

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

Diplomová práce

Poruchy příjmu potravy v současné populaci a jejich výskyt na ZŠ.
Eating disorders in population and their occurrence at elementary school.

Diplomantka: Lenka Pešková

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Renata Jandová

Datum: duben 2008

ANOTACE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na problematiku poruch příjmu potravy.

V teoretické části jsem objasnila pojmy porucha příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie a syndrom záchvatovitého přejídání. Nastínila jsme problémy pacientů a pacientek a možnost léčení a vyléčení těchto poruch.

V praktické části své diplomové práce jsem zjišťovala, jaká je informovanost o poruchách příjmu potravy mezi žáky 6. a 9. ročníků základních škol, zda tito žáci znají, nebo se setkali s někým, kdo trpí poruchou příjmu potravy a jaká je mezi nimi možnost výskytu poruch příjmu potravy. Pro zjištění potřebných informací jsem použila dotazníkové metody. Dotazník jsem následně vyhodnocovala pomocí tabulek a grafů.

SUMMARY

In my disertation I have targeted the problems with the food intake.

My disertation has two main parts. first is the literature search. Here I explain notions as: disorder and problems with food intake bulimia and the syndrom of spasm overeating. I have sketched problems of pacients and possibilities of healing these illnesses.

In the sekond, practical part, I have been finding out how the awareness about the problems with food intake among the pupils in the 6th and 9th grade in the primary school, if these pupils know or have already met someone with these problems and if there is a possibility of appearance of getting the problems with food intake.

For finding out needed datas I have used questionare methods. Finally I have analyzed datas it by using charts and graphs.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Renatě Jandové za odborné a cenné rady při psaní mé diplomové práce.

Mé poděkování patří všem žákům základních škol v Českých Budějovicích a Havlíčkově Brodě, kteří se zúčastnili výzkumu.

Také bych ráda poděkovala svým rodičům za umožnění studia na PF v Českých Budějovicích.

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci na téma Poruchy příjmu potravy v současné populaci a jejich výskyt na ZŠ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 OBJASNĚNÍ POJMU PPP	13
1.1 Poruchy příjmu potravy	13
1.2 Mentální anorexie a mentální bulimie	14
1.3 Poruchy příjmu potravy v České republice	17
2 POSTIŽENÍ	18
2.1 Charakteristika	18
2.2 Chování postižených	18
3 MENTÁLNÍ ANOREXIE	20
3.1 Charakteristika	20
3.2 Klasifikace podle MKN – 10	21
3.3 Vznik a rozvoj mentální anorexie	22
3.3.1 Faktory vzniku	22
3.4 Formy mentální bulimie	23
3.4.1 Akutní forma	23
3.4.2 Chronická forma	23
3.5 Signály vzniku mentální anorexie	24
3.6 Důsledky mentální anorexie	25
3.6.1 Zdravotní důsledky	25
3.6.1.1 Látková přeměna	25
3.6.1.2 Srdečně cévní systém	26

3.6.1.3 Menstruace	26
3.6.1.4 Nedostatek živin	26
3.6.1.5 Smrt	26
3.6.2 Důsledky sociální a psychické	27
3.6.2.1 Sociální izolace	27
3.6.2.2 Sebevražda	28
3.7 Léčba mentální anorexie	28
3.7.1 Léčba psychické stránky	29
3.7.1.1 Metody	29
3.7.2 Léčba těla	32
3.7.2.1 Metody	32
3.8 Postoj okolí	32
3.9 Zacházení s anorektikem	33
4 MENTÁLNÍ BULIMIE	34
4.1 Charakteristika	34
4.2 Klasifikace podle MKN – 10	35
4.3 Diagnostika mentální bulimie	35
4.4 Mentální bulimie – příčina nebo důsledek?	36
4.5 Pocity bulimiček a průběh bulimického záchvatu	37
4.6 Léčba mentální bulimie	39
4.6.1 Podstata léčby	39
4.6.2 Zahájení léčby	39
4.6.3 Průběh léčby	40
4.6.3.1 Překážky v léčbě	41
4.6.4 Metody léčby mentální bulimie	42
4.6.4.1 Hospitalizace	42
4.6.4.2 Léčba svépomocí	42

4.6.4.2.1	Začátek svépomocné léčby	43
4.6.4.2.2	Jídelní záznamy	43
4.6.4.2.3	Jídelní a denní režim	44
4.6.4.2.4	Náhradní aktivity	45
4.6.4.2.5	Podpora při svépomocné léčbě	45
4.6.4.3	Léčba pod odborným dohledem	46
5 SYNDROM ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ		48
5.1	Charakteristika	48
6 JINÉ NESPECIFIKOVANÉ PORUCHY		49
PRAKTICKÁ ČÁST		50
7 VÝZKUM		51
7.1	Cíl	51
7.2	Předpoklady	51
7.3	Charakteristika výzkumného vzorku	52
7.3.1	ZŠ O. Nedbala	52
7.3.2	Církevní základní škola	52
7.3.3	ZŠ Nerudova	53
7.3.4	ZŠ Nuselská	53
7.3.5	ZŠ Wolkerova	53
7.3.6	ZŠ Havlíčkův Brod	53
7.4	Obecně o výzkumu	54
7.5	Dotazník	55
7.5.1	Přednosti a nedostatky dotazníkové metody	55
7.5.2	Sestavování dotazníku	56

7.6 Vlastní výzkum	58
7.6.1 Vyhodnocení výzkumu v 6. třídách	58
7.6.2 Vyhodnocení výzkumu v 9. třídách	67
7.7 Diskuze	77
7.7.1 Ověření předpokladů	77
7.7.1.1 P1	77
7.7.1.2 P2	77
7.7.1.3 P3	77
7.7.1.4 P4	78
7.7.1.5 P5	78
7.7.1.6 P6	78
8 ZÁVĚR	79
LITERATURA	80
PŘÍLOHY	82

ÚVOD

Dnešní doba je náročná, klade na nás vysoké nároky ve všech oblastech našeho života – máme být vzdělaní, úspěšní, finančně zajištěni, krásní, štíhlí, a tak se svět mnoha z nás točí pouze kolem jídla, kolem štíhlosti a krásy, a to se může stát osudným, protože se v současnosti krása spojuje s kostnatou až vychrtlou postavou s chlapeckými rysy.

Mnoho žen na celém světě věnuje velké množství sil hubnutí, dietám, štíhlosti. Většina dívek a žen považuje omezování se v jídle, snižování energetického příjmu a sledování tělesné hmotnosti za zcela normální, dokonce i zdraví prospěšné. Kladou si otázky, jak nejlépe a nejrychleji zhubnout. Jak? Když stále méně vydávají energii, když diety jsou víceméně účinné jen krátkodobě. Některým se podaří váhu snížit, za svůj „zdar“ však platí až neúměrnou cenu.

Tlak ze strany společnosti je navíc umocňován reklamou a průmyslem zaměřeným na hubnutí. A tento tlak je stále silnější, mocnější a někdy bohužel i usmrcující.

Stále častěji se v tisku, televizi, rozhlase dovídáme o poruchách příjmu potravy. Mluví se o nich v souvislosti se známými osobnostmi, zejména dívkami a mladými ženami.

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen (chlapci a muži tvoří přibližně 5 – 10% všech nemocných); způsobují dlouhodobé potíže jim samotným i jejich okolí.

Velmi alarmujícím faktem je, že poruchou příjmu potravy začínají trpět čím dál mladší pacientky.

Nemocní s těmito obtížemi tvoří dost heterogenní skupinu s velmi různorodými problémy. Charakter mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatového přejídání a nespecifikovaných poruch příjmu potravy je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů.

Ve své práci se zaměřím na charakteristiku jednotlivých poruch příjmu potravy – zejména mentální anorexie a mentální bulimie, na psychické i fyzické změny u nemocných, na možné způsoby jejich léčby.

Přestože se o poruchách příjmu potravy mezi širokou veřejností mluví stále víc a ony se dostávají do povědomí, není na trhu s odbornou literaturou zatím tak široké spektrum materiálů, jaké by bylo zapotřebí. Vycházím tedy ze zkušeností terapeutů, psychologů a samotných pacientek, se kterými jsem měla možnost se setkat.

Praktická část práce je založena na výzkumu provedeném na několika základních školách v Českých Budějovicích. Žáci vyplňovali dotazníky, kterými jsem se snažila zjistit, jak jsou informováni o poruchách příjmu potravy, jestli se informace, které mají, dozvěděli ve škole nebo někde jinde a zda se s někým, kdo poruchou příjmu potravy trpí, již setkali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBJASNĚNÍ POJMU PPP

1.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) a Diagnostický manuál (DSM IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují dva nejzřetelněji vymezené syndromy – mentální anorexii a mentální bulimii. K poruchám příjmu potravy však ještě patří tzv. záchvatovité přejídání. Všechny tři poruchy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Výzkumy ukazují, že na celém světě trpí některou z forem poruch příjmu potravy kolem osmi milionů lidí a jsou problémovou záležitostí především u žen, protože ženy vždy zajímal tělesný vzhled a krása, zatímco muže svaly a síla. Stačí být ženou a riziko vzniku je desetkrát větší. V České republice se toto vážné onemocnění týká každé dvacáté mladé ženy nebo dívky.

Poprvé byly poruchy příjmu potravy v československém prostředí popsány v roce 1941 V. Jonášem, který diagnostikoval několik případů mentální anorexie koncem třicátých let na oddělení vnitřního lékařství české University Karlovy. První zaznamenání nárůstu výskytu poruch příjmu potravy v Československu spadá do osmdesátých let a bylo založeno na rostoucím počtu pacientů s mentální anorexií. Podle tehdejších odhadů vycházejících z počtu nemocných hospitalizovaných na Psychiatrické klinice VFN v Praze 2 a dalších několika pražských nemocnic byla v roce 1973 v Praze frekvence výskytu mentální anorexie 1,08 případu na 100 000 obyvatel a v roce 1982 již 4,1 případu. Přesnější a hodnověrnější jsou však počty nemocných uvedené v tabulce.

Tabulka č. 1. Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie a bulimie hospitalizovaných v ČR podle Statistického úřadu MZ ČR

rok	mentální anorexie			mentální bulimie		
	ženy	muži	celkem	ženy	muži	celkem
1985	91	4	95	10	0	10
1989	122	13	135	15	3	18
1991	146	11	157	19	2	21
1994	164	10	174	88	4	92
1996	246	10	256	143	3	146

První rozsáhlejší studie, provedená Krchem a Drábkovou v roce 1996, byla zaměřená na jídelní návyky a postoje učňů, středoškoláků a vysokoškoláků v Praze a Vlašimi. Průměrně bylo respondentům osmnáct let a 17,5% z 258 chlapců a 6,5% z 723 dívek trpělo nadváhou. Studie potvrdila rozdílné návyky a postoje mezi chlapci a dívkami. Zarážející byl fakt, že dívky, ačkoli celkově štíhlejší než chlapci, toužily po mnohem nižší tělesné hmotnosti. Chlapci naopak chtěli přibrat.

1.2 Mentální anorexie a mentální bulimie

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou si sice velmi podobné – obě poruchy charakterizuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a hmotnosti, přesto je mezi nimi značný rozdíl. (Krch, 2003)

Rozdíly v příznacích těchto nemocí jsou hlavně v závažnosti podvýživy a metodách používaných ke kontrole váhy. U obou poruch je typickým

příznakem i obecnější psychopatologie – nízké sebevědomí, sociální problémy a somatické obtíže. (Krch, 1999)

Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami spočívá v tělesné hmotnosti pacientek – zatímco anorektičky jsou hubené, vyzáblé až vychrtlé, bulimičky mají většinou tělesnou hmotnost normální. Problém však je, že obě nemoci mezi sebou mohou navzájem přecházet – u anorektiček se objevují příznaky bulimie a u bulimiček zase příznaky anorexie. Odborníci uvádějí, že až 50% anorektiček ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídá se a stejný počet bulimiček má sklony k anorexii. Nemocných, kteří trpí „čistým“ typem jedné z poruch je velmi málo.

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou považovány za kulturně podmíněný („culturebound“) syndrom. Toto označení vysvětluje, že poruchy příjmu potravy nemohou být pochopeny mimo daný, specifický, kulturní kontext. Kultura a sociální tlak jsou významným faktorem, které ovlivňují vznik a rozvoj poruch příjmu potravy v populaci. Stále, v časopisech, novinách, televizi, rádiu, na internetu, je zmiňován jakýsi módní ideál. Už v roce 1978 uvedla H. Bruch, že módní ideál ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, kteří cestu ke kráse a úspěchu vidí právě ve štíhlosti a svoji sebekontrolu spojují, až sjednocují, s kontrolou tělesné hmotnosti. (Krch, 1999)

„Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory.“ (Krch, 1999, str. 59)

Tato uměle vytvořená kritéria pak velmi snadno vyústí právě v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti a s tím spojené důsledky.

Poruchy příjmu potravy vznikají a rozvíjejí se velmi nenápadně a pomalu, mohou mít průběh jako jediná epizoda, ale mnohem častější je jejich dlouhodobé trvání s mnoha stále se opakujícími epizodami. Pro zdraví znamenají velké nebezpečí, nejsou-li léčeny, mohou způsobit metabolický rozvrat a nakonec i smrt. Naštěstí se v dnešní době o poruchách příjmu potravy uvažuje jako o nemoci, veřejnost je informovaná alespoň o základních symptomech a příznacích a rozšiřuje se i počet míst, kam se nemocní mohou obrátit o pomoc. Jejich léčení bohužel není jednoduchá záležitost, protože neexistuje žádná určitá příčina jejich vzniku. Kdyby ano, vedlo by odstranění této příčiny k automatickému vyléčení. Při léčbě poruch příjmu potravy není důležité uvažovat o příčinách, ale zaměřit se na potlačení faktorů, které poruchu udržují, a změnit špatné stravovací návyky a postoj k jídlu. Je důležité si uvědomit, že za vznik a rozvoj poruchy nikdo nemůže, nikdo není na vině a že základem úspěšné léčby je aktivní spolupráce pacienta i jeho okolí. Přesto však existuje jakýsi výčet rizikových faktorů vzniku poruchy příjmu potravy, viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 2. Rozšíření rizikových symptomů mezi českými středoškoláky v r. 1996

	muži	ženy
nespokojenost s tělem	34,3	57,4
přání zhubnout	8,4	48,7
v minulosti snaha zhubnout	16,6	56,2
vynechání hlavního jídla	16,0	34,4
preference vegetariánské, makrobiotické kuchyně	2,7	8,4
nikdy nejí maso	0,5	3,5
omezování se v jídle ze strachu z tloušťky častěji než jednou týdně	4,1	18,0
častěji než jednou měsíčně	8,5	39,4
<i>(n muži = 614, ženy = 639, údaje jsou v procentech)</i>		

1.3 Poruchy příjmu potravy v České republice

Díky každoročně zveřejňovaným výsledkům průzkumů a studií lze soudit, že nebezpečí vzniku a rozšíření mentální anorexie a bulimie v České republice je srovnatelné s vyspělými státy západní Evropy a že v posledním desetiletí měly počty nemocných stoupající tendenci. (Krch, 1999)

Poruchami příjmu potravy je v České republice ohroženo stejně venkovské obyvatelstvo jako to městské, rizikovou skupinou mohou být i dospělé ženy, pokud trpí nadváhou, popř. jsou strachem z nadváhy ovlivňovány. (Krch, 1999)

2 POSTIŽENÍ

2.1 Charakteristika

Poruchou příjmu potravy jsou ohroženy zejména ženy, a to bez rozdílu společenského postavení, rasy a věku. (Krch, 2003)

I když není nezajímavé, že některé socio-profesní skupiny jsou rozvojem těchto onemocnění ohroženější než jiné. Jsou to ty, pro které má rozhodující význam tělesný vzhled a zejména tělesná hmotnost, například tedy studentky baletu, profesionální tanečnice, modelky. Riziko vzniku výrazně zvyšují redukční diety – studie ukazují, že až 30% redukčních diet přechází během dvou let v tzv. patologickou dietu a u 20 – 30% lidí s patologickou dietou dochází k rozvoji poruchy příjmu potravy.

2.2 Chování postižených

Velmi nápadným znakem poruch příjmu potravy je skutečnost, že takto nemocní téměř nikdy nejí ve společnosti ostatních lidí a velmi důsledně se tomu vyhýbají, protože jsou si vědomí toho, že by byli svými stravovacími návyky nápadní – anorektici miniaturními porcemi, bulmici naopak spoustou jídla, které dokáží impulsivně sníst. V případě, že přece jen ke stolu s ostatními zasednou, velmi rychle zase odcházejí. Obecně panuje představa, že jejich cesta vede na záchod, ale není to tak zcela pravda, protože pouze menší procento pacientů používá ke zbavení se přijaté potravy zvracení. Častěji využívají laxativa a intenzivní cvičení.

Typická je také posedlost jídlem. Anorektici i bulimici jsou doslova fascinováni vařením a přípravou jídel, protože jim to nahrazuje samotnou konzumaci. Sbírají recepty, vedou dlouhé rozhovory o jídle a potravinách a velmi rádi vaří, ale jen a pouze pro ostatní. Sami uvařené jídlo nejedí.

U osob s poruchou příjmu potravy postupem času dochází k nápadným psychickým změnám. Vyhýbají se společnosti, zanedbávají své přátele i koníčky, ztrácejí zájem o cokoli a v partnerském vztahu bývají součástí konfliktů.

3 MENTÁLNÍ ANOREXIE

3.1 Charakteristika

Mentální anorexie je především strach z tloušťky. Proto je pro ni typické úmyslné snižování tělesné hmotnosti, odmítání potravy, nadměrná tělesná aktivita. (Krch, 1999)

Anorektici odmítají jíst, aby co nejvíce snížili energetický příjem a zároveň se snaží zvyšovat energetický výdej, tzn. narušují svou tělesnou energetickou rovnováhu negativním směrem. Chuť k jídlu mívají normální. Pokud mají chuť k jídlu oslabenou, je to většinou jen důsledek hladovění, které sami dobrovolně podstupují.

Tato porucha příjmu potravy bývá často označována za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Důvodem je pravděpodobně skutečnost, že touto nemocí prokazatelně trpěly některé známé osobnosti – Andrey Hepburnová, císařovna Sisi, Karen Carpenterová, mluví se i o Lucii Vondráčkové, Calistě Flockhartové a švédské princezně Viktorii, a že dieta je v podstatě přepych. Svět se ale neustále mění a vyhublost se stala velmi významnou hodnotou i v nižších vrstvách. Je ale nutné podotknout, že pouze je tomu tak ve vyspělých zemích západního světa, protože například v zemích trpících bídou a hladomorem je vyhublost symbolem úpadku a strádání.

Mnoho anorektiků připisuje vznik své nemoci nějaké závažné životní události – změny v rodině, narážky na vzhled a postavu. Nicméně objektivnost těchto důvodů je diskutabilní, protože jde o osobní názor nemocného.

3.2 Klasifikace podle MKN – 10 (F50.0)

Jak již bylo řečeno, jsou poruchy příjmu potravy onemocněním, proto musí mít i svá diagnostická kritéria. Podle MKN – 10 (F50.0) je mentální anorexie vymezena takto:

1. Tělesná hmotnost je dlouhodobě udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo je BMI 17,5¹ a nižší. Prepubertální pacienti nevykazují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

2. Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tak, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a užívá jeden nebo více způsobů kontroly tělesné hmotnosti (nadměrná tělesná aktivita, laxativa a diuretika, popř. vyprovokované zvracení).

3. U pacienta přetrvává strach z tloušťky a tloustnutí a jeho zkreslená představa o vlastním těle je tak neodbytná a vtíravá, že vede ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu podle něho optimální nebo cílové váhy.

4. Pokročilá endokrinní porucha se u žen projevuje jako amenorhea (nepřítomnost menstruace) a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimečně může děložní krvácení přetrvávat u anorektiček, které užívají náhradní hormonální léčbu (antikoncepční tablety). U anorektických pacientů také bývá narušena hladina růstového hormonu a dochází k chybnému vylučování inzulínu.

¹ BMI, Body Mass Index (index tělesné hmotnosti) = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m)²

5. Pokud začátek onemocnění spadá do období před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny, tzn. dívkám se nevyvíjí prsa a dochází k primární amenorhee, u hochů zůstávají dětské genitálie, zpomaluje se až zastavuje tělesný růst. Po uzdravení se puberta dokončena normálně, i když první menstruace je i tak opožděna. (Krch, 1999)

Mentální anorexie existuje ve dvou specifických typech – nebulimický typ (během onemocnění nedochází k opakovaným záchvatům přejídání) a bulimický typ (u pacient trpí i opakovanými záchvaty přejídání). (Krch, 1999)

Při diagnostice mentální anorexie je nutné u pacientů vyloučit jakoukoli tělesnou či duševní poruchu, která by mohla být příčinou nechutenství, poruchy v jedení a nízké tělesné hmotnosti.

Díky strachu, někdy až panické hrůze, z tloušťky mají pacienti narušené vnímání vlastního těla a popírají závažnost nízké tělesné hmotnosti. Předmět tohoto strachu (tloušťka, tělesné proporce, pohyb hmotnosti apod.) nemocní často přeceňují a vyhublost a svoje nepřiměřené chování podceňují.

3.3 Vznik a rozvoj mentální anorexie

Mentální anorexie vzniká a propuká u pacientů, zejména tedy pacientek, mezi 13 a 20 lety, i když byly její příznaky zaznamenány už i u dětí mladších 10 let. Na vzniku a rozvoji se podílí mnoho různých faktorů.

3.3.1 Faktory vzniku

Velký vliv mají ty biologické, jako je tělesná hmotnost, puberta a pohlaví (mentální anorexie dominuje u žen; u muže byla poprvé popsána

v roce 1960; podle studie z roku 1987 představují muži pouze 7,5% všech pacientů s mentální anorexií). Kromě biologických faktorů působí na nemocné i faktory sociální a kulturní, emocionální, samotná osobnost pacientek a psychické charakteristiky. K těm sociálním patří nevhodné jídelní návyky rodičů a sourozenců, obezita a diety v rodině, soutěživost v rodině, skandalizace obezity, spojování vyhublosti se zdravím a především média, která jednoznačně určují životní vzory, protože kladní a úspěšní lidé jsou vždy krásní a štíhlí. Mezi emocionální faktory řadíme deprese a úzkostné stavy, které jsou spojeny s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. (Leibold, 1995)

3.4 Formy mentální anorexie

Podle vzniku a průběhu mentální anorexie se rozlišují dvě formy, akutní a chronická. (Krch, 1999)

3.4.1 Akutní forma

Akutní forma mentální anorexie začíná zpravidla v období puberty a postihuje zejména dívky. Velmi rychle vede k těžkému tělesnému poškození, které může skončit i smrtelně. Zhruba třetina akutních anorektiků akceptuje určité množství jídla, ačkoliv i to je nedostatečné, a určitou tělesnou hmotnost a dostávají se tak do chronické formy. (Krch, 1999)

3.4.2 Chronická forma

Chronická forma mentální anorexie je jakýmsi kompromisem mezi odmítáním jídla a pochopením, že pouze příjem potravy zabrání případné smrti. (Krch, 1999)

3.5 Signály vzniku mentální anorexie

Varovných signálů o vzniku mentální anorexie je celá řada:

- změna jídelníčku – nemocní vyloučí jídla, která jsou energeticky vydatná nebo „nezdravá“, tzn. sladkosti, tučná jídla, pochutiny apod. Seznam zakázaných jídel se postupně rozšiřuje o bílé pečivo, knedlíky, maso, až zbudou jen tzv. „light“ potraviny
- změna jídelního tempa a chování při jídle – jedí pomalu, jako by obřadně, vybírají si, co nesnědí, porci rozdělují na co nejmenší kousky
- změna chutí – nemocní často pijí kávu, hodně solí, žvýkají žvýkačky a hodně pijí, aby zahnali hlad. Snadno se jim udělá po něčem špatně
- odmítání jídla ve společnosti
- nárůst tělesné aktivity a cvičení – nápadné je neustálé pobíhání, aby si tzv. dali do těla
- nenadálé vyhýbání se přátelům a rodině, uzavření se do sebe, zhoršení nálady a přecitlivělost. Nálada se chvilkově zlepšuje v době, kdy dojde k prvnímu zhubnutí, a nemocní se začnou družít a jsou aktivní. Postupně se však zase vracejí do původního stavu.
- zdravotní potíže – objevuje se zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost, nemocným začnou vypadávat vlasy, kazit se pleť a zvyšuje se tělesné ochlupení

- kategorický odpor ke snaze z okolí donutit je jíst – používají protiargumenty, dokáží citově vydírat, podvádět v jídle, pokud jsou k němu nuceni, a sáhodlouze vykládat o svých pocitech a jídelníčku (Leibold, 1995)

3.6 Důsledky mentální anorexie

3.6.1 Zdravotní důsledky

Tělesné a zdravotní důsledky mentální anorexie bývají velmi závažné a závisí hlavně na délce trvání nemoci.

Tím, že nemocní odmítají jíst a snižují energetický přísun, jim chybí energie pro normální fungování. Po omezení energetického příjmu je tělo schopné nějakou dobu čerpat z vlastních rezerv, než dojde k úpadku sil. Anorektici paradoxně se svými silami nehospodaří a nešetří, ale mají sklon k přehnané tělesné aktivitě, až dojde k naprostému vyčerpání a zhroucení. (Leibold, 1995)

3.6.1.1 Látková přeměna

Prvním z důsledků mentální anorexie je porucha látkové přeměny a zažívání. Ve chvíli, kdy tělo začne dostávat málo potravy, přemění svoji činnost tak, aby byl život zachován co nejdéle – minimalizuje všechny tělesné aktivity, které nejsou životně důležité, aby byla udržena práce životně důležitých orgánů. A to vede k prvním zdravotním potížím. Nedostatečnou výživou tak trpí nejen zažívací orgány jako žaludek střeva, která zpomalují svou činnost a tím dochází k jejich obtížnému vyprazdňování, hromadění

jedovatých zplodin látkové přeměny, které se vracejí zpátky do těla a způsobují sebeotravu, a zácpám. (Leibold, 1995)

3.6.1.2 Srdečně cévní systém

Omezeným množstvím energie je zasažen také srdečně cévní systém – velmi znatelně se sníží krevní tlak a zpomalí se tepová frekvence. Na špatný stav cévního systému a komplikace upozorňují záchvaty závratí a mdloby. S postupem nemoci se stav krevního oběhu a srdce zhoršuje natolik, že se nakonec může zhroutit a selhat. (Leibold, 1995)

3.6.1.3 Menstruace

K typickým příznakům mentální anorexie patří vynechání až ztráta menstruace, a to jako následek podvýživy a zároveň psychicko-nervového stavu, který ovlivňuje hormonální systém. Současně se ztrátou menstruace se zpomaluje a zastavuje růst prsů. (Leibold, 1995)

3.6.1.4 Nedostatek živin

K dalším chorobným, neméně závažným, symptomům mentální anorexie patří chronický nedostatek vitaminů, minerálních látek a stopových prvků, snížená imunita a tím sklon k častým nemocem, vypadávání vlasů, lámání nehtů, suchá a přecitlivělá kůže a snížená tělesná teplota. (Leibold, 1995)

3.6.1.5 Smrt

Velmi často se stává, že se pacienti dostanou na léčení až po velmi dlouhé době, protože s úspěchem dokáží své problémy a potíže skrývat a své okolí klamat a chlácholit a akutní ohrožení života nenastává hned. Přesto je alarmující, že na následky mentální anorexie umírá až 10% pacientů. (Leibold, 1995)

3.6.2 Důsledky sociální a psychické

Kromě vážných zdravotních potíží vede mentální anorexie i k sociálním a psychickým poruchám, které v nejzávažnějších případech mohou dospět i k sebevražedným pokusům. Člověk trpící mentální anorexií se v chování vůči svému okolí a ostatním lidem pohybuje mezi dvěma extrémy – přehnanou starostlivostí o blaho a spokojenost druhých a pocitem vlastní nadřazenosti, díky kterým si velice těžko vytváří a udržují sociální vztahy, až se nakonec známí a přátelé od anorektiků odtahují a vzdalují a ti zůstanou izolováni. (Leibold, 1995)

3.6.2.1 Sociální izolace

Sociální izolace u anorektiků vzrůstá s čím dál častějšími myšlenkami na vlastní vzhled a touhou zhubnout. Odcizení a ztráta kontaktu s ostatními lidmi je největším stresovým činitelem, proto se velmi brzy vyvíjejí vážné psychické poruchy, které mentální anorexii ještě víc zhoršují. (Leibold, 1995)

3.6.2.2 Sebevražda

Za normálních okolností není u anorektiků nebezpečí sebevražedného pokusu nijak vysoké, protože hluboká deprese a nedostatek energie brání rozhodnout se k takovému ráznému kroku. Pokud se ale anorektikovi nálada a životní náboj zvýší, vzroste i nebezpečí sebevraždy, protože nově nabytá energie se může obrátit proti vlastnímu životu. V tento moment může k sebevražednému pokusu dojít; nejčastějším prostředkem jsou antidepresiva a chemické medikamenty. (Leibold, 1995)

3.7 Léčba mentální anorexie

Chorobná náruživá snaha zhubnout, mentální anorexie, je známá už řadu let, proto jsou k její úspěšné léčbě k dispozici nejrůznější postupy, stále doplňovány novými druhy terapie. Mohlo by se zdát, že k léčbě jako takové by tedy měl být snadný přístup, problémem ale je nedostatek terapeutů, kteří by na vzrůstající počet nemocných stačili. Velkou pomocí psychologům a psychiatrům při léčbě jsou proto svépomocné skupiny, které dosahují srovnatelných úspěchů. Jenže než se nemocná do takové skupiny dostane, je potřeba ji „donutit“ k tomu, aby se léčit a do takové skupiny se aktivně zapojit chtěla. A takového stavu je většinou možné dosáhnout jedině úvodním odborným léčením.

Léčba mentální anorexie musí být celková – psychická i somatická, jinak k odstranění všech příčin a následků nemoci nedojde. U vážných případů se proto volí i pobyt na klinice, někdy dokonce i proti vůli nemocného, který není schopen rozumné úvahy o svém stavu. (Leibold, 1995)

3.7.1 Léčba psychické stránky

Uzdravení po psychické stránce vyžaduje odbornou psychoterapii, u které se musí počítat s určitou časovou náročností, obvykle s několika měsíci. Délka psychoterapie závisí zejména na použitých metodách a spolupráci samotné pacientky, protože dokud ona nebude sama pro léčbu rozhodnuta a nebude sama chtít, terapeutova snaha nikam nepovede. Popírání a přiznání si nemoci může u nemocné trvat i několik let, ačkoli okolí mohlo problémy s jídlom, změny psychického i fyzického stavu zaznamenat již dávno.

3.7.1.1 Metody

S rostoucími zkušenostmi se ukázalo, že velmi účinnými jsou klasické psychoterapeutické metody podle Sigmunda Freuda opírající se o zpytování podvědomí přizpůsobené právě pro potřeby léčby mentální anorexie. Dobrým základem léčby je rozhovor pacientky, s přáteli, příbuznými, terapeuti. Sám o sobě ale rozhovor nestačí. Psychoterapeutický rozhovor má určitá pravidla, která definoval Carl Rogers.

„Takový dialog potom pacientce pomáhá poznat sama sebe a porozumět si a pomocí naučených postupů změnit své chování.“ (Leibold, 1995, str. 105)

V průběhu léčby hlubinným rozhovorem si nemocný vypracovává a nacvičuje způsoby řešení svých konfliktů a problémů, nejsou mu udělovány rady a příkazy, jak tomu často činí např. rodiče. Nevýhodou léčby hlubinným rozhovorem je ale její zdlouhavost.

Při léčbě mentální anorexie je také využíváno psychoanalýzy podle Sigmunda Freuda, přestože o její stoprocentní účinnosti jsou mezi odborníky stále ještě pochyby.

Technika této metody „spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů, které sahají často až do raného dětství.“ (Leibold, G., str. 107)

Základem psychoanalýzy je naprostá důvěra pacienta a jemu nakloněná a otevřená atmosféra při hovoru nemocného o jeho snech, myšlenkách, tužbách a obavách, které následně terapeut analyzuje a pacientovi je ve srozumitelné podobě vrací zpátky, čímž on dochází k hlubokému sebepoznání a je schopen potlačit obavy, komplexy, konflikty a léčí se tím tak mentální anorexie od základu.

Za ještě více účinnou je považována tzv. individuální psychoanalýza, jejímž autorem je Alfred Adler a která vychází z předpokladu, že mentální anorexii vyvolávají komplexy méněcennosti, které souvisejí s výchovou a s negativními životními zkušenostmi pacienta. (Leibold, 1995)

Jako doplňkovou metodu používá mnoho terapeutů hypnózu, která má za úkol u pacienta podnitit normální vztah k jídlu, aniž by se zabývala příčinami nemoci.

„Hypnóza patří k nejstarším formám psychoterapie.“ (Leibold, 1995, str. 108)

Podmínkou úspěšné hypnózy je, aby byla prováděna skutečným odborníkem, jinak by mohla spíše ublížit než pomoci. Nicméně „zázraky“ se od hypnózy očekávat nedají, protože ani ona nedokáže zásadně člověka změnit, natož ze dne na den. (Leibold, 1995)

I přes dobré zkušenosti a výsledky s osvědčenými výše uvedenými metodami, se do kurzu dostávají stále nové terapeutické postupy, protože jsou ve svém účinku rychlejší.

Psychoterapii by při léčbě měla podstoupit i rodina, ve které pacient žije, protože i ona je nemocí postižena, velmi často je rodina dokonce hlavní příčinou vzniku chorobné závislosti. Nepříznivé rodinné poměry, omezování a rodinná frustrace totiž hrají významnou roli při vzniku a rozvoji nemoci a pacient je v rodině nejslabším článkem, u kterého se konflikty hromadí. Ten potom od problémů a nesnesitelné situace do chorobné závislosti na hubnutí „utíká“. (Leibold, 1995)

Proto by se i rodina měla spolupodílet na terapii, která zpracovává problémy a přivádí situaci a narušené vztahy do pořádku – spravuje sociální rodinné vztahy, aby od nich už pacient nemusel utíkat. Účastnit by se měli všichni, tedy rodiče i sourozenci. (Leibold, 1995)

Terapeut nikdy zdravým členům rodiny nic nevyčítá, nekritizuje, nenabádá, ale snaží se je důvěryhodně vést ke spolupráci na všech rodinných problémech. Zachování pozitivní atmosféry v rodině chrání pacienta před recidivami po skončení léčby.

3.7.2 Léčba těla

Somatoterapie, tělesná terapie, obnovuje, či se o to alespoň snaží, celistvost a jednotu těla, psychiky a duševního života tím, že u anorektiků narušuje nepřátelství k vlastnímu tělu, chybné vnímání vlastního těla a navrácí jim pocit vlastního těla jako součást jejich osobnosti a jich samotných. (Leibold, 1995)

3.7.2.1 Metody

K technikám napomáhajícím uvědomování si vlastního těla patří nejrůznější uvolňovací a dechové cviky, masáže a tělesný pohyb. Všechny provokují psychické reakce, které jsou následně zpracovávány výše zmíněnými psychoterapeutickými metodami. Tímto spojením psychoterapie a somatoterapie léčba nevyklučuje tělo jako postižený článek, ale naopak ho aktivně zapojuje a zahrnuje. Obnovuje se tak harmonická souhra těla, ducha a psychického života a mentální anorexie je tak natrvalo překonána. (Leibold, 1995)

3.8 Postoj okolí

Mentální anorexie, charakteristická sebedestrukčním chováním postiženého, je pro jeho okolí, příbuzné a známé dost těžko pochopitelná, protože zdraví lidé považují příjem potravy za zcela přirozený a nenahraditelný proces. Proto by tyto lidé měli mít na paměti, že nemocní jejich chování k nim vidí v jiném světle, než v jakém je míněno, a nemocného neodsuzovat.

3.9 Zacházení s anorektikem

Zacházení s anorektickým pacientem není jednoduché, ale je reálné a má svá určitá pravidla:

- Anorektici jsou psychicky nemocní a tělesně ohrožení lidé, mají tedy právo, aby s nimi jako s těžce nemocnými bylo zacházeno, aby nebyli podrobováni výčitkám a laickým donucovacím opatřením, která by situaci mohla ještě zhoršit. Příznivé předpoklady vyléčení vytváří skutečné klima porozumění a ochoty pomoci.
- Nemá cenu apelovat na rozum a inteligenci nemocného; mentální anorexie jimi není žádným způsobem ovlivněna.
- I přes nasazenou masku samostatnosti a převahy nad ostatními, kdy se anorekticky nemocní tváří, že nepotřebují žádný sociální kontakt, jsou na sociální vztahy odkázáni a spojení s lidmi musí být bezpodmínečně zachováno. „Opustit jej by pro něj také mohlo znamenat rozsudek smrti.“ (Leibold, 1995, str. 133)
- Blízcí by neměli váhat a přivést anorektika na léčení, třeba i přes nevěli a odpor nemocného, protože on sám není schopen včas změnit své chování a vztah k jídlu. Nemělo by však docházet k donucování hrozbami, protože pod tlakem se změna chování nedaří.
- Důležité je zabránit sebeobviňování v rodině, i když příbuzní cítí, že i oni mají na vzniku mentální anorexie jakýsi podíl. Lepší a účinnější je najít nové cesty a obnovit či nastartovat dobré rodinné vztahy. (Leibold, 1995)

4 MENTÁLNÍ BULIMIE

4.1 Charakteristika

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“
(Krch, 1999, str. 17)

Ani mentální bulimie, stejně jako mentální anorexie, není v medicíně novým pojmem; už například Hippokrates rozlišoval chorobný hlad od hladu normálního. Novodobá historie mentální bulimie spadá do roku 1979, kdy anglický psychiatr Gepard Russell uveřejnil článek, v němž uvedl termín *bulimia nervosa* pro popis třiceti klinických pacientů se stejnými příznaky choroby – silná a nepotlačitelná touha se přejídat, chorobný strach z tloušťky, snaha zabránit přibývání na váze vyvoláváním zvracení a užíváním projímadel.

Ani mentální bulimii se nevyhnuly některé slavné tváře – nejvíce se v souvislosti s touto chorobou mluví o Lady Dianě, Audrey Hepburnové a Karen Carpenterové. V České republice podle posledních průzkumů trpí mentální bulimií asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena, což je srovnatelné s počty nemocných v západní Evropě. Narušené jídelní postoje a návyky má však až deset procent mladých žen.

Termín mentální bulimie se stal běžně používaným medicínským pojmem, převzala ho i Americká psychiatrická komora, která ho v roce 1980 zařadila do DSM-III.

4.2 Klasifikace podle MKN – 10 (F50.2)

MKN – 10 (F50.2) specifikuje mentální bulimii ve čtyřech bodech:

1. Nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců opakující se epizody přejídání, při nichž je ve velmi krátkém časovém úseku zkonsumováno velké množství jídla.
2. Nepřetržité zaobírání se jídlem a silná, neodolatelná a nezvládnutelná touha po jídle.
3. Výkrmný účinek jídla je potlačován jedním, nebo i několika z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání diuretik.
4. Častá, ne ale vždy, epizoda anorexie a intenzivnějšího omezování se v jídle, pocit tloušťky spojený s obavou z tloustnutí. (Krch, 1999)

4.3 Diagnostika mentální bulimie

Mentální bulimie je diagnostikována zejména na základě tří znaků.

Prvním jsou opakující se epizody přejídání. Pocit přejedení je však velmi relativní, nezávisí totiž na množství zkonsumovaného jídla, ale na ztrátě kontroly nad jídlem. Mnohdy může nemocný sníst jen o něco málo víc, než si přeje nebo je zvyklý, a nabude pocitu přejedení a třeba i nevolnosti od žaludku.

Druhým znakem je nepřiměřená, až extrémní kontrola tělesné hmotnosti a třetím znakem potom existence charakteristického zájmu o tělesný vzhled a

hmotnost, kterým je prisuzována vysoká hodnota a v závislosti na ní vzniká sebehodnocení nemocného.

Při bližších studiích mentální bulimie bylo třeba rozlišit dva její specifické typy – purgativní, kdy nemocný provádí pravidelně zvracení a zneužívá laxativa či diuretika, a nepurgativní, který zahrnuje spíše přísné diety, hladovky, intenzivní fyzické cvičení, ale ne pravidelné purgativní metody. (Krch, 1999)

4.4 Mentální bulimie – příčina nebo důsledek?

Asi nikdy nikdo dokáže spolehlivě odpovědět na otázku, zda je mentální bulimie (a poruchy příjmu potravy vůbec) příčinou nebo důsledkem psychických, sociálních a rodinných problémů. Až dvě třetiny bulimiček tvrdí, že vznik jejich choroby je spojen s určitou, zásadní, životní událostí – narážky na vzhled, postavu a tělesnou váhu, životní změny jako ztráta partnera či zaměstnání, problémy v rodině.

Skutečnost, že poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují častěji než v běžné populaci, nezřídka vyvolává názor, že příčinou jejich vzniku může být právě rodina. (Krch, 2003)

„Doposud ale nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická nebo bulimická rodina, a stejné charakteristiky jako v těchto rodinách byly zjištěny i v rodinách s jinak chronicky nemocným dítětem.“ (Krch, 2003, str. 37)

Do souvislosti se vznikem mentální bulimie jsou dávány poruchy nálad a emocionalita. Zásadní význam při vzniku potom má negativní sebehodnocení, nízké sebevědomí a pocity zbytečnosti. (Krch, 2003)

Většina odborníků vidí příčinu vzniku nemoci v rostoucím společenském tlaku na psychiku člověka ve smyslu být dokonalý, v rychle se měnící kultuře, která nekriticky prosazuje kult štíhlosti a v tomto směru jednostrannou sebekontrolu. Módní průmysl, časopisy a televize totiž rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá, že je proti ní třeba bojovat a že jediné štíhlost je základem krásy a přitažlivosti. Nespokojenost s fyzickým vzhledem vyvolaná módními trendy zapříčiňuje dietní chování, jež hrozí vznikem mentální bulimie.

Mentální bulimie je jednoduše řečeno balík nejrůznějších problémů – od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se. A právě přejídání se je základním kamenem mentální bulimie. V běžném životě je přejedení něco, čemu se prakticky nedá vyhnout – každý se někdy trochu přejí. Běžné a normální však není, pokud si člověk po přejedení navodí zvracení.

4.5 Pocity bulimiček a průběh bulimického záchvatu

Často dochází k tomu, že si pacientky zaměňují pocit plnosti, nasycení s pocitem přejedení – mají pocit přejedení ve chvíli, kdy jsou syté, a tento pocit se jim nelíbí, jsou z něj nervózní. Ihned přichází nezvladatelné puzení k tomu jídlo zvrátit, zbavit se ho a ulevit si.

Velké procento bulimiček popisuje záchvaty přejedení jako záchvat, jako něco neovladatelného a zoufalého, který je velmi podobný nervovému záchvatu.

Frekvenci bulimických epizod je různá – některé ženy trpící mentální bulimií mají pocit přejedení pokaždé, když cokoli snědí, jiné zažívají tento stav jen občas nebo jen v určitou denní dobu. Nejvíce nebezpečnou denní dobou je večer, kdy jsou pacientky vyhladovělé a unavené, mají kolem sebe jídlo a často nejsou pod kontrolou okolí. Záchvaty přejídání nepřicházejí „jen tak“, jsou spouštěny jakýmsi impulsem, tzv. spouštěčím mechanismem.

Mezi ty nejčastější patří:

- situace, které jsou spojené s jídlem – nakupování, vaření, stolování, zásobování domácnosti jídlem
- zážitky spojené s jídlem, jako je pocit plnosti a přejedení, porušení stanoveného dietního plánu, opakující se myšlenky na jídlo a zpravidla tzv. „zakázaná“ jídla
- představy a zážitky spojené s postavou a tělesnou hmotností, se strachem z tloušťky, nebezpečné jsou i komentáře připomínající vzhled a váhu
- negativní nálady a pocity, osamělost, zklamání, smutek, nervozita

Některým podnětům spouštějícím záchvaty přejídání, lze předcházet a čelit, s některými se pacientky musí naučit žít a zacházet s nimi správným

způsobem. Není totiž reálné, aby se člověk v životě nedostal do situace, kdy má chuť se přejít, kdy má špatnou náladu, kdy se cítí sám.

4.6 Léčba mentální bulimie

4.6.1 Podstata léčby

Základem léčby mentální bulimie není zjistit, kde je její příčina (stejně jako u mentální anorexie) a jestli se pacientky začaly přejídat a zvracet, protože se s nimi rozešel partner, ztratily práci či jim někdo naznačil, že jejich postava není ideální. Základem je přerušit kolotoč přejídání – zvracení – výčitky – hladovění, základem je změna navyké situace. Nic se ale nezmění samo od sebe, pacientka musí sama o změnu usilovat, musí ji sama chtít, musí se na ní aktivně účastnit a soustředit se na konkrétní kroky.

4.6.2 Zahájení léčby

Zahájení léčby bývá velmi často, nutno podotknout v neprospěch pacientky, zbrzdováno, protože latentní období a skrývání nemoci je u mentální bulimie delší a výraznější než u mentální anorexie, protože okolí zjevně nepozoruje žádné signály upozorňující na přítomnost nemoci, nemocná nemá žádnou výraznou tělesnou nápadnost, kterou by poutala pozornost, a její tělesná hmotnost se nijak rapidně nemění. Samotná pacientka však sama dobře ví, že s ní není něco v pořádku a že přejídání a následné zvracení není normální. Tím pádem trpí obrovským studem, před okolím vše tají a skrývá a doslova se nenávidí. Proměnlivá nálada, vyhýbavé chování, výmluvy a neustálé a neodbytné myšlenky týkající se jídla se samozřejmě promítají i do vztahů s blízkými a okolím a narušují je.

Mnoho pacientek s mentální bulimií nebo s podezřením na tuto poruchu si říká, kdy je vlastně vhodné s léčbou začít. Odpověď je velmi jednoduchá: nevhodnější je začít co nejdříve, nejlépe hned. Každý den je příležitost, a to minimálně třikrát – u snídani, u oběda, u večeře. Nemá smysl odkládat první krok, rozhodnutí léčit se a léčbu začít, protože nikdy nebude situace snazší a jednodušší. (Krch, 2003)

Motivací k léčbě je bulimičkám touha žít zase normální život bez zvracení, získat zpátky kamarády a přátele, spravit poškozené vztahy a vrátit se tzv. do starých kolejí. Demotivující pro ně může být počáteční neúspěch a selhávání a to, že nemají podporu okolí, protože se bojí negativní reakce okolí a se svým „tajemstvím“ se nesvěří. A i když mají bulimické pacientky jasně stanovené a srozumitelné důvody, proč s léčbou začít, často spíše zmiňují, proč nezačít. Jedna z pacientek dr. Krcha svoje důvody proti sepsala:

„Na mentální bulimii jsem si zvykla, vím, co mám dělat, jak jíst, když jsem například nervózní nebo když mám pocit, že jsem přejedená. Budu si muset ale zvykat na jiný denní program. A co budu dělat, když se nebudu přejídat? Na co se budu těšit? Budu mít hrozný strach z tloušťky. Co když přiberu!? Co budu dělat, když sním víc? (...)“ (Krch, 2003)

4.6.3 Průběh léčby

Léčba mentální bulimie je v mnoha směrech shodná s léčbou mentální anorexie, protože obě poruchy jsou si v mnoha směrech podobné. Ani u léčby mentální bulimie není jediný správný způsob, různí terapeuti používají různé metody, nejčastěji je však kombinují. Nejpoužívanější metodou psychoterapie je rozhovor, i když se ze začátku mohou pacientky obávat, že se s terapeutem

nebudou mít o čem bavit, že nebude o čem mluvit, a navíc mohou mít obavu o svých problémech mluvit. S těmito obavami terapeut už dopředu počítá a dokáže s nimi zacházet.

4.6.3.1 Překážky v léčbě

Léčbu mohou komplikovat nevhodná očekávání, kterým pacientky často věří a se kterými operují. Tyto požadavky proto v podstatě brání správné léčbě, jsou totiž překážkami.

Pacientky:

- se uchylují k myšlence, že nejdříve musí přijít na příčinu své nemoci a teprve potom mohou začít se samotnou léčbou
- čekají, až budou mít dostatek sil a patřičně pevnou vůli, aby mohly s léčbou začít
- se považují za nenormální, protože si myslí, že normální člověk by na problémy takhle nereagoval
- předpokládají, že si na změnu musí zvykat velmi pomalu a zvolna, a jíst by měly jen, když mají hlad
- počítají s tím, že už nikdy se nesmějí přejíst, protože to normální lidi nedělají, a že když budou víc jíst, tak že by se měly i víc hýbat

- za vyléčení považují stav, kdy už nikdy nebudou mít chuť se přejíst a budou spokojené se svým tělem (Krch, 2003)

Bulimičky se zdráhají udělat první krok a s léčbou začít, protože vědí, že cena za změnu návyků, která, jak již bylo řečeno, je základem léčby, jsou nepříjemné pocity a dočasný vzrůst úzkostí. (Krch, 2003)

Dočasný proto, že jde jen o to si zvyknout na nový režim, nový způsob stravování. A i když se jim tento úkol pozdává většinou jako velmi těžký, překonat jej může být až překvapivě snadné. I když ne „bezbolestné“. Zdravé jídelní návyky nespočívají v tom, že člověk málo jí, ale že jí ve správnou dobu a přiměřeně, a to se ženy a dívky trpící mentální bulimií musí naučit především.

4.6.4 Metody léčby mentální bulimie

4.6.4.1 Hospitalizace

Mnoho pacientek je schopno léčby svépomocí, nebo jen s podporou psychologa, není nutné, aby byly hospitalizovány. Pokud ale k hospitalizaci dojde, je to pravděpodobně z toho důvodu, že je nutné naučit pacientku správnému jídelnímu chování, než kvůli nějakým závažným somatickým problémům.

4.6.4.2 Léčba svépomocí

Rozhodnutí léčit se přichází ve chvíli, kdy si nemocná dokáže přiznat, že skutečně poruchou příjmu potravy trpí, že má problém, který je nutné řešit, protože fatálně zasahuje do běžného života jí samotné i jejího okolí. V prvním

okamžiku se dostaví zděšení a panika, v krátké době se nemocná ale uklidní a o poruše a možnostech léčení začne vyhledávat informace a zvažovat, tu nevhodnější formu terapie. Většina pacientek jako nejvíce vyhovující shledá léčbu svépomocí, protože se nemusí se svým problémem nikomu svěřovat a svoje potíže zveřejňovat. (Krch, 1999)

4.6.4.2.1 Začátek svépomocné léčby

Svépomocná léčba začíná tím, že si pacientky ať v duchu, nebo na papíře srovnají důvody, proč se mentální bulimie chtějí zbavit, proč se chtějí vyléčit (např. díky zvracení zvýšená kazivost zubů, špatné vztahy s blízkými a okolím, častá náladovost, nadměrný strach z nemocí, špatná soustředěnost), k tomu jako protiklad přidají nevýhody vyléčení (např. počáteční nervozita, strach z pocitu přejedení a neudržení jídla, strach z přibývání na váze, zvykání si na nový denní režim a nový režim jídla, strach ze selhání při léčbě) a tyto dvě strany jakési rozvahy srovnají. Jakmile se pro léčbu rozhodnout, je důležité nepropadnout panice z toho, co všechno musí zvládnout, jaké kroky musí podniknout a čeho všeho se musí držet, a trpělivě s nemocí bojovat, nevzdávat se a hlavně vydržet.

4.6.4.2.2 Jídelní záznamy

Při svépomocné léčbě se jako velmi dobrým podpůrným prostředkem ukázalo zaznamenávání jídelního režimu, tzn. zapisování všeho, co pacientky během dne snědly, a to včetně množství, místa a času. Tyto jídelní záznamy samy o sobě mají pozitivní vliv na jídelní návyky, protože umožní věcně a střízlivě posoudit, stanovit a ukázat konkrétní obsah potíží a tím umožní případnou změnu. (Krch, 2003)

Podobným způsobem je dobré vypořádat se strachem z tloušťky a přibývání na váze. Pacientky si musí uvědomit, že váha v průběhu roku kolísá v rozmezí dvou až čtyř kilogramů. (Krch, 2003)

Je tedy zcela nesmyslné stanovit si nějakou ideální tělesnou hmotnost, navíc s přesností na dekgam, a v rámci udržení si této hmotnosti držet diety. Diety jsou totiž jen jakýmsi setrvačnickem, který podporuje nutkání se přejíst.

4.6.4.2.3 Jídelní a denní režim

Změna jídelního a denního režimu je změna od základů a změna celková – pacientky si nezbytně musí určit, v jakou dobu budou jíst, a to hned z několika důvodů:

- jídlo získá řád a určujícím signálem k jídlu nebude pocit hladu a chuti, které jsou mentální bulimií značně zkresleny, protože přijímání potravy se stane mechanickým procesem
- při pravidelném a častějším přijímání potravy dochází k menšímu přírůstku na váze
- v kritickou denní dobu, například večer, se nedostaví pocit vyhladovění
- mimo určenou dobu bude mnohem snazší si jídlo nevzít a tím pádem nedojde k pocitu přejedení a nutkání zvracet

Stanovenou dobu jídla je potom nutné dodržovat. Jenom tak může pacientka s úspěchem bojovat se svou nemocí. Je třeba si ale uvědomit, že nová pravidla není nutné dodržovat s fanatickou přesností, že může v určitých momentech dojít k nepatrné odchylce od plánu a přizpůsobení se situaci a že udělat chybu není špatné a ani trestuhodné.

4.6.4.2.4 Náhradní aktivity

Odborníci na léčbu mentální bulimie s velkým důrazem doporučují sestavit si kromě jídelního plánu i seznam náhradních aktivit, které pomáhají předcházet zvracení – nepodlehnout nutkání přejít se a zvracet je reálné, a to zvolením si jiné činnosti, která zaměstná mysl a pomůže kritickou chvíli odsunout do pozadí a ustát. Na seznamu náhradních aktivit může být v podstatě cokoli, co by mohlo pomoci – procházka lesem, koupel, domácí práce atd. (Krch, 2003)

Pasivní činnosti (například učení nebo sledování televize) bývají neúčinné. Do seznamu náhradních aktivit se naprosto nehodí ty, které jsou nějakým způsobem spojené s jídlem, ty, které by probíhaly v kuchyni, nebo ty, které pacientka nemá ráda. (Krch, 2003)

4.6.4.2.5 Podpora při svépomocné léčbě

Jakousi „pomocnou holí“ svépomocné léčby jsou i denní stacionáře a svépomocné skupiny, kde se pacientky mohou naučit nejrůznější alternativní metody léčby jako aromaterapie, jóga, meditace a další práce na sobě samé pomáhající hledat na sobě to dobré a uvědomit si svoje tělo.

4.6.4.3 Léčba pod odborným dohledem

Pokud je pacientka s mentální bulimií v takovém stadiu a stavu nemoci, že sama svépomocná léčba nestačí, popřípadě zjistí, že sama léčbu nezvládne, musí vyhledat odbornou pomoc a podstoupit terapii pod odborným dohledem. První kroky řada pacientek směřuje do ordinace praktického lékaře, kde poprvé dojde k tomu, že o své nemoci promluví nahlas. K tomuto kroku je zapotřebí velké odvahy a důvěry k lékaři a pacientka by měla z jeho strany pocítit „ocenění“, účast a podporu. V opačném případě se dívka či žena může stáhnout zpátky sebe, zatvrdit se a ještě více nemoci podlehnout. Protože praktický lékař není tolik v oblasti poruch příjmu potravy zkušený je pacientka odkázána na psychologa, terapeuta či psychiatra. Nemocné přicházejí do ordinací odborníků se zkreslenými představami a očekávají téměř zázraky, ale již při prvním sezení jsou schopné objektivně zhodnotit svou situaci a dívat se na ni reálnými očima.

I mentální bulimii lze léčit s pomocí léčiv a chemických preparátů. Ve srovnání s mentální anorexií je psychofarmakologická léčba mentální bulimie rychlejší a úspěšnější. Od počátku 70. let minulého století vycházela terapie z předpokladu, že pacientky s mentální bulimií trpí v podstatě záchvatovým onemocněním, které je možné léčit antidepresivy a různými chemickými preparáty. Antidepresiva se používají v léčbě i v současné době, přestože v roce 1995 uvedli Walsh a Delvin ve své práci nevýhody antidepresivní léčby:

- účinek antidepresiv je důležitý, ale při jejich užívání dochází jen ke krátkodobému vymizení příznaků

- u velké části pacientek došlo po určité době užívání antidepresiv k návratu choroby do původního stavu
- po přerušení dlouhodobého užívání léků dochází k rapidnímu zhoršení stavu pacientek

Nejvýznamnější faktorem pro volbu vhodné farmakoterapie je individuální rozhodování založené na profesionálním přístupu, úrovni znalostí a zkušeností terapeuta. A ať je význam farmakoterapie zdůrazňován sebevíc, je v první řadě nutné vycházet ze skutečnosti, že mentální bulimie (ale i mentální anorexie) je choroba vznikající a rozvíjející se na základě mnoha faktorů – biologických, sociálních, psychogenních, a proto i léčba by měla být komplexní, tzn. kombinací farmako- a psychoterapie.

5 SYNDROM ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Celkem známým, avšak už ne tolik častou poruchou příjmu potravy jako mentální anorexie a mentální bulimie, je syndrom záchvatovitého přejídání, který se projevuje opakovanými epizodami přejídání, aniž by nemocný využíval ke kontrole tělesné hmotnosti hladovění nebo purgativní chování, které je charakteristické pro mentální bulimii. (Krch, 1999)

5.1 Charakteristika

Během jedné epizody je člověk schopen zkonzumovat neuvěřitelně velké množství potravin, včetně těch, které mu normálně nechutná a které nejí, ačkoliv nemá hlad a ani chuť. K přejídání dochází bez jakéhokoli nutkání vzbuzeného vnitřními impulsy, jako je například stres a úzkost. Při záchvatu přejídání ztrácí jedinec veškerou kontrolu nad jídlem, konzumuje jídlo mnohem rychleji než obvykle a s pocitem, že množství jídla nemůže ovlivnit a přejídání zastavit, i když se cítí velmi sytě a nepříjemně. Po přejedení se postiženému dostaví pocit zahanbení a provinilosti ze ztráty sebekontroly a neschopnosti zvládnout vlastní život.

Začátek této poruchy se nejvíce projevuje až ve straším věku, ačkoli se porucha nevyhýbá žádné věkové skupině. Záchvatovitým přejídáním trpí obě pohlaví, i když ženy více než muži.

Tato porucha příjmu potravy je typ patologického chování a většinou je spojena se skutečnou nadváhou, nebo dokonce obezitou právě díky absenci kontroly tělesné hmotnosti. (Krch, 1999)

6 JINAK NESPECIFIKOVANÉ PORUCHY

Do této skupiny poruch příjmu potravy, které nejsou běžné veřejnosti tolik známé, spadají případy, kdy:

- pacient jídlo pouze žvýká, nepolyká
- jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale tělesná hmotnost je v normě
- jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale záchvaty přejídání nejsou tak časté
- se dostavuje syndrom nočního přejídání (Krch, 1999))

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

7.1 Cíl

Cílem výzkumu v mé diplomové práci je zjistit informovanost o poruchách příjmu potravy, mentální anorexii a mentální bulimii mezi žáky 6. a 9. ročníků základních škol, zda se tito žáci již někdy setkali s někým, kdo trpí poruchou příjmu potravy, a jaká je mezi nimi možnost výskytu poruch příjmu potravy.

7.2 Předpoklady

P1: Předpokládám, že dívky mají větší zájem o módu, módní trendy o vlastní vzhled než chlapci.

P2: Předpokládám, že dívky jsou se svým vzhledem více nespokojené, a proto by ho chtěly změnit více než chlapci.

P3: Předpokládám, že dívky jsou o poruchách příjmu potravy informovány více než chlapci.

P4: Předpokládám, že žáci 9. ročníků jsou informováni o poruchách příjmu potravy více než žáci 6. ročníků.

P5: Předpokládám, že na základě větší informovanosti o poruchách příjmu potravy o nich dokáží žáci 9. tříd více přemýšlet než žáci 6. tříd.

P6: Předpokládám, že více žáků, kteří se setkali s někým, kdo trpí poruchou příjmu potravy, je z 9. tříd než z 6. tříd.

7.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum jsem prováděla v 6. a 9. třídách na 3 základních školách v Českých Budějovicích a na 3 základních školách v Havlíčkově Brodě. V Českých Budějovicích se konkrétně jedná o ZŠ O. Nedbala, Církevní Základní školu a ZŠ Nerudova, v Havlíčkově Brodě pak ZŠ Nuselská, ZŠ Wolkerova a ZŠ Havlíčkův Brod.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 707 žáků a žákyň. V 6. třídách dotazník vyplnilo 343 respondentů v poměru 186 dívek a 157 chlapců. V 9. třídách 364 respondentů v poměru 235 dívek a 129 chlapců.

7.3.1 ZŠ O. Nedbala

Jde o městskou základní školu se zaměřením na sport, specializuje se na odbíjenou a moderní gymnastiku. Škola poskytuje vzdělání žákům v 1. – 9. ročníku. V této škole je v 6. ročníku k dispozici 4 třídy a v 9. ročníku tříd.

7.3.2 Církevní základní škola

Tato základní škola je organizační součástí Biskupského gymnázia J. N. Neumanna. Výuka na této škole probíhá v duchu motto „Pěstování kritického rozumu, pronikání do podstaty věcí, zájem o dobro, pravdu a krásu i cit pro spravedlnost a mravnost.“ V 6. ročníku probíhá výuka ve 3 třídách a v 9. ročníku ve 2.

7.3.3 ZŠ Nerudova

Základní škola Nerudova je klasická městská škola, která poskytuje rozšířenou výuku matematiky a přírodovědných předmětů. Od roku 2005 je její součástí i ZŠ Čěčova. V 6. ročníku se vyučuje ve 3 třídách a v 9. ročníku v 6 třídách.

7.3.4 ZŠ Nuselská

ZŠ Nuselská patří mezi školy městské, je panelákového typu, vystavěna na sídlišti, a její areál je tvořen třemi pavilony. Žáci mohou v budově školy využívat služeb pobočky Krajské knihovny a Soukromé zájmově umělecké školy. V 6. ročníku i v 9. ročníku je otevřeno po 2 třídách.

7.3.5 ZŠ Wolkerova

Tato základní škola je v Havlíčkově Brodě největší. Škola se zaměřuje na rozšířenou výuku cizích jazyků (AJ,NJ,FJ,RJ) a její výsledky pravidelně ověřuje vysíláním svých žáků na jazykové olympiády. Školu navštěvují 3 tělesně postižení žáci pohybující se na vozíčku. V 6. ročníku jsou otevřeny 3 třídy, v 9. ročníku dokonce 5 tříd.

7.3.6 ZŠ Havlíčkův Brod

Tato základní škola má v Havlíčkově Brodě dlouholetou tradici, byla otevřena v roce 1936. Zaměřuje se na rozšířenou výuku kopané, která probíhá v 6. – 9. ročnících. Škola nad rámec běžných vzdělávacích aktivit pořádá i vzdělávací programy pro dospělé – počítačové kurzy, kurzy angličtiny, kurz

dějin umění a aerobic s posilováním. Ve škole je otevřeno celkem 31 tříd; v 6. ročníku jsou 3 třídy a v 9. ročníku 4.

7.4 Obecně o výzkumu

Aby byl výzkum úspěšný a přínosný, je třeba při jeho provádění dodržovat danou strukturu, určitá pravidla a zásady.

„Každý výzkumný záměr sleduje určité cíle.“ (Juszczuk, str. 19) Tyto cíle vycházejí z potřeby poznání a společenské užitečnosti.

Výzkum začíná tím, že se autor výzkumu pečlivě seznámí s již existujícími materiály z dané oblasti, s tím, co již bylo prozkoumáno a je známo, musí si také vymezit, čeho chce svým výzkumem dosáhnout, tj. co se chce dozvědět, a podle toho si vybrat správnou metodu své práce.

Dalším bodem ve struktuře výzkumné práce je teoretický i praktický výběr vzorku, na kterém bude výzkum prováděn, tzn. že si výzkumník stanoví, zda se bude soustředit na skupiny, organizace či jednotlivé osoby. Podle potřeb výzkumu a charakteristiky zkoumaného vzorku potom vybere nejvhodnější metodu získávání informací a jejich následného zpracování. Obecně jich je na výběr hned několik:

- pozorování
- interview a rozhovor
- anketa a dotazník

- experiment
- psychologický a pedagogický test
- analýza a vyhodnocení produktů činnosti, například dokumentů
- biografická metoda
- diagnostická sondáž
- sociometrická metoda
- statistická metoda

7.5 Dotazník

Dotazník je velmi častým způsobem získávání dat při výzkumné sociologické práci, protože jeho použitím je možné získat velmi přesné a dobře zpracovatelné informace.

Dotazník je metoda získávání informací, při které respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře a vždy ví, jakého výzkumu se dotazník týká.

7.5.1 Přednosti a nedostatky dotazníkové metody

Jako všechny výzkumné metody má i dotazník jak klady, tak i zápory. Kladnou vlastností dotazníku je, že jde o vysoce efektivní techniku, která může

postihnout velký počet jedinců při relativně malých nákladech, tzn. umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase. Ve většině případů není při použití dotazníku potřeba pomocníka či spolupracovníka. Nespornou výhodou dotazníkového šetření je anonymita.

Nicméně dotazník má i své zápory – klade velké nároky na ochotu dotazovaného a návratnost zodpovězených dotazníků je nízká (nástrojem pro zvýšení návratnosti může být například odměna).

7.5.2 Sestavování dotazníku

Konstrukce otázek do dotazníku je velmi složitou záležitostí, proto byla stanovena pravidla, která je vhodné dodržovat. Zmíním alespoň některá, ta zásadní:

- Je tato otázka skutečně nezbytná a nutná?
- Měří tato otázka skutečně to, co má?
- Bude tato otázka srozumitelná opravdu všem respondentům a budou jí všichni respondenti rozumět stejně?
- Je respondent vlastně schopný poskytnout potřebnou informaci?
- Neptá se otázka na dvě věci najednou?
- Není tato otázka znepokojující, nebude se respondent cítit ohrožen? (Disman, str. 148).

V dotazníku neexistuje žádná otázka sama o sobě, ale vždy souvisí ještě s nějakou další otázkou.

Dotazovatel by měl mít na paměti, že sled otázek může mít vliv na odpovědi, tzn. dotazovaný může odpovídat pod vlivem předchozích dotazů.

Každý, kdo sestavuje dotazník, má tendenci pokládat otázky tak, aby jejich pořadí bylo pro respondenty nějakým způsobem logické. „Pro většinu zkoumané populace nemusí být řazení otázek sledující logiku testování našich hypotéz relevantní. Někdy by přímé odhalení našich hypotéz mohlo vést ke zkreslení, respondenti by mohli vědomě nebo nevědomě volit takové odpovědi, které by záměrně podporovaly (nebo popíraly) hypotézy, místo aby vypovídaly o svých názorech.“ (Disman, str. 157). Proto bychom měli svůj záměr a výzkumný cíl prozradit otázkami až ke konci, kdy už tato informace odpovědi ovlivnit nemůže.

Úvodní otázky by měly získat respondentovu důvěru a měly by pro něj být i zajímavé. Vhodně zvolená úvodní otázka může minimalizovat znechucení dotazovaného výzkumným tématem.

Méně zajímavé otázky (myšleno pro dotazovaného) by měly být umístěny ve střední části dotazníku, protože v této fázi je dotazovaný už v tempu, ale ještě není unaven.

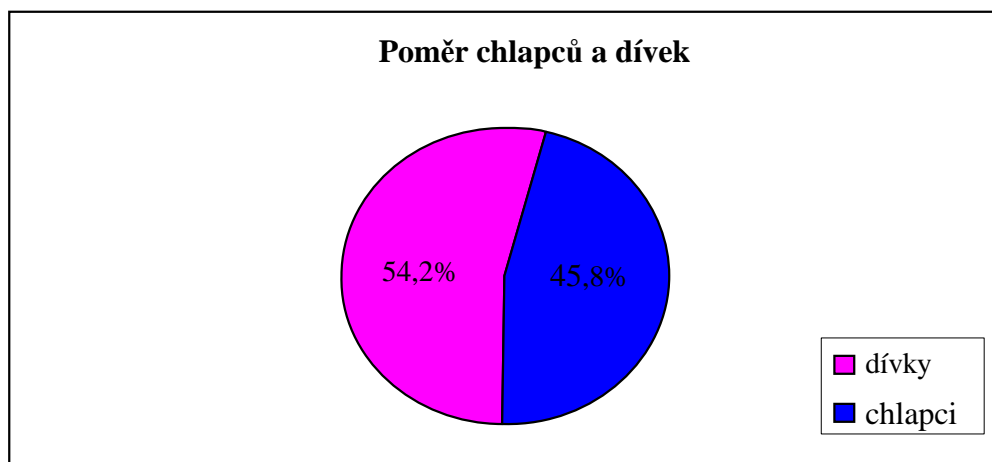
V závěrečné fázi dotazníku je již dotazovaný unaven a znuděn, ale také spokojen, že je už u konce, a proto má výzkumník určitou svobodu v pokládání otázek. Přesto by si měl ale dát pozor na to, aby respondenta nerozzlobil.

7.6 Vlastní výzkum

Výzkum pro svou diplomovou práci jsem prováděla na 3 základních školách v Českých Budějovicích a na 3 základních školách v Havlíčkově Brodě. Cílovou skupinou byly 6. a 9. třídy základních škol, tedy osoby ve věku 11 – 12 let a 15 – 16 let. Výzkumu se zúčastnilo celkem 343 respondentů v 6. třídách a 364 respondentů v 9. třídách. Žáci a žákyně vyplňovali dotazník zaměřený na postoj k vlastnímu tělu a důležitost vzhledu, na povědomí o poruchách příjmu potravy a postoj k nim, který mi měl potvrdit stanovené předpoklady.

7.6.1 Vyhodnocení výzkumu v 6. třídách

Obrázek č. 1: Poměr chlapců a dívek



Zdroj: vlastní výzkum

V 6. třídách vyplňovalo dotazník 186 dívek (54,2%) a 157 chlapců (45,8%), celkem tedy 343 žáků.

Tabulka č. 3: Zajímáš se o módu, módní trendy a o to, jak vypadáš?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	69	24	93
Ne	117	133	250

Zdroj: vlastní výzkum

O módu, módní trendy a o to, jak vypadá se zajímá 69 dívek (37,1%) a 24 chlapců (15,3%), z celkového pohledu je to 93 respondentů (27,1%). 117 dívek (62,9%) a 133 chlapců (84,7%), tedy 250 dotazovaných (72,9%) se nezajímá.

Tabulka č. 4: Jsi spokojen/a s tím, jak vypadáš?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano, velice	5	13	18
Ano	27	54	81
Ano, ale něco bych změnil/a	112	78	190
Ne	42	12	54

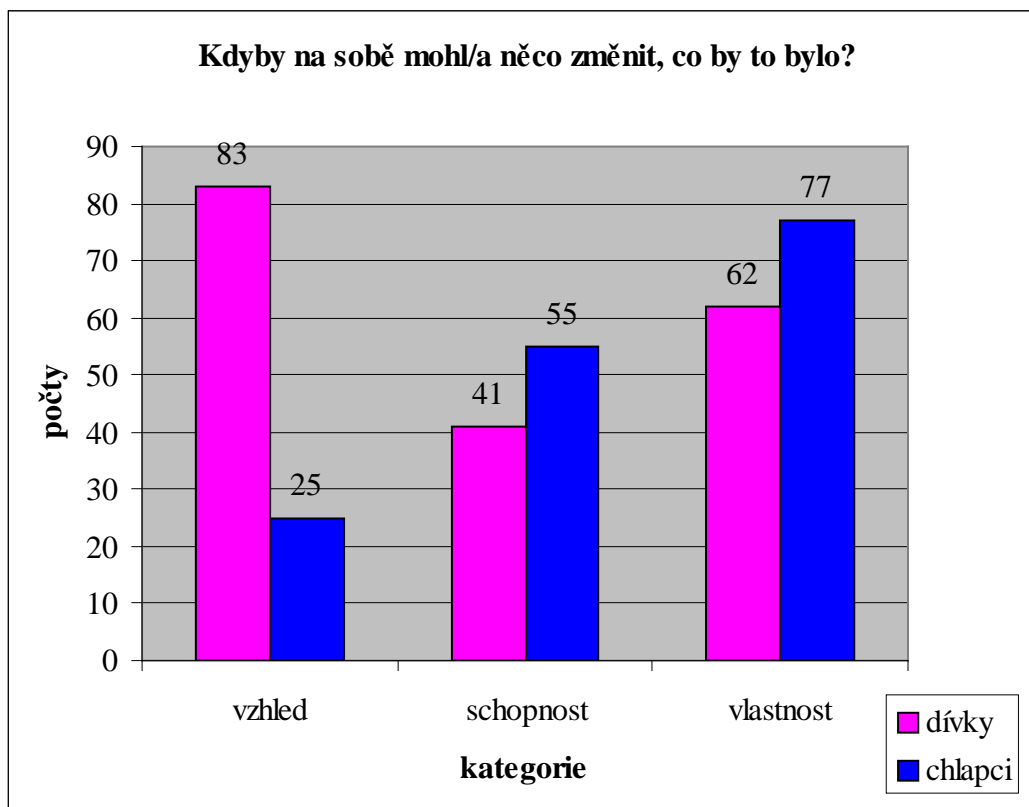
Zdroj: vlastní výzkum

Velice spokojeno s tím, jak vypadá, je 5 dívek (2,7%) a 13 chlapců (8,3%), celkově tedy 18 dotazovaných (5,2%). Spokojeno je 27 dívek (14,5%) a 54 chlapců (34,4%), celkem 81 dotazovaných (23,6%). Spokojeno je, ale něco by na sobě změnilo, 112 dívek (60,2%) a 78 chlapců (49,7%), celkem tedy 190 respondentů (55,4%). Nespokojeno je 42 dívek (22,6%) a 12 chlapců (7,6%), celkem 54 dotazovaných (15,7%).

Obecně jsou dívky méně spokojené se svým vzhledem. Tato skutečnost logicky vyplývá z faktu, že více sledují módu, módní trendy a více se zajímají

o to, jak vypadají, a svůj vzhled tedy více porovnávají modelkami, celebritami a lidmi, kteří se objevují v médiích.

Obrázek č. 2: *Kdyby na sobě mohl/a něco změnit, co by to bylo?*



Zdroj: vlastní výzkum

Něco na svém vzhledu by změnilo 83 dívek (44,6%) a 25 chlapců (15,9%), celkově by vzhled změnilo 108 respondentů (31,5%). Nějakou svou schopnost by změnilo 41 dívek (22%) a 55 chlapců (35%), celkem tedy 96 dotazovaných (28%). Nějakou svou vlastnost by rádo změnilo 62 dívek (33,3%) a 77 chlapců (49%), tedy 139 dotazovaných (40,5%).

Převaha dívek mezi respondenty, kteří by rádi změnili svůj vzhled, je dána tím, že dívky jsou méně než chlapci spokojené s tím, jak vypadají.

Chlapci kladou větší důraz na schopnosti a vlastnosti, proto by je rádi změnili ve větším počtu než dívky.

Tabulka č. 5: Posuzuješ lidi podle vzhledu?

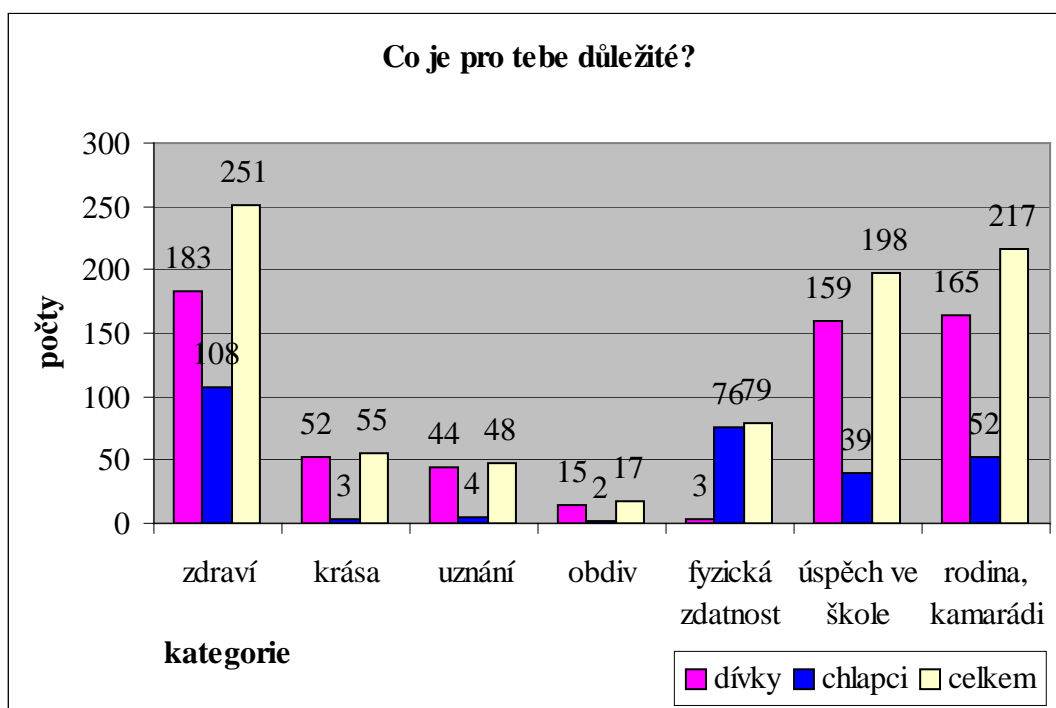
	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	61	48	109
Ne	125	109	234

Zdroj: vlastní výzkum

Lidi podle vzhledu posuzuje 61 dívek (32,8%), 48 chlapců (30,6%), celkem 109 dotázaných (31,8%). 125 dívek (67,2%) a 109 chlapců (69,4%), tedy 234 dotazovaných (68,2%), uvedlo, že lidi podle vzhledu neposuzuje.

To, že je vzhled pro dívky důležitý, potvrzuje i tato tabulka – pokud respondenti uvedli, že posuzují lidi podle vzhledu, jednalo se ve větší míře o dívky než o chlapce.

Obrázek č. 3: Co je pro tebe důležité? (Je možno zvolit i více možností)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji dotazovaní uvedli, že důležité je pro ně zdraví – 183 dívek a 108 chlapců, celkem 251 osob (73,2%). Jako druhou uváděli kategorii rodina a kamarádi – 165 dívek a 52 chlapců, celkem 217 dotazovaných (63,3%). Třetí nejčastější volbou byl úspěch ve škole a v zaměstnání, kterou uvedlo 159 dívek a 39 chlapců, tedy 198 respondentů (57,7%).

Fyzickou zdatnost zvolilo 79 dotazovaných (23%), a to v převážné většině chlapci, z dívek volilo tuto možnost minimum. Krása je důležitá pro 55 dotazovaných (16%), uznání pro 48 dotazovaných (14%) a obdiv pro 17 dotazovaných (5%). Nikdo z respondentů nezvolil všechny možnosti; počet možností, které dotazovaní zaškrtili, se pohyboval kolem tří (v 83%).

Tabulka č. 6: Znáš pojem BMI?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	5	3	8
Ano, ale nevím, co znamená	18	7	25
Ne	163	147	310

Zdroj: vlastní výzkum

Pojem BMI zná 5 dívek (2,7%), 3 chlapci (1,9%), celkem tedy 8 dotazovaných (2,3%). 18 dívek (9,7%) a 7 chlapců (4,5%), tedy 25 dotazovaných (7,3%) tento pojem zná, ale neví, co znamená. 163 dívek (87,6%) a 147 chlapců (93,6%), tedy 310 dotazovaných (90,4%) pojem BMI nezná.

To, že dívky pojem BMI znají více než chlapci, je pravděpodobně dáno také tím, že se více zajímají o svůj vzhled a o to, jak vypadají.

Na této tabulce je ale zajímavé, že počet těch, co pojem BMI znají, je velmi malý v porovnání s počtem respondentů, kteří znají pojmy porucha příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie, protože BMI je spolu s nimi velmi často zmiňováno.

Tabulka č. 7: Znáš pojem poruchy příjmu potravy (PPP)?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	78	42	120
Ne	108	115	223

Zdroj: vlastní výzkum

Pojem poruchy příjmu potravy zná 78 dívek (41,9%), 42 chlapců (26,8%), celkem zná tento pojem 120 dotazovaných (35%). 108 dívek (58,1%)

a 115 chlapců (73,2%), celkem 223 respondentů (65%), naopak tento pojem nezná.

Tabulka č. 8: Znáš pojmy mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB)?

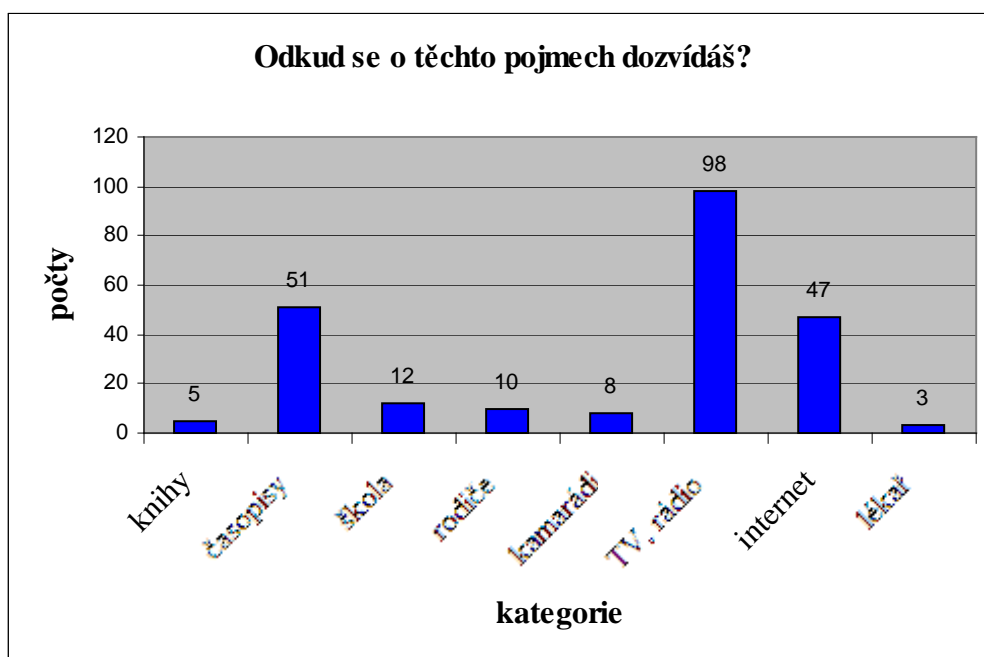
	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	109	104	213
Ne	77	53	130

Zdroj: vlastní výzkum

Pojmy mentální anorexie a mentální bulimie zná 109 dívek (58,6%) a 104 chlapců (66,2%), tj. 213 dotazovaných (62,1%). Nezná je 77 dívek (41,4%) a 53 chlapců (33,8%), tj. 130 dotazovaných (37,9%).

Není nezajímavé, že se tabulka č. 7 a tabulka č. 8 značně liší. Dalo by se předpokládat, že pokud dotazovaní budou znát pojmy mentální anorexie a mentální bulimie, budou znát i pojem porucha příjmu potravy. Ale není tomu tak. Tento rozpor je pravděpodobně způsoben tím, si dotazovaní neuvědomují, že porucha příjmu potravy je vlastně nadřazený pojem pro mentální anorexii a mentální bulimii, protože v médiích se často mluví o konkrétních poruchách příjmu potravy.

Obrázek č. 4: Odkud se o těchto pojmech dozvídáš? (Je možno zvolit více možností)



Zdroj: vlastní výzkum

Na dotaz, odkud se žáci dozvídají o pojmech zmíněných v předešlých otázkách, jich 98 (28,6%) odpovědělo, že z TV a rádia. 51 dotazovaných (14,9%) odpovědělo, že z časopisů, a 47 osob (13,7%), že z internetu. Ostatní informační kanály nemají takovou váhu – z knih se o těchto pojmech dozvídá 5 osob (1,5%), ve škole 12 respondentů (3,5%), 10 dotazovaných (2,9%) má informace od rodičů, 8 (2,3%) od kamarádů a pouze 3 (0,9%) od lékaře.

V současné době, kdy je internet důležitým informačním kanálem pro nás pro všechny, je pochopitelné, že se o poruchách příjmu potravy respondenti dozvídají právě zde. Protože ale ještě není zaveden do všech domácností a žáci k němu mnohdy mají přístup pouze ve škole nebo v knihovně, stávají se pro ně hlavním zdrojem informací TV, rádio a časopisy pro mladé.

Tabulka č. 9: *Znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy, mentální anorexií nebo mentální bulimií?*

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	65	22	87
Ne	121	135	256

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10: *Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy nebezpečné?*

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	79	36	115
Ne	33	58	91
Nevím	74	63	137

Zdroj: vlastní výzkum

79 dívek (42,5%) a 36 chlapců (22,9%), tj. 115 dotazovaných (33,5%), považuje poruchy příjmu potravy za nebezpečné. 33 dívek (17,7%) a 58 chlapců (36,9%), tj. 91 dotazovaných (26,5%), je za nebezpečné nepovažuje. 74 dívek (39,8%) a 63 chlapců (40,1%), tj. 137 dotazovaných (39,9%), neví, zda poruchy příjmu potravy za nebezpečné považovat.

Tyto hodnoty opět vypovídají, že žáci 6. ročníků základních škol nejsou tolik o poruchách příjmu potravy informováni, že si neuvědomují jejich nebezpečí.

Tabulka č. 11: *Myslíš, že se dají poruch příjmu potravy léčit?*

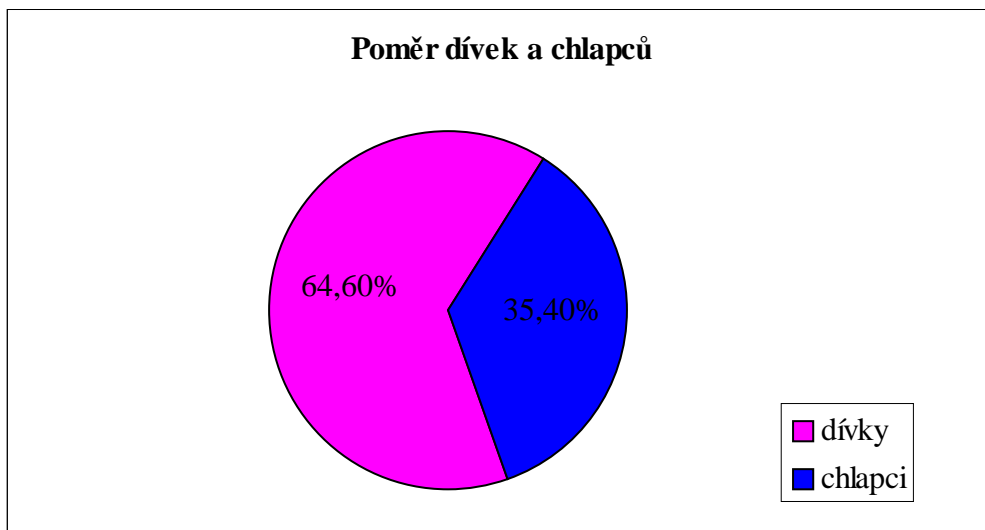
	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	68	21	89
Ne	27	15	42
Nevím	91	121	212

Zdroj: vlastní výzkum

Že se poruchy příjmu dají léčit, si myslí 68 dívek (36,6%) a 21 chlapců (13,4%), tedy 89 respondentů (25,9%). Opak, tj. že se léčit nedají, si myslí 27 dívek (14,5%) a 15 (9,6%), celkem tedy 42 dotazovaných (12,2%). A 91 dívek (48,9%) a 121 chlapců (7,7%), tj. 212 respondentů (61,8%), neví, zda se poruchy příjmu potravy dají léčit. I tato data naznačují to, že žáci 6. tříd ještě nejsou o poruchách příjmu potravy tolik informováni a že s informované jsou více dívky než chlapci.

7.6.2 Vyhodnocení výzkumu v 9. třídách

Obrázek č. 5: poměr chlapců a dívek v 9. třídách základních škol



Zdroj: vlastní výzkum

Ve výzkumu převažoval počet dívek. Z celkového počtu 364 dotazovaných jich bylo 64,6% (235) a chlapců 35,4% (129).

Tabulka č. 12: Zajímáš se o módu, módní trendy a o to, jak vypadáš?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	214	65	279
Ne	21	64	85

Zdroj: vlastní výzkum

O módu, módní trendy a o to, jak vypadá, se zajímá 214 dívek (91,1%) a 65 chlapců (50,4%). Celkově se o módu, módní trendy a o to, jak vypadá, zajímá 279 dotazovaných (76,6%).

Stejně jako v 6. třídách se i 9. třídách více o módu, módní trendy a o to, jak vypadají, více zajímají dívky. V 9. třídách je navíc vidět rozdíl mezi dívkami a chlapci více než v 6. třídách.

Tabulka č. 13: Jsi spokojen/a s tím, jak vypadáš?

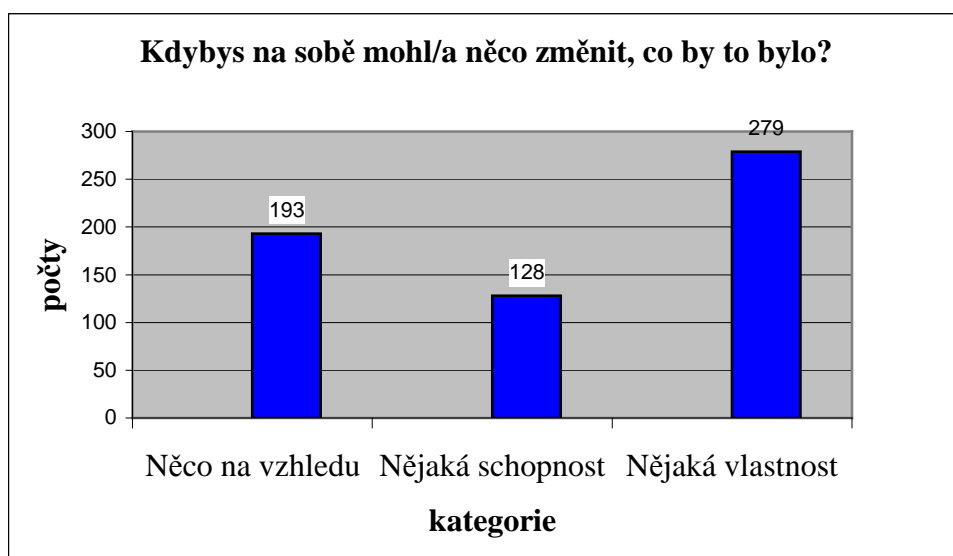
	n dívek	n chlapců	celkem
Ano, naprosto	0	0	0
Ano	22	43	65
Ano, ale něco bych změnil/a	169	65	234
Ne	44	21	65

Zdroj: vlastní výzkum

S tím, jak vypadá, není naprosto spokojen nikdo z dotazovaných. Spokojeno je 22 dívek (9,4%) a 43 chlapců (33,3%). Celkově je spokojeno 65 dotazovaných (17,9%). Spokojeno, ale něco by na sobě změnilo, je 169 dívek (71,9%) a 65 chlapců (50,4%), celkově potom 234 dotazovaných (64,3%). Nespokojeno se svým vzhledem je 44 dívek (18,7%) a 21 chlapců (16,3%), Celkem je nespokojeno s tím, jak vypadá, 65 dotazovaných (17,9%).

Převažující částečná spokojenost a nespokojenost se vzhledem je u dívek dána tím, že ve věku 15 a 16 let sledují módu a módní trendy více a více svůj vzhled porovnávají s předkládanými „vzory“ v médiích. Chlapci se zajímají o jiné oblasti.

Obrázek č. 6: *Kdybys na sobě mohl/a něco změnit, co by to bylo? (Je možné zvolit i více odpovědí.)*



Zdroj: vlastní výzkum

Něco na svém vzhledu by změnilo 193 dotazovaných (53%), nějakou schopnost 128 dotazovaných (35,2%) a nějakou vlastnost 279 dotazovaných (76,6%).

Zajímavé je, že nějakou svou vlastnost by změnili hlavně chlapci, dívky by spíše změnilly něco na svém vzhledu.

Tabulka č. 14: Posuzuješ lidi okolo sebe podle vzhledu?

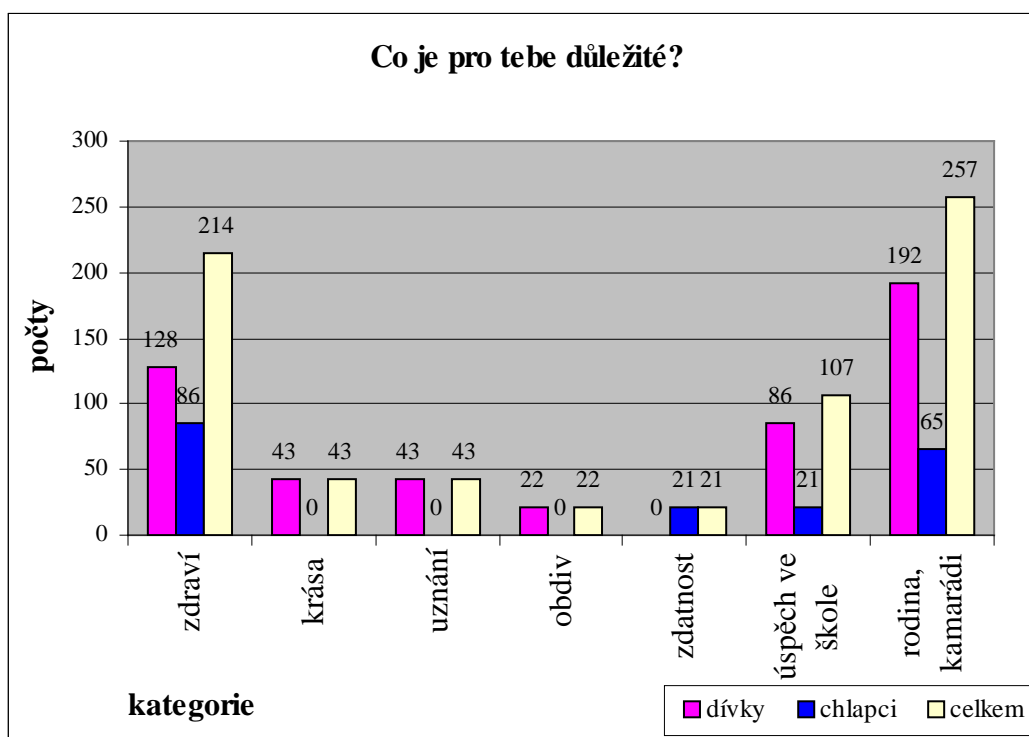
	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	22	86	108
Ne	213	43	256

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí vyplývá, že 22 dívek (9,4%) lidi kolem sebe posuzuje podle vzhledu a 213 dívek (90,6%) ne. U chlapců byly odpovědi opačné – 86 chlapců (66,7%) lidi podle vzhledu posuzuje a 43 chlapců (33,3%) ne. Z celkového počtu všech dotazovaných tedy okolí podle vzhledu posuzuje 108 z nich (29,7%) a 256 dotazovaných (70,3%) ne.

Z této tabulky je patrné, že dívky v 9. třídách již nepovažují vzhled za tak důležitý jako v 6. třídách. Fakt, že chlapci podle vzhledu lidi posuzují, může být důsledkem toho, že dospívají a vzhled se pro ně stává jednou z velmi důležitých hodnot.

Obrázek č. 7: Důležité je pro mě.....(doplň větu). (Je možné zvolit i více odpovědí.)



Zdroj: vlastní výzkum

Dívky i chlapci shodně jako důležité uváděli zdraví, rodinu a kamarády. Zdraví za důležité označilo 128 dívek a 86 chlapců, celkem tedy 214 dotazovaných (58,8%), krásu 43 dívek a žádný chlapec, 43 dotazovaných (11,8%), uznání také 43 dívek a žádný chlapec, 43 respondentů (11,8%), obdiv 22 dívek a žádný chlapec, tedy 22 dotazovaných (6%), fyzickou zdatnost naopak žádná dívka a 21 chlapců, 21 dotazovaných (5,8%), úspěch ve škole a zaměstnání 86 dívek a 21 chlapců, celkem 107 dotazovaných (29,4%), rodinu a kamarády 192 dívek a 65 chlapců, tedy 257 dotazovaných (70,6%).

Tento graf odpovídá i jiným výzkumům – pro dívky je krása, uznání a obdiv důležitější než pro chlapce, kterým zase víc záleží na fyzické zdatnosti, což potvrzují i následující tabulky.

Tabulka č. 15: Znáš pojem BMI?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	107	21	128
Ano, nevím, co znamená	107	21	128
Ne	21	87	108

Zdroj: vlastní výzkum

Pojem BMI zná 107 dívek (45,5%) a stejný počet dívek tento pojem zná, ale neví, co znamená, 21 (9%) dívek pojem BMI nezná. U chlapců je tomu jinak – pojem BMI 21 chlapců (16,3%) zná a stejný počet zná, ale neví, co znamená, a 87 chlapců (67,4%) pojem BMI nezná. Celkově pojem BMI zná 128 dotázaných (35,2%) a stejný počet pojem zná, ale neví, co znamená, a 108 dotázaných (29,6%) pojem BMI nezná.

Tabulka č. 16: Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy (PPP)?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	235	107	342
Ne	0	22	22

Zdroj: vlastní výzkum

O poruchách příjmu potravy už slyšelo 235 dívek (100%). Z chlapců o poruchách příjmu potravy slyšelo kupodivu jen 107 z nich (82,9%) a neslyšelo o nich 22 chlapců (17,1%). Celkově o poruchách příjmu potravy slyšelo 342 dotazovaných (94%) a 22 dotazovaných (6%) ne.

Tabulka č. 17: Znáš pojmy mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB)?

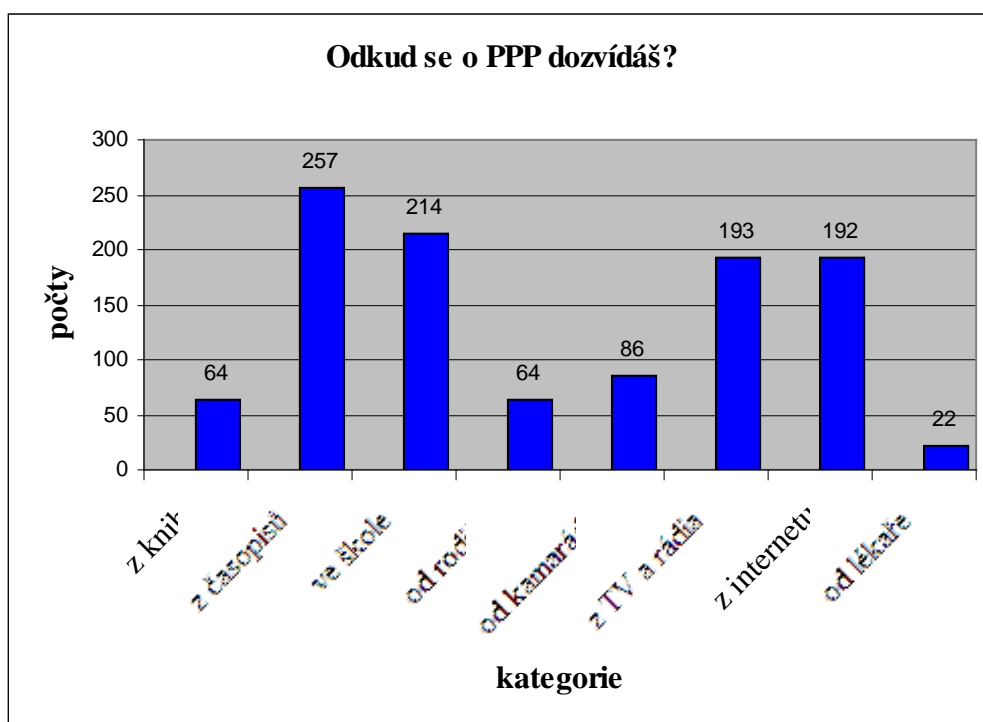
	n dívek	n chlapců	Celkem
Ano	235	107	342
Ne	0	22	22

Zdroj: vlastní výzkum

Pojmy mentální anorexie a mentální bulimie znají všechny dívky (100%) a 107 chlapců (82,9%), zbylých 22 chlapců (17,1%) tyto pojmy nezná.

Tato tabulka odpovídá tabulce předchozí, naprosto se shodují, což se zdá být logické – pokud dotazovaní znají pojem poruchy příjmu potravy, dá se usuzovat, že znají i pojmy mentální anorexie a mentální bulimie.

Obrázek č. 8: Pokud jsi na předchozí otázky odpověděl/a ANO, odkud se o PPP dozvídáš? (Je možné zvolit i více možností).



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji dotazovaní uvedli jako zdroj informovanosti o poruchách příjmu potravy časopisy – 257 dotazovaných (70,6%). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se o poruchách příjmu potravy dozvídají ve škole – 214 dotazovaných (58,8%). Téměř shodně dopadly možnosti TV, rádio a internet – 193 (53%) a 192 (52,7%) odpovědí. Od kamarádů se o poruchách příjmu potravy dozvídá 86 dotazovaných (23,6%). Pro rodiče je možná trochu zahanbující, že je, stejně jako knihy, jako zdroj informací o poruchách příjmu potravy zvolilo pouze 64 dotazovaných (17,6%).

Tabulka č. 18: Setkal/a ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	149	43	192
Ne	86	86	172

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedených odpovědí na otázku číslo 12 vyplývá, že 149 dívek (63,4%) a 43 chlapců (33,3%) se již setkalo, nebo zná někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy. 86 dívek (36,6%) a 86 chlapců (66,7%) se s nikým, kdo onemocněl poruchou příjmu potravy, neseťkal. Z celkového pohledu se 192 dotazovaných (52,7%) již setkalo, nebo zná někoho s poruchou příjmu potravy. 172 dotazovaných (47,3%) se s nikým s poruchou příjmu potravy neseťkalo.

Čísla, která vypovídají o tom, kolik dotazovaných se setkalo s někým, kdo trpí poruchou příjmu potravy jsou ještě víc alarmující než u dotazovaných z 6. tříd. Ale i zde nás může uklidnit to, že nevíme, s kolika nemocnými celkem se dotazovaní setkali a kolik je těmto nemocným let.

Tabulka č. 19: *Pokud bys trpěl/a poruchou příjmu potravy, hledal/a bys pomoc? Pokud ANO, kde?*

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	107	43	150
Ne	21	43	64
Nevím	107	43	150

Zdroj: vlastní výzkum

V případě onemocnění poruchou příjmu potravy, by pomoc hledalo 107 dívek (45,5%) a 43 chlapců (33,3%), celkem tedy 150 dotazovaných (41,2%). 21 dívek (8,9%) a 43 chlapců (33,3%) by pomoc nehledalo, celkově je to 64 dotazovaných (17,6%). 107 dívek (45,5%) a 43 chlapců (33,3%), celkem 150 dotazovaných (41,2%) neví, zda by pomoc hledali. To, že by dotazovaní pomoc nehledali nebo neví, zda by ji hledali, je zarážející, protože i s minimální informovaností, která je ale podle odpovědí v dotazníku nepravděpodobná, vědí, jaké mají poruchy příjmu potravy důsledky.

Tabulka č. 20: *Myslíš, že jsou poruchy příjmu potravy nebezpečné?*

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	192	65	257
Ne	21	32	53
Nevím	22	32	54

Zdroj: vlastní výzkum

Poruchy příjmu potravy považuje za nebezpečné 192 dívek (81,7%) a 65 chlapců (50,4%), celkově tedy 257 dotazovaných (70,6%). 21 dívek (8,9%) a 32 chlapců (24,8%), celkem 53 dotazovaných (14,6%), poruchy příjmu potravy za nebezpečné nepovažuje. 22 dívek (9,3%) a 32 chlapců (24,8%), 54 dotazovaných (14,8%), neví, zda jsou poruchy příjmu potravy nebezpečné.

Opět jde o zarážející fakt, vezmeme – li v úvahu alespoň minimální informovanost o poruchách příjmu potravy.

Z komentářů, které chlapci psali k této otázce, jsem nabyla navíc dojem, že považují poruchy příjmu potravy spíše za rozmar „rozmazlených holek“ než za skutečnou nemoc.

Tabulka č. 21: Myslíš, že se poruchy příjmu potravy dají léčit?

	n dívek	n chlapců	celkem
Ano	192	65	257
Ne	21	0	21
Nevím	22	64	86

Zdroj: vlastní výzkum

Na této tabulce je zajímavé, že v případě dívek, vyšlo vyhodnocení dotazníku úplně stejně jako u tabulky předchozí. 192 dívek (81,7%) a 65 chlapců (50,4%), celkově 257 dotazovaných (70,6%) si myslí, že se poruchy příjmu potravy dají léčit. 21 dívek (8,9%) a žádný chlapec, tedy 21 dotazovaných (5,8%) si myslí, že se poruchy příjmu potravy léčit nedají. 22 dívek (9,3%) a 64 chlapců (49,6%), 86 dotazovaných (5,8%) neví, zda se dají poruchy příjmu potravy léčit.

Ti, co v dotazníku na tuto otázku odpověděli ANO, uvedli, že je důležité, aby nemocný opravdu chtěl svoji nemoc vyléčit a měl dostatečně silnou vůli a podporu rodiny a přátel.

Jedna z dívek, která v dotazníku uvedla, že si myslí, že se poruchy příjmu potravy nedají léčit, doslova napsala: „Nedají se vyléčit zcela. Myslím

si, že se tato nemoc nedá vyléčit úplně, protože rozbitý most můžete opravit, ale on už nikdy nebude jako nový.“

7.7 Diskuze

7.7.1 Ověření předpokladů

7.7.1.1 P1

První předpoklad se mým výzkumem potvrdil – v obou skupinách, ve kterých jsem se dotazovala, tj. v 6. i v 9. třídách, se ukázalo, že se dívky zajímají o módu, módní trendy, o svůj vzhled a o to, jak vypadají, mnohem více než chlapci.

7.7.1.2 P2

Předpoklad druhý, že dívky jsou se svým vzhledem více nespokojené než chlapci se také potvrdil. Tato větší míra nespokojenosti vyplývá z potvrzeného předpokladu P1 – větším zájmem o módu a módní trendy a vlastní vzhled jsou předpokladem pro to, aby se dívky porovnávaly samy mezi sebou a s předkládanými „vzory“ v médiích.

7.7.1.3 P3

Třetí předpoklad, který jsem se snažila objasnit se také potvrdil – dívky jsou o poruchách příjmu potravy více informovány než chlapci. Tento fakt vyplývá ze skutečnosti, že více sledují média (časopisy, internet, TV a rádio) a více se zajímají o to, jak vypadají a jak si vylepšit vzhled.

7.7.1.4 P4

Předpoklad P4, že jsou žáci 9. tříd o poruchách příjmu potravy informováni více než žáci 6. tříd, se také potvrdil. Důvod větší informovanosti je stejný jako u P3 a navíc jsou žáci 9. tříd informováni ve škole v rámci přednášek na toto téma.

7.7.1.5 P5

Předpoklad pátý, P5, že dívky na základě větší informovanosti dokáží o poruchách příjmu potravy přemýšlet více než chlapci, se také potvrdil. Potvrzení vychází z toho, že dívky považují poruchy příjmu potravy za nebezpečné a myslí si, že jsou léčitelné.

7.7.1.6 P6

Předpoklad P6, že více žáků, kteří se setkali s někým, kdo trpí poruchou příjmu potravy, je z 9. tříd než z 6. tříd, se také potvrdil. Nárůst těch, kteří se s někým takovým setkali, je o 100%. Data jsou to děsivá, můžeme pouze doufat, že většinou tito dotazovaní znají stejnou osobu s poruchou příjmu potravy nebo že se setkali s pacientkou, která se s poruchou léčí, v rámci přednášek a diskuzí na toto téma.

8 ZÁVĚR

V současné době jsou poruchy příjmu potravy jsou stále více diskutovaným tématem, protože si nejen odborníci, ale už i veřejnost začíná uvědomovat, že jde o velmi závažné choroby, které dokáží v krajním případě dovést člověka ke smrti, a že není nemožné, aby se týkaly i osob v blízkém okolí, či dokonce jejich vlastních dětí. Stejně jako alkohol a drogy. A je velmi těžké s nimi a proti nim, stejně jako s alkoholem a drogami, bojovat.

Troufám si říct, že tento boj nebude bohužel nikdy vítězný, to ale neznamená, abychom rezignovali a boj už předem vzdali. Protože každý, komu se podaří nad poruchou příjmu potravy vyvrát, je pro nás úspěchem. Pro nás pro všechny. Každý uzdravený je jakýmsi zadostiučiněním pro ty, kteří léčí, léčit pomáhají, v léčbě nemocné podporují a zároveň doufají v tzv. lepší časy.

Nicméně si myslím, že ještě daleko důležitější a účinnější než samotná léčba je prevence. A v tomto směru může pomoci každý z nás, a to tím, že nebude před problémem poruch příjmu potravy zavírat oči, nebude dělat, že neexistují nebo že o nich neví. Ony totiž bohužel jsou součástí našeho světa, jsou reálné.

Jako učitelé máme velmi dobrou příležitost děti pozitivně ovlivňovat, povzbuzovat a vést je ke správnému zacházení se sebou samým. Mluvme proto s dětmi o nebezpečí poruch příjmu potravy, dejme jim dostatek informací, věnujme pozornost případným rizikům a tato rizika nepodceňujme!....

LITERATURA

Krch, František David: Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie. Praha, Grada Publishing, 1999.

Krch, František David: Mentální anorexie. Praha, Portál, 2002.

Krch, František David: Bulimie. Praha, Grada publishing, 2002.

Krch, František David: Výchova ke zdraví. Praha, VÚP, 2003.

Krch, František David: Chci ještě trochu zhubnout: o zhoubných následcích redukčních diet vypravují ti, které diety dovedly až k poruchám příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie) nebo jen „oběti“ redukčních diet. Praha, Motto, 1998.

Leibold, Gerhard: Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha, Nakladatelství Svoboda, 1995.

Cooper, Petr J.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit. Olomouc, Votobia, 1995.

Elliot, Julian: Dítě v nesnázích. Praha, Grada publishing, 2002.

Kocourková, Jana: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha, Galén, 1997.

Sladká – Ševčíková, Jana: Z deníku bulimičky. Praha, Portál, 2003.

Čáp, Jan: Psychologie výchovy a vzdělávání. Praha, Karolinum, 1997.

Hartl, Pavel; Hartlová, Helena: Psychologický slovník. Praha, Portál, 2000.

Disman, Miroslav: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha, Karolinum, 1993.

Speciální pedagogika. Praha, Pedagogická fakulta UK (CZE). ISSN 1211-2720. Ročník 17, číslo 1-2, s. 1-17.

<http://www.pppinfo.cz/>

<http://www.linda-linie.cz/cps/rde/xchg/lindalinie/xsl/obezita-deti-poruchy-prijmu-potravy.html>

<http://www.zsnuselska.cz/>

<http://www.zswolkerova.cz>

<http://www.zssady.cz/>

<http://www.zsonedbala.cz/>

<http://www.bigy-cb.cz/czs/>

<http://www.zsnerudova.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník použitý při výzkumu

Dobrý den,

ráda bych vás požádala o pozornost při vyplňování následujícího dotazníku.

Tento dotazník je zaměřen na postoj k vlastnímu tělu a důležitost vzhledu, na povědomí a informovanost o poruchách příjmu potravy a postoj k nim mezi žáky základních škol.

Chtěla bych vás požádat o pozorné a pečlivé vyplňování. Dotazník je anonymní a získaná data budou použita pro výzkumné účely v diplomové práci.

Pohlaví:

1. ženské
2. mužské

Věk, třída:

1. Zajímáš se o módu, módní trendy a o to, jak vypadáš?

- Ano
- Ne

2. Jsi spokojen/a s tím, jak vypadáš?

- Ano, velice
- Ano
- Ano, ale něco bych na sobě změnil/a
- Nejsem spokojen/a

3. Kdybys na sobě něco mohl/a změnit, co by to bylo?

- Něco na svém vzhledu
- Nějakou schopnost
- Nějakou vlastnost

4. Posuzuješ ostatní lidi podle vzhledu?

- Ano
- Ne

5. Nejdůležitější je pro mě..... (doplň větu)

- Zdraví – být zdravý/á
- Krása – být krásný/á
- Uznání – být uznávaný/á
- Obdiv – být obdivovaný/á
- Fyzická zdatnost – vynikat ve sportu
- Být úspěšný/á ve škole, v budoucnu v zaměstnání
- Mít rodinu a dobré kamarády a moct se na ně spolehnout

6. Znáš pojem BMI?

- Ano, znám
- Ano, ale nevím, co znamená
- Ne

7. Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy (PPP)?

- Ano
- Ne

8. Znáš pojmy mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB)?

- Ano
- Ne

9. Pokud jsi odpověděl/a ANO, odkud se o PPP dozvídáš? (můžeš zvolit i více možností)

- Z knih
- Z časopisů
- Ve škole
- Od rodičů
- Od kamarádů
- Z televize a rádia
- Z internetu
- Od lékaře

10. Setkal/a ses nebo znáš někoho s PPP?

- Ano
- Ne

11. Pokud bys trpěl/a PPP, hledal/a bys pomoc?

- Ano
- Ne
- Nevím

Pokud jsi zvolil/a odpověď ANO, na koho nebo kam by ses obrátil/a?
(doplň prosím)

.....
.....
.....

Pokud jsi zvolil/a odpověď NE, proč? (doplň prosím)

.....
.....
.....

12. Myslíš, že jsou PPP nebezpečné?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Myslíš, že se PPP dají léčit a vyléčit? Proč?

- Ano.....

.....
.....

- Ne.....

.....
.....

- Nevím.....

.....
.....

Děkuji vám za spolupráci, za vyplnění dotazníku a za čas, který jste vyplňováním strávili.

Lenka Pešková

Příloha č. 2: Jídelní záznamy bulimické pacientky (studentka VŠ, 23 let)

15.11.2006

7:00 – 7:30 jablko, 3x jogurt
9:35 vejce, cottage, sýry
11:15 sušené banány
11:45 tvaroh
14:00 káva s mlékem
15:00 káva s mlékem
17:30 ohřáté mléko

19.11.2006

8:30 2 krajíčky chleba, jablko
10:30 banán, káva s medem
12:30 brambory, zelenina
13:30 káva s medem
15:00 2 krajíčky chleba
21:00 popcorn, svažené víno

21.11.2006

6:15 krajíc chleba, jablko
10:15 sušené banány
12:00 celozrnná bageta
2x zeleninová přesnídávka
15:30 půlka krajíce chleba
17:00 půlka krajíce chleba

22.11.2006

8:15 celozrnná bageta, jablko

10:20 sušené banány

ZVRACENÍ

13:30 2 celozrnné housky, 1 malá celozrnná kostka

20:00 175ml džusu

23:00 pivo

23.11.2006

7:00 tvaroh, jogurt, jablko

9:20 sušené banány

12:20 2 vejce na tvrdo, 0,8 dkg olomouckých tvarůžků, 1,6 dkg

tuňáka, cottage, rajče

13:40 káva s mlékem

15:00 čaj s mlékem

18:40 čaj s mlékem

24.11.2006

7:00 tvaroh, jogurt, jablko

9:05 sušené banány

11:50 cottage, tartare, 0,8 dkg olomouckých tvarůžků, jogurt,

rajče

13:40 tvaroh, káva s mlékem

15:30 káva s mlékem

19:10 čaj s mlékem

25.11.2006

7:00 3 krajíčky chleba, jablko

9:30 sušené banány

14:00 malá celozrnná bagetka, 2 housky

15:30 sklenka šampaňského

ZVRACENÍ

26.11.2006

6:30 celozrnný chléb, jablko

10:00 2 müsli tyčinky

12:15 káva

13:30 velký dalašánek, houska, rajče

16:00 celozrnný chléb

20:30 víno, šampaňské, lupínky

27.11.2006

8:00 2 krajíce chleba, jablko

10:30 káva s medem, půlka banánu

12:40 brambory se špenátem

13:15 káva s medem

15:00 chleba

15:45 káva

28.11.2006

6:15 tvaroh, jablko

9:25 velký jogurt

10:20 sušené banány

12:00 cottage, rajče

12:45 0,8 dkg olomouckých tvarůžků, tuňák v olivovém oleji,

jogurt

14:00 čaj s mlékem

19:20 velká káva s mlékem

29.11.2006

7:20 tvaroh, jablko

9:15 sušené banány, káva

12:20 houbový vývar, hermelín, cottage, rajče, tuňák

14:00 káva s mlékem

ZVRACENÍ

30.11.2006

7:20 3 krajíčky chleba, jablko

9:10 sušené banány

12:00 celozrnná houska, 2 krajíčky chleba, rajče, zeleninová
přesnídávka

13:40 2 celozrnné housky

16:35 kiwi

1.12.2006

7:00 celozrnná houska, 2 krajíčky chleba, jablko

9:00 sušené banány

11:45 velký dalašánek

ZVRACENÍ

2.12.2006

8:15 tvaroh, jablko

9:40 sušené banány

12:15 káva s mlékem

15:45 vývar, cottage, káva s mlékem

3.12.2006

7:10 tvaroh, jogurt, jablko
9:00 sušené banány
13:00 sýr eidam, velký jogurt
ZVRACENÍ

4.12.2006

7:05 chleba, jablko
9:10 sušené banány
13:30 celozrnná bagetka
15:30 müsli tyčinka

5.12.2006

7:10 chleba, jablko
10:00 2 celozrnné housky, rajče
11:50 2 celozrnné housky, zeleninová přesnídávka, špenátová
přesnídávka
14:30 2 velké tmavé blumy
19:17 čaj s medem

6.12.2006

7:25 velký jogurt, jablko
8:55 sušené banány
12:00 cottage, rajská omáčka, vejce natvrdo
13:30 káva s mlékem
15:30 jogurt
19:40 čaj s medem

7.12.2006

7:15 3 krajíčky chleba, jablko

10:30 sušené banány

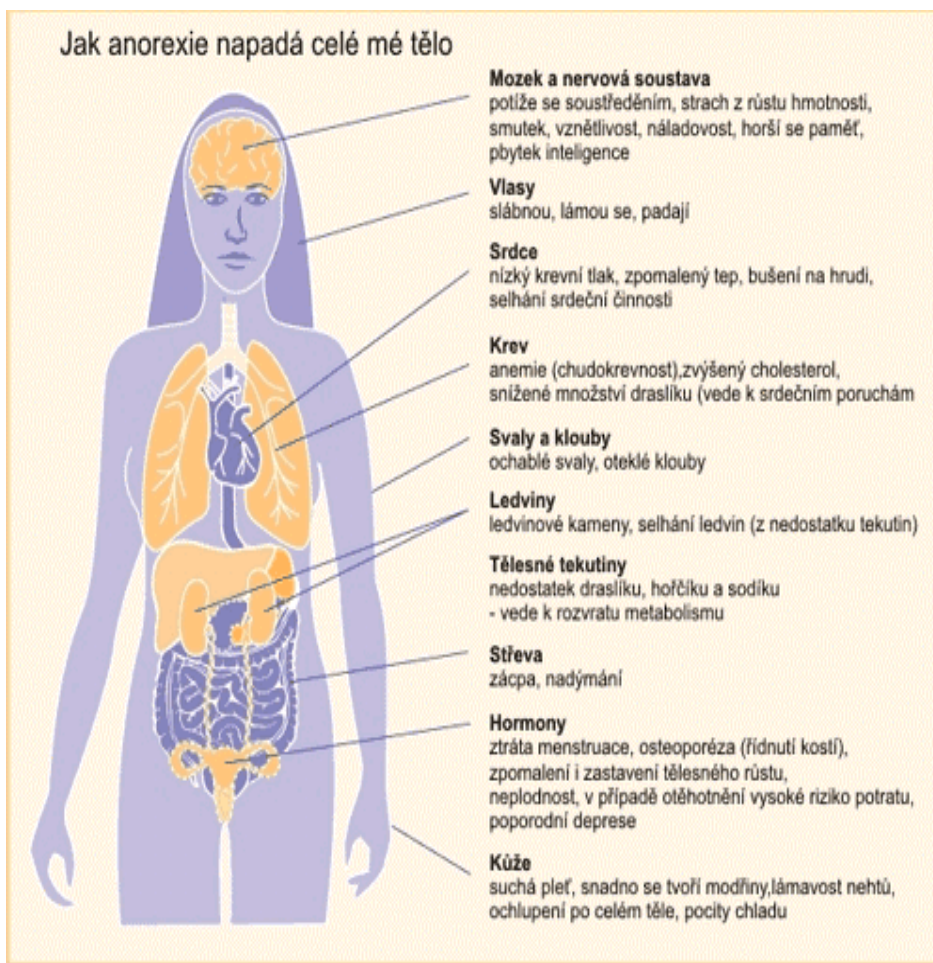
12:55 rajská omáčka, sojové maso, celozrnná houska, malá

tmavá kostka

15:00 půl litru 100% džusu

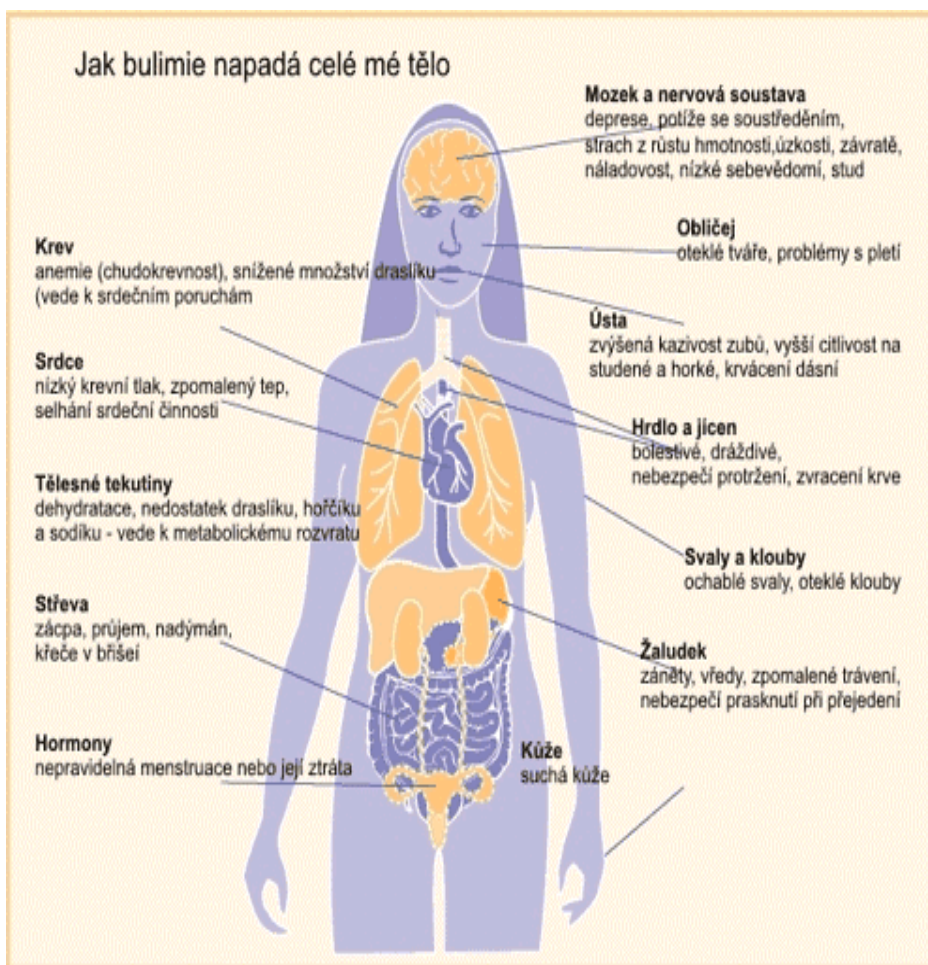
18:00 čaj s medem

Příloha č. 3: Schéma, jak mentální anorexie napadá a poškozuje tělo.



Zdroj: www.pppinfo.cz

Příloha č. 4: Schéma, jak mentální bulimie napadá a poškozuje tělo



Zdroj: www.pppinfo.cz