

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘÍ STANĚK

Specializace v pedagogice: Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2013

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

Plzeň, 27. června 2013

.....

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych rád poděkoval PhDr. Lence Novotné za odborné vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	7
1.1 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	8
1.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY	8
1.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	9
1.4 KULTURNÍ A SOCIÁLNÍ FAKTORY	10
1.5 RODINNÉ FAKTORY.....	11
1.6 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	11
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	12
2.1 DRUHY MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
2.2 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
2.3 NÁSLEDKY	15
2.4 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	16
3 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	18
3.1 PŘÍZNAKY BULIMIE	19
3.2 NÁSLEDKY BULIMIE	20
3.3 LÉČBA BULIMIE	21
4 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	23
5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V POPULACI	24
5.1 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V POPULACI	27
6 PŘÍSTUP K DOSPÍVAJÍCÍM ŽÁKŮM S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY.....	29
7 PŘÍSTUP K ŽÁKŮM S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY V RODINĚ.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
8 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	35
8.1 CÍLE VÝZKUMU	35
8.2 METODY VÝZKUMU	35
8.2.1 KAZUISTIKA	36
8.2.2 DOTAZNÍK.....	36
8.3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	37
8.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	38
8.4.1 KAZUISTIKA: DÍVKA, 18 LET, KTERÁ PRODĚLALA MENTÁLNÍ ANOREXII.....	38
8.4.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU EAT 26	40
8.4.3 VYHODNOCENÍ TESTU ZNALOSTÍ	70
8.5 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	82
ZÁVĚR.....	83
RESUMÉ.....	85
SEZNAM LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	86
SEZNAM GRAFŮ	88
SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Uvedené téma bakalářské práce jsem si zvolil na základě svého zájmu o problematiku výživy člověka a problémy s ní spojené. Primárně byla má pozornost zaměřena především na oblast kvality výživy, a to především, v oblasti sportu. V době, kdy do mého života vstoupilo několik přátel, kteří měli, a někteří stále mají potíže s příjmem potravy, se má pozornost obrátila k této problematice poruch příjmu potravy.

Cílem bakalářské práce je určit a zhodnotit problémy poruch příjmu potravy u žáků středních škol a zjistit, jaké jsou jejich znalosti o poruchách příjmu potravy. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy a další souvislosti poruch příjmu potravy, zejména jejich následky. Praktickou částí bakalářské práce je samotný výzkum, jehož cílem je zjištění problémů a základních znalostí žáků SOŠ a SOU v Sušici, v oblasti poruch příjmu potravy. Následně jsou uvedeny možné návrhy řešení těchto problémů.

Dnešní doba klade na dospívajícího člověka značné požadavky. Na straně jedné, je jeho příprava na budoucí povolání. Během této přípravy musí obsáhnout značnou oblast znalostí a dovedností a je nutné, aby se dokázal neustále vzdělávat ve svém konkrétním oboru, který se mnohdy rychle vyvíjí a je neustále rozšiřován o nové technologie. Na straně druhé, stojí jeho osobní život. Život dospívajícího člověka je bezpochyby jedním z nejnáročnějších období života. A právě v tomto období jsou dnes chlapci a dívky vystaveni všeobecně mediálně vnucované představě člověka, jako dokonalého, úspěšného a především štíhlého jedince. Mladý člověk jen nesnadno odolává neustálému tlaku, aby se této představě podobal. Stěžejní roli v působení na mládež hrají média a komerce, která se za nimi skrývá. Z médií jim každým dnem vchází do podvědomí obrazy extrémně štíhlých modelek a celebrit.

Této představě podléhají především dospívající dívky, které se svým idolům chtějí za každou cenu podobat. Nedokážou ještě zcela objektivně posoudit to, co se za štíhlostí jejich idolů skrývá. Nepřipouští si, že se jedná o extrémní štíhlost, která své nositele mnohdy přímo ohrožuje na životě. Nemají představu, jak má vypadat zdravé ženské tělo, že určité množství tělesného tuku je nejen normální, ale především nezbytně nutné ke správnému fungování organismu. Tyto dívky ve snaze dosáhnout extrémní štíhlosti, zkoušejí všemožné druhy a varianty diet, které jejich dospívající organismus velmi vyčerpávají. Nevědomky tak vytvářejí podhoubí pro poruchy související s příjmem potravy.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažná psychická onemocnění, působící postiženým značné problémy a představují pro ně riziko zdravotních následků, které mohou v krajních případech končit tragicky. Nejvíce ohroženou skupinou jsou dospívající dívky a mladé ženy. V tomto období tělesných a duševních změn je jejich psychika vystavena značnému tlaku, pod kterým si mohou vytvořit zkreslenou představu o svém těle. Přestože dospívající dívky a mladé ženy patří k nejohroženější skupině, existují případy, kdy se u nich tato porucha projevila už v dětském věku. Poruchy příjmu potravy se však nevyhýbají ani mužskému pohlaví. Obecně lze říci, že tato porucha může postihnout každého člověka, bez ohledu na to, jde-li o ženu či muže, a to v jakémkoliv věku.

Charakteristickým rysem poruch příjmu potravy je zkreslené vnímání vlastního těla. Postižený jedinec nepřiměřeně kriticky hodnotí svou hmotnost, velikost, tvar jednotlivých tělesných proporcí, nastávají poruchy v myšlení a jednání v souvislosti s příjmem potravy (Krch, 2005, s. 50). *„Pod označením porucha příjmu potravy se skrývá celá řada stavů, které představují širokou škálu zdraví škodlivého stravovacího chování.“* (Benešová, Mičová, 2003, str. 3).

Oblast poruch příjmu potravy zahrnuje dvě základní diagnózy. Mentální anorexii a mentální bulimii. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) a rovněž tak Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) uvádějí svá diagnostická kritéria těchto nemocí. Kritéria uvedená v (MKN-10) jsou používána v klinické praxi a kritéria uvedená v (DSM-IV) jsou používána při výzkumu a publikační činnosti. Obě nemoci mají mnoho společného, jsou však mezi nimi zásadní rozdíly. U anorexie se jedná o úplné odmítání potravy. U bulimie jde o přejídání s následným vyprazdňováním.

F. D. Krch uvádí následné porovnání obou nemocí. U anorexie dochází k výraznému snížení hmotnosti a ke zpomalení či dokonce zastavení růstu u dětí. 15—30 % případů anorektiků si dokonce vyvolává zvracení. Onemocnění se nejčastěji projevuje mezi třináctým a dvacátým rokem. Jídelní tempo je pomalé, příjem tekutin je nízký (Krch, 2008, s. 23).

U bulimie je pokles hmotnosti malý, případně dochází k jejímu mírnému zvýšení. Navozené zvracení je zaznamenáno v 75—90 % případů. Počátek onemocnění je nejčastěji mezi čtrnáctým až třicátým rokem věku pacienta. Jídelní tempo je rychlé, doprovázené velkým příjmem tekutin (Krch, 2008, s. 23).

Kromě výše uvedených poruch, existuje celá řada pacientů, kteří nespĺňují kritéria obou nemocí. Proto věnují MKN-10 a DSM-IV pozornost i těmto atypickým případům (Krch, 2008, s. 23).

1.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Přesná příčina vzniku poruch příjmu potravy není i přes existenci mnohých hypotéz zcela známa. Tato skutečnost je dána především tím, že na vzniku onemocnění se podílí současně celá řada faktorů a jednotlivé případy jsou mnohdy velice komplikované, nebo atypické. Tato skutečnost proto prakticky vylučuje stanovení konkrétní příčiny vzniku onemocnění (Krch, 2005, s. 57). *„Dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže.“* (Krch, 2005, str. 57).

Podstatou příčin vzniku poruch příjmu potravy je abnormální chování jedince ve vztahu k příjmu potravy, mající za následek zdravotní, sociální a psychické problémy. V extrémních případech, není-li včas započato s léčbou, ohrožují poruchy příjmu potravy daného jedince přímo na životě. (telemedicina.med.muni.cz).

V odborné literatuře je dnes odborníky poukazováno na bio-psycho-sociální podmíněnost vzniku poruch příjmu potravy. Jedná se o souhrn biologických, psychologických a sociálních faktorů podílejících se na vzniku tohoto onemocnění (Krch, 2005, s. 57).

1.2 Biologické faktory

Mezi nejvýznamnější biologické faktory představující riziko při vzniku poruch příjmu potravy patří ženské pohlaví. V případě, že se jedná o ženu, je její riziko onemocnění mentální anorexií nebo bulimií, desetkrát vyšší, nežli u muže. Ženy jsou všeobecně vnímavější k tomu, jak vypadá jejich tělo, které v období dospívání a nastupující puberty, prochází výraznými změnami (Krch, 2005, s. 61).

Změny v rozložení tělesného tuku, především do oblastí pasu, hýždí a stehen a s tím související změny tvaru postavy představují riziko, že dívka začne být se svým tělem nespokojená. Zvýšení tělesné hmotnosti je dalším rizikem (Krch, 2005, s. 62).

Zatímco u dospívajících chlapců je větší tělesná hmotnost způsobená nárůstem svalů vnímána pozitivně, u dospívajících dívek je tomu naopak. Tato nespokojenost vede z pravidla k experimentům s nejrůznějšími druhy diet a vytváří podmínky pro rozvoj poruch příjmu potravy (Krch, 2005, s. 61-62).

Přesto, že ženy trpí poruchami příjmu potravy mnohem častěji, nevyhýbá se tento problém ani mužům. Podle Hany Papežové, se jedná většinou o muže homosexuálně nebo bisexuálně orientované. Tito muži snáze podléhají mínění svého okolí a snaží se být krásní a štíhlí (Papežová, 2010, str. 37).

1.3 Psychologické faktory

Poruchám příjmu potravy zpravidla podléhají osoby s nízkým sebehodnocením a hlubokým pocitem neschopnosti (Cooper, 1995, str. 54). Osobnostní charakteristiky těchto osob vykazují sklony k perfekcionismu. Riziko perfekcionismu tkví zejména v neoblomnosti, důslednosti a v rigidním důrazu (Krch, 2005, str. 73). Dále se převážně liší osobní charakteristiky osob postižených mentální anorexií a mentální bulimií.

Osoby trpící anorexií jsou zaměřeny zejména na výkon. Jsou perfekcionistické, ovládnuty pocitem nedokonalosti, toužící se zalíbit svým blízkým i svému okolí. Jejich myšlení je hraniční. Vše je buď dobré, nebo naopak špatné. Silně kontrolují své emoce (Papežová, 2000, str. 59). Společně s přísnou disciplínou, kterou dodržují, se dá jejich způsob života označit jako asketický. V souvislosti s mentální anorexií je poukazováno na obsedantně-kompulzivní poruchu. U osob postižených mentální bulimií je to především impulzivita, emocionální labilita a sebepoškozující tendence (Krch, 2005, s. 72).

V odborné literatuře jsou mezi nejčastěji zdůrazňované psychologické rizikové faktory, v případě mentální anorexie, uváděny přílišná afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus a u mentální bulimie afektivní nestabilita a impulzivita (Krch, 2005, str. 72).

1.4 Kulturní a sociální faktory

Pohled na lidskou krásu se v různých obdobích lidské společnosti značně lišil. V počátcích lidské společnosti v době prvobytně pospolné, byl ideál ženské krásy viděn v plných tvarech, které byly předpokladem plodnosti a schopnosti přežít. Nejznámějším názornou ukázkou tohoto ideálu je archeologický nález sošky Věstonické Venuše, nalezený v Dolních Věstonicích na Moravě. Vývojem společnosti a její kultury se pohled na lidské tělo měnil.

Od starověké Antiky vyznávající štíhlá a cvičením tvarovaná těla mužů i žen, po korpušentní ženské tvary baroka v novověku. Ideál v podobě plných ženských tvarů v Evropě přetrvává až do počátku dvacátého století. Příkladem nám mohou být filmy pro pamětníky z předválečného období. V polovině dvacátého století však dochází k obratu (Papežová, 2010, s. 20).

Za ideál ženské krásy je považována štíhlost. Tento trend, jenž platí prakticky dodnes, je spojován s příchodem Angličanky Lesley Hornby, známé jako Twiggy, která se v šedesátých letech minulého století stala díky své vyhublé postavě symbolem, kterému se chtěly její vrstevnice podobat. (Semotánová, 2010, s. 16).

Sociokulturní vlivy patří mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy. Dnešní dynamicky se rozvíjející společnost, jenž vyznává kult krásy a úspěšnosti, vystavuje své členy značnému tlaku. Štíhlost je dnes synonymem krásy a dokonalosti. H. Burch (1978) uvádí, že módní ideál nepřímo ovlivňuje především dospívající, kteří ve štíhlosti nachází cestu k úspěchu, v níž sebekontrolu spojují s kontrolou své hmotnosti (Krch, 2005, str. 58). Garner a Garfingel (1985) označují ženy jako oběti společenských norem, vystavujících je značnému tlaku, aby vyhověly představám o štíhlosti. Negativní roli zde hrají především sdělovací prostředky a reklama, utvářející v nich naivní představu, že mohou změnit své tělo tak, jak si budou sami přát (Krch, 2005, str. 58). „*Studie z Hongkongu, Japonska nebo Argentiny ukazují na to, že společnost, která se přizpůsobuje západním standardům života a krásy, velmi rychle začíná trpět pocitem tloušťky a nespokojenosti s mnoha tělesnými partiemi. Tato nespokojenost pak vede k dietnímu chování a v extrémních případech až k poruchám příjmu potravy*“ (Krch, 2008, s. 51).

Vyzdvihování štíhlosti jako všeobecně platné společenské normy na straně jedné a vytěsňování jedinců s vyšší hmotností na okraj společnosti na straně druhé a neúměrná snaha se tomuto ideálu podobat, v sobě nesou zárodek vzniku poruch s příjmem potravy (Krch, 2005, str. 60).

1.5 Rodinné faktory

Dodnes nejsou známy důkazy o tom, že by poruchy příjmu potravy souvisely s konkrétním rodinným modelem (Krch, 2005, s. 68). *„Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy může být významná role rodiny také při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů“* (Krch, 2005, s. 68). Dále Krch poukazuje na velká očekávání, kritičnost rodičů a nedostatek empatie. Přes nepotvrzení se teorií, uvádějících, že rodinné vztahy a vzory by mohly vést ke vzniku mentální anorexie a bulimie, pochází pacienti většinou z rodin, kde na ně byly kladeny vysoké požadavky (Krch, 2008, s. 48). Dušek, Večeřová - Procházková uvádějí: *„U mentální bulimie se na rozvoji podílejí interpersonální vztahy v rodině. To u nich vede k pocitům méněcennosti a snaze tuto situaci nějak kompenzovat. Přitom se dostávají do sociální izolace, což jejich situaci ještě zhoršuje.“* (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 261).

1.6 Životní události

Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy, jsou životní události považovány za důležité faktory. To platí až u 70 % případů (Krch, 2005, s. 64).

Významnou událostí může být například těhotenství, nemoc, narušené rodinné nebo sociální vztahy. Dle Krcha (2005) jsou příčinou rozvoje onemocnění s poruchou příjmu potravy nářky na tělesný vzhled, obezitu, sexuální konflikty, životní změny, rodinné problémy, atd. Zároveň zdůrazňuje, že tato zjištění mohou vyjadřovat převážně osobní pohled výzkumníka, než pravou podstatu věci. Strober (1984) v jednom ze svých výzkumů anorexie prokázal spojitost stresující události, např. odmítnutí partnerem, problémy s rodiči a ve škole, s následným rozvojem poruchy příjmu potravy. Dále autor uvádí, že k přecenění nebo naopak podcenění některých životních událostí dochází již při samotném výzkumném šetření, jelikož již sama formulace otázky vyjádří určitou hypotézu daného problému. (Krch, 2005, s. 64).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexii řadíme mezi takzvané poruchy příjmu potravy. Jedná se o poruchu psychosomatického charakteru. Pro člověka, jenž onemocněl právě mentální anorexií, je velmi obtížné udržet si normální tělesnou hmotnost. Touto poruchou trpí nejčastěji dospívající dívky a mladé ženy. (Papežová, 2000, str. 10). Mentální anorexie je porucha, způsobená úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a z pravidla i zkreslenou představou o svém těle (Krch, 2005, s. 16).

První zmínky o poruchách příjmu potravy spadají hluboko do minulosti, konkrétně do 5. století př. n. l. Lékař Hippokrates tuto poruchu nazval „asithia“. Galén ve 2. století n. l. poprvé používá, dnes běžně známý termín, anorexie. Ze 14. století pochází první záznam o dobrovolném úmrtí hladem. Jednalo se o svatou Kateřinu ze Sienny. V této době byly tyto případy spojovány především s askezí a vírou. Nejpřesnější popis choroby, který by mohl odpovídat diagnóze mentální anorexie, popsal ve svém díle *Phthisiologia* v roce 1689 anglický lékař Richard Norton. Francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert stanovil počátkem 19. století dva druhy anorexie. Anorexii gastrickou, při této formě se jedná především o poruchu trávení a anorexii nervovou, při které má postižený poruchu s příjmem potravy, protože jeho mozek nevysílá signály chuti k jídlu a pocitu hladu. Základní příznaky mentální anorexie, jako jsou velká ztráta hmotnosti, zácpa, neklid, nepřítomnost organických příčin, platících dodnes, stanovili nezávisle na sobě W. Gull a E. Ch. Lasegue v roce 1873. Za duševní poruchu byla mentální anorexie pokládána do roku 1914, kdy byly u některých zemřelých objeveny léze na hypofýze. Po tomto zjištění byla mentální anorexie spojována s kachexií, a to až do čtyřicátých let 20. století, kdy především zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy byla anorexie zařazena mezi duševní poruchy. V České republice se od roku 1963 na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, zabývají studiem mentální anorexie, a to zejména zásluhou Františka Faltuse. Ten roku 1977 publikoval monografii „*Řekni mi, co jíš*“, dále publikaci „*Anorexia mentalis. Anorektické syndromy jejich diagnostika a léčba*“ v rámci Thomayerovy sbírky (Papežová, 2010, s. 20-22).

V roce 1983, založil Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na psychogenním podkladu, jako první svého druhu ve střední a východní Evropě. S úspěchem tímto směrem pokračuje i prof. Papežová, která publikovala řadu článků a odborných monografií (Papežová, 2010, s. 22).

2.1 Druhy mentální anorexie

Projevy nechutenství jsou především sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. V některých případech je omezování příjmu potravy doprovázeno zvýšeným zájmem a intenzivním myšlením na jídlo. V těchto případech jde o přirozenou reakci organismu, rovněž jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění (Krch, 2005, s. 16). „*Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají, a uvádějí různé (do určité míry srozumitelné) důvody, proč jíst nemohou.*“ (Krch, 2005, s. 16)

Rozlišujeme dva specifické typy mentální anorexie:

- **Nebulimický (restriktivní) typ.** Vyznačuje se omezením příjmu potravy, které neřídka vyústí v dlouhodobé hladovění a u nemocného nedochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 2005, s. 17).
- **Bulimický (purgativní) typ.** U tohoto typu dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání. Přijatá potrava je následně z těla odstraněna, například zvracením, použitím projímadel, diuretik a podobně (Krch, 2005, s. 17).

U osob trpících purgativním typem mentální anorexie je patrná silnější impulzivita a emoční labilita. Pacienti mají převážně sklon k alkoholu, drogám, trpí sebepoškozováním a v některých případech i sebevražednými sklony. Osoby purgativního typu řeší své problémy přejídáním a následným zvracením, přesto svou nízkou hmotnost zlehčují. Reagují v podstatě jako jedinci s výraznou nadváhou s tím, že u podvyživených nebo normálně vážících osob máme tendence vnímat tyto příznaky jako známky duševní abnormality (Krch, 2005, s. 17-18).

Je zřejmé, že k těmto příznakům mnohdy mohou vést skutečnosti, jako jsou obezitifobní postoje veřejnosti a vrstevníků, diety a nadváha v rodině, nebo nevhodné proporce tělesných partií.

Ty pak následně ovlivňují jejich vztah k jídlu i vlastnímu tělu. Mnohdy dají první impulz k původně logickému jednání. Posléze jsou tak vtaženi do bludného kruhu nevhodných postojů, stravovacích návyků a nadměrné citlivosti vůči svému tělu. Velké množství lidí, převážně žen, prošlo ve svém životě obdobím různých redukčních diet, při kterých balancovaly na hraně anorexie, nebo prošly obdobím zvracení, užíváním projímadel či diuretik. Regulace tělesné hmotnosti a poruch příjmu potravy má mnoho prolínajících a podmiňujících se rovin (Hainer, 2011, s. 94).

2.2 Příznaky mentální anorexie

Velmi výrazně štíhlá postava, na které jsou zřetelně viditelné velké kosti a klouby, vystupující okraje pánve, hroty páteřních obratlů, vystupující žebra a absence podkožního tuku jsou v převážné většině případů známky člověka trpícího mentální anorexií. Pacient trpící touto nemocí je ovládán velkým strachem z tloušťky. Má velmi zkreslenou představu o tom, jak by mělo, a jak ve skutečnosti vypadá jeho tělo. Při pohledu do zrcadla vidí svou postavu jako obézní a nesymetrickou (Krch, 2005, s. 51).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se tělesná hmotnost takto postiženého člověka pohybuje o více jak 15 % pod jeho předpokládanou hmotností a podle Qveteletova indexu tělesné hmotnosti, známého pod zkratkou Body mass index (BMI – váha v kg/výška v m²) dosahuje hranice 17,5 a méně. Této hmotnosti se za každou cenu snaží docílit pomocí různých diet, zvracením, užíváním diuretik, projímadel či nadměrnou fyzickou aktivitou. Následkem toho dochází u žen k poruchám menstruačního cyklu a postupem nemoci k jeho úplnému vymizení. U dospívajících dívek a chlapců dochází k opožděnému nástupu či dokonce k zastavení puberty. Chlapcům a dívkám se zastavuje růst a nedochází k rozvoji pohlavních znaků. Pokud pacient začne přijímat adekvátní množství živin, dochází u většiny případů k dokončení puberty (Krch, 2005, s. 16).

U mužů se vytrácí sexuální touha a potence. Nedostatek živin dále způsobuje termoregulační problémy. Tělo si s obtížemi udržuje svou teplotu. Končetiny se špatně prokrvují, objevuje se třes a promodralost, pokožka je popraskaná, vysušená, nehty a vlasy se lámou a třepí. Nedostatek minerálních látek způsobuje oslabení kostí a následnou osteoporózu. Výrazné jsou i změny v chování, objevují se výmluvy, lži, pacienti schovávají jídlo, anebo se naopak s jídlem až přehnaně ukazují a upozorňují na sebe (Papežová, 2000, s. 48-49).

Důležitý je věk a výška pacienta, kdy úbytek na váze se projevuje zpomalením tělesného růstu. Toto je právě v období dospívání nepřírozené. U dětí před zahájením puberty, může dojít k vážným a trvalým následkům (Hainer, 2011, s. 52).

2.3 Následky

Mentální anorexie má velmi závažné následky pro celý organismus, které si postižený mnohdy ani neuvědomuje. Závažnost těchto následků je především přímo úměrná době, po kterou jí pacient trpí. Převážná většina následků je způsobena nedostatečným příjmem živin z potravy. Nedostatek živin ohrožuje komplexně všechny funkce a systémy organismu. Od počátečního rozhození organismu dochází postupně ke snížení imunity, osteoporóze, otokům končetin, snížení funkce ledvin až po srdeční problémy, které se vyskytují až u 90 % anorektiček. Jedná se především o arytmií a bradikardii. Je prokázána souvislost mezi srdečními potížemi a výraznějším úbytkem na váze. Neurologicky se tyto problémy projevují svalovou slabostí, bolestmi hlavy, rozostřeným viděním, křečemi a zmateností. U žen dochází k poruchám menstruačního cyklu a u chronických stavů až k vymizení menstruace a s tím související neplodností.

Následky hladovění se výrazně podepisují také na psychice nemocného. Průvodními jevy onemocnění jsou vysoká podrážděnost, depresivní nálada, pocity úzkosti, nejistoty a nesoustředěnosti. Dominujícími myšlenkami jsou myšlenky na jídlo a neustálý konflikt nad tím, co může jíst a co už ne. Zažívá pocity zadostiučinění a úspěchu, když se dokáže v jídle omezit, či mu dokonce odolat. S přibývajícím časem se jeho jediným zájmem stává jen vlastní postava a věci týkající se jídla. Začíná se vyhýbat společnosti a uzavírá se do sebe. Nastávají konflikty v rodině i s přáteli (Papežová, 2000, s. 48-52).

O tom, jaké následky nemoc zanechá, rozhoduje, zda se s léčbou započne včas. Úspěšnost léčby závisí na diagnóze konkrétního pacienta, jeho věku, podpoře rodiny, ale hlavně na jeho ochotě se léčit. Po splnění těchto předpokladů se může nemoc obejít téměř bez následků. Délka léčby je různá, může trvat týden, měsíc i déle, nebo nemusí dojít k vyléčení vůbec, pokud pacient nebude chtít. Vždy záleží jen na něm, jak se k danému problému postaví (Slezáková, 2007, s. 162-164).

V nejhorších případech onemocnění končí smrtí. K smrti nejčastěji dochází z důvodu srdeční arytmie, infekce nebo sebevraždy. Podle provedených studií se více jak 40 % léčených uzdravilo, či došlo k výraznému zlepšení jejich stavu, u třetiny jen

k částečnému uzdravení u zbývající části byl průběh nepříznivý, jelikož nedošlo ke zlepšení stavu (Krch, 2005, s. 23).

2.4 Léčba mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je značně složitá. Je to dáno především skutečností, že postižení si svou nemoc ve většině případů odmítají připustit a nemoc před svým okolím po dlouhou dobu úspěšně skrývají. Z tohoto důvodu se jim často dostává lékařské pomoci až v době, kdy je nemoc již ve značně pokročilém stádiu. V těchto případech je zpravidla nutná hospitalizace z důvodu stabilizace jejich zdravotního stavu. Pobyt v nemocnici není zaměřen jen na fyzické následky nemoci, ale i na související psychické problémy.

Velmi důležité je přimět pacienta, aby při léčbě aktivně spolupracoval, což vyžaduje vynaložení značného úsilí. U anorektických pacientů je doba hospitalizace daná dobou potřebnou k nabytí alespoň 90% cílové hmotnosti. Doporučený nárůst hmotnosti je přibližně jeden až jeden a půl kilogramu týdně. Po dosažení této hmotnosti jsou pacienti léčeni formou terapií, které podstupují při částečné hospitalizaci, denním stacionáři, nebo ambulantně. Rodinná terapie je využívána především u mladých pacientů a pacientů žijících se svou rodinou. Rodinné prostředí a zejména rodiče mohou pacienta výrazně podpořit při zvládnání jeho problémů. Nesmí se však zapomínat na psychologickou pomoc rodičům, kteří jsou takto vystaveni značnému psychickému tlaku, když každý den mají na očích utrpení svého dítěte. Přesto, že je kognitivně - behaviorální terapie používána především při léčbě mentální bulimie, nachází své uplatnění i při léčbě mentální anorexie. Cílem této terapie je změna škodlivého chování, jednání a myšlení pacienta vůči svému tělu (Krch, 2005, s. 123-127).

Operantní podmiňování patří mezi základní metody této terapie, kdy je posilováno a odměňováno požadované chování. Interpersonální terapie je využívána především u těch anorektických pacientů, kteří mají přetrvávající psychické potíže. Léčba probíhá ve třech fázích (Fairburn, 1997).

Na počátku jsou identifikovány interpersonální problémy, vedoucí k problémům s příjmem potravy. Následně je uzavřena terapeutická smlouva o práci s těmito problémy. Závěr terapie je věnován otázkám, spojeným s ukončením zmíněné terapie. Psychodynamická terapie se používá za účelem zlepšení osobnostních charakteristik pacientů a pacientek, především v oblasti jejich identity a vývoje osobnosti. Feministicky orientované terapeutky se při této terapii zaměřují na otázky související s ženskou diskriminací. Při léčbě poruch příjmu potravy zastává důležitou roli také farmakoterapie. U mentální anorexie jsou používána zejména farmaka, podporující činnost trávicího ústrojí, vzestup hmotnosti a zabraňující poškození organismu (Krch, 2005, s. 128-131).

3 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie je stejně jako mentální anorexie porucha psychosomatického charakteru. Historie této poruchy sahá také hluboko do minulosti, kde se o ní zmiňuje řecký lékař Galén. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které přestože postihuje v naprosté většině případů ženy, nevyhýbá se ani mužům a rovněž postihuje všechny věkové skupiny. Nadpoloviční většina pacientů trpících bulimií uvádí, že v minulosti trpěla mentální anorexií (Krch, 2008, str. 21).

Na rozdíl od anorexie, kde jsou na postiženém jasně patrné známky tohoto onemocnění, na člověku trpícím bulimií nemusí být její známky zprvu vůbec patrné. Je třeba si uvědomit, že základní znalosti o mentální bulimii jsou velice cenné, protože jen tak můžeme díky rozpoznání projevů poruchy včas poskytnout pomoc takto postiženému člověku.

Mentální bulimie je porucha, spočívající v opakujících se záchvatech přejídání a nadměrné snahy kontrolovat svou hmotnost (Krch, 2008, s. 22). Ke zjištění poruchy je potřeba určit tři základní znaky: *opakující se epizody přejídání, opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost*“ (Krch, 2008, s. 22)

U mentální bulimie rozlišujeme dva specifické typy. Tyto typy se od sebe odlišují ve způsobu, kterým se osoba trpící bulimií snaží zabránit růstu tělesné hmotnosti. Jedná se o typ purgativní a nepurgativní:

- Purgativní (vypuzující) typ. U tohoto typu bulimie postižený používá pravidelně zvracení, užívá laxativ a diuretik při snaze zabránit růstu tělesné hmotnosti. Tento druh bulimie je rozšířenější a všeobecně známější (Krch, 2005, s. 19).
- Nepurgativní (nevypuzující) typ. Postižený u tohoto typu bulimie používá hladovky, diety, případně náročné fyzické cvičení. Nepoužívá však pravidelně purgativních metod. U tohoto typu jsou sice patrné známky anorexie, ale u té se nevyskytuje záchvatovité přejídání (Krch, 2005, str. 19).

Z výše uvedeného je zřejmé, že se o bulimii nebude jednat v případě občasného držení diety nebo občasné konzumace většího množství jídla. Musí být splněna všechna výše uvedená kritéria. Mentální bulimie je velmi nebezpečnou poruchou, jejíž následná léčba je značně obtížná. Zásadní roli v předcházení této poruchy představuje osvěta a prevence, spočívající v šíření a předávání znalostí o zdravém životním stylu, reálné představy o svém těle a posilování sebevědomí.

3.1 Příznaky bulimie

Na rozdíl od anorexie, je rozeznání příznaků bulimie mnohem obtížnější, protože její projevy nejsou tak zřetelné. „*Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea.*“ (Krch, 2005, str. 20) Dalším důvodem zpravidla bývá skutečnost, že pacient přesto, že ač si svou poruchu uvědomuje, její existenci před okolím skrývá. To může být z části dáno tím, že v počátcích poruchy nemá postižený vážnější problémy. Některé projevy poruchy mu dokonce vyhovují, zejména proto, že se mu daří udržovat si svou tělesnou hmotnost. S postupem času jsou však známky probíhající poruchy stále zřetelnější.

K hlavním příznakům mentální bulimie patří neustálá touha po jídle, jímž se postižený neustále zabývá, a která následně vrcholí záchvaty přejídání, při kterém je konzumováno značné množství potravy. Po této fázi následuje snaha o eliminaci výživného účinku potravy, zabránit vzestupu tělesné hmotnosti, a to vyvoláním zvracení, použitím diuretik, projímadel, hladovek apod. Ke střídání těchto dvou fází dochází opakovaně a jejich frekvence se s postupující poruchou zkracuje. Touha po jídle je natolik silná, že postiženého zcela ovládá. Své jednání není schopen nijak ovládat a kontrolovat. Pocity sytosti ustupují do pozadí a pokračuje v jídle, mnohdy až do nastoupení bolesti z přeplnění žaludku (Krch, 2005, s. 18-19).

„Bulimičky jsou schopné v noci samy vyjíst celou ledničku – dokážou zkonsumovat opravdu neuvěřitelné množství jídla, a to jakéhokoliv, zcela bez výběru“ (Fialová, 2007, s. 109).

K třetímu příznaku podle mezinárodní klasifikace nemocí patří chorobný strach z obezity spojený se snahou o udržení si nižší tělesné hmotnosti, než je pro daného jedince optimální. S tímto strachem jsou spojeny projevy úzkosti, prázdnoty a depresivních nálad, postižený neustále kontroluje svou tělesnou hmotnost, zabývá se svou vizáží a celkově se hodnotí negativně (Krch, 2005, s. 19-20).

K dalším příznakům, jež je možno pozorovat, patří především opuchlý obličej, zduřelé slinné žlázy a poškozená zubní sklovina, způsobená častým zvracením. Dále jsou časté výkyvy tělesné hmotnosti, velká únava a dehydratace. Pacienti si stěžují na bolesti břicha a krku, které rovněž pramení z častého zvracení.

3.2 **Následky bulimie**

Závažnost následků, které mentální bulimie způsobí, je přímo úměrná době po kterou postižený poruchou trpěl a rovněž na tom, jakým způsobem se snažil eliminovat následky velkého množství konzumované potravy. Bulimie je velice nebezpečnou poruchou, jejíž následky se projevují jak na těle, tak na psychice.

Psychické následky pramení především z nejistoty, negativního sebehodnocení a silné touze po dokonalosti. To může následně vyústit v projevy deprese, jako jsou pocity viny, apatie a beznaděje (Krch, 2008, s. 39). „*Myšlenky na jídlo, nutkání jíst a neschopnost dosáhnout nemožného (nejíst nebo jíst jen málo a hubnout) navozují pocity viny, selhání, neschopnosti a deprese, které se přenášejí i do jiných oblastí života. Postupně ubývá energie a zájmu o jiné věci než o jídlo a tělesný vzhled*“ (Krch, 2008, s. 38). Svým chováním se postupně postižený dostává do sociální izolace.

Uzavírá se do svého světa plného nejistoty a obav, kde je jeho jediným zájmem jídlo, tělesný vzhled a hmotnost. Následků, jaké zanechává mentální bulimií na těle, je celá řada. Mnohé z nich postiženého ohrožují přímo na životě. Důsledkem častého zvracení je krvácení dásní, zničení zubní skloviny a následného kažení zubů, poleptání jícnu a otoku slinných žláz. Nadměrným požíváním diuretik a projímadel dochází k problémům v tlustém střevě, často vedoucích až k jeho nezvratnému poškození. Postižení trpí vleklými zažívacími problémy, průjmy či zácpami. Přeplněním žaludku nastávají potíže s dýcháním a v nejzávažnějších případech může dojít až k závažnému poničení žaludeční stěny.

Vlivem nedostatečné výživy a dehydratace dochází k rozhození metabolismu, osteoporóze, svalové atrofii, poškození srdce, jater i ledvin. To se projevuje zejména infekcemi a tvorbou ledvinových kamenů. U žen dochází k poruchám menstruačního cyklu, které mohou být příčinou neplodnosti.

Následky mentální bulimie mohou být velice závažné. Především v případech, kdy se nepodaří tuto poruchu včas podchytit, je nebezpečí, že následky mohou být přímo fatální. K úmrtí nejčastěji dochází především v důsledku selhání životně důležitých orgánů, vyčerpáním organismu nebo sebevraždou.

3.3 Léčba bulimie

Léčba mentální bulimie je rovněž tak jako léčba ostatních poruch příjmu potravy velice náročná a složitá. Základní podmínkou úspěšné léčby je, aby se nemocný vyléčit sám chtěl a při léčbě spolupracoval. K úspěšnému vyléčení poruchy je nezbytná pomoc celé skupiny odborných lékařů. Oproti anorexii má nemocný bulimií jednu podstatnou výhodu a tou je, že si své problémy uvědomuje. Ví, že není normální se přejídat a následně jídlo zvrátit.

Z důvodu závažnosti a komplikovanosti onemocnění na léčbě spolupracuje více odborníků. Jedná se zejména o internistu, psychiatra, psychologa a v případě dívek a žen i gynekologa. Onemocněním trpí jak tělo, tak psychika, která je mnohdy vážně narušena. Léčebný postup musí být zvolen tak, aby léčba působila celkově na širokou škálu problémů postiženého. Hlavní součástí léčby představují psychoterapie (Krch, 2005, str. 133). Důležitou úlohu při léčbě mentální bulimie zastává kognitivně - behaviorální terapie. *„Jedná se o metodu, při které je žádoucí chování posilováno (odměňováno). Obvykle je s každou pacientkou vypracována terapeutická smlouva, tedy jistý plán změn v jejím chování a hmotnosti, což ji postupně vede k předem stanovenému cíli“* (Fialová, 2007, s. 111) Využíváno je také terapií skupinových, kde pacienti o svých problémech otevřeně mluví a vzájemně se posilují v odhodlání onemocnění překonat. Rovněž k dosažení pozitivních výsledků dochází při použití meditačních a relaxačních technik uskutečněných pod vedením psychologa.

U vážnějších případů je léčba bulimie rozšířena o farmakoterapii a to především z důvodu odstranění tělesných potíží, psychických poruch a regulaci příjmu potravy. *„Používají se obvykle různá antidepresiva, jejichž pozitivní účinek při léčbě byl už mnohokrát prokázán, a léky zmírňující úzkost. Někdy je vhodné i nasazení hormonální léčby jako prevence osteoporózy, případně, pokud je pacient ochoten, výživových doplňků ve formě minerálů a vitamínů“* (Fialová, 2007, s. 113) Farmakoterapie plní při léčbě podpůrnou roli. Je nezbytně nutné, aby pacient současně podstoupil i výše uvedenou psychoterapeutickou léčbu. Léčba obvykle probíhá ambulantně, případně v denních stacionářích, kam pacienti přes den dochází. Při závažném průběhu onemocnění je nutné podstoupit hospitalizaci.

Úspěšnost léčby je podmíněna jejím včasným zahájením, v první řadě především na vlastní snaze a vůli pacienta onemocnění překonat. Přesto, jak udává Marková a Venglářová: „*Vzhledem k tendencím ke chronifikaci a vleklému průběhu onemocnění zůstává zhruba třetina pacientů nevyлéčena.*“ (Marková, Venglářová a kol., 2006, s. 289).

4 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Kategorie atypických a nespecifikovaných poruch příjmu potravy zahrnuje poruchy, které nesplňují všechna diagnostická kritéria mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Mezinárodní klasifikace nemocí označuje tyto případy ve své desáté revizi jako atypická anorexie a bulimie. Dále uvádí v kategorii jiné poruchy jídla, do které zahrnuje například picu (nutkavé požívání látek, které nejsou k jídlu), psychogenní ztrátu chuti a jiné nespecifikované poruchy.

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch nerozlišuje případy atypické mentální anorexie a bulimie, ale zahrnuje kategorii „Jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy.“ Do této kategorie spadají například případy, jež splňují diagnostická kritéria mentální anorexie, ale pacientka nemá poruchy menstruačního cyklu. I přes velký pokles tělesné hmotnosti splňující kritéria mentální anorexie, je tělesná hmotnost pacientky v normě. Případy splňující kritéria mentální bulimie, u nichž jsou méně časté záchvaty přejídání, případně pacientka jídlo nepolyká, ale vyplivuje. Syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání je možné zařadit právě do této kategorie (Krch, 2005, s. 21).

Pro záchvatovité přejídání je charakteristická konzumace značného množství potravy během opakujících se epizod, které však není doprovázeno snahou eliminovat jeho následky použitím hladovek nebo purgativního chování (Krch, 2005, s. 21). Ataky záchvatovitého přejídání provází u postiženého subjektivní pocit ztráty sebekontroly. Postižený jí skrytě a velmi rychle aniž by pociťoval hlad, v jídle pokračuje až do doby nepříjemného nasycení. Následně je sužován pocity viny, úzkosti a zoufalství, ale jak je uvedeno výše, nenásleduje kompenzační chování (Cooper, 1995, str. 78). D. F. Krch se přiklání k návrhu klasifikovat tuto poruchu jako třetí druh poruch příjmu potravy (Krch, 2005, s. 21).

Syndrom nočního přejídání je spojován s marnými pokusy o snížení hmotnosti a životním stresem. Charakteristická je pro něj večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. U postižených se zpravidla nevyskytují pocity hladu. Nutkání jíst je spojeno s přítomností jídla. Pokud nemají jídlo k dispozici, jíst nemusí, ale nemohou se ovládnout v případě, že jíst začnou (Krch, 2005, s. 21).

5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V POPULACI

Poruchy příjmu potravy představují v dnešní uspěchané době značný problém, jímž jsou ohroženi především mladí lidé. Proto je nezbytně nutné, aby s tímto problémem byla seznámena nejen široká veřejnost, ale zejména ti, kteří pracují s mládeží. Pedagogičtí pracovníci jsou často těmi prvními, kteří by mohli rozpoznat počínající příznaky poruchy a následně učinit první kroky k řešení situace.

„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé potíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí.“ (Krch, 2005, s. 13)

Poruchy příjmu potravy jsou především záležitostí nadbytku v rozvinuté společnosti. Tam, kde je nedostatek základních životních prostředků, lidé musí každý den vynaložit značné úsilí k tomu, aby zajistili obživu sobě a svým blízkým, není mnoho prostoru pro myšlenky, zabývající se tím, jak vypadá jejich tělo. Tomuto odpovídá i skutečnost, že výskyt poruch příjmu potravy je nejčastěji zaznamenán napříč mezi příslušníky střední a vyšší sociální vrstvy. Ti mají bezesporu nejen daleko více prostoru a času na tyto myšlenky, ale především jsou příslušníci těchto sociálních vrstev vystaveni značnému tlaku, aby vyhověli společenským požadavkům, které na ně jejich sociální vrstva klade. Odborníci, zabývající se těmito poruchami se shodují na tom, že není možné najít jen jednu konkrétní příčinu vedoucí ke vzniku poruchy, neboť její vznik ovlivňuje celá řada faktorů. Stěžejní úlohu zde představují především individuální charakteristiky jednotlivých osob. Jedná se zejména o osoby se slabou vůlí, narušeným postojem k jídlu a osoby, na které jsou kladeny velké nároky. Bohužel nemůžeme ani tyto uvedené faktory uvést jako hlavní příčinu vzniku poruchy u všech nemocných a tak je využít při jejich následné léčbě. To je dáno značnou složitostí celé problematiky a množstvím faktorů podílejících se na vzniku onemocnění, které se mnohdy vzájemně prolínají (Krch, 2005, s. 47).

Jak z předchozího vyplývá, nelze určit konkrétní typ osoby, predisponované k onemocnění poruchou příjmu potravy. Přestože v anamnézách osob s poruchami příjmu potravy je možno nalézt množství shodných znaků, vedoucích ke vzniku onemocnění, nelze je určit jako jednoznačnou příčinu ve všech případech.

Ženské pohlaví je odborníky řazeno mezi nejvýznamnější faktory, ovlivňující vznik poruch příjmu potravy. Krch ve své publikaci *Bulimie: jak bojovat s přejídáním* (2008, str. 44) uvádí, že u žen je riziko vzniku poruch příjmu potravy několikanásobně větší než v případě mužů. Pro dospívající chlapce je dospívání spojeno s přeměnou v muže, s představou obrazu ideálního muže, spočívající v urostlém svalnatém a zdravém těle. Naproti tomu může v období dospívání dojít u dívek ke vzdalování se ženskému ideálu krásy, který určuje společnost. Od vzniku civilizace jsou ženy neustále vystaveny společenskému tlaku, podobat se tomuto ideálu, který je zejména dnes pro mnohé z nich prakticky nedosažitelný. Ženy na rozdíl od mužů jsou více disponované k ukládání tělesného tuku. Tuto skutečnost nelze nijak ovlivnit, protože je dána geneticky (Krch, 2008, s. 44).

Rozdíl mezi mužem a ženou je nejen kulturní, ale především biologický. U chlapců v období dospívání dochází k nárůstu svalové hmoty a pohlavních znaků. Jsou větší, silnější, mužnější. V případě nespokojenosti se snaží svaly získat. V případě žen je tomu naopak. U dívek v období dospívání dochází k větší tvorbě a ukládání tělesného tuku a získávají tak typické ženské tvary. Jejich projevy nespokojenosti s touto skutečností přímo souvisí a jsou-li nespokojené, snaží se snížit svou hmotnost. Krch upozorňuje, že při pátrání po příčinách vzniku poruch příjmu potravy je nutné rozlišovat příčinu a důsledek nemoci (Krch, 2008, s. 44).

Přestože poruchou příjmu potravy může onemocnět prakticky každý, je jedno období života, z hlediska četnosti výskytu této poruchy příznačné. Je to období dospívání, které je obdobím bouřlivých tělesných, duševních a společenských změn. Člověk hledá své místo ve společnosti, především ve skupině svých vrstevníků a jejich hodnocení bere velmi vážně. Jejich pozornost a zájem vyvolaný snížením hmotnosti může tak dotyčnou osobu podnítit k ještě intenzivnějšímu úsilí při snižování své hmotnosti. Ve snaze dosáhnout rychle svého cíle používá často metod, které jsou pro jeho rostoucí tělo velmi rizikové a nenápadně tak ztrácí kontrolu nad svým počínáním. Úspěch v kolektivu vrstevníků je pro něj nejdůležitější. Zásadní roli v utváření škodlivého nahlížení na své tělo hraje zejména sociální prostředí, ve kterém se dospívající člověk pohybuje.

Civilizace a její kultura už od pradávna určuje ideál lidské krásy, který se čas od času měnil. Dnes tomu není samozřejmě jinak a bohužel současnost spatřuje krásu a úspěšnost především ve štíhlosti. Následná prezentace štíhlosti pomocí vyspělých mediálních technologií západního světa je dokonale účinná při ovlivňování myšlení celé společnosti. Dospívající lidé jsou k těmto impulzům velice vnímaví. Snadno tak podléhají mediálnímu tlaku a snaží se s tímto ideálem ztotožnit. Myslím, že není potřeba se ptát, proč se tak děje a komu z toho plyne prospěch. Bilboardy u dálnic, reklamy v televizi a všemožné reklamní kampaně nám dávají odpověď více než zřejmou. Obchod se štíhlostí je mnohamiliardový globální podnik, zaměstnávající miliony lidí po celém světě.

Je prakticky nemožné přesvědčit někoho, kdo na současném ideálu krásy založil své podnikání, z něhož má značné zisky, případně mu dává práci, aby změnil své chování. Bohužel má při tom na své straně i přesvědčivé argumenty. Pokusy o výměnu štíhlých modelek za modelky plnějších tvarů vyšly naprázdno. Odbyt zboží tak následně znatelně klesl a na módní mola se musely vrátit vyhublé modelky. Zdá se, že většinová společnost je všeobecně deklarovaným ideálem krásy natolik ovlivněna, že bude třeba vynaložit značné a dlouhodobé úsilí, aby mohlo dojít k nějaké pozitivní změně. Rád bych se zmínil ještě o jedné oblasti, která má velký význam z hlediska utváření nezdravých stravovacích návyků. Mám na mysli literaturu, a to především autory publikací různých lidových léčitelských receptů a výživových stylů. Doporučují v nich použití různých ozdravných procedur, které jsou nezdědka spojeny s částečným, případně úplným hladověním, trvajícím mnohdy i více dní. Slibují při tom uzdravení a omlazení organismu a samozřejmě především znatelný úbytek tělesné hmotnosti. Použití různých výživových stylů nese bezpochyby také velká rizika. Zejména při praktikování vegetariánství a veganství, při nichž jsou z jídelníčku vyřazeny živočišné zdroje bílkovin, je velmi obtížné zajistit tělu dostatečný přísun bílkovin a minerálních látek. Přes výše uvedené dochází v západní společnosti k zajímavému fenoménu. *„Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Poruchy příjmu potravy jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.“* (Krch, 2008, s. 51)

5.1 Výskyt poruch příjmu potravy v populaci

Výskyt onemocnění s poruchou příjmu potravy je v České republice srovnatelný se zeměmi západní Evropy. Z důvodu častého latentního chování osob s poruchou příjmu potravy, vyhledávající odbornou pomoc zpravidla, až v jejím pokročilém stádiu, může být počet postižených osob daleko větší, než je oficiálně udáván. Jak J. Ševčíková uvádí, je v České republice obtížné odhadnout, jaký je výskyt tohoto onemocnění, protože do ordinací přichází jen mizivé procento postižených (Ševčíková, 2004, online).

Poruchou příjmu potravy jsou postiženy především dívky. Onemocnění se u nich vyskytuje desetkrát až dvacetkrát častěji než v případě chlapců. Oficiálně je udáváno, že poruchou příjmu potravy je postiženo 6 % dívek spadajících do rizikové skupiny populace. To je přibližně každá dvacátá dívka z této skupiny. J. Ševčíková zastává mnohem pesimističtější názor. Podle ní je počet postižených dívek daleko vyšší. Odhaduje, že se jedná o každou patnáctou až desátou dívku ze zmíněné skupiny (Ševčíková, 2004, online).

Uhlíková uvádí k výskytu poruch příjmu potravy následující. Výskyt mentální anorexie je ve světě u dospívajících dívek uváděn 0,3-1% a u mentální bulimie 1—3 %. Dále uvádí, že v České republice trpí 15 % dívek jakýmkoliv příznakem mentální bulimie (Papežová, 2010, s. 134).

Krch udává výskyt poruch příjmu potravy u žen ve věku patnáct až třicet let takto. Na 0,5 - 0,8 % u mentální anorexie a 2,5 - 6 % v případě mentální bulimie. K úmrtí u mentální anorexie dochází ve 2 až 8 % případů a u mentální bulimie v 0 – 2 % případech. K úplnému vyléčení mentální anorexie dochází přibližně u poloviny nemocných, u 30 % případů dochází ke zlepšení stavu a 20 % případů přechází do chronického stádia onemocnění (Krch, 2008, s. 23). „Přes všechna tato data, je důležité zmínit údaj, který říká, že narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze pozorovat až u deseti procent mladých žen“ (Krch, 2000, s. 24).

Podle údajů, které uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v letech 2009 až 2010 v České republice hospitalizováno celkem 645 pacientů s poruchou příjmu potravy. Z tohoto počtu bylo 705 žen a 40 mužů. V tabulce jsou uvedeny konkrétní údaje podle jednotlivých diagnóz.

Tabulka 1- výskyt nemocí s poruchami příjmu potravy v populaci (UZIS, online)

	2009			2010		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
F 50.0 mentální anorexie	12	197	209	7	189	196
F 50.1 atypická mentální anorexie	3	39	42	1	41	42
F 50.2 mentální bulimie	-	100	100	-	91	91
F 50.3 atypická mentální bulimie	3	7	10	-	7	7
F 50.4 přejídání spojené s psychologickými poruchami	1	3	4	2	5	7
F 50.5 zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami	-	3	3	-	2	2
F 50.8 jiné poruchy jídla	1	7	8	2	8	10
F 50.9 poruchy přijímání jídla	1	5	6	7	1	8
Celkem	21	361	382	19	344	363

Výše uvedené údaje potvrzují, že poruchy příjmu potravy jsou z převážné části záležitostí žen. A nejčastěji je u nich diagnostikována klasická mentální anorexie a mentální bulimie. Rovněž tak u mužů převládají u hospitalizovaných tyto poruchy, ale v daleko menším počtu.

6 Přístup k dospívajícím žákům s poruchou příjmu potravy

Škola je místem, kde dospívající mladí lidé tráví podstatnou část svého času. Učitelé by tak mohli významnou měrou přispět k odhalení počínajících problémů s příjmem potravy u svých žáků a zabránit tím rozvoji poruchy. Odborná péče by tímto mohla být zahájena podstatně dříve, což by minimalizovalo případné vážné následky poruchy. K úspěšné realizaci tohoto záměru je nutná odborná informovanost učitelů v oblasti poruch příjmu potravy a zejména jejich zájem o své žáky, s kterými tráví podstatně více času než jejich vlastní rodiče.

Neměli by proto omezovat své působení na žáky pouze na oblast své konkrétní aprobace, ale všítat si také duševního a tělesného rozpoložení svých svěřenců. Školní metodik prevence a ani školní psycholog mnoho nezmohou, když jim učitel nedá žádný podnět k řešení vyvstávajícího problému. Téměř každodenní osobní kontakt učitele s žáky vytváří velký prostor k jejich bližšímu poznání a případnému odhalení vznikajícího problému. Tímto bych nerad vytvořil zdání, že tomu tak ještě nikde není. Mnozí učitelé vykonávají svou práci nejen svědomitě a odpovědně, ale často i nad rámec svých pracovních povinností. V mnohých případech zastupují funkci rodičů a především díky jim, jsou mnozí žáci ve škole daleko úspěšnější, než by kdy mohli být.

Velmi vhodné je uvědomit si, že je zapotřebí vytvořit na pedagogických fakultách více prostoru, věnující se problematice poruch příjmu potravy, aby začínající pedagogové nemuseli být odkázáni jen na odbornou literaturu a internet při samostudiu. Nic nemůže nahradit osobní kontakt s odborníkem, zaměřenému na tuto problematiku, se kterou se dnes na fakultách můžeme setkat v širším měřítku, především u oborů věnujících se speciální pedagogice. Díky získaným znalostem mohou následně pedagogové zastávat jednu z nejdůležitějších rolí v problematice poruch příjmu potravy u svých žáků. Nejlepší léčba je bezpochyby taková, která nemusí být vůbec realizována. Prevence je v boji proti těmto poruchám nenahraditelná.

Díky ní nemusí v některých případech ke vzniku poruchy vůbec dojít. V případě včasného rozpoznání příznaku poruchy, nedojde k jejímu rozvoji. V oblasti prevence by právě škola měla hrát stěžejní úlohu. Do určité míry se tomu tak už děje.

Předmět Výchova ke zdraví, který je součástí školních vzdělávacích programů škol, žákům tuto problematiku poodkrývá. Zde je žádoucí, aby byli žáci seznámeni nejen s vážnými následky poruch, které poruchy příjmu potravy způsobují, ale i okolnostmi, vedoucích k jejich vzniku. Nejde jen o to, žáky varovat. Dospívající mladí lidé jsou velmi vnímaví, je proto nutné s nimi tuto problematiku podrobně rozebírat do všech detailů, aby nedocházelo k situacím, jako v případě drogové problematiky. Varování, že když budou drogu užívat, způsobí jim to tragické následky, se májí účinkem. Mají zpravidla sami množství informací a navíc vidí kolem sebe příklady, kdy jim uživatel drog tvrdí, že nemá problémy ani po několika letech užívání drogy. Proto je nutné mladé lidi především přesvědčit, vhodným způsobem argumentovat a pomoci jim tak k utvoření správného pohledu na složitou problematiku výživy člověka, aby ve své snaze při kontrole své hmotnosti nevstoupili na nesprávnou cestu, lemovanou nebezpečnými strategiemi kontroly tělesné hmotnosti.

Výchovou ke zdraví se zabývá celá řada autorů pedagogické literatury. Machová a Kubátová ve své knize „Výchova ke zdraví“ se zmiňují i o problematice prevence poruch příjmu potravy. Uvádí, že podmínkou, aby žáci poskytované informace správně pochopili, musí jim škola poskytnout správné informace ve správnou dobu, aby je mohli adekvátně využít. Musí jim být poskytnuty přehledné informace týkající se tělesných, psychických a sociálních změn, vývoje druhotných pohlavních znaků, ke kterým dochází v období dospívání. Tím se z nich stávají dospělí lidé. Dívčám je nutné vysvětlit, že změna tvaru jejich těla je naprosto přirozenou součástí dospívání. V rámci prevence by učitelé měli žákům podat informace, týkající se zásad zdravé výživy a utváření správných stravovacích návyků. Zároveň je varovat před nebezpečím, které představují poruchy příjmu potravy (Machová, Kubátová, 2009, s. 190).

Učitelé by měli dále dbát na vytváření pozitivního klimatu ve své třídě, vést žáky k vzájemné úctě a toleranci a podporovat u nich vytváření zdravého sebevědomí (Machová, Kubátová, 2009, s. 190).

Velehradská ve své diplomové práci poukazuje na kompetence učitele a ostatních pedagogických pracovníků v situaci, kdy jsou u některého žáka zjištěny příznaky ukazující na poruchy příjmu potravy.

Uvádí, že v případě podezření na tuto poruchu má daný učitel informovat třídního učitele, který je tím, kdo by měl mít o žácích nejvíce informací, protože ze své funkce s nimi řeší jejich školní problémy. Třídní učitel by měl po ověření získané informace upozornit rodiče žáka na uvedený problém a rovněž tak výchovného poradce školy (Velehradská, 2008, s. 141).

Tímto prakticky jeho kompetence končí a záležitostí se nadále zabírá výchovný poradce, kterému může být třídní učitel nápomocen. Zejména v situaci, kdy žák nemá k výchovnému poradci důvěru. Třídním učitelem bývají většinou zkušení pedagogové, kteří si umí získat důvěru žáků a ti se na ně mohou obracet se svými problémy (Velehradská, 2008, s. 141).

Protože funkce školního psychologa ani metodika prevence není dnes zřízena na všech školách, je výchovný poradce zpravidla nejvíce obeznámen problematikou poruch příjmu potravy. Není sice oprávněn záležitost řešit, ale je jeho povinností nasměrovat uvedeného žáka na odborníky, kteří jsou k řešení poruch příjmu potravy kompetentní. Výchovný poradce dále nesmí vyvíjet žádnou další aktivitu, směřující k řešení problému, kromě uvedeného nasměrování na odborníky. Snadno by se tak mohlo udělat více škody nežli užitku. Stačí jedna, byť dobře míněná rada nebo pomoc a problémy postiženého žáka by se mohly ještě více prohloubit. Od této chvíle je povinnost řešit problém žáka na jeho rodičích. Do práv a kompetencí rodičů nesmí nikdo z pedagogických pracovníků školy nijak zasahovat. S výjimkou jejich výslovné žádosti (Velehradská, 2008, s. 141).

Je samozřejmé, že učitel musí ctít etiku a respektovat osobnost postiženého žáka. Mluvit o jeho problému před ostatními žáky smí jen v případě, že ho o to postižený žák požádá. Jen on sám si může rozhodnout, jaké informace svým spolužákům sdělí. Učitel by neměl v žádném případě žáka litovat nebo mu nějakým způsobem neustále projevovat účast, ale dát mu najevo, že se za svůj problém nemusí stydět a může se na něj kdykoli obrátit (Velehradská, 2008, str. 141).

Papežová uvádí, že po zjištění problému poruch příjmu potravy a sdělení této skutečnosti rodičům postiženého žáka, je důležité, aby škola a rodiče vzájemně spolupracovali na řešení problému. Jde především o to, nastavit několik základních pravidel v přístupu k postiženému a zabránit se tak rozvoji poruchy (Papežová, 2000, s. 74).

V první řadě je nutné zakázat postiženému cvičení, a to všeobecně. Je nepřijatelné, aby škola brala na sebe riziko, vyplývající s provozováním tělesných aktivit u značně hubnutím oslabeného žáka (Papežová, 2000, s. 74-75).

Žákům s poruchou příjmu potravy může domácí příprava trvat neúměrně mnoho času. To je zapříčiněno především díky rysům perfekcionismu, který je pro tyto poruchy tak typický. Učitelé proto mohou společně s rodiči stanovit maximální dobu, určenou pro domácí přípravu. Během zkoušení je nutné brát v úvahu zdravotní stav postiženého žáka a seznámit s ním i ostatní pedagogy. V případě, že je pro zkoušení zapotřebí delší časový úsek, je nutné udělat během něj přestávku. Dále je nutné dbát na to, aby postižený žák netrpěl chladem (Papežová, 2000, s. 74-75).

Tělo při nedostatku živin nemá dostatek energie k vytvoření potřebného tělesného tepla a postiženého tak může chlad velmi limitovat. Pomoci nám může například přikrývka nebo láhev s horkou vodou. Papežová upozorňuje, aby při kontrole stravování postiženého žáka ve školní jídelně nedošlo k jeho odcizení od kolektivu tím, že na něj bude dohlížet některý z pedagogů, případně bude jíst odděleně. Vhodnější variantou by zřejmě bylo stolování společně s kamarádem či kamarádkou, která dohlédne na to, aby bylo jídlo sněžené. Dále se přiklání k názoru, že při volbě budoucího povolání jsou některé profese méně vhodné pro osoby trpící poruchou příjmu potravy. Jedná se především o profese ve zdravotnických zařízeních. Základní podmínkou pomoci postiženému žákovi ze strany školy však nadále zůstává, že vše co bude škola ve snaze pomoci postiženému podnikat, musí být po dohodě s jeho rodiči a s jejich souhlasem (Papežová, 2000, str. 74, 75).

7 Přístup k žákům s poruchou příjmu potravy v rodině

Pro dospívajícího člověka trpícího poruchou příjmu potravy je funkční rodinné zázemí jedním z hlavních faktorů, přispívajících k úspěšnému zvládnutí poruchy. Odpovědnost za neplnoleté dospívající dítě spočívá právě na jeho rodičích. Ty jsou zpravidla po zjištění skutečnosti, že jejich dítě trpí poruchou příjmu potravy pod značným psychickým tlakem. Neměli by proto váhat a se svým dítětem navštívit dětského lékaře, který učiní další kroky, vedoucí ke zvládnutí nemoci.

Papežová k řešení problému v rodině uvádí, že rodiče mohou být svázáni strachem nad možnými následky poruchy, která postihla jejich dítě. Pod vlivem stresu pak mohou na své dítě silně tlačit a nutit ho k větší konzumaci jídla. Následný konflikt mezi nimi situaci ještě více zhorší. Takový přístup vede pouze ke konfliktům, zklamání, neúspěšné spolupráci a vzdoru. Úspěch spočívá v pochopení vzájemných vztahů, postojů a hodnot druhých. Pochopení těchto souvislostí je značně obtížné, především u mentální anorexie, kde si postižený odmítá existenci poruchy připustit (Papežová, 2000, s. 26).

Rodič proto musí při rozhovoru s dítětem postupovat citlivě a ohleduplně. Je nezbytné, aby se předem na rozhovor připravili, a seznámili se se základními charakteristikami zmíněné poruchy. Předpokladem úspěšné léčby je, že si postižený člověk musí svůj problém uvědomit. Dále je důležité, aby se rodiče ujistili, že všichni odborníci podílející se na léčbě jejich dítěte postupují jednotně a sledují stejný cíl. Je samozřejmé, že existence poruchy bude mít vliv na vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. Přesto si rodiče musí zachovat svůj život a nezanedbávat sebe, partnera a další členy rodiny. Stanovením pravidel vzájemného soužití a jejich dodržováním můžeme omezit vznik krajních situací na minimum (Papežová, 2000, s. 26).

Papežová navrhuje následující (Papežová, 2000, s. 26):

- *Všichni členové rodiny by se měli respektovat, rodiče by měli respektovat dětský růst k nezávislosti a děti právo rodičů na vlastní potřeby.*
- *Každý má právo říci, co je pro něho nepřijatelné, a stanovit hranice, zvláště rodiče dětem.*
- *Rodiče by měli mít pocit, že spolupracují a podporují, nezrazovat úsilí druhého.*
- *Ujistěte se, že se dělíte o odpovědnost za dceru rovným dílem.*
- *Aby anorexie nevedla k další invalidizaci postižené, dovolte jí pracovat na své nezávislosti.*
- *Občas ji ponechte bez péče, aby si užila společnost někoho jiného.*

Dále autorka upozorňuje na chyby, kterých by se rodiče mohli dopustit při rozhovoru s postiženým dítětem, protože komunikace s dítětem je při tomto druhu postižení nezbytná. Kromě základních pravidel komunikace je v tomto případě nezbytné, aby rodiče nepodléhali hněvu a zoufalství, mluvili klidně a vyrovnaně. Čím více budou o problému mluvit, tím rychleji vyjde na povrch a bude snazší proti němu společně bojovat (Papežová, 2000, s. 27).

Samotná léčba poruchy bere v úvahu vývojový stupeň dívky a probíhá ve třech stádiích. V první řadě je zejména v případě mentální anorexie stabilizovat tělesnou hmotnost a zabránit tak ohrožení zdraví postižené. V druhé řadě je zaměřena na změnu nevhodných stravovacích návyků. Třetí stádium léčby spočívá v pochopení vlastních rysů osobnosti (Papežová, 2000, s. 29).

Hlavním úkolem rodičů je své dítě během léčby podporovat a starat se o něj. Zejména mu pomoci při utváření správných jídelních návyků a aktivního přístupu k jídlu. Například dodržováním pravidelných jídelních rituálů a dalších aktivit vedoucích k úpravě a stabilizaci tělesné hmotnosti. Dále mohou svou podporou výrazným způsobem přispět k formování zdravého sebevědomí a vnímání těla u svého dítěte. Ve všech těchto aktivitách však musí postupovat v souladu s doporučením odborníků, podílejících se na léčbě poruchy. Jedině tak lze úspěšně zvládnout poruchy příjmu potravy (Papežová, 2000, s. 26, 29).

PRAKTICKÁ ČÁST

Na začátku praktické části práce si zvolíme hlavní cíle výzkumného šetření, stanovíme si hypotézy, které budou na základě výsledků šetření buďto potvrzeny nebo vyvráceny. Představíme si jednotlivé metody výzkumu i vzorek zkoumání. Hlavní součástí praktické části bude i interpretace a analýza dat jednotlivých výsledků výzkumu. Výsledky budou prezentovány pomocí grafů a tabulek, opatřeny budou komentářem, který shrnuje uvedené výsledky. V závěru každé interpretace těchto výsledků bude provedeno shrnutí zjištěných poznatků.

8 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

8.1 Cíle výzkumu

- Zhodnotit příčiny rozvoje mentální anorexie.
- Zjistit, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svým tělem.
- Zjistit, jaké mají respondenti znalosti z oblasti poruchy příjmu potravy.

Na základě těchto cílů byly stanoveny 3 hypotézy. Cílem šetření bude potvrzení či vyvrácení těchto hypotéz.

Hypotézy:

1. Většina žáků má základní znalosti z oblasti poruch příjmu potravy.
2. Polovina studentů není spokojena se svým tělem.
3. Vyšší procento nespokojenosti se svým tělem je hlavně u dívek.

8.2 Metody výzkumu

Pro účely výzkumného šetření byla zvolena metoda případové studie neboli kazuistiky a metoda dotazníkového šetření.

8.2.1 Kazuistika

Kazuistika je popis i výklad konkrétního případu či více případů. Tento výraz se používá jako synonymum pro případovou studii. Detailně kazuistika či případová studie zkoumá jeden či několik málo případů, kumuluje velké množství informací, vedoucí k objasnění zkoumaného případu. Studie posuzuje případ samozřejmě i komplexně.

Základní výzkumná otázka: „Jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů?“ (Hendl, 2005, s. 103)

8.2.2 Dotazník

Další výzkumnou metodou, která byla pro účely výzkumu zvolena, je metoda dotazníkového šetření. Dotazník je nejčastější metodou získávání dat. Tímto způsobem můžeme písemně klást otázky a stejnou formou na ně získávat odpovědi.

Osoba, která dotazník vyplňuje, se nazývá respondent. Prvky v dotazníku jsou otázky, či jiným označením položky. Při sestavování dotazníků klademe důraz na přesnou formulaci otázek, které by měly směřovat ke konkrétní zkoumané problematice. (Gavora, 2010, s. 99).

Výběr metody vycházel z výhod, které dotazníková metoda v sobě obsahuje: získání dat od velkého počtu respondentů, respondenti odpovídají anonymně. Tato metoda má ovšem i své nevýhody, např. skutečnost, že ne všichni oslovení respondenti odpovídají na otázky pravdivě. Rovněž může chybět řádné vyplnění dle instrukcí.

Ke zjištění údajů, týkajících se oblasti vztahu ke svému tělu a jídelních postojů, bylo použito dotazníkového šetření, při kterém byl použit Garnerův a Garfinkelův test postoje k jídlu EAT 26. Tento test vypovídá o možném narušení vztahu ke svému tělu a jídelnímu chování. Dotazník má tři části. První část obsahuje instrukce jak s dotazníkem pracovat. Druhá část obsahuje základní údaje o respondentovi. Třetí část obsahuje vlastní dotazník, který se skládá z 26 otázek.

Vyhodnocení dotazníku je následující: Otázky 1 – 26, mimo otázky 25, se každá extrémní odpověď (vždy, obvykle, často) hodnotí 3, 2, 1, bodem. U otázky 25 probíhá hodnocení opačně a odpovědi (nikdy, zřídka, někdy) jsou hodnoceny 3, 2, 1, bodem.

Pokud je při vyhodnocení dotazníku EAT 26 celkový součet bodů roven nebo vyšší než 20, vypovídá to o narušeném postoji testované osoby k jídlu. Dále je možné vyhodnotit jednotlivé dílčí údaje, vypovídající o sklonu k dietnímu chování, záchvatovitému přejídání a orální kontrole potravy. K dietnímu chování se vztahují otázky č. 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25. K záchvatovitému přejídání otázky č. 3, 4, 9, 18, 21, 26. K orální kontrole příjmu potravy otázky č. 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

Za účelem zjištění znalostí týkající se problematiky poruch příjmu potravy, byl ještě použit test znalostí, skládající se z 10 otázek, týkajících se problematiky poruch příjmu potravy, kde měli respondenti na výběr z několika možností odpovědí. Respondenti zde zaškrtovali veškeré odpovědi, které považovali za správné.

8.3 Popis zkoumaného vzorku

Část výzkumu, probíhala formou nestandardizovaného rozhovoru, s jednou respondentkou (18 let), která prodělala mentální anorexii. Výsledky zjištění na základě tohoto rozhovoru budou prezentovány níže formou kazuistiky konkrétního případu.

Co se týče metody dotazníkového šetření, ten byl proveden v květnu 2013 na Středním odborném učilišti v Sušici. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 82 respondentů, ve věku 17. – 19. let. Výzkumu se zúčastnilo 38 dívek a 44 chlapců. Celkem tedy bylo rozdáno 82 dotazníků, odevzdáno jich bylo také 82. Návratnost se tedy zdařila na 100 %.

Níže bude pro lepší přehlednost uvedena tabulka, v jakém počtu byli respondenti ve výzkumu zastoupeni dle věku a pohlaví:

Tabulka 2 - Rozložení respondentů dle věku a pohlaví

Chlapci 17 let	15
Chlapci 18 let	13
Chlapci 19 let	16
Dívky 17 let	13
Dívky 18 let	12
Dívky 19 let	13

8. 4 Analýza a interpretace výsledků dotazníkového šetření

8.4.1 Kazuistika: Dívka, 18 let, která prodělala mentální anorexií.

Před dvěma lety podstoupila dnes osmnáctiletá dívka hospitalizaci ve Fakultní nemocnici Plzeň s diagnózou mentální anorexie. Po stabilizaci akutního stavu se podrobila léčbě spočívající prvotně v navýšení její tělesné hmotnosti na přijatelnou mez a úpravě stravovacích návyků, dále podstoupila psychoterapii. Během celého pobytu byla pod neustálou kontrolou. Po třech měsících se její tělesná hmotnost stabilizovala a dívka byla z nemocnice propuštěna do domácí péče matky. Poté docházela v pravidelných intervalech k dětskému praktickému lékaři na kontrolu zdravotního stavu a navštěvovala psychiatrickou poradnu. Z důvodu ochrany identity je respondentka nazvána fiktivním jménem „Petra“.

Petra žije s oběma rodiči v rodinném domě v okrajové vilové části města s 200 000 obyvateli. V domě má v podkroví samostatný pokoj. Majetkové poměry rodičů jsou nadprůměrné. Její otec je často pracovně zaneprázdněn, a proto s rodinou nikdy netrávil mnoho času. Převážnou část její výchovy proto měla na starosti její matka, která byla vždy přísná a důsledná. Od té doby, kdy začala chodit do školy, se požadavky její matky na ni ještě zvýšily a dívka byla pod neustálým psychickým tlakem, aby matku nezklamala. Až do svých patnácti let neměla žádné vážnější problémy. Byla společenská, měla hodně kamarádů, zpívala v pěveckém sboru a sportovala v oddílu lehké atletiky. Na víceletém gymnáziu, kde nadále studuje, patřila mezi průměrné žáky.

Patnáctý rok v jejím životě byl pro ni zlomový. Začíná se uzavírat do sebe, je podrážděná a nespokojená s tím, jak vypadá. Jako osudovou označuje situaci, kdy o ní její otec pronesl před matkou větu: „Nějak se nám ta holka začíná pěkně zakulacovat.“ Téměř vzápětí začíná držet dietu a chodí večer běhat, a to i ve dnech, kdy má trénink lehké atletiky. Inspiraci nalézá na internetových stránkách „pro-ana“. První výsledky na sebe nenechaly dlouho čekat. Během deseti dnů snížila svou tělesnou hmotnost skoro o šest kilogramů. Měla velkou radost, že si toho ve škole kromě ostatních spolužáků všiml i spolužák z vedlejší třídy, který se jí velmi líbil a projevil jí své sympatie. Tato pozitivní reakce spolužáků ji podnítila k vynaložení ještě většího úsilí.

Chtěla být nejtíhlejší z celé školy. Projevy perfekcionismu se u ní začaly přenášet i do ostatních oblastí jejího života. Z původně průměrné žákyně víceletého gymnázia se postupně stává premiantkou třídy. Své zájmy soustředí jen na cvičení a přípravu do školy. Uzavírá se do sebe a v myslí se ustavičně zabývá jídlem a jeho porce neustále zmenšuje. Energetická hodnota denního příjmu potravy nezdědka klesá pod 100 Kcal za den. Přesto nepřestává s cvičením, které provádí již jen doma o samotě ve svém pokoji. Přestože postupně ztrácí menstruaci, vytrvává ve svém úsilí. Stále si připadá moc silná. Na poznámky spolužáků, ohledně vyhublosti, reaguje podrážděně a začíná nosit silnější a volnější oblečení. Tak částečně řeší své problémy s neustálým pocitem chladu. Ve škole se z důvodu nevolnosti pořád omlouvá z hodin tělocviku. Obrat v jejím stavu nastává dnem, kdy upadla ve škole na schodech a odřela si loket pravé ruky. Její třídní učitelka si při ošetření zraněné ruky všimla její kostnatosti, která nebyla pod oblečením tak patrná a alarmující.

Na zdravotní stav Petry upozornila její rodiče. Ohrožení života jejich dcery následně rodinu stmelí, oba její rodiče se jí snaží dle svých možností pomoci. Vzájemně se střídají a dohlíží, aby pravidelně jedla. Jejich snaha je však marná. Jak Petra přiznává, naučila se v této době dobře využívat situace. Stačila chvilka nepozornosti rodičů a jídlo si schovala a následně vyhodila. V případě, kdy se pozření jídla nedokázala vyhnout, protože nad ní matka trpělivě seděla a čekala, až z naservírované porce alespoň něco sní, tak ihned po odchodu do svého pokoje, použila projímadlo. Posléze objevila podle svých slov daleko účinnější metodu, zvracení.

Rodiče byli z Petry zoufalí, to že jí vlastními silami pomoci nedokáží, si uvědomili ve chvíli, kdy jejich dcera omdlela na zahradě při hrabání listí. Okamžitě jí naložili do auta a odvezli na pohotovost. Následovala hospitalizace na oddělení specializovaném na léčbu poruch příjmu potravy. Její tělesná hmotnost byla v té době při výšce 175 cm 36 kg. Index tělesné hmotnosti tak udával hodnotu 11,76. Následně jí byla lékaři sdělena hmotnost 45 kg, které musí dosáhnout, aby mohla být propuštěna do domácí péče. Až v této chvíli, jak uvádí, si uvědomila svůj problém. Do domácího léčení byla propuštěna po čtyřech měsících hospitalizace. Dnes je její hmotnost 52 kg a index tělesné hmotnosti 16,98. Při léčbě jí nejvíce pomohla podpora ze strany rodiny. Neuvádím zde podrobně celý rozhovor s Petrou, ale jeho stěžejní část. Rozhovor s Petrou byl veden v přátelské atmosféře, při které mi vyprávěla svou zkušenost s anorexií.

Hodnocení

Během rozhovoru s Petrou bylo zjištěno, že si svoji poruchu nechtěla po dlouhou dobu vůbec připustit, a to i přes přítomnost zdravotních obtíží, které ji provázely. Prožřela až v době svého pobytu v nemocnici na specializovaném pracovišti pro léčbu poruch příjmu potravy. Do té doby se projevy nemoci snažila všemi možnými způsoby skrývat a urputně se snažila nadále hubnout. Potvrzuje tak typické příznaky onemocnění mentální anorexií, uváděné v odborné literatuře.

Z výše uvedeného vyplývá, že je prakticky vyloučena léčba svépomocí. Následná intervence ze strany rodičů se minula účinkem. Petře se tak dostalo odborné lékařské pomoci až v okamžiku jejího kolapsu. Snaha rodičů, v podobě neustálé kontroly nad množstvím zkonsumovaného jídla, vedla u nemocné dcery k purgativnímu chování. V tomto případě v používání projímadla a vyvolání zvracení.

8.4.2 Vyhodnocení dotazníku EAT 26

Tabulka níže a následné grafické zpracování nám vyhodnotí výsledky z výzkumného šetření týkající se spokojenosti respondentů se svým tělem a jejich postojů k jídlu. Pokusíme se prokázat rozdílnost ve spokojenosti s tělem u dívek a u chlapců. Tabulka i grafy budou doplněny o komentář, který nabídne shrnutí výsledků šetření.

Vyhodnocení dotazníku EAT 26 - dívky

Tabulka 3 - Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – dívky.

Dívky (38)	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Děsím se myšlenky, že bych měl(a) nadváhu.	6	8	12	5	6	1
Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.	0	1	14	10	6	7
Uvědomuji si, že se až příliš v duchu zabývám jídlem.	0	3	10	11	11	3
Už se mi stalo, že jsem se přejídal(a) a přesto stále jedl(a) i když jsem cítil(a), že možná nedokážu přestat.	1	2	11	13	9	2
Krájím si jídlo na drobné kousky.	1	3	2	7	18	7

Dávám si pozor na kalorickou hodnotu jídla, které jím.	0	3	16	7	11	1
Zvlášt' se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. chlebu, rýži, bramborům, atd.).	0	0	1	6	23	8
Tuším, že lidé kolem mne by byli raději, kdybych víc jedl(a).	2	9	11	8	4	4
Po jídle zvracím.	0	0	0	1	5	33
Po jídle mívám silné pocity viny.	0	1	1	2	8	26
Neustále toužím být štíhlejší.	5	9	7	8	9	0

Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	8	12	5	7	5	1
Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubená(ý).	6	7	10	7	7	1
Stále přemýšlím o tuku na svém těle.	2	5	14	5	8	4
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	1	4	6	13	13	1
Vyhýbám se sladkým jídlům.	0	0	4	12	14	10
Jím dietní stravu.	0	4	8	12	9	5
Cítím, že strava ovládá můj život.	4	10	5	10	6	3
Co se týče jídla, dovedu se ovládat.	3	13	16	3	1	1
Ostatní mě nutí do jídla.	2	2	6	14	12	2

Věnuji jídlu příliš mnoho času i myšlenek.	0	0	2	15	16	5
Když sním něco sladkého, nejsem ve své kůži.	0	0	3	6	10	19
Aktivně se řídím pokyny podle diet.	0	1	6	7	13	11
Rád(a) mám prázdný žaludek.	0	3	4	8	11	12
Rád(a) ochutnám nové výživné jídlo.	3	10	10	12	3	0
Po jídle se mi chce zvracet.	0	0	0	0	7	31

V kategorii sledující sklony k dietnímu chování odpovídaly dívky v otázkách 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 následovně. Strach z nadváhy má 26 dívek (68,42%). Na kalorickou hodnotu jídla si dává pozor 19 dívek (50,00%). Jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů se vyhýbá 1 dívka (2,63%). Po jídle mají pocit viny 2 dívky (5,26%). Po štihlosti neustále touží 21 dívek (55,26%). Během cvičení myslí na spalování kalorií 25 dívek (56,82%).

Neustále o tuku na svém těle přemýšlí 21 dívek (55,26%). Sladkým jídlům se vyhýbají 4 dívky (10,53%). Dietní stravu jí 12 dívek (27,27%). Dietami se řídí 9 dívek (20,45%). Nalačno se příjemně cítí 7 dívek (15,91%). Nová jídla rádo ochutnává 13 dívek (36,36%). Celkem zvolily dívky 166 krát bodovanou odpověď. V této kategorii dosáhlo 9 dívek významnější počet bodů v rozmezí hodnot 10 – 14 bodů.

V kategorii sledující sklony k bulimickému chování odpovídaly dívky v otázkách 3,4,9,18,21,26 následovně. Že se v duchu příliš zabývá jídlem, si uvědomuje 13 dívek (34,21%). Někdy se už více přejedlo a nemohlo přestat 14 dívek (36,84%). Po jídle nezvrací žádná dívka. Že strava ovládá jejich život, cítí 19 dívek (50,00%). Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnují 2 dívky (5,26%). Po jídle se nechce zvracet žádné dívky. Celkem 50 krát zvolily testované dívky bodovanou odpověď. Významnějšího počtu bodů dosáhla v této kategorii jedna dívka, a to 6.

V kategorii vědomé orální kontroly příjmu potravy odpovídaly dívky v otázkách 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 následovně. Jídlu se vyhýbá, i když má hlad 15 dívek (39,47%). Na malé kousky si krájí jídlo 6 dívek (15,79%). Že by lidé v jejím okolí byli rádi, kdyby více jedla, uvedlo 22 dívek (57,89%). Že si ostatní myslí, že je příliš hubená, uvedlo 23 dívek (60,53%). Déle než ostatním trvá sníst jídlo 11 dívkám (28,95%). Ohledně jídla se dovede ovládat 32 dívek (84,21%). Do jídla nutí ostatní 10 dívek (26,32%). Významnějšího počtu bodů dosáhla jedna dívka, a to 9.

V celkovém hodnocení dívek dosáhlo mezní hranice 20 bodů 7 dívek (18%) z 38 tázaných dívek. Rozpětí dosažených hodnot bylo v rozmezí 20 – 25 bodů.

Celkem 333 krát (34%) zvolily dívky bodově hodnocenou odpověď, tedy odpověď rizikovou z hlediska poruch příjmu potravy a 655 (66%) zvolily odpověď nebodovanou.

Vyhodnocení dotazníku EAT 26 – chlapci

Tabulka 4 - Vyhodnocení dotazníku EAT 26 chlapci

	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Chlapci (44)						
Děsím se myšlenky, že bych měl(a) nadváhu.	0	2	3	10	9	20
Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.	1	0	2	12	7	22
Uvědomuji si, že se až příliš v duchu zabývám jídlem.	1	2	2	8	11	20
Už se mi stalo, že jsem se přejídal(a) a přesto stále jedl(a) i když jsem cítil(a), že možná nedokážu přestat.	1	1	3	10	11	18
Krájím si jídlo na drobné kousky.	2	2	4	9	11	16
Dávám si pozor na kalorickou hodnotu jídla, které jím.	0	0	0	5	7	32

Zvlášt' se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. chlebu, rýži, bramborům, atd.).	1	0	0	1	5	37
Tuším, že lidé kolem mne by byli raději, kdybych víc jedl(a).	1	4	3	5	5	26
Po jídle zvracím.	1	0	0	0	3	40
Po jídle mívám silné pocity viny.	1	1	0	0	3	39
Neustále toužím být štíhlejší.	2	4	3	7	9	19
Když cvičím, myslím na spalování kalorií.	3	2	4	13	6	16
Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubená(y).	1	5	9	5	7	17
Stále přemýšlím o tuku na mém těle.	1	1	4	10	9	19
Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.	1	0	2	12	13	16
Vyhýbám se sladkým jídlům.	0	0	2	9	10	23
Jím dietní stravu.	1	1	3	7	9	23
Cítím, že strava ovládá můj život.	2	1	4	5	9	23

Co se týče jídla, dovedu se ovládat.	9	6	9	12	4	4
Ostatní mě nutí do jídla.	0	1	3	4	13	23
Věnuji jídlu příliš mnoho času i myšlenek.	1	2	1	4	14	23
Když sním něco sladkého, nejsem ve své kůži.	0	1	0	4	4	35
Aktivně se řídím pokyny podle diet.	0	1	1	4	7	31
Rád(a) mám prázdný žaludek.	0	2	0	8	12	22
Rád(a) ochutnám nové výživné jídlo.	8	6	8	15	4	3
Po jídle se mi chce zvracet.	0	0	1	1	1	41

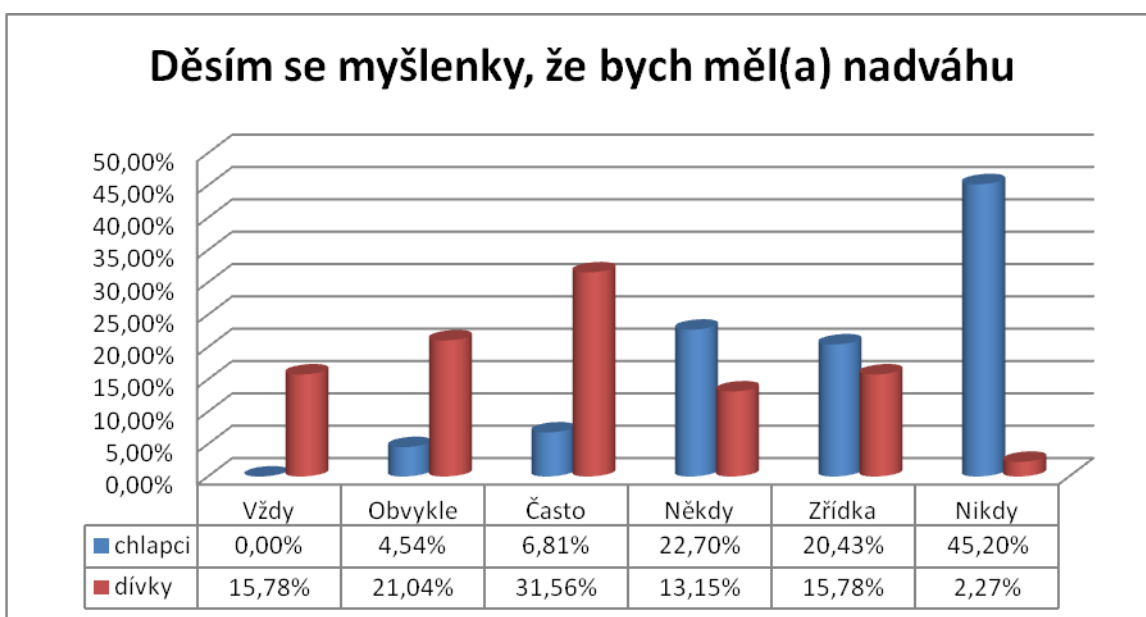
V kategorii sledující sklony k dietnímu chování odpovídali chlapci v otázkách 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 následovně. Strach z nadváhy má 5 chlapců (11,36%). Na kalorickou hodnotu jídla si nikdo s chlapců pozor nedává. Jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů se vyhýbá 1 chlapec (2,27%). Po jídle mají pocit viny 2 chlapci (4,55%). Po štíhlosti neustále touží 9 chlapců (20,45%). Během cvičení myslí na spalování kalorií také 9 chlapců (20,45%). Neustále o tuku na svém těle přemýšlí 6 chlapců (13,64%). Sladkým jídlům se vyhýbají 2 chlapci (4,55%). Dietní stravu jí 5 chlapců (11,36%). Po sladkém jídle se necítí dobře 1 chlapec (2,27%). Dietami se řídí 2 chlapci (4,55%). Na lačno se příjemně cítí 2 chlapci (4,55%).

Nová jídla rádo ochutnává 22 chlapců (50,00%). Celkem 66 chlapců zvolilo bodovanou odpověď. V této kategorii dosáhli dva chlapci významnějšího počtu bodů, a to 12 a 15. V kategorii sledující sklony k bulimickému chování odpovídali chlapci v otázkách 3,4,9,18,21,26 následovně. Že se v duchu příliš zabývá jídlem, si uvědomuje 5 chlapců (11,36%). Někdy se už více přejedlo a nemohlo přestat 5 chlapců (11,36%). Po jídle zvrací 1 chlapec (2,27%). Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnují 4 chlapci (9,09%). Po jídle se chce zvracet 1 chlapci (2,27%). Bodovanou odpověď zvolilo celkem 16 chlapců. Významnějšího počtu bodů dosáhl v této kategorii jeden chlapec, a to 9.

V kategorii vědomé orální kontroly příjmu potravy odpovídali chlapci v otázkách 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 následovně. Jídlu se vyhýbá, i když má hlad 5 chlapců (11,36%). Na malé kousky si krájí jídlo 8 chlapců (18,18%). Že by lidé v jeho okolí byli rádi, kdyby více jedl, uvedlo 8 chlapců (18,18%). Že si ostatní myslí, že je příliš hubený, uvedlo 15 chlapců (34,09%). Déle než ostatním trvá sníst jídlo 3 chlapcům (6,82%). Ohledně jídla se dovede ovládat 24 chlapců (54,55%). Do jídla nutí ostatní 4 chlapce (9,09%). Významnějšího počtu bodů dosáhl jeden chlapec, a to 10.

V celkovém hodnocení dosáhli sledované hranice 20 bodů 2 (5%) ze 44 tázaných chlapců. Konkrétně první dosáhl 20 bodů a druhý chlapec dosáhl nejvyššího počtu bodů vůbec, a to 29 bodů. Celkem 156 krát (14%) zvolili chlapci bodově hodnocenou odpověď, tedy odpověď rizikovou z hlediska poruch příjmu potravy a 988 krát (86%) zvolili odpověď nebodovanou.

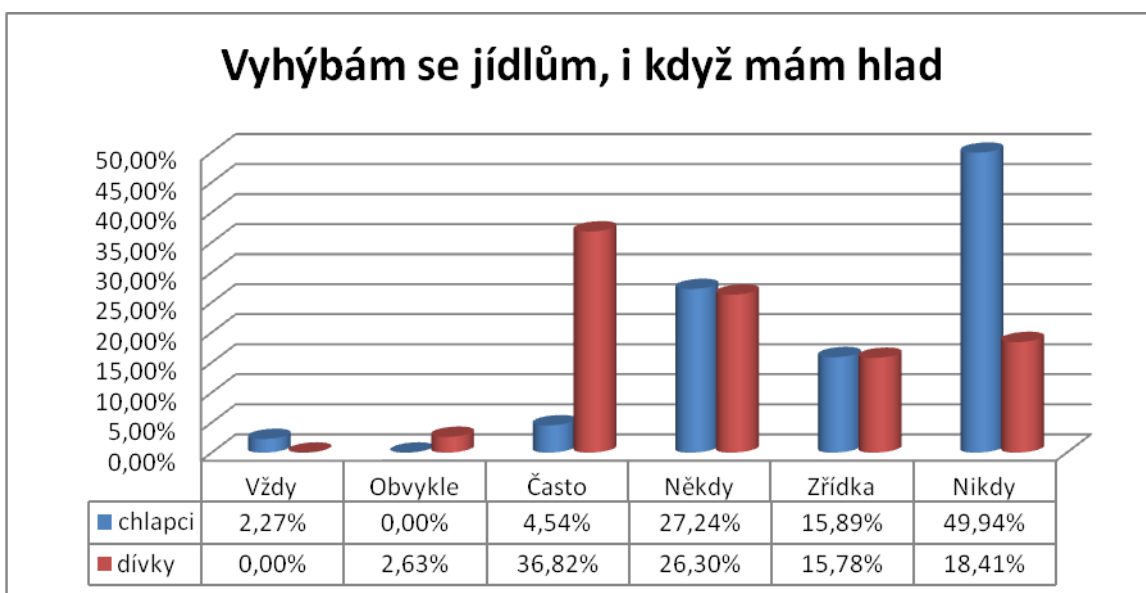
Graf 1: Otázka č. 1



Odpověď, vždy se děším myšlenky nadváhy, ne zvolil žádný z chlapců, 4,54 % pak volilo obvykle. Často se děší myšlenky nadváhy 6,81 % chlapců, někdy 22,70 %, zřídka 20,43 % a nikdy 45,2 %.

U děvčat je situace poněkud opačná. Dívky se ve 31,56 % obávají nadváhy často, 21,04 % obvykle, 15,78 % vždy. Odpověď někdy označilo 13,15 %, zřídka 15,78 a nikdy pouze 2,27 %

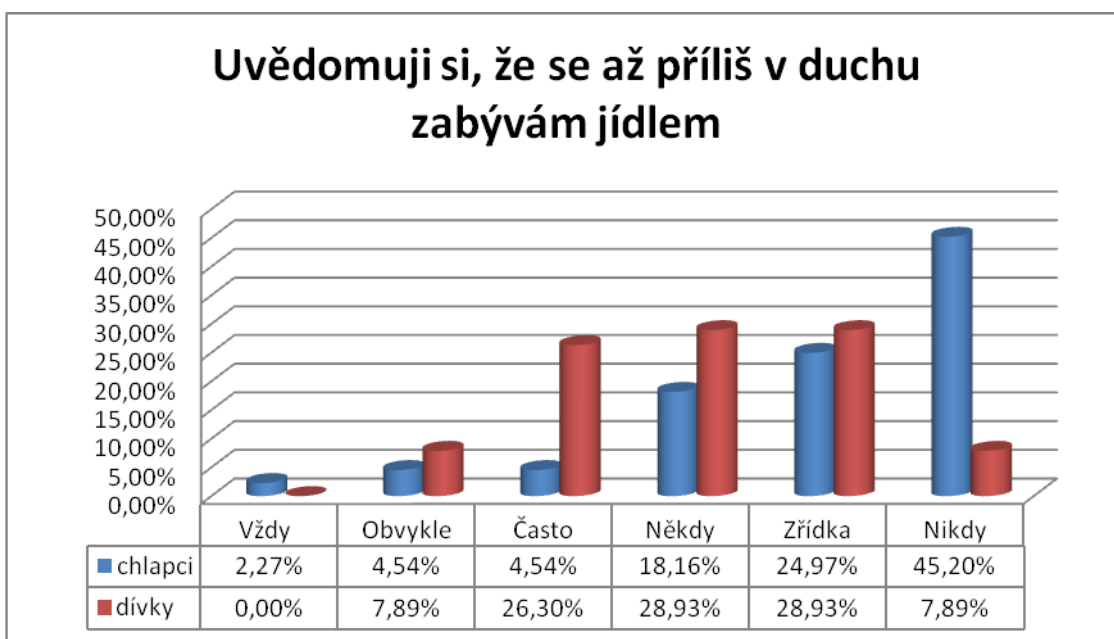
Graf 2: Otázka č. 2



V případě chlapců se vyhýbá jídlu, i v případě hladu vždy pouze 2,27 %. Obvykle žádný z chlapců. Možnost často označilo pouze 4,54 %, někdy 27,24 %, zřídka se vyhýbá jídlu 15,89 % a nikdy asi polovina z chlapců 49,94 %.

Nejčastější odpovědí u dívek je často, kterou označilo 36,82 %, někdy uvedlo 26,30 % dívek zřídka 15,78% a nikdy 18,41 %. V případě odpovědi vždy se vyhýbám jídlům, ani jedna dívka tuto možnost neuvedla, pouze 2.63 %, tedy jedna dívka zvolila variantu obvykle.

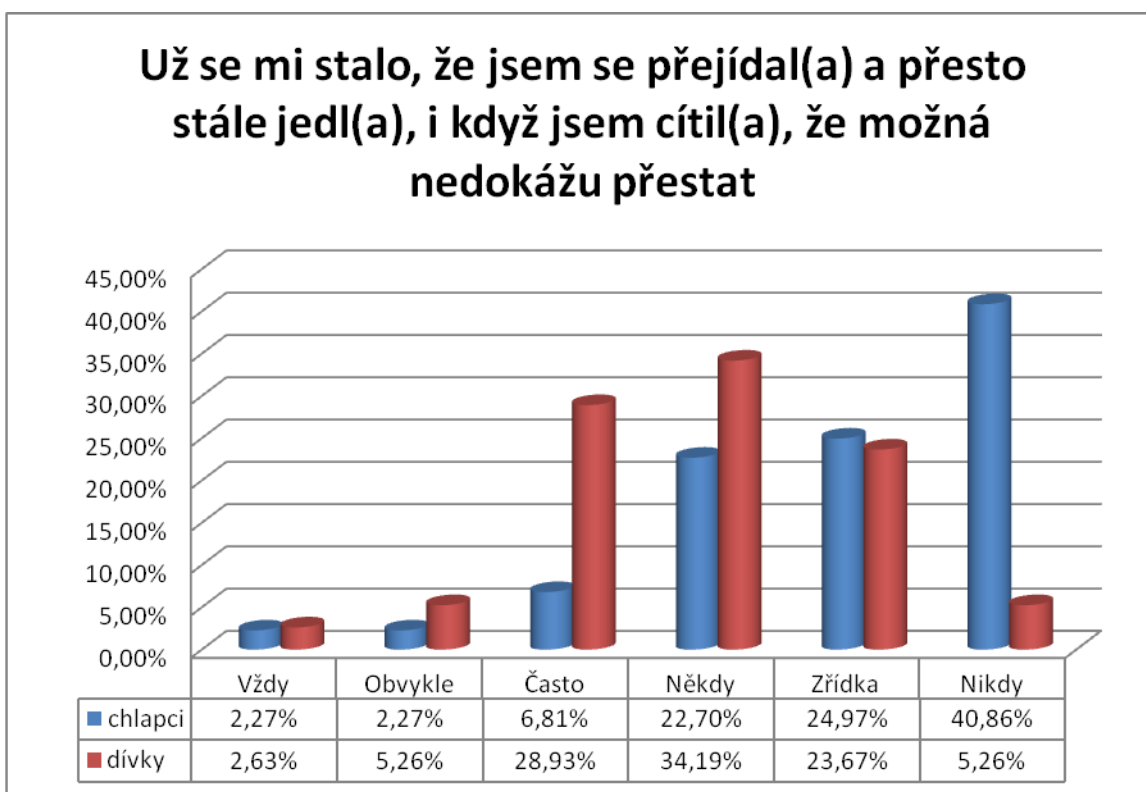
Graf 3: Otázka č. 3



Nejvíce respondentů chlapců označilo, že se nikdy příliš nezabývají jídlem 45,20 %. Zřídka se zabývá jídlem 24,97 %, někdy 18,16%, často a obvykle označilo pouze 4,54 % a odpověď vždy jeden z chlapců 2,27 %.

Dívky se zabývají jídlem někdy 28,93%, stejné procento označilo zřídka 28,93 %. Často se zabývá jídlem 26,30 % dívek, obvykle 7,89 % a možnost vždy neoznačila žádná z respondentek. Nikdy se podle jejich vyjádření jídlem nezabývá 7,89 %.

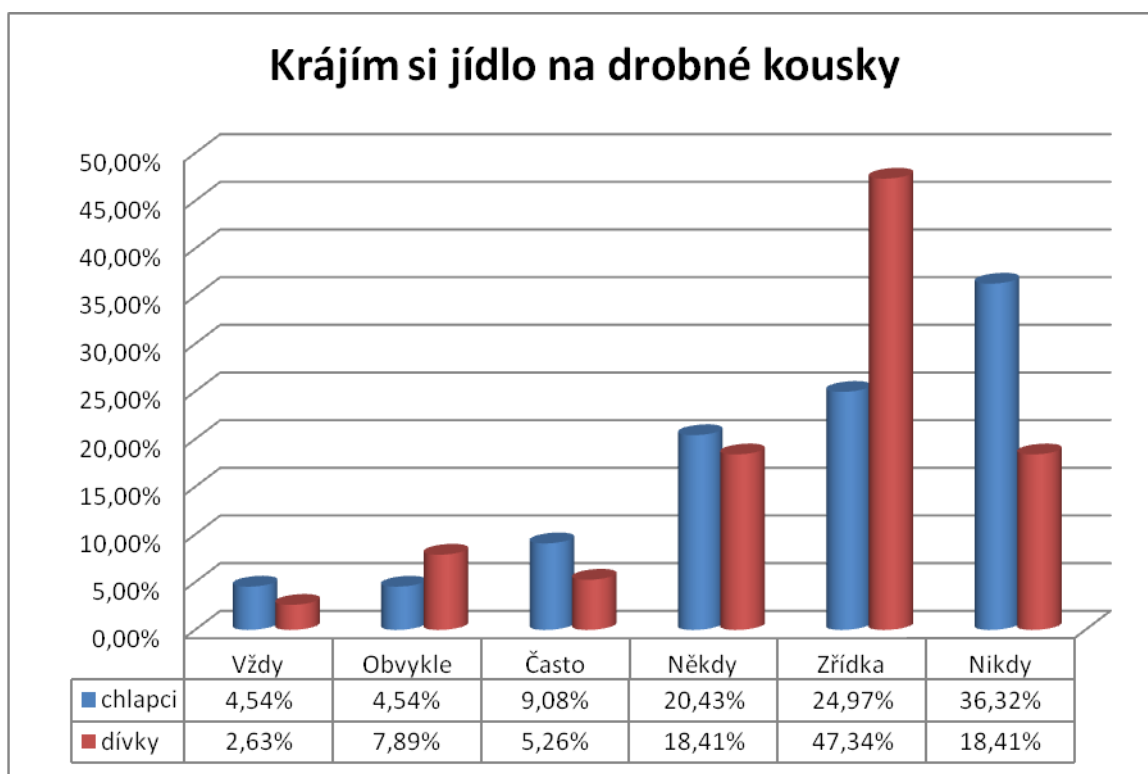
Graf 4: Otázka č. 4



Možnost vždy v tomto případě označilo pouze 2,27 % chlapců, stejné procento označilo obvykle, často pak 6,81 %. Nejčastěji chlapci volili nikdy 40,86%, pak zřídka 24,97 % a někdy 22,70 %.

V případě dívek je nevyšší zastoupení odpovědí někdy 34,19 %, pak často 28,93 %, zřídka 23,67 %. Méně dívek pak volilo odpověď nikdy 5,26 %, obvykle 5,26 % a vždy 2,63 %.

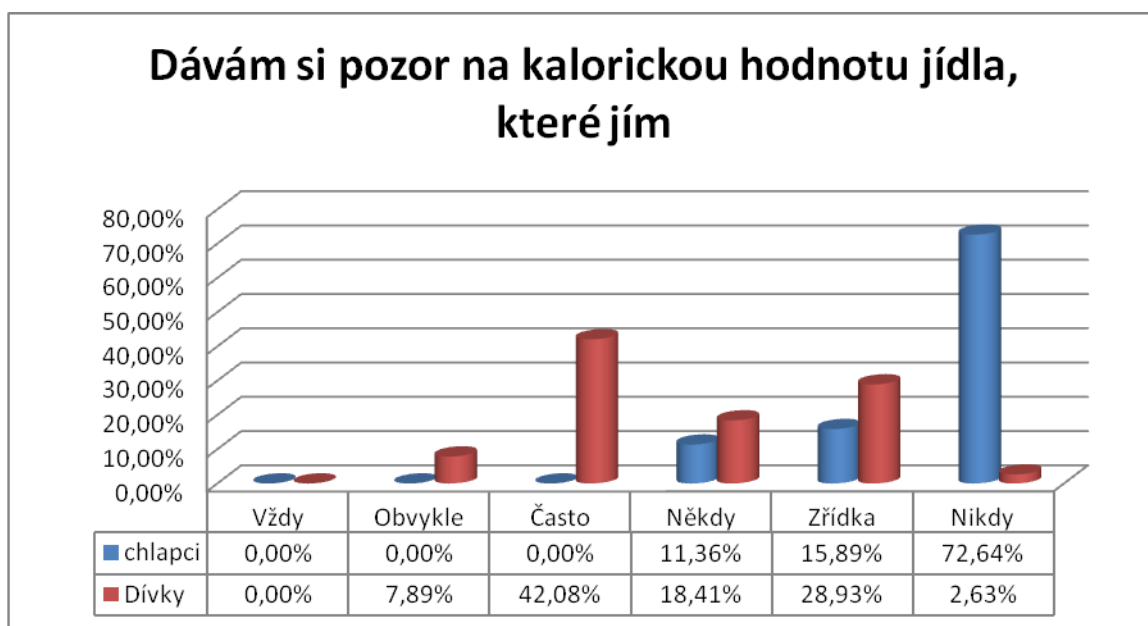
Graf 5: Otázka č. 5



Chlapci se vyjadřovali k tvrzení, že si krájí jídlo na drobné kousky takto: Nejvíce jich tvrdilo, že nikdy 36,32 %, zřídka označilo 24,97 %, někdy 20,43 %. Další varianty odpovědí se již objevovaly v menším zastoupení často 9,08 %, obvykle 4,54 %, stejné procento získala i možnost vždy.

V případě dívek jsou odpovědi podobné, pouze nejčastěji volily možnost zřídka 47,34 %, pak někdy a nikdy, které získaly shodně 18,41 %. Vždy si krájí jídlo pouhých 2,63 % dívek, obvykle 7,89 % a často pouze 5,26 %.

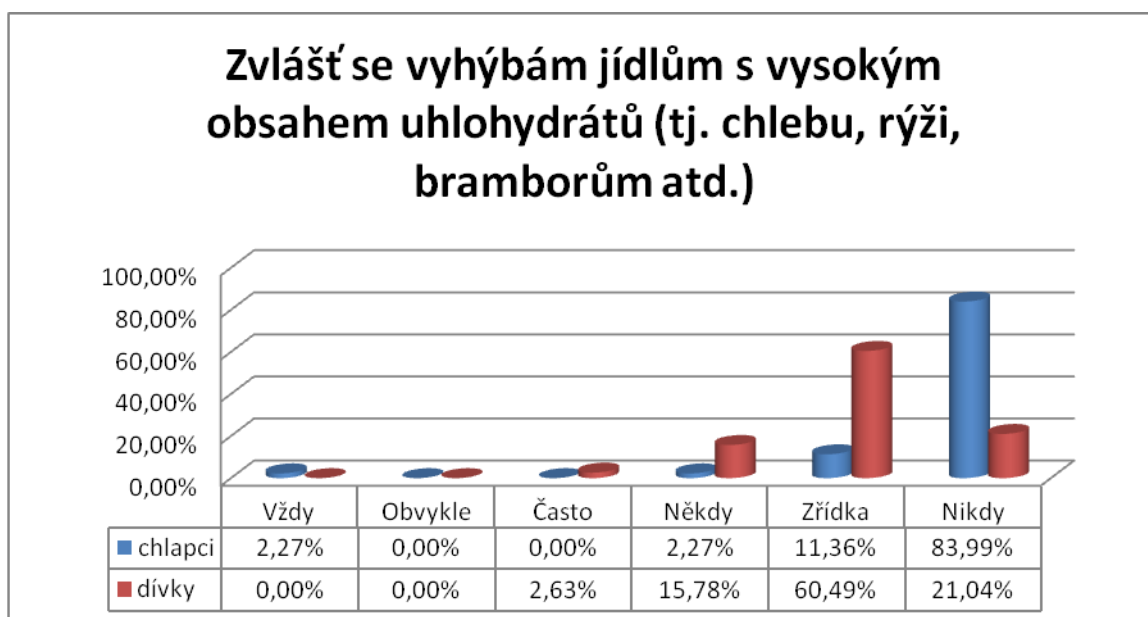
Graf 6: Otázka č. 6



Podle odpovědi chlapců si žádný z nich nedává příliš pozor na kalorickou hodnotu, odpověď nikdy označilo hned 72,63 %, zřídka uvedlo 15,89 % chlapců a někdy 11,36 %. Možnosti vždy, obvykle, často v případě chlapců nebyly zvoleny.

Naproti tomu dívky, jako nejčastější variantu uvedly často 42,08 %, možnost zřídka 28,93 %, někdy 18,41 %, oproti chlapcům zde variantu nikdy zaškrtnula pouze jedna respondentka, obvykle 7,89 % a vždy neoznačila žádná z dívek.

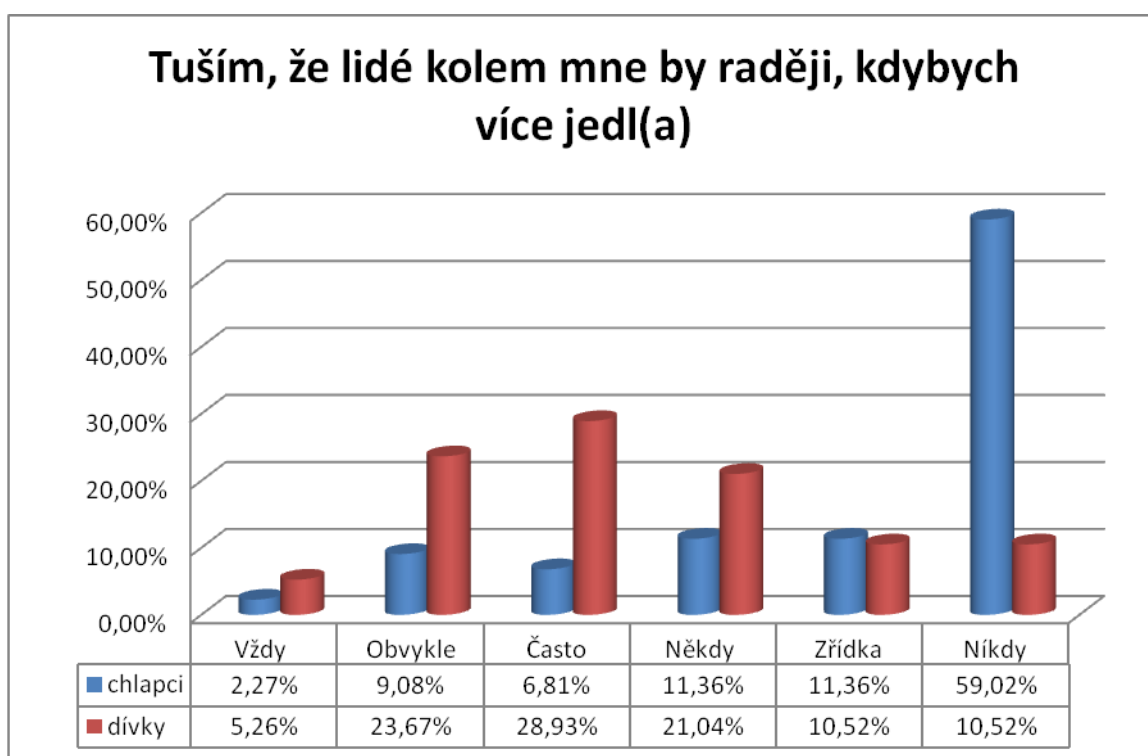
Graf 7: Otázka č. 7



Jako nejčastější možnost se u chlapců objevovala varianta nikdy 83,99 %. V menším zastoupení pak je zřídka 11,36 %, někdy 2,27 % a vždy 2,27 %. Možnosti obvykle a často neuvedl žádný z chlapců.

U dívek je nejčastější odpověď ohledně vyhýbání se jídlům zřídka 60,49 %. Nikdy se nevyhýbá určitým jídlům 21,04 %, někdy 15,78 % a často pouze 2,63 %. Variantu vždy a obvykle neoznačila žádná z dívek.

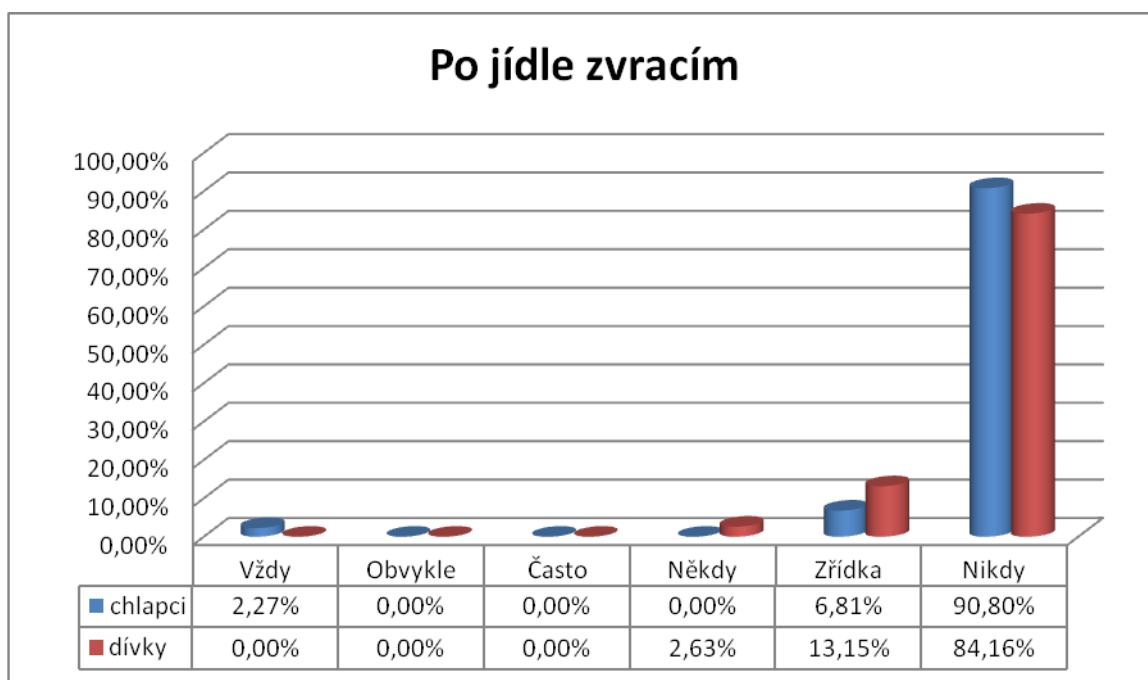
Graf 8: Otázka č. 8



V tomto případě se chlapci vyjádřili v tom smyslu, že vůbec netuší, že by kolem nich lidé chtěli, aby více jedli. Možnost nikdy označilo 59,02 %, zřídka to přiznává 11,36 %, někdy 11,36 %, často to slýchá pouze 6,81 %, obvykle 9,08 % a vždy pouze jeden respondent.

Odpovědi dívek jsou poněkud vyváženější. Často označilo 28,93 %, někdy 21,04 %, obvykle 23,67 %, vždy označily pouze 2 dívky 5,26 % a zřídka 10,52 %.

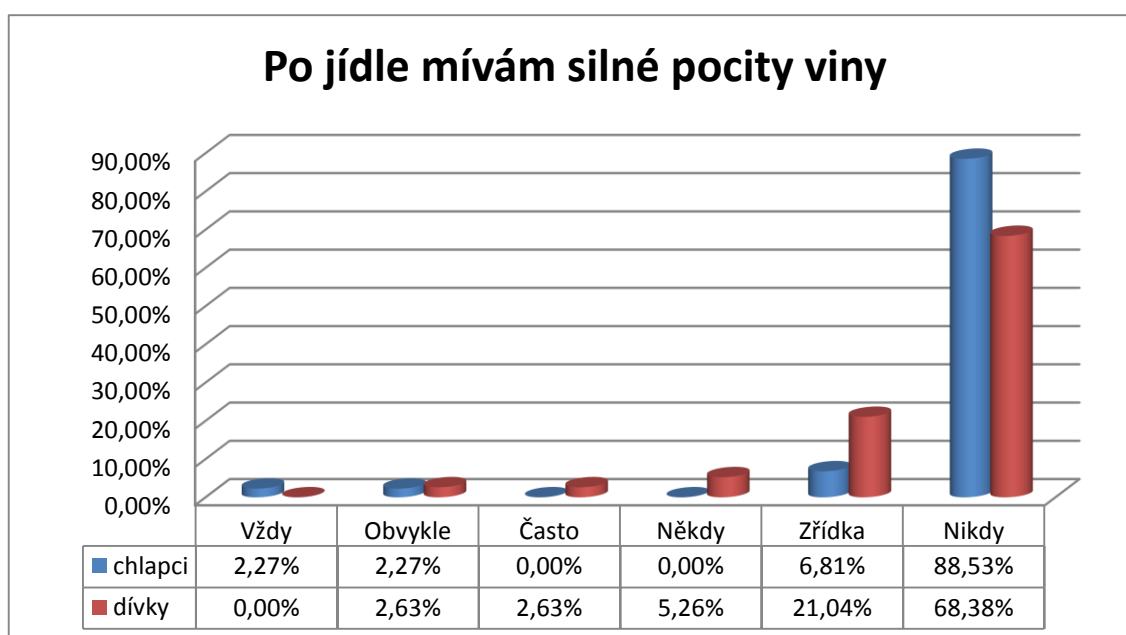
Graf 9: Otázka č. 9



Tato položka přinesla v případě chlapců i dívek téměř jednoznačné odpovědi. Chlapci z 90,80 % tvrdí, že po jídle nikdy nezvrací, pouze 6,81 % zřídka a vždy označil 1 respondent 2,27 %.

U dívek jsou výsledky podobné. 84,16 % dívek nikdy po jídle nezvrací, zřídka 13,15 %, možnost někdy označilo 2,63 %.

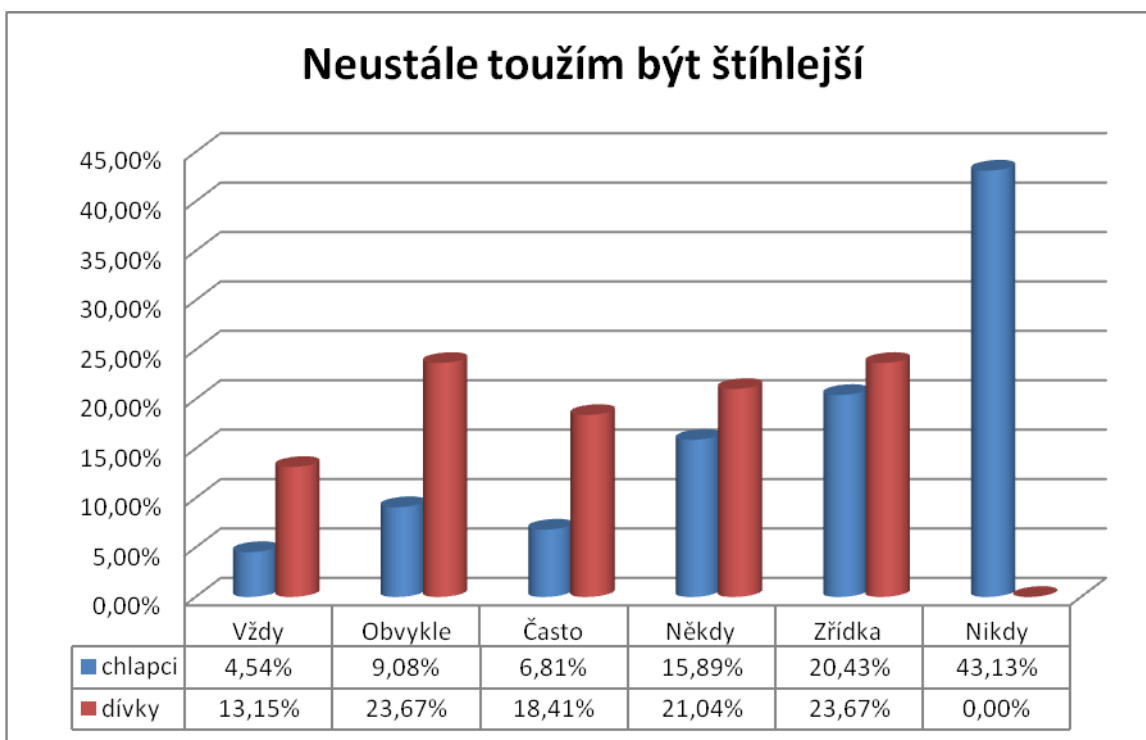
Graf 10: Otázka č. 10



88,53 % chlapců po jídle pocit viny nemá nikdy, pouze 6,81 % udává, že zřídka, 2,27 % přiznává, že má pocit viny vždy po jídle, stejné procento pak udává obvykle.

Odpovědi dívek jsou podobné 68,38 % tvrdí, že po jídle pocit viny nemá nikdy, 21,04 % zřídka, 5, 26 % někdy, obvykle a často je v zastoupení po 2,63 %.

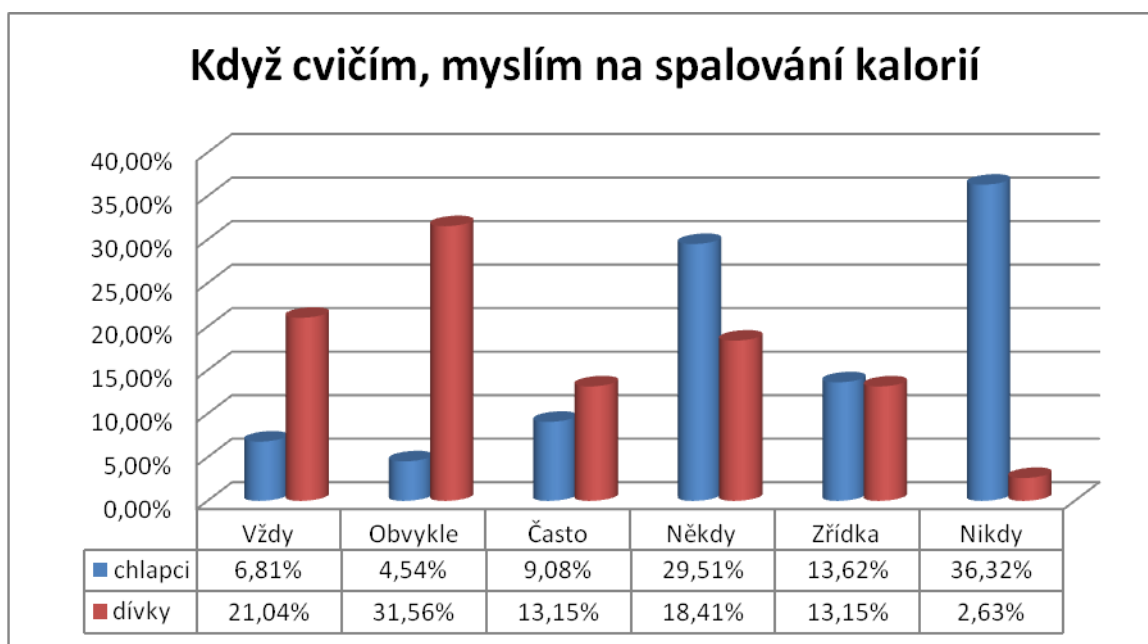
Graf 11: Otázka č. 11



Chlapci nejčastěji volili odpověď nikdy, zřídka touží být štíhlejších 20,43 %, někdy 15,89 %, často pouze 6,81 %, obvykle 9,08 % a vždy 4,54 %.

Naproti tomu dívky ani jednou nezvolily možnost, že nikdy netouží po tom, být štíhlejší. Variantu zřídka pak označilo 23,67 %, někdy 21,04 %. 18,41 % často touží být štíhlejší, 23, 67 % dokonce obvykle a vždy to pociťuje 13,15 % dívek.

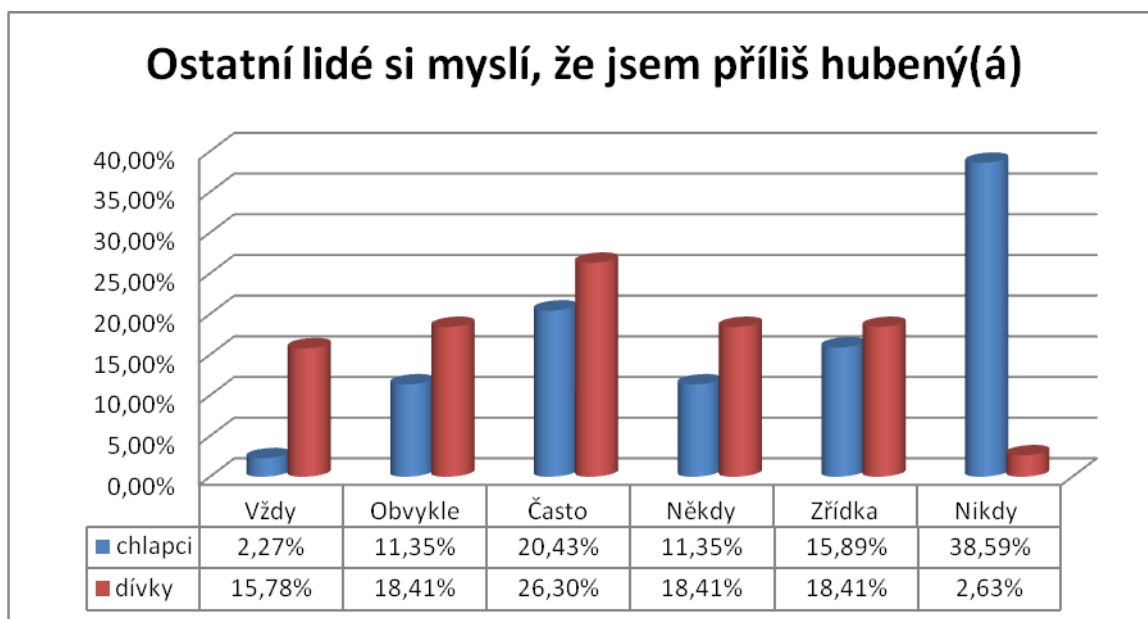
Graf 12: Otázka č. 12



Nejvíce chlapců na spalování kalorií při cvičení nikdy nemyslí 36,32 %, někdy na to myslí 29,51 %, zřídka 13,62 %, často o tom přemýšlí 13,15 %, obvykle pouhých 4,54 % a vždy 6,81 %.

U dívek je nejčastější odpovědí varianta, že obvykle myslí, když cvičí na spalování kalorií a to 31,56 %, 21,04 % na to myslí vždy, 18,41 % někdy, zřídka myslí na spalování kalorií 13,15 % dívek, často 9,08 % a nikdy na to nemyslí pouze 1 z dívek 2,63 %.

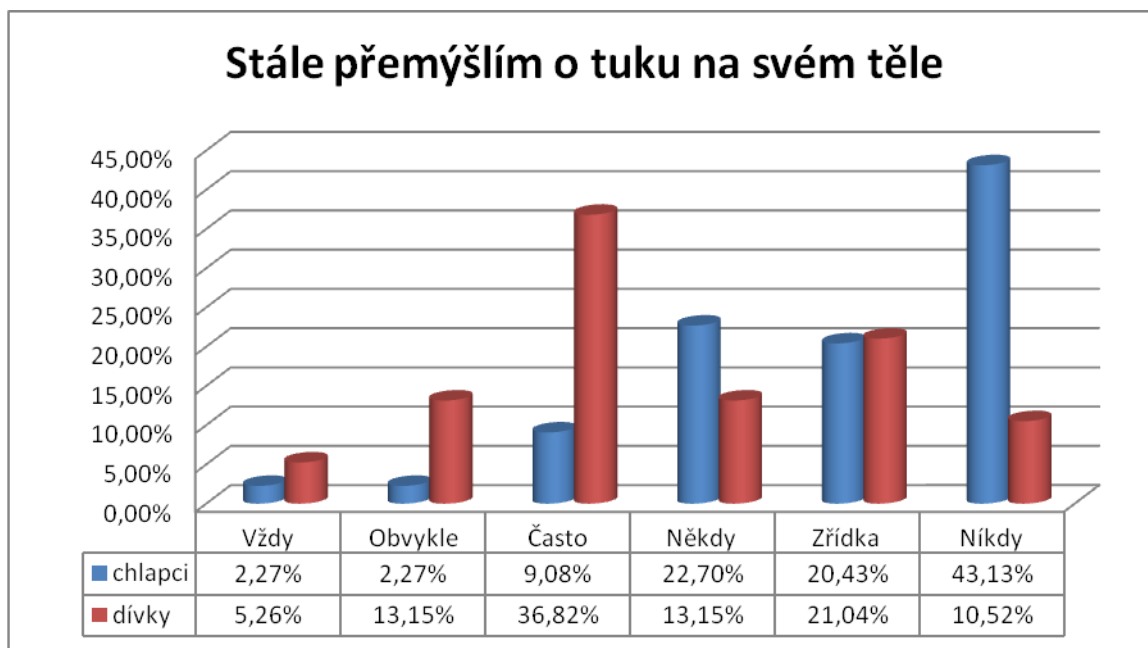
Graf 13: Otázka č. 13



Chlapci tvrdí, že si nikdy lidé kolem nemyslí, že jsou příliš hubení 38,56 %, zřídka 15,89 %, někdy 11,35 %, často 20,43 %, obvykle 11,35 % a vždy pouze jeden z chlapců.

U dívek je nejčastější odpovědí varianta často 20,43 %. Někdy, zřídka a obvykle - tyto varianty byly označeny shodně po 18,41 %. 15,78 % zvolilo možnost vždy a pouze jedna respondentka se domnívá, že nikdy.

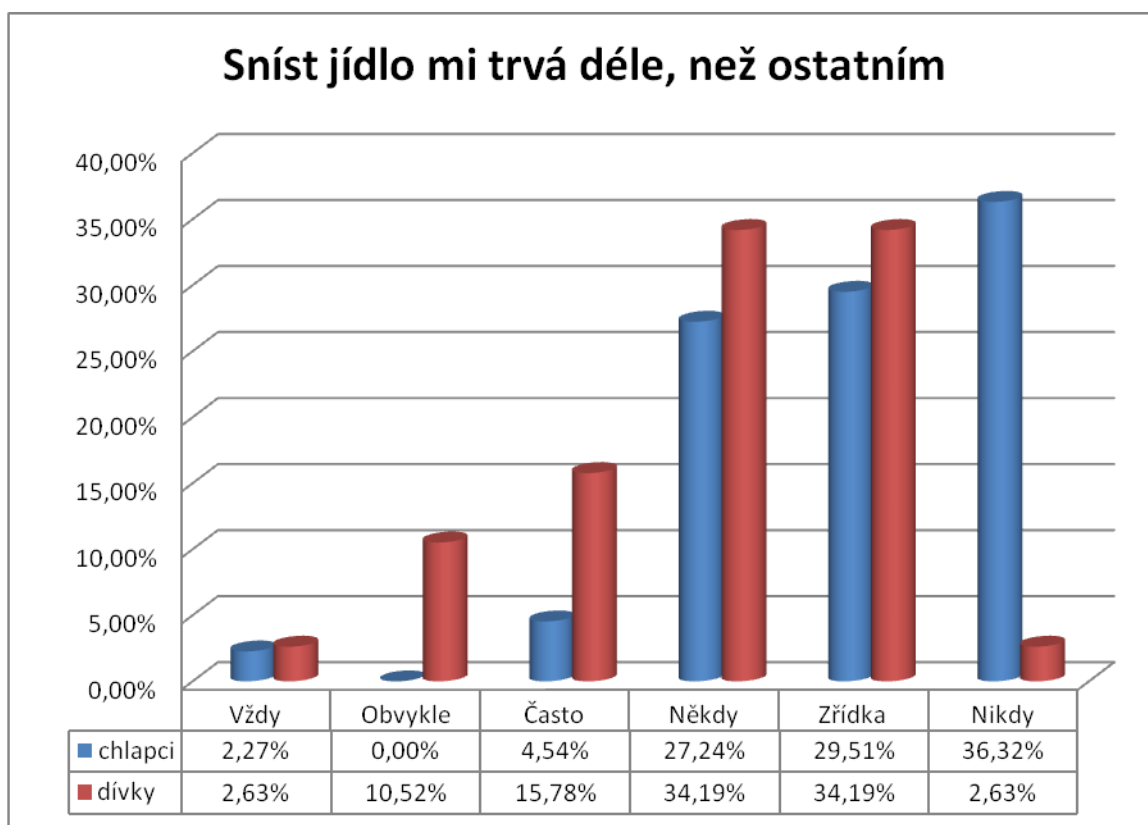
Graf 14: Otázka č. 14



Z odpovědí chlapců vyplývá, že nikdy o tuku na svém těle nepřemýšlí 43,13 %. 20,43 % přiznává, že zřídka o tom přemýšlí, 22,70 % na to myslí někdy. V menším zastoupení jsou pak odpovědi často 9,08 %, obvykle 2,27 % a vždy také 2,27 %.

Podle dívek myslí často na tuk ve svém těle až 36,82 % z nich. 20,43 % na to myslí pouze zřídka, variantu někdy přiznává 13,15 % dívek a nikdy o svém tuku nepřemýšlí 10,52 %. Obvykle přemýšlí o tuku v těle 13,15 % dívek, vždy pouze 2 dívky 5,26 %.

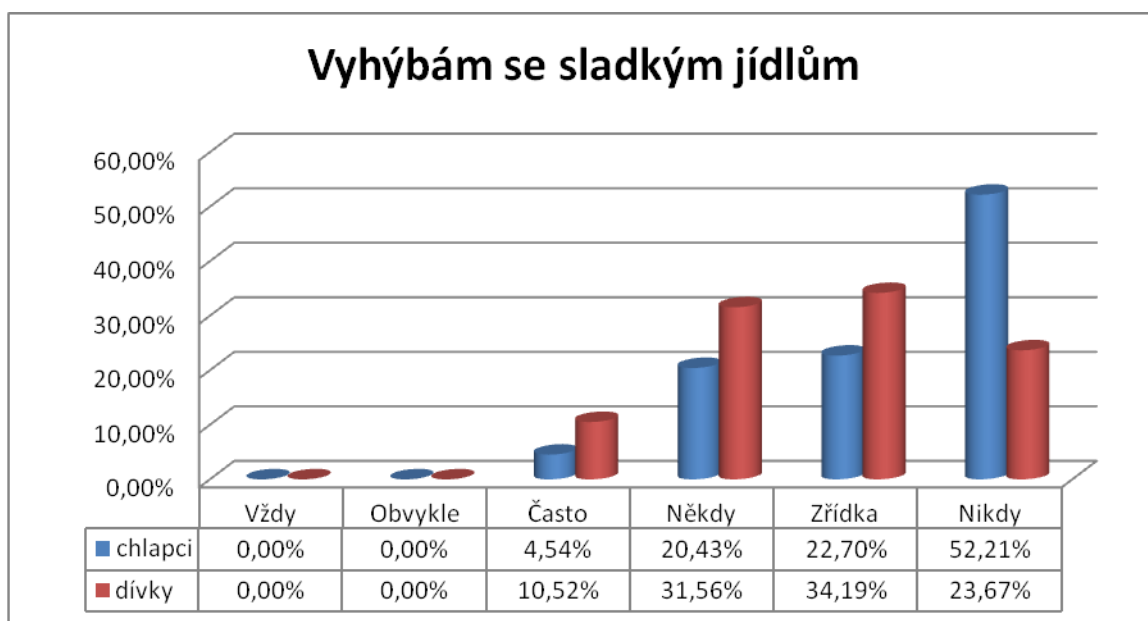
Graf 15: Otázka č. 15



36,32 % chlapců nikdy nepocituje, že by jim trvalo déle než ostatním sníst nějaké jídlo. Ovšem značné množství 29,51 % přiznává, že jim to zřídka déle trvá, 27,54 % pak zvolilo variantu někdy. V menším zastoupení pak byly vybrány odpovědi často 4,54 %, vždy 2,27 %, obvykle nezvolil žádný z chlapců.

Dívky přiznávají, že někdy jim trvá déle, než ostatním sníst jídlo 34,19 %, stejný počet respondentech zvolilo odpověď zřídka, často se to stává 15,78 %, obvykle 10,52 %, Možnosti vždy a nikdy byly zvoleny po 2,63 %.

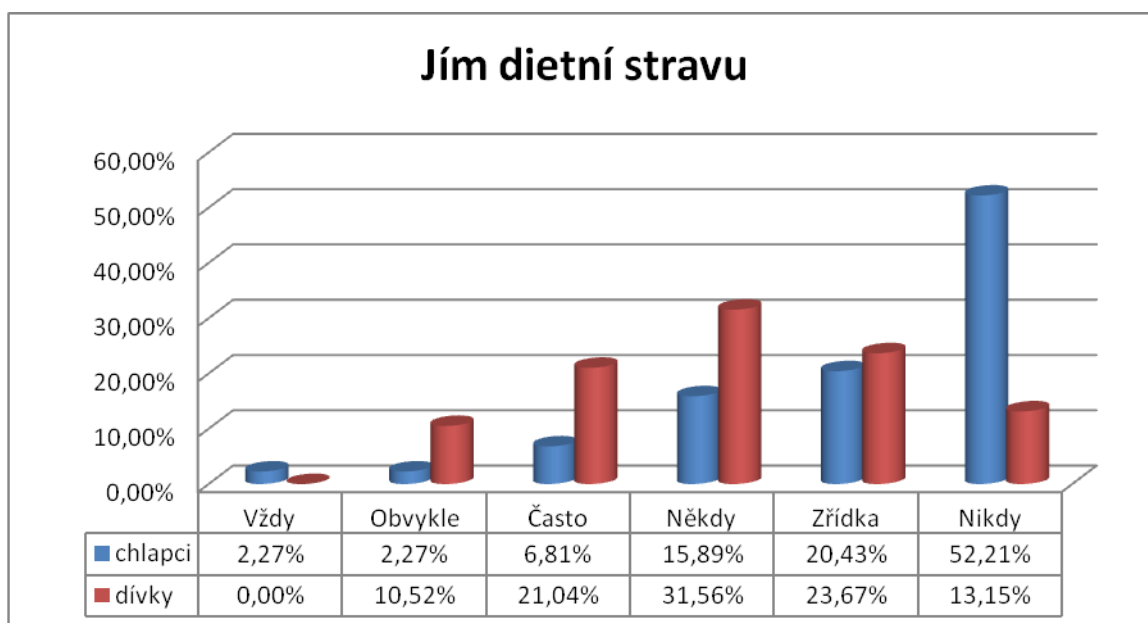
Graf 16: Otázka č. 16



52,21 % chlapců přiznává, že se nikdy nevyhýbá sladkým jídlům, 22,70 % pak se jim zřídka vyhýbá, 20,43 % někdy a často pouze 4,54 %. Možnosti vždy a obvykle nezvolil žádný z chlapců.

Z dívek se nikdy nevyhýbá sladkému 23,67 %, zřídka se vyhýbá 34,19 %, někdy 31,56 %, často pak 10,52 %. Variantu vždy a obvykle stejně, jako u chlapců nezvolila žádná z respondentek.

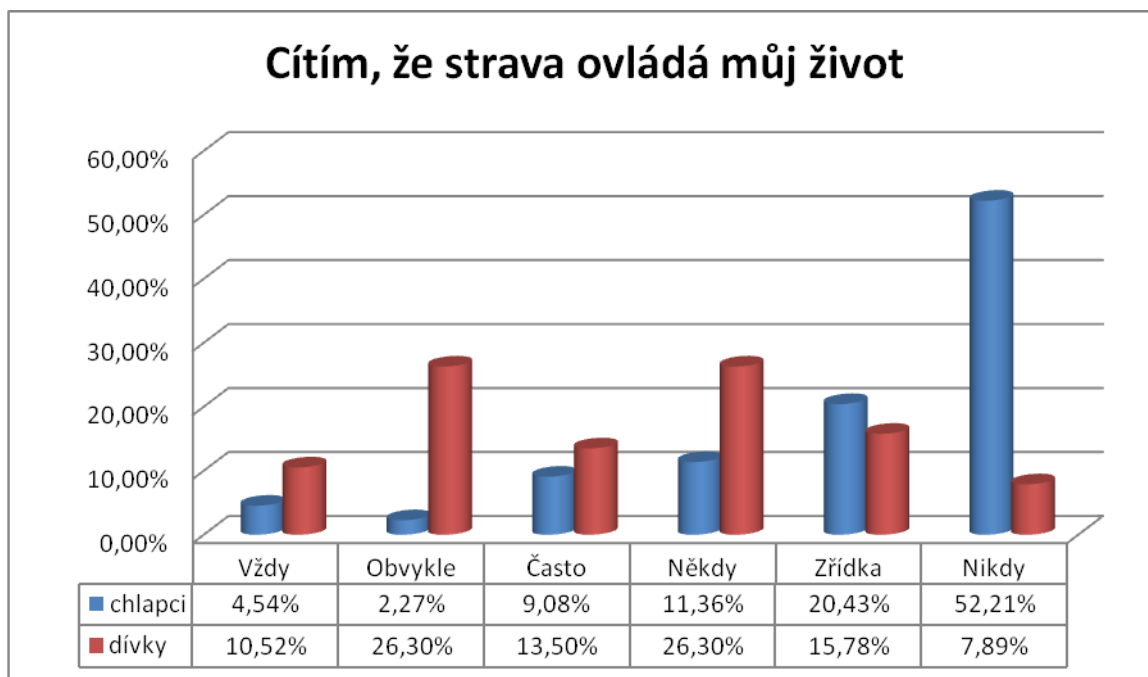
Graf 17: Otázka č. 17



Dle očekávání 52,21 % chlapců tvrdí, že nikdy nejí dietní stravu. 20,43 % přiznává, že zřídka ano, 15,89 % uvedlo variantu někdy, často jí dietní stravu pouhých 6,81 % chlapců, obvykle a někdy získalo po 2,27 %.

Nejčastější odpovědí u dívek byla někdy 31,56 %. 23,67 % přiznává, že zřídka jí dietní stravu, 21,04 % často, 10,52 % pak obvykle. Možnost vždy ne zvolila žádná z dívek.

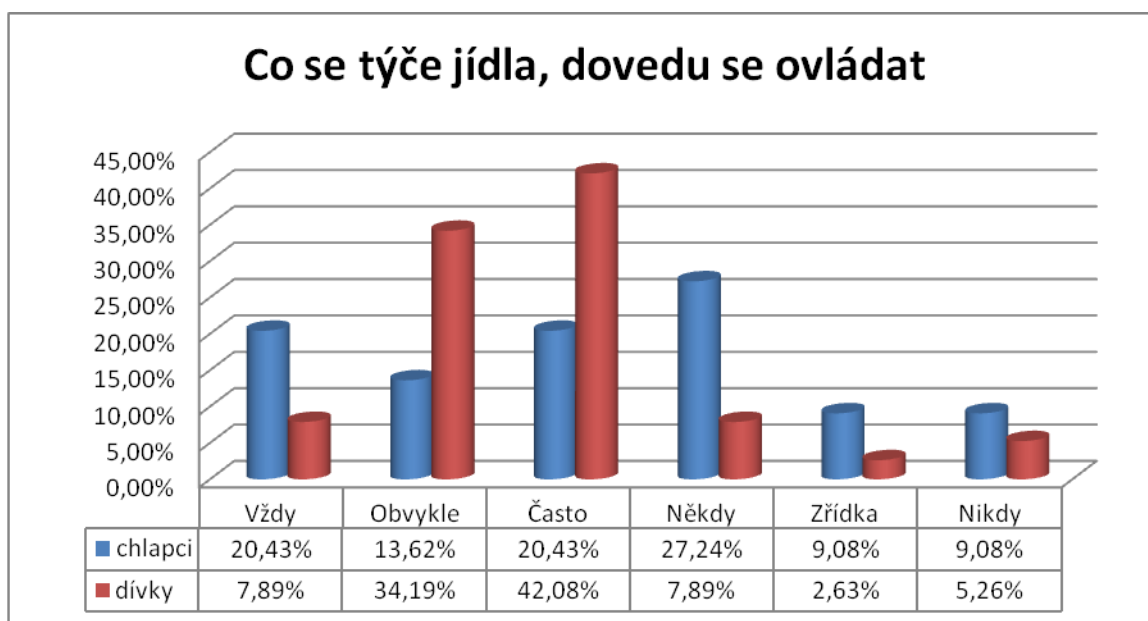
Graf 18: Otázka č. 18



Opět se v případě chlapců potvrdilo, že neeší příliš stravu. 52,21 % tvrdí, že strava nikdy neovládá jejich život. 20,43 % říká, že zřídka strava jejich život ovládá, 11,36 % udává variantu někdy, často zmiňuje 9,08 %. O tom, že strava ovládá jejich život vždy, je přesvědčeno 4,54 %, možnost obvykle pak zvolil pouze jeden z chlapců 2,27 %.

Oproti tomu dívky přiznávají, že strava více ovládá jejich život, než v případě chlapců. Obvykle strava ovládá život 26,30 % dívek, stejné procento získala varianta někdy. Podle 15,78 % pak strava ovládá jejich život pouze zřídka, variantu nikdy uvedlo 7,89 %. 9,08 % pak přiznává, že jim strava ovlivňuje život často a 10,52 % označilo dokonce možnost vždy.

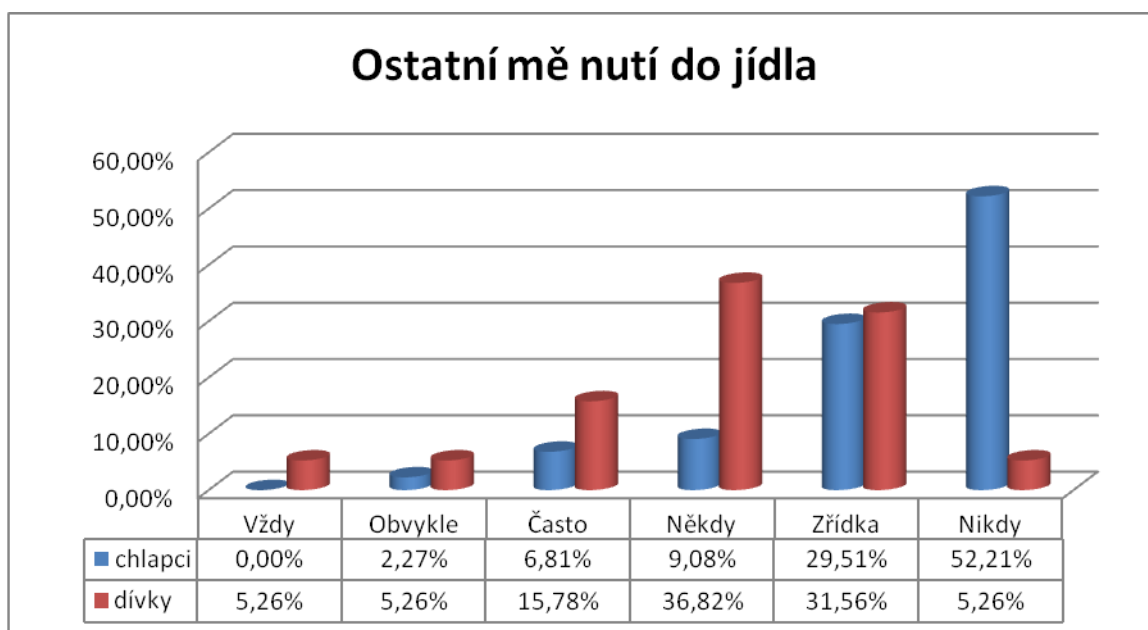
Graf 19: Otázka č. 19



Chlapci přiznávají, že se někdy dovedou ovládat v jídle 27,24 %, často se ovládá 20,43 %, stejně procento se podle výzkumu ovládá vždy, obvykle 13,62 %. Varianty zřídka a nikdy označilo stejné procento 9,08 % chlapců.

Co se týče dívek, zde jednoznačně dominuje odpověď, že se často dokážu v jídle ovládat 42,08 % a také varianta, obvykle se dovedu ovládat 34,19 %. V menším zastoupení zde jsou pak odpovědi vždy a někdy 7,89 %, zřídka 2,63 % a nikdy 5,26 %.

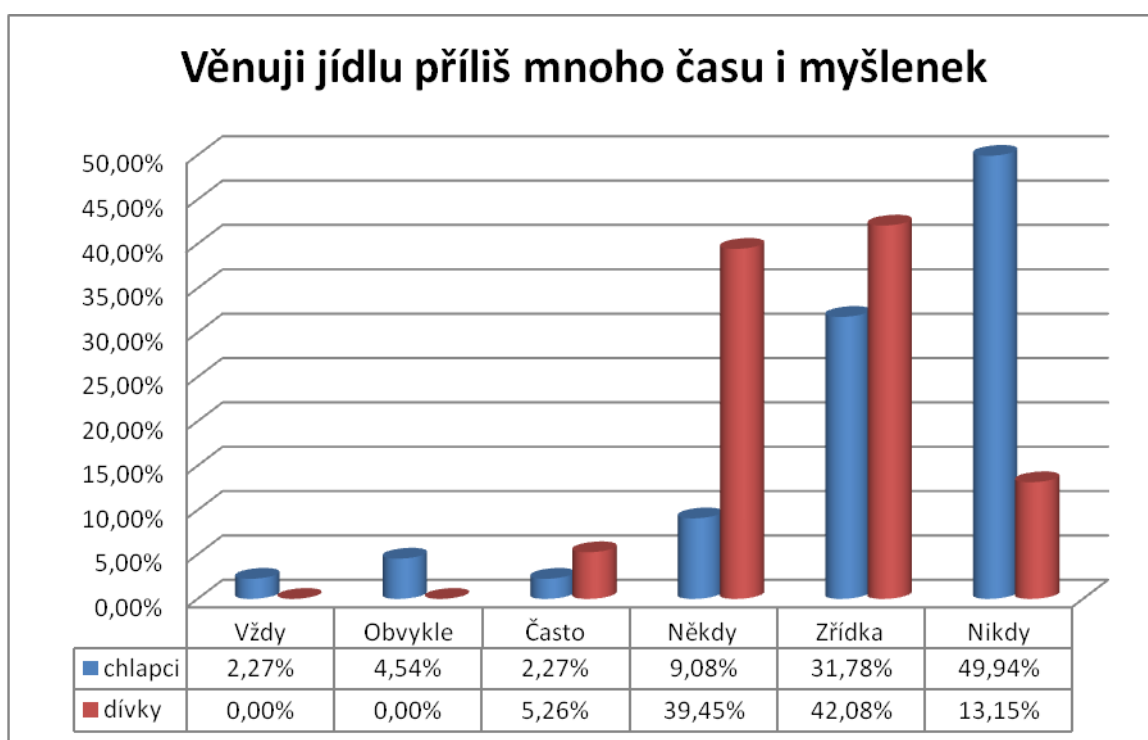
Graf 20: Otázka č. 20



Více než polovina chlapců 52,21 % je přesvědčena, že je nikdy nikdo nenutí do jídla, 29,51 % pak přiznává, že se to zřídka stává. Menší procento pak získala odpověď někdy 9,08 %, často 6,81 % a obvykle 2,27 %. Variantu vždy nezvolil žádný z chlapců.

Naproti tomu větší procento 36,82 % dívek tvrdí, že je někdy do jídla ostatní nutí, 31,56% pak zvolila zřídka, často je nuceno 15,78 % dívek. Varianty vždy, obvykle a nikdy získaly shodně po 5,26 %.

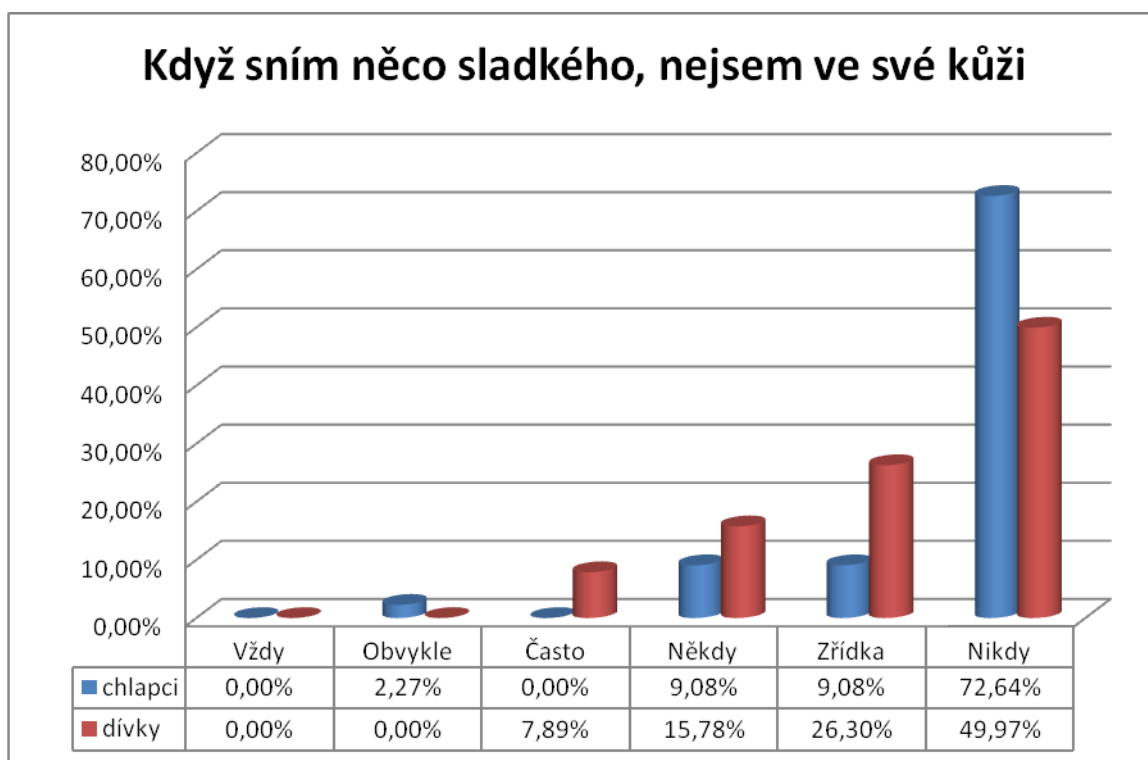
Graf 21: Otázka č. 21



Téměř polovina chlapců 49,94 % tvrdí, že nikdy nevěnují jídlu příliš mnoho myšlenek. 31,78 % přiznává, že zřídka ano. Menší procento pak získala varianta někdy 9,08 %, také obvykle 4,54%. Odpovědi vždy a často získaly shodně po 2,27 %.

Nejčastějšími variantami odpovědí u dívek bylo zřídka 42,08 % a také někdy 39,45 %. Nikdy nevěnuje příliš času a myšlenek jídlu 13,15 %, často naopak myslí na jídlo 5,26 %. Varianty obvykle a vždy nevedla žádná dívka.

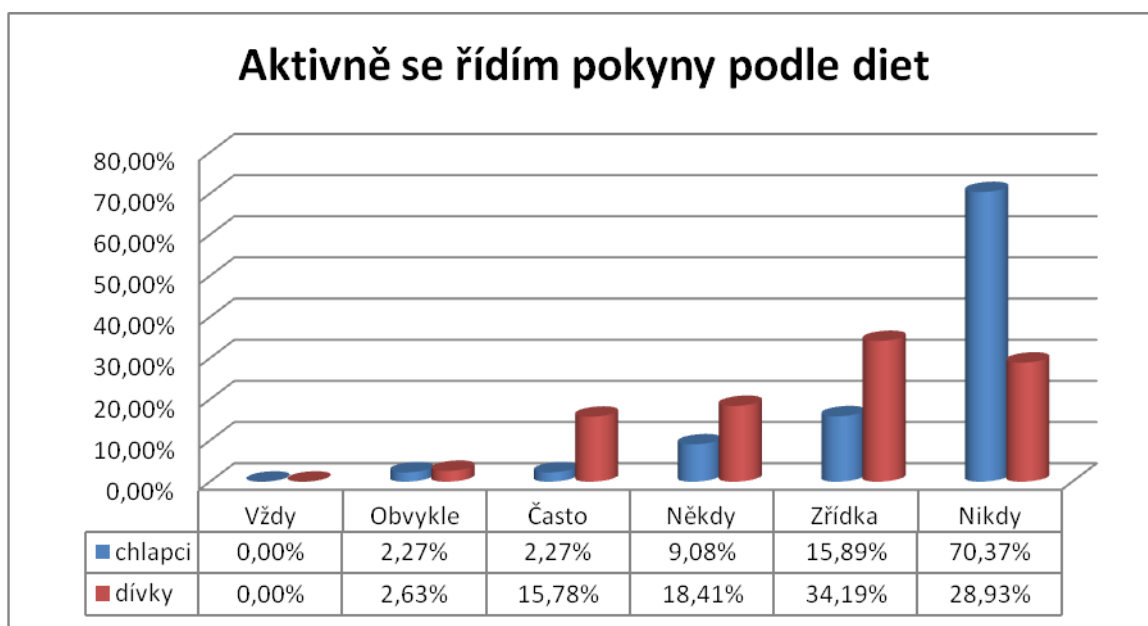
Graf 22: Otázka č. 22



Nejčastější odpovědí u chlapců je varianta nikdy, kterou označilo hned 72,64 % chlapců. V menším zastoupení jsou pak varianty zřídka a někdy, které získaly shodně 9,08 %, Možnost obvykle pak udává pouze jeden z chlapců 2,27 %. Vždy a často neuvádí žádný z chlapců.

U dívek je výsledek podobný, i když ne tak jednoznačný. Variantu nikdy zvolilo 49,97 %, 26,30 % dívek není zřídka ve své kůži, když sní něco sladkého, 15,78 % pak volilo odpověď někdy a 7,89 % pak často. Odpovědi vždy a obvykle neudala žádná z dívek.

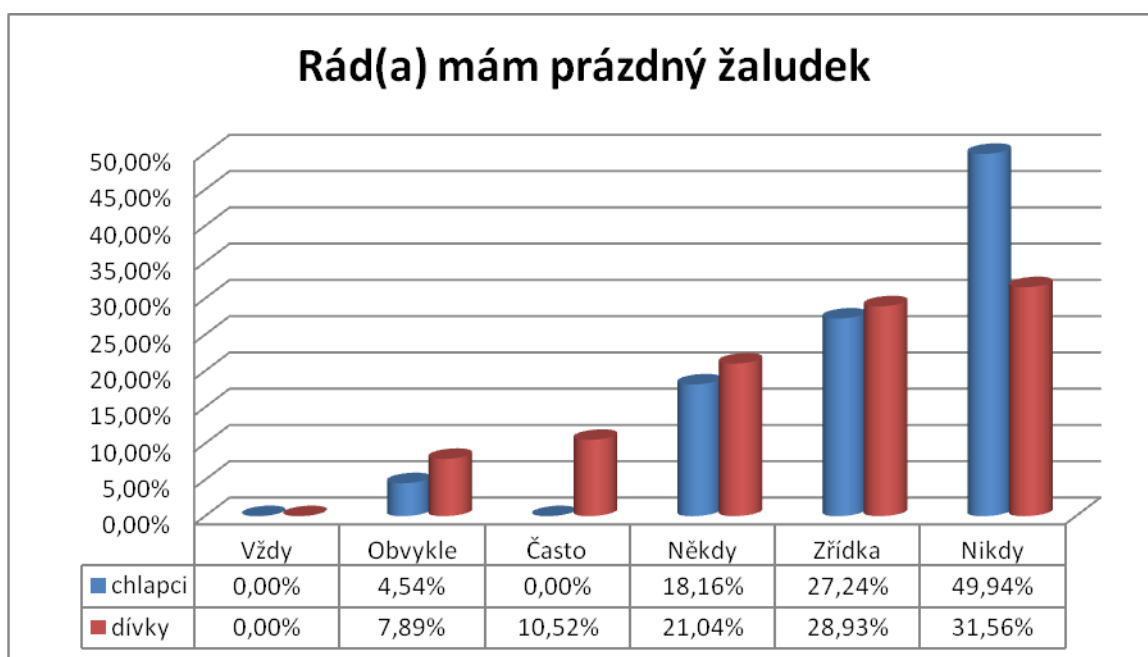
Graf 23: Otázka č. 23



Podle odpovědí chlapců se nikdy neřídí pokyny podle diet až 70,37 %. Zřídka se řídí pokyny 15,89 %, někdy 9,08 %. Varianty často a obvykle získaly pouze po 2,27 %.

Dívky jsou v tomto směru o něco více poslušné. Pokyny diet se zřídka řídí 34,19 % dívek, nikdy 28,93 %, někdy 18,41 % a často 15,78 %. Obvykle se řídí pokyny podle diet 1 z dívek 2,63 %. Možnost vždy neoznačila žádná z respondentek.

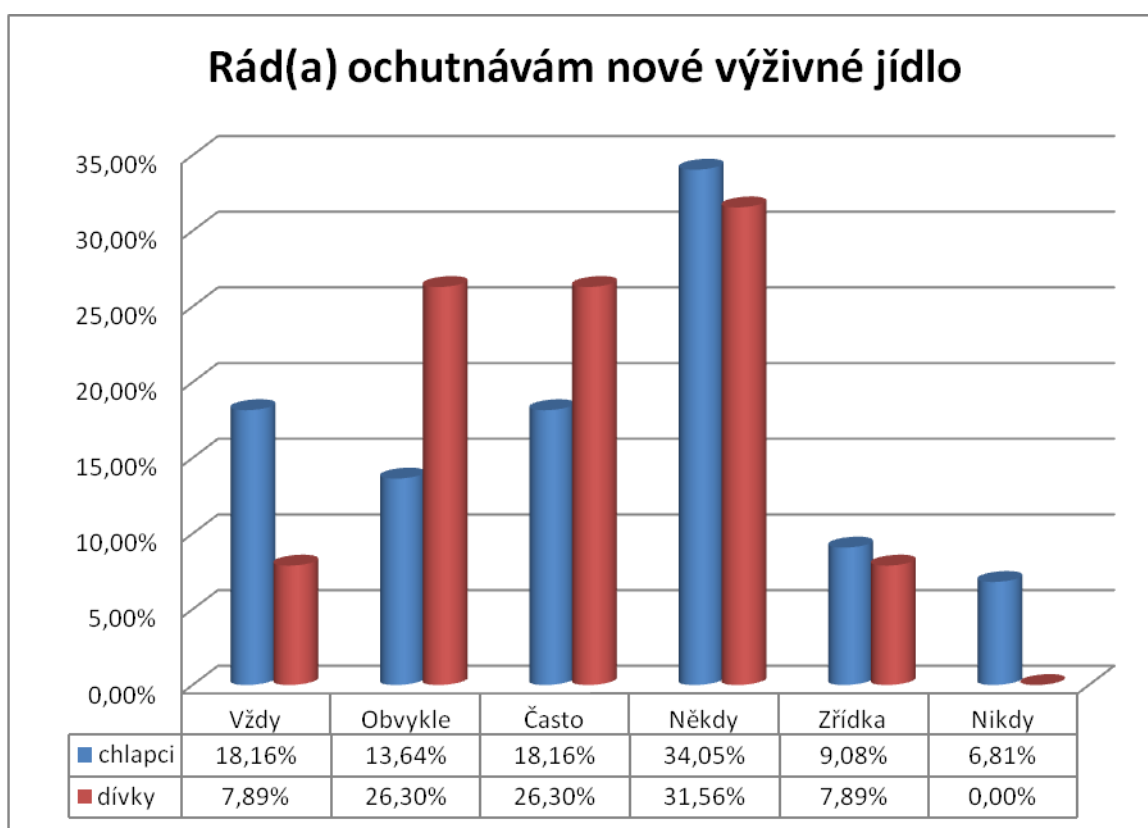
Graf 24: Otázka č. 24



49, 94 % chlapců nemá rádo prázdný žaludek. 27,24 % přiznává, že pouze zřídka, 18,16 % udává variantu někdy a 7,89 % volilo obvykle.

U dívek je rozložení odpovědí podobné. 31,56 % dívek nemá rádo prázdný žaludek, 28,93% udává odpověď zřídka, 21,04 % zvolilo, že někdy má rádo prázdný žaludek, 10,52 % dokonce často. Obvykle pak prázdný žaludek vyhovuje 7,89 %. Možnost vždy neoznačila žádná dívka.

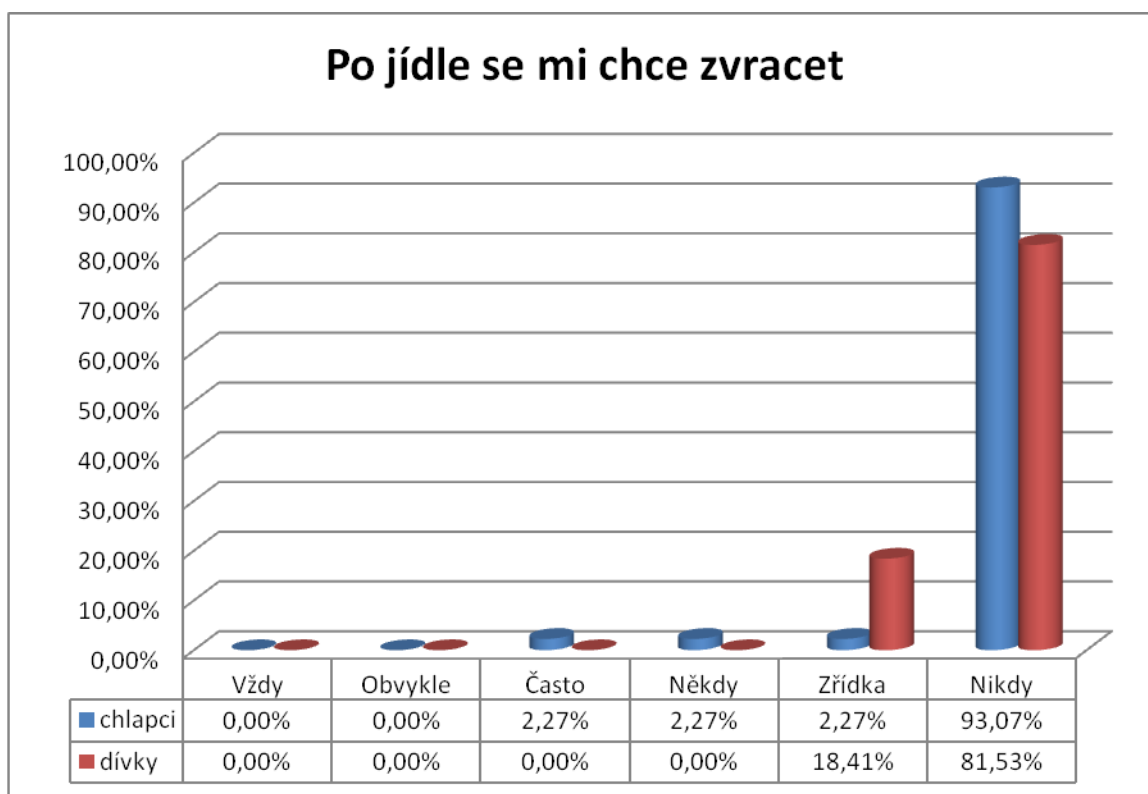
Graf 25: Otázka č. 25



Nejvíce chlapců se přiklonilo k odpovědi, že někdy rádi ochutnávají nové výživné jídlo. 18,16 % pak zvolilo variantu často, stejné procento pak označilo, že vždy rádo ochutnává nové výživné jídlo. Variantu zřídka pak zvolilo 9,08 % a nikdy 6,81 %.

U dívek také vyhrála odpověď někdy 31,56 %. 26,30 % dívek často ochutnává nová výživná jídla, stejné procento pak zvolilo variantu obvykle. Shodně 7,89 % získaly odpovědi vždy a zřídka. Variantu nikdy neoznačila žádná z dívek.

Graf 26: Otázka č. 26

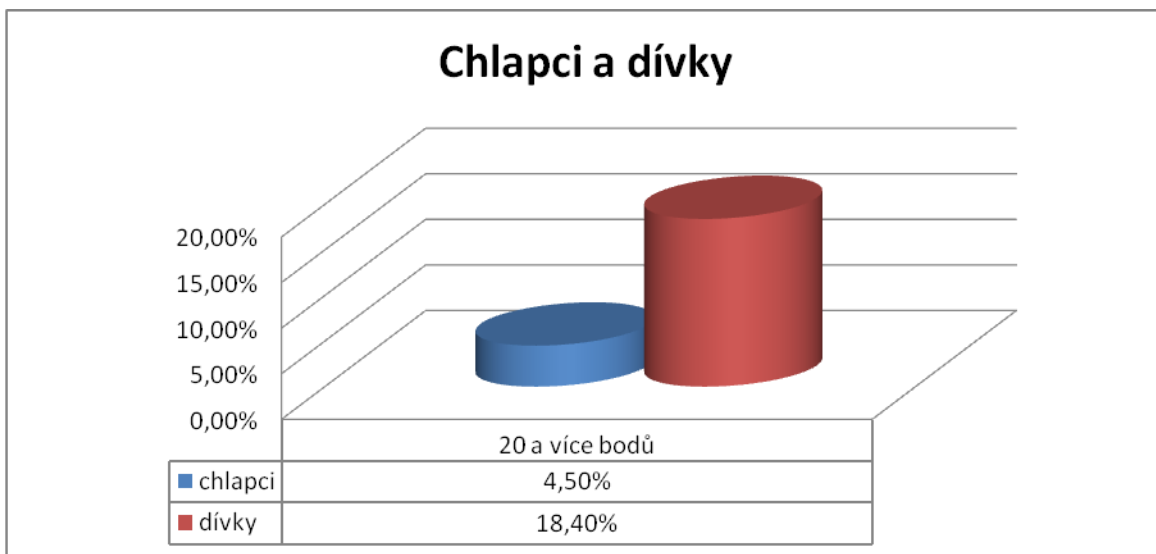


Tato otázka má poměrně jednoznačné odpovědi, jak v případě chlapců, tak i dívek. V případě chlapců 93,07 % tvrdí, že se jim nikdy nechce po jídle zvracet. V menším zastoupení odpovědi po 2,27 % získaly varianty často, někdy a zřídka. Odpovědi vždy a obvykle nebyly označeny žádným z chlapců.

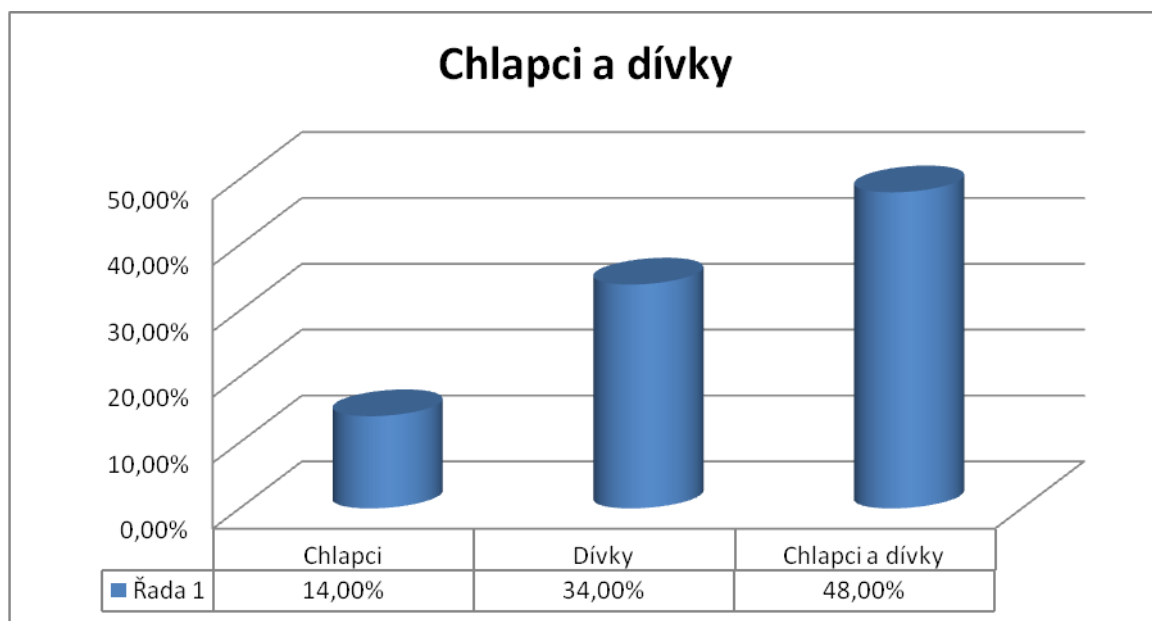
U dívek je výsledek podobný. Nejčastější odpovědí je zde varianta, že se dívkám nikdy nechce po jídle zvracet, tuto možnost označilo 81,53 %, 18,41 % dívek pak připouští, že jim zřídka po jídle na zvracení je. Ostatní varianty odpovědi nebyly označeny žádnou z dívek.

Shrnutí výsledků obou skupin:

Graf 27: Procentuální rozložení výsledků obou skupin, které získaly 20 a více bodů



Graf 28: Procentuální rozložení bodovaných odpovědí obou skupin



Z celkového počtu 82 respondentů bylo zjištěno, že celkem 9 žáků dosáhlo hranice 20 a více bodů sledované v dotazníku EAT 26. Vykazuje tak výrazné příznaky, které mohou vést k poruchám příjmu potravy.

Z tohoto počtu bylo 7 dívek (18,4 %), jejichž skóre testu EAT 26 bylo v rozmezí 20 - 25 bodů a 2 chlapci (4,5 %), jejichž skóre bylo 20 – 29 bodů. Tímto se potvrzuje skutečnost, že poruchy příjmu potravy postihují především ženské pohlaví.

Nejvyššího počtu bodů v testu EAT 26 bylo dosaženo mezi chlapci, a to v případě jednoho chlapce, který v testu dosáhl 29 bodů. Tento chlapec vykazuje výrazné příznaky vedoucí k poruchám příjmu potravy.

Celkem v (48%) zvolili respondenti odpověď rizikovou z hlediska příznaků poruch příjmu potravy a vykazující znaky nespokojenosti se svým tělem. Z toho dívky zvolily (34%) a chlapci (14%) odpověď rizikovou z hlediska poruch příjmu potravy a vykazující známky nespokojenosti se svým tělem.

Komplexně řečeno, výsledek šetření jednoznačně prokázal, že nespokojeno se svým tělem je téměř polovina z dotazovaných. Navíc z testu vyplývá, že dívky si daleko více uvědomují svoje tělo a v daleko větší míře jsou k němu kritické. To samé platí i u postojů k jídlu. U většiny dívek bylo prokázáno, že se v poměrně velké míře zabývají tím, co konzumují. Naproti tomu většina chlapců tuto problematiku neřeší.

8.4.3 Vyhodnocení testu znalostí

Níže nabídneme vyhodnocení testu znalostí problematiky poruchy příjmu potravy. V podobě tabulek a grafů budeme interpretovat a analyzovat výsledky tohoto testu.

Vyhodnocení testu znalostí dívek.

Tabulka 5 - Vyhodnocení testu znalostí problematiky poruch příjmu potravy - dívky

Dívky 38	odpověď		%
1. Mezi duševní nemoci způsobující poruchy příjmu potravy řadíme?	a) záchvatovité přejídání	9	23,68
	b) mentální bulimii	31	81,57
	c) mentální anorexii	38	100
2. Poruchami příjmu potravy jsou nejvíce ohroženi?	a) dospívající chlapci	0	0
	b) malé děti	0	0
	c) dospívající dívky	38	100
	d) muži a ženy v pokročilém	0	0
3. Mohou ohrozit poruchy příjmu potravy nemocného přímo na životě?	a) mohou, ale jen staršího člověka	0	0
	b) mohou	38	100
	c) mohou, ale jen malé děti	0	0
	d) nemohou	0	0

4. Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje?	a) výživovou terapii b) farmakologickou léčbu c) psychologickou léčbu d) psychiatrickou léčbu	34 7 27 18	89,47 18,42 71,05 47,36
5. Celkovým odmítáním jídla, asketickým přístupem k životu, nápadně vyhublou postavou se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním	32 6 0	84,21 15,78 0
6. Přejídáním se a následnou snahou zabránit výživnému účinku potravy například zvracením se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním	6 32 0	15,78 84,21 0
7. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální anorexií?	a) srdeční poruchy b) zeslabení kostí (osteoporóza) c) oslabení imunitního systému d) ztráta svalové tkáně	18 27 30 10	47,36 71,05 78,94 26,31
8. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální bulimií?	a) potíže s trávením potravy b) eroze zubní skloviny c) otoky slinných žláz d) ztráta svalové tkáně	22 31 15 12	57,89 81,57 39,47 31,57
9. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální bulimií?	a) impulzivita b) zaměřenost na výkon c) sebekontrola d) emocionální labilita	24 11 3 21	63,15 28,94 7,89 55,26
10. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální anorexií?	a) zaměřenost na výkon b) sebekontrola c) introverze (uzavřenost) d) impulzivita	20 18 27 10	52,63 47,36 71,05 26,31

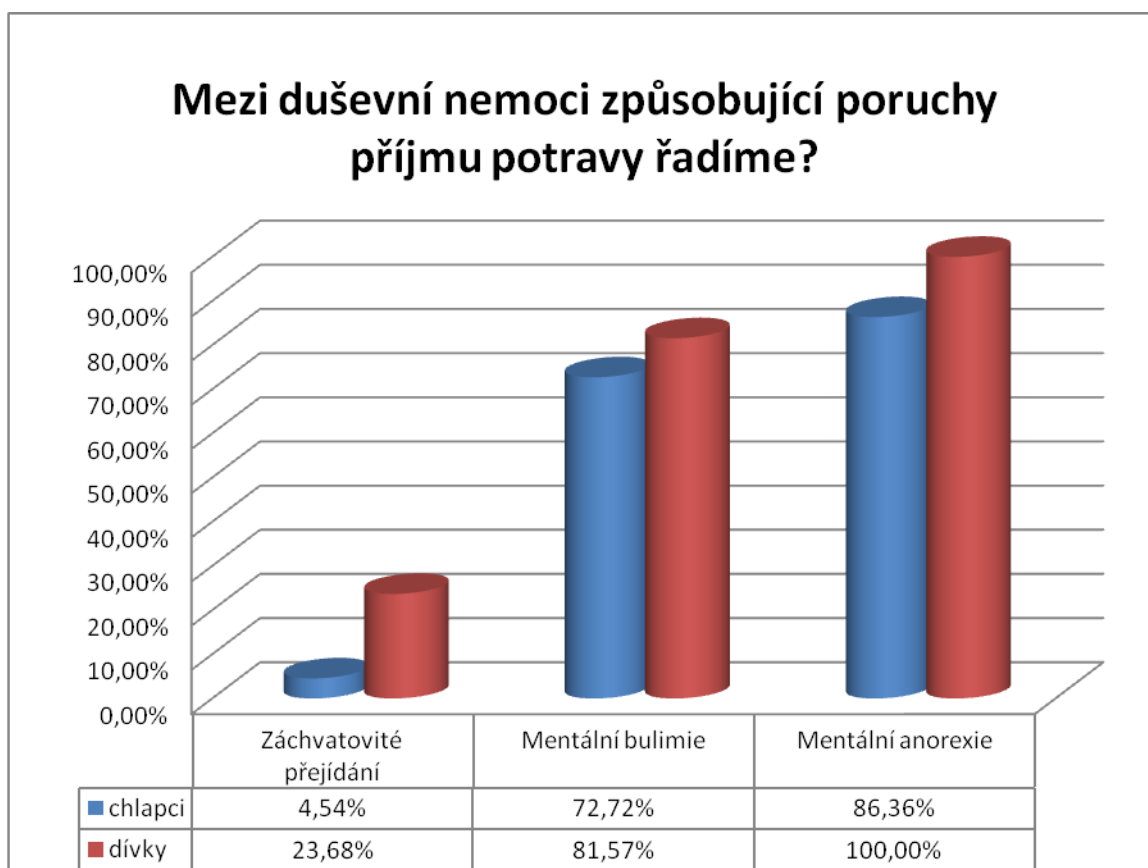
Vyhodnocení testu znalostí chlapců.

Tabulka 6 - Vyhodnocení testu znalostí problematiky poruch příjmu potravy - chlapci

Chlapci 44	odpověď		%
1. Mezi duševní nemoci způsobující poruchy příjmu potravy řadíme?	a) záchvatovité přejídání	2	4,54
	b) mentální bulimii	32	72,72
	c) mentální anorexií	38	86,36

2. Poruchami příjmu potravy jsou nejvíce ohroženi?	a) dospívající chlapeč b) malé děti c) dospívající dívky d) muži a ženy v pokročilém věku	0 7 33 5	0 15,90 75 11,36
3. Mohou ohrozit poruchy příjmu potravy nemocného přímo na životě?	a) mohou, ale jen staršího člověka b) mohou c) mohou, ale jen malé děti d) nemohou	0 44 0 0	0 100 0 0
4. Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje?	a) výživovou terapii b) farmakologickou léčbu c) psychologickou léčbu d) psychiatrickou léčbu	32 3 21 15	72,72 6,81 47,72 34,09
5. Celkovým odmítáním jídla, asketickým přístupem k životu, nápadně vyhublou postavou se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním	35 9 0	79,54 20,45 0
6. Přejídáním se a následnou snahou zabránit výživnému účinku potravy například zvracením se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním	14 32 7	31,81 72,72 15,90
7. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální anorexií?	a) srdeční poruchy b) zeslabení kostí (osteoporóza) c) oslabení imunitního systému d) ztráta svalové tkáně	12 15 34 20	27,27 34,09 77,27 45,45
8. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální bulimií?	a) potíže s trávením potravy b) eroze zubní skloviny c) otoky slinných žláz d) ztráta svalové tkáně	17 25 5 6	38,63 56,81 11,36 13,63
9. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální bulimií?	a) impulzivita b) zaměřenost na výkon c) sebekontrola d) emocionální labilita	19 14 7 26	43,18 31,81 15,90 59,09
10. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální anorexií?	a) zaměřenost na výkon b) sebekontrola c) introverze (uzavřenost) d) impulzivita	12 16 19 15	27,27 36,36 43,18 34,09

Graf 29: Otázka č. 1

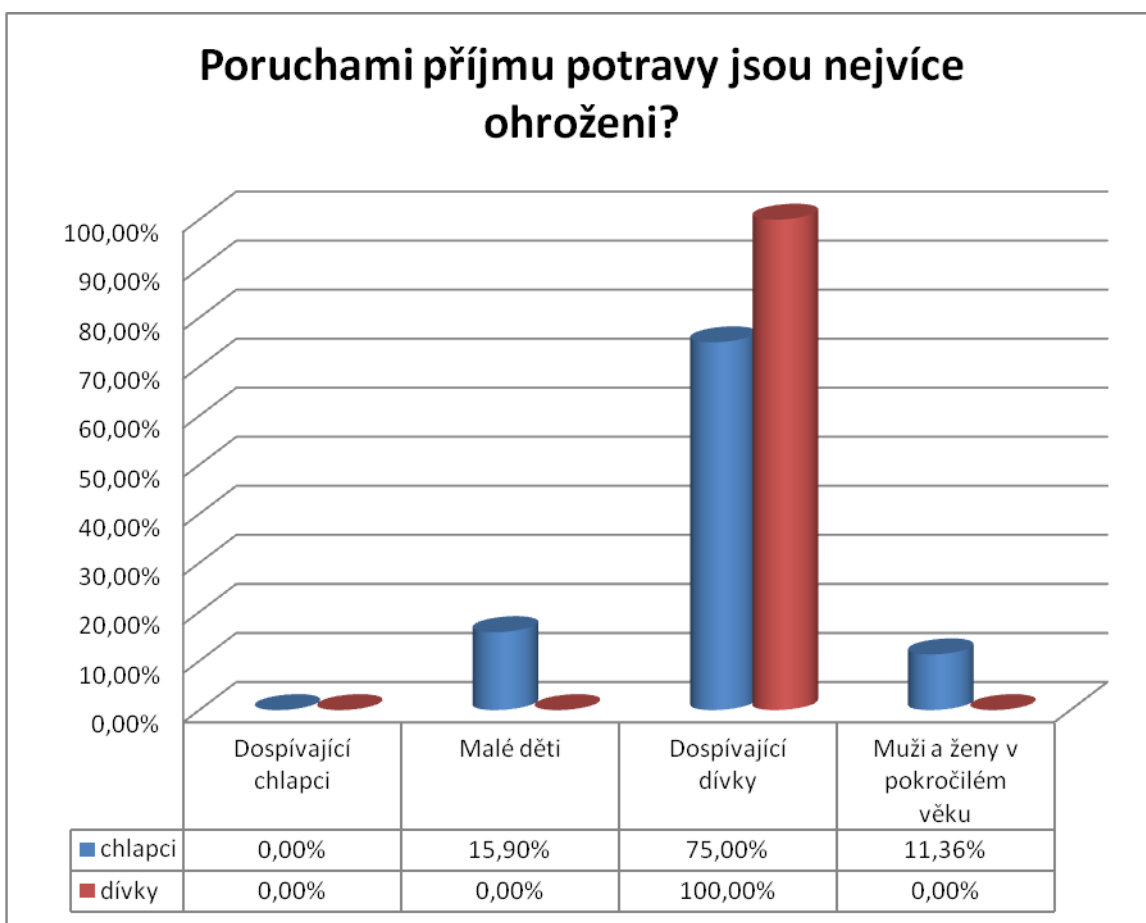


Mezi poruchy příjmu potravy označilo 86,36% mentální anorexii, 72,72% mentální bulimii a jen 4,54% zařadili mezi poruchy příjmu potravy záchvatové přejídání.

Mezi poruchy příjmu potravy zařadilo všech 38 dívek (100%) mentální anorexii, (81,57%) mentální bulimii a jen 23,68 % dívek zařadilo mezi tyto poruchy záchvatové přejídání. Mezi poruchy příjmu potravy patří všechny uvedené nemoci.

Z výsledků je zřejmé, že pod tímto pojmem mají dívky i chlapci v povědomí zejména anorexii a bulimii, které jsou na rozdíl od záchvatového přejídání všeobecně nejčastěji uváděné.

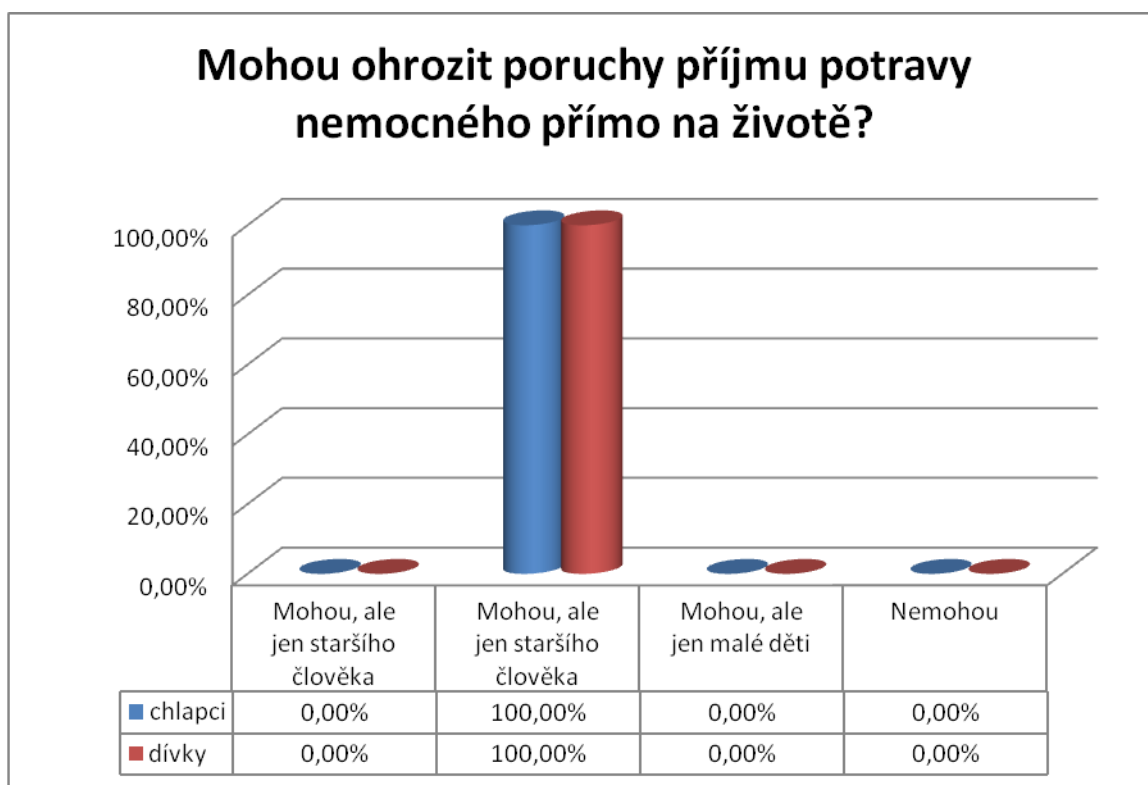
Graf 30: Otázka č. 2



75% chlapců uvedlo správnou odpověď dospívající dívky. Nesprávné odpovědi, malé děti uvedlo 15,90% a muži a ženy v pokročilém věku zmínilo 11,36%.

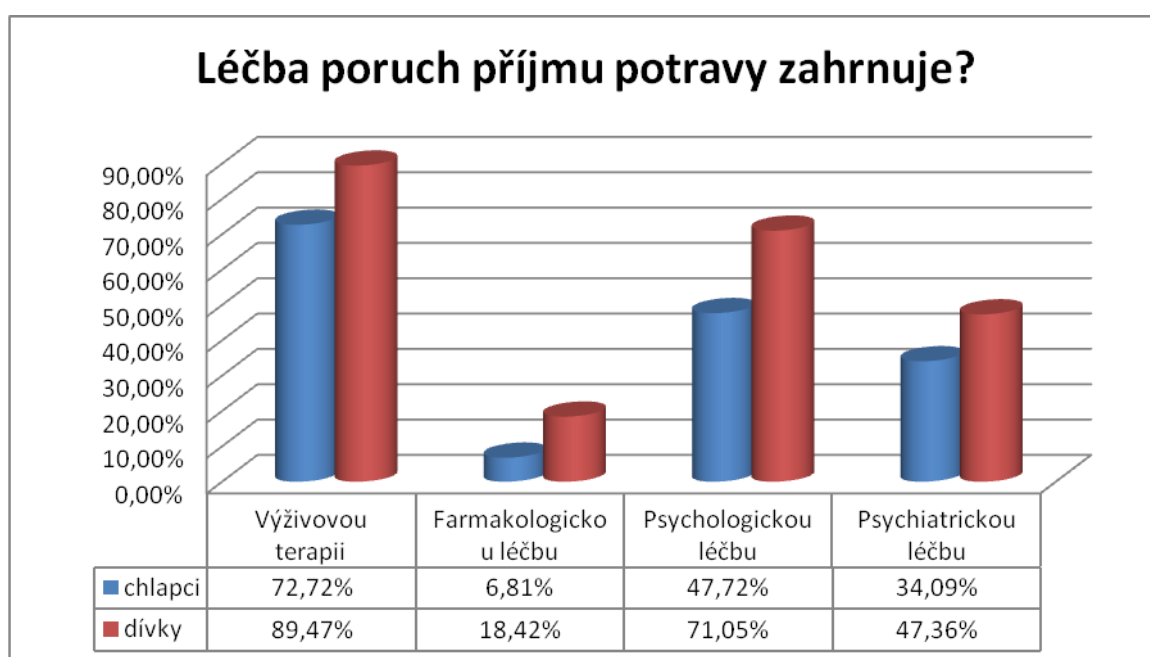
U této otázky všechny dívky správně označily odpověď, že poruchy příjmu potravy postihují především dospívající dívky.

Graf 31: Otázka č. 3



Z odpovědí dívek i chlapců u této otázky je patrné, že ví o velkém nebezpečí, které představují poruchy příjmu potravy. Všichni chlapci i dívky jsou přesvědčeni o tom, že poruchy příjmu potravy mohou člověka ohrozit na životě.

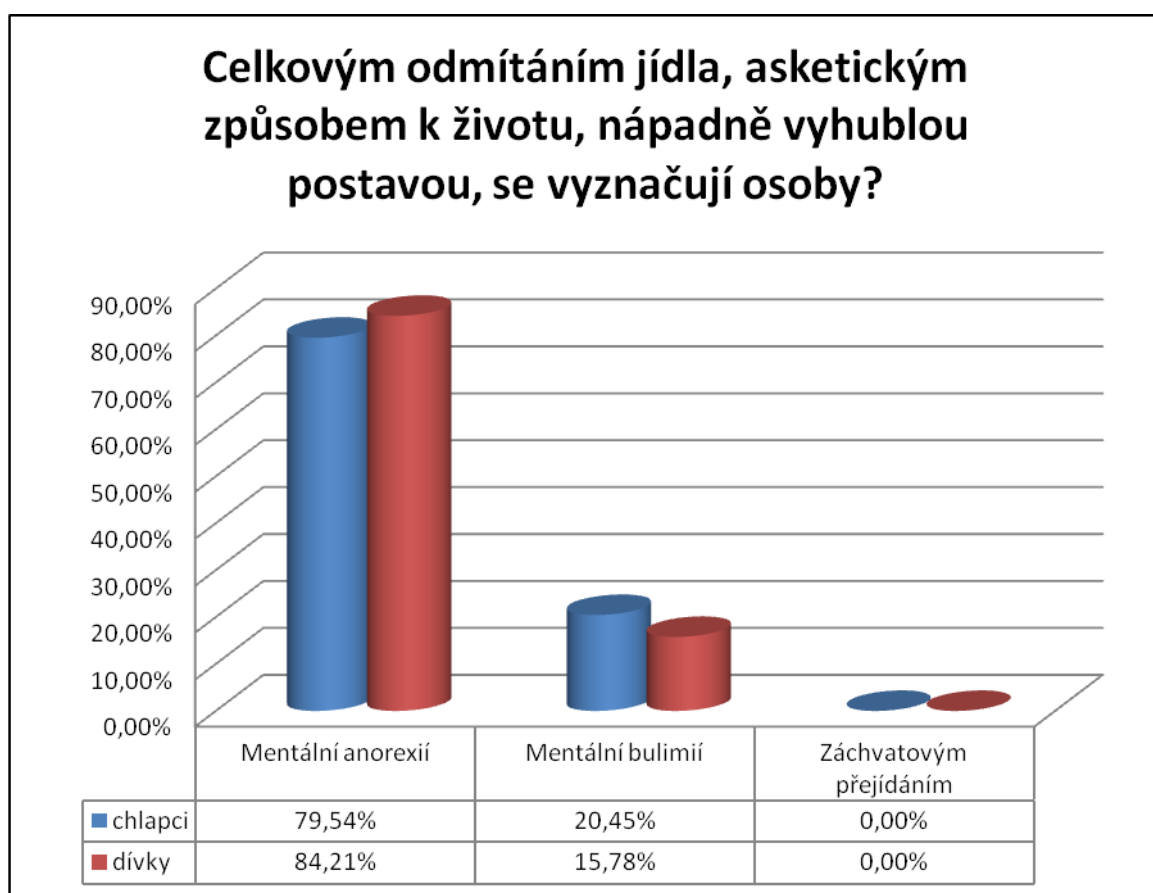
Graf 32: Otázka č. 4



U chlapců byly výsledky následující: 72,72% označilo výživovou terapii, psychologickou léčbu 47,72%, psychiatrickou léčbu 34,09% chlapců a farmakologickou léčbu 6,81% z respondentů.

Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje všechny uvedené druhy léčby. Výživovou terapii uvedlo 89,47% dívek, psychologickou léčbu 71,05%, psychiatrickou léčbu 47,36% a farmakologickou léčbu 18,42% respondentek.

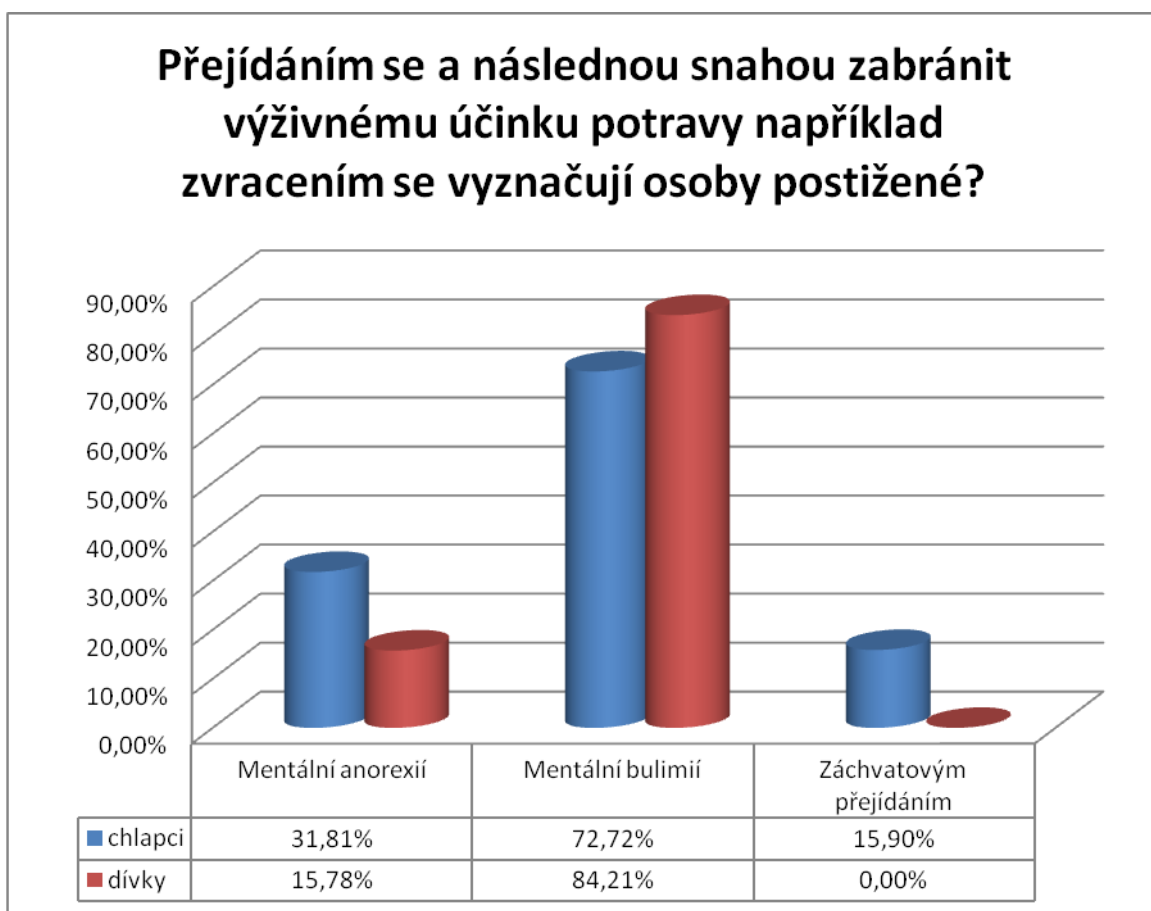
Graf 33: Otázka č. 5



Správnou odpověď, že výše uvedené je charakteristické pro osoby postižené mentální anorexií označilo 79,54 % chlapců. Jen 20,45 % si tyto příznaky spojuje s mentální bulimií.

Celkem 84,21% označilo správně, že výše uvedené je charakteristické pro osoby postižené mentální anorexií. Jen 15,78 % si tyto příznaky spojuje s mentální bulimií.

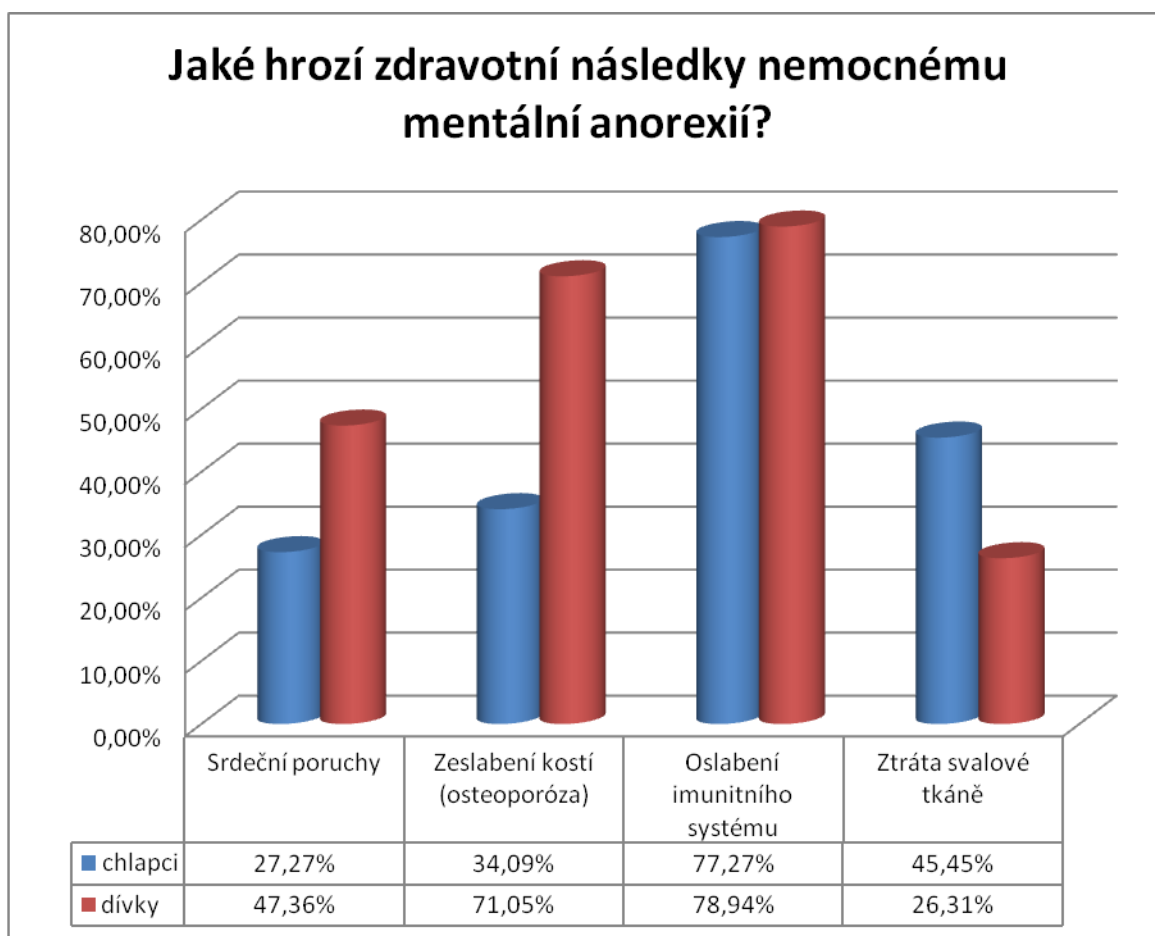
Graf 34: Otázka č. 6



72,72% označilo správně, že výše uvedená charakteristika je typická pro osoby s mentální bulimií. Se záchvatovitým přejídáním si tyto příznaky spojuje 15,90% chlapců a 31,81% tyto příznaky vnímá v souvislosti s mentální anorexií.

Celkem 84,21% označilo správně, že výše uvedené je charakteristické pro osoby postižené mentální bulimií. Pouze 15,78 % si tyto příznaky spojuje s mentální anorexií.

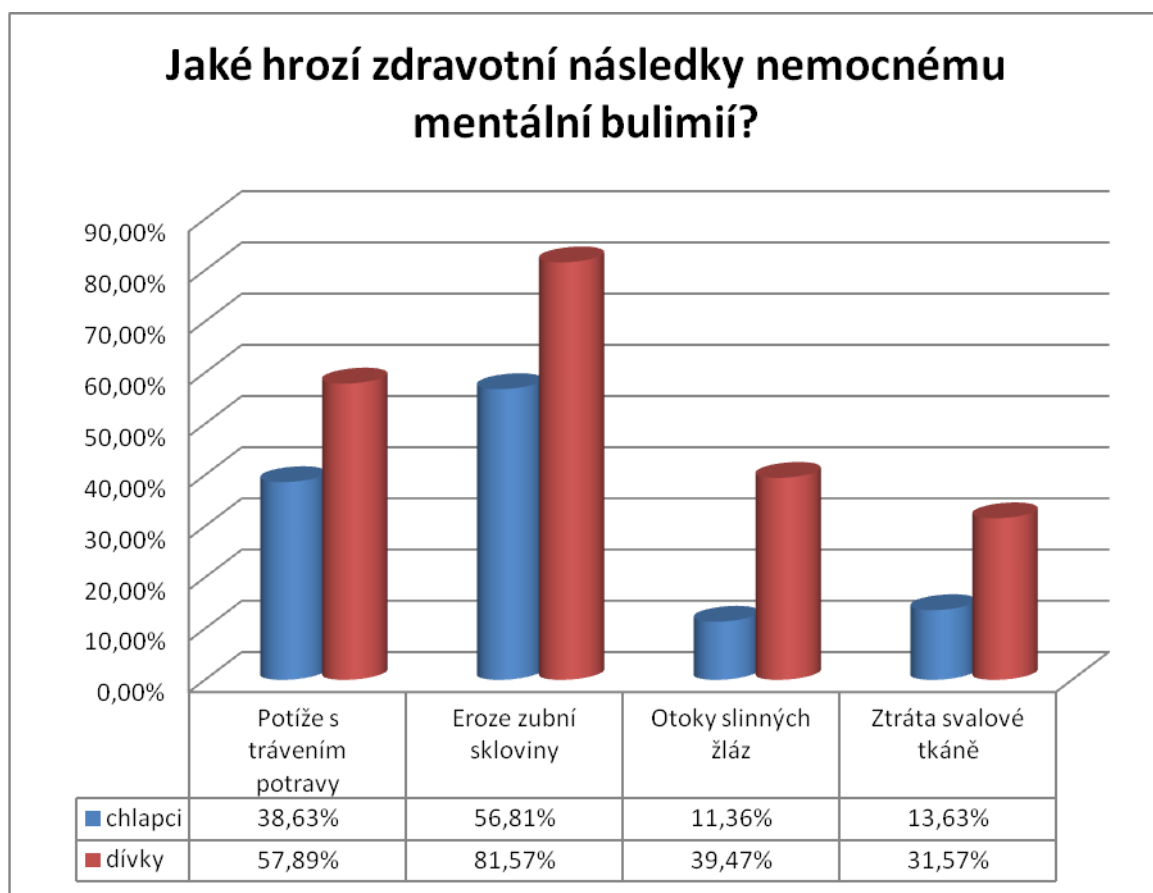
Graf 35: Otázka č. 7



Všechny uvedené možnosti jsou správné. Oslabení imunitního systému jako následek mentální anorexie uvedlo 77,27 % chlapců, osteoporózu 34,09%, srdeční poruchy 27,27%, ztrátu svalové tkáně 45,45% chlapců.

Oslabení imunitního systému, jako následek mentální anorexie uvedlo 78,94 % dívek, osteoporózu 71,05 %, srdeční poruchy 47,36 % dívek a ztrátu svalové tkáně 26,31 % respondentek.

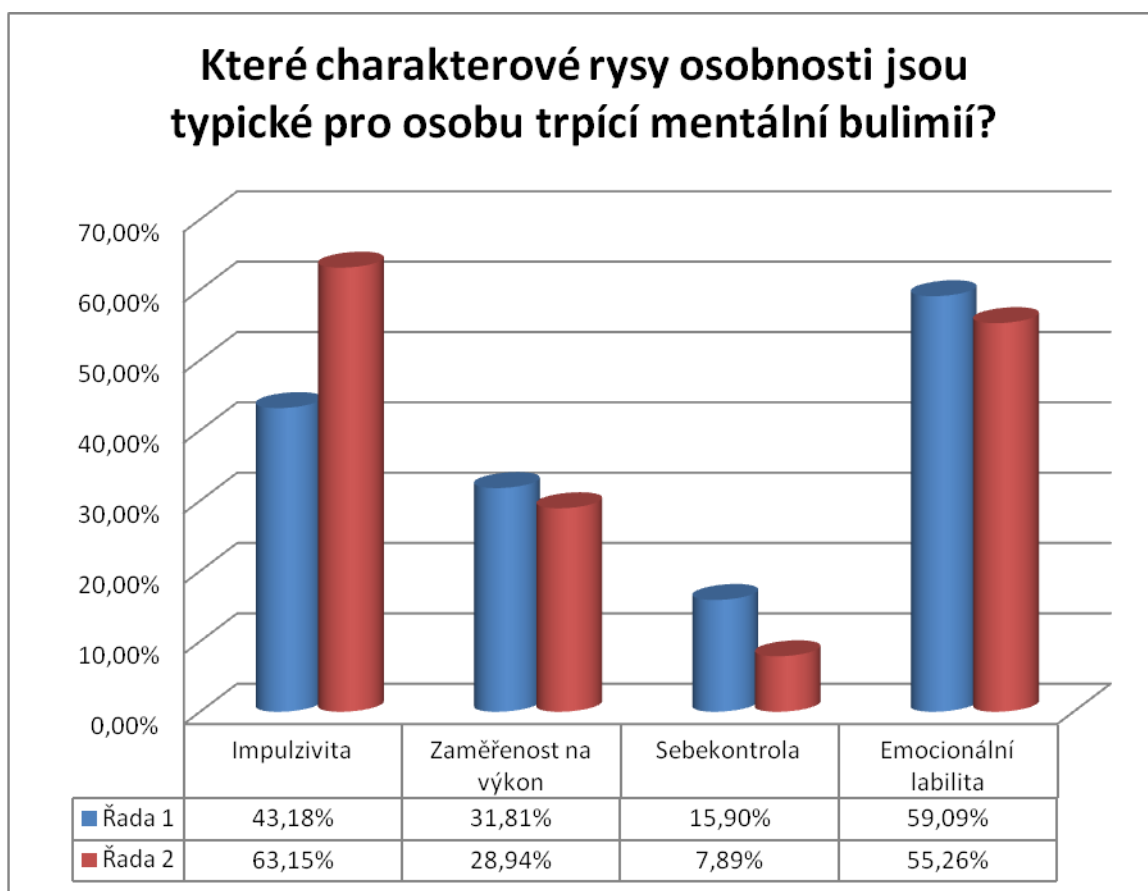
Graf 36: Otázka č. 8



56,81% chlapců spojuje tyto zdravotní následky s erozí zubní skloviny, problémy s poruchou trávení potravy označilo 38,63% chlapců, otoky slinných žláz 11,36%. Ztrátu svalové tkáně uvedlo 13,63%.

Erozi zubní skloviny jako následek mentální bulimie uvedlo 81,57 % dívek, potíže s trávením potravy 57,89 %, otoky slinných žláz 39,47 % a ztrátu svalové tkáně uvedlo 31,57 z respondentek. Ztráta svalové tkáně není u tohoto onemocnění typická, naopak nemocní mívají vysokou hladinu kyseliny močové z nadměrné konzumace bílkovin.

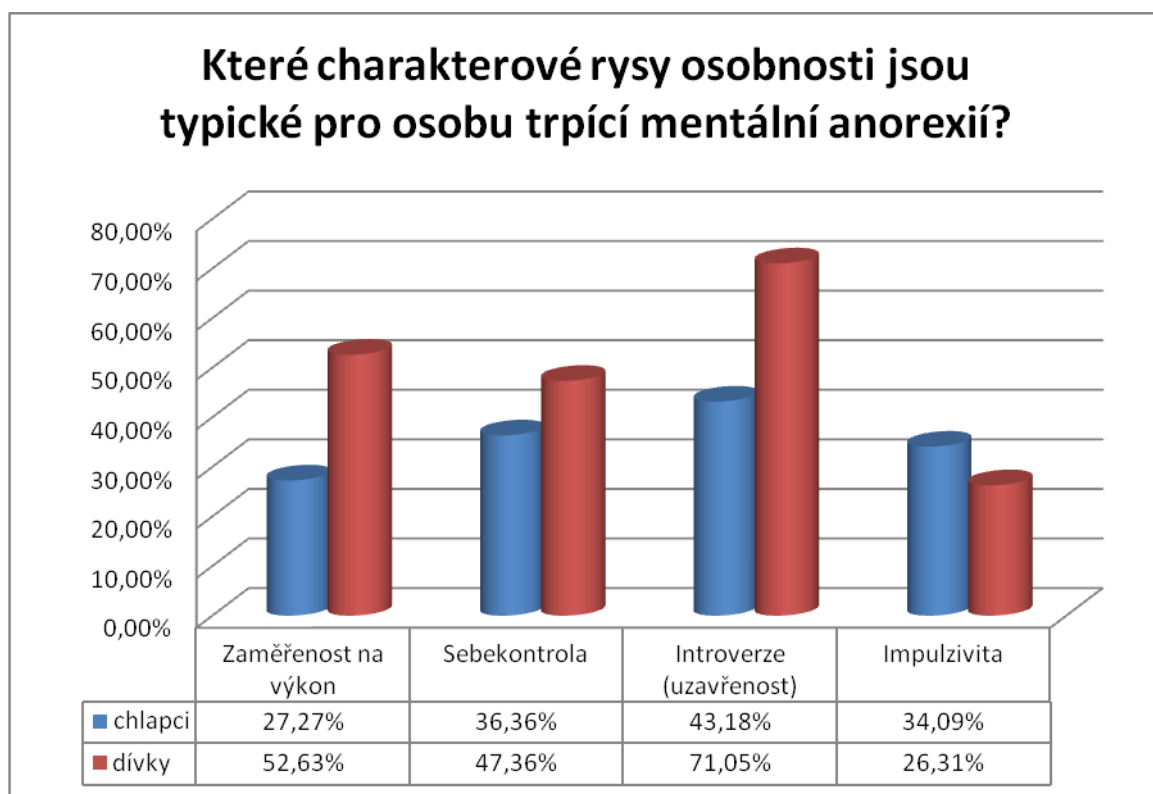
Graf 37: Otázka č. 9



43,18% chlapců uvedlo impulzivitu, jako nejčastější vlastnost související s mentální bulimií a rovněž tak emocionální labilitu 59,09%. Zaměřenost na výkon uvedlo 31,81% chlapců a sebekontrolu 15,90%.

Impulzivitu, jako typickou vlastnost osob trpících mentální bulimií uvedlo správně 63,15% dívek a rovněž tak emocionální labilitu, kterou zmínilo 55,26% dívek. Zaměřenost na výkon uvedlo 28,94% dívek a variantu sebekontroly zvolily 3 dívky - 7,89%. Zaměřenost na výkon a sebekontrola se však u osob s mentální bulimií zpravidla nevyskytují.

Graf 38: Otázka č. 10



Typickým charakterovým rysem u osob trpících anorexií je podle 43,18% introverze, zaměřenost na výkon uvedlo 27,27% a sebekontrolu 36,36% chlapců. Impulzivitu, jako typickou charakterovou vlastnost u osob s mentální anorexií zmínilo 34,09% chlapců. Tato vlastnost se však u osob postižených mentální anorexií zpravidla nevyskytuje.

Introverzi jako typickou vlastnost osob trpících anorexií uvedlo správně 71,05% dívek společně se zaměřeností na výkon, kterou uvedlo 52,63%. Sebekontrolu zmínilo 47,36% dívek a impulzivitu 26,31%. Tato vlastnost se však u osob postižených mentální anorexií zpravidla nevyskytuje.

Shrnutí výsledků:

Většina dívek a chlapců správně označila mentální anorexii a mentální bulimii jako poruchy, které náleží mezi poruchy příjmu potravy a uvědomuje si nebezpečí z těchto poruch plynoucích. Dokáže rozpoznat základní rozdíly mezi mentální anorexií a mentální bulimií. Slabších výsledků dosáhly obě skupiny v otázkách týkajících se příznaků, následků a léčby nemoci. U těchto otázek obě skupiny uváděly zpravidla jednu nebo dvě z více správných odpovědí. Celkově byly dívky v testu znalostí problematiky poruch příjmu potravy úspěšnější. Vyhodnocení testů bylo provedeno vypočtením procentuálního průměru. Celková úspěšnost testu znalostí byla 62%.

8.5 Ověření hypotéz

Stanovené hypotézy

1. Většina žáků má základní znalosti z oblasti poruch příjmu potravy.
2. Polovina studentů není spokojena se svým tělem.
3. Vyšší procento nespokojenosti se svým tělem je hlavně u dívek.

Ověření hypotéz

1. Hypotéza byla potvrzena. Úspěšnost chlapců a dívek ve znalostním testu byla 62%.
2. Hypotéza nebyla potvrzena. Z celkového počtu volilo 48% respondentů odpověď vykazující známky nespokojenosti se svým tělem.
3. Hypotéza byla potvrzena. Dívky volily v 34% a chlapci v 14% odpověď vykazující známky nespokojenosti se svým tělem.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly - Poruchy příjmu potravy. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce nabídla teoretické poznatky o problematice za použití odborné literatury. Je zde uvedeno seznámení se s nejčastějšími poruchami příjmu potravy, jako je mentální bulimie a mentální anorexie. Objasněny jsou faktory, ovlivňující tyto poruchy i způsoby léčby těchto poruch. Nedílnou součástí byla i kapitola, týkající se přístupu k žákům, trpícím poruchou příjmu potravy. Co se týče praktické části práce, jejím hlavním cílem bylo zhodnotit příčiny vzniku poruch příjmu potravy, zjistit jaké má dospívající mládež postoje ke svému tělu a jídlu a zda má dostatečné znalosti z oblasti poruch příjmu potravy.

Zhodnocení příčin rozvoje mentální anorexie bylo provedeno metodou kazuistiky. Za hlavní příčinu rozvoje nemoci můžeme v tomto případě označit vliv sociálně - kulturních faktorů. Potvrdilo se zde, že nemocná dívka si dokázala připustit, že trpí mentální anorexií až v pokročilé fázi onemocnění. Navíc s léčbou bylo v tomto případě započato až po jejím zhroucení. Bez odborné pomoci, by nebylo možné onemocnění zvládnout, a to ani přes velkou snahu rodičů své dceři pomoci.

Ke zjištění postojů ke svému tělu i k jídlu pomohla metoda dotazníkového šetření. Zde byl použit Garnerův a Garfinkelův test postoje k jídlu EAT 26.

Stanovená hypotéza: Polovina studentů není spokojena se svým tělem. Potvrzena nebyla, odpověď vykazující známky nespokojenosti se svým tělem volilo celkem 48% respondentů. Další stanovená hypotéza: Vyšší procento nespokojenosti je hlavně u dívek. Byla potvrzena. Dívek tuto odpověď volilo 34% a chlapců 14%. Tímto se také potvrdila skutečnost vyšší vnímavosti dospívajících dívek ke svému tělu a s ní souvisejících častěji vyskytujících se rizikových příznaků poruch příjmu potravy. Riziková hodnota těchto příznaků je v testu EAT 26 určena získáním 20 a více body. V této oblasti rovněž dívky výrazně převyšují chlapce, kde 18% dívek a jen 5% chlapců dosáhlo v testu těchto rizikových hodnot.

Ke zjištění znalostí dospívajících žáků v oblasti poruch příjmu potravy, byl k testu EAT 26 připojen test skládající se s deseti otázek zjišťujících základní znalosti ohledně této problematiky.

Po vyhodnocení těchto otázek bylo zjištěno, že většina žáků má povědomí o základních druzích poruch, souvisejících s poruchou příjmu potravy, dokáže určit základní rozdíly mezi těmito poruchami a uvědomuje si nebezpečí, které tyto poruchy představují.

V oblasti příznaků, následků a léčby těchto poruch jsou jejich znalosti slabší, ale přesto většina žáků uvedla alespoň část z možných správných odpovědí. Celkově prokázaly dívky více znalostí v oblasti poruch příjmu potravy. Celkově respondenti prokázali základní znalosti v této oblasti. Hypotéza: Většina žáků má základní znalosti byla potvrzena.

Poruchy příjmu potravy představují pro dospívající mládež značné nebezpečí, kterým jsou ohroženy zejména dospívající dívky. Je proto nezbytné věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Vždy je výhodnější těmto poruchám předcházet, než řešit jejich následky.

Prevenici těchto poruch by měl být dán větší prostor zejména na školách, a to nejen na školách středních, ale i základních. Je nutné seznámit děti i jejich rodiče s nebezpečím, příznaky a následky těchto poruch. Rovněž tak v neposlední řadě s pravidly, jak těmto poruchám předcházet.

RESUMÉ

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části práce jsou uvedeny základní souvislosti, příčiny a diagnózy ovlivňující vznik poruch příjmu potravy. Dále jsou zde u jednotlivých diagnóz popsány jejich příznaky, následky a způsoby léčby. Na závěr této části jsou uvedeny možné přístupy k žákům postiženým těmito poruchami.

V praktické části byla zpracována kazuistika dívky postižené mentální anorexií s cílem zhodnotit příčiny rozvoje mentální anorexie. Dále bylo v praktické části práce použito dotazníkového šetření, jehož hlavním cílem bylo zjištění, jaké mají dospívající chlapci a dívky znalosti a problémy v oblasti poruch příjmu potravy. Následně byly výsledky obou skupin porovnány.

ABSTRACT

The Bachelor's thesis is divided into two parts. In the theoretic volume of this work basic connection, causes and diagnosis influencing the development of eating disorders are mentioned. Further there are single diagnoses, their appearances, and aftermath and treatment manners described. In the last part the theoretic volume possible approaches to pupils disabled with those disorders are mentioned.

In the practical part of the thesis a case interpretation of a girl disabled with mental anorexia was processed. The aim of this interpretation was an evaluation of the causes that led to development of anorexia nervosa. Further a questionnaire inquiry was used to find what knowledge and problems in the field of eating disorders adolescent boys and girls have had. Subsequently the records of both groups were compared.

SEZNAM LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003, 31 s. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-860-1591-2.
- COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 136 s., [7] s. barev. obr. příl. Zdraví. ISBN 978-80-247-1622-0.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. Obr. Příl. ISBN 978-802-4732-527.
- HALL, Kindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003, 240 s., Psychoporadna. ISBN 80-865-1760-8.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9946-2.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. dop. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4721-309.
- LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar Kubátová. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

NECHANSKÁ, Blanka. *Péče o pacienty s diagnózami F50.0-F50.9 – poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (online). 2011 (cit. 2013-02-18). 60.

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1.. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

SEMOTÁNOVÁ, Kateřina. *Poruchy příjmu potravy u pubescentů*. České Budějovice 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v ČB. Vedoucí práce Mgr. Renata Jandová

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy neznamenaí špatné zažívání*.

Občanské sdružení Anabell (online). 2002-2012 (cit. 2013-02-16).

Dostupné z <http://www.anabel.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-prijmu-potravy/90-poruchy-prijmu-potravy-neznamenaji-spatne-zazivani>

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.

ŠTIPČÁKOVÁ, Eva. *Metodická příručka k prevenci poruch příjmu potravy pro pedagogy pracující na druhém stupni základní školy*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarikova univerzita. Vedoucí práce Petr Kachlík.

VELEHRADSKÁ, Monika. *Problematika poruch příjmu potravy v pedagogické praxi*. Praha, 2008. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Jana Procházková

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: OTÁZKA Č. 1	49
GRAF 2: OTÁZKA Č. 2	50
GRAF 3: OTÁZKA Č. 3	51
GRAF 4: OTÁZKA Č. 4	52
GRAF 5: OTÁZKA Č. 5	53
GRAF 6: OTÁZKA Č. 6	54
GRAF 7: OTÁZKA Č. 7	54
GRAF 8: OTÁZKA Č. 8	55
GRAF 9: OTÁZKA Č. 9	56
GRAF 10: OTÁZKA Č. 10	56
GRAF 11: OTÁZKA Č. 11	57
GRAF 12: OTÁZKA Č. 12	58
GRAF 13: OTÁZKA Č. 13	58
GRAF 14: OTÁZKA Č. 14	59
GRAF 15: OTÁZKA Č. 15	60
GRAF 16: OTÁZKA Č. 16	61
GRAF 17: OTÁZKA Č. 17	61
GRAF 18: OTÁZKA Č. 18	62
GRAF 19: OTÁZKA Č. 19	63
GRAF 20: OTÁZKA Č. 20	63
GRAF 21: OTÁZKA Č. 21	64
GRAF 22: OTÁZKA Č. 22	65
GRAF 23: OTÁZKA Č. 23	66
GRAF 24: OTÁZKA Č. 24	66
GRAF 25: OTÁZKA Č. 25	67
GRAF 26: OTÁZKA Č. 26	68
GRAF 27: PROCENTUÁLNÍ ROZLOŽENÍ VÝSLEDKŮ OBOU SKUPIN, KTERÉ ZÍSKALY 20 A VÍCE BODŮ	69
GRAF 28: PROCENTUÁLNÍ ROZLOŽENÍ BODOVANÝCH ODPOVĚDÍ OBOU SKUPIN	69
GRAF 29: OTÁZKA Č. 1	73
GRAF 30: OTÁZKA Č. 2	74
GRAF 31: OTÁZKA Č. 3	75
GRAF 32: OTÁZKA Č. 4	75
GRAF 33: OTÁZKA Č. 5	76
GRAF 34: OTÁZKA Č. 6	77
GRAF 35: OTÁZKA Č. 7	78
GRAF 36: OTÁZKA Č. 8	79
GRAF 37: OTÁZKA Č. 9	80
GRAF 38: OTÁZKA Č. 10	81

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1- VÝSKYT NEMOCÍ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY V POPULACI (UZIS, ONLINE)	28
TABULKA 2 - ROZLOŽENÍ RESPONDENTŮ DLE VĚKU	37
TABULKA 3 - VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU EAT 26 – DÍVKY.	41
TABULKA 4 - VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU EAT 23 CHLAPCI.....	46
TABULKA 5 - VYHODNOCENÍ TESTU ZNALOSTÍ PROBLEMATIKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY - DÍVKY	70
TABULKA 6 - VYHODNOCENÍ TESTU ZNALOSTÍ PROBLEMATIKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY - CHLAPCI.....	71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Test postoje k jídlu.....	I
Příloha B – Test znalostí.....	II

Příloha A

TEST POSTOJE K JÍDLU - DOTAZNÍK

Věk.....

Pohlaví.....

Instrukce: Prosím, zakřížkujte (znaménkem X) na odpovídajícím místě to tvrzení, které nejlépe odpovídá vašemu současnému stavu. Většina otázek se přímo týká potravy nebo jídla, třebaže se tu objevují i jiné typy otázek. Dotazník je anonymní. Jde pouze o výzkum. Prosím zodpovězte každou otázku pečlivě. Děkuji.

	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1. Děším se myšlenky, že bych měl(a) nadváhu.						
2. Vyhýbám se jídlu, i když mám hlad.						
3. Uvědomuji si, že se až příliš v duchu zabývám jídlem.						
4. Už se mi stalo, že jsem se přejídal(a) a přesto stále jedl(a) i když jsem cítil(a), že možná nedokážu přestat.						
5. Krájím si jídlo na drobné kousky.						
6. Dávám si pozor na kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7. Zvláště se vyhýbám jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. chlebu, rýži,						
8. Tuším, že lidé kolem mne by byli raději, kdybych víc jedl(a).						
9. Po jídle zvracím.						
10. Po jídle mívám silné pocity viny.						
11. Neustále toužím být štíhlejší.						
12. Když cvičím, myslím na spalování kalorií.						
13. Ostatní lidé si myslí, že jsem příliš hubená(ý).						
14. Stále přemýšlím o tuku na mém těle.						
15. Sníst jídlo mi trvá déle než ostatním.						
16. Vyhýbám se sladkým jídlům.						
17. Jím dietní stravu.						
18. Cítím, že strava ovládá můj život.						
19. Co se týče jídla, dovedu se ovládat.						
20. Ostatní mě nutí do jídla.						
21. Věnuji jídlu příliš mnoho času i myšlenek.						
22. Když sním něco sladkého, nejsem ve své kůži.						
23. Aktivně se řídím pokyny podle diet.						
24. Rád(a) mám prázdný žaludek.						
25. Rád(a) ochutnám nové výživné jídlo.						
26. Po jídle se mi chce zvracet.						

Příloha B

Test znalostí

Instrukce: zaškrtněte všechny odpovědi, o kterých si myslíte, že jsou správné.

1. Mezi duševní nemoci způsobující poruchy příjmu potravy řadíme?	a) záchvatovité přejídání b) mentální bulimii c) mentální anorexii
2. Poruchami příjmu potravy jsou nejvíce ohroženi?	a) dospívající chlapci b) malé děti c) dospívající dívky d) muži a ženy v pokročilém věku
3. Mohou ohrozit poruchy příjmu potravy nemocného přímo na životě?	a) mohou, ale jen staršího člověka b) mohou c) mohou, ale jen malé děti d) nemohou
4. Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje?	a) výživovou terapii b) farmakologickou léčbu c) psychologickou léčbu d) psychiatrickou léčbu
5. Celkovým odmítáním jídla, asketickým přístupem k životu, nápadně vyhublou postavou se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním
6. Přejídáním se a následnou snahou zabránit výživnému účinku potravy například zvracením se vyznačují osoby postižené?	a) mentální anorexií b) mentální bulimií c) záchvatovitým přejídáním
7. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální anorexií?	a) srdeční poruchy b) zeslabení kostí (osteoporóza) c) oslabení imunitního systému d) ztráta svalové tkáně
8. Jaké hrozí zdravotní následky nemocnému mentální bulimií?	a) potíže s trávením potravy b) eroze zubní skloviny c) otoky slinných žláz d) ztráta svalové tkáně

9. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální bulimií?	a) impulzivita b) zaměřenost na výkon c) sebekontrola d) emocionální labilita
10. Které charakterové rysy osobnosti jsou typické pro osobu trpící mentální anorexií?	a) zaměřenost na výkon b) sebekontrola c) introverze (uzavřenost) d) impulzivita