poruch příjmu potravy neexistují, 77% žen je přesvědčeno, že tyto organizace existují, ale neví jaké konkrétně

Muži i ženy jsou obvykle toho názoru, že těmito poruchami může onemocnět žena, muž i dítě (takto odpovědělo 92% mužů a 96% žen)

Muži i ženy jsou obvykle přesvědčeni, že tyto poruchy jsou záležitostí zejména 19. a 20. Století (takto odpovědělo 87% mužů a 83% žen)

Muži i ženy uvedli, že hlavní riziko poruch příjmu potravy spatřují v trvalém poškození zdraví (76% mužů a 74% žen)

Muži by se v rámci pomoci osobě s poruchou příjmu potravy nejčastěji obraceli na psychologa (32% mužů) a ženy by hledaly pomoc prostřednictvím rodiny dotyčného jedince (32% žen)

Podle 61% mužů mohou vést k poruše příjmu potravy psychické problémy, podle 57% žen mohou být příčinou, proč tyto poruchy vznikají, vyhublé modelky

63% mužů uvedlo, že preventivně v rámci poruch příjmu potravy by mohla působit vyšší informovanost, osvěta a 26% mužů uvedlo sport, 62% žen je toho názoru, že nejlepší prevencí by bylo přestat prezentovat vyhublé modelky a 23% žen uvádí, že by pomohlo naučit se být spokojený sám se sebou

Stěžejními otázkami byly zejména otázky, zda muži i ženy znají pojem poruchy příjmu potravy, zda jsou přesvědčeni, že existují organizace, kde se těmito poruchám

věnují, kdo může podle respondentů onemocnět těmito poruchami a jaké je hlavní riziko u poruch příjmu potravy. Jak můžeme vyčíst z výše uvedených údajů, pojem poruchy příjmu potravy zná více žen než mužů, muži jsou obvykle přesvědčeni, že organizace, kde se problematice poruch příjmu potravy věnují, neexistují, muži i ženy jsou toho názoru, že těmito poruchami může onemocnět muž, žena i dítě, muži i ženy jsou přesvědčeni, že hlavním rizikem u těchto poruch je trvalé poškození zdraví.

Hypotéza 1 se potvrdila.

Hypotéza 2 předpokládá, že ženy bývají se svou postavou méně spokojené než muži. Tato hypotéza byla v dotazníku zjišťována prostřednictvím okruhu s názvem Spokojenost s postavou. Tento okruh obsahoval celkem 12 otázek. Z uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že:

96% žen někdy zkoušelo dietu ke snížení své hmotnosti, kdežto 84% mužů dietu nezkoušelo

83% žen se váží 1x za měsíc, 71% mužů se neváží vůbec

96% žen není spokojeno s tvary svého těla, oproti tomu 84% mužů uvádí, že je spokojeno s tvary svého těla

Pro 58% mužů představuje ideální postavu atletická postava, 55% žen vnímá ideální postavu jako postavu vysokou, štíhlou a pevnou

96% žen si přeje zhubnout, oproti tomu 82% mužů uvádí, že zhubnout nechce

100% žen a 97% mužů si nepřeje přibrat

89% žen je přesvědčeno, že nemá ideální postavu, kdežto 71% mužů uvádí, že ideální postavu má

87% mužů a 77% žen neužívá ani neužívalo prostředky ke zhubnutí

55% mužů a 87% žen uvádí, že se jim líbí hodně štíhlá postava

83% žen porovnává svou postavu s postavami osob z médií, kdežto 68% mužů svou postavu takto neporovnává

Pro 87% mužů je důležitá postava u jejich partnera, pro 53% žen postava jejich partnera důležitá není

Podle 81% žen je jejich postava pro jejich partnera důležitá, podle 61% mužů jejich postava není důležitá pro jejich partnera.

Z uvedených odpovědí respondentů můžeme zjistit, že ženy výrazně častěji než muži někdy drží dietu, váží se 1x za měsíc, nejsou spokojeny s tvary svého těla, chtějí zhubnout a nechtějí přibrat, jsou přesvědčeny, že nemají ideální postavu a porovnávají svoji postavu s postavami osob z médií. **Hypotéza 2 se tedy potvrdila.**

Hypotéza 3 předpokládá, že respondenti přisuzují štíhlosti i jiné atributy (např. zdraví, krása,...). Tato hypotéza byla v dotazníku zjišťována prostřednictvím okruhu s názvem Spojení štíhlosti se zdravím a krásou. Tento okruh obsahoval celkem 5 otázek. Z uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že:

Podle 79% mužů a 91% žen znamená ideální postava lehčí život i více výhod

Podle 92% mužů a 96% žen může štíhlost pozitivně ovlivňovat zdraví, podle 87% mužů a 98% žen může štíhlost také pozitivně ovlivňovat kariéru a 71% mužů a 87% žen je přesvědčeno, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat také získání partnera

Podle 76% mužů a 89% žen jsou štíhlí lidé v životě více šťastní než lidé s nadváhou

92% mužů a 91% žen vnímá štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou

95% mužů a 98% žen vnímá štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou.

Z uvedených odpovědí respondentů můžeme vyvodit, že respondenti si skutečně spojují štíhlost i s jinými atributy. Muži i ženy sdílí názor, že ideální postava sebou nese více výhod, že štíhlá postava může ovlivňovat jejich zdraví, kariéru či získání partnera a také jsou toho názoru, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou. Respondenti také vnímají štíhlé jedince jako zdravější a krásnější než jsou jedinci s nadváhou. **Hypotéza 3 se tedy potvrdila.**

Spíše doplňující okruh s názvem Otázky ke stravování, zjišťoval stravovací návyky a představu respondentů o tom, co to znamená zdravý životní styl. Tento okruh obsahoval celkem 5 otázek. Z uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že:

Nejvíce vynechávaným hlavním jídlem dne je snídaně (snídani vynechává 76% mužů a 45% žen), naopak nejméně vynechávaným hlavním jídlem dne je večeře (večeři nevynechává 97% mužů a 100% žen)

Přejídá se 39% mužů a 60% žen, důvodem k přejídání u mužů je nejčastěji hlad (uvedlo 73% mužů) a u žen je to nejčastěji smutek (uvedlo 43% žen)

Podle 58% mužů a 77% žen jejich stravování nejvíce ovlivňuje rodina

Muži i ženy si pod pojmem zdravý životní styl představují nejčastěji pravidelnou stravu a pravidelný pohyb (uvedlo 66% mužů a 51% žen).

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažné nemoci, jejichž úmrtnost bývá uváděna jako nejvyšší ze všech psychických onemocnění, a právě z tohoto důvodu bychom měli věnovat těmto poruchám zvýšenou pozornost a naším cílem by mělo být také vytvoření účinné prevence. Tato práce se zaměřuje především na mentální anorexii a mentální bulimii. Společným znakem obou poruch je zejména touha po štíhlé postavě a chorobná obava z tloušťky. Tyto poruchy mohou ohrožovat ženy, muže a bohužel už i děti. Odborná literatura uvádí, že již 6-ti či 8-mi leté děti mohou být zaujaty svou postavou. Vysoce ohroženou skupinou jsou zejména dospívající dívky a mladé ženy, které v rámci tohoto období zvláště citlivě reagují na proměny svého těla. Jedinci, kteří onemocní poruchou příjmu potravy tvoří velmi heterogenní skupinu a jejich onemocnění může mít odlišný začátek i konec.

Každá kultura a historické období přináší svůj ideál krásy, kterému se chtěli zejména ženy podobat. Různé formy narušeného přijímání potravy jsou známé už z dávné historie. Mentální anorexie a mentální bulimie sice striktně nezačala až s érou dnešních vyhublých modelek a zázračných diet, ale výrazná uniformita v pojetí krásy je spjata s celým 20. stoletím. Významný podíl na vzniku poruch příjmu potravy mohou nést také média, která začala prezentovat ideál krásy dané doby.

Na otázku, co je příčinou poruch příjmu potravy si zatím neumíme odpovědět zcela jednoznačně. Jak uvádí dostupná literatura, obvykle jde o kombinaci různých faktorů. Jako rizikový faktor bývá uváděno například ženské pohlaví, určité charakterové rysy (nízké sebehodnocení, perfekcionismus, nejistota,...apod.), držení diet nebo určitá profese či sportovní odvětví, které mohou zvyšovat riziko těchto poruch (modeling, balet, gymnastika,...apod.). Vliv na vznik poruch příjmu potravy má nesporně i kultura, která preferuje štíhlost. Poruchy příjmu potravy mohou způsobit celou řadu zdravotních komplikací, narušují psychiku, osobní a společenský život nemocného jedince a v nejzávažnějších případech můžou vést také ke smrti.

Léčba poruch příjmu potravy může být velmi zdoluhavá a vyčerpávající pro všechny zúčastněné jedince. Je nutné, aby léčba byla komplexní, musí tedy zahrnovat práci nejen s fyzickými obtížemi, ale také s psychickou nemocného jedince. Naprosto stěžejní bude, zda se nemocný jedinec bude chtít vyléčit, zda bude dostatečně

motivovaný, jinak celý proces nápravy postrádá smysl a selhává. Co se týká prevence těchto nebezpečných poruch, měla by být zacílena nejlépe na celou populaci, ale především by se měla orientovat na děti a na zvláště rizikové skupiny, jimiž jsou dospívající dívky a mladé ženy. Je velice důležité, aby potřebné informace měli nejen děti a studenti ve školách, ale také rodiče těchto dětí a dospívajících a aby existovala provázanost také v rámci médií. Média by mohla výrazně pomoci, pokud by například začala prezentovat nejen bezchybné, mladé, štíhlé, a zdravé jedince, ale také jedince všech věkových kategorií tak, jak skutečně vypadají a i s jejich případnými chybami. Dále by média mohla napomáhat také vyšší informovanosti o těchto poruchách, kdy by se měla zaměřit hlavně na prezentování možných příčin a důsledků těchto poruch. Prevence je zde zcela jistě velmi důležitá, protože počty jedinců s poruchami příjmu potravy rostou a zároveň stále klesá věk, kdy se toto onemocnění vyskytuje.

Cílem této diplomové práce bylo s oporou o odbornou literaturu poskytnout základní informace o poruchách příjmu potravy, se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii, a v rámci praktického šetření zjistit nejen informovanost mladých dospělých v této problematice ale i jejich spokojenost s postavou a názory týkající se spojení štíhlosti i s jinými atributy.

V rámci praktické části bylo realizováno šetření, pro které bylo získáno celkem 85 respondentů (38 mužů a 47 žen) ve věku od 20 – 40 let, kteří odpovídali na stanovené otázky v dotazníku. Dotazník byl rozdělen na celkem tři hlavní okruhy – Vědomosti o poruchách příjmu potravy, Spokojenost s postavou, Spojení štíhlosti se zdravím a krásou, které byly ustanoveny pro tři hypotézy této práce a jeden doplňující okruh, sloužící spíše k dokreslení daného tématu. Hypotéza 1 předpokládala, že muži jsou méně informováni o poruchách příjmu potravy než ženy. Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza 2 předpokládala, že ženy bývají se svou postavou méně spokojené než muži. Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza 3 předpokládala, že respondenti přisuzují štíhlosti i jiné atributy (např. zdraví, krása,...). Tato hypotéza se také potvrdila. Doplňující okruh se zabýval otázkami na stravování respondentů a zjišťoval, co si respondenti představují pod pojmem zdravý životní styl. Z výsledků v rámci tohoto okruhu například vyplynulo, že nejvíce vynechávané hlavní jídlo dne je snídaně, naopak nejméně vynechávané hlavní jídlo dne je večeře. Dále jsme mohli zjistit, že nejvíce ovlivňuje stravování respondentů rodina. Pod pojmem zdravý životní styl si pak respondenti představují zejména pravidelnou stravu a pravidelný pohyb.

Jak můžeme vidět z výše uvedených údajů, stravovací návyky respondentů nejsou ideální a vliv na jejich stravování má zejména rodina. Bylo by žádoucí, aby se děti a dospívající setkávali v rodině i ve škole s informacemi o správné výživě a zdravém životním stylu a v této souvislosti také o poruchách příjmu potravy. Studentům by měli být předkládány informace o poruchách příjmu potravy už v době, kdy se budou zabývat správnou výživou. V rámci školy by pak v ideálním případě mohl působit sociální pedagog, který by studenty provedl zásadami správné výživy, poskytoval by informace o zdravém životním stylu a poruchách příjmu potravy. Právě vhodné stravování a zdravý životní styl by mohli výrazně napomáhat prevenci vzniku poruch příjmu potravy.

Seznam citované literatury:

1. BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003. Diety pro nejčastější choroby, sv. 28. ISBN 80-86015-91-2.
2. CASSUTO, Dominique-Adèle, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.
3. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
4. DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. 1. vyd. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.
5. DVOŘÁKOVÁ, Gabriela. *Rizikové faktory poruch příjmu potravy* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: http://theses.cz/id/dfv008/Gabriela_Dvokov.pdf. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
6. FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
7. FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní mody image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
8. FRAŇKOVÁ, Slávka, DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
10. GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
11. HALL, Lindsey, COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
12. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

13. HSU, L. K. George. *Eating disorders*. New York: The Guilford press, 1990. ISBN 0-89862-401-0.
14. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 80-7067-798-8.
15. KAŇKOVÁ, Kateřina. *Poruchy metabolismu a výživy: vybrané kapitoly z patologické fyziologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3670-2.
16. KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout: jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
17. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
18. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.
19. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
20. MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
21. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
22. MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane. *První kroky z poruch příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.
23. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
24. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
25. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
26. SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-490-3.
27. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd.
Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Seznam další literatury:

1. BOVEY, Shelley. *Zakázané tělo: být tlustý není hřích*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-61-1.
2. CARO, Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. Praha: XYZ, 2011. ISBN 978-80-7388-573-1.
3. COHEN, Jean-Michel. *Román o dietách*. 1. vyd. Praha: Motto, 2013. ISBN 978-80-7246-605-4.
4. HORNBACHER, Marya. *Na dně: Příběh jedné anorexie a bulimie*. Ostrava: Domino, 1998. ISBN 80-86128-25-3.
5. JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé) anorektičky. Anorexie a jak se s ní vyrovnat*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-335-1.
6. OKSANEN, Sofi. *Stalinovy krávy*. Praha: Odeon, 2012. ISBN 978-80-207-1405-3.
7. PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga (Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná nemocnice v Praze), 2012. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: <https://www.proyouth.eu/csfiles/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf>
8. VOMASTEK, Petr. *Z deníku anorektika*. 1. vyd. Praha: Tomáš Houška, 2000. ISBN 80-86065-10-3.
9. WEISSOVÁ, Gabina. *Diagnóza F 50*. Praha: Motto, 2013. ISBN 978-80-7246-599-6.
10. WOOLFOVÁ, Emma. *Jen jedno jablko denně: příběh lásky a uzdravení z anorexie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2818-9.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Pohlaví a počet respondentů

Tabulka č. 2: *Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujete.*

Tabulka č. 3: *Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média, ...)?*

Tabulka č. 4: *Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, 1 jmenujte.*

Tabulka č. 5: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti?*

Tabulka č. 6: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století?*

Tabulka č. 7: *V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů?*

Tabulka č. 8: *Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole? Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...?*

Tabulka č. 9: *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište.*

Tabulka č. 10: *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte.*

Tabulka č. 11: *Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy?*

Tabulka č. 12: *Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost?*

Tabulka č. 13: *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svoji hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně?*

Tabulka č. 14: *Jste spokojeni s tvary svého těla?*

- Tabulka č. 15:** *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište.*
- Tabulka č. 16:** *Přáli byste si zhubnout?*
- Tabulka č. 17:** *Přáli byste si přibrat?*
- Tabulka č. 18:** *Domníváte se, že máte ideální postavu?*
- Tabulka č. 19:** *Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí?*
- Tabulka č. 20:** *Libí se Vám hodně štíhlá postava?*
- Tabulka č. 21:** *Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit, ...)?*
- Tabulka č. 22:** *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera?*
- Tabulka č. 23:** *Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava?*
- Tabulka č. 24:** *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod?*
- Tabulka č. 25:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví?*
- Tabulka č. 26:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru?*
- Tabulka č. 27:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat získání partnera?*
- Tabulka č. 28:** *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?*
- Tabulka č. 29:** *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou?*
- Tabulka č. 30:** *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou?*
- Tabulka č. 31:** *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? - snídaně*
- Tabulka č. 32:** *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd*
- Tabulka č. 33:** *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře*
- Tabulka č. 34:** *Přejídáte se?*
- Tabulka č. 35:** *Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času?*
- Tabulka č. 36:** *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner?*
- Tabulka č. 37:** *Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete.*

Graf č. 1: Pohlaví a počet respondentů – grafické znázornění

Graf č. 2: *Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujte. – odpovědi muži*

Graf č. 3: *Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlíte či vyjmenujte. – odpovědi ženy*

Graf č. 4: *Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média, ...)? - odpovědi muži*

Graf č. 5: *Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média, ...)? – odpovědi ženy*

Graf č. 6: *Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, 1 jmenujte. – odpovědi muži*

Graf č. 7: *Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, 1 jmenujte. – odpovědi ženy*

Graf č. 8: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti? – odpovědi muži*

Graf č. 9: *Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět: 1, převážně ženy, 2, ženy i muži, 3, ženy, muži i děti? – odpovědi ženy*

Graf č. 10: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století? – odpovědi muži*

Graf č. 11: *Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století? – odpovědi ženy*

Graf č. 12: *V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů? - odpovědi muži*

Graf č. 13: *V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy: 1, úmrtí, 2, trvalé poškození zdraví (např. neplodnost, ... apod.), 3, narušení sociálních kontaktů, vztahů? – odpovědi ženy*

Graf č. 14: *Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole? Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...? – odpovědi muži*

- Graf č. 15:** *Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole? Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...? – odpovědi ženy*
- Graf č. 16:** *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište. – odpovědi muži*
- Graf č. 17:** *Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište. – odpovědi ženy*
- Graf č. 18:** *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte. – odpovědi muži*
- Graf č. 19:** *Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte. – odpovědi ženy*
- Graf č. 20:** *Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy? – odpovědi muži*
- Graf 21:** *Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy? – odpovědi ženy*
- Graf č. 22:** *Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost? – odpovědi muži*
- Graf č. 23:** *Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost? – odpovědi ženy*
- Graf č. 24:** *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svoji hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně? – odpovědi muži*
- Graf č. 25:** *Jak často se vážíte ve snaze zjistit svoji hmotnost: 1, vůbec se nevážíte, 2, 1x za měsíc, 3, 1x za týden, 4, 1x denně? – odpovědi ženy*
- Graf č. 26:** *Jste spokojeni s tvary svého těla? – odpovědi muži*
- Graf č. 27:** *Jste spokojeni s tvary svého těla? – odpovědi ženy*
- Graf č. 28:** *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište. – odpovědi muži*
- Graf č. 29:** *Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište. – odpovědi ženy*
- Graf č. 30:** *Přáli byste si zhubnout? – odpovědi muži*
- Graf č. 31:** *Přáli byste si zhubnout? – odpovědi ženy*
- Graf č. 32:** *Přáli byste si přibrat? – odpovědi muži*
- Graf č. 33:** *Přáli byste si přibrat? – odpovědi ženy*

- Graf č. 34:** *Domníváte se, že máte ideální postavu? – odpovědi muži*
- Graf č. 35:** *Domníváte se, že máte ideální postavu? – odpovědi ženy*
- Graf č. 36:** *Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí? – odpovědi muži*
- Graf č. 37:** *Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí? – odpovědi ženy*
- Graf č. 38:** *Líbí se Vám hodně štíhlá postava? – odpovědi muži*
- Graf č. 39:** *Líbí se Vám hodně štíhlá postava? – odpovědi ženy*
- Graf č. 40:** *Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit, ...)? – odpovědi muži*
- Graf č. 41:** *Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit, ...)? – odpovědi ženy*
- Graf č. 42:** *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera? – odpovědi muži*
- Graf č. 43:** *Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera? – odpovědi ženy*
- Graf č. 44:** *Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava? – odpovědi muži*
- Graf č. 45:** *Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava? – odpovědi ženy*
- Graf č. 46:** *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod? – odpovědi muži*
- Graf č. 47:** *Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod? – odpovědi ženy*
- Graf č. 48:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví? – odpovědi muži*
- Graf č. 49:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru? – odpovědi muži*
- Graf č. 50:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat získání partnera? – odpovědi muži*
- Graf č. 51:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví? – odpovědi ženy*
- Graf č. 52:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaši kariéru? – odpovědi ženy*
- Graf č. 53:** *Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat získání partnera? – odpovědi ženy*

Graf č. 54: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou? – odpovědi muži*

Graf č. 55: *Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou? – odpovědi ženy*

Graf č. 56: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou? – odpovědi muži*

Graf č. 57: *Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou? – odpovědi ženy*

Graf č. 58: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou? – odpovědi muži*

Graf č. 59: *Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou? – odpovědi ženy*

Graf č. 60: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – snídaně: muži*

Graf č. 61: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – snídaně: ženy*

Graf č. 62: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd: muži*

Graf č. 63: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – oběd: ženy*

Graf č. 64: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře: muži*

Graf č. 65: *Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne? – večeře: ženy*

Graf č. 66: *Přejídáte se? - odpovědi muži*

Graf č. 67: *Přejídáte se? – odpovědi ženy*

Graf č. 68: *Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času? – odpovědi muži*

Graf č. 69: *Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání: 1, stres, 2, smutek, 3, hlad, 4, nuda, vyplnění volného času? – odpovědi ženy*

Graf č. 70: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner? – odpovědi muži*

Graf č. 71: *Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování: 1, rodina, 2, média, 3, přátelé, známí, 4, Váš partner? – odpovědi ženy*

Graf č. 72: *Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete. - odpovědi muži*

Graf č. 73: *Co to podle Vás znamená zdravý životní styl? Stručně vysvětlete. – odpovědi ženy*

Příloha A – Vzor dotazníku

Vážený respondente,

Tento dotazník je součástí mé diplomové práce s názvem Informovanost o poruchách příjmu potravy. Jsem studentka Univerzity Hradec Králové, kde studuji navazující magisterský obor Sociální pedagogika.

Laskavě Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a informace budou použity pouze pro tento výzkum.

Za uvedené odpovědi předem děkuji,

Bc. Nikol Pourová.

Dotazník

Správnou odpověď označte prosím křížkem. U uzavřených otázek (tj. otázky, kde máte na výběr co zaškrtnout) označte pouze jednu odpověď. U některých otázek je třeba stručné vysvětlení či vyjmenování.

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Věk:

.....

Vědomosti o PPP:

1. Víte, co to znamená pojem poruchy příjmu potravy? Pokud ano, stručně vysvětlete či vyjmenujte.

2. Odkud jste se poprvé dozvěděly o poruchách příjmu potravy (jaký zdroj – rodiče, přátelé, kniha, škola, média,...)?

3. Myslíte si, že existují organizace, které se problematice poruch příjmu potravy věnují? Pokud ano, 1 jmenujte.

4. Myslíte si, že poruchou příjmu potravy mohou onemocnět:
 - Převážně ženy
 - Ženy i muži
 - Ženy, muži i děti

5. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí zejména 19. -20. století?
- ANO
 - NE
6. V čem spatřujete hlavní rizika u poruch příjmu potravy?
- Úmrtí
 - Trvalé poškození zdraví (např. neplodnost,...apod.)
 - Narušení sociálních kontaktů, vztahů
7. Setkali jste se někdy s problematikou poruch příjmu potravy ve škole? Pokud ano, jakou formou – beseda, informace na nástěnce, ...?
8. Pokud byste se ve vašem životě setkali s člověkem, který podle Vás trpí poruchou příjmu potravy, jak byste se zachovali, na koho byste se obrátili, kde byste hledali pomoc? Stručně popište.
9. Co může podle Vás vést k tomu, že člověk onemocní poruchou příjmu potravy (jaká příčina)? Jmenujte.
10. Co by podle Vás mohlo působit preventivně a předcházet poruchám příjmu potravy?

Spokojenost s postavou:

1. Zkoušeli jste někdy dietu, abyste snížili svoji hmotnost?
- ANO
 - NE

2. Jak často se vážíte ve snaze zjistit svojí hmotnost?
- Vůbec se nevážíte
 - 1x za měsíc
 - 1x za týden
 - 1x denně
3. Jste spokojeni s tvary svého těla?
- ANO
 - NE
4. Jak podle Vás vypadá ideální postava? Stručně popište.
5. Přáli byste si zhubnout?
- ANO
 - NE
6. Přáli byste si přibrat?
- ANO
 - NE
7. Domníváte se, že máte ideální postavu?
- ANO
 - NE
8. Užívali jste (či užíváte) prostředky ke zhubnutí?
- ANO
 - NE
9. Líbí se Vám hodně štíhlá postava?
- ANO
 - NE

10. Porovnáváte svoji postavu s postavou různých osob z médií (modelů/modelek, herců/hereček, celebrit,...)?

- ANO
- NE

11. Je pro Vás důležitá postava u Vašeho partnera?

- ANO
- NE

12. Je pro Vašeho partnera důležitá Vaše postava?

- ANO
- NE

Spojení štíhlosti se zdravím a krásou:

1. Jste přesvědčeni, že ideální postava znamená lehčí život a více výhod?

- ANO
- NE

2. Jste toho názoru, že štíhlost může pozitivně ovlivňovat Vaše zdraví, kariéru, získání partnera?

	ANO	NE
Zdraví		
Kariéru		
Získání partnera		

3. Myslíte si, že štíhlí lidé jsou v životě více šťastní než lidé s nadváhou?

- ANO
- NE

4. Vnímáte štíhlé lidi jako zdravější než lidi s nadváhou?

- ANO
- NE

5. Vnímáte štíhlé lidi jako krásnější než lidi s nadváhou?

- ANO
- NE

Otázky ke stravování:

1. Vynecháváte někdy nějaké hlavní jídlo dne (snídaně, oběd, večeře)?

	ANO	NE
Snídaně		
Oběd		
Večeře		

2. Přejídáte se?

- ANO
- NE

3. Pokud ano, tak jaký bývá častý důvod Vašeho přejídání?

- Stres
- Smutek
- Hlad
- Nuda, vyplnění volného času

4. Kdo podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje Vaše stravování?

- Rodina
- Média
- Přátelé, známí
- Váš partner

5. Co to podle Vás znamená zdravý život styl? Stručně popište.