ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH

Bakalářská práce

Markéta Duháčková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání (2010 − 2013)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, duben 2013

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta pedagogická
Akademický rok: **2011/2012**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Markéta DUHÁČKOVÁ**
Osobní číslo:	**P10B0640P**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Název tématu:	**Poruchy příjmu potravy u dospívajících**
Zadávající katedra:	**Katedra psychologie**

Zásady pro vypracování:

1. Shromažďování literatury, materiálů a poznatků včetně časopisecké literatury.
2. Zpracování teoretických kapitol se zaměřením na vymezení pojmu poruchy příjmu potravy. Etiologie, zdravotní komplikace poruch příjmu potravy a zvláštnosti poruch příjmu potravy v dětství a rané adolescenci.
3. Výzkumná část - shromažďování kazuistik a aplikace dotazníku.
4. Interpretace výsledků a závěr.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **90**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. **HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.**
2. **KRCH, David František a kol. Poruchy příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999.**
3. **PACLT, Ivo, FLORIAN, Jakub. Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998.**
4. **ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997.**
5. **VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lenka Novotná**
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **24. května 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2013**

Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.
děkanka

L.S.

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 24. května 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 14. dubna 2013

……

vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Novotné za vedení bakalářské práce a cenné rady, jež mi poskytla. Současně děkuji i všem respondentkám za poskytnutí informací do dotazníku a také všem ostatním, kteří mě při psaní práce všemožně podporovali.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST 8

ÚVOD 9

1 DOSPÍVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 11

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 13

2.1 Historie mentální anorexie 13

2.2 Historie mentální bulimie 15

3 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 16

4 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 22

5 MENTÁLNÍ ANOREXIE 23

5.1 Průběh a symptomy mentální anorexie 23

5.2 Somatické, psychické a sociální důsledky mentální anorexie 26

6 MENTÁLNÍ BULIMIE 28

6.1 Průběh a symptomy mentální bulimie 28

6.2 Somatické, psychické a sociální důsledky mentální bulimie 31

7 DALŠÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 33

7.1 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy 33

7.2 Nové poruchy příjmu potravy 34

7.2.1 Ortorexie 34

7.2.2 Bigorexie 35

7.2.3 Drunkorexie 36

8 PREVENCE 38

9 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 40

PRAKTICKÁ ČÁST 44

1 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU 45

2 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKŮ 47

2.1 Kategorie − Potřeba zhubnout 47

2.1.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku 47

2.1.2 Celkové hodnocení kategorie 51

2.2 Kategorie – Bulimické chování 53
2.2.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 53
2.2.2 Celkové hodnocení kategorie 59
2.3 Kategorie – Nespokojenost s vlastním tělem 60
2.3.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 60
2.3.2 Celkové hodnocení kategorie 65
2.4 Kategorie – Obavy z dospívání 67
2.4.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 67
2.4.2 Celkové hodnocení kategorie 72
2.5 Kategorie – Vztahy v rodině, nároky rodiny 73
2.5.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 73
2.5.2 Celkové hodnocení kategorie 75
2.6 Kategorie – Sebepojetí 76
2.6.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 76
2.6.2 Celkové hodnocení kategorie 83
2.7 Kategorie – Emocionální problémy 85
2.7.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 85
2.7.2 Celkové hodnocení kategorie 92
2.8 Kategorie – Interpersonální vztahy 94
2.8.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek 94
2.8.2 Celkové hodnocení kategorie 98
2.9 Srovnání mezi kategoriemi 100

RESUMÉ 103

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 104

PŘÍLOHY

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

„Vše, co je v člověku krásné, je očima neviditelné.“
(Antoine de Sainte – Exupéry)

Tak jako se mění svět kolem nás, tak jako se mění celá lidská společnost, mění se v průběhu věků i ideál krásy. V pravěku byla ztělesněním krásy velká prsa, břicho a široké boky, ideál, jenž v dané době zobrazoval plodnost a sílu. V antickém Řecku se staly idolem štíhlé ženy, které se svou krásou podobaly bohyni Afrodité. Ve středověku byl téměř s každou jednotlivou etapou spjat jiný pohled na krásu. Gotiku zastupují většinou vyzáblé ženy, v renesanci se postupně začaly „vracet“ plnější tvary, v baroku pak byly ideální tvary přímo kypré apod. Ještě v 50. letech minulého století je obdivována plná ženská postava jakou měla třeba Marylin Monroe. Zvrat nastal v 60. letech, kdy s příchodem vyzáblé modelky Twiggy.[1] Od té doby zůstala za krásnou považována spíše postava dítěte než ženy, o níž můžeme říct, že má „třicet kilo i s postelí“. Nejhorší je na této skutečnosti ale fakt, že jen málokterá z nás by zdravým životním stylem – vhodnou stravou a cvičení, mohla této postavy dosáhnout. Tlak, který působí na ženy (dnes už ale i na muže) kvůli perfektnímu vzhledu je však stále silnější, a tak se jim postupně a nenápadně se do života začínají vkrádat poruchy příjmu potravy.

Je ale toto vysvětlení dostačující? Skutečně jsou příčiny tak jednoduché? Mohou za stále více se objevující poruchy příjmu potravy média? Nebo je nám geneticky některá z těchto poruch předurčena? A skutečně jsou tyto poruchy tak nebezpečné? Na tyto a mnoho dalších otázek se pokouší tato bakalářská práce odpovědět.

Teoretická část práce je především přehledem doposud známých poznatků z oblasti poruch příjmu potravy. Zpočátku se zaměřujeme obecně na téma poruch příjmu potravy. Zabýváme se jejich vymezením a také příčinami jejich vzniku. Ty rozdělujeme především na individuální, biologické, sociální a kulturní, a v neposlední řadě také rodinné faktory. Podstatnou částí naší práce je také přiblížení problematiky poruch příjmu potravy u dospívajících, neboť právě tato věková kategorie je tímto, v dnešní době jakýmsi fenoménem,

[1] Lesley Lawson (rozená Hornby), narozená 19. září 1949), známá pod přezdívkou Twiggy, je anglická modelka,, herečka a zpěvačka. Twiggy měla adolescentní postavu a byla perfektním typem pro androgynních styly, které začaly v roce 1960.

nejvíce ohrožena. Poruch příjmu potravy je celá řada. Větší pozornost jsme se však rozhodli věnovat především mentální anorexii a mentální bulimii, které jsou nejznámější a také nejrozšířenější. Krátce se věnujeme jejich historii, popisujeme jejich průběh, symptomy a také somatické, psychické a sociální důsledky, které jsou, ač si to řada lidí ani neuvědomuje, velice vážné a v mnoha případech dokonce smrtelné. Do práce jsme zařadili také kapitolu o dalších poruchách příjmu potravy, které popisují nejen atypické formy těchto poruch, ale i latentní a maniakální otylost a především také tzv. „nové“ poruchy. Ve stručnosti se také věnujeme tématu prevence a jednotlivým druhům léčby poruch příjmu potravy.

Praktická část se pak zaměřuje na dotazníkový průzkum u adolescentních dívek ze základní a střední školy. Práce obsahuje také dvě kazuistiky pacientek s některou z poruch příjmu potravy.

1 DOSPÍVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Období dospívání, které někdy bývá označováno za nejkritičtější období v životě každého z nás, je čas plný nejen důležitých fyzických, ale i psychických změn. Z malého dítěte, jedince, který je ve všech směrech závislý na rodičích, se postupem času stává jedinec, který se snaží najít vlastní identitu, učí se starat sám o sebe a postupně se připravuje na nové životní role, které ho budou v dospělosti čekat. Jedinec se v tomto období musí naučit, jak chápat sám sebe a své pohlaví, vytváří si nové sociální vazby s lidmi kolem sebe, objevují se u něj první emoční prožitky s osobou opačného pohlaví. Postupem času se člověk také musí potýkat s volbou budoucího povolání a přípravou na ně, a tedy i s přípravou na budoucí dospělý život bez ekonomické závislosti na rodičích. V neposlední řadě se jedinec většinou na konci období dospívání připravuje na budoucí rodinný život, kdy se sám stane manželem/manželkou a jednou také rodičem. (Novotná, 2004)

Období dospívání můžeme podle Langmeiera rozdělit na:

1. pubescenci, která trvá od 11 do 15 let (a dále se dělí na fázi prepuberty, která trvá přibližně od 11 do 13 let, a fázi vlastní puberty trvající od 13 do 15 let)
2. adolescenci, která trvá zhruba od 15 do 22 let (Langmeier, 2006)

Velice důležité je uvědomit si, že období dospívání má u každého jedince jiný průběh a také to, že u každého nastává v jinou dobu. Jinak řečeno je období dospívání záležitostí velice individuální. Obecně můžeme říct, že u dívek nastupuje puberta přibližně o dva roky dříve než u chlapců. Pro období dospívání je typické také to, že většina dospívajících věnuje značnou pozornost svému zevnějšku. Jedinci, kteří jsou atraktivní, mají ve společnosti vyšší sociální status a jsou lépe přijímáni svými vrstevníky. Nespokojenost s vlastním tělem a celkovým vzhledem je častější u dívek než u chlapců a může častokrát být jakýmsi spouštěčem budoucí poruchy příjmu potravy.

Podle výsledků různých studií si můžeme povšimnout, že právě dospívající (od období pubescence až do období mladé dospělosti) jsou nejrizikovější skupinou, která je poruchami příjmu potravy ohrožena. Proč tomu tak je? Jedním z faktorů může být strach z dospělosti. Mladé ženy (u mladých žen se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji než u mužů) stojí před velkým úkolem, kdy se postupně musí zhostit nových životních rolí. Pro toto období jsou charakteristické první intimní vztahy, které mohou postupně vyústit v manželství či těhotenství. Podle Holmes-Rahovy stupnice, která ukazuje seznam stresujících událostí, má

těhotenství přiděleno 40 rizikových bodů (ze 100) a uzavření sňatku dokonce bodů 50. (Papežová, 2003)

Z toho tedy můžeme usoudit, že se jedná o poměrně stresující události. Naproti tomu některé dívky v tomto období vztahy střídají a právě to u nich může vyústit v absenci pocitu bezpečí a jistoty. Další náročnou situací, která je pro toto období typická, je získání prvního zaměstnání či studium na vysoké škole. V první situaci působí jako stresor obava z udržení si získaného zaměstnání, ve druhém případě může být pro studentky stresující finanční závislost (alespoň do určité míry) na rodičích, která může vyústit v některé konfliktní situace mezi rodiči a dětmi. Dalším příčinám vzniku poruch příjmu potravy bude věnována pozornost v kapitole Etiologie.

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Nejrůznější formy narušeného příjmu potravy jsou popisovány již od starověku. Jedná se například o ruminaci (vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání), dále o picu[2] (touha po bizarních jídlech či látkách nevhodných ke konzumaci), a v neposlední řadě byla rozpoznána také obezita, jak ukazují plastiky z doby kamenné. V současné době jsou nejznámějšími a nejlépe specifikovanými dvě poruchy příjmu potravy: mentální anorexie a mentální bulimie, a právě jejich historií se budeme dále zabývat.

2.1 Historie mentální anorexie

Termín „anorexia“ můžeme dohledat již ve starověkých lékařských pramenech, kdy jím byl zjednodušeně označován stav celkové únavy a apatie. Jeden z nejvýznamnějších lékařů té doby, Galén, používal termín „anorexia“ pro absenci chuti k jídlu nebo dokonce odpor k jídlu. Společně s dalšími zastával názor, že tento stav byl způsoben špatnými tělesnými tekutinami, což se až do 19. století příliš nezměnilo, neboť anorexie byla stále považována za somatickou poruchu.

Odmítání jídla nebylo v lidských dějinách ničím výjimečným. Zejména z období pozdního středověku jsou známy případy světců (především světic), kteří se odvolávali na boží pomoc, jež je udržovala při životě bez potravy nebo jen s jejím velmi malým příjmem. V té době se také stále častěji objevovaly tzv. zázračné panny, což byly postící se mladé dívky, které se neodvolávaly přímo na boží pomoc, ovšem budily neméně velkou pozornost, a tak se za nimi častokrát vydávali poutníci, vysocí hodnostáři či králové a přinášeli jim dary.

V historii mentální anorexie je významný jev nervového opotřebení, který ve svém díle „Phthisiologia“ popsal roku 1689 britský lékař Richard Morton. Toto nervové opotřebení (nervové úbytě) je vlastně devastací a skomíráním způsobeným fyzickými příčinami i emocionálním rozrušením. Díky svému popisu případu dospívající dcery pana Duka, která měla bez jakékoliv fyzické příčiny problémy s jídlem, vyhublostí, hypotermií (podchlazení) a záchvaty mdloby, je Morton považován za „*prvního portrétistu anorexie nervosy*“. Jeho dílo

[2] Pica se vyznačuje výraznou chutí k požívání látek s nutriční hodnotou blížící se nule a sloužících pouze jako „plnivo“ k uklidnění pocitu hladu. Často se může jednat o látky anorganického původu, např. různé druhy hlín, jílů apod. Stojí jistě za zmínku, že i v Praze má být v nejbližší době otevřena restaurace s tímto poněkud neobvyklým sortimentem.

bylo později poněkud pozapomenuto, skutečně věrohodně zdokumentované případy mentální anorexie pocházejí až z druhé poloviny 19. století. Za zmínku jistě stojí také francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert, který v roce 1840 rozlišuje gastrickou anorexii (*anorexie gastrique*), která je poruchou trávení, a nervovou anorexii „*anorexie nerveuse*“, kdy mozek nevydá signál pro chuť k jídlu a pacienti pak odmítají jíst.

Dále bychom mohli zmínit i Williama Stouta Chipleyho (1859), působícího v ústavu pro duševně choré v americkém městě Kentucky. Ten dokumentoval odmítání jídla a významnou vyhublost mladých dívek z tzv. „lepší společnosti“ snažících si vynutit vyšší míru pozornosti ze strany svého okolí. Stejně tak první případy mentální anorexie vědecky popsal francouzský lékař Louis-Victor Marcé (1860). Ve své době však nezaznamenala jeho vědecká pozorování prakticky žádnou odezvu. Popsaný problém zdaleka nebyl masového charakteru a navíc byl do značné míry maskován nezanedbatelnou odezvou následků hladovění části společnosti a navazujícího vysokého výskytu tuberkulózy (tehdy často nazývané „*souchotě*“).

Zlomový byl pro vývoj mentální anorexie jako diagnózy rok 1873, kdy nezávisle na sobě poprvé jednoznačně popsali anorexii pařížský klinický lékař Ernest-Charles Lasègue, jenž publikoval svůj článek o „*anorexie histèrique*“, a londýnský lékař sir William Withey Gull se svou přednáškou o „*anorexia hysterica*“ (později publikována pod názvem „anorexia nervosa“). Oba autoři popsali tuto chorobu jako psychogenní, vyskytující se hlavně u dívek a mladých žen. Definovali její charakteristické příznaky, tj. velký úbytek hmotnosti, u dívek amenoreu (vynechání menstruace), zácpu a jistý stupeň „neklidu“ při současné absenci jakýchkoli známek organické patologie nebo existenčního nedostatku apod. Tato definice byla tehdy lékařskou komunitou již přijata jako korektní diagnóza a její definice platí dodnes. Anorexie přesto dál zůstávala v pozadí, v některých státech dokonce až do 20. století (USA, Itálie, Německo) a jako duševní porucha byla znovuobjevena až ve čtyřicátých letech dvacátého století pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny. Postupně přibyly k charakteristickým znakům mentální anorexie podle Lasèguea a Gulla další dva − neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. (Krch, 2005)

Od šedesátých let minulého století získává anorexie pověst moderní a záhadné choroby, především díky publikacím Hildy Bruch a Mary Selvini Palazzoli. Teprve v posledních desetiletích se tato choroba stává relativně častou a dostává do středu zájmu laické veřejnosti.

Mezi slavné anorektičky patřila např. v 19. století císařovna Sissi a v 60. letech minulého století pak supermodelka Twiggy, o které se někdy říká, že odstartovala módu anorektických modelek. V dnešní době není anorexie mezi celebritami a modelkami ničím výjimečným. Jako příklad můžeme uvést modelku a Českou miss 2008 Elišku Bučkovou, která se po dlouhých spekulacích o své vychrtlé postavě nedávno k anorexii přiznala.

2.2 Historie mentální bulimie

Stejně jako u anorexie, i u bulimie můžeme hledat její kořeny již ve starověku, ale na rozdíl od anorexie je v literatuře bulimie zmíněna jen výjimečně. Lidé z vyšších společenských vrstev v době antického Říma a také lidé ve středověku konzumovali jídlo v nadbytečném množství a poté často zvraceli. Jak popsal již v roce 65 před naším letopočtem římský filosof, básník a politik Seneka: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.“* (Papežová, 2010, s. 22)

Zajímavý je původ slova bulimie. Podle řeckého filosofa a historika Plutarcha byl pojmem bolimos označován zlý démon, který byl znakem velkého hladu. Podle novějšího názoru filologů však výraz *bolimos* pochází z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad), a tedy si pod tímto můžeme představit tak velký hlad, že by člověk dokázal sníst celého vola.

Pod pojmem bulimie si bylo možné již od dob antiky až do začátku moderní doby představit nejen jeho rozličné významy, ale i jeho různá vysvětlení. Někdy označoval slabost a mdloby způsobené hladem a původ tohoto onemocnění byl úzce spjat s dysfunkcí nebo abnormalitami trávicího ústrojí. V 18. století bylo rozlišováno dokonce až sedm druhů bulimie, a ačkoli byly stále více brány jako její charakteristické znaky v úvahu emocionální faktory (např. sklíčenost), ještě ve 20. století byla německými a francouzskými internisty považována prvotně za projev špatného trávení.

Termín bulimia nervosa byl poprvé použit v roce 1979 britským psychiatrem Geraldem Russellem a měl označovat „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a s vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností. (Krch, 2005)

3 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Proč právě tato dívka? Co zrovna ona má nebo nemá oproti ostatním? Proč se zrovna jí týká problém poruchy příjmu potravy?

Problém etiologie poruch příjmu potravy není ani v dnešní moderní době stále ještě vyřešen. Různí autoři přicházejí s rozličnými hypotézami, ovšem shoda panuje pouze v tom, že na počátku stojí redukční diety, resp. že tyto diety podle většiny studií zvyšují riziko vzniku některé z poruch příjmu potravy až osmkrát. (Marádová, 2007)

Jinak neexistuje žádný specifický faktor, který by se vyskytoval u většiny nemocných a dokázal by vysvětlit jejich obtíže. *„Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.“*(Krch a kol., 2005, s. 57)

Jednoduše řečeno jsou poruchy příjmu potravy způsobeny souhrou několika různých nepříznivých vlivů a častokrát nejsme schopni přesně rozlišit, co je příčina a co důsledek. Obecně můžeme tyto rizikové faktory rozdělit do několika skupin (Krch a kol., 2005):

- individuální faktory
- biologické faktory
- sociální a kulturní faktory
- rodinné faktory

3.1 Individuální faktory

Mezi individuální faktory patří především osobnostní rysy jedince. Jedná se o perfekcionismus, soutěživost, vysoký stupeň konformity, zaměření se na úspěch, negativní sebehodnocení či hysterické rysy a impulzivitu. Důležité jsou i faktory z oblasti emocionální, což jsou hlavně depresivní či úzkostné sklony. Někteří autoři do této kategorie zařazují také různé negativní životní zkušenosti a také životní trauma (konkrétně trauma sexuálního zneužití). Do kategorie individuálních faktorů můžeme zařadit také redukční diety.

Ty jsou jediným specifickým faktorem poruch příjmu potravy, na kterém se shodnou všichni autoři. *„Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát. V průměru třicet procent redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v to, co je nazýváno patologickou dietou. U dvaceti až třiceti procent patologických dietářek se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruch*

příjmu potravy.“ (Krch, 2003, s. 36)

Podle výzkumů z posledních desetiletí jsou diety mezi ženami velice rozšířeny a některé ženy se dokonce považují za věčné dietářky. Alarmující je také skutečnost, že mezi dívkami a mladými ženami v dnešní době převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním, tzn. nad jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. (Krch, 2003)

Někteří autoři předpokládají, že dieta je reakcí na zahanbující zkušenost, kdy se dívka obává, že je ve srovnání se svými vrstevníky příliš tlustá. Roli zde mohou sehrát posměšné poznámky týkající se obezity nebo také „nevinné štípání“ do faldů na břiše, které svým dcerám dělají mnozí rodiče.

Podle některých amerických studií má osobní zkušenost s dietami až 80% třináctiletých dívek, v České republice pak drží dietu asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60% se o ni už někdy pokoušelo.

Diety mění chuť k jídlu (roste chuť na sladké) a hladovění také velice často vyústí v přejídání, což může potvrzovat pořekadlo, že zakázané ovoce nejlépe chutná. Držení diety vede k negativním emocím a přejídání může být způsob, jak si zlepšit náladu. Dietářky postupně ztrácejí schopnost určit normální velikost porce, což může vyústit v poruchu příjmu potravy.

Výsledkem diety je štíhlé tělo, které odpovídá dnešním ideálům. Ve skutečnosti však nejde ani tak o krásu, jde spíše o psychologický faktor, kdy shození několika kil přesvědčí „neúspěšnou“ ženu o tom, že je schopná vysoké míry sebekontroly a dovede si odříct potěšení. Pochvalné reakce okolí jsou pak jen dalšími impulsy, které ženu utvrdí v tom, že dělá dobře. Nezanedbatelným důvodem držení těchto diet bývá skutečnost, kdy si žena myslí, že pouze pokud bude hubená (podle jejího názoru krásná), jen pak dosáhne úspěchu v partnerském životě, jen pak najde toho pravého muže pro život, který ji bude až do smrti milovat. (Novák, 2010)

3.2 Biologické faktory

Jedním z významných rizikových biologických faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy je už sám fakt, že se narodíte jako žena. Pokud jste žena, tak např. riziko vzniku mentální anorexie či bulimie je nejméně 10x vyšší než u mužů, a také záchvaty přejídání se u žen objevují až 2,5x častěji. (Papežová, 2010)

Ačkoliv můžeme říct, že se v dnešní době o svůj vzhled zajímají muži téměř stejně jako ženy, tělesné proporce hrají v životě mužů a žen odlišnou roli. Zatímco vzorem pro muže bývá většinou hrdina z akčního filmu, a proto muž upřednostňuje spíše svaly a sílu, u žen je považována za ideál modelka, tedy ji zajímá štíhlost a množství tělesného tuku. Jelikož se ideálem dnešní doby stávají modelky s ultra štíhlou, někdy až ženský nevyvinutou postavou, už například dvanáctileté dívky mají strach z nadváhy. Již v 8. či 9. třídě (i když v dnešní době začíná k tomuto trendu docházet stále dříve) se u dívek na základní škole začínají objevovat výrazné dietní tendence a nevhodné způsoby kontroly tělesné váhy. (Krch, 2010)

Dalším rizikovým faktorem je tedy věk, neboť právě tento faktor je spojen s průběhem puberty a i s později nastupující adolescencí. V daném období totiž dochází k rychlému tělesnému růstu, a tedy i k růstu tělesné hmotnosti. A zatímco pro chlapce znamená toto fyzické dospívání přiblížení se jejich ideálu (jak již bylo zmíněno vyvinutému svalnatému tělu), dívky se ideálu dnešní doby začínají pomalu vzdalovat. Z etiologického hlediska může být podle některých autorů pro vznik poruch příjmu potravy také významná časnost nástupu puberty a tělesného zrání, neboť tyto brzy vyzrálé dívky bývají menší a silnější než jejich vrstevnice, tudíž jsou méně spokojeny se svojí hmotností a více vystaveny stresu, a tedy i náchylnější ke vzniku poruch příjmu potravy.

V průběhu dospívání si jedinec více uvědomuje sám sebe a také se více soustředí na vztahy s vrstevníky, a jak je jimi přijímán. I zde by se mohlo zdát „znevýhodněné“ ženské pohlaví, neboť dívky bývají vnitřně nejistější, více se obávají o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené a mají menší úctu ke svému tělu. Tyto pocity a také určité negativní emoce (jako je podrážděnost či labilita nálady), jež mohou doprovázet hormonální změny v pubertě, bývají někdy považovány za jedny z původců poruch příjmu potravy. (Krch a kol., 2005)

V neposlední řadě můžeme jako jeden z rizikových faktorů vnímat etnický původ, neboť výsledky některých výzkumů provedených v USA naznačují, že poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie, jsou nemocí „bílých“ dívek. Také poukazují na to, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží méně často diety, i přes průměrně vyšší BMI. Otázkou ovšem je, zda se lidé z etnických minorit neobjevují v ordinacích lékařů méně třeba proto, že nemají zdravotní pojištění nebo zda jim lékař pouze tuto poruchu nediagnostikuje. Je tedy sporné, zda jde skutečně o etnický původ nebo zda se jedná o silný vliv západního ideálu štíhlosti. (Papežová, 2010)

3.3 Sociální a kulturní faktory

Žijeme v moderní společnosti, která je propojená internetem, ve které je patrný stále sílící vliv médií a globalizace, a v níž stále více lidí žije v přepychu. I tyto skutečnosti však mohou být rizikovými faktory v oblasti poruch příjmu potravy. *„Příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy však vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu.“* (Krch, 2003, s. 40)

Módní návrháři, časopisy, televize, filmy a celá dnešní společnost nám vnucují názor, že pouze štíhlý člověk je krásný. Ale skutečně je tento „mediální“ vzor, kdy jsou nám předkládány vychrtlé modelky a do obchodů začíná stále více pronikat oblečení konfekční velikosti 32 (ačkoliv si myslím, že téměř nikdo ve svém okolí nemá ženu, co by tuto velikost oblékla) ještě krásný?

Ještě před padesáti lety byly ve společnosti, která se bála podvýživy a tuberkulózy, žádané prostředky, po nichž by jedinec přibral na váze. Dnes se dietním trendům přizpůsobuje potravinářský průmysl, který produkuje čím dál více „light“ výrobků a také prodejci, jež nabízejí nepřeberné množství „zázračných“ přípravků na hubnutí. Na dnešní ženy se tedy valí tlak ze všech stran a vnucuje jim ideální proporce, které jsou pro většinu z nich biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující. (Krch a kol., 2005)

Podle průzkumu, který srovnával po více než čtyři desetiletí proporce amerických a kanadských žen s vítězkami Miss America, můžeme u „normálních“ žen mezi lety 1950 – 2000 pozorovat nárůst BMI, u vítězek soutěže Miss America však BMI klesá ještě strměji než podle zákonitostí nepřímé úměrnosti. Jiná studie také poukazuje na to, že téměř 70% modelek časopisu Playboy v letech 1979 – 1988 vážila alespoň o 15% méně než by bylo pro daný věk a výšku očekáváno. (Novák, 2010)

Tento negativní vliv médií a sdělovacích prostředků je pak obzvláště nebezpečný pro dospívající, neboť ti tyto „hlásané skutečnosti“ často nekriticky přijímají. Podle H. Brunch pak právě dospívající vidí ve štíhlosti cestu ke kráse a úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. U mladých žen oslabují sebedůvěru, když předkládají zcela nerealistické cíle a posilují jejich strach z tloušťky a nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenosti s vlastním tělem. (Krch a kol., 2005)

3.4 Rodinné faktory

Je nutno uvést, že *„podle Hsu (1990) se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují poruchy příjmu potravy čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci“*, a tedy velmi pravděpodobně zde hrají důležitou úlohu příklady chování ostatních jedinců v rodinném prostředí. (Krch a kol., 2005, s. 65) Navíc poslední výzkumy ukazují i velmi pravděpodobný vliv genetických dispozic k těmto formám chování.

Jak můžeme vidět, rodina je jedním z neopomenutelných rizikových faktorů při vzniku poruch příjmu potravy. Fungování rodiny, rodičovské vzory a vztahy mezi jejími jednotlivými členy, to vše jsou důležité determinující faktory pro budoucí život jedince a jeho utváření hodnot a postojů, a to nejen v oblasti sociální, ale i v oblasti jídla a vztahu k němu. Budoucí stravovací a popřípadě i pohybové návyky si každý jedinec odnáší ze své rodiny a osvojuje si je již od útlého dětství.

„Případové studie rodičovské interakce ukazují, že rodiny, v nichž se objevují poruchy příjmu potravy, jsou spletité, obtěžující, hostilní a popírají emocionální potřeby pacientek. Zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, nízké očekávání rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskutování mezi členy rodiny, současný výskyt absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nízká nezávislost.“ (Novák, 2010, s. 24)

Různí autoři vidí charakteristiku rodiny pacienta s mentální anorexií více či méně odlišně, nejčastěji je však zastáván názor, kdy jsou tyto rodiny označovány jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce a vyhýbající se konfliktům. Rodiče dívek s mentální anorexií se na veřejnosti snaží často vypadat spořádaně, plní tradiční normy, také však mohou žít v konstantním napětí, libují si v nekonečných hádkách a trpí neurotickými problémy a nezralými emočními vztahy. Rodiče těchto pacientek se také často nadměrně zajímají o vzhled, diety a cvičení. (Novák, 2010)

„Anorektické“ matky bývají označovány jako hyperprotektivní, dominantní, projevují nadměrnou mateřskou kontrolu, touží po dokonalém dítěti a přitom na své dítě většinou neberou ohled. Jako příčina problémů s potravou bývá někdy uváděn i otec. Ten bývá popisován jako pasivní, slabý, udržující si emoční odstup, nebo někdy jako příliš dominantní. Může být také popisován jako rigidní, či vzteklý, jindy jako otec aktivní, který je však natolik skvělý, že se mu dcera nemůže vyrovnat. (Krch a kol., 2005)

Naproti tomu pro „bulimické rodiny“ je typický nedostatek péče a empatie, častý je výskyt negativních a hostilních interakcí, v rodině se objevuje afektivní porucha, alkoholismus nebo obezita, deficit v rodičovské péči, který je v dětství spojený se spory a neshodami, zanedbáním, fyzickým nebo sexuálním zneužíváním. Podle výzkumů bylo také více než 40% sledovaných bulimiček z rozvrácených rodin.

Ačkoliv existují různé charakteristiky rodin pacientů s poruchami příjmu potravy, doposud nejsou přesvědčivé důkazy, které by tento specifický model potvrzovaly. Do dnešní doby je zatím poměrně málo studií, jež by se detailně zabývaly jídelními zvyklostmi rodin těchto pacientů, jejich představami o kráse či jejich vztahu k dietám a vlastnímu vzhledu. Je tedy důležité si uvědomit, že rodina hraje neopomenutelnou roli ve formování vztahu jedince a příjmu potravy, ale také to, že tyto rodiny vykazují často stejné rysy jako rodiny, v nichž se objevují i jiné psychické poruchy.

4 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V posledních letech se do popředí zájmu, jak z hlediska psychiatrické, tak z hlediska psychologické diagnostiky a terapie, dostávají poruchy příjmu potravy. Někteří autoři je zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Těmito problémy se však nezabývají pouze odborníci, ale čím dál více se tyto poruchy dostávají do povědomí a běžného života každého z nás. Neuplyne ani jediný týden, aby se v médiích neobjevila nová zpráva o modelce trpící anorexií, paparazziové stále sledují, kdo přibral nebo zhubl, celebrity jsou fotografované s hotdogy a hranolky apod.

Jídlo je od pradávna nedílnou součástí každého dne našeho života, potřeba nasycení úzce souvisí i s uspokojením dalších potřeb – od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Jídlo je v životě nenahraditelným zdrojem poskytujícím základní živiny a zároveň je jednou z podmínek somatického a psychického zdraví jedince. Během života získává jídlo různý význam, stává se odměnou, zdrojem slasti, únikem od nudy, způsobem komunikace s ostatními lidmi. Poruchy příjmu potravy jsou především duševním onemocněním, jeho následky se však nevyskytují pouze v oblasti psychické, ale i somatické. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 a také podle Diagnostického a statistického manuálu DSM-IV Americké psychiatrické asociace jsou pod pojmem poruchy příjmu potravy nejzřetelněji vymezené syndromy mentální anorexie a mentální bulimie. (Krch a kol., 2005)

Podle některých autorů jde pouze o určité varianty základního onemocnění, podle jiných jsou pro obě tyto onemocnění specifické diagnostické charakteristiky. Pro obě onemocnění je typické zaujetí tělem, vzhledem a strachem z tloušťky, charakteristické jsou patologické projevy v příjmu potravy a ve snaze o kalorickou redukci. Zajímavý je také fakt, že podle literatury až 50% anorektiček přejde do mentální bulimie, a téměř 100% pacientek trpících bulimií uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu anorexie. (Říčan, Krejčířová, 2006)

Podle MKN-10 je součástí kapitoly Poruchy příjmu potravy také diagnóza přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4), která zahrnuje psychogenní přejídání a také diagnóza zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5). Další kapitolou je problematika obezity (E66). Samostatnými jednotkami v tomto systému jsou diagnózy specifické poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku (F98.2), jež zahrnují ruminaci, a dále pika v útlém a dětském věku (F98.3). (Hort, 2008)

5 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie se objevuje nejčastěji u dospívajících dívek (poměr dívek a chlapců bývá uváděn jako 10:1) a vrchol jejího výskytu bývá mezi 13. – 14. rokem a mezi 17. – 18. rokem. Tato choroba se může projevit jen jako epizoda, v některých případech se však může opakovaně vracet a mít chronický průběh (u 20 – 25% nemocných). To, že je anorexie nebezpečné onemocnění dokládá i fakt, že až v 5 % případech dochází k úmrtí jedince. Samotný termín anorexie znamená absenci chuti k jídlu až nechutenství, ve skutečnosti se u této poruchy nikdy o nechutenství jako takové nejedná, ale spíše jde o přemáhání hladu a redukce příjmu potravy za účelem snížení hmotnosti. (Říčan, Krejčířová, 1995)

Jinak řečeno je anorexie patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. Tato obava z jídla má nutkavý charakter, jedinec ji nedokáže ovládat vůlí a omezení příjmu potravy považuje za svůj hlavní životní úděl. I přesto, že se nemocný postupem času stane hodně vyhublým, stále ho trápí pocity, že je tlustý, především v oblasti břicha, stehen a hýždí.

5.1 Průběh a symptomy mentální anorexie

Průběh onemocnění bývá pozvolný a jeho největším problémem je fakt, že jako onemocnění ve skutečnosti vůbec nevypadá. Dívka se přeci pouze snaží žít zdravě, tedy jíst zdravé věci a cvičit. Dodržování tohoto režimu se může setkávat s kladnou reakcí okolí, dívka je obdivována pro svoji pevnou vůli, což u ní může zafungovat jako posilující impuls. Postupně s dalším hubnutím však okolí začíná reagovat negativně a pochybuje o vhodnosti takového jednání. V této fázi reaguje postižená dívka většinou na jakékoliv připomínky lhaním a podváděním. Dostavuje se fáze, kdy nemocní popírají, že by měly jakékoliv problémy, argumentují zdravou výživou a také svou výkonností. Právě tato skutečnost může jejich okolí a rodinu zpočátku uklidnit v tom, že situace není tak vážná. Matoucí může být také fakt, že nemocné mají zvýšený zájem o jídlo a recepty a rády vaří pro ostatní členy rodiny. Bývají také stále aktivní, výkonné ve škole či se stále věnují svým zájmům a mnohé také hodně cvičí. Postupně, se stále větším úbytkem váhy, začíná být dívka unavená, dochází k celkovému vyčerpání organismu, je čím dál více podrážděná a úzkostná. Dále se přidávají i zdravotní problémy a osobnost dívky se začíná měnit. Nakonec už pro dívku není na světě důležitého nic jiného kromě jejího hubnutí. (Vágnerová, 2008)

Výsledky několika studií, probíhajících převážně v devadesátých letech minulého století, ukazují, že osobnost dívek se sklonem k mentální anorexii má celou řadu typických znaků (ovšem nemůžeme říci, že jsou všechny tyto dívky stejné a musí splňovat všechna níže popsaná kritéria):

- mívají dobrou inteligenci a jsou úspěšně ve škole (typická je zde orientace na dobrý výkon, často podněcovaná rodinou),
- nápadná je jejich bezproblémovost, snaha nevybočovat z normálu, což zahrnuje ve zvýšené formě také podléhání obecně uznávaným vzorům a autoritám,
- bývají sportovně zaměřené,
- nápadný je důraz na výkon, kdy má dívka potřebu se neustále utvrzovat o vlastním úspěchu,
- typické jsou silné volní vlastnosti, kdy jsou dívky zodpovědné, svědomité, až perfekcionistické,
- na druhou stranu nemají tyto dívky dostatečně vysoké sebevědomí, které by odpovídalo jejich výsledkům, jsou nejisté, zvýšeně sebekritické a trápí je pocity viny,
- jsou spíše introvertními osobnostmi, a tedy bývají ve vztahu k ostatním rezervované, nemívají tolik přátel, ve vztahu k opačnému pohlaví se příliš neprojevují a obvykle ani s nikým nechodí,
- dovedou hluboce citově prožívat, bývají senzitivnější, sebekontrola se však projevuje i v emocionální oblasti, kdy mají snahu své pocity potlačovat (např. nedokáží prožít skutečnou radost),
- bývají depresivní.

(Vágnerová, 2008)

A jak tedy poznat mentální anorexii? Kromě již výše uvedených příznaků nás může varovat, když dívka začíná vynechávat jídla s rodinou nebo před ní jí pouze zeleninu, jídlo krájí na malé kousky, které jen postrkuje po talíři, jí velice pomalu a obřadně, pije hodně kávy a dietních nápojů. Hodně žvýká žvýkačky, mění se jí chuť (např. hodně solí), kouří, vyhýbá se jídlu ve společnosti. Na druhou stranu se také může ve skrytu přejídat − pozorujete, že z lednice mizí velké množství jídla nebo nacházíte prázdné obaly od jídla v ložnici atd. Dívka může často zvracet, chodit nakupovat do lékárny a v domácnosti se mohou nacházet zbytky projímadel nebo obalů od nich. Typické je i trávení dlouhého času

v koupelně a na záchodě, kdy dívka odchází ihned po každém jídle a na záchod chodí často během dne i v noci apod. Není možné vyjmenovat všechny příznaky, které by na mentální anorexii upozornily, ale je důležité při podezření na tuto poruchu vyhledat co nejdříve odbornou pomoc. (Papežová, 2000)

Pro úplnost ještě uvádíme diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).
D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.
E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.
(Krch a kol., 2005, s. 16)

Podle DSM-IV (Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch – IV. revize) Americké psychiatrické asociace jsou kritéria pro diagnostiku mentální anorexie převážně shodná, jsou však shrnuty pouze do čtyř bodů. Dále také rozlišuje dva specifické typy anorexie:

1. Nebulimický (restriktivní) typ – kdy během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

2. Bulimický (purgativní typ) – zde naopak během epizody mentální anorexie dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání.

(Krch a kol., 2005)

Na závěr tedy můžeme shrnout kritéria pro mentální anorexii podle dělení MKN-10 i DSM-IV:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
- strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- amenorea u žen.

(Krch a kol., 2005, s. 17)

5.2 Somatické, psychické a sociální důsledky mentální anorexie

Důsledkem odmítání potravy u pacientů trpících anorexií jsou jak somatické, tak psychické následky. Jejich závažnost velice závisí na délce tohoto maniakálního období a důležité je i zahájení včasné léčby, neboť anorexie může způsobit taková tělesná poškození, že poté dochází k tomu nejhoršímu – ke smrti. Následky mentální anorexie a bulimie bývají často velice podobné nebo shodné. Jelikož mají anorektičky sklon k přehnané tělesné aktivitě, ve spojení s odmítáním potravy má toto za následek těžké tělesné vyčerpání až zhroucení. Jedinci jsou často až tak vyčerpaní, že nejsou schopni obstarat si vlastní základní tělesné potřeby. (Leibold, 1995).

Objevuje se přecitlivělost na chlad, zhoršuje se krevní oběh v rukou a nohou, které jsou následně promodralé a dokonce na nich mohou vznikat omrzliny (některé ženy s anorexií zemřely na podchlazení). Obvyklé jsou poruchy spánku, kdy se jedinec probouzí několikrát za noc, oslaben je močový měchýř, což má za následek časté močení, objevuje se nízký krevní tlak a následně i omdlévání. Pacientky také trpí osteoporózou (což může vést až k deformaci páteře a obrovským bolestem), vyskytuje se anémie a náchylnost k určitým infekcím. To je důsledkem selhávání kostní dřeně a nezanedbatelné jsou také změny v žaludku, kdy se objevují žaludeční vředy. Ohroženy jsou i další vnitřní orgány jako játra, ledviny (hrozí jim infekce, tvorba kamenů nebo mohou selhat), dochází k poškození nervů a svalů a také stoupá cholesterol v krvi (riziko srdečního infarktu). Stejně jako u bulimie hrozí problémy spojené s užíváním projímadel a vyvolaným zvracením, mohou se také objevit

problémy v sexuálním životě a s reprodukcí a mění se i vzhled postižené, např. vypadávání vlasů, nárůst jemného ochlupení na těle, změny na kůži, zvýšená kazivost zubů apod. (Papežová, 2000)

U anorektiček postupně začne být celý jejich život ovládaný představami o jídle a prožitky spojené s jídlem mohou být až přehnaně dramatické. Jejich nálada je závislá na tělesné hmotnosti, objevuje se nejistota, úzkosti a deprese. Zvyšuje se potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší i do jiných oblastí života a která může být spojena i se zvýšenou aktivitou (nutkavé uklízení, vykrmování ostatních). Zhoršují se intelektové schopnosti, typická je ztráta smyslu pro humor a „černé vidění“ světa, zhoršuje se koncentrace pozornosti a snižuje se pracovní tempo. Anorektické pacientky ztrácejí zájem o okolí, ubývá sociálních kontaktů a naopak přibývá konfliktů s okolím. Výrazná je závislost nemocné na jejím okolí, jež na její problémy reaguje zvýšenou úzkostí a neumožňuje jí tak přiměřenou sociální zpětnou vazbu. (Krch, 2010)

6 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie je porucha typická spíše u postadolescentních dívek a starších a předcházet jí může epizoda mentální anorexie. Předpokládá se, že zastoupení bulimie je o něco vyšší než u anorexie (zde se odhaduje zastoupení přibližně kolem 1 případu na 100 adolescentních dívek), podle jiných představuje bulimie nejrozšířenější formu chorobného manického vztahu k jídlu a trpí jí každá dvacátá žena mezi 15. – 55. rokem. (Leibold, 1995)

„Bulimie je balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se.“ (Krch, 2003, s. 21)

Pojem bulimie označuje vlčí nebo také někdy býčí hlad a skutečně bychom si toto onemocnění mohli spojovat s velkým hladem, neboť jedním z jeho důležitých znaků je přejídání se. Množství jídla, které nemocný při záchvatu spořádá, se značně liší. Obvykle se pohybuje kolem 1000 až 3000 kcal (tj. 4200 – 12 600 kJ), ale některé bulimičky dokážou sníst až 20 000 kcal. Pro zajímavost, doporučený denní příjem kalorií u dospělé ženy je kolem 2000 kcal, i zde záleží na věku, fyzické aktivitě a dalších faktorech.

6.1 Průběh a symptomy mentální bulimie

Bulimie je porucha typická neodolatelnou touhou po jídle a následnými opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Po nich nastupuje nutkavá tendence, kdy se nemocný snaží zbavit přijaté potravy násilným, nefyziologickým způsobem.

Rozvoj nemoci bývá plynulý. Postupně však choroba dospěje do stadia, kdy začne narušovat běžný život a vede k různým somatickým potížím. Záchvaty přejídání nemívají dlouhé trvání, objevuje se u nich různá frekvence a množství sněženého jídla při jednom takovém záchvatu dokáže být neskutečně velké, takže se bulimie stává i finančně náročným problémem. Bulimičky mají tak narušený vztah k jídlu, že se nedokáží normálně najíst, ale znají pouze dva extrémy, kdy se buď přecpou, nebo hladoví. Při záchvatu jsou většinou konzumovány hlavně tučné a sladké pokrmy, výjimkou však nejsou ani základní potraviny, které ale nejsou běžně určeny k přímé konzumaci nebo ke konzumaci v takovém množství (mouka, kostka másla). Častá bývá i konzumace zdravých potravin a potravin s nízkou kalorickou hodnotou (ovoce a zelenina), neboť ty nevzbuzují tak velký strach z nadváhy. Bulimičky jí potají, a pokud opouští domov, zásobí se jídlem na cestu. Stejně tak následné

„zbavování se“ (zvracením či za použití projímadla) zkonzumované potravy probíhá v tajnosti, neboť se bulimičky za své chování stydí. Toto „vyprázdnění“ jim však poskytne alespoň dočasnou úlevu před strachem z obezity. (Vágnerová, 2008)

Důležité je uvědomit si, čím bývají tyto záchvaty přejídání spouštěny. Velice často mohou jako spouštěč fungovat negativní nálady a pocity jako jsou deprese, ale vinu mohou nést také somatické příčiny jako je hypoglykemie, neboli trvale vyšší produkce inzulinu a nízká hladina krevního cukru. (Krch, 2003)

Bulimičtí pacienti dokáží svůj problém často velice dobře skrývat, takže na okolí působí jako dobře přizpůsobiví jedinci. Jediným znakem, který může být nápadný, je právě skutečnost, že většinou nechtějí jíst spolu s ostatními. Mezi nemocnými bulimií se často setkáváme s lidmi ve vyšším, často akademickém postavení, kteří pocházejí z vyšší střední nebo z horní společenské vrstvy. (Leibold, 1995)

Stejně tak jako u anorektiček i u bulimiček můžeme najít určité osobnostní rysy, jež činí danou osobu náchylnější ke vzniku bulimie. Některé tyto rysy mají dívky s mentální anorexií a bulimií společné. Především je to nízké sebehodnocení, nejistota, závislost na mínění jiných lidí a tedy snaha o dosažení sociokulturně žádoucí normy. Pro dívky trpící bulimií pak bývají typické tyto rysy:

- impulzivita a neschopnost sebeovládání (důraz na sebekontrolu se zde také vyskytuje, ale na rozdíl od anorektických pacientek, se bulimičky tolik ovládat nedokáží),
- trpí pocity viny, studu a vzteku na sebe sama (souvisí s neschopností sebeovládání)
- jsou zvýšeně sebekritické,
- svým jednáním se mohou cítit znechucené a zároveň jsou bezmocné (toto jednání napravit),
- vyskytují se deprese a úzkost.

  (Vágnerová, 2008)

Pro úplnost opět uvádíme diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění,

užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.

D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo omezování se.

(Krch a kol., 2005, s. 19)

Podle DSM-IV jsou pro diagnostiku mentální bulimie daná tato kritéria: (podle Krch a kol., 2005, s. 19)

1. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:

a) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.

b) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).

2. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
3. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
4. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
5. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

I u mentální bulimie můžeme rozlišit dva specifické typy:

1. Purgativní typ - aby pacient zabránil zvýšení hmotnosti, používá zvracení, laxativa či diuretika.
2. Nepurgativní typ – pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní cvičení; pravidelné purgativní metody nevyužívá.

(Krch a kol., 2005)

Na závěr tedy můžeme zmínit tři znaky, které jsou podle obou těchto klasifikací nejdůležitější pro diagnostikování mentální bulimie:

- strach z tloušťky,
- opakující se záchvaty přejídání, které jsou doprovázené nepřiměřeným kompenzačním chováním (to má za cíl zabránit zvýšení hmotnosti),

- nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost, kdy je na těchto dvou faktorech závislé sebevědomí postiženého.

6.2 Somatické, psychické a sociální důsledky mentální bulimie

Nezdravý způsob života, který se u bulimických pacientek projevuje dietami, hladověním, následným přejídáním se a zvracením či užívání různých „hubnoucích" prostředků, to vše zanechává stopy na jejich zdraví. Ačkoliv jsou v dnešní společnosti neustále zdůrazňována rizika, která sebou přináší nadváha, zapomíná se na daleko nebezpečnější zdravotní důsledky při nedostatečné výživě. Mezi ně patří především citlivost na chlad, celková únava a slabost, poruchy spánku a také dochází ke snížení celkové obranyschopnosti organismu. Na první pohled nepříjemnými somatickými důsledky je také zažloutlá a praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké a lámající se vlasy a také zvýšená kazivost zubů. Postupně dochází k odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké, nedostatek živin poškozuje játra, objevují se srdeční obtíže (bradykardie, arytmie) a zpomaluje se funkce střev, což má za následek zácpu. Nezanedbatelná je také nepravidelná menstruace, kdy v nejhorších případech může docházet v těle k takovým změnám, jež mohou zapříčinit až neplodnost (a to i u normálně vážících bulimiček).

S velkými zdravotními riziky bývá spojeno také zvracení. Jelikož si některé bulimičky musí dávicí reflex vyvolat prstem či jinými předměty, může dojít ke zranění krku nebo jícnu. Následně může dojít k infekci nebo prasknutí jícnu, které se neobejde bez lékařského zásahu. Objevují se také otoky slinných žláz pod čelistí umocňující dojem opuchlého kulatého obličeje a nebezpečné je také narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí (dochází k nadměrnému zatížení srdce a ledvin), jež je způsobeno zvracením, Smrtelné nebezpečí mohou představovat některé léky uměle vyvolávající zvracení.

Narušení vnitřní rovnováhy v těle mohou stejně tak jako zvracení způsobit projímadla a diuretika. Velké nebezpečí projímadel spočívá v tom, že si na ně jedinec snadno vypěstuje závislost a později mohou vyvolat vážné komplikace v oblasti tlustého střeva, mohou poškodit střevní stěnu a narušit vstřebávání bílkovin. Dochází také k zadržování vody v těle, které může souviset až s překvapivě velkým nárůstem váhy. (Krch, 2003)

Stejně tak jako zanechá bulimie stopy na těle postiženého, tak zanechá stopy i na jeho duši. Fyzické problémy a neuspokojivý jídelní režim, které se promítají do běžného života

jedince, sebou přináší řadu problémů. Nemocný se postupem času zajímá pouze o vlastní osobu a problémy, dochází u něho k silným pocitům viny (neboť nedokáže dosáhnout nemožného cíle, který si vytyčil), objevují se deprese. Jakýmsi předstupněm této deprese je nejistota, která bulimičku provází po celou dobu její nemoci na každém kroku. Objevují se také úzkostné prožitky a příznaky vázané na tělesný vzhled, váhu či jídlo. V neposlední řadě se objevuje podrážděnost, napětí, pocity viny a špatná nálada, a to vše v souvislosti s tím, zda se jim právě daří hubnout a jak jsou spokojeny se svým tělem. Tyto projevy se promítnou také do sociální oblasti, kdy pacient ztrácí kontakt s okolním světem a lidmi, až se postupně stane úplně osamělým. U pacienta se navíc zhoršuje koncentrace pozornosti, klesá pracovní tempo, snižuje se zájem o sex a vlastně i o všechno ostatní, co se bezprostředně netýká jídla a hubnutí.

7 DALŠÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Je důležité si uvědomit, že neustále přibývají pacienti, kteří trpí některou z forem poruch příjmu potravy. Jelikož se tento problém týká stále širší populace bez výraznější obecné psychopatologie, vzniká tak nová kategorie tzv. atypických poruch příjmu potravy. Ta bývá v praxi častokráte opomíjena, ačkoliv do ní patří nezanedbatelný počet pacientů.

S vývojem společnosti, snadným přístupem k potravě a s ohledem na jakýsi ideál krásy, který je nám dennodenně předkládán v médiích, vznikají i další poruchy příjmu potravy, které sice ještě nejsou popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ale je třeba o nich vědět. V praxi je důležité na ně nezapomínat, neboť nejsou o nic méně nebezpečné než mentální anorexie či bulimie.

7.1 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Podle MKN-10 (tzn. desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí) můžeme rozeznat atypickou mentální anorexii (F50.1) a atypickou mentální bulimii (F50.3). Název této poruchy by měl být používán u takových pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale jinak je jejich klinický obraz typický. Podle DSM-IV (4. revize Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch) jsou tyto atypické poruchy příjmu potravy začleněny do kategorie pojmu EDNOS (Eating Disorders Otherwise Specified, v překladu „Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“). Dle prof. Papežové můžeme do této kategorie zahrnout (Papežová, 2005):

1. Ženy, které splňují kritéria pro mentální anorexii, ale vyskytuje se u nich pravidelná menstruace.
2. Ženy, které splňují všechna kritéria pro mentální anorexii, ale i přes jejich velice významný váhový úbytek jejich váha stále spadá do normálního rozmezí (u premorbidní obezity).
3. Jedince, kteří splňují všechna kritéria pro mentální bulimii, ale je u nich frekvence záchvatů přejídání a neadekvátního kompenzačního chování menší než dvakrát týdně po dobu 3 měsíců.
4. Jedince, kteří po požití malého množství jídla pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy a mají normální váhu.

5. Jedince, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velké množství jídla, aniž by ho polykali.
6. Psychogenní přejídání, opakované epizody přejídání bez užívání kompenzačních mechanismů, které jsou charakteristické pro bulimii.

Je důležité si uvědomit, že tyto atypické formy poruch příjmu potravy nejsou o nic méně vážné než ty typické, a pacientům je vhodné zdůraznit, že ani terapie se u obou forem neliší. I v těchto případech je pro úspěšnou léčbu důležitý včasný zásah.

Další porucha, kterou můžeme do kategorie EDNOS zařadit je „syndrom nočního přejídání“. U nočních jedlíků je charakteristická večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Tito lidé mají častokrát problém přestat jíst, když jednou začnou a jen výjimečně se u nich dá hovořit o hladu. Průběh tohoto onemocnění je nejspíše spojen s životním stresem či s neúspěšnými pokusy o zhubnutí. V dnešní době existuje také návrh na klasifikaci třetí poruchy příjmu potravy, která je známá pod pojmem „záchvatovité přejídání“. Jedinci trpící touto poruchou se přejídají, aniž by užívali nějaké kompenzační chování. Tuto poruchu můžeme často najít u obézních jedinců, kteří kvůli své nadváze vyhledali odbornou pomoc, neboť právě tento typ přejídání je spojen s nadváhou či obezitou, ale také s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. Podle některých zpráv se tento typ vyskytuje častěji u žen než u mužů, ovšem procentuální zastoupení mužů trpících touto poruchou je daleko častější než u jiných poruch příjmu potravy. Typický je pro tuto poruchu také její projev až v pozdějším věku. (Krch, 2005)

7.2 Nové poruchy příjmu potravy

Jak již bylo výše zmíněno, s vývojem společnosti vznikají stále nové poruchy příjmu potravy. Prozatím nebyla vydána žádná kniha zaměřená pouze na tyto poruchy, mnoho informací se o nich ale můžeme dozvědět na internetu a to především na stránkách www.anabell.cz či www.idealni.cz.

7.2.1 Ortorexie

Přesný název této poruchy je orthorexia nervosa a je odvozen ze dvou řeckých slov: „orthos“ – správné a „orexis“ – chuť. Ortorexie je vlastně přílišná starost o zdraví, jinak

řečeno patologická posedlost zdravou výživou. Název ortorexie použil poprvé americký lékař Steven Bratman v roce 1997, který sám založil skupinu lidí, jež se zabývala zdravou výživou. Po čase ale zjistil, že přílišné zabývání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích a zanechává negativní následky na lidské psychice i tělesném zdraví. Ortorektici jsou radikálními odpůrci používání umělých hnojiv, chemických konzervantů a barviv, geneticky upravených potravin a orientují se pouze na bio potraviny. Ortorexie se tedy projevuje přehnaným zabýváním se zdravou výživou, kdy se počáteční zaměření jedince se zájmem o zdravou stravu mění v posedlost. Dotyčný tráví většinu svého času tím, že navštěvuje obchody se zdravou stravou, hledá si informace, jak se takové potraviny vyrábějí, zdravé jídlo je podrobováno stále větší a větší kontrole a postupně přestává být dost zdravé a tedy i vyhovující. Jídelníček jedince se postupně zužuje na minimum a nemocný hubne, až postupně začne trpět podvýživou. Také jednostranné zaměření jídelníčku má za následek nedostatek důležitých živin a minerálů, což může způsobit špatné fungování životně důležitých orgánu, v horších případech selhání organismu. Podobně jako při mentální anorexii musí jedinec na jídlo neustále myslet, začíná trpět úzkostmi a depresí a postupně začíná být izolovaný od okolního světa. Ortorexie se vyskytuje častěji u žen než u mužů, ale v menší míře než mentální anorexie či bulimie.[3]

7.2.2 Bigorexie

Další novou poruchou je bigorexie, jež je někdy také označována jako „anorexie naruby“ nebo také „Adonisův komplex“. Základním rysem této choroby je chorobná myšlenka jedince, který si myslí, že je nápadný a odpudivý svým vzhledem. Při této poruše si dotyční připadají slabí a nedostatečně svalově vyvinutí, velice se tím trápí a pro svůj vysněný vzhled, který vídají v kulturistických časopisech, jsou ochotni udělat téměř cokoliv. Bývají tedy závislí na posilování, užívání doplňků stravy, především preparátů na bázi bílkovin a aminokyselin. Pravidlem bývá i užívání anabolických steroidů.

K hlavním rizikům, která jsou spojena s bigorexií, patří poškození hybného systému jeho dlouhodobým přetěžováním, poškození životně důležitých orgánů způsobené nadměrným užíváním výživových doplňků a steroidních hormonů. Rizikem je také nadměrná tělesná hmotnost, jež častokrát u bigorektiků přesahuje doporučené normy až o dvacet kilo, i

[3] http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251

když značná část této nadváhy je způsobena zvýšeným podílem aktivní tělesné hmoty. Neopomenutelným následkem této choroby je i sociální izolace, neboť jedinec tráví veškerý svůj čas cvičením, a tak se nemůže věnovat jiným aktivitám a ztrácí kontakty s ostatními lidmi. Jsou známy případy, kdy bigorektici patologickým přístupem k životu zničili svá manželství, ztratili práci a kvůli pozdějšímu nedostatku financí se také dopouštěli trestné činnosti a skončili ve vězení.[4] Touto nemocí trpí především muži, neboť právě jim bývá jako ideál v dnešní společnosti často předkládán akční hrdina, který je velká „hora svalů", zatímco ženám bývá jako ideál krásy předkládán typ „křehká drobná květinka", která potřebuje od těchto silných mužů ochránit. Problémem při snaze léčení bigorexie je nejen skutečnost, že si postižený jedinec nepřipouští žádné potíže a je se svým způsobem života spokojen, ale také to, že je svým okolím častokrát obdivován (protože má pevnou vůli a cvičí, což jeho okolí často nedokáže).

7.2.3 Drunkorexie

Pojem drunkorexie vznikl spojením slova „drunk" (z angl. opilý) a anorexie, pro niž je charakteristické záměrné hladovění. Tato porucha, někdy označovaná také jako alkorexie, je vlastně opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a tím si dovolit pít více alkoholu (protože především tvrdý alkohol je poměrně kalorický). I u této poruchy se projevuje nespokojenost s vlastní postavou a úzkost z přibírání na váze. Nemocný trpící drunkorexií tedy celý den nic nejí nebo konzumuje velice malé množství potravy, aby poté (především večer) mohl vypít velké množství alkoholických nápojů a nemusel se obávat váhového přírůstku. Mezi charakteristické znaky drunkorexie můžeme také zařadit cílené zvyšování výdeje energie na párty nebo diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Nelze také zapomenout na riziko vzniku závislosti na alkoholu.

Hlavním nebezpečím této poruchy je fakt, že člověk pije „na prázdný žaludek" a účinek alkoholu je tak mnohem silnější a také nebezpečnější. Velké nebezpečí hrozí také při míchání alkoholu s energetickými nápoji, neboť tím dochází ke zvýšení krevního tlaku, vzestupu činnosti srdce, snižuje se schopnost vnímat únavu a hrozí kolaps až smrt. Nesmíme opomenout následky samotného pití alkoholu, toxinu, který poškozuje zdraví ve všech oblastech: poškozuje nervovou soustavu, slinivku, játra, imunitu, krvetvorbu apod., dále

[4] http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie

působí poruchy vědomí a chování, jež mohou způsobit problémy v oblasti vztahové, a také je důležitý fakt, že alkohol omezuje sebeovládání, následkem čehož se pak drunkorektik často přejí, poté se vyzvrací a jeho pocity viny se tím stále prohlubují.

Tato porucha se vyskytuje především u žen, ale ani mužům se nevyhýbá a s ohledem na dnešní dobu a život dnešních dospívajících, jistě najdeme vysoké zastoupení drunkorexie i v této věkové kategorii. Podle statistického výzkumu provedeného v USA až 30% dívek ve věku 18-24 let vynechává jídlo, aby mohly vypít víc alkoholu.

V neposlední řadě nesmíme zapomínat na možný vznik alkoholové závislosti. (viscojis.cz)

8 PREVENCE

Vzhledem k tomu, jak vážné následky po stránce fyzické i psychické mohou na jedinci zanechat poruchy příjmu potravy, měl by být kladen větší důraz na prevenci těchto onemocnění. V době, kdy jsou diety komerčně výhodnou záležitostí a kde se na nás ze všech stran valí dokonale vyretušované fotky modelek, které nemají na svém těle ani gram tuku navíc, jsou poruchy příjmu potravy na stále větším vzestupu.

Primární prevenci by měla každému z nás poskytnout rodina. Právě zde by se měly děti naučit vhodným stravovacím návykům, rodiče by měli pomoci dítěti vytvořit si systém hodnot (na jeho vrcholu by rozhodně neměla být tělesná krása), podporovat dítě v jeho zájmech a také mu umožnit vyrůst v sebevědomou bytost. Důležité místo při prevenci poruch příjmu potravy zaujímá také škola. Ve škole tráví dítě hodně času, své učitele považuje často za vzor a právě oni mohou dítě ovlivnit svými postoji a názory.

V roce 2009 vyšel článek, který dává doporučení (založená na závěrech projektu EAT, který zkoumal jídelní zvyklosti adolescentů), jak pracovat v klinickém prostředí a školách v prevenci proti obezitě a poruchám příjmu potravy u adolescentů: důležité je zapracovat na pozitivním vnímání vlastního těla a snažit se zabránit nezdravým dietám. Měla by být zřejmá podpora rodiny ve společném stolování, ve zdravém jídelníčku a cvičení a také rodinám doporučit, aby méně mluvily o váze. U dospívajících s nadváhou je třeba předpokládat, že jsou obětmi šikany, proto je s nimi a jejich rodinami zapotřebí o tomto problému mluvit. (Papežová, 2010)

Sekundární prevence se zabývá především detekcí ohrožených skupin, jako jsou modelky, baletky, letušky apod. Za jeden z faktorů sekundární prevence můžeme považovat také včasnou kvalifikovanou intervenci.

Terciární prevence by pak měla zamezit působení patologických jídelních postojů rodičů na jejich děti. Není totiž výjimkou, že se v rodině vyskytuje druhá či třetí generace žen posedlých tělesným zevnějškem, sportovním výkonem a tedy i s rizikem vzniku poruchy příjmu potravy.

V neposlední řadě by se do této prevence měla zapojit také média a módní průmysl. Známý je nedávný případ boje proti mentální anorexii, kdy se slavný italský fotograf Oliviero Toscano rozhodl vytvořit provokativní billboardy s tehdy 31kg vážící anorektickou herečkou Isabell Car. Tato kampaň („Ne anorexii“) byla podpořena italským módním průmyslem a

ministerstvem zdravotnictví. V lidech jistě zanechala hrůzné pocity, paradoxně však tato kampaň mohla způsobit negativní dopad na anorektické dívky, které by toužily po zviditelnění se. Vládní aktivity proti extrémní štíhlosti jsme mohli v posledních letech zaznamenat v některých evropských zemích (VB, Španělsko), objevovala se snaha prosadit zákon, který by zakazoval modeling dívkám s BMI nižším než 19. V České republice bohužel podobné snahy zatím nejsou patrné, o čemž se můžeme přesvědčit, kdykoliv se podíváme na vítězky soutěže Česká miss, které se postupně jedna po druhé přiznávají (někdy jsou k tomu spíše dotlačeny médii) k poruše příjmu potravy.

Nebezpečí v sobě mohou také ukrývat nevhodné reklamy v televizi, které nám předkládají názor, že pokud sníme tu či onu potravinu (často se jedná o čokoládové tyčinky), budeme se cítit lépe a tím v nás utváří nevhodný vztah k jídlu (jak již bylo zmíněno výše, právě na dospívající mají reklamy velký vliv).

Podle PhDr. Debry Franko by cílem preventivních programů mělo být sebepřijetí, sebevědomí, zlepšení znalostí, upravení jídelních návyků, snížení držení diet, práce s médii, snížení nespokojenosti s vlastním tělem, snížení posměchu, chápání zdravého jídelního režimu a také snížení internalizace ideálu štíhlosti. (Papežová, 2010)

Na závěr tedy můžeme říct, že prevence je nezbytnou součástí odborné péče a je do ní třeba zapojit nejen rodiče, školu, módní průmysl či televizi, ale také internet, který používá až 90% jedinců ve věku od 12 do 20 let.

9 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch příjmu potravy je velice složitý proces. Problematická je skutečnost, že u 20 – 30 % pacientů získávají tato onemocnění chronický charakter. Další nepříznivým faktem je i to, že většina pacientek trpících mentální anorexií se sama nemocná necítí a častokrát nejsou ochotny léčbu přijmout. Ve srovnání s nimi pacientky s diagnózou mentální bulimie vyhledávají lékařskou pomoc častěji samy, spolupráce s nimi však není o nic jednodušší. Pro úspěšnou léčbu je důležité včasné rozpoznání nemoci. Včasné odhalení nemoci je důležité také z důvodu vysoké mortality, neboť ta je u poruch příjmu potravy kolem 6-20 %.(Hort, 2008)

„Terapie poruch příjmu potravy se v poslední době kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby.“ (Garner a Needleman, 1997 in Krch a kol., 2005, s. 123)

Nejčastěji používanou metodou léčby je, zvláště u mladších pacientů, hospitalizace a to v některých případech na pediatrickém oddělení, většinou však na oddělení psychiatrickém, jehož výhodou je dobře vyškolený personál, který dokáže dobře porozumět vztahovým a komunikačním problémům pacientů.

V dětském a adolescentním věku vyžaduje terapeutický přístup k nemocným optimální skloubení terapeutických metod v rámci individuálního terapeutického plánu. Je využívána léčba prostředím s režimovými prvky a rekreačními aktivitami, dále pak individuální, skupinová či rodinná terapie a často také farmakoterapie a to zejména v případech s přídavnou symptomatikou (např. depresivní).

U pacientů, kteří se kvůli svému zdravotnímu stavu z lékařského hlediska nacházejí ve velkém nebezpečí, bývá upřednostňována hospitalizace (jedná se zejména o výskyt výrazného poklesu hmotnosti spojený s kachexií, depresivní syndrom či suicidální tendence). Někdy se k této metodě přistupuje i u pacientů, kteří do té doby nereagovali na psychologickou léčbu.

Podle J. Koutka můžeme základní indikační kritéria pro hospitalizaci nemocných s poruchou příjmu potravy rozdělit do tří kategorií: medicínská, psychosociální a psychoterapeutická. Mezi medicínská kritéria patří kritický váhový úbytek (pod 75% váhy odpovídající věku a výšce), tělesné komplikace, metabolický rozvrat, extrémní dehydratace, těžší bradykardie a také depresivní syndrom s nebezpečím suicidia. K psychosociálním

kritériím řadíme rigidní rodinnou konstelaci, sociální izolaci či silně omezenou výkonnost v každodenním životě. Uváděná psychoterapeutická hlediska jsou pak selhání nebo přerušení ambulantní terapie a také pokud chybí terapeutická alternativa k hospitalizaci s léčbou zkušeným týmem.(J. Koutek in Hort, 2008, s. 270)

Na začátku hospitalizace je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace a při těžších metabolických změnách je potřeba přistoupit k infuzní terapii. V prvních několika dnech by kalorická hodnota stravy podávaná pacientovi neměla převyšovat předchozí hodnotu výživy o více než 50%, přičemž by měla být konzumována lehce stravitelná strava, častěji a v menších dávkách. Během dvou týdnů se tato kalorická hodnota stravy postupně zvyšuje až na 3000 – 3500 kcal a je doporučené podávat stravu bohatou na vitaminy a bílkoviny a to až šestkrát denně. Pokud je spolupráce ze strany pacientů příznivá, je vhodný váhový přírůstek 1 – 1,5 kg týdně. Také je vhodné postupně zařadit nějakou svalovou činnost, aby mohlo docházet k obnově svalové hmoty. Potřebná doba hospitalizace bývá různě dlouhá, je však snadno vypočitatelná, protože se jedná o dobu, za kterou by měl pacient získat alespoň 90 % cílové hmotnosti.

Hlavními hledisky léčby jsou jak přístupy režimové, tak psychoterapeutické, v těžších případech je nutné též zapojení farmakoterapie. (Krch a kol., 2005)

U méně závažných případů poruch příjmu potravy bývá aplikována ambulantní léčba. Tato forma nebývá určena k vyléčení pacienta, ale pouze ke stabilizaci jeho somatického a psychického stavu. Obecně lze říci, že tato léčba je nasazena u pacientů, u kterých přešla nemoc do chronického stádia, u pacientů s nezájmem o léčbu a dále také u těch, u nichž nepřinesla psychoterapie pozitivní výsledky. Hlavním účelem ambulantní léčby je v pravidelných intervalech dohlížet na stav pacienta, a to jak na jeho váhu (BMI, rozložení tuku v těle), ale např. také kontrolovat hladinu glukózy a bílkovin v krvi aj. Tento druh léčby může být prováděn jak individuálně, tak ve skupinách, přičemž ta může přinášet klady v podobě podpory a spoluúčasti ostatních členů skupiny. (Krch a kol., 2005)

Další metodou určenou k léčbě poruch příjmu potravy je psychoterapie. Mezi základní psychoterapeutické metody používané při léčbě poruch příjmu potravy patří kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie, skupinová terapie a tyto metody mohou být dále doplněny arteterapií nebo muzikoterapií. (J. Koutek in Hort, 2008)

Kognitivně-behaviorální terapie se stala nejčastěji užívanou léčbou u pacientek s mentální bulimií (jedná-li se o léčbu individuální) a také součástí léčby pacientek s anorexií.

„Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy.“ (J. Koutek in Hort, 2008, s. 269)

Psychoanalytická a dynamická psychoterapie by měla pacientům umožnit, aby porozuměli hlubším příčinám vzniku poruchy, a to i nevědomým souvislostem.

Rodinná terapie (obecně doporučovaná u mentální anorexie) je metodou, jež je užívána především u mladších pacientů, nebo i u pacientů starších, dosud žijících se svojí rodinou. Tato terapie, přestože není základním způsobem léčby, je u pacientů velice důležitá, neboť rodiče mohou své dítě podpořit při dosažení terapeutického cíle, všichni členové rodiny se naučí, jak by měli správně zacházet s pacientem a také může pomoci řešit konflikty, které se mohou objevovat již od počátku onemocnění nejen mezi rodičem a dítětem, ale i mezi oběma rodiči. (Krch a kol., 2005)

Důležitou součástí léčby poruch příjmu potravy je i farmakoterapie, a to přesto, že se nejedná o metodu kauzální. Při užívání léků vždy existuje riziko vzniku závislosti či zhoršení onemocnění po jejich vysazení, proto je důležité si rozmyslet, zda je farmakoterapie pro daného jedince skutečně vhodná. U jedinců s poruchami příjmu potravy má pak hlavně za úkol regulovat příjem jídla a upravit tělesnou hmotnost jedince, odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy a zaměřit se na léčbu komorbidních psychických poruch (zvláště deprese). (F. Faltus in Krch a kol., 2005) S ohledem na častý výskyt deprese u nemocných zde hrají významnou roli psychofarmaka, konkrétně antidepresiva. Výzkumy prokázaly, že jak u léčby mentální anorexie, tak u mentální bulimie je zvlášť účinná léčba tricyklickými antidepresivy, konkrétně fluoxetinem (za plus u něj můžeme považovat také výskyt nežádoucích účinků – hmotnostní přírůstek). Ke zlepšení úzkostných stavů docházelo u nemocných také po podání anxiolytik. (Krch a kol., 2005)

Vhodné je také užívání dalších léků, které jedinci pomohou v těle doplnit chybějící vitaminy, minerály (Calcium, Magnesium apod.) a aminokyseliny a léků, které zvyšují chuť k jídlu. Někdy je nasazena gynekologická medikamentózní léčba amenorey, avšak tato problematika je stále velice diskutabilní.

U pacientů s mírnou formou mentální bulimie je vhodná především metoda svépomoci. Podoba svépomoci může být individuální či skupinová, kdy tyto svépomocné skupiny mají rozličnou míru odbornosti. V jejich vedení může být často vyléčený pacient, vyškolený laický terapeut a v některých případech také profesionál. Pak tedy můžeme mluvit o tzv. řízených svépomocných skupinách. Svépomocné skupiny se vyznačují dobrovolnou účastí a

svojí otevřeností. Hlavními cíli těchto skupin je usnadnit jedinci orientaci v dané problematice, přiblížit mu danou poruchu (příznaky, intervence), zprostředkovat mu problémy a řešení někoho jiného a také jedinci zprostředkovat nové sociální kontakty. Pro každého pacienta znamenají tato seskupení něco jiného. Pro někoho můžou být prvním krokem k zahájení léčby, někomu mohou sloužit jako doplňková léčebná metoda a pro někoho jsou to místa, která navštěvuje, když léčbu ukončí.

Jinou formou svépomoci mohou být svépomocné manuály. Tyto příručky pracují se strukturovaným programem a oproti svépomocným skupinám zde jde především o cílenou pomoc sobě samému. Ve svépomocných příručkách pro léčbu pacientů s bulimií se často objevuje program v šesti krocích podle P. J. Coopera. Jde o systematické vedení jídelních záznamů, vypracování jídelního plánu, snahu předcházet obtížím, dále je důležité řešit problémy, jež způsobují obtíže s jídlem, skončit s dietami a v neposlední řadě také změnit způsob myšlení. V České republice jsou k dispozici překlady od již zmíněného P. J. Coopera, ale také původní publikace a to především od PhDr. Františka Davida Krcha nebo také svépomocné manuály od prof. MUDr. Hany Papežové, CSc.

Kromě odborných manuálů se můžeme setkat také s beletristicky zpracovanými autobiografickými příběhy, které však nemusí na nemocného jedince vždy působit „správně“ a mohou pro něj představovat jakýsi odklad nepříjemného a hledání náhradního řešení. (Krch a kol., 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU

Praktická část naší bakalářské práce je tvořena ze dvou částí. V první části se zaměříme na využití dotazníku EDI v praxi a poté jeho následné zpracování a vyhodnocení, ve druhé části se seznámíme s kazuistikami dvou dívek ohrožených poruchou příjmu potravy.

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, zda se mezi dospívajícími dívkami objevují postoje, které by mohly být spojovány s některou z poruch příjmu potravy. V tomto případě se pokusíme potvrdit spíše fakt, že se na počátku období adolescence objevují hlavně příznaky mentální anorexie (jak již víme z části teoretické), zatímco mentální bulimie nastupuje až v pozdějším věku.

Výzkumu pomocí dotazníků se zúčastnilo 60 respondentek, 25 dívek ze ZŠ Merklín u Přeštic a 35 dívek z Hotelové školy Plzeň. Dotazníky byly vyplněny v únoru 2013, anonymně a pouze pro potřeby našeho výzkumu. Jediným dalším údajem, který měly dotazované vyplnit, byl věk.

Dotazník stravovacích poruch EDI (Eating Disorder Inventory) vznikl roku 1983. Jeho autory jsou David M. Garner, M. P. Olmsted a J. Polivy. Jedná se o jeden z nejčastěji používaných dotazníků pro zjišťování psychologických a behaviorálních charakteristik mentální anorexie a bulimie. Tento dotazník obsahuje 64 různých tvrzení. Ta jsou dále rozdělena do osmi kategorií, které zjišťují potřebu zhubnout, bulimii, nespokojenost s vlastním tělem, neúčinnost, perfekcionismus, interpersonální stres, interoreceptivní vnímání a také strach z dospívání. Jednotlivým odpovědím jsou přiřazena různá bodová ohodnocení a podle nich následně dojde k vyhodnocení dotazníku pomocí sady klíčů. Tento způsob hodnocení jsme však v naší práci nepoužili, neboť naším záměrem nebylo zjistit, zda ta či ona respondentka (jako jednotlivec) vykazuje charakteristiku anorexie či bulimii, ale to, jak závažná je situace u dospívajících jako celku z hlediska rozšíření rysů typických pro poruchy příjmu potravy.

Na začátku byly všechny respondentky poučeny o tom, jak mají dotazník vyplnit. Zdůrazněno jim bylo, že celý dotazník je anonymní, jeho výsledky budou sloužit pouze pro potřebu této bakalářské práce a také fakt, že v dotazníku neexistují správné a špatné odpovědi. Zároveň byly dívky požádány, aby vyplnily všechny otázky podle pravdy. Dotazované dívky

měly za úkol celkem u 64 tvrzení označit vždy jednu z možností (podle toho, kterou pociťovaly ve svém případě za odpovídající) Vždy, Obvykle, Často, Někdy, Zřídka a Nikdy.

Jednotlivá tvrzení jsme, tak jako autoři dotazníku, rozdělili do 8 kategorií. Jelikož se autoři nezmiňují o tom, na které oblasti postojů se jednotlivé otázky zaměřují, vytvořili jsme na základě poznatků z teoretické oblasti poruch příjmu potravy vlastní kategorie. Přehled těchto kategorií a jím přiřazených otázek uvádíme v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Zařazení otázek k jednotlivým kategoriím

Kategorie	**Otázky**
1. Potřeba zhubnout	1, 7, 16, 25, 32, 47, 49
2. Bulimické chování	4, 5, 11, 28, 38, 46, 53, 61, 64
3. Nespokojenost s vlastním tělem	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62
4. Obavy z dospívání	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58
5. Vztahy v rodině, nároky rodiny	13, 29, 43
6. Sebepojetí	10, 20, 24, 27, 36, 37, 41, 42, 50, 52, 63
7. Emocionální problémy	8, 15, 21, 26, 33, 40, 44, 51, 56, 57, 60
8. Interpersonální vztahy	17, 18, 23, 30, 34, 54

Následně jsme tyto otázky statisticky zpracovali. Pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulky, v nichž jsou respondentky rozděleny podle věku. Našeho výzkumu se účastnilo 60 respondentek, z toho 16 čtrnáctiletých, 23 patnáctiletých a 21 šestnáctiletých. Toto rozdělení bylo zvolené také kvůli možnosti sledovat rozdílné postoje u jednotlivých věkových kategorií. Při vyhodnocování jsme zjišťovali, kolik procent respondentek zvolilo jednu z možností rizikové trojice V-O-Č (Vždy-Obvykle-Často) nebo N-Z-N (Někdy-Zřídka-Nikdy). Závažnost situace jsme dále vyhodnocovali podle tabulky č. 2.

Tabulka č. 2 Hodnocení situace

Situace	**Relativní koeficient závažnosti situace**	**Četnost výskytů v %**
Velmi vážná	1	100 − 90
Závažná	2	89 − 65
Pravděpodobně závažná	3	64 − 36
Může být závažná	4	35 − 11
Nezávažná	5	10 − 0

2 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKŮ

Data získaná dotazníkovým průzkumem byla dále zpracována pomocí tabulkového SW MS Excel, s jehož pomocí byly v prvním kroku generovány tabulky a grafy jako základ pro další hodnocení výsledků. V dalším kroku byly tyto tabulky využity pro hodnocení jednotlivých dále uvedených kategorií.

2.1 Kategorie − Potřeba zhubnout

2.1.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

Do kategorie Potřeba zhubnout jsme podle našeho uvážení zařadili otázky 1, 7, 16, 25, 32, 47 a 49. Ty se zabývají především problematikou diet a strachem z tloustnutí. Stejně jako v dalších kategoriích, i zde budou seřazeny otázky jinak, než jak jdou po sobě číselně. Kritériem pro toto řazení byly jejich vzájemné souvislosti.

Tabulka č. 3
Otázka 1. *Jím sladkosti a uhlohydráty, aniž by mě to znervózňovalo*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	5	7	2	1	1	0
15	23	2	5	5	9	2	0
16	21	5	4	3	3	3	3
Celkem	60	12	16	10	13	6	3
Vyjádření v %		20 %	27 %	17 %	22 %	10 %	5 %

Tabulka č. 4
Otázka 1. *Jím sladkosti a uhlohydráty, aniž by mě to znervózňovalo*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	14	88 %	2	13 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	12	57 %	9	43 %
Celkem	60	38	63 %	22	37 %

Jak je vidět z tabulky č. 3 37 % dotázaných vybralo odpověď z trojice N-Z-N, situace je tedy pravděpodobně závažná. Po zhodnocení výsledků u jednotlivých věkových kategorií v tabulce č. 4 zjišťujeme, že nejvíce závažná je situace u patnáctiletých dívek (48 % N-Z-N),

naproti tomu nejméně závažná se jeví u čtrnáctiletých dívek, kdy pouze 2 dívky z 16 zvolily jednu z trojice rizikových odpovědí a celých 88 % dotázaných z této kategorie tedy není nervózních, pokud požívá sladkosti a uhlohydráty.

Tabulka č. 5
Otázka 7. *Myslívám na diety*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	0	1	3	11
15	23	2	3	5	4	5	4
16	21	2		0	3	1	10
Celkem	60	5	8	5	8	9	5
Vyjádření v %		8 %	13 %	8 %	13 %	15 %	42 %

Tabulka č. 6
Otázka 7. *Myslívám na diety*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	10	43,5 %	13	57 %
16	21	7	33 %	14	67 %
Celkem	60	18	30 %	42	70 %

Výsledky z tabulky č. 5 ukazují, že na diety myslí vždy, obvykle nebo často 29 % dívek, situace tedy může být závažná. Za povšimnutí stojí rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi v tabulce č. 6, kdy u čtrnáctiletých dívek myslí na diety V-O-Č pouze 1 dívka ze 16, v následující kategorii, u dívek patnáctiletých, se jedná už o 10 dívek z 23, tedy o 43,5 %.

Tabulka č. 7
Otázka 32. *Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl(a) štíhlejší.*

Věk	Počet respondentek	Vždy,	Obvykle,	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	0	0	0	5	9
15	23	4	5	3	5	1	5
16	21	3	1	2	3	2	10
Celkem	60	9	6	5	8	8	24
Vyjádření v %		15 %	10 %	8 %	13 %	1 3%	40 %

Tabulka č. 8
Otázka 32. *Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl(a) štíhlejší.*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem dívek	60	20	33 %	40	67 %

Podle výsledků z tabulky č. 7 se myšlenkami na štíhlost zaobírá 33 % respondentek, situace tedy může být závažná. Kategorie patnáctiletých dívek se oproti předchozím otázkám jeví jako nejméně riziková.

Tabulka č. 9
Otázka 16. *Děsím se představy, že bych mohl (a) přibírat na váz*e

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	0	3	3	9
15	23	3	4	5	6	0	5
16	21	2	2	3	5	1	8
Celkem	60	6	6	8	14	4	22
Vyjádření v %		10 %	10 %	13 %	23 %	7 %	37 %

Tabulka č. 10
Otázka 16. *Děsím se představy, že bych mohl (a) přibírat na váz*e

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	7	33 %	14	67 %
Celkem	60	20	33 %	40	67 %

Otázka č. 16 ukázala, že představy, že přiberou, se děsí 33 % respondentek, a tak situace může být závažná. Patrné jsou opět rozdíly mezi čtrnáctiletými a patnáctiletými dívkami, kdy se ze zkoumaného vzorku mladších dívek této představy děsí pouze jedna a u dívek starších už můžeme mluvit o 12 dívkách, tedy o 52,2 %. Zajímavý je také fakt patrný z tabulky č. 9, kde zjistíme, že více jak třetinu dotázaných (37 %) tato představa nikdy neděsila.

Tabulka č. 11
Otázka 49. *Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	0	0	3	12
15	23	3	1	5	1	5	8
16	21	2	0	1	3	3	12
Celkem	60	6	1	6	4	11	32
Vyjádření v %		10 %	2 %	10 %	7 %	18 %	53 %

Tabulka č. 12
Otázka 49. *Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	3	14 %	18	86 %
Celkem	60	13	22 %	47	78 %

Procentuálně vyjádřeno, trojice odpovědí V-O-Č zaujímá 22 %, situace tedy může být závažná. Za povšimnutí stojí jistě skutečnost, že ze čtrnáctiletých dívek spadá do této rizikové trojice odpovědí pouze jediná respondentka.

Tabulka č. 13
Otázka 25. *Až moc si „beru" to, kolik vážím*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	1	1	6	8
15	23	3	0	6	4	6	4
16	21	1	2	4	2	3	9
Celkem	60	4	2	11	7	15	21
Vyjádření v %		7 %	3 %	18 %	12 %	25 %	35%

Tabulka č. 14
Otázka 25. *Až moc si „beru" to, kolik vážím*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	7	33 %	14	67 %
Celkem	60	17	28 %	43	72 %

Svoji váhu až příliš „řeší“ podle trojice V-O-Č 28 % dotázaných. Situace tedy opět může být závažná, přičemž nejméně závažná je v kategorii čtrnáctiletých a nejvíce u patnáctiletých dívek (podobně jako u dalších otázek výše).

Tabulka č. 15
Otázka 47. *Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycený/á*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	0	3	3	9
15	23	0	6	2	7	2	6
16	21	3	2	1	4	6	5
Celkem	60	4	8	3	14	11	20
Vyjádření v %		7 %	13 %	5 %	23 %	18 %	33 %

Tabulka č. 16
Otázka 47. *Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycený/á*

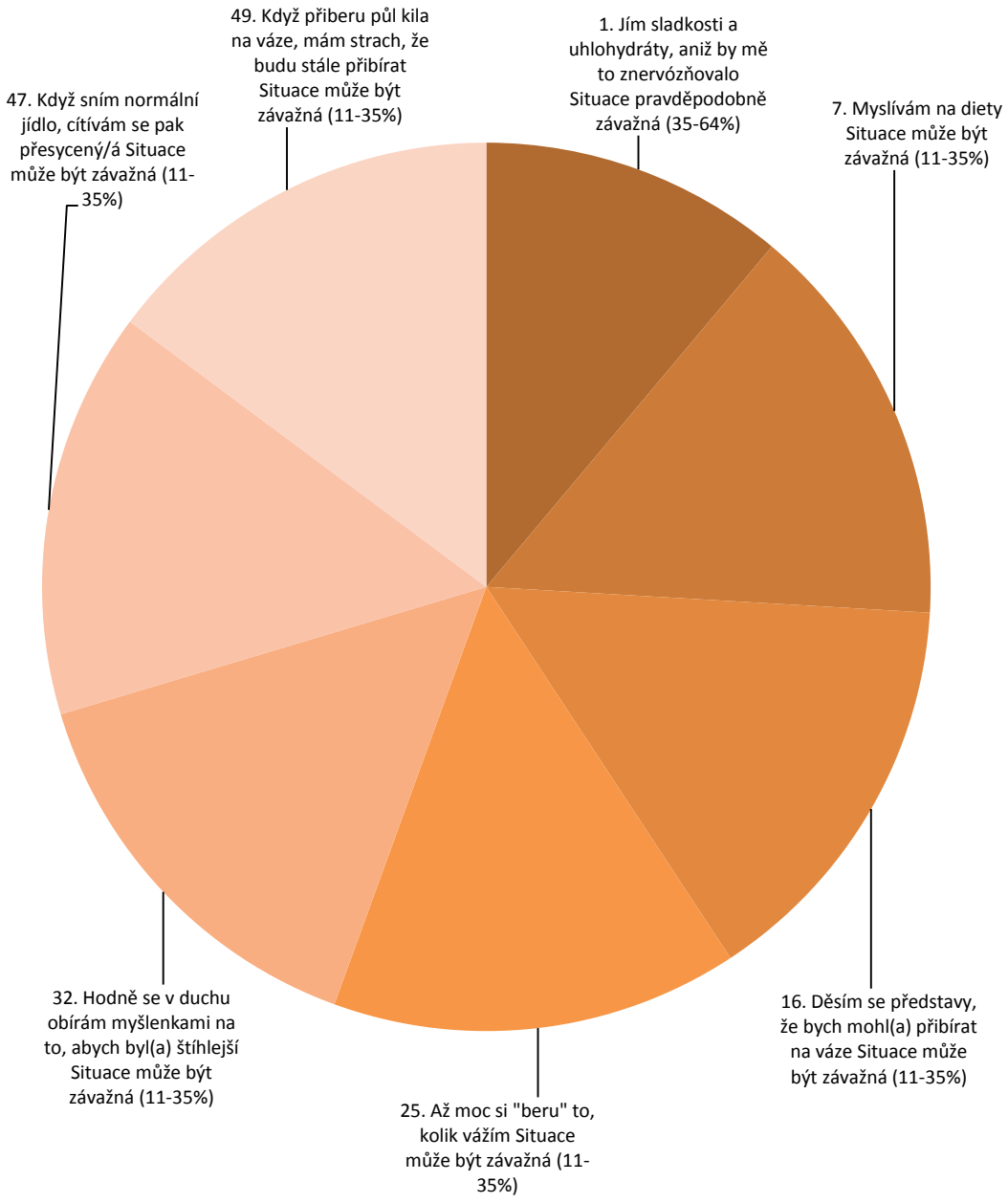
Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	8	34,8 %	15	65 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem	60	15 %	25 %	45 %	75 %

Po konzumaci normálního jídla se cítí přesycených 25 % dívek, z toho můžeme podle tabulky č. 2 vyvodit, že situace může být závažná. Opět jsou patrné velké rozdíly v jednotlivých věkových kategoriích, kdy do trojice V-O-Č spadá pouze 6 % čtrnáctiletých dívek a u kategorie patnáctiletých dívek je to už celých 34,8 %.

2.1.2 Celkové hodnocení kategorie

V této kategorii jsme měli celkem sedm otázek, které zjišťovaly, jakou mají dotazované dívky potřebu hubnout. V šesti případech situace může být závažná a pouze v jednom případě je situace pravděpodobně závažná. Celkově tedy situaci můžeme vyhodnotit jako nepříliš závažnou, neboť se nám ani v jednom případě nevyskytly dva nejrizikovější stupně závažnosti a střední závažnost (pravděpodobně závažná) se vyskytla pouze jako výsledek u jediné otázky (č. 1).

Graf č. 1
Hodnocení kategorie č. 1 - Potřeba zhubnout



2.2 Kategorie – Bulimické chování

2.2.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Ke kategorii bulimického chování jsme přiřadili otázky 4, 5, 11, 28, 38, 46, 53, 61 a 64. Otázky se zaměřují především na přejídání se a také na emocionální stránku tohoto problému. Objevují se zde tvrzení, která poukazují na fakt, že někteří dotazovaní mohou „řešit“ tyto emocionální problémy jídlem, nebo naopak u nich přejídání může teprve tyto problémy vyvolat. Důležité jsou zde i otázky zaměřené na přejídání se o samotě či potají, což je pro bulimické chování faktor velice typický.

Tabulka č. 17
Otázka 4. *Jím, když mám zkaženou náladu*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	8	1	5
15	23	2	2	5	3	3	8
16	21	3	3	3	6	3	3
Celkem	60	6	5	9	17	7	16
Vyjádření v %		10 %	8 %	15 %	28 %	12 %	27 %

Tabulka č. 18
Otázka 4. *Jím, když mám zkaženou náladu*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	9	43 %	12	57 %
Celkem	60	20	33 %	40	67 %

Třetina dotázaných (33 %) si vybrala jednu z odpovědí vždy, obvykle, často a tedy uvedla, že jí, když má zkaženou náladu. Tento fakt poukazuje na problém, kdy se velké množství lidí učí emocionální problémy či stres zahánět pomocí jídla. Situace tedy může být závažná.

Tabulka č. 19
Otázka 64. *Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	1	0	3	12
15	23	0	3	2	2	4	12
16	21	1	1	2	1	4	12
Celkem	60	1	4	5	3	1	36
Vyjádření v %		2 %	7 %	8 %	5 %	18 %	60 %

Tabulka č. 20
Otázka 64. *Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	5	21,7 %	18	78 %
16	21	4	19 %	17	81 %
Celkem	60	10	17 %	50	83 %

Tento strach pociťuje 17 % dotázaných, z čehož lze usoudit, že situace může být závažná. Zajímavý je také fakt, že u předchozí otázky (č. 4) potvrdilo 33 % dívek, že jí, když má zkaženou náladu. Z výsledků této rizikové trojice jsme zjistili, že je to příliš netrápí.

Tabulka č. 21
Otázka 5. *Cpu se jídlem*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	3	0	0	3	10
15	23	0	3	4	8	5	3
16	21	6	0	3	7	2	2
Celkem	60	6	6	7	15	10	15
Vyjádření v %		10 %	10 %	12 %	25 %	17 %	25 %

Tabulka č. 22
Otázka 5. *Cpu se jídlem*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	9	43 %	11	52 %
Celkem	60	19	32 %	40	67 %

Celých 32 % respondentek uvedlo, že se cpe jídlem. Podle tabulkového hodnocení tato situace může být závažná, avšak procentuálně se blíží hodnocení situace pravděpodobně závažná, což podle nás tuto situaci vystihuje lépe. O této skutečnosti může svědčit i výsledek u kolonky někdy, kdy si tuto možnost vybralo dalších 25 % dívek. Nejhojněji je tento problém zastoupen ve věkové kategorii 16 let (43 %), což může souviset s tím, že se dívky v tomto věku musí potýkat s novými problémy a skutečnostmi souvisejícími s přechodem ze základní školy na školu střední. Tyto problémy (podobně jako u otázky výše) mohou být řešeny jídlem. Důležité je podotknout, že jde o velice špatný stravovací návyk.

Tabulka č. 23
Otázka 11. *Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám*

Věk	**Počet respondentek**	**Vždy**	**Obvykle**	**Často**	**Někdy**	**Zřídka**	**Nikdy**
14	16	0	0	1	0	4	11
15	23	1	3	5	4	3	7
16	21	1	0	3	1	2	14
Celkem	60	2	3	9	5	9	32
Vyjádření v %		3 %	5 %	15 %	8 %	15 %	53 %

Tabulka č. 24
Otázka 11. *Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám*

Věk	**Počet respondentek**	**Vždy, obvykle, často**		**Někdy, zřídka, nikdy**	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	4	19 %	17	81 %
Celkem	60	14	23 %	46 %	77 %

Mimořádně silnými pocity viny kvůli přejídání se trpí 23 % dotázaných, situace tedy může být závažná. Zajímavé je, že výsledky výzkumu v tabulce č. 22 ukázaly, že se nejvíce „cpou“ šestnáctileté dívky, ovšem největšími výčitkami kvůli přejídání se trpí podle tabulky č. 24 dívky patnáctileté.

Tabulka č. 25
Otázka 28. *Už jsem se někdy dal (a) do takového jedení, že jsem cítil(a), že nemohu přestat*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	3	3	8
15	23	0	2	4	7	5	5
16	21	4	2	1	2	3	9
Celkem	60	5	4	6	12	11	22
Vyjádření v %		8 %	7 %	10 %	20 %	18 %	37 %

Tabulka č. 26
Otázka 28. *Už jsem se někdy dal (a) do takového jedení, že jsem cítil(a), že nemohu přestat*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	6	26,1 %	17	74 %
16	21	7	33 %	14	67 %
Celkem	60	15	25 %	45	75 %

Možnost V-O-Č si u otázky č. 28 vybralo 25 % dívek, situace tedy podle tabulky hodnocení může být závažná. Slovo někdy v otázce napovídá v této situaci o její nepříliš šťastné formulaci, která mohla některé respondentky zmást. Nejméně ohroženou skupinou se v tomto ohledu podle tabulky č. 24 jeví čtrnáctileté dívky (13 %), nejvíce ohroženou skupinou pak dívky patnáctileté (33 %).

Tabulka č. 27
Otázka 38. *Myslívám na přejídání se*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	0	0	2	12
15	23	0	2	3	2	5	11
16	21	4	2	0	1	4	10
Celkem	60	5	5	3	3	11	33
Vyjádření v %		8 %	8 %	5 %	5 %	18 %	55 %

Tabulka č. 28
Otázka 38. *Myslívám na přejídání se*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	5	21,7 %	18	78 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem	60	13	22 %	47	78 %

Na přejídání se myslí podle tabulky č. 28 22 % respondentek, situace může být závažná. Naopak za pozitivní můžeme považovat fakt, že nikdy na přejídání nemyslí 55% dotázaných a v nerizikové trojici N-Z-N jde pak dokonce o 78 % dívek.

Tabulka č. 29
Otázka 46. *Před jinými jím jen střídmě, a když odejdou, pak se nacpu*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	0	2	12
15	23	1	3	4	2	2	11
16	21	2	0	1	4	3	11
Celkem	60	4	3	6	6	7	34
Vyjádření v %		7 %	5 %	10 %	10 %	12 %	57 %

Tabulka č. 30
Otázka 46. *Před jinými jím jen střídmě, a když odejdou, pak se nacpu*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	8	34,8 %	15	65 %
16	21	3	14 %	18	86 %
Celkem	60	13	22 %	47	78 %

Téměř 22 % respondentek přiznalo, že se před ostatními lidmi „hlídá“ a poté se o samotě nacpe. Tento fakt poukazuje na to, že situace může být závažná. Právě skutečnost, kdy se jedinec před ostatními při jídle „hlídá“ a poté se sám někde v klidu cpe jídlem, často bývá jedním z typických projevů bulimie. To však neznamená, že těchto 13 dívek musí nutně bulimií trpět.

Tabulka č. 31
Otázka 61. *Tajně ujídám či popíjím*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	0	8	6
15	23	1	3	0	6	4	9
16	21	4	1	0	1	2	13
Celkem	60	6	4	1	7	14	28
Vyjádření v %		10 %	7 %	2 %	12 %	23 %	47 %

Tabulka č. 32
Otázka 61. *Tajně ujídám či popíjím*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	4	17,4%	19	83 %
16	21	5	24 %	16	76 %
Celkem	60	11	18 %	49	82 %

Celkem 11 respondentek, tedy 19 % uvedlo, že tajně ujídá či popíjí. Tato situace může být závažná. Rozdíly mezi počtem dívek z každé věkové kategorie nejsou ve trojici V-O-Č tak markantní, jako u jiných otázek (2, 4 a 5 dívek).

Tabulka č. 33
Otázka 53. *Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral(a) na váze*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	1	0	2	11
15	23	1	2	3	1	3	13
16	21	1	0	0	0	2	18
Celkem	60	3	3	4	1	7	42
Vyjádření v %		5 %	5 %	7 %	2 %	12 %	70 %

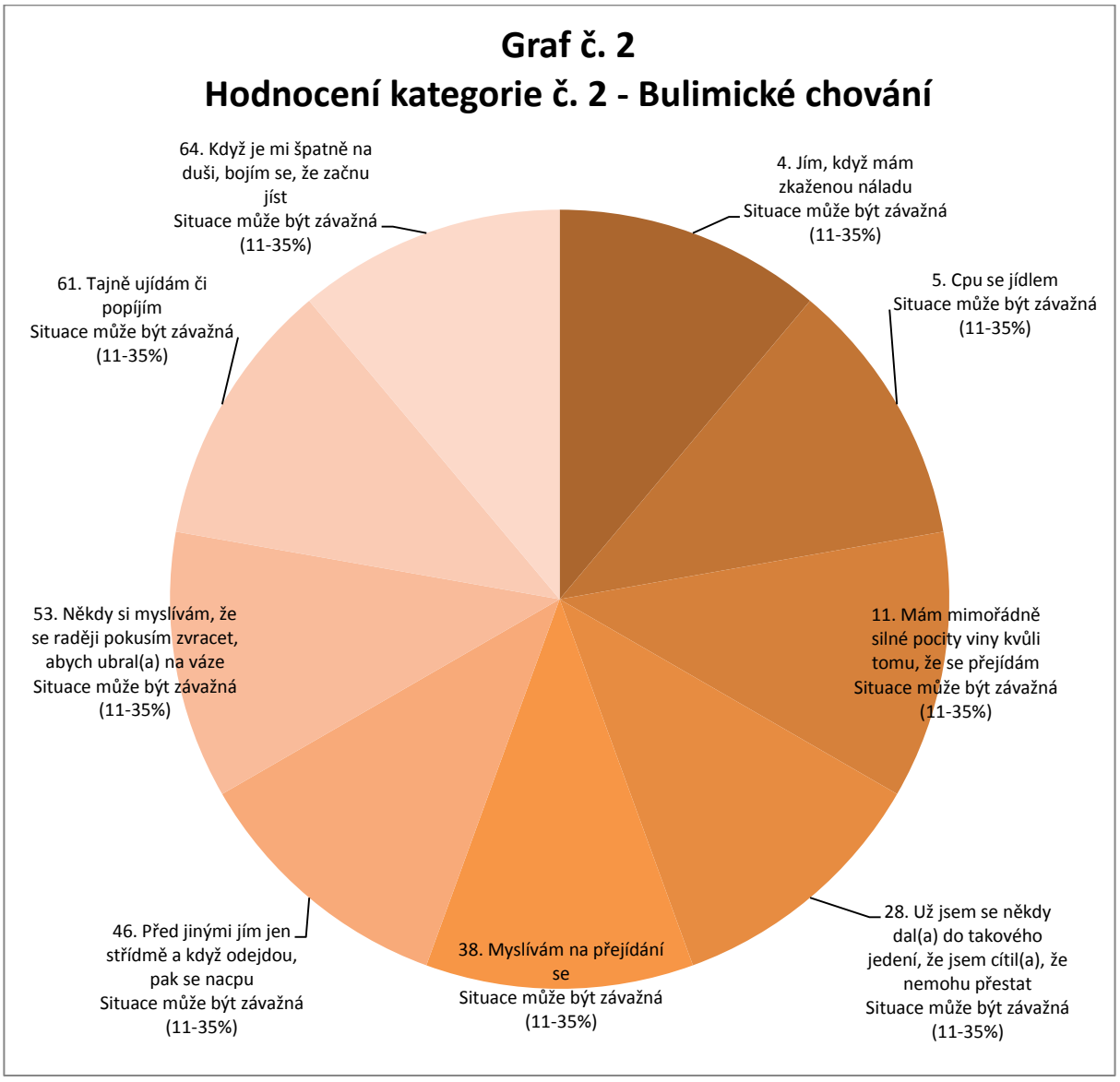
Tabulka č. 34
Otázka 53. *Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral(a) na váze*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	6	26,1 %	17	74 %
16	21	1	5 %	20	95 %
Celkem	60	10	17 %	50	83 %

Rizikovou trojici V-O-Č si vybralo 17 % dívek, a proto může být situace závažná. Z hlediska rizik dopadla nejlépe skupina šestnáctiletých, kdy o této skutečnosti přemýšlí pouze jedna dívka, nejvyšší míru rizika najdeme u patnáctiletých dívek, kdy o tomto uvažuje až 26,1 % (tedy 6 dívek).

2.2.2 Celkové hodnocení kategorie

V kategorii Bulimické chování jsme měli devět otázek a ve všech případech nám vyšla možnost, že situace může být závažná. Pokud budeme hodnotit situaci jako celek, můžeme se domnívat, že situace tedy příliš závažná není. Důležité je také povšimnout si odpovědí u jednotlivých otázek. Rizikovým postojem u mentální bulimie je skutečnost, kdy dívka zvrací (nebo o tom alespoň přemýšlí jako u otázky č. 53). Právě u této otázky nám pak vyšel poměrně závažný výsledek, kdy se k těmto myšlenkám přiznala více jak čtvrtina (26,1 %) dotázaných dívek. Pozitivní je naopak výsledek u otázek, které se zabývají řešením emocionálních problémů pomocí jídla, kdy většina dotázaných tuto potřebu nemá.



2.3 Kategorie – Nespokojenost s vlastním tělem

Otázky 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 a 62 mají za úkol zjistit, jak jsou respondenti spokojeni s vlastním tělem. Tyto otázky se zaměřují především na ženské problémové partie, jako jsou stehna, hýždě popř. boky. Další problematickou partií, která se však v tvrzeních nevyskytuje, je břicho, ovšem objevuje se hodnocení velikosti žaludku. Podle našeho názoru je nespokojenost právě s těmito rizikovými partiemi zcela běžná a nemusí tedy nutně poukazovat na problematiku poruch příjmu potravy.

2.3.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 35
Otázka 2. *Myslím si, že mám příliš velký žaludek*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	3	1	4	0	7
15	23	1	7	4	2	1	8
16	21	4	0	3	7	1	6
Celkem	60	6	10	8	13	2	21
Vyjádření v %		10 %	17 %	13 %	22 %	3 %	35 %

Tabulka č. 36
Otázka 2. *Myslím si, že mám příliš velký žaludek*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	5	31 %	11	69 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	7	33 %	14	67 %
Celkem	60	24	40 %	36	60 %

Jednu z rizikových variant vždy, obvykle, často si zde vybralo 40 % dívek, a tak můžeme říct, že je situace pravděpodobně závažná. Zatímco u čtrnáctiletých a šestnáctiletých dívek se s myšlenkou příliš velkého žaludku ztotožňuje lehce přes 30% dotázaných, u skupiny patnáctiletých jde už o více než polovinu dívek (52,2 %).

Tabulka č. 37
Otázka 12. *Myslím si, že můj žaludek je právě tak velký, jak má být*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	8	2	0	3	0	3
15	23	1	2	4	11	2	3
16	21	5	4	3	5	2	2
Celkem	60	14	8	7	19	4	8
Vyjádření v %		23 %	13 %	12 %	32 %	7 %	13 %

Tabulka č. 38
Otázka 12. *Myslím si, že můj žaludek je právě tak velký, jak má být*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	10	63 %	6	38 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	12	57 %	9	43 %
Celkem	60	29	48 %	31	52 %

O správné velikosti svého žaludku pochybuje 52 % dívek, situace je tedy pravděpodobně závažná. Nejrizikovější je situace u skupiny patnáctiletých, kdy 70 % dívek nepovažuje svůj žaludek za tak velký, jak má být. Tento fakt souvisí i s otázkou č. 2 (viz výše), kdy právě u této věkové kategorie mělo 52,2 % respondentek pocit, že jejich žaludek je příliš velký.

Tabulka č. 39
Otázka 45. *Myslím si, že mám příliš široké boky*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	0	3	0	12
15	23	4	0	4	5	2	8
16	21	2	0	1	2	4	12
Celkem	60	7	0	5	10	6	32
Vyjádření v %		12 %	0 %	8 %	17 %	10 %	53 %

Tabulka č. 40
Otázka 45. *Myslím si, že mám příliš široké boky*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	8	34,8 %	15	65 %
16	21	3	14 %	18	86 %
Celkem	60	12	20 %	48	80 %

O tom, že jsou jejich boky příliš široké, je přesvědčeno 20 % dívek, které vybraly jednu z možností V-O-Č. Situace může být závažná. Nejspokojenější jsou se svými boky čtrnáctileté dívky, kdy pouze 1 dívka ze 16 vybrala možnost vždy, ostatní odpovědi se nacházely v nerizikové trojici. Naopak nejméně spokojené jsou se svými boky patnáctileté dívky.

Tabulka č. 41
Otázka 62. *Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	5	2	0	1	3	5
15	23	3	0	2	8	3	7
16	21	7	4	4	4	0	2
Celkem	60	15	6	6	13	6	4
Vyjádření v %		25 %	10 %	10 %	22 %	10 %	23 %

Tabulka č. 42
Otázka 62. *Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	56 %
15	23	5	21,7 %	18	78 %
16	21	15	71 %	6	29 %
Celkem	60	27	45 %	33	55 %

Za ideálně velké považuje své boky 45 % dotázaných, více než polovina (55 %) dívek si toto o svých bocích ale nemyslí, proto můžeme situaci zhodnotit jako pravděpodobně závažnou. U rizikové trojice odpovědí pak nejhůře dopadla skupina patnáctiletých respondentek. V tomto případě dívky označily odpověď někdy, zřídka nebo nikdy v celých 78 % a situace by tedy konkrétně pro tuto věkovou kategorii mohla být závažná.

Tabulka č. 43
Otázka 9. *Myslím si, že mám moc tlustá stehna*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	3	0	0	1	1	11
15	23	7	2	3	4	3	4
16	21	3	2	4	2	3	7
Celkem	60	13	4	7	7	7	22
Vyjádření v %		22 %	7 %	12 %	12 %	12 %	37 %

Tabulka č. 44
Otázka 9. *Myslím si, že mám moc tlustá stehna*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	9	43 %	12	57 %
Celkem	60	24	40 %	36	60 %

O tom, že mají moc tlustá stehna, je přesvědčeno 41 % dívek. Situace je pravděpodobně závažná. Podobně jako u jiných otázek, i zde je zajímavé povšimnout si rozdílů u jednotlivých kategorií, protože u čtrnáctiletých dívek si toto myslí pouze 3 ze 16, ale v kategorii patnáctiletých je to už 12 dívek z 23.

Tabulka č. 45
Otázka 55. *Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	7	3	3	1	0	2
15	23	1	3	3	4	5	7
16	21	8	2	0	4	3	4
Celkem	60	16	8	6	9	8	13
Vyjádření v %		27 %	13 %	10 %	15 %	13 %	22 %

Tabulka č. 46
Otázka 55. *Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	13	81 %	3	19 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	10	48 %	11	52 %
Celkem	60	30	50 %	30	50 %

S velikostí svých stehen je spokojená polovina dotazovaných dívek. Druhá polovina respondentek vybrala jednu z možností N-Z-N, tedy je u nich situace pravděpodobně závažná. U jednotlivých věkových kategorií jsou patrné značné rozdíly, přičemž v kategorii patnáctiletých dívek je situace nejvážnější, neboť se svými stehny není spokojeno 70 % dívek (zde by situace byla hodnocena jako závažná).

Tabulka č. 47
Otázka 31. *Líbí se mi tvar mých hýždí*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	7	0	1	1	5	2
15	23	3	0	3	7	4	6
16	21	6	4	1	7	2	1
Celkem	60	16	4	5	15	11	9
Vyjádření v %		27 %	7 %	8 %	25 %	18 %	15 %

Tabulka č. 48
Otázka 31. *Líbí se mi tvar mých hýždí*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	8	50 %	8	50 %
15	23	6	26,1 %	17	74 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	25	42 %	35	58 %

Tvar vlastních hýždí shledává pěkným 42 %. Závažnost situace určuje trojice N-Z-N, která v tomto případě získala 58 %, takže je zde situace pravděpodobně závažná. Mezi kategorií čtrnáctiletých a šestnáctiletých dívek se nevyskytují přílišné odlišnosti, naproti tomu kategorie patnáctiletých tyto dvě kategorie v počtu N-Z-N odpovědí značně převyšuje.

Tabulka č. 49
Otázka 59. *Myslím si, že mám příliš velký zadek*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	2	1	2	9
15	23	3	3	1	5	5	6
16	21	1	1	3	2	2	12
Celkem	60	5	5	6	8	9	27
Vyjádření v %		8 %	8 %	10 %	13 %	15 %	45 %

Tabulka č. 50
Otázka 59. *Myslím si, že mám příliš velký zadek*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	12	75 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	5	24 %	16	76 %
Celkem	60	16	27 %	44	73 %

Podle tabulky č. 51 si vybralo jednu z odpovědí z rizikové trojice V-O-Č 26 % dotázaných. Procentuální zastoupení odpovědí rizikové trojice není u daných věkových kategorií příliš odlišné, nejhorší situace je u patnáctiletých dívek. Celkově situace může být závažná.

Tabulka č. 51
Otázka 19. *Jsem spokojen (a) s tvarem svého těla*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	5	0	2	1	6
15	23	2	0	4	6	4	5
16	21	7	3	1	5	3	2
Celkem	60	11	8	5	13	8	13
Vyjádření v %		18 %	13 %	8 %	22 %	13 %	22 %

Tabulka č. 52
Otázka 19. *Jsem spokojen (a) s tvarem svého těla*

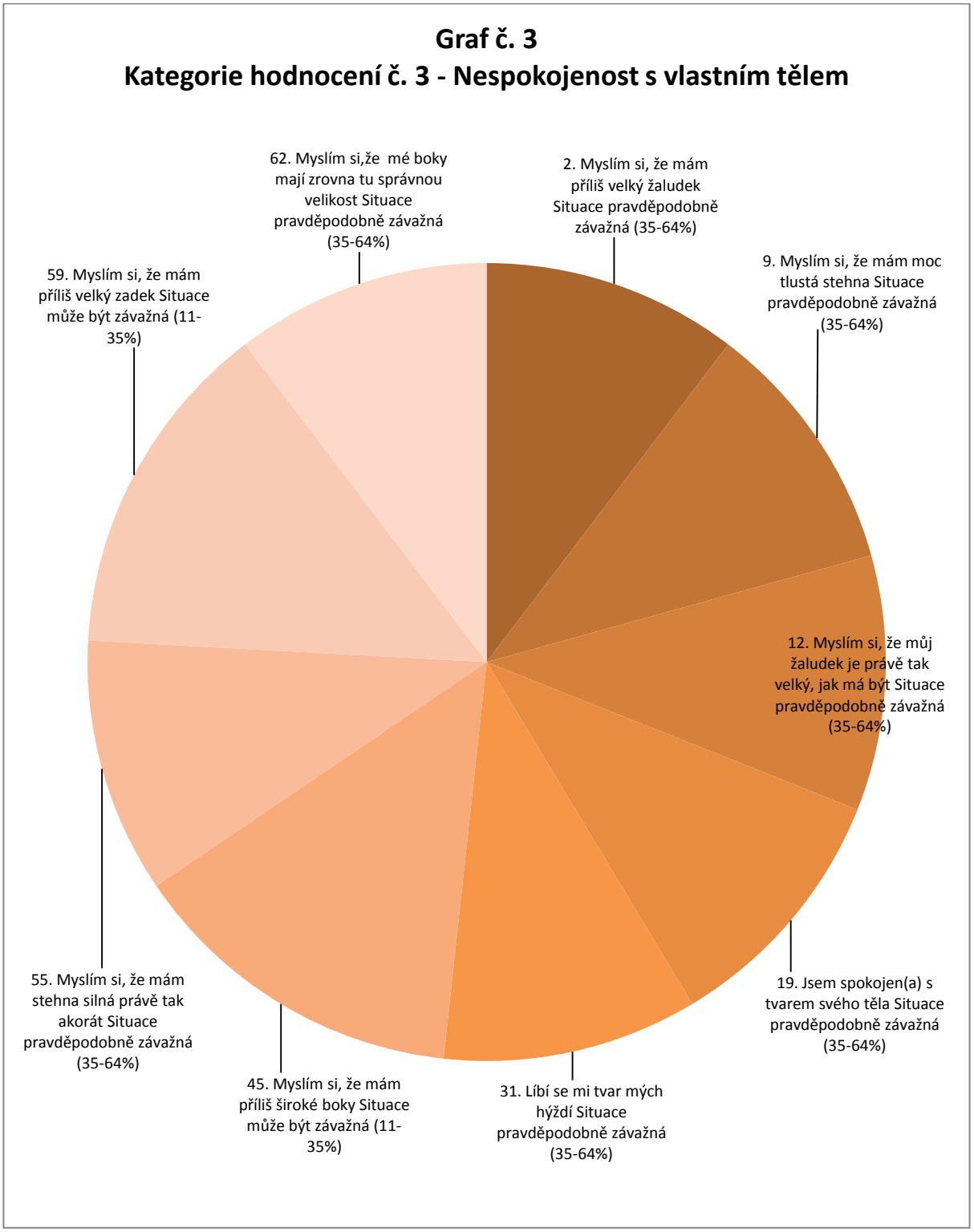
Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	56 %
15	23	6	26,1 %	15	65 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	24	40 %	34	57 %

S tvarem svého těla není podle odpovědí spokojeno 57 % dívek, situaci tedy hodnotíme jako pravděpodobně závažnou.

2.3.2 Celkové hodnocení kategorie

V této kategorii, která měla za úkol přiblížit nespokojenost dotazovaných jedinců s vlastním tělem, bylo stejně, jako v kategorii předešlé, devět otázek. Podíváme-li se na výsledky, zjistíme, že u jedné otázky situace může být závažná a u zbylých otázek je situace pravděpodobně závažná. Jako nejméně závažná byla vyhodnocena otázka č. 59: Myslím si, že mám příliš velký zadek, kdy si jednu z možností z rizikové trojice vždy, obvykle, často vybralo 26 % dívek. Zajímavé by ovšem bylo sledovat rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi. Nejhůře dopadla kategorie patnáctiletých dívek, kdy se po vyhodnocení u pěti otázek jevila situace jako závažná. V těchto pěti otázkách se jednalo především o rizikové partie, ovšem ani s celkovým tvarem svého těla nebyly patnáctileté respondentky spokojeny. Nastala tedy situace podle našeho předpokladu. Pocity tloušťky, ale i nespokojenost

s vlastním tělem, patří mezi rizikové faktory, aby však vedly ke vzniku poruchy příjmu potravy, musely by se u daného jedince spojit i s dalšími příčinami.



2.4 Kategorie – Obavy z dospívání

Do kategorie, která se zabývá strachem z dospělosti, jsme zařadili otázky 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 a 58. Ty zjišťují, jaké pocity u daných jedinců vyvolává přicházející proces dospívání a jak se dospívající dokáží vyrovnat s novými situacemi, které s dospělostí přichází. Důležitost této otázky spočívá v tom, že někteří autoři vidí v samotném procesu dospívání jakýsi spouštěč pro vznik poruch příjmu potravy.

2.4.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 53
Otázka 14. *Nejšťastnější období života je dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	7	5	1	1	2	0
15	23	5	3	3	7	2	3
16	21	5	2	3	4	4	3
Celkem	60	17	10	7	12	8	6
Vyjádření v %		28 %	17 %	12 %	20 %	13 %	10 %

Tabulka č. 54
Otázka 14. *Nejšťastnější období života je dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	13	81 %	3	19 %
15	23	11	47,8 %	12	52 %
16	21	10	48 %	11	52 %
Celkem	60	34	57 %	26	43 %

Jednu z možností z kategorie V-O-Č si vybralo 57 % dívek, situace je tedy klasifikována jako pravděpodobně závažná. Největší zastoupení odpovědí z rizikové trojice je pak u dívek čtrnáctiletých, u nichž je situace závažná. Tyto skutečnosti však vůbec nemusí být rizikovým postojem pro vznik nějaké poruchy, ale mohou pouze souviset s pěkným dětstvím, které respondentky prožily, a s jejich vzpomínkami na něj.

Tabulka č. 55
Otázka 48. *Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	6	0	1	7	2	0
15	23	3	4	4	4	3	6
16	21	4	3	4	2	6	2
Celkem	60	13	7	9	13	11	8
Vyjádření v %		22 %	12 %	15 %	22 %	18 %	13 %

Tabulka č. 56
Otázka 48. *Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	56 %
15	23	11	47,8 %	13	57 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	29	48 %	32	53 %

Podle tabulky č. 56 souhlasí s tvrzením, že jsou lidé nejšťastnější v dětství, 48 % respondentek. Situace je pravděpodobně závažná. Stejně jako u otázky předešlé se ale můžeme domnívat, že tato situace nastala pouze v důsledku šťastně prožitého dětství respondentek.

Tabulka č. 57
Otázka 3. *Přeji si, abych se mohl (a) vrátit do bezpečí dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	4	2	8	2
15	23	2	5	5	9	2	0
16	21	2	1	3	3	4	8
Celkem	60	4	6	12	14	14	10
Vyjádření v %		7 %	10 %	20 %	23 %	23 %	17 %

Tabulka č. 58
Otázka 3. *Přeji si, abych se mohl (a) vrátit do bezpečí dětství*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	12	75 %
15	23	12	52,2 %	11	48 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem dívek	60	22	37 %	38	63 %

Do bezpečí dětství by se nejraději vrátilo 37 % respondentek. Jedna z odpovědí vždy, obvykle, často se nejvíce objevovala u kategorie patnáctiletých dívek (52,2 %), což může být spojeno se skutečností, že v tomto věku se jedinec postupně rozhoduje, co bude dělat po základní škole a kam se bude ubírat celý jeho následující život. To mu může působit stres, a proto by se rád vrátil do dětství, kdy neměl žádné starosti. Naopak nejméně riziková je situace u čtrnáctiletých dívek, které si možná stále někdy tak trochu jako děti připadají. Celková situace je hodnocena jako pravděpodobně závažná.

Tabulka č. 59
Otázka 6. *Přál (a) bych si být mladší*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	3	0	0	3	10
15	23	0	2	1	5	3	2
16	21	2	1	1	3	3	11
Celkem	60	2	6	2	8	9	33
Vyjádření v %		3 %	10 %	3 %	13 %	15 %	55 %

Tabulka č. 60
Otázka 6. *Přál (a) bych si být mladší*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	3	13 %	20	87 %
16	21	4	19 %	17	81 %
Celkem	60	10	17 %	50	83 %

Mladších by si přálo být pouhých 17 % dívek, situace proto může být závažná. Zajímavý je fakt, že by si z našeho výzkumného vzorku nejvíce přály být mladší, jak dívky nejstarší, tak i ty nejmladší.

Tabulka č. 61
Otázka 35. *Požadavky dospělosti jsou příliš velké*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	8	3	3	2
15	23	2	3	2	9	6	1
16	21	1	5	3	2	7	3
Celkem	60	3	8	13	14	16	6
Vyjádření v %		5 %	13 %	22 %	23 %	27 %	10 %

Tabulka č. 62
Otázka 35. *Požadavky dospělosti jsou příliš velké*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	8	50 %	8	50 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	9	43 %	12	57 %
Celkem	60	24	40 %	36	60 %

Právě toto tvrzení může působit dospívajícím obavy, které je provází po celé období mezi dětstvím a samotnou dospělostí. S uvedeným tvrzením souhlasí 40 % respondentek, situace je pravděpodobně závažná. Nejrizikovější kategorií jsou čtrnáctileté dívky, kdy má z dospělosti obavy celá polovina našich respondentek, tedy 8 dívek.

Tabulka č. 63
Otázka 22. *Raději bych byl (a) dospělým než dítětem*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	0	3	10	1	0
15	23	6	2	3	9	1	2
16	21	5	4	3	4	2	3
Celkem	60	13	6	9	23	4	5
Vyjádření v %		22 %	10 %	15 %	38 %	7 %	8 %

Tabulka č. 64
Otázka 22. *Raději bych byl (a) dospělým než dítětem*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	5	31 %	11	69 %
15	23	11	47,8 %	12	52 %
16	21	12	57 %	9	43 %
Celkem	60	28	47 %	32	53 %

Dítětem by raději zůstalo celých 53 % dotazovaných. Situace je zhodnocena jako pravděpodobně závažná, ovšem u čtrnáctiletých dívek, kde je zastoupení odpovědí z rizikové trojice dokonce 69 %, je situace už hodnocena jako závažná.

Tabulka č. 65
Otázka 58. *Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	2	6	2	5	1
15	23	2	5	2	9	3	2
16	21	3	3	3	6	4	2
Celkem	60	5	10	11	17	12	5
Vyjádření v %		8 %	17 %	18 %	28 %	20 %	8 %

Tabulka č. 66
Otázka 58. *Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	8	50 %	8	50 %
15	23	9	39,2 %	14	61 %
16	21	9	43 %	12	57 %
Celkem	60	26	43 %	34	57 %

Podle většiny respondentů nepřicházejí nejlepší léta našeho života v dospělosti, což však samo o sobě nemusí být hodnoceno jako rizikový faktor, neboť dospívající si častokrát nedokáží ani představit, co vše dospělost přináší, a jak již bylo zmíněno výše, často je pro ně dospělost spojena pouze s obavami. Rizikovou trojici N-Z-N vybralo celkem 57 % respondentek, takže je situace pravděpodobně závažná.

Tabulka č. 67
Otázka 39. *Jsem šťastný/á, že už nejsem dítětem*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	3	0	3	6	3	1
15	23	2	2	5	7	1	6
16	21	4	3	8	3	0	3
Celkem	60	9	5	16	16	4	10
Vyjádření v %		15 %	8 %	27 %	27 %	7 %	17 %

Tabulka č. 68
Otázka 39. *Jsem šťastný/á, že už nejsem dítětem*

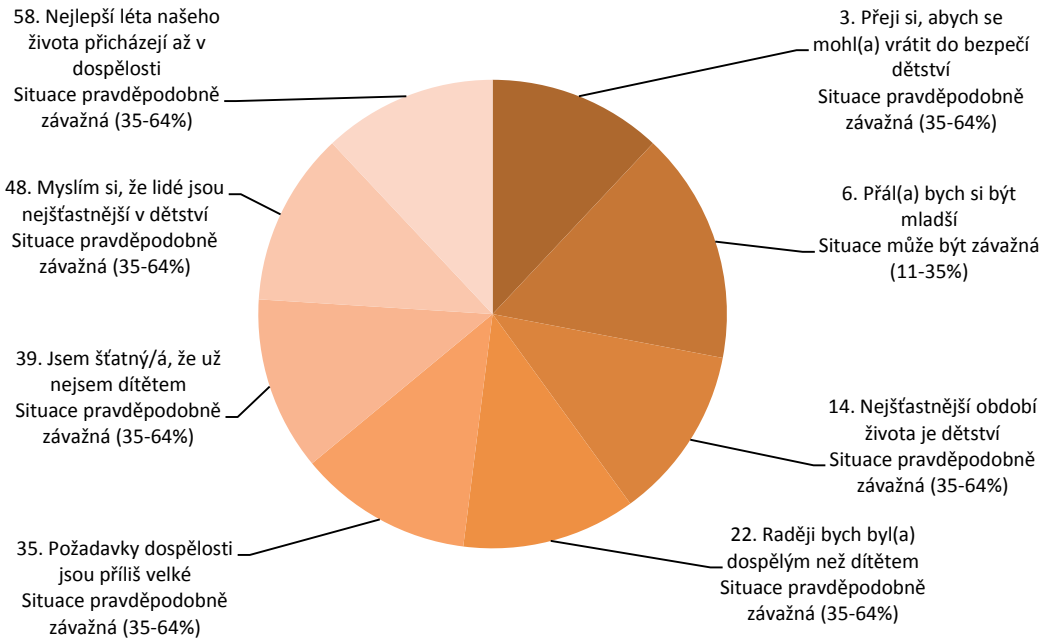
Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	6	38 %	10	63 %
15	23	9	39,2 %	14	61 %
16	21	15	71 %	6	29 %
Celkem	60	30	50 %	30	50 %

U této otázky se respondentky ve svém názoru rozdělily přesně napůl, 50 % je šťastných, že už dítětem nejsou, ovšem druhá polovina dívek by dítětem ještě byla bývala chtěla zůstat. Nejméně rizikovou kategorií jsou v tomto případě šestnáctileté dívky.

2.4.2 Celkové hodnocení kategorie

Vyhodnocením celkové situace v kategorii zaměřené na obavy z dospívání jsme zjistili, že by pouze v jednom případě situace mohla být závažná a ve zbylých sedmi případech je situace pravděpodobně závažná. Opět jsou patrné rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi, kdy byla jako nejrizikovější vyhodnocena skupina čtrnáctiletých dívek, u které bychom mohli ve dvou případech označit situaci za závažnou. Naopak nejméně rizikovou kategorií byly šestnáctileté dívky, u nichž by celkem třikrát mohla být situace považována za závažnou a ve zbylých pěti případech byla pravděpodobně závažná. Jak již bylo zmíněno, obavy z dospívání jsou v tomto věku zcela běžné, neboť se jedinci postupně začínají učit řešit „problémy světa dospělých“, a tak toho na ně někdy může být moc. Abychom mohli s jistotou říci, že se jedná o rizikové postoje, musela by být situace hodnocena jako závažná alespoň ve většině otázek, a to u jednoho jediného člověka.

Graf č. 4
Kategorie hodnocení č. 4 - Obavy z dospívání



2.5 Kategorie – Vztahy v rodině, nároky rodiny

Do této kategorie jsme podle našeho úsudku zařadily tři otázky a to konkrétně číslo 13, 29 a 43. Tato tvrzení se zaměřují na vztahy mezi rodiči a dětmi, na postoje v rodině a to vše především s ohledem na podávaný výkon a perfekcionismus.

2.5.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 69
Otázka 29. *Jako dítě jsem se velice snažil (a) nezklamat své rodiče a učitele*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	8	1	3	1	2	1
15	23	5	3	3	5	5	2
16	21	1	7	5	3	3	2
Celkem	60	14	11	11	9	10	5
Vyjádření v %		23 %	18 %	18 %	15 %	17 %	8 %

Tabulka č. 70
Otázka 29. *Jako dítě jsem se velice snažil (a) nezklamat své rodiče a učitele*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	12	75 %	4	25 %
15	23	11	47,8 %	12	52 %
16	21	13	62 %	8	38 %
Celkem	60	36	60 %	24	40 %

Na tuto otázku odpovědělo jednou z možností vždy, obvykle, často 60% respondentek, situaci tedy můžeme podle tabulky č. 2 vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou. Jako závažnou bychom tuto situaci mohli ohodnotit u kategorie čtrnáctiletých dívek, kdy si odpověď z trojice V-O-Č vybralo dokonce 75 % dotázaných.

Tabulka č. 71
Otázka 43. *Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony*

Věk	Počet respondentek	Vždy,	Obvykle,	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	6	3	3	2	1	1
15	23	1	1	8	4	3	6
16	21	7	2	2	3	4	3
Celkem	60	14	6	13	9	8	10
Vyjádření v %		23 %	10 %	22 %	15 %	13 %	17 %

Tabulka č. 72
Otázka 43. *Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	12	75 %	4	25 %
15	23	10	43,3 %	13	57 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	33	55 %	27	45 %

Podle údajů zjištěných v dotazníku, od 55 % respondentek rodiče očekávali, že budou podávat skvělé výkony. Situace se nám tedy jeví jako pravděpodobně závažná. Stejně jako u předchozí otázky, i zde jsou nejrizikovější skupinou čtrnáctileté dívky v 75 %. Přílišný tlak na děti vyvinutý ze strany rodičů je může v případě neúspěchu přesvědčit o vlastní nedokonalosti, a tedy může i značně snižovat sebevědomí, což často vede k řadě problémů.

Tabulka č. 73
Otázka 13. *Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	6	0	1	5	2	2
15	23	0	3	1	8	5	6
16	21	3	2	5	4	4	3
Celkem	60	9	5	7	17	11	1
Vyjádření v %		15 %	8 %	12 %	28 %	18 %	18 %

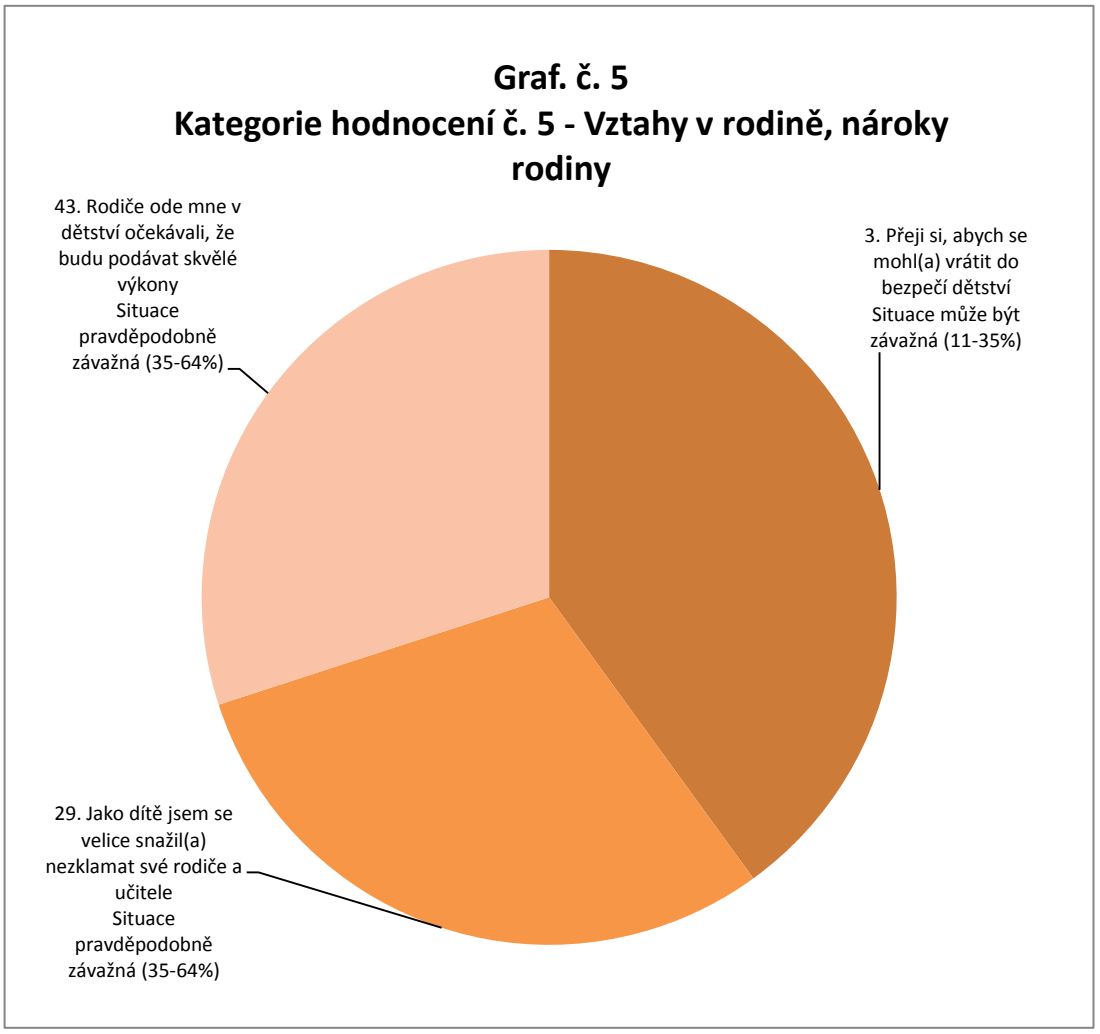
Tabulka č. 74
Otázka 13. *Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	56 %
15	23	4	17,4 %	19	83 %
16	21	10	48 %	11	52 %
Celkem	60	21	35 %	39	65 %

Pro rodiny 35 % dotazovaných dívek je dost dobrý pouze vynikající výkon. Tato hodnota se v tabulce č. 2 objevuje jako přechod mezi dvěma kategoriemi závažnosti, nicméně ji stále ještě klasifikujeme jako situaci, která může být závažná. Nejméně tento tlak (ze strany rodiny) na podávání co nejlepšího výkonu pociťuje kategorie patnáctiletých dívek. U zbylých dvou skupin se nevyskytují větší odlišnosti.

2.5.2 Celkové hodnocení kategorie

Po celkovém zhodnocení výsledků této kategorie jsme zjistili, že v jednom případě může být situace závažná a ve dvou případech je pravděpodobně závažná. Nejrizikovější skupinou byly v této kategorii čtrnáctileté dívky, u nichž by byla ve dvou případech situace hodnocena jako závažná. Vysoké nároky rodičů mohou být pro dítě hybnou silou, která je nutí, aby se neustále snažili a nezaostávali za ostatními. V dnešní době můžeme tyto vysoké nároky považovat za přípravu na budoucí dospělý život, kdy se prosadí skutečně jen ti nejdravější a nejvýkonnější jedinci. Pokud ovšem není dítě schopné zvládat to, co od něj rodiče očekávají, může to u něho vést ke vzniku rizikových faktorů, jako je například perfekcionismus, jenž je typickým rysem anorexie.



2.6 Kategorie – Sebepojetí

Do této kategorie jsme podle našeho uvážení zařadili otázky č. 10, 20, 24, 27, 36, 37, 41, 42, 50, 52 a 63. Tyto otázky se zaměřují především na postoj jedince k vlastní osobě, na to jak si váží sám sebe, jak vysoké je jeho sebevědomí a také na to, jak zvládá překonávat různé překážky v každodenním životě.

2.6.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 75
Otázka 41. *Mám o sobě nevalné mínění*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	4	0	5	0	6
15	23	0	2	3	8	5	5
16	21	1	3	2	5	5	5
Celkem	60	2	9	5	18	10	16
Vyjádření v %		3 %	15 %	8 %	30 %	17 %	27 %

Tabulka č. 76
Otázka 41. *Mám o sobě nevalné mínění*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	5	31 %	11	69 %
15	23	5	21,8 %	18	78 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem	60	16	27 %	44	73 %

Na otázku „*Mám o sobě nevalné mínění“* odpovědělo jednou z možností vždy, obvykle často podle tabulky č. 75 26 % respondentek, takže situace může být závažná. Pozitivním faktem je skutečnost, že téměř tři čtvrtě dotázaných je se svou osobou spokojeno, a to i v kritickém období, jakým je dospívání. Nejlépe v tomto případě dopadly patnáctileté dívky, u nichž vybralo jednu z rizikových odpovědí pouze 21,8 %.

Tabulka č. 77
Otázka 27. *Cítím se jako méněcenný/á*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	3	1	0	1	3	8
15	23	0	0	4	8	9	2
16	21	2	1	2	3	4	9
Celkem	60	5	2	6	12	16	19
Vyjádření v %		8 %	3 %	10 %	20 %	27 %	32 %

Tabulka č. 78
Otázka 27. *Cítím se jako méněcenný/á*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	12	75 %
15	23	4	17,4 %	19	83 %
16	21	5	24 %	16	76 %
Celkem	60	13	22 %	47	78 %

Tato otázka je úzce spjata s otázkou výše, tedy jsme předpokládali, že výsledky obou otázek budou podobné. Po vyhodnocení situace jsme zjistili, že u této otázky zaujalo rizikový postoj dokonce ještě méně respondentek, tedy konkrétně 21 %, avšak situace stále může být závažná. Z hlediska nejmenšího rizika dopadla opět nejlépe skupina patnáctiletých.

Tabulka č. 79
Otázka 10. *Cítím se jako bezcenný člověk*

Věk	Počet respondentek	Vždy,	Obvykle,	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	3	0	1	2	0	10
15	23	0	3	2	2	8	8
16	21	1	1	0	2	5	12
Celkem	60	4	4	3	6	13	30
Vyjádření v %		7 %	7 %	5 %	10 %	22 %	50 %

Tabulka č. 80
Otázka 10. *Cítím se jako bezcenný člověk*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	12	75 %
15	23	5	21,7 %	18	78 %
16	21	2	10 %	19	90 %
Celkem	60	11	18 %	49	82 %

Stejně jako dvě předešlé otázky se i tato zabývá především sebehodnocením daného jedince. Záporná intenzita jednotlivých výpovědí měla stoupající charakter, zastoupení rizikových odpovědí, které vybraly respondentky, však mělo charakter klesající. Jako bezcenný člověk se cítí 18 % dívek. Nejlépe tentokrát dopadla kategorie šestnáctiletých dívek, kdy se jako bezcenné cítí pouze dvě dívky, a tak by situace u této věkové kategorie mohla být vyhodnocena jako nezávažná.

Tabulka č. 81
Otázka 50. *Cítím se, že jsem cenný člověk*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	6	0	2	2	5
15	23	0	3	4	10	5	1
16	21	5	5	2	4	3	2
Celkem	60	6	14	6	16	10	8
Vyjádření v %		10 %	23 %	10 %	27 %	17 %	13 %

Tabulka č. 82
Otázka 50. *Cítím se, že jsem cenný člověk*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	5 6 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	12	57 %	9	3 %
Celkem	60	26	43 %	34	57 %

Jako cenného jedince by sebe samu ohodnotilo 43 % dívek, 57 % dotázaných však zvolilo jednu z trojice rizikových odpovědí někdy, zřídka, nikdy a situace je tedy pravděpodobně závažná. Tato skutečnost může být problematická, neboť nízké sebevědomí, společně s dalšími faktory, může být jedním z důvodů vzniku poruch příjmu potravy.

Tabulka č. 83
Otázka 37. *Jsem si jistý/á sám (a) sebou*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	9	3	1	1	1	1
15	23	3	7	3	6	3	1
16	21	9	3	4	3	1	1
Celkem	60	21	13	8	10	5	3
Vyjádření v %		35 %	22 %	13 %	17 %	8 %	5 %

Tabulka č. 84
Otázka 37. *Jsem si jistý/á sám (a) sebou*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	13	81 %	3	19 %
15	23	13	56,5 %	10	43 %
16	21	16	76 %	5	24 %
Celkem	60	42	70 %	18	30 %

Jistých si samo sebou není 30 % dívek, neboť vybraly jednu z možností někdy, zřídka, nikdy. Pozitivní by tedy mohl být alespoň fakt, že možnost nikdy zvolily pouze 3 dívky z celkových 60 a to konkrétně jedna dívka v každé věkové kategorii. Celková situace může být závažná.

Tabulka č. 85
Otázka 63. *Mám mimořádně vysoké cíle*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	5	3	1	5	2	0
15	23	1	6	2	5	5	4
16	21	7	2	4	4	3	1
Celkem	60	3	11	7	14	10	5
Vyjádření v %		22 %	18 %	12 %	23 %	17 %	8 %

Tabulka č. 86
Otázka 63. *Mám mimořádně vysoké cíle*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	9	56 %	7	44 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	13	62 %	8	38 %
Celkem	60	31	52 %	29	48 %

Tato otázka byla v procentuálním zastoupení obou trojic poměrně vyrovnaná, více procent (52 %) však získala ta riziková. Situaci můžeme vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou. Nejvíce si podle výsledků dotazníků kladou mimořádně vysoké cíle šestnáctileté dívky (62 %), což můžeme ale chápat jako odezvu na požadavky dnešní společností, kdy s věkem rostou nároky na jedince.

Tabulka č. 87
Otázka 42. *Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	7	2	1	5	0
15	23	0	8	2	9	2	2
16	21	6	6	2	4	1	2
Celkem	60	7	21	6	14	8	4
Vyjádření v %		12%	3 5%	10 %	23 %	13 %	7 %

Tabulka č. 88
Otázka 42. *Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	10	63 %	6	38 %
15	23	10	43,5 %	18	78 %
16	21	14	67 %	7	33 %
Celkem	60	34	57 %	31	52 %

Celých 52 % procent dotázaných má pocit, že nedokáží splnit cíle, které si vytyčili. Tento fakt však může být způsoben právě tím, že si v současné době řada lidí klade příliš vysoké cíle. Situace je hodnocena jako pravděpodobně závažná.

Tabulka č. 89
Otázka 20. *Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	4	7	4	0	1
15	23	0	9	6	7	1	0
16	21	6	7	3	4	0	1
Celkem	60	6	20	16	15	1	2
Vyjádření v %		10 %	33 %	27 %	25 %	2 %	3 %

Tabulka č. 90
Otázka 20. *Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	11	69 %	5	31 %
15	23	15	65,2 %	8	5 %
16	21	16	76 %	5	24 %
Celkem	60	42	70 %	18	30 %

Rizikovou trojici odpovědí na tuto otázku zvolilo 30 % dívek, situace může být závažná. Důležitá je skutečnost, že nejvíce rizikovou odpověď nikdy zvolily pouze 2 dívky, tedy 3 % z celého vzorku respondentů. Jako věková kategorie dopadly nejlépe šestnáctileté dívky, u nichž si celých 70 % dívek myslí, že celkem zvládá různé věci ve svém životě.

Tabulka č. 91
Otázka 36. *Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	6	1	2	5	2
15	23	1	3	3	3	9	4
16	21	7	2	1	2	7	2
Celkem	60	8	11	5	7	21	8
Vyjádření v %		13 %	18 %	8 %	12 %	35 %	13 %

Tabulka č. 92
Otázka 36. *Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	7	44 %	9	56 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	10	48 %	11	52 %
Celkem	60	24	40 %	36	60 %

Podle tabulky č. 91 nesnáší 39 % respondentek, když je v některých věcech horší než nejlepší, u kategorie šestnáctiletých dívek toto nesnáší dokonce 48 %. Celkovou situaci můžeme označit za pravděpodobně závažnou. Tyto výsledky mohou ukazovat na vysokou míru soutěživosti u některých jedinců.

Tabulka č. 93
Otázka 52. *Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl(a) dělat vůbec*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	5	1	5	4	1
15	23	2	6	2	6	2	5
16	21	4	3	2	6	0	6
Celkem	60	6	14	5	17	6	12
Vyjádření v %		10 %	23 %	8 %	28 %	10 %	20 %

Tabulka č. 94
Otázka 52. *Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl(a) dělat vůbec*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	6	38 %	10	63 %
15	23	10	43,5 %	13	57 %
16	21	9	43 %	12	57 %
Celkem	60	25	42 %	35	58 %

Jednu z rizikových odpovědí na tuto otázku si vybralo 41 % dívek, situace je tedy pravděpodobně závažná. Mezi jednotlivými věkovými kategoriemi nejsou podstatné rozdíly.

Tato otázka je zaměřena na projevování perfekcionismu, který je, jak již bylo zmíněno dříve, jedním z typických osobnostních rysů u anorektiček

Tabulka č. 95
Otázka 24. *Přál (a) bych si být někým jiným*

Věk	Počet respondentek	Vždy,	Obvykle,	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	1	0	1	3	9
15	23	1	6	2	7	2	5
16	21	2	2	1	2	6	8
Celkem	60	5	9	3	10	11	22
Vyjádření v %		8 %	15 %	5 %	17 %	18 %	37 %

Tabulka č. 96
Otázka 24. *Přál (a) bych si být někým jiným*

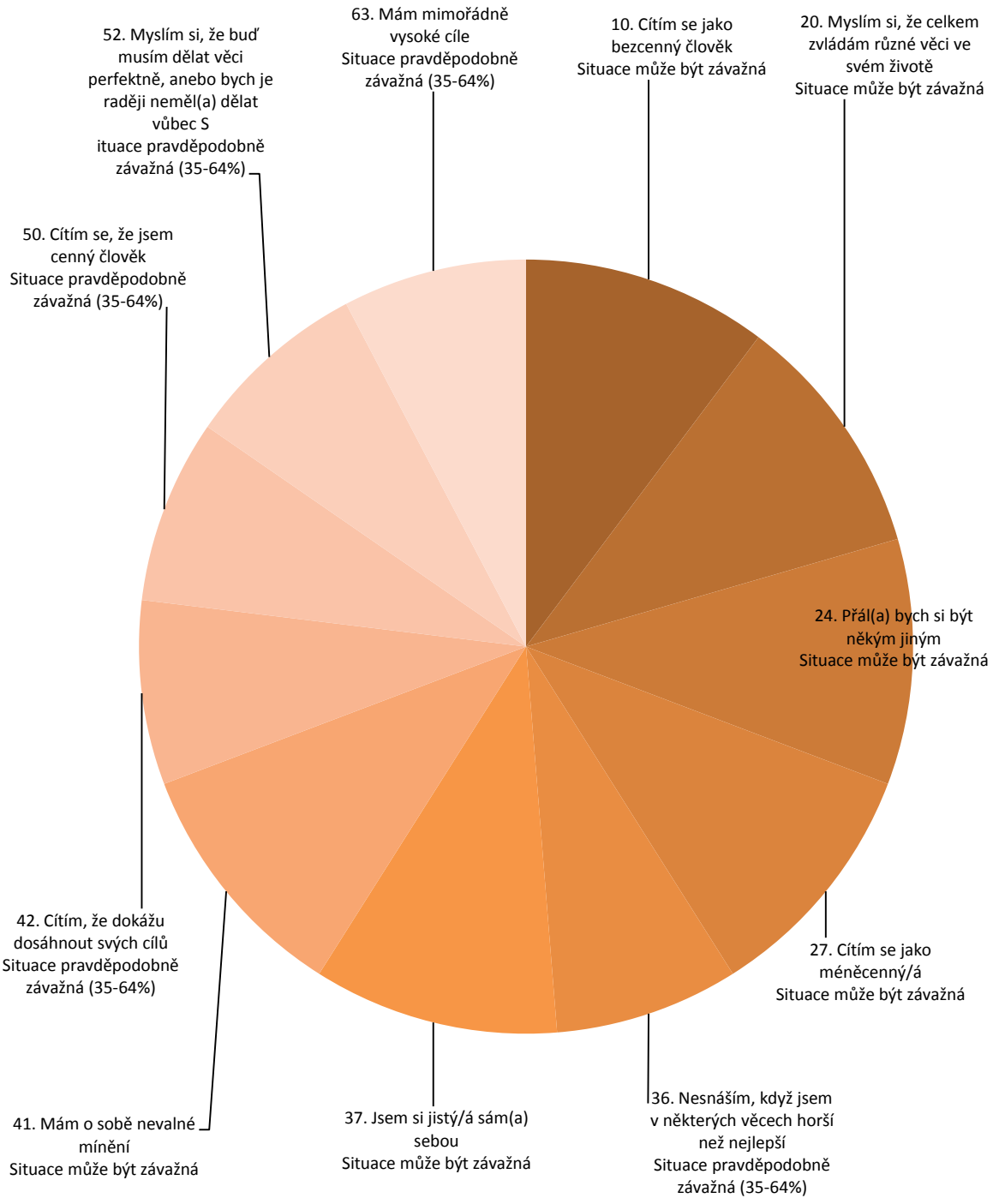
Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	5	24 %	16	76 %
Celkem	60	17	28 %	43	72 %

Z tabulky č. 96 je zřejmé, že 28 % dotázaných by si přálo být někým jiným, situace může být závažná. Zajímavé jsou rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi, přičemž situace je velmi pravděpodobně závažná u skupiny šestnáctiletých dívek, kde by si přálo být někým jiným 39,1 % respondentek.

2.6.2 Celkové hodnocení kategorie

Po vyhodnocení všech jedenácti otázek v této kategorii jsme zjistili, že v pěti případech je situace pravděpodobně závažná a v šesti případech může být závažná. Ze zjištěných výsledků můžeme usoudit, že má řada dospívajících dívek tendence o sobě pochybovat, což však pro toto období není ničím netypickým. V otázkách se také projevila skutečnost, že řada respondentek má nízké sebevědomí nebo si klade příliš vysoké cíle, což má při jejich nedosáhnutí za následek již zmíněné nízké sebevědomí a jedince tato skutečnost utvrzuje o jeho vlastní nedokonalosti. Tato skupina otázek tedy zobrazovala narušené sebepojetí a objevila se zde také tvrzení, která měla za úkol zjistit u jedince míru perfekcionismu. Můžeme říct, že tato kategorie se zaměřovala především na typické rysy, jež se vyskytují u poruch příjmu potravy a u našeho vzorku se tyto rysy objevovaly ve značné míře.

Graf č. 6
Kategorie hodnocení č. 6 - Sebepojetí



2.7 Kategorie – Emocionální problémy

Do kategorie emocionální problémy jsme zařadili těchto jedenáct otázek: 8, 15, 21, 26, 33, 40, 44, 51, 56, 57 a 60. Ty zjišťují, jaké pocity jedinec uvnitř prožívá, jak silné jsou, jaký je jeho postoj k těmto pocitům a jak se s nimi dokáže vyrovnat.

2.7.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 97
Otázka 33. *Nevím, co se ve mně děje*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	1	1	2	3	8
15	23	1	3	4	6	6	3
16	21	2	0	4	3	6	6
Celkem	60	5	4	9	11	15	17
Vyjádření v %		8 %	7 %	15 %	18 %	25 %	28 %

Tabulka č. 98
Otázka 33. *Nevím, co se ve mně děje*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	13	81 %
15	23	8	34,8 %	15	65 %
16	21	6	29 %	15	71 %
Celkem	60	18	30 %	43	72 %

Ze zkoumaného souboru 30 % dotazovaných dívek neví, co se v nich děje, tedy nerozumí svým myšlenkám a pocitům. Situace může být závažná. Největší rozdíly jsou mezi kategorií čtrnáctiletých a patnáctiletých dívek. Skupina čtrnáctiletých je se svými 25 % nejméně riziková, patnáctileté jsou naopak se 34,8 % nejrizikovějšími.

Tabulka č. 99
Otázka 21. *Bývám zmatený/á z citů, které prožívám*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	1	1	6	8
15	23	1	2	4	7	6	3
16	21	2	3	3	3	9	1
Celkem	60	3	5	8	11	21	12
Vyjádření v %		5 %	8 %	13 %	18 %	35 %	20 %

Tabulka č. 100
Otázka 21. *Bývám zmatený/á z citů, které prožívám*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	1	6 %	15	94 %
15	23	7	30,4 %	16	70 %
16	21	8	38 %	13	62 %
Celkem	60	16	27 %	44	73 %

Podle tabulky č. 99 vidíme, že jednu z odpovědí rizikové trojice V-O-Č si vybralo 26 % dívek. Situace tedy opět může být závažná. Zajímavé jsou rozdíly mezi kategoriemi. Ze čtrnáctiletých dívek pouze 1 zvolila možnost často a zbylé dvě rizikové odpovědi nevybrala žádná dívka. U této kategorie by situace mohla být jednoznačně nezávažná. To však nemusí platit právě pro tuto jednu danou dívku.

Tabulka č. 101
Otázka 26. *Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	3	8	3	0
15	23	0	2	2	10	5	4
16	21	1	4	6	4	1	5
Celkem	60	2	7	11	22	9	9
Vyjádření v %		3 %	12 %	18 %	37 %	15 %	15 %

Tabulka č. 102
Otázka 26. *Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	5	31 %	11	69 %
15	23	4	17,4 %	19	83 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	20	33 %	40	67 %

Se svými pocity se nedokáže jednoznačně ztotožnit 67 % dívek. Poprvé v našem výzkumu tak situaci musíme zhodnotit jako závažnou. Za povšimnutí stojí jednotlivé rozdíly u věkových kategorií. Zatímco u šestnáctiletých dívek odpovědělo rizikově pouze 48 % a situace by zde byla pravděpodobně závažná, u dívek patnáctiletých je to 83 % a situace je tedy závažná, není už však příliš daleko od vyhodnocení jako velmi závažná. Dospívající mohou být zmateni ze svých citů, aniž by tato skutečnost vyjadřovala patologický postoj, ovšem zajisté by se neměla objevovat taková míra rizikovosti jako je v prostřední skupině.

Tabulka č. 103
Otázka 60. *Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	0	4	2	5	5
15	23	1	0	3	7	2	10
16	21	2	0	2	5	4	8
Celkem	60	3	0	9	14	11	23
Vyjádření v %		5 %	0 %	15 %	23 %	18 %	38 %

Tabulka č. 104
Otázka 60. *Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	4	25 %	12	75 %
15	23	4	17,4 %	19	83 %
16	21	4	19 %	17	81 %
Celkem	60	12	20 %	48	80 %

Zatímco na podobnou otázku výše vybralo jednu z rizikových odpovědí 67 % dotázaných, u tohoto tvrzení šlo o pouhých 20 % a situace může být závažná. Co vedlo dívky

k těmto rozdílům, to nevíme, můžeme se pouze dohadovat, zda například nedošlo ke špatnému pochopení jednoho z tvrzení.

Tabulka č. 105
Otázka 56. *Cítím se vnitřně prázdný/á (citově)*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	3	1	7	3
15	23	0	4	1	10	6	2
16	21	1	0	3	2	7	8
Celkem	60	2	5	7	13	20	13
Vyjádření v %		3 %	8 %	12 %	22 %	33 %	22 %

Tabulka č. 106
Otázka 56. *Cítím se vnitřně prázdný/á (citově)*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	5	31 %	11	69 %
15	23	5	21,8 %	18	78 %
16	21	4	19 %	17	81 %
Celkem	60	14	23 %	46	77 %

Jak je zřejmé z tabulky č. 106 23 % dívek odpovědělo, že se cítí vždy, obvykle nebo často uvnitř citově prázdné. Situace tedy může být závažná. Stejně by byla situace hodnocena u všech jednotlivých věkových kategorií, ač se mezi nimi vyskytují rozdíly v procentuálním zastoupení rizikových odpovědí.

Tabulka č. 107
Otázka 57. *Mohu (bez potíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	5	5	1	1	3
15	23	1	2	6	6	6	2
16	21	6	4	2	2	6	1
Celkem	60	8	11	13	9	13	6
Vyjádření v %		13 %	18 %	22 %	15 %	22 %	10 %

Tabulka č. 108
Otázka 57. *Mohu (bez potíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	11	69 %	5	31 %
15	23	9	39,1 %	14	61 %
16	21	12	57 %	9	43 %
Celkem	60	32	53 %	28	47 %

Až 47 % dívek nedokáže bez potíží hovořit o svých vnitřních pocitech a myšlenkách, což ale vůbec nemusí ukazovat na jeden z rizikových faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy, ale pouze to může znamenat, že ta či ona dívka je spíše introvertní, nebo zatím jen nenašla spřízněnou duši, které by se s tímto chtěla svěřit. Situace je přesto pravděpodobně závažná.

Tabulka č. 109
Otázka 15. *Dávám otevřeně najevo své pocity*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	1	2	6	5	2
15	23	3	6	1	6	5	2
16	21	6	3	1	5	5	1
Celkem	60	9	10	4	17	15	5
Vyjádření v %		15 %	17 %	7 %	28%	25 %	8 %

Tabulka č. 110
Otázka 15. *Dávám otevřeně najevo své pocity*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81 %
15	23	10	43,5 %	13	57 %
16	21	10	48 %	11	52 %
Celkem	60	23	38 %	37	62 %

Podobně jako předchozí otázka, i tato může především souviset s introvertní nebo naopak extrovertní povahou vybrané dívky. Jednu z trojice rizikových odpovědí si podle tabulky č. 110 vybralo 62 % dívek a proto je situace hodnocena stále ještě jako pravděpodobně závažná, velice se již však blíží hodnocení závažná. U kategorie čtrnáctiletých dívek je situace závažná.

Tabulka č. 111
Otázka 51. *Když je mi špatně na duši, ani sám (a) pořádně nevím, zda jsem smutný/á, vyděšený/á, nebo rozzlobený/á*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	1	3	1	3	6
15	23	0	1	9	4	6	3
16	21	3	4	4	0	4	6
Celkem	60	5	6	16	5	13	15
Vyjádření v %		8 %	10 %	27 %	8 %	22 %	25 %

Tabulka č. 112
Otázka 51. *Když je mi špatně na duši, ani sám (a) pořádně nevím, zda jsem smutný/á, vyděšený/á, nebo rozzlobený/á*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	6	38 %	10	63 %
15	23	10	43,5 %	13	57 %
16	21	11	52 %	10	48 %
Celkem	60	27	45 %	33	55 %

Mezi smutkem, strachem, zlobou či dalšími negativními emocemi nedokáže rozlišovat 45 % dívek, proto můžeme situaci vyhodnotit jako pravděpodobně závažnou.

Tabulka č. 113
Otázka 8. *Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	0	9	5	0
15	23	2	3	5	5	3	5
16	21	2	0	1	6	6	6
Celkem	60	5	4	6	20	14	11
Vyjádření v %		8 %	7 %	10 %	33%	23 %	18 %

Tabulka č. 114
Otázka 8. *Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	10	43,5 %	13	57 %
16	21	3	14 %	18	86 %
Celkem	60	15	25 %	45	75 %

Téměř polovina (43,48 %) dotázaných patnáctiletých dívek se obává, že pocity, které prožívají, jsou příliš silné. Méně závažná je situace u dívek čtrnáctiletých a šestnáctiletých, kdy tento strach prožívají pouze 2 čtrnáctileté dívky (13 %) a 3 šestnáctileté dívky (14 %). Celkově je zastoupení rizikových odpovědí 25 % a situace může být závažná.

Tabulka č. 115
Otázka 44. *Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	1	1	3	3	7
15	23	0	4	4	6	5	4
16	21	2	4	1	2	7	5
Celkem	60	3	9	6	11	15	16
Vyjádření v %		5 %	15 %	10 %	18 %	25 %	27 %

Tabulka č. 116
Otázka 44. *Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19 %	13	81%
15	23	8	34, 8 %	15	65 %
16	21	7	33%	14	67 %
Celkem	60	18	30 %	42	70 %

Téměř třetina (30 %) dívek se bojí, že se jim jejich pocity vymknou z rukou, Nejvíce ohrožená je skupina patnáctiletých dívek (34,78 %), kterou velice těsně se 33 % následují dívky šestnáctileté. V tomto směru pociťují nejmenší obavy s 19 % čtrnáctileté dívky. Celkově situace může být závažná.

Tabulka č. 117
Otázka 40. *Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	1	2	11
15	23	2	1	3	2	6	9
16	21	3	3	0	3	4	8
Celkem	60	6	4	4	6	12	28
Vyjádření v %		10 %	7 %	7 %	10 %	20 %	47 %

Tabulka č. 118
Otázka 40. *Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne*

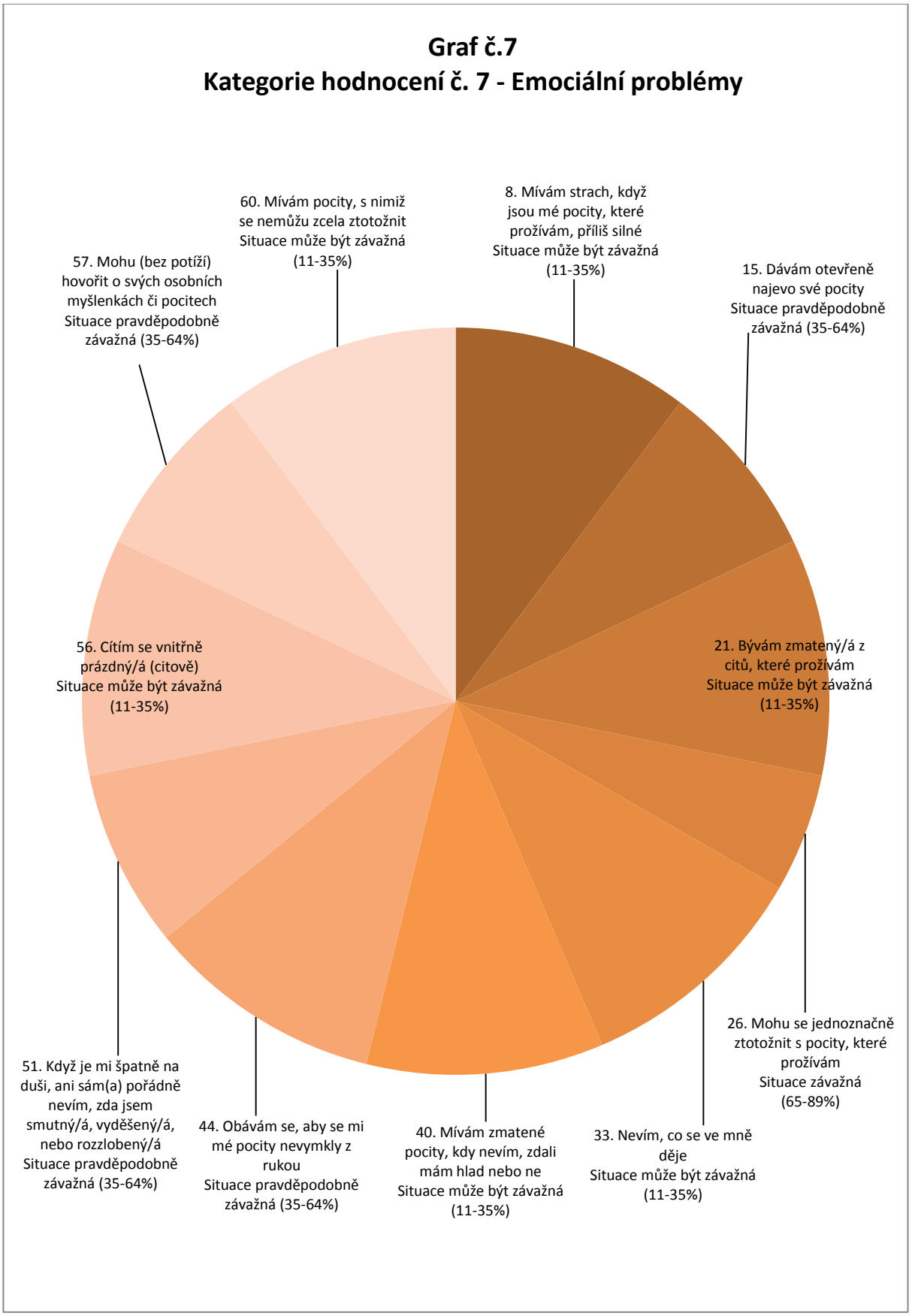
Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13 %	14	88 %
15	23	6	26,2 %	17	74 %
16	21	6	29%	15	71 %
Celkem	60	14	23 %	46	77 %

Zatímco mezi pocity smutku, strachu či rozčílení nedokázalo rozlišovat 45 % dívek, pouze 23 % všech respondentek nedokáže v situacích, kdy jsou emočně zmatené rozlišit, zda mají hlad či ne. Ovšem stejně jako u této „podobné“ otázky, i zde jsou nejméně rizikovou skupinou čtrnáctileté dívky a nejvíce rizikovou skupinou dívky patnáctileté. Celková situace zde může být závažná.

2.7.2 Celkové hodnocení kategorie

Po vyhodnocení dotazníků jsme zjistili, že je v této kategorii jedenkrát situace hodnocena jako závažná, třikrát jako pravděpodobně závažná a sedmkrát může být závažná. U velké části dotazovaných byla patrná značná neschopnost orientovat se ve svých pocitech, dívky nevěděly, co se uvnitř nich samotných děje a také o svých pocitech a myšlenkách nedokázaly bez problému hovořit. Velice důležitá byla tvrzení, která poukazovala na skutečnost, že pokud je jedinec vnitřně zmatený, často neví, jaké pocity vlastně prožívá. S tím úzce souvisela otázka, zda jedinec zažívá situace, ve kterých je tak emočně zmatený, že sám ani neví, zda má hlad nebo ne. Zmatek v pocitech hladu (nebo naopak sytosti) je jedním z charakteristických rysů poruch příjmu potravy. Riziková je zde i nadměrná kontrola emocí (typická pro pacientky trpící mentální anorexií nebo naopak neschopnost (prudké) emoce kontrolovat (typické pro bulimické pacientky).

Graf č.7
Kategorie hodnocení č. 7 - Emociální problémy



2.8 Kategorie – Interpersonální vztahy

Do poslední kategorie jsme zařadili osm následujících otázek 17, 18, 23, 30, 34 a 54. Tyto mají za úkol zjistit především, jaké mají dotazovaní jedinci vztahy s druhými lidmi, jak s nimi dokáží komunikovat nebo jim důvěřovat.

2.8.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Tabulka č. 121
Otázka 23. *Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	3	6	1	3	1	2
15	23	3	7	6	4	3	0
16	21	10	4	5	1	1	0
Celkem	60	16	17	12	8	5	2
Vyjádření v %		27%	28%	20%	13%	8%	3%

Tabulka č. 122
Otázka 23. *Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	10	63%	6	38%
15	23	16	69,6%	7	30%
16	21	19	90%	2	10%
Celkem	60	45	75%	15	25%

Podle tabulky č. 122 nepřipadá komunikace s druhými lidmi snadná 25 % dotazovaných dívek, situace tedy může být závažná. Mezi jednotlivými věkovými kategoriemi jsou opět znatelné rozdíly, přičemž nezávažná situace je u šestnáctiletých dívek.

Tabulka č. 123
Otázka 54. *Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se ke mně někdo snaží až příliš přiblížit)*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	2	0	7	1	5	1
15	23	1	1	2	6	6	7
16	21	2	2	2	4	3	8
Celkem	60	5	3	11	11	14	16
Vyjádření v %		8%	5%	18%	18%	23%	27%

Tabulka č. 124
Otázka 54. *Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se ke mně někdo snaží až příliš přiblížit)*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	9	56%	7	44%
15	23	4	17,4%	19	83%
16	21	6	29%	15	71%
Celkem	60	19	32%	41	68%

Určitý odstup od ostatních lidí si potřebuje udržovat celkem 32% dotazovaných. Nejmenší nejistotu, v případě, že se k nim snaží někdo až příliš přiblížit, pociťují patnáctileté dívky (17,39 %), což může také svědčit o větší sebejistotě u těchto konkrétních jedinců. Celková situace může být závažná.

Tabulka č. 125
Otázka 34. *Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	2	0	5	8	0
15	23	1	4	4	7	4	3
16	21	2	5	1	5	3	5
Celkem	60	4	11	5	17	15	8
Vyjádření v %		7%	18%	8%	28%	25%	13%

Tabulka č. 126
Otázka 34. *Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	3	19%	13	81%
15	23	9	39,1%	14	61%
16	21	8	38%	13	62%
Celkem	60	20	33%	40	67%

Jednu z možností u rizikové trojice V-O-Č si vybralo 33 % dívek. Situace tedy může být závažná. Skutečnost, že mají některé dívky (zde konkrétně nejvíce patnáctileté) problémy s vyjadřováním svých citů nemusí nutně znamenat riziko, ale pouze rezervovanou povahu nebo může poukazovat na známky stydlivosti.

Tabulka č. 127
Otázka 30. *Mám důvěrné citové vztahy*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	7	2	5	1	0
15	23	2	5	3	9	3	1
16	21	6	6	2	3	3	1
Celkem	60	9	18	7	17	7	2
Vyjádření v %		15%	30%	12%	28%	12%	3%

Tabulka č. 128
Otázka 30. *Mám důvěrné citové vztahy*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	10	63%	6	38%
15	23	10	43,48%	13	57%
16	21	14	67%	7	33%
Celkem	60	34	57%	26	43%

Dívky z našeho průzkumu mají podle viditelných výsledků poměrně velké problémy s navazováním či udržováním důvěrných vztahů. Tyto problémy přiznalo 57 % respondentek, což znamená, že situace je pravděpodobně závažná. Největší problémy s důvěrnými vztahy mají se 67 % šestnáctileté dívky, naopak u patnáctiletých je tento problém nejmenší (43, 48 %).

Tabulka č. 129
Otázka 17. *Důvěřuji druhým lidem*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	0	1	5	7	1	2
15	23	0	3	4	12	4	0
16	21	3	5	1	5	6	1
Celkem	60	3	9	10	24	11	3
Vyjádření v %		5%	15%	17%	40%	18%	5%

Tabulka č. 130
Otázka 17. *Důvěřuji druhým lidem*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	6	38%	10	63%
15	23	7	30,4%	16	70%
16	21	9	43%	12	57%
Celkem	60	22	37%	38	63%

Nedůvěru v druhé lidi projevilo 63 % respondentek a tak můžeme situaci označit za pravděpodobně závažnou, procentuálním zastoupením se už ale blíží hodnocení závažná.

Tato nedůvěra v druhé lidi může úzce souviset s předešlou otázkou, protože pokud není jedinec schopen druhým důvěřovat, nemůže navázat důvěrný citový vztah.

Tabulka č. 131
Otázka 18. *Cítím se na světě sám (a)*

Věk	Počet respondentek	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
14	16	1	0	1	2	1	11
15	23	0	2	2	9	0	5
16	21	0	2	2	2	5	10
Celkem	60	1	4	5	3	6	26
Vyjádření v %		2%	7%	8%	22%	10%	43%

Tabulka č. 132
Otázka 18. *Cítím se na světě sám (a)*

Věk	Počet respondentek	Vždy, obvykle, často		Někdy, zřídka, nikdy	
		Počet dívek	%	Počet dívek	%
14	16	2	13%	14	88%
15	23	4	17,4%	14	61%
16	21	4	19%	17	81%
Celkem	60	10	17%	45	75%

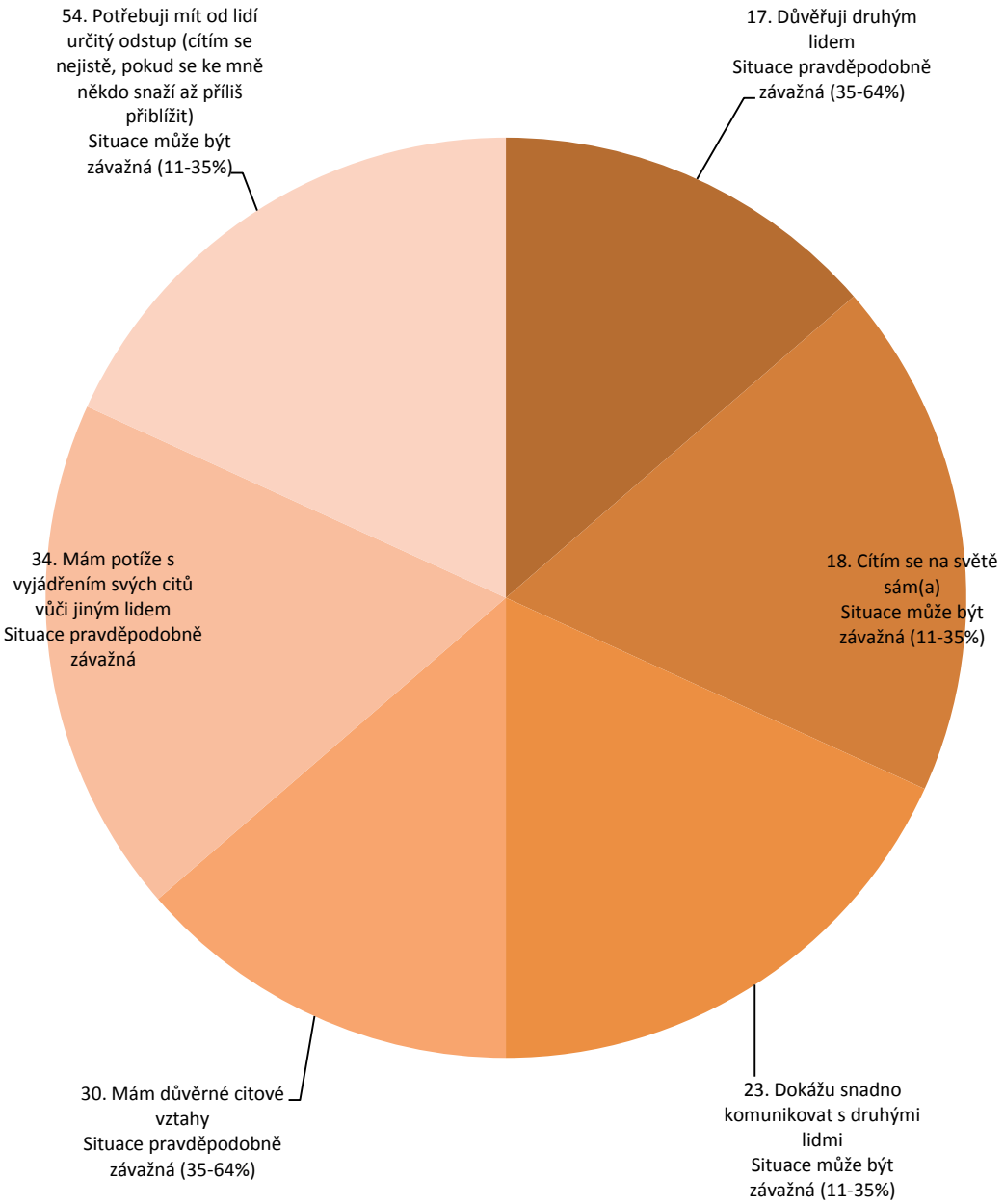
Jednu z rizikových odpovědí zde zvolilo 17 % dívek. Nejmenší riziko je u kategorie čtrnáctiletých, kdy se na světě samy cítí pouze 2 dívky. Pozitivní je také fakt, že nejrizikovější odpověď vždy zvolila pouze jedna čtrnáctiletá dívka. Celkově situace může být závažná.

2.8.2 Celkové hodnocení kategorie

Po celkovém zhodnocení jsme dospěli k závěru, že situace byla dvakrát hodnocena jako pravděpodobně závažná a čtyřikrát mohla být závažná. Můžeme tedy říct, že celkově mají tyto dívky poměrně velké problémy s mezilidskými vztahy. K této skutečnosti však mnohokrát mohou vést nepříjemné zážitky, momentální nepříznivá situace nebo také introvertní povaha (i ta však v určitých případech bývá rizikovým faktorem). V našem reprezentativním vzorku měly tyto dívky největší problémy s vyjádřením svých citů k druhým lidem a také s navázáním či udržením důvěrného vztahu. Naopak nejméně rizikových odpovědí získalo tvrzení, podle něhož se cítí dívky na světě samy. Z toho můžeme usuzovat, že přesto, že některé dívky nemají důvěrné vztahy, oporu mohou nacházet ve své rodině či kamarádech.

Tato kategorie je velice důležitá, neboť se snaží poukázat na fakt, že absence citových vztahů může být jedním z rizikových faktorů, jenž vede ke vzniku některé z poruch příjmu potravy.

Graf č. 8
Kategorie hodnocení č. 8 - Interpersonální vztahy

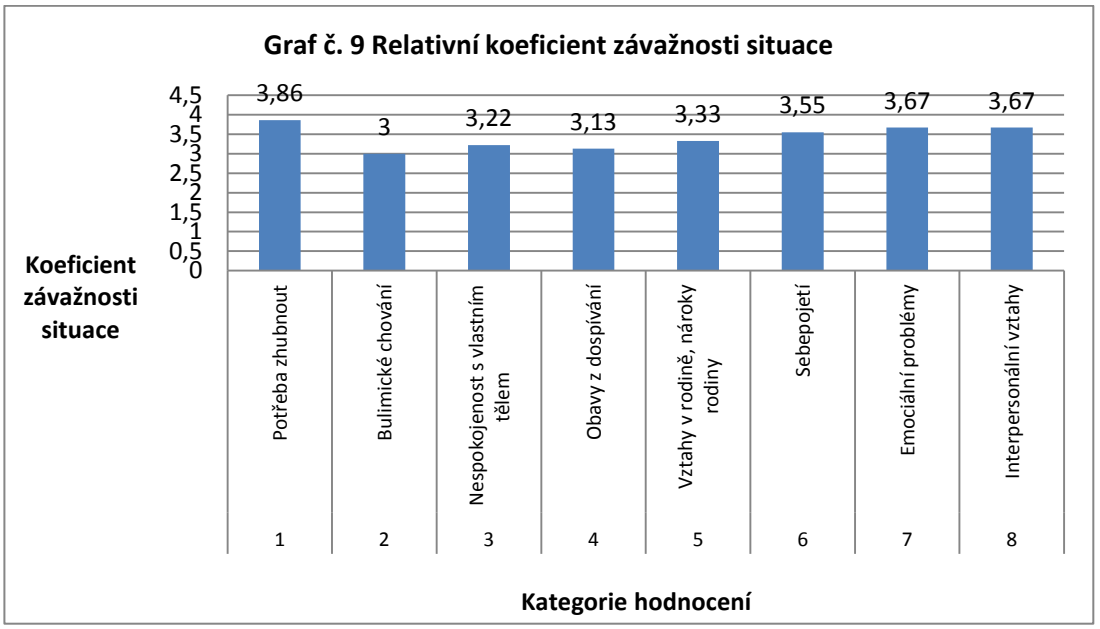


2.9 Srovnání mezi kategoriemi

Pro porovnání míry rizikového chování respondentek hodnoceného v jednotlivých kategoriích č. 1 – 8 byla zvolena metodika použití tzv. relativního koeficientu, kdy jako střední míra rizika byl zvolen střed hodnotící škály (viz tabulka č. 2) použité pro hodnocení závažnosti situace, tj. koeficient o numerické hodnotě 3 představující „pravděpodobně závažnou situaci“. Pro každou kategorii byla stanovena průměrná míra závažnosti vyjádřená velkostí numerickou koeficientu závažnosti situace a současně stanovena i průměrná míra závažnosti situace v celém souboru respondentek vztažená k celému souboru otázek.

Tabulka č. 133
Relativní koeficient závažnosti situace dle hodnocených kategorií

Číslo	Kategorie hodnocení	Relativní koeficient závažnosti situace
1	Potřeba zhubnout	3,86
2	Bulimické chování	3,00
3	Nespokojenost s vlastním tělem	3,22
4	Obavy z dospívání	3,13
5	Vztahy v rodině, nároky rodiny	3,33
6	Sebepojetí	3,55
7	Emociální problémy	3,67
8	Interpersonální vztahy	3,67
Průměrný relativní koeficient závažnosti situace		3,43



Z předchozích hodnocení jednotlivých kategorií otázek, z tabelovaných hodnot i grafů vyplývá poměrně vysoká homogenita dotazovaného souboru dívek. V podstatě lze říci, že v souboru se vyskytovalo minimum odlehlých hodnot i extrémů. Přijmeme-li za střední hodnotu míry závažnosti zkoumaných jevů koeficient „3 – *Situace je pravděpodobně závažná"* je na místě konstatovat, že získané výsledky nejsou zcela příznivé, neboť kromě bulimického chování ve všech hodnocených kategoriích jsou vyšší než zvolená hodnota závažnosti. Je nutno si uvědomit, že v procentním vyjádření koeficient 3 reprezentuje rozsah závažnosti situace 35 ÷ 64 %. Také průměrná hodnota koeficientu, která je 3,43, převyšuje zvolenou numerickou hodnotu zvoleného koeficientu. Lze tedy shrnout, že

- byl potvrzen náš předpoklad o tom, že se v kategorii dospívajících objevují nezanedbatelné rizikové postoje, jež mohou za určitých okolností vést ke vzniku poruchy příjmu potravy se všemi nepříznivými důsledky,
- že se sice v žádné otázce nevyskytla hodnocení závažnosti „velmi závažná" a hodnocení „závažná" se objevilo jen u jedné otázky, ale celkový posun výsledků nad hodnocení pravděpodobně závažná je posunuto k vyšším hodnotám v rámci intervalu výskytu 35 ÷ 64 %.

Závěrem lze však konstatovat, že dosažené výsledky potvrzují zkušenosti z reálné praxe – mediální tlak na dívky směrem k dosažení tzv. „ideální postavy" v populaci skutečně nepříznivě působí a představují vážné zdravotní riziko jak z hlediska fyzického, tak i duševního zdraví v současné populaci dospívajících dívek.

V neposlední řadě je důležité zmínit fakt, že náš výzkumný vzorek byl příliš malý na to, abychom z těchto výsledků mohli vyvozovat všeobecně platné názory.

ZÁVĚR

Kam až může tahle touha po štíhlé postavě zajít? Kdy skončí tohle šílenství a ženy přestanou být ochotné obětovat své zdraví jako daň tomuto ideálu? Na tuto otázku nemůže odpovědět nikdo z nás, a tak nám zbývá jenom doufat, že tato nebezpečná honba za krásou brzy skončí. Nadějí nám může být fakt, že se v módním průmyslu postupně objevují i ženy plnějších tvarů a vyzáblým modelkám je v některých případech zakázáno předvádět. Nejdůležitější je ale skutečnost, že se o poruchách příjmu potravy začíná mluvit čím dál víc, tato problematika je předkládána i široké veřejnosti a hlavně je poukazováno na zdravotní rizika, která sebou tato onemocnění přinášejí.

Cílem této práce bylo nejen zodpovědět otázky položené v úvodu, ale také jsme se snažili tuto problematiku popsat co nejsrozumitelněji, tak aby nebyla určena pouze pro odborníky z oboru, ale i pro širokou, laickou veřejnost. Nejvíce jsme se věnovali dvěma poruchám, které se v dnešní době skloňují snad ve všech pádech a pronásledují nás na každém kroku - mentální anorexii a mentální bulimii. Detailně jsme popsali jejich průběh a jednotlivé symptomy, ale také jejich následky. Důležitou částí naší práce byla také etiologie těchto poruch a zaměření se na tzv. „nové poruchy“, které sice prozatím nejsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí, jsou však spojeny s dnešním životním stylem (nejen mladých lidí) a můžeme u nich předpokládat v dohledné době nárůst nemocných. Věnovali jsme se i tématu prevence těchto onemocnění a ve stručnosti také některým druhům jejich léčby. Nedílnou součástí naší práce byla i historie mentální anorexie a bulimie, kterou jsme uvedli spíše pro zajímavost.

V praktické části jsme se snažili především o využití poznatků získaných při zpracovávání části teoretické. Použitou výzkumnou metodou byl Dotazník stravovacích poruch EDI, který jsme nevyhodnocovali pomocí originální sady klíčů, ale pomocí speciálně vytvořených tabulek. Výzkumným vzorkem bylo 60 dospívajících respondentek. Tyto dotazníky nám pomohli potvrdit stanovenou hypotézu, kdy jsme předpokládali, že se v této věkové kategorii objevují rizikové postoje vedoucí k poruchám příjmu potravy.

Téma poruch příjmu potravy je velice široké a přesahuje rámec naší práce. Doufáme však, že naše práce dokázala odpovědět alespoň na nejdůležitější otázky z této problematiky a utřídit dosud získané poznatky. V neposlední řadě by snad tato publikace mohla pomoci některým jedincům při odhalení těchto vážných onemocnění, popřípadě jim alespoň přiblížit důsledky, které přichází, pokud není zahájena včasná léčba a tím tyto jedince varovat.

RESUMÉ

Naše bakalářská práce s názvem Poruchy příjmu potravy u dospívajících se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V úvodní kapitole teoretické části se zabýváme charakteristikou období dospívání a jeho důležitou rolí v této problematice. Následně se práce zaměřuje na vymezení poruch příjmu potravy a poté především na dvě z těchto poruch, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Věnujeme se historii anorexie a bulimie, průběhu onemocnění a jejich symptomům, dále pak somatickým, psychickým a sociálním důsledkům těchto onemocnění. Představeny jsou také jak atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy, tak i „nové“ poruchy. Další z kapitol naší práce se zabývá příčinami vzniku všech těchto poruch, které jsme rozdělili do několika kategorií. V závěru teoretické části práce se zaměřujeme na prevenci poruch příjmu potravy a některé druhy léčby těchto onemocnění.

V praktické části se zabýváme vyhodnocením a výsledky průzkumu, kterého se účastnilo šedesát dospívajících dívek. Použitou výzkumnou metodou byl Dotazník stravovacích poruch EDI.

SUMMARY

Our thesis entitled Eating Disorders by the Adolescents deals with the eating disorders. The work is divided into theoretical and practical part. In the introductory chapter the theoretical part deals with the characteristics of adolescence and its important role in this issue. Subsequently, the work focuses on the definition of eating disorders and then mainly on two of these disorders, the anorexia nervosa and bulimia nervosa. We are dedicated to the history of anorexia and bulimia, the disease and its symptoms, as well as somatic, psychological and social consequences of these diseases. There are also shown both atypical and non-specific eating disorders and "new" disorder. Another chapter of our work deals with the causes of all these disorders, which are divided into several categories. At the end of the theoretical part, we focus on the prevention of eating disorders and some types of treatment of these diseases.

In the practical part we deal with the evaluation and the results of the survey, in which took part sixty teenage girls. The research method was a Questionnaire about eating disorders EDI.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6200-628.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. 2. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-858-8597-2.

DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. 1. vyd. Brno: Host, 2009. ISBN 978-807-2943-180.

FALTUS, František. *Anorexia mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1979.

HALL, Lindsey, COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií.* Brno: Era Group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout.* Praha: Motto. 1998. ISBN 80-85872-86-2.

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

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1284-9.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, ISBN 80-205-0499-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8831-7.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*, 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004. ISBN 80-7043-281-0.

PACLT, Ivo, FLORIAN Jakub. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-506-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-851-2132-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-7169-168-2.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-795-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

SEZNAM OSTATNÍCH ZDROJŮ

http://www.anabell.cz

http://www.idealni.cz

http://www.pppinfo.cz

http://www.viscojis.cz

http://www.vitalia.cz

http://www.obmi.cz/bmi-tabulka

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Poruchy příjmu potravy – dotazník

Příloha č. 2 Příklad vyplněného dotazníku

Příloha č. 3 BMI tabulka

Příloha č. 4 Příklad typických projevů mentální anorexie

Příloha č. 5 Příklad kasuistiky konkrétní pacientky I.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Poruchy příjmu potravy - dotazník

Pohlaví: žena - muž

Věk:

Celkem respondentů:

	ždy	bvykle	asto	ěkdy	řídka	ikdy
1. Jím sladkosti a uhlohydráty, aniž by mě to znervózňovalo						
2. Myslím si, že mám příliš velký žaludek						
3. Přeji si, abych se mohl/a vrátit do bezpečí dětství						
4. Jím, když mám zkaženou náladu						
5. Cpu se jídlem						
6. Přál/a bych si být mladší						
7. Myslívám na diety						
8. Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné						
9. Myslím si, že mám moc tlustá stehna						
10. Cítím se jako bezcenný člověk						
11. Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám						
12. Myslím si, že můj žaludek je právě tak velký, jak má být						
13. Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon						
14. Nejšťastnější období života je dětství						
15. Dávám otevřeně najevo své pocity						
16. Děsím se představy, že bych mohl/a přibírat na váze						
17. Důvěřuji druhým lidem						
18. Cítím se na světě sám/a						
19. Jsem spokojen/a s tvarem svého těla						
20. Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě						
21. Bývám zmatený/á z citů, které prožívám						
22. Raději bych byl/a dospělým než dítětem						
23. Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi						
24. Přál/a bych si být někým jiným						
25. Až moc si "beru" to, kolik vážím						
26. Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám						
27. Cítím se jako méněcenný/á						
28. Už jsem se někdy dal/a do takového jedení, že jsem cítil/a, že nemohu přestat						
29. Jako dítě jsem se velice snažil/a nezklamat své rodiče a učitele						
30. Mám důvěrné citové vztahy						
31. Líbí se mi tvar mých hýždí						
32. Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl/a štíhlejší						
33. Nevím, co se ve mně děje						
34. Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem						
35. Požadavky dospělosti jsou příliš velké						
36. Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší						
37. Jsem si jistý/á sám/a sebou						
38. Myslívám na přejídání se						
39. Jsem šťastný/á, že už nejsem dítětem						

40. Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne						
41. Mám o sobě nevalné mínění						
42. Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů						
43. Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony						
44. Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou						
45. Myslím si, že mám příliš široké boky						
46. Před jinými jím jen střídmě, a když odejdou, pak se nacpu						
47. Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycený/á						
48. Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství						
49. Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat						
50. Cítím se, že jsem cenný člověk						
51. Když je mi špatně na duši, ani sám(a) pořádně nevím, zda jsem smutný/á, vyděšený/á, nebo rozzlobený/á						
52. Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl/a dělat vůbec						
53. Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral/a na váze						
54. Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se ke mně někdo snaží až příliš přiblížit)						
55. Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát						
56. Cítím se vnitřně prázdný/á (citově)						
57. Mohu (bez potíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech						
58. Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti						
59. Myslím si, že mám příliš velký zadek						
60. Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit						
61. Tajně ujídám či popíjím						
62. Myslím si, že mé boky mají zrovna tu správnou velikost						
63. Mám mimořádně vysoké cíle						
64. Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst						

Příloha č. 2

Poruchy příjmu potravy

Pohlaví: (žena) - muž

Věk: 15

	Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1. Jím sladkosti a uhlohydráty, aniž by mě to znervózňovalo					X	
2. Myslím si, že mám příliš velký žaludek				X		
3. Přeji si, abych se mohl(a) vrátit do bezpečí dětství						X
4. Jím, když mám zkaženou náladu					X	
5. Cpu se jídlem			X			
6. Přál(a) bych si být mladší						X
7. Myslívám na diety	X					
8. Mívám strach, když jsou mé pocity, které prožívám, příliš silné			X			
9. Myslím si, že mám moc tlustá stehna	X					
10. Cítím se jako bezcenný člověk					X	
11. Mám mimořádně silné pocity viny kvůli tomu, že se přejídám				X		
12. Myslím si, že můj žaludek je právě tak velký, jak má být					X	
13. Pro naši rodinu je dost dobrý jedině vynikající výkon						X
14. Nejšťastnější období života je dětství				X		
15. Dávám otevřeně najevo své pocity			X			
16. Děsím se představy, že bych mohl(a) přibírat na váze				X		
17. Důvěřuji druhým lidem		X				
18. Cítím se na světě sám(a)					X	
19. Jsem spokojen(a) s tvarem svého těla						X
20. Myslím si, že celkem zvládám různé věci ve svém životě				X		
21. Bývám zmatený/á z citů, které prožívám					X	
22. Raději bych byl(a) dospělým než dítětem				X		
23. Dokážu snadno komunikovat s druhými lidmi			X			
24. Přál(a) bych si být někým jiným	X					
25. Až moc si "beru" to, kolik vážím			X			
26. Mohu se jednoznačně ztotožnit s pocity, které prožívám		X				
27. Cítím se jako méněcenný/á				X		
28. Už jsem se někdy dal(a) do takového jedení, že jsem cítil(a), že nemohu přestat				X		
29. Jako dítě jsem se velice snažil(a) nezklamat své rodiče a učitele			X			
30. Mám důvěrné citové vztahy	X					
31. Líbí se mi tvar mých hýždí						X
32. Hodně se v duchu obírám myšlenkami na to, abych byl(a) štíhlejší			X			
33. Nevím, co se ve mně děje				X		
34. Mám potíže s vyjádřením svých citů vůči jiným lidem					X	
35. Požadavky dospělosti jsou příliš velké				X		
36. Nesnáším, když jsem v některých věcech horší než nejlepší						X
37. Jsem si jistý/á sám(a) sebou	X					
38. Myslívám na přejídání se					X	
39. Jsem šťastný/á, že už nejsem dítětem						X
40. Mívám zmatené pocity, kdy nevím, zdali mám hlad nebo ne			X			
41. Mám o sobě nevalné mínění				X		
42. Cítím, že dokážu dosáhnout svých cílů			X			
43. Rodiče ode mne v dětství očekávali, že budu podávat skvělé výkony						X
44. Obávám se, aby se mi mé pocity nevymkly z rukou			X			
45. Myslím si, že mám příliš široké boky	X					
46. Před jinými jím jen střídmě a když odejdou, pak se nacpu						X

Příloha č. 2

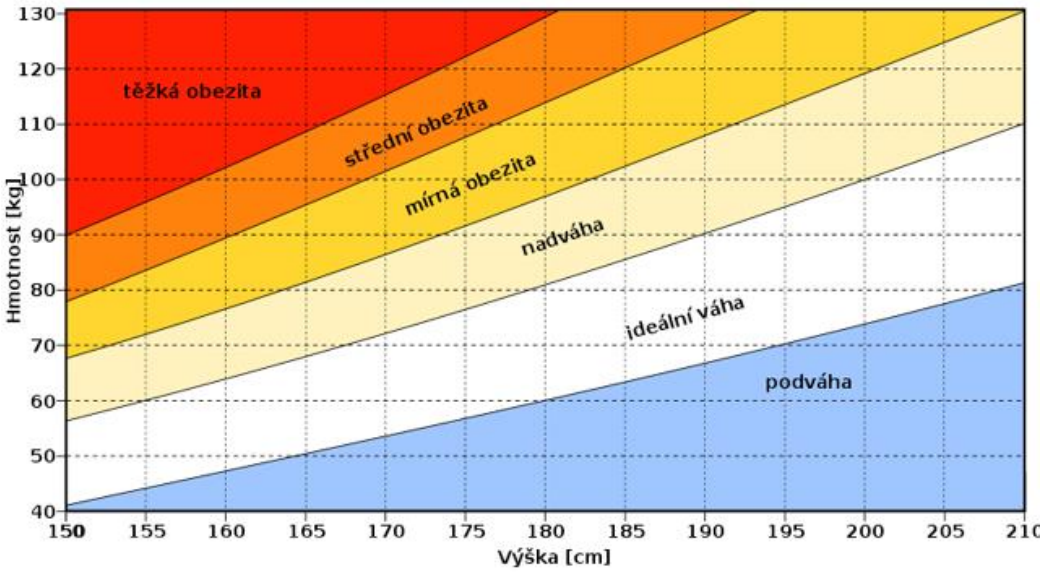
Pokračování

47. Když sním normální jídlo, cítívám se pak přesycený/á					X	
48. Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější v dětství		X				
49. Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat			X			
50. Cítím se, že jsem cenný člověk					X	
51. Když je mi špatně na duši, ani sám(a) pořádně nevím, zda jsem smutný/á, vyděšený/á, nebo rozzlobený/á			X			
52. Myslím si, že buď musím dělat věci perfektně, anebo bych je raději neměl(a) dělat vůbec					X	
53. Někdy si myslívám, že se raději pokusím zvracet, abych ubral(a) na váze	X					
54. Potřebuji mít od lidí určitý odstup (cítím se nejistě, pokud se ke mně někdo snaží až příliš přiblížit)						X
55. Myslím si, že mám stehna silná právě tak akorát						X
56. Cítím se vnitřně prázdný/á (citově)				X		
57. Mohu (bez potíží) hovořit o svých osobních myšlenkách či pocitech					X	
58. Nejlepší léta našeho života přicházejí až v dospělosti		X				
59. Myslím si, že mám příliš velký zadek	X					
60. Mívám pocity, s nimiž se nemůžu zcela ztotožnit			X			
61. Tajně ujídám či popíjím					X	
62. Myslím si,že mé boky mají zrovna tu správnou velikost						X
63. Mám mimořádně vysoké cíle					X	
64. Když je mi špatně na duši, bojím se, že začnu jíst		X				

Příloha č. 3

BMI tabulka

Výsledky BMI se pohybují od 0 do 40 a dokonce i výš. Každé rozmezí značí příslušnou váhovou kategorii.



0 - 16.4 = těžká podvýživa – projev dlouhodobého nedostatku příjmu potravy, kritérium anorexie, kde může jít i o vědomé odmítání potravy, nese s sebou vysoká zdravotní rizika jako selhávání orgánů, je nutné ihned vyhledat lékaře a odbornou pomoc.
Zdravotní riziko: **velmi vysoké**

16.5 – 18.4 = podváha – příliš nízká hmotnost jedince vzhledem k jeho výšce, podváha může být příznakem nějaké choroby, nebo důsledek odmítání potravy, viz anorexie, bulimie. I zde jsou vysoká zdravotní rizika, vypadávání vlasů, psychická labilita, omdlévání, vynechávání menstruace u žen, také způsobuje u žen neplodnost. I pokud jde o genetický předpoklad, je vhodné navštívit lékaře i odborníka na výživu, či v případě anorexie psychiatra.
Zdravotní riziko: **vysoké**

18.5 – 24.9 = normální váha – normální váha je zcela v pořádku a je to ideální váha vzhledem k výšce jedince, kde jsou zajištěny správné živiny a kde organismus neohrožují zdravotní rizika spojená s ostatními váhovými kategoriemi.
Zdravotní riziko: **minimální**

25.0 – 29.9 = nadváha – nadváha je zejména problém estetický, ale může s sebou nést i určitá zdravotní rizika, často je také podmíněná geneticky, to však neznamená, že by se s ní nedalo něco dělat. Jde o nerovnováhu mezi příjmem a výdejem energie. Stále platí, že tu pomáhají vyvážená strava a pravidelný pohyb. Doporučuje se každý den min. půl hodiny fyzické aktivity. Vhodnými sporty jsou plavání, cyklistika a jiné rekreační sporty. Také lze kontaktovat odborníky přes výživu.
Zdravotní riziko: **vyšší**

30.0 – 34.9 = obezita I. stupně – obezita je zde hlavně zdravotní problém, nikoli estetický. Čím větší je BMI tím více hrozí i předčasná úmrtí v souvislosti se zdravotními problémy, jako je rakovina, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol, cukrovka, infarkt i mrtvice. Určitě je důležité navštívit lékaře a specializovaného odborníka na výživu, také pomůže fyzická aktivita, ať už v posilovně, nebo aktivním sportem venku po doporučení odborníka a je vhodné posilovat i pod dohledem specializovaného trenéra.
Zdravotní riziko: **zvýšené**

35.0 – 39.9 = obezita II. stupně – obezita II. stupně je jako předchozí kategorie spojená s vážnými zdravotními problémy, a hrozí zde i nenávratné poruchy lidského organismu a dokonce i smrt, je důležité vyhledat odborníky a nechat si od nich pomoci.
Zdravotní riziko: **vysoké**

BMI > 40.0 = těžká obezita III. stupně (morbidní) – tato obezita je nejhorší obezitou, kterou člověk může dosáhnout. Tento typ obezity je na hranici se samotnou smrtí jedince, selhávají orgány, lidé trpící touto obezitou předčasně umírají kvůli zdravotním komplikacím, které s sebou obezita přináší, jde o rakovinu tlustého střeva, infarkt, těžkou cukrovku, mrtvici, vysoký krevní tlak a také cholesterol, lidé se stávají nehybnými a dochází i k oslabení organismu a svalů, snižuje se fyzická kondice, trpět touto obezitou je žít na hranici života a smrti, je důležité vyhledat lékaře a specializované odborníky a pokusit se zlepšit svůj stav.
Zdravotní riziko: **velmi vysoké**

http://www.obmi.cz/bmi-tabulka

Příloha č. 4

Příklad typických projevů mentální anorexie

Isabelle Carova

Modelka/herečka

Věk: 27 let

Váha: 40kg

Míry: 80-53-76

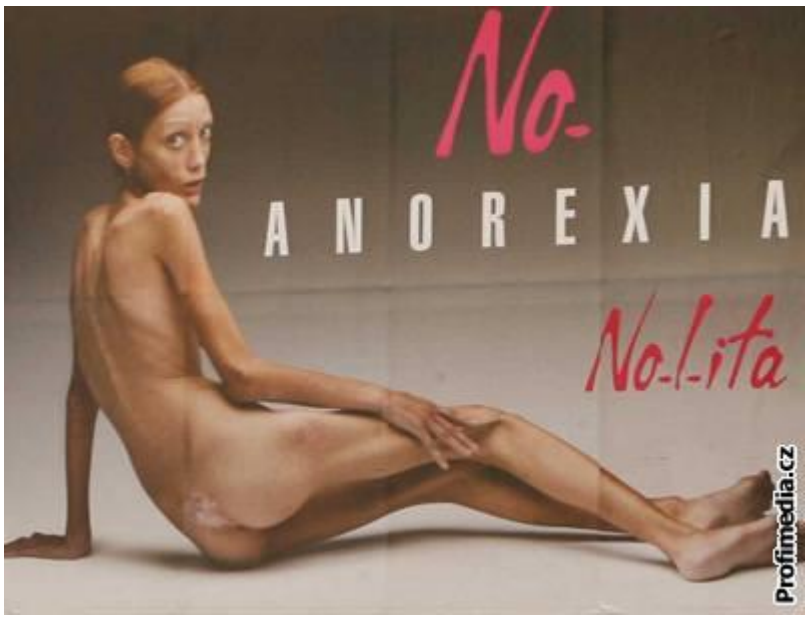
Konferenční velikost: 34 (XS)

Země: Francie

Její nejnižší váha byla 25kg při 165cm ve 13-ti letech. Po nějaké době se ustálila na 31kg. Trvalo to takřka 5 let, než se dostala na váhu 40kg, kterou si drží do dnes.

Nejvíce prý vážila ve 13-ti, to měla 45kg. Za nedlouho se u ní projevily první příznaky mentální anorexie, kterou trpí do dnes. Lékaři ji odhalili nezvratné poškození srdečního orgánu a ledvin.

„Isabelle se nanejvíce dožije 35 let.“ , pronesl jeden francouzský lékař.



"Mé fyzické i psychické utrpení má smysl jen tehdy, pokud dokáže pomoci někomu, kdo stejně jako já bojuje s anorexií," řekla Isabelle v rozhovoru pro časopis Vanity Fair

Volně dle http://ppp.7x.cz/rubriky/ppp/isabelle-carova

Příloha č. 5

Příklad kasuistiky konkrétní pacientky I.

Vstupní vyšetření – únor 2012

Žena, rok narození 1994, výška 170 cm, hmotnost 31,1 kg

Tělesný tuk není měřitelný, nepřímá kalorimetrie = 920 kcal = 3864 kJ

Utilizace/24h 99g sacharidů, 16g tuků, 81g bílkovin

RQ 0,92[5]

Laboratorní výsledky

Krea 66; CB 66; Alb 46,3; Chol 4,8; Tg 1,2; GTM 0,5; G 4,5

Nutriční parametry 6g bílkovin, 85g sacharidů, 15g, tuků; cca 556 kcal = 2335 kJ

Celkově − vstup:

Výrazný váhový úbytek již přibližně po 3 roky, těžká astenie až kachexie, výrazná svalová atrofie, chronické záněty močových cest.

Datum:		splněno	jinak - co a proč?
čaj s medem	1 lžička		
bebe sušenka	1 pl		
ovoce tvaroh jihočeský strouhaný 1,5 čokoláda (kaštany)	100g 100g 50g		
dušená mrkev brambory flora	150g 100g 10g		
bebe sušenka cappucino mléko 1,5%	20 g 100 ml 50 ml		
toastový chléb šunka kuřecí flora	1 pl 2 pl (30g) 10g		
pudink smetanový/jogurt ovoce	150g 50 g		

Datum:		splněno	jinak - co a proč?
čaj s medem bebe sušenka	1 lžička 1 pl		
jogurtové mléko bebe sušenka	200g 2 ks		
čaj s medem	1 lžička		
tvaroh jihočeský strouhaný 1,5 ovoce přesnídávka	100g 100g 180g		
jogurtové mléko bebe sušenka	200g 2 ks		
toastový chléb šunka kuřecí flora	1 pl 2 pl (30g) 10g		

Obr. 1 Vzor doporučeného jídelníčku a formy zápisu

[5] RQ resp. Respirační koeficient je bezrozměrné číslo používané při výpočtu bazálního metabolismu (BMR) respektující produkci CO_2 . Toto nepřímé měření je jednou z forem nepřímé kalorimetrie a je realizováno pomocí Ganongova respirometru.

1. Konzultace − březen

Sezení skupinové i individuální:

Pacientka si stěžuje na únavu, vyčerpanost, skleslost a vysokou nemocnost. Tuší, že by měla něco změnit, náhled moc nemá, nechce medikaci, ale nakonec souhlasí.

Je seznámena s hospodařením s živinami v organismu i s problémem autokanibalismu. Přijímá základní zásady, má pocit, že její jídelníček je racionální, nechce se moc přejídat, nechce do jídla moc investovat (má možnost se zdarma stravovat v práci), nutnost zvýšení přijmu stravy, ale děsí se jí.

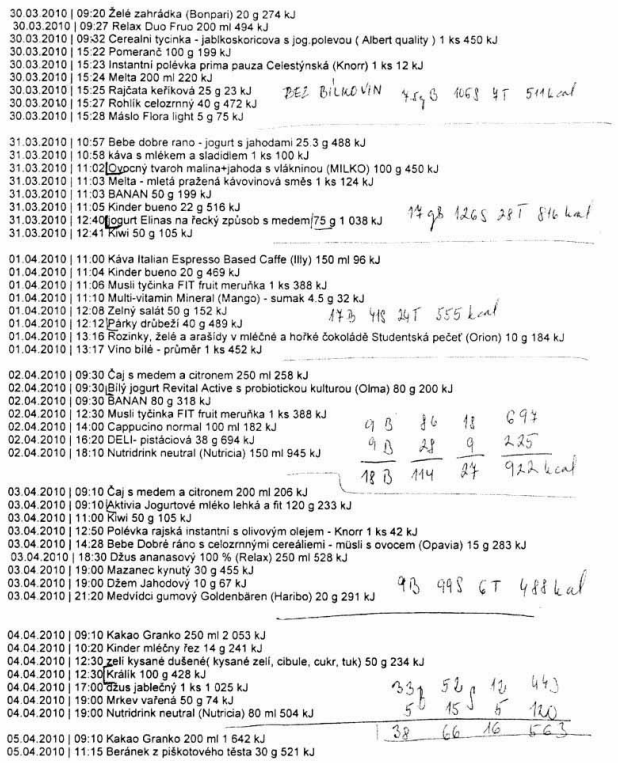
2. Konzultace – duben

Pacientka medikována, cílem pacientky je dosáhnout hmotnosti 48kg. Strava je zatím stále neplnohodnotná, zařadila některé potravinové doplňky (Nutridrink). Pacientka si zapisuje jídelníček, vyčítá si, že „je na sladké“

Zatím nutriční parametry 20g bílkovin, 88g sacharidů, 18g tuků; cca 621 kcal = 2608 kJ.

Postupně má snahu zařazovat tolerované potraviny, i když nejsou „zdravé“ (více čokolády, želé…), zařadila Fantomalt, Nutridrink, sezam, slunečnicová jádra apod.

Poté nutriční parametry 27g bílkovin, 172g sacharidů, 29g tuků; 1069 lcal = 4490 kJ.


30.03.2010 | 09:20 Želé zahrádka (Bonpari) 20 g 274 kJ
30.03.2010 | 09:27 Relax Duo Fruo 200 ml 494 kJ
30.03.2010 | 09:32 Cerealni tycinka - jablkoskoricova s jog.polevou (Albert quality) 1 ks 450 kJ
30.03.2010 | 15:22 Pomeranč 100 g 199 kJ
30.03.2010 | 15:23 Instantní polévka prima pauza Celestýnská (Knorr) 1 ks 12 kJ
30.03.2010 | 15:24 Melta 200 ml 220 kJ
30.03.2010 | 15:25 Rajčata keříková 25 g 23 kJ
30.03.2010 | 15:27 Rohlík celozrnný 40 g 472 kJ
30.03.2010 | 15:28 Máslo Flora light 5 g 75 kJ
DEF BÍLKOVIN 4,5g B 106g 4T 511kcal

31.03.2010 | 10:57 Bebe dobre rano - jogurt s jahodami 25.3 g 488 kJ
31.03.2010 | 10:58 káva s mlékem a sladidlem 1 ks 100 kJ
31.03.2010 | 11:02 Ovocný tvaroh malina+jahoda s vlákninou (MILKO) 100 g 450 kJ
31.03.2010 | 11:03 Melta - mletá pražená kávovinová směs 1 ks 124 kJ
31.03.2010 | 11:03 BANAN 50 g 199 kJ
31.03.2010 | 11:05 Kinder bueno 22 g 516 kJ
31.03.2010 | 12:40 Jogurt Elinas na řecký způsob s medem 75 g 1 038 kJ
31.03.2010 | 12:41 Kiwi 50 g 105 kJ
17gB 126g 28T 816 kcal

01.04.2010 | 11:00 Káva Italian Espresso Based Caffe (Illy) 150 ml 96 kJ
01.04.2010 | 11:04 Kinder bueno 20 g 469 kJ
01.04.2010 | 11:06 Musli tyčinka FIT fruit meruňka 1 ks 388 kJ
01.04.2010 | 11:10 Multi-vitamin Mineral (Mango) - sumak 4.5 g 32 kJ
01.04.2010 | 12:08 Zelný salát 50 g 152 kJ
01.04.2010 | 12:12 Párky drůbeží 40 g 489 kJ
01.04.2010 | 13:16 Rozinky, želé a arašídy v mléčné a hořké čokoládě Studentská pečeť (Orion) 10 g 184 kJ
01.04.2010 | 13:17 Vino bílé - průměr 1 ks 452 kJ
17B 41g 24T 555 kcal

02.04.2010 | 09:30 Čaj s medem a citronem 250 ml 258 kJ
02.04.2010 | 09:30 Bílý jogurt Revital Active s probiotickou kulturou (Olma) 80 g 200 kJ
02.04.2010 | 09:30 BANAN 80 g 318 kJ
02.04.2010 | 12:30 Musli tyčinka FIT fruit meruňka 1 ks 388 kJ
02.04.2010 | 14:00 Cappucino normal 100 ml 182 kJ
02.04.2010 | 16:20 DELI- pistáciová 38 g 694 kJ
02.04.2010 | 18:10 Nutridrink neutral (Nutricia) 150 ml 945 kJ
9B 86 18 697
9B 28 9 225
18B 114 27 922 kcal

03.04.2010 | 09:10 Čaj s medem a citronem 200 ml 206 kJ
03.04.2010 | 09:10 Aktivia Jogurtové mléko lehká a fit 120 g 233 kJ
03.04.2010 | 11:00 Kiwi 50 g 105 kJ
03.04.2010 | 12:50 Polévka rajská instantní s olivovým olejem - Knorr 1 ks 42 kJ
03.04.2010 | 14:28 Bebe Dobré ráno s celozrnnými cereáliemi - müsli s ovocem (Opavia) 15 g 283 kJ
03.04.2010 | 18:30 Džus ananasový 100 % (Relax) 250 ml 528 kJ
03.04.2010 | 19:00 Mazanec kynutý 30 g 455 kJ
03.04.2010 | 19:00 Džem Jahodový 10 g 67 kJ
03.04.2010 | 21:20 Medvídci gumový Goldenbären (Haribo) 20 g 291 kJ
9B 99g 6T 488 kcal

04.04.2010 | 09:10 Kakao Granko 250 ml 2 053 kJ
04.04.2010 | 10:20 Kinder mléčný řez 14 g 241 kJ
04.04.2010 | 12:30 zelí kysané dušené(kysané zelí, cibule, cukr, tuk) 50 g 234 kJ
04.04.2010 | 12:30 Králík 100 g 428 kJ
04.04.2010 | 17:00 Džus jablečný 1 ks 1 025 kJ
04.04.2010 | 19:00 Mrkev vařená 50 g 74 kJ
04.04.2010 | 19:00 Nutridrink neutral (Nutricia) 80 ml 504 kJ
33g 52g 12 443
5 15 5 120
38 66 16 563

05.04.2010 | 09:10 Kakao Granko 200 ml 1 642 kJ
05.04.2010 | 11:15 Beránek z piškotového těsta 30 g 521 kJ

Obr. 2 Jídelníček zapisovaný pacientkou

3. **Konzultace** – květen

Jídelníček stejný…; střevní chřipka; hmotnost stabilní.

Nutriční parametry 34g bílkovin, 115g sacharidů, 26g tuků; 3457 kJ. Sledování jídelníčku v e-kalkulačce. Reedukace v oblasti potravinových doplňků. Úkol zvýšit příjem pravidelně na 4000 kJ, bílkovin na 40g. Pacientka vystavena vyšší psychické a fyzické zátěži – matka na lázeňském pobytu. Aktuální příjem 30g bílkovin, cca 3884 kJ. Pacientka pociťuje tenzi, že je nucena do nových potravin.

4. **Konzultace** – červen

Pacientka si stěžuje na bolest zubů. Příjem bílkovin do 30g, EH 3500 kJ. Pokles hmotnosti v půlce měsíce příjem 32g bílkovin, celkem příjem 4237 kJ; znovu bolest zubů, rýma. Pacientka říká, že jí méně, ale zápisy nesouhlasí – proto reedukace obohacování stravy, odeslána pro sipping k lékaři. Pro matku vystaveno potvrzení, že dochází na terapii.

17.6.2010					
Snědeno - snídaně	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Čaj ovocný, černý, zelený, bylinkový neslazený bez mléka	250ml	0kJ	0,00g	0,00g	0,00g
Med včelí	10g	126kJ	0,02g	7,79g	0,00g
17.6.2010					
Snědeno - dopolední svačinka	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Jahody	100g	180kJ	0,90g	8,80g	0,60g
Mléko 1,5% UHT (Meggle)	50ml	95kJ	1,55g	2,35g	0,75g
17.6.2010					
Snědeno - oběd	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Nutridrink Multi Fibre s příchutí jahodovou/pomerančovou/vanilkovou/banánovou (Nutricia)	200ml	1 260kJ	12,00g	36,80g	11,60g
17.6.2010					
Snědeno - odpolední svačinka	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Čaj ovocný, černý, zelený, bylinkový neslazený bez mléka	250ml	0kJ	0,00g	0,00g	0,00g
Tyčinka Banánek v čokoládě (Orion)	50g	855kJ	1,00g	40,25g	5,75g
17.6.2010					
Snědeno - večeře	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Ovocný tvaroh citron+limetka Milko (Polabské mlékárny)	150g	675kJ	11,25g	21,75g	3,00g
Piškoty dětské (Opavia)	20g	329kJ	2,22g	15,22g	0,88g
17.6.2010					
Snědeno - druhá večeře	Množství	Energie	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Čaj ovocný, černý, zelený, bylinkový neslazený bez mléka	250ml	0kJ	0,00g	0,00g	0,00g
Med včelí	20g	252kJ	0,04g	15,58g	0,00g
Celkem		3 772kJ	28,98g	148,54g	22,58g
% DDD		38.7 %	39.7 %	42.8 %	30.9 %

Obr. Příklad jídelníčku po první etapě terapie

5. **Konzultace** – srpen

Pacientka přibrala 1kg. Připravuje si jídelníček na jeden týden, jídelníček bude naplánován, rozepsán a bude jej dodržovat (z vlastní vůle). Zatím nejde o plnohodnotný jídelníček je podhodnocen o cca 50%.

6. **Konzultace** – říjen

Pacientka zaznamenala váhový úbytek (33 kg v džínách), problémy se zuby a močová infekce. Nutriční parametry – 44g bílkovin, 190g sacharidů, 44g tuků, tj. 1327 kcal = 5575 kJ.

V druhé polovině měsíce hmotnost stabilizována, zejména jídelníček, přírůstek hmotnosti na 33,8kg; nutriční parametry – 36g bílkovin, 190g sacharidů, 62 tuků, tj. 1449 kcal = 6084 kJ.

7. **Prozatím poslední kontrola** – listopad 2012

Hmotnost stejná, bolesti ústní dutiny po rekonstrukci zubu, ale přijímá potravu. Aktuální nutriční parametry – 44g bílkovin, 222g sacharidů, 44g tuků, tj. 1430 kcal = 6007 kJ.

Rozebrána situace o dalším navyšování příjmu stravy což vyvolává jistou úzkost pacientky. Navržena další opětovná spolupráce v terapii. Zápisy bude doplňovat o své pocity. Zdůrazňuje, že její jídelníček je bohatší cca 3x (otázka pravdivosti zápisů stravy??).

Hmotnost 44,1 (+0,1/+13,1)kg, tj. jisté zlepšení. BMI 15,3; měření tuku 11,9%, tj. 5,2kg tělesného tuku.

Pacientka významně zlepšena a zejména souhlasí s další terapií.

(Převzato z lékařské dokumentace se zaslepením osobních dat)

Příloha č. 6

Příklad kasuistiky konkrétní pacientky II.

Rodinné prostředí

Eva se narodila 24. 5. 1994., brzy jí tedy bude 19 let. Na svět přišla do harmonické rodiny jako třetí z pěti dětí. Matka pochází z Moravy a její otec z malé vesničky na jihu Čech. Se svými sourozenci má Eva kladné vztahy, pouze svojí nejstarší sestře už od dětství záviděla její štíhlou a vysportovanou postavu a také úspěchy u kluků. Pro Evu je rodina velice důležitá, ráda navštěvuje rozsáhlé příbuzenstvo na Moravě. Velice pěkný vztah má také se svojí babičkou (matkou svého otce), která děti jako malé často hlídala, a jak Eva sama říká, u babičky vždy měla pocit bezpečí.

Průběh nemoci

Až do třetí třídy navštěvovala Eva jednotřídku ve vesnici, odkud pochází její otec a nyní zde bydlí celá rodina. Pak začala jezdit do školy do nedalekého města, kde zůstala až do deváté třídy. Do dvanácti let nepociťovala žádné problémy s postavou a také nikdy neřešila, co a kolik toho sní. Jelikož pochází její matka z rodiny, kde všichni rádi a hodně jedli, a také vzhledem ke skutečnosti, že je Evina matka kuchařka, jídlo zaujímalo v jejich rodině vždy podstatnou roli. Na každý den v týdnu měli doma uvařené teplé jídlo, které si Eva většinou dala ještě po tom, co přijela ze školy, protože ve školní jídelně jí moc nechutnalo. O víkendu mívali většinou vepřo-knedlo-zelo nebo smetanové omáčky s knedlíkem, oblíbené jídlo Evina otce. Pravidlem byl na každý den o víkendu jiný moučník, hlavně makové buchty nebo štrůdl a také tolik milovaná zmrzlina, kterou Evini rodiče nakupovali ve výhodných třílitrových baleních, aby si alespoň každý člen rodiny „ochutnal“. Ve škole se Eva učila průměrně, největší problémy jí dělal český jazyk a matematika. S přicházející pubertou (kolem dvanáctého roku) si Eva pomalu začala všímat svého vzhledu a podle svých slov byla nejtlustější holka ze třídy. Nutno podotknout, že se jí nikdy spolužáci neposmívali, i když při výšce 162 cm vážila 63 kg a podle výpočtu BMI pro daný věk a pohlaví v této době trpěla nadváhou. Doma však její váhu neřešili. Maminka byla ráda, že dceři chutná a tatínek jí jen občas „chytnul“ za špeky na břiše se slovy, že je pořádný kus ženské. Situace se ještě zkomplikovala, když se Evě začal líbit nejhezčí kluk na škole. Jak říká, došlo jí, že když bude tlustá, nikdy nebude pro nejhezčí kluky dost dobrá. Přesto, že neměla ráda sport, začala Eva chodit každý den běhat a také omezovala sladké. Po několika měsících se jí, také díky pomoci nejstarší, a dle Evina názoru velice krásné a štíhlé sestry, podařilo zhubnout deset kilo, a tak byla spokojená. Po základní škole pokračovala Eva ve studiu na Střední zdravotnické škole v Českých Budějovicích, kde bydlela na internátě. Jelikož je spíše introvertní povahy, zpočátku neměla v novém městě žádné kamarády, a ani do nové třídy prý moc nezapadala. To mělo, společně s nepravidelným jídelním režimem a konzumací sladkostí „pro zlepšení nálady“ (Evě opět nechutnali obědy ve školní jídelně, protože byla zvyklá na lepší z domova) za následek, že při výšce 168 cm brzy vážila 60 kg a už si zase začínala připadat tlustá. Časté návštěvy domova a víkendy, kdy Evina matka

vařila své dobroty, způsobily, že na konci prvního ročníku měla Eva již 65 kg. Přestože byla její váha ještě v normálu, říká, že už se na sebe nemohla podívat do zrcadla a přestala se dívat do výloh obchodů, aby náhodou nezahlédla svůj „tlustý odraz“. V té době se Eva poprvé zamilovala, ovšem do spolužáka, který v té době chodil s její velice štíhlou spolužačkou.

Vše se změnilo, když jí ve druhém ročníku na pokoj přiřadili novou spolubydlící Marcelu. Ta měla také váhové problémy, a tak se obě děvčata rozhodla držet redukční dietu. Zpočátku pouze ze svého jídelníčku vyškrtla sladkosti a snažila se jíst pravidelně, zdravě a především zeleninu. Jelikož Eva pochází z rodiny se spíše horší finanční situací, tyto potraviny jí značně zasahovaly do přiděleného rozpočtu (do té doby nakupovala především rohlíky a čínské polívky). Bez jakékoliv sportovní aktivity se však požadované výsledky nedostavovaly tak rychle, jak si děvčata představovala, proto postupně ze svého jídelníčku vyškrtávala další a další potraviny. Eva však neměla příliš pevnou vůli, a protože se v té době přidala ke všem jejím problémům ještě nemoc v rodině, začala opět využívat jídlo jako prostředek pro zlepšení nálady, prostředek na uklidnění. Brzy nabrala zpět asi tak tři kila, která shodila při dietě, a ještě něco navrch. Od té doby se, podle svých slov, Eva přestala vážit. Postupně se začala přejídat, protože zjistila, že pouze velké množství jídla ji dokáže přinést potěšení. V tu dobu se opět „dostala ke slovu“ Marcela, která přišla s úžasným nápadem, jak sníst vše, co má ráda, a nepřibrat. Na její radu se Eva pokusila po jídle jít vyzvracet, protože už si připadala tak tlustá, že neviděla jiné východisko. Zpočátku se jí zvracení hnusilo, ale když zjistila, jak se po něm cítí lehká a hubená, zařadila ho do svého běžného života. A tak se postupně rozjel kolotoč přejídání se a zvracení, který trval s menšími pauzami dva roky. Dodnes si vzpomíná na den, kdy na celou situaci přišla její matka. O víkendu jela domů a v noci potají snědla rajskou omáčku, která byla uvařená na další den pro celou rodinu. Pokračovala tabulkou čokolády, několika rohlíky s paštikou a poté ještě zmrzlinou. V těchto chvílích si vždy uvědomovala, jak je odporné, co dělá, ale jak říká, prostě si nemohla pomoct, bylo to jako droga. Náhoda chtěla tomu, že se tu noc probudila její matka. Ta měla prý již nějakou dobu podezření (její matka pravidelně četla jeden ženský magazín, kde byl problém poruch příjmu potravy také popsán) a zřejmý úbytek jídla v kuchyni a zvuky vycházející z koupelny jí o tom pouze utvrdily. Eva se ani nesnažila zapírat, když viděla rozrušenou matku stojící u dveří koupelny. Na její naléhání si nakonec zašla k dětské lékařce, která jí dala doporučení k psychiatrovi. Navštívila ho celkem asi třikrát a poté na kliniku přestala docházet, protože si nepřipadala jako blázen, a pro ty, podle jejích slov, přece psychiatr je. Kvůli své rodině, která se jí snažila všemožně podporovat, se Eva sama pokoušela se zvracením přestat.

Současná situace

V současné době Eva pracuje jako zdravotní asistentka v nemocnici v Českých Budějovicích. Osamostatnila se a přestěhovala do podnájmu, který je nedaleko jejího pracoviště. Podle svých slov se momentálně cítí dobře, protože má přítele, se kterým je šťastná. O svých problémech mu však nic neřekla. Přiznává, že i dnes, když se ocitá v příliš stresující situaci, občas „provede útok na ledničku“ a

pak jde zvracet.

U Evy se tedy jedná nejspíše o chronickou mentální bulimii, která jí sice prozatím neohrožuje na životě, ale pokud nebude do budoucna léčena, mohla by jí způsobit veliké zdravotní problémy.

Jelikož si o této situaci nastudovala mnoho příruček, říká, že se snaží léčit jakýmsi svépomocným způsobem a také jí prý velice pomáhají různé weby zaměřené na tuto problematiku. Ty jí zároveň pomohly v navázání nových kontaktů s dívkami v podobné situaci.