

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Bc. Dominika Kozáková

Obor: Učitelství pedagogiky pro SŠ a VOŠ

Poruchy příjmu potravy u adolescentů

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Poruchy příjmu potravy u adolescentů
vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Olomouc, duben 2014

.....

Bc. Dominika Kozáková

Děkuji paní PhDr. Janě Kvintové, Ph.D. za vedení diplomové práce, odborné rady a cenné připomínky.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Dominika Kozáková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Poruchy příjmu potravy u adolescentů
Název v angličtině:	Problems of eating disorders of adolescents
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na poruchy příjmu potravy a období adolescence, které s tímto tématem souvisí. Cílem práce bylo vytvořit souhrn informací o těchto poruchách. Popsat mentální anorexii a mentální bulimii, jejich příčiny, důsledky a možnosti léčby. Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření na střední pedagogické škole. Výsledky byly zpracovány kvantitativně.
Klíčová slova:	Adolescence, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie
Anotace v angličtině:	This thesis is focused on eating disorders and adolescence with this topic related. The object was to create a comprehensive summary of informations about this eating disorders. To describe its anorexia nervosa and bulimia nervosa, causes, consequences and therapy. The research was conducted with the students of school of education. Results were elaborated quantitatively.
Klíčová slova v angličtině:	Adolescence, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa
Přílohy vázané v práci:	Dotazník, odpovědi respondentů jednotlivých ročníků
Rozsah práce:	91 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ADOLESCENCE.....	9
1.1 Tělesná proměna.....	11
1.2 Psychosociální vývoj.....	13
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	16
2.1 Mentální anorexie.....	19
2.2 Mentální bulimie.....	23
3 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	27
3.1 Rizikové zájmy a profese.....	27
3.2 Nespokojenost s tělem.....	28
3.3 Média a společnost.....	30
3.4 Rodina.....	32
4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	34
4.1 Psychické důsledky.....	34
4.2 Fyzické důsledky.....	35
5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	37
5.1 Hospitalizace.....	38
5.2 Behaviorální a kognitivní terapie.....	40
5.3 Rodinná terapie.....	41
5.4 Interpersonální terapie.....	42
5.5 Skupinová terapie.....	42
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
6. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	44

7. STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	45
8. POSTUP VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A POUŽITÉ METODY....	46
8.1 Výzkumný soubor.....	46
9. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	49
10. VYJÁDŘENÍ K PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	78
11. DISKUSE.....	84
12. ZÁVĚR.....	87
13. SOUHRN.....	88
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou aktuálním tématem, i když by se to někomu mohlo zdát spíše naopak. Mnohdy na ulici, ve společnosti, popř. v práci či ve škole vidíme spíše obézní jedince. Ano, obezita je ve světě i u nás velmi diskutované a aktuální téma. Najdeme, ale také mnoho lidí nadměrně až patologicky štíhlých, minimum z nich za svou hubenost vědomě nemůže, ať už se jedná o působení genetiky nebo nějaké nemoci spojené s trávicí soustavou. V horším případě si jedinec za svoji hubenost vědomě může, v tomto případě hovoříme o poruchách příjmu potravy.

Naším motivačním faktorem k výběru tématu byla vlastní zkušenost, kdy autorčina kamarádka trpěla mentální anorexií i mentální bulimií. Dokázala tuto nemoc překonat, i přesto, že ji to stálo mnoho sil a energie. Autorka se díky této zkušenosti měla možnost se s nemocí blíže seznámit.

V období adolescence, hlavně tedy u dívek přichází zlom. Dívky začínají velmi dbát na svůj zevnějšek, řešit svoji postavu, porovnávat se s ostatními kamarádkami, hledat rozdíl v tom, která z nich je více atraktivní, hubená, pohledná a hlavně, která se více líbí opačnému pohlaví. Rodina adolescenta velmi ovlivňuje. Opakované diety matek vedou ke zvýšenému riziku diet u svých dcer.

Velkým manipulátorem v oblasti štíhlého těla jsou média. Určují kult štíhlosti, ovšem nereálný ideál krásy. Většina populace se tímto nereálným ideálem nechá lehce zmanipulovat, chtějí totiž vypadat dobře a být fit. Mnozí jedinci, ale zaměňují pojmy zdravá výživa a redukční dieta.

V dnešní společnosti je preferována a žádána atraktivní hubenost, štíhlé až podvyživené modelky a herečky, které v televizi, popř. na veřejnosti vypadají spokojeně, protože jim vlastně k ideálu krásy nic nechybí, ale opak je pravdou. Stačí si položit jednoduchou otázku. Zda je hubenost ideální pro jejich tělo, zda jsou zdravé a doopravdy spokojené a šťastné. U naprosté většiny žen je jejich postava odměnou za hladovění, různé diety a odmítání jídla.

Tento stav je začarovaný kruh, protože společnost, návrháři, modelingové firmy a spousta mužů vidí ideál krásy v hubené, atraktivní dívce, proto většina dívek podlehně a záměrně hladoví, aby byly dokonalé pro okolí. Nabízí se jim větší možnost práce, pro svůj

protějšek jsou mnohdy dokonalé díky své hubené postavě, apod., ale dívky si moc neuvědomují, že ubližují nejvíce sobě, svému tělu. V tomto případě je už jen krůček k našemu tématu – poruchám příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou problém, který by se měl řešit. Najdeme mnoho preventivních programů zaměřených na kouření, drogy, alkohol, ale na poruchy příjmu potravy minimálně. Je to velká škoda, protože mnozí si neuvědomují, jaké následky právě tyto poruchy mohou přinést. Lidé a veřejnost ví, že je to závažná porucha, kdy člověk nejí, odmítá jídlo. Ano, ale mnohdy jsou následky velmi fatální, člověka pronásledují celý jeho životem. Největší hrozbou poruch příjmu potravy je to, že je to porucha, která je komplikovaná a jedinci nelze jednoznačně říct, že je vyléčený bez možnosti recidivy. Ta může přijít v průběhu života za pomoci nějakého spouštěcího mechanismu, u žen například v období těhotenství.

V teoretické části se budeme zaměřovat na období adolescence, vymezení poruch příjmu potravy, nejvíce na mentální anorexii a mentální bulimii, jejich důsledky, příčiny a možnosti řešení těchto poruch.

V praktické části bude provedeno dotazníkové šetření zaměřené na problémy s poruchami příjmu potravy, které proběhlo na střední pedagogické škole v Přerově v říjnu 2013.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ADOLESCENCE

Pojem adolescence je odvozen od slovesa “adolesco“, což znamená dorůstat, dospívat, vyvíjet se (Marhnounová, 1996). Délka tohoto období je těžce měřitelná, má spíše tendenci narůstající, to znamená, že dříve období začíná a později končí. Adolescence dosahuje vrcholu většinou kolem patnácti let a je přibližně ukončovaná kolem dvacátého roku. U každého je to individuální (Vágnerová, 2012).

Adolescenci můžeme považovat za určitou přechodnou fázi v životě jedince, kdy jedinec přestává být dítětem, ale není ani dospělým. Stále se vyvíjí.

Adolescent si klade otázku: „Kdo je?“ Odpovědět si není jednoduché, protože v tomto období jedinec v sobě řeší dva zásadní úkoly. Hledání vlastní identity a budování si vztahu k okolnímu světu. V souvislosti s těmito úkoly můžeme hovořit i o narůstajícím motivovaném strachu. Mezi strach můžeme řadit pocit nejistoty, prázdnoty, neustálého hledání sama sebe, strach ze selhání, strach z budoucnosti, apod. (Michalčáková, 2007).

Fázi adolescence považujeme za období velkých rizik a hledání sama sebe. Vývoj jedince znesnadňují mnohé faktory okolního světa. Patří sem nejistá perspektiva budoucnosti, nejisté, nevyhraněné zájmy a koníčky. I přesto všechno si adolescent snaží najít své místo ve světě.

I zdraví adolescentních jedinců je ohroženo mnoha faktory, ať už se jedná o rizikové chování, drogy, vliv vrstevnické party, vliv médií, okolí, rodičům se svěřují méně se svými problémy, než tomu bylo v dětství, nechtějí spolupracovat, když je problém, mnozí se uzavírají do sebe a myslí si, že vše vyřeší sami, ale opak je pravdou (Muchová & Kubátová, 2009).

Adolescenti, jako sociální skupina s určitou sociální pozicí neměla dříve věnovanou pozornost jak je tomu dnes v moderní společnosti (Kövérová, 2003). Dnes jsou mnohé preventivní programy zaměřené na práci s mládeží a adolescenty. Tomuto vývojovému období je kladen velký důraz. Najdeme několik dělení adolescence, my jsme si vybrali následující dělení.

Období adolescence můžeme rozdělit do hlavních dvou fází:

Raná adolescence neboli pubescence: Časově ji můžeme vymezit zhruba od jedenáctého do patnáctého roku, je to individuální u každého jedince. Pro toto období jsou typické nápadné změny, ve vzhledu či ve změně způsobu myšlení. Tělesné změny se vyznačují pohlavním dozráváním, s těmito změnami souvisí i sebepojetí. Jedinec se začíná vnímat jinak, dochází ke změně způsobu myšlení. Objevují se první lásky a partnerské vztahy.

Pubescent prožívá velké výkyvy nálad a začíná se osamostatňovat od rodičů, jejich názor ho většinou nezajímá. Velký význam mají vrstevníci, tvoří se první party a velká přátelství. Velmi důležitým bodem v rané adolescenci je ukončení povinné školní docházky, můžeme to považovat za určitý sociální mezník, kdy na jedné straně dítě ukončuje základní školu, a na druhé se musí rozhodnout kam směřovat dál svůj budoucí profesní život. Velkou roli zde hraje větší svoboda rozhodování a menší závislost na rodičích. Rodiče by měli být pubescentovi nablízku a snažit se plnit určitou roli nenuceného rádce. Pubescent potřebuje cítit potřebu určité přijatelné pozice ve světě, aby byl někým pozitivně akceptován.

Pozdní adolescence: Období navazuje na ranou adolescenci, můžeme ji tedy vymezit od patnáctého do dvacátého roku, i tady velkou roli hraje individuum a jeho variabilita.

Osmnáctý rok znamená pro jedince plnoletost, ale také nové možnosti a nástrahy světa. Adolescent je zodpovědný sám za sebe a své jednání, může uzavřít manželství, do vězení. S tím souvisí i hledání a rozvoj vlastní identity. Důležitá je seberealizace a to, jak se adolescent vnímá a jak je vnímán vrstevnickou skupinou. Zde také můžeme narazit na problém, a to na experimentování s partnerstvím, s chováním k ostatním, s návykovými látkami apod. (Michalčáková, 2007).

Výrazným sociálním prvkem v pozdní adolescenci je ukončení profesní přípravy, ať už se jedná o ukončení střední školy, následné nastoupení do zaměstnání nebo pokračování v dalším studiu. Tato okolnost ovlivňuje následnou ekonomickou samostatnost či ekonomickou závislost na rodičích. Ekonomická nezávislost je jedním z důkazů dospělosti a samostatnosti, v naší kultuře je to tak vnímáno (Vágnerová, 2012).

1.1 Tělesná proměna

V adolescenci, v období nejistoty a nezávislosti se zvyšuje míra citlivosti na fyzický vzhled (Fialová & Krch, 2012).

Fyzický vzhled je první, čeho si člověk všimne. Změna dětského těla v tělo dospělého, tato proměna se děje velmi rychle, ale nerovnoměrně. Ze začátku adolescentního období, tedy kolem patnáctého roku rostou rychle dolní i horní končetiny, takže může u jedince vznikat určitá nesourodost postavy, všechno se brzy sjednotí, i přesto může jedinec někdy působit neobratně, mnohdy si to uvědomuje nejen on sám, ale i okolí. Právě zde můžeme vidět určitý problém, že se jedinec cítí jiný, a je sám se sebou nespokojen (Vágnerová, 2012).

Velmi diskutované téma v nejen v období adolescence mezi rodiči, mezi vrstevníky je vzhled, jídlo, diety, ideální váha (Cohen, 2002).

Krásné, štíhlé tělo je známkou štěstí, úspěchu a společenskou přijatelností, naopak nadváha je spojována s nedostatkem vůle, leností a přejídáním se (Grogan, 2000).

Představa o dokonalém těle se vyvíjí z osobní zkušenosti pod vlivem různých podnětů. Obraz těla, vnímání těla nese odborný název „Body image“, což je vizuální představa o vlastním těle, jak jedinec vnímá své tělo, jak o něm přemýšlí, co si o něm myslí, zda je jeho zájem o své tělo kritický nebo příznačný (Fialová & Krch, 2012).

Adolescentní dívka se může s kamarádkou přehánět, která je v dietě lepší. Ze začátku dívka vynechává pár hlavních jídel, zhubne a je na sebe pyšná. Váha se dá snížit pomocí různých léků a projímadel. Existují léky, které umožní to, že jedinec přestane mít hlad. Pomyslná hranice mezi dietami a poruchou příjmu potravy je velmi blízká a nebezpečná (Cohen, 2002).

Sekundární akcelerace, tedy zrychlený vývoj, růst má v posledních mnoha letech tendenci narůstat. Období adolescence nastupuje čím dál dřív, s tím souvisí i dřívější dospívání jedinců. Otázkou zůstává, zda je tento rychlejší nástup dobrý pro samotného jedince, popř. jeho okolí. Můžeme tedy říct, že se v návaznosti na toto zrychlení růstu a vývoje zkracuje období dětství a oddaluje dospělost.

Sekundární znaky jsou více viditelné u mladých dívek. U nich se zaměřenost na vzhled, tělo a jeho krásu projevuje více než u chlapců. Pochybnosti o své postavě má i ta nejatraktivnější dívka. Adolescent srovnává své tělo s ostatními vrstevníky, hodnotí jeho atraktivitu a svoji fyzickou krásu. S fyzickou krásou, atraktivitou souvisí i sebevědomí a je významnou v identitě adolescenta. Můžeme hovořit o jisté sociální hodnotě, kterou atraktivita je (Vágnerová, 2012).

V případě, že je adolescent atraktivní, je vnímám úplně odlišně než ten, který je v určité oblasti nějak znevýhodněn. U znevýhodněného jedince panují pocity úzkosti, nejistoty, vlastní nedostatečnosti, strach ze selhání a je spíše negativně naladěný, nemusí zapadnout do kolektivu, do kterého by chtěl. Jedinec má následně nízké sebevědomí a jeho psychika je ohrožená mnoha vlivy (Michalčáková, 2007).

S tělesnou proměnou velmi souvisí i úprava zevnějšku a odívání. Jedinec svým oblečením dává najevo, kým se cítí být, kdo je, popř. kým chce být. Někteří volí oblečení, aby zvýrazňovalo jejich postavu, která dospívá, jiní zase se změnou proporcí bojují po svém. Chtějí vyjádřit svoji identitu, odlišnost a zdůraznit to, že už nejsou malé děti, proto jejich oblečení bývá většinou úplně odlišné než to, které nosili například na základní škole, kdy oblečení a vzhled skoro neřešili.

Jiní se oblékají se určitým osobitým stylem, protože tím chtějí například vyjádřit příslušnost k určité skupině nebo chtějí jen zapadnout v davu. Snaží se tak odlišit od dospělých a ukázat jim, že jsou také osobnosti, že mají svoji mužskou a ženskou identitu, nechtějí být vnímání jako malé děti.

V mnohých případech adolescent na sebe záměrně rád upoutává pozornost. Snaží se tím upozornit na sebe, někdy chce i provokovat, chce, aby si ho někdo všiml, dělá mu dobře, když se o něm lidé baví, je jiný, odlišný, vyjadřuje tím sám sebe a odlišuje se.

U chlapců začíná hrát velkou roli a kompetenci fyzická síla, mužnost, ta posiluje sebejistotu i sebevědomí a skoro vždy zaručí pozornost dívek. Mnohdy adolescenti svoji sílu můžou uplatnit ve sportu, tím se dokáží odlišit a můžou ukázat dospělým, že jsou schopni je předčit. Zažívají úspěch a to posiluje jejich sebevědomí

U dívek je tedy většinou preferována krásná, štíhlá postava a velký důraz je kladen na atraktivitu. Dívky se líčí, navzájem si závidí svoji atraktivitu a oblečení (Vágnerová, 2012).

V období adolescence je důležité dbát na prevenci.

- Primární – je kladen důraz hlavně na rodinu a její výchovu, kulturu stravování. Rodiče by měli dbát na pozitivní rozvoj sebevědomí svého dítěte a upozornit ho na možná rizika působení médií,
- sekundární – ovlivnění ohořené skupiny jedinců, mezi které můžeme zařadit obézní, děti se zájmovými aktivitami zaměřujícími se na vzhled a tělesnou hmotnost – tanec, gymnastika, modeling,
- tericární – obnovení zdravotního stavu a prevence relapsu (Papežová, 2010).

1.2. Psychosociální vývoj

V této kapitole se budeme věnovat poznávacím procesům, emočnímu vývoji a socializaci adolescentů.

Všechny poznávací funkce a procesy se v období adolescence velmi rozvíjí. Probíhají kvantitativní i kvalitativní změny. Jakmile jedinec získal všechny potřebné zkušenosti, můžou se rozvíjet jeho poznávací procesy, vše probíhá určitým procesem zrání, vše na sebe navazuje a je provázané.

Adolescence je bouřlivé hledání sama sebe, ovšem s bez potřebných zkušeností. Čím více jedinec rozvíjí myšlenkové operace, tím víc je pak schopen si uspořádat větší množství vědomostí za pomoci samostudia, vzdělávání se v oblasti přírodovědné, matematické či technické. Myšlení převládá především logické.

Rozvíjí se schopnost vnímání. Vnímání se stává pružnější. Vzhledem k vyšší myšlenkové činnosti se adolescentovi lépe pamatuje pomocí názorných ukázek, schémat a dělení. Musíme vycházet z předpokladu, že jedinec má v té době dostatečně vyvinutou prostorovou představivost. S rozvojem kognitivních funkcí se ztrácí kognitivní egocentrismus, jedinec již nepotřebuje být středem zájmu. Jedinec má vyhraněnější zájmy, dovede prezentovat a vyjádřit svůj názor (Čačka, 2000).

Pokud se týká abstraktních pojmů, ty se stávají srozumitelnější a přijatelnější pro jedince než tomu bylo dříve, dítě vnímá současnost, adolescent je schopen vnímat a přemýšlet i do budoucnosti, umí lépe plánovat a uvažovat v ucelených celcích.

Typické znaky myšlení dospívajících:

- Je připuštěna variabilita různých možností – různí lidé mají různé názory. Adolescent je schopen je akceptovat a přijímat, dává mu to určitý nadhled, že funguje různorodost názorů, a že ne vždy musí být všechny názory záporné,
- systematické uvažování – adolescenti dokáží uvažovat systematictěji, uvažují i o určitých alternativách možného řešení, jsou schopni vyslechnout názor ostatních a přizpůsobit k tomu svoji hypotézu a zaujmout stanovisko k danému problému,
- experimentování s vlastními úvahami – nebojí se vyjádřit svůj názor, experimentovat s vlastními nápady a myšlenkami (Vágnerová, 2012).

Emoční dospívání souvisí s hormonální proměnou, která u adolescenta probíhá. Projevuje se náladovostí, tendencí reagovat na některé okamžiky velmi přecitlivěle až labilně. Změna vlastních pocitů jedince často samotného překvapí a nerozumí jim, často je překvapen ze svého jednání a nedovede si ho vysvětlit, protože se svými emocemi nedokáže ještě pořádně pracovat a jedná bezprostředně. Změna emocí se může projevovat sníženým sebeovládáním.

Adolescent nerad projevuje svoje pocity a emoce, je více uzavřený, a ostýchavější než tomu bylo dříve, stává se z něho spíše introvert. Časté negativní narážky a reakce v něm stimulují, navozují opakované negativní emoce a větší nejistotu, která se může změnit v úzkost až depresi.

Emoce ovlivňují i vlastní sebehodnocení. Reakce okolí na jejich chování bývá často negativní, a to jen umocňuje jejich sebehodnocení, jedinci jsou v tomto období totiž velmi citliví až přecitlivělí vzhledem ke své osobě a vzhledu. Ke konci období adolescence je emoční vývoj stabilizován a vyrovnán. Jedinec v tomto období získat zkušenost, získal větší jistotu (Langmeier & Krejčířová, 1998).

Socializace v rané adolescenci má dva zásadní zlomy. Jedinec přechází ze základní školy na střední školu, kterou by si měl zvolit na základě svého budoucího povolání a získá občanský průkaz. Musí respektovat nové autority, ke kterým bývá často kritický a hledá na nich chyby, časté jsou hádky s učiteli. Jakmile autorita dokáže argumentovat adolescentovi, adolescent ji přijme a vnímá ji jako rovnocenného jedince. Diskuse je pro adolescenta

tréninkem a projevem jeho schopností, zvyšuje to pozitivně jeho sebevědomí (Vágnerová, 2012).

Za velmi zásadní okamžik v životě adolescenta můžeme považovat postupné odpoutávání se ze závislosti na rodičích a navazování nových mezilidských a partnerských vztahů. Mnozí adolescenti rodiče kritizují, stydí se za jejich náklonnost a péči, mnohdy vyvolávají nesmyslné hádky týkající se zákazů a příkazů, ale i přesto většina adolescentů s rodiči udržuje velmi dobrý vztah, pouze mění své postoje, názory a vnímání rodičů. Jsou kritičtější, ale s tím musí rodiče počítat.

Tak, jak se adolescent vzdaluje rodině, tak se přibližuje vrstevníkům, navazuje nové vztahy. Získává jistotu, kterou tolik potřebuje. Nejdříve jde o flirt, fantazii, první sexuální zážitky, ale později se objevují skutečné vztahy a vážné pouto mezi dívkou a chlapcem. Toto vymezení je velmi individuální, u každého jedince probíhá vzhledem k jeho individualitě. Dívky většinou spoléhají na svůj půvab a atraktivitu, chlapci na svoji sílu a odvahu (Langmeier & Krejčířová, 1998).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V úvodu této kapitoly se budeme věnovat pohledu do historie poruch příjmu potravy, následně rozvedeme obecně poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010). Jelikož poruchy příjmu potravy postihují většinou ženy a dívky, budeme ve většině případů hovořit o poruchách příjmu potravy v ženském rodě (Grogan, 2000).

Již od starověku se objevovaly poruchy příjmu potravy. V literatuře je více zmiňována mentální anorexie, mentální bulimie velmi málo. Jeden z prvních ověřených případů mentální anorexie se objevil už ve 14. století. (Papežová, 2010). Počet nemocných trpících mentální anorexií se zvýšil v průběhu druhé světové války, kdy byl nedostatek jídla (Brumberg, 1989).

Trend v extrémní vyhublosti vyústil hlavně padesátých a šedesátých let minulého století. Vzorem pro mladou generaci se stala známá modelka Twiggy, její chlapecká postava, plochá hrud' a vyhublé tělo se stalo ideálem, po takovém těle toužilo mnoho žen (Grogan, 2000).

Pacienti se odlišují od dřívějších tím, že mají přetrvávající strach z přibírání na váze, chtějí za každou cenu zhubnout, i když mnohdy není už co hubnout. Hlavní pro ně je se přiblížit jistému ideálu krásy, který ve světě panuje. Dříve byli pacienti extrémně vyhublí a nadměrně provozovali různé aktivity. Ideál krásy byl dříve jiný než je tomu dnes (Papežová, 2000).

Důvodů je několik, hlavním důvodem je to, že společnost nepřikládá takový důraz tomu, kolik váží muži, kolik by měli vážit, aby byli ideální. Různé publikace, mužské časopisy nezmiňují mužskou váhu, diety, dietní režimy, ideály mužské krásy do tak velké míry jako je tomu u žen a dívek. Muž by měl být vypracovaný, mít svaly, ale jeho váha se tolik neřeší. Muži nejsou pod stejným společenským tlakem jako ženy, dívky (Maloney, 1997). U chlapců a mužů se výskyt poruch příjmu potravy objevuje velmi zřídka. V porovnání s dívkami je strach z tloustnutí jiný. Je u nich zdůrazňována touha po štíhlém, sportovním vzhledu (Kocourková, 1997).

V dnešní době společnost vyžaduje hubené dívky, které mají velmi blízko k poruchám příjmu potravy, některé těmito poruchami trpí, ale nechtějí je přiznat (Grogan, 2000). Jídlo a média velmi ovlivňují vzhled jedince a stávají se velmi zásadním činitelem v procesu socializace jedince (Smolík, 2002).

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejzávažnější onemocnění, nejvíce se týkají dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 1999).

O poruchách příjmu potravy hovoříme, když jedinec využívá jídlo k řešení svých problémů. Může se jednat o situaci, kdy si snaží ulevit, odpoutat se od emocionálních problémů za pomoci jídla nebo diety. Jestliže se pro jedince stane jídlo jeho hlavní životní náplní a má určitou závislost na jídle, můžeme hovořit o jedinci, který trpí poruchou příjmu potravy (Maloney, 1997). S dietou souvisí i časté měření tělesné váhy.

Chování jedinců s poruchami příjmu potravy se vyvíjí plnohodnotně s nemocí. Ze začátku mnohdy okolí nepozná, že jedinec trpí nemocí. Ovšem po určitém čase se chování jedince změní natolik, že si okolí všimne nějakého problému. Problém se může týkat úbytku váhy či velké změny chování (APA, 2014).

Existuje mnoho způsobů měření si svého tělesného indexu, kdy dáme do poměru svoji výšku a váhu. Nejčastěji se používá BMI (body mass index), který můžeme vypočítat dle následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$$

Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 18,5 – 24,9 (Fialová, 2006).

Tabulka BMI (Fialová, 2006).

Klasifikace	BMI
podváha	menší než 18,5
normální hmotnost	18,5 – 24,9
nadváha	25,0 – 29,9
obezita 1. stupně	30,0 – 34,9
obezita 2. stupně	35,0 – 39,9
obezita 3. stupně	více než 40

Přátelé, rodina, společnost, práce nebo školní povinnosti se stávají méně důležité, špatným dnem se stává den, kdy se na váze objeví větší hmotnost, než dívka očekávala, den, kdy snědla více jídla, než chtěla (Machová, 2009).

Mezi nejčastější a nejznámější poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii, kterým se budeme v následujících kapitolách věnovat. Existují i atypické, nespecifické poruchy příjmu potravy, které jsou zařazeny do kategorie F50.8 pod názvem „Jiné poruchy jídla“. Do uvedené kategorie patří „syndrom nočního přejídání“ nebo „záchvatovité přejídání“.

Pro syndrom nočního přejídání je typická nespavost, průběh této diagnózy je spojen se stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Jedinci trpící touto poruchou si stěžují na problém, kdy nemůžou přestat jíst, jakmile v noci začnou.

Záchvatovité přejídání je obvykle spojeno s nadváhou a obezitou jedince. K záchvatům přejídání dochází minimálně dvakrát týdně po dobu 5 - 6 měsíců (Krch, 1999). Jedinec trpící záchvatovitým přejídáním konzumuje velké množství jídla, i když právě nemá hlad. Jí i jídlo, které mu nechutná. Má neustálé nutkání něco jíst (Maloney, 1997).

Tato porucha příjmu potravy je specifikována následujícími příznaky:

- Jedinec jí jídlo mnohem rychleji než je obvyklé,
- jedinec jí tak dlouho, dokud se necítí nepříjemně až plně,
- jedinec jí, i přesto, že nepocítí uje hlad
- jedinec jí sám, stydí se za to, kolik toho sní,
- jedinec se cítí po přejedení nepříjemně, je na sebe naštvaný a cítí se provinile, mohou se objevit pocity úzkosti (Krch, 1999).

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou psychické poruchy, které ohrožují život jedince. Pro obě tyto poruchy jsou společné znaky, mezi které můžeme zařadit nespokojenost se svým tělem, strach z přibírání na váze a velké omezování energetického příjmu. V obou případech jde o dosažení extrémní štíhlosti (Machová, 2009). Jak uvádí Krch (2008), tak zhruba jedna třetina anorektických dívek se postupem času začne přejídat a více než polovina bulimických dívek zmiňuje, že v minulosti trpěly mentální anorexií. Zde je vidět jistá provázanost těchto poruch.

Tabulkové srovnání mentální anorexie a mentální bulimie (Krčh, 2008):

Kritéria	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Navozené zvracení	15 – 30%	75 – 90%
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé tempo, vybíravost v jídle, malý příjem tekutin, malé porce s malými sousty	Rychlé tempo, velký příjem tekutin, velké sousta a porce jídla
Začátek poruchy	13 – 20 rok	14 – 30 rok
Srovnání ženy : muži	(10 – 15) :1	20 : 1
Užívání alkoholu	Zřídka, výjimečně	Velmi často
Zlepšení	20 – 75%	60 – 85%
Motivace k léčení	Donucení okolím nebo zdravotními obtížemi.	Snaha a naděje zbavit se přejídání, v některých případech snaha zhubnout.

2.1 Mentální anorexie

„Pro postižené mentální anorexií se ztráta váhy stává smutnou životní cestou“ (Papežová, 2000, s. 10).

„Anorexie je vedlejší produkt společnosti, která si štíhlosti cení nadevše“ (Claude-Pierre, 2001, s. 80).

Termín mentální anorexie můžeme najít již ve středověkých lékařských pramenech, ovšem pod pojmem „orexis“, tedy celkovou únavu, apatii. Již Galén vnímal tento termín jako nechť k jídlu nebo odpor k jídlu. V této době byl kladen důraz spíše na somatické příčiny než na emocionální faktory jedince. Žaludek byl považován za původce všeho zlého, díky jehož špatnému fungování mentální anorexie vznikala (Krčh, 1999).

Mentální anorexie neboli anorexia nervosa je porucha, pro kterou je typické záměrné snižování tělesné hmotnosti (Krch, 1999). Nemoc postihuje nejčastěji ženy a dívky, začíná nejčastěji kolem třinácti až osmnácti let (Fialová & Krch, 2012). Je to porucha, která závisí na individuální náchylnosti, duševní predispozici, rodině a společenském prostředí (Brumberg, 1989). Patientky neodmítají jídlo z důvodu toho, že neměly hlad nebo chuť k jídlu, ale protože ho nechťejí jíst (Krch, 1999). V pozadí stojí to, že si dívka připadá tlustá, a jediný způsob jak tuto situaci změnit je hladovka (Cohen 2002). Mentální anorexie je neustálé držení přísné diety a nadměrné ubývání na váze (Maloney, 1997).

Anorektické dívky mají chronický strach z možné obezity a chtějí očistit své tělo od tuků (Schaffer, 2002).

Podle mezinárodní klasifikace (MKN-10) nemocí je mentální anorexie (F 50.0) diagnostikována takto:

- Tělesná hmotnost je nejméně 15% pod klasickou úrovní váhy, pubertální pacienti nesplňují váhovou normu,
- úmyslné snižování váhy je zapříčiněno jedincem dobrovolně, protože se vyhýbá jídlu nebo užívá prostředky podporující zvracení, nadměrně provozuje fyzickou aktivitu,
- přetrvávající obava z přibírání na váze, jedinec má zkreslenou představu o vlastním těle,
- z důvodu úbytku váhy a živin v těle může u žen přestat menstruační cyklus a u mužů můžeme hovořit o potenci (Krch, 1999).

Před propuknutím mentální anorexie působí dívky jako nadané, vyrovnané, přizpůsobivé studentky, kterým se daří ve školním i zájmovém prostředí. Jakmile u nich porucha propukne, stávají se podrážděné, uzavřené, zhorší se jim známky a ztrácí celkový zájem o všechno, co je zajímalo, v popředí je jen zájem o jejich tělo a tělesnou hmotnost (Machová, 2009). V mnoha případech se mentální anorexie projeví v čase, když se objeví nebo uskuteční nová situace, změna. Změny můžou být:

- Psychologické – stádia adolescence, puberty,
- biologické – začátek nového vývojového stádia, například začátek puberty,
- sociální – nástup po nové škole, narušení rodinných vztahů (Smolík, 2002).

Jedinci, kteří trpí mentální anorexií, nejsou schopni žít daným okamžikem, radovat se a cítit radost. Neustále se zabývají a utápí svými chybami (Rodná, 2011).

Krch (2002) uvádí, jak rozpoznat typické znaky mentální anorexie:

- Změna jídelních návyků, nejdříve z jídelníčku mizí kalorická jídla, postupně mizí i jedno z hlavních jídel. Omezování v jídle přechází až k vynechávání základních potravin. Následně je jídlo zúženo pouze na odtučněné potraviny, a to v minimálním množství,
- na jídlo není čas, nikdy nechybí nějaká výmluva ohledně jídla,
- typické je časté žvýkání žvýkaček a kouření,
- mění se jídelní tempo. Jedí velmi pomalu, velmi se rozmýšlí, zda jídlo sní, a zda není moc kalorické. Potravu si většinou dělí na velmi malé porce. Argumentují tím, že si chtějí jídlo po malých porcích více vychutnat. Ve výsledku je však to, že nesní skoro nic,
- změna nastává i v chuti. Typické je časté přesolování jídla nebo pití kávy. Na jedné straně zapíjejí hlad vodou, jindy zase nepijí vůbec, a tím hrozí dehydratace organismu,
- při jídle jedinec vypadá napjatě, rychle se cítí přejedený. Obvyklá porce pro zdravého dospělého jedince jim přijde příliš velká. Často se vyhýbají jídlu ve společnosti, necítí se dobře, když je někdo při jídle sleduje, popř. když mlaská,
- fyzický vzhled je ovládá. Neustále se pozorují v zrcadle a váží se, připadají si tlustí,
- narůstá jejich fyzická aktivita, neustále mají potřebu něco dělat, hýbat se, cvičit,
- velkým problémem je uzavírání se do sebe. Jedinec se vyhýbá rodině i přátelům, mají negativní myšlení. Objevují se pocity přecitlivělosti a podrážděnosti, na nic nemají náladu. Rychle je dokáže cokoliv naštvat, nejčastěji, když se o jídle mluví,
- při jídle často podvádějí, když jsou do jídla nuceni. Dokáží argumentovat tím, že se cítí plní a najezení. Někdy mohou rodiče i emočně vydírat, na všechno mají protiargumenty,

- všechny tyto komplikace se stravou se projeví ve zdravotních obtížích. Nejdříve se objevuje zácpa, nepravidelný menstruační cyklus, z nedostatku výživy začínají vypadávat vlasy, kazí se pleť i zuby.

Vymezit přesné příčiny, tedy vznik mentální anorexie je velmi obtížné. Na vzniku poruchy se podílí mnoho faktorů, a nelze je jednoznačně vymezit. Jednodušší je vymezení toho, co mentální anorexie není:

- Není výsledkem toho, že rodiče nedostatečně a špatně vychovali jedince,
- anorexie není nemoc, která má jednoduchý průběh s rychlým koncem,
- anorexie není rozmar, který lze zakázat či potrestat (Papežová, 2000).

Pro nemocné jedince je představa, že přiberou nepředstavitelná a děsivá. Nechtějí si to připustit a snažit se pochopit možná rizika (Papežová, 2000).

Pro mentální anorexii je typický chorobný strach z tloušťky a jídla. Strach roste v návaznosti na pozornost, kterou mu věnujete, a čím více se na to zaměřujete. Strach má různé podoby, strach z přibývání na váze, strach ze sladkostí, strach si dát večeři nebo snídani. Pocit určité úlevy, že dotyčná překonala svůj hlad a vynechala večeři, se může projevit tak, že si na určité úlevy tělo zvykne a bude ho vyžadovat pokaždé. Zvyšuje se totiž riziko návyku.

Strachová reakce se projeví tak, že nejprve pacientku něco vyděsí, například přibrání na váze nebo varování lékaře. Následná reakce je znejistění a potřeba nějak reagovat na tyto stimuly. Zájem o svoji postavu se zvýší, začne časté vážení se, sledování váhy, velká fyzická aktivita, v důsledku to může skončit snížením celkového energetického výdeje a zvýšením fyzické aktivity, ostatní zájmy jsou přerušeny. Veškerá zaměřenost je jen na vlastní tělo a vlastní dokonalou, tedy hubenou postavu (Krch, 2002).

Papežová (2000) uvádí 5 fází chování nemocných mentální anorexií:

- Fáze popření – začáteční fáze, nemocná se cítí být v pořádku, nevidí žádný problém se svým zdravotním stavem, nechce nic měnit,
- fáze úvahy – dívka začíná pozorovat, že není všechno v pořádku. Věnují pozornost problémům s jídlem, protože si je do jisté míry uvědomují, avšak nejsou schopné a nechtějí udělat důležité kroky ke změně svých stravovacích návyků,

- fáze přípravy – dívka si není jistá, zda určitá pomoc v jejím jídelním chování něco změní. Zda by změna něco změnila,
- fáze akce – dívka chce změnu, začíná věřit v to, že své dietní návyky dokáže změnit k lepšímu. Dostává se jí podpory, a díky tomu cítí podporu, která je velmi důležitá pro další kroky v léčbě,
- fáze udržení – tato fáze je velmi důležitá, hlavní je pokračovat a dbát na brzké uzdravení.

Tyto fáze jsou pouze jistým doporučením a ukázkou. Dívky totiž mnohdy projdou všemi fázemi, ale stává se, že mnohé z nich neustále prochází určitými fázemi a nejsou schopny dojít až k fázi závěrečné. Velmi důležitá je podpora rodiny a blízcí přátelé (Papežová, 2000).

Uvádí se, že 50 – 70 % nemocných mentální anorexií se může uzdravit. Je na ni poukazováno jako na nemoc s nejvyšší mírou úmrtnosti mezi psychiatrickými poruchami (Rodná, 2001).

Velkým problémem je to, že dieta je stále ve větší míře zaměňována za správný a normální jídelní režim, mnoho jedinců nemá představu o tom, kolik by mělo vážit, a co je pro jejich tělo správné. U žen tento princip funguje tak, že i přesto, že jsou spokojené se svojí postavou, chtějí být štíhlejší (Krch, 2002).

5.2 Mentální bulimie

Historie mentální bulimie je dlouhá, ovšem nebylo pro ni vhodné pojmenování, často byla spojována s mentální anorexií. Samotný pojem bulimie se v minulosti vztahoval hlavně na mdloby způsobené hladem, tyto stavy se často objevovaly u privilegované elity společnosti. Až do 20. století považovali lékaři mentální bulimii za problém, za který může ve velké míře špatné zažívací ústrojí (Krch, 1999).

Slovo „bulimie“ je odvozeno ze dvou řeckých slov. Slova „bous“, to znamená kráva nebo vůl a slova „limos“, které můžeme přeložit jako hlad nebo hladomor. O mentální bulimii můžeme říct, že je to porucha, při které jedinec pocítuje velký hlad a většinou sní velké množství jídla (Maloney, 1997).

Mentální bulimie je závažná porucha příjmu potravy, pro kterou je typické užívání projímadel, zvracení potravy a přísný půst, který je uplatňován spolu s přejídáním se (Schaffer, 2002). Přejídání probíhá, když je jedinec sám, záchvatovitěmu přejídání obvykle předchází depresivní nálady (Smolík, 2002).

Dívky s mentální bulimií nejsou tak přizpůsobivé jako dívky trpící mentální anorexií. Touha po dokonalosti je provází od úplného počátku poruchy. Působí jako dívky, které se dokáží kontrolovat, ale v oblasti vztahu k jídlu to nedokáží (Machová, 2009). Pro mentální bulimii je typické přejídání se, časté diety a hladovka, nízké sebevědomí. Přejídání se je relativní pojem.

Přejíst se znamená:

- Sníme víc, než bychom chtěli,
- ztrácíme během jídla kontrolu nad množstvím jídla a svým chováním,
- ztrácíme kontrolu nad kombinací jídla ve velkém množství, jedinec jí, co ho napadne, a co najde,
- sníme víc, než jsme zvyklí, po jídle se cítíme nepříjemně (Krch, 2008).

Psychologické faktory posilující sklon k přejídání se:

- Nízké sebevědomí jedince,
- pocity viny z nedodržení diety,
- záměrné omezování se v jídle, časté držení diet,
- příliš velký zájem o svůj tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Málková & Krch, 2010).

Jako prevenci se můžeme naučit zvykat si na pravidelný jídelní režim a zhruba stejné velikosti porcí jídla, mnoho pacientek popisuje přejídání se jako určitý záchvat, kdy cítí, že se nedokáží ovládat a musí jen jíst.

Mentální bulimie neboli strach z tloušťky. Strach v tomto případě může mít různé podoby a formy. Strach z nafouknutého a najezeného břicha, strach snít, strach sníst něco jiného než jsme zvyklí. Strach roste a sílí s tím, kolik pozornosti mu věnujeme, a jak mu ustupujeme.

Jestliže mu ustoupíme, přijde úleva v podobě uvolnění, toho, že jsme něco dokázali, například vyhnout se něčemu nebo nejíst. Uvolnění ovšem trvá jen chvíli a je krátkodobé, zvyšuje riziko možného opakování a návyku stejné situace, protože strach roste. Na jedné straně je pocit uvědomění si, že něco děláme špatně, na druhé je neustálé odkládání řešení problémů s jídlem. Strachu se jedinec dokáže zbavit až tehdy, když mu přestane ustupovat a postaví se mu (Krch, 2008).

Jakmile se začnou objevovat výčitky svědomí ohledně velikosti porce, kterou jedinec snědl, tak porci jídla vyvrací s pocitem, že když jídlo vyvrací, udrží si štíhlou a atraktivní postavu. Zvracení probíhá většinou při požití různých projímadel. Jedinec trpí záchvaty přejídání, za pomoci jídla si kompenzuje různé emoční problémy (Maloney, 1997).

Předpoklady bulimického chování:

- Perfekcionismus – neustálá snaha po dokonalém těle,
- vnímání vlastní atraktivity (Fialová, 2006).

Přehnaná kontrola tělesné hmotnosti neprobíhá pouze vyvracením, v tomto období se střídá zvracení s přehnaným nadužíváním léků proti hubnutí, hladověním a velmi náročným fyzickým cvičením (Fialová & Krch, 2012). Někdy je považováno časté střídání zvracení s přejídáním se jako vnitřní konflikt se sebou samým (Smolík, 2002).

Nemoc se začíná objevovat nejčastěji mezi patnáctým až pětadvacátým rokem (Fialová & Krch, 2012).

Podle mezinárodní klasifikace (MKN-10) nemocí je mentální anorexie (F 50.2) diagnostikována takto:

- Neustále opakující se stavy přejídání se, nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců,
- snaha přejídání se dostat pod kontrolu pomocí opakovaného přejídání se a následné držení hladovky, zneužívání projímadel, úmyslné zvracení,
- neodolatelná touha po jídle (Krch, 1999).

Machová (2009) uvádí tyto kritéria mentální bulimie:

- Jídlo ovládá jedince. Neustále o jídle přemýšlí, má neodolatelnou touhu se přejídat a konzumovat velké porce jídla,
- jedinec se snaží záchvaty přejídání potlačit hned několika způsoby, například použije projímadla, nucené zvracení, občas stříhá i hladovku s přejídáním, užívá některé léky na zahnání hladu.
- mentální bulimie s mentální anorexií spolu navzájem hodně souvisí. V mnoha případech je patrný přechod z mentální bulimie do mentální anorexie,
- pro mentální bulimii je typický chorobný strach z tloustnutí, tloušťky, charakteristický je neustálý zájem o svůj fyzický vzhled.

Dívky trpící mentální bulimii se snaží se prezentovat jako velmi úspěšné ženy. Jistý rozdíl mezi dívkou s mentální anorexií a mentální bulimii je. Anorektická dívka působí jemným, křehkým dojem hubené dívky. Zatímco dívka s mentální bulimii se snaží působit dojem úspěšné ženy. Společné pro obě tyto poruchy je to, že jedinci trpící těmito poruchami neustále bojují s hladem (Maloney, 1997).

3 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Nemůžeme hovořit o jednoznačných příčinách či událostech, které by přesně podkládaly či vysvětlovaly přesné obtíže a příčiny pacientů. Jsou, ale jisté rizikové faktory, které ovlivňují pravděpodobnost výskytu nemoci. Za rizikové faktory můžeme považovat nejčastěji nějaké zásadní životní nebo rodinné události. Rizikový faktor nemusí být jistou příčinou. Velkým rizikovým příkladem je mladá dívka, která je sama sobě rizikovým faktorem, ale platí, že ne všechny dívky musí trpět poruchami příjmu potravy.

Následně se sledují aspekty v osobnostních vlastnostech, rodinném zázemí, vlastnostech. O rizikovém faktoru můžeme mluvit až tehdy, když víme, že událost předcházela poruše (Papežová, 2010). Mezi osobnostní vlastnosti můžeme zařadit přílišnou úzkostnost a ctižádostivost, nejistotu, která může být posílena nějakým dřívějším traumatem, strach z tloušťky (Krch, 2008). Dále nízké sebevědomí, pocity bezmoci, beznaděje a celkovou nespokojenost se svým životem (APA, 2014).

Klíčem k vyřešení a zjištění příčin poruch příjmu potravy může být cokoliv. Můžeme hovořit o narušeném vztahu mezi matkou a dítětem, problémy v rodině, neurohormonálních poruchách. Všechno záleží na individuálních faktorech daného jedince. Vzhledem k tomu se pak jedinci vytváří terapeutický plán a hledá se konkrétní příčina (Krch, 1999).

„Stačí být ženou a riziko poruch příjmu potravy je mnohonásobně vyšší“ (Krch, 2008).

V následujících kapitolách se zaměříme na vybrané příčiny poruch příjmu potravy.

3.1 Rizikové zájmy a profese

Některá povolání a zaměstnání vyžadují štíhlé, pružné tělo, které je nástrojem obživy pro jedince. Tyto zaměstnanecké poměry přitahují ženy a dívky, které mají své tělo ve středu svého zájmu a jsou ochotné podstoupit i drastické diety nebo hladovění, aby získaly svoje vysněné povolání (Papežová, 2010).

Být atraktivní je hlavním požadavkem, a proto cítit se atraktivní je důležité pro naše sebehodnocení. Atraktivita přispívá k většímu sebevědomí, protože to jak vypadáme, je naší vizitkou (Fialová & Krch, 2012).

Společenský tlak ze strany společnosti na jedince v udržování štíhlosti je velkým problémem z pohledu poruch příjmu potravy. Za riziková povolání můžeme považovat profesionální tanečnice, modelky, profesionální baletky, herečky i zpěvačky (Krch, 1999).

Mnoho zaměstnavatelů diskriminuje jedince, kteří mají vyšší váhu než štíhlí jedinci. Podceňuje jejich pracovní výkon, chtějí po dívce nebo ženě jistou reprezentativnost vzhledem k její profesi, můžeme hovořit o osobních asistentkách, referentkách a podobně.

Mnozí jedinci se snaží naopak tlumit emoce jídlem. Tomuto stavu se říká emoční hlad. Jídlem, které nám navozuje pocit spokojenosti, se snažíme vyrovnat pocity úzkosti, naštvanosti a smutku, jíme, i když vlastně nemáme hlad. Když se na tento jev podíváme z dlouhodobějšího hlediska, ukazuje se, že tento stav vede spíše k pocitům selhání a nespokojenosti. Než, aby měl dlouhodobý pozitivní účinek (Klimešová & Stelzer).

Důležité je rozlišit to, zda snížení a udržení váhy souvisí s profesionálními a sportovními požadavky nebo naopak chováním, kdy je jedinec zaujatý svojí postavou a extrémní štíhlostí. Hranice mezi těmito dvěma případy je velmi tenká, jedno může vést k druhému (Krch, 1999).

V současnosti na trend hubenosti především ženy reagují tak, že skoro všechny minimálně jednou držely nějakou dietu a vnímají dietu jako normální součást života a toho, aby dobře vypadaly. Štíhlé tělo je totiž prezentováno jako výsledek a ukazatel úspěšného držení diet a omezování se v jídle (Novák, 2010).

3.2 Nespokojenost s tělem

Je neustále zmiňované, že společnost dává přednost štíhlým jedincům. Existuje mnoho argumentů proč být štíhlý. Ideál do jisté míry vychází z toho, že štíhlost je známkou zdraví, naopak nadváha nebo obezita znamená zdravotní a společenský problém pro jedince. Mnozí odborníci se domnívají, že štíhlost neznamena být zdravý a spokojený, a naopak mít nadváhu neznamena být pesimistický a nemocný.

Za obezitu můžeme považovat hmotnost, která je o 20 procent vyšší než „ideální“ tělesná hmotnost jedince (Grogan, 2000).

Nespokojenost s vlastním tělem, následné diety, touha zhubnout je důsledek vlastní fantazie, mnohdy nepravdivý a nereálný podložený ideálem krásy, který vlastně neexistuje.

Touha po štíhlém těle souvisí i s určitými kulturními tlaky na dodržování určité štíhlosti. Velkou roli zde hraje i určité predispozice k obezitě, rychlé změny tvaru těla v období dospívání, přístup rodiny a přátel.

Vzájemný vztah mezi hmotností a sebevědomím můžeme označovat za nejvýznamnější rizikový faktor poruch příjmu potravy. Ukazuje se, že většina dívek a žen je se svojí postavou nespokojená. Tato nespokojenost vede k přesvědčení, že jsou dotyčné tlusté a měly by zhubnout. Nespokojenost se může projevit i do osobního života, dívka či žena ztrácí sebevědomí, tím se zvýší touha po snížení tělesné váhy a jako jediné možné řešení se objeví držení diety. Dieta ve smyslu hladovění, použití různých projímadel, popř. záchvaty přejídání a následné zvracení (Krch, 1999).

Postoj, který ke svému tělu vytváříme, souvisí i s naším způsobem života a trávením volného času. Aktivní, sportovní jedinci mají vyšší sebevědomí než jedinci, kteří sportují minimálně nebo vůbec. Sport nám může přinést určitou psychickou vyrovnanost a lepší pocit (Fialová, 2006).

Faktory, které ovlivňují naši tělesnou hmotnost:

- Psychický a zdravotní stav,
- stres,
- vůle,
- genetika,
- příjem a výdej energie
- pracovní vytíženost (Fialová & Krch, 2012).

Během života lidského jedince se jeho tělo neustále mění. Proměnou prochází výška, tělesná hmotnost, objem i velikost vnitřních orgánů. Jestliže mají dva stejně vysocí lidé stejnou tělesnou hmotnost, neznamená to, že mají stejný typ postavy (Fialová, 2006).

Neustálá nespokojenost se svým tělem, měnící se životní cíle a priority, držení diet považujeme za varovné signály a znaky poruch příjmu potravy. Za důsledek pak můžeme považovat sociální izolaci, zvracení, užívání léků (Krch, 1999).

Za behaviorální ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem můžeme považovat:

- Dietní chování – zásadní ukazatel, kdy se jedinec snaží měnit své tělo pomocí diety. Diety drží častěji ženy, protože chtějí být štíhlé nebo si zlepšit sebevědomí. Uvádí se, že u jedinců, kteří opakovaně drželi dietu v průběhu života, vzniká až 8x větší riziko vzniku poruch příjmu potravy.
- Cvičení – motivace ke cvičení je už ten jiná než u mužů. Ženy uvádí jako důvod ke cvičení regulaci tělesné hmotnosti, zdraví a přitažlivost.
- Estetická chirurgie – se stává čím dál více vyhledávanější. Můžeme hovořit především o liposukci nebo zvětšení prsou. Většina žen své tělo vnímá jako nepřijatelné, chybné, proto podstoupí chirurgický zákrok, protože cítí, že může své tělo ovládat, mít ho pod kontrolou, upravit ho dle sebe (Grogan, 2000).

Pokud chceme předejít poruchám příjmu potravy nebo obezitě je třeba dodržet základní pravidla stravování:

- Při jídle se nezabývat jinou činností,
- jíst pomalu a nehltat,
- konzumovat jídlo v pravidelnou dobu,
- vyvarovat se velkému množství alkoholu a slazených nealko nápojů,
- dbát na pestrou stravu – bílkoviny, vláknina,
- omezit příjem cukrů, tuků ve stravě (Fialová, 2006).

3.3 Média a společnost

Každý z nás si pod pojmem média představí televizi nebo tisk, jsou součástí našich životů a velmi ovlivňují naše myšlení a chování.

Slovo medium znamená zprostředkovatel, funguje jako určitý kanál, který má přenést informaci k příjemci.

Média jsou dle McQuaila (2002, in Fialová & Krch, 2012):

- Prostředím – zde se odehrává mnoho událostí z oblasti veřejného života na mezinárodní a národní úrovni,
- zdroj moci – ovládání a prosazování moci ve světě a společnosti, je prostředek vlivu,
- zdroj sociální reality,
- klíč ke slávě jedince, k proslavení se a úspěšnosti jedince,
- média nepodléhají vlivu příjemce.

Společnost vytváří falešný obraz, že ideál krásy je štíhlá a sebevědomá žena. Určují, kdo je ideální žena, jak má ideální žena vypadat, aby byla úspěšná a chtěná (Fialová & Krch, 2012). Tyto vzory mají velmi silný vliv na čtenářky. Ukazují, jak má vypadat ženskost a přitom pomocí reklamního triku podrobují ženy falešnému ideálu krásy (Grogan, 2000).

Mnohé dívky a ženy tomuto určení podlehnou a dojdou ke zjištění, že když budou štíhlé, tak je společnost přijme lépe. V návaznosti na tuto situaci drží dívky diety, které nejsou vůbec zdravě prospěšné. Od drastické diety k anorexii je velmi blízko (Dainow, 2000).

V období adolescence, kdy se mění dívce fyzický vzhled a sekundární znaky je štíhlost považována za projev určité elegantnosti a přitažlivosti pro opačné pohlaví.

Štíhlosti je připisována vysoká hodnota určité prestiže, naopak jedinci s nadváhou a obezitou jsou považováni za líné, neschopné jedince a často bývají diskriminováni. Následně se může objevit u těchto jedinců strach z nadváhy a tloušťky v rámci tlaku společenského klimatu. Často je chování adolescentů ovlivněno tímto tlakem a začnou vynechávat ze svého jídelníčku hlavní jídla dne, drží diety. Bez ohledu na to, zda je jejich myšlení objektivní a odpovídá realitě (Machová, 2009).

Velký podíl při dietách mají i takzvané „light“ výrobky a jejich klamavá reklama. Působí dojmem, že jsou velmi zdravé a mají nízkou energetickou hodnotu. Obyčejné výrobky jsou mnohem zdravější (Machová, 2009).

Velkým faktorem, který přes média na jedince působí, je obezita. Média popisují obezitu jako něco abnormálního a hlavně nežádaného, obézní jedinci jsou okamžitě

odsouzení, spojování s leností a zdravotními problémy. Poukazuje na hubnoucí přípravky, které zaručeně působí, z obézní ženy se pomocí užívání hubnoucích přípravků stane dokonalá, úspěšná žena se zdravým životním stylem (Krch, 2008). Naopak dříve byla tloušťka symbolem bohatství a úspěchu, tito jedinci byli považováni za veselé a přátelské (Fialová, 2006).

Společnost omítá tolerovat odlišnost, konformitu. Když se někdo jakýmkoliv způsobem odlišuje od nastaveného ideálu je to špatně. Většina jedinců se lišit nechce, chce jít s davem a společností. Klade důraz na soutěživost, úspěch, nadšení, fyzický výkon (Krch, 2008).

3.4 Rodina

Rodina hraje důležitou roli ve všech fázích života jedince. Období adolescence, kdy je jedinec téměř dospělý neznamená, že jeho rozhodování je zcela svobodné a volné. V mnoha důležitých meznících potřebuje každý adolescent pomoc. Většina rodičů s pomocí počítá a snaží se adolescentům poskytnout potřebné věci, citovou a morální podporu.

V mnoha rodinách přechod z dítěte v dospívajícího mladého jedince probíhá standartním způsobem, rodiče počítají s různými výkyvy nálad, větší samostatností a nezávislostí. Jsou na to připraveni.

Najdeme i mnoho rodin, které na tento přechod nejsou připraveni, nejsou ochotni si to připustit. Hlavně dcery jsou vystavovány určitému tlaku. Rodiče přesvědčují dívku, že na tento svět dospívání není dostatečně připravená a zralá, dívka má v sobě určitý rozpor a neví jak z něho ven. Chce mít stejné práva jako její kamarádky. Dívka má pocit, že nemůže kontrolovat sama sebe, je kontrolována ze strany rodičů, kteří jsou na ni až velmi přísní. V těchto případech může dojít k poruchám příjmu potravy. Dívka má pocit, že svoje tělo může prostřednictvím diet a přejídání kontrolovat. Může sama o sobě rozhodovat, mít svobodnou vůli rozhodování o sobě. Většinou se dívky o svých problémech s jídlem nesvěřují, i rodiče tedy o ničem neví, nevznikají konflikty a všichni jsou navenek spokojeni (Maloney, 1997).

Cohen (2002) uvádí tyto možné příčiny ze strany rodiny:

- Příliš vysoká očekávání a nároky ze strany rodičů,
- obézní matka, která často drží diety,
- výskyt poruchy v rodině
- konfliktní vztahy mezi rodiči.

Výzkumy ukazují, že se v rodinách anorektických a bulimických matek vyskytují poruchy příjmu potravy mnohokrát častěji. Anorektické matky bývají zaujaté, obtěžující. Právě určitá neuspokojená přání matky, která přenáší na své dítě, snaží se ho vychovávat k obrazu svému a vést své dítě jako dokonalou bytost, i když tomu tak není (Krch, 1999).

Rodina jako celek preferuje především zdravý životní styl, co je tučné, co je zdravé, velmi jedince ovlivňuje jak ve výběru jídla, tak v jídelních návycích do budoucna. Opakem může být rodina nepodporující zdravý životní styl, zdravé výrobky a jedinec se chce odlišit, nemá podporu rodiny a cítí se sám.

Jestliže se v rodině nachází sourozenci, tak mezi nimi může vzniknout v návaznosti na tlak rodičů určité soutěžení v ohledu na tělesný výkon a vzhled, za důležité se považuje umět něco dokázat (Krch, 2008).

4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Většina jedinců trpících poruchami příjmu potravy své problémy popírá, mnohdy si je neuvědomuje.

Diety, hladovění, zvracení, přejídání se, používání projímadel a různých léků vyvolávajících zvracení, to všechno způsobuje velkou zátěž pro organismus a zdravotní komplikace, hrozí riziko dehydratace a podvýživy (Krch, 1998). Mentální anorexie i mentální bulimie může způsobit vážné zdravotní problémy, které můžou skončit smrtí.

Zejména u mentální anorexie jsou velkou hrozbou závratě a omdlávání z nedostatku živin a podvýživy. Tělo na tuto skutečnost reaguje tak, že nerozlišuje, jestli je hladovění dobrovolné nebo způsobené nějakou objektivní příčinou.

Mentální bulimie sebou nese také velké rizika, ale jedinci trpící touto poruchou si velmi často myslí, že zvracením se pročistí a je vše v pořádku (Maloney, 1997). Neustálé a opakované zvracení velmi zatěžuje celý organismus, především to velmi působí na slinné žlázy, které se nachází pod čelistí, tento stav pak jen umocňuje pocit a dojem opuchlého a nateklého obličeje (Krch, 2008).

4.1 Psychické důsledky

Vybrané psychické důsledky poruch příjmu potravy uvádíme v následujícím přehledu (Krch, 2008).

Depresivní, negativní nálada,
nejistota, úzkostné prožitky,
snižuje se koncentrace na práci, na učení,
snižuje se intelektová výkonnost,
navyšuje se egocentrismus, panovačnost,
přibývá konfliktů s okolím,
poruchy spánku.

Poruchy spánku souvisí s častým probouzením se několikrát za noc, jedinec se cítí unavený, nemá na nic náladu, snižuje se jeho výkonnost. Zhoršení nálady vede k pesimismu. U jedince často nastává pocit izolace, nechce navazovat kontakty (Maloney, 1997).

Psychické potíže velmi narušují duševní rovnováhu a pohodu jedince. Narůstá sebelítost a egocentrismus, tyto pocity se negativně projeví i na společenském a soukromém životě. V návaznosti může vzniknout deprese, jedinec je sám ze sebe znechucen, cítí se, že selhal, má obavy o svoji postavu, cítí se provinile, že nedokázal snížit svoji tělesnou váhu, je si odporný a tento stav může skončit až v rozhodnutí, která vede k sebevraždě. Depresivní stavy mohou skončit až tehdy, když si jedinec uvědomí, že se mu podařilo získat nad sebou kontrolu a chce na sobě něco změnit, změnit svůj přístup k jídlu a jídelním návykům (Krch, 2008).

4.2 Fyzické důsledky

Vybrané fyzické důsledky poruch příjmu potravy uvádíme v následujícím přehledu (Krch, 2002).

Zvýšená citlivost na chlad,
zvýšený růst ochlupení po celém těle, vlasy jsou řídké a častěji vypadávají,
suchá a slabá šupinatá kůže,
velká kazivost zubů, nažloutlé zuby,
nízký krevní tlak,
nepravidelná menstruace,
celková oslabenost organismu, větší nemocnost,
nedostatek živin zatěžuje játra, které nejsou schopny vyprodukovat dostatek tělesných bílkovin,
kosti jsou křehké z důvodu nedostatku živin a vápníku,
nevolnosti, pocity na omdlení z důvodu prázdného žaludku,

Z důvodu zmenšení žaludku se můžou objevit žaludeční vředy, střeva zpomalily svoji funkci, to má za následek zácpu. Červené a bílé krvinky se dostatečně nevytvářejí z důvodu špatné výživy, proto hrozí určité infekce.

Velkým problémem je i hladovka. Tělo reaguje na hladovění tak, že ho vnímá jako situaci ohrožení. Do těla se nedostává žádná potrava, energie, které jsou zdrojem krevního cukru, v tomto případě začne tělo čerpat z vlastních zásob, tedy z jater, ve kterých je uložena glukóza, tedy cukr. Mnoho jedinců si myslí, že tělo spaluje hladovkou tuky, ve skutečnosti si bere živiny z orgánů a svalové tkáně. Při hladovce tedy jedinec tělo velmi zatěžuje, brání mu ve vývoji a růstu svalové tkáně (Maloney, 1997).

Dlouhodobé zdravotní komplikace jsou velmi závažné a ohrožují život pacientky. Platí obecné pravidlo, které potvrzuje, že čím dříve se s léčbou začne, tím budou méně zásadní zdravotní důsledky.

Psychické a fyzické důsledky můžeme shrnout do následujících bodů:

- Jedinec je nespokojený, protože je jeho nálada závislá na tělesné hmotnosti a schopnosti kontrolovat se,
- vyskytuje se mnoho problémů i z jiné oblasti života, jedinec je podrážděný, konfliktní a impulzivní,
- zvýšená nespokojenost se svým tělem a svojí váhou může vést k sebepoškozování,
- zhoršuje se pozornost, pracovní tempo, školní prospěch a soukromý život,
- zvyšují se konflikty s okolím, snižuje se zájem o navazování vztahů a chození do společnosti (Krch, 2008).

5 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

I přestože většina jedinců trpících poruchou příjmu potravy ví, že může jejich nemoc skončit smrtí, rozhodnout se léčit a přiznat si, že je to vážné, je velmi složité. Není totiž jednoduché si přiznat si, že jedinec trpí nějakou poruchou. Jedinec má ze začátku velký strach, strach z přibírání na váze, kterou léčba přináší (Kulhánek, 2014).

Možností, jak léčit poruchy příjmu potravy je spousta. Můžeme hovořit o hospitalizaci, ambulantní lékařské péči, řízené pomoci a psychoterapiích. Vybraným z nich se budeme v následujících kapitolách věnovat.

Při léčbě můžeme využít i terapeutické techniky, mezi které můžeme zařadit relaxační a dýchací cvičení, masáže, fyzické aktivity, sport, tanec (Krch, 1999).

Neexistuje jednotný vhodný lék nebo přístup, který zaručí vyléčení poruch příjmu potravy. Prvním důležitým krokem je spolupráce pacienty s terapeutem (Málková & Krch, 2010).

Úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je relativně vysoká, ale mnohdy příznaky přetrvávají dlouhou dobu. Výsledky výzkumů ukazují, že v průběhu 5 až 10 let se přibližně 50% pacientek uzdraví, u 30% se jejich zdravotní stav zlepší a u 20% pozorujeme přetrvávající příznaky, může dojít i k jejich prohloubení (Fialová & Krch, 2012).

Jedincům, kteří trpí poruchou příjmu potravy, velmi záleží na tom, co si o nich myslí ostatní. Porucha příjmu potravy se může rozvinout jako reakce na přehnanou starostlivost a moc rodičů nad jedincem. Reakcí je touha po samostatnosti, o vlastním rozhodování nad vlastním tělem a tělesnou hmotností.

Jediné řešení všech problémů je dieta, silná vůle k omezení jídla. Dieta není dobrým řešením. Pomocí diety můžeme snížit svoji tělesnou hmotnost, ale ne vždy. Je tu i skutečnost, že při držení diety jedinec nezhubne, nebo zhubne, ale bude z váhového úbytku zklamaný. V těchto případech hrozí nebezpečí přejídání se a zvýšení zájmu o jídlo.

Důležité si je uvědomit, že my, rodiče, přátelé problém nemáme, ale má ho někdo jiný, tím pádem ho i za něho nemůžeme vyřešit. Můžeme poskytnout podporu, oporu, najít vhodného terapeuta, ale jedinec musí být iniciátorem, toho, že chce léčit (Maloney, 1997).

Rodina a její kontrola je prvním důležitým krokem v úspěšné léčbě. Rodiče by měli zajistit kontrolu nad přijímáním jídla a tekutin. Je zásadní, aby se rodiče shodli na daném přístupu k dítěti, i když třeba žijí odděleně. Ze začátku je tato situace nepříjemná jak pro rodiče, tak jejich dítě (Krch, 1999).

Co by rodina a přátelé jedince s poruchou příjmu potravy neměli dělat:

- Nenabízet variantu, že s jedincem budou držet dietu. Jedinec by to mohl vnímat tak, že dieta může těšit i ostatní,
- neříkat jedinci nic o jeho vzhledu, ať už v pozitivním nebo negativním smyslu,
- nesnažit se být terapeutem, klást důraz na to, aby si jedinec uvědomil, že si on sám musí udělat jasno a začít řešit problémy,
- neradit jedinci co si má objednat k jídlu, musí se rozhodnout sám bez pomoci,
- nehádat to, co si jedinec přeje, pokud nás zajímá, co si přeje, musíme se jí narovinu zeptat (Maloney, 1997).

Co by rodina a přátelé jedince s poruchou příjmu potravy měli dělat:

- Mluvit s jedincem i o našich, jiných problémech, neizolovat ho, vhodné je, ať si jedinec uvědomí, že není jen on, kdo má nějaké problémy,
- důležitá je komunikace, absolvování společných kulturních akcí, hrozí zde problém sociální izolace,
- požádat o odbornou pomoc nebo radu vzhledem k sobě,
- nepodlehnout dietním návykům, nepřizpůsobovat se jedinci trpícím poruchou příjmu potravy (Maloney, 1997).

5.1 Hospitalizace

Hospitalizace jedinců s poruchou příjmu potravy je z lékařského hlediska potřebná a je prvním důležitým krokem v aktivní spolupráci. (Krch, 1999). Pobyt v nemocnici probíhá na psychiatrickém oddělení a trvá několik měsíců. Velkou roli hraje pro jedince úspěšné začlenění do terapeutické komunity (Kocourková, 1997).

Při rozhodování o přijetí jedince k léčení v nemocnici rozhoduje:

- Dehydratace,
- váhový úbytek více než 25% z celkové hmotnosti jedince,
- nutnost návratu normální váhy nebo přerušení neustálého váhového ubývání vzhledem k vyhublosti pacientek,
- léčba potencionálních zdravotních obtíží,
- přerušení zvracení, přejídání se z důvodu vážných somatických komplikací, které představují velké zdravotní riziko,
- léčba stavů souvisejících s poruchami příjmu potravy, mezi které můžeme řadit sebepoškozování, těžké deprese (Krch, 1999).

Přístup k jedincům je stanoven v rámci individuálního terapeutického plánu. Rodičům jsou poskytovány vždy jasné a srozumitelné informace o zdravotním stavu a postupech léčby (Kocourková, 1997).

Při léčbě se terapeut snaží přispět k duševní pohodě jedince. Ta je velmi důležitá, a ne vždy je jí docíleno. Uvedme, podle čeho se dá charakterizovat dušení pohoda:

- *„Sebe-akceptace – pozitivní postoj vůči sobě samému,*
- *pozitivní vztahy s jinými – schopnost udržovat s jinými vřelé a důvěrné vztahy,*
- *autonomie – přítomnost osobních vnitřních standardů, kterými se člověk řídí,*
- *environmentální ovládání – schopnost vybírat si a vytvářet prostředí odpovídající psychickým podmínkám člověka,*
- *smysl života – přesvědčení, které dává pocit smyslu a účelu v životě,*
- *osobní růst – kontinuální rozvoj svého potencionálu, zapojování se do nových výzev* (Halama, 2007, s. 85).

Při léčbě a práci s nemocnými jedinci je vhodné respektovat tyto charakteristiky:

- Zaměření se na tzn. centrální dynamickou formulaci, ta vyjadřuje jedincův problém a vede k jeho porozumění, hledá se příčina problému,

- užití psychoterapie vede k integraci jedince, všechno záleží na individualitě pacientek, u mladších jedinců je patrná určitá závislost na rodičích, proto je vhodné zvolit rodinnou terapii,
- posloupnost a návaznost jednotlivých psychoterapeutických technik přizpůsobit individualitě jedince (Kocourková, 1997).

Existuje i individuální poradenství pro rodiče, které funguje obdobně jako rodinná terapie, o které se budeme zmiňovat v následujícím textu. Poradenství pro rodiče funguje tak, že jim lékaři, kteří léčí jejich dítě, poskytnou rady a hlavně podporu. Poradenství je zaměřeno hlavně na rady týkající se toho, jak mají rodiče zvládnout kontrolu nad jídelními návyky dítěte v domácím prostředí, až bude propuštěno domů. Dále toto poradenství posiluje spolupráci rodičů navzájem, protože je velký problém, když jeden rodič nedokáže být k dítěti pevný a povoluje mu různé ústupky. Nejdůležitější je tedy vzájemná a provázaná spolupráce rodičů a terapeuta. Tento předpoklad je ideálním základem k úspěšné léčbě jejich dítěte (Krčh, 1999).

5.2 Behaviorální a kognitivní terapie

Tato terapie má dlouhodobou historii a používá se především v průběhu hospitalizace pacientek s cílem zvýšit jejich váhu a snížit spory se zdravotnickým personálem v rámci bojů o jídlo a stravovací návyky (Kocourková, 1997). Terapii doporučujeme jedincům, kteří mají středně těžké až těžké příznaky poruchy a není pro ně vhodná rodinná terapie.

U této terapie je důležité dodržovat tyto body:

- Vedení si poznámek o jídle, o myšlenkách a pocitech, které se zabývají jídlem,
- pravidelný záznam o tělesné hmotnosti,
- schéma, které se snaží změnit jídelní návyky a chování, minimalizace diet, plánování si jídel a zavedení jídel, které dříve jedinec nekonzumoval,
- změnit chyby v myšlení, které souvisí s rozvojem a brání v léčbě poruch příjmu potravy
- zvolit vhodnou prevenci (Krčh, 1999).

Za hlavní cíl terapie považujeme zvýšit tělesnou váhu jedince, tak, že se stupňují sociální výhody spojené s váhovým přibýváním. Například větší účast na aktivitách, které probíhají v rámci oddělení, vycházky mimo nemocnici, návštěvy doma u rodičů, kontakt s kamarády. Váhový přírůstek musí být optimální, příliš rychlé přibrání na váze je nebezpečné vzhledem ke stavu jedince.

Vztah jedince a terapeuta je velmi důležitý, psychoterapeut musí být velmi aktivní a vnímat emoce jedince, které mohou negativně ovlivňovat průběh léčby. Cílem je, aby jedinec vnímal terapeuta jako pomocníka, spojence, protože když ho vnímá jako nepřítele, snižuje to motivaci pacientky k léčbě (Kocourková, 1997).

Obvykle se doporučuje 20 individuálních sezení během pěti měsíců, ale záleží vždy na jedinci (Papežová, 2010). Pokud se příznaky s postupem času zlepšují, doporučujeme ambulantní terapii, v opačném případě je nutné přistoupit k hospitalizaci (Kocourková, 1997).

5.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie je vhodná u léčby mladých jedinců, a u některých jedinců, kteří žijí s rodinou. Není považována za základní terapeutickou možnost léčby, ale její specifika jsou důležité k pochopení některých specifík a problémů. Rodiče mají možnost velmi podpořit dosažení úspěšného cíle v léčbě a mohou být do terapie přizváni kdykoliv je to vhodné v průběhu léčby (Krch, 1999). Cílem rodinné terapie je spolupráce rodiny a pomoc rodině se změnou, která by měla nastat.

Rodinná terapie probíhá většinou ambulantně, ale je možné ji zařadit i v průběhu hospitalizace jedince. Pomáhá rodičům s přijetím a smířením se, že je jeho dítě hospitalizováno, rozvíjí se dobré vztahy mezi terapeutem a rodinou.

Rodiče často pochybují o zlepšení vztahů v rodině, kladou si určitý pocit viny a kladou nepřiměřené požadavky na oddělení, kde se jejich dítě léčí. Právě tato terapie by těmito pocitem a postojům měla poskytnout východisko a zlepšení současného stavu (Kocourková, 1997).

Tato terapie má teoretické i praktické hledisko. Z praktického hlediska rodiče by měli poskytovat zázemí, pohodu a zodpovídat za zdraví svých dětí. Z teoretického hlediska potřebují pomoc i rodiče adolescenta. Rodiče jsou často velmi bezradní z velkého váhového úbytku svého dítěte a neví si s ním rady, i proto je zde rodinná terapie, aby pomohla odpovědět na otázky, pomohla smířit se se současným stavem a zaměřila se na problém, který je schopná vyřešit (Krch, 1999).

5.4 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie je uváděna jako možnost léčby poruch příjmu potravy, avšak v realitě není moc používaná, proto se autoři zabývající se touto tematikou o ní moc nezmiňují. Původně byla tato terapie vytvořena s úplně jiným záměrem, byla vytvořena na krátkodobé léčení deprese.

Terapie obsahuje tři fáze léčby:

- První fáze je zaměřená na faktory a problémy, které přispěly k rozvoji poruchy příjmu potravy,
- druhá fáze vychází z uzavření smlouvy, úmluvy mezi terapeutem a klientem o problémech, které byly zjištěné v první fázi,
- třetí fáze je fází konečnou, a řeší se zde otázky spojené s konečnou fází léčby (Krch, 1999).

Tato terapie by se měla používat pro jedince, kteří poruchami příjmu potravy trpí déle a jejich příznaky přetrvávají (Papežová, 2010).

5.5 Skupinová terapie

Skupinová terapie je velmi dobrou volbou pro jedince s poruchou příjmu potravy, protože se zaměřuje na rozvoj sebeúcty k sobě samému. Ovšem je složité vytvořit vhodnou skupinu jedinců, kteří by si navzájem vyhovovali věkem, pohlavím, diagnózou a stádiem poruchy (Krch, 1999).

U jedinců nastává problém, že odmítají tuto terapii, protože jsou málo motivovaní k léčbě, nedůvěřují terapeutovi ani okolí, nejsou otevření novým sociálním kontaktům, nezajímá je nic jiného než jejich váha. Jsou přesvědčení, že jim nemůže nikdo pomoci a jejich problémům nerozumí.

Terapeutická skupina má své výhody a nevýhody. Skupina může vzniknout heterogenní nebo homogenní. Pro homogenní skupinu je typické důkladnější probírání vlastních problémů s jídlem, hledat vztahy mezi pocity, prožíváním a chováním, u heterogenní skupiny je na důkladnější zkoumání pocitů a emocí méně prostoru a času a více se zaměřuje na témata sexuální, partnerská, vztahy k rodičům.

Terapie dává možnost vyjádřit pacientkám jejich pocity, vnímat a reagovat na pocity a reakce druhých, možnost spolupráce, společné motivace. Metoda skupinové terapie bývá uplatňována i ve vztahu k rodičům pacientů.

Můžeme rozlišit dva druhy:

- Diskusní rodičovská skupina – v této formě skupinové terapie se schází oba rodiče minimálně jednou týdně, rodiče s terapeutem diskutují o rodinných problémech, o otázkách výchovy dítěte, témata jsou vybírána tak, aby vedly k jádru problému. Tato skupina neprobíhá za účasti více rodičů,
- vlastní, vytvořená psychoterapeutická skupina – sezení probíhá za přítomnosti spousty dalších rodičů, jejichž děti trpí poruchou příjmu potravy. Mnozí rodiče bývají zaskočení problémy, které nastaly, cítí určitou vinu. V průběhu setkávání rodiče navzájem mezi sebou zjistí, že problémy, které nastaly, prožívají všichni obdobně. Rodiče tak přestanou cítit velkou vinu, přestanou se tolik obviňovat a můžou začít pracovat na zásadních problémech, které se týkají právě jejich dítěte (Kocourková, 1997).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE VÝZKUMU

Východiskem pro cíle výzkumu se stala teoretická část této práce. Hlavním cílem teoretické části bylo zmapovat poznatky týkající se poruch příjmu potravy u adolescentů. Nejprve jsme se věnovali období adolescence, ve kterém jsme se zaměřili na tělesnou proměnu a psychosociální vývoj. Dále jsme v práci rozvinuli téma poruch příjmu potravy. Věnovali jsme se nejvíce mentální anorexii a mentální bulimii, jejich příčinám, důsledkům a následnou možností léčby.

K tématu poruch příjmu potravy najdeme vcelku dostatek publikací, ve kterých je spousta informací o těchto poruchách.

Hlavním cílem praktické části bylo, na základě dotazníkového šetření, zjistit, jak respondenti, vnímají poruchy příjmu potravy, jaké je jejich povědomí o těchto poruchách.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaký vztah mají respondenti ke svému tělu,
- zjistit, zda mají, vědí, co je to mentální anorexie a mentální bulimie,
- zjistit, jestli drží diety respondenti i jejich matky,
- zjistit, zda kontrolují svoji tělesnou hmotnost,
- zjistit, zda provozují fyzickou aktivitu.

7 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že minimálně 50% respondentů není spokojeno se svým tělem.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že ti respondenti, kteří drží dietu, neprovozují fyzickou aktivitu.

Hypotéza č. 3: Považujeme za rizikové ty respondenty, kteří se nachází v pásmu BMI klasifikované jako podváha a dodržují diety.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že respondenti, jejichž matky držely dietu, budou mít s dietou také zkušenost.

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že respondenti, kteří nesnídají, se nachází v pásmu BMI klasifikované jako nadváha.

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že více jak polovina respondentů, kteří mají kladný vztah ke zdravé výživě, jí pravidelně, tedy 5x – 6x denně.

8 POSTUP VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A POUŽITÁ METODA

K získání potřebných dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Autorka dotazník částečně převzala z Krcha (2002) a následně jej modifikovala v souladu se stanovenými cíli. Dotazník je tvořen z několika částí. První část je zaměřena na zjištění pohlaví, věku a bydliště respondenta, tato část byla vytvořena za účelem charakterizování výzkumného vzorku. Druhá část obsahuje 14 otázek, které se zaměřují na postavu a vztah k postavě. Třetí část se zaměřuje na otázky týkající se poruch příjmu potravy, a poslední, tedy čtvrtá část zjišťuje, jak se respondenti staví ke svému tělu a jeho zdraví, zda provozují fyzickou aktivitu či jaký je jejich vztah ke zdravé výživě.

Dotazník obsahuje otázky uzavřené i otevřené. Sběr dat probíhal v říjnu 2013 na střední pedagogické škole v Přerově. Dotazníky byly předány osobně, studenti dotazník vyplnili a hned odevzdali. Výsledky byly následně kvantitativně zpracovány do tabulek a grafů. Dotazníkové šetření probíhalo anonymně.

8.1 Výzkumný soubor

Dotazníkové šetření probíhalo na střední pedagogické škole v Přerově, tuto střední školu jsme si zvolili na základě toho, protože zde byla autorka na souvislé pedagogické praxi. Autorka rozdala celkem 85 dotazníků do třech tříd. Konkrétně do prvního, druhého a třetího ročníku. Všechny byly řádně vyplněny, tedy vhodné pro výzkum. Zde uvádíme první část dotazníku.

Charakteristika respondentů:

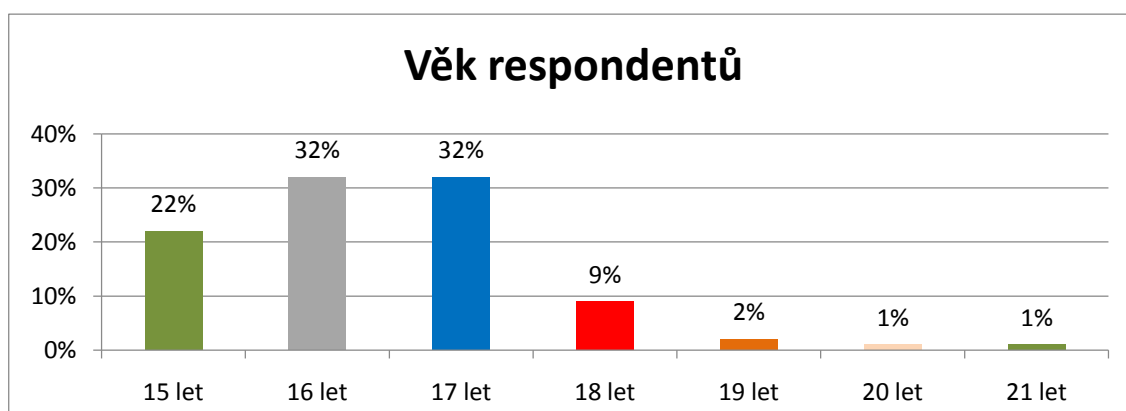
Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
chlapec	6	7%
dívka	79	93%
celkem	85	100%

Tabulka č. 2 Věk respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
15 let	19	22%
16 let	27	32%
17 let	27	32%
18 let	8	9%
19 let	2	2%
20 let	1	1%
21 let	1	1%
celkem	85	100%

Graf č. 1 Grafické znázornění tabulky č. 2



Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů se nachází ve věkovém rozmezí mezi 16 – 17 lety, konkrétně celkem 64%, z toho 27 respondentů ve věku 16 let a 27 respondentů ve věku 17 let.

Tabulka č. 3 Bydliště respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
město	41	48%
vesnice	44	52%
celkem	85	100%

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části se budeme věnovat dalším výsledkům z našeho dotazníkového šetření.

Tabulka č. 4 Hmotnost a výška respondentů, BMI index

Pro přehlednější grafické znázornění jsme odlišili jednotlivé klasifikace BMI barevně, takto:

Tabulka č. 4 BMI

Klasifikace	BMI
podváha	menší než 18,5
normální hmotnost	18,5 – 24,9
nadváha	25,0 – 29,9
obezita 1. stupně	30,0 – 34,9

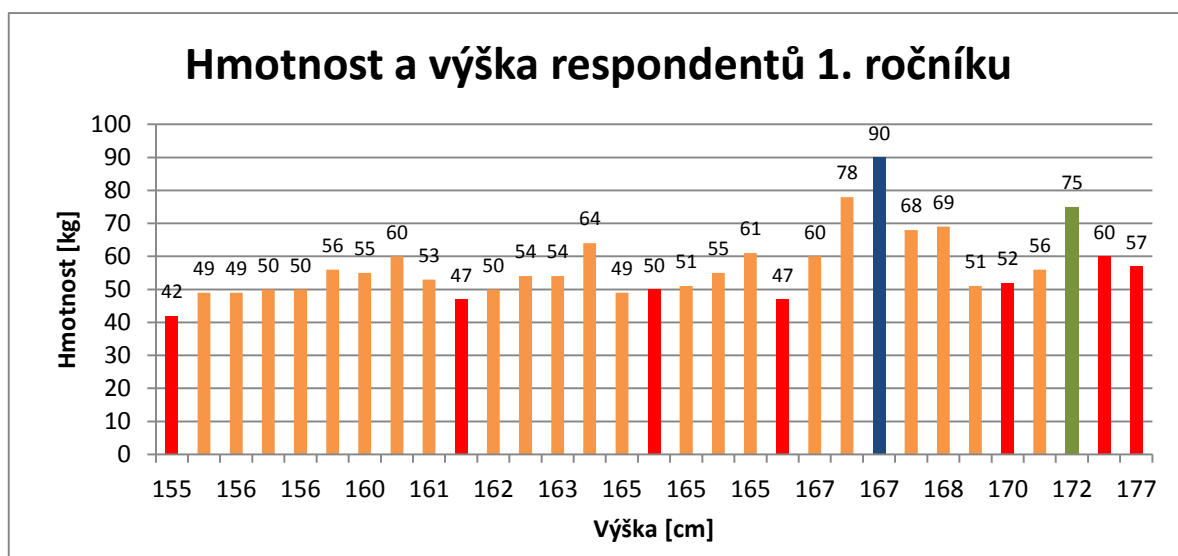
První ročník

Tabulka č. 5 Výška a hmotnost

respondent	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI
1	155	42	17,5
2	155	49	20,4
4	156	50	20,5
5	156	50	20,5
6	159	56	22,2
7	160	50	19,5
8	160	55	21,5
9	160	60	23,4
10	161	53	20,4
11	162	47	17,9
12	162	50	19,1
13	162	54	20,6
14	163	54	20,3

15	164	54	20,1
16	165	50	18,4
17	165	55	20,2
18	165	61	22,4
19	166	47	17,1
20	166	54	19,6
21	167	60	21,5
22	167	90	32,3
23	168	56	19,8
24	169	56	19,6
25	170	52	18,0
26	171	56	19,2
27	172	75	25,4
28	173	72	24,1
29	174	60	19,6
30	176	55	17,8
31	177	57	18,2

Graf č. 2 Grafické znázornění tabulky č. 5



Z grafu č. 2 můžeme usoudit, že se v prvním ročníku nachází respondenti s podváhou i obezitou. Konkrétně tedy:

- 7 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 22 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako normální hmotnost,
- 1 respondent se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha,
- 1 respondent se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako obezita 1. stupně.

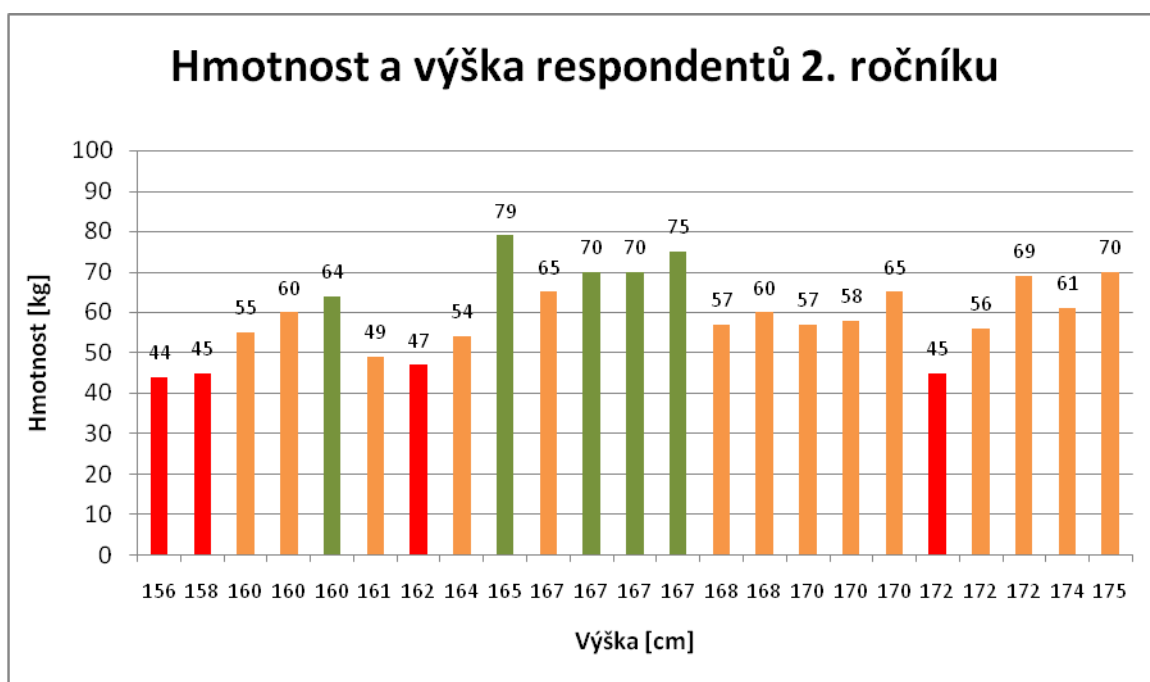
Druhý ročník

Tabulka č. 6 Výška a hmotnost

respondenti	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI
1	156	44	18,1
2	158	45	18,0
3	160	55	21,5
4	160	60	23,4
5	160	64	25,0
6	161	49	18,9
7	162	47	17,9
8	164	54	20,0
9	165	79	29,0
10	167	65	23,3
11	167	70	25,1
12	167	70	25,1
13	167	75	26,9
14	168	57	20,2
15	168	60	21,3
16	170	57	19,8
17	170	58	23,2

18	170	65	22,5
19	172	45	15,2
20	172	56	18,9
21	172	69	23,3
22	174	61	20,1
23	174	65	21,5
24	175	60	19,6
25	175	70	22,9

Graf č. 3 Grafické znázornění tabulky č. 6



Z grafu č. 3 je patrné, že se zde nachází jedinci s podváhou i nadváhou. Konkrétně tedy:

- 4 respondenti se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 16 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako normální hmotnost,
- 5 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha.

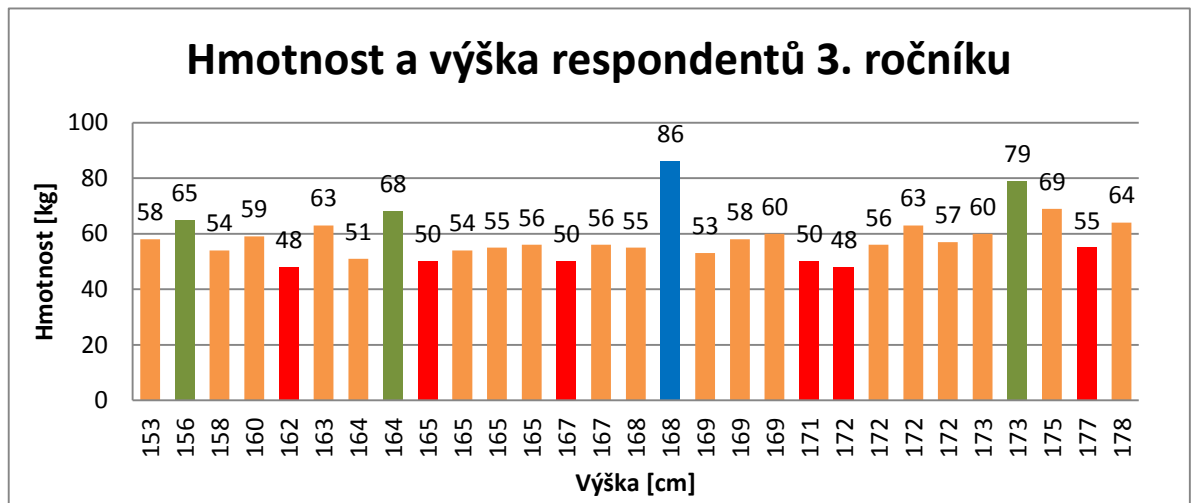
Třetí ročník

Tabulka č. 7 Výška a hmotnost

respondenti	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI
1	153	58	24,8
2	156	65	26,7
3	160	59	23,0
4	162	48	18,3
5	163	63	23,7
6	164	51	19,0
7	164	68	25,3
8	165	50	18,4
9	165	53	19,5
10	165	54	19,8
11	165	56	20,6
12	167	50	17,9
13	167	56	20,1
14	168	55	19,5
15	168	86	30,5
16	169	53	18,6
17	169	53	18,6
18	169	60	21,0
19	171	50	17,1
20	172	48	16,2
21	172	56	18,9
22	172	57	19,3
23	172	63	21,3
24	172	63	21,3
25	173	60	20,0
26	173	79	26,4

27	175	69	22,9
28	177	55	17,6
29	178	64	20,2

Graf č. 4 Grafické znázornění tabulky č. 7



Z grafu č. 4 je patrné, že se zde nachází respondent s obezitou 1. stupně dle klasifikace BMI. Konkrétně tedy:

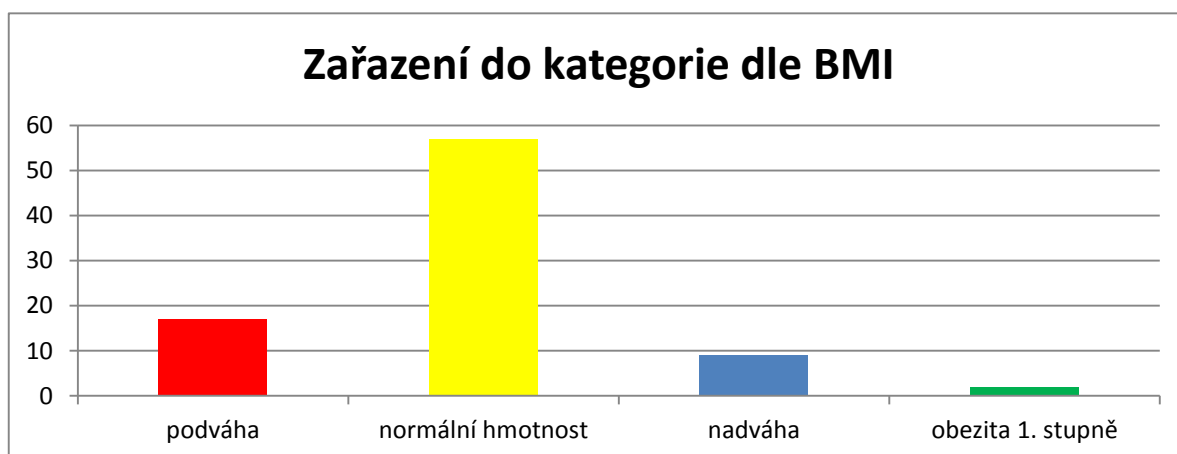
- 6 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 19 respondentů se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako normální hmotnost,
- 3 respondenti se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha,
- 1 respondent se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako obezita 1. stupně.

Pro lepší přehled konkrétních údajů BMI zařazujeme zde tabulku celého vzorku a výskytu jednotlivých kategorií BMI.

Tabulka č. 8 Zařazení do kategorie dle BMI

klasifikace	četnost	procentuální vyjádření
podváha	17	20%
normální hmotnost	57	67%
nadváha	9	11%
obezita 1. stupně	2	2%
celkem	85	100%

Graf č. 5 Grafické znázornění tabulky č. 8



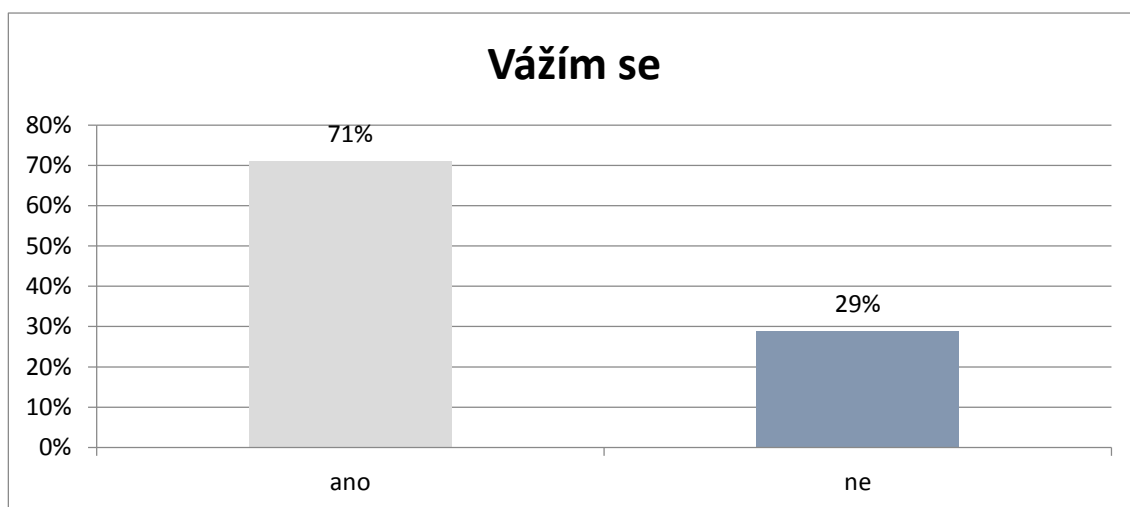
Z grafu č. 5 je patrné, že v celém vzorku 85 respondentů (100%) se nachází respondenti v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha, normální hmotnost, nadváha a obezita 1. stupně. Konkrétně tedy:

- 17 respondentů (20%) se vyskytuje v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 57 respondentů (67%) se vyskytuje v pásmu BMI klasifikovaného jako normální hmotnost,
- 9 respondentů (11%) se vyskytuje v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha,
- 2 respondenti (2%) se vyskytují v pásmu BMI klasifikovaného jako obezita 1. stupně.

Tabulka č. 9 Sleduje respondent svoji hmotnost

	četnost	procentuální vyjádření
ano	60	71%
ne	25	29%
celkem	85	100%

Graf č. 6 Grafické znázornění tabulky č. 9



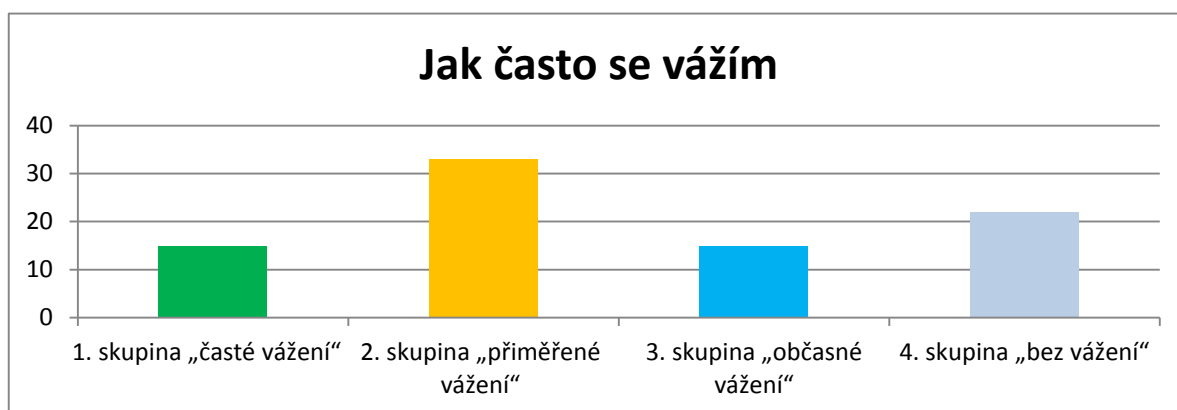
Z grafu č. 6 vyplývá, že z celkového počtu 85 respondentů se 60 respondentů (71%) váží a 25 respondentů (29%) se neváží.

Tabulka č. 10 Jak často se respondent váží. Odpovědi jsme spojili do několika skupin tak, aby se významově shodovaly.

Odchyšky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

skupiny dle četnosti vážení	četnost	procentuální vyjádření
1. skupina „časté vážení“ (každý den, 1x týdně, každý druhý den, 2x týdně)	15	18%
2. skupina „přiměřené vážení“ (1x za měsíc, 2x za měsíc)	33	39%
3. skupina „občasné vážení“ (1x za půl roku, občas, jen u lékaře)	15	18%
4. skupina „bez vážení“ (neváží se)	22	26%
celkem	85	100%

Graf č. 7 Grafické znázornění tabulky č. 10

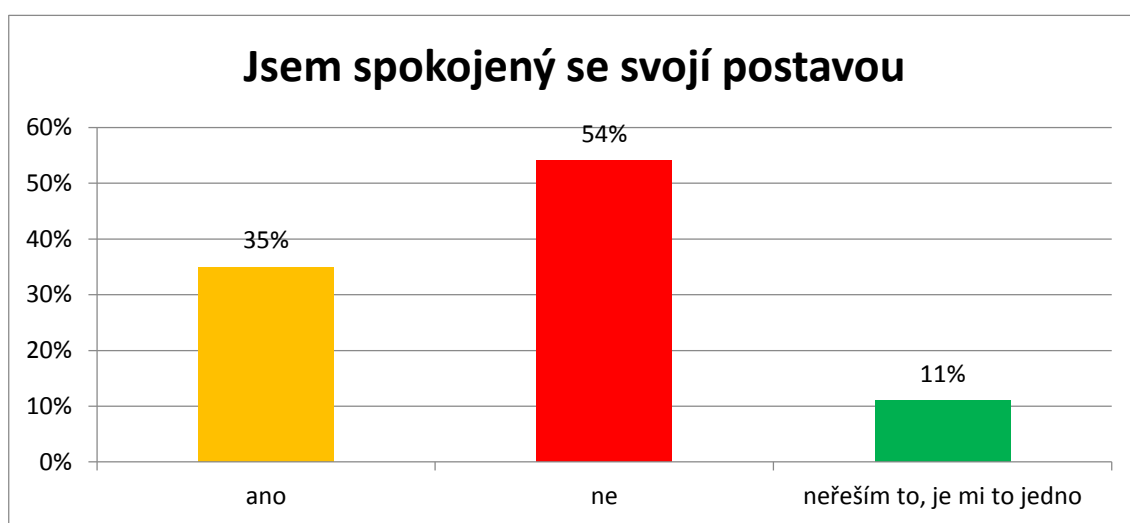


Z grafu č. 7 je patrné, že v 1. skupině respondentů („časté vážení“) se nachází celkem 15 respondentů (18%), ve 2. skupině („přiměřené vážení“) se nachází 33 respondentů (39%), ve 3. skupině („občasné vážení“) se nachází 15 respondentů (18%) a ve 4. skupině („bez vážení“) se nachází celkem 22 respondentů (26%).

Tabulka č. 11 zjišťuje, zda je respondent spokojený se svojí postavou

	četnost	procentuální vyjádření
ano	30	35%
ne	46	54%
neřeším to, je mi to jedno	9	11%
celkem	85	100%

Graf č. 8 Grafické znázornění tabulky č. 11

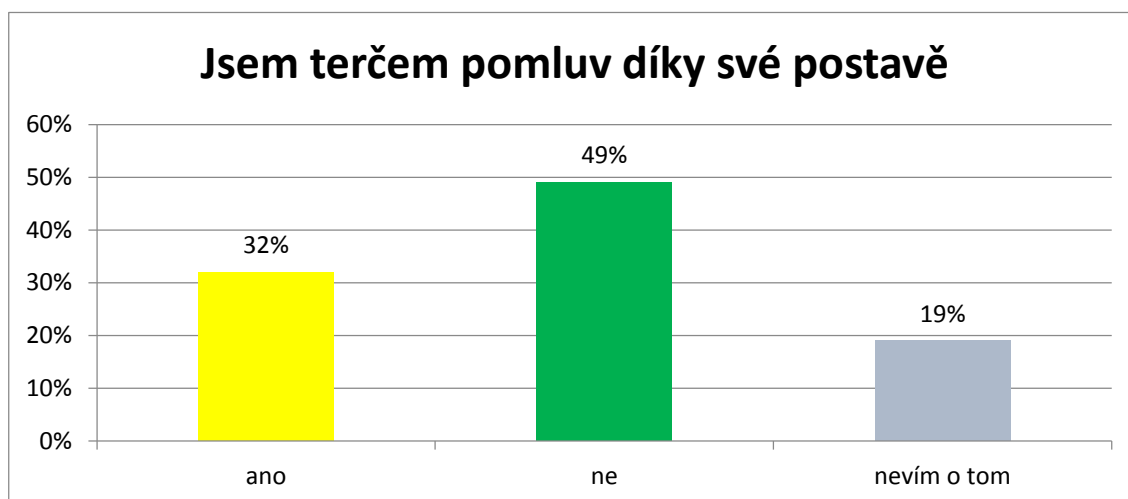


Z grafu č. 8 vyplývá, že více jak polovina respondentů není spokojena se svojí postavou, konkrétně 46 respondentů (54%), 30 respondentů (35%) je se svojí postavou spokojeno a 9 respondentů (11%) svoji postavu neřeší.

Tabulka č. 12 Je respondent terčem pomluv díky své postavě

	četnost	procentuální vyjádření
ano	27	32%
ne	42	49%
nevím o tom	16	19%
celkem	85	100%

Graf č. 9 Grafické znázornění tabulky č. 12

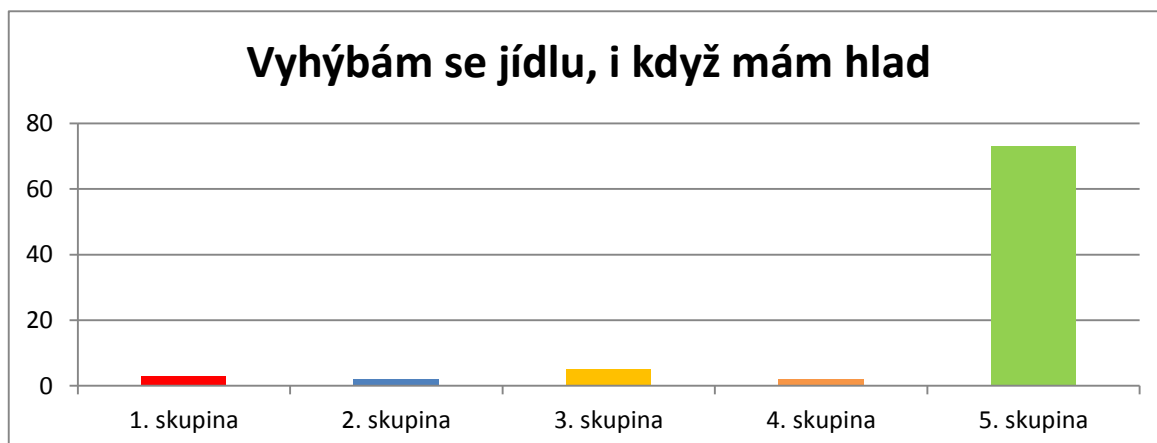


Z grafu č. 9 je patrné, že celkem 27 respondentů (32%) je terčem pomluv díky své postavě, 42 respondentů (49%) není terčem pomluv díky své postavě a 16 respondentů (19%) o tom neví.

Tabulka č. 13 Vyhýbá se respondent jídlu, i když má hlad. Odpovědi jsme spojili do několika skupin, aby se významově shodovaly.

příčiny vyhýbání se jídlu	četnost	procentuální vyjádření
1. skupina - ano, vyhýbám se jídlu	3	4%
2. skupina - ano, protože už nechci vypadat, tak jak vypadám, - ano, protože chci zhubnout	2	2%
3. skupina - ano, protože nechci přibrat na váze, - ano, sladkému, - ano, občas se kontroluji v tom, co jím, - ano, snažím se omezovat přejídání se	5	6%
4. skupina - ano, když jsem ve stresu, nedokážu jíst - ano, když nestíhám jíst,	2	2%
5. skupina - ne	73	86%
celkem	85	100%

Graf č. 10 Grafické znázornění tabulky č. 13



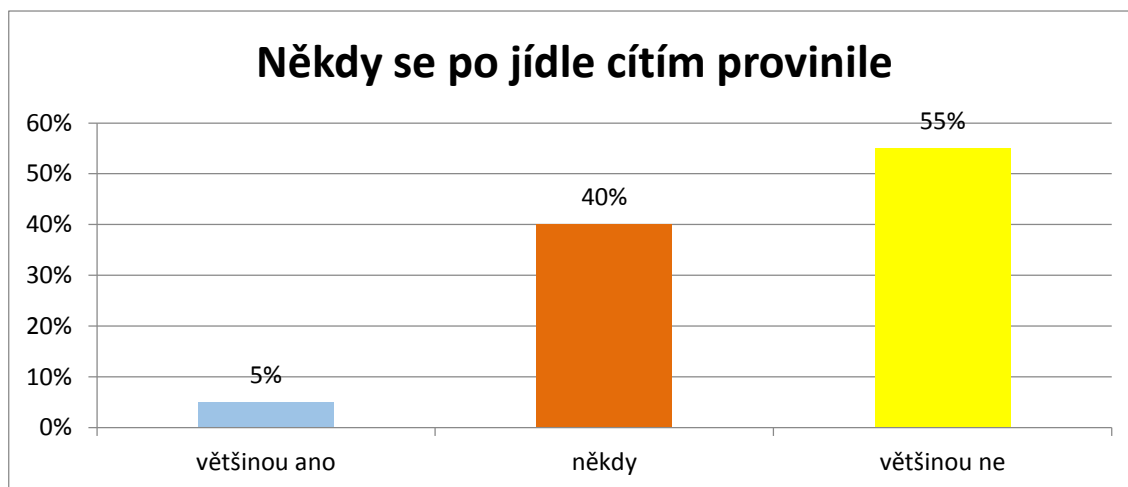
Z grafu č. 10 je zřejmé, že nejvíce respondentů odpovědělo „ne“, konkrétně tedy 73 respondentů (86%). Do 1. skupiny řadíme 3 respondenty (4%), do 2. skupiny řadíme 2 respondenty (2%), do 3. skupiny řadíme 5 respondentů (6%), a do 4. skupiny celkem 2 respondenty (2%).

Je alarmující, že 3 respondenti (4%) uvedli, že se vyhýbají jídlu. Můžeme je považovat za rizikové jedince.

Tabulka č. 14 Cítí se respondent po jídle někdy provinile

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	4	5%
někdy	34	40%
většinou ne	47	55%
celkem	85	100%

Graf č. 11 Grafické znázornění tabulky č. 14

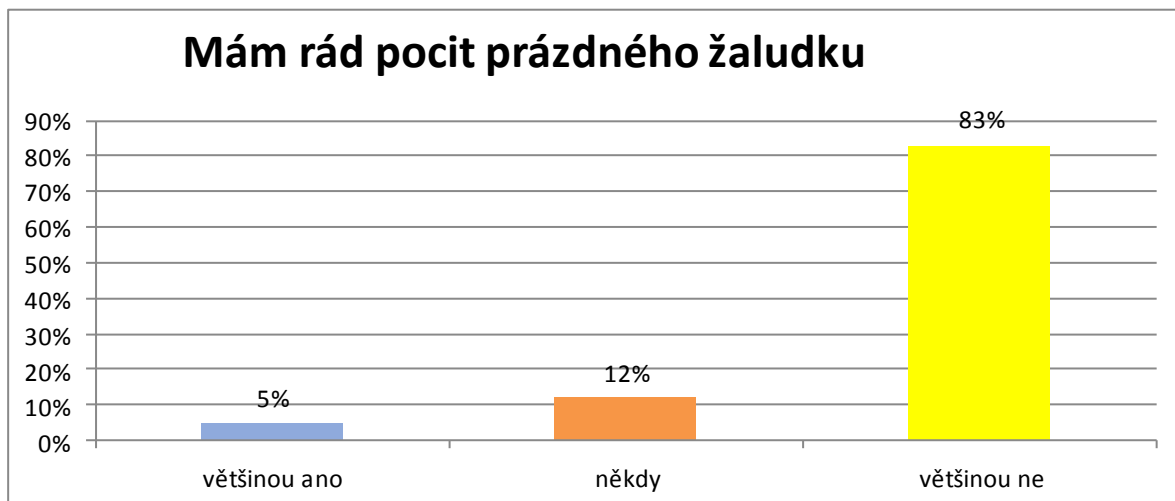


Z grafu č. 11 je patrné, že 47 respondentů (55%) se většinou necítí po jídle provinile. Celkem 34 respondentů (40%) se po jídle cítí někdy provinile, ale je alarmující, že se vyskytli celkem 4 respondenti (5%), kteří se po jídle provinile cítí.

Tabulka č. 15 Má rád respondent pocit prázdného žaludku

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	4	5%
někdy	10	12%
většinou ne	71	83%
celkem	85	100%

Graf č. 12 Grafické znázornění tabulky č. 15

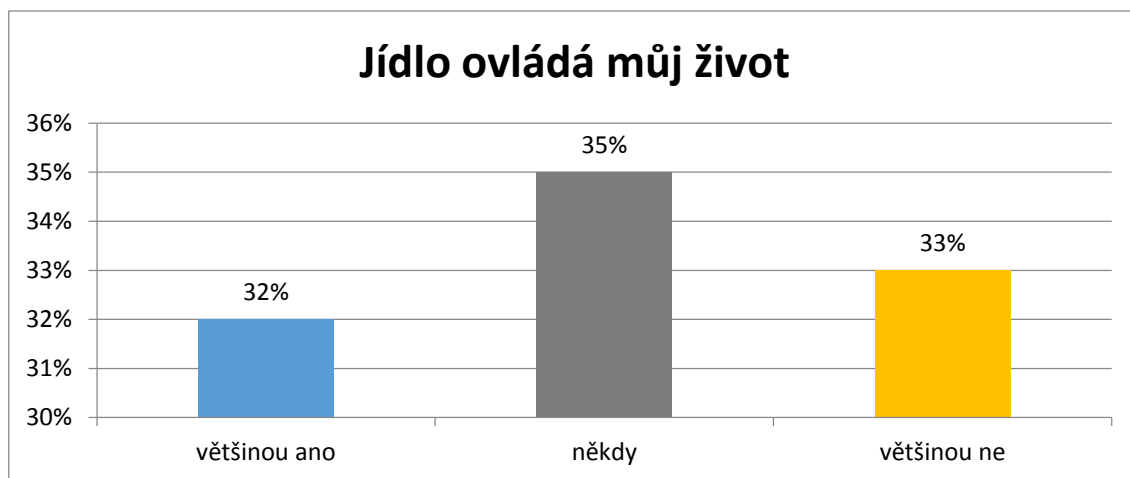


Z grafu č. 12 je zřejmé, že 71 respondentů (83%) uvedlo odpověď „většinou ne“. Je alarmující, že celkem 4 respondenti (5%) uvedlo odpověď „většinou ano“ a 10 respondentů (12%) uvedlo odpověď „někdy“.

Tabulka č. 16 Vnímá respondent, že jídlo ovládá jeho život

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	27	32%
někdy	30	35%
většinou ne	28	33%
celkem	85	100%

Graf č. 13 Grafické znázornění tabulky č. 16

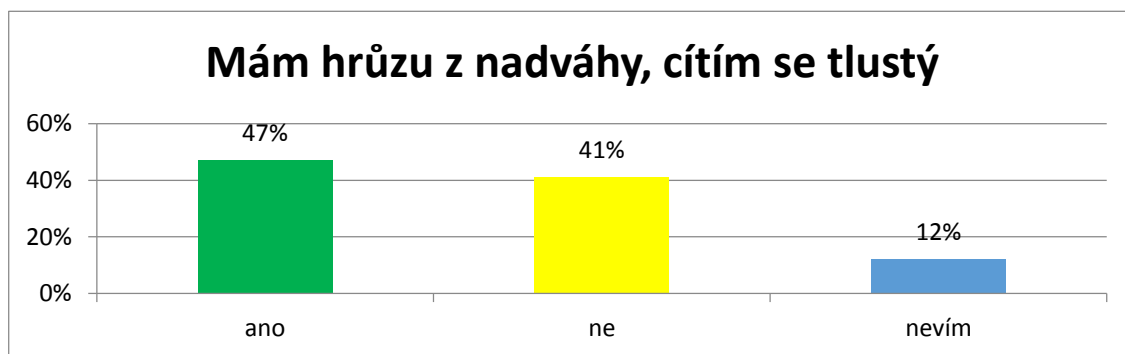


Z grafu č. 13 je patrné, že respondenti nejčastěji uvedli odpověď „někdy“, konkrétně tedy 30 respondentů (35%). Celkem 27 respondentů (32%) uvedlo odpověď „většinou ano“ a 28 respondentů (33%) uvedlo odpověď „většinou ne“. Jak můžeme vidět, odpovědi jsou velmi vyrovnané.

Tabulka č. 17 Má respondent hrůzu z nadváhy a cítí se tlustý

	četnost	procentuální vyjádření
ano	40	47%
ne	35	41%
nevím	10	12%
celkem	85	100%

Graf č. 14 Grafické znázornění tabulky č. 10



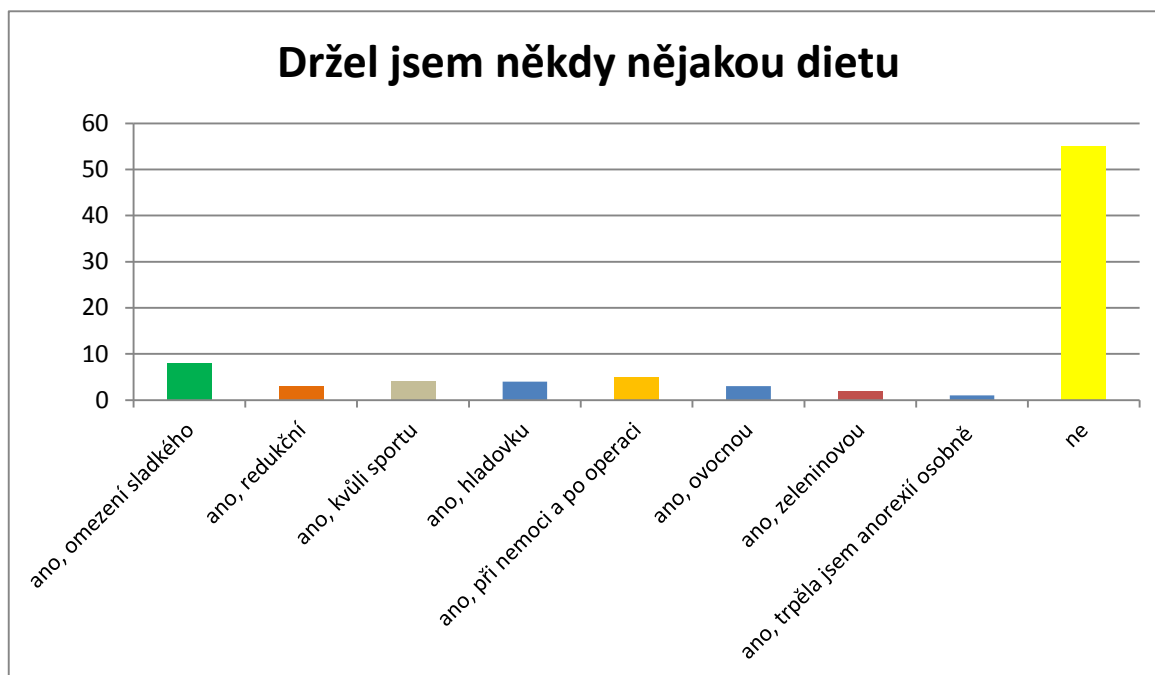
Z grafu č. 14 vyplývá, že 40 respondentů (47%) respondentů má hrůzu z nadváhy, 35 respondentů (41%) nemá hrůzu z nadváhy a 10 respondentů (12%) uvedlo odpověď „nevím“.

Tabulka č. 18 Držel respondent někdy nějakou dietu. Volná odpověď.

Odchytky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
ano, omezení sladkého	8	9%
ano, redukční	3	4%
ano, kvůli sportu	4	5%
ano, hladovku	4	5%
ano, při nemoci a po operaci	5	6%
ano, ovocnou	3	4%
ano, zeleninovou	2	2%
ano, trpěla jsem anorexií osobně	1	1%
ne	55	65%
celkem	85	100%

Graf č. 15 Grafické znázornění tabulky č. 18



Z grafu č. 15 vyplývá, že 55 respondentů (65%) nedrželo dietu. Mezi respondenty, kteří odpověděli, že dietu drží, bylo uvedeno nejčastěji omezení sladkého, celkem tedy 8 respondentů (9%). Je alarmující zjištění, že 1 respondentka trpěla mentální anorexií osobně.

Tabulka č. 19 Držela respondentova matka někdy dietu.

	četnost	procentuální vyjádření
ano	36	42%
- ano, mnohokrát		
- ano, ale počet nevím		
- ano, trpěla bulimií		
- ano, 1x – 2x		
ne	44	52%
nevím	5	6%
celkem	85	100%

Graf č. 16 Grafické znázornění tabulky č. 19

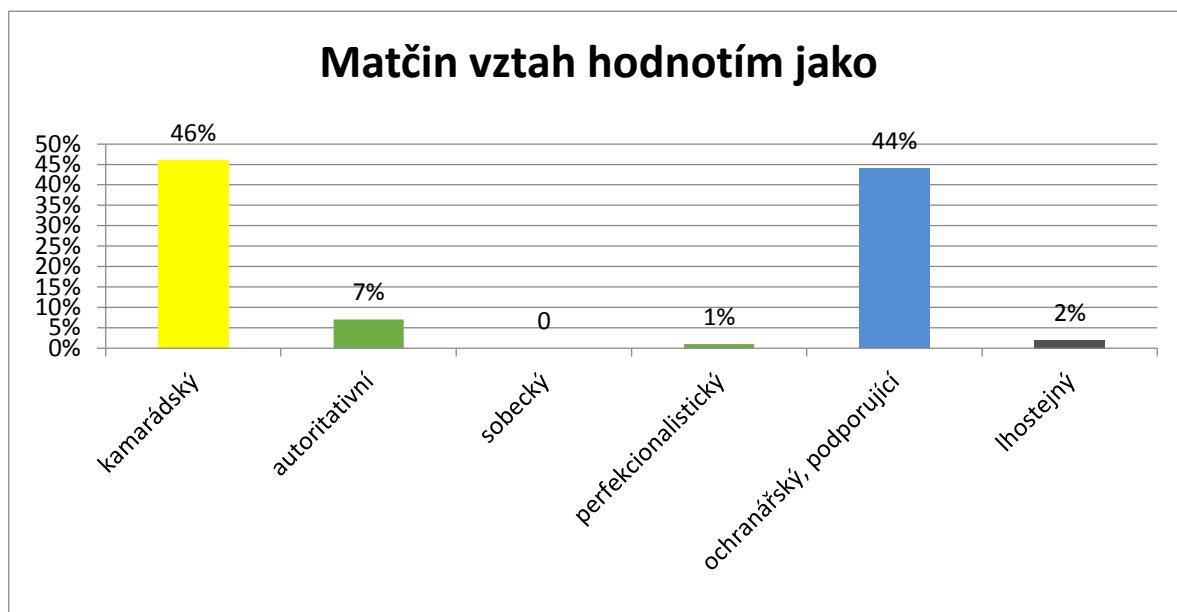


Z grafu č. 16 je patrné, že zhruba polovina matek respondentů dietu nedrží, konkrétně tedy 44 (52%). 5 respondentů (6%) uvedlo, že neví, zda jejich matka držela dietu. Celkem 36 matek (42%) drží dietu, je alarmujícím zjištěním, že jedna matka trpěla mentální bulimií.

Tabulka č. 20 Jak hodnotí respondent svůj vztah k matce

	četnost	procentuální vyjádření
kamarádský	39	46%
autoritativní	6	7%
sobecký	-	-
perfekcionalistický	1	1%
ochranářský, podporující	37	44%
lhostejný	2	2%
celkem	85	100%

Graf č. 17 Grafické znázornění tabulky č. 20



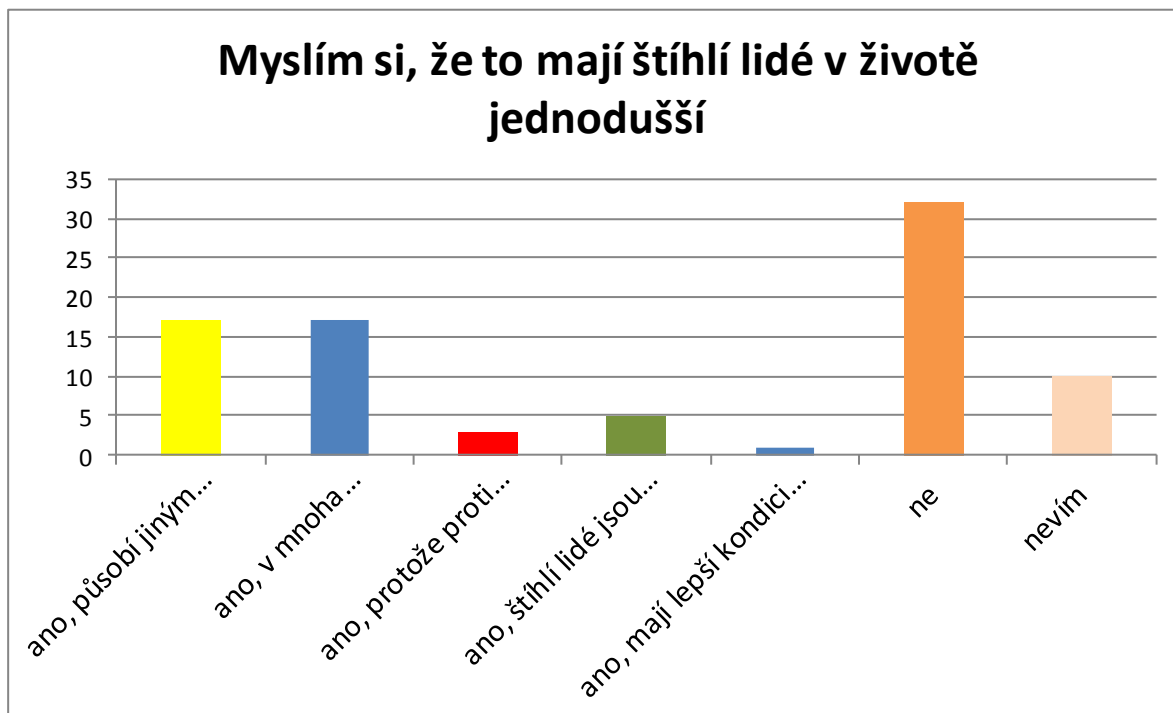
Z výše uvedeného grafu č. 17 je patrné, že 39 respondentů (46%) hodnotí vztah s matkou jako kamarádský. 37 respondentů (44%) hodnotí vztah s matkou jako ochránářský, podporující. Je alarmující, že 2 respondenti (2%) uvedli odpověď „lhostejný“.

Tabulka č. 21 Zastává respondent názor, že to mají štíhlí lidé v životě jednodušší

Odchytky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
ano, působí jiným (lepším) dojmem, ano, protože vzhled je důležitý	17	20%
ano, v mnoha ohledech – móda, hledání partnera, v hledání zaměstnání	17	20%
ano, protože proti lidem s nadváhou vznikají předsudky a pomluvy	3	4%
ano, štíhlí lidé jsou spokojenější	5	6%
ano, mají lepší kondici a jsou zdraví	1	1%
ne	32	38%
nevím	10	12%
celkem	85	100%

Graf č. 18 Grafické znázornění tabulky č. 21

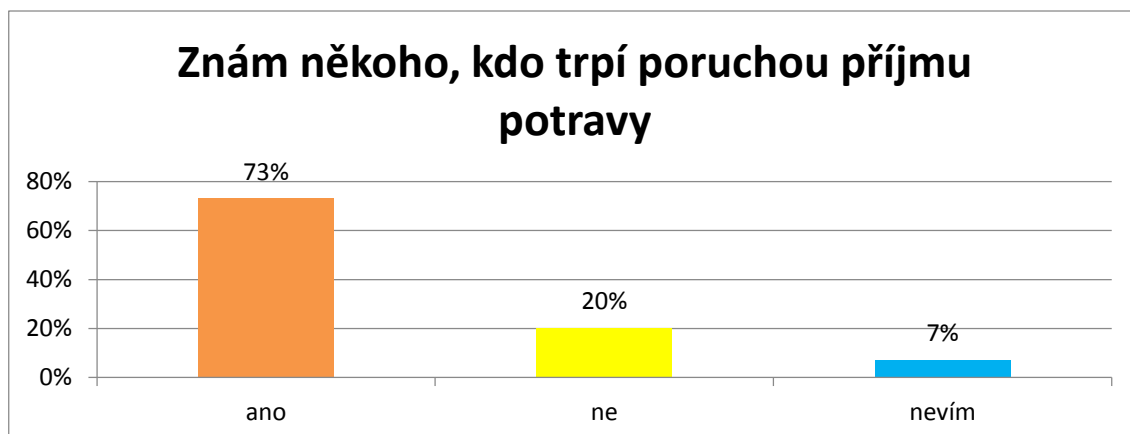


Z grafu č. 18 je patrné, že celkem 43 respondenti (51%) si myslí, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší. 32 respondentů (38%) uvedlo, že to v životě nemají jednodušší a 10 respondentů (12%) uvedlo odpověď „nevím“.

Tabulka č. 22 Zná respondent někoho ve svém okolí s poruchou příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	62	73%
ne	17	20%
nevím	6	7%
celkem	85	100%

Graf č. 19 Grafické znázornění tabulky č. 22

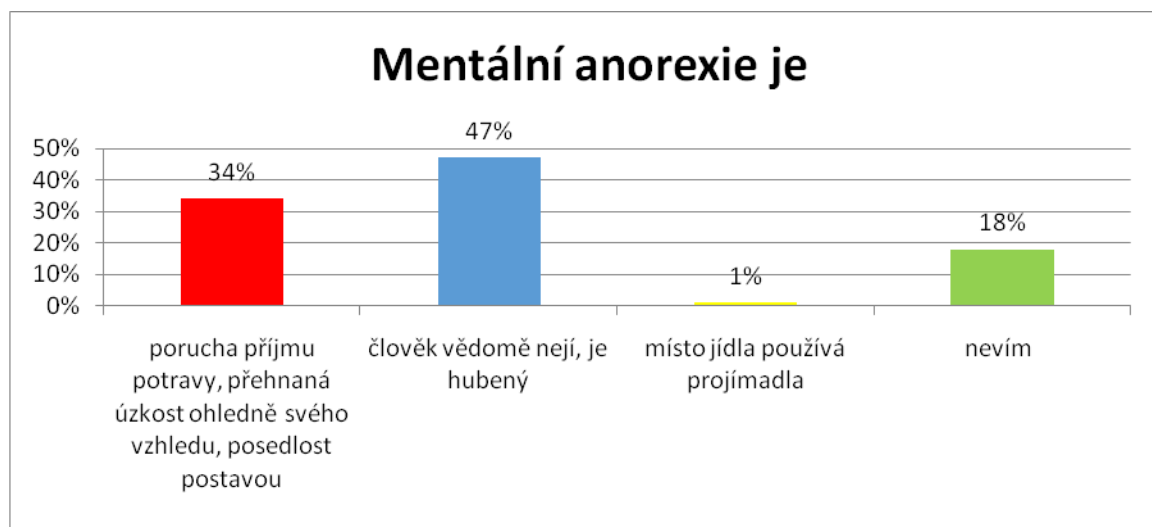


Z grafu č. 19 je patrné, že více jak polovina respondentů, konkrétně tedy 62 respondentů (73%) zná někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy. Celkem 17 respondentů (20%) nezná nikoho s poruchou příjmu potravy a 6 respondentů (7%) uvedlo odpověď „nevím“.

Tabulka č. 23 Co je mentální anorexie

jednotlivé definice	četnost	procentuální vyjádření
porucha příjmu potravy, přehnaná úzkost ohledně svého vzhledu, posedlost postavou	29	34%
člověk vědomě nejí, je hubený	40	47%
místo jídla používá projímadla	1	1%
nevím	15	18%
celkem	85	100%

Graf č. 20 Grafické znázornění tabulky č. 23



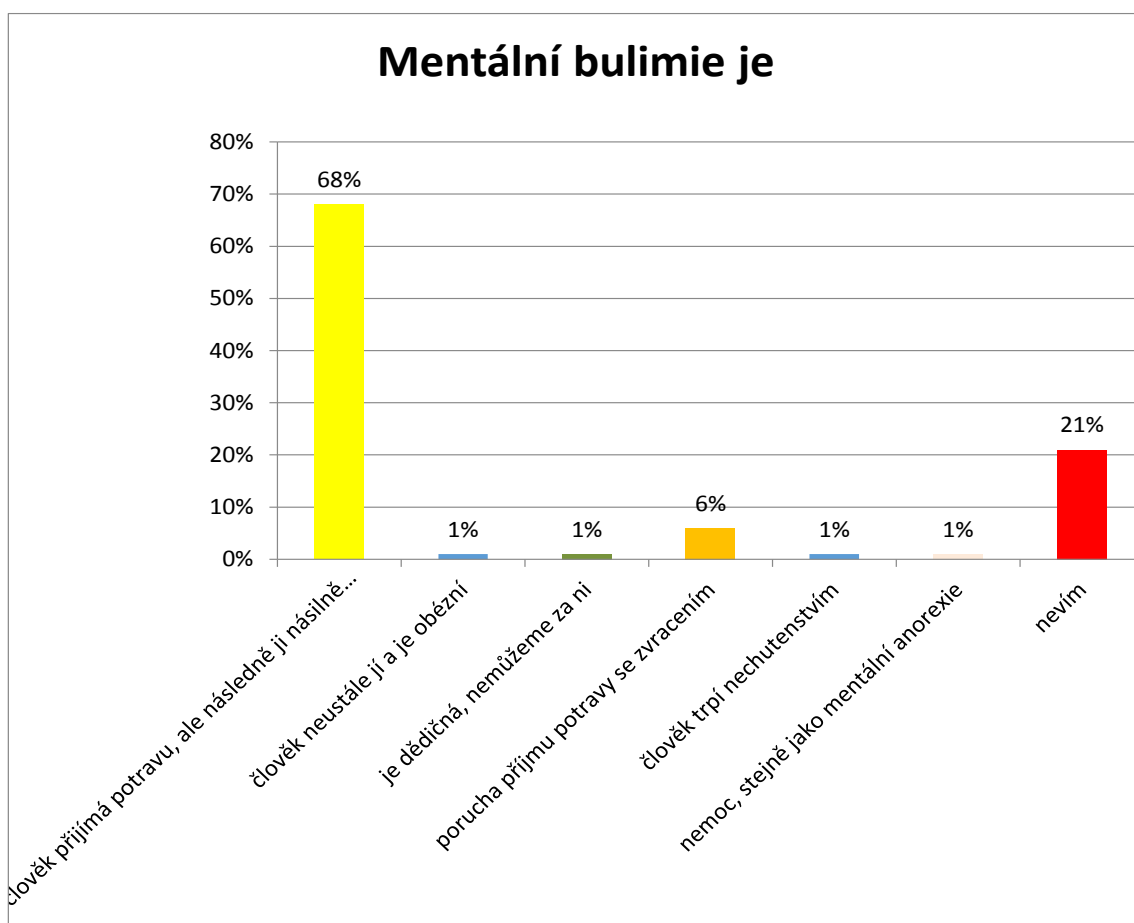
Z grafu č. 20 je patrné, že ne všichni respondenti vědí, co je to mentální anorexie. Odpověď „nevím“ uvedlo 15 respondentů (18%). Zbytek, tedy 70 respondentů (82%) odpovědělo, co je mentální anorexie.

Tabulka č. 24 Co je mentální bulimie

Odchytky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
člověk přijímá potravu, ale následně ji násilně vyzvrací	58	68%
člověk neustále jí a je obézní	1	1%
je dědičná, nemůžeme za ni	1	1%
porucha příjmu potravy se zvracením	5	6%
člověk trpí nechutenstvím	1	1%
nemoc, stejně jako mentální anorexie	1	1%
nevím	18	21%
celkem	85	100%

Graf č. 21 Grafické znázornění tabulky č. 24

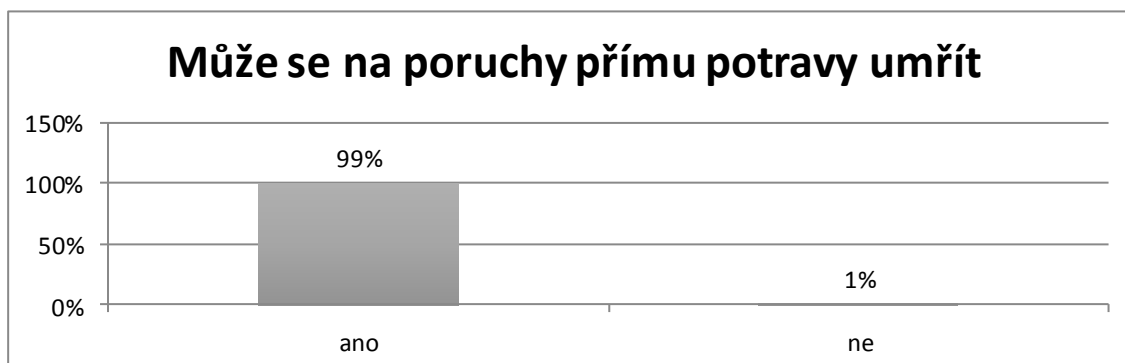


Z grafu č. 21 je patrné, že ne všichni respondenti vědí, co je to mentální bulimie. Celkem 18 respondentů (21%) uvedlo, že neví, co je mentální bulimie. Tento výsledek je alarmující. Zbytek respondentů, tedy 67 respondentů (79%) uvedlo, co je mentální bulimie.

Tabulka č. 25 Může se na poruchy příjmu potravy umřít

	četnost	procentuální vyjádření
ano	84	99%
ne	1	1%
celkem	85	100%

Graf č. 22 Grafické znázornění tabulky č. 25

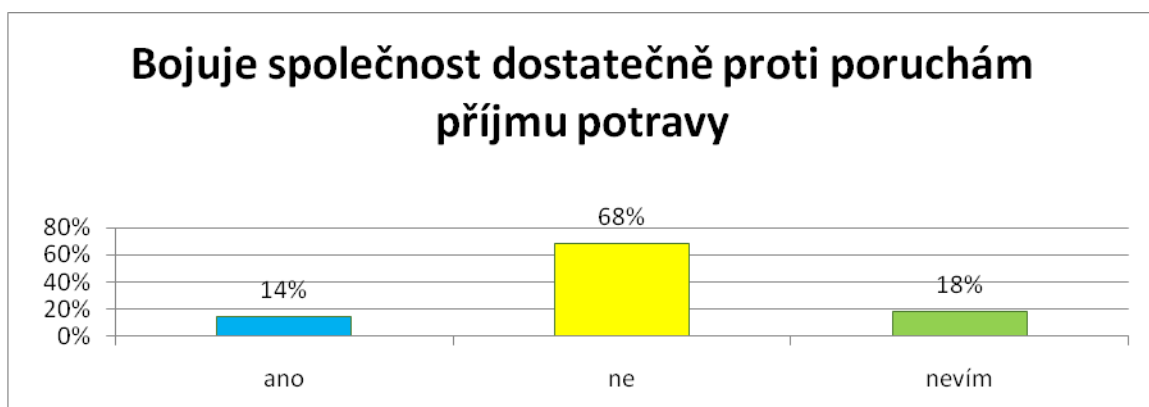


Díky grafu č. 22 můžeme tvrdit, že téměř všichni respondenti, tedy 84 (99%) si uvědomují, že se na poruchy příjmu potravy může umřít. Pouze jeden respondent (1%) uvedl, odpověď „ne“.

Tabulka č. 26 Bojuje společnost dostatečně proti poruchám příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	12	14%
ne	58	68%
nevím	15	18%
celkem	85	100%

Graf č. 23 Grafické znázornění tabulky č. 26



Z grafu č. 23 je patrné, že si respondenti myslí, že společnost dostatečně nebojuje proti poruchám příjmu potravy, celkem si to myslí 58 respondentů (68%).

Celkem 12 respondentů (14%) si myslí, že společnost dostatečně bojuje proti poruchám příjmu potravy a 15 respondentů (18%) uvedlo odpověď „nevím“.

Tabulka č. 27 Jaký je vztah respondentů ke zdravé výživě

Odchyly v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
kladný, vyhledávám zdravé potraviny	50	59%
nezajímají mě zdravé potraviny	3	4%
nevím, je mi to jedno	32	38%
celkem	85	100%

Graf č. 24 Grafické znázornění tabulky č. 27

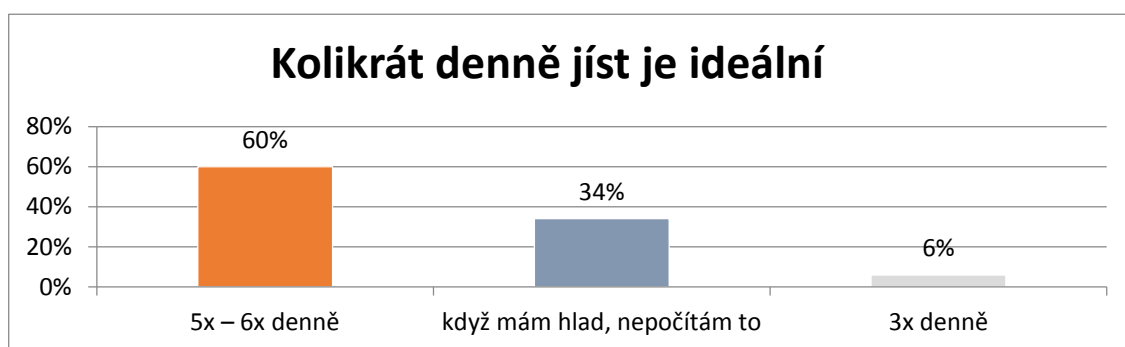


Z grafu č. 24 je zřejmé, že 50 respondentů (59%) má kladný vztah ke zdravé výživě. Celkem 3 respondenty (4%) nezajímají zdravé potraviny a 32 respondentům (38%) je to jedno.

Tabulka č. 28 Kolikrát denně jíst je ideální

	četnost	procentuální vyjádření
5x – 6x denně	51	60%
když mám hlad, nepočítám to	29	34%
3x denně	5	6%
celkem	85	100%

Graf č. 25 Grafické znázornění tabulky č. 28



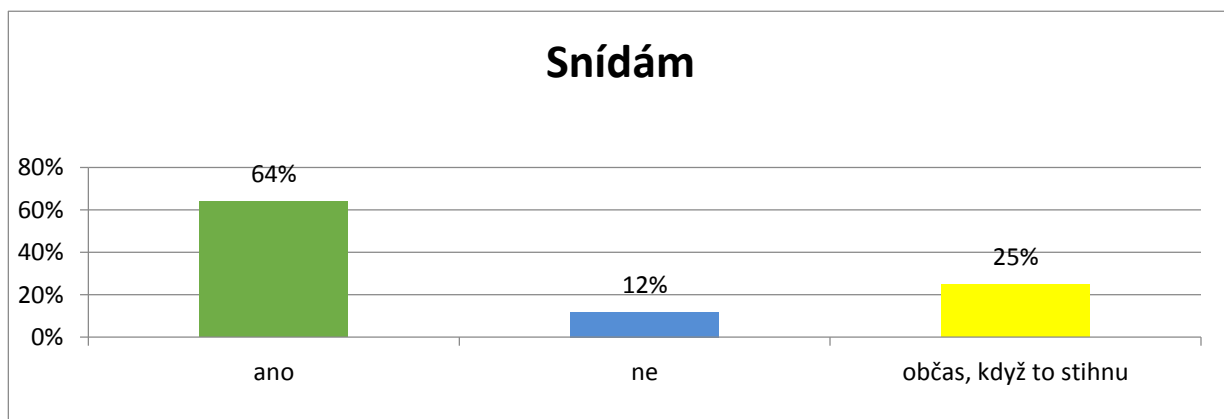
Z grafu č. 25 je patrné, že 51 respondentů (60%) uvedlo, odpověď 5x – 6x denně. 29 respondentů (34%) uvedlo odpověď „když mám hlad, nepočítám to“, ale je alarmujícím zjištěním, že 5 respondentů (6%) považují za ideální jíst 3x denně.

Tabulka č. 29 Snídá respondent

Odchyšky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
ano	54	64%
ne	10	12%
občas, když to stihnu	21	25%
celkem	85	100%

Graf č. 26 Grafické znázornění tabulky č. 29



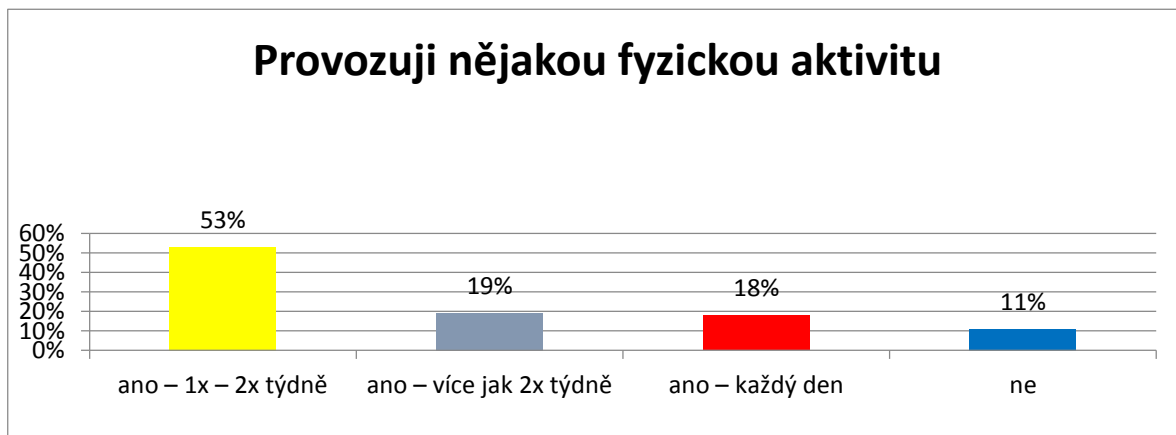
Z grafu č. 26 je zřejmé, že více jak polovina respondentů snídá, konkrétně 54 respondentů (64%). 10 respondentů (12%) nesnídá a 21 respondentů (25%) snídá občas, když to stihne.

Tabulka č. 30 provozuje respondent fyzickou aktivitu

Odchytky v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

	četnost	procentuální vyjádření
ano – 1x – 2x týdně	45	53%
ano – více jak 2x týdně	16	19%
ano – každý den	15	18%
ne	9	11%
celkem	85	100%

Graf č. 27 Grafické znázornění tabulky č. 30



Z grafu č. 27 je patrné, že 9 respondentů (11%) neprovozuje žádnou fyzickou aktivitu. Fyzickou aktivitu provozuje každý den 15 respondentů (18%). Ostatní respondenti uvedli odpověď 1x – 2x týdně, konkrétně tedy 45 respondentů (53%) a odpověď „ano, více jak 2x týdně“ uvedlo 16 respondentů (19%).

10 Vyjádření k platnosti hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že minimálně 50% respondentů není spokojena se svým tělem.

Tabulka č. 31

	četnost	procentuální vyjádření
nespokojení respondenti	46	54%

Dle zjištěných výsledků vyplývá, že většina jedinců není spokojena se svojí postavou. Vycházíme z celkového počtu 85 respondentů.

Z toho celkem:

- 22 respondentů z prvního ročníku není spokojeno se svojí postavou,
- 15 respondentů z druhého ročníku není spokojeno se svojí postavou,
- 9 respondentů ze třetího ročníku není spokojeno se svojí postavou.

Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že z celkového počtu 85 respondentů není spokojeno se svojí postavou 46 respondentů (54%). **Hypotézu č. 1 přijímáme.**

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že ti respondenti, kteří drží dietu, neprovozují fyzickou aktivitu.

Tabulka č. 32

	četnost	procentuální vyjádření
respondenti, držící dietu a neprovozující fyzickou aktivitu	2	7%

Vycházíme z celkového počtu 30 respondentů, kteří drží dietu. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že celkem:

- 1 respondent z prvního ročníku drží dietu a neprovozuje fyzickou aktivitu,
- 1 respondent z druhého ročníku drží dietu a neprovozuje fyzickou aktivitu,
- nikdo v třetím ročníku nebyl zařazen do této kategorie.

Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že, **hypotézu č. 2 nepřijímáme.**

Hypotéza č. 3: Považujeme za rizikové ty respondenty, kteří se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha a drží diety.

Tabulka č. 33

	četnost	procentuální vyjádření
respondenti, kteří mají podváhu a drží dietu	5	29%

Vycházíme z celkového počtu 17 respondentů, kteří mají podváhu. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že celkem:

- 3 respondenti z prvního ročníku drží dietu a nachází se v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 1 respondent z druhého ročníku drží dietu a nachází se v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha,
- 1 respondent ze třetího ročníku drží dietu a nachází se v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha.

Z uvedených výsledků vyplývá, že mezi respondenty se nachází 5 jedinců, kteří se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako podváha a drží diety, **hypotézu č. 3 tedy přijímáme.**

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že respondenti, jejichž matky držely dietu, budou mít s dietou také zkušenost.

Tabulka č. 34

	četnost	procentuální vyjádření
respondenti, kteří mají zkušenost s dietou jako jejich matky	16	53%

Vycházíme z celkového počtu 30 respondentů, kteří drží dietu. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že celkem:

- 8 respondentů z prvního ročníku má zkušenost s dietou stejně jako jejich matka,
- 1 respondent z druhého ročníku má zkušenost s dietou stejně jako jejich matka,
- 7 respondentů z třetího má zkušenost s dietou stejně jako jejich matka.

Z uvedených výsledků vyplývá, že mezi respondenty se nachází 16 respondentů, kteří mají zkušenost s dietou jako jejich matka. **Hypotézu č. 4 tedy nepřijímáme.**

Je alarmující, že z 85 respondentů drželo dietu již 30 respondentů. Z odpovědí respondentů můžeme konstatovat, že celkem 36 matek respondentů také někdy drželo dietu.

Můžeme tedy tvrdit, že držení diet u matek může sloužit jako jistý vzor.

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že respondenti, kteří nesnídají, se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha nebo obezita.

Tabulka č. 35

	četnost	procentuální vyjádření
respondenti, kteří nesnídají a nachází se v pásmu BMI nadváha nebo obezita	4	40%

Vycházíme z celkového počtu 10 respondentů, kteří nesnídají. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že celkem:

- 1 respondent z prvního ročníku, který nesnídá, se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako obezita,
- 2 respondenti z druhého ročníku, kteří nesnídají, se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha,
- 1 respondent ze třetího ročníku, který nesnídá, se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha.

Z uvedených výsledků vyplývá, že mezi dotazovanými respondenty se nachází celkem 4 respondenti, kteří nesnídají a nachází se v pásmu BMI klasifikovaného jako nadváha nebo obezita. **Hypotézu č. 5 tedy nepřijímáme.**

Zbýlých 6 respondentů, kteří nebyli zařazeni do této kategorie a nesnídají, se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako „normální hmotnost“, konkrétně tedy 5 respondentů a 1 respondent se nachází v pásmu BMI klasifikovaného jako „podváha“.

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že více jak polovina respondentů, kteří mají kladný vztah ke zdravé výživě, jí pravidelně, tedy 5x – 6x denně.

Tabulka č. 36

	Četnost	Procentuální vyjádření
Respondenti, kteří mají vztah ke zdravé výživě a jí pravidelně	36	72%

Vycházíme z celkového počtu 50 respondentů, kteří mají kladný vztah ke zdravé výživě. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že celkem:

- 17 respondentů z prvního ročníku má kladný vztah ke zdravé výživě a jí pravidelně,
- 9 respondentů z druhého ročníku má kladný vztah ke zdravé výživě a jí pravidelně,
- 10 respondentů ze třetího ročníku má kladný vztah ke zdravé výživě a jí pravidelně,

Z uvedených výsledků vyplývá, že mezi dotazovanými respondenty se nachází celkem 36 respondentů, kteří mají kladný vztah ke zdravé výživě a pravidelně jí.

Hypotézu č. 6 tedy přijímáme.

11. DISKUSE

Tématu poruch příjmu potravy je dle našeho názoru věnováno docela málo pozornosti, i přesto, že důsledkem této nemoci může být smrt nebo vážné poškození organismu. Zájem a pozornost je věnována především zdravému životnímu stylu popřípadě jedné z velkých civilizačních chorob, mezi kterou řadíme například obezitu. Přestože se poruchy příjmu potravy neustále vyskytují, moc se o nich ve společnosti nemluví.

Poruchy příjmu potravy vznikají z mnoha příčin, za hlavní příčinu považujeme tlak médií na ideál ženské krásy. Podvyživené modelky udávají trend štíhlosti. Mladé dívky nacházející se v období adolescence, pro které je typické hledání vlastní identity, hledání vlastního já a kladení si životní otázky „Kdo jsem?“, těmto trendům díky malým životním zkušenostem můžou lehce podlehnout. Ze začátku se objeví občasné vynechávání jednoho z hlavních jídel dne, pak se k tomu připojí nadměrné cvičení, popřípadě diety, které zvyšují dle Krcha (2008) riziko vzniku mentální anorexie a mentální bulimie asi osmkrát.

Krch uvádí, že se příznaky mentální anorexie mohou objevit až u 6% dívek na konci puberty. Toto číslo je velmi alarmující. Mnoho z dospívajících dívek se mezi sebou navzájem srovnává, každá dívka chce být krásná a líbit se, ovšem za jakou cenu. Za cenu diety, nadměrného cvičení nebo používání hubnoucích přípravků? Pro dospívající tělo je to velmi nebezpečné a zatěžující pro mladý organismus.

Vybraný výzkumný soubor respondentů, který se skládal ze studentů střední pedagogické školy, ochotně spolupracoval na dotazníkovém šetření. Nemůžeme, ale u všech těchto studentech tvrdit, že přesně ví, co jsou to poruchy příjmu potravy. Mnoho z nich si nebylo jistých, co je to mentální bulimie. Někomu z dotazovaných respondentů se pletly pojmy mentální anorexie a mentální bulimie.

Z našeho výzkumu je tedy patrné, že respondenti nemají příliš velký přehled o poruchách příjmu potravy, jak by tomu mělo být na pedagogické škole. Prevence na střední škole dle našich zjištění chybí.

Prevenci poruch příjmu potravy se v České republice věnuje program ProYouth. Je to evropský preventivní program, který se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy. Účast v tomto programu je anonymní a slouží nejen dívkám trpícím poruchami příjmu potravy, ale i rodině nebo pedagogickým pracovníkům.

Program je primárně určen dívkám ve věku od 15 – 25 let, které mají problémy s váhou, jsou nespokojené se svým tělem, chtějí získat určité informace, popř. jen chtějí pomoci ostatním jedincům s podobným osudem. Na internetových stránkách programu ProYouth najdeme mnoho užitečných informací o poruchách příjmu potravy. Funguje zde i možnost zapojit se do diskusního fóra, diskutovat s ostatními, řešit problémy spojené s poruchami příjmu potravy. Jsou zde nabízeny i konzultace od odborníků. Tento program vnímáme velmi kladně, hlavně tedy možnost online konzultace s odborníkem, ovšem nevíme do jaké míry je tento program propagovaný ve společnosti. Autorka nezná nikoho, kdo by tento program znal, popř. propagoval. Na střední pedagogické škole, kde probíhalo dotazníkové šetření, propagovaný nebyl (APPP, 2014).

Překvapilo nás, že se v jedné třídě na střední pedagogické škole vyskytla dívka, která trpěla poruchou příjmu potravy, konkrétně tedy mentální anorexií. Z odpovědí jejich spolužáků bylo patrné, že o problémech své spolužačky ví. To vidíme jako velké plus a obohacení v ohledu možné prevence pro celou třídu. Spolužáci mají díky této zkušenosti názorný příklad toho, že je nemoc reálná a může postihnout blízkou nebo příbuznou osobu, a že pokud jedinec chce, může nad nemocí zvítězit a zařadit se do normálního života. Za zmínku stojí i to, že tato třída měla jasno v pojmech, věděla co je to mentální anorexie i mentální bulimie. Z odpovědí dívky bylo patrné, že poruchou příjmu potravy již netrpí, podle vypočítaného BMI se nachází v pásmu klasifikovaného jako normální váha, snídá a pravidelně provozuje fyzickou aktivitu.

Dále bylo zajímavým zjištěním to, že jedna respondentka v dotazníku uvedla, že její matka trpěla mentální bulimií. Právě tato dívka je pozitivním příkladem toho, že lze i přes tento ne moc vhodný vzor matky dodržovat zásady zdravého životního stylu. Dívka se pohybuje v pásmu BMI klasifikovaného jako normální váha a nedrží diety stejně jako její matka. Přestože opakované diety matky zvyšují riziko držení diet u svých dcer až osmkrát. Právě tento názorný příklad respondentky je velmi pozitivním zjištěním v našem dotazníkovém šetření.

V mnoha případech dcera vnímá matku jako vzor, vzor jídelních návyků a postojů, je matkou ovlivňována, ať už záměrně nebo nezáměrně. Vidí špatné, dietní návyky u své matky, a mnohdy jde právě tím špatným, stejným směrem a může skončit stejně jako její anorektická nebo bulimická matka.

Při analyzování výsledků jsme zjistili a překvapilo nás, že mezi respondenty jsme našli 9 respondentů, kteří mají dle tabulky BMI nadváhu. Konkrétně nejvíce v druhém ročníku, a to celkem 5 respondentů. Nadváha je velkým problémem dnešní společnosti nejen u adolescentů, ale u celé populace ČR. Mezi respondenty se objevili i dva jedinci, kteří trpí dle tabulky BMI obezitou 1. stupně. Toto zjištění považujeme velmi překvapující.

Dále se v našem vzorku respondentů vyskytlo 17 respondentů s podváhou, nejvíce v prvním ročníku. Toto zjištění považujeme za alarmující, protože podváha může velmi ohrozit život jedince.

12. ZÁVĚR

Práce se zabývá poruchami příjmu potravy, jejím cílem byla analýza skupiny studentů střední školy, zjištění jaké mají povědomí o poruchách příjmu potravy, a zda se nachází nějaké riziko poruch příjmu potravy u dotazovaných studentů, popř. zda jsou spokojeni se svojí postavou. U 17 respondentů jsme zjistili, že se nachází v rizikovém pásmu definovaném dle BMI jako podváha.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 85 studentů. V návaznosti na vyhodnocení získaných výsledků z našeho dotazníkového šetření můžeme vyslovit následující názory:

- Většina respondentů, konkrétně tedy 46 respondentů (54%) je nespokojená se svojí postavou.
- Většina respondentů, konkrétně tedy 60 respondentů (71%) se váží.
- U téměř většiny respondentů, konkrétně tedy 42 respondentů (49%) lze usoudit, že nebyli terčem pomluv díky své postavě.
- Nemůžeme říct, že naprostá většina respondentů držela někdy dietu, dle našich výsledků je poměr držení a nedržení diet skoro vyrovnaný.
- Z odpovědí respondentů lze usoudit, že svůj vztah k matce považují za kamarádský.
- U většiny respondentů, konkrétně tedy u 62 respondentů (73%) můžeme říct, že znají někoho ve svém okolí, kdo trpí nebo trpěl poruchou příjmu potravy.
- Nemůžeme tvrdit, že všichni respondenti vědí, co je mentální anorexie a mentální bulimie. Neví to celkem 15 respondentů (18%).
- Většina respondentů si myslí, konkrétně 84 respondentů (99%) že se na poruchy příjmu potravy může umřit.
- Většina respondentů si myslí, konkrétně 58 respondentů (68%) že společnost dostatečně nebojuje proti poruchám příjmu potravy.
- Většina respondentů, konkrétně 76 respondentů (90%) provozuje nějakou fyzickou aktivitu.

13. SOUHRN

Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, nejznámější je mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto psychické poruchy způsobují řadu problémů po stránce fyzické i psychické. V určitých případech může tato porucha způsobit až smrt jedince.

Můžeme říct, že neexistuje jednotná léčebná metoda či lék, který by fungoval na všechny jedince stejně dobře. Zásadní je při léčbě spolupráce jedince a motivace se léčit vycházející z jeho přesvědčení. Jedinec musí chtít sám. Velmi důležitá je i podpora rodiny a okolí. Jedinec se pak necítí na tuto situaci sám, i když začátky léčby a terapií jsou velmi náročné jak pro nemocného jedince, tak pro jeho okolí.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. Teoretické a praktické.

Teoretická část se dělí na dvě hlavní témata, a to na adolescenci a poruchy příjmu potravy. První kapitola se zabývá vymezením pojmu adolescence a s ní spojené téma tělesné proměny a psychosociálního vývoje. Následující kapitoly se věnují poruchám příjmu potravy. Zabýváme se v nich mentální anorexií a mentální bulimií, popisujeme možné příčiny, psychické a fyzické důsledky. Dále je věnována pozornost i možnostem léčby těchto poruch.

Praktická část se skládá z hlavního cíle, kterým bylo na základě dotazníkového šetření, zjistit, jak respondenti, vnímají poruchy příjmu potravy, jaké je jejich povědomí o těchto poruchách a následujících dílčích cílů.

- Zjistit, jaký vztah mají respondenti ke svému tělu,
- Zjistit, zda mají, vědí, co je to mentální anorexie a mentální bulimie,
- zjistit, jestli drží diety respondenti i jejich matky,
- zjistit, zda kontrolují svoji tělesnou hmotnost,
- zjistit, zda provozují fyzickou aktivitu.

Byla použita kvantitativní metoda, tedy metoda dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření se uskutečnilo na střední pedagogické škole v říjnu 2013, výzkumu se zúčastnilo celkem 85 studentů, celkem ze tří ročníků. Konkrétně z prvního, druhého a třetího ročníku. Dotazník je rozdělen do čtyř částí a byl anonymní.

Použitá literatura:

1. BRUMBERG, Joan Jacobs. *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*. New York: Plume, 1989. 370 s. ISBN 0452263271.
2. CARR-GREGG, Michael a SHALE, Erin. *Pubertáci a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 197 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-662-9.
3. CLAUDE-PIERRE. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma Hodkovičky, 2001. 264 s. ISBN 8072058185.
4. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
5. ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0.
6. DAINOW, Sheila. *Jak přežít dospívání svých dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. 142 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-420-6.
7. FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 92 s., [6] s. obr. příl. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0.
8. FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
9. GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. 184 s. Psyché. ISBN 80-7169-907-1.
10. HALAMA, Peter. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP, 2007. 223 s. ISBN 9788080950231.
11. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

12. KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s., obr. příl. Folia practica; sv. 6. ISBN 80-85824-51-5.
13. KÖVÉROVÁ, Štefánia. *Sociológia životného cyklu*. 1. vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2003. 137 s. ISBN 8096892746.
14. KLIMEŠOVÁ, Iva a STELZER, Jiří. *Fyziologie výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 177 s. ISBN 978-80-244-3280-9.
15. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
16. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
17. KRCH, František David et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
18. LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
19. MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
20. MALONEY, Michael. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
21. MARHOUNOVÁ, Jana. *Dospívání*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1996. 154 s., 31 obr. příl. ISBN 80-901618-7-1.
22. MÁLKOVÁ, Iva a KRCH, František David. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
23. MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal, 2007. 149 s. Psychologie. ISBN 978-80-87029-15-2.

24. ORVIN, George H. *Dospívání: kniha pro rodiče: adolescenti, rodiny a rodiče: normálnost a adolescence: riskantní chování adolescentů: přechod do dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 180 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0124-3.
25. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
26. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s., vi s. barev. obr. příl. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.
27. SHAFFER. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 6th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth, c2002. ISBN 0534572146.
28. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. revidované vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

Internetové zdroje:

30. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Eating disorders*. Apa.org [online]. © 2014 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://apa.org/helpcenter/eating.aspx>.
31. KULHÁNEK, Jan. *Proč se začít léčit*. Pppinfo.cz [online]. © 2002 – 2009 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: http://pppinfo.cz/proc-se-zacit-lecit+terapie_show.asp?id=1622.
32. RODNÁ, Kateřina. *Zaostřeno na: Mentální anorexii*. Portal.cz, 2011 [online]. © 2005 — 2012 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopisy/pd/ukazky/zaostreno-na--mentalni-anorexii-/44519/>.
33. SVÉPOMOCNÁ ASOCIACE PSYCHOGENNÍCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY. *Proyouth*. Asociaceppp.eu [online]. © 2013 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/proyouth>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Vyhodnocení dotazníku – první, druhý a třetí ročník.

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a píši diplomovou práci na téma: Poruchy příjmu potravy. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad pro moji praktickou část.

Cílem dotazníku je zjistit povědomí studentů o poruchách příjmu potravy, zjištění jaký vztah chovají ke svému tělu a jeho vzhledu a jejich postoj k jídlu.

Při vyplňování zakroužkujte (popř. doplňte) danou odpověď. Prosím vyplňujte dotazník co nejpravdivěji. Dotazník je anonymní.

Děkuji za ochotu a Váš čas.

1.) Pohlaví

a.) chlapec

b.) dívka

2.) Věk:

.....

3.) Žijete ve městě nebo na vesnici?

a.) město

b.) vesnice

4.) Jaká je Vaše tělesná hmotnost a výška?

Váha.....kg

Výška.....cm

5.) Vážíte se?

a.) ano

b.) ne

6.) Kolikrát? Týdně, měsíčně či denně? (doplňte, pokud jste v předchozí odpovědi uvedl „ano“).

.....

7.) Jste spokojen/a s svoji postavou?

- a.) ano
- b.) ne
- c.) neřeším to, je mi to jedno

8.) Byl/a jste někdy terčem pomluv a posmívání se kvůli své váze?

- a.) ano
- b.) ne
- c.) nevím

9.) Vybýváte se jídlu, i když máte hlad? (doplňte důvod, pokud uvedete odpověď „ano“).

- a.) ano, protože.....
- b.) ne
- c.) nevím

10.) Cítíte se po jídle provinile?

- a.) většinou ano
- b.) někdy
- c.) většinou ne

11.) Máte rádi pocit, když máte prázdný žaludek?

- a.) většinou ano
- b.) někdy
- c.) většinou ne

12.) Vnímáte, že jídlo ovládá Vás život?

- a.) většinou ano
- b.) někdy
- c.) většinou ne

13.) Máte hrůzu z nadváhy? Cítíte se tlustá, tlustý?

- a.) ano
- b.) ne
- c.) nevím

14.) Držel/a jste někdy nějakou dietu? (doplňte jakou, pokud uvedete odpověď „ano“).

- a.) ano.....
- b.) ne
- c.) nevím

15.) Držela Vaše matka někdy dietu? (doplňte kolikrát, pokud uvedete odpověď „ano“).

- a.) ano.....
- b.) ne
- c.) nevím

16.) Matčin vztah k sobě bych hodnotil/a jako?

- a.) kamarádský
- b.) autoritativní
- c.) sobecký
- d.) perfekcionista
- e.) ochránářský, podporující
- f.) lhostejný

17.) Myslíte si, že to mají štíhlí lidé v životě jednodušší? Například v hledání partnera, zaměstnání. (doplňte Váš názor, pokud uvedete odpověď „ano“).

a.) ano.....

b.) ne

c.) nevím

18.) Setkal/a jste se s někým v okolí, kdo má (měl) problém s poruchou příjmu potravy?

a.) ano

b.) ne

c.) nevím

19.) Co je to mentální anorexie? (doplňte)

.....

20.) Co je to mentální bulimie? (doplňte)

.....

21.) Myslíte si, že se na mentální anorexii nebo mentální bulimii může umřít?

a.) ano

b.) ne

22.) Bojuje společnost dostatečně proti poruchám příjmu potravy (pomocí reklamy, ve škole,...)?

a.) ano

b.) ne

c.) nevím, je mi to jedno

23.) Jaký je Váš vztah ke zdravé výživě?

a.) ano, kladný, vyhledávám zdravé potraviny

b.) nezajímají mě zdravé potraviny

c.) nevím, nějak se o to nezajímám, je mi to jedno

24.) Kolikrát denně jíst je ideální pro Váš organismus?

- a.) 5x – 6x denně
- b.) když mám hlad, nepočítám to
- c.) 3x denně

25.) Snídáte?

- a.) ano
- b.) ne
- c.) občas, když to stihnu

26.) Provozujete nějakou fyzickou aktivitu?

- a.) ano
 - 1x – 2x týdně
 - více jak 2x týdně
 - každý den
- b.) ne

Příloha č. 2

Výsledky dotazníkového šetření

Odchyly v procentuálním vyjádření jsou způsobeny zaokrouhlováním na celá čísla.

1. ročník

1. Pohlaví respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
chlapci	1	3%
dívky	30	97%
celkem	31	100%

2. Věk respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
15 let	19	61%
16 let	11	35%
17 let	1	3%
celkem	31	100%

3. Bydliště respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
město	15	48%
vesnice	16	52%

4. Hmotnost a výška respondentů

výška (cm)	hmotnost (kg)
155	42
155	49
156	49
156	50
156	50

159	56
160	55
160	60
161	53
162	47
162	50
162	54
163	54
164	64
165	49
165	50
165	51
165	55
165	61
166	47
167	60
167	78
167	90
168	68
168	69
170	51
170	52
171	56
172	75
174	60
177	57

5. Váží se respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	22	71%
ne	9	29%
celkem	31	100%

6. Jak často (volná odpověď)

	četnost	procentuální vyjádření
každý den	1	3%
2x týdně	2	6%
1x týdně	6	19%
1x měsíčně	12	39%
u lékaře	5	16%
nevážím se	5	16%
celkem	31	100%

7. Spokojenost respondenta se svojí postavou

	četnost	procentuální vyjádření
ano	8	26%
ne	22	71%
neřeším to, je mi to jedno	1	3%
celkem	31	100%

8. Respondent je terčem pomluv díky své postavě

	četnost	procentuální vyjádření
ano	12	39%
ne	13	42%
nevím	6	19%
celkem	31	100%

9. Vyhýbá se respondent jídlu, i když má hlad, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano, občas se kontroluji v tom, co jím	2	6%
ano, vyhýbám se sladkostem	1	3%
ano, poslední dobou nestíhám celkově jíst	1	3%
ano, snažím se omezovat v přejídání se	1	3%
ne	26	84%
celkem	31	100%

10. Respondent se cítí po jídle provinile

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	1	3%
někdy	13	42%
většinou ne	17	55%
celkem	31	100%

11. Respondent má rád pocit prázdného žaludku

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	2	6%
někdy	2	6%
většinou ne	27	87%
celkem	31	100%

12. Respondent vnímá, že jídlo ovládá jeho život

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	8	26%
někdy	15	48%
většinou ne	8	26%
celkem	31	100%

13. Respondent má hrůzu z nadváhy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	17	55%
ne	11	35%
nevím	3	10%
celkem	31	100%

14. Držel respondent dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, nejedla jsem sladké	4	13%
ano, po operaci	1	3%
hladovka	4	13%
dieta nutná kvůli nemoci	2	6%
dieta kvůli baletu	1	3%
dieta – celý den jsem pila jen vodu a jedla zeleninu a ovoce	1	3%
dieta – při sportu - zvětšení svalové hmoty	1	3%
ne	17	55%
celkem	31	100%

15. Držela matka respondenta někdy dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, mnohokrát	4	13%
ano, drží ji skoro pořád	3	10%
trpěla bulimií	1	3%
ano, ale počet nevím	8	26%
ano, po porodu sourozence	1	3%
ne	14	45%
celkem	31	100%

16. Matčin vztah respondent hodnotí jako

	četnost	procentuální vyjádření
kamarádský	21	68%
autoritativní	2	6%
sobecký	-	-
perfekcionalistický	-	-
ochranářský, podporující	6	19%
lhostejný	2	6%
celkem	31	100%

17. Zastává respondent názor, že to mají štíhlí lidé v životě jednodušší, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano, více se pak líbí opačnému pohlaví	4	13%
ano, působí líp	11	35%
ano, štíhlejší lidé mají lepší kondici a zdraví	1	3%
ano, na obézní lidi se člověk dívá špatně – posměch okolí	2	6%
ano, můžou si koupit cokoli na oblečení – vše na nich vypadá skvěle	2	6%
ne	11	35%
celkem	31	100%

18. Zná respondent někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	22	71%
ne	7	23%
nevím	2	6%
celkem	31	100%

19. Co je mentální anorexie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
psychická porucha, jedinec si myslí, že je tlustý a odmítá potravu, může skončit smrtí	5	16%
člověk se vidí tlustý, ale přitom není	5	16%
porucha příjmu potravy, posedlost svojí postavou	8	26%
záměrné hladovění člověka	6	19%
nevím	7	23%
celkem	31	100%

20. Co je mentální bulimie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
člověk se nají a hned se vyzvrací	22	71%
je dědičná, nemůžeme za ni	1	3%
nevím	8	26%
celkem	31	100%

21. Myslí si respondent, že se může na poruchy příjmu potravy umřít

	četnost	procentuální vyjádření
ano	30	97%
ne	1	3%
celkem	31	100%

22. Bojuje společnost dostatečně proti poruchám příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	8	26%
ne	22	71%
nevím, je mi to jedno	1	3%
celkem	31	100%

23. Jaký je respondentův vztah ke zdravé výživě

	četnost	procentuální vyjádření
kladný, vyhledávám zdravé potraviny	20	65%
nezajímají mě zdravé potraviny	-	-
nevím, je mi to jedno	11	35%
celkem	31	100%

24. Kolikrát denně jíst je ideální, podle respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
5x – 6x denně	20	65%
když mám hlad, nepočítám to	8	26%
3x denně	3	9%
celkem	31	100%

25. Snídá respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	21	68%
ne	3	10%
občas, když to stihnu	7	22%
celkem	31	100%

26. Provozuje respondent nějakou fyzickou aktivitu

	četnost	procentuální vyjádření
ano – 1x – 2x týdně	17	55%
ano – víc jak 2x týdně	6	19%
ano, každý den	5	16%
ne	3	10%
celkem	31	100%

2. ročník

1. Pohlaví respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
dívky	25	100%

2. Věk respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
16 let	16	64%
17 let	9	36%
celkem	25	100%

3. Bydliště respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
město	11	44%
vesnice	14	56%
celkem	25	100%

4. Hmotnost a výška respondentů

Výška (cm)	Hmotnost (kg)
156	44
158	45
160	55
160	60
160	64
161	49
162	47
164	54
165	79
167	65
167	70
167	70
167	75
168	57
168	60
170	57
170	58
170	65
172	45
172	56
172	69
174	61
175	70

5. Váží se respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	18	72%
ne	7	28%
celkem	25	100%

6. Jak často (volná odpověď)

	četnost	procentuální vyjádření
denně	1	4%
2x týdně	2	8%
2x za měsíc	4	16%
1x měsíčně	7	28%
1x za půl roku	2	8%
občas	1	4%
u lékaře	1	4%
nevážím se	7	28%
celkem	25	100%

7. Spokojenost se svojí postavou

	četnost	procentuální vyjádření
ano	8	32%
ne	15	60%
neřeším to, je mi to jedno	2	8%
celkem	25	100%

8. Respondent je terčem pomluv díky své postavě

	četnost	procentuální vyjádření
ano	5	20%
ne	16	64%
nevím	4	16%
celkem	25	100%

9. Vyhýbá se respondent jídlu, i když má hlad, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano	3	12%
ne	22	88%
celkem	25	100%

10. Respondent se cítí po jídle provinile

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	1	4%
někdy	7	28%
většinou ne	17	68%
celkem	25	100%

11. Respondent má rád pocit prázdného žaludku

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	2	8%
někdy	2	8%
většinou ne	21	84%
celkem	25	100%

12. Respondent vnímá, že jídlo ovládá jeho život

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	9	36%
někdy	8	32%
většinou ne	8	32%
celkem	25	100%

13. Respondent má hrůzu z nadváhy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	9	36%
ne	9	36%
nevím	7	28%
celkem	25	100%

14. Držel respondent dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, redukční	3	12%
ne	22	88%
celkem	25	100%

15. Držela matka respondenta někdy dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, 2x	3	12%
mnohokrát	4	16%
ne	18	72%
celkem	25	100%

16. Matčin vztah respondent hodnotí jako

	četnost	procentuální vyjádření
kamarádský	4	16%
autoritativní	2	8%
sobecký	-	-
perfekcionalistický	-	-
ochranářský, podporující	19	76%
lhostejný	-	-
celkem	25	100%

17. Zastává respondent názor, že to mají štíhlí lidé v životě jednodušší, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano, protože vzhled je důležitý	3	12%
ano, štíhlejší lidé to mají jednodušší v získávání partnera i zaměstnání	2	8%
ano, vypadají lépe než tlustí lidé – nikdo se jim neposmívá	3	12%
ano, působí jiným (lepším) dojmem než tlustí lidé	2	8%
ne	10	40%
nevím	5	20%
celkem	25	100%

18. Zná respondent někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	11	44%
ne	10	40%
nevím	4	16%
celkem	25	100%

19. Co je mentální anorexie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
anorexie je jen v hlavě člověka, je to jeho vidina, se kterou žije	1	4%
nepřirozené hubnutí, člověk má pocit, že je tlustý, ale není	4	16%
člověk záměrně nejí a neustále hubne	10	40%
člověk je extrémně vyhublý, je nemocný, hrozí smrt	2	8%
místo jídla požívá projímadla	1	4%
nemoc, kdy člověk nechce jíst, a tělo odmítá potravu	3	12%
nevím	4	16%
celkem	25	100%

20. Co je to mentální bulimie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
člověk nejí, a když už něco sní, jde to vyzvracet	15	60%
člověk trpí nechutenstvím	1	4%
nemoc, stejně jako mentální anorexie	1	4%
nevím	8	32%
celkem	25	100%

21. Myslí si respondent, že se může se na poruchy příjmu potravy umřít

	četnost	procentuální vyjádření
ano	25	100%
ne	-	-
celkem	25	100%

22. Bojuje společnost dostatečně proti poruchám příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	2	8%
ne	17	68%
nevím, je mi to jedno	6	24%
celkem	25	100%

23. Jaký je respondentův vztah ke zdravé výživě

	četnost	procentuální vyjádření
kladný, vyhledávám zdravé potraviny	11	44%
nezajímají mě zdravé potraviny	2	8%
nevím, je mi to jedno	12	48%
celkem	25	100%

24. Kolikrát denně jíst je ideální, podle respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
5x – 6x denně	14	56%
když mám hlad, neřeším to	11	44%
3x denně	-	-
celkem	25	100%

25. Snídá respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	14	56%
ne	6	24%
občas, když to stihnu	5	20%
celkem	25	100%

26. Provozuje respondent nějakou fyzickou aktivitu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, 1-2x týdně	15	60%
ano, více jak 2x týdně	3	12%
ano, každý den	3	12%
ne	4	16%
celkem	25	

3. ročník

1. Pohlaví respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
chlapci	5	17%
dívky	24	83%
celkem	29	100%

2. Věk respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
17let	17	59%
18 let	8	28%
19 let	2	7%
20 let	1	3%
21let	1	3%
celkem	29	100%

3. Bydliště respondentů

	četnost	procentuální vyjádření
město	15	52%
vesnice	14	48%
celkem	29	100%

4. Výška/hmotnost respondentů

výška (cm)	hmotnost (kg)
153	58
156	65
158	54
160	59
162	48
163	63
164	51
164	68
165	50
165	54
165	55
165	56
167	50
167	56
168	55
168	86
169	53
169	58
169	60
171	50
172	48
172	56
172	63
172	57
173	60
173	79
175	69

177	55
178	64

5. Váží se respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	20	69%
ne	9	31%
celkem	29	100%

6. Jak často (volná odpověď)

	četnost	procentuální vyjádření
1x týdně	1	3%
každý druhý den	1	3%
2x týdně	1	3%
1x za měsíc	9	32%
2x za měsíc	1	3%
jednou za čas	4	14%
jen u lékaře	2	7%
nevážím se	10	35%
celkem	29	100%

7. Spokojenost se svojí postavou

	četnost	procentuální vyjádření
ano	14	48%
ne	9	31%
neřeším to, je mi to jedno	6	21%
celkem	29	100%

8. Respondent je terčem pomluv díky své postavě

	četnost	procentuální vyjádření
ano	10	34%
ne	13	45%
nevím o tom	6	21%
celkem	29	100%

9. Vyhýbá se respondent jídlu, i když má hlad, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano, protože už nechci vypadat, tak jak vypadám	1	3%
ano, protože chci zhubnout	1	3%
ano, nechci přibrat na váze	1	3%
ano, když jsem ve stresu, nedokážu nic jíst	1	3%
ne	25	88%
celkem	29	100%

10. Respondent se cítí po jídle provinile

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	2	7%
někdy	14	48%
většinou ne	13	45%
celkem	29	100%

11. Respondent má rád pocit prázdného žaludku

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	4	14%
někdy	2	7%
většinou ne	23	79%
celkem	29	100%

12. Respondent vnímá, že jídlo ovládá jeho život

	četnost	procentuální vyjádření
většinou ano	16	55%
někdy	11	38%
většinou ne	2	7%
celkem	29	100%

13. Respondent má hrůzu z nadváhy, cítí se tlustý

	četnost	procentuální vyjádření
ano	14	48%
ne	15	52%
celkem	29	100%

14. Držel respondent dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, omezení sladkého	4	14%
ano, sportovní – nabrání svalové hmoty	2	7%
ano, při nemoci	2	7%
ano, ovocnou	2	7%
ano, zeleninovou	2	7%
ano, trpěla jsem anorexií osobně	1	3%
ne	16	55%
celkem	29	100%

15. Držela matka respondenta někdy dietu

	četnost	procentuální vyjádření
ano, mnohokrát	11	38%
ano, 1x	1	3%
ne	12	41%
nevím	5	17%
celkem	29	100%

16. Matčin vztah respondent hodnotí jako

	četnost	procentuální vyjádření
kamarádský	14	48%
autoritativní	2	7%
sobecký	-	-
perfekcionalistický	1	3%
ochránářský, podporující	12	41%
lhostejný	-	-
celkem	29	100%

17. Zastává respondent názor, že to mají štíhlí lidé v životě jednodušší, pokud ano, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
ano, protože je na štíhlé lepší pohled	1	3%
ano, v mnoha ohledech – móda, hledání partnera, apod.	8	28%
ano, v hledání zaměstnání	1	3%
ano, protože proti lidem s nadváhou vznikají předsudky a pomluvy	1	3%
štíhlí lidé jsou spokojenější	2	7%
ne	11	38%
nevím	5	17%
celkem	29	100%

18. Zná respondent někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	29	100%
ne	-	-
nevím	-	-
celkem	29	100%

19. Co je mentální anorexie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
porucha příjmu potravy, přehnaná úzkost ohledně svého vzhledu	1	3%
člověk vědomě nejí, je hubený	14	48%
porucha příjmu potravy	1	3%
člověk se cítí tlustý, ale přitom není a nejí	9	31%
nevím	4	14%
celkem	29	100%

20. Co je mentální bulimie, vysvětlení

	četnost	procentuální vyjádření
člověk přijímá potravu, ale následně ji násilně vyzvrací	21	72%
člověk neustále jí a je obézní	1	3%
porucha příjmu potravy se zvracením	5	17%
nevím	2	7%
celkem	29	100%

21. Myslí si respondent, že se může se na poruchy příjmu potravy umřít

	četnost	procentuální vyjádření
ano	29	100%
ne	-	-
celkem	29	100%

22. Bojuje společnost dostatečně proti poruchám příjmu potravy

	četnost	procentuální vyjádření
ano	2	7%
ne	19	66%
nevím	8	28%
celkem	29	100%

23. Jaký je respondentův vztah ke zdravé výživě

	četnost	procentuální vyjádření
kladný, vyhledávám zdravé potraviny	19	66%
nezajímají mě zdravé potraviny	1	3%
nevím, je mi to jedno	9	31%
celkem	29	100%

24. Kolikrát denně jíst je ideální, podle respondenta

	četnost	procentuální vyjádření
5x – 6x denně	17	59%
když mám hlad, nepočítám to	10	34%
3x denně	2	7%
celkem	29	100%

25. Snídá respondent

	četnost	procentuální vyjádření
ano	19	66%
ne	1	3%
občas, když to stihnu	9	31%
celkem	29	100%

26. Provozuje respondent nějakou fyzickou aktivitu

	četnost	procentuální vyjádření
ano – 1x – 2x týdně	13	45%
ano – více jak 2x týdně	7	24%
ano – každý den	7	24%
ne	2	7%
celkem	29	100%