

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE

Vedoucí práce: Mgr. Renata Jandová

Autor práce: Ing. Štěpánka Jáglová

Obor: Učitelství odborných předmětů (Bc. studium kombinované)

Ročník: III.

2013

Prohlášení studenta

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

31. března 2013

Ing. Štěpánka Jáglová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Renatě Jandové za vedení a odbornou pomoc při vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli informace potřebné k dokončení práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexií a mentální bulimií v období dospívání.

Teoretická část se zaměřuje na problematiku dospívání a poruch příjmu potravy obecně. Je charakterizováno období dospívání v členění na období rané a pozdní adolescence, včetně psychických i tělesných změn typických pro toto období. Dále jsou zde vymezeny poruchy příjmu potravy, jejich příčiny, důsledky a možnosti léčby.

Cílem praktické části práce je pak zhodnotit informovanost dnešní mládeže o poruchách příjmu potravy, zhodnotit její schopnost adekvátní reakce při výskytu těchto poruch v kolektivu a celkově i primární prevenci v této oblasti ve školství.

ANNOTATION

The bachelor degree work deals with disorders food intake, in particular, mental anorexia and mental bulimia in maturing period.

The theoretical part is aimed at maturing problems and food intake disorders generally. There is characteristics and division of maturing period into early and late adolescence including psychological and physical changes which are typical for this period. Then food intake disorders, their causes, effects and their possible treatment are specified.

The aim of the practical part is the evaluation of today youth's awareness of food income disorders, then the evaluation of their appropriate reaction ability in case such disorders occur in their class. At the end of the work primary prevention in this field in our system of education is mentioned.

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Úvod	9
2 Psychický vývoj jedince	11
2.1 Dědičnost.....	11
2.2 Vlivy prostředí	12
3 Období dospívání - adolescence	14
3.1 Raná adolescence	14
3.2 Pozdní adolescence	15
3.3 Tělesná proměna	16
3.4 Vývoj poznávacích procesů	18
3.5 Emoční vývoj	20
3.6 Vývoj autoregulačních schopností	21
3.7 Socializace.....	21
4 Psychické problémy v dospívání	24
4.1 Rizikové faktory.....	24
4.2 Psychické poruchy v dospívání.....	26
4.2.1 Deprese	26
4.2.2 Úzkostné poruchy	26
4.2.3 ADHD - hyperkinetická porucha chování.....	27
4.2.4 Sebepoškozování.....	28
4.2.5 Psychózy.....	29
4.2.6 Porucha vnímání vlastního těla	30
4.2.7 Poruchy příjmu potravy	31
5 Poruchy příjmu potravy	32
5.1 Vymezení mentální anorexie.....	32

5.2	Vymezení mentální bulimie	33
5.3	Vymezení záchvatovitého přejídání	34
5.4	Historie poruch příjmu potravy	35
5.4.1	Dějiny mentální anorexie	35
5.4.2	Dějiny mentální bulimie	36
5.5	Příčiny poruch příjmu potravy	37
5.5.1	Biologické faktory	38
5.5.2	Životní události	39
5.5.3	Rodinné okolnosti a genetické faktory	40
5.5.4	Osobnost a psychické charakteristiky	40
5.5.5	Sociální a kulturní faktory	41
5.6	Důsledky poruch příjmu potravy	44
5.6.1	Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy	44
5.6.2	Psychické a společenské důsledky poruch příjmu potravy	46
5.7	Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání	47
5.8	Možnosti léčby poruch příjmu potravy	48
5.8.1	Hospitalizace u poruch příjmu potravy	48
5.8.2	Svépomoc a psychoedukace	49
5.8.3	Rodinná terapie	50
5.8.4	Kognitivně behaviorální terapie	50
5.8.5	Interpersonální terapie	51
5.8.6	Psychodynamická terapie	51
5.8.7	Farmakoterapie	51
5.9	Poruchy příjmu potravy v České republice	52
	EMPIRICKÁ ČÁST	54
6	Výzkumné šetření	54

6.1	Cíl výzkumu	54
6.2	Zásady sestavení dotazníku	55
6.3	Výzkumný soubor	55
7	Vyhodnocení výzkumu	57
7.1	Vyhodnocení dotazníků	57
7.2	Vyhodnocení výzkumu	95
8	Závěr	98
9	Seznam použité literatury	100
10	Seznam příloh.....	102

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Člověk se během svého života neustále mění. Prochází různými fázemi svého života, z nichž každou musí prožít, nelze nic vynechat. Postupně se z malého človíčka, novorozence či kojence, stává dospělý, zralý člověk, který postupem času stárne. Během celé této doby dochází k mnoha tělesným i duševním změnám, se kterými se člověk musí vyrovnat. Jsou lidé, kteří tělesné změny vnímají dobře a jsou lidé, kteří svou tělesnou proměnu v každém věku nesou hůře.

Dospívání (adolescence) patří k těm částem života, kdy v relativně krátkém časovém úseku tělo člověka projde poměrně radikální proměnou. Z malých holčiček se stávají ženy, z malých chlapců muži. Zejména dívky jsou v tomto období současně pod neustálým tlakem ze strany médií, jako je televize, internet či tisk, ve kterých jsou dnes prezentovány jako ideál krásy často až příliš štíhlé modelky. Dívky jsou neustále nuceny porovnávat se s tímto pro většinu z nich nedostižným a nezdravým ideálem, dochází u nich prakticky k dennodenní konfrontaci svého těla s vyhublými těly modelek. Není proto divu, že se v populaci procento zejména dívek trpících mentální anorexií a mentální bulimií v posledních desetiletích zvyšuje.

Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocné se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň zabránit růstu tělesné hmotnosti. Nejsou schopné zajímat se o cokoliv jiného, než je jídlo nebo spíš „nejídlo“. Ztrácejí kontakty se svými vrstevníky, rodinou, přestávají být schopné žít běžný plnohodnotný život.

Obě poruchy patří mezi poruchy základní lidské potřeby, a to obživného pudu. Zjednodušeně se dá říci, že jde o závislost na jídle nebo na nejezení. Na rozdíl od klasických závislostí (toxikomanie, alkoholismus) se nemocní bez jídla neobejdou a neustále přichází s jídlem do styku, abstinence je v tomto případě nemožná. Tím těžší bývá pro pacienty se s touto poruchou vypořádat.

Problematika poruch příjmu potravy mě velmi zajímá, možná i proto, že pracuji na střední škole, kde studují převážně dívky. Podle mého názoru se jedná o velmi závažný problém, kterému u nás není věnována stále ještě dostatečná pozornost. Preventivní programy ve školství se zaměřují zejména na šikanu, toxikomanii nebo alkoholismus, zatímco zdravý životní styl, vhodný přístup ke stravování i k vlastnímu tělu je opomíjen.

Z těchto důvodů jsem si jako téma bakalářské práce vybrala právě tuto problematiku. V teoretické části práce se zaměřím na poruchy příjmu potravy, na jejich projevy, příčiny, důsledky i možnosti léčby v kontextu právě období dospívání, které je pro výskyt těchto poruch zásadní. Uvedu zde i další možné psychické poruchy, které jsou s touto vývojovou etapou života člověka spojené.

Praktická část práce má za cíl zjistit, jaká je informovanost dnešní mládeže o poruchách příjmu potravy, zda dospívající rozpoznají rizikové jevy v kolektivu a umí správně zareagovat, zhodnotím celkově primární prevenci ve školství v této oblasti. Jako hlavní výzkumná metoda bude použit dotazník, na jehož otázky budou odpovídat žáci Střední školy a Vyšší odborné školy cestovního ruchu v Českých Budějovicích.

2 Psychický vývoj jedince

Psychický vývoj zahrnuje tři oblasti, které na sebe vzájemně působí. První oblastí je biosociální vývoj, což znamená tělesný vývoj a veškeré proměny s ním spojené. Lze sem zahrnout rovněž faktory, které tělesný vývoj ovlivňují, například sociokulturně podmíněné postoje k lidskému tělu a jeho proměnám.

Druhou součástí psychického vývoje je kognitivní vývoj. Ten zahrnuje všechny psychické procesy, které se spolupodílejí na lidském poznávání, člověk je využívá při přijímání a zpracování informací, myšlení a učení. Mezi faktory ovlivňující kognitivní vývoj patří vrozené dispozice a vnější vlivy prostředí, zejména způsob výchovy a vzdělávání.

Poslední součástí je pak psychosociální vývoj, který zahrnuje změny způsobu prožívání, změny osobnostních a sociálních charakteristik, mezilidských vztahů nebo sociálních pozic. Je ovlivněn zejména sociokulturními faktory, významné je zde především působení rodiny, vrstevníků nebo institucí (škola).

Psychický vývoj je ovlivňován mnoha faktory, které navíc nemusí v jednotlivých případech působit stejným způsobem. Tyto faktory lze rozdělit do dvou skupin, z nichž první je dědičnost a druhou skupinou zahrnuje vlivy prostředí.

2.1 Dědičnost

Genetické dispozice představují informace, na kterých závisí vytvoření předpokladů pro rozvoj různých psychických vlastností. Jejich souhrn je označován jako genotyp. V genetickém aparátu je zakódován program individuálního rozvoje jedince, který se projevuje variabilitou zrání, určitými rozdíly dosažené úrovně jednotlivých funkcí, psychických i somatických, a také koordinovaností a integrovaností jejich rozvoje.

V průběhu života dochází k postupné aktivaci jednotlivých složek genetického programu. Z tohoto důvodu dosahují psychické funkce určité kvality v daném, přibližně stejném období.¹

Genetické informace jsou zakódovány ve formě genů a jsou lokalizovány na chromozomech. Každý člověk má dvě sady chromozómů, z nichž jedna pochází od otce a druhý od matky. Geny se nikdy neprojevují izolovaně, ale vždy v širších souvislostech a vztazích. Dispozice k rozvoji různých psychických vlastností jsou obvykle dědičné komplexním (multifaktoriálním) způsobem. Na jejich vzniku se vždy podílí větší množství genů, které by izolovaně měly jen nepatrný účinek. Společně však tvoří předpoklad k rozvoji určité vlastnosti. Její konečná podoba závisí současně na vlivu prostředí, které může rozvoj stimulovat nebo naopak zpomalovat. Genetické předpoklady a vlivy prostředí působí ve vzájemné interakci.

2.2 Vlivy prostředí

Prostředí může vývoj dítěte ovlivnit velmi významně, současně však nepůsobí na každého jedince stejně.

Fyzické prostředí, zejména jeho stabilita, struktura, předvídatelnost a materiálnost ovlivňuje kognitivní vývoj. Materiální podmínky ovlivňují vývoj zejména malých dětí.

Z hlediska psychického vývoje je významnější tzv. sociokulturní prostředí. Přispívá k rozvoji verbální komunikace, autoregulaci vlastního chování podle sociálních norem, hodnocení i prožívání různých situací. Děje se tak prostřednictvím nápodoby určitého chování nebo pomocí jednoduššího učení, tzn. odměňováním žádoucích a trestáním nežádoucích projevů.

Mezi složky sociokulturního prostředí patří několik skupin činitelů. První z nich je samotná společnost neboli obecné sociokulturní vlivy. Pomocí nich si všichni osvojí stejný jazyk, hodnoty a způsoby chování, které jsou obecně vyžadovány. Velký vliv zde

¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s.12 a 13.

má vzájemné soužití jednotlivých generací, konkrétní lokalita a v neposlední řadě tu zejména dnes působí i média.

Rodina je další složkou sociokulturního prostředí, která zásadně ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Poskytuje dítěti základní zkušenosti, neboli způsob, jak bude dítě chápat různé situace a reagovat na ně. Vztahy mezi jednotlivými členy rodiny slouží jako model, který dítě napodobuje a očekává, že stejně se budou chovat všichni lidé. Dítě se zde učí různé vzorce chování, učí se projevovat své pocity a vyjadřovat své názory. Rodina také slouží dítěti jako zdroj jistoty a bezpečí. Podílí se na rozvoji sebejistoty a sebedůvěry, na kterých pak závisí další uplatnění dítěte v životě.

V neposlední řadě rodina ovlivňuje dítě biologicky a sociálně. Rodiče mají více či méně podobné dispozice jako děti a podle svých schopností dítě také vychovávají. Vývoj dítěte je závislý na osobnosti, popřípadě vzdělanosti rodičů, což se často odráží ve výchovných přístupech.

Rozvoj dítěte ovlivňuje rovněž styl rodinné výchovy a vlastnosti jako stabilita, otevřenost, pružnost, míra zapojení do širšího společenství a podobně.

Mimo rodinu napomáhá dítěti získávat informace o mezilidských vztazích také vrstevnická skupina. Dítě potřebuje být vrstevnickou skupinou přijato a pozitivně hodnoceno. To záleží mimo jiné také na tom, jak se dítě dokáže prosadit a spolupracovat. Vztahy s vrstevníky jsou důležité zejména v dospívání, kdy mohou sloužit jako zdroj opory, pomoci či zázemí v případech nouze.

Škola jako sociokulturní faktor rozvíjí poznávací schopnosti dětí, dovednosti a současně působí jako důležitý socializační činitel. Vytváří tlak na posílení vlastností, které odpovídají modelu úspěšného žáka. Hodnocení výkonů a chování ve škole patří mezi specifické zkušenosti, které mohou ovlivnit dětské sebepojetí.

3 Období dospívání - adolescence

Období dospívání (adolescence) patří mezi ta nejsložitější období v životě člověka. Jde o přechodnou dobu mezi dětstvím a dospíváním, věk od 10 do 20 let. Dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech, tělesné, psychické i sociální. Většina změn je podmíněna biologicky, ale působí zde významně rovněž psychické a sociální faktory. Průběh dospívání závisí vždy na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, ze kterých vyplývají požadavky a očekávání ze strany společnosti. Jde o období hledání, hodnocení, zvládání vlastní proměny, dosahování přijatelného sociálního postavení a přechodu ke zralejší formě vlastní identity.

Dospívání lze rozdělit do dvou fází. Tou první je raná adolescence – období zhruba mezi jedenáctým až patnáctým rokem, druhou fází je pak pozdní adolescence, tedy věk přibližně od patnácti do dvaceti let.

Dnešní dospívající chápou dětství jako dobu, kterou je třeba co nejrychleji zvládnout a vyrovnat se dospělým, přinejmenším v některých oblastech. Adolescenti mají tendenci zbavit se co nejdříve dětských atributů a jednoznačné sociální podřízenosti. Usilují o co nejranější získání větších práv a svobody rozhodování, ale povinnosti a zodpovědnost dospělosti přijímají jen velmi neochotně. Období dospívání se stále rozšiřuje v obou směrech, dříve začíná a později končí.²

3.1 Raná adolescence

Jako raná adolescence, někdy také pubescence, bývá označováno období mezi jedenáctým a patnáctým rokem s přihlédnutím k individuální variabilitě. Nejvýraznější změnou je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním, tj. pubertou. Mění se zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke změně sebepojetí i reakcí okolí. Prudké fyzické změny bývají provázeny úzkostí, jejímž zdrojem je vlastní vzhled,

² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 321 a 322.

tělesné tvary, rychlý růst a sexualita. Podle Carr-Gregga³ nejčastější otázka, kterou si člověk v tomto věku klade, zní: „Jsem normální?“ Je pochopitelné, že v tomto období adolescenti trpí nízkým sebevědomím a přecitlivělostí k vlastní osobě.

Tělesné zrání vyvolává další změny, které však mohou proběhnout úspěšně jen tehdy, je-li na ně jedinec dostatečně připraven. Dochází ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, a to i o variantách, které ve skutečnosti neexistují. Vlivem hormonálních změn dochází také ke změnám emočního prožívání, jeho výkyvům, což může upoutávat pozornost a vyvolávat negativní reakce ze strany dospělých. Pubescent se začíná osamostatňovat, narůstá význam vrstevníků, s nimiž se ztotožňuje. Velmi důležité je přátelství, první lásky a počáteční experimenty s partnerskými vztahy. Důležitým mezníkem je ukončení povinné školní docházky a hledání profesního zaměření, které spoluurčuje budoucí sociální postavení jedince.

Výše uvedené změny spojené s dospíváním vedou ke ztrátě starých jistot a posilují potřebu nové stabilizace a orientace v nové situaci. To může představovat určitou zátěž, kterou lze chápat i jako výzvu k osobnímu rozvoji. V dětství byla potřeba jistoty spojena se závislostí na rodině, dospívající hledá jistotu ve větší svobodě o rozhodování o sobě samém. S potřebou jistoty souvisí potřeba přijatelné pozice ve světě. Dospívající si svoji pozici musí vydobýt nebo si ji něčím zasloužit. Často v tomto období dochází ke zpochybnění představy, že svět je jenom dobrý a bezpečný a že je v něm pubescent automaticky vítán a ceněn.

3.2 Pozdní adolescence

Pozdní adolescence zahrnuje období dalších pěti let života, tedy od 15 do 20 let, opět s přihlédnutím k individuálním rozdílům. Vstup do této fáze je podmíněn pohlavním dozráním, přičemž v této době dochází obvykle k prvnímu pohlavnímu styku. Pro období pozdní adolescence je typická komplexní psychosociální proměna,

³ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s.26

mění se osobnost i společenská pozice dospívajícího. Důležitými mezníky jsou ukončení profesní přípravy, nástup do zaměstnání a dosažení plnoletosti.

Tato fáze se soustředí na hledání a rozvoj vlastní identity, rozvíjejí se vztahy s vrstevníky, především v oblasti partnerství. Dospívající často usilují změny, které se snaží prosazovat, experimentují s různými typy chování, což může být užitečné i riskantní. Někdy hledají hranice svých možností a v souvislosti s tím jednají extrémním způsobem.

Smyslem pozdní adolescence je poskytnout jedinci čas a možnost, aby porozuměl sám sobě a osamostatnil se ve všech oblastech. Proto je toto období chápáno jako období volnosti, kdy jedinec má dostatek svobody a minimální zodpovědnost. V této životní etapě lidé plánují budoucnost a výzkumy ukazují, že nejúspěšnější jsou v tom ti, kteří mají vedle sebe dospělého, jenž jim pomůže stanovit cíle a vymyslet, jak jich dosáhnout.⁴

3.3 Tělesná proměna

Během dospívání se dítě mění v člověka schopného reprodukce. Tělesná proměna je významným signálem dospívání. Změna dětského těla je doprovázena současně i změnou chování lidí. Tělesné dospívání se tedy projevuje viditelnými i pocíťovanými důsledky.

Dívky v průměru dospívají dříve než chlapci a tělesné změny u dívek jsou výraznější než u chlapců. U chlapců je ze sociálního hlediska významný zejména růst a rozvoj svalů, sekundární pohlavní znaky na první pohled nejsou vidět. Vyšší postava je u chlapců u dospělých sociálně akceptovatelná, ve vrstevnické skupině dokonce může být výhodou. Sekundární pohlavní znaky u děvčat jsou nápadnější. Rodiče často mívají strach z předčasné sexuální aktivity, kterou očekávají od fyzicky vyspělých děvčat. Jejich reakce tedy vyznívají spíše negativně.

⁴ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s.28

Naopak zpomalení tělesného vývoje bývá více problematické u chlapců. Tělesně nevyspělý chlapec mívá nízký sociální status a bývá terčem agrese vyspělejších vrstevníků. Nevyspělá dívka také nebývá sociálně atraktivní, avšak chování vrstevnic zpravidla nebývá tak agresivní jako u chlapců.

Podle Vágnerové⁵ je tělesný vzhled důležitou součástí identity v této fázi dospívání. Na konci této fáze zpravidla spokojenost se svým tělem narůstá. Kult těla, mládí a fyzické krásy je navíc podporován ze strany společnosti. Současná společnost prezentuje ideál krásy, který představují velmi mladé modelky. Pro chlapce je důležitá výška postavy a fyzická síla. Pokud tělo adolescenta odpovídá aktuálnímu ideálu, může mu sloužit jako podpora sebevědomí nebo mu pomoci dosáhnout úspěchů ve vztazích k opačnému pohlaví. Pokud je jedinec v této oblasti znevýhodněn, může se cítit méně sebejistý, může mít nižší sebehodnocení nebo sebedůvěru. Odlišnost v této oblasti může vyvolávat také určité obranné reakce, adolescent může pociťovat zklamání, vztek, zlost, úzkost a napětí v situacích, pro které je zevnějšek důležitý.

V této fázi dospívání se zevnějšek stává cílem i prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Krása je pojímána jako úkol, který je třeba splnit. Zejména dospívající dívky dovedou v této oblasti vyvinout velké úsilí, aby se aktuálnímu ideálu přiblížily. Idealizované vzory jako modelky, zpěvačky nebo sportovci bývají vzorem pro přesné napodobení zejména na přelomu rané a pozdní adolescence. Ke konci období si hlavně inteligentnější jedinci najdou svůj individuální styl, který jim vyhovuje, nepotřebují kopírovat model nebo ideál a v tom se projevuje jejich vyžrání.

Podle Vágnerové⁶ se stylizace zevnějšku a oblečení může stát prostředkem vyjádření své identity. Dospívající sděluje svému okolí, kým se cítí být, často se snaží oblečením překonat nejistotu vyplývající z tělesných změn, jimž se nelze vyhnout nebo oblečením vyjadřuje příslušnost k určité skupině nebo vzoru.

⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 328.

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 330.

Někteří adolescenti nosí oblečení, které zdůrazňuje jejich tělesnou formu a sexuální identitu, jiní nosí beztvaré a plandavé věci, které jakékoliv formy popírají a dospívající tak vyjadřují svoji nejistotu vlastního sebepojetí, případně zaměření na zcela odlišné hodnoty.

Častým přístupem v dospívání je potřeba prezentovat určitou sociální skupinu, například fanoušků sportovních klubů, hnutí skinhead apod. Tento přístup pomáhá dospívajícím posilovat vlastní sebeúctu.

Oblečení u dospívajících také může vyjadřovat moralizující postoj, demonstrovat opovržení normami a životním stylem konzumní společnosti, která se dospívajícímu může jevit jako povrchní, sobecká, falešná. Dospívající v tomto případě obvykle nosí šatstvo vyšlé z módy, někdy i roztrhané.

Někdy také dospívající oblečením vyjadřují snahu o jednoznačné odlišení se od dospělých a nosí oblečení, které by si dospělý na sebe nevzal, buď proto, že by vypadal směšně nebo že by ani nechtěl. Současně dospívající odkládají barvy, které jsou infantilně jasné, ale současně nejsou ani nevýrazné. Oblíbená často bývá negativistická černá.

3.4 Vývoj poznávacích procesů

Piaget toto období (období mladší adolescence) nazval obdobím formálních logických operací, vzhledem k tomu, že pro vývoj myšlení je typické postupné uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě.

Dospívající si postupem času osvojují abstraktní způsob myšlení, předmětem úvah se může stát cokoli. To dospívajícím umožňuje chápat různé teorie a řešit problém jinak, než doposud. Například jde o přesah poznávání do oblastí, které nelze přímo pozorovat nebo na úroveň přesahující vlastní zkušenosti. Tato schopnost se

současně neustále zlepšuje. Dospívající dovedou postupně vycházet z obecně platné záležitosti a vyvozovat z ní logické závěry, rozvíjí se deduktivní myšlení.⁷

Současně se rozvíjí také induktivní myšlení, dospívající dovedou své poznatky zobecňovat. Rozvoj kombinačního myšlení umožňuje lépe řešit slovní úlohy, které vyžadují formální logiku, dospívající jsou schopni brát v úvahu různé kombinace možných variant. V rámci formálně logických operací se rozvíjí schopnost akceptovat hypotetický problém, což umožňuje dospívajícím řešit problémy bez ohledu na realitu či původní hypotézu. Roste také schopnost interpretovat výsledky v kontextu logiky, myšlení se stává pružnějším.

V období dospívání se mění také vnímání času. Zatímco pro mladší školáky je nejdůležitější současnost, pro dospívající nabývá na významu budoucnost, případně minulost. Může jít o předvídání budoucích událostí nebo úvahy o tom, proč konkrétní situace nastala a zda nebylo možné, aby se vyvíjela jinak.

Změna myšlení ovlivňuje i postoj dospívajících k základním psychickým potřebám. Potřeba bezpečí a jistoty je stále vázána na minulost, ale současně zde velkého významu nabývá čas, konkrétně roste význam budoucnosti. Současné výkony nemusí být považovány za tak dobré, protože dospívající ví, že v budoucnosti mohou nastat jiné okolnosti, za kterých se mu nemusí dařit stejně dobře jako nyní. Takováto nejistota mladší děti nezatěžuje.

V období pozdní adolescence se styl myšlení již nemění. Dospívající již umí formální operace využívat lépe a spíše je zdokonaluje. Typická pro tuto fázi je tedy schopnost používat nové způsoby řešení a flexibilita. Starší adolescenti nejsou zatíženi zkušeností, umí o problému uvažovat, avšak často neberou v úvahu komplexnost celé situace a její důsledky. Často jejich řešení bývají radikální.⁸

Co se týče paměti, tak její kapacita v období dospívání roste a navíc si dospívající dovedou vytvářet systémy a strategie, které ulehčí zapamatování například

⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 334.

⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 337.

učiva. Současně dospívající dovedou lépe ovládat svou pozornost a dovedou odhadnout své znalosti, čas potřebný k zapamatování, ví, že se musí učit déle.

3.5 Emoční vývoj

Hormonální proměna, která probíhá v dospívání, stimuluje také změny v oblasti citového prožívání. Emoční reakce dospívajících jsou ve srovnání s dřívější dobou a podnětem, který reakci vyvolal, méně přiměřené. I sami dospívající jsou často z vlastních pocitů překvapeni, své prožitky a změny nálad vnímají spíše nepříjemně. Sami si nedokážou vysvětlit jejich příčinu, a tak reagují spíše rozmrzele či podrážděně.

Změna emočního vnímání se může projevovat větší impulzivitou či nedostatkem sebeovládání. Dospělí často mají pocit, že dospívající děti jsou rozmazlené, že se nedovedou chovat a jsou tedy společensky méně akceptovatelné. V tomto názoru je podporuje fakt, že k podrážděné a mrzuté náladě nemají děti žádný objektivní důvod.

Dospívající věnují svým pocitům větší pozornost než dříve, mají sklony své pocity analyzovat a přemýšlet o nich. Zvyšuje se tendence k opakovanému rozebírání problémů a negativních prožitků. Často bývají přesvědčeni o tom, že jejich myšlenky jsou jedinečné nebo výjimečné. Typická je pro období dospívání také nechuť projevovat své city navenek. Zvyšuje se sklon ke špatné náladě a depresivnímu ladění a v souvislosti s tím vznikají další problémy, zejména interpersonálního charakteru. Typická je také přecitlivělost na reakce jiných, vztahovačnost nebo dokonce agresivita.

Se všemi negativními pocity se dospívající musí nějak vyrovnat. Mezi obranné reakce například patří tzv. mechanismus kyvadla⁹, kdy adolescent, který již dosáhl vyšší úrovně, se občas jako kyvadlo vrací zpět k dětskému chování nebo dětinskému řešení situace. Častou obrannou reakcí bývá také únik do světa fantazie, což jedinci umožňuje alespoň symbolické zvládnutí jinak reálně neřešitelných situací. Tyto fantazijní aktivity mohou být přínosné pro rozvoj nových složek identity.

⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 342.

Na konci adolescence dochází ke stabilizaci emočního prožívání, starší dospívající již nebývají tolik citově labilní či náladoví. Hlavním důvodem je nastolení hormonální rovnováhy a přizpůsobení organismu na pohlavní dospělost.

3.6 Vývoj autoregulačních schopností

Během dospívání se rozvíjí také volní vlastnosti, zlepšuje se sebekontrola a vytrvalost. V období raného dospívání je typická citová labilita a výkyvy emocí, což může uplatňování volních vlastností ztěžovat.

Až v období pozdní adolescence, kdy dochází k emočnímu zklidnění, dochází také ke stabilizaci volní autoregulace. Starší adolescenti se dovedou lépe ovládat, dokonce i v emočně vyhraněných situacích, dovedou se vzdát aktuálního uspokojení, pokud mají dostatečně lákavý cíl. Jejich sebeovládání bývá trvalejší a stabilnější, může být vztaženo i ke vzdálené budoucnosti. Obvykle jde o směřování k žádoucímu sebeuplatnění, profesního i jiného charakteru. Někdy je může sebeomezování a askeze dokonce uspokojovat, protože si tak budou potvrzovat schopnost ovládat vlastní osobnost. Může se pro ně stát zdrojem sebeúcty.¹⁰

Autoregulace nachází uplatnění především v situacích zátěže, kdy dospívající oproti mladším dětem dovedou lépe odhadnout zvládnutelnost problému. Současně se tak zvyšuje pravděpodobnost, že při řešení problému využijí vhodnější strategii, ať už jde o hledání sociální opory nebo spoléhání na sebe.

3.7 Socializace

Adolescent z hlediska socializace prochází několika důležitými mezníky. Je to ukončení povinné školní docházky, získání občanského průkazu v 15 letech, dosažení zletilosti a případný nástup do prvního zaměstnání.

¹⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 344.

V období mladší adolescence dochází ke změnám vztahů s lidmi, s dospělými i s vrstevníky. Adolescent v této době odmítá přirozené postavení, respektive odmítá demonstrování formální nadřazenosti autorit, jako jsou rodiče a učitelé.¹¹ O názorech a rozhodnutích dospělých přemýšlí, diskutuje o nich, ale na rozdíl od mladších dětí je neakceptuje zcela bezvýhradně. Dohadování s dospělými, netolerance a případné odmítání jejich názorů je typickým znakem dospívání. Diskuzí s dospělými adolescent trénuje a posiluje vlastní schopnosti, snaží se prokázat svoje kvality, čímž dosahuje potřebného pocitu, že se dospělým může vyrovnat.

Pro osobnost dospívajících mají velký význam také sociální skupiny, jen se mění jejich vliv a význam. Rodina zůstává stále důležitá, i když se od ní adolescenti postupně začínají odpoutávat. Rodič se stává partnerem, dochází k postupné pozvolné redukci rodičovské autority. Škola je významná z hlediska budoucího sociálního zařazení, adolescenti začínají o obsahu a smyslu školy uvažovat, chápou její význam pro budoucnost. Mění se motivace k učení, úspěšnost ve škole přestává být cílem, cílem se stává přijetí na vybraný obor.¹²

Volnočasové aktivity ovlivňují sociální zařazení adolescenta, často také kompenzují negativní vliv rodiny, případně školní neúspěšnosti. Stále důležitější se stává vrstevnická skupina, pubescent se s ní identifikuje, slouží mu jako zdroj emoční i sociální opory. Rozvíjí se zde přátelství, první lásky, ale i organizované vztahy mezi vůdcem a podřízenými členy party.

Dospívající také rozšiřují své území, kam chodí, zejména ve svém volném čase. Mají svá oblíbená místa, obchody, diskotéky, bistra, sportovní stadiony, kde se obvykle schází s vrstevníky, nikoliv s dospělými.

Období pozdní adolescence je stupněm k přechodu do dospělosti. Jedinec je stále více vnímán jako dospělý, současně se od něho očekává odpovídající chování.

¹¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 346.

¹² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8, s. 363.

Vzhledem ke zletilosti si starší adolescenti o sobě mohou rozhodovat, uzavřít manželství, podepsat různé smlouvy, jsou tedy mnohem svobodnější.

Významná je v tomto období škola, respektive změna školy na počátku období. Příprava na profesi je chápána jako příprava na život ve společnosti, objevuje se sociální diferenciací spojená s rozvojem znalostí, vlastností a dovedností. Rodina je stále důležitá, adolescent se do ní rád vrací, i když z těsných vztahů se již odpoutal. Dříve konfliktní vztahy s rodiči bývají koncem tohoto období již vyřešeny. Vrstevnická skupina bývá nejvýznamnějším zdrojem sociální opory. Skupinové vztahy bývají nahrazovány jinými, například partnerstvím či přátelstvím. Partnerská role přináší uspokojení v oblasti blízkého, emočního i sexuálního vztahu, pro adolescenta je důkazem osobní přijatelnosti pro jedince opačného pohlaví.

4 Psychické problémy v dospívání

Podle Carr-Gregga¹³ většina dospívajících, zhruba tři čtvrtiny, projde obdobím adolescence bez úhony. Pro rodiče je však velmi těžké poznat, že jejich dospívající dítě trpí psychickými nebo citovými problémy. A to i přesto, že rodiče mají ty nejlepší podmínky si toho všimnout. Existují pro to tři hlavní důvody. Ten první je, že prudké změny a duševní zmatky jsou pro období adolescence typické, a proto není snadné rozhodnout, co je ještě obvyklé, a co už ne. Druhým důvodem je to, že se dospívající nechtějí lišit a děsí je představa, že by je okolí mohlo takto vnímat, neradi hovoří o tom, co je trápí. Třetí důvod je, že mnozí z nich nejsou dostatečně zkušený nebo zralí, aby chápali, co se jim v hlavě děje, natož aby to dokázali vysvětlit někomu jinému.

4.1 Rizikové faktory

Je dobré si uvědomit, že dospívající se pohybují v pěti nezávislých světech¹⁴, které se často vzájemně překrývají. Je to vnitřní svět dospívajících, skupina vrstevníků, rodina, škola a v dnešní době také internet. Psychologové v každé z těchto částí definovali rizikové i ochranné faktory, podle kterých je možné určit, v jaké míře se u dospívajícího vyskytnou citové problémy nebo problémy v chování. Následující řádky zachycují příznaky, které signalizují, že v dané části reality převažují rizikové faktory nad ochrannými.

Ve vnitřním světě dospívajících mezi rizikové faktory patří pronikavý a nepolevující smutek, intenzivní podrážděnost, neschopnost zotavit se z prožitého stresu, podivné či neobvyklé myšlenky, náhlá změna osobnosti, posedlost smrtí nebo sebevraždou.

Co se týče skupiny vrstevníků, rizikovým faktorem je například to, že v partě kamarádů došlo k náhlé změně, dospívající nemá kamarády, tají, s kým se kamarádí, má

¹³ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s.32

¹⁴ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s.35

kamarády, kteří se projevují násilnicky či agresivně, případně se sebepoškozují či užívají zakázané látky.

Mezi rizikové faktory působící v rodině patří závislost na rodičích nebo jednom z nich, hluboká nenávist k rodičům nebo jednomu z nich, neochota domluvit se na pravidlech, časté konflikty se sourozenci.

Ve škole je rizikovým faktorem náhlé zhoršení prospěchu, nepozornost nebo nesoustředěnost, odpor ke škole, záškoláctví, absence jakékoliv vazby k učitelům či odmítání domácí přípravy do školy.

Na dospívající v dnešní době velmi působí také internet. Mezi rizikové faktory v této oblasti patří závislost na něm, trávení veškerého volného času pouze na internetu, lhaní o čas zde stráveném, podrážděnost při vypnutí, rozesílání e-mailů se sexuálním obsahem nebo stahování a rozesílání e-mailů zobrazujících sexuální násilí.

Kromě výše uvedených rizikových faktorů v pěti základních oblastech existují i další. Patří sem například plačtivost delší než 14 dní, zjevná ztráta zájmu o život, to, že dospívajícího nebaví věci, které dříve dělal rád. Také to, že dospívající špatně spí, je nadprůměrně unavený, má potíže s myšlením či soustředěním, je posedlý svým vzhledem či příjmem potravy, hodně zhubl nebo naopak přibral. Varovným příznakem je i to, že dospívající dělá stále něco dokola, co zdánlivě nemá smysl, trpí nevysvětlitelnými bolestmi hlavy, žaludku, provádí něco, co je pro něj netypické, například porušuje zákony, chová se promiskuitně a podobně.

Pro období adolescence je typické zdravé riskování, pomocí kterého si adolescenti ověřují, že svými vlastnostmi a schopnostmi ve světě obstojí. Toto zdravé riskování funguje v životě adolescentů jako nástroj k rozvoji a upevňování vlastní identity. Naproti tomu nezdravé riskování je typické pro osoby s duševním onemocněním. Deprese bývá například spojena s různými zdraví škodlivými typy chování, jako je kouření, požívání alkoholu nebo jiných návykových látek, odmítání potravy nebo naopak chorobné přejídání. Podobně nezdravým riskováním je například také nechráněný pohlavní styk či delikventní chování.

Z průzkumů vyplývá,¹⁵ že adolescenti, kteří se dopouštějí jednoho typu rizikového chování, se s vysokou pravděpodobností dopouští i dalších. Často lze u nich pozorovat společný rys, kterým je nedostatečná vazba ke komukoliv z dospělých, kteří se podílejí na jejich výchově. Přitom blízký vztah k nějakému dospělému vzoru má na duševní zdraví dospívajících zásadní pozitivní vliv.

4.2 Psychické poruchy v dospívání

4.2.1 Deprese

Většina dospívajících se občas cítí bídň, jsou podrážděni a je těžké s nimi vyjít. Pokud však tento stav trvá déle než dva týdny a projevuje se skleslou náladou, snížením aktivity a energie, zhoršenou schopností radovat se, poklesem zájmů, unavitelností i po nepatrné námaze, což ochromuje fungování v práci, ve škole, v mezilidských vztazích, je možné, že dospívající trpí depresí. V období adolescence se deprese objevuje u dívek dvakrát častěji než u chlapců.¹⁶

Mezinárodní klasifikace nemocí¹⁷ rozlišuje tři formy deprese – mírnou, středně těžkou a těžkou, ve které už jedinec není schopen pokračovat ve společenských, domácích nebo pracovních aktivitách.

4.2.2 Úzkostné poruchy

Úzkostná porucha je podle psychologů každá úzkost, která narušuje každodenní život jedince. Velmi často předchází depresi, takže jedinci k lékaři zajdou často až s příznaky typickými pro deprese. Jednotlivé úzkostné poruchy se projevují různými symptomy, mezi nejčastější však patří strach, silné obavy, nesnesitelné napětí, nekontrolovatelná úzkost, katastrofické vzorce myšlení. Tyto symptomy bývají často doprovázeny symptomy fyzickými, jako je nevolnost, bolest na hrudi, bezděčný třes,

¹⁵ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 38.

¹⁶ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 40.

¹⁷ *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9, s. 113.

zvýšené pocení, bušení srdce nebo neschopnost nadechnout se. Výsledkem bývá to, že se postižený uzavře do sebe s cílem vyhnout se situacím, které by u něj mohly vyvolat úzkost. V období rané adolescence se postižení často vyhýbají kontaktům se svými vrstevníky nebo dokonce s rodinou. U dospívajících s neléčenou úzkostí se často vyskytují současně i jiné problémy, jako jsou poruchy příjmu potravy nebo závislost na alkoholu či jiných návykových látkách.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí¹⁸ je úzkostných poruch celá řada. Patří sem například generalizovaná úzkostná porucha (F41.1), kdy se jedná o nadměrnou neovladatelnou úzkost, která není vyvolána žádnou konkrétní událostí nebo objektem. Dále pak specifické fobie, to znamená strach z určitého objektu nebo situace (F40.8) nebo sociální fobie (F40.1), kdy dospívající mohou mít nadměrný strach z toho, že by se mohli stát centrem pozornosti. Mezi nejčastější pak patří skupina obsedantně-kompulzivní poruch (F42). Dospívající s touto diagnózou jsou neustále obtěžováni neodbytnými a iracionálními myšlenkami a obavami, na které se naučili jednat ritualizovaným, opakovaným chováním.

4.2.3 ADHD - hyperkinetická porucha chování (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Hyperkinetické poruchy chování jsou v číselníku Mezinárodní klasifikace nemocí zařazeny pod kódem F90. U dospívajících s ADHD se vyskytují podle Carr-Gregga¹⁹ různé kombinace symptomů a příznaků. Jedná se například o časté dopouštění se chyb z nepozornosti, dospívající často působí, jakoby neposlouchali, i když mluvíte přímo na ně, mají problémy dodržovat pokyny, nechají se snadno rozptýlit tím, co se děje kolem nich, vyhýbají se domácím i jiným úkolům, které vyžadují schopnost přemýšlet a řešit problémy, neradi chodí do školy a další.

ADHD má dvě formy, mírnou a těžkou. V těžší formě tato porucha dospívajícím výrazně ztěžuje budování vztahů s jinými lidmi i hledání práce. I když se u této poruchy

¹⁸ Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9, s. 113.

¹⁹ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 94.

neprokázal přímý vliv na intelekt, u těch dospívajících, u kterých nebyla odhalena již v dětství, se ve škole objevuje špatný prospěch. Mnoho dospívajících s neléčenou ADHD jako kompenzaci zklamání a neúspěchu hledá útěchu u drog nebo alkoholu. Nedávný výzkum²⁰ ukázal, že u dívek s ADHD je mnohem větší riziko, že se u nich v dospívání rozvine některá z poruch příjmu potravy. Důvodem je impulzivní chování, kterým se už v dětství sami vylučují ze skupiny vrstevníků a které jim, když jsou starší, ztěžuje dodržování zdravých stravovacích návyků. To vše vede k tomu, že se začnou příliš zabývat tím, jak vypadají, a následně pak dochází k charakteristickému přejídání a vyprazdňování.

4.2.4 Sebepoškozování

Zkušenost se sebepoškozováním má podle Carr-Gregga²¹ až 12 % dospívajících. Zpravidla se jedná o dívky, i když chlapců s tímto problémem neustále přibývá. Mezi nejčastější formy sebepoškozování patří řezání, pálení, předávkování léky, polykání škodlivých látek, kousání nebo bití, narážení tělem do tvrdých předmětů, tahání za vlasy a škrábání a píchání do bolavých míst.

Mezi rizikové faktory, které jsou spouštěčem této poruchy, patří například poruchy nálady (více viz kapitola 4.2.2), trauma prožité v dětství či dospívání, stres ve škole nebo v práci, napjaté vztahy s příbuznými, zejména s rodinou, přátelství s někým, kdo se úmyslně sebepoškozuje nebo pocit odcizení a izolace. Mnoho pacientů jako příčinu uvádí touhu praktikovat sebepoškozování, protože to dělá jeden nebo více z jejich kamarádů. Poté přichází návyk a standardní způsob, jak se vypořádat s nepříjemnými pocity. Sebepoškozování pak odvádí jejich pozornost od smutku, pocitu viny, zmírňuje napětí a funguje jako prostředek, jak lidem sdělit, jak jsou zoufalí. Přesto však sebepoškozování bývá praktikováno tajně a je odhaleno až po delší době.

Současně však stojí za zmínku, že existuje studie, jejímž závěrem bylo, že u těch jedinců, kteří se sebepoškozují, existuje až třicetkrát větší riziko sebevraždy než u běžné

²⁰ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 94.

²¹ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 112.

populace. Je proto velmi důležité rozlišovat mezi sebepoškozováním a pokusy o sebevraždu, zejména proto, že pro laického pozorovatele může neúspěšný pokus o sebevraždu vypadat velmi podobně jako sebepoškozování.²²

4.2.5 Psychózy

Psychózy jsou hluboké neuropsychické poruchy, při kterých je vážně narušena osobnost jedince. Může to být onemocnění přechodné, nebo se periodicky vrací anebo se postupně prohlubuje. V psychiatrii se pod tímto termínem obecně označuje stav, kdy člověk ztrácí kontakt s realitou, objevuje se narušené myšlení, poruchy nálady, změny osobnosti, halucinace či bludy, paranoia. Současně se může objevovat nezvyklé až podivné chování, neschopnost sociální interakce, což zpravidla bývá problémem při běžných činnostech. Člověk si však zpravidla není své poruchy vědom a to, že ostatní nevnímají stejné věci, ho zcela nebo částečně vyvádí z míry.

Psychóza nejčastěji začíná v období pozdní adolescence nebo v rané dospělosti. Postihuje stejně muže i ženy, avšak u mužů se většinou objevuje dříve. Psychotickou epizodu zažijí v životě přibližně tři procenta populace.²³ Některé druhy psychóz jsou vyvolány chorobnými změnami mozkové tkáně, například při stárnutí, úrazech, nádorech nebo alkoholismu, po některých infekčních nemocech. U dospívajících mezi nejčastější spouštěče patří fyzické, citové nebo sexuální zneužívání, experimentování s drogami nebo těžká deprese.

Typů psychóz je mnoho a v Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou rozděleny podle příčin, zda jsou vyvolané alkoholem, drogami, onemocněním či poškozením mozku.

Za zmínku v této bakalářské práci stojí určitě schizofrenie, která patří mezi nejčastější a nejvýznamnější onemocnění této skupiny. V Mezinárodní klasifikaci

²² CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 115.

²³ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 116.

nemocí objevuje pod kódem F20. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí²⁴ má nemocný často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování, myšlení nebo pocity pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. Pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky.

Schizofrenie má mnoho forem, u všech je však důležitá léčba a intenzivní psychologická pomoc nutná po celý život. Jestliže dospívající léčbu a odbornou pomoc odmítne, může to mít katastrofální následky. Někdy symptomy rychle vymizí a mladí lidé mohou bez jakýchkoliv překážek navázat na svůj předchozí život. Jindy však trvá týdny i měsíce, než postižený začne fungovat jako dříve.²⁵

4.2.6 Porucha vnímání vlastního těla (Body Dysmorphic Disorder)

Podle Carr-Gregga²⁶ jsou dospívající s touto poruchou posedlí představou, že nějaká část jejich těla vybočuje z normy, a jsou přesvědčeni o tom, že ostatním kvůli tomu připadají komičtí. Často jde pro ostatní nepostřehnutelný nedostatek, jako je pigmentová skvrna nebo jizva po akné. Důsledkem toho bývá snížené sebehodnocení a psychické potíže, které mohou být tak intenzivní, že narušují pracovní i sociální život jedince. Tato porucha je typická svým začátkem v rané adolescenci.

Lidé s touto poruchou tvoří dnes zhruba 15 procent pacientů plastických chirurgů a vysoké procento těchto pacientů trpí depresí nebo dokonce spáchá

²⁴ Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9, s. 85.

²⁵ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 121.

²⁶ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 98.

sebevraždu. Porucha vnímání vlastního těla bývá součástí diagnostických kritérií poruch příjmu potravy a je některými autory považována za předzvěst vyústění onemocnění.²⁷

4.2.7 Poruchy příjmu potravy

V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou zařazeny pod kódem F50 a jedná se o celé spektrum poruch. Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie, patří sem však také jiné méně specifické poruchy jako je nadměrné (záchvatovité) přejídání.

Přibližně 90% pacientů s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy tvoří ženy, ale v současné době narůstá i podíl mužských pacientů. Nejčastěji se tyto poruchy objevují právě v dospívání a u mladých dospělých, ale objevily se již u osmiletých dětí.²⁸ Právě těmto poruchám je tato práce věnována, a proto se jimi budou zabývat následující samostatné kapitoly.

²⁷ PAPEŽOVÁ, H., YAMAMOTOVÁ, A., VURMOVÁ, I. *Stres a poruchy příjmu potravy*. [online] Galén, 2002. Sborník přednášek a abstrakt IV. sjezdu České psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně 2002 pod titulem „Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii. [cit. 15. 1. 2013] Dostupné na: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/103-stres-a-poruchy-pijmu-potravy>

²⁸ CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8, s. 102.

5 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie i bulimie jsou si velmi podobné. Obě spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Obě poruchy dále spojuje nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé zejména na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. U části pacientů s mentální anorexií se však časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností.

5.1 Vymezení mentální anorexie

Podle Krcha²⁹ je mentální anorexie charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, která je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Snížení hmotnosti si pacient způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům a užívá několik z prostředků, které vedou ke snížení hmotnosti, jako je vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik nebo nadměrné cvičení. U pacienta přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná vtírává obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízké optimální nebo cílové váhy. Pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí³⁰ mentální anorexií nejčastěji trpí dospívající dívky a mladé ženy, vzácněji mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou. Nemoc je charakterizována podvýživou různé tíže s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchou

²⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 14.

³⁰ *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9, s. 157.

tělesných funkcí. V mezinárodní klasifikaci nemocí mentální anorexii lze nalézt pod kódem F50.0.

Se strachem z tloušťky úzce souvisí narušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Strach a výběrovost vnímání způsobují, že předmět strachu (tloušťka, tělesné proporce, kolísání hmotnosti) je v různých podobách přeceňován a že to, co není v souladu s přesvědčením nemocného a jeho očekáváními, je naopak podceňováno (vyhublost, nepřiměřené chování).³¹

5.2 Vymezení mentální bulimie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí³² mentální bulimii najdeme pod kódem F50.2. Jedná se o syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil účinky požití potravy. Výskyt podle věku a pohlaví je podobný jako u mentální anorexie, ale věk při začátku onemocnění bývá nepatrně vyšší. Může se zdát, že původně anorektická pacientka se lepší následkem zvýšení váhy a eventuálně i návratem menstruace, avšak zhoubný vzorec přejídání s následkem zvracení se pak ustálí. Opakující se zvracení představuje možnost vzniku poruch elektrolytů v těle a somatické komplikace (tetanii, epileptické záchvaty, srdeční arytmii, svalovou ochablost) a další značný úbytek váhy.

Pro definitivní diagnózu je nutná přítomnost všech následujících poruch: Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby. Dále snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více způsobů, jako je vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání léků jako jsou anorektika nebo diuretika, cvičení v nadměrné míře. To podle Krcha³³ znamená, že diagnózu bulimie splňují i

³¹ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 7.

³² *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9, s. 158 a 159.

³³ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 18.

pacienti, kteří nuceně nezvrací, ani nezneužívají jiný purgativní způsob kontroly tělesné hmotnosti. Třetí poruchou, která nesmí chybět, je chorobný strach z tloušťky, přičemž pacient si určí vymezený váhový práh, který je nižší než váha, která je podle lékaře optimální nebo zdravá. Často, i když ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie.

Podle Krcha a Marádové³⁴ se na rozdíl od anorexie u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pokud ano, jedná se o bulimickou (purgativní) formu mentální anorexie. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých duševních poruch, například u oligofrenie, deprese, mánie nebo u alkoholismu.

5.3 Vymezení záchvatovitého přejídání

V posledních letech začíná být podle Krcha³⁵ rozeznávána kategorie osob, které se přejídají, aniž by užívali nějaké kompenzační chování. Tento typ záchvatovitého přejídání je často spojen s nadváhou nebo obezitou. Mezi obézními, kteří odbornou pomoc vyhledali, uvádí podobné problémy asi čtvrtina. Existuje návrh zařadit tuto kategorii mezi poruchy příjmu potravy pod názvem „záchvatovité přejídání“ (Binge Eating Disorder). Epizody záchvatovitého přejídání by měly vykazovat alespoň tři z následujících znaků: Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé (1. znak), dokud se necítí nepříjemně plný (2. znak), aniž by pociťoval hlad (3. znak), o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho (4. znak), po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile (5. znak). K záchvatům by mělo docházet alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců a přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

Dále podle Krcha se tento typ přejídání objevuje častěji u žen, u mužů ale častěji než jiné z poruch příjmu potravy. Počátek poruchy je velmi často typický až pro starší věk. Současně se ukazuje, že čím obéznější je pacient, tím častěji se u něj objevuje záchvatovité přejídání. Protože záchvatovité přejídání není spojeno s kompenzačním

³⁴ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 8.

³⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 20.

chováním, bývá často spojováno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. V Mezinárodní klasifikaci nemocí tuto poruchu zatím nenajdeme, avšak Americká psychiatrická asociace navrhuje zařadit záchvatovité přejídání do Mezinárodní klasifikace nemocí, což jednoznačně ukazuje na jeho závažnost a četnost v běžné populaci.³⁶

5.4 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy doprovází lidstvo snad už od počátku. Ideálu krásy je připisována důležitá role již v době kamenné. Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak, měly jinou představu o jeho kráse. Ve starověkém Řecku je ideálem harmonie těla i duše, a proto zde odmítali jak obezitu, tak i přílišnou štíhlost. Naopak v období baroka byla uznávána ženská krása v podobě kyprých tvarů. I přílišná hubenost je zde odpradávná. Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy.³⁷

5.4.1 Dějiny mentální anorexie

Podle Krcha³⁸ odmítání jídla samo o sobě nebylo po dlouhá staletí považováno za primárně patologický jev. V období pozdního středověku zejména hluboce věřící ženy držely přehnaný půst a tvrdily, že je při životě bez potravy udržuje boží pomoc. Řada lékařů byla tehdy přesvědčena, že život bez potravy je zázrak způsobený božím přičiněním.

V průběhu 19. století pak většina lékařů začala pokládat odmítání jídla po delší dobu za známku choroby nebo jednoduše za nemožné.

Samotná historie pojmu mentální anorexie se datuje až od roku 1794, kdy britský lékař William Gull tento termín zavedl (anorexia nervosa). Nelze však vyloučit,

³⁶ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 77.

³⁷ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 43.

³⁸ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 24.

že tato porucha existovala i před tím pod jinými jmény. Důležitá z tohoto hlediska je zejména chloróza neboli blednička, často uváděná v lékařské literatuře 18. a 19. století. Tato choroba postihovala zejména mladé a krásné ženy a projevovala se příznaky jako je bledost, ztráta chuti k jídlu, přejídání, ztráta menstruace nebo také pica (touha po bizarních jídlech nebo i nepoživatelných látkách).

První z medicínského hlediska věrohodně popsane případy mentální anorexie se objevily až ve druhé polovině 19. století. Americký lékař William Stout Chipley kolem roku 1859 zaznamenal odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek pocházejících z vyšších rodinných kruhů.

Trvalo však více než deset let, než se chorobné hladovění stalo pro lékařský svět klinicky uznávanou kategorií. O autorství prvního jednoznačného popisu se dělí francouzský lékař Ernest-Charles Lasègue a anglický lékař Sir William Gull. Výraz anorexia nervosa byl poprvé použit v roce 1874 a podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, která se vyskytuje převážně u dívek a mladých žen, přičemž jejími charakteristickými znaky jsou velký váhový úbytek, amenorea, neklid a absence jakýchkoliv známek organické patologie.³⁹

Ve čtyřicátých letech 20. století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny mentální anorexie překlasifikována na duševní poruchu. V posledních několika desítkách let se z této dříve málo známé poruchy stala porucha, kterou dnes sleduje celý svět.

5.4.2 Dějiny mentální bulimie

Dějiny mentální bulimie jsou stejně staré jako dějiny mentální anorexie. Nenasytné přejídání a různé manipulace s jídlem byly ve středověku časté mezi elitou společnosti. Dlouho je známý například jev zvaný ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání.

³⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 28.

V roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky. Na přelomu století se objevilo několik kazuistik nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení, tyto příznaky však nebyly považovány za samostatný syndrom. Proto ještě na počátku 20. století považovali lékaři zejména v Německu a ve Francii bulimii v první řadě za projev špatného zažívání.⁴⁰

V mezinárodních klasifikačních systémech duševních poruch se pro tuto poruchu ujal termín bulimie, od roku 1987 se z důvodu sjednocení pojmů v britské a americké terminologii používá označení mentální bulimie. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie samostatnou klinickou diagnózou.⁴¹

V téže roce byla mentální bulimie prohlášena Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Podstatná však není jen velikost problému, ale zejména jeho dopad na společnost. Onemocnění působí dlouhodobé potíže nejen postiženým, ale i jejich rodinám, přátelům a zaměstnavatelům. V jejím průběhu nedegraduje jen jídelní chování pacientů, ale i celá osobnost.⁴²

5.5 Příčiny poruch příjmu potravy

V posledních desetiletích počet případů mentální anorexie a mentální bulimie dramaticky stoupá. American Anorexia and Bulimia Association odhaduje, že v USA trpělo v roce 2001 nějakou z forem poruch příjmu potravy pět miliónů osob, tj. 1,8 % populace.⁴³ Odborníci hledají odpověď na otázku, proč tomu tak je. Hledají determinanty, které přispívají ke vzniku těchto jídelních patologií.

⁴⁰ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 30.

⁴¹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 31.

⁴² MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 72.

⁴³ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7, s. 11.

Podle Nováka⁴⁴ lze determinanty, které ke vzniku poruch příjmu potravy přispívají, rozdělit do třech skupin. V první skupině jsou individuální rizikové determinanty, které zahrnují vývojové determinanty, kritické životní události, vliv vrstevníků a osobnostní determinanty, jako je temperament, sebekontrola, sebeúcta a negativní body image. Do druhé skupiny patří rodinné rizikové determinanty (rodinný systém a rodiče) a třetí skupina zahrnuje sociokulturní determinanty, například kulturu, média, dietní trendy nebo sexualizaci jídla.

Krch⁴⁵ jako faktory, které mohou ke vzniku poruch příjmu potravy přispět, označuje faktory biologické, osobnost a psychologické faktory, rodinné okolnosti a genetické faktory, emocionální faktory, sociokulturní faktory a životní události.

Oba autoři tedy hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.

5.5.1 Biologické faktory

Podle Málkové a Krcha⁴⁶ stačí být ženou a riziko vzniku poruch příjmu potravy je desetkrát vyšší.

Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce jsou u žen významnější než u mužů. K nejdramatičtějším tělesným a duševním změnám, které mohou přispět ke vzniku některé z poruch příjmu potravy, dochází právě v období dospívání. V kontextu současných standardů ženské krásy může rychlý přírůstek tuku v pubertě představovat podle Krcha⁴⁷ pro mnoho dívek hrozbu. Zatímco fyzické dospívání u chlapců znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté svalnaté tělo, pro dívku znamená puberta vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za ideál krásy.

⁴⁴ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7, s. 13.

⁴⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 57.

⁴⁶ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 77.

⁴⁷ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 62.

S rostoucí tělesnou hmotností u žen vzniká nespokojenost s vlastním tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Významnou roli však hraje především rozložení tělesného tuku. Ženy, které mají tělesný tuk nejvíce uložený na bocích, stehnech a hýždích vykazují významně vyšší riziko poruch příjmu potravy než ostatní ženy.⁴⁸

Typickým obdobím vzniku poruch příjmu potravy je puberta. Vnitřní nejistota dospívajících dívek, sebekritika, náchylnost k depresím, nízké sebevědomí může podle Krcha⁴⁹ přispět ke vzniku některé z poruch příjmu potravy (viz kapitola 3.3). Proto lze období dospívání považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které mohou být spojeny s mimořádným stresem a napomoci tak ke vzniku poruch příjmu potravy.

5.5.2 Životní události

Podle Nováka⁵⁰ jsou s rozvojem poruch příjmu potravy spojovány zkušenosti, které zahrnují zneužití, trauma nebo posměch. Rovněž sexuální zneužívání v dětství, emocionální zneužívání nebo citová deprivace má patrně souvislost s pozdějším vznikem poruch příjmu potravy. Mezi rizikové faktory dále může patřit postižení sourozence, přílišný tlak rodičů, ztráta blízké osoby, nemoc, smrt nebo separace od rodiny.

Krch⁵¹ poukazuje na to, že většina pacientů si vzpomíná na událost, která způsobila, že si připadali příliš silní nebo že měli potřebu zhubnout. Nejčastěji jsou zmiňovány různé nárážky na tloušťku a tělesný vzhled (někdo o pacientce řekl, že má nadváhu nebo že by měla zhubnout). Dále Krch zmiňuje jako rizikové faktory shodně s Novákem osobní nezdary, konflikty v rodině, sexuální konflikty nebo odloučení od rodiny.

⁴⁸ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 63.

⁴⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 64.

⁵⁰ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7, s. 17.

⁵¹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 64.

5.5.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory

Případové studie podle Nováka⁵² ukazují, že rodiny, v nichž se objevily poruchy příjmu potravy, jsou spleť, obtěžující, hostilní a popírají emocionální potřeby pacientek. Zvýšené riziko představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, nízké očekávání rodičů, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny nebo současný výskyt absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti. V rodinné anamnéze dívek s mentální anorexií se výrazně častěji objevuje deprese, alkoholismus, emoční poruchy a sociální izolace.

Podle Krcha⁵³ je už samotný výskyt mentální anorexie v rodinném kontextu nejbližších ženských příbuzných pokládán za významný rizikový faktor. Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 – 10%. Mezi matkami anorektiček a bulimiček se však mohou poruchy příjmu potravy a s nimi spojené ohrožující jídelní postoje a chování vyskytovat až čtyřikrát a pětkrát častěji než v běžné populaci.

5.5.4 Osobnost a psychické charakteristiky

Podle Krcha se u pacientek s mentální anorexií a bulimií velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Většina depresivních a úzkostných poruch je však přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Časté pocity bezcennosti u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a s neschopností dosáhnout takové tělesné hmotnosti, jakou by si přály.⁵⁴

Typická anorektička pak bývá popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívka zatížená negativním

⁵² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7, s. 14.

⁵³ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 65.

⁵⁴ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 70.

sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům a cílům.

5.5.5 Sociální a kulturní faktory

Jak uvádí Krch ve své knize⁵⁵ s odkazem na další autory, jádro problému poruch příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Mezi argumenty, které tento názor podporují, lze považovat zejména rostoucí výskyt poruch příjmu potravy u žen ze západních „blahobytných“ zemí, mezi baletkami nebo modelkami.

Podle některých studií, jak uvádí ve své knize Novák⁵⁶, poruchy příjmu potravy nejsou ani tak kulturně specifický syndrom jako spíše příznak kulturních změn ve společnostech, které se modernizují. Některé studie prokázaly, že imigranti a jedinci v měnících se kulturách jsou zvláště ohroženi poruchami příjmu potravy. Například tchajwanská populace žijící v USA vykazovala proti tchajwanskému obyvatelstvu žijícímu v původním prostředí více patologických postojů a chování. Aklimatizace v nové kultuře je rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Například Latinoameričanky, které byly odňaty svým biologickým matkám a vychovány bělošskými pěstounkami, vykazovaly více poruch příjmu potravy.

Obdobné názory prezentuje i Krch⁵⁷, který jako typický příklad rizikových zemí pro výskyt poruch příjmu potravy uvádí Japonsko, Hong-Kong, Izrael nebo Argentinu, tedy země, které se po druhé světové válce rychle snažily přizpůsobit západnímu životnímu stylu a jeho hodnotám. Současně poukazuje na vysoký nárůst poruch příjmu potravy mezi imigranty, například mezi řeckými dívkami v Německu nebo arabskými studentkami v Anglii.

⁵⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 58.

⁵⁶ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7, s. 35.

⁵⁷ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 58.

Na vztah mezi výskytem mentální anorexie a sociálním tlakem na dodržování štíhlosti upozornila již v roce 1939 Ryle. Dále pak v roce 1979 H.Bruch připomněla, že módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty.⁵⁸

Od padesátých let obdivujících vyvinuté krásy s postavou přesýpacích hodin (takzvané bustiness) se stále více preferuje štíhlost. Po Elisabeth Taylor a Marilyn Monroe (s mírami 98-58-92) se módním ideálem v sedmdesátých letech stala podvyživená modelka Twiggy s mírami 81-56-81, výškou 170 cm a váhou 41 kg.⁵⁹

Ženy jsou neustále konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích a současně zobrazované modelky jsou stále hubenější. Jen méně než 5% amerických žen ve věku mezi dvaceti a třiceti roky mělo možnost být stejně štíhlých jako průměrná Miss America v letech 1970 až 1978. Tyto tendence nakonec vedly tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné až zdravotně ohrožující. V posledních několika desítkách let jsou bohužel ženy obětmi tragického souboru norem fyzického vzhledu, které na ně neustále vytváří tlak na dodržování diet tak, aby vyhověly společenským představám o štíhlosti.⁶⁰

I když se snad tento vývoj již zastavil, stále ještě je kostnatá štíhlost současným ideálem mnoha žen. Vzorem mladých žen jsou modelky jako například Kate Mossová s tělesnými mírami 84-58-89. Tělesné proporce těchto modelek jsou anatomickou anomálií nebo krátkodobým výsledkem chorobného a neúměrného omezování se v jídle. Tam, kde nenadělovala příroda, dnes pomůže technika. Šikovný fotograf s pomocí Photoshopu dokáže udělat divy.⁶¹

Velká role je připisována zejména médiím – reklamě, sdělovacím prostředkům a dnes i internetu, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích, divácích a uživateli

⁵⁸ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 58.

⁵⁹ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 46.

⁶⁰ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 58.

⁶¹ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 47.

falešnou představu o ideálním ženském těle. Podle médií je možné snadno, rychle, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, objevuje se mnoho různých článků o dietách a dietám se přizpůsobuje i potravinářský průmysl, ve kterém se objevuje stále více nízkotučných („light“) výrobků. Také stále více reklam bývá zaměřeno na zaručené prostředky na hubnutí, zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti ve strachu z podvýživy nebo tuberkulózy oblíbeny prostředky na přibrání.⁶²

Luxus diety a ideál štíhlé ženy se však mohl vyvinout pouze v konzumní společnosti nadbytku. Tam, kde není dostatek jídla pro všechny, bývá přejídání a nadváha obdivována a považována za známku krásy, zdraví a přitažlivosti. Obézní ženy historicky totiž vždy symbolizovaly nejen sílu a plodnost, ale i ženskost.⁶³

Dále podle Krcha⁶⁴ v rozporu s tím, jaký je ideál krásy v současné společnosti, neustále roste průměrná hmotnost mladých mužů a žen ve vyspělých zemích. Současně se kulturním fenoménem stává předpojatost vůči obézním, kteří bývají popisováni jako oškliví, hloupí a líní. Podle některých autorů je předpojatost vůči obézním ženám výraznější než předpojatost vůči obézním mužům. Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s přirozeností a variabilitou lidského těla, ale současně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým nutí nevhodné vzory a nastavovat si nerealistické cíle.

Nelze opomenout v současné době také další podle Krcha⁶⁵ z významných sociokulturních faktorů, kterým je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesního uplatnění. Ženy dnes si musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se přizpůsobit rychle se měnícím požadavkům na profesní úspěch a výkon. Jedním z důsledků špatné adaptace může být obtížné hledání osobní identity nebo odmítání nabízené sexuální role. Anorektická snaha po štíhlosti pak může být přehnaným

⁶² KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 59.

⁶³ MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0, s. 45.

⁶⁴ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 58.

⁶⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 60.

projevem, jak dosáhnout ženskosti, zatímco v rozvoji bulimie lze vidět sociální závislost bulimiček a ztrátu sociální podpory ze strany muže.

5.6 Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy, tak jak byly popsány v kapitole 5.1, 5.2 a 5.3, způsobují celou řadu problémů. Tyto problémy lze rozdělit na zdravotní a společenské.

5.6.1 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy

Zdravotní problémy podle Krcha⁶⁶ souvisí zejména s úbytkem hmotnosti a s nevyváženou stravou nebo jsou důsledkem zvracení, přílišného užívání laxativ nebo diuretik.

Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Hrubý odhad úmrtnosti dosahuje podle některých autorů až 18%.⁶⁷

U anorektiček je velmi častým důsledkem úbytku hmotnosti vysoká citlivost na chlad, zácpa, únavnost, zhoršení kvality pleti, vypadávání vlasů, oslabený krevní oběh, srdeční obtíže a osteoporóza. Je narušen metabolismus glukózy, takže u anorexie i u jiných forem podvýživy často nacházíme v testech glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes.⁶⁸ Malý přísun živin poškozuje játra a oslabuje obranyschopnost organismu. Zmenšuje se žaludek a s tím souvisí pocit nevolnosti a přejedení při návratu k normálnímu příjmu potravy. Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a hmotností pacienta.

U bulimiček je zvracení spojeno se závažnými a život ohrožujícími zdravotními důsledky. Velká část bulimiček si musí dávicí reflex vyvolávat prstem nebo různými předměty a takto hrozí velmi bolestivá zranění krku nebo jícnu. Do rány se může dostat infekce, pacientka může spolknout předmět nebo může dojít i k prasknutí jícnu, což

⁶⁶ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 11.

⁶⁷ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 59.

⁶⁸ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 103.

vyžaduje okamžitý lékařský zákrok. V souvislosti se zvracením dochází k otoku slinných žláz pod čelistí, což způsobuje dojem opuchlého nebo kulatého obličeje. Na zubech může vlivem působení žaludečních šťáv dojít k erozi zubní skloviny, což mnoho bulimiček ještě zdůrazní čištěním zubů po zvracení.

Na první pohled nenápadným, ale zato mnohem závažnějším důsledkem zvracení nebo nízké hmotnosti je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, což nadměrně zatěžuje ledviny a srdce. Největším problémem je nedostatek draslíku (hypokalémie), který může být příčinou nepravidelností srdečního rytmu. Nejčastější poruchu srdečního rytmu, sinusovou bradykardii s frekvencí méně než 60 úderů za minutu, lze najít až u 80 % pacientek s poruchou příjmu potravy.⁶⁹ Důsledkem nerovnováhy tekutin a solí pak mohou být křeče, závratě nebo i ztráta vědomí.

Také projímadla a diuretika významně narušují vnitřní rovnováhu tělesných solí a tekutin, vytváří se na nich snadno závislost a dávky je nutné postupně k dosažení cíleného účinku zvyšovat. Objevuje se pak zácpa, nevolnost, zvracení a zadržování tekutin v těle spojené s otoky. Projímadla ve velkých dávkách mohou dokonce poškodit střevní stěnu a narušit vstřebávání živin.

I když samotná bulimie zřídka končí smrtí, k úmrtí dojít může. Samotné užívání léků vyvolávajících zvracení u bulimiček může být i smrtelně nebezpečné. Zvracení může končit smrtí zadušením nebo v případě, že dojde k porušení jícnu či dolních cest dýchacích. Důsledkem extrémně nízké hladiny draslíku může být až selhání ledvin.⁷⁰

Pacientky, u kterých se objevila mentální anorexie v mladším věku, bývají o něco menší než jejich vrstevnice. Vyzrávání kostí se může zpomalit a vývoj kostí zcela zastavit, pokud váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Tento stav je však přechodný a ztráta kostní tkáně se do značné míry upraví, pokud se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě. Ztráta

⁶⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 96.

⁷⁰ HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Vyd. 1. Brno: ERA, 2003. 240 s. ISBN: 80-86517-60-8, s. 27.

menstruace se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti nebo když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince.⁷¹

5.6.2 Psychické a společenské důsledky poruch příjmu potravy

Jak mentální anorexie, tak bulimie významným způsobem narušují psychickou pohodu, osobní i společenský život pacientek. Mentální anorexie sice zpočátku způsobuje nárůst sebevědomí a aktivity, jak jsou nemocné spokojené s úspěchy v hubnutí a v kontrole jídla. Je však pouze otázkou času, kdy tato porucha začne negativně ovlivňovat vnímání a prožívání nemocného.

Podle Krcha⁷² fyzické problémy, neuspokojivý stravovací režim a s ním spojený hlad nebo chuť se přejíst způsobují změny každodenního života. Myšlenky se neustále zabývají jídlem. Myšlení na jídlo, nutkání jíst, nejíst nebo jíst málo pak navozují pocity viny, selhání, neschopnosti nebo deprese, které se přenáší i do dalších oblastí života. Postupně tak ubývá energie a zájem o jiné věci než je jídlo a tělesný vzhled. Snižuje se tak možnost zaměřit se na jiná témata a nacházet uspokojení v něčem jiném. Vzrůstá zájem o vlastní osobu, o vlastní problémy a především o všechno, co se týká jídla, což často vede k osamělosti nebo k dlouhodobě neuspokojivým společenským vztahům. Současně přibývá konfliktů s okolím a vzrůstá napětí v rodině.

Momentální nálada bývá nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly, nespokojenost vede k depresivním příznakům a podrážděnosti. U anorektiček vzrůstá potřeba sebekontroly, která se přenáší i na jiné oblasti života (například na nutkavé uklízení, mytí nádobí, péči o domácí zvířata). Pacientky se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech spojených s jídlem a příjmem potravy. Pocit hladu, sytosti a chuti ztrácejí svoji regulační funkci a nelze se na ně spolehnout. Také dochází ke zhoršení koncentrace pozornosti, zhoršuje se pracovní tempo a schopnost chápat komplexní problémy.

⁷¹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 100.

⁷² KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 12.

Někteří dospívající, kterým nejde hladovění, a mají pocit přesycení, mohou hledat jiné, mnohdy velmi nebezpečné prostředky. Častěji lze u nich pozorovat kouření nebo experimenty s návykovými látkami. Samotné informace, že některé drogy snižují chuť k jídlu a způsobují hubnutí, mohou být pro tyto pacientky velmi nebezpečné.⁷³

5.7 Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou období dospívání. Mentální anorexie se objevuje nejčastěji ve věku kolem čtrnácti let, byly však zaznamenány výskyty u šesti až sedmiletých dětí. Mentální bulimie je typická začátkem také kolem čtrnáctého roku, u dívek, které ještě nemají menstruaci, je vzácná. Mezi mladšími pacienty jsou relativně více zastoupeni chlapci.⁷⁴

U dětí se však vyskytují atypické poruchy příjmu potravy, jejich vymezení se může lišit podle délky onemocnění a podle dominujícího příznaku. Spektrum poruch příjmu potravy se začátkem v dětství zahrnuje emoční poruchu vyhýbání se jídlu, vybíravost v jídle, odmítání jídla a syndrom perservativního odmítání. Tyto poruchy se často mohou skrývat ve větách, že dítě „nemá hlad“, že „nemůže jíst“ nebo že ho „bolí břicho“.⁷⁵

Podle Krcha⁷⁶ v případě podezření na některou z poruch příjmu potravy u dětí je nutné počítat s možnými komplikacemi. Je třeba co nejrychleji vyhledat lékaře a snažit se zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy, kterými jsou především zástava tělesného růstu a dehydratace v důsledku menších tukových rezerv. Mezi další zdravotní komplikace u dětí patří reálná možnost zastavení tělesného růstu, zpoždění nástupu puberty a zpomalení sexuálního zrání. Děti obtížně spolupracují při léčbě, jejíž cíle často nechápou a vykrmování pocítují velmi úkorně. U dětí je typický častější

⁷³ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 14.

⁷⁴ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 117.

⁷⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 118.

⁷⁶ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 10.

výskyt depresivních příznaků, problémy mohou vést k vyhrocení konfliktů v rodině a obviňování mezi rodiči, kteří se často cítí provinile. Zájem rodiny se pak více soustřeďuje na dítě s problémy a sourozenci zůstávají stranou. Rodiče je třeba do léčby zapojit vždy, aby mohli kontrolovat příjem stravy a tekutin dítěte.

Za zmínku stojí ještě podle Krcha⁷⁷ vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte. V dětství se formuje osobnost člověka, dítě si utváří představu o okolním světě, vytváří si sociální návyky a pracovní zvyklosti. Velkým rizikem je jednostranná zkušenost dítěte, když se stává středem pozornosti celé rodiny. Dítě se pak může nadměrně soustředit samo na sebe a na své pocity, přestává nacházet uspokojení v běžných aktivitách a může odmítat normální kontakt s vrstevníky.

5.8 Možnosti léčby poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je závislá na věku nemocného, na možnostech spolupráce a v neposlední řadě je ovlivněna rizikem zdravotního ohrožení. Pacienti s těmito poruchami jsou různorodí a kromě dívek, které v zásadě dokážou zvládat svůj problém svépomocí, je možné se potkat s nebezpečně vyhublými anorektičkami nebo zoufalými a depresivními bulimičkami, které vyžadují hospitalizaci. Významnou roli hraje aktivita, motivace a trpělivost pacienta.⁷⁸

Podle Krcha⁷⁹ se v posledních desetiletích značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů užívaných v léčbě poruch příjmu potravy.

5.8.1 Hospitalizace u poruch příjmu potravy

Důvodem hospitalizace nemocných s poruchami příjmu potravy je podle Krcha⁸⁰ potřeba jejich lékařské stabilizace. Při rozhodování o hospitalizaci existuje několik

⁷⁷ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 11.

⁷⁸ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 19.

⁷⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 127.

obecných vodítek, mezi které patří nezbytnost návratu k normální hmotnosti, přerušení záchvatů přejídání nebo zvracení, pokud jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, léčba jiných potenciálně závažných zdravotních obtíží nebo léčba přidružených stavů jako je těžká deprese nebo riziko sebepoškozování. Důvodem pro hospitalizaci je také situace, kdy pacient nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu.

Pro většinu nemocných s poruchami příjmu potravy je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tato forma terapie poskytuje strukturu, pokud jde o jídelní režim a současně umožňuje intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici.

U dětí do 14 let je hospitalizace vyžadována, pokud je váhový úbytek hmotnosti více než 25% optimální tělesné hmotnosti, pokud hrozí dehydratace organismu, jsou-li patrné známky oběhového selhávání, přetrvává-li zvracení nebo zvracení krve a pokud je dětský pacient v těžké depresi.⁸¹

5.8.2 Svépomoc a psychoedukace

Svépomoc nebo psychoedukace je doporučována pacientům s méně závažnými příznaky poruch příjmu potravy. Jedná se například o působení osvětových materiálů a příruček, poradenství na zvládání stresu nebo nutriční poradenství. Krch⁸² popisuje účinnost svépomocného programu na příkladu studie u vzorku žen se záchvatovitým přejídáním. 32 % z těch, které se řídily svépomocnou příručkou, bylo po šesti měsících bez symptomů ve srovnání s pouhými 7 % v kontrolní skupině.

⁸⁰ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 130.

⁸¹ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 19.

⁸² KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 131.

5.8.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie je doporučována jako první volba u mladých pacientů nebo u pacientů žijících se svojí rodinou. Podle Krcha⁸³ není základním způsobem léčby, ale rodinné vyšetření může být důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům. Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet některé dysfunkční role, spojení, konflikty nebo interakční vzorce v rodině (viz kapitola 5.6.2).

Rodiče mají možnost výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle, pacient s nimi sdílí domov a rodiče mají také odpovědnost za pohodu a zdraví svého dítěte. Vždy však potřebují pomoc při zacházení s mladým pacientem trpícím některou z poruch příjmu potravy.

5.8.4 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a značnou částí léčby mentální anorexie. Je doporučována těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. Principem je vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají. Dále pak zahrnuje pravidelné vážení, změnu schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet, zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala a plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování), kognitivní restrukturuaci s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisí s rozvojem a udržováním poruch příjmu potravy. Posledním principem je pak snaha o prevenci relapsu.⁸⁴

U mentální anorexie kognitivně behaviorální terapie trvá obvykle déle než u mentální bulimie a zaměřuje se na širší cíle (interpersonální konflikty, pocit neschopnosti, zápas s úzkostí apod.).

⁸³ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 132.

⁸⁴ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 133.

5.8.5 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně vytvořena jako krátkodobá léčba deprese. U poruch příjmu potravy je léčebný postup rozdělen do třech fází. V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. Ve druhé fázi se pak uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto problémech. Poslední fáze je zaměřená na otázky spojené s ukončením terapie.⁸⁵

5.8.6 Psychodynamická terapie

Zastánci této terapie zdůrazňují, že při vývoji, udržování a léčbě poruch příjmu potravy je důležité zabývat se otázkami, jako je pohlavní zneužívání a jiné další formy diskriminace. I když v současné době chybějí kontrolované studie o úspěších této léčby, je vhodné tuto terapii použít v případech, kdy u pacientky bylo během léčby nebo vyšetření potvrzeno zneužití.⁸⁶

5.8.7 Farmakoterapie

O medikaci by se podle Krcha⁸⁷ mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, u kterých prvotně selhala kognitivně behaviorální terapie. Výzkumy ukazují na účinnost některých antidepresiv u léčby mentální bulimie, přesto však by medikace neměla být hlavním způsobem léčby, ale spíše jen doplněk k psychoterapii.

Význam farmakoterapie u vyhublých pacientek s mentální anorexií je velmi omezený a farmakoterapie by tu nikdy neměla být jediným způsobem léčby. U antidepresiv se nepodařilo prokázat jejich účinek v akutní fázi poruchy. Pouze u velmi malé skupiny pacientek se prokázal účinek medikace ke zvládnutí úzkosti, těžké deprese nebo nesnesitelných nepříjemných pocitů v žaludku po jídle.

⁸⁵ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 134.

⁸⁶ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 135.

⁸⁷ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 136.

5.9 Poruchy příjmu potravy v České republice

V roce 1941 popsal V. Jonáš několik případů mentální anorexie léčených koncem třicátých let na oddělení vnitřního lékařství české Univerzity Karlovy. První zmínka o rostoucím počtu poruch příjmu potravy je podle Krcha⁸⁸ z osmdesátých let, kdy počet pacientů hospitalizovaných na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Vinohrady rostl. V roce 1996 bylo podle Českého statistického úřadu v České republice hospitalizováno celkem 389 žen a 23 mužů s diagnózou mentální anorexie nebo bulimie. Průměrný věk žen s mentální anorexií byl osmnáct let a žen s mentální bulimií dvacet jedna let, většinou šlo o opakovanou léčbu.

Ve studii zaměřené na životní styl české mládeže, kterou provedl Krch⁸⁹ v roce 1997, byla zpracována data od reprezentativního vzorku souboru 614 mužů a 636 žen studujících náhodně vybrané učňovské školy, střední školy nebo gymnázia v Praze a v Českých Budějovicích. Návratnost dotazníků byla 96,7 %. Průměrný věk sledovaného souboru byl šestnáct let v intervalu 14 až 20 let. Osm procent chlapců a necelá čtyři procenta dívek měla nadváhu. Studenti gymnázia (muži i ženy) byli významně štíhlejší než studenti středních a učňovských škol. V souladu s rostoucím vzděláním rodičů klesala tělesná hmotnost respondentů. 1,3 % dívek uvedlo, že v posledních třech měsících nemělo menstruaci. Dietu ve snaze zhubnout drželo v posledních třech měsících 66 % studentek učňovské školy, 56 % studentek střední školy a 47 % studentek gymnázií (54,7 % všech dívek), ale jen 14 % studentů učňovské a střední školy a 6,5 % studentů gymnázia. Nejvyšší frekvence narušených jídelních postojů byla zaznamenána u mimopražských studentek a studentek odborných učilišť. Studentky středních a učňovských škol si častěji než studentky gymnázií přály zhubnout a také častěji držely diety. 1,4 % dívek uvedlo, že pravidelně zvrací ve snaze zhubnout, 4,6 % že zvrací občas. 1,2 % dívek pravidelně užívalo projímadla a 1,7 % různé prostředky (léky) na zhubnutí. Na základě výsledků této studie Krch předpokládá, že 0,5 až 0,8 %

⁸⁸ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 50.

⁸⁹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 52.

sledovaných dívek mohlo trpět mentální anorexií a že 1,2 až 3,4 % dívek trpělo mentální bulimií.

Podle Krcha⁹⁰ mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (4 až 6 %), mentální anorexie je pak méně častá a trpí jí necelé jedno procento dívek v České republice. Výskyt je tedy srovnatelný se zeměmi západní Evropy a má v posledních desetiletích vzrůstající trend. Skutečnost, že někdo v rodině (matka nebo sestra) trpí poruchou příjmu potravy, zvyšuje riziko vzniku mentální anorexie nebo mentální bulimie u ostatních dívek v rodině. Obě poruchy se často rozvíjí pomalu a nenápadně a ztrácí se v nevhodných stravovacích návycích vrstevníků a rodiny.

Poruchami příjmu potravy je v České republice podle Krcha⁹¹ ohrožena stejně městská i venkovská populace a dívky s nižším sociálním statusem. Výsledky studií ukazují, že postoje, prožívání i každodenní život dívek a mladých žen v České republice jsou ovládány strachem z nadváhy nebo nezdravé výživy, což má významný vliv na jejich sebehodnocení. Strachem z nadváhy, podle kterého je hodnocen zdravotní nebo psychický stav, trpí i mnoho dospělých žen v České republice.

⁹⁰ KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003, s. 8.

⁹¹ KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7, s. 55.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíl výzkumu

Praktická část práce je v souladu s cíli práce uvedenými v kapitole 1 zaměřena na informovanost dnešní mládeže o poruchách příjmu potravy, na posouzení schopnosti dospívajících rozpoznat rizikové projevy poruch příjmu potravy v kolektivu a správně zareagovat, a v neposlední řadě i na zhodnocení úrovně primární prevence v této oblasti ve školství.

Jako výzkumná metoda je použito šetření s kvantitativními znaky, formou dotazníku s uzavřenými, polouzavřenými i otevřenými otázkami. Před samotným sestavením dotazníku byly stanoveny následující výzkumné předpoklady, které se po vyhodnocení dotazníku potvrdí nebo vyvrátí.

Předpoklad č. 1: Většina dnešní mládeže není spokojena se svým tělem.

Předpoklad č. 2: Většina dívek má obavy z tloušťky.

Předpoklad č. 3: Dnešní mládež přesně neví, co jsou to poruchy příjmu potravy.

Předpoklad č. 4: Prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí není věnována dostatečná pozornost.

Předpoklad č. 5: V krizové situaci v souvislosti s poruchami příjmu potravy dnešní mládež neumí správně reagovat.

6.2 Zásady sestavení dotazníku

Dotazník použitý v praktické části práce je sestaven v souladu se zásadami, které ve své knize uvádí Gavora⁹². Skládá se celkem z 31 otázek seřazených v tomto pořadí:

Jako první jsou uváděny otázky, které mají respondenty zaujmout a vyvolat zvědavost a zájem vyplnit dotazník. Jedná se konkrétně o první tři otázky dotazníku, které jsou zaměřeny na zásady správné výživy, speciální typy kuchyně a sport. Otázka číslo 4 až otázka číslo 25 přímo souvisí s výzkumným problémem.

Poslední otázky (otázka číslo 26 až otázka 31) jsou statistického nebo demografického charakteru. Tyto otázky se zaměřují na pohlaví, bydliště, věk respondentů, jejich míry a váhy a typ studia na střední škole. Míry a váhy slouží k výpočtu Body Mass Indexu respondentů.

Jazyk použitý v dotazníku i formulace jednotlivých otázek jsou přizpůsobeny věku i intelektové úrovni respondentů.

6.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří žáci Střední školy a Vyšší odborné školy cestovního ruchu v Českých Budějovicích, studující obory Hotelnictví a turismus, Gastronomie a Kuchař – číšník. Tuto školu autorka zvolila proto, že na této škole sama působí jako učitelka odborných (ekonomických) předmětů.

Výběrový soubor pak tvoří 108 žáků, jedná se o dostupný soubor. Výběrový soubor vzhledem zaměření práce na dospívající mládež je tvořen žáky střední školy (nikoliv vyšší odborné školy), a to jak žáky střední školy, jejichž studium bude zakončené maturitní zkouškou, tak i žáky, kteří studují obor středního vzdělávání zakončený výučním listem. Ve výběrovém souboru jsou zahrnuti dívky i chlapci, avšak vzhledem k charakteru školy dívky převažují.

⁹² GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2006. 208 s. ISBN 80-85931-79-6

Dotazník byl rozdán žákům v období únor až březen 2013. Jednalo se celkem o 108 žáků ze šesti tříd, nezaokrouhlené číslo bylo způsobeno momentálním stavem žáků ve třídách. Vzhledem k tomu, že autorka dotazníky sama zadávala a vybrala, tak návratnost dotazníků dosáhla 100%.

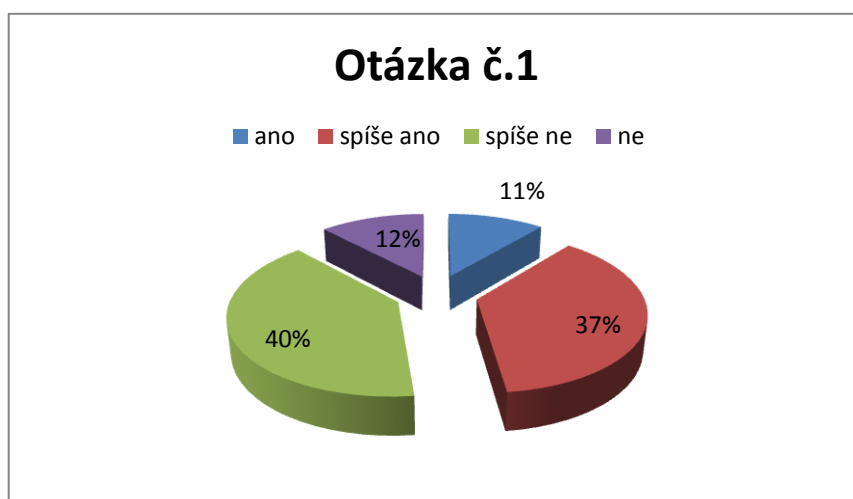
7 Vyhodnocení výzkumu

Tato kapitola je zaměřená na samotné vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou přehledně zpracovány formou tabulek a grafů a doplněny stručným komentářem. Celkové zhodnocení výzkumných otázek je uvedeno v kapitole 7.2.

7.1 Vyhodnocení dotazníků

Otázka č. 1. Zajímáte se o dodržování zásad zdravé výživy?

Graf č. 1: Vyhodnocení otázky č.1



Zdroj: autorka

Tabulka č.1: Vyhodnocení otázky č.1

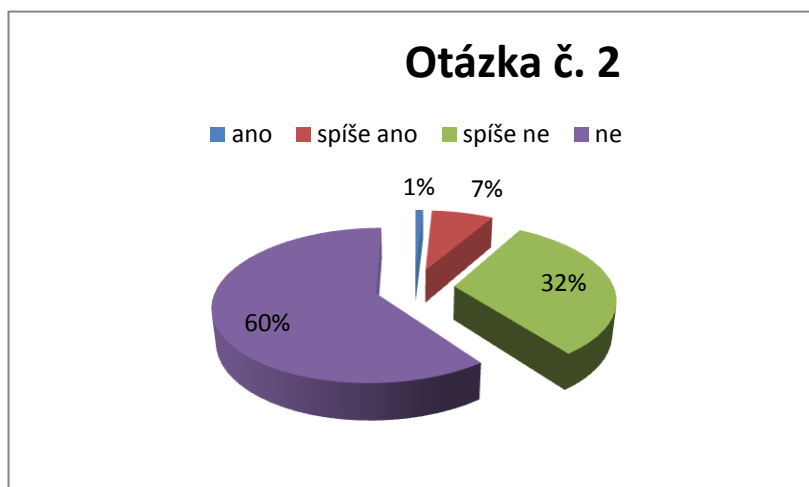
	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Počet odpovědí	12	40	43	13
%	11%	37%	40%	12%

Zdroj: autorka

Otázka č. 1 byla do dotazníku vložena s cílem upoutat pozornost respondentů a vyvolat jejich zájem dotazník vyplnit. Z odpovědí žáků je patrné, že odpovědi jsou celkem vyrovnané. Zhruba 52% dotazovaných se o zásady zdravé výživy nezajímá a 48% se o zásady zdravé výživy zajímá.

Otázka č. 2. Preferujete speciální (vegetariánské, veganské, makrobiotické) kuchyně?

Graf č. 2: Vyhodnocení otázky č.2



Zdroj: autorka

Tabulka č.2: Vyhodnocení otázky č.2

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Počet odpovědí	1	8	34	65
%	1%	7%	32%	60%

Zdroj: autorka

Otázka č. 2 byla do dotazníku vložena ze stejných důvodů jako otázka předchozí. Z vyhodnocení dotazníku vyplývá, že naprostá většina respondentů (92%) žádné speciální kuchyně (jako například vegetariánské, veganské nebo makrobiotické) nepreferuje.

Otázka č. 3. Věnujete se nějakému sportu?

Graf č. 3: Vyhodnocení otázky č.3



Zdroj: autorka

Tabulka č.3: Vyhodnocení otázky č.3

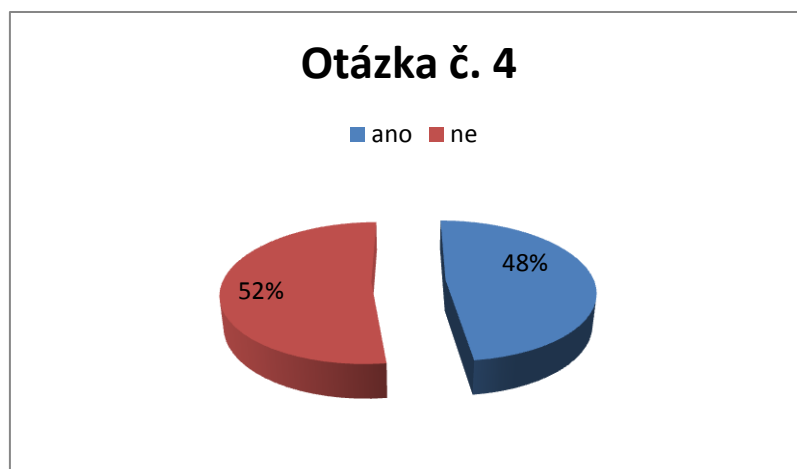
	pravidelně	nepravidelně	pasivně	vůbec
Počet odpovědí	29	42	28	9
%	27%	39%	26%	8%

Zdroj: autorka

Otázka č. 3 je poslední z úvodních otázek, které měly za úkol vzbudit zájem a vyvolat zvědavost respondentů. Z grafu je patrné, že většina respondentů (66%) se sportu věnuje, a to pravidelně (27%) nebo nepravidelně (39%). Zbylá část respondentů, tzn. 34 %, uvádí, že se sportu spíše nevěnuje.

Otázka č. 4. Zkoušeli jste někdy držet dietu?

Graf č. 4: Vyhodnocení otázky č. 4



Zdroj: autorka

Tabulka č.4: Vyhodnocení otázky č.4

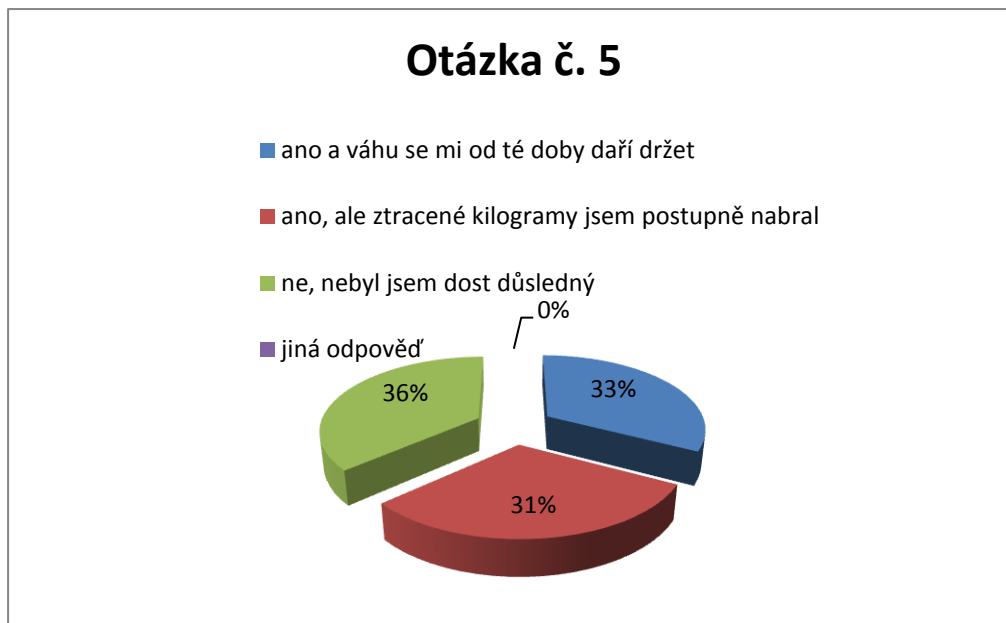
	ano	ne
Počet odpovědí	52	56
%	48%	52%

Zdroj: autorka

Otázka č. 4 již souvisí s vlastním předmětem výzkumu. Dietu v minulosti zkoušelo držet 48% dotazovaných, nikdy ji nedrželo 52% dotazovaných. Po prostudování odpovědí podle pohlaví bylo zjištěno, že z 52 kladných odpovědí takto odpověděli pouze 4 chlapci (z celkového počtu 29 chlapců, kteří se účastnili průzkumu) a 48 dívek (z celkového počtu 79 dívek, které se účastnily průzkumu). Pokud bychom spočítali procento dívek, které zkoušely držet dietu, dojdeme k hodnotě 60%, zatímco stejná hodnota u chlapců je 14%.

Otázka č. 5. Podařilo se vám v minulosti díky dietě zhubnout?

Graf č. 5: Vyhodnocení otázky č. 5



Zdroj: autorka

Tabulka č.5: Vyhodnocení otázky č.5

	ano a váhu se mi od té doby daří držet	ano, ale ztracené kilogramy jsem postupně nabral	ne, nebyl jsem dost důsledný	jiná odpověď
Počet odpovědí	17	16	19	0
%	33%	31%	37%	0%

Zdroj: autorka

Otázka č. 5 navazovala na otázku předchozí a odpovídali na ni jen ti z dotazovaných, kteří na předchozí otázku odpověděli ano, tedy celkem 52 dotazovaných. Nejčastější byla odpověď ne, nebyl/a jsem dost důsledný/á. Takto odpovědělo 27% respondentů. Váhu se daří držet 33% respondentů (17 osob) a zhruba stejný počet respondentů, 16 osob, tzn. 31%, ztracené kilogramy postupně nabral.

Otázka č. 6. Jste v současné době spokojeni se svou váhou?

Graf č. 6: Vyhodnocení otázky č. 6



Zdroj: autorka

Tabulka č.6: Vyhodnocení otázky č.6

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Počet odpovědí	28	29	30	21
%	26%	27%	28%	19%

Zdroj: autorka

Na otázku č. 6 odpovídali opět všichni respondenti. Odpovědi jsou poměrně vyrovnané. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno je se svou váhou 47 % dotazovaných, spokojeno nebo spíše spokojeno je se svou váhou 53% dotazovaných.

Pokud se podíváme na rozložení odpovědí podle pohlaví, pak pouze 5 z celkového počtu 29 chlapců je se svou váhou nespokojeno nebo spíše nespokojeno (17%). U dívek je se svou váhou nespokojeno nebo spíše nespokojeno celkem 46 dotazovaných z celkového počtu 79 dívek, které se účastnily průzkumu (vyjádřeno v procentech 58%).

Otázka č. 7. Jste spokojeni s tím, jak vypadá vaše tělo?

Graf č. 7: Vyhodnocení otázky č.7



Zdroj: autorka

Tabulka č.7: Vyhodnocení otázky č.7

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Počet odpovědí	13	37	35	23
%	12%	34%	33%	21%

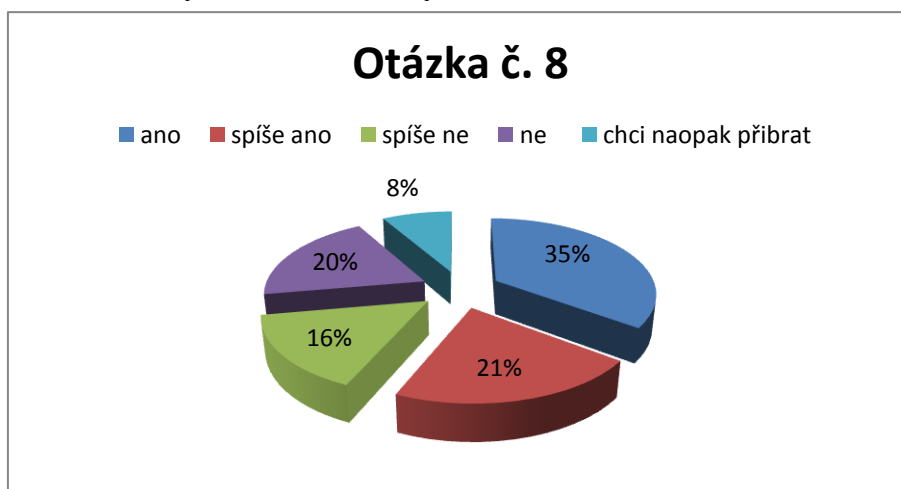
Zdroj: autorka

Otázka č. 7 je zaměřená na spokojenost s vlastním tělem dotazovaných dospívajících. Z grafu je patrné, že zhruba 54% respondentů je se svým tělem nespokojeno nebo spíše nespokojeno, zatímco 46% je spokojeno nebo spíše spokojeno.

Pokud odpovědi vyhodnotíme podle pohlaví, pak nespokojeno nebo spíše nespokojeno je celkem 12 chlapců z celkového počtu 29 (41%). U dívek je se svým tělem nespokojených 46 z celkového počtu 79, což představuje 58% dotazovaných dívek.

Otázka č. 8. Přejete si zhubnout?

Graf č. 8: Vyhodnocení otázky č.8



Zdroj: autorka

Tabulka č.8: Vyhodnocení otázky č.8

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	chci naopak přibrat
Počet odpovědí	38	23	17	21	9
%	35%	21%	16%	20%	8%

Zdroj: autorka

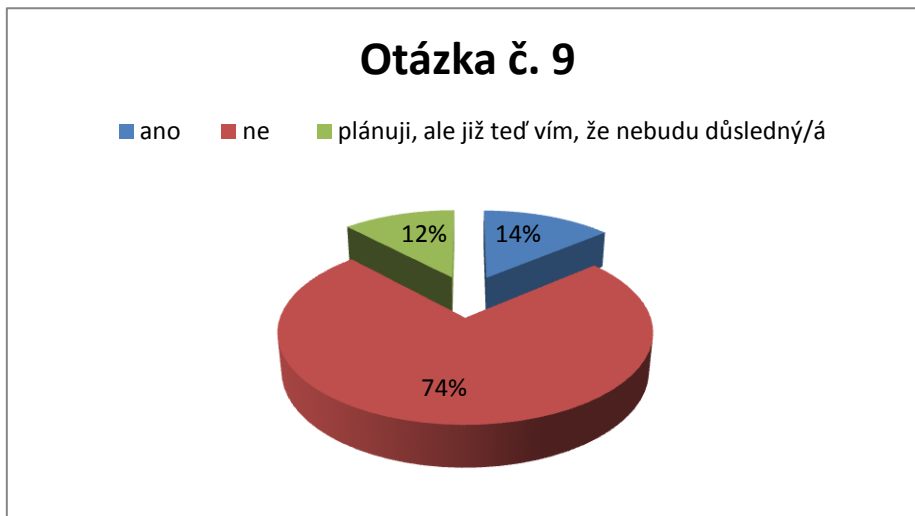
Otázka č. 8 se týkala přání zhubnout. Více než polovina dotazovaných (56%) na tuto otázku odpověděla ano nebo spíše ano. Celkem 36% dotazovaných odpovědělo ne nebo spíše ne a 8% si přálo naopak přibrat.

Pokud tuto otázku vyhodnotíme podle pohlaví respondentů, pak z celkového počtu 9 respondentů, kteří chtějí přibrat, je celkem 6 chlapců. Dalších 16 chlapců na otázku týkající se přání zhubnout odpovědělo ne nebo spíše ne (55% z celkového počtu 29 dotazovaných chlapců) a 7 z celkového počtu 29 chlapců si přeje nebo spíše přeje zhubnout (24%).

Co se týče dívek, pak 3 dívky z celkového počtu 79 dotazovaných dívek si přejí přibrat (necelá 4%). Dalších 22 dívek na otázku číslo 8 odpovědělo ne nebo spíše ne, což představuje celkem 28% z celkového počtu dotazovaných dívek. Ano nebo spíše ano pak na tuto otázku odpovědělo 54 dívek, což představuje 68% dotazovaných dívek.

Otázka č. 9. Plánujete v nejbližší době držet nějakou dietu?

Graf č. 9: Vyhodnocení otázky č.9



Zdroj: autorka

Tabulka č.9: Vyhodnocení otázky č.9

	ano	ne	plánuji, ale již teď vím, že nebudu důsledný/á
Počet odpovědí	15	80	13
%	14%	74%	12%

Zdroj: autorka

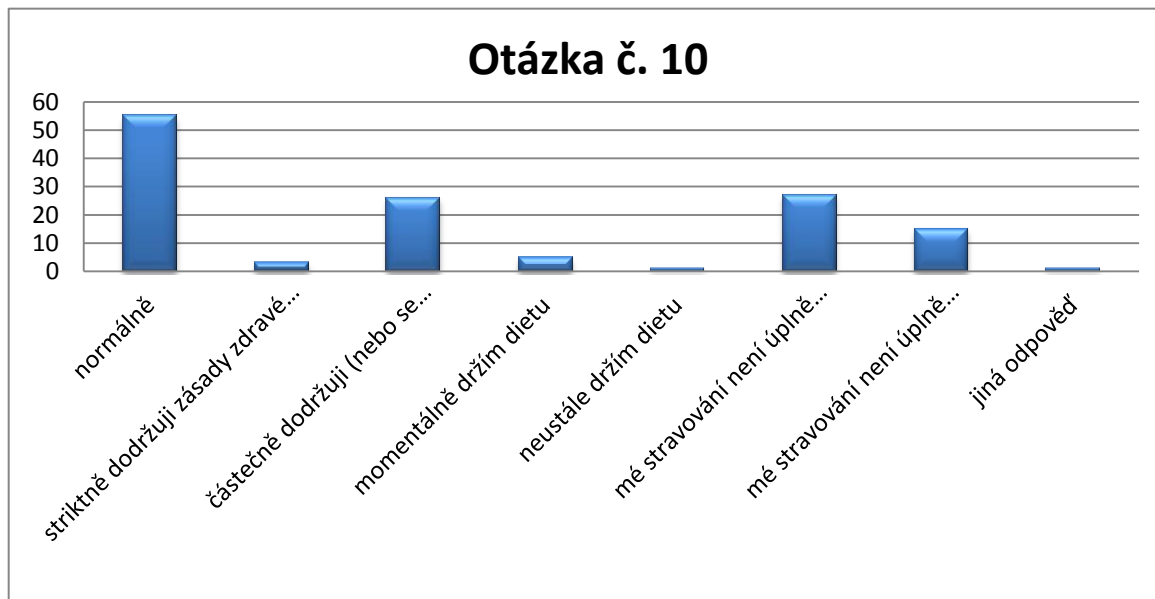
Otázka číslo 9 byla zaměřená do budoucnosti. Z grafu i tabulky je patrné, že 14% respondentů plánuje v nejbližší době držet dietu, 12% plánuje, ale předem ví, že nebudou důslední. Celých 74% (80 osob) dietu v nejbližší době držet nehodlá.

Z odpovědí chlapců je patrné, že jeden chlapec dietu držet plánuje, dva plánují, ale již teď ví, že nebudou důslední. Zbývajících část chlapců (celkem 26) v nejbližší době dietu držet nehodlá (vyjádřeno v procentech pak téměř 90%).

Dívky na otázku číslo 9 odpovídaly následovně: Celkem 14 dívek (18%) se chystá v nejbližší době dietu držet, 11 dívek (14%) plánuje, ale předpokládá, že nebudou důsledné a zbývajících část dívek, celkem 54 (68%) dietu držet nehodlá.

Otázka č. 10. Jak vypadá v současné době vaše stravování?

Graf č. 10: Vyhodnocení otázky č. 10



Zdroj: autorka

Tabulka č.10: Vyhodnocení otázky č.10

	normálně	striktně dodržuji zásady zdravé výživy	částečně dodržuji (nebo se snažím dodržovat) zásady zdravé výživy	momentálně držím dietu	neustále držím dietu	mé stravování není úplně ideální a plánuji to změnit	mé stravování není úplně ideální a nemám plány měnit	jiná odpověď
Počet odpovědí	55	3	26	5	1	27	15	1

Zdroj: autorka

V otázce číslo 10 bylo možné uvést i více možností. Proto jsou v tabulce uvedeny pouze počty odpovědí u jednotlivých možných variant. Nejčastěji respondenti odpovídali, že jejich stravování je normální (celkem 55krát uvedeno). Dále uváděli, že se stravují ne úplně ideálně a plánují to změnit (27krát odpověď) a třetí nejčastější odpověď byla, že se snaží dodržovat nebo částečně dodržují zásady správné výživy. Dietu momentálně držely samé dívky (5 dívek) a žádný chlapec. Jediná odpověď byla u možnosti e) neustále držím dietu, autorkou této odpovědi byla dívka ve věku 16 let, jejíž

Body Mass Index dosáhl hodnoty 19,81. Rovněž jediná odpověď byla u varianty h) jiná odpověď, kterou uvedl chlapec. Doplněno bylo, že aktuálně praxe a školní režim mu neumožňují stravovat se tak, jak by chtěl.

Otázka č. 11. Bojíte se tloušťky?

Graf č. 11: Vyhodnocení otázky č.11



Zdroj: autorka

Tabulka č.11: Vyhodnocení otázky č.11

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Počet odpovědí	48	19	24	17
%	44%	18%	22%	16%

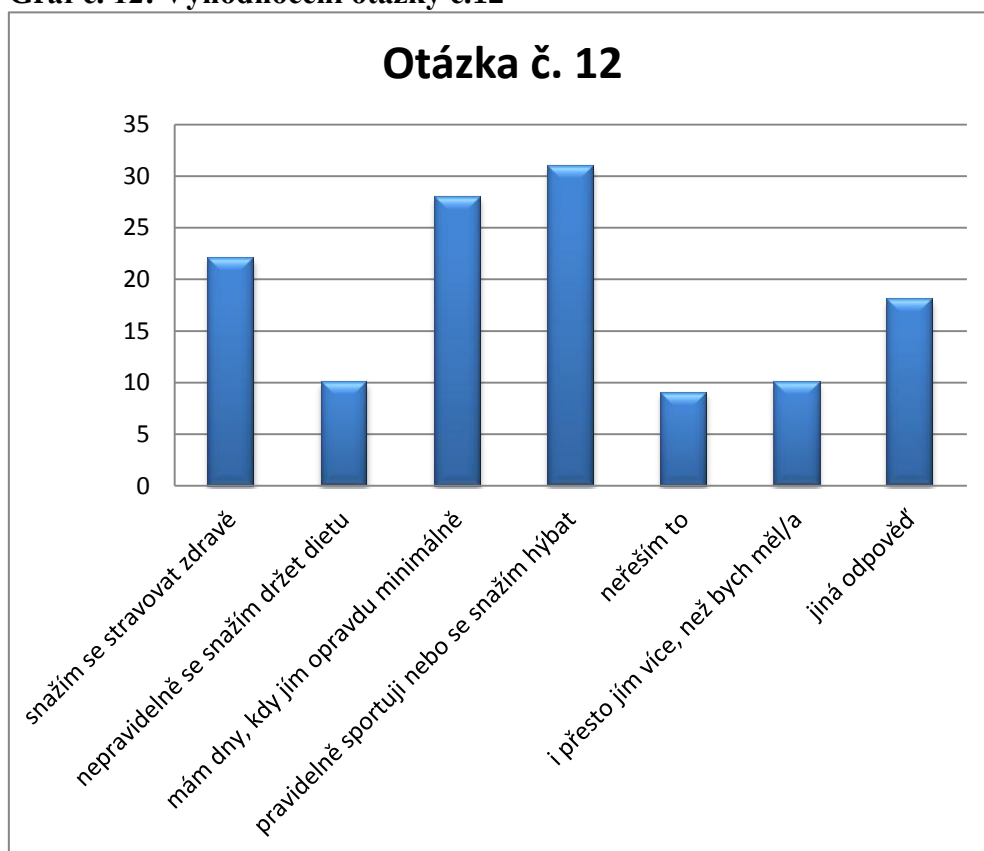
Zdroj: autorka

Otázka č. 11 se týkala obav z obezity. Z tabulky i grafu je patrné, že většina dotazovaných (62%) má nebo spíše má z tloušťky strach. Zbývá část respondentů z tloušťky obavy nemá.

Co se týče odpovědí chlapců, tak celkem 5 chlapců na tuto otázku odpovědělo ano nebo spíše ano, což činí 17% z celkového počtu dotazovaných chlapců. U dívek je procento kladných odpovědí (ano nebo spíše ano) na tuto otázku 78% z celkového počtu dotazovaných dívek.

Otázka č. 12. Pokud máte obavy z tloušťky, tak co v souvislosti s tím děláte?

Graf č. 12: Vyhodnocení otázky č.12



Zdroj: autorka

Tabulka č.12: Vyhodnocení otázky č.12

	snažím se jíst zdravě	nepravdělně se snažím držet dietu	mám dny, kdy jím opravdu minimálně	sportuji nebo se snažím hýbat	neřeším to	i přesto jím více, než bych měl/a	jiná odpověď
Počet odpovědí	22	10	28	31	9	10	18

Zdroj: autorka

Na otázku číslo 12 odpovídali pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně (ano nebo spíše ano). Bylo možné uvést i více variant než jednu. Proto nejsou data vyhodnocena procenticky, ale uvádím jen počet respondentů, kteří označili konkrétní možnou odpověď. Nejvíce respondentů (31) odpovědělo, že se snaží hýbat nebo sportuje. V těsném závěsu byla odpověď, že z obav z tloušťky někteří respondenti

v určité dny nebo období jí opravdu minimálně (28 respondentů). 22krát se objevila odpověď, že dotazovaní se snaží stravovat zdravě. Shodně po 10 respondentech odpovědělo, že nepravidelně drží dietu nebo i přes obavy z tloušťky jí více, než by měli. Celkem 9 respondentů i přes obavy z tloušťky nedělá nic, neřeší to. Ostatní možné varianty odpovědi jsou shrnuté pod jinou odpověď. Ze zajímavých nebo významných odpovědí se 2krát objevila odpověď, že respondenti drží permanentně dietu, shodně 6 respondentů uvedlo, že sledují množství kalorií v jídle nebo prostě nejí a 4 respondenti uvedli, že mají to štěstí a mohou jíst cokoliv, aniž přiberou. Žádná odpověď se neobjevila u možnosti g) používám techniky, jako je umělé vyvolání zvracení, projímadla apod., a také u varianty l) jiná odpověď.

Pět chlapců, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, a tedy odpovídali současně i na otázku č. 12, jako nejčastější odpovědi uváděli možnosti, že se snaží stravovat zdravě (2krát), mají dny nebo období, kdy jí minimálně (2krát), pravidelně sportují nebo se snaží hýbat (2krát) nebo to neřeší (2krát uvedeno).

Otázka č. 13. Slyšeli jste někdy o poruchách příjmu potravy?

Graf č. 13: Vyhodnocení otázky č. 13



Zdroj: autorka

Tabulka č.13: Vyhodnocení otázky č.13

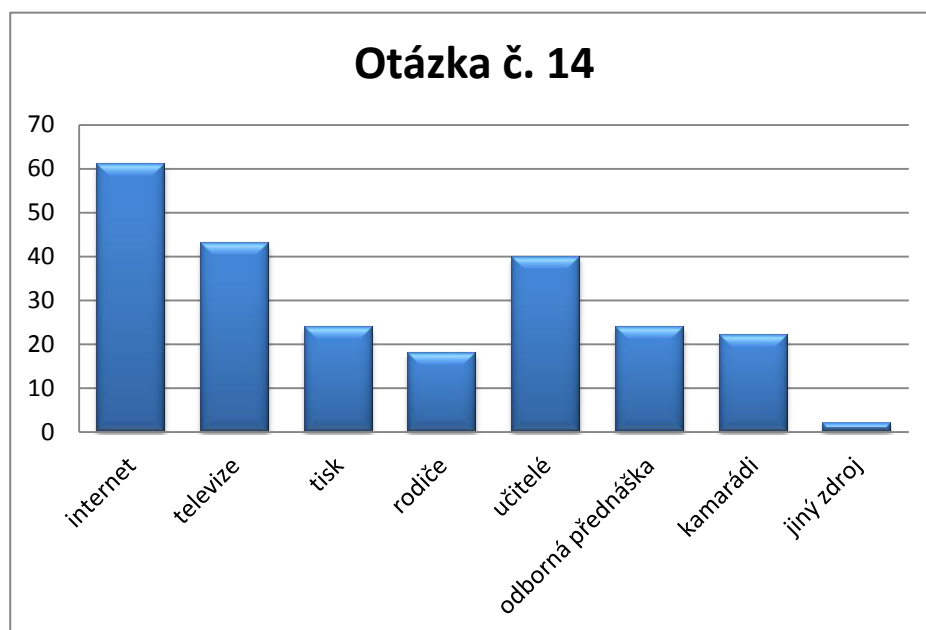
	ano	ne	nevím, nevzpomínám si
Počet odpovědí	94	3	11
%	87%	3%	10%

Zdroj: autorka

Z vyhodnocení otázky číslo 13 je patrné, že o poruchách příjmu potravy slyšelo 87% respondentů, neslyšeli 3% respondentů a neví 10% respondentů. Všichni tři respondenti, kteří o poruchách příjmu potravy nikdy neslyšeli, byli chlapci. Z celkem 11 respondentů, kteří na otázku odpověděli nevím, nevzpomínám si, byli také 3 chlapci. Těchto 6 chlapců studovalo obor středního vzdělávání zakončený výučním listem. Z 8 dívek, které jako odpověď na tuto otázku uvedlo možnost nevím, nevzpomínám si, čtyři studovali obor středního vzdělání zakončený výučním listem a čtyři obor středního vzdělávání zakončený maturitní zkouškou.

Otázka č. 14. Z jakých zdrojů jste se dozvěděli o poruchách příjmu potravy?

Graf č. 14: Vyhodnocení otázky č.14



Zdroj: autorka

Tabulka č.14: Vyhodnocení otázky č.14

	internet	televize	tisk	rodiče	učitelé	odborná přednáška	kamarádi	jiný zdroj
Počet odpovědí	61	43	24	18	40	24	22	2

Zdroj: autorka

Na otázku č. 14 odpovídalo 94 respondentů, kteří jako odpověď na předchozí otázku označilo možnost a) ano. V této otázce bylo možné uvést i více odpovědí, takže zde není procentické vyhodnocení. Jako nejčastější informační zdroj o poruchách příjmu potravy byl označen internet, který uvedlo 61 respondentů. Dále se pak jako zdroj informací objevila televize (vyskytla se 43krát), učitelé (40), shodně respondentů (vždy 24) jako informační zdroj uvedlo tisk a odbornou přednášku. Celkem 22 respondentů se o poruchách příjmu potravy informovalo u kamarádů a 19 u rodičů. Dva respondenti uvedli jiný zdroj, a shodně to byl lékař.

Otázka č. 15. Zúčastnili jste se během školní docházky (na základní i střední škole) přednášky na téma poruch příjmu potravy?

Graf č. 15: Vyhodnocení otázky č. 15



Zdroj: autorka

Tabulka č.15: Vyhodnocení otázky č.15

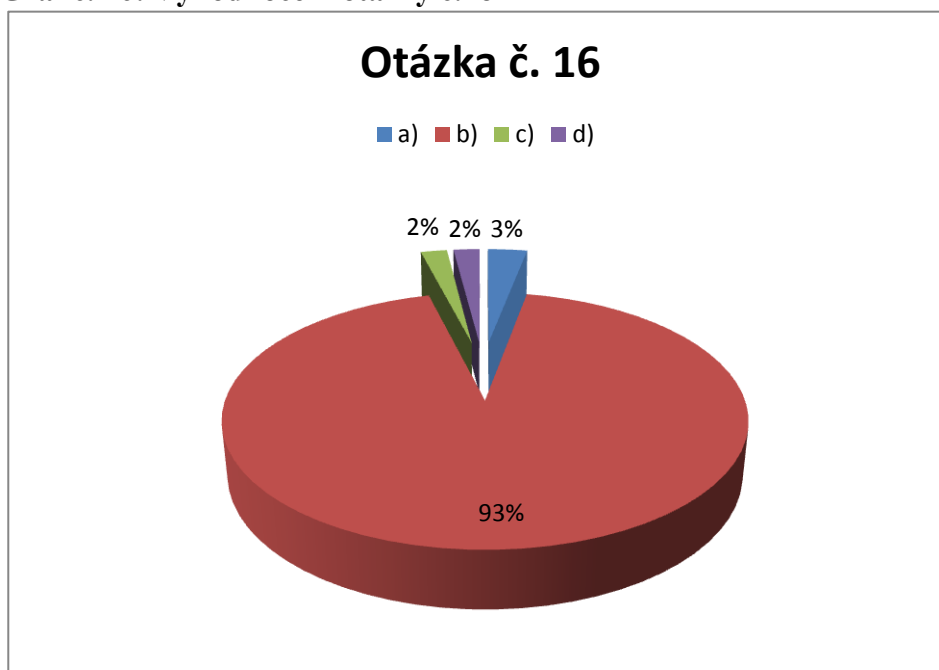
	ano, jednou	ano, několikrát	ne
Počet odpovědí	32	14	62
%	30%	13%	57%

Zdroj: autorka

Z grafu je patrné, že více než polovina dotazovaných (57%) se žádné přednášky ve školním prostředí neúčastnila. 30 % respondentů se zúčastnilo přednášky jednou, 13% pak vícekrát. Z celkem 62 respondentů, kteří na otázku odpověděli ne, bylo 19 chlapců.

Otázka č. 16. Co je podle vás mentální anorexie?

Graf č. 16: Vyhodnocení otázky č.16



Zdroj: autorka

Tabulka č.16: Vyhodnocení otázky č.16

	a)	b)	c)	d)
Počet odpovědí	3	101	2	2
%	3%	93%	2%	2%

Zdroj: autorka

U této otázky měli respondenti na výběr z následujících možností:

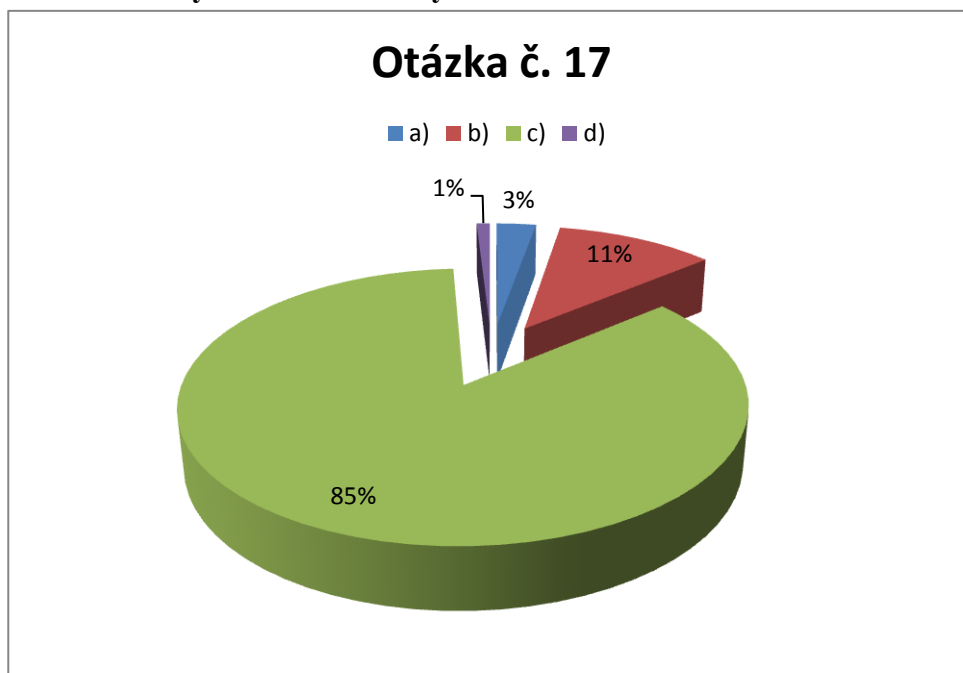
- a) porucha, která se vyskytuje pouze u modelek
- b) porucha, která je typická strachem z tloušťky, neustálým úmyslným snižováním tělesné hmotnosti pod únosnou mez, a která může vést i k smrti
- c) porucha, kdy pacient trpí záchvaty přejídání a ve snaze potlačit „výkrmné“ účinky jídla si uměle vyvolá zvracení nebo se snaží zbavit snědeného jídla jiným způsobem

- d) porucha, kdy pacient se snaží nadměrným cvičením nebo nadměrným dodržováním zásad zdravého životního stylu udržet si za každou cenu svou hmotnost
- e) jiná odpověď (napíšte)

Jak je z grafu i z tabulky patrné, tak naprostá většina respondentů přesně ví, co je mentální anorexie. Konkrétně správnou variantu b) vyhodnotilo 101 z celkem 108 respondentů, tzn. 93%. Nikdo nezvolil možnost e). Nesprávné možnosti byly označeny celkem pěti chlapci a dvěma dívkami.

Otázka č. 17. Co je podle vás mentální bulimie?

Graf č. 17: Vyhodnocení otázky č.17



Zdroj: autorka

Tabulka č.17: Vyhodnocení otázky č.17

	a)	b)	c)	d)
Počet odpovědí	3	12	92	1
%	3%	11%	85%	1%

Zdroj: autorka

Také u této otázky měli respondenti na výběr z následujících možností:

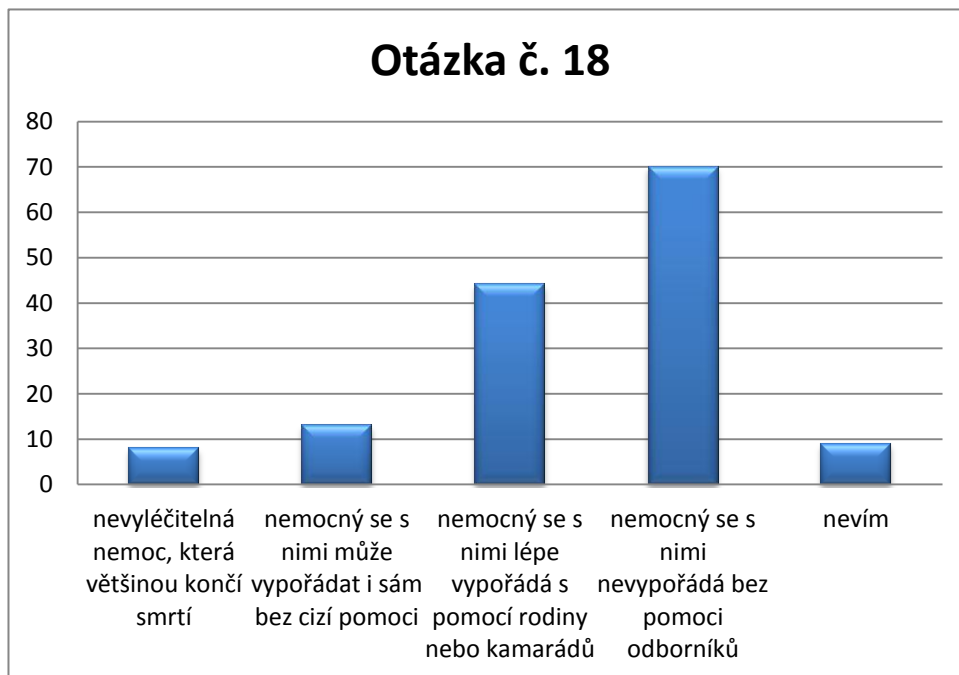
- a) porucha, která se vyskytuje pouze u modelek
- b) porucha, která je typická strachem z tloušťky, neustálým úmyslným snižováním tělesné hmotnosti pod únosnou mez, a která může vést i k smrti
- c) porucha, kdy pacient trpí záchvaty přejídání a ve snaze potlačit „výkrmné“ účinky jídla si uměle vyvolá zvracení nebo se snaží zbavit snědeného jídla jiným způsobem

- d) porucha, kdy pacient se snaží nadměrným cvičením nebo nadměrným dodržováním zásad zdravého životního stylu udržet si za každou cenu svou hmotnost
- e) jiná odpověď (napište)

Jak je z grafu i z tabulky patrné, tak respondenti poměrně přesně dokážou určit, co je mentální bulimie. Procenta nejsou tak vysoká jako u předchozí otázky, nicméně 85% respondentů (tzn. 92 ze 108) jako správnou označilo variantu c). Ze šestnácti respondentů, kteří nevybrali správnou odpověď, bylo 12 chlapců.

Otázka č. 18. Co platí v souvislosti s léčbou poruch příjmu potravy?

Graf č. 18: Vyhodnocení otázky č.18



Zdroj: autorka

Tabulka č.18: Vyhodnocení otázky č.18

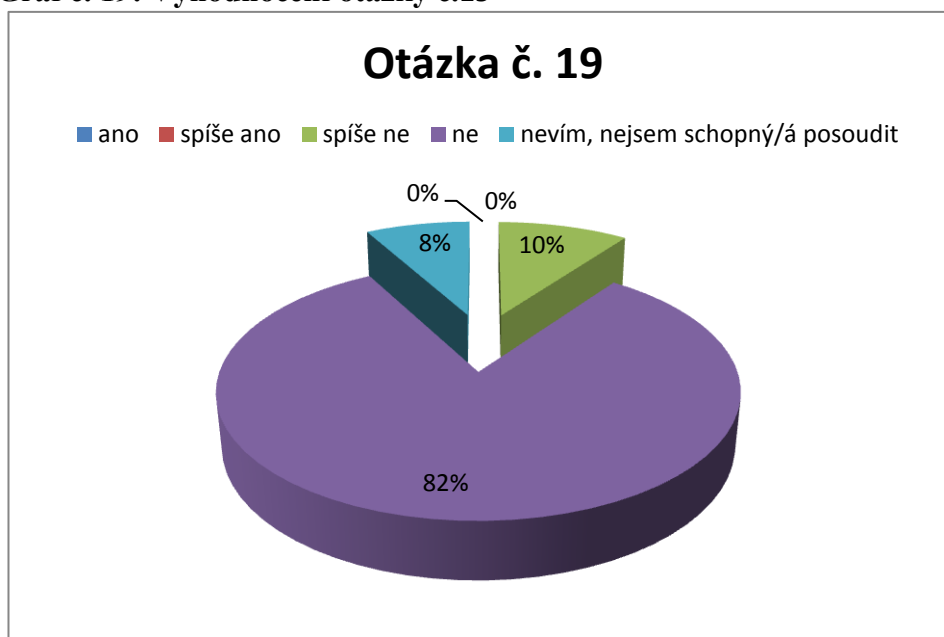
	nevléčitelná nemoc, která většinou končí smrtí	nemocný se s nimi může vypořádat i sám bez cizí pomoci	nemocný se s nimi lépe vypořádá s pomocí rodiny nebo kamarádů	nemocný se s nimi nevypořádá bez pomoci odborníků	nevím
Počet odpovědí	8	13	44	70	9

Zdroj: autorka

U otázky č. 18 bylo možné zvolit i více možností. V grafu i tabulce jsou uvedeny proto pouze počty respondentů, kteří označili příslušnou odpověď. Celkem 70 respondentů se domnívá, že se nemocný s poruchami příjmu potravy jen těžko vypořádá bez pomoci odborníků. Celkem 44 respondentů uvedlo, že nemocný se s poruchami lépe vypořádá s pomocí rodiny nebo kamarádů. Menší počet uvedl, že nemocný se s těmito poruchami může vypořádat sám (13), že tyto poruchy většinou končí smrtí (8) a celkem 9 respondentů nevědělo. Varianta f) jiná odpověď nebyla uvedena nikým, proto se neobjevuje v grafu ani v tabulce. Co se týče pohlaví, tak celkem 8 chlapců v této otázce vybralo variantu nevím.

Otázka č. 19. Myslíte si, že máte sklony k těmto poruchám?

Graf č. 19: Vyhodnocení otázky č.19



Zdroj: autorka

Tabulka č.19: Vyhodnocení otázky č.19

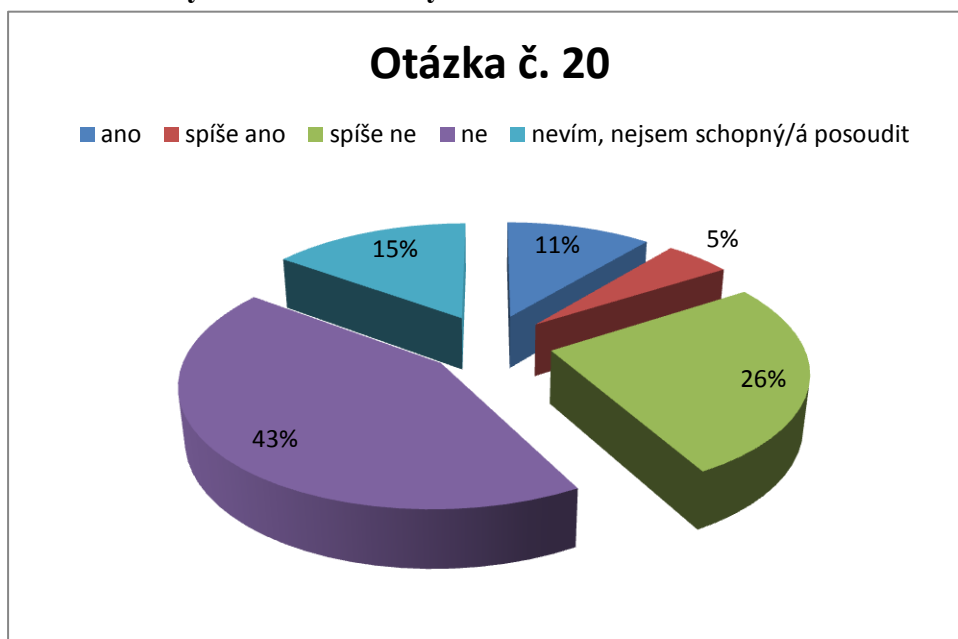
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nejsem schopný/á posoudit
Počet odpovědí	0	0	11	89	8
%	0%	0%	10%	82%	8%

Zdroj: autorka

Z grafu i z tabulky je jasné patrné, že většina respondentů (92%) je přesvědčena o tom, že nemá nebo spíše nemá sklony k těmto poruchám. Celkem 8 respondentů se domnívá, že toto u sebe nejsou schopni posoudit. Z těchto osmi respondentů bylo 6 chlapců.

Otázka č. 20. Myslíte si, že některý z vašich spolužáků má sklony k těmto poruchám?

Graf č. 20: Vyhodnocení otázky č.20



Zdroj: autorka

Tabulka č.20: Vyhodnocení otázky č.20

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nejsem schopný/á posoudit
Počet odpovědí	12	5	28	47	16
%	11%	5%	26%	43%	15%

Zdroj: autorka

Otázka č. 20 byla zaměřená na rozpoznání sklonů spolužáků k poruchám příjmu potravy. Celkem 16% respondentů na otázku č. 20 odpovědělo ano nebo spíše ano. Spíše ne nebo ne odpovědělo celkem 69% respondentů a zbylých 15% toto není schopno posoudit. Ze šestnácti respondentů, kteří odpověděli nevím, nejsem schopný posoudit, bylo 6 chlapců. Celkem 16 chlapců pak na otázku číslo 20 odpovědělo ne nebo spíše ne a 7 chlapců na tuto otázku odpovědělo ano nebo spíše ano.

Otázka č. 21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano nebo asi ano, na základě čeho tak usuzujete?

Jednalo se o otevřenou otázku a respondenti tak měli možnost vlastními slovy napsat své poznatky.

Z volných odpovědí se celkem 6krát objevila téměř shodná odpověď, že spolužačka téměř nejí nebo jí jen nevyživné potraviny, energii doplňuje malými sladkostmi, vše je pro ni nezdravé a sama vypadá nezdravě.

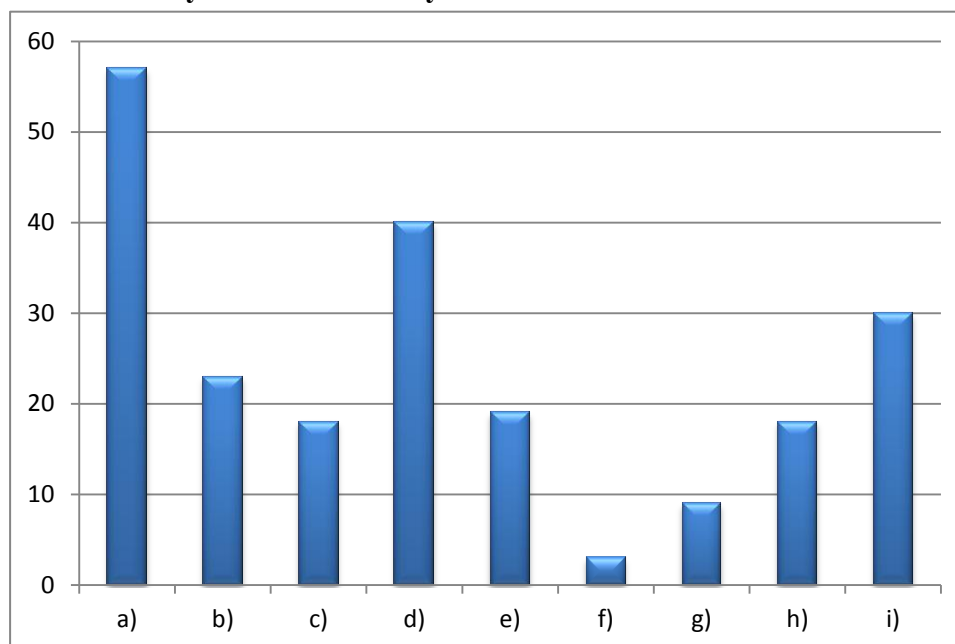
Dále se celkem 5krát objevila odpověď, že spolužačka téměř nejí nebo jí nikdo nevidí jíst a je velmi hubená.

Zbytek respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli ano nebo spíše ano, tedy celkem 6, tuto otázku v dotazníku nijak nevyplnili.

Celkem na tuto otázku odpovědělo 8 dívek a 3 chlapci. Odpovědi dívek byly výstižnější, u chlapců se ve všech případech objevilo pouze: „Je hubená.“

Otázka č. 22. Pokud byste měl/a podezření, že některou z poruch příjmu potravy trpí spolužák nebo spolužačka, jak zareagujete?

Graf č. 21: Vyhodnocení otázky č.22



Zdroj: autorka

Tabulka č.21: Vyhodnocení otázky č.22

	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	i)
Počet odpovědí	57	23	18	40	19	3	9	18	30

Zdroj: autorka

V této otázce měli respondenti na výběr z následujících možností:

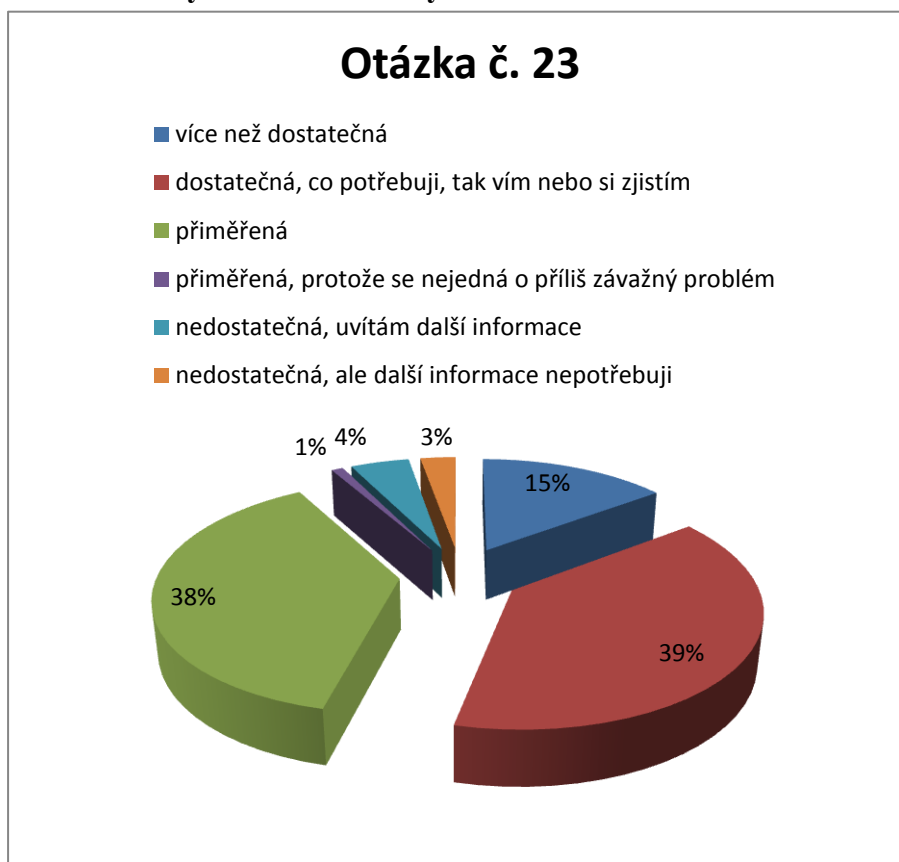
- a) budu se snažit mu pomoci osobně, protože mi na něm/ní záleží
- b) budu se snažit mu pomoci osobně, protože vím, že to může být nebezpečné
- c) budu se snažit mu pomoci spolu s dalšími kamarády
- d) o problému si promluvím přímo se spolužákem
- e) na problém upozorním jeho/její rodiče

- f) na problém upozorním třídního (nebo důvěryhodného) učitele
- g) pokusím se kontaktovat odborníky (praktického lékaře, linku důvěry apod.)
- h) nebudu to řešit, je to jen jeho/její věc
- i) nebudu to řešit, protože takový problém bych nepoznal/-a
- j) jiná odpověď (napište)

Bylo možné označit i více odpovědí než jednu, takže v grafu i v tabulce jsou vidět počty zvolených odpovědí, a ne procenta. Celkem 57 respondentů vybralo možnost a) budu se mu snažit pomoci osobně, protože mi na něm (jí) záleží. Dále 40krát byla označena odpověď d) o problému si promluvím přímo se spolužákem. 30krát respondenti označili odpověď i) nebudu to řešit, protože takový problém bych nepoznal/a, dále pak 23krát respondenti vybrali odpověď b) budu se snažit pomoci mu osobně, protože to může být nebezpečné. Celkem 19 respondentů označilo odpověď e) na problém upozorním rodiče, shodně 18 respondentů označilo odpověď c) a h), tedy že se budou dotyčnému snažit pomoci spolu s kamarády nebo že to nebudou řešit, protože je to záležitost jen spolužáka. Celkem 9 respondentů pak označilo odpověď g) pokusím se kontaktovat odborníky. Pouze 3 respondenti označili odpověď f) na problém upozorním třídního nebo důvěryhodného učitele. Odpověď j) jiná odpověď nebyla zvolena ani jednou.

Otázka č. 23. Jaká je podle vás v dnešní době informovanost o poruchách příjmu potravy?

Graf č. 22: Vyhodnocení otázky č.23



Zdroj: autorka

Tabulka č.22: Vyhodnocení otázky č.23

	více než dostatečná	dostatečná, co potřebuji, tak vím nebo si zjistím	přiměřená	přiměřená, protože se nejedná o příliš závažný problém	nedostatečná, uvítám další informace	nedostatečná, ale další informace nepotřebuji
Počet odpovědí	16	42	41	1	5	3
%	15%	39%	38%	1%	5%	3%

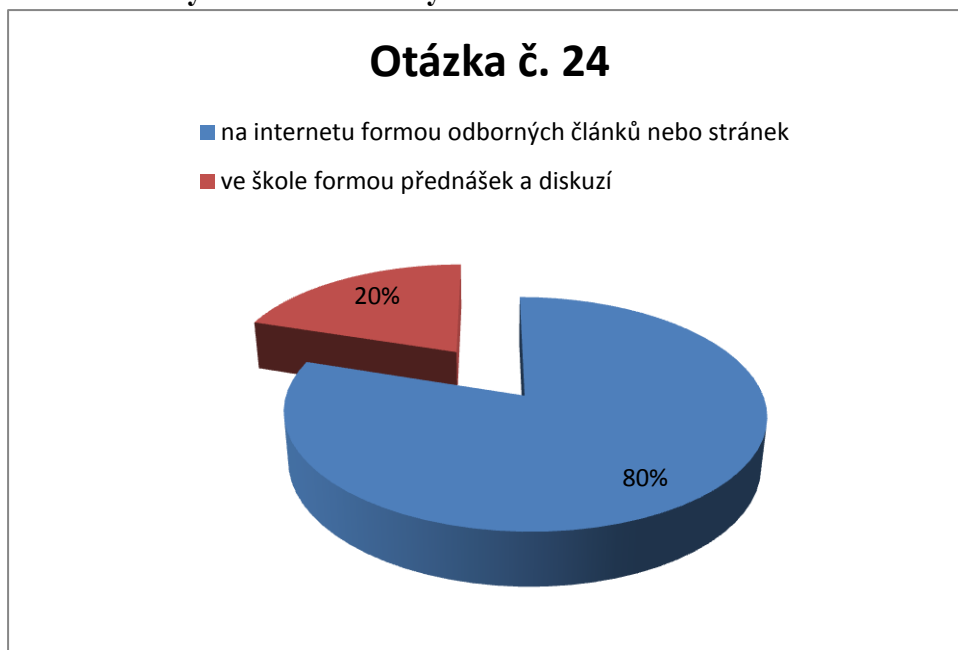
Zdroj: autorka

V otázce č. 23 respondenti hodnotili celkovou informovanost o poruchách příjmu potravy. Celkem 15% respondentů se domnívá, že v současné době je informovanost o problematice poruch příjmu potravy více než dostatečná. Dále 39% respondentů si myslí, že informovanost je dostatečná, co potřebují, tak ví nebo si zjistí. Jako přiměřenou informovanost hodnotí celkem 38% respondentů. Jeden respondent si myslí, že informovanost je přiměřená, neboť se nejedná o příliš závažný problém. Pět respondentů informovanost hodnotí jako nedostatečnou a uvítali by další informace a tři respondenti rovněž informovanost hodnotí jako nedostatečnou, ale další informace nepotřebují.

Co se týče chlapců, tak ti nejčastěji vybírali odpověď c) přiměřená. Tuto odpověď zvolilo celkem 16 z celkového počtu 29 chlapců.

Otázka č. 24. V případě, že jste v předchozí otázce vybrali možnost e), jakým způsobem byste chtěli získat další informace o poruchách příjmu potravy?

Graf č. 23: Vyhodnocení otázky č.24



Zdroj: autorka

Tabulka č.23: Vyhodnocení otázky č.24

	na internetu formou odborných článků nebo stránek	ve škole formou přednášek a diskuzí
Počet odpovědí	4	1
%	80%	20%

Zdroj: autorka

Na tuto otázku odpovídalo pouze 5 respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli e) informovanost je nedostatečná, uvítám další informace. Z těchto pěti respondentů by 4 chtěli další informace získat pomocí internetu formou odborných článků nebo stránek a jeden respondent by měl zájem o odbornou přednášku ve škole. Těchto pět respondentů byli 2 chlapci a 3 dívky. O přednášku ve škole by měl zájem chlapec.

Otázka č. 25. Zúčastnili jste se během školní docházky (na základní i střední škole) přednášky na téma drog?

Graf č. 24: Vyhodnocení otázky č. 25



Zdroj: autorka

Tabulka č.24: Vyhodnocení otázky č.25

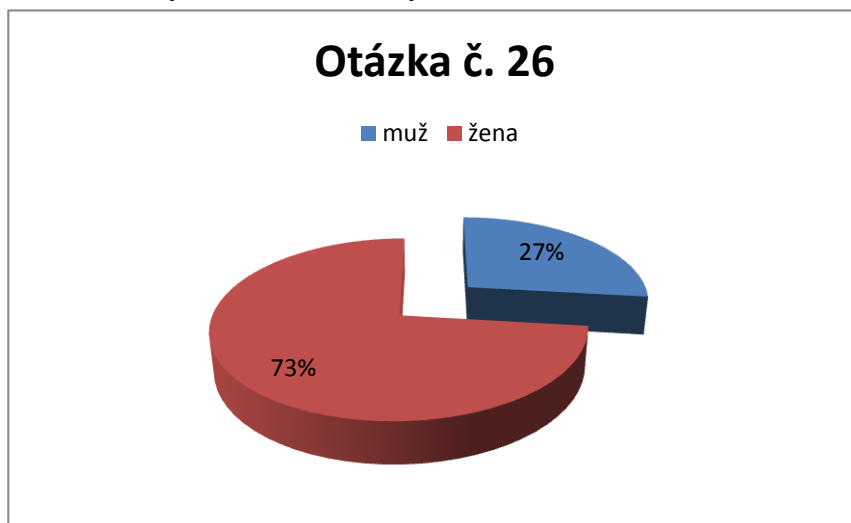
	ano, jednou	ano, několikrát	ne
Počet odpovědí	12	93	3
%	11%	86%	3%

Zdroj: autorka

Otázka č. 25 byla do dotazníku vložena pro porovnání s otázkou č. 15. Odborné přednášky na téma drogy se jednou zúčastnilo celkem 11% respondentů, několikrát 86% respondentů a 3% respondentů uvedla, že se přednášky neúčastnili.

Otázka č. 26. Jaké je vaše pohlaví?

Graf č. 25: Vyhodnocení otázky č. 26



Zdroj: autorka

Tabulka č.25: Vyhodnocení otázky č.26

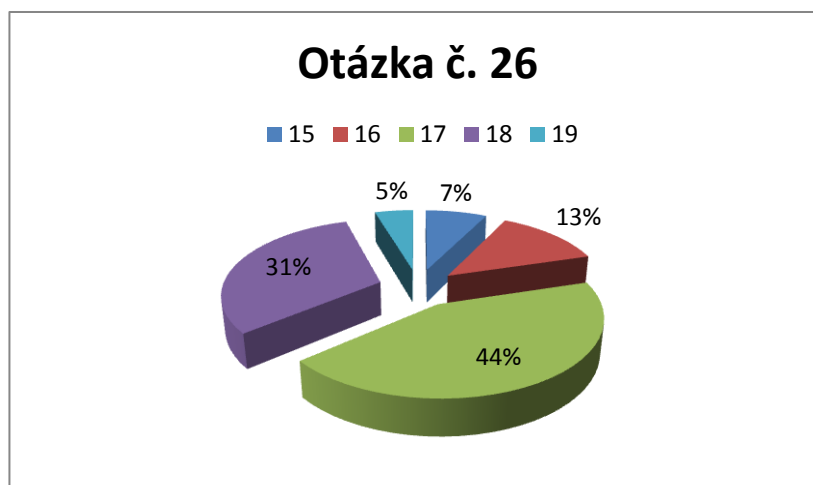
	muž	žena
Počet odpovědí	29	79
%	27%	73%

Zdroj: autorka

Poslední otázky v dotazníku mají demografický nebo statistický charakter. Otázka č. 26 se týká pohlaví respondentů. Jak již bylo několikrát v předchozích otázkách uvedeno, průzkumu se zúčastnilo celkem 29 chlapců (27%) a 79 dívek (73%). Celkový počet respondentů byl pak 108.

Otázka č. 27. Jaký je váš věk?

Graf č. 26: Vyhodnocení otázky č.27



Zdroj: autorka

Tabulka č.26: Vyhodnocení otázky č.27

	15	16	17	18	19
Počet odpovědí	8	14	47	34	5
%	7%	13%	44%	31%	5%

Zdroj: autorka

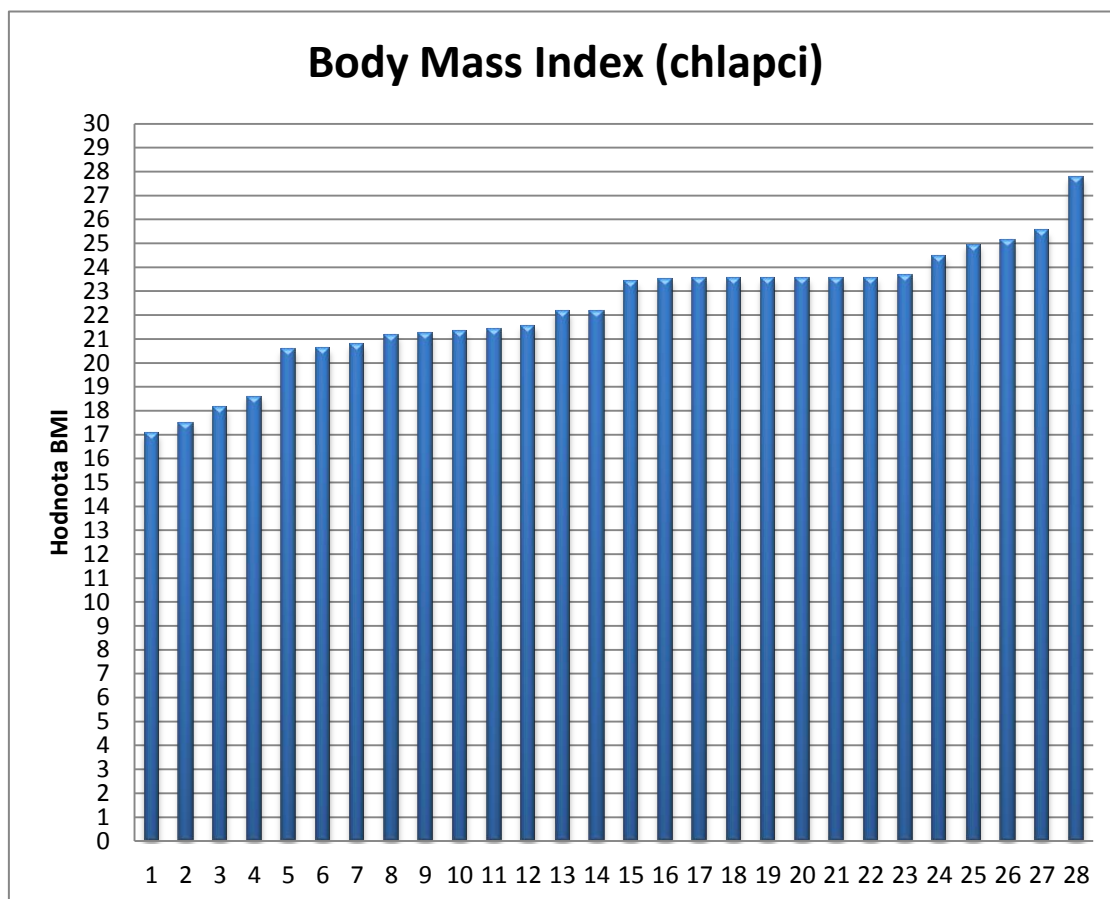
Otázka č. 27 byla zaměřená na věk respondentů. Ten se v souboru pohyboval od 15 do 19 let. Nejvíce bylo sedmnáctiletých respondentů, celkem 44%, dále pak osmnáctiletých respondentů, celkem 31%. Respondentů ve věku 15 let bylo 7%, respondentů ve věku 16 let bylo 13% a devatenáctiletých respondentů bylo 5%.

Otázka č. 28. Jaká je vaše míra v cm?

Otázka č. 29. Jaká je vaše váha v kg?

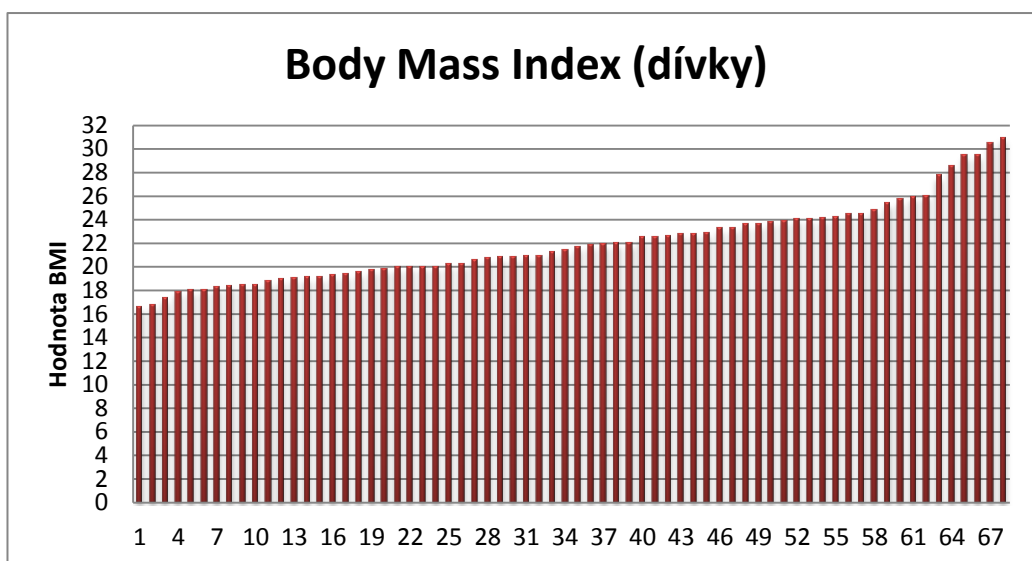
Tyto otázky byly do dotazníku vloženy z důvodu možnosti výpočtu Body Mass Indexu respondentů. Ten proto uvádím ve vyhodnocení obou otázek.

Graf č. 27: Vyhodnocení otázky č. 28 a 29



Zdroj: autorka

Graf č. 28: Vyhodnocení otázky č. 28 a 29



Zdroj: autorka

Index BMI byl vyhodnocován podle pohlaví respondentů, proto jsou zde uvedeny dva grafy. V grafu č. 27 je zachycen Body Mass Index respondentů - chlapců, data jsou seřazena podle velikosti. Jeden chlapec údaje pro výpočet indexu v dotazníku neuvedl.

V grafu č. 28 jsou zachyceny hodnoty Body Mass Indexu u respondentů – dívek, data jsou opět seřazena podle velikosti. Hodnoty potřebné pro výpočet BMI byly uvedené celkem u 68 dívek, zbylá část dívek (tedy 11) hodnoty v dotazníku neuvedla, a to zejména váhu.

Podle dostupných zdrojů⁹³ je normální hodnota tohoto indexu 18,5 až 24,9, někdy je pro ženy uváděno rozmezí jiné, a to o jednotku nižší. U chlapců nejnižší hodnota indexu byla 17,056 a nejvyšší hodnota 27,755. Ve fyziologickém rozpětí hodnota indexu byla u 22 chlapců (78,6% z respondentů, kteří údaje pro výpočet Body Mass Indexu uvedli).

⁹³ Metody určování tělesné hmotnosti [online], dostupné na: <http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti> [cit. 2.4.2013]

U dívek byla nejnižší hodnota indexu 16,52, nejvyšší pak 30,86. Ve fyziologickém rozpětí 18,5 až 24,9 hodnota indexu pak byla u 48 dívek ze 68, které údaje pro výpočet indexu v dotazníku uvedly, což v procentech činí 70,6%.

Otázka č. 30. Kde bydlíte?

Graf č. 29: Vyhodnocení otázky č. 30



Zdroj: autorka

Tabulka č.27: Vyhodnocení otázky č.30

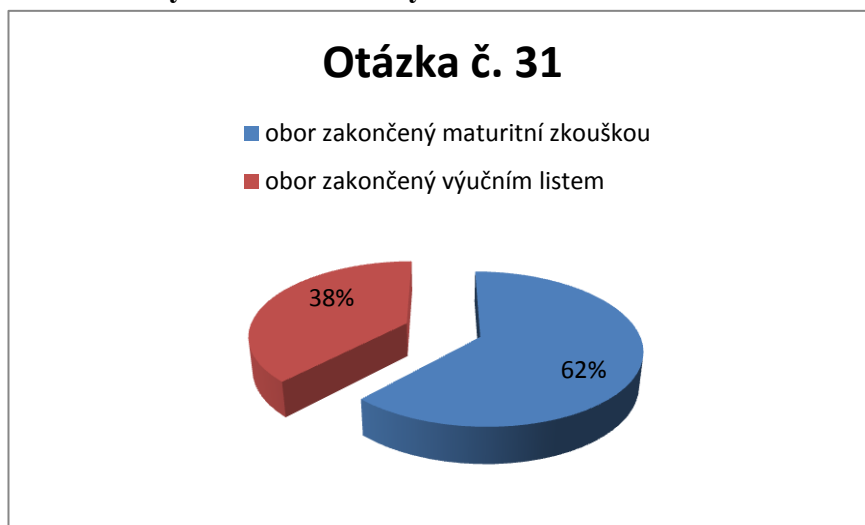
	na venkově	ve městě
Počet odpovědí	50	58
%	46%	54%

Zdroj: autorka

Otázka č. 30 zjišťovala, zda respondenti bydlí ve městě nebo na venkově. Celkem 50 respondentů, tzn. 46%, bydlí na venkově, 58 respondentů pak uvedlo, že bydlí ve městě (54%).

Otázka č. 31. Jaký obor středního vzdělávání studujete?

Graf č. 30: Vyhodnocení otázky č.31



Zdroj: autorka

Tabulka č.28: Vyhodnocení otázky č.31

	obor zakončený maturitní zkouškou	obor zakončený výučním listem
Počet odpovědí	67	41
%	62%	38%

Zdroj: autorka

Poslední otázka v dotazníku zjišťovala, jaký obor středního vzdělávání dotazovaní studují. Celkem 67 respondentů studovalo obor zakončený maturitní zkouškou, procenticky vyjádřeno 62% respondentů. Zbýlá část, tzn. 41 respondentů (38%), studovalo obor středního vzdělání zakončený výučním listem.

7.2 Vyhodnocení výzkumu

Dotazník byl předložen celkem 108 žákům Střední školy a Vyšší odborné školy cestovního ruchu v Českých Budějovicích, z prvního až třetího ročníku, celkem ze šesti tříd. Čtyři třídy byly smíšené, dvě čistě dívčí. Návratnost dotazníků byla 100%, autorka dotazníky sama rozdala a od žáků vybrala zpět.

Na otázky odpovídali jak žáci maturitních oborů, tak žáci oborů, které jsou zakončené výučním listem, jejich poměr byl 62% ku 38% procentům ve prospěch žáků maturitních oborů.

Dotazník vyplňovali chlapci i dívky, avšak vzhledem k charakteru školy, kde zejména v maturitních oborech výrazně převažují dívky, bylo dívek více. Chlapců bylo celkem 29, dívek pak 79.

Co se týče věku respondentů, tak ten se pohyboval od 15 do 19 let, nejvíce, tedy celkem 44%, bylo respondentů ve věku 17 let.

Před samotným výzkumem si autorka stanovila celkem 5 výzkumných předpokladů:

Předpoklad č. 1: Většina dnešní mládeže není spokojena se svým tělem.

Předpoklad č. 2: Většina dívek má obavy z tloušťky.

Předpoklad č. 3: Dnešní mládež přesně neví, co jsou to poruchy příjmu potravy.

Předpoklad č. 4: Prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí není věnována dostatečná pozornost.

Předpoklad č. 5: V krizové situaci v souvislosti s poruchami příjmu potravy dnešní mládež neumí správně reagovat.

Předpoklad č. 1 se ve výzkumném souboru potvrdil. V otázce č. 7 týkající se spokojenosti s vlastním tělem 54% respondentů odpovědělo, že je se svým tělem nespokojeno nebo spíše nespokojeno, zatímco 46% je spokojeno nebo spíše spokojeno.

Dívky byly se svým tělem více nespokojené než chlapci, nespokojených dívek z celkového počtu dotazovaných dívek bylo 58%, zatímco chlapců 41%.

Výzkumný předpoklad č. 2 týkající se strachu z tloušťky se potvrdil. Podle předpokladu z obezity mají obavy zejména dívky (78% z celkového počtu dotazovaných dívek), u chlapců jsou tyto obavy méně časté, vyskytly se u 17% dotazovaných chlapců. S obavou z tloušťky souvisí spokojenost s vlastním tělem. S vlastním tělem je nespokojeno 41% dotazovaných chlapců a 58% dotazovaných dívek. Chlapci pak častěji odpovídali na otázku týkající se přání zhubnout variantou „ne, chci naopak přibrat“. Takto odpovědělo celkem 6 chlapců z celkového počtu devíti respondentů, kteří označili tuto odpověď.

Výzkumný předpoklad č. 3 týkající se znalostí poruch příjmu potravy se nepotvrdil. V dotazníku v otázce 16 a 17 poměrně velmi správně respondenti označovali odpovědi. U mentální anorexie správnou variantu zvolilo 93% respondentů, u mentální bulimie celkem 85% respondentů.

Výzkumný předpoklad č. 4 se ve výzkumném souboru potvrdil. Prevenci poruch příjmu potravy v dnešním školství není věnována dostatečná pozornost. Vzhledem k narůstajícímu trendu výskytu těchto poruch je pořádání odborných přednášek na toto téma až téměř alarmující. Více než polovina dotazovaných (57%) se žádné přednášky ve školním prostředí neúčastnila. 30 % respondentů se zúčastnilo přednášky jednou, 13% pak vícekrát. Protože autorka na střední škole, kde probíhal výzkum, učí již čtvrtý rok a během jejího působení zde žádná taková přednáška neproběhla, je navíc jasné, že všichni respondenti (všichni navštěvují první až třetí ročník školy) se přednášek účastnili na základních školách.

Pro porovnání byla do dotazníku vložena otázka týkající se odborných přednášek na téma drog. Odborné přednášky na téma drog se jedenkrát zúčastnilo celkem 11% respondentů, několikrát 86% respondentů a pouze 3% respondentů uvedla, že se přednášky neúčastnili.

Poslední výzkumný předpoklad týkající se reakcí mládeže v krizové situaci se také potvrdil. Mládež zpravidla nedokáže rozpoznat poruchy příjmu potravy u spolužáků. Pouze 17 respondentů celkem ze dvou tříd (celkem 43 dotazovaných v těchto dvou třídách) na otázku týkající se rozpoznání poruch příjmu potravy u

spolužáků odpovědělo kladně. Pokud se skutečně některá z poruch příjmu potravy v těchto dvou třídách vyskytla, projevy zaregistrovalo pouze 39,5% respondentů. Dotazovaní jako příčiny v otázce č. 21 uváděli to, že spolužačka téměř nejí nebo jí jen nevýživné potraviny, energii doplňuje malými sladkostmi, vše je pro ni nezdravé a sama vypadá nezdravě. Tato téměř shodná odpověď se vyskytla celkem 6krát. Ve druhé třídě se celkem 5krát objevila odpověď, že spolužačka téměř nejí nebo ji nikdo nevidí jíst a je velmi hubená. Další respondenti tuto otázku v dotazníku nevyplnili vůbec.

Co se týče předpokládaných reakcí při potenciálním výskytu poruch příjmu potravy ve školním kolektivu, pak 57 respondentů by se snažilo pomoci spolužákovi osobně, protože jim na něm (jí) záleží. Dále 40krát byla označena odpověď, že si o problému promluví přímo s kamarádem (kamarádkou) a bohužel 30krát respondenti označili odpověď, že tento problém nebudou řešit, protože takový problém by nepoznali. Ze zajímavých odpovědí ještě pak 23krát respondenti vybrali odpověď, kdy by se snažili pomoci spolužákovi osobně, protože to může být nebezpečné. Pouze 9 respondentů pak v této otázce č. 22 označilo odpověď g) pokusím se kontaktovat odborníky. Pouze 3 respondenti označili odpověď f) na problém upozorním třídního nebo důvěryhodného učitele.

8 Závěr

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala problematiku poruch příjmu potravy. Jedná se o problém, který má v dnešní společnosti bohužel narůstající tendenci. Dnešní kult často až extrémní štíhlosti nutí mladé dívky zabývat se mnohdy až nezdravě svým tělem a může být mimo jiné právě spouštěčem některé z poruch příjmu potravy. Laická veřejnost nemusí tuto problematiku vnímat jako závažný problém, avšak odborníci varovně vztyčují prst. Sám František David Krch, jak uvádím v kapitole 6.1, se domnívá, že mentální bulimií trpí přibližně 4 až 6% dívek v České republice, mentální anorexií pak necelé jedno procento dívek v České republice.

Teoretická část bakalářské práce je věnována poruchám příjmu potravy obecně v kontextu s obdobím dospívání. Je zde popsáno období dospívání, vlivy působící na psychický vývoj jedince, nejčastější psychické problémy a poruchy, které jsou pro toto období typické včetně již zmíněných poruch příjmu potravy. Jsou zde popsány jejich projevy, možné příčiny vzniku, důsledky a dopady těchto poruch na nemocné i na jejich okolí a v neposlední řadě i aktuální možnosti léčby těchto poruch.

Cílem empirické části práce pak bylo zhodnotit informovanost dnešní mládeže o poruchách příjmu potravy, zhodnotit, zda dnešní mládež rozpozná rizikové jevy a projevy poruch příjmu potravy v kolektivu a umí správně zareagovat, a také zhodnotit celkově primární prevenci ve školství v této oblasti. Před samotným šetřením bylo stanoveno pět výzkumných předpokladů, které se pomocí šetření potvrdily nebo nepotvrdily. Bohužel se ve výzkumném souboru ukázalo, že prevence zejména na středních školách je podceňována a až 57% respondentů uvedlo, že se nikdy přednášky na téma poruch příjmu potravy nezúčastnilo. Pro srovnání - přednášky na téma drog se podle šetření ve škole nezúčastnila nikdy jen pouhá 3% respondentů.

Co se týče informací o poruchách příjmu potravy, tak mládež poměrně přesně teoreticky ví, co poruchy příjmu potravy jsou a jak se projevují, v krizových situacích (při výskytu těchto poruch ve školním kolektivu) však úplně správně zareagovat neumí a často by ani projevy těchto poruch ve školním kolektivu nerozpoznali.

Osobně jsem velmi ráda, že jsem se mohla této problematice věnovat podrobněji a budu určitě v budoucnosti prosazovat, přinejmenším na škole, kde působím, aby byla

této problematice věnována mnohem větší pozornost. Již proto, že zejména v maturitních oborech studuje až 90% dívek.

Samotná problematika poruch příjmu potravy je poměrně rozsáhlá, složitá a zajímavá a jistě by si zasloužila ještě mnohem podrobnější zpracování než v této bakalářské práci.

9 Seznam použité literatury

1. CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 144 s. ISBN 978-80-262-0062-8
2. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7
3. HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Vyd. 1. Brno: ERA, 2003. 240 s. ISBN: 80-86517-60-8
4. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2006. 208 s. ISBN 80-85931-79-6
5. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
6. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7
7. KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví, poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003. 32 s.
8. KRCH, František David a Ivana RICHTEROVÁ. *Chci ještě trochu zhubnout*. Vyd. 1. Praha: Motto, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2.
9. MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0.
10. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneva: World Health Organization, 1992. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9.
11. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
12. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

Internetové zdroje:

1. PAPEŽOVÁ, H., YAMAMOTOVÁ, A., VURMOVÁ, I. *Stres a poruchy příjmu potravy*. [online] Galén, 2002. Sborník přednášek a abstrakt IV. sjezdu České

psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově Mlýně 2002 pod titulem „Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii. [cit. 15. 1. 2013]

Dostupné na: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/103-stres-a-poruchy-pijmu-potravy>

2. Projekt PL.3.22/2.3.00/11.02576. Epidemie obezity – společný problém: předávání znalostí, vzdělávání, prevence. [online] Metody určování tělesné hmotnosti. [cit. 15. 3. 2013]

Dostupné na: <http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti>

10 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Dobrý den,

*jsem studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši bakalářskou práci na téma: **Poruchy příjmu potravy v období dospívání**. Chtěla bych vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela **anonymní** a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud v otázce není uvedeno něco jiného, vyberte vždy jen jednu možnost. Předem moc děkuji za vyplnění otázek, co možná nejpravdivěji.*

1. Zajímáte se o dodržování zásad zdravé výživy?

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

2. Preferujete speciální (vegetariánské, veganské, makrobiotické) kuchyně?

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

3. Věnujete se nějakému sportu?

- a) ano, pravidelně b) ano, nepravidelně c) ne, pouze pasivně d) ne, vůbec

4. Zkoušeli jste někdy v minulosti držet dietu?

- a) ano b) ne

**5. Vyplňte pouze v případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO.
V opačném případě přejděte na otázku č. 6.**

Podařilo se vám v minulosti díky dietě zhubnout?

- a) ano a váhu se mi od té doby daří držet
b) ano, ale ztracené kilogramy jsem postupně nabral/-a
c) ne, nebyl/-a jsem dost důsledný/-á
d) jiná odpověď (prosím napište).....

6. Jste v současné době spokojeni se svou váhou?

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

7. Jste spokojeni s tím, jak vypadá vaše tělo?

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

8. Přejete si zhubnout?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne e) chci naopak přibírat

9. Plánujete v nejbližší době držet nějakou dietu?

- a) ano b) ne c) plánuji, ale již teď vím, že nebudu důsledný/-á

10. V současné době vaše stravování vypadá (uved'te i více možností):

- a) myslím si, že se stravuji úplně normálně
- b) striktně dodržuji zásady zdravé výživy
- c) částečně dodržuji (nebo se snažím dodržovat) zásady zdravé výživy
- d) momentálně držím dietu
- e) neustále držím dietu
- f) vím, že mé stravování není úplně ideální a plánuji to změnit
- g) vím, že mé stravování není úplně ideální a měnit to nehodlám
- h) jiná odpověď (napište)

11. Bojíte se tloušťky?

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

12. Vyplňte, pouze v případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO nebo SPÍŠE ANO, v opačném případě přejděte na otázku č. 13.

Protože mám obavy z tloušťky, tak (uved'te i více možností):

- a) snažím se stravovat zdravě
- b) permanentně držím dietu
- c) nepravdělně se snažím držet dietu
- d) sleduji množství kalorií v jídle (zaměřuji se na light výrobky, ovoce, zeleninu, nesladím apod.)
- e) jednoduše nejím
- f) mám dny nebo období, kdy jím opravdu minimálně
- g) používám techniky, jako je v umělé vyvolání zvracení, projímadla apod.
- h) pravidelně sportuji nebo se alespoň snažím hýbat
- i) mám to štěstí, že můžu jíst cokoliv a nepřiberu
- j) neřeším to
- k) i přesto jím více, než bych měl/-a
- l) jiná odpověď (napište).....

13. Slyšeli jste někdy o poruchách příjmu potravy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nevzpomínám si

14. Vyplňte pouze v případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO (v opačném případě přejděte na otázku č. 16). O poruchách příjmu potravy jste se dozvěděli (uved'te i více možností):

- a) z internetu
- b) z televize
- c) z tisku (noviny, časopisy, knihy)
- d) od rodičů
- e) ve škole od učitelů
- f) z odborné přednášky
- g) od kamarádů
- h) z jiného zdroje (napište)

15. Zúčastnili jste se během školní docházky (SŠ i ZŠ) přednášky na téma poruch příjmu potravy?

- a) ano, jednou b) ano, několikrát c) ne

16. Mentální anorexie podle vás je:

- a) porucha, která se vyskytuje pouze u modelek
b) porucha, která je typická strachem z tloušťky, neustálým úmyslným snižováním tělesné hmotnosti pod únosnou mez, a která může vést i k smrti
c) porucha, kdy pacient trpí záchvaty přejídání a ve snaze potlačit „výkrmné“ účinky jídla si uměle vyvolá zvracení nebo se snaží zbavit snědeného jídla jiným způsobem
d) porucha, kdy pacient se snaží nadměrným cvičením nebo nadměrným dodržováním zásad zdravého životního stylu udržet si za každou cenu svou hmotnost
e) jiná odpověď (napište)

17. Mentální bulimie podle vás je:

- f) porucha, která se vyskytuje pouze u modelek
g) porucha, která je typická strachem z tloušťky, neustálým úmyslným snižováním tělesné hmotnosti pod únosnou mez, a která může vést i k smrti
h) porucha, kdy pacient trpí záchvaty přejídání a ve snaze potlačit „výkrmné“ účinky jídla si uměle vyvolá zvracení nebo se snaží zbavit snědeného jídla jiným způsobem
i) porucha, kdy pacient se snaží nadměrným cvičením nebo nadměrným dodržováním zásad zdravého životního stylu udržet si za každou cenu svou hmotnost
j) jiná odpověď (napište)

18. O léčbě poruch příjmu potravy se dá říci (uved'te i více možností):

- a) jedná se o nevyléčitelné nemoci, které ve většině případů končí smrtí
b) nemocný se s nimi může vypořádat i sám bez cizí pomoci
c) nemocný se s nimi lépe vypořádá s pomocí rodiny nebo kamarádů
d) nemocný se s nimi jen těžko vypořádá bez pomoci odborníků
e) nevím
f) jiná odpověď (napište)

19. Myslíte si, že máte sklony k těmto poruchám?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne e) nevím, nejsem schopný/-á posoudit

20. Myslíte si, některý z vašich spolužáků má sklony k těmto poruchám?

- a) ano b) asi ano c) asi ne d) ne e) nevím, nejsem schopný/-á posoudit

21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO nebo ASI ANO, na základě čeho tak usuzujete? (napište)

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

22. Pokud byste měl/-a podezření, že některou z poruch příjmu potravy trpí váš spolužák nebo spolužačka, pak uved'te i více možností:

- k) budu se snažit mu pomoci osobně, protože mi na něm/ní záleží
- l) budu se snažit mu pomoci osobně, protože vím, že to může být nebezpečné
- m) budu se snažit mu pomoci spolu s dalšími kamarády
- n) o problému si promluvím přímo se spolužákem (spolužačkou)
- o) na problém upozorním jeho/její rodiče
- p) na problém upozorním třídního (nebo důvěryhodného) učitele
- q) pokusím se kontaktovat odborníky (praktického lékaře, linku důvěry apod.)
- r) nebudu to řešit, je to jen jeho/její věc
- s) nebudu to řešit, protože takový problém bych nepoznal/-a
- t) jiná odpověď (napište)

23. Myslíte si, že informovanost o poruchách příjmu potravy v dnešní době je:

- a) víc než dostatečná, mám veškeré informace
- b) dostatečná, co potřebuji, tak vím nebo si zjistím
- c) přiměřená
- d) přiměřená, protože se nejedná o příliš závažný problém
- e) nedostatečná, uvítal/-a bych více informací
- f) nedostatečná, ale další informace nepotřebuji

24. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli E), tak informace o této problematice byste chtěli získat:

- a) na internetu formou odborných článků nebo stránek
- b) na internetu formou šíření informací přes sociální sítě (Facebook apod.)
- c) ve škole formou přednášek a diskuzí
- d) ve škole formou odborné literatury a informačních letáků
- e) od rodičů formou diskuze
- f) jinak (napište)

25. Zúčastnili jste se během školní docházky (SŠ i ZŠ) přednášky na téma drog?

- a) ano, jednou b) ano, několikrát c) ne

26. Jsem:

- a) muž b) žena

27. Je mi (doplňte věk): let

28. Bydlím:

- a) na venkově b) ve městě

29. **Měřím (doplňte míru v cm):** cm

30. **Vážím (doplňte váhu v kg):** kg

31. Studuji:

- a) obor středního vzdělávání zakončený maturitní zkouškou
- b) obor středního vzdělávání zakončený výučním listem