



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Srpen 2011

Lankašová Andrea

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav zdraví dětí a mládeže

Andrea Lankašová

*Poruchy příjmu potravy – vliv masmédií*  
*Eating disorders – impact of mass media*

Bakalářská práce

Sudovo Hlavno 2011

Autor práce: Andrea Lankašová  
Studijní program: Veřejné zdravotnictví  
Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.  
Pracoviště vedoucího práce: Ústav zdraví dětí a mládeže 3.LF UK

Srpen 2011

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

V Sudově Hlavně, dne 10. srpna 2011

Andrea Lankašová

## **Poděkování**

Děkuji MUDr. Dagmar Schneidrové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji MUDr. Jarmile Rážové, Ph.D. a Mgr. Martinu Kovandovi za pomoc při zpracování empirické části.

## OBSAH

<b>I. ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
1. Poruchy příjmu potravy v historii lidstva.....	9
1.1 Dějiny mentální anorexie .....	9
1.2 Dějiny mentální bulimie .....	10
2 Charakteristika poruch příjmu potravy.....	11
3 Etiologie poruch příjmu potravy.....	12
3.1 Sociální a kulturní faktory .....	13
3.2 Biologické faktory .....	13
3.2.1 Pohlaví.....	13
3.2.2 Puberta .....	14
3.2.4 Menstruační cyklus.....	15
3.3 Životní události.....	15
4 Spokojenost žen s vlastním tělem.....	17
4.1 Móda, sdělovací prostředky, reklama.....	17
4.2 Modeling v souvislosti s poruchami příjmu potravy .....	18
4.2.1 Modelky - ideál štíhlosti .....	18
4.3 Dotazníkové studie .....	19
4.4 Studie siluety .....	20
5 Behaviorální ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem .....	21
5.1 Používání diet .....	21
5.2 Nadměrné cvičení .....	23
5.3 Využívání služeb estetické chirurgie.....	23
6 Diety .....	24
6.1 Redukční diety .....	24
6.2 Redukční diety u bulimie.....	25
6.3 Důsledky diet.....	26
7. Mentální anorexie .....	28
7.1 Základní charakteristika .....	28
7.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV .....	29
7.2.1. Specifické typy mentální anorexie podle DSM-IV .....	29
7.2.2 Atypická mentální anorexie podle MKN-10, F 50.1 .....	29
7.3 Komplikace při časném začátku anorexie .....	30
7.4 Diagnostická vodítka .....	30
7.5 Příčiny mentální anorexie.....	31
7.5.1 Sociální příčiny.....	31
7.5.2 Individuální příčiny .....	31
7.6. Fyzické příznaky anorexie.....	31
7.7 Komplikace způsobené onemocněním .....	32
7.8 Průběh a prognóza .....	32
8 Mentální bulimie .....	34
8.1 Příčiny mentální bulimie .....	34
8.2 Rizikové skupiny .....	35
8.3 Diagnostická vodítka .....	35
8.4 Typické rysy osobnosti dívek s mentální bulimií.....	36

8.5 Chování bulimiček.....	36
8.6 Dopad na fyzickou stránku.....	38
9 Poruchy příjmu potravy u dětí.....	39
10 Léčba .....	40
10.1 Léčba mentální anorexie a bulimie.....	40
10.2 Kognitivně behaviorální léčba mentální bulimie .....	41
10.2.1 První fáze léčby .....	41
10.2.2 Druhá fáze léčby.....	41
10.2.3 Třetí fáze léčby .....	42
10.3 Semikvantitativní stanovení požití stravy.....	42
10.4 Využití tabletového systému .....	42
10.5 Využití dotazníků .....	43
10.6 Jídelní záznamy .....	43
<b>III. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
1 Cíl práce a pracovní hypotézy .....	44
1.1 Cíl práce.....	44
1.2 Pracovní hypotézy .....	44
2 Metodika.....	45
2.1 Popis vzorku .....	45
2.2 Metody sběru dat .....	45
2.3 Pracovní postup .....	46
3 Výsledky výzkumu .....	47
3.1 Okruh otázek – Osobní údaje .....	47
3.2 Okruh otázek – Spokojenost s vlastním tělem a hodnocení své postavy .....	48
3.3 Okruh otázek – Diety a dietní přípravky .....	53
3.4 Okruh otázek - Informovanost o poruchách příjmu potravy.....	59
3.5 Okruh otázek – vliv masmédií .....	63
4 Diskuse .....	67
5 Závěr - návrh řešení zjištěných nedostatků .....	69
6 Souhrn v českém jazyce .....	70
7 Souhrn v anglickém jazyce.....	71
Seznam použité literatury .....	72
Přílohy .....	73
Příloha č.1.....	75

## I. ÚVOD

Bakalářská práce je věnována tématu poruch příjmu potravy - mentální anorexii a mentální bulimii. Onemocnění mentální anorexie a mentální bulimie se vyskytuje u dívek i chlapců. V práci se zaměřím převážně na dívky, proto i většina formulací bude v ženském rodě.

Zmíněná onemocnění jsou spojena s druhou polovinou 20. století a jejich výskyt je stále častější. Velkou roli dnes sehrávají masmédiá jako časopisy, rozhlas, televize a internet, ve kterých se zdůrazňuje ideál krásy, módy, dále reklamy na nepřeborné množství dietních přípravků a různé formy cvičení. Média mohou vytvořit až zkreslený obraz reality, který ovlivňuje zejména děti a dospívající, což přispívá k četnosti poruch příjmu potravy.

Obě poruchy mají některé společné symptomy, zejména postoj vůči tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Děvčata a chlapci jsou stále více uzavřenější a postupně ztrácejí kontakt nejen se svojí rodinou, ale i nejbližšími přáteli. Často pociťují úzkost, když mají jíst v restauraci v přítomnosti druhých lidí. Čím více přemýšlejí o své váze, postavě a jídle, tím méně se soustředí na ostatní věci kolem sebe.

Důležité je zachytit poruchu příjmu potravy včas, zvláště tam, kde počátečním impulsem poruchy je reakce na poznámky okolí k váze dítěte. Projevy onemocnění mohou recidivovat a přetrvávat do dospělosti.



## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Poruchy příjmu potravy v historii lidstva

Již ve starověkém Římě měli lidé vzory krásy a těm se snažili podobat. Po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Známy je například jev zvaný ruminace neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Nejinak je to v dnešní době. Procházíme kolem stánku s novinami, kde se na nás usmívají z titulních stránek módních časopisů vyzábělé modelky, dnešní ideál krásy. Většina dívek si říká, že by chtěly být takhle krásné a štíhlé. Později na všechno zapomenou a žijí si dál svůj život, protože mají rády sami sebe, mají rády své tělo a vědí, že vyhublá těla jsou nezdravá.

V dalším textu se soustředím na historické kořeny dvou současně nejvýznamnějších poruch příjmu potravy: mentální anorexie a mentální bulimie.

#### 1.1 Dějiny mentální anorexie

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k příznakům řady somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Termín mentální anorexie pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“, tzn. celkové únavy, apatie. Žaludek je také označován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nosologů 18. století.

První nesporně popsané případy mentální anorexie spadají do druhé poloviny 19. století. Wiliam Stour Chipley, lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky poprvé popsal chorobné nechutenství. *Mentální anorexie* byla popsána již v roce 1694 anglickým lékařem Richardem Mortonem. Další poměrně přesné popisy se objevily v 19. století, kdy tuto poruchu zachytil William Gull a Charles Laseque.

## 1.2 Dějiny mentální bulimie

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Výraz mentální bulimie je nový, nicméně zprávy o chorobném hladu se pod různými pojmenováními objevují již s prvními medicínskými záznamy v historii. V medicíně je tato jídelní abnormalita známá jako kynorexie nebo *fames canina* (psí hlad). Od starověku až do 19. století tak byla označována nenasatná žravost, podobná chování psa, následovaná zvracením. Přejídání a zvracení patřily k symptomům často uváděným především v popisech hysterie a někdy byly označovány jako hysterické zvracení. Uplynulo však ještě 100 let, než se v lékařské literatuře objevil termín mentální bulimie.

*Mentální bulimie* má v lékařské literatuře historii kratší. Jako specifický syndrom byla popsána Bernardem Russelem v roce 1979 a v roce 1980 se tento syndrom objevil v americké klasifikaci nemocí. Jisté je, že u řady pacientek s mentální bulimií předcházelo období mentální anorexie, vůlí omezovaného příjmu potravy. V průběhu života se může mentální anorexie a bulimie střídat. Jde o onemocnění, jehož výskyt se začal rozšiřovat přibližně od poloviny 20. století. Jednotlivé případy byly sice popsány i dříve, avšak ke zvýšení výskytu došlo v posledních desetiletích.

## **2 Charakteristika poruch příjmu potravy**

O poruše příjmu potravy (PPP) mluvíme tehdy, používá-li se jídlo k řešení emocionálních problémů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.

Začíná to naprosto nenápadně – uschováváním novinových článků o nejrůznějších dietách, pečlivou četbou knížek o všech možných způsobech hubnutí, každodenním vážením, přeměřováním boků, pasu a nohou.

Po několika měsících se ale začnou objevovat komplikace: nepochopitelné nepříjemné nálady, nezájem o každodenní praktické věci, odmítání běžného jídla, fyzická únava, lži, vypadávání vlasů. Lidé drží tak přísné diety, že nakonec váží méně než 85 procent své normální tělesné hmotnosti a doslova umírají hladem. To je *mentální anorexie (MA)*.

Dalším typem poruchy příjmu potravy je záchvatovitě přejídání. Během krátké doby člověk sní velké množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit. Tomu se říká *mentální bulimie (MB)*.

Za jiné nespécifikované poruchy příjmu potravy lze považovat například případy, kdy jsou splněna všechna kritéria MA a nemocná má pravidelnou menstruaci. Došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti. Jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě. Jsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká. Mezi tyto poruchy příjmu potravy se někdy zařazuje i syndrom nočního přejídání, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání.

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, mentální bulimie obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Je ale možné setkat se s počátkem poruchy po třicátém a výjimečně i po čtyřicátém roce věku.

Mentální bulimie a mentální anorexie jsou opravdu závažná onemocnění, která poznamenávají a ohrožují nejen tělo nemocného, ale výrazně i jeho psychiku.

Krch (1999) ve své knize Poruchy příjmu potravy charakterizuje PPP jako jedno z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Samozřejmě to neznamena, že by se toto onemocnění mužům úplně vyhýbalo, ale u dívek je riziko jeho vzniku desetkrát až dvacetkrát vyšší. Marádová (2007) dodává, že je to dáno hlavně tím, že společnost klade na ženy daleko vyšší nároky v oblasti vzhledu než na muže. Dívky se proto snaží dbát na svůj zevnějšek a inspiraci nejčastěji hledají v módních časopisech. Časopisy se v současné době doslova předhánějí v tom, který z nich ženám poskytne lepší triky jak zhubnout.

Těch „zaručených receptů“, jak zhubnout přebytečná kila, je nepřehledné množství a dívky se pomocí těchto doporučení a diet snaží regulovat svou hmotnost tak, aby odpovídala měřítkům současné společnosti. Mezi PPP odborníci řadí mentální anorexii, mentální bulimii, atypický typ mentální bulimie, atypický typ mentální anorexie a nespecifické PPP (záchvatovité přejídání, syndrom nočního přejídání).

Mentální anorexie se od mentální bulimie na první pohled velmi liší, ale v něčem jsou si tyto nemoci naopak podobné. Nemocní jedinci mají strach z nadváhy a věnují přehnanou pozornost svému vzhledu a tělesné hmotnosti. Jejich hlavní náplní dne je přemýšlení o jídle – neustále se snaží dodržovat vybranou dietu, touží po tom, aby ručička váhy ukázala o další kilogram méně, a nenávidí sami sebe, když sní „zakázanou“ potravinu (Maloney, Kranzová, 1997).

### **3 Etiologie poruch příjmu potravy**

O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický, výkladový model má ale svoje omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy.

#### **Významné jsou:**

- sociální a kulturní faktory
- biologické faktory
- životní události

### **3.1 Sociální a kulturní faktory**

Garfinkel a Garner (1982), Hsu (1990) a další autoři předpokládají, že jádro problémů poruch příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Byla to ale především Bruch (1978), která připomněla, že „módní ideál“ nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.

Významnou roli připisují zejména negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích a divácích falešnou představu, že „všechno je možné“, respektive, že je možné snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, nebo si zvolit tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů. Dietním trendům se přizpůsobuje také potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných, „light“ výrobků.

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z nadváhy, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem. Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné syndromy.

### **3.2 Biologické faktory**

- Pohlaví
- Tělesná hmotnost
- Menstruační cyklus
- Puberta

#### **3.2.1 Pohlaví**

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruchy příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát

vyšší. Jen čtyři až deset procent všech nemocných s poruchami příjmu potravy jsou muži. Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vedl některé autory k předpokladu, že tito muži mají sklon k homosexualitě nebo že mají jinak narušený sexuální život. Příčinná souvislost mezi sexuálním zaměřením a poruchou příjmu potravy se neprokázala. Homosexuální muži jsou však těmito poruchami ohroženi více, protože jsou méně spokojeni se svým tělem a častěji se snaží zhubnout.

Chudý sexuální život - ať už u mužů nebo u žen - souvisí s dlouhodobým hladověním, podvýživou a řadou obtíží, které přesouvají pozornost nemocného jiným směrem. Podobně jako u žen je i u dospívajících mužů možné pozorovat nadměrný zájem věnovaný tělesným proporcím, fyzickému vzhledu a výkonu, přestože si většinou přejí zesílit. Dlouhodobě nadměrná a jednostranná sebekontrola však i v jejich případě vede k nevhodným extrémům ve stravování ohrožujícím zdraví.

Například ve srovnání s ostatními skupinami sportovců a s normální populací bylo u kulturistů zjištěno významně nižší sebevědomí, rostoucí sklon k perfekcionismu, strach z dospívání a mnohem vyšší nespokojenost s vlastním tělem. Téměř polovina kulturistů sledovaných v různých studiích užívala steroidní hormony, na jejichž předávkování zemřelo už mnoho dospívajících chlapců chodících do posiloven (1).

Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají v životě ženy jinou roli než u muže. Už například dvanáctileté dívky jsou ve vztahu k svému tělu úzkostnější a snadněji se cítí být nadváhou ohroženy. Ženy vždy zajímal tělesný tuk a krása, zatímco muže spíše svaly a síla.

### **3.2.2 Puberta**

Puberta je typickým obdobím vzniku mentální anorexie. Během dospívání výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. Pubertu a dospívání lze považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které může být spojeno s mimořádným stresem. Průměrná tělesná hmotnost českých dívek přirozeně vzroste v období mezi 8. - 16. rokem z BMI 16 na 19 (1).

V kontextu současných standardů ženské krásy může rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou představovat pro mnoho dívek hrozbu. Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává do adolescence a znamená pro mnohé z dívek hrozbu.

### **3.2.3 Tělesná hmotnost**

Tělesná hmotnost je z 25% až 40% určována genetickými faktory. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet i bulimie. Výraznou roli při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy hraje zejména distribuce tělesného tuku. Vědci prokázali, že míra v pase a přes boky významně koreluje s tělesnou spokojeností a výskytem jídelní patologie u sledovaných žen (1).

### **3.2.4 Menstruační cyklus**

Nepravidelnost menstruačního cyklu může v některých případech předcházet počátku anorexie. U většiny anorektiček po amenoree následuje pokles tělesné hmotnosti. Přibližně 20% případů amenorey předchází poklesu tělesné hmotnosti. Kromě nízkého příjmu energie může hrát významnou roli i nižší příjem bílkovin a emoční stres.

## **3.3 Životní události**

Až dvě třetiny nemocných dávají vznik poruchy příjmu potravy do souvislosti s nějakou „životní událostí“ (2). Nejčastěji jako příčinu uvádějí různé narážky týkající se jejich tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině. Podle některých autorů je však objektivita těchto údajů sporná a vyjadřuje více osobní názor nemocného, jeho rodiny a terapeuta, popřípadě zaujatého výzkumníka, než skutečnou podstatu věci. Je také obtížné rozlišit, zda zjištěné charakteristiky jsou příčinou nebo důsledkem poruchy.

Například skutečnost, že poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček vyskytují až pětkrát častěji než v běžné populaci, vedla některé autory k názoru, že příčina problému může být v rodině nemocných. Jde však o genetickou dispozici, určitý rodinný problém příznačný pro tuto poruchu nebo o nebezpečný vzor chování a nevhodný důraz na něco, co je v jiných rodinách samozřejmostí?

V rodinách pacientek se často setkáváme s dietami, obezitou a posedlostí zdravou výživou nebo – podobně jako u jiných psychiatrických pacientů - s alkoholismem a s depresemi.



## **4 Spokojenost žen s vlastním tělem**

Odhlédneme-li od všech proměn ženského ideálu, jedna věc zůstává v průběhu desetiletí nezměněna. Ženy byly vždy vedeny k tomu, aby přizpůsobovaly tvar své postavy a tělesnou hmotnost soudobým trendům. Psychologové a sociologové používají při hodnocení spokojenosti s tělem nejrůznější metody. Většina z těchto technik byla původně vytvořena pro posuzování nespokojenosti s tělem u žen, které mají problémy s příjmem potravy.

### **4.1 Móda, sdělovací prostředky, reklama**

Poruchy příjmu potravy byly považovány za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Svoji roli v tom jistě sehrály některé známé osobnosti, jako například princezna Diana, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová.

Až do padesátých let si lidé neuvědomovali obrovskou moc a vliv, které mají sdělovací prostředky na naši kulturu. Měli k dispozici noviny, telegraf a nepříliš dlouho i černobílou televizi. Pak se začalo přes noc rodit stále více novin a časopisů a na obrazovkách explodovala barva. Reklama se stávala zuřivě konkurenční a neustále se vylepšovala. Živelně úspěšná úroda hubených modelek v šedesátých letech založila trend.

V 60. letech byla Marilyn Monroe ztělesněním toho, co jí ženy záviděly a co na ní muži obdivovali. V té době se prohlašovalo „co je velké, to je hezké“. Byla to nadměrná velikost – 50. O pět let později v roce 1965 vstoupila na scénu Twiggy – „necelých 41 kg živé váhy“. Od té doby zůstala hubenost stále v módě. Měřítka přijatelných normálních proporcí se neustále snižují.

Abychom se tomu mohli postavit, musíme bojovat proti veškerým sexistickým představám o ženách, z nichž nejpatrnější je zobrazování žen v médiích a reklamách (viz obr.č.1).

Musíme bojovat za distribuci dietních výrobků a provádění plastických operací pouze na lékařské doporučení, včetně doporučení psychologů. Musíme bojovat proti systému zisku v průmyslu krásy.

## **4.2 Modeling v souvislosti s poruchami příjmu potravy**

Stačí otevřít módní časopis a na každé stránce najdeme vyhublou modelku, které můžeme tajně závidět její „super-štíhlou“ postavu. Pravda o vyzáblých manekýnách je úplně jiná.

### **4.2.1 Modelky - ideál štíhlosti**

Na přehlídkových molech dříve vítězily ladné křivky. Dnes nám šaty předvádějí „kostry potažené kůží.“ Modelky byly vždycky štíhlejší než většina žen. Ilustrátoři začali ve 40. letech kreslit návrhy modelů na vysoká protáhlá těla. V poslední době ale zachází obliba štíhlosti do nezdravých extrémů.

Před dvaceti lety byla na vrcholu slávy smyslná Christie Brinkleyová, pak ji následovaly modelky s lákavě tvarovanými ženskými postavami jako Cindy Crawfordová a Naomi Campbellová. Dnešní manekýnky mají hranatá ramena, ruce a nohy jako sirky. Typickou ukázkou je modelka Maggie Rizerová a Carmen Kassová. Současné modelky jsou mnohem hubenější a celkově drobnější než jejich předchůdkyně. Štíhlému až vychrtlému ideálu se usilovně snaží přiblížit i herečky a zpěvačky jako Jennifer Aristonová a Lara Flynn Bolová. V současné době nosí o několik velikostí menší oblečení než na začátku své kariéry. Někteří autoři si myslí, že si za podivnou módu můžeme my sami, protože se nám v časopisech nelíbí tlusté ženy. Svou vinu přiznávají i lidé z módního průmyslu. Módu diktují módní návrháři, jejichž agentura dodává modelky na přehlídková mola. Dívky jdou na casting a tam si zkoušejí oblečení. Když se do něj nevejdou, prostě je na reklamní přehlídku nebo kampaň nevyberou. Aby se dívka uchytila v modelingu musí vypadat jako „chodící reklama na hlad“. Příkladem je modelka Kate Mosssová, která měří 170 centimetrů a váží 45 kilogramů. Díky své extrémně štíhlé postavě byla favoritkou známého módního návrháře Calvina Kleina, který ji přenechal prestižní zakázky.

Nový trend dostal název „heroinová krása“. Tvůrci kolekcí posílají na fotografování a na přehlídky boty a oblečení jediné velikosti, což je pro ně levnější a jednodušší. Modelky se pak musí do univerzálních lodiček, kalhot a sukní vejít, jinak mají smůlu.

V roce 1980 posílali na své přehlídky oblečení velikosti 36 nebo 38. V posledních pěti letech se manekýnky musí vtěsnat do hodně malých čísel, většinou 32 a 34. Jsou to vysněné velikosti návrhářů. Pro ně představují modelky jenom „věšáky na oblečení“. Čím je model menší, tím více vynikne jeho střih. Kamera totiž opticky přidá pár kilo. Hladovku si nakonec naordinovaly i nejodolnější celebrity. Pokud si chtějí na premiéru půjčit model od slavného návrháře, musí se vejít do velikosti 34.

Mnoho žen se cítí dost podobně, když se vydá nakupovat. Obchody v posledních letech nabízejí rovně střižené kalhoty a sukně s užšími pasy a nohavicemi, jako kdyby se ani nepočítalo s boky, a na pultech úplně chybí hezké a módní oblečení větších velikostí než 38. V televizi, na billboardech a v časopisech navíc denně vidíme jediný typ úspěšné, sexy, oblíbené a uznávané ženy. Nemůžeme se tedy divit, že nás pak mimoděk napadá, že pokud chce být žena šťastná, musí vypadat jako modelka. Budou se muset modelky, hvězdy i normální ženy vtěsnat do pořád menších a menších šatů? Odborníci z řad fotografů, stylistů a tvůrců módy naznačují, že tenhle hodně zvrácený trend „super-štíhlých“ krásek už brzy skončí.

### **4.3 Dotazníkové studie**

Dotazníkové studie dokazují, že mnoho žen je nespokojeno s vlastním tělem, zejména s jeho dolní částí. Tyto údaje potvrzují výsledky studií využívajících siluetu postavy a zpřesňující, které specifické oblasti těla jsou nejvíce předmětem obav. Jedním ze slabých míst práce se siluetou je, že ženy si musejí vybrat siluetu celé postavy, což zastírá vnímání jednotlivých částí těla.

Dotazníky se ptají konkrétně na určité části těla, a tím umožňují detailnější posouzení. Ukazují, že většina respondentek je celkem spokojena s horní částí těla a nespokojena s dolní částí těla.

Ženy se neustále snaží zmenšit, nebo zvětšit velikost svého těla, aby odpovídalo ideálnímu, abnormálně štíhlému konceptu ženské krásy, který dominuje v naší kultuře. Zároveň se často nacházejí ve společensky bezmocném postavení. Jejich tělo potom jako něco, co mohou ovládat a nad čím mohou vykonávat vlastní vůli, čelí náporu jejich hněvu a pocitu bezmocnosti. Bez jakýchkoliv problémů popisují, co je na jejich těle „v nepořádku“, ale nedokáží na něm najít nějakou uspokojivou část. Většina žen bez ohledu na svou tělesnou hmotnost neodmyslitelně spojovala štíhlost se sebevědomím.

Ženy hovořily o vlivu modelek, prezentovaných médií na svou spokojenost s tělem. Uváděly, že modelky jsou obecně příliš štíhlé. Například: Dříve jsem si myslela: „No jo, modelky, perfektní postava“, ale teď se na ně někdy dívám a myslím si : „Ne. Jsou až moc hubené. Fakt moc hubené. Je mi z nich na nic, jsou tak vyzáblé“, ale udělala bych cokoli, abych měla takovou postavu (Grogan 2000).

#### **4.4 Studie siluety**

Technika siluety je jednou z nejužívanějších kvantitativních metod měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Při uvedené technice jsou účastníkům předkládány siluety postav od velmi štíhlých až po velmi silné. Účastník má vybrat tu, která je nejbližší jeho vlastní postavě, a potom siluetu, kterou považuje za ideální.

Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je považován za ukazatel spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem. Studie pracující s touto technikou prokázaly, že ženy vykazují spolehlivou tendenci volit ideální postavu štíhlejší než je jejich vlastní postava (1) .

## **5 Behaviorální ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem**

Jednou z metod hodnocení obav o tvar postavy a tělesnou hmotnost je nepřímé zkoumání využívající monitorování různých typů chování, které by podle očekávání mohly z takových obav vyplynout. *Jednotlivými ukazateli různých typů chování žen ve vztahu k vlastnímu tělu jsou :*

- *používání diet*
- *nadměrné cvičení*
- *využívání služeb estetické chirurgie.*

### **5.1 Používání diet**

Jedním z behaviorálních ukazatelů nespokojenosti s tělem je sklon pokoušet se změnit tvar postavy pomocí diet. Většina žen se někdy v průběhu života pokusila změnit svou tělesnou hmotnost a tvar postavy snížením příjmu potravy. Diety však vedou k dlouhodobému úbytku tělesné hmotnosti pouze u 5% neobézních osob. Zbylých 95 % pravděpodobně bude muset konstatovat, že se jim zhubnout nepodařilo. Držení diet je častým výsledkem nespokojenosti s vlastním tělem.

U osob chronicky držících diety lze důvodně předpokládat, že v okamžiku zahájení diet měly nízké sebevědomí. Dieta může mít neočekávaný vliv na způsob vnímání vlastního těla, sebevědomí a pocit kontroly. Existují důkazy, že diety mohou vést k přejídání, nízkému sebevědomí, pocitům ztráty kontroly, pocitu tloušťky a zvýšené nespokojenosti s tělem při absenci jakékoli změny velikosti těla.

Někteří vědci soudí, že chronické diety vyvolávají pocit ztráty kontroly ve vztahu k jídlu a mohou akcelarovat bludný kruh přejídání a hladovění, který v člověku probouzí pocity nespokojenosti, viny a nízkého sebevědomí (1).

Chování, postoje a prožitky žen trpících mentální anorexií a bulimií jsou v mnoha směrech podobné reakcím a prožitkům lidí, kteří se dlouhodobě omezují v jídlu nebo se jinak snaží zhubnout.

Hranice mezi normou a patologií je v těchto případech velmi křehká. Život nejméně deseti procent mladých žen je ovládán strachem z tloušťky bez ohledu na jejich reálnou tělesnou hmotnost.

Ve studii realizované na vzorku 1238 studentů náhodně vybraných středních a učňovských škol (věk 15 až 19 let) bylo téměř 58% dívek nespokojeno se svým tělem a pouze 13,5% dívek (64% chlapců) uvedlo, že si nepřeje zhubnout. Většina ze 634 sledovaných dívek si přála zhubnout, i když jen 3,8% z nich mělo nadváhu (6,3% bylo naopak výrazně vyhublých), a to i v případě, že byly spokojeny se svým tělem (5).

Na základě uvedených výsledků můžeme předpokládat, že velká část dospívajících dívek neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost a snaží se bojovat proti biologicky přiměřeným tělesným proporcím (Grogan 2000). O metodách jaké dospívající využívají ke kontrole tělesné hmotnosti vypovídá tabulka č.1. V rozporu s tradiční představou, že poruchy příjmu potravy jsou exkluzivní poruchou, nejčastěji držely diety, zvracely a měly problémy s jídlem studentky učňovských škol. Nejméně problémů s příjmem potravy uváděly studentky gymnázií, které ale současně byly v průměru nejtíhlejší.

**Tabulka č. 1. Strategie kontroly tělesné hmotnosti (údaje v %) ( Grogan 2000 )**

	Muži	Ženy
Diety	12,6	57,4
Cvičení	52,8	85,5
Zvracení	3,5	6,0
Laxativa	2,7	4,7
Léky na hubnutí	1,5	3,9
Pravidelně vynechává některé hlavní denní jídlo	16,0	34,4
Dává přednost vegetariánské kuchyni	2,2	7,8

## 5.2 Nadměrné cvičení

Je doloženo, že ženy cvičí více. Vědci uvádějí, že ženy, které cvičí, zažívají pozitivní změny ve vnímání těla a vidění sebe sama. Tyto cvičící ženy mají i pozitivnější vztah k vlastnímu tělu. Cvičením se lidé snaží získat ideální štíhlou postavu a snížit nespokojenost s tělem. Někteří autoři se však domnívají, že cvičení může pocit nespokojenosti s tělem ještě prohloubit.

Už dlouho je prokázáno, že profesionální sportovkyně a umělkyně v oborech, kde štíhlost vyjadřuje výkon nebo estetickou kvalitu, například baletky a gymnastky, mají tendenci ke zvýšenému zájmu o tělesnou hmotnost. Motivace žen ke cvičení je většinou jiná než motivace mužů, často uvádějí jako důvod ke cvičení právě kontrolu tělesné hmotnosti, změnu postavy, přitažlivost a zdraví (Grogan 2000).

## 5.3 Využívání služeb estetické chirurgie

V devadesátých letech výrazně vzrostl počet žen, které se podrobují zákrokům plastické chirurgie. Jde především o liposukci (odsávání tuků) a zvětšování prsou. Stále více žen volí plastickou chirurgii jako způsob, jak změnit tvar svého těla. První plastická chirurgie byla popsána v Indii, kde byla provedena rekonstrukce nosu u osob, kterým byl nos useknut jako forma trestu. Kosmetická chirurgie je viděna jako způsob, jak znovu získat vlastní identitu prostřednictvím změny vzhledu těla.

## **6 Diety**

Používání diet začíná často nevinně. Nevinné začátky s časopisovými dietami a striktně naordinovanými hodinami cvičení se mění v nemilosrdné celodenní hladovky střídané naprosto neovladatelnými záchvaty přejídání.

### **6.1 Redukční diety**

Redukční diety hrají klíčovou roli také v případě mentální bulimie a přejídání. S dietou roste hlad, pozornost věnovaná jídlu a oslabují se možnosti kontroly v jídle. Normální jídlo a malá porce, mohou být po období hladovění pocíťovány jako přejedení. Diety mění chuť k jídlu. Pocit sytosti v kombinaci s přejídáním způsobují hypoglykémii. Výsledkem je chaotický jídelní režim. Většina bulimiček podceňuje nebezpečí diet a zaměřuje se jen na otázku přejídání. Snaží se vyměnit jednu dietu za druhou.

V zásadě existuje několik typů redukčních diet. První metodou je půst. Některé bulimičky dokáží držet půst i několik dnů. Další metodou je snaha udržet energetický příjem pod určitým limitem, který může být velmi přesně vymezen kalorickou hodnotou denního jídla (například 1000 kalorií) nebo rigidním jídelním plánem (každé sousto navíc je potom vnímáno jako přejedení). Poměrně velmi časté je vyhýbání se některým jídlům, která jsou považována za energeticky velmi hodnotná nebo riziková z hlediska přejedení, a některým hlavním denním jídlům (obvykle snídaní nebo večeři).

Je zřejmé, že mnoho dívek a mladých žen zaměřuje redukční dietu za normální jídelní režim. Svými postoji a demonstrovaným chováním pak spoluvytváří určitý standard, který posiluje dietní postoje a chování u ostatních, přestože je dlouhodobě neudržitelný. Mezi pacientkami s poruchami příjmu potravy je stále více těch, které mají oprávněný pocit, že se jejich jídelní chování příliš neliší od jídelního chování ostatních, nebo které v rámci léčebného režimu musí jíst nápadně víc než jejich vrstevnice. Současně se ale redukční diety začínají dostávat do povědomí veřejnosti jako něco negativního a mezi vzdělanými ženami v západní Evropě a v USA začíná být nmoderní nebo dokonce nevhodné se k redukční dietě přiznat.



V pozadí takto měnících se postojů jsou pravděpodobně informace o nebezpečnosti a dlouhodobé neúčinnosti diet, spornosti některých zjištění týkajících se nebezpečí nadváhy a o vzrůstajícím riziku poruch příjmu potravy. Na jedné straně se tak může snižovat nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy, na druhé straně přibývá dietářů a anorektických nebo bulimických pacientů, kteří svoje nevhodné jídelní návyky prezentují jako racionální a zdravou výživu a popírají, že by chtěli zhubnout. O to obtížnější pak bývá změna jejich návyků. V poslední době je stále velmi populární vegetariánství. Skutečnost, že důvodem i této diety je především strach z nadváhy, potvrzují výsledky studie, kde vegetariánskou dietu držely především dívky bojící se nadváhy (5).

## **6.2 Redukční diety u bulimie**

Redukční diety hrají klíčovou roli také v případě mentální bulimie a přejídání, i když se mnoho lidí mylně domnívá, že jsou jen přiměřenou reakcí na přejedení. Jsou vysněným cílem, který se podle potřeby používá jako kritérium přejedení (prejedení je všechno, co je víc než dieta) nebo jako argument, proč se „musí“ přejít a zvracet („Nezvládla jsem to!“). Mnoho bulimiček zaměňuje příjemný pocit prázdného žaludku a nadměrné sebekontroly za normu. Tak se cítí dobře, tak by to mělo být. Problém je v tom, že se to nedá dlouhodobě vydržet. S dietou roste hlad a pozornost věnovaná jídlu a oslabují se možnosti kontroly v jídle. Lidské vnímání je relativní a tak i normální jídlo a malá porce mohou být po období hladovění pocíťovány jako přejedení. Diety mění chuť k jídlu (roste chuť na sladké), zažívání pocitu sytosti a v kombinaci s přejídáním způsobují hypoglykémii. Výsledkem je chaotický jídelní režim a přesvědčení o ztrátě kontroly nad jídlem. Když je dieta příliš přísná a vyžaduje značnou sebekázeň, je opakované selhání nevyhnutelné, což je deprimující. Postižení trpí výčitkami, že selhali, klesá jejich sebevědomí a stoupá potřeba zvýšit svoji cenu. Samozřejmě opět ve směru toho, co je pro ně důležité (tělo a sebekontrola) a kde už vynaložili tolik úsilí (dieta).

S pocity neúspěchu se zhoršuje nálada a chuť dělat něco jiného. Současně tak klesá možnost snížit obsesivní pozornost soustředěnou na kontrolu v jídle, tělesnou hmotnost a některé tělesné proporce.

Většina bulimiček podceňuje nebezpečí diet a zaměřuje se jen na otázku přejídání. Neustále smlouvají se svým tělem a snaží se vyměnit jednu dietu za druhou.

### **6.3 Důsledky diet**

Nejen mnoho bulimiček, ale i lidí, kteří drží diety je nakonec natolik pohlceno jídlem, kterému se snaží vyhnout, že nedokáží myslet na nic jiného. Psychologické důsledky diet a polohladovění velmi systematicky popsal Ancel Keysi (5) jeho kolegové z univerzity v Minnesotě. Experiment spočíval ve sledování mladých zdravých mužů, kterým byl v průběhu šesti měsíců omezen příjem potravy na polovinu. Sledovaní muži ztratili průměrně polovinu původní váhy. Důsledkem omezení příjmu potravy byly poměrně dramatické psychické, fyziologické a sociální změny podobné příznakům poruch příjmu potravy. Nevyhnutelným následkem hladovění bylo zvýšení zájmu o jídlo, které ovládlo jejich konverzaci, zájmy i snění. Pozoruhodných změn dostaly jejich stravovací návyky. Na konci pokusu se někteří muži dokázali loudat téměř dvě hodiny s jídlem, které předtím spořádali za několik minut. Nápadně vzrostla spotřeba soli, koření, kávy a čaje. Posedlostí mnoha z nich se staly žvýkačky. Někteří sledovaní muži uváděli pocit ztráty kontroly nad jídlem a po skončení pokusu jedli téměř nepřetržitě nebo v jakýchsi bulimických záchvatech, po kterých následovaly silné výčitky. Jejich nenasytnost vedla k častému výskytu bolestí hlavy a zažívacích obtíží. Několik z nich v té době prodělalo období nevolnosti a zvracení. Až po 5 měsících rehabilitace se stravovací návyky pokusných osob normalizovaly. Kognitivní, emocionální a sociální změny v důsledku šestiměsíčního polohladovění byly velmi podobné psychickým změnám, které popisují anorektické nebo bulimické pacientky. Někteří sledovaní muži popisovali depresivní stavy a u většiny hladovějících bylo nápadné kolísání nálady a časté výlevy zlosti. Vzrostla jejich úzkostnost a u dvou mužů se v průběhu experimentu vyvinuly poruchy „psychotického“ rázu.

V dotazníkovém vyšetření se znatelně zvýšilo skóre deprese, hysterie a hypochondrie. Původně družní muži se během experimentu uzavírali do sebe a ztráceli smysl pro humor.

Některé psychické změny nezmizely hned během rehabilitace a významný vliv na ně pravděpodobně mělo až zvýšení tělesné hmotnosti. Přetrvávala zejména depresivita, popudlivost a negativismus.

Toto zjištění je významné zejména proto, že řada pacientů zdůrazňuje svoje emocionální a sociální obtíže a od jejich zlepšení očekává i zlepšení chutě k jídlu a změnu jídelních návyků. Nezbytné změny jídelního a často i sociálního chování jsou však naopak spojeny s vystupňováním negativních prožitků. Přesto je nelze obejít. S psychickými následky hladovění a polohladovění je možné se setkat nejenom u poruch příjmu potravy, ale i u jiných pacientů, kteří z různých důvodů drží dietu.

## **7. Mentální anorexie**

### **7.1 Základní charakteristika**

Mentální anorexie (anorexia nervosa), je označována za třetí nejčastější onemocnění v adolescenci. Jedná se o poruchu charakterizovanou jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Postihuje dívky ve věku 16 až 19 let.

Na mentální anorexii je třeba myslet vždy, když dívka velmi rychle sníží svoji tělesnou hmotnost, přestane menstruat nebo když delší dobu aktivně odmítá jídlo. Vyhýbá se například společnému jídlu, vynechává snídani nebo večeře, bojuje o sousto, nebo jí nápadně pomalu. S tím je obvykle spojen nápadný zájem o svoje tělo a jídlo. Dívky se neustále váží, ujišťují se, zda nemají příliš velkou porci, vyžadují, aby okolí jedlo méně a podobně. Zpočátku se anorektičky subjektivně cítí dobře a nejsou motivovány k léčbě. Mentální anorexie se může vyskytnout ještě před počátkem puberty, kdy hrozí zastavení tělesného růstu a vývoje.

Pacientka si klade za cíl dosažení nízké váhy, což obvykle vede k podvýživě různé intenzity se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a k poruchám tělesných funkcí (např. chronické zpomalení střevní činnosti). Mezi příznaky patří omezování příjmu potravy, nadměrná tělesná cvičení, záměrné zvracení a užívání projímadel, anorektik a diuretik. Porucha se objevuje nejčastěji u dospívajících dívek a u mladých žen, ale mohou být postiženy i starší ženy po menopauze, dospívající chlapci a mladí muži. Přestože se vždy jedná o vážnou nemoc, poškozující fyzickou i duševní stránku člověka, může se rozvíjet zcela nenápadně. Nejdříve to je nevinný zájem o zdravý životní styl, poté vyřazování stále většího množství určitých druhů potravin z jídelníčku, vynechávání hlavních denních jídel, dodržování různých diet apod. Dívka ve snaze zhubnout klade stále silnější důraz na dietní pravidla, denně se váží a přeměřuje. Uklidňuje ji stále ubývající hmotnost a také pocit hladu, protože hlad je důkaz, že tělo nepřibírá nadbytečné kilogramy. V důsledku dlouhotrvajícího hladovění nakonec dojde ke ztrátě chuti k jídlu, jakéhosi „uspokojivého“ vrcholu mentální anorexie.

Prognóza pacientek s mentální anorexií není příznivá. Pouze asi polovina nemocných (zpravidla s lehčím stupněm onemocnění) se vrátí ke své původní váze. Z hlediska dlouhodobé prognózy 20 až 30 procent nemocných zůstává anorektických, asi pět procent se naopak stane obézními, přibližně šest procent pacientek však umírá .

## **7.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV**

Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM –IV ) (Krch, 1999, Krch, 2005) uvádí následující diagnostická kritéria mentální anorexie:

1. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (pokles hmotnosti o 15% pod odpovídající normu v důsledku hubnutí).
2. Intenzivní obava z přibírání na váze a ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
3. Narušené vnímání vlastního těla a nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení.
4. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (amenorea).

### **7.2.1. Specifické typy mentální anorexie podle DSM-IV**

**Nebulimický (restriktivní) typ** – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999).

**Bulimický (purgativní) typ** – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999).

### **7.2.2 Atypická mentální anorexie podle MKN-10, F 50.1**

Tato diagnóza se užívá u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků mentální anorexie, ale kteří vykazují téměř typický klinický obraz. Pacientky mají stále i přes svou nízkou tělesnou hmotnost pravidelně menstruaci, i když nejsou hormonálně léčeny (Krch, 2005).

### 7.3 Komplikace při časném začátku anorexie

Dívky, které se rozhodnou držet redukční dietu, jsou poháněné touhou po štíhlé linii. Často ale zapomínají na to, že své tělo připravují o důležité živiny a vitamíny, které jsou důležité pro správné fungování organismu. Pokud dieta nebo hladovění přetrvávají delší dobu, zákonitě se důsledky musí nějak projevit. Tím není myšlena pouze ztráta kilogramů, ale také negativní psychické a fyzické následky. Krch a Richterová (1998) popisují fyzické a psychické změny, ke kterým dochází u nemocných jedinců:

1. menší tukové zásoby – hrozí rychlejší nástup zdravotních obtíží, větší nebezpečí dehydratace,
2. omezení příjmu potravy vede rychleji k výraznější vyhublosti,
3. možnost zastavení tělesného růstu, puberty, zpomalení sexuálního zrání,
4. děti reagují agresivněji na snahu vykrmit je,
5. obtížná spolupráce při léčbě – děti její cíle nechápou,
6. vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zraní dítěte.

### 7.4 Diagnostická vodítka

Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou, nebo Queteletův index je 17,5 a méně. Tuto hodnotu získáme výpočtem BMI (body mass index):  $BMI = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$ .

Tabulka č. 2. Hodnoty BMI :

BMI	pod 20	Podváha
BMI	20-25	Přiměřená hmotnost
BMI	26-29	Nadváha
BMI	30-35	Obezita prostá
BMI	36 a více	Těžká obezita

zdroj: [www.ppp.info.seznam.cz](http://www.ppp.info.seznam.cz)

## **7.5 Příčiny mentální anorexie**

I když základní příčiny mentální anorexie nám doposud unikají, je stále zřejmější, že k vyvolání přispívá vzájemné působení socio-kulturních a biologických faktorů, jakož i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost.

### **7.5.1 Sociální příčiny**

- pronikavá změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti
- přehnaný ideál štíhlosti, jenž vyzdvihují sdělovací prostředky
- trh nabízející preparáty slibující bezbolestné snížení váhy

### **7.5.2 Individuální příčiny**

- chybné postoje vzniklé v dětství
- porucha vnímání těla
- strach z dospívání, dospělosti, odpovědnosti
- konflikty v mezilidských vztazích, úzkost, deprese

## **7.6. Fyzické příznaky anorexie**

- závratě
- poruchy koncentrace
- podrážděnost
- těžká nespavost
- snížená citlivost v rukou a nohou
- deprese
- infekce, která se nehojí
- podlitiny
- nízký tlak
- selhání srdce, aj.

## 7.7 Komplikace způsobené onemocněním

Toto onemocnění přináší celou řadu komplikací, z toho nejčastější jsou:

- vypadávání vlasů, lámavost nehtů, zašedlá pleť
- ochabnutí svalů, svalové křeče, řídnutí kostí, fyzická únava
- kazivost zubů, zápach z úst
- zácpa, dehydratace, srdeční arytmie
- ztráta menstruace, pokles minerálů.

## 7.8 Průběh a prognóza

Mentální anorexie začíná nejčastěji v rozmezí 13-20 let, jen vzácně po čtyřicátém roce. Na vzniku a rozvoji se podílí celá řada různých faktorů. Nástupu určujících příznaků většinou předchází období stupňujících se diet, které mohou být i z lékařské indikace (např. žloutenka).

Někteří pacienti se obtížně přizpůsobují snížené energetické potřebě konce dospívání, sportovní kariéry nebo těhotenství, většina z nich má ale na počátku normální tělesnou hmotnost či jsou mírně obézní. Mentální anorexie se často rozvíjí pomalu a nenápadně. Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a gradují ve své nepřiměřenosti a extrémnosti.

Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem. Pacientky se dostávají k lékaři často kvůli amenorei, "alergii na jídlo", otokům, zácpě nebo bolestem břicha, jen velmi vzácně kvůli úbytku váhy. Často pacienti žádají předpis diuretik nebo laxativ, a někdy končí až na jednotkách intenzivní péče pro tělesné komplikace vyvolané dehydratací a dalšími poruchami, které si způsobily častým zvracením nebo nadměrným užíváním diuretik či laxativ. Dosti často bývají mladiství přiváděni rodiči, kteří se začali obávat velkého úbytku váhy nebo podivného chování v souvislosti s jídlem.

Časté je zvláštní zacházení s jídlem, jeho shromažďování, někdy nastupují epizody přejídání s konzumací velkého množství jídla a následným zvracením. Porucha může existovat jako jediná epizoda s jejím úplným zánikem nebo s chronicitou, ale také ve formě opakujících se period po mnoho let.



Jak jediná epizoda, tak periodický průběh mohou postupovat až k smrtelnému konci (vyhladovění, sebevražda). Podle většiny současných údajů se asi 40% pacientů uzdraví úplně a 30% se zlepší. Přibližně 20% zůstává nezlepšeno nebo se zhoršuje. 2-5% případů končí smrtí ([www.anorexie.cz](http://www.anorexie.cz))

Poruchy příjmu potravy se rozvíjejí zejména u dívek v období dospívání, avšak počátek onemocnění anorexie se často objevuje i před 14. rokem. Příznaky anorexie byly zaznamenány v zahraničí i u dětí ve věku sedmi let. Naproti tomu se bulimie vyskytuje před 14. rokem pouze vzácně. Pokud se příznaky objeví časně, je nutné co nejrychleji vyhledat lékaře a snažit se zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy (Krch, 2002).

## **8 Mentální bulimie**

Tato porucha příjmu potravy nazývaná také jako „vlčí hlad“ se vyskytuje nejčastěji u dívek ve věku mezi 16-25 lety. Je typická neodolatelnou touhou po jídle, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou potřebou zbavit se potravy násilným, nepřírozeným způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užíváním projímadel a dalších prostředků.

Bulimii lze chápat jako důsledek nízkého sebehodnocení a narušeného vztahu k vlastnímu tělu a sobě samému. Samozřejmě, že ke vzniku poruchy přispívají i mediálně prezentované ideály zdůrazňující štíhlost jako předpoklad společenského úspěchu. Zafixovaná potřeba štíhlosti je však v tomto případě v konfliktu s fyzickou potřebou potravy, která s potlačováním roste a projevuje se záchvaty „žravosti“. Jídlo tak ztratí normální funkci a jeví se spíše jako zdroj ohrožení vlastní štíhlosti, která je pro bulimičku tím nejdůležitějším zájmem.

Podobnou chorobou je záchvatovité přejídání, při které se však postižení jedinci nezavazují potravy násilným způsobem. Přesný počet jedinců trpících PPP není znám, protože většina své problémy tají. Všeobecně se však uvádí 12 nových případů na 100 000 obyvatel.

### **8.1 Příčiny mentální bulimie**

Stejně jako v případě rozvoje mentální anorexie vzniká mentální bulimie jako nepřiměřená reakce na ideál štíhlosti. Všechny příčiny jsou srovnatelné s příčinami vzniku mentální anorexie výše jmenovanými (tj. tlak okolí, tlak rodičů, sportovní nároky, období dospívání atd.). Bulimií trpí až 6% dospívajících dívek.

## 8.2 Rizikové skupiny

Rovněž můžeme srovnat s rizikovými skupinami u mentální anorexie. U bulimie však výrazně ohroženou část tvoří obézní dívky nebo jedinci, v jejichž rodinách jsou potíže s nadváhou častější. Vyskytují se i při jiných problémech, např. při abúzu alkoholu.

## 8.3 Diagnostická vodítka

### **Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)**

1. Opakující se epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
3. Snaha potlačit "výkrmný" účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
4. 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 výraznější diety.

## **8.4 Typické rysy osobnosti dívek s mentální bulimií**

Dívky trpící mentální bulimií mají často nízké sebehodnocení, jsou nejisté, velmi vztahovačné, závislé na názoru jiných lidí, což se projevuje snahou podobat se všeobecně uznávaným vzorům. Jsou impulzivní a neschopné sebeovládání. Kladou důraz na sebekontrolu, ale na rozdíl od anorektických dívek mají velmi slabou vůli. Lehce podlehnou neodolatelné chuti k jídlu, což v nich vyvolává pocity viny, studu a vzteku na sebe sama. Mají sklon se obviňovat, jsou zvýšeně sebekritické. Uvědomují si, že jejich chování není normální, a trápí se svou neschopností ovládat nutkání k extrémnímu přejídání. Vadí jim, že nemají dostatečně silnou vůli, aby jedly normálně. Často se cítí vlastním jednáním zhnusené a zároveň bezmocné. Bojí se, že se všechno bude opakovat. Trpí úzkostlivostí a častými depresemi spojenými se selháním. Jsou spíše uzavřené, omezují aktivitu a kontakt s lidmi. Svou společenskou neúspěšnost a veškeré chyby si vysvětlují jako důsledek vlastní tloušťky, což je utvrzuje v pocitu nutnosti zhubnout.

## **8.5 Chování bulimiček**

Asi 30 - 50% bulimiček dříve prožilo období mentální anorexie. Obě skupiny dívek si kladou společný cíl - zhubnout. Zjednodušeně řečeno, hlavní rozdíl mezi těmito dvěma poruchami je, že anorektičky jsou schopné hladovět na základě své silné vůle a odporu k jídlu, kdežto bulimičky nedokáží překonat potřeby svého těla a snadno podlehnou pocitu hladu či chuti. Výsledkem je extrémní přejídání a následné trestání sebe sama za selhání. Bulimičky se snaží vystačit s minimálním množstvím denní potravy.

Běžný scénář je jablko k snídani, k obědu cereální tyčinka, nízkotučný bílý jogurt nebo zelenina. Po návratu domů však dívka podlehne bulimickému záchvatu. Jakmile pozře první sousto, rezignuje a musí do sebe dostat co nejvíce jídla. Je až neuvěřitelné, jak velké množství potravin jsou bulimičky schopné požít. Spořádají naráz celý dort, můžou sníst na posezení deset rohlíčků, kostku másla a ještě si vzít čtyři tatranky a zapít to dvěma litry mléka. V podstatě se cpou do té doby, dokud je žaludek schopný se roztahovat. Po záchvatu se okamžitě objeví pocit viny, studu a odporu k sobě samé. Většina z nich se v tichosti odebere na toaletu, kde vyzvrací obsah žaludku. Po častém opakování této činnosti se naučí vyvolávat zvracení, kdykoliv se jim zachce, v horším případě po každém požitém jídle. Některým dívkám se však nepodaří vyvolat nepřírozenou cestou zvracení a užívají proto jiných prostředků, jako jsou např. projímadla, aby se zbavily požitých potravy. Postupně se dostávají do stádia, kdy choroba začne silně narušovat jejich život a odráží se samozřejmě i na zdraví. Bulimičky nedokáží jíst normálně, nerozeznají pocit hladu od pocitu sytosti. Pohybují se pouze v extrémních polohách - buď hladoví nebo se přejídají, buď se kontrolují na sto procent nebo vůbec ne. Tento černobílý pohled na svět je patrný i v přístupu k léčbě. Skutečnost, že se nedokáží vždy ovládat, považují za projev totálního selhání a neschopnosti někdy se uzdravit.

Některé bulimičky popisují přejídání jako nádhernou závrať, které není možné odolat. Paradoxně se snahou zhubnout myslí celý den na jídlo, těší se, až si ho budou moci vychutnat a plánují, co všechno sní. Kupují si velké množství pochoutek, které si schovávají na dobu, až dostanou chuť se přejíst, aby si mohly kdykoliv vyhovět.

Z tohoto důvodu je bulimie také finančně náročná. U dívek je možno setkat se s krádežemi jídla i peněz, lhaním a zamlčováním.

Stejně jako anorektičky i bulimičky trpí častými depresemi. Téměř denně se potýkají s pocity úzkosti a ve svých stavech zoufalství mohou mít i sebevražedné sklony. Bulimičky také velmi obdivují anorektičky pro jejich schopnost dlouhodobého hladovění a vyzáblé postavy. Doufají, že jednou budou mít také tak silnou vůli, aby vydržely nejíst.

## 8.6 Dopad na fyzikou stránku

Přestože se dívky trpící mentální bulimií zbaví téměř každého požitého jídla, nebývají jejich postavy zdaleka tak vyzáblé jako postavy anorektiček. V žaludku totiž dochází ke stravení části živin ještě do doby, než bulimička vyzvrací jeho obsah. Navzdory průměrným proporcím svého těla jsou však silně podvyživené. V důsledku nedostatku živin můžeme u bulimiček pozorovat nadměrné vypadávání vlasů, lámavost nehtů, řídnutí kostí (osteoporóza), ochabnutí svalů, celkovou fyzickou únavu, ospalost a bolesti žaludku. Častá zvracení a tedy průchod trávící šťávy ústní dutinou způsobuje kazivost zubů, záněty jícnu, vředy a zápach z úst. Trávící soustava je nadměrně zatěžována častým zvracením a ochuzena o důležité minerály vylučované z těla nepřirozeným způsobem (průjmy). Objevuje se slabší a bolestivější menstruace, která může postupně zcela vymizet. Dále je popisována snížená funkce střev (zácpa), srdeční arytmie, pokles krevního tlaku, dehydratace, otoky. Poruchy příjmu potravy způsobují řady zdravotních komplikací, které výrazně přispívají ke zvýšení úmrtnosti. Všeobecně je uváděno až šestinásobné zvýšení standardního rizika úmrtí.

## **9 Poruchy příjmu potravy u dětí**

Přechodně může dítě odmítat potravu v souvislosti s rozvojem běžného onemocnění. Déle trvající nechutenství nebo jiné příznaky poruchy příjmu potravy mohou být projevem závažnějšího tělesného postižení, ale i psychických problémů dítěte. K posouzení závažnosti poruchy příjmu potravy je však často nutné eliminovat některé subjektivní představy rodičů či prarodičů, co dítě snědlo či mělo by sníst. Významným kritériem k hodnocení poruchy příjmu potravy je celkové posouzení zdravotního stavu dítěte, zvláště pak dynamiky změn jeho růstu a vývoje. Mezi dětmi s omezeným příjmem potravy nacházíme i děti zcela zdravé, jejichž růst a vývoj je přiměřený. Tyto děti jsou často velmi čilé, jídlo není v popředí jejich zájmu. Naopak děti s nadměrným příjmem potravy se méně pohybují. Těchto dětí ve vyspělých zemích přibývá, což vede k obezitě a rozvoji civilizačních onemocnění.

Terminologické onemocnění „dítě s poruchou příjmu potravy“ je však nejvíce používáno pro ty děti, u nichž se vzájemně propojují a potencují psychické a tělesné obtíže. Uplatňuje se zde řada faktorů, od individuálních přes rodinné až po společenské.

Uvedené obtíže s poruchou příjmu potravy se mohou objevit již od časného věku. Rodiče si stěžují, že dítě nechce jíst nebo si v jídle vybírá. Tyto obtíže mohou vést až k úbytku tělesné hmotnosti a kolísání nálady dítěte. Děti uvádějí důvody, proč nejedí – např. že jim bude určitě špatně, že jídlo nespolknou, že se udusí, pozvracejí a často udávají po jídle bolesti břicha. V další fázi začínají nepřiměřeně vnímat svoji hmotnost a postavu – a to je již typické pro děti s mentální anorexií.

## **10 Léčba**

Léčba PPP spočívá v úpravě jídelního režimu a dosažení normální hmotnosti, psychoterapii a farmakoterapii. Pacientky s bulimií obvykle netají své příznaky tak, jako anorektičky, a proto je léčba snadnější a v nekomplikovaných případech ji lze provádět ambulantně .

### **10.1 Léčba mentální anorexie a bulimie**

Léčba mentální anorexie a bulimie by měla zahrnovat tři hlavní složky:

1. léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,
2. psychoterapie, která by nemocné přinesla pochopení příčin jejího onemocnění zejména pak úlohy, jakou v jeho současném životě onemocnění plní,
3. behaviorální terapie zaměřená na změnu nevhodných jídelních návyků případně nevhodného životního stylu nemocného.

Při terapii je důležité dodržovat následující principy:

1. podporovat zodpovědnost nemocného za vlastní osobu, jeho aktivní přístup a motivaci ke změně,
2. dávat nemocnému informace, související s jeho onemocněním,
3. vycházet z nynější situace nemocného,
4. poskytovat nemocnému podporu při náročných změnách, kterými při uzdravování prochází.



## **10.2 Kognitivně behaviorální léčba mentální bulimie**

Kognitivně behaviorální léčba mentální bulimie vychází z kognitivního pojetí udržování této poruchy. Provádí se ambulantně a obvykle zahrnuje kolem 20 sezení v průběhu 20 týdnů. Každé sezení trvá přibližně 50 minut. Zhruba od 80. let 20. století začala být léčebná sezení doplňována i využíváním kognitivně behaviorálních svépomocných manuálů. Jde o informace o současném chápání mentální bulimie a s ní spojených problémů. Manuály obsahují konkrétní rady, jak je překonat, které vycházejí z kognitivně behaviorálních principů. Původně byly vytvořeny jako doplněk kognitivně behaviorální terapie, avšak stále více patientek má zájem využívat je buď samostatně, nebo jen s velmi omezenou podporou terapeuta či praktického lékaře

### **10.2.1 První fáze léčby**

První fáze léčby se zaměřuje na dva základní cíle. Prvním je vysvětlit pacientce smysl léčby a teorii vzniku a udržování poruchy. Druhým cílem je nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem. V původní formě léčby se sezení s pacientkou během první fáze konala dvakrát týdně. Další zkušenosti však ukázaly, že tak častá setkání jsou nezbytná pouze u těch patientek, jejichž jídelní návyky jsou příliš vážně narušeny, konkrétně u těch, které se každý den několikrát záchvatově přejídají.

### **10.2.2 Druhá fáze léčby**

Tato fáze trvá obvykle osm týdnů, během nichž se sezení konají jednou týdně. V jejím průběhu se klade stále důraz na pravidelný jídelní režim a na využívání alternativního chování bránícího zvracení. Kromě toho se v terapii zaměřuje i na různé formy diet, na postoje vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti a také na obecnější poruchy kognitivních procesů. Používají se různé kombinace behaviorálních a kognitivních postupů.

### **10.2.3 Třetí fáze léčby**

Závěrečná fáze léčby sestává ze tří sezení, která se konají jednou za dva týdny. Cílem této fáze je udržet si dostatečný pokrok i po skončení léčby. Pacientky, u nichž se dosud projevují příznaky mentální bulimie, a které se proto ukončení léčby obávají, můžeme ujistit že se stav obvykle zlepšuje i během dalších měsíců po ukončení terapie. Je důležité zajistit, aby pacientky měly realistická očekávání ohledně budoucnosti. Obvyklým problémem je, že mnoho pacientek věří, že už nikdy nepodlehnou nutkání se přejíst .

Léčba dětí s poruchou příjmu potravy je často svízelná, vyžaduje velkou trpělivost zdravotnického personálu i celé rodiny. Projevy onemocnění mohou přetrvávat do dospělosti.

Přesné hodnocení energetického výdeje u volně se pohybujících jedinců je poměrně obtížné a metodicky značně náročné. Dlouhodobé a přesné sledování příjmu jednotlivých složek výživy je však u volně žijících osob prakticky nemožné. Pro krátkodobé sledování máme možnost použít některou z následujících metod .

### **10.3 Semikvantitativní stanovení požití stravy**

Nemocný dostává dietu, která je charakterizována svým složením. Množství nesnědeného jídla se odhaduje semikvantitativně – s přesností na jednu čtvrtinu. Metoda je jednodušší než metoda předchozí, je však použitelná pouze u hospitalizovaných nebo institucionalizovaných jedinců, kterým se vydává strava z jedné kuchyně .

### **10.4 Využití tabletového systému**

Dieta je rozdělena do malých částí (tabletů), které jsou charakterizovány svým složením. V této podobě se vydává sledovaným jedincům a množství použitých tabletů je sledováno. Metoda vyžaduje přípravu jídel v jedné kuchyni nebo použití přesně definovaných jídel .

## **10.5 Využití dotazníků**

Jde o dotazníky, které vyplňují sami nemocní nebo jejich příbuzní a které podávají informaci o požitém jídle. Nevýhodou je malá přesnost a skutečnost, že u některých skupin je jejich využití zatíženo i snahou nemocného o zkreslení výsledků .

## **10.6 Jídelní záznamy**

Překonat bulimii, anorexii a přejídání znamená změnit svoje jídelní zvyklosti. Jídelní záznamy umožní věcně a střízlivě posoudit co, kde a jakým způsobem nemocný jí. S pomocí záznamů je možné odhalit případné chyby a možné souvislosti mezi jídlem a dalšími okolnostmi života pacienta. Pacient se rovněž učí sledovat svoje chování, myšlenky a pocity spojené s jedením a podle potřeby měnit svoje jídelní chování. Už samotné vedení záznamů může mít pozitivní vliv na jídelní chování.

## III. EMPIRICKÁ ČÁST

### 1 Cíl práce a pracovní hypotézy

#### 1.1 Cíl práce

Cílem mého výzkumu je u dětí školního věku (13 – 14 let) zjistit:

- Podíl jedinců s nízkou hmotností, normální hmotností, nadváhou a obezitou;
- Spokojenost s vlastním tělem a hodnocení postavy;
- Držení diet a zkušenosti s dietou a dietními přípravky;
- Informovanost o prevenci poruch příjmu potravy;
- Vliv masmédií ( reklama, časopisy, apod. ).

#### 1.2 Pracovní hypotézy

Na základě uvedených cílů formuluji tyto hypotézy, které se pokusím výzkumem ověřit.

**Hypotéza H1** – předpokládám, že nízká hmotnost se objeví ve vyšší míře u dívek než u chlapců

**Hypotéza H2** – předpokládám, že hodnocení postavy a nespokojenost s postavou se projeví ve vyšší míře u dívek než u chlapců

**Hypotéza H3** – předpokládám, že zkušenosti s držetím diet a dietními přípravkami budou uvádět ve vyšší míře dívky v porovnání s chlapci

**Hypotéza H4** – předpokládám, že respondenti budou informování o prevenci poruch příjmu potravy ve škole, rodiči, praktickým lékařem, sdělovacími prostředky

**Hypotéza H5** – předpokládám, že respondenti budou uvádět vliv masmédií ( reklama, časopisy ) na hodnocení postavy

## **2 Metodika**

Pro ověření stanovených hypotéz jsem navrhla následující výzkumný plán.

### **2.1 Popis vzorku**

Vyšetřovala jsem soubor 100 dětí (44 chlapců a 56 dívek) na základní škole v Brandýse nad Labem. Výběr dětí byl uskutečněn podle věkového kritéria 13 – 14 let. Základní školu jsem vybrala náhodně.

### **2.2 Metody sběru dat**

K získání potřebných údajů byl použit vlastní dotazník (viz příloha č. 1), zaměřený na jednotlivé oblasti životního stylu dětí ve vztahu k PPP.

Dotazník je konstruován tak, aby zachytil základní složky hodnocení kategorií dětí dle BMI, spokojenosti s vlastním tělem, zkušenost s dietou a dietními přípravkami, znalost v oblasti prevence poruch příjmu potravy a vliv masmédií na dětskou populaci.

Dotazník je anonymní a je rozdělen do několika okruhů:

1. Okruh otázek se týká osobních údajů.
2. Okruh otázek se zabývá spokojeností s vlastním tělem a hodnocením postavy.
3. Okruh je zaměřen na diety a dietní přípravky. V tomto segmentu zjišťuji záliby dětí v dietách a znalost dietních přípravků.
4. Okruh otázek zahrnuje obecné otázky, které se týkají povědomí o poruchách příjmu potravy.
5. Okruh otázek se týká vlivu masmédií, kdy zjišťuji jak reklama, časopisy apod. ovlivňuje děti ve vztahu k hodnocení postavy a nadváhy..

## 2.3 Pracovní postup

Výzkum probíhal v průběhu měsíce května 2011 v Brandýse nad Labem. Po udělení souhlasu ze strany vedení školy jsem provedla dotazníkové šetření. Na základě vysvětlení cíle výzkumu mi byl ochotně poskytnut prostor pro šetření. Dotazník jsem rozdávala v hodinách výchovy ke zdraví, neboť v tomto předmětu se děti učí prevenci poruch příjmu potravy. Po představení se a instrukci jsem děti požádala o vyplnění příslušného dotazníku. U vyplnění dotazníku jsem byla osobně přítomna pro případ, kdyby se některé z dětí potýkalo s nejasnostmi. Kladla jsem též velký důraz na anonymitu dat uvedených v dotazníku a poprosila, aby dotazník vyplnil každý sám za sebe. Vyplnění dotazníku trvalo v průměru 25 minut.

Respondenti vybírali z nabídnutých možností odpovědí, přičemž mohli kombinovat i více možností. Měli možnost uvést i své vlastní varianty, které nebyly nabídnuty. Data v empirické části byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007.

V empirické části byly testovány rozdíly mezi skupinami. Své vlastní hodnocení jsem porovnávala s hodnocením v publikaci Tělesná hmotnost, jídelní a pohybové zvyklosti, tělesná spokojenost, dietní tendence 2011 od PhDr. František Davida Krcha Ph.D., z Psychiatrická klinika VFN a 1 LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2.

### 3 Výsledky výzkumu

Dotazník vyplňovalo 100 respondentů, z nichž bylo 44 chlapců a 56 dívek ve věkové skupině 13 – 14 let.

#### 3.1 Okruh otázek – Osobní údaje

V okruhu otázek týkajících se osobních údajů jsem zjišťovala pohlaví, hmotnost a výšku a následně jsem vypočítala hodnoty BMI.

Při zpracování dat jsem děti rozdělila podle hodnot BMI do 3 kategorií a to do kategorie podváha, norma a nadváha (tabulka č. 1). Hodnotu obezita jsem neuváděla, jelikož se u respondentů nevyskytla. Hodnocení dle kategorií dětí do stupňů BMI jsem provedla dle Pařízkové a Lisé (2007) a Krcha (2005).

**Tabulka č. 1**

#### **Kategorie BMI u českých dětí**

pohlaví	BMI		
	podváha	norma	nadváha
chlapci	< 17,5	17,6-25,4	> 25,5-29,3
dívky	< 17,5	17,6-25,4	> 25,5-29,5

**Zastoupení dětí v jednotlivých kategoriích podle BMI a pohlaví uvádím v tabulce č. 2 a grafu č. 1.**

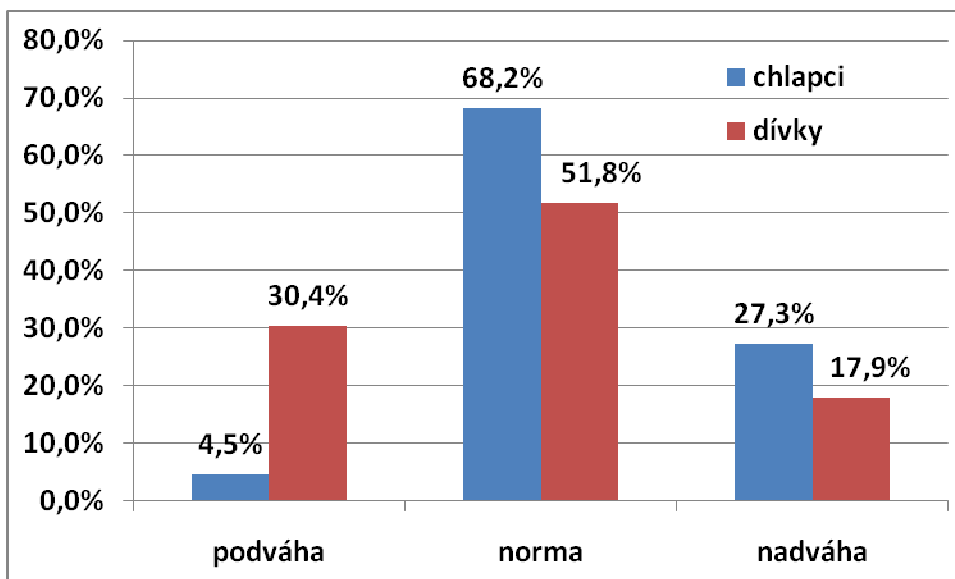
**Tabulka č. 2**

#### **Hodnocení hmotnosti podle BMI**

pohlaví	podváha		norma		nadváha	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	2	4,5	30	68,2	12	27,3
dívky	17	30,4	29	51,8	10	17,9

**Graf č. 1**

**Hodnocení hmotnosti**



V testované skupině chlapců bylo 68,2% jedinců s optimální váhou, 4,5% v kategorii podváha, v kategorii nadváha bylo 27,3% chlapců.

V testované skupině dívek bylo 51,8% jedinců s optimální váhou, 30,4% v kategorii podváha a 17,9% dívek v kategorii nadváha. Ve stupni obezity nebyla žádná z dívek ani z chlapců, proto údaj o obezitě není v tabulce ani grafu uveden.

Z výše uvedených zjištění je zřejmé, že podíl jedinců s nízkou hmotností převažuje u dívek.

### **3.2 Okruh otázek – Spokojenost s vlastním tělem a hodnocení své postavy**

Tento okruh otázek je zaměřen na spokojenost s vlastním tělem a hodnocení postavy u respondentů. Úzce souvisí s mými předpoklady u hypotézy H2, kde se domnívám, že hodnocení postavy a nespokojenost s postavou se projeví ve vyšší míře u dívek než u chlapců.



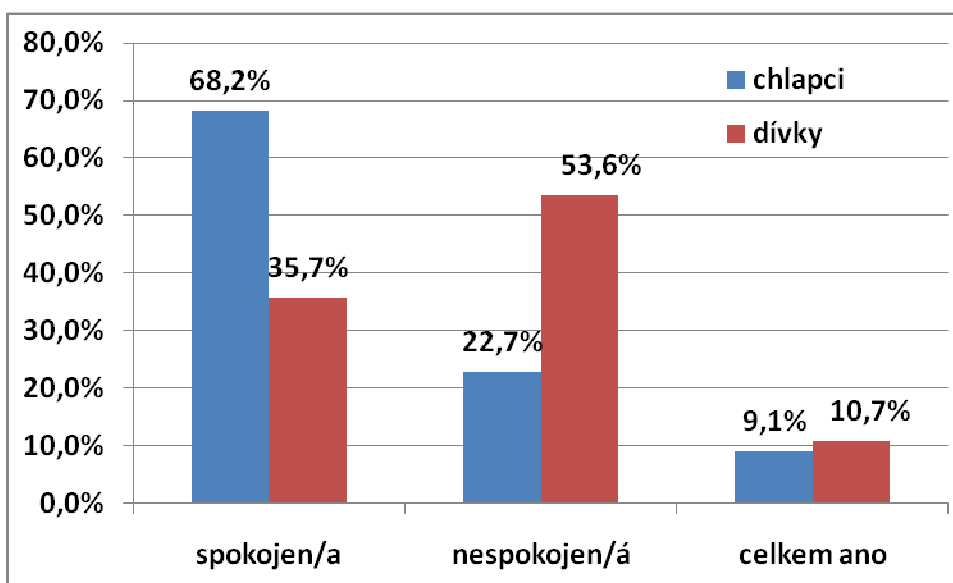
**Tabulka č. 3**

**Jste spokojený/á se svojí postavou?**

pohlaví	spokojen/á		nespokojen/á		celkem ano	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	30	68,2	10	22,7	4	9,1
dívky	20	35,7	30	53,6	6	10,7

**Graf č. 2**

**Jste spokojený/á se svojí postavou? (%)**



( $p < 001$ )

Z výše uvedené tabulky a grafu vidíme, že se liší odpovědi u chlapců a dívek u údaje nespokojenosti s vlastním tělem. Nespokojeno je 22,7 % chlapců a 53,6 % dívek. Spokojeno se svojí postavou je 68,2 % chlapců a 35,7 % dívek. Celkem spokojeno jsou 9,1 % chlapců a 10,7 % dívek. Mezi hodnocením tělesného vzhledu chlapců a dívek byl statisticky významný rozdíl. Dívky byly relativně kritičtější ke svému vzhledu a chlapci relativně častěji uváděli, že nepřemýšlí o tom, jak vypadají.

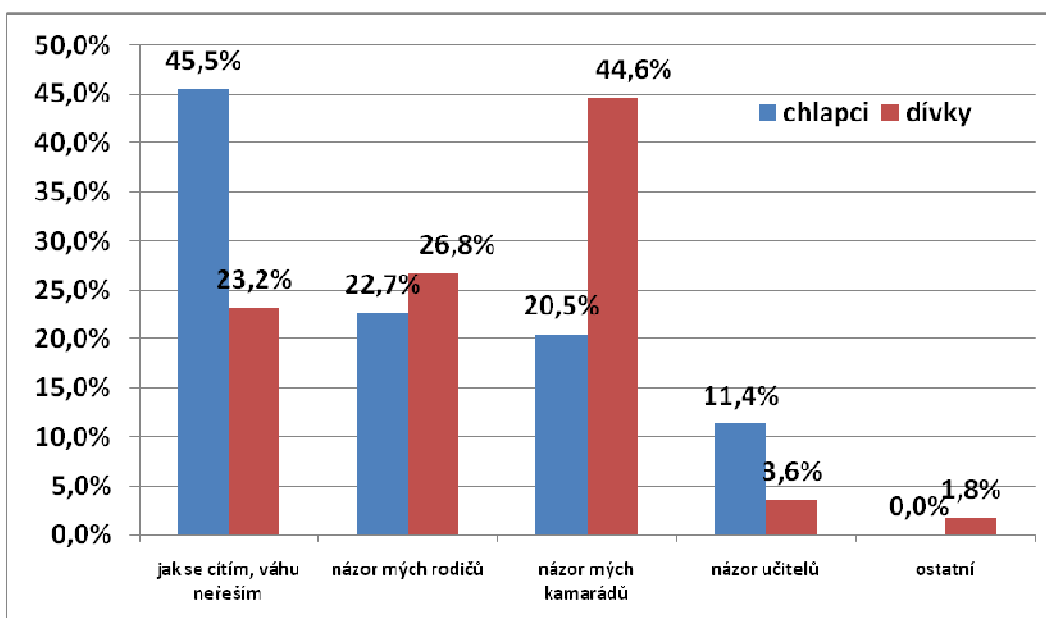
**Tabulka č. 4**

**Při hodnocení své postavy je pro Tebe nejdůležitější**

pohlaví	jak se cítím, váhu neřeším		názor mých rodičů		názor mých kamarádů		názor učitelů		ostatní	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
chlapci	20	45,5	10	22,7	9	20,5	5	11,4	0	0,0
dívky	13	23,2	15	26,8	25	44,6	2	3,6	1	1,8

**Graf č.3**

**Při hodnocení své postavy je pro Tebe nejdůležitější ( % )**



Z této otázky je zřejmé, že při hodnocení postavy je nejdůležitější pro chlapce 45,5% jak se cítí, váhu neřeší, 22,7% chlapců zajímá názor jejich rodičů, 20,5% názor kamarádů, 11,4% názor učitelů. Dívky nejvíce zajímá názor kamarádů 44,6%, názor rodičů 26,8%, 23,2% váhu neřeší, 3,6% dívek názor učitelů, 1,8% ostatní. Patrné rozdíly jsou u odpovědi „názor mých kamarádů“, kde dívky více zajímá jejich vzhled, jak vypadají a jak je hodnotí jejich kamarádi.

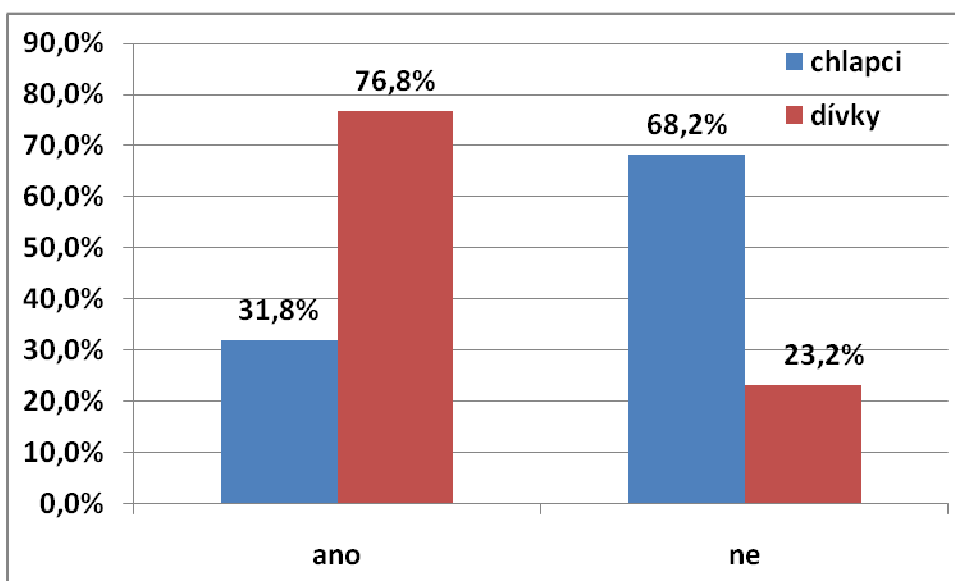
**Tabulka č. 5**

**Setkal/a jsi se někdy s nepříjemnými narážkami na svoji postavu ?**

pohlaví	ano		ne	
	N	%	N	%
chlapci	14	31,8	30	68,2
dívky	43	76,8	13	23,2

**Graf č. 4**

**Setkal/a jsi se někdy s nepříjemnými narážkami na svoji postavu ?(%)**



Z výše uvedené tabulky a grafu vidíme, že 76,8 % dívek se setkalo s nepříjemnými narážkami na svoji postavu oproti chlapcům, kteří se s nepříjemnými narážkami setkali pouze ve 31,8 %. 68,2% chlapců a 23,2% dívek se s nepříjemnými narážkami neseťkalo.

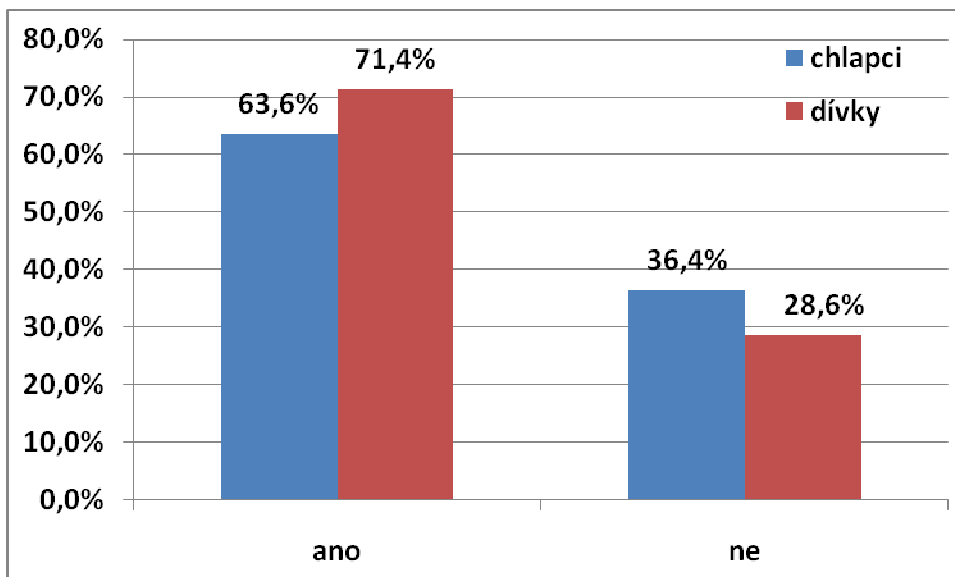
**Tabulka č. 6**

**Setkal/a jsi se někdy ve svém okolí s tím, že byl někdo z Tvých vrstevníků zesměšňován spolužáky kvůli nadváze nebo vyhublosti?**

pohlaví	ano		ne	
	N	%	N	%
chlapci	28	63,6	16	36,4
dívky	40	71,4	16	28,6

**Graf č. 5**

**Setkal/a jsi se někdy ve svém okolí s tím, že byl někdo z Tvých vrstevníků zesměšňován spolužáky kvůli nadváze nebo vyhublosti? ( %)**



Z výše uvedeného znázornění vidíme, že se chlapci setkali v 63,6% případech a dívky ve 71,4% případech se situací, že byl někdo z jejich vrstevníků zesměšňován spolužáky kvůli nadváze nebo vyhublosti. 36,4% chlapců a 28,6% dívek se nesetkalo se zesměšňován spolužáky.

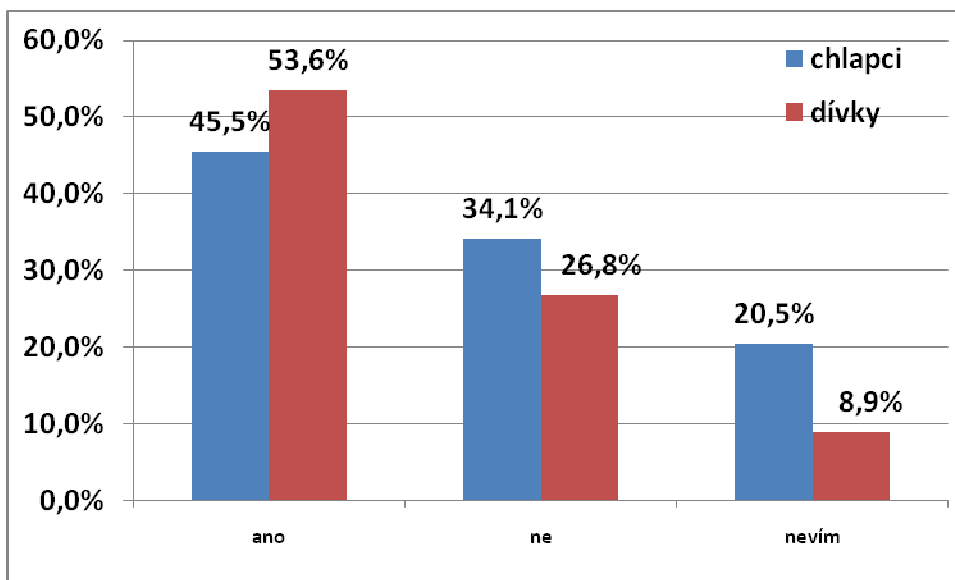
**Tabulka č. 7**

**Myslíš si, že Tvoje štíhlá postava ovlivní, zda budeš v životě úspěšný/á ?**

pohlaví	ano		ne		nevím	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	20	45,5	15	34,1	9	20,5
dívky	30	53,6	15	26,8	5	8,9

**Graf č. 6**

**Myslíš si, že Tvoje štíhlá postava ovlivní, zda budeš v životě úspěšný/á ? (%)**



( $p < 001$ )

Z této otázky je zřejmé, že 45,5 % chlapců a 53,6 % dívek si myslí, že jejich štíhlá postava ovlivní, zda budou v životě úspěšní. U obou skupin je zajímavé zjištění, že ve věkovém rozmezí 13-14 let děti uvažují o své úspěšnosti ve vztahu ke vzhledu své postavy a neupřednostňují jiné daleko důležitější životní priority. 26,8% dívek a 34,1% chlapců tento názor nesdílí, 20,5% chlapců a 8,9 % dívek uvedli, že nevědí. Dívky s rostoucím věkem častěji uváděly, že drží dietu nebo by ji měly držet, protože potřebují zhubnout, chlapci si významně často přejí přibrat z důvodů navýšení svalové hmoty a s věkem ubývá i chlapců, kteří by se hlásili k dietě.

### **3.3 Okruh otázek – Diety a dietní přípravky**

V těchto otázkách jsem testovala hypotézu H3, kde předpokládám, že zkušenosti s držetím diet a dietními přípravky budou uvádět ve vyšší míře dívky v porovnání s chlapci.

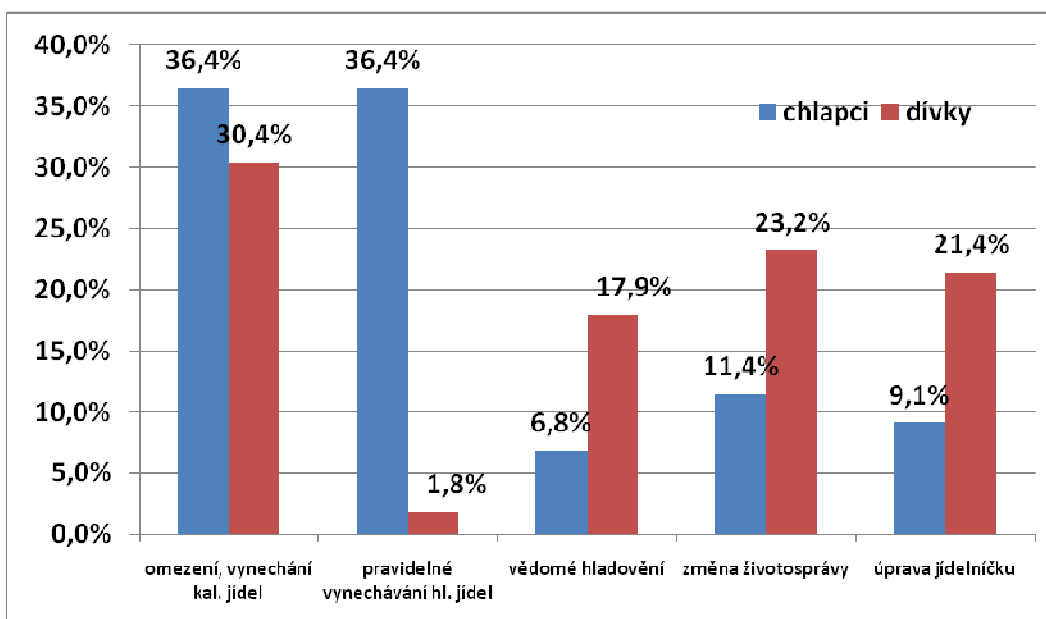
**Tabulka č. 8**

**Co podle Tebe znamená pojem dieta**

pohlaví	omezení, vynechání kal. jídel		pravidelné vynechávání hl. jídel		vědomé hladovění		změna životosprávy		úprava jídelníčku	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
chlapci	16	36,4	16	36,4	3	6,8	5	11,4	4	9,1
dívky	17	30,4	1	1,8	10	17,9	13	23,2	12	21,4

**Graf č. 7**

**Co podle Tebe znamená pojem dieta (%)**



Na otázku, co pro respondenty znamená pojem dieta, odpovědělo :  
 36,4 % chlapců, 30,4% dívek omezení, vynechání kalorických jídel, 36,4%  
 chlapců , 1,8% dívek pravidelné vynechávání hlavních jídel, 6,8% chlapců a 17,9  
 % dívek vědomé hladovění , 11,4% chlapců, 23,2 % dívek změna životosprávy a  
 9,1% chlapců, 21,4 % dívek změna jídelníčku.

**Tabulka č. 9**

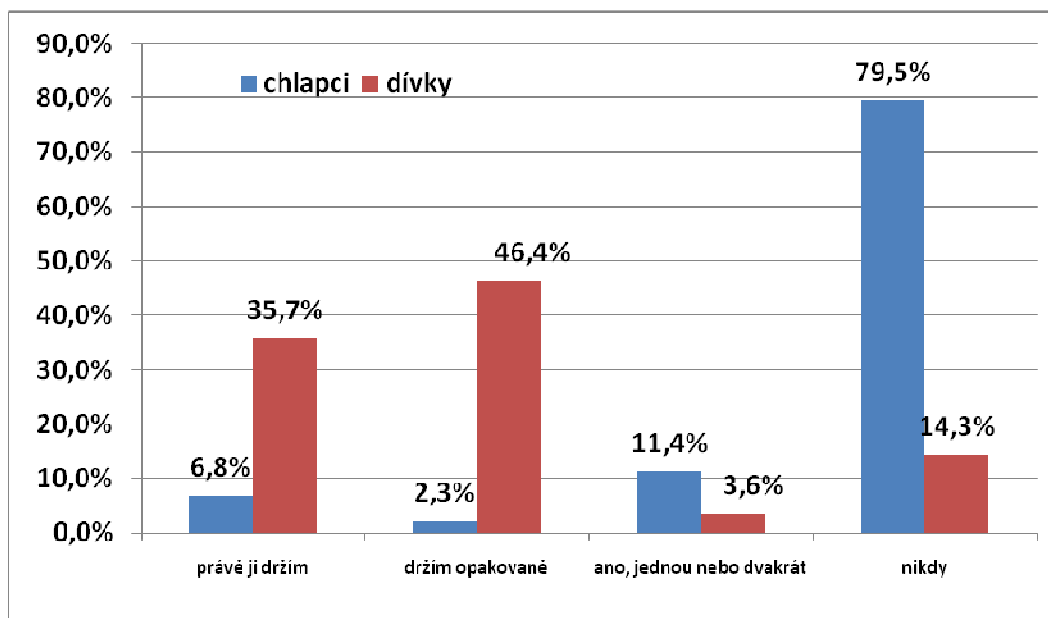
**Držel/a jsi někdy dietu, protože jsi chtěla zhubnout?**

pohlaví	právě ji držím		držím opakovaně		ano, jednou nebo dvakrát		nikdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>chlapci</b>	3	6,8	1	2,3	5	11,4	35	79,5
<b>dívky</b>	20	35,7	26	46,4	2	3,6	8	14,3

( p < 001)

**Graf č. 8**

**Držel/a jsi někdy dietu, protože jsi chtěla zhubnout? (%)**



Z výše uvedené tabulky a grafu vidíme, že zkušenosti s dietou a držení diet je četnost výskytu prokazatelně vyšší u dívek, než u chlapců.

V této otázce se mi potvrdila hypotéza H3, kdy 35,7 % dívek a 6,8 % chlapců uvedlo, že dietu právě drží, 2,3% chlapců a 46,4% dívek dietu drží opakovaně, 11,4 % chlapců, 3,6 % dívek drželo dietu jednou, dvakrát, 79,5 % chlapců a 14,3 % dívek dietu nikdy. Při porovnání s výsledky studie PhDr. František Davida Krcha je slučitelné, že častěji se dietami zabývají dívky, které s rostoucím věkem častěji uváděly, že drží dietu nebo by ji měly držet, protože potřebují zhubnout, starší chlapci si významně často přáli přibrat a s věkem ubývalo i chlapců, kteří se hlásili k dietě.

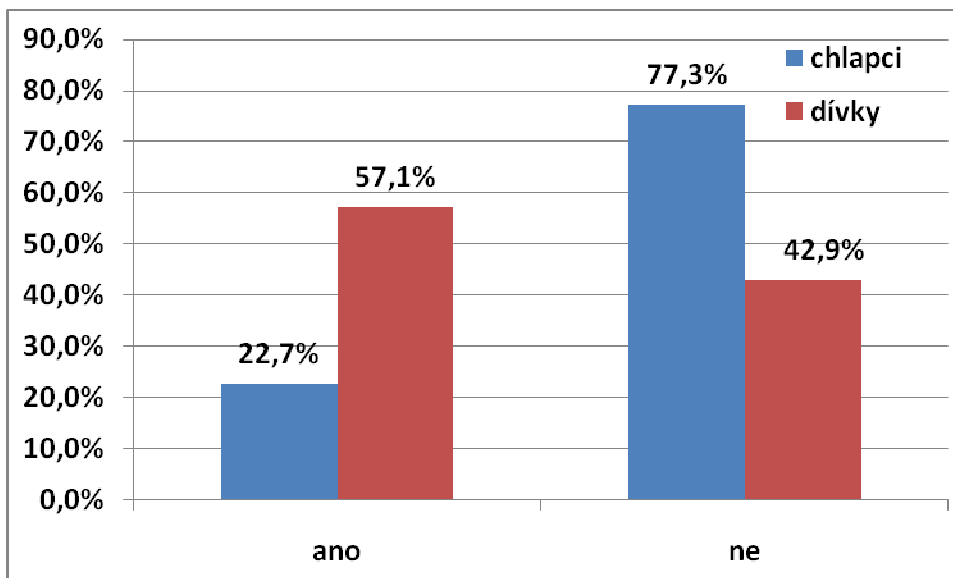
**Tabulka č. 10**

**Měl/a si někdy při přejedení pocit provinění a šel/šla jsi zvracet?**

pohlaví	ano		ne	
	N	%	N	%
chlapci	10	22,7	34	77,3
dívky	32	57,1	24	42,9

**Graf č. 9**

**Měl/a si někdy při přejedení pocit provinění a šel/šla jsi zvracet? (%)**





Z tabulky je patrný větší rozdíl mezi chlapci 22,7% a dívkami 57,1% v pocitu provinění při přejedení a pocitu na zvracení. Potvrdila se tak má hypotéza H3. Záporná odpověď byla v 77,3 % u chlapců a 42,9 % u dívek.

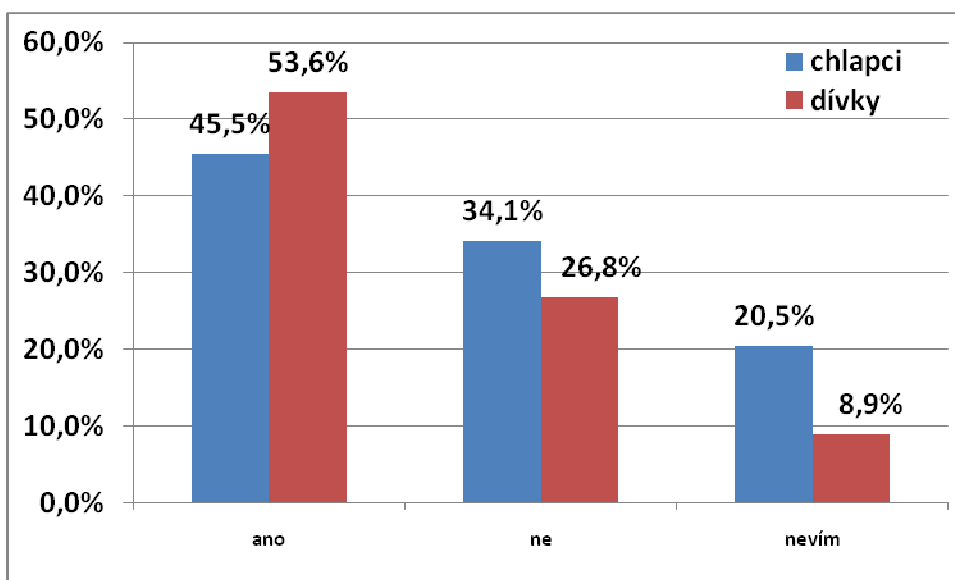
### Tabulka č. 11

#### Vybíráš si potraviny s nízkým obsahem tuku ?

pohlaví	ano		ne		občas	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	11	45,5	19	34,1	14	20,5
dívky	24	53,6	26	26,8	6	8,9

### Graf č. 10

#### Vybíráš si potraviny s nízkým obsahem tuku ? (%)



Z výše uvedeného znázornění vidíme, že potraviny s nízkým obsahem tuku si vybírají chlapci v 45,5 %, dívky ve 53,6 %, 34,1 % chlapců a 26,8 % dívek si potraviny s nízkým obsahem tuku nevybírá, Občas si potraviny s nízkým obsahem tuku vybírá 20,5 % chlapců a 8,9 % dívek

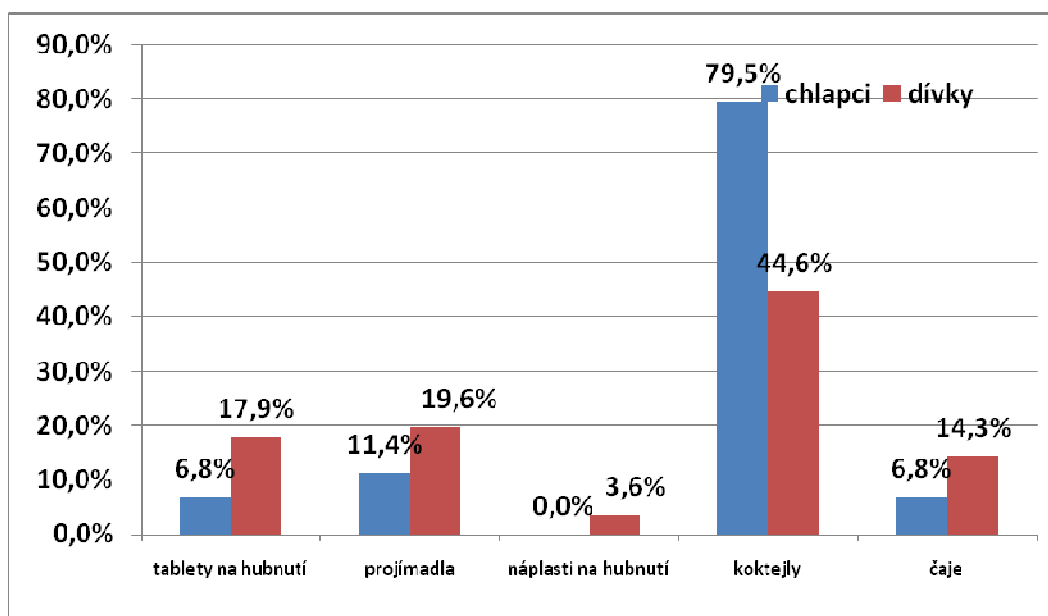
**Tabulka č. 12**

**Dokázal/a bys uvést některé dietní přípravky v lékárnách?**

pohlaví	tablety na hubnutí		projímadla		náplasti na hubnutí		koktejly		čaje	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>chlapci</b>	3	6,8	5	11,4	0	0,0	35	79,5	3	6,8
<b>dívky</b>	10	17,9	11	19,6	2	3,6	25	44,6	8	14,3

**Graf č. 11**

**Dokázal/a bys uvést některé dietní přípravky v lékárnách? (%)**



U otázky, zda-li respondenti dokážou uvést některé dietní přípravky, uvedli 6,8 % chlapců a 17,9 % dívek tablety na hubnutí, 11,4 % chlapců, 19,6 % dívek projímadla, 0 % chlapců a 3,6 % dívek náplasti na hubnutí, 79,5 % chlapců a 44,6 % dívek koktejly na hubnutí, 6,8 % chlapců, 14,3 % dívek hubnoucí čaje. Respondenti mají přehled o nejrůznějších dietních přípravcích. Největší znalost dietních přípravků jsou koktejly na hubnutí. I zde mohu potvrdit hypotézu H3.

### 3.4 Okruh otázek - Informovanost o poruchách příjmu potravy

V tomto okruhu otázek zjišťují informovanost dětí o poruchách příjmu potravy. Tímto okruhem otázek testují hypotézu H4, kde předpokládám že respondenti budou informováni o prevenci poruch příjmu potravy ve škole, rodiči, praktickým lékařem, sdělovacími prostředky.

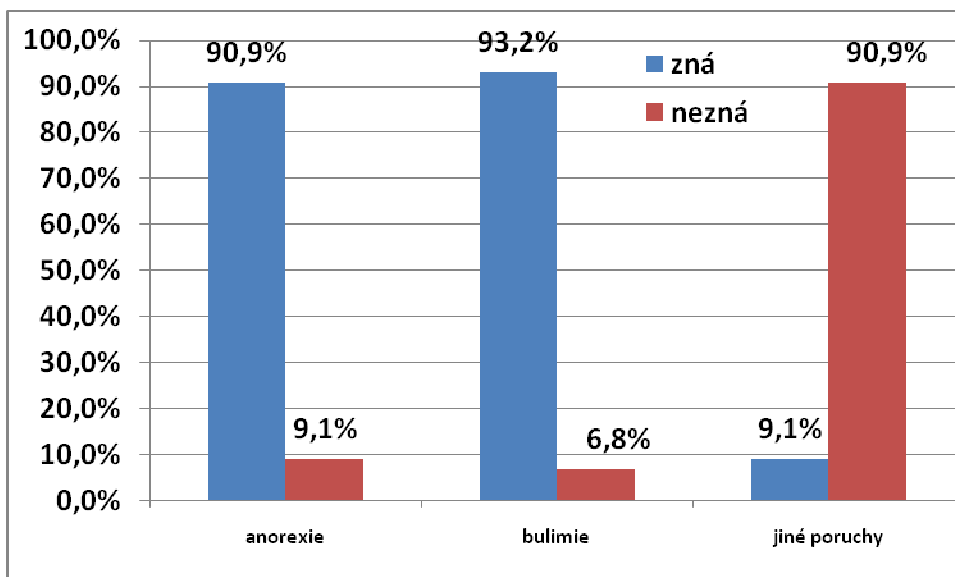
Tabulka č. 13

**Chlapci: Znáš pojem mentální anorexie, mentální bulimie a jiné jídelní poruchy?**

	anorexie		bulimie		jiné poruchy	
	N	%	N	%	N	%
zná	40	90,9	41	93,2	4	9,1
nezná	4	9,1	3	6,8	40	90,9

Graf č. 12

**Chlapci: Znáš pojem mentální anorexie, mentální bulimie a jiné jídelní poruchy? (%)**



Chlapci v dotazníku uváděli, že znají pojem mentální anorexie ve 90,9 % , pojem mentální bulimie ve 93,2 % a jiné poruchy ve 9,1 %. Neznalost tohoto pojmu uváděli ve 9,1 % mentální anorexie, 6,8 % u mentální bulimie a 90,9 % u pojmu jiné poruchy.

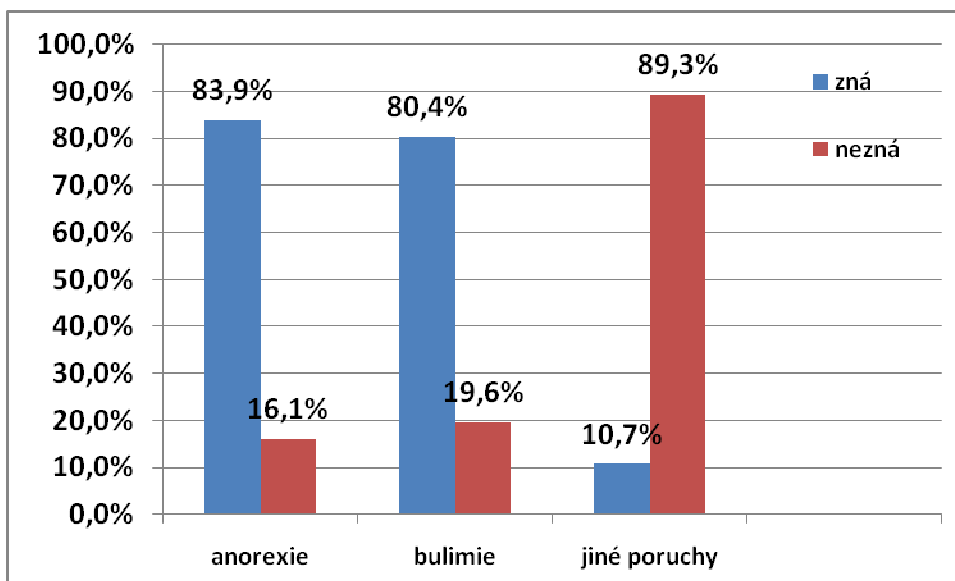
**Tabulka č. 14**

**Dívky: Znáš pojem mentální anorexie, mentální bulimie a jiné jídelní poruchy?**

	anorexie		bulimie		jiné poruchy	
	N	%	N	%	N	%
zná	47	83,9	45	80,4	6	10,7
nezná	9	16,1	11	19,6	50	89,3

**Graf č. 13**

**Dívky: Znáš pojem mentální anorexie, mentální bulimie a jiné jídelní poruchy? (%)**



Dívky v dotazníku uváděli, že znají pojem mentální anorexie ve 83,9 % , pojem mentální bulimie ve 45 % a jiné poruchy ve 6 % . Neznalost tohoto pojmu uváděli ve 9 % mentální anorexie, 11 % u mentální bulimie a 50 % u pojmu jiné poruchy.

U obou skupin respondentů je patrné zjištění, že znalost tohoto pojmu je vysoká. Zde mohu potvrdit hypotézu H4.

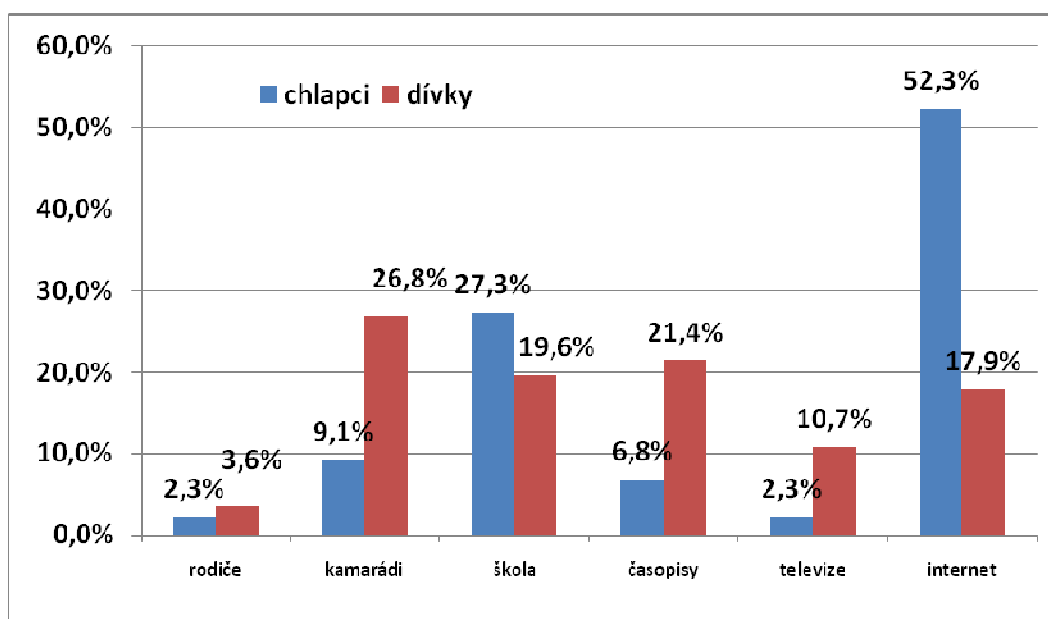
**Tabulka č. 15**

**Od koho ses dozvěděl/a první informace o poruchách příjmu potravy?**

pohlaví	rodiče		kamarádi		škola		časopisy		televize		internet	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
chlapci	1	2,3	4	9,1	12	27,3	3	6,8	1	2,3	23	52,3
dívky	2	3,6	15	26,8	11	19,6	12	21,4	6	10,7	10	17,9

**Graf č. 14**

**Od koho ses dozvěděl/a první informace o poruchách příjmu potravy? (%)**



U otázky, od koho se respondenti dověděli první informace o poruchách příjmu potravy odpovědělo 2,3% chlapců, 3,6% dívek od rodičů, 9,1 % chlapců, 26,8 % dívek od kamarádů, 27,3 % chlapců, 19,6 % dívek ze školy, 6,8 % chlapců, 21,4% dívek z časopisů, 10,7% dívek a 2,3% chlapců z televize, 52,3 % chlapců a 17,9 % dívek z internetu.

Z průzkumu je patrné, že dívky mají více informace ze školy, od kamarádů a z časopisů oproti chlapcům, kteří mají zdroje převážně z internetu. Zde se mi potvrdila hypotéza H4.

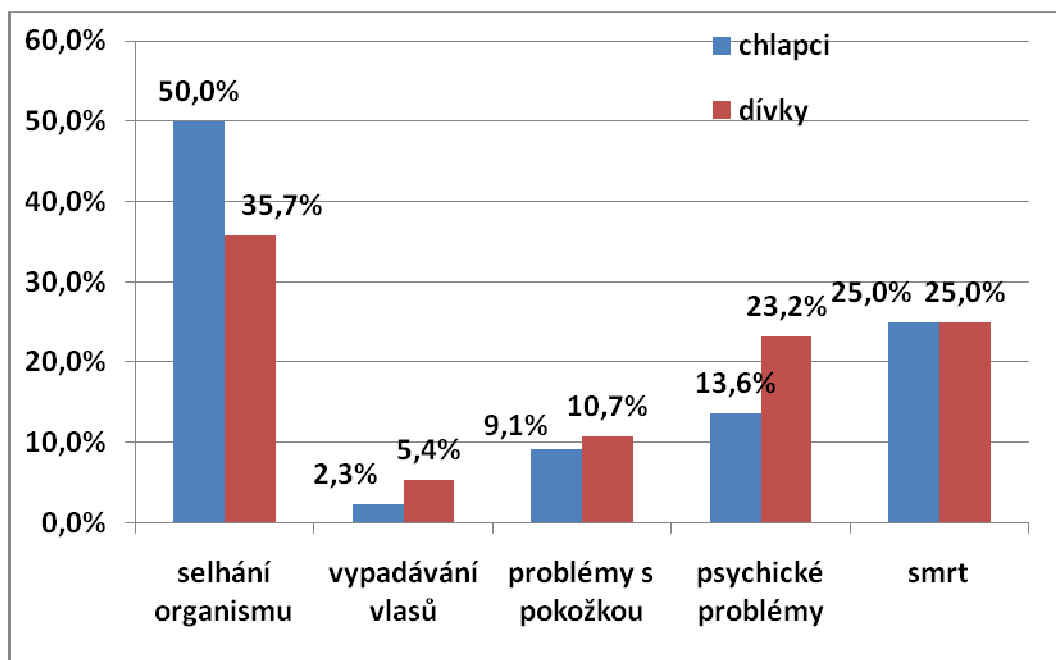
**Tabulka č. 15**

**Jaké hrozí poškození organismu při poruchách příjmu potravy?**

pohlaví	selhání organismu		vypadávání vlasů		problémy s pokožkou		psychické problémy		smrt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
chlapci	22	6,8	11	1,4	4	0,0	6	79,5	1	16,8
dívky	20	17,9	3	19,6	6	3,6	13	44,6	14	14,3

**Graf č. 14**

**Jaké hrozí poškození organismu při poruchách příjmu potravy? (%)**



Z tabulky i grafu je zřejmé, že obě pohlaví dokáží uvést, jaké poškození organismu hrozí při poruchách příjmu potravy. 22 % chlapců a 20 % procent dívek uvádí selhání organismu, 1% chlapců, 3 % dívek vypadávání vlasů, 4% chlapců, 6% dívek problémy s pokožkou, 6% chlapců, 13 % dívek psychické problémy a 11 % chlapců a 14% dívek odpovědělo smrt. Z výsledku je zřejmé, že obě skupiny respondentů, mají znalosti o důsledcích poruch příjmu potravy.

### 3.5 Okruh otázek – vliv masmédií

Tento okruh otázek je zaměřen na vliv masmédií ( reklama, časopisy, apod. ), které mohou ovlivnit chlapce a dívky svým působením. Tímto okruhem otázek testuji hypotézu H5, kde předpokládám že respondenti budou uvádět vliv masmédií ( reklama, časopisy ) na své hodnocení postavy.

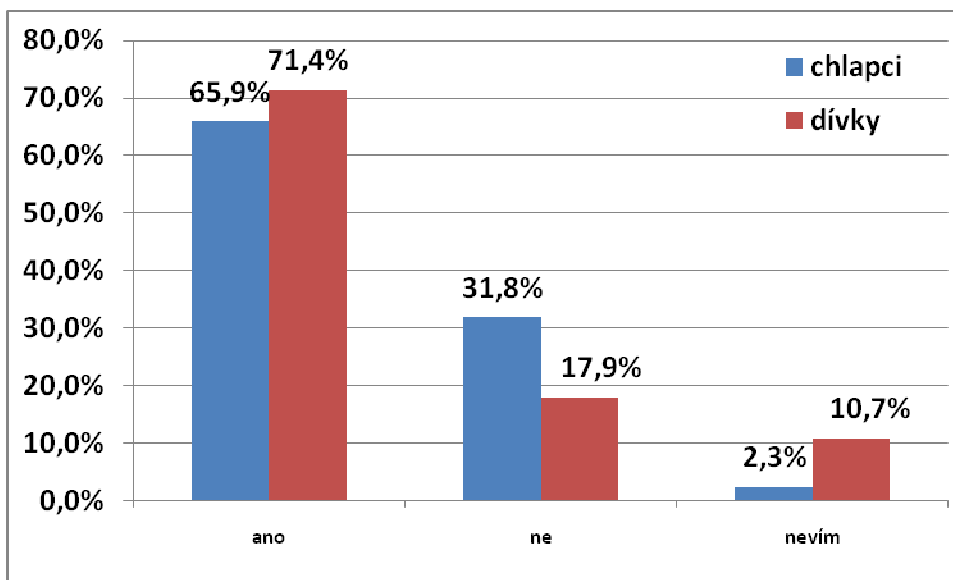
**Tabulka č. 16**

**Myslíš si, že tě ovlivňuje reklama? ( štíhlé dívky v časopisech, modelky, sportovci, kulturisté)?**

pohlaví	ano		ne		nevím	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	29	65,9	14	31,8	1	2,3
dívky	40	71,4	10	17,9	6	10,7

**Graf č. 15**

**Myslíš si, že tě ovlivňuje reklama? ( štíhlé dívky v časopisech, modelky, sportovci, kulturisté)? ( % )**



Z této otázky je zřejmé, že obě skupiny respondentů jsou ovlivněny reklamou. Ve větší míře uvádějí vliv reklamy dívky 71,4 %, chlapci 65,9%, 31,8 % chlapců

a 17,9 % dívek uvádí, že reklamou ovlivněny nejsou, nevědělo 2,3 % chlapců a 10,7 % dívek. Zde mohu potvrdit hypotézu H5.

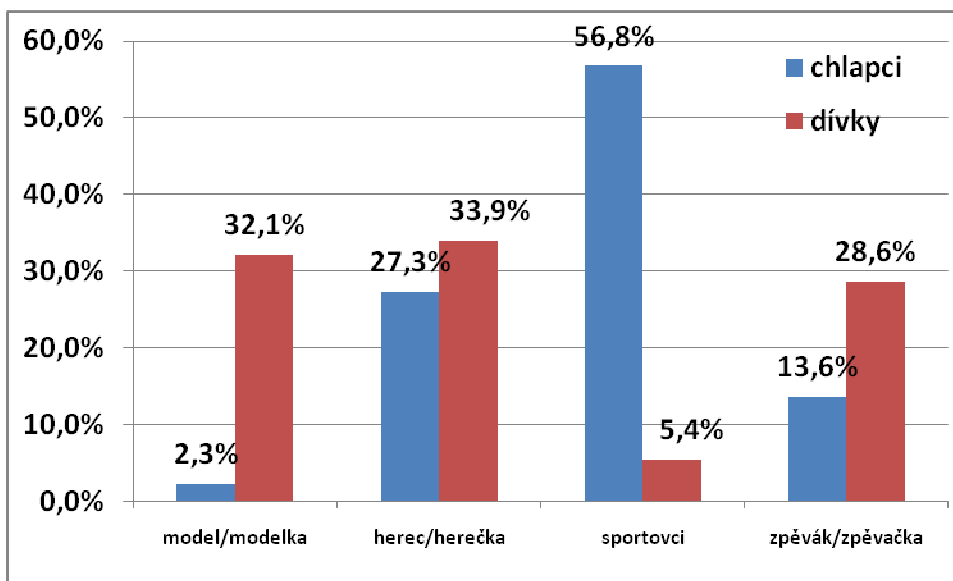
**Tabulka č. 17**

**Jaká celebrita Tě nejvíce motivuje, co se týče postavy a vzhledu?**

pohlaví	model/modelka		herec/herečka		sportovci		zpěvák/zpěvačka	
	N	%	N	%	N	%	N	%
chlapci	1	2,3	12	27,3	25	56,8	6	13,6
dívky	18	32,1	19	33,9	3	5,4	16	28,6

**Graf č. 16**

**Jaká celebrita Tě nejvíce motivuje, co se týče postavy a vzhledu? (%)**



Respondenti v dotazníku uváděli celebrity, které je nejvíce motivují. Model/modelka uvádí 2,3 % chlapců a 32,1 % dívek, herec/herečka 27,3% chlapců, 33,9 % dívek, sportovci 56,8 % chlapců a 5,4 % dívek, zpěvák/zpěvačka 13,6 % chlapců a 28,6% dívek.

Z tohoto porovnání vyplývá, že dívky mají za svůj vzor herečky, modelky, zpěvačky oproti chlapcům, kteří v největší míře oslovili sportovci.



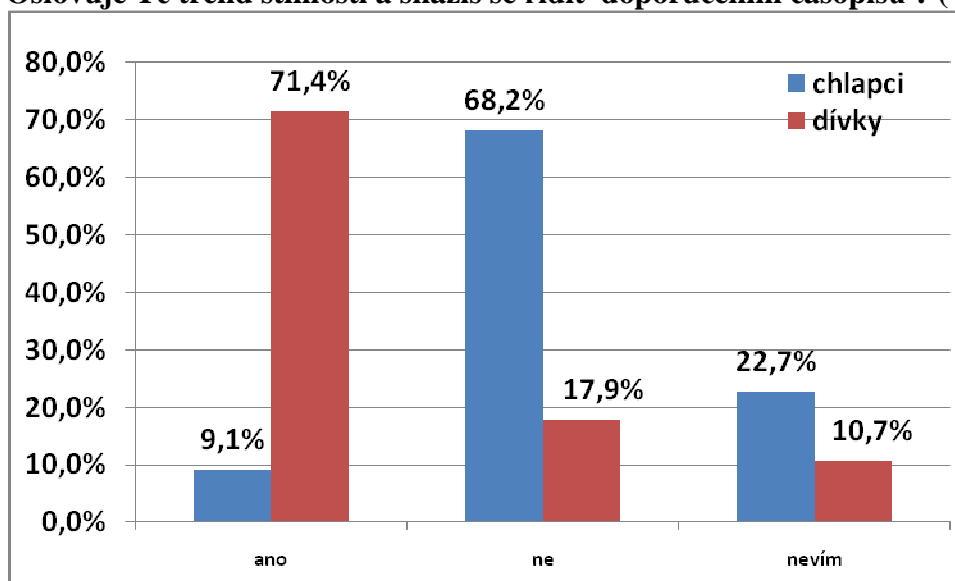
**Tabulka č. 18**

**Oslovuje Tě trend štíhlosti a snažíš se řídit doporučením časopisů ?**

pohlaví	ano		ne		nevím	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	4	9,1	30	68,2	10	22,7
dívky	40	71,4	10	17,9	6	10,7

**Graf č. 17**

**Oslovuje Tě trend štíhlosti a snažíš se řídit doporučením časopisů ? ( % )**



(  $p < 001$  )

U respondentů jsem v této otázce chtěla zjistit, zda je oslovuje trend štíhlosti a zda se řídí doporučením časopisů a následně potvrdit hypotézu H5, která se mi dotazníkovým šetřením potvrdila. Jak je z tabulky i grafu patrné, oslovení trendem štíhlosti a doporučením časopisů se v 71,4 % řídí dívky, chlapci pouze v 9,1%, záporně odpovědělo 68,2 % chlapců a 17,9 % dívek, nevědělo 22,7% chlapců a 10,7 % dívek.

V souvislosti s mediálním významem štíhlosti, zdánlivou účinností nabízených prostředků na hubnutí, ale i ve srovnání s vyhublostí protagonistů světa dospívajících je potom nadváha, zejména u dívek, vnímána jako znak osobního selhání a sociálního neúspěchu, proto se dívky snaží řídit doporučením časopisů i zde se ztotožňují s PhDr. František Davidem Krchem.

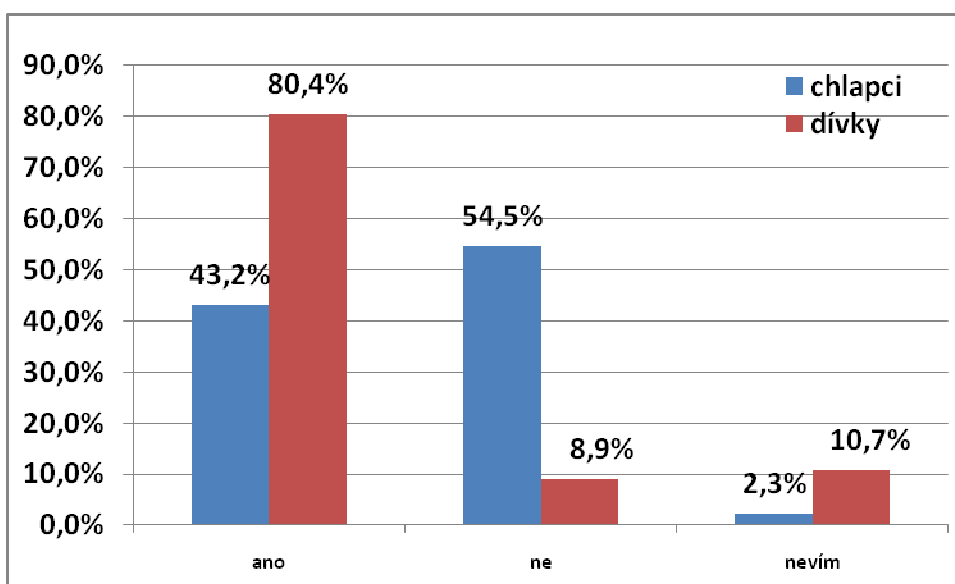
**Tabulka č. 19**

**Stane se Ti někdy, že si prohlížíš časopis a chtěl/a bys vypadat jako model/a na fotografiích?**

pohlaví	ano		ne		nevím	
	N	%	N	%	N	%
chlapci	19	43,2	24	54,5	1	2,3
dívky	45	80,4	5	8,9	6	10,7

**Graf č. 18**

**Stane se Ti někdy, že si prohlížíš časopis a chtěl/a bys vypadat jako model/ka na fotografiích? (%)**



Dotazníkovým šetřením se prokázalo, že 43,2 % chlapců a 80,4 % dívek by chtěli vypadat jako model/ka na fotografiích, 54,5 % chlapců a 8,9 % dívek ospovědělo záporně, nevědělo 2,3 % chlapců a 10,7 % dívek. Opět se mi potvrdila hypotéza H5. O svůj vzhled jeví více zájem dívky než chlapci.

## 4 Diskuse

Ve své bakalářské práci jsme si stanovila hypotézy, které měly být mým výzkumem ověřeny.

**Hypotéza H1** – předpokládám, že nízká hmotnost se objeví ve vyšší míře u dívek než u chlapců. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že nízká hmotnost se objevila ve vyšší míře u dívek (30,4%) než u chlapců (4,5%).

**Hypotéza H2** – předpokládám, že hodnocení postavy a nespokojenost s postavou se projeví ve vyšší míře u dívek než u chlapců. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že ve vyšší míře jsou nespokojeny s vlastním tělem dívky, které hodnotí svou postavu a dají převážně na názor svých kamarádů než chlapci., kteří uváděli, že jim jde hlavně o to, „jak se cítí a váhu neřeší“. Většina respondentů (dívky 76,8%, chlapci 31,8%) se setkala s problémem narážek na svou postavu a zesměšňování spolužáky. Převážně dívky uváděli, že být štíhlý jim přinese v životě úspěch.

**Hypotéza H3** – předpokládám, že zkušenosti s držním diet a dietními přípravkami budou uvádět ve vyšší míře dívky v porovnání s chlapci.

Tato hypotéza se mi také potvrdila u dívek, které uváděly, že mají zkušenosti s dietami, že dietu právě drží častěji než chlapci. Znalost dietních přípravků převažovala u jedinců s nadváhou nebo obezitou.

**Hypotéza H4** – předpokládám, že respondenti budou informováni o prevenci poruch příjmu potravy ve škole, rodiči, praktickým lékařem, sdělovacími prostředky.

Z výzkumu je patrné, že obě dvě skupiny jsou informovány o poruchách příjmu potravy. Znájí oba dva termíny mentální anorexie, mentální bulimie. Méně byly uváděny jiné poruchy. Chlapci ve vyšší míře byli o poruchách příjmu potravy seznámeni prostřednictvím internetu (23 %), méně pak ve škole (12 %) a od kamarádů (15 %).

Dívky se o poruchách dozvěděly prostřednictvím kamarádů (15 %), školy (11 %) , televize (10 %), časopisů (12 %) . Zajímavé je, že obě skupiny nejméně uváděly své rodiče (chlapci 1 %, dívky 2 %) .

**Hypotéza H5** – předpokládám, že respondenti budou uvádět vliv masmédií (reklama, časopisy) na své hodnocení postavy. Respondenti uváděli, že jsou ovlivněni reklamou, časopisy, modelem/modelkami. Hlavně pro dívky je důležité jak vypadají, oslovení módního průmyslu na ně klade velký tlak. Převážně dívky se chtějí podobat celebritám a snaží se vyniknout v kolektivu. Domnívají se, že to, jak vypadají, je ve společnosti zařadí na první pozice. Pro svou štíhlost jsou schopné udělat cokoli.

Výzkum s sebou přináší řadu metodologických omezení, jako například omezený počet respondentů, krátká doba výzkumu a podobně. Vzhledem k této skutečnosti je třeba dbát určité opatrnosti při zobecňování výsledků.

## **5 Závěr - návrh řešení zjištěných nedostatků**

Pokusím se navrhnout opatření, která by mohla snížit počet dětí s výskytem poruch příjmu potravy. K hlavním nedostatkům patří bezpochyby nadměrný vliv sdělovacích prostředků a blízkých lidí na hodnocení vlastní postavy v období dospívání..

Proto navrhuji:

- více a opakovaně informovat veřejnost o poruchách příjmu potravy, jejich rizicích a obtížích při jejich léčbě.
- zařadit do škol semináře o poruchách příjmu potravy, vytvořit informační materiály pro edukaci dětí, dospívajících i rodičů.
- podporovat dobré rodinné zázemí, větší všímatost rodičů, komunikaci s dětmi
- zvýšit znalosti v oblasti výživy, správného stravování, vyhýbat se drastickým dietám, které vedou k jojo efektu a dietním přípravkům.
- zvýšit kontrolu rodičů, učitelů, lékařů u hubnoucích nebo špatně se stravujících dětí
- apelovat na média, aby omezily své negativní působení ve vztahu k nevhodnému jídelnímu chování
- informovat o specializovaných pracovištích a organizacích zabývajících se individuálním poradenstvím ve vztahu k PPP – (klub Diana, Merlinka, Ideální.cz, Anabel).

Důležitá je úloha praktického lékaře pro děti a dorost, který by měl včas při pravidelných lékařských preventivních prohlídkách diagnostikovat u dítěte podváhu, zjistit rodinnou a osobní anamnézu, výživové zvyklosti dítěte, pohybovou aktivitu. Pediatr by měl edukovat nejen pacienta, ale i rodiče o správné životosprávě, vhodné pohybové aktivitě, klást důraz na rizika spjatá s riziky poruch příjmu potravy . Měl by navrhnout řešení , včetně pozvání pacienta i rodiče na pravidelné kontroly v ambulanci.

## **6 Souhrn v českém jazyce**

Bakalářská práce je složena ze dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část zahrnuje převážně výklad moderních lékařských poznatků spjatých s poruchami příjmu potravy a je rozdělena do 10 kapitol. V 1. kapitole se zabývám mentální anorexií a mentální bulimií v historii lidstva, ve 2. kapitole definuji a klasifikuji co jsou to poruchy příjmu potravy, ve 3. kapitole je zahrnuta etiologie poruch příjmu potravy, 4. kapitola pojednává o spokojenosti žen a dívek s vlastním tělem, v 5. kapitole jsou objasněny behaviorální ukazatele nespokojenosti s vlastním tělem, v 6. kapitole jsou charakterizovány diety a důsledky diet, 7. kapitola se zabývá mentální anorexií, 8. kapitola popisuje mentální bulimii, 9. kapitola charakterizuje poruchy příjmu potravy u dětí a v 10. kapitole je vysvětlena léčba poruch příjmu potravy.

Empirická část zahrnuje cíl práce a formulace hypotéz, které jsem výzkumem ověřovala. Poté následuje přehled výsledků zpracovaných do tabulek a grafů.

Zjišťovala jsem výskyt podváhy a nadváhy u dětí, spokojenost se svojí postavou, znalosti a zkušenosti s dietami, informovanost o prevenci poruch příjmu potravy a vliv masmédií. Při průzkumu bylo osloveno častěji o po 100 dětí ve věku 13-14 let z náhodně vybrané základní školy. K získání potřebného množství informací jsem použila metodu vlastního dotazníku, který je uveden v příloze.

V závěru práce uvádím návrh řešení zjištěných nedostatků, kde doporučuji preventivní strategie zaměřené na děti a mládež.

## **7 Souhrn v anglickém jazyce**

The bachelor's paper consists of two parts – the theoretical and empirical one. The theoretical part presents current medical knowledge on eating disorders and it is divided into 10 chapters. The 1<sup>st</sup> chapter presents the mental anorexia and bulimia in the history of mankind, the 2<sup>nd</sup> one defines and classifies eating disorders, the 3<sup>rd</sup> chapter contains etiology of eating disorders, the 4<sup>th</sup> chapter discusses the women's satisfaction with their own body, in the 5<sup>th</sup> chapter the behaviour indicators of dissatisfaction with own body are explained, in the 6<sup>th</sup> chapter the various diets and their consequences are described, the 7<sup>th</sup> chapter presents the mental anorexia, the 8<sup>th</sup> chapter describes mental bulimia, the 9<sup>th</sup> chapter characterizes eating disorders in children and in the 10<sup>th</sup> chapter the treatment of eating disorders is outlined.

The empirical part includes the objective of my work and formulation of hypotheses, which were verified throughout my research. The overview of results processed into tables and graphs follows.

I have surveyed the prevalence of underweight and overweight in children, their satisfaction with their figure, knowledge and experience with diets, knowledge on prevention of eating disorders as well as the impact of mass media. 100 children aged 13-14 years took part in this research as a random sample of the elementary school. To gain the necessary information I used my own questionnaire presented in the appendix.

In the conclusion, I present the proposals for solving the discovered shortcomings. I suggest some strategies targeted at children and adolescents in order to prevent eating disorders.

## Seznam použité literatury

1. Grogan, S.: Body Image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem, Praha: Grada publishing 2000 . ISBN 80-7169-907-1.
2. Krch, F.D a kolektiv : Poruchy příjmu potravy, Praha: Grada publishing, 2000.
3. Krch, F. D. *Bulimie*. Grada Publishing, spol. s r. o., 2000. 120s. ISBN 80-7169-946-2
4. Kranzová, R., Maloney, M. O poruchách příjmu potravy. NLN, s.r.o., 1997. 153s. ISBN80-7106-248-0
5. Krch, F. D., Richterová, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1 vyd. Praha: Motto, 1998, 96s. ISBN 80-85872-86-2
6. David, F.,Richterová J.: Chci ještě trochu zhubnout, Praha : Motto, 1998
7. Kolektiv autorů: Manuál prevence v lékařské praxi. II. část - Výživa. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-227-6.
8. Brázdová, Z.:Výživová doporučení CINDI. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-158-2.
9. Papežová, H.: Bulimia nervosa, Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-7178-585-7.
10. Papežová, H.: Anorexia nervosa, Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-7178-585-7.
11. Krch, F.D.:Bulimie – Jak bojovat s přejídáním, Praha: Glada, 2000. ISBN 80-7178-585-7.
12. Cooper, P.J.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání, Praha: Votobia, 1998. ISBN 80-7367-891-3.
13. Sladká-Šefčíková, J.: Z deníku bulimičky, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7367-406-9.
14. Pařízková, J.,Lisá, L.: Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence, Galén, Karolinum, 2007, s.43.
15. Krch, F.D. a kol.: Poruchy příjmu potravy,2. aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2005, s. 16.
16. Prašková, H., Praško, J.: Proti stresu krok za krokem, Praha: Grada Publishing,2001. ISBN 80-247-0068-9





**9. Měl/a si někdy při přejedení pocit provinění a šel/šla jsi zvracet?**

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

**10. Použil/a jsi někdy projímadla?**

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

**11. Vybíráš si potraviny s nízkým obsahem tuku?**

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

**12. Myslíš si, že nejvhodnější způsob jak získat štíhlou postavu je striktní dodržování diet?**

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

**13. Dokázal/a bys uvést některé dietní přípravky, které jsou snadno dostupné v lékárnách?**

a) ano (prosím, uveď příklad) :

- b) ne                                      c) nevím                                      d) ano

**14. Umíš vysvětlit pojem poruchy příjmu potravy?**

- a) ne                                      b) ano (stručně vysvětle)

**15. Znáš pojem mentální anorexie?**

- a) ne                                      b) ano (stručně vysvětle):

**16. Znáš pojem mentální bulimie?**

- a) ne                                      b) ano (stručně vysvětle)

**17. Znáš jiné jídelní poruchy?**

- a) ne                                      b) ano ( uveď jaké):

**18. Od koho ses dozvěděl/a první informace o poruchách příjmu potravy?**

- a) od rodičů                                      b) od kamarádů  
c) ve škole                                      d) z časopisů  
e) z televize                                      f) z internetu  
g) od jinud (uveď, odkud) :

**19. Byl/a jsi ve škole o problematice poruch příjmu potravy informován/a?**

- a) ano, v předmětu :  
b) ne

**20. Uvítal/a bys informace na toto téma či hlubší rozbor problému?**

- a) ano                                      b) ne

