

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY: RIZIKA A
INFORMOVANOST U DOSPÍVAJÍCÍCH DĚTÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Natálie Korandová, DiS.

Specializace v pedagogice, obor Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Michal Svoboda, Ph.D.

Plzeň, 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, dne 30. dubna 2019

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Michalu Svobodovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, podnětné a cenné rady.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Natálie KORANDOVÁ**
Osobní číslo: **P16B0275P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Výchova ke zdraví**
Název tématu: **Poruchy příjmu potravy: rizika a informovanost
u dospívajících dětí**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

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

1. Prostudování literatury
2. Analýza a komparace odborných informací
3. Stanovení cíle bakalářské práce
4. Vypracování osnovy
5. Zpracování bakalářské práce, teoreticko-výzkumný charakter
6. Praktické závěry a doporučení pro praxi

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: 30 - 50 normostran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7.
2. KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X.
3. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
4. FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. Jídlo v životě dítěte a adolumenta: teorie, výzkum, praxe. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-80-246-2247-7.
5. KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

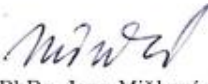
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D.
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: 15. června 2018

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2019


RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.
děkan




Doc. PhDr. Jana Mišková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 25. září 2018

OBSAH

ÚVOD.....	2
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	3
1.1 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	4
1.2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE.....	7
1.3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	8
1.4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A HISTORIE	11
1.4.1 Historické pozadí mentální anorexie	12
1.4.2 Historické pozadí mentální bulimie	13
1.5 RIZIKOVÉ DETERMINANTY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
1.5.1 Individuální rizikové determinanty	14
1.5.2 Sociokulturní rizikové determinanty	16
1.5.3 Biologické rizikové determinanty	17
1.5.4 Rodinné rizikové determinanty	19
1.6 LÉČBA A TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	20
1.7 PREVENCE ANEB LZE PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY PŘEDEJÍT?.....	26
2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH DĚTÍ.....	30
2.1 CÍL VÝZKUMU	30
2.1.1 Výzkumný problém	30
2.1.2 Výzkumné otázky	30
2.1.3 Dotazníkové šetření	31
2.1.4 Charakteristika výzkumného souboru	31
2.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	32
2.3 DISKUZE	45
ZÁVĚR	50
RESUMÉ	51
SEZNAM LITERATURY	53
SEZNAM TABULEK	55
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Poruchy příjmu potravy: rizika a informovanost u dospívajících dětí.“ Dané téma je mi velice blízké, protože jsem absolvovala vyšší odbornou školu, obor nutriční terapie. Myslím si, že závažnost poruch příjmu potravy je často podceňována a bagatelizována, přestože se jedná o velmi závažné onemocnění. Snad proto má výskyt tohoto onemocnění u dospívajících stále vzestupnou tendenci. Kde hledat příčiny? Mohou být tyto nejzáhadnější a nejhůře uchopitelné psychiatrické diagnózy vyléčeny? Lze jim předejít? Na tyto a mnoho dalších otázek se pokusím v této bakalářské práci odpovědět.

V současné době se problematice poruch příjmu potravy věnuje stále více odborníků a mezi nejznámější z České republiky patří například Krch (2005), Papežová (2010, 2012) a Marádová (2007), které budu v této práci často citovat.

Cílem práce je nabídnout stručný přehled ověřených informací o poruchách příjmu potravy a zároveň informovat veřejnost o nebezpečnosti těchto nemocí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení poruch příjmu potravy. Zabývá se charakteristikou jednotlivých typů poruch příjmu potravy, především mentální anorexií a mentální bulimií, jejich historií a zmíněny jsou také atypické a nespecifické formy. Věnuje se možným příčinám, vlivu rodiny, školy, vrstevnických skupin a médií. Dále se zaměřuje na možnosti léčby a terapie jako je hospitalizace, ambulantní lékařská péče, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, farmakoterapie a svépomoc. Poslední část je zaměřena na prevenci a v závěru teoretické části práce uvádím několik organizací, které se poruchami příjmu potravy zabývají.

V praktické části je veden výzkum pomocí dotazníkového šetření. Do výzkumu jsou zapojeny pubescentní dívky a chlapci ve věku od 11 do 15 let a adolescentní dívky a chlapci od 16 do 19 let. Cílem výzkumu je zjistit úroveň informovanosti dospívajících dětí o pojmech souvisejících s poruchami příjmu potravy a současně zjistit, jak vnímají své tělo, jaké mají stravovací návyky a zda by dokázali poskytnout pomoc lidem s touto poruchou. Dílčím cílem je porovnat míru informovanosti vzhledem k pohlaví a věku.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V dnešních rozvinutých zemích jsme neustále pod tlakem různých módních diet, reklam a médií. V běžném životě se v množství informací, jak bychom měli správně jíst, ztrácíme a tápeme. Zapomínáme na to, jak jíst normálně a bez diet. Informace o tom jak správně jíst a varování před riziky spojenými s držením diet by měli už dnes být součástí osnov všech základních a středních škol. Neměli by být seznámeni jen studenti, ale také rodiče, učitelé, trenéři, lékaři i média. Měli by znát symptomy, příčiny a následky poruch příjmu potravy a také jak je včas rozpoznat a zasáhnout (Novák, 2010, s. 59).

Příjem potravy je nezbytnou součástí života. Jídlo je jednou z podmínek somatického a psychického zdraví a nenahraditelným zdrojem základních živin (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 263). O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, kdy jídlo pro člověka přestává být jednou z normálních součástí života. Pomocí jídla se snaží ulevit svým pocitům v náročné životní situaci. To znamená, že se tak stává hrozbou a peklem ovládajícím jeho život (Papežová, 2012, s. 10-11). Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná primárně duševní onemocnění. Jde o nemoc zahrnující změny v oblasti psychické i somatické a někteří autoři ji zařazují mezi tzv. civilizační choroby.

Výskyt poruch příjmu potravy stále roste. Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejzávažnějších a nejčastějších onemocnění žen a dospívajících. Působí dlouhodobé obtíže nejen nemocným, ale i jejich sociálnímu okolí. Nevhodnými stravovacími návyky, nespokojeností se svým vzhledem a strachem z tloušťky, dnes trpí spousta žen i mužů.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10¹) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (dále jen DSM-IV) Americké psychiatrické asociace se pod pojem poruch příjmu potravy řadí dva nejrozšířenější a veřejností nejznámější syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie (Krch, 2005, s. 15). „*Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy nutričního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené s tzv. pročišťováním (projímadla, diuretika a především zvracení) nebo hladověním*“ (Marádová, 2007, s. 6). Obě tyto poruchy si jsou velmi podobné. U obou poruch mají nemocné strach o svůj vzhled a tělesnou hmotnost a strach z tloušťky. Je pro ně také typické manipulativní zacházení s jídlem. Mají nízké seběvědomí a sociální problémy. Značný rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. Podle některých autorů se zhruba u jedné třetiny

¹ Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí

anorektiček časem rozvine mentální bulimie (Krch, 2005). Podle literatury se uvádí, že až 50 % anorektiček přejde do mentální bulimie, a téměř 100 % pacientek trpících bulimií uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu anorexie (Novák, 2010, s. 12).

Nemocní s poruchami příjmu potravy zahrnují různorodou skupinu s různým průběhem nemoci. Na vzniku a rozvoji se podílí celá řada faktorů. Mentální anorexie se nejčastěji rozvíjí ve věku od 13 až 20 let a mentální bulimie mezi 16 až 25 lety. Přestože se rozvoj poruchy pohybuje ve velkém věkovém rozmezí, tak nejvíce postiženou skupinou jsou adolescenti. V posledních letech počet případů s poruchami příjmu potravy narůstá, zejména kvůli zlepšené diagnostice, ale především kvůli kampaním bojujícím za štíhlou linii (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 260). S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývá také stále více pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria pro tyto dvě poruchy. Řadí se mezi atypické, subklinické nebo jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Krch, 2005, s. 15). Pokud se člověk nutkavě zaobírá myšlenkami, které souvisí s jeho vzhledem, váhou, postavou, dietou nebo jídlem, pravděpodobně budou jeho stravovací návyky problematické (Hall, Cohn, 2003, s. 35).

1.1 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti“ (Krch a kol., 1999, s. 14). Z pohledu Krcha (2010) je velmi těžké rozhodnout, kde začíná mentální anorexie a končí redukční dieta, protože dieta může být zaměněna se zdravou výživou nebo stejně jedí lidé v okolí. Anorexie patří mezi vážné duševní nemoci a řadíme ji do spektra poruch příjmu potravy. Dle Papežové (2010) se vyskytuje v 90-95 % u mladých žen a dívek, tedy nejohroženější skupinou jsou ženy ve věku 15-25 let. Není výjimkou, že mohou onemocnět i dospělé ženy, muži i chlapci. Pro nemocné je velmi obtížné udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost a nárůst váhy je pro ně nepředstavitelný. I přesto, že odmítají jíst je pro ně charakteristický zvýšený zájem o jídlo a neustále na něj myslí. Sbírají různé recepty a rádi vaří pro druhé (Marádová, 2007, s. 7). Často propukne v reakci na nějakou životní událost či situaci, kterou jedinec neumí přijmout nebo se sní vyrovnat (úmrtí blízké osoby, rozvod rodičů, přechod na jinou školu, nespokojenost s vlastním vzhledem, alkoholismus nebo drogy v rodině a další) (Papežová, 2017, s. 8-11).

U osob trpících mentální anorexií vede větší ztráta hmotnosti k nepoměru hodnot, které jsou z hlediska jejich věku a celkovému vzrůstu považovány za zdravé a bezpečné. Mají chorobný strach z přibírání na váze a touží po extrémní štíhlosti. Za ideální váhu

považují takovou, která je pod předpokládanou dolní hranicí vzhledem k jejich výšce. V dnešní době se k měření tělesného indexu nejčastěji používá BMI², vycházející pouze z váhy a výšky, který můžeme vypočítat dle vzorce: $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška (m)}^2$. Dle Světové zdravotnické organizace se u zdravého jedince hodnota BMI pohybuje v rozmezí od 18,5-24,9. U pacientek s mentální anorexií tato hodnota klesá pod 17,5 (www.medlicker.com).

Pacientky svou váhu snižují různými způsoby. V důsledku toho drží nové a drastické diety nebo odmítají jíst. Snaží se redukovat svoji váhu pomocí intenzivního cvičení (zvyšování energetického výdeje), užívají různé dietní přípravky, projímadla, diuretika a mohou i zvracet (Papežová, 2017, s. 8). Je to nekonečný boj chuti a hladu. Snaží se nacházet potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se a zhubnout (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 8).

MKN-10 uvádí mentální anorexii pod kódovým označením F50.0. Sestavila pro klinickou praxi několik diagnostických kritérií, podle kterých lze mentální anorexii rozpoznat:

1. Aktivní udržování tělesné hmotnosti nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI je 17,5 a nižší. U dětí chybí očekávaný přírůstek hmotnosti.
2. Nemocný se vyhýbá pokrmům, po kterých si myslí, že ztloustne. Nadměrně cvičí, vyvolává zvracení, užívá anorektika³, laxativa⁴ nebo diuretika⁵, což vede ke snížení hmotnosti.
3. Zkreslená představa o vlatním těle a přetrvávající obava z tloušťky, která je vede k velmi nízké, pro ně optimální nebo cílové hmotnosti.
4. U žen dochází k poruše menstruačního cyklu a u mužů ke ztrátě sexuální zájmu a k potenci. Vše je zapříčiněno rozsáhlou endokrinní poruchou, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu.
5. Pokud onemocnění propukne před pubertou, tak jsou projevy puberty opožděny. U dívek se nedostaví první menstruace, zastavuje se růst a nevyvíjejí se prsa. U hochů zůstávají dětské genitály (Krch, 2005, s. 16-17).

² Body Mass Index (BMI) – jde o vzorec, jehož výpočet slouží jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity. Statisticky porovnává tělesné hmotnosti lidí s různou výškou.

³ Látky potlačující chuť k jídlu

⁴ Projímadla

⁵ Látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus

Pro výzkum, kde se spíše používá DSM-IV Americké psychiatrické asociace jsou diagnostická kritéria pro mentální anorexii popsána takto:

1. „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 tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku) " (Krch, 2005, s. 17).
2. „Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé" (Krch, 2005, s. 17).
3. „Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti" (Krch, 2005, s. 17).
4. „U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru)" (Krch, 2005, s. 17).

V DSM-IV je mentální anorexie dále rozdělena na dva specifické typy. Prvním typem je nebulimický (restriktivní) typ, kdy u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Hubnou výhradně prostřednictvím diet, cvičení a hladovění. Druhým typem je bulimický (purgativní) typ. Pro tuto formu je typické záchvatovité přejídání, kdy se poté snaží zkonsumované potraviny nějakým způsobem zbavit. Pacienti nadměrně cvičí nebo zvrací (Krch a kol., 1999, s. 15).

Dle Marádové (2007) lze diagnostická kritéria MKN-10 i DSM-IV Americké psychiatrické asociace shrnout do tří základních bodů:

1. „aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti"
2. „strach z tloušťky, který trvá i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost"
3. „amenorea u žen" (Marádová, 2007, s. 7).

Velmi důležitým faktorem při stanovení diagnózy mentální anorexie je vyloučení přítomnosti duševního nebo somatického onemocnění, které by mohlo způsobit nechutenství nebo nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje

například u depresivních poruch, nádorového onemocnění, toxikomanů⁶ nebo alkoholiků (Krch, 2005, s. 17-18).

1.2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“ (Marádová, 2007, s. 8). Podobně jako anorexie je bulimie další dobře známou poruchou příjmu potravy. I přes odlišnost některých vyhublých anorektiček jsou si tyto poruchy velmi podobné a mohou přecházet jedna v druhou (Krch, 2005, s. 18). Stejně jako u anorexie se bulimie vyskutekuje nejčastěji u mladých dívek nebo dospívajících. Na rozdíl od anorexie není pro bulimii typický větší váhový úbytek. Obvykle na bulimičce není nic nápadného, protože se hmotnost pohybuje v normálních hodnotách, ba naopak mají mírnou nadváhu (Hall, Cohn, 2003, s. 9). Nemocní často necítí běžný hlad, pocit, který by je donutil v klidu sníst snídani, oběd či večeři, ale trpí emocionálním hladem. Hladem, ve kterém hledají porozumění, pochopení, lásku, protože se cítí nešťastně a frustrovaně (Hall, Cohn, 2003, s. 2-3).

Posedlost jídlem spočívá v konzumaci velkého množství jídla v relativně krátké době (cca 2 hodiny). Jedinec má při epizodě záchvatovitěho přejídání pocit, že se nemůže ovládat ani přestat jídlo konzumovat. Trvá to tak dlouho, dokud nedokáže přijmout už žádný pokrm. Následuje pocit viny z množství snědeného jídla a jedinec hledá kompenzaci v podobě nadměrného cvičení či zvracení. Bulimici často konzumují i potraviny, které běžně vůbec nejí. Množství snědeného jídla se u jednotlivců velmi liší. Za typické přejídání považujeme především konzumaci velkého množství jídla bohatého na cukry a tuky. Energetická hodnota jídla snědeného během jedné epizody se obvykle pohybuje mezi 1500 až 3000 kaloriemi (Cooper, 1995, s. 20-24). *„Lidé trpící bulimií jsou k sobě i druhým obvykle příliš kritičtí, je pro ně obtížné verbálně vyjádřit pocity, mají strach z kritiky, vyhýbají se neshodám a mají nízké sebehodnocení“* (Hall, Cohn, 2003, s. 7). Hall a Cohn (2003) ve své knize uvádí, že drtivá většina lidí, kteří trpí záchvaty přejídání svou poruchu tají. Zpravidla se jedná o jakousi formu úniku před nejrůznějšími problémy. Přejídání jim pomáhá zaplnit volný čas a odvádějí tak pozornost od problémů, stresu a emoční zátěže. Před epizodou se často cítí bezcenní, zoufalí a bezmocní a vyprázdnění pak představuje určitou směsicí pocitů úlevy, odhodlání, znechucení, vyčerpání a bezpečí. Po každém

⁶ Člověk závislý na drogách

cyklu si často dávají předsevzetí, že to bylo naposled. Jedinec si uvědomuje, že mu jeho chování ovlivňuje život a stydí se za to. Často také uvádí, že se cítí jako rozdvojená osobnost, kdy jedna chce přejídání a zvracení zanechat a druhá chce přesný opak. Spotřeba jídla je pro některé jedince finančně náročnější, proto existují také případy, kdy byli schopni ukrást jídlo nebo dokonce vybírat odpadky.

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii dle MKN-10 (F 50.2) a DSM-IV Americké psychiatrické asociace lze shrnout do následujících základních znaků:

1. Nejméně dvakrát do týdne a v průběhu tří měsíců se střídají epizody přejídání, při nichž je konzumováno velké množství potravin v krátkém časovém intervalu.
2. Impulzivní, neovladatelná a neodolatelná touha po jídle. Vtíravé myšlenky na jídlo.
3. Pocit přílišné obavy z tloušťky, kdy pacient usiluje o nižší než přiměřenou hmotnost
4. Často bulimii předchází epizoda anorexie nebo období intenzivnějšího se omezování v jídle.
5. Opakovaná kompenzace přejídání v podobě vyprovokovaného zvracení, užívání léků typu anorektik, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, diabetici se mohou také snažit přerušit léčbu inzulínem (Marádová, 2007, s. 8; Krch, 2005, s. 19).

Stejně jako u mentální anorexie Krch (2005) ve své knize uvádí dva specifické typy mentální bulimie:

- *„Purgativní typ. Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.“*
- *„Nepurgativní typ. Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody“ (Krch, 2005, s. 19).*

1.3 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy, přibývá i pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. Tato kategorie se často přehlíží a vyskytuje se i méně informací. MKN-10 uvádí diagnózy atypických poruch mentální anorexie (F50.1) a mentální bulimie (F50.3), kde chybí jeden nebo více základních rysů a uvádí se, že u některých pacientů dojde k rozvoji kompletních příznaků. Například se můžeme setkat

s tím, že u pacientky s velmi nízkou tělesnou hmotností nechybí pravidelná menstruace (Krch, 2005, s. 21).

V DSM-IV jsou shrnuty jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified - EDNOS). Na rozdíl od MKN-10 zde nejsou rozlišeny atypické poruchy mentální anorexie a mentální bulimie. Do této kategorie můžeme zahrnout případy, kdy pacientka má pravidelný menstruační cyklus a jsou naplněna všechna diagnostická kritéria mentální anorexie. Došlo k výraznému snížení hmotnosti, ale tělesná hmotnost ještě spadá do normálního rozmezí. Jsou také splněna diagnostická kritéria mentální bulimie, ale záchvaty přejídání nejsou tak časté a jedinec jídlo jen žvýká a následně vyplivne velké množství jídla bez polykání. Psychogenní přejídání bez kompenzačních mechanismů charakteristických pro mentální bulimii. U všech atypických forem je důležitá včasná intervence a je důležité také zdůraznit, že terapie se neliší od typických forem poruch příjmu potravy (Papežová, 2010, s. 127).

Pod EDNOS se dále řadí syndrom nočního přejídání, pro který je typické noční přejídání, nespavost a večerní anorexie. Patří mezi poruchy, které jsou vyvolané vnějšími vlivy. Hovoří se také o tom, že je tato porucha spojena s depresemi nebo životním stresem. Noční jedlíci přijímají až o 500 kalorií více než normální lidé, takže se při delším trvání může zvyšovat riziko obezity. Nemocní si často stěžují, že nejsou schopni dále usnout bez příjmu potravin nebo nápojů a nemohou přestat. Jelikož více než 35% z celkové energetické denní dávky konzumují v noci, tak se u nich ráno objevuje nechutenství (Krch, 2005, s. 21).

V poslední době je věnována velká pozornost problematice psychogenního přejídání. Uvádí se, že nejčastěji až v 85% postihuje ženy staršího věku, ale může se prakticky rozvinout u kohokoliv v jakémkoliv věku. Osoby, kteří trpí záchvatovitým přejídáním zkonsumují velké množství jídla, i když nemají hlad a bez kompenzačního chování. Nemocní nemohou přestat jíst a následně je doprovází nepříjemné pocity z přejedení, ale většinou nezvrací. Tato porucha velmi často souvisí s obezitou. Uvádí se, že zhruba čtvrtina obézních, kteří vyhledali odbornou pomoc měli také podobné problémy. Avšak většina odborníků doporučuje věnovat se této problematice spíše v širším kontextu. Jen tělesná hmotnost není určující faktor. Problémem je vztah k jídlu. U každého obézního člověka nemusí docházet k záchvatovitému přejídání a naopak hubení lidé mohou mít nutkavý vztah k jídlu. Postižení mohou držet přísné diety, intenzivně cvičit, protože se cítí provinile kvůli své váze, proto se často jejich blízké okolí nemusí o jejich problému vůbec

dozvědět. Záchvatovité přejídání většinou vzniká v důsledku stresu či úzkosti. Postižená osoba se celý den zabývá jídlem a také do něj promítá své pocity (vina, strach, potěšení). Nemocní mají smíšené pocity, protože se na jídlo těší a zároveň mají obavy ze ztráty kontroly a přejedení. Dle klasifikace DSM-IV k přejídání dochází zhruba dvakrát týdně po dobu alespoň půl roku, bez kompenzačního chování (zvracení, užívání léků) (Papežová, 2010, s. 127-128; viscojis, © 2016). Pro diagnózu je podle Krcha (2005) nutné splnit alespoň tři z následujících charakteristik:

1. člověk konzumuje jídlo mnohem rychleji,
2. prožívá nepříjemné pocity plnosti z přejedení,
3. konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu,
4. pocity studu a osamělá konzumace,
5. pocity viny, znechucení a deprese (Krch, 2005, s. 22).

Již méně známou atypickou poruchou je Adonisův komplex, synonymem také bigorexie, dysmorfofobie nebo obrácená anorexie. Je to psychická porucha, pro kterou je typické zkreslené vnímání vlastního těla. Jedinec se neustále zabývá myšlenkou, že jeho svaly nejsou dostatečně veliké. Postižený nereálně usiluje o zvýšení výkonnosti pomocí excesivního cvičení a zneužíváním steroidních hormonů na podporu růstu svalové hmoty, i přestože má psychické a fyzické následky. Tyto charakteristiky postupně vedou k sociální a pracovní izolaci. Na rozdíl od anorexie a bulimie, kterou trpí převážně ženy, tato diagnóza postihuje muže, především sportovce, kteří kompulzivně cvičí. Některé výzkumy ukazují, že muži s Adonisovým komplexem mají pocit, že jsou slabí a hubení a proto chtějí mít dokonale svalnaté tělo. Uvádí se, že muži s touto poruchou touží mít o 14 kilogramů a více svalů, aby byli více atraktivní a spokojenější se svým vzhledem. Existuje také souvislost s tím, že jedinci často touží vypadat jako svalnatí muži na fotografiích v populárních časopisech a chtějí se takovému ideálu přiblížit. Preference muskulární postavy u dospívajících mužů může být stejně nebezpečná jako touha po štíhlosti u žen. (Papežová, 2010, s. 129-131; Novák, 2010, s. 44). Mezi hlavní rizika patří dle Procházkové a Ševčíkové (2017) poškození pohybového aparátu, trávicího systému, jater a ledvin v důsledku dlouhodobého zatěžování a užívání doplňků stravy.

Poměrně nová porucha, kterou poprvé definoval americký lékař Steven Bratman v roce 1997 se nazývá ortorexie (orthorexia nervosa). Jedná se o chorobnou posedlost zdravou stravou. V poslední době je zdravá strava velmi populární. Téměř na každém rohu můžeme

objevit restaurace či obchody, které nabízí zdravou výživu nebo bio potraviny. Média nebo časopisy nám neustále poskytují informace o tom co jíst a jak se zdravě stravovat. Dodržování zdravého životního stylu je v pořádku do té doby, než se pro nás stane posedlostí a smyslem života. Z počátku se člověk zajímá o to, co jí a co je zdravé, ale postupem času se může stát, že zdravá strava bude jako vtíravá myšlenka. Člověk, který trpí ortorexií, jí jen určité potraviny a přemýšlení nad složením jídla mu zabírá mnoho času. Odmítá průmyslově zpracované potraviny, přídavné látky, cukr, sůl nebo bílou mouku. Tvoří si zdravé jídelníčky a neustále se vzdělává v oblasti zdravé výživy. Nechodí do restaurací a raději si vaří sám, protože má strach, že sní něco nezdravého. V pozdější fázi nakupuje jen v některých vybraných obchodech, což vede k sociální izolaci. V důsledku omezení některých potravin ze strachu, že jídlo není zdravé, člověk nepřijímá správný poměr živin a to může vést k podvýživě nebo se mohou projevit některá onemocnění (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 11-12).

Další méně známý typ poruch příjmu potravy se nazývá drunkorexie. Jedná se o kombinaci zneužívání alkoholu a anorexie. Tato porucha se vyznačuje tím, že jedinci se snaží redukovat příjem potravy, aby mohli vypít více alkoholu, který je velmi kalorický. Omezení příjmu potravy vede k rychlejšímu vstřebávání alkoholu a jeho účinek je mnohem silnější a nebezpečnější. Pro drunkorektiky je také charakteristické zvyšování energetického výdeje a míchání alkoholu s různými energetickými nápoji. Tato kombinace razantně zvyšuje činnost srdce a krevní tlak a také snižuje schopnost vnímat únavu, což může vést ke kolapsu organismu. Byly také popsány případy, kdy došlo k náhlému úmrtí. Porucha vede k podvýživě a tělo ztrácí potřebné vitamíny a minerály, může tedy docházet k řídnutí kostí a poškození některých orgánů. Dle údajů z Ameriky se závislost na alkoholu rozvíjí mnohem rychleji u žen v mladším věku a zhruba 30% mladých žen vynechává jídlo, aby mohly vypít více alkoholu (ideální, © 2015).

1.4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A HISTORIE

Historie poruch příjmu potravy sahá až do daleké minulosti. Již od starověku jsou popisovány různé formy stravovacích poruch. V každém období bylo na toto onemocnění pohlíženo poněkud odlišně. V průběhu staletí bylo jídlo příznakem řady somatických poruch a řazeno do škály psychiatrických syndromů. Uvádí se, že toto narušené chování nebylo vždy pokládáno za primárně patologický jev (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 19). „*Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla,*

pokud ho nedoprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo vlivu d'ábla" (Krch, 2005, s. 27). Mezi nejdéle známý pojem patří například pica neboli touha po nejedlých látkách (vlasy, hlína, kamení atd.). Také obezita byla rozpoznána v plastikách už z doby kamenné (Krch, 2005, s. 27). V této kapitole popisují z historického pohledu dvě v současnosti nejvíce specifikované poruchy, což jsou mentální anorexie a mentální bulimie.

1.4.1 HISTORICKÉ POZADÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie má poměrně dlouhou historii. Termín „anorexia“ byl zaznamenán již ve starověkých lékařských knihách. Galén ve 2. století našeho letopočtu definoval tento termín jako odpor k jídlu. V některých lékařských publikacích je anorexie považována spíše za symptom žaludečních potíží. Na začátku 19. století byl žaludek stále považován za původce všeho zla. Ve francouzské literatuře se v roce 1840 objevil termín „nervová anorexie“. Tehdy francouzský fyziolog Fleury Imbert rozlišil dva druhy anorexie: gastrickou a nervovou. Gastrickou anorexiu popisoval spíše jako poruchu funkce žaludku, zatímco nervovou anorexiu přisuzoval psychickému onemocnění, kdy pacienti neměli pocit hladu. Nervová anorexie byla doprovázena změnami nálad v podobě hněvu a úzkosti (Krch, 2005, s. 28-29).

První důvěryhodné případy mentální anorexie byly zachyceny až ve druhé polovině 19. století. Lékař William Stout Chipley pospal v roce 1859 takzvanou sitiomanií (chorobné nechutenství). Kromě této známé formy zaznamenal jiný typ odmítání potravy u podvyživených adolescentních dívek z vyšší společnosti. To dokládal na případě mladé ženy, která odmítala jíst, aby upoutala pozornost a následně zemřela. O několik měsíců později vyšel článek od francouzského lékaře Louise-Victora Marcého, kde popisoval zvláštní formu hypochondrického deliria. Sledoval několik adolescentních dívek, které trpěly nechutí k jídlu a některé nejedly téměř nic celé měsíce a byly velmi vyhublé. K jakékoliv změně stravovacího režimu přistupovaly dívky s velkým odporem. Existuje několik anamnéz, které potvrzují, že Marcé zde popisuje první případy mentální anorexie, avšak psychiatrická společnost nebyla na jeho pozorování připravena, tak článek neměl žádnou odezvu. Trvalo ještě několik let než se chorobné hladovění stalo uznávané lékařskou komunitou. O prvenství jednoznačného popisu se dělí anglický lékař Sir William Withey Gull s francouzským klinikem Ernestem-Charlesem Laseguem. Lasegue publikoval svůj článek o „anorexie hystérique“ v roce 1873 a Gullova přednáška byla publikována v roce 1874 již s použitím termínu „anorexia nervosa“. Oba autoři se shodli,

že se jedná o psychogenní chorobu a podali podobný popis této nemoci. Popisovali rysy, které jsou známé i dnes jako symptomy mentální anorexie. Zajímavé je, že přestože byla mentální anorexie popsána významnými lékaři, nebyla jí věnována přílišná pozornost až do 20. století. V roce 1914 objevil hamburský patolog Morris Simmonds u vyhublých dívek léze v podvěšku mozkovým a mentální anorexií spojil s takzvanou „Simmondsovou chorobou“ (stav výrazného hubnutí). Dvacet let trvalo, než byla tato domněnka vyvrácena. Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie pod vlivem psychoanalýzy zařazena mezi duševní choroby a začal se rýsovat její komplexnější obraz. Od šedesátých let se ze vzácné a málo známé nemoci stala „moderní“ a „módní“ porucha. U nás jako první popsali případy poruchy příjmu potravy a jejich léčbu Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946). Mezi další odborníky u nás, kteří publikovali řadu článků a šířili poruchy příjmu potravy do podvědomí patří Krch, Kocourková nebo prof. Papežová (Faltus in Papežová (ed.), 2010, s. 20-22; Papežová, 2017, s. 12-13).

1.4.2 HISTORICKÉ POZADÍ MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie má v odborné literatuře daleko kratší historii. Nadměrné přejídání a nenasytné hltání bylo obecným jevem již od dob starověku. Přejídání bylo časté především ve vyšší společnosti a mezi panstvem. Na dvorních slavnostech sloužili výjimeční jedlíci, kteří bavili veřejnost. Pod pojmem „bolimos“ byl původně označován zlý ďábel a měl být znamením velkého hladu. Ve 4. století řecký básník Timokles popisoval tento výraz jako chorobný hlad, který pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Bulimie byla některými lékaři spojována se slabostí a dysfunkcí zažívacího ústrojí, způsobené hladem. Od dob antiky až do moderní doby se střídaly různé názory a teorie na tuto poruchu. Přejídání a odmítání jídla bylo spojováno s řadou dalších onemocnění, například s mánií, nervovými poruchami nebo hypochondrií a symptomy byly někdy označovány jako hysterické zvracení. V 18. století bylo popsáno celkem sedm druhů bulimie. Přesto ještě ve 20. století považovala většina odborníků bulimii za poruchu trávení. Jako první použil termín „bulimia nervosa“ britský psychiatr Gerald Russell. V roce 1979 specifikoval tuto poruchu jako nutkavé přejídání s následným kompenzačním chováním ve formě zvracení nebo zneužívání pročišťujících látek, v důsledku chorobného strachu ze ztloustnutí. Jak popisují ve své knize Procházková a Ševčíková (2017), mentální bulimie byla v minulosti často spojována s mentální anorexií. Už v roce 1874 Gull a Lasegue zaznamenali u svých anorektických pacientek nenasytnou chuť k jídlu. Avšak nějlépe popsany příběh bulimické pacientky byl od švýcarského psychiatra Ludwiga Binswanglera. Trpěla chorobným

strachem z tloušťky, což vedlo ke kompenzačnímu chování v podobě zvracení a zneužívání projímadel. Nicméně byl tento příběh chybně diagnostikován jako schizofrenie. Od sedmdesátých let se začaly množit návrhy na tuto poruchu – bulimarexie, dysorexie, syndrom dietního chaosu atd. Koncem devadesátých let se termín bulimie objevil v mezinárodních klasifikačních systémech a po následném sjednocení s britskou terminologií vzniklo nové označení mentální bulimie (Papežová, 2010, s. 22-23; Krch, 2005, s. 32-33).

1.5 RIZIKOVÉ DETERMINANTY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Proč právě já? Proč moje dcera? To jsou otázky, které si kladou téměř všechny pacientky trpící poruchou příjmu potravy a také jejich rodina. V současné době se zdá, že se jedná o souhru mnoha rizikových faktorů. Téměř vždy jde o přítomnost různých sociokulturních, rodinných, biologických nebo individuálních faktorů. Velmi ojediněle vznikne tato porucha v důsledku jednoho jediného faktoru, ale obvykle v kombinaci těchto vlivů, tak popisují tuto problematiku přední odborníci. V pozadí problému také stojí nepříznivé životní problémy, zaměření na výkon a společenské vlivy. Poruchy příjmu potravy nejčastěji vznikají v období adolescence, kdy jsou od jedince očekávány zvýšené nároky. Postižení často bývají nadprůměrně chytrí a mají dobré studijní výsledky. Charakterizuje je také ctižádostivost a perfekcionismus (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 266). Je důležité zmínit, že je velmi obtížné zjistit pravou příčinu vzniku poruch příjmu potravy. Avšak kdyby existovala konkrétní příčina onemocnění, její odstranění by vedlo k vyléčení (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 13).

1.5.1 INDIVIDUÁLNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Některé individuální faktory vycházejí z osobnosti člověka, zatímco jiné mohou vycházet z osobních zkušeností jedince v souvislosti s nějakým prostředím. Většina autorů se domnívá, že spouštěčem poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Prospektivní studie ukazují, že lidé trpící anorexií nebo bulimií mají sklony k perfekcionismu. Podle Procházkové a Ševčíkové (2017) se můžeme u mentální anorexie všimnout, že dívky jsou více úzkostné, vyhýbavé, přizpůsobivé, poslušné a zodpovědné. U mentální bulimie lze pozorovat vyšší impulzivitu, labilitu a kritické sebehodnocení. Papežová (2012) říká, že mnoho dívek s poruchou příjmu potravy jsou zvyklé být nejlepší a mají nerealisticky velká očekávání. Přílišné zaměření na dosažení úspěchu je v konfliktu s tím, že dívky mají pocit, že nic neumí a jsou příliš sebekritické (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 15). Snaha být dokonalá pomáhá utiřit nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem. Perfekcionistické rysy se mohou

projevit již v dětství, kdy se dívky snaží mít všechno správně, domácí úkoly nebo uklizený pokoj. U adolescentních dívek lze poruchy příjmu potravy popsat také jako ztrátu kontroly nad sebou. Zaměření pozornosti na postavu a jídlo jim dává pocit jistoty a opětovné nalezení kontroly. Sebekontrola u anorektiček může být projevem adolescentní soutěživosti, egocentrismu nebo orientace na výkon. Tyto anorektičky se nejvíce obávají toho, že nebudou dostatečně štíhlé v jakékoli společnosti (Novák, 2010, s. 19-20). Uvádí se, že jedním z nejdůležitějších faktorů, který přispívá k rozvoji poruch příjmu potravy je nízká sebeúcta. Jedinci s nízkou sebeúctou negativně reagují na kritiku, vyskytují se u nich častější změny nálady a snadněji je mohou ovlivnit názory druhých lidí. Podle průzkumu se adolescentní dívky snaží přiblížit ideálu štíhlosti a také je pro ně velmi důležité jak vypadají (Novák, 2010, s. 20). Dle výsledků Eysenckova nebo Cattellova dotazníku mají anorektičky výrazně vyšší sklony k úzkosti, neuroticismu a sociálním problémům. Podle několika autorů se v souvislosti s anorexií poukazuje na obsedantně-kompulzivní poruchu a u pacientek s bulimií byl zaznamenán výskyt hraniční poruchy osobnosti a sociální úzkosti. Často zmiňovaným rizikovým faktorem je i negativní emocionalita (Papežová, 2010, s. 38-40). Podle Hsu (1990, In: Krch, 2005, s. 69-70) zhruba 25% anorektiček a 40% bulimiček trpí depresivními poruchami. Většina úzkostných a depresivních stavů souvisí s nespokojeností s vlastním tělem a tělesnou hmotností. Lidé se záchvatovitě přejídají, aby mohli ulevit svým negativním pocitům. Krch (2005) a další autoři uvádějí, že většinou příznaky deprese zmizí, pokud bulimičky získají kontrolu nad příjmem potravy. Souvislost byla prokázána i v experimentálním výzkumu hladovějících mužů, jimž se zlepšila nálada až s přírůstkem tělesné hmotnosti. Hilda Bruch (1973 In: Krch, 2005, s. 74-75) ve své knize uvedla tři základní rysy mentální anorexie: neefektivnost, porucha body-image a porušené uvědomování si vnitřních pocitů. K určení osobnostních rysů pacienta trpícího mentální anorexií nebo bulimií se užívá kvantifikovatelná škála. Je to velmi užívaná metoda, která umožňuje identifikovat určité rizikové znaky u sledované populace. Dílčí škály jsou následující:

1. Extrémní snaha být štíhlý
2. Bulimie
3. Nespokojenost s vlastním tělem
4. Pocity celkové nejistoty a bezcennosti
5. Perfekcionismus

6. Oslabení sociálních vztahů
7. Snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích
8. Obavy z dospělosti (Krch, 2005, s. 74-75).

Poruchy příjmu potravy mohou být také spojeny s nějakou kritickou životní událostí či situací. Spouštěcím faktorem může být trauma, posměch a zneužití. Podle některých studií je zásadní rozdíl mezi pacienty s poruchou příjmu potravy a zdravými jedinci v tom, že byli vystaveni traumatickým událostem opakovaně (Papežová, 2010, s. 40). Mladí lidé jsou v období dospívání velmi ovlivňováni vrstevnickými skupinami. Někdy jsou zmiňovány posměšky na tělesný vzhled, zejména v koedukovaném⁷ školství si mohou dívky na základně výsměchu z nedodržení vrstevnických norem osvojit určité postoje. Další kritická životní událost, která může mít vliv na vznik poruch příjmu potravy je sexuální zneužívání. Většina průřezových studií potvrzuje zvýšené riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy v dětství. Děti mohly být zneužity rodinnými příslušníky, což může mít výrazný dopad na jídelní problémy v adolescenci. Morton (2016) uvádí, že dítě, které je vystavené sexuálnímu zneužívání je přesvědčené, že není dost hodnotné a v dospělosti se snaží změnit své tělo, které se zdálo být za sexuální zneužívání zodpovědné. Kritické životní události, jako domácí násilí, ztráta blízkého člověka, ale i nešťastná láska mohou být také významné predisponující faktory k rozvoji nemoci. Pokud se například v málopočetné rodině objeví nějaký problém, například úmrtí, nemoc, rozvod, je v ní málo dospělých, na kterých leží zodpovědnost. Děti mají v této situaci pocit, že ony jsou těmi, co musí zodpovědnost převzít. Poruchy příjmu potravy jsou tedy jakýmsi mechanismem zvládání životních krizí (Novák, 2010, s. 17).

1.5.2 SOCIOKULTURNÍ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Poruchy příjmu potravy nejsou rovnoměrné ve všech kulturách. Většina autorů se domnívá, že problém tkví v kulturních změnách společností, která se modernizovala. Poukazují zejména na kulturu v západních zemích kde je kladen důraz na povrchní komunikaci, image nebo kult mládí, krásy a štíhlosti. Mentální anorexie a mentální bulimie se v současné době rozšířily i v zemích, které přejaly tzv. západní kulturu. Tento fakt dokazují například Číňanky, které se chtěly rychle přizpůsobit západnímu ideálu, začaly být nespokojené se svým tělem a trpěly pocitu tloušťky. Již v roce 1939 poukazyval Ryle na možnou souvislost mentální anorexie a sociálního tlaku. Ale především Hilda Bruch

⁷ Společná školní výuka chlapců a děvčat

pokládala módní průmysl a sdělovací prostředky odpovědné za to, že rozšiřují názor, že je štíhlost nejdůležitějším aspektem atraktivity a úspěšnosti. V posledních letech se zájem o tělesnou hmotnost stává společenskou normou a taková společnost vnímá mírnou nadváhu a přerušování diet jako selhání. Takto prezentované společenské a kulturní trendy mohou mít špatný dopad zejména na snadno zranitelné adolescenty, kterým předkládají nerealistické cíle. Dospívající dívky mají nízkou sebedůvěru, strach z tloušťky, omezují se v jídle a přejí si zhubnout. Pokud dívky zhubnou, dosáhnou tak ideálu krásy a tím získají pocit vlastní identity, což jim napomáhá kompenzovat nedostatek sebevědomí. V médiích a časopisech můžeme vidět vyhublé herečky, modelky a tanečnice, které představují ideál krásy a obezita je zostuzována. Nicméně v časopisech a na internetu jsou modelky ještě různě zeštíhlovány a vyhlazovány a v obchodech se prodávají velmi malé velikosti. Tento trend prezentuje také velmi oblíbená panenka Barbie. Dívky její dokonalé tělo považují za ideál krásy. Takové příklady vedou k nespokojenosti se svým tělem a tím zvyšují riziko vzniku nemoci. Nejsou to jen média a časopisy, kdo se přizpůsobuje dietním trendům, ale také potravinářský průmysl, který vyrábí stále více „light“ výrobků (Krch, 2005, s. 58-60; Papežová, 2012, s. 17).

Klinická praxe souhlasí s epidemiologickým výzkumem, že se poruchy příjmu potravy neustále vyvíjejí a mění. Velkou roli nehrají pouze média, sociální a kulturní vliv jídla, životní styl nebo tělesný vzhled, ale i mnoho dalších vlivů, jako je zvýšená soutěživost, úzkost, sklon k extrémnímu jednání, nízká sebedůvěra apod (Krch, 2005, s. 61). Z McCarthyho výzkumu vyšlo zajímavé zjištění: „*Všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje*“ (Novák, 2010, s. 36).

1.5.3 BIOLOGICKÉ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Ženské pohlaví

Pro rozvoj poruch příjmu potravy stačí být ženou. Ženské pohlaví je jedním z nejvýznamnějších rizikových determinantů. Ženy a dívky se více zabývají tělesnou hmotností a tělesným tukem, zatímco pro muže a chlapce jsou důležitější svaly. Významné rozdíly byly zjištěny již v mladším školním věku, ale nejrizikovějším obdobím tělesných a psychických změn je puberta a adolescence. Přírůstek tukových zásob vlivem rychlého růstu může představovat pro mnoho dívek značnou hrozbu. V období mezi 8. a 16. rokem u českých dívek průměrně vzroste tělesná hmotnost, a tím i BMI z 16 na 19. Ohroženější mohou být podle některých autorů dívky, u kterých byl dřívější nástup puberty. Tyto dívky

jsou celkově mohutnější než ostatní, méně spokojené se svým tělem a náchylnější ke stresu. Rizika, která nese ženské pohlaví, mohou představovat i biologie býtí ženou a požadavky na ženskou roli (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 13-14).

Tělesná hmotnost

Čím vyšší je tělesná hmotnost, tím větší je nespokojenost žen s jejich tělem. Začnou držet přísné redukční diety a hrozí riziko bulimie. Významnou roli hraje tělesný tuk. Někteří autoři prokázali, že se zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy u žen, u kterých je nejvíce tuku uloženo v bocích, hýždích a stehnech. Je zřejmé, že se úbytkem hmotnosti snižuje tuková a svalová hmota. Méně známým faktem jsou cyklické změny hmotnosti, kdy dochází k razantní změně ve složení těla. Uvádí se, že jsou zdravotně nebezpečné jako obezita, souvisí s vyšší nespokojeností a bulimií. *„Poruchy příjmu potravy – to je především strach z tloušťky a strach má většinou reálné kořeny. Proto se tyto poruchy nejvíce objevují v životních obdobích, která jsou spojena s dramatickými tělesnými změnami (dospívání nebo těhotenství), proto má tolik bulimiček a anorektiček nadváhu v anamnéze nebo mají obezitu či naopak vyhublost (vedle ní se snadno cítí být silné) v rodině“* (Krch, 2005, s. 62).

Puberta

Typickým vývojovým obdobím pro rozvoj nemoci je puberta. Některé výzkumy potvrzují, že je pubertální dozrávání podnětem při vzniku mentální anorexie, v důsledku fyziologických a psychických změn. Puberta průměrně trvá tři roky a skončení se u dívek projevuje první menstruací. Pokud v tomto období nemoc propukne, tak se zastaví celkový fyzický vývoj. Během dospívání si dívky budují vlastní identitu a přemýšlí o sobě. K rozvoji poruch příjmu potravy přispívá také určitá emoční labilita a hormonální změny. V průběhu dospívání si dívky budují vlastní Já, jsou sociálně vnímavější, a proto mnohem více citlivější. *„Významnou roli při posilování negativního sebehodnocení a nadměrné pozornosti věnované tělesnému vzhledu a sebekontrolé má pak kompetitivnost intimního sociálního prostoru“* (Krch, 2005, s. 63). Často si kladou otázky typu „kdo je lepší?“ a „jak snížit tělesnou hmotnost?“. U dívek s časnější fyzickou zralostí bylo zjištěno až dvojnásobně vyšší riziko vzniku poruchy, protože jsou méně spokojené se svým tělem, náchylné k depresím a mohou mít sklony k přejídání (Procházková, Ševčíková, s. 14). Podle nedávné norské studie, dívky v období adolescence věnují velkou pozornost tomu, co si o nich myslí druzí. V tomto kontextu můžou nízké sebevědomí kompenzovat držením

diet a zlepšováním tělesného vzhledu. Ženy, které někdy trpěly mentální anorexií purgativního typu, uváděly ve výzkumné anamnéze pocity nízké sebeúcty, osamělosti a stydlivosti v období dospívání oproti zdravým ženám (Novák, 2010, s. 16). V období dospívání se jedinec ztotožní se sexuální rolí, dosahuje autonomie a prožívá první sexuální zkušenosti. Puberta je tedy považována za velmi rizikové a stresující období. *„Období dospívání v současné době probíhá v kontextu změněného životního stylu, v němž je více než kdy jindy kladen důraz na tělesný vzhled, je zdůrazňována štihlost jako předpoklad osobní přitažlivosti, tělesné krásy a elegance, které vedou ke společenskému úspěchu. Štihlosti se tak připisuje nejvyšší hodnota, o níž je nutno neustále usilovat. Obézní jedinci jsou naopak považováni za ošklivé, líné, hloupé, s nedostatečnou sebekontrolou a vůlí, a proto bývají předmětem výsměchu a diskriminace“* (Machová, Kubátová, 2009, In: Procházková, Ševčíková, 2017, s. 14).

1.5.4 RODINNÉ RIZIKOVÉ DETERMINANTY

Rodina je první důležitou sociální skupinou, ve které si dítě osvojuje postoje. Různé výzkumy prokazují zvýšené riziko poruch příjmu potravy v rodinách. Nejvíce ohrožené jsou příbuzné ženského pohlaví. Není také ojedinělé, že anorexií nebo bulimií trpí matka a dcera nebo dvě sestry. Složitější situace nastává, je-li postižena matka. Takzvané „anorektické“ matky jsou hyperprotektivní, dominantní, hyperkritické, žárlivé nebo na druhou stranu pasivní, necitlivé a závislé. Mohou mít příliš velké požadavky na to, jak jejich dcera vypadá (Papežová, 2012, s. 33). Matka ovlivňuje stravovací návyky své dcery a je tou první osobou, se kterou se její dcera ztotožňuje, aby si vybuodovala svou ženskou identitu. Pokud jí dcera slyší si stěžovat na svou postavu, hrozí, že si tento vzorec chování také převezme (Cassuto, Guillou, 2008, s. 48-49). K rozvoji jídelních problémů dcery přispívá i úloha otce. Bývá charakterizován jako přísný, autoritativní, vzteklý nebo vzdálený, pasivní a slabý. Pacientky se při popisu otce shodují v tom, že se mu nemohly nějak zavděčit a měly pocit, že pro něho nic neznamenaají, protože se o ně nezajímal. Naopak některé popisují otce jako atraktivního a skvělého, kterému se nemůžou vyrovnat. Jak popisuje Gordon (2000): *„Anorektické dívky, hlavně v případě špatného emočního pouta s matkou, se mohou cítit vázané otcovým očekáváním. S cílem demonstrovat, že jsou mužům rovné, snaží se svoji hodnotu prokázat prací a intelektem, což pro některé znamená potlačení femininity“* (Novák, 2010, s. 26). Děti mohou být ovlivněny také svými sourozenci. Může se stát, že jeden začne závidět druhému a v něm propukne snaha o dosažení dokonalosti, aby se zalíbil rodičům. Takové snažení může též vést ke vzniku poruch příjmu

potrav. Snaha pacientky o získání pozornosti rodičů po tom, co si ji získal druhý sourozenec se dá v některých případech připisovat onemocnění mentální anorexií (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 44-45). Ještě větší pozornost byla věnována vzájemným vztahům v rodině jako celku. Případové studie popisují rodiny anorektických pacientek jako obtěžující, spletité a popírají emocionální potřeby pacientek. Špatná komunikace, nedostatečná rodičovská péče, sexuální a fyzické zneužívání, absence lásky k dítěti a nízká nezávislost představují značné riziko pro rozvoj poruchy. Pacientky uváděly v rodinné anamnéze častý výskyt alkoholismu, sociální izolace, deprese a emoční lability. Pacientky s poruchami příjmu potravy uvádějí, že se celý život snažily přizpůsobit svým rodinám a obávaly se, že nebudou ve srovnání s ostatními dost dobré. Cítily významnou nerovnováhu mezi tím, co si zaslouží a tím, co jim bylo poskytnuto. Neuměly rozeznat svá přání od přání svých rodičů. Z výzkumů vyšlo najevo, že dívky nebyly povzbuzované k vlastnímu vyjádření, autonomii a vlastním názorům (Novák, 2010, s. 24-27).

1.6 LÉČBA A TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Uvnitř křičím z plných plic a prosím o pomoc, avšak navenek nejsem schopna dát najevo, že něco není v pořádku. Že je to mnohem víc než jen v nepořádku“ (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 52). Kvalitní a přiměřená léčba je pro průběh nemoci velmi důležitá. Nabídka různých léčebných postupů, zvláště pak psychoterapeutických přístupů se v posledním desetiletí velmi rozšířila. Není jednoduché poznat, která léčba je jednoznačně nejlepší a zda je opravdu účinná. Aby léčba byla účinná, je nutné kombinovat medicínský, psychologický a sociální přístup. Je nutno nahlížet na nemocného velmi individuálně a dle aktuálních potřeb a uvědomit si, že porucha příjmu potravy není žádný zlozvyk či rozmar. Nemocní často svou poruchu popírají a odmítají pomoc, když si problém přiznají, často již mají vážné psychické či somatické problémy a potřebují péči lékaře. Při spolupráci pacientek nebo rodiny lze diagnózu stanovit ihned, ale nespolupráce a utajování celé problematiky představuje pro všechny odborníky největší problém. *„Žádná léčebná metoda sama o sobě vás neuzdraví bez vašeho aktivního přístupu a změny v jídelním chování“* (Papežová, 2012, s. 37). Dle Procházkové a Ševčíkové (2017) by následná léčba měla sledovat tři cíle:

- léčbu delších tělesných potíží a podvýživy následkem dlouhodobého hladovění, zneužívání léků a zvracení;

- psychoterapii k odhalení příčin onemocnění a pochopení nemoci ze strany pacientky;
- psychoterapii, která bude zaměřena na změnu špatných stravovacích návyků a životního stylu.

V první řadě je třeba vyhledat praktického lékaře, který by měl poradit, které další kroky podniknout. Některé pacientky potřebují intenzivní lékařskou, psychiatrickou nebo psychologickou pomoc. Pokud odmítají psychologicko-psychiatrickou péči, tak zůstávají dlouhodobě v ambulantní péči. Někdy je nutné zajistit hospitalizaci proti vůli nemocného, protože mentální anorexie i mentální bulimie mohou vést ke smrti. Důležitou roli hrají také rodinní příslušníci, kteří mohou při léčbě pomoci (Papežová, 2017, s. 8-9). Osamělost, špatná nálada, deprese a nízká sebeúcta běžně doprovází každého pacienta a může se stát, že bude mít problém o sobě smýšlet pozitivně nebo být motivovaný. Je proto důležité, aby měl vedle sebe někoho, kdo ho vždy povzbudí a bude připomínat, že se může uzdravit (Middleton, Smith, 2010, s. 52). Existují také různé svépomocné skupiny, které mohou být prvním krokem k získání informací a pochopení, že s touto chorobou nejsou sami, avšak ne vždy postupuje hledání pomoci k odborníkovi (Papežová, 2012, s. 41). Mnoho lidí má zkreslená očekávání a myslí si, že se uzdraví během několika měsíců, avšak klinické studie uvádí, že průběh uzdravení lze předpovědět nejdříve za pět let. Zhruba 50% nemocných se do pěti let uzdraví, 30% zůstane vážně poznamenáno a 20% postižených zůstane v podvaze s poruchou menstruace. Samozřejmě, když se onemocnění léčí včas, uzdravení je kvalitnější, ale nikdy není příliš pozdě a důležité je nevzdávat se (Papežová, 2012, s. 53). *„Bylo to pro mě moc těžké požádat o nějakou pomoc. Vzpomínám si, jak jsem vždycky seděla u telefonu, měla hrozný strach a vždycky jsem pocítila úlevu i zklamání a beznaděj současně, když jsem se nedovolala. Od první chvíle, kdy jsem začala zvracet a přejídat se, jsem si uvědomovala, že je to zvrácené, že to nechci dělat. Nejvíce mi chyběly informace o nemoci, o tom, co se dá dělat, kde najít pomoc“* (Papežová, 2012, s. 39). Pacientky mohou využít následující možnosti léčby:

Hospitalizace

Ve většině případů vyžadují hospitalizaci pacientky s těžkou podvážou a fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti. V procesu uzdravení je důležitá aktivní spolupráce pacienta. Léčba v nemocnici je zaměřena především na fyzické stránky nemoci, ale soustřeďuje se i na psychické problémy. Velkou roli hraje úspěšné začlenění pacientky

do léčebného procesu, které vyžaduje značné úsilí. Při rozhodování o přijetí jedince k hospitalizaci rozhoduje několik bodů. Patří k nim výrazný pokles hmotnosti spojený s těžkou podvýživou. Přerušeni zvracení, záchvatovitého přejídání a zneužívání projímavých látek, které vedou k závažným somatickým komplikacím. Kompenzace stavů vzniklých z dehydratace. Léčba některých přidružených stavů, jako je depresivní syndrom, sebevražedné tendence a zneužívání psychoaktivních látek. Z lékařského hlediska je nutno posoudit jak vážný je stav pacienta pro hospitalizaci. O umístění jedince do nemocnice lze uvažovat i v případě, že neuspěl v dosavadní psychologické léčbě. Většinou však přichází v úvahu optimističtější vyhlídka o možné léčbě. Hovoříme zde o krátkodobé hospitalizaci za účelem zdravotní stabilizace, včetně psychologického poradenství a na kterou navazuje psychoterapie. Krátkodobá hospitalizace není vhodná u těžce podvyživených anorektiček, které potřebují postupnou realimentaci. Délka hospitalizace závisí na počtu týdnů nebo měsíců nutných k získání alespoň 90 % cílové hmotnosti (Krch, 2005, s. 125).

Po přijetí do nemocnice je důležité zhodnotit celkový stav výživy. Pokud došlo k vážným metabolickým změnám, je nutná infuzní terapie. Pro zlepšení je nutné dodržovat zásady správné realimentace a pozvolné tempo. Energetická hodnota jídla by neměla převyšovat předchozí hodnotu stravy o více než 50 % a strava by měla být lehce stravitelná v malých dávkách. Během dvou týdnů se celková dávka zvyšuje na doporučených 3000-3500 kalorií. Jídlo by se mělo podávat častěji, až šestkrát denně, s vysokým podílem bílkovin, vitaminů a minerálních látek. Vhodná je lehká svalová činnost, aby se obnovila svalová hmota. Nicméně, pokud pacientka nespolupracuje, musí být v některých případech zavedena sonda (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 268).

Ambulantní lékařská péče

O možnosti lékařské péče se může uvažovat u pacientů, kteří nemají motivaci k další léčbě nebo souhlasí s tím, že psychoterapie má velmi malou šanci na úspěch. Tato lékařská péče má odlišný přístup od psychoterapie a zaměřuje se pouze na somatickou a psychickou stabilitu pacientky. Podle situace může být léčba prováděna individuálně nebo skupinově s průběžnou konzultací v přítomnosti lékaře. Podle nutnosti je kontrolována tělesná hmotnost a celkový zdravotní stav pacienta. Terapie ve skupině může přinést výhody i nevýhody. Jedinec může získat podporu ze strany podobně nemocných, avšak mohou dále přispět ve snaze zabývat se nemocí (Krch, 2005, s. 126).

Rodinná terapie

Rodinná terapie se postupem času stala první volbou léčby u poruch příjmu potravy, zejména u dospívajících dětí a pacientů žijících u rodičů. Problémy v rodině mohou ovlivnit vznik nebo se mohou uplatňovat při udržování symptomatiky. Přestože je rodinná terapie jakousi alternativou od základní léčby, může být podrobné rodinné vyšetření důležité pro porozumění nemoci. V průběhu rozvoje onemocnění se mohou v rodině stupňovat konflikty (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 268-269). Důležité je v rodině najít příčiny a pomoci znovu objevit kvality, které jako rodina má, aby mohla začít hledat řešení problému. Mělo by být zdůrazněno, že rodinu nepovažujeme za původce problému, ale naopak za zdroj pomoci pro jejich dítě. Členové rodiny také potřebují radu ohledně přístupu k mladému pacientovi. Primární úlohou léčby je překonání poruchy příjmu potravy, a nikoli změna ve funkci rodiny (Hall, Cohn, 2003, s. 95-97).

Nový přístup v léčbě o adolescentní pacienty přinesla vícerodinná terapie. Součástí psychoterapeutického programu jsou rodiny patientek trpících mentální anorexií, které se snaží zaujmout aktivní úlohu při uzdravování své dcery a znovuobjevovat jejich vlastní zdroje. Příležitost setkat se s jinými rodinami, které prožívají podobné pocity, jim dává naději a vytváří pocit solidarity. Terapie umožňuje rodinám otevřeně mluvit o svém problému, pomáhá obnovit zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí, nabízí rodinám možnost vyjít ze sociální izolace (Krch, 2005, s. 189-190). Papežová (2010) ve své knize uvádí následující fáze terapeutického programu. Cílem první fáze je vytvořit otevřenou atmosféru a vzájemnou důvěru. Druhá fáze je zaměřena na podporu rodin k léčbě dcery a negativní následky onemocnění. Třetí fáze je důležitá pro podporu rodinných vztahů, otevírají se interakční témata, odkrývají se aliance členů, patologické komunikační vzorce a potlačené emoce. Pokud se terapie účastní i sourozenci, je důležité věnovat alespoň jedno sezení péči o ně, aby získali pocit rovnoprávnosti v rodině. V poslední fázi se rodina orientuje na budoucnost a učí se efektivně reagovat na případná rizika či problémy. Tento rodinný model vznikl v roce 1998 v Drážďanech a o rok později v Londýně. U nás se užívá londýnský model modifikovaný Ivanem Eislerem (Papežová, 2010, s. 351-353).

Kognitivně-behaviorální terapie

Z psychoterapeutických metod se stala kognitivně-behaviorální terapie velmi uznávanou léčbou především u mentální bulimie. Z hlediska vědeckých výzkumů se jedná o nejvíce prozkoumanou psychoterapeutickou metodu. Využívá se především u středně

těžkých až vážných příznaků a u jedinců, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie. Opírá se o poznatky z kognitivní psychologie a teorie učení. Obvykle v průběhu pěti měsíců proběhne dvacet individuálních sezení. Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změna způsobu chování ve vztahu k jídlu a postoje k vlastnímu tělu. Je to účinná forma terapie, která se zaměřuje na různé přístupy, například na zlepšení sebekontroly, sebeúcty a trénink asertivity. Jsou na ní založeny svépomocné manuály a podporované svépomocné aktivity pro pacientky a rodinu (Papežová, 2010, s. 292). Fairburnova kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje především vedení záznamů o jídle, vážení v pravidelných intervalech, změnu jídelního schématu (plánování jídel, kontrola redukčních diet apod.), změnu myšlení a zavedení prevence relapsu. U mentální anorexie a mentální bulimie se verze pro terapii překrývají. Kognitivně-behaviorální terapie je u mentální anorexie využívána spíše pro klinickou praxi. Hlavní téma obou poruch vychází z přesvědčení pacienta, že *„tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost jsou jedinými nebo nejdůležitějšími kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně“* (Krch, 2005, s. 128). U obou poruch je také hlavním problémem strach z přibírání na váze, ale pacienty s mentální bulimií je důležité ujistit, že přiberou během terapie jen velmi málo. U mentální anorexie je naopak důležité vytvořit spolupracující terapeutický vztah, který podpoří pacienta v přibírání na váze. Některé zásady v terapii souvisí s charakterem problematiky poruch příjmu potravy a stojí za to je zdůraznit. Z počátku je důležité, aby terapeut stanovil jasná pravidla a časové vymezení. Terapeut by měl být aktivní, otevřený, kooperativní, direktivní, motivující a vést pacienta k aktivní spoluúčasti. Velkou roli v terapii hraje sebemonitorování, aktivní nácvik, konfrontace se stresujícími situacemi a domácí cvičení. Nemocný může pracovat i s terapeutickým manuálem, který obsahuje různé úkoly a rady. Součástí terapie bývá i kognitivně-behaviorální vyšetření, které je zaměřeno na nový problém a probírání jídelních záznamů. Pacienti si zaznamenávají množství snědených potravin, čas a místo kde jí, zároveň si zapisují pocity přejedení a způsob kompenzace. Samozřejmou součástí je psychoedukace, kdy terapeut poučí pacientku o vhodné stravě, tělesné hmotnosti a možných důsledcích, které z toho vyplývají. V závěrečné fázi léčby následuje tzv. kognitivní restrukturační. V této fázi je hlavním úkolem terapeuta, aby si pacientka uvědomila základní vzorce chybných postojů, argumentů, které ji podporují, i ty, které ji odporují. Pacientka se tak postupně učí nezaměňovat fakta a pocity a vytvoří si novou míru pohledu na svět i problémové chování (Papežová, 2010, s. 345-347). S myšlenkami typu *„Když začnu jíst, nebudu umět přestat nebo nedokážu jíst normálně, buď nejím, nebo žeru“* pracují stejně jako s jinými

negativními myšlenkami (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 58). Významné je, aby se z negativního postoje ke svému tělu nestal hlavní problém léčby poruch příjmu potravy. V úplném závěru terapie je nutné připravit pacientku na nebezpečí relapsu a seznámit ji s riziky, které mohou nastat. Součástí prevence je rozhovor o dosavadním vývoji, vyzdvižení pozitivních událostí a přeformulování problému. Pacientka si musí uvědomit, že se naučila zvládat svoje problémy s jídlem a pokud v budoucnu nastane kritický moment, musí umět využít vše co se naučila (Papežová, 2010, s. 347-349). Pokud se stav pacienta vyvíjí k lepšímu, doporučuje se ambulantní terapie, avšak při zhoršení stavu se doporučuje hospitalizace (Krch, 2005, s. 129).

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně popsána především jako krátkodobá léčba u deprese a na jídelní problémy se přímo nezaměřuje. První fáze léčebného postupu je zaměřena na řešení mezilidských vztahů, které vedly ke vzniku obtíží. Ve druhé fázi se uzavírá smlouva mezi pacientem a terapeutem, která dokládá řešení interpersonálních problémů. Poslední fáze je zaměřena na řešení otázek o ukončení terapie. Bylo zjištěno, že je interpersonální terapie na konci léčby méně účinná než kognitivně-behaviorální terapie, avšak po roce sledování se účinnost vyrovnala (Papežová, 2010, s. 293). Interpersonální terapie se zařazuje do léčebných programů pacientů s poruchami příjmu potravy s přetrvávajícími příznaky. Samozřejmě je stále první volbou kognitivně-behaviorální terapie, jelikož výzkumy prokázaly rychlejší ústup příznaků nemoci. Pro přechod k interpersonální terapii by se mělo uvažovat v případě, že pacientka nereagovala na počáteční průběh kognitivně-behaviorální terapie (Krch, 2005, s. 129).

Farmakoterapie

Důležitou součástí léčby je farmakoterapie, ale není metodou první volby. O zvolení této metody by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií, které neuspěly při kognitivně-behaviorální terapii, avšak nedoporučuje se jako hlavní způsob terapie z následujících důvodů: „1. účinnost psychologických intervencí; 2. vysoký poměr pacientek, které během léčby odpadly, uváděný ve většině lékových studií; 3. riziko vedlejších účinků léků; 4. údaje uvádějící vysoké procento relapsů po ukončení podávání léku“ (Krch, 2005, s. 131). Velký význam mají převážně psychofarmaka, zejména antidepressiva. Studie po ročním sledování prokázaly pozitivní účinek fluoxetinu s doporučenou denní dávkou 60 miligramů. Pomáhá k regulaci tělesné váhy a při prevenci

relapsu. Fluoxentin se může podávat jako doplněk psychologické léčby v případech, které jsou neúspěšné. Pokud se stav pacienta nezlepšuje, mohou být předepsána tricyklická antidepresiva. U malého procenta jedinců, kteří nereagují ani na jeden druh léků, mohou být užívané inhibitory MAO. U pacientů s výrazným napětím, nutkavými projevy a negativismem přicházejí v úvahu neuroleptika. Jako podpůrné léky lze použít různé preparáty v podobě vitamínů a minerálů (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 269). Je nutno počítat s tím, že někteří pacienti léčbu nedokončí a mohou se předávkovat nebo mít vedlejší účinky (Krch, 2005, s. 131).

Svépomoc a psychoedukace

Na základě svépomoci nebo edukace může dojít u pacientů s mírnými příznaky k relativnímu zlepšení nebo úplnému uzdravení. Na efektivitu svépomoci a edukace bylo zaměřeno mnoho empirických studií. Výsledky léčby nejsou až tak přesvědčivé jako u kognitivně-behaviorální terapie. Jako první sledoval efektivitu svépomocného programu Huon (1985) na vzorku žen se záchvatovitým přejídáním, který byl složen ze čtenářek časopisu. Zhruba 32 % čtenářek, které postupovaly podle svépomocné příručky, bylo po půl roce bez příznaků na rozdíl od kontrolní skupiny s pouhými 7 % (Krch, 2005, s. 126-127). Kniha, které obsahují svépomocnou příručku je mnoho lze vybrat například „Bulimie a záchvatovité přejídání“ od Coopera (2014) či „Mentální anorexie“ od Krcha (2010). Pro léčbu poruch příjmu potravy existují různé typy svépomocných nebo podpůrných skupin, které pomáhají hledat společný problém. Svěpomocné skupiny mohou být vedené laiky nebo odborníky a přispívají k primární či sekundární prevenci. Mohou sloužit k povzbuzení, aby pacient vyhledal další léčbu nebo mohou pouze doplňovat další terapie. Hlavním cílem svépomocných skupin je poskytnout pacientovi základní informace o poruše a jejich příznacích, překonat osamocenenost a získat sociální kontakty a impulzy k životu. Je důležité si uvědomit, že svépomoc je doporučována pacientům s méně vážnými příznaky nemoci a někteří pacienti mohou mít užitek z této velice úsporné intervence (Krch, 2005, s. 203).

1.7 PREVENCE ANEB LZE PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY PŘEDEJÍT?

V dnešní době s rostoucím dopadem nových technologií a nárůstem mediálního vlivu je velmi těžké vytvořit kvalitní a účinnou prevenci. Musí být systematická, dlouhodobá a musí se na ní podílet všichni, aby opravdu fungovala. Úkolem primární prevence je zamezit rozvoji poruch příjmu potravy. Od osmdesátých let 20. století dochází k nárůstu

onemocnění i přes stále větší informovanost veřejnosti. Měli bychom se snažit vzdělávat lékaře, zdravotníky, rodiče, učitele, duchovní a média. Seznámit je s příznaky, riziky, následky a pomoci jim, jak je včas rozpoznat a zasáhnout. Aby byla prevence opravdu účinná, pak nemohou preventivní programy nabízet jen základní informace. Cílem každého z nás musí být vzniku těchto poruch zabránit a musíme ji zapojit do všech oblastí naší kultury (Hall, Cohn, 2003, s. 51). Nejvíce ohroženou skupinou jsou dospívající dívky, které nejsou spokojené se svým tělem. Současná komerční společnost dívkám téměř vnucuje diety a ony mají pocit, že nedosahují ideálu krásy. Dnešní virtuální ideál je zdravým životním stylem u většiny populace nedosažitelný. Modelky jsou zeštíhlovány pomocí počítačové techniky a také se zvyšuje počet soutěží krásy pro děti. Existuje mnoho různých programů a akcí zaměřených na boj s poruchami příjmu potravy. Preventivní programy se přizpůsobují nejen věku populace, ale i rizikovému prostředí a znalostem odborníků či pedagogů. Měly by být diskutované, dobře prověřené a supervidované.

Prevence by měla být zahájena včas, zvláště pak v kritickém období puberty je možné poruchám příjmu potravy předejít. Vhodným výchovným působením lze poruchám příjmu potravy předcházet. První významnou sociální skupinou, ve které si dítě osvojuje postoje je rodina. Rodina může jedince pozitivně podněcovat při hledání identity nebo naopak způsobit narušení vývoje. V rodinné prevenci je proto důležitým momentem oceňování jejich kvalit, různorodosti a potlačování důrazu na tělesný vzhled. V primární prevenci zaujímá významnou roli také škola a společenské vlivy (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 46-47). Škola by měla v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu žáky informovat o výskytu poruch příjmu potravy, vést je ke správným stravovacím návykům, vytvářet vhodné sociální klima a měla by posilovat osobnostní růst každého žáka s cílem zamezit sebezničujícímu chování (Marádová, 2007, s. 22-23). Škola nemůže nahradit rodinnou výchovu, ale může odstranit nedostatky, které si žáci z domova přinesou. Školní prostředí působí systematicky na všechny žáky, jelikož je schopné zařadit do výuky preventivní aktivity. Samozřejmostí je vzájemná spolupráce rodiny a školy, bez které by účinná prevence nefungovala. Podle některých odborníků je velmi důležité, aby byla prevence vhodně pojatá a nemohla působit jako spouštěč rizikového chování (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 47). I přes všechny dobré úmysly může například přednáška o anorexii a bulimii žáky poučit jen o tom, jak se stát anorektickým či bulimickým pacientem (Hall, Cohn, 2003, s. 51). Pro úspěšnou prevenci ve škole je nezbytné, aby učitelé měli výborné teoretické znalosti, snažili se neustále vzdělávat a měli

pozitivní postoj k této problematice. Učitelé, školní psychologové, výchovní poradci a případně metodikové prevence by měli být schopni žákovi vhodným způsobem předat komplexní informace o možných příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy. Měli by dokázat rozpoznat ohroženého jedince, zařadit do výuky preventivní programy a učinit vhodná doporučení. V České republice existuje Centrum Anabell, které může spolupracovat s pedagogy ve chvílích, kdy se v jejich třídě vyskytne žák nebo žákyně s poruchami příjmu potravy. Besedy jsou zaměřené na emoce spolužáků a na možnosti podpory. Prevence bývá řazena až na 2. stupni základních škol, ale lze problematiku poruch příjmu potravy zařadit i na 1. stupni, kde již byl výskyt také zaznamenán (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 48-53). V rámci výuky mohou být zařazeny metody aktivního sociálního učení, ve kterých žáci plní úlohy a osvojují si tak zdravé stravovací návyky. Žáci mohou získat objektivní informace a rozvíjet své sociální dovednosti a sebedůvěru. Sociální dovednosti jim pomohou zvládnout problémy dospívání bez ohrožení mentální anorexií nebo mentální bulimií. Do výuky mohou být zařazeny didaktické hry, které rozvíjí sebevědomí dětí a vlastní osobnost. Třída by měla dát pomocí cvičení najevo, že členy přijímá takové, jací jsou, a aby se děti vnímaly navzájem. Je kladen důraz především na upřímnost v komunikaci, ve vztazích a podporu vzájemné úcty, empatie, citlivosti a důvěry (Marádová, 2007, s. 23-24).

Prostor pro preventivní opatření může být i v reklamách. Komerční propagování zdravého životního stylu je často zneužíváno v reklamách a ovlivňuje především děti (například klamavá propagace sušenek, které zaručují energii do celého dne) (Papežová, 2010, s. 312). „*Je nutné si uvědomit, že televizní reklamy tvoří až 11 % vysílání a mládež od 10 do 18 let sleduje televizi až 120 minut denně*“ (Papežová, 2010, s. 312). Reklamy se logicky snaží konzumenty zaujmout a přimět je k nákupu zboží. Studie prokázaly, že vyhublé modelky v reklamách, které splňují těžko dosažitelný ideál krásy pro ostatní ženy, mohou negativně ovlivňovat fyzické a duševní zdraví žen. Z tohoto důvodu vznikly instituce, které dohlížejí na nezávadnost reklam. Členové organizace sledují manipulaci spotřebitelů a zjišťují, zda reklama u žen nezvyšuje riziko nespokojenosti se svou postavou a neslibuje, že produkt všechny nedostatky zahladí. Nejvíce sledované jsou reklamy na dietní služby a výrobky, tedy produkty, které nabízejí následující sdělení: „pokud budete používat náš produkt, zhubnete“ (Novák, 2010, s. 79).

Důležitým zdrojem intervence je internet. Internet využívá zhruba 90 % adolescentů a většinou si zde ověřují své názory, hodnoty, postoje a normy. Nenabízí jen informace

týkající se problematiky poruch příjmu potravy, ale také kontakty a diskuzní fóra. Internet může být pro některé jedince přínosem a podporou, avšak může mít i opačný efekt. Zvláště nebezpečné pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy představují pro-anorektické a pro-bulimické blogy. V této komunitě se sdružují dívky, které se navzájem podporují, což jim pomáhá vytrvat v hubnutí a hladovění. Často obsahují návody, jak se propracovat k anorexii nebo jak se naučit zvracet. Jediným přínosem těchto portálů je možnost nahlídnout do psychiky dívek (Papežová, 2010, s. 313; Krch, 2005, s. 205). S propagací anorektického životního stylu bojují odborníci po celém světě. Webové stránky se mohou zrušit jen v případech, kde je propagováno přímé ohrožení života, v jiných případech jsou rizikové stránky doplněny odbornými informacemi o nebezpečí propagace (Papežová, 2010, s. 313). Prevence spočívá také v předávání pozitivních hodnot mladé generaci. Je důležité naučit děti samostatně hodnotit, vybírat, co je podstatné, a pomoci jim vytvořit bezpečný hodnotový systém. Základní vzorce chování se tvoří již v útlém věku a děti by měly mít možnost budovat svou identitu pomocí vzoru svých rodičů. Rodiče by jim měli umožnit komunikovat, umět pochválit, respektovat jejich názory a posilovat jejich sebevědomí. V roce 2003 uvedla Debra Franko následující cíle preventivních programů: „*zlepšení znalostí, sebepřijetí, sebevědomí, podněcovat různorodost a chápat změny v pubertě, upravit jídelní návyky, snížit držení diet, snížit posměch, pracovat s médii, „coping“ strategie*“ (Papežová, 2010, s. 314). Je jen velmi málo programů, které skutečně dokážou změnit stravovací chování a jejich podpora by měla být našim cílem do budoucna (Papežová, 2010, s. 315).

Na závěr bych ráda uvedla několik organizací, které se poruchami příjmu potravy zabývají:

- Kontaktní centrum Anabell (www.anabell.cz)
- Psychiatrická klinika LF UK a VFN
- Dětská psychiatrická klinika FN Motol (www.fnmotol.cz)
- Idealni.cz
- STOP PPP (www.prevence-info.cz)

2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH DĚTÍ

Cílem této kapitoly je uvést cíle, metody a popsat výzkumný vzorek, s jehož pomocí budeme schopni odpovědět na předem sestavené výzkumné otázky, k čemuž nám pomůže dotazníkové šetření.

2.1 CÍL VÝZKUMU

Bakalářská práce se zabývá složitou problematikou poruch příjmu potravy. Cílem výzkumu je zjistit úroveň informovanosti dospívajících dětí o pojmech souvisejících s poruchami příjmu potravy a současně zjišťují jak vnímají své tělo, jaké mají stravovací návyky a zdali by dokázali poskytnout pomoc lidem s touto poruchou. Dílčím cílem je porovnat míru informovanosti vzhledem k pohlaví a věku.

2.1.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Prvním krokem výzkumného šetření je stanovení výzkumného problému. Výzkumný problém jsem si tedy stanovila ve znění: Zjistit informovanost dospívajících dívek a chlapců v oblasti poruch příjmu potravy.

2.1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumné otázky vycházejí z obecného cíle výzkumu, který převádějí do konkrétnější podoby. Ke zjištění cíle jsem si stanovila tyto výzkumné otázky a podotázky:

1. Jaké znalosti mají pubescenti a adolescenti o poruchách příjmu potravy, které mohou vést k jejich předcházení?
 - 1.1 Dokážou respondenti definovat pojem BMI a jaké hrozí riziko při nízké hodnotě?
 - 1.2 Jaké znalosti mají respondenti o poruchách příjmu potravy?
 - 1.3 Dokážou definovat pojmy mentální anorexie a mentální bulimie?
 - 1.4 Mají respondenti představu, jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?
 - 1.5 Diskutovali respondenti o poruchách příjmu potravy ve škole a chtěli by se dozvědět více?
2. Jaký je postoj respondentů k jejich vzhledu a jaké mají stravovací návyky?
3. Setkali se respondenti někdy s někým, kdo trpěl mentální anorexií nebo mentální bulimií a věděli by jakým způsobem poskytnout pomoc lidem trpící touto poruchou?

2.1.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

V praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla zvolit metodu dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Jedná se o průzkumnou kvantitativní metodu. Kvantitativní výzkum vyžaduje větší soubory dat a respondentů. Záleželo mi na množství, protože jsem chtěla dostat co nejvíce srovnatelné a ověřitelné výsledky. Dotazníky byly poskytnuty k vyplnění v elektronické i tištěné podobě.

Můj dotazník obsahuje 22 uzavřených otázek, při jejichž sestavování jsem vycházela z teoretické části bakalářské práce a výzkumných otázek a je rozdělen do 4 částí. První část obsahuje žádost respondentů o nej přesnější vyplnění a vysvětlení, jakým způsobem mají dotazník vyplňovat společně s ujištěním o anonymitě. Další část zjišťuje faktografické údaje (pohlaví, věk, váhu a výšku). Hlavní část dotazníku tvoří otázky zaměřené na zjištění: znalosti pojmu BMI a poruch příjmu potravy (otázky č. 1-11), postoje ke svému vzhledu (otázky č. 12-15), držení diet a stravovacích návyků (otázky č. 16-19) a otázky zjišťující, zda respondenti znají někoho, kdo trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií, a jestli by věděli na koho se obrátit o pomoc (otázky č. 20-22). U všech otázek se jednalo o otázky výběrové, tedy bylo možné vybrat jen z uvedených typů odpovědí, které se lišily svým počtem. Závěr dotazníku tvoří poděkování za vyplnění. Dotazník je vyhodnocen pomocí tabulek vytvořených v Microsoft Excelu a doplněn vlastním slovním shrnutím dosažených výsledků.

K vyplnění bylo doručeno 130 dotazníků, z nichž se vrátilo 114. Návratnost tedy byla 88%. Dotazník přikládám na konci této práce v příloze.

2.1.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Aby dotazníkové šetření bylo úspěšné je důležité koho budeme zkoumat. V mém případě tvoří výzkumný vzorek dospívající dívky a chlapci ve věku od 11 do 19 let. Výzkumné šetření jsem zaměřila na populaci adolescentů a pubescentů, jelikož daná vývojová období jsou z hlediska vzniku poruch příjmu potravy nejrizikovější. Výzkumný vzorek je dále rozdělen na pubescentní dívky a chlapce ve věku od 11 do 15 let a adolescentní dívky a chlapce od 16 do 19 let. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 114 dospívajících dívek a chlapců, konkrétně 25 pubescentních (34%) a 48 adolescentních (66%) dívek a 12 pubescentních (29%) a 29 adolescentních (71%) chlapců. Takto popsaná data jsou uvedena v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Pohlaví, věk a počet respondentů

Dívky				Chlapci			
11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
25	34%	48	66%	12	29%	29	71%

2.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V následující kapitole jsou podrobně rozebrány jednotlivé otázky dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu jsou vyjádřeny prostřednictvím absolutní a relativní četnosti. K přehlednějšímu vyjádření výsledků byly použity tabulky, které jsou stručně popsány. Hodnoty v tabulkách jsou zaznamenány dle pohlaví (dívka, chlapec) a věku (11-15 let, 16-19 let).

První otázky dotazníku se zaměřovaly především na zjištění antropometrických dat respondentů. Každému jednotlivci tak bylo možno vypočítat skutečné BMI.

Tabulka 2: Uvedení váhy a výšky pro výpočet BMI

BMI	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Podváha	3	12%	4	8,3%	2	16,7%	2	6,9%
Normální váha	18	72%	35	72,9%	8	66,7%	21	72,4%
Nadváha	4	16%	9	18,8%	2	16,7%	6	20,7%

Se zřetelem na osobní údaje jako je věk, výška a váha, které žáci uváděli v dotazníkovém šetření, byla vypočítána jejich růstová norma dle percentilového grafu. Z uvedených hodnot je patrné, že nejvíce odpovídali respondenti, jejichž váha byla v normě. Při porovnání obou věkových kategorií dívek a chlapců lze zjistit, že jsou jejich hodnoty prakticky srovnatelné. Podváhou trpí téměř 16,7 % chlapců ve věku 11-15 let.

Nadváha byla naopak více častá u chlapců ve věku 16-19 let. Dle výzkumu WHO, opouští základní školy 14 % obézních adolescentů.

Tabulka 3: Znalost definice pojmu BMI

Víte, co znamená pojem BMI?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Index tělesné hmotnosti	20	80%	34	70,8%	8	66,7%	17	58,6%
Index tělesného tuku	3	12%	7	14,6%	3	25%	6	20,7%
Ukazatel míry úzkosti	0	0%	1	2,1%	0	0%	0	0%
Nevím	2	8%	6	12,5%	1	8,3%	6	20,7%

Ze získaných výsledků vyplývá, že více než polovina dotazovaných, především dívky, správně odpovídali na otázku vysvětlující pojem BMI (index tělesné hmotnosti). Většina špatných odpovědí byla spojena s chlapci ve věku 11-15 let, kteří v 25% uváděli, že se jedná o index tělesného tuku. 20,7% chlapců ve věku 16-19 let uvedlo, že neví, co tento pojem znamená.

Tabulka 4: Jaká zdravotní rizika hrozí při nízké hodnotě BMI?

Jaká zdravotní rizika hrozí při nízké hodnotě BMI?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Obezita	2	8%	2	4,2%	0	0%	4	13,8%
Podvýživa	13	52%	36	75%	6	50%	17	58,6%
Nadváha	2	8%	1	2,1%	1	8,3%	1	3,4%
Nevím	8	32%	9	18,8%	5	41,7%	7	24,1%

Zhruba polovina dívek a chlapců ve věku 11-15 let odpovědělo správně. Nejvíce však správně odpovídaly dívky staršího věku, tedy 75 %. Z výsledků vyplývá, že odpověď

„nevím“ označilo zhruba 41,7% pubescentních chlapců, kteří v předchozí otázce také chybně odpovídali. Touto skutečností jsem velmi překvapena. Předpokládala jsem, že pojem BMI většina dotazovaných nebude znát.

Tabulka 5: Setkali jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?

Setkali jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	24	96%	36	75%	9	75%	18	62,1%
Ne	0	0%	2	4,2%	0	0%	1	3,4%
Nevzpomínám si	1	4%	10	20,8%	3	25%	10	34,5%

Z výsledků vyplývá, že znalost pojmu u dospívajících dětí je velmi vysoká. Téměř všichni ve věku 11- 15 let se s pojmem poruchy příjmu potravy setkali, pouze jedna dívka si nevzpomíná. Z těchto výsledků je patrné, že se povědomí o poruchách příjmu potravy dostává do popředí již na základní škole a střední školy by měly neustále studenty ohledně této problematiky informovat.

Tabulka 6: Vysvětlil Vám někdo tento pojem?

Vysvětlil Vám někdo tento pojem? (lze vybrat více odpovědí)	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Rodiče	8	17,39%	12	17,6%	5	22,7%	7	15,6%
Učitelé	22	47,82%	26	38,2%	12	54,55%	18	40%
Kamarádi	7	15,2%	5	7,4%	1	4,55%	5	11,1%
Média (televize, internet..)	8	17,39%	14	20,6%	4	18,2%	6	13,3%
Nikdo	1	2,17%	11	16,2%	0	0%	9	20%

S pojmem poruchy příjmu potravy nejvíce seznámili dospívající děti učitelé, tuto odpověď zvolilo zhruba 50% dětí ve věku 11-15 let a kolem 40% dětí ve věku 16-19 let.

Tabulka 7: Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy?

Co jsou podle Vás poruchy příjmu potravy?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Konzumace pouze určitých druhů potravin	2	8%	3	6,3%	0	0%	5	17,2%
Krátkodobé problémy s jídlm	5	20%	6	12,5%	2	16,6%	5	17,2%
Závažné primárně psychické poruchy spojené s jídlm	17	68%	34	70,8%	10	83,4%	16	55,2%
Nevím	1	4%	5	10,4%	0	0%	3	10,3%

Dle výše zmíněných výsledků správně odpovědělo téměř ¾ respondentů ze všech, že se jedná o psychické onemocnění spojené s jídlm.

Tabulka 8: Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy?

Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy? (lze vybrat více odpovědí)	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Mentální anorexie	25	60,97%	44	48,4%	12	66,7%	27	54%
Chronická zácpa	1	2,43%	2	2,2%	0	0%	4	8%
Mentální bulimie	15	36,58%	42	46,2%	6	33,3%	17	34%
Průjem	0	0%	3	3,3%	0	0%	2	4%

Z uvedených výsledků lze konstatovat, že velké procento dívek i chlapců z obou věkových kategorií správně zařadilo mentální anorexii a mentální bulimii do poruch příjmu potravy. Nejvíce však chybovali chlapci ve věku 16-19 let.

Tabulka 9: Co je to mentální anorexie?

Co je to mentální anorexie?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Drastická dieta	9	36%	9	18,8%	1	8,3%	9	31%
Porucha, kdy člověk záměrně odmítá jídlo, aby úmyslně snížil svou váhu	14	56%	26	54,2%	11	91,7%	16	55,2%
Záchvatovité přejídání a následné vyvolávání zvracení	2	8%	10	20,8%	0	0%	3	10,3%
Nevím, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a	0	0%	3	6,3%	0	0%	1	3,4%

Z tabulky vyplývá, že více jak polovina odpověděla opět správně. Nejvíce jsem však překvapená z výsledků mladších chlapců, kdy téměř všichni odpověděli správně, tedy 91,7 % z nich. Takový výsledek bych čekala spíše u dívek.

Tabulka 10: Co je to mentální bulimie?

Co je to mentální bulimie?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Drastická dieta	6	24%	7	14,6%	4	33,3%	8	27,6%
Porucha, kdy člověk záměrně odmítá jídlo, aby úmyslně snížil svou váhu	2	8%	8	16,7%	0	0%	2	6,9%
Záchvatovité přejídání a následné vyvolávání zvracení	10	40%	31	64,6%	6	50%	10	34,5%
Nevím, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a	7	28%	2	4,2%	2	16,7%	9	31%

Z této tabulky je patrné, že hůře odpovídali chlapci z obou věkových skupin a jako druhou nejčastější odpověď uváděli „drastická dieta.“ Obecně zde lépe odpovídaly dívky.

Po srovnání výsledků z tabulky č. 9 a č. 10 vyplývá, že dospívající děti znají spíše pojem mentální anorexie, ale méně znají pojem mentální bulimie.

Tabulka 11: Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?

Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře	3	12%	8	16,7%	3	25%	6	20,7%
Léčba není nutná	2	8%	3	6,3%	0	0%	4	13,8%
Intenzivní lékařská, psychiatrická nebo psychologická pomoc	18	72%	32	66,7%	8	66,7%	15	51,7%
Úprava zevnějšku (změna vzhledu)	2	8%	5	10,4%	1	8,3%	4	13,8%

Pro léčbu poruch příjmu potravy je nutná intenzivní lékařská, psychiatrická nebo psychologická pomoc, tuto odpověď zvolila více než polovina dívek a chlapců ve všech věkových kategoriích. Druhou nejčastější odpovědí byla léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře na kterou nejčastěji chybně odpovídali chlapci ve věku 11-15 let.

Tabulka 12: Diskutovali jste o poruchách příjmu potravy ve škole?

Diskutovali jste o poruchách příjmu potravy ve škole?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	13	52%	22	45,8%	7	58,3%	11	37,9%
Spíše ano	10	40%	12	25%	5	41,7%	8	27,6%
Spíše ne	1	4%	10	20,8%	0	0%	3	10,3%
Ne	1	4%	4	8,3%	0	0%	7	24,1%

Z uvedených odpovědí vyplývá, že o poruchách příjmu potravy ve škole diskutovala většina dívek a chlapců v obou věkových kategoriích.

Tabulka 13: Chtěli byste se o poruchách příjmu potravy dozvědět více?

Chtěli byste se o poruchách příjmu potravy dozvědět více?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	7	28%	19	39,6%	0	0%	9	31%
Spíše ano	10	40%	14	29,2%	0	0%	3	10,3%
Spíše ne	3	12%	8	16,7%	7	58,3%	5	17,2%
Ne	5	20%	7	14,6%	5	41,7%	12	41,4%

Z výše uvedených výsledků je patrné, že celkově o poruchách příjmu potravy by se více chtěly dozvědět dívky obou věkových kategorií a chlapci téměř vůbec. Tento výsledek si vysvětlují tím, že problematika poruch příjmu potravy se týká hlavně dospívajících dívek, které jsou rizikovější skupinou, a proto je toto téma více zajímavá.

Tabulka 14: Jaký máte vztah ke svému zevnějšku?

Jaký máte vztah ke svému zevnějšku?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Kladný (jsem spokojen/á se svým vzhledem)	1	4%	12	25%	2	16,7%	10	34,5%
Spíše kladný (jsem spokojen/á, ale něco bych změnil/a)	10	40%	22	45,8%	9	75%	8	27,6%
Spíše záporný (nejsem moc spokojen/á, ale neřeším to)	8	32%	13	27,1%	1	8,3%	8	27,6%
Záporný (nejsem spokojen/á se svým vzhledem)	6	24%	1	2,1%	0	0%	3	10,3%

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že nejvíce jsou spokojeni se svým vzhledem chlapci ve věku 16-19 let. Spíše kladný vztah ke svému zevnějšku mají chlapci ve věku 11-15 let, kteří by na sobě něco změnili, což může představovat riziko k rozvoji bigorexie (jedinec má pocit, že jeho svaly nejsou dostatečně vyvinuté) a chlapci se mohou snažit

změnit svou postavu nadměrným cvičením, aby dosáhli větší svalové hmoty. Nejvíce dívek v obou věkových kategoriích označilo, že by na sobě něco změnily a celkově nejsou moc spokojené se svým vzhledem. V období dospívání může dojít ke konfliktům mezi vrstevníky. Dívky i chlapci mohou čelit posměškům kvůli nízké či vyšší tělesné hmotnosti.

Tabulka 15: Myslíte si, že máte tendenci srovnávat se s ostatními?

Myslíte si, že máte tendenci srovnávat se s ostatními?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	3	12	7	14,6%	0	0%	2	6,9%
Spíše ano	7	28%	18	37,5%	3	25%	6	20,7%
Spíše ne	10	40%	19	39,6%	8	66,7%	15	51,7%
Ne	5	20%	4	8,3%	1	8,3%	6	20,7%

Nejvíce dívek a chlapců z obou věkových skupin uvedlo, že spíše nemají tendenci srovnávat se s ostatními. Myslím si, že jsou výsledky v této otázce poněkud zkreslené, protože v období dospívání se děti často srovnávají se svými vrstevníky a porovnávají proporce svého těla.

Tabulka 16: Co je pro Vás při posuzování vlastní postavy nejdůležitější?

Co je pro Vás při posuzování vlastní postavy nejdůležitější?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Názor kamarádů	11	44%	20	41,7%	10	83,4%	15	51,7%
Názor rodičů	5	20%	19	39,6%	1	8,3%	7	24,1%
Názor učitelů	0	0%	3	6,3%	0	0%	2	6,9%
Informace z médií	9	36%	6	12,5%	1	8,3%	5	17,2%

Při posuzování vlastní postavy je pro dospívající děti nejdůležitější názor kamarádů, což je pochopitelné, protože jak jsem již uváděla v předchozí tabulce, děti v tomto věku mají tendenci se často srovnávat se svými vrstevníky, a proto je pro ně velmi důležitý názor kamarádů. Dívky obou věkových skupin jako druhou nejčastější možnost volily názor rodičů.

Tabulka 17: Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií?

Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií? (herci, modelky..)	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	1	4%	2	4,2%	0	0%	0	0%
Spíše ano	4	16%	9	18,8%	6	50%	2	6,9%
Spíše ne	9	36%	19	39,6%	4	33,4%	9	31%
Ne	11	44%	18	37,5%	2	16,6%	18	62,1%

Svou postavu nejčastěji porovnávají chlapci ve věku 11-15 let. Tuto skutečnost si vysvětlují tím, že chlapci v tomto věku často porovnávají svou postavu s kulturisty v časopisech a touží mít také svalnatou postavu. Dívky často uváděly, že se s obrázky z médií nesrovnávají. Myslím si, že dívky v tomto případě neodpovídaly upřímně.

Tabulka 18: Držíte nebo drželi jste někdy dietu, protože jste chtěli zhubnout?

Držíte nebo drželi jste někdy dietu, protože jste chtěli zhubnout?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano, 1-2x jsem dietu držel/a	9	36%	9	18,8%	0	0%	6	20,7%
Ano, dietu jsem držel/a více jak 2x	7	28%	6	12,5%	0	0%	0	0%
Ne, nikdy jsem dietu nedržel/a	2	8%	19	39,6%	10	83,4%	14	48,3%
Ne, ale rád/a bych to zkusil/a	7	28%	14	29,2%	2	16,6%	9	31%

V této otázce se potvrdil můj předpoklad, že dietu budou držet častěji dívky a budou mít o ní větší zájem než chlapci. Ne příliš dobrým výsledkem je to, že větší počet dívek by rádo držení diet vyzkoušelo. Dle některých studií je prokázáno, že nejvíce zkouší držet diety dívky ve věku 14-15 let, což se i v mém výzkumu potvrdilo.

Tabulka 19: Dieta je podle Vás?

Dieta podle Vás je?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Úprava jídelníčku	7	28%	26	54,2%	1	8,3%	13	44,8%
Změna životosprávy a změna stravovacích návyků	15	60%	14	29,2%	7	58,3%	11	37,9%
Vědomé hladovění	3	12%	8	16,7%	4	33,4%	5	17,2%

Více než polovina dívek a chlapců ve věku 11-15 let odpovědělo, že dieta je změna životosprávy a změna stravovacích návyků naopak dívky a chlapci ve věku 16-19 let uváděli úpravu jídelníčku. Z toho vyplývá, že pojem dieta vnímá každý jinak. Názor, že dieta je vědomé hladovění měli nejvíce chlapci ve věku 11-15 let, tento názor si vysvětlují tím, že chlapci v tomto věku neřeší co jí tolik, jako dívky.

Tabulka 20: Jak byste zhodnotili své stravovací návyky?

Jak byste zhodnotili své stravovací návyky?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Jsou výborné, jím pravidelně 5x denně	0	0%	3	6,3%	0	0%	1	3,4%
Jsou spíše dobré, snažím se jíst pravidelně, ale občas nějaké jídlo vynechám	3	12%	25	52,1%	1	8,3%	5	17,2%
Nevím, jím na co mám zrovna chuť	3	12%	10	20,8%	7	58,5%	6	20,7%
Jsou horší, záměrně vynechávám jedno z hlavních jídel	13	52%	5	10,4%	1	8,3%	8	27,6%
Jsou špatné, jím nepravidelně, nemám naučené žádné stravovací návyky	6	24%	5	10,4%	3	24,9%	9	31%

Výborné stravovací návyky ve věku 11-15 let nemá nikdo a ve věku 16-19 let jen velmi malé procento. Spíše dobré stravovací návyky, kdy nějaké jídlo občas vynechají mají nejvíce dívky ve věku 16-19 let. U odpovědi nevím, jím na co mám zrovna chuť, nejvíce odpovídali chlapci ve věku 11-15 let, což souvisí s předchozí otázkou, že spíše neřeší své stravovací návyky a nedrží žádné diety. Horší stravovací návyky, kdy záměrně vynechávají jedno z hlavních jídel, mají nejvíce dívky ve věku 11-15 let. Nejhorší stravovací návyky z uvedených výsledků mají chlapci ve věku 16-19 let.

Tabulka 21: Myslíte si, že se stravujete zdravě?

Myslíte si, že se stravujete zdravě?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	1	4%	8	16,7%	0	0%	2	6,9%
Spíše ano	4	16%	22	45,8%	2	16,6%	10	34,5%
Spíše ne	12	48%	16	33,3%	10	83,4%	9	31%
Ne	8	32%	2	4,2%	0	0%	8	27,6%

Vysoké procento dotazovaných si myslí, že se zdravě nestravují, konkrétně nejvíce takto odpovídali chlapci ve věku 11-15 let a také zhruba polovina dívek ve věku 11-15 let. Naopak ze všech dotazovaných zvolilo nejvíce dívek ve věku 16-19 let variantu „ano“ či „spíše ano.“

Tabulka 22: Setkali jste se s někým kdo trpěl poruchami příjmu potravy?

Setkali jste se s někým, kdo trpěl mentální anorexií nebo mentální bulimií? (lze vybrat více odpovědí)	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano, spolužák/spolužačka	1	4%	5	10,4%	1	8,3%	1	3,4%
Ano, kamarád/kamarádka	5	20%	3	6,24%	3	25%	1	3,4%
Ano, rodiče	0	0%	1	2,1%	0	0%	0	0%
Ano, sourozenec	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ano, já sám	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ne, nesetkal/a	19	76%	39	81,2%	8	66,7%	27	93,1%

Většina respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, neznají nikoho, kdo by se potýkal nebo se stále potýká s mentální anorexií či mentální bulimií. Velmi znepokojivé ovšem je, že z každé věkové kategorie vždy někdo uvedl, že se setkal s kamarádem/kamarádkou nebo spolužákem/spolužačkou. Pouze jedna respondentka ve věkové kategorii 16-19 let uvedla odpověď „rodiče.“

Tabulka 23: Pokud byste se setkali s poruchou příjmu potravy, věděli byste na koho se obrátit?

Pokud byste se setkali s poruchou příjmu potravy, věděli byste na koho se obrátit s prosbou o pomoc?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Neřešil bych to, protože je to jeho věc	2	8%	5	10,4%	1	8,3%	7	24,1%
Neřešil bych to, ale v myšlenkách by mě jeho nemoc trápila	2	8%	1	2,1%	0	0%	0	0%
Domluvil bych mu, ať jí a dál bych se tím nezabýval	3	12%	5	10,4%	1	8,3%	2	6,9%
Snažil bych se mu sám pomoci (hledáním informací, doporučením lékaře..)	13	52%	14	29,2%	5	41,7%	11	37,9%
Řekl bych to učiteli, výchovnému poradci, rodičům	5	20%	23	48%	5	41,7%	9	31%

Polovina dívek, ve věku 11-15 let, by se snažila pomoci nemocnému s poruchou příjmu potravy hledáním určitých informací či doporučením lékaře. Téměř polovina dívek, ve věku 16-19 let, by o tomto problému řekla rodičům, výchovnému poradci nebo učiteli. U chlapců ve věku 11-15 let byl zvolený počet obou odpovědí vyrovnaný. Poměrně vysoký počet chlapců, ve věku 16-19 let, by situaci vůbec neřešilo.

Tabulka 24: Znáte nějaké organizace, které se poruchami příjmu potravy zabývají?

Znáte nějaké organizace nebo internetové portály, které se poruchami příjmu potravy zabývají?	Dívky				Chlapci			
	11-15 let		16-19 let		11-15 let		16-19 let	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Ano	0	0%	1	2,1%	0	0%	1	3,4%
Některé instituce znám, ale nejsem si jistý, jestli se poruchami příjmu potravy zabývají	7	28%	6	12,5%	1	8,3%	8	27,6%
Ne	18	72%	41	85,4%	11	91,7%	20	69%

Nadpoloviční většina dotazovaných nezná žádné organizace nebo internetové portály, které se poruchami příjmu potravy zabývají. Někteří také uvedli, že některé instituce znají, ale nejsou si jistí, jestli se poruchami příjmu potravy zabývají. Pouze dva respondenti z věkové kategorie 16-19 let uvedli, že některé organizace nebo internetové portály znají.

2.3 DISKUZE

V této části se pokusím odpovědět na předem stanovené výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla takto: *Jaké znalosti mají pubescenti a adolescenti o poruchách příjmu potravy, které mohou vést k jejich předcházení?* Tato výzkumná otázka se dělí na dalších pět výzkumných podotázek.

1. Podotázka první výzkumné otázky zní: *Dokážou respondenti definovat pojem BMI a jaké hrozí riziko při nízké hodnotě?* K této podotázce se vztahují dotazníkové otázky č. 1 a č. 2. Přestože ze získaných výsledků vyplývá, že většina dospívajících dětí dokáže pojem BMI definovat, tak zejména chlapci často zaměnili tento pojem za index tělesného tuku, což potvrzuje i další otázka jaké hrozí riziko při nízké hodnotě, kde odpovídali především chlapci, že neví. Z tohoto výsledku jsem velmi mile překvapena, jelikož jsem předpokládala, že pojem BMI nebude většina dotazovaných znát. BMI – index tělesné hmotnosti se používá jako měřítko ideální hmotnosti a jako ukazatel případných začátků poruch příjmu potravy.
2. Podotázka první výzkumné otázky zní: *Jaké znalosti mají respondenti o poruchách příjmu potravy?* K této podotázce se vztahují dotazníkové otázky č. 3, 4, 5 a 6. U otázky č. 3 z výsledků vyplývá, že znalost pojmu je u dospívajících dětí poměrně vysoká. V otázce č. 4 nejčastěji uváděli, že je s pojmem poruchy příjmu potravy nejvíce seznámili učitelé. Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí u dětí ve věku 11-15 let byli rodiče. U dívek ve věku 16-19 let byla další nejčastěji zvolená odpověď „médiá.“ Naopak chlapci ve věku 16-19 let jako druhou nejčastější odpověď volili „nikdo.“ Z těchto odpovědí mě nejvíce znepokojuje, že se dívky nejčastěji o poruchách příjmu potravy dozvěděly z médií. Dívky jsou „náchylnější“ k ovlivňování médii než chlapci. Například, přístup k všemožným informacím na internetu, může být rizikový pro vznik nejen poruch příjmu potravy. Internet může být pro některé jedince přínosem a podporou, avšak může mít i opačný efekt. Zvláště nebezpečné pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy představují pro-anorektické a pro-bulimické blogy, které mohou dívky navštívit. Tyto komunity

často obsahují návody, jak se propracovat k anorexii nebo bulimii. Bylo by tedy dobré více začlenit problematiku poruch příjmu potravy především do primární, ale i sekundární a terciární prevence.

V otázce č. 5 správně odpověděla více než polovina dotazovaných všech věkových kategorií, že poruchy příjmu potravy jsou závažné psychické poruchy spojené s jídlem. V poslední otázce měli respondenti určit, které z uvedených poruch se řadí do poruch příjmu potravy, kde poměrně vysoké procento všech dotazovaných odpovědělo správně, nejvíce však chybovali chlapci ve věku 16-19 let. Nebylo by ovšem na škodu, tak probíranou a velmi rozšířenou problematiku poruch příjmu potravy u mladé populace více zařadit do vyučování jako průřezové téma, aby se zvýšil počet dospívajících, kteří mají přehled o této problematice.

3. Podotázka první výzkumné otázky zní: *Dokážou definovat pojmy mentální anorexie a mentální bulimie?* K této podotázce se vztahují dotazníkové otázky č. 7 a č. 8. V předchozí otázce jsem se snažila zjistit, zda respondenti dokáží správně zařadit poruchy, které do této oblasti patří. V následujících dvou otázkách jsem také chtěla ověřit, zda tyto pojmy dokáží správně definovat. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů je na tom se znalostí terminologie dobře, avšak část respondentů tyto dva pojmy zaměňuje ba dokonce uvádí drastickou dietu. Nejvíce mě však překvapili chlapci ve věku 11-15 let, kdy téměř všichni odpověděli správně. Ovšem vzhledem k tomu, že část dotazovaných si nevzpomíná, že se s poruchami příjmu potravy setkali je pravděpodobné, že odpovědi odhadli. Tento výsledek mě nepřekvapil, myslím si, že si tyto dva pojmy obecně plete převážná část populace.
4. Podotázka první výzkumné otázky zní: *Mají respondenti představu, jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?* Kvalitní léčba je pro průběh nemoci velmi důležitá. Proto je nutná intenzivní, psychiatrická nebo psychologická pomoc. Výsledky z této odpovědi ukazují, že představa dospívajících o tom, jaká je vhodná léčba není jednoznačná. Poměrně znepokojující je fakt, že vysoké procento dotazovaných si myslí, že léčba poruch příjmu potravy není nutná nebo stačí úprava zevnějšku. Dalo by se říct, že znalosti v oblasti léčby jsou poněkud zanedbané. Přisuzuji to především výuce, která by měla dětem předávat kvalitnější informace týkající se terminologie, prevence a pomoci.

5. Podotázka první výzkumné otázky zní: *Diskutovali respondenti o poruchách příjmu potravy ve škole a chtěli by se dozvědět více?* K této podotázce se vztahují dotazníkové otázky č. 10, 11. Většina dívek a chlapců, ve všech věkových kategoriích, o poruchách příjmu potravy ve škole diskutovala, což potvrzují předchozí výzkumné podotázky. O poruchách příjmu potravy by se více chtěly dozvědět dívky obou věkových kategorií a chlapci téměř vůbec. Tento výsledek si vysvětlují tím, že problematika poruch příjmu potravy se týká hlavně dospívajících dívek, které jsou rizikovější skupinou, a proto je toto téma více zajímavé.

Druhá výzkumná otázka zněla takto: *Jaký je postoj respondentů k jejich vzhledu a jaké mají stravovací návyky?* K této výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19. Z výsledků otázky č. 12 vyplývá, že nejvíce jsou spokojeni se svým vzhledem chlapci ve věku 16-19 let. Spíše kladný vztah ke svému zevnějšku mají chlapci ve věku 11-15 let, kteří by na sobě něco změnili, což může představovat riziko k rozvoji bigorexie (jedinec má pocit, že jeho svaly nejsou dostatečně vyvinuté) a chlapci se mohou snažit změnit svou postavu nadměrným cvičením, aby dosáhli větší svalové hmoty. Nejvíce dívek v obou věkových kategoriích označilo, že by na sobě něco změnilo a celkově nejsou moc spokojené se svým vzhledem. V období dospívání může dojít ke konfliktům mezi vrstevníky. Dívky i chlapci mohou čelit posměškům kvůli své váze. Nejvíce dívek a chlapců z obou věkových skupin uvedlo, že spíše nemají tendenci srovnávat se s ostatními. Myslím si, že jsou výsledky v této otázce poněkud zkreslené, protože v období dospívání se děti často srovnávají se svými vrstevníky a porovnávají proporce svého těla. Při posuzování vlastní postavy je pro dospívající nejdůležitější názor kamarádů, což může představovat značné riziko. Svou postavu nejčastěji porovnávají chlapci ve věku 11-15 let. Tuto skutečnost si vysvětlují tím, že chlapci v tomto věku často porovnávají svou postavu s kulturisty v časopisech a touží mít také svalnatou postavu. Dívky často uváděly, že se s obrázky z médií nesrovnávají. Myslím si, že dívky v tomto případě neodpovídaly upřímně. Ne příliš dobrým zjištěním je, že větší počet dívek by rádo držení diet vyzkoušelo. Dle některých studií je prokázáno, že nejvíce zkouší držet diety dívky ve věku 14-15 let, což se i v mém výzkumu potvrdilo. Z výsledků také vyplývá, že mají respondenti odlišné názory v tom, co dieta znamená. Nejvíce chybovali chlapci, s čímž souvisí i další otázka, kdy měli nejhorší stravovací návyky a dle mého názoru stravu moc neřeší. Z výzkumné otázky vyplývá určité riziko pro dívky, jelikož převážná část by na sobě něco změnila a jejich stravovací návyky nejsou výborné. Ženy nejrůznějšího věku

si přejí zhubnout a pouštějí se do nekonečných diet. Dospívání je křehké období a pokud se rozhodne dospívající dívka zhubnout, měli bychom být na pozoru.

Třetí výzkumná otázka zněla takto: *Setkali se respondenti někdy s někým, kdo trpěl mentální anorexií nebo mentální bulimií a věděli by jakým způsobem poskytnout pomoc lidem trpícím touto poruchou?* K této otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 20, 21 a 22. Je velmi znepokojivé, že z každé věkové kategorie vždy někdo uvedl, že se s někým setkal. Poměrně vysoké procento výzkumného vzorku uvedlo kamarádka/kamaráda nebo spolužačku/spolužáka. Pouze jedna respondentka uvedla jednoho ze svých rodičů. Dle mého názoru může být výsledek poněkud zkreslený, jelikož dotazovaní mohou považovat například „vyhublou“ kamarádka za anorektičku. Otázka č. 21, zdali by dokázali nemocnému pomoci, zřejmě velmi záleží na ochotě. Přestože většina dotazovaných by se nemocnému snažila pomoci sama hledáním informací nebo pomocí skrze učitele, výchovného poradce a rodiče, našla se i taková část, která by situaci raději neřešila. Je důležité, abychom k sobě nebyli lhostejní a snažili se pomáhat. Neboť jen malý krůček pomoci může jedince motivovat k léčbě. Příčin, proč by dotazovaní situaci raději neřešili, je spousta. Například, že neradi řeší cizí problémy, nebo se s člověkem neznají blíže. Co se týče znalosti organizací, které se poruchami příjmu potravy zabývají, nadpoloviční počet dospívajících žádné nezná. Tento výsledek jsem předpokládala, jelikož část dotazovaných nejevila prakticky velký zájem dozvědět se více o této problematice. Celou tuto otázku bych zhodnotila tak, že větší část respondentů je schopna poruchy příjmu potravy rozpoznat, už díky tomu, že s nemocnými někdy do kontaktu přišla. V dnešní moderní době má opravdu každý přístup k různým informacím na internetu. Záleží jen na nich, zda si o nemoci zjistí více a pomohou či nikoli.

Výzkumné šetření odhalilo určité nedostatky v orientaci dospívajících dětí v poruchách příjmu potravy. Předpokládala jsem, že lépe budou odpovídat dívky a chlapci ve věkové kategorii 16-19 let, protože by již měli být více informovaní. Naopak mě mile překvapily odpovědi respondentů ve věku 11-15 let, kteří v otázkách poměrně dobře odpovídali. Je možné, že většina dospívajících ve věku 16-19 let nepřikládala dotazníku takovou váhu a mladší respondenti odpovídali upřímněji nebo odpovědi pouze odhadli. Přibližně polovina dotazovaných nemá velký zájem dozvědět se o poruchách příjmu potravy více. Je nutné důrazněji oslovit žáky již na přelomu prvního a druhého stupně ZŠ, neboť již zde se poruchy příjmu potravy reálně vyskytují. Téma poruchy příjmu potravy by nemělo být zařazeno jen na základních školách, ale i na středních školách v rámci výchovy ke zdraví.

Pokud budou dospívající dostatečně informováni v oblasti poruch příjmu potravy, můžeme předpokládat, že se sníží riziko vzniku těchto poruch.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce je zejména sestavení teoretického přehledu o poruchách příjmu potravy na základě odborné literatury, nabídnout stručný přehled ověřených informací o poruchách příjmu potravy a zároveň informovat veřejnost o nebezpečnosti těchto nemocí. V praktické části se snažím co nejlépe charakterizovat mentální anorexii a mentální bulimii, jejich historii, rizikové determinanty, které mohou mít vliv na vznik těchto poruch, také možnosti léčby, terapie a prevence.

Z výsledků, které byly sesbírány prostřednictvím dotazníků, vyplývá, že respondenti mají odlišné názory a nedá se bohužel říci, že se jedná o jednoznačné výsledky. Výzkumné šetření odhalilo určité nedostatky v orientaci dospívajících dětí v poruchách příjmu potravy. Předpokládala jsem, že lépe budou odpovídat dívky a chlapci ve věkové kategorii 16-19 let, protože by již měli být více informovaní. Naopak mě mile překvapily odpovědi respondentů ve věku 11-15 let, kteří v otázkách poměrně dobře odpovídali. Je možné, že většina dospívajících ve věku 16-19 let nepřikládala dotazníku takovou váhu a mladší respondenti odpovídali upřímněji nebo odpovědi pouze odhadli. Přibližně polovina dotazovaných nemá velký zájem dozvědět se o poruchách příjmu potravy více. Je nutné důrazněji oslovit žáky již na přelomu prvního a druhého stupně ZŠ, neboť již zde se poruchy příjmu potravy reálně vyskytují. Téma poruchy příjmu potravy by nemělo být zařazeno jen na základních školách, ale i na středních školách v rámci výchovy ke zdraví.

Prostřednictvím bakalářské práce jsem měla možnost nahlédnout do složité problematiky poruch příjmu potravy, zhodnotit postoje a názory dospívajících respondentů a zároveň získat svůj názor na tuto problematiku. Přínos své práce vidím především v tom, že jsem sestavila teoretický přehled o poruchách příjmu potravy, který může některým čtenářům sloužit jako zdroj informací. Inspirovat se mojí prací mohou také jedinci, kteří chtějí změnit své stravovací návyky, myšlení a začít s poruchami příjmu potravy bojovat.

Závěrem lze konstatovat, že cíl bakalářské práce byl splněn, teoretické poznatky byly uceleny do přehledného celku a výzkumným šetřením je bakalářská práce obohacena o mnoho dalších informací.

RESUMÉ

Předkládaná bakalářská práce s názvem „Poruchy příjmu potravy: rizika a informovanost u dospívajících dětí“ se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení poruch příjmu potravy. Obsahuje informace týkající se mentální anorexie a mentální bulimie, jejich historie a zmíněny jsou také atypické a nespecifické formy. Dále také rozebírá možná rizika, léčbu a prevenci poruch příjmu potravy. V praktické části je veden výzkum pomocí dotazníkového šetření, který zjišťuje úroveň informovanosti dospívajících dětí o pojmech souvisejících s poruchami příjmu potravy a současně zjišťují jak vnímají své tělo, jaké mají stravovací návyky a zdali by dokázali poskytnout pomoc lidem s touto poruchou. Dílčím cílem je porovnat míru informovanosti vzhledem k pohlaví a věku. K přehlednějšímu vyjádření výsledků jsou použity tabulky, které jsou stručně popsány.

Summary

This bachelor thesis called „Eating disorders: risks and awareness of adolescents” deals with eating disorders. It is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical part is focused on defining faults food intake. It contains information about anorexia nervosa and bulimia nervosa, their’s history and atypical and nonspecific forms are here also mentioned. It also discusses possible risks, treatment and prevention of eating disorders. In the practical part of the research is conducted by questionnaire survey, which determines the level of information of adolescents about concepts eating disorders and at the same time finding out how they perceive their body as they have eating habits and whether they can provide help to people with this disorder. The partial aim is to compare gender and age awareness. For a clearer statement of the results are the tables that are briefly described.

SEZNAM LITERATURY**Knižní zdroje**

Bruch, Hilde (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Book. pp. 57–58. ISBN 0465017827.

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

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-8593179-6.

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

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HSU, L. K. George. *Eating disorders*. New York: Guilford Press, c1990. ISBN 978-0898624014.

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

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.

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

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

MORTON, Nina. *Eating disorders: prevalence, risk factors and treatment options*. New York: Nova Science Publishers, [2016]. ISBN 978-1-53610-062-4.

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

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*.

2. přepracované vydání. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. ISBN 978-80-87142-34-9.

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

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.

Internetové zdroje

Mentální anorexie: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba [online]. Medlicker, 2019 [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/360-mentalni-anorexie-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba#diagnosticke-testy-a-vysetreni-v-souvislosti-s-mentalni-anorexii>

Záchvatové přejídání [online]. Víš co jíš, 2014 [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: http://viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=118%3A122&catid=68&Itemid=118

Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. Kulhánek, 2015 [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1: Pohlaví, věk a počet respondentů
- Tabulka 2: Uvedení váhy a výšky pro výpočet BMI
- Tabulka 3: Znalost definice pojmu BMI
- Tabulka 4: Jaká zdravotní rizika hrozí při nízké hodnotě BMI?
- Tabulka 5: Setkali jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?
- Tabulka 6: Vysvětlil Vám někdo tento pojem?
- Tabulka 7: Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy?
- Tabulka 8: Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy?
- Tabulka 9: Co je to mentální anorexie?
- Tabulka 10: Co je to mentální bulimie?
- Tabulka 11: Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?
- Tabulka 12: Diskutovali jste o poruchách příjmu potravy ve škole?
- Tabulka 13: Chtěli byste se o poruchách příjmu potravy dozvědět více?
- Tabulka 14: Jaký máte vztah ke svému zevnějšku?
- Tabulka 15: Myslíte si, že máte tendenci srovnávat se s ostatními?
- Tabulka 16: Co je pro Vás při posuzování vlastní postavy nejdůležitější?
- Tabulka 17: Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií?
- Tabulka 18: Držíte nebo drželi jste někdy dietu, protože jste chtěli zhubnout?
- Tabulka 19: Dieta je podle Vás?
- Tabulka 20: Jak byste zhodnotili své stravovací návyky?
- Tabulka 21: Myslíte si, že se stravujete zdravě?
- Tabulka 22: Setkali jste se s někým kdo trpěl poruchami příjmu potravy?
- Tabulka 23: Pokud byste se setkali s poruchou příjmu potravy, věděli byste na koho se obrátit?
- Tabulka 24: Znáte nějaké organizace, které se poruchami příjmu potravy zabývají?

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Ahoj,

Jmenuji se Natálie Korandová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku, který je určen pro výzkumnou část mé bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy: rizika a informovanost u dospívajících dětí. Dotazník je zcela **anonymní a bude použit výhradně jen pro mé účely zpracování**. Pokud má být studie úspěšná, je důležité, abyste odpovídali upřímně. U každé otázky prosím označte jen jednu odpověď (pokud není zadáno označit více odpovědí), popřípadě doplňte své vlastní sdělení.

Pohlaví:

- a) dívka
- b) chlapec

Kolik je Vám let?

- a) 11-15 let
- b) 16-19 let

Doplňte, prosím, následující údaje:

Výška (cm):.....

Váha (kg):.....

1, Víte, co znamená pojem BMI?

- a) index tělesné hmotnosti
- b) index tělesného tuku
- c) ukazatel míry úzkosti
- d) nevím

2, Jaké zdravotní riziko hrozí při nízké hodnotě BMI?

- a) obezita
- b) podvýživa
- c) nadváha
- d) nevím

3, Setkali jste se někdy s pojmem poruchy příjmu potravy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

4, Vysvětlil Vám někdo tento pojem? (možnost označit více odpovědí)

- a) rodiče
- b) učitelé
- c) kamarádi
- d) média (televize, internet...)
- e) nikdo

5, Co jsou podle Vás poruchy příjmu potravy?

- a) konzumace pouze určitých druhů potravin
- b) krátkodobé problémy s jídlem
- c) závažné primárně psychické poruchy spojené s jídlem
- d) nevím

6, Víte, které z uvedených poruch patří do poruch příjmu potravy? (možnost označit více odpovědí)

- a) mentální anorexie
- b) chronická zácpa
- c) mentální bulimie
- d) průjem

7, Co je to mentální anorexie?

- a) drastická dieta
- b) porucha, kdy člověk záměrně odmítá jídlo, aby úmyslně snížil svou váhu
- c) záchvatovité přejídání a následné vyvolávání zvracení
- d) nevím, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a

8, Co je to mentální bulimie?

- a) drastická dieta
- b) porucha, kdy člověk záměrně odmítá jídlo, aby úmyslně snížil svou váhu
- c) záchvatovité přejídání a následné vyvolávání zvracení
- d) nevím, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a

9, Jak se dají poruchy příjmu potravy léčit?

- a) léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře
- b) léčba není nutná
- c) intenzivní lékařská, psychiatrická nebo psychologická pomoc
- d) úpravou zevnějšku (změna vzhledu)

10, Diskutovali jste o poruchách příjmu potravy ve škole?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11, Chtěli byste se o poruchách příjmu potravy dozvědět více?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12, Jaký máte vztah ke svému zevnějšku?

- a) kladný (jsem spokojen/á se svým vzhledem)
- b) spíše kladný (jsem spokojen/á, ale něco bych na sobě změnil/a)
- c) spíše záporný (nejsem moc spokojen/á, ale neřeším to)
- d) záporný (nejsem spokojen/á se svým vzhledem)

13, Myslíte, že máte tendenci srovnávat se s ostatními?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) ne

14, Co je pro Vás při posuzování vlastní postavy nejdůležitější?

- a) názor kamarádů
- b) názor rodičů
- c) názor učitelů
- d) informace z médií

15, Porovnáváte někdy svou postavu s obrázky z médií? (herci, modelky...)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16, Držíte nebo drželi jste někdy dietu, protože jste chtěli zhubnout?

- a) ano, 1-2x jsem dietu držela
- b) ano, dietu jsem držela více jak 2x
- c) ne, nikdy jsem dietu nedržela
- d) ne, ale ráda bych to zkusila

17, Dieta podle Vás je?

- a) úprava jídelníčku
- b) změna životosprávy a změna stravovacích návyků
- c) vědomé hladovění

18, Jak byste zhodnotili své stravovací návyky?

- a) jsou výborné, jím pravidelně 5x denně
- b) jsou spíše dobré, snažím se jíst pravidelně, ale občas nějaké jídlo vynechám
- c) jsou dobré, jím na co mám zrovna chuť
- d) jsou horší, záměrně vynechávám jedno z hlavních jídel
- e) jsou špatné, jím nepravidelně, nemám naučené žádné stravovací návyky

19, Myslíte si, že se stravujete zdravě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**20, Setkali jste se s někým, kdo trpěl mentální anorexií nebo mentální bulimií?
(možnost označit více odpovědí)**

- a) ano, spolužák/spolužačka
- b) ano, kamarád/kamarádka
- c) ano, rodiče
- d) ano, sourozenec
- e) ano, já sám
- f) ne, nesetkal/la

21, Pokud byste se setkali s poruchou příjmu potravy, věděli byste na koho se obrátit s prosbou o pomoc?

- a) neřešil bych to, protože je to jeho věc

- b) neřešil bych to, ale v myšlenkách by mě jeho nemoc trápila
- c) domluvil bych mu ať jí a dál bych se tím nezabýval
- d) snažil bych se mu sám pomoci (hledáním informací, pomoci...)
- e) řekl bych to učiteli, výchovnému poradci, rodičům

22, Znáte nějaké organizace nebo internetové portály, které se poruchami příjmu potravy zabývají?

- a) ano
- b) nejsem si jistý, ale asi ano
- c) některé instituce znám, ale nejsem si jistý, jestli se poruchami příjmu potravy zabývají
- d) ne

Děkuji Vám za vyplnění.