

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**BODY IMAGE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEHO  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ DOPADY**

Bakalářská práce

Autor: Klára Pulcová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šulěřová

Datum odevzdání práce: 12.5.2008

## **ABSTRACT**

Eating disorders present very compelling health and social problems. These are psychological malfunctions which can have non-reversible health consequences. These days approximately five percent of namely young girls suffer with this type of malfunction, and according to research, this number constantly grows. Eating disorders are in direct relationship with misinterpreted (negative) self image, namely with non-adequate perception of one's own body.

The research goal of this work was to map questions of body image towards the relationship to eating disorders and find out possible common or different signs in self evaluation of girls who did not suffer from eating disorders.

The work is conceived as explorative research combining components of quality and quantity research. Used in both forms of research a methodology of interviews – in the quality part there was used the technique of half-standardised interviews, and in the quantity, the questionnaire technique.

The target group was girls who suffered from a serious eating disorder. In the quantity part, the target group was girls between the age 14-25. The research took place in elementary and grammar schools and colleges in České Budějovice.

Based on the quality research, the hypothesis of body image was framed in the ages of 14-25 years old. Based on the quantity research, general positive assessment with self appearance without view to the age was found, but also was found dissatisfaction - not so essential in girls with an eating disorder.

This work was supposed to lead to increasing of awareness regarding given questions of both non-professional and professional public. I would recommend to increase awareness, not only in consequences of these disorders, but also regarding the long-term ineffectiveness and health wake of inadequate weight-loss methods in both elementary and grammar schools, due to the fact that this is the time most essential for the origin of eating disorders.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Body image u poruch příjmu potravy a jeho zdravotně sociální dopady jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 12.5. 2008

.....

### Poděkování:

Zde bych chtěla poděkovat především Mgr. Kateřině Šulěrové za přijetí mnou navrženého tématu, za její odbornou pomoc a vedení a za celkovou podporu. Děkuji také všem dívkám, které souhlasily s rozhovorem i ostatním dívkám, které odpovídaly na dotazník. V neposlední řadě také děkuji svým blízkým, kteří mě po celou dobu psaní této práce podporovali.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	8
1.1 Tělesné sebepojetí .....	8
1.1.1 Pojem tělesné sebepojetí .....	8
1.1.2 Definice tělesného sebepojetí .....	9
1.1.3 Význam tělesného sebepojetí .....	10
1.1.4 Tělesné sebepojetí u ženy .....	10
1.1.5 Ideál krásy .....	11
1.1.5.1 Působení společenského ideálu .....	12
1.1.6 Vliv masmédií na tělesné sebepojetí .....	13
1.1.7 Tělesné sebepojetí a poruchy příjmu potravy .....	15
1.2 Poruchy příjmu potravy .....	17
1.2.1 Pojem poruchy příjmu potravy .....	17
1.2.1.1 Definice mentální anorexie .....	18
1.2.1.2 Definice mentální bulimie .....	19
1.2.2 Výskyt poruch příjmu potravy - situace v ČR .....	20
1.2.3 Průběh poruch příjmu potravy .....	20
1.2.3.1 Klinický obraz mentální anorexie .....	21
1.2.3.2 Klinický obraz mentální bulimie .....	23
1.2.4 Příčiny poruch příjmu potravy .....	25
1.2.4.1 Biologické faktory .....	25
1.2.4.2 Individuální faktory .....	26
1.2.4.3 Genetické a rodinné faktory .....	27
1.2.4.4 Sociálně kulturní vlivy .....	28
1.2.5 Léčba poruch příjmu potravy .....	29

1.3 Důsledky poruch příjmu potravy.....	33
1.3.1 Zdravotní dopady.....	33
1.3.1.1 Následky nedostatečné výživy - hladovění.....	33
1.3.1.2 Následky přejídání a zvracení.....	36
1.3.1.3 Následky užívání diuretik, projímadel a ostatních přípravků.....	37
1.3.2 Psychosociální dopady.....	38
1.3.3 Prevence.....	41
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>42</b>
2.1 Cíle.....	42
2.2 Dílčí cíle.....	42
2.3 Hypotézy.....	43
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>44</b>
3.1 Použitá metoda.....	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	46
<b>4. VÝSLEDKY.....</b>	<b>47</b>
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu - případové práce.....	47
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu.....	63
<b>5. DISKUSE.....</b>	<b>77</b>
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>80</b>
<b>7. SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>81</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>83</b>
<b>9. PŘÍLOHY.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy představují závažný zdravotní a sociální problém. Jsou onemocněním vyskytujícím se převážně u mladých dívek. V současné době touto skupinou poruch trpí v České republice přibližně 5% dívek. Tyto poruchy souvisí s negativním vnímáním vlastního tělesného schématu, které ve svých důsledcích může vést až ke smrti. Vzhledem k závažnosti této problematiky a s ohledem na to, že se dotkla i lidí mně blízkých, jsem se rozhodla ji věnovat pozornost ve své bakalářské práci.

Dalším znepokojujícím faktem pro mne byla patrná nespokojenost dívek se svým vzhledem, která se v dnešní době objevuje. Dívky se snaží držet krok s diktátem módního průmyslu a jsou ochotné pro to udělat maximum, mnohdy i na úkor svého zdraví. Zřejmý je v tomto ohledu vliv médií, která téměř každý den seznamují ženskou populaci s novými prostředky, jak dosáhnout současného ideálu krásy.

Cílem této práce je zmapovat problematiku body image u poruch příjmu potravy a zjistit, zda existují společné znaky či rozdíly ve vnímání vlastního vzhledu u dívek základních, středních a vysokých škol. Zároveň může tato práce posloužit k vyšší informovanosti široké veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy jako takové, o průběhu, léčbě a především o dopadech těchto onemocnění.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

### **1.1 Tělesné sebepojetí**

Tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje. Mění se normy a hodnoty v různých kulturách, epochách nebo prostředích ovlivňují naše sebepojetí. V současné době se začíná pěstovat kult, který na naše tělo klade náročné požadavky (aby bylo zdatné, opálené, štíhlé a bez tuku, zdravě vypadající...). Tělo se stává designérským produktem a objektem, do kterého musí být investováno. Tělo bývá často veřejně prezentováno i jako symbol úspěchu... Z těchto důvodů je tělo považováno za jednu z nejdůležitějších komponent celkového sebepojetí. Tělesné sebepojetí proto sehrává v životě dnešního člověka výraznou roli (Fialová, 2001).

#### **1.1.1 Pojem tělesného sebepojetí**

Pojmy související s tělem jsou často přejímány z cizích jazyků, avšak nejsou užívány jednotně. Množství a víceznačnost takto užívaných pojmů ztěžují pochopení a možnost srovnání odborných publikací (Fialová, 2001).

Vědecký výklad začíná zhruba na přelomu 19. a 20. století. Prvním, kdo se začal zabývat psychologickými a sociologickými aspekty vnímání těla, byl ve dvacátých letech 20. století německý psycholog Paul Schilder. Do té doby se výzkum vnímání obrazu těla omezoval na studium percepce těla, narušené kvůli poškození mozku (Grogan, 2000). K označení určitého rámcového obrazu, který má každý člověk o své osobě, užívá Schilder označení anglického neurologa H. Heada - „Köperschema“. Toto schéma „o sobě“ obsahuje také představy o jednotlivých částech těla a jejich vzájemných prostorových vztazích (Fialová, 2001).

V současné době se nejčastěji používá k označení zkušenosti s vlastním tělem pojem body image, který se do češtiny překládá jako představa o vlastním těle, tělesné sebepojetí nebo tělesné schéma (Hrachovinová, Chudobová, 2004, in Platinová 2006, s. 20).



### 1.1.2 Definice tělesného sebepojetí

Tělesné sebepojetí chápeme jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla. Zahrnuje v sobě vlastní stanovisko, i význam okolí. Má souvislost s prožíváním těla, které je subjektivní a těžko měřitelné (Fialová, 2001). Pod tento pojem řadíme všechny představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu. Proto má tělesné sebepojetí (body image) kognitivní, afektivní i konativní komponenty, které ho charakterizují (Mrazek, 1983 in Fialová, 2001).

Schilder (1950 in Grogan 2000, s. 11) definoval způsob vnímání těla jako „obraz vlastního těla, který si vytváříme v mysli, to znamená způsob, jakým se tělo jeví nám samým“. Dle Marádové (2000) znamená body image postoj k vlastnímu tělu, zahrnující vnímání a hodnocení tělesných rozměrů, představu o ideální postavě, hmotnosti aj. Obdobným způsobem vysvětluje Grogan (2000) body image jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Tělesné sebepojetí takto zahrnuje odhad velikosti těla (percepce), hodnocení přitažlivosti těla (stanovisko) a emoce spojené s tvarem a velikostí těla (pocity).

Základními složkami tělesného sebepojetí podle Mrazka (1986 in Fialová, 2001) jsou vzhled, zdatnost a zdraví. Jejich význam se mění s věkem a je závislý na pohlaví.

Vzhled má výrazný vliv na celkové sebepojetí. Představy o vlastním těle jsou důležitými komponentami individuálního přijímání skutečnosti. Snaha po zdokonalení tělesného vzhledu se může stát hnacím motorem pro zdravý způsob života a ovlivnit pohybové aktivity i působit na správné výživové návyky (Fialová, 2001).

Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace z roku 1948 definováno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Vurm, 2004, s. 22). Na jedné straně lze mluvit o zdraví objektivním a subjektivním, na druhé straně pak o zdraví tělesném a duševním (Fialová, 2001).

Zdatnost je schopnost těla fungovat s optimální účinností a hospodárností. Vyjadřuje dosažení harmonie těla a ducha. Dobrá tělesná kondice dovoluje větší tělesnou zátěž, účinnější obranu proti nemoci, vede k duševní vyrovnanosti a atraktivnímu vzhledu. (Fialová, 2001).

### **1.1.3 Význam tělesného sebepojetí**

Všeobecně je známo, že vnímání těla a představy o těle zásadně ovlivňují identitu osobnosti, zejména v prvních letech života, kdy se vytváří základ pro rozlišování „Já“ a „okolí“ (Mrazek, 1986 in Fialová, 2001). Tělo je hlavním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, a proto je i klíčem k pochopení celého „já“ a významně ovlivňuje naše sebedefinování. Přestože má člověk dar myšlení a řeči, jsou jeho emoce a zdraví výstižněji vyjadřovány prostřednictvím těla. Způsob, jakým vnímáme tělo a pohyb a jakou mají pro nás důležitost, určuje naši fyzickou identitu (Fialová, 2006).

Výzkum tělesného sebepojetí jako důležité složky celkového sebepojetí je však u starších jedinců (pubescentů, adolescentů a dospělých) podceňován a méně frekventován (Fialová, 2001).

### **1.1.4 Tělesné sebepojetí ženy**

Tělo jako základní součást lidského bytí představuje pro ženu v sociálním kontextu zvláštní objekt a má současně i specifickou funkci v procesu socializace ženy. Sociální uznání ženy závisí mnohem více na jejím vzhledu, především na její tělesné stavbě, zatímco muži mohou prokázat svou výkonnost např. úspěchem v práci, penězi, mocí (Mrazek, 1986 in Fialová, 2001). Ženské tělo zůstává pod vlivem společenského inscenování kulturním produktem, dostává se pod silný tlak reklamy a médií a je stále konfrontováno s aktuálním ideálem krásy. Neexistuje téměř žádná možnost tomuto tlaku okolí uniknout, prakticky není možné nepřenést předkládaný ideál do vlastního sebepojetí. (Fialová, 2006).

Od dětství je dívkám vštěpováno, že krásný zevnějšek má pro ně větší sociální význam a musí mu být věnována větší pozornost. Již dívky ve věku 8 let uvádějí nespokojenost s tělesnou hmotností a postavou a preferují společensky žádané štíhlé tělo. Patrná je objektivizace a kritika vlastního těla. Ženy jsou již od základní školy vnímavé ke společenským tlakům na vzhled jejich těla (Grogan, 2000).

Výsledky studií ukazují, že postoje, prožívání a často i každodenní život dívek a mladých žen v České republice jsou ovládány strachem z nadváhy, nadměrného energetického příjmu nebo nezdravé výživy, které mají významný vliv na jejich životní styl a sebehodnocení (Krch, 2005). Nejkritičtější období je pak adolescence, která je chápána jako doba změn, sebeuvědomování a hledání identity. Právě v tomto období vrcholí u dívek obavy o obraz postavy vzhledem k probíhajícím fyzickým změnám (Fialová, 2001). Jak uvádí Marádová (2007), zatímco chlapci přibývají především na svalové hmotě a tím se přibližují kulturnímu ideálu krásy, děvčata přibývají především na tukové hmotě a vzdalují se „anorektickým“ proporcím současného světa módy. Většina mladých dívek ve věku 13-16 let je tak nespokojena se svým tělem, připadá si tlustá a chtěla by zhubnout. Dospívající dívky nejsou v souladu se svým tělem a jejich postava se pro ně stává jednou z nejdůležitějších starostí (Fialová, 2001).

### **1.1.5 Ideál krásy**

Touha po kráse, ke které patří půvabný a přitažlivý vzhled, je stará jako lidstvo samo. V dějinách se ženy snažily napodobovat ideály, aby si získaly společenské uznání a obdiv společnosti (Crooková, 1995). Představa o tom, co je krásné, tedy ideál krásy, se však stále mění a každá doba si vytváří svůj vlastní typ a vlastní podobu toho, co považuje za krásné. Souvisí to vždy s právě panujícím způsobem života, hospodářskými i společenskými poměry, ale i názorem každého jednotlivce (Rozsivalová, 1996).

Ideál ženské krásy je dnes spojován s kostnatou vyhublostí a chlapeckými tělesnými proporcemi, přestože většina obyvatel ekonomicky vyspělých zemí přibývá na váze. Jen méně než pět procent žen ve věku mezi osmnácti a třiceti lety se však může porovnávat s top modelkou Naomi Campbellovou, měřící 180 cm a vážící 48 kg. Podobně „perfektní“ tělesné míry nejenže odporují přirozenosti lidského těla a jsou známkou spíše chorobnosti než krásy, ale pro většinu žen může být pokus přiblížit se jim vyloženě nebezpečný (Krch, Richterová, 1998).

Štíhlost je dnes chápána jako žádoucí vlastnost a je spojována se sebekontrolou, elegancí, přitažlivostí a mládím (Fialová, 2001). Život lidí, kteří nevyhovují tomuto

štíhlému ideálu, je poznamenán různými předsudky. Thomas Cash (1990 in Grogan, 2000) tvrdí, že už malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a nechtějí si hrát s dětmi, jež mají nadváhu. Připisují jim záporné vlastnosti a tento předsudek přetrvává až do dospělosti. Ve srovnání se štíhlými lidmi bývají silní lidé pokládáni za méně aktivní, méně inteligentní, méně pracovité, méně úspěšné a méně oblíbené.

Štíhlost se tak stává ztělesněním společenské hodnoty. Důraz, jaký se v současnosti v naší společnosti klade na dobrý vzhled, převažuje nad hodnocením charakteru, osobitosti, produktivity a společenského přínosu. Žijeme ve světě, který na nás nejrůznějšími způsoby tlačí, abychom přizpůsobili svůj vzhled i chování obecným zákonům této společnosti. Přehnaný zájem o hmotnost se tak nyní stává společenskou normou (Crooková, 1995).

#### ***1.1.5.1 Působení společenského ideálu***

Po celý vývoj lidstva byly ženy často vedeny k tomu, aby přizpůsobovaly tvar své postavy a tělesnou hmotnost soudobým trendům. Příkladem může být bandážování nožek již čtyřletých dívek v Číně nebo barokní ideál velkého poprsí a „vosího pasu“, který byl vykoupen velkými bolestmi, způsobenými šněrovačkou, jež byla vyztužena až jedním kilogramem rybích kostí...(Rozsivalová, 1996).

Dnes se rozšířeným a samozřejmým jevem všedního dne mnoha lidí staly diety a omezování jídla. Toto chování je motivováno především nespokojeností s vlastní hmotností nebo postavou a touhou po štíhlosti, která se stala hodnotou a cílem snažení mnoha lidí. (Rittner, Mrazek, 1986 in Fialová, 2006). Podle Sarah Grogan (2000) je většina žen nespokojena zejména s břichem, boky a stehny, a chce být štíhlejší než v současnosti je. Žena často považuje malou velikost za magickou - bude-li jí moci nosit, splní se jí všechny sny. Při vstupu do místnosti bude okamžitě vítána a obdivována. Jakmile zhubne, podaří se jí uskutečnit všechno, co si předsevzala. Bude uznávaná, zajímavá, sexuálně přitažlivá. Bude společensky silná... (Crooková, 1995).

Ženy, které neakceptují svá vlastní těla, nenávidí své rozměry a svou hmotnost, pak mají problém uvěřit tomu, že jiní lidé je akceptovat mohou. Nejsou si jisty svým místem

ve společnosti, tím, jestli jsou v ní vítány. To hluboce poznamenává jejich životy (Crooková, 1995). Nejčastější psychická onemocnění u žen tak vznikají na základě ženské socializace, pohlavně specifického očekávání rolí a poškozujících společenských požadavků (Siebrasse, 1995 in Fialová, 2001).

Tlak, který nutí ženy omezovat se v jídle ve snaze zhubnout, je však stále intenzivnější a destruktivnější. Výsledky Gallupova průzkumu ukazují, že v roce 1950 věřilo 44 % žen, že jsou obézní. V roce 1973 to už bylo 55 % žen a v roce 1980 bylo 70 % vysokoškolsky vzdělaných žen přesvědčeno, že mají nadváhu. V roce 1990 je to dokonce téměř 80 % všech žen, které se domnívají, že mají nadváhu (Crooková, 1995). Podobná čísla uvádějí i Krch a Richterová (1998) podle jejichž výsledků více než tři čtvrtiny sledovaných pražských studentek bylo nespokojeno se svým tělem a 69 % dívek chtělo zhubnout, přestože mělo normální tělesnou hmotnost.

Největší hrozbu pak způsobuje společenský ideál v již zmíněném období puberty. V této době se dívky často necítí úplně dobře a hledají příčiny v sobě. Změna vlastního těla, které se začíná zaoblovat a přijímá „ženské tvary“, přináší zmatek, strach a pocit bezmocnosti. Změněné reakce okolí na tělesnou proměnu dívky vyžadují nová pravidla chování, která mají souvislost s jejich vlastními dosavadními zkušenostmi. Tato nejistota vede k tomu, že dívky prahnoucí po štíhlosti vidí řešení v odpírání si jídla a trénování těla. Tímto způsobem chtějí dostat situaci opět pod kontrolu (Fialová, 2001). Dospělé ženy, které strávily svá léta dospívání posedlostí vlastním tělem, pak mohou mít problémy s realistickým posuzováním sebe samých (Crooková, 1995).

### **1.1.6 Vliv masmédií na tělesné sebepojetí**

Existuje obecná shoda v tom, že pokud jde o dosažení určité postavy, je tlak na ženy silnější než obdobný tlak na muže. Studie, které se zabývaly zobrazením obou pohlaví, zjistily, že muži a ženy jsou zobrazováni výrazně odlišným způsobem, pokud jde o tělesnou hmotnost. Dle obsahové analýzy jsou ženy v médiích zobrazovány jako abnormálně štíhlé, zatímco muži bývají zobrazováni ve standardní tělesné hmotnosti (Grogan, 2000).

Již Garner et al. (1985 in Krch, 2005) poukázali na to, že jsou ženy oběťmi tragického souboru norem fyzického vzezření, které je vystavily intenzivnímu tlaku na dodržování diety, tak, aby vyhovely společenským představám o štíhlosti. Významnou roli připisují zejména negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích či divácích falešnou představu, že „všechno je možné“, resp. že je možné snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, nebo že si můžeme zvolit tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů.

Nejčastěji jsou v médiích zobrazovány mladé dívky s dokonalou vizáží, mající „ideální proporce“. Vyvolávají tak v ženách touhu přiblížit se dokonalému vzhledu, podporují v nich kult „ženskosti“ a mohou měnit jejich pohled na sebe samu tím, že je naučí společensky přijatelné způsoby, jak se chovat (Grogan, 2000). Dokonalost ale neexistuje a mnoho „ideálních“ žen ve skutečnosti vypadá jinak, než jak jsou prezentovány v médiích (Rushtonová, 2000).

Rostoucí tlak na ženy nutí je snižovat váhu a omezovat se v jídle je zřejmý i z mnoha článků, věnovaných dietám, jejichž počet neustále roste. Finanční prostředky, zaplacené za reklamu těchto převážně dlouhodobě neúčinných, a často dokonce zdravotně nebezpečných prostředků, se stávají významnou položkou v rozpočtu řady časopisů, které pak samozřejmě nemají nejmenší zájem na zveřejňování protikladných informací (Krch, Richterová, 1998).

To vše v ženách vzbuzuje pocit, že je neustále co zlepšovat. Chtějí-li být uznávány, musí měnit, tvarovat, redukovat, odstraňovat - udělat ze sebe někoho jiného. A protože dosáhnout dokonalosti je nemožné, musí v nekonečné honbě za dokonalým tělem neustále pokračovat a zapírat tak svou jedinečnost a osobitost, která je jim vlastní. V jejich myslích se tak pomalu usazuje mýtus dokonalého těla prezentovaný médii. Prohlubuje se rozdíl mezi tím, jaké by měly být, a tím, jaké jsou. Obraz v zrcadle neodpovídá ideálu, jež panuje v naší společnosti. Důsledkem toho je snaha změnit tělo nepřetržitými dietami nebo se mění postoj k vlastnímu tělu jako k něčemu, co nelze ovlivnit, co je cizí. Duše a tělo se tak dostávají do vzájemného konfliktu (Fialová, 2001).

### 1.1.7 Tělesné sebepojetí a poruchy příjmu potravy

V současné době neustále přibývá stravovacích poruch, které souvisí s vnímáním vlastního těla. Stále častěji se setkáváme se subjektivním pocitem přílišného rozporu mezi vlastní reálnou podobou těla a ideální postavou. Výzkum na toto téma ukazuje skutečně nebezpečný vývoj v tomto směru v posledních letech (Fialová, 2006).

Williamson (1990 in Krch, 2005) popsal tři základní typy poruchy tělesného schématu (body image): 1. zkreslené vnímání velikosti těla, které odráží stupeň percepční přesnosti ve vnímání aktuálních tělesných rozměrů; 2. preference štíhlosti, kdy individuální představa o ideálních rozměrech je užívána jako standard určující míru spokojenosti s vlastním tělem; 3. spokojenost s vlastním tělem, která odráží diskrepanci mezi hodnocením svého těla a ideálu.

Podle Orbachové jsou ženy od útlého věku vedeny k tomu, aby své tělo považovaly za obchodní artikl. Ženské tělo je využíváno k humanizaci a prodeji zboží v západní spotřební kultuře. Skutečnost, že se tělo ženy stává předmětem, vede ke vzniku problémů spojených s vnímáním obrazu těla. „Ochota, s jakou ženy všech tříd, etnik a generací přijímají představu, že jejich tělo je jako zahrada - prostor pro neustálé zlepšování a tvarování - je zakořeněna v chápání těla jako zboží. Spotřební společnost, ve které ženské tělo hraje klíčovou roli při polidštění jiného zboží, zatímco samo je prezentováno jako nejlepší zboží, vytváří u žen všechny možné problémy s vnímáním vlastního těla, a to jak na úrovni zkreslené představy o vlastním těle i tělech ostatních, tak tím, že vede k odcizení od vlastního těla“ (Orbachová, 1993 in Grogan 2000, s. 51).

Způsob vnímání a prožívání vlastního těla je subjektivní a je otevřený působení společenských vlivů. Mezi faktory, které zřejmě nejpřesněji predikují spokojenost s vlastním tělem, lze počítat společenskou zkušenost, sebevědomí a pocit kontroly nad vlastním životem (včetně pocíťované kontroly nad vlastním tělem.) Pocit mladých žen, že nemají nad sebou kontrolu, může být důležitý pro rozvoj poruch příjmu potravy (Grogan, 2000). Slade (1982 in Grogan, 2000) soudí, že mladé ženy ohrožené anorexií se snaží vyrovnat se stresem a pocitem nedostatky kontroly tím, že hladověním získají kontrolu nad svým tělem.

Negativní vztah ke svému tělu u pacientů s poruchami příjmu potravy (dále jen PPP) se projevuje v nerealistickém hodnocení tělesných proporcí, snahou o vyhýbání se konfrontace s vlastním tělem, snahou o extrémní vyhublost. Zároveň je u nich patrný rozdíl mezi tím, jak hodnotí vlastní proporce a proporce druhých, mají zkreslené představy o tom, jak je samotné hodnotí druzí lidé (Konečná, Kulhánek, 2005).

Především dívky s bulimií se ve svém těle cítí špatně. Zacházejí s ním, jako s nepřítelem - neustále ho pozorují, kritizují a bojují proti němu. Mnoho pacientek se nemůže na sebe podívat do zrcadla, dotýkat se sama sebe nebo připustit, aby se jich dotýkal někdo jiný (Papežová, 2003). Dívky trpící anorexií jsou ale oproti bulimičkám se svojí postavou v podstatě spokojené. Uspokojuje je fakt, že se jim daří kontrolovat se v jídle. Protože je to často jediná aktivita, ve které jsou skutečně „úspěšné“, je pro ně obtížné se jí vzdát, a to i ve chvíli, kdy už začínají pociťovat závažné zdravotní problémy (Krch, Richterová, 1998). Hilda Bruch (1962 in Krch, 2005, s. 166) popisuje tuto poruchu tělesného schématu jako „absenci pocitu zneklidnění kvůli vyhublosti, a to i v případě, že je velmi pokročilá, a urputnost, se kterou je často žalostný vzhled vnímán jako normální a jako jediná pojistka proti obávanému studu“.

Orbachová říká, že anorexie je pokusem žen o získání síly, protože nejíst, když člověk hladoví, představuje akt odvahy a zoufalství. Domnívá se, že anorexie jen okrajově souvisí se štíhlostí. Důležité je, že tato štíhlost představuje signál pro společnost, která oceňuje sebezapření, tj. schopnost odpírat si a ovládat své potřeby. Orbachová demonstruje, jak odmítání potravy zvyšuje sebevědomí, vytváří kolem ženy jakousi psychologickou bariéru a dodává jí pocit kontroly. Chápe tedy anorektičky jinak než ženy, které pouze drží dietu. Primárním cílem těchto žen je štíhlost sama o sobě, zatímco hlavním cílem anorektiček je sebekontrola a sebezapření (Grogan, 2000).

Zájem o tělesnou hmotnost a postavu tedy nabývá u osob s PPP velkého a zvláštního významu. Oceňují sama sebe především podle své hmotnosti a postavy. Žádný jiný aspekt nehraje v jejich sebehodnocení tak významnou roli. Jejich život ovládají starosti o váhu a tvar postavy. Jsou přesvědčeny, že sebeúcta závisí na hmotnosti a na linii postavy. Řada odborníků se domnívá, že pokřivené chápání tvaru, hmotnosti postavy a jejich významu je u PPP vlastně klíčovou poruchou (Cooper, 1995).



## **1.2 Poruchy příjmu potravy**

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění či přijímání nedostatečného množství hodnotné stravy v důsledku dodržování různých diet bylo součástí náboženských obřadů, protestních činů či reakcí na špatné životní podmínky. V současné době patří tyto poruchy mezi častá onemocnění především dívek a mladých žen. Postupně narušují psychický, sociální a profesionální život nemocných. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich rodinám, přátelům a v neposlední řadě i jejich učitelům a spolužákům (Marádová, 2007). Staly se centrem zájmu nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale také předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží rozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu, výkonu a slasti (Kocourková et al., 1997).

### **1.2.1. Pojem poruchy příjmu potravy**

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii (Krch, 2005).

Přes zdánlivou odlišnost jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (Krch, 2005). Mohou se objevit každá zvlášť nebo obě zároveň (Krch, Richterová, 1998). Někteří autoři považují oba syndromy pouze za určité varianty základního onemocnění, někdy je bulimická varianta pojímána jako chronická varianta mentální anorexie. Uvádí se, že bulimickou symptomatiku vyvine 30-50 % mentálně anorektických pacientek. Jiní tyto syndromy odlišují a pro oba vymezují specifické diagnostické charakteristiky. V případě, že některý z klíčových znaků chybí, ale přitom se projevuje typický klinický obraz, lze dle MKN 10 tuto poruchu hodnotit jako atypickou (Kocourková et al., 1997).

### ***1.2.1.1 Definice mentální anorexie***

Mentální anorexie (anorexia nervosa, dále jen MA) je narušivá abnormální snaha zhubnout, charakterizovaná omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla; neléčená končí smrtelně anebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní přijímají alespoň život udržující minimum potravy (Leibold, 1995). Dle Crookové (1995) jde o stav vlastní vůlí vynuceného hladovění, jímž někteří lidé řeší své obavy.

Diagnostická kritéria MA dle MKN-10 zahrnují následující znaky:

- 1) udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (15 % pod předpokládanou úroveň s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI<sup>1</sup>);
- 2) snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení;
- 3) přetrvávající strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální či cílové hmotnosti);
- 4) rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence; výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu; může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu,
- 5) je-li začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa, a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie); po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

---

<sup>1</sup> BMI (index tělesné hmotnosti) = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m)<sup>2</sup>

### ***1.2.1.2 Definice mentální bulimie***

Mentální bulimie (bulimia nervosa, dále jen MB) je posedlost jídlem a sledování tělesné hmotnosti charakterizované opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb (Hall a Cohn, 2003). Jedná se tedy o cyklus jedení a zvracení kombinovaný často s obdobím půstu (Crooková, 1996).

Rovněž k určení diagnózy MB stanovila MKN-10 tato kritéria:

- 1) opakující se epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla,
- 2) neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost),
- 3) snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů či diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem,
- 4) pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost); často je v anamnéze epizoda anorexie či intenzivnějšího omezování v jídle (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Existují i nespecifické formy poruch příjmu potravy, za které lze považovat případy, kdy jsou např. splněna kritéria MA, ale nemocná má pravidelnou menstruaci; došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě; nebo jsou-li splněna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často nebo jedinec jídlo jen žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.

Pod tyto poruchy lze zařadit „syndrom nočního přejídání“, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání, nebo „záchvatovité přejídání“, tedy opakované epizody přejídání bez hladovek či purgativního chování (Krch, 2005).

### **1.2.2. Výskyt poruch příjmu potravy v ČR**

Mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Podle posledních výzkumů je život nejméně deseti procent mladých žen ovládán strachem z tloušťky bez ohledu na jejich reálnou tělesnou hmotnost. Ve studii realizované na vzorku 1 253 studentů náhodně vybraných středních a učňovských škol bylo téměř 58 % dívek nespokojeno se svým tělem a jen 13,5 % dívek uvedlo, že si nepřeje zhubnout. Většina z 639 sledovaných dívek si přála zhubnout, i když pouze 3,8 % z nich mělo nadváhu (6,3 % bylo naopak výrazně vyhublých), a to i v případě, že byly spokojeny se svým tělem. 6 % děvčat uvedlo, že někdy ze strachu z tloušťky zvrací a 4,7 %, že proto užívá projímadla (Marádová, 2007).

Krch (2005) uvádí, že incidence a prevalence těchto poruch v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a v posledních desetiletích měla vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí přibližně 0,5 % dospívajících dívek a mladých žen a prevalence mentální bulimie se pohybuje mezi 2 až 5%. Mentální bulimií tedy trpí až přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České Republice (Marádová, 2007).

### **1.2.3 Průběh poruch příjmu potravy**

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, mentální bulimie obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Je ale možné setkat se s počátkem poruchy po třicátém a výjimečně po čtyřicátém roce věku. Obě poruchy (především bulimie) se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, „ztracené“ mezi dietami vrstevníků a nevhodnými jídelními návyky rodiny. Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a gradují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem (Krch, 2005).

Velmi ilustrativní, co se týče průběhu PPP, jsou výsledky americké studie realizované v roce 1950 A. Kyesem a jeho spolupracovníky. Při výzkumu byl dobrovolníkům po dobu šesti měsíců snížen dosavadní příjem potravy na polovinu.

Přestože šlo o muže s původně normálním příjmem potravy, osobností i hmotností, během výzkumu se u nich začaly projevovat tělesné i psychické obtíže podobné těm, s nimiž se setkáváme u anorexie a bulimie. Intenzivně se v myšlenkách zabývali jídlem, mixovali si neobvyklé kombinace, snažili se zaplnit si žaludek tekutinou, kouřili, žvýkali a okusovali si nehty. Pronásledovaly je živé sny o jídle a přerušení dietních omezení, trávili až dvě hodiny nad jídlem, které předtím zkonzumovali během několika minut. Začaly se jim kazit zuby, vypadávat vlasy, trpěli různými zažívacími potížemi apod. U většiny došlo ke zhoršení koncentrace pozornosti, snížení ambicí a zvýšené únavě. Během polohladovění se zvětčily jejich dřívější osobnostní nápadnosti, trpěli nerozhodností, zúžením zájmů a předrážděností, měli sklon k depresi a byli zvýšeně úzkostní. Ochaboval i jejich zájem o okolí, i sexuální potřeba, stupňovala se jejich uzavřenost a emoční labilita. Jejich rehabilitace nezbytná k návratu do původního psychického a tělesného stavu, trvala dvanáct měsíců (Krch, Richterová, 1998).

### ***1.2.3.1 Klinický obraz mentální anorexie***

Onemocnění začíná nejčastěji kolem puberty nebo v adolescenci, často poté, co se objeví sekundární pohlavní znaky. V určité chvíli dojde dívka k názoru, že je příliš silná a začne držet dietu. Výchozí hmotnost může být vyšší, časté jsou ale i případy, kdy je váha normální, případně nižší (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Prvním symptomem je zmenšený příjem potravy, který nutně vede ke snížení hmotnosti (Leibold, 1995). Dívky nejprve omezují vydatné potraviny, poté postupně redukují i příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou a někdy omezí i příjem tekutin (Kocourková et al., 1997). Trpí nesnesitelným hladem a přesto si odepírají jídlo. Říkají, že vidí, jak se jim po každém kousku jídla, který snědí, zakulacuje břicho. Nejspíš úplně přesně vědí, kolik kalorií je v každém soustu jídla, a mají přesně spočítaný svůj nepatrný denní příděl (Crooková, 1995). Často jsou změny v jídelních návycích racionalizovány snahou po tzv. zdravé výživě. Oblíbené je v tomto období vegetariánství a makrobiotika. Při tom může nemocná dívka používat dalších metod

k redukci váhy, jako je zneužívání anorektik, laxantií a diuretik. Postupná redukce hmotnosti může vést až ke kachexii (Hort, Hrdlička, Kocourková, a kol., 2000).

K nejnápadnějším příznakům patří nezlomná, dlouhodobě trvající činorodost postižených, ke které se svou železnou vůlí nutí ještě překvapivě dlouho, kdy už pro extrémní vyhublost trpí značnými tělesnými potížemi a rychlým úpadkem sil. Pacienti se tak ještě více utvrzují v tom, že jsou něčím zvláštní a ještě dlouho se jim daří klamat své blízké o svém skutečném tělesném stavu. Určitou roli zde hraje i euforie, která mimo jiné vede k jejich nesmírnému přeceňování. Vznik euforie se vysvětluje pocitem „vítězství“, kterého pacienti dosáhli nad svým tělem, a vyplývá částečně i z tělesných změn, k nimž může dojít při delším hladovění (Leibold, 1995). Zároveň lze pozorovat i silnou ctižádostivost zacílenou jednak na problémovou oblast jídla - chtějí „být první“ v hladovění a štíhlosti a nesnášejí, když v jejich přítomnosti někdo také nejí, či jí jen málo; jednak v soupeření v dalších oblastech - snaží se a často vynikají ve školním prospěchu, uměleckých a sportovních výkonech apod. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Postupně je onemocnění spojeno i se změnami psychickými - bývá přítomen depresivní syndrom, ztráta zájmu o okolí a zvýšená dráždivost (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Vnímání vlastního těla je zřetelně narušeno a názor pacientek, že jsou stále ještě příliš tlusté, dosahuje bludných proporcí (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Typicky si připadají tlusté v oblasti břicha, hýždí a stehen (Kocourková et al., 1997). Jejich představa o těle je tedy velmi zkreslená. Připadají si takové, jaké se zrovna cítí: tlusté, když mají depresi, přijatelné, když jsou šťastné. Normální ženské křivky jsou pro ně nepřátelským „tukem“ a ony si zarytě hledí udržet tělo, které vypadá téměř jako kostra pokrytá kůží. Lisa, devěťadvacetiletá žena, která pronikla do podstaty problému, řekla: „Můžu si ráno připadat štíhlá, a sním něco k obědu a připadám si obrovská. Mám tak neuvěřitelně zkreslenou představu o svém body image těla“ (Crooková, 1995, s. 85). Dívky velmi často verbalizují strach z toho, že pokud by alespoň trochu přibraly, přírůstek váhy by se nezastavil a pokračoval by do extrémní obezity. Pocit hladu a chutí k jídlu často postupně zcela vymizí, v některých případech musí dívky pocity hladu

překonávat. Při tom bývá nápadné zabývání se jídlem, pacientky velmi rády vaří pro ostatní, sbírají recepty apod. (Hort, Hrdlička, Kocourková, a kol., 2000).

V nápadném protikladu k zanedbávání vlastních tělesných potřeb je u mnoho anorektiků jejich přehnaná starostlivost o blaho druhých. Anorektik tím může následovat vzor matky, která mívá sklon k přehnané starostlivosti. Tím, že se pacient chová starostlivěji než matka, oslabuje na jedné straně vlastní obavy, které jsou do určité míry svedeny na jinou osobu, a zároveň se tak brání nadměrné pečlivosti matky, aniž by přitom docházelo ke konfliktům s ní (Leibold, 1995).

V dalším průběhu však dochází v rámci odmítání jídla ke konfliktům s rodiči, kdy se rodiče snaží dceru do jídla nutit. Ta to odmítá a brání se nerůznějšími způsoby. Častá bývá manipulace s jídlem, jeho schovávání, následné vyvolávání zvracení (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Ženy neposlouchají tyto rozumné argumenty nabádající k tomu, aby přibraly, proto, že poruchy přijímání potravy uspokojují jejich citové potřeby. Jsou přesvědčeny, že budou šťastné jedině tehdy, budou-li velmi hubené (Crooková, 1995).

### ***1.2.3.2 Klinický obraz mentální bulimie***

I dívky trpící bulimií trápí nadměrný strach z tloušťky, takže se neustále v myšlenkách zabývají jídlem (Krch, Richterová, 1998). Žena trpící bulimií si nepřipadá dost dobrá taková, jaká je - příliš „tlustá“, příliš „baculatá“. Stejně jako anorektická žena chce mít dokonalý obličej, dokonalou postavu, dokonalé tělo. Myslí si, že bude-li patřičně disciplinovaná, bude-li držet diety a cvičit, stane se dokonalou. Když dělá všechno, co může, a pořád ještě není dokonalá, použije silnější prostředky, aby této dokonalosti dosáhla. Po určitém období, v němž převažovala snaha o omezující přístup k jídlu, se začne přejídat a následně zvracet ve snaze snížit kalorický příjem (Kocourková et al., 1997). Ve srovnání s vyhublými anorektičkami si však tyto dívky připadají neúspěšné, proto častěji trpí pocity viny z přejídání, výčitkami svědomí a depresemi (Krch, Richterová, 1998).

Pojem přejedení je však velmi relativní. Zprvu stačí, aby dívka snědla jen o trochu víc, než chtěla, nebo jídlo, které si zakazuje (Krch, Richterová, 1998). Tuto svoji posedlost jídlem skrývá. Může být tak zběhlá ve skrývání těchto problémů před ostatními, že její rodiče nebo manžel mohou žít vedle ní léta a neuvědomují si, že ona každý den jí a zvrací. Stydí se za svou bulimii a stydí se za své tělo. (Crooková, 1995).

Nejčastější průběh dne je, že pacientka dopoledne hladoví a snaží se udržet jídlo a svou váhu pod kontrolou. Odpoledne či navečer však tyto kontroly selžou a ona se přejí. Přejedení může být obrovské, jde o mnohonásobky doporučeného příjmu potravy. Často pacientka sní prakticky všechno, co je k dispozici pro celou rodinu. Jde též mnohdy o velmi neobvyklé kombinace jídel (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Typicky následují výrazné pocity viny. Dívky si vyčítají, že opět selhaly, že budou silné, a mají depresivní prožitky. Pocity viny řeší tím, že si vyvolají zvracení a požitou stravu vyzvrací. Nejběžněji je zvracení vyvoláváno prsty, někdy i předmětem, například lžící. Zpočátku je vyvolávání zvracení nesnadné, postupně se však může stát i spontánním. Pacientky pak zvrací i několikrát denně (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Dle Coopera (1995) není nijak výjimečné, že některé bulimičky zvracejí až desetkrát denně. Hmotnost dosti často nápadně fluktuuje, může stagnovat, stoupat i klesat, v závislosti na množství požitého jídla a častosti zvracení (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

V některých případech nemusí po přejedení následovat zvracení, které je nejčastější, ale mohou být zneužívána laxativa nebo může následovat excesivní cvičení (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Navzdory všemu úsilí být dokonalá ale není taková dívka nikdy spokojená s tím, jak vypadá. Být šťastná a vypadat dobře je pro ni rovnocenné a ve své vlastní mysli nevypadá dost dobře nikdy (Crooková, 1995). V psychopatologickém obrazu dominuje ovládavá myšlenka na jídlo, váhu a štíhlost postavy. Častá je emoční labilita a depresivní prožívání, které může vést k suicidálnímu jednání. Nezřídka se můžeme u těchto pacientek setkat s krádežemi jídla, případně peněz k opatření si potravy, se zneužíváním drog, alkoholu nebo léků (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). I v případě mentální bulimie dochází k sekundární devastaci vztahů s blízkými osobami, hlavně s rodiči (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).



#### **1.2.4. Příčiny poruch příjmu potravy**

Přes různé teorie a hypotézy existuje shoda v tom, že se na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy podílí celá řada různých faktorů (Krch, 2002). I přesto je však na počátku prvních diet skoro vždy nejistota a snaha nějakým jednoduchým způsobem získat sebedůvěru. K jejich vzniku přispívá vzájemné působení různých biologických, sociálních a psychických faktorů. Jejich určitá konstelace naruší v určitém věku a situaci psychickou stabilitu dospívajícího, což vede i k narušení jeho sebevědomí a zvýšení citlivosti na kritiku. V určitých „výhodných“ podmínkách to pak může vést k nadměrnému soustředění se na vlastní tělo a hledání snadného řešení. Zdánlivá dostupnost řešení společně se snaživostí dospívajícího mohou vyústit až v posedlé lpění na štíhlosti (Krch, Richterová, 1998).

##### **1.2.4.1. Biologické faktory**

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP je ženské pohlaví. U žen je riziko mentální anorexie desetkrát vyšší než u mužů. Souvisí to s tím, že tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže (Krch, 2005).

Crips (1980 in Kocourková, 1997) považuje za nejvýznamnější mechanismus při vzniku poruch příjmu potravy, především u mentální anorexie, procesy spojené s biologickým a psychosociálním dospíváním. V adolescenci dochází k prudkým změnám těla, jeho tvaru a hmotnosti a pro řadu adolescentů je obtížné tyto změny akceptovat jako sobě vlastní. Podle některých autorů je jedním z etiologických faktorů vzniku onemocnění strach z dospělosti a obava z přijetí dospělé mateřské role. Nežádka se proto první příznaky objeví po menarche a se začátkem rozvoje sekundárních pohlavních znaků (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Krch (2005) uvádí, že průměrná tělesná hmotnost českých dívek v tomto období (mezi 8. a 16. rokem) přirozeně vzroste z BMI 16 na 19. V kontextu současných standardů ženské krásy tak může rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou představovat pro mnoho dívek hrozbu. Vzrůstá nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie.

Určitá zprostředkující role při rozvoji poruch příjmu potravy je připisována i negativním emocím (podrážděnost, labilita nálady), které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě. Během dospívání výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zvyšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebedoceňování (Allgood-Merten et al., 1990 in Krch, 2005).

#### ***1.2.4.2 Individuální faktory***

Některé typy dívek a žen jsou poruchami příjmu potravy ohroženy více než ostatní. Souvisí to s jejich psychikou - osobností a temperamentem. Obecně se dá konstatovat, že nejrizikovější skupinou jsou ty dívky, které na sebe berou velkou míru zodpovědnosti, silně vnímají zpětnou vazbu ke své osobě z okolí, a ty, které se snaží svému okolí ve všem vyhovět (Zouzalík, 2004).

Typická anorektička bývá obvykle popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy, avšak postrádající fantazii a nezávislou vůli; jako dívka zatížená negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti (Krch, 2005). Dle Horta, Hrdličky, Kocourkové a kol. (2000) bývají postižené dívky často nápadně přizpůsobivé, s perfekcionistickými rysy, ctížádostivé, nezřídká s nadprůměrnou inteligencí a se studijními ambicemi. Někteří odborníci soudí, že je to právě kombinace perfekcionismu a pocitu neschopnosti, která je hlavním predisponujícím faktorem pro vznik PPP (Cooper, 1995).

K individuálním příčinám patří i různé chybné psychické postoje, které částečně vznikají již v dětství nesprávnou výchovou nebo negativními zkušenostmi v pozdějším životě, a částečně se vysvětlují i sociálními příčinami. Jde především o poruchy ve vnímání těla, zdráhání se vyrůstat do úlohy dospělé ženy a také různě silně vyjádřený pocit pacientek, že odmítáním jídla se stávají něčím výjimečným (Leibold, 1995).

Podle Papežové (2000) může jít i o jakýsi způsob sebetrestání. Dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří, že kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou.

### ***1.2.4.3 Genetické a rodinné faktory***

Již samotný výskyt anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný faktor. Ve většině studií se pohybuje výskyt PPP mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 až 10 %. Mezi matkami anorektiček se však mohou tyto poruchy vyskytovat i častěji (Krch, 2005). Podle Hsu (1990 in Krch, 2005) se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci.

Dědičnost může přispívat ke vzniku poruch příjmu potravy také genetickým předáváním tělesné hmotnosti. Existují důkazy, že o tom, kolik bude člověk vážit v dospělosti, rozhoduje do velké míry dědičná složka. Tendence k nadváze pak může přispívat ke vzniku jídelních poruch (Cooper, 1995).

V rodinách u nemocných s PPP se často vyskytují některé problémy jako je nízké sebehodnocení, rozvrácené vztahy, alkoholismus či duševní poruchy (Marádová, 2007). Často jsou tyto rodiny zaměřené výkon a úspěch, s tendencí konflikty spíše zastírat než otevřeně řešit (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). H. Bruch (1978 in Krch 2005) charakterizovala rodičovský styl svých anorektických patientek jako nadměrně ochranný, zájímavý se a příliš ctižádostivý. Podle ní mají tito rodiče sklon svoje děti přeceňovat a na oplátku očekávají poslušnost a vynikající výkon. Podobně je charakterizoval Minuchin (1978 in Kocourková) jako rodiny nadměrně ochraňující, rigidní, bez dostatečné schopnosti vyjadřovat přímo emoce a konflikty. Somatizací dítěte se tak vyjadřuje právě to, co nemůže být řešeno zralejším způsobem. Ludewig (1994 in Kocourková, 1997) zase hovoří o tom, že dívky rozvinou anorektické chování v souvislosti s očekávaným, požadovaným či hrozícím odloučením v rámci rodiny. Dochází ke krizi a po vypuknutí anorexie se život rodiny stabilizuje kolem tohoto tématu. Faktem však zůstává, že dosud nebyla uspokojivě popsána žádná typická anorektická nebo bulimická rodina s typickými vzájemnými vztahy (Krch, Richterová, 1998). Většina studií naznačuje, že závažnost narušení rodiny a jejích funkcí má souvislost spíše se závažností osobnostních poruch pacientů s PPP než se závažností jejich anorektických nebo bulimických symptomů (Krch, 2005).

#### ***1.2.4.4 Sociálně kulturní vlivy***

Už od útlého dětství podléhá člověk tlakům a požadavkům společnosti, s nimiž se musí vyrovnávat (Leibold, 1995). Někteří odborníci (Garfinkel a Garner, 1982 a Hsu, 1990 in Krch, 2005) předpokládají, že jádro problému PPP je právě v kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Řada autorů zdůrazňuje především působení masmédií v prezentaci ideálů ženské krásy, úspěšnosti, dokonalosti. Guillen a Barr (1994 in Kocourková, 1997) zjistili, že polovina článků časopisu „Seventeen“ (určeného pro adolescentní dívky) se týkala způsobů, jak zhubnout a stát se více atraktivní. Je tedy zřejmé, že sociokulturní faktory posilují falešné přesvědčení, že problém spokojenosti a úspěšnosti je vázán na tělesný vzhled a váhu. Jasper (1993 in Kocourková, 1997) však říká, že média zahrnující módu a reklamu sama o sobě zvyšující se incidenci jídelních poruch nezapříčiňují, ale tvoří zkreslený obraz reality, který ženy ovlivňuje a specificky přispívá k prevalenci těchto poruch. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se tak stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem (Krch, 2005). Svědčí pro to i zjištění, že PPP jsou běžné u určitých sociálních skupin, např. u baletek a modelek (Cooper, 1995).

Dalším problémem je nové pojetí v úloze ženy. Ve společenském prostoru přetrvává vakuum, které dívky v pubertě cítí obzvláště výrazně. Nedisponují ještě natolik partnerskými zkušenostmi, aby se z nich poučily, že přes všechny problémy a bez všeobecně akceptovatelného vzoru lze partnersky mezi sebou dobře vycházet. Proto se u nich rozvíjejí negativní představy o úloze dospělé ženy v partnerském vztahu i ve společnosti a vyvolávají v nich strach a odpor. Utíkají tak před tím do mentální anorexie jako výrazu zamítavého postoje (Leibold, 1995).

Rozšíření poruch příjmu potravy ve druhé polovině 20. století souvisí také s deritualizací jídla. Onemocnění se tak objevuje zejména v zemích s nadbytkem a snadnou dostupností potravy (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2000).

Za významné predisponující nebo spouštěcí faktory jsou často považovány i různé životní situace a události. Nejčastěji jsou zmiňovány narážky na tělesný vzhled, sexuální či jiné konflikty, osobní nezdary a problémy v rodině (Krch, 2005).

### 1.2.5. Léčba poruch příjmu potravy

Léčba nemocného s poruchami příjmu potravy především znamená motivovat ho k nezbytným změnám jídelních a pohybových zvyklostí (Krch, 2003b). Léčba musí být komplexní a musí zahrnovat faktory jak biologické, tak psychologické (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Podle Marádové (2007) je založena na třech vzájemně provázaných léčebných postupech:

1. léčba poškození organismu v důsledku dlouhodobé podvýživy, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,
2. psychoterapie, která nemocnému poskytne možnost pochopit příčiny a další okolnosti jeho onemocnění,
3. psychoterapie, zaměřená na změnu stravovacích návyků a životního stylu.

Nejdříve je tedy zapotřebí posoudit, zda je nutná hospitalizace, nebo zda je možné pokusit se o ambulantní léčbu. Zejména výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií, případně depresivní syndrom a suicidální tendence, bývají nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení. V první fázi hospitalizace je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace. Při závažných metabolických změnách bývá nutné přistoupit k infuzní terapii (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). V některých případech jde o krátkodobou hospitalizaci s cílem zdravotní stabilizace, která zahrnuje psychologické poradenství a na kterou navazuje ambulantní psychoterapie. Krátkodobá hospitalizace ale není vhodná pro velmi vyhublé pacienty s mentální anorexií, které je potřeba realimentovat. Délka hospitalizace je v těchto případech dána počtem týdnů či měsíců nutných k získání alespoň 90% cílové hmotnosti (Krch, 2000). Je nutné je zvykat na normální jídlo, protože ony se vlastně „učí“ normálně jíst. Je důležité, aby pochopily, že léčba se netočí jen kolem jejich váhy, a současně uznaly, že není možné čekat a odkládat řešení. Nemocné dívky nestačí vykrmit, ale je třeba je vést ke změně jídelních návyků, snížení sebekontroly a k návratu do života. učí se jíst pravidelně, rychleji a bez většího výběru. U starších pacientek je naopak vhodnější počkat, až se budou samy chtít začít léčit (Krch, Richterová, 1998).

Nedílnou součástí jsou psychoterapeutické přístupy. Jejich volba je individuální a závisí na osobnosti pacienta, jeho věku, fázi onemocnění a motivaci ke spolupráci. Základními psychoterapeutickými přístupy používanými v léčbě PPP jsou kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie a skupinová terapie (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Existují i psychoterapie pomocí kreslení a malování, hudby tance, mediativní přístupy a terapie zaměřené na sebebřijetí a přijetí vlastního těla (Papežová, 2003).

Jedním z nejužívanějších přístupů je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Individuální KBT je doporučovaná těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky (Krch, 2005). Základními složkami této terapie jsou behaviorální experimenty a kognitivní restrukturační. Pomocí těchto technik dochází k prověřování a zpochybňování přesvědčení. Klíčem k řešení těchto problémů je psychoedukace - je třeba, aby pacientka porozuměla, jak může svým přesvědčením čelit jejím problémům. Je důležité ji přesvědčit, aby monitorovala svůj jídelníček a realističtěji si uvědomovala spojitost mezi jídlem a jeho domnělými následky. Poté je možné zaměřit se na specifické cíle, které se soustředí na dvě nadhodnocená přesvědčení, která vznikají v důsledku hrubých kognitivních distorzí (černobílé myšlení, pověřčivé/magické myšlení, katastrofizování). Tyto přesvědčení jsou: „jakmile začnu jíst, nedokážu přestat“ a „pokud budu jíst víc, ztratím kontrolu nad svou tělesnou hmotností i chováním“ (Wallter, 2005).

Pro mentální bulimii zdůrazňuje KBT následující hlavní body: 1. vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; 2. pravidelné vážení; 3. změna schématu jídelního chování; 4. kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady související s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy; 5. zavedení prevence relapsu (Krch, 2005).

Hlavním tématem u obou poruch je pacientovo přesvědčení, že „tělesná hmotnost, postava a štíhlost jsou jedinými či nejdůležitějšími kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně“ (Garner a Bemis, 1982 in Krch 2005, s. 128). Cílem je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu a

způsobu myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). U mentální anorexie trvá KBT obvykle déle než u mentální bulimie a začleňují se do ní i prvky interpersonální a rodinné terapie (Krch, 2005).

Rodinná terapie využívá psychologické metody k navození prospěšných změn v narušené rodině. Zvláště u nedospělých pacientů s PPP vyžaduje léčba zásahy do navyklých způsobů interakce v rodině. Skutečným „pacientem“ je zde tedy celá rodinná skupina. Předpokládá se totiž, že individuální poruchy jedince úzce souvisejí se skupinovou dynamikou celé rodiny, ba dokonce, že individuální symptomatika je ve své podstatě výrazem narušených vztahů v rodině (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Může se to projevit mnoha způsoby. Porucha příjmu potravy může členy rodiny odklonit od potenciálně ohrožujících vývojových očekávání, která se objevují ve fázi přechodu k pubertě; může také sloužit jako maladaptivní řešení adolescentního boje o dosažení autonomie v rodině, kde je jakýkoliv pohyb směrem k nezávislosti vnímán jako ohrožení rodinné jednoty; nebo na sebe může obrátit pozornost, a tak umožnit rodičům a dítěti, aby se vyhnuli hlavním zdrojům konfliktu (Krch, 2005).

I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi (Krch, 2005).

Neméně významné jsou i dynamicky orientované přístupy. Psychodynamická léčba PPP může být rozdělena do dvou základních směrů. Jeden předpokládá, že poruchy příjmu potravy nevyžadují podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí, protože ani symptomy, ani poruchy nepředstavují žádný specifický základní proces. Druhý myšlenkový proud předpokládá, že poruchy příjmu potravy jsou zvláštní tím, že je u nich třeba podstatných modifikací tradiční dynamické terapie proto, aby se vyšlo vstříc specifickým potřebám pacientek. Odlišný je přístup nové generace feministických terapeutek, které oproti tradičním pohledům včlenily do dynamických pohledů ne etiologii a léčbu PPP narůstající literaturu o psychologii žen. Zdůrazňují, že při vývoji, udržování a léčbě poruch příjmu potravy je důležité se zabývat otázkami, jako je pohlavní zneužívání a další formy diskriminace (Krch, 2005).

Důležitou součástí léčby je i farmakoterapie, i když nejde o terapii kauzální. Vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva. (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Výsledky studií ukázaly v průběhu léčby snížení frekvence záchvatů přejídání v průměru o 50-60%. Navíc poklesla míra obav spojených s potravou a jídlem a zlepšila se nálada pacientů. Další výzkum však ukázal, že většina pacientů, užívajících antidepresiva, se méně často přejídá, ale jen málo jich přestane úplně (Cooper, 1995). Doporučuje se tedy, aby u pacientek s mentální bulimií nebyla medikace hlavním způsobem terapie (Raymond et al, 1994 in Krch, 2005).

U pacientů, kteří mají relativně mírné příznaky, může dojít ke zlepšení nebo úplnému uzdravení i na základě svépomoci nebo edukativní (osvětové) intervence (Krch, 2005). Existují svépomocné skupiny s pomocí i bez odborníků v oblasti PPP či jiných terapeutů. Jsou především pro ty, kteří si nedokážou říct o pomoc, ale vydrží ve skupině. Mohou být prvním krokem, kde získají informace a ve skupině konečně zažijí pocit, že s touto chorobou nejsou sami (Papežová, 2003). S úspěchem jsou používány i svépomocné manuály (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Nezbytné je také začít zaplňovat ta místa, která byla obsazena přejídáním či excesivním cvičením, poněvadž život bez bulimie či anorexie může pacientovi zprvu připadat prázdný. Vhodná je každá neohrožující aktivita, zájem a společnost. Společenský program by ale nikdy pro nemocného neměl být záminkou k tomu, jak se vyhnout jídlu (Krch, Richterová, 1998).

V průměru se 50% děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií zcela vyléčí. U necelých 20% anorektiček byl však v průběhu let zjištěn chronický průběh, který je často spojen se sociální izolací (Marádová, 2007). Zázraky se však nedějí a přerušení bludného kruhu hladovek, diet, přejídání a zvracení může být poměrně dlouhý a bolestivý proces. Několik měsíců trvá, než se zmírní touha po určitých jídlech či než zmizí pocity nevolnosti a bolestivé pocity přesycenosti. A dokonce několik let může trvat, než se dívky zbaví strachu z určitých jídel a tloušťky (Krch, Richterová, 1998).



### **1.3. Důsledky poruch příjmu potravy**

I když úspěšnost léčby je relativně vysoká, v dospívání patří tyto poruchy k nebezpečným, majícím závažné důsledky pro život nemocného. Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost v rozmezí mezi 2 až 8%, u mentální bulimie je udávána úmrtnost 0 až 2% (Marádová, 2007). Riziko je tedy až 16x větší než u normální populace (Papežová, 2000).

#### **1.3.1 Zdravotní dopady spojené s PPP**

Je známo, že poruchy příjmu potravy způsobují úbytek hmotnosti, citlivost na chlad, zácpu, únavnost, zhoršení kvality pleti, vypadávání vlasů, lámání nehtů...(Marádová, 2007). Mimo to však mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti. Tyto komplikace souvisejí především s úbytkem hmotnosti, s nedostatečně vyváženou stravou nebo jsou také důsledkem zvracení, nadužívání laxativ či diuretik (Krch, 2005).

##### ***1.3.1.1 Následky nedostatečné výživy - hladovění***

Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární komplikace, které nejčastěji přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. Nejčastější z nich, sinusovou bradykardii, nacházíme u více než 80% pacientek (Krch, 2005). Prvním příznakem srdečně oběhových potíží bývá většinou pokles krevního tlaku a zpomalení frekvence pulsu. V dalším průběhu se poruchy zhoršují. Nakonec se krevní oběh zhroutlí a srdce selže. K včasným varovným příznakům patří především záchvaty závratí až mdloby (Leibold, 1995).

Nízkohlodanová dieta a nízká tělesná hmotnost mají výrazný vliv i na činnost hormonů. Menstruace může být nepravidelná nebo úplně přestane. To je dáno tím, že normální menstruace závisí na udržení určitého podílu tuku v těle (okolo 20 %). Bylo zjištěno, že i u žen vážících o pouhých 2 až 10 % méně než je jejich ideální hmotnost může dojít k nepatrným změnám v menstruačním cyklu, které mohou zapříčinit

neplodnost (Cooper, 1995). Dalším projevem hormonálních změn je také nadměrné ochmýření celého těla. Jemné, lanugu podobné, ochlupení se objevuje téměř u jedné třetiny podvyživených anorektiček (Krch, 2005).

Bazální metabolismus se při hladovění značně zmenší, aby se šetřila energie. Po určitém čase už však nedokáže vyrovnávat následky odepírání potravy a objevují se vážné poruchy životně důležitých orgánů, které neléčeny vedou nakonec ke smrti. Na žaludku mohou vznikat záněty žaludeční sliznice i žaludeční vředy, které při prázdném žaludku působí značné obtíže. Navíc se brzy objevuje chronické zpomalení střevní činnosti v důsledku nedostatku nestravitelných a pro pravidelné vyprazdňování střev nepostradatelných balastních látek (vláknin). Proto se přes snížený příjem potravin shromažďují zplodiny látkové přeměny, které jsou opětovně vstřebávány do těla a způsobují tak lehkou sebeotravu s bolestmi hlavy, nadýmáním a nečistou kůží. Dále bývá jedy poškozena životně důležitá střevní flóra, nutná mimo jiné také k vlastní produkci některých vitamínů (Leibold, 1995).

Metabolické komplikace představuje především zhoršená regulace tělesné teploty, která, jak uvádí Leibold (1995), je snižena s abnormálním sklonem k prochladnutí i při poměrně vysokých teplotách zevního prostředí.

Narušen je navíc metabolismus glukózy, kdy často nacházíme hodnoty svědčící pro diabetes a metabolismus kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí. Až u 50% anorektiček se objevuje i zvýšená hladina cholesterolu v krvi. V neposlední řadě spí podvyživené anorektičky méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší (Krch, 2005).

U více než poloviny pacientek s mentální anorexií se vyskytují hematologické komplikace a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Mírnou normochromní normocytární anémií nacházíme u 10-20% anorektiček (Krch, 2005). Dle Papežové (2000) může být hladina hemoglobinu, u závažných forem anorexie, snížena až na polovinu normálních hodnot. Je známo, že nízké hladiny hemoglobinu vedou k únavě, dušnosti a vyčerpanosti. Klesají i krevní destičky, při jejichž nízkém počtu nezabrání malým cévkám v podkoží, aby propouštěly krev, a tak vznikají malé podkožní podlitiny, které vypadají jako spalničky.

Enormně zvýšená je také náchylnost k četným nemocem, protože chronická podvýživa oslabuje obranyschopnost. U anorektiků přetrvávají obzvláště dlouho, probíhají v těžších formách než u normálně živených lidí a častěji se také vyskytují komplikace (Leibold, 1995). K těmto onemocněním patří cukrovka, cystická fibróza, zánětlivá onemocnění střev, například Crohnova choroba, a onemocnění štítné žlázy (Hall, Cohn, 2003).

Až u dvou třetin anorektiček mohou být zjištěné renální abnormality. Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy jsou zde hypokalémie a hyponatrémie, které mohou vést až ke srdečnímu či ledvinovému selhání. (Krch, 2005).

Časté jsou také kosterní komplikace, především osteoporóza, výjimečně se mohou vyskytnout případy osteomalacie. Snížení minerální denzity kostí (MDK) je prokázaným důsledkem MA i MB. Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti. Platí, že délka trvání amenorey je nejvýznamnějším predikátorem MDK. Přiměřené cvičení má sice ochranný vliv na kostní denzitu, na druhé straně při snížení denzity kostí výrazně roste riziko patologických zlomenin (Krch, 2005).

Nedostatečná výživa může způsobit i další chorobné symptomy jako je chronický nedostatek vitaminů, minerálních látek a stopových prvků, který vede k chudokrevnosti (nedostatek železa), abnormálnímu sklonu ke křečím (nedostatek vápníku a hořčíku), poruchám nervové činnosti (nedostatek vitamínu B) a chybné funkci štítné žlázy (nedostatek jodu); kromě toho dojde k výraznému nedostatku bílkovin, což naruší tělesný i duševní vývoj, protože jsou životně důležitým stavivem pro vlastní tělesnou substanci (Leibold, 1995).

U podvýživy s nedostatkem bílkovin se navíc vyskytují abnormality funkce jater. Stav hypoglykémie, které vidíme u některých anorektiček, tak mohou souviset s nedostatkem zásob jaterního glykogenu spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezu (Krch, 2005). Papežová (2000) uvádí, že hladina krevního cukru se u vážných anorexií může snížit natolik, že vede ke smrti. Může se objevit bez varování, především při velmi intenzivním cvičení.

### ***1.3.1.2. Následky přejídání a zvracení***

Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti. To může vést až ke ztrátě dechu a dýchavičnosti, protože tlak na bránici překáží dýchání. Výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny. Popsány byly i případy akutního zánětu slinivky břišní. Poměrně časté jsou plynatost, pocity nevolnosti, zácpa a průjem. Nadměrná konzumace sladkostí a pečiva společně s nevhodným jídelním režimem vedou k hypoglykémii. Po hladovění žaludek ochabne, což vede k pocitům nepříjemného přejedení i po malých dávkách jídel nebo změně jídelníčku (Krch, 2003).

Se závažnými, život ohrožujícími důsledky je spojeno zvracení. Nadměrné zvracení vede k narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí. Pokud dojde k jejich výraznému úbytku, objevuje se často srdeční arytmie a v některých případech může dojít až k zástavě srdce. Další, život ohrožující komplikací, jež je důsledkem nízké hladiny draslíku, je selhání ledvin (Hall, Cohn, 2003). Důsledkem těchto abnormalit mohou být různé neurologické komplikace jako jsou například křeče, závratě, stavy zmatenosti, nebo ztráta vědomí. Smrtelně nebezpečné mohou být některé léky, uměle vyvolávající zvracení (Krch, 2003). Některé bulimičky používají k vyvolání zvracení sirup z ipekakuanhy nebo saponáty. Ipekakuanha se používá jako emetikum v případech otravy. Snižuje svalové napětí a její zneužití může přivodit svalovou ochablost nebo zástavu srdce (Mitchell, 1997, Mickley, 1999 in Hall, John, 2003).

Známým příznakem u mentální bulimie je rovněž benigní zduření parotických slinných žláz, které se objevuje u 25 až 50% postižených. Hodnocení ústních a zubních komplikací ukazuje jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny a zuboviny na povrchu předních zubů horní čelisti. Výsledkem je zvýšená citlivost (Krch, 2005). Mnoho bulimiček si po zvracení navíc energicky čistí zuby, čímž se poškozují ještě víc, protože díky přítomnosti kyselin v ústech se při čištění zuby velmi účinně obrušují (Cooper, 1995).

V neposlední řadě způsobuje opakované zvracení poškození krku. Je to tím, že většina vyvolává reflex zvracení tak, že si do krku strčí nějaký předmět. Zranění někdy krvácí a často se do rány dostává infekce. Opakované zvracení po dobu mnoha let také

vede k oslabení svěrače jícnu. Výsledkem je navracení obsahu žaludku zpět do úst, tzv. gastrický reflux (Cooper, 1995). V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází i ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Vzácné, ale velmi závažné komplikace, způsobené zvracením po konzumaci velkého množství jídla, je Bouerhaavův syndrom (ruptura jícnu) a perforace žaludku (Krch, 2005).

### ***1.3.1.3 Následky užívání diuretik, projímadel a ostatních přípravků***

Podobně jako zvracení jsou i projímadla a diuretika neúčinným a zároveň nebezpečným způsobem, jímž dívky usilují o kontrolu tělesné hmotnosti. Především narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí. Na projímadlech se snadno vytváří závislost a k dosažení žádoucího účinku je zapotřebí stále vyšších dávek, které pak způsobují vážné komplikace v oblasti tlustého střeva (Krch, 2003). Dochází k závažné zácpě a nadýmání. Vzniklý tlak pak vede ke vzniku hemeroidů či prolapsu střev (Papežová, 2000). Kromě zácpy vyvolávají nevolnost, zvracení a zadržování tekutin spojené s nepříjemnými otoky. Zadržování tělesných tekutin je samozřejmě spojeno i se vzrůstem váhy, který může být překvapivě rychlý. Ve velkých dávkách mohou projímadla poškodit střevní stěnu a narušit vstřebávání bílkovin (Krch, 2003).

Zneužívání projímadel může vést k předráždění nervových zakončení ve střevech, k potlačení jejich aktivity a tedy k nižší stažlivosti střev. Těžké zneužívání laxativ nebo klystýru pak může vést k výraznému úbytku ochranného sekretu střevní stěny a může docházet ke střevním infekcím. Svalové napětí tlustého střeva může vymizet a střevo je pak ochablé a neschopné kontrakce (Hall, Cohn, 2003).

Nadužívání diuretik nebo projímadel vyvolává také srdeční arytmie a může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě. (Krch, 2005).

Co se týče prostředků potlačujících chuť k jídlu, neexistují důkazy o tom, že by mohly nějak omezit záchvaty přejídání (Cooper, 1995). Jsou-li však užívané ve větším množství, působí nadměrnou aktivitu, rozrušení a ztěžují spánek. Podrážděnost a neklid mohou být kombinovány s nadměrnou aktivitou i podezíravostí. Mohou se vyvíjet i epileptické záchvaty (Papežová, 2000).

### 1.3.2 Psychosociální dopady

Mentální anorexie i bulimie významným způsobem narušují psychickou pohodu a osobní i společenský život nemocného. I když anorexie bývá zprvu spojena se vzrůstem sebevědomí a aktivity, je jen otázkou času, kdy začne negativně ovlivňovat vnímání a prožívání nemocného (Marádová, 2007).

Jako každé chronické onemocnění narušují poruchy příjmu potravy rodinný život. V rodičích mohou vzbuzovat pocity viny, úzkosti a nejistoty, které mohou vyústit v mnohdy nepřiměřenou snahu „něco s tím udělat“. Svým charakterem zasahují do rodinných zvyklostí. Pro rodinu obvykle znamenají, že všichni, a nejen nemocný, musí změnit navyklý způsob nakupování, skladování, přípravy jídla a jeho konzumace (Krech, RichtEROVÁ, 1998).

V centru psychických poruch stojí euforické a depresivní stavy s pocity nadřazenosti, hanby a viny. Typický anorektik kolísá ve svém chování vůči blízkým přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že působí často arogantně. Proto se sociální vztahy s nemocnými vytváří velmi problematicky. Zmíněný pocit nadřazenosti si anorektik pěstuje tím, že se chová neobvykle, že odmítá potravu, tedy že se cítí být něčím zvláštní. Tento pocit však stojí na nejisté půdě. Stačí, když podlehně svému vlčímu hladu či nátlaku okolí, trochu více jí, a toto „selhání“ vyvolá pocity hanby a viny. V reakci na to se pak anorektik ještě více stahuje do odmítání potravy, aby odstranil následky své „slabosti“. Z této kritické fáze se pak může vyvinout poslední stadium ohrožující život nebo může dojít k pokusu o sebevraždu (Leibold, 1995).

Sociální osamocení souvisí především s narůstajícím nezájmem anorektiků o mezilidské vztahy. Jejich myšlenky se zaměřují především jejich chorobným manickým chováním, takže vedle nich už sotva zůstává prostor pro sociální potřeby, a ty jsou pak stále více zanedbávány (Leibold, 1995). Existuje též shoda v tom, že u většiny žen se během aktivní fáze mentální anorexie v důsledku vyhublosti a s ní spojené činnosti pohlavního systému projevuje výrazně snížený zájem o sex. Tyto

pacientky jsou obecně pomalejší v psychosexuálním vývoji a uvádějí více problémů a nespokojenosti v sexuální oblasti (Krch, 2005).

U bulimiček jsou ztráta sebedůvěry a vyhýbání se společenským kontaktům zase způsobeny tím, že si pacientky uvědomují, že nedokáží jíst ve společnosti jiných lidí, a přesvědčením, že jejich postava a hmotnost jsou společensky nepřijatelné. Samotné krajní způsoby kompenzace přejídání, jako je zvracení a užívání projímadel, jsou obvykle zdrojem zahanbení a pocitu viny, a proto mnoho postižených po celé roky uchovávají svoje narušené jídelní chování v naprosté tajnosti (Cooper, 1995).

Tím, že bulimičky opakovaně ztrácejí kontrolu nad příjmem potravy, propadají naprostému zoufalství a obvykle trpí řadou depresivních příznaků. Zažívají pocity viny a zahanbení nad přejídáním a zvracením, pocit bezcennosti pro neschopnost dosáhnout požadovaného tvaru a hmotnosti své postavy. Často uvádějí nepříjemné prožitky úzkosti v podobě zneklidňujících předtuch i fyzických příznaků jako bušení srdce, pocení, obtíže s dýcháním a podrážděný žaludek (Cooper, 1995).

Problémy s jídlem se také často objevují v souvislosti s nadměrným pitím alkoholu, protože alkohol oslabuje odhodlání kontrolovat se v jídle, a navíc je i součástí různých diet. Mnoho pacientek začne pít proto, že pak nemají chuť k jídlu, a proto, že alkohol také snižuje jejich strach z tloušťky. V kombinaci se sníženým příjmem potravy je alkohol dvojnásob nebezpečný, protože tělu dodává v koncentrované podobě to, co potřebuje, a sice energii. Zejména u mladých dívek se může velmi snadno vytvořit závislost na alkoholu. Stává se z něj další prostředek úniku před samotou, pocity viny a dalšími sociálními a psychickými problémy (Krch, Richterová, 1998).

Mnoho pacientek, které se přejídají, navíc pociťují vůči sobě samým odpor a vztek a některé z nich užívají laxativa právě pro jejich nepříjemné fyzické důsledky jako způsob sebetrestání. Některé si dokonce způsobují i řezné rány, jak povrchové, tak i hluboko zasahující svaly. U některých je to však také způsob uvolnění tenze, kdy narůstá nutkání se přejíst, nebo po přejedení (Cooper, 1995).

Sebepoškozování se může kombinovat se suicidálním chováním, s předstíranými poruchami (Munchhausenův syndrom) i s prostou simulací patologických projevů. Suicidální projevy u pacientů s poruchami příjmu potravy jsou popsány jako relativně

časté. Dokonané sebevraždy se vyskytují asi u 2 % pacientek. Ve studii Favara a Santonastase v souboru 495 pacientů mělo 13 % pacientů nejméně jeden suicidální pokus, suicidální myšlenky se vyskytovaly u 29 % pacientů a 26% pacientů mělo opakovaný suicidální pokus (Kocourková, Koutek, Horn, 2003).

Záchvatovité přejídání může být také nesmírně nákladné, a některé lidi může přivést do dluhů. Některé bulimičky začnou ke své hanbě brát jídlo, které jim nepatří, jiné začnou krást jídlo v obchodech. To vede k velkému napětí ve vztazích s přáteli a s rodinou, a samozřejmě někdy také k trestnímu stíhání (Cooper, 1995).

Dlouhodobých studií, sledujících zdravotní stav postižených není mnoho. Většina zdravotních problémů se po nárůstu váhy upraví. Záleží však na délce trvání onemocnění a věku, kdy onemocnění začalo. Kritické je období během puberty, kdy se může narušit vzrůst postavy, hustota kostí a sekundární pohlavní vývoj a reprodukční schopnosti (Papežová, 2000). Dle studie publikované v odborném časopise *International Journal of Eating Disorders* jsou lidé s mentální anorexií, dokonce i po uplynutí mnoha let ohroženi zvýšeným rizikem zlomenin kostí a závěry dokonce naznačují, že poškození kostí může být trvalé (Zouzalík, 2004).

Co se týče reprodukční schopnosti, je možný návrat k plnému zdraví, ale například početí může trvat déle a vyžadovat hormonální léčbu. Třetina až polovina vyléčených má však některé problémy stále, i když dosáhne optimální váhy. Mohou mít i zvýšený výskyt spontánních potratů a problémy během těhotenství (Papežová, 2000). Jak ale uvádí Abraham a Llewellyn-Jones (1995 in Krch 2005), nezanedbatelná část uzdravených si dobrovolně vybírá život bez dětí.

Dlouhodobý vliv na srdce a oběh také není dostatečně znám. Obecně je však jo-jo efekt diet spojován s větším rizikem kardiovaskulárních onemocnění a smrti. Po uzdravení mohou zůstat střevní obtíže, pálení žáhy a žaludeční vředy. Střeva zůstanou „dráždivá“, s častými průjmy a zácpou. Patologické způsoby kontroly váhy mohou vést i k trvalé poruše ledvin. Ostatní psychologické problémy se mohou překvapivě rychle zlepšit po nárůstu váhy (Papežová, 2000).

Bohužel, jak bylo zmíněno na začátku kapitoly, až 10% pacientů v pokročilém konečném stadiu umírá. I když mohou klamat své okolí a obecný ideál štíhlosti



umožňuje považovat vyzáblost ještě nějaký čas za „normální“, existuje přece jen hranice hubenosti, která už není přijatelná. Celkově lze říci, že nebezpečné rozpětí vyžadující okamžité léčení je, při normální výšce, okolo 35-40 kg tělesné hmotnosti. Při překročení této hranice se může rychle vyvinout krizový stav, a i když se zahájí léčba, může být už pozdě. Druhým stavem, který ohrožuje život, je důsledek vysokých ztrát tekutin a minerálních látek. Pokud pacienti berou projímadla a močopudné prostředky, dostávají se tyto stavy obzvlášť brzy. Jako časné varující signály se často objevují křeče v lýtkách. Brzy poté dochází k postižení srdce a může nastat smrt (Leibold, 1995).

### **1.3.7 Prevence**

V souvislosti s rostoucí incidencí PPP a jejich sociální citlivostí vzrůstá i význam primární prevence. Předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků je obvykle snazší než je zpětně měnit (Krch, 2005).

Nestačí jen, aby dívky věděly, že zvracení, projímadla a diety jsou nebezpečné. S poruchami příjmu potravy je to totiž podobné jako s toxikománií. Většinu lidí varování odradí, nicméně pro některé dospívající může být článek o těchto poruchách návodem nebo výzvou si to vyzkoušet. Některé dívky začaly zvracet až poté, když si o tom něco přečetly. Věřily tomu, že dokáží včas přestat. Mnohem významnější proto pro ně může být skutečnost, že jde o dlouhodobě neúčinné metody hubnutí, které naopak vedou k závažnému onemocnění (Krch, Richterová, 1998).

Nejvýznamnějším krokem v prevenci poruch příjmu potravy je tedy zlepšení informovanosti, což je cílem i této práce.

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle**

Výzkum je rozdělen na dvě části podle použitých metod - na část kvalitativní a kvantitativní.

Cílem kvalitativního výzkumu je zmapovat problematiku body image u dívek, které trpěly poruchou příjmu potravy.

Cílem kvantitativního výzkumu je zmapovat problematiku body image u náhodně vybraných dívek ve věkovém rozmezí 14-25 let a zjistit možné společné znaky či rozdíly s dívkami, které poruchou příjmu potravy trpěly nebo dosud trpí.

### **2.2 Dílčí cíle**

V kvalitativní části výzkumu byly stanoveny následující dílčí cíle:

- 1) zjistit, jak dívky s poruchou příjmu potravy hodnotí svůj vzhled
- 2) zjistit, jakou roli zaujímá jejich vzhled v jejich životě
- 3) zjistit, jakou roli hraje vzhled v jejich rodinách
- 4) zjistit, jakou roli zaujímá jejich vzhled v jejich životě v současné době

V kvantitativním výzkumu pak byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- 1) zjistit, jak jsou dívky ve věku 14-25 let spokojeny se svým vzhledem
- 2) zmapovat, jakou roli zaujímá vzhled v životě dívek ve věku 14-25 let
- 3) zjistit, zda hodnocení vzhledu dívek ve věku 14-25 let podléhá masmediálnímu tlaku
- 4) zjistit, zda mají dívky ve věku 14-25 let adekvátní postoj ke své tělesné váze,
- 5) zjistit, jestli mají dívky ve věku 14-25 let zdravé představy o hubnutí,
- 6) zjistit, zda existují rozdíly v body image mezi dívkami různých věkových kategorií
- 7) zjistit, zda existují rozdíly v body image dívek ve věku 14-25 let a dívek s PPP

## 2.3 Hypotézy

První část studie tvoří kvalitativní výzkum, který sloužil pro zmapování dané problematiky v co možná největší komplexnosti. Ve výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1) Jakou roli hraje vzhled v životě dívek trpících poruchou příjmu potravy?
- 2) Jakou roli hrál vzhled v životě těchto dívek před rozvojem PPP?
- 3) Jak dívky trpící PPP vnímají svůj vzhled a jeho hodnocení okolím?
- 4) Jak poruchy příjmu potravy ovlivnily současné sebehodnocení dívek, které touto poruchou trpěly?

Výsledky a závěry kvalitativního výzkumu byly použity jako základ pro formulaci hypotéz, které byly následně statisticky ověřeny v rámci kvantitativní části výzkumu.

### Hypotéza 1

Dívky ve věku 14-25 let hodnotí své tělo negativně i přes jejich adekvátní BMI.

### Hypotéza 2

Dívky ve věku 14-25 let nemají zdravé představy o možnostech redukce tělesné váhy.

### Hypotéza 3

Existují rozdíly v body image mezi dívkami různých věkových kategoriích.

### Hypotéza 4

Existují rozdíly v body image dívek, které trpěly či trpí PPP a dívek, které tuto poruchu nevedly.

### 3. METODIKA

Ve výzkumné části této práce byly využity metody kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Tato kombinace byla zvolena pro silné stránky obou metodologických postupů - jednak umožňuje zmapovat daný problém do hloubky (v rámci kvalitativního výzkumu) a zároveň poskytuje údaje, které byly získány z širšího výběrového souboru, a je tedy možné jejich zobecnění (v rámci kvantitativního výzkumu).

Daná problematika byla nejdříve do hloubky zkoumána v kvalitativním výzkumu. Zde byly provedeny polostrukturované rozhovory s dívkami, které v dřívější době trpěly některou z poruch příjmu potravy. Z kvalitativní obsahové analýzy těchto rozhovorů pak vyplynuly nové otázky a předpoklady. Platnost těchto předpokladů byla následně ověřena pomocí techniky dotazníku na větším výzkumném souboru náhodně vybraných studentek základních, středních a vysokých škol a na menším vzorku dívek, které trpěly či trpí poruchou příjmu potravy.

#### 3.1 Použitá metoda

V kvalitativním výzkumu byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů, které se odehrávaly v přirozeném domácím prostředí respondentů. Na začátku jednotlivých rozhovorů byl ošetřen etický aspekt, kdy byly dívky seznámeny s využitím poskytnutých údajů za podmínky anonymity (příloha č. 1) a následně byly seznámeny s průběhem celého rozhovoru. Otázky byly kladeny dle předem stanovených základních okruhů (přesné znění viz příloha č. 2):

1) Období před poruchou příjmu potravy. Obsahuje otázky týkající se rodinných vztahů, výchovy, rodinného pojetí vzhledu a atraktivity a také vztahu k jídlu. Mimo to jsou zde zkoumány vztahy mimo rodinu - vrstevnické, partnerské, komplementární. Součástí tohoto okruhu je i charakteristika osobnosti před rozvojem poruchy příjmu potravy (vlastnosti, sebepojetí).

2) Propuknutí poruchy příjmu potravy. Zahrnuje otázky zabývající se okolnostmi vzniku PPP (kdy a čím problémy začaly), psychologickými aspekty (tělesné sebepojetí,

motivace k hubnutí) a sociálními aspekty vzniku PPP (vztahy s okolím, hodnocení vzhledu, vliv médií).

3) Průběh poruch příjmu potravy. Tento okruh se zabývá symptomy PPP (tělesné i psychické projevy, způsoby redukce váhy), sociálními souvislostmi (reakce okolí, změny v sociálních rolích) i vnímáním svého hledu a jeho hodnocením. Zajímá se také o náhled dívek na PPP, na jejich znalost této problematiky a uvědomování si problému.

4) Léčba poruch příjmu potravy. V tomto okruhu jsou zařazeny otázky týkající se okolností léčby (počátek léčby, důvody k léčbě, zdravotní stav), její formy (samoléčba, odborná léčba, hospitalizace, trvání léčby, recidivy), průběhu a efektu terapie (pocity při léčbě, vztahy s okolím, změny ve vnímání sebe sama, výsledky léčby).

5) Současný stav. Zde se otázky zaměřují na pocity (psychická a fyzická kondice, nynější vztahy s okolím), postoj k současnému vzhledu (důležitost vzhledu, péče o vzhled, stravování, současná váha, spokojenost s vlastním vzhledem) a na subjektivní posouzení příčin (příčiny, udržovací faktory, možnosti zabránění vzniku PPP). V neposlední řadě je zde pozornost věnována i důsledkům PPP pro život (zdravotní omezení, partnerský život, obavy z recidivy).

Respondentky měly volný prostor pro vyjádření svých názorů a pocitů a dle potřeby jim byly pokládány doplňující otázky. Rozhovory byly zaznamenávány pomocí diktafonu a následně přepsány do písemné podoby. Délka jednotlivých rozhovorů byla přibližně 2-3 hodiny. Získaná data byla dále zpracována a jejich interpretaci představují tři samostatné kasuistiky. Metodou vyhodnocování dat zde byla kvalitativní obsahová analýza.

Závěry kvalitativního výzkumu vycházejí ze studia několika málo izolovaných případových studií, a proto je nelze generalizovat. Tento výzkum ale poskytl nové poznatky a hypotézy, které byly následně testovány ve výzkumu kvantitativním. Takto bylo možné podrobit hlavní závěry kvalitativního výzkumu statistickému testování a ověřit tak jejich platnost.

Použitou metodou kvantitativního výzkumu je dotazník. V práci byly použity dvě verze dotazníku – jedna byla zadána náhodně vybraným dívkám ve věku 14-25 let, druhá dívkám a ženám, které trpěly či trpí PPP. Dotazník předložený náhodně

vybraným dívkám obsahuje 27 otázek (viz příloha č. 3) a dotazník určený pro dívky, u kterých se vyskytla porucha příjmu potravy, obsahuje 29 otázek (viz příloha č. 4). Obsahem obou dotazníků jsou zprvu otázky identifikační, na které navazují otázky zjišťovací a to převážně uzavřené. Zjišťovací otázky jsou u obou verzí dotazníku totožné, aby bylo umožněno porovnání mezi výběrovými soubory. K upřesnění odpovědí respondentů byla využita také metoda studie siluet, která slouží ke zjišťování míry nespokojenosti s vlastním tělem.

Výsledky kvantitativního výzkumu byly zpracovány pomocí programu SPSS Modul Base 13.0.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným soubor kvalitativního výzkumu tvoří tři dívky, u nichž se během jejich života objevila porucha příjmu potravy. Při rozhovorech byla vytvořena atmosféra důvěry, která dívkám umožnila mluvit o svých problémech otevřeně. Svou roli sehrálo také přirozené prostředí jejich domova, kde se rozhovory odehrávaly.

V kvantitativním výzkumu byly dotazníky rozdány mezi dva výzkumné soubory. První z nich je tvořen dívkami ve věkovém rozmezí 14-25 let, které byly vybírány náhodným způsobem na základních, středních a vysokých školách v Českých Budějovicích. Druhý soubor je tvořen dívkami s poruchou příjmu potravy hospitalizovanými v Nemocnici v Českých Budějovicích, dívkami s PPP z Výchovného ústavu se školou v Jindřichově Hradci a dívkami, které se pro poruchu příjmu potravy léčí ambulantně. Celkem bylo v měsíci březnu rozdáno 150 dotazníků, z čehož se jich 141 vrátilo. Návratnost tedy dosáhla hodnoty 94 %.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

#### LUCKA, 23 let

Anamnéza: Lucka pochází z úplné rodiny. Nyní studuje vysokou školu. Matka i otec jsou středního věku a mají středoškolské vzdělání. Její starší bratr má vysokoškolské vzdělání a je ženatý. Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Nikdo nemá žádná zdravotní omezení. Ekonomické i bytové poměry rodiny jsou dobré.

---

Lucka vyrůstala v rodině, ve které panovaly velmi dobré vztahy. Vždy mohla o všem s kýmkoliv mluvit a ve všem, co pro ni bylo důležité, ji rodina podporovala. Prožila bezproblémové dětství, které bylo formováno spíše liberální výchovou, kterou charakterizovala vzájemná důvěra a respekt.

Vzhled v rodině nikdy nehrál významnou roli. Vždy se kladl důraz především na praktičnost. V tomto ohledu se Luce nikdy nedostalo negativního hodnocení. Důležitější bylo pro její rodinu to, aby se měla dobře. Zároveň všichni věděli, že by se jí takové negativní hodnocení dotklo, poněvadž se sama dost trápila, pokud byla s něčím na svém vzhledu nespokojená. Hodnocení jejího vzhledu pro ni bylo důležité.

Co se týče vztahů mimo rodinu, vycházela Lucka se všemi dobře. Ve třídě patřila k těm výraznějším, především tím, že byla veselá a všude byla slyšet. Díky své povaze měla hodně dobrých přátel. Byla otevřená, kamarádská a důvěřivá. Všeemu, co jí zrovna bavilo, se věnovala naplno. Především šlo o sport, kterému se věnovala již od 4 let.

Ani z řad svých vrstevníků ji nikdo na jejím vzhledu nic nevytýkal. Ona sama si však mezi nimi připadala jako „ošklivé káčátko“. Po celou dobu studia na základní škole trpěla tím, že měla hezčí kamarádky. Pak ale, jak sama popisuje, se postupně vypracovala a začala se víc líbit sobě i ostatním. Kladné hodnocení jejího okolí i partnerů jí tak zvedalo sebedůvěru.

Celkově k sobě měla dobrý vztah, ale s příchodem puberty se postupně začala zakulacovat a přestože nebyla nijak silná, změnu své postavy prožívala těžce. Byla

zvyklá na svou drobnou postavu a najednou jí připadala její stehna obrovská. Bála se, že by se o tom mohlo začít mluvit. Připadala si čím dál tím méně atraktivní a začala zkoušet různé diety, které však byly téměř bez efektu. Již v té době si říkala, že kdyby měla mít problémy s jídlem, byla by jedinec anorektička. Věděla, že by nesnesla zvracení a že jestli něco dokáže, tak je to minimální jíst - takže nejíst by jí pak přišlo normální.

Vše začalo, když bylo Lucce necelých sedmnáct let. Tehdy měřila 173 cm a vážila 65 kg. V souvislosti se sportem, kterému se věnovala závodně, se měla obléci do něčeho, v čem se necítila vůbec dobře. Rozhodla se tedy, že do závodů zhubne a že proto udělá cokoli. Dnes zpětně ví, že nebyla nijak silná, že byla i štíhlejší než teď. Tehdy to však viděla jinak - bylo jí ze sebe špatně a při pohledu do zrcadla jí bylo do pláče. Vše bylo zaměřené na to, jak bude v danou chvíli vypadat, že tam budou lidé, které má ráda, a hrozně se styděla. Nikomu se však nesvěřila.

Její cílem bylo zhubnout deset kilo. Věděla, že pokud zhubne hodně, půjdou dolů i stehna. Věděla z časopisů, jak se dá zhubnout, takže když se jí nedařilo nejíst, zkusila zvracení. Jednoho dne přišla pozdě domů a poněvadž měla hlad, najedla se. Poté si uvědomila, že už by jíst neměla a šla se vyzvracet. V tu chvíli si dokázala, že jí zvracení tolik nevádí a že to jde. Konečně našla způsob, kterým by svůj problém mohla zvládnout. Od té doby zvracela každý den třikrát. Nejdřív tímto způsobem zhubla, ale to byla jen počáteční reakce organismu. Postupem času zvracení ztrácelo účinek, takže si nikdo změny na jejím vzhledu nevšiml. O to víc jí to vadilo.

Jelikož jedla pořád stejně, jejích problémů si nevšimla ani její rodina. Podporoval to i fakt, že se v rodině společně nestravovali. Každý si vždy vzal, co chtěl a kolik chtěl. Když se její příjem jídla stupňoval, začala si jídlo kupovat sama - především to, o čem věděla, že je nejméně vhodné (sušenky, čokoládu, zmrzlinu...). Jedla úplně všechno a právě to ji těšilo. Později už se ale přejídala jen proto, aby se mohla vyzvracet. Navíc zvyšovala i svou činnost, kdy před samotnými tréninky, které měla třikrát týdně, chodila běhat a cvičila také před spaním. Takto zvracela nesouvisle asi tři roky. Střídala se období zvracení a klidu.

To vše provázely i změny v jejím chování - podrážděnost, náladovost... Po nějaké době už nežila ničím jiným než tím, aby zhubla, což vadilo i jí samotné. Cokoliv dělala,



cokoliv jedla a kamkoli šla, neustále myslela na to, jak vypadá a že potřebuje zhubnout. Dokonce i sny se jí zdály jen o tom, jak by toho mohla dosáhnout. Byla tím posedlá. Její život se točil jen kolem jejího vzhledu. Neustále kontrolovala svou váhu, až pětkrát denně, a byla zoufalá, že zvrací a je to k ničemu. Měla problém se soustředit, zhoršovaly se i problémy se spánkem, kterými trpěla už dříve. Po každém zvracení jí bylo zle, mívala i křeče, byla unavená, měla nízký tlak a každou chvíli se jí motala hlava. Zhoršila se jí také pleť, vlasy a citlivost zubů.

Do vystoupení se jí však zhubnout nepodařilo. Navíc ještě přibrala, a tak ve svém nutkavém hubnutí pokračovala. Mnohdy se s tím pokoušela přestat, kdy chtěla sice zhubnout, ale i jiným způsobem. Nešlo to však zastavit. Pokaždé se těšila, že přijde domů, spokojeně se nají, přejí a půjde to vyzvracet.

Přes den byla Lucka schopna své návyky kontrolovat, takže ve škole nikdy nezvracela. Zvracela jen doma. Buď počkala, až všichni odejdou nebo usnou, nebo se zamkla v koupelně, pustila vodu a spláchla záchod, aby nebylo slyšet, jak zvrací. Tak docílila toho, že si nikdo jejích návyků nevšiml. Ani změny v jejím chování nikomu nepřišly podezřelé - všichni předpokládali, že její podrážděnost souvisí se školou. Hádala se převážně s mamkou, ale vše bylo kvůli tomu, že se necítila psychicky dobře. Byla našťvaná, když mamka uvařila něco dobrého, nebo něco tučného, že se snaží zhubnout, že jí s tím nepomáhá. Přitom se jí ale nikdy se svou touhou zhubnout nesvěřila. Vždy, když chtěla hubnout, tak to nikomu neřekla, raději počkala, jaká bude odezva.

Za dva roky snahy zhubnout se její váha vyšplhala na 76 kilo. Tělem si tak připadala hrozně. V žádném oblečení se necítila dobře. Mezi lidmi chodila dál, ale vadilo jí to, protože toho, že přibrala, si všimli i ostatní. Strašně jí to mrzelo a trápilo. Měla vztek, že jí to někdo řekl nahlas, jelikož věděla, že má pravdu. Někteří to ani říkat nemuseli, stačil jen pohled. Vadilo jí, že ostatní netuší, co prožívá, a že to nikam nevede.

Za celou dobu se o svém problému zmínila jen jednou. Kamarádka, které se svěřila, jí tehdy nabídla pomoc psycholožky, ale Lucka jí odmítla. Snažila se z toho dostat sama. Svého problému s jídlem si byla vědoma, ale nepovažovala se, jak říká, za

„úplnou“ bulimičku z důvodu, že byla schopna zvracení ovládat. Nikdy se nedostala do stavu, kdyby proti své vůli v sobě jídlo neudržela. Z různých časopisů věděla i to, jaké důsledky tato nemoc má. Byla však přesvědčená, že pořád ještě nebyla tak daleko, aby to někomu vyprávěla. Říkala si, že by jí to ani nikdo s jejím vzhledem nevěřil.

Po dvou letech svých obtíží se Lucka zamilovala a díky tomu začala své návyky zmírňovat. V té době také objevila nový sport a zjistila, že jím dokáže zhubnout. Již po prvním cvičení byla natolik vyčerpaná, že už v ten večer nic nejedla, a nemusela tak jít zvracet. Takto postupně hubla každým tréninkem půl kila až nakonec shodila sedm kilo. Nebyla sice schopna své návyky změnit ze dne na den, ale v té době už nezvracela třikrát denně, ale jen třikrát týdně a čím dál tím víc je omezovala. Díky tomu, že našla způsob, kterým byla schopna zhubnout a především tím, že to dokázala vlastní pílí, své návyky po 4 měsících téměř skončila. Začala být spokojenější, šťastná. Chtěla být pro někoho krásná a bála se, že kdyby měla pořád jen zvracet, její váha se opět zvýší. Pomáhalo jí také to, že díky novému vztahu už netrávila tolik času doma, a tak neměla příležitost zvracet.

Návyky ale nevytizely úplně. Vždy, když nastaly ve vztahu nějaké problémy, vyplynuly napovrch jako reakce na aktuální psychický stav. Což, jak sama Lucka popisuje, se stalo do této doby asi třikrát. Též přiznává, že jí občas myšlenka přejít se a vyzvracet napadá.

Tím, že se Lucke podařilo vlastní pílí zhubnout, se změnil i její pohled na sebe samu. Najednou ze sebe měla strašnou radost, kterou ale nikomu nemohla říct, protože nikdo netušil, co se předtím odehrávalo. Dovolila si i vzít jiné oblečení, jelikož věděla, že bude vidět, jak zhubla a že může říct, že zhubla sportem. I tím, že do ní byl někdo zamilovaný si připadala hrozně krásná.

Dnes se cítí velmi dobře. Všechny nepříjemné problémy, které jí PPP způsobovaly, zmizely - zlepšila se pokožka, tlak..jediné, co zůstalo, je citlivost zubů.

Pořád by chtěla trochu zhubnout, protože v poslední době trochu přibrala, ale oproti jindy má dnes ze sebe mnohem lepší pocit, protože ví, že je schopná svou postavu regulovat. Je si vědoma, že se svou postavou bude vždy bojovat o něco víc než ostatní.

Chce zhubnout, ale už tím není, jak říká, posedlá. Sice nevylučuje, že by opět mohla sklouznout ke svým dřívějším návykům, ale v tuhle chvíli z toho nemá obavy.

I pohled na vzhled obecně se změnil. Stále mu přikládá váhu, ale je si sama sebou víc jistá, smířená, změnila pohled na sebe sama. Ví, že umí prodat to, co je na ní hezké a to nejenom její vzhled. Už by nikdy nechtěla hubnout kvůli jiným, ale především pro sebe. Je soudná, ví, co si může dovolit. Zmiňuje však situaci obdobné té, která předcházela rozvoji jejích problémů s jídlem. Přiznává, že kdyby se této situace nakonec nevyhnula, měla by pravděpodobně stejné následky jako tehdy. Ví, že podobný nátlak by na ní měl obdobný účinek. Komplex má i z přítomnosti dívek, které jsou mnohem štíhlejší než ona.

Pořád dbá o svou vizáž. Móda jí baví a vždycky bavit bude. V jídle se však nijak neomezuje, nebo alespoň ne víc než jiní - nepřejídá se a hlavně se snaží jíst zdravě, i ze zdravotních důvodů. Má tak ze sebe i lepší pocit. Navíc se přestala i vážit.

Jako příčinu svých problémů uvádí to, že se sebou nebyla smířená, a přidává i vliv okolí - všechny dívky jí připadaly hubenější, perfektní. Poukazuje také na vliv společnosti, který předkládá ideály, které jsou podle ní umělé a na dívky v období 15-16 let, jež se neumí smířit s proměnou svého těla, velmi působí. Nikoho ze svých problémů neviní, považuje to za svoji hloupost, jako situaci, kterou v daném věku nezvládla. Spekuluje, že kdyby byla se sebou víc spokojená a měl jí někdo rád takovou, jaká je, nemuselo to dojít tak daleko. Uvádí však, že sklony k těmto problémům měla.

Dodnes jsou její problémy s jídlem pro ni tabu a nikomu dalšímu se o nich nesvěřila.

## **JANA, 22 let**

Anamnéza: Rodina Jany je doplněná až od jejích pěti let. Jana má středoškolské vzdělání a pracuje. Její rodiče mají středoškolské vzdělání. Se svými rodiči má výborný vztah. Má mladšího bratra. Bytové a ekonomické poměry jsou dobré. Nikdo nemá žádná zdravotní omezení

---

Až do pátých narozenin byla Jany rodina neúplná, jelikož zde chyběl otec. Jeho roli nahrazovali prarodiče, s kterými Jana vycházela velice dobře. I přes absenci otce tedy dětství proběhlo bez problémů. Vztah s matkou byl spíše kamarádský, nechyběla zde však vzájemná důvěra a respekt. Když se otec k rodině vrátil, učili se žít zase ve třech. V tu dobu se ještě více utužil vztah s matkou, kdy měla Jana pocit, že o ni musí bojovat. Výchovné způsoby Janiných rodičů se nijak významně nelišily, ale otec si svou autoritu nezískával lehce. Tehdy byl pro Janu cizím elementem, který se snažila přehlížet.

Vzhledem k tomu, že oba rodiče patřili k těm přirozeně atraktivním lidem, nekladli nijak zvláštní důraz na vzhled. Pro Janu však bylo velice důležité vypadat dobře právě proto, že u jejích rodičů to bylo samozřejmé - chtěla být také hezká. Střídala se u ní období extrémní péče o vzhled a období, kdy jí na jejím vzhledu nezáleželo. Tyto extrémní výkyvy vnímali i její rodiče, takže se jí v tom snažili usměrňovat.

Po většinu dětství byla Jana spíš samotář. Nijak zvláště nevyhledávala kolektiv, spíš měla jednu, dvě dobré kamarádky. Když byla ale ve společnosti, byla ráda středem pozornosti. Ve třídě vždy vyčnívala, byla oblíbená a vyhledávaná. Kritických poznámek týkající se jejího vzhledu se jí nikdy nedostávalo, naopak. Sama o sobě si však mezi svými vrstevníky atraktivní nepřipadala. Měla na sebe vždy svůj názor a hodnocení jejího okolí na něj nemělo vliv.

Janin vztah k vlastnímu vzhledu byl negativní. Vadil jí její větší nos, odstávající uši, pihy... prostě měla pocit, že je nejošklivější na světě. Měla dokonce pocit, že jí kvůli tomu všichni pozorují. Ve skutečnosti však na kráse nikdy nestrádala. Byla štíhlá, vždy se řídila módními trendy a okolí jí lichotilo.

Vše propuklo o vánocích. Nebyly o moc jiné než předchozí, ale Jana měla pocit, že to, jak přibrala, už není hezké, a s ohledem na to, že její matka i teta jsou hubenější než ona, si řekla, že by možná měla začít hubnout. Nejzásadnější impuls však vzešel od její babičky, která pronesla kritickou poznámku směřovanou na Janiny hýždě. V té době bylo Janě 15 let, vážila 57 kg a měřila 163 cm. Ona sama si nepřipadala nijak zvlášť tlustá, ale řekla, že zhubne a to tím, že přestane jíst sladké, které měla tak ráda. Tím, že jí babička odvětila, že to nedokáže, se u Jany vzbudila o to větší touha jí dokázat opak. V tu chvíli se cítila hrozně dobře a byla nabitá energií. Rozhodla se, že bude jíst jenom zdravě. Vzhledem ke svým předchozím stravovacím návykům byl nový režim na Janě ihned znatelný.

Poněvadž si rodiče mysleli, že Jana hubne jen z provokace, nestáli jí v cestě. Jana uklidňovala svou matku i tím, že chce zhubnout na 52 kg, a v tu chvíli bude mít ideální postavu a bude spokojená. V tu chvíli tomu i sama věřila, ale když dosáhla této váhy, bylo jí líto přestat. Věděla, že to pořád ještě jde. Původně totiž ani ona sama nevěřila, že se dokáže vzdát sladkého. Vypráví, jak si v té době chodila kupovat čokoládové tyčinky, aby k nim alespoň mohla přičichávat, když už je nesměla sníst.

Paradoxně čím víc Jana hubla, tím míň se sama sobě líbila. Připadala si tlustší a tlustší. Už nehubla jen kvůli babičce, byla přesvědčená, že bude-li hubenější, bude jí lépe. Motivovalo ji oblečení menších velikostí, modelky v časopisech... Od prvního momentu sbírala recepty na zdravá jídla a časopisy zaměřené na hubnutí. Dokonce si vytvořila nástěnku se štíhlými modelkami, kterou měla neustále na očích a která jí pomáhala ve vůli - když dostala na něco chuť, podívala se na ty hubené dívky a řekla si, že to přeci teď nevzdá, když může za chvíli vypadat stejně dobře jako ony. Neuvědomovala si, že už tak v ten moment vypadala. Připadalo jí, že má ještě co zhubnout, aby vypadala jako ony.

Přestože to Janě dodnes nikdo nevěří, po celou dobu měla pravidelný přísun potravy. Jedla pětkrát denně a to určité druhy potravin - ke snídani celozrnnou housku s lučinou či se šunkou, k svačině müsli tyčinku, oběd tvořilo opět pečivo se sýrem, k odpolední svačině jablko a k večeři jogurt. Tento jídelní režim však mohla uplatňovat jen přes týden, kdy jí rodiče nemohli tolik kontrolovat. Víkendy pro ni byly hrozbou,

protože jezdili k babičce na oběd. Tím, že nebyla na tak vydatný oběd zvyklá, připadala si hrozně přejedená. Chodila se proto na tři hodiny projít, aby vše spálila, a zároveň se tak nemusela dívat na to množství připraveného jídla. Poté až do „své večere“ nejedla.

Ke svému novému „zdravému životnímu stylu“ (jak tehdy popisovala své stravovací návyky) navíc přidala ještě každodenní cvičení. Každý den v tu stejnou hodinu cvičila tu samou sestavu. Měla dobrý pocit, že cítí, jak všechny svaly pracují, když se nadechuje, líbila se sama sobě. Počáteční hodina se však časem vyšplhala až na tři. Popisuje, jak měla několikrát stavy vyčerpanosti, že věděla že v ten den nebude mít na cvičení síly. Vždy však i se slzami v očích sestavu docvičila. Měla strach, že jinak ztloustne. Byla podrážděná, s nikým se moc nebavila a už vůbec ne na téma hubenosti. Byla nervózní, protivná, nenávistná a konfliktní. Přesto ale se svými návyky nepřestala. Motivovalo jí vědět, kam až to půjde. Její váha se tak dostala až na 39 kilogramů. Toto drastické snížení váhy provázela navíc ztráta menstruace, zácpa, řídnutí vlasů, průhledná pleť, lámavost nehtů.

Jana si uvědomovala, že nedělá dobře, ale věděla, že to má efekt. Čím nižší však byla její váha, tím víc si také uvědomovala, že by se mohla zabít. Připadala si bezmocně. Na jednu stranu si byla vědoma, že má problém, přestože si to po většinu času nepřipouštěla, a zároveň věděla, že z něj nechce ven, protože by to znamenalo, že by přibrala. V konečné fázi svých problémů měla i tendence, že by se mohla zabít, protože nevěděla, jak z toho ven. Na nic jiného nebyla schopna se soustředit, jen na svoje jídlo.

Ke konci chodila i za školu, jelikož věděla, že neudrží pozornost - už od první hodiny přemýšlela nad tím, kdy a za jak dlouho si dá svačinu a od svačiny zase přemýšlela, za jak dlouho si dá oběd. Tím se rapidně zhoršil i její prospěch. Kromě špatné pozornosti ji provázely i poruchy spánku. Často nemohla hlady usnout, trpěla depresi, úzkostí, měla pocit, že nemá kam utéct. Zároveň se prohlubovaly problémy ve vztahu s rodiči, kdy se často prali o to, zda dané jídlo sní nebo ne. Díky tomu se čím dál tím víc stranila lidí, protože jí připadalo, že nikdo nemá na práci nic jiného než ji přinutit jíst.

Prosby, domluvy, nátlak rodičů a okolí, nic z toho nemělo na Janu vliv. Rozhodujícím okamžikem nakonec bylo, když šla jednoho dne po ulici, připadala si atraktivní, jak na ni všechno vlaje, a prošla kolem ní skupina chlapců, kteří na celou ulici pokřikovali, že vypadá jako kostra. Až tento okamžik, cizí lidi, rozhodli o Janině budoucnosti. Do té doby si totiž myslela, že se na ni všichni dívají s obdivem. Po tomto incidentu se však měla chuť schovat.

Tehdy přišla domů, a řekla mamce, že by chtěla trochu přibrat. Ta jí vzala k lékaři, s tím, že se s ním poradí. Dotyčný lékař chtěl Janu ihned hospitalizovat, ale to pro ni bylo naprosto nepřijatelné. Matka tedy navrhla určitou dohodu - věděla totiž, že Jana chce začít po zmiňovaném incidentu jíst, ale zároveň věděla, že za hodinu už třeba bude mít úplně opačný postoj. Dohoda spočívala v tom, že pojedou na dovolenou u moře a vezmou s sebou ty „zdravé potraviny“, aby si tam Jana nepřipadla v pasti, s tím, že každý den s nimi sní večeři, kterou jí připraví. Na to Jana přistoupila. Dohodu sice dodržovala, ale o to víc cvičila. Chodila na dlouhé procházky, plavala a pila 4 litry zeleného čaje denně. Když se vrátili z dovolené, ke zděšení matky vážila ještě o kilo méně.

Tři měsíce se snažila rodiče přesvědčit, že ztloustne a tajně doufala, že nepřibere a nechají ji být. Za ty tři měsíce, co jedla ty večeře však měla pocit, že když nehubne, nemá co ztratit, pokud začne jíst. Postupně si k předchozímu incidentu, který ji přinutil ztloustnout, přibalovala i starost rodičů, aby tím kryla následný přírůstek váhy. Po půl roce tak začala ze dne na den jíst úplně všechno, na co přišla, a během krátké doby (asi dvou měsíců) se dostala na svou původní váhu. Nechtěla ztloustnout, ale neměla soudnost. Měla před sebou vše, co celou dobu nemohla jíst, a chtěla si připomenout, jak to vlastně chutná.

Na toto období Jana vzpomíná s největší úzkostí. Po každém přejedení s pláčem chodila za matkou, že bude tlustá. Nakonec se tímto přejídáním její váha vyšplhala až na 63 kilo. V té době se sama sobě vůbec nelíbila a pocítovala k sobě odpor. Styděla se, že lidé, kteří jí potkávali, si řeknou, že včera byla hubená a dnes je zase tlustá. Zhoršovaly se tedy i její vztahy s okolím, kterému se snažila vyhýbat. Začala opět míň jíst a trochu cvičit. Byla přesvědčená, že do anorexie znovu nepadne. Ani matka

neměla obavy, jelikož se u Jany nebyla ta vzestupná tendence hubnout víc a víc. Utěšovalo jí i to, že se Jana nestrání společného stravování. Během roku se jí nakonec podařilo zhubnout na svou původní váhu, tedy na 57 kilo.

Od té doby byla se sebou celkem spokojená, protože tato váha pro ni byla únosná. Po určité době navázala dlouhodobější vztah s novým partnerem, začala pracovat, osamostatnila se a začala žít jiným, trochu hektickým způsobem života, díky kterému zhubla na 53 kilo. V té době byla asi nejspokojenější, o to víc, že proto nemusela nic dělat. Kvůli následnému rozchodu sice její váha klesla na 47 kilo, ale po opadnutí stresu začala jíst a dnes má opět svou původní váhu.

Dodnes pro ni hraje vzhled důležitou roli a denně mu věnuje určitou péči. Má pocit, že si nemůže dovolit vyjít mezi lidi nehezká. Není se sebou spokojená, nepřipadá si atraktivní, ale vnímání jejího vzhledu je podle ní mnohem lepší než tenkrát. Pořád by chtěla zhubnout alespoň pět kilo, ale zároveň se bojí osudné hranice 52 kil. Dodnes je pro ni nepřijatelná představa, že by si měla koupit oblečení velikosti „M“, protože tato velikost jí připomíná období, kdy vážila 63 kilo a o kterém se jí ani nechce mluvit.

Anorexie jí poznamenala především tím, že je v neustálé křeči - ví, že může být jak tlustší tak i hubenější. Představa, že by teď přibrala pět kilo, je pro ni naprosto nepřijatelná. Ví, že z malého stresu se přejídá, a bojí se, že by se zase nekontrolovatelně přejídala. Teď je celkem klidná, poněvadž ví, že nepotřebuje zhubnout tolik, že stačí nejíst večer či omezit sladké. Je přesvědčena, že recidiva anorexie je málo pravděpodobná, že dnes už v sobě má určitý pud sebezáchovy.

Dnes vidí jako příčinu svých potíží především chuť dokázat někomu, že zvládne sama sebe kontrolovat a přiblížit se trendům, ideálu. Udržovacím faktorem pro ni bylo právě to, že měla minimálně jednu věc pod kontrolou.

Spekuluje, že jejím problémům s jídlem by tehdy možná zabránil fakt, že by měla někoho, kdo by ji měl rád takovou, jaká je, jak vypadá. To by prý možná na těch 52 kilogramech skončila.



## MARTINA, 24 let

Anamnéza: Martiny rodiče se rozvedli v jejích 11 letech. Matka i otec mají vysokoškolské vzdělání. Otec je alkoholik, matka má psychické problémy. Martina studuje vysokou školu a má tři sourozence. Starší sestra taktéž trpěla poruchou příjmu potravy. Vztahy v rodině nebyly příliš dobré, v současnosti se zlepšily. Bytové poměry jsou dobré, ekonomické poměry podprůměrné.

---

Až do devíti let byla Martiny rodina úplná a fungovala vcelku dobře. Poté se však její rodiče rozvedli kvůli otcově závislosti na alkoholu. Ve chvíli, kdy se o jeho závislosti dozvěděla, se jí zhroutil svět - nechtěla o něm mluvit, nechtěla ho vidět, a tak se od té doby nevidali. Matka vzala vyšší funkci ve své práci, aby měla rodina vyšší příjem, a tak se o výchovu starala především nejstarší sestra. Vzhledem k tomu byla výchova spíše liberální. Vztahy v rodině byly ale velmi napjaté. Na denním pořádku byly hádky a to jak se sestrou tak s matkou, která navíc trpěla psychickými problémy. V té době si Martina připadala ostrčená, špatná. Díky tomu neměla ani tendenci svěřovat se se svými problémy.

Vzhled v rodině nebyl nikdy nijak významný. Nejvíce si na něm zakládala Martiny sestra, která se svým vzhledem nebyla spokojená. I přes její normální postavu se u ní v jejích 17 letech objevila bulimie, která u ní setrvala velmi dlouho a ani dnes, po třinácti letech, nemá adekvátní postoj k jídlu.

Význam vzhled u Martiny vzrostl až v jejích dvanácti letech. Do té doby byla štíhlé postavy, ale při každém pobytu u své babičky jedla natolik nekontrolovatelně, že se její váha při výšce 160 cm vyšplhala až na 85 kilo. Nikdo však neprojevil zájem tuto situaci řešit. Jediné, čeho se Martině dostávalo, byly kritické poznámky a posměch kvůli její tloušťce. Martinu to hrozně mrzelo, protože její příjem potravy se zvyšoval v období, kdy z toho ještě neměla rozum. Navíc to podporoval fakt, že v její rodině se stravoval každý sám - kdy chtěl a kolik chtěl. Společně se jedlo jen o víkendech, ale velmi nepravidelně.

Martina byla extrovertní, bez zábran, veselá, zdravá a chytrá dívka. Se svými vrstevníky si však nikdy moc nerozuměla. Nešlo jen o posmívání kvůli její tloušťce, ale vadila jim i Martiny povaha. Uzavírala se tak do svého světa. Většinu času trávila doma, učila se, nebo se věnovala psuvi. Měla sice hrstku kamarádů, ale neměla žádného blízkého přítele. Ani ve třídě neměla stálé kamarády. Nikdy mezi své spolužáky nezapadla. Kvůli svému vzhledu navíc zažila na škole i šikanu od žáka z vyššího ročníku. Atraktivní si mezi nimi sice nepřipadala, ale hodnocení jejího vzhledu pro ni nemělo význam. Důležité pro ni bylo jen od lidí pro ni blízkých či od těch, kteří jí byli autoritou - bohužel i od těchto lidí si vyslechla kritické poznámky týkajících se jejího vzhledu.

Problémy s jídlem začaly, když bylo Martině dvanáct let. V té době měla problémy ve škole, kde se jí nedařilo v matematice. To pro ni byla nová situace, poněvadž byla vždy výborná studentka. Začala se mít míň ráda a připadala si neschopná. Dávala si také za vinu, že je taková, jaká je, že jí ostatní děti nemají rády. Postupně se stahovala do sebe, byla plačtivá, měla nízké sebevědomí. To vše vyústilo v problémy s nespavostí, kvůli kterým byla nakonec hospitalizována. Paradoxně přesto, že byla na společném pokoji s dívkami s anorexií, k ní jedna ze sester pronesla kritickou poznámku ohledně jejího vzhledu. Tehdy Martina měřila 160 cm a vážila 65 kilo. Svůj vzhled však nijak neřešila.

Poté, co ale nastoupila na gymnázium, začala svůj vzhled vnímat více. Nic se jí na sobě nelíbilo - připadala si tlustá a že má ke své postavě malá prsa. Navíc jí vadilo, že o ni nemají chlapci zájem, protože není atraktivní jako jiné dívky. Začala tedy chodit na aerobic, díky kterému se její váha sice zastavila, ale nešla tolik dolů, jak by Martina chtěla. Snižovala tak i příjem potravy. Rodina jí tehdy chválila, že se svou váhou něco dělá. Po čase se jí už ale nechtělo ani držet dietu ani cvičit a opět přibrala. Její váha se dostala až na 85 kilo.

Jednoho dne si vzpomněla na dívky s anorexií z nemocnice, a přesto, že jí to tenkrát bylo odporné, věděla, že jejich návyky měly efekt. Začala tedy míň jíst a víc cvičit. Postupně jí ale přestávalo bavit cvičení a tak více omezovala příjem stravy. Vždy alespoň něco jedla, ale hlídala si kalorické hodnoty, které si vystřihávala spolu s dietami

a různými cviky z časopisů. Po čase jí to opět nestačilo a začala opět cvičit. Každý týden chodila plavat čtyřicet bazénů a doma cvičila se závažím. Do toho působily konflikty se sestrou, matkou a puberta.

V té době se měla radši, protože byla na sebe pyšná, že něco dokáže, že váha jde dolů. Tehdy se vážila pětkrát denně a neustále se pozorovala v zrcadle. Připadala si lehká, měla pocit, že lítá. I ostatní ji obdivovali a díky tomu sama v sobě rostla. Zároveň si připadala výkonnější - vydržela se déle učit, cvičit, nepotřebovala tolik spát...měla pocit, že má vše pod kontrolou. Jediné, co jí vadilo, byly vystouplé kosti na jejím těle. Motivovalo jí však to, že stoupla v ceně opačného pohlaví. Do té doby o ni totiž nikdo neměl zájem. Komu se však její vzhled nelíbil, byla její rodina, které ke konci připadalo, že Martina je už moc hubená. Její váha totiž klesla z původních 85 kil na 50. Ona si však jejich výtky nebrala k srdci, dělalo jí dobře, že je hubená, a ani pohledy okolí jí nevadily, naopak - těšily ji.

Postupně se Martina začala izolovat a naprosto odmítala kontakt s lidmi. Cítila se už strašně vyčerpaná, rozklepaná, nekontrolovala své pohyby. Měla hlad, křeče a migrény, kvůli kterým měla velkou absenci ve škole. Dokonce, jak se ke konci přestala pozorovat, se při pohledu do zrcadla sama sebe lekla. Měla kruhy pod očima, byla bledá, měla modřiny a padaly jí vlasy. Nechtěla se vzdát toho, jak vypadá, ale byla si vědoma, že nejde dál nejíst a vypadat dobře. Věděla, že už to dlouho nevydrží. Řekla své matce, že už je jí špatně, a ta jí odvezla do nemocnice. Přesto, že si to Martina nepřála, byla nakonec hospitalizována v nemocnici.

V nemocnici Martina zhubla ještě další dvě kila. Tamější léčbu popisuje jako kontraproduktivní. S nikým z personálu nenavázala dobrý vztah, nikdo nezískal její důvěru. Byl to pro ni, jak popisuje, takový teror, že se raději začala přejídat, aby ji rychle pustili. Propustili ji, když přibrala na 49 kilo.

Poté se snažila fungovat zase normálně. Kvůli zácpě, kterou si svým nevhodným stravováním způsobila, začala brát projímadla. Když ale její váha začala stoupat a vyšplhala se na 70 kg, dávky projímadel zvyšovala. O prázdninách navíc měla konflikty s matkou, i na pracovišti, kde byla na brigádě, necítila se dobře a začala sebou zase pohrdat. Měla hrozný hlad, byla nervózní a měla hroznou potřebu se přejíst. Přestože se

najedla normálně, uvědomila si, že i tak přibírá. Rozhodla se, že když zvrací její sestra, zkusí to taky. Bylo jí z toho sice divně, ale byla ráda, že to jde. Zpočátku zvracela jen jednou denně, ale časem zvracela i šestkrát za den. Po vyzvracení zažívala pocity úlevy. Pozitivní byl pro ní pocit, že si může dát, co chce, protože tím nestoupne na váze. Když už ale váha začala stoupat, bylo to pro ni stresující. Byla podrážděná, vzteklá. Mívala pocity úzkosti, deprese. Bylo jí špatně, často ji páčila žába, párkrát zvracela krev z jícnu i ze žaludku - v tu chvíli měla strach, jestli se jí něco neprotrhlo. Měla odřený krk, že nemohla ani polykat, a často jí trápily bolesti hlavy z nedostatku tekutin.

Martina zvracela především doma a občas i venku. Přes den, když byla ve škole, se snažila nejíst. Když pak přišla domů, přežedla se, vyzvracela, několikrát to zopakovala a šla spát. Nikdy si nedovolila zvracet na záchodě. Zvracela tedy jen v pokoji do mísy či do kýblu a měla u toho puštěnou hlasitou hudbu, aby si toho matka nevšimla. Mísu pak uklidila do skříně a vytipovala si chvíli, kdy to uklidila. Díky tomu si toho matka všimla až po 4 měsících, kdy našla v Martině pokoji kýbl se zvrátky. Chtěla ji poslat do nemocnice, ale Martina s tím nesouhlasila - vzhledem k tomu, že byla plnoletá, jí nemohl nikdo nutit.

Zhubla 20 kg. Když maturovala, vážila 50 kg. Poté odjela do města, ve kterém nastoupila na vysokou školu, a její problémy se na čas zklidnily. Omezovala zvracení a svoji snahu sdělovala i matce, aby ji uklidnila. Její váha se pohybovala kolem 55 kg. Ve druhém ročníku ale začala mít problémy se školou. Přestávala zvládat množství učiva, které brala moc zodpovědně. V té době jí navíc její tehdejší partner naznačil, že je silnější, a po třech měsících se s ní rozešel. Tím se zhoršovaly i problémy doma. Byla protivná, hádala se s matkou. Začala opět zvracet. Už ne kvůli váze, ale spíše šlo o jakýsi způsob sebetrestání.

Po dvou měsících se ve škole zhroutila. Bulimie už do jejího života zasahovala natolik, že při jakémkoliv jiném problému se jako jeho kompenzace objevily i problémy s jídlem. Šla tedy za zdravotnicí, kterou ve škole měli, a ta jí poslala do krizového centra. Tam jí nabídli buď týdenní odpočinek, s tím, že se pak vrátí zase do školy, nebo hospitalizaci. I matka jí dala ultimátum, že pokud se nebude léčit, vrátí se do školy. To byla pro Martinu hrozivá představa, takže se rozhodla pro léčbu, jen aby se nemusela

vrátit. V tu dobu vážila 53 kg. V tamější nemocnici zhodnotili její stav jako relativně dobrý s tím, že si musí uspořádat život. Pomohli jí srovnat si hodnoty, ujasnit si svoji situaci. Měsíc a půl měla čas o sobě přemýšlet. Rozhodla se tedy odejít ze školy a také pochopila, že musí pryč od své matky, že se musí osamostatnit. Když jí propustili, měla 58 kg.

Ani u anorexie, ani u bulimie nikdo její situaci neřešil. Všichni za ní chodili, že je moc hubená, ať už s tím přestane, ale pomocnou ruku jí nikdo nenabídl. Její matka jí sice dávala přečíst knížky o této problematice a domluvila jí psycholožku, ale šlo jen o pouhé záchvěvy pomoci. Po většinu času na ni křičela a dávala ultimáta. A její sestra dokonce její problémy bagatelizovala, nejspíš proto, že sama neměla zdravé stravovací návyky.

Svých problémů si byla celou dobu vědoma. Sice neznala danou problematiku do hloubky, ale z různých článků v časopisech tušila, že trpí poruchou příjmu potravy. Věděla, že je nemocná, ale nic s tím nedělala. Jediné, čeho se bála, bylo, že by mohla umřít. Sice se snažila dávat si různá předsevzetí (hlavně u MA), kam až dojde a kdy přestane, ale nikdy jí to dlouho nevydrželo.

I dnes by chtěla vypadat hezky, ale nepřikládá tomu takovou váhu jako tenkrát. Přestala se vážit a stanovila si jiné hodnoty. Pomáhá jí i okolí, rodina a nynější partner, kteří jí neustále ujišťují o tom, že vypadá dobře. Občas si sice připadá atraktivní, ale často o tom pochybuje. V jídle se nijak neomezuje a nevěnuje se ani žádnému sportu, i když by chtěla začít chodit na aerobic. Ani dnes se neřídí módními trendy, má svůj styl. Atraktivní ženu už si nepředstavuje jako vyzáblou dívku, naopak se jí líbí dívky, jak se říká, „krev a mlíko“. Přesto by přírůstek na váze pro ni znamenal omezení se v jídle - byla by to kila navíc, kterých by se chtěla zbavit. Strach z recidivy tedy má. Je si vědoma, že poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobou záležitostí, ale doufá v to, že s prací a s dětmi budou jiné hodnoty a starosti.

Přestože se stále ambulantně léčí, aby byla kompenzovaná, dnes nemá žádné zdravotní komplikace. Trápí jí ji jen výkyvy v její psychice, poněvadž by chtěla mít stabilnější náladu. Zlepšily se i její vztahy s matkou, především tím, že se odstěhovala a osamostatnila.

Dříve své problémy s jídlem dávala za vinu všem, především jejím rodičům. Dnes však jako příčinu svých stravovacích problémů zmiňuje několik faktorů: špatné rodinné vztahy, nízké sebevědomí, výchovu, kde se jí nedostávalo dostatku podpory a hodně se jí povolovalo v jídle, alkoholismus jejího otce, posměchy okolí a v neposlední řadě svou povahu, jelikož si vše brala hodně k srdci a nedokázala se nad danou situací povznést. Udává, že to pro ni tehdy byla jediná činnost, kterou měla, něco svého - pozorování své váhy, vzhledu - něco, co se jí dařilo.

Díky poruchám si však Martina připadá bohatší. Tím, že si tímto problémem prošla, je schopna pochopit i jiné. Je schopna o tomto období mluvit otevřeně, poněvadž to považuje za součást jejího života.

## 4. 2 Výsledky kvantitativního výzkumu

V této části práce jsou uvedeny výsledky dotazníku, zadaného u výzkumného souboru 120 ti náhodně vybraných dívek ve věku 14 - 25 let. Výsledky výzkumného souboru dívek s poruchou příjmu potravy jsou uvedeny ve srovnání se zdravou populací v příloze č. 5.

**Tabulka č. 1: Věk**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Věk	120	14,00	25,00	18,9917	4,5708
Váha	120	44,00	90,00	58,8667	10,8484
Výška	120	149,00	186,00	168,6750	6,44715

Průměrný věk dotazovaných dívek byl necelých 19 let. Nejmladším dívkám bylo 14 let, nejstarším 25 let. Nejnižší váha dívek byla 44 kg, nejvyšší 90 kg. Průměrná váha byla 58,9 kg. Nejnižší výška dívek byla 149cm, nejvyšší 186cm. Průměrná výška se pohybovala okolo 168,7 cm.

**Tabulka č. 4: BMI**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BMI Méně než 18,5	25	20,8	20,8	20,8
18,5-24,9	87	72,5	72,5	93,3
25,0-29,9	8	6,7	6,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BMI	120	15,80	29,10	20,7717	2,68701

Z tabulek vyplývá, že 20,8 % dívek má podváhu, 72,5 % má normální váhu a zbylých 6,7 % nadváhu. Průměrné BMI dívek se pohybovalo okolo hodnoty 20,8. Nejnižší hodnota byla 15,8 a nejvyšší 29,1. (Hodnocení dle hmotnostního indexu viz příloha č. 6).

**Tabulka č. 5: Vzdělání**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ZŠ	16	13,3	13,3	13,3
	SŠ	51	42,5	42,5	55,8
	VŠ	53	44,2	44,2	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Ze 120 dotazovaných dívek jich mělo 13,3 % základní vzdělání, 42,5 % středoškolské a 44 % dívek mělo vysokoškolské vzdělání. Ve výzkumu bylo zahrnuto i vzdělání započaté.

**Tabulka č. 6: Vztah s rodiči**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborný	52	43,3	43,3	43,3
	Dobrý	51	42,5	42,5	85,8
	Ani dobrý ani špatný	13	10,8	10,8	96,7
	Spíše špatný	3	2,5	2,5	99,2
	Velmi špatný	1	,8	,8	100,0
Total		120	100,0	100,0	

43,3 % dívek odpovědělo, že má výborný vztah s rodiči, 42,5 % dobrý, 10,8 % ani dobrý ani špatný, 2,5 % spíše špatný a 0,8 % uvedlo, že má s rodiči velmi špatný vztah.

**Tabulka č. 7: Význam vzhledu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	93	77,5	77,5	77,5
	Ne	27	22,5	22,5	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Z tabulky vyplývá, že 77,5 % dívek považuje vzhled za důležitý. Zbýlých 22,5 % uvedlo, že vzhled podstatný není.



**Tabulka č. 8: Spojenost se svým vzhledem**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zcela spokojena	6	5,0	5,0	5,0
	Spíše spokojena	52	43,3	43,3	48,3
	Ani ne/spokojena	47	39,2	39,2	87,5
	Spíše nespokojena	13	10,8	10,8	98,3
	Zcela nespokojena	2	1,7	1,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

5 % dívek uvedlo, že je zcela spokojeno se svým vzhledem, 43,3 % je spíše spokojeno, 39,2 % není ani spokojeno ani nespokojeno, 10,8 % je spíše nespokojeno a 1,7 % dívek uvedlo, že je zcela nespokojeno se svým vzhledem.

**Tabulka č. 9: Hodnocení vlastního vzhledu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborný	3	2,5	2,5	2,5
	Dobrý	60	50,0	50,0	52,5
	Ani ne/spokojena	46	38,3	38,3	90,8
	Spíše špatný	9	7,5	7,5	98,3
	Velmi špatný	2	1,7	1,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

2,5 % dívek ohodnotilo svůj vzhled jako výborný, 50 % dobrý, 38,3 % hodnotilo svůj vzhled neutrálně, 7,5 % jako spíše špatný a 1,7 % dívek považuje svůj vzhled za velmi špatný.

**Tabulka č. 10: Hodnocení vzhledu okolím**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborný	3	2,5	2,5	2,5
	Dobrý	77	64,2	64,2	66,7
	Ani ne/spokojena	33	27,5	27,5	94,2
	spíše špatný	6	5,0	5,0	99,2
	velmi špatný	1	,8	,8	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Ve 2,5 % dívky uvedly, že okolí hodnotí jejich vzhled výborně, 64,2 % dobře, 27,5 % neutrálně, 5 % spíše špatně a 0,8 % dívek uvedlo, že okolí hodnotí jejich vzhled jako velmi špatný.

**Tabulka č. 11: Péče o vzhled**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	116	96,7	96,7	96,7
	Ne	4	3,3	3,3	100,0
Total		120	100,0	100,0	

96,7 % dívek uvedlo, že dbá o svůj vzhled, zbylá 3,3 % o svůj vzhled nepečuje.

**Tabulka č. 12: Čas věnovaný vzhledu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Méně než 1 hod denně	88	73,3	73,3	73,3
	Více než 1 hod denně	28	23,3	23,3	96,7
	Žádný	4	3,3	3,3	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Převážná část dívek, tj. 73,3 % věnuje péči o svůj vzhled méně než hodinu denně. 23,3 % dívek více než hodinu denně a 3,3 % o svůj vzhled nepečuje.

**Tabulka č. 13: Vliv médií**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	64	53,3	53,3	53,3
	Ne	56	46,7	46,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Z dotazníků vyplynulo, že 53,3 % dívek se řídí módními trendy. Zbýlých 46,7 % dívek se o módu nezajímá.

**Tabulka č. 14: Potřeba zhubnout**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	71	59,2	59,2	59,2
	Ne	49	40,8	40,8	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Většina dívek, tj. 59,2 % byla přesvědčena, že potřebuje zhubnout. 40,8 % dívek tuto potřebu nemělo.

**Tabulka č. 15: Ideální (požadovaná) váha**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Požadovaná váha	120	40,00	78,00	55,7750	6,96505

Průměrná požadovaná váha dívek se pohybovala kolem 55,8 kg. Nejnižší uváděná váha byla 40 kg, maximální 78 kg.

**Tabulka č. 16: Rozdíl současné a požadované váhy**

	N	Maximum +	Maximum -	Mean	Std. Deviation
Rozdíl současné a požadované váhy	120	11,00	-20,00	-3,5167	4,68680

Z tabulky vyplývá, že některé dívky si přály zhubnout až 20 kg, některé si však přejí přibrat a to až 11 kg. Průměrně si však dívky přejí zhubnout alespoň 3,5 kg.

**Tabulka č. 17: BMI požadované váhy**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BMI požadované váhy	120	15,80	24,60	19,5492	1,68438

Při ideální (požadované) váze dívek by se pohybovalo jejich BMI průměrně kolem hodnoty 19,5. BMI nejnižší váhy by bylo 15,8. Nejvyšší hodnota by byla 24,6.

**Tabulka č. 18: Frekvence vážení**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Méně než 1x měsíčně	20	16,7	16,7	16,7
	1x měsíčně	34	28,3	28,3	45,0
	2x měsíčně	14	11,7	11,7	56,7
	1x týdně	16	13,3	13,3	70,0
	2x týdně	10	8,3	8,3	78,3
	1x denně	5	4,2	4,2	82,5
	Víc než 1x denně	1	,8	,8	83,3
	Vůbec	20	16,7	16,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

16,7 % dotazovaných dívek se váží méně než jednou měsíčně, 28,3 % jednou měsíčně, 11,7 % dvakrát měsíčně, 13,3 % jednou týdně, 8,3 % dvakrát týdně, 4,2 % jednou denně a 0,8 % dívek se váží více než jednou denně. 16,7 % dívek se vůbec neváží.

**Tabulka č. 19: Hodnoty**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	1. Zdraví	84	70,0	70,0
	2. Rodina	53	44,2	44,2
	3. Lásky	50	41,7	41,7
	4. Vzdělání	68	56,7	56,7
	5. Peníze	52	43,3	43,3
	6. Vzhled	68	56,7	56,7
Total		120	100,0	100,0

Tabulka podává průměrný žebříček hodnot dívek ve věku 14-25 let. 70 % dívek dalo na první místo zdraví, na druhém místě se ve 44,2 % objevuje rodina, na třetím ve 41,7 % láska, na čtvrtém ve 56,7 % vzdělání, na pátém ve 43,3 % peníze a na poslední místo zaujímá v 56,7 % vzhled. Rozpis jednotlivých hodnot a jejich zařazení na stupnici od 1-6 je uveden v příloze č. 5.

**Tabulka č. 25: Společné stravování**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Snídaně	16	13,3	13,3
	Dopolední svačina	0	0	0
	Oběd	62	51,7	51,7
	Odpolední svačina	2	1,7	1,7
	Večeře	56	46,7	46,7
	Absence společného stravování	17	14,2	14,2
Total		120	100,0	100,0

Dívky ve 13,3 % uvedly, že v rodině společně snídají, u žádné dívky se v rodině dopoledne společně nesvačí, ve 51,7 % společně obědvají, ve 1,7 % společně odpoledne svačí, ve 46,7 % společně večeří a 14,2 % dívek uvedlo, že se v rodině společně nestravují.

**Tabulka č. 26: Způsoby hubnutí**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Držení přísné diety	4	3,3	3,3
	Zvracení po jídle	1	0,8	0,8
	Cvičení 1 hod. 1-2x týdně	67	55,8	55,8
	Cvičení 1 hod. denně	45	37,5	37,5
	Cvičení více než 1 hod. denně	12	10,0	10,0
	Omezení tuků a cukrů v jídle	91	75,8	75,8
	Jíst 5x denně malé porce jídla	97	80,8	80,8
	Jíst pouze dopoledne	2	1,7	1,7
	Užívat projímadla	1	0,8	0,8
	Alespoň 3 dny nejíst, jen pít	1	0,8	0,8
	Užívat volně prodejné prostředek na hubnutí	8	6,7	6,7
	Pít místo jídla dietní koktejly	0	0,0	0,0
Total		120	100,0	100,0

Dívky byly dotazovány, jaké způsoby hubnutí považují za dobré. Držení přísné diety bylo uvedeno ve 3,3 %, zvracení po jídle ve 0,8 %, cvičení 1 hodinu 1-2krát týdně ve 55,8 %, cvičení hodinu denně ve 37,5 % a cvičení více než hodinu denně ve 10 %. Omezení tuků a cukrů vybralo 75,8 % dívek, pravidelný příjem malých porcí jídla 80,8 %, stravování pouze dopoledne 1,7 % a alespoň 3 dny nejíst a jen pít stejně jako užívat projímadla 0,8 %. 6,7 % dívek by zvolilo volně prodejné prostředek na hubnutí. Možnost pít místo jídla dietní koktejly nezvolila žádná z dívek.

**Tabulka č. 27: Současná postava**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	B	10	8,3	8,3	8,3
	C	38	31,7	31,7	40,0
	D	48	40,0	40,0	80,0
	E	17	14,2	14,2	94,2
	F	5	4,2	4,2	98,3
	G	2	1,7	1,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Dívky určovaly svou postavu dle předložených siluet (viz dotazník, otázka č. 21). 8,3 % z nich přirovnalo svou postavu k siluetě B, 31,7 % k siluetě C, 40 % k siluetě D, 14,2 % k siluetě E, 4,2 % k siluetě F a 1,7 % vybralo siluetu G.

**Tabulka č. 28: Ideální (požadovaná) postava**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	B	20	16,7	16,7	16,7
	C	60	50,0	50,0	66,7
	D	38	31,7	31,7	98,3
	E	2	1,7	1,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

16,7 % dívek by chtělo mít postavu jako silueta B, 50 % jako silueta C, 31,7 % jako silueta D a 1,7 % dívek si představuje svou ideální postavu podobnou siluetě E.

**Tabulka č. 29: Postava dle okolí**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	2	1,7	1,7	1,7
	B	17	14,2	14,2	15,8
	C	34	28,3	28,3	44,2
	D	45	37,5	37,5	81,7
	E	16	13,3	13,3	95,0
	F	5	4,2	4,2	99,2
	G	1	,8	,8	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Dívky ve 1,7 % uvedly, že podle okolí mají postavu jako silueta A, ve 14,2 % uvedly siluetu B, ve 28,3 % siluetu C, ve 37,5 % siluetu D, ve 13,3 % siluetu E, ve 4,2 % siluetu F a 0,8 % dívek si myslí, že podle okolí vypadá jako silueta G.

**Tabulka č. 30: Hodnocení jednotlivých částí těla**

	1	2	3	4	5
Oči	57,5	36,7	5,0	0,8	0,0
Pusa	30,8	46,7	19,2	3,3	0,0
Nos	14,2	45,0	29,2	10,0	1,7
Vlasy	30,0	38,3	20,8	8,3	2,5
Paže	19,2	40,0	29,8	9,2	2,5
Prsa	15,0	36,7	31,7	14,2	2,5
Břicho	11,7	28,3	29,2	21,7	9,2
Boky	10,0	34,2	27,5	17,5	10,8
Hýždě	9,2	33,3	28,3	15,0	14,2
Stehna	9,2	32,5	27,5	15,8	15,0

v % ze 120 dívek

Průměrná známka při hodnocení jednotlivých částí těla byla 2. Pouze u očí byla nejčastěji uvedena známka 1 a u břicha známka 3.



**Tabulka č. 31: Držení diety**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	64	53,3	53,3	53,3
	Ne	56	46,7	46,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Ze 120 dotazovaných dívek 53,3 % uvedlo, že někdy drželo dietu.

**Tabulka č. 32: Výskyt PPP v okolí**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	81	67,5	67,5	67,5
	Ne	39	32,5	32,5	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Většina dívek, tj. 67,5 % dívek uvedla, že zná někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy.

**Tabulka č. 33: Vnímání PPP**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nemoc	101	84,2	84,2	84,2
	životní styl	4	3,3	3,3	87,5
	Jinak	15	12,5	12,5	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Z tabulky vyplývá, že 84,2 % dívek vnímá poruchy příjmy potravy jako nemoc. Některé dívky, 3,3 % dotazovaných, však považují tyto poruchy za životní styl. Zbýlých 12,5 % vnímá poruchy příjmu jinak, ale konkrétní odpověď nevedlo.

**Tabulka č. 34: Výskyt PPP**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	10	8,3	8,3	8,3
	Ne	110	91,7	91,7	100,0
Total		120	100,0	100,0	

U 8,3 % dotazovaných dívek se v průběhu jejich života objevila porucha příjmu potravy.

**Tabulka č. 35: Nejčastější odpovědi na zvýšení váhy**

	Zvýšení váhy o 5 kg		Zvýšení váhy o 10kg	
	Frequency	Valid percent	Frequency	Valid percent
Katastrofa, hrůza, smrt, izolace	5	4,2	16	13,3
Nespokojenost	11	9,2	12	10,0
Deprese, stres, nízké sebevědomí	11	9,2	16	13,3
Změna šatníku	13	10,8	5	4,2
Musela by zhubnout	2	1,7	15	12,5
Snažit se zhubnout	19	15,8	14	11,7
Začala by sportovat	5	4,2	6	5,0
Omezení jídla	4	3,3	5	4,2
Omezení sladkého	2	1,7	2	1,7
Dieta a cvičení	6	5,0	15	12,5
Hladovka	1	0,8	2	1,7
Byla by ráda	4	3,3	2	1,7
Nic by to neznamenalo	32	26,7	8	6,7
Neuvedeno	5	4,2	2	1,7
Total	120	100,0	120	100,0

Pro 26,7 % dotazovaných dívek by bylo zvýšení jejich váhy o 5 kg nepodstatné. Při zvýšení váhy o 10 kg však byly nejčastěji, tj. 13,3 % uváděné katastrofické reakce a deprese.

**Tabulka č. 36: Co by na sobě dívky chtěly změnit**

	Frequency	Valid percent
Postava	29	24,2
Zhubnout	25	20,8
Horní polovina těla	8	6,7
Dolní polovina těla	24	20,0
Vlasy	13	10,8
Obličej - pleť, pusa, nos, zuby	37	30,8
Vše	4	3,3
Nic	17	14,2
Neuvedeno	7	5,8
Total	120	100,0

Nejvíce, tj. 30,8 %, by dívky změnilo něco na svém obličej, 24,2 % uvedla, že by celkově změnilo svoji postavu, 20,8 % by chtělo snížit svoji váhu, 6,7 % pouze horní část těla a 20 % dolní část těla. Vlasy by chtělo mít jiné 10,8 % dívek. 3,3 % uvedla, že by na sobě změnila všechno a 14,2 % by naopak nic neměnilo.

**Tabulka č. 37: Ideál ženské krásy**

	Frequency	Valid percent
Štíhlé modelky, herečky, zpěvačky	67	55,8
Ženy se sportovní postavou	10	8,3
Ženy s plnoštíhlou postavou	8	6,7
Každá žena je něčím krásná	9	7,5
Nikdo	11	9,2
Neuvedeno	15	12,5
Total	120	100,0

Pro 55,8 % dívek představují ideál ženské krásy štíhlé ženy, především modelky, herečky, zpěvačky, 8,3 % dívek uvedlo ženy se sportovní postavou, 6,7 % ženy plnoštíhlé. Pro 7,5 % dotazovaných dívek je každá žena něčím krásná a podle 9,2 % dívek ideál ženské krásy neexistuje.

## 5. DISKUSE

Poruchy příjmu potravy jsou pro mnohé dívky, které se s tímto onemocněním potýkaly, tabuizované téma. V rámci výzkumu bylo osloveno sedm dívek, většina z nich ale spolupráci odmítla kvůli obavám svěřit se se svými pocity. To je důvodem malého výzkumného souboru kvalitativní části výzkumu, který zahrnuje tři dívky s touto poruchou. I přesto však lze vysledovat v jejich příbězích některé společné znaky, které potvrdil i kvantitativní výzkum u 21 dívek s poruchou příjmu potravy (viz. příloha č. 5).

Vzhled v rodinách těchto dívek nikdy nebyl nijak významný. Pro dívky samotné však ano - všechny tři se srovnávaly s okolím, které považovaly za mnohem atraktivnější, než byly ony samy. Kritického hodnocení z okolí se dostalo ale jen jedné z nich.

Přestože jsou poruchy příjmu potravy multifaktoriálním onemocněním, jak uvádějí všechny tři dívky, nebýt některých událostí, k jejich stravovacím problémům by nejspíš nedošlo. Vystoupení v oblečení, ve kterém se sobě nelíbíme, či kritickou poznámku okolí na náš vzhled, mohou někteří považovat za bezvýznamné, u dívek, které mají určité pohybnosti samy o sobě, však mohou být rozhodujícím okamžikem, vedoucím k rozvoji poruch příjmu potravy.

U všech dívek hrály podstatnou roli i další faktory. Jedním z nich byl jejich samotný věk, ve kterém dochází ke změně tělesných proporcí a s kterými, jak uvádí Fialová (2001), se dívky všeobecně nevyrovnávají dobře. Druhým faktorem je absence společného stravování v rodinách těchto dívek.

Z kasuistik vyplynulo, že dívky s poruchou příjmu potravy si díky neustálému zabývání se svým vzhledem připadají čím dál tím méně hezké. Čím víc se jim nedaří svůj vzhled zlepšit, tím víc začínají své tělo nenávidět. Nastupují tak mnohem drastičtější způsoby hubnutí. Krátkodobé diety vystřídají hladovky, intenzivní cvičení a zvracení. Jak uvádí i Crooková (1995), jejich život se točí pouze kolem jejich vzhledu, váhy a jídla. Strádáním výživných látek dochází k rychlému úbytku na váze, což považují dívky za úspěch - připadají si krásné, svěží, obdivované okolím a cítí se šťastné. Tím, že

jejich váha neustále klesá, se sice začínají objevovat občasné záchvěvy strachu ze smrti, ale zároveň je láká ještě lepší vzhled, kterého by podle nich mohly dosáhnout. V opačném případě, kdy především u bulimie dochází většinou ke zvýšení váhy, propadají depresím a pocitům méněcennosti. Pocity viny, bezcennosti a zoufalství v souvislosti s neschopností dosáhnout požadované postavy popisuje i Cooper (1995).

Dosažení jejich cíle jim zároveň přináší pocit hrdosti, že něco dokázaly. Dívky, kterým se podařilo svou váhu snížit, uváděly, že to byla jediná věc, kterou měly pod kontrolou, a proto pro ně bylo těžké se jí vzdát. Ani znalosti o problematice poruch příjmu potravy a jejich důsledcích tak pro ně nebyly dost přesvědčivé. Jak uvádí Papežová (2002), štíhlost považují za výsledek úspěšné kontroly, nezávisle na tom, jak jí bylo dosaženo. Mají pocit, že ony narozdíl od jiných anorektiček či bulimiček, mají vše pod kontrolou a nemají žádné problémy. Čas však u všech ukázal, že vždy nastanou pocity slabosti, únavy, nevolnosti, podrážděnosti a další negativní projevy těchto poruch, nemluvě o zdravotních důsledcích. Postupně dochází k izolaci, kterou posilují i narušené vztahy především s blízkým okolím. Odmítají jakýkoliv kontakt s okolím a pokud tomu tak není, rozhodně nemají zájem řešit téma vzhledu.

Vzhled v jejich životech neztratil svou roli ani poté, co už poruchou příjmu netrpí. Přestože všechny tři dívky uvedly, že vnímání jejich vzhledu už je lepší, neustále je pro ně důležité vypadat dobře, žádná z nich se sebou není zcela spokojená a všechny by chtěly zhubnout. Přírůstek na váze by byla schopna zvládnout pouze jedna dívka, která našla způsob, jak svou váhu regulovat. Zbylé dvě dívky by případný vzestup váhy řešily opět omezením ve stravě.

Na základě kvalitativního výzkumu byly stanoveny hypotézy týkající se body image dívek ve věkovém rozmezí 14-25 let. Následně byly ověřeny v kvantitativní části výzkumu. Tento výzkum byl navíc doplněn výzkumným souborem 21 dívek s poruchou příjmu potravy pro možné srovnání obou souborů.

První hypotéza předpokládala, že dívky hodnotí své tělo negativně i přes jejich adekvátní BMI. Výsledky kvantitativního výzkumu tuto hypotézu vyvrátily (viz příloha č. 5). Dívky hodnotily svůj vzhled nejčastěji jako dobrý. Nebyly také prokázány žádné statisticky významné rozdíly v sebehodnocení dívek v závislosti na jejich BMI. Přestože

hodnocení jejich vzhledu bylo převážně kladné, je nutné poukázat na rozpor s odpověďmi, které jsou uvedeny v tabulce č. 14. Zde převážná většina dívek uvedla, že potřebuje zhubnout. Průměrně si každá dívka přála zhubnout alespoň 3,5 kg. Obdobné výsledky uvádí i Fialová (2001). Většina mladých dívek je podle této autorky nespokojena se svým tělem a chtěla by zhubnout. V tabulce č. 36 je patrné, že kromě 20% dívek, by každá z dotazovaných chtěla na svém vzhledu něco změnit. Grogan (2002) uvádí, že jsou ženy nespokojeny zejména s břichem, boky a stehny. Stejně výsledky můžeme vidět i v tabulce č. 30. Přestože jsou jednotlivé části těla dívkami průměrně hodnoceny známkou 2, známka 5 se nejvíce objevuje u stehen (15 %), hýždí (14,2 %), boků (10,8 %) a břicha (9,2 %).

Druhá hypotéza předpokládala nezdravé představy dívek o hubnutí. Tato hypotéza byla vyvrácena (viz. tabulka č. 26). Dívky jako vhodné metody redukce váhy nejčastěji uváděly kombinaci cvičení, pravidelného příjmu potravy a omezení cukrů a tuků v jídle, což lze považovat za optimální způsob vedoucí ke snížení váhy. Nelze si však nevyšimnout určitého zastoupení některých nevhodných způsobů, jako je držení přísné diety, hladovky, zvracení, nadměrné cvičení a užívání projímadel či volně prodejných prostředků na hubnutí.

Třetí hypotéza zněla: „Existují rozdíly v body image u dívek různých věkových kategorií“. Ani zde nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými věkovými skupinami dívek (tabulky viz příloha č. 5). Fialová (2001) však určité rozdíly uvádí - především u dospělých, kteří mají nižší hodnocení vzhledu, dále pak, že starší osoby pociťují větší potřebu zhubnout. Hypotéza číslo 3 byla zamítnuta.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že existují rozdíly v body image dívek s poruchou příjmu potravy a dívek, které tuto poruchu nevedly. Výsledky výzkumu vedly k potvrzení této hypotézy (viz příloha č. 5), existují statisticky významné rozdíly mezi skupinou dívek bez PPP a skupinou dívek, které PPP trpěly či trpí. Dívky s poruchou příjmu potravy byly mnohem více nespokojené se svým vzhledem, častěji uváděly potřebu zhubnout a domnívaly se, že je jejich okolí hodnotí negativně. Oproti zdravé populaci svému vzhledu věnují většinou více než hodinu denně a váží se více než jednou denně. Významná je u nich absence společného stravování v rodině a způsoby

hubnutí, které považují za dobré, bývají patologické. Často si svou ideální postavu představovaly jako siluetu A, zatímco zdravá populace tuto (patologicky vyhublou) siluetu nezmínila ani jednou. Velmi negativní bylo také hodnocení jednotlivých částí těla. Rozdíl byl i ve výskytu PPP v jejich okolí, který byl přítomný skoro u každé dotazované dívky s PPP.

Shrneme-li výsledky kvantitativního výzkumu, můžeme konstatovat, že dívky ve věku 14-25 let hodnotí svůj vzhled převážně kladně a mají většinou zdravé představy o hubnutí. Přesto mají ke svému tělu určité výhrady - ne však natolik výrazné jako dívky, které trpěly či trpí PPP. Znepokojující je ale počet odpovědí, ve kterých dívky ve věku 14-25 let přiznaly, že trpí či trpěly PPP. Tato hodnota se vyšplhala až na 8,3 % (viz tabulka č. 34).

## 6. ZÁVĚR

Tato práce se zabývala problematikou body image u poruch příjmu potravy. V teoretické části byly popsány základní pojmy - problematika tělesného vzhledu, průběh poruch příjmu potravy a zdravotně sociální dopady těchto onemocnění.

Cílem empirické části bylo zmapovat problematiku body image u poruch příjmu a zjistit možné společné znaky či rozdíly u dívek, které poruchou příjmu potravy netrpěly. Tento cíl byl splněn. Pomocí kvalitativního výzkumu byla zmapována problematika body image u dívek s poruchou příjmu potravy a následně vytvořeny hypotézy, které byly ověřeny v kvantitativní části výzkumu. Vzhledem k tomu, že hypotézy, týkající se negativního body image náhodně vybraných dívek ve věku 14-25 let a jejich nezdravých představ o hubnutí, byly vyvráceny, mohli bychom výsledky kvantitativního výzkumu této práce považovat za pozitivní zjištění.

Faktem však zůstává, že dívky si ideál ženské krásy představují tak, jak jim ho předkládá společnost. Vzhledem k tomu, jak velkou moc média mají, a jak často nás zahlcují ideálem štíhlosti a množstvím zdánlivě účinných prostředků, kterými ho lze dosáhnout, riziko poruch příjmu potravy tu stále zůstává. Potvrzuje to i zjištěný vysoký výskyt priznaných poruch příjmu potravy u dotazovaných náhodně vybraných dívek. Tato práce by proto měla vést i ke zvýšení informovanosti o dané problematice a to jak u laické tak i odborné veřejnosti.

Závěrem bych vzhledem k závažnosti poruch příjmu potravy také zmínila důležitost prevence. Doporučila bych zvýšit informovanost nejen o důsledcích těchto poruch, ale též o dlouhodobé neúčinnosti nevhodných a patologických metod hubnutí a to jak na základních tak i středních školách, protože právě toto období je pro vznik poruch příjmu potravy nejvýznamnější.



## 7. SEZNAM LITERATURY

1. COOPER, P., J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2
2. CROOKOVÁ, M. *V zajetí image těla*. 1. vyd. Ostrava: Olda, 1995. 136 s. ISBN 80-85954-02-8
3. FIALOVÁ, L. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0
4. FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7
5. GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1
6. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8
7. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 70-7178-472-9
8. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA J., *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, spol. s.r.o., 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5
9. KOCOURKOVÁ et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5
10. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., HORT, V. Sebepoškozování u pacientů s poruchami příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha, 2003, roč. 99, č. 3, s. 25. ISSN 1212-0383
11. KONEČNÁ, Z., KULHÁNEK, J. Arteterapie a body image u poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha, 2005, roč. 101, č. 1, s. 18. ISSN 1212-0383
12. KRCH, F., D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2003a. 172 s. ISBN 80-247-0527-3
13. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9

14. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
15. KRCH, F., D. Problematika motivace při léčbě poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha, 2003b, roč. 99, č. 3, s. 32. ISSN 1212-0383
16. KRCH, F., D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: Motto, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2
17. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
18. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0
19. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32s. ISBN 978-80-86991-09-2
20. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8
21. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6
22. ROZSÍVALOVÁ, V. *Krásy očima staletí*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 1996. 66 s. ISBN 80-901753-2-5
23. RUSHTONOVÁ, R. *Jak nebýt outsiderem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000?. 112 s. ISBN 80-7178-377-3
24. VURM a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
25. WALLTER, G. Kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha, 2005, roč. 101, č. 1, s. 14. ISSN 1212-0383
26. ZOUZALÍK, M. Hlad jako životní styl. *21. století*. Praha: 2004, č. 11, s. 16. ISSN 1214-1097

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Tělesné sebepojetí

Média

Ideál krásy

Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

## **9. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Souhlas s rozhovorem

Příloha č. 2 - Okruhy k rozhovorům

Příloha č. 3 - Dotazník pro náhodně vybrané dívky ve věku 14-25 let

Příloha č. 4 - Dotazník pro dívky s PPP

Příloha č. 5 - Tabulky související s hypotézami

Příloha č. 6 - Doplnující tabulky ke kvantitativní části výzkumu

## **Příloha č. 1**

### **SOUHLAS S ROZHOVOREM**

Všichni účastníci výzkumu obdrželi toto písemné vysvětlení povahy výzkumu. Dále všichni svým podpisem potvrdili, že za uvedených podmínek souhlasí s poskytnutím informací.

#### **Vysvětlení povahy výzkumu:**

V rámci bakalářské práce na téma: „Body image u poruch příjmu potravy a jeho zdravotně sociální dopady“ bude realizován kvalitativní výzkum této problematiky. Použitou metodou výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor s vybranými respondenty. Informace takto získané od respondentů budou zpracovány pomocí kvalitativní obsahové analýzy a následně interpretovány ve výzkumné části bakalářské práce.

Veškeré informace získané během rozhovorů s respondenty jsou považovány za důvěrné. Všechny identifikační údaje, které by mohly vést k odhalení identity respondentů, budou vynechány či změněny. Získané informace budou využity pouze pro potřeby bakalářské práce. Vypracovaná bakalářská práce bude respondentům, v případě jejich zájmu, poskytnuta k nahlédnutí a její výsledky ke konzultaci.

#### **Písemný souhlas:**

Tímto prohlašuji, že jsem byl(a) studentkou Klárou Pulcovou řádně informována o podmínkách účasti ve výzkumu a o důvěrnosti a nezneužití mnou podaných informací.

Souhlasím s poskytnutím informací slečně Kláře Pulcové, studentce 3. ročníku oboru Rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích v rámci výzkumu k její bakalářské práci.

podpis.....

V ..... dne .....

## Příloha č. 2

### OKRUHY K ROZHOVORŮM

#### 1. PŘED PPP

##### ● rodina

###### \* *klima v rodině od dětství*

- Jak byste charakterizovala Vaší rodinu?
- Jak byste popsala vztahy ve Vaší rodině?
  - Jaký jste měla vztah k rodičům / sourozencům / dalším důležitým osobám v rodině? Jaké byly další vztahy v rodině? Mohla jste s nimi o všem otevřeně mluvit? Podporovali Vás ve věcech, které pro Vás byly důležité?

###### \* *výchova*

- Jak byste charakterizovala výchovu ve Vaší rodině? (liberální, přísná...)
  - Jaké byly časté výchovné postupy (odměny / tresty)? Shodovali se rodiče ve výchovných postupech?

###### \* *rodinné pojetí vzhledu a atraktivity*

- Jak Vaše rodina vnímala, hodnotila důležitost vzhledu a atraktivity? (důležitost vzhledu v rodině)
- Jak Vaše matka / otec / sourozenci / další důležití rodinní příslušníci vnímali a hodnotili důležitost vzhledu a atraktivity?
  - Jak Vaše matka / otec / sourozenci vnímali a hodnotili svůj vlastní vzhled? Byli se svým vzhledem spokojeni? Jakou péči věnovali svému vzhledu? Byl někdo z nich až chorobně nespokojený se svým vzhledem?
  - Jak hodnotili Váš vzhled? Měli nějaké připomínky k Vašemu vzhledu?
  - Jak velký význam jste přisuzovala jejich hodnocení Vašeho vzhledu? Domníváte se, že mělo jejich hodnocení Vašeho vzhledu vliv na rozvoj a udržování PPP?

###### \* *rodina a vztah k jídlu*

- Jaký byl jídelní režim, stravovací zvyklosti a jídelní rituály v rodině?
  - Kolik jídel denně jste měli? Kdo vařil? Jedli jste společně? „Soutěžili“ jste v jídle?
  - Měli jste nějaká pravidla spojená s jídlem? Museli jste vždy vše sníst?
- Jaký vztah měl(a) Vaše matka / otec / sourozenci / další důležití rodinní příslušníci k jídlu?
  - Jedli rádi? Omezovali se v jídle? Držely nějaké diety?
- Trpěl někdo z rodiny jakoukoli PPP? (i přejídání, zajištění stresu, excesivního cvičení, obezita)

##### ● vztahy mimo rodinu

###### \* *vztahy s vrstevníky*

- Jaké jste měla vztahy s vrstevníky? Měla jste přátele? (jaké, kolik, vztahy...)
- Jaké jste měla vztahy se spolužáky? Jaká byla Vaše pozice ve třídě? (oblíbenost, šikana...)
- Jak vnímali a hodnotili důležitost vzhledu a atraktivity?
  - Jak hodnotili Váš vzhled? Měli nějaké připomínky k Vašemu vzhledu?
- Připadala jste si mezi nimi atraktivní?
- Jak velký význam jste přisuzovala jejich hodnocení Vašeho vzhledu?
- Domníváte se, že mělo jejich hodnocení Vašeho vzhledu vliv na rozvoj a udržování PPP?

###### \* *partnerské vztahy*

- Měla jste partnera/y? Jaký byl váš vztah? (vážnost - trvání)
- Jak Vaši partneři vnímali a hodnotili důležitost vzhledu a atraktivity?
  - Jak hodnotili Váš vzhled? Měli nějaké připomínky k Vašemu vzhledu?
  - Jak atraktivní jste si s nimi připadala?
  - Jaký význam jste přisuzovala jejich hodnocení Vašeho vzhledu?
    - Domníváte se, že mělo jejich hodnocení vliv na rozvoj a udržování PPP

**\* komplementární vztahy**

- Jak jste vycházela s nadřízenými a s jinými autoritami? (např. učitelé)
- Bylo pro Vás důležité, jak vnímali a hodnotili Váš vzhled?
  - Domníváte se, že mělo jejich hodnocení vliv na rozvoj a udržování PPP?

**● charakteristika osobnosti před PPP**

**\* vlastnosti**

- Jak byste charakterizovala svoji osobnost v dětství / během školní docházky / v dospívání?
- Jak byste charakterizovala svoji osobnost těsně předtím než, se u Vás objevila PPP?

**\* vztah k sobě a svému vzhledu**

- Popište, jak jste vypadala v dětství / během školní docházky / v dospívání? (štíhlá, obézní...)
- Jaký jste měla vztah sama k sobě v dětství / během školní docházky / v dospívání?
  - Měla jste se ráda? Byla jste se sebou v něčem nespokojená?
- Jak jste hodnotila svůj vzhled? (dětství / školní docházka / dospívání)
  - Připadala jste si atraktivní?
  - Vadilo Vám něco na Vašem vzhledu? Snažila jste se ho nějak změnit?
  - Řídila jste se módními trendy?
  - Věnovala jste se nějakému sportu? (přiměřeně, nadměrně...)
  - Držely jste někdy dietu? (jakou, jak dlouho, efekt)
- Jak jste hodnotila svůj vzhled těsně před propuknutím PPP?

**\* problémy a konflikty**

- Jaké problémy či konflikty jste v dětství / během školní docházky / v dospívání řešila?
  - Jak jste je řešila? (únik, vyšumění, racionalita...)
  - Jak jste je zvládala? (v klidu, s napětím, nezvládala)
- Měla jste v dětství / během školní docházky / v dospívání nějaké psychické problémy?
  - Jaké? Jak jste je zvládala / léčila?

**2. KRIZE - PROPUKNUTÍ PPP**

**● okolnosti vzniku PPP**

- Jak u Vás začala PPP?
  - Kolik Vám bylo? Jaká byla Vaše výška a váha? Jak jste vypadala?
  - Vzpomenete si, čím Vaše problémy začaly? Procházela jste nějakou obtížnou situací? Jak jste se jí snažila řešit?

**● psychologické aspekty vzniku PPP**

- Jak jste se cítila?
  - Jaký jste měla vztah sama k sobě? Byla jste se sebou v něčem nespokojená?
  - Jak jste vnímala a hodnotila Váš vzhled?
    - Chtěla jste změnit svůj vzhled? Co konkrétné jste na svém vzhledu chtěla změnit?
    - Podporoval Vás někdo ve změně Vašeho vzhledu? Jak?
- Co Vás motivovalo k hubnutí? Měla jste nějaký cíl / vzor?
- Jak jste prožívala problémy?

**● sociální aspekty vzniku PPP**

- Jaké jste měla vztahy s rodiči / sourozenci / přáteli / partnerem / ve škole? Měli jste konflikty?
- Hodnotil někdo v té době Váš vzhled? Měl někdo připomínky k Vašemu vzhledu? Pociťovala jste nějaký tlak z Vašeho okolí ohledně toho, jak byste měla vypadat?
  - Domníváte se, že mělo jejich hodnocení Vašeho vzhledu vliv na rozvoj a udržování PPP?
- Měla média vliv na hodnocení Vašeho vzhledu? Jak?

### **3. PRŮBĚH PPP**

#### **● symptomy PPP**

- Jak se u Vás PPP projevovala?...
  - Držela jste diety? (jaké + inspirace, jak často, jak dlouho, efekt)
  - Snažila jste se nic nejíst? (jak často, jak dlouho, efekt)
  - Zvracela jste? (kdy poprvé, jak často, efekt)
  - Užívala jste nějaké léky, projímadla? (jak často, kolik denně, efekt)
  - Snažila jste se zhubnout nadměrným cvičením? (jak, jak často, jak dlouho, efekt)
  - Kontrolovala jste svůj vzhled? (jak, jak často)
  - Pociťovala jste nějaké změny ve svém chování? (podrážděnost...)
- Co Vás motivovalo v tom, abyste pokračovala ve svém chování? (výsledky, vůle, hodnocení okolí)

#### **\* tělesné symptomy**

- Jak jste se cítila po tělesné stránce?
  - Pociťovala jste hlad? (často, občas, jakým způsobem jste to řešila)
  - Měla jste nějaké nevolnosti, bolesti? (jak často, tišení bolesti) Cítila jste se slabá?
- Jaká byla Vaše váha? (nejvyšší, nejnižší, výkyvy...)
- Měla jste nějaké zdravotní komplikace? Jaké? (vlasy, nehty, zuby atd.)
  - Vadilo Vám to? Proč jste nadále pokračovala ve svém chování?

#### **\* psychické symptomy a reakce na PPP**

- Jak jste se cítila po psychické stránce?
  - Jaké jste měla pocity při zvracení / hladovění / cvičení...?
  - Pociťovala jste nějakou změnu ve vnímání sama sebe? (zlepšení...)
  - Jak jste se soustředila? Měla jste s tím problém?
  - Jakou jste měla paměť?
  - Trpěla jste poruchami spánku? (jak často)
  - Měla jste pocit, že máte své tělo pod kontrolou?
  - Měla jste nějaké psychické problémy? (pocity smutku, úzkosti, viny, ztráty kontroly...)
  - Jaká byla Vaše výkonnost ve škole / v práci?

#### **● sociální souvislosti**

- Jak reagovalo Vaše okolí na změnu Vašeho chování / vzhledu?
  - Kdy a kdo si jako první všiml změny ve Vašem vzhledu / chování?
  - Změnily se nějak vztahy s Vaším okolím? (rodiči, přáteli, partnerem...) Jak?
  - Snažil se Vám někdo pomoci?
- Měly Vaše vztahy s okolím podíl na udržování PPP? (kdo a jak-př. pozitivní hodnocení)
- Objevily se nějaké změny ve Vašich sociálních rolích? (absence ve škole, ukončení studia, neschopnost chodit do práce apod.)

#### **● náhled na PPP**

- Vnímala jste, že trpíte poruchou PPP?
  - Věděla jste něco o PPP? (důsledky, léčba...) Zнала jste někoho s PPP?
  - Svěřila jste se někomu o svých problémech s jídlem? (komu, reakce...)
  - Snažil jste se s tím nějak bojovat? (jakým způsobem, jak často, jak dlouho)
  - Požádala jste někoho o pomoc? (koho, proč, výsledek)

#### **● body image a PPP**

- Měnil se nějak Váš pohled na sebe? Zlepšilo / zhoršilo se nějak vnímání Vašeho vzhledu?
  - Připadala jste si atraktivní? Co se Vám na sobě nejvíce ne/líbilo?
  - Jak jste vnímala pohledy ostatních? Přinášely Vám pocit uspokojení? Pociťovala jste závist? Snažila jste se svůj vzhled zakrývat? Pociťovala jste stud či odpor sama k sobě?



#### **4. LÉČBA**

##### **• okolnosti léčby**

- Kdy jste se začala léčit? Po jaké době?
  - Kolik Vám bylo? Jaké jste měla problémy? Jak to s Vámi vypadalo?
  - Co Vás přimělo k léčení? Jaký byl první krok? Jaké jste měla pocity?

##### **• formy terapie**

- Jakým způsobem jste se léčila?
  - Pokoušela jste se o „samoléčbu“? (kdy, jak, jak dlouho, efekt)
  - Podstoupila jste „odbornou“ léčbu? Jakou? (ambulantní, medikace, terapie)
    - Musela jste být hospitalizována? (kde, jak dlouho)
    - Navštěvovala jste psychologa? (individuálně, skup. terapie, jak dlouho, jak často)
- Jak dlouho trvala Vaše léčba? Objevila se u Vás PPP opakovaně? (kdy, kolikrát, příčina)

##### **• průběh a efekt terapie**

- Jaké jste měla pocity během léčby?
  - Léčila jste se dobrovolně? Měla jste pocit, že se něčeho vzdáváte?
- Jaké jste měla vztahy s okolím? (rodiče, partner, přátelé)
  - Měla jste podporu v okolí? Zhoršily se nějak vztahy s Vaším okolím?
- Jaký měla Vaše léčba efekt? Dosáhla jste adekvátní váhy? Za jak dlouho? Jak jste s tím vyrovnala?
  - Podařilo se změnit Váš vztah k sobě samé? Zlepšilo se vnímání Vašeho vzhledu?

#### **5. SOUČASNÝ STAV**

##### **• současné pocity**

- Jak se nyní cítíte po tělesné stránce? V jaké jste fyzické kondici? Máte nějaké zdravotní problémy?
- Jak se cítíte po psychické stránce? (vyrovnaná, nervózní...)
  - Jaký máte vztah k sobě samé? Jste se sebou spokojená? Je něco, co byste na sobě změnila?
- Jaké máte dnes vztahy se svým okolím? (rodinou, partnerem, přáteli)
  - Změnily se nějak Vaše vzájemné vztahy? (po léčbě - zlepšení...)

##### **• postoj ke svému vzhledu (současné body image)**

- Jakou důležitost dnes přikládáte svému vzhledu / atraktivitě?
- Jakou důležitost přikládáte hodnocení Vašeho vzhledu ostatních?
- Udržujete nějak svůj vzhled?
  - Kolik času věnujete svému vzhledu? Kontrolujete svůj vzhled? Jaká je Vaše váha?
  - Jak se dnes stravujete? Omezujete se nějak? Věnujete se nějakému sportu?
- Změnila se nějak Vaše image? Řídíte se módními trendy?
- Jak podle Vás vypadá atraktivní žena? Připadáte si atraktivní?

##### **• subjektivní posouzení příčin a udržovacích faktorů PPP**

- Co podle Vás bylo příčinou Vašich PPP?
  - Viníte z toho někoho? Myslíte si, že šlo PPP nějakým způsobem předejít? Jak?
- Co podle Vás bylo udržovacím faktorem Vašich PPP?

##### **• důsledky PPP v životě**

- Poznamenaly PPP nějakým způsobem Váš život?
  - Způsobily Vám nějaká zdravotní omezení? Jaká?
  - Jsou pro Vás PPP tabu? Jste schopna o nich mluvit?
  - Jak Vás ovlivnila PPP v partnerském životě?
  - Kdybyste si měla představit, že teď přiberete 5 kg, co to pro Vás znamená?
  - Máte obavy z toho, že by se u Vás mohla PPP znovu objevit?

### Příloha č. 3

## DOTAZNÍK - NÁHODNĚ VYBRANÉ DÍVKY VE VĚKU 14-25 LET

Dobrý den. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela **anonymní** a veškeré údaje budou využity pouze pro potřeby výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Pokuste se pravdivě odpovědět na všechny otázky. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, ve volných otázkách napište svůj vlastní názor.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Klára Pulcová, studentka bakalářského oboru Rehabilitace na Zdravotně-sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích.

1. Věk: ..... let

2. Váha: ..... kg

3. Výška: ..... cm

4. Vzdělání (i započaté): a) ZŠ b) SOU c) SŠ d) VOŠ e) VŠ

5. Jaký máte vztah s rodiči? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak hodnotíte svůj vztah s rodiči)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

6. Myslíte si, že je vzhled důležitý? a) ano b) ne

7. Jak jste spokojená se svým vzhledem? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak jste spokojena se svým vzhledem)

	1	2	3	4	5
zcela spokojena	spíše spokojena	ani spokojena ani nespokojena	spíše nespokojena	zcela nespokojena	

8. Napište, co byste na sobě změnila.....

9. Jak hodnotíte Váš vzhled? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak hodnotíte Váš vzhled)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

10. Jak podle Vás hodnotí Váš vzhled okolí (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak podle Vašeho názoru hodnotí Váš vzhled Vaše okolí)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

11. a) Dbáte o svůj vzhled? a) ano b) ne

b) Pokud ano, kolik času denně tomu věnujete? a) méně než hodinu b) více než hodinu

12. Snažíte se jít s módními trendy? a) ano b) ne

13. Myslíte si, že potřebujete zhubnout? a) ano b) ne

14. Jaká je Vaše ideální váha? (Kolik byste chtěla vážit?) ..... kg

15. Jak často se vážíte (zakroužkujte přibližnou hodnotu)?

- a) méně než 1x měsíčně      b) 1x měsíčně      c) 2x měsíčně      d) 1x týdně  
e) 2x týdně      f) 1x denně      g) víc než 1x denně      h) nevážím se

16. Seřad'te následující hodnoty podle důležitosti, kterou jim přiřkládáte (nejdůležitější hodnota bude mít číslo 1, nejméně důležitá hodnota číslo 6):

- zdraví, láska, vzhled, peníze, vzdělání, rodina**    1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....  
5. ....  
6. ....

17. Zakroužkujte, která z uvedených jídel obvykle jíte v rodině společně:

- a) snídaně      b) dopolední svačina  
c) oběd      d) odpolední svačina  
e) večeře      f) v rodině se společně nestravujeme

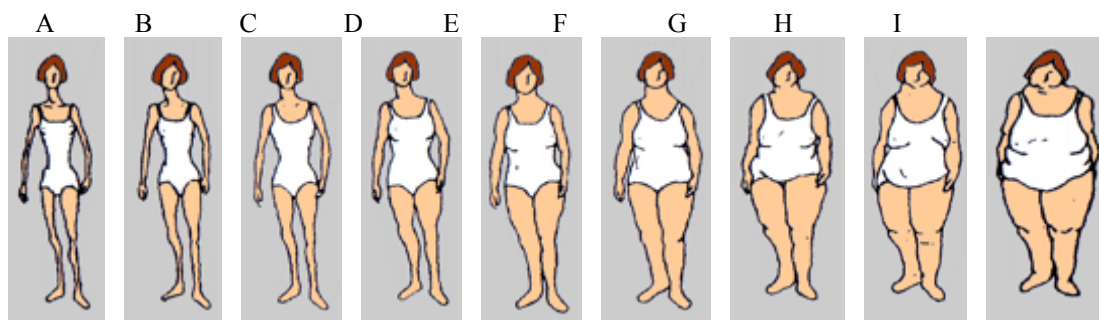
18. Představte si, že byste přibrala 5kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo? .....

19. Představte si, že byste přibrala 10kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo?.....

20. Zakroužkujte, které z níže uvedených způsobů hubnutí považujete za dobré.

- a) držení přísné diety  
b) zvracení po jídle  
c) intenzivní cvičení 1-2x týdně asi 1 hodinu  
d) intenzivní cvičení denně asi 1 hodinu  
e) intenzivní cvičení více než 1 hodinu denně  
f) omezení tuků a cukrů v jídle  
g) pravidelně, alespoň 5x denně jíst menší porce jídla  
h) jíst pouze dopoledne  
i) užívat projímadla  
j) alespoň 3 dny nic nejíst, jen pít  
k) užívat nějaký volně prodejný přípravek na hubnutí (čaj, tablety...)  
l) místo jídla pít dietní koktejly

21. a) Která z postav podle Vás nejvíce odpovídá té Vaší:



b) Jak byste si přála vypadat:

A B C D E F G H I

c) Jak si myslíte, že Vás hodnotí Vaše okolí:

A B C D E F G H I

22. Označujte (jako ve škole) jednotlivé části Vašeho těla:

Oči	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Pusa	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Nos	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Vlasy	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Paže	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Prsa	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Břicho	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Boky	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Hýždě	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Stehna	1 - 2 - 3 - 4 - 5

23. a) Držela jste někdy dietu:

a) ano

b) ne

24. Trpíte/trpěla jste někdy poruchou příjmu potravy (anorexie, bulimie)? a) ano b) ne

25. Znáte někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?

a) ano b) ne

26. Jak vnímáte poruchy příjmu potravy? a) jako nemoc b) jako životní styl c) jinak.....

27. Napište, kdo podle Vás splňuje ideál ženské krásy: .....

## Příloha č. 4

### DOTAZNÍK - PPP

Dobrý den. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela **anonymní** a veškeré údaje budou využity pouze pro potřeby výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Pokuste se pravdivě odpovědět na všechny otázky. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, ve volných otázkách napište svůj vlastní názor.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Klára Pulcová, studentka bakalářského oboru Rehabilitace na Zdravotně-sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích.

1. Věk: ..... let

2. Váha: ..... kg

3. Výška: ..... cm

4. Vzdělání (i započaté): a) ZŠ b) SOU c) SŠ d) VOŠ e) VŠ

5. Jaký máte vztah s rodiči? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak hodnotíte svůj vztah s rodiči)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

6. Myslíte si, že je vzhled důležitý? a) ano b) ne

7. Jak jste spokojená se svým vzhledem? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak jste spokojena se svým vzhledem)

1	2	3	4	5
zcela spokojena	spíše spokojena	ani spokojena ani nespokojena	spíše nespokojena	zcela nespokojena

8. Napište, co byste na sobě změnila.....

9. Jak hodnotíte Váš vzhled? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak hodnotíte Váš vzhled)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

10. Jak podle Vás hodnotí Váš vzhled okolí (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak podle Vašeho názoru hodnotí Váš vzhled Vaše okolí)

1	2	3	4	5
Výborný	dobrý	ani dobrý ani špatný	spíše špatný	velmi špatný

11. a) Dbáte o svůj vzhled? a) ano b) ne

b) Pokud ano, kolik času denně tomu věnujete? a) méně než hodinu b) více než hodinu

12. Snažíte se jít s módními trendy? a) ano b) ne
13. Myslíte si, že potřebujete zhubnout? a) ano b) ne
14. Jaká je Vaše ideální váha? (Kolik byste chtěla vážit?) ..... kg
15. Jak často se vážíte (zakroužkujte přibližnou hodnotu)?  
a) méně než 1x měsíčně b) 1x měsíčně c) 2x měsíčně d) 1x týdně  
e) 2x týdně f) 1x denně g) víc než 1x denně h) nevážím se

16. Seřad'te následující hodnoty podle důležitosti, kterou jim přiřkládáte (nejdůležitější hodnota bude mít číslo 1, nejméně důležitá hodnota číslo 6):

- zdraví, láska, vzhled, peníze, vzdělání, rodina**
1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....  
5. ....  
6. ....

17. Zakroužkujte, která z uvedených jídel obvykle jíte v rodině společně:

- a) snídaně b) dopolední svačina  
c) oběd d) odpolední svačina  
e) večeře f) v rodině se společně nestravujeme

18. Představte si, že byste přibrala 5kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo? .....

.....

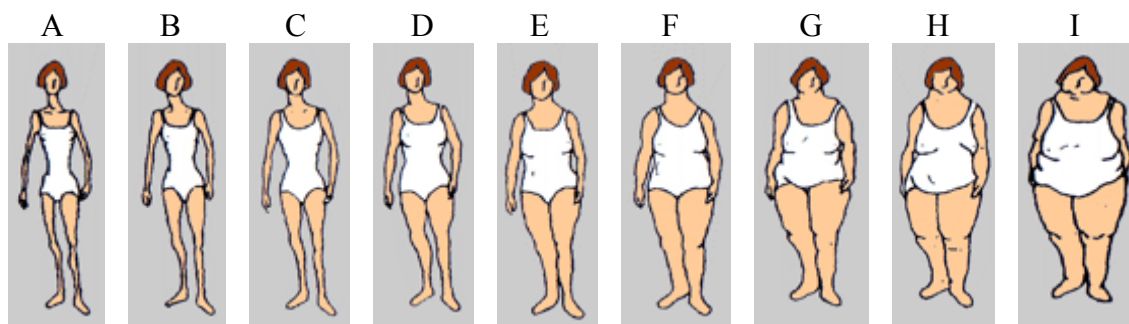
19. Představte si, že byste přibrala 10kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo?.....

.....

20. Zakroužkujte, které z níže uvedených způsobů hubnutí považujete za dobré.

- a) držení přísné diety  
b) zvracení po jídle  
c) intenzivní cvičení 1-2x týdně asi 1 hodinu  
d) intenzivní cvičení denně asi 1 hodinu  
e) intenzivní cvičení více než 1 hodinu denně  
f) omezení tuků a cukrů v jídle  
g) pravidelně, alespoň 5x denně jíst menší porce jídla  
h) jíst pouze dopoledne  
i) užívat projímadla  
j) alespoň 3 dny nic nejíst, jen pít  
k) užívat nějaký volně prodejný přípravek na hubnutí (čaj, tablety...)  
l) místo jídla pít dietní koktejly

21. a) Která z postav podle Vás nejvíce odpovídá té Vaší:



b) Jak byste si přála vypadat:

A B C D E F G H I

c) Jak si myslíte, že Vás hodnotí Vaše okolí:

A B C D E F G H I

22. Označte (jako ve škole) jednotlivé části Vašeho těla:

Oči	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Pusa	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Nos	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Vlasy	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Paže	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Prsa	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Břicho	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Boky	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Hýždě	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Stehna	1 - 2 - 3 - 4 - 5

23. a) Držela jste někdy dietu:

a) ano

b) ne

24. Znáte někoho, kdo trpí/trpěl poruchou příjmu potravy?

a) ano

b) ne

25. Jak vnímáte poruchy příjmu potravy (PPP)? a) jako nemoc b) jako životní styl c) jinak.....

26. Napište, kdo podle Vás splňuje ideál ženské krásy: .....

27. Trpíte/trpěla jste a) anorexií b) bulimií c) oběma poruchami d) jinou PPP

28. V kolika letech u Vás propukla? .....

29. Jak v současné době hodnotíte svůj zdravotní stav? (zakroužkujte hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak nyní hodnotíte svůj zdravotní stav vzhledem k PPP)

1 Výborný                      2 dobrý                      3 ani dobrý ani špatný                      4 spíše špatný                      5 velmi špatný

## Příloha č. 5

### Tabulka k hypotéze č. 1

		Hodnocení vzhledu vzhledem k BMI					Total
		výborný	Dobry	ani ani	spíše špatný	velmi špatný	
BMI	Méně než 18	0	20	2	3	0	25
	18,5-24,9	3	39	39	6	0	87
	25,0-29,9	0	1	5	0	2	8
	29,10	0	0	1	0	0	1
Total		3	60	46	9	2	120

### Tabulky k hypotéze č. 3

#### Spokojenost se svým vzhledem

		zcela spokojena	Spíše spokojena	ani ne/spokojena	spíše nespokojena	zcela nespokojena	Total
Věk	14-16	3	12	14	4	0	33
	17-19	2	13	16	5	1	37
	20-22	1	14	7	2	1	25
	23-25	0	13	10	2	0	25
Total		6	52	47	13	2	120

#### Hodnocení vlastního vzhledu

		výborný	Dobry	ani ne/spokojena	spíše špatný	velmi špatný	Total
Věk	14-16	0	17	12	4	0	33
	17-19	0	16	16	4	1	37
	20-22	2	13	8	1	1	25
	23-25	1	14	10	0	0	25
Total		3	60	46	9	2	120

#### Potřeba zhubnout

		Ano	Ne	Total
Věk	14-16	14	19	33
	17-19	24	13	37
	20-22	16	9	25
	23-25	17	8	25
Total		71	49	120



### Současná postava

	Silueta B	Silueta C	Silueta D	Silueta E	Silueta F	Silueta G	Total
Věk 14-16	5	13	13	1	0	1	33
17-19	4	11	14	7	1	0	37
20-22	0	8	12	3	2	0	25
23-25	1	6	9	6	2	1	25
Total	10	38	48	17	5	2	120

### Ideální postava

	Silueta B	Silueta C	Silueta D	Silueta E	Total
Věk 14-16	8	14	10	1	33
17-19	8	20	9	0	37
20-22	3	14	8	0	25
23-25	1	12	11	1	25
Total	20	60	38	2	120

### Oči

	1,00	2,00	3,00	4,00	1,00
Věk 14-16	20	11	2	0	33
17-19	22	14	1	0	37
20-22	13	11	1	0	25
23-25	14	8	2	1	25
Total	69	44	6	1	120

### Pusa

	1,00	2,00	3,00	4,00	1,00
Věk 14-16	9	19	5	0	33
17-19	11	19	6	1	37
20-22	10	9	5	1	25
23-25	7	9	7	2	25
Total	37	56	23	4	120

### Nos

	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk 14-16	4	12	14	3	0	33
17-19	6	20	7	4	0	37
20-22	5	9	7	3	1	25
23-25	2	13	7	2	1	25
Total	17	54	35	12	2	120

**Vlasy**

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	13	11	6	3	0	33
	17-19	13	17	4	2	1	37
	20-22	4	7	10	3	1	25
	23-25	6	11	5	2	1	25
Total		36	46	25	10	3	120

**Paže**

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	5	18	5	5	0	33
	17-19	7	13	15	1	1	37
	20-22	7	9	7	2	0	25
	23-25	4	8	8	3	2	25
Total		23	48	35	11	3	120

**Prsa**

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	9	11	8	5	0	33
	17-19	0	18	10	6	3	37
	20-22	2	7	12	4	0	25
	23-25	7	8	8	2	0	25
Total		18	44	38	17	3	120

**Břicho**

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	5	15	6	4	3	33
	17-19	6	8	13	6	4	37
	20-22	1	7	6	8	3	25
	23-25	2	4	10	8	1	25
Total		14	34	35	26	11	120

**Boky**

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	7	14	6	4	2	33
	17-19	3	11	8	10	5	37
	20-22	1	7	10	2	5	25
	23-25	1	9	9	5	1	25
Total		12	41	33	21	13	120

### Hýždě

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	2	17	9	2	3	33
	17-19	3	13	8	7	6	37
	20-22	4	4	9	5	3	25
	23-25	2	6	8	4	5	25
Total		11	40	34	18	17	120

### Stehna

		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
Věk	14-16	3	14	8	4	4	33
	17-19	5	7	10	8	7	37
	20-22	3	8	7	3	4	25
	23-25	0	10	8	4	3	25
Total		11	39	33	19	18	120

### Tabulky k hypotéze č. 4

	Spokojenost se vzhledem					Total
	Zcela spokojena	Spíše spokojena	Ani ne/spokojena	Spíše nespokojena	Zcela nespokojena	
Výzkumný soubor PPP	0	4	10	4	3	21
Zdravá populace	6	52	47	13	2	120
Total	6	56	57	17	5	141

	Hodnocení vzhledu					Total
	Výborný	Dobrý	Ani dobrý/špatný	Spíše špatný	Velmi špatný	
Výzkumný soubor PPP	0	6	9	3	3	21
Zdravá populace	3	60	46	9	2	120
Total	3	66	55	12	5	141

	Hodnocení vzhledu okolím					Total
	Výborný	Dobrý	Ani dobrý/špatný	Spíše špatný	Velmi špatný	
Výzkumný soubor PPP	0	8	6	4	3	21
Zdravá populace	3	77	33	6	1	120
Total	3	85	39	10	4	141

	Čas věnovaný vzhledu			
	Méně než hodinu denně	Více než hodinu denně	žádný	Total
Výzkumný soubor PPP	6	15	0	21
Zdravá populace	88	28	4	120
Total	94	43	4	141

	Potřeba zhubnout		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	18	3	21
Zdravá populace	71	49	120
Total	89	52	141

	Frekvence vážení								
	Méně než 1/měsíc	1/měsíc	2/měsíc	1/týden	2/týden	1/den	Víc než 1/den	Vůbec	Total
Výzkumný soubor PPP	0	2	0	0	5	4	7	3	21
Zdravá populace	20	34	14	16	10	5	1	20	120
Total	20	36	14	16	15	9	8	23	141

	Současná postava							
	B	C	D	E	F	G	H	Total
Výzkumný soubor PPP	2	1	5	6	5	1	1	21
Zdravá populace	10	38	48	17	5	2	0	120
Total	12	39	53	23	10	3	1	141

	Ideální postava					
	A	B	C	D	E	Total
Výzkumný soubor PPP	4	7	9	1	0	21
Zdravá populace	0	20	60	38	2	120
Total	4	27	69	39	2	141

	Postava dle okolí									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Total
Výzkumný soubor PPP	1	2	1	5	5	3	2	1	1	21
Zdravá populace	2	17	34	45	16	5	1	0	0	120
Total	3	19	35	50	21	8	3	1	1	141

	Prsa					
	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5	Total
Výzkumný soubor PPP	1	5	4	4	7	21
Zdravá populace	18	44	38	17	3	120
Total	19	49	42	21	10	141

	Břicho					
	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5	Total
Výzkumný soubor PPP	0	0	8	6	7	21
Zdravá populace	14	34	35	26	11	120
Total	14	34	43	32	18	141

	Boky					
	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5	Total
Výzkumný soubor PPP	0	0	4	6	10	21
Zdravá populace	12	41	33	21	13	120
Total	12	42	37	27	23	141

	Hýždě					
	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5	Total
Výzkumný soubor PPP	0	2	5	7	7	21
Zdravá populace	11	40	34	18	17	120
Total	11	42	49	25	24	141

	Stehna					
	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5	Total
Výzkumný soubor PPP	0	0	1	10	9	21
Zdravá populace	11	39	33	19	18	120
Total	11	40	34	29	27	141

	Držení diety		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	21	0	21
Zdravá populace	64	56	120
Total	85	56	141

Další statisticky významné rozdíly jsou v:

	Společný oběd		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	2	19	21
Zdravá populace	62	58	120
Total	64	77	141

	Společná večeře		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	5	16	21
Zdravá populace	56	64	120
Total	61	80	141

	Absence společného stravování		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	14	7	21
Zdravá populace	17	103	120
Total	31	110	141

	Způsoby hubnutí	
	Výzkumný soubor PPP	Zdravá populace
Držení přísné diety	8	4
Zvracení po jídle	6	1
Cvičení 1 hod. 1-2x týdně	nejsou rozdíly	nejsou rozdíly
Cvičení 1 hod. denně	nejsou rozdíly	nejsou rozdíly
Cvičení více než 1 hod. denně	nejsou rozdíly	nejsou rozdíly
Omezení tuků a cukrů v jídle	nejsou rozdíly	nejsou rozdíly
Jíst 5x denně malé porce jídla	12	97
Jíst pouze dopoledne	nejsou rozdíly	nejsou rozdíly
Užívat projímadla	4	1
Alespoň 3 dny nejíst, jen pít	3	1
Užívat volně prodejný prostředek na hubnutí	7	8
Pít místo jídla dietní koktejly	2	0
	z 21 dívek	ze 120 dívek

	Výskyt PPP v okolí		
	Ano	Ne	Total
Výzkumný soubor PPP	20	1	21
Zdravá populace	81	39	120
Total	101	40	141

	Vztah s rodiči					
	Výborný	Dobrý	Ani dobrý/špatný	Spíše špatný	Velmi špatný	Total
Výzkumný soubor PPP	5	8	4	2	2	21
Zdravá populace	52	51	13	3	1	120
Total	57	59	17	5	3	141

## Příloha č. 6

Tabulka č. 19 - rozpis jednotlivých hodnot:

### Zdraví

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	84	59,6	70,0	70,0
	2,00	19	13,5	15,8	85,8
	3,00	11	7,8	9,2	95,0
	4,00	5	3,5	4,2	99,2
	6,00	1	,7	,8	100,0
	Total		120	85,1	100,0
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

### Láska

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	15	10,6	12,5	12,5
	2,00	42	29,8	35,0	47,5
	3,00	50	35,5	41,7	89,2
	4,00	9	6,4	7,5	96,7
	5,00	3	2,1	2,5	99,2
	6,00	1	,7	,8	100,0
Total		120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

### Vzhled

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3,00	2	1,4	1,7	1,7
	4,00	12	8,5	10,0	11,7
	5,00	38	27,0	31,7	43,3
	6,00	68	48,2	56,7	100,0
	Total		120	85,1	100,0
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		



### Peníze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	,7	,8	,8
	3,00	3	2,1	2,5	3,3
	4,00	21	14,9	17,5	20,8
	5,00	52	36,9	43,3	64,2
	6,00	43	30,5	35,8	100,0
	Total		120	85,1	100,0
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

### Vzdělání

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	4	2,8	3,3	3,3
	3,00	18	12,8	15,0	18,3
	4,00	68	48,2	56,7	75,0
	5,00	24	17,0	20,0	95,0
	6,00	6	4,3	5,0	100,0
	Total		120	85,1	100,0
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

### Rodina

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	23	16,3	19,2	19,2
	2,00	53	37,6	44,2	63,3
	3,00	36	25,5	30,0	93,3
	4,00	4	2,8	3,3	96,7
	5,00	3	2,1	2,5	99,2
	6,00	1	,7	,8	100,0
	Total		120	85,1	100,0
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Tabulka č. 30 - hodnocení jednotlivých částí těla**

**Oči**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	69	48,9	57,5	57,5
	2,00	44	31,2	36,7	94,2
	3,00	6	4,3	5,0	99,2
	4,00	1	,7	,8	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Pusa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	37	26,2	30,8	30,8
	2,00	56	39,7	46,7	77,5
	3,00	23	16,3	19,2	96,7
	4,00	4	2,8	3,3	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Nos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	17	12,1	14,2	14,2
	2,00	54	38,3	45,0	59,2
	3,00	35	24,8	29,2	88,3
	4,00	12	8,5	10,0	98,3
	5,00	2	1,4	1,7	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Vlasy**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	36	25,5	30,0	30,0
	2,00	46	32,6	38,3	68,3
	3,00	25	17,7	20,8	89,2
	4,00	10	7,1	8,3	97,5
	5,00	3	2,1	2,5	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Paže**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	23	16,3	19,2	19,2
	2,00	48	34,0	40,0	59,2
	3,00	35	24,8	29,2	88,3
	4,00	11	7,8	9,2	97,5
	5,00	3	2,1	2,5	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Prsa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	18	12,8	15,0	15,0
	2,00	44	31,2	36,7	51,7
	3,00	38	27,0	31,7	83,3
	4,00	17	12,1	14,2	97,5
	5,00	3	2,1	2,5	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Břicho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	14	9,9	11,7	11,7
	2,00	34	24,1	28,3	40,0
	3,00	35	24,8	29,2	69,2
	4,00	26	18,4	21,7	90,8
	5,00	11	7,8	9,2	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Boky**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	12	8,5	10,0	10,0
	2,00	41	29,1	34,2	44,2
	3,00	33	23,4	27,5	71,7
	4,00	21	14,9	17,5	89,2
	5,00	13	9,2	10,8	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Hýždě**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	11	7,8	9,2	9,2
	2,00	40	28,4	33,3	42,5
	3,00	34	24,1	28,3	70,8
	4,00	18	12,8	15,0	85,8
	5,00	17	12,1	14,2	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

**Stehna**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	11	7,8	9,2	9,2
	2,00	39	27,7	32,5	41,7
	3,00	33	23,4	27,5	69,2
	4,00	19	13,5	15,8	85,0
	5,00	18	12,8	15,0	100,0
	Total	120	85,1	100,0	
Missing	System	21	14,9		
Total		141	100,0		

Další tabulky:

	Forma PPP			
	Anorexie	Bulimie	Anorexie i bulimie	Total
Výzkumný soubor PPP	7	3	11	21

	Hodnocení současného zdravotního stavu vzhledem k PPP					
	Výborný	Dobrý	Ani dobrý/špatný	Spíše špatný	Velmi špatný	Total
Výzkumný soubor PPP	0	15	4	1	1	21

	Věk vzniku PPP			
	Minimum	Maximum	Mean	Total
Výzkumný soubor PPP	12,00	28,00	15,8571	21

**Hodnocení hmotnosti podle Body mass index (in Fialová, 2006)**

Hodnocení hmotnosti podle Body mass index (in Fialová, 2006)	
Klasifikace	BMI
Podváha	menší než 18,5
Normální hmotnost	18,5-24,9
Nadváha	25,0-29,9
Obezita I. stupně	30,0-34,9
Obezita II. stupně	35,0-39,9
Obezita III. stupně	více než 40