

Poruchy příjmu potravy v období adolescence

Bc. Šárka Strmisková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka STRMISKOVA**
Osobní číslo: **H118557**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy v období adolescence**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- biologické, psychologické a sociální změny v období adolescence,
- problematiku poruch příjmu potravy, zejména na mentální anorexii a mentální bulimii,
- příčiny vzniku poruch příjmu potravy,
- poslání a činnost O. s. Anabell.

Součástí práce bude kvantitativní výzkum realizovaný metodou dotazníku, jehož cílem bude zjistit, jaká je celková informovanost studentů středních škol v oblasti poruch příjmu potravy.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

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

KRCH, F. D. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

LADISHOVÁ, L. C. Strach z jídla. 1. vyd. Ružomberok: EPOS, 2006. 159 s. ISBN 80-89191-53-3.

MACEK, P. Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X.

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. O poruchách příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. Klinická výživa v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.

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

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

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Alena Plšková

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Milošlav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen přípouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 24. 3. 2015

Šárka Stranišková
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy v období adolescence. Obsahuje základní charakteristiku adolescence, biologické, psychologické a sociální změny, které s tímto obdobím souvisejí. Popisuje historii poruch příjmu potravy a nejčastější typy onemocnění jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatové přejídání. Vymezuje také méně známé typy poruch příjmu potravy. Zaměřuje se na možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy a na všestrannou léčbu těchto duševních onemocnění. Seznamuje čtenáře s možnostmi prevence poruch příjmu potravy a zmiňuje souvislost dané problematiky se studijním oborem sociální pedagogika. Dále obsahuje výzkum, jehož cílem je zjistit, jaká je informovanost studentů brněnských středních škol v oblasti poruch příjmu potravy a zda existují případné rozdíly v této informovanosti, které jsou dány odlišným pohlavím, věkem, bydlištěm nebo typem střední školy.

Klíčová slova:

Adolescence, mladí lidé, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatové přejídání, jídlo, příčiny, léčba, prevence, sociální pedagogika.

ABSTRACT

The diploma thesis deals with eating disorders in the period of adolescence. It contains basic characteristics of adolescence, biological, psychological and social changes which are connected with this period. It describes the history of eating disorders and the most common types of the diseases, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. It includes less known types of eating disorders, too. It focuses on possible causes of eating disorders and on the comprehensive treatment of these mental diseases. It acquaints the reader with the possibilities of prevention of eating disorders and mentions the link between this topic and a degree course in social pedagogy. It also includes the research which goal is to find out about the awareness of students of secondary schools in Brno concerning eating disorders and whether there are any differences in this awareness according to different gender, age, residence or the type of secondary school.

Keywords:

Adolescence, young people, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, food, causes, treatment, prevention, social pedagogy.

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za její odborné vedení, cenné připomínky, vstřícnost a podporu v průběhu psaní mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat mé mamince za všestrannou pomoc a podporu, kterou mi poskytovala v průběhu celého studia.

Moje poděkování patří i příteli Pavlovi, který mi byl během zpracovávání diplomové práce velkou oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ADOLESCENCE Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE	11
1.1 OBEČNÁ CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE	11
1.2 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	13
1.3 PSYCHOLOGICKÉ ZMĚNY	15
1.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY	19
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	28
2.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	28
2.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	30
2.3 MENTÁLNÍ BULIMIE	34
2.4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ	38
2.5 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	40
3 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	45
3.1 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	45
3.2 LÉČBA NEMOCNÝCH S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY	47
3.3 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	52
3.4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	57
II PRAKTICKÁ ČÁST	60
4 VÝZKUM NA VYBRANÝCH STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH V BRNĚ	61
4.1 CÍL A METODOLOGIE VÝZKUMU	61
4.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ A VÝBĚR RESPONDENTŮ	63
4.3 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	65
4.4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	88
ZÁVĚR	91
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	98
SEZNAM OBRÁZKŮ	99
SEZNAM TABULEK	100
SEZNAM PŘÍLOH	101

ÚVOD

Štíhlost v současné době znamená úspěch a krásu. To dokazují média, která prezentují „dokonalé“ postavy hereček a manekýnek. Stačí se podívat na televizi, do časopisů, novin, na internet. Všude se objevují štíhlé modelky, návody, jak zhubnout, propagace kultu štíhlé postavy. Tomuto tlaku podléhají především mladé dívky, které se v tomto období touží stát modelkou, herečkou, manekýnkou či jinak úspěšnou ženou. To podporuje fakt, že poruchou příjmu potravy trpěly i některé bohaté a slavné osobnosti jako např. zpěvačka Karen Carpenter, herečka Audrey Hepburn nebo dvojčata Mary-Kate a Ashley Olsen. Veřejným tajemstvím byla i diagnóza princezny Diany z Walesu. V tomto případě se ukazuje, že obtíže s přijímáním potravy, které na první pohled vypadají jako čistě osobní problém, jsou ve skutečnosti otázkou sociologickou. Vezmeme-li totiž do úvahy nejen život ohrožující formy mentální anorexie, ale také posedlost dietami a trápení se nad tím, jak vypadáme, můžeme poruchy související s jídlem považovat za součást života miliónů lidí ve všech průmyslových zemích.

Téma mé diplomové práce „Poruchy příjmu potravy v období adolescence“ jsem si vybrala po důkladném zvážení, protože se domnívám, že v dnešní době nabývá na aktuálnosti. Jedná se o problematiku, která nezasahuje pouze do lékařské oblasti, ale týká se celé naší společnosti a kultury. Dalším důvodem, který mne inspiroval a který hrál významnou roli při volbě tématu mé práce, je skutečnost, že jsem se s touto problematikou setkávala ve své profesi. Pracovala jsem dva roky v neziskové organizaci, která nabízí pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy, jejich blízkým, ale i široké veřejnosti.

Cílem mé diplomové práce je přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaká je informovanost studentů brněnských středních škol v oblasti poruch příjmu potravy, resp. zda existují případné rozdíly v této informovanosti, které jsou dány odlišným pohlavím, věkem, bydlištěm nebo typem střední školy.

Diplomovou práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, které se dále člení na jednotlivé podkapitoly. V první kapitole uvádím základní charakteristiku adolescence a popisují biologické, psychologické a sociální změny, které s tímto životním obdobím souvisejí. Ve druhé kapitole se zabývám historií poruch příjmu potravy a nejčastějšími typy onemocnění jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Zmiňuji se také o méně známých typech poruch příjmu potravy jako je ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Ve třetí kapitole se zaměřuji na možné příčiny

vzniku poruch příjmu potravy a na všestrannou léčbu těchto duševních onemocnění. Dále v rámci této kapitoly seznamuji čtenáře s možnostmi prevence poruch příjmu potravy. Závěrem zmiňuji souvislost dané problematiky se studijním oborem sociální pedagogika.

Praktické části je věnována čtvrtá kapitola, která se zabývá výzkumem. Výzkum je realizován metodou dotazníkového šetření a je zaměřen na informovanost studentů brněnských středních škol v oblasti poruch příjmu potravy. Respondenty výzkumu tvoří studenti brněnských středních škol ve věkovém rozmezí od 15 do 20 let.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ADOLESCENCE Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

Vzhledem k tematickému zaměření a účelu mé diplomové práce bych se chtěla v této kapitole podrobněji zaměřit na životní etapu adolescence. Prostřednictvím jednotlivých podkapitol uvedu základní charakteristiku adolescence a dále popíši biologické, psychologické a sociální změny, které s tímto životním obdobím souvisejí.

1.1 Obecná charakteristika období adolescence

Dospívání neboli adolescence je životní období, kterým prochází každý člověk na cestě od dětství k dospělosti. Je to období, které klade po všech stránkách velké nároky jak na samotného adolescenta, tak i na jeho nejbližší okolí (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 7).

Tematikou adolescence se zabývá mnoho autorů. Níže uvedu vysvětlení tohoto pojmu některými z nich.

„Slovo adolescence je odvozeno z latinského adolesco = dospívat, vyvíjet se, ale také vzmáhat se, sílit, mohutnět. Vstup do adolescence je dán dobou, kdy mladý člověk zpravidla tělesně dozrává jako muž nebo jako žena, a zároveň dobou, kdy zvolil učební nebo studijní obor a začíná se připravovat na určité povolání“ (Říčan, 2004, s. 191).

„Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Dospívání představuje specifickou životní etapu, která má svoje typické znaky v rámci životního cyklu. Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralější formu vlastní identity“ (Vágnerová, 2012, s. 367).

„Adolescence je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. Jejím základním znakem je dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní rozvoj a sociální učení v nejširším slova smyslu“ (Macek, 2003, s. 10).

„Dospívající se začínají lišit jak od dětí, tak od dospělých, vytvářejí si zvláštní znaky i specifickou subkulturu s odlišným vyjadřováním, oblečením a úpravou“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 146).

„V průběhu adolescence jde především o přípravu dospívajícího jedince na roli, kterou bude hrát v dospělosti. Je to vývojová fáze odehrávající se mezi dětstvím a ranou

dospělosti. V té době dochází u dospívajícího jedince k řadě biologických, psychických a sociálních změn“ (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 9).

„Termínem adolescence označujeme poslední věkové období, předcházející dospělosti“ (Helus, 2009, s. 92).

„Adolescence je období mezi pubescencí, která se vyděluje jako samostatná fáze, a ranou dospělostí. Vyznačuje se nástupem sekundárních pohlavních znaků, dosažením pohlavní zralosti, dozráváním rozumových schopností a dotvářením celistvosti osobnosti“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 13).

Co se týče časového vymezení adolescence, autoři zabývající se touto tematikou se shodují na tom, že se jedná o druhou dekádu života, tedy životní období od 10 do 20 let. V užším pojetí pak můžeme adolescenci dále členit na několik fází.

Vágnerová dělí období dospívání na dvě fáze, a to na ranou adolescenci neboli pubescenci, která trvá přibližně od 11 do 15 let, a pozdní adolescenci, která označuje časový úsek od 15 do 20 let (Vágnerová, 2012, s. 369 – 370).

Macek člení období dospívání na tři fáze, a to na ranou (časnou) adolescenci trvající zhruba od 10 do 13 let, střední adolescenci označující časový úsek od 14 do 16 let a pozdní adolescenci, která obvykle trvá od 17 do 20 let (Macek, 2003, s. 35 – 36).

Langmeier a Krejčířová rozlišují dvě fáze dospívání. První fáze je označována jako období pubescence zahrnující životní úsek přibližně od 11 do 15 let, přičemž tuto fázi ještě dále dělí na fázi prepuberty (11 – 13 let) a fázi vlastní puberty (13 – 15 let). Druhá fáze je označována jako období adolescence trvající přibližně od 15 do 22 let (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143).

Vašutová a Panáček dělí období dospívání (stejně jako Macek – viz výše) na tři fáze. První fází je raná (časná) adolescence zahrnující časový úsek zhruba od 11 – 12 let do 13 – 14 let. Druhou fází je střední adolescence, která trvá od 13 – 14 let do 15 – 16 let. Třetí fází je pozdní (vrcholná) adolescence trvající obvykle od 15 – 16 let do 20 – 22 let (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 9 – 10).

Říčan rozlišuje dvě fáze dospívání (podobně jako Langmeier a Krejčířová – viz výše). První fázi označuje jako pubescenci, která trvá od 11 do 15 let. Druhou fází označuje jako adolescenci, která zahrnuje časové období od 15 do 20 – 22 let (Říčan, 2004, s. 169 – 191).

Ve své diplomové práci bych se chtěla podrobněji zaměřit na cílovou skupinu adolescentů ve věku od 15 do 20 let. Z toho důvodu je mi nejbližší časové pojetí adolescence, jak jej uvádí Říčan. Pro účely této práce se tedy budu držet tohoto členění, které považuji za nejvhodnější.

Ukazuje se, že s rozvojem civilizace nabývá období adolescence na důležitosti. Za posledních sto let došlo k urychlení biologického dozrávání. Znamená to, že u dětí nastupuje pubescence v nižším věku, než tomu bylo v dřívějších dobách. Jedná se například o růst ňader a menarché u dívek nebo erekcí a hlasovou mutaci u chlapců. Jinými slovy děti jsou dříve sexuálně zralé. Co se týče psychického a sociálního dozrávání, je tomu však naopak. Mladí lidé později ukončují studium a často jsou i po dvacátém roce života ekonomicky závislí na rodičích. Současným trendem je také odkládání sňatku a rodičovství do stále vyššího věku. Prodlužování psychosociálního dozrávání je mimo jiné spojeno s rostoucími nároky společnosti na osobnost dospělého (Helus, 2009, s. 92 – 93).

Langmeier a Krejčířová výše zmíněný vývoj označují termínem sekulární akcelerace. Akcelerace = urychlení, zrychlení; sekulární = dlouhotrvající, opakující se po století. Termín sekulární akcelerace tedy znamená celkové urychlování růstu a vývoje v průběhu staletí. Celkově vzato lze konstatovat, že vlivem sekulární akcelerace se zkracuje doba dětství, na druhou stranu se však oddaluje nástup plné dospělosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 144 – 146).

1.2 Biologické změny

V období adolescence pokračuje tělesný růst. Někteří adolescenti mohou relativně rychle vyrůst až o desítky centimetrů (zvláště chlapci). Jiní mohou růst pomaleji nebo už pouze nepatrně. Formuje se postava adolescenta, která postupně dostává dospělé proporce. Trup roste více než končetiny, čímž se vyrovnávají tělesné disproporce z období pubescence. Odlišnost chlapecké a dívčí postavy je v tomto období již zcela zřejmá. Chlapcům postupně mohutní svalstvo a tím jejich postava dále mužní. Dívkám rostou ňadra a boky a jejich postava tak dostává výrazné ženské tvary. U chlapců pokračuje mutace, tj. růst hrtanu a hlasivek. Původně chraplavý hlas se stane spíše skřehotavým a později klesne přibližně o oktávu, čímž zmohutní. Objevují se též vousy v oblasti obličeje. U obou pohlaví se projevuje zvýšená produkce kožních žláz (Říčan, 2004, s. 193).

Během dospívání se zlepšuje také motorika, tj. koordinace pohybů. Dospívající jedinec lépe zvládá činnosti, které vyžadují sílu, obratnost nebo jemnou motoriku. Pohyby adolescentů jsou ladnější. V adolescenci dosahuje jedinec největší fyzické síly a často také nejpevnějšího zdraví. Je to období, kdy chlapci i dívky dosahují plné schopnosti reprodukce (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 16).

Vstup do adolescence je z biologického hlediska vymezen pohlavním dozráním. V tomto období často dochází k první sexuální zkušenosti dovršené pohlavním stykem. Tato zkušenost představuje v životě adolescenta velmi důležitý mezník, a to nejen z pohledu biologického, ale také psychosociálního. Subjektivně může být zkušenost s pohlavním stykem vnímána jako vstup do dospělosti (Vágnerová, 2012, s. 439).

V období adolescence roste subjektivní význam zevnějšku, což se projevuje větší zaměřeností na vlastní tělesný vzhled. Kult těla je navíc podporován médií, která prezentují mládí a fyzickou krásu jako vysoké hodnoty. V tomto ohledu jsou adolescenti v ideální fázi vývoje. Často srovnávají vlastní tělo s vrstevníky i aktuálně akceptovaným ideálem krásy. Pokud fyzická atraktivita odpovídá aktuálnímu ideálu krásy, dodává to mladým lidem potřebnou sebejistotu a podporuje se tak jejich sebevědomí. Jestliže je adolescent v této oblasti nějak znevýhodněný, pociťuje subjektivně menší jistotu a má nižší sebedůvěru. Aby se mladí lidé ubezpečili o své hodnotě, potřebují se líbit druhým, ale také sami sobě. Tělesný vzhled představuje prostředek k dosažení sociální prestiže. Proto někteří adolescenti dokáží velice systematicky, někdy až tvrdě, pracovat na svých fyzických kvalitách. Drží nejrůznější diety, posilují, cvičí. Na krásu se pohlíží jako na určitý úkol, který je třeba splnit. Zejména dívky mohou v tomto ohledu vyvíjet značné úsilí, aby se danému ideálu co nejvíce přiblížily (Vágnerová, 2012, s. 375 – 376).

Společenské stereotypy kladou větší důraz na ženskou krásu. U mužů se hodnotí i jiné vlastnosti a jejich fyzický vzhled není pro dosažení sociální prestiže tak významný. To je také důvod, proč odlišnost od aktuálního ideálu krásy představuje subjektivně větší zátěž pro dívky. Současný ideál krásy prezentuje extrémně štíhlou až hubenou ženu, bez boků a stehů, ale s dlouhými nohama a většími ňadry. Problém je však v tom, že v pubescenci se dívčí postava mění přesně opačným směrem, a proto je pro většinu dívek tento ideál nedosažitelný. Mužský ideál krásy není tak jednoznačně vymezen. Chlapci navíc tolik neulpívají na jednotlivých částech svého těla, ale posuzují se spíše komplexně (Vágnerová, 2012, s. 473).

Změna tělesných proporcí může pro některé dívky znamenat ztrátu dřívější jistoty, resp. sebejistoty. Jestliže nedojde k pozitivnímu přijetí vlastního těla, může ve vztahu k němu převážit negativní postoj, odmítání až nenávisť. Vlastní tělo pak mohou vnímat jako viníka svých problémů a trestat je. Přestože jejich problémy většinou se vzhledem nesouvisí, jsou některé dívky přesvědčené, že by jim bylo lépe, kdyby byly krásnější, tzn. štíhlejší. Jelikož tělesný vzhled do značné míry závisí na výživě, mohou se jejich osobní potíže negativně promítnout do vztahu k jídlu. V extrémním případě se může jednat až o zdraví a životu nebezpečnou poruchu příjmu potravy (Vágnerová, 2012, s. 474).

1.3 Psychologické změny

V průběhu dospívání dochází k zefektivnění neuronálního propojení, což umožňuje zejména rychlejší zpracování informací. Mění se také produkce neurotransmiterů, tj. látek, které ovlivňují aktivitu určité oblasti mozku. Během dospívání je významné např. zvýšení hladiny dopaminu v prefrontální kůře a v limbickém systému, v důsledku čehož dochází k tendenci vyhledávat vzrušující zážitky a zvyšuje se také potřeba riskovat. Ochota přijímat riziko s sebou však nese i pozitivní důsledky. Projevuje se otevřeností novým zážitkům a zkušenostem a ochotou investovat energii a čas do vytváření něčeho nového. Prefrontální mozková kůra slouží jako centrum rozhodování a řízení nejrůznějších projevů. Její postupné dozrávání má důležitý vliv na uvažování a chování dospívajících. Tím, že umožňuje zpracovat větší množství informací a rozlišovat mezi nimi, se stává důležitým předpokladem pro rozvoj poznávacích schopností (Vágnerová, 2012, s. 372).

Během adolescence pokračuje vývoj vnímání, a to zejména vizuálního, které souvisí s rozvojem abstraktního myšlení. Vyvíjí se také řeč, především roste slovní zásoba. Mění se schopnost učení, které probíhá především na základě logických souvislostí (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 148 – 149).

V období adolescence se zvyšuje efektivita pozornosti. Dále dochází ke změně charakteru krátkodobé i dlouhodobé paměti. S rostoucím věkem přibývají mladým lidem nejrůznější zkušenosti, čímž dochází ke zvyšování množství informací, které se ukládají do dlouhodobé paměti. Vlivem kvalitnější sebereflexe může mladý člověk využívat svého vlastního vlivu na to, co si zapamatuje. Účelem tohoto procesu je přezkoumání a úmyslné přehodnocení zapamatovaných informací. Mění se také myšlení, které dívkám i chlapcům

umožňuje uvažovat hypoteticky, tj. pracovat s domněnkami, možnostmi. V souvislosti se změnou uvažování se mění také chápání času. Adolescenti už nejsou zaměřeni pouze na přítomnost, jako tomu bylo v dětství, ale nabývá pro ně na významu především budoucnost (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 13 – 14).

Co se týče rozvoje inteligence, ta se ve fázi adolescence projevuje zejména v oblasti pružnosti myšlení. Mladí lidé umějí uvažovat o problému, aniž by byli zatíženi předchozí zkušeností, která by je v jejich myšlení omezovala na obvyklá, stereotypní řešení. Proto často řeší situace nově, netradičně a radikálně. Preferují rychlá, jednoznačná a zásadní řešení, která posilují jejich pocit jistoty. Na druhou stranu mohou být jejich myšlenkové strategie poněkud zbrklé a ne zcela adekvátní. Mohou sice zvolit řešení, které je logicky správné, ale neberou dostatečně v úvahu komplexnost dané situace. Jejich úsudky ovlivňuje také nedostatek vlastních zkušeností a neochota přijímat poznatky a názory druhých lidí. U adolescentů převažují krajní varianty řešení, kompromisy bývají více v pozadí. Myšlení mladých lidí může být značně ovlivněno také pozitivními i negativními emocemi (Vágnerová, 2012, s. 384).

Pro adolescenci je typický také rozvoj metakognice, tj. vědomí možnosti různých postupů a strategií. Adolescenti již začínají chápat, co zlepší jejich soustředění na práci a tudíž i dosažení kvalitnějších výsledků. Vzhledem k celkové tendenci k introspekci, tj. sebezpozorování a uvažování o sobě samém, dokážou lépe odhadnout své schopnosti i dovednosti a mohou je tak efektivněji využívat k dosahování svých cílů (Vágnerová, 2012, s. 383 – 386).

Další důležitou oblastí je emoční prožívání. Zatímco pubescence se vyznačovala značnou kolísavostí emočního ladění a vesměs větší labilitou a přecitlivělostí, v období adolescence dochází ke stabilizaci emočního prožívání. Dívky a chlapci již nebývají tak náladoví, podráždění a citově labilní. Z biologického hlediska je to dáno hormonálními vyrovnáním a adaptací organismu na pohlavní zralost. Adolescenti také dokážou své emoce lépe zvládat, neboť si uvědomují, že neregulované emoční projevy mohou nežádoucím způsobem ovlivnit jejich vztahy s druhými lidmi. Stejně tak dovedou lépe zacházet i s emocemi jiných lidí (Vágnerová, 2012, s. 393).

V souvislosti s emočním zklidněním dochází u adolescentů rovněž ke stabilizaci volní autoregulace. Dokážou se lépe ovládat, a to i v emočně vypjatých situacích. V určitých

případech je může sebeovládání dokonce uspokojovat a stát se pro ně zdrojem sebeúcty (Vágnerová, 2012, s. 394).

Macek charakterizuje adolescenci po stránce emočního prožívání jako „období prvního vystřízlivění“. Tento pocit zažívá mladý člověk při srovnávání svých vysněných představ a ideálů s každodenní realitou (Macek, 2003, s. 48).

Mladí lidé mají obecně tendenci k velmi výrazným prožitkům, což se odráží v potřebě riskovat a překračovat stanovené hranice. To je dáno jednak velkým množstvím energie, ale také nejrůznějšími změnami. Adolescenti mají hodně nových zážitků a zkušeností, které působí o to intenzivněji. Upřednostňují hlasitou hudbu, rychlou jízdu či extrémní sporty. Cílem je prožít nějaké velké vzrušení, k čemuž adrenalinové aktivity podněcují. Na prožitek jsou zaměřeny i různé hromadné akce typu techno party apod. Touha po novém a silném zážitku může vést i k experimentaci s psychotropními látkami, jakými jsou např. alkohol, cigarety nebo marihuana (Vágnerová, 2012, s. 466 – 467).

Adolescence je životní období, v němž mladí lidé rozvíjejí a dotvářejí svou identitu. Hledají odpovědi na otázky typu: Kdo jsem? Kam patřím a kam směřuji? Jaké hodnoty jsou v mém životě nejvýznamnější? Čemu doopravdy věřím? V čem je smysl mého života? Budovat svou identitu znamená především poznávat sám sebe (Říčan, 2004, s. 217 – 221).

Jde o to poznat své možnosti i meze a přijmout svou jedinečnost včetně některých nedostatků. Velmi důležité je také hodnocení vlastního tělesného vzhledu. Mladí lidé s nízkým sebehodnocením mají sklony neustále na sobě nacházet různé odchylky či vady a trápit se pro ně. Příčinou nízkého sebevědomí mohou být např. nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob jako jsou rodiče, sourozenci nebo přátelé. Asi nikomu neprospěje věta typu: „Ty máš ale zadek!“ Nebo: „Dělej se sebou něco, nebo se neunes!“ Podobné narážky na postavu mohou zaznět také ve škole, ze stran spolužáků či pedagoga. Nespokojenost s vlastním vzhledem může u některých adolescentů nabývat až patologické podoby. V krajních případech se jedná o úmyslné odmítání potravy a záměrné hubnutí, které může skončit až smrtí (toto téma bude podrobně rozebráno v další kapitole). Adolescenti mají tendenci posuzovat se podle toho, jak je vidí druzí lidé, zejména jejich vrstevníci, ale také podle toho, co si oni sami myslí o tom, jak je druzí vnímají. Rozvíjení identity není spojeno pouze s pasivním poznáváním sebe sama, ale opírá se také o aktivní experimentování. Mladí lidé např. střídají koníčky, mění zájmy, studijní obor, popř. mohou experimentovat i v partnerských vztazích. Snaží se rovněž o aktivní

sebeutváření ve smyslu být sám sebou a co nejvíce se přiblížit svému ideálu (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 160 – 162).

Některým adolescentům chybí dostatečná sebejistota a mají sklony o sobě pochybovat. Jejich nejistotu může posílit skutečnost, že se neustále mění jejich pozice a také nároky, jež jsou na ně kladeny. To může být způsobeno např. přechodem do nové, náročnější školy a současně také do nového kolektivu, mezi jiné vrstevnické skupiny. Zde si adolescenti musí znovu vybudovat přijatelné postavení, získat nové spolužáky a přátele apod. Na konci adolescence se představa mladých lidí o sobě samých postupně stabilizuje. V tomto období již většina ví, kým jsou a jací jsou, přestože jejich identita ještě nemusí mít konečnou podobu (Vágnerová, 2012, s. 457 – 458).

Životní fáze adolescence je zakončena nástupem dospělosti. Mnohým adolescentům se však dospělost jeví jako příliš náročná nebo málo přitažlivá, protože její nedílnou součástí je osobní odpovědnost, určitá omezení a také povinnosti. Zmíněná náročnost pak vede k tomu, že mladí lidé touží, ať už vědomě či nevědomě, po odkladu dospělosti. Erikson tuto skutečnost označuje termínem adolescentní moratorium (vývojové provizorium). Moratorium = pozastavení, zmrazení, odklad. Dalo by se říci, že mnozí adolescenti si trávením volného času, druhem zábavy a v podstatě celým svým způsobem života vytváří tzv. „prozatím“ a odmítají se stát dospělými. Moratorium může mít různé podoby. Může se jednat o přehnanou pílí nebo vášnivě zaujetí určitým koníčkem, např. studiem cizího jazyka, sportem, hrou na hudební nástroj apod. Moratoriem ale může být také členství v pochybné partě, do které adolescent na nějakou dobu zabředne, nebo sexuální promiskuita, tj. střídání partnerů a intenzivní sexuální život. Z hlediska vývoje jedince může být nebezpečnou formou moratoria rovněž nezaměstnanost, ke které se adolescent uchýlí hned po dokončení studia. Smyslem moratoria je především vědomé odsouvání problémů, které tak ztrácejí na své naléhavosti (Říčan, 2004, s. 223 – 225).

Období dospívání klade na mladého člověka po všech stránkách značné nároky a obvykle s sebou přináší také určité nejistoty a obavy. To může souviset např. s tělesnými změnami, které proběhly v pubescenci. Kritika či negativní hodnocení sociálního okolí mohou mít neblahý vliv na sebehodnocení a sebedůvěru mladého člověka. V sociální oblasti může být zdrojem nejistot nezkušenost v navazování partnerských vztahů. Tyto obavy posiluje především tlak vrstevníků, kteří již partnerskou zkušenost mají nebo se tak alespoň prezentují. Adolescent, který doposud partnerský vztah neprožil, si může připadat

méněcenný a oproti svým vrstevníkům a kamarádům poněkud „opožděný“ (Michalčáková, 2007, s. 45).

1.4 Sociální změny

Období adolescence je charakteristické komplexní proměnou jedince. Mění se jak osobnost dospívajícího, tak i jeho společenská pozice. Na začátku adolescence, tedy v 15 letech, je důležitým sociálním mezníkem získání občanského průkazu, ukončení povinné školní docházky a s tím spojená změna školy a potažmo i spolužáků. V průběhu adolescence je mladý člověk postupně přijímán jako dospělý a zároveň se od něj očekává odpovídající jednání. V 18 letech adolescent dosahuje plnoletosti. Z právního hlediska to znamená, že je způsobilý k právním úkonům. Dosažení zletilosti ovšem nemá jen právní charakter, ale představuje také jeden z významných mezníků dospělosti. Mladý člověk se může svobodně rozhodovat, může uzavřít manželství nebo různé smlouvy. Zároveň je ale také plně odpovědný za své chování. Na konci adolescence je ze sociálního hlediska důležitým předělem ukončení profesní přípravy a nástup do zaměstnání, popř. pokračování v dalším studiu na vysoké škole. Mladý člověk se ocitá v novém prostředí, na které si musí zvyknout a chovat se zde podle určitých pravidel (Vágnerová, 2012, s. 370 – 397).

Dospívání se jeví jako klíčové a rozhodující období pro převzetí pozdějších dospělých rolí, především manželských a rodičovských. Z obecného hlediska je pro adolescenty důležitá zejména předprofesní role studenta či učně, která postupně směřuje k získání určité sociální pozice; profesní role, jež je předpokladem k dosažení ekonomické nezávislosti a s ní spojené sociální samostatnosti; role člena skupiny, se kterou se mladý člověk vnitřně ztotožňuje a získává tak určitou sociální identitu; role blízkého přítele, jemuž lze důvěřovat a s nímž může adolescent sdílet nejrůznější zážitky a zkušenosti; a v neposlední řadě také role partnerská, která naplňuje potřebu intimního vztahu po stránce emoční i sexuální (Vágnerová, 2012, s. 398).

Během adolescence prochází určitou proměnou vztah adolescenta s jeho rodiči. Ukazuje se, že pro harmonický vztah rodičů s adolescenty je velmi důležitá celková atmosféra v rodině a také komunikační styl mezi rodiči a dospívajícími. Neméně významnou roli hraje zájem rodičů o své děti a jejich vřelost ve smyslu vyjadřování pozitivních emocí, empatie a porozumění. Podstatná je zejména vřelost ze strany rodiče stejného pohlaví.

Pokud mají adolescenti pocit, že mohou před rodiči volně vyjadřovat své pocity a názory, a že je rodiče poslouchají, přispívá to k jejich pozitivnímu sebehodnocení a případné konflikty nejsou vnímány jako fatální. Uvádí se, že celkovou atmosféru v rodině citlivěji vnímají dívky. Pokud tedy zažívají nepříznivou rodinnou atmosféru ve smyslu různých konfliktů, hádek, nedůvěry nebo nezájmu ze strany rodičů, podepisuje se to negativně i na jejich sebehodnocení a sebeúctě. Chlapci se v tomto ohledu jeví jako více rezistentní. Vztahy adolescentů s rodiči by měly být postaveny především na vzájemné důvěře. Mladí lidé potřebují, aby jim rodiče dávali určitou svobodu, respektovali jejich potřeby, zájmy a jedinečnost (Macek, Lacinová, 2012, s. 26 – 28).

Součástí dospívání je postupný a přirozený proces emancipace, tj. osvobození se z podřízeného postavení. Tento proces se projevuje především v rodině, a to změnou postoje adolescentů k rodičům. Mladí lidé touží o sobě rozhodovat sami a zbavit se přílišné kontroly. Potřebují dostatečnou volnost, ale současně také podporu. Pokud jsou k nim rodiče otevření a dokáží naslouchat jejich potřebám, vytvoří tím pozitivní podmínky k postupnému osamostatňování, aniž by byla narušena vzájemná důvěra. Adolescentní emancipace rovněž souvisí s proměnou citové vazby k rodičům. Po emoční stránce se to projevuje zmenšením závislosti na bezprostřední emoční podpoře rodičů a také sklonem k vytváření nových vazeb, zejména vrstevnických. Z poznávacího hlediska jde o větší samostatnost v oblasti uvažování a nepřijímání názorů dospělých jako jednoznačně platných. V důsledku větší nezávislosti tráví mladí lidé s rodiči méně času, ubývá jejich společné komunikace i sdílení různých zážitků (Vágnerová, 2012, s. 399 – 404).

Ke konci období adolescence se vztahy s rodiči většinou stabilizují, zklidňují a rodiče by měli přijmout osamostatnění svého potomka. Mladý člověk už není vnímán jako dítě či pubescent, ale jako téměř dospělý se všemi právy a minimem povinností vzhledem k rodičům. Úměrně tomu klesá také množství konfliktů. Adolescenti potřebují dospělého, ke kterému mohou vzhlížet, a který s nimi jedná jako s rovnocennými partnery. Často také odmítají automaticky přejímat rodičovské názory, hodnoty a způsoby řešení problémů, protože jim připadají zastaralé. Snaží se hledat nové, lepší a originálnější postoje i způsoby jednání, než jaké představuje starší generace, a proto experimentují s různými variantami. Lorenz tuto tendenci označuje termínem adolescentní neofilie (Vágnerová, 2012, s. 409 – 410).

Jedním z trendů současné společnosti je prodlužování doby, po kterou mladý člověk zůstává ve své primární rodině. To je dáno zejména zvyšujícím se počtem vysokoškoláků,

kteří nastupují do zaměstnání ve vyšším věku a také později zakládají vlastní rodiny. Jedním z nejvýznamnějších vývojových úkolů v období adolescence je získání autonomie, tj. nezávislosti. V 18 letech je sice adolescent zletilý a současně plně odpovědný za své činy, avšak po ekonomické stránce je stále závislý na svých rodičích. Skutečně nezávislým se stává až ve chvíli, kdy je schopen naplno pracovat a vydělávat peníze (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 41).

V životě adolescentů se kromě rodičů a ostatních členů rodiny vyskytuje spousta dalších důležitých osob. Mohou to být např. učitelé, vychovatelé, sportovní trenéři, vedoucí různých zájmových kroužků apod. Kontakt s dospělými může být pro adolescenty přínosný zejména z hlediska jejich intelektuálního, emočního a sociálního rozvoje. Vezmeme-li v úvahu četnost interakcí, tj. vzájemné působení dvou nebo více činitelů, stává se pro adolescenty nejvýznamnější především vztah s učiteli. Ukazuje se však, že ve srovnání s rodiči či jinými rodinnými příslušníky adolescenti nevnímají své učitele jako subjektivně důležité. Přesto se učitelé nemalou měrou podílejí na socializaci mladých lidí, a to tím, že pomáhají adolescentům naplnit potřebu někam patřit, vštěpují jim hodnotu vzdělání, motivují k učení a spoluformují sociální identitu (Macek, Lacinová, 2012, s. 81 – 89).

Na počátku adolescence, po ukončení povinné školní docházky, přecházejí mladí lidé na střední školu a získávají tak nový sociální status – roli středoškolského studenta. Přejít na jiný typ školy představuje v životě adolescenta významný předěl. Pro mnohé mladé lidi může být tato změna stresující, jelikož se ocitají v novém prostředí a novém třídním kolektivu, kde většinu spolužáků neznají a musí si znovu vybudovat své postavení. S přechodem na střední školu souvisí také větší studijní nároky, což může pro některé adolescenty představovat určité riziko, že jejich výsledky nebudou uspokojující. Uvádí se, že větší motivaci ke školní práci a k učení mají mladí lidé, kteří po absolvování střední školy chtějí pokračovat ve studiu na vysoké škole. Pro adolescenty je charakteristické sdílení názoru na školu. Učitelé se jim často jeví jako lidé, kteří nerespektují jejich názory, nejsou vůči nim dostatečně otevření a vstřícní. Na druhou stranu uznávají, že ani oni nejsou příliš ochotni spolupracovat (Vágnerová, 2012, s. 416 – 418).

Pro některé mladé lidi je ke konci adolescence dalším důležitým sociálním mezníkem ukončení profesní přípravy a s tím spojený nástup do zaměstnání. Z role studenta se dostávají do role profesní, ze které vyplývá ekonomická nezávislost, což je v naší společnosti považováno za důkaz dospělosti. S tím souvisí také změna postoje ze strany rodičů, kteří adolescentovi připisují větší právo o sobě rozhodovat. Mladí lidé mívají

v souvislosti s nástupem do zaměstnání protichůdné pocity. Pozitivně hodnotí zejména nezávislost a ekonomickou soběstačnost. Na druhou stranu mohou po určité době pociťovat zklamání ze stereotypu pracovního dne, který jim umožňuje výrazně méně času na zájmové aktivity. Zátěž může představovat také rozdíl mezi realitou a očekáváním, které adolescenti měli. K pocitu nespokojenosti v zaměstnání může přispívat i určitá nepohoda spojená s délkou pracovní doby či každodenním ranním vstáváním, což pro mladé lidi představuje ztrátu svobody. Uvádí se, že nástup do zaměstnání je pozitivně přijímán zejména těmi adolescenty, kteří byli ve studiu neúspěšní a škola pro ně představovala takovou přítěž, že jim přechod do zaměstnání v podstatě přináší vítanou úlevu. Pracoviště klade na člověka jiné nároky a platí zde odlišná pravidla, než tomu bylo ve škole. Klíčem k úspěchu bývají rovněž jiné vlastnosti, než jaké byly žádoucí ve škole. Celkově vzato je nástup do zaměstnání spojen jak s pozitivními, tak negativními aspekty. Přináší jedincům větší osobní svobodu v souvislosti s ekonomickou soběstačností, zároveň však představuje určitou zodpovědnost a závazky, které mohou být některými adolescenty vnímány jako nepříjemné (Vágnerová, 2012, s. 420 – 423).

Během adolescence se významnou měrou rozvíjejí vztahy s vrstevníky, které jsou v tomto období nejdůležitějším zdrojem emoční a sociální opory. V souvislosti s rostoucím významem vrstevníků, ustupují vztahy s rodiči poněkud do pozadí. Oblasti rodiny a přátel jsou tak více odděleny a každá z nich uspokojuje odlišné potřeby adolescentů. Ve vztahu k rodičům jde především o snahu ke zrovnoprávnění vlastní pozice, kdežto vztah s vrstevníky naplňuje potřebu sociální prestiže a hodnoty pro druhé. Tím, jak postupně klesá subjektivní význam vztahů s rodiči, otevírá se prostor pro vytvoření citové vazby s blízkými lidmi podobného věku a postupně také intimního vztahu. Ukazuje se, že mladí lidé, kteří měli v dětství a dospívání kladný emoční vztah s rodiči, založený na důvěře, navazují kvalitnější vztahy s vrstevníky, snáze navazují důvěrný kontakt, jsou oblíbenější apod. (Macek, Lacinová, 2012, s. 41 – 45).

V období dospívání narůstá kontakt s vrstevníky, kteří se stávají důležitým zdrojem sociální opory. Tu můžeme definovat jako pocit dostupnosti druhých, na které se můžeme spolehnout v případě řešení svých obtíží. Vrstevnické vztahy ulehčují postupný proces získávání nezávislosti na rodičích a slouží adolescentům jako zdroj informací a vzájemného porozumění. Témata, jako jsou např. koníčky nebo oblékání, řeší častěji se svými vrstevníky. Naproti tomu s rodiči více probírají otázky související se vzděláváním

nebo profesní kariérou. Uvádí se, že dobrá sociální opora ze strany vrstevníků přispívá ke snadnějšímu překonávání nesnází v každodenním životě (Macek, Lacinová, 2012, s. 49).

Macek doplňuje, že vrstevnický vztah je unikátním a nezastupitelným typem vztahu, který umožňuje vzájemnou výměnu názorů, pocitů a vzorců chování. Současně je také prostředkem k hledání a ujasňování vztahu k sobě samému. Adolescenti získávají členstvím ve vrstevnické skupině určitý sociální status a také pocit vlastní hodnoty. Jedinci, kteří jsou svými vrstevníky pozitivně hodnoceni, mají většinou také vyšší sebehodnocení ve srovnání s těmi, kteří jsou méně oblíbení (Macek, 2003, s. 57 – 58).

Vágnerová dodává, že vztahy s vrstevníky pomáhají uspokojovat nejrůznější psychické potřeby. Jedná se zejména o potřebu stimulace, která je naplňována prostřednictvím kontaktů s vrstevníky, kteří sdílejí společné aktivity a prožitky; potřebu smysluplného učení, jež souvisí s tím, že v kontaktu s vrstevníky získávají mladí lidé různé zkušenosti, které mohou vzájemně porovnávat a dostávat tak užitečnou zpětnou vazbu. Soužití s vrstevníky také přispívá k lepšímu uvědomění sebe sama ve smyslu podobnosti či odlišnosti od ostatních. Dále se jedná o potřebu jistoty a bezpečí, která bývá v období adolescence uspokojována nejen v rodině, ale také v rámci vrstevnické skupiny. Tím, jak se mladý člověk postupně odpoutává od své rodiny, ztrácí určitý pocit zázemí a hledá tak oporu u svých vrstevníků, kteří jsou v podobné situaci. Důležitý význam v období dospívání má též potřeba být akceptován a v souvislosti s tím získat přijatelnou sociální prestiž. Postavení, které dospívající ve skupině vrstevníků zaujímá, má značnou subjektivní hodnotu a stává se významnou součástí jeho identity. Klíčovou potřebou pro dospívající je rovněž potřeba určit si vlastní pravidla, která souvisí s postupným osamostatňováním od rodičů. Adolescenti si vytvářejí vlastní normy, které jsou jim bližší a potvrzují jejich nezávislost (Vágnerová, 2012, s. 423 – 426).

Zvláštní vrstevnickou skupinou je školní třída. Protože zde mladý člověk tráví spoustu času, je pro něj většinou velmi důležitá. Jedinec, který je ve třídě oblíben a ostatní ho uznávají, bude mít pravděpodobně větší sebejistotu i lepší sociální kompetence. Naproti tomu pro adolescenta, který z nějakého důvodu do třídy „nezapadl“, může soužití se spolužáky představovat značnou zátěž, jelikož školní třída je skupinou, kterou nelze vyměnit (Vágnerová, 2012, s. 427 – 428).

Vliv vrstevnické skupiny dosahuje nejvyšší intenzity zhruba v 15 – 16 letech. V dalším období se vliv vrstevníků snižuje. Na konci adolescence se mladí lidé ze závislosti na

skupině postupně odpoutávají a více se zaměřují na individuální vztahy. Členství ve skupině vrstevníků pro ně ztrácí na významu a mají větší tendenci spoléhat se na svůj vlastní názor, a to jak ve vztahu k rodičům, tak i kamarádům (Vágnerová, 2012, s. 430 – 431).

V adolescenci nabývají na významu kromě vrstevnických vztahů také vztahy přátelské. Ukazuje se, že blízké přátelství mezi dívkami má během adolescence větší důležitost než blízké přátelství mezi chlapci. Je tomu tak proto, že mezi dívkami panuje v komunikaci větší otevřenost, ve větší míře si sdělují své zkušenosti a mluví spolu o svých pocitech. Dovedou také ocenit inteligenci svých kamarádek, jejich upřímnost a důvěru ve smyslu udržení sdělených informací v tajnosti. Přátelství chlapců bývá více kolektivní, založené zejména na základě společných zájmů a činností. Ve srovnání s dívkami má pro chlapce vyšší hodnotu ztotožnění s vrstevnickou skupinou. Jejich přátelství se opírá hlavně o schopnost podat dobrý výkon, o respekt a také zásadovost. Oceňovanými vlastnostmi jsou fyzická zdatnost, otevřenost, originalita a smysl pro humor. Blízké přátelství mezi dívkou a chlapcem není v adolescenci příliš obvyklé. Prospěšné ale může být především pro ty, kteří nemají sourozence opačného pohlaví (Macek, 2003, s. 59).

Ukazuje se, že pozitivní zkušenost získaná v rodině se přenáší také do přátelských vztahů. Adolescenti, kteří měli kladný emoční vztah s rodiči, snáze navazují blízké vztahy s přáteli. Přátelský vztah představuje důležitou emoční oporu při zvládání různých obtíží. Mladí lidé jsou ochotni si vzájemně pomáhat, nezištně jednat ve prospěch druhého či vzdát se pro něj něčeho subjektivně významného. Důvěrné přátelství přispívá k osobní vyrovnanosti a posiluje sebevědomí adolescenta. Uvádí se, že mladí lidé, kteří mají blízkého přítele, mají lepší sebehodnocení, vyšší sebeúctu a celkově jsou se sebou spokojenější (Vágnerová, 2012, s. 431 – 433).

Pro období adolescence je charakteristické experimentování s partnerskými vztahy. Podle Macka a Lacinové se na formování partnerských vztahů adolescentů významnou měrou podílí kvalita manželství či partnerství jejich rodičů. Rodiče svým dětem poskytují modely komunikace, řešení různých problémů, partnerské opory apod. A právě tyto vzory mohou adolescenti později napodobovat ve vlastním partnerském vztahu. Je pravděpodobné, že se hodnota partnerského chování rodičů bude určitým způsobem promítat i do výběru partnera dospívajících. Na oblast partnerských vztahů adolescenta má významný vliv také výchovný styl v rodině, hodnotový systém rodičů, rodinné tradice či emoční klima v rodině. V souvislosti s utvářením partnerských vztahů hrají důležitou roli rovněž

vrstevnické a přátelské vztahy adolescentů. Skupina vrstevníků totiž vytváří prostor pro získávání zkušeností s jedinci opačného pohlaví, a to zejména na základě společné komunikace. V rámci přátelských vztahů zase adolescenti rozvíjejí svoje sociální kompetence, které mohou později využít také v partnerském vztahu (Macek, Lacinová, 2012, s. 58 – 59).

Partnerský vztah adolescentů naplňuje řadu funkcí. Přispívá k formování vlastní identity, je zdrojem sebepoznání, ovlivňuje rozvoj socializace a podporuje intimitu. Může pozitivně ovlivňovat i oblast seberealizace, neboť přispívá k dosažení žádoucího sociálního postavení a prestiže ve skupině vrstevníků. Dívky i chlapci se rádi předvádějí se svými partnery před vrstevníky. Potvrzují si tak vlastní hodnotu a získávají větší sebejistotu. Na konci adolescence bývá většina mladých lidí osobnostně zralejší a v souvislosti s tím se mění také charakter partnerských vztahů. Mladý člověk je již schopný sdílet s partnerem jeho pocity, otevřeně komunikovat a dosáhnout tak opravdové intimity (Vágnerová, 2012, s. 438).

Významnou součástí partnerského vztahu se v adolescenci stává též sexualita. Oblast sexuality a sexuálního chování má u dívek a chlapců jinou sociální souvislost. U chlapců je téma sexuality často probíráno mezi jejich vrstevníky, přičemž zkušenosti v této oblasti zvyšují sociální prestiž jedince. U dívek je sexualita spojována spíše s hodnocením vlastní sexuální atraktivity pro opačné pohlaví. Samotnou sexualitu u nich nepodněcují vrstevníci, ale partner (Macek, 2003, s. 60).

Zkušenosti s pohlavním stykem často předchází experimentace s jinými způsoby uspokojování, které ještě nemají partnerský charakter. Jedná se zejména o masturbaci, se kterou má zkušenost již většina pubescentů, především chlapců. Masturbace však představuje pouze přechodný způsob uspokojování sexuální potřeby. Na začátku adolescence získávají mladí lidé obvykle první zkušenosti s heterosexuálními kontakty. Jejich průběh má svá typická stádia: od držení za ruku přes líbání, francouzské polibky, mazlení typu neckingu a pettingu, orálního sexu až po pohlavní styk. První sexuální zkušenost završená pohlavním stykem představuje v životě adolescenta důležitý předěl. A to nejen biologicky, ale také z psychosociálního hlediska, protože je mnohými adolescenty vnímána jako přechod do dospělosti. Podle dostupných údajů dochází k prvnímu pohlavnímu styku v průměru mezi 17. až 18. rokem. Je to ale velmi individuální a nelze jednoznačně stanovit ideální věk. Ukazuje se, že na zahájení sexuálního života má

vedle osobní zralosti vliv také celkový životní styl, hodnotová orientace a příslušnost k určité sociální vrstvě, do níž jedinec patří (Vágnerová, 2012, s. 438 – 439).

Langmeier a Krejčířová uvádějí, že v současné době dochází k postupnému překonávání určitých stereotypů spojených s mužskou a ženskou pohlavní rolí. To se projevuje např. tím, že chlapci i dívky získávají první sexuální zkušenosti přibližně ve stejném věku, nebo že dívky častěji než dříve zahajují svůj pohlavní život se stejně starým nebo dokonce mladším partnerem. Motivem k zahájení sexuálního života bývá často prostá zvědavost, a to především u chlapců. U dívek převažují spíše citové důvody. Co se týká subjektivních pocitů spojených s prvním pohlavním stykem, naprostá většina chlapců uvádí pozitivní reakce. Naproti tomu dívky častěji prožívají nepříjemné pocity. To může být dáno jednak bolestí při styku, ale také různými úzkostmi, studem, strachem z případného otěhotnění či výčitkami svědomí (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 157 – 158).

Oblast intimity a sexuality může u některých dospívajících vyvolávat obavy či rozpaky také z důvodu neznalosti a nedostatku informací. Příkladem mohou být vyděšené dívky, které se obrací na Linku bezpečí v souvislosti s první menstruací. Chlapci se zase obávají případného selhání při pohlavním styku. Někteří rodiče spoléhají na to, že informace o těchto tématech získají děti ve škole. Naopak pedagogové mohou zase argumentovat tím, že by to měli být právě rodiče, kteří s dítětem pohovoří o tak intimních věcech. V dnešní době si mohou dospívající v podstatě cokoliv najít na internetu. Informace zde obsažené ale mohou být zavádějící, neúplné či zkreslené a dospívající tak může o dané oblasti získat zcela mylnou představu.

Poslední téma, o kterém bych se v souvislosti s dospíváním chtěla zmínit, jsou média. Dynamický rozvoj techniky v oblasti mediální komunikace a také relativně snadný přístup k mediálním přístrojům (daný dobrou technickou vybaveností jednotlivých rodin) jednoznačně přispívá k tomu, že dnešní adolescenti věnují médiím podstatně více času, než tomu bylo v dřívějších dobách. Pro mnoho mladých lidí představují média hlavní náplň jejich volného času. Ať už se jedná o surfování po internetu, hraní počítačových her, sledování televize či poslech hudby (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 45 – 47).

Na počátku adolescence, tj. přibližně od 15 let, klesá zájem o sledování televize a naopak klíčovým médiem se stává internet. Mladí lidé pomocí internetu nejčastěji vyhledávají různé informace, hrají hry nebo komunikují s přáteli. S využíváním internetu se ovšem pojí také určitá rizika. Dospívajícím hrozí např. kyberšikana, což je forma šikany pomocí

informačních a komunikačních technologií, především internetu a mobilních telefonů; kyberstalking, který představuje opakované a stupňované obtěžování např. prostřednictvím SMS zpráv, telefonních hovorů, e-mailů či zpráv na chatu; nebo kybergrooming, což je nebezpečný druh internetové manipulace, kdy se manipulátor snaží v dítěti či dospívajícím vyvolat falešnou důvěru a přesvědčit ho k osobnímu setkání za účelem sexuálního obtěžování. Za rizikové chování je považován rovněž tzv. sexting, tj. rozesílání textových zpráv, fotografií či videí se sexuálním obsahem, nebo kybersex, tj. sexuální aktivita odehrávající se prostřednictvím internetu (Šebeš, © 2013 – online).

V současné době jsou velmi populární sociální sítě, pomocí kterých si adolescenti vytvářejí profily, vkládají fotografie, sdílejí obrázky a videa či vyhledávají nové kontakty. Další „technickou vymožeností“, kterou adolescenti s oblibou využívají, je tzv. iPhone či iPad. Jedná se o mobilní telefon, který kromě běžného volání a psaní textových zpráv umožňuje např. také vyhledávání informací na internetu, poslech hudby, hraní videoher, sledování filmů, komunikaci prostřednictvím sociálních sítí apod. Vedle internetu a mobilního telefonu je u adolescentů rovněž populární poslech hudby. Naproti tomu klesá význam tradičních médií, jako jsou knihy nebo časopisy. Adolescenti je často vnímají, ve srovnání s jinými typy médií, jako méně zábavné až nudné. Celkově vzato lze konstatovat, že média výraznou měrou přispívají k pasivnímu trávení volného času a tím podporují nezdravý způsob života adolescentů (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 50 – 54).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Smutek, sklíčenost, výčitky svědomí, nesmyslná pravidla a nenávisť k sobě samému – všechny tyto pocity zažívá člověk s poruchou příjmu potravy. Současný ideál krásy, jak ho prezentuje společnost a média, bohužel přispívá k tomu, že lidí s poruchou příjmu potravy stále přibývá. Uvádí se, že v České republice trpí některou z forem poruch příjmu potravy každý dvacátý člověk z krizové věkové skupiny, kterou tvoří dívky a ženy od 15 do 25 let. Nemoc však postihuje všechny věkové kategorie – od velmi mladých dívek až po zralé ženy. Potíže s jídlem se nevyhýbají ani mužům. Ti tvoří přibližně 10 – 20 % všech případů. Poruchy příjmu potravy jsou závažná psychická onemocnění, jejichž důsledky mohou být pro nemocného člověka fatální. Zcela uzdravit se podaří pouze 30 – 40 % pacientů. To je do jisté míry dáno tím, že pomoc vyhledá jen 10 % nemocných. Lidé s poruchou příjmu potravy často svůj zdravotní stav řešit nechtějí, stydí se za něj nebo nejsou dostatečně motivováni k léčbě (Zapletalová, 2013 – online).

V rámci této kapitoly uvedu stručný pohled do historie poruch příjmu potravy. Dále se zaměřím na nejčastější typy onemocnění jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Závěrem se zmíním také o méně známých typech poruch příjmu potravy jako je ortorexie, bigorexie nebo drunkorexie.

2.1 Historie poruch příjmu potravy

První zmínky o poruchách, které se podobají dnešní mentální anorexii a bulimii, se dochovaly již v hieroglyfech ze starověkého Egypta a v perských manuskriptech. Období hladovění a přejídání zachycují také pergamenové svitky z dob dávných dynastií. Staří Římané si dokonce záměrně vyvolávali zvracení, aby si vyprázdnili žaludek a mohli tak na svých slavnostech sníst co největší množství jídla (Ladish, 2006, s. 144).

V 5. století před naším letopočtem se o poruchách příjmu potravy zmiňuje řecký lékař Hippokrates a označuje je termínem asithia. Slovo „anorexie“ poprvé použil ve 2. století našeho letopočtu známý lékař Galén. V 17. století se o mentální anorexii poprvé zmiňuje britský lékař Richard Morton. Ve svém díle Phthisiologia popisuje tzv. nervové úbytě, které lze chápat jako skomírání způsobené jak fyzickými příčinami, tak i emocionálními vlivy. Ve druhé polovině 19. století se v literatuře objevují první věrohodné případy mentální anorexie. William Stout Chipley popsal v roce 1859 tzv. sitiofobii, tj. chorobné

nechutenství. O rok později francouzský lékař Louis-Victor Marcé ve svém článku popisuje první případy mentální anorexie, které doplňuje několika anamnézami. O první jednoznačný popis mentální anorexie se společně zasloužili pařížský lékař Ernest-Charles Lasègue a londýnský lékař sir William Withey Gull. Lasègue v roce 1873 publikoval svůj článek o anorexie hystérique. Ve stejném roce přednesl Gull svou přednášku o anorexia hysterica, při které mladé dívky extrémně hubnou a upozorňuje na fakt, že by tomuto onemocnění neměly být přisuzovány somatické příčiny. Přednáška byla uveřejněna v roce 1874 již s použitím termínu anorexia nervosa. Oba lékaři zdůrazňovali, že se jedná o psychogenní nemoc, která se vyskytuje zejména u dívek a mladých žen. Charakteristické příznaky, které oba popsali, platí i v současnosti (Papežová, 2010, s. 20 – 21).

Zpočátku byla mentální anorexie považována za duševní poruchu. V roce 1914 však hamburský patolog Morris Simmonds zjistil, že u některých vyhublých pacientů došlo k poškození hypofýzy (podvěsku mozkového) a mentální anorexie tak začala být spojována se „Simmondsovou chorobou“. Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie díky psychosomatické medicíně a psychoanalýze znovu zařazena mezi duševní poruchy. V roce 1941 prof. Vratislav Jonáš napsal článek s názvem Patologická hubenost mladých dívek, ve kterém poukazuje na skutečnost, že je třeba myslet především na anorexiu mentální, jež je způsobena změněným psychickým stavem pacienta. V roce 1945 přednášel na téma mentální anorexie prof. Otakar Janota. O jedenáct let později stejný autor publikuje článek nazvaný O tak zvané mentální anorexii, ve kterém rozebírá problematiku tohoto onemocnění (Papežová, 2010, s. 21 – 22).

Od šedesátých let 20. století probíhá systematické studium mentální anorexie. Poznáváním nejrůznějších projevů mentální anorexie se zabývala americká psychoanalytička Hilde Bruch. Uvedla mnoho případů, jejich anamnézu i typické příznaky nemoci. Jejimi pacienty byly nejčastěji dívky ve věku od 16 do 18 let. Hladovění se většinou projevovalo jako vědomá snaha po dosažení štíhlosti. Poznatky a zkušenosti Hilde Bruch daly základ pro další zkoumání této nemoci (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 197 – 198).

Od roku 1963 se problematikou mentální anorexie zabývá český lékař František Faltus. V roce 1977 vydal monografii Řekni mi, co jíš a v roce 1979 publikoval odbornou knihu s názvem Anorexia mentalis. V roce 1983 založil na pražské Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy, která byla první svého druhu ve střední a východní Evropě. Na činnost Františka Faltuse úspěšně navázali také další čeští odborníci. Jedná se např. o prof. Hanu

Papežovou, MUDr. Františka Davida Krcha nebo doc. Janu Kocourkovou (Papežová, 2010, s. 22).

Podobně jako anorexie, má svou vlastní historii také bulimie. Uvádí se, že výraz „bulimie“ pochází z řeckých slov bous = vůl a limos = hlad. Je tím tedy označován tak velký hlad, že by člověk dokázal sníst celého vola. Tematikou chorobného hladu se ve svém díle zabýval již ve 4. století před naším letopočtem řecký dramatik a básník Timokles. Pojem bulimie původně zahrnoval také slabost a mdloby zapříčiněné hladem. Postupem času byly brány do úvahy také emocionální faktory nemoci, jako např. sklíčenost. Z lékařského hlediska byla však bulimie ještě ve 20. století považována především za poruchu trávení. Teprve v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil slovo bulimia nervosa. Tímto termínem označoval silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí. Nemocní se vyhýbají ztloustnutí tím, že si vyvolávají zvracení nebo zneužívají pročišťující prostředky, případně kombinují obojí. Touto poruchou podle něj trpěly ženy s normální tělesnou hmotností (Krch a kol., 2005, s. 32).

V minulosti někdy bývalo přejídání spojováno s anorexií. Výše zmíněný Gull popsal již v roce 1874 v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u pacientky, která se léčila s anorexií. Pařížský lékař Lasègue rovněž zaregistroval záchvaty přejídání u svých pacientek. Postupně se objevilo několik kazuistik obsahující nutkavé přejídání, po kterém následovalo úmyslně vyvolané zvracení. Jednu z těchto kazuistik zveřejnil v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Jedná se o příběh ženy a jejího neúnavného boje s bulimií, která ji dovedla až k nucenému zvracení a extrémnímu užívání projímadel. Počátkem sedmdesátých let přibývalo případů žen, které se přejídaly, ale přitom si udržovaly normální hmotnost pomocí zvracení, projímadel nebo diuretik. Objevila se řada návrhů, jak tuto diagnózu pojmenovat. Nakonec byl roku 1987 v rámci Mezinárodní klasifikace duševních poruch přijat termín mentální bulimie (Krch a kol., 2005, s. 33).

2.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je závažné duševní onemocnění, které spadá do kategorie poruch příjmu potravy. Nejčastěji ohrožuje dospívající dívky a mladé ženy, ale může se vyskytovat také u zralých žen nebo naopak u dětí před pubertou. Uvádí se, že muži jsou výrazně méně ohroženi anorexií. To by se dalo vysvětlit např. tím, že jim tolik nevádí silnější postava

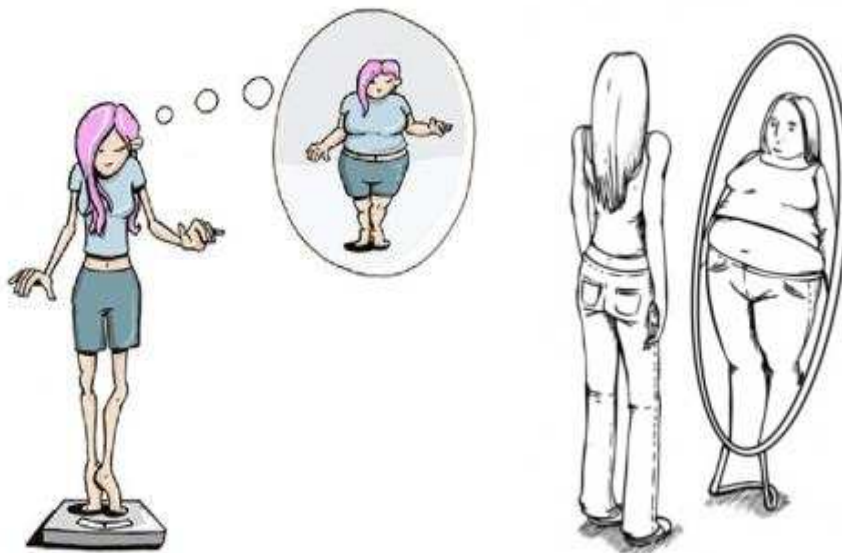
a nadržují tedy tak často redukční diety. Na rozdíl od dívek, které v průběhu dospívání přibírají především na tělesném tuku, chlapci nabírají hlavně svalovou hmotu. Další rozdíly jsou patrné také v oblasti psychiky. Dívky jsou ve srovnání s chlapci méně sebejisté, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. Také jim více záleží na tom, aby byly oblíbené (Krch, 2010, s. 56 – 59).

Jak již bylo napsáno výše, první příznaky mentální anorexie se zpravidla objevují v pubertě nebo adolescenci. Souvisí to s tím, že v průběhu dospívání dochází ke změně tělesných proporcí, což může pro některé dívky představovat značnou zátěž. Pokud dospějí k názoru, že jsou příliš tlusté, začnou držet dietu. Někdy může být spouštěčem nemoci nevhodná poznámka okolí typu: „Nějak jsi přibrala, ne?“ Jindy se mohou potíže objevit v důsledku nějaké zátěžové situace, jako je např. rozvod rodičů, ztráta blízké osoby, vážná nemoc člena rodiny, brzký odchod z domova apod. (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2008, s. 265).

Mentální anorexie je porucha, pro kterou je charakteristické úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Snižování váhy si nemocní způsobují např. tím, že nadměrně cvičí. Mají potřebu „dát si pořádně do těla“, zpotit se, a proto neustále někde pobíhají. Denně dokážou několik hodin posilovat nebo ujít mnoho kilometrů pěšky. Postupně se mění také jídelníček. Nemocní nejprve vynechávají sladká a tučná jídla. Později přestávají jíst i další potraviny, jako např. bílé pečivo, maso, přílohy apod. Nakonec jí pouze nízkokalorická jídla, o kterých mají perfektní přehled. Často se vymlouvají, aby se nemuseli pravidelně stravovat. Pokud jí, úzkostlivě se srovnávají s ostatními a vyžadují, aby měli co nejméně. Jedí velmi pomalu, strnule a potraviny si rozdělují na miniaturní kousky. Vyhýbají se jídlu ve společnosti. Pro sebe si totiž připravují jiné, méně vydatné jídlo. Někteří pacienti zastávají názor, že „hlad je převlečená žízeň“, a proto hodně pijí. Jiní ale třeba nepijí vůbec nebo jen velmi málo, což má za následek dehydrataci organismu. Pokud je někdo nutí jíst, snaží se podvádět. Nemocní mohou používat rovněž další metody k redukci váhy, jako je úmyslné zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (látky snižující chuť k jídlu) a diuretik (látky navozující zvýšené vylučování vody z těla) (Krch, 2010, s. 25 – 29).

Vlivem mentální anorexie dochází u nemocných ke zkreslenému vnímání vlastního těla. Příkladem je dívka, která se neustále váží, aby zjistila, zda nepřibrala, a každé deko navíc vnímá jako osobní selhání. Přestože okolí vidí, že je na kost vyhublá, ona si stále připadá tlustá a při pohledu do zrcadla pláče nad svými domnělými „tuky“ na břiše či stehnech. Dívka by raději zemřela, než by se najedla a přibrala. Jídlo vnímá jako hromadu

zbytečných kalorií, které vedou pouze k tloušťce (Švédová, 2012a, s. 6). Narušené vnímání vlastního těla dobře ilustruje následující obrázek:



Obr. 1. Zkreslené vnímání vlastního těla u mentální anorexie

Zdroj: hubnuti4you.cz, © 2014 – online; zinnia.cz, © 2010 – online

Mentální anorexie má negativní dopad také na společenský život nemocných. Pacienti se postupně zaměřují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo. Vyhýbají se přátelům i rodině a uzavírají se do sebe. Postupně se jim zhoršuje nálada, bývají přecitlivělí a podráždění. Úzkost, kterou prožívají v souvislosti s jídlem, se přenáší také do dalších oblastí života. Někteří nemocní mají silnou potřebu uklízet, starat se o domácí zvířata apod. Často rádi sbírají recepty a vaří ostatním. S postupující vyhublostí ubývá společenských kontaktů a naopak přibývá konfliktů s okolím. Namísto posílení sebevědomí roste nejistota a pocit celkového neuspokojení (Krch, 2010, s. 30 – 50).

Příkladem je pacientka, která popisuje své pocity takto: „*Celý můj život se točí kolem jídla. Nedokážu se na nic jiného soustředit, jsem podrážděná a u ničeho nevydržím. Přestalo mě těšit nejenom jíst, ale i pravidelně se vídat s přáteli a rodiči, se kterými se neustále hádám kvůli jídlu. Začala jsem být podrážděná a zahleděná do sebe. Ztratila jsem veškerou sebedůvěru a přestala se mít ráda. To, co mě mělo povzbudit, dnes zcela ovládá můj život*“ (Krch, 2010, s. 50).

Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně platná verze **MKN-10**) uvádí, že pro diagnózu mentální anorexie je zapotřebí, aby byla přítomna následující diagnostická kritéria:

- 1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod normální úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo Body Mass Index (dále jen BMI) je 17,5 či méně. Prepubertální pacienti nespĺňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- 2) Snížení váhy dosahuje nemocný tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že nadměrně cvičí, navozeně zvrací nebo užívá laxativa, anorektika či diuretika.
- 3) U pacientů přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, neodbytná myšlenka, která vede nemocného ke stanovení si velmi nízké hmotnosti.
- 4) Porucha menstruačního cyklu u žen, neužívají-li hormonální léčbu.
- 5) Jestliže onemocnění začalo před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se tělesný růst. U dívek se nevyvíjejí prsa a nedostaví se první menstruace. U hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení obvykle dochází k normálnímu dokončení puberty, nicméně první menstruace je opožděna (Marádová, 2007, s. 7).

Je třeba si uvědomit, že mentální anorexie je závažné onemocnění, které může mít smrtelné následky. Diety, hladovění, ale také zvracení a užívání prostředků na hubnutí způsobují nejrůznější zdravotní komplikace (Krch, 2010, s. 43).

Tělesné potíže při mentální anorexii

Nemocní bývají velmi citliví na chlad, což je dáno ztrátou tukové vrstvy. Jejich tělo se postupně pokrývá vrstvou jemného ochlupení, které má před tímto chladem chránit. Zhoršuje se kvalita pleti, vlasů a dochází ke zvýšené kazivosti zubů. Nemocní mívají problémy se zácpou, protože se zpomaluje funkce střev. Vlivem nedostatečného přísunu živin dochází ke zmenšení žaludku a pocitům nevolnosti. Mentální anorexie má negativní dopad také na další tělesné orgány, jako jsou ledviny, játra nebo srdce. Pacienti se často cítí extrémně unavení. Mívají pomalý pulz, nízký krevní tlak a sklony k omdlávání. K tomu se přidávají změny krevního obrazu, kostní dřeně a zvýšený cholesterol. Poškozeny jsou rovněž svaly a klouby. Kostí nemocných jsou velmi křehké, což může vést k častým zlomeninám. Ženy kvůli nedostatku tělesného tuku přestávají menstruat. Pokud trpí mentální anorexií dítě, zastavuje se jeho tělesný růst a opoždí se puberta. S nedostatečnou

výživou souvisí také poruchy spánku a celkové oslabení obranyschopnosti organismu (Krch, 2010, s. 44 – 45).

Podrobný přehled tělesných potíží při mentální anorexii uvádím v příloze P I.

Psychické potíže při mentální anorexii:

- Pokleslá, depresivní nálada, podrážděnost, nejistota, úzkost, smutek, sebenenávisť.
- Náladovost, plačtivost, vztahovačnost, nadměrná sebekritičnost, sebehodnocení založené na hmotnosti.
- Nesoustředěnost, zhoršení paměti, neustálé myšlenky na jídlo.
- Zhoršuje se schopnost řešit problémy – i malé problémy se zdají nepřekonatelné.
- Myšlení se stává více černobílé.
- Ztráta zájmu o okolí, konflikty s rodiči a přáteli, postupná sociální izolace (Papežová, 2012, s. 62).

Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým strádáním. Uvádí se, že ze všech psychických poruch vede právě mentální anorexie nejčastěji ke smrti. Tragédie úmrtí přitom spočívá v tom, že si nemocní často neuvědomují, do jak závažného rizika se dostávají (Krch, 2010, s. 45).

2.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je závažné duševní onemocnění, které rovněž spadá do kategorie poruch příjmu potravy. Vyznačuje se především opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Lidé trpící bulimií střídavě pociťují náhlou neovladatelnou chuť k jídlu, která vede k pravidelným záchvatům přejídání. Poté se jídla zbavují úmyslně vyvolaným zvracením, projímadly nebo jinými léky. Tyto záchvaty bývají často doprovázeny sebeobviňováním a depresemi. Pacienti mívají obvykle normální hmotnost, proto na první pohled nevypadají nemocně. Mohou však mít i podváhu či naopak nadváhu. Na rozdíl od nemocných mentální anorexií si svou chorobu většinou uvědomují a vědí, že vyvolávat si zvracení není zdravé (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2008, s. 271).

Stejně jako mentální anorexie ohrožuje i mentální bulimie nejčastěji dospívající dívky a mladé ženy. Nástup onemocnění však většinou přichází v pozdějším věku. Průměrná

riziková věková kategorie je od 15 do 25 let. Mentální bulimie se může, ale také nemusí, rozvinout z mentální anorexie. Rovněž se může stát, že se z onemocnění bulimií rozvine anorexie (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2008, s. 272).

Uvádí se, že mentální bulimií trpí v České republice přibližně každá dvacátá dívka a mladá žena. Muži tvoří pouze 5 % pacientů a bulimie se tedy u nich vyskytuje spíše výjimečně. Zatímco u žen většinou bulimii předcházejí různé diety, hladovění nebo přímo anorexie, muži obvykle začínají s přejídáním. Ukazuje se, že mentální bulimií jsou nejvíce ohroženy dívky, které svůj volný čas často tráví v nákupních střediscích nebo se svými vrstevníky, kterým záleží na dokonalém vzhledu a výkonu (Krch, 2008, s. 42 – 43).

Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně platná verze **MKN-10**) uvádí, že pro diagnózu mentální bulimie je zapotřebí, aby byla přítomna následující diagnostická kritéria:

- 1) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.
- 2) Neustálé zabývání se jídlem, silná a neodolatelná touha po jídle.
- 3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, užíváním různých léků (anorektika, diuretika) či střídavými obdobími hladovění. Pokud se bulimie vyskytne u diabetiků, může dojít k úmyslnému zanedbání léčby inzulínem.
- 4) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou ze ztloustnutí. Bulimii často předchází období intenzivnějšího omezování se v jídle či přímo mentální anorexie (Marádová, 2007, s. 8).

Lidé trpící bulimií často svou nemoc před okolím pečlivě tají. Vynakládají značné úsilí, aby navenek udrželi zdání, že pro ně jídlo nepředstavuje žádný problém. Někdy uvádějí, že se cítí jako dvě různé osobnosti – část jejich já chce s přejídáním a zvracením přestat a být zdravá, kdežto druhá část veškerou snahu neustále maří. Mnoho nemocných, kteří trpí bulimií, popisují záchvaty přejídání jako něco neovladatelného až zoufalého (Hall, Cohn, 2003, s. 3 – 4).

Příkladem je pacientka, která líčí toto: „*Když jsem se rozhodla uspořádat si pořádný mejdan, pozvala jsem si spoustu sladkých společníků: litr zmrzliny, krabici sušenek, spoustu bonbonů, aspoň tucet koblih a několik tabulek čokolády. Jindy jsem splácala úplně všechno: ovesné vločky, tvaroh, mrkev nebo ztvrdlé rohlíky, které jsem vyhrabala z koše.*

Břicho se mi nafouklo tak, že jsem vypadala, jako bych byla těhotná, a zvracet jsem šla obvykle až po půl hodině, po kterou jsem jen tupě seděla. Pak jsem si strčila prst do krku a vyzvracela jsem všechno, co šlo. Celé to trvalo asi hodinu. Točila se mi pak hlava a byla jsem zesláblá“ (Hall, Cohn, 2003, s. 26 – 27).

Výše zmíněný záchvat přejídání a následné zvracení ilustruje také tento obrázek:



Obr. 2. Záchvat přejídání a následné zvracení u mentální bulimie

Zdroj: viscojis.cz, © 2014 – online; anathinpro.estranky.cz, © 2014 – online

Někteří nemocní zvrací, sní-li velké množství jídla, další zvrací po jídle, které považují za nadbytečné a energeticky vydatné, jiní už z pouhého zvyku. S postupující nemocí frekvence zvracení narůstá. Někteří pacienti dokonce zvrací až do stavu naprostého fyzického vyčerpání. Většina nemocných má mylnou představu, že se tělo pomocí zvracení zbaví veškeré energetické hodnoty zkonsumovaného jídla. Uvádí se však, že zejména cukry, které se začínají štěpit již v ústech, dokáže lidské tělo velmi rychle zpracovat. Tím se také vysvětluje skutečnost, proč nemocní, kteří po každém jídle zvracejí, nehubnou. Nebezpečné je rovněž užívání různých projímadel a diuretik. Užití projímadla způsobí krátkodobé snížení hmotnosti, jelikož se tělo rychleji vyprázdní a dočasně zbaví tekutin. Protože však působí především na vyprázdnění tlustého střeva, které nastane tehdy, pokud byla energie již využita v tenkém střevě, nemá žádný vliv na regulaci tělesné hmotnosti.

Na projímadlech se také snadno vytváří závislost a k dosažení žádoucího účinku je tak zapotřebí stále vyšších dávek (Marádová, 2007, s. 13 – 14).

Stejně jako anorexie způsobuje i mentální bulimie řadu závažných zdravotních komplikací.

Tělesné potíže při mentální bulimii

V důsledku častého zvracení mívají nemocní problémy s ústní dutinou. Dochází např. k poranění sliznice, zánětům a otokům slinných žláz pod čelistí, krvácení z dásní nebo poškození zubní skloviny. Někteří pacienti si vyvolávají zvracení pomocí různých předmětů, jako je např. lžíce. Při neopatrné manipulaci s těmito předměty může dojít k protržení jícnu. Zhoršuje se kvalita pleti, vlasů i nehtů. Nemocní mívají nepříjemné střevní problémy, jako jsou průjemy, zácpa, nadýmání a křeče v břiše. Vlivem opakovaného přejídání a zvracení dochází k žaludečním vředům a zánětům. Poškozeny jsou rovněž ledviny i srdce. Pacienti se často cítí velmi unavení, trpí bolestmi hlavy, nevolnostmi a mají sklony omdlévat. K tomu se přidávají změny krevního obrazu, potíže se spánkem a neustálé výkyvy hmotnosti. Časté zvracení přispívá k odvodňování organismu a nemocným tedy hrozí dehydratace. Problém představuje také nedostatek minerálních látek, což může vést až k metabolickému rozvratu. Dochází rovněž k poškození kloubů, svalů a u žen k poruchám menstruačního cyklu (idealni.cz, © 2014 – online).

Podrobný přehled tělesných potíží při mentální bulimii uvádím v příloze P II.

Psychické potíže při mentální bulimii:

- Nesoustředěnost, náladovost, plačtivost, deprese.
- Úzkost, pocity viny, izolace a celkové nejistoty.
- Strach z růstu hmotnosti, vlastní hodnocení založené na hmotnosti.
- Smutek, nadměrná sebekritičnost, nízké sebevědomí a sebenávist.
- Vztahovačnost, vyhýbání se společnosti, konflikty s rodiči a přáteli, postupná sociální izolace (Krch, 2008, s. 40 – 41).

Mnoho lidí trpících mentální bulimií se ve svém těle necítí dobře, resp. cítí se v něm velmi špatně. Vnímají ho jako svého nepřítele, kterého by se nejraději zbavili. Pořád ho pozorují, kritizují a bojují proti němu. Nemocní se často na sebe nemohou podívat do zrcadla, nesnesou pohled na svou nahou postavu a nejsou schopni dotýkat se sami sebe. Také mají problém s tím, aby se jich dotýkal někdo jiný (Papežová, 2003, s. 39).

Mentální anorexie i bulimie se často rozvíjejí pomalu a nenápadně. Zpočátku se může jednat o „nevinné“ diety či nevhodné stravovací návyky rodiny a vrstevníků. Postupem času se však chování nemocného a jeho postoje k jídlu mění a stávají se čím dál více nepřiměřenými. Život nemocného je tak ovládán starostmi o jídlo, váhu nebo tvar postavy (Krch a kol., 2005, s. 23).

2.4 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité nebo-li tzv. psychogenní přejídání je třetím nejčastějším typem poruch příjmu potravy. Stejně jako mentální anorexie a bulimie je i tato porucha zařazena do seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí. Postihuje obě pohlaví (ovšem opět převažují ženy) a může se rozvinout v podstatě v jakémkoliv věku.

Záchvatovité přejídání se vyznačuje následujícími rysy:

- 1) Značné omezování se v jídlu (někdy i hladovění) či jednostranný jídelníček se střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst.
- 2) Po záchvatu konzumace potravy dochází k nepříjemným pocitům z přejedení, obvykle však nenásleduje zvracení.
- 3) S nárůstem hmotnosti roste nespokojenost se sebou a dominuje snaha omezovat se různými způsoby v jídlu.
- 4) Nemoc se často rozvíjí jako reakce na zátěžovou situaci, stres, citové strádání nebo depresivní nálady (idealni.cz, © 2014 – online).

Dalšími důležitými rysy záchvatovitého přejídání jsou množství snědeného jídla, které bývá nepřiměřeně velké, a dále zejména subjektivní pocit ztráty kontroly nad konzumací potravy. Nemocní mají pocit, že nejsou schopni přestat jíst nebo kontrolovat, co či kolik toho sní. Stejně jako mentální bulimie se i záchvatovité přejídání často odehrává tajně. Nemocní se přejídají v soukromí a před okolím tak budí zdání, že se stravují naprosto normálně. Aby udrželi takové tajemství, často lžou nebo podvádí. Jak již bylo napsáno u mentální bulimie, mnoho nemocných popisuje záchvat přejídání jako něco zoufalého až zdrcujícího. Zoufalství, které tyto lidé prožívají, je může dohnat např. k tomu, že jsou schopni krást v obchodech, brát jídlo svým přátelům nebo rodinným příslušníkům či se dokonce přehrabovat v odpadcích a jíst jídlo, které ostatní vyhodili. Množství jídla

zkonsumovaného během záchvatu se u každého jedince velmi liší. Většinou se však jedná o velké množství jídla, které je syté a kalorické. Zpravidla jsou to také potraviny, které nemocní vnímají jako „zakázané“, protože se po nich tloustne, a běžně je tedy ze svého jídelníčku vyřazují (Cooper, 2014, s. 14 – 17).

Jedna z pacientek popisuje svůj záchvat přejídání takto: *„Jídlo, kterým se cpu, zpravidla obsahuje všechny moje „zakázané“ potraviny: čokoládu, dorty, koláče, marmeládu, kondenzované mléko, cereálie a improvizovaná sladká jídla – například syrové těsto na koláč. Jídlo, které se snadno jí. Jídlo, které nevyžaduje žádnou přípravu. Normálně takové věci vůbec nejím, protože se po nich strašně tloustne. Ale když dostanu záchvat, nemůžu se jich nabažit“* (Cooper, 2014, s. 17).

Po záchvatu přejídání obvykle nemocní pociťují úlevu. Tu však brzy vystřídají pocity viny, znechucení a studu. Častá je také úzkost a deprese, protože nemocný ztrácí naději, že někdy dokáže nad svým jídlem získat kontrolu (Cooper, 2014, s. 19).

Příkladem je opět výpověď pacientky: *„Po záchvatu přejídání se cítím rozrušená, naštvaná a mám strach. Strach je velkou součástí mých pocitů z jídla, hlavně v situacích, kdy nad sebou ztrácím kontrolu a jsem strašně sama. Bolí mě břicho i záda, ji mi horko a přepadá mě panika. Děsím se, kolik jsem přibrala. Mám šílený vztek sama na sebe, že jsem to znovu dopustila. Cítím se uvnitř nečistá. Špinavá. Nechci, aby mě někdo viděl. Nenávidím se“* (Cooper, 2014, s. 19).

Pro osoby, které se přejídají (stejně jako pro ty, kteří trpí mentální anorexií a bulimií) má ohromný význam tělesná hmotnost a tvar těla. To, kolik váží nebo jak vypadají, ve velké míře ovlivňuje jejich sebehodnocení. Když mají pocit, že přibraly, propadají hluboké depresi, straní se ostatních a začnou se znovu přejídat. Naopak když zjistí, že zhubly, mají z toho velkou radost (Cooper, 2014, s. 25).

Záchvatovité přejídání s sebou nese řadu zdravotních komplikací.

Tělesné potíže při záchvatovitém přejídání:

- Nadváha až obezita, což představuje zátěž pro klouby.
- Vysoký cholesterol, vysoký krevní tlak.
- Křeče žaludku, problémy se žlučníkem.
- Nadýmavost, zácpa a průjem.

- Zvýšený cukr v krvi, únava při fyzické aktivitě.
- Obtíže s dýcháním – po přejedení dochází k roztažení žaludku, který tlačí proti bránici a zabraňuje tak volnému dýchání.
- V krajním případě může dojít k poškození až protržení žaludeční stěny (Švédová, 2012a, s. 9; Cooper, 2014, s. 35).

Psychické potíže při záchvatovitém přejídání:

- Pocity viny, bezcennosti a beznaděje.
- Nesoustředěnost, podrážděnost, nedostatek energie.
- Nízké sebevědomí, konflikty s rodiči a přáteli, uzavření se do sebe.
- Úzkost, depresivní nálada (Cooper, 2014, s. 30 – 31).

Záchvatovité přejídání má negativní dopad také na osobní a společenský život nemocných. Pro člověka, který má problém s přejídáním, představuje největší zátěž společné stravování s ostatními členy rodiny či přáteli. Typická reakce nemocného je snaha se těmto situacím pokud možno úplně vyhnout. Další problém představují finance. Přejídání totiž může být finančně velmi nákladné a osoby, které jím trpí, se mohou snadno zadlužit (Cooper, 2014, s. 32 – 33).

2.5 Nové typy poruch příjmu potravy

V rámci této podkapitoly bych se chtěla podrobněji zmínit o relativně nových typech poruch příjmu potravy – ortorexii, bigorexii a drunkorexii – které jsou ve své radikální podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovité přejídání.

Ortorexie

Ortorexie představuje patologickou závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě. Slovo „ortorexie“ je odvozeno z řeckých slov orthos = správný a orexis = chuť. Pojem „ortorexie“ poprvé použil americký lékař Steven Bratman ve svém díle Healthfood Junkies a označoval jím fanatické zaujetí zdravou výživou. Tento lékař původně založil komunitu lidí, kteří se zabývali zdravou stravou. Po nějaké době však zjistil, že přehnané zabývání se zdravým stravováním vede k extrémním změnám jídelníčku, které mají

negativní vliv na tělesné i psychické zdraví. Z toho důvodu tedy sám komunitu rozpustil (idealni.cz, © 2014 – online).

Uvádí se, že ortorexie postihuje zhruba 5 % populace. Ve skutečnosti je však lidí, kteří mají k této patologické posedlosti blízko, mnohem více. Častěji onemocní ženy (ovšem v menší míře, než je tomu u mentální anorexie nebo bulimie). Mezi rizikové skupiny patří také ortodoxní vyznavači veganství, makrobiotiky, syrové stravy a dalších alternativních výživových směrů (Cihleková, 2014, s. 31; Królová, 2011, s. 39).

Ortorexie je porucha, která začíná obvykle tím, že se nemocní zaměřují na zdravé jídlo, vyhledávají obchody se zdravými potravinami a shánějí si informace o tom, jak se takové potraviny vyrábějí. Postupem času se však z tohoto zaměření stává posedlost a hlavní náplň času. Nemocní mají nepřiměřený strach z „nezdravého“ jídla, které vnímají jako nebezpečné. Konzumují výhradně biopotraviny ze specializovaných obchodů a odmítají potraviny obsahující aditiva (přísady) a potraviny z geneticky upravovaných surovin. Stravu neustále zkoumají a jejich jídelníček se postupně zužuje na minimum. V důsledku toho ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Tito lidé na jídlo velmi často myslí a trpí výčtkami, pokud poruší své stravovací zásady (podobně jako při mentální anorexii). Mívají úzkosti a deprese, které přispívají k pocitu osamění a izolace (idealni.cz, © 2014 – online).

Dalo by se říci, že ortorexií často onemocní lidé vnitřně nejistí a labilní, jež hledají oporu v nějakých jasných pravidlech, která by jim dodávala jistotu. V momentě, kdy získají úplnou kontrolu nad svým stravováním, zažívají pocit úspěchu a naplnění. Pro ortorexiu jsou typické také různé jídelní rituály, např. pomalé rozžvýkání každého sousta apod. (opět je tu zřejmá podobnost s mentální anorexií). Značný problém může představovat shánění vhodných surovin. Nemocní obvykle pečlivě zkoumají zdroje, z nichž konkrétní potravina pochází a také důkladně pročítají jednotlivé etikety. S určitým rituálem je spojena také samotná příprava jídla. Mnozí pacienti např. zastávají názor, že jídlo ukrývá pozitivní energii pouze v případě, že je připraveno nad přímým zdrojem ohně. Z toho důvodu obvykle nepoužívají mrazák ani mikrovlnnou troubu. Další potíž souvisí se značnou finanční zátěží, neboť biopotraviny jsou ve srovnání s „běžnými“ potravinami drahé (Cihleková, 2014, s. 31 – 32).

Stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy, i v případě ortorexie hrají velkou roli média. Sklouznout k posedlosti zdravým stravováním, je v naší společnosti, která klade důraz na

výkon a ideál věčného mládí, velmi jednoduché. Jsou to právě média, která nás neustále zásobují „zaručenými“ radami, jak zhubnout, žít zdravě atd. (Cihleková, 2014, s. 31 – 32).

Bigorexie

Bigorexie (někdy též nazývána jako svalová dysmorfická porucha či Adonisův komplex) je duševní porucha, která se vyznačuje tím, že nemocní mají pocit, že jsou nedostatečně svalově vyvinutí a slabí. Protože touží po silném a dokonalém těle, tráví několik hodin denně v posilovnách. Úzkostlivě si hlídají také jídelníček, do kterého zařazují především potraviny bohaté na proteiny, a naopak se vyhýbají jídlům s vysokým obsahem tuků. Často užívají nejrůznější doplňky stravy, zejména preparáty na bázi bílkovin či aminokyselin. Někteří nemocní užívají anabolické steroidy, které umožňují vytvářet svalovou hmotu mnohem rychleji, než by to bylo možné pouhým posilováním. Jejich dlouhodobé užívání ale může být obzvláště nebezpečné (Królová, 2011, s. 39).

Na rozdíl od předešlých poruch příjmu potravy trpí bigorexií převážně muži. Realita je taková, že nejenom ženy, ale i muži jsou vystaveni neustálému tlaku, jak by měli vypadat. Jsou to opět média, která prezentují „dokonalého muže“, který má postavu samý sval a šlachy (Hájková, 2013 – online).

Ukazuje se, že u mužů obecně převládá kulturní předsudek preferující tzv. mezomorfní tvar postavy. Jedná se o středně velkou postavu, pro niž je typická průměrně velká konstrukce s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou a pažích, štíhlý pas a boky. Mužům této postavy je připisována řada pozitivních osobnostních charakteristik. Mimo jiné jsou pokládáni za silné, statečné, vstřícné a šťastné. Vzhledem k těmto kulturním preferencím není žádným překvapením, že mnoho mužů není se svou postavou spokojeno a snaží se tomuto ideálu alespoň přiblížit (Grogan, 2000, s. 55).

Bigorexie se vyznačuje následujícími rysy:

- 1) Člověk upřednostňuje trénink před pracovními i společenskými aktivitami.
- 2) Vyhýbá se aktivitám, při kterých je nutné se odhalit. Pakliže se nemůže aktivně vyhnout, je na něm patrná velká nervozita a stres.
- 3) Dokonce ani zdravotní problémy či zranění ho neodradí od pravidelného cvičení.
- 4) Žije v představě vlastní nedokonalosti, což ve velké míře ovlivňuje jeho osobní i pracovní vztahy (Hájková, 2013 – online).

Stejně jako ostatní poruchy příjmu potravy, také bigorexie s sebou nese řadu zdravotních problémů.

Tělesné potíže při bigorexii:

- Poškození pohybového aparátu – tzv. overuse syndrom, v důsledku nadměrného posilovacího cvičení bez potřebné regenerace.
- Přetěžování kostí a kloubů vlivem nadměrné svaloviny.
- Narušení funkce ledvin a jater – nevyvážený jídelníček a nevhodné doplňky stravy obsahující velké množství bílkovin a aminokyselin přetěžují ledviny a játra.
- Nadváha – v důsledku vysokého příjmu energie kvůli svalovému růstu.
- V případě nekontrolovaného užívání anabolických steroidů může dojít k vážnému poškození zdraví, případně až k ohrožení života (Królová, 2011, s. 39; idealni.cz, © 2014 – online).

Bigorexie má negativní dopad také na osobní, pracovní i společenský život. Pro nemocné je nejdůležitější pravidelné cvičení a nabírání svalové hmoty. Před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru a postupně tak ztrácejí společná témata s ostatními lidmi. Důsledkem je (podobně jako u jiných poruch příjmu potravy) sociální izolace. Psychické problémy může prohlubovat nedostatek financí. Časté návštěvy fitcentra, nadměrné množství stravy i potravinové doplňky představují nemalé výdaje. Mnohdy také dochází k problémům v práci či přímo ztrátě zaměstnání (idealni.cz, © 2014 – online).

Drunkorexie

Drunkorexie (někdy též nazývána alkorexie) je jednou z méně známých typů poruch příjmu potravy, která souvisí s nynějším způsobem života mnoha mladých lidí. Častěji postihuje ženy, a to zejména vysokoškolské studentky. Může se ale objevit i u mužů. Porucha se vyznačuje tím, že nemocní celý den nic nejí nebo zkonzumují jen velmi malé množství potravin, aby si následně (nejčastěji večer) mohli dovolit vypít více alkoholu bez obavy o nárůst tělesné hmotnosti. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol je poměrně kalorický. Např. velká sklenka vína může obsahovat tolik kalorií jako průměrný lehký oběd. Někdy bývá alkohol zneužíván jako nástroj k zahnání hladu či snížení strachu z tloušťky. Také se může jednat o záchvatovité přejídání spojené s nadměrnou konzumací alkoholu a následné zvracení či užití projímadla. Jde tedy o kombinaci mentální anorexie či bulimie a nadměrného pití alkoholických nápojů (viscojis.cz, © 2014 – online).

Hlavní nebezpečí této poruchy spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, např. do jater se může dostat za necelých 15 minut. Účinek alkoholu je tak mnohem silnější a zároveň nebezpečnější. Významnou roli hraje tělesná hmotnost. Čím je nižší, tím rychleji nastupují účinky alkoholu. V tomto smyslu jsou tedy více ohroženy ženy, protože jejich tělo odbourává alkohol pomaleji. Další úskalí představuje skutečnost, že případná závislost na alkoholu se u osob s poruchami příjmu potravy rozvíjí rychleji. Drunkorexie také zahrnuje úmyslné zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce pomocí tvrdého alkoholu a energetických nápojů. Míchání alkoholu s energetickými drinky je až životu nebezpečné. Po této kombinaci totiž dochází k razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň však mají lidé sníženou schopnost vnímat únavu, což může v krajním případě vést až ke kolapsu (idealni.cz, © 2014 – online; viscojis.cz, © 2014 – online).

Samotný alkohol má negativní dopad v podstatě na celý lidský organismus:

- Poškozuje nervovou soustavu, játra, slinivku břišní, cévní systém, krevetvorbu, imunitu a kosti.
- Způsobuje poruchy vědomí, citového vnímání, myšlení i chování, s čímž souvisí problémy v oblasti společenských vztahů.
- Objevují se poruchy nálady, soustředění a paměti, podrážděnost, skleslost, úzkost a nespavost (viscojis.cz, © 2014 – online).

S drunkorexií jsou spojeny také nejrůznější psychické potíže. U většiny pacientů dominuje nespokojenost s vlastní postavou a úzkost z přibírání na váze. Alkohol omezuje sebeovládání a nemocní se pod jeho vlivem často přejí. Poté mnohdy zvrací a prohlubují se jejich pocity viny. Společenskou atraktivitu nemocných výrazně snižuje častá podrážděnost zapříčiněná hladem či rychlou opilostí, což může vést k pocitům osamělosti, izolace a odcizení (idealni.cz, © 2014 – online; viscojis.cz, © 2014 – online).

Na rozdíl od mentální anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání nejsou ortorexie, bigorexie ani drunkorexie dosud obsaženy v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

3 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Účelem této kapitoly je navázat na předchozí informace týkající se jednotlivých typů poruch příjmu potravy. Prostřednictvím dílčích podkapitol nejprve uvedu možné příčiny vzniku těchto duševních onemocnění. Dále se zmíním o všestranné léčbě a možnostech prevence poruch příjmu potravy. Závěrem se zaměřím na souvislost dané problematiky se studijním oborem sociální pedagogika.

3.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Odborníci se shodují v tom, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí mnoho faktorů. Zjednodušeně řečeno můžeme mluvit o faktorech individuálních, rodinných a sociokulturních.

Individuální faktory

Ukazuje se, že k onemocnění přispívají určité osobnostní rysy jako je např. úzkostnost, perfekcionismus, zranitelnost, závislost, nestálost, sebekritičnost, impulzivita nebo asketismus (ve smyslu odříkání si něčeho) (Papežová, 2003, s. 25).

Na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy mají nezanedbatelný vliv také poruchy nálady a emocionální problémy. Uvádí se, že zejména negativní sebehodnocení a pocity vlastní nedostačivosti významně zvyšují riziko vzniku těchto poruch. Zvláště v období dospívání představuje sebekontrola v jídle lákavou cestu jak posílit sebevědomí a znovu nalézt ztracenou jistotu. Přísné diety, nadměrné cvičení či zvracení dávají nemocným pocit, že se dokáží kontrolovat a vytváří jakousi iluzi úspěchu, který je však pouze krátkodobý (Krch, 2008, s. 50).

V některých případech může být spouštěčem poruchy příjmu potravy náročná nebo tíživá životní událost, např. ztráta blízkého člověka, vážná nemoc rodinného příslušníka, rozvod rodičů či jiná rodinná krize, předčasný odchod z domova, omezující onemocnění či zranění apod. (Papežová, 2000, s. 10).

Významnou roli hrají v souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy redukční diety. Uvádí se, že průměrně 30 % redukčních diet přechází během jednoho až dvou let do tzv. patologické diety, od které chybí už jen krůček ke skutečné poruše příjmu potravy.

V České republice podle dostupných údajů drží redukční dietu zhruba 20 % šestnáctiletých dívek a asi 60 % dívek se o ni už někdy pokoušelo (Krch, 2010, s. 58 – 59).

Živnou půdu poruchám příjmu potravy tvoří rovněž některá povolání a sportovní odvětví. Jedná se např. o profesi modelky, herečky či zpěvačky. Mezi rizikové činnosti, které kladou velký důraz na štíhlost, patří např. balet, gymnastika nebo krasobruslení.

Rodinné faktory

Je možné, že tendence k poruchám příjmu potravy může být částečně dědičná. Toto tvrzení podporuje předpoklad, že se porucha příjmu potravy předává z rodiče na dítě pomocí genetické informace. Rodinná dispozice může spočívat zejména v dědění některých osobnostních rysů (např. úzkostných nebo citlivých na stres), které jsou pro vznik nemoci rizikové. Nejvíce ohrožené jsou blízké příbuzné ženského pohlaví. Není žádnou výjimkou, že mentální anorexií nebo bulimií trpí dvě sestry. V některých rodinách je postižena také matka, babička nebo teta. Pokud trpí poruchou příjmu potravy matka, může své potíže s jídlem přímo přenést na dceru. Stejně tak matka, která má příliš velké požadavky na to, jak má dcera jíst a vypadat, může negativně ovlivnit její jídelní režim (Cooper, 2014, s. 40; Papežová, 2003, s. 21 – 22).

Na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy může mít vliv také nedostatečná komunikace v rodině, vysoká očekávání a nadměrná kritičnost rodičů, nedostatek péče či absence empatie a láskyplného vztahu k dítěti (Novák, 2010, s. 24).

Sociokulturní faktory

Většina autorů se dále shoduje na tom, že příčinou rostoucího počtu poruch příjmu potravy jsou současné kulturní postoje k fyzické kráse. Internet, televize, časopisy i filmy propagují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že nejdůležitějším hlediskem fyzické přitažlivosti je štíhlost. Především ženy jsou vystavovány stále většímu tlaku mediálních prostředků, které je přesvědčují o tom, že jejich vlastní hodnota a osobní štěstí se odvíjí od toho, jak jsou hubené. Zdravotním výhodám štíhlosti je věnována až přehnaná pozornost, kdežto škodlivé důsledky omezování se v jídle jsou přehlíženy (Krch, 2008, s. 51).

Média stále častěji prezentují na kost vyhublé modelky, tanečnice či herečky a diety jako normu pro jídelní chování mladé dívky. Příkladem může být populární hračka – panenka Barbie. Děti si bohužel neuvědomují, že kdyby měla skutečná dívka rozměry této panenky, neudržela by se na nohou a musela by chodit po čtyřech. Také v obchodech s oblečením

často zůstávají pouze malé velikosti, včetně té nejmenší XS. V reklamách na diety se objevují nejen ženy s nadváhou, ale i ty, které mají zcela normální postavu. V současné době je ideál krásy propagován rovněž pomocí techniky. Prostřednictvím počítačových programů lze poměrně snadno např. zúžit pas, zvětšit prsa nebo vyhladit vrásky. Všechny tyto aspekty mohou poruchu příjmu potravy spustit, ale také udržovat (Papežová, 2003, s. 19).

Je třeba si uvědomit, že neexistuje jediná příčina, ale jedná se spíše o souhru několika okolností, které mohou být spouštěčem onemocnění. Důležité je však to, že porucha příjmu potravy je psychickým problémem s nebezpečnými následky a bez ohledu na příčiny jejího vzniku s sebou přináší mnoho dalších problémů (Švédová, 2012a, s. 10 – 11).

3.2 Léčba nemocných s poruchami příjmu potravy

Prvním a nejvýznamnějším krokem k uzdravení je přiznat si problém. To znamená uvědomit si, že něco není v pořádku. Toto uvědomění přichází většinou až ve chvíli, kdy se objeví nějaké zdravotní komplikace. V souvislosti s tímto prozřením se však může u nemocných vyskytnout silná úzkost z toho, co s tím. Vyléčit se znamená přestat s hubnutím, hladověním, zvracením či přejídáním, a to obnáší opravdu velký vnitřní boj se strachem. Pocity ze ztráty něčeho známého, ztráty kontroly nad sebou a svým jednáním, obavy z odhalení svého temného já, mohou být velmi intenzivní (Švédová, 2012a, s. 12).

Kromě samotného přiznání si problému je základním klíčem k úspěchu motivace pacientů k léčbě. Pokud sám nemocný nechce a nechápe přínos terapie, je veškerá práce na uzdravení zbytečná. Mnoho nemocných je k léčbě nuceno rodiči nebo partnerny. Ovšem k opravdové změně si musí každý dospět sám (Papežová, 2003, s. 29).

Boj s poruchou příjmu potravy je prací na několik let. Bohužel neexistuje jediná léčebná metoda, univerzální lék nebo postup. Nemocní potřebují na své cestě k uzdravení hlavně pomoc a podporu. Kromě zdravotníků, kteří léčí tělesné zdraví, jsou to psychologové a terapeuti, jež mohou pacientům pomoci odhalit psychické kořeny poruchy příjmu potravy. Dále je to samozřejmě rodina, která se o nemocného stará, a blízcí přátelé, jež dokáží v těžkých chvílích naslouchat (Middleton, Smith, 2013, s. 43).

Efektivní léčba poruch příjmu potravy by měla sledovat krátkodobou i dlouhodobou perspektivu a měla by být pacientovi tzv. šitá na míru, tj. zohledňovat jeho individuální

potřeby. Komplexní péče se odvíjí dle somatického a psychického stavu, dosavadního průběhu onemocnění, rodinného prostředí a sociálního zázemí nemocného. Primární diagnostiku by měl provádět praktický lékař, který pacienta doporučí k další léčbě a terapii. Např. plánuje zdravotnická vyšetření, zvažuje nutnost hospitalizace, krizovou pomoc nebo možnost dlouhodobé psychoterapeutické práce. V léčbě je tedy nezbytná multidisciplinární spolupráce odborníků. Jak již bylo naznačeno výše, do léčby by měl být zapojen psychiatr, psycholog, psychoterapeut, nutriční specialista, popř. sociální pracovník. Dále dle povahy zdravotních problémů např. internista, gastroenterolog, gynekolog či endokrinolog (Krch, Švédová, 2013, s. 21 – 22).

Hospitalizace

Hospitalizace je doporučována v těchto případech:

- při kritickém úbytku hmotnosti,
- při nebezpečných tělesných komplikacích v souvislosti s chronickou podvýživou,
- u pacientů s těžkou depresí nebo sebevražednými sklony,
- u pacientů, kteří současně zneužívají návykové látky (alkohol, drogy),
- u dětí při předpokládaném narušeném rodinném prostředí,
- při neúčinnosti ambulantní léčby.

Hospitalizace zahrnuje kromě klidu na lůžku rovněž pravidelnou a kontrolovanou vysokokalorickou dietu, případně medikamentózní léčbu. Nemocní s těžkou formou mentální anorexie, kteří jsou ohroženi na životě, bývají vyživováni pomocí nasogastrické sondy, která se zavádí nosem do žaludku. Během hospitalizace se nemocným kontroluje hmotnost, jejíž přírůstek by měl být, v případě optimální spolupráce pacienta, zhruba jeden až jeden a půl kilogramu týdně. Jakmile to tělesný stav pacientů dovolí, je vhodné začít s psychoterapií. Hospitalizace trvá v průměru dva až tři měsíce. Po propuštění z nemocnice je v naprosté většině případů potřebná další ambulantní léčba, protože hrozí zvýšené riziko relapsu (návratu) onemocnění (Krch, Švédová, 2013, s. 23).

Nedobrovolná hospitalizace

Pacienti s rozvinutou mentální anorexií nemívají na své onemocnění náhled. To je také důvod, proč si neuvědomují jednak problémovost svého chování a jednak potřebnost hospitalizace.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (účinný od 1. dubna 2012) v § 38 odst. 1b) říká, že: „*Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak.*“

V souvislosti s poruchami příjmu potravy se jedná zejména o situaci, kdy je nutný lékařský zásah k záchraně života a zdraví a pacient se léčbě brání. Hrozí např. metabolický rozvrat, selhání srdce, objevuje se kachexie (patologická vyhublost a silná celková sešlost) nebo vysoká frekvence zvracení.

Nedobrovolná hospitalizace představuje závažný zásah do práv pacienta, a je proto nutné, aby zdravotnické zařízení ohlásilo tuto skutečnost do 24 hodin od přijetí místnímu soudu. Soud pak musí do 7 dnů rozhodnout, zda k nedobrovolnému převzetí došlo v souladu se zákonem. Tomuto rozhodnutí předchází kontakt pracovníka soudu s pacientem a ošetřujícím lékařem za účelem zjištění okolností přijetí k nedobrovolné hospitalizaci. Pokud klientův stav neumožňuje komunikaci s pracovníkem soudu, je mu soudem ustanoven opatrovník z řad advokátů. Po rozhodnutí soudu následuje řízení o přípustnosti dalšího držení ve zdravotnickém zařízení. Soud na základě znaleckého posudku rozhoduje do 3 měsíců o tom, zda je další držení pacienta přípustné a na jakou dobu. V léčebně bude pacient držen po dobu, která bude nezbytná pro zlepšení jeho zdravotního stavu, max. však 1 rok. Pokud by i po roce bylo nutné prodloužit hospitalizaci, musí proběhnout nové vyšetření a případně nové soudní rozhodnutí o další hospitalizaci. Během řízení může ošetřující lékař, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, kdykoli rozhodnout o jeho propuštění. V tomto případě se celé řízení zastavuje (Krch, Švédová, 2013, s. 37 – 38).

Problémem u nedobrovolné hospitalizace může být nízká, popř. žádná motivace pacienta k léčbě a spolupráci se zdravotnickým personálem a rodiči. Nejčastěji jsou to právě rodiče, kteří se rozhodnou své děti odvézt do nemocnice či léčebny. Doba trvání nedobrovolné hospitalizace ani zdaleka nestačí na léčbu a terapii nemocného. Po stabilizaci zdravotního stavu by se mělo pokračovat v další ambulantní léčbě. Zde hraje velkou roli přístup zdravotnického personálu a spolupráce rodiny. Pokud vytváří podmínky pro zlepšení pacientovy motivace k léčbě, je velká šance, že začne spolupracovat a uzdraví se (Krch, Švédová, 2013, s. 39).

Denní stacionáře

Tvoří mezistupeň mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Psychoterapeutický program ve stacionáři může být buď denní, který probíhá každý všední den a trvá alespoň 6 hodin, nebo frakcionovaný, který je poskytován jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v rámci jednoho dne. Tento typ stacionáře slouží především jako forma následné doléčovací psychoterapie. Denní léčebné programy se většinou podobají programům pro hospitalizované pacienty. Poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim, a současně umožňují intenzivní terapii. Hlavní rozdíl však spočívá v tom, že pacienti nezůstávají v nemocnici přes noc a nejsou tedy vytrženi ze svého přirozeného prostředí. V České republice vzniklo první zařízení tohoto typu v roce 2002 na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Papežová, 2010, s. 299).

Ambulantní péče

Ambulantní péče se doporučuje zejména u lehčích případů poruch příjmu potravy. U pacientů s mentální anorexií, kteří mají hmotnost pod 30 % ideální váhy, je ambulantní péče vhodná pouze v případě dobré motivace, podporující rodiny a krátkého trvání příznaků. Je nutné soustavně sledovat výsledky léčby i váhu pacienta, a to min. jednou týdně. U pacientů s nekomplikovanou mentální bulimií, kteří nemají sebevražedné sklony, vážné tělesné komplikace ani nezneužívají návykové látky, většinou postačuje právě ambulantní léčba (Papežová, 2010, s. 297 – 298).

Psychoterapie

Psychoterapie představuje léčbu emočních, behaviorálních a osobnostních problémů pomocí psychologických prostředků. Existují různé techniky léčby, jejichž společným úkolem je přinést změnu do oblasti emocí, myšlenek, postojů a problémového chování. Léčba umožňuje pacientovi přemýšlet o sobě, být více v souladu sám se sebou a být spokojenější se svým životem. Podstoupit psychoterapii znamená pro pacienty s poruchou příjmu potravy uznat skutečnost, že odborníci nabízejí něco, co by jim mohlo pomoci. Úkolem terapeuta je navodit takové podmínky, které zvýší motivaci pacienta k další spolupráci (Krch, Švédová, 2013, s. 24).

Z psychoterapeutických metod je v souvislosti s poruchami příjmu potravy nejčastěji využívána kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje např. na zlepšení tělesného sebezpojetí, sebedůvěry, změnu patologických jídelních postojů, myšlenek a pocitů, trénink

asertivity a sociálních dovedností. Na této metodě jsou rovněž založeny různé svépomocné manuály pro nemocné a jejich rodiny. Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy ve značné míře narušují rodinné vztahy, využívá se u těchto onemocnění také rodinná terapie, která zapojuje do léčby celou rodinu. Je vhodná především u dětí a mladších adolescentů. Pro velký význam mezilidských faktorů při vzniku poruchy příjmu potravy byly vytvořeny různé varianty interpersonální psychoterapie, která se nezaměřuje na stravování, ale pátrá po vztahových problémech, které mohly vést ke vzniku onemocnění a které je udržují. Na hlubší příčiny onemocnění, včetně nevědomých souvislostí, se zaměřuje psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie. Cílem je především změna a rozvoj individuální osobnosti (Krch, Švédová, 2013, s. 24).

Farmakoterapie

V souvislosti s poruchami příjmu potravy je farmakoterapie účinná zejména v léčbě přidružených symptomů, jako je např. deprese, která bývá častá u pacientů s mentální bulimií. Volí se také v případě odmítání či selhání psychoterapeutické léčby. V rámci léčby se využívají antidepresiva, anxiolytika, léky stimulující chuť k jídlu, popř. antipsychotika. Psychofarmaka jsou však pouze podpůrnou metodou a jsou účinná především v kombinaci s psychoterapií (Krch, Švédová, 2013, s. 23).

Nutriční terapie

Nutriční terapie je podstatnou součástí komplexní léčby poruch příjmu potravy. Zaměřuje se zejména na oblast výživy a zavedení pravidelného jídelního režimu. Nutriční terapeut nejprve zhodnocuje nutritivní stav pacienta a poskytuje mu informace o výživě. V další fázi terapie pomáhá pacientovi objevit zásadní chyby v jídelníčku z hlediska pravidelnosti stravování a dostatečnosti v příjmu živin a kalorií. Spolu s pacientem plánuje, kdy a jak jíst a které potraviny zařadit do jídelníčku. Nutriční terapeut se také významně podílí na tzv. psychoedukaci, která zahrnuje informace o výhodách zdravé výživy, následcích hladovění a diet, popř. léčbě (Krch, Švédová, 2013, s. 26 – 28).

Sociální služby

Důležitou součástí léčby je také sociální začleňování nemocných. Vzhledem k tomu, že pacienti mají obavy z jídla, které je spojováno se sociálními aktivitami, dochází často k jejich sociálnímu stažení a izolaci. Sociální pracovník by měl působit rovněž v oblasti zdravotnictví a pomáhat pacientům s jejich sociálními problémy. Může např. nemocným

pomoci opatřit sociální dávky, invalidní důchod nebo vyhledat následnou péči (Krch, Švédová, 2013, s. 26).

Svépomocné skupiny

Slouží buď jako místo prvního kontaktu nebo jako doplňková metoda léčby. Mohou být součástí zdravotnických a sociálních služeb nebo vznikají z iniciativy samotných nemocných či jejich rodin. Vedou je odborníci, ale také laici. Tyto skupiny poskytují nemocným i jejich rodinám emocionální podporu, motivaci a přispívají k překonávání sociální izolace, která je pro poruchy příjmu potravy typická (Krch, Švédová, 2013, s. 24).

Někdy může být účinná rovněž pomoc různých terapeutů alternativní medicíny, jako je např. akupunktura, akupresura apod. Výhodou je, že tito terapeuti pracují nejen s tělem, ale s člověkem jako celkem. Tyto druhy terapie by však měly být využity pouze jako doplněk k hlavní léčbě, kterou je psychoterapie (Švédová, 2012a, s. 19).

V rámci léčby poruch příjmu potravy mohou být využity také různé techniky práce s tělem. Jedná se např. o fyzioterapii, relaxační a dechová cvičení, masáže, arteterapii apod. (Papežová, 2010, s. 362 – 367).

V České republice se speciálně poruchám příjmu potravy věnují na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol. Pomocnou ruku nabízí také Občanské sdružení Anabell, které se jako jediná nestátní organizace v České republice věnuje pomoci takto nemocným lidem a jejich blízkým (Zapletalová, 2013, s. 13).

Léčba poruch příjmu potravy je dlouhodobá záležitost. Praxe ukazuje, že stejně dlouho jako trvá nemoc, trvá většinou i léčba, přičemž až v polovině případů dochází během léčby k relapsu (návratu) onemocnění.

3.3 Prevence poruch příjmu potravy

Aby prevence poruch příjmu potravy byla skutečně účinná, měla by být systematická a dlouhodobá. Musí se na ní podílet všichni, tj. musí se stát součástí života každého z nás (Hall, Cohn, 2003, s. 51).

Prevenici můžeme členit na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence

Primární prevence spočívá především v rodině, která by měla dbát na přirozený rozvoj sebevědomí dítěte, poskytovat dítěti kladné vzory, oporu, lásku a zázemí. Dítě se v rodině učí správným stravovacím návykům, přebírá názory a postoje související s jídlem a nese si je dále do života. Z toho důvodu je důležité, aby sami rodiče správné stravovací návyky dodržovali. Např. matka, která neustále drží nějaké diety, jistě není pro svou dceru vhodným vzorem (Papežová, 2010, s. 140).

Prevence poruch příjmu potravy souvisí rovněž s předáváním pozitivních hodnot, které nejsou založené pouze na zevnějšku a rychle nabytém bohatství, mladé generaci. Důležité je naučit děti samostatně hodnotit, vybírat, co je podstatné, a pomoci jim vytvořit hodnotový systém, který je bezpečný a zdravý. Základní vzorce chování se tvoří do 5 let života. Je tedy potřeba již v útlém věku posilovat v dětech sebedůvěru, respektovat a podporovat jejich názory, umět je pochválit, vytvořit atmosféru vzájemné důvěry a komunikovat (Papežová, 2010, s. 313 – 314).

Informace o zdravém stravování a varování před riziky spojenými s držením diet by měly být součástí osnov základních i středních škol. Školy mají rovněž možnost zapojit žáky a studenty do primárně preventivních programů souvisejících s osvětou v oblasti poruch příjmu potravy. Je však nutné, aby o rizicích poruch příjmu potravy byli poučeni nejenom studenti, ale také jejich učitelé, rodiče či vrstevníci. V opačném případě by totiž prevence mohla být neefektivní. Rodiče, učitelé i zdravotníci by měli být seznámeni zejména s tím, jak poruchy příjmu potravy včas rozpoznat a adekvátně zasáhnout (Hall, Cohn, 2003, s. 51).

Papežová poukazuje na skutečnost, že oblast zdravého životního stylu je často zneužívána v televizních reklamách, a to včetně těch pro děti. V minulosti tomu tak bylo např. v případě reklamy na sušenku Bebe dobré ráno, která „vám zaručí kalorie na celý den“. Přestože zákon klamavé reklamy zakazuje, objevuje se takových zřejmých i skrytých reklam bohužel více. K nevhodným reklamám patří i ty, které spojují řešení emocionálních problémů s manipulací s jídlem. Např.: „*Sníte čokoládovou tyčinku a bude vám dobře, přestože je vám smutno nebo se hádáte s přítelem*“ apod. Je nutné si uvědomit, že právě reklamy tvoří nemalou část vysílání, a že většina dospívajících televizi často sleduje. I zde se tedy nabízí prostor pro preventivní opatření (Papežová, 2010, s. 312).

V této souvislosti je světlou výjimkou např. společnost Dove, která ve svých reklamách na kosmetické produkty propaguje přirozenou, zdravou krásu a ženy zde vyobrazené mají normální tělesné proporce. Zajímavý je také projekt s názvem „Zdravý holky“, který si klade za cíl zdůraznit, že krása ženy nespočívá ve vyhublosti, ale především ve vnitřní kráse a souladu těla s duší. Výsledkem projektu je série fotografií, ze kterých se vytvořil originální kalendář s „modelkami“, které sice nemají ideální míry, ale mají své tělo rády a nestydí se třeba i za plnější tvary. Výtěžek z tohoto projektu je věnován Občanskému sdružení Anabell, o kterém jsem se už zmínila v předchozí podkapitole (zdravyholky.cz, © 2015 – online).

Významným médiem z hlediska intervence a prevence se stává internet, který využívá naprostá většina mladých lidí. Nebezpečné mohou být zejména tzv. pro-ana blogy, které podporují názor, že mentální anorexie je pojmána spíše jako jedna z forem životního stylu a životní filozofie než jako nemoc. Rušení webových stránek, které propagují anorektický styl života, je úspěšné pouze v závažných případech, kdy je zcela zřejmé, že je tato propagace spojena s přímým ohrožením života. V ostatních případech se odborníci snaží doplnit takto rizikové stránky alespoň odbornými informacemi o nebezpečí propagovaného jednání. Vzhledem k rychlému rozvoji v oblasti technologie je nutné se zaměřit nejen na webové stránky, ale také např. na videoklipy a přiblížit se tak mladé generaci (Papežová, 2010, s. 313).

Sekundární prevence

Účelem sekundární prevence je především odhalování a ovlivňování skupin potenciálně ohrožených poruchami příjmu potravy. K těmto rizikovým skupinám patří např. lidé léčení pro obezitu, lidé s tělesným onemocněním provázeným dietou a hubnutím a lidé, kteří se věnují sportovnímu odvětví či povolání, kde je kladen důraz na hmotnost a celkový vzhled. To může být např. modeling, tanec, gymnastika, krasobruslení apod. (Papežová, 2010, s. 140).

Terciární prevence

Terciární prevence se týká již nemocných s poruchami příjmu potravy. Zaměřuje se na prevenci relapsu a obnovení plného zdraví (Papežová, 2010, s. 140).

Relaps znamená návrat k chování a prožívání, které je typické pro poruchy příjmu potravy. Zahrnuje vyhýbání se jídlu, držení diety, přejedení, obavy z tloušťky a nespokojenost s tělem. Doprovází ho pocity vlastního selhání, viny, rezignace, zoufalství. U poruch

příjmu potravy uzdravení často nebývá absolutní, proto je relaps častý. Jak již bylo uvedeno výše, objevuje se až v 50 % případů, a to nejčastěji ve stresových obdobích. Toto zhoršení stavu je však obvykle přirozenou fází procesu uzdravování a je dobré se na něj připravit už v průběhu léčby (Švédová, 2012b, s. 22).

K prevenci relapsu poruchy příjmu potravy přispívá nárůst a udržení optimální hmotnosti, pravidelný jídelní režim a přiměřený pohyb. Součástí prevence by měla být terapie narušeného tělesného schématu, která spočívá v přijetí a správném vnímání svého těla. Je velmi důležité, aby měli nemocní realistická očekávání a nevzdávali se, pokud v léčbě nepůjde vše dokonale. Velkou roli hraje také zvládnání stresu. V souvislosti s poruchami příjmu potravy jde především o to, aby se pacienti naučili reagovat na stres jinak než hladověním a přejídáním. Léčba poruchy příjmu potravy může trvat i několik let, proto je třeba nebát se začít znovu (Polanská, Sladká-Ševčíková, Švédová, 2008, s. 4).

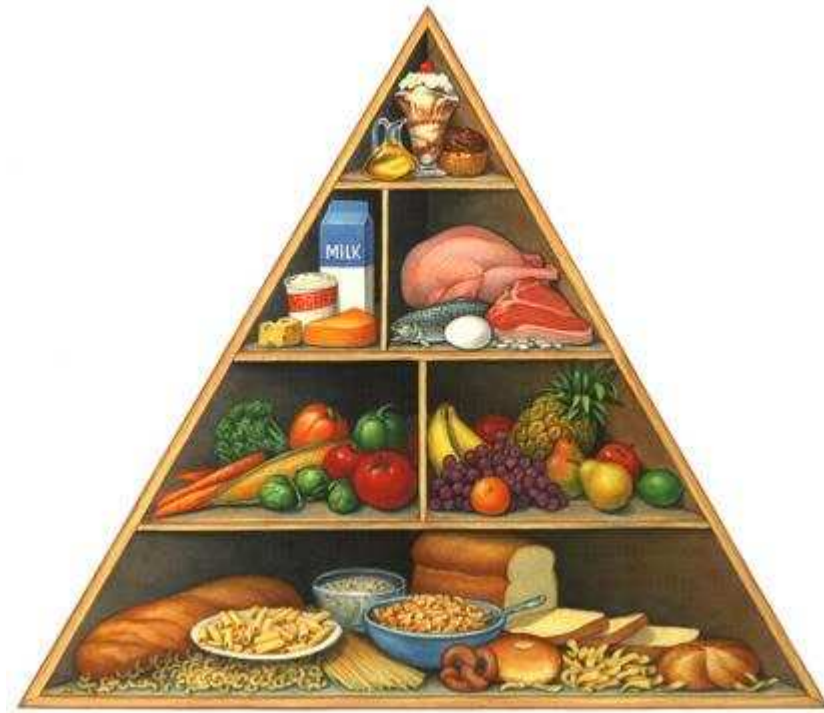
Prevence relapsu z hlediska výživy

Uzdravit se z poruchy příjmu potravy znamená především naučit se správně stravovat, tzn. dodržovat zásady správné výživy a potravinovou pyramidu.

Zásady správné výživy jsou následující:

- Jíst pětkrát až šestkrát denně.
- Jíst pestře a rozmanitě.
- Ke každému jídlu přidat porci ovoce nebo zeleniny.
- Jíst dostatek cereálií – bílé, tmavé i celozrnné pečivo.
- Konzumovat denně mléko nebo mléčné výrobky.
- Nezapomínat také na cukry a tuky.
- Denně jíst kvalitní zdroje bílkovin – maso, vajíčko, luštěniny.
- Každý den vypít dva až tři litry tekutin.
- Nehladověť ani se nepřejídat (Polanská, Sladká-Ševčíková, Švédová, 2008, s. 5).

Následující obrázek znázorňuje ukázkou potravinové pyramidy:



Obr. 3. Potravinová pyramida

Zdroj: jidelniceknamiru.cz, © 2014 – online

Potravinová pyramida představuje grafické znázornění výživových doporučení. Obsahuje šest potravinových skupin. Do nejspodnější části pyramidy jsou zařazeny obiloviny, pečivo, těstoviny a rýže. Další patro tvoří zelenina a ovoce. Druhé patro od shora patří mléku, mléčným výrobkům, masu a vejci. Vrchol pyramidy představují cukry, tuky, sůl a alkohol (např. sladkosti nebo jídla extrémně tučná či slaná). Člověk k životu potřebuje jíst složené i jednoduché cukry, tuky, bílkoviny a další látky. Jídelníček by měl být pestrý a vyvážený. Skladba denního jídelníčku by měla zhruba odpovídat rozdělení potravin v pyramidě. Velikost porcí závisí na tom, kolik je člověku let, zda se během dne věnuje pohybové aktivitě a na tom, zda potřebuje přibírat či jen udržet tělesnou hmotnost. Potravinová pyramida může být nemocným s poruchami příjmu potravy výborným pomocníkem, protože pomáhá sestavit a kontrolovat denní jídelníček (Polanská, Sladká-Ševčíková, Švédová, 2008, s. 6).

Z pohledu prevence relapsu je ze všech nutričních pravidel nejdůležitější stolovat v klidu, zapomenout na počítání kalorií, vážení potravin, držení diet a černé myšlenky typu: „Tohle jsem už jíst neměl/a, určitě přiberu“ (Polanská, Sladká-Ševčíková, Švédová, 2008, s. 5).

K rozvoji poruch příjmu potravy přispívá mnoho faktorů. Je tedy nutné, aby skutečná prevence zahrnovala faktory individuální, rodinné i sociokulturní. To je neskromný cíl, který předpokládá revoluci současného myšlení. Nicméně dalo by se říci, že každý, kdo se dokázal zbavit poruchy příjmu potravy, i každý, kdo se o to třeba jen pokusil nebo kdo odmítl držet dietu, v tomto směru revoluční krok učinil. Rozhodující jsou samozřejmě změny institucionální, ovšem ty jsou možné právě jen díky jedincům, kteří dokážou změnit především sami sebe. Abychom dosáhli vzdálených cílů, musíme se nejprve naučit přijímat sebe i druhé. Vzniku poruch příjmu potravy na úrovni jedince i společnosti lze totiž opravdu předejít pouze v atmosféře vzájemné lásky a úcty (Hall, Cohn, 2003, s. 52).

3.4 Poruchy příjmu potravy v kontextu sociální pedagogiky

Pojetí sociální pedagogiky se v průběhu jejího vývoje různě měnilo a ani v současné době není jednoznačné. Liší se v jednotlivých zemích a také z pohledu jednotlivých autorů.

Kraus a Poláčková se přiklání k širšímu pojetí sociální pedagogiky, podle kterého se tato disciplína zaměřuje nejen na rizikové, ohrožené nebo znevýhodněné jedince či skupiny, ale především na celou populaci. Sociální pedagogika by podle této koncepce měla vytvářet soulad mezi potřebami jedinců a společnosti, tj. přispívat k optimálnímu způsobu života v dané společnosti (Kraus, Poláčková, 2001, s. 12).

Bakošová vnímá sociální pedagogiku především jako životní pomoc, a to ve smyslu pomoci dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí prostřednictvím hledání optimálních forem pomoci a kompenzování nedostatků. Jedná se např. o poskytnutí pomoci ohroženým jednotlivcům a skupinám v období, kdy rodina a škola neplní svou funkci, nebo v různých životních situacích v průběhu socializace. Při poskytování pomoci je důležité přesvědčit člověka, že zodpovědnost za svůj život nese on sám. Sociálně pedagogická pomoc je založena na úctě k člověku, vztahu důvěry, pochopení, solidarity a partnerství. Přijímá všechny stránky osobnosti a člověka takového, jaký skutečně je (Bakošová, 2008, s. 58 – 59).

Co se týče charakteristiky profese sociálního pedagoga, opět je pojmána různě z pohledu jednotlivých autorů.

Klíma charakterizuje sociálního pedagoga jako specializovaného odborníka, který je vybaven teoreticky, prakticky a koncepčně pro záměrné působení na osoby a sociální skupiny zejména tam, kde se životní způsob a praxe těchto jednotlivců či sociálních skupin vyznačuje destruktivním nebo nekreativním způsobem uspokojování potřeb a utváření vlastní identity (Kraus, 2008, s. 198).

Bakošová charakterizuje sociálního pedagoga jako odborníka, jež je teoreticky i prakticky připravený v rámci vysokoškolského studia (oboru sociální pedagogika) na sociálně výchovnou činnost. Je odborníkem, jehož všeobecné kompetence spočívají v podpoře a pomoci dětem, mládeži a dospělým. Hledá možnosti zlepšení kvality života pomocí výchovy, vzdělávání, prevence a poradenství (Bakošová, 2008, s. 192).

Hlavní funkce sociálního pedagoga lze charakterizovat dvěma oblastmi. Jedná se o činnosti integrační a rozvojové. Integrační činnosti se týkají osob, které potřebují odbornou pomoc a podporu, např. lidé v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení. Prostřednictvím rozvojových činností sociální pedagog podporuje a upevňuje žádoucí rozvoj osobnosti, který by měl směřovat ke správnému životnímu stylu, užitečnému a hodnotnému naplňování volného času. Jedná se v podstatě o sociální prevenci, která se týká celé populace, především však dětí a mládeže (Kraus, Poláčková, 2001, s. 34).

Domnívám se, že práci sociálního pedagoga lze v souvislosti s poruchami příjmu potravy využít především v oblasti prevence, a to jak primární, sekundární, tak i terciární.

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a nejnebezpečnější psychická onemocnění dospívajících. Sociální pedagog by tedy měl mít k dispozici informace o tom, jak poruchy příjmu potravy rozpoznat, případně jak účinně zasáhnout, ale také jak preventivně působit, aby se poruchy příjmu potravy objevovaly v co nejmenší míře.

Ve škole děti tráví mnohdy více času než doma a setkávají se v ní nejen s předáváním školních znalostí, ale také společenských hodnot. Pedagog, resp. sociální pedagog může v určitých ohledech napravit to, co rodiče nezvládli. Jedná se např. o přílišný důraz na výkon a vzhled, chyby ve stravování či autoritativní výchovu podryvající sebevědomí dospívajícího apod. (Švédová, Mičová, 2010, s. 14).

V rámci primární prevence by se měl sociální pedagog snažit vést děti ke správným stravovacím návykům a zároveň u nich neposilovat strach z nadváhy a některých potravin. Je potřeba zdůraznit, že žádná potravinu či jídlo není vyloženě zdravé nebo nezdravé. Vždy záleží na tom, jak často se daná potravinu konzumuje, v jakém množství a za jaké situace. Děti by měly vědět, že každý má nějakou svou optimální hmotnost, která je pro něj zdravá. Sociální pedagog by měl také podporovat pozitivní sociální klima třídy, aby se v ní mohly všechny děti cítit dobře, a vytvářet podmínky pro jejich zdravý osobnostní růst a sebedůvěru. Důležité je rovněž podporovat oblast sebepoznání a skupinové aktivity (Švédová, Mičová, 2010, s. 15 – 29).

V rámci sekundární prevence, jak jsem již popsala výše, jde především o práci se skupinami potencionálně ohroženými poruchami příjmu potravy. Sem patří např. mladí lidé, kteří se léčí s obezitou. Sociální pedagog by se měl především snažit zabránit případné šikaně a stigmatizaci takových jedinců. Podstatné je rovněž naučit děti, aby měly rády sebe i druhé takové, jací jsou, tj. zamezit šíření předsudků vůči odlišnostem (Švédová, Mičová, 2010, s. 15 – 17).

Terciární prevence se zaměřuje na již nemocné s poruchami příjmu potravy. I zde může mít sociální pedagog svou nezastupitelnou roli. Pokud je dostatečně všímavý a citlivý v přístupu k dítěti, může urychlit i jeho léčebný proces. Jelikož se problematika poruch příjmu potravy úzce dotýká sociální oblasti člověka, je vhodné, aby sociální pedagog pomáhal nemocným s postupným začleňováním do kolektivu a zabránil tak jejich další izolaci a uzavřenosti. Může být nemocným také nápomocen při vyřizování záležitostí týkajících se studia, pracovního uplatnění či invalidního důchodu (Švédová, Mičová, 2010, s. 17 – 30).

Je třeba si uvědomit, že v případě poruch příjmu potravy není primárním problémem jídlo, jak by se na první pohled zdálo. Mentální anorexie nebo bulimie je projevem jiného, hlubšího problému. Člověk s poruchou příjmu potravy nemá nad svým životem kontrolu, protože mu myšlenky na jídlo a postavu tvoří v hlavě jakýsi „náhradní program“. Pokud si však vážíme sami sebe, dokážeme účinně zvládat stres, odmítneme nesmyslné diety a neopodstatněnou sebekritiku, máme velkou šanci se všem popisovaným potížím vyhnout. Životní štěstí se totiž na centimetry ani kilogramy přepočítat nedá.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM NA VYBRANÝCH STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH V BRNĚ

Praktická část diplomové práce se zabývá výzkumem, který byl uskutečněn mezi studenty brněnských středních škol. V rámci této kapitoly vymezím cíl výzkumu a výzkumnou metodologii, kterou jsem ve svém výzkumu použila, a to včetně vybraného nástroje sběru dat. Uvedu výzkumné hypotézy, které jsem si stanovila, a popíši výběr respondentů. Dále se budu věnovat vyhodnocení získaných dat a závěrem se zaměřím na interpretaci výsledků výzkumu.

4.1 Cíl a metodologie výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaká je informovanost studentů brněnských středních škol v oblasti poruch příjmu potravy a zda existují případné rozdíly v této informovanosti, které jsou dány odlišným pohlavím, věkem, bydlištěm nebo typem střední školy.

Účelem metodologie je systematizace, posuzování a navrhování strategií a metod výzkumu (Hendl, 2008, s. 32).

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkumnou metodologii, která se mi jevila s ohledem na danou problematiku a cílovou skupinu respondentů jako vhodnější.

„Kvantitativně orientované výzkumy vycházejí z přesvědčení, že existuje jedna objektivní realita, která není závislá na našich citech nebo přesvědčení“ (Chráska, 2006, s. 6).

Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru. Výzkumník se v kvantitativním výzkumu snaží držet odstup od zkoumaných jevů a tím zabezpečovat nestrannost pohledu (Gavora, 2010, s. 35).

Pro kvantitativní výzkum je charakteristické používání deduktivní metody. Pomocí této metody lze nalézt řešení jen pro takové problémy, které je možné popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými (Disman, 2011, s. 77).

Kvantitativní výzkum většinou prověřuje existující teorii, tj. poznatky, které jsou známy o daném jevu. V rámci výzkumu se z teorie vyvozují hypotézy, které tuto teorii buď potvrzují nebo vyvrací (Gavora, 2010, s. 36).

Mezi výhody kvantitativního přístupu patří především přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledku (Chráska, 2006, s. 180).

Základem kvantitativního výzkumu je zkoumání určitého počtu proměnných u vzorku populace za použití dotazníku, který je vyplněn jednotlivými respondenty, přičemž takto získaná data jsou předpokladem pro zkoumání vztahů mezi proměnnými (Punch, 2008, s. 9).

K ověření hypotéz jsem si vybrala právě metodu dotazníkového šetření. Jedná se o metodu určenou k získávání údajů a informací pomocí písemného dotazování osob. Dotazník obsahuje různé druhy otázek, jimiž se dají zjišťovat tzv. tvrdá data (např. pohlaví, věk, vzdělání) i tzv. měkká data (např. názory, postoje, zkušenosti) (Vízdal, 2005, s. 35).

Otázky v dotazníku mohou být:

- **Uzavřené** – nabízí hotové alternativní odpovědi a respondenti vyznačují (např. podtrháváním, kroužkováním) vhodnou odpověď. Vyhodnotitel následně spočítá, kolikrát respondenti odpověděli na každou alternativu. Výhodou uzavřených otázek je jejich relativně snadné zpracování.
- **Polouzavřené** – respondenti nejprve vyberou jednu z nabízených možností a poté doplní zdůvodnění výběru (např. pokud na otázku odpoví „ano“, uvedou, proč).
- **Otevřené** – dávají respondentům velkou volnost u odpovědi. Výhodou otevřených otázek je, že nevnucují respondentům volbu a umožňují jim vyjádření vlastního názoru. Na druhou stranu se na ně obtížněji odpovídá, protože respondenti musí své odpovědi srozumitelně formulovat. Nevýhodou otevřených otázek je jejich obtížnější zpracování.
- **Škálové** – škála poskytuje odstupňované hodnocení nějakého jevu. Škálové otázky mají pevně stanovené možné odpovědi a umísťují respondenta na některé místo na stupnici. Patří sem např. zaškrtačací seznamy, numerické či kategoriální posuzovací škály apod. (Gavora, 2010, s. 124 – 127).

Metodu dotazníkového šetření jsem pro svůj výzkum zvolila zejména pro možnost zpracování většího množství dat od více respondentů najednou. Vytvoření dotazníku pro studenty středních škol vyžadovalo, aby byl dostatečně srozumitelný, přehledný a jednoduchý. Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, které jsou doplněny základními údaji jako je pohlaví, věk, bydliště a typ střední školy. S ohledem na věkovou skupinu respondentů a vyšší návratnost jsem se rozhodla do svého dotazníku zařadit pouze uzavřené otázky. Respondenti tedy vybírali z několika možných odpovědí a volili vždy jednu z nabízených možností (viz příloha P III).

4.2 Stanovení hypotéz a výběr respondentů

Základní vlastností hypotézy je, že vyjadřuje vztahy mezi proměnnými. Proto musí být formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Hypotézy rozvíjí naše poznání v tom smyslu, že potvrzují či zpochybňují určitou teorii, a tím ji připravují na empirické prozkoumání (Gavora, 2010, s. 63 – 66).

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující hypotézy:

H1: Předpokládám, že muži jsou více spokojeni se svou postavou než ženy.

H2: Předpokládám, že respondenti žijící na vesnici se účastní společného rodinného stravování během víkendu častěji než respondenti žijící ve městě.

H3: Předpokládám, že většina dotazovaných by zvolila jako vhodný způsob hubnutí sportovní aktivity v porovnání s ostatními způsoby hubnutí, jakými jsou např. diety nebo speciální přípravky na hubnutí.

H4: Předpokládám, že jak studenti gymnázia, tak i studenti střední odborné školy jsou během studia obeznámeni s problematikou poruch příjmu potravy.

H5: Předpokládám, že respondenti ve věku 18 – 20 let budou mít celkově lepší povědomí o problematice poruch příjmu potravy než respondenti ve věku 15 – 17 let.

Výzkumný vzorek je označován jako skupina jednotek, tj. osob, které skutečně zkoumáme (Disman, 2011, s. 93).

V případě kvantitativního výzkumu je nutné mít větší vzorek, resp. počet respondentů než ve výzkumu kvalitativním.

Respondenty mého výzkumu tvoří studenti brněnských středních škol ve věkovém rozmezí od 15 do 20 let (z hlediska vývojové psychologie se tedy jedná o adolescenty – viz první kapitola diplomové práce). Do výzkumu se zapojily čtyři brněnské školy – dvě gymnázia a dvě střední odborné školy. Výzkum byl konkrétně proveden na Gymnáziu Matyáše Lercha, EKO Gymnáziu Brno, Obchodní akademii Brno a Střední průmyslové škole chemické. Výzkumné šetření na uvedených školách proběhlo v měsíci únoru 2015. Zúčastnily se ho všechny čtyři ročníky, aby bylo možné porovnávat jednotlivé věkové skupiny.

V rámci kvantitativního výzkumu bylo rozdáno celkem 240 dotazníků (60 dotazníků pro každou školu). Z tohoto počtu se vrátilo zpět vyplněných 210 dotazníků. Následně byla

provedena kontrola, na základě které bylo nutné některé dotazníky vyřadit. Důvodem pro vyřazení bylo jejich neúplné nebo chybné vyplnění. Celkem bylo možné zahrnout do výzkumu a dále zpracovávat 161 dotazníků. Skutečná návratnost tedy činila 67 %.

V tabulkách níže je popsáno složení respondentů z hlediska pohlaví, věkových skupin, bydliště a typu střední školy.

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Muži	Ženy
Počet respondentů - údaje v číslech	53	108
Počet respondentů - údaje v %	33 %	67 %

Je zde patrná převaha žen, které tvoří dvě třetiny všech respondentů. Tento jev lze vysvětlit především tím, že na jedné ze škol, konkrétně obchodní akademii, studují takřka výhradně dívky a jen minimum chlapců. Dalším důvodem je skutečnost, že dívky většinou vyplňovaly dotazníky pečlivěji než chlapci, a proto mohlo být více jejich dotazníků zařazeno do výzkumu.

Tab. 2. Věkové složení respondentů

Věková skupina	15 - 17 let	18 - 20 let
Počet respondentů - údaje v číslech	84	77
Počet respondentů - údaje v %	52 %	48 %

Tab. 3. Bydliště respondentů

Bydliště	Město	Vesnice
Počet respondentů - údaje v číslech	99	62
Počet respondentů - údaje v %	60 %	40 %

Tab. 4. Typ střední školy respondentů

Typ střední školy	Gymnázium	Střední odborná škola
Počet respondentů - údaje v číslech	72	89
Počet respondentů - údaje v %	45 %	55 %

4.3 Vyhodnocení získaných dat

Odpovědi respondentů jsou zpracovány v tabulkách, a to z hlediska celkového počtu, pohlaví, věku, bydliště a typu střední školy. Ke každé otázce z dotazníku se vztahuje příslušná tabulka, která obsahuje údaje v číslech a procentech. Procentuální údaje jsou uvedeny v hranatých závorkách. Pro větší přehlednost jsou veškerá data zaokrouhlena na celá procenta. Z toho důvodu mohou být někdy procentuální podíly u jednotlivých odpovědí v součtu menší nebo větší než 100 %.

Otázka č. 1: Jste spokojený/á se svou postavou?

Tab. 5. Spokojenost s vlastní postavou

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	39 [24]	20 [38]	19 [18]	17 [20]	22 [29]	23 [23]	16 [26]	20 [28]	19 [21]
spíše ano	54 [34]	16 [30]	38 [35]	29 [35]	25 [32]	32 [32]	22 [35]	29 [40]	25 [28]
spíše ne	43 [27]	11 [21]	32 [30]	25 [30]	18 [23]	29 [29]	14 [23]	15 [21]	28 [31]
ne	25 [16]	6 [11]	19 [18]	13 [15]	12 [16]	15 [15]	10 [16]	8 [11]	17 [19]

Z výzkumu vyplývá, že 34 % všech respondentů je se svou postavou spíše spokojeno. 27 % respondentů uvádí, že je spíše nespokojeno. Spokojenost s postavou uvádí 24 % osob. Pouze 16 % dotázaných není se svou postavou spokojeno.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví lze konstatovat, že muži jsou se svou postavou spokojenější. Možnost „ano“ nebo „spíše ano“ uvádí 68 % respondentů. Ženy jsou ke svému vzhledu kritičtější. Téměř polovina dotázaných žen (48 %) uvedla, že je se svou postavou spíše nespokojena či nespokojena.

Věk

Studenti obou věkových skupin nejčastěji uváděli, že jsou se svou postavou spíše spokojeni. Mladší respondenti volili často také možnost, že jsou spíše nespokojeni. Takto odpovědělo 30 % osob. Starší respondenti jsou se svou postavou o něco málo spokojenější. Možnost „ano“ volilo 29 % osob.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici rovněž nejčastěji uváděli, že jsou se svou postavou spíše spokojeni. Tuto možnost zvolilo 32 % osob žijících ve městě a 35 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia jsou v porovnání se studenty střední odborné školy se svou postavou spokojenější. Možnost „ano“ nebo „spíše ano“ zvolilo 68 % studentů gymnázia. Naproti tomu polovina studentů střední odborné školy zvolila možnost „spíše ne“ či „ne“.

Otázka č. 2: Domníváte se, že štíhlí lidé jsou šťastnější než lidé s nadváhou?

Tab. 6. Tělesný vzhled a jeho vliv na životní štěstí

	Pohlaví			Věk		Bydliště		Typ střední školy	
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	38 [24]	13 [25]	25 [23]	14 [17]	24 [31]	23 [23]	15 [24]	16 [22]	22 [25]
ne	85 [53]	25 [47]	60 [56]	51 [61]	34 [44]	50 [51]	35 [56]	37 [51]	48 [54]
nevím	38 [24]	15 [28]	23 [21]	19 [23]	19 [25]	26 [26]	12 [19]	19 [26]	19 [21]

53 % všech respondentů se domnívá, že tělesný vzhled člověka nemá vliv na jeho životní štěstí, resp. že štíhlí lidé nemusí být automaticky šťastnější než lidé s nadváhou. Opak si myslí 24 % dotázaných. Stejně procento osob se k této otázce postavilo neutrálně, tj. odpovědělo „nevím“.

Pohlaví

Muži i ženy nejčastěji uvádějí, že štíhlí lidé nejsou šťastnější než lidé s nadváhou. Takto odpovědělo 47 % mužů a 56 % žen.

Věk

Studenti obou věkových skupin se rovněž domnívají, že štíhlí lidé nejsou šťastnější než lidé s nadváhou. V kategorii 15 – 17 let takto odpovědělo dokonce 61 % osob. V kategorii 18 – 20 let zvolilo tuto možnost 44 % osob.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici také nejčastěji uvádějí, že štíhlí lidé nejsou šťastnější než lidé s nadváhou. Tuto možnost zvolilo 51 % osob žijících ve městě a 56 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

O něco více než polovina studentů gymnázia (51 %) a střední odborné školy (54 %) se domnívá, že štíhlí lidé nejsou automaticky šťastnější než lidé s nadváhou.

Otázka č. 3: Vynecháváte některé z hlavních jídel – snídaně, oběd, večeře?

Tab. 7. Vynechávání hlavních jídel

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano, pravidelně	35 [22]	11 [21]	24 [22]	13 [15]	22 [29]	24 [24]	11 [18]	12 [17]	23 [26]
jen občas	68 [42]	19 [36]	49 [45]	43 [51]	25 [32]	42 [42]	26 [42]	29 [40]	39 [44]
ne, jsem zvyklý/á denně snídat, obědvat i večeřet	58 [36]	23 [43]	35 [32]	28 [33]	30 [39]	33 [33]	25 [40]	31 [43]	27 [30]

Z uvedených odpovědí je patrné, že necelá polovina všech respondentů občas vynechává některé z hlavních jídel. Tuto možnost zvolilo 42 % osob. 36 % respondentů odpovědělo, že nevynechává žádné z hlavních jídel. 22 % osob pravidelně vynechává snídani, oběd nebo večeři.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví dopadli o něco lépe muži, kteří nejčastěji uváděli, že jsou zvyklí denně snídat, obědvat i večeřet. Takto odpovědělo 43 % mužů. Naproti tomu necelá polovina žen (45 %) uvedla, že občas některé z hlavních jídel vynechává. Pravidelně snídat, obědvat i večeřet je zvyklá pouze přibližně třetina žen.

Věk

Další rozdíl lze pozorovat také z hlediska věku respondentů. Přibližně polovina studentů ve věkové skupině 15 – 17 let uvedla, že občas vynechává některé z hlavních jídel. Ve věkové skupině 18 – 20 let vynechává některé z hlavních jídel pouze 32 % studentů. Na

druhou stranu poměrně vysoký počet z nich zvolilo možnost, že některé z hlavních jídel občas vynechává pravidelně. Takto odpovědělo 29 % osob.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici nejčastěji uvedli, že některé z hlavních jídel občas vynechávají. Takto odpovědělo 42 % dotázaných. 33 % osob žijících ve městě a 40 % osob žijících na vesnici odpovědělo, že nevynechává žádné z hlavních jídel.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji volili možnost, že jsou zvyklí denně snídat, obědovat i večeřet. Toto uvedlo 43 % osob. Studenti střední odborné školy nejčastěji uváděli, že některé z hlavních jídel občas vynechávají. Takto odpovědělo 44 % osob.

Otázka č. 4: Kolikrát denně je ideální jíst?

Tab. 8. Pravidelné stravování

	Pohlaví			Věk		Bydliště		Typ střední školy	
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
3 – 4x denně	23 [14]	10 [19]	13 [12]	13 [15]	10 [13]	14 [14]	9 [15]	13 [18]	10 [11]
4 – 5x denně	87 [54]	22 [42]	65 [60]	51 [61]	36 [47]	58 [59]	29 [47]	36 [50]	51 [57]
5 – 6x denně	51 [32]	21 [40]	30 [28]	20 [24]	31 [40]	27 [27]	24 [39]	23 [32]	28 [31]

Ideální je jíst 5 – 6x denně. Z výzkumu tedy vyplývá, že na tuto otázku odpovědělo správně pouze 32 % respondentů. Více jak polovina dotázaných (54 %) se domnívá, že je ideální jíst 4 – 5x denně. 14 % osob zvolilo možnost „3 – 4x denně“.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví lze konstatovat, že muži na tuto otázku odpovídali lépe. Správnou možnost zvolilo 40 % mužů, kdežto u žen to bylo jen 28 %.

Věk

Z hlediska věkových skupin odpovídali lépe studenti ve věku 18 – 20 let. Správnou možnost zvolilo 40 % osob, kdežto u studentů ve věku 15 – 17 let to bylo pouze 24 %.

Bydliště

Z hlediska bydliště dosáhli o něco lepších výsledků respondenti žijící na vesnici. Správně odpovědělo 39 % dotazovaných, kdežto u osob žijících ve městě to bylo pouze 27 %.

Typ střední školy

Studenti gymnázia a střední odborné školy odpovídali na tuto otázku velmi podobně. Správně odpovědělo 32 % studentů gymnázia a 31 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 5: Jíte společně jako rodina alespoň o víkendu?

Tab. 9. Společné rodinné stravování během víkendu

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano, pravidelně	81 [50]	30 [57]	51 [47]	38 [45]	43 [56]	45 [45]	36 [58]	42 [58]	39 [44]
jen občas	62 [39]	17 [32]	45 [42]	34 [40]	28 [36]	46 [46]	16 [26]	22 [31]	40 [45]
ne	18 [11]	6 [11]	12 [11]	12 [14]	6 [8]	8 [8]	10 [16]	8 [11]	10 [11]

Z tabulky je patrné, že polovina všech respondentů jí společně jako rodina pravidelně každý víkend. 39 % respondentů uvádí, že jí společně jako rodina jen některé víkendy. 11 % osob uvádí, že společně jako rodina nejí ani o víkendu.

Pohlaví

Muži i ženy nejčastěji odpovídali, že jí společně jako rodina pravidelně každý víkend. Takto odpovědělo 57 % mužů, ale pouze necelá polovina žen (47 %). Ženy také častěji uváděly, že jí společně jako rodina jen občas. Takto odpovědělo 42 % žen.

Věk

Studenti obou věkových skupin nejčastěji odpovídali, že jí společně jako rodina pravidelně každý víkend. O něco lepších výsledků dosáhli studenti ve věku 18 – 20 let. Tuto možnost zvolilo 56 % z nich. U studentů ve věku 15 – 17 let zvolilo tuto možnost pouze 45 % osob.

Bydliště

Z hlediska bydliště dosáhli lepších výsledků respondenti žijící na vesnici. Více než polovina z nich (58 %) uvedla, že jí společně jako rodina pravidelně každý víkend. Stejnou

možnost uvedlo pouze 45 % respondentů žijících ve městě. 46 % osob žijících ve městě odpovědělo, že jí společně jako rodina jen některé víkendy.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji volili možnost, že jí společně jako rodina pravidelně každý víkend. Takto odpovědělo 58 % osob. Stejnou možnost uvedlo 44 % studentů střední odborné školy. 45 % studujících na střední odborné škole odpovědělo, že jí společně jako rodina jen občas.

Otázka č. 6: Zkoušel/a jste někdy úmyslně hubnout?

Tab. 10. Zkušenosti respondentů s hubnutím

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano, opakovaně	44 [27]	12 [23]	32 [30]	22 [26]	22 [29]	26 [26]	18 [29]	22 [31]	22 [25]
pouze jednou či dvakrát	51 [32]	8 [15]	43 [40]	32 [38]	19 [25]	31 [31]	20 [32]	23 [32]	28 [31]
ještě jsem to nezkoušel/a, ale uvažuji o tom	14 [9]	6 [11]	8 [7]	7 [8]	7 [9]	11 [11]	3 [5]	7 [10]	7 [8]
ne, a ani o tom neuvažuji	52 [32]	27 [51]	25 [23]	23 [27]	29 [38]	31 [31]	21 [34]	20 [28]	32 [36]

Výsledky výzkumu ukázaly, že 59 % respondentů má již zkušenost s hubnutím. 32 % osob zkoušelo úmyslně hubnout jednou či dvakrát. 27 % osob uvádí, že zkoušelo hubnout opakovaně. 9 % dotázaných s hubnutím ještě nemá zkušenost, ale tuto možnost zvažuje. 32 % dotazovaných uvádí, že s hubnutím nemá žádné zkušenosti a případné hubnutí ani nezvažuje.

Pohlaví

Jak se dalo předpokládat, ženy zkouší hubnout mnohem častěji než muži. 70 % žen se již někdy pokoušelo, ať opakovaně či pouze nárazově, zhubnout. Naproti tomu přibližně polovina mužů uvádí, že s hubnutím nemá žádnou zkušenost a tuto možnost ani nezvažuje. Poměrně velký počet mužů (38 %) má však s hubnutím rovněž zkušenosti. 23 % mužů dokonce uvádí, že zkoušelo hubnout opakovaně.

Věk

Studenti ve věku 15 – 17 let nejčastěji uváděli, že zkoušeli hubnout jednou či dvakrát. Celkově v rámci této věkové kategorie zkoušelo někdy zhubnout 64 % respondentů. Studenti ve věku 18 – 20 let nejčastěji uváděli, že s hubnutím nemají žádné zkušenosti a tuto možnost ani nezvažují. Celkově v rámci této věkové kategorie zkoušelo někdy zhubnout 54 % respondentů.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě nejčastěji odpovídali, že zkoušeli hubnout jednou či dvakrát a zároveň, že s hubnutím nemají žádné zkušenosti a tuto možnost ani nezvažují. Celkově již někdy zkoušelo zhubnout 57 % osob žijících ve městě. Respondenti žijící na vesnici nejčastěji odpovídali, že s hubnutím nemají žádné zkušenosti a tuto možnost ani nezvažují. Celkově má však zkušenost s hubnutím 61 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji uváděli, že zkoušeli hubnout jednou či dvakrát. 63 % těchto osob již někdy zkoušelo zhubnout. Studenti střední odborné školy nejčastěji uváděli, že s hubnutím nemají žádné zkušenosti a tuto možnost ani nezvažují. Zároveň však 56 % z nich odpovědělo, že se již někdy pokoušelo zhubnout.

Otázka č. 7: Pokud bych chtěl/a zhubnout, nejspíše bych zvolil/a:

Tab. 11. Způsoby hubnutí

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
dietu	22 [14]	7 [13]	15 [14]	14 [17]	8 [10]	18 [18]	4 [6]	12 [17]	10 [11]
přípravky na hubnutí	6 [4]	1 [2]	5 [5]	2 [2]	4 [5]	4 [4]	2 [3]	2 [3]	4 [4]
sport	121 [75]	40 [75]	81 [75]	59 [70]	62 [81]	69 [70]	52 [84]	52 [72]	69 [78]
nutričního specialistu	12 [7]	5 [9]	7 [6]	9 [11]	3 [4]	8 [8]	4 [6]	6 [8]	6 [7]

Z uvedených odpovědí vyplývá, že tři čtvrtiny všech respondentů by zvolily sport, pokud by chtěly zhubnout. 14 % dotazovaných by preferovalo dietu. Ostatní možnosti jsou zanedbatelné.

Pohlaví

Muži i ženy odpovídali na tuto otázku takřka stejně. 75 % mužů i žen by zvolilo sport, pokud by chtělo zhubnout. Pouze 13 % mužů a 14 % žen by preferovalo dietu.

Věk

Ve věkové skupině 15 – 17 let by zvolilo sport 70 % dotazovaných. 17 % osob by dalo přednost dietě a 11 % osob by vyhledalo nutričního specialistu, který by jim poradil, jak se správně stravovat. Ve věkové skupině 18 – 20 let by zvolilo sport dokonce 81 % osob. Jen 10 % dotazovaných by dalo přednost dietě.

Bydliště

Sport by zvolilo 70 % respondentů žijících ve městě. V rámci této skupiny by 18 % osob preferovalo dietu. Sport by volilo dokonce 84 % respondentů žijících na vesnici.

Typ střední školy

72 % studentů gymnázia a 78 % studentů střední odborné školy by zvolilo sport, pokud by chtělo zhubnout. Pouze 17 % studentů gymnázia a 11 % studentů střední odborné školy by dalo přednost dietě.

Otázka č. 8: Znáte pojem BMI?

Tab. 12. BMI

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	123 [76]	33 [62]	90 [83]	65 [77]	58 [75]	81 [82]	42 [68]	58 [81]	65 [73]
ne	38 [24]	20 [38]	18 [17]	19 [23]	19 [25]	18 [18]	20 [32]	14 [19]	24 [27]

Z výsledků je patrné, že přibližně tři čtvrtiny všech respondentů znají pojem BMI (Body Mass Index). Tento pojem nezná pouze čtvrtina dotazovaných.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví lze konstatovat, že na tuto otázku odpověděly lépe ženy. Celkem 83 % žen uvedlo, že zná pojem BMI. U mužů to bylo pouze 62 %.

Věk

Studenti obou věkových skupin odpověděli na tuto otázku podobně. Pojem BMI zná v rámci věkové skupiny 15 – 17 let 77 % respondentů. Ve věkové skupině 18 – 20 let zná tento pojem 75 % respondentů.

Bydliště

Z hlediska bydliště respondentů dopadli lépe respondenti žijící ve městě. Pojem BMI zná 82 % dotazovaných. U osob žijících na vesnici je to pouze 68 %.

Typ střední školy

Z hlediska typu střední školy odpovídali o něco lépe studenti gymnázia. Pojem BMI zná 81 % studentů gymnázia a 73 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 9: Víte, co jsou to poruchy příjmu potravy?

Tab. 13. Poruchy příjmu potravy

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	152 [94]	45 [85]	107 [99]	80 [95]	72 [94]	96 [97]	56 [90]	71 [99]	81 [91]
ne	9 [6]	8 [15]	1 [1]	4 [5]	5 [6]	3 [3]	6 [10]	1 [1]	8 [9]

Z výzkumu vyplývá, že naprostá většina respondentů ví, co jsou to poruchy příjmu potravy. O této problematice nikdy neslyšelo jen 6 % dotázaných.

Pohlaví

Ženy odpověděly na tuto otázku opět lépe než muži. Celkem 99 % žen uvedlo, že ví, co jsou poruchy příjmu potravy. Muži ovšem dosáhli také dobrého výsledku. Možnost „ano“ zvolilo 85 % mužů.

Věk

Z hlediska věku odpovídali respondenti v podstatě stejně. 95 % mladších studentů a 94 % starších studentů ví, co jsou poruchy příjmu potravy.

Bydliště

Z hlediska bydliště odpovídali o něco málo lépe respondenti žijící ve městě. 97 % osob žijících ve městě a 90 % osob žijících na vesnici ví, co jsou poruchy příjmu potravy.

Typ střední školy

Z hlediska typu střední školy dosáhli o něco lepších výsledků studenti gymnázia. O problematice poruch příjmu potravy slyšelo 99 % studentů gymnázia a 91 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 10: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, odkud jste se tyto informace prvně dozvěděl/a?

Tab. 14. Informace o poruchách příjmu potravy

	Pohlaví			Věk		Bydliště		Typ střední školy	
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
rodina	7 [5]	2 [4]	5 [5]	4 [5]	3 [4]	6 [6]	1 [2]	6 [8]	1 [1]
přátelé a známí	7 [5]	0 [0]	7 [7]	4 [5]	3 [4]	4 [4]	3 [5]	5 [7]	2 [2]
škola	59 [39]	18 [40]	41 [38]	32 [40]	27 [38]	32 [33]	27 [48]	29 [41]	30 [37]
média	73 [48]	23 [51]	50 [47]	38 [48]	35 [49]	53 [55]	20 [36]	28 [39]	45 [56]
lékař	6 [4]	2 [4]	4 [4]	2 [3]	4 [6]	1 [1]	5 [9]	3 [4]	3 [4]

Z výsledků vyplývá, že téměř polovina všech respondentů získala prvotní informace o poruchách příjmu potravy prostřednictvím médií (internet, televize, rádio, knihy, časopisy). 39 % dotazovaných uvedlo, že tyto informace získalo ve škole. Ostatní možnosti jsou zanedbatelné.

Pohlaví

Muži i ženy nejčastěji odpovídali, že se prvotní informace o poruchách příjmu potravy dozvěděli prostřednictvím médií. Takto odpovědělo 51 % mužů a 47 % žen. 40 % mužů a 38 % žen dále uvedlo, že tyto informace získalo prvně ve škole.

Věk

Také z hlediska věkových skupin respondenti nejčastěji uváděli, že se prvotní informace o poruchách příjmu potravy dozvěděli prostřednictvím médií. Tuto možnost zvolilo 48 %

studentů ve věku 15 – 17 let a 49 % studentů ve věku 18 – 20 let. 40 % mladších studentů a 38 % starších studentů uvedlo, že tyto informace získalo prvně ve škole.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě nejčastěji volili možnost, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli prostřednictvím médií. Takto odpovědělo 55 % dotazovaných. Respondenti žijící na vesnici nejčastěji volili možnost, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli ve škole. Takto odpovědělo 48 % dotazovaných.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji volili možnost, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli ve škole. Toto uvedlo 41 % osob. Studenti střední odborné školy nejčastěji volili možnost, že se o poruchách příjmu potravy dozvěděli prostřednictvím médií. Takto odpovědělo 56 % osob.

Otázka č. 11: Setkal/a jste se na Vaší škole s výukou týkající se poruch příjmu potravy?

Tab. 15. Výuka v oblasti poruch příjmu potravy

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano, v rámci vyučovaných předmětů	62 [39]	22 [42]	40 [37]	34 [40]	28 [36]	38 [38]	24 [39]	36 [50]	26 [29]
ano, absolvoval/a jsem speciální přednášku či besedu	42 [26]	8 [15]	34 [31]	20 [24]	22 [29]	25 [25]	17 [27]	14 [19]	28 [31]
ne, toto téma se dosud neprobíralo	57 [35]	23 [43]	34 [31]	30 [36]	27 [35]	36 [36]	21 [34]	22 [31]	35 [39]

Z uvedených odpovědí je patrné, že 39 % respondentů se na škole s výukou týkající se poruch příjmu potravy setkalo, a to v rámci některého z vyučovaných předmětů. 26 % osob uvádí, že během studia absolvovalo dokonce speciální přednášku či besedu zaměřenou na poruchy příjmu potravy. 35 % dotazovaných uvádí, že se toto téma na jejich škole dosud neprobíralo.

Pohlaví

Muži i ženy častěji odpovídali, že se s výukou týkající se poruch příjmu potravy na své škole již setkali. Celkem se s touto problematikou na škole setkalo 57 % mužů a 68 % žen. 42 % mužů a 37 % žen uvedlo, že se s výukou v oblasti poruch příjmu potravy setkalo v rámci některého z vyučovaných předmětů. 15 % mužů a 31 % žen uvedlo, že během studia absolvovalo speciální přednášku či besedu zaměřenou na poruchy příjmu potravy. 43 % mužů a 31 % žen odpovědělo, že se toto téma na jejich škole dosud neprobíralo.

Věk

Studenti v obou věkových skupinách nejčastěji odpovídali, že se s výukou týkající se poruch příjmu potravy setkali v rámci některého z vyučovaných předmětů. Celkem se s touto problematikou na škole setkalo 64 % osob ve věku 15 – 17 let a 65 % osob ve věku 18 – 20 let.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici také nejčastěji volili možnost, že se s výukou v oblasti poruch příjmu potravy setkali v rámci některého z vyučovaných předmětů. Celkem se s touto problematikou na škole setkalo 63 % osob žijících ve městě a 66 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji volili možnost, že se s výukou v oblasti poruch příjmu potravy setkali v rámci některého z vyučovaných předmětů. Takto odpověděla polovina dotázaných. Studenti střední odborné školy nejčastěji volili možnost, že se toto téma na jejich škole dosud neprobíralo. Na druhou stranu poměrně často uváděli, že během studia absolvovali speciální přednášku či besedu zaměřenou na poruchy příjmu potravy. Celkově se s problematikou poruch příjmu potravy na škole setkalo 69 % studentů gymnázia a 60 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 12: Která část problematiky poruch příjmu potravy by Vás nejvíce zajímala?

Tab. 16. Témata týkající se poruch příjmu potravy

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
informace o mentální anorexii a bulimii	23 [14]	7 [13]	16 [15]	17 [20]	6 [8]	18 [18]	5 [8]	9 [13]	14 [16]
informace o méně známých typech PPP	25 [16]	8 [15]	17 [16]	10 [12]	15 [19]	15 [15]	10 [16]	12 [17]	13 [15]
zdravotní následky PPP	30 [19]	7 [13]	23 [21]	16 [19]	14 [18]	20 [20]	10 [16]	11 [15]	19 [21]
příčiny vzniku PPP	22 [14]	6 [11]	16 [15]	19 [23]	3 [4]	12 [12]	10 [16]	11 [15]	11 [12]
léčba a prevence PPP	18 [11]	8 [15]	10 [9]	6 [7]	12 [16]	11 [11]	7 [11]	9 [13]	9 [10]
kasuistiky pacientů, kteří trpěli PPP	13 [8]	1 [2]	12 [11]	4 [5]	9 [12]	5 [5]	8 [13]	6 [8]	7 [8]
tato problematika mne nezajímá	30 [19]	16 [30]	14 [13]	12 [14]	18 [23]	18 [18]	12 [19]	14 [19]	16 [18]

Uvedené odpovědi byly velmi různorodé. 19 % osob uvedlo, že je problematika poruch příjmu potravy nezajímá. Ostatní respondenty by nejvíce zajímalo téma „zdravotní následky poruch příjmu potravy“. Takto odpovědělo rovněž 19 % dotázaných. 16 % osob by nejvíce zajímaly informace o méně známých typech poruch příjmu potravy. 14 % respondentů nejvíce zaujala témata „informace o mentální anorexii a bulimii“ a „příčiny vzniku poruch příjmu potravy“.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví je zřejmé, že problematika poruch příjmu potravy více oslovuje ženy. Muži nejčastěji volili možnost, že je tato problematika nezajímá. Takto odpovědělo 30 % mužů. 15 % mužů by nejvíce zajímaly informace o méně známých typech poruch příjmu potravy a také léčba a prevence poruch příjmu potravy. 13 % mužů nejvíce zaujala témata „informace o mentální anorexii a bulimii“ a „zdravotní následky poruch příjmu potravy“. Ženy by nejvíce zajímaly zdravotní následky poruch příjmu potravy. Takto odpovědělo 21 % žen. 16 % žen zaujalo téma „informace o méně známých typech poruch příjmu potravy“.

potravy“. 15 % žen by nejvíce zajímaly informace o mentální anorexii a bulimii a také léčba a prevence poruch příjmu potravy.

Věk

Studenti ve věku 15 – 17 let nejčastěji volili možnost, že by je zajímaly příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Takto odpovědělo 23 % osob. 20 % respondentů by zajímaly informace o mentální anorexii a bulimii. 19 % osob nejvíce zaujalo téma „zdravotní následky poruch příjmu potravy“. Studenti ve věku 18 – 20 let nejčastěji volili možnost, že je tato problematika nezajímá. Takto odpovědělo 23 % dotázaných. 19 % respondentů by zajímaly informace o méně známých typech poruch příjmu potravy. 18 % osob nejvíce zaujalo téma „zdravotní následky poruch příjmu potravy“.

Bydliště

Respondenty žijící ve městě nejvíce zaujalo téma „zdravotní následky poruch příjmu potravy“. Tuto možnost zvolilo 20 % dotázaných. 18 % dotázaných odpovědělo, že je tato problematika nezajímá. Stejně procento osob by nejvíce zajímaly informace o mentální anorexii a bulimii. 15 % respondentů by nejvíce zajímaly informace o méně známých typech poruch příjmu potravy. Respondenti žijící na vesnici nejčastěji odpovídali, že je tato problematika nezajímá. Toto uvedlo 19 % osob. 16 % osob nejvíce zaujala témata „informace o méně známých typech poruch příjmu potravy“, „zdravotní následky poruch příjmu potravy“ a „příčiny vzniku poruch příjmu potravy“.

Typ střední školy

Studenti gymnázia nejčastěji odpovídali, že je tato problematika nezajímá. Toto uvedlo 19 % osob. 17 % dotázaných by nejvíce zajímaly informace o méně známých typech poruch příjmu potravy. 15 % studentů nejvíce zaujala témata „zdravotní následky poruch příjmu potravy“ a „příčiny vzniku poruch příjmu potravy“. Studenti střední odborné školy nejčastěji volili možnost, že by je zajímaly zdravotní následky poruch příjmu potravy. Takto odpovědělo 21 % dotázaných. 18 % respondentů nejčastěji odpovídalo, že je tato problematika nezajímá. 16 % studentů nejvíce zaujalo téma „informace o mentální anorexii a bulimii“.

Otázka č. 13: Myslíte si, že je informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti dostatečná?

Tab. 17. Informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti

	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy		
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	51 [32]	11 [21]	40 [37]	20 [24]	31 [40]	32 [32]	19 [31]	21 [29]	30 [34]
ne	64 [40]	19 [36]	45 [42]	39 [46]	25 [32]	42 [42]	22 [35]	29 [40]	35 [39]
nevím	46 [29]	23 [43]	23 [21]	25 [30]	21 [27]	25 [25]	21 [34]	22 [31]	24 [27]

Z výsledků je patrné, že 40 % všech respondentů považuje informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti za nedostatečnou. Opak si myslí 32 % dotázaných. 29 % respondentů se k této otázce postavilo neutrálně, tj. odpovědělo „nevím“.

Pohlaví

Ženy se k této otázce častěji vyjadřovaly konkrétně, tj. odpovídaly buď „ano“ nebo „ne“. Muži nejčastěji volili možnost „nevím“. Takto odpovědělo 43 % mužů. 36 % mužů a 42 % žen se domnívá, že informovanost o poruchách příjmu potravy není v naší společnosti dostatečná. Opak si myslí 21 % mužů a 37 % žen.

Věk

Z hlediska věku respondentů lze pozorovat určité rozdíly. Téměř polovina studentů ve věku 15 – 17 let se domnívá, že informovanost o poruchách příjmu potravy není v naší společnosti dostatečná. Naopak studenti ve věku 18 – 20 let nejčastěji volili možnost „ano“, tj. považují informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti za dostatečnou. Takto odpovědělo 40 % dotázaných.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě i na vesnici si myslí, že informovanost o poruchách příjmu potravy není v naší společnosti dostatečná. Takto odpovědělo 42 % osob žijících ve městě a 35 % osob žijících na vesnici. Respondenti žijící na vesnici také často volili možnost „nevím“. Toto uvedlo 34 % osob.

Typ střední školy

Studenti gymnázia i střední odborné školy považují informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti za nedostatečnou. Takto odpovědělo 40 % studentů gymnázia a 39 % studentů střední odborné školy. Poměrně velký počet studentů střední odborné školy (34 %) si ovšem myslí opak, tj. považuje informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti za dostatečnou.

Otázka č. 14: Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

Tab. 18. Člověk s poruchou příjmu potravy v okolí respondentů

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	61 [38]	22 [42]	39 [36]	32 [38]	29 [38]	34 [34]	27 [44]	27 [38]	34 [38]
ne	100 [62]	31 [58]	69 [64]	52 [62]	48 [62]	65 [66]	35 [56]	45 [63]	55 [62]

Z výsledků vyplývá, že 62 % všech respondentů nezná ve svém okolí žádného člověka s poruchou příjmu potravy. Naopak 38 % respondentů uvádí, že takového člověka zná.

Pohlaví

Překvapením do jisté míry je, že 42 % mužů uvedlo, že ve svém okolí zná někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy. Stejnou odpověď zvolilo 36 % žen.

Věk

V obou věkových skupinách zná člověka s poruchou příjmu potravy 38 % dotázaných.

Bydliště

Člověka s poruchou příjmu potravy zná 34 % respondentů žijících ve městě a dokonce 44 % respondentů žijících na vesnici.

Typ střední školy

Na obou typech škol zná člověka s poruchou příjmu potravy 38 % dotázaných.

Otázka č. 15: Poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji:

Tab. 19. Kdo nejčastěji trpí poruchami příjmu potravy

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
chlapci	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	0 [0]
dívky	141 [88]	42 [79]	99 [92]	71 [85]	70 [91]	85 [86]	56 [90]	63 [88]	78 [88]
obě pohlaví	20 [12]	11 [21]	9 [8]	13 [15]	7 [9]	14 [14]	6 [10]	9 [13]	11 [12]

Poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji dívky. Z výzkumu tedy vyplývá, že na tuto otázku odpovědělo správně 88 % respondentů. Pouze 12 % dotázaných se domnívá, že poruchami příjmu potravy nejčastěji trpí obě pohlaví. Možnost „chlapci“ ne zvolil žádný respondent.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví lze konstatovat, že na tuto otázku odpověděly lépe ženy. Správnou možnost zvolilo 92 % žen, kdežto u mužů to bylo jen 79 %.

Věk

Z hlediska věkových skupin odpověděli o něco lépe studenti ve věku 18 – 20 let. Správnou možnost zvolilo 91 % osob. Studenti ve věku 15 – 17 let ovšem dosáhli také dobrého výsledku. Správnou možnost zvolilo 85 % osob.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě i na vesnici odpovídali na tuto otázku podobně. Správně odpovědělo 86 % osob žijících ve městě a 90 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia a střední odborné školy odpověděli na tuto otázku stejně. Na obou typech škol zvolilo správnou možnost 88 % dotázaných.

Otázka č. 16: Jaká věková kategorie je pro vznik poruch příjmu potravy nejrizikovější?

Tab. 20. Riziková věková kategorie pro vznik poruch příjmu potravy

	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy		
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
5 – 15 let	36 [22]	13 [25]	23 [21]	23 [27]	13 [17]	23 [23]	13 [21]	14 [19]	22 [25]
15 – 25 let	124 [77]	39 [74]	85 [79]	61 [73]	63 [82]	75 [76]	49 [79]	58 [81]	66 [74]
25 – 35 let	1 [1]	1 [2]	0 [0]	0 [0]	1 [1]	1 [1]	0 [0]	0 [0]	1 [1]

Nejrizikovější věkovou skupinou z hlediska vzniku poruch příjmu potravy jsou dívky a ženy od 15 do 25 let. Z tabulky je tedy patrné, že na tuto otázku odpovědělo správně 77 % respondentů. 22 % dotázaných se domnívá, že nejrizikovější věkovou kategorií z hlediska vzniku poruch příjmu potravy tvoří lidé ve věku 5 – 15 let. Možnost „25 – 35 let“ zvolil pouze 1 respondent.

Pohlaví

Muži i ženy odpovídali na tuto otázku podobně. Správnou možnost zvolilo 74 % mužů a 79 % žen.

Věk

Z hlediska věkových skupin respondentů dosáhli lepších výsledků studenti ve věku 18 – 20 let. Správně odpovědělo 82 % dotázaných. U studentů ve věku 15 – 17 let zvolilo správnou možnost 73 % dotázaných.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici odpovídali na tuto otázku podobně. Správnou odpověď zvolilo 76 % osob žijících ve městě a 79 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia odpovídali na tuto otázku o něco lépe. Správnou možnost zvolilo 81 % osob. Studenti střední odborné školy ovšem dosáhli také dobrého výsledku. Správně odpovědělo 74 % osob.

Otázka č. 17: Mentální anorexie je:

Tab. 21. Mentální anorexie

	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy		
	Celkem	Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti	14 [9]	7 [13]	7 [6]	8 [10]	6 [8]	10 [10]	4 [6]	6 [8]	8 [9]
porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy	146 [91]	46 [87]	100 [93]	75 [89]	71 [92]	88 [89]	58 [94]	66 [92]	80 [90]
porucha charakterizovaná nadměrným příjmem potravy bez ohledu na potřeby těla a pocity hladu či sytosti	1 [1]	0 [0]	1 [1]	1 [1]	0 [0]	1 [1]	0 [0]	0 [0]	1 [1]

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy. Výsledky výzkumu ukázaly, že na tuto otázku správně odpovědělo 91 % všech respondentů. Pouze 10 % dotázaných odpovědělo špatně, tj. zvolilo definici mentální bulimie či záchvatového přejídání.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví dosáhly o něco lepších výsledků ženy. Správnou možnost zvolilo 93 % žen. Muži si ale také nevedli špatně. Správnou odpověď zvolilo 87 % mužů.

Věk

Respondenti obou věkových skupin odpovídali podobně. Správnou možnost zvolilo 89 % studentů ve věku 15 – 17 let a 92 % studentů ve věku 18 – 20 let.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici odpovídali v podstatě podobně. Správně odpovědělo 89 % osob žijících ve městě a dokonce 94 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Také studenti gymnázia a střední odborné školy odpovídali velmi podobně. Správnou možnost uvedlo 92 % studentů gymnázia a 90 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 18: Ortorexie je:

Tab. 22. Ortorexie

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
porucha vyznačující se opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu	20 [12]	12 [23]	8 [7]	8 [10]	12 [16]	12 [12]	8 [13]	5 [7]	15 [17]
porucha týkající se tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem	73 [45]	22 [42]	51 [47]	35 [42]	38 [49]	46 [46]	27 [44]	39 [54]	34 [38]
porucha vyznačující se patologickou posedlostí zdravou výživou	68 [42]	19 [36]	49 [45]	41 [49]	27 [35]	41 [41]	27 [44]	28 [39]	40 [45]

Ortorexie je porucha vyznačující se patologickou posedlostí zdravou výživou. Z výzkumu vyplývá, že na tuto otázku odpovědělo správně pouze 42 % všech respondentů. Studenti si tuto poruchu nejčastěji pletli s bigorexií. Definici bigorexie zvolila téměř polovina dotazovaných (45 %). 12 % osob chybně zvolilo definici drunkorexie.

Pohlaví

Z hlediska pohlaví dosáhly lepších výsledků ženy. Správně odpovědělo 45 % žen a 36 % mužů.

Věk

Z hlediska věkových skupin dosáhli lepších výsledků studenti ve věku 15 – 17 let. Téměř polovina z nich (49 %) odpověděla správně. U studentů ve věku 18 – 20 let zvolilo správnou možnost pouze 35 % dotázaných.

Bydliště

Respondenti žijící ve městě a na vesnici odpovídali na tuto otázku velmi podobně. Správně odpovědělo 41 % osob žijících ve městě a 44 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti střední odborné školy odpovídali na tuto otázku o něco lépe. Správnou možnost zvolilo 45 % osob. U studentů gymnázia správně odpovědělo pouze 39 % osob. Více než polovina (54 %) těchto studentů si tuto poruchu pletla s bigorexií.

Otázka č. 19: Diuretika jsou:

Tab. 23. Diuretika

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
léčiva navozující zvýšené vylučování vody z těla	57 [35]	16 [30]	41 [38]	32 [38]	25 [32]	33 [33]	24 [39]	30 [42]	27 [30]
léčiva podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování	33 [20]	10 [19]	23 [21]	11 [13]	22 [29]	23 [23]	10 [16]	14 [19]	19 [21]
léčiva snižující chuť k jídlu	71 [44]	27 [51]	44 [41]	41 [49]	30 [39]	43 [43]	28 [45]	28 [39]	43 [48]

Diuretika jsou léčiva navozující zvýšené vylučování vody z těla. Z uvedených odpovědí vyplývá, že na tuto otázku odpovědělo správně pouze 35 % respondentů. Necelá polovina

respondentů (44 %) se domnívá, že se jedná o léčiva snižující chuť k jídlu, tj. plete si tato léčiva s anorektiky. 20 % osob chybně odpovědělo, že se jedná o léčiva podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování, což jsou projímadla.

Pohlaví

Ženy odpovídaly na tuto otázku o něco lépe než muži. Správnou odpověď zvolilo 38 % žen a pouze 30 % mužů.

Věk

Z hlediska věkových skupin odpovídali o něco málo lépe studenti ve věku 15 – 17 let. Správně odpovědělo 38 % z nich. U studentů ve věku 18 – 20 let zvolilo správnou možnost 32 % dotázaných.

Bydliště

Z hlediska bydliště respondentů odpovídali o něco málo lépe respondenti žijící na vesnici. Správnou možnost zvolilo 39 % z nich. U respondentů žijících ve městě odpovědělo správně 33 % osob.

Typ střední školy

Studenti gymnázia dosáhli v této otázce lepších výsledků než studenti střední odborné školy. Na otázku správně odpovědělo 42 % studentů gymnázia a pouze 30 % studentů střední odborné školy.

Otázka č. 20: Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou trvale poškodit zdraví nebo dokonce způsobit smrt?

Tab. 24. Riziko zdravotních následků a smrti u poruch příjmu potravy

	Celkem	Pohlaví		Věk		Bydliště		Typ střední školy	
		Muži	Ženy	15 - 17 let	18 - 20 let	Město	Vesnice	Gymnázium	SOŠ
ano	153 [95]	50 [94]	103 [95]	80 [95]	73 [95]	97 [98]	56 [90]	66 [92]	87 [98]
ne	3 [2]	1 [2]	2 [2]	1 [1]	2 [3]	0 [0]	3 [5]	2 [3]	1 [1]
nevím	5 [3]	2 [4]	3 [3]	3 [4]	2 [3]	2 [2]	3 [5]	4 [6]	1 [1]

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná duševní onemocnění, která mohou mít smrtelné následky. Z výzkumu je patrné, že naprostá většina všech respondentů (95 %) si je vědoma

toho, že poruchy příjmu potravy mohou vážně poškodit zdraví a dokonce způsobit i smrt. Pouze 2 % respondentů nepovažují poruchy příjmu potravy za natolik závažné, aby trvale poškodily zdraví nebo způsobily smrt. Možnost „nevím“ zvolila jen 3 % respondentů.

Pohlaví

Muži i ženy odpověděli na tuto otázku téměř shodně. Kladnou možnost uvedlo 94 % mužů a 95 % žen.

Věk

Respondenti obou věkových skupin odpověděli stejně. Kladnou možnost zvolilo 95 % studentů ve věku 15 – 17 let i ve věku 18 – 20 let.

Bydliště

Z hlediska bydliště odpovídali respondenti podobně. Možnost „ano“ zvolilo 98 % osob žijících ve městě a 90 % osob žijících na vesnici.

Typ střední školy

Studenti gymnázia a střední odborné školy odpovídali na tuto otázku také velmi podobně. Možnost „ano“ uvedlo 92 % studentů gymnázia a dokonce 98 % studentů střední odborné školy.

Výsledky výzkumu

V praktické části jsem si stanovila k ověření pět hypotéz. Z vyhodnocených odpovědí vyplývá, že hypotéza:

H1: „Předpokládám, že muži jsou více spokojeni se svou postavou než ženy“ **se potvrdila.**

H2: „Předpokládám, že respondenti žijící na vesnici se účastní společného rodinného stravování během víkendu častěji než respondenti žijící ve městě“ **se potvrdila.**

H3: „Předpokládám, že většina dotazovaných by zvolila jako vhodný způsob hubnutí sportovní aktivity v porovnání s ostatními způsoby hubnutí, jakými jsou např. diety nebo speciální přípravky na hubnutí“ **se potvrdila.**

H4: „Předpokládám, že jak studenti gymnázia, tak i studenti střední odborné školy jsou během studia obeznámeni s problematikou poruch příjmu potravy“ **se potvrdila.**

H5: „Předpokládám, že respondenti ve věku 18 – 20 let budou mít celkově lepší povědomí o problematice poruch příjmu potravy než respondenti ve věku 15 – 17 let“ se nepotvrdila.

4.4 Interpretace výsledků výzkumu

V rámci mého výzkumu jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni se svou postavou. Z výsledků výzkumu vyplývá, že muži jsou se svou postavou spokojenější než ženy. Domnívám se, že tento výsledek zcela odpovídá realitě. Stačí se podívat na televizi, do časopisů, na internet. Všude se objevují štíhlé modelky, návody, jak zhubnout, propagace kultu štíhlé postavy. Tomuto tlaku podléhají především mladé dívky, které si myslí, že nejdůležitějším hlediskem fyzické přitažlivosti je právě štíhlost. Často drží nesmyslné diety, aby se současnému ideálu krásy, jak ho prezentují média, alespoň přiblížily. Mladí chlapani nejsou tomuto tlaku vystaveni v takové míře. Zároveň jim většinou tolik nevadí silnější postava a nedrží tedy tak často redukční diety. Dalším důvodem, proč jsou muži spokojenější se svou postavou, může být skutečnost, že dívkám na jejich vzhledu více záleží (to se projevuje např. ve stylu oblékání, v péči o pleť, vlasy atd.) a jsou tedy k sobě a své postavě kritičtější. Svou roli hraje také fakt, že dívky bývají ze strany mužů hodnoceny především z hlediska tělesného vzhledu a atraktivity, zatímco mužská přitažlivost je posuzována více komplexně.

Dále mne zajímalo, zda se respondenti stravují společně jako rodina alespoň během víkendu. Zajímavé bylo srovnání z hlediska bydliště respondentů. Ukázalo se, že mladí lidé žijící na vesnici se účastní společného rodinného stravování během víkendu častěji než lidé žijící ve městě. Domnívám se, že tento jev může souviset s tím, že lidé na vesnici zastávají spíše tradiční hodnoty, k nimž patří také společné rodinné stolování. Tyto tradiční vzorce chování zahrnující společné stravování zůstávají na vesnicích a menších obcích zachovány i do současné doby. U lidí žijících ve městě může být problémem větší časová vytíženost, a to i během víkendu. Hektičtější způsob života, který je typický pro městské prostředí, většinou zachovávání tradičních hodnot neumožňuje nebo do značné míry komplikuje.

Zkoumala jsem také, jaký způsob hubnutí by respondenti zvolili, pokud by chtěli zhubnout. Z výsledků vyplývá, že tři čtvrtiny respondentů by zvolily sport. Pouze malé

procento dotázaných by preferovalo diety či speciální přípravky na hubnutí. Myslím si, že sport je z uvedených možností pro mladé lidi tou nejpřitažlivější variantou. Opět zde nacházím vliv médií, jejichž prostřednictvím lze sledovat přímé přenosy ze sportovních soutěží, výsledky sportovních utkání na internetu apod. Pomocí médií mohou být mladí lidé také informováni o tom, že pravidelné sportovní aktivity podporují dobrou fyzickou kondici a celkově přispívají ke zdravému životnímu stylu. Díky těmto informacím jsou mladí lidé ke sportovním aktivitám více motivováni a považují je za přirozenou součást svého života. Jedinec, který navíc dosahuje úspěšných sportovních výkonů, bývá obvykle pozitivně hodnocen svými vrstevníky, např. v rámci třídního kolektivu. V případě kolektivních sportů představuje účast na sportovních aktivitách rovněž dobrou příležitost ke společnému setkávání s přáteli. Dalším důvodem, proč mladí lidé preferují sport, může být skutečnost, že se mnozí z nich na základě vlastní zkušenosti s hubnutím přesvědčili o tom, že diety jsou často neúčinné či působí pouze krátkodobě a poté se dostaví tzv. jo-jo efekt. Domnívám se, že v dnešní době si stále více mladých lidí uvědomuje, že některé diety mohou být nejen neúčinné, ale dokonce zdraví škodlivé.

Dále jsem zjišťovala, zda se respondenti během studia na škole setkali s výukou týkající se poruch příjmu potravy. Z výzkumu je patrné, že většina studentů gymnázia i střední odborné školy byla s touto problematikou obeznámena. Zatímco studenti gymnázia nejčastěji uváděli, že se s problematikou poruch příjmu potravy setkali přímo v rámci výuky, studenti střední odborné školy častěji uváděli, že se s tímto tématem seznámili v rámci speciální přednášky či besedy, která proběhla u nich na škole. Z uvedeného vyplývá, že jak všeobecně vzdělávací střední školy typu gymnázia, tak odborné střední školy kladou velký důraz na informovanost studentů v této oblasti. Dalším důvodem je skutečnost, že se problematika poruch příjmu potravy v současné době stala součástí učebních plánů jak na všeobecně vzdělávací střední škole, tak na střední odborné škole.

V rámci mého výzkumu mne také zajímalo, zda respondenti ve věku 18 – 20 let budou mít lepší povědomí o problematice poruch příjmu potravy než respondenti ve věku 15 – 17 let. Z výzkumu vyplývá, že respondenti obou věkových skupin odpovídali na otázky týkající se poruch příjmu potravy přibližně stejně, tj. dosahovali podobných výsledků. Na některé otázky (např. vysvětlení pojmů ortorexie či diuretika) odpověděli naopak lépe mladší respondenti. Celkově vzato ovšem nelze konstatovat, že by jedna věková skupina odpovídala výrazně lépe než druhá. Důvodem je zřejmě fakt, že věkový rozdíl mezi oběma zkoumanými skupinami není dostatečně velký. Dalším důvodem by mohla být skutečnost,

že většina škol dnes zařazuje problematiku poruch příjmu potravy do studijních plánů už v nižších ročnících. Proto mají mladší studenti o dané problematice přibližně stejné informace jako jejich starší spolužáci.

Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že studenti vybraných brněnských středních škol jsou v oblasti poruch příjmu potravy poměrně dobře informováni. Na otázku, odkud se informace o poruchách příjmu potravy prvně dozvěděli, nejčastěji odpovídali, že z médií, čímž se potvrdil můj předpoklad. Překvapivé pro mne ovšem bylo zjištění, že nemalý zdroj informací o tomto tématu tvoří škola, kterou studenti volili hned na druhém místě. V tomto ohledu vidím pozitivní posun. Problémem médií, zejména internetu a bulvárních časopisů, mohou být zkreslené, zavádějící či neúplné informace. Mladý člověk tak může o dané problematice získat mylnou nebo nepřesnou představu. Domnívám se, že výklad odborného učitele či lektora v rámci výuky nebo přednášky na škole poskytuje studentům hlubší vhled do dané problematiky. I v tomto případě je důležité, jakým způsobem jsou poznatky předávány. Věkovou skupinu adolescentů pochopitelně více zaujme poutavý a nápaditý způsob výuky, doplněný o konkrétní příklady z praxe.

Výsledky výzkumu ukazují, že studenti se dobře orientují v základních otázkách poruch příjmu potravy. Ve většině případů vědí, co jsou poruchy příjmu potravy, kdo nejčastěji trpí těmito nemocemi, jaká věková kategorie je pro vznik poruch příjmu potravy nejrizikovější. Znájí pojem BMI a umí definovat mentální anorexii. Zároveň si uvědomují, že poruchy příjmu potravy mohou vážně poškodit zdraví a dokonce způsobit i smrt. Domnívám se, že tento výsledek odráží zvyšující se osvětu týkající se poruch příjmu potravy, kterou jsme zaznamenali především v posledních letech. Poruchy příjmu potravy již nejsou záležitostí pouze odborníků na tuto problematiku, ale dostaly se do povědomí široké veřejnosti. Přesto si myslím, že je v tomto ohledu stále na čem pracovat. Do budoucna by jistě bylo vhodné, aby se studenti dozvěděli více informací o zatím méně známých typech poruch příjmu potravy, jako je již zmíněná ortorexie, bigorexie nebo drunkorexie. Tato témata by měla být rovněž zahrnuta do výuky a měla by se stát součástí přednášek či besed pořádaných školou.

ZÁVĚR

Období adolescence klade na mladého člověka po všech stránkách značné nároky. Obvykle s sebou přináší také určité nejistoty a obavy, které mohou souviset např. se změnou tělesných proporcí. Pro adolescenty je vlastní tělesný vzhled velmi důležitý. Kult těla navíc podporují média, která prezentují fyzickou krásu jako vysokou hodnotu. Aby se mladí lidé ubezpečili o své hodnotě, potřebují se líbit jak druhým, tak i sami sobě. Společenské stereotypy dnešní doby kladou větší důraz na ženskou krásu. Z toho důvodu představuje případná odlišnost od současného ideálu krásy větší zátěž pro dívky. Některé dívky proto mohou velmi tvrdě pracovat na svých fyzických kvalitách (např. držet přísné diety nebo se věnovat tělesnému cvičení až na úkor vlastního zdraví), aby se danému ideálu co nejvíce přiblížily. V krajním případě může tato snaha vyústit až ve skutečnou poruchu příjmu potravy.

Cílem mé diplomové práce bylo přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaká je informovanost studentů brněnských středních škol v oblasti poruch příjmu potravy, resp. zda existují případné rozdíly v této informovanosti, které jsou dány odlišným pohlavím, věkem, bydlištěm nebo typem střední školy.

Živnou půdou pro poruchy příjmu potravy jsou současná společnost a média. Jedná se o závažná psychická onemocnění, která mohou v krajním případě skončit až smrtí. Spouštěčem onemocnění většinou není pouze jediná příčina, ale jedná se spíše o souhrn několika okolností. Člověk s poruchou příjmu potravy se může uzdravit. Je však nezbytné, aby svůj zdravotní stav aktivně řešil a byl k léčbě dostatečně motivován. Léčba poruch příjmu potravy je procesem na několik let. Důležité je, aby se na léčbě podílelo více odborníků a aby zohledňovala individuální potřeby pacienta. Je nutné, aby o rizicích poruch příjmu potravy byli poučeni nejenom studenti základních a středních škol, ale také jejich rodiče či vrstevníci. Rovněž učitelé a zdravotníci by měli být seznámeni s tím, jak poruchy příjmu potravy včas rozpoznat a adekvátně zasáhnout. V dnešní době, která nekriticky opěvuje štíhlost až vyhublost, je velmi snadné sklouznout k poruše příjmu potravy. Nicméně v případě, že adolescent disponuje zdravým sebevědomím, váží si sám sebe a naučí se účinně zvládat zátěžové situace, je na nejlepší cestě, aby se tomuto typu onemocnění úspěšně vyhnul.

Z výzkumu, který byl realizován metodou dotazníkového šetření, vyplynulo, že studenti vybraných brněnských středních škol jsou v oblasti poruch příjmu potravy poměrně dobře

informováni. Ve většině případů vědí, co jsou poruchy příjmu potravy, kdo nejčastěji trpí těmito nemocemi, jaká věková kategorie je pro vznik poruch příjmu potravy nejrizikovější. Znájí pojem BMI a umí definovat mentální anorexii. Zároveň si uvědomují, že poruchy příjmu potravy mohou trvale poškodit zdraví a dokonce způsobit i smrt. Studenti měli problémy pouze s vysvětlením pojmů ortorexie či diuretika. Výsledky výzkumu ukázaly, že studenti ve věkových skupinách 15 – 17 let a 18 – 20 let odpovídali na otázky týkající se poruch příjmu potravy přibližně stejně, tj. mají o dané problematice podobné povědomí. Z výzkumu dále vyplynulo, že muži jsou se svou postavou spokojenější než ženy. Zajímavé je také zjištění, že respondenti žijící na vesnici se účastní společného rodinného stravování během víkendu častěji než respondenti žijící ve městě. Pozitivní je rovněž skutečnost, že naprostá většina dotazovaných by zvolila sport, pokud by chtěla zhubnout. Z výsledků výzkumu je také patrné, že většina studentů gymnázia i střední odborné školy je během studia obeznámena s problematikou poruch příjmu potravy.

Obor sociální pedagogika mi umožnil hlouběji proniknout do problematiky poruch příjmu potravy. Domnívám se, že výsledky mé práce by mohly sloužit pracovníkům neziskových organizací, kteří poskytují odborné poradenství lidem trpícím mentální anorexií, bulimií či jinými poruchami příjmu potravy. Dále by moje práce mohla být přínosem pro výchovné poradce a školní metodiky prevence. Diplomová práce by také mohla sloužit jako podklad pro pokračování výzkumu v dalších městech České republiky, např. formou komparativní studie realizované na středních školách v Praze a Ostravě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANATHINPRO.ESTRANKY.CZ, © 2014. Bulimie. *Closer to the dream* [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.anathinpro.estranky.cz/clanky/pro-mia/bulimie.html>
- [2] BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2008. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 3. rozš. a aktualiz. vyd. Bratislava: Public promotion, 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [3] CIHLEKOVÁ, Barbora, 2014. Zdravé jídlo jako posedlost. *Lidové noviny*. 22. a 23. listopadu 2014, s. 31-32. ISSN 0862-5921.
- [4] COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 183 s. ISBN 978-80-262-0706-1.
- [5] ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4752-4753. ISSN 1211-1244.
- [6] DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- [7] FRAŇKOVÁ, Slávka, DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra, 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- [8] GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [9] GROGAN, Sarah, 2000. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 80-7169-907-1.
- [10] HÁJKOVÁ, Monika, 2013. Bigorexie: Když vám svaly lezou na mozek. In: *Vitalia.cz* [online]. 27. června 2013 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/bigorexie-kdyz-jsou-svaly-nejdulezitejsi/>
- [11] HALL, Lindsey, COHN, Leigh, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA group, 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
- [12] HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., v Portálu 1. vyd. Praha: Portál, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

- [13] HELUS, Zdeněk, 2009. *Osobnost a její vývoj*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 103 s. ISBN 978-80-7290-396-2.
- [14] HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [15] HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [16] HUBNUTI4YOU.CZ, © 2014. Poruchy příjmu potravy. *Hubnutí4you* [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.hubnuti4you.cz/95-poruchy-prijmu-potravy.html>
- [17] CHRÁSKA, Miroslav, 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 200 s. ISBN 80-244-1367-1.
- [18] IDEALNI.CZ, © 2014. Následky mentální anorexie a bulimie. *Ideální.cz* [online]. [cit. 2015-01-09]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/nasledky-mentalni-anorexie-a-bulimie/>
- [19] IDEALNI.CZ, © 2014. Psychogenní přejídání. *Ideální.cz* [online]. [cit. 2015-01-21]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/psychogenni-prejidani/>
- [20] IDEALNI.CZ, © 2014. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. *Ideální.cz* [online]. [cit. 2015-01-26]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
- [21] JIDELNICEKNAMIRU.CZ, © 2014. Potravinová pyramida. *Výživové poradenství* [online]. [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: <http://www.jidelniceknamiru.cz/potravinova-pyramida/>
- [22] KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- [23] KRAUS, Blahoslav, POLÁČKOVÁ, Věra, 2001. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- [24] KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [25] KRCH, František David, 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

- [26] KRCH, František David a kol., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
- [27] KRCH, František David, ŠVÉDOVÁ, Jarmila, 2013. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Anabell, 41 s. ISBN 978-80-905436-3-8.
- [28] KRÓLOVÁ, Klára, 2011. *Hygiena a výživa II.: distanční studijní opora*. 1. vyd. Karviná: Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné, 119 s. ISBN 978-80-7248-635-9.
- [29] LADISH, Lorraine C., 2006. *Strach z jídla*. 1. vyd. Ružomberok: Epos, 160 s. ISBN 80-89191-53-3.
- [30] LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
- [31] MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
- [32] MACEK, Petr, LACINOVÁ, Lenka, 2012. *Vztahy v dospívání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 196 s. ISBN 978-80-87474-46-4.
- [33] MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
- [34] MIDDLETON, Kate, SMITH, Jane, 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřetitz: Doron, 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.
- [35] MICHALČÁKOVÁ, Radka, 2007. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 149 s. ISBN 978-80-87029-15-2.
- [36] NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [37] PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [38] PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

- [39] PAPEŽOVÁ, Hana, 2000. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
- [40] PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- [41] POLANSKÁ, Michaela, SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana, ŠVÉDOVÁ, Jarmila, 2008. *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Anabell ve spolupráci s nakl. Albert, 11 s. ISBN 978-80-7326-157-3.
- [42] PUNCH, Keith F., 2008. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- [43] ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- [44] ŠEBEŠ, Marek, © 2013. Děti a mládež v kyberprostoru. *Média pod lupou.cz* [online]. [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://www.mediapodlupou.cz/lekce/deti-a-mladez-v-kyberprostoru>
- [45] ŠVÉDOVÁ, Jarmila, 2012a. *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*. 1. vyd. Brno: Anabell, 72 s. ISBN 978-80-260-4270-9.
- [46] ŠVÉDOVÁ, Jarmila, 2012b. *Jak se v sobě neztratit*. 1. vyd. Brno: Anabell, 28 s. ISBN 978-80-260-4271-6.
- [47] ŠVÉDOVÁ, Jarmila, MIČOVÁ, Lenka, 2010. *Poruchy příjmu potravy: manuál pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Anabell, 31 s.
- [48] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- [49] VAŠUTOVÁ, Maria, PANÁČEK, Michal a kol., 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 137 s. ISBN 978-80-7464-125-1.

- [50] VISCOJIS.CZ, © 2014. Mentální bulimie. *Víš co jíš?* [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=22%3A4&catid=68&Itemid=118
- [51] VISCOJIS.CZ, © 2014. Drunkorexie. *Víš co jíš?* [online]. [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.viscojis.cz/onemocneni-vyziva/poruchy-prijmu-potravy/537-drunkorexie>
- [52] VÍZDAL, František, 2005. *Techniky poznávání osobnosti*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 50 s.
- [53] ZAPLETALOVÁ, Anna, 2013. Poruchy příjmu potravy aneb Když (nejen) ženy myslí jen na to jedno. In: *Sestřička.com* [online]. 27. dubna 2013 [cit. 2014-10-27]. Dostupné z: <http://sestricka.com/poruchy-prijmu-potravy-aneb-kdyz-nejen-zeny-mysli-jen-na-to-jedno>
- [54] ZAPLETALOVÁ, Anna, 2013. Poruchy příjmu potravy – aneb když je jídlo jed i lék. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. č. 5, s. 11-13. ISSN 1801-464X.
- [55] ZDRAVYHOLKY.CZ, © 2015. O projektu. *Zdravý holky* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.zdravyholky.cz/index.php/o-projektu>
- [56] ZINNIA.CZ, © 2010. Mentální anorexie. *Zinnia* [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://zinnia.cz/hubnuti-a-cviceni/mentalni-anorexie>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

BMI Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)

PPP Poruchy příjmu potravy

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Zkreslené vnímání vlastního těla u mentální anorexie	32
Obr. 2. Záchvat přejídání a následné zvracení u mentální bulimie	36
Obr. 3. Potravinová pyramida	56

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů	64
Tab. 2. Věkové složení respondentů	64
Tab. 3. Bydliště respondentů	64
Tab. 4. Typ střední školy respondentů	64
Tab. 5. Spokojenost s vlastní postavou	65
Tab. 6. Tělesný vzhled a jeho vliv na životní štěstí	66
Tab. 7. Vynechávání hlavních jídel	67
Tab. 8. Pravidelné stravování	68
Tab. 9. Společné rodinné stravování během víkendu	69
Tab. 10. Zkušenosti respondentů s hubnutím	70
Tab. 11. Způsoby hubnutí	71
Tab. 12. BMI	72
Tab. 13. Poruchy příjmu potravy	73
Tab. 14. Informace o poruchách příjmu potravy	74
Tab. 15. Výuka v oblasti poruch příjmu potravy	75
Tab. 16. Témata týkající se poruch příjmu potravy	77
Tab. 17. Informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti	79
Tab. 18. Člověk s poruchou příjmu potravy v okolí respondentů	80
Tab. 19. Kdo nejčastěji trpí poruchami příjmu potravy	81
Tab. 20. Riziková věková kategorie pro vznik poruch příjmu potravy	82
Tab. 21. Mentální anorexie	83
Tab. 22. Ortorexie	84
Tab. 23. Diuretika	85
Tab. 24. Riziko zdravotních následků a smrti u poruch příjmu potravy	86

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Tělesné potíže při mentální anorexii
- P II Tělesné potíže při mentální bulimii
- P III Dotazník pro studenty středních škol

PŘÍLOHA P I: TĚLESNÉ POTÍŽE PŘI MENTÁLNÍ ANOREXII

- **Zvýšená citlivost na chlad** – končetiny jsou promodralé, objevují se na nich skvrny, otoky i omrzliny, hrozí nebezpečí podchlazení.
- **Zhoršená kvalita pleti** – pleť je suchá, zažloutlá, praskající, mohou se objevovat různé vyrážky, snadno se dělají modřiny.
- **Nárůst jemného ochlupení na těle** – tzv. lanugo, objevuje se především na zádech a v obličeji.
- **Zhoršená kvalita vlasů** – vlasy jsou řídké, suché, lámou se.
- **Zpomalení funkce střev** – výsledkem je zácpa.
- **Zvýšená kazivost zubů.**
- **Pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku** – v důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů, které mohou přetrvávat i po vyléčení.
- **Poškození jater** – nedostatek výživy postihuje játra, která nemohou tvořit tělesné proteiny, důsledkem mohou být otoky kolem kotníků a nohou.
- **Poruchy funkce ledvin** – ledviny jsou ohroženy infekcí, tvorbou kamenů a mohou selhat.
- **Odvápnění kostí** – tzv. osteoporóza, kosti jsou tenké a křehké, což může vést ke zlomeninám, deformacím páteře a bolestem.
- **Zvýšená hladina cholesterolu v krvi** – cholesterol stoupá vlivem nedostatku estrogeneru kvůli poškozené funkci jater.
- **Poškození svalů a celková únavnost** – zhoršení chůze do schodů, těžké nohy, extrémní únava a unavitelnost.
- **Změny krevního obrazu a kostní dřeně** – selhává funkce kostní dřeně, červené a bílé krvinky nejsou tvořeny dostatečně rychle, výsledkem je anémie a náchylnost k určitým infekcím.
- **Pomalý pulz, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlévání.**
- **Slabý močový měchýř** – časté močení přes den i v noci.

- **Porucha menstruačního cyklu** – vlivem nedostatku tělesného tuku menstruace přestává nebo je nepravidelná, výsledkem může být neplodnost.
- **Snížení činnosti pohlavního systému** – výrazné oslabení zájmu o sex.
- **Poruchy spánku** – nespavost, časně probouzení brzo ráno či několikrát za noc, děsivé sny apod.
- **Srdeční obtíže** – arytmie (porucha srdečního rytmu), bradykardie (zpomalení srdeční frekvence), v krajním případě může dojít i k srdečnímu selhání.
- **Oslabení celkové obranyschopnosti organismu.**
- **U dětí se zpomaluje růst a opožďuje puberta** (Krch, 2010, s. 44 – 45).

PŘÍLOHA P II: TĚLESNÉ POTÍŽE PŘI MENTÁLNÍ BULIMII

- **Dutina ústní** – poranění sliznice, vysoká kazivost zubů, poškození zubní skloviny, odhalené krčky, krvácení z dásní, pach z úst, záněty a otoky slinných žláz pod čelistí.
- **Hrdlo a jícen** – bolesti v krku, vznik vředů, riziko protržení jícnu.
- **Kůže** – problémy s kvalitou pleti, oteklé tváře, suchá kůže.
- **Zhoršená kvalita vlasů** – vlasy jsou lámavé, třepivé, vypadávají.
- **Zhoršená kvalita nehtů** – nehty jsou křehké a lámavé.
- **Žaludek** – nadměrné působení žaludečních šťáv, vznik zánětů a vředů, zpomalené trávení, nebezpečí prasknutí při přejedení.
- **Střeva** – průjemy, zácpa, nadýmání, křeče v břiše.
- **Poruchy funkce ledvin** – ledviny jsou ohroženy infekcí, tvorbou kamenů a mohou selhat.
- **Srdeční obtíže** – nízký krevní tlak, zpomalený tep, bušení srdce, selhávání srdeční činnosti.
- **Změny krevního obrazu** – anemie (chudokrevnost).
- **Nedostatek minerálních látek** – zejména draslíku, hořčíku a sodíku, což může vést až k metabolickému rozvratu.
- **Tělesné tekutiny** – vlivem opakovaného zvracení dochází k dehydrataci.
- **Poškození svalů a kloubů** – svaly jsou ochablé, klouby oteklé.
- **Chronická únava, bolesti hlavy, potíže se spánkem, nevolnost až mdloby, časté výkyvy hmotnosti.**
- **Porucha menstruačního cyklu** – nepravidelná či žádná menstruace (idealni.cz, © 2014 – online).

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO STUDENTY STŘEDNÍCH ŠKOL

Vážená studentko, vážený studente,

*jmenuji se Šárka Strmisková a jsem studentkou posledního ročníku navazujícího magisterského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V tomto roce zpracovávám diplomovou práci na téma **Poruchy příjmu potravy v období adolescence**. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci na mém výzkumu, který se týká informovanosti studentů středních škol v oblasti poruch příjmu potravy.*

*Nejdříve, prosím, vyplňte níže uvedené základní údaje. V následujících otázkách zaškrtněte vždy **jednu odpověď**, která je Vám z uvedených možností nejbližší.*

Všechny údaje jsou samozřejmě anonymní a slouží výhradně pro účely mé diplomové práce.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Pohlaví:

muž

žena

Věk:

15 – 17 let

18 – 20 let

Bydliště:

město

vesnice

Typ střední školy:

gymnázium

střední odborná škola

1. Jste spokojený/á se svou postavou?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

2. Domníváte se, že štíhlí lidé jsou šťastnější než lidé s nadváhou?

- ano
- ne
- nevím

3. Vynecháváte některé z hlavních jídel – snídaně, oběd, večeře?

- ano, pravidelně
- jen občas
- ne, jsem zvyklý/á denně snídat, obědvat i večeřet

4. Kolikrát denně je ideální jíst?

- 3 – 4x denně
- 4 – 5x denně
- 5 – 6x denně

5. Jíte společně jako rodina alespoň o víkendu?

- ano, pravidelně
- jen občas
- ne

6. Zkoušel/a jste někdy úmyslně hubnout?

- ano, opakovaně
- pouze jednou či dvakrát
- ještě jsem to nezkoušel/a, ale uvažuji o tom
- ne, a ani o tom neuvažuji

7. Pokud bych chtěl/a zhubnout, nejspíše bych zvolil/a:

- dietu
- přípravky na hubnutí
- sport
- nutričního specialistu, který by mi poradil, jak se správně stravovat

8. Znáte pojem BMI?

- ano
- ne

9. Víte, co jsou to poruchy příjmu potravy?

- ano
- ne

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, odkud jste se tyto informace prvně dozvěděl/a?

- rodina
- přátelé a známí
- škola
- média – internet, televize, rádio, knihy, časopisy
- lékař

11. Setkal/a jste se na Vaší škole s výukou týkající se poruch příjmu potravy?

- ano, tato problematika byla probírána v rámci vyučovaných předmětů
- ano, během studia jsem absolvoval/a dokonce speciální přednášku či besedu zaměřenou na poruchy příjmu potravy
- ne, toto téma se na naší škole dosud neprobíralo

12. Která část problematiky poruch příjmu potravy by Vás nejvíce zajímala?

- informace o mentální anorexii a bulimii
- informace o méně známých typech poruch příjmu potravy
- zdravotní následky poruch příjmu potravy
- příčiny vzniku poruch příjmu potravy
- léčba a prevence poruch příjmu potravy
- kasuistiky pacientů, kteří trpěli poruchami příjmu potravy
- tato problematika mne nezajímá

13. Myslíte si, že je informovanost o poruchách příjmu potravy v naší společnosti dostatečná?

- ano
- ne
- nevím

14. Znáte ve svém okolí někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?

- ano
- ne

15. Poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji:

- chlapani
- dívky
- obě pohlaví

16. Jaká věková kategorie je pro vznik poruch příjmu potravy nejrizikovější?

- 5 – 15 let
- 15 – 25 let

- 25 – 35 let

17. Mentální anorexie je:

- porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti
- porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy
- porucha charakterizovaná nadměrným příjmem potravy bez ohledu na potřeby těla a pocity hladu či sytosti

18. Ortorexie je:

- porucha vyznačující se opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu
- porucha týkající se tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem
- porucha vyznačující se patologickou posedlostí zdravou výživou

19. Diuretika jsou:

- léčiva navozující zvýšené vylučování vody z těla
- léčiva podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování
- léčiva snižující chuť k jídlu

20. Myslíte si, že poruchy příjmu potravy mohou trvale poškodit zdraví nebo dokonce způsobit smrt?

- ano
- ne
- nevím

Děkuji Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku.