

Poruchy příjmu potravy

Petra Mašková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra MAŠKOVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek
Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru
Provedení výzkumu
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

CASSUTO, D.-A., GUILLOU, S. Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek. Praha: Portál, 2008. 117 s. ISBN 978-80-7367-357-4.

ELLIOT, J., PLACE, M. Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada Publishing, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0

KRCH, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Řeháčková
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

16. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 16. února 2009

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 9.3.2009


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na poruchy příjmu potravy, především mentální anorexii a mentální bulimii. Teoretická část se zabývá stručným definováním a charakteristikou poruch příjmu potravy, základními diagnostickými kritérii, historií těchto poruch, dále příčinami vzniku, příznaky, důsledky, možnostmi léčby a prevencí. V praktické části je pomocí dotazníkové metody u žáků devátých ročníků zjišťována informovanost (úroveň znalostí) o poruchách příjmu potravy, dále se otázky týkají zkušeností s dietami a vlivu médií.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, diagnostická kritéria, příčiny vzniku, důsledky, léčba, prevence

ABSTRACT

Bachelor's thesis is focused on eating disorders, especially anorexia nervosa and bulimia mental. The theoretical part deals with a brief definition and characteristics of eating disorders, the essential diagnostic criteria, history of these disorders, the causes of, symptoms, consequences, treatment options and prevention. In the practical part is using the questionnaire method for pupils ninth years of recorded information (knowledge) on the breach-andres food intake, as well as issues relating to experiences with diets and the impact of media in this for the problem.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia mental, diagnostic criteria, causes of, consequences, treatment, prevention

Děkuji Mgr. Heleně Řeháčkové za cenné rady a čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat mojí rodině za projevenou podporu.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	14
1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	16
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM-IV	17
1.1.2 Specifické typy mentální anorexie	17
1.1.3 Hlavní projevy v chování nemocných mentální anorexií.....	17
1.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ BULIMIE.....	18
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM-IV	19
1.2.2 Specifické typy mentální bulimie.....	19
1.2.3 Hlavní projevy v chování nemocných mentální bulimií	20
1.3 JINÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	20
1.3.1 Atypické poruchy příjmu potravy.....	20
1.3.2 Nespecifikované poruchy příjmu potravy	20
1.3.3 Další poruchy příjmu potravy.....	21
2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	23
3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	24
3.1 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY	24
3.1.1 Média.....	25
3.1.1.1 Internet a pro-ana směr	28
3.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY.....	29
3.3 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	30
3.4 RODINNÉ A GENETICKÉ FAKTORY	31
3.5 EMOCIONÁLNÍ FAKTORY	32
3.6 OSOBNOSTNÍ A PSYCHICKÉ CHARAKTERISTIKY	32
4 DŮSLEDKY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	34
5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	35
5.1 HOSPITALIZACE.....	35
5.2 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE	36
5.3 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY.....	36
6 PREVENCE	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
7 VÝZKUM	40
7.1 PŘÍPRAVA VÝZKUMU	40
8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	41

8.1	OTÁZKA Č. 1	ZNÁŠ POJEM PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY?.....	41
8.2	OTÁZKA Č. 2	SLYŠEL/A JSI NĚKDY POJEM MENTÁLNÍ ANOREXIE A DOKÁŽEŠ HO VYSVĚTLIT?.....	42
8.3	OTÁZKA Č. 3	SLYŠEL/A JSI NĚKDY POJEM MENTÁLNÍ BULIMIE A DOKÁŽEŠ HO VYSVĚTLIT?.....	43
8.4	OTÁZKA Č. 4	MŮŽE MENTÁLNÍ ANOREXIE NEBO BULIMIE ZPŮSOBIT SMRT?.....	44
8.5	OTÁZKA Č. 5	MENTÁLNÍ ANOREXIÍ NEBO BULIMIÍ ČASTĚJI TRPÍ.....	45
8.6	OTÁZKA Č. 6	INFORMACE O ANOREXII NEBO BULIMII ZÍSKÁVÁŠ NEJVÍCE.....	45
8.7	OTÁZKA Č. 7	ZA HLAVNÍ PŘÍČINU VZNIKU ANOREXIE A BULIMIE POVAŽUJEŠ.....	46
8.8	OTÁZKA Č. 8	MLUVILI JSTE VE ŠKOLE O MENTÁLNÍ ANOREXII A BULIMII?	47
8.9	OTÁZKA Č. 9	MĚL/A BYS ZÁJEM O ZÍSKÁNÍ VÍCE INFORMACÍ (NAPŘ. PŘEDNÁŠKOU) VE ŠKOLE?.....	48
8.10	OTÁZKA Č. 10	VÍŠ CO JE PRO-ANA SMĚR?	48
8.11	OTÁZKA Č. 11	NAVŠTÍVIL/A JSI NĚKDY NA INTERNETU PRO-ANA STRÁNKY?	49
	8.11.1	Otázka č. 11a) Z jakého důvodu jsi je navštívil/a?	49
	8.11.2	Otázka č. 11b) Co si o těchto internetových stránkách myslíš?	49
8.12	OTÁZKA Č. 12	DRŽEL/A JSI NĚKDY DIETU?	50
	8.12.1	Otázka č. 12a) Věděli/vědí o tom tvoji rodiče?.....	50
	8.12.2	Otázka č. 12b) V čem dieta spočívala/spočívá?	50
	8.12.3	Otázka č. 12c) Recept na dietu jsi získal/a.....	51
8.13	OTÁZKA Č. 13	DRŽEL NĚKDY NĚKDO Z TVÉHO OKOLÍ DIETU?	52
8.14	OTÁZKA Č. 14	VYZKOUŠEL/A JSI NĚKDY NĚJAKÝ PŘÍPRAVEK NA HUBNUTÍ?.....	52
8.15	OTÁZKA Č. 15	MYSLÍŠ SI, ŽE MÉDIA BOJUJÍ PROTI ANOREXII, BULIMII?.....	53
8.16	OTÁZKA Č. 16	MYSLÍŠ SI, ŽE MÉDIA PROPAGUJÍ EXTRÉMNÍ ŠTÍHLOST A KRÁSU?	55
8.17	OTÁZKA Č. 17	MYSLÍŠ SI, ŽE JE V MÉDIÍCH DOSTATEK INFORMACÍ O NEBEZPEČÍ ANOREXIE A BULIMIE?	56
8.18	OTÁZKA Č. 18	ŘÍDÍŠ SE NEJNOVĚJŠÍMI MÓDNÍMI TRENDY, KTERÉ JSOU ZVEŘEJŇOVÁNY V MÉDIÍCH?	57
8.19	OTÁZKA Č. 19	CHTĚL/A BYS VYPADAT JAKO LIDÉ, KTEŘÍ JSOU NA PŘEDNÍCH STRÁNKÁCH ČASOPISŮ?	57
8.20	OTÁZKA Č. 20	BYL/A BYS OCHOTNÝ/Á DRŽET DRASTICKOU DIETU, KVŮLI LUKRATIVNÍ NABÍDCE Z MODELINGU (FILMU APOD.)?.....	58
8.21	OTÁZKA Č. 21	JSI SPOKOJENÝ/Á SE SVOU POSTAVOU?.....	59
8.22	OTÁZKA Č. 22	MYSLÍŠ SI, ŽE DOSAŽENÍ ÚSPĚCHU V ŽIVOTĚ (DOBRÁ PRÁCE, SKVĚLÝ PARTNER, APOD.) SOUVISÍ S KRÁSOU A ŠTÍHLOSTÍ?	60
9	ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ VÝZKUMU.....		61
	ZÁVĚR		63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		64

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
SEZNAM GRAFŮ	68
SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Dlouho jsem přemýšlela o tom, jaké téma pro bakalářskou práci si vybrat. Vodítkem při výběru mi byla zkušenost mojí kamarádky, která si prošla peklem zvaným mentální anorexie. Díky ní mám tedy k tomuto problému, sice zprostředkovaně, blíže.

Problémy poruch příjmu potravy, mezi které patří především mentální anorexie a mentální bulimie, se dle mého názoru stávají čím dál víc aktuálnějšími tématy. Někdo by snad mohl namítat, že toto téma je neustále omílané, ale s tímto názorem nesouhlasím. Až těmi to nemocemi nebude trpět nikdo, až všichni pochopí jejich zrůdnost, tak uznám, že již není třeba se o nich dále zmiňovat.

Jedná se o poruchy psychické, takže neexistuje žádná tabletka či očkování, které by nás před nimi chránilo. Jediným zachráncem je zdravý rozum a zdravé sebevědomí. Jenže zachovat si tyto dva „zachránce“ není jednoduché. Bohužel žijeme v době, která upozorňuje především na tělesnou atraktivitu, neustále nám předkládá ideál krásy, který je pro většinu z nás nedosažitelný a zdraví ohrožující. Jen málo lidí má od přírody štíhlou postavu, která propagovanému módnímu ideálu odpovídá. A tak se většina žen se zcela normální postavou, prostřednictvím diet a cvičení, vydává na cestu vedoucí k vysněné postavě modelky z přední stránky módního časopisu. Pokud tomuto trendu podlehnou zralé ženy (v některých případech i muži), nedivme se, že mladé dívky, někdy ještě v dětském věku, podléhají také. Bohužel od diety není daleko k poruchám příjmu potravy. A od poruch příjmu potravy není daleko ke zničenému zdraví, v některých případech ke smrti.

Je všeobecně známo, že touto poruchou trpí častěji ženy, proto ve své práci užívám většinou ženského rodu.

Cílem mé práce je popsat problém poruch příjmu potravy pomocí dostupných literárních zdrojů a zjistit úroveň informovanosti žáků 9. tříd o daném problému. V teoretické části své bakalářské práce jsem se snažila podat základní přehled informací týkající se problému poruch příjmu potravy. Jednalo se o přehled historický, vysvětlení pojmů mentální anorexie a bulimie, popsání diagnostických kritérií, projevů v chování a následků, možnosti léčby a prevence. V praktické části jsem zjišťovala míru informovanosti žáků 9. tříd základní školy o daném problému. Otázky dotazníku byly věnovány zkušenostem s dietami, které jsou jedním z nejrizikovějších faktorů pro vznik mentální anorexie a buli-

mie a také se v dotazníku objevují otázky týkající se vlivu médií, které se taktéž ve velkém podílu na vzniku těchto poruch.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Jídlo je jednou ze základních potřeb pro udržení života. Poskytuje nám živiny potřebné pro správné fungování našeho organismu. To jak jíme, ovlivňuje naše fyzické a psychické zdraví a tím pádem kvalitu i délku života.

Jídlo má různý význam, jak sociální tak psychický. Může být zdrojem slasti, odměnou, únikem před samotou, způsobem komunikace ale může být i trestem, v případě odnětí potravy. Funguje jako náhrada za momentálně nedosažitelný požitek, když je člověk frustrován či ve stresu. Kompenzuje neuspokojení v sociálních vztazích, při nedostatku lásky či neúspěchu a vyrovnává emoční rozladění a pomáhá zvládat zátěž (Vágnerová, 1999).

O poruchách příjmu potravy můžeme mluvit v případě, že člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. Lze říci, že se jedná o závislost na jídle, kterou můžeme přirovnat k závislosti na alkoholu u alkoholiků. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy se tak jídlo stává hlavní náplní života (Kranz, Maloney, 1997). Jídlo začíná plnit funkci podpěrné berličky a ztrácí schopnost uspokojit základní potřebu nasytit.

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. V některých publikacích jsou tyto poruchy označovány jako poruchy stravovacích návyků, ale tento název není tak zažitý.

Mentální bulimie a anorexie nepatří mezi problémy týkající se příliš ambiciózních děvčat, ale postihují dívky z různého společenského prostředí, z různých rodin, s různým vzděláním, z velkého města i vesnice (Krch, 2000). U nás se v populaci dospívajících výskyt těchto poruch odhaduje na 5-8 % (Štichová In Vodáčková, 2002).

Obě poruchy jsou si velice podobné a liší se především závažností podvýživy a metodami, které jsou používány ke kontrole hmotnosti. Mezi společné znaky obou poruch patří strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní neustále myslí na to, kolik váží, jak vypadají, a intenzivně se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibrat (Krch, 2005).

S úsilím vedoucím k dosažení štíhlosti je spojeno snížení energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje, což se děje především prostřednictvím diet a nadměrné fyzické zátěže (Krch, 2002). Problémem je, že diety ve většině případů zcela nahrazují normální jídelní režim a drží je lidé, kteří vůbec nemají pojem o tom, kolik by správně měli vážit. Lidé se

na základě vlastního úsudku, rozhodnou, že změní svůj jídelníček. Ten bývá většinou jednostranný a velice krutý vůči tělu, protože neobsahuje dostatek vitamínů a minerálů. Dotyčný ztratí několik „vysněných“ kilogramů, které ovšem nabere zpět poté, co se začne stravovat stejně jako před dietou (tzv. jojo efekt). A tak se vše neustále opakuje. Až člověk dojde k názoru, že nesmyslná dieta, po které již přeci tolikrát zhubl (je jedno, že se po čase váha vrátila na stejnou hodnotu), je tím pravým, co využije k boji s kilogramy. A tak se přes odmítání určitých potravin, zmenšování porcí a zvětšování fyzické zátěže až po úplné odmítání potravy dostává do spárů zákeřných nemocí jako je mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Diety zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy asi osmkrát, jak uvádí Krch (2000), a v České republice drží redukční dietu asi 20 % šestnáctiletých dívek a kolem 60 % děvčat se o ni už někdy pokoušelo a stejné procento není se svou postavou spokojeno.

Diety jsou fenoménem dneška a ten kdo nedrží dietu, jako by nebyl. Takový člověk na ostatní „dietáře“, kterých je ve společnosti většina, působí až zvláště, pokud si k obědu nedává salát a sklenici vody. V pracovním kolektivu, kde jsou převážně ženy, může dojít k tomu, že „nedietářku“ vyloučí ze své „dietní komunity“, protože je „divná“. Divná je proto, že je spokojená s tím, jak vypadá, i když její tělesné proporce neodpovídají médiu protěžovanému ideálu krásy. Krch (2005) uvádí, že mírná nadváha, nedodržování dietních rad a přerušení diety jsou společností vnímány jako selhání, které mnohdy vede k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Ideálu krásy podléhají samozřejmě i muži, ale ne v takové míře jako ženy.

Ve veškeré literatuře se objevují názory, které v dietách a s nimi spojenými skutečnostmi vidí jednu z hlavních příčin mentální anorexie a bulimie.

Krch (2005) upozorňuje na to, že ne vždy znamená změna v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti diagnózu mentální anorexie nebo mentální bulimie. Může být signálem rozvoje jiného onemocnění. A Elliot a Place (2002) dodávají, že ani touha být štíhlý, přání držet dietu ještě nepotvrzuje, že člověk trpí anorexií.

1.1 Charakteristika mentální anorexie

„*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*“ (Krch, 2005, s.16). To se děje především prostřednictvím hladovění. Anorektičky odmítají jíst protože nechtějí, ne že by neměly chuť (Krch, 2005). Chuť je tedy vědomě potlačována a postupem času dochází k její úplné ztrátě, což způsobuje snížení pocitu hladu a poté dochází k nechutenství (Málková, Krch, 2001).

Jak již bylo zmíněno, anorektičky si svou nízkou hmotnost udržují především díky extrémně přísným dietám, které se ve většině případů rovnají hladovění a doplňují ho zejména přehnanou fyzickou zátěží. To vše se děje na základě iracionálního strachu z tloušťky. Podle Navrátilové (2000) má tato obava charakter ovládaté až nutkavé myšlenky.

Krch (2002) upozorňuje na to, že strach z tloušťky pacientky často zaměňují za snahu jíst zdravě nebo ho zcela popírají. Strach z tloušťky je spojen s pokřivenou představou o vlastním těle. Nemocní neustále sledují některé své tělesné partie (např. stehna, břicho) a nadhodnocují jejich proporce.

Diety dávají anorektičkám pocit moci a kontroly. Díky nim mají pocit nadřazenosti nad ostatními. Protože ony jsou ty, které se dokáží ovládat a jíst málo nebo vůbec (Kranz, Maloney, 1997).

Kranz a Maloney (1997) uvádějí, že asi z 95 % jsou anorexií nemocné ženy. Podle Elliot a Place (2002) asi 5 % lidí nemocných mentální anorexií zemře.

I přesto, že okolí anorektičkám vyvrací jejich nereálnou představu o jejich tělesném vzhledu, považují se za obtlouklé a nevzhledné. Za tlusté se považují i přesto, jak uvádí Laidishová (2006), že mají mrtvolný vzhled.

Mentální anorexie se zřídka objevuje před pubertou a její výskyt je desetkrát častější u dívek než chlapců (Elliot, Place, 2002). Podle většiny autorů se mentální anorexie nejčastěji objevuje mezi 12 – 20 rokem. Což ovšem nevylučuje výskyt nemoci v pozdějších letech. Krch (2002) uvádí, že výskyt v rizikové populaci je 0,5 – 1 %. Určité příznaky mentální anorexie se mohou vyskytovat až u 6 % dívek na konci puberty. Marádová (2007) uvádí úmrtnost mezi 2-8 %.

1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM-IV

Krch (2002) uvádí tato tři kritéria

- ❖ hmotnost je aktivně udržována pod 85 % hranicí normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, nebo hodnota BMI dosahuje hodnoty 17,5 a nižší
- ❖ obava z nárůstu hmotnosti i v případě podváhy
- ❖ u žen alespoň třikrát po sobě chybí menstruace (tento znak je splněn i v případě, že se menstruace dostaví jen v případě užívání hormonálních přípravků (př. antikoncepce)

Cohn a Hall (2003) tento výčet doplňují ještě o jedno kritérium:

- ❖ zkreslené vnímání vlastního těla nebo jeho určité části

1.1.2 Specifické typy mentální anorexie

Mentální anorexii lze rozlišit (Krch, 2005; Hall, Cohn, 2003) na dva specifické typy. Typ restriktivní (nebulimický) označuje jedince, u kterých nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, ale snižují svou hmotnost především omezením příjmu potravy, hladověním nebo extrémní fyzickou námahou. Druhý typ je purgativní (bulimický, též přejídající či vyprazdňující) a ten označuje jedince, kteří se opakovaně záchvatovitě přejídají a poté se snaží zkonsumovaného jídla zbavit zvracením, nadměrnou fyzickou námahou, hladověním, užíváním diuretik, laxativ nebo kombinací těchto metod. Kranz a Maloney (1997) uvádí, že se navozené zvracení objevuje asi ve 40 %.

Leibold (1995) dělí mentální anorexii na akutní a chronickou. V případě akutní mentální anorexie dochází k omezování příjmu potravy, které vyústí až k úplnému odmítání. Pokud nedojde k rychlému léčení jedince, může nastat smrt. Chronická mentální anorexie je též charakterizována omezováním příjmu potravy, ale jedinci sní alespoň minimum potravy, které je udržuje při životě.

1.1.3 Hlavní projevy v chování nemocných mentální anorexií

Mezi hlavní projevy patří (Krch, 2000; 2003; 2005): držení přísné diety i přes nízkou tělesnou hmotnost; neustálé zdůrazňování své imaginární tloušťky; velké znalosti o kalorických hodnotách potravin; jídlo je častým tématem při komunikaci s druhými; z počátku se obje-

vuje vybíravost, která se stupňuje, a porce jídla se rapidně zmenšují; velký zájem o vaření (vaření pro rodinu, kamarády) i přes dodržování přísného dietního režimu, sbírání receptů, sledování pořadů o vaření apod.; vylouvání se při pobídce k jídlu na jeho předchozí konzumaci; rituály při jídle nebo zvláštní jídelní návyky (krájení jídla na miniaturní kousky, zapíjení každého sousta velkým množstvím vody, pomalé jídelní tempo apod.); vyhazování jídla určeného ke konzumaci; uzavírání se do sebe, samotářství, vyhýbání se společenským akcím; ztráta zájmu o aktivity, které v minulosti vyplňovaly volný čas; objevuje se špatná nálada, podrážděnost (především při nucení do jídla); extrémní fyzická zátěž (několikahodinové běhání, jízda na kole, apod.); mnohdy se objevují tendence k sebepoškození.

1.2 Charakteristika mentální bulimie

Mentální bulimie postihuje především ženy ve věku 14 – 30 let, výjimečně dříve a vyskytuje se u 2,5 – 6 % této populace (což je asi každá dvacátá dospívající dívka). Jen kolem 5 % pacientů s bulimií jsou muži (Krch, 2000).

Marádová (2007) u mentální bulimie uvádí úmrtnost až 2 %.

Jedná se o poruchu charakterizovanou zejména opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou spojeny s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2005).

Po záchvatu přejedení, který se děje potají a během krátké doby, jedinec zkonsumuje velké množství potravy, které je kaloricky velmi vydatné. Po tomto nekontrolovatelném záchvatu dochází u dotyčného k pocitům viny, selhání, neschopnosti a depresím. Následně se dotyčný snaží zkonsumovaného jídla zbavit očístou, která spočívá ve vyvolaném zvracení, užitím projímadla, půstu nebo nadměrné fyzické aktivitě (Ladishová, 2006; Navrátilová, 2000).

Právě při vyvolaném zvracení se dostavují pocity sebekontroly a bezpečí, které v průběhu přejídání mizí (Cohn, Hall, 2003).

Tento krizový stav, jak uvádí Cassuto a Guillou (2008), není vyvolán nezvladatelným hladem, ale pocitem nepohody. Nejde o potěšení, nejde o chuť jídla, ale o nutkavou a neodolatelnou potřebu najíst se. Někdy, jak uvádí Leibold (1995), je záchvat vyvolán depesemí, zklamáním, strachem, osamělostí, nudou a většinou se už původce tohoto chování nedá zjistit.

Obvyklá energetická hodnota jídla, sněženého během záchvatu, se pohybuje v rozmezí 1000 – 3000 kcal. Ale v některých případech se dostáváme na hodnotu až 20 000 kcal, jak uvádí Krch (2000). V těchto případech dochází ke konzumaci jakéhokoliv jídla v jakémkoliv stavu. Záchvaty se objevují zpravidla když je člověk sám a nikdo mu tak nestojí v cestě. Bröhmová (1999) uvádí četnost záchvatů u některých případů až dvacet denně. Podle Ladishové (2006) je tento způsob chování nejnávykovějším typem chování charakteristického pro poruchy příjmu potravy a proto je nejtěžší se z něho dostat.

Bulimii lze pokládat, asi u poloviny pacientek, za následek anorexie, ale může dojít i k opačnému pořadí (Nešpor, 2003).

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM-IV

Krch (2005) je uvádí takto:

- ❖ Opakované epizody přejídání, které se opakují nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců a trvají několik hodin, při nichž dochází ke konzumování velkého množství jídla. A příznačná je ztráta kontroly nad jídlem během této epizody.
- ❖ Silná neodolatelná touha po jídle a neustálé myšlenky na jídlo.
- ❖ Opakované kompenzační chování, které má zamezit „výkrmnému“ účinku jídla, např. vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, diuretik, hladovění, cvičení v nadměrné míře.
- ❖ Tělesná hmotnost a proporce výrazně ovlivňují sebehodnocení.
- ❖ Projevuje se neodbytná obava z tloustnutí.
- ❖ Porucha se neobjevuje pouze během epizod mentální anorexie.

1.2.2 Specifické typy mentální bulimie

Krch (2005) zmiňuje dva typy a to purgativní typ, který je charakteristický zvracením, zneužíváním laxativ nebo diuretik, která mají zabránit zvýšení hmotnosti. Druhým je typ nepurgativní, kdy se používají přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

1.2.3 Hlavní projevy v chování nemocných mentální bulimií

K hlavním projevům v chování patří (Krch, 2000; 2003; 2005): rychlejší jídelní tempo, konzumace po větších soustech; vzrůstá zájem o sebe samého, jídlo a tělesný vzhled; dochází ke ztrátě zájmu o okolí; emoční nestabilita; nálada je závislá na tělesné hmotnosti a sebekontrolě – když se dotýčná nekontroluje, tak dochází k podrážděnosti, depresím; objevují se pocity nejistoty, sebelítosti a úzkosti a dochází tak ke konfliktům s okolím; prožitky jsou často přehnaně intenzivní, objevuje se podrážděnost, vztahovačnost, sebestřednost; často se objevuje sebepoškozování a deprese; neustálé myšlenky na jídlo; zhoršuje se soustředěnost, výkonnost ve škole (příp. v práci); časté je užívání alkoholu a experimenty s drogami, někdy dochází i k drobným krádežím a podvodům.

1.3 Jiné poruchy příjmu potravy

1.3.1 Atypické poruchy příjmu potravy

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí umožňuje diagnostikovat atypickou mentální anorexii (F50.1) a atypickou mentální bulimii (F50.3)

Tento termín by se měl užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních rysů poruch, ale u kterých se projevuje téměř typický klinický obraz (Nešpor, 2003).

1.3.2 Nespecifikované poruchy příjmu potravy

Tyto poruchy jsou diagnostickou kategorií v DSM-IV.

Mezi tyto poruchy řadíme **syndrom nočního přejídání**, který je charakteristický večerní anorexií, nespavostí a nočním přejídáním. Průběh tohoto syndromu je pravděpodobně spojen s neúspěšnými pokusy zhubnout a s životním stresem. Pacienti si stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Pokud jídlo není k dispozici, jíst nemusejí (Krch, 2005).

Dále do této kategorie patří **záchvatovité** (nutkavé) přejídání, kdy nemocní zkonsumují velké množství jídla, i když nemají hlad. Často jedí i jídla, která jim nechutnají, jen proto, že mají pocit, že musí za každou cenu jíst (Kranz, Maloney, 1997).

Jak uvádí Štichová (In Vodáčková, 2002) jde o příjem velkého množství jídla, tedy podobně jako při mentální bulimii, při čemž dotyčný konzumuje jídlo nezvykle rychle, bez pocitu hladu a osamocen. Následně má pocity viny a cítí úzkost. Tyto záchvaty se objevují alespoň dvakrát týdně pro dobu šesti měsíců a nejsou spojeny s pravidelným kompenzačním chováním (tzn. zvracením, užíváním projímadel nebo diuretik). Dochází ke zvyšování hmotnosti člověka.

1.3.3 Další poruchy příjmu potravy

Mezi další poruchy příjmu potravy můžeme také zařadit ty, které nejsou uvedeny v DSM-IV a to jsou:

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu se může objevit u lidí, kteří jsou ve stresu, nervózní, nebo je jim špatně. Za takových okolností nejsou schopni vpravit do žaludku nic. Tento problém se ovšem týká většiny populace a je normální, ale je třeba dávat pozor na to, aby nepřerostl do extrému (<http://www.anorexie.wz.cz/priznaky1.htm>).

Syndrom vybíravosti v jídlu se objevuje většinou u 8 až 12letých dětí a spočívá v tom, že jedí jen určité potraviny a ostatní odmítají. To má samozřejmě neblahé účinky na zdraví dětí. Důsledkem jsou často konflikty v rodině (Kocourková, Koutek, 2002).

Syndrom pervazivního odmítání je stav kdy dítě odmítá dělat cokoliv od přijímání jídla a pití, po mluvení, chůzi i péči o sebe. Může se jednat i o posttraumatickou stresovou poruchu (Kocourková, Koutek, 2002).

Vedle mentální anorexie a bulimie, které jsou hlavními poruchami příjmu potravy, se objevují další, které původně představovaly rady směřující ke zdravému životnímu stylu, ale nyní mají tato doporučení patologickou, extrémní podobu. Jedná se o ortorexii, bigorexii a drunkorexii.

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou. Vznikne tak, že se počáteční orientace na zdravou stravu, biopotraviny apod., stane posedlostí a hlavní náplní času. Ze strachu z nezdravého jídla dotyčný zužuje svůj jídelníček a tím dochází k úbytku váhy a podvýživě. Stejně jako u mentální anorexie musí na jídlo intenzivně a často myslet, dostávají se úzkosti a deprese, které vedou k osamocení a izolaci – nenachází společná témata s druhými lidmi (Kramulová, 2008).

V případě **bigorexie** (též označované jako dysmorfofobie či Adonisův komplex) se jedná o poruchu vnímání vlastního těla a abnormální posedlost vlastním vzhledem. Nemocní si připadají slabí a nedostatečně svalově vyvinutí. Často jsou tedy závislí na posilování, zneužívají různé látky podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus a bílkovinné potravinové doplňky. V důsledku dlouhodobého přetěžování dochází k poškození pohybového aparátu, nevyváženou stravou dochází k zatěžování trávicího systému, jater a ledvin. Jeli-kož chtějí dosáhnout růstu svalů, přijímají hodně energie a často se tak dopracují k nadváze. Stejně jako u jiných závislostí dochází k sociální izolaci (Kramulová, 2008).

Naopak Ladishová (2006) bigorexii neoznačuje za poruchu příjmu potravy, ale považuje ji za typickou pro mnoho osob trpících bulimií a anorexií. Dále uvádí, že častěji postiženými jsou muži než ženy, pokud se bigorexie projevuje samostatně bez anorexie či bulimie.

Kramulová (2008) dále popisuje poruchu zvanou **drunkorexie**, která je charakteristická opakovaným snižováním příjmu potravy s cílem snížit energetický příjem, aby dotyčný mohl pít více alkoholu a jeho hmotnost se nezvyšovala. Toto chování zahrnuje i cílené zvyšování výdeje energie na večírku kombinováním „tvrdého“ alkoholu s energetickými nápoji. To může vést ke kolapsu a psychiku toto chování ohrožuje vznikem úzkosti při snaze kontrolovat své tělesné tvary, „povečírkové depresi“ z množství vypitého alkoholu a snědeného jídla (v opilosti se dotyční dojí). Podrážděnost z hladu a rychlá opilost, snižují společenskou atraktivitu, a to může způsobit osamělost, pocity odcizení, izolovanost.

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy procesu konzumace potravy nejsou ničím novým, protože se objevovaly již v dávné minulosti. Jak uvádí Hall a Cohn (2003), poruchy příjmu potravy jsou popisovány už ve starověkém Egyptě.

Uvádím zde stručnou historii, podle Navrátilové (2000) a Krcha (2005).

2. století – Galén, nejznámější starověký lékař, poprvé popisuje příznaky mentální anorexie.

12. – 15. století – ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice, sebetřýzněním odčiňují své hříchy a osvobozují duši.

16. století – takzvané anorektické světice jsou prohlašovány za „posedlé ďáblem“ a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována přísněji než přejídání

1694 – Richard Morton, britský lékař, poprvé definuje mentální anorexiu

1874 – Wiliam Gull, opět britský lékař, identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexiu, poprvé použil termín anorexia nervosa

1890 – spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje ženu s normálními tělesnými proporcemi za „monstrum“.

1930 – v dobře situovaných vrstvách západní Evropy přibývá mentální anorexie

1962 – Hilde Bruch referuje o změnách myšlení a vnímání u mentální anorexie, častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek a baletek.

1967 – modelka Twiggy, s váhou 41 kg a výškou 170 cm, se objevuje na titulní straně módního časopisu Vogue.

1979 – britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa.

1986 – v San Franciscu drží diety až 80 % desetiletých a jedenáctiletých děvčat. Garner a Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a bulimie.

1987 – WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitým problémem světové populace.

1990 - dosud: preventivní a podpůrné programy pro nemocné s poruchami příjmu potravy, veřejnost je nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti.

3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Co je příčinou? To by zajímalo jistě všechny z nás a především nemocné, jejich rodiče i lékaře. Jenže odpověď na tuto otázku je velice těžká. Jak uvádí Krch (2000) odborníci se shodují v tom, že na vzniku a rozvoji těchto poruch se podílí celá řada různých faktorů. Mezi nimi převládají ty, které jsou významné z hlediska držení diet.

Krch (2005) upozorňuje na neobjektivnost dat, protože většina z nich není z období vzniku poruchy, ale jsou získávána zpětně a to i s odstupem několika let.

A mezi nejvýznamnějšími faktory uvádí tyto:

- sociální a kulturní faktory
- biologické faktory
- životní události
- rodinné a genetické faktory
- emocionální faktory
- osobnostní a psychické charakteristiky

3.1 Sociální a kulturní faktory

Sociální a kulturní tlaky posilují strach z tloušťky a to vede k přehnanému zájmu věnovanému tělesné hmotnosti a její kontrole (Krch, 2005).

Většina autorů, jak uvádí Krch (2002), považuje za jádro vzniku poruch příjmu potravy právě kulturu, která se velice rychle mění, a která nekriticky vyzdvihuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu a také výkon. Mentální anorexie a bulimie jsou označovány za kulturně podmíněné syndromy, tzn., že nemohou být pochopeny mimo svůj specifický kulturní kontext.

Kranz a Maloney (1997) vidí hlavní příčinu toho, že ženy trpí poruchami příjmu potravy více než muži v tom, že společnost připisuje štíhlé postavě žen přehnaný význam a nikdy nepřikládala důležitost tomu, kolik váží muž. Myslím ale, že v poslední době jsou muži čím dál více vystavováni tlaku vypracovaných těl a začíná se objevovat i více kosmetických přípravků pro muže.

Bruch (1978, In Krch, 2005, s. 58) připomíná: „*Módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.*“ Většina dívek je přesvědčených, že pokud by byly štíhlejší a tím pádem i tělesně atraktivnější, byly by i úspěšnější jak v profesi, tak v sociálních vztazích. A Vágnerová (1999) dodává, že lidé, kteří odpovídají konvenčnímu estetickému ideálu, získávají lepší sociální status, bývají snáze akceptováni a lépe hodnoceni. To potvrzuje, že tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu.

Bröhmová (1999) říká, že krása již není darem přírody, ale produktem, který si lze koupit nebo se k němu tvrdě dopracovat. A to prostřednictvím plastických operací či přísného dietního režimu. To vše kvůli přiblížení se umělému ideálu, který na nás útočí ze všech stran.

Dle Nešpora (2003) nejen vliv médií, mění se životní styl, ale i změna jídelních rituálů hraje důležitou roli. Jídlo přestává být rituálem stmelujícím rodinu a slábne vliv skupiny na přijímání potravy. Místo společného jídla, dochází k tzv. popásání. To lze popsat tak, že členové rodiny nahodile přijdou do kuchyně, něco snědí a zase odejdou (Nešpor, 2003).

Každý si tak vlastně určuje co, kdy a kolik čeho sní. Dívky pak lehce mohou propadnout anorexii či bulimii, protože je nikdo nekontroluje a oni tak mohou snadno lhát o tom, co snědli či nesnědli. Rodina tedy ztrácí přehled a toho, že s jejich dcerou není něco v pořádku, si všimnou až v okamžiku, kdy je již zcela pohlcena nemocí.

3.1.1 Média

Díky médiím, která v dnešní době ovládají společnost, dosahuje ideál krásy svého maxima. Z médií jde vyčíst jediné: Jen ten kdo je krásný a štíhlý, může být úspěšný, oblíbený a šťastný. A tak je pochopitelné, že čím dál více lidí je ochotno udělat cokoli, jen aby se vyrovnali ideálu štíhlosti (Bröhmová, 1999).

Nesmíme opomenout módní průmysl, který ruku v ruce se sdělovacími prostředky šíří názor, že člověka můžeme posuzovat hlavně podle toho, jak vypadá, zda je štíhlý či je majitelem kyprých tvarů a co má na sobě. Poměrně často v médiích slyšíme povrchní zprávy o tom, kdo kolik zhubl či přibral a zda je oblečen dle nejnovějších módních trendů. A není to jedno? Jsou důležitější věci, třeba to, jak se člověk chová k druhým, jaké jsou výsledky jeho práce a ne to, jestli se jeho míry podobají Věstonické Venuši či nikoliv. Důležitější je

tolik omílaná vnitřní krása člověka, na kterou málokdo hledí, i přesto, že ji všichni vyzdvihují. Mám dojem, že pojem vnitřní krása se stává jakýmsi klišé. Samozřejmě, první dojem z člověka získáváme z jeho celkové vizáže, ale spousta lidí druhé povrchně odsoudí jen podle vzhledu a už se nezajímá o jeho osobní vlastnosti. Za „tlustého“, podle většiny automaticky líného a přejídajícího se člověka, jsou často mylně označováni lidé, kteří svým poměrem aktivní hmoty (kostra, svalstvo, velikost orgánů) a tukové tkáně jsou ještě v normě, tzn. nemají nadváhu (Cajthamlová, 2009). Pak lze pochopit, proč se z veselého a optimistického člověka stává chronický dietář, utápějící se v depresích ze svého vzhledu. Média, získávají nemalé zisky z reklam a ty jsou zadávány firmami. V našem případě se bude jednat především o firmy vyrábějící kosmetiku, hubnoucí přípravky, cvičební stroje a další věci s tím spojené. V reklamních spotech vystupují bezchybné modelky, samozřejmě s použitím retuše, které upozorňují na nedostatky žen, které mohou zmizet po užití propagovaného přípravku (přístroje). Žena, která má nereálnou představu o vlastním těle, si ve srovnání s „dokonalou“ modelkou uvědomí, že na svém vzhledu má co vylepšovat a přípravek si hned druhý den zajde koupit. Firmy tak využívají nedokonalostí žen k obohacení se.

V této souvislosti bych zmínila reklamu na výrobky Dove, která se stala výjimečnou mezi ostatními reklamami, plnými jednotvárných ideálů krásy. Jedná se o Kampaň za skutečnou krásu, jejímž cílem je podpořit sebevědomí žen a která má ukázat, že každá žena je krásná svou individualitou a ne tím, že je vyhublá téměř na kost, její vlasy jsou zářivější než kdykoliv předtím a její pleť je bez jediné vrásky. Stále se jedná o reklamu, která má za úkol prodat určitý výrobek. Ovšem v této reklamě nefigurují modelky s postavou panenky Barbie, ale ženy, které vypadají jako 90 % všech žen. V této reklamě je vidět určitý posun od stereotypního pohledu na ženskou krásu propagovanou módním průmyslem. Bohužel, tato reklama je zatím jediná a nezbývá než doufat, že ostatní prozřou a dají stop diktátu vychrtlých modelek.

Myslím, že stojí za to zmínit úvodní motto kampaně, které vystihuje podstatu: „Krása je už příliš dlouho definovaná pomocí úzkých a strohých stereotypů. Vy jste nám řekly, že je čas to změnit. My s tím souhlasíme. Protože věříme, že skutečná krása může mít různé tvary, velikost a věk“ (<http://www.kampanzaskutecnoukrasu.cz/>).

V Itálii a Francii zašli v boji proti poruchám příjmu potravy mnohem dál. Italský fotograf Oliviero Toscani vytvořil v roce 2007 kontroverzní kampaň Ne anorexii, kde mu nahá pó-

zovala francouzská herečka Isabelle Caro, která trpí anorexií od svých 13 let a její váha dosahuje 31 kilogramů. Na fotografii odhalila své vyhublé tělo, které je viditelně poznamenáno dlouhotrvající nemocí. Poté, co byly v Itálii protianorektické billboardy rozmístěny, rozdělila se společnost na dva tábory. Jedni kampaň podpořili, druzí ji odsoudili za neetičnost. Stejného názoru byly i úřady, které nařídily odstranit billboardy z veřejných prostranství, protože jsou toho názoru, že je neetické a proti lidské důstojnosti využívat nemoc pro komerční účely. Nutno podotknout, že vyobrazená žena do projektu vstoupila dobrovolně a je tedy otázkou, čím důstojnost měla kampaň poškozovat (Vrzal, 2007).

I přesto, že byla kampaň brzy zakázána, alespoň rozpoutala diskuzi, která je velice potřebná. Podle zpráv v médiích již dochází ke krokům, vlastně spíše malým krůčkům, které směřují ke změně pohledu na ženský ideál krásy, který dává vale extrémně vyhublým modelkám. Mezi tyto zprávy lze zařadit informace, že na některých módních přehlídkách návrháři odmítají modelky s BMI pod 18,5 (což je podváha) a také se mění tělesná konstituce figurín používaných ve výlohách obchodních domů pro prezentaci prodávaného oblečení. Pro představu zmíním, že před 20 lety vážila průměrná modelka asi o 8 % méně než průměrná žena, jak uvádí Göckel (2008) a nyní je to o neuvěřitelných 23 %.

Za průlomový pořad, který můžeme v současné době vídat na našich televizních obrazovkách, lze označit pořad *Nahá jsi krásná*. Ten se snaží ukázat všem ženám, jejichž sebevědomí je díky mediální masáži na bodu mrazu, že i ony mohou být krásné takové, jaké jsou a že synonymem pro krásu není štíhlost. Jedná se o pořad, který odstartuje revoluci ve vašem myšlení a naučí vás se dívat do zrcadla bez rozpaků, řečeno slovy samotného moderátora. Je známo, že většina žen se vidí příliš kriticky. Tento jev můžeme pozorovat v části pořadu, kdy se má žena zařadit mezi pěticí žen s různými tělesnými proporcemi. Ženy se stydí za to, jak vypadají, nemají se rády a nevěří si, což lze vidět zase v části, kdy jsou ženy konfrontovány s obrazem vlastního těla v zrcadle a připadají si „odporné“, jak řekla jedna z účastnic. A to se tento pořad snaží změnit a to tím, že jim doporučí jaké stříhy a barvy oblečení jim sluší, jaký účes zvolit. Snaží se o to, aby ženy byly vnitřně přesvědčeny o své kráse a byly si jisté sami sebou. Protože to je jediný způsob, jak nepodlehnout kultu extrémně štíhlého ideálu krásy pěstujícího v nás pocit vlastní nedokonalosti.

3.1.1.1 Internet a pro-ana směr

Internet je dnes pro většinu mladých lidí nepostradatelnou součástí jejich života. Díky němu mohou být v kontaktu s lidmi po celém světě a samozřejmě vyhledávat nejrůznější informace. Nebezpečí internetu spočívá především v anonymitě a možnosti prezentovat téměř jakékoliv názory. Dospělý člověk je schopen na informace nahlížet s určitým odstupem, je schopen posoudit jejich důvěryhodnost. Jenže vyhledávat na internetu může každý, to znamená i děti, které bezmezně věří veškerým informacím a snadno se tak stanou obětí kohokoliv s nekalým úmyslem. Malé děti i dospívající tráví spoustu svého volného času na internetu, většinou bez dohledu rodičů, takže mají téměř neomezený přístup k jakýmkoliv informacím. Jsou známy případy, kdy se skupina na chatu dohodla na spáchání hromadné sebevraždy, děti se stávají terčem deviantů, kteří po nich mohou vyžadovat fotky se sexuální podtextem, atd. Nebezpečí číhajících na internetu je mnoho, ale v souvislosti s poruchami příjmu potravy věnuji pozornost pro-ana stránkám.

Pro-ana směr, ana je zkráceně anorexie, vznikl na základě názorů a potřeb samotných anorektiček, které anorexii nepovažují za nemoc ale za životní styl. Svou příslušnost k pro-ana komunitě dokonce dávají najevo nošením červených ANA náramků. Na internetu zakládají stránky (většinou blogy), na kterých můžeme najít spoustu děsivých informací. Jde o informace týkající se především nesmyslných typů jak se drasticky dostat na co nejnižší váhu, kalorické hodnoty potravin, které vkládá samotná anorektička, zakladatelka blogu. Nejčastěji jde o informace týkající se věku, současné a chtěné váhy a denní popis boje s „nechutnými“ kilogramy. Zveřejňují zde svůj „denní jídelníček“ (nevím, jestli se tomu dá stále říkat jídelníček, pokud někdo za celý den sní jedno jablko) a způsoby, jakými se snaží dosáhnout vysněné váhy (od cvičení po zvracení). Tím vlastně dávají návody ostatním anorektičkám, které jejich stránky navštěvují. Také je zde mnoho tzv. thinspirations (též thinspo), neboli „hubené inspirace“. Jedná se o fotky vychrtlých modelek, hereček, zpěvaček, které jsou pro ně modlou i neskutečnou motivací. U těchto fotek se objevují komentáře typu: „Já chci taky takhle vypadat, je to krásný, společně to dokážeme“. Co dodat? Je smutné, že někdo veškeré své úsilí věnuje tomu, aby vypadal jako kostra potažená kůží, místo toho aby si užíval života a rozvíjel své schopnosti.

Návštěvnice těchto stránek tu tedy hledají způsoby jak zhubnout a také porozumění a podporu, které nikde jinde nenajdou. Podporují se ve všem, v boji proti těm, kteří se jim snaží otevřít oči i v boji s kilogramy, kterých již moc nemají. Mají dokonce svou „anorektickou

bibli“, což jsou motta, kterými se bezmezně řídí. Některá z nich pro představu uvádím (<http://anorexia.wgz.cz/anorekticka-bible/unnamed-69.html>):

„Raději budu mrtvá než tlustá.“

„Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí.“

„Hladovění a odmítání je důkazem silné vůle.“

„Umírám pro dokonalost.“

A další nesmyslná motta, která se objevují na pro-ana stránkách (<http://ana4ewer.blog.cz/0708/motta-anorekticek>):

„Kosti definují, kdo opravdu jsme, ukaž je.“

„Jídlo vás jen brzdí od vašeho úspěchu.“

„Thin je in.“

Výše uvedené stránky, podporující anorektičky v jejich úsilí po získání extrémně štíhlé postavy, je udržují v jejich nemoci a zabraňují vyhledání odborné pomoci, kterou tyto dívky potřebují.

3.2 Biologické faktory

Mezi tyto faktory patří především ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko poruch příjmu potravy je nejméně desetkrát větší (Krch, 2000).

Především v období dospívání, kdy vzrůstá subjektivní význam zevnějšku, se postava dívek mění opačným směrem než je mediálně prezentovaný vzor a pro většinu je tedy nedostupný, což negativně ovlivňuje jejich sebevědomí (Vágnerová, 1999). S rostoucí tělesnou hmotností tak u dívek stoupá nespokojenost s vlastním tělem, strach z dalšího přibývání na váze a tím pádem roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie či anorexie (Krch, 2000). Naopak chlapcům díky dospívání začínají růst svaly a to je přibližuje k mužskému ideálu krásy, který je prezentovaný pevným a svalnatým tělem.

Jak již bylo řečeno, k dramatickým tělesným změnám dochází v pubertě a to je také typické období vzniku mentální anorexie. Určitá role je připisována i negativním emocím jako je podrážděnost, náladovost, které jsou pro toto období typické. V pubertě si dospívající více uvědomují sebe sama a srovnávají se s ostatními, přemýšlí o sobě i o tom, co si o nich mys-

lí ostatní. Vzrůstá negativní sebehodnocení a nadměrná pozornost věnovaná tělesnému vzhledu (Krch, 2005).

Právě v době, kdy hledají svou osobní identitu, své vlastní Já, se pro ně přes přílišná orientace na svůj tělesný vzhled stává jednou z možností, jak čelit zmatkům v dospívání (Elliot, Place 2002). Nelze opomenout to, že dospívající snadno podléhají vlivu pro ně významných vzorů (Krch, 2000). S dospíváním je také spojeno oddělení od rodiny, snaha prosadit se a osamostatnit se, což můžou být také rizikové faktory, které mohou vést až k poruchám příjmu potravy (Krch, 2005).

Někteří dospělí se těžko vyrovnávají s dospíváním svých dětí, především dcer a chovají se k nim stále jako k dětem, dávají jim najevo, že ještě nejsou dostatečně zralí. Dospívající tak může trpět pocitem viny za to, že se snaží chovat více dospěle. Díky dietám pak mají pocit, že mohou kontrolovat alespoň nějakou oblast svého života, a to svou postavu (Kranz, Maloney, 1997).

Brimová a Vlk (2004) dodávají, že rozmach dietního průmyslu, fitness center vypovídá o tom, že problematika spokojenosti s tělem, tělesným sebepojetím není spojena pouze s jedním vývojovým obdobím, ale stává se součástí života většiny dospělé populace.

Krch (2000) říká, že mentální anorexie a bulimie jsou často spojovány s odmítáním ženského těla a sexuality. Jak uvádí Elliot a Place (2002) příčinou může být také oddálení dospělosti, především u dívek před 14. rokem (u starších dívek se jedná především o touhu po štíhlosti). Claude-Pierre (2001) nevidí problém v tom, že by nechtěly dospět, ale že neví jak.

I Vágnerová (2000) uvádí, že jedním z možných impulsů pro vznik mentální anorexie je reakce na proměnu těla v dospívání, kdy dívka přestane jíst, tím se ztrácejí sekundární pohlavní znaky a tak je pro dívku problém vyřešen. Tato reakce je ještě zesílena v případě negativní sociální odezvy.

3.3 Životní události

Často bývá spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy nějaká závažná životní situace nebo obtíže. Podle Hsu (1990 In Krch, 2005) až dvě třetiny pacientů dávají rozvoj anorexie či bulimie do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji jsou zmiňovány narážky na tělesný vzhled, které nemusely být myšleny nijak zle, významná životní změna, osobní

nezdar, konflikty, nemoc a problémy v rodině (například rozvod) nebo odloučení od rodiny. Jak už bylo výše řečeno, data jsou získávána zpětně, což je činí neobjektivními.

Například u rozvodu, jak Claude-Pierre (2001) píše, není spouštěčem samotný rozvod, ale přecitlivělost v situaci, která následuje, tzn. matka sama vychovává děti a její problémy se tak přenáší na ně. Dítě může mít také pocity viny za rozpad manželství, že mu nedokázalo zabránit. Dále zjistila, že mnohem častější je, že se nemocný trápí něčím, co postihlo někoho jiného, než reakce na nějakou stresovou situaci, kterou samo prožilo.

Též sem řadíme sexuální zneužívání, kdy po takovéto zkušenosti jsou dívky přesvědčeny, že za to, co se stalo, mohou ony samy. Respektive jejich tělo, které začnou nenávidět. Důsledkem toho mohou být právě poruchy příjmu potravy nebo sebepoškozování (Pešová, Šamalík, 2006).

3.4 Rodinné a genetické faktory

Velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů vztahuje počátek a rozvoj poruch příjmu potravy k různým rodinným událostem. Za významný rizikový faktor je považován výskyt anorexie u nejbližších příbuzných ženského pohlaví (především matky a sestry). Tyto vztahy se ovšem nepodařilo potvrdit v kontrolovaných studiích (Krch, 2005).

Štichová (In Vodáčková, 2002) popisuje rodiny, ve kterých jsou dívky nemocné poruchami příjmu potravy jako málo přizpůsobivé, uzavřené, obtížně vyjadřující emoce (především negativní), vyhýbající se řešení konfliktů. Dále také uvádí typy matek, mezi jejichž rysy řadí dominantnost, hyperprotektivitu a nízkou empatičnost k potřebám dítěte a otce vidí jako nevýznamné, vzdálené, ať z důvodu nadměrné zaměstnanosti, nepřítomnosti či neschopnosti navázat k dítěti pevný vztah.

Krch (2000) uvádí další znaky takovýchto rodin a to především nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, očekávání dokonalosti, nedostatek péče a empatie, zaměření na výkon a tělesný vzhled, soutěživost, nevhodné jídelní zvyklosti rodičů a sourozenců, jejich představy o kráse a svém těle. Jak uvádí Krch (2002) více ohroženy jsou dcery rodičů, kteří často drží diety a neustále mluví o tom, co jíst a nejíst.

Vedle nerealistických požadavků Kranz a Maloney (1997) popisují rodiny, kde se od dospívajících očekává, že se budou chovat jako rodiče. Jde především o rodiny, kde je jeden rodič a dospívající zastává roli rodiče vůči mladšímu sourozenci nebo se stává „partnerem“

jednomu ze svých rodičů. Pokud nedokáže otevřeně odporovat své rodině, pak má potřebu vyjádřit svůj postoj prostřednictvím svého vzhledu (chování).

Podle Claude-Pierre (2001) snaha dětí o úspěch a neuspokojená potřeba sebeuplatnění vychází z nich samotných a ne z požadavku okolí, například rodičů.

Dosud však nejsou přesvědčivé důkazy o tom, že by existovala typická anorektická či bulimická rodina (Krch, 2005).

3.5 Emocionální faktory

Dívky mají často negativní náladu spojené s negativním sebehodnocením, s obavami o postavu a tělesnou hmotnost, což může vyvolat držení diet, koloběh přejídání a pročišťování. Také často trpí depresemi, které jsou spojeny především s počátkem a průběhem onemocnění a úzkostnými stavy, které se objevují ještě dlouho po odeznění nemoci (Krch, 2005).

Hubnutí a sebekontrola v jídle jsou pro dospívající cestou k posílení sebevědomí. Diety, nadměrné cvičení nebo zvracení dávají nemocným pocit, že se dokáží kontrolovat a vytvářejí tak iluzi úspěchu (Krch, 2000).

Kranz a Maloney (1997) vidí další důvod vzniku poruch příjmu potravy v potlačovaném hněvu, vzteku a agresi. Dívky, které nemohou dát volný průběh svým agresivním pocitům a vzteku, se pak snaží tyto pocity kontrolovat a uvolnit pomocí kontroly nad vlastní hmotností. Kontrola vlastního těla jim dává pocit, že ovládají i tyto potlačované emoce.

3.6 Osobnostní a psychické charakteristiky

Anorektičky jsou popisovány jako dívky zaměřené na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, ale postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli. Mají strach ze spontaneity, nejsou ochotny riskovat či zažívat něco nového. Dalším uváděným znakem je zatížení negativním sebehodnocením a obavami z dospělosti, nejasných vztahů a cílů (Krch, 2005).

Podle Štichové (In Vodáčková, 2002) mají dívky ohrožené poruchami příjmu potravy černobílé vidění, jsou racionální a potlačují své emoce (zvláště negativní). Jako děti bývají hodné, pečlivé, výborně se učící. Mají sklony k perfekcionismu, pedantství a často jsou vůči sobě agresivní (hladovění, sebepoškozování, sebevražedné tendence).

Göckel (2008) jako jedny z rizikových rysů pro vznik poruch příjmu potravy u žen uvádí citlivost a vnímavost. Takovéto ženy si velice rychle uvědomí, co od nich očekává okolí a jejich hlavním cílem je tedy přizpůsobení se „normám“ rodiny, partnera, pracovního kolektivu, apod. Jedině tak se stávají pro ostatní „dostatečně dobré“. Dochází vlastně k popírání sebe sama, a čím více plní „normy“ ostatních, tím se vidí úspěšnější.

Claude-Pierre (2001) uvádí, že nemoc vzniká kvůli chorobně negativním myšlenkám a ne pouhým hromaděním jednotlivých podnětů, které se uvádějí jako spouštěče. Důležité nejsou podněty, ale postoj k nim. Vidí podstatu poruch příjmu potravy ve Stavu utvrzeného negativismu (SUN), který je vrozený. Tímto termínem označuje soubor negativních myšlenek, které postihují osoby s poruchami příjmu potravy. Nástrojem SUN je negativní mysl, která stojí v pozadí nevysvětlitelného chování dotyčné a která se snaží zničit Skutečnou mysl. Negativní mysl začne zcela ovládat člověka a ten následně není schopen udělat nic ve svém zájmu.

Negativní mysl se může uchytit jen v nesobeckém člověku. Jedinci, kteří mají předpoklady k SUN, jsou označováni jako nejhodnější, starostliví, citliví k potřebám ostatních, považují se za ochránce, trpí přehnaným pocitem odpovědnosti. Nemocné anorexií označuje za altruisty nejvyššího stupně. Samozřejmě, že tyto předpoklady nemusí vést automaticky k SUN. To záleží především na prostředí, ve kterém se dotyčný pohybuje. Díky pocitu odpovědnosti si o sobě člověk vytváří mnoho negativních domněnek, které vyvrcholí SUN. Samozřejmě „spasit“ svět není v jeho silách, a když to zjistí, propadá pocitům viny a zoufalství, což je většinou spouštěč poruch příjmu potravy (Claude-Pierre, 2001).

4 DŮSLEDKY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Ať už mentální anorexie či bulimie jsou pro tělo značnou zátěží a ta se samozřejmě dříve nebo později projeví na zdravotním stavu jedince. Nesmíme také zapomenout, že v těch nejvážnějších případech tělo zátěž neunesse a nastává smrt. Krch (2005) uvádí odhad dlouhodobé úmrtnosti až 18%. Kranz a Maloney (1997) uvádí úmrtnost 2 až 21 %.

Mezi zdravotní důsledky způsobené nedostatečnou výživou (dietami a hladověním) patří (Krch, 2000; 2002; Kranz, Maloney 1997): srdeční potíže, jako arytmie a bradykardie; poruchy v činnosti ledvin; amenorea, která může vést až k neplodnosti; chudokrevnost, oslabený krevní oběh; zvýšená hladina cholesterolu v krvi; řídnutí kostí (osteoporóza); oslabení celkové obranyschopnosti organismu; zhoršená regulace tělesné teploty (citlivost na chlad); nízký tlak; celková únavnost, svalová slabost a nespavost, nebo naopak spavost; kůže může být šupinatá, suchá a zažloutlá či šedá, objevují se jemné chloupky na tvářích a končetinách; vypadávání vlasů, které jsou jemné, suché a lámavé; zpomalení růstu a opoždění puberty u mladých dívek; u některých nemocných se objevují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění, bolesti hlavy; poškození zubní skloviny a zvýšená kazivost zubů; otoky slinných žláz; ruptura jícnu; žaludeční vředy; zpomalená funkce střev (především v důsledku zvracení); snížená citlivost v rukou a nohou; dehydratace; podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění; poruchy koncentrace, podrážděnost; deprese – pocit beznaděje a zoufalství, které připisuje tomu, že není schopna zhubnout; únava.

Tyto zdravotní problémy je možné využít i terapeuticky ke zvýšení motivace pacientky k léčbě (Krch, 2005).

5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Pro léčbu poruch příjmu potravy neexistuje žádné jednoduché řešení nebo lék. Obvykle vyžaduje pomoc odborníka, který má zkušenost s touto problematikou.“ (Málková, Krch, 2001, s. 85)

Na začátku je nutné podotknout, že čím dříve jsou poruchy příjmu odhaleny, tím větší je šance na vyléčení. Jedná se především o problém, který je v myšlení člověka, ne v těle.

I když následkem jsou zdravotní potíže. Proto nemocná musí změnit především nenávidný pohled na sebe a své tělo, změnit postoj k jídlu a případně vyřešit problémy, které poruchu příjmu potravy vyvolaly. Krch (2005) uvádí, že asi 44 % vyléčených si udrží normální jídelní návyky.

Nabídka různých léčebných a psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii poruchy příjmu potravy, se v posledních deseti letech značně rozšířila. Můžeme jmenovat hospitalizaci, ambulantní péči, skupinová psychoterapie, rodinnou terapii, kognitivně-behaviorální terapii, interpersonální terapii, psychodynamickou terapii, farmakoterapii apod. (Krch, 2005).

5.1 Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci je lékařská stabilizace nemocných s poruchami příjmu potravy. Pobyt v nemocnici není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci, ale i na psychické problémy, které souvisí s poruchami příjmu potravy. Hospitalizovány jsou především značně vyhublé pacientky, které vyžadují lékařské sledování a které neměly úspěch při částečné hospitalizaci nebo u nichž je velké riziko sebepoškození (Krch, 2005).

Elliot a Place (2002) uvádí, že hospitalizace se doporučuje, pokud je hmotnost více než 35 % pod ideální tělesnou hmotností pro danou výšku a věk. Krch (2002) uvádí jinou hodnotu, a to 25 %.

Někdy je těžké pacientku přesvědčit pro hospitalizaci, a proto jsou velice často hospitalizovány nedobrovolně, což mohou vnímat jako zradu ze strany lékařů a rodičů. Na druhou stranu je pro ně hospitalizace signálem, že porucha velice vážně ohrožuje jejich život (Kranz, Maloney, 1997).

Jak uvádí Kaplan a Olmsted (1997 In Krch, 2005) pro většinu nemocných je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace, protože poskytují strukturu v jídelním režimu, a současně umožňují intenzivní terapie, aniž by se nemocná musela vzdát úkolů mimo nemocnici.

5.2 Ambulantní lékařská péče

Tento typ péče je určen pro chronické nebo nepoddajné pacienty, kteří již prošli různými formami léčby. Zaměřuje se na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna v poradně, individuálně nebo ve skupině (Krch, 2005).

Formou ambulantní péče je i denní stacionář, do kterého pacient přichází ráno a účastní se terapeutického a nutričního programu a odpoledne odchází domů. Výhodou je, že pacient podstupuje intenzivní léčbu a zároveň zůstává ve svém přirozeném prostředí, kde může nově naučené postoje a chování vyzkoušet. K léčbě ve stacionáři může nastoupit osoba starší 18 let a její BMI musí být vyšší než 16. Do stacionáře dochází na základě svého dobrovolného rozhodnutí, po dobu maximálně 3 měsíců (Černá, 2007).

5.3 Svépomocné skupiny

Při léčbě poruch příjmu potravy jsou často využívány různé typy svépomocných, podpůrných nebo vzájemných skupin. Společnými znaky jsou společný problém a spoléhání se na pomoc ostatních nebo sebe samého. Právě společný problém by měl nemocných umožnit lepší vzájemné porozumění a vést ke vzájemné pomoci při zvládnutí problému. Cílem svépomocné skupiny je pomoci nemocnému zorientovat se v problematice, získat základní informace o poruše, seznámit se s problémy a řešeními někoho jiného, překonat osamocnost a získat sociální kontakty a impulsy k životu. Účast je dobrovolná a vedoucím skupiny může být vyléčený pacient, školený laický terapeut nebo profesionál, který navrhuje možný program. Pro některé je svépomocná skupina prvním krokem k léčbě, pro některé doplněk jiné terapie a někteří do ní chodí po propuštění z léčby. Svépomocné skupiny se setkávají podle možností každý týden, jednou za měsíc apod., vždy ve stejnou dobu a na stejném místě (Krch, 2005).

Claudie-Pierre (2001) upozorňuje na negativa svépomocných skupin, která spočívají v tom, že pacientky si mohou vzájemně sdělovat typy a zkušenosti jak zhubnout.

6 PREVENCE

Většina autorů se shoduje, že jádrem poruch příjmu potravy je sebenenávist. Proto je důležité působit především na sebevědomí mladých lidí, kteří jsou poruchami příjmu potravy ohroženi nejvíce. Je třeba naučit je mít rád sebe i s možnými chybami, které má každý člověk a aby dostatečně vnímali svou individualitu a dokázali ji rozvinout. Je třeba, aby stavěli na životních hodnotách nemateriální povahy, na hodnotách které nejsou postaveny na proporcích těla ani na úspěšnosti.

Prevenici poruch příjmu potravy by se měla věnovat stejná pozornost jako například drogové prevenci, která na našich školách probíhá již několik let. Problematiku prevence ve své knize dobře popisují Hall a Cohn (2003), kteří podporují tezi, že by se informace o zdravém životním stylu a rizicích spojených s dietami měly začlenit do osnov základních a středních škol. Upozorňují na to, že nejde pouze o předávání informací žákům, ale jedná se i o stávající či budoucí učitele, rodiče, lékaře a další zdravotnické pracovníky, trenéry, média apod. Pokud by totiž přišli domů, kde by se ostatní členové rodiny oháněli předsudky vůči lidem s „nekonfekční“ postavou, kamarádi by zkoušeli nesmyslné diety a v časopisech by se objevovali modelky s nereálnými tělesnými mírami, ztrácelo by poskytování informací žákům ve školách kýžený efekt. Proto jedině systematická a dlouhodobá prevence, která se stane součástí našeho života i kultury, může být účinná.

Marádová (2007) vidí základ prevence především v rodině, ale i škola by měla samozřejmě vhodným výchovným působením, především v období dospívání, předcházet poruchám příjmu potravy u dětí. Mělo by se tak dít v rámci předmětu výchova ke zdraví a v dalších předmětech po uvážení pedagogů. Žákům musí být poskytovány informace o výskytu, příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy, ale samozřejmě by měli být také vedeni ke zdravým stravovacím návykům. Je třeba zamezit negativnímu sociálnímu klimatu ve škole a v neposlední řadě vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, posilovat sebedůvěru, a předcházet strachu z tloušťky. Volbu vhodné strategie prevence komplikuje stoupající obezita u dětí a je tedy třeba najít řešení, které zabráni výskytu obou extrémů.

Do boje proti poruchám příjmu potravy by se měly zapojit sdělovací prostředky, které jsou nedílnou součástí života dospívajících. Kromě Kampaně za skutečnou krásu společnosti Unilever, uvedenou v kapitole 3.1.1, jsem zaregistrovala pouze jedinou reklamu upozorňující na tento problém. Jednalo se o spot občanského sdružení Anabell, které se zabývá soci-

álním poradenstvím pro nemocné anorexií a bulimií. Tento spot, s podtitulem Nebezpečná hra s jídlem se objevoval na hudební televizní stanici Óčko. To považuji za dobrý tah, protože tuto stanici sleduje mnoho teenagerů, na které je kampaň cílena. Nezbyvá než doufat, že se množství kampaní upozorňujících na závažný problém mentální anorexie a bulimie rozroste.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

7.1 Příprava výzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit úroveň informovanosti žáků devátých tříd základní školy o poruchách příjmu potravy a dále jejich postoje k dietám (jako jednomu z rizikových alimentárních postojů) a k roli médií v tomto problému.

Data jsem získala od žáků 9. ročníků Základní školy v Ledči nad Sázavou. Záměrně jsem zvolila malé město, protože obvykle bývají dotazováni respondenti z větších měst. Zkoumaný vzorek tvořilo 101 respondentů, z toho 47 dívek a 54 chlapců.

Jelikož jsem pro svou práci potřebovala získat data od většího množství respondentů, zvolila jsem výzkum kvantitativní. Jako metoda sběru dat byl použit anonymní dotazník, obsahující 22 otázek (viz. příloha P I). Nejprve byl udělán předvýzkum, aby se předešlo nepochopení otázkám ze strany respondentů, např. kvůli špatné formulaci. Následně bylo provedeno samotné výzkumné šetření, kdy bylo rozdáno 101 dotazníků. Z důvodu nevyplnění některých jeho položek, nemohlo být použito 6 dotazníků (2 dívky, 4 chlapci), návratnost tak činila 94 %. Vyhodnoceno tedy bylo 95 dotazníků, z toho 45 dotazníků bylo vyplněno dívkami a 50 dotazníků chlapci.

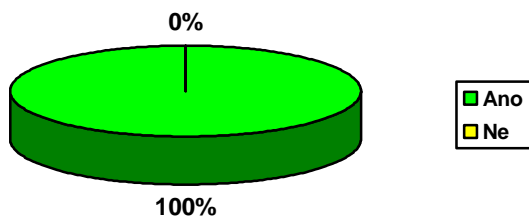
8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

8.1 Otázka č. 1 Znáš pojem poruchy příjmu potravy?

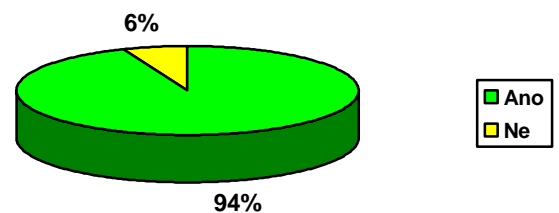
Touto otázkou bylo zjišťováno povědomí respondentů o poruchách příjmu potravy. Z celkového počtu 95 dotazovaných, odpovědělo kladně 92, což je 97 % a záporně pouze 3, což jsou 3 % (viz. Graf č. 2).

Všechny dívky, tzn. 100 %, znají pojem poruchy příjmu potravy (viz. Graf č. 1). U chlapců je toto procento nižší a to 94 %, tj. 47 chlapců a počet chlapců neznajících tento pojem je 3, tj. 6 % (viz. Graf č.2).

Graf č. 1 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 1



Graf č. 2 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 1

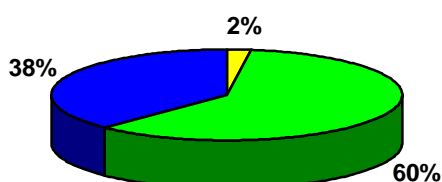


8.2 Otázka č. 2 Slyšel/a jsi někdy pojem mentální anorexie a dokážeš ho vysvětlit?

U této otázky měli žáci na výběr ze tří možností. Možnost „Ne“ zvolilo 7 %, což je 7 žáků, možnost „Ano, ale vysvětlit neumím“ zvolilo 59 %, což je 56 žáků, tedy většina. A poslední možnost „Ano a vysvětlit umím“ zvolilo 34 %, tj. 32 žáků. U možnosti „Ano a vysvětlit umím“, měli žáci napsat vysvětlení (viz. Tabulka č.1)

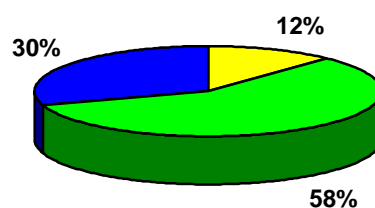
Graf č. 3 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 2

■ Ne ■ Ano, ale vysvětlit neumím ■ Ano a vysvětlit umím



Graf č. 4 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 2

■ Ne ■ Ano, ale vysvětlit neumím ■ Ano a vysvětlit umím



Tabulka č. 1 Vysvětlení pojmu mentální anorexie

Podaná vysvětlení	Celkem		Dívky		Chlapci	
	%	četnost	%	četnost	%	četnost
Odmítání potravy	44	14	29	5	60	9
Připadají si tlustí a tak nejí. Přitom je to naopak.	31	10	29	5	33	5
Úmyslné snižování hmotnosti pomocí diet, hladovek a nadměrného cvičení	22	7	36	6	7	1
Přehnané diety a sportování, neustálé sebe-podceňování	3	1	6	1	0	0

8.3 Otázka č. 3 Slyšel/a jsi někdy pojem mentální bulimie a dokážeš ho vysvětlit?

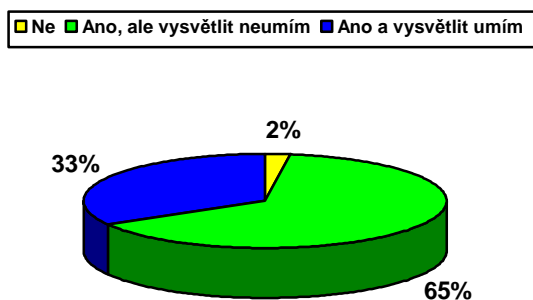
U této otázky, stejně jako u předchozí, měli respondenti za úkol vybrat jednu ze tří možností. U možnosti „Ano a vysvětlit umím“ opět podali svá vysvětlení (viz. Tabulka č.2).

Celkově odpověď „Ne“ zvolilo 8 respondentů, což je 9 %, odpověď „Ano, ale vysvětlit neumím“ zvolilo 54 respondentů, což je 58 % a odpověď „Ano a vysvětlit umím“ napsalo 33 respondentů. Avšak z těchto 33 respondentů, napsali 3 špatné vysvětlení, vždy se jednalo o chlapce. Dva chlapci se domnívají, že mentální bulimie je stejná jako mentální anorexie a jeden mentální bulimii označil jako velký příjem potravin. To znamená, že správně vysvětlilo tento pojem 30 respondentů, tj. 33 %.

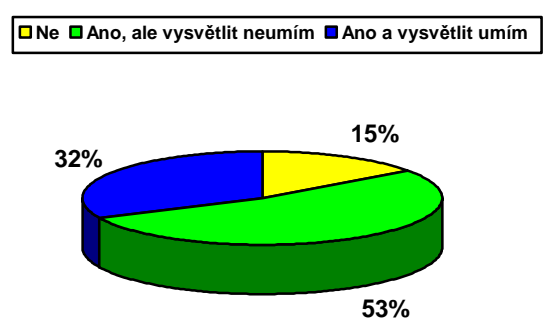
Dívky ve 29 případech označily odpověď „Ano, ale vysvětlit neumím“, což je 65 %, v 15 případech, což je 33 % zvolily možnost „Ano a vysvětlit umím“ a pouze jedna dívka, což je 1 %, zvolila možnost „Ne“ (viz. Graf č. 5)

Z grafu č. 6 lze vyčíst, že u chlapců došlo ke zvolení odpovědi „Ne“ v 7 případech, tj. 14 %, odpověď „Ano, ale vysvětlit neumím“ zvolilo 25 chlapců, což je 50 % a odpověď, ve které měli vysvětlit daný pojem, označilo 18 chlapců. Výše bylo zmíněno, že ve 3 případech nebylo vysvětlení správné, tudíž lze započítat pouze 15 respondentů, tj. 32 %.

Graf č. 5 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 3



Graf č. 6 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 3



Tabulka č.2 Vysvětlení pojmu mentální bulimie

Podaná vysvětlení	Celkem		Dívky		Chlapci	
	%	Četnost odpovědí	%	Četnost odpovědí	%	Četnost odpovědí
Všechno jídlo, co sní, vyzvrací	13	4	7	1	25	4
Neovladatelné záchvaty hladu (nadměrné přejídání), dostaví se výčitky a následuje zvracení	77	23	93	14	56	9
Bojí se, že budou tlustí, proto nejí, jenže to nevydrží a pak vše vyzvrací	10	3	0	0	19	3

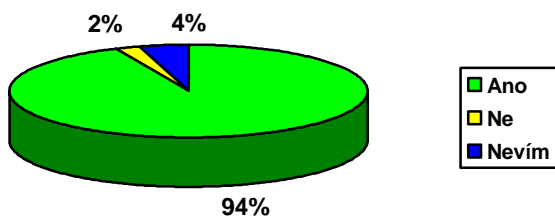
8.4 Otázka č. 4 Může mentální anorexie nebo bulimie způsobit smrt?

Na otázku č. 4 odpovědělo 87 % kladně, což je 83 respondentů, záporně odpovědělo pouze jedno procento, tj. 1 respondent a 12 % respondentů označilo odpověď „Nevím“, tj. 11 žáků.

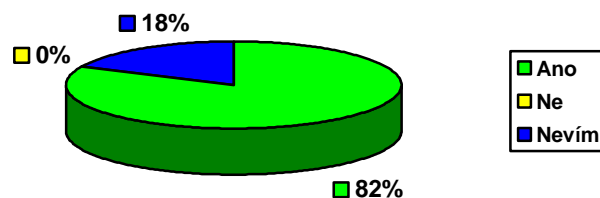
Dívky ve 42 případech, tj. 94 %, vědí o nejhorším možném následku poruch příjmu potravy. Pouze jedna dívka označila odpověď „Ne“, tj. 1 % a dvě dívky, tj. 4 %, označily odpověď „Nevím“ (viz. Graf č. 7).

Jak je patrné z grafu č. 8, 82 % chlapců, tj. 41, odpovědělo na danou otázku kladně a 18 %, tj. 9 chlapců odpovědělo, že neví. Záporně neodpověděl nikdo.

Graf č. 7 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 4



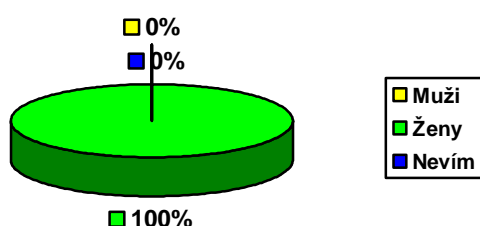
Graf č. 8 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 4



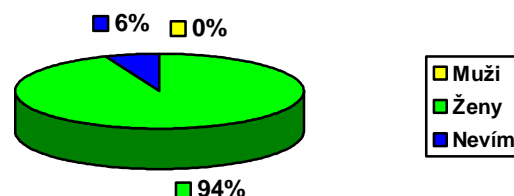
8.5 Otázka č. 5 Mentální anorexií nebo bulimií častěji trpí

Dá se říci, že většina respondentů, tedy 92, což činí 97 % vědělo, že poruchami příjmu potravy onemocní nejčastěji ženy. Pouze 3 %, tj. 3 respondenti, kteří byli z řad chlapců, označili odpověď „Nevím“ (Graf č. 9, Graf č. 10).

Graf č. 9 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 5



Graf č. 10 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 5



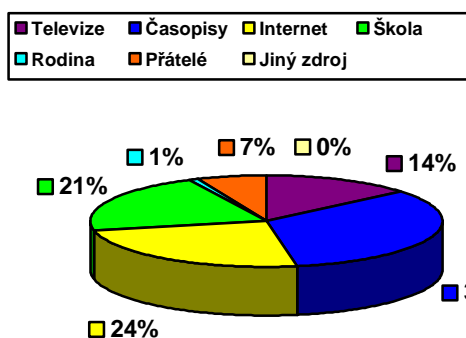
8.6 Otázka č. 6 Informace o anorexii nebo bulimii získáváš nejvíce

U této otázky mohli žáci vybrat z nabízených možností maximálně tři položky. Za nejčastější zdroje informací o poruchách příjmu potravy žáci označili časopisy (29 %), internet (25 %) a následně školu (20 %). To, že se škola umístila jako zdroj informací na třetím místě, považují za velice dobré. Značí to, že téma poruch příjmu potravy není jen okrajovým tématem na základních školách (tedy alespoň na škole, kterou respondenti navštěvují). Velice těsně za školou se umístila televize (19 %). Následují přátelé (6 %) a rodina (1 %).

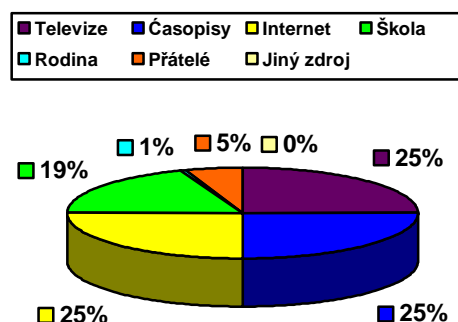
Dívky nejvíce informací získávají z časopisů (33 %). Způsobené je to především tím, že časopisů pro dospívající dívky je na trhu dostupných hodně. Poté následuje internet (24 %) a škola (21 %) a televize (19 %). S větším odstupem se jako zdroj objevují přátelé (7 %) a rodina (1 %) (viz Graf. č. 11).

Z grafu č. 12 můžeme vyčíst, že chlapci nejvíce informací získávají shodně z časopisů (25 %), internetu (25 %) a televize (25 %), poté s mírným odstupem následuje škola (19 %) a s velkým odstupem přátelé (7 %) a rodina (1 %).

Graf č. 11 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 6



Graf č. 12 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 6



8.7 Otázka č. 7 Za hlavní příčinu vzniku anorexie a bulimie považuješ

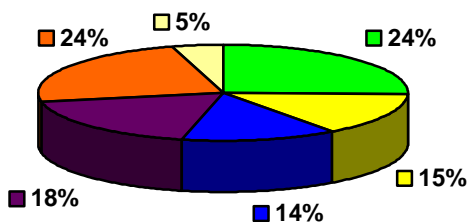
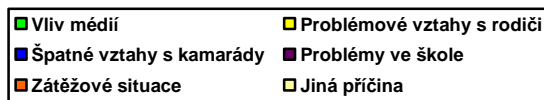
Co žáci považují za příčinu poruch příjmu potravy jsem se snažila zjistit právě touto otázkou. Žáci zde měli možnost označit maximálně 3 položky. Největší příčinu vidí ve vlivu médií (25 %), dále zátěžových situacích, jako je rozvod rodičů, změna školy, apod. (20 %). Jako třetí v pořadí, se 17 %, respondenti zvolili problémy ve škole (šikana, nespěch, aj.), poté následují shodně se 16 % špatné vztahy s kamarády a problémové vztahy s rodiči. Položka „Jiná příčina“, která dosáhla hodnoty 6 %, dávala žákům možnost napsat jejich vlastní názor. Objevovaly se odpovědi, jako: „nevhodné reakce okolí, strach z tloušťky, nespokojenost s postavou, být hubené jako modelky, chtít zhubnout“.

Dívky za nejvýznamnější příčiny označily vliv médií a zátěžové situace, shodně 24 %. V pořadí třetí skončily s 18 % problémy ve škole a následně pak problémové vztahy s rodiči s 15 % a špatné vztahy s kamarády se 14 %. Nejméně dívek označilo položku „Jiná příčina a to 5 % (viz. Graf č. 14).

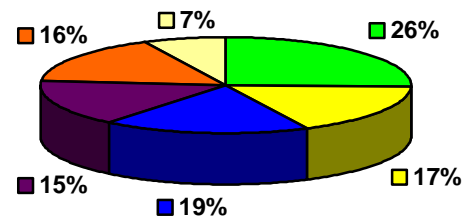
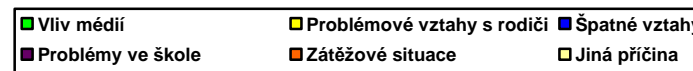
Z grafu č.15 je vidno, že chlapci označili, shodně s dívkami, za jednu z nejvýznamnějších příčin vliv médií (26 %), ovšem dále se pořadí mění a s 19 % následují špatné vztahy s kamarády, se 17 % problémové vztahy s rodiči, s 16 % zátěžové situace a s 15 % problémy ve škole. A poslední se 7 % skončila odpověď „Jiná příčina“.

Z výzkumného šetření je patrné, že dívky jsou více citlivější na zátěžové situace než chlapci a stejně tak lze z grafů usuzovat na to, že pro chlapce nejsou školní výsledky zase až tak důležité, jako pro dívky.

Graf č. 14 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 7



Graf č. 15 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 7



8.8 Otázka č. 8 Mluvili jste ve škole o mentální anorexii a bulimii?

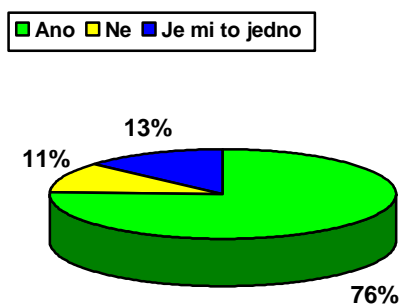
U této otázky nepovažuji za nutné uvádět grafy, proto zde interpretuji pouze celkové vyhodnocení otázky, kdy celkem 97 % respondentů se vyjádřilo kladně a pouze 3 záporně. Dívky odpověděly kladně ve 43 případech a chlapci ve 49 případech. Záporně odpověděli 2 dívky a jeden chlapec.

8.9 Otázka č. 9 Měl/a bys zájem o získání více informací (např. přednáškou) ve škole?

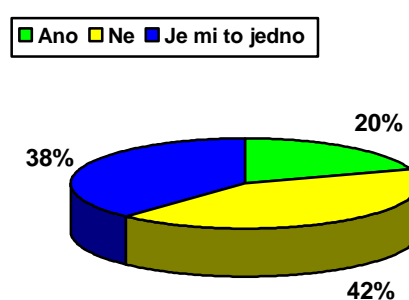
Méně než polovina, tj. 47 % žáků, odpověděla na danou otázku kladně a 27 % procent odpovědělo záporně. Laxní přístup vyjadřuje 26 % respondentů.

Z grafu č. 16 a 17 lze vyčíst, že dívky v 76 % případů mají mnohem větší zájem o získání více informací než chlapci, kteří se k této otázce vyjádřili kladně ve 20 % případů. Což je pochopitelné, protože dívek se tento problém týká v mnohem větší míře. Záporně se vyjádřilo 11 % dívek a 42 % chlapců.

Graf č. 16 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 9



Graf č. 17 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 9



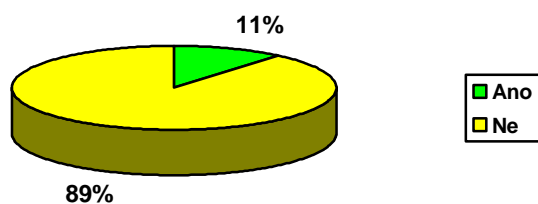
8.10 Otázka č. 10 Víš co je pro-ana směr?

Pojem pro-ana směr je poměrně nový, proto mě zajímalo, do jaké míry žáci vědí co je jeho podstatou. Z výzkumného šetření vyplývá, že 94 % respondentů neví, co pro-ana směr znamená, a pouhých 6 % zná jeho vysvětlení. Při zvolení odpovědi „Ano“ měli žáci napsat své vyjádření a nedošlo k tomu, že by někdo nevystihnul podstatu.

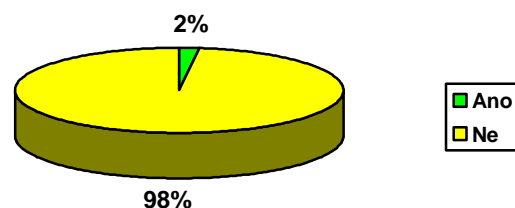
Z grafů 18 a 19 vidíme, že kladně se vyjádřilo pět dívek a pouze jeden chlapec. Chlapec napsal, že se jedná o „stránky pro anorektičky“, dvě dívky napsaly, že se jedná o směr „nabádající lidi k hubnutí, že štíhlost je nejlepší“, další dvě dívky napsaly, že se jedná o „internetové stránky, které podporují anorexii“. Jedna dívka napsala „tento směr vytváří dív-

ky, které fandí anně. Nejedí a jsou s tím spokojené. Propagují annu (anorexii na netu) např. přes svůj blog.“ Je vidět, že tato dívka se o problematiku zajímá, protože ví, že o anorexii se často na takovýchto webech mluví zkráceně jako o anně.

Graf č. 18 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 10



Graf č. 19 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 10



8.11 Otázka č. 11 Navštívil/a jsi někdy na internetu pro-ana stránky?

Na tuto otázku se vyjádřilo pouze 8 % (tj. 8) kladně a záporných vyjádření bylo 92 % (tj. 87). Z respondentů, kteří se vyjádřili kladně, byly pouze 3 dívky a 5 chlapců. Je překvapující, že počet chlapců je vyšší.

8.11.1 Otázka č. 11a) Z jakého důvodu jsi je navštívil/a?

Tato otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří odpověděli na předešlou otázku kladně a měli označit pouze jeden důvod návštěvy. K dispozici měli tyto odpovědi: „ze zvědavosti; hledal/a jsem informace, jak nejlépe zhubnout; hledal/a jsem stejně smýšlející lidi“ a poslední možností byla „náhoda“.

8.11.2 Otázka č. 11b) Co si o těchto internetových stránkách myslíš?

Tato otázka se opět týkala respondentů, kteří na otázku č. 11 odpověděli kladně. Z možností, které byly k dispozici, byla dvěma dívkami označena možnost, že se jedná o „nesmyslné stránky“, stejně tak tuto možnost označili dva chlapci. Tři chlapci označili možnost „ať si každý píše, co chce“ a jedna dívka využila možnosti napsat jiný názor, který byl napsán takto „Přijde mi, že ty lidi jsou trochu jiní. Píší tam, jak jsou fotky vyhublých modelek krásný, jak dlouho nejedli a jak zhubli a baví je to. Všem to doporučují, to ale není dobře.“

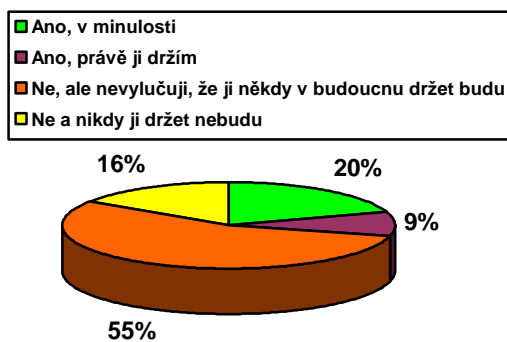
8.12 Otázka č. 12 Držel/a jsi někdy dietu?

Držení diety je jedním z rizikových faktorů pro vznik mentální anorexie nebo bulimie. Proto mě zajímalo, v jaké míře se tento rizikový jídelní postoj vyskytuje u dospívající mládeže. Zkušenost s dietami má 27 % respondentů, z toho 20 % (tj. 19) drželo dietu někdy v minulosti a 7 % (tj. 7) ji drželo v době výzkumu. Záporné stanovisko vyjádřilo 73 % respondentů, z nichž 37 % (tj. 35) nevyloučilo zkušenost s dietou někdy v budoucnu a 36 % (tj. 34) respondentů je přesvědčeno, že ji nikdy nevyzkouší.

Z grafu č. 20 a 21 je zřejmé, že dívky se kladně vyjádřily ve 29 % a v 71 % záporně, téměř shodně se chlapci kladně vyjádřili ve 26 % a záporně v 74 % případů. Přičemž je značný rozdíl v tom, že chlapci jsou v 54 % případů přesvědčeni, že se nikdy nepokusí držet dietu a dívky pouze v 16 % případů.

Na otázky 12 a) až 12 c) odpovídali pouze ti respondenti, kteří vyjádřili kladné stanovisko.

Graf č. 20 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 12



Graf č. 21 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 12



8.12.1 Otázka č. 12a) Věděli/vědí o tom tvoji rodiče?

Odpověď „Ano“ zvolilo celkem 12 respondentů, z toho 7 dívek a 5 chlapců. A odpověď „Ne“ zvolilo celkem 14 respondentů dívky i chlapci v 7 případech.

8.12.2 Otázka č. 12b) V čem dieta spočívala/spočívá?

U této otázky měli respondenti možnost výběru z devíti možností, přičemž jednou z nich byla volná odpověď a mohli označit více možností. Možnost odpovědi využila pouze jedna

respondentka, která napsala: „Nejím po 17. hodině a hodně sportuji“. Pro přehlednost uvádím možné odpovědi na tuto otázku a četnost těchto odpovědí v tabulce č. 4.

Tabulka č. 3 Odpovědi na otázku č. 12b)

Odpovědi	Celkem		Dívky		Chlapci	
	%	Četnost	%	Četnost	%	Četnost
Vůbec jsem nejedl/a	5	3	10	3	0	0
Pravidelně jsem vynechával/a některé z hlavních jídel	16	9	3	1	30	8
Vynechával/a jsem potraviny, o kterých si myslím, že způsobují tloušťku	30	17	33	10	25	7
Jedl/a jsem jen malé množství jídla	12	7	7	2	19	5
Každou volnou chvíli jsem usilovně cvičil/a	16	9	13	4	19	5
Pořád jsem dělala nějakou činnost, abych nemyslel/a na jídlo	7	4	7	2	7	2
Bál/a jsem se, že přiberu, tak jsem zkoušel/a zvracet.	12	7	23	7	0	0
Ze strachu z tloušťky jsem užíval/a projímadla	0	0	0	0	0	0
Jiná možnost	2	1	3	1	0	0

8.12.3 Otázka č. 12c) Recept na dietu jsi získal/a

Možností, jak získat recept na dietu je několik. Zajímalo mě tedy, jaké zdroje využili respondenti. Odpověďové alternativy zahrnovaly tyto položky: matka, kamarád/ka, internet, časopis a jiný zdroj. Při využití poslední možnosti, měli respondenti svůj zdroj upřesnit. Nejčastěji uváděným zdrojem byl časopis a to v 8 případech, 4 dívky a 4 chlapci. Druhým nejčastěji uváděným zdrojem byl internet a „jiný zdroj“. Možnost „Internet“ označilo celkem 7 respondentů, z toho 5 dívek a 2 chlapci. U možnosti „Jiný zdroj“ dívky v jednom případě napsaly babičku a v jednom případě samy sebe a chlapci uvedli v jednom případě jako zdroj televizi, v jednom případě rodinu a tři chlapci uvedli sami sebe. Celkem tedy tuto možnost využily 2 dívky a 5 chlapců. Recept na dietu získali od kamaráda/ky 2 dívky a 2 chlapci, celkem tedy 4 respondenti.

8.13 Otázka č. 13 Držel někdy někdo z tvého okolí dietu?

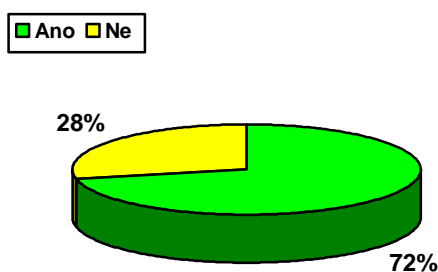
Za jeden z rizikových faktorů vzniku mentální anorexie a bulimie je považováno držení diet, ať už v samotné rodině či blízkém okolí. Zajímalo mě tedy, zda se v okolí respondentů vyskytují jedinci, kteří drží diety.

U této otázky nepovažuji za důležité graficky znázorňovat hodnoty zvlášť u dívek a chlapců. Graficky je znázorněno pouze celkové vyhodnocení otázky (viz. Graf č. 22).

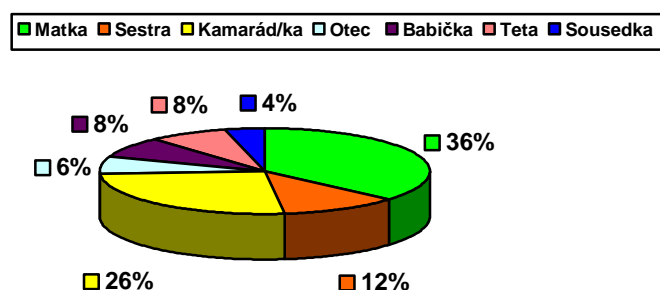
Uvedu zde pouze četnosti odpovědí. Dívky na tuto otázku odpověděly v 36 případech kladně a v 9 záporně (tj. 80 % ku 20 %). Odpovědi u chlapců měly hodnoty 32 kladných odpovědí a 18 záporných (tj. 64 % ku 36 %).

Při kladné odpovědi měli dospívající napsat konkrétní osobu (případně osoby). Nejčastější odpovědi jsou uvedeny v grafu č. 23.

Graf č. 22 Celkové vyhodnocení otázky č. 13



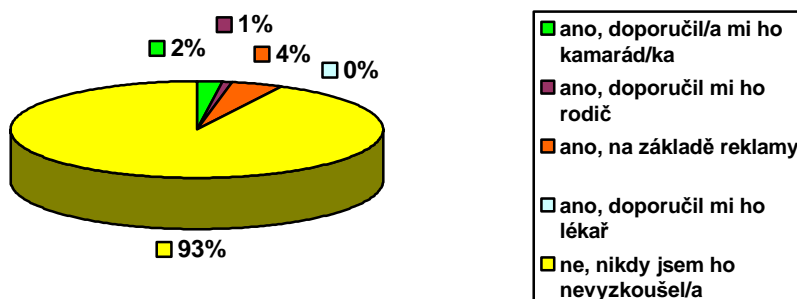
Graf č. 23 Možnosti napsané u kladných odpovědí u otázky č. 13



8.14 Otázka č. 14 Vyzkoušel/a jsi někdy nějaký přípravek na hubnutí?

Z grafu č. 24 vyplývá potěšující zjištění, že 93 % respondentů nemá žádné zkušenosti s užíváním přípravků na hubnutí. Z respondentů, kteří se vyjádřili kladně, bylo 5 dívek a 2 chlapci. Dvě dívky uvedly, že přípravek vyzkoušely na základě doporučení kamarádky a tři dívky na základě reklamy. Jeden z chlapců uvedl, že přípravek vyzkoušel na základě doporučení jednoho z rodičů a druhý na základě reklamy.

Graf č. 24 Celkové vyhodnocení otázky č. 14



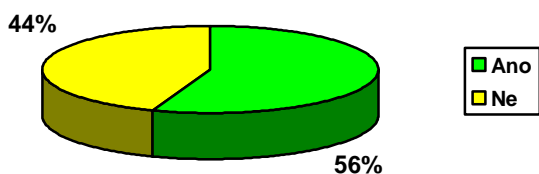
8.15 Otázka č. 15 Myslíš si, že média bojují proti anorexii, bulimii?

Respondenti se kladně vyjádřili ve 49 % případů, tudíž záporně odpovědělo 51 %. Z grafů č. 25 a 26 lze vyčíst zcela opačné procentuální hodnoty u předložených odpovědí, dle pohlaví. U této otázky měli žáci svá rozhodnutí zdůvodnit. Získaná zdůvodnění, v případě kladných odpovědí, jsem shrnula do sedmi kategorií (viz. Graf č. 27). Pod první kategorií s názvem Nezdůvodněno, jsou zahrnuty odpovědi, kdy žáci nedokázali zdůvodnit svou kladnou odpověď. Druhou kategorií je Nedostatečný boj, pod kterou jsem shrnula zdůvodnění, kdy si žáci myslí, že média bojují, ale ne dostatečně. Jako příklad často uváděli velkou koncentrací modelek v médiích. Třetí kategorií je Upozornění na následky, kdy žáci uváděli varování v médiích na nebezpečí poruch příjmu potravy. Pod čtvrtou kategorií Odstrašující fotky jsou shrnuty argumenty žáků, které se týkaly ukázek odstrašujících obrázků nemocných poruchami příjmu potravy. Pátá kategorie Pomoc již nemocným zahrnuje zdůvodnění, že se jedná o pomoc nemocným těmito poruchami, kteří neví, jak s touto nemocí skoncovat. Šestou kategorií je TV pořad, kde žáci zmiňovali probírání problematiky v televizních pořadech. A poslední, sedmá kategorie Opačný názor, zahrnuje zdůvodnění, kdy žáci napsali, že si myslí spíše opak. Otázkou je, proč zvolili odpověď Ano.

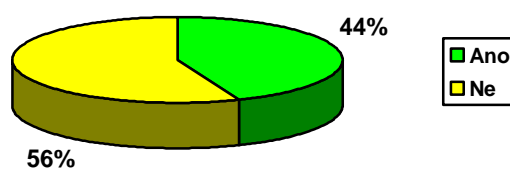
Získaná zdůvodnění v případě záporných odpovědí jsou shrnuta do šesti kategorií (viz. Graf č. 28). První kategorií je opět Nezdůvodněno, kdy žáci nedokázali zdůvodnit svou odpověď. Druhou kategorií je Nedostatek informací, kdy žáci nejčastěji uváděli, že média

o tomto problému nedostatečně informují a nebo jsou informace příliš stručné. Pod třetí kategorií Business, jsou zahrnuty názory, že jde především o výtěžek, kdy se prostřednictvím modelek prodávají přípravky na hubnutí a další výrobky. Čtvrtou kategorií je Laxní přístup médií, kdy se žáci vyjadřovali v tom smyslu, že sdělovací prostředky nijak nepodporují ani nebojují proti tomuto problému. Pátá kategorie je Nezájem ze strany respondentů a šestou kategorií je Podpora, kdy se respondenti vyjádřili v tom smyslu, že média spíše podporují vznik poruch příjmu potravy.

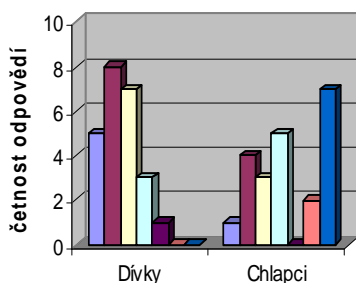
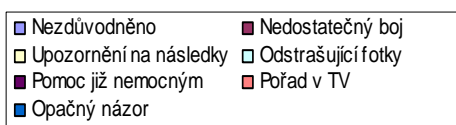
Graf č. 25 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 15



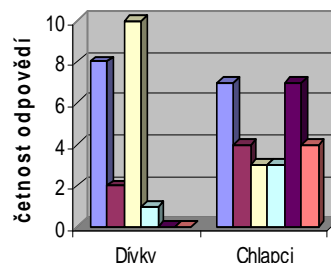
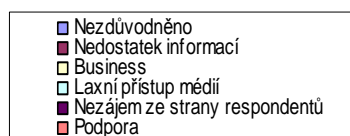
Graf č. 26 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 15



Graf č. 27 Kategorie zdůvodnění v případě kladné odpovědi na otázku č. 15



Graf č. 28 Kategorie zdůvodnění v případě záporné odpovědi na otázku č. 15



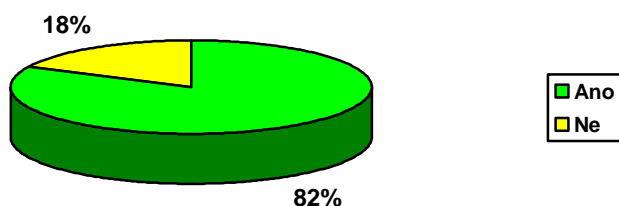
8.16 Otázka č. 16 Myslíš si, že média propagují extrémní štíhlost a krásu?

Jak z grafu č. 29 vyplývá, respondenti se k této otázce vyjádřili v 82 % kladně a v 18 % záporně. Pokud bychom rozdělili získané odpovědi dle pohlaví, nezjistíme žádné názorové rozdíly. Dívky odpověděly kladně v 80 % a chlapci v 82 % případů, záporných odpovědí jsme se u dívek dočkali ve 20 % a u chlapců v 16 % případů.

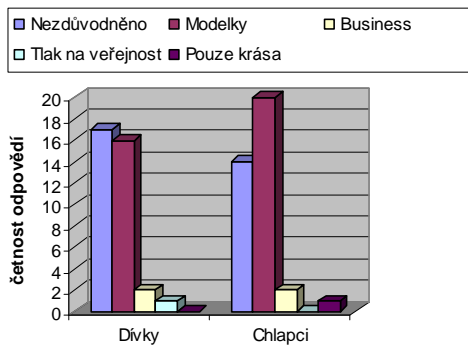
U této otázky měli žáci opět zdůvodnit svou odpověď. Kategorii u kladně zvolených odpovědí je pět (viz. Graf č.30). Zdůvodnění, kdy žáci neuměli vysvětlit svou odpověď, jsou shrnuta do kategorie Nezdůvodněno. Druhá kategorie je nazvána Modelky a zahrnuje vysvětlení, že v médiích se příliš často objevují modelky a propagaci vidí respondenti i v soutěžích Miss. Třetí kategorie Business zahrnuje názory, že jde především výdělek, kterého se dosahu prostřednictvím reklam (přípravky na hubnutí, apod.). Tlak na veřejnost je čtvrtou kategorií a zahrnuje zdůvodnění, že média vytváří tlak na veřejnost tím, že se příliš zabývají váhou celebrit. A poslední kategorií je Pouze krása, kdy se respondent vyjádřil tak, že štíhlost, na rozdíl od krásy, není propagována.

Zdůvodnění záporných odpovědí jsou shrnuta do čtyř kategorií (viz. Graf č. 31). V první kategorii Nezdůvodněno, jsou zahrnuty odpovědi, kdy žáci nedokázali zdůvodnit svá rozhodnutí. Pod kategorií Štíhlost se skrývají názory, že propagují štíhlost, ale již ne extrémní. Reklama je další kategorií a zahrnuje názor, že v televizi se již objevují reklamy s normálními ženami. A poslední je názor, že extrémní štíhlost a krása jsou propagovány především v zahraničních médiích, kategorie Zahraniční časopisy.

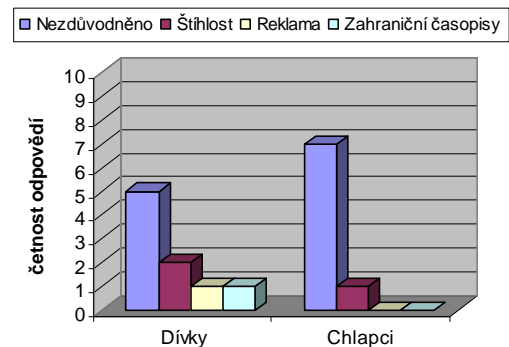
Graf č. 29 Celkové vyhodnocení otázky č. 16



Graf č. 30 Kategorie zdůvodnění v případě kladné odpovědi na otázku č. 16



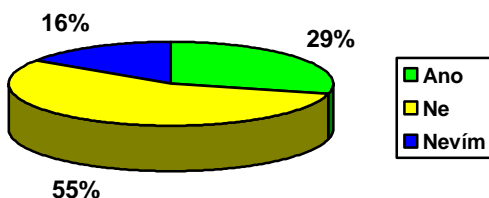
Graf č. 31 Kategorie zdůvodnění v případě záporné odpovědi na otázku č. 16



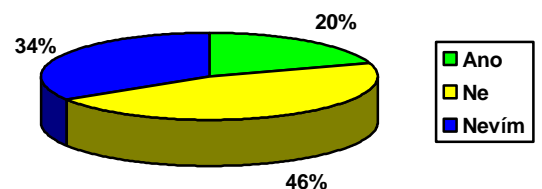
8.17 Otázka č. 17 Myslíš si, že je v médiích dostatek informací o nebezpečí anorexie a bulimie?

Více než polovina respondentů, tj. 51 % je přesvědčena, že ve sdělovacích prostředcích není dostatek informací o nebezpečí anorexie a bulimie. Z grafů č. 32 a 33 je patrné, že chlapci se o toto téma nezajímá do takové míry jako dívky, protože ve 34 % případech označily odpověď „Nevím“, zatímco dívky tuto odpověď označily v 16 % případech.

Graf č. 32 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 17



Graf č. 33 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 17

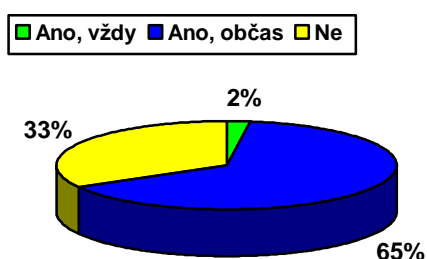


8.18 Otázka č. 18 Řídíš se nejnovějšími módními trendy, které jsou zveřejňovány v médiích?

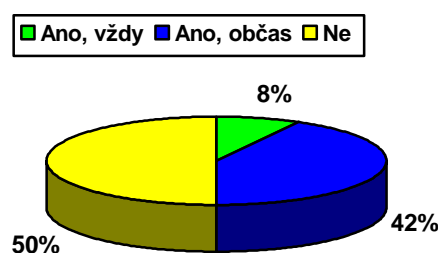
Úkolem této otázky bylo zjistit, do jaké míry se dospívající nechávají ovlivnit médii předkládanými trendy. Z grafů č. 34 a 35 vyplývá, že módními trendy se vždy řídí překvapivě více chlapců než dívek, a to 4 % ku 1 %, dále že 50 % chlapců se nenechá ovlivnit módními trendy, zatímco dívek jen 33 %. Odpověď „Ano, občas“ zvolilo 65 % dívek a 42 % chlapců.

Myslím, že je dobrým zjištěním, že respondenti nepovažují udávané módní trendy, za normu, které by se striktně museli držet.

Graf č. 34 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 18



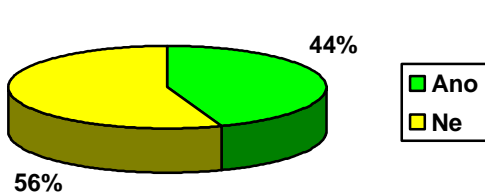
Graf č. 35 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 18



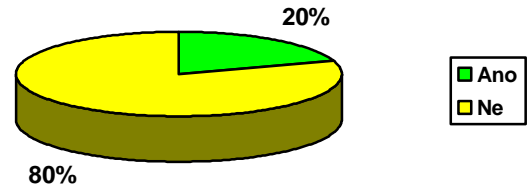
8.19 Otázka č. 19 Chtěl/a bys vypadat jako lidé, kteří jsou na předních stránkách časopisů?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, do jaké míry se dospívající nechají ovlivnit vzory, které předkládají sdělovací prostředky, respektive časopisy. Co se týče celkového vyhodnocení otázky, tak je potěšující, že 68 % respondentů je spokojených s tím, jak vypadá. Ovšem pokud srovnáme odpovědi dle pohlaví (viz. Graf č. 36 a 37), tak z nich vyplývá, že dívky by si ve 44 % případech přály vypadat jako lidé, prezentovaní na hlavních stránkách časopisů, kdežto u chlapců je to 20 %. To vyplývá z toho, že dívky více řeší svůj vzhled a to, jak vypadají.

Graf č. 36 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 19



Graf č. 37 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 19

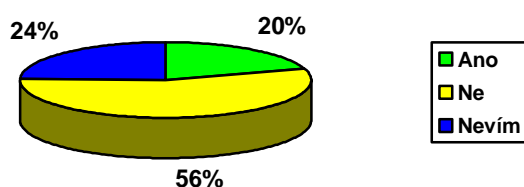


8.20 Otázka č. 20 Byl/a bys ochotný/á držet drastickou dietu, kvůli lukrativní nabídce z modelingu (filmu apod.)?

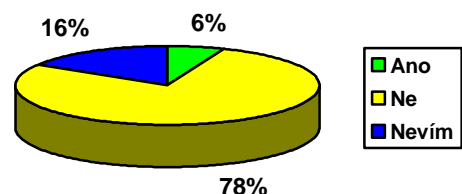
Záporně se k této otázce vyjádřilo 67 % respondentů, 13 % kladně a 20 % váhalo mezi kladnou a zápornou odpovědí.

Dívky byly ve 20 % přesvědčeny, že by podstoupily drastickou dietu, kvůli úspěchu a stejně tak bylo přesvědčeno 6 % chlapců. Mezi respondenty, kteří nevyjádřili jasné stanovisko, bylo 24 % dívek a 16 % chlapců. Myslím, že tato čísla jsou zážející. Podle mě si v tomto věku zdaleka neuvědomují zdravotní důsledky, které mohou vzniknout a vidí jen možnost úspěchu a peněz. Odmítavě se vyjádřilo 56 % dívek a 78 % chlapců (viz. Graf č. 38 a 39).

Graf č. 38 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 20



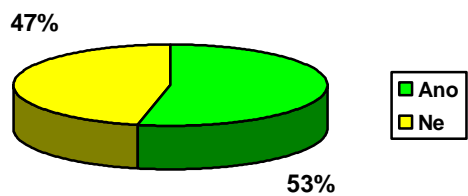
Graf č. 39 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 20



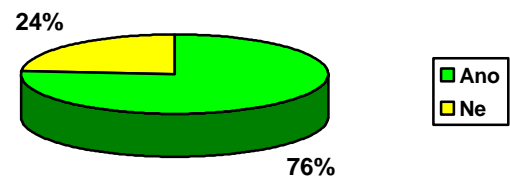
8.21 Otázka č. 21 Jsi spokojený/á se svou postavou?

Celkem je se svou postavou spokojeno 65 % respondentů a 35 % nikoliv. Z chlapců je se svou postavou spokojeno 76 % a u dívek je to jen 53 %. Tento rozdíl, bude způsoben tím, že dívky jsou k sobě v oblasti týkající se vzhledu mnohem více kritické než chlapci (viz. Grafy č. 40 a 41).

Graf č. 40 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 21



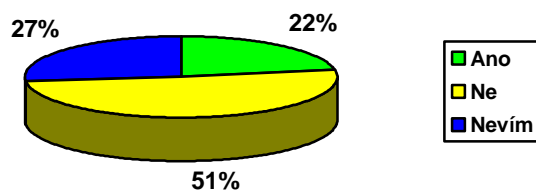
Graf č. 41 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 21



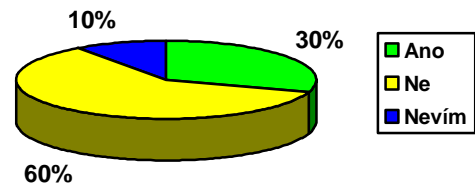
8.22 Otázka č. 22 Myslíš si, že dosažení úspěchu v životě (dobrá práce, skvělý partner, apod.) souvisí s krásou a štíhlostí?

Respondenti se ve 26 % vyjádřili kladně k otázce souvislosti mezi úspěchem a krásou. Z toho překvapivě více chlapců, tj. 30 % a dívek 22 %. Záporně se vyjádřilo 56 % a odpověď nevíم zvolilo 18 %. Procentuální zastoupení odpovědí dle pohlaví, vidíme na grafech č. 42 a 43.

Graf č. 42 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 22



Graf č. 43 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 22



9 ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ VÝZKUMU

Cílem praktické části bakalářské práce bylo především zmapování informovanosti žáků devátých tříd základní školy o poruchách příjmu potravy, k roli médií v tomto problému a také jejich postoje k dietám. V závěrečném shrnutí zmíním ty nejpodstatnější otázky výzkumného šetření.

Ze získaných dat vyplývá, že 97 % respondentů zná pojem poruchy příjmu potravy, ale vysvětlit jejich podstatu dokáže pouze třetina. Respondenti také v 97 % vědí, že ženy těmito poruchami onemocní častěji než muži. To, že tyto poruchy mohou vést ke smrti, ví 87% respondentů.

Jako prioritní zdroj získávání informací o poruchám příjmu potravy respondenti uvedli ve 29 % časopisy, ve 25 % internet a na třetím místě se s 20 % umístila škola, což považují za potěšující zjištění.

O více informací by stálo 47 % respondentů, přičemž většinu tvoří dívky.

Hlavní příčinu vzniku poruch příjmu potravy vidí žáci v působení médií a to ve 25 % případů a dále pak v prožívání zátěžových situací a to ve 20 % případů.

Pro-ana směr je poměrně novým pojmem, proto mě zajímalo, do jaké míry je mezi respondenty rozšířen. Musím říci, že jsem váhala, zda otázku týkající se tohoto pojmu do dotazníku zařadit, protože může následně vybízet k hledání informací o tomto pojmu. Ale vzhledem k tomu, že jsem se nikde nesečkala s výzkumnými daty, která by byla zaměřena na tento problém, jsem otázku do dotazníku zařadila. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 6 % dotázaných ví, co se pod pojmem pro-ana směr skrývá.

Také jsem do dotazníku zařadila otázku týkající se držení diet, jako jednoho z rizikových alimentárních postojů. Respondenti ve 27 % případů uvedli zkušenost s držením diet, přičemž mezi počtem dívek a chlapců nebyl významný rozdíl. Značný rozdíl se objevil v přesvědčení nikdy nedržet dietu. Chlapci o tom byli přesvědčeni v 54 %, zatímco dívky jen v 16 %.

To, že média vedou boj proti mentální anorexii a bulimii si myslí 49 % respondentů, z nichž je většina dívek.

Respondenti se v 82 % vyjádřili kladně k otázce, zda média propagují extrémní štíhlost a krásu. Rozdíl v názorech dívek a chlapců nebyl téměř žádný.

Pouze 24 % respondentů si myslí, že v médiích je dostatek informací o nebezpečí poruch příjmu potravy.

Zarážející je zjištění, že 1/5 respondentů byla rozhodnuta držet drastickou dietu, kvůli lukrativní pracovní nabídce. Módními trendy, které jsou propagovány v médiích, se nechá občasně ovlivnit 53 % respondentů. Zjištění, že respondenti módní trendy neberou jako pevně stanovenou normu, kterou se musí řídit, je velmi potěšující.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že 26 % respondentů se domnívá, že dosažení úspěchu v životě je závislé na kráse a štíhlosti.

ZÁVĚR

Problém poruch příjmu potravy je velice závažný a proto je třeba věnovat mu náležitou pozornost. Je obtížné vysvětlit, proč se onemocnění jako mentální anorexie a bulimie vůbec objevují ve společnosti, která hýří dostatkem všeho. Dle mého názoru je hlavní problém v tom, že média se až příliš zabývají fyzickou krásou, která je dána tělesnými mírami, které jsou ve většině případů život ohrožující. Díky mediální masáži, jsou lidé každodenně konfrontováni s ideálem krásy, který je synonymem pro dokonalost. Nutno podotknout, že vyrovnání se takovému ideálu je téměř nereálné. A proto je třeba rozloučit se s tímto ideálem, který nemilosrdně ničí sebevědomí a zdraví žen po celém světě. Proto je třeba věnovat velkou pozornost prevenci těchto poruch, která spočívá v upozorňování na jejich nebezpečí, a také v umění nakládat s informacemi, která nám média poskytují, a proto je nutné naučit dospívající kriticky nahlížet na tyto informace. Z výzkumu je patrné, že ve školách (respektive ve škole zkoumané) již není toto téma okrajovou součástí výuky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BRÖHMOVÁ, Patricia. *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. Praha: Amulet, 1999. 170 s. ISBN 80-86299-17-1.
- [2] BRIMOVÁ, Eliška, VLK, Vojtěch. Ideál krásy: štíhlí a svalnatí. *Psychologie dnes* [online]. 2004, č. 7-8 [cit. 2009-02-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=6591>>.
- [3] CAJTHAMLOVÁ, Kateřina. Těžký život v tlustém těle. *Psychologie dnes*. 2009, roč. 15, č. 3, s. 18-21.
- [4] CASSUTO, Adele, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Praha: Portál, 2008. 117 s. ISBN 978-80-7367-357-4.
- [5] CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5 .
- [6] ČERNÁ, Ria. Hospitalizace a stacionář. *Zpravodaj Anabell* [online]. 2007, č. 17 [cit. 2009-02-04], s. 8-10. Dostupný z WWW: <http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_17.pdf>.
- [7] ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
- [8] GÖCKEL, Renate. *Místo činu lednička: když se z jídla stane problém*. Praha: Práh, 2008. 161 s. ISBN 978-80-7252-200-2.
- [9] HALL, Lindsey, COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
- [10] KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. [online]. [cit. 2009-10-03]. *Pediatric pro praxi*. 2002, č. 3, s. 98-100. Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/607.pdf>
- [11] KRAMULOVÁ, Daniela. Posedlost zdravou výživou je také porucha. *Psychologie dnes*. 2008, roč. 14, č. 12, s. 34-35.

- [12] KRANZ, Rachel, MALONEY, Michael. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
- [13] KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2000. 120 s. 80-7169-946-2.
- [14] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
- [15] KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
- [16] LADISHOVÁ, Lorraine C. *Strach z jídla*. Rožumberok: Epos, 2006. 159 s. ISBN 80-89191-53-3 .
- [17] LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie : příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- [18] MÁLKOVÁ, Iva, KRCH, František David. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0.
- [19] MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 33 s. ISBN 978-80-86991-09-2. [online]. [cit. 2009-10-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>>.
- [20] NAVRÁTILOVÁ , Miroslava, ČEŠKOVÁ , Eva, SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
- [21] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.
- [22] PEŠOVÁ, Ilona, ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
- [23] ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy. In VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. s. 448-457. ISBN 80-7178-696-9.
- [24] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. 444s. ISBN 80-7178-214-9.

- [25] VRZAL, Tomáš. Šokující pravda? Cenzurovat!. *Liberální institut* [online]. 2004 [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://libinst.cz/komentare.php?id=413>>.
- [26] *Kampaň za skutečnou krásu* [online]. [2007] [cit. 2009-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.kampanzaskutecnoukrasu.cz/>>.
- [27] *Poruchy příjmu potravy - Anorexie a spol.: Příznaky* [online]. [2005] [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.anorexie.wz.cz/priznaky1.htm>>.
- [28] *Pro ana stránky* [online]. [2007] [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://anorexia.wgz.cz/anorekticka-bible/unnamed-69.html>>.
- [29] *Pro ana stránky* [online]. [2007] [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://ana4ewer.blog.cz/0708/motta-anorekticek>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN - 10 Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

DSM - IV Diagnostický statistický manuál Americké psychiatrické asociace.

BMI Body Mass Index

WHO World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 1
- Graf č. 2 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 1
- Graf č. 3 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 2
- Graf č. 4 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 2
- Graf č. 5 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 3
- Graf č. 6 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 3
- Graf č. 7 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 4
- Graf č. 8 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 4
- Graf č. 9 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 5
- Graf č. 10 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 5
- Graf č. 11 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 6
- Graf č. 12 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 6
- Graf č. 14 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 7
- Graf č. 15 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 7
- Graf č. 16 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 9
- Graf č. 17 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 9
- Graf č. 18 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 10
- Graf č. 19 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 10
- Graf č. 20 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 12
- Graf č. 21 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 12
- Graf č. 22 Celkové vyhodnocení otázky č. 13
- Graf č. 23 Možnosti napsané u kladných odpovědí u otázky č. 13
- Graf č. 24 Celkové vyhodnocení otázky č. 14
- Graf č. 26 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 15

Graf č. 25 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 15

Graf č. 27 Kategorie zdůvodnění v případě kladné odpovědi na otázku č. 15

Graf č. 28 Kategorie zdůvodnění v případě záporné odpovědi na otázku č. 15

Graf č. 29 Celkové vyhodnocení otázky č. 16

Graf č. 30 Kategorie zdůvodnění v případě kladné odpovědi na otázku č. 16

Graf č. 31 Kategorie zdůvodnění v případě záporné odpovědi na otázku č. 16

Graf č. 32 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 17

Graf č. 33 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 17

Graf č. 34 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 18

Graf č. 35 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 18

Graf č. 36 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 19

Graf č. 37 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 19

Graf č. 38 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 20

Graf č. 39 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 20

Graf č. 40 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 21

Graf č. 41 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 21

Graf č. 42 Vyhodnocení odpovědí dívek na otázku č. 22

Graf č. 43 Vyhodnocení odpovědí chlapců na otázku č. 22

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Vysvětlení pojmu mentální anorexie

Tabulka č.2 Vysvětlení pojmu mentální bulimie

Tabulka č. 3 Odpovědi na otázku č. 12b)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník sestavený pro výzkum

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK SESTAVENÝ PRO VÝZKUM

Ahoj holky a kluci,

chtěla bych vás tímto dotazníkem požádat o pomoc při zpracování mé bakalářské práce, která se věnuje poruchám příjmu potravy. Dotazník je anonymní a údaje, které v něm vyplníte budou použity pouze v mé práci. Prosím, na všechny položené otázky odpovídejte samostatně, pravdivě a s rozmyslem.

U každé otázky zakřížkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Petra Mašková

Jsem:

- Dívka
- Chlapec

Věk

1. Znáš pojem poruchy příjmu potravy?

- ano
- ne

2. Slyšel/a jsi někdy pojem mentální anorexie a dokážeš ho vysvětlit?

- ne
- ano, ale vysvětlit ho neumím
- ano a vysvětlit ho umím (prosím napiš)

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

3. Slyšel/a jsi někdy pojem mentální bulimie a dokážeš ho vysvětlit?

- ne
- ano, ale vysvětlit ho neumím
- ano a vysvětlit ho umím (prosím napiš)

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

4. Může mentální anorexie nebo bulimie způsobit smrt?

- ano
- ne
- nevím

5. Mentální anorexií nebo bulimií častěji trpí:

- muži
- ženy
- nevím

6. Informace o anorexii nebo bulimii získáváš nejvíce (můžeš zakřížkovat maximálně 3 položky):

- z televize
 - z časopisů
 - z internetu
 - ze školy
 - z rodiny (doplň – př. otec)
 - od přátel
 - jiný zdroj (doplň)
-
-

7. Za hlavní příčinu vzniku anorexie a bulimie považuješ (můžeš zakřížkovat maximálně 3 položky):

- vliv médií (časopisy, televize, apod.)
- problémové vztahy s rodiči
- špatné vztahy s kamarády
- problémy ve škole (šikana, neprospěch, apod.)
- zátěžové situace (rozvod rodičů, změna školy, apod.)
- jiná příčina (prosím napiš)

.....

.....

.....

8. Mluvili jste ve škole o mentální anorexii a bulimii ?

- ano
- ne

9. Měl/a by jsi zájem o získání více informací (např. přednáškou) ve škole?

- ano
- ne
- je mi to jedno

10. Víš co je pro-ana směr?

- ano (prosím napiš)

.....

.....

.....

- ne

11. Navštívil/a jsi někdy na internetu pro-ana stránky ?

- ano
- ne

Pokud jsi odpověděl/a NE, pokračuj otázkou č.12

Pokud jsi odpověděl/a ANO, odpověz prosím na následující otázky:

11 a) Z jakého důvodu jsi je navštívil/a?

- ze zvědavosti
- hledal/a jsem informace jak nejlépe zhubnout
- hledal/a jsem stejně smýšlející lidi

- náhodou

11 b) Co si o těchto internetových stránkách myslíš?

- jsou plné dobrých nápadů jak zhubnout a můžu zde najít spoustu nových kamarádů
- jsou to nesmyslné stránky, které by měli zakázat
- ať si každý píše co chce
- jiný názor (prosím napiš)

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

12. Držel/a jsi někdy dietu?

- ano, v minulosti
- ano, právě ji držím
- ne, ale nevylučuji, že ji někdy v budoucnu budu držet
- ne, a nikdy ji držet nebudu

Pokud jsi odpověděl/a NE, prosím pokračuj otázkou č. 13.

Pokud jsi odpověděl/a ANO, prosím odpověz na následující otázky:

12 a) Věděli/vědí o tom tvoji rodiče?

- ano
- ne

12 b) V čem dieta spočívala/spočívá? (můžeš označit více možností):

- vůbec jsem nejedl/a.
- pravidelně jsem vynechával/a některé z hlavních jídel (snídaně, večeře, oběd).
- vynechával/a jsem určité potraviny, o kterých si myslím, že způsobují tloušťku (bílé pečivo, sladkosti, apod.)
- jedl/a jsem jen malé množství jídla.
- každou volnou chvíli jsem usilovně cvičil/a.
- pořád jsem dělala nějakou činnost, abych nemyslel/a na jídlo.
- bála jsem se, že přiberu, tak jsem zkoušel/a zvracet.
- ze strachu z tloušťky jsem užíval/a projímadla.
- jiná možnost (prosím napiš):

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

12 c) Recept na dietu jsi získal/a:

- od matky
- od kamaráda/ky
- z internetu
- z časopisu
- jiný zdroj (prosím napiš)

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

13. Držel někdy někdo z tvého okolí dietu?

- ano
napiš kdo (např. kamarádka, matka, apod.)

.....
.....

ne

14. Vyzkoušel/a jsi někdy nějaký přípravek na hubnutí?

- ano, doporučil/a mi ho kamarád/ka
- ano, doporučil mi ho jeden z rodičů
- ano, na základně reklamy v televizi (časopise, na internetu, aj.)
- ano, doporučil mi ho lékař
- ne, nikdy jsem ho nevyzkoušel/a

15. Myslíš si, že média (časopisy, televize, internet, apod.) bojují proti anorexii, bulimii? (zdůvodni svou odpověď)

ano

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

ne

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

16. Myslíš si, že média propagují extrémní štíhlost a krásu? (zdůvodni svou odpověď)

ano

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

ne

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

17. Myslíš si, že je v médiích dostatek informací o nebezpečí anorexie a bulimie?

Ano

- Ne
- Nevím

18. Řídíš se nejnovějšími módními trendy, které jsou zveřejňovány v médiích?

- ano, vždy
- ano, občas
- ne

19. Chtěl/a bys vypadat jako lidé, kteří jsou na předních stránkách časopisů?

- ano
- ne

20. Byl/a bys ochotný/á držet drastickou dietu, kvůli lukrativní nabídce z modelingu (filmu, apod.)?

- ano
- ne
- nevím

21. Jsi spokojený/á se svou postavou?

- ano
- ne

22. Myslíš si, že dosažení úspěchu v životě (dobrá práce, skvělý partner, apod.), souvisí s krásou a štíhlostí?

- ano
- ne
- nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji hezký a úspěšný den.