

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

AUTOR PRÁCE: **KATEŘINA UHMANNOVÁ, DiS.**

VEDOUCÍ PRÁCE: **MUDr. LUBOMÍR HADAŠ, Ph. D.**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**DISORDERS OF FOOD INTAKE OF YOUNG GIRLS**  
BACHELOR'S THESIS

**AUTHOR: KATEŘINA UHMANNOVÁ, DiS.**

**SUPERVISOR: MUDr. LUBOMÍR HADAŠ, Ph. D.**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 16. 4. 2008

.....

podpis

### **PODĚKOVÁNÍ:**

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce, panu MUDr. Lubomíru Hadašovi i jeho manželce MUDr. Julii Hadašové za odborné vedení, za cenné rady a odborné konzultace. Také bych chtěla poděkovat kantorům pardubické základní školy za spolupráci a hlavně bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc při zpracování bakalářské práce.

## Obsah

1	Teoretická část.....	9
1.1	Ideál krásy .....	9
1.2	Historie poruch příjmu potravy .....	10
1.3	Vymezení poruch příjmu potravy .....	11
1.3.1	Definice mentální anorexie .....	13
1.3.2	Definice mentální bulimie .....	14
1.3.3	Atypické projevy poruch příjmu potravy.....	16
1.4	Epidemiologie poruch příjmu potravy v České republice.....	17
1.5	Rizikové faktory u poruch příjmu potravy.....	19
1.6	Příčiny vzniku poruch příjmu potravy .....	20
1.6.1	Sociální a kulturní faktory .....	20
1.6.2	Biologické faktory .....	20
1.6.3	Životní události .....	20
1.6.4	Rodinné a genetické faktory .....	21
1.6.5	Emocionální faktory .....	22
1.6.6	Osobnost a další psychické charakteristiky .....	22
1.7	Počátek, průběh a komplikace poruch příjmu potravy.....	22
1.8	Diagnostika a diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy .....	24
1.8.1	Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy.....	25
1.8.2	Kvantitativní diagnostické metody .....	26
1.8.3	Kvalitativní metody diagnostické metody .....	28
1.9	Léčba poruch příjmu potravy .....	29
1.9.1	Psychoterapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy.....	31
1.9.2	Dietní terapie při léčbě mentální anorexie .....	34
2	Empirická část .....	36
2.1	Úvod do empirické části.....	36
2.2	Cíle výzkumu .....	36
2.3	Metody zkoumání.....	36
2.4	Výběr vzorku.....	36
2.5	Zpracování dat.....	37
2.5.1	První část.....	40
2.5.2	Druhá část .....	47
2.5.3	Třetí část .....	67

2.6 Diskuze.....	70
Závěr .....	72
Anotace .....	73
Literatura a prameny .....	74
Seznam grafů .....	76
Seznam tabulek.....	77
Seznam příloh .....	79

## Úvod

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou velmi závažné poruchy příjmu potravy, o kterých je dobré něco znát a vědět.

V poslední době můžeme vidět mnoho článků v novinách, časopisech a na internetu, které se zabývají tématem poruchy příjmu potravy. Nejde jen o vyšší výskyt poruch příjmu potravy u známých osobností, ale i o smrt, která je následkem dlouhodobého hladovění. Víc a víc modelek, které se snažily být „krásné“, dnes umírají na výraznou vyhublost a podvyživenost. Zatím první země, která se snaží zamezit šíření nezdravého kultu vyhublé krásy, je Francie. Zde chce vláda prosadit zákon, který by trestal podněcování k anorexii, a to dvouletým vězením nebo 30 tisíc eur pokuty. Jak uvádějí zdroje, je tento zákon ve Francii nevyhnutelný. Podle francouzského ministerstva zdravotnictví zde trpí mentální anorexií až 40 tisíc jedinců, z čehož desetinu tvoří muži. Nejenom Francie, ale i jiné země začaly bojovat proti mentální anorexii. Například ve španělském Madridu nesmí vstoupit na molo modelky s nižším BMI, než je 18, a na milánská mola nesmějí modelky s BMI nižším, než je 18,5.

Nejenom modelky, ale i celebrity trpí poruchami příjmu potravy. Zveřejňování fotografií takto vyhublých známých osobností není vhodné zvláště pro dospívající dívky. Spousta z nich to vnímá jako inspiraci pro to, jak by měly vypadat. Také se o to velmi snaží.

Málo kdo tuší, že na internetu existují blogy „Pro-ana“ (zakládají je dívky, které se chtějí stát anorektičkami). Jsou to webové stránky, které si tvoří samy dívky a svěřují se zde s tím, jaké váhy by chtěly dosáhnout, kolik toho denně snědí a jak dlouho a často cvičí. Jsou to jakési deníčky, ale také inspirace pro ostatní. Sdělují si navzájem různé typy a triky, jak zamaskovat to, že nejedí, jak schovávat jídlo, co dělat, když na ně přijde hlad, jak se nejsnadněji vyzvracet atd. Objevuje se zde mnoho fotek celebrit, které tyto dívky nazývají „thinspiration“ (mohli bychom to přeložit jako „hubená inspirace“). Nejhorší na tom je fakt, že tyto dívky vědí, jaké má následky mentální anorexie a bulimie, ale chtějí po hubenosti a tím podle nich i po kráse, je tak silný, že radši umřou hubené, než aby žily tlusté. Tyto webové stránky jsou nebezpečným návodem obzvláště pro nejrizikovější skupinu dospívajících lidí.

Problém mentální anorexie a mentální bulimie mě zaujal natolik, že jsem se rozhodla tomuto věnovat v mé bakalářské práci, ve které jsem se pokusila o rozbor poruch příjmu potravy z pohledu odborného i laického.

### **Cíle teoretické části**

- seznámení s problematikou mentální anorexie
- seznámení s problematikou mentální bulimie
- vymezení pojmů mentální anorexie a mentální bulimie
- rizikové faktory pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie
- příčiny vzniku poruch příjmu potravy
- chování dívek s mentální anorexií a mentální bulimií
- léčba poruch příjmu potravy

### **Cíle empirické části**

- zjistit informovanost dívek 7., 8., 9. třídy o problematice PPP
- zjistit jejich znalosti o závažnosti PPP
- zjistit, zda dívky projevují rizikové chování v postojích k jídlu
- zjistit, zda má vliv hraní na hudební nástroj, nebo zpívání na PPP
- zjistit, jestli má vliv na PPP zvolený typ nástroje



# 1 Teoretická část

## 1.1 Ideál krásy

Slovem „krásný“ a dalšími obdobnými výrazy – půvabný, hezký, ušlechtilý, nádherný či skvělý – většinou označujeme něco, co se nám líbí. Pohled na to, co je krásné se vyvíjel a měnil v průběhu staletí. Krása nikdy nebyla něčím absolutním a neměnným, ale v různých historických obdobích a různých zemích na sebe brala odlišnou podobu, a to nejen pokud jde o krásu fyzickou (krásu muže, ženy, krajiny), ale také pokud jde o krásu Boha, svatých, krásu myšlenek.

V prvobytně pospolné společnosti lidé vnímali krásné to, co považovali za silné a nesmrtelné, kdy nejvyšší hodnotou jejich bytí bylo zachování života. Uznávali krásným mohutné ženské tělo, jež bylo schopné porodit spoustu potomků a tak zachovat rod. Mužské tělo muselo odpovídat potřebám lovce a živitele.

Tématem krásy se zabýval Sokrates a po něm Platón. První z filozofů rozlišoval nejméně tři různé estetické kategorie: ideální krásu, duchovní krásu a krásu užitečnou. Pro Platóna má krása samostatnou existenci, není připoutána k tomu či onomu objektu, ale září všude.

Ve středověku se krásou zabývali filozofové, teologové a mystikové. Středověký moralismus ale nedovoloval otevřeně hovořit o tělesné kráse. Možná právě proto bylo v tomto období vytvořeno malíři a sochaři mnoho uměleckých děl, které zobrazují krásu těla, ale i rozdílné její chápání.

V novověku byl ideál krásy chápán v závislosti na majetkové poměry. Růžovolící, kypré a dobře oděné ženy byly obrazem zdraví a bohatství, naopak pobledlé, hubené a prostě oděné zobrazovaly nejnižší společenské vrstvy. Z obrazů a soch vidíme, že umělci vytvářeli sice symetrické, ale mírně obézní postavy žen. V tomto období se ženy zabývaly zdokonalováním vlastní krásy jen po stránce kosmetických přípravků té doby. Svými tělesnými proporcemi a výživou se nejspíš nezabývaly vůbec.

V novodobých dějinách začíná stále více žen klást důraz na krásu svého těla. Vzorem jim byly ženy, které se v té či oné době proslavily (Bakerová, Monroeová, Bardotová). Porovnáme-li tělesné tvary žen od 20. let minulého století až po současnost zjistíme, že postupem doby docházelo k zeštíhlování žen. V 70. letech minulého století se stala symbolem hubenosti Twiggi, modelka a herečka.

Současným ideálem krásy je štíhlost až hubenost, míry 90-60-90, váha do 55 kg při výšce 175 cm. Otázkou ale zůstává, kolik existuje žen, které příroda obdarovala ideálními mírami. Domnívám se, že většina žen zápasí celoživotně s nadbytečnými kilogramy, kterých se snaží zbavit za každou cenu, jakýmkoliv způsobem (diety, anorexie, bulimie) bez ohledu na svoje zdraví.

## 1.2 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou někdy nepřesně označovány za novodobý jev, ačkoli mají své kořeny v celé historii lidstva. Názory na extrémní přejídání nebo naopak na odmítání jídla se vyvíjely v čase a teprve koncem 70. let dvacátého století byly poruchy příjmu potravy zařazeny do seznamu nemocí.

Odmítání potravy bývalo součástí společnosti po staletí a nebylo považováno za nějaký patologický jev. Připomeňme jen tradici půstu, nebo tradici neobyčejně asketického až sebetrýznivého života zbožných křesťanů, zejména některých extrémně zbožných středověkých žen. Šlo o případy „postících se světic“, z nichž některé byly církví i kanonizovány. Odborný termín *anorexie* lze objevit už v antické literatuře, i když ve významu odlišnějším než dnes: vyjadřoval nedostatečnou *orbis*, tj. stav celkové únavy, vyčerpání, apatie. Zdroj těchto obtíží se po staletí hledal v somatické oblasti, ve špatném trávení, ve špatné funkci žaludku. Termín *nervová anorexie* se objevil až na začátku 19. století ve Francii, ale do odborné literatury zavedl výraz *mentální anorexie* až v devadesátých letech 19. století britský lékař W. Gull. Bylo to období, kdy se medicína zajímala o tehdy běžné obtíže dospívajících dívek a mladých žen. Pro tyto obtíže se razil název chloróza neboli *blednička*. Projevovala se bledostí, ztrátou chuti k jídlu, občasným přejídáním, ztrátou menstruace, únavou, ale též psychotickými poruchami.

Retrospektivní pátrání v odborné literatuře zjistilo, že první případ dobře popsané mentální anorexie pochází ze 17. století. Britský lékař R. Morton v knize *Phisiologie* popsal r. 1689 případ *nervových úbytí*, nervového opotřebením u dcery jakéhosi pana Duka. Dívka trpěla nechutenstvím, vyhublostí, hypotermií, amenoreou, emočním rozrušením, dostavovaly se u ní záchvaty mdloby. Lékař konstatoval celkovou devastaci organismu, ale nenašel pro ni organickou příčinu. Snažil se ji léčit, avšak dívka odbornou péčí odmítala a nakonec zemřela.

Odborná veřejnost si musela počkat až do r. 1859, kdy americký lékař W. S. Chipley detailně popsal jeden případ tzv. *sitiofobie*, tedy chorobné nechutenství. Povšiml

si také, že jde o širší společenský jev, neboť některé dívky z vyšších společenských kruhů se snaží upoutat na sebe pozornost okolí právě tím, že velmi málo jedí.

Mentální anorexie ve 20. století opustila učebnice vnitřního lékařství a přesunula se do učebnic psychiatrie. K tradičnímu klinickému obrazu nemoci přibýly další důležité charakteristiky: porucha vnímání vlastního těla a usilovná snaha o dosažení štíhlosti nejrůznějšími prostředky (odmítáním jídla, vypuzováním snědené stravy, nadměrným cvičením apod.), podvolování se sociálním tlakům.

Chorobné přejídání je druhý extrém zacházení s potravou. Také ono doprovází lidstvo po staletí. Nenasytné konzumování jídel bylo typické zejména pro bohaté vrstvy společnosti. Označení *bolimos* se používalo už v antice, avšak názory na etymologii slova se různily. Jedni tvrdili, že vzniklo z *pou limos* → *polys limos*, což značí velký hlad a přeneseně doputovalo k označení zlého démona; druzí prozaicky říkali, že základem jsou slova *bous* (vůl) a *limos* (hlad) a že jde o tak velký hlad, při němž by člověk spořádal celého vola.

Výraz bulimie nakonec v lékařských kruzích novověku zdomácněl, avšak lékaři 18. století se přeli, kolik druhů bulimie vlastně existuje. Primární bulimie se rozdělovala na tři podtypy: nadměrný hlad, omdlévání z hladu a přejídání se zvracením. U symptomatických typů se pátralo po cizopasnících, průjmech, křečích. Obecně lze říci, že lékaři pokládali bulimii – podobně jako anorexii – především za somatické onemocnění a u svých pacientů léčili „špatné trávení“. Jen pozvolna do klinického obrazu vstupovaly emoční faktory a psychické poruchy.

Teprve v r. 1979 britský psychiatr G. Russell poprvé použil pro silné a neovladatelné nutkání osob se přejídat (spojené se strachem z tloustnutí a tedy snahou vyvolat zvracení, zneužívat pročišťující prostředky) termín *bulimia nervosa*, v odborné literatuře se však dodnes diskutuje, zda je správné mentální bulimii označovat jako samostatnou klinickou jednotku. (Hadaš, 2007)

### 1.3 Vymezení poruch příjmu potravy

Pravděpodobně první starostí člověka bylo neumřít hladu. Potřeba nasycení-obživný pud- přirozeně určuje i uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie, nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny chuti k jídlu, příjmu potravy a

tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění. V průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit prioritu možných vlivů a zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v tomto složitém biopsychosociálním kontextu obtížné.

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM- IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruchy příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM- IV nebo starším DSM. III- R jsou běžně užívána ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN- 10 je naopak standardem v klinické praxi. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplnují některé z diagnostických kritérií, věnují obě diagnostické příručky pozornost i těmto atypickým, salinickým, parciálním nebo jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů. (Krch a kol., 1999)

Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Hilda Bruch (1973) tyto příznaky popsala jako touhu po štíhlosti a Crisp (1967) v této souvislosti dokonce prosazoval termín „fobie z nadváhy“. Podle Fairburna a Coopera (1989) většina rysů anorexie a bulimie se zdá být sekundárními projevy přehnaných názorů, které nemocní připisují své postavě a tělesné hmotnosti. Některé příznaky těchto poruch (jako například zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo chuť se přejíst) mohou být důsledkem redukčních diet nebo hladovění. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se však časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Podle některých autorů (Russell, 1985; Hsu, 1990) však až 50% bulimiček uvádí MA v anamnéze a téměř polovina anorektiček (Cooper, 1995) pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlom a přejídá se. Nemocní s poruchami příjmu potravy mají také mnoho problémů, se kterými se v určité

formě můžeme setkat i u jejich zdravých vrstevníků. (Krch a kol., 1999)

### 1.3.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu (Hsu, 1990) je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.

Diagnostická kritéria podle MKN- 10 (F50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nespĺňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snižování hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik 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 váhy)
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo- hypofyzo- 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 tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí 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.

Diagnostická kritéria podle DSM- IV

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru.)

**Specifické typy:**

**Nebulimický (restriktivní) typ.** Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

**Bulimický (purgativní) typ.** Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Kritéria užitá v DSM- IV Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN lze shrnout do tří základních znaků: 1) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti; 2) strach z tloušťky trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost, a 3) amenorea u žen. (Krch a kol., 1999)

### 1.3.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Podobně jako anorexie, není ani bulimie v medicíně novým pojmem. Už například Hippokrates rozlišoval *boulimos* jako nezdravý hlad od normálního hladu. Aristofanes, Xenofon a další antičtí autoři spojovali *boulimos* s epizodami přejídání vyvolanými neobvyklou formou hladu

(Stunkard, 1993). Novodobá historie mentální bulimie ale začíná až v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russell, v návaznosti na pozorování Marlene Boskind- Lodahl, publikoval článek, ve kterém použil termínu bulimia nervosa k popisu příznaků třiceti pacientů, který doplnil detailním klinickým popisem skupiny. Pro vymezení mentální bulimie navrhnul tři základní kritéria: 1) silná a nepotlačená touha se přejídat; 2) snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ, nebo obojím a 3) chorobný strach z tloušťky. Termín bulimie se brzy stal běžně užívaným a nahradil jiné termíny jako bulimarexie nebo hyperorexie. Převzala ho i Americká psychiatrická komora, která v roce 1980 zařadila mentální bulimii do DSM- III.

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 jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedením 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 inzulínem.
- 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 intenzivnějšího omezování se v jídle.

Diagnostická kritéria podle DSM- IV

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge rating) charakterizuje:
  - 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
  - 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.

- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

### **Specifické typy:**

**Purgativní typ.** Provádí pravidelné zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.

**Nepurgativní typ.** Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

K určení diagnózy mentální bulimie je třeba, podobně jako v případě anorexie, zejména tři základních znaků. Prvním jsou opakující se epizody přejídání. Podle Fairburna a Beglin (1990) je důležitějším znakem pro to, aby nemocný vnímal přejídání jako záchvatovité nebo neovladatelné, pocit ztráty kontroly nad jídlem a nikoli zkonsumované množství. Tento subjektivní pocit je ale velmi relativní. Přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad jídlem a přejedení je ze záznamů pacientů někdy zřejmé, že snědli jen o něco víc, než chtěli, nebo co byli zvyklí jíst. Zejména po období půstu to mohlo být snadno spojeno s pocitem nevolnosti a ztráty kontroly. Druhým znakem je opakující se nepřiměřená nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti, což zahrnuje i střídavé období hladovění a podle DSM- IV i extrémní cvičení. To znamená, že diagnózu bulimie splňují i pacienti, kteří nuceně nezvrací, ani neužívají jiný purgativní způsob kontroly tělesné hmotnosti. Třetím znakem je přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. Tělesným proporcím, vzhledu a hmotnosti je přisuzována vysoká osobní hodnota a v závislosti na těchto hodnotách se pohybuje sebehodnocení nemocného. (Krch a kol., 1999)

### **1.3.3 Atypické projevy poruch příjmu potravy**

Jedná se o poruchy příjmu potravy, které nespĺňujú všechna diagnostická kritéria. I na tyto poruchy je třeba brát zřetel, jelikož není vyloučený úplný rozvoj kompletních příznaků poruchy.

Diagnózy **atypická mentální anorexie** nebo **atypická mentální bulimie** by se měly užívat u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale vykazují téměř identický klinický obraz.

Mezi atypické projevy poruch příjmu potravy patří **přejídání spojené s jinými poruchami**, které je reakcí na stresové události, například na úraz, narození dítěte, zármutek; a také **zvracení spojené s jinými psychickými poruchami**, které se může objevit u disociačních poruch, nebo jako reakce na těžký stres.



#### 1.4 Epidemiologie poruch příjmu potravy v České republice

V České republice byly zaznamenány případy mentální anorexie koncem třicátých let 20. století. Z této doby není mnoho informací o počtu léčených pacientů. Pravděpodobný vzrůst hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií se zaznamenal až v osmdesátých letech 20. století. Výzkum byl prováděn v pražských nemocnicích, kde podle odhadů byla v roce 1973 frekvence výskytu mentální anorexie 1,08 případů na 100 000 obyvatel. V roce 1985 tento počet vzrostl na 4,1 případu. V roce 1996 bylo podle Statistického úřadu hospitalizováno 389 žen a 23 mužů s diagnózou mentální anorexie nebo bulimie. V této době byl průměrný věk patientek s mentální anorexií osmnáct a s bulimií dvacet jedna let.

Podle (dat) Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), je v ČR ročně hospitalizováno průměrně 500 patientek s mentální anorexií. V posledních letech se jejich počet výrazněji nemění. Z velké části, asi z 95%, jsou mentální anorexií postiženy ženy, z nichž podle odborníků 5% na následky nemoci umírá. Největší výskyt mentální anorexie můžeme zaznamenat u patientek v pubertálním a adolescentním věku, tj. od 12 do 18 let. Samozřejmě, že se nevylučuje výskyt v dřívějších nebo pozdějších letech. V období puberty a adolescence, se vyskytuje 1% dívek s mentální anorexií.

Tabulka č. 1: Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie hospitalizovaných v ČR (Krch a kol., 2005)

Rok	<i>Mentální anorexie</i>			<i>Mentální bulimie</i>		
	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>celkem</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>celkem</i>
<b>1985</b>	91	4	95	10	0	10
<b>1989</b>	122	13	135	15	3	18
<b>1991</b>	146	11	157	19	2	21
<b>1994</b>	164	10	174	88	4	92
<b>1996</b>	246	10	256	143	3	146
<b>1998</b>	557	24	601	206	11	217
<b>2000</b>	545	32	577	228	4	232

Podle novějších studií se prevalence mentální anorexie může pohybovat mezi 0,2-0,8% mladých dívek kritického věku.

Prevalence mentální bulimie je 1-5 % zachycených případů žen kritického věku. Jelikož se jedná o zachycené případy, v praxi se odhaduje výskyt asi 5 – 10 % žen kritického věku.

Nejvyšší výskyt mentální anorexie se objevuje u dívek ve věkové skupině 13 – 19 let, kde činí 50,8 případů na 100 000 dívek.

Od roku 1989 vzrostl počet hospitalizovaných dívek s mentální bulimií z 18 na 205 osob, což nám nepřímo ukazuje o stoupající incidenci daného onemocnění.

Jelikož pocházím z Hradce Králové, zajímalo mě, kolik pacientů s poruchou příjmu potravy bylo hospitalizováno v nemocnicích Královéhradeckého kraje.

Tabulka č. 2: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální anorexie v Královéhradeckém kraji. (modifikovaně podle Hadaš, 2007)

Rok	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet hospitalizovaných osob s diagnózou mentální anorexie	17	13	27	30	22	16	20	24	27	18	13	26	8

Tabulka č. 3: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální bulimie v Královéhradeckém kraji. (modifikovaně podle Hadaš, 2007)

Rok	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet hospitalizovaných osob s diagnózou mentální bulimie	4	5	6	7	10	11	11	11	6	11	7	7	1

K těmto přehledům je třeba dodat, že se jedná o osoby, u kterých nemoc již propukla a jejich zdravotní a psychický stav je velmi vážný. Nejsou zde zahrnuti pacienti, kteří se léčí ambulantně, nebo ti, u kterých nemoc teprve začíná.

Podle dostupných informací je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou záležitostí především vyspělých zemí a bohatších společenských vrstev. Je velice pravděpodobné, že nárůst těchto onemocnění není zcela u konce. Nárůst těchto nemocí zaznamenáme především v mladších věkových skupinách a v zemích, které téměř nebyly doposud tímto problémem ohroženy.

## 1.5 Rizikové faktory u poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mají charakter bio-psycho-sociální, z čehož vyplývá, že jsou povahy multifaktoriální. Následující tabulka uvádí přehled rizikových faktorů.

Tabulka č. 4: Hlavní rizikové faktory pro mentální anorexii a mentální bulimii (Hadaš, 2007)

<b>Obecné rizikové faktory</b>		být ženou
		být v období dospívání
		žít v ekonomicky vyspělé společnosti
<b>Individuálně-specifické faktory</b>	premorbidní charakteristiky osobnosti	nízká sebedůvěra
		sklon perfekcionismus (platí zejména pro MA, méně pro MB)
		úzkost a úzkostné poruchy
		obezita (platí zejména pro MB)
		časná menarche (platí zejména pro MB)
	Rodinné faktory	výskyt PPP u některého člena rodiny
		deprese u člena rodiny
		obezita u člena rodiny (platí zejména pro MB)
		abúzus návykových látek u člena rodiny, zejména abúzus alkoholu (platí pro MB)
	premorbidní zkušenosti a zážitky	nepříznivé rodinné zázemí (zejména vysoká očekávání, konflikty v rodině; omezené kontakty s rodinou)
		kritické poznámky členů rodiny, přátel, známých k jedincově způsobu stravování, jeho vzezření, tvaru těla, jeho váze
		společenské tlaky (lidi ve škole, v zaměstnání, ve volném čase) na to, aby byl jedinec štíhlý
		jedincovo experimentování s dietami
		sexuální zneužívání jedince

V tabulce nefigurují genetické vlivy, neboť se o nich velmi diskutuje. Zdá se, že rodinná zátěž může do jisté míry ovlivňovat poruchy příjmu potravy, ale míra vlivu a mechanismus vlivu zůstává nejasný. (Hadaš, 2007)

## **1.6 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy**

Bylo již vysloveno mnoho hypotéz a teorií o vzniku poruch příjmu potravy. Asi nejdůležitější shoda spočívá v tom, že se na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy podílí celá řada různých faktorů, které se navzájem prolínají. Jedná se o tzv. bio-psycho-sociální podmíněnost, kam patří zejména:

- Sociální a kulturní faktory
- Biologické a emocionální faktory
- Životní události
- Rodinné a genetické faktory
- Osobnost a jiné psychoaktivní charakteristiky

### **1.6.1 Sociální a kulturní faktory**

Pravděpodobné jádro problému je v rychle se měnící kulruře, která oslavuje nadměrnou vyhublost a sebekontrolu. Od počátku sedmdesátých let minulého století, výskyt poruch příjmu potravy značně stoupá. Uvádí se, že poruchy příjmu potravy se objevují spíše ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách. V dnešní době jsou ženy vystaveny stále většímu tlaku médií, které je přesvědčují o tom, že jejich životní štěstí je v podstatě založeno na jejich hubenosti.

### **1.6.2 Biologické faktory**

Jedním z nejvýznamnějších faktorů je ženské pohlaví. Poruchami příjmu potravy trpí ženy desetkrát častěji než muži. Nejčastější výskyt onemocnění se objevuje v období puberty a adolescence. Je spojen s dospíváním, měnícím se vzhledem těla, hlavně s přírůstkem váhy. Pro mnohé dívky toto období představuje hrozbu v kontextu se současným standardem ženské krásy.

### **1.6.3 Životní události**

Více než polovina nemocných dávají poruchy příjmu potravy do souvislosti s nějakou životní událostí, která se stává spouštěcím faktorem. Nejčastěji se můžeme setkat se spouštěči typu: narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální konflikty, významná

životní změna, osobní nezdár nebo nemoc, problémy mezi rodiči a s rodiči, nebo odloučení od rodiny.

#### 1.6.4 Rodinné a genetické faktory

Velká část pacientů s poruchami příjmu potravy žije v rodinách, kde se jejich členové často a přehnaně zaobírají jeden druhým, mají potřebu udržet zdání funkčnosti za každou cenu, vyhýbají se konfliktům a málokdy řeší spory. Často je v těchto rodinách potlačována autonomie dítěte. Dochází k narušení sociální schopnosti dítěte a jeho vztahů s vrstevníky. Matky dívek trpících mentální anorexií bývají často velice ambiciózní a na dítě kladou nadměrné požadavky. Uvádí se, že je celkem vysoký výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci a to až 10%. Ve většině případů, se prokázala rivalita mezi sourozenci. Populační studie prokázaly, že anorektické dívky ve srovnání s ostatními signifikantně častěji uváděly obezitu a držení diet v rodině.

V psychologických studiích byla vyprofilována osobnost tzv. *"anorektické" matky*, kterou bychom mohli rozdělit na dva typy.

##### 1. Hyperprotektivní typ matky

Jedná se o ženy, které jsou velmi dominantní, hyperprotektivní a obtěžující. U těchto matek se často vyskytují rozpolcené mateřské postoje a mezi matkou a dítětem je vysoká míra závislosti. „Neuspokojení matky a její patologická přání vedla k patologickému požadavku dokonalého dítěte.“ (Krch a kol., 1999)

##### 2. Dominantní typ matky

Slovo *dominantní* znamená mít převahu. Dominance jako vlastnost u člověka znamená schopnost vést, řídit a určovat směr. Dominantní matka je tedy žena vládoucí, řídící ostatní, iniciativní, aktivně se snažící určovat směr a ovlivňovat dění v rodině podle svých představ. Protože tato matka uplatňuje dominantní vzorec chování i ve vztazích, potřebuje k tomu submisivního partnera (manžel, přítel), nebo své dítě. Tato matka určuje pravidla a submisivní dítě je naplňuje. Během prvních let se dcera přizpůsobuje pravidlům a požadavkům své matky a přebírá její potřeby za své. Její vlastní potřeby jsou odsunuty, v některých případech i zapomenuty. V období puberty je dcera tlačena vývojovým stádiem stát se ženou. Měla by prosazovat vlastní potřeby, ale ty byly bohužel dokonale potlačeny.

### **1.6.5 Emocionální faktory**

U pacientek s poruchou příjmu potravy se často vyskytují úzkostné obsedantní a depresivní příznaky. V některých případech je mentální anorexie hodnocena jako suicidální aktivita, nebo protest proti autoritě. Bylo prokázáno, že negativní nálada je jedním z faktorů, které vyvolávají přejídání a pročišťování u bulimiček a může také souviset s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Je to vlastně koloběh, kdy u bulimiček dochází k přejídání z důvodu úzkosti a následné zvracení z důvodu pocitu viny a jsou vyvolány další depresivní příznaky.

### **1.6.6 Osobnost a další psychické charakteristiky**

I přes mnohé rozdíly, můžeme pozorovat u dívek s mentální anorexií společné rysy. Většinou se jedná o dívky, které se dobře učí, jsou nadprůměrně inteligentní a doma nemají žádné konflikty. Bývají často kritické ke svému okolí, hodně se kontrolují, mají sklon k perfekcionismu a kromě sportu patří mezi jejich koníčky často ruční práce. Je pro ně těžké vyjadřovat své pocity. Dívky s poruchou příjmu potravy, především anorektičky často mívají nízké sebehodnocení, nadměrné ambice a jsou emočně labilní. Koncentrují se na svou osobu a nechtějí se přizpůsobit podmínkám dospělosti, proto se snaží setrvat v dětství. Mají pocit, že nízkým příjmem jídla a vysokou sebekontrolou, se stávají výjimečnými.

### **1.7 Počátek, průběh a komplikace poruch příjmu potravy**

Prvních příznaků, které ve většině případů bývají nenápadné, si často nevšimne ani nejbližší okolí. V počátcích začínají poruchy příjmu potravy provázet různé změny jídelních návyků. Jedinec si bere menší porce nebo jídlo odmítá pod různými záminkami (např. po příchodu ze školy odmítne jídlo s tím, že už jedl, nebo že mu není dobře). Velmi často omezuje škálu jídel, kterou bude jíst – chce především jenom vegetariánskou stravu, odmítá potraviny, které ho podle něho nadýmají a nedělají mu dobře, nebo jsou geneticky upraveny atd. Za určitou dobu může dojít k takovým situacím, kdy svůj jídelníček omezí pouze např. na zeleninové saláty. Zvláštní může být i chování u jídla a po jídle. Anorektička se začíná více zajímat o vaření. Uvaří například pro celou rodinu oběd, ale potom s nimi už nejí s tím, že se najedla v průběhu přípravy a je syta. Jelikož vypadají na menším talíři porce větší, používá zásadně ke stravování pouze malé talířky. Jednotlivá sousta pečlivě přežvykuje, někdy mezi jednotlivými sousty pokládá příbor

nebo je zapíjí vodou. Odnáší si jídlo do svého pokoje, kde ho schovává nebo vyhazuje. Bulimičky jsou zase schopné zkonsumovat neuvěřitelné množství jídla a to jakéhokoli.

Nejnápadnějším příznakem mentální anorexie je přehnaná čínorodost. Anorektičky zdánlivě překypují vytrvalostí a energií, i po té, co jsou jejich energetické zásoby vyčerpány. Tímto chováním si dokazují, jak jsou výjimečné a jsou povzneseny nad široké masy.

V dosti nápadném protikladu k zanedbávání potřeb vlastního těla je u mnohých anorektiček přehnaná starostlivost o druhé. Nadměrná starostlivost pravděpodobně pomáhá anorektičkám vydržet svou chorobnou závislost, aniž by se zlomily na vnitřních konfliktech mezi pudem sebezáchovy, myšlenkami, které neustále krouží kolem jídla, hladem a vzpírání se jídlu. Jelikož nutí k jídlu druhé, odvádí svou pozornost od vlastních potřeb.

Ve většině případů, anorektičky ignorují důležité tělesné signály a potřeby. Právě toto zanedbávání potřeb pro ně znamená zvítězit nad vším „špatným“ a jejich povýšení na něco zvláštního. Ony sice trpí hladem a berou ho na vědomí, ale nepodléhají mu (nebo jen zřídka).

Mezi další změny bychom mohli zmínit i to, jak se anorektičky oblékají. Z počátku preferují hlavně volné oblečení, aby skryly „tlustou“ postavu, později aby zakryly na kost vyhublé tělo. Jelikož trpí špatnou termoregulací, nosí i v letních měsících teplé ponožky a oblečení.

Ve většině případů jsou tiché, nezajímají se příliš o okolní dění a odmítají účast na různých společenských akcích (např. výlety, školy v přírodě, kino apod.). Jsou velice nerozhodné. Velkým problémem se stává už i to, co si vzít na sebe nebo jaký program v televizi budou sledovat. Pravděpodobná odpověď na otázku co by chtěla dělat je, že jí to je jedno, nebo že se přizpůsobí ostatním. Anorektičky bývají sklíčené, smutné, nekomunikují, neusmívají se, z ničeho nemají radost, do ničeho se jim nechce a všechno je jim jedno.

Dlouhodobé hladovění má za následek řadu tělesných komplikací, které uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 5: Somatické komplikace způsobené poruchami příjmu potravy (modifikovaně podle Hadaš, 2007)

Typ komplikace	Nejčastější projevy
endokrinní	amenorea, nízká hladina estrogenů, infertilita, u mužů nízká hladina testosteronu, zvýšená hladina kortizolu v plazmě, nižší hladina tyroxinu, pokles sekrece inzulinu, snížená sekrece růstového faktoru IGF-1
metabolické	zhoršená regulace tělesné teploty, narušený metabolismus glukózy a kalcia, zpomalení bazálního metabolismu
gastrointestinální	zduření parotických žláz, eroze zubní skloviny a zuboviny, zánět jícnu, jícnové eroze, vředy, ruptura jícnu, perforace žaludku, akutní dilatace žaludku, žaludeční vředy, zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, zhoršená motilita tenkého střeva, dilatace duodena, jejunu, ileus, zácpa, akutní pankreatitida, hepatomegalie, hypoglykémie
renální	zvýšená hladina urey, hypokalémie, hyponatrémie, zvýšené riziko vzniku močových kamenů, otoky končetin, hypoproteinémie s rizikem hypovolemického šoku a ledvinových infarktů
neurologické	abnormální EEG, periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění, svalová slabost, poruchy hybnosti, atrofie bílé i šedé mozkové tkáně
hematologické	normochromní normocytární anémie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie, trombocytopenie
kardiovaskulární	sinusová bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie s rizikem srdeční zástavy, změny na EKG, poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory, riziko náhlého úmrtí vyvolaného srdečními arytmiemi z narušení elektrolytové rovnováhy
kosterní	zpomalené vyžívání kostí, zastavení růstu v dětském věku, osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny kostí, hypoplazie kostní dřevě
dermatologické	purpura, kožní vyrážky z nadužívání projímadel a diuretik, tenká, šupinatá suchá kůže ze sníženého množství kolagenu, popraskaná kůže, vypadávání vlasů, zvýšená lomivost nehtů

Mimo somatických obtíží se nemocným s poruchami příjmu potravy dostávají také komplikace psychiatrické. Nyní uvedu alespoň tyto: zhoršený spánek, pocit úzkosti, deprese, negativní sebepojetí, poruchy vnímání sebe sama, obsedantně-kompulzivní porucha, zhoršené sociální vztahy v rodině i mimo ni, úvahy o suicidiu, pokusy o suicidium.

### 1.8 Diagnostika a diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy

V předchozí kapitole jsem uvedla kritéria, podle kterých se hodnotí, zda se jedná o poruchy příjmu potravy a pokud ano, o který typ. Je také důležité zmínit, kterými postupy se k těmto závěrům dospěje.



### 1.8.1 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy

V diagnostice poruch příjmu potravy je důležité, odlišit tyto poruchy od jiných onemocnění.

Diferenciální diagnostika u mentální anorexie musí vyloučit například: endokrinní poruchy, onemocnění zažívacího traktu, nádorová onemocnění, depresivní poruchu, schizofrenii, sociální fobii, obsedantně kompulzivní poruchu, Turnerův syndrom.

Diferenciální diagnostika u mentální bulimie musí vyloučit například: neurologické poruchy, depresivní poruchu, poruchu osobnosti.

Samotná diagnostika se zabývá mj. těmito oblastmi:

**Hmotností** pacienta/pacientky. Jedním z ukazatelů je hmotnost v čase, především váhový úbytek. Je-li větší než 15% oproti obvyklé hmotnosti pro daný věk a výšku, pak je splněno jedno z diagnostických kritérií pro poruchu příjmu potravy. Můžeme také vypočítat speciální index, který vztahuje hmotnost k výšce a věku. Jde o tzv. *Body Mass Index* (BMI). Hodnota by neměla poklesnout pod 17,5. Uvedená hraniční hodnota však platí jen pro dospělé osoby; nelze ho použít u osob mladších 18 let.

Pro mladší 16 let, bychom mohli použít následující tabulku, která byla vytvořena z průměrné váhy českých dívek od devíti do šestnácti let.

Tabulka č. 6.: Průměrná hodnota BMI u českých dívek ve věkovém rozmezí 9- 16 let (Krch, 2002).

9let	BMI 14,8-17,5
10let	BMI 15,2-17,8
11let	BMI 15,7-18,7
12let	BMI 16,2-19,3
13let	BMI 17,0-19,9
14let	BMI 17,8-20,8
15let	BMI 18,7-21,7
16let	BMI 19,3-22,3

**Obavy z tloušťky a přehnaný zájem o podobu svého těla.** Nadměrné soustředění se jedince na vzhled svého těla, patologický strach z tloustnutí, to jsou nejběžnější projevy poruch příjmu potravy. Souvisejí se sociálně-kulturním kontextem, zejména s kultem štíhlosti v ekonomicky vyspělých zemích.

**Aktivní bránění přírůstku hmotnosti.** Jedná se o snižování příjmu potravy, dodržování různých diet, období hladovění, vyprovokované zvracení, vyprovokovaný průjem, nutkavé excesivní cvičení apod.

**Porucha tělového schématu.** Odborná literatura někdy rozlišuje dvě podoby takovýchto poruch.

Jedna se týká postojových záležitostí: jedinec sice správně vnímá svůj vzhled, ale je s ním trvale nespokojen. Nelíbí se mu celkový vzhled vlastního těla i jeho jednotlivých částí a usilovně se snaží zhubnout.

Druhá podoba poruchy už je závažnější: u jedince dochází k poruše vnímání svého vzhledu. Není schopen si uvědomit, že jeho tělo je výrazně změněno, že už je vyhublé. Zdá se mu, že nyní je jeho vzhled v pořádku, ačkoliv se už vymyká normě. Jedinec odmítá názor okolí, že změna už je patologická. Vnímá se pozitivně; je spokojen se svým nově získaným vzhledem a snaží se ho udržet.

**Afektivní poruchy.** Negativní afekty, zejména depresivní stavy, mohou být příznakem poruchy příjmu potravy. Deprese však není jen příznakem a průvodním jevem těchto poruch; zhoršuje jejich průběh a komplikuje léčení. (Hadaš, 2007)

### 1.8.2 Kvantitativní diagnostické metody

K diagnostice poruch příjmu potravy se používají jak kvantitativní (tj. dotazníky, posuzovací škály), tak kvalitativní (tj. klinický rozhovor, kresba atd.) metody. Tyto metody se musí navzájem doplňovat, jelikož sami o sobě nejsou dostatečné.

Přehled některých kvantitativních metod:

**EAT- *Eating Attitude Test*** (Garner, Garginkel, 1979). Tento dotazník je určen pro diagnostiku mentální anorexie. Může být také použit ke zjišťování poruch příjmu potravy všeobecně. Dotazník vyplňuje jedinec, u kterého je podezření na dané onemocnění. Dotazník má 40 položek. V domácích výzkumech se používá česká verze.

**EDI- *Eating Disorders Inventory*** (Garner, Olmsted 1984) Dotazník se používá k všeobecné diagnostice poruch příjmu potravy. Dotazník vyplňuje jedinec, u kterého je podezření na dané onemocnění. Dotazník obsahuje otázky na zjištění osmi proměnných: touhu být štíhlý, sklon k hubnutí, bulimii, nespokojenost s vlastním tělem, pocity neefektivnosti, perfekcionismus, nedůvěru k jiným lidem, narušené vnímání vlastních pocitů, strach před dospělostí. O několik let později byl tento dotazník rozšířen- **EDI- 2**

(Garner, 1991) o další tři proměnné: sklon k asketismu, regulace impulzivního chování, sociální nejistota.

**BULIT- R** neboli *Bulimia Test- Revised Version* (Thelen, Farmer, Wonderlich et al., 1991). Tento dotazník zjišťuje projevy mentální bulimie.

**MAEDS-** *Multifactorial Assessment of Eating Disorder Symptoms* (Anderson, Williamson, Duchmann et al., 1999). Dotazník se používá k všeobecné diagnostice poruch příjmu potravy. Dotazník zjišťuje šest proměnných: depresi, záchvatovité přejídání, vyprovokovaného vypuzování jídla, strach z přibrání na váze, dodržování přísné diety, vyhýbání se určitým potravinám.

**BSQ-** *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper et al., 1987). Tento dotazník se používá pro zjištění poruch ve vnímání vlastního těla.

Následující nástroje tvoří přechod ke kvalitativním metodám.

**EDE-** *Eating Disorder Examination* (Cooper, Fairburn, 1987; Fairburn, Cooper, 1993). Jedná se o polostrukturovaný rozhovor. Zjišťuje psychopatologické symptomy, které mohou souviset s mentální anorexií nebo bulimií. Zaměřuje se na čtyři okruhy: pozornost věnovaná jídlu, pozornost věnovaná vlastnímu tělu, pozornost věnovaná hmotnosti, omezování se v jídle.

**IDED- IV** neboli *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders- IV* (Kutlesic, Williamson, Gleaves et al., 1998). Jedná se opět o polostrukturovaný rozhovor zjišťující psychopatologické symptomy, které mohou souviset s mentální anorexií, bulimií nebo atypickými projevy poruch příjmu potravy.

**Self- monitoring** (Anderson et al., 2004). V podstatě se jedná o metodu, kdy jedinec sleduje sám sebe. Po určitou stanovenou dobu sleduje svůj způsob stravování a vede si o něm záznamy. Zaznamenává časové údaje o jídle, typ a velikost konzumovaného jídla, frekvenci a lokalizaci záchvatovitého přejídání, náladu před a po jídle atd.

**Odhad velikosti jednotlivých částí vlastního těla.** Metodu navrhli badatelé už na začátku sedmdesátých let a nazvali ji *body size estimation* (Slade, Russel, 1973). Může se opírat o speciální videoprogramy anebo o přímé měření údajů ve spolupráci s pacientem. Porovnává pacientův odhad rozměrů svého těla se skutečně naměřitelnými hodnotami. (Hadaš, 2007)

### 1.8.3 Kvalitativní metody diagnostické metody

Kvalitativní metody jsou neméně důležitou diagnostickou metodou. Můžeme při ní pochopit nejen postoje pacienta samotného, ale i celé jeho rodiny.

Kvalitativní metody bychom mohli rozlišit podle jejich formální podoby na převážně verbální, převážně obrazové, převážně zvukové a převážně manipulační.

Metody, ve kterých dominuje verbální projev:

- a) *Klinický rozhovor*. Patří mezi nejběžnější metody, kdy zkušený tazatel zjišťuje nejen příznaky poruchy příjmu potravy, ale v jeho zájmu je také zjištění pohledu pacienta na své obtíže a na jejich sociální kontext (nejbližší okolí pacienta).
- b) *Psaní deníku*. Pacient si každý den zapisuje události, které souvisí s jeho onemocněním. Psaní deníku je tvořeno buď jako volné vyprávění, nebo jako strukturované zápisky. Jde o to, aby se pacient snažil zachytit podobu jídelníčku, rituály související s jídlem, vztahy v rodině, vztahy s vrstevníky, trávení volného času, mimo jiné i vývoj vztahu mezi pacientem a terapeutem.
- c) *Vyprávění životního příběhu*. Zde je zapotřebí, aby příběh obsahoval úseky života, které do sebe zapadají, a měl tzv. vnitřní linii, která jednotlivé části propojuje a sjednocuje. Průběh dění v pacientově vyprávění se často liší od skutečného průběhu dění, od skutečných motivů a činu jednajících osob. Jelikož tato verze pacientovi vyhovuje je úkolem terapeuta přemodelovat celý příběh. Ukázat mu, že existují i jiné možnosti výkladu jednotlivých událostí a přimět ho, aby se pokusil podívat na příběh jinak.

Metody, ve kterých dominuje obrazový projev.

- a) *Kresba ostrova rodiny*. Členové rodiny malují samostatně nebo dohromady svoji představu o tom, jak by měl vypadat ostrov, na kterém by byli společně.
- b) *Kresba začarované rodiny*. Pacienti malují členy rodiny, jakoby je někdo začaroval do zvířecí podoby. Poté vysvětlují kdo je kdo, proč jsou vyobrazeny právě v podobě toho či onoho zvířete, jaké mezi sebou mají vztahy atd.
- c) *Kresba stromu*. Strom představuje nemoc, nebo samotného jedince.
- d) *Kresba skupiny stromů*. Navazuje na kresbu stromu. Terapeut pracuje více s pocity, které jsou vázány na rodinu.
- e) *Práce s obrázky*. U pacientů, kteří se zdráhají výtvarně se projevit, pomáhá práce s již hotovými obrázky. Pacient si vybírá z určité nabídky obrázku ty, které se podle něho nejvíce blíží tomu, co by chtěl on sám nakreslit. Může pracovat i s výstřižky z časopisů a sestavovat koláže či leporela.

Metody, ve kterých dominuje zvukový projev.

Pacient si vybere hudební nástroj, nejčastěji se jedná o bicí či nástroje, které vydávají hotové tóny. Hudební projev pacienta by měl co nejvýstižněji vyjadřovat pocity související s nemocí nebo rodinou.

Další a velmi specifickou skupinou metod jsou metody manipulační. Za pomoci těchto metod se diagnostikují situace v rodinách. Manipuluje se s živými lidmi, členy rodiny a výsledkem je určitý výtvar, který nemusí trvat dlouho. Patří sem vytváření rodinného sousoší, sochání komunikačních vzorů, fyzicky konstruovaný ostrov rodiny, uspořádání rodiny kolem stolu, emoční mapa rodiny (zde už jedinec nemanipuluje s členy rodiny, ale dopomáhá si předměty, materiály nebo hračkami).

U již zmíněných metod, musíme vycházet pouze z dat, které nám pacient poskytl. Protože mohou být tyto data záměrně zkreslena, byly vytvořeny přímé diagnostické metody.

Do této skupiny diagnostických metod patří:

- a) *Test kontrolovaného konzumování jídla.* Tato metoda je založená na přímém pozorování pacienta při výběru a konzumaci jídla. Jsou servírované porce, jejichž velikost a energetická hodnota jsou předem stanoveny. Tyto porce jsou podávány v průběhu celé léčby a sleduje se pokrok pacienta v konzumování a výběru jídla.
- b) *Videomonitoring.* Se souhlasem pacienta se průběžně monitoruje vzhled jeho těla a jeho proměny v průběhu celé léčby. Nejedná se o diagnostickou metodu. Nahrávky pomáhají zjišťovat, jak se mění pacientův náhled na sebe sama v průběhu léčby.

## **1.9 Léčba poruch příjmu potravy**

Měli bychom si připomenout průběh poruch příjmu potravy. V první řadě jedinec reaguje na určitou situaci ve svém okolí. Jedinec neúměrně snižuje dávky jídla a zvyšuje sportovní aktivitu. Čím méně jí, tím více je na sebe pyšný. Když už váha nejde dolů „tak snadno“, přichází na řadu zvracení, diuretika a projímadla, což má za následek dehydrataci. Z toho nám vyplývá, že příčinou není somatické onemocnění, nýbrž psychické.

Jelikož jsou mentální anorexie a bulimie psychosomatická onemocnění, zaměřím se v následující kapitole více na léčbu jejich psychiky, protože je zde nejdůležitější vyléčit příčinu nemoci.

Léčba nemocných poruchou příjmu potravy se odehrává buď ambulantně, nebo

jsou tito jedinci hospitalizováni. K hospitalizaci se přistupuje ve složitějších případech, kdy je ambulantní léčba neúčinná. Často se používají tři základní kritéria pro hospitalizaci a to:

- medicínská (hmotnost je nižší než 75 % hmotnosti odpovídající věku; metabolický rozvrat, somatické komplikace, extrémní dehydratace, depresivní syndrom, nebezpečí suicidia)
- psychosociální (rigidní rodinná konstelace, silně omezená výkonnost, sociální izolace jedince)
- psychoterapeutická (selhání nebo přerušování ambulantní terapie, absence léčebné alternativy k hospitalizaci spojené s léčbou, která je prováděna zkušeným týmem)

*Léčebné cíle u mentální anorexie* by se daly shrnout do těchto dílčích cílů (Hadaš, 2007):

- dosáhnout normální hmotnosti
- u žen obnovit reprodukční schopnost (menstruaci a ovulaci), u mužů obnovit normální sexuální citění a hormonální hladiny; u dětí a dospívajících obnovit normální tělesný růst a sexuální vývoj, zastavit demineralizaci kostí
- odstranit další biologické a psychologické následky malnutrice
- zvýšit motivaci ke spolupráci při terapii
- psychoedukovat pacienta o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
- stanovit a dosáhnout „zdravé“ cílové hmotnosti, týdenního nárůstu hmotnosti
- změnit maladaptivní myšlení, postoje a pocity týkající se příjmu potravy
- léčit další psychopatologické projevy, poruchy nálad, změny sebehodnocení a chování
- získat podporu rodiny nebo partnera; v indikovaných případech provádět poradenskou činnost nebo terapii i u nich
- usilovat o prevenci relapsu, neboť realimentace bez změny postojů k jídelnímu režimu mívá krátkodobý efekt.

*Léčebné cíle u mentální bulimie* můžeme formulovat prostřednictvím těchto dílčích cílů (Hadaš, 2007):

- redukovat u pacienta přejídání a zvracení
- pacientovo akceptování individuálně stanovené optimální hmotnosti vzhledem k fyziologické a emoční stabilitě
- nastolit přijímání pravidelné a pestré stravy, minimalizovat různé diety (nutriční poradenství)

- volit adekvátní tělesnou zátěž
- léčit komorbiditu
- léčit další psychopatologie, které souvisejí např. s osobním rozvojem a hledáním identity; změnou sebehodnocení, která bývá redukována jen na vlastní hmotnost a tělesné tvary; řešení problémů se sexualitou, s akceptováním role ženy či muže; kontrolou vlastní agresivity a emocí; rodinnou situací; způsoby zvládání zátěžových situací.

Obecně lze říci, že léčba pacienta s poruchou příjmu potravy je multioborovou záležitostí. Podílejí se na ní lékaři primární péče, kteří z pravidla v první fázi řeší somatickou stránku onemocnění a poté se snaží (ve spolupráci s pacientem a rodinou) nemoc zvládnout ambulantně. Komplexní terapie ovšem vyžaduje spolupráci dalších odborníků- psychiatrů, psychologů. Situaci často komplikuje nedostatečná spolupráce pacienta anebo jeho rodinných příslušníků.

Zhorší-li se celkový stav pacienta trpícího poruchou příjmu potravy, je nutná hospitalizace. Podle zvláštností zdravotního stavu a věkových zvláštností bývá pacient umístěn např. na pediatrickém či interním oddělení; složitější případy končí na metabolických jednotkách nebo specializovaných psychiatrických pracovištích. Propuštěním pacienta z nemocnice ovšem péče o něj nekončí, naopak nastupuje složitá fáze léčby, v níž se musí angažovat především odborníci s psychoterapeutickým vzděláním a výcvikem a pacient sám. (Hadaš, 2007)

### **1.9.1 Psychoterapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy**

**Kognitivně analytická terapie.** Tato terapie se snaží využít silné stránky kognitivně-behaviorální terapie a současně řešit interpersonální vztahy, zejména vztahy mezi pacientem a terapeutem. Léčba obsahuje terapeutická sezení a dopisy. Ty si mezi sebou vyměňují terapeut a pacient. Terapeut v nich analyzuje pacientovo chování, vývoj jeho potíží s jídlem a nastiňuje další postupy.

**Kognitivně- behaviorální terapie.** Při této léčbě se oslabují projevy, které pacienta utvrzují v nevhodném chování. Mezi takovéto projevy řadíme zvýšený zájem lidí o nemocného jedince, zvýšená péče rodiny a blízkých osob, přemlouvání, projevy soucitu, omlouvání. Terapeut se snaží uplatnit „tvrdé zacházení“. Pacient musí dodržovat stanovený plán (jí a přibývá na váze podle dohodnutého časového plánu), pokud tomu tak není, nastupují tvrdé sankce. Někdy může pacient zažívat pocity bezmocnosti, nebo může

propadat depresi. V jiných případech může pacient spolupráci předstírat, aby se vymanil z moci terapeuta a mohl se vrátit k rizikovému chování.

Ve spolupráci s pacienty se kognitivně- behaviorální terapie snaží rozpoznat poruchy ve vnímání svého těla, svého chování, poznat jejich způsoby uvažování o své nemoci a poté nabídnout jiná řešení, které si budou nacvičovat.

Terapeut poučuje pacienta o vhodné výživě a učí ho plánovat nutričně vyváženou stravu. Pacienti si každý den podrobně zapisují vše o zkonsumovaném jídle, o epizodách zvracení atd. Pacienti se učí jak sami sebe monitorovat, jak se ovládat, jak se odměňovat. Učí se rozpoznávat situace, které v nich vyvolávají záchvatovité chování a včas s nimi něco dělat.

**Dialektická behaviorální terapie** se původně užívala pro léčbu chronicky sebevražedného chování pacientek, pro práci s hraničními pacientkami. Později se ukázalo, že existuje určitá analogie u žen s poruchami příjmu potravy. Předpokládá se, že přejídání u nich plní obdobnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientek – přináší krátkodobou úlevu od nepříjemných afektivních stavů. Proto se nyní dialektická behaviorální terapie používá u pacientek s mentální bulimií, které navíc trpí komorbidní poruchou osobnosti. Terapeut je učí zvládat stres, regulovat emoce, rozvíjet interpersonální dovednosti a tak ovládnout nutkání k psychogennímu přejídání. (Hadaš, 2007)

**Expozice s prevencí odpovědí.** Jelikož je pacient zvyklý na konzumaci většího množství určitého jídla, přejídání a vyvolání zvracení, terapeut záměrně vystavuje pacienta tomuto jídlu. Nechá ho najíst a vystavuje ho situaci, ke které obvykle docházelo. Terapeut učí pacienta jak zvládat tyto situace a odolat nutkavé potřebě jídlo vyzvracet.

**Rodinná terapie pro dospívající.** U této léčby se vychází z toho, že příčiny poruchy příjmu potravy nejsou jenom individuální záležitostí, ale promítá se do nich dysfunkční pojetí sociálních rolí jak u pacienta, tak u členů rodiny. Aplikuje se u dospívajících pacientů, kteří žijí se svou rodinou. Zde nemůže terapeut pracovat jenom s pacientem, protože by se vrátil do dysfunkčního rodinného systému.

**Interpersonální terapie.** Dříve byla určena pro léčbu deprese. Celý postup terapie je rozdělen do tří fází. Nejdříve se identifikuje problém, který ovlivnil jedince a způsobil poruchu příjmu potravy, poté pacient s terapeutem řeší zjištěné problémy, které mívají interpersonální povahu, a v poslední fázi se postupně ukončuje terapie.

**Nutriční poradenství.** Používá se u pacientů, kteří se vyznačují relativně mírnými příznaky poruch příjmu potravy. U nich je pravděpodobné, že dojde



k výraznému zlepšení stavu či dokonce uzdravení na základě psychoedukace. Příkladem mohou být pacienti s mentální bulimií, která se projevuje mírnými obtížemi.

Postupuje se tak, že odborníci pacienty seznamují s celou problematikou poruch příjmu potravy, upozorňují na možná rizika a rozebírají s nimi vhodné postupy chování. Radí jim, jak nejlépe zvládnout stresové situace a předkládají jim doporučení týkající se právě stravovacího režimu, složení potravy atd. Po formální stránce může jít o přednášky, semináře, promítání obrázkového materiálu, diskuze, poradenská sezení, ale též o předávání informačních materiálů, detailních edukačních návodů. (Hadaš, 2007)

**Psychodynamická psychoterapie** se dělí na dva směry. První předpokládá že, poruchy příjmu potravy ani jejich symptomy nejsou základním procesem. Nevyžadují úpravu tradičních psychodynamických procesů. Naopak druhý směr zastává názor, že je nutné upravit psychodynamické postupy, jinak nebude možné zohlednit specifické potřeby nemocných žen.

**Psychoanalytická psychoterapie.** Tato terapie vychází z toho, že to, jak se člověk chová a jak vše prožívá, závisí na nevědomých procesech. Terapeut musí získat vhled do nevědomých procesů, kdy je zapotřebí příznivý vztah mezi pacientem a terapeutem.

**Katatimně imaginativní psychoterapie.** V této terapii se pacient uvede do relaxovaného stavu, při němž se mu zdají sny. V tomto stavu může hovořit s terapeutem a jak terapeut, tak sám pacient můžou zasahovat do dění snu. Tímto se podporuje spontaneita, kreativita a mohou se také uvolnit velmi potlačené afektivní obsahy, které by byly obtížně verbalizovatelné.

**Ergoterapie** je pracovní aktivita, při níž hledá terapeut silné stránky pacientovy osobnosti a ty se snaží využít. Využívají se různé výtvarné techniky, práce s papírem, nebo s textilem, ruční, nebo keramické práce aj. Cílem této léčby je posílit motivaci pacienta ke změně návyků a pohledu na své problémy.

**Skupinová psychoterapie** nejčastěji využívá kognitivně- behaviorální terapii a psychodynamický přístup. Probíhá zde edukace pacientů, pokud jde o konzumaci jídla či udržení přijatelné hmotnosti, anebo změna sebehodnocení, nácvik sociálních dovedností, zlepšování interpersonálních vztahů. Tato terapie se využívá nejen u hospitalizovaných pacientů, ale i při ambulantní léčbě.

**Svépomocné skupiny** mohou vést odborníci nebo dobrovolníci- laici. Poskytují oporu pacientům i jejich rodinám. Edukují, rozvíjejí primární a sekundární péči, informují o nebezpečí diet a upozorňují na rizika propagování nezdravé štíhlosti.

Faktory určující volbu psychoterapeutického přístupu. (Hadaš, 2007)

- typ onemocnění pacienta (tedy typ poruchy příjmu potravy)
- fáze onemocnění (akutní realimentační fáze, chronická fáze apod.)
- délka onemocnění a složitost komplikací
- typ poskytované péče (např. ambulantní, ústavní)
- typy léčky, které byly u daného pacienta zatím vyzkoušeny
- zvyklosti daného pracoviště (tradice; stanovisko vedení pracoviště k jiným psychoterapeutickým směrům; složení týmu profesionálů na daném pracovišti)
- profese terapeuta (praktický lékař, pediatr, gynekolog, internista, gastroenterolog, psychiatr, psycholog)
- odborná připravenost terapeuta na poskytování psychoterapie (kompetentnost získaná na základě specializované přípravy a výcviku v daném psychoterapeutickém přístupu)
- osobní a sociální zvláštnosti daného pacienta
- osobní zvláštnosti daného terapeuta a jeho preferování určitých psychoterapeutických přístupů

### **1.9.2 Dietní terapie při léčbě mentální anorexie**

Cílem léčby je především „dosáhnout a udržet normální stav výživy u dospělých a normální tělesný růst u adolescentů, zavést normální jídelní chování, podporovat normální postoj k jídlu, vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení.“ (Krch a kol., 1999)

Důležité je, aby zkušený odborník na výživu měl k dispozici dietní anamnézu pacienta. Podle ní se může orientovat v jídelních vzorcích a kolísání váhy od dětství po současnost, také z ní získává informace o pacientových názorech na výživu a o jeho postojích k jídlu. Pro terapeuta je také důležité, aby znal jídelní postoje členů rodiny. Je pro něj užitečné setkání s důležitými členy rodiny (matka, otec, partner). S nimi si může potvrdit pacientovu výpověď, zjistit, zda některý člen rodiny nemá problémy s příjmem potravy a ujistit se, že nebudou přehlížet pacientovy nepřiměřené praktiky. Zde je velmi důležité navození důvěry mezi terapeutem a pacientem. Toho lze docílit upřímností, poskytnutím přesných informací, jasných a pevných rad a v neposlední řadě také účastné naslouchání.

Prvním cílem v terapii je obnovení tělesné hmotnosti. Normální tělesná hmotnost

se u dětí a adolescentů je taková, při které jsou fyzicky zdraví, a pokračuje u nich normální tělesný růst. U hospitalizovaných pacientů je očekávaný nárůst váhy 0,5- 1,5 kg týdně. U ambulantních pacientů je očekávaný nárůst menší vzhledem k jejich denním aktivitám, které u hospitalizovaných pacientů jsou omezeny, nebo k nim nedochází. Pacienti, kteří zvraceli, nebo užívali projímadla či diuretika, by měli být upozorněni, že v počátku může být váhový příbytek vyšší z důvodu dehydratace.

U zdravých dospívajících dívek by se měl energetický příjem pohybovat mezi 8.400 kJ (2.000 kcal) a 10.000 kJ (2.400 kcal). U dívek, které jsou extrémně vyhublé nebo jedí velice málo, se doporučuje energetický příjem v prvních dnech 5.000 kJ (1.200 kcal). I toto malé množství umožňuje určitý váhový nárůst a přizpůsobení trávicího traktu na normální množství stravy. Po dohodě s pacientem se postupně energetický příjem zvyšuje. Je důležité, aby pacient dojedl celou porci jídla. Pro dosažení normální hmotnosti, stačí většině pacientů energetický příjem 12.550 kJ (3.000 kcal).

Jelikož zažívací trakt pacientů nebývá poškozen, je hlavní překážkou k návratu do normálu psychický stav. Proto není důležité předepisovat speciální jídla. To by mohlo utvrzovat pacienty v tom, že nemohou jíst normálně. Jídla by měla být pestrá a v pravidelných denních hodinách. Důležité je upozornění na výrobky „*light*“ a také na ty, které jsou určeny k redukci hmotnosti. Těm by se měli pacienti vyhnout.

Je známe, že poruchy jídelního chování přetrvávají i po dosažení optimální hmotnosti, proto je důležité jim věnovat pozornost. Pacienti by se měli stravovat ve společnosti. Členové rodiny, nebo ostatní pacienti mohou sloužit jako vzor. U hospitalizovaných pacientů je třeba pečlivě sledovat jejich jídelní chování, poskytovat podporu a poradenství, které by mělo vést ke změně abnormálních praktik.

## **2 Empirická část**

### **2.1 Úvod do empirické části**

Jak jsem již uvedla v úvodu mé práce, výskyt poruch příjmu potravy stále stoupá.

Poruchy příjmu potravy se prokázaly nejen u modelek a celebrit, ale i u baletek a sportovců. Jelikož mi bylo umožněno rozdat dotazníky ve třídách zaměřené na hudební výchovu, směr mého zkoumání byl celkem jasný. Chtěla jsem zjistit nejenom informovanost o problematice poruch příjmu potravy, ale hlavně zjistit, zda hraní na hudební nástroj nebo zpěv mají vliv na rizikové chování či poruchy příjmu potravy.

### **2.2 Cíle výzkumu**

- zjistit informovanost dívek 7., 8., 9. třídy o problematice PPP
- zjistit jejich znalosti o závažnosti PPP
- zjistit, zda dívky projevují rizikové chování v postoji jídlu
- zjistit jejich postoj ke svému vzhledu a postavě
- zjistit zda má vliv hraní na hudební nástroj, nebo zpívání na PPP
- zjistit jestli má vliv na PPP zvolený typ nástroje

### **2.3 Metody zkoumání**

Ke zkoumání, pro mnohé jistě choulostivého tématu, jsem vybrala metodu anonymního dotazníku.

K výběru otázek jsem se nechala inspirovat již ověřenými dotazníky, jako jsou to SDQ 20 a BAT, které jsou blíže popsány v teoretické části. Dále jsem použila několik otázek z výzkumu, který proběhl na brněnských základních školách v roce 2006 pod vedením MUDr. Petra Kachlíka, Ph.D., Doc. MUDr. Marie Havelkové, CSc. a Lenky Procházkové.

Dotazník, který jsem s dopomocí vytvořila, se skládá ze tří částí. V první části jsem otázky zaměřila na zjištění znalostí a informovanosti o poruchách příjmu potravy. V části druhé jsem otázky směřovala na spokojenost s vlastním vzhledem a na jídelní chování, návyky a postoje. Třetí část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na souvislosti hraní na hudební nástroj, popř. zpívání a jídlo. V tomto dotazníku jsem použila převážně otázky uzavřené, ale jsou zde i otázky otevřené.

### **2.4 Výběr vzorku**

Pro tento výzkum jsem si vybrala tři skupiny dívek nejvíce ohrožených vznikem

poruch příjmu potravy. Tyto skupiny tvořily dívky chodící do základní školy 7. 8. a 9. třídy se zaměřením na hudební výchovu.

Dohromady bylo dotázáno 53 dívek, 19 dívek ze 7. třídy, 16 dívek z 8. třídy a 18 dívek z 9. třídy.

## 2.5 Zpracování dat

V dotaznících jsem se nejdříve ptala na výšku, váhu a věk dívek. V následujících tabulkách, které jsou rozděleny podle tříd, jsou uvedeny všechny tyto údaje, které jsem rozšířila o BMI. Při vyhodnocování BMI jsem se řídila podle tabulky č. 6, kterou jsem uvedla v teoretické části. Červeně jsem zvýraznila hodnoty, které jsou značně podprůměrné.

Tabulka. č. 7: Věk, váha, výška a BMI v 7. třídě.

	Věk	Váha	Výška	BMI
1.	13	55	1,63	20,7
2.	13	52	1,64	19,3
3.	13	49	1,68	17,4
4.	13	40	1,5	17,8
5.	13	41	1,54	17,3
6.	13	40	1,55	<b>16,6</b>
7.	13	42	1,59	<b>16,6</b>
8.	13	42	1,53	17,9
9.	13	45	1,63	<b>16,9</b>
10.	13	42	1,55	17,5
11.	13	46	1,54	19,4
12.	13	37	1,58	<b>14,8</b>
13.	13	50	1,68	17,7
14.	13	54	1,65	19,8
15.	13	42	1,6	<b>16,4</b>
16.	13	41	1,58	<b>16,4</b>
17.	13	37	1,6	<b>14,5</b>
18.	13	55	1,6	21,5
19.	13	43	1,58	17,2

Tabulka č. 8: Věk, váha, výška a BMI v 8. třídě.

	Věk	váha	výška	BMI
1.	13	62	1,82	18,72
2.	14	53	1,62	20,20
3.	14	52	1,73	<b>17,37</b>
4.	13	50	1,58	20,03
5.	14	57	1,75	18,61
6.	14	50	1,65	18,37
7.	13	50	1,67	17,93
8.	14	55	1,68	19,49
9.	14	46	1,59	18,20
10.	15	53	1,65	19,47
11.	14	55	1,73	18,38
12.	14	50	1,58	20,03
13.	14	50	1,6	19,53
14.	14	55	1,71	18,81
15.	14	43	1,65	<b>15,79</b>
16.	13	54	1,63	20,32

Tabulka č. 9: Věk, váha, výška a BMI v 9 třídě.

	Věk	Váha	Výška	BMI
1.	15	48	1,62	18,29
2.	15	48	1,72	<b>16,22</b>
3.	15	54	1,67	19,36
4.	14	49	1,67	<b>17,57</b>
5.	14	50	1,57	20,28
6.	15	44	1,68	<b>15,59</b>
7.	15	55	1,72	18,59
8.	14	58	1,74	19,16
9.	14	60	1,68	21,26
10.	14	60	1,7	20,76
11.	14	62	1,65	22,77
12.	14	53	1,63	19,95
13.	15	42	1,55	<b>17,48</b>
14.	15	60	1,68	21,26
15.	14	52	1,65	19,10
16.	15	53	1,73	<b>17,71</b>
17.	15	57	1,68	20,20
18.	15	55	1,7	19,03

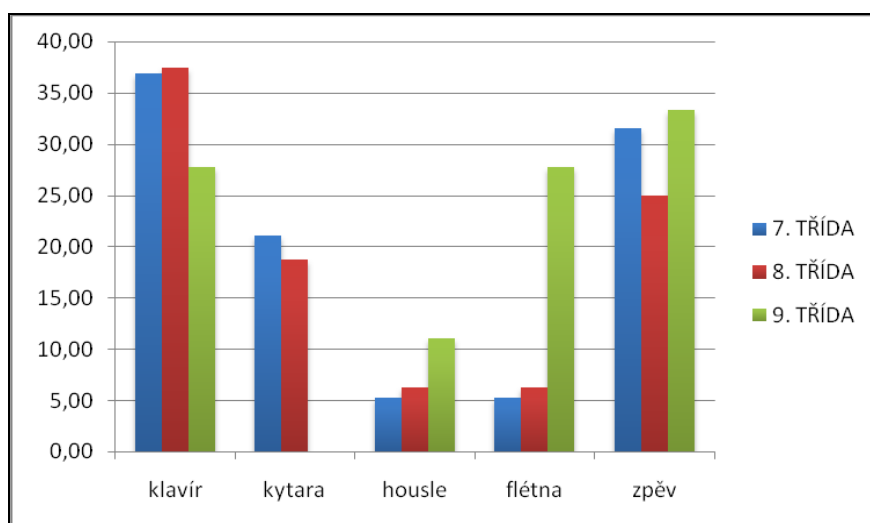
Tabulka č. 10: Průměrné hodnoty všech dívek jednotlivých tříd.

	7. třída	8. třída	9. třída
Průměrná váha v kg	44,89	52,19	53,33
Průměrná výška v m	1,59	1,67	1,67
Průměrný věk	13	13,81	14,56
Průměrné BMI	17,7	18,83	19,14

Tabulka č. 11: Procentuální vyobrazení četnosti hudebních nástrojů a zpěvu.

	7. třída	8. třída	9. třída
klavír	36,84	37,50	27,78
kytara	21,05	18,75	0,00
housle	5,26	6,25	11,11
flétna	5,26	6,25	27,78
zpěv	31,58	25,00	33,33

Graf č. 1: Procentuální vyobrazení četnosti hudebních nástrojů a zpěvu.



### 2.5.1 První část

**Přehled odpovědí na otázku 1.** *Slyšela jsi o poruchách příjmu potravy (dále jen PPP)?*

V 7. třídě odpovědělo 18 dívek ano a 1 dívka ne.

V 8. třídě odpovědělo 16 dívek ano a žádná ne.

V 9. třídě odpovědělo 18 dívek ano a žádná ne.

Tabulka č. 12: Otázka 1.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	18	16	18
Ne	1	0	0

Z této tabulky je patrné, že téměř všechny dotazované dívky již někdy slyšely o PPP. Pouze 1 dívka ze 7. třídy odpověděla, že o PPP nikdy neslyšela.

**Přehled odpovědí na otázku 2.** *Odkud jsi se o PPP dozvěděla?*

V 7. třídě se o PPP dozvěděly 3 dívky od rodičů, 1 dívka z knih, 10 dívek z časopisů a 5 dívek z internetu.

V 8. třídě se o PPP dozvěděly 2 dívky od učitelů, 8 dívek z časopisů a 6 dívek z internetu.

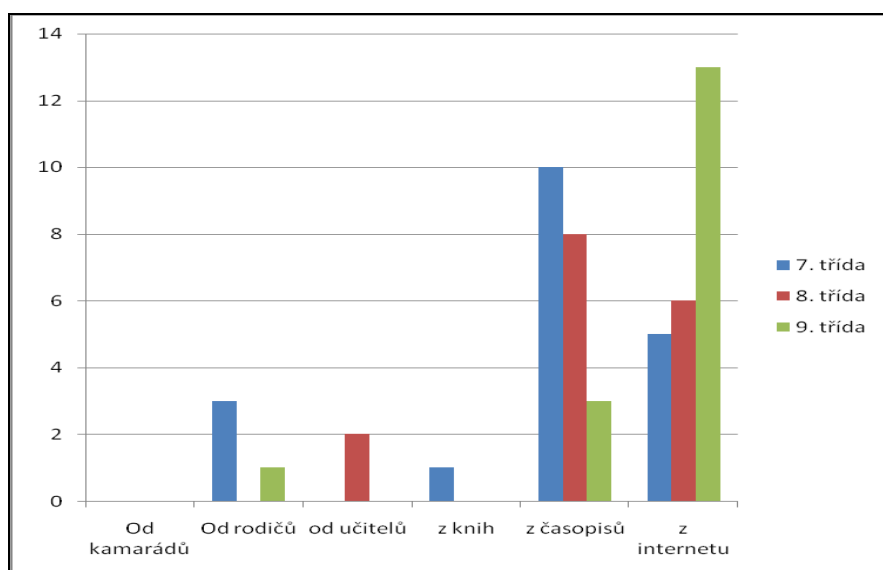
V 9. třídě se o PPP dozvěděly 1 dívka od rodičů, 3 dívky z časopisů a 13 dívek z internetu.

Tabulka č. 13: Otázka 2.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Od kamarádů	0	0	0
Od rodičů	3	0	1
od učitelů	0	2	0
z knih	1	0	0
z časopisů	10	8	3
z internetu	5	6	13



Graf č. 2: Otázka 2.



Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že nejvýznamnějším informačním zdrojem jsou v oblasti PPP pro 7. a 8. třídy jsou časopisy a pro 9. třídu je to internet

**Přehled odpovědí na otázku 3.** *Myslíš, že jsi ve škole dostatečně informována o problematice PPP?*

V 7. třídě si 1 dívka myslí, že je ve škole dostatečně informovaná a 18 dívek si myslí, že jsou nedostatečně informovány.

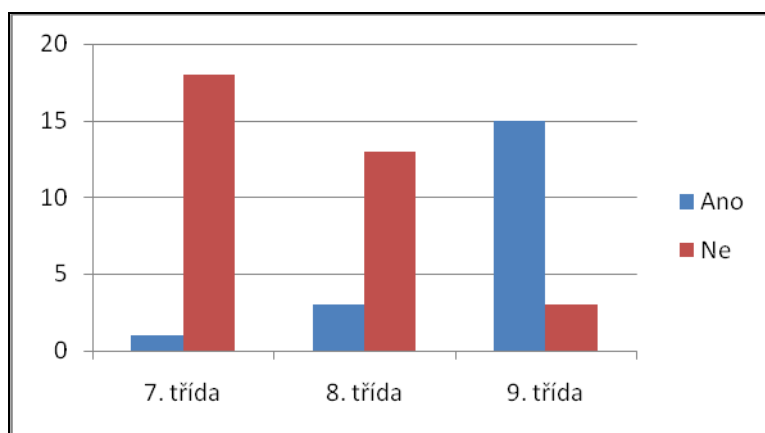
V 8. třídě si 3 dívky myslí, že jsou ve škole dostatečně informovány a 13 dívek si myslí, že jsou nedostatečně informovány.

V 9. třídě si 15 dívek myslí, že jsou ve škole dostatečně informovány a 3 dívky si myslí, že jsou nedostatečně informovány.

Tabulka č. 14: Otázka 3.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	1	3	15
Ne	18	13	3

Graf č. 3: Otázka 3.



Tato tabulka a graf nám jasně ukazují rozdíly mezi 7., 8. a 9. třídou. Většina dívek ze 7. a 8. třídy si myslí, že nejsou ve škole dostatečně informovány o problematice PPP. Naopak dívky z 9. třídy ve většině odpověděly, že jsou ve škole dostatečně informovány o PPP.

**Přehled odpovědí na otázku 4.** *Uvítala bys ve škole přednášky o problematice PPP?*

V 7. třídě by chtělo přednášky o PPP 16 dívek a 3 dívky by je nechtěly.

V 8. třídě by chtělo přednášky o PPP 10 dívek a 6 dívek by je nechtělo.

V 9. třídě by chtělo přednášky o PPP 8 dívek a 10 dívek by je nechtělo.

Tabulka č. 15: Otázka 4.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	16	10	8
Ne	3	6	10

V porovnání s předchozí otázkou je zřejmé, že ty dívky, které se cítí být ve škole nedostatečně informovány, by chtěly přednášky o PPP.

**Přehled odpovědí na otázku 5.** *Jaké znáš nejčastější PPP? (vypiš)*

V 7. třídě napsalo odpověď 14 dívek mentální anorexie a bulimie, 2 dívky napsaly jen mentální anorexii a 3 dívky neznaly odpověď.

V 8. třídě napsalo 14 dívek mentální anorexii a bulimii, z nichž 4 připsaly obezitu (obezita není v tabulce, nepatří mezi PPP) a 3 dívky napsaly jenom mentální anorexii.

V 9. třídě napsalo mentální anorexii a bulimii 17 dívek, z nichž 10 připsalo

obezitu (obezita není v tabulce, nepatří mezi PPP) a 1 dívka odpověď neznala.

Tabulka č. 16: Otázka 5.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Mentální anorexie Mentální bulimie	14	13	17
Jenom mentální anorexie	2	3	0
Jenom mentální bulimie	0	0	0
Nevím	3	0	1

Z této tabulky můžeme vyčíst, že většina dívek zná 2 největší zástupce poruch příjmu potravy.

**Přehled odpovědí na otázku 6.** *Co si myslíš, že je příčinou vzniku PPP? Seřad podle významnosti čísla 1-7( 1- nejvýznamnější, 7- nejméně významná).*

U této otázky jsem vypočítala průměr priorit, tak jak je dívky k jednotlivým možnostem připsaly.

V 7. třídě je první příčinou vzniku PPP mýtus krásy a na sedmém místě jsou to vlastnosti daného jedince.

V 8. třída je na tom podobně jako 7. třída. Na první příčinou vzniku PPP je mýtus krásy a na sedmém jsou to opět povahové vlastnosti jedince.

V 9. třídě byla první prioritou zvolena odpověď- vliv okolí a na sedmém místě byly opět zvoleny povahové vlastnosti.

Tabulka č. 17: Otázka 6.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Povahové vlastnosti	7 (6,32)	7 (5,31)	7(5,72)
Špatné vztahy s okolím	6 (4,37)	5(4,56)	5(4,50)
Problémy doma	3(3,38)	4(4,25)	4(4,50)
Problémy ve škole	4(3,79)	6(4,81)	6(4,72)
Mýtus krásy	1(2,68)	1(2,31)	2(2,56)
Nemoc	5(4,32)	3(3,63)	3(3,67)
Vliv okolí (všichni se snaží být štíhlý, protože je to zdravé a krásné)	2(2,84)	2(3,13)	1(2,00)

Tato tabulka nám ukazuje, co si dívky myslí, že je nejčastější příčinou vzniku poruch příjmu potravy. Dívky v 7. a 8. třídě si myslí, že nejčastější příčinou vzniku je mýtus krásy, oproti tomu dívky 9. třídy si myslí, že hlavní příčinou vzniku je vliv okolí. Ve všech třídách se dívky shodly a na poslední místo daly povahové vlastnosti jedince.

**Přehled odpovědí na otázku 7. Napiš vlastními slovy, co znamená mentální anorexie a mentální bulimie.**

Tyto odpovědi jsem hodnotila podle toho, zda jsou správné či nejsou. Některé dívky dokázaly definovat obě nemoci, některé pouze jednu.

V 7. třídě nedokázalo definovat obě nemoci 15 dívek, 2 dívky definovaly mentální anorexii a bulimii a 2 dívky definovaly jen mentální anorexii.

V 8. třídě nedokázalo definovat obě nemoci 6 dívek a 10 dívek definovalo mentální anorexii a bulimii.

V 9. třídě nedokázaly 3 dívky definovat mentální anorexii a bulimii a 15 dívek definovalo obě nemoci.

Tabulka č. 18: Otázka 7.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Neví, co znamená mentální anorexie a mentální bulimie	15	6	3
Ví, co znamená mentální anorexie a mentální bulimie	2	10	15
Ví, co znamená mentální anorexie	2	0	0
Ví, co znamená mentální bulimie	0	0	0

**Přehled odpovědí na otázku 8. Jaké si myslíš, že může mít mentální anorexie následky?**

V 7. třídě si 6 dívek myslí, že mentální anorexie způsobuje závažné poškození zdraví a 13 dívek si myslí, že způsobuje úmrtí.

V 8. třídě si 12 dívek myslí, že mentální anorexie způsobuje závažné poškození zdraví a 4 dívky si myslí, že způsobuje úmrtí.

V 9. třídě si 12 dívek myslí, že mentální anorexie způsobuje závažné poškození zdraví a 6 dívek si myslí, že způsobuje úmrtí.

Tabulka č. 19: Otázka 8.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Žádné	0	0	0
Lehké poškození zdraví	0	0	0
Závažné poškození zdraví	6	12	12
Úmrtí	13	4	6

Ve většině případů dívky vědí, že mentální anorexie má výrazný vliv na zdraví a že ho může závažně poškodit a v některých případech může skončit smrtí.

**Přehled odpovědí na otázku 9. Jaké si myslíš, že může mít následky mentální bulimie?**

V 7. třídě si 2 dívky myslí, že mentální bulimie způsobuje lehké poškození zdraví, 13 dívek si myslí, že způsobuje závažné poškození zdraví a 4 dívky si myslí, že způsobuje úmrtí.

V 8. třídě si 13 dívek myslí, že mentální bulimie způsobuje závažné poškození zdraví a 3 dívky si myslí, že způsobuje úmrtí.

V 9. třídě si 15 dívek myslí, že mentální bulimie způsobuje závažné poškození zdraví a 3 dívky si myslí, že způsobuje úmrtí.

Tabulka č. 20: Otázka 9.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Žádné	0	0	0
Lehké poškození zdraví	2	0	0
Závažné poškození zdraví	13	13	15
Úmrtí	4	3	3

Ve většině případů dívky vědí, že mentální bulimie má výrazný vliv na zdraví a že ho může závažně poškodit a v některých případech může skončit smrtí.

**Přehled odpovědí na otázku 10. Znáš pojem BMI (Body mass index)?**

Ve znalosti BMI u dívek to není tak jednoznačné. Můžeme ale předpokládat, že s rostoucím věkem, roste i znalost pojmu BMI.

V 7. třídě zná pojem BMI 1 dívka, zbytek -18 dívek nezná tento pojem.

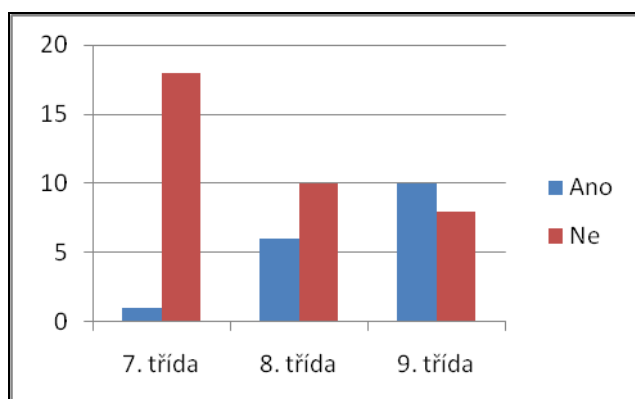
V 8. třídě zná pojem BMI 6 dívek a 10 dívek ho nezná.

V 9. třídě zná pojem BMI 10 dívek a 8 dívek ho nezná.

Tabulka č. 21: Otázka 10.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	1	6	10
Ne	18	10	8

Graf č. 4: Otázka 10.



## 2.5.2 Druhá část

### Přehled odpovědí na otázku 11. *Jsi spokojená s tím, jak vypadáš?*

V 7. třídě se sebou nejsou spokojeny 3 dívky, 11 dívek by na sobě něco změnilo a 5 dívek je se sebou spokojeno.

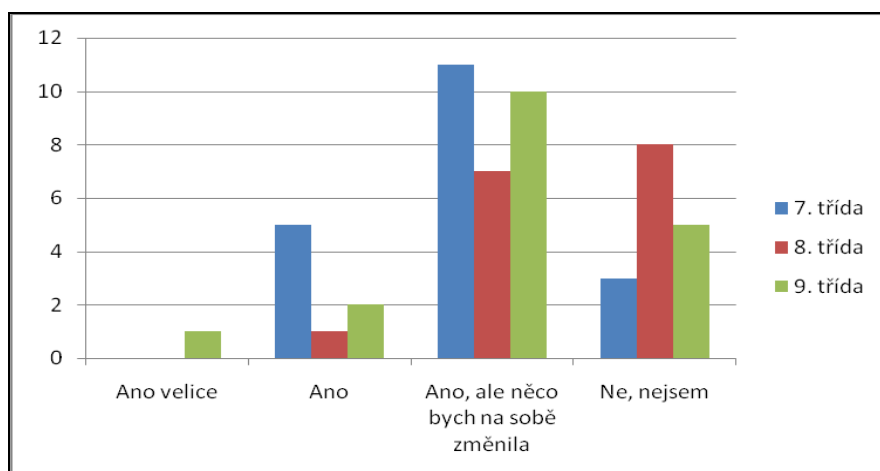
V 8. třídě se sebou není spokojeno 8 dívek, 7 dívek by na sobě něco změnilo a 1 dívka je se sebou spokojená.

V 9. třídě se sebou není spokojeno 5 dívek, 10 dívek by na sobě něco změnilo, 2 dívky jsou se sebou spokojeny a 1 dívka je se sebou spokojena velice.

Tabulka č. 22: Otázka 11.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano velice	0	0	1
Ano	5	1	2
Ano, ale něco bych na sobě změnila	11	7	10
Ne, nejsem	3	8	5

Graf č. 5: Otázka 11.



Ze zjištěných informací můžeme konstatovat, že většina dívek, ač jsou se sebou spokojené, by rádo na sobě něco změnilo. V 8. třídě si můžeme povšimnout, že zde dívky ve většině nejsou se sebou spokojené.

**Přehled odpovědí na otázku 12.** *Kdybys mohla na sobě něco změnit, co by to bylo?*

V 7. třídě by 12 dívek rádo něco změnilo na svém vzhledu, 3 dívky nějakou vlastnost a 4 dívky něco jiného.

V 8. třídě by 14 dívek rádo něco změnilo na svém vzhledu a 2 dívky nějakou vlastnost.

V 9. třídě by 13 dívek rádo něco změnilo na svém vzhledu, 3 dívky nějakou vlastnost a 2 dívky něco jiného.

Tabulka č. 23: Otázka 12.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Něco na svém vzhledu	12	14	13
Nějakou vlastnost	3	2	3
Nic	0	0	0
Jiné	4	0	2



Tabulka č. 24: Procentuální vyjádření otázky 12.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Něco na svém vzhledu	63,16%	87,50%	72,22%
Nějakou vlastnost	15,79%	12,50%	16,67%
Nic	0,00%	0,00%	0,00%
Jiné	21,05%	0,00%	11,11%

Kdyby dívky mohly na sobě něco změnit, bylo by to nejčastěji něco na jejich vzhledu. Většina dívek je se svými vlastnostmi spokojena.

**Přehled odpovědí na otázku 13. Podle čeho posuzuješ ostatní? Seřad' možnosti podle priorit (očíslej 1- 6).**

U této otázky jsem vypočítala průměr všech priorit u jednotlivých odpovědí. U všech třech tříd se priority významně nelišily. V posuzování ostatních se zaměřují na jejich vystupování, inteligenci a až v poslední řadě posuzují člověka podle jejich postavy nebo oblečení.

Tabulka č. 25: Otázka 13.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Podle vzhledu	4(4,32)	4(4,00)	3(3,11)
Podle postavy	5(4,47)	6(4,69)	6(4,78)
Podle oblečení	6(4,79)	5(4,31)	5(4,61)
Podle vystupování	1(1,47)	1(1,63)	1(1,44)
Podle inteligence	2(1,89)	2(2,94)	2(2,56)
Podle oblíbenosti u ostatních	3(3,95)	3(3,96)	4(4,50)

**Přehled odpovědí na otázku 14.** *Nejdůležitější je pro mě (seřad' možnosti podle priorit, očíslej 1-6).*

U této otázky jsem vypočítala průměr všech priorit u jednotlivých odpovědí. U všech třech tříd se priority velmi podobaly. Pro většinu dotazovaných dívek je nejdůležitější jejich zdravotní stav a také mít rodinu a přátele. Na posledním místě je pro ně fyzická přitažlivost a krása.

Tabulka č. 26: Otázka 14.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Být krásná	6(4,84)	5(4,13)	6(4,89)
Být zdravá	1(1,89)	1(2,26)	1(2,11)
Být fyzicky přitažlivá	5(4,21)	6(4,94)	5(4,50)
Být úspěšná ve škole	4(4,11)	3(3,50)	3(3,94)
být oblíbená u ostatních	3(4,00)	4(3,81)	4(4,06)
Mít rodinu a kamarády	2(2,21)	2(2,50)	2(2,28)

**Přehled odpovědí na otázku 15.** *Když se najím, trápí mě výčitky svědomí.*

V 7. třídě na tuto otázku ve většině případů dívky odpovídaly spíše ne, nebo nikdy.

V 8. třídě odpověděly 3 dívky spíše ano, 4 dívky spíše ne a 9 dívek odpovědělo nikdy.

V 9. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 1 dívka spíše ano, 13 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy.

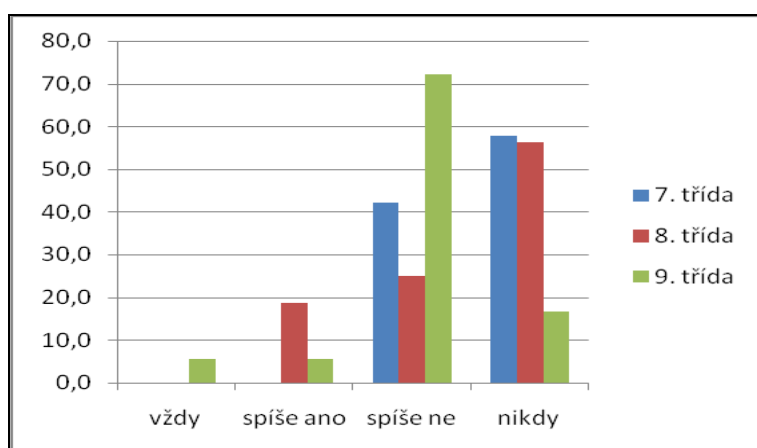
Tabulka č. 27: Otázka 15.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	1
Spíše ano	0	3	1
Spíše ne	8	4	13
Nikdy	11	9	3

Tabulka č. 28: Procentuálně vyjádřená otázka 15.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	5,6
Spíše ano	0	18,8	5,6
Spíše ne	42,1	25,0	72,2
Nikdy	57,9	56,3	16,7

Graf č. 6: Otázka 15.



Ze zjištěných odpovědí bychom mohli usoudit, že ve většině případů, dívky po jídle netrápí výčitky svědomí.

**Přehled odpovědí na otázku 16.** *Tyto výčitky mě dohnaly ke zvracení.*

V 7. třídě odpověděla 1 dívka spíše ano a 18 dívek odpovědělo nikdy.

V 8. třídě odpověděla 1 dívka spíše ne a 15 dívek odpovědělo nikdy.

V 9. třídě odpověděly 2 dívky spíše ne a 16 dívek odpovědělo nikdy.

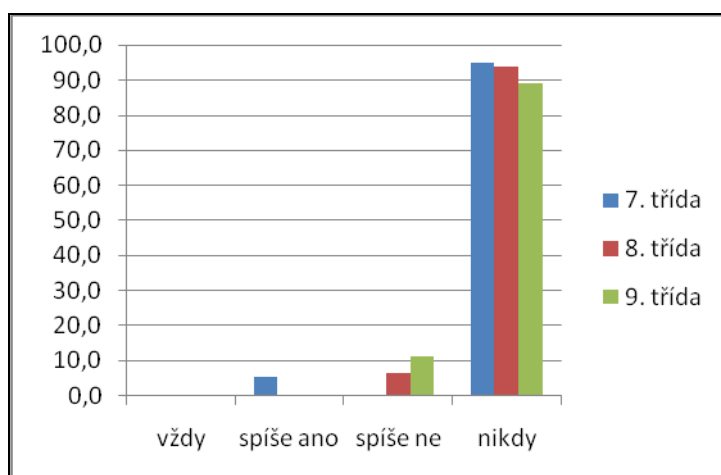
Tabulka č. 29: Otázka 16.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	0
Spíše ano	1	0	0
Spíše ne	0	1	2
Nikdy	18	15	16

Tabulka č. 30: Procentuálně vyjádřená otázka 16.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0,0	0,0	0,0
Spíše ano	5,3	0,0	0,0
Spíše ne	0,0	6,3	11,1
Nikdy	94,7	93,8	88,9

Graf č. 7: Otázka 16.



Tyto tabulky a graf nám ukazují počet dívek, které se už někdy setkaly s výčitkami, které je donutily ke zvracení požitého jídla. Je sice fakt, že většina dívek udává, že nikdy neměly výčitky, které by je dohnaly ke zvracení, ale dalším faktem je, že 5,3% dívek v 7. třídě se s nimi setkalo.

#### **Přehled odpovědí na otázku 17. Někdy mám chuť se přejít.**

V 7. třídě odpovědělo 6 dívek vždy, 5 dívek spíše ano, 6 dívek spíše ne a 2 dívky odpověděly nikdy.

V 8. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 8 dívek spíše ano, 4 dívky spíše ne a 3 dívky odpověděly nikdy.

V 9. třídě žádná dívka neodpověděla vždy, 5 dívek odpovědělo spíše ano, 4 dívky spíše ne a 9 dívek nikdy.

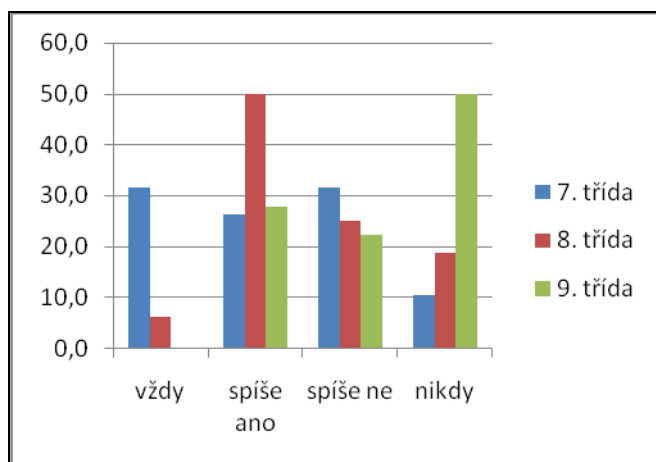
Tabulka č. 31: Otázka 17.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	6	1	0
Spíše ano	5	8	5
Spíše ne	6	4	4
Nikdy	2	3	9

Tabulka č. 32: Procentuální vyjádření otázky 17.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	31,6	6,3	0,0
Spíše ano	26,3	50,0	27,8
Spíše ne	31,6	25,0	22,2
Nikdy	10,5	18,8	50,0

Graf č. 8: Otázka 17.



**Přehled odpovědí na otázku 18. Dokážu se přejít, když se nudím.**

V 7. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 8 dívek spíše ano, 5 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy

V 8. třídě odpovědělo 6 dívek vždy, 6 dívek spíše ano, 2 dívky spíše ne a 2 dívky nikdy.

V 9. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 5 dívek spíše ano, 4 dívky spíše ne a 7 dívek nikdy.

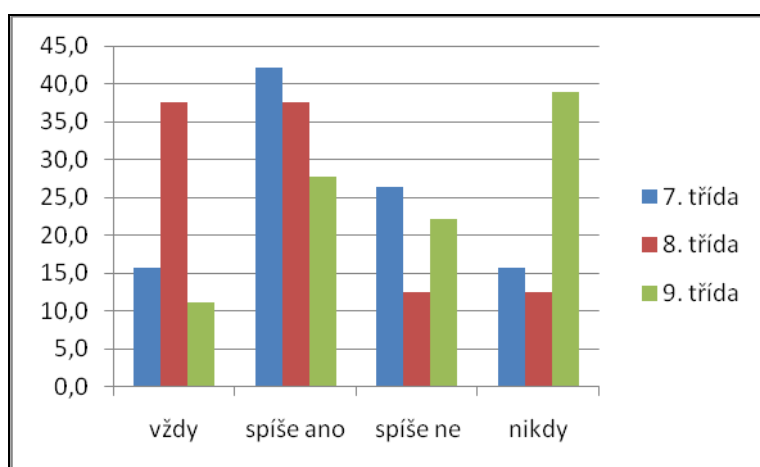
Tabulka č. 33: Otázka 18.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	3	6	2
Spíše ano	8	6	5
Spíše ne	5	2	4
Nikdy	3	2	7

Tabulka č. 34: Procentuální vyjádření otázky 18.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	15,8	37,5	11,1
Spíše ano	42,1	37,5	27,8
Spíše ne	26,3	12,5	22,2
Nikdy	15,8	12,5	38,9

Graf č. 9: Otázka 18.



**Přehled odpovědí na otázku 19.** *Jsem na sebe pyšná, když vydržím nejíst, nebo když toho sním málo.*

V 7. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 4 dívky spíše ano, 5 dívek spíše ne a 9 dívek nikdy.

V 8. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 3 dívky spíše ano, 3 dívky spíše ne a 7 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 5 dívek spíše ano, 5 dívek spíše ne a 6 dívek nikdy.

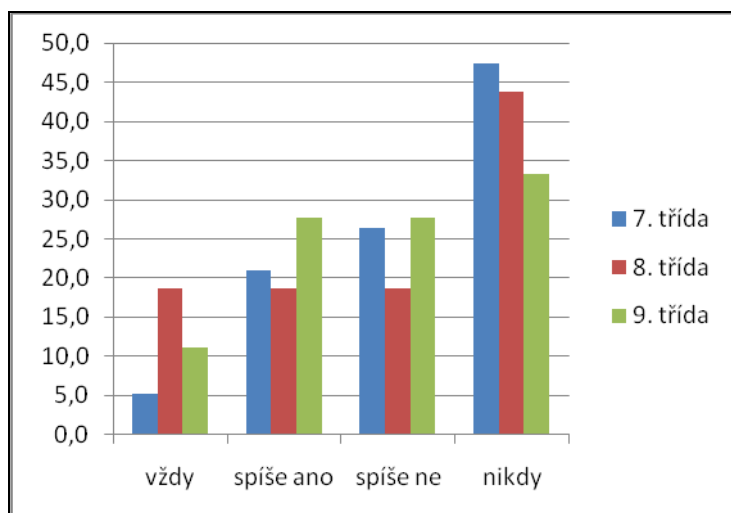
Tabulka č. 35: Otázka 19.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	1	3	2
Spíše ano	4	3	5
Spíše ne	5	3	5
Nikdy	9	7	6

Tabulka č. 36: Procentuální vyjádření otázky 19.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	5,3	18,8	11,1
Spíše ano	21,1	18,8	27,8
Spíše ne	26,3	18,8	27,8
Nikdy	47,4	43,8	33,3

Graf č. 10: Otázka 19.



**Přehled odpovědí na otázku 20.** *Každý den si počítám kalorický příjem toho, co sním.*

V 7. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 2 dívky odpověděly spíše ano, 2 dívky spíše ne a 15 dívek nikdy.

V 8. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, žádná dívka spíše ano, 1 dívka odpověděla spíše ne a 15 dívek odpovědělo nikdy.

V 9. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, žádná dívka spíše ano, 4 dívky odpověděly spíše ne a 14 dívek odpovědělo nikdy.

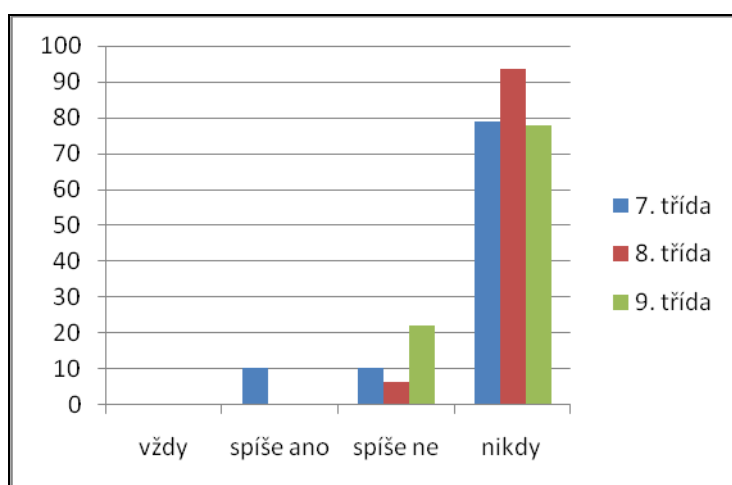
Tabulka č. 37: Otázka 20.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	0
Spíše ano	2	0	0
Spíše ne	2	1	4
Nikdy	15	15	14

Tabulka č. 38: Procentuální vyjádření otázky 20.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	0
Spíše ano	10,5	0	0
Spíše ne	10,5	6,3	22,2
Nikdy	78,9	93,8	77,8

Graf č. 11: Otázka 20.



**Přehled odpovědí na otázku 21.** *Vyloučila jsem ze svého jídelníčku tučná a vysoko-kalorická jídla.*

V 7. třídě odpověděla 1 dívka vždy, žádná dívka spíše ano, 6 dívek spíše ne a 12 dívek nikdy.

V 8. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 2 dívky odpověděly spíše ano, 5 dívek spíše ne a 9 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 1 dívka spíše ano, 8 dívek spíše ne a 8 dívek nikdy.



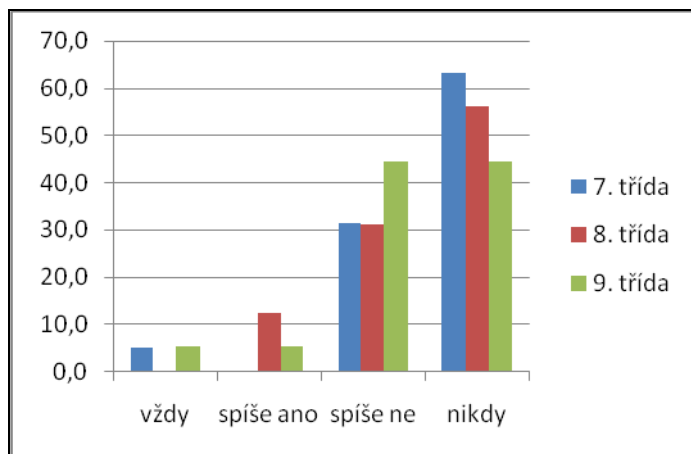
Tabulka č. 39: Otázka 21.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	1	0	1
Spíše ano	0	2	1
Spíše ne	6	5	8
Nikdy	12	9	8

Tabulka č. 40: Procentuální vyjádření otázky 21.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	5,3	0	5,6
Spíše ano	0	12,5	5,6
Spíše ne	31,6	31,3	44,4
Nikdy	63,2	56,3	44,4

Graf č. 12: Otázka 21.



**Přehled odpovědí na otázku 22. Držela jsem (nebo držím) dietu, abych zhubla.**

V 7. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 4 dívky spíše ano, 5 dívek spíše ne a 9 dívek nikdy.

V 8. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 7 dívek odpovědělo spíše ano, žádná neodpověděla spíše ne a 9 odpovědělo nikdy.

V 9. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 5 dívek spíše ne a 7 dívek nikdy.

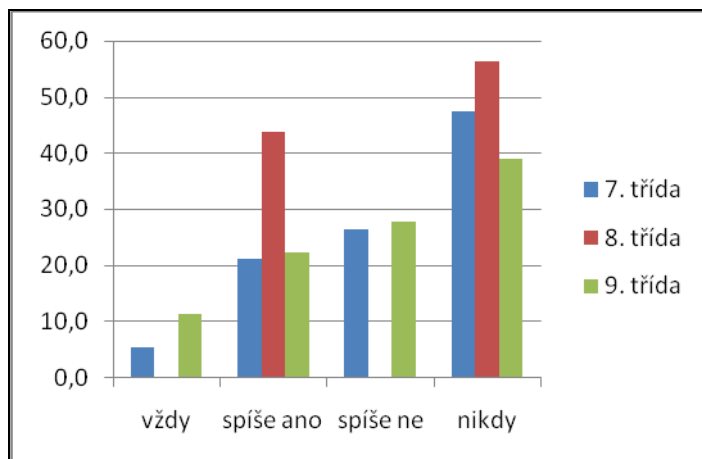
Tabulka č. 41: Otázka 22.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	1	0	2
Spíše ano	4	7	4
Spíše ne	5	0	5
Nikdy	9	9	7

Tabulka č. 42: Procentuální vyjádření otázky 22.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	5,3	0	11,1
Spíše ano	21,1	43,8	22,2
Spíše ne	26,3	0	27,8
Nikdy	47,4	56,3	38,9

Graf č. 13: Otázka 22.



**Přehled odpovědí na otázku 23. *Cítím se fyzicky přitažlivá.***

V 7. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 6 dívek odpovědělo spíše ano, 7 dívek odpovědělo spíše ne a 6 dívek odpovědělo nikdy.

V 8. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 2 dívky odpověděly spíše ano, 7 dívek spíše ne a 7 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 7 dívek odpovědělo spíše ano, 7 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy.

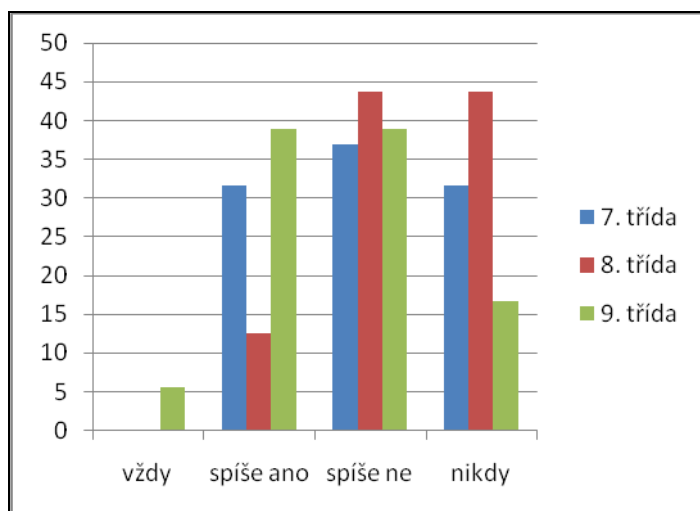
Tabulka č. 43: Otázka 23.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	1
Spíše ano	6	2	7
Spíše ne	7	7	7
Nikdy	6	7	3

Tabulka č. 44: Procentuální vyjádření otázky 23.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	0	5,6
Spíše ano	31,6	12,5	38,9
Spíše ne	36,8	43,8	38,9
Nikdy	31,6	43,8	16,7

Graf č. 14: Otázka 23.



**Přehled odpovědí na otázku 24. *Nechci, aby ostatní viděli mé tělo.***

V 7. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 3 dívky spíše ano, 11 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy

V 8. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 2 dívky spíše ano, 9 dívek spíše ne a 2 dívky nikdy.

V 9. třídě odpovědělo 5 dívek vždy, 4 dívky spíše ano, 7 dívek spíše ne a 2 dívky nikdy.

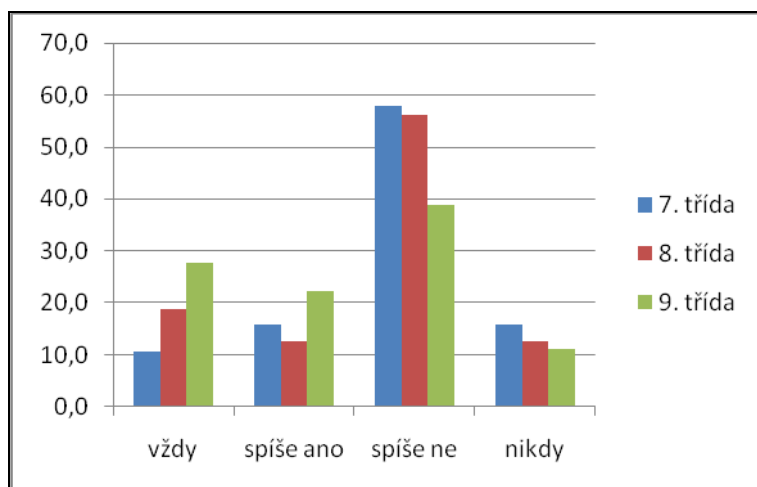
Tabulka č. 45: Otázka 24.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	2	3	5
Spíše ano	3	2	4
Spíše ne	11	9	7
Nikdy	3	2	2

Tabulka č. 46: Procentuální vyjádření otázky 24.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	10,5	18,8	27,8
Spíše ano	15,8	12,5	22,2
Spíše ne	57,9	56,3	38,9
Nikdy	15,8	12,5	11,1

Graf č. 15: Otázka 24.



**Přehled odpovědí na otázku 25. Jsem spokojená se svým obličejem.**

V 7. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 7 dívek odpovědělo spíše ano, 7 dívek spíše ne a 5 dívek nikdy.

V 8. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 3 dívky spíše ano, 6 dívek spíše ne a 6 dívek nikdy.

V 9. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 9 dívek odpovědělo spíše ano, 6 dívek odpovědělo spíše ne a 3 dívky odpověděly nikdy.

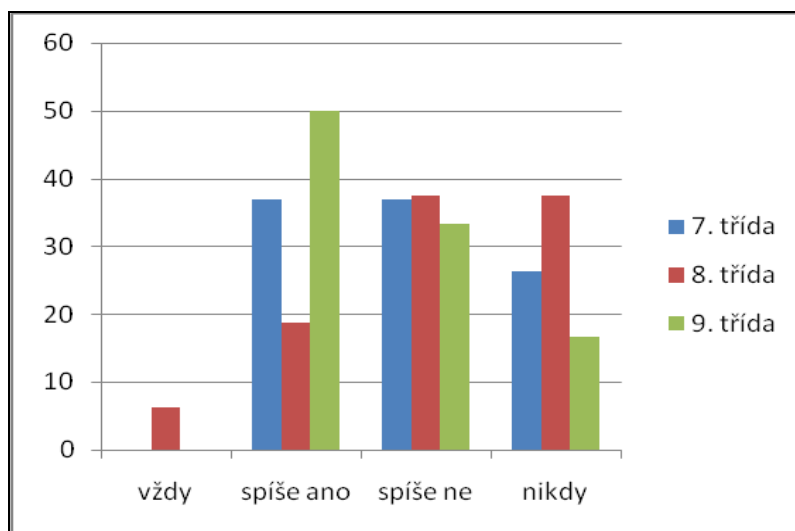
Tabulka č. 47: Otázka 25.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	1	0
Spíše ano	7	3	9
Spíše ne	7	6	6
Nikdy	5	6	3

Tabulka č. 48: Procentuální vyjádření otázky 25.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	0	6,3	0
Spíše ano	36,8	18,8	50,0
Spíše ne	36,8	37,5	33,3
Nikdy	26,3	37,5	16,7

Graf č. 16: Otázka 25.



**Přehled odpovědí na otázku 26. Často se vážím.**

V 7. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 10 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy.

V 8. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 4 dívky odpověděly spíše ano, 5 dívek spíše ne a 7 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 6 dívek spíše ne a 7 dívek nikdy.

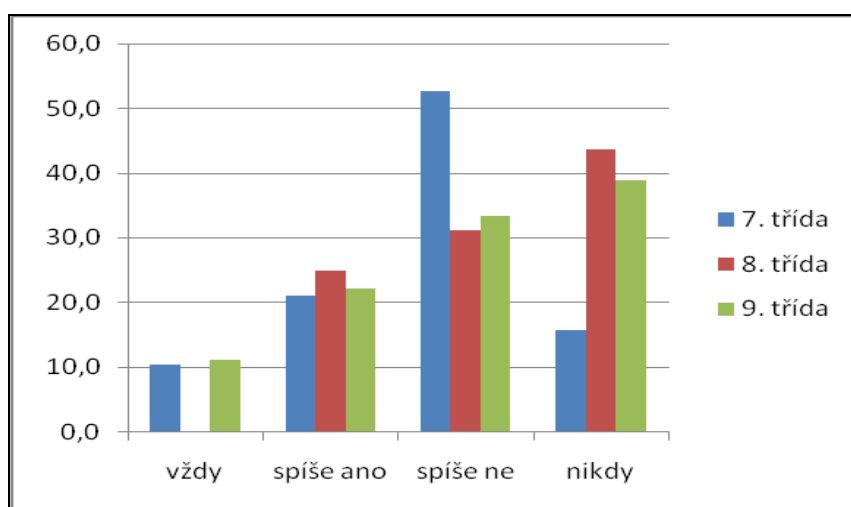
Tabulka č. 49: Otázka 26.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	2	0	2
Spíše ano	4	4	4
Spíše ne	10	5	6
Nikdy	3	7	7

Tabulka č. 50: Procentuální vyjádření otázky 26.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	10,5	0	11,1
Spíše ano	21,1	25,0	22,2
Spíše ne	52,6	31,3	33,3
Nikdy	15,8	43,8	38,9

Graf č. 17: Otázka 26.



**Přehled odpovědí na otázku 27. Cítím se tlustá, když mě oblečení obepíná.**

V 7. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 4 dívky spíše ne a 8 dívek nikdy.

V 8. třídě odpověděly 4 dívky vždy, 3 dívky spíše ano, 4 dívky spíše ne a 5 dívek nikdy.

V 9. třídě odpovědělo 5 dívek vždy, 4 dívky spíše ano, 6 dívek spíše ne a 3 dívky nikdy.

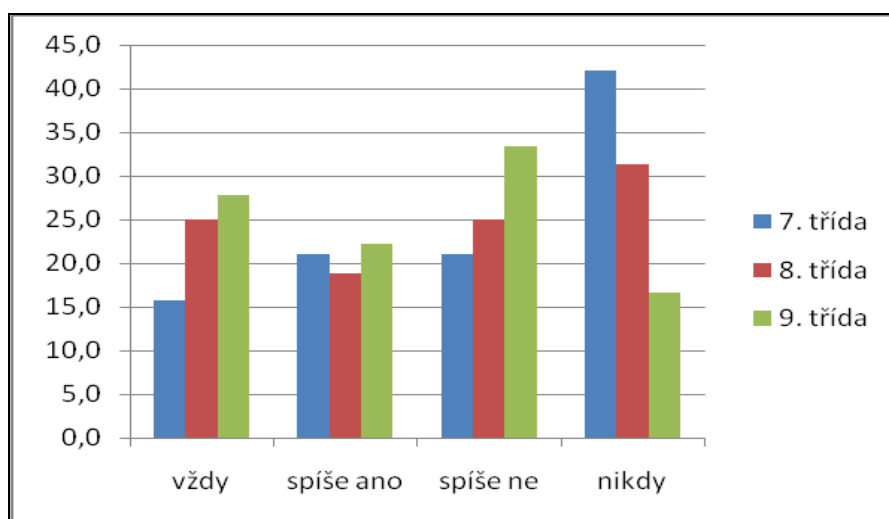
Tabulka č. 51: Otázka 27.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	3	4	5
Spíše ano	4	3	4
Spíše ne	4	4	6
Nikdy	8	5	3

Tabulka č. 52: Procentuální vyjádření otázky 27.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	15,8	25,0	27,8
Spíše ano	21,1	18,8	22,2
Spíše ne	21,1	25,0	33,3
Nikdy	42,1	31,3	16,7

Graf č. 18: Otázka 27.



**Přehled odpovědí na otázku 28. *Mám silnou postavu.***

V 7. třídě odpověděla 1 dívka vždy, 1 dívka spíše ano, 8 dívek spíše ne a 9 dívek nikdy.

V 8. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 1 dívka spíše ano, 7 dívek spíše ne a 5 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděly 4 dívky vždy, 1 dívky spíše ano, 7 dívek spíše ne a 6 dívek nikdy.

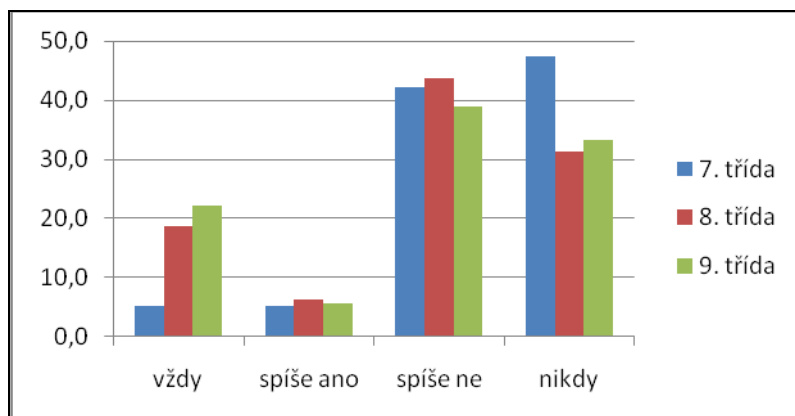
Tabulka č. 53: Otázka 28.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	1	3	4
Spíše ano	1	1	1
Spíše ne	8	7	7
Nikdy	9	5	6

Tabulka č. 54: Procentuální vyjádření otázky 28.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	5,3	18,8	22,2
Spíše ano	5,3	6,3	5,6
Spíše ne	42,1	43,8	38,9
Nikdy	47,4	31,3	33,3

Graf č. 19: Otázky 28.



**Přehled odpovědí na otázku 29. *Stále činím rozhodnutí, že zhubnu.***

V 7. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 3 dívky spíše ne a 10 dívek nikdy,

V 8. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 3 dívky spíše ano, 4 dívky spíše ne a 7 dívek nikdy.

V 9. třídě odpověděly 3 dívky vždy, 4 dívky spíše ano, 6 dívek spíše ne a 5 dívek nikdy.



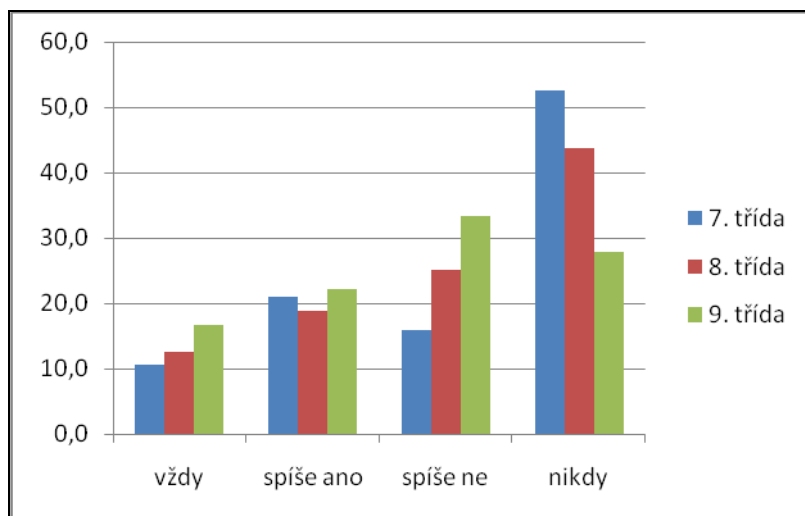
Tabulka č. 55: Otázka 29.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	2	2	3
Spíše ano	4	3	4
Spíše ne	3	4	6
Nikdy	10	7	5

Tabulka č. 56: Procentuální vyjádření otázky 29.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	10,5	12,5	16,7
Spíše ano	21,1	18,8	22,2
Spíše ne	15,8	25,0	33,3
Nikdy	52,6	43,8	27,8

Graf č. 20: Otázka 29.



**Přehled odpovědí na otázku 30. *Usilovně cvičím, abych spálila energii.***

V 7. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 3 dívky spíše ano, 4 dívky spíše ne a 10 dívek nikdy.

V 8. třídě odpověděly 2 dívky vždy, 1 dívka spíše ano, 7 dívek spíše ne a 6 dívek nikdy.

V 9. třídě neodpověděla žádná dívka vždy, 5 dívek odpovědělo spíše ano, 8 dívek spíše ne a 5 dívek nikdy.

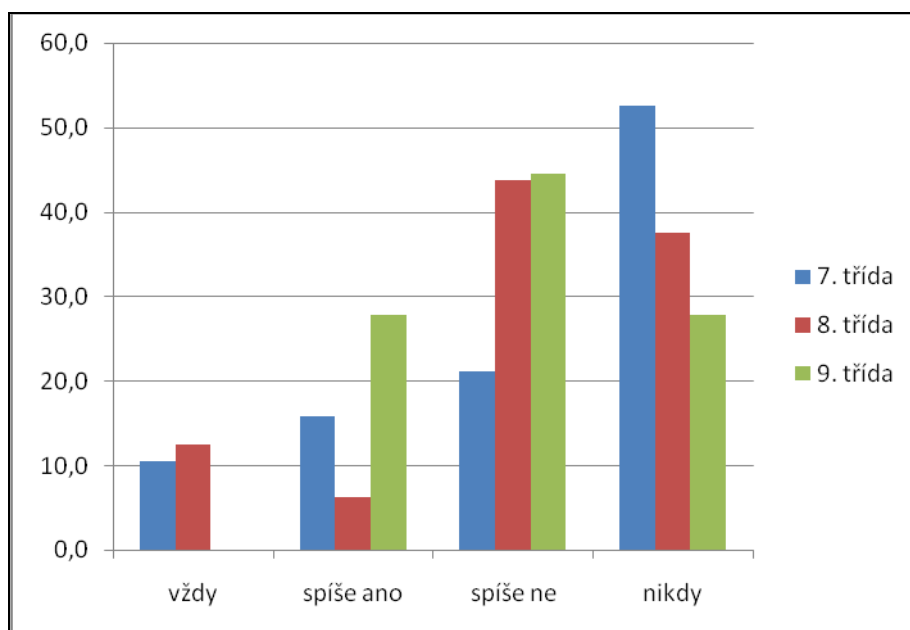
Tabulka č. 57: Otázka 30.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	2	2	0
Spíše ano	3	1	5
Spíše ne	4	7	8
Nikdy	10	6	5

Tabulka č. 58: Procentuální vyjádření otázky 30.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Vždy	10,5	12,5	0
Spíše ano	15,8	6,3	27,8
Spíše ne	21,1	43,8	44,4
Nikdy	52,6	37,5	27,8

Graf č. 21: Otázka 30.



### 2.5.3 Třetí část

**Přehled odpovědí na otázku 31.** *Kolik hodin denně věnuješ hraní na hudební nástroj/ zpívání? (vypiš)*

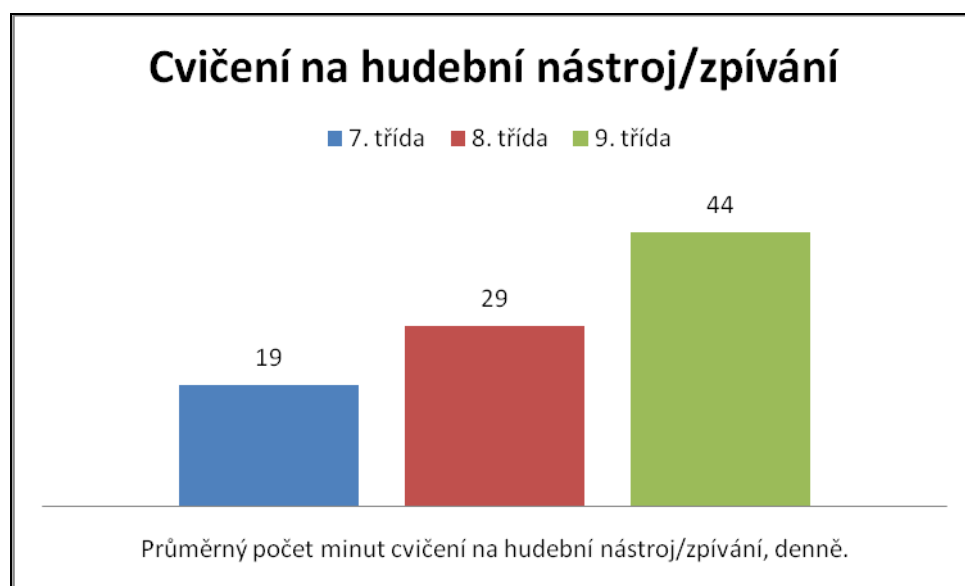
Odpovědi u této otázky nebyly zcela jednoznačné. Některé dívky cvičily pár minut denně jiné týdně. Proto jsem vypočítala průměrný počet minut, který věnují dívky hraní na hudební nástroj či zpívání.

V 7. třídě se denně dívky věnují cvičení na hudební nástroj či zpívání průměrně 19 minut, v 8. třídě 29 minut a v 9. třídě 44 minut.

Tabulka č. 59: Otázka 31.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Průměr minut hraní na hudební nástroj/ zpívání denně	19	29	44

Graf č. 22: Otázka 31.



**Přehled odpovědí na otázku 32.** *Zasahuje hraní na hudební nástroj/ zpívání i do období hlavních jídel?*

V 7. třídě odpověděly 2 dívky ano a 17 dívek ne.

V 8. třídě odpověděly 3 dívky ano a 13 dívek ne.

V 9. třídě odpověděly 3 dívky ano a 15 dívek ne.

Tabulka č. 60: Otázka 32.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	2	3	3
Ne	17	13	15

**Přehled odpovědí na otázku 33.** *Jdeš si radši zahrát/ zazpívat, než abys jedla?*

V 7. třídě odpověděly 2 dívky ano a 17 dívek ne.

V 8. třídě odpověděly 2 dívky ano a 14 dívek ne.

V 9. třídě odpověděly 4 dívky ano a 14 dívek ne.

Tabulka č. 61: Otázka 33.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
Ano	2	2	4
Ne	17	14	14

**Přehled odpovědí na otázku 34.** *Při hraní/zpívání mám:*

V 7. třídě odpověděla 1 dívka, že má větší chuť na jídlo, 5 dívek má menší chuť na jídlo a 13 dívek na jídlo nemyslí.

V 8. třídě odpověděly 2 dívky, že mají větší chuť na jídlo, 3 dívky mají menší chuť na jídlo a 11 dívek na jídlo nemyslí.

V 9. třídě odpověděla 1 dívka, že má větší chuť na jídlo, žádná dívka neodpověděla, že má menší chuť na jídlo a 17 dívek na jídlo nemyslí.

Tabulka č. 62: Otázka 34.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
větší chuť na jídlo	1	2	1
menší chuť na jídlo	5	3	0
na jídlo nemyslím	13	11	17

**Přehled odpovědí na otázku 35.** *Když mám hlad:*

V 7. třídě se 16 dívek jde najíst, žádná dívka si nejde zaspportovat, žádná dívka si nejde zahrát na hudební nástroj, nebo si zazpívat a 3 dívky se napijí.

V 8. třídě se 11 dívek jde najíst, žádná dívka si nejde zaspportovat, žádná dívka si nejde zahrát na hudební nástroj nebo si zazpívat a 4 dívky se napijí.

V 9. třídě se 15 dívek jde najíst, 2 dívky si zaspportují, žádná dívka si nejde zahrát

na hudební nástroj nebo si zazpívat a 1 dívka se napije.

Tabulka č. 63: Otázka 35.

Odpověď	7. třída	8. třída	9. třída
jdu se najíst	16	11	15
jdu si zasportovat	0	0	2
jdu si zahrát na hudební nástroj/ zazpívat	0	0	0
napiji se	3	4	1

## 2.6 Diskuze

S výsledky tohoto výzkumu je třeba zacházet obezřetně, jelikož jde o pilotní studii. Aby tyto výsledky byly relevantní, měl by se výzkum provádět na větším vzorku dětí.

Když jsem shrnula výsledky Body Mass Indexu ve všech třídách, došla jsem k závěru, že mnoho dívek trpí výraznou podváhou. K hodnocení jsem využila tabulku číslo 6. Mohli bychom tuto podváhu přisuzovat i výraznému růstovému výšvihu, který v tomto období věku nastává. Jak jsem již zmínila v teoretické části, BMI není jediným ukazatelem pro diagnostiku poruch příjmu potravy. I když podle BMI je většina dívek v normě, nebo trpí podváhou, některé z nich by ještě rády něco zhubly. Průměry BMI jednotlivých tříd odpovídají danému věku.

Rizikové chování dívek můžeme pozorovat v oblastech přejídání a zkušeností s držetím diet. V oblasti přejídání odpověděla necelá polovina dívek, že je schopno se v období nudy přejíst. Domnívám se, že dnešní mládež všeobecně, neumí naložit se svým volným časem. Proto se ani nedivím, že v obdobích nudy, jsou některé dívky schopné se přejíst. Zkušenost s držetím diet má asi polovina dotazovaných dívek. Je zajímavé, že již tak mladé dívky se setkaly s nějakou formou snížení „nadváhy“. Jisté je, že tyto dívky se svou postavou nejsou spokojeny.

Pro tento věk je typické, že dívky mívají spíše nižší sebevědomí, co se týče jejich vzhledu. Většina dívek se necítí být fyzicky přitažlivá, jejich tělo se mění, zaobluje své tvary a pro dívky dříve „kachektické“, „ploché“ a dětské, je to zajisté veliká změna. Za to, co se s jejich tělem děje, se stydí. Vlivem hormonálních změn se mění i jejich pleť a to má za následek velkou nespokojenost s jejich obličejem. Více než polovina dotazovaných dívek není se svým obličejem spokojená. Kdyby všechny tyto dívky mohly, neváhaly by a změnily by něco na svém vzhledu.

Při srovnání znalostí v jednotlivých třídách je celkem logické, že tyto znalosti a informovanost o problematice poruch příjmu potravy rostou v souvislosti s věkem. Tento vzestup můžeme pozorovat i o zájem zařadit do výuky přednášky o problematice poruch příjmu potravy. U dívek v 9. třídě zájem opadá, protože si myslí, že jsou dostatečně informovány a naopak u dívek z třídy 7. a 8. je tento zájem poměrně vysoký v souvislosti s jejich nedostatečnou informovaností.

Je zajímavé, že většina dívek nesoudí druhé podle vzhledu či oblečení, což by se v tomto věku dalo předpokládat, ale podle inteligence a vystupování. Domnívám se, že tato otázka nebyla zcela vyplněna podle pravdy, ale podle určitého nepsaného pravidla,

podle kterého bychom měli posuzovat druhé. Zajímalo by mě, kolik dívek, které napsaly, že posuzují člověka podle vystupování a inteligence, by se přišlo spřátelit s nenápadnou, nehezky oblečenou „šprtou“, která by byla slušně vychovaná a velice inteligentní. Je dobré se přesvědčit o tom, že i takto mladé dívky neztrácejí hodnotovou orientaci a na prvním místě je nejen zdraví, ale i rodina a přátelé.

Vzhledem k věku dotazovaných dívek, je jasné, že pro ně škola není na prvním místě a už vůbec ne příprava na hodiny hudební výchovy. Dívky bychom mohly rozdělit do dvou skupin na ty, které se pravidelně denně připravují a na ty, které se připravují nepravidelně, nebo vůbec. Z odpovědí v třetí části vyplývá, že hraní na hudební nástroj, nebo zpívání ve svém volném čase berou jako nutnost přípravy na výuku. Většina dívek jídlo během hraní neřeší, nemyslí na něj a ani nemají větší nebo menší chuť.

## Závěr

Při vyhodnocování dotazníků jsem dospěla k závěru, že na školách neprobíhají, nebo jen okrajově, přednášky na téma poruchy příjmu potravy. Jelikož jsou tato onemocnění v dnešní době na velkém vzestupu, můžu jen doporučit zařazení přednášek o této problematice do výuky. Protože jdou i tyto poruchy kupředu s dobou a objevují se u čím dál mladší populace, myslím si, že by bylo vhodné začít s edukací již v pátých a šestých třídách.

Dospělí se mohou rozhodovat podle dosažených informací a zkušeností, mají možnost volby. Děti čerpají z toho, co vidí, slyší a z toho, co jim kdo řekne. Kopírují dospělé. Proto si myslím, že když o této problematice nevědí rodiče, měli by funkci informátorů zastat učitelé.

Řekla bych, že v dnešní době je velmi složité dotazníkovou metodou přijít na výskyt poruch příjmu potravy. Mnoho dívek velice „šikovně“ skrývá své jídelní návyky, postoje k jídlu a učí se i „šikovně“ odpovídat, tak aby si všichni mysleli, že je vlastně všechno tak, jak má být. Myslím si, že bychom mohli lépe zkoumat rizikové chování dotazovaných a jejich jídelní postoje a návyky, než samotné poruchy příjmu potravy.

Sžívání se, se svým „novým vzhledem“ je pro mnohé velmi obtížné. Na jedince v tomto věku je vyvoláván velký tlak ze všech stran jeho okolí a nejde se tomu všemu v dnešním světě ubránit. Měl by se proto klást důraz na vytváření sebevědomí každého jednotlivce od nejtělejšího dětství, aby se v kritickém věku dokázali ubránit tlaku médií na ideál krásy.

Někdo by si mohl říci, že dívky věnující se hudbě, jsou uzavřené ve svém, pro spoustu lidí jiném, světě a že se jich tyto problémy netýkají. Jsou to ale dívky, jako každé jiné, prochází pubertou, zajímají se nejen o líčení, kluky, ale také o to, jakou má ta která dívka postavu a kde jí co leze z kalhot nebo z pod trika. Faktem je, že dívky, které se rozhodly pro hudbu, nejsou o nic víc jiné než dívky z jiných základních škol bez zaměření.

V závěru mé práce bych chtěla zmínit fakt, že výsledky, tak jak byly získány, neukázaly zvýšený výskyt poruch příjmu potravy u dětí studujících hru na hudební nástroj a zpěv. Myslím si, že by nebylo špatné tento nápad v budoucnu realizovat s větším vzorkem dívek a škol.



## Anotace

<b>Autor:</b>	Kateřina Uhmánová, DiS.
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Lubomír Hadaš, Ph. D.
<b>Počet stran:</b>	94
<b>Počet příloh:</b>	13
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Klíčová slova:</b>	mentální anorexie, mentální bulimie, rizikové chování, rizikové faktory

Bakalářská práce se zabývá problematikou mentální anorexie a mentální bulimie u dospívajících dívek. Poukazuje na výskyt mentální anorexie a mentální bulimie v České republice i v Královéhradeckém kraji.

Základem práce je kvantitativní průzkumné šetření informovanosti, rizikového chování a vlivu hraní na hudební nástroj a zpívání na příjem potravy. Zkoumaný vzorek tvoří dívky ze 7., 8. a 9. třídy základní školy se zaměřením na hudební výchovu.

This paper deals with mental anorexia and mental bulimia of young girls. It refers to occurrence of mental anorexia and mental bulimia in Czech Republic in the area of Hradec Králové.

The practical part is based on quantity research. This research explores knowledges of young- teenage girls, risk behaviour and it explores how is playing musical instrument and singing influencing food intake. In research there are explore girls that attends 7th, 8th, 9th classes at the basic school with a view to music.

## Literatura a prameny

1. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám mentální anorexie a mentální bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5
2. COOPER, P. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2
3. ECO, U. *Dějiny krásy*. 1. vyd. Praha: Argo, 2005. 439 s. ISBN 80-7203-677-7
4. HADAŠ, L. *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie*. [s.l.], 2007. 212 s. Dizertační práce.
5. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9
6. JACOBI, C., PAUL, T., THIELE, A. *Poruchy příjmu potravy*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004
7. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
8. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178598-9
9. KRCH, F., D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3
10. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X
11. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X
14. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0

15. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0
16. PAPEŽOVÁ, H. *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. 76 s. ISBN 85121-32-8
17. PAULÍK, K. *Základy vývojové psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 80 s. ISBN 80-7368-039-4
18. *Www.ana-girl.blog.cz* [online]. 2007 [cit. 2008-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://ana-girl.blog.cz/rubriky/ana>>.
19. *Www.analone.blog.cz* [online]. 2007 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://analone.blog.cz/rubriky/analone>>.
20. *Www.novinky.cz* [online]. 2003 [cit. 2008-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.novinky.cz/clanek/137320-francouzsky-modni-prumysl-podepsal-chartu-proti-anorexii.html>>.
21. *Www.novinky.cz* [online]. 2003 [cit. 2008-04-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.novinky.cz/clanek/137787-podnecovani-k-anorexii-bude-ve-francii-asi-trestne.html>>.
22. *Www.true.desire.sblog.cz* [online]. 2007 [cit. 2008-03-29]. Dostupný z WWW: <[http://true.desire.sblog.cz/pro\\_ana/](http://true.desire.sblog.cz/pro_ana/)>.
23. *Www.zdravi.idnes.cz* [online]. 2008 [cit. 2008-03-03]. Dostupný z WWW: <[http://zdravi.idnes.cz/mohou-za-anorexii-geny-nebo-spolecnost-d91-/zdravi.asp?c=A070303\\_155536\\_zdravi\\_ves](http://zdravi.idnes.cz/mohou-za-anorexii-geny-nebo-spolecnost-d91-/zdravi.asp?c=A070303_155536_zdravi_ves)>.

## Seznam grafů

Graf číslo 1: Procentuální vyobrazení četnosti hudebních nástrojů a zpěvu.

Graf číslo 2: Otázka 2.

Graf číslo 3: Otázka 3.

Graf číslo 4: Otázka 10.

Graf číslo 5: Otázka 11.

Graf číslo 6: Otázka 15.

Graf číslo 7: Otázka 16.

Graf číslo 8: Otázka 17.

Graf číslo 9: Otázka 18.

Graf číslo 10: Otázka 19.

Graf číslo 11: Otázka 20.

Graf číslo 12: Otázka 21.

Graf číslo 13: Otázka 22.

Graf číslo 14: Otázka 23.

Graf číslo 15: Otázka 24.

Graf číslo 16: Otázka 25.

Graf číslo 17: Otázka 26.

Graf číslo 18: Otázka 27.

Graf číslo 19: Otázka 28.

Graf číslo 20: Otázka 29.

Graf číslo 21: Otázka 30.

Graf číslo 22: Otázka 31.

## Seznam tabulek

- Tabulka č. 1: Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie hospitalizovaných v ČR.
- Tabulka č. 2: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální anorexie v Královéhradeckém kraji.
- Tabulka č. 3: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální bulimie v Královéhradeckém kraji.
- Tabulka č. 4: Hlavní rizikové faktory pro mentální anorexii a mentální bulimii.
- Tabulka č. 5: Somatické komplikace způsobené poruchami příjmu potravy.
- Tabulka č. 6: Průměrná hodnota BMI u českých dívek ve věkovém rozmezí 9-16 let.
- Tabulka č. 7: Věk, váha, výška a BMI v 7. třídě.
- Tabulka č. 8: Věk, váha, výška a BMI v 8. třídě.
- Tabulka č. 9: Věk, váha, výška a BMI v 9. třídě.
- Tabulka č. 10: Průměrná hodnota všech dívek jednotlivých tříd.
- Tabulka č. 11: Procentuální zobrazení četnosti hudebních nástrojů a zpěvu.
- Tabulka č. 12: Otázka 1.
- Tabulka č. 13: Otázka 2.
- Tabulka č. 14: Otázka 3.
- Tabulka č. 15: Otázka 4.
- Tabulka č. 16: Otázka 5.
- Tabulka č. 17: Otázka 6.
- Tabulka č. 18: Otázka 7.
- Tabulka č. 19: Otázka 8.
- Tabulka č. 20: Otázka 9.
- Tabulka č. 21: Otázka 10.
- Tabulka č. 22: Otázka 11.
- Tabulka č. 23: Otázka 12.
- Tabulka č. 24: Procentuální vyjádření otázky 12.
- Tabulka č. 25: Otázka 13.
- Tabulka č. 26: Otázka 14.
- Tabulka č. 27: Otázka 15.
- Tabulka č. 28: Procentuální vyjádření otázky 15.
- Tabulka č. 29: Otázka 16.
- Tabulka č. 30: Procentuální vyjádření otázky 16.

Tabulka č. 31: Otázka 17.  
Tabulka č. 32: Procentuální vyjádření otázky 17.  
Tabulka č. 33: Otázka 18.  
Tabulka č. 34: Procentuální vyjádření otázky 18.  
Tabulka č. 35: Otázka 19.  
Tabulka č. 36: Procentuální vyjádření otázky 19.  
Tabulka č. 37: Otázka 20.  
Tabulka č. 38: Procentuální vyjádření otázky 20.  
Tabulka č. 39: Otázka 21.  
Tabulka č. 40: Procentuální vyjádření otázky 21.  
Tabulka č. 41: Otázka 22.  
Tabulka č. 42: Procentuální vyjádření otázky 22.  
Tabulka č. 43: Otázka 23.  
Tabulka č. 44: Procentuální vyjádření otázky 23.  
Tabulka č. 45: Otázka 24.  
Tabulka č. 46: Procentuální vyjádření otázky 24.  
Tabulka č. 47: Otázka 25.  
Tabulka č. 48: Procentuální vyjádření otázky 25.  
Tabulka č. 49: Otázka 26.  
Tabulka č. 50: Procentuální vyjádření otázky 26.  
Tabulka č. 51: Otázka 27.  
Tabulka č. 52: Procentuální vyjádření otázky 27.  
Tabulka č. 53: Otázka 28.  
Tabulka č. 54: Procentuální vyjádření otázky 28.  
Tabulka č. 55: Otázka 29.  
Tabulka č. 56: Procentuální vyjádření otázky 29.  
Tabulka č. 57: Otázka 30.  
Tabulka č. 58: Procentuální vyjádření otázky 30.  
Tabulka č. 59: Otázka 31.  
Tabulka č. 60: Otázka 32.  
Tabulka č. 61: Otázka 33.  
Tabulka č. 62: Otázka 34.  
Tabulka č. 63: Otázka 35.

## Seznam příloh

- Příloha č. 1: Dotazník.
- Příloha č. 2: Ukázka jídelníčku z „Pro- ana“ blogu.
- Příloha č. 3: Thinspirace (Real girls, modelky a celebrity).
- Příloha č. 4: Dopis od Any.
- Příloha č. 5: Modlitba k Aně.
- Příloha č. 6: Pro-ana tipy a triky (zkrácená verze).
- Příloha č. 7: Jak skrýt anu?
- Příloha č. 8: 10 důvodů proč nejíst.
- Příloha č. 9: Pro ana citáty.
- Příloha č. 10: Pohled na hubenost v minulosti.
- Příloha č. 11: Mentální anorexie- obrázky.
- Příloha č. 12: Jak se vidí anorektičky.
- Příloha č. 13: Body Mass Index.

## **Příloha č. 1: Dotazník.**

Dobrý den!

Jmenuji se Kateřina Uhmánová a jsem studentkou Lékařské Fakulty UK v Hradci králové, 3. Ročník bakalářského programu ošetrovatelství, obor všeobecná sestra. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude sloužit pro výzkum znalostí a výskytu poruch příjmu potravy. Je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro mou potřebu ke statistickému zpracování. Vyberte odpověď a tu zakroužkujte, nebo stručně vypište.

VÁHA:

VÝŠKA:

VĚK:

HUDEBNÍ NÁSTROJ (pokud zpíváš, napiš zpěv):

### I. Část

1. Slyšela jsi o poruchách příjmu potravy (dále jen PPP)?
  - a) Ano
  - b) Ne
2. Odkud jsi se, o poruchách příjmu potravy dozvěděla?
  - a) Od kamarádů
  - b) Od rodičů
  - c) Od učitelů
  - d) Z knih
  - e) Z časopisů
  - f) Z internetu
3. Myslíš, že jsi ve škole dostatečně informována o problematice PPP?
  - a) Ano
  - b) Ne
4. Uvítala bys ve škole přednášky o problematice PPP?
  - a) Ano
  - b) Ne
5. Jaké znáš nejčastější PPP? (vypiš)



6. Co si myslíš, že je příčinou vzniku PPP? Seřaď podle významnosti čísla 1-7( 1- nejvýznamnější, 7- nejméně významná).
- a) Povahové vlastnosti
  - b) Špatné vztahy s okolím
  - c) Problémy doma
  - d) Problémy ve škole
  - e) Mýtus krásy
  - f) Nemoc
  - g) Vliv okolí (všichni se snaží být štíhlí, protože je to krásné a zdravé)
7. Napiš vlastními slovy, co znamená mentální anorexie a mentální bulimie.
8. Jaké si myslíš, že může mít mentální anorexie následky?
- a) Žádné
  - b) Lehké poškození zdraví
  - c) Závažné poškození zdraví
  - d) Úmrtí
9. Jaké si myslíš, že může mít následky mentální bulimie?
- a) Žádné
  - b) Lehké poškození zdraví
  - c) Závažné poškození zdraví
  - d) Úmrtí
10. Znáš pojem BMI (Body mass index)?
- a) Ano
  - b) Ne

## II. Část

11. Jsi spokojená s tím, jak vypadáš?
- a) Ano velice
  - b) Ano
  - c) Ano, ale něco bych na sobě změnila
  - d) Ne, nejsem

12. Kdybys mohla na sobě něco změnit, co by to bylo?
- a) Něco na svém vzhledu
  - b) Nějakou vlastnost
  - c) Nic
  - d) Jiné
13. Podle čeho posuzuješ ostatní? Seřaď možnosti podle priorit (očíslej 1- 6).
- a) Podle vzhledu
  - b) Podle postavy
  - c) Podle oblečení
  - d) Podle vystupování
  - e) Podle inteligence
  - f) Podle oblíbenosti u ostatních
14. Nejdůležitější je pro mě (seřaď možnosti podle priorit, očíslej 1-6):
- a) Být krásná
  - b) Být zdravá
  - c) Být fyzicky zdatná
  - d) Být úspěšná ve škole
  - e) Být oblíbená u ostatních spolužáků
  - f) Mít rodinu a dobré kamarády

Pro odpověď vyber a zakroužkuj jednu z možností:

- a) Vždy
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Nikdy

15. Když se najím, trápí mě výčitky svědomí. A B C D
16. Tyto výčitky mě dohnaly ke zvracení. A B C D
17. Někdy mám chuť se přejíst. A B C D
18. Dokážu se přejíst, když se nudím. A B C D
19. Jsem na sebe pyšná, když vydržím nejíst, nebo když toho sním málo. A B C D
20. Každý den si počítám kalorický příjem toho, co sním. A B C D
21. Vyloučila jsem ze svého jídelníčku tučná a vysoko-kalorická jídla. A B C D

22. Držela jsem (nebo držím) dietu, abych zhubla. A B C D
23. Cítím se fyzicky přitažlivá. A B C D
24. Nechci, aby ostatní viděli mé tělo. A B C D
25. Jsem spokojená se svým obličejem. A B C D
26. Často se vážím. A B C D
27. Cítím se tlustá, když mě oblečení obepíná. A B C D
28. Mám silnou postavu. A B C D
29. Stále činím rozhodnutí, že zhubnu. A B C D
30. Usilovně cvičím, abych spálila energii. A B C D

### III. Část

31. Kolik hodin denně věnuješ hraní na hudební nástroj/ zpívání? (vypiš)
32. Zasahuje hraní na hudební nástroj/ zpívání i do období hlavních jídel?
- a) Ano
  - b) Ne
33. Jdeš si radši zahrát/ zazpívat, než abys jedla?
- a) Ano
  - b) Ne
34. Při hraní/zpívání mám:
- a) větší chuť na jídlo
  - b) menší chuť na jídlo
  - c) na jídlo nemyslím
35. Když mám hlad:
- a) jdu se najíst
  - b) jdu si zasportovat
  - c) jdu si zahrát na hudební nástroj/ zazpívat
  - d) napiji se

**Příloha č. 2: Ukázka jídelníčku z „Pro- ana“ blogu.**

Snídaně: káva

Svačina: cola light

Oběd: bílý nízkotučný jogurt

Svačina: káva

Večeře: cola light

Tekutiny: 3 l vody, 2 l neslazeného čaje

**Příloha č. 3: Thinspirace (Real girls, modelky a celebrity).**

**Real girls**





**Celebrity&modelky**



#### **Příloha č. 4: Dopis od ANY**

Dovol mi představit se. Jmenuji se, nebo jak mě nazývají lékaři a jiní, Anorexia. Moje celé jméno zní Anorexia Nervosa, ale můžeš mi říkat Anna. Myslím, že se můžeme stát dobrými partnery. V blízké budoucnosti do tebe budu investovat hodně svého času a totéž očekávám od tebe.

V minulosti jsi slyšela své učitele a rodiče jak o tobě mluví jako o zralé a inteligentní osobě s tolika možnostmi. Kam se to podělo, mám se ptát? Nikdy nic z toho nebylo! Nejsi dokonalá, dost se nesnažíš a navíc ztrácíš čas přemýšlením a mluvením s přáteli nebo kreslením! Tyhle slabosti ti nebudou povoleny.

Tví přátelé ti nerozumí, nejsou k tobě upřímní. Kdysi, když se nejistota vkrádala do tvé mysli a ty ses jich zeptala, "Jsem...tlustá?" a oni odpověděli "Ale ne, jistěže ne" Tys věděla, že lžou! Jen já ti říkám pravdu. Tvoji rodiče, škoda mluvit! Víš, že tě milují a starají se o tebe, ale část toho je jen proto, že to jsou rodiče a že je jejich povinností to dělat. Teď bych ti měla říct tajemství: Někde hluboko uvnitř jsou tví rodiče zklamaní. Jejich dcera, ta s tolika možnostmi, je tlustá, líná a nehodná dívka. Ale já to všechno změním.

Očekávám od tebe hodně. Není ti povoleno jíst moc. Začne to pomalu: snižování příjmu tuku, čtení tabulek s nutričními hodnotami, zbavování se nezdravých, smažených jídel atd. Na chvíli bude cvičení snadné: nějaké to běhání, možná nějaké dřepy či cviky na břicho, nic vážného. Možná takhle shodíš pár kil z toho svého tlustého těla. Ale nebude dlouho trvat a nebude mi to stačit.

Budu od tebe očekávat, že si budeš počítat a zapisovat svůj příjem kalorií a že začneš cvičit více. Vnutím ti limit. Musíš to přijmout, protože mi nemůžeš vzdorovat! Začínám se do tebe vkrádat. Hezky brzo, jsem s tebou neustále. Jsem s tebou, když ráno vstaneš a běžíš k váze. Ta čísla se stávají jak přáteli, tak nepřáteli a ty si stále jen zoufale přeješ, aby byly nižší než včera, než večer... Do zrcadla se na sebe díváš s hrůzou. Pícháš a strkáš do každého špeku a usmíváš se, když přejedeš rukou přes kost. Jsem s tebou, když si plánuješ den: 400 kalorií, 2 hodiny cvičení. Já jsem ten, kdo takhle plánuje, protože od teď jsou mé myšlenky spjaty s tvými.

Sleduji tvé myšlenky po celý den. Ve škole, když ve své mysli bloudíš neznámem, dám ti něco, o čem můžeš přemýšlet. Přepočítej si kalorie pro tento den. Je jich příliš mnoho. Zaplním tvou mysl myšlenkami na jídlo, tvou váhu, kalorie a na věci, na které je pro mne bezpečné myslet. Protože teď jsem už v tobě. Jsem ve tvé hlavě, ve tvém srdci a duši. Ta bolest z hladu, kterou předstíráš, že necítíš, jsem já.

Hodně brzy ti říkám nejen to, co máš dělat s jídlem, ale i to, co máš dělat pořád. Usmívat se a přikyvovat. Dobře se prezentuj. Vtahuj sakra to tlusté břicho! Bože, jsi tlustá kráva!!!! Když je čas na jídlo, tak ti řeknu co dělat. Udělám to tak, že talířek salátu ti bude připadat jako jídlo hodné krále. Rozházím jídlo kolem a hle, vypadá to, jako bys něco snědla. Ani kousíček...jestli něco sníš, veškerá kontrola bude zničena. TOHLE chceš??? Vrátit se zpět k té tlusté krávě, jíž jsi kdysi byla??? Přinutím tě zírat na modelky v časopisech. Ty nádherně hubené, s bílými zuby, modely dokonalosti, co na tebe hledí z těch lesklých stránek. Nechám tě myslet si, že nikdy nebudeš taková jako ony. Vždy budeš tlustá a nikdy nebudeš tak nádherná jako jsou ony. Když se podíváš do zrcadla, zdeformuji odraz. Ukážu ti obezitu a ošklivost. Ukážu ti zápasníka sumo namísto vyhladovělého dítěte. Ale to ty nesmíš vědět, protože kdybys znala pravdu, mohla bys opět začít jíst a náš vztah by se začal rozpadat.

Občas, se z tebe stane rebel. Ačkoli ne moc často. Rozpoznáš rebelské vlákno, které zůstalo ve tvém těle a které tě dovede do temné kuchyně. Dvířka od kredence se pomalu a jemným vrzáním otevřou. Tvoje oči budou kmitat po jídlech, které jsem držela z tvého dosahu. Najednou zjistíš, že tvé ruce tápají ve tmě po krabici se sušenkami. Zhltněš je, mechanicky, ne kvůli jejich chuti, ale kvůli pocitu, že jdeš proti mně. Sáhneš po další krabici a další a další. Tvé břicho se nafoukne a začne vypadat groteskně, ale ty stejně ještě nepřestaneš. A po celou tu dobu na tebe budu křičet, ať toho necháš, ty tlustá krávo, ty opravdu nemáš žádnou sebekontrolu, budeš tlustá.

Až tomu bude konec, opět se obrátíš na mě a budeš žádat o radu, protože ty opravdu nechceš být tlustá. Překročila si základní pravidlo a jedla jsi a nyní mě chceš zpět. Poženu tě do koupelny, na kolena a přinutím tě hledět na dno záchodové mísy. Tvé prsty pošlu hluboko do tvého hrdla a s pořádnou dávkou bolesti tě zbavím přijatého jídla. Znovu a znovu to budeš opakovat, dokud ze sebe nedostaneš jen vodu a krev. To budeš vědět, že je to vše pryč. Když potom stoupneš, budeš se cítit slabá. Ale ihned se postav! Ty tlustá krávo, vybrala sis život v bolesti!

Možná ta volba zbavit se té "pokrývky" je jiná. Možná tě nechám brát projímadla a nechám tě sedět v koupelně až do brzkých ranních hodin, kdy budeš cítit, jak jsou tvé vnitřnosti skrčené. Nebo možná tě jen nechám, aby sis ublížila sama. Mlátíla hlavou o zeď, dokud by tě nebolela jak čert. Řezání je taky efektivní. Chci, abys viděla svou vlastní krev, jak stéká po tvé ruce. A v tom si uvědomíš, že přijmeš veškerou bolest, kterou ti nabídnu. Jsi v depresi, jsi naštvaná, máš bolesti, snažíš se někoho přivolat, ale



jako by byla němá, nikdo neposlouchá? Kdo by se o tebe zajímal?!?! Zasloužíš si to, můžeš si za to sama.

Oh, je to kruté? Chceš, aby se ti to stalo? Jsem snad neférová? Dělán jen věci, které ti pomohou. Umožňuji ti přestat myslet na věci, které tě stresují. Vztek, smutek, ztracení a osamění se mohou zastavit, protože já je vezmu pryč a naplním tvou hlavu kalorickými výpočty. Dám pryč i tvou snahu vyrovnat se svým vrstevníkům, snahu všechny potěšit. Protože teď jsem já tvůj jediný přítel, jsem ta jediná, kterou musíš potěšit.

Mám i svou slabou stránku, ale tu nesmíme nikomu říct. Pokud se rozhodneš proti mně bojovat, dostat se k někomu a říct mu, jak tě nutím žít, všechno se zničí. Nikdo to nesmí zjistit, nikdo nemůže rozbít ten krunýř, kterým jsem tě pokryla. Já jsem tě stvořila, tuhle hubenou, dokonalou dívku. Jsi moje, jenom moje. Beze mě nejsi nic. Tak se nesnaž mi vzdorovat. Když o tobě jiní mluví, ignoruj je. Zapomeň na ně, zapomeň na všechno, co se tě snaží ode mě oddělit. Jsem tvá kladná stránka a míním to nechat tak, jak to je.

Upřímně Anna

#### **Příloha č. 5: Modlitba k Aně**

Lehám si do postele, jako tučné, ale spokojené děvče.

Neboť vím, že sem dnes udělala všechno pro splnění mého snu.

Těším se na ráno a na celý následující den,

neboť vím, že díky dnešku budu krásnější a hubenější.

Zítřka se však budu snažit ještě o něco víc, aby

jsem si zajistila lepší následující den.

Pokojně se odevzdávám do Aniných rukou, neboť vím, že ONA na mě dohlédne, postará se o mě a nenechá mě znovu spadnout na dno!

Ona jediná ví co je pro mě nejlepší a já jí budu následovat, kamkoli bude chtít.

Nemůžu se dočkat následujícího dne, neboť jsem každou sekundou stále blíž a blíž k mému cíli.

Dnes jsem byla blíž, než včera a zítra budu blíž, než jsem byla dnes.

## **Příloha č. 6: Pro- ana tipy a triky (zkrácená verze):**

- rozděl si příjem denních kalorií mezi několik malých jídel. Jedno jídlo by mělo mít velikost tvé dlaně ne víc!
- minimalizuj nebo nejlépe vypusť příjem chleba, těstovin, rýže a brambor
- nepokoušet se postit po několik dnů. Protože půst po dlouhá časová období ve skutečnosti zpomalí výměnu látek. A značně zvyšuje riziko touhy po přejedení nebo šáhnutí po něčem vysokokalorickém. Místo toho, aby jste byli šťastní že ztrácíte váhu, tak budete deprimovaní kvůli nedostatku jídla.
- mezi každým soustem jídla si dej hlt vody. To tě zaplní a zpomalí jedení, abyste zůstali v kontrole a jídlo se neproměnilo v obrovský nenasytý mejdan jídla, kterého byste pak mohla litovat.
- trénink zvýší vaši výměnu látek
- pijte neperlivou a ledově studenou vodu. Vaše tělo musí spálit víc kalorií k tomu, aby se zahřálo
- neužívejte projímadla. Můžou způsobit vážné lékařské komplikace. Ve skutečnosti vás odvodňují a nesnižují vaši váhu.
- spánek minimálně 6 hodin. Méně než 6 hodin spánku stimuluje chud' do 15%. Mnoho lidí s poruchami příjmu potravy trpí nespavostí, ale je opravdu důležité spát, jak nejdéle je to jen možné.
- pít horké nápoje, zvláště na podzim a v zimě. Horké tekutiny expandují vnitřní ústrojí a vyvolávají ve vás pocit plnosti. Teplé pití může pomoci utopit váš hlad. I polévka má stejný účinek. Bujónové kostky mají jen 5 kcal a chutnají báječně. Můžete jich sníst, kolik chcete. A navíc budete plná.
- nejdůležitější jsou první 3 sousta. Potom vzrušení z jídla začne pomalu klesat.
- předtím než se zahrabeš do zkázy úžasné zmrzliny, chipsů, čokolády, buchty atd., zhluboka se nadechni a počítej pomalu do sta. Obvykle po napočítání sta budete přesvědčená, že to opravdu nepotřebujete udělat, že máte víc síly než jste si sami mysleli.
- když už chcete hřešit sladkostmi, tak pouze ráno tělo se s tím dokáže ještě poprat.
- jezte ve vzpřímené poloze, spálíte větší kalorie než při svislé nebo ležící poloze
- vlákninové pilulky pomáhají podporovat látkovou výměnu
- pij čaj kdykoliv dostaneš nezastavitelné chutě -je chudý na kalorie a zaplní vás
- zelený čaj je nejen antioxidant, vy můžete spálit o 110 kalorií denně jen pitím několik pohárků

### **Příloha č. 7: Jak skrýt anu**

Kamarádům řekni, že už jsi jedla doma a jsi plná.

Rodičům řekni, že jsi jedla v práci, ve škole nebo u kamarádky.

Jídlo splachuj do záchodu, ale pozor, aby v záchodě po spláchnutí nezůstaly kousky jídla.

Stopy zanechává např. špenát nebo různé omáčky. Prostě radši spláchni víckrát.

Svou porci dej nenápadně psovi nebo kočce, ale pozor! Nikdy jim nedávej jídlo, které jim nechutná a nesní ho! A taky jim nedávej jídlo, které jim může ublížit třeba čokoládu!

Vyplivuj jídlo do neprůhledného hrníčku!

Kdykoliv přijde řeč na tvou postavu, řekni, že jsi se sebou spokojená a nic bys na sobě nezměnila. Když to někdo okomentuje tím, že se ztrácíš před očima, řekni, že si váhu udržuješ a nesnažíš se shodit. Případně si postěžuj, že ti padají kalhoty a že bys chtěla trochu přibrat.

Nos volné oblečení když na tobě bude vidět, že rychle hubneš!

Necvič před nikým, kdo tě zná.

### **Příloha č. 8: 10 důvodů proč nejíst.**

1. štíhlí lidé vypadají dobře v jakémkoliv druhu oblečení - můžeš si obléct co chceš!
2. napuchlé tváře, dvojitý podbradek, tlusté kotníky - to není atraktivní!!!
3. poběžíš rychleji bez těch kil navíc, které tě drží vzadu
4. lidé si tě budou pamatovat jako "ta krásně štíhlá"
5. příliš mnoho lidí na světě je obézních
6. jíst málo znamená šetřit peníze
7. tlustí lidé jsou tak velcí, a přitom se od nich lidé odvracejí jako by neexistovali
8. nic nechutná tak dobře jako štíhlost
9. je jídlo důležitější než být v životě šťastný?
10. jídlo je zlé a lstivé, klame tě svoji chutí - a ono to funguje - dělá tě tlustým, nafouklým, ošklivým a nešťastným

### **Příloha č. 9: Pro ana citáty.**

Nic Ti nedá takový pocit jako hubenost, ani sladkost.

Raději budu mrtvá než tlustá!

Ušla jsem už dost dlouhou cestu na to, abych přijímala rozkazy od sušenky!

Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí!

Hladovění a odmítání je důkazem silné vůle.

Vteřinu na rtech, roky na stehnech.

Být hubená, to jediné, po čem toužím, to jediné, co naplňuje a zároveň ničí můj život.

Hodné holky nejlí.

Chci být prázdná, čistá, křehká jak panenka z porcelánu, chci létat a vznášet se na vodě, nech mě jít se svým andělem, se svým ďáblem, a já zemřu šťastná.

Miluju Tě do morku *kostí*.

Lžu, podvádím, zasloužím si trpět - hladem!

Pro krásu se musí trpět.

Umírám pro dokonalost.

Být hubená je důkaz sebekontroly a vlády nad svým životem.

To jídlo vypadá moc dobře, ale já, já vypadám mnohem líp!

Jestli chceš vidět jídlo, podívej se na svoje stehna!

#### **Příloha č. 10: Pohled na hubenost v minulosti.**



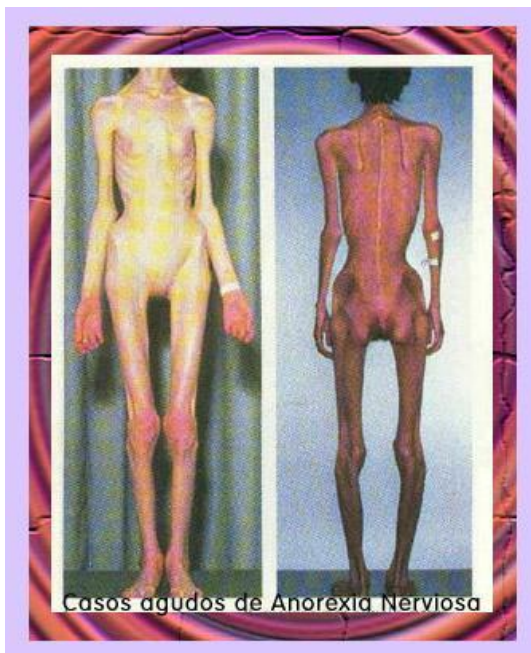
**HUBENOST**

**HYZDÍ**

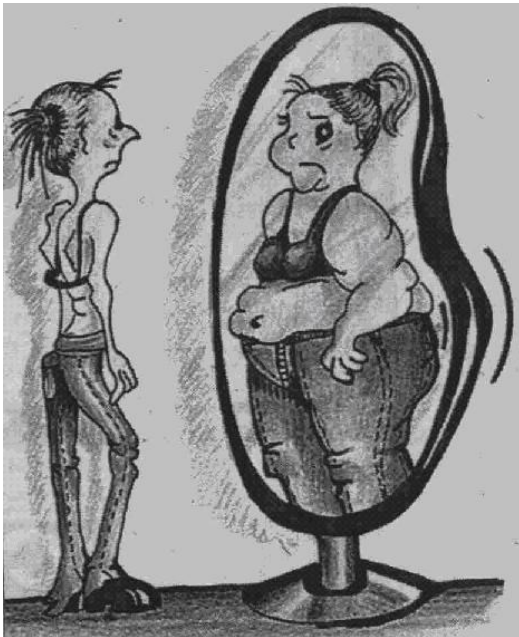
**MUŽE I ŽENY**

Nic jim nesluší, šaty na nich visí, stydějí se jít koupat, do společnosti, tančit, atd. Pomyšlení, že se jim druzí smějí, činí je nešťastnými. Ale nyní již všichni hubení mohou být šťastni, použijí-li prostě „Vladicci“. Již během 3 týdnů získají krásnou, plnou postavu, přiberou na váze až 10 kg, vysedlé kosti a prohlubně zmizí, vyrovnají předčasné vrásky, atd. Svoji postavou vzbudí obdiv. „Vladicci“ je nový — nedostížitelný výživ. prostředek k rychlému a trvalému přibrání na váze. Účinkuje zaručeně i tam, kde vše jiné selhalo. Přesvědčíme i Vás, že odstraníte hyzdící Vás hubenost a proto na přání zašleme Vám zkuš. dávku úplně

**Příloha č. 11: Mentální anorexie- obrázky.**



**Příloha č. 12: Jak se vidí anorektičky.**



**Příloha č. 13: Body Mass Index.**

