

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

Poruchy příjmu potravy u pubescentů

Derangements of taking food by pubescents

Diplomová práce

České Budějovice 2010

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Renata Jandová

Vypracovala:

Kateřina Semotánová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma: „Poruchy příjmu potravy u pubescentů“ vypracovala samostatně, s použitím odborné literatury a pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury, jež je součástí diplomové práce.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 20. 4. 2010

.....

Kateřina Semotánová

Poděkování

Za metodické vedení práce, cenné rady a připomínky bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Jandové.

Dále bych ráda poděkovala všem žákům základních škol, kteří svědomitě vyplňovali můj dotazník.

Anotace

Diplomová práce je tvořena z teoretické a praktické části. Cílem teoretické části bylo seznámení se základními pojmy z této oblasti, typy poruch příjmu potravy, jejich příčinami a léčbou a dále vymezení termínu pubescenci. Celá tato část se opírá o prostudovanou odbornou literaturou.

Praktická část se poté zaměřuje na samotný výzkum, který zjišťuje informovanost pubescentů o tomto tématu a případný vliv a výskyt poruch příjmu potravy u nich. Na konci praktické části je poté shrnutí a zhodnocení výsledků, jenž jsou založené na dotazníkové metodě.

Annotation

This thesis consists of both theoretical and practical parts. The aim of the theoretical part is to present the basic concepts of this field of research, then discuss the types of nourishment intake defects, their causes and treatment, and also to define the term „pubescent“. The entire theoretical part is based on the examined professional literature.

The practical part focuses on research which ascertains pubescents' awareness of the topic and the possible influence and occurrence of the nourishment intake defects in pubescents. Following the practical part, there is a summary and evaluation of the results based on the questionnaire method.

Obsah

1. Úvod.....	8
2. Poruchy příjmu potravy.....	9
Mentální anorexie.....	9
2.1.1 Diagnostická kritéria.....	10
2.1.2 Specifické typy mentální anorexie.....	11
2.1.3 Znaký mentální anorexie.....	11
2.2 Mentální bulimie.....	12
2.2.1 Diagnostická kritéria.....	13
2.2.2 Specifické typy mentální bulimie.....	14
2.2.3 Znaký mentální bulimie.....	14
2.3 Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie.....	15
2.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami.....	15
2.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.....	15
2.6 Jiné poruchy jídla.....	15
3. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy.....	16
Sociální a kulturní faktory.....	16
Biologické faktory.....	18
Rodinné a genetické faktory.....	18
Emocionální faktory.....	19
Specifické faktory pro mentální anorexii.....	20
4. Léčba poruch příjmu potravy.....	21
4.1 Hospitalizace.....	21
4.2 Rodinná terapie.....	22
4.3 Svépomoc.....	22
4.3.1 Uvědomte si svůj problém a dejte se do léčby.....	22
4.3.2 Uvědomte si důvody a stanovte strategii.....	22
4.3.3 Jak správně jíst a vést si jídelní záznamy.....	23
4.3.4 Tělesná hmotnost.....	24
4.3.5 Jídelní skladba.....	25
4.3.6 Selhání.....	27

4.3.7	Problémy, které s poruchami příjmu potravy souvisí a jak se s nimi vyrovnat.....	28
4.4	Individuální KBT.....	29
4.5	Farmakoterapie.....	29
4.6	Interpersonální terapie.....	30
4.7	Psychodynamická terapie.....	31
5.	Pubescence.....	32
5.1	Změny v období dospívání.....	32
5.1.1	Tělesné/fyzické.....	32
5.1.2	V chování/psychice.....	34
5.1.3	V identitě.....	35
5.1.4	Socializace.....	36
5.1.5	Kognitivní vývoj.....	38
5.2	Vývojové problémy.....	39
5.2.1	Zralost v oblasti fyzické a sociální.....	39
5.2.2	Role a status.....	39
5.2.3	Mladá a starší generace.....	39
5.2.4	Hodnoty rodiny a vnější společnosti.....	40
6.	Praktická část.....	41
6.1	Cíl.....	41
6.2	Hypotéza.....	41
6.3	Popis zkoumaného vzorku.....	42
6.3.1	Popis zkoumaného vzorku u předvýzkumu.....	42
6.3.2	Popis zkoumaného vzorku u výzkumu.....	42
6.4	Metodika.....	45
6.4.1	Použité výzkumné metody.....	45
6.4.2	Dotazník vlastní konstrukce.....	47
6.4.3	Vyhodnocení dotazníku.....	48
6.5	Zhodnocení hypotéz.....	68
7.	Závěr.....	70
8.	Literatura.....	71
9.	Přílohy.....	73

1. Úvod

Téma mé diplomové práce je: Poruchy příjmu potravy u pubescentů. První část se zaměřuje na teorii a zjištěná fakta slouží jako základ části praktické.

Část teoretická shrnuje poznatky o daném tématu. Definuji zde, co je to pojem porucha příjmu potravy a jaké jsou její formy. Poté postupně přecházím k rozdělení a následnému charakterizování jednotlivých poruch. Každá porucha je něčím specifická, a proto je potřeba stanovit příčiny vzniku a podněcující podmínky, určit determinanty, které se na tom podílejí. To vše se stane základem pro následující část, ta se týká samotné prevence, jež má zamezit vzniku některé z poruch. Pokud už ale dojde k propuknutí, je nutno zmínit léčbu a převýchovu. Tím bude objasněno ze všech hledisek, co je to porucha příjmu potravy, ale je potřeba ještě definovat skupinu lidí, na kterou je práce zaměřena, a proto nedílnou součástí textu je charakteristika pubescentů, samotné vymezení této populace.

Praktická část diplomové práce navazuje na předchozí poznatky, ty se staly základem pro výzkum v terénu. Samotný výzkum byl prováděn na základních školách, kde byla zjišťována informovanost mladistvých o tomto tématu a jejich případné osobní zkušenosti za pomoci dotazníku.

Závěr mé práce shrne zjištěná fakta doplněná vlastním názorem.

2. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy označují poměrně široký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem. Již v roce 1987 byly prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za velmi závažný problém společnosti, ta samotná je příčinou jejich vzniku a narůstání počtu lidí, kteří jsou tím zasaženi. Životní styl lidí dává těmto poruchám živnou půdu pro jejich rozšiřování. Pro naši společnost je typická nezdravá výživa, pohodlnost vedoucí k obezitě. Lidé tímto trpící se pak neslučují s módním typem, který je v dnešní době dán např. modelkami či celebritami mající štíhlou, někdy až vychrtlou postavu. Tyto ikony se stávají vzorem především mladých lidí, kteří se jim snaží přiblížit. Na tento fakt zareagovala i Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je v souladu s Diagnostickým a statistickým manuálem (DMS-IV) Americké psychiatrické asociace, ta charakterizovala poruchy příjmu potravy.

Za hlavní poruchy jsou brány mentální anorexie a mentální bulimie, poté máme podle této klasifikace atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, jiné poruchy jídla, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

(Krch,F.D., 2005, Smolík,P., 1996)

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie patří do výše zmíněné klasifikace a vyznačuje se především úmyslným snižováním váhy. Někdo by se mohl domnívat, že mentální anorexii lze spojit s nechutenstvím k jídlu, ale je tomu spíše naopak. Lidé trpící touto poruchou na jídlo neustále myslí, ale svému tělu ho nedovolí a to kvůli strachu z přibývajících hmotnosti, tu snižují sebevyhladověním, zvracením, průjmy a drastickým cvičením. Tato fakta předurčují, kdo bude nejvíce z populace touto poruchou zasažen. Postihuje tedy nejčastěji osoby mezi 14. - 15. rokem, pouze výjimečně začíná propukat o hodně dříve, neboť je vyvolána určitou životní změnou, která může být spojena se změnou biologickou (příchod puberty), psychologickou nebo sociální (dítě vstupuje na střední či vysokou školu). Důležitý je i rodinný aspekt, kam řadíme všechny změny týkající se rodinného života, což může být stěhování, rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby, atd.

(Smolík,P., 1996)

2.1.1 Diagnostická kritéria

Mentální anorexie je tedy velmi závažný problém, který má svou specifickou charakteristiku vyplývající již z výše zmíněných faktů, a proto i odborná veřejnost se k tomuto problému postavila a stanovila několik klasifikací a kritérií.

➤ Diagnostická kritéria podle MKN-10

- Tělesná hmotnost je záměrně držena minimálně 15% pod normální úroveň pro daný věk a výšku.
- Jídlu se postižený záměrně vyhýbá a to obzvláště tomu, po kterém se hodně tloustne. Účelně vyvolává zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik a nadměrně cvičí.
- Postižený sám sebe vnímá jako tlustého a strach z tloustnutí ho vede k stanovení si příliš nízké váhy.
- Endokrinní porucha, která se u mužů projevuje ztrátou potence a u žen jako amenorea. Výjimku zde mohou tvořit ženy, u kterých přetrvává děložní krvácení, jež používají náhradní hormonální léčbu.
- Osoby, které zatím nedosáhly puberty a propuklo u nich toto onemocnění, mají pubertu odloženou a nebo dokonce nikdy nenastane.

➤ Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Snaha o udržení nižší tělesné váhy než je minimální úroveň pro daný věk či výšku, nebo nedostatečný nárůst hmotnosti vzhledem k přibývajícím výšce.
- Stálá obava z přibývání na váze a to i přesto, že pacient je velmi hubený.
- Vnímání vlastního těla je narušené, špatné sebehodnocení.
- U žen se vyskytuje ještě další kritérium, a to je ztráta minimálně tří po sobě následujících menstruačních cyklů.

(Krch,F.D., 2005, Smolík,P., 1996)

2.1.2 Specifické typy mentální anorexie:

Mentální anorexie není vždy jednoznačná a to v případě, pokud nedojde k naplnění některého z kritérií, a proto existují její specifické typy.

➤ **Nebulimický (restriktivní) typ:** Mentální anorexie, která není doprovázena opakovanými záchvaty přejídání.

➤ **Bulimický (purgativní) typ:** Během mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání;

jsou pro něj typické ještě poruchy nálady, emoční labilita, závislost na alkoholu, drogách;

dlouhodobější léčení, pomalá odezva na terapii, nutná i hospitalizace.

(Krch,F.D., 2005, Smolík,P., 1996)

2.1.3 Znaky mentální anorexie

Každá z poruch má své specifické znaky odlišující jí od ostatních a dávající nám tím možnost, abychom ji poznali.

Znaky:

- Sestavování nového a méně tučného jídelníčku, kdy jsou vyřazována jídla tučná, vydatná a nezdravá. Poté mizí i běžné potraviny, jako je maso, bílé pečivo, atd. Také změny v jídelním režimu jsou značné, je omezena frekvence příjmu potravy a s tím i množství. Nastává zmenšování porcí a jejich stravování se prodlužuje. Může to dojít i do takového stádia, při kterém konzumace malého jogurtu je 20 minut. Nemocný si svůj nový jídelníček obhajuje a na nepochopení okolí reaguje stažením do ústraní, jídlo na veřejnosti je minimalizováno. Dále dochází k neustálým změnám chutí, cit pro chuť se neslučuje s normálem, např. nadměrné solení.
- Anorexie se neprojevuje pouze ve stravovacích návycích, ale také v samotném chování postiženého jedince. Zhubnutí je zajišťováno neustálou aktivitou začínající jen tím, že daná osoba je v neustálém pohybu, např. mírný pohyb, při dívání na televizi, přechází až do několikahodinového cvičení.

- Vztah jedince ke společnosti se proměňuje. Po prvním zhubnutí se společenský styk s okolím zvyšuje, neboť se projevuje snaha se novou postavou pochlubit, ale s ubývajícím hmotností se postižený stahuje do sebe a přerušuje kontakty s rodinou a přáteli.
- Tělesný vzhled je také zasažen, vychrtllost je už na první pohled viditelná. Tuto vyhublost buď dávají nemocní svému okolí najevo a pyšní se jí a nebo naopak. To se projevuje oblékáním volných věcí a své tělo si potají prohlížejí o samotě před zrcadlem.
- Onemocnění doprovází i zácpa a u žen ztráta menstruace.

To vše se odráží na psychice jedince a na jeho fyzické stránce.

(viz. příloha 1)

(Krch,F.D., 2002)

2.2 Mentální bulimie

Pro bulimii jsou charakteristické neustále se opakující záchvaty přejídání. Snaha nepřibrat na váze je korigována zvracením, nejrůznějšími projímadly, nebo také cvičením. Je zde značný strach z tloušťky.

Do hlavní skupiny postižené tímto typem řadíme adolescenty. V dětství není její výskyt tak častý, pod 14 let až vzácný.

Typické je tedy přejídání, a proto je nutno tento pojem objasnit:

Co je to přejídání:

„Přejíst se může znamenat, že:

- 1) sníte víc, než byste chtěli*
- 2) sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám příjemné*
- 3) sníte velké množství jídla, než je obvyklé, anebo i v nezvyklé kombinaci*
- 4) ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním.“ (Krch,F.D., 2003: s. 21)*

První dva typy patří do běžného života, ty nastávají po delší dietě. Zbylé dva se vyskytují při mentální bulimii. Kalorická hodnota při takovém záchvatu přejídání je 1000 – 3000 kcal, některé anorektičky ale mohou sníst jídlo až o hodnotě 20 000 kcal.

Podněty k přejídání jsou:

- situace, za kterých je osoba v kontaktu s jídlem (vaření, nakupování, stolování)
- zážitky spojené s jídlem (pocit sytosti, narušení jídelního plánu, samotné myšlenky na jídlo, srovnávání svých porcí s ostatními)
- situace a představy související s váhou, postavou, strach z tloušťky
- negativní nálady a pocity (deprese, smutek, nervozita)

(Krch,F.D., 2003)

2.2.1 Diagnostická kritéria

Stejně jako u předchozího typu poruchy dochází i zde k dvojí odborné charakterizaci, co je to mentální bulimie:

➤ Diagnostická kritéria podle MKN-10:

- Opakovaná přejídání, při nichž je konzumováno velké množství jídla.
- Stálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po něm.
- Pacient bojuje proti účinku jídla, což je přibývání na váze a to několika způsoby, kterými jsou zvracení, vyprovokovaný průjem, užívání nejrůznějších léčiv jako jsou anorektika, syntetické hormony štítné žlázy, diuretika.
- Pocit vlastní tloušťky a neustálá obava z tloustnutí.

➤ Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Epizody přejídání (binge eating) neustále se opakující a to nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců, se stále zvětšujícím se množstvím jídla. Tato epizoda je charakterizována těmito příznaky:
 - konzumace velkého množství jídla v určitém časovém úseku, za které by normální člověk nebyl schopen sníst takové množství potravin,
 - ztráta kontroly nad množstvím přijímaného jídla během epizody.
- Nevhodné kompenzační chování, kdy postižený chce zabránit přibývání na váze. Takové chování se může projevovat zvracením, užíváním projímadel, diuretik a nebo hladovkou.

- Záchvatovité přejídání se musí opakovat nejméně dvakrát týdně a to po dobu tří měsíců.
- Sebehodnocení je ovlivněno váhou a tělesnými proporcemi.
- Porucha se vyskytuje i mimo epizodu mentální anorexie.

(Krch,F.D., 2005, Smolík,P., 1996)

2.2.2 Specifické typy mentální bulimie

Mentální bulimie se nemusí vždy projevit ve všech svých znacích, a poté vznikají specifické typy:

- **Vypuzující (purgativní) typ:** V průběhu mentální bulimie si postižený vyvolává zvracení, užívá projímadla, diuretika a klyzmata, aby nezvýšil svojí váhu.
- **Nevypuzující (nepurgativní) typ:** Postižený drží hladovky, fyzicky cvičí, ale pravidelně nepoužívá purgativní metody.

(Krch,F.D., 2005, Smolík,P., 1996)

2.2.3 Znaky mentální bulimie

Tato porucha příjmu potravy se vyznačuje:

- Typickým znakem je opakované přejídání a následná snaha čelit vyplývajícími následkům a to za pomoci zvracení, laxativ, hubnoucích prostředků, diet a cvičení. Kalorické hodnoty jídel, která sní bulimička najednou, jsou velmi různé, pohybují se v rozmezí 1000 až 3000 kcal, některé ale mohou dospět až k číslu 20 000 kcal.
- Ztráta kontroly nad jídlem a to v množství a i druhu potravin.
- Onemocnění doprovází zácpa a u žen nepravidelná menstruace.
- Pro postiženou osobu je typická nejistota, úzkost, strach z váhy, deprese, vztek.
- Tělesný vzhled není tak zasažen jako u anorexie, neboť váha je u těchto osob zachována, dochází jen k výkyvům.
- Neustálý zájem o jídlo (vaření, nakupování) vede k narušení sociálních vztahů, kdy se nemocný odcizuje svému okolí.

Stejně jako u mentální anorexie dochází k narušení psychiky a fyzického vzhledu. (viz. příloha 2)

2.3 Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie

Mezi tyto kategorie řadíme ty pacienty, u nichž chybí jeden a nebo více příznaků poruchy. Můžeme sem u mentální bulimie např. řadit lidi s normální váhou a nebo naopak s váhou nadměrnou.

2.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

„Přejídání je reakcí na stresové události, např. zármutek, úraz, narození dítěte, které mohou být spojené s jinými rušivými duševními příznaky.“

(Smolík, P., 1996: s. 314)

2.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení u konverzních poruch a nebo zvracení jako reakce na stres, poté se jedná o psychogenní zvracení. Dále do této kategorie můžeme řadit opakované zvracení jako symptom u hypochondrických poruch a nebo v těhotenství.

2.6 Jiné poruchy jídla

Tuto kategorii můžeme rozdělit na dvě a to podle věku, pro který je daná porucha typická:

➤ PPP v dospělosti : pika neorganického původu u dospělých, což je nutkavé požívání látek, jež neřadíme mezi věci určené k jídlu

psychogenní ztráta chuti k jídlu

➤ PPP v dětském věku : emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

syndrom vybíravosti v jídlu

syndrom pervazivního odmítání

3. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nevznikají pouze z jednoho podnětu, ale musí se projevit více vlivů najednou, aby propukly. Máme vlivy sociokulturní a rodinné. Dalšími aspekty, které mohou zvyšovat vznik poruch, jsou různé události, jež nepříznivě působí na psychiku, pak je důležitá vlastní odolnost jedince a jeho biologické dispozice.

3.1 Sociální a kulturní faktory

Svět se vyvíjí a s tím se mění i ideál dané doby ovlivňující všechny lidi. Ikona krásy je pro každé dějinné období různá, ale dochází ke ztotožňování v různých obdobích. Pravek vystihuje zcela jasně soška Venuše. Žena oblých tvarů, jež symbolizuje mateřství. Starověk a středověk mění tento typ a prosazuje se štíhlost, vyhublost u žen, u muže je zase prezentována svalnatá postava. Změna nastává až v 16. a 17. století s příchodem novověku. Renesance nám předkládá ženy s plnými tvary a baroko prosazuje až obezitu. Tento model přetrvává ještě celé 19. st., žena touží být tzv. „krev a mlíko“. Vše se mění ve 20. st., 20. a 30. léta potlačují jakékoliv vnady. Dívky mají připomínat postavou chlapce. V pol. 20. st. se nakrátko objevuje snaha o velké poprsí, které má ale doplňovat až tzv. „vosí pas“. K největšímu prosazování vyhublosti dochází v 60. letech a to s nástupem modelky Twiggy, jež se stala ikonou všech dívek a každá toužila po ultraštíhlé postavě. Od této doby se stále drží v očích žen útlost.

Společnost minulých let považuje tedy za ideál ženu štíhlou. Média nám je prezentují neustále. V televizi a časopisech spatřujeme hubené, někdy až vychrtlé dívky a to i ve velmi nízkém věku. To samozřejmě působí na mysl všech lidí a u slabších jedinců to může vést ke snaze dosáhnout takového vzhledu. Zejména dívky v období puberty vstřebávají tyto informace ze všech stran a některé můžou zasáhnout natolik, že začnou odmítat jídlo, nebo naopak potravu, kterou sní v pocitu úzkosti, vyzvracejí, aby neměly výčitky, že opět zhřešily. Některé dívky zhubnou a nemusí se u nich projevit toto onemocnění, pouze získají pro sebe ideální postavu a tu si jen udržují přízpusobeným jídelníčkem. Zcela vyřadí některé potraviny (zejména sladkosti) a částečně omezí jídlo, ale pro jejich tělo to není ještě nebezpečné. Ovšem najde se i pár dívek, kterým se kvůli jejich fyzickým dispozicím nebude dařit hubnout. Vzhledem k tomu, že se nedovedou vypořádat s tlakem okolí a z mnoho stran předhazovaným

ideálem krásy, spadají do rizikové skupiny. Pro hubnutí začnou volit drastičtější metody, ať už vyhladovění či používání nejrůznějších prostředků, jak vyprázdnit žaludek. Ve finále pak zcela podléhají zmíněné poruše.

Naše kultura a myšlení tomu také příliš nepomáhá, neboť stále v naší společnosti převládá štíhlost a určitý odpor vůči obezitě. Zejména ženy s tím musí bojovat, jejich úspěch v práci není založen pouze na profesních předpokladech, ale také na jejich vzhledu, kdy v některých pracích se spíše uplatňuje atraktivnější vzhled. Opačným případem je tradiční model, který se ještě dnes občas projevuje, žena je chápána pouze jako družka, patřící k muži, nikoliv jako samostatné individuum, věnující se domácnosti a je muži podřazena. Dívka, přiklánějící se k tomuto typu, může vidět dospělost jako podřizování a snaží se proti tomu bojovat, chce samostatnost. Ale co když v dnešní společnosti, kde je to úplně běžné, ztratí nečekaně zaměstnání a bude tedy závislá na svém partnerovi a tím přijde o svou identitu, nezávislost, a z těchto důvodů se postaví proti dospívání? Tento model se uplatňuje spíše u mentální anorexie, kdy dojde k odmítání jídla, jako protestu proti tomu.

Z těchto důvodů si ženy hlídají váhu více než muži, chtějí být přitažlivé a někdy s tím spojují i význam úspěšné, to u nich vede ke strachu z přibývajících váhy, tloušťky. Záleží jim více na svém těle, chtějí ho neustále zdokonalovat.

Společnost a její rozvoj nám připravuje i další faktor, kvůli kterému můžeme propadnout těmto poruchám, a tím je jídlo, jeho množství a různorodost. Pro mentální bulimii je jeho význam jasný, neboť člověk touží ochutnat různé pokrmy a ty chutnější jsou samozřejmě velmi tučné a to má vliv na postavu, kdy po čase se člověk jídla nedokáže vzdát a váhu řeší zvracením a nejrůznějšími podpůrnými prostředky (projímadla).

Paradoxně má potrava vliv i na mentální anorexii, kdy člověk odmítáním potravin soucítí s lidmi, jež nemají jídlo a to zejména s obyvateli třetího světa. Ti jsou nám neustále prezentováni a takto můžeme projevovat naši lítost s jejich utrpením, dochází k uklidnění našeho svědomí a dobrého pocitu nad sebou samým. Poté ještě existuje druhý důvod, proč nepřijímat potravu. Dítě nechce získat znaky dospělosti, tak odkládá svůj vstup mezi dospělé a starosti s tím spojené. Nedostatek potravy způsobí ukončení vývoje a tím dítěti zůstane jeho „nevinný“ vzhled.

3.2 Biologické faktory

- pohlaví – ženy jsou až 10x náchylnější k propadnutí této nemoci
- tělesná hmotnost – zvyšující se hmotnost působí na psychiku jedince a ten se snaží proti tomu bojovat, ať už nejrůznějšími dietami, zvracením a používáním laxativ
- menstruační cyklus – nepravidelnost v menstruačním cyklu může předznamenávat počátek anorexie
- puberta – tyto poruchy zastavují tělesný, ale i psychický vývoj dítěte

Pubertální jedinec není emociálně vyrovnaný, a proto na něj může více působit vliv okolí a nejrůznější ikony krásy, které prezentuje společnost. Ale už i samotné okolí podněcuje ke vzniku poruch. Dítěti je stále připomínán jeho vzhled a váha, ať už přímo a nebo pomocí narážek na vizáž. Jak už jsem zmiňovala, zejména dívky tomu podléhají, více sledují své tělo a setkávají se s obrázky, fotkami modelek, se kterými se srovnávají. Ale nemusí to být hned topmodelka, aby se stala vzorem srovnávání. V rámci třídního, školního okolí či jen party dochází k neustálému porovnávání a snaze se prosadit. U dívek je to zejména ohledně krásy a skvělé postavy, chlapci chtějí mít spíše svalnaté a urostlé tělo.

3.3 Rodinné a genetické faktory

Rodinné zázemí, samotní rodiče a osamostatňování dítěte od stálého prostředí a přimykání k novému, jež můžeme spatřovat v kamarádech, kteří mají na dítě v období puberty větší vliv než samotná rodina, se mohou stát také jedním z podněcujících faktorů ke vzniku nemoci.

Matka ovlivňuje dítě svým chováním a vztahem k jídlu. Matka, která sama přehnaně pečuje o svůj vzhled a zejména o postavu, to pak vyžaduje i u svého dítěte, stále mu připomíná důležitost vzhledu a možnosti jeho ovlivnění, kdy jídelníček a celkové jídelní návyky přizpůsobuje své představě a dítě si tyto zvyky bere za své. Také neustálé držení diet u matky předurčuje pohled dítěte na tento typ hubnutí. U dívek, kde matka dlouhodobě drží dietu, je velice pravděpodobné, že při snaze zhubnout zvolí tuto možnost.

Otec se na tom podílí zejména svou povahou, můžeme mít tři typy:

- slabý, pasivní, dítěti nedokáže vyjádřit své emoce;
- dominantní osoba, která potlačuje osobnostní vývoj dítěte;
- vzteklý a agresivní, své nálady si vybíjí na dítěti.

Bylo prokázáno, že výskyt některé poruchy příjmu potravy v rodině nemusí být pouze ojedinělý, ale přechází i na ostatní členy. Nejčastěji přechází z matky na dceru a poté mezi sourozenci, zejména u dvojčat je to velmi pravděpodobné.

To byla rodina ovlivňující se navzájem, ale už samotné prostředí podle Minuchina se na tom podílí. Máme podle něj čtyři typy:

- u dítěte je potlačována samostatnost, důraz je kladen na blízkost a pevnost vztahů v ní;
- v rodině se nedokáží vyrovnat s konflikty a tedy se jim začne vyhýbat, což je problémové zvláště, když je to ze strany rodičů;
- ochránářství ze strany rodičů k dítěti, které vede u potomka ke snaze svůj problém s jídlem skrýt, aby toho rodina byla ušetřena;
- rodina se nedokáže vyrovnat s měnícími se potřebami dítěte, má své stereotypy a ty nehodlá přizpůsobit vývoji.

3.4 Emocionální faktory

Emoce provázejí člověka neustále a jsou ovlivňovány událostmi, situacemi a nejrůznějšími činnostmi v životě jedince.

Deprese znamená dlouhodobý pokles nálady. Člověk pociťuje úzkost, malou sebedůvěru, pocit bezcennosti. To vše doprovází poruchy a zejména bulimii, u té se vyskytovala u 20 – 80% pacientek. Existují dva názory na vliv deprese, kdy jednou je chápána jako jedna z příčin, a nebo poruchy příjmu potravy jsou primární variantou depresivní poruchy.

Deprese se zejména projevuje kvůli nespokojenosti s postavou, nemocný jí propadá. Narůstá s přibývajícím věkem a nebo už při samotném nehubnutí. Může být ale dána také rodinou. Mezi blízkými příbuznými se na základě genetiky předává. Jak již

bylo řečeno, obě tyto nemoci jsou spolu spjaty, takže při léčbě poruch s jídlem se zaměřuje i pozornost na zlepšení psychiky a tedy odbourávání depresivních stavů.

Pouze deprese neprovází onemocnění, může být spojeno i s jinými poruchami. Alkohol, cigarety a drogy mohou snižovat hlad, nebo zcela nahrazovat jídlo. Ovlivňují i psychiku jedince, odbourávají negativní pocity a dostávají ho do klidného stavu. Člověk pak jednotlivým nebezpečím může propadnout a jeho nemoc se tím prohlubuje a léčba ztěžuje.

Již bylo zmíněno, že emoce ovlivňují životní události, a to jak pozitivní tak i negativní, mohou být spouštěcím mechanismem a nebo nemoc prohloubit. Člověk by proto v těžkých situacích, se kterými se těžko vyrovnává, měl vyhledat pomoc a to buď u svých blízkých a pokud oni nepomohou, tak pomoc odbornou. 2/3 bulimiček uvádí, že právě tento faktor byl pro ně spouštěcím mechanismem pro vznik bulimie.

3.5 Specifické faktory pro mentální anorexii

- **Sex a dospívání** - Pubescenti mají určité obavy ohledně sexu, rozpaky vůči němu mohou vést až k jeho odmítání a snahy jej oddálit, či se mu úplně vyhnout. Jako jedna z možností může být odmítání potravy a s tím související zastavení fyzického vývoje. Jednotlivé proporce se nerozvíjejí, u žen jsou to prsa a dochází i k vynechávání menstruace.
- **Usilování o výjimečnost** – Dítě se chce pouze zviditelnit, být odlišný od ostatních. Příčiny takové potřeby hledáme v rodině a v její výchově, kde nedochází k zdravému rozvoji osobnosti. Dítě je pouze nástrojem rodičů a svou osobnost se snaží prosadit odporem vůči okolí a sobě samému, kdy propadá anorexii.
- **Perfekcionalismus** – Lidé, kteří chtějí dosáhnout svojí dokonalosti, mají větší pravděpodobnost, že u nich nastane problém s jídlem. Při nedosažení ideálu propadají do depresí a hledají jinou cestu, jak toho docílit.

4. Léčba poruch příjmu potravy

Léčebné postupy se neustále rozvíjejí, přichází stále nové napomáhající s bojem proti těmto problémům. Vždy zaleží na konkrétní osobě a rozvinutosti poruchy příjmu potravy a na dalších doprovodných obtížích, jaký typ léčby bude nejlepší. Velmi důležitá je snaha k integraci pacienta, zapojit ho do běžného života, kde se setkává ale i s různými nástrahami, které ho svádějí k ukončení boje a návratu k problému, proto zaleží na hloubce nemoci, ta předurčuje správný čas k zapojení mezi lidi.

(viz. příloha 3)

4.1 Hospitalizace

Zaměřuje se na stabilizování pacienta a to jak po stránce psychické, tak i fyzické. Snaha odstranit všechny příznaky poruch s jídlem, potřeba získat původní hmotnost a nebo alespoň zamezit dalšímu snižování, zamezit zvracení či užívání projímadel, které sloužily ke snížení váhy a u bulimiček ukončit přejídání. Musí současně docházet k léčení i ostatních problémů jako je např. deprese, sebepoškozování, atd.

Hospitalizace je dvojího typu:

- Dlouhodobá – trvá týdny až měsíce a je pouze pro lékařskou stabilizaci, pacient přibírá 1 – 1,5 kg týdně, poté nastupuje ambulantní lékařská péče.
- Krátkodobá / stacionární / částečná – program, který ukazuje jídelní režim, poskytuje intenzivní terapii, ale i přesto neodřízne pacienta od normálního světa, umožňuje mu i nadále žít svůj život.

Pokud nezabírá dlouhodobá hospitalizace, tak musí nastoupit ambulantní lékařská péče, která se nezabývá překonáním problému, ale pouze chce návrat do somatického stavu a psychické stability. Probíhá ve dvou formách, individuálně a skupinově, kdy pacient dochází na konzultace a dohlíží na něj lékař.

4.2 Rodinná terapie

Pokud pacientka spolupracuje a má pevné rodinné prostředí může být stacionární hospitalizace podpořena rodinnou terapií. Využívá se zejména u mladých pacientů a nebo u těch, kteří žijí stále se svou rodinou.

Rodina může výrazně pomoci při léčbě, je ale potřeba její intenzivní spolupráce. Podporuje určenou terapii a kontroluje nemocného i mimo dosah lékaře, aby neporušil stanovené cíle.

Může se podílet na terapii dvojitým způsobem, a to pouze jako doplněk individuální terapie a nebo je včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu.

4.3 Svépomoc

4.3.1 Uvědomte si svůj problém a dejte se do léčby

Svépomoc je jedním z programů, které mohou vést k překonání problémů s jídlem. Využívá se u jedinců, kteří plně nepropadli dané poruše a je možnost silou vůle a za pomoci ostatních a hlavně pacienta samého se vyléčit.

Jako první krok je důležité odhalit příčinu obtíží, poté zvolit vhodný čas na počátek léčby, neboť ovlivní dosavadní styl života, začít si vážit sebe a svého těla a nemít nechuť k jídlu, požívat potravu ve správných dávkách a hlavně u bulimie jí v sobě udržet.

4.3.2 Uvědomte si důvody a stanovte strategii

Sepište si na papír důvody pro a proti vaší poruše a zvýrazněte ty nejdůležitější body. Teď je ten moment, kdy se nemocný rozhoduje, zda se do boje pustí a nebo ho vzdá.

Strategie léčby musí být vhodně vytvořena, není dobré si stanovovat příliš vysoké a vzdálené cíle, lepší je mít nižší. Pokud nedosáhnete daného cíle, tak nezačínáte, i malý pokrok je dobrý a hned to nevzdávejte.

Vhodnou strategii musí doprovázet i péče o své zdraví. Někdy bude potřeba vyhledat lékaře, najít si spojence se stejným nebo podobným problémem a nebo jen přítele, kterému se můžete svěřit. Hlavně se nesnažte vyhýbat lidem, a to jak svému nejbližšímu okolí, tak i cizím. Rodina bude hrát také důležitou roli, někdy zastane i místo v opozici, neboť nesmí ustoupit manipulaci dítěte.

Nadměrné vážení také vašemu sebevědomí nepomůže, a proto se vaňte pouze 1x měsíčně a nepočítejte kalorické hodnoty všeho, co sníte. Vše toto zahrňte do svého plánu, cíle a postupně plňte.

4.3.3 Jak správně jíst a vést si jídelní záznamy

Prvním krokem k uzdravení je začít správně jíst, proto je potřeba si alespoň ze začátku stanovit určitý režim, kdy a jak často budete jíst. Ideálním stavem je 4 – 6 jídel denně, z čehož tři připadají na hlavní. Konzumace by měla probíhat i v určitých hodinách, aby nedošlo k přejídání se večer. Neznamená to ale fanatickou časovou přesnost, pouze orientační hodinu.

Požívání různých jídel má svá pravidla. Posuzujte je vždy od vydatnějšího jídla k méně, od sladkého nepřecházejte ke slanému, držte se vždy jedné chutě, nekonzumujte light a nízkokalorické potraviny, neujídejte jídlo po troškách, vždy si nadejte určitou porci a tu snězte, pití až po jídle a stačí pouze jedna sklenička. Pokud vás někdo pozve na jídlo domů či do restaurace, neodmívejte, jednou za čas zhřešit můžete, ale hlavně se to nesmí stát pravidelností. Společnost kamarádů také podpoří vaše úsilí, vy je nebudete chtít zklamat a na druhou stranu oni alespoň zkontrolují, že jíte.

Změny stravovacích návyků nejsou jednoduché a je tedy lepší si vše přesně zaznamenávat a to ještě týž den, postupem času by totiž mohlo dojít k jejich zkreslování, pokud nejsou písemně podloženy. Nejlepší je psát poznámky průběžně, každodenně a pokud nějaký den zapomenete, tak raději už nic nedopisujte a pokračujte dál.

(viz. příloha 4)

4.3.4 Tělesná hmotnost

Zvyšující se hmotnost je jednou z hlavních příčin, proč lidé začínají mít problémy s jídlem. Musíme si uvědomit, že nadváha neznamena hned zdravotní rizika, čímž bychom mohli omlouvat náš špatný vztah k jídlu, ale nebezpečí je až u BMI vyšším než 30, kdy už dochází k nadměrným tukovým zásobám. Mírné kolísání váhy je normální, ale velké výkyvy řadíme taky mezi zdraví nebezpečné, to raději nehubnout.

Existují určitá kritéria, která nám říkají, co je v normě a co už ne, musíme tedy brát v úvahu:

- tělesná hmotnost roste s přibývajícím věkem;
- předpoklady k robustnější postavě a k nadváze řadí člověka do horní hranice váhové normy;
- nelze spočítat přesně správnou hmotnost, každý jsme individuum;
- dosáhnout vysněného ideálu vždy nelze, spokojte se proto alespoň s určitým kompromisem;
- nestanovujte si příliš vysoké cíle a nemějte je jako podmínku vašeho boje s problémy s potravou.

Správnou váhu zjistíte pomocí tzv. Quetelovu indexu tělesné hmotnosti:

$$\text{BMI} = \text{těl.váha(kg)} / [\text{výška (m)}]^2$$

- normální hodnota 19 – 25
- obezita 30 a výše

Jak snižují nemocní tělesnou hmotnost

➤ Diety

Dieta není účinný prostředek, jak se zbavit nadbytečných tuků, neboť 95% lidí, kteří podstoupili dietu, do několika let zpátky získali svou výchozí váhu a někdy dochází i k zvýšení hmotnosti.

Člověk může získat i závislost na dietách a život bez nich není lehký. Stávají se dalším problémem, který musí nemocný překonat spolu se špatnými stravovacími návyky. Někdy jedinec tímto trpící působí na okolí jako vyrovnaný člověk, jenž normálně jí, ale zde dochází ke klamu okolí i sebe, kdy začne držet tzv. skrytou dietu.

Což znamená, že dodržuje pravidelnou stravu, ale konzumuje pouze nízkokalorická jídla a to ještě v menším množství, než by měl.

Existují tři typy diet:

- půst – na určitou dobu vynechám jídlo
- úsporná metoda – snaha omezit příjem energie a jíst co nejméně
- vynechání určitých druhů potravin nebo denních jídel

➤ **Zvracení a s tím související používání projímadel**

U lidí převažuje názor, že zvracením se člověk zbaví všeho, co snědl, ale podle výzkumu dojde pouze k 40 – 60% vyprázdnění a zbytek při častém zvracení vede ke vzrůstu tělesné hmotnosti.

Projímadla patří mezi další možnosti, jak si udržet či snížit svou váhu. Způsobí vyprázdnění tlustého střeva, ale před tím už dojde k využití energie v tenkém střevě. Dalšími problémy spojenými s laxativy jsou zadržování tekutin a snadná závislost. Snaha o její přerušování je zpočátku doprovázena zácpou a otoky.

Bulimičky tuto kombinaci používají ke kontrole svého příjmu potravy. Dovoluje jim to také konzumovat větší množství jídla a nebo zakázané potraviny. Zbavit se tohoto návyku není snadné, stále budete mít myšlenky na možnost přejedení a následné zvracení, potřeba je ale odolat. Vsugerovat si, že jídlo máte povolené a nemusí tedy docházet k vyprázdňování, snažte se udržet jídlo v sobě co nejdéle.

➤ **Nadměrné cvičení**

Kompenzací nadměrného energetického příjmu se může stát cvičení do úplného vyčerpání. Takového druhu sportu byste se měli vyvarovat. Za zdravé cvičení považujeme příjemné uvolnění při pohybu, který se provozuje spíše ve skupině a nenastává ihned po jídle.

4.3.5 Jídelní skladba

Zpočátku se vaše možnost v druzích jídla omezuje, ale je potřeba dodržovat správnou výživu, kdy se porce potravy přizpůsobují vašemu věku, zdraví, životnímu stylu a podmínkám, ve kterých žijete. Přijímání dostatku vitamínů a minerálů je velmi důležité, denní přísun by se měl pohybovat okolo 7000 kJ, pokud jste nekuřák a

zdravotně jste na tom dobře. U mladých dívek se pohybuje okolo 8400 – 10500 kJ (2000 – 2500 kcal). Nesmí to ale vést k neustálému počítání kalorií, stačí jíst pravidelně a dodávat tělu základní druhy potravin. Za nezdravé se považuje vše, čeho je příliš a co by ovládalo váš jídelníček.

Stanovení si oblíbených a neoblíbených jídel na vašem seznamu povede ke kontrole vaší stravy a postupnému začleňování tzv. nebezpečných potravin, kdy je nejlepší je začleňovat v přítomnosti jiných lidí, ti na vás mohou dohlížet.

Správná strava se rovná správně sestavenému jídelníčku:

- Rozdělte si jídlo do šesti skupin:
 - maso, masné výrobky, ryby, drůbež
 - mléko, mléčné výrobky, vejce
 - ovoce
 - zelenina
 - mlýnsko – pekárenské výrobky, rýže
 - tuky
- Vybírejte si recepty, kde je uvedeno, pro kolik lidí je tento recept, vyhýbejte se jakýmkoliv dietním kuchařkám a receptům.
- Určování porcí:
 - pokud to jde, tak nechce určit vaši porci okolím;
 - nesrovnávejte svou porci s ostatními, zpravidla byste neměli mít tu nejmenší, ale ani tu největší, držte se průměru;
 - odložte jakékoliv váhy, které byste používali k odměřování porcí, ty pouze odhadujte;
 - potraviny jezte celé, nedělte je, např. snězte celý jogurt, rohlík, jen když budete mít neodolatelnou chuť na čokoládu, tak si vezměte pouze jeden řádek.
- Jídlo konzumujte pouze u stolu, který budete mít prostřený.
- Po jídle máte nárok na ovoce nebo drobnou sladkost, poté si vyčistěte zuby.
- Nedožedené potraviny vyhazujte.

4.3.6 Selhání

U každého je možnost, že dojde k selhání a je potřeba se s tím vyrovnat. Nejprve pocítíte vinu, lítost, ale je potřeba pokračovat dál s nastoleným postupem, uvědomte si opět důvody, proč jste začali bojovat. Dejte si pozor na okolnosti, které by vás mohly přivést na scestí, takovými spouštěči jsou:

➤ situace spojené s jídlem (nakupování, vaření, stolování, atd.)

- Stolování - je důležitou součástí léčby, na stůl musí přijít pouze jídlo, které je určeno k snědení a ostatní potraviny ukryjte z dosahu očí

- stůl se stává jediným místem, kde požíváte potravu, pokud budete jíst jinde, tak začnete spojovat i toto místo s jídlem a neuhlídáte se

- Nakupování - při koupi potravin je potřeba dodržovat určitá pravidla, abyste zmírnili nebezpečí ztroskotání ve svém úsilí

- pravidla: nakupujete: pouze, když jste sytí

to, co potřebujete

podle seznamu

pouze tam, kde něco chcete koupit, nechodte

do prodejen, kde nic nechcete

nenakupujte do rezervy – pohled na jídlo by byl

až moc velkým pokušením, lepší je mít pouze tolik, kolik je nezbytné do dalšího nákupu, nutné jídlo skladujte ve spíži

pouze do určitého limitu

- zážitky spojené s jídlem (myšlenky na jídlo, srovnávání porcí, narážky na jídlo, atd.)
- situace, představy a zážitky, které souvisí s postavou, tělesnou hmotností
- negativní nálady a pocity (zklamání, smutek, osamocení, atd.)
- vzpomínka na přejedení

4.3.7 Problémy, které s poruchou příjmu potravy souvisí, a jak se s nimi vyrovnat

➤ Sebepoškozování

Někteří pubescenti se nedokáží vyrovnat se svými problémy a nabalují na ně další, jako je sebepoškozování, které začíná pouze jako krátkodobá úleva, kdy se škrábou do krve, trhají si vlasy, pálí se cigaretou, atd. Když si vytvoří na toto chování návyk, může to přejít do vážného ubližování, dochází až k ohrožení života, poté je nutná hospitalizace.

➤ Deprese

Depresivní stavy doprovází poruchy potravy, mají své základy ve vyhladovění, či zahanbení nad svou slabou vůlí.

Těmto stavům je potřeba se vyvarovat a k tomu využijte tyto možnosti:

- pokud u vás převládá zlost, tak se:
 - někomu svěřte
 - vybijte fyzickou námahou, cvičením
 - zaměřte na pozitivní myšlenky
 - hlavně nepřejezte, tím pouze ublížíte sobě
 - nelitujte, nejste přece žádná oběť
- pokud se objeví smutek, strach, tak si:
 - o tom s někým promluvte
 - nevyhýbejte se lidem a spíše naopak jděte do společnosti a bavte se
 - najděte činnost, která odvede negativní myšlenky a odvede pozornost od jídla
 - uvědomte zdroj špatné nálady
 - promluvte s odborníkem
 - vzpomeňte na situace, kdy jste měli z něčeho strach a nakonec se obavy nevyplnily, teď může přece nastat ta samá situace
 - vyřešte nynější problémy postupně, nesnažte se zanalyzovat celý váš život a neštěstí, co vás potkalo
- nastanou negativní myšlenky:
 - omezte prostor pro záporné uvažování
 - nedělejte hned unáhlené závěry
 - hledejte jiné možnosti řešení věcí, které vás vedly k tomuto stavu

4.4 Individuální KBT (kognitivně – behaviorální terapie)

Pokud nemůžeme použít žádnou z předešlých metod, ať už k jejich vážnosti či předešlé terapie nezabraly, volíme individuální KBT.

Tento typ léčby se používá zejména pro mentální bulimii a slouží jako základ teorie pro část léčby mentální anorexie. Ve výzkumech byly prokázány pozitivní výsledky, kdy zlepšení u pacientů je udržitelné.

U výzkumu KBT stál C.G. Fairburn a jeho spolupracovníci, kteří tuto metodu založili na těchto bodech:

- potřeba vést záznamy o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování i o samotných myšlenkách a pocitech o jídle a o následcích této poruchy;
- pravidelné vážení;
- potřeba docílit změny jídelních návyků;
- změnit myšlení o jídle, odstranit mylné domněnky, které se týkají potravin a jejich konzumace;
- zavedení prevence relapsu, což znamená, postarat se o to, aby se nemoc opět u pacienta za nějaký čas neprojevila.

Pokud tato léčba nezabírá, je potřeba nasadit medikamenty, ale vždy jen pod dohledem lékaře, který určí, jaké léky jsou pro nemocného vhodné. Blíže o farmakoterapii níže.

4.5 Farmakoterapie

Medikace se používá jako doprovodná léčba u pacientek s bulimií a záchvatovitým přejídáním. Pokud u nich plně nezabrala KBT, neměla by se ale stát hlavní léčbou a to kvůli účinnosti psychologických intervencí. Pacientky během této léčby ukončují svou terapii, neboť léky mají určité vedlejší účinky a nemohou se brát dlouhodobě a dalším důvodem je vysoký počet relapsů po ukončení aplikace léků.

Jak již bylo zmíněno, tato terapie se zapojuje u léčby bulimie a u záchvatovitého přejídání, u anorexie není příliš užívána, ať už kvůli nutnosti a nebo užitečnosti. Její nasazení se volí pouze u pacientek, které jsou v ohrožení života, nebo u atypické anorexie a nebo tam, kde je prokázána komorbidní porucha.

Terapie musí probíhat vždy pod dohledem, a to na specializovaných pracovištích (anesteticko-resuscitační oddělení, metabolické jednotky a uzavřená psychiatrická oddělení).

Pokud se ale farmakoterapie použije, je zapotřebí dodržet určitý postup při léčení. Jako první lék u bulimie se užívá fluoxetin hydrochlorid, který je doplňující k psychoterapii. Druhá fáze už představuje závažnější rizika, kdy tricyklická antidepresiva mají značné vedlejší účinky, některé pacientky léčbu vzdají a za nejhorší můžeme považovat úmrtí z předávkování. Pokud se ale u nemocné neobjeví žádný z těchto následků a je potřeba užití účinnějšího medikamentu, aplikují se inhibitory MAO, neboť snižují nebezpečí relapsu.

U pubescentů a mladších adolescentů je farmakoterapie součástí standardní léčby, ale dochází k vitaminoterapii a substituci minerálů. Dobré je také užití prokinetických látek (domperidon u dětí, které váží více jak 35kg) a enzymu k léčbě trávicích obtíží a proti nadýmání, tyto dva léky jsou začleňovány pouze krátkodobě.

4.6 Interpersonální terapie

Pokud se stav po předešlých typech léčby nelepší a potíže přetrvávají, do toho se prolínají interpersonální problémy, tak je zapotřebí zapojit interpersonální terapii, která původně byla vytvořena pro léčbu depresí. Deprese jsou ale významně spojeny s poruchami s jídlem, proto jsou jedním ze spouštěcích mechanismů a nebo mohou doprovázet nemoc.

IPT a její tři fáze:

- potřeba najít zdroj interpersonálního problému, který způsobuje a rozvíjí jídelní obtíže;
- terapeut navazuje vztah s pacientem, snaží se vybudovat oboustrannou důvěru, aby mohli společně řešit pacientovy obtíže;
- příprava na konec terapie.

Tento typ terapie je dlouhodobě účinný, jeho vliv se projevuje i rok po ukončení, oproti KBT je dlouhodobější a na první výraznější výsledky se čeká déle, ale nakonec jsou stejně účinné. Odborníci tedy doporučují u bulimie nejprve užít KBT a pokud pacient na ni nereaguje dobře hned v počátcích a nebo se projevují interpersonální

problémy, mělo by se přejít k IPT. Pokud jde o anorexii tak se IPT užívá při dlouhodobější psychoterapii a u přetrvávajících příznaků.

Někdy ale léčba nezabere a nebo nejsou u pacienta interpersonální problémy, je tedy potřeba zvážit předešlé úspěchy nebo neúspěchy. Pokud jsou u pacienta stále trvalé problémy, ale došlo ke zlepšení symptomů nebo jde o anorexii, může se zkusit dlouhodobější terapie, kdy dochází ke kombinaci nejrůznějších terapií – KBT, psychodynamickou terapii, rodinnou terapii. V jiném případě je potřeba se vrátit na začátek a absolvovat ambulantní skupinovou terapii a poté pokračovat v dalších krocích vedoucích k uzdravení.

4.7 Psychodynamická terapie

Používá se jako poslední druh léčby, pokud jiná krátkodobá léčba nebyla úspěšná. Dělí se na dvě části, kdy první se zakládá na tom, že poruchy příjmu potravy nevyžadují podstatné obměny ortodoxních psychodynamických intervencí, poruchy nejsou žádným specifickým základním procesem. Druhá naopak předpokládá, že tato problematika se vyznačuje potřebou podstatných modifikací tradiční dynamické terapie. Vychází se poté lépe specifickým potřebám pacientek.

Léčba je pro pacientku velmi složitá a náročná na její psychiku a tělo, uzdravení není vždy 100%, některé nápor nezvládnou a své poruchy se nikdy nezbaví. Prognóza není příliš příznivá, pouze 40% pacientek se uzdraví a mezi ně patří zejména věková skupina 12 – 15 let, u 20-30% dojde k částečné nápravě, kdy je zde velké riziko návratu nemoci, u poloviny hrozí recidiva. Zbývá třetina má velmi malé šance na uzdravení a je to zejména u těch, kde problémy s jídlem začaly před 12. rokem.

Není to moc povzbudivé k boji, ale je zapotřebí to alespoň zkusit a nevzdávat to hned po prvním neúspěchu. Terapii je potřeba absolvovat, neboť je zde ta třetina lidí, která boj s největší pravděpodobností zvládne a zapojí se opět do normálního života.

5. Období pubescence

Problémy s příjmem potravy postihují lidi různého pohlaví, věku, ale samozřejmě existuje skupina, která je zasažena nejvíce, a to jsou pubescenti, neboli dospívající jedinci. Zmíněné osoby v tomto období postihují nejrůznější změny, které jsou uvedeny níže a ty dělají z jedince této skupiny nejvíce rizikového.

Pubescence se dělí na dvě fáze, které jsou charakterizovány určitým věkem a znaky.

Fáze:

- **Prepuberty – první pubertální fáze:** od 11 do 13/ 14 let dochází jak k psychickým, tak i fyzickým změnám, kdy se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky. U dívek tato fáze končí většinou okolo 13. roku, u chlapců trvá o něco déle, o rok až dva.
- **Vlastní puberty – druhá pubertální fáze:** 13/14 let – 15 let, přesněji to určuje Langmeier pomocí fyzických změn, jež nastupují po ukončení první fáze a končí po dosažení reprodukční schopnosti, což u dívek připadá přibližně na 14 let a u chlapců přibližně o rok později, poté už nastupuje období adolescence.

Pubertu, jak již bylo zmíněno, doprovázejí specifické změny, a proto je důležité je charakterizovat ve všech oblastech.

5.1 Změny v období dospívání

5.1.1 Tělesné/ fyzické:

Projevem dospívání je tělesná proměna, která ovlivňuje zásadně i psychický stav jedince, ten přechází z řad dětí mezi dospělé a musí se s tím vyrovnat. Tělesné změny neprobíhají u všech ve stejném časovém sledu. Všichni jsme individua, a proto nemůžeme mít vše stejně s ostatními, což se může stát základem pro psychické problémy. Můžou probíhat dvěma směry, kdy jedinec je předčasně vyzrálý a snaží se před okolím nově nabyté znaky schovat. To spatřujeme spíše u dívek, u kterých jsou jednotlivé znaky viditelnější než u chlapců. Mohou je schovávat třeba pod volné

oblečení. Pokud to dojde do krajností, projevy ženství začne dívka nenávidět a s tím i celé své tělo, může se snažit s tím něco udělat, odstranit tyto projevy a začne proti svému tělu bojovat, kdy např. začne odmítat potravu, což může skončit až u anorexie.

Další možností je naopak neprojevení se tělesných znaků, jejich opožděnost, což vede k podceňování se a k nenávisti vlastního těla a jeho možného trestání, jak přejídáním, tak naopak nedodáváním potravy.

Jak už bylo zmíněno, jsme individua a z toho vyplývá, že náš vývoj není jednotný a s tím musíme počítat i v projevech tělesného dospívání.

Konkrétní projevy:

➤ Dívky:

- vývoj prsou – prvním znakem je zpevnění bradavky na jednom či obou prsou, což probíhá mezi 10. – 11. rokem. Do roka dojde k jejich vzdouvání a k viditelnosti navenek, nakonec dojde k zmožutnění;
- ochlupení ohanbí – první projevy se ukazují krátce po růstu prsou;
- pochva, děloha, vaječníky – děloha a vaječníky se zvětšují, vrstva pochvy se mění, dochází k jejímu ztluštění a změně barvy na růžovou;
- menstruace a plodnost – první menstruace se vyskytne přibližně dva roky po prvním projevu tělesných změn, což je průměrně ve třinácti letech;
- tělesné ochlupení – po ochlupení ohanbí následuje podpaží, ochlupení v oblasti hýždí, horní ret, licousy;
- tělesný tvar a tělesná kompozice – na tělesný vzhled má vliv zvyšující se hladina estrogenu, což ovlivňuje rozšiřující se dolní část pánve a rozkládání se tuků do typických ženských partií, jako jsou prsa, boky, hýždě, stehna a paže;
- tělesný pach, změny kůže a akné.

➤ Chlapci:

- velikost, funkce a plodnost varlat – zvětšení varlat je prvním projevem puberty, jejich velikost se poprvé mění okolo 1. roku života a pak v průběhu puberty;
- genitálie – penis roste od čtyř let, kdy růst je zprvu velmi pomalý, rychlejší růst přichází s pubertou;
- ochlupení ohanbí;

- tělesné ochlupení – začíná po objevení ochlupení ohanbí a to v tomto pořadí: podpaží, hýždě, nad horním rtem, kolem licousů, oblast brady, zbytek těla jako trup, nohy, záda zarůstá postupně;
- změna hlasu – projevuje se spíše u chlapců než u dívek, kdy dochází k přeskočení výšky hlasu až o oktávu, změna hlasu končí během 15. roku;
- růst – zrychlení nastává 9 měsíců po zvětšení varlat a probíhá asi dva roky, nárůst je 8,5 – 12 cm ročně. Nejprve se zvětšují chodidla a dlaně, pokračují končetiny a naposledy je trup. Zpomalování této tendence je okolo 16. roku;
- muskulatura a tvar těla – na konci puberty se stává z chlapce muž, dochází k tvrzení kostí a nárůstu kosterních svalů;
- tělesný zápach, změny kůže, akné;
- zvětšení hrudi – u některých chlapců je minimální, ale u obéznějších je rapidní v době puberty.

5.1.2 V chování/psychice

Dané životní období se označuje také jako období emoční labilitu, dochází k výrazným výkyvům v chování jedince. Pubescent se nedokáže ovládat a prokazuje se značnou impulzivitou, na vše reaguje neadekvátně. Okolí jeho reakci bere jako přehnanou, ale jedinec naopak jejich reakci vidí jako útok proti němu a nepochopení jeho myšlenek. Rodiče se dostávají do opozice se svými dětmi, jsou bráni jako špatní, ti kteří jsou tu pouze pro jeho zlost a aby mu ubližovali. Pubescent jim nedokáže vyjevit své city, stahuje se do sebe vůči svému okolí, někteří nacházejí únik u vrstevníků, jiní ve svém vlastním světě. Svůj svět si utváří ve své mysli, zde vše funguje tak jak má, vše podléhá přání pubescenta, který nachází svůj klid a úkryt před realitou. Někteří si tvoří fantastické situace, ale ty v realitě nejsou vůbec možné. Jiní se zase drží více při zemi, představují si pouze svojí budoucnost, kde jsou samostatní a nikdo už jim neříká, co mohou a co ne. Je to jeden ze způsobů obrany jedince proti okolí. Další možností obrany před nejistotou je tzv. mechanismus kyvadla, kdy dospívající se navrací do dětských let a tímto stylem chování řeší náročnější situace.

Jedinci nehodnotí pouze okolí, ale i sami sebe, kdy jednou se vidí kladně a chvíli na to nacházejí na sobě pouze negativa.

5.1.3 V identitě

Identita utváří osobnost a s věkem se mění i ona, prochází vývojem. Erikson to označuje jako fázi hledání a rozvoje identity. Dospívající si začne uvědomovat sám sebe, chce dojít k sebepoznání. Do této doby obraz dítěte utváří okolí, nyní zde máme nový pohled a to z pozice dotyčného, který je nyní hlavní hodnotitel. Názor na sebe se mění a to podle momentálního citového rozpoložení, uspokojení se střídá s kritikou. Kritika je založena na porovnání. Jedinec si vybral určitý ideál, toho chce dosáhnout a při neúspěchu přichází zklamání. Toto ztotožňování může být i nebezpečné. Vzor je reálně nedosažitelný, ale dospívající si to nechce připustit. V dnešní době se stávají zejména u dívek ideálem modelky, kdy jejich štíhlost je to důležité a holky chtějí být také takto hubené, ale některé, nebo spíše většina žen, nemá dispozice k ultraštíhlé postavě a tak může docházet u labilnějších dívek, v menší míře i chlapců, k drastickému hubnutí, jehož následkem může být porucha příjmu potravy, která je životu nebezpečná a zcela vyléčit se je velmi těžké a nepodaří se všem.

Druhým typem je ztotožňování skupinové. Nevyhraněný jedinec hledá své vzory ve skupině blízkých lidí, s nimiž má něco společného. Tyto znaky prezentuje navenek, za takový znak např. považujeme uniformu, způsob chování či vyjadřování. Dospívající se neidentifikuje s vybraným ideálem napořád, dochází k proměně a to na základě vývoje jedince, tak i celé společnosti, která udává módní trend. S vývojem přichází i uvědomování si faktu, že každý jsme individuum a není tedy možné chtít být stejný jako někdo jiný, když si toto uvědomíme, tak dojde k úspěšné individualizaci, což znamená psychickou diferenciaci. Vědět o své odlišnosti a přijímat chyby své i ostatních. Uvědomit si, že jedním sám za sebe a to bez ohledu na mínění druhých.

Identitu hledám pasivně a aktivně. Pasivní hledání znamená zkoumání svého zjevu, svých vlastností, myšlenek a emocí. Aktivně se na tom podílíme tak, že sledujeme svůj vzhled a záměrně ho ovlivňujeme, manipulujeme i s výrazem a postojem těla podle situace, ve které se nacházíme.

Svou vlastní identitu není snadné najít, stanovit, obzvláště v pubertě podléhají jedinci momentálnímu naladění. Mnoho lidí svou cestu najde bez závažnějších problémů, ale někteří neunesou nedosažení svého ideálu, což vede k narušení psychiky a má to i tělesné následky.

5.1.4 Socializace

➤ **Vztahy s ostatními – rodina, vrstevníci a lidé opačného pohlaví**

S počátkem puberty nastává změna i ve vztazích, které dospívající už má a nebo teprve začíná navazovat. Jeho pozice ve společnosti se mění a on sám už se cítí jako dospělý a chce, aby se s ním i tak zacházelo, což může vést i ke konfliktům se starší generací, která ho zatím chápe jako dítě, ale pubescent se cítí jako plnohodnotný člověk se svými názory, ty prosazuje a nechce si je dát vyvrátit. Může tedy nastat boj s autoritou. Nejčastěji ji představují rodiče, a tím se dostávají do nové pozice oproti předešlým vztahům. Do této doby jejich názory byly uznávány a nedocházelo k žádným polemikám, teď se vše mění. Neznamená to ale, že by dospívající toužil po konfliktu a cítil nenávist k rodičům, chce se spíše dostat na jejich pozici, stát se uznávanou autoritou. Kompenzaci může najít zejména u vrstevníků. Zpočátku puberty se tvoří skupiny založené na jednotném pohlaví, kdy vztahy k opačnému pohlaví jsou nežádoucí. I v těchto skupinách si každé individuum chce najít své místo a získat určité postavení, ale někdo i v takto utvářeném společenství musí být výše než jiní, a proto i zde vznikají nejrůznější konflikty a spory. Langmeier tento typ skupinového sdružování označuje jako „skupinová izosexuální fáze“. Tento styl života může mít dlouhodobější trvání, přesto po čase nastane nutkání, touha po něčem bližším, mít někoho na koho se můžete spolehnout, důvěřovat mu a s kým budete na stejné úrovni, přichází tedy „fáze individuální izosexuální“. Takový typ přátelství může vydržet až do konce života. S rozvojem puberty přichází i zájem o druhé pohlaví, jedná se pouze o „přechodnou fázi“. Mladí se navzájem oťukávají a upozorňují na sebe stylem oblékání, mluvy a vtipnými narážkami na ostatní, chtějí se zviditelnit pro druhé pohlaví. Zpravidla na přelomu pubescence a adolescence nastává zájem o bližší vztah, přichází tzv. „první láska“, kdy dochází k prvním vztahům a poté i dalším a dalším, které jsou pro ně neméně důležité. Dochází k prvním intimním dotykům a s tím k rozvoji sexuální představitivosti a fantazírování. Tuto fázi označujeme jako „heterosexuální fáze polygamní“. Opravdové vztahy nastávají až o hodně později, ustalují se city a oddanost k druhému, sexuální aktivita a myšlenky na dlouhodobý vztah, který může vyústit i v manželství, tzv. „etapa zamilovanosti“. V dnešní společnosti dochází k snižování věkových hranic mezi jednotlivými fázemi, kdy první zkušenosti se sexuálním stykem (podle průzkumu v roce 1998) mají i děti mladší třinácti let, velký rozmach je jak u dívek, tak i u kluků na počátku adolescence.

Obr.1 Věk prvního koitu (souloži) – průzkum v roce 1998

Věk (v letech)	Muži	Ženy
13 a méně	2,2%	0,5%
14-15	8,9%	6,4%
16-17	33,0%	38,2%
18-19	32,7%	35,8%
20-21	12,6%	11,5%
nad 22	10,6%	7,8%

„Zbývajících 8,6% mužů a 7,5% žen sledovaného vzorku v době studie dosud zkušenost s pohlavním stykem nemělo.“ (Langmeier, Krejčíková, 2006: s. 157)

➤ **Postoj ke škole a osobám s ní spojených**

Škola pro dospívajícího ztrácí svou důležitost, učivo je odsouváno a nebráno příliš vážně. Jedinec zpochybňuje důležitost informací, jež zde získává a to zejména těch, ve kterých nespátňuje logiku, jsou pro něj nesrozumitelná a nejasná, a proto dané učivo odmítá, neboť by mohlo narušit jeho nově nabytou jistotu, o kterou nyní nechce přijít. Stejný vztah má i k učitelům, uznává pouze ty, jenž nedávají najevo svou autoritu a má z nich pocit, že ho staví na stejnou úroveň jako je on sám, stávají se rovnějšími, což posiluje jeho sebevědomí. Škola tedy ztrácí dosavadní postavení, vše se mění s blížícím se rozhodováním o budoucím povolání, které nastává v 9. třídě. Jaide (1961) dělí volbu povolání na tři typy:

1. Dospívající je ovlivňován rodiči či jinou významnou autoritou, která nepřihlíží k přání, zájmům pubescenta, ten pouze vybranou možnost pasivně přijímá.
2. Jedinec má určitou představu o svém budoucím životě, kdy jeho myšlení je spíše obecné a konkrétní podobu tomu udá jeho okolí.
3. Výběr je pouze na jedinci, ten má jasné představy, plány, kterých se drží. Takový člověk je už v tomto věku rozhodný, cílevědomý a jde si za svým.

Většina patří do druhé skupiny a také hodně z nich je poté zklamáno svou volbou, neboť měli úplně jiné představy o konkrétním zaměstnání a jejich nespokojenost je značná a s tím i přistupují ke škole. Toto chybné rozhodnutí poté může ovlivnit celý jejich život. Rozhodují se v období, kdy většinou sami neví, co od života očekávají a jaká by měla být jejich další cesta, a proto podle mého názoru by zde měl

být určitý dozor, či dobrá rada, kterou mohu získat od dospělých a to jak v rodině, tak i ve škole.

5.1.5 Kognitivní vývoj

Kognitivní psychologie se zabývá poznávacími procesy, studie rozumové, myšlenkové, duševní. Uvádí nás do fantazírování, představování, ale i samotné uvažování o různých variantách a toto vše se ve velké míře projevuje zejména u dospívajících, kdy doposud byl pro ně svět jasný, nesppekulovali nad jednotlivými věcmi, situacemi, ale nyní při řešení problému hledají další varianty, některé mohou být zcela nesmyslné, ale jiné jsou založeny na logickém usuzování. Jednotlivé možnosti poté jedinec ve své mysli třídí, dává jim určitý systém, vylučuje ty úplně scestné a hledá mezi ostatními tu nejlepší, dochází k nejrůznějším kombinacím znalostí, aby se došlo k vítězné možnosti.

Nově uvědomovanými schopnostmi je jedinec zcela okouzlen, ale s tím se i objevuje u něj kritičnost k okolí. Vše vidí velmi snadně a řešení je podle něj velmi jasné. Neřešící okolí se tudíž stává předmětem výčitek o nečinnosti, to mu samozřejmě jeho častou kritiku vrací.

Pubescent hledá ze svého života plného nespravedlností únik a ten nachází v budoucnosti. Tento pojem už získává určitý rozměr a to jak reálný, tak někdy fantazijní, kdy představy jsou zcela nesplnitelné, z hlediska budoucích možností člověka nerealizovatelné, což momentálně dopívajícímu nevádí, on zde nachází něco nového, něco báječného, čeho určitě dosáhne a co ho učiní šťastným podle jeho přání.

Všechny zmíněné věci a pojmy nalezneme v práci filozofa, přírodního vědce a psychologa Jeana Piageta, který tuto fázi nazval „stadium formálních operací“, věkově ji vymezil 12 let a více, dochází k rozvoji abstraktního myšlení.

5.2 Vývojové problémy

5.2.1 Zralost v oblasti fyzické a sociální

Znakem dnešní společnosti je snižování hranice fyzické dospělosti, což znamená, že děti dospívají dříve než tomu bylo v minulosti, získávají vzhled dospělých. Samotný život s vyspělostí spojený se jim ale vzdaluje a to jak v oblasti rodinné, tak i v pracovní. Jedinec už se může cítit jako dostatečně zralý pro samostatný život, ale společnost klade důraz na vzdělání, což mu tento způsob žití oddaluje. Podobně je tomu i v rodinném aspektu, kdy manželství je odkládáno a s tím tedy i spojená starost o další lidi, rodinu.

5.2.2 Role a status

Sociální roli lze charakterizovat jako chování, které odpovídá určité pozici ve společnosti. Sociální status je soubor práv a povinností, jež stanovují postavení jedince ve společenské hierarchii. Rozpor mezi nimi nastává, když dospívající přijímá určitou roli, musí jako skoro dospělý plnit určité povinnosti, ale na druhou stranu jsou mu odepřena práva, která se na ně váží, v tomto směru jsou bráni stále jako děti, musí poslouchat.

5.2.3 Mladá a starší generace

Dnes již to není tak nápadné, ale ještě donedávna byly značné rozdíly v myšlení mezi jednotlivými generacemi. Starší generace ulpívala na tradici a inovace, pokrok si nepřipouštěla a tím se dostávala do rozporu s mladou generací, za jejíž zástupce můžeme určit pubescenty, ti se snaží žít moderně.

5.2.4 Hodnoty rodiny a vnější společnosti

Rodina má stanovená určitá pravidla, normy, podle kterých se její členové chovají. V pubertě ale přichází pro rodiče něco do této doby nezvyklé, dítě začíná polemizovat a rázně prosazuje své nové názory získané z okolí. Neznamená to hned nerespekt k rodičům, ale spíše k samotným normám, ty jsou nyní brány jako zcela mylné a je potřeba je renovovat. Rodiče by měli přijímat výkyvy nálad své ratolesti a snažit se s ním diskutovat, a dobré nápady bez ostychu, či strachu ze ztráty autority, přijmout.

6. Praktická část

6.1 Cíl

Praktická část mé diplomové práce je založena na výzkumu v terénu, pomocí dotazníku jsem zjišťovala informovanost pubescentů o tomto problému, neboť se stává v 21. století aktuálnějším.

Zaměřím se na celkovou informovanost dotazovaných o jednotlivých typech poruch příjmu potravy a jaké mají na ně důsledky. Zda naše společnost, jež propaguje ultraštíhlost, působí i na ně a na jejich pohled na sebe samého a ostatní. Na závěr provedu průzkum, zda oni sami či někdo jiný v jejich okolí poruchou příjmu potravy trpí.

6.2 Hypotéza

V souvislosti s cílem práce stanovuji tyto hypotézy:

H1: Předpokládám, že pubescenti více rozumí pojmu mentální anorexie a mentální bulimie než poruchy příjmu potravy.

H2: Předpokládám, že větší informovanost o poruchách příjmu potravy mají dívky než chlapci.

H3: Předpokládám, že o poruchách příjmu potravy se pubescenti dozvěděli nejčastěji ze školy.

H4: Předpokládám, že poruchy příjmu potravy vedoucí k ultraštíhlé postavě, která je prezentována v médiích, ovlivňuje v pohledu na své tělo více dívky než chlapce.

H5: Předpokládám, že poruchy příjmu potravy vedoucí k ultraštíhlé postavě ovlivňují pubescenty k tomu, aby soudili sebe a ostatní podle vzhledu.

H6: Předpokládám, že pubescenti poruchy příjmu potravy řadí mezi nemoci, končící smrtí, ale při správné léčbě se jí dá předejít.

H7: Předpokládám, že pubescenti za nejrizikovější skupinu považují dívky v jejich věku, což potvrdí i osobní zkušenost dotazovaných.

6.3 Popis zkoumaného vzorku

6.3.1 Popis zkoumaného vzorku u předvýzkumu

Předvýzkum byl proveden na této škole:

4. Základní škola

sídl. Vajgar 592/III

377 01 Jindřichův Hradec

CELKEM		Pubescenti	Ženy	Muži
		10	5	5
VĚK	14	5	3	2
	15	5	2	3
TRÍDA	9.	10	5	5

6.3.2 Popis zkoumaného vzorku u výzkumu

Vlastní výzkum byl prováděn na těchto školách:

4. Základní škola

sídl. Vajgar 592/III

377 01 Jindřichův Hradec

2. Základní škola

Janderova 160

377 01 Jindřichův Hradec

Základní škola

Na Sadech 375

379 01 Třeboň

ZŠ - celkem

CELKEM		Pubescenti	Ženy	Muži
		179	96	83
VĚK	13	30	22	8
	14	89	47	42
	15	58	27	31
	16	2	0	2
TŘÍDA	8.	94	51	43
	9.	85	45	40

2. ZŠ J.Hradec

CELKEM		Pubescenti	Ženy	Muži
		84	50	34
VĚK	13	16	11	5
	14	39	23	16
	15	29	16	13
	16	0	0	0
TŘÍDA	8.	40	22	18
	9.	44	28	16

4. ZŠ J. Hradec

CELKEM		Pubescenti	Ženy	Muži
		34	17	17
VĚK	13	6	4	2
	14	19	9	10
	15	9	4	5
	16	0	0	0
TŘÍDA	8.	23	11	12
	9.	11	6	5

ZŠ Třeboň

CELKEM		Pubescenti	Ženy	Muži
		61	29	32
VĚK	13	8	7	1
	14	31	15	16
	15	20	7	13
	16	2	0	2
TŘÍDA	8.	31	18	13
	9.	30	11	19

6.4 Metodika

6.4.1 Použité výzkumné metody obecně

Mezi klasické nástroje, které se používají v sociologickém zkoumání, patří dotazník. Používá se především pro kvantitativní výzkum. „*Dotazník jako výzkumná a diagnostická metoda je zprostředkovanou formou dotazování, založenou na písemné komunikaci mezi výzkumným pracovníkem nebo diagnostikem na jedné straně a zkoumanou osobou na straně druhé.*“ (Janoušek, J., 1986: s. 114)

Dotazník je tvořen souborem otázek, které jsou respondentovi předkládány písemně a zadavatel předpokládá i písemnou odpověď.

Otázky jsou trojího typu:

➤ Otevřené:

- dotazovaná osoba se vyjadřuje vlastními slovy, nedostává odpovědi na výběr
- řadíme sem otázky: - volné
 - asociální
 - dokončení předložené věty
 - dokončení povídky
 - dokončení obrázku
 - dokončení tématického námětu dle obrázku
- výhody těchto otázek: - variantnost odpovědí
 - věrněji zachycují názor respondenta
 - respondent musí hlouběji přemýšlet o odpovědi
 - vhodné jako úvodní otázky, navozují kontakt

s respondentem

- nevýhody těchto otázek: - volnost odpovědí znesnadňuje pozdější

vyhodnocení

- možnost špatné interpretace odpovědi
- kvalita odpovědi je ovlivněna komunikačními

schopnostmi respondenta

➤ Uzavřené:

- dotazník nabízí několik variant odpovědí, ze kterých si respondent vybírá a to jednu nebo více
- řadíme sem otázky: - dichotomické a trichotomické: odpověď ano/ne, ano/ne/nevím, ano/ne/do jisté míry
 - výběrové: výběr jedné alternativy
 - výčtové: možnost výběru několika alternativ

zároveň

- škálové: vhodné pro měření názorů a postojů
existuje několik typů:
 - hodnotící škála: respondenti si vybírají ze stupnice
 - škála konstantní sumy: dotazovaný rozděluje určené množství bodů
 - škála pořadí: respondent seřazuje jednotlivé předměty podle svého mínění

➤ Polozavřené:

- kombinace otevřených a uzavřených otázek
- respondent má na výběr z několika odpovědí, ale je zde i možnost vypsání vlastní

Při samotné tvorbě otázek musí být dodržována určitá pravidla:

- jednoznačnost: výstižné a jednoduché
- srozumitelnost: používání jazyka respondentů
- stručnost: krátké, stručné věty
- validnost: obsah otázek musí odpovídat tématu dotazníku
- nepoužívat sugestivní otázky: to jsou takové, které napovídají odpověď

6.4.2 Dotazník vlastní konstrukce

V diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníku. Šetření bylo provedeno na třech základních školách a to v 8. a 9. třídách. Dotazník byl anonymní a obsahoval 15 otázek. Převažovaly otázky uzavřené, kromě otázek 3 a 13, které jsou plně otevřené a otázek 8, 9, kde první část je uzavřená a druhá otevřená. Otázku 7 poté řadíme mezi polootevřené.

Než byl uskutečněn vlastní výzkum, provedla jsem předvýzkum, kde byly odhaleny určité nedostatky v dotazníku. Dotazník použitý v předvýzkumu (viz. příloha 7), nebyl dětem zcela jasný. Bylo potřeba dát na výběr z pohlaví a upřesnit některé otázky. U otázky 7 jsem zpřesnila možnost vícero odpovědí a v 15. otázce bylo doplněno, že se musí jednat o osobní zkušenost s člověkem trpícím poruchou příjmu potravy. Po upravení mohl být předložen vzorku 179 pubescentů nový dotazník. (viz. příloha 8)

Pro prezentaci výsledků byly použity grafy a tabulky.

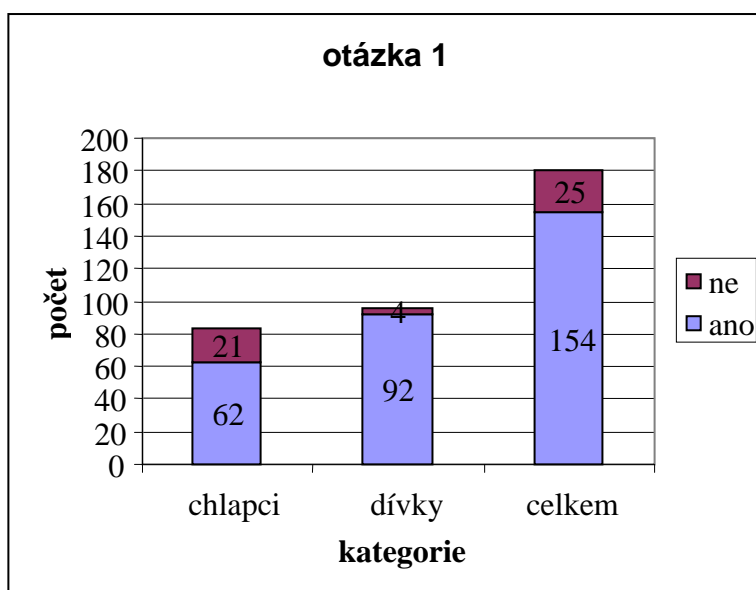
6.4.3 Vyhodnocení dotazníku

Na otázku číslo jedna „Je pro tebe důležité, jak vypadáš?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 154 a záporně 25.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 92 a záporně 4.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 62 a záporně 21.



Z výsledku otázky číslo 1 vyplynulo, že pro většinu dotazovaných je důležitý jejich vzhled (ze 179 pro 154, což je 86%).

Z 96 dívek si na vzhledu zakládá 92 (95,8%) a 4 dívkám nezáleží na tom, jak vypadají (4,2%).

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 62 (74,7%) a záporně 21 (25,3%).

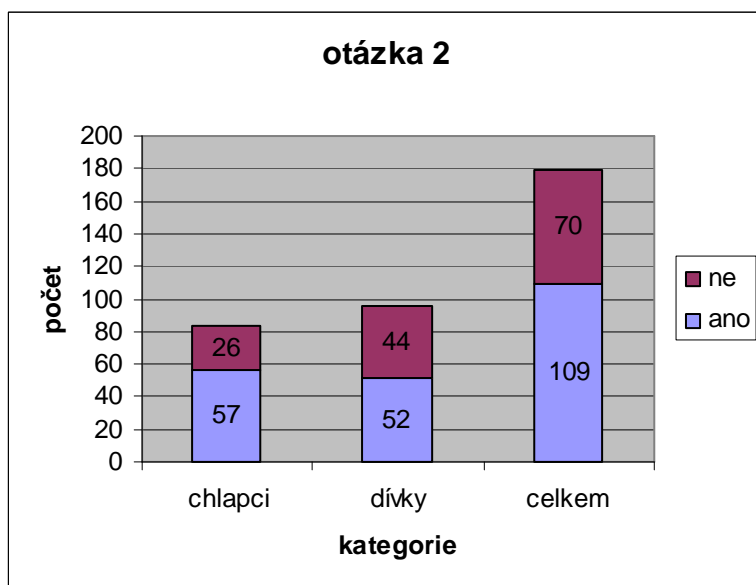
Pro většinu pubescentů je stále vzhled důležitý a to zejména pro dívky, pouze čtyřem to bylo jedno. U chlapců se záporná odpověď objevuje častěji, u 21 případů. Což se mohlo předpokládat, neboť žena si na vzhledu více zakládá než muž, i když postupně zájem o vizáž stoupá i mužského pohlaví.

Na otázku číslo dvě „Jsi spokojen/á se svým vzhledem odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů odpovědělo kladně 109 a záporně 70.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 52 a záporně 44.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 57 a záporně 26.



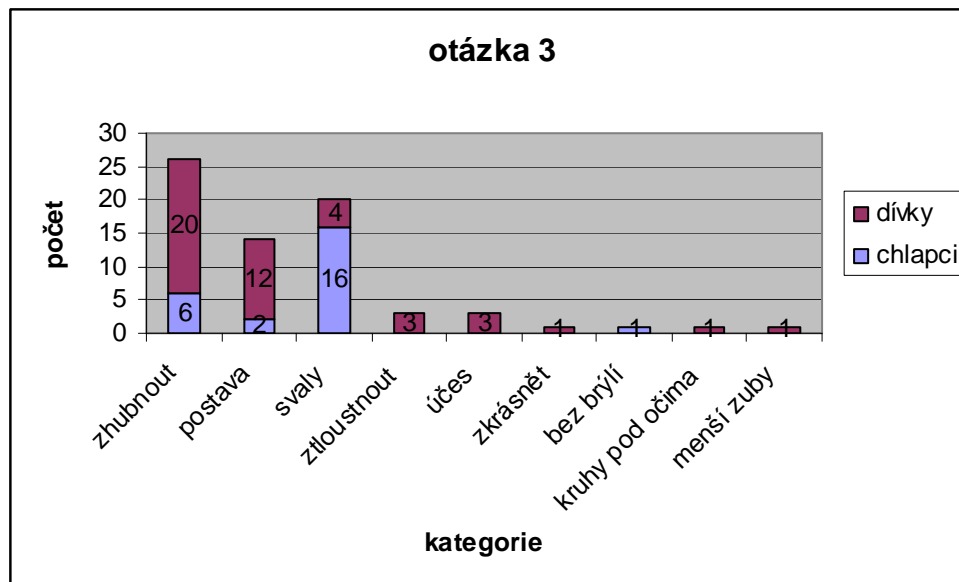
Z výsledku otázky číslo 2 vyplynulo, že u dotazovaných převládá spokojenost s tím, jak vypadají (ze 179 pro 109, což je 60,9%).

Z 96 dívek se spokojenost projevila u 52 (54,2%) a potřeba něco změnit u 44 (45,8%).

Z 83 chlapců se pozitivně vyjádřilo 57 (68,7%) a negativně 26 (31,3%).

Z průzkumu vyvozujeme tyto závěry. Dívky více řeší svůj vzhled a koukají se na sebe spíše negativně, což se dalo předpokládat. Chlapci se ve většině případů nechtějí změnit, i když lze už spatřovat průnik dnešního společenského trendu tzv. „metrosexualita“, která spočívá v narůstající péči u mužů o svůj vzhled.

Na otázku číslo tři „Jak bys chtěl/a své tělo změnit?“, kterou vyplňovali pouze dotazovaní určující předešlou otázku záporně, odpověděli respondenti takto:



Nejčastěji pubescenti chtějí zhubnout, což určilo 26 dotazovaných (26,9%). Dalších 20, zejména chlapci, chce získat svaly (28,6%). Na třetím místě skončila celková změna postavy a to u 14 osob (20%). Ostatní odpovědi se vyskytovaly už pouze u tří a nebo u jednoho respondenta.

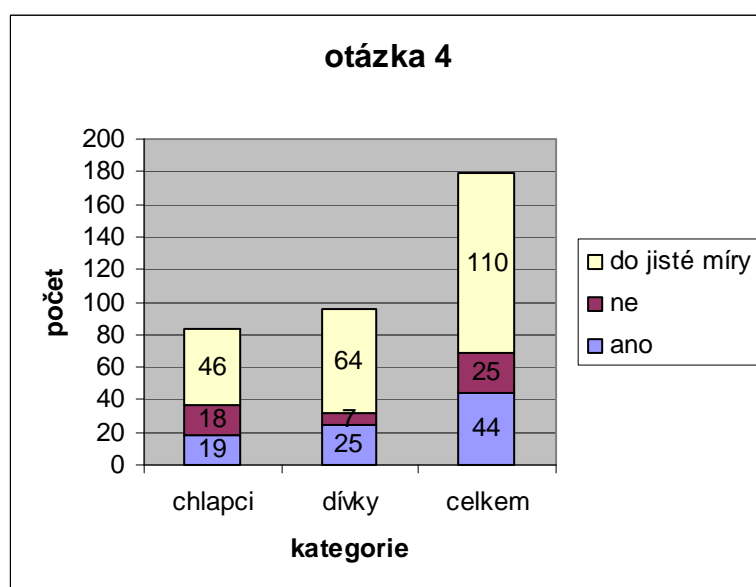
Z výzkumu vyplývá, že pubescenti jsou nespokojeni se svou postavou, ať už celkově, ve zhubnutí či přibrání a nebo pouze na svalech. Zde můžeme vidět trend naší společnosti, který spočívá v hubených postavách u žen a svalnatém těle u mužů. Jedinci si poté k tomu pomáhají nejrůznějšími dietami a nebo naopak svaly v lepším případě získávají cvičením a v horším nejrůznějšími přípravky, léky, jež podporují růst muskulatury.

Na otázku čtyři „Zajímá tě názor ostatních lidí na tvůj vzhled?“ odpověděli respondenti takto:

Z 179 respondentů kladně odpovědělo 44, záporně 25 a do jisté míry 110.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 25, záporně 7 a do jisté míry 64.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 19, záporně 18 a do jisté míry 46.



Z výsledku otázky číslo 4 vyplynulo, že většinu dotazovaných alespoň částečně ovlivňuje názor ostatních, ale nepřikládají tomu úplnou váhu (ze 179 pro 110, což je 61,4%). Na názor ostatních dá 44 dotazovaných (24,6%) a úplný nezájem má 25 respondentů (14%).

Z 96 dívek názor ostatních plně přijímá 25 (26%), vůbec nepřijímá 7 (7,3%) a částečně 64 (66,7%).

Z 83 chlapců názor ostatních plně přijímá 19 (22,9%), vůbec nepřijímá 18 (21,7%) a částečně 46 (55,4%).

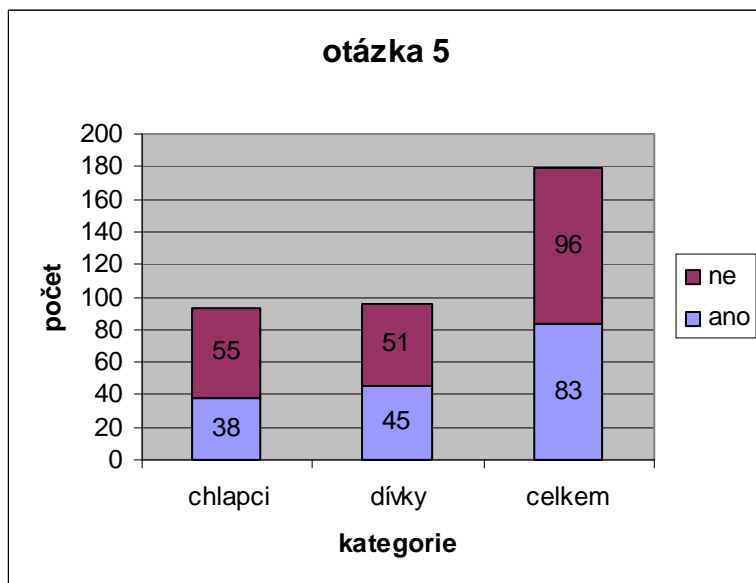
Z této otázky vyplývá, že většina dotazovaných se částečně nechává ovlivňovat názorem ostatních lidí, ale stále si zachovávají svůj vlastní pohled. Poté je tu ale skupina, která se nechává plně ovlivňovat okolím a ti patří hlavně do té části populace, jež nejnádhněji podlehne snaze změnit své tělo, svůj vzhled a může to u některých vést až k drastickému hubnutí, k poruchám příjmu potravy.

Na otázku pět „Hodnotíš ty sám/a lidi podle vzhledu?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 83 a záporně 96.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 45 a záporně 51.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 38 a záporně 45.



Z výsledků otázky číslo 5 vyplynulo, že hodnocení ostatních provádí 83 respondentů (46,4%).

Z 96 dívek vzhled u ostatních řeší 45 (46,9%) a neřeší ho 51 (52,7%).

Z 83 chlapců vzhled u ostatních řeší 38 (45,8%) a neřeší ho 45 (54,2%).

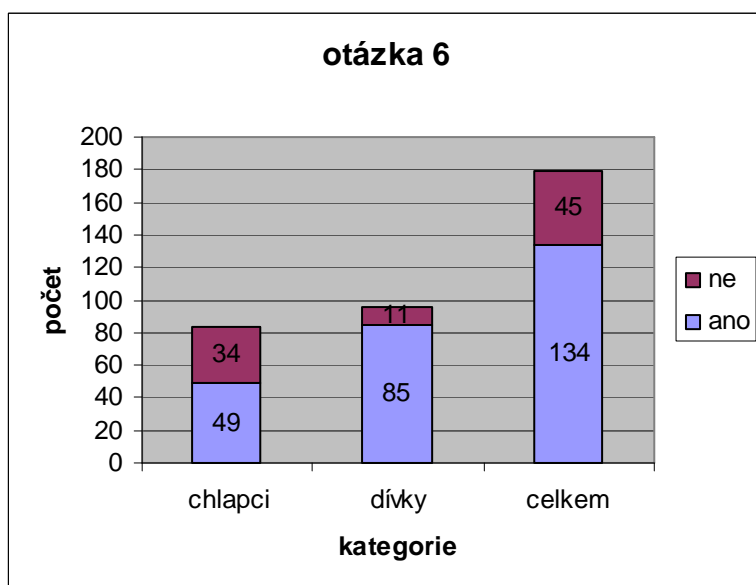
Dané hodnoty nám ukazují, že skoro polovina respondentů se zaměřuje na vzhled a podle něho také ostatní hodnotí, což může způsobovat, že ti jedinci, kteří nejsou podle představ dané společnosti, mohou být z dané skupiny vyloučeni a své tělo začít vidět jako nepřítele.

Na otázku číslo šest „Říká ti něco pojem poruchy příjmu potravy?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 134 a záporně 45.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 85 a záporně 11.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 49 a záporně 34.

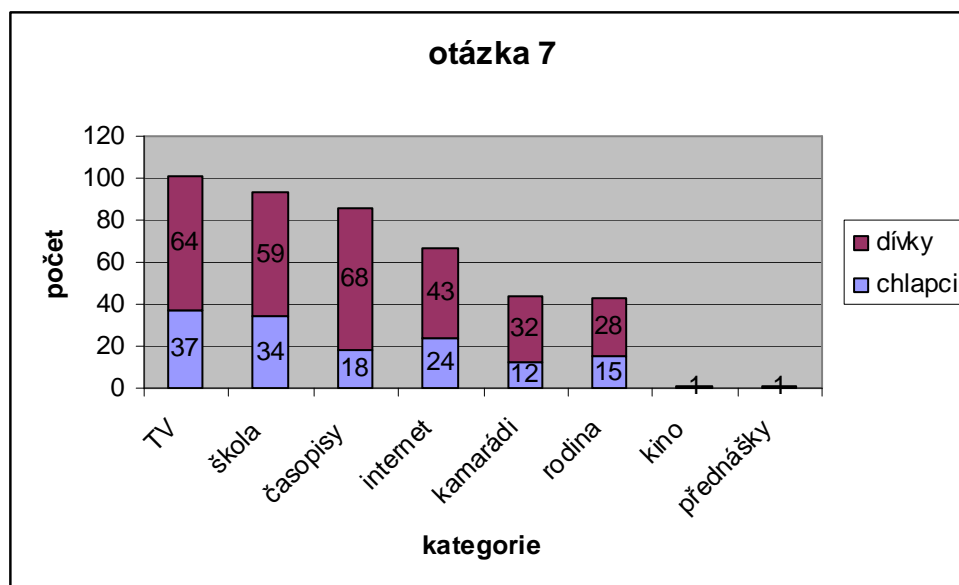


Z výsledku otázky číslo 5 vyplynulo, že pojem poruchy příjmu potravy je pro většinu respondentů známý (ze 179 pro 134, což je 74,9%).

Z 96 dívek tomuto pojmu rozumí 85, což je 88,5%.

Z 83 chlapců tento pojem zná 49, což je 59%.

Na otázku číslo sedm „Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?“ odpověděli respondenti takto:



Dotazovaní mohli vybírat více možností a i sami vytvořit vlastní odpověď.

Nejčastěji se objevila televize a to u 101 respondentů. Tento výsledek se dal předpokládat, protože v dnešní společnosti patří mezi důležitá média předávající informace.

Důležitou úlohu ale má i škola, která patří k druhému nejdůležitějšímu zdroji, zvolilo jí 93 dotazovaných.

Časopisy mají stále podstatnou roli, zejména ty, jež jsou určené mladým, se tímto tématem zabývají a snaží se jejich mínění ovlivnit. Tuto možnost zvolilo 86 osob.

Internet, který patří v dnešní době mezi základní nositele informací, skončil až na čtvrtém místě a to s počtem 67. Tuto pozici můžeme odůvodnit tím, že zde jedinec vyhledává sám informace a nejsou mu přímo předány jako v televizi a ve škole. Záleží pouze na něm, zda poruchy příjmu vyhledá a nebo ne.

Osoby blízké jedinci, kamarádi (44) a rodina (43), mají téměř vyrovnané postavení v této tématice.

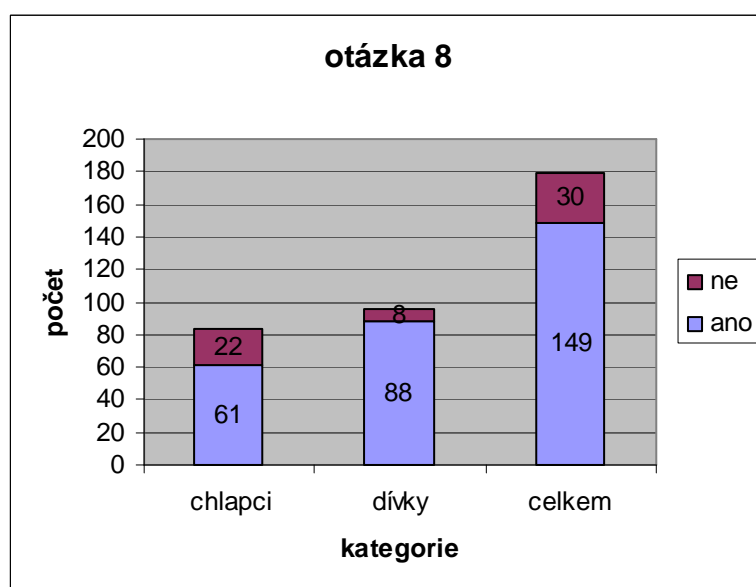
Kino a přednášky poté respondenti napsali jako další možnost, kde se s tímto pojmem setkali.

Na otázka číslo osm „Znáš pojem mentální anorexie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 149 a záporně 30.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 88 a záporně 8.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 61 a záporně 22.

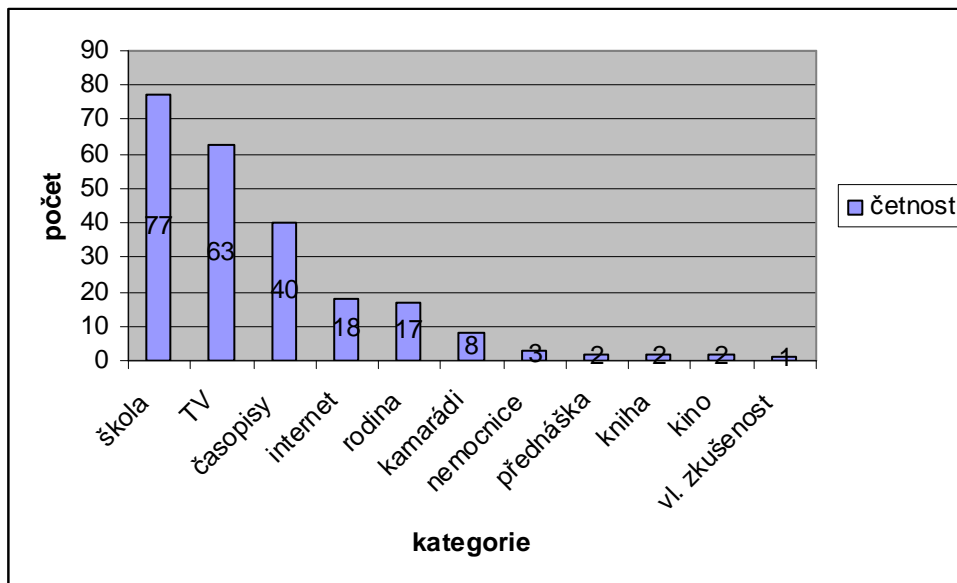


Z výsledků otázky číslo 8 vyplynulo, že skoro všichni dotazovaní se s tímto pojmem setkali a rozumí mu (ze 179 pro 149, což je 83,2%).

Z 96 dívek tento pojem zná 88 (91,7%) a pouhých 8 dívek nezná (8,3%).

Z 83 chlapců termínu mentální anorexie rozumí 61 (73,5%) a 22 nerozumí (26,5%).

Z výzkumu lze vyvodit závěr, že mentální anorexie se dostala do podvědomí většiny mládeže a to zejména z prostředí školy a televize, což nám ukazuje následující graf, který zachycuje oblasti, kde se pubescenti s tímto výrazem setkali. Jedinec mohl volit i více možností.



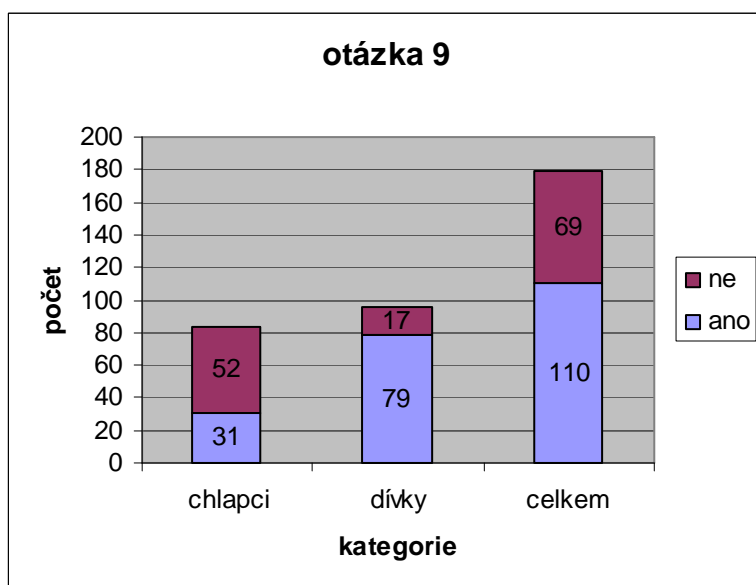
Z daného grafu vyplývá, že škola je stále hlavním zdrojem informací pro mladé lidi, i když by se mohlo předpokládat, že v dnešní době bude na předním místě televize a hlavně internet považovaný za důležitý zdroj informací. Lze tedy z toho vyvozovat tento závěr. Pubescenti si sami tyto informace nevyhledávají a je potřeba jim vše předávat.

Na otázku číslo devět „Znáš pojem mentální bulimie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 110 a záporně 69.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 79 a záporně 17.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 31 a záporně 52.

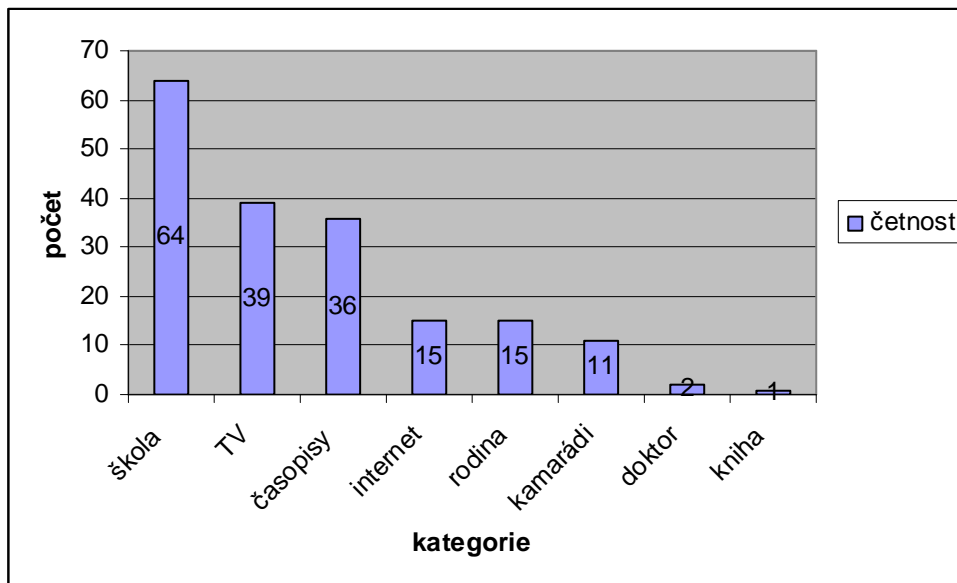


Z výsledků otázky číslo 9 vyplynulo, že 110 respondentů tento pojem zná (61,5%) a 69 (38,5%) o něm nikdy neslyšelo.

Z 96 dívek tento pojem zná 79 (82,3%) a oproti tomu 17 nezná (17,7%).

Z 83 chlapců pojmu rozumí 31 (37,4%) a nerozumí mu 52 (62,6%).

Ve srovnání s předešlou otázkou, týkala se pojmu mentální anorexie, se zde nesetkáváme s takovou znalostí a to o 39 respondentů méně, kdy 30 je z řad chlapců. Ale stále největší informovanost, jako v předchozí otázce, je ze školy. To nám ukazuje i následující graf.



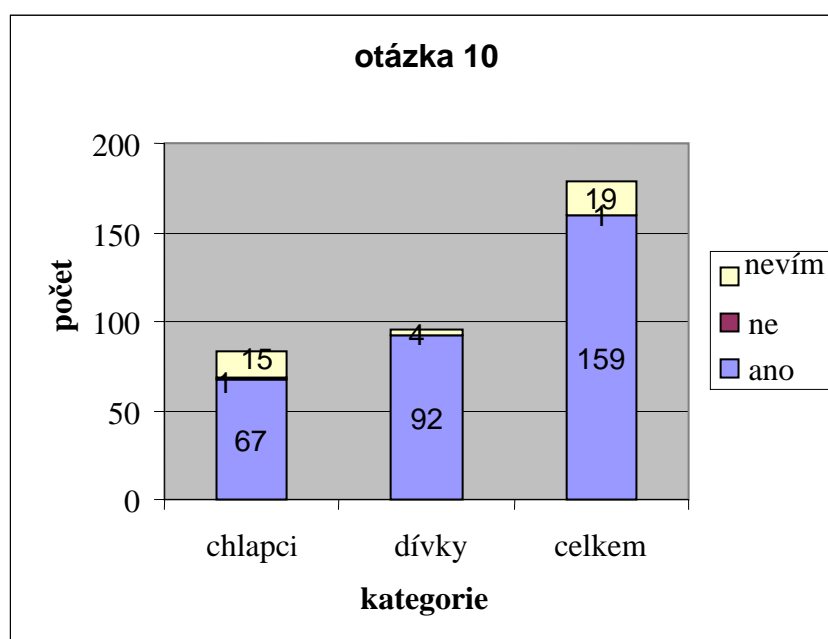
Pojem mentální bulimie není mezi naší mládeží tolik známý, ale stále zde je škola jako hlavní nosič informace. Televize a časopisy jsou poté také důležitým zdrojem, ale např. televizi uvedlo o 35 respondentů méně než školu. Další odpovědi už měly mnohem menší zastoupení oproti těmto třem hlavním.

Na otázku číslo deset „Myslíš, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou životu nebezpečné?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 159, záporně 1 a 19 neznalo odpověď.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 92, záporně 0 a 4 neznaly odpověď.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 67, záporně 1 a 15 neznalo odpověď.



Z výsledků otázky číslo 10 vyplývá, že většina dotazovaných řadí anorexii a bulimii mezi životu nebezpečné nemoci a to 159 dotazovaných (88,8%), pouze 1 si myslí opak (0,6%) a 19 neznalo odpověď (10,6%).

Z 96 dívek kladnou odpověď zvolilo 92 (95,8%) a pouze 4 nevěděly odpověď (4,2%).

Z 83 chlapců kladnou odpověď zvolilo 67 (80,7%), 15 nevědělo odpověď (18,1%) a 1 si myslí, že nepatří mezi životu ohrožující nemoci (1,2%).

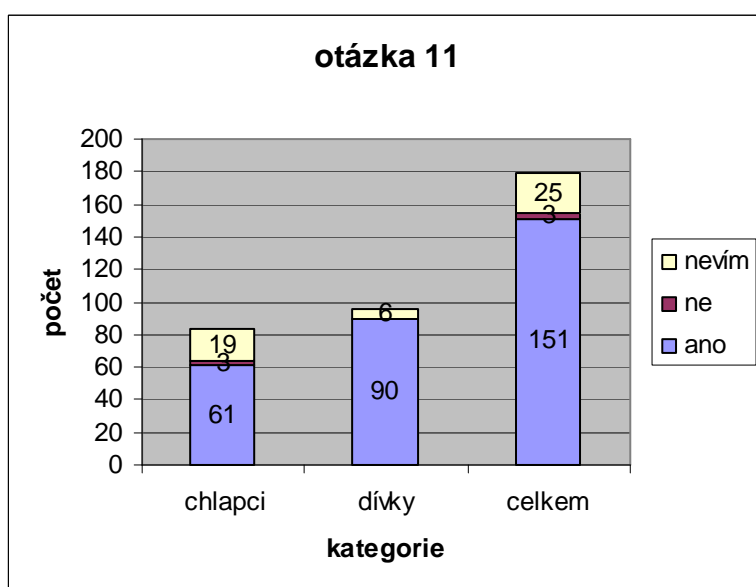
Výzkum dokázal, že pubescenti si uvědomují nebezpečnost poruch příjmu potravy, což můžeme hodnotit kladně, neboť pokud se s ní setkají, nepodcení její závažnost.

Na otázku číslo jedenáct „Dají se poruchy příjmu potravy léčit?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 151, záporně 3 a odpověď nevědělo 25.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 90, záporně 0 a odpověď nevědělo 6.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 61, záporně 3 a odpověď nevědělo 19.



Z výsledků otázky číslo 11 vyplývá, že většina respondentů si myslí, že nemoci spojené s příjmem potravy jsou léčitelné a to 151 (84,4%). Tři si myslí, že jsou neléčitelné (1,7%) a 25 nevědělo (13,9%).

Z 96 dívek si 90 myslí, že ano (93,8%) a 6 neví (6,2%).

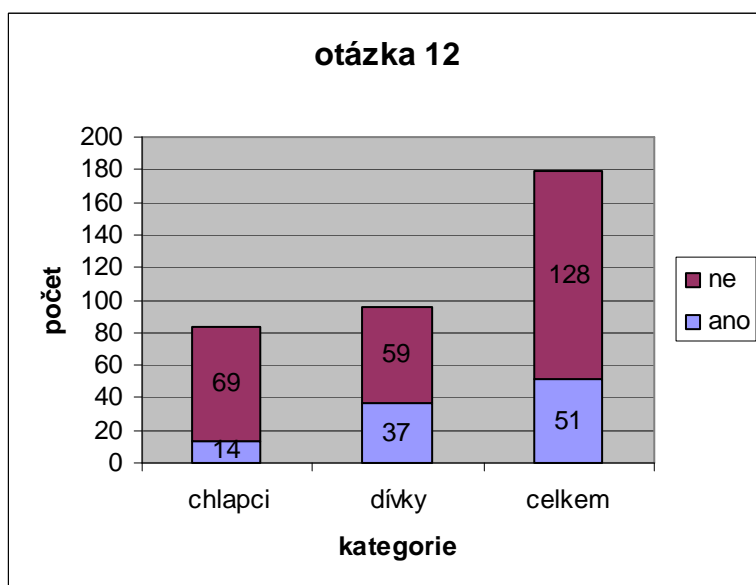
Z 83 chlapců si 61 myslí, že ano (73,5%), 3, že ne (3,6%) a 19 neví (22,9%).

Na otázku dvanáct „Pokud se dají léčit, znáš způsob léčby?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 51 a záporně 128.

Z 96 dívek kladně odpovědělo 37 a záporně 59.

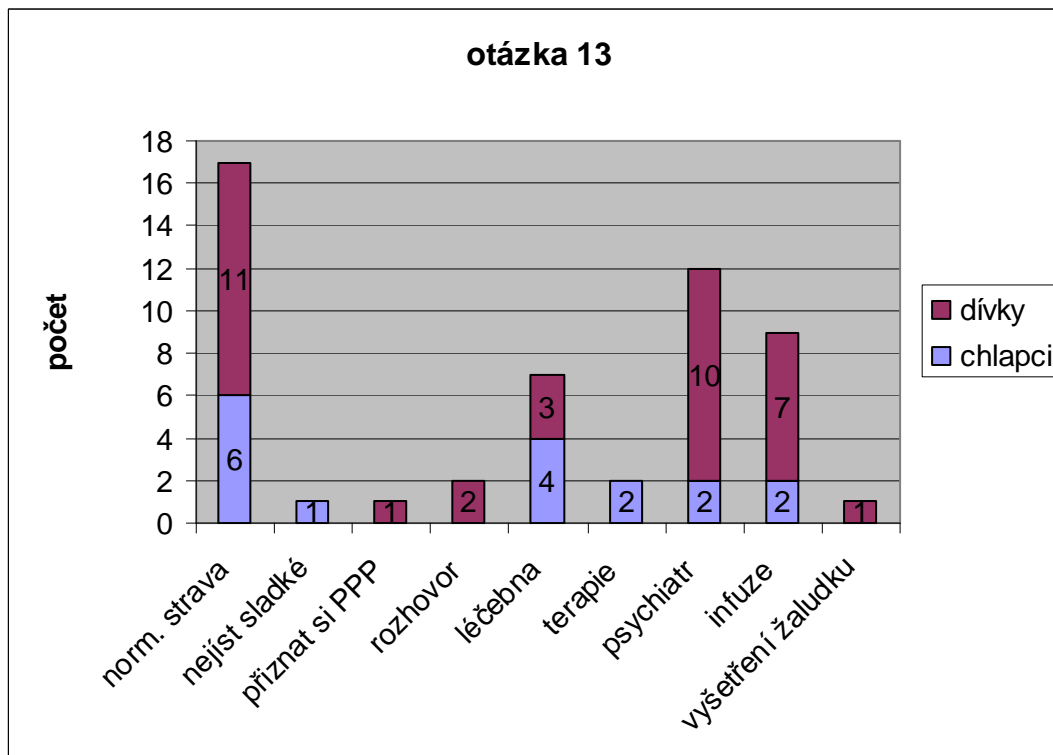
Z 83 chlapců kladně odpovědělo 14 a záporně 69.



Z výzkumu vyplývá, že znalosti v oblasti léčby poruch příjmu potravy má jen 51 respondentů (28,5%). Z toho je 37 dívek, což je z celkového počtu dívek 38,5% a pouze 14 chlapců z 69, což je 16,9%.

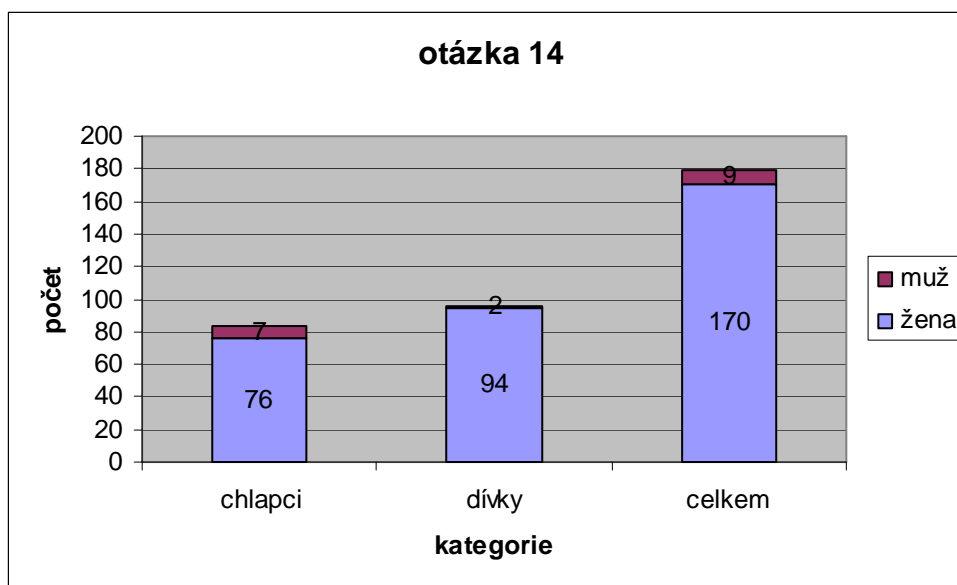
Těchto 51 respondentů, kteří napsali ano, odpovídali na následující otázku, kde měli konkrétně popsat způsob léčby.

Na otázku číslo třináct „Jak léčba podle tebe probíhá?“ odpověděli respondenti, kteří u předešlé otázky vybrali kladnou odpověď, takto:



Nejčastěji dotazovaní navrhovali zavést normální stravu, kdy někteří k tomu přidali ještě infuze. Poměrně často se objevovala nějaká z forem léčby pod dozorem jako léčebna, terapie, psychiatr.

Na otázku číslo čtrnáct „Koho podle tebe poruchy příjmu potravy spíše postihují?“ odpověděli respondenti takto:

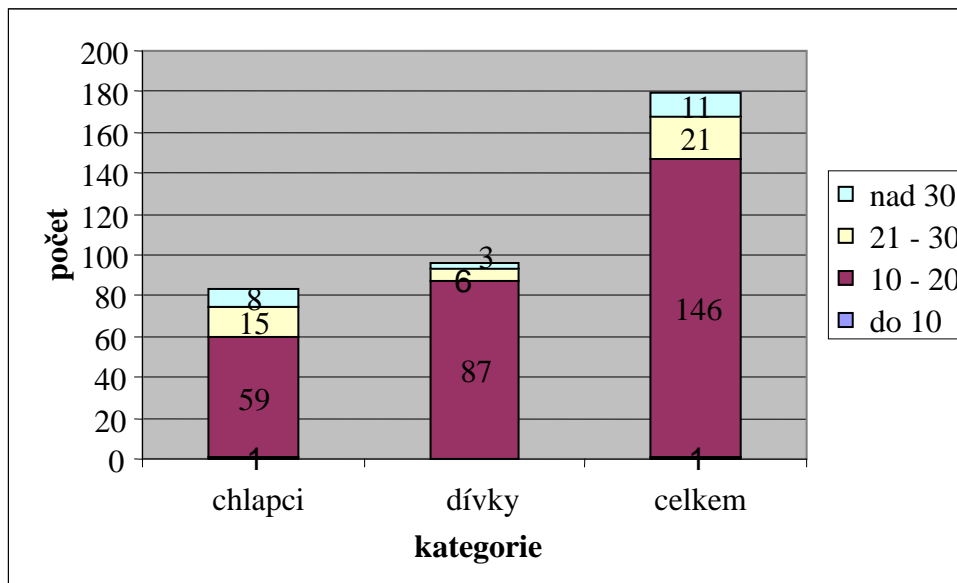


Ze 179 respondentů si 170 myslí, že poruchy příjmu potravy postihují ženy (95%) a pouhých 9 určilo muže (5%).

Z 96 dívek si 94 myslí, že rizikovější skupinou jsou ženy (97,9%). Dvě určilo muže (2,1%).

Z 83 chlapců si 76 myslí, že rizikovější skupinou jsou ženy (91,6%). Sedm určilo muže (8,4%).

Výsledky ukazují, že ženy jsou brány jako nejčastěji postihované touto nemocí, což je pravda. Podle mého názoru je odpověď pubescentů ovlivněna skutečností, že toto onemocnění se celosvětově spojuje se ženou, což můžeme spatřovat např. na billboardech, kde byla předváděna vychrtlá dívka.



V druhé části otázky respondenti určovali nejrizikovější věk pro tuto nemoc. Ze 179 dotazovaných 146 určilo věk 10-20 let (81,6%). Zbylí respondenti se rozdělili takto: 21 hlasovalo pro věk 21-30 (11,7%), 11 pro věk nad 30 (6,1%) a 1 pro věk do 10 let (0,6%).

Dívky: do 10 let 0 (0%)
 10-20 87 (90,6%)
 21-30 6 (6,3%)
 nad 30 3 (3,1%)

Chlapci: do 10 let 1 (1,2%)
 10-20 59 (71,1%)
 21-30 15 (18,1%)
 nad 30 8 (9,6%)

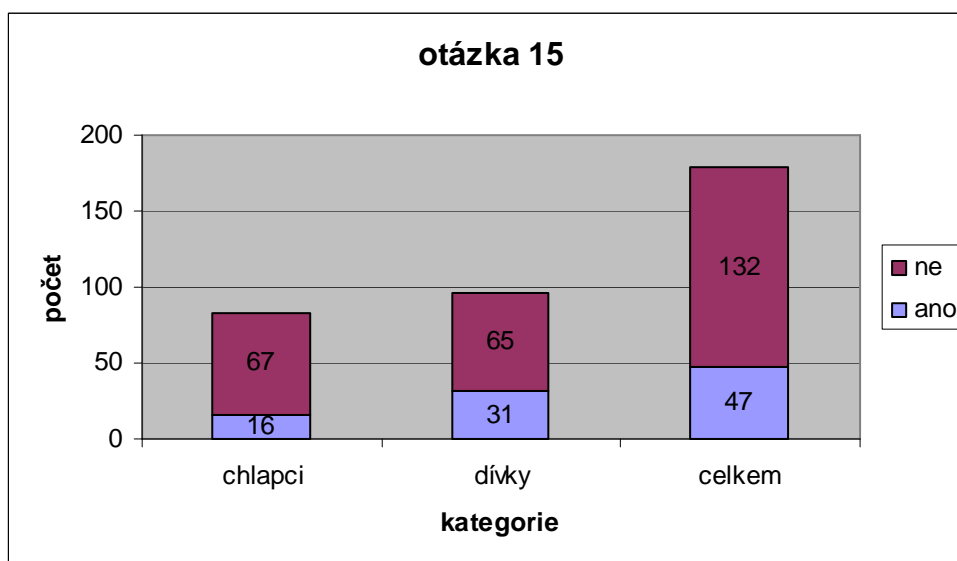
Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní se považují za nejrizikovější skupinu, mezi kterou také podle celosvětového průzkumu patří.

Na otázku číslo patnáct „Znáš osobně někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?“ odpověděli respondenti takto:

Ze 179 respondentů kladně odpovědělo 47 a záporně 132.

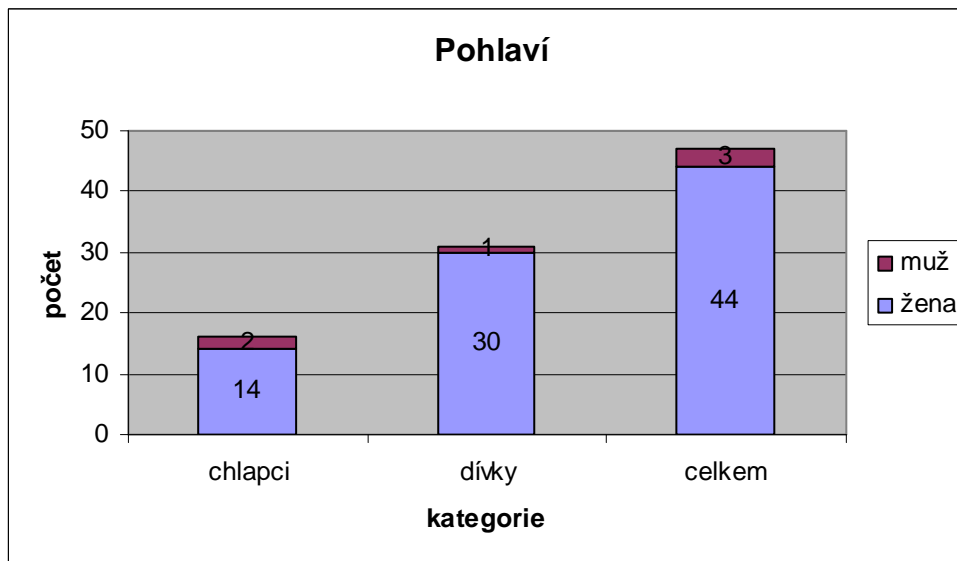
Z 96 dívek kladně odpovědělo 31 a záporně 65.

Z 83 chlapců kladně odpovědělo 16 a záporně 67.

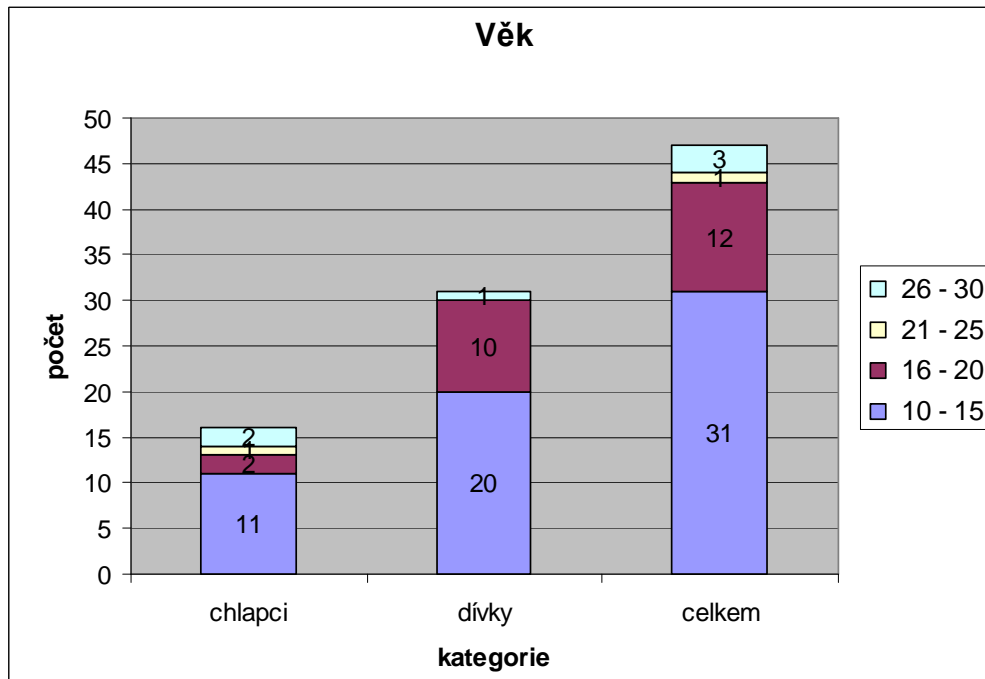


Z výzkumu vyplývá, že 26,3% dotazovaných se s poruchami příjmu potravy už setkali, což je poměrně velké číslo, když vezmeme v úvahu náhodnost výběru vzorku a poměrně mladý věk.

Respondenti, kteří odpověděli kladně, dále určili pohlaví a věk osoby trpící poruchou příjmu potravy.



Graf nám ukazuje rozdělení podle pohlaví. Z celkových 47 osob je 44 žen (93,6%) a 3 muži (6,4%). Potvrzuje nám to, že ženy jsou rizikovější skupina, ale stále nesmíme opomíjet muže, neboť jejich počet narůstá.



Čtyřicet sedm osob trpících poruchou příjmu potravy bylo rozděleno podle věku takto:

počet: 31 (66%) věk: 10-15

12 (25,5%) 16-20

1 (2,1%) 21-25

3 (6,4%) 26-30

Výsledky určují věk 10-15 jako nejčetnější pro tyto poruchy. Mladí lidé v tomto věku se teprve formují a jsou proto snadno ovlivnitelní okolím a módními trendy společnosti, a jak nám ukázal předchozí graf, tak to jsou ve většině případů ženy.

6.5 Zhodnocení hypotéz

H1: Hypotéza číslo 1 se potvrdila pouze z části, protože pojem mentální anorexie je znám 149 respondentům, mentální bulimie 110 a poruchy příjmu potravy 134. Z toho vyplývá, že mentální anorexie je většině pubescentů známa, ale mentální bulimie se stále nedostala tolik do podvědomí dnešní mládeže, 69 dotazovaných si tento termín neumí s ničím spojit.

(Vycházím z otázky 6, 8, 9.)

H2: Hypotéza číslo 2 se potvrdila. Dívky ve všech otázkách týkajících se znalostí v této oblasti projevily větší znalosti než chlapci.

(Vycházím z otázky 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.)

H3: Hypotéza číslo 3 se potvrdila a to i přesto, že u pojmu poruchy příjmu potravy byla škola až na druhém místě s počtem 93 hlasů a na prvním uvedli respondenti televizi se 110, neboť v dalších otázkách, kde uvádím dvě konkrétní poruchy, skončila škola na prvním místě. U mentální anorexie získala 77 hlasů před televizí s 63 hlasy a u mentální bulimie, která není tak známa v tomto prostředí, jak ukázal výsledek H1, je škola hlavním zdrojem informací, protože má 64 hlasů a druhá televize pouze 39.

(Vycházím z otázky 7, 8, 9.)

H4: Hypotéza číslo 4 se potvrdila. Pro dívky je mnohem více důležité, jak vypadají. Celých 95,8% dotazovaných dívek si zakládá na svém vzhledu, oproti 54,2% chlapcům. Poruchy příjmu potravy vedou k velmi štíhlé postavě, která je nám společností prostřednictvím nejrůznějších médií prezentována. Po té touží zejména dívky, kdy ze 44 uvádějících touhu po změně 20 chce zhubnout a 12 celkovou změnu postavy. Chlapci, jak ukázal průzkum, chtějí spíše svaly (16 z 56) a pouze 6 zhubnout a 2 celkovou změnu.

(Vycházím z otázky 1, 2, 3.)

H5: Společnost preferuje perfektní postavu a to ovlivňuje názor lidí mezi sebou. Průzkum potvrdil hypotézu, že pro pubescenty je důležitý názor ostatních na jejich vzhled. Čtyřicet čtyři respondentů je plně ovlivněno názorem okolí a 110 ho alespoň částečně přijímá. Sami dotazovaní své okolí posuzují podle vzhledu, i když to je jen

46,4 %, tak je to dost vysoké procento. Lidé by se totiž neměli hodnotit podle prvního pohledu, ale i na základě bližšího seznámení, kdy odhalíme charakterové vlastnosti.

(Vycházím z otázky 4, 5.)

H6: Hypotéza číslo 6 se potvrdila, 159 pubescentů si myslí, že poruchy příjmu potravy jsou smrtelné, což je 88,8%. Ale smrti se dá podle 151 dotazovaných (84,4%) předejít vhodnou léčbou, kdy 51 vyplnilo i způsob léčby.

(Vycházím z otázky 10, 11, 12, 13.)

H7: Hypotéza číslo 7 se potvrdila. Jako nejčastěji postižovanou skupinu touto nemocí označilo 170 respondentů, kam řadíme chlapce a dívky ve věku 13 – 16, ženu a 146 věk 10 - 20 let. Tyto hodnoty potvrzuje i následný průzkum, který se týkal osobní zkušenosti s postiženou osobou, kdy nejfrekventovanější byla žena ve věku 10 – 15 let a na druhém místě byl věk 16 - 20.

(Vycházím z otázky 14, 15.)

7. Závěr

V předložené diplomové práci je řešena velmi aktuální problematika týkající se poruch příjmu potravy u vybrané věkové skupiny, což jsou žáci osmých a devátých tříd tří základních škol, kdy dvě se nachází v Jindřichově Hradci a jedna v Třeboni.

Teoretická část je rozdělena na pět kapitol, jež se poté ještě dělí na podkapitoly. Celá tato část začíná úvodem, kde dochází ke krátkému představení této práce a stručnému nastínění struktury. Poté následuje seznámení s touto problematikou, jež je zaměřeno především na dvě hlavní poruchy, mentální anorexii a bulimii. Z teorie se dozvídáme, že u námi zkoumané skupiny, kam řadíme pubescenty, se případně bude vyskytovat mentální anorexie, neboť pro tu je charakteristický věk mezi 14 - 15 a projevuje se hlavně u žen. Mentální bulimie je spíše typická pro starší lidi, pod 15 let se vyskytuje výjimečně, ale i tak se s ní mohli setkat u některé osoby žijící v jejich blízkosti, např. starší sourozenec či jiný příbuzný, partner, neboť u dnešní mládeže můžeme zaznamenat trend mít o několik let staršího druha, družku.

Praktická část se zakládá na vyhodnoceném dotazníku, jenž byl předložen 179 pubescentům, 96 dívkám a 83 chlapcům ve věku 13 – 16 let, kteří odpovídali na 15 otázek zařazených do kategorií: otevřené, uzavřené, nebo polootevřené. To znamená, že respondent si mohl odpověď vybírat, vybrat a doplnit jí vlastním názorem, a nebo odpověď konstruovat celou sám, a tak se plně vyjádřit. Z výzkumu bylo zjištěno, že dnešní mládež, zejména dívky, mají základní přehled o těchto poruchách, které získaly hlavně ve škole, televizi a časopisech. Potvrdila se nám i nejčastěji postihovaná skupina a nejrozšířenější typ. Respondenti měli přehled hlavně o mentální anorexii a pouze jejich část i o mentální bulimii. Dále určili na základě vlastní zkušenosti, že jsou poruchou postiženy hlavně ženy a to ve věku 10 - 15, což jsou typické parametry pro mentální anorexii a na druhém místě byl věk 15 - 20, ten se vyskytuje jak u mentální anorexie tak i u bulimie, projevující se zejména od 17 let a výše.

Z práce lze vyvozovat závěr, že dnešní mládež je poměrně dobře o tomto tématu informována a někteří se i s určitým typem poruchy setkali, což můžeme přisoudit i dnešní době a otevřenosti společnosti. Ta sama trend hubenosti prosazuje a tím se stává spoluúčastníkem vzniku poruchy. Je tedy pouze na nás samotných, abychom se tomuto trendu postavili a nehodnotili sebe a ostatní podle vzhledu, ale na základě osobního poznání.

8. Literatura

1. COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání – Jak se uzdravit*. 1.vyd. Olomouc : Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
2. ELLIOT, J. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
3. JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. 231 s. ISBN 80-7178-749-3.
4. JANOUSŤEK, J. a kol. *Metody sociální psychologie*. 1.vyd. Praha : SPN, 1986. 256 s. ISBN 14-465-86.
5. KRCH, F.D. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
6. KRCH, F.D. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1.vyd. Praha : Motto, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2.
7. KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
8. KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
9. LANGMEIER, J., KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
10. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha : Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
11. MALONEY, M. *O poruchách příjmu potravy*. 1.vyd. Praha : LN, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

12. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
13. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno : CERM, 2010. 106 s. ISBN 9788072046577.
14. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1.vyd. Praha : Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
16. <http://www.prodamy.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie-posedlost-ktera-zabiji.html>
17. http://www.zssalmova.cz/web%20soubory/prevence/anorexie,_bulimie.htm
18. <http://kruh.euweb.cz/mkn/>
19. <http://puberta.navajo.cz/>
20. http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychologie#Kognitivn.C3.AD_psychologie
21. http://cs.wikipedia.org/wiki/Jean_Piaget
22. http://www.inovace-dmt.fs.cvut.cz/studijni_materialy/2.3_tvorba_dotazniku.pdf
23. <http://www.dotaznik-online.cz/>
24. <http://www.pppinfo.cz/>

9. Přílohy

Seznam:

Příloha 1: Ženské tělo, které je postiženo mentální anorexií

Příloha 2: Ženské tělo, které je postižené mentální bulimií

Příloha 3: Schéma zaznamenávající typy léčby poruch příjmu potravy

Příloha 4: Jídelní záznam pacientky s mentální bulimií

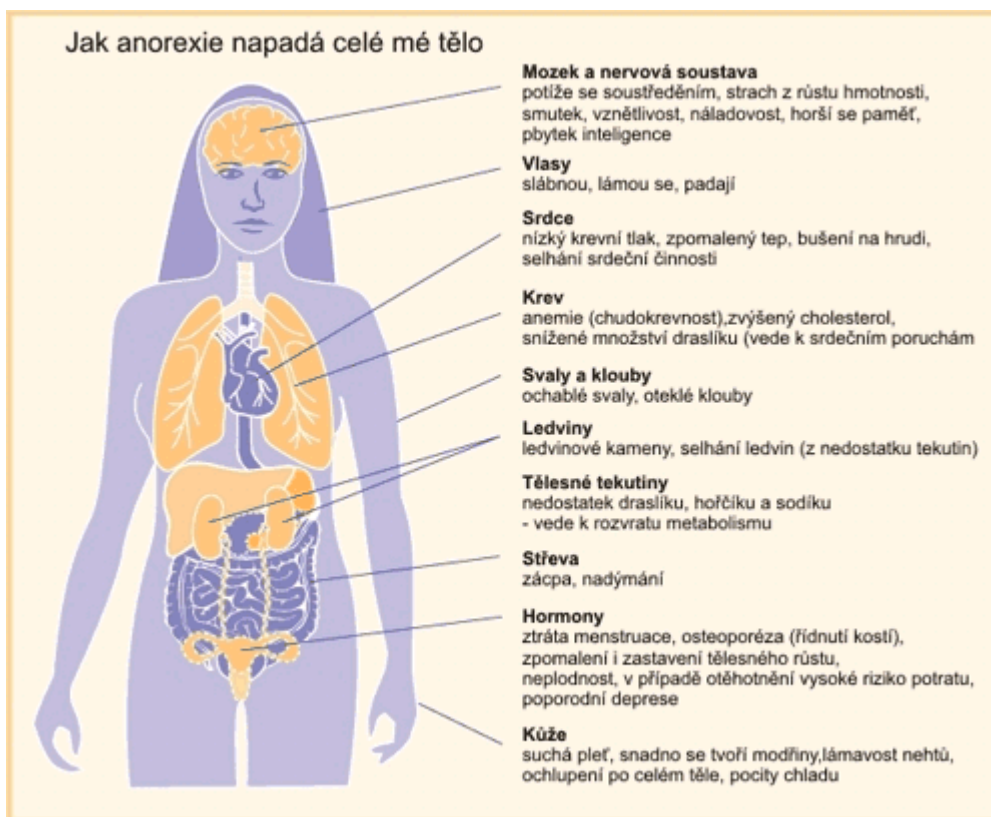
Příloha 5: Fotografie dívky, která trpí mentální anorexií

Příloha 6: Fotografie dívky trpící mentální anorexií a jeho pohled na své tělo v zrcadle

Příloha 7: Dotazník použitý v předvýzkumu

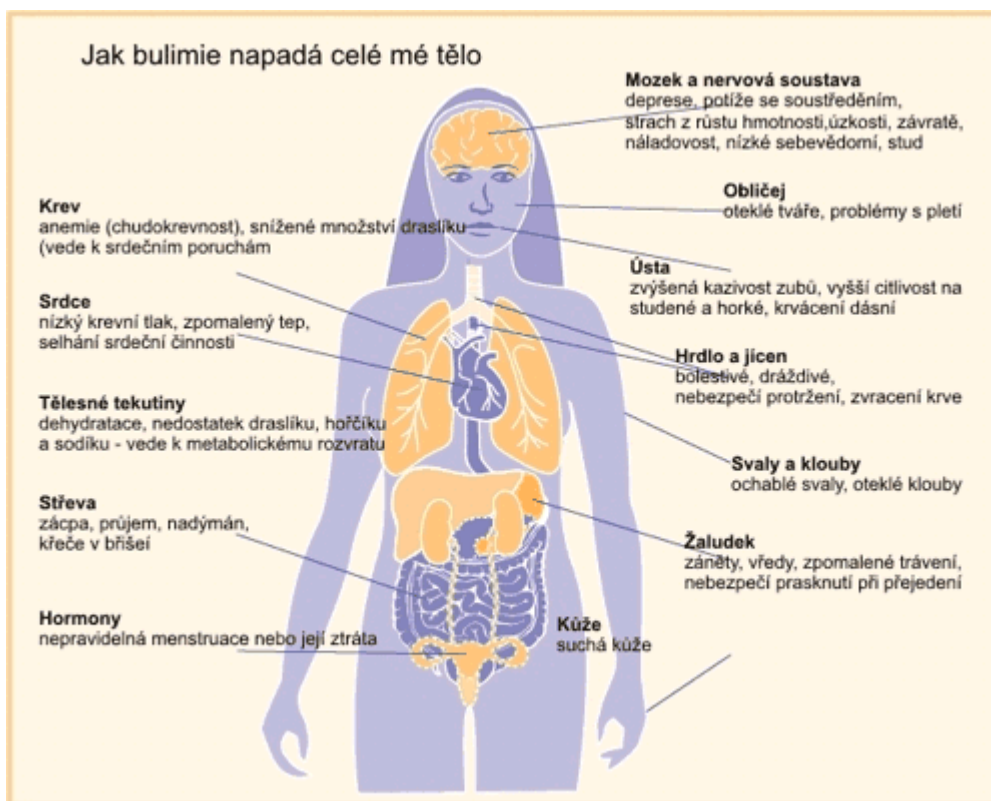
Příloha 8: Dotazník použitý ve vlastním výzkumu

Příloha 1: Ženské tělo, které je postiženo mentální anorexií
(http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_potize-a.asp)



Příloha 2: Ženské tělo, které je postiženo mentální bulimií

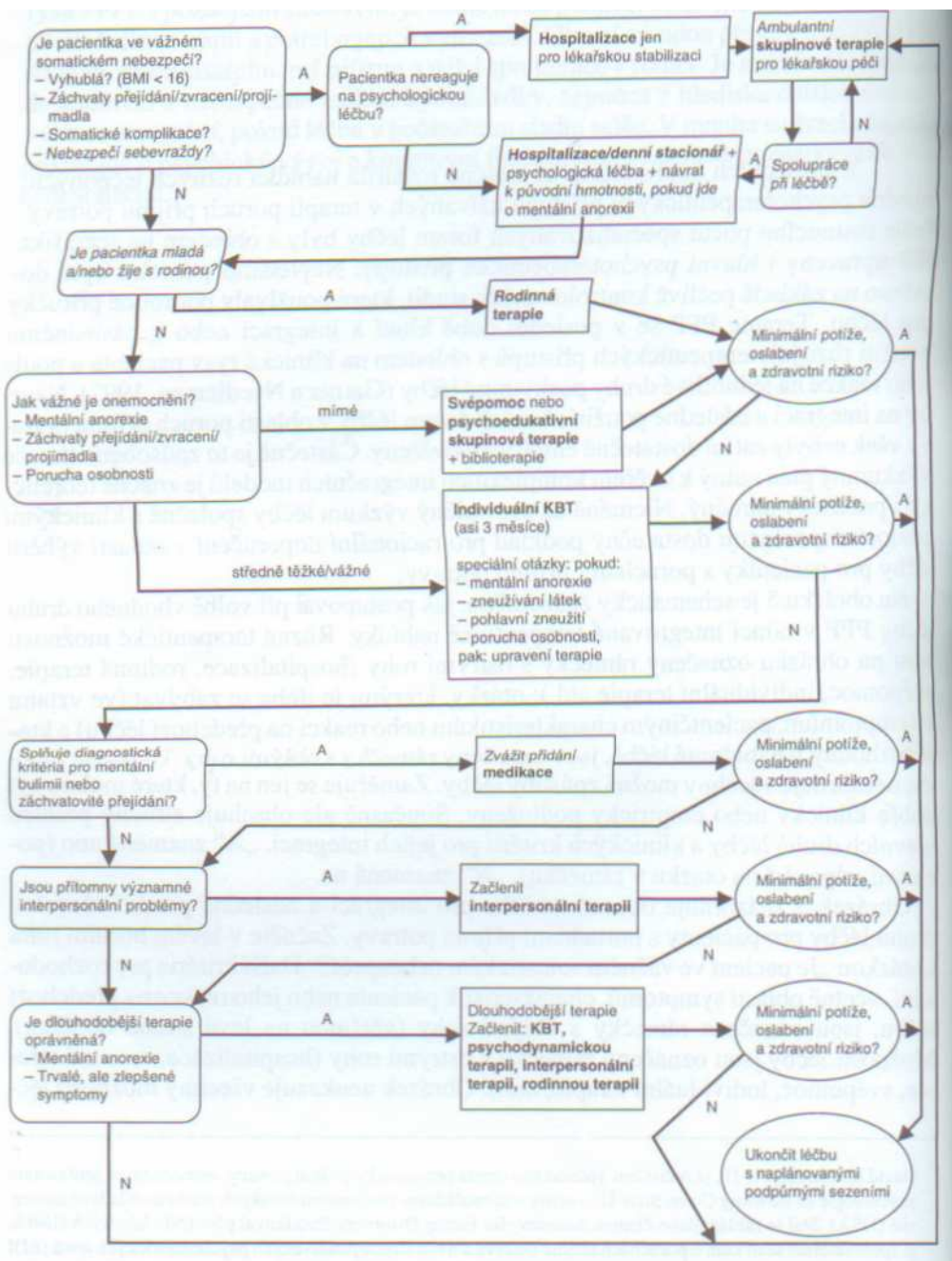
(http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_potize-b.asp)



Příloha 3: Léčba

Schéma nám ukazuje hlavní typy léčby, jež se volí podle odpovědí na zásadní otázky.

(Krch, D., 2005: s. 124)



Příloha 4: Jídelní záznam pacientky s mentální bulimií
(Krch, D., 2003: s. 57)

Datum: 7. května (pátek)					
Čas	Druh jídla, nápoje	Místo	Pocit	Z/P	Okolnosti a poznámky
6.45	černá káva	kuchyně			Bolí mě hlava, cítím se nafouklá, beztvářá, už nesmím víc jíst.
10.20	tyčinka Deli	práce			
12.00	minerálka	práce			
12.30	jedno sousto tyčinky Deli, minerálka	práce			Dnes se nesmím přejíst.
13.30	dvě sousta tyčinky Deli, dietní kola	práce			Mám chuť na sladké.
14.00	zbytek tyčinky Deli, dvě tyčinky Müsli, dietní kola	práce			Jsem unavená, myslím na to, že se doma přejím.
14.30	dvě dražé žvýkačky, minerálka	práce			
15.30	dvě dražé žvýkačky	práce			
17.15	dvě jablka	po cestě			Mám hrozný hlad.
17.45	350ml jogurtu, rajče, trochu salátu	kuchyně			Nesmím víc jíst.
18.00	minerálka (0,75 l)	kuchyně			Zaplním si žaludek vodou.
18.30	250g tvarohu	kuchyně		Z	Selhala jsem.
18.45	tyčinka Deli, dvě koblihy, pět chlebů se sýrem, dva rohlíky, salám, 100g tvarohové čokoládové pěny, jeden polárkový dort.	kuchyně		Z	Cítím se provinile, pak jsem si řekla, že už je to stejně jedno, a cpala se vším, co bylo doma.
21.00	pět jablek	v posteli			Už je to jedno.
22.00	sklenice vody	kuchyně			

Příloha 5: Fotografie dívky, která trpí mentální anorexií
(http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_fotoinfo.asp)



Příloha 6: Fotografie dívky trpící mentální anorexií a její pohled na své tělo v zrcadle
(http://www.pppinfo.cz/vyzkousejte_fotoinfo.asp)



Příloha 7: Dotazník použitý v předvýzkumu

Dotazník

1. Dobrý den, jmenuji se Kateřina Semotánová a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o pravdivé vyplnění svého dotazníku, který bude základem pro praktickou část mé diplomové práce, jež se týká poruch příjmu potravy.

2. Vaše pohlaví:.....

věk:.....

třída:.....

3. Otázky:

1. Je pro tebe důležité, jak vypadáš?

ano ne

2. Jsi spokojen/á se svým vzhledem?

ano ne *(pokud ano, přejdi na otázku 4)*

3. Jak bys chtěl/a své tělo změnit?

.....

4. Zajímá tě názor ostatních lidí na tvůj vzhled?

ano ne do jisté míry

5. Hodnotíš ty sám/a lidi podle vzhledu?

ano ne

6. Říká ti něco pojem poruchy příjmu potravy?

ano ne *(pokud ne, přejdi na otázku 8)*

7. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy?

škola rodina kamarádi

internet televize časopis

jiné:.....

8. Znáš pojem mentální anorexie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?

ano ne

.....

9. Znáš pojem mentální bulimie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?

ano ne

.....

10. Myslíš, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou životu nebezpečné?
ano ne nevím

11. Dají se poruchy příjmu potravy léčit?
ano ne nevím

12. Pokud se dají léčit, znáš způsob léčby?
ano ne *(pokud ne, přejdi na otázku 14)*

13. Jak léčba podle tvého názoru probíhá?

.....

14. Koho podle tebe poruchy příjmu potravy spíše postihují?
Pohlaví: ženy muže

Věk: do 10 let 10 – 20 let 21 – 30 let nad 30 let

15. Znáš někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?
ano ne

Pokud ano - jeho pohlaví: muž žena
věk: do 10 let 10 -15 let 16 – 20 let 21-25 let
26 – 30 let 31- 35 let 36 – 40 let 40 – 50 let

Příloha 8: Dotazník použitý ve vlastním výzkumu

Dotazník

1. Dobrý den, jmenuji se Kateřina Semotánová a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o pravdivé vyplnění svého dotazníku, který bude základem pro praktickou část mé diplomové práce, jež se týká poruch příjmu potravy.

2. Jsi muž žena (zakroužkuj správné)

věk:.....

třída:.....

3. Otázky:

1. Je pro tebe důležité, jak vypadáš?

ano ne

2. Jsi spokojen/á se svým vzhledem?

ano ne (pokud ano, přejdi na otázku 4)

3. Jak bys chtěl/a své tělo změnit?

.....

4. Zajímá tě názor ostatních lidí na tvůj vzhled?

ano ne do jisté míry

5. Hodnotíš ty sám/a lidi podle vzhledu?

ano ne

6. Říká ti něco pojem poruchy příjmu potravy?

ano ne (pokud ne, přejdi na otázku 8)

7. Kde jsi slyšel/a o poruchách příjmu potravy? (možno více odpovědí)

škola rodina kamarádi

internet televize časopis

jiné:.....

8. Znáš pojem mentální anorexie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?

ano ne

.....

9. Znáš pojem mentální bulimie? Pokud ano, kde jsi o něm slyšel/a?

ano ne

.....

10. Myslíš, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou životu nebezpečné?
ano ne nevím

11. Dají se poruchy příjmu potravy léčit?
ano ne nevím

12. Pokud se dají léčit, znáš způsob léčby?
ano ne (pokud ne, přejdi na otázku 14)

13. Jak léčba podle tvého názoru probíhá?

.....

14. Koho podle tebe poruchy příjmu potravy spíše postihují?

Pohlaví:

 ženy muže

Věk:

 do 10 let 10 – 20 let 21 – 30 let nad 30 let

15. Znáš osobně někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?

ano ne

Pokud ano - jeho pohlaví: muž žena

 věk: do 10 let 10 -15 let 16 – 20 let 21-25 let
 26 – 30 let 31- 35 let 36 – 40 let 40 – 50 let