

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

**Nutriční chování a poruchy příjmu
potravy u žen různých věkových
kategorií**

Renata Cajthamlová

Katedra pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice B VZ-ZSV

2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Nutriční chování a poruchy příjmu potravy u žen různých věkových kategorií vypracovala pod vedením PaedDr. Evy Marádové, CSc. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dne 11. dubna 2014

.....
Renata Cajthamlová

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování PaedDr. Evě Marádové, CSc. za její trpělivost a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat respondentkám za jejich ochotu a pomoc při získávání potřebných informací.

.....
Renata Cajthamlová

NÁZEV:

Nutriční chování a poruchy příjmu potravy u žen různých věkových kategorií

AUTOR:

Renata Cajthamlová

KATEDRA

Katedra pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

PaedDr. Eva Marádová, CSc.

ABSTRAKT:

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá nutričním chováním, poruchami příjmu potravy, jejich charakteristikou, léčbou a možnou prevencí. Praktická část je tvořena metodou dotazníkového šetření. Dotazník byl získán od 200 žen ve věku 10-50 let. Zjišťováno bylo, jestli se dívky a ženy stravují pravidelně, jak se zajímají o nutriční hodnotu potravin, jaký vztah mají ke sportu, dietám, propagaci štíhlosti v médiích, jaký pohled mají na obezitu a zda se někdy setkaly s poruchami příjmu potravy a ví, co znamenají. Součástí praktické části je také vyhodnocení odpovědí respondentek a jejich srovnání ve vztahu k věku. Výsledky výzkumného šetření například ukázaly, že ženy ve věku 41-50 let se stravují pravidelněji než dívky ve věku 10-20 let, redukční diety drží více ženy nad 41 let a pravidelnou pohybovou aktivitu má největší procento dívek ve věku 10-20 let.

KLÍČOVÁ SLOVA:

nutriční chování žen, poruchy příjmu potravy, vyvážená strava, pravidelná strava, zdravý životní styl

TITLE:

Nutritional behavior and eating disorders in women of different ages

AUTHOR:

Renata Cajthamlová

DEPARTMENT:

Department of pedagogy

SUPERVISOR:

PaedDr. Eva Marádová, CSc.

ABSTRACT:

Theoretical part of this bachelor thesis deals with a nutrition behavior and with a characteristic, treatment and possible prevention of eating disorders. A questionnaire survey forms a practical part. The questionnaire was obtained from 200 women aged 10-50 years. The survey was whether girls and women eat regularly, how much are they interested in the nutrition value of food, what is their attitude to a sport, diets or thinness advertising in the media, also how they look at obesity, whether they have already met with eating disorders and if they know their meaning. The practical part also contains an evaluation of the respondents answers together with comparison in relation to their age. The results of the survey showed for example that women aged 41-50 years eat more regularly than girls aged 10-20 years, women older than 41 years old more often hold weight-loss diets and girls aged 10-20 years most often have regular physical activity.

KEYWORDS:

nutritional behavior of women, eating disorders, balanced diet, regular diet, healthy lifestyle

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	9
1 Poruchy příjmu potravy	9
2 Poruchy příjmu potravy v historii	10
3 Časté poruchy příjmu potravy	12
3.1 Spouštěcí faktory vedoucí k poruchám příjmu potravy	14
3.2 Léčba poruch příjmu potravy	15
3.3 Prevence poruch příjmu potravy	16
4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	18
4.1 Ortorexie, bigorexie, drunkorexiie	18
5 Specifika mentální bulimie	20
5.1 Příčiny mentální bulimie	21
5.2 Projevy a příznaky mentální bulimie	21
5.3 Přejídání	22
6 Specifika mentální anorexie	23
6.1 Příčiny mentální anorexie	24
6.2 Projevy a příznaky mentální anorexie	24
7 Poruchy příjmu potravy v běžném životě	26
Praktická část	28
8 Výzkumné šetření	28
8.1 Cíle a úkoly výzkumného šetření	28
8.2 Charakteristika respondentů výzkumného šetření	29
8.3 Metody výzkumného šetření	29
8.4 Nástroj výzkumného šetření – dotazník	30
8.5 Průběh výzkumného šetření	34

9	Výsledky výzkumného šetření.....	35
9.1	Zpracování výzkumného šetření - zařazení respondentek.....	35
9.2	Zpracování výzkumného šetření.....	37
10	Shrnutí výzkumného šetření	61
	Závěr	65
	Seznam tabulek.....	66
	Seznam grafů	67
	Seznam použitých informačních zdrojů	68

Úvod

V současné době je stále složitější se správně a pravidelně stravovat. Není příliš času na vaření zdravé domácí stravy a mnohdy ani nejsou dostupné suroviny, ze kterých by se zdravá strava uvařit dala. Proto je správné nutriční chování, nejen u dívek a žen, v ohrožení. O pravidelnosti se nedá mluvit téměř vůbec. A přitom hlavně strava a pravidelná pohybová aktivita vede k vysněnému tělu všech žen. Nic se ale nemá přehánět. Ze snahy dělat všechno správně se velmi lehce stane zbraň, kterou můžeme zničit sebe i své okolí. Nazývá se porucha příjmu potravy.

Tato bakalářská práce je zaměřena na nutriční chování žen ve věku od 10 do 50 let v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

Cílem je zmapování nutričního chování těchto žen a porovnání ve čtyřech věkových kategoriích. Důležité jsou zde faktory, které nutriční chování žen ovlivňují a formují. Ty negativní někdy mohou způsobit poruchy příjmu potravy.

V teoretické části jsou shrnuty základní informace o poruchách příjmu potravy. Je zde popsán jejich vznik, léčba i prevence. Ta se skrývá v propagaci pravidelného režimu stravování a v osvětě o nebezpečí diet, držení hladovek, užívání laxativ a podobně.

V praktické části je vytvořen obraz, jak se vybrané respondentky stravují, zda dbají na správnost a pravidelnost v tomto ohledu. Zjišťují, jak snižují svou tělesnou hmotnost dietami, hladovkou nebo cvičením a zda přikládají význam nutričním hodnotám potravin i jak se dívají na obezitu. Pozornost je věnována také tomu, co pro ně znamenají pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto informace jsou zjišťovány prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření.

Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Může se zdát, že nemoci si nejsou podobné, ba naopak, ale mají společné rysy. Postižení neustále řeší svůj vzhled, bojí se zvýšení tělesné hmotnosti, chtějí zhubnout nebo při nejmenším neztloustnout. Poté se začne roztáčet kolotoč nesmyslných diet, jelikož bulimičky, oproti anorektičkám, začínají přibírat na tělesné hmotnosti. Často sáhnou po projímadlech nebo začnou po jídle zvracet. To vše umocňuje problémy bulimie, která se často s anorexií prolíná. (Krch, 2008)

Jak uvádí Fialová a Krch (2012, str. 198) „*Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy jídelního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu. Obě poruchy mají mnoho společného. Je pro ně příznačný především nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a nadměrná snaha o dosažení štíhlosti a její udržení.*“

2 Poruchy příjmu potravy v historii

Ze všech poruch příjmu potravy je poprvé lékařsky popsána anorexie v roce 1694 Richardem Mortonem. Morton popisuje odmítání potravy u dívky a chlapce. Objeveny byly v 19. století i další případy, na které upozornili William Gull a Charles Laséque. V České republice byly první případy poruch příjmu potravy popsány Vratislavem Jonášem a Otakarem Janotou. Bulimie a její historie je kratší. Až v roce 1976 bylo napsáno o bulimianorexii u studentek vysoké školy. Bernard Russel popsal bulimii jako formu anorexie v roce 1976. Roku 1980 se syndrom bulimii dostal do americké klasifikace nemocí. Od roku 1987 bulimia nervosa patří do evropské klasifikace nemocí. (Papežová, 2012)

Pojem anorexia nervosa poprvé užil v roce 1988 lékař v britském lékařském magazínu The Lancet, který označoval lidi, kteří měli pocit, že potřebují snížit svou tělesnou hmotnost a to i přes to, že byli slabí a štíhlí. Tito lidé nepřijímali ani nejnужnější množství potravy, které bylo třeba k životu. (Balch, Balch, 1997)

Narušené formy příjmu potravy jsou známé několik století. Například ruminace, zvracení rozkousaného jídla do dutiny ústní, také pica, což je touha po nezvyklých jídlech nebo látkách, které nejsou primárně určeny ke konzumaci. Ani obezita není jevem novodobým, ale doloženým už z doby kamenné. Odmítání jídla v průběhu dějin patřilo k řadě somatických poruch nebo psychiatrických syndromů. Tento jev nebyl považován za patologický. (Krch, 1999)

Termín anorexia nervosa vychází z neurotické ztráty chuti k jídlu a „anorexia“ je užita už ve starověkých lékařských pramenech. V Antice byl užíván termín „orexis“, který označoval stav celkové únavy. Galén tento pojem užil jako označení pro odpor k jídlu. Termínem „asitia“ popisovali Hippokrates i Galén odmítání stravy. Na začátku 19. století byla anorexie chápána pouze jako příznak některé ze žaludečních potíží. (Krch, 1999)

Roku 1840 Fleury Imbert, francouzský fyziolog a frenolog, vymezil mimo bulimie a picy další dva druhy anorexie- gastrickou (anorexie gastrique) a nervovou (anorexie nervouse). Gastrická anorexie je porucha zažívání, nervová anorexie je odmítání jídla, protože mozek nevyvolává znamení chuti k jídlu. Imbertova práce ve své době neměla žádné ocenění. Od 90. let 19. století se mentální anorexie stala běžně užívaným termínem, ale až britský lékař William Gull zavedl roku 1874 úspěšný termín anorexia nervosa. (Krch, 1999)

I když je anorexie nervosa datována od 70. let 19. století, zřejmě existovala tato porucha mnohem dříve, ale pod jiným názvem. Ve 2. polovině 19. století jsou popsány první doložené případy mentální anorexie. William Stout Chipley, lékař ústavu pro duševně choré v Kentucky, roku 1859 popsal tzv. sitiomanií- chorobné nechutenství. (Krch, 1999)

Bulimie je spojena s pojmem bulimos, který dle Plucharta charakterizuje zlého démona. Výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Označuje se jím obrovský hlad. (Krch, 1999)

V 18. století bylo rozlišováno sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly označeny za symptomatické a doprovázely je i jiné příznaky (cizopasnici, průjmy, křeče). Primární bulimie měla tři kategorie: nadměrný hlad (bulimia helluonum), omdlávání z hladu (bulimia syncopalis), přejídání se zvracením (bulimia emetica). V potaz byly brány i citové faktory, ale ještě ve 20. století byla bulimie brána hlavně za projev špatného zažívání. (Krch, 1999)

V historii je popsáno přejídání společně se zvracením a nazýváno je kynorexia nebo fames canina (psí hlad). Nejen hladovění, ale i přejídání se jídlem, bylo spojováno s dalšími nemocemi- mánií, hysterií, hypochondrií apod. (Krch, 1999)

Roku 1874 Gull popsal nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky. Na přelomu 19. a 20. století bylo zpozorováno několik případů přejídání se a následného zvracení. V 70. letech se začalo objevovat mnoho žen, které se přejídaly, ale svou tělesnou hmotnost udržely zvracením, projímadly, diuretiky a dietami. Roku 1987 byla přijatá sjednocená diagnóza bulimie a tím označení bulimia nervosa. I v dnešní době panují pochybnosti, jestli mentální bulimie je či není samostatnou klinickou diagnózou. (Krch, 1999)

3 Časté poruchy příjmu potravy

Obvyklými poruchami příjmu potravy jsou mentální anorexie a bulimie. Anorexie a bulimie jsou brány buďto jako varianty základního onemocnění nebo jako dvě rozdílné nemoci. Pro obě tyto nemoci je význačné extrémní zaujetí vlastním tělem a strach z tloušťky, což se patologicky projevuje v příjmu potravy. (Kocourková, 1997)

V dnešní době si osoby, které chtějí být štíhlé, chtějí dosahovat úspěchů a ukázat silnou vůli, myslí, že to všechno mohou dokázat prostřednictvím nějaké poruchy příjmu potravy. Nezajímají je důvody pro to, aby nehubly. Anorektičky vidí štěstí jen v hubenosti, protože mají velmi mylné představy o svém těle. Osoby postižené mentální anorexií nebo bulimií chtějí mít dokonalé celé tělo, čehož chtějí dosáhnout pílí, cvičením a dietami. Pokud stále nevypadají podle svých představ, začnou se trápit hladem, po čemž potřebují nedostatek energie dohnat. Brzy se dostaví špatné svědomí, zvracení, projímadla nebo cvičení. Celá tato touha být šťastný, pokud budu hubený, je životu nebezpečná. (Fialová, 2007)

V dnešní době posiluje výskyt poruch příjmu potravy strach z tloušťky. Krch (2008) zmiňuje faktory:

Kulturní:

- média zasahují do života více, než by měla- tlačí na představy a vzory člověka, předkládají zkreslené informace;
- ideál krásy je hubený;
- médiu a reklamou je prezentována mylná představa, že vše je možné- i vyhnutí negativním důsledkům;
- idealizace dokonalosti, související s úspěchem a vzhledem;
- spojování vyhublosti se zdravím, kterého je možné dosáhnout jen s určitými potravinami a dietami;
- obezita je skandál- nadváha se spojuje s leností.

Společenské:

- důraz na shodu a netoleranci k různorodosti a odlišnostem (lidé se nechtějí lišit, zvláště v období dospívání);

- důraz na fyzický výkon, sebekontrolu a kritičnost;
- důraz na zdraví přehnaný zdravou výživou;
- důraz na zevnějšek, jaký má kdo vzhled.

Rodinné:

- nevhodné jídelní návyky nebo naopak velký zájem o to, co se jí, zda je to zdravé či není;
- velká nebo malá kontrola od rodičů;
- soutěžení v rodině- důraz na vzhled a výkon jedince;
- obezita a diety v rodině; problémy v rodině způsobující strach o sebe samotného.

Individuální:

- úzkost, puntičkářství, přílišná důslednost;
- nejistota v adolescenci;
- tloušťka;
- zdravotní problémy;
- traumatické zkušenosti.

Osoby, které mají problémy se stravováním, bývají sportovně založené, zodpovědné a touží po uznání. Jsou úspěšné, ale nejisté a uzavřené. Chtějí jen jedno- být štíhlé. Australské statistiky uvádí, že jednu třetinu poruch příjmu potravy je možné vyléčit. Druhá třetina je léčitelná částečně a poslední třetina zůstane nevléčená. (Fialová, 2007)

Papežová (2012) upozorňuje i na kombinace poruch příjmu potravy a dalšího onemocnění, což je označováno jako komorbidita. Nejčastěji se společně s poruchou příjmu potravy spojují poruchy osobnosti, nálady, úzkostné poruchy a závislosti na návykových látkách. Dokládá se vyšší výskyt poruchy příjmu potravy u dívek s ADHD a poruchou autistického centra. (Papežová, 2012)

Anorexie i bulimie postiženému mění kvalitu života, při delším trvání se nemoci přizpůsobují, což otevírá prostor i jiným negativním prožitkům. Pro lidi trpící bulimií je to zejména alkohol nebo drogy, přibývají depresivní příznaky, sebepoškozování nebo vyhrocení nechtěných rysů. (Fialová, Krch, 2012)

3.1 Spouštěcí faktory vedoucí k poruchám příjmu potravy

Jak uvádí Krch (2008, str. 48) „ *Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů.*“

I u anorexie a bulimie nalezneme genetický podíl. 50-90% při vzniku anorexie, u bulimia nervosa 35-83%. Rodinná dispozice u citlivějších jedinců se může projevovat v podědění povahových rysů, které jsou pro vznik anorexie či bulimie rizikové. (Papežová, 2003)

Adolescence je typické období pro vznik poruch příjmu potravy. Je to období uvědomování si sebe sama. Sebevědomí je velmi citlivé a záleží na mínění okolí. Mezi pacientkami je velké množství dívek, které se pořád srovnávají s ostatními dívkami v okolí. Začátky anorexie nebo diet, jsou většinou kladně hodnoceny okolím. Větší kontrola těla a stravy může souviset s nestálostí, nejistým osudem a sociálním postavením. Sebepodceňování u dívek zůstává až do dospělosti. (Krch, 2008)

Kocourková (1997) uvádí, že spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy, je jistá forma stresu, která je o mnoho větší, než s jakou se organismus dokáže vyrovnat. Spouštěcí faktory jsou těžce objektivně hodnotitelné- souvisí se subjektivním prožíváním stresu. Obecně je spouštěčem psycho trauma, které hodnotí změny postavy dívky v adolescenci, a ta nechce nové tvarování postavy přijmout. Nápodoba je další ze spouštěčů. Jde například o nápodobu idolu nebo kamarádky, která ztratila na tělesné hmotnosti. Nejtypičtějším příkladem jsou baletky, gymnastky a další sportovkyně, které mezi sebou soutěží.

Podle Papežové (2012) ke vzniku nemoci přispívají i charakterové rysy osobnosti. Zmiňuje perfekcionismus, protože mnoho dívek trpících poruchou příjmu potravy má nereálná očekávání, jsou přehnaně málo sebevědomé a chtějí být dokonalé. Dále zranitelnost, která je spojená s nejistotou, sebekritičnost, puritánství a asketismus spojený s překonáváním vlastních potřeb a také impulzivita, která se objevuje u bulimie a psychogenního přejídání velmi často.

Dříve byly poruchy příjmu potravy chápány jako nemoc vyšších sociálních vrstev. Dopomáhaly tomu i slavné osobnosti a modelky. Dieta byla označována za přepych. Dnes už je štíhlost významnou hodnotou pro všechny vrstvy. (Krch, 2008)

Ženské pohlaví je samo o sobě závažný rizikový faktor pro onemocnění anorexií. Riziko onemocnění je u žen desetkrát vyšší. U mužů může být pozorován také vyšší zájem o fyzický vzhled. U nich je ale na rozdíl od žen snaha zesílit. (Krch, 2002)

Krch (2008, str. 45) „ *Mentální anorexie a bulimie byly často vysvětlovány v termínech odmítání dospělé ženské role, ženského těla a sexuality. Touha po štíhlosti byla vnímána jako touha po chlapeckém asexuálním těle a vyhublost jako útěk před ženskými proporcemi a sexem. Co je však příčina a co důsledek? Chudý sexuální život, ať už u vyhublých žen nebo mužů, souvisí především s dlouhodobým hladověním, podvýživou a neuspokojivým sociálním životem. Také ztráta menstruace není většinou cílem hubnutí a projevem odmítání ženské role, ale důsledkem biologické zpětné vazby.*“

I u dospívajících mužů nalezneme nepřiměřený zájem věnován tělesným proporcím a vzhledu. Nadměrná a jednostranná sebekontrola ohrožuje i jejich zdraví. Mezi sportovci bylo nejmenší sebevědomí zaznamenané u kulturistů. Polovina z kulturistů, kteří byli sledováni, užívala steroidní hormony, což ohrožuje život mnoha chlapců. (Krch, 2008)

3.2 Léčba poruch příjmu potravy

Cohen uvádí (2002, str. 103) „ *Při vyšetření pacientky s poruchou příjmu potravy jsou podstatné tyto otázky:*

- 1. Trpí vyšetřovaná poruchou příjmu potravy, kterou by bylo možno diagnostikova podle psychiatrické klasifikace (mentální anorexie +/- bulimické symptomy, mentální bulimie, chorobná obezita)?*
- 2. Pokud ano, existují nějaké somatické či psychické komplikace, kterými pacientka trpí a jimiž je třeba se zabývat?*
- 3. Vyskytují se nějaké skryté psychické problémy, které podporují trvání choroby?“*

Pro všechny neexistuje jednoznačná a účinná léčba. Při léčbě je důležité navodit zpět správnou výživu. Problém je psychický a udržovat se musí krátké intervaly mezi jídlem a zabránit velké tělesné aktivitě. Názory, zda léčit pacientky doma nebo mimo domov, se různí. Pierre Janet, francouzský psychiatr, radil psychodukci- vysvětlit

pacientovi povahu onemocnění. Když nebude úspěšná ambulantní péče, navrhuje hospitalizaci. Americká psychoanalytička Hilda Bruchová označila dva typy terapeutů, kdy jedni se zabývají pouze hmotností a druzí pouze psychoanalýzou a neberou v potaz hmotnost pacientky. Péče je nutná ve všech oblastech, označena je jako týmová a mezioborová spolupráce. Psychoterapie sama o sobě při velké podvýživě nepomůže, hlavním úkolem je vysvětlení onemocnění pacientce i rodině a návrat k normální výživě. Pozor na pacientky, které terapeutům říkají vše, co chtějí slyšet, ovšem změny v jejich chování se neuskutečňují. (Papežová, 2012)

Marádová (2007) uvádí, že při léčbě poruch příjmu potravy jsou důležité tři léčebné postupy:

- léčba poškozeného organismu, způsobené podvýživou, zvracením, projímadly apod.,
- psychoterapie, která nemocnému může pomoci pochopit příčiny onemocnění,
- psychoterapie týkající se změn stravovacích návyků a životního stylu.

Léčba anorexie u dětí je ovlivněna rozsáhlejším rizikem zdravotního ohrožení. Záleží na věku dítěte a úrovni jeho spolupráce, která by měla být větší jak s rodiči, tak se školou a vrstevníky. Nepostradatelná je otevřenost a respekt k potřebám dítěte, ale i některá omezení a dohled na dítě. Není dobré pátrat po příčině a je nutné rodiče ujistit, že nenesou vinu. Doporučená je hospitalizace u dětí do 14 let tehdy, jestli úbytek tělesné hmotnosti činí více jak 25% optimální tělesné hmotnosti, objevují se známky oběhového selhání, zvracení, dehydratace či deprese. (Krch, Marádová, 2003)

3.3 Prevence poruch příjmu potravy

Aby se možným poruchám příjmu potravy dalo předejít, je potřeba účinné prevence. Ta je nutná nejenom v rodině, ale i ve škole. Škola by žákům měla poskytnout všechny informace o poruchách příjmu potravy. Dále žáky vést ke správným stravovacím návykům a v neposlední řadě posilovat sebevědomí k potlačení sebedestruktivních sklónů. (Krch, Marádová, 2003)

Na počátku většiny poruch příjmu potravy je redukční dieta. Přibližně třicet procent redukčních diet se stává do dvou let patologickou dietou. U žen, které patologickou dietu dodržují, se ve dvaceti až třiceti procentech, rozvinou příznaky charakteristické pro poruchy příjmu potravy. (Krch, 2002)

Jak uvádí Marádová , Krch (2003, str. 16) „, *Protože diety jsou základním příznakem anorexie a jedním z hlavních činitelů, které přispívají k rozvoji přejídání a bulimie, je třeba tímto směrem zaměřit i případnou intervenci. Je naprosto nevhodné, aby anorektička jedla méně než její spolužáci, byla středem obdivu celé třídy nebo svoje nutriční chování ukryvala za tzv. racionální nebo zdravou výživu. Ani bulimička by neměla nahradit přejídání a zvracení redukční dietou. Intenzivní nutkání k přejedení se zmírní až po delším období, během kterého by měl být příjem potravy energeticky a nutričně přiměřený. Na mnoho děvčat, které se přejídají, působí velmi povzbudivě, když zjistí, že i při významně větším příjmu potravy než si povolovaly v rámci diety, jejich tělesná hmotnost nevzrůstá nebo se dokonce může snížit.*“

4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí možnost diagnózy atypické mentální anorexie a mentální bulimie. Do této skupiny nemocných náleží lidé, kteří postrádají jeden či více příznaků mentální anorexie nebo bulimie, ale mají typický klinický obraz. Příkladem jsou pacientky s velmi nízkou tělesnou hmotností, ale přirozeně pravidelnou menstruací. (Krch, 1999)

Existuje i kategorie jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy. Do této skupiny lze zařadit „syndrom nočního přejídání“, pro který je typická večerní anorexie, nespavost, noční přejídání. Průběh je zapříčiněn stresem a neúspěšnou snahou o snížení tělesné hmotnosti. Postižení nočním přejídáním nemohou přestat jíst, pokud jednou začnou. (Krch, 1999)

Mezi jinak specifikované poruchy příjmu potravy je zařazené i „záchvatovité přejídání“. Postižený záchvatovitým přejídáním často trpí nadváhou či obezitou. Tito lidé se často přejídají, ale nijak tuto skutečnost nekompensují- necvičí, nedrží hladovku, nezvrací ani neužívají projímadla atd. Toto přejídání má velmi podobné znaky jako přejídání u mentální bulimie, k tomu musí vykazovat ještě alespoň jeden znak z těchto: člověk jí rychleji, než je běžné, jí dokud se necítí naprosto přeplněný, jí i přesto, že necítí hlad, v souvislosti se svým přejídáním má pocit úzkosti, záchvaty se opakují nejméně dvakrát do týdne po dobu půl roku. (Krch, 1999)

4.1 Ortorexie, bigorexie, drunkorexiie

Kulhánek ([online], 2013) uvádí ortorexii, bigorexii a drunkorexii jako nové typy poruch příjmu potravy:

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou. Nemocný se ze začátku orientuje na zdravou stravu, hledá informace o její výrobě a prodeji. Strach z nezdravého jídla způsobuje odmítání potravin a to se projeví ztrátou hmotnosti až podvýživou. Na jídlo často myslí stejně jako při anorexii a propadají úzkosti a depresím. Slovo ortorexie užil Američan Steven Bratman jako označení pro fanatické zaujetí zdravou výživou.

Bigorexie je posedlost vlastním vzhledem. Nemocný chce často dosáhnout nemožné fyzické zdatnosti a tělesných proporcí. Trpící bigorexií si připadají slabí, málo

svalově vyvinutí. Objevuje se u nich závislost na posilování a látkách podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus. Nebezpečím bigorexie je poškození pohybového aparátu přetěžováním a nedostatečná strava bohatá pouze na bílkoviny. Pro duševní zdraví je nebezpečná sociální izolace, kdy se bigoretik uchyluje pouze do fitcenter, což ho může dostat i do finančních problémů.

Drunkorexie je označení pro opakující se redukování příjmu potravy za účelem zkonsumování většího množství alkoholu. Alkohol je velmi energeticky hodnotný a často je míchán ještě s energetickými nápoji. Více drunkorexie postihuje dívky- v Americe až 30 procent dívek nejí, aby mohly pít více alkoholu. Alkohol se bez jídla vstřebává rychleji a to organismu neprospívá. Po fyzické stránce je při požívání alkoholu a energetických nápojů zvýšený krevní tlak a srdeční činnost, zároveň je snížena vnímavost únavy a hrozí kolaps. Po psychické stránce mají nemocní deprese, pocity úzkosti, jsou podráždění a omezují svou společenskou aktivitu.

5 Specifika mentální bulimie

Mentální bulimie je nemoc charakteristická opakovaným přejídáním a následně nepřiměřenou snahou zabránit navýšení tělesné hmotnosti (zvracením, projímadly apod.) Příčiny, které k nemoci vedou, nejsou objasněné. Studují se mechanismy řízení příjmu potravy a psychosociální činitelé. Léčba bulimie je komplexní, uplatňuje se psychoterapie, případně se podávají psychofarmaka. (Vokurka, Hugo, 2004)

Dle Krcha (2002) charakterizují bulimii tyto tři znaky:

- opakující se stavy přejídání;
- stálá nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti (zvracení, projímadla, hladovky, nadměrné cvičení);
- strach z přibrání na tělesné hmotnosti, neustálá kontrola vzhledu, od kterého se odvíjí sebehodnocení pacienta.

Mentální bulimie může vzniknout po období mentální anorexie. Spojuje je touha po nezdravé a nereálné štíhlosti. Typické záchvaty přejídání se všemožnými potravinami se opakují v krátkých intervalech (2 hodiny). Poté se střídají s hladověním a zvracením. Tělesná hmotnost se nemění, někdy mírná nadváha. (Papežová, 2012)

Jak uvádí Kocourková (1997, str. 19- 20) „*Dívky s mentální bulimií již nebývají premorbidní hodnoceny jako tak vyhovující a přizpůsobivé, ale mají také perfekcionistické rysy a bývají závislé na hodnocení druhými. Velmi si cení sebeovládání a sebekontroly a její porušování ve vlastních bulimických epizodách snášejí s pokořením, studem a pocity viny. Tajné zacházení s jídlem se dostává i do rodinného dění, kde symbolika hltání a zvracení jídla, které vaří matka, ukazuje na hluboké konflikty a vztahové problémy. Dívky se mohou stát sociálně izolovanými, co souvisí s tím, že až 85% času, kdy bdí, mohou být zaměstnány jídelními problémy a potížemi. Mohou se u nich projevit i poruchy v regulaci sebekontroly v jiných než jídelních oblastech (jako jsou například drogy nebo promiskuita).*

Při mentální bulimii rozlišujeme kompenzace dvojího typu- vypuzující a nevypuzující. **Vypuzující** je nucení ke zvracení, užívání projímadel a diuretik. Jako **nevypuzující** je brána nepřiměřená kompenzace cvičením nebo hladověním. (Vokurka, Hugo, 2004)

5.1 Příčiny mentální bulimie

Až dvě třetiny bulimiček mají začátek nemoci spojený s nějakou životní událostí. Zmiňují nepříjemné poznámky na jejich tělesný vzhled, životní změny nebo problémy v rodině. Podle odborníků tyto informace nejsou objektivní. Je těžké určit, zda jsou charakteristiky příčinou nebo důsledkem poruch příjmu potravy. Jsou zde domněnky, že hlavní problém a příčina je v rodině. Přesto nikdy nebylo dokázáno, že by existovala typická anorektická či bulimická rodina. (Krch, 2008)

Je zde možnost, že mezi vznikem bulimie a zažitým sexuálním zneužíváním v dětství je jistá spojitost. Dalším předpokladem k bulimii a poruchám příjmu potravy je zažitá citová deprivace v dětství. (Novák, 2010)

5.2 Projevy a příznaky mentální bulimie

Při mentální bulimii se projevují somatické problémy, které jsou v porovnání s mentální anorexií větší, protože zde jsou následky po přejídání. Ti, kteří trpí bulimií, dokáží sníst až 5000 kcal, vyvracet se a pokračovat v jídlu. Toto se může opakovat i několik hodin a celková energetická hodnota zkonsumovaných potravin se může vyšplhat až na 50 000 kcal. (Kocourková, 1997)

Kocourková (1997) dále uvádí, že při opakovaném zvracení, užívání projímadel a diuretik může být závažně narušeno vnitřní prostředí organismu. Hladovění vede při bulimii k odvodnění organismu a dále k úbytku cirkulujícího krevního objemu a zahuštění krve. Zvracení způsobuje poškození zubní skloviny a větší kazivost zubů. Při zvracení dochází ke zvětšování příušních žláz. Vzácně může nastat akutní zvětšení žaludku nebo ruptura jícnu.

To s čím nás seznamuje Krch (2008) je neuvědomělost dívek, které si myslí, že nedostatečná výživa je prospěšná a předchází obezitě. Zde je malý výběr z velkého množství zdravotních potíží, se kterými se mohou (nejen) bulimičky potýkat:

- celkové oslabení organismu a jeho obranyschopnosti;
- unavenost, přesto poruchy spánku;
- špatně vypadající pleť, vypadávání a lámání vlasů a nehtů, výraznější ochlupení po celém těle;

- kažení zubu, odvápnění kostí;
- špatné zažívání, zejména zácpa;
- nepravidelná menstruace;
- srdeční obtíže, oslabený krevní oběh, chudokrevnost;
- neustálé pocity zimy, nevolnosti, mdlob, závratí a bolesti hlavy.

5.3 Přejídání

Přejídání, diety a nízké sebevědomí patří k bulimii. Ovšem přejídání je relativní pojem. Přejíst se může znamenat:

- sníst víc, než bychom chtěli;
- sníst víc nebo něco jiného než jsme zvyklí nebo je nám příjemné;
- sníst více jídla, než je obvyklé nebo v neobvyklé kombinaci;
- ztratit během jídla kontrolu.

První a druhý zmíněný typ je běžnou součástí života. Nutné je si zvykat na různá jídla a dodržovat pravidelný jídelní režim, který je reálný. Dietním chybám se nelze vyhnout, pocit přejedení zažije každý. (Krch, 2008)

Papežová (2003) uvádí, že každá pátá žena udává záchvaty přejídání. Vědci se shodli na charakteristice epizody záchvatu přejídání, což se odlišuje od obyčejného přejídání. Pro psychogenní přejídání je typické, že během dvou hodin jedinec zkonsumuje větší množství potravin, než je běžné pro lidi, kteří se nachází ve stejných podmínkách. Dále má pocit, že kontrolovat kolik jídla, a hlavně jaké jídlo sní, není možné. Pocit ztráty kontroly je zde klíčový. První okamžiky přejídání jsou příjemné, ale střídá je stud, znechucení, špatné svědomí. Při přejídání jí lidé daleko rychleji a přijímají tím i více energie. Lidé mohou pociťovat i neklid, aby svou touhu po jídle naplnili, jsou schopni sníst nebo ukrást jídlo druhým. Mnozí svůj problém s přejídáním tají a mnohokrát se to i daří. Přejídání se může stát součástí života a to i bez pocitu ztráty kontroly.

6 Specifika mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typické nechutenství, což je nespecifický příznak, který neurčí příčinu. Tou mohou být problémy v trávicím traktu nebo onemocnění příslušných center v centrální nervové soustavě. Mechanismy, které anorexii vyvolávají, mohou být cytokiny a látky ovlivňující příjem potravy (např. leptin). V jiných případech může být anorexie vyvolána léky- anorektiky. (Vokurka, Hugo, 2004)

Dle Krcha (2002) je charakterizující pro mentální anorexii snižování tělesné hmotnosti. Pacientky nepřijímají potravu, protože nechtějí, důvodem není, že by jíst nemohly. Mentální anorexie má tři základní znaky:

- udržování nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné hmotnosti);
- strach ze zvýšení tělesné hmotnosti;
- porucha menstruačního cyklu u žen.

Jedinci trpící mentální anorexií mají obtíže udržet si zdravou tělesnou hmotnost. Mentální anorexie je snaha ztratit a udržet co nejnižší tělesnou hmotnost, čímž se anorexie odlišuje od hladovky. (Papežová, 2012)

Jak uvádí Kocourková (1997, str. 19) „*Dívky s mentální anorexií bývají premorbidní hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické, odpovědné. S rozvojem jídelní patologie se dostávají se svými rodiči do konfliktů, často lžou a podvádějí ve spojitosti s jídlem, odmítají připustit, že je s nimi něco v nepořádku, a snahu druhých osob o změnu vnímají jako intruzi, na kterou reagují vztekem, lítostí a pocity viny. Rodiče bývají zděšeni, nedovedou to pochopit, někdy se dostávají do konfliktu mezi sebou navzájem. Pacientka často rodiče rozděljuje, stává se těsně vázanou na matku a otce odmítá či kritizuje.*“

Polovina pacientek snižuje tělesnou hmotnost omezováním příjmu potravy a nadměrným cvičením. Dalším způsobem je zvracení, odvodňující prášky, projímadla a dietní přípravky. Anorektičky jsou zmatené, blízcí je zrazují od jejich životního stylu, ale najíst se do sytosti je jediná věc, kterou nedokáží. (Papežová, 2012)

Papežová (2000) uvádí i to, co anorexie není. Anorexie není chybou rodičů ani důsledek špatné výchovy. Toto onemocnění není pouhým rozmarem pacientky a nelze ho nijak zakázat.

6.1 Příčiny mentální anorexie

Je mnoho teorií, které uvádí možné příčiny mentální anorexie. Začátek mentální anorexie je spojením nepříznivých vlivů a hlavně těch, které jsou spojeny s dietami a jejich držetím. Kromě rozumných důvodů, které k dietám přispívají (zvýšení tělesné hmotnosti, neestetické rozložení tělesného tuku, atd.) je zde problematika dospívání, osobních zájmů (sport, modeling), zvýšeného zájmu o vzhled a snaha o výkon a sebekontrolu. (Krch, Marádová, 2003)

6.2 Projevy a příznaky mentální anorexie

Metabolické změny při mentální anorexii vychází z nutričního strádání, zvracení, užívání projímadel nebo diuretik. Z toho vychází i závažné narušení vnitřního prostředí organismu. Objevuje se svalová slabost, únava, při nedostatku draslíku vzniká srdeční arytmie, která může vyústit až v srdeční zástavu. Pacienti jsou velmi často dehydratováni, to přispívá k podchlazení organismu a klesání krevního tlaku. Nutriční strádání má dopad i na krevní obraz- zapříčiňuje chudokrevnost, snížení počtu bílých krvinek a nedostatek krevních destiček. Vzrůstá počet jaterních enzymů, což vede k steatóze jater- hromadění tuků. Úpravou jídelníčku se ale upraví i hladina enzymů. (Kocourková, 1997)

Krch (2002) upozorňuje na zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti:

- citlivost na chlad;
- špatná pleť- tenká, šupinatá, s vyrážkami, modřinami;
- nespavost, přecitlivělost;
- nepravidelný menstruační cyklus;
- oslabená činnost pohlavního systému;
- srdeční potíže (arytmie, bradykardie), poškození jater (nedostatek živin, které játra potřebují k tvorbě tělesných bílkovin), oslabená funkce ledvin a slabý močový měchýř;
- křehké odvápněné kosti.

Jak upozorňuje Papežová (2003), hladovění se projevuje i v psychické rovině:

- špatná nálada, vše se zdá horší, než ve skutečnosti je;
- uzavírání se před okolním světem;

- neustálé myšlenky na jídlo;
- problémy s koncentrací a myšlením.

7 Poruchy příjmu potravy v běžném životě

Billboardy jsou plné příšerně štíhlých modelek a modelingové agentury přesně toto potřebují. Dívky chtějí být jako z plakátu, a proto se upínají i k přehnaným dietám. Nejedna dívka už se stala obětí nesmyslné snahy stát se dokonalou. (Kornelová [online], 2012)

Kde má anorexie v modelingovém světě začátek? První modelka, která se zasloužila o změnu chápání krásy a přinesla sebou uznávání zcela jiných tělesných proporcí, je dodnes známá pod jménem **Twiggy**. V šestnácti letech vážila pouhých 41 kilogramů. Sama Twiggy to nepřisuzovala mentální anorexii, ale pouze rychlému metabolismu. Zda opravdu poruchou příjmu potravy trpěla nebo ne, to není důležité zjišťovat. Zásadnější je, že kvůli Twiggy už nikdy nebyl zájem o dívky s plnými tvary, ale naopak o dívky vyhublé. (Kornelová [online], 2012)

S mentální anorexií je spojeno mnoho jmen. Například jméno **Isabelle Caro**. Narodila se 12. 9. 1982 ve Francii. Už její dětství bylo velmi zvláštní. Měla silný citový vztah se svou matkou, která ale nechtěla, aby Isabelle někdy vyrostla. Přesto všechno, měla Isabelle svou matku ráda. Propadla ale i takovým absurditám jako je nošení o několik čísel menšího oblečení a bot, začala se hrbít a dospěla až k drastickým dietám. Právě diety byly jako propustka do světa mentální anorexie. Při výšce 165 cm byla tělesná hmotnost Isabelle přibližně 30 kilogramů a dostala se i pod tuto hranici. V roce 2006 se Isabelle ocitla v kómatu, lékaři moc příznivé prognózy neměli, přesto Isabelle nezemřela a sama se začala chtít léčit. Nechtěla o sobě a o své nemoci příliš mluvit, ale zájem lidí byl stále větší a National Geographic o ni dokonce natočil krátký dokument. V září 2007 se Isabelle objevila na billboardech pro kampaň, která bojovala proti mentální anorexii. Nafotil ji známý fotograf Olivier Toscani. Isabelle Caro zemřela 29. listopadu 2010 po dechovém onemocnění, které její zesláblé tělo nezvládlo překonat. (Břízová [online], 2012)

Ani českým dívkám se mentální anorexie nevyhýbá. Jedním z mnoha případů je **Pavla Sudová**. V roce 2004 se stala Miss sympatie ČR. Bylo jí osmnáct let a její tělesná hmotnost byla kolem 55 kilogramů. Hladovkou a cvičením se po páru měsíců dostala na 34 kilogramů. Tělesné orgány, játra a ledviny, přestávaly fungovat, jak měly. Když byl její stav natolik vážný, že byla nutná hospitalizace, Pavla pomoc a spolupráci s lékaři odmítala. Doprovázely jí depresivní stavy a chtěla zemřít. Proběhlo mnoho pokusů o její záchranu, prošla i etapou přejídání se, než sama z vlastní iniciativy rozhodla, že se bude léčit.

Impulsem se stala velmi nemocná dívka, kterou Pavla potkala v nemocnici při svém léčení a která přes všechny zdravotní problémy chtěla žít a neztrácela víru. Pavla jí také našla. Dodnes nedokáže sama přesně říct, co nemoc odstartovalo nebo proč se u ní objevila. O životním příběhu Pavly Sudové byl natočen dokument 13. komnata Pavly Sudové. (Burešová, Derzsiová, Nekvasil [online], 2013)

Praktická část

8 Výzkumné šetření

8.1 Cíle a úkoly výzkumného šetření

V návaznosti na teoretickou část bakalářské práce Nutriční chování a poruchy příjmu potravy u žen různých věkových kategorií je cílem výzkumu v praktické části porovnat z uvedené skupiny respondentů vybrané aspekty vztahující se k nutričnímu chování a poruchám příjmu potravy.

Výzkumné otázky směřují k zjištění a posléze ke komparaci, jak se respondenti, dívky a ženy ve věku 10 až 50 let, stravují, jak dbají na zdravý životní styl, jestli se někdy setkaly s poruchami příjmu potravy nebo dokonce poruchou příjmu potravy samy trpěly.

Můžeme určit několik předpokladů:

1. Starší ženy budou více držet diety pro snížení tělesné hmotnosti než dívky mladší.

Starší ženy, tím míněny ženy od 31 do 50 let, budou více dbát na zdravý životní styl a více sledovat svou tělesnou hmotnost a udržovat si jí dietami a pravidelnou pohybovou aktivitou. Je to dáno větší zkušeností s tím, co je pro jejich tělo správné, například se nebudou, oproti dívkám ve věkové kategorii 10-20 let, téměř vůbec stravovat ve fastfoodech.

2. Mladší dívky a ženy se budou stravovat pravidelněji než ženy starší.

Mladší dívky, míněno dívky od 10 do 20 let a ženy od 21 do 30 let, se budou stravovat pravidelněji, protože na základní i střední škole mají pravidelný režim svačín a obědů. To lze předpokládat i u dívek, studentek, na vysoké škole. Starším ženám nezbyvá na jídlo tolik času, kolik by mělo.

3. Mladší dívky budou více zkoušet drastické způsoby pro snížení tělesné hmotnosti než ženy starší.

Mladší dívky, míněno dívky od 10 do 20 let, méně domýšlí následky nepřiměřených snah o snížení tělesné hmotnosti. Tím se myslí, že mladší dívky budou schopny pro štíhlejší postavu vyzkoušet například držení hladovek, nadměrné cvičení,

zvracení po jídle, užívání laxativ a podobné nebezpečné způsoby, které mnohdy odstartují vážné poruchy příjmu potravy.

8.2 Charakteristika respondentů výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření jsou za respondenty zvoleny ženy od 10 do 50 let. Respondentky jsou dále rozděleny do 4 kategorií podle jejich věku. První kategorie je od 10 do 20 let, druhá od 21 do 30 let, třetí od 31 do 40 let a poslední od 41 do 50 let. V zastoupení jsou zde různá dosažená vzdělání i různá povolání, výběr respondentek byl náhodný. Každou ze 4 věkových kategorií zastupuje 50 respondentek, celkem tedy 200.

8.3 Metody výzkumného šetření

Pro uskutečnění výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu a to dotazník. Dotazník tvoří první 3 otázky informativní, pro lepší zařazení respondentek- věk, nejvyšší dosažené vzdělání, co v současné době dívka nebo žena vykonává za povolání a podobně. Dalších 19 otázek se týká zdravého životního stylu, nutričního chování žen, jejich pocitu ze sebe samých, vlivu médií a samozřejmě poruch příjmu potravy- zda ví, co si pod nimi představit, zda se s nimi setkaly a jak snižují svou tělesnou hmotnost, pokud mají pocit, že to potřebují. Dotazník je anonymní.

8.4 Nástroj výzkumného šetření – dotazník

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Nutriční chování a poruchy příjmu potravy u žen různých věkových kategorií. Dotazník je anonymní, proto Vás prosím o co nejupřímnější vyplnění. Děkuji Vám.

Renata Cajthamlová
Studentka PedF UK v Praze

A) Uveďte prosím Váš věk: _____

B) Uveďte prosím Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a. základní
- b. vyučená
- c. středoškolské s maturitou
- d. vyšší odborné
- e. vysokoškolské

C) V současné době jsem:

- a. žačkou základní školy
- b. studentkou SŠ
- c. studentkou VŠ
- d. na mateřské dovolené
- e. nezaměstnaná
- f. zaměstnaná jako _____
- g. jiná možnost _____

1) Jaký vztah máte k jídlu?

- a. kladný, nijak se v jídle neomezuji, jím vše
- b. kladný, ale musím se v jídle omezovat ze zdravotních důvodů (např.: alergie na některé potraviny apod.)
- c. kladný, ale musím se v jídle omezovat kvůli své hmotnosti
- d. neutrální, jídlo beru jako nutnost, ne jako potěšení
- e. jídlo mě obtěžuje, vynechávám ho, jak mohu

2) Snídáte?

- a. ano, pravidelně
- b. občas
- c. zřídka kdy
- d. nesnídám

- 3) Kolikrát denně jíte?
- jím dvě hlavní jídla denně nebo méně
 - jím tři hlavní jídla denně + svačiny (ovoce, zelenina, mléčné výrobky...)
 - jím tři hlavní jídla denně nebo více + vše, co mi přijde k chuti
 - jím jak kdy, podle nálady, chuti
 - jiná možnost, popište: _____
- 4) Dodržujete kulturu stolování? (Jíte u prostřeného stolu, v klidu apod.)
- ano, alespoň u jednoho jídla denně
 - občas
 - ne, jím kdekoli
 - ne, jím za běhu, nemám čas
- 5) Stravujete se ve fastfoodech?
- ano, velmi často, jídlo mi chutná
 - ano občas nebo spíše volím zdravější variantu jídla, třeba salát
 - zřídka kdy, když není jiná možnost
 - nestravuji
- 6) Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?
- ano, denně, nemohu bez toho být
 - občas, podle chuti
 - zřídka kdy, spíše při výjimečných situacích
 - nekupuji a nejím
- 7) Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte? (Např. nutriční hodnoty potravin)
- ano, záleží mi na tom, abych jedla kvalitní potraviny a svému tělu dodávala vše potřebné
 - občas, někdy se o to zajímám více, jindy méně
 - ne, nic takového neřeším
 - vůbec nevím, co to znamená
- 8) Jaké tekutiny nejvíce pijete?
- neochucené vody, minerální vody
 - ochucené vody, sladké limonády typu Coca-Cola, Fanta...
 - energetické nápoje
 - čaje, kávu
- 9) Víte, jaká je Vaše tělesná hmotnost?
- ano, vážím se pravidelně
 - ano, vážím se občas
 - ne, svou hmotnost neřeším
 - ne, své hmotnosti se bojím

10) Jak se díváte na svou postavu?

- a. jsem s ní naprosto spokojená
- b. mám jisté nedostatky, snažím se je napravit vhodným jídelníčkem a cvičením, ale mám se i přesto ráda taková, jaká jsem
- c. má postava se mi nelíbí, ať dělám, co dělám
- d. má postava se mi nelíbí, nejde s tím nic udělat, tak se ani nesnažím

11) Jaký vztah chováte sama k sobě?

- a. mám se ráda i se svými nedostatky taková, jaká jsem
- b. nepřemýšlím o takových věcech
- c. nevím, co bych na sobě měla mít ráda, nic takového není

12) Jaký vztah máte ke sportu?

- a. cvičím nebo mám nějakou tělesnou aktivitu alespoň dvakrát do týdne, ale i vícekrát
- b. snažím se cvičit alespoň jednou týdně nebo cvičení nahrazuji (procházkou/rychlejší chůzí apod.)
- c. cvičím, ale nepravidelně
- d. necvičím, nebaví mě to nebo nemám čas

13) Navštěvujete fit centra? (Popřípadě sportovní oddíly apod.?)

- a. ano, pravidelně
- b. občas
- c. ne, cvičím podle sebe a nálady
- d. nenavštěvuji ani necvičím

14) Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?

- a. ano, držím dietu ze zdravotních důvodů
- b. ano, redukční dietu držím pořád
- c. ano, ale nikdy jsem to nevydržela dlouho
- d. ne, ale chtěla bych
- e. ne, nepotřebuji to

15) Máte někdy touhu přejít se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?

- a. ano, stává se mi to velmi často, i několikrát do týdne, výčitky svědomí nemívám
- b. ano, stává se mi to velmi často, i několikrát do týdne, mám velké výčitky svědomí
- c. ano, ale jen zřídka kdy, většinou je to spojeno s nějakou událostí- oslavou, radostí, smutkem apod., výčitky svědomí nemívám
- d. ano, ale jen zřídka kdy, většinou je to spojeno s nějakou událostí- oslavou, radostí, smutkem apod., výčitky svědomí mívám
- e. ne, nic takového se mi nestává

16) Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti? Můžete uvést více možností.

- a. držení hladovky
- b. užívání preparátů na snížení hmotnosti
- c. užívání projímadel
- d. nadměrné cvičení
- e. zvracení po jídle
- f. nikdy jsem nic takového nezkoušela
- g. jiná možnost _____

17) Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?

- a. ano, už jsem o nich slyšela, myslím, že vím, co znamenají
- b. ano, slyšela jsem o nich, ale nevím, co si pod nimi představit
- c. ano, setkala jsem se s nimi na vlastní kůži
- d. ne, nevím, co to znamená

Pod pojmem mentální anorexie si představuji: _____

Pod pojmem mentální bulimie si představuji: _____

18) Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?

- a. média a reklamy chápu jako zábavu, ale neporovnávám je s běžným životem
- b. média a reklamy řeším, ukazují realitu, jinak by přece nebyly prezentovány
- c. média ani reklamy neřeším, vím, že neukazují svět takový, jaký je
- d. jiná možnost _____

19) Jak se díváte na obezitu? Označte tvrzení, se kterým souhlasíte.

- | | |
|---|----------|
| 19.1 Pokud je člověk obézní, je nemocný. | ANO x NE |
| 19.2 Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se. | ANO x NE |
| 19.3 Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu. | ANO x NE |
| 19.4 Pokud je člověk obézní, je líný. | ANO x NE |
| 19.5 Obezita je věcí dědičnou. | ANO x NE |

8.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období ledna a února 2014 v okrese Kladno, Rakovník a Praha. Výběr respondentek byl náhodný. Získat odpovědi respondentek první věkové kategorie, 10 – 20 let, mi přišel nejsložitější, proto jsem o vyplnění dotazníků požádala žáčky Základní školy Stochov a Gymnázia J. A. Komenského v Novém Strašecí. Starší respondentky už byly voleny jednotlivě bez zaměření na určitou, například pracovní, skupinu.

Když respondentky vyplňovaly dotazníky, byla jsem u toho přítomná. Představila jsem jim sebe i účel, za kterým jim dotazník předkládám. Na začátku jsem respondentky seznámila s obsahem dotazníku, upozornila, že u každé otázky je možné zvolit jen jednu možnost, není-li uvedeno jinak. Dále jsem zdůraznila, že dotazník je anonymní a vyzvala je, aby se v případě nějaké nejasnosti v dotazníku ozvaly.

Vyplňování dotazníků na základní škole a gymnáziu hodnotím nejpozitivněji. Žačky a studentky dotazník vyplňovaly s ochotou, uvítaly změnu ve vyučování. Překvapil mě zájem chlapců, kteří by bývali dotazník také ochotně vyplnili.

Starší respondentky dotazník vyplnily bez větších problémů. Mnohem méně jich ale vyplnilo například otevřenou otázku, co si představují pod pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Nejasné jim bylo i to, co přesně mají zvolit u otázky poslední, s jakým tvrzením týkající se obezity souhlasí či nesouhlasí, což první věkové kategorii nedělalo problém žádný. Vysvětluji to tím, že dívky mladší jsou bezprostřednější, nepromýšlely otázky tak detailně jako ženy starší a zvolily po přečtení možných odpovědí tu první, která se jim zamlouvala.

Výzkumné šetření probíhalo bez větších překážek, překvapila mě vstřícnost mnou oslovených respondentek pro vyplnění dotazníku, některé z nich se o problematiku poruch příjmu potravy z vlastní iniciativy zajímaly nebo je samotný dotazník přivedl k tomuto tématu a rozpoutal zajímavou diskuzi.

9 Výsledky výzkumného šetření

9.1 Zpracování výzkumného šetření - zařazení respondentek

První část dotazníku byla zaměřena na sledovaný soubor respondentek. Podle něj byly respondentky rozděleny do 4 věkových kategorií. Uvedeny jsou i doplňující informace o dosažené výši vzdělání a co dívky a ženy od 10 do 50 let v současné době dělají- zda studují a v jakém oboru pracují. Vyhodnocení otázek je označeno jako V a následuje písmeno nebo číslo, které koresponduje s označením v dotazníku.

VA) Uved'te prosím Váš věk: _____

Věk 10- 20 let	R	Věk 21-30 let	R	Věk 31-40 let	R	Věk 41- 50 let	R
10 let	4	21 let	7	31 let	6	41 let	4
11 let	5	22 let	4	32 let	4	42 let	3
12 let	6	23 let	6	33 let	6	43 let	4
13 let	7	24 let	5	34 let	3	44 let	4
14 let	8	25 let	4	35 let	6	45 let	7
15 let	5	26 let	5	36 let	8	46 let	4
16 let	5	27 let	5	37 let	3	47 let	5
17 let	8	28 let	5	38 let	4	48 let	7
18 let	1	29 let	6	39 let	8	49 let	9
19 let	0	30 let	3	40 let	2	50 let	4
20 let	1						
celkem	50	celkem	50	celkem	50	celkem	50

Tabulka 1 - Uved'te prosím Váš věk.

Tabulka č. 1 znázorňuje věkové rozložení dívek a žen ve všech 4 kategoriích. R je počet respondentek u každého věku.

VB) Uved'te prosím Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- základní
- vyučená
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

Nejvyšší ukončené vzdělání	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
základní	15	1	1	3
vyučená		8	8	14
středoškolské s maturitou		25	25	24
vyšší odborné		3	10	3
vysokoškolské		13	6	4
celkem	50	50	50	50

Tabulka 2 - Uved'te prosím Vaše nejvyšší ukončené vzdělání.

Na otázku o nejvyšším ukončeném vzdělání odpovídalo všech 200 respondentek, jak vyznačuje tabulka. Jelikož respondentky byly zařazeny od 10 let, 35 z nich jsou žačkami základní školy, tudíž nemají ukončené ani základní vzdělání, což v tabulce není zaneseno, ovšem i ve věkové kategorii 10-20 let odpovídalo 50 respondentek.

VC) V současné době jsem:

- a. žačkou základní školy
- b. studentkou SŠ
- c. studentkou VŠ
- d. na mateřské dovolené
- e. nezaměstnaná
- f. zaměstnaná jako _____
- g. jiná možnost _____

Respondentka je:	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
žačka základní školy	35			
studentka SŠ	15	1		
studentka VŠ		11		
na mateřské dovolené		9	11	2
na mateřské dovolené		1	3	6
zaměstnaná		28	32	37
jiná možnost			4	5
celkem	50	50	50	50

Tabulka 3 - V současné době jsem?

Třetí otázka charakterizující skupinu respondentek se týkala toho, čemu se v současné době věnují, kde pracují apod. Povolání zde byla různorodá i z důvodu, že vybraný vzorek respondentek byl náhodný. Variantu jiná možnost zvolilo dohromady 9 respondentek. 6 z nich jsou OSVČ a zbývající 3 v domácnosti.

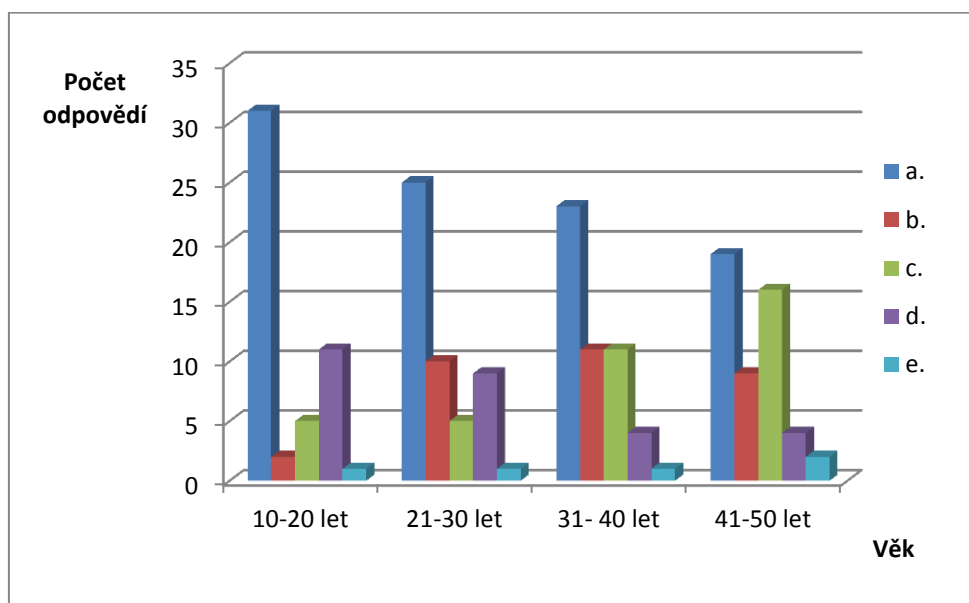
9.2 Zpracování výzkumného šetření

V1. Jaký vztah máte k jídlu?

- kladný, nijak se v jídle neomezují, jím vše
- kladný, ale musím se v jídle omezovat ze zdravotních důvodů (např.: alergie na některé potraviny apod.)
- kladný, ale musím se v jídle omezovat kvůli své hmotnosti
- neutrální, jídlo beru jako nutnost, ne jako potěšení
- jídlo mě obtěžuje, vynechávám ho, jak mohu

	Věk			
Odpovědi	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	31	25	23	19
b.	2	10	11	9
c.	5	5	11	16
d.	11	9	4	4
e.	1	1	1	2
celkem	50	50	50	50

Tabulka 4 - Jaký vztah máte k jídlu?



Graf 1 - Jaký máte vztah k jídlu?

Otázka první měla zjistit, jak se k jídlu obecně respondentky staví. Ve všech věkových kategoriích převažovala odpověď a., i když je vidět rozdíl mezi první a poslední

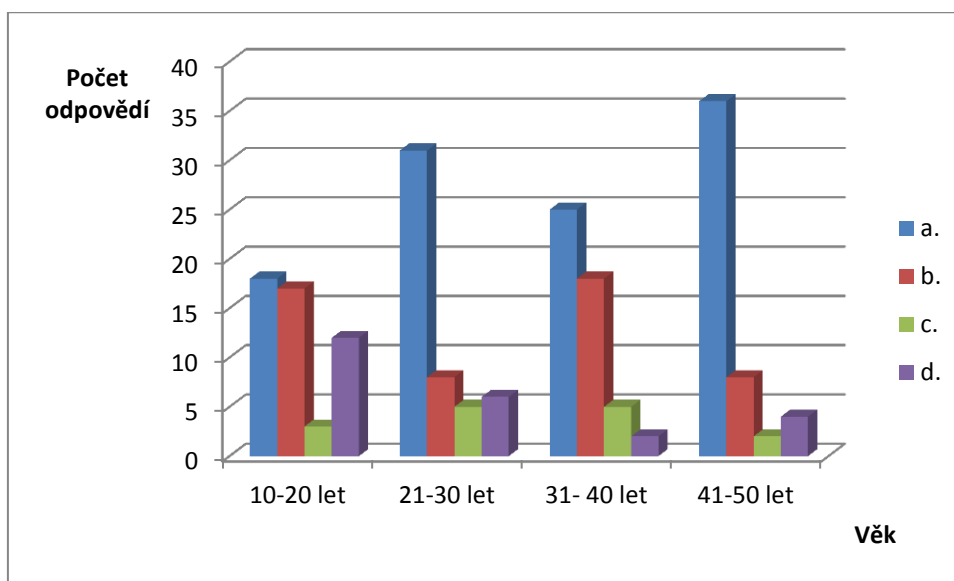
věkovou kategorií, kdy ženy ve věku 41 – 50 let volí možnost, že se musí v jídle omezovat kvůli své hmotnosti.

V2. Snídáte?

- a. ano, pravidelně
- b. občas
- c. zřídka kdy
- d. nesnídám

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	18	31	25	36
b.	17	8	18	8
c.	3	5	5	2
d.	12	6	2	4
celkem	50	50	50	50

Tabulka 5 - Snídáte?



Graf 2 - Snídáte?

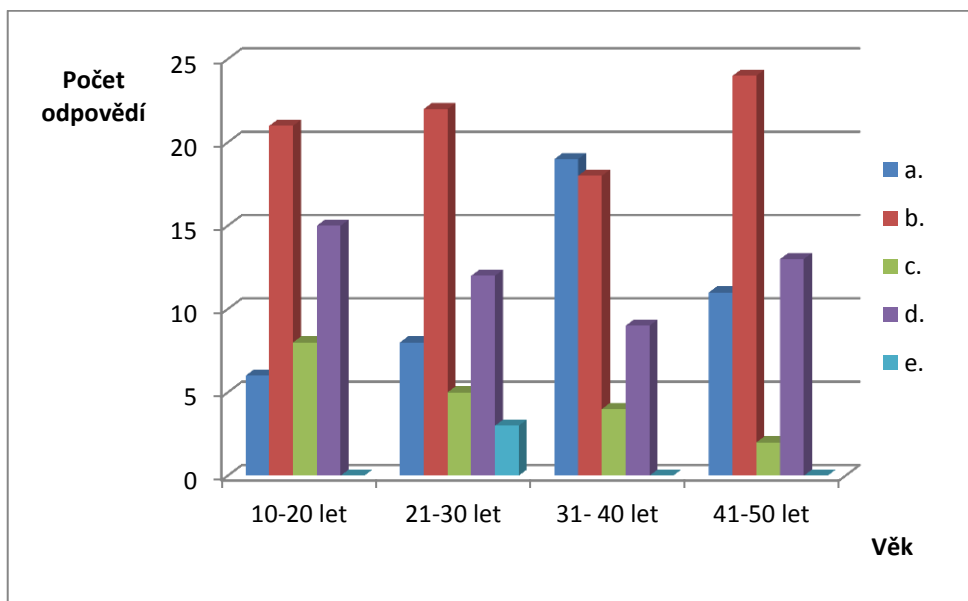
Na otázku týkající se pravidelného snídání bez problému odpověděly všechny respondentky. V každé věkové kategorii nejvíce respondentek uvedlo, že snídají pravidelně. Neočekávané bylo zjištění, že ve věkové kategorii 10 – 20 let byly odpovědi a., b. i c. celkem vyrovnané.

V3. Kolikrát denně jíte?

- jím dvě hlavní jídla denně nebo méně
- jím tři hlavní jídla denně + svačiny (ovoce, zelenina, mléčné výrobky...)
- jím tři hlavní jídla denně nebo více + vše, co mi přijde k chuti
- jím jak kdy, podle nálady, chuti
- jiná možnost, popište: _____

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	6	8	19	11
b.	21	22	18	24
c.	8	5	4	2
d.	15	12	9	13
e.	0	3	0	0
celkem	50	50	50	50

Tabulka 6 - Kolikrát denně jíte?



Graf 3 - Kolikrát denně jíte?

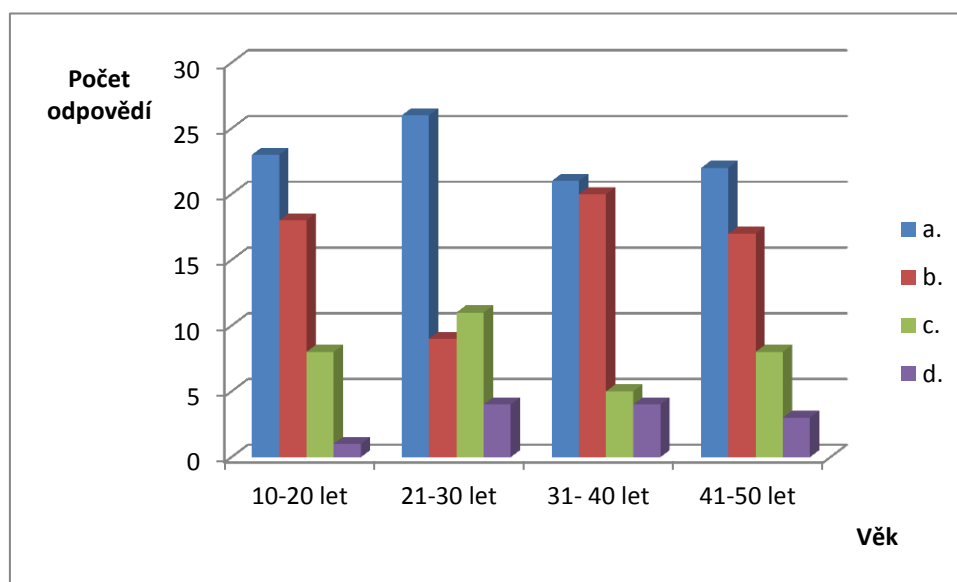
V této otázce většina respondentek našla přijatelnou odpověď charakterizující kolikrát za den jí. Znamená to, že většina snídá, obědvá i večeří a má dvě přesnídávky za den. Jinou možnost zvolily 3 respondentky ve věkové kategorii 21-30 let. Ve dvou případech bylo popsáno, že respondentky jí dvě hlavní jídla a vše, co jim přijde k chuti. Ve třetím byl zmíněn jako důležitý faktor, podle kterého se stravování řídí, čas a časová vytíženost respondentky.

V4. Dodržujete kulturu stolování? (Jíte u prostřeného stolu, v klidu apod.)

- a. ano, alespoň u jednoho jídla denně
- b. občas
- c. ne, jím kdekoli
- d. ne, jím za běhu, nemám čas

	Věk			
Odpovědi	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	23	26	21	22
b.	18	9	20	17
c.	8	11	5	8
d.	1	4	4	3
celkem	50	50	50	50

Tabulka 7- Dodržujete kulturu stolování?



Graf 4- Dodržujete kulturu stolování?

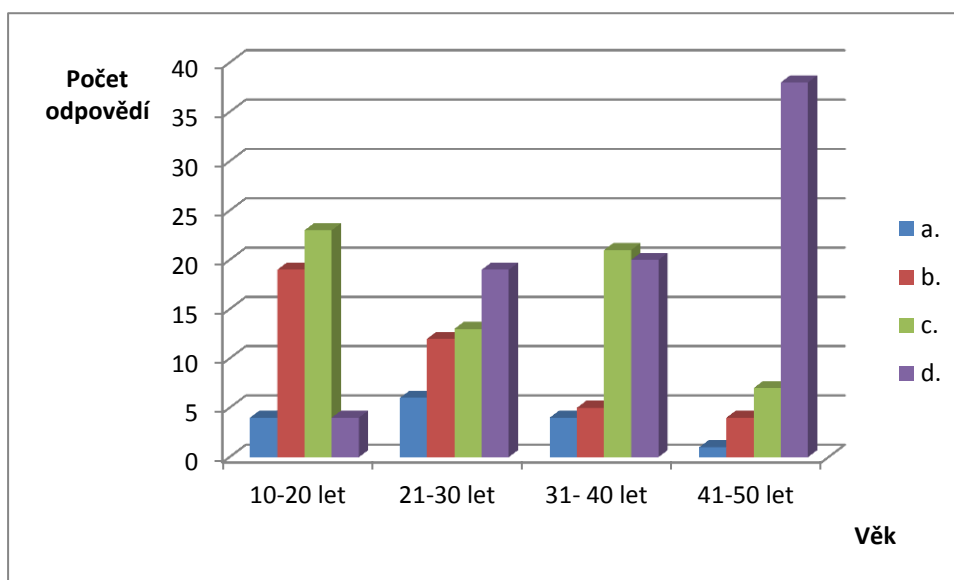
I u čtvrté otázky většina respondentek ve všech čtyřech kategoriích uvedlo, že jí v klidném prostředí a u prostřeného stolu alespoň jednou denně. Ve věkové kategorii 31-40 let a 41 – 50 let už je ale vidět tendence, že se tak stává jen občas. Připsáno to může být časové vytíženosti respondentek.

V5. Stravujete se ve fastfoodech?

- a. ano, velmi často, jídlo mi chutná
- b. ano občas nebo spíše volím zdravější variantu jídla, třeba salát
- c. zřídka kdy, když není jiná možnost
- d. nestravuji

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	4	6	4	1
b.	19	12	5	4
c.	23	13	21	7
d.	4	19	20	38
celkem	50	50	50	50

Tabulka 8 - Stravujete se ve fastfoodech?



Graf 5 - Stravujete se ve fastfoodech?

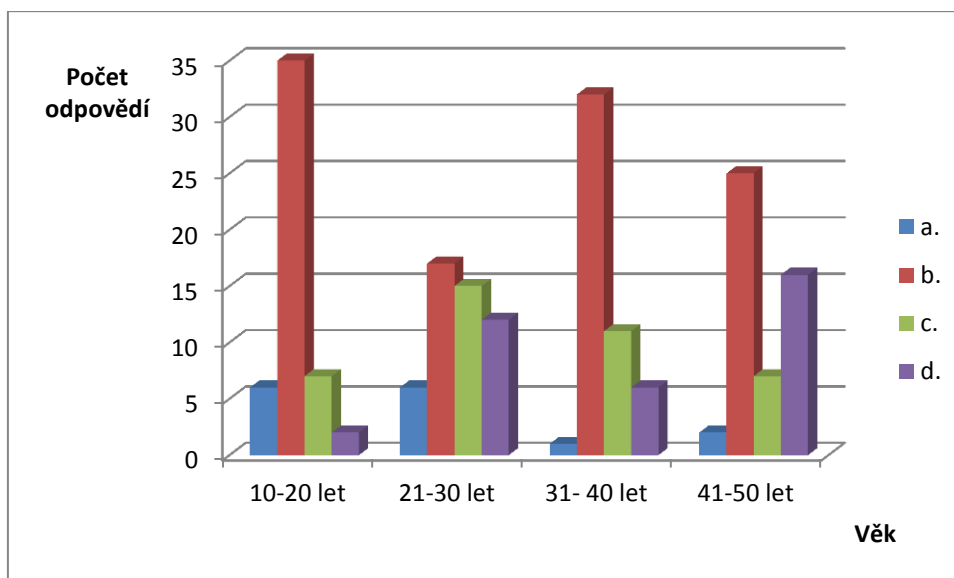
Ukázalo se, že možnost častého stravování se ve fastfoodech nezvolila prioritně ani jedna věková kategorie. Největší rozdíl je vidět u věkové kategorie 41-50 let, kde nadpoloviční většina respondentek zvolila, že se ve fastfoodech nestravuje.

V6. Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?

- a. ano, denně, nemohu bez toho být
- b. občas, podle chuti
- c. zřídka kdy, spíše při výjimečných situacích
- d. nekupuji a nejím

	Věk			
Odpovědi	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	6	6	1	2
b.	35	17	32	25
c.	7	15	11	7
d.	2	12	6	16
celkem	50	50	50	50

Tabulka 9 - Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?



Graf 6 - Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?

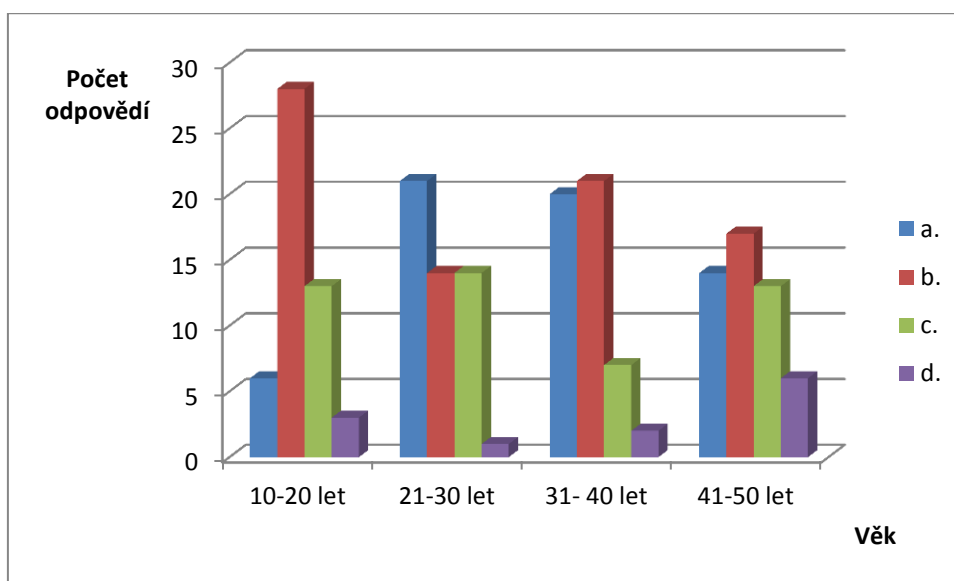
Otázka týkající se pochutin, sladkostí a jejich konzumace ukázala, že občas a podle chuti si je kupují všechny věkové kategorie a to nejvíce dívky ve věku 10- 20 let a ženy 31- 40 let. Odpověď „nekupuji a nejím“ zvolilo nejvíce respondentek v kategorii 41 – 50 let.

V7. Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte? (Např. nutriční hodnoty potravin)?

- a. ano, záleží mi na tom, abych jedla kvalitní potraviny a svému tělu dodávala vše potřebné
- b. občas, někdy se o to zajímám více, jindy méně
- c. ne, nic takového neřeším
- d. vůbec nevím, co to znamená

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	6	21	20	14
b.	28	14	21	17
c.	13	14	7	13
d.	3	1	2	6
celkem	50	50	50	50

Tabulka 10 - Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte?



Graf 7- Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte?

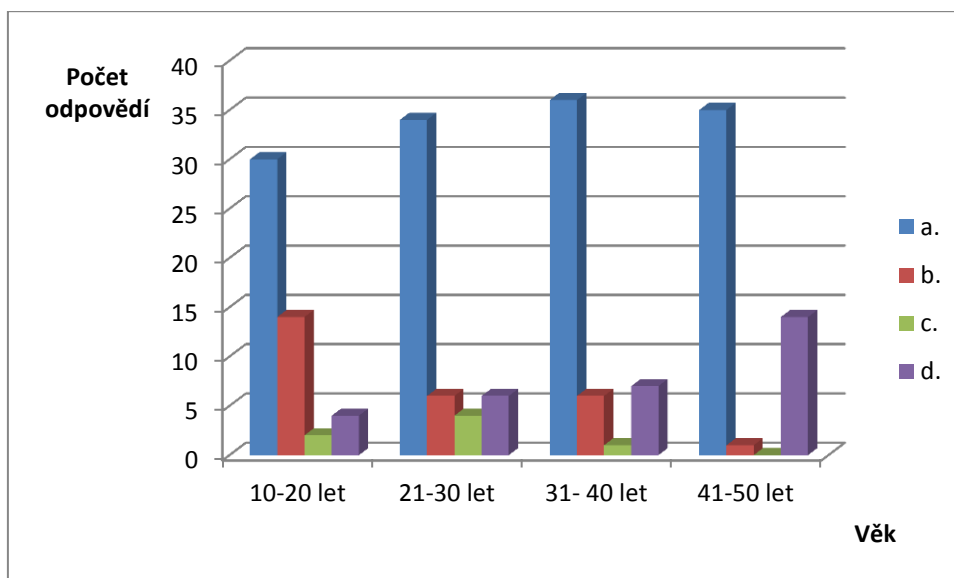
Otázka zaměřena na zájem respondentek o to, co obsahuje jídlo, které jí, ukázala, že se o tyto věci nijak významně dívky ani ženy nezajímají. Přesto se o tuto problematiku nejvíce zajímá kategorie 21-30 let, ale ani zde to není většina dívek a žen.

V8. Jaké tekutiny nejvíce pijete?

- a. neochucené vody, minerální vody
- b. ochucené vody, sladké limonády typu Coca-Cola, Fanta...
- c. energetické nápoje
- d. čaje, kávu

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	30	34	36	35
b.	14	6	6	1
c.	2	4	1	0
d.	4	6	7	14
celkem	50	50	50	50

Tabulka 11 - Jaké tekutiny nejvíce pijete?



Graf 8 - Jaké tekutiny nejvíce pijete?

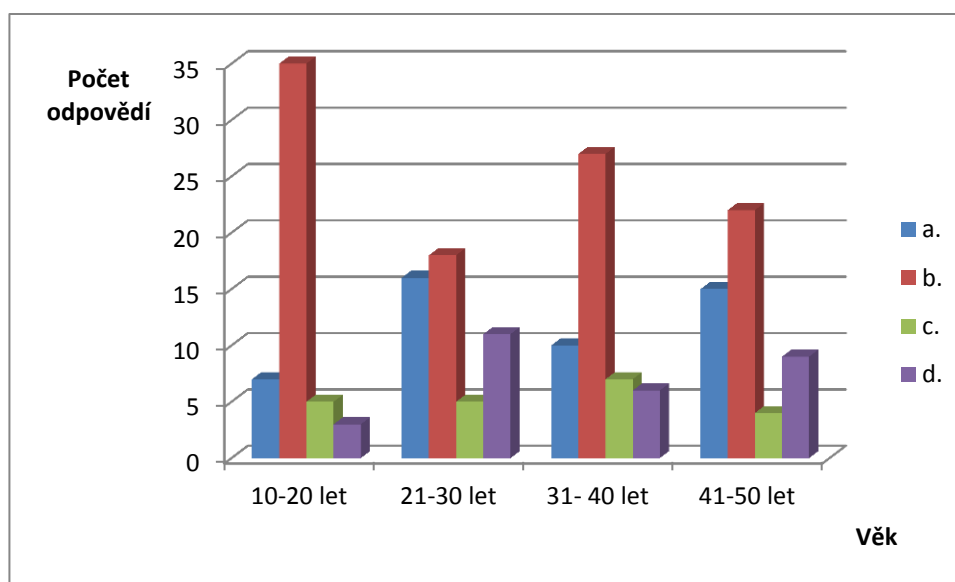
V této otázce, jaké tekutiny nejvíce respondentky pijí, většina zvolila odpověď a. Mírně zvýšená preference ochucených vod a sladkých limonád je zaznamenána ve věkové kategorii 10-20 let.

V9. Jaká je vaše tělesná hmotnost?

- a. ano, vážím se pravidelně
- b. ano, vážím se občas
- c. ne, svou hmotnost neřeším
- d. ne, své hmotnosti se bojím

	Věk			
Odpovědi	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	7	16	10	15
b.	35	18	27	22
c.	5	5	7	4
d.	3	11	6	9
celkem	50	50	50	50

Tabulka 12 - Víte jaká je Vaše tělesná hmotnost?



Graf 9 - Víte jaká je Vaše tělesná hmotnost?

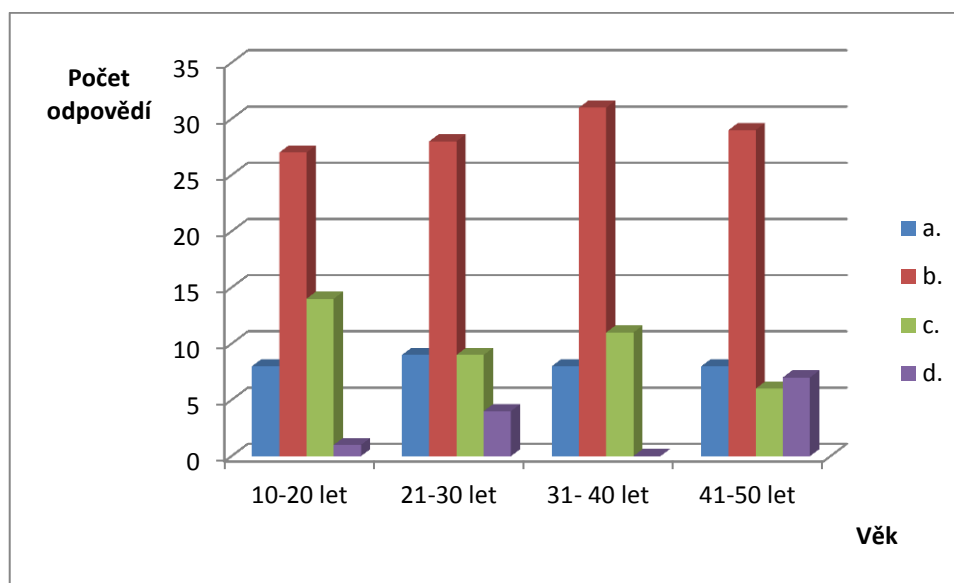
Otázka, zda respondentky znají svou přesnou hmotnost, ukázala, že pravidelně se neváží ani jedna věková kategorie. Všechny kategorie zvolily nejvíce odpověď za b., že se váží občas. Nejvyrovnanější je odpověď a. s odpovědí b., ve věkové kategorii 21-30 let. V ní bylo i nejvíce žen, které zvolily odpověď d., že se své hmotnosti bojí.

V10. Jak se díváte na svou postavu?

- a. jsem s ní naprosto spokojená
- b. mám jisté nedostatky, snažím se je napravit vhodným jídelníčkem a cvičením, ale mám se i přesto ráda taková, jaká jsem
- c. má postava se mi nelíbí, ať dělám, co dělám
- d. má postava se mi nelíbí, nejde s tím nic udělat, tak se ani nesnažím

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	8	9	8	8
b.	27	28	31	29
c.	14	9	11	6
d.	1	4	0	7
celkem	50	50	50	50

Tabulka 13 - Jak se díváte na svou postavu?



Graf 10 - Jak se díváte na svou postavu?

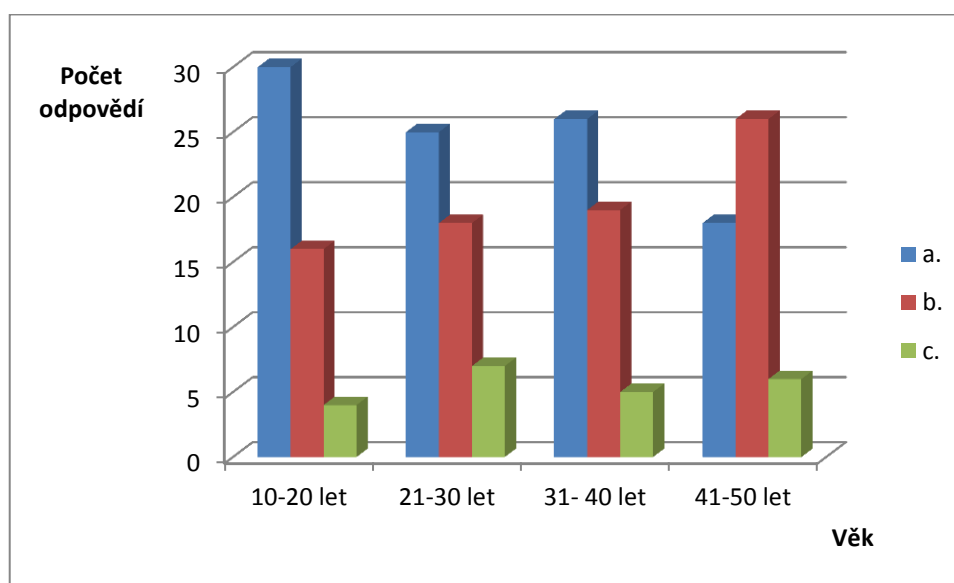
V této otázce, jak se na svou postavu respondentky dívají, většina zvolila variantu b., což je, v souvislosti s poruchami příjmu potravy, pozitivní.

V11. Jaký vztah chováte sama k sobě?

- a. mám se ráda i se svými nedostatky taková, jaká jsem
- b. nepřemýšlím o takových věcech
- c. nevím, co bych na sobě měla mít ráda, nic takového není

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	30	25	26	18
b.	16	18	19	26
c.	4	7	5	6
celkem	50	50	50	50

Tabulka 14 - Jaký vztah chováte sama k sobě?



Graf 11 - Jaký vztah chováte sama k sobě?

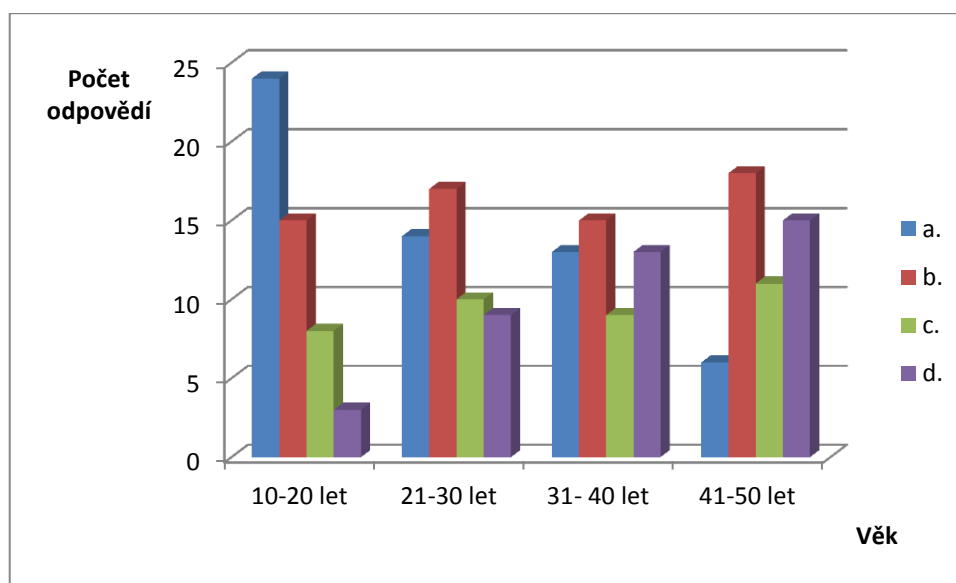
U otázky, jaký vztah respondentky mají samy k sobě, v prvních třech věkových kategoriích převládá odpověď za a., což je pozitivní. Ve věkové kategorii 41- 50 let převládá možnost b., že o takových věcech respondentka nepřemýšlí. Odpověď c. zvolilo minimum respondentek ve všech čtyřech věkových kategoriích.

V12. Jaký vztah máte ke sportu?

- cvičím nebo mám nějakou tělesnou aktivitu alespoň dvakrát do týdne, ale i vícekrát
- snažím se cvičit alespoň jednou týdně nebo cvičení nahrazuji (procházkou/rychlejší chůzí apod.)
- cvičím, ale nepravidelně
- necvičím, nebaví mě to nebo nemám čas

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	24	14	13	6
b.	15	17	15	18
c.	8	10	9	11
d.	3	9	13	15
celkem	50	50	50	50

Tabulka 15 - Jaký vztah máte ke sportu?



Graf 12 - Jaký vztah máte ke sportu?

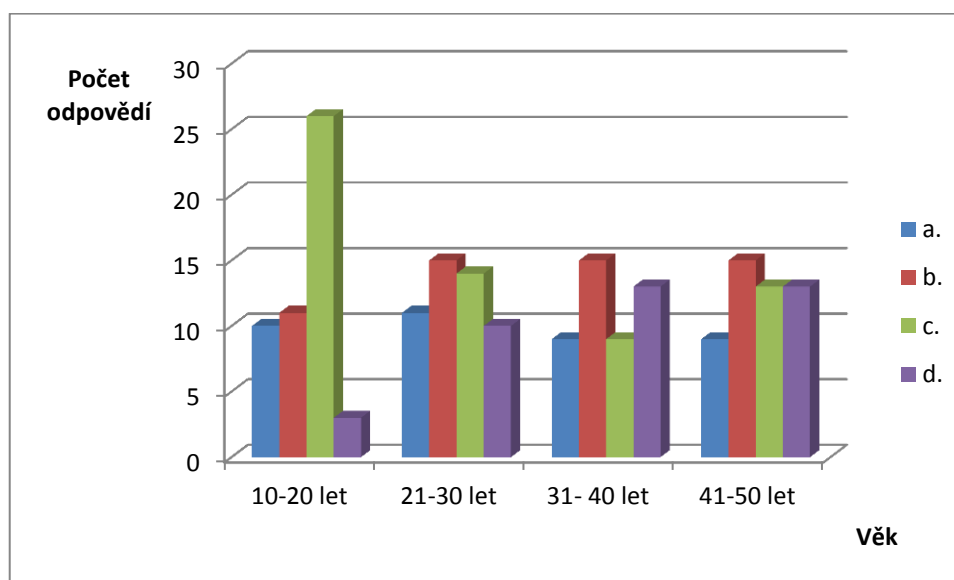
Pravidelnou pohybovou aktivitu má pouze necelá polovina respondentek v první věkové kategorii 10-20 let. Na první pohled jsou celkem vyrovnané odpovědi ve věkové kategorii 21-30 let a 31- 40 let. Nejvíce respondentek, které zvolily odpověď, že je cvičení nebaví nebo na něj nemají čas, je ve věkové kategorii 41-50 let.

V13. Navštěvujete fit centra? (Popřípadě sportovní oddíly apod.?)

- a. ano, pravidelně
- b. občas
- c. ne, cvičím podle sebe a nálady
- d. nenavštěvuji ani necvičím

	Věk			
Odpovědi	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	10	11	9	9
b.	11	15	15	15
c.	26	14	9	13
d.	3	10	13	13
celkem	50	50	46	50

Tabulka 16 - Navštěvujete fit centra?



Graf 13 - Navštěvujete fit centra?

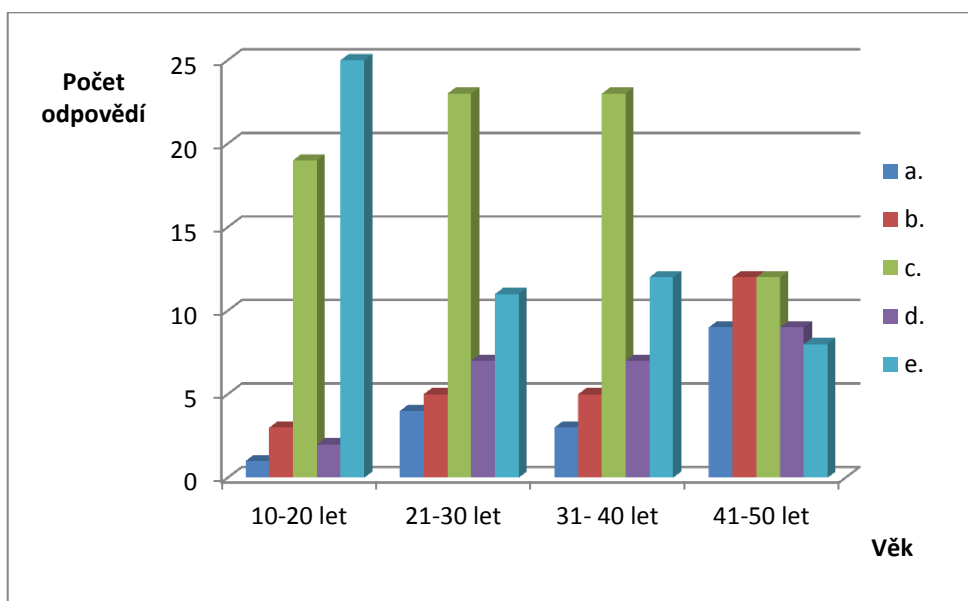
Tato otázka ukázala, že ani jedna věková kategorie nenavštěvuje pravidelně fit centra, u mladších dívek například ani školní kroužky apod. Graf ukazuje velkou vyrovnanost zbylých tří možností odpovědí u žen od 21 do 50 let. Nejvíce vyčnívá odpověď c. u první věkové kategorie, kde dívky volily možnost cvičení podle sebe a nálady.

V14. Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?

- ano, držím dietu ze zdravotních důvodů
- ano, redukční dietu držím pořád
- ano, ale nikdy jsem to nevydržela dlouho
- ne, ale chtěla bych
- ne, nepotřebuji to

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	1	4	3	9
b.	3	5	5	12
c.	19	23	23	12
d.	2	7	7	9
e.	25	11	12	8
celkem	50	50	50	50

Tabulka 17 - Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?



Graf 14 - Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?

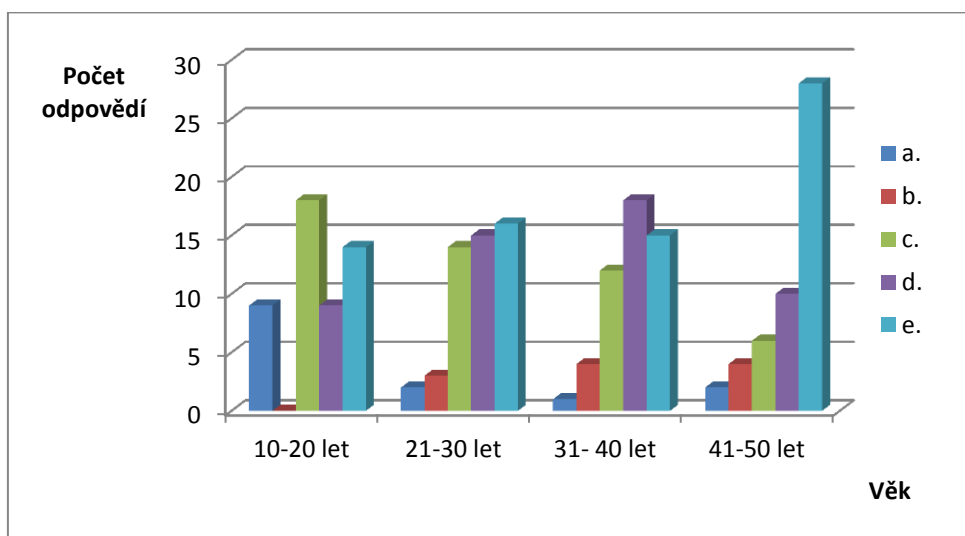
Tato otázka o držení diet pro snížení tělesné hmotnosti ukazuje, že ve věkové kategorii 10–21 let respondentky někdy dietu zkoušet držely, zároveň polovina z nich nikdy dietu nedržela, protože ji nepotřebují. Stejně jako v první věkové kategorii tak i ve dvou následujících většina žen dietu držet zkoušela, ale nezvládly jí držet dlouho. Oproti prvním třem věkovým kategoriím jsou hodně vyrovnané odpovědi v kategorii 41-50 let. Zde i poprvé najdeme více žen, které redukční dietu drží pořád.

V15. Máte někdy touhu přejít se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?

- a. ano, stává se mi to velmi často, i několikrát do týdne, výčitky svědomí nemívám
- b. ano, stává se mi to velmi často, i několikrát do týdne, mám velké výčitky svědomí
- c. ano, ale jen zřídka kdy, většinou je to spojeno s nějakou událostí- oslavou, radostí, smutkem apod., výčitky svědomí nemívám
- d. ano, ale jen zřídka kdy, většinou je to spojeno s nějakou událostí- oslavou, radostí, smutkem apod., výčitky svědomí mívám
- e. ne, nic takového se mi nestává

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	9	2	1	2
b.	0	3	4	4
c.	18	14	12	6
d.	9	15	18	10
e.	14	16	15	28
celkem	50	50	50	50

Tabulka 18 - Máte někdy touhu přejít se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?



Graf 15 - Máte někdy touhu přejít se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?

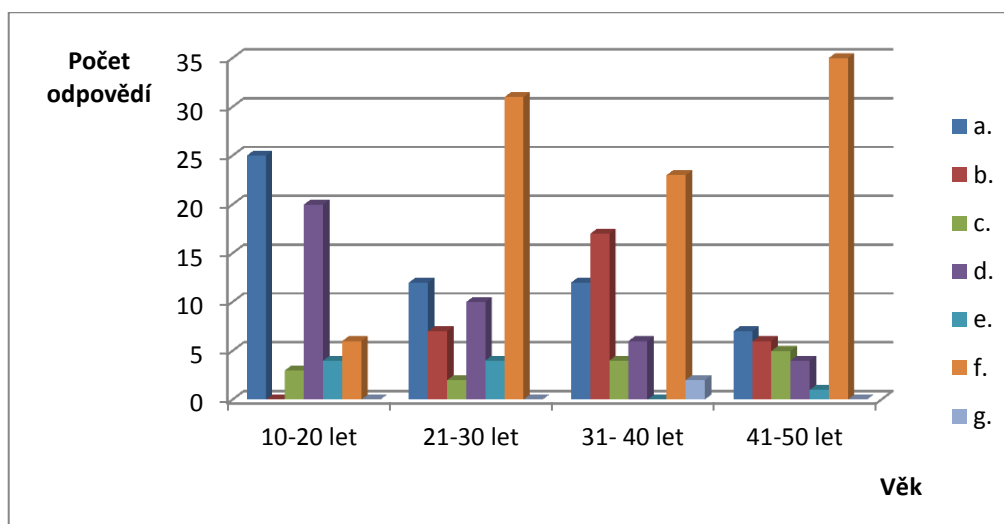
V žádné věkové kategorii se z odpovědí neukázalo, že by měly dívky a ženy velký problém s přejídáním se a poté výčitkami svědomí. Poměrně často je volena možnost, že nic takového se respondentce nestává, nejvíce poté v kategorii 41-50 let. Výčitky svědomí po přejedení uvádí nejvíce kategorie 21-30 let a 31-40 let, ale to spojují jen s nějakou výjimečnou událostí.

V16. Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti? Můžete uvést více možností.

- a. držení hladovky
- b. užívání preparátů na snížení hmotnosti
- c. užívání projímadel
- d. nadměrné cvičení
- e. zvracení po jídle
- f. nikdy jsem nic takového nezkoušela
- g. jiná možnost _____

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	25	12	12	7
b.	0	7	17	6
c.	3	2	4	5
d.	20	10	6	4
e.	4	4	0	1
f.	6	31	23	35
g.	0	0	2	0

Tabulka 19 - Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti?



Graf 16 - Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti?

V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Věková kategorie 10-20 let má nejvíce zkušenosti s držením hladovky a nadměrným cvičením. Jen v užívání preparátů pro snížení hmotnosti má větší zkušenost kategorie 31-40. Kromě věkové kategorie 10-20 let většina respondentek nikdy nic takového nezkoušela.

V17. Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?

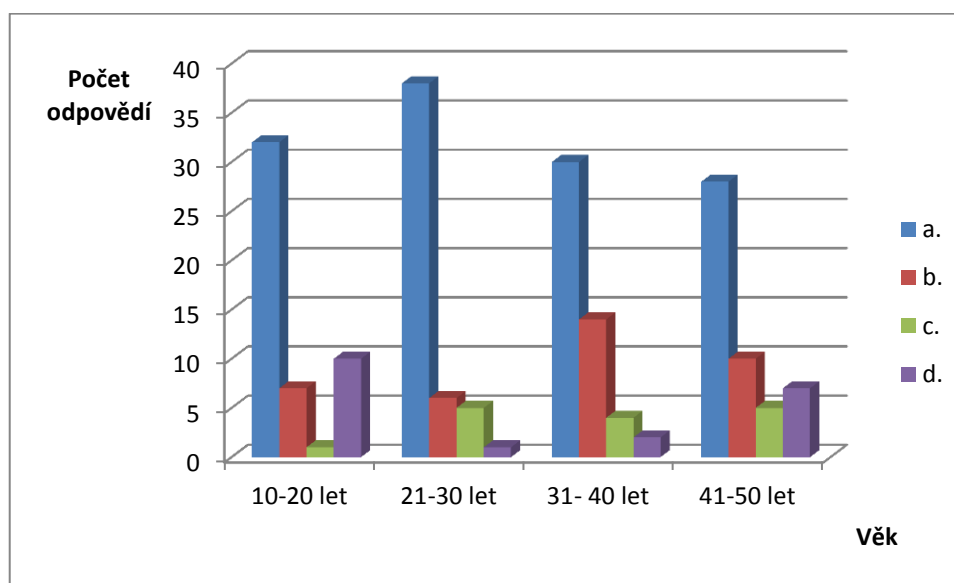
- a. ano, už jsem o nich slyšela, myslím, že vím, co znamenají
- b. ano, slyšela jsem o nich, ale nevím, co si pod nimi představit
- c. ano, setkala jsem se s nimi na vlastní kůži
- d. ne, nevím, co to znamená

Pod pojmem mentální anorexie si představuji: _____

Pod pojmem mentální bulimie si představuji: _____

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	32	38	30	28
b.	7	6	14	10
c.	1	5	4	5
d.	10	1	2	7
celkem	50	50	50	50

Tabulka 20 - Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?



Graf 17 - Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?

Již z grafu je u této otázky jasné, že většina respondentek o mentální anorexii či bulimii někdy slyšela.

Otevřená otázka, na kterou měly respondentky odpovědět, se týkala znalosti nebo spíše představy toho, co mentální anorexie a mentální bulimie znamená.

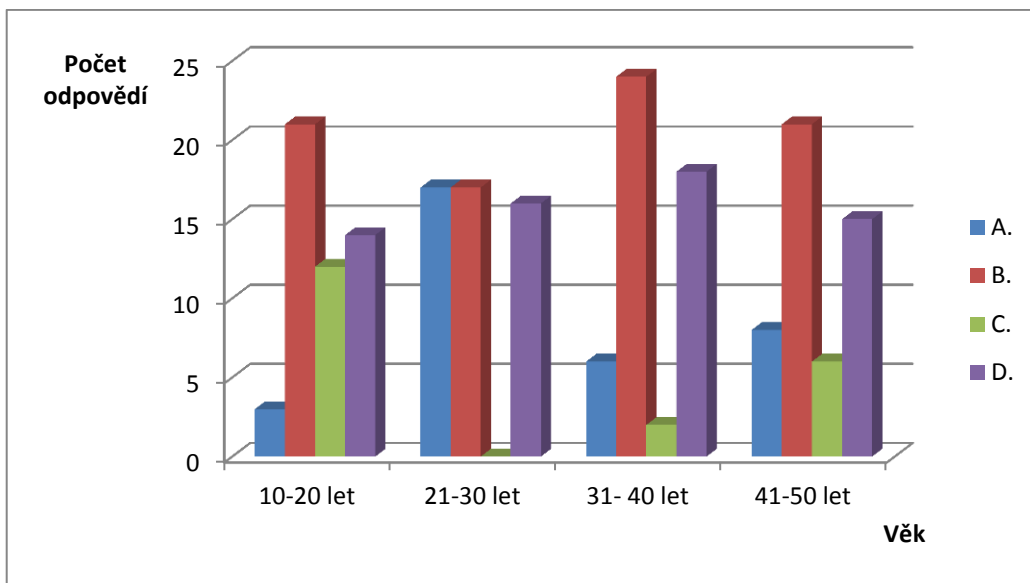
Pro vyhodnocení této otázky jsem podle odpovědí respondentek utvořila 4 kategorie, do kterých jsem odpovědi zařadila:

- A. Respondentčina odpověď je správná, je zde jasně vysvětleno, že se jedná o poruchu příjmu potravy, což je psychické onemocnění a k tomu popsané nejčastější příznaky nemoci.
- B. Respondentčina odpověď byla správná jen z části- uvedla nejčastější příznaky a problémy dívek a žen, které se s mentální anorexií nebo mentální bulimií potýkají.
- C. Respondentčina odpověď byla špatná- neobsahovala nic, co by bylo pro mentální anorexií a mentální bulimii charakteristické.
- D. Respondentka vůbec na tuto otevřenou otázku neodpověděla.

Takto jsem rozdělila odpovědi na mentální anorexií i mentální bulimii. Většinou se počty odpovědí shodují nebo si jsou velmi podobné, ovšem našly se i rozdíly. Bohužel spousta respondentek na tuto otevřenou otázku vůbec neodpovědělo. Přesně je vše zaznamenáno v tabulce.

Co je to mentální anorexie?	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
A.	3	17	6	8
B.	21	17	24	21
C.	12	0	2	6
D.	14	16	18	15
celkem	50	50	50	50

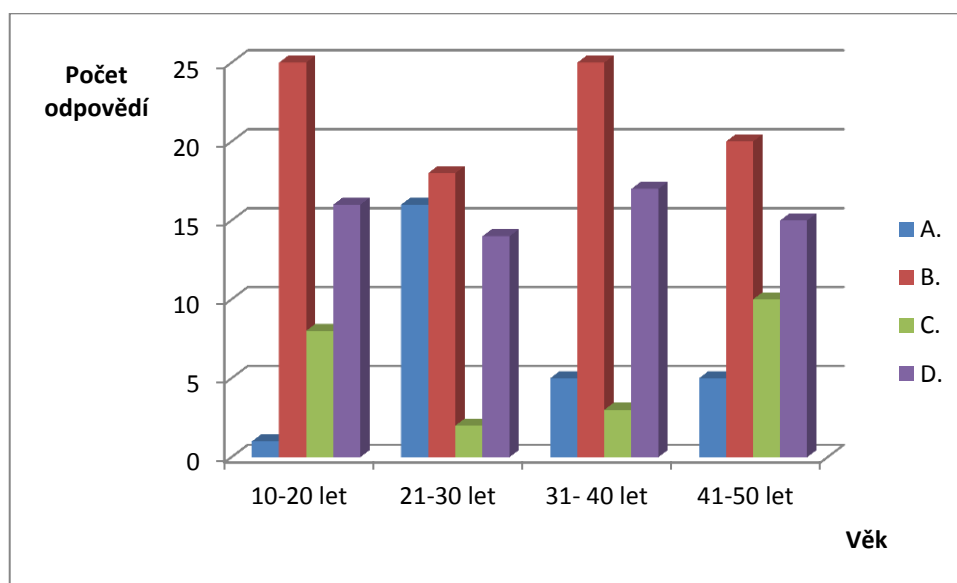
Tabulka 21 - Pod pojmem mentální anorexie si představují?



Graf 18 - Pod pojmem mentální anorexie si představují?

Co je to mentální bulimie?	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31-40 let	41-50 let
A.	1	16	5	5
B.	25	18	25	20
C.	8	2	3	10
D.	16	14	17	15
celkem	50	50	50	50

Tabulka 22 - Pod pojmem mentální bulimie si představují?



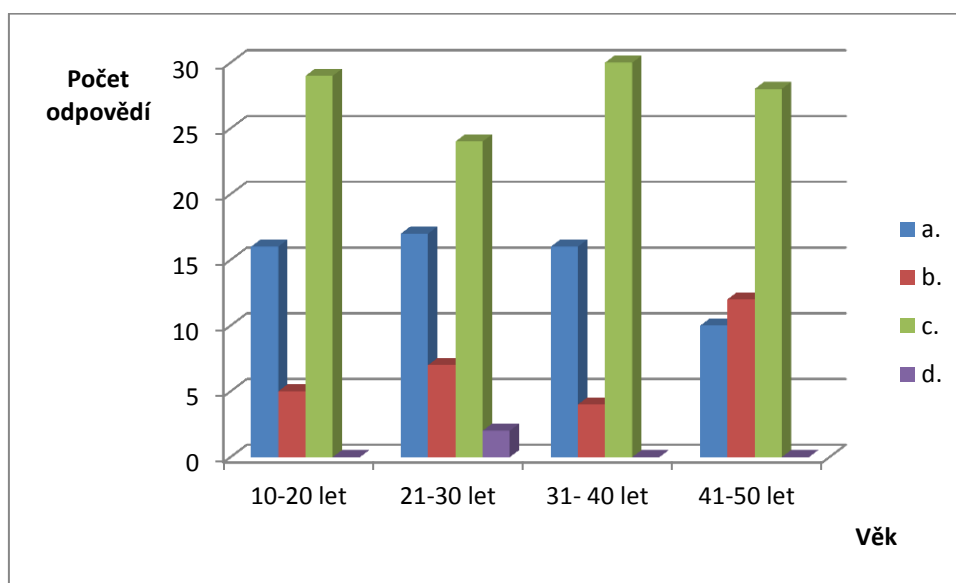
Graf 19 - Pod pojmem mentální bulimie si představují?

V18. Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?

- a. média a reklamy chápu jako zábavu, ale neporovnávám je s běžným životem
- b. média a reklamy řeším, ukazují realitu, jinak by přece nebyly prezentovány
- c. média ani reklamy neřeším, vím, že neukazují svět takový, jaký je
- d. jiná možnost _____

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
a.	16	17	16	10
b.	5	7	4	12
c.	29	24	30	28
d.	0	2	0	0
celkem	50	50	50	50

Tabulka 23 - Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?



Graf 20 - Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?

Tato otázka poukazovala na propagaci štíhlosti až vyhublosti v médiích. Ve všech věkových kategoriích téměř polovina respondentek zvolila, že média neřeší, protože neukazují realitu. Dvě respondentky ve věkové kategorii 21-30 let uvedly jinou možnost - Média a reklamy řeším občas.

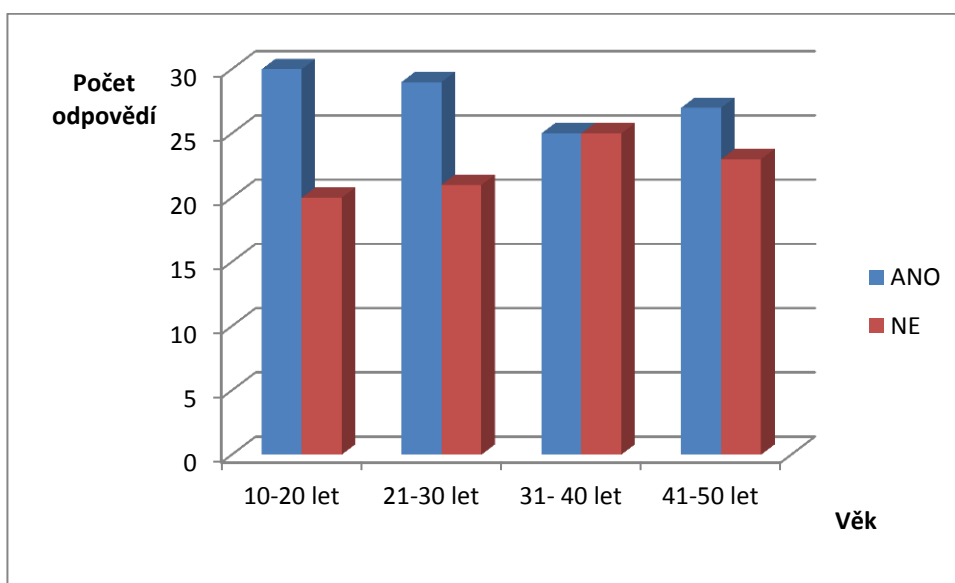
V19. Jak se díváte na obezitu? Označte tvrzení, se kterým souhlasíte.

- V19.1 Pokud je člověk obézní, je nemocný. ANO x NE
 V19.2 Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se. ANO x NE
 V19.3 Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu. ANO x NE
 V19.4 Pokud je člověk obézní, je líný. ANO x NE
 V19.5 Obezita je věcí dědičnou. ANO x NE

V19.1 Pokud je člověk obézní, je nemocný.

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
ANO	30	29	25	27
NE	20	21	25	23
celkem	50	50	50	50

Tabulka 24 - Pokud je člověk obézní, je nemocný.

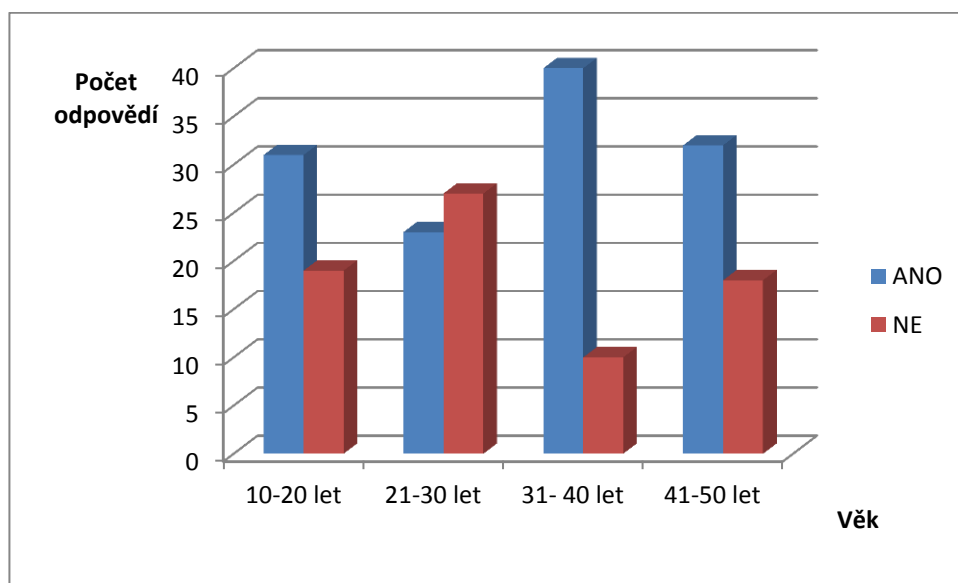


Graf 21 - Pokud je člověk obézní, je nemocný.

V19.2 Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se.

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
ANO	31	23	40	32
NE	19	27	10	18
celkem	50	50	50	50

Tabulka 25 - Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se.

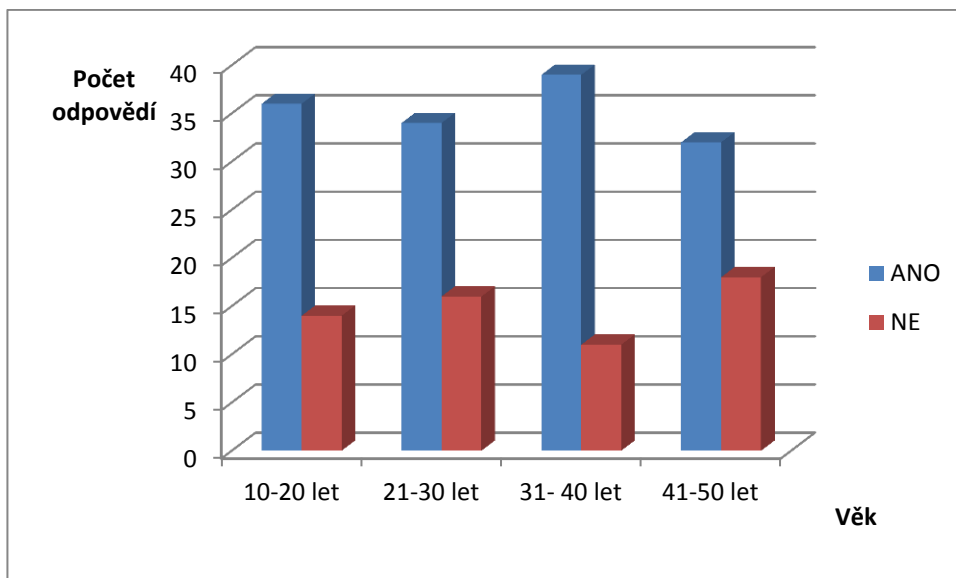


Graf 22 - Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se.

V19.3 Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu.

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
ANO	36	34	39	32
NE	14	16	11	18
celkem	50	50	50	50

Tabulka 26 - Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu.

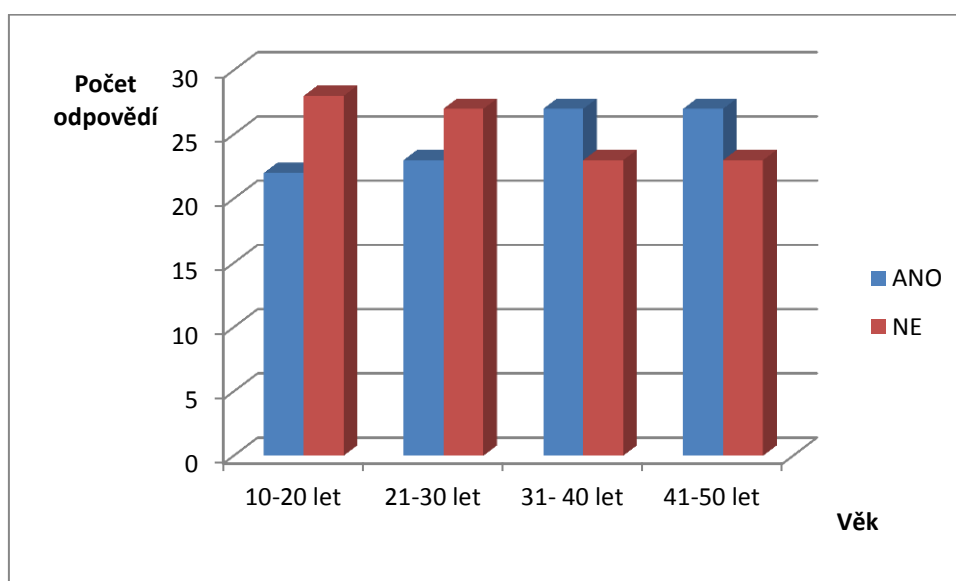


Graf 23 - Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu.

V19.4 Pokud je člověk obézní, je líný.

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31-40 let	41-50 let
ANO	22	23	27	27
NE	28	27	23	23
celkem	50	50	50	50

Tabulka 27 - Pokud je člověk obézní, je líný.

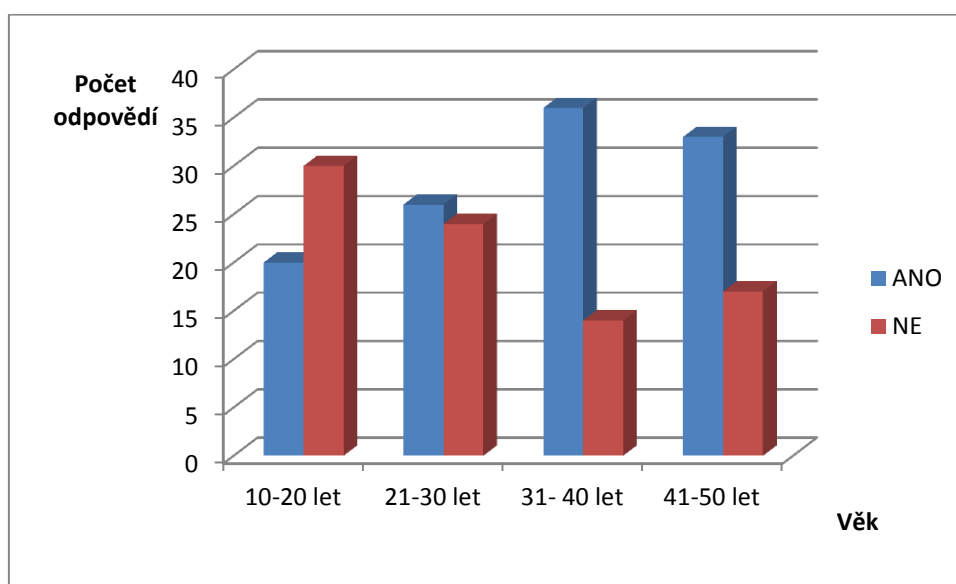


Graf 24 - Pokud je člověk obézní, je líný.

V19.5 Obezita je věcí dědičnou.

Odpovědi	Věk			
	10-20 let	21-30 let	31- 40 let	41-50 let
ANO	20	26	36	33
NE	30	24	14	17
celkem	50	50	50	50

Tabulka 28 - Obezita je věcí dědičnou.



Graf 25 - Obezita je věcí dědičnou.

Poslední otázka měla pouze vytvořit obrys toho, co si lidé myslí o lidech obézních. Jelikož odpovídaly respondentky pouze ano či ne, jsou výsledky jasně viditelné v grafech.

10 Shrnutí výzkumného šetření

Výzkumné šetření přineslo mnoho zajímavých poznatků o tom, jak se dívky a ženy ve věku od 10 do 50 let stravují, jaký vztah mají k dietám, pohybu, jak se dívají na poruchy příjmu potravy i jak na ně působí média v prezentaci ženské krásy.

První otázka týkající se vztahu respondentek k jídlu ukázala, že se neomezují a jí téměř vše nejvíce dívek ve věkové kategorii 10-20 let, což se dalo předpokládat už jen proto, že dívky tohoto věku nemají takovou potřebu hlídat si svou tělesnou hmotnost, což se projevilo i na odpovědi v otázce čtrnácté, kde věková kategorie 10-20 let uvedla, že držet dietu pro snížení tělesné hmotnosti nepotřebuje. Zajímavý je ovšem fakt, který se pojí s předpokladem, že mladší dívky budou zkoušet drastické způsoby pro snížení tělesné hmotnosti více než ženy starší. Prokázalo se totiž, že věková kategorie 10-20 let má nejvíce zkušenosti s držetím hladovky a nadměrným cvičením. Jen v užívání preparátů pro snížení hmotnosti má větší zkušenost kategorie žen 31-40 let, což je možné přisoudit tomu, že dívky první věkové kategorie nemají finanční prostředky na zakoupení těchto preparátů. Tím se tento předpoklad potvrdil, což je znepokojující. Můžeme se jen domnívat, jaké důvody, kromě zvědavosti a neinformovanosti, vedou dívky k těmto experimentům.

V souvislosti s touto problematikou je vyvrácen předpoklad, že starší ženy od 31 do 50 let budou držet více diety než dívky a ženy mladší. To, že redukční dietu drží pořád, uvedlo ve čtrnácté otázce, sice nejvíce žen ve věkové kategorii 41-50 let, ale nebyla to ani zdaleka polovina respondentek.

Co se týká pravidelnosti ve stravování, pravidelného snídání a přijímání alespoň pěti jídel denně, předpokládalo se, že dívky věkové kategorie 10-20 let budou mít lepší podmínky pro splnění, než ženy vyššího věku kvůli pracovnímu a tím i časovému vytížení. Z odpovědí na otázku druhou se ale ukázalo, že pravidelně snídá o polovinu více žen ve věkové kategorii 41-50 let než v kategorii 10-20 let. Je to celkem překvapující informace už jen z důvodu, že ve školách by důležitost snídaně měla být neustále připomínána.

Pokud se zaměříme na nezdravé stravování, zjistíme v otázce páté, že ani mladší dívky věkové kategorie 10-20 let nevyznávají pouze fastfoody. Z části se tato otázka o rychlém občerstvení dotýká předpokladu, že ženy starší budou více držet diety pro snížení tělesné hmotnosti, což bude korespondovat s tím, že se nebudou stravovat

ve fastfoodech. Toto se potvrdilo nejvíce u věkové kategorie 41-50 let, kde více jak polovina žen uvedla, že se ve fastfoodech nestravuje.

Otázka šestá zabývající se konzumací sladkostí a dalších pochutin je dle mého výzkumu občasná ve všech čtyřech věkových kategoriích, hlavně u dívek a žen od 10 do 20 let a u žen od 31 do 40 let. Odpověď, že sladkosti a další pochutiny ani nekupují, ani nejí, uvedlo nejvíce žen věku 41-50 let.

Znepokojivé zjištění bylo zaznamenáno v otázce sedmé týkající se složení potravin. Na otázku, zda respondentkám záleží na tom, co obsahuje jídlo, které jí, se ukázalo, že ani v jedné věkové kategorii na tom nezáleží ani polovině respondentek. Pokud máme určit, která věková kategorie se touto problematikou zaobírala alespoň občas, budou to dívky a ženy věku 21-30 let.

Zajímavé je, že převážná většina dívek a žen ve všech věkových kategoriích, nezjišťuje pravidelně svou tělesnou hmotnost. Většina se váží občas, ale svou tělesnou hmotnost přibližně znají.

Otázka patnáctá, která se respondentek ptala, zda mají někdy touhu se přejíst a tato touha je doprovázená výčitkami svědomí, zaznamenala pár případů, kdy tomu tak je, ovšem více jak polovina žen v tomto ohledu ví, jak se ovládat a pokud ne, je to spojeno s nějakou událostí a neděje se tak pravidelně, což je celkem uspokojivé zjištění s ohledem na možný výskyt poruch příjmu potravy.

S poruchami příjmu potravy se pojí i média a reklamy. Zjištění v otázce osmnácté, že opět většina žen ve všech čtyřech kategoriích reklamy neřeší a ví, že neukazují realitu, je potěšující.

V poslední otázce je zjišťován pohled respondentek na obezitu a je velmi individuální. Odpovědi na těchto pět výroků jsou jen orientační, co si respondentky prvotně vybaví, když vidí například obézního člověka. Tato otázka utvrzuje pouze v tom, že stále není věc jako je obezita, chápána tak, jak by být měla, protože obézní nerovná se pouze líný a přejídající se člověk.

Z vyhodnocených informací jsem se podrobněji zaměřila na následující otázky a porovnání jejich odpovědí.

Zajímaly mě odpovědi respondentek na otázku číslo 10 - **Jak se díváte na svou postavu?**

Ze všech věkových kategorií zvolilo nejvíce dívek a žen odpověď **b. mám jisté nedostatky, snažím se je napravit vhodným jídelníčkem a cvičením, ale mám se i přesto ráda taková, jaká jsem.** Tuto možnost zvolilo **116 dívek a žen** z celkového počtu **200 respondentek.**

Zaměřila jsem se na těchto **116 respondentek,** které zvolily, že se mají i přes své nedostatky rády a jejich odpovědi v otázce 11- **Jaký vztah chováte sama k sobě?** Ukázalo se, že odpověď **a. mám se ráda i se svými nedostatky taková, jaká jsem,** potvrdilo z původních **116 respondentek** jen **75 dívek a žen.**

Dále mě u těchto **116 respondentek** zajímalo, jak odpověděly na otázku číslo 12- **Jaký vztah máte ke sportu?** Odpověď za **a. cvičím nebo mám nějakou tělesnou aktivitu alespoň dvakrát do týdne, ale i vícekrát,** zvolilo ze **116 respondentek,** které se ztotožnily, že své nedostatky napravují cvičením, pouze **40 dívek a žen.**

Celkově zvolilo v otázce 12- **Jaký vztah máte ke sportu?** odpověď **a. cvičím nebo mám nějakou tělesnou aktivitu alespoň dvakrát do týdne, ale i vícekrát,** pouze **57 respondentek z 200.**

U těchto **57 respondentek** jsem se zaměřila, kolik jich v otázce 13- **Navštěvujete fit centra?** zvolilo odpověď **a. ano, pravidelně.** Z těchto **57 respondentek** tak učinilo pouhých **29 dívek a žen.**

Menší zajímavostí je, že dívky a ženy, které odpověděly v otázce 12., že **necvičí a ebaví je to,** bylo jich **40 z 200,** tak svou odpověď až na jednu respondentku potvrdily i v otázce 13., že **fit centra nenavštěvují ani necvičí.** Bylo jich tedy ze **40 respondentek 39,** které si za svou první odpovědí skutečně stály.

Pro srovnávání byla velmi zajímavá otázka číslo 17. - **Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?**

Variantu odpovědi **a. - ano, už jsem o nich slyšela, myslím, že vím, co znamenají,** zvolilo **128 z 200 respondentek.**

Ovšem z těchto **128 respondentek,** má správnou představu o tom, co oba pojmy mentální anorexie a mentální bulimie opravdu znamenají, pouhých **17 dívek a žen.**

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ve všech čtyřech věkových kategoriích se našly dívky a ženy s tendencemi ke správnému nutričnímu chování, aktivnímu pohybu a celkově zdravému životnímu stylu. Přesto jsou v porovnání některých odpovědí respondentek značné rozpory. Problém vidím v neukotvení správných návyků a neuvědomování si souvislostí, že pokud chci mít pohybovou aktivitu, potřebuji k ní

kvalitní a pravidelnou stravu. Pokud chci hubnout, nesmím přestat jíst a pokud sním občas něco nezdravého nebo nevyhovujícího, není to důvod k mučení se hladovkou, zvracením nebo užití projímadel.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo v teoretické části shrnout základní informace o poruchách příjmu potravy a to na základě studia odborné literatury. V praktické části jsem si za cíl stanovila vytvořit obraz nutričního chování, stravovacích návyků, přístupu k aktivnímu pohybu a představě co znamenají poruchy příjmu potravy u dívek a žen čtyř věkových kategorií v rozmezí od 10 do 50 let.

Ukázalo se, že tohoto cíle nemohlo být v praktické části plně dosaženo. Výsledky mají omezenou platnost vzhledem k šíři vybrané problematiky, i vzhledem k počtu respondentek. Výzkumný vzorek tvořilo dohromady 200 respondentek, 50 v každé věkové kategorii.

Přesto výzkumné řešení vedlo k nástinu toho, jak se jednotlivé kategorie staví k pravidelnému stravování a co ve stravování preferují. Mimo jiné se ukázalo, že ve všech čtyřech kategoriích většina dívek a žen pravidelně snídá. Nejpozitivnější vztah ke sportu mají dívky od 10 do 20 let a redukční diety nejvíce drží ženy ve věku 41 – 50 let. Největší informovanost o poruchách příjmu potravy je u žen ve věku 21-30 let.

Jsem přesvědčena, že i přes mnoho informačních zdrojů je informovanost o zdravém životním stylu, o tom, jak se stravovat nebo redukovat tělesnou hmotnost, velmi malá. Řešení vidím v posílení výchovy ke zdraví ve školách, ale s jistými návyky jako je pravidelnost ve stravování a podpory pohybové aktivity, by se mělo začínat už ve školách mateřských. Je zarážející, že tato problematika je ve školách přecházena, zlehčována a není ji věnováno ani minimum určeného času. Stále převládá představa, že správné nutriční chování se má dítě naučit v rodině, ale domnívám se, že v dnešní době je to nemožné. Zvýšená pozornost by měla být věnována dospívajícím dívkám, které jsou poruchami příjmu potravy nejvíce ohroženy. Tato prevence by mohla být zajištěna peer programy i odbornými přednáškami. Domnívám se, že pokud se v raném věku vytvoří správné návyky, tak ani v dospělosti nenastane problém.

Jsem si vědoma toho, že tato problematika nemůže být vyřešena v krátkém časovém horizontu, ale pokud se uskuteční potřebné kroky, je zde velká naděje dovést novou generaci k větší zodpovědnosti v přístupu ke zdravému životnímu stylu.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Uveďte prosím Váš věk.....	35
Tabulka 2 - Uveďte prosím Vaše nejvyšší ukončené vzdělání.....	36
Tabulka 3 - V současné době jsem?	36
Tabulka 4 - Jaký vztah máte k jídlu?	37
Tabulka 5 - Snídáte?	38
Tabulka 6 - Kolikrát denně jíte?	39
Tabulka 7- Dodržujete kulturu stolování?	40
Tabulka 8 - Stravujete se ve fastfoodech?	41
Tabulka 9 - Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?	42
Tabulka 10 - Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte?	43
Tabulka 11 - Jaké tekutiny nejvíce pijete?.....	44
Tabulka 12 - Víte jaká je Vaše tělesná hmotnost?.....	45
Tabulka 13 - Jak se díváte na svou postavu?.....	46
Tabulka 14 - Jaký vztah chováte sama k sobě?	47
Tabulka 15 - Jaký vztah máte ke sportu?.....	48
Tabulka 16 - Navštěvujete fit centra?.....	49
Tabulka 17 - Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?	50
Tabulka 18 - Máte někdy touhu přejíst se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?	51
Tabulka 19 - Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti?	52
Tabulka 20 - Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?	53
Tabulka 21 - Pod pojmem mentální anorexie si představují?.....	54
Tabulka 22 - Pod pojmem mentální bulimie si představují?	55
Tabulka 23 - Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?	56
Tabulka 24 - Pokud je člověk obézní, je nemocný.	57
Tabulka 25 - Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se.	58
Tabulka 26 - Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu.	58
Tabulka 27 - Pokud je člověk obézní, je líný.	59
Tabulka 28 - Obezita je věcí dědičnou.	60

Seznam grafů

Graf 1 - Jaký máte vztah k jídlu?	37
Graf 2 - Snídáte?	38
Graf 3 - Kolikrát denně jíte?	39
Graf 4- Dodržujete kulturu stolování?	40
Graf 5 - Stravujete se ve fastfoodech?	41
Graf 6 - Kupujete si pro sebe a jíte různé sladkosti a další pochutiny?	42
Graf 7- Záleží Vám na tom, co obsahuje jídlo, které jíte?	43
Graf 8 - Jaké tekutiny nejvíce pijete?	44
Graf 9 - Víte jaká je Vaše tělesná hmotnost?	45
Graf 10 - Jak se díváte na svou postavu?	46
Graf 11 - Jaký vztah chováte sama k sobě?	47
Graf 12 - Jaký vztah máte ke sportu?	48
Graf 13 - Navštěvujete fit centra?	49
Graf 14 - Držela jste někdy dietu pro snížení tělesné hmotnosti?	50
Graf 15 - Máte někdy touhu přejíst se, a když tak učiníte, máte výčitky svědomí?	51
Graf 16 - Přemýšlela jste, nebo jste někdy vyzkoušela, některou z těchto možností pro snížení hmotnosti?	52
Graf 17 - Setkala jste se někdy s pojmy mentální anorexie či bulimie?	53
Graf 18 - Pod pojmem mentální anorexie si představují?	55
Graf 19 - Pod pojmem mentální bulimie si představují?	55
Graf 20 - Jaký vliv na Vás mají reklamy a média, co se týká prezentace ženské krásy?	56
Graf 21 - Pokud je člověk obézní, je nemocný.	57
Graf 22 - Pokud je člověk obézní, má rád jídlo a přejídá se.	58
Graf 23 - Pokud je člověk obézní, nemá dostatek pohybu.	59
Graf 24 - Pokud je člověk obézní, je líný.	59
Graf 25 - Obezita je věcí dědičnou.	60

Seznam použitých informačních zdrojů

1. BALCH, James F. a BALCH, Phyllis A. *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 1998. 572 s. ISBN 80-7205-637-9.
2. BŘÍZOVÁ, Jana. *Zapnimozek.cz: Isabelle Caro: malá holčička, která zemřela ve starém těle*. [online]. 2012-08-11 [cit. 2014-02-15]. Dostupná z World Wide Web:<
<http://www.zapnimozek.cz/isabelle-caro-mala-holcicka-ktera-zemrela-ve-starem-tele/>>
3. BUREŠOVÁ, Z., DERZSIOVÁ, A., NEKVASIL, J. *Českátelevize.cz: 13 komnata Pavly Sudové*. [online]. 2007 [cit. 2014-02-15]. Dostupná z World Wide Web:<
<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1186000189-13-komnata/207562210800022-13-komnata-pavly-sudove>>
4. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
5. FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 136 s., [7] s. barev. obr. příl. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1622-0.
6. FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
7. KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5.
8. KORNELOVÁ, Caroline. *Pravdu.cz: Anorexie: když se svádí boj*. [online]. 2012-07-25 [cit. 2014-02-15]. Dostupná z World Wide Web:<
<http://pravdu.cz/anorexie/kdyz-si-anorexie-vybira-svoji-dan>>
9. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
10. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. Rádci pro život. ISBN 80-7178-598-9.
11. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7.

12. KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví : poruchy příjmu potravy : příručka pro učitele*. Vyd.1. Praha: VÚP, 2003. 32 s.
13. KULHÁNEK, Jan. *Ideálně.cz : Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí: Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. [cit. 2013-11-03]. Dostupná z World Wide Web:<
http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251>
14. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
15. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
16. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
17. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
18. VOKURKA, Martin a kol. *Velký lékařský slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. xv, 966 s. ISBN 80-7345-037-2.