



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

# Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie

Bakalářská práce

**Vypracovala:** Adéla Šímová

**Vedoucí práce:** MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice, 2019



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

# Eating disorders and the possibilities of their therapy

Bachelor Thesis

**Author:** Adéla Šimová

**Supervisor:** MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice, 2019

## **Bibliografická identifikace:**

**Jméno, příjmení autora:** Adéla Šimová

**Název bakalářské práce:** Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie

**Studijní obor:** Výchova ke zdraví

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce:** MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2019

### **Abstrakt:**

Bakalářská práce zpracovává téma Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie. Tato práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii a bulimii. Jedná se o velmi rozšířené nemoci současnosti. Ve většině případů jimi trpí mladí lidé. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá rozdělením, charakteristikou jednotlivých poruch, rizikovými faktory, následky a v neposlední řadě možnou léčbou, terapií. Výzkumným vzorkem pro mou praktickou část jsou děti na základních školách v jižních Čechách, které jsem analyzovala metodou kvantitativní, pomocí dotazníků. Práce zkoumá jejich postoj k sobě samému, ke stravování, zkušenosti s dietami, sklony k perfekcionismu a vztahy mezi vrstevníky. Vše tematicky zaměřené na poruchy příjmu potravy. Zjištěné výsledky ukazují, že období dospívání je rizikovým faktorem těchto onemocnění.

**Klíčová slova:** mentální anorexie, mentální bulimie, děti, zdraví, terapie

## **Bibliographic Identification:**

**Name and Surname of the author:** Adéla Šímová

**Title of Bachelor Thesis:** Eating disorders and the possibilities of their therapy

**Field of Study:** Health of Education

**Department:** Department of Health Education, Faculty of Education, University South Bohemia in České Budějovice

**Supervisor:** MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

**The Year of the presentation:** 2019

### **Abstract:**

Bachelor thesis “Eating Disorders and the Possibilities of Their Therapy. This work is focused on problems of eating disorders, namely anorexia nervosa and bulimia. These are widespread diseases of the present. In most cases, young people suffer from them. This work is divided into two parts. The theoretical part deals with the division and description of the individual eating disorders and it is also focused on risk factors, on consequences of these disorders and finally on possible treatment, therapy. The practical part of this work evaluates results of the research conducted using the quantitative method of questionnaires among the pupils of primary schools in South Bohemia. The work analyses their attitude towards themselves, their eating habits and their own experience with different types of diets, their tendency to perfectionism and their relationships with their peers. Everything is thematically focused on eating disorders. The results of the survey show that the period of adolescence is a risk factor for these diseases.

**Keywords:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, child, health, therapy

**Prohlášení:**

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

*Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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. 111/1998Sb. 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 dne

Podpis studenta

.....

.....

**Poděkování:**

Ráda bych chtěla poděkovat MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D., za její odborné vedení, ochotnou a vstřícnou pomoc s vypracováním mé bakalářské práce. Mé poděkování patří i jmenovaným školám ZŠ Planá nad Lužnicí, ZŠ Borovany, ZŠ Plešivec Český Krumlov, za možnost sběr dat pro vypracování mé praktické části. Na závěr bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za psychickou podporu a schovívavost při tvorbě této práce.

# Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část .....	11
1 Poruchy příjmu potravy.....	11
1.1 Mentální anorexie.....	12
1.1.1 Historie mentální anorexie.....	13
1.2 Mentální bulimie a záchvatovité přejídání.....	14
1.2.1 Historie bulimie .....	16
1.3 Srovnání mentální anorexie a bulimie.....	17
1.4 Další typy poruch příjmu potravy .....	18
1.4.1 Ortorexie .....	18
1.4.2 Noční přejídání .....	18
1.4.3 Drunkorexie .....	18
1.4.4 Bigorexie.....	19
1.4.5 Diabulimie .....	19
1.4.6 Pregorexie .....	19
1.5 Poruchy příjmu potravy v ČR .....	20
2 Příčiny poruch příjmu potravy .....	22
2.1 Sociální a kulturní faktory.....	22
2.2 Biologické faktory.....	23

2.2.1	Ženské pohlaví .....	23
2.2.2	Tělesná hmotnost .....	24
2.2.3	Puberta .....	24
2.2.4	Životní události .....	25
2.3	Rodinné a genetické faktory.....	25
2.4	Emocionální faktory.....	26
3	Následky mentální anorexie a bulimie .....	27
3.1	Mentální anorexie.....	27
3.2	Mentální bulimie .....	27
4	Léčba, terapie .....	28
4.1	Hospitalizace, krátkodobá hospitalizace .....	28
4.2	Ambulantní lékařská péče .....	29
4.3	Svépomoc, řízená a psychoedukace .....	29
4.4	Rodinná terapie .....	29
4.5	Kognitivně-behaviorální terapie.....	30
4.6	Interpersonální terapie.....	30
4.7	Farmakoterapie.....	31
	Praktická část .....	32
5	Metodologie .....	32
5.1	Cíl práce .....	32



5.2 Úkoly práce .....	32
5.2.1 Výzkumné předpoklady .....	32
5.3 Metodika .....	33
5.3.1 Charakteristika souboru .....	33
5.3.2 Použité metody .....	33
5.3.3 Organizace praktického šetření .....	33
5.3.4 Výsledky .....	33
Diskuze .....	46
Závěr .....	50
Seznam zkratk .....	51
Seznam obrázků .....	52
Seznam grafů .....	53
Přílohy .....	54
Zdroje .....	56

# Úvod

Kdo by dnes nechtěl být štíhlejší, krásnější a dokonalý? Ze všech stran se na nás valí propagace dokonalého těla, vypracovaného břicha, štíhlých stehen, vidíme dokonalé modelky v časopisech, televizích i na internetu. Ale je to všechno opravdové? V dnešní době moderních zařízení, photoshopů, plastických úprav je těžké rozeznat přírodní krásu od umělé, takže je zcela na nás, jestli se necháme strhnout o dokonalosti.

O tomto aktuálním problému dnešní doby jsem se chtěla dozvědět více, proto jsem si řekla, že si zvolím toto téma za svou bakalářskou práci. O mentální anorexii a bulimii jsem věděla, ale že existují i další druhy PPP jsem se dozvěděla až při psaní práce.

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších chorob v dnešní době. Je smutné, že tyto nebezpečné onemocnění postihují i mnoho dospívajících dívek a chlapců, zejména v pubertě. Svým chronickým průběhem a somatickými, psychickými důsledky způsobují tyto choroby dlouhodobé obtíže a obtíže blízkých kolem nich.

V teoretické části shrnuji poznatky věnované této problematice do čtyř kapitol. V první kapitole mám jednotlivé informace o PPP se stručnou historií. V druhé jsem zmínila hlavní rizikové příčiny vzniku těchto poruch. Třetí kapitola se zabývá psychickými a somatickými následky poruch mentální anorexie a bulimie. Závěrečná kapitola shrnuje možnou léčbu a terapii.

Cílem mé praktické části je zaměřit se na cílovou a rizikovou skupinu dětí šestých a sedmých tříd tří vybraných ZŠ v jižních Čechách, kterými jsou ZŠ Planá nad Lužnicí, ZŠ Plešivec Český Krumlov, ZŠ Borovany. Pomocí anonymního dotazníku analyzuji postoj žáků k sobě samému, stravování, zkušenosti s dietami, sklony k perfekcionismu a vztahy mezi vrstevníky. Vše tematicky zaměřené na poruchy příjmu potravy.

# Teoretická část

## 1 Poruchy příjmu potravy

První obavou člověka bylo neumřít hladu. Tato potřeba nasycení – obživný pud – přirozeně stanovuje i uspokojení jiných potřeb od biologického instinktu až po seberealizaci. Jídlo je nejdůležitějším zdrojem živin a jednou z předpokladů somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie nebo některých živin může být zdrojem závažných poruch. Změna v chuti jídla, tělesná hmotnost mohou oznamovat rozvoj somatické a duševní poruchy od obyčejné únavy až po nebezpečná onemocnění. Během života získává jídlo odlišný psychický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i metodou komunikace. (Krch, 2005)

Jídlo není jen cílem, ale i prostředkem k přežití a také k ovlivnění tělesné hmotnosti. Pomocí regulace příjmu potravy lze měnit své tělo. Takto je možné usilovat o štíhlost, ale mohou se projevit negativní vztahy k sobě samému, respektive k vlastnímu tělu. Člověk je schopen svoje tělo ničit (psychicky, fyzicky) nadměrným či nedostatečným příjmem potravy. (Vágnerová, 1999)

Pocitem nelibosti se svým tělem trpí především dívky a mladé ženy. Muži se starají o svou váhu méně, protože svému zevnějšku dávají menší význam. Je to tím, že společnost na ně neklade tak vysoké požadavky. (Leibold, 1995)

Poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy dva nejdůležitější stanovené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. (Krch, 2005)

PPP jsou také jinak pojmenovány „poruchami prožívání“. Anorektičky a bulimičky neumí kontrolovat své pocity jinak než za pomoci hladovění, přejídání a vyprazdňování. (COHN. a HALL., 2003)

## 1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizována záměrným snižováním tělesné hmotnosti. Snížení hmotnosti si nemocný vyvolá sám tím, že se záměrně vyhýbá jídlům, nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá projímadla či jiné léky na hubnutí. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto že nechtějí jíst. (Krch, 2010)

Lidé, trpící touto poruchou, mají sklon k perfekcionismu. Touží po dokonalosti. Jsou přesvědčeni, že láska je závislá, je třeba si jí zasloužit perfektním úsilím, výborným chováním a skvělým vzhledem. Pocit nízkého sebevědomí se snaží skrýt za dokonalou, pro společnost uspokojivou postavou. Hlavní je dodržovat disciplínu a mít nad sebou kontrolu. (Papežová, 2000)

Kromě výchozího typu mentální anorexie (nebulimický, restriktivní typ) uvádí Vašina formu MA s bulimickými stavy (bulimický, purgativní typ). Jedinci trpí občasnými záchvaty přejídání až ke zvracení. Tato forma je ještě závažnější a nebezpečnější, protože záchvaty přejídání pociťují lidé jako selhání, zažívají vinu a velkou depresi. To vše může vést až k sebepoškození a k sebevražedným sklonům. (Vašina, 2008)

První příznaky MA se většinou objevují, již v raném věku mezi třináctým až šestnáctým rokem v období nárůstu hmotnosti, které je sjednocené s dospíváním, změnou životního stylu a různými dietami. Bohužel v posledních letech se věk nemocných ustavičně snižuje nebo v opačném smyslu narůstá počet žen středního věku trpících tímto syndromem. V České republice je rozšíření mentální anorexie podobné jako v jiných zemích Západní Evropy. Podle posledních výsledků trpěly anorexií v průběhu života až 4,5 % žen. Konkrétní příznaky MA se mohou objevovat až u 6 % dívek na konci puberty. (Krch, 2010)

Diagnostická kritéria MA lze shrnout do následujících znaků:

- aktivní udržování neobvykle nízké tělesné hmotnosti – nejméně 15 % pod údajnou hodnotou, jež by měla odpovídat věku (záměrně snížena nebo jí nebylo získáno). Prepubertální pacienti nedosahují během růstu správný hmotnostní přírůstek. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)
- strach z tloušťky i přes velmi nízkou hmotnost (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)
- *endokrinní porucha se u žen projevuje jako amenorea (absence menstruace), u mužů jako ztráta potence a sexuálního zájmu.* (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)
- pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty zastaveny – růst, nevyvíjí se prsa, vzniká tzv. primární amenoree (absence menstruace), u chlapců se zdržují dětské genitálie. (Krch, 2010),(Papežová, 2000)

Tělesná hmotnost nabývá s věkem, a tak u dětí mladších 15 let je důležitějším ukazatelem než BMI předpokládaný hmotnostní přírůstek. To znamená, že děti před pubertou mohou mít nižší hmotnost, než je BMI 17,5, a nemusí trpět syndromem anorexie. Na opačné straně by však měly v tomto věku rapidně přibírat na váze. Není normální, aby v 15 letech měly stejnou nebo nižší hmotnost jako v 11 letech. Odchylkou jsou děti, které trpěly nadváhou a zhubly. Radost z hubnutí u dříve obézních dětí může být pokračováním v dietních omezeních, které mohou přejít v MA. Po návratu do optimální tělesné hmotnosti dojde převážně k normálnímu dokončení vývoje, i když pacientky s brzkým počátkem anorexie bývají menší než jejich vrstevnice. Podvýživa v dětství, ať už z jakýchkoliv důvodů, je vždy riziková a může mít dopad na trvalé následky. (Krch, 2010)

### **1.1.1 Historie mentální anorexie**

Odmítání potravy patřilo v průběhu historie k běžným příznakům řady udivujících somatických poruch, ale i k široké stupnici psychiatrických syndromů. Extrémní dodržování půstu bylo dílem sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době dlouhodobého odmítání jídla vzbuzovalo úvahu

o nadpřirozených silách nebo vlivu ďábla. Postupné odmítání jídla začalo být známkou duševní poruchy. (Krch, 2005)

Přehnaný půst měl velkou roli v životě mnoha hluboce věřících žen a dívek, v období pozdního středověku. Tyto ženy tzv. „záračné panny“ tvrdily, že přijímají pouze minimální množství potravy nebo že nejedí vůbec. Za dívkami jezdilo tisíce poutníků, králů a dalších hodnostářů, kteří jim nosili dary. Tyto případy vzbuzovaly ostré diskuse. Od lékařů se předpokládala odpověď, zda je to podvod nebo zázrak, zapříčiněný božím přičiněním. Používali proto název „*inedia prodigiosa*“ nebo „*anorexia mirabilis*“. V průběhu devatenáctého století se patologický charakter nepřijímání jídla kladl za velkou známku choroby. Veřejnost začala panny spatřovat jako hysterické osobnosti, snažící se upoutat zájem. Tento názor setrval i v době, kdy, již byla charakterizována klinická diagnóza mentální anorexie. Nejznámější jména této doby byla Galén a Hippokrates, kteří toto pojmenování zkracovali na tzv. „*asitia a inidia*“, když popisovali odmítání potravy (Krch, 2005)

Počáteční klinické obrazy, které by se mohly shodovat s diagnózou MA, byly zaznamenány v 17. století. Nejlepší popis choroby je pokládán anglickému lékaři Richardu Mortonovi (1637-1698) v díle „*Phthisiologia*“ popsal tzv. „nervové opotřebení“ způsobené fyzickým zdrojem a emocionálními účinky. (Papežová, 2010) Nejznámější anorektičkou v historii byla císařovna Sissi, jejíž váha nepřekročila hranici 55 kg při výšce 172 cm. Její hmotnost se pořád snižovala. Sissi držela kruté diety, pila šťávu ze syrového masa a jedla jen ovoce. (Marketing PROPEOPLE, 2012)

## **1.2 Mentální bulimie a záchvatovité přejídání**

Takřka každý člověk se někdy přejí. Je normální, že své nerozumnosti potom lituje, má výčitky a stydí se za to, co udělal. Tyto pocity jsou do jisté míry obvyklé a nevyvolávají v nás žádné rozrušení. Jsou tací, pro které má přejídání jiný význam. Nad konzumací jídla marní kontrolu a cpou se. Přejídání není pouze oblastí pro lidi s nadváhou. Navíc až polovina lidí trpící mentální anorexií trpí přejídáním. (Cooper, 2014) Stejně jako u mentální anorexie trpí bulimií spíše dívky, ačkoli o trochu starší, kolem 18. roku. (Janotová et al., 2006)

Vkládají obrovské množství energie do toho, aby toto přejídání vyvažovaly a neustále kontrolují svou váhu a postavu. Záchvatovité přejídání se často děje tajně. Nemocný se přejídá v soukromí a před ostatními udržuje dojem, že se stravuje zcela „normálně“. Během přejídání sní nemocný jídlo často velmi rychle, moc nekouše.

Pije velmi tekutin, aby se co nejdříve cítil plný. Množství jídla, které snědí během záchvatu, je individuální. Existují i tací, kteří zkonsumují jídlo o energetické hodnotě 20 tisíc kalorií a více. V průměru se pohybují kolem 1500–3500 kalorií. (Cooper, 2014)

**Záchvaty často spouští několik událostí rozdělených do tří skupin:** (Cooper, 2014)

#### 1. Záchvaty, které se týkají konzumace

- porušení pravidel
- možná dostupnost tučných potravin
- pocit sytosti po jídle
- pomyšlení na jídlo

#### 2. Záchvaty, které se týkají obavy z váhy a postavy

- zarmoucenost kvůli postavě nebo váze
- zjištění, že váží více, než myslel(a)
- dojem o tom, že je tlustá(ý)
- zjištění o velikosti oblečení – malé, těsné

#### 3. Záchvaty při špatné náladě

- deprese
- osamělost, odloučení
- napětí, úzkost, strach
- zloba, naštvání (Cooper, 2014)

Jako náhradu za tyto záchvaty často drží diety, zvrací a zneužívají laxativa a diuretika. Pro tyto lidi trpící bulimií existují tři druhy diet. Jako první druh je hladovění, po delší časový úsek nejíst. Druhým je střídme stravování, snaha snížit všední příjem potravin s ohledem na obsah kalorií. Třetím je snažit se vyhýbat tučným potravinám, protože spouštějí tzv. přejídání. (*Tyto potraviny tzv. „spouštěče“ jsou často popisovány jako „zakázaná“, „špatná“ či „nebezpečná“ jídla.*) (Cooper, 2014)

S metodou kompenzace také souvisí zvracení. Zvracení si často vyvolávají strčením prstů nebo jiné věci do krku, aby si přivodili dávivý reflex. Zkušenější bulimičky dokáží zvracet na povel při pouhém předklonění či zmáčknutí břicha. Zvracení společně s dietou užívají jako nástroj dohledu nad vlastním tělem a hmotností. Pití slané vody, šampónů pomáhá také k dávivému reflexu a tím k zvracení. Všechny tyto možnosti jsou velmi nebezpečné a mají spoustu nežádoucích důsledků. (Cooper, 2014)

Spousta nemocných si myslí, že jim laxativa pomůžou ke snížení hmotnosti, ale není tomu tak. Laxativa působí ve spodní části tlustého střeva a kalorie z potravy zažívají ve vyšších částech. Užíváním těchto léčiv musíme počítat s několika komplikacemi. Tělo si na ně zvykne a k podnícení vyvolávacího projímacího účinku jsou potřeba ustavičně větší dávky. Mezi další komplikaci patří zadržování vody v těle. Diuretika („vodní tablety“) – úbytek vody z těla. (Cooper, 2014)

### **1.2.1 Historie bulimie**

Dějiny přejídání jsou podobně staré jako historie nepřijímání jídla. Nadměrné přejídání existovalo v království medicíny již odedávna. *Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad (pou limos = polys limos).* (Krch, 2005) Označení bulimie se týkalo slabosti a mdloby způsobené hladem, proto lékaři spojovali pojem bulimie s dysfunkcí trávicího ústrojí. Někteří nosologové osmnáctého století rozeznávali více druhů bulimie. Symptomatické, které byli doplňovány ostatními příznaky jako jsou cizopasníci, průjem a křeče. Emocionální faktory, které se projevovaly pocitem stísněnosti a zarmoucenosti. Až v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé označil výraz *bulimia nervosa* s neovladatelným nutkáním se přejídat ve spojení se strachem ztloustnout, podnícením zvracení nebo použitím pročišťujících léků. (Krch, 2005)



V roce 1987 označila Světová zdravotnická organizace pojem mentální bulimii za medicínský problém a bylo upozorněno na nápadný, až epidemický výskyt poruch. (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003)

### 1.3 Srovnání mentální anorexie a bulimie

Významné znaky	Mentální anorexie	Mentální bulimie
<b>Pokles hmotnosti</b>	výrazný	mírný pokles ba naopak zvýšení
<b>Sebekontrola</b>	vystupňovaná	oslabená
<b>Amenorea</b>	60 – 100 %	10 – 30 %
<b>Jídelní chování</b>	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	rychlé jídelní tempo, větší sousta, velký příjem tekutin
<b>Vyvolané zvracení</b>	15 – 30 %	75 – 90 %
<b>Počátek obtíží</b>	13 – 20 rok, výjimečně později	14 – 30 rok, výjimečně dříve
<b>Incidence v rizikové populaci</b>	0,5 – 0,8 %	2,5 – 6 %
<b>Významné zlepšení</b>	20 – 75 %	60 – 85 %
<b>Motivace k léčbě</b>	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání

Obrázek 1 - Srovnání mentální anorexie s mentální bulimií. Zdroj: (Krch, 2008)

## **1.4 Další typy poruch příjmu potravy**

Kromě mentální anorexie a bulimie existují i méně známé typy poruch. Nejsou součástí Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ale jsou pro dospívající populaci velmi závažné a nebezpečné, proto bych je chtěla stručně nastínit. (Papežová, 2010)

### **1.4.1 Ortorexie**

Patologická závislost o zdravou výživu, s níž se v poslední době stýkáme velmi často. Lidé nemůžou sníst nic jiného než to, co nezahrnuje žádné škodlivé látky jako jsou barviva, cukr, sůl a zejména bílou mouku. Nemocný může časem až zfanatizovat. Obava, že jídlo není zdravé, vede k markantní podvaze. Člověk jí pouze speciální biopotraviny, což vede k sociální separaci, protože toto jídlo nekoupíme všude. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)

### **1.4.2 Noční přejídání**

Ke konzumaci jídla dochází večer a v noci. Charakteristikou této nemoci je nespavost a po ránu odpor k jakékoliv potravíně. Iniciátor onemocnění je držení diety, období stresu a celkové porušení denního režimu. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)

### **1.4.3 Drunkorexie**

Aby se mohlo vypít více alkoholu, který je kalorický, proto lidé s touto chorobou sníží celodenní příjem energie. Tato porucha se objevila u dospívající mládeže v USA, kde až 30 % dívek nekonzumují potravu, aby vypily více alkoholu. V této souvislosti byly zaznamenány případy náhlého úmrtí, protože míchání alkoholu s energetickými nápoji zvyšuje krevní tlak a samozřejmě srdeční činnost. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)

#### 1.4.4 Bigorexie

Nejčastější onemocnění kulturistů. Jde o zájem dosáhnout velké svalové hmoty a lepší svalové zdatnosti. Nemocní se cítí stále malí, slabí, málo vyvinutí, proto využívají různé anabolické steroidy a jiné látky na této bázi. I toto onemocnění nese s sebou velká rizika. Například poškození pohybového aparátu, přetěžování, nesprávná strava, a hlavně zneužíváním doplňků stravy, které poškozují játra, ledviny a celý trávicí systém. (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017)

#### 1.4.5 Diabulimie

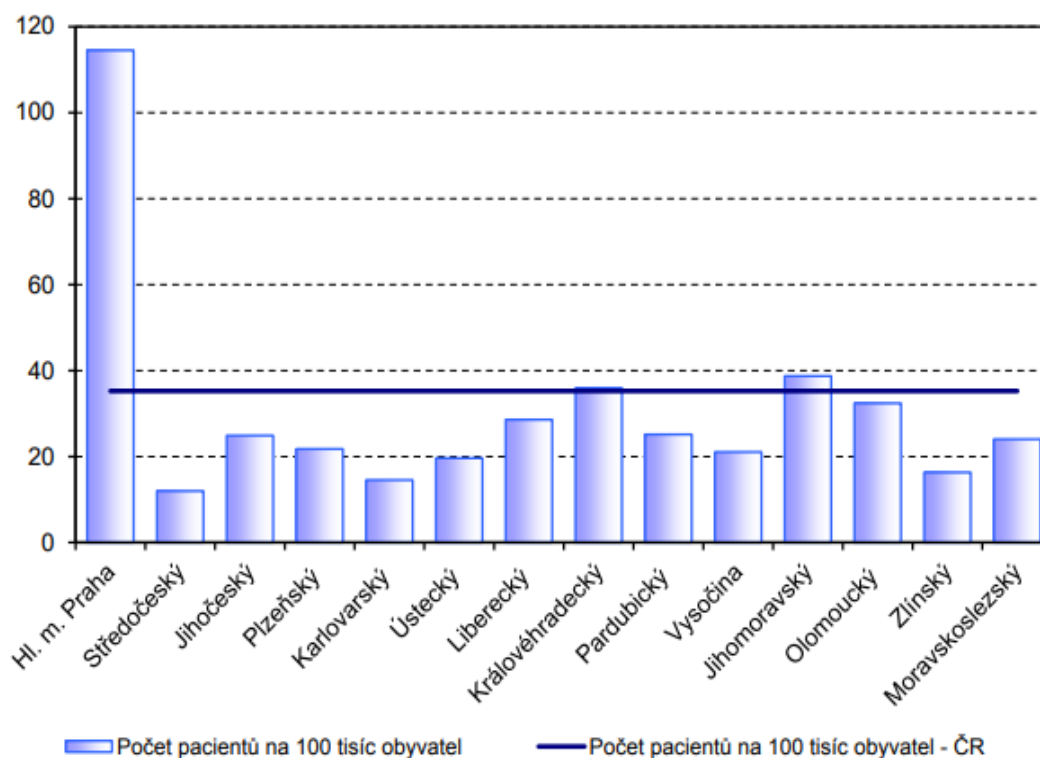
Diabulimie souvisí s pacienty, kteří trpí onemocněním diabetes mellitus I. typu. *Jedná se o autoimunitní onemocnění, při němž dochází k napadání buněk slinivky břišní, produkujících inzulin, vlastním imunitním systémem. V důsledku toho se stává jedinec závislý na pravidelném užívání inzulinu. Jedná se o anabolický hormon, který má významný vliv na ukládání tuků v těle, a tím i regulaci hmotnosti. Uživatelé inzulinu se tak brzy naučí manipulovat s dávkami ve snaze o snížení tělesné hmotnosti. Toto experimentování s sebou přináší život ohrožující komplikace.* (Procházková a Sladká Ševčíková, 2017) U tohoto onemocnění se často projevuje i záchvatovité přejídání. Hrozí také riziko stálých komplikací jako jsou retinopatie, nefropatie, neuropatie a jejich smrtelných následků. (Papežová, 2010)

#### 1.4.6 Pregorexie

Toto onemocnění je velmi úzce spojené s těhotenstvím. První příznaky se objevují u těhotných žen, které úmyslně snižují tělesnou hmotnost. Důsledky mohou být velmi nebezpečné. Může dojít až k úmrtí plodu, kvůli nedostatečné výživě. To si však budoucí rodičky neuvědomují. (Papežová, 2010)

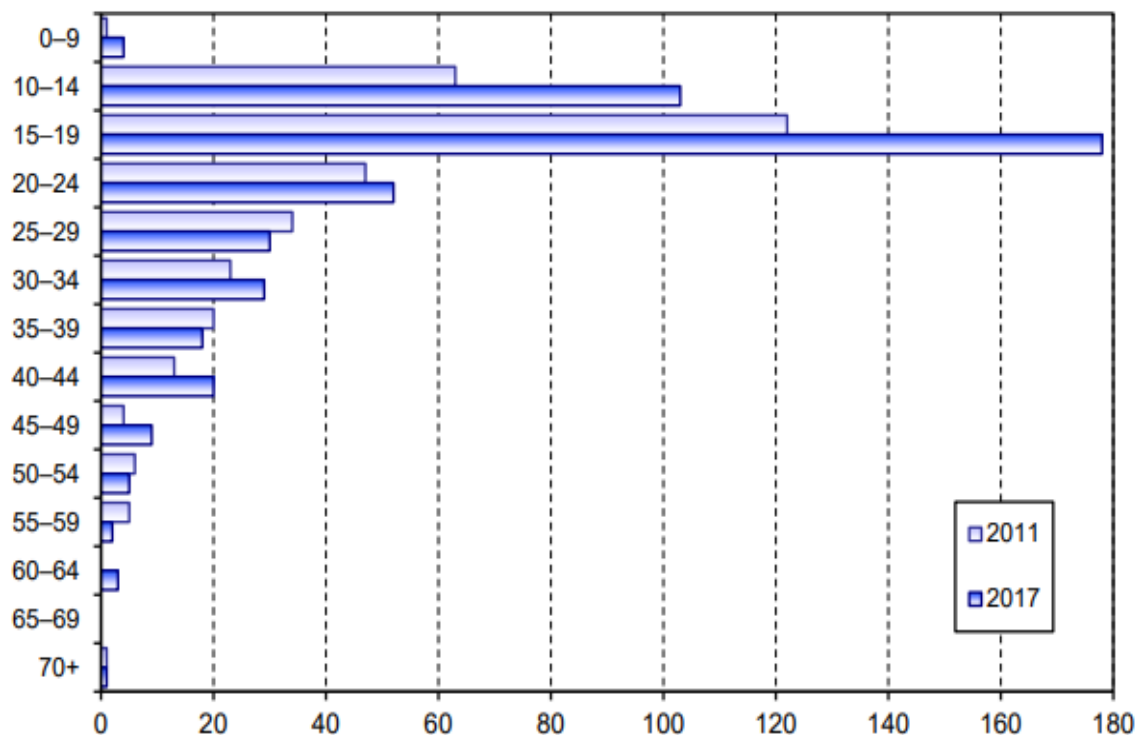
## 1.5 Poruchy příjmu potravy v ČR

Dle aktuálních výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo onemocněno v roce 2017 celkem 3731 pacientů. Z toho z 90 % případů se jednalo o ženy. Následující graf číslo 1 zobrazuje porovnání počtu pacientů trpících poruchou příjmu potravy v jednotlivých krajích. Jedná se pouze o ambulantní pacienty tzn. pacienty, kteří se nechali léčit ve zdravotnickém zařízení. Graf zobrazuje počet lidí na 100 tisíc obyvatel daného kraje. V Jižních Čechách se jedná o 22 lidí s touto poruchou. Celorepublikový průměr je 35,2 pacientů na 100 obyvatel, a proto se dá říct, že Jihočeský kraj se nachází pod průměrnou hranicí onemocněných. Nejvíce léčených zaznamenává hlavní město Praha, naopak nejméně pacientů se vyskytuje ve Středočeském kraji.



Obrázek 2 - Porovnání počtu ambulantních pacientů na 100 tis. obyvatel podle kraje v roce 2017  
Zdroj: (Nechanská, 2018)

Při porovnání roku 2011 a 2017 hospitalizovaných osob došlo k největšímu nárůstu u věkové skupiny 10–14 a 15–19 let. Zároveň jsou tyto roky nejvíce obsazenou skupinou populace trpící poruchami příjmu potravy.



Obrázek 3 - Porovnání počtu hospitalizací s poruchou příjmu potravy podle věkových skupin v roce 2011 a 2017 Zdroj: (Nechanská, 2018)

## 2 Příčiny poruch příjmu potravy

O možných příčinách PPP bychom mohli polemizovat. Přes všechny hypotézy je jasné, že existuje hodně faktorů na vzniku těchto chorob. (Krch, 2010) Téměř vždy jde o souhrn okolností vlivu sociálních, rodinných, špatných životních událostí, rysů jedince a biologických změn. (Krch, 2005)

### 2.1 Sociální a kulturní faktory

Média, časopisy, internet a propagace reklam patří poslední dobou k zásadním změnám svého života plno žen. Záměrně drží diety, hubnou, chtějí vypadat jak modelky, které jsou v každém časopise, reklamě, na plakátech v ulicích apod. Skoro v každém časopise, knize, internetu, televizních pořadech vidíme a čteme, jak mít nejlepší tělo, proto se pak nemůžeme divit, že mnoho mladých dívek tím podlehne. Smutné je, že tyto fotky jsou nereálné a tvoří velmi nebezpečné dokonalé představy. Faktem je, že tyto modelky a úspěšné herečky, které utrácejí plno peněz za lepší vzhled, trpí PPP. (COHN. a HALL., 2003)

Autoři Garfinkel a Garner (1982), Hsu (1990) se domnívají, že hlavní složkou problému PPP je rychle měnící se kultura, která vyzdvihuje štíhlost a velký zřetel kontrolu nad sebou. Tyto sociální a kulturní napětí shazují sebedůvěru mladých žen. (Krch, 2005) Studie z Hongkongu, Japonska a Argentiny poukazují na to, že společnosti, které se řídí západními normami jako je život a krása, začínají rychleji trpět pocitem z přibírání a nespokojenosti s tělesnými partiemi jako jsou hýždě, stehna a břicho. Tato nespokojenost pokračuje v nastolení diet až do fáze PPP. Módní časopisy, reklamy, televizní pořady poukazují na to, že i mírná nadváha je škodlivá a štíhlosti je nejdůležitějším hlediskem fyzické přitažlivosti. Zdravotní výhody štíhlosti jsou velmi zveličované, naopak škodlivým důsledkům v omezování potravy je poskytována malá pozornost. Toto působení je na životě čím dál více ohrožující. (Krch, 2003) Jako příklad rozhodně stojí reklama z knihy Poruchy příjmu potravy, kterou otiskl Krch. Tato fotka ukazuje na světové trendy, které se velmi rychle mění. Zdůrazňuje dříve oblíbené „prostředky na přibírání“, a to bonbóny, po kterých dámy i pánové rychle přiberou 5 až

15 kilogramů během krátké chvíle. Ne vždy štíhlost byla symbolem krásy a úspěchu. (Krch, 2005)



Obrázek 4 – „Svět se mění“ - případ reklamy dříve populárních – „prostředků na přibírání“. Zdroj: (Krch, 2005)

## 2.2 Biologické faktory

### 2.2.1 Ženské pohlaví

Ženy trpí daleko více PPP než muži. Tato hypotéza je nápomocna i mnoha výzkumy. Proto ženské pohlaví je jedním z nebezpečných rizikových faktorů pro výskyt mentální anorexie a bulimie. U ženy v období puberty a adolescence velmi narůstá BMI z 16 na 19. Zatímco dospívání chlapců je jiné, jejich postava se mění tzv. maskulinnímu ideálu krásy, který tvoří vyvinuté a svalnaté tělo. (Krch, 2005)

Podle Krcha: „*Stačí být ženou a riziko vzniku poruch příjmu potravy je nejméně vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže. Ženy vždy zajímaly více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla*“.  
(Krch, 2003)

Chlapci, kteří se léčí těmito chorobami jsou pro odborníky velkou výjimkou. Spekulovaly se různé hypotézy například o jejich sexuální orientaci a identitě. Přesto anorexií nebo bulimií trpí 27 % mužů, kteří jsou homo nebo bisexuálně orientovaní. Je možné, že ve své subkultuře jsou vystaveni stejnému napětí být krásný, dokonalý a štíhlý jako ženy v majoritní společnosti. Proto lékaři berou v úvahu i tuto možnost.  
(Papežová, 2010)

### **2.2.2 Tělesná hmotnost**

V současné době je velmi kladen důraz na vzhled jedince. Je vyzdvihována štíhlost, symbol osobní přitažlivosti, tělesné krásy a elegance. O tuto štíhlost by se mělo celý život usilovat. Obézní a plnoštíhlé osoby jsou brány za ošklivé, hloupé, bez sebekontroly a vůle. Často bývají terčem posměchu a diskriminace. (Machová a Kubátová, 2009) Mladé dívky častou spadnou do různých hladovek a diet, a tím se podrobují nebezpečí vzniku PPP. Neustálé kolísání váhy dospívajících dívek je pro tělo stejným problémem jako obezita. (Krch, 2008)

### **2.2.3 Puberta**

Puberta je jedním z dalších negativních rizik vzniku PPP. Tělo se mění, hormony doprovázejí změny nálad jako je podrážděnost, labilita. Během puberty velmi narůstá přemýšlení o životě, a hlavně o sobě. Dívky se velmi pozorují s ostatními vrstevníky a kladou si otázky typu: „kdo je lepší?“ a „jak zhubnout?“. (Krch, 2005) Dospívající se často porovnávají s oblíbenou skupinou, ať už to je sportovní oddíl, parta, známé osobnosti a chtějí se jí co nejvíce vyrovnat. Každé nespokojení vnímají velmi bolestivě a může to ovlivnit jejich životní styl. (Krch, 2010)

Právě puberta je typickým věkem pro rozvoj anorexie a bulimie. U dívek dochází ke změně postavy, první menstruaci. Papežová ve své knize uvádí, že u dospívajících jedinců



se jedná o třetí nejčastější psychiatrickou chorobu, která má častější smrtelné následky než ostatní psychiatrické onemocnění. (Papežová, 2010)

Rychleji vyspělé dívky bývají obvykle silnější. S váhou nejsou spokojeny, a proto častěji trpí přejídáním. Přestože se jejich sebejistota během života lepší, hodnocení svého těla zůstává hlavní složkou jejich podceňování. Snaží se zlepšit svůj vzhled dietami, při zklamání, se sebejistota sníží. (Krch, 2005)

S pubertou je také úzce spojeno odloučení od rodiny – studium v zahraničí, internát. V tomto období může mít velký vliv k narušení naučených rodinných zvyklostí, tím mám na mysli změnu jídelních návyků. (Krch, 2005) V období dospívání je potřeba zvýšit příjem nutričně hodnotné stravy. Oběd ve školní jídelně je v mnoha případech pro děti jedinou stravou za den. (Marádová, 2007)

Většina mladých dívek je velmi citlivá na názory od svých kamarádů, vrstevníků. V partách mladých slečen je velké téma – celkový vzhled. V případě nerespektování těchto pravidel se dívky mohou stát terčem posměchu. Je časté, že poprvé vyzkoušejí různé diety, extrémní cvičení, zvracení a užívání diuretik. (Novák, 2010) Od chlapců mohou pak slyšet sexuální nářky, které jsou nebezpečné zejména pro dívky, jejichž tělesný vývoj předstihl vývoj duševní. (Cassuto a Guillou, 2008)

#### **2.2.4 Životní události**

Mnoho životních zkušeností, které si dotyčný prožil, může mít velký dopad na zdraví a hlavní faktor vzniku PPP. Nejčastější jsou nářky na tloušťku, tělesný vzhled, sexuální nebo jiné rozpory, životní; osobní změna a problémy v rodině. (Krch, 2005)

### **2.3 Rodinné a genetické faktory**

Odborníci se shodují, zda se v rodině vyskytuje nebo vyskytovala PPP, je pravděpodobné, že se také vyskytne. Rodiče očekávají od svého dítěte velmi a dítě je nechce zklamat. Děti si od rodičů přenášejí stravovací návyky, které mohou být bohužel i špatné. Matky pacientek s PPP často drží nějaké diety, proto je v těchto rodinách kladen velký důraz na vzhled – štíhlost. Zejména dívky se chtějí matce vyrovnat, vidí jí jako

vzor. Chlapci jsou více odolní přáním matek, protože se s nimi hůře spodobňují. (Novák, 2010)

Další velký rizikový faktor, je kritičnost ze strany rodičů. Komentují jejich vzhled, nadbytečná kila a představu o vlastním těle. Rodiče si neuvědomují, že mohou svými připomínkami velmi ublížit až do stavu PPP. (Krch, 2010)

## **2.4 Emocionální faktory**

Někteří nemocní nejsou vůbec schopni projevit a rozlišit pocity. Mají výrazné výkyvy nálad, mívají obavy z intenzity utajených citů, proto nedávají na veřejnosti znát citové vnímání spojené jak s jídlem, tak se životem obecně. (COHN. a HALL., 2003)

Tito lidé trpí depresemi, pocitem úzkosti, obavou z postavy, nemohoucností bojovat, proto plno případů končí sebevražedným pokusem. (Krch, 2005)

Autoři (Grilo a Mitchell, 2011) souhlasí a dodávají pár dalších emocionálních faktorů - špatnou náladu, strach ze sexuality, problémy ve vztazích a ztrátu váhy zapříčiněnou tělesným onemocněním.

## 3 Následky mentální anorexie a bulimie

### 3.1 Mentální anorexie

*„Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“ způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených“ (Krch, 2010)*

Nedostatečná výživa, vyhublost způsobuje plno zdravotních následků po celý život:

- Oslabení imunity, metabolismu
- Chronické vyprazdňování žaludku, zácpa
- Arytmie srdce
- Problémy s krví
- Suchá, praskající kůže
- Problémy s dýchací soustavou – vdechnutí zvratků
- Zvýšená kazivost zubů
- Poruchy paměti
- U žen – problém s menstruací
- Pocity smutku, deprese, sklony k sebevraždě (Plocová, 2019)

### 3.2 Mentální bulimie

Přejídání a následné zvracení je pro organismus velká námaha, a proto se projevují negativní důsledky:

- Dehydratace, suchá pleť, vyrážka
- Chronická zácpa (málo tekutin)
- Edém – zadržování vody v těle
- Velká únava
- Bolest v krku a jícnu (za příčiněno častým zvracením)
- Kazivost zubů (Plocová, 2019a)

## 4 Léčba, terapie

V posledních letech se velmi rozšířili nabídky léčebných a psychoterapeutických metod užívaných v terapii poruch příjmu potravy. (Krch, 2005) Startem veškeré léčby a terapie je zamyšlení a uvědomění si problému. V mnoha případech se stává, že rodiče nevidí, že se jejich dítě chová jinak, drží diety, hubne a pozoruje se. Proto je dobré, co nejdříve zachytit tuto poruchu včas a neprodleně vyhledat odbornou pomoc. (Elliott a Place, 2002)

### 4.1 Hospitalizace, krátkodobá hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s anorexií nebo bulimií je zapotřebí ustálit jejich zdravotní stav. Hospitalizace je v těchto případech nezbytná a v nejhrošším stavu ohrožení života je uskutečněna i proti vůli pacienta. Pobyt v nemocnici je zaměřen na fyzickou i psychickou stránku nemoci. Někdy je velmi těžké přemluvit pacienty ke spolupráci, vše vyžaduje velké úsilí a trpělivost. (Krch, 2005)

Zda je vůbec potřeba hospitalizovat pacienty existuje několik pravidel, podle kterých se lékaři řídí: (Krch, 2005)

- Nutnost vrácení k normální hmotnosti nebo alespoň přerušování úbytku hmotnosti u anorektických dívek
- Odstranit záchvaty přejídání, záměrné zvracení a zneužívání různých laxativ
- Zjištění a léčba jiných onemocnění s tím spojených
- Léčba psychických problémů, které souvisí s nemocí – deprese, sebepoškozování, drogy (Krch, 2005)

Existuje také krátkodobá hospitalizace, která je spojena s psychologickou poradnou, navazující na ambulantní psychoterapii, a to s cílem ustálit problém. Této krátkodobé hospitalizaci se říká denní stacionář, kdy pacienti naopak od úplné hospitalizace chodí na noc domů. Krátkodobá hospitalizace není vhodná pro vyhublé pacienty s anorexií, kdy je potřeba daleko více péče. Optimální rychlost hmotnostního přírůstku je kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu za týden. (Krch, 2005)

Délka hospitalizace je určena počtem týdnů nebo měsíců nutných k dosažení – minimálně 90 % cílové hmotnosti. Tento stacionář poskytuje jak stravovací, tak terapeutický režim. Jsou velmi výhodnější než úplná hospitalizace, mohou přecházet mezi hospitalizací a ambulantní péčí. (Krch, 2005)

## **4.2 Ambulantní lékařská péče**

Může se stát, že někteří nemocní již nechtějí pokračovat v léčbě. V této situaci existuje ambulantní lékařská péče, která má výhodu, že může být jak individuální, tak skupinová. (Krch, 2005) Pro tuto terapii je nutná konzultace jak s praktickým, tak s psychoterapeutickým lékařem. Psychologové provádějí šetření, při kterých zjišťují daný stav pacienta. Jejich praktický lékař musí být o všem informován. Dostávají stravovací režim, vedou si jídelní protokoly, které pak společně konzultují. (Papežová, 2010)

## **4.3 Svépomoc, řízená a psychoedukace**

Svépomoc je pro pacienty, kteří mají mírné zlepšení nebo úplné uzdravení. Tato léčba slouží hlavně k poučení a rozšíření zkušeností široké vrstvy obyvatelstva. Má značný vliv na chování nemocných, ale bohužel nedosahuje takových výsledků jako kognitivně-behaviorální terapie. (Krch, 2005)

## **4.4 Rodinná terapie**

Tato terapie je vhodná pro mladé lidi a pacienty žijící se svojí rodinou. Rodinné konflikty by mohly být jako vhodný bonus k individuální terapii i u starších léčených pacientek. Tato terapie se nezahrnuje do základního způsobu léčby, ale podrobné rodinné vyšetření může usnadnit velkou práci. Tedy blízcí z rodiny jsou z velké části začleněni do léčby. (Krch, 2005)

## **4.5 Kognitivně-behaviorální terapie**

KBT se stala hlavní léčebnou terapií pro mentální bulimii. Pro mentální anorexii vytváří teoretické základy pro část léčby. Kognitivně-behaviorální terapie je vhodná pro pacientky, pro které vzhledem k věku není vhodná rodinná terapie a pro ty, které mají středně vážné až těžké příznaky. (Krch, 2005)

Léčba se zabývá na opětovné získání kontroly nad svou životosprávou a snížení obav ze svého těla. Tato terapie trvá asi 20 sezení terapeuta s klientem po dobu okolo pěti měsíců. Účinnost KBT se osvědčila. U 90 % pacientů došlo ke snížení pocitu z přejídání, záměrného zvracení, zneužívání projímadel, a hlavně se velmi zlepšila nálada. (Cooper, 2014)

## **4.6 Interpersonální terapie**

Tato terapie byla v minulosti používána k léčbě psychických chorob zejména deprese. Je velmi podobná kognitivně-behaviorální terapii. Terapie se člení do tří částí: (Krch, 2005)

1. Identifikace mezilidských problémů
2. Uzavření smlouvy o práci
3. Závěrečná část – otázky s ukončením terapie (Krch, 2005)

## 4.7 Farmakoterapie

Bylo zjištěno, že antidepresiva a řada těchto látek mají pozitivní účinek na léčbu mentální bulimie. Častost záchvatů přejídání klesá až o 60 % během několika málo týdnů. Kvůli těmto lékům nemocní lépe spí, jedí a jejich nálada je daleko lepší. (Cooper, 2014)

Bohužel nedávný výzkum odhalil negativa v této farmakoterapii: (Cooper, 2014)

- I když při užívání antidepresiv méně propadají záchvatům, zvrací méně než obvykle. Jejich stravovací návyky se nelepší a potřebují dále pomoc.
- *„Antidepresiva nemají žádný vliv na sklony pacientů k dietám. Protože jsou přísné diety osob s bulimií důvodem, proč mají sklony k přejídání, je to celkem závažné omezení“.* (Cooper, 2014)
- Pozitivní účinky antidepresiv nejsou trvalé, při delším užívání léků se u mnoha lidí vyskytuje recidiva. (Cooper, 2014)

# Praktická část

## 5 Metodologie

### 5.1 Cíl práce

Cílem praktické části mé bakalářské práce je provést výzkum tematicky zaměřený na poruchy příjmu potravy na základních školách v Jihočeském kraji a analyzovat jejich postoj k sobě samému, stravování, zkušenosti s dietami, sklony k perfekcionismu a vztahy mezi vrstevníky.

### 5.2 Úkoly práce

Ke splnění cíle jsem si stanovila následující úkoly:

1. Sestavit dotazník, který se bude týkat otázek, které souvisí se sebepojetím jedince a stravováním.
2. Zpracovat nasbírané odpovědi.
3. Vyhodnotit výsledky pomocí grafů s krátkým komentářem.

#### 5.2.1 Výzkumné předpoklady

Hypotézy jsem si vytvořila na základě odborných literatur, z kterých jsem čerpala na psaní této práce. Pro svou práci jsem si stanovila následné výzkumné předpoklady.

**Výzkumný předpoklad č. 1:** Se svým tělem jsou více nespokojené dívky než chlapci.

**Výzkumný předpoklad č. 2:** Předpokládám, že polovina respondentů již někdy zažila narážky na své tělo.

**Výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládám, že kdo nenosí připravené svačiny z domova do školy, má vyšší riziko výskytu poruch příjmu potravy.

**Výzkumný předpoklad č. 4:** Domnívám se, že polovina respondentů již zkusila jakoukoliv dietu.



**Výzkumný předpoklad č. 5:** Žáci s perfekcionistařickými rysy osobnosti mají větší riziko onemocnění poruch příjmu potravy.

## **5.3 Metodika**

### **5.3.1 Charakteristika souboru**

Pro svou část bakalářské práce jsem oslovila děti šesté a sedmé třídy ZŠ ze třech škol v jižních Čechách – ZŠ Planá nad Lužnicí, ZŠ Plešivec Český Krumlov, ZŠ Borovany.

### **5.3.2 Použité metody**

Pro výzkum jsem použila metodu kvantitativní – dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena z důvodu, že pomocí dotazníků lze poměrně za krátkou dobu získat potřebné informace.

### **5.3.3 Organizace praktického šetření**

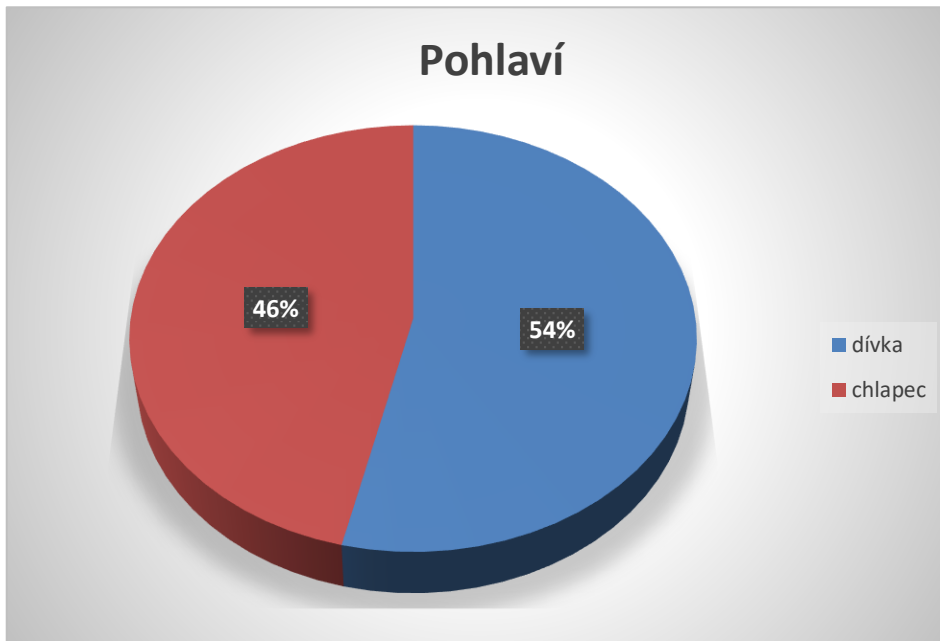
Praktické šetření se konalo od března do dubna roku 2019. Data byla získávána pomocí dotazníků. Dotazníky byly vytvořené v tištěné podobě, osobně zanesené přímo do škol. Všichni respondenti byli ujištěni, že dotazník je zcela anonymní.

### **5.3.4 Výsledky**

Dotazníků se mi vrátilo 310. Dvanáct dotazníků nebylo kompletně vyplněno, z tohoto důvodu jsem musela tyto nepoužitelné verze vyřadit. Správně vyplněných dotazníků bylo 298, které jsem zařadila do celkového počtu k vyhodnocení. U ZŠ Planá nad Lužnicí se mi vrátilo 92 dotazníků. ZŠ Borovany 111 dotazníků, ZŠ Plešivec Český Krumlov 107 dotazníků. Šestá i sedmá třída v každé škole se dělila na třídy A a B, proto jsem sehnala tolik respondentů.

V následující části budu analyzovat získaná data pomocí grafů s krátkým komentářem. K vyhodnocení používám graf výsečový.

### Otázka číslo 1. Pohlaví?



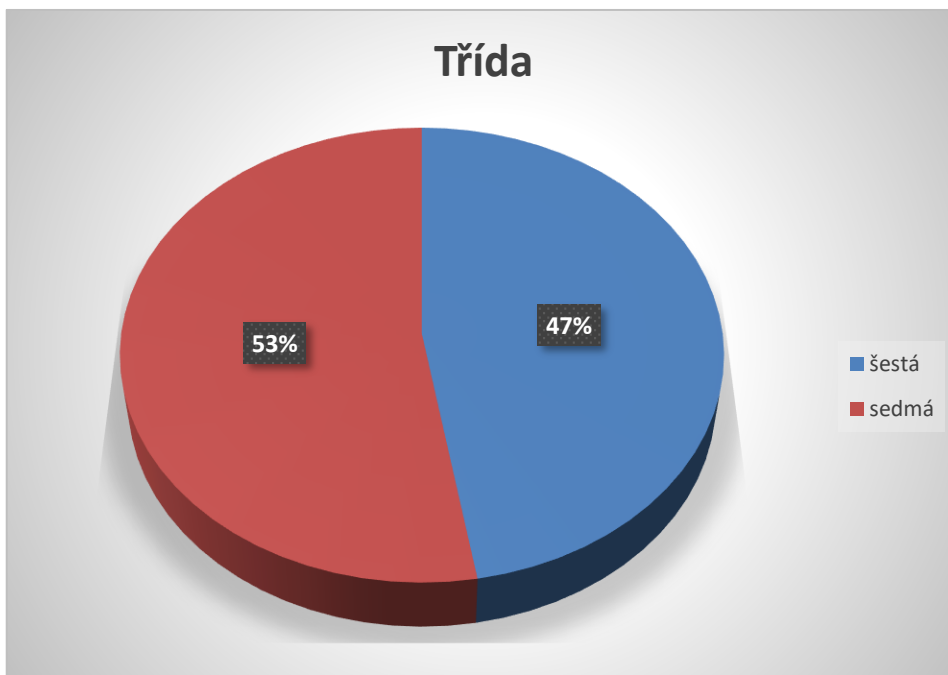
Graf 1 – Pohlaví. Zdroj: vlastní tvorba

#### **Komentář:**

Zahrnula jsem do hlasování chlapce i dívky. Je obecně známo, že dívky na tyto onemocnění trpí více, ale stávají se i výjimky.

Dívek je 54 % - 160 respondentů. Chlapců je 46 % - 138 respondentů.

## Otázka číslo 2. Třída?

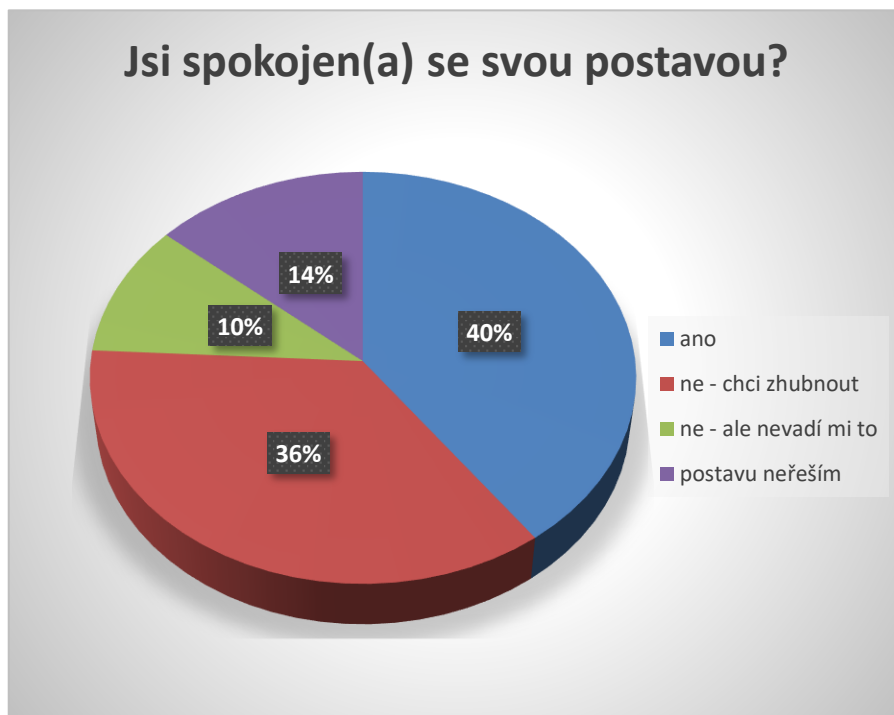


Graf 2 – Třída. Zdroj: vlastní tvorba

### **Komentář:**

*Šestá třída zahrnuje 47 % - 141 dětí. Sedmá třída 53 % - 157 dětí.*

### Otázka číslo 3. Jsi spokojen(a) se svou postavou?



Graf 3 - Jsi spokojen(a) se svou postavou? Zdroj: vlastní tvorba

#### Komentář:

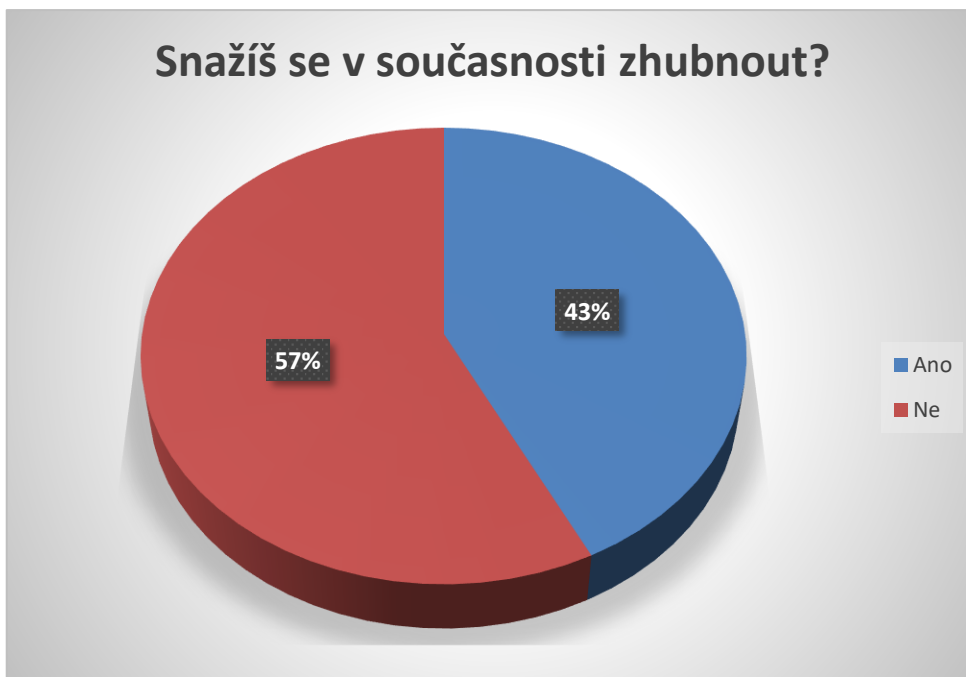
Nejvíce zodpovězená byla možnost A odpověď *Ano*. Kdy se hodnota vyšplhala na 40 % - 119 hlasů z celkového počtu respondentů. Z toho 66 chlapců a 53 dívek. Je vidět že se svým tělem jsou více spokojeni chlapci.

Možnost za B odpověď *Ne – chci zhubnout* odpovědělo poměrně dost dětí 36 % a to 107 respondentů. Z toho 29 chlapců a dívek 78.

Možnosti za C odpověď *Ne – ale nevdá mi to* odpovědělo jen 10 % 31 dětí. Z toho 17 chlapců a 14 děvčat.

Poslední odpověď za D *Postavu neřeším* zaznamenalo 14 % 41 dětí. Z toho 26 chlapců a 15 dívek.

#### Otázka číslo 4. Snažíš se v současnosti zhubnout?



Graf 4 - Snažíš se v současnosti zhubnout? Zdroj: vlastní tvorba

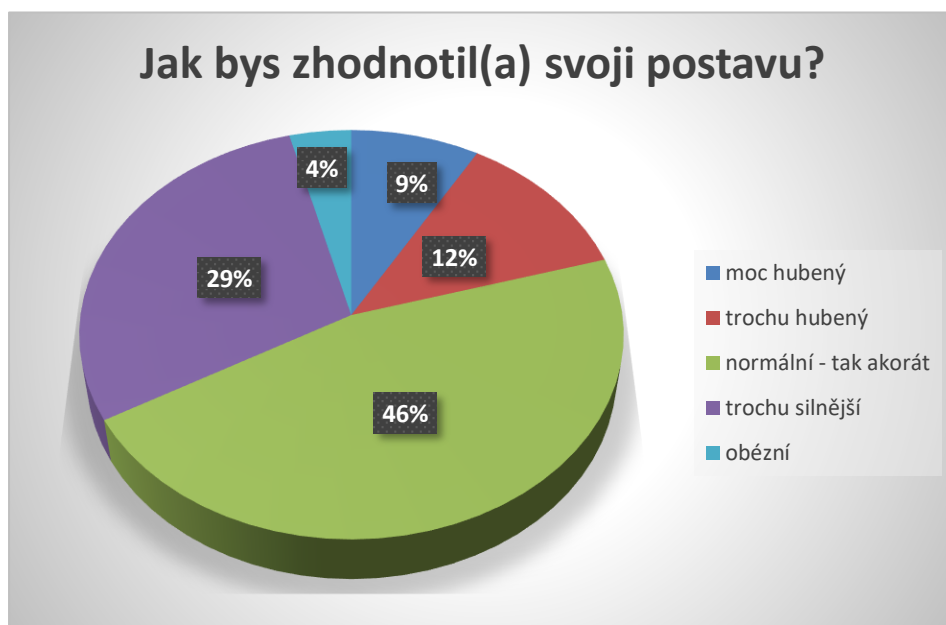
#### Komentář:

Odpověď *Ne* zaznamenalo více dětí, ale rozdíl mezi odpovědí *Ano* a *Ne* není tak velký.

Odpověď *Ano* 43 % celkem 127 dětí. Z toho 52 chlapců a zbytek 75 dívek.

Odpověď *Ne* 57 % celkem 171 dětí. Chlapců odpovědělo více, a to jen o jednoho respondenta celkem 86. Dívek hlasovalo celkem 85.

### Otázka číslo 5. Jak bys zhodnotil(a) svoji postavu?



Graf 5 - Jak bys zhodnotil(a) svoji postavu? Zdroj: vlastní tvorba

#### Komentář:

Odpověď za A *moc hubený* odpovědělo 9 % respondentů celkem 25 dětí. Velkou část zaznamenaly dívky v počtu 22 hlasů. 3 hlasy padly na chlapce.

Odpověď za B *trochu hubený* odpovědělo 12 % dětí celkem 36. Tato odpověď byla u obou pohlaví skoro stejná s počtem 17 chlapců a 19 dívek.

Odpověď za C *normální – tak akorát* vyhodnotilo nejvíce dětí, skoro polovina 46 % celkem 138, z toho 64 dívek a 74 chlapců.

Odpověď za D *trochu silnější* 29 % s celkovým počtem 87 dětí. Tato odpověď vyšla jako druhá nejvíce označená. Je otázka, zda děti vnímají svou nadváhu anebo si to myslí? Zde dívky odpověděly více v počtu 46 hlasů. Chlapců hlasovalo 41.

Odpověď za E *obézní* 4 % s celkovým počtem 12 dětí. Dívek odpovědělo 9 a 3 chlapci.

**Otázka číslo 6. Jsi na svůj vzhled přísný(á), máš snahu být dokonalý(á)?**



Graf 6 - Jsi na svůj vzhled přísný(á), máš snahu být dokonalý(á)? Zdroj: vlastní tvorba

**Komentář:**

Více zaznamenaná odpověď na tuto otázku byla možnost A *ano* s 52 %. 155 dětí. Z toho více dívek v počtu 89, chlapci v počtu 66.

Druhá možnost B *ne* má hodnotu 48 %. celkový počet 143. Zde chlapci odpověděli více 72 hlasů, dívky 71 hlasy. Rozdíl je opravdu minimální.

### Otázka číslo 7. Souhlasíš s tvrzením štíhlost = krása?



Graf 7 - Souhlasíš s tvrzením štíhlost = krása? Zdroj: vlastní tvorba

#### Komentář:

Odpověď za A *ano* odpovědělo 11 % respondentů celkem 32. Dívek odpovědělo rapidně více a to 25, chlapců zbylých 7.

Nejvíce zaznamenána byla možnost B *spíše ano* 39 % 115 dětí celkem. Dívek odpovědělo 71 a chlapců 44. Každá dívka chce být štíhlá a krásná, ale neví že krása není jen štíhlost. I plno chlapců to vidí stejně. Tato otázka je úzce spojena s otázkou předchozí č. 6.

Otázka s možností C *spíše ne* 30 % celkem 90. Zde převládali chlapci s počtem 56 dívky zbylých 34.

Poslední možnost D *ne* 20 % celkem 61 dětí, z toho 30 dívek a 31 chlapců.



**Otázka číslo 8. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?**



Graf 8 - Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní? Zdroj: vlastní tvorba

**Komentář:**

Více jak polovina vyšla možnost za A *ano* 55 % s celkovým počtem respondentů 165. Dívek odpovědělo 91 a chlapců 74.

Druhá možnost za B *ne* 45 % s počtem 133 dětí. Zde vyšel zase nepatrný rozdíl mezi chlapci - 64 a dívkami - 69.

### Otázka číslo 9. Zažil(a) si někdy narážky na tvoji postavu?



Graf 9 - Zažil(a) si někdy narážky na tvoji postavu? Zdroj: vlastní tvorba

#### Komentář:

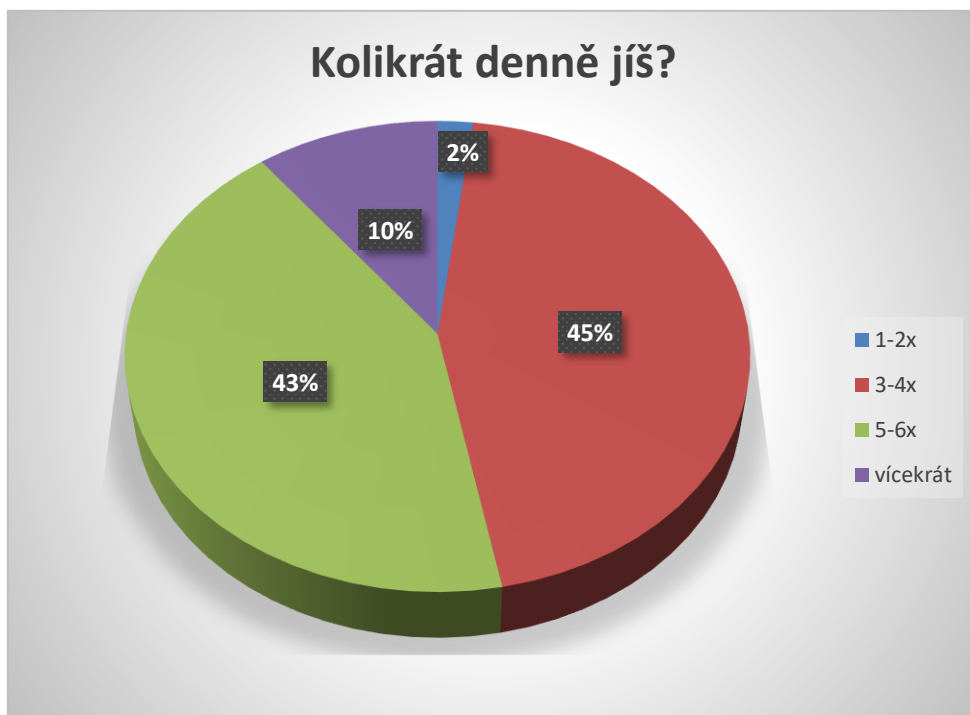
Možnost za A odpověď *Ano – zažívám to často* označilo jen 12 % dětí s celkovým počtem 36. Více odpověděli chlapci s počtem 21 hlasů, poté o něco méně dívky 15 hlasů.

Druhá možnost za B odpověď *Ano – občas* zaznamenalo již více žáků, a to 28 % s celkovým počtem 83. Chlapci 45, 38 dívky. V této celé otázce figurují hlavně chlapci s větším počtem hlasů.

Třetí možnosti za C odpověď *Ano, ale už je to dávno* označilo nejvíce dotázaných, a to 33 % s počtem 99. V této možnosti odpovědělo více dívek s počtem 56, chlapci 43. Plno dětí, již posměch nebo narážky zažily, mají s tím zkušenost.

Poslední možnost za D *nezažil(a)* odpovědělo také velký počet respondentů s 27 % s celkovým počtem 80. Žádnou zkušenost má 51 dívek a 29 chlapců.

## Otázka číslo 10. Kolikrát denně jíš?



Graf 10 - Kolikrát denně jíš? Zdroj: vlastní tvorba

### Komentář:

Možnost za A odpověď 1-2x odpovědělo nejméně a to 2 % s počtem 6 dětí. Z toho 2 chlapci a 4 dívky.

Možnost za B odpověď 3-4x odpovědělo nejvíce respondentů a to 45 % s celkovým počtem 134 dětí. Dívky odpověděly více a to 68 hlasů o něco méně chlapci s 66 hlasy.

Možnost za C odpověď 5-6x jsem vyhodnotila skoro na stejno jak s možností B. Jedná se jen o 2 %, které se liší od sebe. Tuto odpověď zaznamenalo 43 % s celkovým počtem 127 hlasů. Z toho 68 dívek a 59 chlapců.

Poslední možnost za D odpověď *vícekrát* odpovědělo méně dětí 10 % s počtem 31 v poměru 20 dívek a 11 chlapců.

### Otázka číslo 11. Kupuješ si o přestávkách sladkosti a jiné pochoutky?



Graf 11 - Kupuješ si o přestávkách sladkosti i jiné pochoutky? Zdroj: vlastní tvorba

#### Komentář:

První možnost za A odpověď *nekupuji, nosím svačiny z domova* zaznamenalo 37 % dětí z celkového počtu 109. Více odpověděly dívky s 57 hlasy a o něco méně chlapci s 52. Tato možnost vyšla jako druhá nejvíce označená odpověď.

Jako nejvíce zodpovězená možnost za B odpověď *nosím si svačiny z domova, občas si něco koupím* s 55 % s celkovým počtem 165. Zde více odpověděly dívky s 84 hlasy a o tři hlasy méně chlapci 81.

Již méně označené možnosti byla odpověď za C většinou ano – *svačina z domova mi nechutná* pouhých 3 % s počtem 8 hlasů. Zde odpověděly dívky s 6 hlasy a na chlapce zbyli 2.

Poslední možnost za D odpověď *nesvačím* se zbylými 5 % s počtem 16 hlasů a to 13 dívek a 3 chlapci.

## Otázka číslo 12. Máš zkušenosti s nějakou dietou?



Graf 12 - Máš zkušenosti s nějakou dietou? Zdroj: vlastní tvorba

### Komentář:

První možnost za A odpověď *Ano, držím dietu* odpovědělo jen pouhých 8 % respondentů s počtem 23 hlasů. Zde spíše odpovídaly dívky (21), ale našli se i chlapci (2), kteří dietu drží.

Odpověď za B *Ano, ale už je to dávno* odpovědělo o něco více žáků, a to 14 % s počtem 43 dětí. V této odpovědi odpovídali více chlapci (30) než dívky (13).

Odpověď za C *chvilku jsem to zkoušel(a)* odpovědělo ještě více respondentů a to 28 % s počtem 84. Dívky zvolily tuto možnost více a to 49 hlasů, chlapci 35.

Poslední a nejvíce označenou odpověď je možnost D *ne, nemám žádnou zkušenost* 50 % s počtem 148 respondentů odpovědělo 71 chlapců a 77 dívek.

# Diskuze

Tato kapitola interpretuje výsledky výzkumu u dětí 6. a 7. tříd vybraných základních škol. Analýza probíhala kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 12 otázek, které byly směřovány na sebepojetí jedince v souvislosti se stravovacími návyky, sklony k perfekcionismu, vztahy mezi vrstevníky a zkušenosti s dietami.

Pro výzkum jsem si zvolila pět výzkumných předpokladů, které v následujících odstavcích rozeberu a zjistím tak, zda se mi jednotlivé předpoklady potvrdily či ne.

***Výzkumný předpoklad číslo 1 – Se svým tělem jsou více nespokojeny dívky než chlapci.*** Pro tento předpoklad jsem si stanovila v dotazníku otázky č. 3,4,5. Odpovědi respondentů mi tento předpoklad potvrdily. První otázka č. 3 se zaměřovala na skutečnost, zda jsou respondenti spokojeni se svou postavou. 46 % (138 respondentů) není spokojeno se svojí postavou. Z toho 107 žáků chce zhubnout a zbylých 31 žáků to neřeší. Celkově jsou více nespokojeny dívky, které jsou v této otázce zastoupeny 92 respondenty, kdy většina z nich (78) s tím chce něco dělat. Výsledek souvisí také s kapitolou číslo 2 Příčiny PPP, kde autoři (Krch, 2003; Machová a Kubátová, 2009) uvádějí, že již stačí být ženou a riziko PPP je nejméně vyšší. Ženské tělo je důležitější. Důraz je kladen na vzhled, štíhlost, krásu a eleganci. Obézní a plnoštíhlé osoby jsou považovány za ošklivé až hloupé.

Otázka č. 4 zjišťovala, kolik procent žáků se v současnosti snaží zhubnout. 43 % (127 studentů) se aktuálně snaží zhubnout, z toho se jedná o 75 dívek, což znamená, že více než polovina respondentů (59 %) jsou dívky. Poslední otázka č. 5 zjišťovala, jak žáci vidí a hodnotí svoji postavu. 33 % (99 respondentů) vidí své tělo trochu silnější či obézní. Z toho se jedná o 54 dívek, které mají 55 % zastoupení v těchto odpovědích. Ve srovnání s výzkumem autorky bakalářské práce Kristýny Špásové z roku 2008 bych chtěla zmínit její výsledky, které nám vyšly podobně. Autorka svůj výzkum měla zaměřený jen na dívky, a to s celkovým počtem 40. Z toho 35 % (14 dívek) odpovědělo, že své tělo vidí trochu silnější až obézní. (Špásová, 2008)

Po zhodnocení těchto otázek jsem si ujasnila, že větší nespokojenost se svým tělem vnímají dívky, ale na druhou stranu je důležité si uvědomit, že se tato problematika týká také chlapců a nejedná se o zanedbatelná procenta. Našli se chlapci, kteří nejsou spokojeni a chtějí se svým tělem něco změnit. Avšak procentuálně vyšlo více dívek, proto je předpoklad pravdivý.

***Výzkumný předpoklad číslo 2 – Předpokládám, že polovina respondentů již někdy zažila narážky na své tělo.*** Pro tento předpoklad, jsem si stanovila v dotazníku otázky č. 8,9. Odpovědi respondentů mi tuto tento předpoklad potvrdily. První otázka č. 8 se zabývala tím, zda žákům záleží na tom, co si o jejich postavě myslí ostatní. Více jak polovina respondentů (55 %, 165 respondentů) uvedla, že jim záleží na názoru ostatních. Zde pohlaví nefiguruje jako hlavní cíl pro výsledek předpokladu, ale přesto bych chtěla vytyčit jednotlivé obsazení hlasů u obou pohlaví. 91 dívek a 74 chlapců odpovědělo, že jim záleží na názoru ostatních.

Druhá otázka č. 9 zjišťovala, zda žáci někdy zažily narážky na svoji postavu. 73 % (218 respondentů) se s narážkami již někdy setkali. Z toho 12 % (36 respondentů) to zažívá často, 28 % (83 respondentů) občas a 33 % (99 respondentů) to zažilo v minulosti. Výsledek také potvrzují autoři (Novák, 2010; Krch, 2005) zmíněné v kapitole č. 2 Příčiny PPP, podkapitola Puberta. Dospívající si zakládají party, pozorují se, srovnávají se s ostatními a kladou si otázky „kdo je lepší?“. Hlavně u dívek je velkým tématem celkový vzhled, v případě nerespektování pravidel se mohou stát terčem posměchu a narážek.

***Výzkumný předpoklad číslo 3 – Předpokládám, že ti, kteří nenosí připravené svačiny z domova do školy mají vyšší riziko výskytu poruch příjmu potravy.*** Pro tento předpoklad jsem si stanovila v dotazníku otázky č. 10,11. První otázka č. 10 zjišťovala, zda mají respondenti správně či špatně nastavený stravovací režim. Nejvíce procentuálně zaznamenaných hlasů bylo v možnostech stravují se 3-4x 45% (134 respondentů) a 5 - 6x 43 % (127 respondentů) denně. Tato otázka mi hned dala najevo, že tito respondenti mají stravovací režim dobře z domova naučený. Existuje ale pár výjimek, které se při analýze dat našly a stály by za zmínku. 10 % (31 respondentů) se stravuje vícekrát než 6x denně a zbylé 2 % (6 respondentů) konzumuje potravu pouze 1 - 2x denně.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda si dotázaní dělají svačiny doma anebo si je kupují ve školních automatech. Většina a to 92 % (274 respondentů) si nosí svačiny z domova, ale z tohoto počtu si 55 % (165 respondentů) občas koupí nějakou pochutinu v automatu. Je obecně známo, že automaty ve školách jsou velkým lákadlem pro studující. Pro mě bylo hlavní zjištění, že skoro většina žáků je zvyklá si připravovat svačiny z domova. Jsem ráda, že výsledky mi takto vyšly, jsou ve věku, kdy se tělo mění, vyvíjí a žáci by měli podle normy přibrat na váze. Podle (Marádová, 2007) v období dospívání je potřeba zvýšit příjem nutričně jídelních návyků a pro některé je jídlo ve školní jídelně jen jedinou stravou za den.

Zbýlých 8 % (24 respondentů) si nenosí svačinu z domova, kdy všichni kromě jednoho z nich jedí maximálně 3x denně. Tato skutečnost může mít vliv na stravování, což může vést až k poruchám příjmu potravy. Díky tomu můžu říct, že výzkumný předpoklad lze považovat za pravdivý.

***Výzkumný předpoklad číslo 4 – Domnívám se, že polovina respondentů již zkusili dietu.*** Pro tento předpoklad jsem si stanovila v dotazníku otázku č.12. Touto jedinou otázkou jsem si na tento předpoklad odpověděla a také se mi potvrdil. Otázka měla za úkol zjistit, zda mají respondenti zkušenosti s nějakou dietou. 50 % (150 respondentů) již mělo zkušenost s dietou. Z toho 8 % (23 respondentů) aktuálně drží dietu, kdy 21 z nich je dívek. 14 % (43 respondentů) drželi dietu, ale už je to dávno, kde naopak s počtem hlasů převažují chlapci (30). Nejvíce respondentů 28 % (84 respondentů) odpovědělo, že již alespoň chvíli dietu zkusili držet. Ve srovnání s výzkumem autorky diplomové práce Lucie Sekalové z roku 2009 bych chtěla zmínit její výsledky, které nám vyšly podobně. Její výsledky ukázaly, že 46,7 % (38,3 % dívek, 8,3 % chlapců) z celkového počtu 60 žáků má zkušenosti s držením diet. Jejím výzkumným vzorkem byli děti na základní škole v Táboře, tedy také z oblasti Jižních Čech. (Sekalová, 2009)

Jsem šokovaná, jak může mít v tomto věkovém rozhraní tolik dětí zkušenosti s dietou. Myslím si, že dieta je v současné době módní trend, ale bylo by dobré si o ní něco přečíst a dozvědět se více informací, aby nám naopak neškodila. (Novák, 2010) ve své knize publikoval, že děti si přinášejí od rodičů stravovací návyky, které někdy mohou být i špatné. Plno matek pacientek s PPP často drží a zkoušejí nové diety a dcery vidí



v matce vzor a chtějí se jí napodobit. Za zmínku stojí také zmínit, že velký počet hlasů se zkušeností s dietou mají také chlapci, u kterých podle mého názoru se to jen tak nevidí.

***Výzkumný předpoklad číslo 5 – Žáci s perfekcionistařkými rysy osobnosti mají větší riziko onemocnění poruch příjmu potravy.*** Pro tento výzkumný předpoklad jsem si stanovila v dotazníku otázky č. 6,7. Těmito otázkami se mi předpoklad potvrdil. Otázka č. 6 měla za úkol zjistit, zda jsou respondenti na svůj vzhled přísní a snaží se být dokonalí. Více jak polovina 52 % (155 respondentů) odpověděla ano, z toho je 88 dívek a 66 chlapců. Je obecně známo, že pacienti s mentální anorexií touží po perfekcionismu. Tento předpoklad potvrdila také (Papežová, 2000), kdy ve své knize publikovala tyto hlavní znaky: dokonalost, pocit nízkého sebevědomí skrýt za dokonalou pro společnost uspokojivou postavu, dodržování disciplíny a mít nad sebou kontrolu. Myslím si, že za to můžou různá sociální média, časopisy, kde jsou zobrazeny krásné štíhlé modelky, ale už není jasné, zda se jedná o realitu nebo jen o photoshop. Většina modelek právě z těchto časopisů trpí některým typem jmenovaných poruch příjmu potravy.

Otázka č. 7 měla zjistit, zda respondenti souhlasí s tvrzením štíhlost = krása. 50 % (147 respondentů) souhlasí. 39 % (115 respondentů) spíše souhlasí. Zajímavé je, že i 49 chlapců souhlasí s tvrzením štíhlost = krása. Podle autora (Krch, 2005) se chlapecká postava mění v maskulinní ideál krásy, proto si myslím, že velkou část hlasů k perfekcionismu zaznamenali i chlapci.

# Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat výsledky z dotazníkového šetření žáků 6. a 7. třídy ZŠ v jižních Čechách. Cílem bylo analyzovat jejich postoj k sobě samému a ke stravování, což se mi touto metodou podařilo.

Úkolem teoretické části bylo přiblížit poruchy příjmu potravy do čtyř kapitol. V první kapitole mám jednotlivé informace o PPP se stručnou historií. V druhé jsem zmínila hlavní rizikové příčiny vzniku těchto poruch. Třetí kapitola se zabývá psychickými a somatickými následky poruch mentální anorexie a bulimie. Závěrečná kapitola shrnuje možnou léčbu a terapii.

V praktické části mého výzkumu bylo zjištěno, že období dospívání je rizikovým faktorem ke vzniku PPP. Výzkumné předpoklady se mi potvrdily. Myslela jsem si, že výsledky mi spíše vyjdou na dívky, ale překvapilo mě, že 33 % z celkového počtu chlapců nejsou spokojeni se svým tělem a chtějí se někomu napodobit. Zmínila bych i sklony k perfekcionismu, kdy podle výsledků 55 % respondentů (88 dívek, 66 chlapců) jsou na svůj vzhled přísní a snaží se být dokonalí.

Jsem šokovaná, jak se doba mění a jde napřed. Když jsem byla v jejich věku na základní škole, nevěděla jsem, co obnáší taková dieta. Podle mých výsledků 50 % respondentů mají nějaké zkušenosti s dietou. Domnívám se, že ani v rámci přednášek v hodinách na škole jsme se nezabývali poruchami, popsány v mé práci.

Došla jsem k závěru, že rodiče by na své děti měli více dohlížet, naslouchat jim, vnímat jejich potřeby a nejen stravovací, hovořit s nimi o jejich názorech na „zdravý životní styl“. V případě jakýchkoliv pochybností se obrátit na odborníka, v nejhorším případě zahájit doporučenou léčbu, terapii.

# Seznam zkratk

PPP – Poruchy příjmu potravy

MA – Mentální anorexie

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM – IV – Diagnostický statistický manuál

# Seznam obrázků

Obrázek 1 - Srovnání mentální anorexie s mentální bulimií. Zdroj: (Krch, 2008)..	17
Obrázek 2 - Porovnání počtu ambulantních pacientů na 100 tis. obyvatel podle kraje v roce 2017 Zdroj: (Nechanská, 2018) .....	20
Obrázek 3 - Porovnání počtu hospitalizací s poruchy příjmu potravy podle věkových skupin v roce 2011 a 2017 Zdroj: (Nechanská, 2018) .....	21
Obrázek 4 – „Svět se mění“ - případ reklamy dříve populárních – „prostředků na přibírání“. Zdroj: (Krch, 2005).....	23

# Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví. Zdroj: vlastní tvorba .....	34
Graf 2 – Třída. Zdroj: vlastní tvorba .....	35
Graf 3 - Jsi spokojen(a) se svou postavou? Zdroj: vlastní tvorba .....	36
Graf 4 - Snažíš se v současnosti zhubnout? Zdroj: vlastní tvorba .....	37
Graf 5 - Jak bys zhodnotil(a) svoji postavu? Zdroj: vlastní tvorba.....	38
Graf 6 - Jsi na svůj vzhled přísný(á), máš snahu být dokonalý(á)? Zdroj: vlastní tvorba .....	39
Graf 7 - Souhlasíš s tvrzením štíhlost = krása? Zdroj: vlastní tvorba .....	40
Graf 8 - Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní? Zdroj: vlastní tvorba	41
Graf 9 - Zažil(a) si někdy narážky na tvoji postavu? Zdroj: vlastní tvorba .....	42
Graf 10 - Kolikrát denně jíš? Zdroj: vlastní tvorba.....	43
Graf 11 - Kupuješ si o přestávkách sladkosti i jiné pochoutky? Zdroj: vlastní tvorba .....	44
Graf 12 - Máš zkušenosti s nějakou dietou? Zdroj: vlastní tvorba .....	45

# Přílohy

## Dotazník

1. Pohlaví

- a) dívka
- b) chlapec

2. Třída

- a) šestá
- b) sedmá

3. Jsi spokojen(a) se svou postavou?

- a) ano
- b) ne – chci zhubnout
- c) ne – ale nevádí mi to
- d) postavu neřeším

4. Snažíš se v současnosti zhubnout?

- a) ano
- b) ne

5. Jak bys zhodnotil(a) svoji postavu?

- a) moc hubený
- b) trochu hubený
- c) normální – tak akorát
- d) trochu silnější
- e) obézní

6. Jsi na svůj vzhled přísný(á), máš snahu být dokonalý(á)?

- a) ano
- b) ne

7. Souhlasíš s tvrzením štíhlost = krása?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?

- a) ano
- b) ne

9. Zažil(a) si někdy narážky na tvoji postavu?

- a) ano, zažívám to často
- b) ano, občas
- c) ano, ale už je to dávno
- d) nezažila

10. Kolikrát denně jíš?

- a) 1-2x
- b) 3-4x
- c) 5-6x
- d) vícekrát

11. Kupuješ si o přestávkách sladkosti a jiné pochoutky?

- a) nekupuji, nosím si svačinu z domova
- b) nosím si svačinu z domova, občas si něco koupím
- c) většinou ano – svačinu z domova mi nechutná
- d) nesvačím

12. Máš zkušenosti s nějakou dietou?

- a) ano, držím dietu
- b) ano, ale už je to dávno
- c) chvílku jsem to zkoušel(a)
- d) ne, nemám žádnou zkušenost

# Zdroje

CASSUTO, Dominique-Adele a Sophie GUILLOU, 2008. *Když chce dcera hubnout: Rady pro rodiče dospívajících dívek*. 1. B.m.: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-357-4.

COHN., L. a L. HALL., 2003. *Rozlučte se s bulimií*. 1. Brno: Era. ISBN 80-86517-60-8.

COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání. Jak je překonat*. 1. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0706-1.

ELLIOTT, J. a M. PLACE, 2002. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. 1. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-247-0182-0.

FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0548-1.

GRILO, Carlos M. a James E. MITCHELL, 2011. *The Treatment of Eating Disorders. A Clinical Handbook*. 1. New York: The Guilford Press. ISBN 978-1-60918-495-7.

JANOTOVÁ, Dana, Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ, 2006. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 4. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

KRCH, František David a kolektiv, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David, 2003. *Bulimie, Jak bojovat s přejídáním*. 2. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David, 2008. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2. přepracované. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-807-4.

LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie, příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. Praha: Nakladatelství Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.

MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.

MARKETING PROPEOPLE, 2012. *Mentální anorexie může potkat kohokoliv! Spektrum zdraví* [online]. 6. 2. 2012.. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/mentalni-anorexie-muze-potkat-kohokoliv>



NECHANSKÁ, Blanka, 2018. *Aktuální informace - Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017* [online]. 23. 10 2018. B.m.: Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/poruchy-prijmu-potravy>

NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. Brno: CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2000. *Anorexia nervosa*. 1. ISBN 851221-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.

PLOCOVÁ, Monika, 2019a. *Bulimie. Branické sanatorium Moniky Plocové* [online]. 2019. . Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/bulimie>

PLOCOVÁ, Monika, 2019b. *Příznaky a léčba mentální anorexie. Branické sanatorium Moniky Plocové* [online]. 2019. . Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/anorexie>

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy. Odpovědi a otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. B.m.: Pasparta Publishing, s. r. o. ISBN 978-80-88163-46-6.

SEKALOVÁ, Lucie, 2009. *Vnímání vlastního těla u dospívajících v kontextu jejich sebepojetí*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, pedagogická fakulta - katedra pedagogiky a psychologie.

ŠPÁSOVÁ, Kristýna, 2008. *Rizikové faktory poruch příjmu potravy u dospívajících dívek*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií.

VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese; variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-214-9.

VAŠINA, Lubomír, 2008. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. Brno: Institut mezioborových studií Brno. ISBN 978-80-87182-00-0.