

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

**STRAVOVACÍ NÁVYKY ŽÁKŮ OSMÝCH A DEVÁTÝCH TŘÍD
ZÁKLADNÍ ŠKOLY**

Diplomová práce

České Budějovice 2012

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jiří Kressa

Vypracovala:

Petra Ryglová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Petra Ryglová

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi pomohli s realizací tohoto projektu.

Obzvláště pak děkuji vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jiřímu Kressovi z Katedry pedagogiky a psychologie Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah:

ÚVOD	7
1. STRAVOVACÍ NÁVYKY	10
Období růstu a změny chutí	10
Kdy a kde děti jí?	10
Stravování v rodině	11
Jak vštípit žákům správné stravovací návyky?	11
Učební výkony v závislosti na stravování	11
2. CHARAKTERISTIKA VÝVOJOVÉHO OBDOBÍ STŘEDNÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU.....	12
Emoce	13
Vztah s rodiči	14
Vztahy s vrstevníky a sexualita	14
Poruchy příjmu potravy u dospívajících	15
3. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	16
3.1 Obecná charakteristika	16
3.2 Příčiny poruch příjmu potravy	17
3.2.1 Držení diet	18
3.3 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice	19
3.4 Léčba	20
3.5 Míra úmrtnosti následkem poruch příjmu potravy	22
4. MENTÁLNÍ ANOREXIE	23
4.1 Definice mentální anorexie	23
4.2 Historie	23
4.2.1 Chápání mentální anorexie v průběhu dějin	24
4.3 Diagnostická kritéria	25
4.4 Klinický obraz	25
4.5 Zdravotní důsledky	26

4.6	Léčba	26
5.	MENTÁLNÍ BULIMIE	27
5.1	Definice mentální bulimie	27
5.2	Historie	27
5.3	Diagnostická kritéria	28
5.4	Klinický obraz	28
5.5	Zdravotní důsledky	29
5.6	Léčba	29
6.	INDIVIDUÁLNÍ FAKTORY	31
	Věk a pohlaví	31
	Nízké sebevědomí	31
	Nepříznivé životní události jako důvody vzniku poruchy příjmu potravy	31
	Vliv sexuálního zneužívání na vznik poruchy příjmu potravy	32
	Stav utvrzeného negativismu (SUN)	32
	Odpor k dospívání	33
7.	SOCIÁLNÍ Vlivy	35
7.1	Rodina	35
	Ženský gender	35
	Hladový trojúhelník	35
	Vztah matka - dcera - jídlo	36
	Sourozenec s poruchou příjmu potravy	36
	Rodina a anorexie versus rodina a bulimie	37
	Komunikace v rodině	37
	Problémové rodiny	37
7.2	Vliv vrstevníků	38
7.3	Vliv společnosti	38
	Vnímání krásy ženského těla společností v průběhu dějin	38
	Riziková prostředí	41
	Jsou poruchy příjmu potravy exkluzivní poruchou?	41
	Konflikty s okolím	41

7.4 Media	42
Vliv internetu	42
8. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	45
8.1 Prevence v České republice	47
9 VÝZKUMNÁ ČÁST	48
9.1 Cíl výzkumu	48
9.2 Hypotézy	48
9.3 Dotazník	49
9.4 Charakteristika výzkumného vzorku	50
9.5 Realizace výzkumu	51
9.6 Zpracování dat	51
9.7 Výsledky výzkumu	52
9.8 Ověření hypotéz	68
9.9 Závěr výzkumu	69
ZÁVĚR	71
RESUMÉ	72
POUŽITÁ LITERATURA	73
PŘÍLOHA	80

Úvod

*„Tělo je pouze obalem duše – když je duše zdravá je i tělo zdravé,
onemocní- li duše, onemocní i tělo.“*

Sokrates

Pod pojmem stravovací návyky se skrývá široká škála témat. Po zadání tohoto výrazu do internetového vyhledavače se objeví témata jako například: správné a nevhodné návyky, zdravá výživa, boj s obezitou, hubnutí apod. Ve velkém počtu těchto článků najdeme ve spojitosti s nevhodnými stravovacími návyky i zmínku o extrému, kterým jsou poruchy příjmu potravy. Právě tomuto tématu se věnuje tato diplomová práce, která se zaměřuje na dva nejčastější typy poruch příjmu potravy- mentální anorexii a mentální bulimii, jejich příznaky, následky a také příčiny, které mohly vznik poruchy podpořit.

O poruchách příjmu potravy už bylo řečeno a napsáno mnoho (našimi nejznámějšími autory v této oblasti jsou Fr. D. Krch nebo E. Marádová, ze zahraničních autorů bych zmínila například jména J. M. Wilson, C. Newell nebo J. Hayaki). Nárůst tohoto onemocnění byl a je v posledních letech vysoký. Zároveň se ale zvyšuje i množství informačních materiálů této problematice věnovaných. Co tedy způsobuje, že v relativně dostatečně informované populaci je výskyt poruch příjmu potravy čím dál vyšší?¹

Téma poruch příjmu potravy jsem si pro svoji práci vybrala, protože je to, podle mého názoru, téma velmi aktuální. Sama znám dívku, jejíž sestra si jako velmi mladá anorexií prošla. Myslím, že si veřejnost stále neuvědomuje, že tyto poruchy nejsou rozmary moderní doby, ale opravdu vážná onemocnění. A tak i přes to, že na toto téma bylo

¹ Podle článku (z roku 2006), uvedeném serverem Aktuálně.cz, evidovala pražská nemocnice v Motole, která se i na tuto problematiku zaměřuje, v posledních letech značný nárůst počtu pacientů mladších 18 let. (Aktuálně.cz)

napsáno už hodně knih a prací, bych na tuto problematiku chtěla znovu upozornit prostřednictvím této práce.

Poruchy příjmu potravy trápí (především) ženy už mnoho set let. Zprvu byly pokládány za určité rituální projevy, v některých případech byly ženy postižené touto poruchou dokonce uctívány a obdivovány². Pro tehdejší společnost tedy nepředstavovaly nic divného. Dnešní doba je jiná. Nejen, že je jídla dostatek, ale dokonce si můžeme i vybírat. Co tedy vede mladé lidi k tomu, že si jídlo záměrně zakazují nebo je sní a vzápětí vyzvrací? Jednou z hlavních odpovědí by mohla být touha po štíhlejší postavě.

Kult štíhlosti je opěvovaný médii po celém světě, není tomu tak snad jen v zemích, kde je jídla nedostatek. Zkusme se zamyslet nad běžným dnem každého z nás. Už ráno na cestě do školy nebo zaměstnání mineme alespoň jeden billboard s usmívající se hubenou kráskou, odpoledne si koupíme časopis, otevřeme internetový prohlížeč a ani v těchto případech je nemožné tyto „miss“ přehlédnout. Večer přijdeme domů, pustíme televizi a opět se na nás vyřítí ideální krásky. Vyhnout se propagaci štíhlosti není možné, navíc podle většiny médií štíhlá rovná se sexy, přitažlivá, krásná a žádaná. A která z žen netouží být krásná a žádaná? A přesně na této teorii vydělávají ženské magazíny, kosmetické firmy a zkrášlovací centra velké peníze.

Ze všeho nelze ale vinit jen mediální svět okolo nás. Příčinou vzniku poruchy příjmu potravy může být i nevhodné rodinné prostředí, kde s touto nemocí bojuje matka nebo sestra. Pro prostředí, kde není s dítětem nakládáno tak, jak by mělo, nebo kde není dítěti dán prostor pro vlastní realizaci³. Nezdravé nakládání s jídlem pak může představovat jakýsi protest proti nepráví, které se doma odehrává.

I nevhodná poznámka od kamaráda, popichování ze strany sourozence nebo neúspěch může způsobit jakýsi blok v mysli jedince, který pak kompenzuje jídlem.

Porucha příjmu potravy nevznikne na základě jednoho podnětu, je spíše kombinací několika faktorů působících na život jedince.

Záměrem této diplomové práce je snaha shrnout většinu faktorů, které mohou způsobit to, že se daný jedinec začne v jídle omezovat natolik, že může skončit až u vážné poruchy příjmu potravy. Výraz *snaha shrnout většinu faktorů* byl použit záměrně, protože nelze tvrdit, že jiné faktory, než ty, popsané v této práci, neexistují. Každý

² Více zmiňují kapitoly 4.2 a 5.2 věnované historii mentální anorexie a mentální bulimie.

³ Vliv rodiny na jedince zmiňuje kapitola 7.1.

člověk je jedinečný a stejně tak je tomu i s příčinami, které mohou vést ke vzniku těchto poruch.

Práce je členěna do devíti kapitol. Prvních osm tvoří teoretickou část práce. Devátá kapitola je věnována výzkumu.

Teoretická část zmiňuje stravovací návyky žáků, charakterizuje sledovanou věkovou skupinu a podrobněji se věnuje poruchám příjmu potravy (konkrétně mentální anorexii a bulimii). Cílem praktické části je zjistit, jak moc se žáci osmých a devátých tříd základní školy zabývají svojí postavou. Jak moc regulují příjem potravy ve snaze dosáhnout vysněné postavy a odkud získávají nejvíce informací o problematice poruch příjmu potravy.

První kapitola popisuje stravovací návyky žáků (zmiňuje stravování v domácím prostředí i v jejich volném čase), dále se zabývá otázkou působení správné a zdravé stravy na školní výkony.

Druhá kapitola je věnována charakteristice vývojového období staršího školního věku, protože právě na tuto skupinu je zaměřena výzkumná část práce. Pozornost je zde věnována změnám fyzickým, psychickým, sociálním i emočním, které v tomto období nastávají. Dále je popsán měnící se vztah k rodičům a vrstevníkům.

Třetí kapitola obecně charakterizuje poruchy příjmu potravy, jejich příčiny, výskyt a léčbu.

Kapitola čtvrtá se zabývá mentální anorexií. Nahlíží na ni z historického hlediska, popisuje diagnostická kritéria, zdravotní důsledky a specifikuje léčbu anorexie.

Pátá kapitola velmi podobně popisuje problematiku mentální bulimie. Opět je zmíněn historický původ nemoci, jsou popsána diagnostická kritéria, zdravotní důsledky a specifika léčby.

Kapitola šestá zmiňuje individuální faktory, které mohou přispět k propuknutí poruchy příjmu potravy. Mezi tyto faktory patří například věk, pohlaví, nízké sebevědomí, ale i nepříznivá životní událost nebo odpor k dospívání.

Sedmá kapitola se zaměřuje na vlivy sociální, mezi které patří vliv rodiny, vliv vrstevníků, působení společnosti a vliv medií.

Osmá kapitola se zabývá otázkou obecné prevence a zmiňuje i prevenci v rámci ČR.

Samotnému výzkumu se věnuje kapitola číslo devět.

1. Stravovací návyky

Stravovací návyky si utváříme už od prvních let našeho života. Z počátku je úkolem rodičů, aby poskytli svému dítěti dostatečné množství všech potřebných živin. Starší dítě už hodně věcí (včetně jídelních návyků) okouká od svého okolí. (Veselá, 2012)

Stravovací návyky lze rozdělit na dva základní typy- zdravé a nezdravé.

Těžko říct, co všechno lze považovat za nezdravé. Podle mého názoru většina lidí za nezdravá jídla považuje jídla tučná a smažená (tzv. „fast food“ pokrmy). Někteří mohou za nesprávné považovat i stravování vegetariánů, veganů apod.

Naopak mezi zdravé (tudíž vhodné) potraviny patří: ovoce, zelenina, obiloviny, bílé maso atd.

Období růstu a změny chutí

„Mezi prvním a dvacátým rokem probíhají v našem těle dramatické změny. Svaly sílí, kosti se prodlužují, výška se víc než ztrojnásobuje a váha vzrůstá desetkrát. U dívek dochází k nejprudším změnám mezi 10. a 15. rokem, u chlapců o něco později, mezi 12. a 19. rokem. Mění se také potřeba kalorií- u ročního batolete je to 1200kcal/den, u pětiletého dítěte 1600kcal/den, šestnáctiletá dívka potřebuje 2100kcal/den a stejně starý chlapec 2700kcal/den.“ Množství jídla, které je třeba k zajištění potřebné energie, se liší i v závislosti na výšce, váze a pohlaví. Nevhodným přístupem (který mohou rodiče prosazovat) je nutit dítě, aby snědlo vše, co mu bylo naservírováno. Mnohem lepší je podávat menší porce (nebo nechat dítě, aby si jídlo nabralo samo) a ponechat dostatek času ke konzumaci. (Veselá, 2012)

Kdy a kde děti jí?

Mladí lidé ve věku 13 až 16 let se nejčastěji stravují doma, kde každý den snídají a večeří. Hodně z nich chodí na oběd do školní jídelny. Ve volném čase jsou oblíbeným místem mladých lidí fast food restaurace a pizzerie, a to zejména proto, že se zde dá najíst za podstatně menší peníze než v běžných restauracích.

V roce 2008 bojoval tehdejší britský ministr Ed Balls za odstranění restaurací rychlého občerstvení v okolí do 400 metrů od škol. Žáci totiž upřednostňovali stravování v těchto

podnicích před školními kantýnami, které byly podle jejich názoru přeplněné. Komfort restaurací (kde se stravovali tučnými, smaženými jídly a přeslazenými nápoji) pro ně byl důležitější než kvalita jídla, jakou dostávali ve školní jídelně. (Bbc.com)

Stravování v rodině

Dokud jsou mladí lidé ještě ve věku, kdy se stravují převážně doma (což platí nejméně do doby, než odejdou na střední školy nebo učiliště, kde budou bydlet na internátech apod.), měli by rodiče dbát na to, aby jejich potomci jedli co nejzdravěji. Jedním z vhodných způsobů je například dodržování společných večeří přes týden a obědů o víkendu. Potomci se mohou podílet i na přípravách, přičemž se učí, jak jídlo připravit co nejzdravěji. Rodina je nejbližším modelem- jaké stravovací návyky zavedou rodiče, takové budou s největší pravděpodobností udržovat i jejich děti. (Gavin, 2009)

Jak vštípit žákům správné stravovací návyky?

Mnoho mladých lidí si stále neuvědomuje, jaký dopad mohou mít nezdravé jídelní návyky na jejich zdraví v budoucnu. V rámci školní výuky jsou žáci poučováni o zdravém životním stylu (do kterého patří zdravá strava, sportování apod.), ale i o následcích nezdravého stravování (jako je obezita, či poruchy příjmu potravy). V hodinách výchovy ke zdraví jsou žáci vedeni k tomu, aby se naučili, jaké potraviny jsou vhodné a jaké méně (např. seznámením s potravinovou pyramidou). Žáci mohou dostat za úkol zaznamenávat si vše, co během jednoho týdne sní. Záznam pak ve vyučování porovnají s (již zmíněnou) pyramidou. (Schreiner)

Učební výkony v závislosti na stravování

Výzkumy prokázaly, že zdravé a pravidelné stravování má podstatný vliv na paměť, pozornost, soustředění, lepší zpracování informací a zlepšení zdraví. G. Phillips provedl test se studenty ve věku 13 let, který zkoumal výkony žáků, kteří pravidelně snídají s výkony žáků, kteří nesnídají. Výsledky snídajících žáků byly mnohem lepší a dokonce rostly v souvislosti na tom, jak kvalitní snídani (na živiny a vitamíny) měli.

Britský deník *The Telegraph* publikoval v roce 2008 studii, která prokázala, že studenti, kteří často konzumují jídlo z rychlého občerstvení (tučné a smažené), zaostávají v učení. Zkrátka a dobře, zdravě se stravující žáci mají lepší výsledky v učení a také menší předpoklady k tomu, že budou v budoucnu obézní. (Sheehan, 2011)

2. Charakteristika vývojového období středního školního věku

Podle Marádové (2007) je nejčastější období propuknutí mentální anorexie věk mezi 13- 20 a u mentální bulimie mezi 16- 25 lety.

Tato diplomová práce je zaměřena na žáky osmých a devátých ročníků základních škol, tedy věkovou skupinu 13 až 16 let.

V průběhu dospívání dochází u každého jedince k výrazným změnám, které se týkají nejen oblasti biologické, ale i psychické, rozumové a sociální.

Mezi biologické změny patří rozvoj sekundárních pohlavních znaků a urychlení tělesného růstu. (Hort, 2008, s. 38)

Tyto tělesné změny nastávají obvykle ve věku 13 až 15 let, ale u obou pohlaví se doba nástupu velmi liší- u chlapců dochází ke změnám zhruba o rok později než u dívek. (Čáp, 2007, s. 232)

Tělesný růst dívek se během tohoto období zastaví v blízkosti jejich dospělé výšky, zatímco u chlapců růst pokračuje až do věku 18 či 19 let. Mezi změny, které u dívek probíhají, patří růst boků, ukládání tuku v oblasti hýždí, stehen a pasu, rozšíření a tmavnutí ochlupení a ustálení menstruační periody. I chlapci přibývají na váze, ne však díky tuku, ale díky svalovině. Také se jim značně prohlubuje hlas. Pro obě skupiny je typická zvýšená potřeba spánku, zvýšená chuť k jídlu a mastná pleť s akné.

V oblasti psychické dochází k výrazné změně vnímání nejen své osoby, ale i k odlišnému nahlížení na okolní svět. Myšlení se posouvá na úroveň dospělého člověka. Na počátku tohoto životního období se mladí jedinci zaměřují na to, co se děje tady a teď, budoucnost příliš neřeší. Kolem patnáctého roku věku začínají více přemýšlet o svých možnostech a plánech v budoucím životě, což zahrnuje i volbu dalšího vzdělání a povolání.

V rozumové oblasti dochází k rozvoji logického myšlení. Mladí jedinci jsou schopni dopředu zvažovat následky svého jednání. Jsou lépe schopni obhájit své názory, za kterými si pevně stojí. Učí se hodnotit věrohodnost informací, které jsou jim předkládány.

Sociální změny spočívají hlavně v zařazení člověka do společnosti, což souvisí i s tím, že si mladý člověk utváří nové názory a zaujímá různé postoje. (Firchow, 2004)

A i když je proces osamostatňování se a rozšiřování sociálních vztahů procesem velmi dlouhým (začínajícím v době útlého dětství a pokračujícím až do dospělosti), tak je právě období dospívání jeho nejbouřlivější částí, která se odráží v pozdějším formování dalších životních rolí (manželství, rodičovství apod.). (Langmeier, 1991, s. 141)

„Osobní identita, která se v období dospívání vytváří, je celý život vystavována zátěží, krizím a selháním- která ale mohou být v pozitivním případě odrazovým můstkem k dalšímu vývoji a zrání.“ (Čálek, 1995, s. 139)

Fyzické, psychické i sociální změny probíhají různě rychle, což může vést k situaci, kdy dítě, u kterého ještě nedošlo k výrazným somatickým změnám, už začíná přemýšlet jako dospělý člověk, a naopak mladistvý, u kterého se pohlavní dospívání již znatelně projevilo, nevykazuje takové intelektuální a emoční chování jako jeho vrstevníci. (Langmeier, 1991, s. 129)

Tématu středního školního věku se věnují i populární webové stránky, kde autoři článků charakterizují tuto životní etapu následujícím způsobem: Dospívající si vytváří svůj svět, který se liší jak od světa dětí, tak od světa dospělých. Jinak se obléká, jinak se vyjadřuje, jinak se chová- snaží se být originální a vybočit z davu. Zvýšený je i zájem o vlastní vzhled. Mladí začínají zkoumat sami sebe a být sebekritičtí (někdy až příliš). V tomto věku má člověk tendenci posuzovat své tělo podle toho, jak ho vidí a soudí ostatní (hlavně vrstevníci), nikoli podle toho, jak se cítí on. Tato porucha vnímání sebe sama může vést až k extrémům jako jsou poruchy příjmu potravy. (Kulhánek, 2001)

Vztahu mladiství versus společnost se podřizují i právní normy většiny států, které odlišují skupinu mladistvých při posuzování výše trestů v případě porušení zákona. (Langmeier, 1998, s. 142)

Emoce

V emoční oblasti dochází k častým změnám nálad. Jde o střídání veselých a smutných (někdy až tragických) období. Kolem třináctého roku jsou mladí lidé velmi citliví na své soukromí, často jsou nešťastní a mají pocit, že je celé okolí sleduje a kritizuje. Mají nízké sebevědomí. Vztah s rodiči (nebo s dospělými lidmi obecně) je velmi chladný. Více se upínají na party kamarádů, se kterými rádi tráví čas, kteří sdílí jejich pocity a

nálady. V šestnácti letech je už situace jiná. Emoce jsou stabilnější a již nedochází k tak výrazné náladovosti. (Firchow, 2004)

V období dospívání dochází k četnějším projevům pocitu hněvu a vzteku, a to zejména v rodinném prostředí. V takových situacích může docházet k obavám dítěte, že ho rodiče mohou kvůli jeho chování přestat mít rádi, a proto ze strachu o budoucí situaci v rodině řeší svůj vztek např. i pomocí anorexie nebo bulimie, čímž tak zdánlivě neubližuje svému okolí, ale pouze sobě. (Maloney, 1997, s. 18)

Vztah s rodiči

V tomto období dochází k situaci, kdy se mladistvý uvolňuje z primární rodiny a více se orientuje na okolní svět. Výsledek takového přeorientování závisí i na vztazích uvnitř rodiny, na schopnosti rodičů vycházet s dítětem a naopak. Reakce rodičů se různí, někteří separační tendence svých dětí snášejí těžce, jiní svým potomkům důvěřují a dokáží najít kompromis uspokojující obě zúčastněné strany. (Hort, 2008, s. 38)

Výsledkem separačních tendencí je osamostatnění se od rodičů po stránce sociální a psychické, nikoli však citové.

Mladí se snaží upevnit svůj postoj, což často vede ke sporům s rodiči a ostatními autoritami. Rozpory však většinou vznikají kolem rodinných pravidel a příkazů, které rodiče stanovují a které vnášejí do rodiny řád. A i když dospívající často odmítají a vzdorují, tak jsou si stále vědomi toho, že jsou na svých rodičích pořád velmi závislí, a to hlavně finančně. (Kulhánek, 2001)

Vztahy s vrstevníky a sexualita

Důležitým úkolem v období dospívání je dobré začlenění se do skupiny vrstevníků spojené s navazováním hlubších vztahů v rámci skupiny. Party spolu tráví hodně času a baví se o nejrůznějších tématech, a tak se jednotlivci učí prosadit svůj názor, ale i přijmout kritiku a respektovat názory druhých. Dalším zásadním krokem je rozvoj spolupráce a vnímání pocitů a potřeb druhého člověka, což je důležitá příprava pro partnerské a pracovní vztahy do budoucna. (Čáp, 2007, s. 232)

Jak už bylo řečeno, v pubertě dochází k vývoji sekundárních pohlavních znaků, což vede ke změně vnímání sebe sama. Jedinec si více uvědomuje svoji sexualitu a začíná projevovat zvýšený zájem o druhé pohlaví. „*První zkušenosti erotického a sexuálního charakteru získávají dospívající většinou mezi 14. -16. rokem.*“ (Hort, 2008, s. 38- 39)

„Užší emoční vztah k důvěrnému příteli (přítelkyni) dovoluje vyměňovat si vlastní pocity a osobní zkušenosti, svěřovat se a zase sdílet nejsoukromější pocity druhého. V době zvýšené nejistoty o svou osobní roli je možnost prohodit všechny své nejtajnější otázky s věrohodným přítelem zvláště důležitá. Přátelství ve dvou je zcela jiné než kamarádství ve skupině...“ (Langmeier, 1998, s. 151)

Poruchy příjmu potravy u dospívajících

Poruchy příjmu potravy představují v období dospívání třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností 10x vyšší v porovnání se zdravou populací. Nejčtenější je výskyt mezi adolescenty a mladými dospělými. (Papežová, 2010, s. 134)

Následující kapitola je věnována obecné charakteristice poruch příjmu potravy, jejich příčinám, léčbě a výskytu v České republice.

3. Poruchy příjmu potravy

Nemoci duše, které ničí tělo...

3.1 Obecná charakteristika

Poruchy příjmu potravy jsou vážným onemocněním, které způsobuje změny jak v oblasti psychické, tak v oblasti somatické a postihují nejen daného jedince, ale mají dopad i na jedincovo okolí a rodinu. Těmito poruchami trpí nejčastěji ženy a dívky. Jejich výskyt ale není neobvyklý ani u chlapců, i když je jejich podíl v porovnání s dívkami podstatně menší. (Hort, 2008, s. 263)

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z velkých problémů dnešního světa mladých a dospívajících. Je v nich skryta touha po krásnějším já podléhající obrazu současné představy o kráse. A tak mnozí ve snaze dosáhnout přitažlivějšího vzhledu, většího společenského úspěchu nebo i osobní spokojenosti často řeší tuto situaci uchýlením se k různým typům diet nebo jiným metodám vedoucím k redukci váhy. Jejich očekávání bývají většinou velmi nepřiměřená a vedou k tomu, že jsou zoufalí ze situace, kdy nejsou schopni plně se v jídle kontrolovat. (Krch, 2003b, s. 5)

Obvykle se tyto poruchy začínají projevovat během dospívání nebo rané adolescence. Mohou mít až několikaleté trvání a mají dopad na fyzický, sociální i emocionální vývoj člověka. (Newell, 2010)

Dvěma hlavními typy poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie, dále popsána v kapitole 4, a mentální bulimie, které je věnována kapitola pátá. Oba typy si jsou velmi podobné. Liší se především mírou podvýživy a metodami užívanými k redukci a kontrole hmotnosti.

Mezi znaky, které jsou pro obě tyto poruchy naprosto totožné, patří neustálá kontrola vzhledu, hmotnosti, nespokojenost s vlastním tělem a obava z tloušťky. U nemocných je kontrola váhy na denním pořádku. Výrazným znakem také často bývá nízké

sebevědomí. Hlavní rozdílem mezi pacienty s mentální anorexií a mentální bulimií je jejich tělesná hmotnost. (Krch, 2005, s. 15- 16)

U poruch příjmu potravy není neobvyklý přechod z jedné poruchy v druhou. Nejčastěji je popsán proces, kdy porucha začíná jako mentální anorexie a později přechází do mentální bulimie. „Podle literatury až 50 % pacientek s mentální anorexií přejde do mentální bulimie, podle našich pozorování prakticky 100 % bulimiček uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu mentální anorexie.“ (Hort, 2008, s. 263)

3.2 Příčiny poruch příjmu potravy

Mnoho informací k tomuto tématu lze nalézt i na populárních internetových stránkách. Jedním z nich je i (výše už zmíněná) *Doktorka.cz*, kde se lze k příčinám vzniku poruch příjmu potravy dočíst mnoho informací.

Určit přesné příčiny těchto poruch je velmi obtížné. Nelze totiž s jistotou říct co je důvodem poruchy. V takovém případě by léčba byla poměrně snadná, protože pokud známe příčinu, je celkem jednoduché najít východisko z dané situace. V praxi tomu tak bohužel není. Každý případ je individuální, a proto se určitou měrou liší i léčba každého jednotlivce. Jak už bylo řečeno, nejčastějšími faktory ovlivňujícími propuknutí nemoci jsou obvykle:

- Nespokojenost s vlastním tělem- Řeči dítěte, které často komentuje to, kolik váží, jak vypadá jeho postava nebo jak skvěle (na rozdíl od něj) vypadá jeho nejlepší kamarád nebo kamarádka, by měly být varovným signálem pro rodiče. Signálem, že něco není v pořádku.
- Vliv médií- Žijeme ve světě, kde je nám víc a víc zdůrazňováno, že štíhlost je moderní a žádaná, a tak při sledování reklam v televizi není od věci poznamenat, že ta supermodelka ve skutečnosti zas tak krásná není, že to, co vidíme my, je skvělá práce kosmetiček, kadeřníků a stylistů.
- Perfekcionalismus- Všeho moc škodí. To platí i u nároků, které na sebe jedinec (nebo i jeho okolí) klade.
- Traumatizující události- Mezi které patří rozvod rodičů, úmrtí v rodině, rozpad vlastního vztahu apod. V takové situaci je ze strany rodičů správné opakovat

dítěti, že se takové věci bohužel dějí a dít budou, a že další ubližování (nejen sobě, ale i okolí) tuto situaci nijak nezmění, naopak ji zhorší.

- Nízké sebevědomí- To se projevuje u mladých lidí, kteří byli svým okolím v dětství málo chváleni a uznáváni. (Doktorka.cz)

J. Kocourková ve své knize *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání* hovoří i o možnosti, že jednou z příčin poruch příjmu potravy může být trauma vyvolané sexuálním zneužitím pacientů. Počet jedinců, kteří byli v dětství zneužiti, je vysoký- asi jedna čtvrtina děvčat a přibližně jedna pětina chlapců. Palmerův výzkum mezi 158 pacientkami s mentální anorexií a mentální bulimií prokázal, že celá třetina z nich byla v dětství sexuálně zneužita. Oběť sexuálního zneužití může své tělo chápat jako zdroj negativních emocí a z toho pak plyne myšlenka odepřít tělu potravu. (Kocourková et al., 1997, s. 54- 55)

Doktor Morgan vytvořit dotazník, díky němuž je možné odhadnout, zda má daný jedinec sklony nebo počáteční příznaky vedoucí k rozvinutí některé z poruch příjmu potravy v budoucnosti. Tento dotazník má pět otázek, jejichž znění je následující:

- „Přiměl/a si se někdy ke zvracení protože si se cítil/a přeplněný/á?
- Bojíš se, že ztratíš kontrolu nad tím, kolik toho sníš?
- Zhubl/a si v nedávné době více než 6,35kg⁴ během tří měsíců?
- Považuješ se za tlustého/tlustou, ačkoli ostatní tvrdí, že si hubený/á?
- Řekl/a by si, že jídlo ovládá tvůj život?“

V případě, že jsou již dvě z pěti odpovědí pozitivní, je nutné dbát zvýšené pozornosti a mělo by být provedeno podrobnější posouzení. (Newell, 2010)

3.2.1 Držení diet

Počátečním krokem v touze zhubnout je nejčastěji dodržování některé z diet. Krch a Marádová ve své příručce pro učitele s názvem *Poruchy příjmu potravy* popisují studii, v níž bylo 1253 studentů středních škol a učilišť tázáno, zda jsou spokojeni se svým tělem. Z celkového počtu studentů neprojevalo touhu zhubnout 64 % chlapců a pouze

⁴ 6,35 kg = one stone. Stone je anglická váhová jednotka.

13,5 % děvčat. Většina z celkového počtu 639 tázaných dívek si přála zhubnout, ač nadváhou trpělo pouze 3,8 % z nich a 6 % děvčat dokonce uvedlo, že ze strachu z tloušťky někdy i zvrací.

„Výrazné dietní tendence a nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti byly zřetelné už u dívek v osmém a devátém ročníku základní školy. Mezi těmito třinácti a čtrnáctiletými dívkami padesát procent uvádělo, že si přejí zhubnout a téměř čtyři procenta uvádělo, že se ze strachu z tloušťky pravidelně nutí do zvracení.“

Diety jsou prvotním znakem anorexie a také jedním z hlavních znaků, které přispívají k rozvoji bulimie. (Krch, 2003b, s. 14- 15)

3.3 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

Mentální anorexie a bulimie jsou onemocněním vyskytujícím se převážně u děvčat. Poměr chlapců s poruchami příjmu potravy v porovnání s děvčaty je 1: 10 až 1: 20 ve „prospěch“ děvčat. Častějším případem u dospívajících dívek žijících v České republice je mentální bulimie. Tou trpí přibližně každá dvacátá dívka, což je zhruba 6% z celkového počtu mladých děvčat. Mentální anorexie má procentuální zastoupení podstatně menší, a to 1%. Riziko výskytu těchto poruch se zvyšuje v případě, vyskytuje-li se anorexie nebo bulimie u matky, sestry nebo ostatních žen v rodině. Období, ve kterém se poruchy obvykle začínají objevovat, se poněkud liší. U anorexie je to období mezi třináctým a dvacátým rokem věku. U bulimie se prvotní příznaky objevují kolem šestnáctého až pětadvacátého roku. Jejich rozvoj je většinou pozvolný a nenápadný. Ačkoli je úspěšnost léčby relativně vysoká, tak jsou v dospívání jevem velmi nebezpečným. *„Podle různých studií je u mentální anorexie udávaná úmrtnost v rozmezí mezi 2 až 8 %, u mentální bulimie je udávána úmrtnost 0 až 2 %. V průměru 50 % děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. U necelých 20 % anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh, který je často spojen se sociální izolací.“* (Marádová, 2007, s. 9)

3.4 Léčba

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečnými nemocemi, ale i s nimi se dá bojovat. Záleží hlavně na odhodlání jedince a pomoci ze strany jeho okolí. Existuje mnoho druhů terapií. Na každého zabírá jiná metoda, proto v průběhu léčby může docházet ke změně plánu- použití jiné metody nebo kombinací více metod. Ze všech druhů jmenujme například tyto: (Eating-Disorder.com)

Hospitalizace

Při posuzování nutnosti nemocniční léčby je třeba vzít v úvahu míru a rychlost váhového úbytku a jejich dopad na tělesný stav pacienta. Důvody pro hospitalizaci mohou být i psychologické (jako například nevyhovující rodinné vztahy) nebo psychopatologické (jako deprese). (Kocourková et al., 1997, s. 97- 98)

Dalším faktorem může být i to, že pacient nereagoval na dosavadní druh léčby.

Doba hospitalizace se různí v závislosti na stavu pacienta. Potřebná doba se dá snadno vypočítat- *„je to počet týdnů nebo měsíců nutných k získání alespoň 90% cílové hmotnosti“* Optimální je nárůst o kilo až kilo a půl za týden.

U některých pacientů není dlouhodobá léčba nutná, a proto jsou hospitalizováni pouze krátce a následně jsou svěřeni do péče ambulantní. (Krch, 2005, s. 125)

Ambulantní lékařská péče

Lékařská péče je vhodná pro pacienty, kteří si už prošli různými formami léčby a u nichž je charakter nemoci chronický. Lékaři se tedy soustředí na udržení pacienta v jakési rovnováze, a to jak tělesné, tak duševní. Tato péče může být individuální nebo i skupinová. (Krch, 2005, s. 126)

Individuální terapie

Individuální terapie probíhá pouze mezi terapeutem a pacientem. Úkolem pacienta je poznat sám sebe, analyzovat své pocity a konzultovat je s terapeutem. Mezi nejčastěji probíraná témata patří zážitky z dětství, emoce a problémy ve vztazích. (Eating-Disorder.com)

Terapie rodinná

Poruchy příjmu potravy mají vliv na život celé rodiny. V rámci rodinné terapie dochází ke komunikaci mezi všemi členy domácnosti a odborníkem. Cílem terapie je seznámení rodiny s problematikou poruchy a pomoc při řešení neshod a problémů v rodinném prostředí. Tato metoda je vhodná především u mladších pacientů. (Eating-Disorder.com)

Skupinová terapie

Skupinová terapie je metodou velmi hojnou v průběhu hospitalizace pacienta. Pacienti zpočátku často trpí představou, že jejich problému nemůže nikdo rozumět a nemají ke skupinové terapii důvěru. Později se se skupinou začínají sžívat, poznávají názory a pocity ostatních a mohou s nimi porovnávat pocity vlastní. Jedinou komplikací je správné sestavení skupiny vzhledem k pohlaví členů a míře závažnosti jejich poruchy. Tato metoda se používá i pro rodiče pacientů. Může jim pomoci lépe pochopit, co jejich dítě prožívá, jaké mohly být příčiny propuknutí poruchy, a také zmírňuje pocit viny, který rodiče často mají. (Kocourková et al., 1997, s. 113- 116)

Terapie kognitivně-behaviorální

Cílem této terapie je odnaučit klienta jeho nevhodnému myšlení a chování, které je příčinou jeho problémů. Terapie vede klienty k tomu, aby se naučili svůj problém řešit vhodnějšími způsoby, zároveň zkoumá i jejich vnitřní psychické stavy a emoce. Nejdůležitější je vnitřní motivace pacienta a jeho ochota spolupracovat s terapeutem. Po skončení terapie, která je spíše krátkodobá a soustřeďuje se na konkrétní problémy jedince, by měl být klient schopný naučené metody používat samostatně. (Centrumpsychoterapie.cz)

Zvláštním typem terapie, který ve své knize *Jsem já ze všech nejkrásnější?* popisuje P. Bröhmová, je projekt Pathways, který byl realizován v Mnichově. Šlo o společné soužití dívek s poruchou příjmu potravy starších 16 let. Žily spolu, pomáhaly si, radily a společně se snažily překonat svoji nemoc. Každá členka měla svůj individuální program, který se skládal z více druhů terapií a byl zároveň sladěn se školní docházkou. Pobyt v takovém zařízení byl omezen na rok a půl. (Bröhmová, 1999, s. 77- 78)

P. Claude-Pierre uvádí v knize *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy* několik typů, které užívá na své klinice Montreaux. Například: při vážení by pacient neměl vidět číslo na váze; pokud ho nevidí, nemá tak silnou potřebu redukovat svoji váhu na jím určenou hodnotu (protože si tito lidé dávají cíle, které neustále snižují). Dalším postupem, kterým lze obelstít nemocnou mysl, je servírování jídel v malých porcích vícekrát během dne. Pacient sní během jednoho jídla méně, tudíž nemá potřebu jídlo vyzvracet nebo nadměrně cvičit.

Mimo rad zaměřených na fyzický stav autorka radí i se stránkou psychickou. Pokud je třeba, radí zdůvodnit pacientovi každé sousto- zkrátka udělat vše pro to, aby jídlo snědl. Dále učí, že je důležité hledat na všechny negativní otázky pozitivní odpověď a zdůrazňovat výjimečnost a důležitost daného jedince pro své okolí.

Základním prvkem jakékoli léčby je pocit bezpečí, který musí pracovník těchto středisek u pacienta navozovat. (Claude-Pierre, 2001, s. 134- 137)

3.5 Míra úmrtnosti následkem poruch příjmu potravy

Světová zdravotnická organizace (WHO) zveřejnila statistiky úmrtnosti následkem poruch příjmu potravy za rok 2004, kde se Česká republika umístila na devatenáctém místě se dvěma úmrtími za rok. Stejně údaje hlásí i Izrael, Slovinsko, Finsko, Kolumbie nebo například Nový Zéland. Nejhuře jsou na tom Spojené státy americké, které udávají 218 úmrtí. Vysoká je i míra úmrtnosti v Japonsku- 186. Na třetím místě se umístilo Německo s počtem 40. Celkem bylo evidováno 605 úmrtí.

Procentuálně by tedy podíl Spojených států amerických odpovídal 36%, Japonsko zastupuje 30,7%, Německo 6,6% a Česká republika 0,3% z celkového počtu úmrtí následkem poruch příjmu potravy za rok 2004. (NationMaster.com)

Je ovšem nutné vzít v potaz počet obyvatel v každé zemi. Například v České republice⁵ žije asi třicetkrát méně obyvatel než v USA⁶.

Mentální anorexie má vyšší míru úmrtnosti než jakákoli jiná duševní nemoc a to nejen jako následek podvýživy, ale i jako důvod páchaní sebevražd. (Newell, 2010)

Mentální anorexii je věnována následující kapitola.

⁵ Počet obyvatel v ČR v roce 2006: 10 189 000 (<http://www.who.int/countries/cze/en/>)

⁶ Počet obyvatel v USA v roce 2006: 302 841 000 (<http://www.who.int/countries/usa/en/>)

4. Mentální anorexie

„Zapadlé, unavené oči, suchá pokožka napjatá přes vystouplé kosti, příliš jemné, řídké vlasy... 35, 40 nebo 45 kilogramů tělesné váhy na 165, 170 nebo 175 centimetrů tělesné výšky. Tak vypadá mnoho děvčat, které poprvé přicházejí do ambulance pro poruchy příjmu potravy.“ (Krch, 2002, s. 9)

4.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, kdy pacient záměrně snižuje svoji tělesnou hmotnost (ne proto, že by neměl hlad, ale proto, že jíst nechce) a těší ho, když hlad nebo chuť úspěšně překoná. Následkem tohoto procesu je nechutenství a oslabení chuti k jídlu.

Na druhé straně pacienti sbírají recepty, o jídle rádi mluví a dokonce je i vaří, ale zásadně je nejí.

Největším nepřítelem je strach z tloušťky- anorektické pacientky nejsou schopny objektivního pohledu na svoji postavu. (Černá)

Snaží se dosáhnout tak štíhlé postavy, která již neodpovídá jejich věku a výšce. Nároky, které si kladou, jsou čím dál přísnější, ale ve finále nejsou se svojí postavou spokojeni nikdy, neustále si připadají moc tlustí. Anorexie je nemocí vyskytující se převážně u děvčat (maximální výskyt je mezi 14 a 18 rokem věku), u chlapců je velmi ojedinělá. (Vitalion.cz)

4.2 Historie

Kořeny této mentální nemoci jsou ukryty hluboko v minulosti, kdy byly součástí nejrůznějších náboženských obřadů.

Již v době pozdního středověku se hluboce věřící ženy postily a byly přesvědčeny o tom, že je to právě Bůh, který jim umožňuje přežít jen s malým množstvím potravy anebo úplně bez ní. Těchto „*postících se světic*“ výrazně ubývá od počátku novověku a to díky zásahu římskokatolické církve, která značně omezila počet svatořečení těchto žen. Na druhou stranu se ale objevují tzv. „*zázračné panny*“, což byly dospívající

dívky, které se také postily, ale které se již neodvolávaly na boží pomoc. I přesto se však těšily značné popularitě- mnozí králové se za nimi vydávali, aby je obdarovali svými poklady. Nejen lidé, ale i lékaři si dříve tento jev spojovali s nadpřirozenou mocí, ba dokonce mluvili o zázraku. Později byly tyto teorie nahrazeny úvahami o tom, že je člověk schopen žít pouze ze vzduchu, doslova z „výživných částic“ obsažených ve vzduchu.

Až v průběhu devatenáctého století začal být tento jev lékaři považován za chorobný. I názor veřejnosti se obracel stejným směrem a postící se panny již nebyly obdivovány, ale byly považovány za bytosti, které zřejmě nejsou duševně v pořádku. (Krch, 2005, s. 27-28)

4.2.1 Chápání mentální anorexie v průběhu dějin

Odkazy na termín anorexia lze najít již ve starověku, tehdy byl ale použit spíše jako synonymum únavy a apatie. Jako absence chuti k jídlu nebo odpor k jídlu byl tento termín užíván Galénem, výraznou osobností antické medicíny. V antické době nebyla tato porucha chápána jako nemoc duše, ale byla připisována špatným tělesným tekutinám a až do moderní doby byly za původce označovány poruchy funkce žaludku.

V roce 1840 se objevuje termín nervová anorexie, který ve svém díle použil francouzský fyziolog Fleury Imbert. Popsal jí jako stav, kdy pacient odmítá jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu. Z řad jeho kolegů se mu ale nedostalo ocenění. Nám známý termín anorexia nervosa zavedl britský lékař William Gull v roce 1874.

I přesto, že byla mentální anorexie ke konci devatenáctého století popsána celkem přesně, nebyla jí věnována velká pozornost. Ve Spojených státech amerických, Německu nebo Itálii zůstala okrajovým jevem až do století dvacátého. Ve čtyřicátých letech dvacátého století se mentální anorexie přesouvá z učebnic medicíny do učebnic psychiatrie a od let šedesátých dostává statut moderní a záhadné choroby. Tzv. módní poruchou se anorexie stává v posledních desetiletích, kdy se těší velkému zájmu veřejnosti. (Krch, 2005, s. 28- 31)

4.3 Diagnostická kritéria

Kritéria lze rozdělit do několika podskupin:

Hmotnostní kritéria- tělesná hmotnost je udržována na hranici 15 % pod předpokládanou hmotností, a to jak z důvodu ztráty hmotnosti, tak z důvodu, že jedinec předpokládané váhy nikdy nedosáhl; BMI⁷ index dosahuje hodnoty 17,5 a méně.

Změny chování a návyků jedince- vyhýbání se tučným jídlům, záměrně vyvolané zvracení., nadměrné cvičení, užívání pomocných prostředků (jako např. diuretik).

Změny v sebehodnocení- úplná změna ve vnímání sebe sama a přetrvávání strachu z tloušťky- pacient za svůj nejdůležitější úkol pokládá udržení si nízké váhy.

Hormonální změny- u dívek se nedostaví menstruace, u mužů je typické vytracení sexuálního zájmu; dále může dojít ke zvýšené produkci růstového hormonu, nepravidelnému vylučování inzulínu, zvýšené hladině kortizonu apod.

Pokud anorexie propukne v období před pubertou, dochází ke zpomalení nebo zastavení vývoje- zastaví se celkový růst jedince; děvčatům se nevyvíjí prsa a nedostaví se menstruace; u chlapců se zastaví růst genitálií. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty. (Bulik, 2005)

4.4 Klinický obraz

Onemocnění začíná obvykle v době, kdy se začínají měnit tělesné proporce jedinců (například růst prsů u děvčat), tedy v pubertě a rané adolescenci.

Výchozí podněty jsou různé. Může jimi být například nevhodná poznámka kamaráda nebo člene rodiny, rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby anebo se jedinec jednoduše rozhodne ke změně sám. Následuje proces změny jídelníčku, dodržování různých diet, úplné vynechání některých potravin nebo zvýšený zájem o sport. Tato pravidla a omezení se postupně prohlubují a jsou často doplněna užíváním projímadel a jim podobných léčiv. Mezi změny psychické patří deprese, nezájem o okolí apod. Dále vzrůstají konflikty s rodiči, kteří se své dítě snaží k jídlu nutit, což vede u jedince k manévřům jako je schovávání jídla nebo vyzvracení sněženého jídla. (Hort, 2008, s. 265)

⁷ BMI= Body Mass Index = hmotnost v kg / druhá mocnina výšky

4.5 Zdravotní důsledky

Na začátku je touha po štíhlejším těle. Na konci může být i smrt.

Mezi zdravotní důsledky mentální anorexie patří:

- ztráta menstruace u dívek
- poškození trávicího ústrojí- žaludeční vředy, zánět žaludku, poškození střev- tělo není schopno zpracovat potravu
- zpomalení tepové frekvence, pokles krevního tlaku i tělesné teploty vlivem zpomalené činnosti metabolismu (pokud anorektik/ anorektička více cvičí a navíc užívá pomocné potravinové doplňky, může docházet ke ztrátě vědomí a omdlívání)
- vlivem nadměrného užívání projímadel a močopudných přípravků dochází k odvodu velkého množství vody a minerálů z těla, může dojít až k selhání ledvin
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- zvýšená kazivost zubů

Mezi psychické následky této nemoci patří nespavost, nesoustředěnost, deprese, podrážděnost a neschopnost navazovat jakékoli vztahy. (Šmýdová, 2008)

4.6 Léčba

Léčba probíhá nejčastěji ambulantní formou, pokud je situace vážná, dochází k hospitalizaci pacienta. Výsledkem léčby má být nejen napravený přístup k jídlu a zvýšená hmotnost, ale i schopnost ovládat se ve stresových situacích. Zkoumán je i vztah nemocného a jeho okolí ve snaze o vyjasnění konfliktních situací (především v rámci rodiny) a jejich napravení. Problémem při léčbě často bývají matky pacientů, které se se situací velmi těžko vypořádávají.

Dobré výsledky má většina z metod uváděných v kapitole 3.4. Léčba je doplněna o podávání léků, jako jsou antidepresiva, vitamíny, přípravky obsahující železo a léky podporující chuť k jídlu. (Vitalion.cz)

5. Mentální bulimie

„Jak si dopřát dostatek jídla a přitom neztloustnout? Některé ženy „najdou řešení“ v bulimii.“ (Göckel, 2008, s. 12)

5.1 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je poruchou příjmu potravy, při níž dochází k záchvatovitému přejídání. Tento proces bývá často následován výčitkami svědomí a snahou odčinit své selhání, což vede buď k vypuzení všeho, co jedinec snědl nebo k upnutí se k nadměrnému cvičení.

Příčinou přejídání velmi často bývají emoční změny. Jedinci s mentální bulimií vykazují nižší schopnost ovládnutí vlastních emocí, nerozumí svým negativním náladám a nedokáží je zmírnit. Je pro ně obtížné i popsat své vlastní pocity. (Hayaki, 2009)

Počátečním impulsem bulimického chování je snaha zhubnout. Touha po jídle je ale tak vysoká, že se proces záchvatovitého přejídání a následného úmyslného vyprazdňování stane návykovým a jedinec tímto způsobem řeší všechny své problémy. (Hall, 2003, s. 3)

5.2 Historie

Kořeny této poruchy opět sahají daleko do minulosti. Rozdíl mezi bulimickým chováním v době minulé a době dnešní vězí v tom, že dnes je toto chování následkem touhy po štíhlé postavě, zatímco dříve bylo spíše jevem kulturním.

Staří Římané byli známí pro své bohaté hodování. Po těchto hostinách byli však tak přejedeni, že své přeplněné žaludky odlehčovali zvracením. Pro tento rituál měli i speciální místnost zvanou vomitorium⁸.

Egyptané pročišťovali svůj organismus pomocí klystýru každý měsíc, protože věřili, že jídlo je původcem nemoci.

⁸ Vomitus (latinsky) = zvracení

S dnešní podobou bulimie se setkáváme až ve století dvacátém. V roce 1979 popsal Dr. Russell ve své studii případ studentek severoamerických univerzit, které zkonsumovaly velké množství jídla a poté si záměrně navodily zvracení.

K velkému nárůstu výskytu bulimie pak dochází v osmdesátých letech dvacátého století. (Webster, 2008)

5.3 Diagnostická kritéria

Pro diagnostikování bulimie musí být splněny tyto podmínky:

1. Obrovská touha po jídle, přejídání se a konzumace velkého množství jídla během krátké doby.
2. Vyvolání zvracení, užívání laxativ, diuretik nebo anorektik, střídavé hladovění apod., to vše ve snaze ubránit tělo následkům přejídání.
3. Jedinec má chorobný strach z tloušťky; přesně si vymezí váhu, která je nižší než hmotnost optimální.

U většiny bulimiků (bulimiček) proběhla v minulosti anorexie. (Novák, 2010, s. 11)

5.4 Klinický obraz

„Většina lidí trpících bulimií pochází z rodin, kde nejsou dostatečně naplňovány emoční, fyzické či duchovní potřeby jejich členů. Například v některých rodinách není zvykem verbálně vyjadřovat pocity a komunikační schopnosti jejich členů jsou celkově nízké.“ (Hall, 2003, s. 6)

Důvody, proč se muž nebo žena, chlapec nebo dívka začne přejídat, se různí. Touha sáhnout po jídle, jako po pomocném prostředku, může nastat ve chvílích, kdy se jedinec cítí vyčerpaný nebo nešťastný, může to být i následkem velkého tlaku, který na něj klade okolí (například potíže doma, ve škole, problémy v práci apod.) nebo dojde i na situace, kdy se člověk cítí osamělý, nemilovaný nebo ošklivý. Únik od těchto situací tedy hledá v jídle, které je vždy po ruce a které jeho deprese a negativní nálady alespoň zmírní. (Göckel, 2008, s. 24)

Následuje nezměrné přejídání, které je vzápětí střídáno výčitkami, jejichž řešením je vyzvracení všeho zkonsumovaného, úporné cvičení a jiné. Tyto stavy jsou pro jedince bolestivé a vyčerpávající, často po nich usíná. I fakt, že se jeho chování protiví i jemu samému ho ale neodradí od toho, aby svůj čin později opět zopakoval. Ocitne se tak v začarovaném kruhu, ze kterého těžko hledá úniku. (Cassuto, 2008, s. 62)

5.5 Zdravotní důsledky

Zdravotní důsledky mentální bulimie jsou velmi podobné jako důsledky mentální anorexie (viz 4.5). Jmenujme ale několik pro bulimii typických znaků:

- Důsledkem přejedení je obtížné dýchání (vyvolané tlakem na bránici), plynatost, zácpa, průjem.
- Zvracení je často vyvoláno pomocí prstu nebo nějakého předmětu, například kartáčku na zuby. Tímto postupem dochází ke zranění krku a jícnu, do kterého se poté může snadno dostat infekce.
- Zvracení je příčinou opuchlého obličeje, protože dochází k otokům slinných žláz pod čelistí.
- Zubní sklovina je poškozena žaludečními šťávami a častým čištěním zubů.
- Nadměrné užívání projímadel je příčinou poškození tlustého střeva. (Krch, 2003a, s. 29-30)

5.6 Léčba

Metody léčby poruch příjmu potravy byly popsány v kapitole 3.4. Při léčbě mentální bulimie je nejúspěšnější metoda kognitivně-behaviorální, která pomáhá pacientovi znovu převzít kontrolu nad přejídáním a pomáhá mu vytvořit si zdravé jídelní návyky. Součástí této terapie mohou být například i úkoly, kdy si pacient vede deník, ve kterém uvádí, jaké potraviny snědl a jaké bylo jejich množství. Tato metoda je velice cenná jak pro pacienty, tak pro terapeuta, který má přehled o pacientově počínání.

Pro pacienty s mentální bulimií je stejně důležitá návštěva dentisty, protože (jak již bylo zmíněno) časté zvracení nevratně zhoršuje stav zubní skloviny. (Vitale, 2009)

V následujících dvou kapitolách je uvedeno několik nejčastějších faktorů, které se mohou podílet na vzniku některé z poruch příjmu potravy. Tyto faktory lze rozdělit na dvě hlavní skupiny, a to individuální faktory (kapitola 6) a sociální vlivy (kapitola 7).

6. Individuální faktory

Existuje řada individuálních faktorů, které lze považovat za jedny ze spouštěčů poruchy příjmu potravy. V následující kapitole jsou popsány autory odborné literatury nejčastěji uváděné faktory.

Věk a pohlaví

Jak už bylo řečeno v kapitole 3, ženy onemocní poruchami příjmu potravy mnohem častěji než muži, což už bylo dokázáno i mnoha výzkumy. Muži léčící se s touto poruchou jsou spíše výjimkou. Proto se i pohlaví jedince stává rizikovým faktorem.

V období dospívání dochází u žen k přibývání tělesného tuku, zatímco u mužů narůstá svalová hmota. To je důvod, proč muži nejsou tolik ohroženi poruchami příjmu potravy- nemají potřebu držet diety. (Krch, 2004, s. 14- 16)

Nízké sebevědomí

Je prokázáno, že nízké sebevědomí a porucha příjmu potravy jsou úzce propojeny. Sebedůvěra a úspěch v životě jsou podmíněny mírou sebevědomí, a to není u každého stejné, protože se s ním nerodíme, ale budujeme si ho během života.

První poznatky o své osobě dostáváme od rodičů a blízkých osob, ale další utváření je otázkou každého jednotlivce. (Eating-disorder.org)

Nepříznivé životní události jako důvody vzniku poruchy příjmu potravy

I negativní zážitek z minulosti je často podnětem k propuknutí nemoci. Nejde však o událost jednorázovou, ale o opakovaná dění, která jedinec špatně snáší, a která v něm zanechávají hlubokou ránu. Podle výzkumů měly pacientky s anorexií i bulimií podobné množství negativních zážitků, ale u pacientek s anorexia nervosa byly zážitky častěji spojené s jejich sexualitou, pociťovaly znechucení, stud nebo ohrožení vlastní cudnosti. „Příkladem je vztah s ženatým mužem, který byl proti dívčinyým zásadám, nebo první milování, po němž už o sobě chlapec nedal nikdy vědět.“

Mezi další nepříznivé životní události patří vleklé problémy v rodině, jako rozpory mezi rodiči nebo dlouhodobé onemocnění člene rodiny, které narušilo rodinné fungování.

Patří sem i zvýšený tlak rodičů na dítě ve snaze donutit ho k vyšším akademickým nebo sportovním výkonům bez ohledu na schopnosti a předpoklady dítěte. Stresující dopady má i rozhovor o sexualitě dřív, než je na něj dítě připraveno nebo naléhání na dceru, aby se chovala dostatečně žensky v době, kdy je ještě více dítě, než žena.

Rozhodujícím faktorem je odolnost dítěte, tedy to, jak jednotlivé negativní situace zvládá. Není pravidlem, aby se nemoc vyvinula u každého, kdo si prošel stresujícím obdobím v životě. (Papežová, 2010, s. 40- 41)

Vliv sexuálního zneužívání na vznik poruchy příjmu potravy

Zprávy o znásilnění se ve zprávách objevují velmi často a většinou jsou oběťmi těchto činů ženy. V souvislosti mezi znásilněním a následným propuknutím poruchy příjmu potravy už bylo provedeno několik studií. Nelze s jistotou tvrdit, že u každé znásilněné ženy se časem tato nemoc projeví, ale u mnoha z nich tomu tak bylo. Důvodem je pocit, že když už se neubránily násilníkovi, mohou alespoň ovládnout své tělo.

„Moje tělo patří jenom mně. Mám plně pod kontrolou, co jde dovnitř i ven.“ Touto formou tak žena trestá svoje tělo za to, že jí způsobilo psychické utrpení z fyzického napadení. Tělo je viníkem.

Druhým vysvětlením takového chování je, že se žena snaží otupit pocity, které měla s daným aktem spojené.

„Porucha příjmu potravy může být také prostě útočištěm, kde se lze ukrýt před bolestí či strachem ze špatného zacházení.“

U bulimiček je proces násilného zvracení jakousi formou vyjádření vzteku, uvolnění zlosti a sebenávisti. (Hall, 2003, s. 12, 18)

Stav utvrzeného negativismu (SUN)

Tento pojem používá ve své knize P. Claude-Pierre. Jde o myšlenkové pochody, které se odehrávají v mysli osob s poruchami příjmu potravy. Předpoklady pro vznik tohoto jevu vznikají už v dětství, což ale neznamená, že se v budoucnu objeví porucha stravování u každého jednotlivce. Autorka ale dodává: *„Na druhou stranu jsem přesvědčena, že oběť poruchy příjmu potravy musí mít SUN; SUN je základem této choroby. Anorexie nebo bulimie je jen příznakem- SUN je podstatou, kterou je třeba odstranit“*

Na počátku se objeví pochyby, nerozhodnost nebo sebekritika, které jsou pozitivně uvažujícím člověkem lehce překonány. Pokud se ale takové myšlenky projeví u osoby

s poruchou příjmu potravy, která má tendenci vidět vše kolem sebe v negativním světle, vytvoří se v hlavě této osoby jakýsi vnitřní hlas, který mnohonásobně zveličuje veškeré záporné myšlenky; dochází tak k přehnané sebekritice, prohloubenému zoufalství a trestání sebe samého. Negativní mysl postupně přebírá vládu nad nemocným jedincem, který se trápí nad situacemi, ze kterých pro něj není jiného úniku, než smrti, protože je sám není schopen vyřešit.

Podle autorky jsou lidé s vrozenými předpoklady k negativismu velmi citliví k potřebám všech lidí (v okolí i ve světě)- dokonce to nazývá „*přemrštěnou odpovědností*“. Trápí je nejen osobní problémy sestry nebo rodičů, ale i chudoba, otázky životního prostředí a jiné. A protože je jejich mysl ovládána jejich nemocí, neuvědomují si, že tyto problémy nejsou schopni vyřešit (protože jsou to například záležitosti celosvětového měřítká, na které jeden sám nestačí). (Claude-Pierre, 2001, s. 52- 57, 62- 64)

Odpor k dospívání

Jedním z důvodů, které mohou přispět ke vzniku problému ve stravování je i ten, že se mladý člověk brání myšlence na život dospělého. Dospělí nemají mnoho volného času, který by mohli věnovat sami sobě a svým aktivitám. Mají starosti se zaměstnáním, bydlením, rodinou a musí nést odpovědnost za své činnosti. Což je pro dospívající, kteří tolik povinností ještě nemají, neatraktivní představa- nevyplatí se být dospělým, protože je to spíše újma než zisk.

To, jestli k takovému způsobu uvažování dojde, záleží v největší míře na vzoru rodičů a nejbližšího okolí. Jestli je život rodičů hektický a ještě k tomu mají například i ne příliš ideální vztah, je pravděpodobné, že si jejich dítě pomyslí, že takhle dopadnout nechce, a že život dítěte je mnohem jednodušší a lepší. A i tato myšlenka může být podnětem pro rozvoj mentální anorexie- tím, že dítě přestane jíst, zabrání dalšímu vývoji svého těla, tudíž oddaluje přechod od dětského k dospělému.

S dospělostí je spojena i sexualita, což může být další důvodem rozvoje anorexie. Dospívající se brání sexuálnímu vývoji- vývoji svého těla, které by přitahovalo pozornost okolí. Vyhublé anorektičky nevytváří dojem ženskosti, tudíž nejsou pro muže tak žádoucí. (Leibold, 1995, s. 57)

První individuální faktor (věk a pohlaví) je lidskou vůlí neovlivnitelný. Další, z šesti jmenovaných faktorů, ovlivnit částečně lze. Základem pro zdravý vývoj a zdravé

smýšlení jedince je nesporně prostředí, ve kterém žije. Od malička hraje nejdůležitější roli v rozvoji osobnosti rodina, později škola a další společenské instituce.

Sociálním vlivům, ve spojitosti se vznikem poruch příjmu potravy, se věnuje následující kapitola.

7. Sociální vlivy

Pojem sociální vlivy skrývá širokou škálu činitelů. Mezi sociální skupiny, které mají na jedince nejsilnější vliv (který je ne vždy pozitivním) patří rodina a vrstevníci. Nemalý podíl na smýšlení jedince má ale i společnost a média. V této kapitole je popsáno několik dílčích faktorů v rámci těchto čtyř skupin.

7.1 Rodina

Rodina je definována jako základní společenská skupina. Členové rodiny na sebe navzájem působí, ať už záměrně nebo nechtěně. Dítě od nejútlejšího věku sleduje vztahy mezi rodiči, jejich postoje a názory. V následující části je popsáno několik negativně působících rodinných hledisek.

Ženský gender

Někteří odborníci tvrdí, že prezentace ženského genderu v rodině ovlivňuje sklon k poruše příjmu potravy. Dívky jsou zklamané, jsou-li rodiči nedoceňovány, nebo je-li bratrova snaha oceňována větší měrou. To, jak dívka přijme svoji genderovou roli, závisí na několika aspektech, a to na míře respektu k vlastní matce, spokojenosti matky se svojí rolí a vztahu mezi matkou, manželem a společností. Při snaze o změnu tradičních genderových rolí naráží na překážky a uvědomuje si, že je pro ni ženské pohlaví spíše nevýhodou- ženské role (matka, manželka, žena v domácnosti) zůstávají stále poměrně nerespektovány. (Novák, 2010, s. 24)

Hladový trojúhelník

L. Trapková hovoří v Čálkové knize *Psychoterapie* o tzv. hladovém trojúhelníku, což je situace v rodině, kdy všechny tři strany (matka, otec a dítě) strádají. Každému členu rodiny chybí něco pro život velmi důležitého.

Žena, která většinu svého života strávila péčí o rodinu, začíná být unavená, pociťuje nedostatek péče a emocí věnované jí samé. Svému manželovi se začíná odcizovat po všech stránkách, včetně ztráty zájmu o sexuální život.

Muž její chování často nechápe nebo je připisuje náladovosti. V této situaci si neumí poradit a časem začíná i on strádat, protože už mu jeho žena nevěnuje takovou pozornost, jako byl zvyklý.

Do této neideální situace mezi rodiči se staví jejich dospívající dcera, která vidí na jedné straně svoji vyčerpanou matku (která neustále zdůrazňuje, jak to má jako žena v životě těžké). Na straně druhé je tu otec, jehož pochopení se dceři také nedostává. Výsledkem této situace je zastavení vývoje zrající dívky, „*chybí jí k růstu základní živiny jak ze strany matky, tak otce. Obraz mentální anorexie je toho logickým zhmotněním. Tělo se rozhodlo, že nebude růst.*“ Dcera zkrátka nechce dospět do takové situace, v jaké je její matka; do situace, kterou má denně na očích. (Čálek, 1995, s. 117- 118)

Vztah matka - dcera - jídlo

Mnohé z matek si v mládí prošly situací, kdy jim byla vytýkána jejich nedokonalá postava. Ten nepříjemný pocit si dobře pamatují, a proto se snaží od této situace za každou cenu ochránit svoji dospívající dceru nebo syna. Někdy až nepřiměřeným způsobem- přísně hlídají, jaké potraviny se v domácnosti jí, sestavují jídelníčky a tučná a sladká jídla zakazují úplně, což přirozeně vede ke známému rčení- zakázané ovoce nejvíce chutná.

Na druhé straně jsou tu matky, které ve své dceři vidí samy sebe. Prodlužují si tak své mládí tím, že dceru stylizují k obrazu svému- krásná a přitažlivá přesně podle jejich představ. A taková matka přeci nemůže být pyšná na dceru, která neplní její ideální představy a prohřeší se např. tím, že přibere, protože dostatečně nekontrolovala, kolik jídla sní. (Cassuto, 2008, s. 39)

Je prokázáno, že mnoho matek, jejichž potomci trpí poruchou příjmu potravy, samo drží diety. Takové matky doma často mluví o kaloriích, dietních jídlech a sebekontrolole. Není tedy divu, že jejich dítě uvažuje stejným způsobem a stejně kontroluje svůj příjem kalorií. (Schneiderová, 2004, s. 79)

Sourozenec s poruchou příjmu potravy

Pokud se některá z poruch v rodině vyskytuje nebo vyskytovala, jsou v ohrožení i další členové rodiny. Například má-li starší sestra problémy s jídlem (a tudíž veškerou pozornost rodičů, kteří se o ni strachují) může mladší sestru (která se cítí odstrčená) napadnout, že pozornost rodičů získá zpět, bude-li mít problém stejný. (Černá)

Rodina a anorexie versus rodina a bulimie

M. Maloney ve své knize *O poruchách příjmu potravy* rozlišuje znaky typické pro rodinu anorektiček a rodinu bulimiček.

Anorexie se podle něj většinou objevuje v rodinách, které na svá okolí působí jako harmonické až perfektní. Matky se snaží svým dětem věnovat veškerou pozornost a totéž čekají na oplátku od nich. Často také zastávají názor, že dokonalost je velmi důležitá, a tento názor vštěpují i svým potomkům. Perfekcionističtí rodiče jsou potěšeni pouze v případě, kdy jejich dítě plní jejich představu a to tak, že nosí výborné známky, je úspěšné ve sportu nebo v jiných aktivitách a chová se, jak se sluší. Dítě se tak dostává do složité situace. Je unavené z neustálého soutěžení, ale zároveň si pocit z vítězství oblíbilo. V takových případech se pak anorexie stává soubojem se sebou sama, soutěží v odpírání jídla. Dítě ukládá cíle samo sobě, a protože je zvyklé vítězit, dokáže udělat cokoli i proto, aby bylo nejhubenější nebo snědlo nejméně, v porovnání s ostatními.

Na druhé straně stojí bulimičky. Ty podle Maloneyho nebyly rodinou dostatečně naučeny zvládat stresové situace, byly vedeny k tomu, že veškeré negativní podněty (jako úzkost nebo napětí) musí být potlačeny. A tak „*bulimička odsuzuje sebe samu kvůli svým jídelním návykům, ale je to pro ni přijatelnější, než si připustit skutečné obavy a frustrace.*“ (Maloney, 1997, s. 69- 71, 94- 95)

Komunikace v rodině

Správná komunikace je víc než důležitá, nejen v tomto případě. Dojde-li k situaci, kdy rodiče nedokáží s dítětem najít společnou řeč a jejich komunikace se omezuje pouze na témata ohledně chodu rodiny, dospěje dítě k závěru, že jeho názory a pocity nikoho nezajímají. I tato situace může skončit rozvinutím poruchy příjmu potravy u dítěte, které tak vyjadřuje své názory; našlo možnost, jak sdělit světu, že něco není v pořádku. (Černá)

Problémové rodiny

V rodinách, kde má rodič problémy s alkoholem nebo drogami, je role tohoto rodiče často přesunuta na dítě, od něhož se očekává, že se své nové funkce plně ujme. Je ale opomíjeno to, že dítě má být dítětem, nikoli rodičem. Pokud je odpovědnost vložena na dítě větší, než může samo unést, může začít hledat útěchu v jídle- „*chce mezi sebe a svět postavit určitou ochrannou vrstvu, vrstvu tuku, která ji bude chránit před potřebami,*

keré nedokáže uspokojit, a před požadavky, které nedokáže zvládat. Podobná reakce může dospívající dívku přivést k záchvatovitému přejídání“ (Maloney, 1997, s. 14)

7.2 Vliv vrstevníků

Na druhém stupni základní školy se mladí lidé dostávají do fáze, kdy je pro ně důležitým hlediskem názor kamarádů a spolužáků. Mnohdy mu přikládají větší váhu než vlastnímu pocitu. Ironická poznámka nebo urážka ze strany kamaráda může napáchat obrovské škody. Krutost některých dívek je až překvapující, s ledovým klidem řeknou nejlepší kamarádce, že vypadá tlustá, nebo že za poslední měsíc dost přibrala. Chlapci dělají v tomto věku narážky spíše na děvčata, která jsou již vyspělá a mají typicky ženské křivky.

Podobné narážky bývají používány i v sourozeneckém kruhu, kdy při různých šarvátkách padají opět nevhodné nadávky. V tomto případě je na rodičích, aby svým potomkům domluvili a upozornili je, kam až takové ponižování může zajít.

Pocit ponížení, který tyto situace vyvolávají, si člověk s sebou často nese po celý život. (Cassuto, 2008, s. 36, 42- 43)

7.3 Vliv společnosti

Dnešní společnost bohužel zastává názor, že hubený člověk rovná se lepší člověk. Lidem trpícím nadváhou jsou často neprávem přisuzovány negativní vlastnosti jako lenost a neschopnost. Strach, že se člověk dostane do situace, kdy bude společností neprávem odsouzen jako neschopný, může vést k tomu, že začne nakládat s jídlem takovým způsobem, který může skončit až poruchou příjmu potravy. Články následující podkapitoly popisují vztah mezi poruchou příjmu potravy a společností.

Vnímání krásy ženského těla společností v průběhu dějin

Požádáte-li více lidí, aby definovali krásnou ženu, budou se jejich názory v některých detailech určitě lišit. Jeden rys však bude (s téměř stoprocentní jistotou) u všech stejný, a to ten, že by krásná žena měla být štíhlá. Ať chceme nebo ne, hezká postava je trend dnešní doby. Ne vždy tomu ale tak bylo.

Už dlouhá léta obdivujeme krásky z časopisů. V dobách, kdy noviny, časopisy a magazíny svět neznal, byla krása propagována prostřednictvím soch a portrétů- jsou tedy předchůdci těchto módních plátků. A už i s těmi se ženy tehdejší doby ztotožňovaly a napodobovaly je, aby tak zaujaly své okolí, především muže. To vše za jediným cílem- dobře se vdát. „*O ideálu krásy rozhodovali vždy stejní muži: králové, vládcí, kněží, obchodníci a umělci. Žen se na jejich mínění ptali zřídka.*“ (Schneiderová, 2004, s. 74)

Každý Čech jistě ví, jak vypadá Věstonická Venuše. Tato pravěká soška se pyšní plnými tvary, které byly symbolem ženství a mateřství a byly tedy náležitě oslavovány. V gotice byly naopak vyobrazovány ženy výrazně pohublé, což mělo symbolizovat jejich křehkost.

V renesanci byly ideálem ženy na dnešní dobu tlusté, s velkými prsy a boky. (Anabell.cz)

Plnoštíhlé tvary byly oslavovány a zvětčovány i barokními malíři, například Rubensem, který u žen kladl důraz na velké břicho, jakožto na symbol plodnosti a mateřství, protože nejdůležitějším posláním ženy té doby bylo rodit potomky. (Bröhmová, 1999, s. 7)

Devatenácté století s sebou přináší hned dva negativní módní hity. Tím prvním je oblíbenost dámských korzetů, které dávaly figuře ideální štíhlý tvar. A i přes fakt, že byly zdrojem poškození páteře a vnitřních orgánů, zůstal tento módní doplněk populárním velmi dlouho. Druhým hitem tohoto století je tzv. „*romantizace a idealizace tuberkulózy*“, kdy ženy na tvář používaly bílý pudr, pily citrónový džus a ocet, aby ztratily chuť k jídlu, a aby působily jako nemocné, což bylo symbolem ušlechtilosti a jemnosti. (Novák, 2010, s. 33)

Zásadní změna ale přichází se stoletím dvacátým, kdy oblé tvary přestaly být pro ženy symbolem krásy, ba naopak. Hitem doby byla postava štíhlá, skoro až chlapecká, dlouhé nohy a malá prsa. Tančil se charleston a nosily se rovně střižené šaty, v nichž právě tato postava nádherně vynikala. V této době se ženy stávají emancipovanějšími a kladou větší důraz na svůj zevnějšek, který je jejich vizitkou. (Bröhmová, 1999, s. 7- 8)

Dalšími dvěma mezníky ve vnímání krásy ženského těla jsou léta padesátá a šedesátá. V padesátých letech se opět dostává do módy oblejší postava jakožto symbol poválečného blahobytu. Ikonou této doby byla Marilyn Monroe.

Jejím opakem byla anglická modelka šedesátých let Twiggy, která se „pyšnila“ mírami 79-56-81, tedy postavou opravdu velmi štíhlou, připomínající spíše děvčátko než mladou ženu. (Anabell.cz)

V osmdesátých letech se populárním stává fitness a zdravý životní styl, k nimž samozřejmě patří vypracovaná postava. Idolem této doby je herečka Jane Fonda, která se později přiznala, že po celou dobu její hvězdné slávy trpěla bulimií.

V letech devadesátých se na scéně objevuje anglická modelka Kate Moss se svojí vyzáblou, plochou a neopálenou postavou. Od samého počátku její kariéry se spekuluje, zda trpí či netrpí anorexií a ačkoli to nikdy sama veřejně nepřiznala (protože by si tím jisto jistě zničila svoji hvězdnou kariéru) je naprosto jasné, že podváhu má. (Bröhmová, 1999, s. 9, 108)

Dnešní doba je stále více ovládána reklamou a médií, ve kterých se objevují převážně (nebo dokonce jen) ženy štíhlé, v módním průmyslu můžeme mluvit až o ženách doslova vychrtlých. Největším extrémem, který se dostal na billboardy mnoha zemí, byla francouzská modelka Isabele Caro, která se stala tvářích kampaně firmy Nolita varující především teenagery před důsledky anorexie. V době foci nemoci trpěla už několik let a vážila pouhých 31kg. Tato kampaň ji velmi proslavila, což jí dále umožnilo vystupovat v různých talk-show a dokonce i vydat knihu s názvem *The Little Girl Who Didn't Want to Get Fat* (Dívka, která nechtěla ztloustnout). Isabele nakonec této nemoci ve svých osmadvaceti letech podlehla. Autorka článku *Our disgusting appetite for anorexia chic* (P. Laurie) říká: „*Tisk to možná nepřizná, ale anorexie je v módě.*“ (Laurie, 2011)

Caro se za svůj vzhled dlouho styděla, ale nakonec s fotografováním souhlasila, protože chtěla ukázat, kam až může touha po štíhlé postavě zajít. Kampaň (vzniklá v italském městě módy) měla za úkol ukázat světu, že právě módní průmysl má obrovský podíl na vzniku těchto nemocí. Billboardy budily různé ohlasy, ale celá kampaň byla pozitivně přijata jak ministerstvem zdravotnictví v Itálii, tak i většinou módních návrhářů. (Papežová, 2010, s. 312)

„*V současné době je ideál krásy štíhlý natolik, že ho lze často dosáhnout a propagovat jen pomocí techniky (virtuální realita pomocí počítačů), pomocí operací (umělá poprsí, umělá zúžení pasu dokonce za cenu vynětí posledních žeber) ignorující potřeby zdravého organismu.*“ (Papežová, 2003, s. 19)

Riziková prostředí

V dnešní době je stále více odvětví, kde je štíhlá postava důležitá. Mezi osoby, které si musí udržovat nízkou váhu kvůli zaměstnání, patří: sportovci, atleti, tanečníci, modelky a většinou i herci. Ti všichni jsou ve zvýšeném riziku vzniku poruchy příjmu potravy. (Vitalion.cz)

„Před dvaceti lety vážila modelka průměrně asi o 8 % méně než průměrná žena. Dnes tento rozdíl činí celých 23 %! Zatímco průměrná populace tloustne a je nutné tomu přizpůsobit i současné míry konfekčních velikostí šatů, jsou naše idoly stále vyzáblejší.“
(Göckel, 2008, s. 104)

Jako jedno z rizikových prostředí Bröhmová uvádí i internáty. Rodiče jsou daleko od svých dětí a učitelé a vychovatelé se svými žáky netráví až tolik času, aby si u nich všimli změny chování a stravování. Omezený dohled jim dává možnost předávat si tipy na snížení váhy, které nejsou vždy úplně nejrozumnější. (Bröhmová, 1999, s. 51)

Jsou poruchy příjmu potravy exkluzivní poruchou?

Krch (2003) vyvrací názor, že by poruchy příjmu potravy měly v dnešní době spojitost s vyšší sociální vrstvou. Podle jeho názoru nelze o anorexii nebo bulimii uvažovat jako o exkluzivní poruše. Tato myšlenka byla podpořena odhalením těchto nemocí u osobností jako např. princezna Diana nebo Andrey Hapburn a spekulacemi u množství současných modelek. Ale svět se změnil a i lidé z nižších vrstev považují štíhlou postavu za mnohem žádoucí. (Krch, 2003a, s. 35)

Konflikty s okolím

Každý člověk má své sny, přání a očekávání. Jejich plněním si formuje i část svého sebevědomí. Někdy se ale, ve snaze o jejich naplnění, dostává do situací, kdy musí pro dosažení vytyčeného cíle řešit různé konflikty (např. s okolím). Některým připadá tato situace příliš těžká a nesplnitelná (zvláště pokud pochází z rodiny, kde jim nebyl dán prostor pro to, aby se problémy naučili vyřešit sami, kde veškeré konflikty řešili rodiče). Jsou frustrováni vlastním neúspěchem a mohou se dostat do situace, kdy sáhnou po jídle (jako po uklidňujícím prostředku) nebo si naopak jídlo zakáží (jako trest za vlastní neschopnost). I to může být jedním z podnětů k rozvoji poruchy příjmu potravy. (Leibold, 1995, s. 22)

7.4 Média

Média mají v dnešním světě neskutečnou sílu. Podle mého názoru si často ani autoři některých článků nebo reklam neuvědomují, jaký dopad může jejich dílo vyvolat.

„Jakmile si vaše dcera dobře prohlédne svůj odraz v zrcadle, přenesse se v myšlenkách ke vzoru, kterému by se chtěla podobat. Čeká, že v zrcadle uvidí vlastní tělo, které se bude velmi blížit její představě ideálu krásy.“ Ale realita není vůbec taková. Touto srovnávací etapou si prochází snad každý, jenže žijeme v době, kdy (nejen) na mladé lidi působí tlak médií stále silněji a tím tak více a více deformuje jejich vnímání sebe sama. *„Dospívající jsou tak odsouzeni k neustálé nespokojenosti.“* Mladý člověk je zmatený. Do této situace ještě stále vstupuje obraz mediální krásy, která číhá na každém rohu (reklamy v časopisech a novinách, spoty v televizi, plakáty na ulicích) je těžké té lákavé představě o dokonalosti odolat, a pokud jí jedinec podlehne, dostává se do pastí, ze které pak těžko hledá úniku. (Cassuto, 2008, s. 27)

Média obecně vytváří obraz, že pokud budeme dodržovat jimi uložené postupy, diety a cvičení, dosáhneme onoho propagovaného vzhledu. Jako bychom si snad mohli vybrat, jak budeme vypadat. Jenže lidské tělo tak lehce nefunguje, což si mnoho lidí, kteří neustále kupují dietní knihy, dia-výrobky, zeštíhlující kosmetiku nebo časopisy se zaručeně osvědčenými tipy, neuvědomuje, a tak firmy v tomto oboru vydělávají každoročně obrovské jmění. (Kocourková, 1997, s. 60)

Kdybychom všichni byli se svojí postavou a vzhledem spokojeni, bylo by pro firmy zbytečné uvádět na trh nové výrobky, a tím pádem by přišly o své lehce vydělané miliony. Proto hospodářské odvětví vydělávající na kráse propaguje nedosažitelný ideál- jen tak budou ženy a dívky nespokojené, a jen tak budou dále kupovat propagované výrobky a utrácet tisíce korun. (Schneiderová, 2004, s. 77)

Vliv internetu

„Pro-anorektické weby se zdají být logickým důsledkem trendu současné společnosti, v níž je drasticky propagován štíhlý ideál krásy.“ (Novák, 2010, s. 71)

Internet je médium, bez kterého si mnoho z nás nedokáže svoji práci představit, a někteří s ním pracovat dokonce musí. Už i žáci nejnižších stupňů základních škol

s internetem obratně pracují. Na internetu jsou k nalezení všechny potřebné informace z mnoha odvětví, což je v některých případech ne úplně dobré.

90% procent studentů ve věku 12 až 20 let internet denně používá a více než polovina z nich si zde ověřuje své postoje, názory, atd. Existují desítky, možná i stovky, různých internetových stránek, kde se dají najít „zaručené“ osvědčené tipy na hubnutí a existuje i množství tzv. pro-anorexia a pro-bulimia stránek, kde jsou tyto poruchy předkládány nikoli jako nemoc, ale jako určitý životní styl. S propagací tohoto životního stylu na internetu bojují firmy po celém světě, jsou ale rušeny jen ty webové stránky, kde je víc než jasné, že jde o propagování přímého ohrožení lidského života. V jiných případech je tato situace odborníky řešena tak, že stránky doplní informacemi o škodlivosti a dopadu takového jednání. (Papežová, 2010, s. 313)

Jedinou částečnou výhodou, kterou pro-stránky mají, jsou informace pro lékaře a odborníky poskytované přímo pacientkami. Touto cestou lze tedy získat určitý vhled do psychiky pacientek, což pomáhá při hledání nových postupů v léčbě.

Na druhé straně jsou tu weby zotavovací, které na anorexii a bulimii nahlíží jako na skutečně nebezpečnou nemoc a snaží se poskytnout informace k této problematice. Problémem zotavovacích internetových stránek je, že jsou vytvářeny rodiči a odborníky, což je pro mladé lidi nudné a neatraktivní. Škodlivost pro-portalů je těžké hmatatelně dokázat. Pokusili se o to i vědci ze Stanfordské univerzity. (Novák, 2010, s. 69)

V letech 1997 až 2004 byla na americké univerzitě ve Stanfordu provedena studie zkoumající užívání pro- a zotavovacích-internetových stránek adolescenty, kteří poruchou trpí, a jejich rodiči. Výzkumu se zúčastnilo celkem 698 rodin s potomky ve věku 10-22 let. Cílem projektu bylo zjistit znalost a užívání obou typů stránek.

Výsledky byly nakonec získány od pouhých 182 jedinců (76 pacientů a 106 rodičů). Přes 50 % rodičů si bylo vědomo existence pro-stránek, ale nebyli si jisti, zda jejich děti tyto stránky navštěvují. 96 % pacientů uvedlo, že se na pro-stránkách dozvědělo řadu nových „očist'ujících“ technik, ale jen polovina z nich se dozvěděla nové informace na stránkách zaměřených na snahu pomoci při léčbě. Uživatelé obou typů stránek byli hospitalizováni mnohem víckrát než ti, kteří stránky vůbec nenavštívili.

Výsledek výzkumu ukázal, že uživatelé pro-stránek byli hlavně adolescenti trpící poruchou příjmu potravy. Prohlížení těchto stránek rozhodně mohlo mít dopad na

kvalitu životního stylu této skupiny už jen tím, že zde získávali nové rady a tipy vedoucí k úbytku váhy. (Wilson, 2006)

Uživatelé podobných stránek by měli sami sobě položit otázku, zda je pro ně lepší internetová rada od někoho, kdo trpí stejným problémem, anebo pomoc opravdového odborníka, který rozumí podstatě nemoci. V případě internetového vyhledávání totiž nejde ani tak o nalezení pomoci jako spíše o nalezení někoho, kdo sdílí stejné problémy a trápení. Poruchy příjmu potravy by měly být posuzovány profesionály a ne nahodilými osobami, které mohou říct, cokoli chtějí bez ohledu na to, co je dobré, vhodné a zdravé. Správným prvním krokem k uzdravení je světit se rodiči, příteli nebo učiteli; zkrátka důvěryhodné osobě, která je ochotná pomoci. (Park, 2009)

U jedinců s poruchou příjmu potravy zjišťujeme jeden nebo více individuálních činitelů, které pro nemoc sloužili jako základ. K nim se postupem času přidaly další sociální faktory a stavu pacienta přihoršily.

Cesta k vyléčení začíná individuálním posouzením každého případu a pokračuje nalezením vhodného druhu léčby. (Leibold, 1995, s. 23)

Nemalou úlohu v předcházení vzniku tohoto onemocnění hraje prevence. Těžko říct, zda mají preventivní programy takovou sílu, aby zabránily výskytu nových případů onemocnění. Každý život, který je díky včasné preventivní péči zachráněn, je rozhodně výhrou. Právě proto je důležité v prevenci pokračovat. Tomuto tématu bude věnována kapitola číslo sedm.

8. Prevence poruch příjmu potravy

Šíření prevence se netýká pouze pracovníků prevenčních center a jiných podobných institucí. Obrovskou roli v prevenční péči hraje i rodina a škola.

Rodiče mají největší šanci svým dětem všítit jak se správně stravovat (třeba dodržováním společných obědů a večeří). Už odmala je vhodné potomky vést k tomu, aby měli rádi své tělo. Nejlepší cestou, jak své dítě správně nasměrovat, je být mu dobrým modelem. Rodiče musí s dítětem komunikovat a nebát se i závažných témat (jakými poruchy příjmu potravy určitě jsou). Informací o této problematice je na internetu obrovské množství, a tak není problém si je dohledat. Mladí lidé by také měli být upozorněni na to, že ne každou informaci, která je jim prezentována médii, musí brát jako pravdivou.

V rámci školního vzdělávání by učitelé měli dbát na to, aby žákům podávali objektivní informace- to znamená zmínit i všechny tělesné typy (nezaměřovat se jen na propagovaný ideál), zdůrazňovat význam zdravého životního stylu, zdravé výživy a pohybu. Dále musí informovat žáky o tom, jak může člověk dopadnout v případě, kdy se upne k dietám a odpírání jídla. Nakonec jsou to právě učitelé, kteří se svými žáky stráví velké množství času každý den, a tudíž by jim výrazná změna chování či tělesných proporcí měla připadat přinejmenším podivná. V takovém případě je jejich úkolem kontaktovat rodiče. (Engel, 2007)

V rámci prevence by škola měla plnit následující body:

- *„poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy,*
- *vést žáky ke zdravým stravovacím návykům,*
- *podporovat pozitivní sociální klima ve škole,*
- *vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.“*

(Primarniprevence.cz)

Preventivní programy jednotlivých škol se mohou částečně lišit. To, co je pro všechny školy stejné a povinné, je informovat žáky o poruchách příjmu potravy prostřednictvím vyučovacího předmětu Výchova ke zdraví (popř. Občanská výchova). Úkolem tohoto předmětu je naučit žáky správnému a zdravému životnímu stylu a tím pádem předejít

dvou extrémům- stále se rozšiřující obezitě a na druhé straně přílišné vyhublosti vedoucí až k mentální anorexii. Právě obézní lidé jsou často spojováni s hloupostí a neschopností, s nedostatkem silné vůle a sebekontroly. Prevence by tedy měla bojovat i proti těmto společenským předsudkům a učit žáky neposuzovat člověka podle fyzického vzhledu, ale podle jeho schopností a dovedností. (Marádová, 2007, s. 23)

V rámci prevence je důležitým bodem i zvýšení sebeúcty adolescentů. Vyšší sebeúcta totiž znamená menší výskyt depresivních nálad a redukci nepříznivého chování. S prevencí nízké sebeúcty by měli pedagogičtí pracovníci začít už na nižších stupních základní školy, aby tak předešli obvyklému poklesu v období adolescence. „*Vysoká sebeúcta pomůže dívkám lépe odolat sociálním a kulturním manipulacím, učiní je rezistentnějšími vůči propagaci ideálu štíhlosti a ochrání je před nadměrným zaujetím vlastní váhou a tělem.*“ (Novák, 2010, s. 76)

Vytvoření účinné prevence je v dnešní době stále obtížnější převážně díky nárůstu vlivu médií na mladou generaci. Největší překážkou je patrně internet, na který je dnes velmi snadný přístup a kde najdete doslova cokoli, včetně tisíců typů na rychlé hubnutí. V naší republice (v porovnání s dalšími evropskými státy) případy onemocnění anorexií stále více narůstají, a proto je nesnadným úkolem prevence snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Bodem, proti kterému se často bojuje, jsou vyumělkované fotky modelek, které se na nás smějí z billboardů a módních časopisů, a které mají počítačově upravenou vizáž; a tak to, co působí jako nevýslovná krása je spíše výborná technická práce počítačového mága. Je to virtuální ideál, kterého normálním, zdravým životním stylem nelze dosáhnout. (Papežová, 2010, s. 311)

Druhy propagace prevence se různí. Do boje proti těmto poruchám se dnes pouští i řada slavných osobností jako například už zmiňovaný italský fotograf Oliviero Toscani, který v roce 2007 v italském Miláně vytvořil šokující billboardy, jejichž fotky obletěly téměř celý svět. (viz kapitola 7.3 - Vnímání krásy ženského těla v průběhu dějin).

Pro co nejúčinnější prevenci je nutno držet krok s dobou, to znamená užívání moderních technologií, vhodného jazyka pro komunikaci s žáky, médii, odborníky apod. Je dobré vědět, co skupinu, na kterou se snažíme působit, zajímá a orientovat se ve světě mladých. Účinné je i uvést příklad ze svého okolí, ze světa celebrit a samozřejmě neustále zdůrazňovat škodlivost takového jednání. Cílem preventivních programů je zlepšení znalostí mladých lidí o této problematice. Dále také snížit zájem o diety a

naučit žáky mít rád své tělo takové, jaké je a v neposlední řadě naučit je pracovat s médií. (Papežová, 2010, s. 313)

Zaručená prevence neexistuje. Člověk by měl být vnímavý ke svému okolí. Mezi počáteční znaky, kterým je dobré věnovat zvýšenou pozornost (zvláště, jde-li o příbuzného nebo přítele) patří nízké sebevědomí, nespokojenost s vlastním tělem a dodržování diet. V takovém případě je dobrým prvním krokem popovídat si s daným jedincem o tom, co ho trápí a upozornit na problematiku poruch příjmu potravy, popřípadě vyhledání odborné pomoci. (Vitalion.cz)

8.1 Prevence v České republice

Primární prevence je v České republice, asi nejen podle mého názoru, velmi zanedbávaná. Základní informace jsou žákům a žačkám poskytnuty většinou pouze na základní škole a to ve velmi stručné verzi. O problému by se ale mělo mluvit nejenom obecně, ale rozhodně není od věci i přednáška nebo seminář vedený odborníci (např. lékařkou), použití obrazového materiálu nebo rozhovor s někým, kdo si tímto trápením prošel. Osobní kontakt je však nejpůsobivější. Na žáka zaručeně více zapůsobí osud nemocného nebo uzdraveného člověka, než video a výklad učitelky druhého stupně základní školy. (Raboch, 2004, s. 7)

Prevenčí poruch příjmu potravy se v České republice zabývá například Občanské sdružení Anabell, které připravuje přednášky a semináře pro základní, střední i vysoké školy vedené odborníky. (Medispot.cz)

9. Výzkumná část

V praktické části této diplomové práce jsem se zaměřila na žáky osmého a devátého ročníku dvou základních škol na Třebíčsku. Jde o školy poblíž mého bydliště.

9.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit odpovědi na dvě výzkumné otázky, a to:

1. Jak se liší náchylnost k poruchám příjmu potravy mezi dívkami a chlapci 8. a 9. tříd základní školy?
2. Jak se liší informovanost o poruchách příjmu potravy mezi dívkami a chlapci 8. a 9. tříd základní školy?

9.2 Hypotézy

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny následující hypotézy:

H0: V otázce spokojenosti s vlastním tělem není rozdíl mezi dívkami a chlapci.

H1: Chlapci jsou se svojí postavou spokojeni více, než dívky.

H0: Dívky i chlapci mají s držetím diet stejné zkušenosti.

H2: Dívky mají s dietami větší zkušenosti, než chlapci.

H0: Mezi dívkami a chlapci není rozdíl v kontrole množství denně snědeného jídla.

H3: Chlapci méně kontrolují, kolik jídla denně sní.

H0: Informovanost dívek i chlapců o poruchách příjmu potravy z médií se neliší.

H4: Dívky jsou o poruchách příjmu potravy informovány z médií více, než chlapci.

9.3 Dotazník

Výzkum byl proveden anonymním dotazníkem vlastní konstrukce.

Výhodou využití dotazníku ve výzkumu je velké množství oslovených respondentů během krátkého časového úseku. Respondenti mají dostatek času na promyšlení odpovědí, což je jak výhodou, tak nevýhodou.

Nespornou nevýhodou je důvěryhodnost odpovědí. Dotazovaní mohou odpovídat záměrně nepravdivě.

Během výzkumu bylo žákům zdůrazněno, že jde o dotazník anonymní, takže nemuseli mít strach z vyjádření odpovědí.

Dotazník se skládal z 22 otázek. Většina otázek byla uzavřených, to znamená, že žáci měli na výběr z několika odpovědí.

Otázky číslo 6, 11, 18 a 22 byly tzv. polouzavřené, kdy student mohl doplnit odpověď vlastní, pokud mu nevyhovovaly odpovědi nabízené.

Otázka číslo 15 byla otevřená- dotazovaní se mohli vyjádřit sami, bez předložené odpovědi.

Úkolem žáků u otázky číslo 16 bylo seřadit pět bodů podle toho, jak jsou pro ně v životě důležité.

Zaměření otázek v dotazníku je možno rozdělit do několika kategorií, a to:

- jak své tělo respondent vnímá (i ve vztahu k okolí)
- kontrola příjmu potravy a redukce váhy
- vliv mediálních prostředků v otázce omezování příjmu potravy
- informovanost žáků o problematice poruch příjmu potravy

Před finálním předáním dotazníků do škol jsem provedla průzkum- požádala jsem několik svých spolužáků a žákyni základní školy, aby si dotazník přečetli, zkusili vyplnit a upozornili mě na případné nejasnosti v zadání, abych tak měla jistotu, že jsou otázky pokládány dostatečně srozumitelně- že i žáci dobře pochopí, na co se ptám.

Dotazník je uveden v příloze diplomové práce (strana 80).

9.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro svůj výzkum jsem oslovila žáky osmých a devátých tříd dvou základních škol poblíž mého bydliště. Obě školy se nachází v menších městech (škola č. 1 ve městě s 8 tisíci obyvateli a škola č. 2 ve městě s 4 tisíci obyvateli).

Věkové rozmezí dotazované skupiny je tedy od 13 do 16 let. Tuto věkovou kategorii jsem zvolila záměrně, protože žáci druhého stupně základní školy jsou ve vyšším riziku vzniku poruch příjmu potravy (viz. 3.3).

Osloveno bylo zhruba 180 žáků. Některé z dotazníků byly po navrácení nepoužitelné – někteří žáci neodpověděli na otázky, které byly pro výzkum důležité. Jako podklad pro metodickou část bylo využito 177 dotazníků.

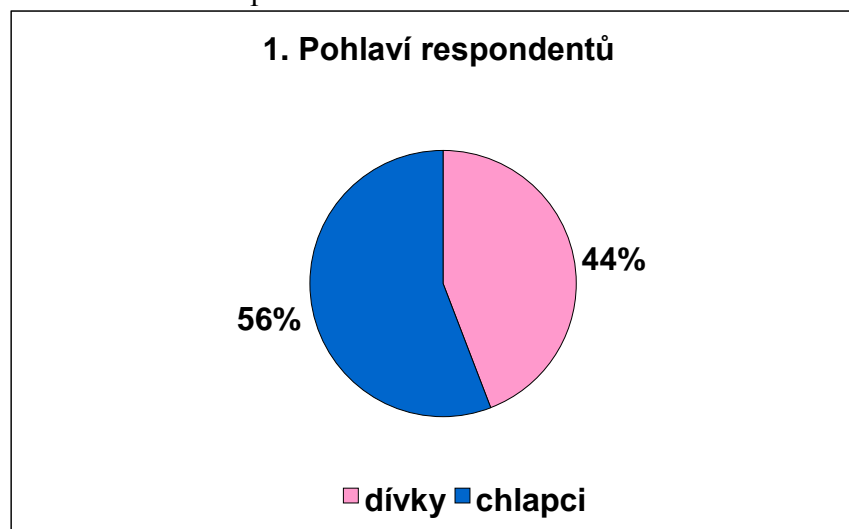
Tabulka 1- Tabulka rozdělení respondentů podle pohlaví

	Dívky	Chlapci	Celkem
ZŠ č. 1	38	63	101
ZŠ č. 2	40	36	76
Celkem	78	99	177

Pro praktickou část diplomové práce jsem získala údaje od 177 respondentů, z toho bylo 101 respondentů (38 dívek a 63 chlapců) ze ZŠ č. 1 a 76 respondentů (40 dívek a 36 chlapců) ze ZŠ č. 2.

N= 177

Graf 1- Pohlaví respondentů obou škol



V procentuálním vyjádření se výzkumu celkově zúčastnilo 44 % dívek a 56 % chlapců.

9.5 Realizace výzkumu

Průzkum proběhl v květnu roku 2011.

Mnou vytvořené dotazníky byly předány učitelkám občanské výchovy, které je ve svých hodinách rozdaly žákům a žačkám v osmých a devátých třídách.

Žáci byli obeznámeni s postupem při vyplňování dotazníku a byli informováni, že v případě nepochopení některé z otázek mohou pedagoga požádat o vysvětlení. Opakovaně bylo zdůrazněno, že je dotazník zcela anonymní a žáci byli požádáni o pravdivé vyplnění dotazníku. Pedagog byl vždy přítomen po celou dobu vyplňování otázek. Žákům bylo (po vzájemné dohodě s učitelkami) dáno přibližně 20 min. času na vyplnění.

9.6 Zpracování dat

Získané údaje byly převedeny do elektronické podoby v programu Excel. Následně byly vytvořeny tabulky a grafy pro lepší přehlednost vyhodnocovaných dat. Při vyhodnocování bylo pracováno s absolutní a relativní četností.

9.7 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou představeny formou tabulek a grafů a doplněny komentářem.

Tabulka 2- Otázka č. 3 z dotazníku

3. Jsi spokojen(a) se svým vzhledem, svojí postavou?	Pohlaví
A. ano	A. dívka
B. spíše ano	B. chlapec
C. spíše ne	
D. ne	

U otázky č. 3 měli respondenti na výběr ze čtyř předložených odpovědí. Zároveň bylo rozlišováno mezi odpověďmi děvčat a chlapců.

Tabulka 3- Odpověď na otázku č. 3 u dívek

3. Jsi spokojen(a) se svým vzhledem, svojí postavou?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	9	12
B. spíše ano	26	33
C. spíše ne	33	42
D. ne	10	13
	Σ 78	Σ 100

Tabulka 3 číselně a procentuálně vyjadřuje, kolik dívek zvolilo odpověď A, kolik B atd. Ze 78 dívek celkem 9 (12 %) odpovědělo, že je se svojí postavou spokojeno (odpověď A), 26 dívek (33 %) zvolilo odpověď B- tedy, že jsou se svojí postavou celkem spokojeny. Částečnou nespokojenost s vlastní postavou (odpověď C) vyjádřilo 33 děvčat (42 %) a úplnou nespokojenost (D) 10 děvčat (13 %).

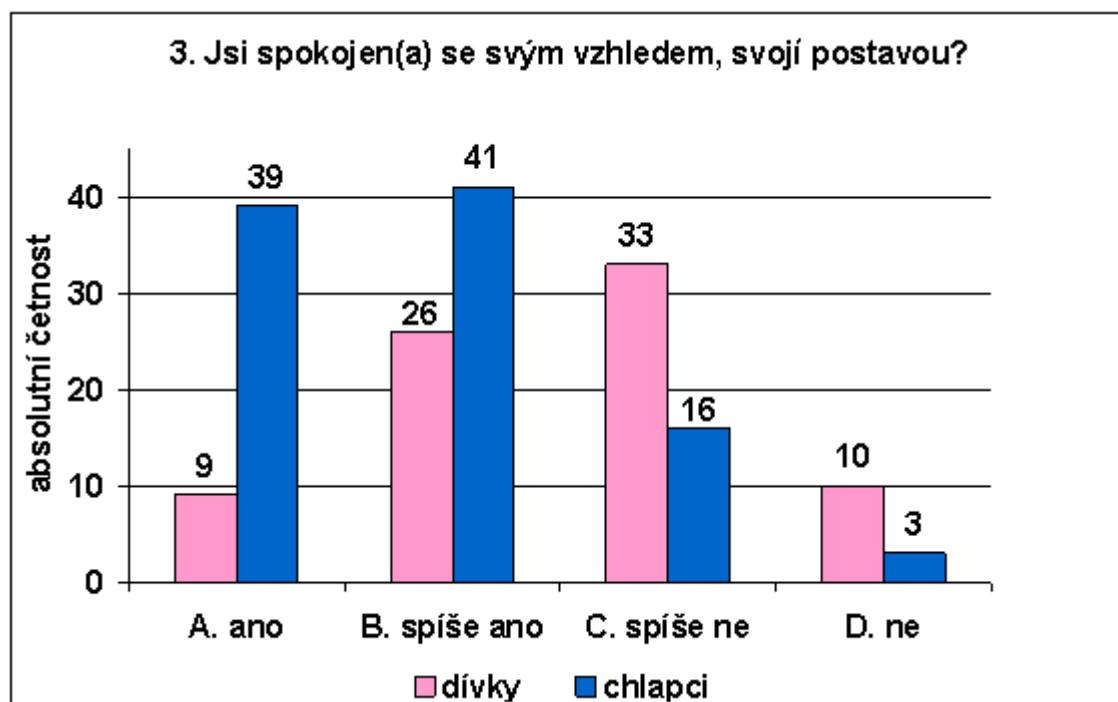
Tabulka 4- Odpověď na otázku č. 3 u chlapců

3. Jsi spokojen(a) se svým vzhledem, svojí postavou?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	39	39
B. spíše ano	41	42
C. spíše ne	16	16
D. ne	3	3
	Σ 99	Σ 100

Na stejnou otázku jako 78 dívek odpovědělo i 99 chlapců, a to následujícím způsobem: 39 chlapců (39 %) je se svojí postavou spokojeno, 41 (42 %) je částečně spokojeno, 16 (16 %) je spíše nespokojeno a 3 chlapci (3 %) nejsou spokojeni vůbec.

N= 177

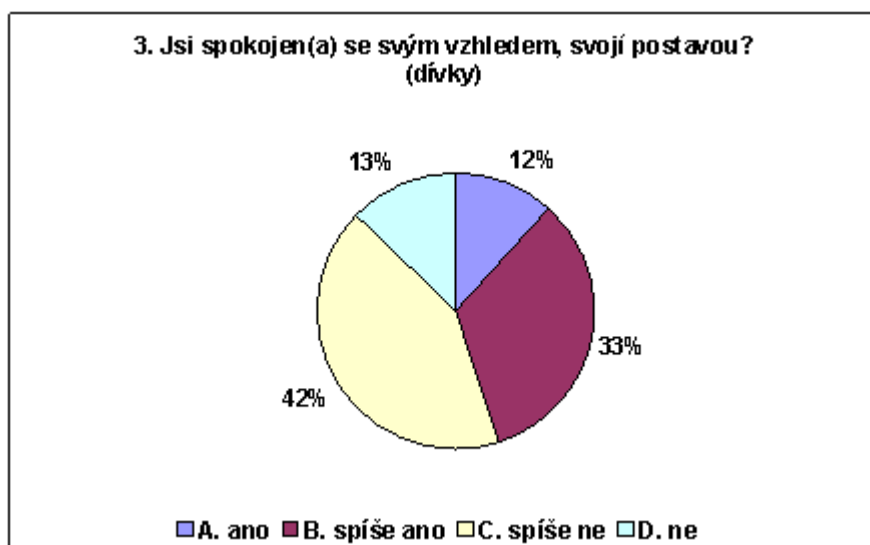
Graf 2- Grafické zobrazení odpovědí děvčat a chlapců na otázku č. 3



Graf 2 vyjadřuje absolutní četnosti odpovědí děvčat a chlapců na otázku č. 3 (viz tabulka 3 a 4, sloupec absolutní četnost). Na otázku *Jsi spokojen(a) se svým vzhledem, svojí postavou?* Odpovědělo *ano* 9 děvčat a 39 chlapců, *spíše ano* 26 děvčat a 41 chlapců, *spíše ne* 33 dívek a 16 chlapců a *ne* 10 dívek a 3 chlapci.

N= 78

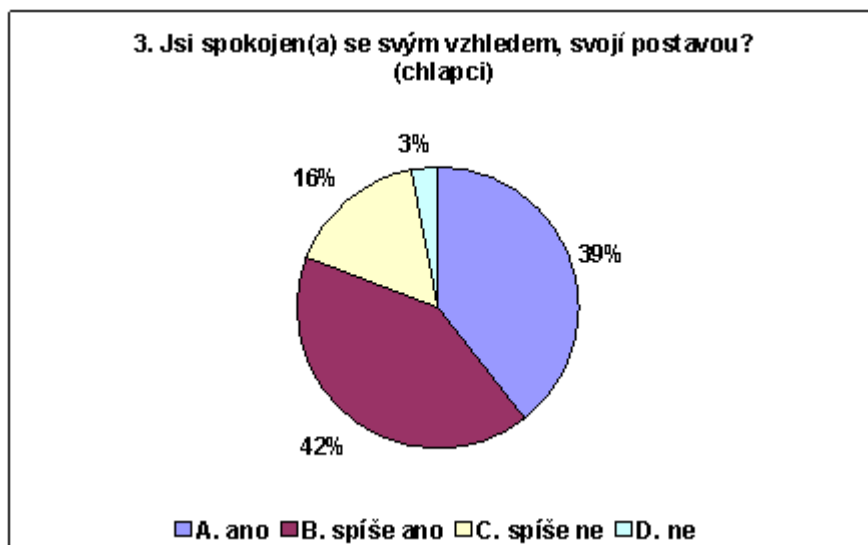
Graf 3- Procentuální vyjádření spokojenosti s vlastní postavou u dívek



Z grafu 3, který zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí děvčat na otázku č. 3, lze vyčíst, že pozitivní pohled na svůj vzhled (svoji postavu) má celkem 45 % dotazovaných dívek (číslo získané sečtením odpovědí A- *ano* 12 % a B- *spíše ano* 33 %). Naopak negativně nahlíží 55 % dívek (součet odpovědí C- *spíše ne* 42 % a D- *ne* 13 %).

N= 99

Graf 4- Procentuální vyjádření spokojenosti s vlastní postavou u chlapců



Graf 4 procentuálně znázorňuje názor chlapců. Celých 81 % (součet odpovědi A- *ano* 39 % a B- *spíše ano* 42 %) je se svojí postavou celkem spokojeno, naopak poměrně nespokojeno je jen 19 % (součet položek C- *spíše ne* 16 % a D- *ne* 3 %) dotazovaných chlapců.

Tabulka 5- Otázka č. 5 z dotazníku

5. Držel(a) jsi někdy dietu?	Pohlaví
A. ano	A. dívka
B. ano, ale dlouho jsem nevydržel(a)	B. chlapec
C. ne	

Na pátou otázku mohli respondenti vybírat ze tří nabízených odpovědí. Zvlášť byly hodnoceny odpovědi děvčat a chlapců.

Tabulka 6- Odpověď na otázku č. 5 u dívek

5. Držel(a) jsi někdy dietu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	15	19
B. ano, ale dlouho jsem nevydržel(a)	29	37
C. ne	34	44
	Σ 78	Σ 100

Tabulka 6 vyjadřuje četnost odpovědí dívek na otázku držení diet. Z celkového počtu 78 dívek odpovědělo 15 (19 %), že s dietou již zkušenosti má. 29 dívek (37 %) přiznalo, že držet dietu také zkoušelo, ale dlouho nevydrželo a 34 dotazovaných dívek (44 %) odpovědělo, že dietu nikdy nedrželo.

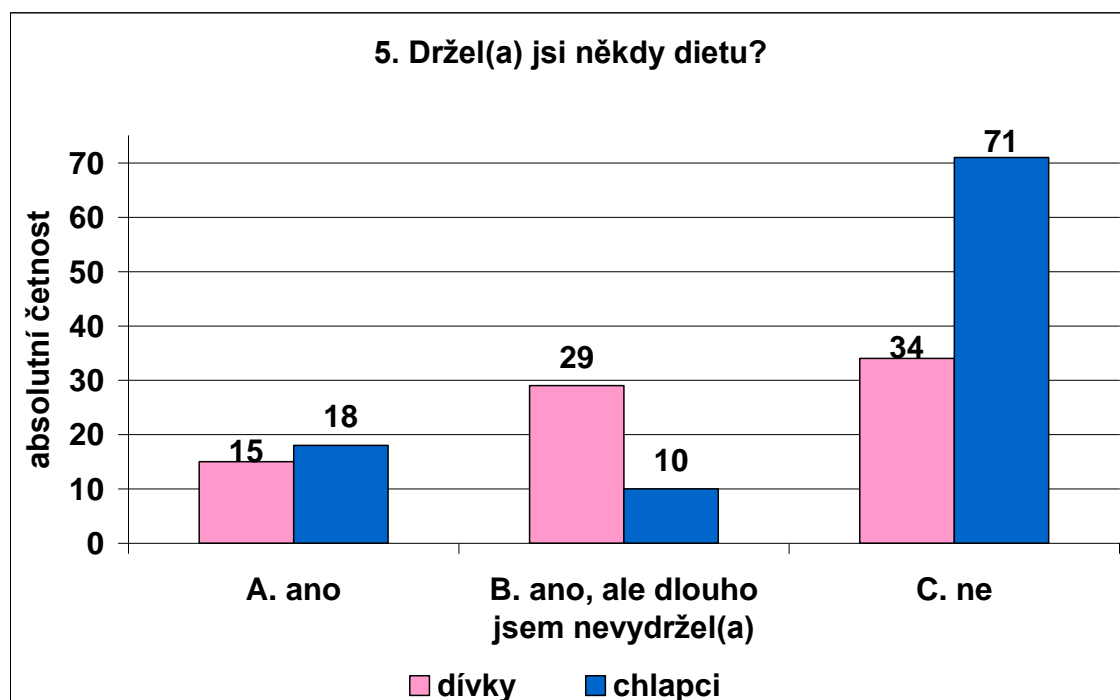
Tabulka 7- Odpověď na otázku č. 5 u chlapců

5. Držel(a) jsi někdy dietu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	18	18
B. ano, ale dlouho jsem nevydržel(a)	10	10
C. ne	71	72
	Σ 99	Σ 100

Sedmá tabulka vyjadřuje postoj k dietám u chlapců. 18 (18 %) z 99 dotazovaných chlapců odpovědělo, že dietu někdy drželo. 10 (10 %) dietu drželo, ale dlouho nevydrželo a 71 chlapců (72 %) se o dietu nikdy ani nepokoušelo.

N= 177

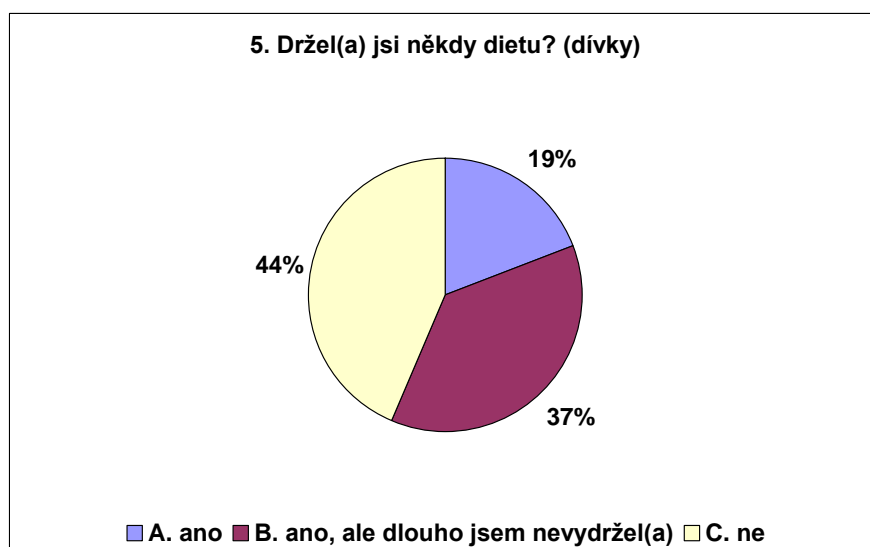
Graf 5- Grafické zobrazení odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 5



Graf 5 hromadně znázorňuje údaje uvedené v tabulkách 6 a 7 (sloupec absolutní četnost). Jde o grafické vyjádření četnosti odpovědí děvčat a chlapců na otázku *Držel(a) jsi někdy dietu?*. Odpověď *ano* zvolilo 15 děvčat a 18 chlapců, odpověď *ano, ale dlouho jsem to nevydržel(a)* 29 dívek a 10 chlapců a odpověď *ne* 34 děvčat a 71 chlapců.

N= 78

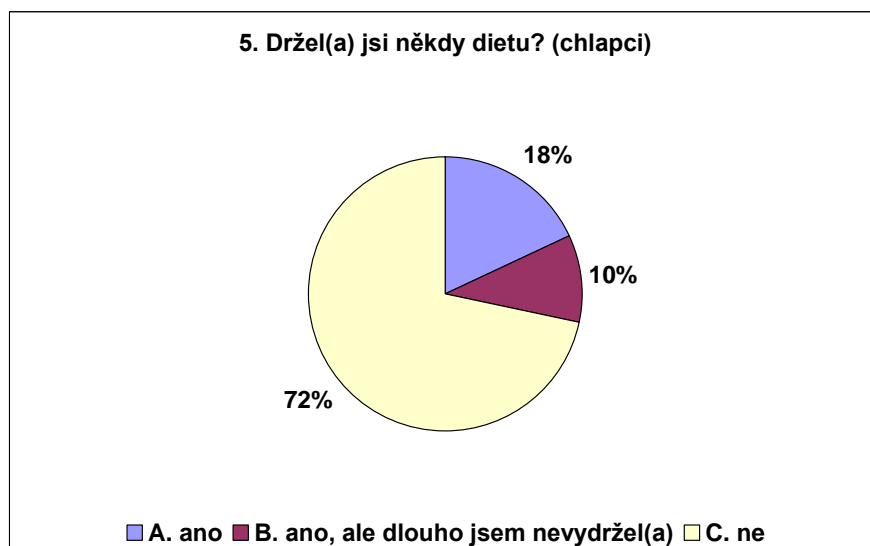
Graf 6- Procentuální vyjádření zkušenosti s dietami u dívek



Celkem 56 % (součet odpovědi A- 19 % a B- 37 %) dívek uvedlo, že již má zkušenost s dietami, ať už je držely dlouhodobě, krátkodobě nebo jednorázově. 44 % dotazovaných odpovědělo, že doposud žádnou z diet nedodržovalo.

N= 99

Graf 7- Procentuální vyjádření zkušenosti s dietami u chlapců



Zkušenost s některým typem diety potvrdilo 28 % chlapců (A- 18 % + B- 10%). Podstatně větší část dotazovaných chlapců, celých 72 %, odpovědělo, že ještě nikdy dietu nedrželo.

Tabulka 8- Otázka č. 9 z dotazníku

9. Kontroluješ se v množství jídla, které denně sníš?	Pohlaví
A. ano	A. dívka
B. občas ano	B. chlapec
C. ne	

U této otázky mohli respondenti vybírat ze tří odpovědí. Při vyhodnocování bylo opět bráno v úvahu, jak odpovídala děvčata a jak chlapci.

Tabulka 9- Odpověď na otázku č. 9 u dívek

9. Kontroluješ se v množství jídla, které denně sníš?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	24	31
B. občas ano	36	46
C. ne	18	23
	Σ 78	Σ 100

Z tabulky 9 vyplývá, že 24 dotazovaných (31 %), z celkového počtu 78 děvčat, denně kontroluje, kolik jídla sní. 36 dívek (46 %) není v otázce kontroly příjmu potravy tak striktních a kontrolují se jen občas a 18 dívek (23 %) se nekontroluje vůbec.

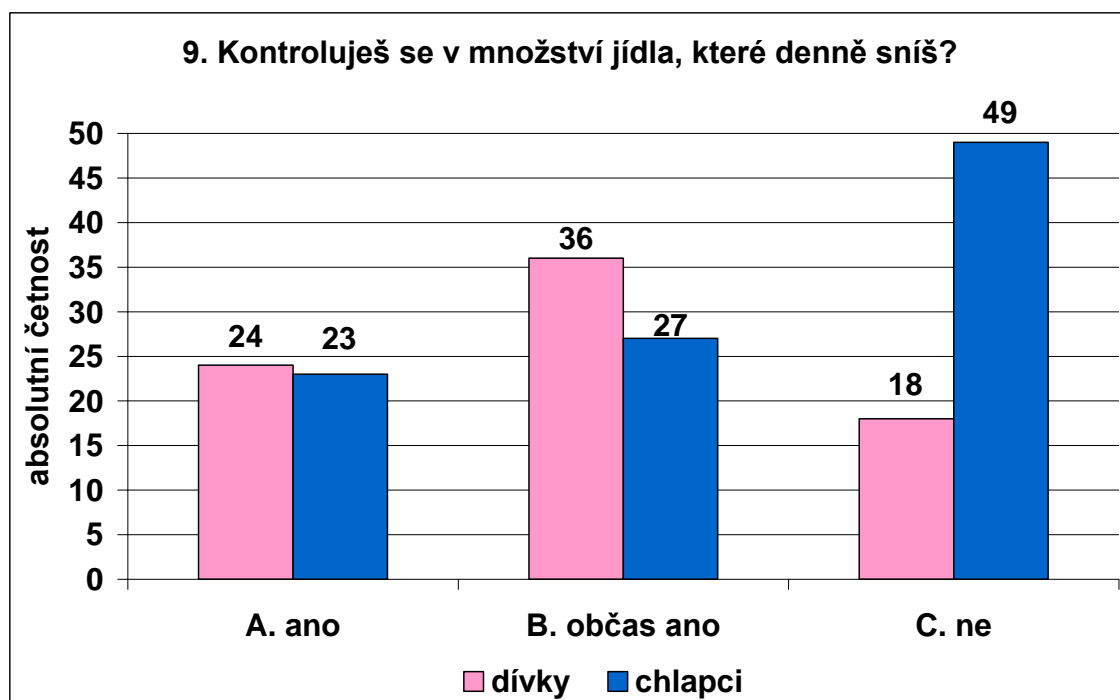
Tabulka 10- Odpověď na otázku č. 9 u chlapců

9. Kontroluješ se v množství jídla, které denně sníš?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. ano	23	23
B. občas ano	27	27
C. ne	49	50
	Σ 99	Σ 100

23 (23 %) z 99 chlapců si denně kontroluje množství snědeného jídla, 27 (27 %) denní příjem jídla kontroluje pouze někdy a 49 (50 %) se nestará o to, kolik toho denně sní.

N= 177

Graf 8- Grafické zobrazení odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 9

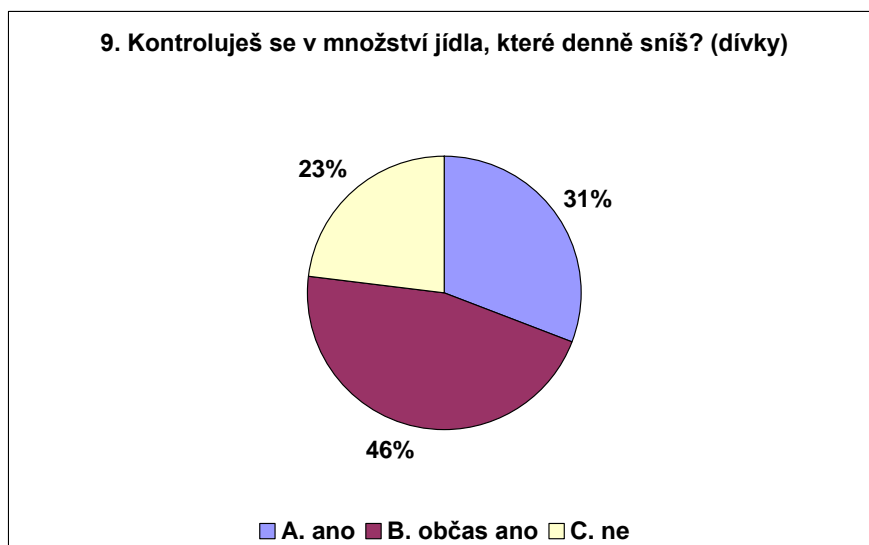


Graf 8 znázorňuje absolutní četnosti odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 9 z dotazníku. Jde o grafické vyjádření hodnot uvedených v tabulkách 9 a 10, v odstavci s názvem absolutní četnost.

Na otázku *Kontroluješ se v množství jídla, které denně sníš?* uvedlo *ano* 24 dívek a 23 chlapců, *občas ano* 36 dívek a 27 chlapců a odpověď *ne* uvedlo 18 dívek a 49 chlapců.

N= 78

Graf 9- Procentuální vyjádření míry kontroly denně snědeného jídla u dívek

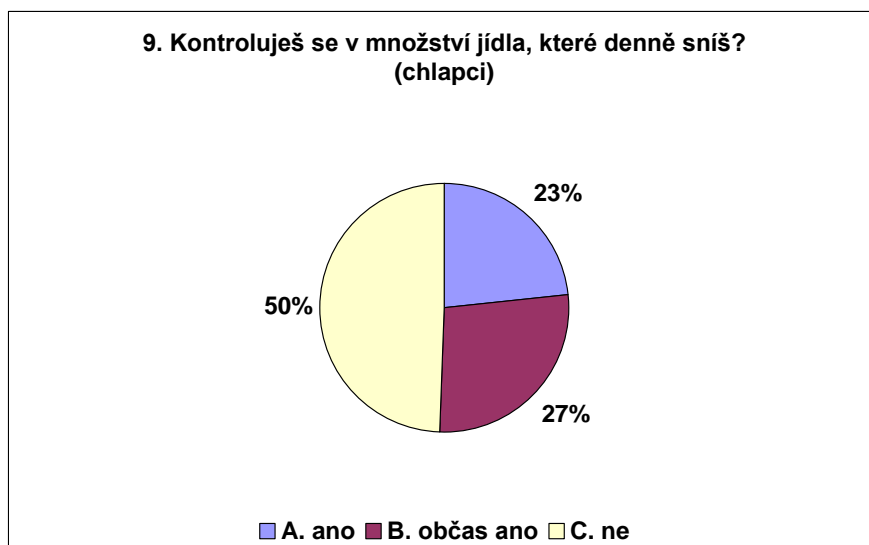


31 % tázaných dívek kontroluje množství jídla, které sní denně, 46 % tak činí pouze občas a 23 % nekontroluje svůj denní příjem vůbec.

Pokud bychom porovnávali pouze fakt, zda dívky kontrolují, kolik jídla sní (ať už se jedná o kontrolu každodenní či občasnou) či nikoli, dostali bychom se k číslům 77: 23. 77 % dotazovaných dívek má představu o svém denním potravinovém příjmu a 23 % se v jídle nijak nekontroluje.

N= 99

Graf 10- Procentuální vyjádření míry kontroly denně snědeného jídla u chlapců



Z grafu 10 lze vyčíst, že svůj denní příjem potravy kontroluje 23 % dotazovaných chlapců, občas kontroluje 27 % a nikdy 50 % chlapců. Kdybychom tedy, stejně jako v případě dívek, chtěli shrnout, kolik chlapců si na množství příjmu potravy záležet dává (někdy nebo neustále) a kolik ne, dostaneme se k poměru 50: 50.

Tabulka 11- Otázka č. 18 z dotazníku

18. Odkud máš informace o anorexii a bulimii? (můžeš zakroužkovat i více odpovědí)	Pohlaví
A. z časopisů B. z internetu C. od kamaráda/ kamarádky D. od rodičů E. ze školy F. z televize G. jiný zdroj	A. dívka B. chlapec

U otázky č. 18 respondenti vybírali z celkem 6 nabízených odpovědí. V případě, že by jim ani jedna z předložených možností nevyhovovala, mohli doplnit odpověď vlastní (možnost G). Studenti mohli zvolit libovolný počet odpovědí. Při vyhodnocování byly zvlášť hodnoceny odpovědi děvčat a chlapců.

Dívky, ač jich bylo početně méně (78 ku 99 chlapcům), označily více odpovědí, než chlapci- 260: 243 (viz tabulky 12 a 13, suma absolutní četnosti). Průměrně tedy každá dívka zvolila nejméně 3 možnosti, zatímco každý chlapec pouze 2.

Tabulka 12- Odpověď na otázku č. 18 u dívek

18. Odkud máš informace o anorexii a bulimii? (můžeš zakroužkovat i více odpovědí)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. z časopisů	58	22
B. z internetu	47	18
C. z televize	42	16
D. od rodičů	29	11
E. ze školy	60	24
F. od kamaráda/ kamarádky	23	9
G. jiný zdroj	1	0
	Σ 260	Σ 100

Jak už bylo popsáno v komentáři k tabulce 11, žáci mohli k otázce 18 uvést více, jak jednu odpověď. Výsledky jsou tedy následující (řazeno sestupně pro lepší přehlednost): 60krát (24%) byla za hlavní zdroj zprostředkování informací zvolena škola, 58krát (22 %) byla dívkami zvolena možnost, že jsou o poruchách příjmu potravy informovány z časopisů, 47krát (18 %) byl zvolen internet, 42krát (16 %) televize, 29krát (11 %) dívky informovali rodiče, 23krát (9 %) byl zdrojem informací kamarád nebo kamarádka a pouze 1krát (0 %) byl uveden jiný zdroj (respektive přesná odpověď na tuto otázku byla „nemám“)

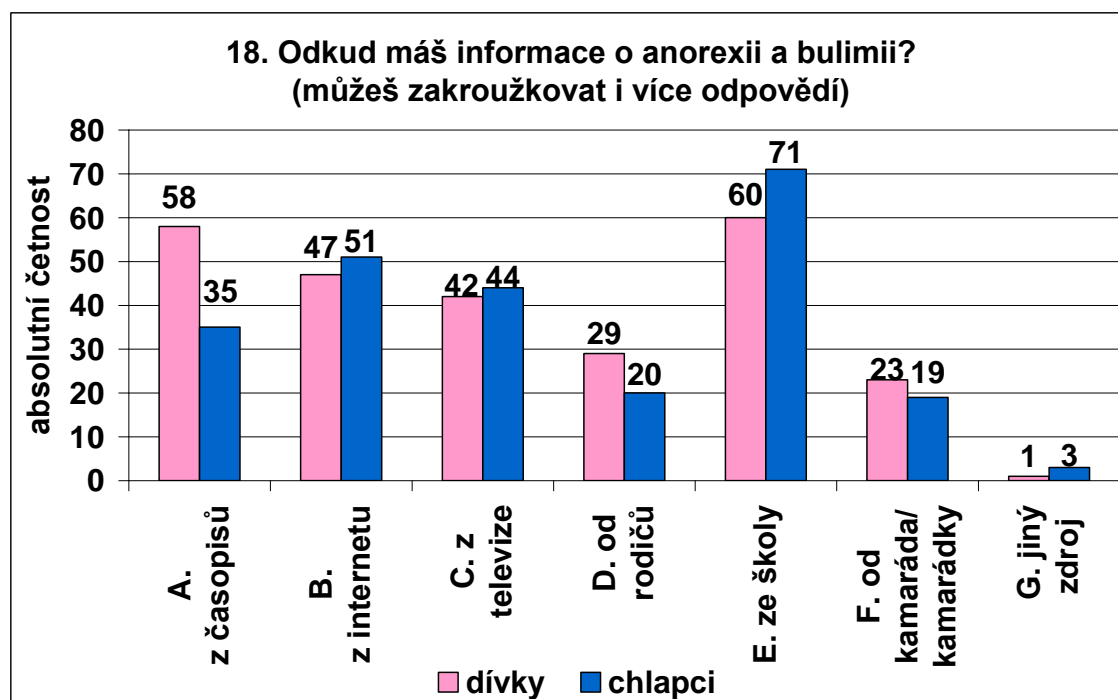
Tabulka 13- Odpověď na otázku č. 18 u chlapců

18. Odkud máš informace o anorexii a bulimii? (můžeš zakroužkovat i více odpovědí)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A. z časopisů	35	14
B. z internetu	51	21
C. z televize	44	18
D. od rodičů	20	8
E. ze školy	71	30
F. od kamaráda/ kamarádky	19	8
G. jiný zdroj	3	1
	Σ 243	Σ 100

Chlapci (v porovnání s dívkami) v odpovědích označili podstatně méně možností. Výsledky týkající se zdroje informací o poruchách příjmu potravy jsou následující (řazeno sestupně pro lepší přehlednost): 71krát (30 %) byla zvolena škola, 51krát (21 %) internet, 44krát (18 %) televize, 35krát (14 %) byl chlapci za zdroj zvolen časopis, 20krát (8 %) rodiče, 19krát (8%) kamarád nebo kamarádka a 3krát (1 %) byl uveden jiný zdroj (citují: „z tabulky“, „neznám“ a „tento papír“).

N= 503

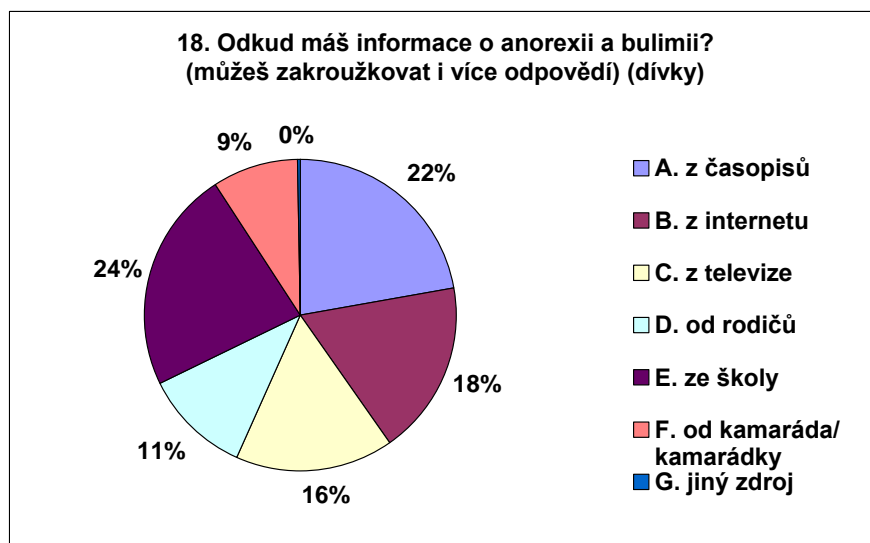
Graf 11- Grafické zobrazení odpovědí dívek a chlapců na otázku č. 18



Graf 11 zobrazuje absolutní četnost odpovědí dívek a chlapců (viz tabulky 12 a 13, sloupec absolutní četnost) na otázku č. 18- *Odkud máš informace o anorexii a bulimii?* Odpověď z *časopisů* uvedlo 58 dívek a 35 chlapců, z *internetu* 47 dívek a 51 chlapců, z *televize* 42 dívek a 44 chlapců, *od rodičů* 29 dívek a 20 chlapců, *ze školy* 60 dívek a 71 chlapců, *od kamaráda/ kamarádky* 23 dívek a 19 chlapců a *jiný zdroj* uvedla 1 dívka a 3 chlapci.

N= 260

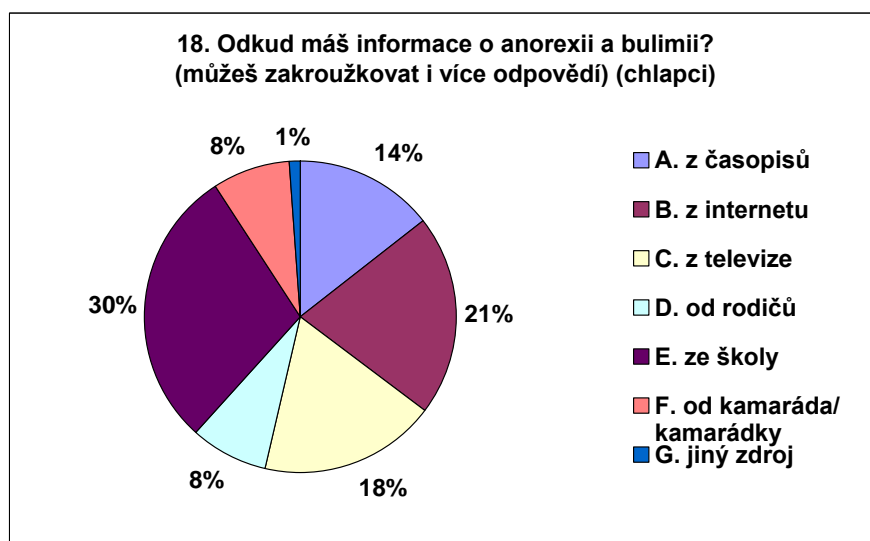
Graf 12- Procentuální vyjádření zdroje informací o poruchách příjmu potravy u dívek



Dívky uvedly, že 22 % informací, které o anorexii a bulimii mají, pochází z časopisů, 18 % z internetu, 16 % z televize, 11 % od rodičů, 24 % ze školy a 9 % od kamarádů. Součtem procent z odpovědí A, B a C tedy vyplývá, že 56 % veškerých informací pochází z médií.

N= 243

Graf 13- Procentuální vyjádření zdroje informací o poruchách příjmu potravy u chlapců



Chlapci uvádí, že 14 % jejich informací pochází z časopisů, 21 % z internetu, 18 % z televize, 8 % od rodičů, 30 % ze školy, 8 % od kamarádů a 1% z jiného zdroje (viz komentář k tabulce 13). Z médií (časopisů, internetu a televize) tedy pochází 53 % informací o poruchách příjmu potravy, které chlapci mají.

9.8 Ověření hypotéz

H0: V otázce spokojenosti s vlastním tělem není rozdíl mezi dívkami a chlapci.

H1: Chlapci jsou se svoji postavou spokojeni více, než dívky.

S vlastní postavou je spokojeno 81 % chlapců a pouze 45 % dívek.

Hypotéza 1 se tedy potvrdila.

H0: Dívky i chlapci mají s držním diet stejné zkušenosti.

H2: Dívky mají s dietami větší zkušenosti, než chlapci.

Zkušenosti s dietou potvrdilo 56 % dívek. Z chlapců má zkušenost s dietou pouze 28 %.

Hypotéza 2 se také potvrdila.

H0: Mezi dívkami a chlapci není rozdíl v kontrole množství denně snědeného jídla.

H3: Chlapci méně kontrolují, kolik jídla denně sní.

31 % dívek odpovědělo, že denně kontroluje, kolik jídla sní. 46 % dívek se v množství denně snědeného jídla kontroluje, ale jen občas.

23 % chlapců denně kontroluje, kolik jídla sní. 27 % chlapců se v množství denně snědeného jídla kontroluje, ale jen občas.

Hypotéza 3 se potvrdila.

H0: Informovanost dívek i chlapců o poruchách příjmu potravy z médií se neliší.

H4: Dívky jsou o poruchách příjmu potravy informovány z médií více, než chlapci.

Informovanost dívek o poruchách příjmu potravy z médií (časopisů, internetu a televize) odpovídá 56 %. U chlapců je to 53 %.

Hypotéza 4 se tedy potvrdila.

9.9 Závěr výzkumu

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo odpovědět na dvě hlavní otázky, a to:

Jak se liší náchylnost k poruchám příjmu potravy mezi dívkami a chlapci 8. a 9. tříd základní školy? a Jak se liší informovanost o poruchách příjmu potravy mezi dívkami a chlapci 8. a 9. tříd základní školy?

Z výsledků výzkumu, prováděného v 8. a 9. třídách dvou základních škol ve dvou menších městech, tedy vyplývá, že potenciální náchylnost k poruchám příjmu potravy je podstatně vyšší u dívek.

Dívky jsou mnohem méně spokojeny se svojí postavou, více než chlapci se omezují v jídle, kontrolují, kolik potravy denně sní a více drží diety.

Chlapci se svojí postavou většinou problém nemají, nepocítují potřebu se v jídle kontrolovat nebo dokonce držet diety.

V otázce informovanosti žáků o problematice poruch příjmu potravy jsem se zajímala o zdroje, ze kterých studenti nejčastěji čerpají informace.

U dívek se na první příčce umístila škola, na druhé časopisy a na třetí internet.

U chlapců bylo pořadí následující: (sestupně) škola, internet, televize.

Je tedy zřejmé, že média hrají v informovanosti žáků velkou roli. Otázkou ovšem zůstává, jak kvalitní informace prostřednictvím sdělovacích prostředků dostávají. Konkrétně v případě internetu, kde si kdokoli může napsat doslova cokoli, je správnost a důvěryhodnost některých informací velmi pochybná. Je proto velmi důležitým úkolem vyučujících základních škol, aby podávali co nejvíce kvalitních informací, ze kterých mohou žáci vycházet.

Výsledky celého výzkumu přehledně shrnuje tabulka 14 na další straně.

Tabulka 14- Názory a zkušenosti žáků a žákyň obou základních škol

1. Spokojenost s vlastní postavou	Dívky	Chlapci
* spokojeno	45%	81%
* nespokojeno	55%	19%
2. Zkušenosti s dietami	Dívky	Chlapci
* má zkušenost	56%	28%
* nemá zkušenost	44%	72%
3. Kontrola množství denně snědeného jídla	Dívky	Chlapci
* kontroluje se	77%	50%
* nekontroluje se	23%	50%
4. Zdroj informací o PPP	Dívky	Chlapci
* média	56%	53%
* rodiče, kamarádi	20%	16%
* škola	24%	30%
* jiné	0%	1%

U této tabulky bych ráda upozornila na položky 1 až 3, kde jsou procentuální rozdíly u dívek a chlapců celkem vysoké. U položky číslo 1 (Spokojenost s vlastní postavou) můžeme vidět markantní rozdíl- zatímco spokojeno je celých 81 % chlapců, u děvčat je to pouze 45 %. Stejně tak zajímavá je i druhá položka, kde zkušenosti s dietami potvrdila více jak polovina dívek (konkrétně 56 %), ale jen více než čtvrtina (přesně 28 %) chlapců. I u čísla 3 vidíme velký rozdíl- 77 % dívek kontroluje, kolik jídla sní. U chlapců je tomu tak jen u 50 %.

Závěr

Teoretická část práce stručně popisuje stravovací návyky žáků a charakterizuje cílovou skupinu středního školního věku, na kterou je zaměřen výzkum. Popisuje změny, které se v tomto věku u žáků odehrávají. Dále shrnuje dostupné informace o poruchách příjmu potravy. Charakterizuje obě nemoci (mentální anorexii i mentální bulimii), zmiňuje jejich historické kořeny a výskyt v současné populaci, popisuje příčiny i následné zdravotní důsledky a druhy léčby. Pozornost je věnována i otázce prevence a její propagaci.

Druhá část práce se zaměřuje na žáky osmých a devátých tříd dvou základních škol na Třebíčsku. Cílem této části bylo, pomocí dotazníkového šetření, zjistit, jaká je spokojenost dívek a chlapců s vlastní postavou, s touto otázkou se totiž pojí případná náchylnost k poruchám příjmu potravy. Dále to, odkud mají nejvíce informací o anorexii a bulimii. O výsledcích šetření pojednává výzkumná část.

Při zpracování této diplomové práce jsem vycházela z materiálů českých i zahraničních, kterých je k dispozici poměrně mnoho, ale které zároveň většinou obsahují stejné informace. Mým úkolem tedy bylo je co nejvhodněji zkombinovat, tedy naučit se pracovat s odbornou literaturou. Při hledání vhodných podkladů jsem přečetla a použila i několik anglicky psaných odborných článků z databáze EBSCO. Ne všechny byly pro mé účely použitelné, ale i práce s touto databází pro mne byla velkým přínosem.

Při výzkumu jsem použila dotazník vlastní konstrukce, který (jako budoucí učitelka na druhém stupni ZŠ) mohu znovu využít. Novou zkušeností pro mě také byla práce s velkým množstvím vyplněných dotazníků, které jsem od žáků obdržela.

Zpracováním této diplomové práce jsem získala řadu nových poznatků v oblasti poruch příjmu potravy a jsem si více vědoma toho, na co se u svých budoucích žáků soustředit.

Resumé

Diplomová práce popisuje stravovací návyky žáků základní školy. Zaměřuje se především na nevhodné stravovací návyky vedoucí ke vzniku některé z poruch příjmu potravy. Podrobněji pak charakterizuje dva nejčastější typy poruch příjmu potravy (mentální anorexii a mentální bulimii) a uvádí okolnosti, které mohly vznik nemoci podpořit.

Praktická část zahrnuje výzkumné šetření zaměřené na žáky osmých a devátých tříd dvou základních škol.

Cílem práce bylo zjistit, jak moc se žáci zabývají svojí postavou, jestli kontrolují svůj denní příjem potravy ve snaze dosáhnout vysněné postavy a odkud získávají nejvíce informací o problematice poruch příjmu potravy.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že dívky jsou mnohem méně spokojeny se svojí postavou, častěji se v jídle omezují, a tudíž jsou náchylnější ke vzniku poruchy příjmu potravy. Výzkum dále ukázal, že mezi nejčastější zdroje informací patří média a škola.

Summary

This diploma thesis describes eating habits of pupils at elementary school. It mainly focuses on bad eating habits that can cause eating disorder. More attention is paid to characterization of two most common types of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa) and factors that could support the development of the disorder.

The practical part includes research focused on pupils of the eighth and ninth grade at two elementary schools.

The aim of this diploma thesis was to find out how important is the figure (body shape) for pupils, whether they control their food intake and what is their main source of information about eating disorders.

The research has shown that girls are more dissatisfied with their figure. They also control their food intake much more than boys- so it makes them more predisposed to eating disorders. Another result has shown that the main source of information about eating disorders for pupils is media and school.

Použitá literatura

Bröhmová, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* 1. vyd. Praha: Amulet, 1999. 170s. ISBN 80-86299-17-1.

Cassuto, D. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4.

Claude-Pierre, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy.* Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.

Čálek, O. et al. *Psychoterapie: sborník přednášek IV.* 1. vyd. Praha: Triton, 1995. 186 s. ISBN 80-85875-15-2.

Čáp, J., Mareš, J. *Psychologie pro učitele.* 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 656 s. ISBN 978-80-7367-273-7.

Göckel, R. *Místo činu lednička: když se z jídla stane problém.* 1. vyd. Praha: Práh, 2008. 161 s. ISBN 978-80-7252-200-2.

Hall, L., Cohn, L. *Rozlučte se s bulimií.* 1. vyd. Brno: Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.

Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

Kocourková, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

Krch, F. D. *Mentální anorexie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

Krch, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003a. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.

Krch, F. D., Marádová, E. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2003b. 32 s.

Krch, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

Langmeier, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2. dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 284 s. ISBN 80-201-0098-7.

Langmeier, J., Krejčířová D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

Leibold, G. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

Maloney, M. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 156 s. ISBN 80-7106-248-0.

Marádová, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, o.p.s., 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

Novák, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

Papežová, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

Papežová, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

Raboch, J. et al. *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 303 s. ISBN 80-7262-273-0.

Schneiderová, S. *Správné holky*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 140 s. ISBN 80-204-1148-8.

Odborné časopisy

Krch, F. D. Poruchy příjmu potravy- rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, č. 1, s. 14- 16.

Dostupné i z WWW: <<http://www.sekceppp.eu/doc/040100.pdf>>

Články

Firchow, N. Child Development: 13- to 16-Year-Olds. *Charles and Helen Schwab Foundation*, 30-1-2004. Dostupné i z WWW: <<http://insightpsychological.com/library.htm>>

Internetové zdroje

Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A.-M., Reichborn-Kjennerud, T. Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. *Wiley online library* [online]. 2005. [cit. 31. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20107/pdf>>

Černá, R. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému. *Občanské sdružení Anabell* [online]. [cit. 31. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>

Engel, B., Staats Reiss, N., Dombeck, M. Prevention of Eating Disorders. *MentalHelp.net* [online]. 2-2-2007. [cit. 16. 2. 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=11768&cn=46>

Gavin, M. L. Healthy Eating. *KidsHealth.org* [online]. 2009. [cit. 5. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <http://kidshealth.org/parent/nutrition_center/healthy_eating/habits.html#>

Hayaki, J. Negative Reinforcement Eating Expectancies, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Bulimia Nervosa. *EBSCO Industries* [online]. 2009. [cit. 9. 3. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=7&sid=d599c8e1-d755-49e2-a093-d567cf612364%40sessionmgr4&vid=6>>

Kulhánek, J. Věk dospívání- věk změn. *Doktorka.cz* [online]. 6-9-2001. [cit. 11. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://rodina-deti.doktorka.cz/vek-dospivani-vek-zmen>>

Laurie, P. Our disgusting appetite for anorexia chic. *New Statesman* [online]. 11-2-2011 [cit. 17. 4. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.newstatesman.com/health/2011/01/anorexia-press-caro-fashion>>

Newell, C. Early recognition of eating disorders. *EBSCO Industries* [online]. 25-6-2010. [cit. 26. 2. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://web.ebscohost.com/bsi/detail?hid=21&sid=1ba86ef2-5814-4937-8c75-55f6ccb28349%40sessionmgr11&vid=6&bdata=JnNpdGU9YnNpLWxpdmU%3d#db=bth&AN=52312136>>

Park, J. S. Thin Ice: The Internet And Eating Disorders. *Teenvogue* [online]. 3-8-2009. [cit. 2. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.teenvogue.com/beauty/blogs/beauty/2009/08/thin-ice-the-internet-and-eating-disorders.html>>

Sheehan, J. Research on Healthy Eating Habits & Student Learning. *Livestrong.com* [online]. 20-7-2011. [cit. 10. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.livestrong.com/article/497063-research-on-healthy-eating-habits-student-learning/>>

Schreiner, E. How to Teach Healthy Habits to Students. *eHow.com* [online]. [cit 8. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.ehow.com/how_7389857_teach-healthy-habits-students.html>

Šmýdová, J. Mentální anorexie- trvalé následky. *Celostnimedica.cz* [online]. 5-9-2008. [cit 31. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.celostnimedica.cz/mentalni-anorexie--trvale-nasledky.htm>>

Veselá, I. Jak pěstovat zdravé návyky u dětí. *Bio-life.cz* [online]. 10-1-2012. [cit 1. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.bio-life.cz/clanky/deti-a-maminky/jak-pestovat-zdrave-navyky-u-deti.html>>

Vitale, E., Lotito, L., Maglie, R. B. Psychoneuroendocrino-imunne approach in the nursing treatment of anorexia and bulimia nervosa. *EBSCO Industries* [online]. 2009. [cit 11. 3. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=7&sid=eefbd6ec-307e-452c-8550-115cb58168cb%40sessionmgr12&vid=7>>

Webster, I. History of Bulimia and How It Evolved Into a New Problem. *EzineArticles.com* [online]. 26-2-2008. [cit 11. 3. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://ezinearticles.com/?History-of-Bulimia-and-How-It-Evolved-Into-a-New-Problem&id=1070866>>

Wilson, J. L., Peebles, R., Hardy, K. K., Litt, I. F. Surfing for Thinness: A Pilot Study of Pro-Eating Disorder Web Site Usage in Adolescents With Eating Disorders. *American Academy of Pediatrics* [online]. 15-6-2006. [cit 2. 9. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/6/e1635.full#aff-1>>

Mortality Statistics- Eating disorders by country. *NationMaster.com* [online]. [cit 26. 2. 2011]. Dostupné na WWW: <http://www.nationmaster.com/graph/mor_eat_dis-mortality-eating-disorders>

Kognitivně- behaviorální terapie. *Centrum psychoterapie* [online]. [cit. 8. 3. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.centrumpsychoterapie.cz/pouzivane-metody/kognitivne-behavioralni-terapie>>

Historie krásy- Jak se vyvíjel fyzický ideál? *Občanské sdružení Anabell* [online]. [cit. 17. 4. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/219-historie-krasy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal>>

Primární prevence poruch příjmu potravy. *Medisport.cz* [online]. 27-7-2011. [cit. 5. 9. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.medisport.cz/pacientske-organizace-2/primarni-prevence-poruch-prijmu-potravy.html>>

Co je příčinou poruch příjmu potravy u mladých lidí? *Doktorka.cz* [online]. 6-4-2010. [cit. 12. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://rodina-deti.doktorka.cz/co-je-pricinou-poruch-prijmu-potravy-u-mladych-lidi>>

Eating Disorders Treatments. *Eating-Disorder.com* [online]. [cit. 13. 10. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.eating-disorder.com/treatments.php>>

Anorexie. *Vitalion.cz* [online]. [cit. 12. 11. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/anorexie>>

Prevence poruch příjmu potravy. *Primarniprevence.cz* [online]. [cit. 16. 11. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/skola/poruchy-prijmu-potravy1/prevence-poruch-prijmu-potravy.html>>

Self Esteem and Eating Disorders. *Eating-disorder.org* [online]. [cit. 16. 11. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.eating-disorder.org/self-esteem-and-eating-disorders>>

Motol: Roste počet mladých sebevrahů a poruch příjmu potravy. *Aktuálně.cz* [online]. 6-1-2006. [cit. 17. 2. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://aktualne.centrum.cz/clanek.phtml?id=45542>>

Pupils' take-away lunch warning. *Bbc.com* [online]. 29-10-2008. [cit. 13. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/7695761.stm>

Příloha

Dotazník použitý pro výzkumné šetření:

Milí žáci,

chtěla bych vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je důležitým podkladem pro moji diplomovou práci, která se zabývá stravovacími návyky a poruchami příjmu potravy žáků 8. a 9. tříd. **Dotazník je naprosto anonymní**, takže nemusíte mít obavy, že se o vašich odpovědích někdo dozví.

Své odpovědi zakroužkuj.

1. Věk: _____ Pohlaví: chlapec/ dívka
2. Bydliště: město/ vesnice
3. Jsi spokojen(a) se svým vzhledem, svojí postavou?:
A. ano B. spíše ano C. spíše ne D. ne
4. Co je pro tebe nejdůležitější při posuzování tvé postavy?:
A. jak se cítím já, kila neřeším B. číslo na váze C. názor rodičů
D. názor kamaráda/ky
5. Držel(a) jsi někdy dietu?:
A. ano B. ano, ale dlouho jsem nevydržel(a) C. ne
6. Pokud si dietu držel(a), tak z jakého důvodu?:
A. chtěl(a) jsem zhubnout B. kvůli narážkám okolí na moji váhu
C. jiné důvody _____
7. Drží někdo z tvé rodiny dietu?:
A. ano (zakroužkuj kdo: matka, sestra, bratr, otec, někdo jiný _____)
B. ne, nedrží
8. Zajímají se rodiče o to, co jíš během dne?:
A. ano B. jen někdy C. ne
9. Kontroluješ se v množství jídla, které denně sníš?:
A. ano B. ne C. občas
10. Snazíš se jíst zdravě?:
A. ano B. ne C. někdy si dávám víc záležet, ale ne pořád

11. Nejvíce informací o výživě získáváš (můžeš zakroužkovat i více odpovědí):
 A. v rodině B. ve škole C. od spolužáků a kamarádů
 D. z časopisů nebo knih E. z internetu F. z rádia G. z televize
 H. odjinud- dopiš odkud _____
12. Myslíš si, že je štíhlá postava důležitá proto, aby si byl(a) v životě úspěšný(á)?:
 A. ano, je to velmi důležité B. myslím si, že na tom trochu záleží C. ne, vůbec
13. Přál(a) jsi si někdy vypadat jako model(ka) z časopisu?:
 A. ano B. někdy ano, ale tato myšlenka mě nijak netrápí
 C. ne, nikdy mě to nenapadlo
14. Jaké časopisy nejraději čteš?:
 A. módní B. o sportu C. odborné / naučné D. pro mladé
15. Uveď příklad oblíbeného časopisu:

16. Seřaď jednotlivé položky podle toho, jak jsou pro tebe v životě důležité:
 Láska Tvůj vzhled Dobré vzdělání/zaměstnání Zdraví Peníze

nejdůležitější

nejméně
důležité

Co to jsou poruchy příjmu potravy?

Mezi poruchy příjmu potravy patří anorexie a bulimie.

Anorexie je nemoc, kdy člověk schválně odmítá jíst a drží přísné diety, protože se bojí, že ztloustne.

Bulimie je nemoc, kdy člověk sní velké množství jídla během krátké doby a hned potom vše vyzvrací, protože má strach, že ztloustne.

17. Myslíš, že může mít televize, časopis nebo internet vliv na vznik anorexie nebo bulimie?:
 A. ano B. ne C. nevím
18. Odkud máš informace o anorexii a bulimii? (můžeš zakroužkovat i více odpovědí):
 A. z časopisů B. z internetu C. od kamaráda/ kamarádky D. od rodičů
 E. ze školy F. z televize G. jiný zdroj _____

19. Myslíš, že anorexie a bulimie mohou být nebezpečné?:
A. ano B. ne C. nejsem si jist(á)
20. Myslíš, že jsi ve škole o anorexii a bulimii dostatečně informován (informovaná)?:
A. ano B. ne
21. Znáš někoho, kdo anorexií nebo bulimií trpí nebo trpěl?:
A. ano B. ne
22. Co by si dělal(a), kdyby si se dozvěděl(a), že tvůj kamarád(ka) trpí anorexií nebo bulimií?:
A. poradil(a) bych se doma s rodiči B. promluvil(a) bych si s tím kamarádem
C. poradil(a) bych se s učitelem D. vůbec nevím co bych dělal(a)
E. jiné řešení? _____

Děkuji za tvůj čas i odpovědi.
Petra Ryglová