

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Petra Machová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika mentální anorexie v období dospívání

Petra Machová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Machová**
Osobní číslo: **Z14165**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Problematika mentální anorexie v období dospívání**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


1. CARR-GREGG, Michael. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
2. KRCH, František David. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
3. KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
4. PAPEŽOVÁ, Hana. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Barbora Faltová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. února 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 4. 2017

Petra Machová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Barboře Faltové, za její odborné vedení. Děkuji za její odborné rady, pomoc, zkušenosti a trpělivost.

Dále děkuji poděkovat žákům, kteří se zapojili do výzkumu, také paní ředitelce, která mi umožnila výzkum zrealizovat.

V neposlední řadě děkuji své rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

ANOTACE

Teoreticko-výzkumná bakalářská práce se zabývá problematikou mentální anorexie v období dospívání. Práce mapuje vztah mezi tělesnou stránkou a psychickou stránkou v období dospívání, kdy dochází k velkým změnám ve vývoji člověka. Zabývá se problematikou mentální anorexie, jejími příčinami, projevy, důsledky, prevencí a způsoby léčby. Výzkumná část je zaměřena na povědomí a také zkušenosti žáků 9. tříd v oblasti poruch příjmu potravy a také na to, jak žáci vnímají své tělo.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescence, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, terapie

TITLE

Mental anorexia in the period of adolescence

ANNOTATION

This Theory Research Bachelor Thesis deals with problems of mental anorexia in adolescence. The work maps the relationship between the physical frame and the psychological aspect when there are big changes in the period of human life. It deals with the problems of mental anorexia, its reasons, signs, consequences, prevention and methods of treatment. Research part is aimed at awareness and also at experience of the ninth grade pupils in the area of food disorders and at the way how pupils perceive their body.

KEYWORDS

Adolescence, mental anorexia, mental bulimia, eating disorders, therapy

OBSAH

Úvod.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Poruchy příjmu potravy	13
1.1 Rizikové faktory ovlivňující rozvoj poruch příjmu potravy	14
1.2 Prevence poruch příjmu potravy	16
1.3 Diagnóza a léčba poruch příjmu potravy	16
1.4 Mentální bulimie	17
1.4.1 Příznaky mentální bulimie	18
2 Mentální anorexie	20
2.1 Etiologie mentální anorexie	20
2.2 Epidemiologie mentální anorexie	21
2.3 Prognóza mentální anorexie.....	21
2.4 Charakteristika osob s mentální anorexií	22
2.5 Důsledky a nebezpečí mentální anorexie.....	23
2.5.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie	23
2.5.2 Psychické a společenské důsledky mentální anorexie.....	23
2.6 Terapie mentální anorexie.....	24
2.6.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	25
2.6.2 Rodinná terapie	25
2.6.3 Farmakoterapie	26
2.6.4 Nutriční poradenství	26
2.6.5 Muzikoterapie	26
2.6.6 Skupinová terapie	27
2.6.7 Svépomocné skupiny	27
2.6.8 Občanské sdružení Anabell	27
2.6.9 Krizová intervence	27

3	Období dospívání - adolescence	29
3.1	Adolescence	29
3.2	Raná adolescence	29
3.3	Pozdní adolescence	31
3.4	Tělesná proměna	32
3.5	Emoční vývoj	33
3.6	Socializace v období pozdní adolescence	34
II	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
4	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	37
5	Metodika výzkumu	38
5.1	Výzkumný nástroj	38
5.2	Soubor respondentů.....	38
5.3	Sběr dat.....	39
5.4	Vyhodnocení dat	39
6	Analýza výsledků.....	40
7	Diskuze	64
8	Závěr	71
9	Použitá literatura	73
10	Přílohy.....	75

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Možnost přednášky na téma PPP	40
Obrázek 2 Znázornění škálových odpovědí o zájmu informací o PPP.....	41
Obrázek 3 Mentální bulimie podle respondentů	42
Obrázek 4 Věkové období mentální bulimie	43
Obrázek 5 Výskyt poruch příjmu potravy	44
Obrázek 6 Mentální anorexie podle respondentů	45
Obrázek 7 Zisk informací o problematice mentální anorexie.....	46
Obrázek 8 Důvody vzniku mentální anorexie	47
Obrázek 9 Pohlaví mentální anorexie	48
Obrázek 10 Věková kategorie mentální anorexie.....	49
Obrázek 11 Léčba mentální anorexie	50
Obrázek 12 Onemocnění spojené s mentální anorexií.....	51
Obrázek 13 Charakteristika osoby s mentální anorexií	52
Obrázek 14 Ohrožení mentální anorexií	53
Obrázek 15 Osoba z okolí trpící mentální anorexií	54
Obrázek 16 Způsob pomoci osobě s mentální anorexií.....	55
Obrázek 17 Úspěch ve společnosti	56
Obrázek 18 Spokojenost s váhou.....	57
Obrázek 19 Spokojenost s tělem.....	58
Obrázek 20 Názory okolí na respondentovu postavu	59
Obrázek 21 Srovnávání s ostatními	60
Obrázek 22 Změny v průběhu dospívání	61
Obrázek 23 Pocity.....	63

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
PPP	poruchy příjmu potravy
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
SSRI	„selective serotonin reuptake inhibitors“ selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
ČR	Česká republika
Např.	například

ÚVOD

Mentální anorexie se řadí mezi onemocnění, o kterých víme málo informací. Patří mezi duševní onemocnění, na které se nejčastěji umírá. Udává se, že osm až dvacet procent nemocných mentální anorexií na její následky umírá (z toho polovina svou vlastní vinou) a že nikdy se neuzdraví 30 procent a po zbytek svého života se musí potýkat s těžkostmi, jako je porucha zažívání, selhání srdce, chronická úzkost, osteoporóza, deprese a psychóza (Carr-Gregg, 2012, s. 102). Společně s mentální bulimií spadá mezi poruchy příjmu potravy. Obě dvě onemocnění jsou typická pro země vyspělé (Sekot, 2010, s. 47). Nejvíce se s diagnostikovanými poruchami příjmu potravy potýkají ženy, uvádí se přibližně 90 procent. Poruchy příjmu potravy se mohou vyskytovat už u osmiletých jedinců, avšak nejčastěji se poruchy příjmu potravy objevují u dospívajících a mladých dospělých (Carr-Gregg, 2012, s. 102).

Práce je rozdělena do dvou částí - teoretické a výzkumné. V teoretické části se věnuji problematice mentální anorexie: jaké jsou její příznaky, příčiny, důsledky, léčba a prevence. Také se zabývám obdobím dospívání a tím, jaký má vztah s MA. Dále se zaměřuji na to, jak se osoba v období dospívání vyrovnává s tělesnými, psychickým i sociálním změnami a podobně. V bakalářské práci také vymezím pojmy dospívání, poruchy příjmu potravy - mentální anorexie, mentální bulimie, jelikož se zaměřuji na tyto pojmy ve výzkumné části své práce. Ve výzkumné části zrealizuji výzkum na základní škole s žáky 9. tříd, cílem výzkumu je zmapovat povědomí žáků o problematice poruch příjmu potravy, podrobněji se zaměřím na problematiku mentální anorexie. Dále pak zjistím, jakým způsobem žáci a žákyně vnímají své tělo.

Jedním z důvodů výběru tématu bakalářské práce byla exkurze do pražské nemocnice Motol, kterou jsem měla možnost absolvovat během prvního ročníku studia. Nejvíce mě zaujalo povídání se sociální pracovníci nemocnice na téma osoby s poruchami příjmu potravy, konkrétně osoby s mentální anorexií. Přála jsem si hlouběji proniknout do problematiky a porozumět podstatě mentální anorexie a také zjistit, do jaké míry se o onemocnění ví. Druhým důvodem výběru toho tématu je smutný příběh mé přítelkyně, která desetiletý boj s mentální anorexií prohrála. Stále se v mém blízkém okolí objevují osoby, které z toho onemocnění nemohou najít východisko. Ráda bych prostřednictvím této práce poukázala na vážnost tohoto onemocnění a také na skutečnost, že ne vždy má toto onemocnění šťastný konec. Práce je zaměřena na žáky základních škol, kteří procházejí obdobím dospívání.

I TEORETICKÁ ČÁST

Úkolem teoretické části bakalářské práce je pokusit se shrnout informace a poznatky o problematice poruch příjmu potravy a o období dospívání. Tato část práce se také více věnuje problematice mentální anorexie. Konkrétně se zabývá příčinami, důsledky, prevencí a možnou léčbou mentální anorexie. Dále věnuje pozornost období adolescence. Zabývá se především tělesnými, emocionálními a sociálními změnami, kterými dospívající během dospívání procházejí.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Mentální bulimie (MB) a mentální anorexie (MA) jsou velice podobná onemocnění, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy (Krch, 2010, s. 25). *Poruchy příjmu potravy jsou bio-psycho-sociální onemocnění.* Jedná se tedy o ustavičné kontrolování výživy a stálé zabývání se jídlem na úkor jiných společenských činností (Petr, Marková, 2014, s. 247). Sekot řadí mentální bulimii a mentální anorexii mezi medializované formy závislosti. Podle Sekota „*Jde o napohled zcela protikladné a ze zorného úhlu individuálních důsledků dokonce o protisměrné formy chování, stojící někde na pomezí závislosti.*“ (Sekot, 2010, s. 47). Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou rozšířené v zemích, kde je snadná dostupnost a nadbytek potravin. Od druhé poloviny 20. století toto onemocnění stále více narůstá jak v České republice (ČR), tak i v ostatních vyspělých zemích (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 198). Poruchy příjmu potravy se typicky začínají objevovat v období adolescence. V období dospívání si dospívající čím dál tím více a mnohdy i bolestivě uvědomují sami sebe. Jsou jiní než okolí kolem nich. Pokouší se prosadit své zájmy, přemýšlejí o sobě, chtějí se druhým líbit a být úspěšní (Krch, 2008, s. 46). Obě dvě onemocnění se začínají objevovat většinou v období dospívání a jejich výskyt je častější u žen. Stále platí a je pravdou, že mentální bulimie začíná obvykle o něco později, než mentální anorexie. Ta se často začíná poprvé objevovat v období puberty (Carr-Gregg, 2012, s. 105). Výskyt mentální anorexie se uvádí v poměru jeden případ na 100 dospívajících děvčat. Onemocnění začíná nejčastěji ve věku 12 - 18 let. Obvykle to bývá po začátku rozvoje prsou, i když příznaky mentální anorexie bývají zaregistrovány už u dětí mladších deseti let. Výskyt mentální bulimie je větší než výskyt mentální anorexie, a to přibližně 3-6 případů na 100 mladých žen a dívek. Obvykle se začíná bulimie projevovat v období pozdního dospívání a mladé dospělosti, tedy mezi 16 a 25 roky života (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 198). Mentální bulimie má na rozdíl od mentální anorexie pozdější začátek. Co se týče výskytu, mentální anorexie a bulimie se objevují

v daném kulturním prostředí, kde se média příliš zabývají otázkou typu „*Kolik musí kdo vážit, aby vypadal dobře*“? Velký důraz na vnější působení jedince, estetický vzhled a jeho sexy figuru vzbuzuje otázky a dokonce i vážné diskuze na téma: „Kdo je tlusté postavy a kdo štíhlé postavy“? „*V individuálních případech pak ve společnostech silného významu osobního dojmu může významně působit ve zvýšené míře nespokojenost s vlastním vzhledem, především váhou, spojené s poznámkou spolužáků či rodičů, jako roznětka usilovné kontroly váhy v úsporné snaze dokázat všem, že mám své tělo pod kontrolou.*“ (Sekot, 2010, s. 47). Za důležitou funkci našeho rozumu se považuje hodnocení, které je pro naši kulturu v rozumovém světě typické. Často máme tendenci hodnotit svět, který nás obklopuje. Tím se myslí naši blízcí, rodinní příslušníci, přátelé a také my samotní. Co můžeme od ostatních i od sebe očekávat, pak předvídáme na základě svého hodnocení. Daný ideál krásy ovlivněný společenskými pravidly má mocný vliv na to, jak jedinec hodnotí své vlastní tělo, jakým způsobem vnímá to, co je ošklivé a co krásné. Nemocný jedinec touží vylepšit své sebehodnocení, které s sebou přináší četné boje s vlastním tělem. Pro jedince s PPP je důležité vypočítávání kalorií a pozorování tělesných proporcí. Ostatní věci pro něj přestávají být podstatné (Sekot, 2010, s. 48). Pro obě dvě onemocnění je typické vynaložení velkého úsilí o získání štíhlé postavy, provázené strachem z tloušťky, zvýšeným zájmem věnovaný stravování, váze a vlastnímu zevnějšku. Pro poruchy příjmu potravy je typická snaha o zvyšování energetického výdeje a zároveň o omezení energetického příjmu. Dotyčný trpící poruchami příjmu potravy se stále zajímá o to, kolik váží, jaký je jeho vzhled, neustále vyvíjí snahu alespoň nepřibrat na váze či se snaží zhubnout (Krch, 2010, s. 25). Pacientky často trpí pocity studu či vinny. Tyto pocity velmi úzce souvisí s přibíráním na váze a se stravováním. Již osmileté dítě může trpět poruchami příjmu potravy. Ale nejčastější zastoupení poruch příjmu potravy bývá v období dospívání a u mladých dospělých jedinců (Carr-Gregg, 2012, s. 102 - 105).

1.1 Rizikové faktory ovlivňující rozvoj poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou nejspíše způsobeny souhrou mnoha různých faktorů. K těmto vlivům se řadí problémy psychického charakteru, kulturní tlak, biologičtí činitele či rodinné prostředí. U každého je cesta k vzniku mentální anorexie jiná, jelikož výše zmíněné rizikové faktory působí dohromady a různými způsoby. Média vybízejí dospívající děvčata, aby usilovala za každou cenu o takovou postavu, jež má pouze malé množství žen od přírody. Velký nesoulad a rozpor mezi genetickými dispozicemi, jež určují rozměry a tvar těla, se společensky idealizovaným tělem tenoučkým jako nitka vede dospívající dívky k neustálé

nespokojenosti s vlastní postavou a váhou. Pravdou zůstává, že i když jsou těmto médiím vystaveny všechny osoby procházející obdobím adolescence, porucha příjmu potravy se rozvine jen u nepatrného procenta z nich. Hlavní příčinou vzniku poruch příjmu potravy tedy očividně nejsou média. Pro některé adolescenty se stravování může stát jednou ze stránek vlastního života, kterou mohou mít pod svou režii a kontrolou. Jsou to dospívající, kteří si prošli během svého života různými traumaty, jako je například domácí násilí v jejich rodině, sexuální zneužívání v období dětství či znásilnění, nebo nejsou schopni snadno navazovat přátelské vztahy (Carr-Gregg, 2012, s. 103 - 104). Poruchu příjmu potravy také může vyvolat např. stres v důsledku velkého zklamání či smrti blízkého člověka. Pomocí tohoto onemocnění se člověk může vyrovnávat se svou zátěžovou situací. Ženské pohlaví je jedním z nejvíce rizikových faktorů pro rozvoj PPP. Úplně postačí být ženského pohlaví a nebezpečí vzniku PPP je mnohonásobně vyšší. Pro chlapce tělesné změny spojené s dospíváním znamenají, že se začínají přibližovat k mužnému vzoru krásy, jež představuje svalnaté tělo. Během období dospívání se dívky oddalují tomu, co se pokládá za krásné. Tradičně je tělo ženy důležitější. V životě muže i ženy hrají tělesné proporce rozdílnou roli (Krch, 2008, s. 44). Jedním z dalších velkých rizik jsou příbuzné ženského pohlaví. U některých rodin bývá postiženo několik generací žen, např. babička, matka nebo teta (Papežová, 2012, s. 20).

Důležitou roli při vzniku poruch příjmu potravy (PPP) hraje většinou schopnost umět se vyrovnat s tíživou situací a také závažnost stresu. Schopnost, jak se vyrovnat s danou situací, která dotyčnou osobu tíží, může také ovlivňovat povaha a osobnost člověka.

- **Zranitelnost** – je společná pro všechny typy PPP. Nedostatek sebedůvěry a nejistota ohledně sebe sama vede ke zvýšené snaze se druhým zalíbit (celebrity mohou být nekriticky přejatým vzorem).
- **Závislost** – výrazná potřeba potvrzování a vedení od ostatních.
- **Perfekcionismus** – v úsilí utišit nízké sebevědomí a zvýšenou sebekritičnost se snaží být dokonalí (nejlepší). Nerealistická očekávání (vztahy, profesionální uplatnění) jsou pro dívky s PPP typická. Pokud se neumí vyrovnat s problémem, tak se za to trestají.
- **Impulzivita** – je charakteristické psychogenní přejídání a pro bulimii
- **Sebekritičnost** – vnímání sebe sama jako neschopných a bezmocných s potřebou trvalé podpory a ubezpečování od ostatních.
- **Nestálost** - kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi zastupuje kontrola nad jídlem.

- **Puritánství a asketismus** – jako morální a očišťující může být někdy chápáno překonat vlastní potřeby, včetně jídla (Papežová, 2012, s. 20).

1.2 Prevence poruch příjmu potravy

V širším slova smyslu prevencí poruch příjmu potravy je zdravý životní styl rodiny, pokud se zaměříme na etiologii PPP. Takový zdravý životní styl rodiny, který není nasměřovaný na spotřební styl života. V životním stylu rodiny převládá tolerance a celistvost a není v něm obsažen přehnaný hon za jednostranným úspěchem a uspěchanost. Důležitou roli v rodině při výchově správných stravovacích návyků má většinou matka. Výchova začíná už v útlém věku. Chuť k jídlu podporuje zdravá strava, pěkně upravená a chutně připravená. Dále je důležité, aby se daná strava konzumovala v klidném a příjemném prostředí a v dobré náladě u rodinného stolu. Další, kdo se podílí na prevenci PPP, je školské zařízení. A to především tím, že poskytuje ve správný čas správné informace. Žáci mají ještě před vypuknutím samotné puberty obdržet informace o změnách, které v dospívání přicházejí. Měli by být seznámeni se změnami, které z dítěte vytvářejí dospělého jedince, a to se změnami psychickými, tělesnými a sociálními. Další informace a vědomosti, které by měla škola žákovi předat, se týkají oblasti zásad zdravé výživy. Škola se snaží naučit žáka správným stravovacím návykům. Pokouší se mu předat dostatečné množství informací o příčinách, důsledcích a výskytu poruch příjmu potravy. Důležité je také podporovat žáky v oblasti sebedůvěry a snažit se vytvářet v jejich třídním kolektivu kladné společenské prostředí. Prostor, kde bude převládat vzájemné respektování se a důvěra. I toto patří mezi prevenci mentální bulimie a mentální anorexie (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 203).

1.3 Diagnóza a léčba poruch příjmu potravy

Většina nemocných postižených mentální anorexií si svůj problém nechce přiznat, proto je velmi těžké mentální anorexií rozpoznat. Přehnaný pohyb a nadměrné cvičení, logicky vysvětlují tím, že se chtějí udržet v dobré kondici a chtějí být zdraví či si přejí udržet dobré výsledky ve sportovní aktivitě, jíž se snaží plně věnovat. Stravu odmítají i ti, kteří se nacházejí na pokraji svého života a mají smrt na jazyku. Stále poukazují na některé části svého těla, které by si představovali štíhlejší. Psychologové radí rodičům, aby své nemocné dítě netrestali, spíše se pokoušeli jemně přesvědčovat. Rodiče se musí pokusit pochopit, i když je to velmi těžké, že jejich nemocné dítě v zrcadle nevidí totéž vyzábělé tělo jako oni. Je velmi důležité, aby se nemocnému neříkaly fráze typu: „Jez, musíš přece jíst!“ či „To, co právě děláš, je velice nezodpovědné.“ Spíše se má nemocnému sdělit to, že se o něho velmi

bojíme a že o něho máme velký strach a obavu. Jednou z forem pomoci osobě s poruchou příjmu potravy může být rozhovor s praktickým lékařem o daném problému. Je velmi důležité, aby si nemocný jedinec uvědomil svůj problém dříve, než se jeho situace stane opravdu závažnou. Pokusit se osobě navrhnout, že s ní zajdeme za lékařem. Když nebude chtít, snažit se pochopit a respektovat soukromí nemocného. Pokud nemocná osoba nechce přiznat, že má nějaký problém či nemá zájem navštívit lékaře, můžeme jí nabídnout několik způsobů pomoci. Například, že si může pohovořit o svém problému s jinou dospělou osobou, ke které má důvěru. Dále si může promluvit s učitelem či využít rozhovoru s duchovním. Pokud má nemocná osoba závažné příznaky, je velmi důležité, aby se dostala do rukou odborníků. Tento důležitý krok je jednoduše realizovatelný u nezletilých jedinců. „*Boj s poruchami příjmu potravy je běh na dlouhou trať.*“ Lékaři budou zjišťovat, jak u nemocného probíhal vývoj tělesné váhy. Dále je bude zajímat, jaké má osoba názory na stravování, hubnutí a diety. Bude zjišťovat, zda nejsou v rodině nějaké problémy. Dalším předmětem rozhovoru lékaře s nemocnou osobou bude, jak daná osoba vnímá svoje tělo, jak vypadá a popřípadě, jak by vypadat měla. Celková zdravotní vyšetření jsou potřebná pro stanovení diagnózy. Každé zdravotnické zařízení v dnešní době léčí poruchu příjmu potravy u mladých dospělých a dospívajících jedinců trochu jiným způsobem. Na odborné léčbě mají svůj podíl psychiatři, rodinní terapeuti, praktičtí lékaři, psychoterapeuti a dietologové. Léčba za pomoci odborníků bývá velmi drahá a zdoluhavá. Navíc je u poruch příjmu potravy značné riziko zhoršení nemoci, tzv. relapsu (Carr-Gregg, 2011, s. 108 - 110).

1.4 Mentální bulimie

Mentální bulimie (50.2.) je charakteristická „záchvaty“ neodolatelné touhy po jídle, které se opakují. Tyto záchvaty jsou spojené s příjmem nadměrného množství stravy (Orel, 2012, s. 153). Bulimia nervosa (mentální bulimie) patří mezi poruchy příjmu potravy. Toto onemocnění se vyznačuje záchvaty přejídání, po nichž nastává tzv. kompenzační chování, například hladovění, záměrné vyvolané zvracení, aplikování diuretik a projímadel, přílišný pohyb a cvičení či používání klystýru (Carr-Gregg, 2012, s. 102). Mentální bulimie společně s mentální anorexií (MA) sdílí velké množství klinických vlastností. Většinou se mentální bulimie rozvíjí z MA. Nejvýznamnější rozdíl mezi těmito dvěma onemocněními je faktum, že osoby s mentální bulimií mají neodolatelnou chuť a dychtivost po jídle a udržují si normální hmotnost (Rokyta, 2015, s. 294). Podle pohlaví mentální bulimie postihuje každého 500. muže a každou 50. ženu a podle odhadů se vyskytuje dvakrát častěji než mentální anorexie (Carr-Gregg, 2012, s. 102). Tuto poruchu příjmu potravy lze považovat za následek trvajících

mentální anorexie. Nesmíme však zapomínat, že může docházet i k opačnému pořadí. U bývalé anorektické pacientky se může zdát, že se pacientka zlepšuje, co se týče přibrání na váze a popřípadě i návratem menstruace, nicméně ničivý vzorec přejídání doprovázený následným zvracením se poté upevní a ustálí (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 82 - 83).

Carr-Gregg (2012, s. 106 - 107) uvádí dva typy mentální bulimie, a to vypuzující (purgativní) a nevypuzující (nepurgativní). U purgativního typu bulimie si sami pacienti vyvolávají zvracení. Pacienti s tímto typem bulimie užívají i jiné metody jako jsou například diuretika, laxativa či klystýr. Tyto metody používají proto, aby vypudili zkonsumovanou potravinu ven ze svého těla. Metody využívají co nejrychleji proto, aby zkonsumovanou potravinu nestihlo tělo zpracovat. Pacienti s druhým typem mentální bulimie, nepurgativním typem, po záchvatovitém přejedení se buď drží půst či se začnou nadměrně pohybovat a cvičit. A to z toho důvodu, aby vyvážili kalorický příjem. Takovýchto jedinců s nepurgativním typem bulimie je šest až osm procent.

1.4.1 Příznaky mentální bulimie

- Strkání prstů hluboko do krku způsobuje ztvrdlou kůži na kloubech prstů nemocného.
- Nemocný má zvýšený až přehnaný zájem o stravu a o počítání kalorií.
- Má opuchlé tzv. „syslí“ tváře, jež jsou důsledkem usilovného zvracení.
- Nemocný má potíže s vředy v ústech, které jsou výsledkem neustálého zvracení.
- Mezi další problémy patří potíže s chrupem.
- Dotyčný má ve vztahu k vlastnímu zevnějšku a váze velmi nízké sebevědomí.
- Nemocný se postupem času izoluje od přátel a své rodiny a začíná se stahovat do sebe.
- Negativně chápe své tělo a má nízké sebehodnocení (Carr-Gregg, 2011, s. 107 - 108).

Příznaky záchvatovitého přejídání:

- Dotyčný zkonsumuje během krátké chvíle velké množství jídla.
- Střídají se u něj dvě fáze – jídlo odmítá, nebo se přejídá.
- Vyhýbá se všem příležitostem, kdy by musel dotyčný jíst před jinými lidmi.
- Vysoce kalorické a nezdravé potraviny si schovává po celém domě.
- Odnáší stravu z kuchyně.
- Aby nebyly obaly od potravin v koši znatelné, tak se je pokouší maskovat.

Příznaky svědčící o tom, že dotyčný trpí typem purgativním (vypuzujícím typem):

- Navštěvuje toaletu často během jídla či bezprostředně po jídle. Aby nebylo slyšet, jak zvrací, pouští v koupelně vodu.
- Z dechu bývá cítit zápach zvratků. Pro zjemnění zápachu používá často osvěžovače vzduchu, jako jsou například bonbony se silnou mátovou příchutí, žvýkačky a různé ústní spreje.
- Vzápětí po jídle nadměrně cvičí.
- Užívá pravidelně laxativa, diuretika či používá klystýr (Carr-Gregg, 2012, s. 107).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie spadá mezi poruchy příjmu potravy společně s mentální bulimií (Krch, 2010, s. 25). *Mentální anorexie (F50.0) je spojena s vědomým a úmyslným snižováním váhy a udržováním výrazné podváhy (snižování váhy je o více než 15 % proti normálu)* (Orel, 2012, s. 152).

Osoby trpící mentální anorexií neodmítají stravu z toho důvodu, že by na ní neměly chuť, ale proto, že stravu nechtějí přijímat, i když to mnohdy popírají. Diagnostická kritéria MA lze shrnout do tří základních znaků:

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti, kdy se jedná o 85% pod hranicí normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17.5 BMI,
2. obava z tloušťky, která trvá i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
3. porucha menstruačního cyklu u žen v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Pokles tělesné hmotnosti si osoba trpící MA způsobuje sama. Nemocný se snaží vyhýbat jídlu, především tomu, které vede ke tloustnutí. Navozeně zvrací, nadměrně cvičí, používá různé prostředky na zhubnutí a také projímadla. Strach z tloušťky patří mezi problematické kritérium MA. Tento strach může být zaměňován či popírán za úsilí jíst zdravě. Obava z tloušťky je přirozeně spojována i se zkreslenou představou o svém vlastním těle. Osoby trpící velkou úzkostí pozorují některé ze svých partií těla a nadhodnocují jejich rozměry (Krch, 2010, s. 25 - 26).

2.1 Etiologie mentální anorexie

Na etiologii mají podíl tyto činitelé:

- predisponující činitelé – rodinní, individuální, sociokulturní
- spouštěcí činitelé – zvláštní požadavky vývojových období (např. období puberty), porušení rovnováhy v rodinném prostředí, ohrožující ztráta vědomí, ztráta a separace, změny v nárocích prostředí
- udržující činitelé – endokrinní změny, neřešené predispoziční činitelé, syndrom hladovění, percepční poruchy, zvracení, druhotný zisk, sociokulturní zaujetí štíhlostí i iatrogenní činitelé (vyvolané lékařem), oslabené egofungování (Kukla, 2016, s. 210).

Za důvod vzniku MA až dvě třetiny osob trpících MA považují souvislost s nějakou životní událostí. Mezi další nejčastější důvody vzniku MA se řadí různé narážky týkající se tělesného vzhledu (Krch 2010, s. 61).

Jendruchová popisuje zkušenosti svých klientů, že spouštěčem tak závažného onemocnění nikdy není pouze jediná situace nebo jedna konkrétní věta. Pokaždé se jedná o souhrn více vlivů. Existuje mnoho faktorů. Jedním z faktorů je období puberty. V tomto období dohází ke změnám postavy, děvčatům se zvětšují ňadra, dívka se s touto situací nedovede smířit a přijmout to. Další z faktorů, které mají velký podíl na vzniku onemocnění, jsou vztahy v rodinném prostředí, návaznost na rodiče i jejich přehnané nároky. Mezi další zásadní faktory spadá zcela určitě osobnost pacientky. Dívka s perfekcionistickou povahou touží mít vše pod dozorem. Dobře se jí to vede v omezování se ve stravě. „*Ostatní jedí a já si to umím odřeknout. Ony vaří, a dobře, rády někoho nakrmí. Ale sami se jídla nedotknou. Jak člověk ubývá na váze, tak u něj navíc dochází ke změnám vnímání a myšlení, takže si ani nepřipadá tak hubený*“ (Jendruchová, 2013, s. 24).

2.2 Epidemiologie mentální anorexie

Do konce minulého století vzrostla nemocnost na 8/100 000 obyvatel. Obecné rozšíření, tedy prevalence mentální anorexie, je přibližně 1 %. Prevalence je u mentální bulimie vyšší. Mentální anorexie zasáhne až desetkrát častěji pohlaví ženské než mužské (Kukla, 2016, s. 209). Mentální anorexie se častokrát vyskytuje u dívek, které procházejí obdobím dospívání a také u mladých žen. Vzácněji postihuje pohlaví dospívajících a mladých mužů (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 82).

2.3 Prognóza mentální anorexie

Podle délky onemocnění, věku a stupně podvýživy se odvíjejí důsledky poruch příjmu potravy. Jedná se o psychické onemocnění, kterého se bez pomoci druhých pacient od určitého stádia není schopen sám zbavit. Po celý život mohou přetrvávat psychické a zdravotní problémy. Úplné zbavení se neobvyklých postojů ke stravě, nebývá běžné. Od doby uzdravení se může po 2 až 3 letech objevit relaps. V průběhu 5 let se vyléčí kolem poloviny osob trpících mentální anorexií. Ke chronickým obtížím dochází přibližně u 30 % patientek s MA a u 20 % patientek přetrvávají poruchy menstruačního cyklu a podvaha (Fišarová, Novotná in Petr, Marková, 2014, s. 247).

2.4 Charakteristika osob s mentální anorexií

Osoba s MA je nadměrně hubená, která neuspokojivě přibývá na váze. Tento fakt si nemocná osoba způsobuje hladověním (Carr-Gregg, 2012, s. 105). Osoby trpící mentální anorexií na začátku vynechávají ze svého jídelníčku tučné pokrmy a sladkosti. Bohužel tento zákaz se pomalu stupňuje. Anorektičky postupně odstraňují z jídelníčku maso, bílé pečivo, knedlíky, přílohy apod. Nakonec jim v jídelníčku zůstane pouze strava, kterou si samy nachystají či dietní „light“ potraviny. V době jídla se úzkostlivě porovnávají s ostatními. Lpí na tom, aby měly co nejméně jídla (Krch, 2010, s. 29). Často nepřiznají, že pociťují hlad. Vědomě se snaží vynechávat nebo zmeškávat snídaně, obědy a večeře (Carr-Gregg, 2012, s. 105). Uvádějí, že na jídlo nemají dostatek času ani chuť. Neustále se na něco vymlouvají (Krch, 2010, s. 29 - 30). Osoby trpící mentální anorexií mají intenzivní strach z přibírání na váze a z tloušťky (Carr-Gregg, 2012, s. 105). Nerady se stravují v přítomnosti ostatních. Dá se říci, že se vyhýbají jídlu ve společnosti. Jsou příliš citlivé na to, když někdo v jejich přítomnosti při jídle například mlaská. Nemají rády, když je při stravování někdo sleduje. Pokud se snaží rodiče donutit anorektičky jíst, často dochází k tomu, že při jídle podvádějí (Krch, 2010, s. 29 - 30). „*Jídlo jsem zase schovávala, což mě hrozně vyčerpávalo. Permanentní strach, že mě někdo odhalí. Co je to za život? Žila jsem jen od jídla k jídlu. Respektive od NEjídla k NEjídlu.*“ (Jendruchová, 2013, s. 37). Nedělá jim problém hovořit celé hodiny o tom, jak jsou nafouknuté, probírat svoje pocity a jídelní návyky (Krch, 2010, s. 30). Dochází k tomu, že se neustále váží, snaží se striktně dodržovat určitá pravidla ve stravování např.: až přehnané počítání tuků a kalorií, i když je osoba podvyživená. Rády připravují stravu pro ostatní a sbírají recepty, ale samy si snadno najdou důvod, proč si jídlo neochutnají (Carr-Gregg, 2012, s. 106). Osoba trpící mentální anorexií vám bude servírovat samé lahůdky, ale zároveň bude důkladně a pozorně dohlížet, aby náhodou nezkonsumovala o jedno sousto více než vy (Jendruchová, 2013, s. 32). Tyto osoby se rády oblékají do volných oděvů či naopak nosí oblečení, ve kterém se dobře ukáže jejich vyhublá a plochá postava (Krch, 2010, s. 30). Dále trpí po jídle pocity viny a úzkosti. Z jídla mají velkou obavu a strach. Dochází k tomu, že neprojevují zájem o své koníčky a činnosti, kterým se předtím běžně věnovaly. Vyhýbají se kontaktu s přáteli a rodinou. Také jsou velmi často unavené a trpí špatnou náladou a depresivními stavy (Carr-Gregg, 2012, s. 106).

„*Uvědomila jsem si zásadní skutečnost v mé nemoci a uzdravování. STRACH!, Ano, neustálý strach. Já se bojím svých nejbližších. To, co jsem v dětství cítila vůči mamce – strach a obava, abych naplnila její představy - mě teď sužují u nejbližší rodiny. Zásah, trefa! Došlo mi, že se*

celý život snažím naplnit něčí představy (což je typické pro lidi, kteří podlehnou anorexii). Bohužel je ale nikdy nenaplním“ (Jendruchová, 2013, s. 99).

2.5 Důsledky a nebezpečí mentální anorexie

Mentální anorexie patří mezi závažná onemocnění, která jsou spojena s nebezpečím smrti (Krch, 2010, s. 43). Pacientky s MA si nejsou schopné uvědomit, že se dostávají do velmi vážného rizika, kterým je ohrožení života spojené se smrtí (Papežová, 2012, s. 64). Kvalitu života osob postižených mentální anorexií zhoršují a vážně ohrožují jejich zdraví zejména diety, hladovění, ale také aplikování různých prostředků na hubnutí a zvracení. Spousta osob trpících MA odůvodňuje své nemístné chování a stravovací postoje tím, že je velmi škodlivé se přejídat či trpět nadváhou (Krch, 2010, s. 43).

2.5.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Mnohem nebezpečnější jsou zdravotní důsledky nevyhovující stravy a vyhublost, kterými jsou osoby s MA akutně ohroženy (Krch, 2010, s. 43). Mezi zdravotní důsledky MA spadají poruchy termoregulace, pokles pohyblivosti střev a žaludku, obstipace, snížení kostní denzity, srdeční bradykardie a arytmie (Fialová, 2007, s. 111). Mezi další zdravotní důsledky patří anemie (nedostatek železa), nízký krevní tlak, větší riziko kazivosti zubů, špatná pleť (suchá, praskající, větší množství ochlupení po celém povrchu těla, vypadávání vlasů atd.), v krvi zvýšená hladina cholesterolu. K dalším dopadům patří porucha v menstruačním cyklu, snížený zájem o sex, nedostatečná funkce pohlavního systému, poruchy v oblasti spánku, ochablost svalů, zvýšená celková únava, poškození jater, poruchy v oblasti močového měchýře a dochází k vzniku osteoporózy, zmenšení žaludku, k častým pocitům nevolnosti, celkovému oslabení obranyschopnosti organismu, někdy se mohou objevovat závratě, poruchy vědomí, bolesti hlavy, mdloby či dvojité vidění. Dále také může docházet k opoždění puberty a ke zpomalení růstu, a to převážně u mladých pacientek (Krch, 2010, s. 43 - 45).

2.5.2 Psychické a společenské důsledky mentální anorexie

Mentální anorexie značným způsobem narušuje psychickou pohodu člověka a také narušuje sociální život osobě, která trpí mentální anorexií. Nálada je u anorektiček, které jsou donuceny k přijímání potravy, podrážděná, skleslá a depresivní. S přibývajícimi problémy vzrůstají pocity celkového neuspokojení a sebesřednosti, které se nepochybně promítají i ve vztahu k ostatním lidem. Mentální anorexie je velmi závažným chronickým problémem, který zcela jistě podstatným způsobem zasahuje i do procesu dospívání. Všechny postoje a mínění o sobě samé a světě kolem nás, tvorba pracovních a společenských dovedností, přirozené

odloučení od rodiny a celá řada dalších návyků a postojů jsou znetvořovány neuspokojeným obživným pudem a běžnému životu vzdálenou „anorektickou“ zkušeností. Osoby trpící MA často prožívají pocity nejistoty a úzkosti. Pokud se setkají s nadměrným tlakem, který vede ke změně, často reagují hystericky a přecitlivěle. Dochází také ke zhoršování celkové intelektové výkonnosti, ke ztrátě smyslu pro humor a zhoršuje se schopnost řešit problémy. U anorektiček dochází k problémům v oblasti spánku. Špatně se orientují ve svých pocitech (Krch, 2010, s. 47 - 50).

2.6 Terapie mentální anorexie

Terapie mentální anorexie probíhá podle závažnosti poruchy. Obecně probíhá léčba dvěma metodami. V případě snadnějších druhů lze využít ambulantní péči. Tento způsob terapie spočívá v návštěvách lékaře. Je důležité, aby tyto návštěvy probíhaly pravidelně. V případě vážnějších typů je nezbytná hospitalizace. Obě dvě formy léčby mentální anorexie jsou zaměřeny na záchranu života. Dalším nezbytným postupem v terapii je sestavit nový jídelní režim se zaměřením na postupné zvyšování hmotnosti. Zbavení se strachu z tloušťky pomáhá psycholog, jehož pomoc je v léčbě nezbytně důležitá. Pomáhá dotyčné osobě k cestě, jak reálně vnímat sebe samu. Větší šance na uzdravení a lepší vyhlídky přichází tehdy, pokud se začne co nejdříve mentální anorexie řešit. Když tedy máme podezření, či pocity, že bych mohl být já nebo kamarád ohrožený mentální anorexií, je velmi zásadní nalézt a požádat o pomoc jakéhokoli dospělého, až už příbuzného, rodiče, psychologa, pedagoga, dětského lékaře, výchovného poradce či pracovníka na telefonu linky bezpečí (Švamberk Šauerová, 2016, s. 117).

„Neexistuje jediná, jednoznačně pro všechny účinná léčebná metoda, lék nebo operace“ (Papežová, 2012, s. 21). Pierre Janet, francouzský psychiatr, doporučoval pacientce trpící MA objasnit přímo a srozumitelně charakter nemoci. Odborně se tomuto procesu říká psychoedukace. Americká psychoanalytička Hilda Bruchová kladla důraz na péči v několika okruzích: ustálení či nárůst váhy a také práce s potřebami a postoji dané rodiny. V současné době je důležitá mezioborová a týmová spolupráce (Papežová, 2012, s. 21-22). Mezi prioritní psychoterapeutické metody patří rodinná a individuální psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, nutriční poradenství a psychoedukace. Psychoedukace je důležitá jak pro pacienty, tak pro rodinu pacienta (Papežová, 2010, s. 139). Při léčbě pacienta s PPP je důležitou pomocnou silou psychoterapie. Po částečné úpravě důsledků podvýživy, někdy i po mnoha letech, pomáhá psychoterapie pacientům vytvořit si opravdovou důvěru v ostatní a také nalézt sama sebe (Papežová, 2012, s. 21-22). Psychoterapie požaduje od účastníků

terapie snahu ochotně spolupracovat s terapeutem, být povzbuzený k možnosti změny, pokusit se pochopit své obtíže, reakce a emoce, pozorovat sama sebe a sdělovat aktivně vlastní postoje, prožitky, reakce, emoce a myšlenky, pokusit se nalézt nové způsoby řešení obtíží. Konfrontace problémů by měla být aktivní, osoba s MA se snaží zapojit své osobní schopnosti a zdroje (Papežová, 2012, s. 41 - 42).

2.6.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT patří mezi formy psychoterapie. Vyvinul ji ve Spojených státech amerických psychoterapeut a profesor Aaron T. Beck, který působí ve Filadelfii. Koncem sedmdesátých let 20. století se poprvé prokázala účinnost terapie při léčbě deprese. Od té doby došlo ke zvětšení záběru léčby. V současné době dokáže pomoci při terapii širokého spektra obtíží např. panických poruch, úzkostných poruch, při problémech v oblasti vztahů, poruch příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie), drogových a alkoholových závislostí, sexuálních dysfunkcích a postraumatických stresových poruch (Fennell, 2014, s. 23). Velmi důležité je na začátku terapie jasně vymezit čas a strukturu. Role terapeuta by měla být aktivní a v určitých případech direktivní a zároveň by měl být terapeut co nejvíce kooperativní a otevřený. Terapeut se snaží pacienta v průběhu terapie motivovat a vést ho k tomu, aby se spolu s ním aktivně zapojil do řešení problémových situací. Důležitý význam hraje v KBT aktivní nácvik, sebemonitorování (především stravovací záznamy), domácí cvičení a konfrontace se zúskostňujícími situacemi a podněty. V KBT u pacientů trpících PPP jsou důležité následující postupy. Jedním z prvních postupů je poznačení si pocitů a myšlenek, které jsou spojené se situacemi, jako je nadměrná pohybová aktivita, stravování, přejídání nebo naopak nejedení. Druhým krokem je vážení. Je zapotřebí, aby se provádělo pravidelně. Obsahem dalšího kroku, tedy v pořadí třetího, je změna plánování ve stravování (snaha o překonání redukční diety, rozvržení stravy a rozšíření jídelníčku, popřípadě snaha o zvýšení hmotnosti). Podstatou čtvrtého kroku je nalézt své navyklé chyby v myšlení a pokusit se je změnit. Úkolem posledního kroku je snaha předejít opětovnému vzniku příznaků PPP, tzv. relapsu (Fairburn, 2005 in Papežová, 2010, s. 345).

2.6.2 Rodinná terapie

Podstatou rodinné terapie je, že se na léčbě podílejí a spolupracují členové rodiny. V boji proti nemoci se celá rodina semkne a vytvoří těžko porazitelný tým. Pacient může pocítit, že na daný problém již není sám. Účast rodičů na společných sezeních u psychologa může pomoci např. vyjasnit si rodinné vztahy, zbavit se pocitů viny. Pokaždé je tendence v klasickém přístupu někoho z nemoci vinit. Buď je svalena vina přímo na pacienta či na

někoho z rodičů. V důsledku hádek a marného hledání viníka nemoci dochází k úbytku energie, která by měla být vynaložena v boji proti rodinnému nepříteli - mentální anorexii (Fialová, 2007, s. 112).

2.6.3 Farmakoterapie

V léčbě PPP by neměla být farmakoterapie první volenou metodou. Účinky terapie pomocí léků se pozorují v doprovodu s jinými terapiemi, jako je psychoterapie, psychoedukace, režimová terapie a nutriční terapie (Papežová, 2010, s. 377). Terapie pomocí léků se využívá pouze u pacientů, u kterých se jedná o život ohrožující stavy, či pokud se u nich vyskytuje komorbidní porucha, a to především porucha nálady, která se vyskytuje nejčastěji. Také se využívá farmakoterapie u atypických forem onemocnění. U podváhy je léčba antidepresivy málo účinná, proto se doporučují pro lepší efekt využívat v menší dávce neuroleptika. Krátkodobě a pouze v nezbytných případech se u dětí a dospívajících pacientů používají anxiolytika. U MA se nejčastěji využívají antidepresiva ze skupiny SSRI (Papežová, 2010, s. 140). Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). „*Blokáda zpětného vychytávání (reuptake) serotoninu vede k normalizaci serotoninerní transmise*“. Dnes se SSRI používají jako nejčastější skupina antidepresiv (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 429).

2.6.4 Nutriční poradenství

Do ambulance lékaře, který se zabývá výživou a nutriční péčí, přicházejí pacienti trpící PPP. Nejčastějšími důvody jsou výrazné zhubnutí a malnutrice. Většinou tyto osoby přicházejí na popud svého blízkého okolí, jako jsou rodiče, kolegové z práce, přítel či přítelkyně (Kohout, 2005, in Papežová, 2010, s. 179). Nutriční terapeut patří mezi nelékařskou zdravotnickou profesi. Terapeuté nesou zodpovědnost za nutriční stav a edukaci pacienta. Ve spolupráci s lékařem plánují a doporučují dietu, navrhnou nutriční podporu. Dále propočítávají energetickou hodnotu konzumované stravy, navrhnou opatření při jejím nedostatku, navrhnou jednotlivá jídla, doplňky stravy a jídelníčky (Kohout, 2005, in Papežová, 2010, s. 186). Součástí komplexní léčby pacientů trpících mentální anorexií by měla být nutriční podpora. Ideálním cílem nutriční terapie je pokusit se normalizovat tělesnou váhu takovým způsobem, aby souhlasila s výškou a věkem pacienta (Kohout, 2005 in Papežová, 2010, s. 183).

2.6.5 Muzikoterapie

Při léčbě mentální anorexie se může využít také muzikoterapie. Terapie hudbou může pomoci pacientce trpící mentální anorexií změnit pohled na své tělo a také pomocí uměleckých procesů zesílit úctu k sobě samé. Nabízí osobě s MA pomoc zdolat předurčující tendenci

pozornosti na své tělo, které je křehké. Muzikoterapie se používá u PPP taktéž jako nástroj k znovuobjevení traumat, které byly potlačeny, a k nalezení psychických hlubinných procesů (Müller, 2014, s. 322).

2.6.6 Skupinová terapie

Podstata skupinové terapie je zakotvená v tom, že se setkává více pacientů se stejným problémem. Během terapie pacienti mezi sebou navzájem hovoří o svých problémech a pocitech. Terapií je provází psycholog. Tato forma terapie se doporučuje pacientům, kteří mají nejhorší za sebou a jsou na cestě zotavování. Skupinová terapie je vhodnější pro pacienty s mentální bulimií, kteří jsou ochotni více odpovídat, jsou otevřenější a chtějí svůj problém řešit (Fialová, 2007, s. 113).

2.6.7 Svépomocné skupiny

V oblasti PPP či jiných onemocnění mohou svépomocných skupiny probíhat bez pomoci odborníků i s pomocí odborníků. Tyto skupiny jsou určeny hlavně pro osoby, které vydrží v prostředí skupiny a které si nedovedou říci o pomoc. Podstata svépomocných skupin je taková, že trpící osoba má možnost poznat a pocítit, že není na světě s daným onemocněním sama. Také může být tato skupina prvním krokem a místem, kde nemocný obdrží informace. Nebývá vždy pravidlem, že vyhledávaná pomoc se ubírá směrem od svépomocných skupin k pomoci odborníka (Papežová, 2012, s. 41).

2.6.8 Občanské sdružení Anabell

Značné množství sdružení se zabývá všemi hledisky poruch příjmu potravy, jež poskytují nejen poradenství, ale i různé terapeutické programy. Na tomto principu funguje občanské sdružení Anabell, které poskytuje telefonickou krizovou pomoc, nutriční poradenství, internetové poradenství a mnohé další. Anabell působí ve spoustě měst v České republice i ve Slovenské republice. Všechny důležité kontakty na všechna pracoviště Anabell o.s., i na další lékaře, poradny a kliniky, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy, je možné najít na stránkách občanského sdružení Anabell www.anabell.cz (Geisslerová, 2012, s. 176).

2.6.9 Krizová intervence

V některých případech vyžadují pacienti s PPP okamžitou psychiatrickou, socioterapeutickou a psychologickou pomoc v situacích náhle vzniklých dekompenzačních stavů. V místě bydliště nabízí centra krizové intervence kvalifikovanou telefonní pomoc. V oblasti krizové intervence by měly být poskytnuty osobám trpícím PPP i jejich rodinným příslušníkům

odpovídající informace o možnostech a o další podobě terapie (Vodáčková in Štichová, 2002, in Papežová, 2010, s. 298).

„Anorexie mi ukázala, že mám v sobě ohromnou sílu. Naučila mě trpělivosti, naučila mě vážit si svobody a já věřím, že teď už se k ní dopracuji. Nejdůležitější pro mě bude zbavit se pocitu, že mám naplňovat představy svého okolí. Právě tenhle omyl mě asi dostal do anorexie“ (Jendruchová, 2013, s. 104).

3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ - ADOLESCENCE

3.1 Adolescence

Období dospívání (adolescence), od 10 do 20 let, je považováno za období, kde dochází k přechodu mezi dětstvím a dospíváním. Ve všech těchto oblastech: psychické, tělesné i sociální během období dospívání nastává celková změna osobnosti. Většina změn je podmíněna především biologicky, ale pokaždé na ně významně působí sociální i psychické vlivy, s kterými jsou ve vzájemné interakci. Období dospívání je charakteristické vyrovnáním se s vlastní přeměnou. Jedinec v tomto období usiluje o získání uspokojivého postavení ve společnosti a snaží se utvořit si osobní přijatelnou podobu vlastní identity.

Nynější dospívající rozumí dětství jako období, jenž je potřeba co nejrychleji přecházet a dosáhnout svobody. Jedinci procházející obdobím dospívání mají tendenci se co nejdříve připravit o dětské vlastnosti a jasnou sociální podřízenost. Snaží se o co nejčasnější dosažení větších práv a volnosti v rozhodování, avšak zodpovědnost a povinnosti období adolescence přijímají pouze velice neochotně. Psychosociální hlediska adolescence a její délka stále roste, dříve začíná a později končí (Vágnerová, 2012, s. 367 - 368).

Období dospívání je podle Carr-Gregga (2012, s. 25) etapa rychlých změn. Je to období charakteristické neukázněnostmi, změnami nálad, nesouhlasy a zdravotními nebezpečími, jenž je zakončeno zrozením mladistvé dospělé osoby.

Adolescenci lze rozdělit na dvě období. Prvním z období dospívání je raná adolescence, jejíž věkové rozpětí se nachází mezi jedenáctým až patnáctým rokem. Druhým obdobím adolescence je nazýváno období pozdní adolescence, které trvá přibližně od 15 do 20 let (Vágnerová, 2012, s. 369-370).

3.2 Raná adolescence

Raná adolescence, nazývána též jako pubescence, zahrnuje prvních pět let adolescence. Jedná se o období přibližně mezi jedenáctým a patnáctým rokem života, s ohledem na osobní variabilitu. Změna, která je v tomto období nejvíce výrazná, je změna v tělesném dospívání, spojená s pohlavním dozráváním, tedy s tzv. pubertou. U adolescenta dochází k proměnám zevnějšku, který se stává stimulem k proměně sebepojetí i chování okolí. Podnětem pro další změny je biologické zrání. Proměny mohou proběhnout úspěšně pouze za předpokladu, že je na ně dotyčný uspokojivě přichystaný (Vágnerová, 2012, s. 369). V tomto věku si jedinec pokládá častý dotaz, který zní: „Jsem normální“? V tomto období je pochopitelné, že mladí

ve vztahu k sobě samým trpí zvýšenou citlivostí a sníženým sebevědomím. Vlastní možnosti a nedostatky představují pro pubescenty velkou starost. Tyto starosti jim zabírají značné množství jejich energie. Ostatní lidé tyto těžkosti stěží dovedou zpozorovat (Carr-Gregg, 2012, s. 26). U dospívajícího jedince dochází ke změnám způsobu myšlení, dokáže rozvažovat abstraktně o variantách, jež reálně neexistují. V důsledku hormonálních změn dochází též ke změnám emočního prožívání. Výkyvy emočního prožívání a jeho subjektivní a objektivní dopady mohou mít vliv na hodnocení jedince, který právě prochází obdobím dospívání. Značný význam v tomto období mají pro pubescenta vrstevníci, se kterými se často ztotožňuje. Dotyčný se snaží osamostatňovat. Pro pubescenta je v raném dospívání velmi důležité přátelství. Je to období prvních lásek a experimentace s partnerskými vztahy. Úpravou zevnějšku, zájmů, hodnot, specifického životního stylu poukazují pubescenti na důležitost rozlišení dětí od dospělých. O toto usilují především starší pubescenti. V 15 letech dochází k velmi důležitému společenskému mezníku, a to je ukončení povinné školní docházky a hledání budoucího pracovního zaměření, jenž se spolupodílí na budoucím společenském postavení jedince (Vágnerová, 2012, s. 369 - 370).

V období rané dospělosti se dospívající jedinci více zajímají o svůj zevnějšek, který pro ně hraje důležitou roli. Týká se to následujících oblastí: tělesné stránky, oblékání, celkové úpravy zevnějšku. Dospívající vyvíjí snahu být jedineční, odlišní od ostatních lidí. Snaží se obdržet potvrzení jako samostatná osoba (Sedláčková, 2009, s. 30).

Proměny, které souvisí s dospíváním, směřují ke ztrátám původních jistot a upevňují potřebu zaměřením se v nové a neznámé situaci a potřebu nové stabilizace. Změny znázorňují danou zátěž, kterou lze vnímat jako výzvu k osobnímu vývoji. Potřeba jistoty byla v období dětství spojována se závislostí na rodině. Tato potřeba jistoty u dospívajícího vyžaduje obměnit její charakter, jelikož je zřejmé, že tato vazba vyhověla a splnila svůj úkol.

Potřeba citové akceptace úzce souvisí s potřebou výše zmíněné jistoty. V období dospívání má citové uznání poněkud jiný charakter. V obecné rovině lze hovořit spíše o potřebě přijatelné pozice ve světě. Pro období dospívání je již velmi vzácné, aby byl někdo kladně akceptován bez přihlídnutí ke svému chování. Jedinec si svoje postavení musí zasloužit a vybojovat. Jedním z úkolů rané adolescence je získání nové uspokojivé pozice, a tím potvrzení určitého bezpečí (Vágnerová, 2012, s. 370).

3.3 Pozdní adolescence

Období pozdní adolescence trvá přibližně od 15 do 20 let života jedince, s přihlédnutím k určité vlastní proměnlivosti, to se týká především oblasti sociální a psychické. Zahrnuje dalších pět let dospívání. Pozdní dospívání je vymezeno biologicky pohlavním dozráním. V období druhé fáze dospívání se adolescenti setkávají často s prvním pohlavním stykem. Tato fáze je považována za dobu celkové psychosociální proměny. Nejenže se proměňuje adolescentova osobnost, mění se také jeho postavení ve společnosti. V období pozdní adolescence dospívající prochází důležitým společenským mezníkem, tím je zakončení profesní přípravy. Po dokončení přípravy na budoucí povolání u adolescenta následuje buď nástup do zaměstnání nebo pokračování studia. V začátcích tohoto období dochází k potvrzení určité společenské totožnosti, a to tím, že dospívající přijímá specifický životní styl dospívajících i jejich kulturu. Adolescenti tím, že se podílejí na totožných zážitcích a sdílejí stejné hodnoty, potvrzují náležitost k věkově vyhraněné skupině. V tomto období dochází k navazování vztahů s vrstevníky, hlavně v oblasti partnerství. Jakmile dospívající dosáhne věku 18 let, stává se plnoletým. Plnoletost nelze vnímat pouze jako právní charakteristiku. Lze na ni pohlížet jako na jeden ze společenských mezníků adolescence. Člověk, který dosáhl 18 let, má podle nynějšího práva možnost rozhodovat sám za sebe, např. může vstoupit do svazku manželského, ale také nese odpovědnost za své činy (Vágnerová, 2012, s. 370 - 371).

Mnoho dospívajících v období pozdní fáze dospívání přijalo svou identitu a také mají za sebou velkou část cesty, během které došlo k poznání toho, jaká je jejich životní role. Adolescenti si začínají uvědomovat, že jejich rodiče nejsou tak hrozní. Vztahy dospívajícího s dospělými vychovateli se v tomto období daleko více opírají o lásku a úctu (Carr-Gregg, 2012, s. 28).

Tělesný vzhled představuje hlavní část adolescentovy identity. V tomto období se dospívající ve velké míře zajímají o své tělo. *„Tento kult těla je navíc podporován obecně platným sociokulturním standardem vysoké hodnoty mládeže a fyzické krásy. Vlastní tělo je posuzováno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity, je srovnáváno s ostatními adolescenty i aktuálně přijímaným ideálem.“* Nejdůležitější součástí vlastní identity dospívajícího se může stát právě výše zmíněné tělové schéma. Jestliže jde ruku v ruce tělové schéma se současným ideálem krásy, pak tělové schéma vytváří pro dospívajícího oporu vlastního sebevědomí. Dále tělové schéma vytváří pro dospívajícího jedince pocit jistoty, že bude společností akceptován

a také mu pomůže získat uspokojivé ocenění ve společnosti, především ve vztahu k opačnému pohlaví (Sedláčková, 2009, s. 31).

Poskytnout dospívajícímu dostatečný prostor a příležitost, aby porozuměl sobě samému, ujasnil si, čeho si přeje v budoucnosti docílit, a dokázal se osamostatnit ve všech společensky požadovaných oblastech, je podstatou druhé fáze dospívání. V tom bývá jeden ze zdrojů napětí, jelikož rychlost psychického, biologického a sociálního vývoje bývá odlišná a adolescence v současné době není přesněji formulována. Ukázkou takovéto různorodosti může být skupina vysokoškolských studentů. S ohledem na ekonomickou nesamostatnost, která je způsobena prodloužením období přípravy na budoucí povolání, nejsou vysokoškoláci považováni dospělými jedinci za plně ekvivalentní. Role vysokoškolského studenta nemá jasný status dospělého (Vágnerová, 2012, s. 372).

3.4 Tělesná proměna

V průběhu dospívání se dítě proměňuje v jedince, který je schopný reprodukce. Tělesné dospívání se projevuje pocíťovanými a znatelnými dopady, které mohou být pro dospívajícího jedince obtížné a vyčerpávající. Mezi tělesné projevy dospívání se řadí: změna tělesných proporcí, růst postavy, funkce pohlavních orgánů, druhotné pohlavní znaky, sexuální život, apod.). K podstatnému signálu období adolescence patří tělesná změna. Tato tělesná proměna bývá dospívajícími lidmi velice silně prožívána, jelikož je zevnějšek považován za součást lidské totožnosti. Viditelná a zásadní změna těla může u dospívajícího vyvolat pocity ohrožení jednoty vlastní osobnosti a může dospět k úbytku sebevědomí. Dospívajícímu nějaký čas trvá, než se vyzná ve své tělesné proměně a dokáže přijmout svou novou identitu (Vágnerová, 2012, s. 373 - 374).

Jednou z prvních informací, kterou o určité osobě jakákoli jiná osoba získává, je jeho zevnějšek. Proměna dětského těla je mimo jiné doprovázena i změnou chování lidí, s kterými je dospívající jedinec ve styku. Odezvy sociálního okolí na tělesné proměny, které jsou způsobené dospíváním, mají vliv na pubescentovo sebepojetí. Pokud od někoho ze sociálního okolí dospívajícího vyjde najevo negativní hodnocení na jeho tělesnou proměnu, zvýší se pubescentova nejistota a může dojít ke zhoršení jeho sebehodnocení.

Jestliže se začne tělesná proměna projevovat příliš brzy, není pravidlem, že proměnu dospívající jedinec dokáže lehce překonat. Proměny na tělesné stránce mohou vyvolávat v adolescentovi špatné a nepříjemné pocity. Dospívající má pocit, že by se těchto změn chtěl co nejrychleji zbavit či jejich rychlost alespoň zpomalit. V daném dospívajícím jedinci mohou

tyto tělesné proměny vyvolávat pocity ztráty jistoty. Chlapci v průměru dospívají později nežli dívky. Rozdíl je znatelný i v tělesných změnách. U chlapců je významný především ze sociálního hlediska růst a rozvoj svalové hmoty. Nejsou na první pohled tak nápadné sekundární pohlavní znaky. Kdežto u dívek jsou sekundární pohlavní znaky více znatelné a jsou dospělými jedinci považovány za významnější znamení kvalitativní proměny (Vágnerová, 2012, s. 374).

Dospívající má potřebu líbit se nejen sám sobě, ale také druhým lidem. Tento fakt je důležitý pro ujištění jeho hodnoty. Zevnějšek hraje důležitou roli pro dosažení společenského uznání a prestiže. Pro adolescenty je jedním z důležitých úkolů, které mají splnit, je krása. Velké úsilí vyvíjejí především dívky. Chtějí se co nejvíce ideálu krásy přiblížit (např. přejí si mít hodně štíhlou postavu, mít krásné dlouhé vlasy apod.) (Vágnerová, 2012, s. 376). Spousta dospívajících si dobře uvědomuje, že větší výhodu má ve společnosti osoba, která je fyzicky atraktivní (funkčnost a estetičnost postavy). Snaha alespoň se přiblížit k vysněné podobě může vést ke vzniku závažných problémů, například může vést ke vzniku poruch příjmu potravy (Farková, 2009, s. 38). Mnoho mladých, především žen, vnímá štíhlou postavu jako měřítko krásy. Šťěstí, úspěch a sebeovládání chápou právě ve štíhlé postavě (Carr-Gregg, 2012, s. 104).

Tím, jaké oblečení volí a jakým způsobem upravují dospívající svůj zevnějšek, vyjadřují svou identitu a také dávají najevo svému okolí, kým se cítí být. Za ideál krásy jsou považovány dnešní společností velmi mladé modelky (Vágnerová, 2012, s. 373 - 378).

3.5 Emoční vývoj

V období dospívání dochází k hormonálním proměnám, jež stimulují proměny v okruhu citové oblasti. Jsou zde typické změny, jako je větší podrážděnost, proměnlivost v emočním ladění a větší kolísavost. I na běžné podněty mohou mít adolescenti větší náchylnost reagovat přecitlivěle a také může docházet k větším emočním zmatkům. (Klusáková 1994, in Vágnerová, 2012, s. 390). Dospívající trpí emoční nestálostí, na základě které mohou mít ve škole zhoršenou koncentraci pozornosti. Nejsou také schopni se zcela soustředit na práci. Dospělí často chápou proměnlivost ve školním výkonu dospívajícího jako lenost nebo málo snahy. U adolescentů se střídají stavy zvýšené únavy se stavy nadměrné aktivity, které se střídají se stavy lhostejnosti, naprosté pasivity či ochablosti. Ani dospívající sami si neumějí vysvětlit, proč se v nich dané vnitřní stavy odehrávají, a prožívají je s úzkostí a nejistotou (Farková, 2009, s. 34).

Dospívající neradi projevují své city navenek. Myslí si, že nikdo jiný nemůže mít tak silné prožitky. Adolescenti jsou více uzavření do sebe a introvertnější, než byli dříve. Své prožitky vnímají jako intimní součást jejich osobnosti a neradi své prožitky sdílejí s ostatními (Vágnerová, 2012, s. 391).

Když dospívající přijímají nadměrné množství kritických reakcí ostatních lidí, může dojít ke vzniku hlubších negativních emocí. Adolescenti častěji trpí pocity smutku, úzkosti, znechucení a zlosti. Také je u nich typické časté přemýšlení vlastních pocitů a rozebírání různých situací, které prožívají.

Ke zklidnění emocí dochází až v období pozdního dospívání. I v těch emočně vyhocených situacích dovedou adolescenti lépe ovládat své emoce. Tím hlavním důvodem je zavedení hormonální vyrovnanosti. Organismus dospívajícího jedince se přizpůsobí pohlavní dospělosti (Vágnerová, 2012, s. 394).

3.6 Socializace v období pozdní adolescence

Pozdní adolescence bývá chápána jako přechodná etapa, kdy se adolescent proměňuje v dospělého osobu. Mezi typické znaky socializace patří: adolescent je čím dál tím více chápán a přijímán ostatními jako dospělý člověk a současně se od dospívajícího jedince očekává i určitá odpovědnost a také odpovídající chování a vystupování. V den svých osmnáctých narozenin se jedinec stává zletilou osobou. Od té doby je více svobodný, jelikož je způsobilý k právním úkonům. Má možnost o sobě sám rozhodovat, jednat, vstoupit do manželství, řešit různé smlouvy a podobně (Vágnerová, 2012, s. 397).

Podle Heluse (in Farková 2009, s. 36) se jedná v procesu socializace o tyto základní oblasti:

- **Hodnotově normativní oblast**

Společnost působí na bázi společensky deklarovaných hodnot, norem, které působí na společnost, na utvoření postavení, a rolí přes politický a právní systém, instituce a sdělovací prostředky.

- **Mezilidsky vztahová oblast**

V rámci specifických společenských situací (samozřejmě v souvislosti s možným zažíváním četných konfliktů) se už ukazuje určitá forma lidské vzájemnosti.

- **Oblast rezultativních složek socializace**

Tato oblast souvisí s výsledky kooperativních činností adolescentů navzájem. Dále souvisí s výsledky dospívajících a jejich autorit, dospívajících a společenským

uspořádáním – výsledky se promítají do celkové oblasti kultury, životního stylu, a ne pouze do materiálních produktů.

- **Osobnostní složka**

Sebehodnocení, náhled na vlastní identitu a pojetí sebe samého je považováno za výsledky socializačních procesů uvnitř osobnosti. V rámci prožívání vlastního života se utváří celá řada vnitřních potřeb. Patří mezi ně potřeba zaměřovat se a interpretovat z vlastního pohledu běžné životní situace, potřeba začlenění do vztahů, potřeba hledání smyslu života a jeho souvislostí, potřeba tvůrčího přesahu.

Co se týče rozvoje profesního zaměření je období starší adolescence vnímáno jako nestabilní a proměnlivé. Je to období, kdy si své postavení jedinec teprve hledá. Přípravu na pracovní roli můžeme vnímat jako etapu specifikace přípravy na život ve společenském prostředí.

Změna školy respektive skupiny spolužáku je na počátku období adolescence velmi důležitým obdobím. V konečné fázi adolescentního věku hraje důležitou roli nástup do nového zaměstnání či nástup k dalšímu studiu. Adolescent se ocitá v novém prostředí. Dotyčný se musí umět přizpůsobit a chovat se podle předem daných pravidel.

Dále se specifikují různé role v rámci různých společenských skupin a také se specifikuje s rolemi spojené postavení.

- **Rodina** pro adolescenta znamená příjemné prostředí a společenské zázemí, do kterého se vždy rád vrací. Adolescent již není na rodinu tak těsně navázán jako před tím. Odpoutal se od ní, ale i přes to všechno se do ní velice rád zavítá.
- **Sekundární vzdělávací organizace:** pro adolescenta je školní prostředí důležité s ohledem na vymezení následného společenského zařazení. Období adolescence je považováno za věk sekundárního, popřípadě za počátek terciárního vzdělávání. K další společenské diferenciaci patří výběr a nástup do adolescentem zvolené školy. U dospívajícího dochází k rozvíjení jeho dovedností a vlastností.
- Místo, kde starší adolescent pracuje, tedy **pracoviště**, má svůj vliv a podíl na formulaci společenské identity. Dospívající není definován pouze svou profesní rolí, ale i organizací, respektive zaměstnavatelem, pod kterým svou práci vykonává.
- Nejdůležitější zdroj emocí a společenské opory představuje v období dospívání **vrstevnická skupina**. V období starší adolescence jsou pro dospívajícího méně významné a méně důležité skupinové vztahy, začínají pomalu ztrácet svůj vliv

a osobní význam. Začínají se rozvíjet vztahy přátelské a první trvalejší partnerství. Pro adolescenta je v současné chvíli důležité individuální sebevymezení (Vágnerová, 2012, s. 397 - 398).

Socializace je důležitým posláním základní školy, kam adolescenti docházejí. Vyučující se snaží vést žáky především k přijetí autority, přizpůsobení se na společnost a k sociální hierarchii, včetně úcty k obvyklým společenským zařízením. Jestliže mladý člověk hned neporozumí tomu, co od něho vychovatelé a učitelé požadují, směřuje školská výchova k manipulativnímu vedení dítěte i k jistým nepřehlédnutelným rysům ideové indoktrinace (Jedlička, 2015, s. 44).

V období starší adolescence dochází k rozšiřování území adolescentových volnočasových aktivit. Dospívající mívá svá oblíbená místa, kde se často setkává se svými vrstevníky, nikoliv s dospělými osobami.

V období adolescence také starší adolescenti obdrží určité nové role. Ve věku starší adolescence jsou obecně zásadní tyto role:

- **Předprofesní role** učně nebo studenta, jejíž cíl je obdržet určité společenské postavení.
- **Profesní role**, jež vede k dosažení společenské a ekonomické samostatnosti.
- **Role člena určité skupiny**, díky ní dospívající obdrží danou společenskou identitu, předpokladem je, že na konci adolescentního období ztrácí svůj význam.
- **Role blízkého přítele**, na kterého má možnost se adolescent spolehnout, se kterým také má možnost prožívat různé zážitky, dojmy a zkušenosti.
- **Partnerská role**, cílem této role uspokojit potřebu emočního, sexuálního a blízkého vztahu. Je také důkazem přijatelnosti sebe samého pro jedince opačného pohlaví (Vágnerová, 2012, s. 398).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce obsahuje stanovené cíle a výzkumné otázky. Dále popisují metodiku výzkumu. Nakonec jsou v této části prezentovány zjištěné výsledky a jejich popis společně s diskuzí.

4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl práce:

- Zjistit povědomí žáků základních škol (9. třída) o problematice mentální anorexie v období dospívání.

Výzkumné otázky

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila 3 výzkumné otázky, kterými se budu zabývat a které budu zkoumat. Výzkumné otázky vycházejí ze stanovených cílů bakalářské práce.

- Jaké mají žáci povědomí o problematice mentální anorexie?
- Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?
- Jakým způsobem žáci a žákyně vnímají své tělo?

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkum jsem využila metodu kvantitativního výzkumu. Podle Loučkové (2010, s. 34) je možné použít dva klíčové termíny pro charakteristiku kvantitativního výzkumného přístupu a to „měření“ a „objektivnost“. Výzkum kvantitativní staví na principu vědeckého vědění, které spočívá v produkci poznatků prostřednictvím ověřování a pozorování neboli empirií. Jako výzkumnou metodu jsem použila popisnou statistiku s dotazníkovým šetřením. Dotazník patří mezi nejvíce rozšířenou pedagogicko výzkumnou techniku. Hlavním významem dotazníkového šetření je nalezení dat o respondentovi. Pomocí dotazníku získává dotazující informace, které ho zajímají, tedy informace o postojích a názorech respondentů. (Skutil, Bartošová, 2011, s. 80).

5.1 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl anonymní nestandardizovaný dotazník, který jsem po výběru metody výzkumu vytvořila na základě odborné literatury, použité v teoretické části bakalářské práce. Rozdáno bylo celkem 61 dotazníků, návratnost byla 100 %. Dotazník se skládal z celkem 25 otázek. Uzavřených bylo 22 otázek, 2 otázky polouzavřené s možností jiné a jedna dotazníková otázka byla položena formou škály. Otázky v dotazníku jsou uspořádány do 3 kategorií. První kategorie se týká obecně povědomí o poruchách příjmu potravy, druhá se zabývá povědomím o mentální anorexii, třetí se zabývá vztahem žáků a žákyň k jejich vlastnímu tělu.

5.2 Soubor respondentů

Výzkumný soubor tvořili žáci 9. tříd vybrané základní školy. Jednalo se o záměrný výběr. Respondenti byli vybráni na základě předem stanovených kritérií: žáci 9. tříd základní školy, kteří prochází obdobím dospívání, byli již seznámeni s problematikou poruch příjmu potravy a měli udělený souhlas zařízení s prováděným výzkumem. Byla dodržena anonymita respondentů a výzkum byl proveden se souhlasem zařízení. Odpovídajících respondentů bylo tedy celkem 61, z toho 32 chlapců a 29 dívek. V procentním vyjádření se jednalo o 52,46 % chlapců a 47,54 % dívek. Dotazníkovou otázkou č. 25 jsem zjišťovala věk žáků. Věkové rozložení dotazovaných žáků bylo mezi 14 až 15 lety. Čtrnácti let dosáhlo 29 (47,54 %) žáků a 32 (52,46 %) žáků dosáhlo 15 let. Z toho čtrnáctiletých dívek bylo 15 (52,46 %) a patnáctiletých 14 (48,28 %) a čtrnáctiletých chlapců bylo 14 (43,75 %) a patnáctiletých chlapců 18 (56,25 %).

5.3 Sběr dat

Výzkum proběhl na jedné základní škole ve třech devátých třídách. Základní škola se nachází v Pardubickém kraji. Výzkum proběhl 2. 12. 2016. Spolupracovala jsem s žáky 9. tříd ve věku od 14 do 15 let.

Před samotným průběhem výzkumu jsem se nejdříve setkala s paní ředitelkou základní školy, která s výzkumem souhlasila. Paní ředitelce jsem nechala jeden vzorový dotazník a vysvětlila jsem jí i ostatním pedagogům strukturu mého dotazníku, který budou žáci vyplňovat.

Dne 2. 12. 2016 jsem osobně žákům 9. tříd rozdala dotazníky, které měly tištěnou podobu. Žáky jsem navštívila během jejich vyučovacích hodin, na základě předchozí domluvy s paní ředitelkou a pedagogem, který byl danou hodinu ve třídě s žáky přítomen. Celkem jsem tedy obešla tři deváté třídy. Vždy jsem se žákům na úvod představila, sdělila jim zkoumanou problematiku, podala instrukce k dotazníku a sdělila, na co budou použity jeho výsledky. Celkem tedy bylo vyhodnoceno 61 dotazníků.

5.4 Vyhodnocení dat

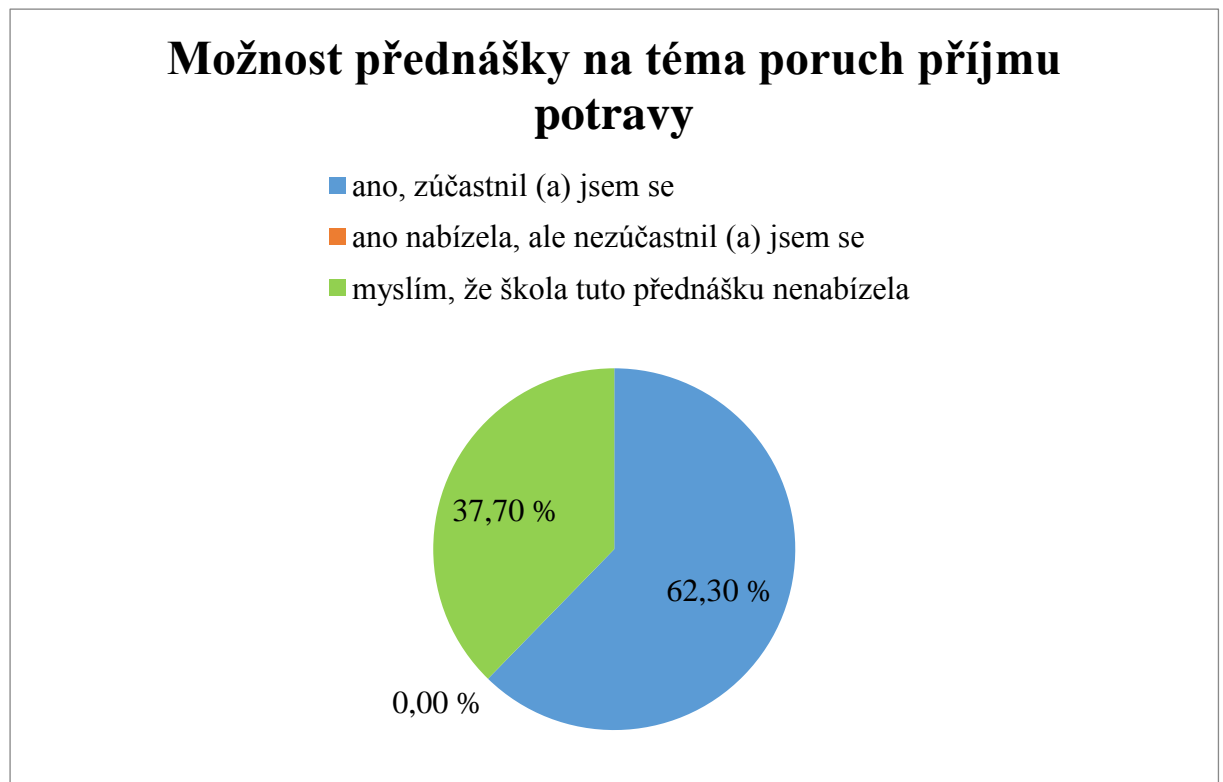
Výsledky kvantitativního výzkumu jsem znázornila pomocí grafů a popisné statistiky. Při vyhodnocování výsledků jsem použila program Microsoft Office Excel 2007. Na začátku jsem si stanovila absolutní četnost (n_i), ze které jsem následně vypočítala relativní četnost (f_i). Výsledky relativních četností jsem zaokrouhlovala na dvě desetinná místa. Celková četnost (n) představuje celkový počet respondentů. Pro výpočet relativní četnosti byl použit následující vzorec:

$$- \quad (\text{Chráska, 2016, s. 35})$$

Absolutní četnost je vztažena k respondentům, kteří odpovídali na dotazníkové otázky. Výjimkou jsou otázky č. 8, 11, 13, 16, 22 a 23, ve kterých měli žáci možnost vybírat více odpovědí. Absolutní četnost je tedy v těchto dotazníkových otázkách vztažena na odpovědi respondentů, nikoliv na respondenty samotné. Dále mě zajímalo, jakým způsobem odpovídali chlapci a jakým dívky. Také zda budou v jejich odpovědích odlišnosti. Při výpočtu relativních četností jsem použila celkovou četnost (n_2), která představuje počet odpovídajících žáků či žákyň.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

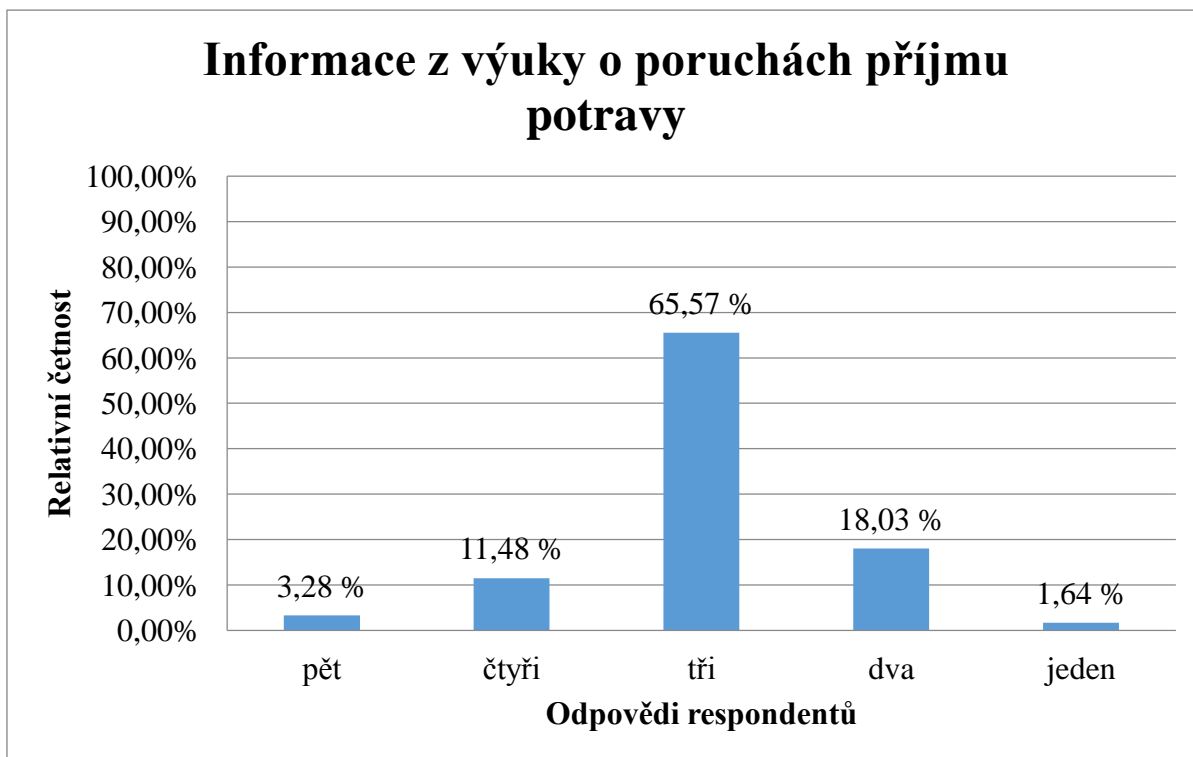
Otázka č. 1 Nabízela vám škola možnost přednášky na téma poruch příjmu potravy?



Obrázek 1 Možnost přednášky na téma PPP

Na tomto grafu (obrázek 1) můžeme vidět, zda škola podle žáků nabízela možnost přednášky na téma poruchy příjmu potravy. Škola poskytla možnost přednášky a zúčastnili se označilo 38 (62,30 %) respondentů. Škola tuto přednášku nenabídla se domnívá 23 (37,70 %) žáků. Žádný z žáků (0,00 %) nezvolil možnost, že mu škola nabídku přednášky poskytla, ale on se jí nezúčastnil. Lze konstatovat, že škola podle respondentů možnost přednášky poskytla.

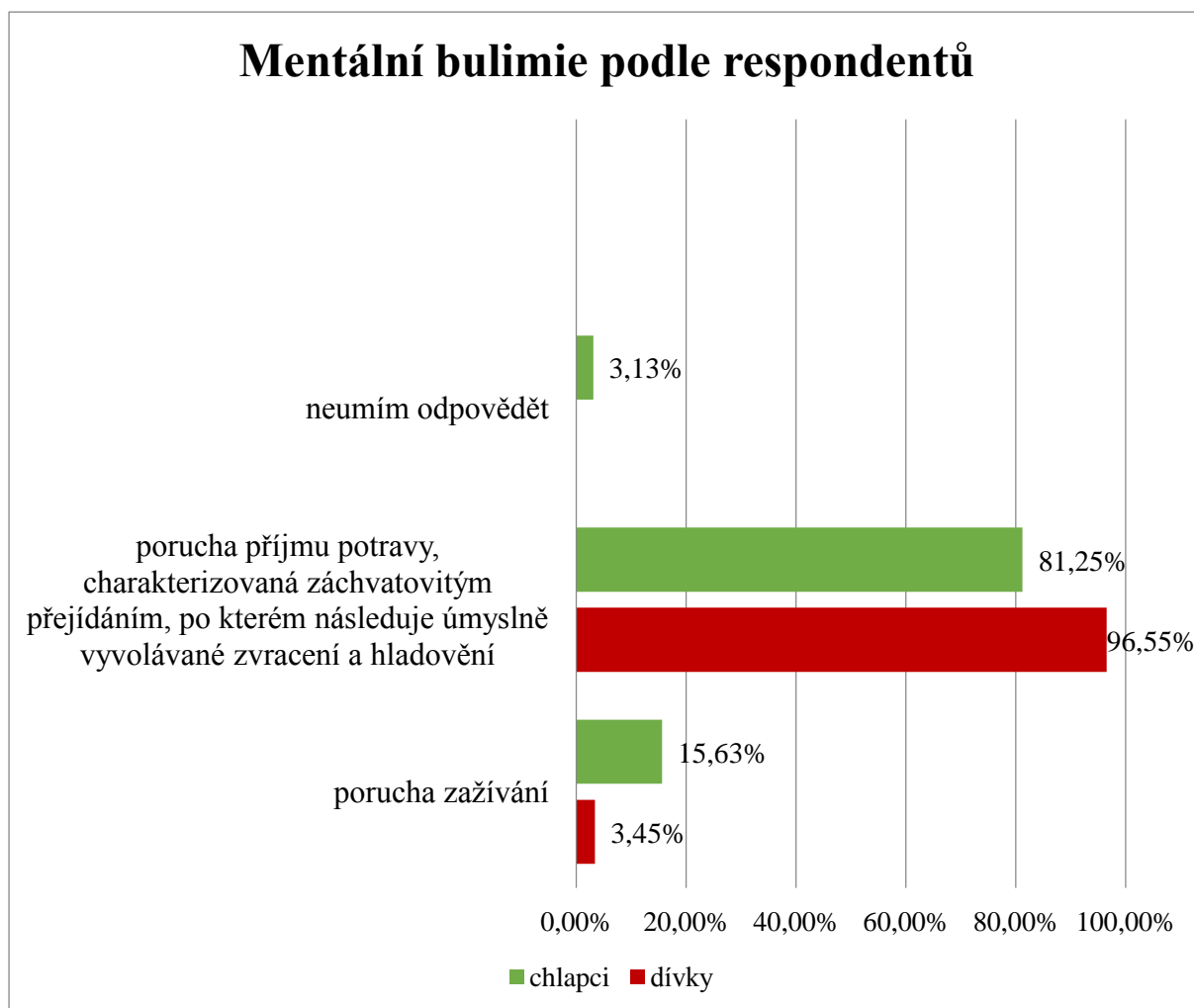
Otázka č. 2 Zakroužkujte na škále nakolik je pro vás důležité, abyste z výuky získal(a) více informací o poruchách příjmu potravy?



Obrázek 2 Znárodnění škálových odpovědí o zájmu informací o PPP

Pomocí druhé otázky jsem zjišťovala, nakolik je pro žáky důležité, aby z výuky získali více informací o PPP. Na škále od 1 (nedůležité) do 5 (nejvíce důležité) měli žáci možnost zakroužkovat číselnou hodnotu, která vyjadřovala jejich názor na důležitost zisku informací z výuky o problematice PPP. Z tohoto grafu (obrázek 2) je patrné, že 40 (65,57 %) žáků zakroužkovalo na škále trojku, dvojku uvedlo 11 (18,03 %) žáků, čtyřku uvedlo 7 (11,48 %), pětku uvedli 2 (3,28 %) žáci a 1 (1,64 %) respondent uvedl na škále jedničku.

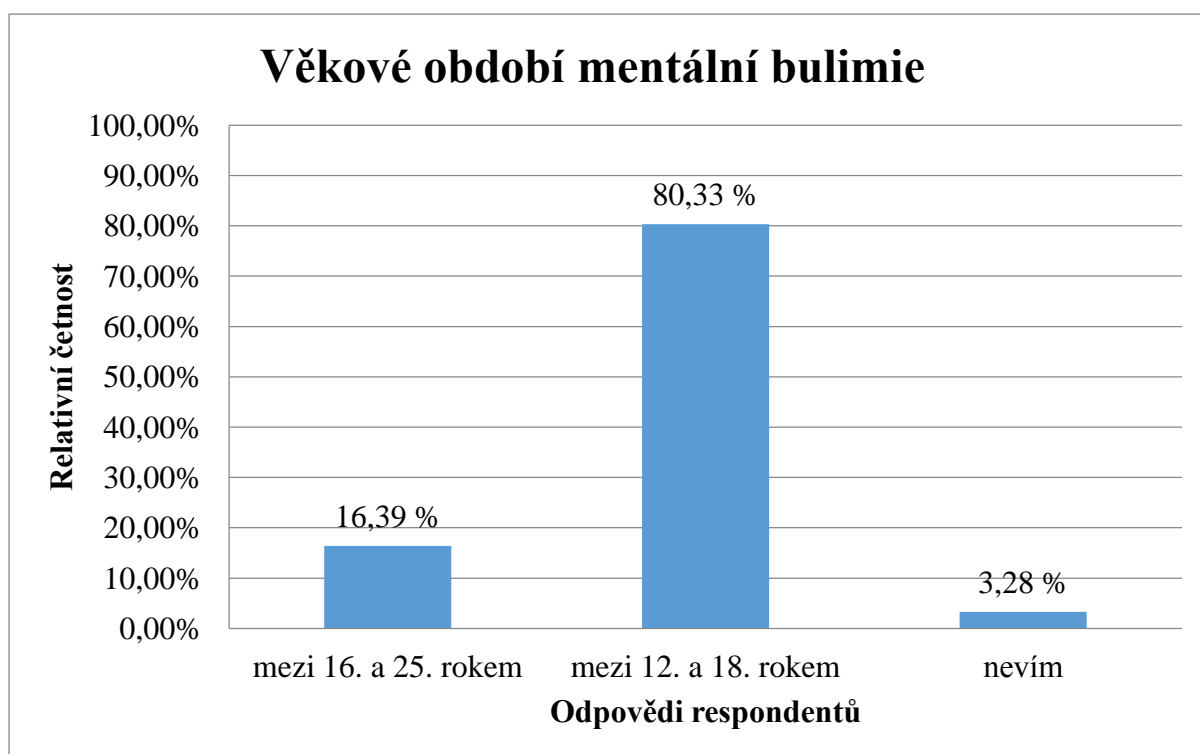
Otázka č. 3 Co je podle vás mentální bulimie?



Obrázek 3 Mentální bulimie podle respondentů

Třetí dotazníkovou otázkou jsem zjišťovala, co je podle žáků mentální bulimie. Na tomto grafu (obrázek 3) můžeme vidět, jakým způsobem odpovídali dívky a chlapci. Všechny (96,55 %) dívky kromě jedné označily správnou odpověď, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, charakterizovaná záchvatovitým přejídáním, po kterém následuje úmyslně vyvolávané zvracení a hladovění. Pod pojmem mentální bulimie si 1 (3,45 %) respondentka představuje poruchu zažívání. Druhou skupinu dotazovaných tvořili chlapci. Správnou odpověď, že mentální bulimie je porucha příjmu potravy, charakterizovaná záchvatovitým přejídáním, po kterém následuje úmyslně vyvolávané zvracení a hladovění uvedlo 26 (81,25 %) chlapců. Pod pojmem MB si představuje poruchu zažívání 5 (15,63 %) chlapců. Na tuto otázku neuměl odpovědět pouze 1 (3,13 %) respondent. Správnou odpověď označilo 54 (88,52 %) žáků. Je tedy zřejmé, že správnou odpověď uvedlo více dívek, než chlapců.

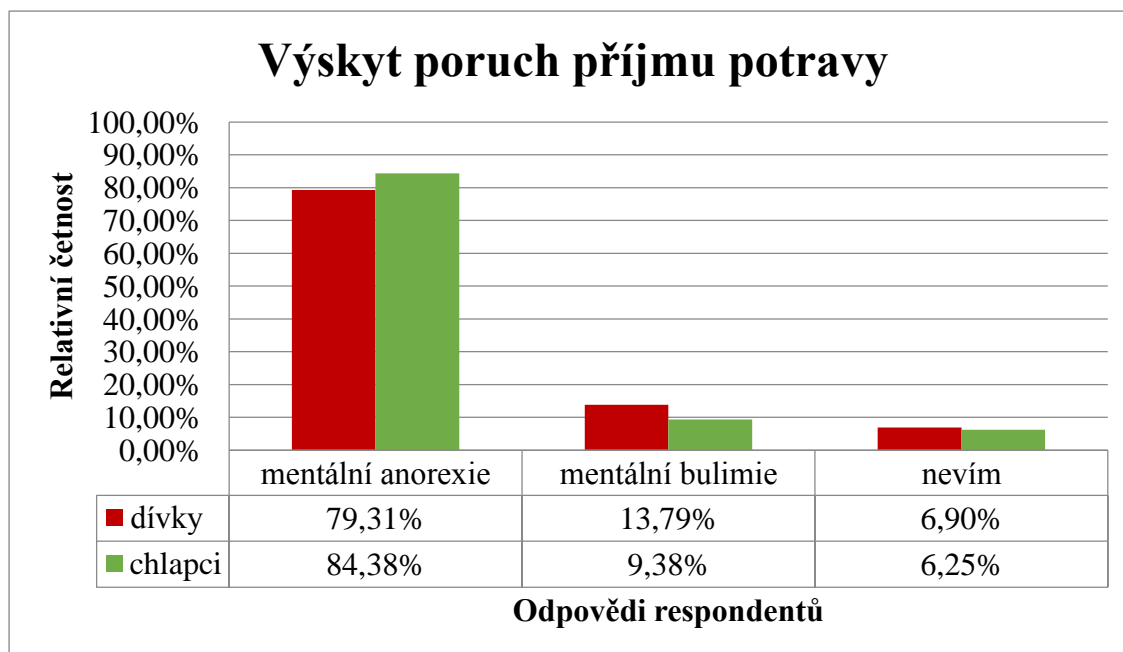
Otázka č. 4 V jakém věkovém období mentální bulimie nejčastěji začíná?



Obrázek 4 Věkové období mentální bulimie

Pomocí čtvrté dotazníkové otázky jsem sledovala povědomí žáků o problematice mentální bulimie. Konkrétně jsem se dotazovala, v jakém věkovém období podle žáků začíná mentální bulimie nejčastěji. Z grafu (obrázek 4) je patrné, že 49 (80,33 %) respondentů označilo, že MB nejčastěji začíná mezi 12. a 18. rokem. Správnou odpověď, že MB se začíná nejčastěji projevovat mezi 16. a 25. rokem uvedlo pouze 10 (16,39 %) respondentů. Odpověď nevím uvedli 2 (3,28 %) respondenti. Lze tedy říci, že žáci nevědí, v jakém věkovém období nejčastěji začíná MB. Zaměňují věkové období propuknutí MB s MA.

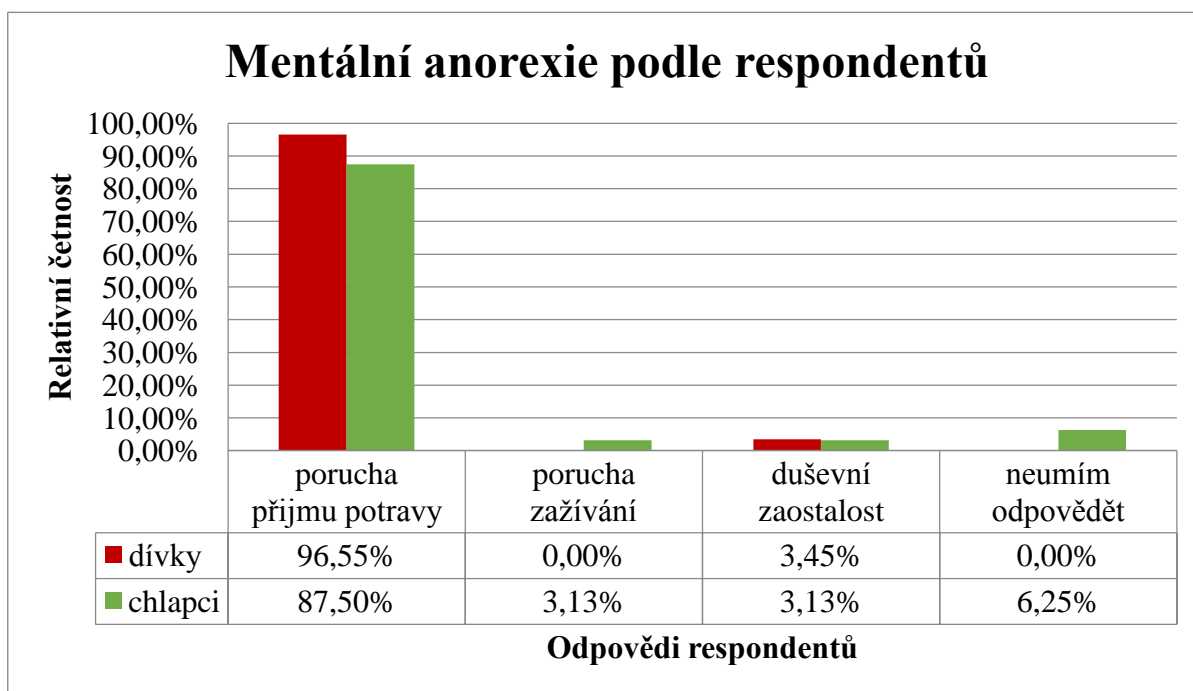
Otázka č. 5 Která porucha příjmu potravy se v ČR se podle vás vyskytuje častěji?



Obrázek 5 Výskyt poruch příjmu potravy

Z tohoto grafu (obrázek 5) je patrné, která porucha příjmu potravy se podle žáků vyskytuje v ČR častěji. Nejčastější odpovědí dívek bylo, že se v ČR vyskytuje častěji mentální anorexie, než mentální bulimie. Tuto odpověď uvedlo 23 (79,31 %) dívek. V ČR se vyskytuje MB častěji, než MA uvedly 4 (13,79 %) dívky. Dvě (6,90 %) dívky označily odpověď nevím. Nejčastější odpovědí chlapců bylo, že se v ČR vyskytuje častěji MA, než MB. Tuto odpověď označilo 27 (84,38 %) chlapců. V ČR se vyskytuje MB častěji, než MA označili 3 (9,38 %) chlapci. Na tuto otázku neuměli odpovědět 2 (6,25 %) chlapci. Z těchto výsledků vyplývá, že podle 50 (81,97 %) respondentů se v ČR vyskytuje častěji MA než MB. Podle 7 (11,48 %) žáků se v ČR vyskytuje častěji MB než MA. Na tuto otázku neuměli zodpovědět celkem 4 (6,56 %) respondenti. Lze tedy říci, že dívky i chlapci se domnívají, že se MA vyskytuje častěji než MB, avšak je tomu naopak.

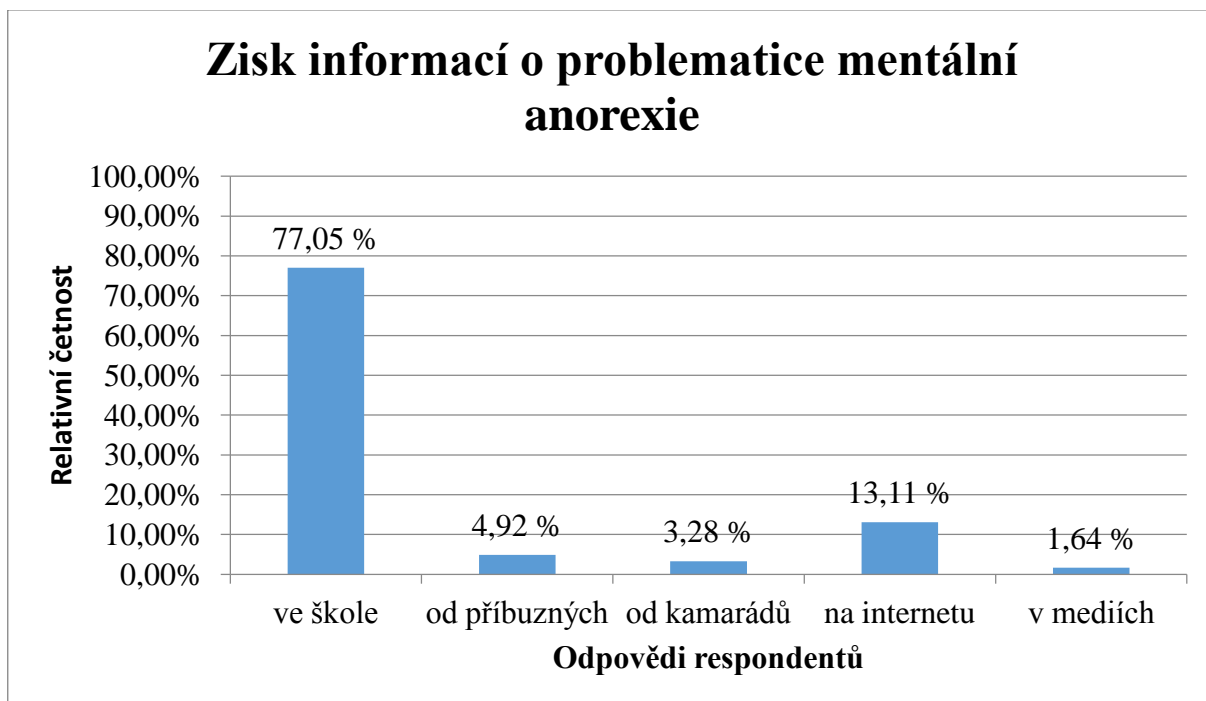
Obrázek č. 6 Co je podle vás mentální anorexie?



Obrázek 6 Mentální anorexie podle respondentů

Pomocí šesté dotazníkové otázky, jejíž výsledky znázorňuje tento graf (obrázek 6), jsem zjišťovala, co je podle žáků mentální anorexie. MA je porucha příjmu potravy uvedlo 28 (96,55 %) dívek. Pouze jedna (3,45 %) dívka uvedla, že MA je duševní zaostalost. MA je porucha příjmu potravy uvedlo 28 (87,50 %) chlapců. Pouze jeden chlapec (3,13 %) uvedl, že MA je porucha zažívání. Jeden (3,13 %) chlapec také uvedl, že MA je duševní zaostalost a 2 (6,25 %) chlapci na tuto otázku neuměli odpovědět. Správnou odpověď, že MA je porucha příjmu potravy označilo 56 (91,80 %) respondentů. Jeden (1,64 %) z žáků uvedl, že MA je porucha zažívání. Podle 2 (3,28 %) respondentů je MA duševní zaostalost. Na danou otázku neuměli odpovědět 2 (3,28 %) respondenti.

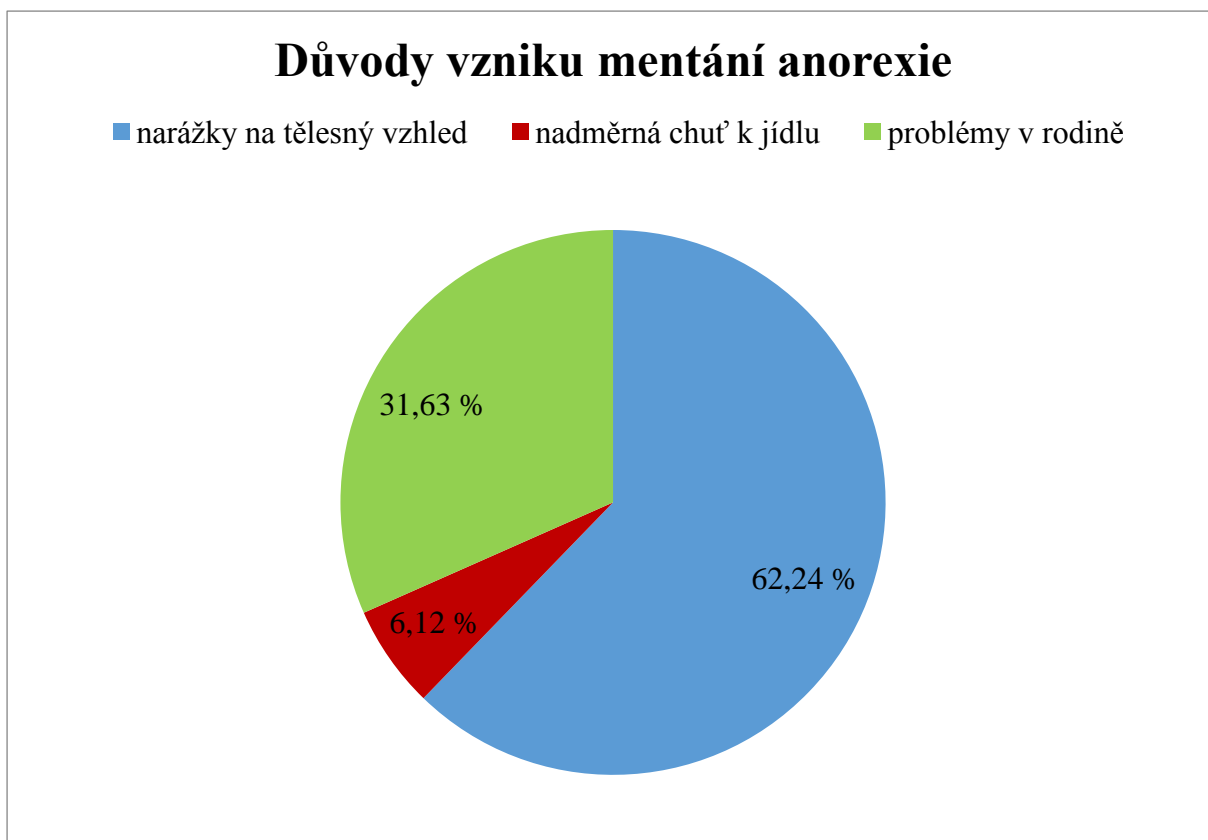
Otázka č. 7 Odkud jste se dozvěděl(a) nejvíce informací o problematice mentální anorexie?



Obrázek 7 Zisk informací o problematice mentální anorexie

Z tohoto grafu (obrázek 7) je patrné, odkud se žáci dozvídají nejvíce informací o problematice mentální anorexie. Nejvíce informací o problematice MA získali ve škole, 47 (77,05 %) respondentů. Nejvíce informací od příbuzných obdrželi 3 (4,92 %) respondenti. Nejvíce informací od kamarádů získali 2 (3,28 %) žáci. Nejvíce informací z internetu se dozvědělo 8 (13,11 %) žáků. Jeden (1,64 %) respondent uvedl, že se nejvíce informací o problematice MA dozvěděl z médií. Z grafu tedy vyplývá, že nejčastěji volenou odpovědí žáků bylo, že získali nejvíce informací o problematice MA ze školy.

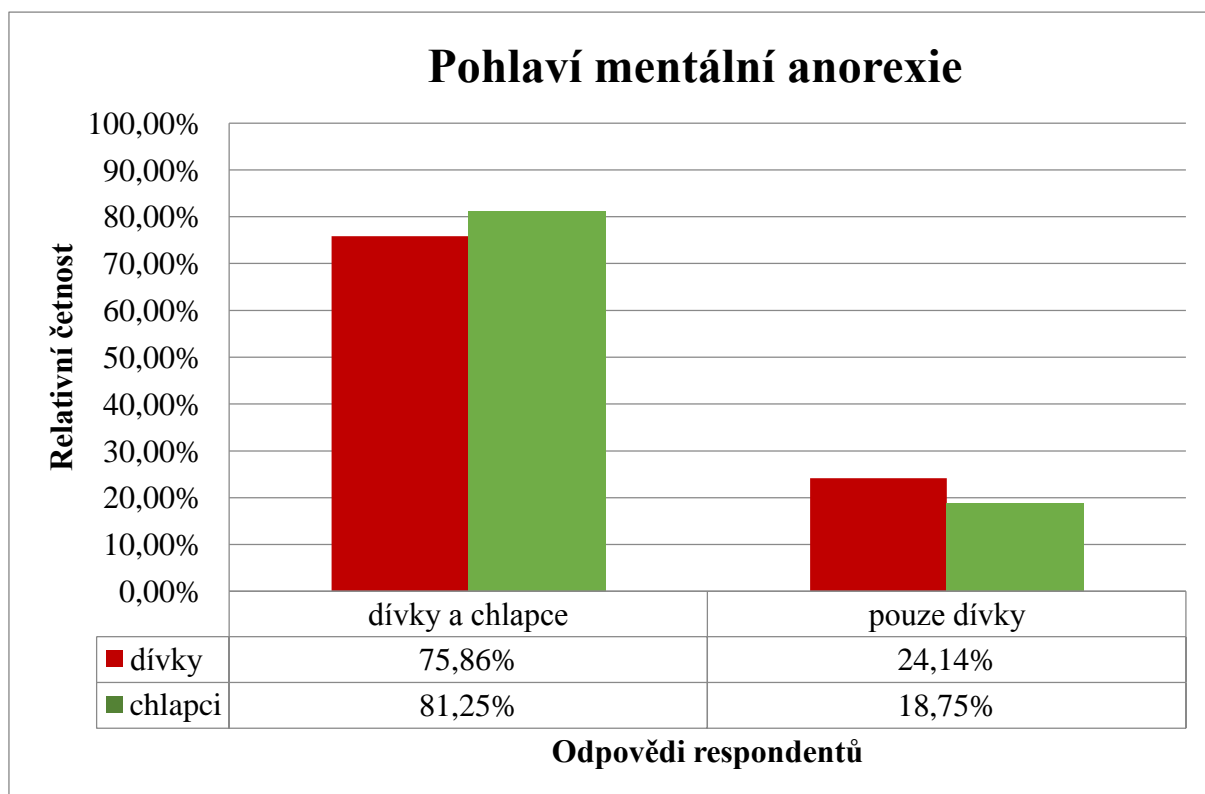
Otázka č. 8 Které důvody podle vás vedou ke vzniku mentální anorexie?



Obrázek 8 Důvody vzniku mentální anorexie

Z tohoto grafu (obrázek 8) je patrné, které důvody podle žáků vedou ke vzniku mentální anorexie. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí. Žáci měli možnost v této dotazníkové otázce zvolit více odpovědí. Všech 61 (62,24 %) respondentů označilo odpověď, že důvodem vzniku MA jsou narážky na tělesný vzhled. Možnost nadměrná chuť k jídlu jako důvod vzniku MA označilo 6 (6,12 %) respondentů a možnost problémy v rodině jako důvod vzniku MA uvedlo 31 (31,63 %) respondentů. Žáci mohli v této otázce zvolit možnost jinou. Tato možnost byla využita celkem ve třech případech. Mezi odpovědi jiné patřily problémy s láskou, tato odpověď byla zvolena celkem dvěma respondenty, a šikana.

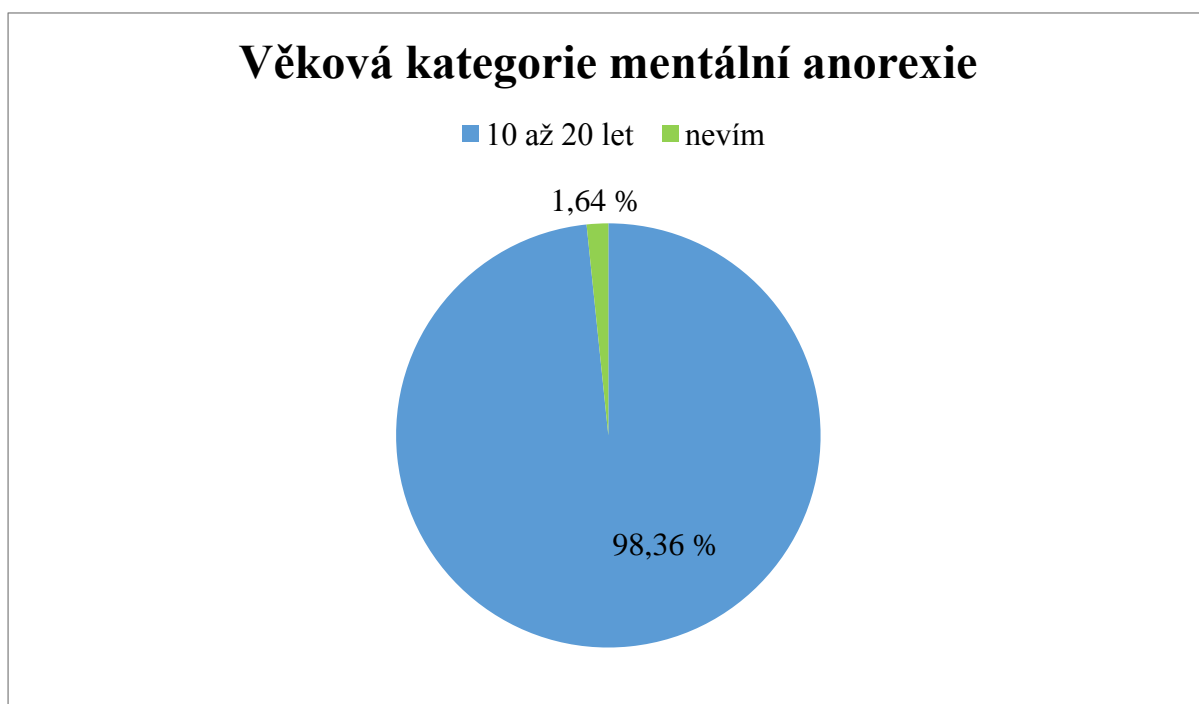
Otázka č. 9 Jaké pohlaví postihuje mentální anorexie?



Obrázek 9 Pohlaví mentální anorexie

Pomocí deváté dotazníkové otázky jsem zjišťovala, jaké pohlaví podle žáků postihuje mentální anorexie. Na tomto grafu (obrázek 9) můžeme vidět, jakým způsobem odpovídaly dívky a jak chlapci. Předpokládala jsem, že spíše dívky budou ve správné odpovědi úspěšnější než chlapci, ale k mému překvapení byli naopak úspěšnější chlapci. Správnou odpověď, že mentální anorexie postihuje jak dívky, tak i chlapce označilo 22 (75,86 %) dívek. Mentální anorexie postihuje pouze dívčí pohlaví, označilo 7 (24,14 %) dívek. Chlapci se rozdělili podle odpovědí stejně jako dívky na dvě skupiny. Správnou odpověď uvedlo 26 (81,25 %) chlapců. Mentální anorexie postihuje pouze dívky, uvedlo 6 (18,75 %) chlapců. Z grafu vyplývá, že 48 (78,69 %) žáků uvedlo správnou odpověď.

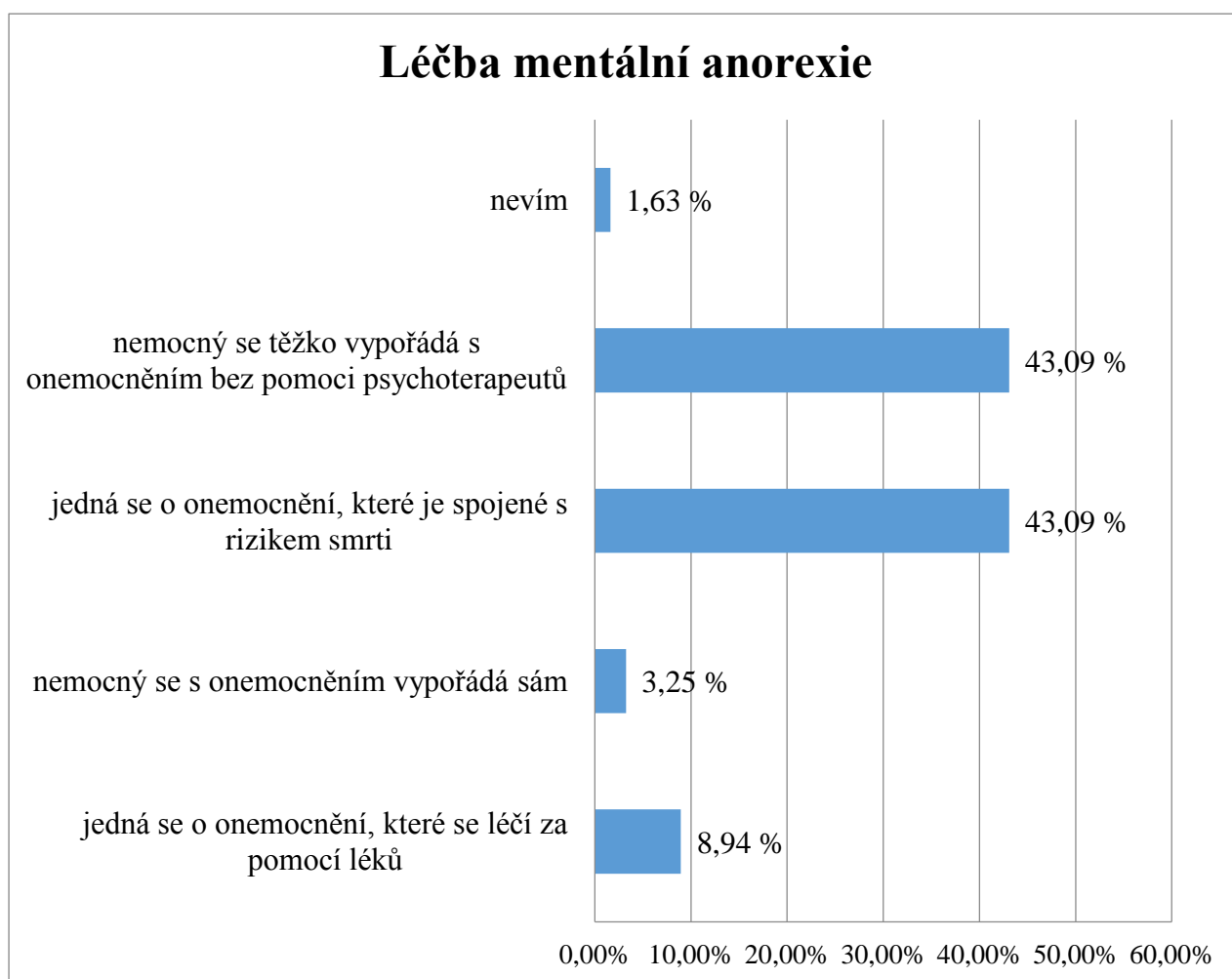
Otázka č. 10 Která věková kategorie osob je nejčastěji ohrožena mentální anorexií?



Obrázek 10 Věková kategorie mentální anorexie

Z tohoto grafu (obrázek 10) je patrné, že všichni (98,36 %) žáci kromě jednoho označili správnou odpověď, že mentální anorexií je nejčastěji ohrožena věková kategorie osob procházející obdobím dospívání, tedy osoby mezi 10. až 20. rokem života. Pouze jeden (1,64 %) respondent nedokázal na tuto otázku odpovědět. Lze říci, že všichni žáci kromě jednoho vědí, která věková kategorie osob je nejčastěji ohrožena MA, což hodnotím velmi kladně, jelikož respondenti tímto obdobím procházejí.

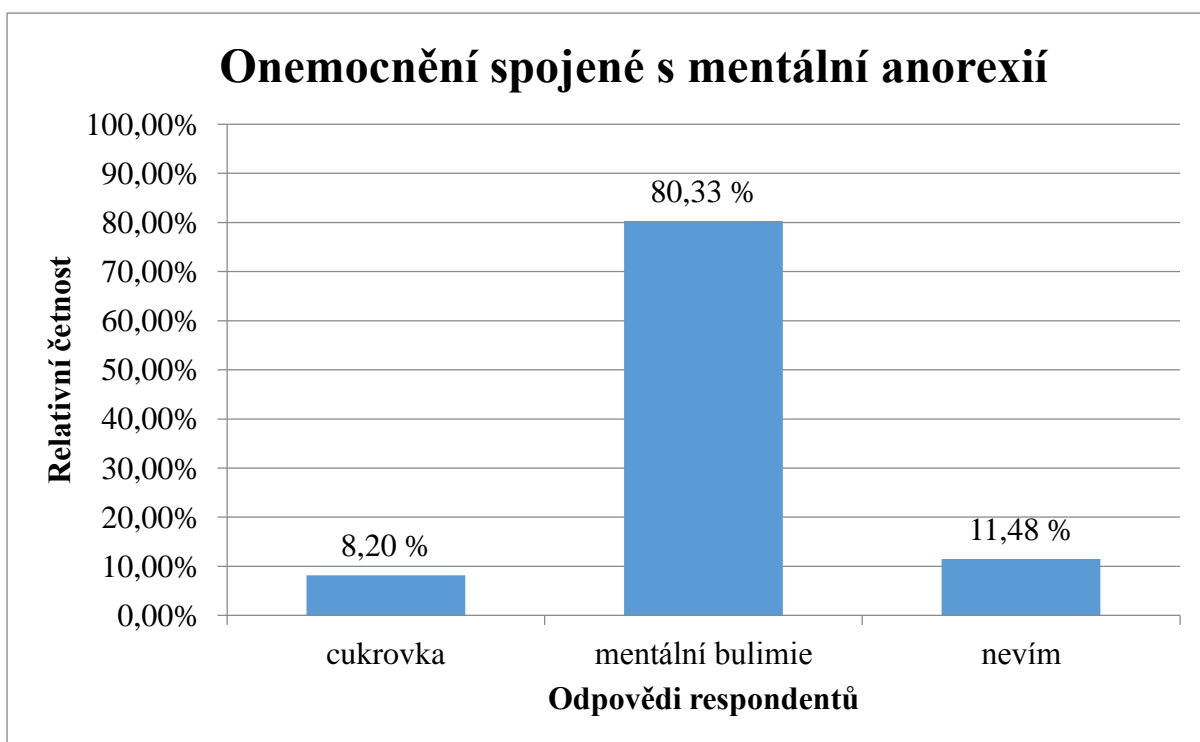
Otázka č. 11 Která z tvrzení o léčbě mentální anorexie jsou správná?



Obrázek 11 Léčba mentální anorexie

Pomocí jedenácté dotazníkové otázky jsem zjišťovala povědomí žáků o léčbě mentální anorexie. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Nejčastějšími a správně uváděnými odpověďmi byly odpovědi: jedná se o onemocnění, které je spojeno s rizikem smrti a nemocný se těžko vypořádá s onemocněním bez pomoci psychoterapeutů. Obě možnosti byly označeny stejným počtem 53 (43,09 %) respondentů. Obě možnosti jsou správné. Pouze 11 (8,94%) respondentů uvedlo správné tvrzení, že se jedná o onemocnění, které se léčí za pomoci léků. Tento výsledek nepovažuji za špatný, jelikož jsem se při tvorbě teoretické části z odborné literatury dozvěděla, že při léčbě MA by neměla být prvotní volenou metodou farmakologická léčba. Nesprávnou odpověď, že se nemocný s onemocněním vypořádá sám, uvedli 4 (3,25 %) respondenti. Odpověď nevím označili 2 (1,63 %) respondenti.

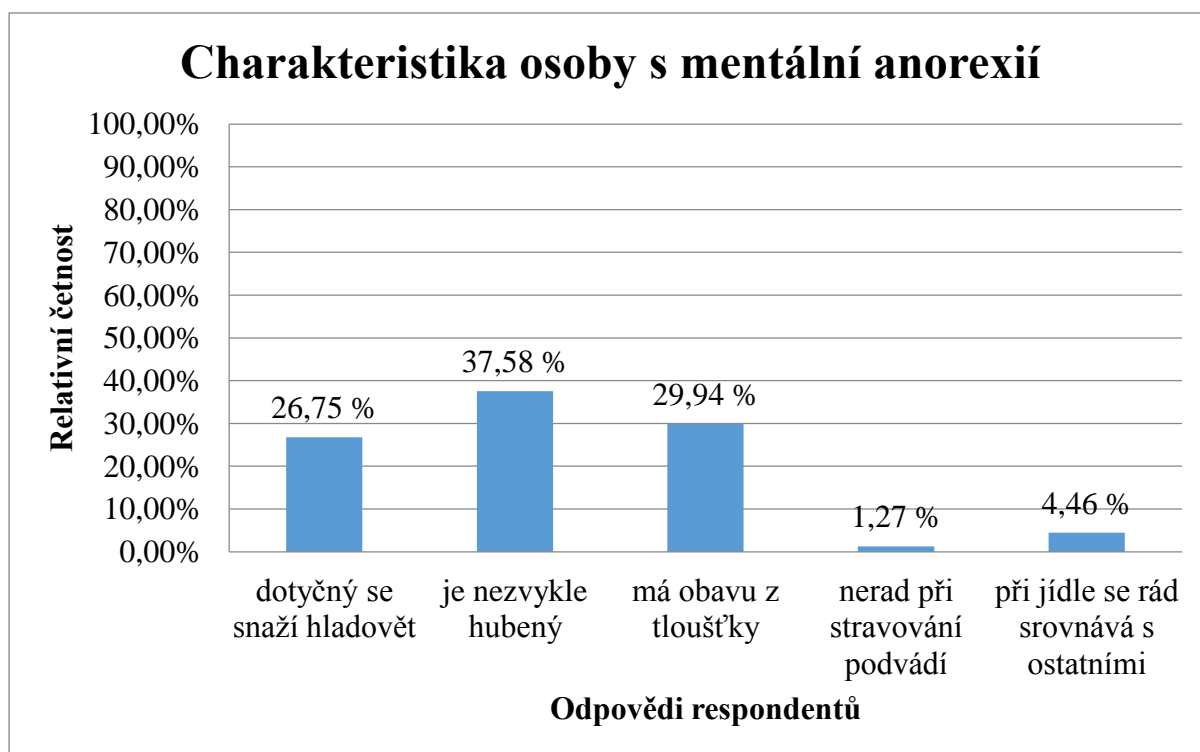
Otázka č. 12 S jakým onemocněním bývá nejčastěji mentální anorexie spojená?



Obrázek 12 Onemocnění spojené s mentální anorexií

Pomocí dvanácté dotazníkové otázky jsem zjišťovala, zda žáci vědí, s jakým onemocněním bývá nejčastěji MA spojená. Výsledky ukazuje tento graf (obrázek 12). Správnou odpověď uvedlo 49 (80,33 %) respondentů (MA bývá nejčastěji spojená s mentální bulimií). Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 7 (11,48 %) respondentů. MA bývá nejčastěji spojená s cukrovkou, označilo 5 (8,20 %) respondentů.

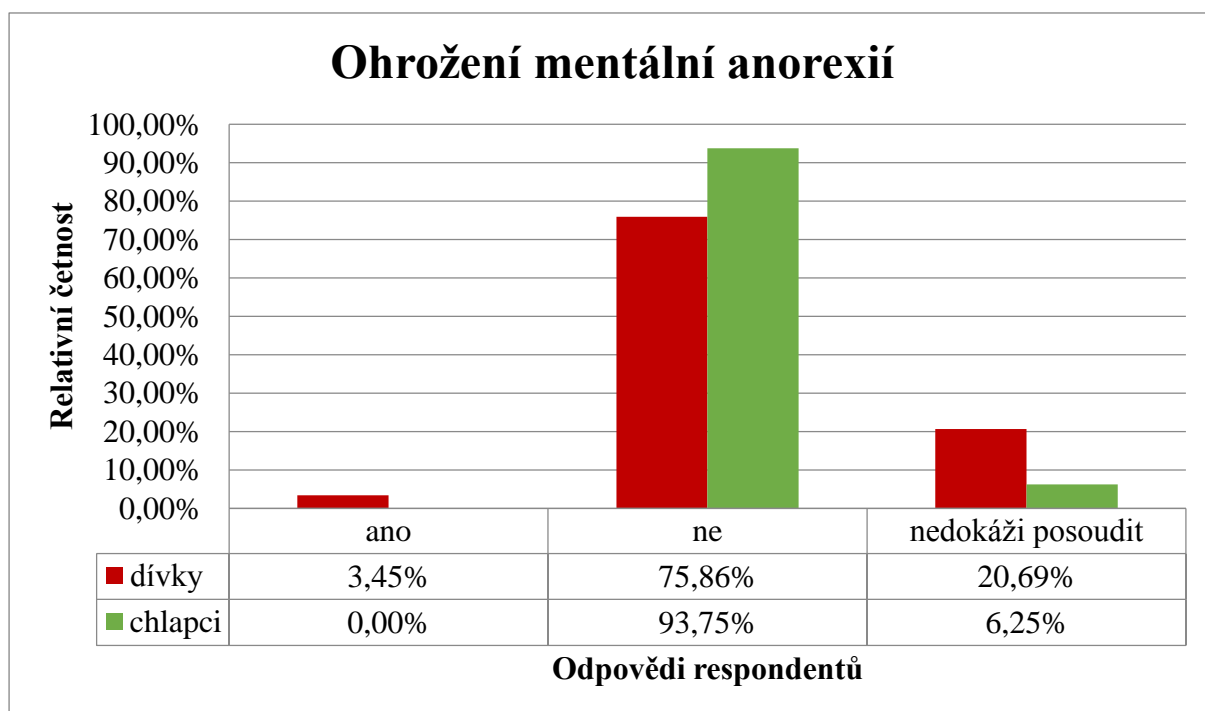
Otázka č. 13 Jak poznáte osobu s mentální anorexií?



Obrázek 13 Charakteristika osoby s mentální anorexií

Z tohoto grafu (obrázek 13) vyplývá, jak žáci poznají osobu s mentální anorexií. Žáci měli možnost v této dotazníkové otázce volby více odpovědí. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Správnou odpověď je nezvykle hubený zvolilo bez dvou žáků celkem 59 (37,58 %) respondentů. Správnou odpověď, že má osoba trpící MA obavu z tloušťky označilo 47 (29,94 %) respondentů. Správnou odpověď, že se dotyčný snaží hladovět, uvedlo 42 (26,75 %) respondentů. Správnou odpověď, že se dotyčný při jídle rád srovnává s ostatními, uvedli 4 (4,46 %) respondenti. Nesprávnou odpověď, že osoba trpící s MA nerada při stravování podvádí, uvedli 2 (1,27 %) respondenti. Lze tedy říci, že respondenti nejčastěji poznají osobu s MA podle toho, že je nezvykle hubená, má obavu z tloušťky a že se snaží hladovět.

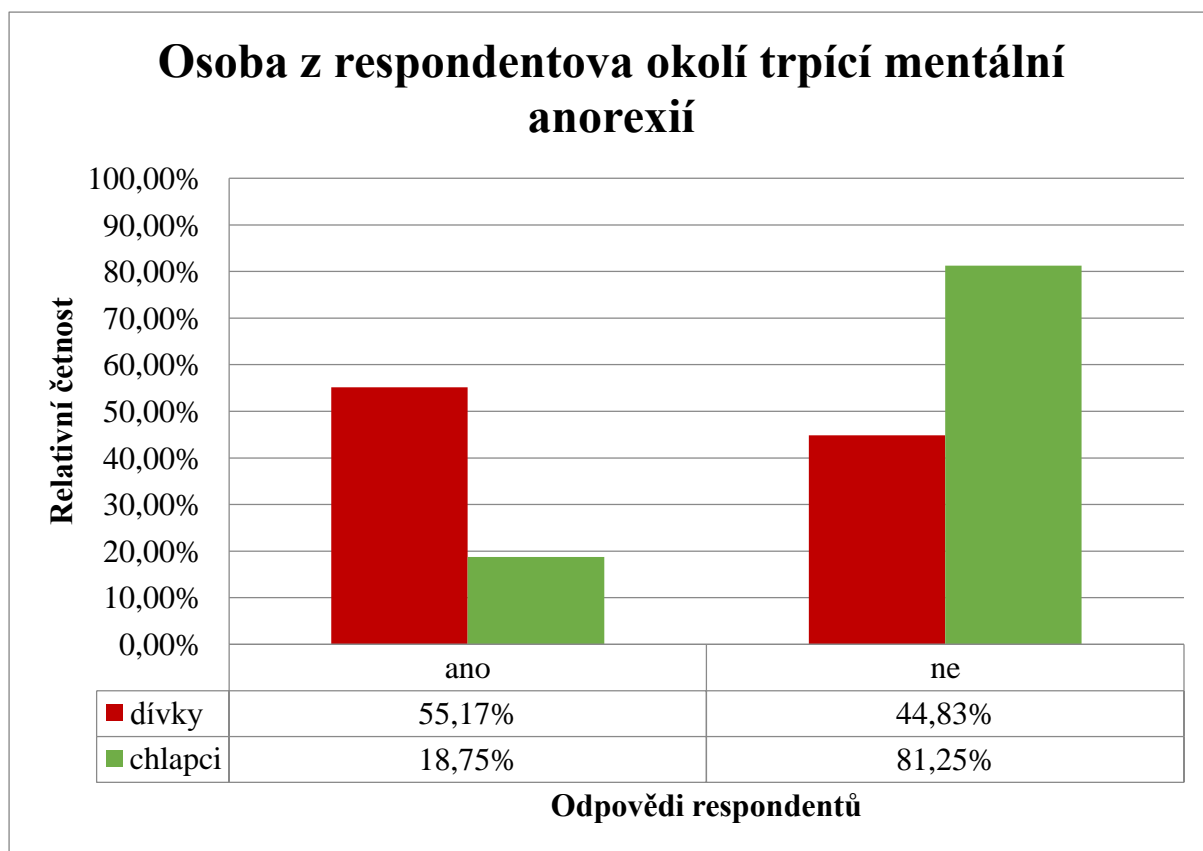
Otázka č. 14 Cítíte se být ohrožen(a) mentální anorexií?



Obrázek 14 Ohrožení mentální anorexií

Tento graf (obrázek 14) ukazuje, zda se cítí žáci a žákyně ohrožení mentální anorexií. Z tohoto grafu je zřejmé, jakým způsobem odpověděly dívky a jak odpověděli chlapci. Jedna (3,45 %) dívka odpověděla, že se cítí být ohrožena MA. Nejčastější odpovědí dívek tedy 22 (75,86 %) dívek bylo, že se necítí být ohrožené MA. Nedokáži posoudit označilo 6 (20,69 %) dívek. Žádný z chlapců (0,00 %) neodpověděl, že by se cítil ohrožen MA. Většina chlapců (93,75 %) kromě dvou, se necítí být ohrožena MA. Dva (6,25 %) chlapci označili odpověď, nedokáži posoudit. Z grafu vyplývá, že nejčastější odpovědí respondentů tedy pouze 52 (85,25 %) respondentů bylo, že se necítí být ohrožení MA, což je zajímavé, jelikož žáci v otázce č. 10 správně uváděli, že nejvíce ohroženou věkovou skupinou jsou právě osoby procházející obdobím dospívání.

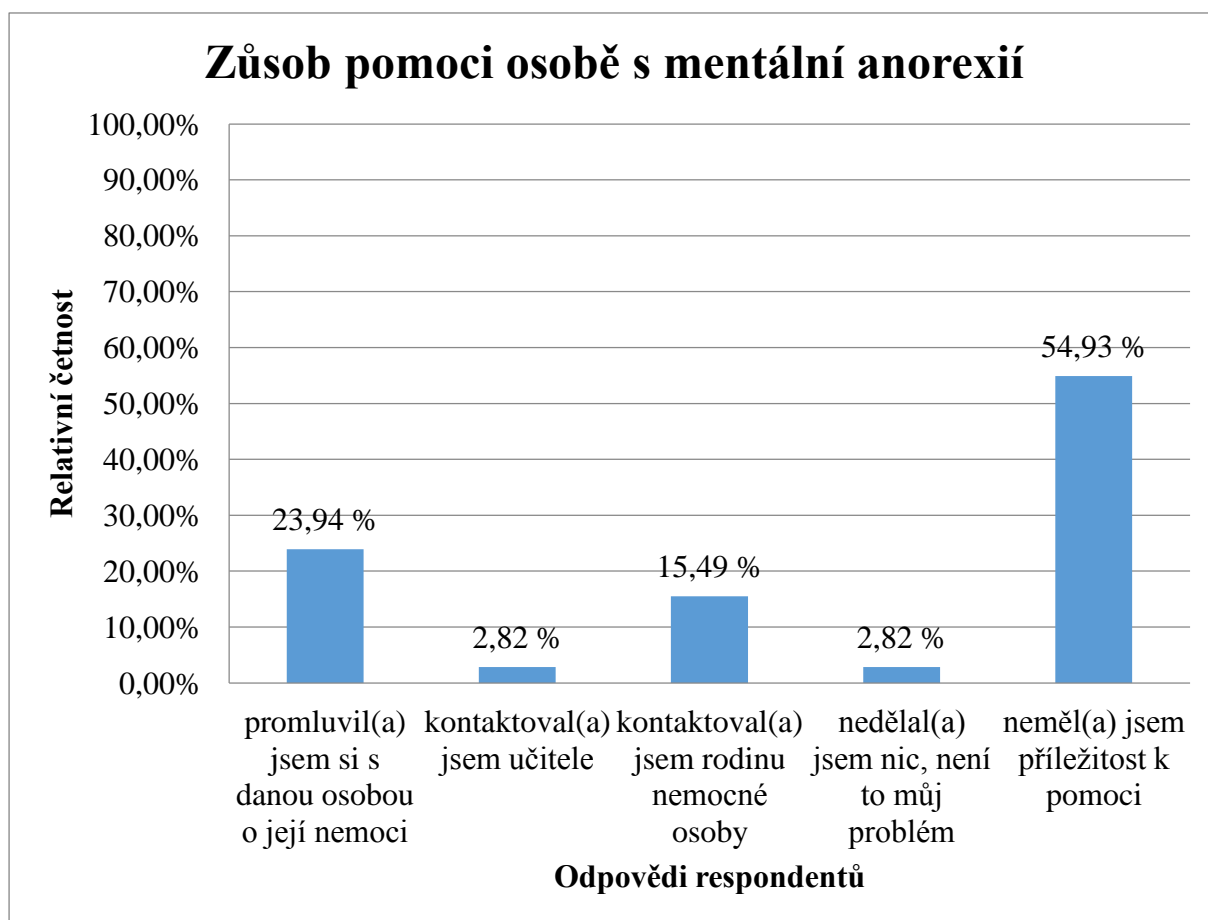
Otázka č. 15 Znáte někoho z vašeho okolí, kdo trpí mentální anorexií?



Obrázek 15 Osoba z okolí trpící mentální anorexií

Patnáctou dotazníkovou otázkou jsem zjišťovala, zda žáci a žákyně znají někoho ze svého okolí, kdo trpí MA. Na tomto grafu (obrázek 15) je vidět, jak odpovídaly dívky a jak odpovídali chlapci. Dívky se rozdělily podle odpovědí na dvě skupiny. Na ty, co znají někoho ze svého okolí, kdo trpí MA, a ty, co neznají v okolí nikoho, kdo trpí MA. Více jak polovina (55,17 %) dívek uvedla, že zná ze svého okolí někoho, kdo trpí MA. Nikoho ze svého okolí, kdo trpí, nezná MA 13 (44,83 %) dívek. Chlapci se také rozdělili na dvě skupiny. Někoho ze svého okolí s MA zná 6 (18,75 %) chlapců. Nikoho ze svého okolí, kdo trpí, MA nezná 26 (81,25 %) chlapců. Více jak polovina (63,93 %) žáků uvedla, že ve svém okolí nezná nikoho s MA.

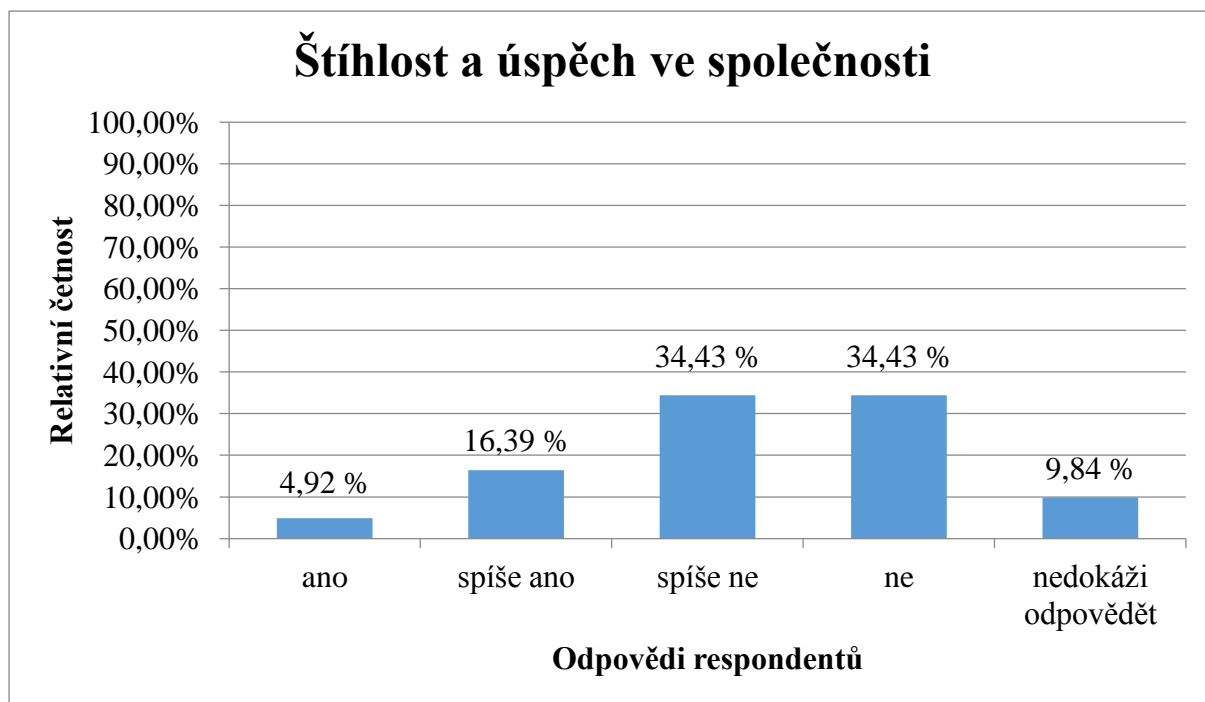
Otázka č. 16 Jakým způsobem jste pomohl(a) osobě s mentální anorexií?



Obrázek 16 Způsob pomoci osobě s mentální anorexií

Na tomto grafu (obrázek 16) je zřejmé, jakým způsobem se pokusili žáci pomoci osobě s mentální anorexií. Žáci měli možnost volit v této dotazníkové otázce více odpovědí. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Nejvíce žáků označilo odpověď, neměl(a) jsem příležitost k pomoci. Tuto odpověď uvedlo 39 (54,93 %) respondentů. Promluvil(a) jsem si s danou osobou o její nemoci uvedlo 17 (23,94 %) respondentů. Kontaktoval(a) jsem rodinu nemocné osoby zvolilo 11 (15,49 %) žáků. Pouze 2 (2,82 %) respondenti uvedli odpověď, kontaktoval(a) jsem učitele. Překvapilo mě, že žáci ze školního prostředí, by nekontaktovali vyučujícího. Nedělal(a) jsem nic, není to můj problém označili 2 (2,82 %) žáci. Z grafu tedy vyplývá, že se spíše žáci s osobami trpícími MA neseťkávají, jelikož nejvíce odpovědělo, že nemělo příležitost k pomoci.

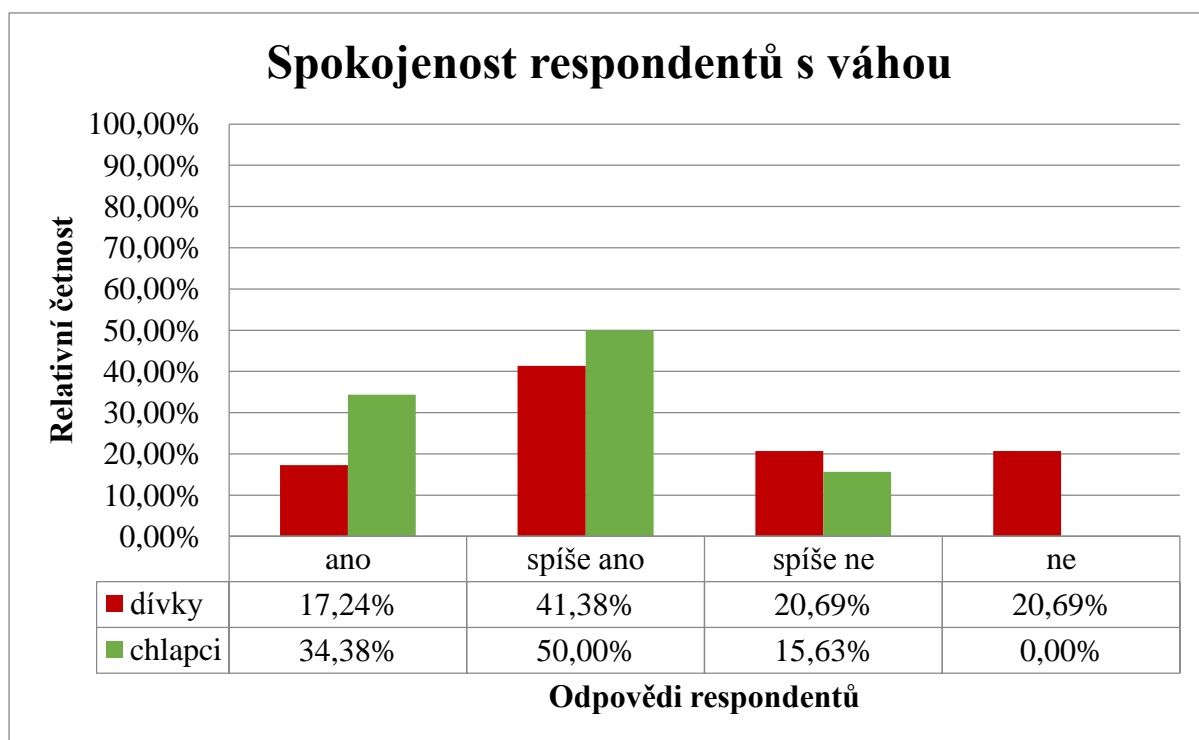
Otázka č. 17 Myslíte si, že úspěch ve společnosti závisí na štíhlé postavě?



Obrázek 17 Úspěch ve společnosti

Pomocí sedmnácté dotazníkové otázky jsem zjišťovala, zda si žáci myslí, že úspěch ve společnosti závisí na štíhlé postavě. Z tohoto grafu (obrázek 17) je patrné, že 3 respondenti (4,92 %) si myslí, že úspěch ve společnosti závisí na štíhlé postavě. Což je velmi zajímavé zjištění, že pouze pro 3 žáky, kteří procházejí kritickým obdobím dospívání je důležitá štíhlá postava. Spíše ano odpovědělo 10 (16,36 %) respondentů. K odpovědi spíše ne se přiklání 21 (34,43 %) respondentů. Stejný počet respondentů tedy 21 (34,43 %) odpovědělo, že úspěch ve společnosti nezávisí na štíhlé postavě. Na tuto dotazníkovou otázku nedokázalo odpovědět 6 (9,84 %) respondentů.

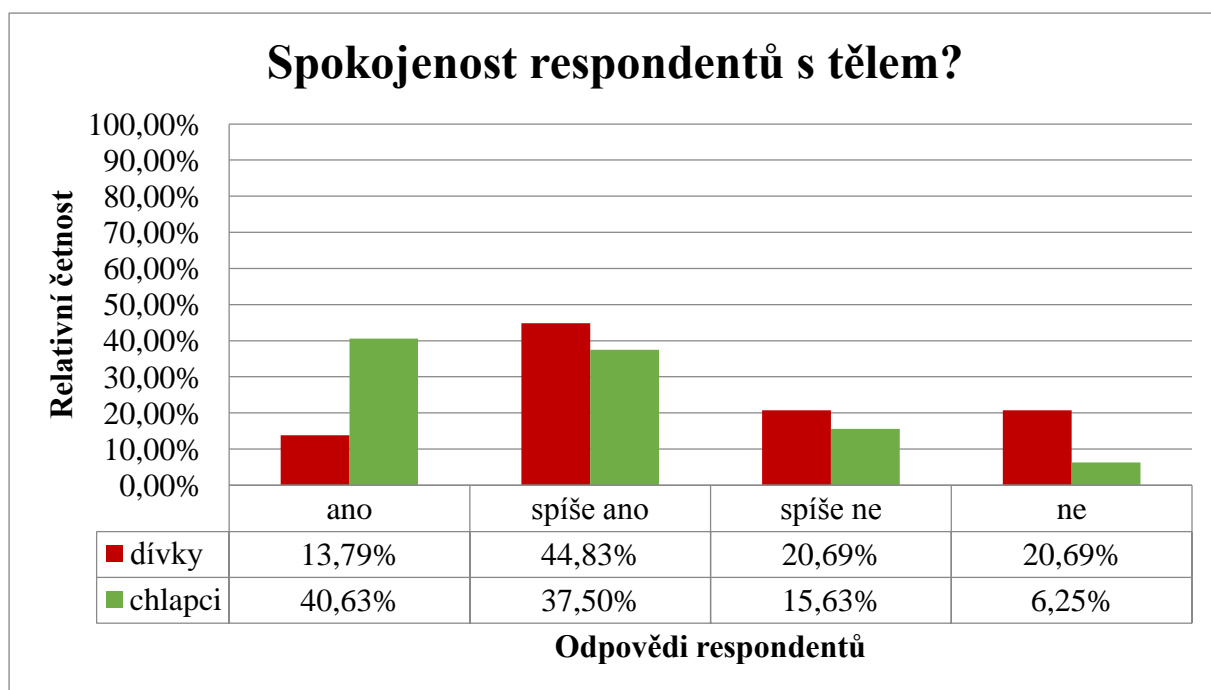
Otázka č. 18 Jste spokojen(a) se svou váhou?



Obrázek 18 Spokojenost s váhou

Tento graf (obrázek 18) vyjadřuje spokojenost žáků a žákyň s jejich váhou. Na tomto grafu je vidět, jakým způsobem odpovídaly dívky a jak odpovídali chlapci. Spokojeno se svou váhou je 5 (17,24 %) dívek. Spíše spokojeno se svou váhou je 12 (41,38 %) dívek. Spíše nespokojeno se svou váhou je 6 (20,69 %) dívek. Není spokojeno se svou váhou uvedlo 6 (20,69 %) dívek. Spokojeno se svou váhou je 11 (34,38 %) chlapců. Polovina chlapců tedy 16 (50,00 %) chlapců je spíše spokojená se svou váhou. Spíše nespokojeno se svou váhou je 5 (15,63 %) chlapců. Žádný z chlapců (0,00 %) není nespokojen se svou váhou.

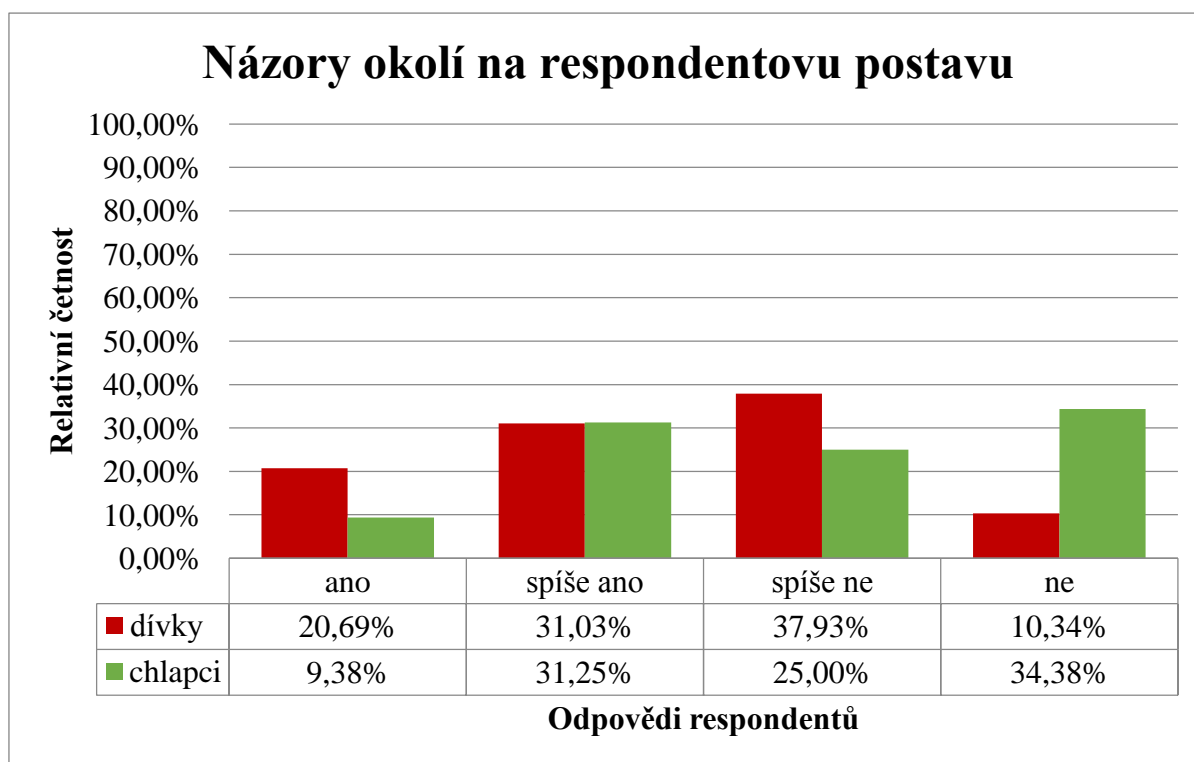
Otázka č. 19 Jste spokojen(a) se svým tělem?



Obrázek 19 Spokojenost s tělem

Tento graf (obrázek 19) znázorňuje, zda jsou žáci a žákyně spokojeni se svým tělem. Jsou zde patrné výsledky dívek i chlapců. Dívky se rozdělily podle odpovědí na čtyři skupiny. Spokojené se svým tělem jsou 4 (13,79 %) dívky. Spíše spokojené se svým tělem je 13 dívek (44,83 %). Spíše nespokojeno se svým tělem je 6 (20,69 %) dívek. Nespokojeno se svým tělem je 6 (20,69 %) dívek. Chlapci se stejně jako dívky rozdělili do čtyř skupin. Spokojeno se svým tělem je 13 (40,63 %) chlapců. Spíše spokojeno se svým tělem je 12 (37,50 %) chlapců. Spíše nespokojeno se svým tělem je 5 (15,63 %) chlapců. Dva (6,25 %) chlapci jsou nespokojeni se svým tělem.

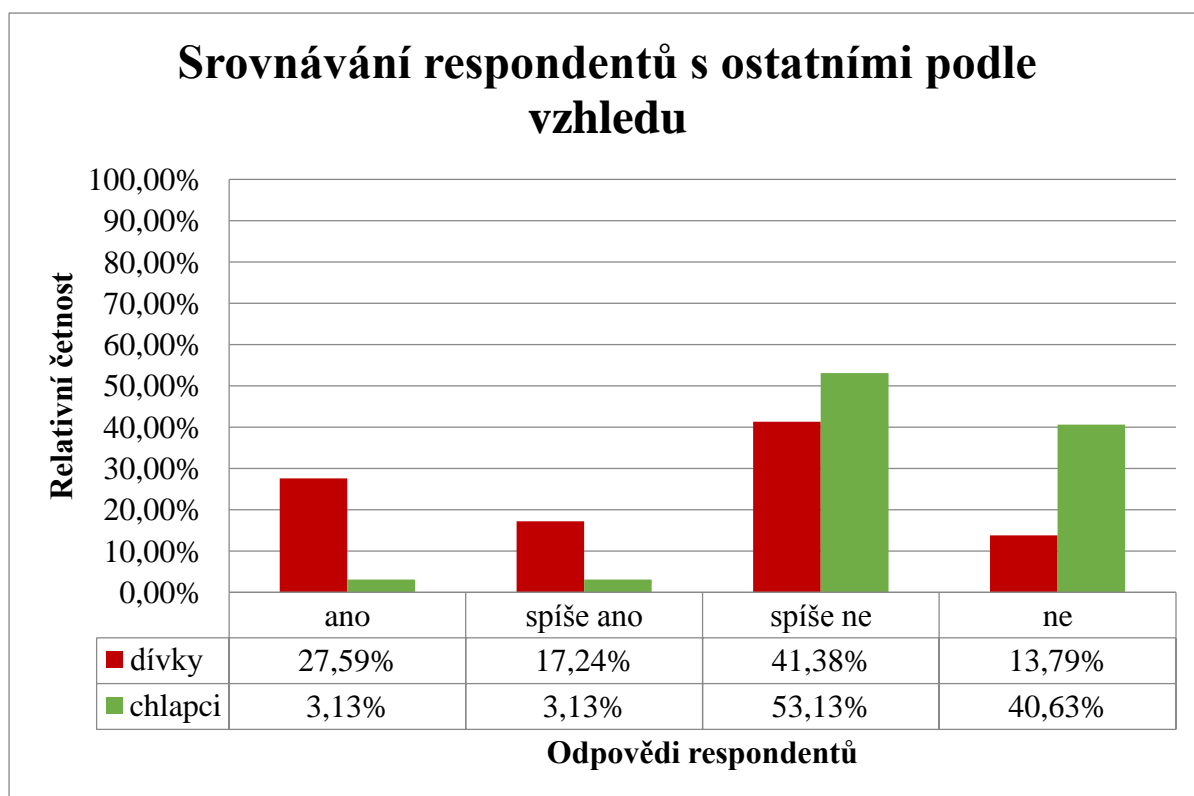
Otázka č. 20 Je pro vás důležité, co si myslí vaše okolí o vaší postavě?



Obrázek 20 Názory okolí na respondentovu postavu

Pomocí dvacáté dotazníkové otázky jsem zjišťovala, zda je pro žáky a žákyně důležité, co si myslí jejich okolí o jejich postavě. Pro 6 (20,69 %) dívek je důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 9 (31,03 %) dívek je spíše důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 11 (37,93 %) dívek je spíše nedůležité, co si myslí okolí o jejich postavě. 3 (10,34 %) dívky uvedly, že pro ně není důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 3 (9,83 %) chlapce je důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 10 (31,25 %) chlapců je spíše důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 8 (25,00 %) chlapců je spíše nedůležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 11 (34,38 %) chlapců není důležité, co si okolí myslí o jejich postavě.

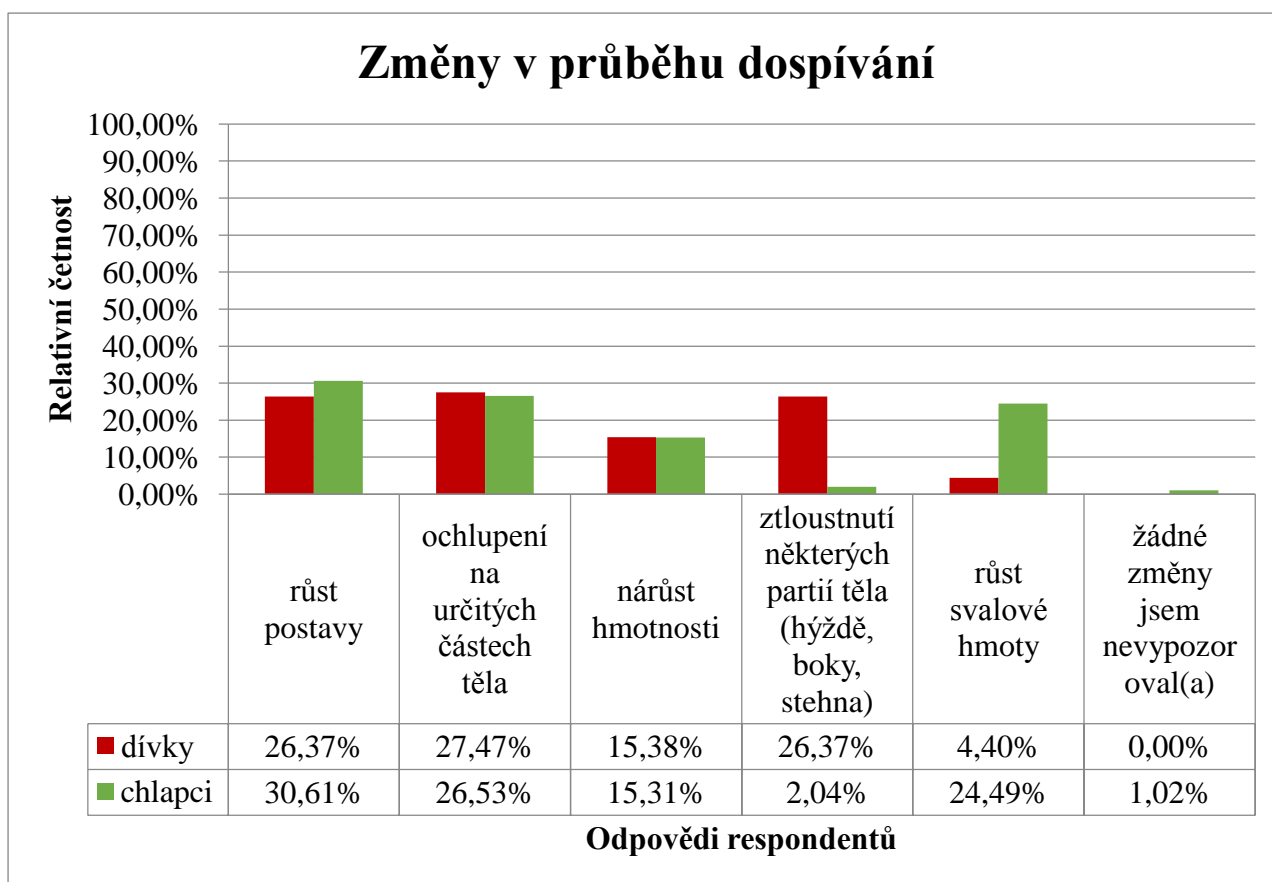
Otázka č. 21 Srovnáváte se s ostatními, jak vypadáte?



Obrázek 21Srovnávání s ostatními

Tento graf (obrázek 21) ukazuje, zda se žáci, žákyně srovnávají s ostatními, jak vypadají. Na tomto grafu je vidět, jak odpovídaly dívky a jak odpovídali chlapci. Srovnává se s ostatními, jak vypadá, 8 (27,59 %) dívek. Spíše se srovnává s ostatními 5 (17,24 %) dívek. Spíše se nesrovnává s ostatními 12 (41,38 %) dívek. Nesrovnávají se s ostatními 4 (13,79 %) dívky. Pouze jeden (3,13 %) chlapec se srovnává s ostatními. Jeden (3,13 %) chlapec se spíše srovnává s ostatními, jak vypadá. Spíše se nesrovnává s ostatními, jak vypadá, 17 (53,13 %) chlapců. Nesrovnává se s ostatními, jak vypadá, 13 (40,63 %) chlapců.

Otázka č. 22 Jaké změny jste vypořezoval(a) v průběhu dospívání?

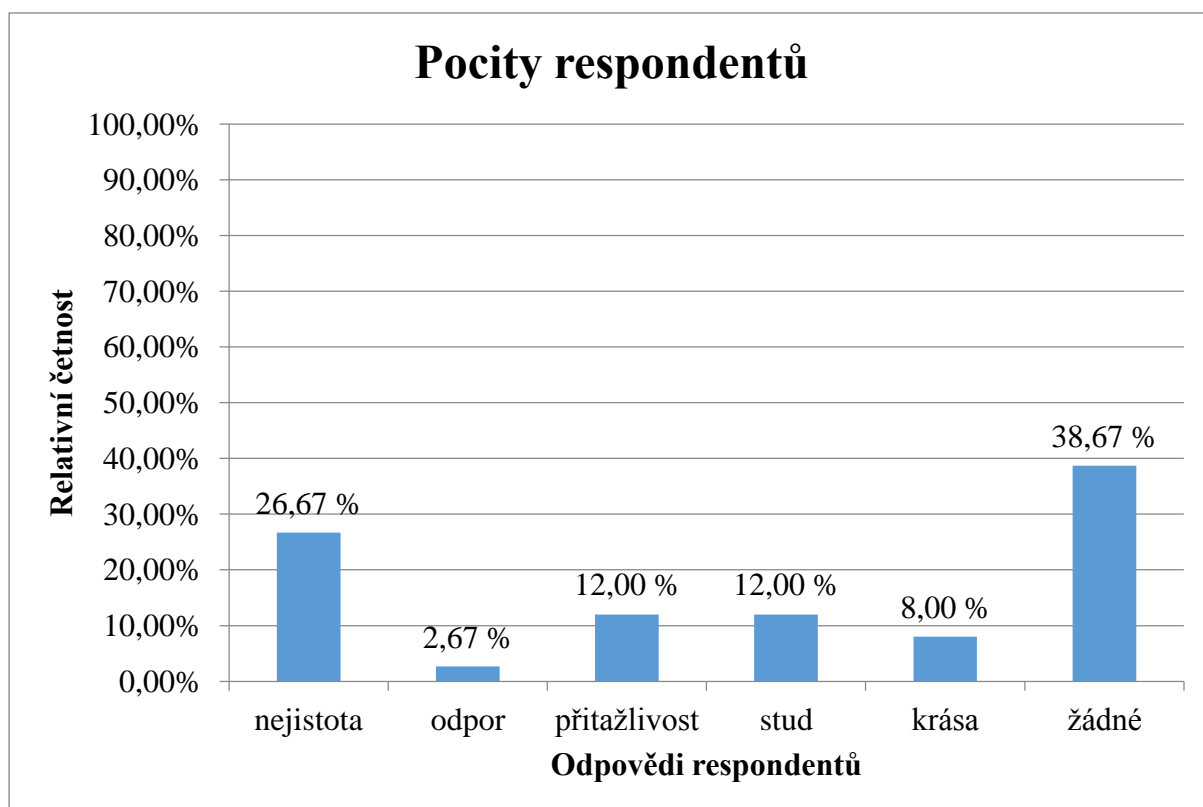


Obrázek 22 Změny v průběhu dospívání

Z tohoto grafu (obrázek 22) je zřejmé, jakých změn si žáci a žákyně všimli v průběhu dospívání. Tento graf ukazuje, jakým způsobem odpovídaly dívky a jak odpovídali chlapci. Žáci měli možnost odpovědět v této dotazníkové otázce více možností. Také jim byla nabídnuta možnost jiné odpovědi, kterou žádný respondent nevyužil. Absolutní četnost se vztahuje k počtu odpovědí, nikoliv k počtu respondentů. Ochlupení na určitých částech těla vypořezovalo průběhu dospívání 25 (27,47 %) dívek. Dívky vypořezovaly v průběhu dospívání růst postavy a ztloustnutí některých partií těla (hýždě, boky, stehna). Tyto dvě odpovědi zvolilo stejný počet dívek 24 (26,37 %) označilo růst postavy a 24 (26,37 %) ztloustnutí některých partií těla. Nárůst hmotnosti vypořezovalo 15 (15,38 %) dívek. Růstu svalové hmoty si všimly 4 (4,40 %) dívky. Žádná dívka (0,00 %) nevedla odpověď, že žádné změny nevypořezovala. Růst postavy v průběhu dospívání vypořezovalo 30 (30,61 %) chlapců. Ochlupení na určitých částech těla si všimlo 25 (26,53 %) chlapců. Nárůst hmotnosti vypořezovalo v průběhu dospívání 15 (15,31 %) chlapců. Dva (2,04 %) chlapci uvedli, že vypořezovali ztloustnutí některých partií těla (hýždě, boky, stehna). Jeden (1,02 %) chlapec uvedl, že si žádných změn v průběhu dospívání nevšimnul. Podle mého očekávání chlapci

často uváděli změny spojené s růstem svalové hmoty a děvčata si v průběhu svého dospívání zase všimla ztloustnutí některých partií těla (hýždě, boky, stehna).

Otázka č. 23 Jaké pocity ve vás tyto změny vyvolávají?



Obrázek 23 Pocity

Na tomto grafu (obrázek 23) je patrné, jaké pocity v respondentech vyvolávají změny spojené s dospíváním. Žáci měli možnost zvolit v této dotazníkové otázce více odpovědí. Absolutní četnost je vztažena k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů. Z grafu vyplývá, že nejvíce odpovídanou možností byla odpověď, že změny spojené s obdobím dospívání v respondentech nevyvolávají žádné pocity, což mě velmi překvapilo. Takto odpovědělo 29 (38,67 %) respondentů. Druhou nejčastěji odpovídanou možností byl pocit nejistoty. Tato možnost byla zvolena 20 (26,67 %) respondenty. Pocit studu a přitažlivosti odpovědělo stejné množství respondentů. Stud 9 (12,00 %) respondentů a přitažlivost 9 (12,00 %) respondentů. Pocit krásy uvedlo 6 (8,00 %) respondentů. Pocit odporu uvedli 2 (2,67 %) žáci.

7 DISKUZE

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se zabývala povědomím žáků o problematice poruch příjmu potravy, dále jsem se podrobněji zaměřila na problematiku mentální anorexie. Také jsem zjišťovala vztah žáků - jak dívek, tak chlapců - k vlastnímu tělu. V této části práce diskutuji nad dosaženými výsledky. V diskuzi jsem se pokusila porovnat výsledky získané z dotazníkového šetření s jinými výzkumy a odbornou literaturou. Také bude odpovězeno na předem stanovené výzkumné otázky.

Pro porovnání jsem nenalezla výzkum, který by se přesně zaměřoval na výzkumný vzorek žáků 9. tříd, proto jsem srovnávala výsledky s výzkumem, kde jsou vzorkem respondentů žáci střední školy. Pro srovnání s výsledky výzkumu jsem také použila kvalitativní výzkum, který zkoumal přímo pacientky trpící mentální anorexií, které se pohybovaly ve věku od 15 do 18 let.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké mají žáci povědomí o problematice mentální anorexie?

K této výzkumné otázce se vztahovalo celkem 11 dotazníkových otázek. Konkrétně se jednalo o otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16.

Podle publikace Krcha (2010) patří mentální anorexie mezi poruchy příjmu potravy. Správnou definici dle této publikace, která byla vložena v dotazníku, dokázalo odpověď 56 (91,80 %) respondentů.

Nejvíce informací se respondenti dozvěděli ze školy. Tuto odpověď označilo 47 (77,05 %) respondentů. Odlišného výsledku dosáhla ve své bakalářské práci Ing. Jáglová (2013), jejíž práce nesla název Poruchy příjmu potravy v období dospívání. Její výzkumný vzorek zahrnoval 108 (100,00 %) respondentů. Na tuto otázku odpovídalo 94 respondentů, a to proto, že na předchozí otázku dopovědělo, že slyšelo o PPP. Ostatní označili, že o PPP neslyšeli, a tudíž na tuto otázku neodpovídali. Jako nejčastější informační zdroj o PPP označili respondenti internet, který uvedlo 61 respondentů. Od učitelů (tedy ze školy) se dozvědělo o PPP 40 odpovídajících. Internet jako nejčastější zisk informací o MA uvedlo v mém výzkumu pouze 8 (13,11 %) respondentů.

Povědomí žáků v oblasti důvodů vzniku MA dopadlo velmi pozitivně. Příjemně mě překvapilo, že všech 61 (62,24 %) respondentů označilo správnou odpověď, tedy že důvodem vzniku mentální anorexie jsou nářky na tělesný vzhled. Správná a často volená odpověď souhlasí i s prací Bürgerové (2007). Jelikož 5 z 8 odpovídajících pacientek trpících MA uvedlo v rozhovoru, že důvodem vzniku MA v jejich případě byly nářky na tělesný vzhled. Správnou odpověď, tedy problémy v rodině, jako důvod vzniku MA, uvedlo 31 (31,63 %) respondentů. Možnost jiné byla využita pouze ve třech případech. Je dobře, že se někteří respondenti neostýchali a vyjádřili svůj názor. Mezi odpovědi jiné patřily: problémy s láskou, tato odpověď byla zvolena celkem dvěma respondenty, a šikana. Právě jedny z těchto možných důvodů vedou ke vzniku MA a jsou popsány v publikaci Krcha (2010).

Podle Mahrové, Venglářové (2008) se častokrát MA vyskytuje u dívek procházejících obdobím dospívání a také u mladých žen. Ve vzácnějších případech postihuje pohlaví dospívajících a mladých mužů. Správnou odpověď, tedy že se může mentální anorexie týkat, jak dívek, tak chlapců, označilo celkem 48 (78,69 %) respondentů. Velice mě překvapilo, že správnou odpověď uvedlo více chlapců než dívek.

Podle Krcha (2008) se typicky začínají objevovat poruchy příjmu potravy v období adolescence, jelikož je to období, ve kterém si dospívající čím dál tím více a mnohdy i bolestivě uvědomují sami sebe. Machová, Kubátová a kol., (2015) uvádí, že MA začíná nejčastěji ve věku 12-18 let. Při zjišťování věkového období, ve kterém se nejčastěji MA objevuje, 60 (98,36 %) dotazovaných správně označilo věkovou kategorii osob procházející obdobím dospívání, tedy osoby mezi 10. až 20. rokem života, z čehož vyplývá, že všichni respondenti kromě jednoho znají věkovou kategorii osob, která je nečastěji ohrožena MA. Shodné výsledky ukazuje i výzkum Bürgerové (2007). Nejčastějším věkovým obdobím, kdy u pacientek propukla MA, bylo rozmezí mezi 12-16 lety.

Nejčastějšími a správně uváděnými odpověďmi v oblasti léčby MA byly odpovědi: jedná se o onemocnění, které je spojeno s rizikem smrti, a nemocný se těžko vypořádá s onemocněním bez pomoci psychologů. Obě možnosti byly označeny stejným počtem 53 (43,09 %) respondentů. Velice mě překvapilo, že pouhých 11 (8,94%) respondentů uvedlo správné tvrzení, že se jedná o onemocnění, které se léčí za pomoci léků. Jelikož by neměla být podle Papežové (2010) farmakoterapie v léčbě MA první volenou metodou, nepovažuji tento výsledek za špatný. K podobnému výsledku došla i Ing. Jáglová (2013) v bakalářské práci.

Nemocný se s PPP jen těžko vypořádá bez pomoci odborníků, uvedlo správně 70 respondentů.

Podle Rokyty (2015) mentální bulimie sdílí společně s MA velké množství klinických vlastností. Většinou se MB rozvíjí z MA. Z výsledků je tedy patrné, že ne všichni respondenti znají, s jakým onemocněním bývá MA spojená. Správnou odpověď uvedlo 49 (80,33 %) respondentů.

Podle Carr-Gregga (2012) je pacientka s MA hubená osoba či osoba, která neuspokojivě přibývá na váze. Tento fakt si nemocná osoba způsobuje hladověním. Výsledky výzkumu souhlasí s tvrzením odborné literatury. Jelikož většina respondentů pozná osobu s MA nejčastěji podle nezvykle hubeného těla. Toto správné tvrzení uvedlo 59 (37,58 %) respondentů.

Většina respondentů se necítí být ohrožena MA. Takto odpovědělo 52 (85,25 %) respondentů. Ing. Jáglová (2013) došla ve své práci k podobnému závěru. V její práci, která zjišťovala, zda mají respondenti sklony k PPP, je většina respondentů (92 %) přesvědčena o tom, že nemá nebo spíše nemá sklony k těmto poruchám.

Domnívala jsem se, že více děvčata než chlapci budou znát ze svého okolí osobu trpící MA. Mou domněnku potvrdil výsledek výzkumného šetření. Více jak polovina dívek, tedy 16 (55,17 %) dívek, uvedla, že zná ze svého okolí někoho, kdo trpí MA.

Na otázku, která zkoumala, jakým způsobem se pokusili pomoci žáci osobě s MA, mohli žáci zvolit více odpovědí. Většina žáků uvedla, že se neměla příležitost k pomoci. Tuto odpověď označilo 39 (54,93 %) respondentů. Překvapilo mě, že pouze 2 (2,28 %) žáci kontaktovali učitele. Velmi podobného výsledku dosáhla ve své práci i Ing. Jáglová (2013). V její práci také pouze 3 respondenti upozornili na daný problém učitele. Pro mě je to velmi zarážející zjištění, že žáci pohybující se ve školním prostředí by nekontaktovali učitele.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké mají žáci povědomí o problematice poruch příjmu potravy?

K druhé výzkumné otázce se vztahovaly celkem 4 dotazníkové otázky. Konkrétně se jednalo o otázky č. 1, 2, 3 a 4.

Na otázku, která zkoumala, zda nabízela škola žákům možnost přednášky na téma poruch příjmu potravy, více jak polovina dotazovaných uváděla, že jim škola poskytla možnost přednášky a zúčastnili se. Tuto odpověď označilo celkem 38 (62,30 %) respondentů. Zbylých

23 (37,70 %) žáků uvedlo, že si myslí, že jim škola tuto přednášku nenabídla. K odlišnému výsledku dospěla ve své práci Ing. Jáglová, která zkoumala, zda se respondenti během školní docházky zúčastnili přednášky na téma PPP. Více než polovina dotazovaných (57 %) se žádné přednášky ve školním prostředí neúčastnila.

Většina žáků na škále, pomocí které jsem se dotazovala, nakolik je pro ně důležité, aby z výuky získali více informací o problematice PPP, označila číslo 3. Toto číslo zvolilo 40 (65,57 %) respondentů. Lze tedy říci, že žáci toto téma vnímají neurálně. Nepovažují ho ani za nezbytně nutně zařaditelné téma do výuky a zároveň by nemělo být úplně podceňovaným tématem.

Podle Carr-Gregga (2012) je mentální bulimie porucha příjmu potravy charakterizovaná záchvatovitým přejídáním, po kterém následuje úmyslně vyvolávané zvracení a hladovění. K této správné definici MB se přiklonilo 54 (88,52 %) žáků z celkového počtu 61 respondentů. Je tedy zřejmé, že někteří žáci mají nedostatky ve znalostech definice mentální bulimie.

Podle publikace Machové, Kubátové a kol. (2015) se začíná obvykle bulimie projevovat v období pozdního dospívání a mladé dospělosti, tedy mezi 16 a 25 roky života. Správnou odpověď zvolilo pouze 10 (16,39 %) respondentů. Respondenti se naopak domnívají, že MB se nejčastěji začíná objevovat mezi 12. a 18. rokem. Tuto nesprávnou odpověď uvedlo 49 (80,33 %) žáků. Toto období je naopak typické pro osoby s MA, jak uvádí ve své publikaci Machová, Kubátová a kol. (2015). Jsem si však vědoma, že tato otázka byla pro respondenty náročnější a varianty odpovědi byly obtížné.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem dívky a chlapci vnímají své tělo?

Důraz na třetí výzkumnou otázku kladlo 7 dotazníkových otázek. Konkrétně se jednalo o otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22 a 23.

Výsledky výzkumu týkající se otázky vztahu štíhlé postavy a úspěchu ve společnosti mě velmi překvapily. Domnívala jsem se, že respondenti budou spíše odpovídat, že štíhlá postava ovlivňuje úspěch ve společnosti. Naopak bylo zjištěno, že 21 (34,43 %) respondentů se přiklání k odpovědi, že úspěch ve společnosti spíše nezávisí na štíhlé postavě. Stejný počet tedy 21 (34,43 %) respondentů uvedlo odpověď, že úspěch ve společnosti nezávisí na štíhlé postavě. Lze říci, že podle žáků štíhlá postava neovlivňuje úspěch ve společnosti. Výsledky z výzkumu se tedy neshodují s tvrzením literatury, jelikož podle Carr-Gregga (2012) velmi

mladí, především ženy, vnímají štíhlou postavu jako měřítko krásy. Štěstí, úspěch a sebeovládání se podle nich promítají právě do štíhlé postavy.

Otázka č. 18 vypovídá o tom, jak jsou žáci spokojeni se svou váhou. Spíše spokojeno nebo spokojeno je se svou váhou 44 (72,13 %) respondentů a spíše nespokojeno či nespokojeno je 17 (27,87 %) respondentů. Odlišného výsledku dosáhla ve své práci Ing. Jáglová (2013). V mém výzkumu jsou zřejmé větší rozdíly mezi těmi spokojenými a nespokojenými, kdežto v práci Ing. Jáglové tento rozdíl není tak znatelný. V jejím výzkumu je spokojeno nebo spíše spokojeno se svou váhou 53 % dotazovaných a nespokojeno nebo spíše nespokojeno je se svou váhou 47 % dotazovaných.

Na otázku, která byla zaměřena na spokojenost žáků s vlastním tělem, se nejvíce respondentů přiklonilo k odpovědi, že jsou spíše spokojeni se svým tělem. Tuto odpověď zvolilo celkem 25 (40,98 %) respondentů. Výsledky jsou podobné, jako u předchozí otázky, která zjišťovala spokojenost žáků s jejich váhou. Je zřejmé, že přece jen jsou žáci více spokojeni se svou váhou než se svým tělem. Spíše spokojeno nebo spokojeno je se svým tělem 42 (68,85 %) respondentů a spíše nespokojeno či nespokojeno je se svým tělem 19 (31,15 %) respondentů. K odlišnému závěru došla Ing. Jáglová (2013) ve své práci. Dotazovala se respondentů, zda jsou spokojeni s tím, jak vypadá jejich tělo. Dospěla k závěru, že 54 % respondentů je se svým tělem nespokojeno nebo spíše nespokojeno, zatímco 46 % je spokojeno nebo spíše spokojeno. Pokud se zaměřím na vyhodnocení výsledků podle pohlaví, pak je spíše nespokojeno či nespokojeno pouze 7 (21,88 %) chlapců z celkového počtu 32. U dívek je se svým tělem nespokojených pouze 6 (20,69 %) z celkového počtu 29. Ve své práci dospěla k odlišnému závěru Ing. Jáglová. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno se svým tělem je celkem 12 chlapců z celkového počtu 29 (41 %). U dívek je se svým tělem nespokojených 46 z celkového počtu 79, což představuje 58 % dotazovaných dívek.

Pomocí dvacáté dotazníkové otázky jsem zjišťovala, zda je pro respondenty důležité, co si myslí jejich okolí o jejich postavě. Výsledky chlapců byly podobně rozloženy. Z výsledků vyplývá, že pro 11 (34,38 %) chlapců není důležité, co si okolí myslí o jejich postavě, ale zároveň je pro 10 (31,25 %) chlapců je spíše důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Překvapily mě výsledky dívek. Pro 11 (37,93 %) dívek je spíše nedůležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Pro 9 (31,03 %) dívek je spíše důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. Domnívala jsem se, že pro více dívek bude důležité, co si myslí okolí o jejich postavě. V práci Bürgerové (2007), která se dotazovala dívek trpících MA, zda se objevily nářky na jejich

osobu. Z celkového počtu 8 odpovídajících dívek s MA 5 uvedlo, že se objevily narážky od spolužáků, kamarádů, přítele i ze strany rodiny. Podle publikace Sekota (2010) ve společnostech silného významu osobního dojmu v individuálních případech pak může významně mít vliv ve zvýšené míře nespokojenost především s váhou, s vlastním vzhledem, spojené s poznámkou rodičů či spolužáků, jako roznětka usilovné kontroly váhy v úsporném úsilí dokázat všem, že své tělo mám pod kontrolou. Většina žáků se nechtěla vyjádřit k pocitům, které v nich tělesné změny vyvolávají.

Podle Sedláčkové (2009) představuje tělesný vzhled hlavní část adolescentovy identity. Dospívající se v tomto období ve velké míře zajímají o své tělo. Tělo adolescenta je posuzováno ve vztahu k současnému standardu atraktivity. Také je tělo dospívajících srovnáváno s ostatními dospívajícími. Výsledky výzkumu ukazují odlišný výsledek, než uvádí odporná literatura. Při zjišťování, zda se žáci srovnávají s ostatními, jak vypadají, se nejvíce respondentů (dívek i chlapců) přiklonilo k odpovědi, že se spíše nesrovnávají s ostatními. Takto odpovědělo celkem 29 (47,54 %) žáků.

Mezi tělesné projevy dospívání podle Vágnerové (2012) patří: změna tělesných proporcí, růst postavy, funkce pohlavních orgánů, druhotné pohlavní znaky, sexuální život, apod.). Právě dotazníková otázka č. 22 se zabývala tím, které změny vyzorovali žáci v průběhu dospívání. Žáci si nejvíce všimli růstu postavy a ochlupení na určitých částech těla. Také je z výsledků výzkumného šetření otázky je pěkně vidět rozdíl ve vnímání tělesných změn u dívek a chlapců. Dívky si více všimly ztloustnutí některých partií těla (hýždě, boky, stehna) a chlapci si více všimli růstu svalové hmoty.

Poslední dotazníková otázka se soustředila na pocity dospívajících respondentů, vyvolané tělesnými změnami, které jsou uvedeny v předchozí dotazníkové otázce. Nejčastěji odpovídanou možností byla, že změny spojené s obdobím dospívání v respondentech nevyvolávají žádné pocity. Tuto odpověď uvedlo celkem 29 (38,67 %) respondentů. Tento výsledek si vysvětlují tím, že se jednalo o poslední dotazníkovou otázku a žákům se již nejspíše nechtělo tolik přemýšlet nebo opravdu nevěděli, jak mají na tuto otázku odpovědět. Podle Vágnerové (2012) proměny na tělesné stránce mohou vyvolávat v adolescentovi špatné a nepříjemné pocity. Dospívající má pocit, že by se těchto změn chtěl co nejrychleji zbavit či jejich rychlost alespoň zpomalit. V daném dospívajícím jedinci mohou tyto tělesné proměny vyvolávat pocity ztráty jistoty. K pocitu nejistoty, který popisuje ve své publikaci Vágnerová (2012), se přiklonilo celkem 20 (26,67 %) respondentů. Mezi další pocity spojené s tělesnými

změnami v průběhu dospívání patřily podle respondentů také pocity studu, přitažlivosti, krásy a také pocit odporu.

8 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla problematika mentální anorexie v období dospívání. Teoretická část byla zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy, podrobněji jsem se věnovala problematice mentální anorexie. Dále jsem se zabývala období dospívání, které je rizikovým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy. Na základě prostudované a uvedené odborné literatury byla zpracována teoretická část práce.

Ve výzkumné části byl vypracován přehled o výsledcích dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na zjištění povědomí žáků 9. tříd základní školy o poruchách příjmu potravy zvláště o problematice mentální anorexie. Také jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jakým způsobem vnímají žáci své tělo. Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Došla jsem k cíli, který byl splněn. Pomocí výzkumného šetření jsem zjistila, že žáci základní školy jsou dobře informovaní o problematice poruch příjmu potravy. Nejčastějším zdrojem informací o této problematice je pro ně především škola, jelikož tato problematika PPP je obsahem jejich předmětu, který nese název výchova ke zdraví. Žáci také dokázali správně přiřadit definici, jak k mentální anorexii, tak i k mentální bulimii. Znali a orientovali se ve variantách léčby MA. Jsou si velmi dobře vědomi toho, že je to onemocnění, které postihuje především osoby v adolescentním věku, tedy i je samotné. Obecně jsou si vědomi toho, že rizikovým obdobím pro vznik PPP je období dospívání, ale jak ukázal výzkum, sami se necítí být těmito poruchami ohroženi. Hůře si však žáci dovedou představit období, ve kterém se začíná nejčastěji objevovat MB. Období vzniku zaměňují s obdobím MA. Nepokládám tento výsledek za špatný, jelikož jsem si vědoma, že otázka byla pro žáky těžší i s obtížnými variantami odpovědí. Oblast spokojenosti žáků a žákyň s jejich tělem mě překvapila. Domnívala jsem se, že žáci budou ke svému tělu kritičtější. Zjistila jsem, že žáci i žákyň jsou spíše spokojeni se svou váhou. Dále z dotazníkového šetření vyplývá, že jsou žáci spokojeni se svým tělem a žákyň jsou spíše spokojené se svým tělem. Většina žáků se nechtěla vyjádřit k pocitům, které v nich tělesné změny vyvolávají. Z výsledků výzkumu vnímám, že žáci mají spojené své dospívající tělo s pocitem nejistoty. Způsob, jakým žáci vnímají své tělo, mají žáci spojený s pocitem nejistoty.

Mentální anorexie je onemocnění, se kterým se potýkají jak dívky, tak chlapci. Přichází nejčastěji v období velkých změn, které se v člověku odehrávají, jak psychických, tak tělesných změn. Tyto změny jsou typické právě pro období adolescence. Proto jsem se zaměřila na žáky 9. tříd, kteří tímto obdobím nyní procházejí. Zajímalo mě, jaké pocity v nich

vyvolávají změny, které s sebou přináší období dospívání a zda jsou spokojeni s tím, jak vypadá jejich tělo.

Tato práce mapuje pouze tři třídy žáků, kteří se nacházejí v 9. třídě. Výsledky výzkumu nelze tedy použít na ostatní žáky jiných tříd či škol. Rozdíly jsou dány složením žáků ve třídách a také jejich pohlavím. Zajímavé by bylo zaměřit se a zkusit porovnat povědomí o problematice mentální anorexie u žáků v jiných školách a žáků, kteří procházejí jiným věkovým obdobím dospívání. Například zachytit rozdíly v povědomí a spokojenosti žáků, kterým je 13 let a 18 let.

Práce pro mě jako pro studenta oboru zdravotně-sociální pracovník byla přínosná. Uvědomila jsem si, že žáci, kteří procházejí obdobím dospívání, mohou být ohroženi vznikem poruch příjmu potravy. Profese zdravotně-sociálního pracovníka může být uplatnitelná a užitečná v nemocnicích či psychiatrických léčebnách, kde se mohou tito pacienti s poruchami příjmu potravy vyskytovat. Věřím, že informace v oblasti PPP mi budou v práci s osobami trpícími PPP užitečné.

9 POUŽITÁ LITERATURA

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

GEISLEROVÁ, Eli. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR.* Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, 2012. ISBN 9788087449028.

FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita.* 1., vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.

FENNELL, Melanie J. V. *Jak překonat nízké sebevědomí: osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3991-5.

FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče.* Praha: Grada, 2007. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1622-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence.* Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé?) anorektičky: anorexie a jak se s ní vyrovnat.* V Praze: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-335-1.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David. *Mentální anorexie.* 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.

LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu.* Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-79-3.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví.* 2., aktualizované vyd. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie.* Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka.* Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2685-4.

SEKOT, Aleš. *Úvod do sociální patologie.* Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5261-1.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807367-778-7.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Jak přežít svou vlastní pubertu: i s učiteli a rodiči.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5395-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

JÁGLOVÁ, Štěpánka. *Poruchy příjmu potravy v období dospívání* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: http://theses.cz/id/3curby/PORUCHY_PJMU_POTRAVY_V_OBDOB_DOSPVN.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

BÜRGEROVÁ, Michaela. *Vliv společnosti na vznik mentální anorexie* [online]. České Budějovice, 2007 [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: http://theses.cz/id/p5ysak/downloadPraceContent_adipIdno_7067. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Použitý dotazník</i>	76
---	----

Příloha A – Použitý dotazník

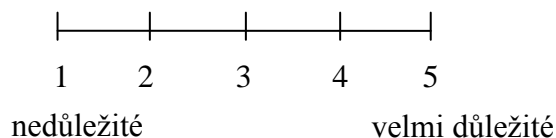
Milí žáci,
jmenuji se Petra Machová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií, obor Zdravotně-sociální pracovník. Žádám vás o vyplnění dotazníku. Napište prosím na dotazník své jméno. Výsledky dotazníku budou určeny pro zpracování výzkumné části v mé bakalářské práci. Tímto dotazníkem bych ráda zjistila, zda mají žáci 9. tříd povědomí a problematice poruch příjmu potravy. Děkuji za váš čas a za vaše odpovědi.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: zakroužkujte prosím jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.

1. Nabízela vám škola možnost přednášky na téma poruchy příjmu potravy?

- a) ano, zúčastnil(a) jsem se
- b) ano nabízela, ale nezúčastnil(a) jsem se
- c) nevím

2. Zakroužkujte na škále na kolik je pro vás důležité, abyste z výuky získal(a) více informací o poruchách příjmu potravy?



3. Co je podle vás mentální bulimie?

- a) porucha zažívání
- b) porucha příjmu potravy, charakterizovaná záchvatovitým přejídáním, po kterém následuje úmyslně vyvolávané zvracení a hladovění
- c) porucha nálady
- d) neumím odpovědět

4. V jakém věkovém období mentální bulimie nejčastěji začíná?

- a) mezi 16. a 25. rokem
- b) mezi 12. a 18. rokem
- c) nevím

5. Která porucha příjmu potravy se v České republice podle vás vyskytuje častěji?

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie
- c) nevím

6. Co je podle vás mentální anorexie?

- a) porucha nálady
- b) porucha příjmu potravy
- c) porucha zažívání
- d) duševní zaostalost
- e) neumím odpovědět

7. Odkud jste se dozvěděl(a) nejvíce informací o problematice mentální anorexie?

- a) ve škole
- b) od příbuzných
- c) od kamarádů
- d) od lékaře
- e) na internetu
- f) v médiích

8. Které důvody podle vás vedou ke vzniku mentální anorexie? (možnost více odpovědí)

- a) narážky na tělesný vzhled
- b) nadměrná chuť k jídlu
- c) problémy v rodině
- d) jiné (prosím vypište).....

9. Jaké pohlaví postihuje mentální anorexie?

- a) dívky a chlapce
- b) pouze dívky
- c) pouze chlapce

10. Která věková kategorie osob je nejčastěji ohrožena mentální anorexií?

- a) 3 až 6 let
- b) 7 až 10 let
- c) 10 až 20 let
- d) 60 až 70 let
- e) nevím

11. Která z tvrzení o léčbě mentální anorexie jsou správná? (možnost více odpovědí)

- a) jedná se o onemocnění, které se léčí za pomoci léků
- b) nemocný se může s onemocněním vypořádat pouze pomocí sportu
- c) nemocný se s onemocněním vypořádá sám
- d) jedná se o onemocnění, které je spojené s rizikem smrti
- e) nemocný se těžko vypořádá s onemocněním bez pomoci psychologů
- f) nevím

12. S jakým onemocněním bývá nejčastěji mentální anorexie spojená?

- a) cukrovka
- b) mentální bulimie
- c) angína
- d) nevím

13. Jak poznáte osobu s mentální anorexií? (možnost více odpovědí)

- a) dotyčný se snaží hladovět
- b) je nezvykle hubený
- c) rád se stravuje v přítomnosti ostatních lidí
- d) má obavu z tloušťky
- e) nerad při stravování podvádí
- f) při jídle se rád srovnává s ostatními
- g) má dobrou náladu

14. Cítíte se být ohrožen(a) mentální anorexií?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokáži posoudit

15. Znáte někoho z vašeho okolí, kdo trpí mentální anorexií?

- a) ano
- b) ne

16. Jakým způsobem jste pomohl(a) osobě s mentální anorexií? (možnost více odpovědí)

- a) kontaktoval(a) jsem učitele
- b) kontaktoval(a) jsem rodinu nemocné osoby
- c) promluvil(a) jsem si s danou osobou o její nemoci
- d) nedělal(a) jsem nic, není to můj problém
- e) neměl(a) jsem příležitost k pomoci

17. Myslíte si, že úspěch ve společnosti závisí na štíhlé postavě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nedokáži posoudit

18. Jste spokojen(a) se svou váhou?

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

19. Jste spokojen(a) se svým tělem?

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

20. Je pro vás důležité, co si myslí vaše okolí o vaší postavě?

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

21. Srovnáváte se s ostatními, jak vypadáte?

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

22. Jaké změny jste na svém těle vyzoroval(a) v průběhu dospívání? (možnost více odpovědí)

- a) růst postavy
- b) ochlupení na určitých částech těla
- c) nárůst hmotnosti
- d) ztloustnutí některých partií (hýždě, boky, stehna)
- e) růst svalové hmoty
- f) žádné změny jsem nevyzoroval(a)
- g) jiné (prosím vypište).....

23. Jaké pocity ve vás tyto změny vyvolávají? (možnost více odpovědí)

- a) nejistota
- b) odpor
- c) přitažlivost
- d) stud
- e) krása
- f) žádné

24. Jaké je vaše pohlaví?

- a) chlapec
- b) dívka

25. Kolik je vám let?

- a) 14
- b) 15
- c) 16