Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Rizikové faktory poruch příjmu potravy u dospívajících dívek

Kristýna Špásová

Bakalářská práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Akademický rok: **2007/2008**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna ŠPÁSOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Rizikové faktory poruch příjmu potravy u dospívajících dívek**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky poruch příjmu potravy.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
4. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **30 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

2. KRCH, F. a kol. Poruchy příjmu potravy. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

3. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 1. vyd., Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

4. KURZOVÁ, H.; HONZÁK, R.; KROMBHOLZ, J. Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0532-5.

5. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetřovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. června 2008**

prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.

Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

SOUHRN A KLÍČOVÁ SLOVA

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, mentální anorexií a mentální bulimií. Klade důraz především na rizikové faktory těchto dvou závažných a stále se častěji vyskytujících onemocnění. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části se můžete dočíst o příčinách, příznacích, průběhu, prognóze, důsledcích a možnostech léčby mentální anorexie a mentální bulimie.

V praktické části je analyzován dotazník, který dívky vyplnily. Výsledky jsou prezentovány ve formě tabulek a grafů.

KLÍČOVÁ SLOVA

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, adolescence, rizikové jídelní chování

TITTLE

Risk factors of disorders of food - intake concerning teenage girls.

ABSTRACT

This Bachelor thesis deals with a problematic issue of food - intake disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa. It mainly puts an emphasis on risk factors of these two illnesses abounding the longer the more. The thesis contains one theoretical and one practical part.

You can read about causes, symptoms, process, prognosis, consequences and possibilities of curing anorexia nervosa and bulimia nervosa in this theoretical part.

In this practical part a questionnaire is analyzed filled in by girls. The results are presented in summary sheets.

KEYWORDS

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, risk behaviour of eating

OBSAH

Úvod....7
Cíle práce....8
I. Teoretická část....9
1. Poruchy příjmu potravy....9
2. Mentální anorexie....10
2.1 Definice MA....10
2.2 Diagnostická kritéria MA....10
2.3 Průběh MA....11
2.4 Varovné příznaky MA....12
2.5 Rizikové faktory MA....13
2.5.1 Biologické faktory....15
2.5.2 Osobnostní a psychologické faktory....15
2.5.3 Společensko- kulturní faktory....15
2.5.4 Postoj k vlastnímu tělu....16
2.5.5 Životní události....16
2.5.6 Hladovění a pokles hmotnosti jako centrum života....16
2.5.7 Vliv rodiny....17
2.6 Důsledky MA....18
2.7 Prognóza MA....19
3. Mentální bulimie....19
3.1 Definice MB....19
3.2 Diagnostická kritéria a příznaky MB....20
3.2.1 Zvracení a projímadla....20
3.2.2 Dietní prášky a diuretika....20
3.3 Rizikové faktory MB....20
3.3.1 Osobnostní a psychologické faktory....21
3.3.2 Závislost na psychoaktivních látkách....21
3.3.3 Životní události....21
3.3.4 Vliv rodiny....21
3.4 Důsledky MB....21
4. Léčba mentální anorexie a mentální bulimie....22
4.1 Rozhovor s blízkým....22

4.2 Psychoterapie 22
4.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie 22
4.2.2 Psychoanalytická a dynamická psychoterapie 23
4.2.3 Rodinné poradenství 23
4.2.4 Skupinová terapie 23
4.3 Nutriční specialista 23
4.4 Farmakoterapie 23
4.5 Hospitalizace 23
II Praktická část 24
5 Hypotézy 24
6 Metodika výzkumu 25
7 Analýza zjištěných výsledků 26
Diskuze 50
Závěr 53
Soupis bibliografických citací 55
Přílohy 57

Úvod

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie, jsou v současnosti jedny z nejdůležitějších a hlavně nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. V poslední době se tato dvě zákeřná onemocnění vyskytují i u mladších děvčat nebo naopak u žen středního věku. Výjimkou však nejsou ani muži, i když je jejich počet ve srovnání s ženami mnohem menší. Právě proto jsem se rozhodla psát tuto bakalářskou práci v ženském rodě a dotazníky rozdávat dospívajícím dívkám z nejohroženější skupiny, tj. ve věku 12-13 let (dívky ze ZŠ) a 17-18 let (dívky ze SŠ).

Toto téma jsem si zvolila zejména kvůli zvyšujícímu se počtu těchto onemocnění. Dnešní společnost a kultura preferuje především ženy štíhlé a sebevědomé. Mladé dívky jsou tak vystavovány stále většímu tlaku sdělovacích prostředků (televize, časopisy, reklamy, módní průmysl), které neustále přesvědčují, že krása a štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Také okolí děvčat, například narážky na jejich postavu, mohou výrazně ovlivnit vztah dívky ke svému tělu.

Lidé, trpící těmito poruchami příjmu potravy, jsou nespokojeni se svým tělem, mají strach, že ztloustnou, neustále si hlídají svou tělesnou hmotnost, drží přísné diety a ve většině případů se vidí mnohem hůře, než je tomu ve skutečnosti. Tato onemocnění však s sebou přinášejí různorodé problémy, těžké následky a v nejhorších případech i smrt, což si dívky často neuvědomují nebo si to nechtějí připustit. Tento přístup se může změnit v případě, když si samy uvědomí, že onemocnění se týká přímo jich. Dívky se pak mohou chtít vyléčit, což je ovšem v pokročilém stádiu velmi obtížné, ale také se jejich postoj nemusí změnit vůbec a mohou si nadále myslet, jak jsou tlusté.

V této práci bych chtěla především zjistit, jaké mohou být rizikové faktory právě těchto dvou onemocnění. Například osobnost dívky a její postoj k vlastnímu tělu, společensko-kulturní faktory, rodina, ve které dívka vyrůstá nebo těžké životní události.

Dívky, které se zúčastnily tohoto výzkumu však nejsou přímo anorektičky nebo bulimičky, ale úplně náhodně vybraná děvčata ze základních a středních škol. Ani u jedné z nich nebudu samozřejmě přímo diagnostikovat onemocnění mentální anorexie nebo mentální bulimie, ale chtěla bych jen vytipovat, které dívky mají k těmto poruchám příjmu potravy větší sklony. Dále bych také chtěla zjistit všeobecně jejich jídelní postoje a návyky, jestli drží dívky nějaké diety, jestli vynechávají některá jídla a nebo využívají přímo „praktiky“ anorektiček a bulimiček, jako je například zvracení, užívání projímadel a jiné metody.

Cíle práce

1. Cílem mé bakalářské práce je shrnout problematiku poruch příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie.
2. Chtěla bych se zaměřit především na rizikové faktory těchto dvou onemocnění.
3. Dále bych ráda zjistila rizikové faktory chování a jídelní návyky dívek ze základních a středních škol.

I. Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy

Příjem potravy patří k základním potřebám člověka. Je řízen činností center v mozku, která jsou aktivována pocitem hladu nebo naopak inhibována pocitem sytosti. Dva patologické procesy jsou přejídání s následnou obezitou a odmítání jídla s následnou poruchou příjmu potravy. Nedostatečnou výživou trpí například oblasti Afriky, Asie a Jižní Ameriky, dále zanedbané malé děti a staří lidé. Zdravá výživa by proto měla být v rovnováze příjmu a výdeje energie.

Podkladem správné výživy je dodat organismu potřebné množství živin, tedy tuků, cukrů, bílkovin, vitamínů, minerálů a vody. Tyto složky se musí podávat v přiměřené potřebě organismu a ve vhodných časových intervalech. Pokud se tyto zásady nedodrží, může se nesprávná výživa stát zdraví škodlivou.

Poruchy příjmu potravy se objevují převážně u dospívajících dívek. Projevují se poruchami myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Dívky jsou přehnaně zaujaté jídlem, jídlo je pro ně nejčastějším předmětem jejich myšlenek, neustále kontrolují co jedí. Příčinou jsou vlivy biologické, psychologické, sociální a kulturní. V dnešní moderní době výskyt těchto onemocnění stoupá (tab. 1). Nemoc se často vrací nebo přechází do chronického stádia.

Patří sem především mentální anorexie (MA), která je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, z důvodu strachu z tloušťky. Dívky nejdříve jídlo odmítají i přes trvající chuť k jídlu, později však dochází i ke ztrátě chuti k jídlu.

Dále jde o mentální bulimii (MB), která se projevuje konzumací velkého množství jídla s následným zvracením, užíváním projímadel, diuretik nebo držením diety a cvičením. Narozdíl od anorektiček bývá u bulimiček zachována normální váha a dívky si své chování uvědomují.

Často může jít i o kombinaci těchto dvou onemocnění, například mnoho bulimiček mělo nejdříve problémy s anorexií, ale protože nevydržely dlouho bez jídla, staly se z nich bulimičky. Dále mohou tato onemocnění vznikat sekundárně, nejčastěji u afektivních poruch. Obě poruchy se často rozvíjí pomalu a nenápadně. (6, 7, 12, 13)

Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie hospitalizovaných v ČR (informace ze statistického odboru MZ ČR). Uvedeno v knize F.D.Krcha. (6- str. 52)

Tab. 1 Výskyt MA a MB

	Mentální anorexie			**Mentální bulimie**		
Rok	***ženy***	***muži***	***celkem***	***ženy***	***muži***	***celkem***
1985	91	4	95	10	0	10
1989	122	13	135	15	3	18
1991	146	11	157	19	2	21
1994	164	10	174	88	4	92
1996	246	10	256	143	3	146
1998	577	24	601	206	11	217
2000	545	32	577	228	4	232

2. Mentální anorexie

2.1 Definice MA

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Tato definice však může být zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.). Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají, a uvádějí různé důvody, proč jíst nemohou. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. (6- str. 16)

Anorektičky mají i jiné problémy a starosti než je vzhled a tělesná hmotnost. Mají pocit, že nedokáží zvládat vlastní život a proto jsou zaměřené na svoje tělo, které jim připadá jako jediné pod kontrolou. Mentální anorexie je tedy nejen závažným lékařským, ale i psychologickým problémem. (3, 11)

2.2 Diagnostická kritéria MA

Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo je BMI 17,5 a méně (6- str. 16). Snížení hmotnosti si způsobuje dívka sama tím, že odmítá stravu, drží diety, nadměrně cvičí nebo užívá jiné metody, jako je vynucené zvracení, užívání projímadel, anorektik či diuretik. Dívka má neustálý strach z toho, že ztloustne, má zkreslenou představu o vlastním těle, myslí si, že je tlustá, přitom bývá většinou BMI v normě nebo dokonce nižší. Dále mají také pocit, že jídlo ovládá celý jejich život, jídlo

považují za velkého nepřítele. Pocit hladu je pro ně dobrým znamením, protože si myslí, že nepřibývají na váze.

V pokročilých fázích se objevují i endokrinní poruchy, u žen především amenorhea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence. Pokud se onemocnění vyskytne ještě před pubertou, pak projevy puberty zbrzdí nebo zcela zastaví.

Dívky získají pocit nadřazenosti, statečnosti a odhodlání. Mají pocit, že konečně něčeho dosáhnou, že umí ovládat své tělo a že jim každý závidí. Zároveň se také stávají středem pozornosti díky strachu rodiny o ně. Na druhou stranu se začnou izolovat a stranit se ostatním, odmítají schůzky, rodinné oslavy a školní povinnosti nejen proto, že je příliš zaměstnává jídlo a diety, ale také kvůli fyzické vyčerpanosti.

Při stravování krájí jídlo na malé kousíčky, počítají sousta, chodí při jídle, aby měly pocit, že jsou neustále v pohybu, a že při jídle tolik neztloustnou. (5, 7, 8, 11)

BMI= Body Mass Index

BMI vychází z anglického výrazu Body Mass Index, neboli index tělesné hmotnosti. BMI je poměr mezi výškou a hmotností člověka (hmotnost v kg : výška v m^2). BMI může ukázat či naznačit vznikající problém s nadváhou, obezitou nebo naopak s podváhou.

Hodnoty BMI do 20 mluví o podváze. Je zde vysoké riziko různých onemocnění a zdravotních komplikací. Rozmezí 20-25 je ideální BMI. Riziko zdravotních komplikací je tedy minimální. BMI 25-30 značí mírnou nadváhu, která může lehce ovlivnit zdraví. Mírnou nadváhou trpí většina obyvatel naší země. Hodnota 30-40 je příliš vysoká, mluví se zde o obezitě, která přináší vysoká zdravotní rizika, zejména onemocnění kardiovaskulárního systému, diabetes a jiné komplikace. BMI nad 40 značí těžkou obezitu spojenou s rizikem selhání některých orgánů. (18)

2.3 Průběh MA

Období puberty, kdy se mentální anorexie nejčastěji objevuje, je pro dívku se sklony k anorexii stejně obtížné jako pro každého jiného dospívajícího. Objevují se sekundární pohlavní znaky a dochází k hormonálním změnám. Dospívající má tendenci odloučit se od své rodiny a být více se svými vrstevníky.

U dívek se většinou začne měnit způsob stravování. Omezují se v jídle, především ve sladkém a tučném, zajímají se o zdravou výživu, znají kalorický obsah potravin, někdy mohou omezit i tekutiny nebo naopak začít více pít, aby zahnaly hlad z nedostatku stravy.

Podle některých autorů vzrůstá riziko poruch příjmu potravy v souvislosti s držením diet až osmkrát. Dále začnou zvyšovat fyzickou aktivitu, nadměrně cvičí, brzy vstávají a pracují. Dívky se často váží, pozorují se v zrcadle, měří si obvod pasu, boků, stehen a paží a s radostí pozorují každý úbytek.

Zpočátku je dívka většinou společenská a obdivována okolím, což jí dodává pocit sebedůvěry, postupem času však ztrácí energii z nedostatku jídla, objevuje se únava, vyčerpanost, uzavírání se do sebe, žije si svůj vlastní svět posedlý snižováním hmotnosti, stává se konfliktní, depresivní, nekomunikativní. Dívky odmítají lékaře, mají strach z hospitalizace na psychiatrii a rodičům vyhrožují, že nebudou jíst vůbec. V takové situaci je důležité a nutné vyhledat odborníka, dětského psychiatra nebo psychologa. (2, 6, 19)

Hana Papežová v knize Anorexia nervosa rozdělila chování nemocných s MA do 5 stádií. Ovšem každý člověk je individuální, proto některé dívky projdou všemi fázemi několikrát dokola, jiné neprojdou všemi fázemi vůbec.

V první fázi „popření“ dívku nenapadne, že je něco v nepořádku a tak nechce nic měnit. U druhé fáze zvané „úvahy“, dívka začíná přemýšlet o tom, že není něco v pořádku, začíná věnovat pozornost obtížím spojeným s jídlem a jídelním chováním. Zůstává však nerozhodná a nedělá aktivní kroky ke změně. Ve fázi „příprava“ si dívky mohou přát pomoc, ale nejsou si jisty, co se stane, když se jejich jídelní chování změní. Konečně ve čtvrté fázi, fáze „akce“, se snaží změnit své jídelní chování. Využijí nabídnutou pomoc, podporu a povzbuzení od druhých. V poslední, páté fázi „udržení“ pokračují v uzdravování a vyhýbají se návratu. (14- str. 21-22)

2.4 Varovné příznaky MA

Varovné příznaky jsou známky, které by nás měli varovat před nastávající či probíhající mentální anorexií. Patří mezi ně neobvyklý zájem o svou hmotnost, časté vážení, držení přísných diet, trvalé hubnutí, rozdělování potravin na dobré a špatné, vynechávání některých denních jídel, panický strach ze ztloustnutí, zkreslená představa o vlastním těle, pocit viny za jídlo, aktivita a nadměrné cvičení. Aby si v okolí nikdo nevšiml jejich hubnutí, oblékají si volné oblečení.

Dívky se vyhýbají přátelům a rodině, mají kolísavou náladu, jsou podrážděné, netrpělivé, plačtivé, unavené, trpí depresemi a úzkostnými stavy.

Menstruační cyklus se stane nepravidelným nebo vymizí úplně. (14, 17)

2.5 Rizikové faktory MA

Je důležité vědět, že neexistuje žádná specifická příčina anorexie jejíž odstranění by vedlo k vyléčení. Některé rizikové faktory jsou společné pro většinu poruch příjmu potravy, například zaměření na tělo, touha po štíhlosti, držení diet a usilovné cvičení. Jiné rizikové faktory se týkají konkrétních poruch (MA, MB), například vliv osobnostních rysů samotné pacientky či vliv její rodiny. Zajímavé a zároveň velmi důležité jsou také změny, které doprovázejí adolescenci, tedy období dospívání.

Adolescence je charakterizována jako vývojový přechod s významnými změnami v biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální oblasti.

Nejdříve dochází k hormonálním změnám. Hladina hormonů se obvykle začíná zvyšovat okolo osmi let, přičemž viditelné sekundární pohlavní znaky se objevují obvykle o čtyři až pět let později. V souvislosti s hormonálními změnami, se zvýšenou mírou egocentričnosti a vysokou potřebou sebehodnocení, dochází k emocionální labilitě. Ne vždy se však jedná o průběh bouřlivý a dramatický. To závisí na individuálních charakterových vlastnostech, kulturních a sociálních faktorech a na výchově. Problémy mají pak zejména ti dospívající, kteří vykazovali emoční labilitu již v dětství.

Vysoká míra konfliktů převažuje zejména u adolescentů s rizikovým chováním, kam řadíme například útěky z domova, vstup do náboženských sekt, nedokončení střední školy, konzumace drog a jiné. Naopak tam, kde toto rizikové chování není, ubývá i konfliktů mezi rodiči a dospívajícími. Při konfliktech potřebuje mít adolescent pocit, že může svobodně říct svůj názor, na který berou ostatní ohled. Na jedné straně může být sebeprosazování, ale na straně druhé citlivost a vstřícnost k druhým lidem a právě tyto dva procesy by měly být v rovnováze. Atmosféra vzájemné tolerance podporuje potřebu změny a sebezdokonalování. Dívky prožívají psychické potíže v souvislosti s pubertálními změnami narozdíl od chlapců intenzivněji a dlouhodoběji. Až ve střední a pozdní adolescenci dochází k vyšší stálosti a menší impulzivnosti a emocionální dráždivosti.

Pro dospívání je charakteristická zvýšená sebereflexe. Dospívající si uvědomuje sám sebe jako nositele nejrůznějších rolí a jako aktéra vlastního chování v různých situacích, zažívá zmatek nad vlastními pocity. S přibývajícími zkušenostmi dochází k sebehodnocení a introspekci.

V dospívání také dochází k utváření „ideálního já“. Obvykle s sebou nese chtěné já, tedy jaký by chtěl člověk sám být a požadované já, tedy jaký by měl být člověk podle druhých lidí. Ideální já je dále pak srovnáváno s reálným, což je ukazatelem sebepřijetí. Pokud je rozdíl

mezi ideálním a reálným já malý a změna je dosažitelná, vede člověka k motivaci. Pokud jsou však rozdíly velké, stává se tak často zdrojem nepříjemných pocitů, například zklamání ze sebe samého.

Dále je pro pubertu charakteristický zrychlený růst. Pro samotný začátek puberty dívek, například pro začátek ovulace a menstruace, je důležitá tzv. kritická tělesná hmotnost, tedy více než 20 % tělesného tuku. Ve věku 11-12 let se výška a váha mezi pohlavími příliš neliší, velké rozdíly však můžeme vidět okolo 18 let.

Pubertální změny mají větší vliv na sebehodnocení u dívek než u chlapců. Dívky mají nižší sebevědomí, více problémů ve škole, jsou náchylnější k rizikovému chování a méně si rozumí s rodiči. Dívky vnímají dospívání jako velký zásah do jejich života, například v souvislosti s menstruací. Chlapci naopak vnímají pubertu pozitivně, protože jim naroste svalová hmota, mají větší sílu a tím i výkon. Pokud chlapec dospívá ve srovnání s vrstevníky dříve, je to pro něho výhoda narozdíl od dívek. Příčinou jsou socio-kulturní faktory, které oceňují u dívek štíhlost a u chlapců sportovní postavu. Pro děvčata je důležité tzv. nízké torzo, tedy boky, stehna a hýždě, chlapci se orientují spíše na hrudník a ramena. Dívky si v dospívání přejí více zhubnout, oproti tomu kluci přibrat nebo zesílit. Pokud má dívka porušený vztah k vlastnímu tělu, trpí také zároveň poruchami celkového sebehodnocení, silnou potřebou sebekontroly a má ambivalentní hodnocení vlastního výkonu. Poruchy příjmu potravy souvisejí s problémy s identitou, s nechutí či neschopností zvládnout vývojové úkoly adolescence a se strachem z dospělosti.

Období dospívání je velmi citlivé pro rozvoj rizikového chování, kam patří nejen užívání drog, páchání trestné činnosti a sexuální rizikové chování, ale právě i poruchy příjmu potravy. Na takové chování má vliv rodinná atmosféra, názory a postoje obou rodičů. Rodiče totiž ovlivňují děti svým chováním a výchovou, jsou pro ně modelem chování. (4, 5, 8, 12)

Olmsted a Polivy (1983) podle klinického pozorování vytvořili škálu EDI (Eating Disorder Inventory), která umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpícího MA a MB. Patří sem nutkání být štíhlý, bulimie, tělesná nespokojenost, inefektivita (pocit nejistoty a bezcennosti), perfekcionismus, interpersonální nedůvěra, narušené interoreceptivní čití (snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích), strach před dospělostí, měřící asketismus (snaha o disciplínu a nadměrnou kontrolu zejména tělesných potřeb), impulzivní regulace (tendence k impulzivitě, závislostem a hostilitě), a sociální nejistota. (6- str. 74-75)

2.5.1 Biologické faktory

Většina autorů uvádí, že jsou postiženy především ženy a že se jejich věk pohybuje mezi 12 až 20 lety.

Mentální anorexie se vyskytuje více v rodinách, kde trpí někdo z rodiny depresemi, závislostmi, například u otce alkoholika či výskytem obezity. Na dívku také může negativně působit matka nebo starší sestra, která sama drží diety či usilovně cvičí.

Dalším rizikovým faktorem je ženské pohlaví, které je ohroženo z 95 % více než mužské.

Také hruškovitý typ těla, tedy s ukládáním tuku především na hýždích a stehnech je ohroženější.

Mentální anorexie začíná nejčastěji v období dospívání, kdy je dívka vystavena prudkým změnám, vyvíjí se po tělesné stránce, objevují se sekundární pohlavní znaky, z psychického hlediska dochází k hormonálním změnám a emocionální labilitě.

2.5.2 Osobnostní a psychologické faktory

Týkají se osobnostních rysů, zejména charakteru. Osobnostní rysy bývají odlišné u pacientek s mentální anorexií a bulimií.

Anorektičky bývají úzkostné, depresivní, uzavřené, zranitelné, perfekcionistické, soutěživé a zaměřené na výkon. Dodržují společenské normy a kontrolují své chování. Postrádají však fantazii, vynalézavost a mají nejasné své cíle. Anorektičky také nerady riskují a mají strach z nových věcí. Jejich velmi záporné vlastnosti jsou vztahovačnost, egocentrismus, hysterické chování a někdy i sebevražedné pokusy. Přesto chtějí být ve všem dokonalé, odpovědné, snaží se každému vyhovět, ale zároveň si nevěří a myslí si, že jsou k ničemu. Jediné, v čem si pak připadají být dobré je snižování hmotnosti držením diet nebo usilovným cvičením. Považují svoji poruchu jako odznak hrdosti a jediné čeho se obávají je, aby byly v jakékoliv společnosti právě ony „nejhubenější“.

2.5.3 Společensko- kulturní faktory

Na vzniku tohoto onemocnění se podílejí společenské vlivy, sdělovací prostředky, časopisy pro ženy a dívky, módní průmysl, reklamy, ale i soutěže krásy dívek, které jsou nepřiměřeně vyhublé. V dnešní kultuře se oceňuje štíhlost, mladistvý vzhled a přitažlivost žen, prosazuje se výkon, úspěch, individualita, sebekontrola a sebeovládání. To pak posiluje u dívky strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. V takové společnosti je mírná nadváha dívkou vnímána jako selhání,

které vede k izolaci, diskriminaci, poklesu sebevědomí a sebedůvěry. Módní ideál zkrátka ovlivňuje zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.

Stále větší pozornost je věnována různým dietám a dietním prostředkům. Dietním trendům se přizpůsobuje také potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných „light“ výrobků.

Nejvíce ohroženými skupinami jsou sportovkyně, běžkyně, gymnastky, baletky, tanečnice a modelky.

2.5.4 Postoj k vlastnímu tělu

Dívka má narušený postoj k vlastnímu tělu, které vidí nerealisticky. Připadá si tlustá, nemá své tělo ráda, cítí k němu až projevy nepřátelství a může se i nenávidět. Většinou ale dívka vidí své tělo mnohem hůře, než jaké je ve skutečnosti. Okolí ji může vnímat jako dívku s hezkou postavou, kdy je její BMI v normě nebo dokonce pod normou, ona si však bude připadat nadále tlustá a nikomu neuvěří, že tomu tak není.

Tuto nespokojenost ovlivňuje pohlaví, úroveň sebehodnocení, vnímání vlastního těla a celková životní spokojenost a vyrovnanost.

Narušení postoje k vlastnímu tělu je základem choroby, hladovění je důsledkem.

2.5.5 Životní události

Patří sem například narážky na tělesný vzhled od okolí, sexuální zneužívání, nemoc, odloučení od rodiny, problémy s vrstevníky a jejich odmítnutí, úmrtí v rodině, rozchod, rozvod a jiné těžké životní události.

2.5.6 Hladovění a pokles hmotnosti jako centrum života

Tento proces nastává, jestliže se hladovění stane pro dívku centrem života. Zpočátku je dívka bez pocitu únavy a cítí se spokojená, když ubude na váze. Postupem času hladovění nelze zastavit, hmotnost stále klesá, dívka ztrácí energii, je vyčerpaná a unavená.

Někdy se stává, že i přes tuto nemoc dívka ráda vaří pro druhé, sbírá recepty a přehnaně se zabývá jídlem.

V tabulce 2 je uvedeno 20 zemí světa a počet patnáctiletých dívek, které uvedly, že drží dietu. Průměrný počet těchto dívek na celém světě je 26,4 % podle studie HBSC. (2- str. 64-65)

Tab. 2 Držení diet v různých zemích u patnáctiletých děvčat

Země	Počet dívek (%)
Maďarsko	36,2
Dánsko	35,8
USA	30
Skotsko	29,3
Kanada	29,2
ČR	28,7
Izrael	28,1
Slovinsko	27,7
Itálie	27,3
Řecko	25,4
Polsko	25,4
Anglie	25
Belgie	24,7
Švýcarsko	24,3
Malta	23,5
Irsko	23,5
Norsko	23,5
Rakousko	21,2
Francie	20,5
Německo	19,3

2.5.7 Vliv rodiny

Rodina může být jedním z důležitých faktorů vedoucím ke vzniku mentální anorexie. Někdy se matky příliš upínají na dítě, obzvlášť na dívky. Ty se pak citově silně váží k matce, která se je snaží svou pečlivostí a starostí o ně učinit na sobě závislou.

Většina autorů uvádí, že anorektičky většinou pocházejí z rodin, které navenek vypadají jako dokonalé a kterým ostatní závidí. Jejich rodiny jsou většinou malé, se dvěma biologickými rodiči. V rodinách nebývá mnoho chlapců, a pokud ano, tak bývají mnohem mladší než dívky. Toto onemocnění se vyskytuje především v bohatších rodinách.

Matky anorektiček se snaží být ideálními a na oplátku čekají od své dcery, aby byla vzorné dítě. Vyžadují poslušnost, spolehlivost a dokonalost, aby byla ve všem vynikající a ve škole měla samé jedničky. Naopak nikdy by se neměla rozčilovat a mít nějaké problémy v rodině. Rodiče očekávají, že jejich dcera bude neustále podávat důkaz svých schopností. Vůbec si neuvědomují, že mají vysoké požadavky a že je jejich dítě pod neustálým tlakem,

protože cítí strach rodičů z jejich neúspěchu. Dívky pak k sobě bývají velmi náročné a sebekritické, nikdy nejsou úplně spokojené s tím, co udělaly. To pak začne dívka vyjadřovat snahou držet dietu a ovládat tak své tělo, protože jí připadá, že je to to jediné, co dokáže.

Některé matky jsou stejně jako dcery posedlé tělesnou hmotností a vzhledem. Je možné, že sama matka tímto onemocněním v minulosti trpěla, a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a zdravou výživu a to pak přenáší i na své děti.

K dospívání patří spousta emocí, včetně vzteku, nenávisti, pláče a dalších pocitů a pokud tento fakt rodina nedokáže přijmout, dívka může reagovat tím, že se z ní stane anorektička.

Odborná literatura upozorňuje i na další rizikovou skupinu ohroženou anorexií - sestry anorektiček. Mladší sestru, která žije se starší sestrou trpící anorexií, bohužel často postihne také tato nemoc. Středem pozornosti je přirozeně nemocná sestra a jak jinak by dívka měla získat zájem rodičů, než stejným problémem. (1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 19)

Kniha F. D. Krcha uvádí prevalenci rizikových symptomů mezi českými středoškoláky. Dotazováno bylo přes 600 žen. Nespokojena se svým tělem byla více jak polovina žen a přála si zhubnout necelá polovina. Již v minulosti se pokoušelo zhubnout více jak 50 % žen. Vynechávání hlavního jídla potvrdilo přes 30 % žen. (6- str. 54)

2.6 Důsledky MA

Bohužel, jako většina jiných onemocnění, má i mentální anorexie mnoho nepříznivých důsledků a zdravotních komplikací. Jedná se o systémy kardiovaskulární, renální, gastrointestinální, kosterní, endokrinní, hematologický, neurologický, metabolický a dermatologický, které jsou nejvíce postiženy. Nemůžeme ale zapomenout i na psychické a sociální důsledky. Nyní uvádím příklady některých z nich.

Mezi důsledky psychické patří pesimismus, projevy nepřátelství, agrese, nenávist, ztráta smyslu pro pořádek, skleslost, deprese, ztráta laskavosti a úcty, halucinace, hysterie, hypochondrie, apatie, uzavřenost, izolace, poruchy koncentrace, podrážděnost, pocit zoufalství, ztráta naděje a neschopnost najít v životě radost.

Dále neurologické. Bolesti hlavy, závratě, omdlévání z podvýživy a ztráty energie, porucha koordinace, poruchy zraku, sluchu a čichu, snížená citlivost v rukou a nohou.

Dalšími jsou somatické, zde nalezneme například únavu, poruchy spánku, svalovou slabost, zeslabení kostí, snížená obranyschopnost, modřiny, nízká odolnost vůči chladnému počasí, zvýšená tvorba jemného ochlupení hlavně na zádech a po stranách obličeje, snížený

krevní tlak, arytmie, bradykardie, dehydratace, snížená tělesná teplota, zapadlé oči, zašedlá nebo zažloutlá pleť, suché a lámavé nehty a vlasy, vypadávání vlasů, nepravidelná menstruace, neplodnost, zpomalení růstu, opoždění puberty, anemie, leukopenie, bolesti břicha, zácpa, tvorba žaludečních vředů, časté močení, poškození mozku, poškození jater, selhání srdce, selhání ledvin, smrt.

A v neposlední řadě sem patří i důsledky sociální, ve smyslu sociální izolace, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí nebo ztráta zaměstnání.

Každý člověk je ale individualitou, a proto se nemusí objevit u všech dívek stejné důsledky, u někoho se mohou objevit méně, u někoho zase více. (3, 4, 6, 11, 14)

2.7 Prognóza MA

Dívka je schopna zpočátku mentální anorexii tajit a ve „svém světě“ je spokojená. Ani po delší době, tedy když už jsou patrné příznaky, si dívka onemocnění nechce připustit a veškerou léčbu většinou odmítá.

Podle Hsu (1990) bylo zjištěno pět významných prognostických faktorů. Patří sem dlouhé trvání nemoci, nízká minimální tělesná hmotnost, premorbidní osobnost, narušené vztahy s rodinou a předcházející léčba. A dále podle Garfinkela a Garnera (1982) jde o demografické faktory, klinické příznaky a psychologické faktory. (6)

M. Fischer v roce 2003 zhodnotil více než 100 studií s poměrně optimistickým závěrem, že v průběhu 5 až 10 let se přibližně 50 % všech nemocných uzdraví, 30 % se zlepší, avšak některé příznaky přetrvávají, a u 20 % je možné pozorovat přetrvávání nebo ještě prohloubení příznaků. Normální tělesnou hmotnost získá v průměru 50 % mentálních anorektiček a 70 až 90 % z nich začne menstruovat. (6- str. 23-25)

3. Mentální bulimie

3.1 Definice MB

Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení. Nejprve si vyvolává dávivý reflex prsty či jiným předmětem, posléze již tuto stimulaci vůbec nepotřebuje a zvrací doslova na požádání. Na rozdíl od anorektiček si bulimičky uvědomují chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení. Většina bulimiček nepůsobí na první pohled nijak nápadně, ani pokud jde o BMI. (4- str. 271, 8- str. 57)

3.2 Diagnostická kritéria a příznaky MB

Dívky z neustálého strachu z tloušťky, i když je jejich hmotnost většinou normální, trpí záchvaty přejídání s následným zvracením, držením diety, nadměrným cvičením nebo užíváním projímadel, diuretik, anorektik či klystýrů. Mají strach, že nedokáží přestat jíst a ovládat se v jídle. Po záchvatu se nenávidí, stydí se za sebe a mohou mít k sobě až odpor.

Následkem tohoto onemocnění trpí dívka depresemi a závratěmi, má nepravidelný menstruační cyklus, vlivem kyselosti zvratků trpí zvýšenou kazivostí zubů a má oteklé slinné žlázy. Je zajímavé, že většina bulimiček často trpěla nejdříve mentální anorexií. (8, 11)

3.2.1 Zvracení a projímadla

Většina bulimiček si myslí, že když budou zvracet nebo užívat projímadla, zbaví se nechtěného přírůstku na váze. Důsledkem toho je, že dívka jí stále větší množství jídla, protože se domnívá, že tak nepřibude na váze. Není to ovšem pravda, protože i v případě zvracení je část energie absorbována a u dívky se tedy může hmotnost naopak zvyšovat.

Stejně tak nebezpečná a neúčinná jsou projímadla. Ta sice střevo vyprázdní, ale až ve chvíli, kdy už byla energie využita v tenkém střevě. Dochází jen ke ztrátě tekutin, která může dívku klamat při snížení hmotnosti. Vlivem těchto dvou metod, které dívky používají, dochází především k poškození zubů, ledvin a střev.

3.2.2 Dietní prášky a diuretika

Prášky na hubnutí mohou ve větším množství způsobit nadměrnou aktivitu, neklid, podrážděnost a poruchy spánku. Diuretika zase vedou stejně jako projímadla k odvodnění organismu a v horším případě i poruše oběhu a ledvin. (14, 15, 16)

3.3 Rizikové faktory MB

Většina autorů uvádí, že věk bulimiček je o něco vyšší než u anorektiček, přibližně od 15 do 25 let. Udává se, že asi 20 % má často i problémy se závislostí na alkoholu nebo drogách.

Stejně jako u mentální anorexie sem dále patří faktory biologické, společensko-kulturní, pokles hmotnosti jako centrum života a postoj k vlastnímu tělu. (8, 11, 16)

Každá dvacátá dívka v ČR trpí MB. Už ve čtrnácti letech 2% děvčat pravidelně zvrací ze strachu z tloušťky a další 2% to občas zkouší. Hladovky a cvičení ve snaze redukovat jinak přiměřenou tělesnou hmotnost jsou mezi dospívajícími dívkami běžné. (16)

Na vzniku bulimie se podílí celá řada různých příčin. Mezi nejčastější patří sklony k nadváze, nerovnoměrné rozložení tělesného tuku, nevhodné jídelní návyky, nároky na postavu u některých sportů a zájmů, tělesné změny spojené především s dospíváním, ale vliv zde má i rodina, náročné životní situace a negativní sebehodnocení.

3.3.1 Osobnostní a psychologické faktory

Bulimičky bývají impulzivní až hysterické, se sklony k depresi, úzkosti, vnitřní nejistoty, někdy i se sebepoškozujícím chováním. Stejně jako anorektičky jsou perfekcionistické, zranitelné, sebekritické, vztahovačné a nezdrženlivé. Často také trpěly v dětství nadváhou.

3.3.2 Závislost na psychoaktivních látkách

Patří sem především závislost na alkoholu nebo drogách.

3.3.3 Životní události

Velmi často se objevuje bulimie v době nějaké změny, například když dívka odchází studovat do jiného města, nastupuje do nového zaměstnání, když končí nebo začíná svůj osobní vztah. V dětství mohly být také sexuálně zneužívány.

3.3.4 Vliv rodiny

Na rozdíl od anorexie se bulimie vyskytuje ve všech sociálních vrstvách. Podobně jako u anorektických dívek, jsou bulimičky vychovávány k tomu, aby byly dokonalé, optimistické a aby splnily všechna očekávání od rodičů. Měly by jako anorektičky pomáhat vytvářet představu šťastné a milující rodiny. Dívky si pak myslí, že s nimi není něco v pořádku, když žijí v dobré rodině, a přitom jí stále něco schází. Jsou vychovávány k tomu, aby souhlasily s ostatními, místo aby měly svůj vlastní názor.

Rodiče bulimiček se většinou o děti příliš nestarají, například otcové se více věnují kariéře, než výchově své dcery, zároveň však od nich očekávají výkon a úspěch. Dívka pak žije ve stálém napětí a to potlačuje tím, že se začne přejídat a následně pročišťovat. (11, 15, 16)

3.4 Důsledky MB

Ani mentální bulimie se neobejde bez nějakých zdravotních důsledků. Řadíme sem například únavu a slabost, závratě, bolesti hlavy, bušení srdce, arytmie, kožní vyrážku, zácpu,

edémy, svalové křeče, poruchy koncentrace, poškození ledvin, poškození střev, srdeční selhání, poškození jater, úbytek svalové hmoty, poruchy růstu a bohužel i smrt.

Vlivem častého zvracení dochází k bolestem v krku, jícen se stává zvředovatělým, může dojít až k protržení jícnu s následnou smrtí. Dále zvýšená kazivost a citlivost zubů, porucha zubní skloviny, záněty a otoky slinných žlaz a dehydratace. (11, 15)

4. Léčba mentální anorexie a mentální bulimie

Léčba by měla být komplexní a vycházet z bio-psycho-sociálního chápání duševní poruchy. Může trvat různě dlouho a nebo se dívka nemusí vyléčit vůbec. To vše závisí na věku, fázi onemocnění, osobnosti pacienta, motivaci ke spolupráci, na podpoře rodiny a na dalších faktorech. Čím dřív se dívka začne léčit, tím větší šanci má na úspěch.

Nejdříve musí dívka změnit svůj vztah k jídlu, vyřešit problémy v rodině a ve svém soukromí. Hospitalizace většinou probíhá přes odpor pacientky, která nespolupracuje a léčbě se brání. Zkouší různé podvody, například schovávají jídlo pod košili, před vážením se hodně napijí nebo si navozují zvracení a to proto, že chtějí co nejdříve nemocnici opustit a pokračovat ve svém hubnutí.

Nutriční terapie je nezbytná, ale hlavní účast ve vyléčení má psycholog nebo psychiatr a to především dlouhodobě.

4.1 Rozhovor s blízkým

Svěřit se příteli nebo někomu z rodiny může být prvním krokem k vyléčení. Dívka si tak přizná existenci nemoci, což je dobrým začátkem pro uzdravení.

4.2 Psychoterapie

Základními metodami jsou kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie a skupinová psychoterapie. Tyto metody lze doplnit arteterapií (léčba uměním) a muzikoterapií (léčba hudbou).

4.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Cílem je změnit vztah k jídelnímu chování, postoj k vlastnímu tělu a způsob myšlení. Pacient poznává své pocity, výsledkem je schopnost kontrolovat a postupně navrátit svůj stravovací režim do normálu.

4.2.2 Psychoanalytická a dynamická psychoterapie

Snaží se pomoci pacientům porozumět příčinám vzniku poruchy.

4.2.3 Rodinné poradenství

Poruchy příjmu potravy mohou být spojeny s problémy v rodině, proto je dobré vyhledat i rodinného poradce pro všechny členy rodiny. Poradce pomůže najít problémy v rodině a vhodným způsobem je řešit. To se týká především mladých pacientek, u starších je častější interpersonální terapie.

4.2.4 Skupinová terapie

Jedná se o skupiny lidí, kteří mají stejnou poruchu příjmu potravy. Většinou je vede odborný poradce nebo vyléčený pacient. Skupiny mají za cíl, aby člověk věděl, že není se svým problémem sám a aby mu pomohli uvažovat jiným způsobem o jídle.

4.3 Nutriční specialista

Specialista na výživu pomůže vyřešit problémy, které vznikly v důsledku diet, hladovění nebo pročišťování. Pomůže vypracovat jídelní plán, který bude odpovídat potřebám nemocného.

4.4 Farmakoterapie

Podstatný význam mají zejména léky ovlivňující centrální nervový systém. Dále vitaminy a minerály.

4.5 Hospitalizace

Nejčastější příčinou hospitalizace dívek s poruchou příjmu potravy je výrazná kachexie, deprese a sebevražedné sklony. Pacienti jsou začleněni do terapeutického, jídelního, sociálního a pracovního programu na psychiatrickém oddělení. Léčba v nemocnici většinou trvá 1-2 měsíce, musí být pozvolná a opatrná. Optimální týdenní přírůstek hmotnosti je 0,5-1,5kg. Dívky dostávají lehce stravitelnou stravu, bohatou na bílkoviny a vitaminy, častěji a v menších dávkách. Při vážných stavech je nutná infuzní terapie či sondování.
Na psychiatrické klinice v Praze existuje jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy. (4, 6, 11, 12)

II Praktická část

5 Hypotézy

1. Více než třetina dívek hodnotí svou postavu jako tlustou nebo trochu silnější.
2. Dietu drží nebo někdy v životě drželo více dívek na SŠ než na ZŠ.
3. Děvčata ze ZŠ by se chtěla více podobat dívkám v soutěžích krásy než děvčata ze SŠ.
4. Výskyt nežádoucího chování za účelem zhubnout se více vyskytuje u dívek na SŠ než na ZŠ.

6 Metodika výzkumu

Výzkum v praktické části jsem prováděla pomocí dotazníku, který byl anonymní a obsahoval 23 otázek. Použila jsem otázky otevřené, polouzavřené a uzavřené. Z uzavřených pak dále dichotomické, polytomické (výběrové, výčtové), filtrační, identifikační a kontrolní. Pro snadnější zpracování jsem do dotazníku zařadila i Likertovy škály. Vyplnění celého dotazníku trvalo přibližně 5-10 minut.

Dotazovány byly pouze dívky, jelikož se u nich objevují tato onemocnění mnohem častěji než u mužů. Vybrala jsem věkovou skupinu 12-13 let (dívky ze základní školy) a 17-18 let (dívky ze střední školy).

Před vlastním výzkumem jsem provedla pilotáž, kterou jsem aplikovala u deseti dívek, a jelikož nenastaly žádné problémy, přešla jsem k rozdávání všech dotazníků. Pilotážní výzkum jsem zařadila k celému výzkumu. Pro rozdání a vyplnění dotazníků jsem si stanovila dobu října a listopadu loňského roku (2007). Celkový počet dotazníků činil 90. 45 z nich putovalo na základní školu a 45 na střední školu.

Nejdříve jsem oslovila zástupkyni ředitele na ZŠ Dubina, která mi po souhlasu ředitelky rozdala dotazníky dívkám ve věku 12-13 let při občanské výuce. Po jejich vyplnění mě však upozornila, že některé dívky nevěděly svou výšku a hmotnost a pro lepší hodnocení jsem takové dotazníky vyřadila. Dále také dívky nevěděly, jak vyplnit otázky v tabulkách (ot. 6,18), učitelka jim to sice vysvětlila, ale příště bych zvolila snadnější metodu nebo bych formu odpovědi více upřesnila.

Dívky ve věku 17-18 let jsou z gymnázia a střední zdravotnické školy. Dotazníky na gymnáziu mi rozdala ve třídě moje kamarádka, na zdravotnické škole jsem požádala jednu z učitelek. Zde nenastaly žádné problémy.

Návratnost byla 100%. 10 dotazníků jsem však musela vyřadit. Jak už jsem uvedla, některé dívky nevěděly svou výšku a váhu, jiné zase jednoduše nějaké otázky vynechaly. Z celkového počtu devadesáti dotazníků mi tedy zbylo 40 dotazníků ze základní školy a 40 ze střední školy.

Pro úplnost dotazníku bych sice mohla vyplňovat otázky přímo s dívkami, ale chtěla jsem zachovat jejich anonymitu a také si myslím, že by většina neodpovídala přede mnou pravdivě.

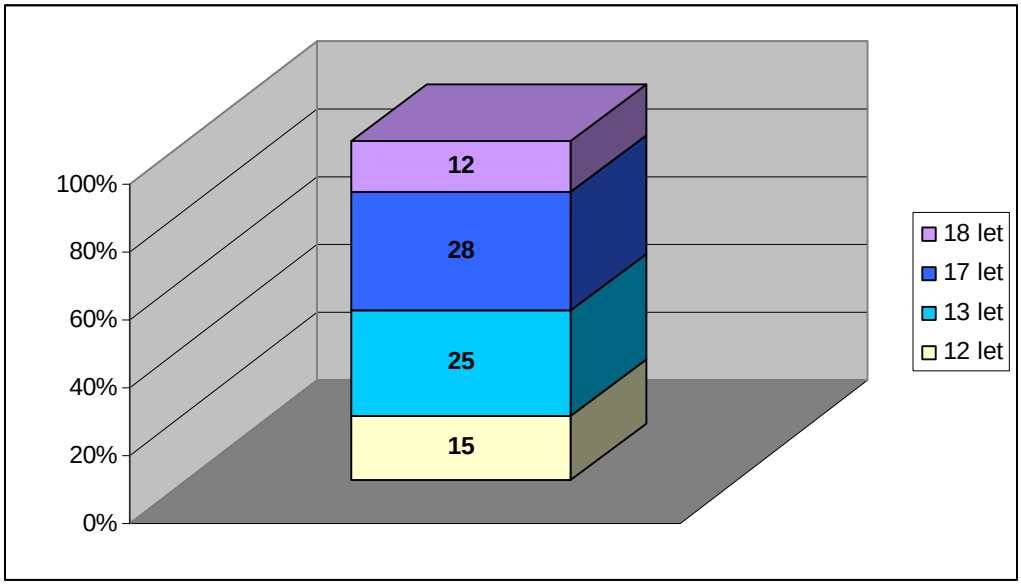
7 Analýza zjištěných výsledků

Ke zhodnocení dat z dotazníků jsem použila grafy a tabulky. V tabulkách uvádím absolutní četnost (AČ) a relativní četnost (RČ). K výpočtu RČ jsem použila vzorec: $f_i = (n_i / n) \times 100$.

Otázka číslo 1: Kolik je Vám let?

Tab. 3 Věk dívek

	AČ	RČ
12 let	15	18,6 %
13 let	25	31,3 %
17 let	28	35 %
18 let	12	15 %
celkem	**80**	**100 %**



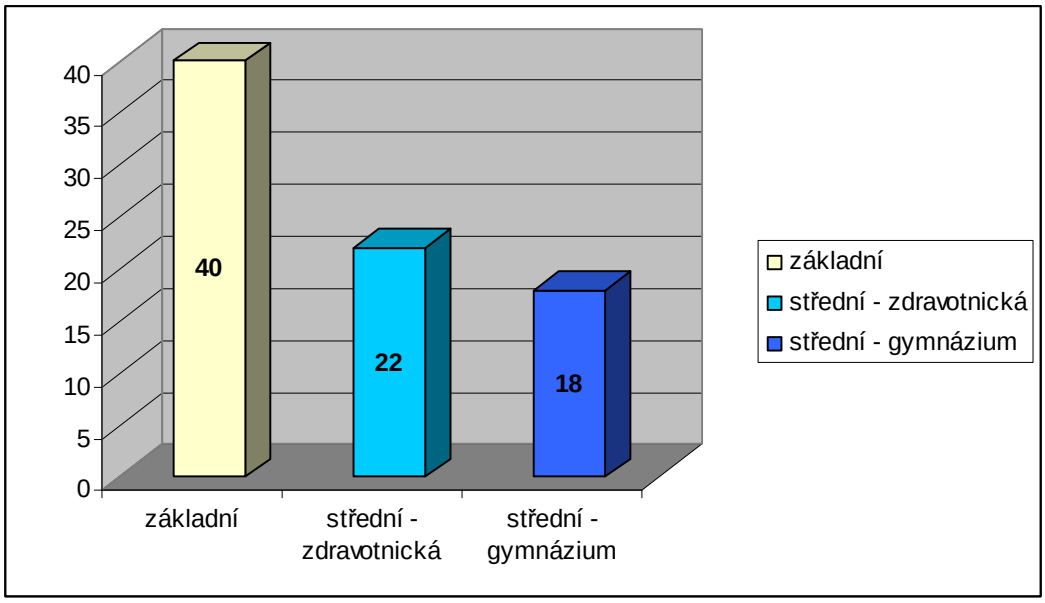
Obr. 1 Graf věku dívek

Dotazníky jsem rozdávala na středních školách dívkám ve věku 17 až 18 let a na základních školách dívkám ve věku 12 až 13 let. Myslím si, že tyto věkové kategorie patří mezi neohroženější skupinu pro vznik poruch příjmu potravy.

Otázka číslo 2: Kterou školu navštěvujete?

Tab. 4 Typ školy

	AČ	RČ
základní	40	50 %
střední - zdravotnická	22	27,5 %
střední - gymnázium	18	22,5 %
celkem	**80**	**100 %**



Obr. 2 Graf typu škol

Polovina dotazovaných, tedy 40 dívek, navštěvuje základní školu. Tu uvádím pod zkratkou ZŠ. Druhá polovina dívek studuje na střední škole, 22 z nich na střední zdravotnické škole a 18 dívek je z gymnázia. Střední školy jsou označené jako SŠ.

Otázka číslo 3: Uveďte svou výšku.

Otázka číslo 4: Uveďte svou hmotnost.

Tyto dvě otázky byly záměrně použité ke zjištění BMI (Body Mass Index) dívek. Jelikož by dívky nemusely znát správný výpočet BMI, a nebo by nemusely vědět, co to BMI vůbec je, zejména na základních školách, ptala jsem se tedy pouze na výšku a hmotnost dívek. Poté jsem hodnotu BMI vypočítala sama.

Dívky ze ZŠ měly průměrnou hodnotu BMI 17,9, nejmenší výsledek BMI činil 14,7 a naopak nejvyšší 24,3. Dotazované ze SŠ měly průměrné BMI 21,9, nejnižší BMI bylo 16,5 a nejvyšší 29.

U dívek ze ZŠ mohou být výsledky trochu zavádějící, některé dívky by totiž v tomto věku mohly začít růst, ale ještě nepřibývat na váze. V tomto případě by byla hodnota BMI nižší.

Existují ještě percentilové grafy, které se používají u dětí k hodnocení zralosti, správného vývoje a růstu. Pro jejich výpočet však potřebujeme znát věk, hmotnost a výšku. Pro lepší porovnání výsledků dívek ze ZŠ a SŠ jsem použila výpočet BMI, který je přesnější a jednodušší.

Otázka číslo 5: Zakroužkujte s kým žijete. Nepatří sem přechodné bydliště na internátě apod.

Většina dívek uvedla, že bydlí v kompletní rodině, tedy v rodině s vlastní matkou, vlastním otcem a někdy i s jedním nebo více sourozenci. Tuto variantu volilo 26 dívek ze ZŠ a 25 ze SŠ. V rodině neúplné, kde je matka a nevlastní otec, bydlí 7 dívek ze ZŠ a 8 ze SŠ. Tam, kde žije s děvčaty sama matka bez otce je 5 dívek ze ZŠ a 6 ze SŠ. A poslední varianta, tedy rodiny, kde bydlí dívky pouze s otcem bez matky jsou 2 ze ZŠ a 1 ze SŠ. Složení rodiny je tedy při srovnání dívek ze ZŠ a dívek ze SŠ téměř shodné.

Ze sedmi dívek ZŠ, které žijí s matkou a nevlastním otcem, drží 4 z nich dietu občas nebo se o to alespoň někdy v životě pokusily. Zbylé 3 dívky dietu nedržely nikdy. Jen 1 dívka ze všech sedmi uvedla, že dietu drží ještě její sestra. U ostatních dívek nedrží doma dietu nikdo. Ani u jedné z nich se neobjevilo žádné důležité nežádoucí chování (ot. 18), s výjimkou cvičení kvůli váze a postavě.

Ani jedna z osmi dívek SŠ, které bydlí s matkou a nevlastním otcem, nedrží žádnou dietu, ale 4 z nich se o to ve svém životě pokusily. 2 dívky také uvedly, že v jejich rodině drží dietu sestra. Stejně jako u dívek ze ZŠ se neobjevilo ani u dívek ze SŠ nějaké nežádoucí chování (ot. 18), s výjimkou cvičení.

Z pěti dívek ze ZŠ, které žijí bez otce, se u jedné z nich objevilo nežádoucí chování, a to časté cvičení a užívání léků na snížení váhy nebo chuti k jídlu. Tuto metodu volí jednou týdně a častěji, čili tyto léky užívá zřejmě pravidelně. Tato dívka také uvedla, že dietu drží neustále ona sama, ale i její sestra. Dále se váží každý den a její BMI je 16,5. Tato dívka se velmi omezuje i v jídle. Jí 1-2krát denně, vynechává snídani, svačinu a večeři, jí menší porce jídla a ještě se vyhýbá sladkým a tučným pokrmům. Tato dívka si připadá moc tlustá a chtěla by vypadat jako dívky v soutěžích krásy, protože se jí jejich postavy líbí. Dalo by se tedy polemizovat, zda tato dívka netrpí poruchou příjmu potravy.

Z šesti dívek ze SŠ, které bydlí bez otce, drží 3 dietu občas nebo se o to alespoň někdy pokoušely. U dvou z nich drží dietu i jejich matka. 1 dívka z těchto šesti také dále napsala, že využívá metodu cvičení a zvracení, ke snížení váhy, méně než 1krát za měsíc. Její BMI je v normě a připadá si trochu silnější. Druhá dívka cvičí a užívá léky na snížení chuti k jídlu jednou týdně a častěji. Tato dívka má podle BMI nadváhu a ona sama si připadá trochu silnější.

1 dívka ze ZŠ, která bydlí pouze s otcem a babičkou, drží občas diety, cvičí kvůli postavě jednou týdně a častěji a užívá projímadla ke snížení váhy 1-2krát měsíčně. Nevynechává žádné z hlavních jídel, ale omezuje se v tučných pokrmech. Její BMI je 18,4, připadá si trochu hubená, ale přesto by chtěla vypadat jako dívky v soutěžích krásy.

Druhá dívka ze SŠ, která žije jen s otcem, kvůli postavě nejen cvičí, ale dále užívá i léky na snížení chuti k jídlu, a to méně než 1krát za měsíc. Také vynechává svačinu, jí menší porce jídla a omezuje se ve sladkých a tučných pokrmech. Její BMI je 20,4, připadá si trochu silnější a chtěla by vypadat jako dívky v soutěžích krásy, protože se jí jejich postavy líbí.

U třetí dívky, která je ze ZŠ a žije jen s otcem, se nevyskytlo žádné z nežádoucího chování. Přesto i tato dívka vynechává snídani, přílohy jídel, sladké a navíc jí menší porce jídla. Její hodnota BMI je 18,4, cítí se trochu silnější a chtěla by stejně jako předchozí děvčata vypadat jako dívky v soutěžích krásy.

Otázka číslo 6: Jaký máte vztah s matkou?

Základní škola

Tab. 4 Vztah k matce dívek ZŠ

	naprosto souhlasím	souhlasím	nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
a) cítím se na ní závislá	1	19	14	5
b) kamarádský	13	22	4	0
c) vzájemně se respektující	10	23	4	2
d) autoritativní	3	17	14	5
e) chladný	2	3	16	18

Střední škola

Tab. 6 Vztah k matce dívek SŠ

	naprosto souhlasím	souhlasím	nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
a) cítím se na ní závislá	6	20	12	2
b) kamarádský	11	24	4	1
c) vzájemně se respektující	5	26	9	0
d) autoritativní	2	21	15	2
e) chladný	1	5	10	24

V tabulkách je zajímavé, že více než polovina dívek ze SŠ je na své matce závislá. Měla jsem pocit, že dívky v jejich věku se chtějí osamostatnit, nebýt závislé a žít svůj vlastní život. Jsem docela ráda, že tomu tak není. Na druhou stranu úplná závislost na matce může vést k problémům, jako jsou právě poruchy příjmu potravy. Dále mě také zaujalo, že více závislých dívek na své matce je ze SŠ než ze ZŠ. Ze SŠ se jedná o 26 dívek, oproti tomu na ZŠ pouhých 20 dívek.

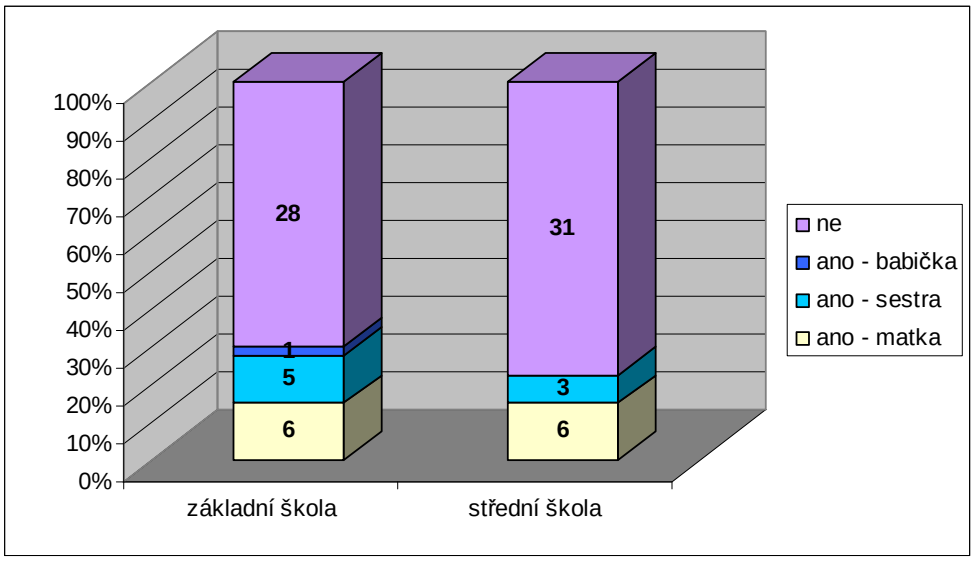
Naopak smutné je, že některé dívky mají k matce chladný vztah nebo nesouhlasí s tím, že je jejich vztah s matkou kamarádský. Dívek, které mají s matkou vztah chladný, je 5 ze ZŠ a 6 ze SŠ. S kamarádským vztahem se svou matkou nesouhlasí 4 dívky ze ZŠ a 5 dívek ze SŠ. Při porovnání kladného a záporného vztahu dívek k matce jsem nenašla žádné souvislosti spojené s rizikovým jídelním chování.

Autoritu u matky pociťuje přibližně polovina děvčat ze ZŠ a více než polovina dívek ze SŠ. Zde jsem si uvědomila nedostatečné vyjádření této otázky. Někdo mohl chápat autoritativní vztah jako pozitivní, tedy že matka je pro dívky autoritou, respektuje ji a bere na ni ohledy. Jiné dívky to mohly chápat právě naopak, že není matka autoritou proto, že mají vztah mezi sebou rovnocenný a kamarádský. Dále také dívky ze ZŠ nemusely ani vědět, co to autorita vůbec je. Příště bych určitě volila jiné slovo nebo jasnější vyjádření.

Otázka číslo 7: Drží někdo z Vašich blízkých nějakou dietu?

Tab. 7 Držení diety blízkých

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
ne	28	70 %	31	77,5 %
ano - babička	1	2,5 %	0	0,0 %
ano - sestra	5	12,5 %	3	7,5 %
ano - matka	6	15 %	6	15 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 3 Graf držení diety blízkých

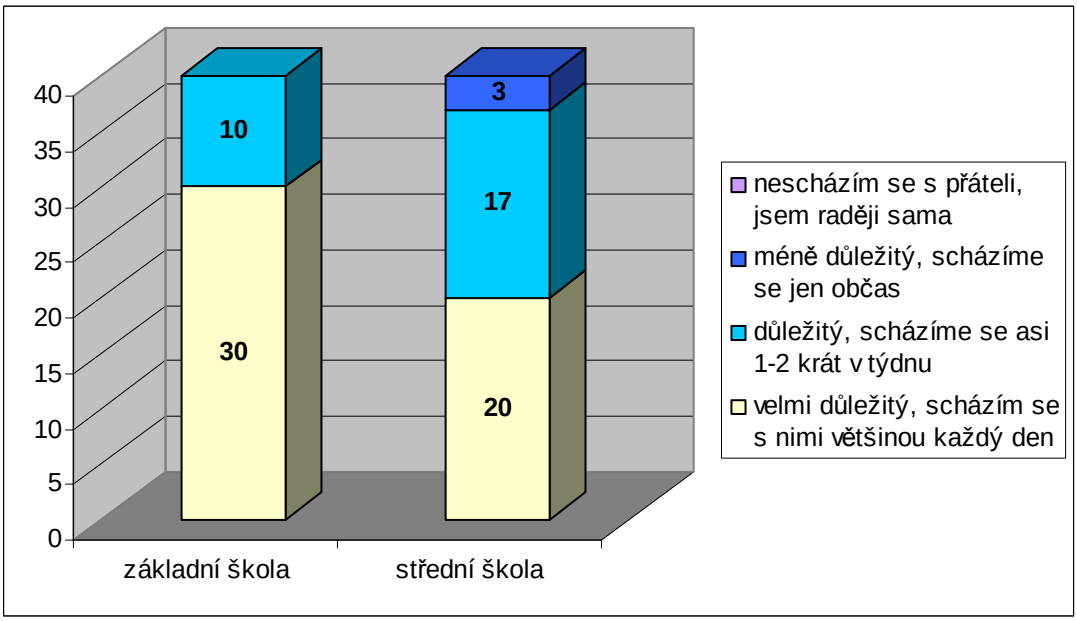
V této otázce jsem čekala více kladných odpovědí. Zejména sestry a matky mohou ovlivnit postoj dívky ke stravování, ať už v pozitivním či negativním smyslu. Matka nebo starší sestra, která sama drží přísné diety pro štíhlou linii, může dívce způsobit potíže s jídelními návyky již v dětství. Pro mladou dívku není vhodné, aby doma viděla neustále se prohlížející sestru či matku v zrcadle s nářky tlusté postavy, i když tomu tak ve skutečnosti není. To může být právě prvním impulsem chovat se stejným způsobem.

Je tedy dobré, že tomu tak není. 28 dívek ze ZŠ uvedlo, že nikdo z jejich blízkých dietu nedrží, u dívek ze SŠ jsou odpovědi ještě o něco příznivější, tedy 31 dívek nemá v rodině nikoho, kdo by hubnul nebezpečnými dietami. Zbylé dívky, které zmínily, že někdo z jejich blízkých drží nějakou dietu, tedy 12 ze ZŠ a 9 ze SŠ, uvedly především matku, dále pak sestru a jedna z dívek dokonce babičku.

Otázka číslo 10: Jak důležitý je pro Vás kontakt se svými přáteli?

Tab. 8 Kontakt s přáteli

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
velmi důležitý, scházím se s nimi většinou každý den	30	75 %	20	50 %
důležitý, scházíme se asi 1-2 krát v týdnu	10	25 %	17	42,5 %
méně důležitý, scházíme se jen občas	0	0,0 %	3	7,5 %
nescházím se s přáteli, jsem raději sama	0	0,0 %	0	0,0 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



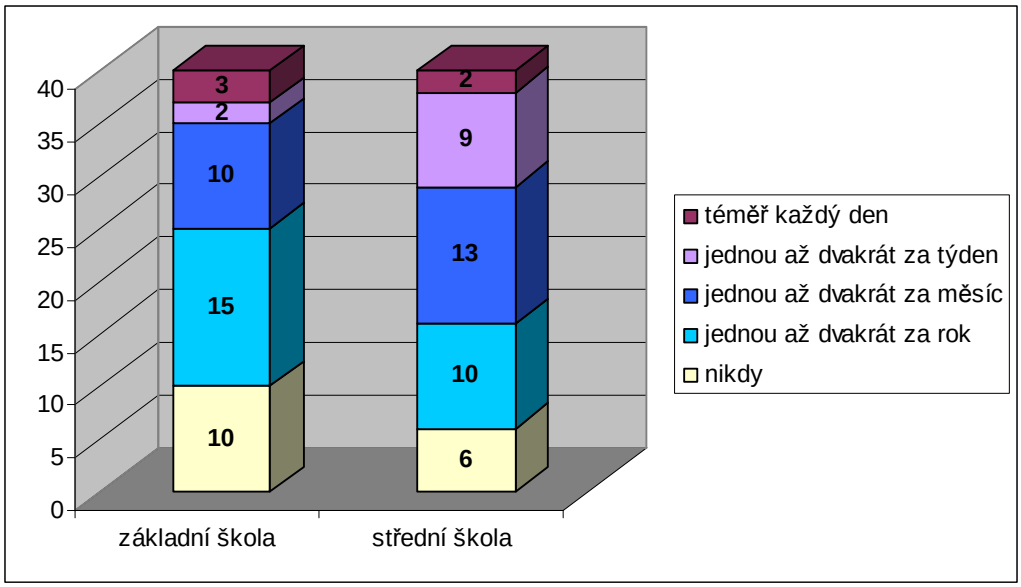
Obr. 4 Graf kontaktu s přáteli

Z grafů je zřejmé, že dívky ze SŠ mají odpovědi zápornější než dívky ze ZŠ. Kontakt s přáteli je pro většinu dotazovaných velmi důležitý a schází se každý den nebo alespoň důležitý a schází se 1-2krát v týdnu. Pro 3 dívky ze SŠ je kontakt s přáteli méně důležitý a schází se s nimi jen zřídka. Naštěstí žádná z dívek není úplný samotář, a proto ani jedna neodpověděla, že je raději sama.

Otázka číslo 11: Jak často trpíte pocity osamělosti?

Tab. 9 Pocity osamělosti

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
nikdy	10	25 %	6	15 %
jednou až dvakrát za rok	15	37,5 %	10	25 %
jednou až dvakrát za měsíc	10	25 %	13	32,5 %
jednou až dvakrát za týden	2	5 %	9	22,5 %
téměř každý den	3	7,5 %	2	5 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 5 Graf pocitu osamělosti

Nikdy netrpělo pocitem osamělosti 10 dívek ze ZŠ a 6 dívek ze SŠ, což je obdivuhodné. Jednou až dvakrát za rok trpí pocitem osamělosti 15 dívek ze ZŠ a 10 dívek ze SŠ. Tuto možnost zvolilo nejvíce dotazovaných a já si myslím, že je to přiměřené. Jednou až dvakrát za měsíc trpí pocitem osamělosti 10 dívek ze ZŠ a 13 dívek ze SŠ. Jednou až dvakrát týdně se cítí osaměle 9 dívek ze SŠ a 2 dívky ze ZŠ. Téměř každý den bojují se samotou 3 dívky ze ZŠ a 2 dívky ze SŠ.

Dívky, které odpověděly nejhorší variantu, tedy že trpí pocitem osamělosti téměř každý den, se však se svými přáteli schází každý den nebo 1-2krát v týdnu, tedy kontakt s nimi je pro ně důležitý. Jen jedna dívka má kontakt s přáteli méně častý, ale to jen proto, že je na internátě. Dále mě zajímala i skladba rodiny těchto dívek. Dvě dívky jsou z rodiny úplné, žijí tedy s matkou, otcem a sourozenci. Jedna dívka bydlí se svou matkou, nevlastním otcem

a sourozenci. Další žije jen s matkou a jedním sourozencem a poslední dívka sdílí byt pouze s otcem a babičkou.

Co mě ovšem velmi zaujalo je fakt, že všechny 3 dívky ze ZŠ, které trpí pocitem osamělosti téměř každý den, uvedly ve volné otázce, ve které jsem se ptala na jejich záliby, že si rády hrají se psem. Myslím, že se jedná o dívky, které jsou trochu uzavřené a raději se svěří svému čtyřnohému příteli, než své kamarádce. Dále dívky uváděly mezi své zájmy tanec, zpěv, hudbu a malování, což jsou zájmy spíše člověka, který nepreferuje společnost lidí, ale více se uzavře do sebe a věnuje se svým koníčkům sám.

4 dívky ze ZŠ, které uvedly, že trpí pocitem osamělosti jednou až dvakrát za týden nebo téměř každý den, nevykazují žádné rizikové chování. Všechny pro svou hezkou postavu pouze cvičí a 1 z nich občas drží diety.

Jen 1 dívka, která trpí pocitem osamělosti téměř každý den, využívá kromě cvičení ke snížení váhy také projímadla, a to 1-2krát za měsíc.

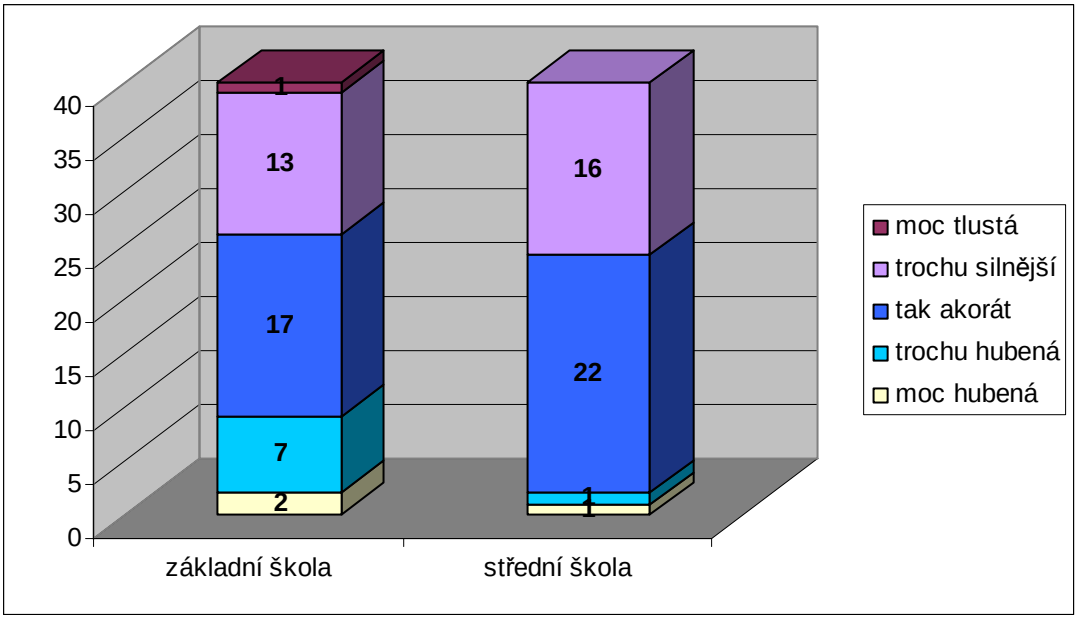
Z devíti dívek ze SŠ, které se cítí osamělé 1-2krát v týdnu, pouze jedna vykazuje rizikové chování, a to užívání léků na snížení váhy. Tuto metodu volí jednou týdně a častěji. Dietu sice nedrží, ale omezuje se ve sladkých a tučných pokrmech a jí menší porce jídla.

Ani jedna ze dvou dívek SŠ, které trpí pocitem osamělosti téměř každý den, nejeví známky rizikového chování. K udržení hezké postavy pouze cvičí. Žádná z nich nedrží dietu.

Otázka číslo 12: Jak byste zhodnotila svoji postavu. Připadáte si:

Tab. 10 Hodnocení postavy

	základní škola		střední škola	
	AČ	RČ	AČ	RČ
moc hubená	2	5 %	1	2,5 %
trochu hubená	7	17,5 %	1	2,5 %
tak akorát	17	42,5 %	22	55 %
trochu silnější	13	32,5 %	16	40 %
moc tlustá	1	2,5 %	0	0,0 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 6 Graf hodnocení postavy

Tyto odpovědi jsem celkem předpokládala. Většina dívek hodnotí svou postavu nejčastěji jako tak akorát nebo trochu silnější. Tak akorát se cítí 17 dívek ze ZŠ a 22 dívek ze SŠ. Trochu silnější se hodnotí 13 dívek ze ZŠ a 16 dívek ze SŠ. Trochu nebo moc hubených si připadá pouhých 11 dívek ze všech osmdesáti dotazovaných. Jedna jediná dívka ze ZŠ si myslí, že je moc tlustá. Tato dívka má BMI pouhých 16,5.

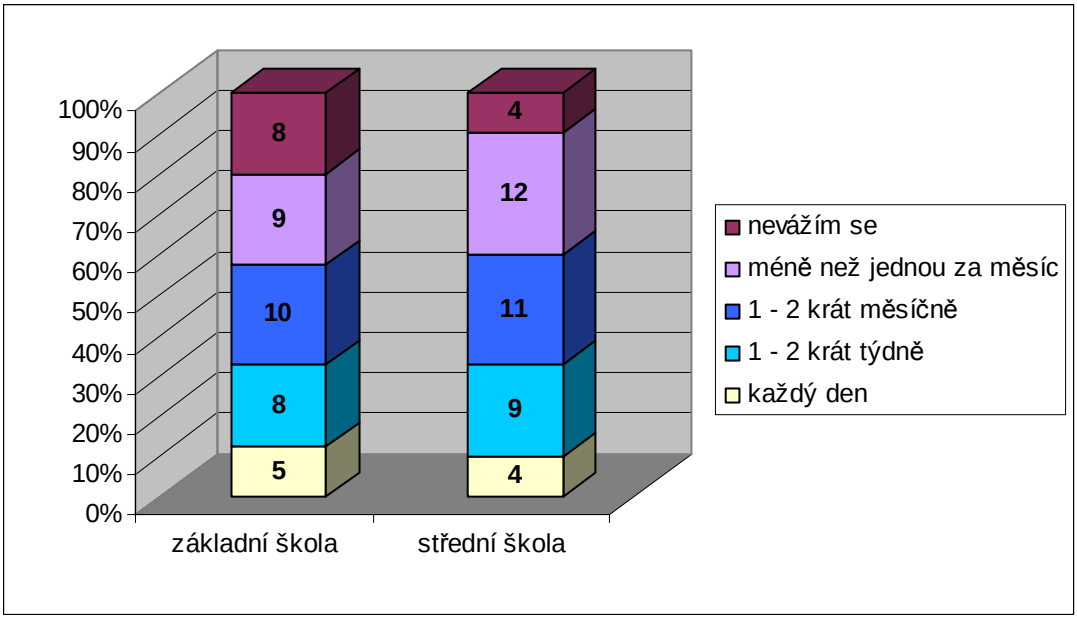
13 dívek ze ZŠ si připadá trochu silnější. Upozorňuji, že jejich BMI se pohybují od 15,6 do 19,7, čili ani jedna z nich nemá BMI 20-25, tedy v normě. Dívky s nejnižším BMI žijí v kompletní rodině, čili s vlastní matkou, vlastním otcem a sourozenci a jejich častým zájmem je sport, a to především aerobik a tanec. Právě tyto sporty mohou být rizikové.

16 dívek ze SŠ se hodnotí jako trochu silnější. 12 z nich má hodnotu BMI v normě a jen 4 mají BMI skutečně vyšší, jedná se o hodnoty 25,2; 26,8; 27 a 29, jde tedy o mírnou nadváhu.

Otázka číslo 13: Jak často se vážíte?

Tab. 11 Sledování hmotnosti

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
každý den	5	12,5 %	4	10 %
1-2 krát týdně	8	20 %	9	22,5 %
1-2 krát měsíčně	10	25 %	11	27,5 %
méně než jednou za měsíc	9	22,5 %	12	30 %
nevážím se	8	20 %	4	10 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 7 Graf sledování hmotnosti

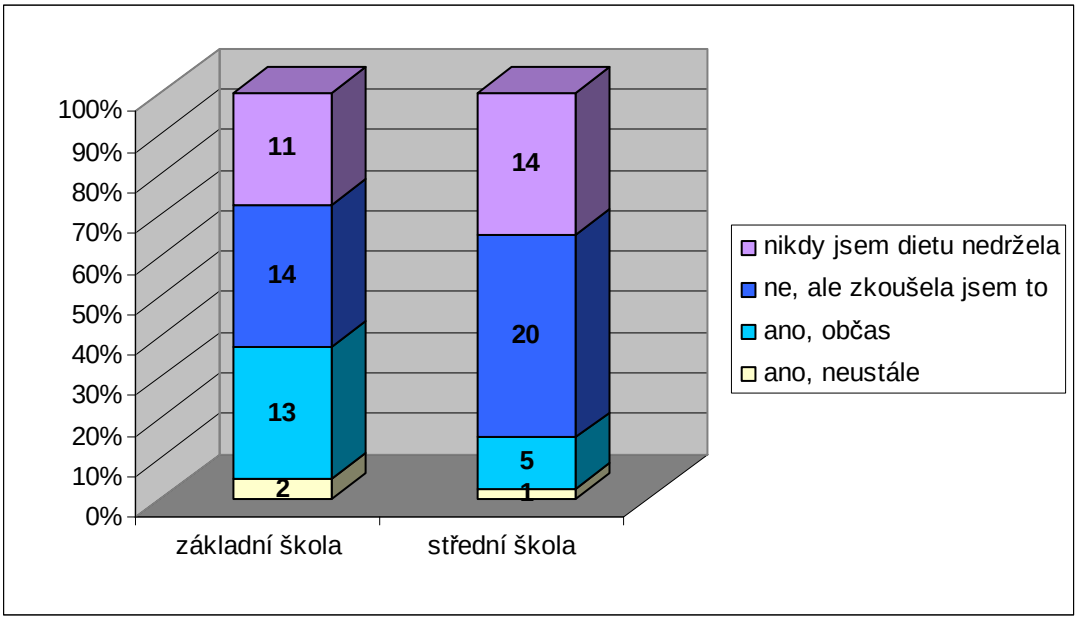
Z celkového počtu devíti dívek, které se váží každý den, 5 ze ZŠ a 4 ze SŠ, se hodnotí 6 z nich jako trochu silnější, 1 tak akorát, 1 moc hubená a 1 jako moc tlustá.

Většině dívek, které se váží 1-2krát za týden, připadá jejich postava tak akorát nebo trochu silnější. Dívky, které uvedly, že se neváží vůbec, si většinou připadají tak akorát, trochu hubené nebo trochu silnější. Překvapivé je, že i dívka, která si připadá trochu silnější nesleduje svou váhu vůbec.

Otázka číslo 14: Držíte nějakou dietu?

Tab. 12 Držení diety

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
ano, neustále	2	5 %	1	2,5 %
ano, občas	13	32,5 %	5	12,5 %
ne, ale zkoušela jsem to	14	35 %	20	50 %
nikdy jsem dietu nedržela	11	27,5 %	14	35 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 8 Graf držení diety

Z celkového počtu osmdesáti dotazovaných nikdy v životě nedrželo dietu 25 dívek a to o 3 dívky více na SŠ. O dietu se pokoušelo 34 dívek, 14 ze ZŠ a 20 ze SŠ. Občas drží dietu 18 dívek, jen 5 ze SŠ, zato 13 dívek ze ZŠ. A neustále drží dietu 3 dívky, 2 ze ZŠ a 1 ze SŠ. Celkově v této otázce vyšla hůře ZŠ, což bylo pro mě překvapením, protože jsem si myslela, že více diety drží dívky ve věku 17-18 let než dívky ve věku 12-13 let.

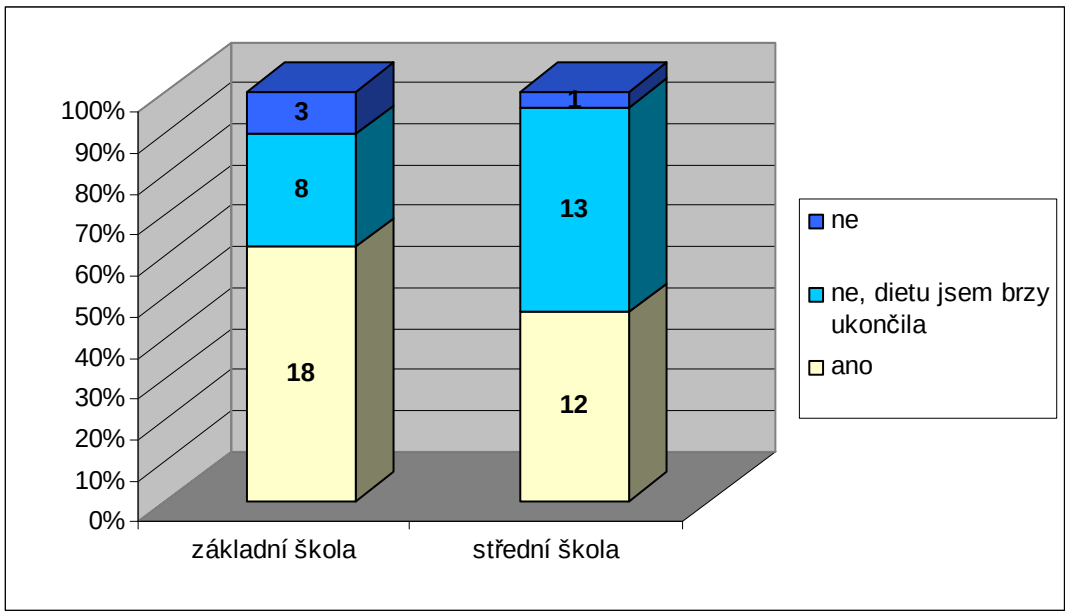
Jedna ze dvou dívek ZŠ, které odpověděly, že dietu drží neustále, si zároveň připadá moc tlustá a její BMI je pouhých 16,5. Druhá dívka se hodnotí jako trochu silnější a hodnotu BMI má 19,1. Třetí dívka, která uvedla, že dietu drží neustále, je ze SŠ. Ta si připadá tak akorát, její BMI činí 20,5.

Dívek, které drží dietu neustále nebo občas je celkem 21 z celkového počtu osmdesáti respondentek. Dvě z nich mají sestru, která drží také dietu a u čtyř dívek drží dietu jejich matka.

Otázka číslo 15: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla a, b nebo c, podařilo se Vám zhubnout?

Tab. 13 Zdaření zhubnutí

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
ano	18	62,1 %	12	46,2 %
ne, dietu jsem brzy ukončila	8	27,6 %	13	50 %
ne	3	10,3 %	1	3,8 %
celkem	**29**	**100 %**	**26**	**100 %**



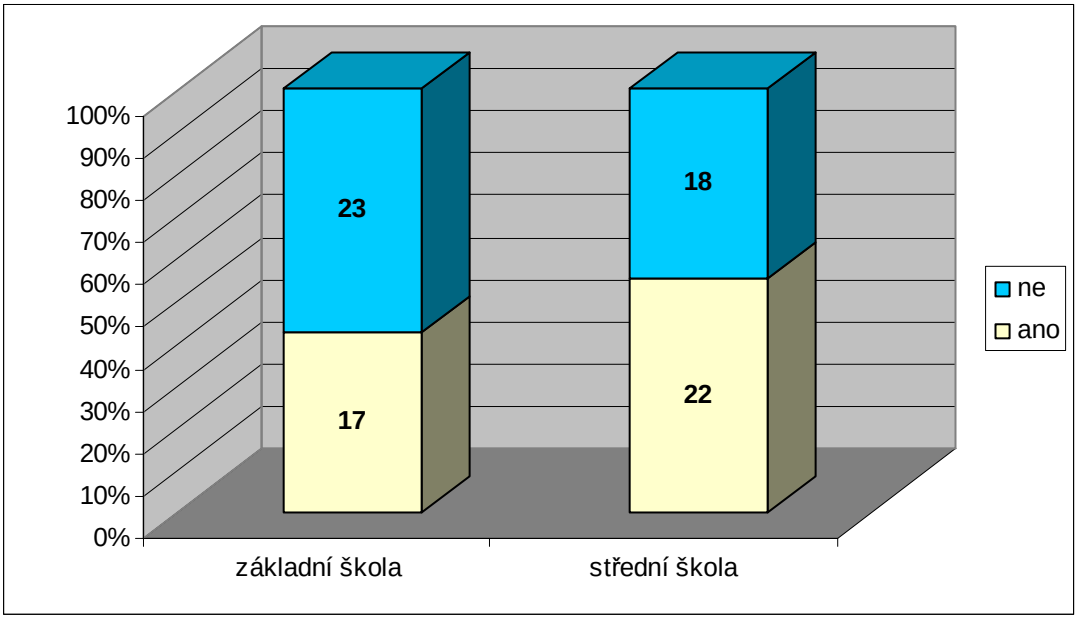
Obr. 9 Graf zdaření zhubnutí

Většině dívek se po nasazení diety podařilo zhubnout, a to osmnácti dívkám ze ZŠ a dvanácti dívkám ze SŠ. O dietu se pokoušelo, ale brzy ji ukončilo 8 dívek ze ZŠ a 13 dívek ze SŠ. Nepodařilo se zhubnout pouze čtyřem dívkám z celkového počtu padesáti pěti dívek, které držely dietu nebo se o to alespoň pokoušely. Je tedy jasné, že pokud se dívka rozhodne zhubnout, dočká se ve většině případů i výsledku. Zajímavé je, že se jedná více o dívky ze ZŠ, kdy po nasazení diety zhublo 18 dívek z dvaceti devíti. Na SŠ se to podařilo dvanácti dívkám z dvaceti šesti, tedy většině z nich se to zde nepodařilo.

Otázka číslo 16: Měl někdy někdo z okolí záporné připomínky (ve smyslu tloušťky) k Vaší postavě?

Tab. 14 Připomínky k postavě

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
ano	17	42,5 %	22	55 %
ne	23	57,5 %	18	45 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 10 Graf připomínek k postavě

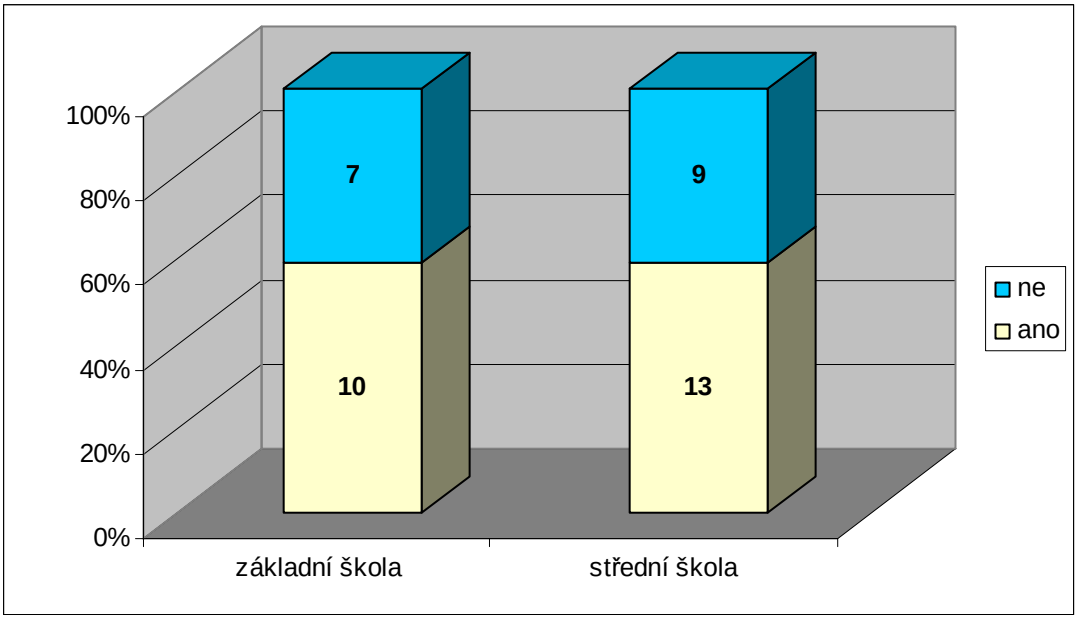
Odpověď na otázku jestli má někdo v okolí dívky záporné připomínky na její postavu je přibližně půl na půl. Překvapilo mě, že lidé dokáží říct někomu něco špatného o jeho vzhledu a postavě. Myslím si, že si takoví lidé vůbec neuvědomují, jaké následky to může na dívce zanechat. Už jen to, že dnešní společnost klade důraz na krásu spojenou se štíhlostí, dívce moc nepřidá. Pokud okolí, ať už rodiče či partner dívky, dodá ještě narážku na její postavu, dívka se bude ve většině případů snažit zhubnout, bude mít nízké sebevědomí a v nejhorším případě se z ní stane anorektička nebo bulimička. Pokud člověk opravdu trpí nadváhou, která by mohla vést ke zdravotním problémům, pak je doporučení o snížení váhy na místě, ale určitě ne v případě, kdy dívka dospívá a přibývá na tělesné hmotnosti.

Tedy 17 dívek ze ZŠ a 22 dívek ze SŠ si vyslechlo zápornou připomínku na jejich postavu.

Otázka číslo 17: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla a, zkusila jste kvůli tomu zhubnout?

Tab. 15 Hubnutí kvůli připomínkám

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
ano	10	58,8 %	13	59,1 %
ne	7	41,2 %	9	40,9 %
celkem	**17**	**100 %**	**22**	**100 %**



Obr. 11 Graf hubnutí kvůli připomínkám

Většina dívek, které si poslechly zápornou poznámku k jejich postavě, se rozhodlo kvůli tomu i zhubnout. Z celkového počtu třiceti devíti dívek se jedná o 10 ze ZŠ a 13 ze SŠ, dohromady tedy 23 dívek. Zde tedy vidíme, jak moc může právě okolí dívku ovlivnit. Myslím si, že to si lidé někdy ani neuvědomují, že právě oni mohou být prvním impulsem k tomu, aby se dívka snažila zhubnout a být pro své okolí ideálnější, krásnější a zkrátka „lepší“.

Otázka číslo 18: Uveďte, jak často se u Vás vyskytlo následující chování.

Základní škola

Tab. 16 Výskyt určitého chování na ZŠ

	nikdy	méně než 1 krát za měsíc	1-2 krát měsíčně	jednou týdně a častěji
cvičení kvůli váze a postavě	10	6	7	17
vynucené zvracení kvůli váze a postavě	38	1	1	0
užití projímadel kvůli váze a postavě	39	0	1	0
užití léků na snížení váhy	36	3	0	1

Střední škola

Tab. 17 Výskyt určitého chování na SŠ

	nikdy	méně než 1 krát za měsíc	1-2 krát měsíčně	jednou týdně a častěji
cvičení kvůli váze a postavě	8	8	12	12
vynucené zvracení kvůli váze a postavě	38	2	0	0
užití projímadel kvůli váze a postavě	40	0	0	0
užití léků na snížení váhy	37	1	1	1

Červeně zvýrazněné hodnoty považuji za alarmující. Cvičení je voleno jako nejčastější metoda ke snížení váhy a udržení postavy. Myslím si, že pravidelný pohyb je ke správné životosprávě důležitý, pokud to však není přehnané a časté cvičení.

Vynucené zvracení je již metoda bulimiček. Ze ZŠ úmyslně zvrací 1 dívka méně než 1krát za měsíc a jedna dívka 1-2krát měsíčně. Na SŠ uvedly 2 dívky, že zvrací méně než 1krát za měsíc. Naštěstí ani jedna z dívek nezvrací denně, jak tomu bývá u bulimiček.

Užívání projímadel vyzkoušela jen jedna dívka ze všech dotazovaných, a to ze ZŠ, která vyplnila, že užívá projímadla kvůli váze a postavě 1-2krát měsíčně.

Užívání léků na snížení váhy nebo snížení chuti k jídlu také není nic výjimečného. S touto metodou se setkávají méně než 1krát za měsíc 3 dívky ze ZŠ. 1 dívka ze ZŠ dokonce jednou týdně a častěji, jde tedy zřejmě o pravidelné užívání těchto preparátů. 3 Dívky ze SŠ také tuto metodu vyzkoušely, jedna dívka méně než 1krát za měsíc, druhá 1-2krát měsíčně a třetí jednou týdně a častěji.

Nejčastější metodu, kterou dívky používají ke snížení hmotnosti, je kromě cvičení užívání léků. Dohromady se jedná o 7 dívek. 4 dívky jsou z rodiny úplné, zbylé 3 z neúplné. Všechny dívky také drží nebo někdy držely nějakou dietu. 2 dívky mají podle BMI nadváhu, jedná se o středoškolačky, ostatní dívky mají váhu buď v normě nebo pod normou. Většina dívek

se také hodnotí jako trochu silnější, 1 moc tlustá a 1 dokonce moc hubená. Ta, která si připadá moc hubená jako jediná mimo užívání léků ke snížení chuti k jídlu ještě záměrně zvrací.

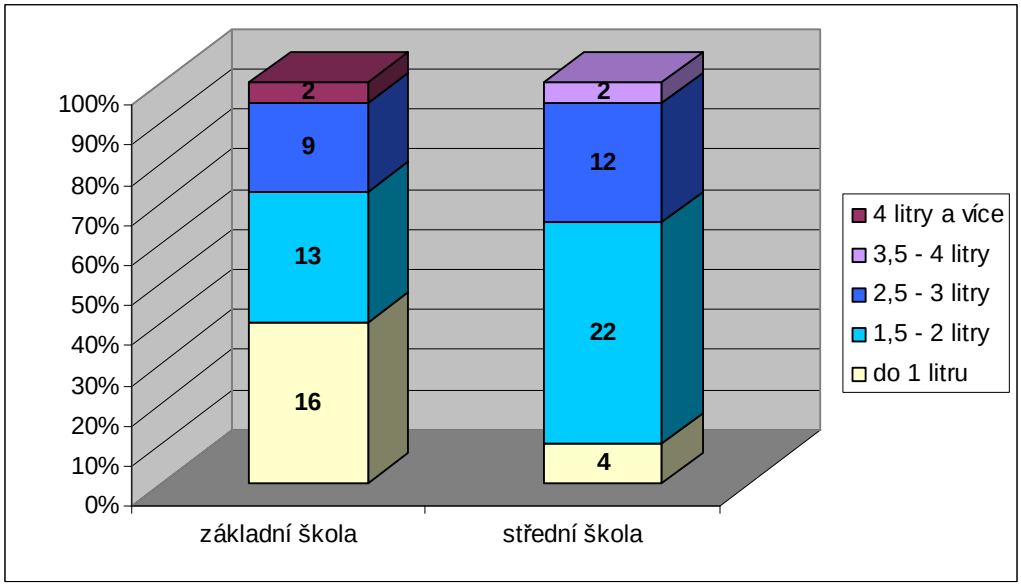
Dalším negativním chováním je zvracení. Kromě již zmiňované dívky se jedná o 3 další. 2 pochází z úplné a 1 z neúplné rodiny. Všechny již také poznaly slovo dieta. Jejich hodnoty BMI jsou v normě. 2 z nich se hodnotí jako trochu silnější, třetí se vidí jako tak akorát.

Jediná dívka užívá 1-2krát měsíčně také projímadla za účelem zhubnout. Tato dívka má BMI 18,4, hodnotí se jako trochu hubená a diety drží občas. Nevynechává žádné z uvedených jídel, omezuje jen tučnou stravu.

Otázka číslo 19: Kolik vypijete přibližně za den tekutin?

Tab. 18 Denní příjem tekutin

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
do 1 litru	16	40 %	4	10 %
1,5 - 2 litry	13	32,5 %	22	55 %
2,5 - 3 litry	9	22,5 %	12	30 %
3,5 - 4 litry	0	0,0 %	2	5 %
4 litry a více	2	5 %	0	0,0 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 12 Graf denního příjmu tekutin

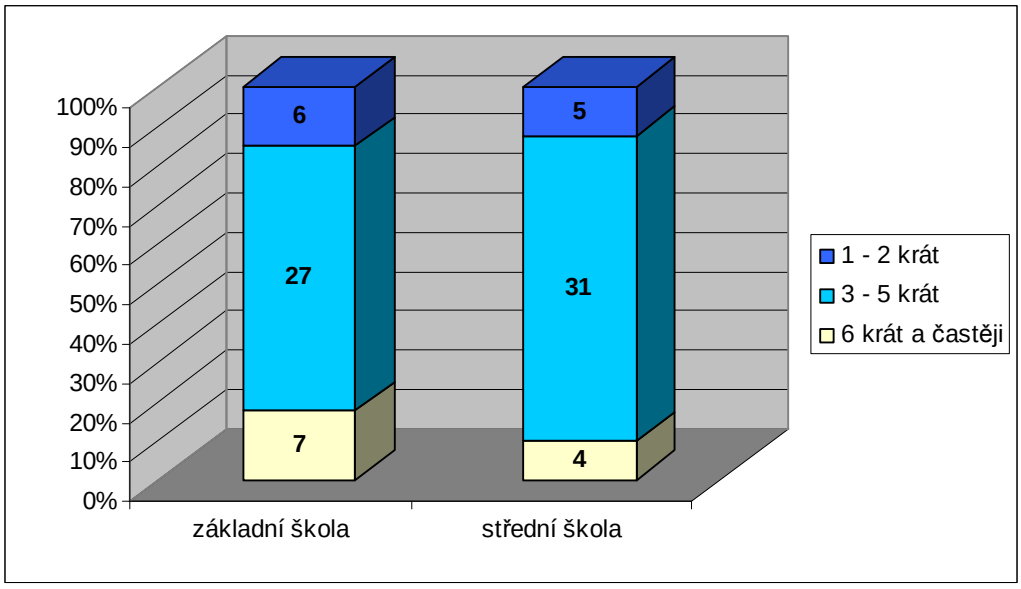
Dívky většinou uváděly přiměřené množství tekutin, které by se mělo za den vypít. Tedy nejčastější odpovědi byly 1,5-2 litry a 2,5-3 litry tekutin za den. 2 dívky ze SŠ vypijí 3,5-4 litry za den a 2 dívky ze ZŠ dokonce 4 litry a více, což může značit zvýšený příjem tekutin na úkor sníženého množství jídla. Tekutiny do 1 litry pije celkem 20 děvčat.

1 dívka ze ZŠ která uvedla, že vypije za den 5 litrů tekutin, zároveň jí 6 a vícekrát za den a přitom vynechává snídani. Její BMI je 18,8. Druhá dívka ze ZŠ, která uvedla, že vypije za den dokonce 6 litrů tekutin, jí 3-5krát za den a zároveň vynechává svačinu a večeři, jí menší porce jídla a omezuje se v tučných pokrmech. Její BMI je 19,7. 2 dívky ze SŠ, které vypijí za den 3,5-4 litry tekutin, dále také uvedly, že jí 3-5krát za den, vynechávají snídani nebo svačinu, jí menší porce jídla a ještě se omezují v tučných a sladkých jídlech. Hodnota BMI jedné z dívek je 20,4, čili v normě a druhé dívky je 27, ta tedy trpí mírnou nadváhou.

Otázka číslo 20: Kolikrát denně jíte?

Tab. 19 Denní příjem jídla

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
6 krát a častěji	7	17,5 %	4	10 %
3-5 krát	27	67,5 %	31	77,5 %
1-2 krát	6	15 %	5	12,5 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 13 Graf denního příjmu jídla

Na otázku, kolikrát denně dívky jí, byla jednoznačně nejčastější odpověď 3-5krát, což napsalo 27 dívek ze ZŠ a 31 dívek ze SŠ. Šestkrát a častěji za den jí 7 dívek ze ZŠ a 4 dívky ze SŠ a pouze 1-2krát za den se stravuje 6 dívek ze ZŠ a 5 dívek ze SŠ.

Dívky ze ZŠ, které uvedly, že jí 1-2krát za den se většinou ještě navíc velmi omezují, a to zejména ve sladkých a tučných pokrmech, nebo jí menší porce jídla. Nejhorší je, že ani jedna z těchto dívek nedosahuje normální hodnoty BMI, všechny mají BMI pod 20.

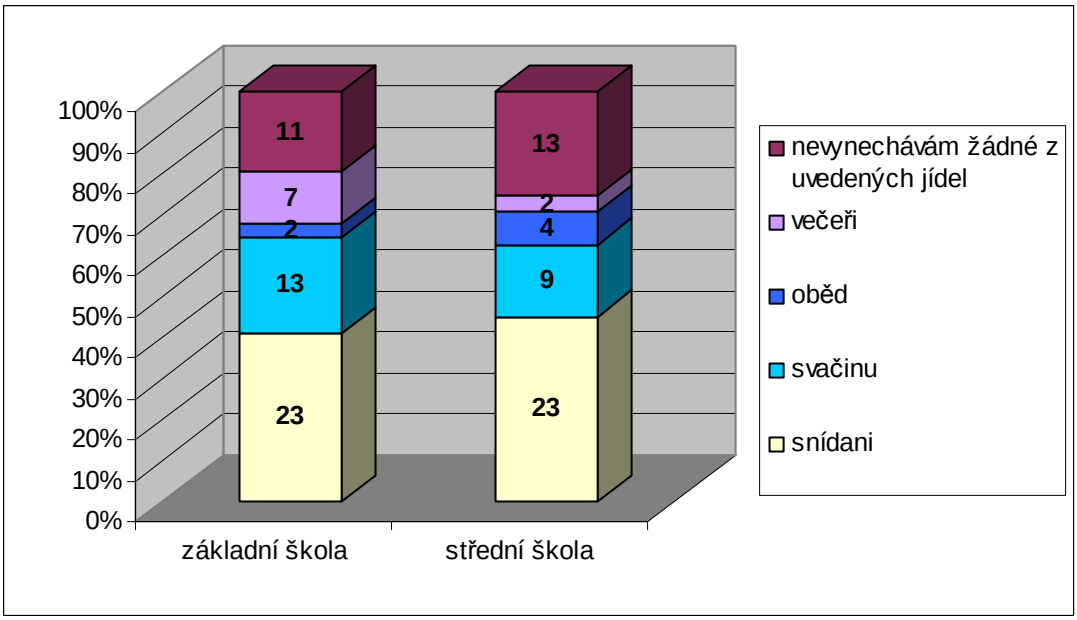
Dívky ze SŠ, které jí také 1-2krát denně, se již dále omezují o trochu méně než dívky ze ZŠ. Většinou vynechávají sladká jídla nebo jí menší porce jídla. Zarážející však je, když 2 dívky jí 1-2krát za den a ještě k tomu jí menší porce. Hodnoty BMI těchto pěti dívek ze SŠ jsou však v normě, čili v rozmezí 20-25 s výjimkou jedné dívky, jejíž BMI je 19,6. Ta jediná se však jinak v jídle neomezuje.

Otázka číslo 21: Vynecháváte některé z těchto jídel?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí).

Tab. 20 Vynechávání jídel

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
snídani	23	41,1 %	23	45,1 %
svačinu	13	23,2 %	9	17,6 %
oběd	2	3,6 %	4	7,8 %
večeři	7	12,5 %	2	3,9 %
nevynechávám žádné z uvedených jídel	11	19,6 %	13	25,5 %
celkem	**56**	**100 %**	**51**	**100 %**



Obr. 14 Graf vynechávání jídel

Z grafů je zřejmé, že největší počet dívek vynechává z jídel snídani, a to 23 ze ZŠ a 23 ze SŠ. A právě snídaně je nejvíce potřebná k „rozjezdu“ organismu na celý den. Vynechávání snídaně jsem však předpokládala nejvíce z možných odpovědí.

Ze ZŠ z celkového počtu dvacet tří dívek vynechává pouze snídani 14 dívek, snídani a svačinu 4 dívky, tedy ty začínají den až obědem, další 2 vynechávají snídani a oběd nebo snídani a večeři a zbylé 3 dívky vynechávají dokonce 3 jídla denně, takže mají za den buď jen oběd nebo dokonce jedna dívka jen svačinu. Dívka, která má za den pouze svačinu, drží diety občas a připadá si trochu hubená. Její BMI je 15,9, což je velmi málo.

Ze SŠ z celkového počtu dvaceti tří dívek vynechává pouze snídani 14 dívek, snídani a svačinu 6 dívek, tedy ty začínají den až obědem, další 2 vynechávají snídani a oběd nebo snídani a večeři a zbylá 1 dívka vynechává dokonce 3 jídla denně, za den jí tedy pouze večeři. Tato dívka dále také uvedla, že dietu nikdy nedržela a hodnota jejího BMI je zcela v normě. Zde se nabízí otázka, jestli se náhodou nepřepsala a nechtěla zaškrtnout odpovědi naopak, tedy že vynechává pouze večeři. Možné také je, že dívka dietu drží a nechtěla to přiznat.

Dívky, které vynechávají snídani možná žijí v dnešní době uspěchaným způsobem, a proto nemají na snídani čas a nebo si raději déle přispí.

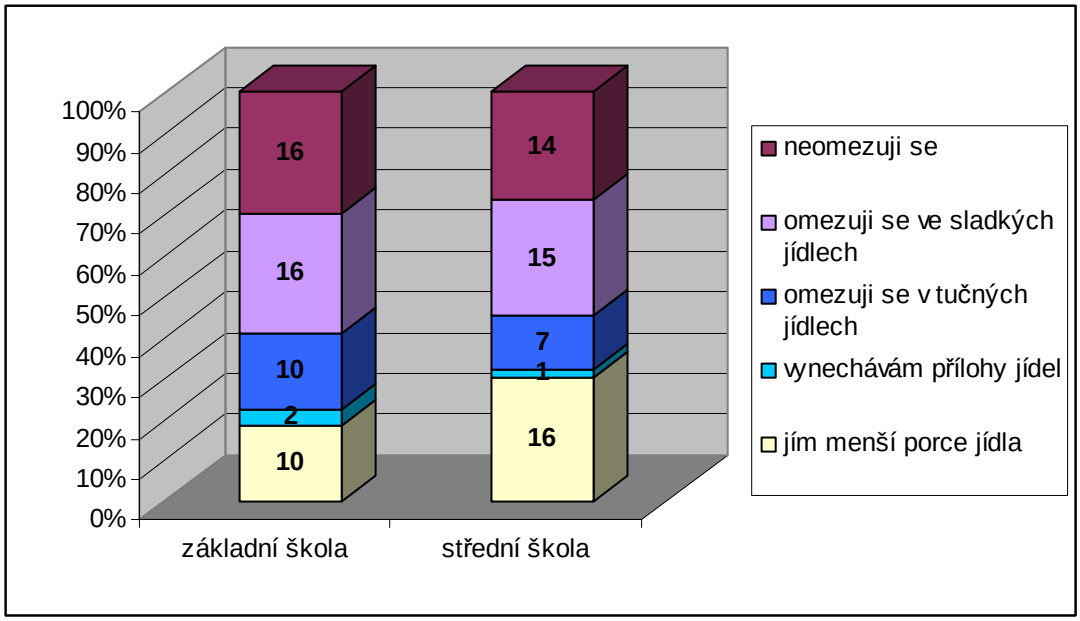
Ty, které uvedly že vynechávají večeři také napsaly, že dietu drží neustále nebo občas.

Otázka číslo 22: Omezujete se nějakým způsobem v příjmu potravy?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí).

Tab. 21 Omezení v příjmu potravy

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
jím menší porce jídla	10	18,5 %	16	30,2 %
vynechávám přílohy jídel	2	3,7 %	1	1,9 %
omezuji se v tučných jídlech	10	18,5 %	7	13,2 %
omezuji se ve sladkých jídlech	16	29,6 %	15	28,3 %
neomezuji se	16	29,6 %	14	26,4 %
celkem	**54**	**100 %**	**53**	**100 %**



Obr. 15 Graf omezení v příjmu potravy

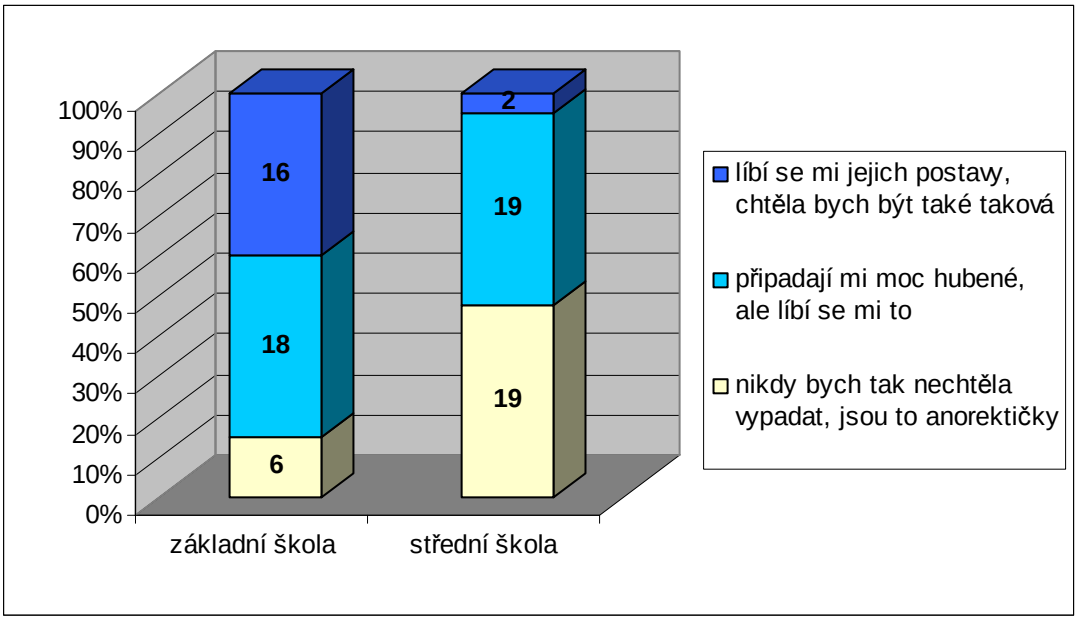
Je zajímavé, že již na ZŠ se dívky nějakým způsobem omezují. Zejména pak ve sladkých jídlech, kde se omezuje 16 dívek, dále v tučných jídlech, ty vynechává 10 dívek a menší porce jídla preferuje také 10 dívek. Pouhé 2 dívky volí hubnutí vynecháváním příloh. Těch, které se neomezují vůbec je 16 z celkového počtu čtyřiceti dívek na ZŠ.

Oproti tomu na SŠ volí dívky nejčastěji variantu jíst menší porce jídla, a to v počtu šestnácti děvčat. Dále se pak 15 dívek omezuje ve sladkých pokrmech, 7 dívek v tučných a pouze 1 dívka uvedla, že vynechává přílohy jídla. Těch, které se neomezují žádným způsobem je 14 ze čtyřiceti dívek na SŠ.

Otázka číslo 23: Jaký máte názor na dívky, vyskytující se v soutěžích krásy?

Tab. 22 Názor na dívky krásy

	základní škola		střední škola	
	AČ	**RČ**	**AČ**	**RČ**
nikdy bych tak nechtěla vypadat, jsou to anorektičky	6	15 %	19	47,5 %
připadají mi moc hubené, ale líbí se mi to	18	45 %	19	47,5 %
líbí se mi jejich postavy, chtěla bych být také taková	16	40 %	2	5 %
celkem	**40**	**100 %**	**40**	**100 %**



Obr. 16 Graf názoru na dívky krásy

V této otázce se odpovědi ze ZŠ a odpovědi ze SŠ hodně liší. Slečny na ZŠ vidí většinou dívky, které se vyskytují v soutěžích krásy, jako ideál nebo se jim při nejmenším jejich postavy líbí. 16 děvčat ze čtyřiceti by chtělo být právě jako ony. Osmnácti dívkám ze čtyřiceti připadá, že jsou dost hubené, ale přesto se jim jejich postavy líbí. Pouhých 6 dívek by tak nechtělo vypadat a považují je za anorektičky.

Odpovědi dívek ze SŠ jsou o něco příznivější. 19 dívek ze čtyřiceti by tak nechtělo vypadat a považují je za anorektičky. Dalších 19 dívek ze čtyřiceti uznávají, že jsou dívky v soutěžích krásy moc hubené, ale přesto se jim to líbí. A pouhé 2 dívky uvedly, že se jim jejich postavy líbí a chtěly by být také takové.

Diskuze

1. Více než třetina dívek hodnotí svou postavu jako tlustou nebo trochu silnější.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Trochu silnější si připadá 32,5 % dívek ze ZŠ. Jejich BMI se však pohybují od 15,6 do 19,7, tedy ani jedna z nich nemá BMI v normě. U takto mladých děvčat mohou být však hodnoty BMI trochu zavádějící. V tomto věku mohou růst a vyspívat, ale ještě nezačít přibývat na hmotnosti. Pro lepší porovnání s dívkami na SŠ jsem však použila právě hodnotu BMI. Pouze jediná dívka ze ZŠ si myslí, že je moc tlustá. Je zajímavé, že tato dívka má BMI pouhých 16,5, což je pod průměrem BMI všech dotazovaných dívek ze ZŠ. Tato dívka také vyplnila, že dietu drží nejen její sestra, ale i ona sama a svou hmotnost sleduje každý den. Žije jen s vlastní matkou. Dalo by se tedy uvažovat, že dívka na sebe pohlíží jinak, než jak ji vidí druzí lidé.

Dívek ze SŠ, které se cítí trochu silnější, je ještě o něco více. Jedná se o 40 %, tedy 16 děvčat. 12 z nich má BMI v normě a zbylé 4 dívky mají skutečně mírnou nadváhu. Naštěstí alespoň žádná z dívek na SŠ neuvedla, že si připadá moc tlustá.

Krch, Csémy a Drábková (Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů), kteří dělali výzkum na základních školách a víceletých gymnáziích, zjistili, že není často spokojeno se svým tělem 34,9 % sledovaných dívek a 25 % dívek není spokojeno jen někdy. Dohromady tedy můžeme mluvit o 60 % děvčat.

V knize Životní styl a zdraví českých školáků (2- str. 59) jsem se dočetla, že 17,4 % děvčat ze 7.třídy ZŠ hodnotí svou postavu jako hubenou, tak akorát si připadá 46,2 % dívek a tlustých se cítí 36,4 % dívek.

Při porovnání těchto výzkumů s mým jsem tedy zjistila, že přibližně více jak 30 % dospívajících dívek není spokojeno se svou postavou.

2. Dietu drží nebo někdy v životě drželo více dívek na SŠ než na ZŠ.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Měla jsem za to, že dívky ve věku 17-18 let mají víc zkušeností s dietami, než dívky ve věku 12-13 let. Už jen proto, že jsou starší a o to více se zabývají vlastní postavou. Domnívala jsem se, že středoškolačkám více záleží na vzhledu, chtějí být krásné a přitažlivé nejen pro opačné pohlaví, ale i pro celé okolí.

Nikdy nedrželo dietu pouhých 27,5 % děvčat ze ZŠ a 35 % dívek ze SŠ. Dívek, které dietu momentálně nedrží, ale během života si to už alespoň jednou zkusily, je 35 % ze ZŠ a 50 % ze SŠ. Zato občas nebo neustále drží diety neuvěřitelných 37,5 % děvčat ze ZŠ. To mě dost překvapilo. Mám pocit, že já jsem v jejich věku skoro nevěděla, co to dieta je, ale ony už se omezují v jídle zcela pravidelně. Oproti tomu na SŠ jde pouze o 15 % dívek.

Je tedy zřejmé, že většina dívek ze SŠ spíše dietu někdy jen zkusila, ale nyní žádnou nedrží. Naopak na ZŠ jsou výsledky tří odpovědí celkem vyrovnané, tedy že dietu drží občas nebo se o to někdy pokusily, a nebo nikdy dietu nedržely.

Podle Krcha, Csémyho a Drábkové (Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů), chce zhubnout 60 % děvčat. Ze strachu z tloušťky se pak omezuje v jídle 32 % dívek a hlavní jídlo vynechává 58,3 % dívek.

Podle knihy Životní styl a zdraví českých školáků (2- str. 63) drží dietu 23 % třináctiletých dívek a 33,9 % děvčat dietu sice nedrží, ale uznávají, že by to potřebovaly.

Je tedy jasné, že pokud je nespokojeno se svým tělem více než 30 % dívek (hypotéza č. 1), většina z nich se pokusí i zhubnout. V mém výzkumu vyšly výsledky ještě o něco nepříznivější než podle knihy Životní styl a zdraví českých školáků. Počet děvčat, které se snaží zhubnout kvůli postavě zřejmě stále přibývá.

3. Děvčata ze ZŠ by se chtěla více podobat dívkám v soutěžích krásy než děvčata ze SŠ.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Děvčata na ZŠ vidí dívky v soutěžích krásy jako svůj ideál. 40 % z nich by totiž chtělo vypadat právě jako ony a jejich postavy se jim líbí. Na SŠ jsou výsledky o dost rozdílné. Pouhých 5 % dívek by chtělo vypadat jako dívky v soutěžích krásy.

V odpovědi „připadají mi moc hubené, ale líbí se mi to“ se ZŠ a SŠ moc nelišila. Tuto odpověď udalo 45 % dívek ze ZŠ a 47,5 % ze SŠ.

Nikdy by tak nechtělo vypadat 47,5 % dívek ze SŠ a jen 15 % ze ZŠ. Tyto dívky také dále uznávají, že v soutěžích krásy jsou anorektičky.

Zajímavé je, že polovina dívek ze ZŠ, která odpověděla „nikdy bych tak nechtěla vypadat, jsou to anorektičky“ zároveň také uvedla, že občas drží dietu. Druhá polovina těchto dívek ze ZŠ dietu nedržela nikdy. Jejich BMI jsou v rozmezí od 15,9 do 18,8.

4. Výskyt nežádoucího chování za účelem zhubnout se více vyskytuje u dívek na SŠ než na ZŠ.

Tato hypotéza se mi na základě výzkumu nepotvrdila. Z tabulek č. 16 a 17 je jasné, že nejčastějším způsobem ke snížení váhy je cvičení. Na ZŠ cvičí kvůli hubnutí 30 dívek z celkového počtu čtyřiceti. Na SŠ volí metodu cvičení 32 dívek.

V USA zjistili Levy a Newton (1993), kolik lidí se snaží řídit svou tělesnou hmotnost záměrně regulovaným tělesným cvičením. Výsledkem je, že 73 % žen a 64 % mužů používá tohoto způsobu řízení své tělesné hmotnosti. (7- str. 219).

2 dívky ze ZŠ a 2 dívky ze SŠ také záměrně zvrací. Je tedy jasné, že takové chování značí již probíhající nebo hrozící mentální bulimii. Tyto dívky mají sice BMI v normě, ale právě nenápadnost a normální hmotnost je typická u mentální bulimie.

Užívání projímadel vyzkoušela jen jedna jediná dívka, a to ze ZŠ. Tuto metodu provádí 1-2krát za měsíc. Je zvláštní, že přestože si dívka připadá hubená, drží diety a užívá projímadla. Možná to vysvětluje fakt, že dívka by chtěla vypadat jako děvčata v soutěžích krásy a jejich postavy se jí líbí. Zřejmě si tedy připadá hubená, ale ráda by byla ještě hubenější.

Poslední způsob, který dívky volí za účelem zhubnout, je užívání léků na snížení váhy nebo chuti k jídlu. Tato metoda je více finančně náročnější, avšak mnoha dívkám není neznámá. Vyzkoušely ji 4 dívky ze ZŠ a 3 ze SŠ. Všechny tyto dívky také drží nebo někdy držely nějakou dietu. Jedna z dívek ještě kromě léků také záměrně zvrací.

Podle Krcha, Csémyho a Drábkové (Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů) cvičí kvůli váze nebo postavě 50,1 % žen. Dále téměř 4 % českých dívek ve věku 13-15 let užívá navozené zvracení jako způsob kontroly tělesné hmotnosti a dalších více než 6 % tuto možnost nevylučuje.

Při srovnání těchto výzkumů s mým jsem zjistila, že více než 50 % žen se snaží zhubnout právě cvičením, jde tedy o nejpoužívanější a asi i nejúčinnější metodu, jak zhubnout.

Závěr

Myslím si, že počet onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií by se podstatně snížil, nebýt nátlaku společnosti. Časopisy, televize, reklamy, soutěže krásy, všude jsou vidět pouze štíhlé, a někdy až vychrtlé ženy. Dnešní společnost je zkrátka preferuje a když to mladá děvčata vidí kolem sebe, není divu, že ony chtějí být také takové. Ruku na srdce, nechtěli jste také někdy zhubnout? Ne nadarmo se říká, že všeho moc škodí. A u diet a omezování se v jídle to platí právě tak. Každý by si měl uvědomit, že hubnutí neznamená jen spokojenost s postavou, ale že s sebou přináší i různá zdravotní rizika, komplikace a v horším případě i dlouhodobé následky.

Z výzkumu, který jsem prováděla u dospívajících dívek ze základních a středních škol, vyplývá, že mnoho děvčat řeší otázku své postavy. Řada z nich drží nebo alespoň někdy v životě držela dietu. Všechny dívky ze ZŠ a většina dívek ze SŠ také hodnotí svou postavu jako trochu silnější, i když tomu jejich BMI vůbec neodpovídá, naopak je spíše nižší. Přibližně kolem 80 % dívek vynechává některé z hlavních jídel, zejména snídani a okolo 70 % dívek se nějakým jiným způsobem omezuje ve stravě, například vynecháváním tučných či sladkých pokrmů. Dále má přibližně čtvrtina dívek někoho ze svých blízkých, kdo také drží nějakou dietu, především jde o matky těchto dospívajících děvčat. To může také výrazně ovlivnit jejich postoj k jídlu. Co se týká narážek na tloušťku postavy od okolí, výsledek také není zrovna příznivý. Asi polovina dívek přiznává, že si někdy vyslechly nepříjemnou narážku na svou postavu a více než polovinu z nich to přimělo k dietám a tedy hubnutí.

Cíle, které jsem si stanovila, byly tedy splněny. Prostudovala jsem problematiku poruch příjmu potravy, respektive mentální anorexii a mentální bulimii a současně si prohloubila znalosti zejména o příčinách vzniku těchto dvou onemocnění. Zároveň jsem zjistila, jaké jídelní návyky a postoje mají dospívající dívky v dnešní moderní a uspěchané době.

Bakalářská práce pro mě byla velkým přínosem. Toto téma mě velice zajímá nejen proto, že je aktuální, ale hlavně jsem poznala obrovský vliv dnešní společnosti na výskyt těchto onemocnění. Bohužel, málokdo si uvědomuje, jak dokáže být mentální anorexie a mentální bulimie nebezpečná a zákeřná, jak silně může zkomplikovat život jedince, jeho rodiny i blízkého okolí. Určitě by stálo za to, aby většina z nás změnila postoj k této zprvu nenápadné, ale o to závažnější chorobě.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Evě Hlaváčkové, zejména za její cenné rady a doporučení. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, za zázemí a trpělivost, které mi poskytli.

Soupis bibliografických citací

1. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vyd., Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

2. CSÉMY, L. a kol. *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.

3. FRAŇKOVÁ, S.; DVOŘÁKOVÁ- JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.

4. HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

5. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

6. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

8. KURZOVÁ, H.; HONZÁK, R.; KROMBHOLZ, J. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0532-5.

9. LANYADOOVÁ, M.; HORNEOVÁ, A. *Psychoterapie dětí a dospívajících*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-568-X.

10. MACEK, P. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

11. MALONEY, M.; KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd., Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

12. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

13. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.

14. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.

15. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

16. KRCH, F. *Anorexie (Mentální anorexie)*. 2004. Dostupné z: http://www.ordinace.cz/clanek/anorexie-mentalni-anorexie/

17. Reder´s Digest Výběr, publikace Léčíme se s přírodou. *Anorexie a bulimie*. Dostupné z: http://nemoci.abecedazdravi.cz/anorexie-a-bulimie

18. MAŠKOVÁ, P. *BMI kalkulačka*. Dostupné z: http://www.chytrazena.cz/zdravi/bmi-kalkulacka/bmi-kalkulacka-368.html

19. leták- KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. 1. vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den. Jmenuji se Kristýna Špásová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit k výzkumu mé bakalářské práce. Odpovídejte prosím pravdivě, na každou otázku vyberte jen jednu odpověď, pokud to není uvedeno jinak. Dotazník je anonymní, nikde neuvádějte své jméno. Předem Vám moc děkuji za jeho vyplnění. S pozdravem Kristýna Špásová.

1. Kolik je Vám let?

……

2. Kterou školu navštěvujete?

a) základní
b) střední - uveďte prosím, o jakou se jedná: ……

3. Uveďte svou výšku.

……

4. Uveďte svou hmotnost.

……

5. Zakroužkujte s kým žijete. Nepatří sem přechodné bydliště na internátě apod. (Můžete zaškrtnout více odpovědí).

1) vlastní matka
2) vlastní otec
3) nevlastní matka
4) nevlastní otec
5) babička
6) dědeček
7) sourozenci vlastní- uveďte počet: …..
8) sourozenci nevlastní- uveďte počet: …..
9) přítel
10) s někým jiným- uveďte s kým: …….

6. Jaký máte vztah s matkou?

	naprosto souhlasím	souhlasím	nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
a) cítím se na ní závislá				
b) kamarádský				
c) vzájemně se respektující				
d) autoritativní				
e) chladný				

7. Drží někdo z Vašich blízkých (např.matka nebo sestra) nějakou dietu?

ne
ano - uveďte prosím, o koho se jedná: ……

8. Jaké jsou Vaše záliby?

……

9. Kolik hodin týdně věnujete Vašim zálibám?

……

10. Jak důležitý je pro Vás kontakt se svými přáteli?
a) velmi důležitý, scházím se s nimi většinou každý den
b) důležitý, scházíme se asi 1-2 krát v týdnu
c) méně důležitý, scházíme se jen občas
d) nescházím se s přáteli, jsem raději sama

11. Jak často trpíte pocity osamělosti?
a) nikdy
b) jednou až dvakrát za rok
c) jednou až dvakrát za měsíc
d) jednou až dvakrát za týden
e) téměř každý den

12. Jak byste zhodnotila svoji postavu. Připadáte si:
a) moc hubená
b) trochu hubená
c) tak akorát
d) trochu silnější
e) moc tlustá

13. Jak často se vážíte?
a) každý den
b) 1-2 krát týdně
c) 1-2 krát měsíčně
d) méně než jednou za měsíc
e) nevážím se

14. Držíte nějakou dietu?
a) ano, neustále
b) ano, občas
c) ne, ale zkoušela jsem to
d) nikdy jsem dietu nedržela

15. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla a, b nebo c, podařilo se Vám zhubnout? (Ostatní pokračují v ot.č.16).
a) ano
b) ne, dietu jsem brzy ukončila
c) ne

16. Měl někdy někdo z okolí záporné připomínky (ve smyslu tloušťky) k Vaší postavě?
a) ano
b) ne

17. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla a, zkusila jste kvůli tomu zhubnout? (Ostatní pokračují v ot.č.18).
a) ano
b) ne

18. Uveďte, jak často se u Vás vyskytlo následující chování.

	nikdy	méně než 1 krát za měsíc	1-2 krát měsíčně	jednou týdně a častěji
cvičení kvůli váze a postavě				
vynucené zvracení kvůli váze a postavě				
užití projímadel kvůli váze a postavě				
užití léků na snížení váhy nebo chuti k jídlu				

19. Kolik vypijete přibližně za den tekutin?

……

20. Kolikrát denně jíte?
a) 6 krát a častěji
b) 3-5 krát
c) 1-2 krát

21. Vynecháváte některé z těchto jídel? (Můžete zaškrtnout více odpovědí).
a) snídani
b) svačinu
c) oběd
d) večeři
e) nevynechávám žádné z uvedených jídel

22. Omezujete se nějakým způsobem v příjmu potravy? (Můžete zaškrtnout více odpovědí).
a) jím menší porce jídla
b) vynechávám přílohy jídel
c) omezuji se v tučných jídlech
d) omezuji se ve sladkých jídlech
e) neomezuji se

23. Jaký máte názor na dívky, vyskytující se v soutěžích krásy?
a) nikdy bych tak nechtěla vypadat, jsou to anorektičky
b) připadají mi moc hubené, ale líbí se mi to
c) líbí se mi jejich postavy, chtěla bych být také taková

Příloha č. 2 – Ukázka anorektického režimu

Určené hospitalizovaným pacientům s MA ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na psychiatrické klinice.

Vážená paní, slečno, vážený pane!

Při léčbě poruch příjmu potravy Vám lékaři obvykle ordinují takzvaný anorektickým režim. Ten spočívá v dodržování stanoveného jídelníčku a dojídání celých porcí jídla. Je přitom nezbytné, abyste během jídla po celou dobu setrvával(a) u stolu a jídlo nepřerušoval(a). U stolu budete mít také vyhrazeno stálé místo. To přispívá k vytvoření pravidelných stravovacích návyků. Po jídle je třeba ukázat sestře podnos. Čím méně na něm bude zbytků, tím více se blíží Vaše uzdravení a návrat domů.

Pro správné trávení je při Vašem onemocnění třeba, abyste po každém jídle seděl(a) 1 a ½ hodiny v jídelně. Je proto nutné, abyste si již předem bral(a) s sebou věci, které budete při jídle, či po jídle potřebovat, tj. kelímek na čaj, čtení, ruční práce, učení (pro studující) atd.

Pokud jíte celé porce jídla, po dohodě se sestrou či lékařem si můžete dokoupit ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, zákusek.

Nedoporučuje se čokoláda, bonbóny, nanuky apod. Černá káva (nejvýše s 1 kostkou cukru) se doporučuje nejvíce dvakrát denně (dopoledne, odpoledne, ne však večer).

Součástí anorektického režimu je vážení jednu denně a to ráno před snídaní. Pokud nebudete vážen(a) vždy ve stejném oblečení, výsledky mohou být zkresleny. Pokud byste měla nutkání ke zvracení, prosíme Vás, abyste hned sestrám, lékařce nebo psycholožce oznámila, pokud by ke zvracení došlo.

Spolupráce s lékaři a sestrami přispívá k Vašemu uzdravení.

Někdy se u osob postižených poruchami příjmu potravy mohou rozvinout i další problémy, například závislost na drogách nebo alkoholu. V takových případech je důležité vyhledat pomoc i pro tyto problémy, protialkoholní a protidrogové poradny.

Dále jsou pomocné telefonické linky důvěry, krizová centra, pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro manželství a mezilidské vztahy, ambulantní psychiatrická léčba a denní stacionáře.