

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DOSPÍVÁNÍ JAKO RIZIKOVÉ OBDOBÍ PRO ROZVOJ PORUCH PŘÍJMU
POTRAVY

bakalářská práce

Autor bakalářské práce: Jiří Svoboda

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Leona Meindlová

15.5.2007

Summary

Eating disorders mostly appears in adolescent girls and young women. They usually have a chronic course, serious mental, somatic and social consequences. The two most defined disorders, as done by MKN-10 and DSM-IV, among eating disorders are Anorexia nervosa and Bulimia nervosa, in both of which sufferers are excessively concerned about their self-body image. The BMI for Anorexia nervosa is 17,5 and lower. Those suffering from Bulimia seek out binge episodes. These disorders start to develop mostly between the age of 13-25 and there are ten times more women than men. Anorexia nervosa remains a highly morbid condition with the highest mortality of any other psychiatric disorder.

There is not a key risk factor and there seem to always occur a complex constellation of social, cultural and family influence factors, life events and personality features with developmental and biological factors.

The aim of the survey is to find the symptoms of eating disorders among 288 young girls age 13-15 from the České Budějovice and to obtain prevalence rate of eating disorders.

The author wants to verify hypothesis which presumes that the prevalence rate of eating disorders is 1-6%. Obtained information were acquired by anonymous questionnaires EAT-26.

In our research the author found 19 girls with 20 or more points in EAT-26 questionnaire.

Any inaccuracies are given by the method of acquiring the information and also by the size of the researched material.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy“ vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 9.5.2007

Poděkování

Cítím potřebu poděkovat zde těmto lidem: své vedoucí práce Mgr. Leoně Meindlové za cenné rady, PhDr. F. D. Krchovi za přínosnou konzultaci, Lukáši Svobodovi za významnou pomoc při zpracování dat, svým rodičům za klidné studijní zázemí; Teistovi, Paulovi a Mary Jane za psychickou podporu kdykoli jí bylo potřeba a v neposlední řadě všem dívkám za vyplnění dotazníků a osloveným školským zařízením za spolupráci.

Obsah

1. Současný stav

1.1 Vymezení pojmů.....	6
1.2.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy.....	8
1.2.2 Vývoj chápání mentální anorexie.....	9
1.2.3 Vývoj mentální anorexie jako diagnózy.....	10
1.3.1 Mentální bulimie a dějiny přejídání.....	10
1.3.2 Vývoj chápání bulimie.....	10
1.3.3 Vývoj mentální bulimie jako diagnózy.....	11
1.4 Ideál krásy a jeho změny v průběhu času.....	12
1.5 Body image a jeho vliv na PPP.....	13
1.6 Mentální anorexie – charakteristika onemocnění.....	14
1.7 Mentální bulimie – charakteristika onemocnění.....	16
1.8 Epidemiologie poruch příjmu potravy.....	19
1.9 Etiologie poruch příjmu potravy.....	19
1.10 Komorbidita.....	21
1.11 Somatické komplikace.....	22
1.12 Průběh a prognóza.....	24
1.13 Léčba poruch příjmu potravy.....	26

2. Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Hypotéza.....	30

3. Metodika

3.1.1 Způsob řešení problému.....	32
3.1.2 Eating Attitude Test (EAT).....	32
3.2.1 Vymezení souboru.....	34
3.2.2 Faktory ovlivňující výběr souboru.....	36

3.2.3 Faktory ovlivňující velikost souboru.....	36
3.3 Charakteristika studie.....	36
4. Výsledky.....	38
5. Diskuze.....	69
6. Závěr.....	71
7. Použité zdroje.....	73
8. Klíčová slova.....	79

Úvod

Téma „Dospívání jako rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy“ jsem si zvolil z několika důvodů. Tím prvním je jeho stálá aktuálnost. Mediálnímu tlaku jsme bez výjimek vystaveni všichni. Jedinec získává informace z okolí pomocí svých smyslů neustále. Ráno si u snídani poslechneme zprávy, v práci o volných chvílích více než čtvrtina Čechů „kontroluje“ obsah internetu, večer další informace z televizního vysílání, posezení u PC – to vše je obraz dnešní doby. Vzory, názory, informace, reklama - to je neustále na dosah, na očích, případně v uších. Již nějaký čas je v končinách označovaných jako civilizované téměř nemožné opřít se od tohoto informačního tlaku. Tento potom formuje naše vnímání světa, náš pohled na něj, naše hodnoty. O kolik jednodušší je působit takto na člověka, který je v období dospívání - období změn a zrychleného vývoje - nejistý a zvýšeně citlivý? Protože jsou poruchy příjmu potravy považovány za onemocnění multifaktoriální etiologie, je třeba mít na vědomí i tento faktor, jehož vliv je velmi zajímavý.

Druhým důvodem byla studie z roku 1999 Františka Davida Krcha et al. týkající se životního stylu českých adolescentů. Dotazníkové šetření proběhlo mezi studenty pražských a českobudějovických škol. Nabízelo se tedy zajímavé srovnání, jaká je spokojenost adolescentů se sebou – v tomto případě dívek – dnes.

Poslední motivací pro výběr právě tohoto tématu bylo setkání se s PPP v osobním životě.

1. Současný stav

Již po staletí jsou popisovány nejrůznější formy poruch příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný ruminace neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známa pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. Také obezita, která je fyzickým projevem relativní nadvýživy a byla rozpoznána už v plastikách z doby kamenné je brána jako forma narušeného příjmu potravy **(26)**. Kromě těchto poruch jsou popsány i méně známé a podstatně méně časté poruchy příjmu potravy jako „infantilní mentální anorexie“, „emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu“, „syndrom vybíravosti v jídle“ a „syndrom pervazivního odmítání“ **(15)**.

1.1 Vymezení pojmů

Dospívání – adolescence, životní období mezi dětstvím, na něž navazuje, a dospělostí **(41)**. Termín je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Jako termín označující období lidského života bylo poprvé užito v 15. století. Časově vyplňuje adolescence (dospívání), především druhé desetiletí života jedince. Rozlišovány jsou tři fáze: časná adolescence (10-13 let), střední adolescence (14-16 let) a pozdní adolescence od 17 do 20 let, popřípadě i mnohem déle **(27)**. Striktní časové rozdělení je však zavádějící, neboť začátek a trvání tohoto procesu se různí podle pohlaví, rasy, geografických podmínek a sociálně ekonomického prostředí **(41)**. Obvykle se adolescence vymezuje počátkem biologické puberty (cca kolem jedenáctého roku života) a na straně druhé dokončením osobnostního růstu a rozvoje včetně ekonomické samostatnosti **(1)**. Z ontogenetického hlediska je základním smyslem dospívání dokončení pohlavního dozrání, fyzický a duševní rozvoj a sociální učení v nejširším slova smyslu **(27)**. V souvislosti s poruchami příjmu potravy je toto období důležité formováním sebekoncepcí, sebepojetí v souvislosti s dalším rozvojem myšlení. Typické je sebeuvědomování spojené s nárůstem sebecitu a zvýšené pozornosti věnované sobě samému **(39)**.

Poruchy příjmu potravy (PPP) - jde o poruchy jednání, jež se vztahují k jídlu a o percepční poruchy – odlišné vnímání vlastního těla a tělesných proporcí **(28)**. Podle zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a dle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnuje pojem poruch příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelnější syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM-IV jsou běžně používána v publikační činnosti a výzkumu, naopak klasifikace MKN-10 je standardem v klinické praxi. Velké množství pacientů s těmito poruchami nesplňuje všechna diagnostická kritéria, proto jsou popsány i atypické, subklinické, parciální, nebo jinak nespecifikované formy poruch příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost jsou si mentální anorexie a mentální bulimie podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit nárůstu tělesné hmotnosti. Hovoří se o „touze po štíhlosti“ či dokonce o „fobii z nadváhy“. Některé příznaky těchto poruch (jako například podrážděnost, zvýšený zájem věnovaný jídlu, uzavřenost, nebo chuť přejíst se) mohou být důsledkem redukčních diet nebo hladovění. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. Až u jedné třetiny pacientek s mentální anorexií se časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Někteří autoři uvádí až 50% bulimických pacientek s mentální anorexií v anamnéze, a téměř polovina anorexií trpících pacientů pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlom **(20)**. Poruchy příjmu potravy se často vyskytují již druhogeneračně, tzn. že v rodině trpí PPP dcera matky dříve nemocné. Nynější výzkumy poukazují na genetický základ PPP **(4)**. Genetický podíl tvoří 50-90% při vzniku anorexie a 35-83% u bulimia nervosa. U geneticky senzitivnějších jedinců může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů – například úzkostných, citlivost na stres), které jsou pro vznik

onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku **(35)**. Podle některých psychologických teorií značí manipulace jídlem u mentální anorexie snahu udržet stav nezralosti a vyhnout se sexuálním vztahům. Jídlo a jeho příjem mohou symbolicky značit konfliktní stav k matce, sexuální touhu, destruktivní nebo sadistické impulzy, ale mohou být též pokusem o řešení depresivní situace. Kromě individuálních postojů mohou hrát roli i sociální interakce. Již primární kontakt matky s novorozencem se odehrává především v oblasti krmení. Jídlo se může stát také prostředkem nepřiměřeného oceňování nebo nadměrného trestání dítěte. Porucha příjmu jídla ve smyslu soudobých klasifikací duševních poruch znamená kteroukoli ze skupiny poruch, zahrnující mentální anorexii, mentální bulimii, přejídání (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), zvracení (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), piky u dospělých osob a ztrátu chuti k jídlu (psychogenní) **(42)**.

1.2.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování nebylo chápáno jako primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha bohabojných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání stravy, pokud ho nedoprovázely symptomy známých chorob, jako například tuberkulózy, spíše úvahy o působení nadpřirozených sil. Vystupňované nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly posléze být pokládány za známku duševní poruchy **(20)**. Přehnaný půst měl závažnou roli v životech mnoha věřících žen zejména v období pozdního středověku. Tyto svaté ženy tvrdily, že je při životě bez potravy, nebo s jejím jen velmi omezeným množstvím, udržuje boží moc. Tyto případy vyvolávaly vášnivé diskuze a od lékařů se očekávala jednoznačná odpověď, zda jde o podvod, či zázrak. Řada lékařů byla ještě tehdy přesvědčena o nadpřirozenosti protrahované abstinence od stravy, jejím ovlivněním božím přičiněním, a proto používali označení „inedia prodigiosa“ nebo „anorexia mirabilis“. S nastupující sekularizací společnosti byly tyto představy postupně

nahrazovány teoriemi více pozemského rázu. Jedna z nejoblíbenějších teorií byla postavena na představě, že lidské bytosti mohou žít z „výživných částic“ obsažených ve vzduchu. V průběhu devatenáctého století však začal být nahlížen patologický charakter odmítání potravy, až konečně většina lékařů začala pokládat déletrvající odmítání stravy za zjevnou známku morbidity nebo prostě za nemožné. Také společnost začala vnímat zázračné postíci se ženy jako hysterické osobnosti snažící se upoutat pozornost a zároveň jako osoby známé svými sklony podvádět. Tento názor přetrvával zpočátku i v době, kdy již byla popsána a známa klinická diagnóza mentální anorexie **(26)**.

1.2.2 Vývoj chápání mentální anorexie

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) vyjadřuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. Termín „anorexie“ lze najít již ve starověkých pramenech. V dobách antiky termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén používal tento termín v užším slova smyslu jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Hippokrates i Galén obvykle užíval pojem „asiatia“ či „inedia“, když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl tehdy přisuzován především špatným tělesným tekutinám **(20)**. Z celé řady lékařských disertací o mentální anorexii je zřejmé, že toto chápání se až do začátku moderní doby příliš neměnilo. Třebaže tyto práce neopomíjeli emocionální faktory, soustřeďovaly se především na somatické příčiny, zejména na poruchy funkce žaludku **(26)**. Žaludek je také označován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech osmnáctého století. Na počátku století devatenáctého byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních onemocnění než za svébytnou klinickou diagnózu **(20)**. Termín „nervová anorexie“ se objevuje hlavně ve francouzské literatuře počátku devatenáctého století. Roku 1840 ve svém pojednání o ženských chorobách rozlišuje téměř neznámý fyziolog a frenolog Fleury Imbert kromě bulimie a picy ještě dva druhy anorexie: gastrickou anorexii (anorexie gastrique) a nervovou anorexii (anorexie nerveuse). První zmíněný typ je především poruchou zažívání, kdežto u druhého typu anorexie odmítají pacienti jíst, protože mozek nevysílá signály chuti k jídlu. Tato forma

je provázena neurotickými symptomy, jako je „změna naladění“, vyvolávající melancholii, hněv a úzkost. Ve Francii se od devadesátých let devatenáctého století mentální anorexie (anorexie mentale) stala běžně užívaným lékařským pojmem. Termín anorexia nervosa však úspěšně zavedl britský lékař William Gull roku 1874. Třebaže šlo evidentně o nesprávné pojmenování, během následujících sedmdesáti pěti let byla ztráta chuti k jídlu mylně pokládána za nezbytné kritérium tohoto syndromu **(26)**.

1.2.3 Vývoj mentální anorexie jako diagnózy

Přestože byla mentální anorexie detailně popsána, ani nadále jí nebyla věnována přílišná pozornost. I v zemích jejích dvou „objevitelů“ trvalo další dvě desetiletí, než se odborný lékařský tisk začal o toto onemocnění zajímat. V některých zemích – například v USA, v Německu, Itálii, zůstala mentální anorexie okrajovým jevem až do 20.století **(26)**. Ve čtyřicátých letech byla mentální anorexie pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny znovuobjevena jako duševní porucha. Od šedesátých let získává anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ nemoci. K původnímu klinickému obrazu, jak jej popsali Lasègue a Gull, přibyly další dva podstatné rysy; neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla **(20)**.

1.3.1 Mentální bulimie a dějiny přejídání

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti **(20)**.

1.3.2 Vývoj chápání bulimie

Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie vlastní rozsáhlou historii. Různé významy a rozličná vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do počátku moderní doby. Někteří nosologové osmnáctého století rozlišovali až sedm

druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické a byly provázeny dalšími příznaky – cizopasníky, průjmem a křečemi. Primární „idiopatická“ bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (přejídání se zvracením). Stále více byly brány v úvahu emocionální faktory jako například sklíčenost. Přesto však ještě ve dvacátém století považovali internisté zejména v Německu a ve Francii bulimii v první řadě za projev špatného zažívání (26). Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, kterým označil „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem z tloustnutí“ a s vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností (20).

1.3.3 Vývoj mentální bulimie jako diagnózy

Přejídání bylo v minulosti někdy popisováno v souvislosti s anorexií a právě v tomto kontextu se poprvé objevila mentální bulimie jako klinická entita. Už v roce 1874 popsal Gull nenasytnou chuť k jídlu u jedné ze svých anorektických pacientek a také Lasèque zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie. Na přelomu století se objevilo několik kazuistik nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Tyto příznaky nebyly považovány za samostatný syndrom, ale spíše za neurotickou poruchu nebo variantu jídelního schématu anorektických pacientů. Na počátku sedmdesátých let byla identifikována relevantní skupina symptomů, odlišná od klinicky dobře popsaného obrazu mentální anorexie a obezity. Začaly se množit klinické případy žen, které se přejídaly, ale byly přitom schopné udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, laxativ, diuretik nebo neustálým držetím diety. V revidované verzi DSM-III z roku 1987 byla diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato nové označení mentální bulimie (bulimia nervosa) (20).

Rozšíření mentální bulimie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Na základě studií můžeme předpokládat, že mentální bulimií u nás trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat až u deseti procent mladých žen. Šedesát procent českých středoškolaček není spokojeno se svým tělem a polovina z nich si přeje zhubnout. Strach z tloušťky a některé nevhodné jídelní postoje jsou patrné už u velké části třináctiletých českých dívek **(22)**.

1.4 Ideál krásy a jeho změny v průběhu času

Každá doba a každá kultura si žádá vlastní ideál krásy. Ženský ideál krásy vypovídá mnohé o roli ženy v té které společnosti. Například v 15. i 16. století byla „krásná“ žena z dnešního úhlu pohledu obézní. Zvláště obdivováno bylo velké břicho jako symbol plodnosti. Ještě v 17. století byly v oblibě baculaté křivky. Za krásnou ženu tehdy považovali „mateřský typ“ s vyvinutým poprsím a velkým pozadím. V době, kdy nejdůležitějším úkolem ženy bylo rodit děti, silně ovlivňovali tyto ideály krásy muži **(3)**. Idealizace ženské štíhlosti je jev velmi novodobý, datující se od dvacátých let 20. století. Často se uvádí, že štíhlý ideál je výsledkem úspěšné marketingové kampaně módního průmyslu, ze které se stal standard kulturní krásy v bohatých průmyslových zemích 20. století. Až do dvacátých let byla móda v odívání představována prostřednictvím ilustrací v módních časopisech, jež později vystřídala fotografie. Módní magazíny přinášely fantazijní představu o tom, jak by měly ženy vypadat. Módní směry požadovaly tvarování postavy, protože každý z nich vyhovoval pouze určitému typu postavy. Po první světové válce se ujal styl diktující chlapeckou postavu s plochou hrudí. V této době si ženy středních a vyšších vrstev začaly stahovat hrud' spodním prádlem, aby zeštíhlily svou siluetu. V této době byly průměrné míry vítězek Miss Amerika 81-63-89 (ňadra, pas, boky). Ve třicátých a čtyřicátých letech se ideál posunul k poněkud plnějším tvarům. Průměrné míry vítězek zmíněné soutěže vzrostly na 86-63-89. Trend pokračoval i v padesátých letech, kdy hollywoodský filmový průmysl a

módní průmysl oslavoval velká ňadra, útlý pas a štíhlé nohy. Míry vítězek soutěže Miss Amerika se tehdy pohybovaly v cifrách 91-58-91. Ke konci padesátých let dochází k posunu směrem ke štíhlosti; ta je představována spíše jako symbol sofistikovanosti než smyslnosti a je přisuzována vyšším společenským vrstvám. Trend ke štíhlosti sílí zejména v šedesátých letech, kdy se modelka Twiggy stala vzorem pro celou generaci mladých žen. Twiggy měla plochou hrud', chlapeckou postavu a vážila 43,5 kg při výšce 168 cm. Studie zkoumající zobrazování ženského těla ve sdělovacích prostředcích nade vší pochybnost prokázaly, že v období od šedesátých do osmdesátých let se modelky stávaly čím dál štíhlejší. Trend ke štíhlosti jako normě krásy byl ještě zvýrazněn v devadesátých letech, kdy na scénu přicházejí modelky typu „bezprizorní dítě“ nebo „sirotek“, které jsou velmi hubené. Tento styl je také nazýván jako „heroinový“, kdy si módní domy vybírají velmi štíhlé modelky a představují je v typické podobě uživatelů heroinu s černým make-upem na očích, modrými rty a vlasy bez lesku (12).

Štíhlost je někdy považována za výsledek úspěšné sebekontroly, nezávisle na tom, jak jí bylo dosaženo. Kult štíhlosti se neliší od ostatních kulturních ideálů ženské krásy. Ke kultu štíhlosti přispívá i skutečnost, že lidé s nadváhou bývají mnohdy znevýhodňováni (37).

1.5 Body image a jeho vliv na PPP

„Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí.“ Uvedená definice v sobě zahrnuje všechny prvky pojmu body image: odhad velikosti těla (percepce), hodnocení přitažlivosti těla (úvaha) a emoce spojené s tvarem a velikostí postavy (pocity) (12). V hranicích svého těla člověk vnímá, prožívá a uvědomuje si své bytí. Ve světě dominantní vizuální kultury roste význam toho, jak se vidí a jak naplňuje některé vnější obecně uznávaná kritéria tělesného vzhledu. Již výzkumy z 50. let minulého století poukázaly na významný vztah mezi spokojeností s vlastní postavou a sebevědomím. Zmíněná souvislost byla výraznější u žen než u mužů. Další výzkumy uváděly, že 20-70% dospívajících dívek není spokojeno se svým

tělem. Ženy hodnotí svůj vzhled jako významnější osobní hodnotu než muži, i když současně mají nižší sebehodnocení na základě vzhledu oproti mužům (25). Narušení vnímání těla je častým symptomem u PPP a patří k diagnostickým kritériím. Řada studií přinesla zjištění, že pacientky skutečně své tělo zveličují, zatímco neutrální objekt vnímají nezkresleně. Zlepšení tohoto příznaku je vnímáno jako prognostický faktor (6). Představa, jakou má člověk o svém těle je do značné míry ovlivňována sociální zkušeností (12). Z několika studií vyplývá, že tříleté dívky nebyly schopny postihnout rozdíly mezi figurami, zaměřovaly se na detaily. Čtyřleté dívky měly tendence nadhodnocovat vlastní tělesné rozměry i tělesné proporce dospělých žen, preferovaly silnější figury. Od 5. roku se zpřesňuje rozlišování tělesných rozměrů a objevuje se kritika silných figur. Tělesné rozměry dospělých žen dívky podhodnocovaly. Šestileté dívky mají již velmi realistický odhad na tělesné schéma, začínají kriticky hodnotit tělesné rozměry. V tomto věku je zřetelná preference štíhlých postav, objevují se kulturní stereotypy v pohledu na nadváhu (7).

1.6 Mentální anorexie – charakteristika onemocnění

Tato porucha je charakterizována úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám (8). Porucha se častěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou a starší ženy až do menopauzy (23). Mentální anorexie, v MKN-10 vedena pod označením F50.0, je charakterizována těmito diagnostickými kritérii:

- A. Úbytek hmotnosti, nebo u dětí chybění přírůstku hmotnosti, vedoucí k tělesné hmotnosti nižší nejméně o 15% oproti normální nebo očekávané hmotnosti pro daný věk a odpovídající výšce.
- B. Ztráta váhy je způsobená vyhýbáním se jídlům „po kterých se tloustne“.
- C. Vnímání sebe sama jako příliš tlusté, s neodbytnou obavou z dalšího přibírání na váze, která vede jedince ke stanovení si nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorrhoea, u mužů jako ztráta sexuální apetence.

Zřejmou výjimkou je přetrvávání vaginálního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.

E. Porucha nesplňuje kritéria A a B pro mentální bulimii (F50.2).

Následující rysy podporují diagnózu, ale nejsou pro ni nezbytné: vyvolané zvracení, vyvolaný průjem, excesivní cvičení a užívání anorektik a/nebo diuretik. Je-li počátek před pubertou, je postup pubertálního vývoje opožděn nebo dokonce zastaven (zástava růstu, u dívek se nevyvíjejí prsa a je primární amenorrhoea, u chlapců zůstává juvenilní genitál) **(30)**. Diagnostická kritéria dle DSM-IV zahrnují:

- A. Odmítání udržovat tělesnou váhu na úrovni nebo nad úrovní normální váhy vzhledem k věku a výšce, např. úbytek váhy, který udržuje tělesnou hmotnost na nižší úrovni, než je 85% váhy očekávané, nebo úplně chybí přírůstek na váze v období růstu, což vede k tělesné váze nižší než 85% váhy normální pro daný věk.
- B. Intenzivní strach z přibírání na váze nebo z tloustnutí, přestože je váha nižší než normální.
- C. Narušení způsobu vnímání tělesné váhy nebo tělesných proporcí a jejich přehnaný vliv na sebehodnocení nebo odmítání závažnosti současné tělesné váhy.
- D. U žen po menarce je amenorea, tj. chybění nejméně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů. Za amenoreu se považují i periody uměle vyvolané hormony, např. estrogenem **(42)**.

Specifické typy:

- Nebulimický (restriktivní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Bulimický (purgativní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace i v desáté revizi MKN lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (v MKN-10) je toto kritérium rozloženo do kritéria A a B);
2. strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
3. amenorea u žen **(20)**.

Kromě typických a jednoznačně zařaditelných průběhů onemocnění je navíc rozlišována atypická forma mentální anorexie, v MKN-10 označována jako F50.1. Označení „atypická mentální anorexie“ se používá v případech, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů mentální anorexie (F50.0), jako je amenorrhoea nebo signifikantní úbytek váhy, ale které jinak vykazují téměř klinický obraz. Pacienti mající všechny klíčové příznaky, ale pouze v mírném stupni, mohou být také nejlépe popsáni tímto termínem **(31)**.

1.7 Mentální bulimie – charakteristika onemocnění

Toto onemocnění je definováno jako opakující se záchvaty přejídání a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné váhy, které vede k charakteristickému přejídání s následným zvracením nebo užitím projímadel **(29)**. Opakované zvracení má za následek často elektrolytické poruchy a somatické komplikace. Před mentální bulimií se může vyskytnout v průběhu několika měsíců až let epizoda mentální anorexie. Porucha byla původně popsána koncem padesátých let jako součást chování obézních jedinců. V průběhu šedesátých let a počátkem sedmdesátých let začala být diagnostikována jako průvodní jev některých forem mentální anorexie. V současné době je již většinou definována jako samostatná porucha, která se vyskytuje u osob s normální váhou, které nejsou obézní ani netrpí mentální anorexií **(42)**. Diagnóza mentální bulimie (F50.2) je v MKN-10 vymezena takto:

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž jsou v krátkém čase konzumována velká množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silné, až záchvatovité puzení k jídlu (žádostivost).

C. Pacient se pokouší čelit „vykrmjícímu“ účinku jídla jedním nebo několika z následujících způsobů:

- (1) vyvoláním zvracení,
- (2) vyvoláním průjmu,
- (3) střídavým obdobím hladovění,
- (4) užíváním léků typu anorektik, syntetických hormonů štítné žlázy nebo diuretik; vyskytne-li se bulimie u diabetiků, mohou se pokusit vynechávat léčbu inzulinem.

D. Vlastní pocit přílišné tloušťky s neodbytnou obavou z tloustnutí (následkem je obvykle podváha) **(30)**. Diagnostická kritéria pro DSM-IV pro mentální bulimii jsou následující:

A. Opakované epizody záchvatovitého přejídání. Epizoda přejedení je charakterizována oběma následujícími okruhy příznaků:

- (1) požívání velkého množství jídla v různých časových obdobích (např. každé dvě hodiny), přičemž množství jídla je rozhodně větší, než by většina lidí snědla v průběhu podobných časových období a za podobných okolností;
- (2) pocit ztráty kontroly nad jídlem během epizody (např. pocit, že není možné přestat jíst nebo kontrolovat co, nebo kolik jídla sní).

B. Opakované nevhodné kompenzační chování, aby se preventivně zabránilo příbrání na váze, jako je vyprovokované zvracení, nadužívání projímadel, diuretik, klyzmat nebo jiných léků, půst, nadměrné cvičení.

C. Záchvatovité přejídání a nevhodné kompenzační chování se v průměru vyskytují nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců.

D. Sebehodnocení je příliš ovlivněno tělesnými proporcemi a váhou.

E. Rušivé příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu epizod mentální anorexie.

Vypuzující typ: v průběhu současné epizody mentální bulimie si osoba pravidelně vyvolává zvracení nebo nadužívá projímadla, diuretika nebo klyzmata.

Nevypuzující typ: v průběhu současné epizody mentální bulimie se osoba uchyluje k jinému nevhodnému kompenzačnímu chování, jako je půst nebo nadměrné cvičení, ale nevyvolává si zvracení, neužívá nadměrně projímadla, diuretika nebo klyzmata (42). Stejně jako u mentální anorexie je popsána atypická forma – F50.3 - Atypická mentální bulimie. Tento termín by se měl užívat pro ty pacienty, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů, jak jsou uvedeny u mentální bulimie (F50.2), ale u nichž se jinak projevuje téměř typický klinický obraz. Toto obvykle platí pro pacienty s normální nebo nadměrnou váhou, ale s typickými obdobími přejídání následovanými zvracením nebo nadužíváním projímadel. Též nejsou výjimkou částečné syndromy spolu s depresivními příznaky (31).

Tab. 1: Základní rozdíly mezi mentální anorexií a mentální bulimií

Onemocnění	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Začátek onemocnění	ve 13-18 letech v 85%	v 16-20 letech v 70%
Časný začátek	v 11 letech	v 13-15 letech
Prevalence	1%	0,7-7,7%
Menarche	později	dříve
Menstruace	amenorea	pravidelná
Úbytek hmotnosti	restrikce, diety	více laxativa, diuretika, zvracení
Obezita rodičů, prarodičů	v 15%	nevýznamná
Komorbidní poruchy	deprese	depresivní sy, tentamen suicidii, opoziční chování
Percepce vlastního těla	bludná	správná (ale velká sebenávist)
Sociální adaptace	maladaptace, izolace	povrchní vztahy, ale více alkohol, drogy

Zdroj: (28)

1.8 Epidemiologie poruch příjmu potravy

Jídelní poruchy rozdílného druhu můžeme najít až u 4% adolescentních a mladých dospělých. V posledních desetiletích je uváděn vzrůstající počet případů mentální anorexie u prebupertálních dívek a mužů. Typickým začátkem onemocnění je věk střední adolescence a desetkrát až dvacetkrát je častější u žen a dívek než u mužů a chlapců. U adolescentních dívek je udávána prevalence mentální anorexie mezi 0,5-1% **(16)**. Neúplně vyjádřené formy poruchy jsou častější. Poměr muži:ženy je 1:9 až 1:10. Zvýšené riziko výskytu je u sester anorektiček a pravděpodobně i u jednovaječných dvojčat **(42)**. Výskyt PPP mezi sourozenci je uváděn v rozmezí 3-10% **(21)**. U mentální bulimie se prevalence pohybuje od 1 do 3% u mladých žen. Nástup onemocnění je posunutý do pozdní adolescence či rané dospělosti. Mortalita u pacientů trpících poruchou příjmu potravy dosahuje až 6%, sebevraždou skončí asi 1% pacientů **(16)**.

1.9 Etiologie poruch příjmu potravy

Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněný syndrom. Poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Významný je nejen vliv médií, ale i další faktory jako sociální hodnota vzhledu; zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nesespecifických vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury, vulgarizace některých zdravotních a ekologických poznatků **(26)**. Mnoho vlivů se může uplatňovat působením sdělovacích prostředků, rodiny, skupiny vrstevníků nebo školy na cílovou skupinu **(20)**. Příčiny poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů.

Biologické faktory: představují rizikový faktor poruchy nabývající na významu až v souvislosti s faktory psychosociálními. Dědičné okolnosti představují riziko, jež je

zřetelnější u rodin s výskytem obezity, závislostí, depresivních poruch. Riziko dále zvyšuje ženské pohlaví a gynoidní distribuce tuku v těle.

Psychologické faktory: týkají se osobnostních rysů, zvláště emocionality a vztahů. Anorektické pacientky mají úzkostné rysy, jsou to nezřídka perfekcionisté zaměřeni na výkon. Pacientky trpící bulimií bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresivním poruchám a sebepoškozování. Typické projevy se vyskytují v oblasti vývoje osobnosti, kdy je v chování dítěte patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných osob (rodičů), od kterých se obtížně citově vymezují, separují.

Rodinné faktory: nejčastěji jsou vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí. Jde jednak o formální znaky komunikace, jednak o obsah komunikace (např. zaměření se na jídlo, diety, štíhlost). V této souvislosti se setkáváme s druhou generací pacientek s PPP, tedy v rodinách, kde matka v minulosti sama trpěla některou z poruch příjmu potravy, a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet, případně tzv. zdravou stravu. Toto zaměření je pak ať už záměrně či neuvědoměle přenášeno na potomky, zpravidla dcery. Můžeme rozlišovat formální způsob komunikace u rodin s anorektickým pacientem (uzavřené, rigidní rodiny s důrazem na perfekcionismus a výkonnost) od rodin s pacientem bulimickým (rodiny se znaky dezorganizace, nedostatečně pečující o děti).

Sociokulturní faktory: zaměření na štíhlost, diety, sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou zejména tzv. rizikové skupiny – gymnastky, baletky, modelky. Pro dospívající dívky bývá identifikace s tímto de facto nedosažitelným ideálem štíhlosti poškozující a přinášející trvalou nespokojenost se sebou **(14)**.

Již množství teorií a rizikových faktorů ukazuje na multidimenzionální původ poruchy **(42)**. Rizikové faktory mají kumulativní charakter a projevují se v kontextu vývojových období. Pro raný počátek PPP je rizikovým faktorem způsob, jak se dívka

adaptuje na vývojové pubertální změny. Dívky v počátku puberty výrazně nespokojené se svým tělem nebo prožívající s ošklivostí nástup menstruace jsou v rizikové skupině pro rozvoj poruch příjmu potravy. Riziko zesiluje vyšší BMI, hruškovitá distribuce uložení tuku v těle a zdá se, že i časnější nástup menarché. Spouštějícím faktorem může být konfrontace se sexuálními tématy – například intenzivní zamilování, expozice traumatizujícímu sexuálnímu podnětu, konfrontace s tématem rodičovské sexuality a podobně (15). Biologické faktory hrají u pacientek s MA s raným počátkem onemocnění (pod 15 let věku) významnou roli jak v rozvoji, tak v perzistenci poruchy. Jde zejména o vlivy hereditární, hormonální, význam má i stav kachexie, který zpětně ovlivňuje psychiku (17).

1.10 Komorbidita

U pacientek s mentální anorexií a bulimií bývají často uváděny depresivní a úzkostné příznaky. Je uváděno, že kolem 20% anorektiček a 40% bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Skutečnost, že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevede u anorektických pacientek k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování, vedla už dříve některé autory k tomu, že pohlíželi na mentální anorexii jako na formu sebevražedného chování. Znamky deprese jsou zpravidla uváděny častěji u mentální bulimie, kde bývají připisovány 20 až 80% sledovaným pacientkám. Některá zjištění však naznačují, že obě poruchy mohou mít společnou příčinu, nebo že porucha příjmu potravy je variantou primární depresivní poruchy. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek rozličných zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou, nebo naopak s neschopností neustálé sebekontroly. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (20). Komorbiditu u PPP lze shrnout takto:

- (1) úzkostné a depresivní poruchy
- (2) obsedantně kompulzivní porucha
- (3) porucha osobnosti (hraniční porucha osobnosti) (33).

1.11 Somatické komplikace

Poruchy příjmu potravy mohou způsobit řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Nebezpečná může být i rychlá intravenózní realimentace **(20)**. Somatické komplikace u poruch příjmu potravy zahrnují jakékoli z níže zmíněných, případně jejich různé kombinace:

Kardiovaskulární komplikace: sinusová bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie s rizikem srdeční zástavy, změny na elektrokardiogramu (EKG), poruchy funkce mitrální chlopně, riziko náhlého úmrtí vyvolané srdečními arytmiemi z narušení elektrolytové rovnováhy **(33)**. Tyto komplikace jsou nejčastější. K narušení elektrolytové rovnováhy dochází u pacientek, které zvracejí, nadužívají projímadla, diuretika. Lze se s nimi někdy v průběhu onemocnění setkat až u 90% pacientek. U více než 80% pacientek lze pozorovat sinusovou bradykardii s frekvencí pod 60 tepů za minutu. U obdobného počtu nemocných nacházíme hypotenzi – tedy krevní tlak s hodnotami pod 90/60 mm Hg **(26)**.

Renální komplikace: zvýšená hladina urey, hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie, hypochloremická metabolická alkalóza, hypofosfatemie, riziko vzniku močových kamenů, otoky končetin, hypoproteinemie s rizikem hypovolemického šoku a ledvinových infarktů **(33)**. Detekovatelné renální abnormality se mohou objevit až u dvou třetin anorektických pacientek **(20)**.

Gastrointestinální komplikace: zduření parotických žláz, eroze zubní skloviny a zuboviny, jícnové eroze, žaludeční vředy, zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, akutní pankreatitida, zhoršená motilita tenkého střeva **(33)**. Benigní zduření parotických slinných žláz se objevuje u 25-50% bulimických pacientek **(20)**.

Kosterní komplikace: zpomalení vyzrávání kostí, zastavení růstu v dětském věku, osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřevě **(33)**.

Endokrinní komplikace: amenorea, nízká hladina estrogenů, infertilita, nízká hladina testosteronu u mužů **(33)**. Endokrinní odchylky jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti, kdy obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro danou osobu. Významné jsou však zřejmě i jiné faktory než úbytek tělesné hmotnosti, protože se amenorea objevuje u jedné šestiny pacientek ještě před úbytkem tělesné hmotnosti, a protože nepravidelnosti menstruačního cyklu předcházejí vzniku anorexie u další třetiny pacientek. Dokonce i po návratu k optimální tělesné hmotnosti přetrvává amenorea až u 50% anorektiček **(20)**.

Hematologické komplikace: normochromní normocytární anémie (10-20% pacientek), snížená sedimentace erytrocytů (10-20% klientek), leukopenie (40-60% pacientek), trombocytopenie. Realimentace zpravidla rychle vede k úpravě všech hematologických změn **(26)**.

Neurologické komplikace: abnormální elektroencefalogram (EEG), periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění, svalová slabost, poruchy hybnosti **(33)**.

Metabolické komplikace: zhoršení regulace tělesné teploty, narušený metabolismus glukózy, kalcia; zpomalení bazálního metabolismu **(33)**.

Dermatologické komplikace: hyperkeratonemie (přítomna u 72% anorektiček), purpura, kožní vyrážky z nadužívání projímadel a diuretik; tenká, šupinatá, suchá kůže ze sníženého množství kolagenu; lanugo, popraskaná kůže, vypadávání vlasů **(33)**.

V posledních letech byl u pacientek s poruchami příjmu potravy prokázán také zvýšený práh bolesti na různé podněty. S výjimkou povrchové teploty u mentální anorexie a body mass indexu (BMI) práh nekoreloval se žádným metabolickým nebo endokrinním ukazatelem hladovění. Snížené vnímání bolesti kontrastuje s nezměněnou citlivostí na nebolestivé podněty. Vliv délky onemocnění na práh bolesti je opačný, než jaký by byl očekávaný vývoj, tzn. že nejvyšší hodnoty prahu jsou na počátku onemocnění. Klesající práh v průběhu nemoci poukazuje na postupnou normalizaci vnímání bolesti (45).

1.12 Průběh a prognóza

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 17 let (rozmezí 14-18 let), jen vzácně po čtyřicátém roce. Často se vyskytuje v nové životní situaci, v níž se pacientka cítí nesvá nebo není schopna se s ní vypořádat. Může jít o změny biologické (např. začátek puberty), psychologické (např. jednotlivá stádia adolescence), nebo sociální (např. nástup na střední nebo vysokou školu). Může se také objevit po narušení příbuzenských vztahů nebo po úmrtí příbuzného, přítele. Typicky začíná porucha u osob s normální váhou nebo mírně až středně obézních. Nezřídka předchází dieta, podpora od přátel, trenéra, učitele apod. Dotyčný je oceňován za zhubnutí v čemž poté pokračuje i po dosažení normální váhy pro získání dalšího uznání. Porucha může probíhat jako jediná epizoda s úplnou úzdavou nebo chronicitou, ale také ve formě mnoha epizod opakujících se v průběhu několika let. *Indikátory dobré prognózy jsou:* dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení, začátek v časném věku, méně extrémní úbytek váhy a menší odmítání připustit si svůj stav jako onemocnění. *Špatnými prognostickými faktory jsou:* špatná premorbidní přizpůsobivost, nízký socioekonomický status, extrémní úbytek váhy, zásadní odmítání eventuality nemoci a současná přítomnost mentální bulimie, zvracení a abúzus laxativ. Všechny tyto indikátory jsou pouze relativní a žádný jednotlivý jev, nebo soubor faktorů nemůže spolehlivě předpovědět prognózu u dané osoby.

Mentální bulimie většinou začíná v adolescenci nebo v mladším věku dospělosti u jedinců, kteří se vědomě snaží zůstat štíhlými. Někteří pacienti mají v anamnéze mentální anorexii, jiní obezitu. Počátek obtíží často následuje po životních změnách – např. opuštění domova, počátek studia, změna zaměstnání, nebo nové příbuzenské svazky. Průběh je většinou chronický a často až po několika letech trvání poruchy osoba vyhledává léčbu. Pacienti si uvědomují, že mají porušené návyky příjmu jídla a dokáží bez problémů odlišit záchvaty přejídání od prostého zvýšeného příjmu jídla. V průběhu binge eating fáze obvykle nepocítují hlad a i když jsou nasyceni, pokračují v konzumaci. Často také vyjadřují pocity strachu z toho, že nemají dostatečně silnou vůli k tomu, aby sami ukončili příjem jídla. Končí obvykle až v okamžiku, kdy trpí silnou nevolností, nebo mají bolestivě přeplněný žaludek, případně upadají do spánku, nebo si sami navodí zvracení. Záchvatům předchází depresivní nálada, při níž pacient trpí pocitem smutku, osamělosti, prázdnoty, nebo izolace. Někdy se také dostavuje před záchvatem stav silné úzkosti. Vyjmenované pocity obvykle vymizí v průběhu přejídání, ale po skončení záchvatu se většinou znovu vrací depresivní ladění se zdrcujícím pocitem viny a sebekritikou. Záchvaty přejídání se obvykle odehrávají v tajnosti. Trvají několik minut až hodin, obvykle méně než 2 hodiny, průměrně 1 hodinu. Většina záchvatů začíná spontánně, ale přejídání může být i plánované, zvláště u chronických pacientů. Frekvence epizody binge eating kolísá od občasné (2x až 3x měsíčně), po velmi častou (několikrát denně). Množství zkonsumovaného jídla se mění, ale bývá vždy značné. Pacienti udávají, že v době záchvatů mají kalorický příjem 3x až 25x vyšší, než jim byl doporučen (42).

Poruchy příjmu potravy jsou po astmatu a obezitě třetím nejčastěji se vyskytujícím onemocněním mladých dívek a žen. V posledních desetiletích incidence PPP narůstá. Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet se rozšiřuje výskyt mentální anorexie (MA) i mentální bulimie (MB) mimo městskou populaci a zasahuje populační skupiny dříve nezasazené – s nižšími příjmy a vzděláním. Nemocní s poruchami příjmu potravy představují velmi různorodou skupinu pacientů s různým průběhem poruchy. V průběhu 5 až 10 let se přibližně 50% všech nemocných uzdraví, u 30% se stav zlepší, a u 20% je možné pozorovat plné přetrvávání příznaků, případně jejich zhoršení,

prohloubení. I když se úmrtnost u mentální anorexie postupně snižuje, stále se ve většině studií pohybuje mezi 2 až 8%, což činí z MA stále jednu z nejletálnějších duševních poruch **(21)**.

1.13 Léčba poruch příjmu potravy

V posledním desetiletí vznikají ve většině vyspělých států léčebné postupy založené na vědecky ověřených datech. Ty jsou pak následně revidovány v časových intervalech 2-5 let podle toho, kolik nových poznatků bylo zjištěno. Postupy k léčbě poruch příjmu potravy jsou vypracovány i podle toho, jakým odborníkům mají sloužit – tzn. zvláště pro praktické lékaře, pediatry, odborníky na výživu, pro laickou veřejnost **(6)**. Terapie v obecném smyslu musí být multimodální, zahrnuje biologické, psychologické i sociální formy terapeutické intervence. Těmito terapeutickými metodami jsou psychoterapie, farmakoterapie, režimová léčba, rodinná terapie, nutriční poradenství. Prognosticky podstatným ukazatelem je doba, která uplyne od počátku onemocnění do začátku léčby. Léčba může být ambulantní, nebo při hospitalizaci, zde záleží na stupni závažnosti onemocnění. V ambulantní léčbě je kladen důraz zvláště na psychoterapii a rodinnou terapii **(15)**. Hospitalizace je bezprostředně nutná v případě, že je ohrožen život nemocného. Takovéto ohrožení způsobuje u MA výrazná podváha (BMI u dospělého jedince pod 15 kg/m²; též při váhovém úbytku vyšším než 25% oproti výchozím hodnotám), u mentální bulimie jsou to pak každodenně se opakující záchvaty přejídání a zvracení. Nebezpečná je také těžší forma deprese, která může vést k suicidiálnímu jednání. Tyto stavy se proklamují apatií, plačtivostí, uzavřením se do sebe, neschopností vykonávat běžné věci, zanedbáváním péče o sebe (hygiena, oblékání); úvahy o nesmyslnosti bytí, myšlenkami na sebevraždu. U dětských pacientů je nutná hospitalizace v případě, pokud ambulantní terapie nevede v horizontu 2-3 měsíců k patrným změnám, tedy u MA restriktivního typu k úpravě příjmu potravy a postupnému nárůstu hmotnosti, u bulimie ke snížení frekvence záchvatů přejídání a zvracení. Pokud dětské pacienty odmítají spolupráci s ambulancí, nechť se léčí, nemají

náhled na to, že jsou nemocní je též indikována léčba za hospitalizace **(26)**.
Terapeutické postupy zahrnují následující možnosti intervence:

Nutriční terapie: je předpokladem pro úspěšnost dalších, navazujících terapeutických postupů. Spočívá v zavedení správného stravovacího režimu, jak ve formě, tak i v obsahu. Průběžné sledování nutričního stavu, včetně kontroly hmotnosti, sledování BMI je součástí léčby ambulantní i klinické **(46)**. Tato forma rehabilitace je nutná u všech vážně podvyživených pacientek. Optimální nárůst váhy je 1,0-1,5 kg u hospitalizovaných a 0,5 kg u ambulantních pacientek. Kalorický příjem je doporučen nejdříve 1000-1600 kcal/den a postupně zvyšován, ve fázi zvyšování váhy by měl dosáhnout až na 70-100kcal/kg/den, v udržovací fázi potom na 40-60kcal/kg/den **(36)**.

Farmakoterapie: léčba farmaky je v počátečním stadiu terapie při hodnocení trvalosti efektu sporná. Tento postup je však vhodný pro získávání výrazně negativistických pacientů u kterých selhává psychoterapeutický přístup. Dále je tento postup možné užít při výrazných depresivních symptomech nebo u depresivní nálady nezlepšující se s postupnou realimentací, při psychiatrických poruchách, které jsou přítomné současně s PPP **(46)**. Větší efekt má užití kombinace psychoterapie spolu s farmakoterapií. U MA je uváděno snížené riziko relapsů po podávání antidepresiv. U MB se účinkem některých antidepresiv zvyšuje hladina serotoninu a tím se snižuje pocit hladu a nutková potřeba k přejedení se. Anxiolytika je vhodné podávat jen krátkodobě, ke snížení úzkosti v počátečních fázích léčby pro vyloučení rizika vzniku závislosti. Neuroleptika v nízké dávce mohou nahradit anxiolytika a zmírňovat úzkostné prožitky. Užívají se k úpravě spánku, který bývá velmi často zhoršený **(33)**.

Psychoterapie: je definována jako metodické užívání psychologických technik k obnovení emoční rovnováhy jedince **(41)**. U PPP je používáno několik různých typů psychoterapie.

- (1) Individuální psychoterapie – klientem je jedinec, který systematicky pracuje na řešení problému spolu s terapeutem. Ke spolupráci může být přizvána osoba pro klientovu změnu důležitá, vždy však zůstává středem terapie klient sám.
- (2) Párová psychoterapie – do psychoterapie vstupují manželé či partneři společně, společně také formulují řešení problému, spolupodílejí se na něm.
- (3) Rodinná psychoterapie – Účastníkem terapie je ideálně celá rodina nebo alespoň někteří její členové; rodina dle této teorie funguje jako jedinečná vztahová struktura složená z jednotlivých členů rodiny, kteří se navzájem ovlivňují.
- (4) Skupinová psychoterapie - vychází z předpokladu, že každý člověk - i ten, který není právě psychicky vyrovnaný - má zachovánu určitou kapacitu k posuzování problémů jiných lidí. I kdyby byl názor jednoho člověka příliš zaujatý, příliš zatížený předsudky či jeho vlastními nevyřešenými problémy, skupinová diskuse vedená terapeutem je schopna tyto hrany obrousit a dospět k hledisku, jež kombinuje porozumění se střízlivým, kritickým hodnocením. Skupina může být užitečná zejména možností v bezpečném prostředí zpracovat konstruktivně minulé zážitky a možností aktivně se učit novým druhům chování. Skupinová psychoterapie je zpravidla dlouhodobá a vyžaduje pravidelnou účast klienta na skupinových setkáních.

Kromě výše jmenovaných jsou používány i další psychoterapeutické přístupy, mezi něž patří: psychoanalýza, systemická terapie, kognitivně-behaviorální terapie, gestaltterapie, psychoterapie orientovaná na tělo, Rogersovská terapie; dramaterapie, arteterapie, ergoterapie, taneční a pohybová terapie, muzikoterapie **(5)**. Součástí režimového a psychoterapeutického léčení je stanovení cílové hmotnosti již na počátku léčby **(33)**. V průběhu terapie je třeba pacienta opakovaně motivovat, stavět před něj přiměřené dílčí cíle, pohybovat se na věcné, pacientovi srozumitelné rovině, kde se pracuje s aktuálními problémy a pocity. Důležité je též poskytnutí přiměřené zpětné vazby klientovi a citlivě pracovat s takzvanými neúspěchy – využít jejich informační hodnotu, osvětlit některé pacientovi strategie chování apod. **(24)**. Porucha příjmu potravy je závažným onemocněním spočívající nejen v postižení zdravotního stavu celkově, ale i v možném ohrožení života pacienta. Efekt terapeutického postupu závisí i

na včasné a správné diagnóze a na zvolení vhodného terapeutického vedení pro daného člověka. Jedná se bio-psycho-sociální onemocnění, proto i léčebný přístup k onemocnění musí být multidisciplinární (psychiater, psycholog, internista, pediatr, gynekolog, endokrinolog); úzká spolupráce při zvládnutí onemocnění je nezbytná **(33)**.

2. Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce

Cílem práce je identifikace symptomů poruch příjmu potravy v populaci dívek ve věku 13-15 let a stanovení prevalence mentální anorexie a mentální bulimie v daném souboru. Míru spokojenosti/nespokojenosti se sebou samým, kritičnost vůči své postavě odráží výše dosaženého skóre v dotazníku EAT-26, který byl použit pro posouzení souboru.

2.2 Hypotéza

H: Je předpokládána vysoká nespokojenost se sebou samým u dotazovaných dívek; dívky v domácím prostředí chválené a oceňované, sportující, jsou ve svém sebehodnocení méně kritické, než dívky převážně kárané, nesportující.

Po konzultaci s vedoucí práce Mgr. Meindlovou a PhDr. Krchem bylo rozhodnuto, že vzhledem k velmi pravděpodobnému subjektivnímu vnímání oceňování/kárání ze strany rodičů, absenci standardizovaného dotazníku pro tuto oblast, bude posuzována pouze spokojenost resp. nespokojenost se sebou samým u dotazovaných dívek. Ta je vyjádřena dosažením celkového skóre v dotazníku. Z výsledků vyhodnocených dotazníků EAT-26 bude možné odhadnout prevalenci poruch příjmu potravy u dívek v daném statistickém souboru. Nová hypotéza tedy bude sledovat tvrzení, že prevalence poruch příjmu potravy v ČR je v rozmezí 1-6%.

H¹: Prevalence poruch příjmu potravy ve sledovaném souboru dívek je 1-6%.

Vzhledem k rozdělení dotazníků dívkám na základních školách i gymnáziích (při splnění kritéria, že tyto dívky navštěvují 8. či 9. třídu, resp. tercii, kvartu) bude toto srovnání součástí výsledků práce. Prevalence PPP vychází z epidemiologických studií

prováděných koncem 90. let 20.století u dospívajících dívek a mladých žen v zemích západní Evropy a v ČR. Uvedené hodnoty prevalence standardně uvádí literatura věnující se problematice PPP **(22)**.

3. Metodika

3.1.1 Způsob řešení problému

Dotazníkové šetření bylo provedeno v populaci dívek ve věku 13-15 let, bylo zaměřeno na posouzení rizika vzniku PPP a hledání přítomnosti symptomů MA a MB ve sledovaném souboru. Ve výzkumu byl použit dotazník EAT-26 (Příloha 1). Dotazníky byly rozdány dívkám ve školním prostředí, ve vyučovací hodině, nebylo ale podmínkou vyplnění ve vyučování, ani bezprostřední odevzdání dotazníků. Vyplnění dotazníků bylo anonymní. Dívkám byl vysvětlen postup při vyplňování a k čemu budou vyplněné dotazníky využity (tyto informace dívky obdržely i v písemné formě společně s dotazníky).

3.1.2 Eating Attitude Test (EAT)

Eating Attitude Test (Garnerův test jídelních postojů) vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a míře narušení vztahu ke svému tělu. Dotazované dívky vyplňovaly šestadvacetipoložkovou verzi tohoto dotazníku. V současné době se pro výzkumné účely používá tato kratší verze (známa je ještě verze obsahující 40 otázek). Dívky byly písemně požádány, aby vyplnily všech 26 položek tak, aby označená frekvence pro danou položku co nejlépe vystihovala dívčin stav, situaci nebo pocity, tzn. v jednom řádku je možná jen jedna možnost nejbližší odpovídající skutečnosti. Dotazník EAT se vyhodnocuje v celkovém skóre a lze jej také hodnotit v rámci tří dílčích škál:

Tab. 2: Jednotlivé škály dotazníku EAT-26

I. Dietní chování:	1	6	7	10	11	12	14	16	17	22	23	24	25	CELKEM:
II. Bulimie a trvalé zaobírání se potravou:	3	4	9	18	21	26								CELKEM:
III. Orální kontrola:	2	5	8	13	15	19	20							CELKEM:
CELKOVÉ SKÓRE	celkem bodů:													

Zdroj: (13)

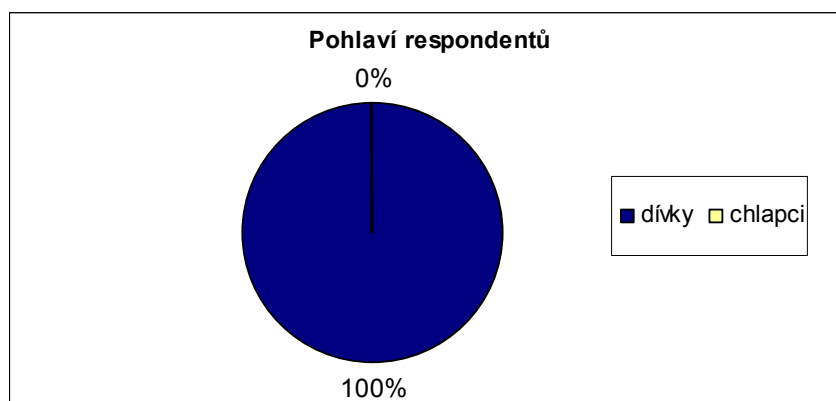
Za problematické ve vztahu k možnému riziku vzniku PPP se považuje celkové dosažené skóre 20 a více. Převaha dosažených bodů v jednotlivých škálách napovídá o typu možné poruchy příjmu potravy u dotazované dívky. Zaškrtnuté odpovědi se hodnotí následujícím způsobem: „vždy“ je hodnoceno jako anorektická (bulimická) odpověď a je hodnocena 3 body, „velmi často“ 2 body, „často“ 1 bod; „někdy“, „zřídka“ a „nikdy“ 0 bodů. Výjimku tvoří otázka číslo 25, která je hodnocena opačným způsobem, tzn. 3 body za „nikdy“, 2 body za odpověď „zřídka“, 1 bod za „někdy“, žádný bod za odpovědi „často“, „velmi často“ a „vždy“.

EAT dotazník u nás není standardizovaný, byl sestaven pro populaci dívek ve Spojených státech amerických; u nás je však běžně užíván ve studiích patologických forem chování ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu. Lze jej použít také jako screeningovou metodu pro poruchy příjmu potravy v určité populaci, s nutností dalšího vyšetření rizikových respondentů. Je možné i individuální použití při podezření na možnou PPP a jako součást dalších vyšetřovacích metod. Výsledek testu EAT nehovoří o přítomnosti nebo nepřítomnosti PPP, ale jen o riziku. Dotazník EAT-26 vypovídá o míře rizika vzniku nebo riziku přítomnosti MA nebo MB.

3.2.1 Vymezení souboru

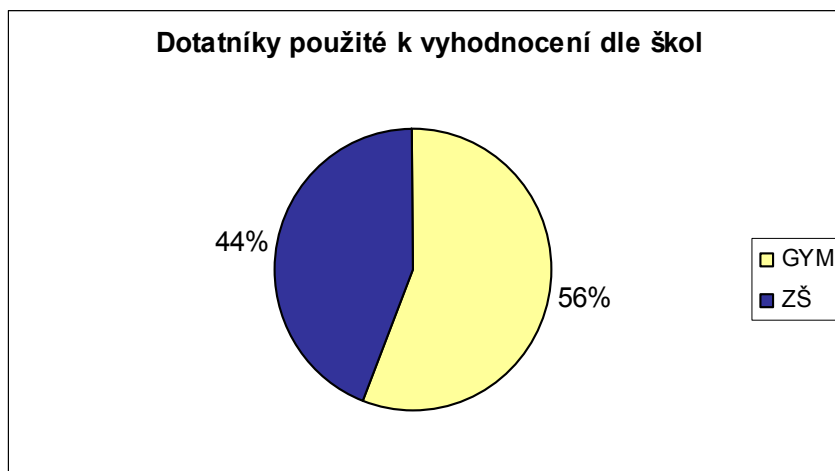
Statistický soubor je tvořen 288 dívkami z Českých Budějovic ve věku 13-15 let. Výzkum byl proveden v lednu a únoru 2007. Dotazované dívky byly žákyněmi 8. a 9. tříd základních škol, resp. tercií a kvart víceletých gymnázií. Soubor byl dle těchto kritérií rozdělen. Bylo rozdáno celkem 400 dotazníků, z toho 200 na základních školách a 200 na gymnáziích. Vráceno bylo 353 dotazníků, z toho 288 bylo vyplněno správně (gymnázia 161, základní školy 127). Návratnost činila 88%, resp. 72% správně vyplněných.

Graf 1: Pohlaví respondentů ve sledovaném souboru



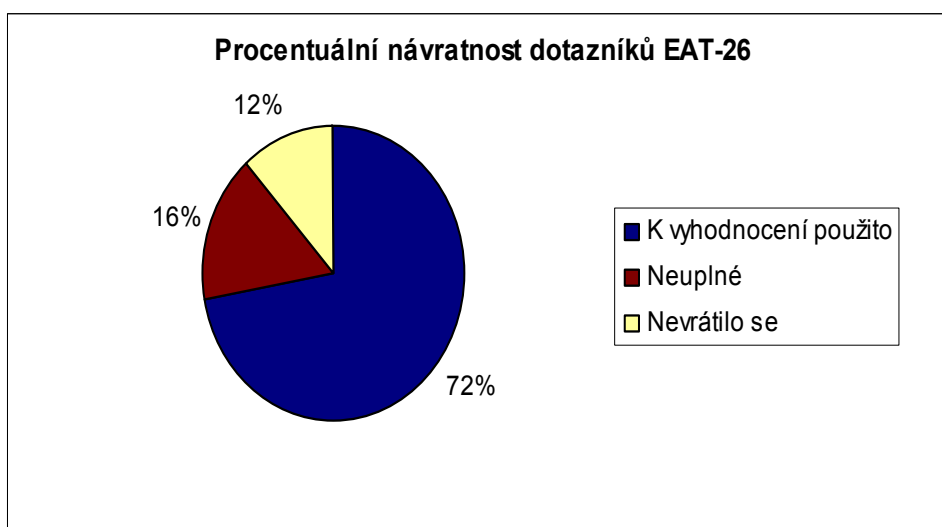
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: Dotazníky použité k vyhodnocení – rozdělení dle škol



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Procentuální návratnost dotazníků EAT-26



Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 3: Počty rozdaných dotazníků EAT-26

	Gymnázia		Základní školy		GYM+ZŠ
	8. třída	9. třída	8. třída	9. třída	
K vyhodnocení použito	85	76	67	60	288
Neúplné	25	8	21	11	65
Nevrátilo se	4	2	20	21	47
Rozdáno celkem	200		200		400

Zdroj: vlastní výzkum

3.2.2 Faktory ovlivňující výběr souboru

- (1) mnohonásobně vyšší výskyt PPP u ženského pohlaví
- (2) nejvyšší kumulace PPP v dospívání a mladé dospělosti
- (3) počátek onemocnění mezi 14-18 lety
- (4) sledované dívky byly ze škol, které nebyly podrobeny výběru, jenž by mohl ovlivnit validitu výsledků – tzn. sportovní třídy na ZŠ, sportovní gymnázia, umělecké školy, rodinné školy apod.
- (5) předpoklad vyšší návratnosti při spolupráci se školou.

3.2.3 Faktory ovlivňující velikost souboru

- (1) prevalence PPP
- (2) dotazníky byly rozdány, zpracovány a vyhodnoceny jedním výzkumníkem – autorem práce

3.3 Charakteristika studie

Prevalence je ukazatel stavu v určitém souboru v časovém intervalu. V této práci je zjišťována okamžiková (bodová) prevalence; ta vyjadřuje stav v určitém časovém bodu, nikoli intervalu, tzn. v okamžiku, kdy bylo prováděno dotazníkové šetření. Okamžiková prevalence tedy vyjadřuje podíl osob, u kterých se v daný okamžik vyskytuje sledovaná charakteristika, zde PPP, respektive riziko MA a MB.

Charakter studie je deskriptivní, studie sleduje okamžikovou prevalenci PPP ve sledovaném souboru. Studie je příkladem využití epidemiologického výzkumu v oblasti diagnostiky společnosti (tj. určení intenzity výskytu poruchy v populaci) a v oblasti tzv. historického sledování (tj. výskytu poruchy jako základu projekce do budoucnosti).

4. Výsledky

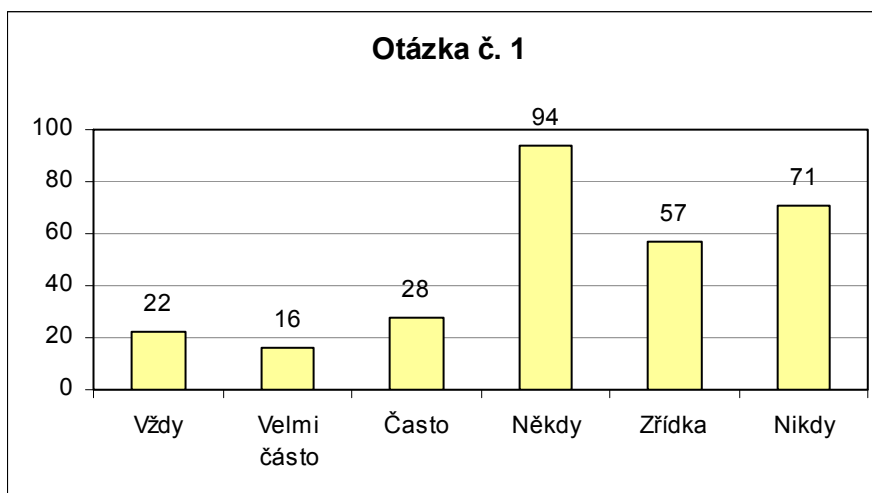
Cílem práce bylo zjistit prevalenci, přesněji míru rizika vzniku poruch příjmu potravy ve sledovaném souboru 288 dívek v Českých Budějovicích. Dotazníkové šetření bylo provedeno v lednu a únoru 2007. K získání informací byly použity anonymní dotazníky EAT-26. V souboru bylo nalezeno 19 dívek (přibližně 6,6%), jež dosáhly skóre 20 nebo více bodů. Hranice 20 bodů je brána jako riziková mez pro posuzování poruch příjmu potravy. Informace z dotazníku EAT-26 a několika doprovodných otázek poskytly přehled o věku, hmotnosti, výšce a o kolik by si dívky přály vážit více/méně. Tyto údaje umožnily výpočet Body Mass Indexu (Queteletův index) – výsledek byl vyjádřen s platností na dvě desetinná místa. Zmíněný hmotnostní index je stanoven na základě vztahu:

$$BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$$

Nízký BMI ještě není důvodem k zařazení dívky do kategorie MA, musí být splněna i ostatní kritéria pro stanovení diagnózy. V dětském věku je nutno počítat s tím, že je tato veličina proměnlivá s věkem. BMI 17,5 v 18 letech se rovná BMI 13,5 v 10 letech; ve 12 letech 14,2; ve 14 letech 15,6 **(17)**.

Grafické znázornění výsledků celého souboru (gymnázia + základní školy) dle jednotlivých otázek:

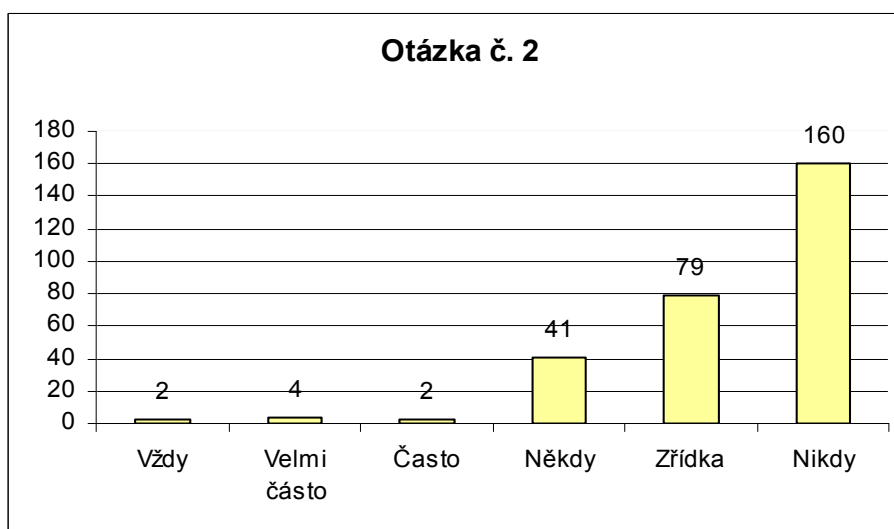
Graf 4: Otázka číslo 1 – Mám hrůzu z nadváhy



Zdroj: vlastní výzkum

Hrůzu z nadváhy někdy pocítuje téměř třetina dotázaných dívek, 22 dívek z 288 tázaných má tento pocit vždy.

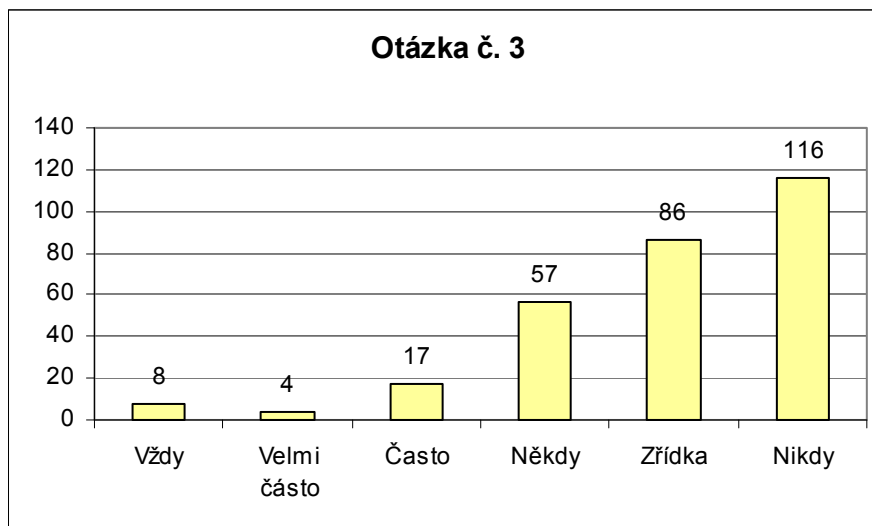
Graf 5: Otázka číslo 2 – Vyhýbám se jídlu, když mám hlad



Zdroj: vlastní výzkum

Jídlu při pocitu hladu se nikdy nevyhýbá přes 55% dívek, pouze 8 dívek označilo jednu z odpovědí označovaných za „anorektické“ – vždy, velmi často, často.

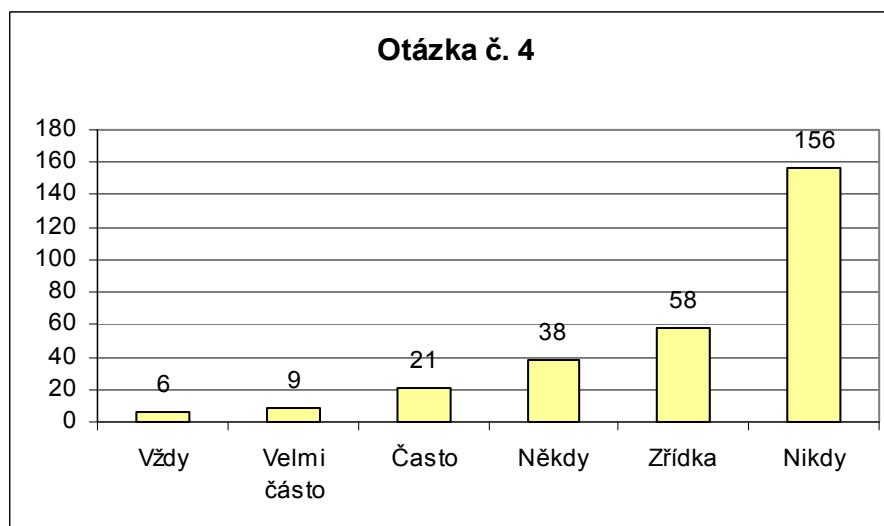
Graf 6: Otázka číslo 3 – Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo



Zdroj: vlastní výzkum

Většina odpovědí – 40% - patřilo k možnosti „nikdy“, anorektické odpovědi označilo 10% dotázaných dívek.

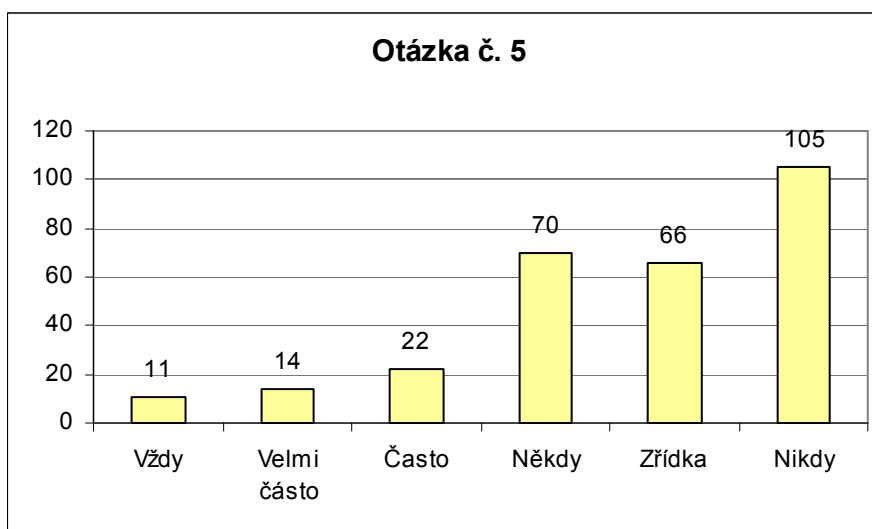
Graf 7: Otázka číslo 4 – Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat



Zdroj: vlastní výzkum

„Vždy“ – 2% odpovědí; „velmi často“ – 3% odpovědí; „často“ – 7% dotázaných; „někdy“ - 13% odpovědí; „zřídka“ – 20% odpovědí; „nikdy“ – 54% dotázaných.

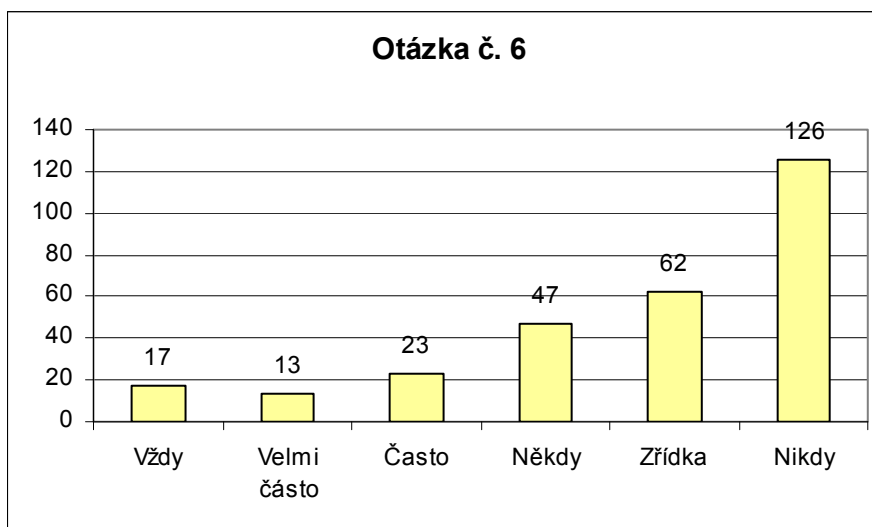
Graf 8: Otázka číslo 5 – Krájím jídlo na malé kousky



Zdroj: vlastní výzkum

Z 288 dotázaných dívek označilo bodované odpovědi (vždy-velmi často-často) 47 dotazovaných, tzn. 16%.

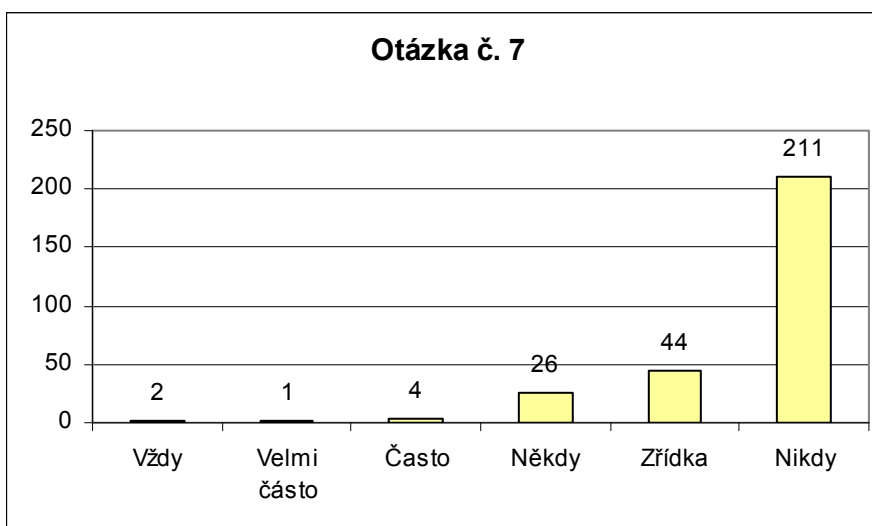
Graf 9: Otázka číslo 6 – Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda si uvědomuje kalorickou hodnotu přijímané stravy odpovědělo kladně 53 dotázaných dívek – 18%.

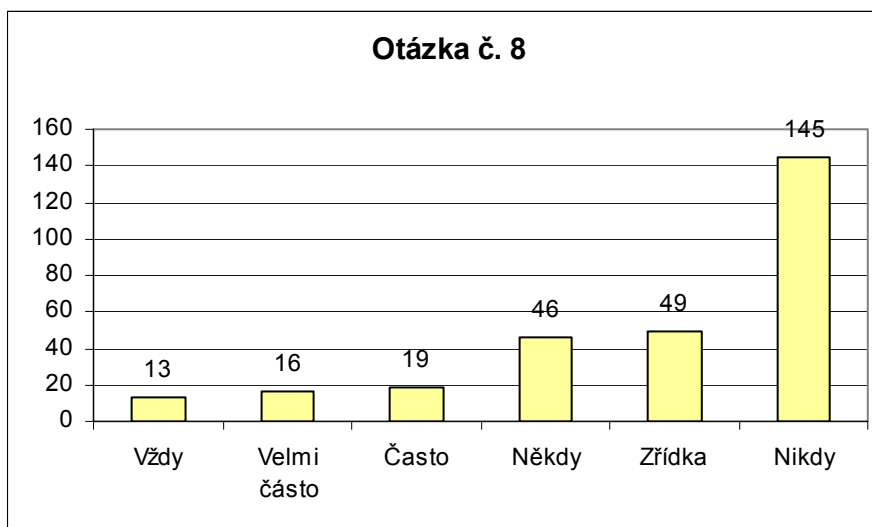
Graf 10: Otázka číslo 7 – Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů – cukrů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)



Zdroj: vlastní výzkum

Cílenou kontrolu složení přijímané stravy odmítlo 211 dotázaných dívek (73%), anorektickou odpověď označilo 7 dotázaných děvčat (necelých 2,5%).

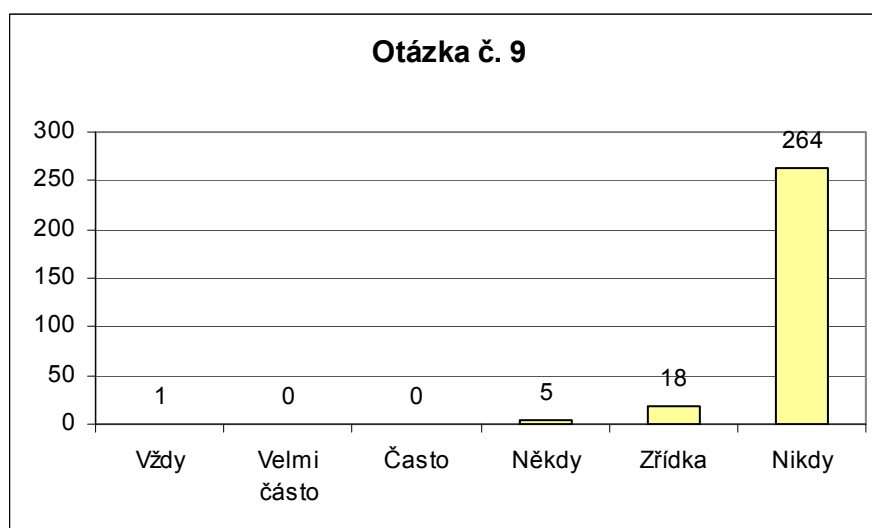
Graf 11: Otázka číslo 8 – Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedla více



Zdroj: vlastní výzkum

Pobízení k jídlu pociťuje alespoň někdy 143 dotázaných z 288 dívek, tedy téměř 50% respondentek.

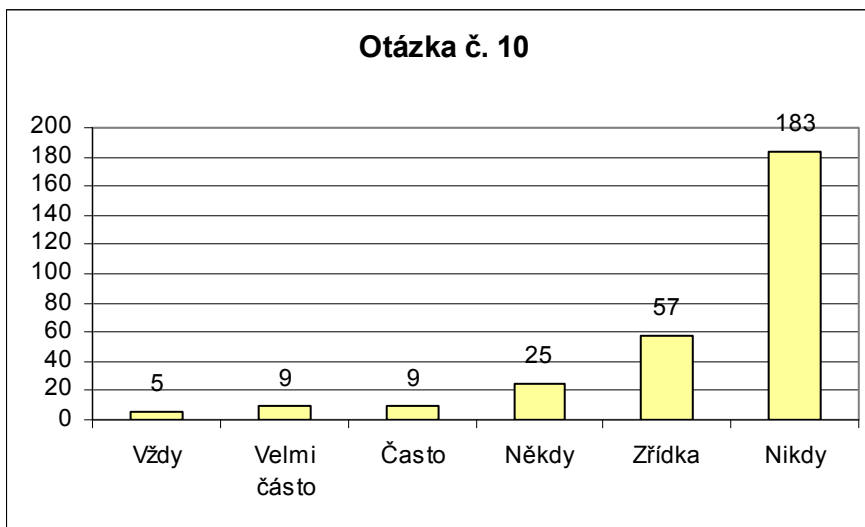
Graf 12: Otázka číslo 9 – Po jídle zvracím



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo „nikdy“ plných 92% dívek, tj. 264 dotázaných, jedna dotázaná po jídle zvrací vždy.

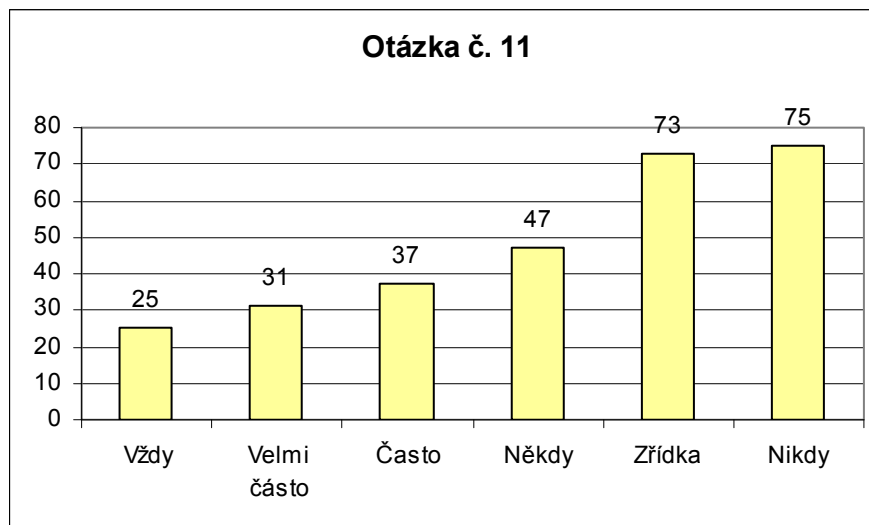
Graf 13: Otázka číslo 10 – Po jídle se cítím velmi provinile



Zdroj: vlastní výzkum

„Vždy“ a „velmi často“ se po jídle cítí provinile 14 dotázaných dívek (5%), „často“ a „někdý“ 34 dotázaných (12%), možnost „zřídka“ a „nikdy“ týkající se pocitu provinilosti po jídle zvolilo 240 respondentek, tj. 83%.

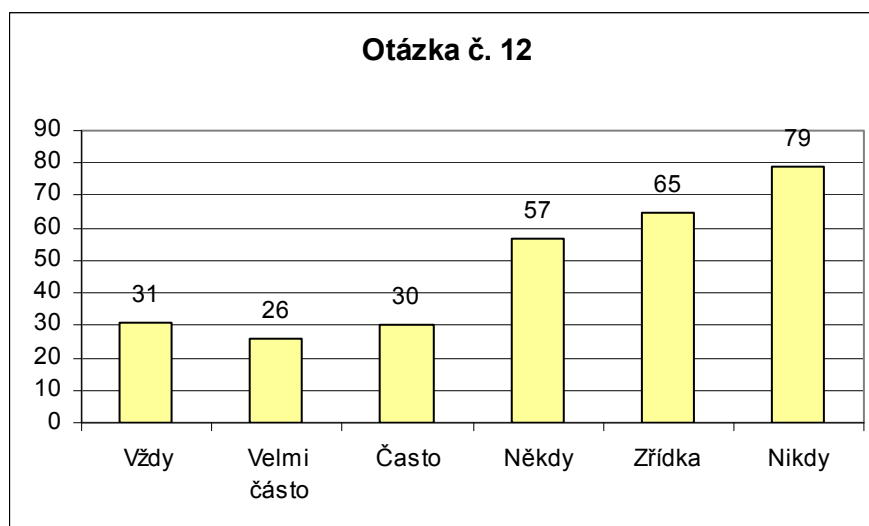
Graf 14: Otázka číslo 11 – Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší



Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky byly jednotlivé odpovědi relativně rovnoměrně zastoupeny. „Vždy“ touží být štíhlejšími 9% dívek, „velmi často“ 11%, „často“ 13%, „někdy“ 16%, „zřídka“ 25% a „nikdy“ 26%.

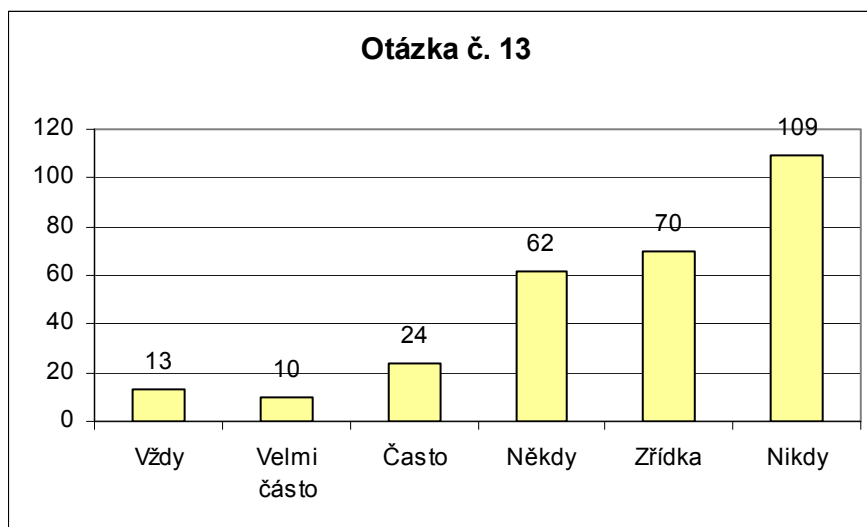
Graf 15: Otázka číslo 12 – Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie



Zdroj: vlastní výzkum

„Vždy“ – 11% odpovědí, „velmi často“ – 9%, „často“ – 10%, „někdy“ – 20%, „zřídka“ – 23% a „nikdy“ – 27%.

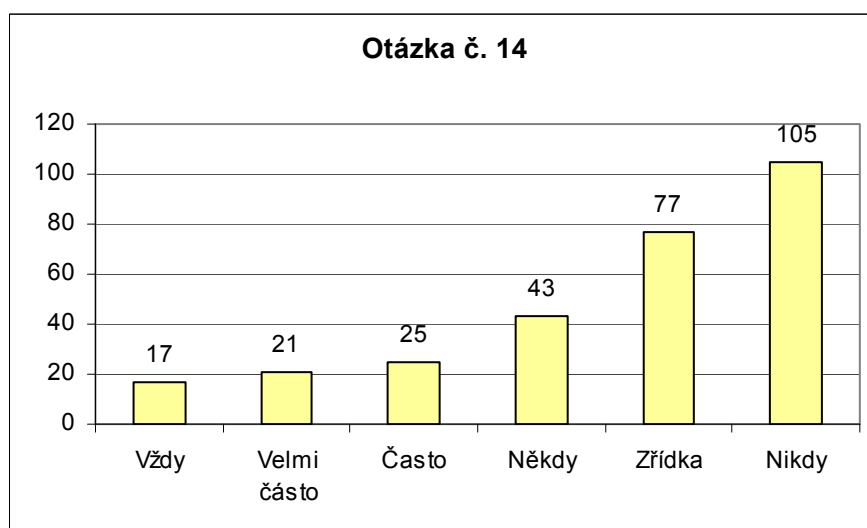
Graf 16: Otázka číslo 13 – Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá (hubená)



Zdroj: vlastní výzkum

Anorektickou odpověď zvolilo 47 dotazovaných dívek (tj. 16%), „nikdy“ odpovědělo 109 dotázaných, což odpovídá 38% respondentek.

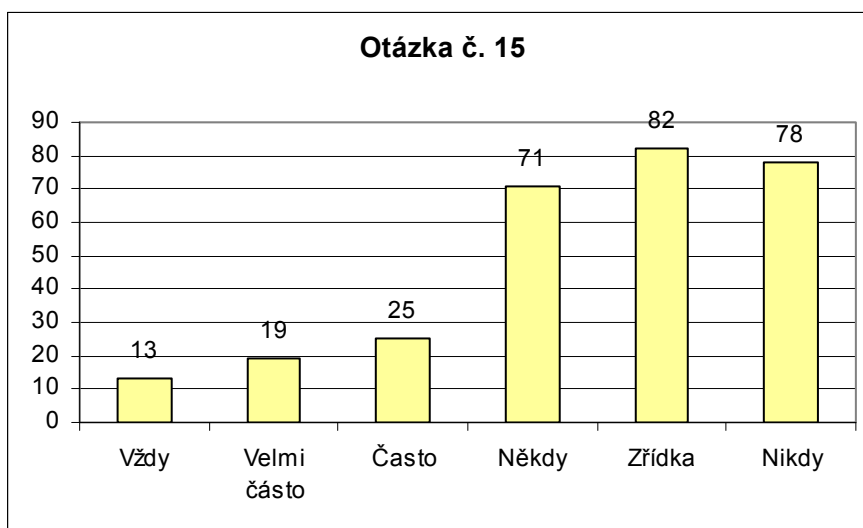
Graf 17: Otázka číslo 14 – Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku



Zdroj: vlastní výzkum

Proporcemi svého těla se dle svého úsudku nadměrně zabývá 22% (vždy-velmi často-často), naopak možnost „nikdy“ zvolilo 36% dívek.

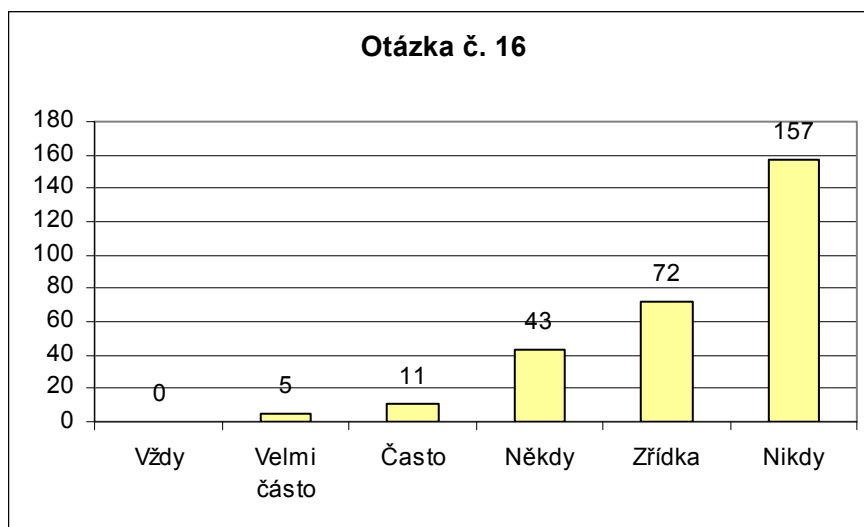
Graf 18: Otázka číslo 15 – Jídlo mi trvá déle než ostatním



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo „vždy“ 5% dotázaných dívek, „velmi často“ 7%, „často“ 9%, „někdy“ 25%, „zřídka“ 28%, a možnost „nikdy“ zvolilo 27% dívek.

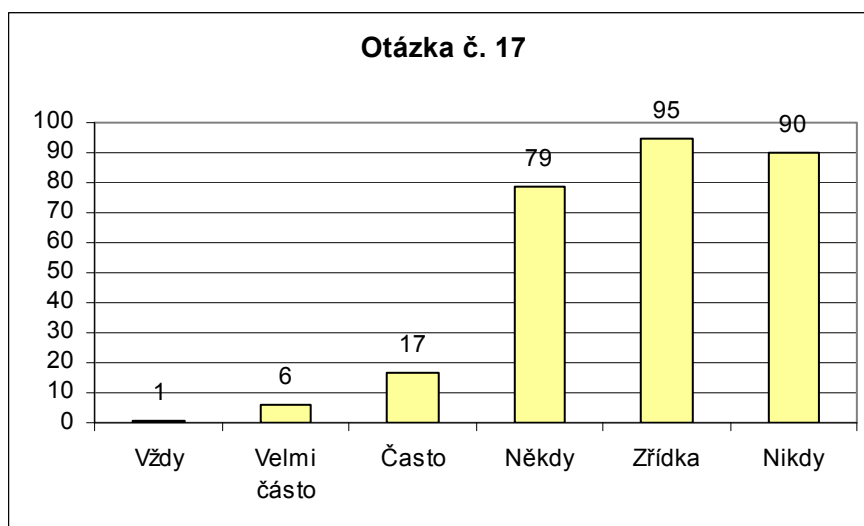
Graf 19: Otázka číslo 16 – Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr



Zdroj: vlastní výzkum

Záměrnou kontrolu obsahu sacharidů obsažených v jídle odmítlo 157 dotázaných dívek (tj. 55%). Velmi často a často tuto možnost připustilo 6% dotázaných dívek.

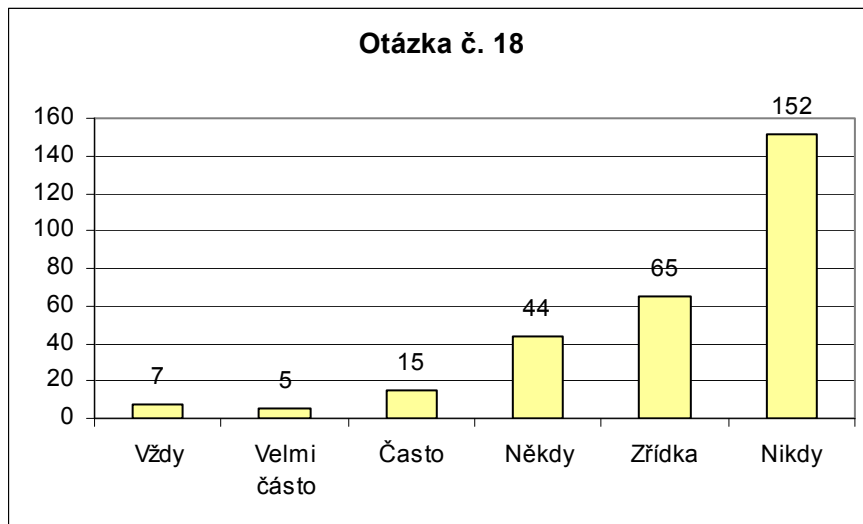
Graf 20: Otázka číslo 17 – Jím dietní jídla



Zdroj: vlastní výzkum

Bodovanou odpověď na tuto otázku zvolilo 24 dotázaných, což odpovídá 8% respondentů.

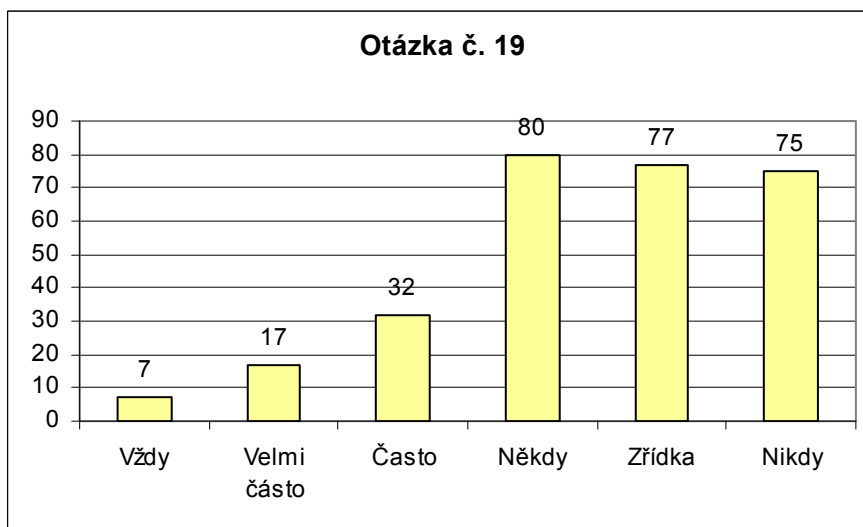
Graf 21: Otázka číslo 18 – Cítím, že jídlo ovládá můj život



Zdroj: vlastní výzkum

Jistou míru posedlosti jídlem (vždy-velmi často-často) pocítuje 9% dotázaných dívek, naopak 53% dívek ze statistického souboru tento pocit nepocítilo nikdy.

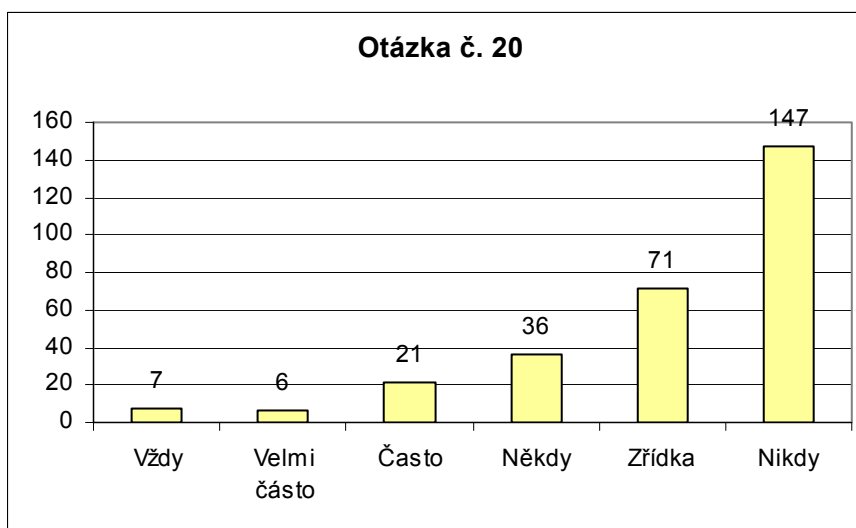
Graf 22: Otázka číslo 19 – Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost „vždy“ označilo 2% respondentek, „velmi často“ 6%, „často“ 11%, „někdy“ 28%, „zřídka“ 27% a „nikdy“ 26% dotazovaných dívek.

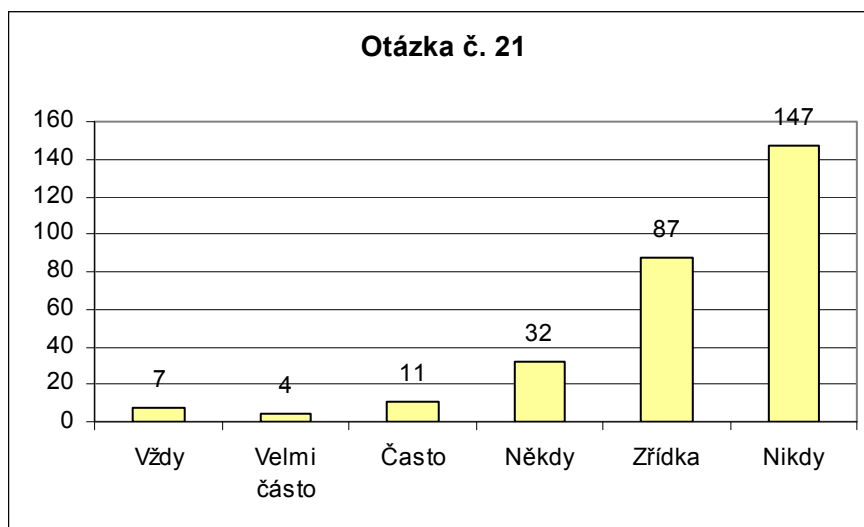
Graf 23: Otázka číslo 20 – Cítím, že ostatní mě nutí do jídla



Zdroj: vlastní výzkum

Plných 51% dotazovaných dívek ze statistického souboru nepocítilo nikdy od svého okolí nucení do jídla, anorektickou odpověď v tomto případě zvolilo 12% dívek.

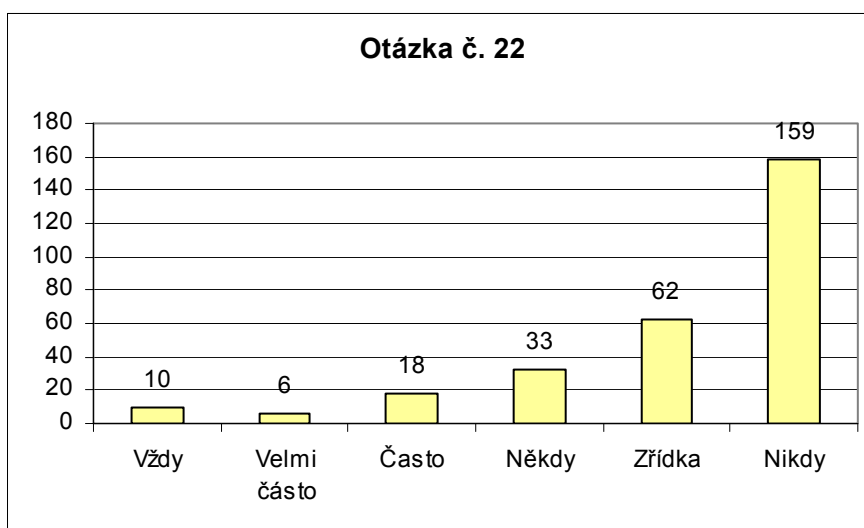
Graf 24: Otázka číslo 21 – Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu



Zdroj: vlastní výzkum

Zvýšené zaobíráání se potravou ve smyslu většího množství času a věnování se jídlu i v myšlenkách připouští alespoň „často“ 8% respondentek.

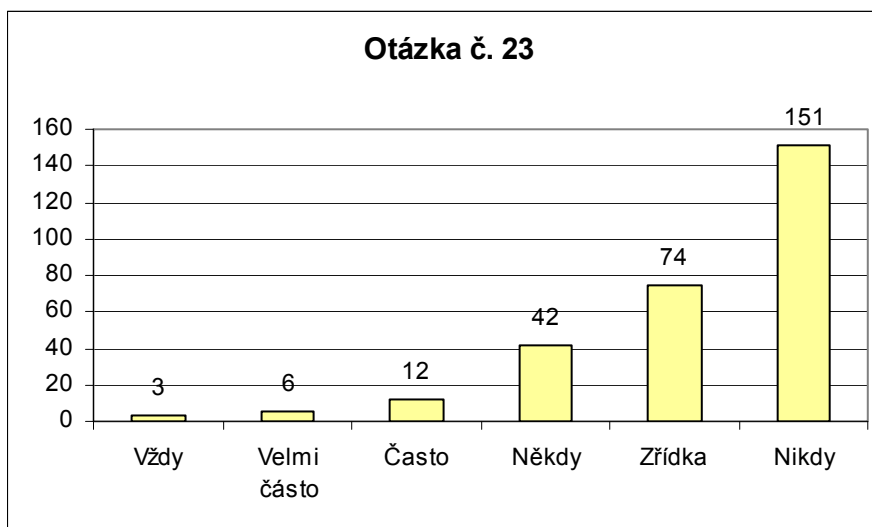
Graf 25: Otázka číslo 22 – Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně



Zdroj: vlastní výzkum

Možnost „nikdy“ u této otázky zvolilo 55% respondentek, anorektickou odpověď dohromady volilo 12% dívek.

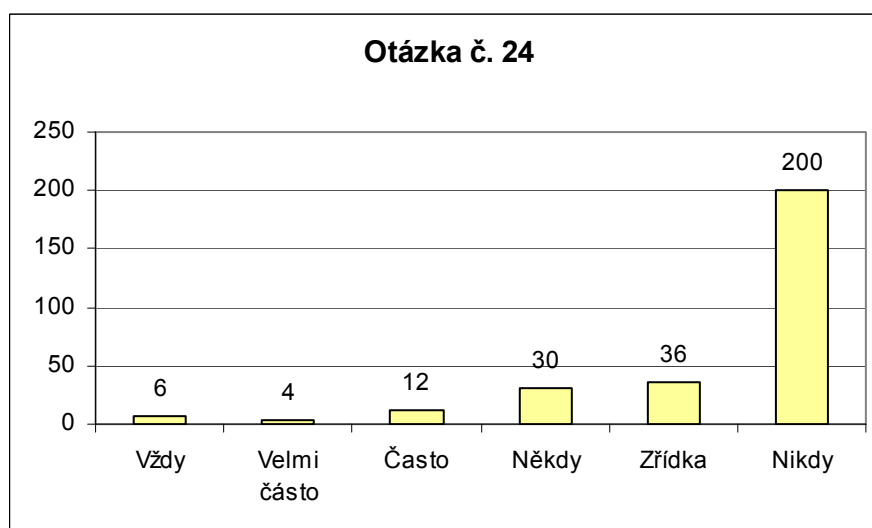
Graf 26: Otázka číslo 23 – Držím diety



Zdroj: vlastní výzkum

„Vždy“ – 1% odpovědí, „velmi často“ – 2%, „často“ – 4%, „někdy“ – 15%, „zřídka“ – 26%, a „nikdy“ – 52% odpovědí.

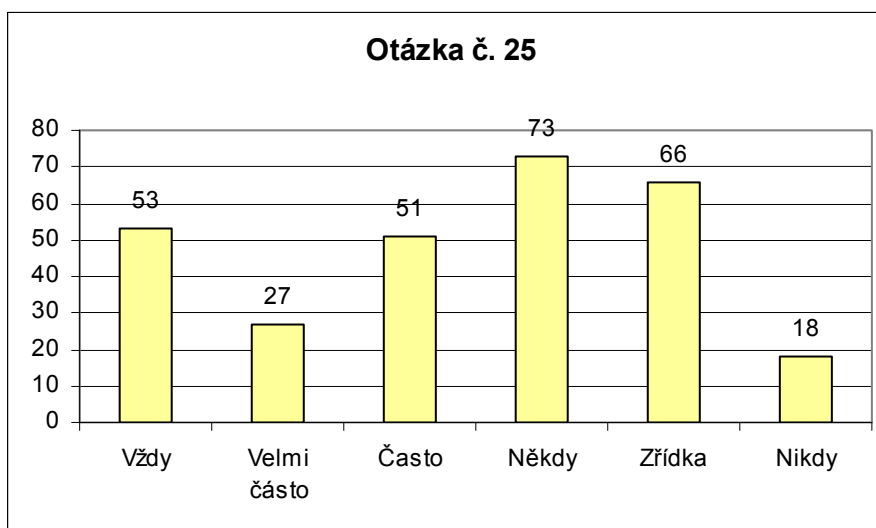
Graf 27: Otázka číslo 24 – Mám ráda prázdný žaludek



Zdroj: vlastní výzkum

Plných 69% respondentek zvolilo možnost „nikdy“, anorektickou verzi odpovědi volilo 8% dívek.

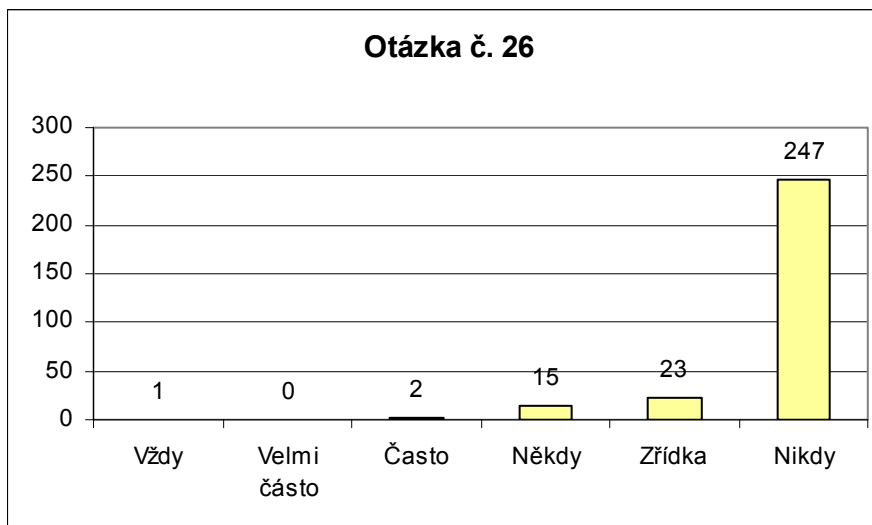
Graf 28: Otázka číslo 25 – Ráda ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla



Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka jako jediná byla vyhodnocována inverzně – tzn. že za odpověď „nikdy“ byly započteny 3 body, 2 body za odpověď „zřídka“, 1 bod za „někdy“; odpovědi „často“, „velmi často“ a „vždy“ jsou shodně hodnoceny 0 body. Odpovědi na tuto otázku jsou rozloženy následovně: „vždy“ – 18%, „velmi často“ – 9%, „často“ – 18%, „někdy“ – 25%, „zřídka“ – 23%, „nikdy“ – 6%.

Graf 29: Otázka číslo 26 – Po jídle mívám nucení ke zvracení

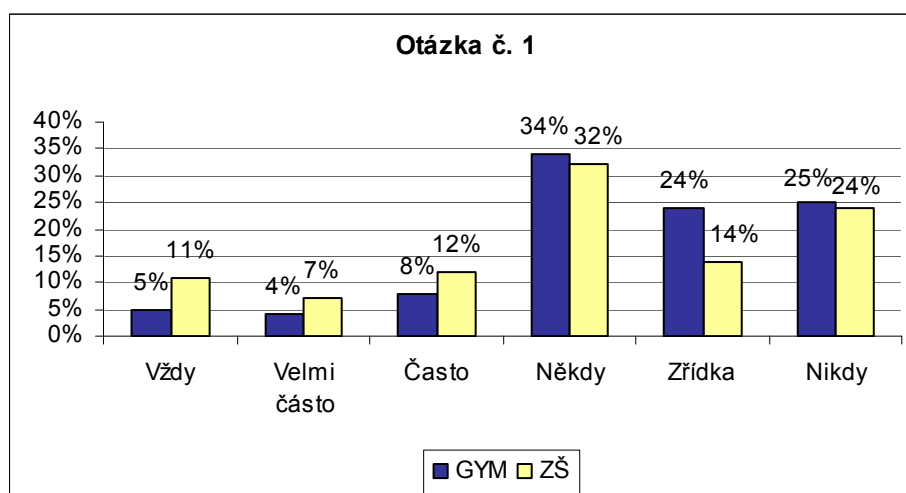


Zdroj: vlastní výzkum

Nutkání ke zvracení po jídle nikdy nepocítuje 86% dívek, bodovanou odpověď zvolily 3 respondentky, což činí 1% ze sledovaného souboru dívek ve věku 13-15 let.

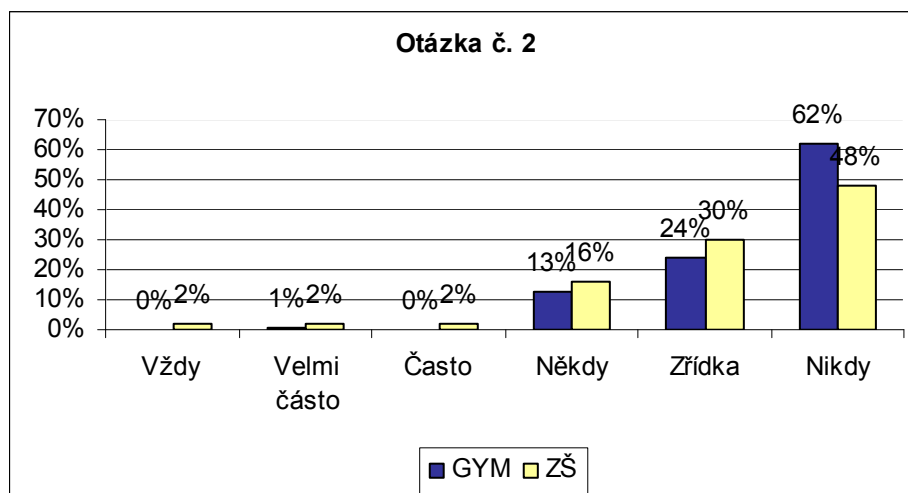
Následující grafy ukazují srovnání studentek gymnázií se žačkami základních škol:

Graf 30: Otázka číslo 1 – Mám hrůzu z nadváhy



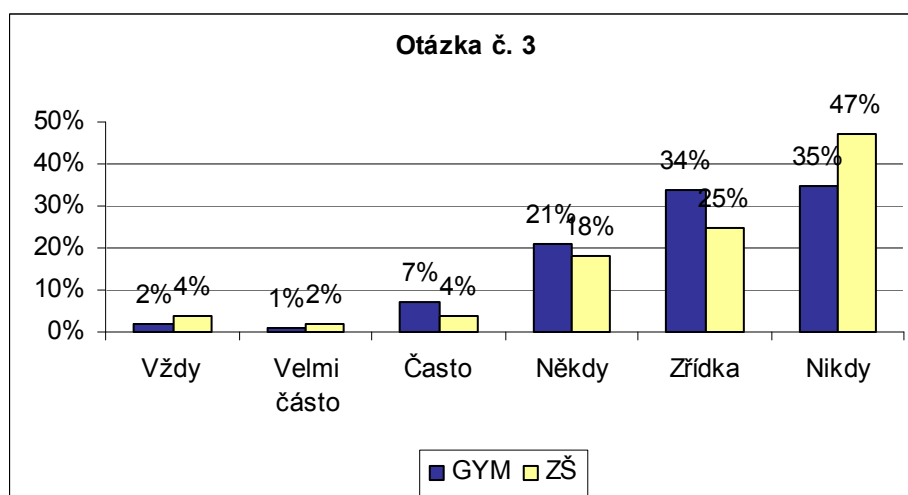
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 31: Otázka číslo 2 – Vyhýbám se jídlu, když mám hlad



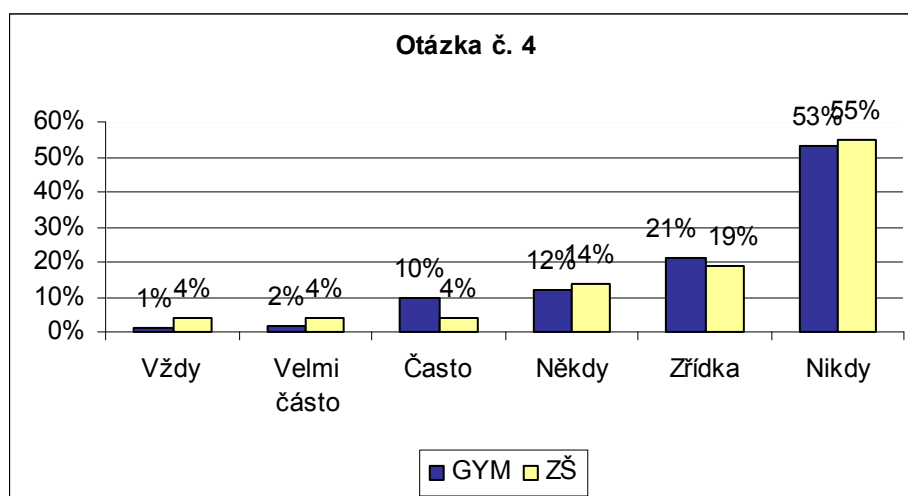
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32: Otázka číslo 3 – Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo



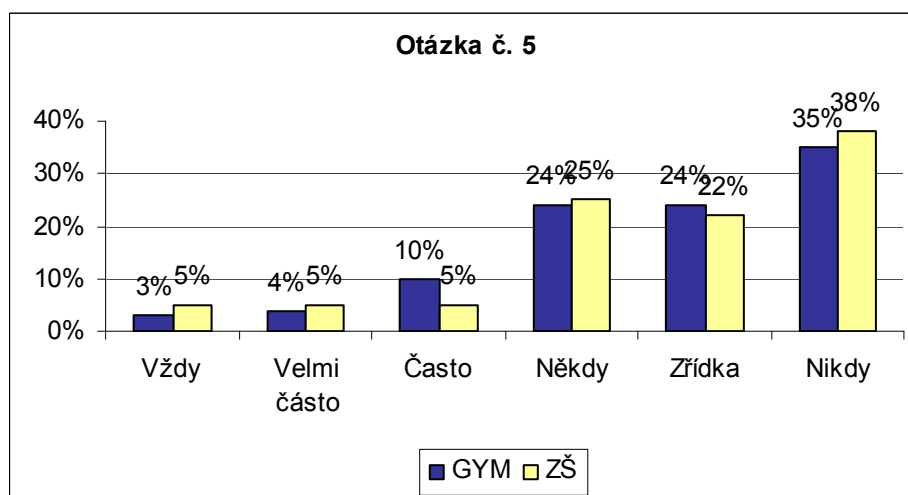
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33: Otázka číslo 4 – Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat



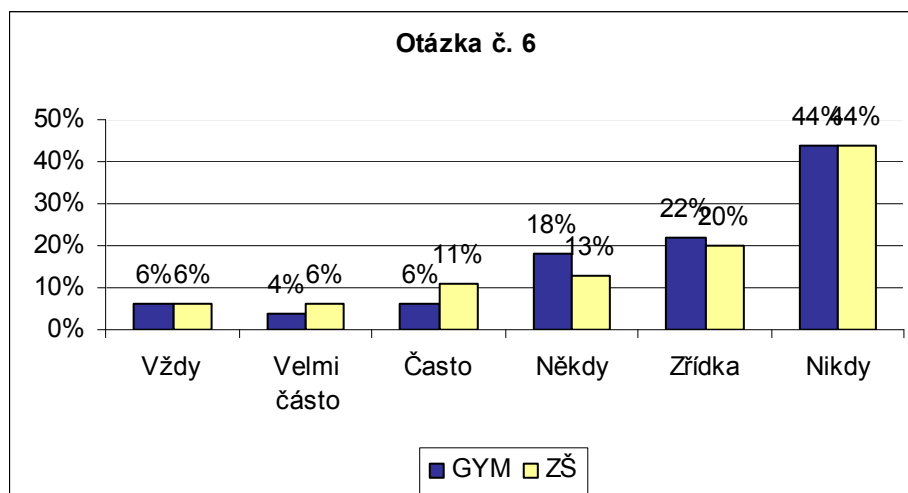
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 34: Otázka číslo 5 – Krájím jídlo na malé kousky



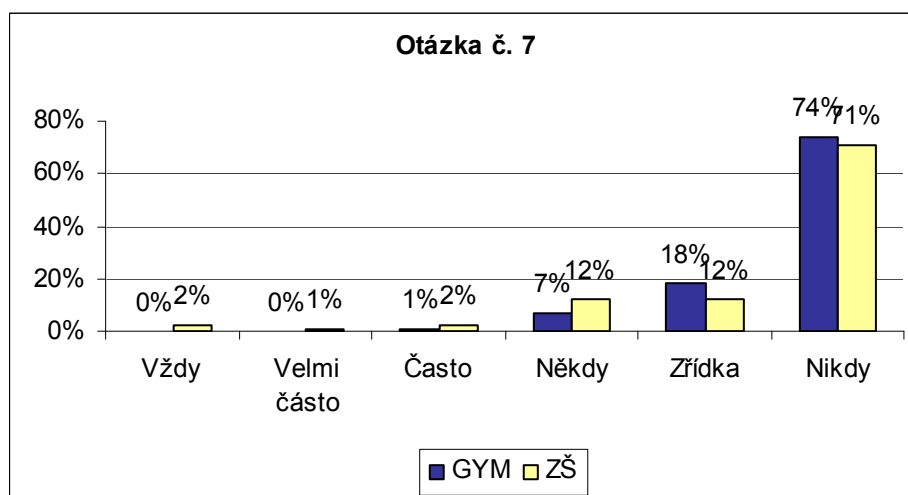
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 35: Otázka číslo 6 – Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím



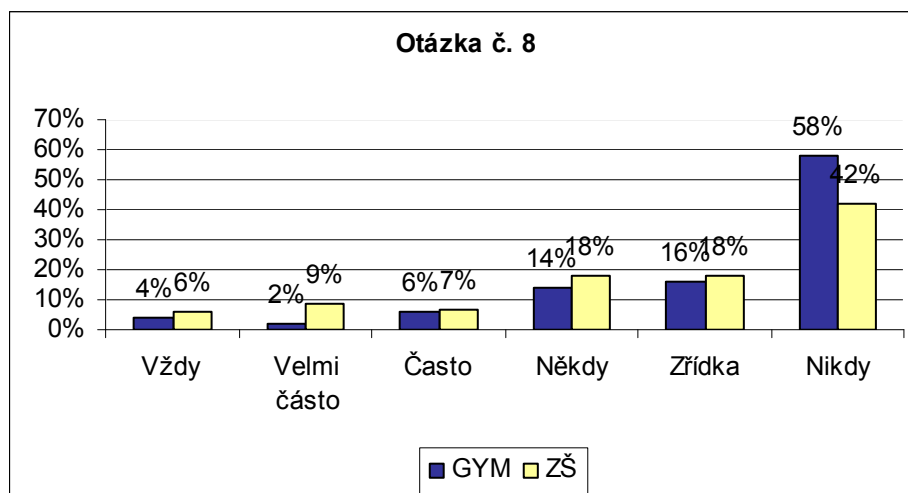
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 36: Otázka číslo 7 – Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů – cukrů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)



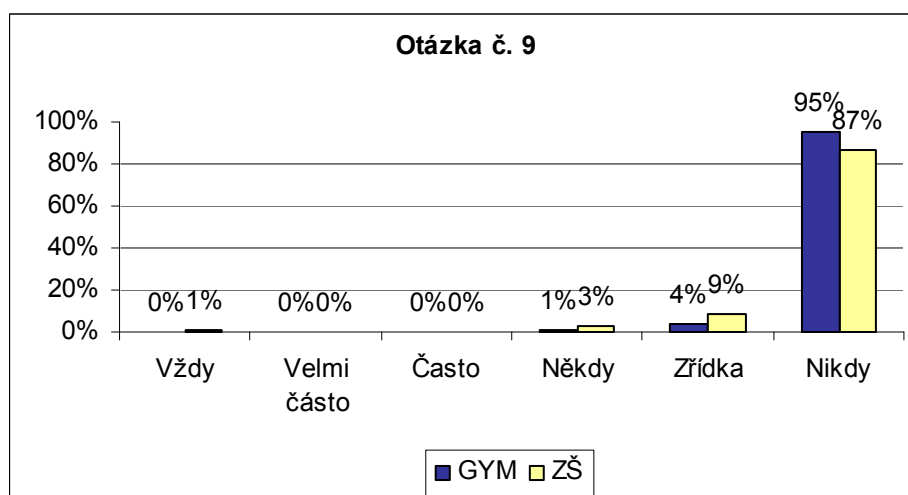
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 37: Otázka číslo 8 – Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedla více



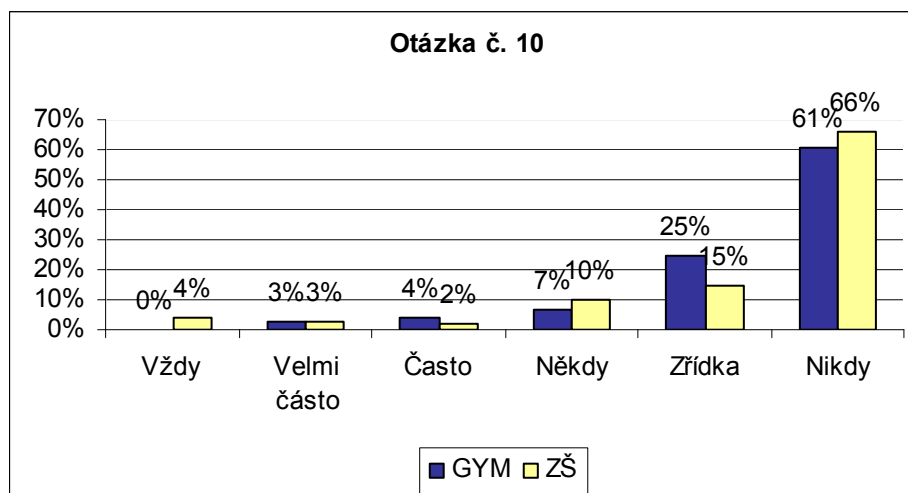
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 38: Otázka číslo 9 – Po jídle zvracím



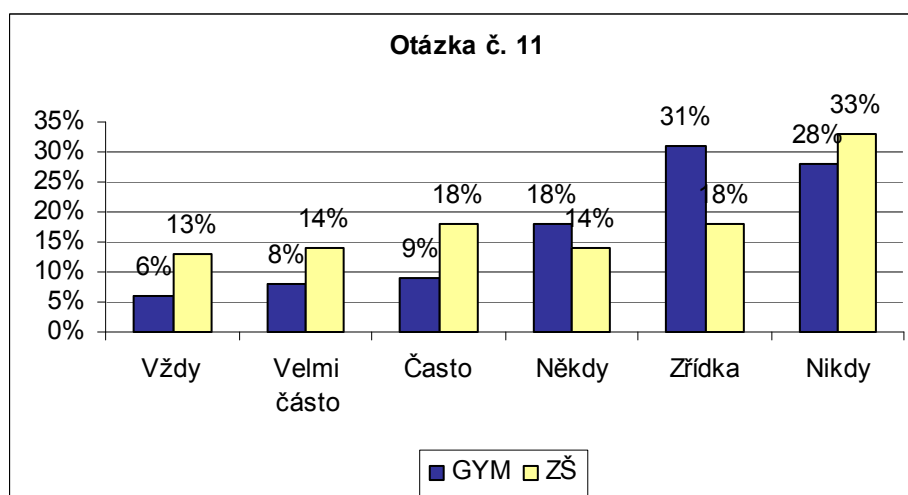
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 39: Otázka číslo 10 – Po jídle se cítím velmi provinile



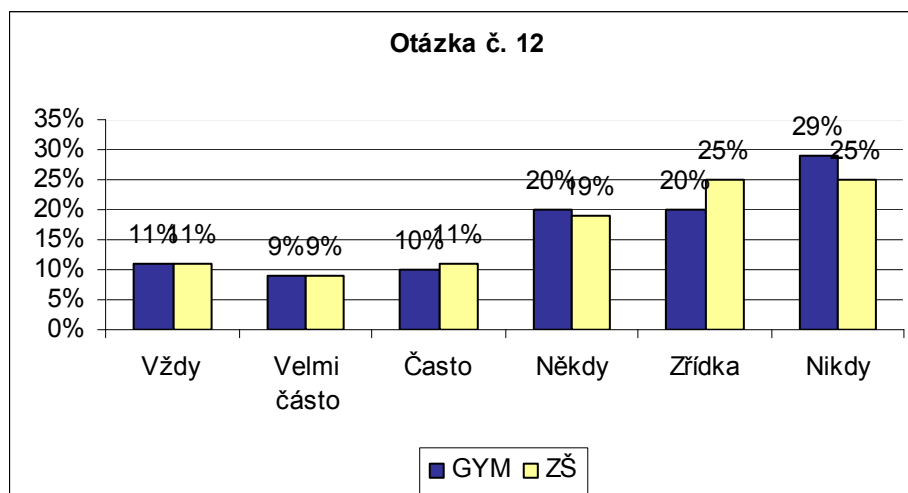
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 40: Otázka číslo 11 – Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší



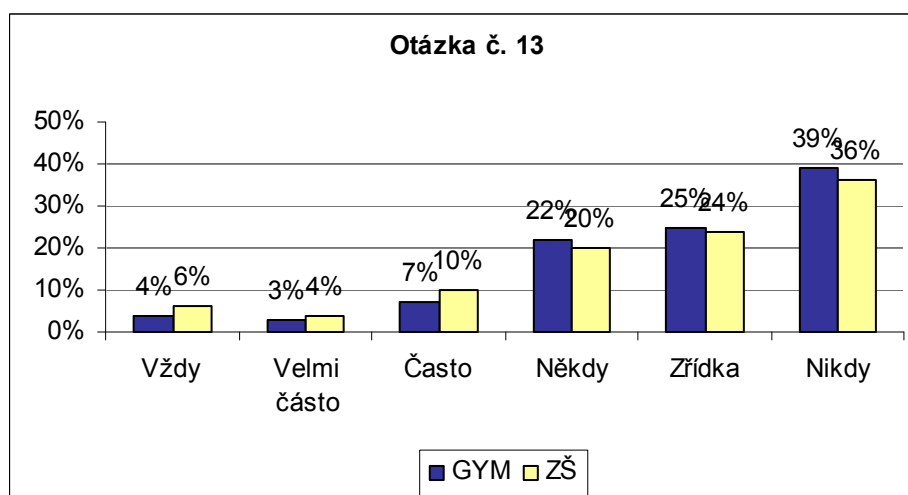
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 41: Otázka číslo 12 – Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie



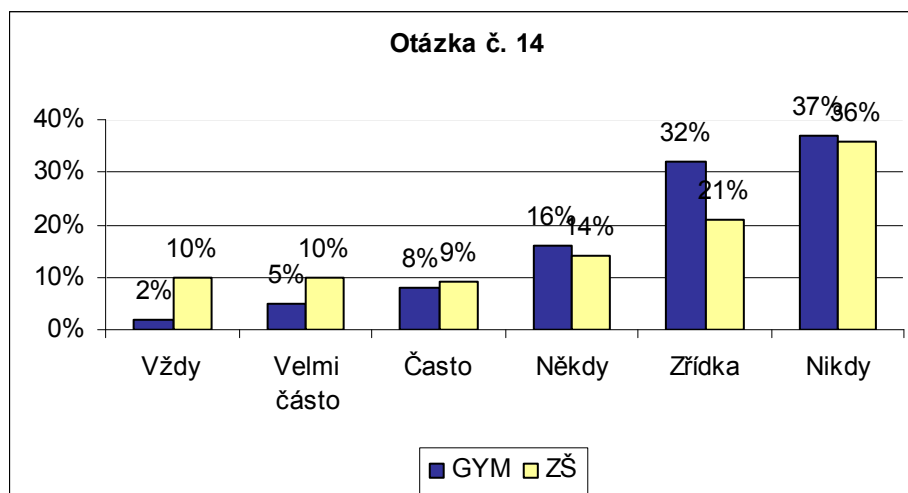
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 42: Otázka číslo 13 – Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá (hubená)



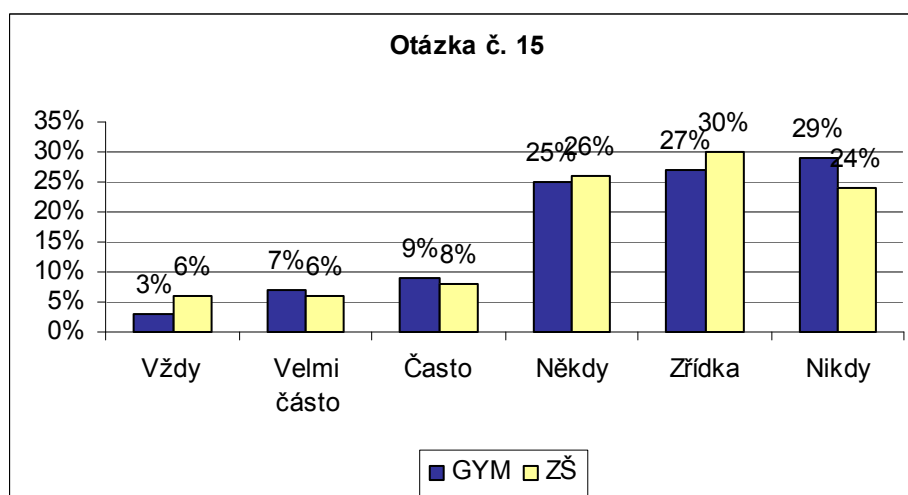
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 43: Otázka číslo 14 – Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku



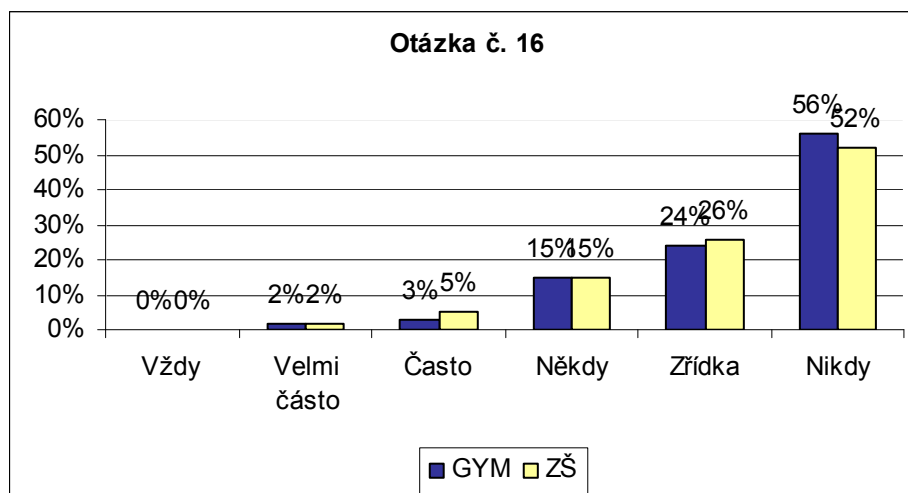
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 44: Otázka číslo 15 – Jídlo mi trvá déle než ostatním



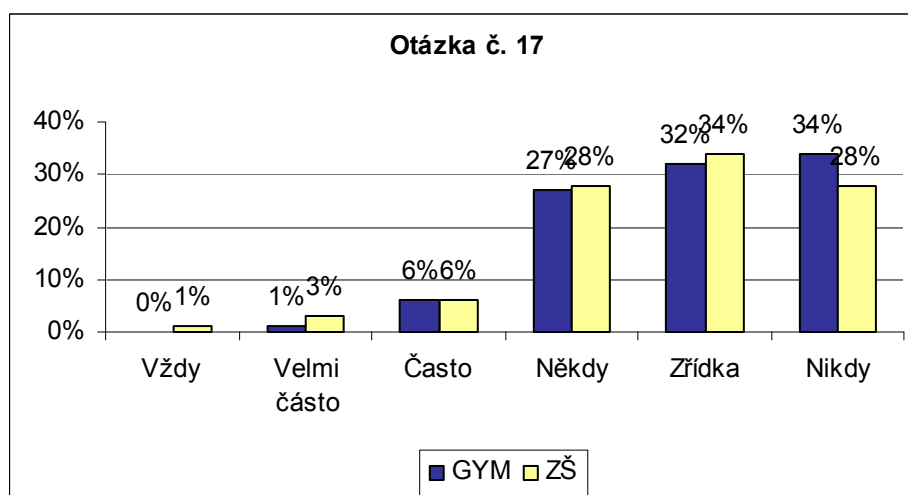
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 45: Otázka číslo 16 – Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr



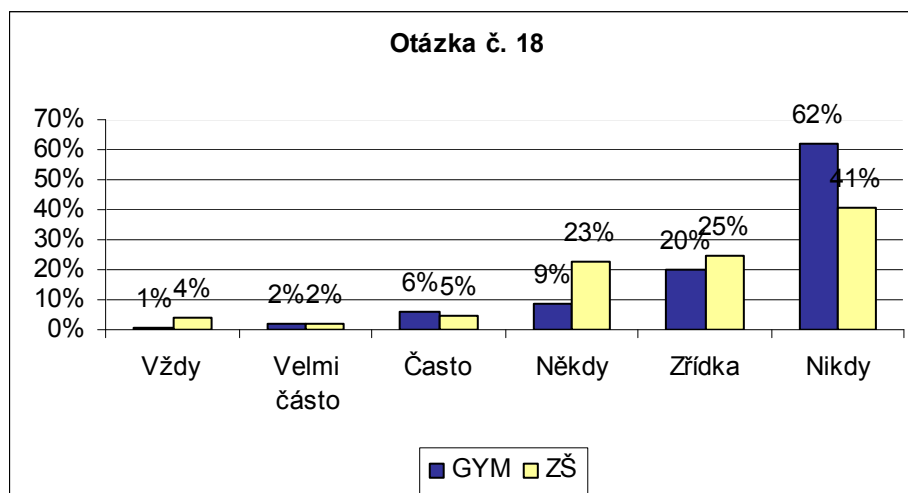
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 46: Otázka číslo 17 – Jím dietní jídla



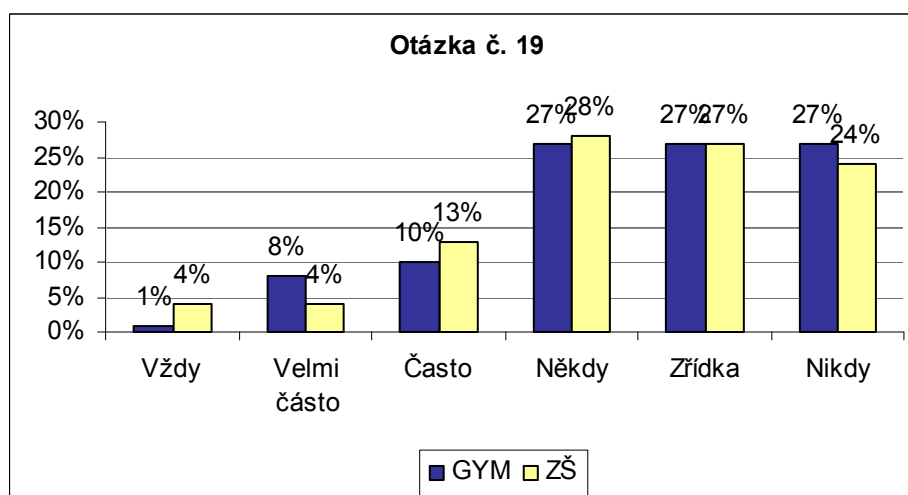
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 47: Otázka číslo 18 – Cítím, že jídlo ovládá můj život



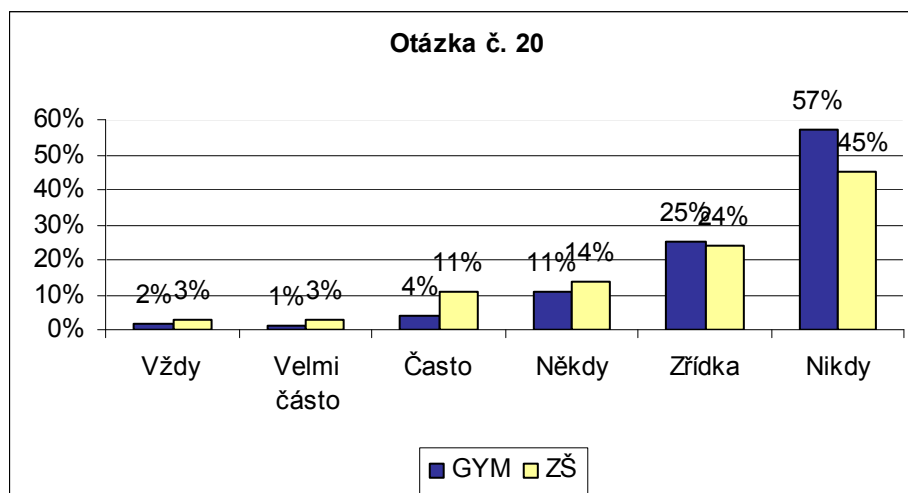
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 48: Otázka číslo 19 – Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo



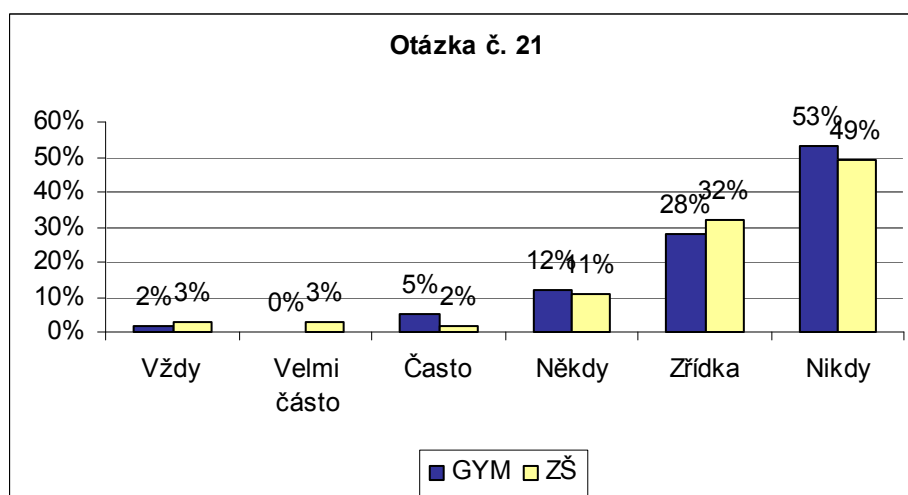
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 49: Otázka číslo 20 – Cítím, že ostatní mě nutí do jídla



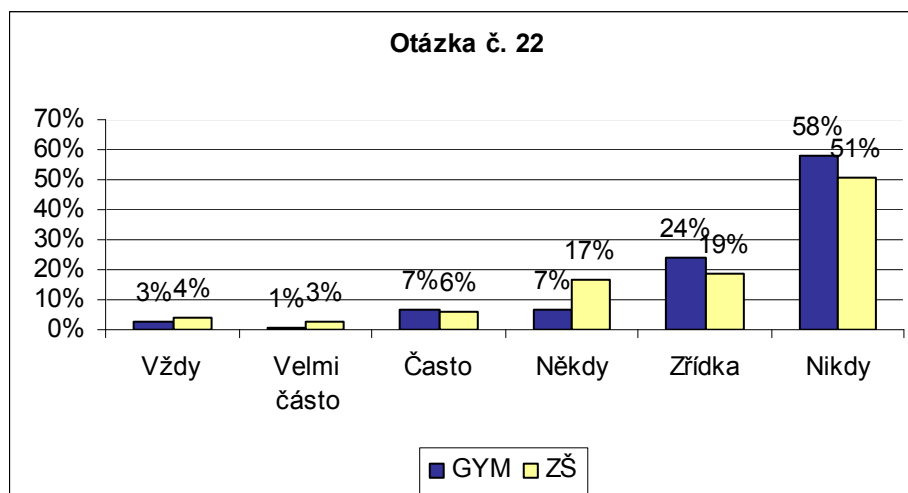
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 50: Otázka číslo 21 – Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu



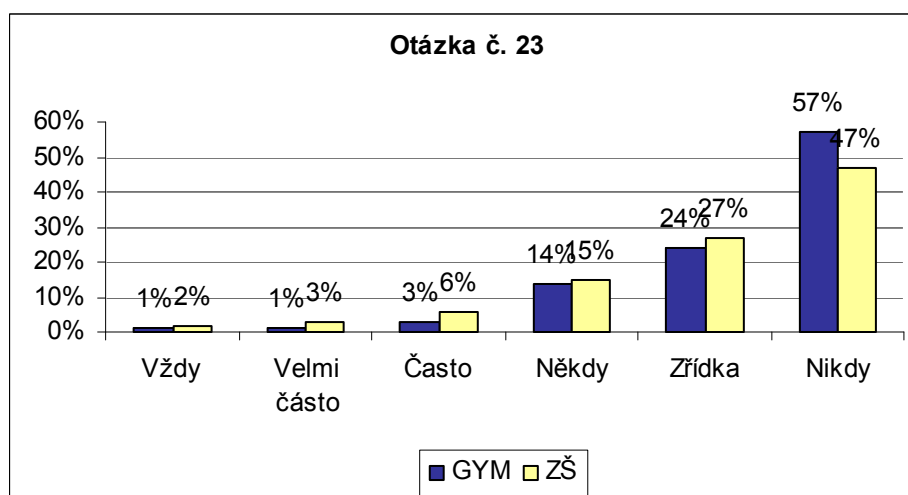
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 51: Otázka číslo 22 – Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně



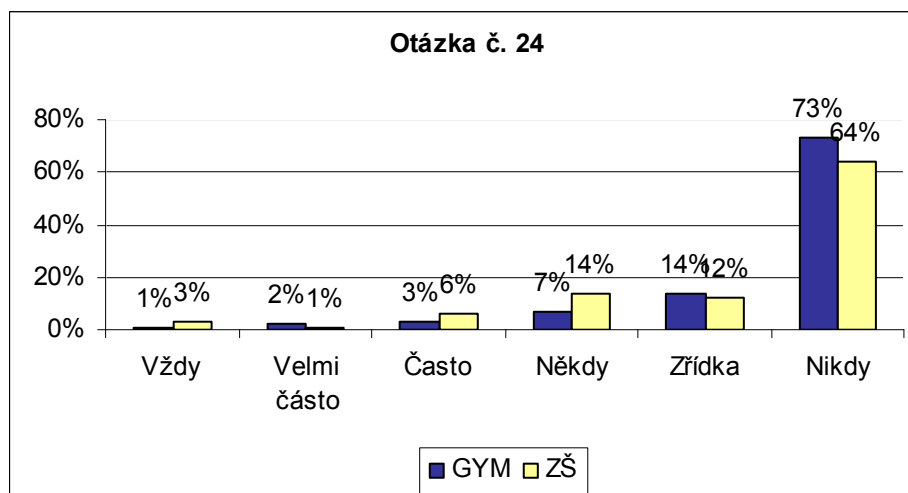
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 52: Otázka číslo 23 – Držím diety



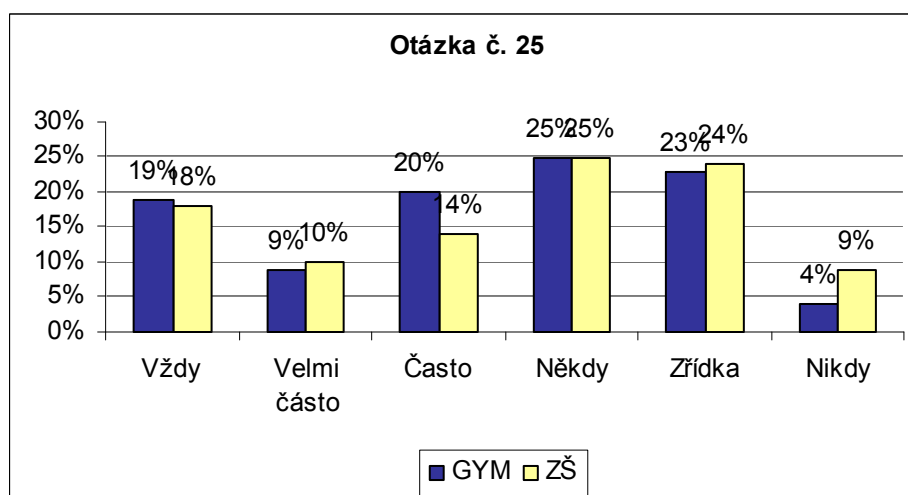
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 53: Otázka číslo 24 – Mám ráda prázdný žaludek



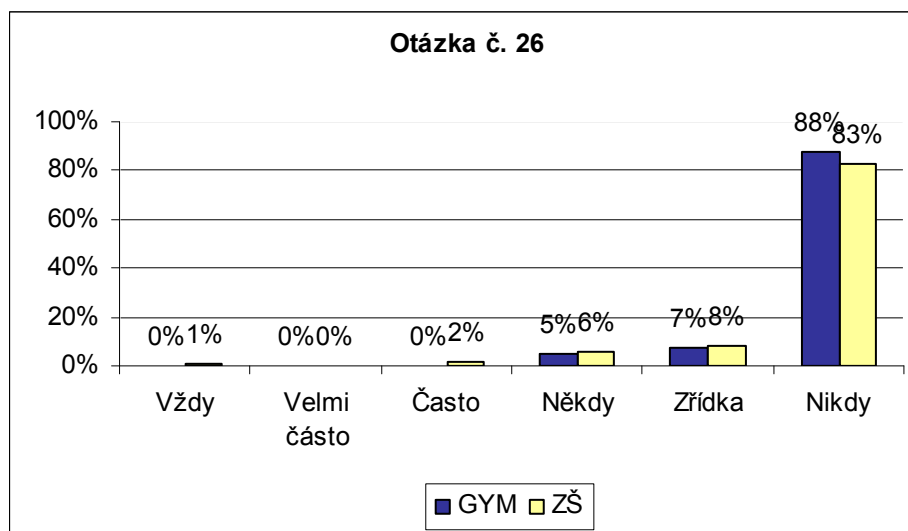
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 54: Otázka číslo 25 – Ráda ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 55: Otázka číslo 26 – Po jídle mívám nucení ke zvracení



Zdroj: vlastní výzkum

Podrobnější popis statistického souboru:

Tab. 4: Souhrnné výsledky dotazníků EAT-26, ZŠ

	BMI	CS	SK I	SK II	SK III
Modus	18,34	0	0	0	0
Medián	19,03	5	3	0	1
MIN	15,43	0	0	0	0
MAX	31,74	56	32	17	18
Průměr	19,40	8,15	5,14	0,86	2,15

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 5: Souhrnné výsledky dotazníků EAT-26, GYM

	BMI	CS	SK I	SK II	SK III
Modus	19,27	2	0	0	0
Medián	19,31	3	2	0	1
MIN	14,1	0	0	0	0
MAX	27,72	32	24	6	11
Průměr	19,51	5,45	3,35	0,55	1,53

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 6: Souhrnné výsledky dotazníků EAT-26, ZŠ+GYM

	BMI	CS	SK I	SK II	SK III
Modus	19,84	0	0	0	0
Medián	19,26	4	2	0	1
MIN	14,1	0	0	0	0
MAX	31,74	56	32	17	18
Průměr	19,46	6,80	4,25	0,70	1,84

Zdroj: vlastní výzkum

BMI = *Body Mass Index (Queteletův index), index hmotnosti těla* – stanoven na základě vztahu:

$$BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$$

Statistická hodnota k porovnání lidí s různou výškou a konstitucí těla.

CS = *celkové skóre* – vyjadřuje množství bodů získaných vyhodnocením dotazníku EAT-26 dle klíče: „vždy“ je hodnoceno jako anorektická (bulimická) odpověď a je hodnocena 3 body, „velmi často“ 2 body, „často“ 1 bod; „někdy“, „zřídka“ a „nikdy“ 0 bodů. Výjimku tvoří otázka číslo 25, která je hodnocena opačným způsobem, tzn. 3 body za „nikdy“, 2 body za odpověď „zřídka“, 1 bod za „někdy“, žádný bod za odpovědi „často“, „velmi často“ a „vždy“.

SK I, SK II, SK III – jednotlivé škály dotazníku EAT-26. Rozložení jednotlivých otázek do škál viz **Tab. 2: Jednotlivé škály dotazníku EAT-26** na str. XXX.

Modus – hodnota, která se v daném statistickém souboru vyskytuje nejčastěji; hodnota s největší relativní četností.

Medián – hodnota dělící řadu hodnot podle velikosti seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny. Patří mezi míry centrální tendence. Platí, že nejméně 50% hodnot je menších nebo rovných a nejméně 50% je větších nebo rovných mediánu.

MIN – minimální hodnota ze souboru

MAX – maximální hodnota ze souboru

Průměr – aritmetický průměr

5. Diskuze

Mentální anorexie a mentální bulimie patří mezi nejčastější onemocnění dívek a mladých žen. Nemocní s PPP představují natolik početnou a různorodou skupinu, že jejich sledování potvrzuje i navzájem odlišné hypotézy. Výzkum je navíc často založen na retrospektivním sebeposouzení nemocného. Některé předpoklady a hypotézy, které se ještě před několika lety zdály být nezpochybnitelné, dnes neplatí, nebo se týkají jen některých pacientů (44).

Výsledky práce je nutno posuzovat s ohledem na anonymní získávání informací. Pro poruchy příjmu potravy je typické nadhodnocování nejen své tloušťky, ale také velikosti proporcí. Je třeba zmínit, že všechny výsledky, kterým jsem na základě vyhodnocení dotazníku EAT-26 získal jsou pouze orientační a je nutné před stanovením diagnózy onemocnění PPP pozitivní výsledky ověřit diagnostickým rozhovorem s příslušně odborným lékařem. Dále je třeba uvést, že ačkoli je dotazník EAT-26 v USA autorizován, pak to samé neplatí pro Českou republiku. Odpovědi dívek v dotazníku nemusí být pravdivé, také je třeba počítat s disimulací symptomů, která je typická u mentální anorexie, na druhé straně také s možnou simulací. Také je třeba vzít v úvahu, že mezi dívkami, které dotazník nevrátily nebo byl vyplněn nedostatečně, mohou být dívky s diagnózou poruchy příjmu potravy, tím by se prevalence poruch příjmu potravy ve sledovaném souboru zvýšila; nebo naopak mohou být přítomny dívky bez patologických postojů k jídlu a tím by se prevalence poruch příjmu potravy ve sledovaném souboru snížila.

Pacientky s mentální bulimií jsou obecně kritičtější a často chtějí své problémy odstranit, dá se tedy předpokládat, že ochota k odpovědím a jejich validita bude vyšší.

Prevalence poruch příjmu potravy se různí podle zdroje, který ji uvádí. Podle internetových zdrojů postihuje MA a MB 3% žen a dívek.

Americké studie vykazují prevalenci mentální anorexie 0,5-3,7%, u mentální bulimie je rozpětí 1,1-4,2%, jiná zjistila prevalenci MA 0,9% a MB 1,5%.

Výzkumy The Center for Eating Disorders také potvrdily 7-12ti násobné zvýšení rizika vzniku PPP, pokud touto nemocí trpěl jiný člen rodiny.

Studie zaměřené na poruchy příjmu potravy, ve kterých byla zkoumána populace dívek a mladých žen koncem 90. let 20. století v zemích západní Evropy a v České republice, zjistily prevalenci mentální anorexie 0,5-1% a u mentální bulimie 1-3% **(32)**.

Výsledky z posledních výzkumů ukazují, že poruchy příjmu potravy ohrožují v České republice asi 1-6% populace dívek a mladých žen. V epidemiologické studii F. Krch a H. Drábková (1996) zjistili, že 76,5% dívek a 35,4% chlapců nebylo spokojeno se svým zevnějškem. Tato nespokojenost nemá stejný význam u chlapců a u dívek. Zhruba polovina z nespokojených chlapců si přála zhubnout, druhá polovina spíše přibrat (přesněji zesílit). U dívek znamená nespokojenost převážně přání být štíhlejší. Zhruba 7,4% respondentek projevilo podle výsledků šetření narušený postoj k jídlu a ke svému tělu. To podle autorů výzkumu odpovídá výsledkům srovnatelných zahraničních výzkumů, zejména z dalších postkomunistických zemí - Macek **(27)**. Ve statistickém souboru této práce bylo nalezeno 19 dívek (přibližně 6,6%), jež dosáhly skóre 20 nebo více bodů. Tato hranice 20 bodů je brána jako riziková mez pro posuzování poruch příjmu potravy. U těchto dívek jsou ve zvýšené míře pravděpodobné rizikové postoje k jídlu, k vlastnímu tělu a rizikové chování ve vztahu k jídlu.

6. Závěr

Poruchy příjmu potravy postihují zejména dívky a mladé ženy. Vrchol počátku onemocnění se uvádí mezi 14. – 15. rokem a mezi 17. a 18. rokem věku. V mladším věku se objevuje zejména mentální anorexie, která často později přejde v symptomatiku bulimickou. Výskyt v mladším věku je méně častý, i když se můžeme setkat s počátkem onemocnění již před 10. rokem. Relativně častěji se můžeme v mladším věku setkat s mentální anorexií u chlapců **(18)**.

Negativní vztah k vlastnímu tělu a narušený postoj k jídlu se úzce váže na sebehodnocení adolescentů. Celková nespokojenost, stres a podle výpovědí respondentů také nuda vedou jak k nadměrné kontrole a restrikci v oblasti jídla, tak k nekontrolovatelnému přejídání a následnému pocitu viny. Poruchy příjmu potravy považujeme za syndrom podmíněný osobnostně, sociálně i kulturně. Klinický obraz poruch příjmu potravy je v současných měnících se společenských podmínkách České republiky stále heterogennější, nemocní v této skupině jsou stále více psychicky a sociálně diferencovaní. Změna stravovacích návyků a postoj k příjmu potravy podléhá jistě kulturním a módním trendům, vedle toho signalizuje zvýšený nárůst poruch příjmu potravy v 90. letech i celkovou změnu v hodnotách a životním stylu dospívajících. Nejde jen o ideál štíhlosti a zdraví, poruchy vztahu k vlastnímu tělu jsou determinovány poruchami celkového sebehodnocení, ambivalentním hodnocením vlastního výkonu a silnou potřebou sebekontroly. Poruchy příjmu potravy souvisejí s problémy s identitou, s nechutí či neschopností zvládnout vývojové úkoly adolescence a se strachem z dospělosti **(27)**.

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější onemocnění u dospívajících dívek a jsou nejčastější příčinou smrti v této populaci.

Tato onemocnění jsou spojena se závažnými somatickými, psychickými a sociálními důsledky. Znamenají závažné zdravotní komplikace související s nedostatečnou výživou. Mají negativní dopad na psychiku dospívajících dívek, které

jsou často úzkostné a depresivní a jejich jediným problémem se stává jídlo a jejich „tloušťka“. Toto všechno vede zákonitě k sociální izolaci.

Cílem práce bylo sledování symptomů poruch příjmu potravy v populaci dívek 13-15 let v 8. a 9. třídách základních škol a odpovídajících ročnících víceletých gymnázií v Českých Budějovicích. Na základě zjištěných hodnot byla stanovena prevalence možných poruch příjmu potravy v souboru. 19 dívek z 288 dosáhlo 20 nebo více bodů v dotazníku EAT-26 - tato hranice je brána jako riziková pro možnost vzniku PPP. Prevalence činila 6,597%. Zjištěná prevalence je tedy o cca 0,6% vyšší, než byla předpokládána literaturou. Hypotézu H^1 lze tedy zamítnout.

Práci lze využít jako screening situace dnešních dospívajících na základních školách a víceletých gymnáziích v Českých Budějovicích, k monitoringu rizikových postojů a chování (ve vztahu k poruchám příjmu potravy) dospívajících dívek.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

7. Použité zdroje

1. *Adolescence* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <<http://www.rodinnaterapie.cz/index.php?page=adolescence>>.

2. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. [online]. Verze 3.3. ©1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. [cit. 2007-03-21].

URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.

3. BRÖHMOVÁ, Patricia. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* 1. vydání. Praha: AMULET, 1999. 176 s. ISBN 80-86299-17-1.

4. *Causes of eating disorders* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL:

<http://www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?WebPage_ID=286&Profile_ID=41144>

5. ČERNÁ, Ria., STÍSKAL, Ondřej. *Druhy pomoci, psychoterapie, psychoterapeutických přístupů a dalších metod*. [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <http://www.pppinfo.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickyh-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657>.

6. ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. *Supplementum 1/2005 - IV. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2005, roč. 101.

7. ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. *Supplementum 1 – Abstrakta – IV. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2003, roč. 99 - březen, ISSN 1212-0383.

8. *Eating disorders* [online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <<http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/ken98-0047/default.asp>>.
9. *Eating disorders* [online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <http://www.ada.org/public/topics/eating_disorders.asp>.
10. *Eating disorder education shows unintended effects* [online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_46339.html>.
11. *Eating disorders: facts about eating disorders and the search for solutions* [online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <<http://www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorders.cfm#ed6>>.
12. GROGAN, Sarah. *Body image*. Přel. Jana Krchová. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.
13. *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems: Measures, Theory and Research*. ALLISON, David, B. 2nd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1995. 656 s. ISBN 0-8039-4791-7.
14. KOCOURKOVÁ, Jana., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Státní zdravotní ústav, 2004
15. KOCOURKOVÁ, Jana., KOUTEK, Jiří. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2001, roč. 2, č. 3, s. 109-111. ISSN 1213-0508.
16. KOCOURKOVÁ, Jana., et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
17. KOUTEK, Jiří., et al. *Biologické faktory u poruch příjmu potravy s raným začátkem onemocnění*. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Praha: 2003, roč. 7. č. 2, s. 47-48. ISSN 1211-7579.

18. KOUTEK, Jiří., KOCOURKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy s raným počátkem onemocnění*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2001, roč. 2, č. 3, s. 136-137. ISSN 1213-0508.
19. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy - mezi nadváhou a vyhublostí* [online]. [cit. 2007-03-21]. URL: <http://www.pppinfo.cz/poruchy-prijmu-potravy---mezi--nadvahou-a-vyhublosti+clanek_show.asp?id=38>.
20. KRCH, František David., et al. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
21. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2004, roč. 5, č. 1, s. 14-16. ISSN 1213-0508.
22. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
23. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002, 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
24. KRCH, František David. *Aspirace v léčbě poruch příjmu potravy*. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Praha: 2001, roč. 5, č. 4, s. 38-39. ISSN 1211-7579.
25. KRCH, František David. *Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů*. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Praha: 2000, roč. 4, č. 4, s. 231-235. ISSN 1211-7579.
26. KRCH, František David., et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

27. MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívání*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
28. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
29. MALONEY, Michael., KRANZOVÁ, Rachel. *Obecně o PPP (poruchách příjmu potravy)*
[online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <<http://www.anabell.cz/obecneoppp.htm>>.
30. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
31. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.
32. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vydání. Praha: ACADEMIA, 2003. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
33. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2002, roč. 3, č. 3, s. 124-128. ISSN 1213-0508.
34. *Nové světlo do problému mentální anorexie* [online]. [cit. 2007-03-21].
URL: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl079.php>>.
35. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum

Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

36. PAPEŽOVÁ, Hana. *Seznam doporučených postupů pro praktické lékaře: Anorexia nervosa, bulimia nervosa*. [online]. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2001. [cit. 2007-03-21].

URL: <http://www.cls.cz/dp/seznam_dp.htm>.

37. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.

38. *Pro-eating disorder websites send dangerous messages* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <http://kidshealth.org/research/ed_sites.html>.

39. *Psychologická charakteristika pubescence a adolescence* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/psychologicka_charakteristika_pubescence_a_adolescence>.

40. *Research studies at The Center for Eating Disorders* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <http://www.eatingdisorder.org/about_the_center/research.php>.

41. SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Přel. Irena Strossová. 1. české vydání.

Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

42. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vydání. Praha: Maxdod, 1996.

504 s. ISBN 80-8580-033-0.

43. *Study tracks prevalence of eating disorders* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <<http://www.nimh.nih.gov/press/prevalence-of-eatingdisorders.cfm>>.

44. ŠVANDOVÁ, Klára. *Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie, mentální bulimie* [online]. [cit. 2007-03-21].

URL: <<http://www.retarder.cz/print.php?id=205>>.

45. YAMAMOTOVÁ, Anna., PAPEŽOVÁ, Hana. *Změny prahu bolesti u mentální anorexie a bulimie v průběhu onemocnění*. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. Praha: 2001, roč. 5, č. 2, s. 147-148. ISSN 1211-7579.

46. ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata., HRDLIČKA, Michal. *Farmakoterapie u mentální anorexie*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2003, roč. 4, č. 6, s. 263-266. ISSN 1213-0508.

8. Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie – mentální bulimie – BMI – dospívání – rizikové faktory – prevalence – EAT-26

9. Přílohy

Příloha 1 – Eating Attitude Test, EAT-26, Garfinkel a Garner, 1982

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1) Mám hrůzu z nadváhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Krájím jídlo na malé kousky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovdanů - cukrů (tj. pečivu, rýži atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedla více	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Po jídle zvracím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Po jídle se cítím velmi provinile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie						
13) Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá (hubená)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Jídlo mi trvá déle než ostatním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Jím dietní jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Cítím, že jídlo ovládá můj život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Držím diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Mám ráda prázdný žaludek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Ráda ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Po jídle mívám nucení ke zvracení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: (13)

Příloha 2 – Doplnující informace k dotazníku EAT-26

Rok narození: _____

Věk: _____

Třída: _____

8.

9.

Současná váha: _____ kg

Výška: _____ cm

Nejvyšší váha v minulosti _____ kg

Kdy (před kolika měsíci)? _____ měsíce

Po jak dlouhé období? _____ měsíce

Jaká je podle vás vaše ideální váha? _____ kg

Příloha 3 – Podrobné výsledky dle škol

Výsledky základních škol 8. třída

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	7	1	9	20	9	21	67
2	0	2	0	13	20	32	67
3	1	1	3	11	19	32	67
4	3	4	2	10	10	38	67
5	2	3	3	14	22	23	67
6	6	4	5	5	14	33	67
7	0	0	1	9	4	53	67
8	4	7	6	11	12	27	67
9	0	0	0	2	3	62	67
10	2	2	0	5	8	50	67
11	8	11	12	6	13	17	67
12	6	7	6	14	18	16	67
13	5	2	4	13	19	24	67
14	5	8	6	10	14	24	67
15	5	1	5	19	25	12	67
16	0	1	2	7	18	39	67
17	0	2	4	17	22	22	67
18	2	0	2	20	17	26	67
19	1	0	6	20	22	18	67
20	0	4	7	10	16	30	67
21	0	2	2	9	22	32	67
22	2	2	3	12	12	36	67
23	0	3	5	9	15	35	67
24	2	1	4	9	7	44	67
25	14	8	7	17	17	4	67
26	0	0	1	1	5	60	67

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky základních škol 9. třída

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	7	8	6	20	9	10	60
2	2	0	2	7	20	29	60
3	4	1	2	12	13	28	60
4	2	1	3	8	14	32	60
5	4	4	3	18	6	25	60
6	2	3	9	12	12	22	60
7	2	1	1	6	11	39	60
8	3	5	3	12	11	26	60
9	1	0	0	2	8	49	60
10	3	2	2	8	11	34	60
11	8	7	11	12	10	12	60
12	8	4	8	10	14	16	60
13	2	3	9	13	11	22	60
14	8	5	6	8	11	22	60
15	3	6	5	14	13	19	60
16	0	1	4	12	16	27	60
17	1	2	4	19	21	13	60
18	3	2	4	9	16	26	60
19	4	5	10	16	12	13	60
20	4	0	7	8	15	26	60
21	4	2	1	4	19	30	60
22	3	2	4	10	12	29	60
23	2	1	2	10	20	25	60
24	2	0	3	9	8	38	60
25	9	5	11	15	13	7	60
26	1	0	1	6	6	46	60

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky základních škol 8+9. třída

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	14	9	15	40	18	31	127
2	2	2	2	20	40	61	127
3	5	2	5	23	32	60	127
4	5	5	5	18	24	70	127
5	6	7	6	32	28	48	127
6	8	7	14	17	26	55	127
7	2	1	2	15	15	92	127
8	7	12	9	23	23	53	127
9	1	0	0	4	11	111	127
10	5	4	2	13	19	84	127
11	16	18	23	18	23	29	127
12	14	11	14	24	32	32	127
13	7	5	13	26	30	46	127
14	13	13	12	18	25	46	127
15	8	7	10	33	38	31	127
16	0	2	6	19	34	66	127
17	1	4	8	36	43	35	127
18	5	2	6	29	33	52	127
19	5	5	16	36	34	31	127
20	4	4	14	18	31	56	127
21	4	4	3	13	41	62	127
22	5	4	7	22	24	65	127
23	2	4	7	19	35	60	127
24	4	1	7	18	15	82	127
25	23	13	18	32	30	11	127
26	1	0	2	7	11	106	127

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky gymnázií - tercie

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	2	3	6	33	24	17	85
2	0	0	0	14	23	48	85
3	1	0	4	16	34	30	85
4	1	3	8	10	18	45	85
5	4	5	8	21	21	26	85
6	5	4	6	12	25	33	85
7	0	0	0	8	14	63	85
8	3	2	6	15	13	46	85
9	0	0	0	1	4	80	85
10	0	2	4	9	20	50	85
11	5	5	10	16	27	22	85
12	9	7	9	18	18	24	85
13	3	3	9	21	21	28	85
14	3	2	7	13	30	30	85
15	4	3	8	22	22	26	85
16	0	3	2	12	17	51	85
17	0	2	4	19	26	34	85
18	1	2	5	4	19	54	85
19	2	9	9	21	25	19	85
20	1	1	2	13	24	44	85
21	2	0	3	12	24	44	85
22	2	2	8	5	20	48	85
23	1	1	3	9	20	51	85
24	1	2	2	6	15	59	85
25	19	7	14	20	21	4	85
26	0	0	0	5	8	72	85

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky gymnázií - kvarta

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	6	4	7	21	15	23	76
2	0	2	0	7	16	51	76
3	2	2	8	18	20	26	76
4	0	1	8	10	16	41	76
5	1	2	8	17	17	31	76
6	4	2	3	18	11	38	76
7	0	0	2	3	15	56	76
8	3	2	4	8	13	46	76
9	0	0	0	0	3	73	76
10	0	3	3	3	18	49	76
11	4	8	4	13	23	24	76
12	8	8	7	15	15	23	76
13	3	2	2	15	19	35	76
14	1	6	6	12	22	29	76
15	1	9	7	16	22	21	76
16	0	0	3	12	21	40	76
17	0	0	5	24	26	21	76
18	1	1	4	11	13	46	76
19	0	3	7	23	18	25	76
20	2	1	5	5	16	47	76
21	1	0	5	7	22	41	76
22	3	0	3	6	18	46	76
23	0	1	2	14	19	40	76
24	1	1	3	6	6	59	76
25	11	7	19	21	15	3	76
26	0	0	0	3	4	69	76

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky gymnázií - souhrn

Číslo otázky	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Součet odpovědí
1	8	7	13	54	39	40	161
2	0	2	0	21	39	99	161
3	3	2	12	34	54	56	161
4	1	4	16	20	34	86	161
5	5	7	16	38	38	57	161
6	9	6	9	30	36	71	161
7	0	0	2	11	29	119	161
8	6	4	10	23	26	92	161
9	0	0	0	1	7	153	161
10	0	5	7	12	38	99	161
11	9	13	14	29	50	46	161
12	17	15	16	33	33	47	161
13	6	5	11	36	40	63	161
14	4	8	13	25	52	59	161
15	5	12	15	38	44	47	161
16	0	3	5	24	38	91	161
17	0	2	9	43	52	55	161
18	2	3	9	15	32	100	161
19	2	12	16	44	43	44	161
20	3	2	7	18	40	91	161
21	3	0	8	19	46	85	161
22	5	2	11	11	38	94	161
23	1	2	5	23	39	91	161
24	2	3	5	12	21	118	161
25	30	14	33	41	36	7	161
26	0	0	0	8	12	141	161

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 4 – Úplný popis souboru

Výsledky dotazníků EAT-26, 8. třída ZŠ (1. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
15,43	6	2	0	4
15,82	11	0	0	11
16,02	2	2	0	0
16,14	2	1	0	1
16,15	0	0	0	0
16,2	0	0	0	0
16,33	7	4	0	3
16,33	7	0	2	5
16,42	3	2	0	1
16,53	1	1	0	0
16,56	3	0	0	3
16,61	9	0	3	6
16,65	6	4	0	2
16,65	7	6	0	1
16,66	2	1	0	1
16,98	0	0	0	0
17,01	0	0	0	0
17,01	2	2	0	0
17,26	0	0	0	0
17,26	1	1	0	0
17,36	10	4	0	6
17,48	7	2	0	5
17,48	6	3	1	2
17,52	7	4	0	3
17,57	51	29	11	11
17,63	0	0	0	0
17,99	7	4	0	3
18,15	7	7	0	0
18,29	0	0	0	0
18,29	15	14	0	1
18,34	27	18	5	4
18,34	1	1	0	0
18,34	2	2	0	0
18,37	0	0	0	0
18,44	1	1	0	0
18,96	15	12	0	3
19,03	0	0	0	0
19,03	6	5	0	1
19,1	5	3	0	2
19,37	18	16	2	0
19,84	0	0	0	0
19,84	6	4	0	2

19,95	4	2	0	2
19,96	15	11	1	3

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, 8. třída ZŠ (2. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
19,98	31	18	1	12
20,07	17	16	1	0
20,07	15	7	5	3
20,08	13	5	0	8
20,32	1	1	0	0
20,41	8	5	2	1
20,48	2	1	1	0
20,52	4	4	0	0
20,55	0	0	0	0
20,55	2	2	0	0
21,05	15	10	0	5
21,14	2	1	0	1
21,16	13	11	1	1
21,23	7	6	1	0
21,3	1	1	0	0
21,94	5	4	0	1
21,97	9	9	0	0
22,04	5	5	0	0
22,21	4	4	0	0
22,86	4	4	0	0
22,99	7	7	0	0
23,14	7	7	0	0
28,55	29	22	5	2

Průměr 18,94 7,16 4,75 0,63 1,79

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, 9. třída ZŠ (1. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
16,6	3	0	0	3
16,61	0	0	0	0
16,85	1	0	0	1
16,9	8	2	1	5
16,98	7	3	0	4
17,06	1	1	0	0
17,1	0	0	0	0
17,1	9	3	0	6
17,23	3	0	2	1
17,3	11	4	0	7
17,51	3	1	0	2
17,58	1	0	0	1
17,63	7	0	0	7
17,78	10	2	0	8
17,86	1	0	1	0
17,93	27	14	1	12
17,96	2	0	0	2
18,07	14	12	1	1
18,15	4	2	0	2
18,26	13	10	0	3
18,26	7	1	0	6
18,37	1	1	0	0
18,38	4	4	0	0
18,59	9	6	3	0
18,87	8	4	0	4
19,03	5	4	0	1
19,05	17	13	2	2
19,1	18	12	0	6
19,2	7	6	0	1
19,26	0	0	0	0
19,38	4	2	0	2
19,47	1	0	0	1
19,53	1	1	0	0
19,59	2	2	0	0
19,61	20	16	4	0
19,61	2	2	0	0
19,72	16	14	1	1
19,72	2	1	0	1
19,84	15	2	12	1
20,08	6	5	1	0
20,29	5	2	0	3
20,45	10	7	0	3
20,55	5	5	0	0
20,98	14	13	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, 9. třída ZŠ (2. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
21,05	3	3	0	0
21,16	0	0	0	0
21,2	7	2	0	5
21,44	56	32	6	18
21,48	8	5	3	0
21,5	2	2	0	0
21,55	12	9	0	3
21,93	12	9	0	3
22,04	55	32	17	6
22,04	5	5	0	0
22,06	39	21	6	12
22,86	5	3	0	2
24,22	4	3	0	1
29,05	5	2	1	2
30,37	20	17	3	0
31,74	11	10	0	1

Průměr 19,85 9,13 5,53 1,08 2,52

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, tercie GYM (1. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
14,1	0	0	0	0
14,45	0	0	0	0
15,06	5	0	0	5
15,37	7	0	6	1
15,43	2	2	0	0
15,63	2	0	0	2
16,23	3	2	0	1
16,33	13	1	1	11
16,71	3	1	0	2
16,85	9	2	3	4
16,85	9	0	3	6
16,87	0	0	0	0
17	1	1	0	0
17,3	8	7	1	0
17,4	6	2	1	3
17,54	7	2	0	5
17,57	5	2	0	3
17,63	4	2	0	2
17,72	0	0	0	0
17,78	1	1	0	0
17,85	3	3	0	0
17,91	9	4	0	5
17,93	5	2	0	3
18	10	8	0	2
18	4	0	1	3
18,07	1	0	0	1
18,18	1	1	0	0
18,29	5	2	0	3
18,37	3	3	0	0
18,39	0	0	0	0
18,42	0	0	0	0
18,49	11	9	0	2
18,59	3	0	1	2
18,66	4	2	1	1
18,67	32	24	3	5
18,73	11	7	1	3
18,83	3	0	0	3
18,94	2	2	0	0
19,05	3	3	0	0
19,06	4	0	3	1
19,1	26	16	2	8
19,1	2	0	0	0
19,2	1	1	0	0
19,25	4	4	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, tercie GYM (2. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
19,26	2	2	0	0
19,27	8	4	0	4
19,27	2	1	1	0
19,33	1	0	1	0
19,38	1	1	0	0
19,38	5	3	1	1
19,6	5	4	1	0
19,65	4	3	0	1
19,71	2	0	0	2
19,72	5	3	0	2
19,83	7	5	0	2
19,84	16	11	0	5
20,07	2	2	0	0
20,08	0	0	0	0
20,2	0	0	0	0
20,2	0	0	0	0
20,31	1	1	0	0
20,34	7	6	1	0
20,42	2	2	0	0
20,44	0	0	0	0
20,48	8	6	1	1
20,55	22	15	3	4
20,57	2	1	0	1
20,66	10	8	0	2
20,82	2	2	0	0
20,83	23	18	2	3
21,05	3	3	0	0
21,51	5	4	0	1
21,53	1	1	0	0
21,63	17	10	1	6
21,83	8	3	2	3
22,04	6	5	0	1
22,23	6	6	0	0
22,23	15	12	2	1
22,32	7	5	0	2
22,32	1	1	0	0
22,59	1	1	0	0
22,95	4	0	2	2
23,78	3	2	0	1
24,68	27	22	0	5

27,13	0	0	0	0
-------	---	---	---	---

Průměr 19,23 5,56 3,40 0,53 1,61

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, kvarta GYM (1. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
16,23	20	5	6	9
16,38	5	0	0	5
16,53	1	0	1	0
16,61	1	1	0	0
16,63	2	0	0	2
16,69	1	1	0	0
17,06	0	0	0	0
17,3	0	0	0	0
17,36	5	3	0	2
17,36	3	0	1	2
17,41	3	3	0	0
17,58	2	0	0	2
17,72	3	1	1	1
17,85	3	3	0	0
17,93	6	4	2	0
17,99	12	0	1	11
17,99	1	1	0	0
18,13	11	7	0	4
18,29	3	0	2	1
18,37	3	0	0	3
18,52	7	5	0	2
18,56	28	23	0	5
18,59	3	1	1	1
18,59	8	4	4	0
18,73	2	0	0	2
18,75	8	7	0	1
18,79	2	0	0	2
18,87	0	0	0	0
19,05	3	0	2	1
19,05	9	6	1	2
19,21	28	22	1	5
19,23	0	0	0	0
19,27	5	5	0	0
19,31	11	3	2	6
19,38	10	8	1	1
19,53	7	6	1	0
19,61	1	0	1	0
19,78	5	2	1	2

19,84	7	5	0	2
19,88	2	2	0	0
19,9	2	2	0	0
20,03	1	1	0	0
20,07	0	0	0	0
20,2	1	1	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníků EAT-26, kvarta GYM (2. část)

BMI	CS	SK I	SK II	SK III
20,27	2	2	0	0
20,31	5	4	0	1
20,42	2	1	0	1
20,44	1	1	0	0
20,45	0	0	0	0
20,45	8	0	0	8
20,57	3	0	0	3
20,58	2	2	0	0
20,76	5	5	0	0
20,8	4	4	0	0
20,86	1	0	1	0
20,88	5	3	2	0
20,94	1	1	0	0
20,96	28	23	0	5
21,11	0	0	0	0
21,14	11	11	0	0
21,14	3	2	0	1
21,26	11	7	2	2
21,3	0	0	0	0
21,3	17	12	3	2
21,58	3	3	0	0
21,67	2	1	1	0
21,93	6	6	0	0
22,23	8	6	0	2
22,31	12	8	0	4
22,59	7	3	1	3
22,68	1	1	0	0
23,18	0	0	0	0
23,66	7	2	3	2
23,88	2	2	0	0
24,58	6	4	2	0
27,72	7	5	0	2

Průměr 19,79 5,33 3,30 0,58 1,45

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 5 – Poškození zubní skloviny způsobené opakovaným zvracením



Zdroj: (9)

Příloha 6 – Anorektický vzhled některých modelek





Zdroj: (9)