

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**ROZDÍLY V BODY IMAGE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A
OBEZITY**

Diplomová práce

Autor: Klára Pulcová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šulěřová

Datum odevzdání práce: 24.5.2010

ABSTRACT

Eating disorders (mental anorexia and bulimia) and obesity entail grave health, social and economic problems, and lead to detrimental health consequences, often irreversible consequences. Currently the disorders affect about 6% of population, with young girls particularly vulnerable and 16% of women obese. As the relevant surveys reveal, these figures are constantly on the rise. Apart from producing somatic symptoms, both the disorders, anorexia and bulimia, have been observed to bring about typical negative emotions and maladaptive cognition, first and foremost a distorted (negative) self-image focused on inappropriate perception of own body also known as the body image.

The paper aims to find out and mutually compare features characteristic of the body image issues as they relate to the eating disorders and obesity / excessive weight.

The paper is based on a survey combining qualitative and quantitative research strategies. To collect data, both strategies employed the technique of inquiry - the qualitative part relied on the theory of semi-structured interviews while the quantitative part used a questionnaire. The data thus acquired were processed by quantitative and qualitative procedures.

Building on the previous Bachelor paper intended to map the issues of body image in persons with eating disorders, this paper expands the previous survey set of women suffering the condition and adds a new set of obese females.

Results of the qualitative part of the survey brought about hypotheses on how the mentioned disorders affected the body image. The quantitative part of the survey revealed similar characteristics in the perceived body image in both the sets, but disclosed also some differences. Significant differences were found when the body image of the diseased persons was compared with that encountered in healthy population.

This paper can boost the awareness of this subject in lay public but also in professional community, primarily where psychotherapy and prevention are regarded.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Rozdíly v body image u poruch příjmu potravy a obezity 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 diplomové 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: 24.5.2010

.....

Poděkování:

Poděkovat bych chtěla především Mgr. Kateřině Šulěřové za její odbornou pomoc, vedení a celkovou podporu. Děkuji také všem respondentkám, které souhlasily s rozhovorem i ostatním, které odpovídaly na dotazník. V neposlední řadě také děkuji všem svým blízkým, kteří mě po dobu psaní této práce podporovali.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Tělesné sebepojetí	9
1.1.1 Definice tělesného sebepojetí	9
1.1.3 Význam tělesného sebepojetí	10
1.1.4 Tělesné sebepojetí u ženy	10
1.1.5 Vliv masmédií na tělesné sebepojetí	12
1.1.6 Poruchy tělesného sebepojetí	13
1.1.7 Poruchy příjmu potravy versus obezita	14
1.2 Poruchy příjmu potravy	15
1.2.1 Vymezení poruch příjmu potravy	15
1.2.1.1 Definice mentální anorexie	15
1.2.1.2 Definice mentální bulimie	16
1.2.2 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR	17
1.2.3 Průběh poruch příjmu potravy	18
1.2.3.1 Průběh mentální anorexie	19
1.2.3.2 Průběh mentální bulimie	21
1.2.4 Příčiny poruch příjmu potravy	23
1.2.5 Léčba poruch příjmu potravy	26
1.2.6 Důsledky poruch příjmu potravy	28
1.2.6.1 Zdravotní dopady	29
1.2.6.2 Psychosociální dopady	32
1.2.7 Prevence	34
1.3 Obezita	35
1.3.1 Definice obezity a její klasifikace	35

1.3.2 Typy obezity	36
1.3.3 Výskyt obezity v ČR	37
1.3.4 Klinický obraz obezity.....	37
1.3.5 Příčiny obezity	39
1.3.6 Léčba obezity	41
1.3.7 Důsledky obezity	44
1.3.7.1 Zdravotní dopady obezity.....	45
1.3.7.2 Psychosociální dopady obezity	47
1.3.8 Prevence obezity.....	49
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	50
2.1 Cíle.....	50
2.2 Dílčí cíle.....	50
2.3 Hypotézy a výzkumné otázky	51
3. METODIKA	52
3.1 Metodika kvalitativního výzkumu.....	52
3.2 Metodika kvantitativního výzkumu.....	54
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	55
4. VÝSLEDKY	57
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu.....	57
4.1.1 Představení respondentů.....	57
4.1.2 Charakteristika období před PPP/obezitou/nadváhou.....	57
4.1.2.1 Klima v rodině – vztahy, komunikace, výchova.....	58
4.1.2.2 Rodinné pojetí vzhledu a atraktivity	59
4.1.2.3 Rodina a vztah k jídlu.....	60
4.1.2.4 Vztahy s vrstevníky, komplementární vztahy	61
4.1.2.5 Partnerské vztahy.....	63
4.1.2.6 Charakteristika osobností – vlastností, vztah k sobě a vzhledu...	63

4.1.3 Propuknutí PPP/obezity/nadváhy	65
4.1.3.1 Okolnosti vzniku onemocnění	66
4.1.3.2 Psychologické aspekty	67
4.1.3.3 Sociální aspekty	69
4.1.4. Průběh PPP/obezity/nadváhy	69
4.1.4.1 Symptomy PPP/obezity/nadváhy	70
4.1.4.2 Tělesné symptomy	71
4.1.4.3 Psychické symptomy a reakce	73
4.1.4.4 Sociální souvislosti	77
4.1.4.5 Náhled na onemocnění	79
4.1.4.6 Body image a PPP/obezita/nadváha	82
4.1.5 Léčba PPP/obezity/nadváhy	84
4.1.5.1 Okolnosti léčby	85
4.1.5.2 Formy terapie	87
4.1.5.3 Průběh a efekt terapie	89
4.1.6 Současný stav	94
4.1.6.1 Současné pocity	94
4.1.6.2 Současné body image	96
4.1.6.3 Subjektivní posouzení příčin a udržovacích faktorů	99
4.1.6.4 Důsledky onemocnění v životě	101
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu	105
5. DISKUSE	120
6. ZÁVĚR	127
7. SEZNAM LITERATURY	128
8. KLÍČOVÁ SLOVA	133
9. PŘÍLOHY	134

ÚVOD

Jak poruchy příjmu potravy, tak i obezita představují závažný zdravotní a sociální problém. Jedná se o onemocnění vyskytující se ve všech věkových kategoriích. V současné době je výskyt těchto poruch v České republice významný zejména u žen. U obou těchto poruch je velmi výrazná problematika narušeného vnímání vlastního tělesného schématu, které ve svých důsledcích může vést až ke smrti. Vzhledem k závažnosti této problematiky byla již v rámci bakalářské práce věnována pozornost problematice body image u poruch příjmu potravy, která je v této diplomové práci rozšířena o problematiku body image u obezity.

Tato tématika byla vybrána s ohledem na obrovský tlak, jež vytváří současná doba na mladé dívky a ženy v tom, jak by měly vypadat. Mnohé z nich se snaží s tímto tlakem vyrovnat tím, že věnují veškeré úsilí tomu, aby naplnily společenský ideál ženské krásy, mnohdy i na úkor svého zdraví. Nezpochybnitelný 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 tedy zmapovat problematiku body image u obou výše zmíněných poruch a porovnat charakteristické znaky ve vnímání vlastního vzhledu. Následně může tato práce posloužit ke zvýšení informovanosti široké veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy a obezity, především o dopadech těchto onemocnění.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Tělesné sebepojetí

Sebepojetí jako předmět psychologického a sociálně vědeckého výzkumu získává v posledních letech na významu. Chápeme ho jako celkový postoj k vlastní osobě, jež dle Fialové (2001) zahrnuje prvky kognitivní (sebepoznání), emocionální (sebehodnocení) a činnostně regulativní (sebeprosazování, sebekontrola). Lze pozorovat trend zvýšeného zájmu především o své tělo, vědomé a cílené péče o něj, o jeho fungování, o hmotnost, tvar postavy a vzhled (Hrachovinová, Chudobová, 2004). Stává se tak designérským produktem a objektem, do kterého musí být investováno, a často bývá veřejně prezentováno i jako symbol úspěchu. Pro tyto důvody je tělo považováno za jednu z nejdůležitějších součástí celkového sebepojetí (Fialová, 2006).

1.1.2 Definice tělesného sebepojetí

Pojmy a koncepty vztahující se k vlastnímu tělu jsou často přebírány z cizích jazyků. Můžeme se setkat s termíny, jako je „body concept, body schema, Köperschema, psysical self, body self, body experience“ aj., z nichž asi nejčastěji používán je pojem „body image“, který lze přeložit jako představa o vlastním těle. Ani definice těchto pojmů však není zcela jednotná (Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Tělesné sebepojetí je definováno jako mentální reprezentace vlastního těla, obsahující složku kognitivní, tj. představa o rozměrech těla, emocionální, tedy vztah k vlastnímu tělu, a behaviorální, kam patří aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu těla (Stackeová, 2005). Lze ho chápat jako vytváření vlastního obrazu o svém těle, zahrnující v sobě postoj okolí i vlastní uvědomění si těla a jeho hodnocení (Fialová, 2006). Marádová (2007) vysvětluje tento pojem jako postoj k vlastnímu tělu, jež zahrnuje vnímání a hodnocení tělesných rozměrů, představu o ideální postavě, hmotnosti atd. Obdobně i Grogan (2000) definuje body image jako způsob, jímž člověk přemýšlí o svém těle, jak jej vnímá a cítí. Uvedená definice zahrnuje všechny prvky,

kteřé v roce 1950 poprvé popsal Schilder: odhad velikosti těla (percepce), hodnocení jeho přitažlivosti (úvaha) a emoce spojené s tvarem a velikostí těla (pocity). Základními složkami tělesného sebepojetí jsou pak podle Mrazka (1986 in Fialová, 2001) vzhled, zdatnost a zdraví, jejichž význam je závislý na pohlaví a mění se s věkem.

1.1.3 Význam tělesného sebepojetí

Tělo je základním prostředkem k sebevyjádření a interakci se světem, tedy i klíčem k pochopení celého „já“. (Fialová, 2006). Koncepce tělesného schématu a self-koncepce, tj. vnímání sebe sama, se vytváří již během raného dětství a to v závislosti na tom, jak se dítě seznamuje s vlastním tělem, jak rozpoznává jeho části a funkce (Pařízková, Lisá, 2007). Na jeho základě se často v komunikaci diagnostikuje chování a osobnost člověka, zároveň je tělesný vzhled i jedním ze signálních znaků sociální percepce. Snaha po jeho zdokonalení, zdraví i tělesné zdatnosti se může stát přímo či zprostředkovaně i efektivním motivačním činitelem pro zdravý způsob života (Fialová, 2001). Hodnocení vlastního těla, tedy míra spokojenosti či nespokojenosti se svým vzhledem, tak významně ovlivňuje celkové sebehodnocení (Fialová, 2006), a tím i identitu osobnosti (Fialová, 2001). Přesto je výzkum v této oblasti mnohdy podceňován a méně frekventován (Fialová, 2001).

1.1.4 Tělesné sebepojetí u žen

Ženské tělo je společností vnímáno jako tradičně důležitější a tělesné proporce hrají odlišnou roli v životě muže a ženy (Málková, Krch, 2001). Již od útlých let je ženám vštěpován sociální význam jejich zevnějšku a potřeba věnovat mu odpovídající pozornost (Grogan, 2000). Tělesný vzhled žen má tedy významnou úlohu v oblasti sociálního uznání - zatímco muži mohou prokázat svou výkonnost úspěchem v práci, penězi či mocí, u žen toto sociální uznání závisí mnohem více na jejím vzhledu, zejména na její tělesné stavbě (Mrazek, 1986 in Fialová, 2001).

Po staletí byly ženy vedeny k tomu, aby přizpůsobovaly tvar své postavy a tělesnou hmotnost soudobým trendům. Jejich úsilí vyhovět předkládanému ideálu je zřejmé z praktik jako je podvazování chodidel, nošení stahujících korzetů či soudobé diety a kosmetická plastická chirurgie, kdy ženy podstupují bolestivé procedury, jen aby dosáhly kulturně definované přitažlivé postavy (Grogan, 2000). I dnes, a to více kdy jindy, podléhá ženské tělo silnému tlaku reklamy a médií a je neustále konfrontováno s aktuálním ideálem krásy. Vyhnout se tomuto tlaku a nepřenést prezentovaný ideál do vlastního sebepojetí je téměř nemožné (Fialová, 2006).

Výzkumy ukazují, že ženy nadhodnocují svou tělesnou velikost více než muži a za tělesný ideál považují štíhlejší postavu, než jsou jejich aktuální tělesné rozměry. Naprostá většina žen si tedy přeje zhubnout, zatímco mladí muži si přejí jak zhubnout, tak přibrat (Hrachovinová, Csémy, Chudobová, 2005). Je to dáno skutečností, že štíhlost žen je v prosperujících západních společnostech považována za žádoucí vlastnost, jež je spojována se sebekontrolou, elegancí, společenskou přitažlivostí a mládím (Orbachová, 1993 in Grogan, 2000). Naopak obézním lidem je přisuzována lhostejnost, slabost, špatné zdraví, nedostatek uznání, sexuální izolace a lenost (Crooková, 1995).

Již dvanáctileté dívky jsou úzkostné ve vztahu ke svému tělu, mají více negativních představ o sobě a více se cítí být ohroženy nadváhou. Nespokojenost s tělem pak vede k většímu zaobírání se tělesnou hmotností a ke snaze po její účinnější, často nerealistické a nepřiměřené kontrole (Krch, 2002b). Kritickým obdobím je posléze adolescence, během které dochází k sebeuvědomování, hledání identity a výrazným fyzickým změnám (Fialová, 2001). Probíhající tělesné změny dívky vzdalují od ideální, štíhlé postavy, konfrontují je s nastupující sexualitou a nutí k tomu, aby se vyrovnaly s realitou ženské role (Málková, Krch, 2001). U chlapců je tomu však naopak – přibývají na svalové hmotě a tím se oproti dívkám přibližují kulturním ideálu krásy (Marádová, 2007). Postoje, prožívání, mnohdy i každodenní život dívek a mladých žen jsou tak ovládány strachem z nadváhy, jež výrazně ovlivňuje jejich životní styl a sebehodnocení (Krch, 2005). Nejsou v souladu se svým tělem a jejich vzhled se pro ně stává jednou z nejdůležitějších starostí (Fialová, 2001).

1.1.5 Vliv masmédií na tělesné sebepojetí

Vnímání a prožívání těla je psychologický fenomén, který výrazně ovlivňují sociální a kulturní faktory, zejména prezentovaný mediální obraz ideálního těla (Krch, 1999 in Hrachovinová, Chudobová, 2004). Vliv těchto mediálních obrazů je dán významem, jaký divák těmto podnětům přisuzuje. Za zvlášť zranitelné jsou považovány dvě skupiny: adolescenti, u nichž je představa v době výrazných fyzických a psychologických změn mimořádně elastická, a lidé s poruchami příjmu potravy, jež přisuzují zvláštní význam představám souvisejícím s obrazem těla (Grogan, 2000).

Při vnímání, prožívání a hodnocení těla zohledňujeme jak vlastní zkušenosti a přání, tak i očekávání sociálního okolí a svět kolem sebe. Své tělo a jeho proporce srovnáváme s jinými a posuzujeme je v rámci existujících stereotypů ženskosti, mužnosti, krásy a zdraví, ale i ve vztahu k neustále měnícím se mediálním obrazům (Krch, 1999 in Hrachovinová, Chudobová, 2004). Neschopnost vyrovnat se předkládanému ideálu vede k sebekritice, pocitům viny a k oslabení sebevědomí. Tento efekt je silnější u žen, poněvadž kulturní tlak na ně, aby dosáhly idealizované postavy, je silnější a více rozšířený než u mužů (Grogan, 2000).

Média nám říkají, co znamená být žádoucím mužem či ženou. Poselství u mužů a žen jsou ale rozdílná. Muž musí být silný, bohatý, sebevědomý, úspěšný, atletický. U žen drtivá většina zpráv směřuje k tomu, že musí být krásné, a proto je jejich povinností na své kráse pracovat bez ohledu na čas, energii a peníze, které to stojí. Přestože ženy byly kulturním ideálům vystavované po celá staletí, současná reklama ještě více spojuje svoje síly se sexismem a kultem mladosti. Ženy jsou zobrazovány jako sexuální objekty a zároveň i muži se učí těla žen za objekty považovat (Wolf, 2000; Jacobson a Mazur, 1995 in Bačová, Jeleňová, 2001).

Samozřejmost, s jakou zejména velmi mladé ženy přejímají normy reklamních obrazů, vede někdy až k patologickým situacím. Jejich touha vyrovnat se štíhlým ideálům je přivádí k značně pokřivenému pohledu na vlastní tělo, jehož důsledkem jsou psychologicky podmíněné poruchy stravování (Řeháčová, 2002).

1.1.6 Poruchy tělesného sebezpojetí

V poslední době se stále častěji setkáváme s poruchami vnímání vlastního těla, se subjektivním pocitem přílišného rozporu mezi vlastní skutečnou podobou těla a ideální postavou (Fialová, 2001). Tělo je totiž zdrojem našich pocitů a vjemů, zatímco představa o něm je psychickou, vnitřní konstrukcí (Cassuto, Guillou, 2008). Poruchy tělesného sebezpojetí jsou tak zapříčiněny chybným vnímáním, narušenou orientací ve vlastním těle, které je emocionálně posuzováno nerealisticky, je přeceňován význam tělesného vzhledu a klesá spokojenost s vlastním tělem či jeho částmi (Fialová, 2006).

Dle některých autorů se tělesné sebezpojetí skládá ze smyslové a subjektivní komponenty. Zatímco smyslová komponenta vypovídá o tom, v jaké míře je jedinec schopen vnímat rozdíl mezi skutečnými rozměry těla a tím, jak je sám vnímá, subjektivní komponenta vypovídá o míře spokojenosti, resp. nespokojenosti s vlastním tělem (Hrachovinová, Chudobová, 2004). Při neadekvátnosti odhadu rozměrů a tvaru vlastního těla pak dochází ke zkreslené představě těla („body image distortion“). Tuto nespokojenost lze popsat jako negativní myšlenky a pocity vztahující se k vlastnímu tělu (Cash, Pruzinsky, 1990 in Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Nejdelší tradici vykazují výzkumy zaměřené na poruchu tělesného schématu u osob s jídelní patologií. Stává se však zjevným, že i hodně jedinců bez této poruchy má vzhledovou stránku tělového schématu do určité míry poškozenou (Hrachovinová, Chudobová, 2004).

Diety, purgativní chování a nepřiměřená touha zhubnout jsou častým důsledkem nerealistického ocenění tělesného vzhledu a nespokojenosti s vlastním tělem (Krch, 2002b). Zatímco u dívek, jež trpí mentální anorexií dochází ke zkreslenému vnímání svých tělesných rozměrů a často k neuvědomění si příznaků podvýživy, u dívek s mentální bulimií převládá negativní afekt vyplývající z diskrepance mezi štíhlým ideálem a méně dokonalou skutečností (Cash, Deagle, 1997 in Uher, Pavlová, Papežová, 2004). 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). Pro obě poruchy je příznačná takřka výlučná závislost

sebehodnocení na dosažení nerealistického ideálu tělesné váhy a postavy (Fairburn, 2003 in Uher, Pavlová, Papežová, 2004).

Nespokojenost s tělesnými proporcemi lze vysledovat i u lidí trpících obezitou, kteří svou nadměrnou hmotnost mnohdy negativně prožívají. Stejně jako u mentální bulimie je zdrojem této nespokojenosti diskrepance mezi vnímaným a prožívaným reálným a ideálním obrazem těla. Nemožnost vyrovnat se tomuto ideálu, pocity selhání ve snaze o redukci tělesné hmotnosti a strach z dalšího zvýšení váhy jsou pak jednou z příčin zvýšené sebekritiky, pocitu viny, nízkého sebevědomí a negativního emočního ladění. Tělesné sebepojetí obézních je narušené jak po stránce kognitivní, tak i emotivní. Lidé s obezitou mají často ke svému tělu negativní či ambivalentní citový vztah, což se může odrazit i v jejich celkové sebeúctě (Janyšková, Konečný, Zeman et al., 2005).

1.1.7 Poruchy příjmu potravy versus obezita

Problematika regulace tělesné hmotnosti u obezity a poruch příjmu potravy má několik vzájemně se prolínajících a podmiňujících rovin. Kromě společné komorbidity a symptomatologie zaujímá obezita významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy, podobně jako diety společně s přejídáním při rozvoji obezity (Málková, 2010). Některé zprávy uvádí, že až 5% obézních trpí bulimií a mnoho žen s obezitou přiznává, že má sklon k večernímu či nočnímu přejídání, nebo že se přejídají pod vlivem stresu (Málková, Krch, 2001).

Pro poruchy příjmu potravy i pro obezitu je charakteristické zkreslené vnímání a prožívání příjmu potravy i vlastního těla, podobně jako nevhodné jídelní zvyklosti a nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti. Strach z tloušťky výrazně ovlivňuje kvalitu života člověka. Jeho měřítkem jsou nejen míry faktické nadváhy, ale i vnitřní prožitky, jež jsou na něj vázány, a úsilí věnované kontrole tělesné hmotnosti a příjmu potravy. Strach z tloušťky má podobné emocionální, kognitivní a behaviorální důsledky, jako skutečná obezita (Málková, 2010). I mírná nadváha, subjektivně vnímána jako obezita, tak může vést k nevhodným dietám. Dospívající dívky se sklonem k nadváze jsou tedy zvýšeně ohroženy i poruchami příjmu potravy (Málková, Krch, 2001).

1.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jedním z nejčastějších, a vzhledem k chronickému průběhu, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 2005). Patří mezi psychiatrická onemocnění, jež jsou vzhledem k ostatním spojena s nejvyšší úmrtností. Primárně jde o psychickou poruchu, u níž je přítomna specifická psychopatologie – strach z tloušťky. Ten vede k odmítání potravy a následné poruše výživy, která vede k závažným tělesným komplikacím, někdy i se smrtelnými následky (Navrátilová in Dvořáková, 2009).

1.2.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Dle poslední revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnuje pojem poruch příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji definované syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Jednotlivé symptomy těchto syndromů se liší dle závažnosti podvýživy a metod užívaných ke kontrole váhy. Společná je obava z tloušťky a přílišná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (Krch, 2005).

Někteří autoři chápou tyto syndromy jako určité varianty základního onemocnění, někdy je bulimická varianta považována za chronickou variantu mentální anorexie (Kocourková et al., 1997). Je nutno počítat i s tím, že obě formy mohou přecházet jedna v druhou. Podle literatury až polovina pacientek s mentální anorexií přechází do mentální bulimie, a prakticky 100% bulimiček má v anamnéze alespoň krátkou epizodu mentální anorexie. Někteří autoři proto používají pojmu bulimarexie (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

1.2.1.1 *Definice mentální anorexie*

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. (Krch, 2003a). Příznačné je vědomé omezování příjmu potravy s následným hubnutím a tělesnými změnami, jež vyplývají z dlouhodobé malnutrice,

případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou i psychické změny, depresivní syndrom, výrazná dráždivost a porucha tělesného sebepojetí spojená s nereálným přesvědčením, že pacientka má nadváhu (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Mezi diagnostická kritéria MA (F50.0) dle MKN-10 patří následující znaky:

- 1) tělesná hmotnost je udržována 15% pod předpokládanou úrovní vzhledem k výšce a věku (u starších dívek se jedná o BMI nižší než 17,5);
- 2) snížení váhy si pacient způsobuje vyhýbáním se jídlům, „po nichž se tloustne“, nadměrným cvičením, zvracením, nebo užíváním laxativ, anorektik či diuretik;
- 3) přítomnost neustálého strachu z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá obava z dalšího tloustnutí, jež vede nemocného ke stanovení si velmi nízké optimální či cílové hmotnosti;
- 4) rozsáhlá endokrinní porucha projevující se u žen amenoreou, u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence; výjimkou je hormonálně navozené děložní krvácení, může se též objevit zvýšená hladina růstového hormonu, kortizolu, změny periferního metabolismu, tyreoidního hormonu a ve vylučování inzulinu;
- 5) při počátku onemocnění před pubertou jsou pubertální projevy opožděny či dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa, dochází k primární amenoree; u chlapců zůstávají dětské genitálie), po uzdravení většinou dochází k normálnímu dokončení puberty, ale menarche je opožděna (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Pokud některý z výše uvedených znaků chybí, ale jinak je vykazován téměř typický klinický obraz, lze dle MKN-10 tuto poruchu hodnotit jako atypickou (Kocourková et al., 1997). V případě, že pacient daná kritéria splňuje a zároveň se opakovaně přejídá, zvrací či bere projímadla, jde se o tzv. bulimický typ mentální anorexie (Krch, 2002a).

1.2.1.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je závažná život ohrožující porucha typická záchvatovitým přejídáním s následným kompenzačním chováním (National eating disorders association,

2010). Pacientky se snaží zabránit vzestupu tělesné hmotnosti pomocí vyprovokovaného zvracení, průjmu, střídavými obdobími hladovění a užíváním řady léků (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Stejně jako u MA je k určení diagnózy mentální anorexie (F50.2) zapotřebí splnění těchto kritérií:

- 1) opakující se epizody přejídání (nejméně 2x týdně po 3 měsíce), při nichž dochází ke konzumaci velkých dávek jídla během krátké doby;
- 2) neustálé zabývání se jídlem a neovladatelná touha po jídle;
- 3) snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním či několika následujícím způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako anorektika, tyreoidální preparáty či diuretika; u diabetiků se objevuje snaha vynechávat léčbu inzulinem;
- 4) pocit nesmírné tloušťky, spojený s neustálou obavou z tloustnutí (nemocný usiluje o nižší než nemorbidní váhu) a v anamnéze je velice častá epizoda mentální anorexie či intenzivního omezování se v jídle (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Tam, kde chybí některý z klíčových znaků, ale jinak se projevuje téměř typický klinický obraz, mluvíme o atypické mentální bulimii. Většinou jde o pacienty s normální či nadměrnou váhou, ale s charakteristickými obdobími přejídání, následovanými zvracením či zneužíváním projímadel (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). I u těchto nevyhraněných či atypických případů však mohou vzniknout vážné psychické zdravotní obtíže a později může dojít i k plnému rozvoji všech příznaků (Krch, 2003a).

1.2.2 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR

Poruchy příjmu potravy postihují především dívky ze střední a vyšší socioekonomické vrstvy ve věku dvanáct až dvacet pět let (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Příznaky anorexie však byly zaznamenány již u dětí mladších 10 let (Marádová, 2007). U chlapců jsou tyto poruchy vzácné (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Jak uvádí Navrátilová (in Dvořáková, 2009), mezi nemocnými je 96% žen a 4% mužů.

Přestože PPP dosud ještě nedosáhly rozsahu očekávané epidemie dle nárůstu v 70. a 80. letech, postihují dnes značnou část dospívajících a mladých žen (Málková, Krch, 2001). Podle Krcha (2005) je u nás incidence i prevalence těchto poruch srovnatelná se státy západní Evropy a v posledních desetiletích mírně vzrostla. Mentální anorexie postihuje přibližně 0,5% mladých dívek a žen a prevalence mentální bulimie se bývá mezi 2 až 5%. Jejich výskyt se tedy u rizikové populace odhaduje mezi 3-5% (Málková, Krch, 2001).

Ještě více znepokojující jsou čísla, jež uvádí Krch a Csémy (2009) ve svém pozorování: 2,1% děvčat vzorku české školní mládeže splňovalo nejzávažnější kritérium MA, tj. tělesná hmotnost nejméně o 15% nižší než je předpokládaná úroveň vzhledem k věku a výšce. Z celého souboru pak 1,1% děvčat uvedlo, že pravidelně zvrací, a 0,4%, že užívá projímadlo s cílem snížit svou váhu; dalších 3,8% děvčat ze stejných důvodů zkoušelo zvracet či zvrací jen občas. Výsledky této studie potvrdily rozvinuté příznaky MA již už u 11letých dětí. V průběhu dospívání pak přibývalo rizikových faktorů a stále významně rostl počet děvčat, jež uváděla, že drží dietu (ze 35% v 11 letech jejich počet stoupl na 39% v 15 letech), pravidelně cvičí (ze 33,6% na 43,1%) a bere prášky na hubnutí (z 1,1% v 11 letech na 7,2% v 15 letech. Počet pravidelně zvracejících dívek vzrostl z 0,9% na 1,4% v patnácti letech. To potvrzuje skutečnost, že vyhublá štíhlost je vnímána jako atraktivní, což zesiluje tlak na hubnutí i v případě překročení meze ohrožující zdraví.

1.2.3 Průběh poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se většinou rozvíjejí pozvolna a nenápadně, utajené mezi dietami vrstevníků a nevhodnými jídelními návyky rodiny. Jídelní návyky a chování nemocných se postupně mění a stupňují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti (Krch, 2005). Stěžejní je již zmíněný strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (Krch, 2003a).

Velmi ilustrativně popisuje průběh poruch příjmu potravy americká studie A. Kyese z roku 1950. U dobrovolníků s původně normálním příjmem potravy, osobností a

hmotností se během šestiměsíčního snížení potravy na polovinu začaly vyskytovat tělesné i psychické problémy, podobné těm u anorexie a bulimie. Neustále se v myšlenkách zabývali jídlem, vytvářeli jeho neobvyklé kombinace, snažili se zaplnit si žaludek tekutinou...Měli živé sny o jídle a přerušování diet a trávili i několik hodin u jídla, jež jim dříve zabralo několik minut. V důsledku toho se jim kazily zuby, vypadávaly vlasy a trpěli různými zažívacími potížemi. Trpěli zhoršenou koncentrací pozornosti, ztrátou zájmů, nerozhodností, předrážděností a zvýšenou únavou. Zveličily se jejich dřívější osobnostní nápadnosti, mnoho z nich mělo také sklon k depresi a byli zvýšeně úzkostní. Snižoval se i jejich zájem o okolí, sexuální potřeba, naopak se zvýšila jejich uzavřenost a emoční labilita. Návrat do původního psychického a tělesného stavu u nich trval dvanáct měsíců (Krch, Richterová, 1998).

1.2.3.1. Průběh mentální anorexie

Počátek obtíží se bývá mezi 12 a 20 lety (Málková, Krch, 2001). Jde o období typické začínajícími projevy sekundárních pohlavních znaků. Dívky postupně nabývají přesvědčení, že jsou příliš silné a rozhodnou se držet dietu. Stávající hmotnost však bývá normální, popřípadě nižší (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Prvním nápadným symptomem mentální anorexie je omezený příjem potravy (Leibold, 1995) s postupným snížením chuti k jídlu a pocitů hladu (Málková, Krch, 2001). Z jídelníčku nejdříve mizí jídla, jež jsou považována za příliš vydatná či „nezdravá“ (Krch, 2002a). Postupně jsou však dietní opatření drastičtější a dochází i k omezování příjmu tekutin. Většinou jsou změny v jídlu racionalizovány snahou po tzv. zdravé výživě, velké oblibě se těší i vegetariánství a makrobiotika. Současně však bývají užívány další metody k redukci své hmotnosti, např. anorektika, laxativa či diuretika. Časté je také excesivní cvičení, které má až nutkavý charakter (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Změny ve stravování jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Při jídlu se dívky úzkostlivě srovnávají s ostatními, jedí velmi pomalu a obřadně. Říkají, že si musí jídlo „vychutnat“ či „jíst v klidu“ (Krch, 2002a).

Nepřiměřené postoje a hladovky dívky zdánlivě racionálně zdůvodňují různými dietami, škodlivostí přejídání a zdravotními důsledky obezity (Krch, Málková, 2001).

Chuť k jídlu se většinou zcela nevytratí, jen je vědomě potlačována (Krch, Málková, 2001). Nemocní se neustále zabývají potravou a často pocítují hlad, jemuž se odmítají poddat, jelikož pohrdají potřebami svého těla. Cítí se silní a „čistí“ při potlačení toho, co ostatní vykonávají úplně samozřejmě. Odtud pochází také jejich pocit, že činí něco neobvyklého a že jsou sami něčím výjimečným (Leibold, 1995). Nemocní totiž často trpí pocitem, že nejsou schopni kontrolovat svůj život, a proto svoji sebekontrolu zaměřují na oblast jídla a váhy, jež jim připadá čitelná a snadno manipulovatelná. To, že se v jídle dokážou kontrolovat, u nich vytváří iluzi úspěchu. Naopak selhání považují za známku slabosti (Krch, Málková, 2001).

Nechuť k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Postupně tak dochází ke snížení tělesné váhy až k extrémní vyhublosti (Krch, Málková, 2001). Porucha tělového schématu se projevuje přetrvávajícím pocitem tloušťky i přes extrémní vyhublost (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Dívky často postávají před zrcadlem a neustále se váží, jiné se naopak váze vyhýbají. Zahalují se do volných šatů nebo se naopak oblékají tak, aby mohly předvádět jejich plochou a vyhublou postavu (Krch, 2001). Jejich vnímání vlastního těla je výrazně narušené a názor, že jsou stále příliš tlusté, dosahuje bludných rozměrů (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Mají strach, že pokud by jen trochu přibraly, vzestup váhy by pokračoval do extrémní obezity (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

V důsledku odmítání jídla se zhoršují vztahy s rodiči, kteří se snaží dceru do jídla nutit. Ze strany nemocného pak často dochází k manipulaci s jídlem, jeho ukrývání či vyvolanému zvracení (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). V kontrastu k zanedbávání svých tělesných potřeb je však u mnohých anorektiček typická přehnaná péče o blaho druhých (Leibold, 1995).

V chování je charakteristický sklon k hyperaktivitě. Dívky se často nadměrně věnují různým sportovním činnostem, ve kterých předčí i zdravé osoby (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“,

zpotit se (Krch, 2002a). Jejich činnost je nezlomná i dlouho poté, kdy již trpí značnými tělesnými potížemi a rychlým úpadkem sil. Tím se ještě více utvrzují ve své zvláštnosti a daří se jim tím dlouhou dobu klamat své okolí o jejich skutečném tělesném stavu. Jistou roli zde hraje také euforie plynoucí z nadvlády nad svým tělem, která u nich mimo jiné vede k jejich nezměrnému přeceňování (Leibold, 1995).

V osobnostní dynamice anorektiček převažuje úzkostnost a silný strach ze ztráty nadvlády nad regulací své hmotnosti (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Jsou nešťastné a cítí se provinile, nedokážou-li naprosto kontrolovat příjem potravy, nebo když kolísá jejich hmotnost (Krch, 2002a). Zároveň je u nich patrná silná ctižádost jak v oblasti jídla – chtějí „být první“ v hladovění a štíhlosti; tak i v jiných oblastech - školní prospěch, umělecké a sportovní výkony (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Po počátečním nárůstu sebevědomí z úspěšného zhubnutí vzrůstá u anorektiček jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jim nálada, přichází únava, apatie a vyčerpanost. Začínají se vyhýbat přátelům i rodině a stahují se do sebe (Krch, 2002a).

1.2.3.2 Průběh mentální bulimie

U mentální bulimie bývá počátek obtíží mezi 15. a 20. rokem, někdy i později. Některé dívky jsou podvyživené, většina ale má normální tělesnou váhu. Mezi nemocnými je více těch, které dříve trpěly mírnou nadváhou a nezvládly dietu (Málková, Krch, 2001).

Charakteristický je pro bulimičky strach z tloušťky a neustálé zabývání se jídlem (Krch, 2003a). Nicméně v porovnání s vyzáblými anorektičkami si připadají neúspěšné, více trpí pocitem viny, výčitkami svědomí a depresemi (Málková, Krch, 2001).

Nejčastěji začíná den bulimiček dopoledním hladověním a snahou udržet jídlo a svou váhu pod kontrolou. V průběhu dne však tyto kontroly selhávají a dochází k přejedení, jež často mnohonásobně překračuje doporučený příjem potravy. Navíc jde často o velmi nezvyklé kombinace jídel (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Mnoho dívek popisuje tyto epizody přejedení jako záchvat, jako něco neovladatelného a zoufalého (Krch, 2003a).

Logicky přicházejí pocity viny. Dívky mají výčitky, že selhaly, že budou silné a mívají sklon k depresi. Svůj prohřešek tak nejčastěji kompenzují zvracením, jež vyvolají prsty či jiným předmětem. Postupem času může být zvracení spontánní a dochází k němu i vícekrát za den. Jejich hmotnost pak ztelně kolísá dle množství požitého jídla a frekvence zvracení. Někdy jsou namísto zvracení zneužívána i laxativa, nebo následuje excesivní cvičení (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Dívky tak žijí v bludném kruhu nejistoty, posedlosti štíhlosti a svým tělem, dietou, přejedením, zvracením, a následné nejistoty a výčitek svědomí. Z toho, čeho se nejvíce obávaly, tj. jídla se stává droga (Málková, Krch, 2001).

Frekvence bulimických záchvatů bývá různá. Některé dívky vnímají jako přejedení každé jídlo, a tak jedí, dokud mohou, nebo než se vyzvrací. Jiné se přejídají jen občasně, nebo v určitou denní dobu, přičemž nejrizikovější je večer, kdy jsou vyhladovělé a unavené, obklopeny jídlem a bez dohledu (Krch, 2003a). Jak ale uvádí Cooper (1995), není nijak neobvyklé, že některé bulimičky vracejí i desetkrát denně.

Více než zkonsumované množství jídla je však pro bulimické přejídání příznačný pocit ztráty kontroly nad ním. V počátcích to může znamenat, že dívka sní o trochu více, než chtěla nebo byla zvyklá. Až později, když začne zvracet, se začne skutečně přejídat. Jejich stravování je zpravidla velmi chaotické. Příliš vysokou osobní hodnotu přisuzují tělesným proporcím, vzhledu a váze, v jejichž závislosti se mění i jejich sebevědomí (Málková, Krch, 2001). Jsou nešťastné a cítí se provinile, když se jim nedaří zhubnout, jak by chtěly, nebo když se jim nedaří stoprocentně kontrolovat příjem potravy. Jsou si odporné a často nenávidí to, co činí (Krch, 2003a).

Významná je u těchto dívek emoční labilita a sklony k depresi, jež mohou vyústit až v suicidální jednání (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Navíc se oproti anorektičkám méně kontrolují, jsou impulzivnější a výbušnější. Často podléhají i jiným drogám, než je jídlo. Jde zejména o alkohol, který jim „pomáhá zvládat problémy“, a také rychle doplňovat chybějící energii (Málková, Krch, 2001). Výjimkou nejsou ani zoufalé krádeže jídla cizím osobám či přehrabování se v odpadcích (Hall, Cohn, 2003). I u mentální bulimie tak vzniká sekundární devastace vztahů s okolím, zejména s rodiči (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

1.2.4 Příčiny poruch příjmu potravy

Příčina poruch příjmu potravy nebývá jednoznačná (Málková, Krch, 2001). Na vzniku těchto onemocnění se podílí vlivy sociokulturní, individuálně psychologické, rodinné i biologické (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). V předchorobí se téměř vždy bývá frustrace z postavy a strach z tloušťky (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Jak uvádí Krch a Richterová (1998), významnou roli hraje nejistota a snaha nějakým způsobem získat sebedůvěru.

Za nejvýznamnější rizikový faktor je považováno ženské pohlaví, jež například u mentální anorexie zvyšuje riziko oproti mužům desetkrát. Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, tělesné proporce sehrávají odlišnou roli v životě žen a mužů (Krch, 2003a). To se nejvíce projevuje v období dospívání, ve kterém dochází k výrazným změnám těla, jež dívky obtížně akceptují. Rozvíjí se u nich strach z dospělosti a z přijetí dospělé mateřské role (Crips, 1980 in Kocourková, 1997). Jak uvádí Krch (2005), průměrně vzroste v této době hmotnost dívek z BMI 16 na 19, což se vzhledem k soudobým ideálům ženské krásy u nich projevuje nespokojeností se svým tělem, a roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie.

Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez ohledu na společenské postavení, rasu či věk (Krch, 2003a). Některé dívky jsou však ohroženy více než ostatní. Je to dáno jejich osobností a temperamentem. Všeobecně jsou za nejohroženější skupinu považovány dívky, jež mají vysokou míru zodpovědnosti, jsou citlivé na zpětnou vazbu z okolí týkající se jejich osoby a snaží se svému okolí ve všem vyhovět (Zouzalík, 2004). Dle Koutka (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) jsou tyto dívky zjevně přizpůsobivé, perfekcionistické, se ctižádostí a často nadprůměrně inteligentní, se studijními ambicemi. Papežová (2003) zmiňuje navíc úzkostnost, asketismus, závislost, sebekritičnost, nestálost a pro bulimii typickou impulzivitu. Podle některých odborníků je právě kombinace perfekcionismu a pocitu neschopnosti základním predisponujícím faktorem pro vznik těchto poruch (Cooper, 1995).

Svou roli hrají také psychické, sociální a profesionální změny spolu s nejistotou a hledáním nové sexuální a sociální role v průběhu dospívání (Málková, Krch, 2001). Jde

především o chybné psychické postoje, částečně vznikající již nesprávnou výchovou v dětství či pozdějšími negativními zkušenostmi, které lze z části vysvětlit i sociálními příčinami. Jde zejména o porušené vnímání těla, zdráhání vyrůstat v dospělou ženu a pocit dívek, že díky odmítání jídla jsou výjimečné (Leibold, 1995). Úzkost spojená s těmito změnami lehce dostane podobu strachu, jímž je ovládána celá společnost (Málková, Krch, 2001). Ve světě nekriticky oceňované štíhlosti a v období nejistoty dospívání představují hubnutí a sebekontrola v jídle přitažlivou cestu k posílení sebevědomí. Striktní diety, nadměrné cvičení či zvracení vytvářejí u nemocných pocit, že se umí kontrolovat, a vytvářejí iluzi úspěchu (Krch, 2003a). Papežová (2000) zase uvádí, že se může jednat i o jakýsi způsob sebetrestání, za to že má dívka problém, s nímž se neumí vyrovnat. Taková dívka je přesvědčena, že kdyby byla perfektní, problémy by zmizely, či byly pod kontrolou.

Co se týče genetických predispozic k PPP, lze je vysledovat ve vyšším riziku onemocnění pro sourozence, a to více u jednovaječných dvojčat (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Většina studií uvádí výskyt PPP u sourozenců mezi 3 až 10%. U matek anorektiček je přítomnost těchto poruch i častější (Krch, 2005). Dle Hsu (1990 in Krch, 2005) se v rodinách nemocných dívek vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji než u běžné populace. Dědičnost může vést k těmto poruchám i genetickým předáváním tělesné hmotnosti, jež je v jisté míře dědičná. Sklon k nadváze pak může být významným faktorem pro vznik PPP (Cooper, 1995).

Skutečnost, že poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček vyskytují častěji než v běžné populaci, vedla k názoru, že jádro problému může být v rodině nemocných (Krch, 2003a). Vztahy v těchto rodinách bývají často dysfunkční. Psychoanalytici poukazují na vyhýbání se sexualitě, roli může hrát i neschopnost odpoutat se od matky (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Studie rodin nemocných s PPP zdůrazňují i problémy v oblasti očekávání výkonu – na jedné straně jsou to nepřiměřené nároky na dítě a jeho sebekontrolu, na druhé přístup „dělej si, co chceš“. Dále je to způsob rodinné komunikace, kdy jsou veškeré problémy potlačovány, nebo se o nich naopak pořád mluví (Málková, Krch, 2001). Podle H. Bruch (1978 in Krch 2005) je rodičovský styl u nemocných s PPP nadměru ochranný, zajímavý se a příliš ctižádostivý. Dle jejího

názoru mají tito rodiče tendenci své děti přeceňovat a za to očekávají poslušnost a mimořádný výkon. V rodinách dívek s mentální bulimií je pak uváděn častější výskyt afektivních poruch, především depresí. Pro otce je charakteristická impulzivita, snadná vznětlivost, nižší frustrační tolerance, u matek je to sklon k depresivním prožitkům a pocitům nespokojenosti (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Častěji se lze v těchto rodinách setkat s dietami, obezitou, posedlostí zdravou výživou a alkoholismem. Neexistuje však typická anorektická či bulimická rodina (Krch, 2003a).

Poslední velkou oblastí, jež významnou měrou přispívá k rozvoji PPP, jsou sociokulturní vlivy. Mimo idealizaci štíhlosti, skandalizaci obezity či dramatizaci zdravotních dopadů i mírné nadváhy, sehrává význačnou roli životní styl a převažující žebříček hodnot, jež je orientován především na vnější znaky, jako je úspěch, krása či peníze. Rizikové je prostředí, jež klade přílišný důraz na příjem potravy, tělesný výkon a proporce, tj. především prostředí sportovních oddílů, baletních či tanečních škol, kde je nepřiměřeně vyzdvihován ideál štíhlosti (Málková, Krch, 2001). Řada odborníků ale zmiňuje zejména působení masmédií v prezentaci ideálů ženské krásy, úspěšnosti, dokonalosti (Kocourková, 1997). Módní a potravinářský průmysl, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je hlavním aspektem fyzické přitažlivosti. Dle některých studií společnost přizpůsobující se západním standardům života a krásy velice rychle začíná trpět pocitem tloušťky a nespokojeností se vzhledem, jež vede k dietnímu chování a v některých případech až k PPP (Krch, 2002b). Dle Jaspera (1993 in Kocourková, 1997) však média, jež zahrnují módu a reklamu, sama o sobě rostoucí incidenci poruch příjmu potravy nezpůsobují, ale zkreslují obraz reality, jež ženy ovlivňuje a určitým způsobem přispívá k prevalenci těchto poruch. Nevhodné jídelní způsoby a chování se tak stávají společenskou normou a podstatným sociálním vlivem (Krch, 2005).

Dalším sociálním faktorem je výrazná změna v pojetí úlohy ženy v naší společnosti, jako výsledek emancipačního a feministického hnutí, a v neposlední řadě je to i bohatá nabídka potravin, jež vlastně sama teprve umožňuje odmítání jejich příjmu (Leibold, 1995). Za významné predisponující nebo spouštěcí faktory jsou považovány i různé životní situace a události (Krch, 2005).

1.2.5 Léčba poruch příjmu potravy

Pro léčbu poruch příjmů potravy neexistuje žádné jednoduché řešení ani lék (Málková, Krch, 2001). Je zapotřebí, aby byla komplexní a brala na zřetel faktory jak biologické, tak psychologické (Koutek in Hort, Hrdlička, Korourková a kol., 2000), přičemž klíčová je motivace nemocného k nevyhnutelným změnám v jídelních a pohybových zvyklostech (Krch, 2003b). Léčba zahrnuje tři vzájemně se prolínající léčebné postupy: 1) léčbu poškození organismu pro dlouhodobou podvýživu, opakované zvracení či zneužívání projímadel; 2) psychoterapii, jež umožní nemocnému pochopit příčiny a okolnosti jeho onemocnění a 3) psychoterapii zacílená na změnu stravovacích návyků a životního stylu (Marádová, 2007).

Při výrazném poklesu hmotnosti spojeným s kachexií a v případě depresivního syndromu či suicidálních tendencí je nutné přistoupit k hospitalizaci (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). U lehčích případů je prospěšnější dlouhodobá ambulantní léčba, kdy nemocní nejsou vytrženi z přirozeného prostředí a své problémy se učí průběžně aktivně zvládat (Málková, Krch, 2001). Někdy se ale za účelem zdravotní stabilizace přistupuje i ke krátkodobé hospitalizaci, jejíž součástí je psychologické poradenství, a na níž pak navazuje ambulantní psychoterapie. Tento typ hospitalizace je však nevhodný u velmi vyhublých pacientů, kde je potřeba realimentace. V takových případech se délka hospitalizace odvíjí od počtu týdnů nezbytných k získání alespoň 90% cílové hmotnosti (Krch, 2002a). V rámci hospitalizace si pacienti zvykají na normální jídlo, resp. se „učí“ jíst a to pravidelně, rychleji a bez většího výběru (Krch, Richterová, 1998). Nestačí je však pouze vykrmit. Je nutné, aby změnili i svůj postoj k jídlu a vlastnímu tělu (Málková, Krch, 2000).

Důležitou součástí léčby jsou psychoterapeutická a režimová opatření. Volba psychoterapeutického přístupu je individuální a je dána osobností pacienta, věkem, fází onemocnění a motivací ke spolupráci (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Asi nejčastěji využívaná je kognitivně-behaviorální terapie (KBT), jež je doporučovaná především tam, kde není vhodná rodinná terapie a kde jsou závažnější příznaky onemocnění (Krch, 2005). Základ tohoto přístupu tvoří behaviorální

experimenty a kognitivní restrukturační. Pomocí těchto technik dochází k prověřování a zpochybňování přesvědčení. Jádrem je zde psychoedukace - je důležité, aby nemocný porozuměl, jak může svým přesvědčením čelit problémům, a přesvědčit jej k monitoringu svého jídelníčku a realističtějšímu chápání spojitosti mezi jídlem a jeho pomyslnými následky. Následně je možné zaměřit se na konkrétní cíle, jež se soustředí na dvě nadhodnocená přesvědčení, vznikající v důsledku hrubých kognitivních distorzí: „jakmile začnu jíst, nedokážu přestat“ a „pokud budu jíst víc, ztratím kontrolu nad svou tělesnou hmotností i chováním“ (Waller, 2005). Klíčovým tématem u anorexie i bulimie je pacientovo utvrzení v tom, že „tělesná hmotnost, postava a štíhlost jsou nejdůležitější kritéria, vypovídají o osobní hodnotě“ (Garner a Bemis, 1982 in Krch 2005, str. 128). Cílem je změnit patologické vzorce ve vztahu ke stravování, postoj k vlastnímu tělu a způsob myšlení, jež souvisí s rozvojem a udržováním poruchy (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). U mentální anorexie trvá KBT většinou déle a zahrnuje prvky interpersonální a rodinné terapie (Krch, 2005).

Individuální problémy pacientů sahají hluboko do jejich rodinného života, a proto jsou zvláště u nedospělých nemocných zapotřebí podstatné zásahy do navykklých způsobů interakce v rodině. Nezbytné bývá rozrušení obrazu zdánlivé harmonie, rušené jen nepochopitelným chováním anorektického dítěte, a uplatňování postupů, jimiž se dosud skrývané rodinné konflikty ozřejmují a řeší. Pracuje se zde tedy s celou rodinou. Existuje totiž předpoklad, že poruchy jedince úzce souvisí se skupinovou dynamikou celé rodiny, či že individuální symptomatika je projevem narušených rodinných vztahů (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Nemalý význam mají i dynamicky orientované přístupy (Krch, 2005). Spolu s psychoanalytickou psychoterapií se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). Psychodynamická léčba poruch příjmu potravy pak zahrnuje dva základní směry. První z nich předpokládá, že PPP nevyžadují podstatné modifikace psychodynamických intervencí, poněvadž nepředstavují žádný specifický proces. Druhý směr naopak zohledňuje specifické potřeby pacientek s PPP a považuje modifikace tradiční dynamické terapie za podstatné. Jiný je přístup nové generace feministických

terapeutek, které oproti tradičním pohledům zdůrazňují otázky jako je pohlavní zneužívání a jiné formy diskriminace (Krch, 2005).

V neposlední řadě existují i terapie malováním, hudbou, tancem, meditativní přístupy a terapie zaměřené na přijetí sama sebe a svého těla (Papežová, 2003).

Podstatnou součástí léčby tvoří i farmakoterapie, přestože nejde o terapii kauzální (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol, 2000). Významná jsou především antidepressiva, jež se uplatňují při depresích, úzkosti či obsesi (Češková, 2007). Dle Coopra (1995) dochází v průběhu léčby ke snížení frekvence záchvatů přejídání průměrně o 50-60%. Spolu s tím klesají obavy spojené s jídlem a zlepšuje se nálada pacientů. Přesto však málo z nich s přejídáním přestane úplně. Diskutovanou otázkou je i gynekologické medikamentózní léčba amenorey (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000).

Kromě odborné léčby existují i svépomocné skupiny. Ty jsou vhodné zejména pro ty, kteří nedokážou požádat o pomoc, ale vytrvají ve skupině. Mohou zde získat potřebné informace a zažít pocit, že s tímto problémem nejsou sami (Papežová, 2003). Dobré výsledky mají i svépomocné manuály (Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000). V neposlední řadě je nezbytná každá neohrožující aktivita, jež zaplní prázdná místa dříve vyplněná přejídáním či excesivním cvičením. Nesmí se však stát záminkou, jak se vyhnout jídlu (Krch, Richterová, 1998).

V průměru se vyléčí 50% dívek s anorexií a téměř dvě třetiny dívek s bulimií. U téměř 20% anorektiček ale dochází k chronicitě, často spojené se sociální izolací (Marádová, 2007). Ani u vyléčených pacientů však nelze vyloučit případnou recidivu. Nebezpečná mohou být zejména období různých životních krizí a změn, jako je například rozvod, či snaha rychle snížit svoji váhu po porodu. Zbavit se strachu z určitých jídel a tloušťky tak může trvat několik let (Krch, Richterová, 1998).

1.2.6 Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují vážné ohrožení zdraví i kvality života postižených (Krch, 2003a). V jejich průběhu nedegraduje jen jídelní chování

nemocných, ale i jejich osobnost. Postupně dochází k narušení emoční, sociální, sexuální i profesionální stránky života nemocných. Nezanedbatelný je i dopad na společnost (Málková, Krch, 2001). Největší rizika jsou spojena s podvýživou, hladověním a zvracením (Krch, 2003a).

1.2.6.1 Zdravotní dopady

Dlouhodobé hladovění a podvýživa vedou k tělesnému a psychickému utrpením a mohou končit i smrtí (Krch, 2002a). Ze všech psychických poruch je s nejvyšší úmrtností spojena právě mentální anorexie (Češková, 2007). Nebezpečí smrti může být až 18x vyšší než u zdravých jedinců (Krch, 2002a). Pacientky s mentální anorexií se průměrně dožívají asi třiatřiceti let věku. V této době umírá téměř 20% nemocných. Celkem pak končí tragicky asi 5-6% procent nemocných (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Některé studie uvádí u mentální anorexie úmrtnost dokonce až 8%, u mentální bulimie až 2% (Marádová, 2007).

K úmrtí nejčastěji dochází v důsledku vážných poruch srdečního rytmu při úbytku minerálů, nebo při ztrátě kritického množství bílkovin. (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Srdeční obtíže lze nalézt téměř u 90% dívek s MA (Krch, 2002a). Mezi nejčastější komplikace patří sinusová bradykardie, která je patrná u více než 80% pacientek (Krch, 2005). Prvotními příznaky srdečních obtíží jsou snížení krevního tlaku a zpomalení frekvence pulsu, varující jsou pak časté závratě až mdloby (Leibold, 1995). K srdečnímu či ledvinovému selhání ale mohou vést i renální abnormality, které se vyskytují téměř u dvou třetin dívek s anorexií. Nejdůležitější z nich jsou hypokalémie a hyponatrémie (Krch, 2005).

Velmi závažné důsledky mají PPP také pro reprodukci a těhotenství. K výraznému snížení plodnosti dochází v důsledku úbytku zásobního tuku, který je nezbytný pro normální menstruační cyklus. K jeho přerušení dochází při poklesu zásobního tuku pod 20% tělesné hmoty (Málková, Krch, 2001). Ke změnám, jež mohou zapříčinit neplodnost, však dochází i u žen vážících o pouhých 2 až 10 % méně, než je jejich ideální hmotnost (Cooper, 1995). Poruchy menstruačního cyklu a reprodukce se však

objevují i u bulimiček s normální hmotností. Po uzdravení je navíc zvýšené riziko spontánního potratu a abnormního vývoje plodu (Málková, Krch, 2001). Častý bývá u bulimie i předčasný porod a nízká porodní váha dítěte (Krch, 2003a). Mezi další projevy hormonálních změn pak patří nadměrné ochlupení celého těla, jež se vyskytuje téměř u jedné třetiny podvyživených anorektiček (Krch, 2005).

Při hladovění dále dochází ke snížení bazálního metabolismu. Metabolické komplikace se projevují především zhoršenou regulací tělesné teploty s abnormálním sklonem k prochladnutí i za poměrně vysokých teplot vnějšího prostředí. Při dlouhodobějším odepírání potravy se již objevují vážné poruchy životně důležitých orgánů, jež mohou být smrtelné. Mohou vznikat záněty žaludeční sliznice, žaludeční vředy, časté je i chronické zpomalení střevní činnosti v důsledku nedostatku vlákniny. Dochází ke shromažďování zplodin metabolismu, jež se opětovně vstřebávají do těla a způsobují lehkou sebeotravu s bolestmi hlavy, nadýmání a nečistou kůží. Porušena bývá i střevní flóra, důležitá krom jiného k produkci některých vitamínů (Leibold, 1995).

Dále dochází k poruchám metabolismu glukózy a kalcia. Stav hypoglykémie mohou souviset s odchylkami funkcí jater, zejména s nedostatkem zásob jaterního glykogenu spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezu (Krch, 2005). Výrazné snížení glukózy pak může být i smrtelné (Papežová, 2000). U téměř 50% anorektiček bývá dále zvýšená hladina cholesterolu v krvi. V neposlední řadě dochází k poruchám spánku, který je mělký, přerušovaný a jeho doba je kratší (Krch, 2005).

Více než polovina anorektiček mívá hematologické komplikace, jejichž závažnost je přímo úměrná úbytku tělesné hmotnosti. Mírná normochromní normocytární anémie se vyskytuje u 10-20% anorektiček (Krch, 2005). Výrazně snížená hladina hemoglobinu pak bývá spojena s vyšší únavou, dušností a vyčerpaností (Papežová, 2000).

Výrazně zvýšená je také náchylnost k četným onemocněním, která je způsobena oslabením imunitního systému. Onemocnění trvají déle, mají těžší průběh a častěji se objevují komplikace. Příkladem může být cukrovka, cystická fibróza, zánětlivá onemocnění střev a onemocnění štítné žlázy (Hall, Cohn, 2003).

Běžné jsou rovněž kosterní komplikace. Nejčastěji se jedná o osteoporózu, vzácně se může objevit osteomalacie. Patrná osteoporóza se rozvíjí již v průběhu prvních dvou

let MA a významně souvisí s délkou onemocnění a s indexem tělesné hmotnosti. Nejvýznamnější predikátor je zde délka amenorey (Krch, 2005).

V neposlední řadě může neuspokojivá výživa zapříčinit chronický nedostatek vitaminů, minerálních látek a stopových prvků, jejichž důsledkem může být chudokrevnost (při nedostatku železa), abnormální sklon ke křečím (při nedostatku vápníku a hořčíku), poruchy nervové činnosti (při nedostatku vitamínu B) a chybná funkce štítné žlázy (při nedostatku jodu). Navíc dochází k nápadnému nedostatku bílkovin, který narušuje tělesný i duševní vývoj (Leibold, 1995).

Na druhé straně je přejedení, které je doprovázeno nepříjemným pocitem plnosti a nadmutosti. Výsledkem může být až ztráta dechu a dýchavičnost. Vzácně může následovat poškození žaludeční stěny či pankreatitida. Nejčastěji se lze setkat s plynatostí, pocitem nevolnosti, zácpou či průjmem. Při kombinaci velkého množství sladkostí či pečiva s nevhodným jídelním režimem vzniká hypoglykemie (Krch, 2002a).

Enormně závažné důsledky jsou spojené se zvracením. Nenápadné, ale vysoce nebezpečné je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje ledviny a srdce. Nejvíce ohrožující je nízká hladina draslíku, která vyvolává vážné nepravidelnosti srdečního rytmu (Marádová, 2007). K narušení této rovnováhy dochází u více než poloviny častěji zvracejících bulimiček, i když se nemusí akutně projevit (Krch, 2003a). Důsledkem bývají různé neurologické komplikace v podobě křečí, závratí, stavů zmatenosti či ztráty vědomí. Fatální mohou být i některé léky, jež navozují zvracení (Krch, 2002a).

Častým projevem je rovněž benigní zduření parotických slinných žláz. To lze zpozorovat u 25 až 50% nemocných. Významná korelace existuje i mezi pravidelným zvracením a poškozením zubní skloviny a zuboviny předních zubů horní čelisti, což zapříčiňuje zvýšenou citlivost zubů (Krch, 2005).

Nebezpečí zvracení spočívá též v možnosti poškození krku, především je-li vyvoláno pomocí nějakého předmětu (Marádová, 2007). Při dlouhodobém zvracení dochází i k oslabení svěrače jícnu, jehož výsledkem je tzv. gastrický reflex, tj. vracení obsahu žaludku do dutiny ústní (Cooper, 1995). Působením žaludečních šťáv vzniká

zánět jícnu, jícnové eroze a vředy. Závažnou komplikací zvracení je pak ruptura jícnu neboli Bouerhaavův a perforace žaludku (Krch, 2005).

Nejen zvracení, ale i užívání projímadel či diuretik představuje neúčinný a především vysoce riskantní způsob, jakým se dívky s PPP snaží kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Jejich užíváním rovněž dochází k narušení rovnovážného stavu tělesných tekutin a solí. Navíc na projímadlech snadno vznikne závislost, která se projevuje zvyšováním dávky pro dosažení žádoucího účinku (Krch, 2003a). Následně se objevuje závažná zácpa a nadýmání a výsledný tlak má posléze za následek vznik hemeroidů či prolaps střev (Papežová, 2000). V neposlední řadě se dostavuje nevolnost, zvracení a také zadržování tekutin, které vede ke zvýšení váhy (Marádová, 2007). Časté užívání laxativ může způsobit poškození střevní stěny a její infekce, objevují se bolesti v oblasti konečníku a mohou vzniknout střevní nádory (Hall, Cohn, 2003). V nejhorším případě může dojít k srdeční arytmii a následné srdeční zástavě (Krch, 2005).

Ani u prostředků, jež mají potlačovat chuť k jídlu, nejsou důkazy o tom, že by nějakým způsobem omezovaly záchvaty přejídání (Cooper, 1995). Při jejich nadměrném užívání dochází k výrazné aktivitě, rozrušení a narušení spánku. V neposlední řadě může dojít i k epileptickému záchvatu (Papežová, 2000).

1.2.6.2 Psychosociální dopady

Tělesné potíže a neuspokojivý jídelní režim na sebe vážou stále větší pozornost a zasahují do každodenního života nemocného (Krch, 2003a). Obě poruchy doprovází četné psychické obtíže. U nemocných se postupně vytrácí zájem o své okolí, zvyšuje se podrážděnost, vztahovačnost a úzkostnost. Pacienti se neustále s někým srovnávají. Časem dochází k omezení předchozích zájmů a ke vzniku sociální izolace. Problémy zasahují i do studia, zaměstnání a rodiny (Málková, Krch, 2001).

V popředí psychických poruch jsou euforické a depresivní stavy s pocity nadřazenosti, studu a viny. U typického anorektika dochází ke kolísání mezi přemírou péče o blaho druhým a vlastními pocity nadřazenosti. Tento pocit nadřazenosti je však

velmi vrtkavý – stačí podlehnout hladu či tlaku okolí a dostaví se pocity studu a viny. Výsledkem může být i pokus o sebevraždu (Leibold, 1995).

Myšlenky anorektiků se tak neustále zabývají chorobným manickým chováním a ubývá prostor pro sociální potřeby, jež jsou stále více opomíjeny (Leibold, 1995). Zhoršuje se koncentrace pozornosti, stejně tak i pracovní tempo a schopnost chápat komplexní problémy. Současně se zvyšuje zájem o vlastní osobu a problémy z pocitů převažuje sebelítost (Krch, 2003a). Výsledkem je sociální osamocení související s narůstajícím nezájmem anorektiků o mezilidské vztahy (Leibold, 1995), o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá společenských kontaktů a stupňují se konflikty s okolím (Krch, 2003a).

U dívek trpících mentální bulimií je naopak ztráta sebedůvěry a odmítání společenských kontaktů dáno tím, že nejsou schopné jíst ve společnosti a považují svoji postavu a tělesnou hmotnost za společensky nepřijatelnou. Zvracení a užívání laxativ, jako způsob kompenzace přejídání, vyvolávají pocity studu a viny, a tak se mnoho dívek snaží své nevhodné jídelní chování skrývat (Cooper, 1995).

Opakovaná ztráta kontroly nad příjem potravy vede k naprostému zoufalství a depresivním symptomům, zejména k pocitu bezcennosti z neschopnosti dosáhnout tělesného ideálu. Zmiňována bývá i úzkost v podobě zneklidňujících předtuch či fyzických projevů – dochází k bušení srdce, pocení, obtížnému dýchání a podráždění žaludku (Cooper, 1995).

Na druhé straně může být užívání projímadel pro své nepříjemné fyzické důsledky určitým způsobem sebetrestání. Sebeпоškozování se u pacientů s poruchami příjmu potravy je poměrně časté. Jeho motivem bývá pocit vzteku na sebe, potřeba trestu či úlevy od napětí (Kocourková, Koutek, 2008). Některé dívky si i způsobují i řezné rány, při nutkání se přejíst či po přejedení (Cooper, 1995). Toto sebeпоškozování může být v kombinaci se suicidálním chováním, s údajnými poruchami (Munchhausenův syndrom) i s pouhou simulací chorobných projevů. I suicidální projevy u pacientů s PPP jsou velmi časté. K dokonáným sebevraždám dochází asi u 2 % pacientek. Ze 495 pacientů výzkumného souboru studie Favara a Santonastase se o sebevraždu pokusilo

13% pacientů, suicidální myšlenky se objevovaly u 29% pacientů a 26% pacientů se o sebevraždu pokusilo opakovaně (Kocourková, Koutek, Hort, 2003).

Neméně častou záležitostí bývá nadměrné užívání alkoholu, jež bývá součástí některých diet. Dívkám pomáhá snižovat chuť k jídlu a zároveň snižuje jejich obavy z tloušťky. Rizikem je zde rozvoj závislosti alkoholu, jež u mladých dívek vzniká velice snadno. Umožňuje jim uniknout samotě, pocitům viny a dalším psychosociálním problémům (Krch, Richterová, 1998).

V neposlední řadě je záchvatovité přejídání vysoce nákladné. U některých bulimiček tak dochází i ke krádežím jídla, což má za následek výrazné napětí ve vztazích, někdy i trestní stíhání (Cooper, 1995).

Většina zmíněných zdravotních potíží se po zvýšení váhy upraví. Vše se ale odvíjí od délky trvání poruchy a věku, přičemž nejkritičtější je období dospívání, ve kterém může dojít k narušení vzrůstu postavy, hustoty kostí a sekundárního pohlavního vývoje a reprodukční schopnosti (Papežová, 2000). Nicméně až 10% postižených však v pokročilém konečném stadiu umírá (Leibold, 1995).

1.2.7 Prevence poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou často vnímány především z perspektivy „estetického problému“. Nepřesnou domněnkou veřejnosti je i tvrzení, že jde o onemocnění moderní doby (Navrátilová in Dvořáková, 2009). Vyhublost a různé diety tak často bývají podceňovány a zájem je věnován spíše druhé straně problému, tj. obezitě. Hranice mezi úspěšnou redukční dietou a mentální anorexií nebo mezi návratem k normálnímu jídelnímu režimu a přejedením je však velice tenká. Ve světě, kde redukční dieta je běžnou součástí jídelního režimu a nadměrná sebekontrola v jídle je považována za zdravou výživu, se stírají určité rozdíly mezi normou a poruchou. Pro tyto důvody je nezbytná včasná intervence a preventivní péče zaměřená na rizikové skupiny obyvatelstva, tj. středoškolskou mládež, sportovce, dospívající, jež v dětství trpěli nadváhou apod. (Málková, Krch, 2001).

1.3 Obezita

Onemocnění, které se skrývá pod pojmem obezita či otylost, se u lidí objevovala již v éře paleolitu, tj. před více než 25 tisíci lety, o čemž vypovídají četné archeologické objevy z různých míst Evropy (Heiner, Kunešová et al., 1997). Po staletí však nebyla považována za nemoc, ale jen za kosmetický defekt. Nový pohled na toto vážné onemocnění, které způsobuje mnoho komplikací a zkracuje život, je starý pouhých několik století (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Jeho nárůst v posledních letech je tak obrovský, že se často hovoří a pandemii (Lisá in Vignerová, Bláha, 2001). Dle údajů WHO (2010) nejméně 2,6 milionu lidí ročně umírá v důsledku nadváhy či obezity. Spolu s nadváhou se tak stává velkým zdravotním, sociálním a ekonomickým problémem (Kintrová, Schneidrová, 2009).

1.3.1 Definice obezity a její klasifikace

„Obezita je onemocněním těla i duše“ (Björntorp in Svačina, 2002). Je definována především jako „nadměrné množství tuku ve vztahu k ostatním tkáním organismu“ (Pařízková, Lisá, 2007, s. 14). Podíl tuku v organismu je dán pohlavím, věkem a etnickým charakterem populace. Fyziologicky nacházíme vyšší podíl tuku u žen (do 28-30%) než u mužů (do 23-25%) a s věkem jeho podíl v těle stoupá (Hainer, Kunešová et al., 1997).

Závažnost obezity (tzv. kvantitativní klasifikace) se určuje na základě vyšetření výšky a hmotnosti. Jedná se o tzv. Queteletův index, jež je celosvětově označován jako body mass index (BMI). Ten lze získat poměrem hmotnosti (v kg) a výšky (v m²). Za normální hmotnost je považována hodnota BMI 18,5 až 25. Pod touto úrovní se klasifikuje onemocnění již jako podvýživa. Při hodnotě BMI mezi 25-30 pak mluvíme o nadváze, která představuje předstupeň obezity. U obezity se dále rozlišují tři stupně: mírná (BMI 30-35), střední (BMI 35-40) a těžká (BMI nad 40). Těžká (morbidní) obezita je závažným onemocněním, se kterým osoby často nepřežívají hranici 60 let věku (Svačina, 2002).

Podle jiného zdroje se jedná o obezitu tehdy, je-li hmotnost vyšší než ideální (IBW= v mezích normální hmotnosti). Podle této definice se jedná o lehkou obezitu při 120-140% IBW, výraznou obezitu při 140-200% IBW a morbidní (monstrózní) obezitu nad 200% (Kohout, Pavlíčková, 2001).

V poslední době se setkáváme i s některými dosud ne zcela běžnými termíny. Jako superobézní jsou označovány osoby s BMI vyšším než 50 a jako supersuperobézní osoby s BMI nad 60. Vzácný je výskyt osob s hodnotou BMI nad 100, tedy s hmotností nad 300 kg a ojediněle i nad 400 kg. Běžně se však lze setkat s pacienty s hmotností kolem 200 kg, tj. BMI kolem 60. V porovnání s těmito extrémami působí zmíněná nadváha jako onemocnění lehké a nezávažné, ale rizika řady onemocnění mající vztah k obezitě stoupají již od hodnoty BMI 23. Předmětem diskuse je proto snížení horní hranice normy (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

1.3.2 Typy obezity

U obezity lze rozlišovat klasifikaci dle hmotnosti, tj. podle kvantitativního měřítka (viz. výše), kde platí, že čím vyšší je BMI, tím je životní prognóza horší, a klasifikaci kvalitativní, tedy rozlišování obezity více a méně závažné, tzv. androidní a gynoidní (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Zmnožení tuku uvnitř břicha, je typické pro tzv. obezitu viscerální (útrobní) neboli androidní (mužského typu), která je spojená s vyšším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity. Vzhledem k distribuci tuku především v oblasti hrudníku a břicha bývá označována jako obezita tvaru jablka. Druhým typem je tzv. obezita gynoidní (ženského typu), jež je dle nahromadění podkožního tuku v oblastech hýždí a stehů označována jako obezita typu hrušky. Tento typ obezity nebývá spojen s větším výskytem kardiovaskulárních a metabolických komplikací (Hainer, Kunešová, 1997).

Pro jednoduchou klasifikaci byl dříve používán poměr obvodu pasu a boků, index pas/boky (WHR). Hranicí androidní obezity byl u mužů poměr nad 1,0 a u žen nad 0,8 či 0,85. Od tohoto indexu se již upustilo, jako významnější se ukázalo měření obvodu

pasu. Riziko metabolických komplikací, tedy sklon k androidnímu typu obezity, je úměrné obvodu pasu a rozlišuje se na mírné a výrazné (Svačina, 2002).

Je třeba zdůraznit, že tyto formy nejsou vázány na pohlaví. S gynoidní obezitou se můžeme setkat u muže, stejně jako s androidní obezitou u ženy. Obezita mužského typu je ve vyspělých zemích častější (Svačina, Bretšnajderová, 2003).

V neposlední řadě můžeme rozlišovat obezitu primární, tj. obezitu jako nemoc, a velmi vzácnou obezitu sekundární, tedy jako symptom jiného onemocnění (Kohout, Pavlíčková, 2001).

1.3.3 Výskyt obezity v ČR

Obezita u nás patří mezi nejčastější onemocnění (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Podle epidemiologických studií se Česká republika spolu se státy střední a východní Evropy řadí do čela evropského žebříčku prevalence obezity (Hainer, 2004).

Ve většině evropských států se obezita objevuje u 10 až 20% populace. U nás je však výskyt obezity a nadváhy vyšší než evropský průměr (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Nedávno se uvádělo, že vyšší než normální hmotnost mají u nás téměř tři čtvrtiny dospělé populace (Svačina, 2002). Přesnější průzkum z pozdější doby ale ukázal, že se jedná jen o zhruba 50% (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Konkrétně se nadváha v roce 2002 vyskytla u 43% mužů a 31% žen a obezita u 13% mužů a 16% žen. Počet lidí s nadváhou či obezitou tedy dosahoval 51% (Kvítek, 2008). V roce 2009 již trpělo nadváhou 49% žen a 64,9% mužů (Hrkal; Kunešová in Kintrová, Schneidrová, 2009). To jsou extrémní čísla, která nás řadí na přední místo nejen v Evropě, ale i ve světě (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

1.3.4 Klinický obraz obezity

V obvyklém průběhu primární obezity lze rozlišit dvě fáze: fázi dynamickou, pro niž je příznačný rychlý nárůst hmotnosti provázený velkým hladem a polyfagií („žravostí“), a fázi stabilizovanou, kdy je obezita již rozvinuta a hmotnost se dále

nemění. Přestože příjem potravy je v této fázi shodný s ostatní populací, někdy i nižší, hmotnost zůstává beze změn (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Jak bylo zmíněno již výše, obezita není jen onemocnění somatické, vyznačuje se i rysy psychické poruchy. Obézní pacient často není schopen dívat se na své onemocnění kriticky a chová se nelogicky. Nedokáže v léčbě spolupracovat, anebo během léčby selhává, zejména v době osobních, rodinných a pracovních krizí (Svačina, 2002).

Dá se říci, že nemocný prochází několika fázemi: 1) bezstarostností (nevidí vlastní chyby a problémy), 2) fází přemítání (pozná svůj problém a chce ho někdy řešit), 3) fází příprav (plánuje konkrétní změny), 4) fází rozhodnutí (tzv. akce, zahájení změny) a 5) fází vydržení, tj. kompletní změna životního stylu, jež nastává nejdříve 6 měsíců po zahájení akce (Svačina, 2001). Často se však lidé s viditelnou nadváhou se svým stavem smíří a postupně ho přijímají jako svůj přirozený stav. Jiní s ním však stále a stále bojují. Někteří jsou ve svém úsilí úspěšní, což obvykle vede ke zvýšení jejich sebevědomí a k dalším příznivým efektům. Obvykle získají novou chuť do života, překypují energií a nápady (Rohel, Voda, Tach 1991). Někdy ale stres a životní problémy způsobí, že nemocný hmotnost neudrží (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Mnoho lidí s obezitou uvádí pocity ztráty sebeovládání, když začínají jíst. Nedokážou se přestat přejídat, jíst méně, vynechávat tučná jídla či pravidelně cvičit. V některých případech jde o nutkání, kdy jen velké množství jídla jim dodává pocit kontroly nad životem (Krejčí, 2008). U některých jsou navíc popisovány i poruchy tělesného sebepojetí podobně jako u poruch příjmu potravy. Neustále se pozorují, nekriticky hodnotí některé části svého těla, vidí se silnější, než ve skutečnosti jsou. Často trpí pocitem bezmocnosti, stydí se ve společnosti a omezují své zájmy. Sexuální život těchto lidí bývá spíše neuspokojivý, bývají přecitlivělí a vztahovační a jsou náchylní k depresivním prožitkům (Málková, Krch, 2001).

Někteří z těchto neúspěšných se svými pokusy začínají po kratší či delší době znovu a znovu. Jejich boj s obezitou se tak stává celoživotním programem, vášní, činností, v níž zkoušejí sami sebe a utvrzují se ve svém sebepojetí, jež se významným způsobem promítá i do dalších životních aktivit (Rohel, Voda, Tach, 1991).

1.3.5 Příčiny obezity

Výskyt obezity v globálním měřítku kolísá a je ovlivňován několika faktory jako je věk, pohlaví, vzdělání a vyšší příjem, vstup do manželství, mateřství, genetické vlivy, dietní zvyklosti, kouření, alkohol a také fyzická aktivita (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Příčiny obezity tak můžeme rozdělit na dědičné a získané, jinými slovy na příčiny vnější a vnitřní (Rohel, Voda, Tach, 1991). Z patogenetického hlediska je podíl genetických faktorů a faktorů vnějších téměř shodný (Svačina, 2002).

Za nejčastější příčinu nadměrného ukládání tuku je u prosté obezity považována nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Dochází ke změnám ve složení potravy jako je snižování příjmu polysacharidů, vlákniny, vitaminů a na druhé straně je to zvýšení příjmu jednoduchých sacharidů a často zejména vysoce nasycených tuků (Pařízková, Lisá, 2007). Kromě složení potravy však hraje důležitou roli i režim příjmu potravy, jež často není adekvátní. Mnoho obézních pacientů vynechává ranní a polední jídlo a většinu denního příjmu konzumuje během několika hodin pozdě odpoledne a večer. Konkrétně snídani vynechává téměř 50% pacientů s těžkou obezitou. Přitom už v 60. letech prokázal Fábry, že častější příjem potravy zabraňuje výskytu obezity. V opačném případě vzniká energetická úspornost, která predisponuje k rozvoji otylosti (Hainer, 2004).

Na druhé straně pozitivní energetické bilance v poslední době stojí výrazný pokles energetického výdeje. Zvyšující se možnosti pro fyzickou aktivitu nejsou využívány v důsledku preference jiných aktivit především sedavého charakteru (Pařízková, Lisá, 2007). Vztah mezi časem stráveným u televize a vyšší BMI potvrdila studie vzorku české populace v letech 2000-2001 (Hainer, 2004). Případná fyzická zátěž je nízká a zpravidla nevhodného statického charakteru – přestože statická, anaerobní fyzická zátěž (př. vzpírání) je únavná, nebrání většímu ukládání tuku (Pařízková, Lisá, 2007).

Nepřímým ukazatelem snížené pohybové aktivity je i zvýšená přeprava osobními auty a menší využití veřejné dopravy. Riziko vzniku obezity je pak u jedinců v rodinách vlastnících auto o 80% vyšší než v rodinách, které auto nemají (Hainer, 2004).

Zmíněná nevhodná strava a nedostatek pohybu mohou podpořit uplatnění genů. Obvykle totiž nelze ztloustnout bez genetických predispozic, určitá tendence k obezitě se dědí (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Obezita je ale všeobecně chápána jako onemocnění význačně související s životním stylem a podíl genetických faktorů je často podceňován (Hainer, 2004). Dosavadní poznatky však ukazují, že vrozené genetické predispozice očividně poskytují zvýšenou či naopak sníženou schopnost organismu kumulovat v určitých podmínkách nadměrné množství tuku spolu se všemi metabolickými a zdravotními problémy (Pařízková, Lisá, 2007). U dětí, jejichž rodiče jsou obézní, je riziko vzniku obezity 3-8x vyšší, jsou-li obézní oba rodiče, je pravděpodobnost obezity u jejich dětí 80%, u dítěte jednoho obézního rodiče 40%. Jsou-li oba rodiče štíhlí, riziko vzniku obezity u dítěte je pouze 10% (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Mezi další významné faktory ovlivňující vznik obezity patří porucha vyšší nervové činnosti, resp. porucha hypothalamického centra sytosti či porucha regulace hormonů. Chuť k jídlu mohou zvyšovat i některé léky (např. léky užívané k léčbě depresí a neuróz, hormonální antikoncepce, inzulin, vitamin B12 (Kohout, Pavlíčková, 2001).

V neposlední řadě hrají významnou roli sociální faktory, mezi něž můžeme zařadit stravovací zvyklosti, konzumaci alkoholu, koneckonců vznik nadváhy mohou způsobit i rodinné vlivy a výchovné metody (Kohout, Pavlíčková, 2001). Dále jsou to riziková období jako doba dospívání, zejména u dívek, těhotenství, ukončení sportovní činnosti, založení rodiny, nástup do zaměstnání či vstup do důchodu, jež jsou spojeny s omezením fyzické aktivity a změnou stravovacích návyků (Hainer, Kunešová, 1997). Rozvoj obezity též významně ovlivňuje etnický charakter populace. Například v USA lze pozorovat výrazné etnické diference: 22% bělošek je obézních, zatímco mezi Afroameričankami je 30% obézních a obezita u Američanek mexického původu se vyskytuje dokonce ve 34% (Hainer, 2004). Zajímavá je také profesionální obezita, např. u kuchařů při snadném přístupu k potravě (Kohout, Pavlíčková, 2001). V neposlední řadě ovlivňuje prevalenci obezity vzdělání a výše příjmu. Zatímco u nás a v ostatních rozvinutých zemích je obezita častější u osob s nižším vzděláním a nižším příjmem a u

venkovské populace, v rozvojových zemích se obezita častěji vyskytuje u vyšších socioekonomických vrstev a u městské populace (Hainer, 2004).

Svou roli sehrávají též psychologické vlivy. U osob s obezitou je příjem potravy ovlivňován signály zvenčí či na právě přítomnou emoční situací. Zatímco někteří lidé trpí ve stresu nechutenstvím, obézní lidé se mnohdy jídlem odměňují za domnělá či opravdová přikojí, jídlem zahánějí osamělost, deprese, strach či dlouhé chvíle (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Velký vliv, zejména negativní mají také hromadné veřejné sdělovací prostředky, kde je více času věnováno reklamám na sladkosti než na zdravou výživu. To se týká i tělesného pohybu, poněvadž reklamy propagují hlavně nové přístroje na formování postavy, než aby doporučovaly dynamické aerobní sporty podporující rozvoj kardiorepirační výkonnosti a aerobní kapacitu (Pařízková, Lisá, 2007).

1.3.6 Léčba obezity

Léčba obezity bývá dosti složitá. Často dochází k recidivám, tedy k novému nárůstu hmotnosti po úspěšném zhubnutí, tzv. jo-jo efekt. Významné a zdraví prospěšné je ale jakékoliv snížení hmotnosti. Již pokles hmotnosti o 5-10% má pozitivní účinek při snížení zdravotních rizik spojených s obezitou (Sovová a kol., 2006).

Trvalý váhový úbytek je založen na omezení energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje (Málková, 2004). Léčba obezity však musí být komplexní, tj. musí vyžít všechny možnosti k úpravě tělesné hmotnosti a k jejímu následnému udržení (Kohout, Pavlíčková, 2001). Klíčová je zde ale vůle nemocného a jeho vytrvalost (Rohel, Voda, Tach, 1991). Celkově může jít v léčbě obezity o kombinaci pěti léčebných postupů: dietoterapie, psychoterapie, fyzické aktivity, chirurgické léčby a farmakoterapie (Svačina, 2001). V neposlední řadě lze využít též lázeňskou léčbu, jejíž metodika spočívá ve snížení energetického příjmu formou nízkenergetické diety, zvýšení výdeje pohybem a trvale kognitivně behaviorální léčbou. Její součástí je i balneoterapie (Kolářová in Vignerová, Bláha, 2001).

Nejdůležitějším opatřením v léčbě obezity je dieta, založená na navození negativní energetické bilance, kdy příjem energie je menší než výdej. Hlavním dietním opatřením je omezení příjmu tuků, omezení množství potravy a vhodné časové rozvržení jídel (Svačina, Bretšnadrová, 2008). Obecně je správná dieta ta, jež je přiměřená energetickému výdeji, je vyvážená a její složení a energetický obsah odpovídá věku, pohlaví, stadiu vývoje, chuťovým preferencím, jídelním zvyklostem a dalším individuálním charakteristikám (Hainer, 2004). Dietní režimy pak rozdělujeme na úplnou hladovku, diety s velmi nízkým obsahem energie (přísné redukční), které obsahují 600-800 kcal/den, nízkokalorické diety (redukční diety) s obsahem 1000-1200 kcal/den a režimy s mírným omezením kalorického příjmu (mírně redukční diety) s obsahem energie do 1500 kcal/den (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Dále je důležité poučení o významu pohybu a jeho energetické náročnosti (Svačina, 2001). Prognóza fyzicky zdatného obézního jedince je totiž s ohledem na choroby srdce a cév lepší než prognóza štíhlého, jež necvičí. Z toho je zřejmé, že u obézních je fyzická zdatnost důležitější než redukce hmotnosti (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Zvýšení fyzické aktivity by mělo zahrnovat zvýšení běžné fyzické aktivity ale i aktivního cvičení (Svačina, 2001). Doporučuje se chůze, jízda na kole, plavání, cvičení aerobního charakteru a posilování břišního svalstva (Hainer, Kunešová, 1997).

Úloha pohybové aktivity v rámci redukce se odvíjí od věku pacienta, stupně obezity a přítomnosti zdravotních komplikací (Hainer, Kunešová, 1997). Přínosem cvičení je snížení rizika onemocnění srdce a cév, při kombinaci s dietou nedochází k tak výraznému spotřebování vlastní svaloviny a tělesných bílkovin a zlepšuje se skladba těla. Navíc tělesná aktivita snižuje riziko adaptace organismu na nižší energetický příjem (Kohout, Pavlíčková, 2001) a chrání i před vznikem některých nádorů, jež se v souvislosti s obezitou vyskytují (Svačina, Bretšnadrová, 2008).

Rozumná léčba se neobejde ani bez vstupního posouzení psychologických a životních problémů nemocného. Nedílnou součástí každé dietní léčby by tedy měla být psychoterapie (Svačina, 2002). Přístup k nemocnému by měl být vždy individuální, avšak rozborů špatných návyků, životního stylu a zkušeností s léčbou mohou být zejména u extrovertních pacientů velmi úspěšně prováděny skupinově (Svačina, 2002).

Cílem psychoterapie je především navození pohody, pocitu uspokojení, zlepšení pohyblivosti a vzbuzení zájmu o pohyb a změnu dietních zvyklostí (Svačina, 2001). Významné je i posouzení motivace k léčbě obezity (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Mezi nejčastěji využívané přístupy patří opět kognitivně-behaviorální terapie, u které je výsledkem procesu učení změna v chování, myšlení a emocích (Málková, 2004). Vychází z potřeby odnaučit nemocného nevhodnému životnímu stylu, tj. nedostatečné fyzické aktivitě a především nevhodným dietním návykům. Je důležité, aby nemocný poznal nevhodné jednání a podněty k jídlu a nahradil je novým pozitivním jednáním. Většina obezitologických center ve světě uplatňuje Stunkardovy americké metody, mezi něž patří tyto kognitivně-behaviorální techniky: 1) sebezpozorování, tj. složení a frekvence jídla, podněty při jídle...; 2) aktivní kontrola vnějších podnětů, tedy eliminace rizikových situací, zvládnutí stresových situací...; 3) techniky sebezposilování spočívající v určení odměn, podpora rodiny, chválení...; 4) kognitivní techniky, tj. odstranění sebeobviňování, navození pozitivního myšlení a trvalé změny životního stylu...(Svačina, 2001).

Další součástí psychologických postupů může být i výchova v dietoterapii a cvičení. Je vhodné informovat o tom, co je obezita, jaká jsou její rizika, vhodná je instruktáž k vedení zápisů o jídle, fyzické aktivitě, o problémech, pocitech, náladě, ale i o cílech a odměnách. Nezbytné je vyškolení ve výpočtech BMI, v měření obvodů pasů a boků, dále aktivní navozování pohody a odstraňování stresu (Svačina, 2002). Vhodné je též vysvětlit význam dalších negativních návyků, např. kouření (Svačina, 2001).

Pro překonání počáteční fáze redukce hmotnosti a ke snížení chuti k jídlu, než se pacient naučí novým jídelním návykům, slouží farmakoterapie. Neexistuje však prozatím lék, který by snížil hmotnost pacienta bez nutnosti omezit příjem potravy (Kohout, Pavlíčková, 2001). Přesto je léčení obezity a s ní spojených stavů pomocí farma velmi významné, ale často opomíjené. Zaměříme-li se především na léčiva používaná výhradně v léčbě obezity, můžeme je rozdělit na léky tlumící chuť k jídlu, neboli anorektika, a léky ovlivňující vstřebávání z trávicího traktu (Svačina, 2002). Zmíněná anorektika se používají zejména při opakovaném vzestupu hmotnosti

v průběhu léčby obezity, po úspěšné redukční dietě, případně ve fázi, kdy je nutné změnit životní styl a stravovací návyky (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Při selhání konzervativních postupů včetně farmakoterapie je indikována chirurgická léčba, u obezity tzv. bariatrická chirurgie (Hainer, Kunešová, 1997). Je určena též pro pacienty, kteří jsou v důsledku komplikací obezity ohroženi smrtí – jde především o morbidně obézní pacienty s Pickwickovým syndromem (tzv. rizikem náhlé smrti z důvodu zástavy dýchání), a pro ty, kteří nejsou schopni dodržovat redukční dietu a u nichž dochází k jo-jo efektu (Kohout, Pavlíčková, 2001). Již se upustilo od dřívějších chirurgických výkonů např. v podobě zkratů mezi střevními kličkami a od 90. let se téměř výhradně provádí laparoskopická bandáž žaludku. Používají se i další výkony jako je tubulizace žaludku či gastrický bypass. Několik let je zkoušena i léčba pomocí žaludečních balónů. Ta však patří mezi nejrizikovější výkon, a proto se provádí pouze u rizikového pacienta pro operační výkon, např. pro svou extrémní hmotnost jako příprava před operací (Svačina, Bretšnajdrová). Velmi často žádaná je také liposukce. Jde ale pouze o kosmetický výkon, který neléčí obezitu. Je vhodný u gynoidního typu obezity, kde se tuku, který kosmeticky vadí, nelze zbavit jinak (Svačina, 2001).

1.3.7 Důsledky obezity

Obezita přináší nejen řadu komplikací, ale výrazně zkracuje život. Riziko mortality u obezity, jak bylo uvedeno, stoupá od BMI 25 a nejostřeji rostou komplikace při BMI nad 27 (Svačina, 2002). U osob s BMI 29-32 je pak riziko smrti o 60-70% vyšší než u osob s BMI 25-27 (Kunešová in Hainer, 2004). Pro příklad dvacetiletá obézní žena si zkracuje život o osm let, u dvacetiletého muže je to celých třináct let (Kvítek, 2008).

Při mírné obezitě obvykle nebývají žádné subjektivní potíže. Spolu se zvyšováním a trváním obezity však již vznikají přímé i nepřímé komplikace zdravotního stavu. Podpořen je i vznik či manifestace jiných onemocnění a zhoršuje se průběh těch stávajících (Rohel, Voda, Tach, 1991). Obecně lze u obezity rozlišit dva typy komplikací. První z nich, tzv. mechanické komplikace, jsou skutečnými komplikacemi obezity a jsou vázány na velkou tělesnou hmotnost (např. artrózy, dušnost). Ty druhé,

tzv. metabolické komplikace, například hypertenze či cukrovka, mají s obezitou většinou jen společný původ. Vznikají souběžně ze stejné příčiny jako je genetika, přejídání a nedostatek pohybu (Svačina, Bretšnajdová, 2008). Gynoidní obezita je přitom hlavně modelem čistě mechanických poruch (Svačina, 2002).

1.3.7.1 Zdravotní dopady

Mezi nejzávažnější komplikace obezity, jež jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice, patří kardiovaskulární onemocnění. Ta zahrnují ischemickou chorobu srdeční, poruchy srdečního rytmu, ischemickou chorobu dolních končetin, nemoci cév zásobujících mozek (Kvítek, 2008). Dle dlouhodobých studií stoupá riziko ICHS při vzestupu hmotnosti o 20 kg až 6x (Svačina, Bretšnajdová, 2003). Zvyšuje se také možnost onemocnění křečovými žilami a tím i bérčovými vředy, hemeroidy a možnost tromboembolické nemoci. Zvýšené je i riziko srdečního infarktu a centrálních mozkových příhod (Rohel, Voda, Tach, 1991). Riziko kardiovaskulárních komplikací plynule stoupá se zvyšujícím se BMI a to o 9% za každý bod body mass indexu. Významný vztah má k těmto onemocněním arteriální hypertenze, jež se vyskytuje u více než 75% pacientů s nadváhou či obezitou (Kvítek, 2008).

Arteriální hypertenzí a cukrovkou předně velmi trpí i ledviny. Avšak i bez těchto onemocnění jsou lidé s obezitou zvýšeně ohroženi rozvojem chronického selhání ledvin. U jedinců s BMI nad 35 je toto riziko až 2,5x vyšší (Kvítek, 2008).

Dále se jedná o poruchy metabolismu, především krevních tuků, tzv. hypercholesterolemie, sacharidů, tedy cukrovka 2. typu, a kyseliny močové, tzv. hyperurikemie (Kvítek, 2008). Cukrovka vzniklá v dospělosti postihuje až 80% osob s obezitou či nadváhou (Málková, Kunová, Kudrna, 2002). Již nadváha zvyšuje riziko jejího výskytu více než 10x u žen a téměř 5x u mužů. Při BMI nad 35 je toto riziko zvýšené dokonce více než devadesátkrát. Lze tedy předpokládat, že s vymýcením nadváhy by se snížil výskyt cukrovky u žen o 77% a u mužů o 64% (Hainer, 2004).

Pro metabolické komplikace obezity je od konce 80. let minulého století používán pojem metabolický syndrom, jež je jako onemocnění neustálým předmětem sporů

zasvěcených odborníků. Převažuje však názor, že tento syndrom existuje a že se jedná o jedno z nejčastějších onemocnění na světě. V našich podmínkách se může vyskytovat u více než 50 procent populace, u některých populací pak mohou některé složky syndromu postihnout až 60 procent osob (Svačina, Bretšnajderová, 2008).

Obezita je také jednou z příčin nadměrného zatížení nosného aparátu, jež vede k předčasnému a rychlejšímu opotřebení kloubů a k degenerativním změnám (Málková, Kunová, Kudrna, 2002). Patří sem především nemoci páteře a artróza velkých kloubů. Lidé s nadváhou mají 3x vyšší riziko vzniku artrózy kolen ve srovnání se štíhlými jedinci. Naopak snížení hmotnosti o dva body BMI, snižuje riziko vzniku artrózy v následujících deseti letech o 50% (Kvítek, 2008). Často se také objevují deformace nožní klenby, ploché nohy a dna (Rohel, Voda, Tach, 2001).

V souvislosti s obezitou se můžeme setkat i s nemocemi zažívacího traktu. Patří sem zejména reflexní nemoc žaludku a jícnu, při které dochází ke zpětnému vracení žaludečních šťáv do jícnu, jež se projevuje pálením žáhy, poruchami funkce jícnu, vznikem erozí a bolestí při polykání. Tato nemoc je přitom 2,5x častější právě u jedinců s obezitou. Významná je skutečnost, že tito nemocní jsou zvýšeně ohroženi rakovinou jícnu, jedná se tedy o prekancerózu. Dále je 3,5-7x zvýšené riziko vzniku žlučových kamenů, jejichž komplikacemi jsou pak žlučnickové koliky (Kvítek, 2008). Tato onemocnění mají přímý vztah k častější pankreatitidě, ke ztučnění či ztvrdnutí jater a k dalším chorobám (Rohel, Voda, Tach, 2001).

S obezitou je spojen i výskyt některých zhoubných nádorů (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Prokázáný je vztah mezi obezitou či nadváhou a zhoubnými nádory tlustého střeva, jícnu, prostaty, jater, dělohy, prsu, ledvin, žlučníku a lymfatických uzlin. Uvádí se, že obezita může u mužů za 15% zhoubných nádorových onemocnění, u žen je to pak 15% (Kvítek, 2008). Například riziko nádoru prsu a dělohy je u žen s BMI nad 30 až 3-5x vyšší než při BMI pod 20 (Svačina, Bretšnajdrová, 2003). Celkově v celé Evropské unii může obezita každým rokem za 78 000 nových případů nádorových onemocnění (Kvítek, 2008). Přitom redukce hmotnosti o pouhých 5-10% vede k poklesu výskytu nádorů až o 50% (Svačina, 2002).

Z mechanických příčin dochází u lidí s obezitou často k poruchám plicní ventilace. V extrémních případech se může rozvinout plicní rozedma a chronická srdeční nedostatečnost spolu s nápadnou únavou a spavostí (Rohel, Voda, Tach, 2001). Mezi onemocnění patřící do dýchacího systému, jež mají těsnou souvislost s obezitou, patří dále poruchy spánku, tzv. syndrom spánkové apnoe, a astma, kdy celých 75% nemocných je obézních (Kvítek, 2008). Setkat se můžeme i s Pickwickovým syndromem (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Obezita je příčinou i nepravidelných menstruačních cyklů a sterility (Málková, Kunová, Kudrna, 2002). Dle odhadů zapříčiňuje až 6% případů neplodnosti, a to jak u žen, tak u mužů. Jde především o poruchy regulace pohlavních hormonů a tzv. syndrom polycystických ovarií (Kvítek, 2008). U gravidních žen s obezitou je přibližně šestkrát častější hypertenze a těhotenská cukrovka, čtyřikrát častější záněty žil a dvakrát častější závažné komplikace typu tzv. eklampsie či močové infekce (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Navíc mají tyto ženy dvakrát vyšší výskyt poporodního krvácení i předčasného porodu a zvýšenou pravděpodobnost nutnosti indukovat porod, či provést urgentní císařský řez. Vyšší je i výskyt vrozených vývojových defektů u dětí, jako jsou rozštěpy páteře či míchy, srdeční defekty nebo defekty nitrobřišních orgánů (Kvítek, 2008).

Velice často dochází ke komplikacím běžných onemocnění, zvyšuje se riziko při úrazech a operacích (např. tuková embolie). Ztížené je i léčení běžných chorob, jako jsou např. ekzémy, otlaky a jiné kožní choroby (Rohel, Voda, Tach, 2001).

Velkou skupinu komplikací představují také psychiatrické nemoci. Jedná se především o maniodepresivní psychózy, stejně tak o úzkostné poruchy. Navíc bylo prokázáno, že jedinci s BMI vyšším než 30 mají o 74% vyšší riziko Alzheimerovy nemoci (Kvítek, 2008). Vyskytnout se mohou i některé varianty mentální anorexie či bulimie (Bretšnajdrová, 2008).

1.3.7.2 Psychosociální dopady

Psychosociální důsledky u obezity bývají často podceňovány. Společenské posuzování obezity je výrazně ovlivněno kulturními a jinými tradicemi společnosti.

Nejde však jen o pouhé hodnocení jedince z hlediska ideálu krásy, ale i z hlediska společenského postavení, zdravotního stavu, mentálních schopností, fyzické výkonnosti apod. Západní společnosti zaujímají vůči obezitě postoj, jež lze dle některých odborníků označit jako „anti-fat racism“ (rasismus namířený proti obézním). Obézní jsou mnohdy považováni za méněcenné a to jak z hlediska fyzické přitažlivosti, tak i z hlediska osobnosti a profesionálních kvalit. To má za následek ztížení společenské adaptability. Diskriminace a ztížené společenské uplatnění lidí s obezitou se významnou měrou podílejí i na častém výskytu depresí a úzkosti (Hainer, Kunešová, 1997).

Obezita tedy zhoršuje kvalitu života s ohledem na fyzické, ale i mentální charakteristiky. Její ovlivnění kvality života závisí především na stupni nadváhy, věku a pohlaví (Hainer, 2004). U dětí je obezita spojována s přisuzováním negativních vlastností, jako je lhářství, hloupost, lenost či nečistota (Hainer, Kunešová, 1997). Obézní děti mají také horší školní prospěch a často jsou terčem posměchu, což u nich vede ke ztrátě sebedůvěry, osamělosti, větší nervozitě a potenciálně i k rozvoji neurologických problémů v dospělosti (Kvítek, 2008).

U obézních žen je rovněž ovlivněno vnímání obezity estetickými hledisky (Hainer, 2004). Z estetického defektu a pocitu méněcennosti, ale i z omezení všestranné tělesné aktivity se mohou vyvinout psychoneurologické komplikace, které dále ztěžují život nemocného (Rohel, Voda, Tach, 1991). Ve světě západní kultury navíc obézní ženy pociťují diskriminaci v zaměstnání a v partnerských vztazích (Hainer, 2004). Dle studie bylo prokázáno, že 5% nejtlustších dívek má v porovnání se štíhlými vrstevnicemi významné psychosociální problémy v jejich budoucím životě. Jednalo se zejména o problémy s úspěšným dokončením studia, nižší pravděpodobnost, že se provdají a nižší celkový příjem (Kvítek, 2008). U mužů pak jde spíše o ovlivnění fyzické funkce a pocitu celkového zdraví. Morbidní obezita však podstatným způsobem negativně ovlivňuje všechny ukazatele kvality života, jak u mužů, tak u žen (Hainer, 2004).

Nicméně psychosociální a socioekonomické problémy mají i další důsledky, a to výrazně vyšší riziko sebevraždy a rozvoje psychiatrických onemocnění (Kvítek, 2008).

Dále se dle některých zdrojů obezita podílí až na 8% přímých nákladů ve zdravotnictví. Tyto propočty však nezohledňují veškerá zdravotní rizika spojená

s obezitou, takže skutečné přímé náklady budou bezpochyby vyšší. Podstatně vyšší jsou nepřímé ekonomické náklady související s obezitou, jež zohledňují nemocnost, invaliditu a úmrtnost obézních jedinců. Nemocnost obézních je dvojnásobná a rovněž invalidita u obézních žen je dvakrát častější než u normální populace (Hainer, 2004).

1.4 Prevence obezity

System prevence obezity by měl být zaměřen na jednotlivé skupiny populace a měl by začínat již od dětství, resp. již od prenatálního věku. Významnou cílovou skupinou jsou tedy především děti, ale i ženy ve fertilním věku, gravidní ženy a ženy po porodu (Kunešová in Hainer, 2004).

Předpokladem úspěšné prevence je dostatečná informovanost o obezitě a jejích zdravotních rizicích (Kunešová in Hainer, 2004). Dalším důležitou součástí intervence je systematicky prováděná výchova k racionální životosprávě a ke správným pohybovým návykům v rodině a ve školách. Výrazným způsobem mohou prospět i sdělovací prostředky a dostatek publikací, jež by srozumitelnou formou informovaly o reálných možnostech regulace tělesné hmotnosti, o principech racionální výživy a správné životosprávy (Fialová, 2001).

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

Výzkum se skládá ze dvou částí podle použitých metod a to z části kvalitativní a kvantitativní.

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit a porovnat charakteristické znaky v problematice body image u žen s poruchou příjmu potravy a žen s obezitou či nadváhou.

Kvantitativní výzkum vychází ze závěrů kvalitativního výzkumu, je zaměřen na jejich potvrzení či vyvrácení. Obecným cílem kvantitativního výzkumu bylo porovnat problematiku body image u žen s poruchami příjmu potravy/obezitou/nadváhou s náhodně vybranými ženami, které těmito poruchami netrpí.

2.2 Dílčí cíle

V kvalitativní části výzkumu byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- 1) zjistit, jak ženy s PPP/obezitou/nadváhou hodnotí svůj vzhled
- 2) zjistit, jakou roli má vzhled v životě žen s PPP/obezitou/nadváhou
- 3) zjistit, jakou roli zaujímá vzhled v rodinách žen s PPP/obezitou/nadváhou
- 4) zjistit, jaké místo v životě aktuálně zaujímá vzhled žen s PPP/obezitou/nadváhou

V kvantitativní části výzkumu pak byly stanoveny následující dílčí cíle:

- 1) zjistit, zda existují rozdíly v body image mezi ženami s poruchou příjmu potravy a ženami s obezitou/nadváhou
- 2) zjistit, zda existují rozdíly v body image žen s poruchou příjmu potravy/obezitou/nadváhou a ženami, které těmito poruchami netrpí

2.3 Hypotézy a výzkumné otázky

První část výzkumu tvoří kvalitativní výzkum, který sloužil ke zmapování dané problematiky v co možná nejširší komplexnosti.

Hlavní výzkumná otázka kvalitativního výzkumu zní: Jaké jsou charakteristické znaky v problematice body image u žen s poruchou příjmu potravy a žen s obezitou či nadváhou?

Dále byly stanoveny následující specifické výzkumné otázky:

- 1) Jakou roli sehrál vzhled v životě těchto žen před rozvojem PPP/obezity/nadváhy?
- 2) Jak ženy s PPP/obezitou/nadváhou vnímají vlastní vzhled a jeho hodnocení okolím?
- 3) Jak PPP/obezita/nadváha ovlivnily nynější sebehodnocení žen, které těmito poruchami trpěly?

Výsledky a závěry kvalitativní části výzkumu posloužily jako základ pro formulaci hypotéz, jež byly následně statisticky ověřeny v rámci kvantitativního výzkumu. V kvantitativním výzkumu jsem stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza 1

Poruchy příjmu potravy a obezita/nadváha ovlivňují vnímání sebe sama.

Hypotéza 2

Existují rozdílné znaky v body image u žen s poruchou příjmu potravy a žen s obezitou/nadváhou.

3. METODIKA

Ve výzkumné části této práce byly použity strategie jak kvalitativního, tak i kvantitativního výzkumu. Kombinace těchto strategií byla zvolena pro silné stránky obou metodologických postupů – v rámci kvalitativního výzkumu je možné zmapovat danou problematiku do hloubky a v rámci kvantitativního výzkumu je možné získat údaje získané z širšího výběrového vzorku, jež umožňují určité zobecnění výsledků studie.

Zvolená problematika byla zprvu do hloubky prozkoumána v kvalitativní části výzkumu. Jako výzkumná technika byly zvoleny polostrukturované rozhovory s ženami, jež trpí, či trpěly některou z poruch příjmu potravy/obezitou/nadváhou. Závěrem kvalitativního výzkumného šetření byly nové hypotézy. Jejich platnost byla následně ověřena technikou dotazníku na širším výzkumném souboru žen s PPP/obezitou/nadváhou a výzkumném souboru náhodně vybraných studentek základních, středních a vysokých škol.

3.1 Metodika kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum byl proveden v designu zakotvené teorie. Ta představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie. Jejím základním cílem tedy není popsat singulární jevy, nýbrž generovat novou teorii (Šedřová in Švaříček, Šedřová, 2007). Jako metoda sběru dat byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaných rozhovorů, jež byly realizovány v přirozeném domácím prostředí respondentů. Před samotným začátkem jednotlivých rozhovorů by ošetřen etický aspekt, kdy byly dotazované ženy seznámeny s využitím jimi poskytnutých údajů při zachování anonymity (příloha č. 1). Následně byly seznámeny s průběhem celého rozhovoru, s jeho pravidly a tematickými okruhy. Otázky byly kladeny na základě předem vytvořeného záznamového archu, který byl metodou sběru dat v mé bakalářské práci a jehož otázky byly částečně poupraveny pro výzkumný soubor žen s obezitou/nadváhou (přesné znění viz příloha č. 2 a 3):

1) Období před PPP/obezitou/nadváhou. Tento okruh otázek se zabývá vztahy v rodině, výchovou, rodinným pojetím vzhledu a atraktivitu a v neposlední řadě také vztahem k jídlu. Mimo to sem patří i další vztahy a to jak vrstevnické, tak i partnerské či komplementární. Součástí tohoto souboru otázek je i charakteristika osobnosti před rozvojem poruchy příjmu potravy či obezity/nadváhy (vlastnosti, sebepojetí).

2) Propuknutí poruchy PPP/obezity/nadváhy. Obsahuje otázky, jež se zabývají okolnostmi rozvoje PPP či obezity/nadváhy (kdy a jak problémy začaly) a psychosociálními aspekty vzniku PPP či obezity/nadváhy (sebepojetí, vztahy s okolím, hodnocení vzhledu, vliv médií...)

3) Průběh PPP/obezity/nadváhy. Tento okruh zahrnuje symptomy PPP či obezity/nadváhy (tělesné i psychické projevy, změny v jídelním chování), sociální souvislosti (reakce okolí, změny v sociálních rolích) i vnímání vlastního vzhledu a jeho hodnocení. Zjišťuje také náhled postižených žen na PPP/obezitu/nadváhu a jejich znalosti a uvědomění daného problému.

4) Léčba PPP/obezity/nadváhy. Tento okruh se zabývá okolnostmi léčby (počátkem, důvody léčby, zdravotním stavem), její formou (samoléčba či odborná léčba, hospitalizace, délka léčby, recidiva) a průběhem a efektem terapie (pocity při léčbě, vztahy s okolím, změny ve vnímání sebe sama, výsledky).

5) Současný stav. Zde jsou otázky zaměřeny na vlastní pocity postižených žen (psychický a fyzický stav, současné vztahy s okolím), postoj ke stávajícímu vzhledu (jeho důležitost, péče o něj, stravování, nynější váha, spokojenost s vlastním vzhledem) a na subjektivní posouzení příčin (příčiny, udržovací faktory, možnosti zabránění vzniku PPP/obezity/nadváhy). Pozornost je zaměřena i na důsledky PPP/obezity/nadváhy pro život těchto žen (zdravotní omezení, partnerský život, obavy z recidivy).

Respondentky měly možnost volně vyjadřovat své názory a pocity a dle potřeby jim byly pokládány doplňující otázky. Rozhovory byly zaznamenávány prostřednictvím diktafonu a následně přepsány do písemné podoby. Trvání jednotlivých rozhovorů byla přibližně 2-3 hodiny. Získaná data byla následně zpracována pomocí postupů kvalitativní obsahové analýzy.

Vzhledem k tomu, že závěry kvalitativní části studie vycházejí z malého výzkumného vzorku, nelze je generalizovat. Tento výzkum však poskytl nové poznatky a hypotézy, jež byly posléze testovány v rámci kvantitativního výzkumu. Tím bylo možné podrobit hlavní závěry kvalitativní části výzkumu statistickému testování a ověřit tak jejich platnost.

3.2 Metodika kvantitativního výzkumu

Metoda sběru dat

V rámci kvantitativní části výzkumu byla jako metoda sběru dat použita metoda dotazování, technika dotazníku. Jeho znění bylo zachováno z předchozí bakalářské práce pro možné srovnávání. Dotazník byl rozdělen ve dvou verzích – jednak pro ženy trpící PPP a jednak pro ženy s obezitou či nadváhou. Obě verze dotazníku obsahují 29 otázek (viz příloha č. 4 a 5). Obsahem jsou zprvu otázky identifikační (č. 1-4), na něž navazují otázky zjišťovací a to především v uzavřené podobě. Jejich znění je totožné, aby bylo umožněno srovnání mezi jednotlivými výzkumnými soubory. Pátá otázka zjišťuje vztah s rodiči, následují otázky týkající se spokojenosti se vzhledem, jeho vlastní hodnocení i hodnocení okolím (otázky č. 6-10). Otázky č. 11-15 se zabývají péčí o vzhled, vlivem módních trendů, potřeby zhubnout a kontrolou vlastního vzhledu. Otázka č. 16 se soustředí na hodnotový žebříček respondentů. Další v pořadí jsou otázky, jež zjišťují stravování v rodině, způsoby hubnutí a důsledky možného zvýšení váhy (otázky č. 17-20). Následují otázky, které se zaměřují na vzhled současné či požadované postavy a hodnocení jednotlivých částí těla (otázky č. 21 a 22). Pro přesnější odpovědi respondentů zde byla použita i metoda studie siluet, sloužící ke zjišťování míry spokojenosti/nespokojenosti s vlastním tělem. V závěru se otázky týkají držení diet, výskytem PPP u dívek i v jejich okolí, vnímání daného onemocnění a ideálem ženské krásy (otázky č. 23-28). U obou dotazníků je poslední otázkou zhodnocení zdravotního stavu v souvislosti s onemocněním (otázka č. 29).

Zpracování dat

Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programů Excell 2007 a SPSS pro Windows 16.0. Výstupy statistického programu SPSS jsou tabulky, ve kterých jsou názvy jednotlivých operací uvedeny v anglickém jazyce, názvy proměnných jsou uvedeny v českém jazyce.

Použité statistické metody

Pro testování platnosti hypotéz byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti. Test je založen na porovnávání pozorovaných četností s četnostmi očekávanými za předpokladu nezávislosti dvou proměnných. Testuje se nulová hypotéza, že dvě proměnné na sobě nezávisí proti alternativní hypotéze, že mezi nimi nějaký vztah existuje (Chráska, 2007).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným soubor kvalitativní části výzkumu je tvořen skupinou deseti žen, kde u poloviny z nich se během jejich života objevila porucha příjmu potravy, druhou polovinu tvoří ženy, které se potýkaly či potýkají s obezitou/nadváhou. V rámci rozhovorů byla navozena atmosféra důvěry umožňující ženám mluvit o jejich problémech otevřeně. Určitým způsobem tomu napomohlo i přirozené prostředí jejich domova, kde rozhovory probíhaly. Respondentky byly vybírány dle hlavního kritéria, jímž byla přítomnost poruch příjmu potravy či obezity/nadváhy. U žen s poruchou příjmu potravy byl dalším kritériem i určitá stabilizace jejich stavu, jež umožňovala o dané problematice hovořit s racionálním nadhledem na poruchu. Zpočátku byly ženy vybrány na základě známosti s výzkumníkem a následně byly na základě jejich doporučení osloveny další dívky.

V kvantitativní části výzkumu byly dotazníky rozdány mezi dva výzkumné soubory. Byl rozšířen výzkumný soubor z předchozí studie v rámci bakalářské práce, tj.

žen, které během svého života trpěly poruchou příjmu potravy, a zároveň vytvořen nový výzkumný soubor, jež tvořily ženy trpící obezitou. Respondentky obou výzkumných souborů byly vybírány náhodně na základě spolupráce s několika odbornými zařízeními, jež se zabývají problematikou léčby poruch příjmu potravy či obezity. V rámci této práce je použit i výzkumný soubor z bakalářské práce, tj. náhodně vybraných studentek ze základních, středních a vysokých škol, jež netrpěly žádnou ze zmíněných poruch. Celkem bylo pro účely této práce v průběhu měsíce února rozdáno 150 dotazníků, z nichž se 83 vrátilo. Návratnost tedy dosáhla hodnoty 55%. Spolu s předchozím výzkumem činí počet dotazníků 202.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou zpracovány dle jednotlivých okruhů záznamového archu (viz. příloha č. 2 a 3). V každém z těchto okruhů jsou zkompletované odpovědi respondentů s PPP a respondentů s obezitou/nadváhou. Pozornost je věnovaná především společným znakům v rámci každé skupiny a rozdílům mezi oběma skupinami. Autentické výpovědi respondentek jsou uváděny kurzívou.

4.1.1 Představení respondentů

	věk	věk vzniku poruchy	Typ poruchy	Trvání poruchy	Odborná léčba	Stav rodiny*
Jana	25 let	16-17 let	Bulimie	2 roky	Ne	úplná
Klára	26 let	12 let/17 let	Anorexie/Bulimie	8 let	Ano	neúplná
Sára	24 let	15-16 let	Anorexie	Půl roku	Ne	doplněná
Soňa	24 let	14 let/20 let	Anorexie	1 rok/1rok	Ano	úplná
Marie	24 let	12-13 let	Anorexie	1,5 roku	Ne	úplná
Zuzana	24 let	17 let	Obezita	Dosud	Ne	úplná
Tat'ána	23 let	17 let	Nadváha	Dosud	Ne	úplná
Helena	21 let	15 let	Nadváha	Dosud	Ne	úplná
Romana	24 let	od dětství	Obezita-Nadváha	Dosud	Ne	úplná
Jitka	48 let	46 let	Nadváha	Dosud	Ne	úplná

* v období vzniku poruchy

4.1.2 Charakteristika období před PPP/obezitou/nadváhou

V této oblasti jsem se zaměřila především na atmosféru v rodině, rodinné pojetí atraktivity, vztah k jídlu, vrstevnické, komplementární a partnerské vztahy a na charakteristiku osobnosti respondentek.

4.1.2.1 Klíma v rodině – vztahy, komunikace, výchova

U žen s PPP bylo možné vysledovat převážně napjaté rodinné vztahy. Tři respondentky uváděly problematický vztah s matkou, další dvě s otcem. Na otázku, zda mohly o všem otevřeně mluvit, odpovídaly následovně: **Jana:** „*To určitě, mohla, ale já jsem nechtěla.*“ **Soňa:** „*To jsem mohla, ale spíš byl problém, že já jsem nechtěla.*“ **Marie:** „*No já jsem se vždycky hodně uzavírala do sebe, takže já jsem jako chtěla, ale nenašla jsem odvalu.*“ **Sára:** „*Já bych řekla, že jo, ale nevzpomínám si, že bych toho někdy využila.*“ **Klára:** „*Ne, nebo ne, že bych s nimi nemohla mluvit o ničem, ale o problémech, co jsem měla se svojí psychikou, co si myslím, jaká jsem, že mám nízký sebevědomí, o tom ne.*“ Kromě jedné z žen tedy měly všechny možnost svěřovat se svými problémy, avšak této možnosti nevyužívaly a řešily své problémy samy v sobě.

U žen s obezitou/nadváhou byly vztahy opět převážně problematické. Tři respondentky uváděly napjatý vztah s otcem, jež byl hlavou rodiny, a jejich rodinné soužití nazývaly patriarátem. Zbylé dvě ženy naopak zmiňují velice dobré rodinné vztahy. Stejně jako v předchozím výzkumném souboru i zde lze vysledovat problémy v rodinné komunikaci. **Tat'ána:** „*Nabídnuté jsem to měla, ale nechtěla jsem.*“ **Zuzana:** „*No o všem ne, navíc jsem asi nikdy neměla potřebu o některých věcech mluvit*“ **Jitka:** „*Ne, nikdy jsme se nebavili.*“ Poslední dvě ženy uváděly bezproblémovou komunikaci především s matkou. **Helena:** „*S mamkou rozhodně, dodneška jsme spíš kamarádky, než máma s dcerou, a s tátou nikdy.*“ **Romana:** „*Vždycky jsme měli otevřený vztah, hlavně s mamkou, kterou jsem brala spíš jako kamarádku, všechno jsem jí mohla říct.*“

Co se týče stylu výchovy, u obou výzkumných souborů panoval spíše styl demokratický a rodiče se většinou ve výchově shodovali. Pouze dvě z dotazovaných žen s obezitou/nadváhou uváděly styl autoritářský a to ze strany otce a jedna z žen s PPP byla vychovávána spíše svou sestrou.

4.1.2.2 Rodinné pojetí vzhledu a atraktivity

V žádné rodině v souboru žen s PPP ani v souboru žen s obezitou/nadváhou nehrál vzhled a atraktivita nijak významnou roli. Vzhled byl vnímán sice jako součást života, ale důraz byl spíše kladen na praktičnost. Žádný z rodinných příslušníků nadměru nepečoval o svůj vzhled a až na jednu výjimku ani nikdo z nich nebyl se svým vzhledem chorobně nespokojený.

Co se týče hodnocení vzhledu žen ze strany rodinných příslušníků, se však výpovědi rozcházel i v rámci jednotlivých skupin. U Jany ani u Soni se jejich vzhled nijak nehodnotil, jak říká **Jana**: „*To by si naši nedovolili, ani ze srandy ne, já jsem na to byla dost háklivá.*“ **Soňa**: „*Jako nestávalo se, že by mi někdo řekl, že mi to sluší, nebo že vypadám tak a tak, to ne.*“ **Klára** se naopak setkávala s negativním hodnocením: „*No hučeli do mě všichni. Nežer, budeš tlustá, podívej se na sebe a taky se mi smějí.*“ **Sára** hodnocení svých rodičů označila spíše za určité usměrňování: „*Oni s tím nikdy nebyli spokojeni, když jsem o sebe pečovala moc, tak to bylo samozřejmě moc i z jejich pohledu, když málo, tak mě zase hecovali, ať se o sebe starám víc.*“ Podobně tomu bylo i u **Marie**: „*Sem tam mi řekli, jako už si nepřidávej, nepřejídej se přes noc. Jako že nejsem zrovna nejhubenější, ale nikdy to nebylo nic v extrému. Vždycky říkali, jako že mám větší břicho, ale to že nějak vyběhám, že z toho vyrostu.*“

V rámci skupiny respondentek s obezitou/nadváhou byly výpovědi následovné. Tři ženy se shodovaly v tom, že se jim žádného hodnocení ze strany rodiny nedostávalo. **Jitka**: „*Celkem to neřešili, protože já jsem žádný extrémní úlety neměla.*“ **Romana**: „*I když jsem nikdy nebyla hubená, nikdo k tomu neměl připomínky.*“ **Tat'ána**: „*Nikdo mi nikdy nic neřekl.*“ Naopak u Zuzany a Heleny již k určitému hodnocení jejich vzhledu docházelo. **Zuzana**: „*Občas padly narážky ve stylu, koupila jsem ti něco, abys zhubla, ale spíš se báli, abych byla zdravá a neměla zdravotní komplikace. Nikdy mi nikdo nic nepředhazoval.*“ **Helena**: „*Jako párkrát mi mamka řekla třeba, hele, měla bys zhubnout, ale vůbec ne špatně, spíš v dobrým. Tátovi to bylo myslím vcelku úplně jedno, ale rád si rejpnul.*“

Pro všechny ženy s PPP však bylo důležité, jak je jejich rodiny hodnotí. Naopak ženy s obezitou/nadváhou hodnocení ze stran rodiny nepřikládaly žádnou váhu.

Rozdíl byl i v tom, zda dle žen mělo toto hodnocení vliv na rozvoj jejich jídelních problémů. **Marie:** „*No muselo tam někde něco být...právě že jako vždycky, když jsem nějak zklamala nebo tak, tak mi přišlo, že ti co byli hubení nebo štíhlejší, tak prostě byli úspěšnější.*“ **Sára:** „*Vliv té rodiny tam byl no, ne teda od rodičů, ale od babiček...dodneška vyprávím, že ten impuls jsem dostala od babičky, která prohlásila, že mám prdel.*“ **Klára:** „*To taky, ale ne jenom oni...kdybych byla na opuštěném ostrově se svýma pětadesáti kilama, tak je mi to jedno, ale že kolem mě byli lidi, který se mi posmívali, všichni, i na tělocviku třeba učitelka...*“ Poslední dvě ženy v rámci skupiny PPP takový vliv na rozvoj stravovacích obtíží popírají. Stejně ani žádná z žen s obezitou/nadváhou daný vliv nevnímala.

4.1.2.3 Rodina a vztah k jídlu

Společným znakem v této oblasti je absence společného stravování. To se u žen s PPP/obezitou/nadváhou vyskytovalo pouze v jejich dětství, většinou ho datují do období povinné školní docházky. Poté se udržovaly většinou jen společné obědy o víkendu, pokud se všichni členové rodiny sešli u stolu. Rovněž jídelní režim nebyl v období dospívání nijak pravidelný. U jedné z žen s PPP a jedné s obezitou/nadváhou chyběla dokonce snídaně i v dětství. **Helena:** „*Já si nepamatuju, že bych doma snídala, to maximálně když u nás byla nějaká návštěva.*“ **Sára:** „*Než jsem začala s tím hubnutím, tak jsem nesnídala...nebyla jsem zvyklá se nasnídat, nebrala jsem to jako součást dne.*“ V dospívání uváděly některé ženy i absenci svačtin a kvalitních obědů či večeří. **Helena:** „*Na střední už jsme nenosili snad nikdo svačtinu, pak každej co si vzal a večeře, ale ty taky nebyly společný, to spíš večer u televize, že jsme si dali něco.*“ **Sára:** „*Byl třeba zase jinej den, kdy jsem se nenasnídala a nejedla až do oběda...já jsem potom ty stravenky vyhazovala...prostě se mi nechtělo jíst, no.*“

V jídlu se téměř nikdo neomezoval, výjimkou je sestra jedné z žen, která rovněž trpěla PPP a matka jedné z žen s obezitou/nadváhou, jež držela drastické diety. Vztah

k jídlu byl u všech rodinných příslušníků převážně kladný, pouze jedna z matek neměla k jídlu téměř žádný vztah. Jak říká **Sára**: „*Mámě bylo jídlo jedno, protože ta na jídlo jakoby neměla čas, takže bylo vidět, že to pro ni není nijak podstatný, protože pokud jí člověk neupozornil na to, že nic nesnědla, tak si to jako by neuvědomila. Ta kdyby jídlo neexistovalo, tak by jí to asi nevadilo.*“

Porucha příjmu potravy se vyskytovala jen u již zmíněné sestry jedné z žen s PPP. Obezita či nadváha se však v rodinách žen s obezitou/nadváhou vyskytovala častěji.

4.1.2.4 Vztahy s vrstevníky, komplementární vztahy

Charakteristické bylo pro ženy s PPP udržování spíše méně početných, zato hlubších přátelských vztahů. S ostatními však vycházely dobře. Pouze u **Kláry** lze nalézt určitou odlišnost: „*Jo měla jsem hrstku kamarádů, ale nikdy to nebyli takoví jako na smrt, jako spíš většinou jsem si s nimi nerozuměla*“. Ostatní ženy však patřily spíše k těm oblíbenějším, co se týče jejich pozice ve třídě.

U žen s obezitou/nadváhou to bylo obdobné. S vrstevníky vycházely dobře a udržovaly spíše méně početné za to kvalitnější vztahy. Dvě z nich uvedly, že měly přátel hodně. Lišila se však jejich pozice ve třídě. **Zuzana**: „*Takový střed. Věděli o mně, ale nijak víc jsem se neprosazovala.*“ **Helena**: „*Když jsem byla ve větším kolektivu třeba celý třídy, tak jsem si připadala strašně důležitá, takže spíš oblíbená, než neoblíbená.*“ **Jitka**: „*Spíš jsem nějakým způsobem vyčnívala...ale spíš oblíbená.*“ **Tat'ána**: „*Na základce jsem nebyla žádná hvězda, ani žádný outsider, typický střed třídy. Na gymplu se třída rozpartičkovala a já jsem v ní byla spokojený outsider.*“ **Romana**: „*No spíš jsem byla míň oblíbená.*“

Vrstevníci hodnotili vzhled žen s PPP většinou kladně či neutrálně, pouze Klára se setkala se šikanou kvůli jejímu vzhledu. Ani jedna z těchto žen si však mezi svými vrstevníky nepřipadla atraktivní. **Jana**: „*Já jsem byla takovýto ošklivý káčátko, vím, že jsem celou základku vždycky trpěla, že jsem měla hezčí kamarádky.*“ **Klára**: „*Ne, zcela ne. Já jsem si připadala strašně hnusně. Všechny holky vypadaly hezky, prostě atraktivní pro ty kluky, a já jsem byla odporná.*“ **Sára**: „*Právě že ne, oni mi jakoby*

lichotili, všichni mi dávali najevo, že je to jako dobrý, ale mně to moc jako na sebevědomí nepřidalo, já jsem měla zkrátka svůj názor.“ Soňa: „To ani tak nějak ne, to bych řekla, že tam byly mnohem hezčí holky. Já mám docela nízký sebevědomí, takže když se mám s někým srovnávat, tak to je vždycky hodně nízko.“ Marie: „Ne, to skoro nikdy, právě naopak.“

Stejně tomu tak bylo i u žen s obezitou/nadváhou. Jejich vzhled nikdo negativně nehodnotil. I co se týče jejich vnímání vlastní atraktivity, se výpovědi shodovaly s těmi u žen s PPP, lišily se pouze nepatrně. Shodná byla odpověď u **Taťány, Romany a Jitky**, které odpověděly, že si atraktivní nepřipadaly. U Zuzany a Heleny to bylo obdobné: **Zuzana:** „Připadala jsem si spíš normálně. Žádná hvězda jsem mezi nimi nebyla.“ **Helena:** „Na základce jsem si atraktivní nikdy nepřipadala a na střední, ač jsem teda tloustla, tak jsem si v té třídě, ale spíš si myslím, že to bylo tím kolektivem, tak jsem si připadala daleko líp...cítila jsem se dobře, jako že mezi ně zapadám, že nejsem ani nijak ošklivá, nebo tlustá, hubená, cítila jsem se prostě dobře.“

Ženy se shodovaly i v tom, že hodnocení jejich vzhledu vrstevníky nepřisuzovaly výrazný význam a zároveň se žádná z dotazovaných žen nedomnívala, že by jakékoli hodnocení mělo vliv na rozvoj problémů s váhou.

I komplementární vztahy byly u téměř všech žen s PPP i obezitou/nadváhou bezproblémové, až na Kláru a Taťánu. **Klára:** „Já jsem měla problémy s autoritama a asi vždycky budu.“ **Taťána:** „Špatně. Spíše to bylo ovlivněné mojí osobností. K tomu, abych si nějaké autority vážila, jsem musela mít důvod.“ Žádná z autorit ani nijak nehodnotila jejich vzhled. Pouze **Klára** se opět setkala s negativním hodnocením: *Mám pocit, že i vedoucí na kroužku mi snad řekl, že se hrozně přezírám nebo co. Potom ještě ve škole od té učitelky tělocviku, ta mě tam trošku shazovala, že jsem musela dělat prostě sedy lehy tak dlouho, dokad'...a pak když jsem jednou byla v nemocnici, tak tam byla jedna sestřička, která prostě se mi smála, že jsem tlustá.“*

4.1.2.5 Partnerské vztahy

V partnerských vztazích byl vzhled žen s PPP hodnocen vždy pozitivně. Pouze jedné z žen se nedostávalo žádného hodnocení. I přes kladné hodnocení si však tyto ženy se svými partnery nepřípadaly nijak zvlášť atraktivně. Ve výpovědích se ale rozcházely v tom, jak důležité pro ně toto hodnocení bylo. **Jana**: „*Strašně, já právě tohohle se strašně bojím. Mně to hrozně vadí. Dopředu jsem se vždycky bála toho, že když už bych měla být někde svlečená, tak že na mě někdo bude koukat, že jsem třeba tlustá, že mám stehna.*“ **Sára**: „*Ne, já jsem na to brala ohled, až když jsem v tý anorexii už byla, když už mi řekl, že už je to moc.*“ **Marie**: „*Žádněj, vůbec, nevěřila. Ani dnes to neumím přijmout, protože já to cítím tak, že to řekne jenom proto, že mi chce zalichotit a neberu to jako, že to myslí vážně.*“ Opět žádná z dotazovaných žen, jež měla partnera před PPP, se nedomnívá, že by jeho hodnocení mělo vliv na rozvoj jejích stravovacích problémů.

U žen s nadváhou/obezitou tomu již bylo jinak. U **Zuzany** k žádnému hodnocení vzhledu nedocházelo: „*Tomu na vzhledu nezáleželo, ani na mém. K ničemu se nevyjadřoval.*“ Podobné to bylo i u **Tatány**: „*Žádná velká kritika nebo chvála z jejich strany nebyla.*“. A stejně tak i u **Romany**: „*Nikomu moje postava nevadila, ani mi to nikdo neříkal.*“ **Helena** se však často setkávala s negativním hodnocením jejího vzhledu: „*Dva z mých partnerů řešili můj vzhled přede mnou a dokázali říct, měla bys zhubnout.*“ Naopak **Jitka** se setkávala s pozitivním hodnocením. Atraktivní si však žádná z nich se svými partnery nepřípadala.

4.1.2.6 Charakteristika osobnosti – vlastnosti, vztah k sobě a vzhledu

Svou osobnost popisují všechny ženy dosti podobně. Většina z nich uváděla, že byly živé, veselé, bez zábran. Jen dvě ženy byly pravým opakem a převažovala u nich uzavřenost. Jejich výpovědi se však lišily v tom, jaký vztah měly k sobě samým, u daných výzkumných skupin se lišil zejména mírou negativity. Víceméně shodně vypovídaly ženy s PPP. **Klára**: „*Neměla jsem se ráda, připadala jsem si neschopná, že*

jsem taková, jaká jsem, že mě děti nemají rádi kvůli tomu, jaká jsem, jakou mám povahu.“ Soňa: „No já jsem se ráda nikdy neměla.“ Sára: „Vztah k sobě, ten byl hodně takovej negativní.“ Marie: „No neměla jsem se ráda a byla jsem se sebou hrozně nespokojená.“ Jako jediná v rámci této skupiny uváděla pozitivní vztah Jana: „Já myslím, že jsem k sobě měla vztah dobrej.“ Ženy s obezitou/nadváhou charakterizovaly tento vztah spíše pozitivně. Zuzana: „Měla jsem se hrozně ráda.“ Helena: „No ráda jsem se měla, ale viděla jsem na sobě nedostatky.“ Jitka: „No ne že bych se měla vyloženě ráda, ale určitě jsem se neměla nerada.“ Taťána: „Byla jsem k sobě vždy poměrně dost náročná.“ Romana: „No spíš ne.“

Až do doby dospívání byly téměř všechny ženy štíhlé. Změny nastaly právě v období dospívání, kdy čtyři z pěti žen s obezitou/nadváhou začaly přibírat na váze. U žen s PPP tomu tak bylo pouze u dvou z dotazovaných. Přesto by se dalo říci, že jejich hodnocení vlastního vzhledu bylo mnohem přísnější. Jana: „No celkově mě štvalo..ty stehna no, jak se celkově začneš zakulacovat.“ Klára: „Vadilo mi, že jsem tlustá, že mám malý prsa.“ Soňa: „Tak jako nikdy jsem nebyla spokojená, spíš jsem si připadala jako taková šedá myš, nevýrazná. Tak jako já jsem se vždycky porovnávala se ségrou, dodneška, takže mi vadí, že nemám dlouhý a štíhlý nohy jako ona...“ Sára: „Já jsem od nějakých deseti let měla pocit, že jsem nejošklivější na světě. Postavu jsem měla ucházející, ale začala jsem si všímat, že mám oproti všem mým kamarádkám větší nos, že mám odstávající uši, že mám pihy, zkrátka jsem si připadala jako ošklivý káče, takže já jsem se sobě nelíbila.“ Marie: „Od těch dvanácti let jsem si furt myslela, že jsem tlustá. Víceméně mě nejvíc trápilo to břicho.“ U žen s obezitou/nadváhou alespoň dvě uvedly kladnější hodnocení. Jitka: „Byla jsem se sebou spokojená, nic bych na sobě neměnila.“ Helena: „Spíš to bylo v takových drobnostech, ale postavově jsem byla spokojená, nepřipadala jsem si, že bych ho měla nějak měnit.“ Zbylé tři ženy hodnotily svůj vzhled negativně. Zuzana: „No nespokojená jsem rozhodně byla, hlavně v dospívání, kdy se holky začínají šňořit, jsem začínala být prostorově výraznější, měla jsem velký zadek a boky.“ Taťána: „Spíš jsem se sebou byla nespokojená.“ Romana: „Já jsem nikdy se sebou nebyla spokojená.“ Na otázku, zda si ženy připadaly atraktivní, zaznívala odpověď naprosto shodně – „Ne“.

Negativní hodnocení vlastního vzhledu se u žen s PPP často projevovalo snahou po jeho změně. **Jana:** „Zkoušela jsem různé diety a ještě jsem si paradoxně říkala, že kdybych si měla vybrat, jestli budu anoretička nebo bulimička, tak že bych byla jedinec anoretička, protože nesnáším zvracení a že jestli něco dokážu, tak to je minimálně jíst, takže nejíst potom úplně by mi přišlo normální.“ **Klára:** „No změnit jsem se to snažila až na tom gymplu, kdy jsem začala chodit cvičit aerobic.“ **Soňa:** „No to jako jo, ale když jsem viděla, že výsledek žádný, tak jsem to vždycky vzdala.“ **Sára:** „Od deseti let jsem mluvila o tom, že si nechám udělat plastiku nosu, ale postavu vůbec.“ **Mirka:** „Ne, já jsem si radši vzala větší triko.“ Zato v druhé výzkumné skupině nebyla taková snaha patrná u žádné z žen.

Neurčitě ženy odpovídaly na otázku, zda se řídily módními trendy. Kromě **Jany** a **Sáry**, jež se o módu velice zajímaly, se dá říci, že se ženy diktátem módy neřídily.

Sportovní činnosti se ženy z obou skupin věnovaly jak příležitostně tak i aktivně. Pouze jedna z žen s obezitou/nadváhou uvedla, že se nikdy žádnému sportu nevěnovala. Velké rozdíly však vyplynuly v oblasti držení diet. Zatímco žádná z žen s obezitou/nadváhou v období před problémy s váhou dietu nedržela, ve skupině s PPP se objevily u tří žen. Většinou šlo však pouze o krátkodobé diety.

V závěru daného okruhu otázek zmiňovalo osm žen určitý konflikt v období před PPP/obezitou/nadváhou. Ve všech případech šlo o vztahové problémy. Čtyři z žen uváděly konflikty s otcem, další dvě s vrstevníky a poslední dotazovaná žena prožívala vnitřní konflikt.

4.1.3 Propuknutí PPP/obezity/nadváhy

Tento okruh mapoval okolnosti vzniku onemocnění a psychologické a sociální aspekty.

4.1.3.1 Okolnosti vzniku onemocnění

V době počátku problémů s váhou bylo ženám od 12-17 let, mimo jednu ženu ze skupiny s obezitou/nadváhou, u které se problémy s váhou objevily až v pozdějším věku a to 46 let. Většina dotazovaných žen se v daném období pohybovala v rozmezí normální váhy (dle BMI). Výjimkou byla dvě ženy s obezitou/nadváhou a jedna žena s PPP, které dosahovaly hodnot nadváhy již dříve.

Své potíže ženy dávaly do souvislosti s různými událostmi. Dvě z žen s PPP uvedly zvýšení váhy. **Klára**: „*No tak vlastně přibytím na té váze, že jo, nespokojenost se svým tělem.*“ Podobně odpověděla i **Sára**, která zmínila i další okolnost: „*Zkrátka po vánocích, kdy mi bylo těch 15, jsem měla pocit, že to, jak jsem nabrala, už není hezký a s ohledem na to, že moje máma je hubenější, teta je hubenější, tak jsem měla pocit, že bych možná mohla začít hubnout a ten nejzásadnější impuls vzešel od babičky, když mi řekla, že tu prdel už mám moc velkou no.*“ **Jana** naopak se nebyla schopna vyrovnat se situací, že by měla v rámci vystoupení odhalit tělesné partie, se kterými byla nespokojená: „*No byla jsem nespokojená. Začalo to tím, že jsem se měla obléct do něčeho, v čem jsem se necítila.*“ U **Soni** to zase byla touha po pozornosti jejích rodičů: „*No já jsem se chtěla vyrovnat hlavně ségře, protože mě štvalo, že rodiče vidí ty úspěchy jen na straně tý ségry, a já jsem si to zjednodušila tak, že když budu vypadat jako ona, tak že něčeho dosáhnu, toho že si něčeho všimnou. No a podruhé to nastartovalo to, že jsem o prázdninách na brigádě dělala dvanáctky a neměla jsem ani čas se najíst a během krátký doby jsem docela dost zhubla a mě to tak nakoplo.*“ Stejně jako Soňa při recidivě PPP uvedla i **Marie** za stěžejní samovolný pokles váhy v důsledku změn denního režimu: „*Začalo to nejdříve spontánně, že jsem neřešila, že míň jím nebo víc, ale že jsem začala hubnout jednak sportem a jednak, že jsem měla nějaký ty psychický problémy a i jsem se zapomněla třeba navečeřet, neměla jsem hlad.*“

Ženy z výzkumné skupiny s obezitou/nadváhou zmiňovaly především zdravotní problémy, jež vedly ke vzestupu jejich váhy. Helena s Romanou pak společně uváděly genetické faktory, jež se na daném zvýšení váhy významně podílely, spolu se sociálními

problémy, jež vedly k přejídání. **Romana:** „Prostě jsem jídlem řešila to, že se se mnou nikdo moc nebavil.“ **Helena:** „Bylo to období, kdy jsem se od přítele dozvěděla, že jsem tlustá a taky jsem v té době přecházela na střední, asi jsem měla nějaký stres a asi víc jedla, nevím. Já to brala dlouho dobu tak, že všechny z mamčinyho rodu prostě v tý pubertě šly nahoru a je pravda, že jsem se s tím nesnažila nic dělat.“

4.1.3.2 Psychologické aspekty

Po psychické stránce se ženy s PPP cítily víceméně dobře, především z důvodu odhodlání zhubnout a prvotním úspěchům. **Klára:** „Já jsem se měla paradoxně jako radši, protože jsem na sebe byla pyšná, že něco dokážu a že to má nějaký výsledek.“ **Soňa:** „Já jsem se cítila tak jako strašně vítězně, takovej krásnej pocit, že jsem něco dokázala. Já jsem byla hrozně ráda z toho důvodu, že můžu něco ovládat. Pro mě to vlastně bylo šťastný období, protože já jsem si osobně nepřipouštěla žádný problémy, já jsem byla šťastná, že ta váha jde dolů a ostatní problémy pro mě neexistovaly.“ **Sára:** „Docela dobře. Já jako vždycky, když mám do něčeho velký odhodlání, tak se cítím strašně jako nabitá energií.“ **Marie:** „Dobře, já jsem měla z každého kila dole hroznou radost. Mně se hrozně líbilo, že mám kontrolu nad svým tělem.“ Jediná **Jana** měla negativní pocity: „To máš takovej hnusnej pocit k sobě no, prostě je ti ze sebe špatně a strašně se stydíš.“ Stejně jako Jana uváděly téměř všechny ženy s obezitou/nadváhou negativní prožívání. **Zuzana:** „Nebylo mi moc dobře, najednou jsem se nevešla do oblečení, když jsem šla do schodů, zadýchala jsem se. Bylo to nepřijemné období.“ **Tat'ána:** „No nic moc.“ **Helena:** „No hodně jsem vnímala takový ty úšklebky těch ostatních.“ **Romana:** „Cítila jsem se hrozně, neměla jsem se ráda, těžko jsem se seznamovala s jinými lidmi.“ U **Jitky** však převládaly jiné psychické problémy, tudíž problémům s váhou zpočátku nevěnovala pozornost.

Přestože ženy s PPP uváděly pozitivní prožívání, jejich hodnocení vlastního vzhledu zůstávalo převážně negativní. **Soňa:** „No spíš jsem byla spokojená, jen z toho důvodu, že ta váha šla dolů, že to jde, ale vzhled, furt jsem byla nespokojená.“ **Sára:** „No přestože po tom měsíci už tam začalo trošku být vidět to, že už mám tu postavu

lepší, tak mi to přišlo jako málo, takže paradoxně čím víc jsem hubla, tím méně jsem se sama sobě líbila, protože jsem si připadala ještě furt tlustší a tlustší.“ **Marie:** „No ne, že bych se sama sobě líbila, to ne, vzhledově ne, to jsem byla furt tlustá.“ Pozitivnější hodnocení bylo pouze u **Jany a Kláry**.

Stejně tak u žen s obezitou/nadváhou bylo hodnocení vlastního vzhledu spíše negativní. **Zuzana:** „Ne, že bych se neměla vyloženě ráda, ale byla jsem se sebou nespokojená. Když jsem se koukla do zrcadla, někdy mi to bylo jedno, někdy mě mrzelo, jak vypadám.“ **Taťána:** „Mně jsem se sobě líbila.“ **Helena:** „Byla jsem našťvaná, protože většina mých kamarádek byla štíhlá.“ **Romana:** „Hrozně mě to trápilo, neměla jsem se ráda.“ **Jitka:** „Nelíbilo se mi, jak vypadám, ale řešila jsem větší problém.“

Ve změně vzhledu se některým dostávalo určité podpory i ze stran rodiny, především formou pochvaly a kladného hodnocení jejich vzhledu. Některé ženy, především ty s PPP, však své odhodlání zhubnout tajily.

Motivací žen s PPP by se dalo říct, že byla obecně snaha určitým způsobem vyniknout, zapůsobit. **Klára:** „Mě hrozně motivovalo hlavně to, že jsem stoupla v ceně těch chlapů. Já jsem ani tak nehubla kvůli sobě, jako kvůli tomu okolí, že jsem nikoho neměla, mě nikdo nechtěl.“ **Soňa:** „No ségra. Mě vyloženě štvalo, že jí věnujou takovou pozornost, že každé její úspěch ocení. No a já jsem si to opravdu zjednodušila, že jsem viděla, že je hubená a proto má ten úspěch. A taky to, že mi ostatní začali říkat, že mi to víc sluší, jestli jsem náhodou nezhubla, a to pro mě byl pocit úspěchu, nějakýho vítězství.“ **Sára:** „Prvotní motivace bylo dokázat všem, že se zvládnou vzdát sladkýho, že zhubnu. Pak to bylo i oblečení menších velikostí, modelky v časopisech...“ **Marie:** „Ten dobrej pocit z toho, že konečně jsem v něčem dobrá, že konečně něco zvládám.“ **Jana:** „Tenkrát mě motivovalo čistě to vystoupení v tom kostýmu.“

Obdobné to bylo i u dvou žen s obezitou/nadváhou. **Helena:** „Určitě většinou chlapi, jo, že musím vypadat dobře.“ **Romana:** „Hodně mě motivovaly posměšky dětí ve třídě.“ Pro **Zuzanu** zase byl motivující možný návrat ke sportu, který jí chyběl. Další dvě respondenty se k dané otázce nevyjádřily.

4.1.3.3 Sociální aspekty

Váhové problémy žen zpočátku nijak neovlivňovaly okolní vztahy a ani se příliš neměnilo hodnocení jejich vzhledu okolím, výjimečně zaslechly nějaký kompliment. Zároveň žádná z respondentek nepociťovala tlak z okolí ohledně toho, jak by měla vypadat. Svou roli v tomto směru však u některých sehrála média, zejména u žen s PPP.

Klára: „No kupovala jsem si časopisy. Jakmile vyšla nějaká Katka s dietou, tak jsem si to šla koupit. Potom, když už jsem začala cvičit doma, tak jsem si vystříhávala i různé cviky, postavy v těch nátečnících a různé kalorický tabulky a potraviny, které snižují chuť k jídlu. Spíš jako, jak dosáhnout, abys vypadala dobře jako oni.“ **Soňa:** „Jako jo, když jsem viděla támhle někde na fotce v časopise prostě jako hubenou ženskou, tak jsem řekla no, ta se má.“ **Sára:** „No já jsem sbírala teda spíš ty časopisy s těmi recepty na hubnutí a pak si pamatuju, že jsem samozřejmě vyhrabala všechny časopisy, který jsem měla doma, vystříhala z nich všechny ty hubený modelky a vylepila jsem si to všude po pokoji a vždycky, když jsem měla na něco chuť, tak jsem se na to šla podívat a řekla jsem si ne, nedám si.“ **Marie:** „No později, to vím, že jsem si pak vedla deníček, do kterýho jsem si psala všechno, co za ten den sním, a měla jsem tam nalepený fotky hodně hubených holek až skoro anorektiček a vždycky u toho napsáno - můj váhovej sen.“

U skupiny s obezitou/nadváhou vypovídaly obdobně pouze dvě ženy. Většina z nich tedy vliv médií nepociťovala.

4.1.4 Průběh PPP/obezity/nadváhy

Stěžejními oblastmi v tomto okruhu byly symptomy PPP/obezity/nadváhy, tělesné a psychické projevy, sociální souvislosti a v neposlední řadě také náhled žen na své onemocnění a jejich vnímání vlastního vzhledu.

4.1.4.1 Symptomy PPP/obezity/nadváhy

Zatímco u skupiny s PPP se běžně objevovaly typické symptomy provázející jejich onemocnění jako je zvracení, držení diet, hladovky, užívání projímadel a nadměrné cvičení, u skupiny s obezitou/nadváhou se vyskytovalo většinou jen držení především krátkodobých diet, konzumace nadměrného množství jídla, či příjem nekvalitní stravy kombinovaných s nepřilíš intenzivním cvičením. Pouze u jedné z žen se objevila krátkodobá epizoda užívání projímadel. **Hanka:** „Projímadlo jsem zkoušela jednou, to jsem chodila do školy a to hlavně nešlo kvůli tomu, že jsem furt běhala na záchod, to byla asi tří denní záležitost. Víím, že jsem to asi v televizi slyšela, že nějaká modelka to dělala.“

Všechny respondentky však na sobě v průběhu jejich obtíží registrovaly změny ve svém chování. Ty byly ve své podobě dosti podobné. Nejčastěji šlo o negativní ladění – podrážděnost, izolovanost a úzkostné pocity. Výrazněji se tyto změny projevovaly u žen s PPP. **Jana:** „Byla jsem podrážděná, náladová a potom, to už jsi ve stavu, a to jsem tak nenáviděla, že nežiješ ničím jiným než tím, abych zhubla. Cokoliv jsem dělala, cokoliv jsem jedla a kamkoliv jsem šla a když jsem se oblíkala, já jsem neustále myslela na to, jak vypadám a že potřebuju zhubnout.“ **Klára:** „Izolovala jsem se od lidí, hlavně při tý MA, nereagovala jsem na smsky, odmítla kontakt s lidma a byla jsem vzteklá.“ **Sára:** „Byla jsem podrážděná, nebavila jsem se s nikým a už vůbec ne na téma hubenosti nebo tloušťky. Byla jsem nervózní, protivná, nenávislná možná, konfliktní taky.“ **Soňa:** „Ještě víc jsem zalezla do ústranní, lidi se mi protivili. Společnost lidí, to bylo něco, co jsem absolutně nemusela. Byla jsem úzkostná, pesimistická, depresivní, všechno mě rozladilo nebo rozplakalo.“ **Marie:** „Určitě hodně podrážděná a cokoliv se týkalo jídla, tak jsem reagovala nepřiměřeně.“ **Zuzana:** „Byla jsem čas od času víc lítostivá.“ **Tat'ána:** „Asi jsem byla podrážděnější.“ **Romana:** „Byla jsem hodně smutná.“ **Jitka:** „No byla jsem na sebe naštvaná.“ Jediná **Helena** na sobě žádnou změnu nepocítila.

Motivačních faktorů pro nevhodné způsoby snižování váhy u žen s PPP bylo několik. Zejména šlo o úspěch u druhých lidí, pocit sebeovládání a vysněnou štíhlost. **Jana:** „No to, že chci pořád zhubnout.“ **Klára:** „Hlavně váha a úspěch jakoby u toho

okolí.“ **Sára:** „To už bylo opravdu potom jenom ta chuť vědět, kam až to půjde.“ **Soňa:** „Tak jednak to hodnocení okolí, že to moje úsilí je konečně vidět, a to mi dodávalo sebevědomí a motivovalo mě to dál k tomu, že jsem nechtěla prostě, aby se to zvrátilo, že jsem konečně zase dokázala ovládnout to tělo.“ **Marie:** „Prostě ten pocit, že něco zvládám, že mám to tělo pod kontrolou.“ U žen s obezitou/nadváhou nebyla žádná snaha změnit přístup ke svému onemocnění ze dvou důvodů. Tři respondentky uvedly, že to pro ně v danou chvíli nebylo podstatné. **Tat'ána:** „Asi mi to bylo jedno.“ **Helena:** „V tu chvíli mi to bylo jedno.“ **Jitka:** „Já jsem tu mysl měla zaměřenou někam jinam, než abych se hlídala v tom, co jím.“ Poslední dvě repositentky si v tomto směru připadaly bezmocné. **Zuzana:** „Věděla jsem, že s tím nic nezmůžu, když je to dané léčbou.“ **Romana:** „Nevěděla jsem co dělat.“

4.1.4.2 Tělesné symptomy

Zatímco z počátku se ženy s PPP cítily mnohem lépe než dříve, připadaly si výkonnější a plné energie, postupně se u nich dostavovalo vyčerpání, pocit slabosti. Stejně tak ženy s obezitou/nadváhou si připadaly unavené a těžkopádné.

Častým tělesným projevem onemocnění u skupiny žen s PPP byl hlad. **Jana:** „Určitě, protože to se vyzvracíš, půl hodiny je ti zle, nemáš na jídlo ani pomyslení a za půl hodiny se můžeš najíst a znovu.“ **Klára:** „Měla jsem hlad, hroznej.“ **Sára:** „Já jsem tím, že jsem furt jedla pětikrát denně, tak jsem moc jako příležitostí k hladu nemohla mít, jednak jsem měla stáhlý žaludek a po cvičení jsem nikdy neměla hlad. Akorát ke konci jsem v noci nemohla spát, že jsem měla prázdný žaludek.“ **Soňa:** „Zpočátku jo, to jsem klidně vypila litr vody, abych zaplácala žaludek, ale potom to ustupovalo a ten hlad se postupně vytrácel.“ **Marie:** „Až potom. Do těch 44 kil jsem to vždycky zahнала sportem nebo jsem se hodně napila.“ Naopak u druhé skupiny tento symptom nebyl. **Zuzana:** „Já mám spíš opačný problém, já nemám signál hladu, což mi potvrdil doktor. V žaludku mi chybí některé enzymy a já nemám potřebu jíst.“ **Tat'ána:** „Ne, neměla jsem hlad.“ **Helena:** „Hlad ne, jen asi dvakrát se mi stalo, že jsem snědla normální porci, na kterou jsem byla zvyklá, a když jsem to dojedla, tak jsem měla hlad.“

Romana: „Hlad jsem asi neměla.“ **Jitka:** „Ne, já si spíš myslím, že jsem si tím kompenzovala něco jiného, že jsem třeba byla nervózní a přebíjela jsem to tím, že si dám třeba v práci pauzu, dám si něco, udělám si chvilku pěknou.“

Dalším tělesným projevem u PPP byly nevolnosti, únava a oslabený imunitní systém. **Jana:** „Občas jsem měla těsně po tom zvracení křeče.“ **Klára:** „U anorexie jsem měla křeče a u bulimie mi bylo špatně, jako že mě páčila žába, taky jsem párkrát zvracela krev z jícnu i ze žaludku, žluč jsem zvracela, měla jsem hodně odřené krk, že jsem nemohla vůbec polykat.“ **Sára:** „Spíš jenom taková ta permanentní únava, vyčerpání.“ **Sára:** „Pořád se mi točila hlava, cítila jsem se malátná, unavená, ospalá..ale to bylo až potom.“ **Marie:** „Až když jsem začala blbnout s těmi projímadly. To bylo období, kdy jsem byla furt nemocná.“ V rámci druhého souboru se objevovaly nevolnosti pouze u **Heleny:** „Akorát při těch dietách se mi občas strašně zamotala hlava.“

Objevovaly se však i další různé závažné komplikace. U skupiny s PPP šlo především o zhoršení kvality pleti, vlasů, nehtů, zažívací potíže, ztrátu menstruace, a bolesti kloubů. **Jana:** „Měla jsem sušší pleť, já jsem se každou chvíli svlíkala z kůže jakoby. Hodně se mi zhoršil ekzém, vlasy a hodně se zvýšila citlivost zubů.“ **Klára:** „Při anorexii jsem měla modřiny, vlasy mi padaly a u té bulimie to byly pak střevní komplikace zřejmě vlivem toho projímadla a bolesti hlavy.“ **Sára:** „Někdy v půlce toho hubnutí mi odešla menstruace, jinak si nepamatuju nic, možná zácpa...a vlasy mi skoro vypadaly, nehty se mi lámaly, pleť byla průhledná.“ **Soňa:** „No tak jako nehty blbý, vlasy mi padaly, zažívací potíže, bolesti hlavy, slabost, hodně mě bolely nohy a ztráta menstruace.“ **Marie:** „Tak žaludek mi netrivil, to mi bylo zle, záda mě začaly zlobit, koleno, i třeba vlasy mi řídly, vypadávaly, ale to jsem tak nějak nebrala.“

U druhé výzkumné skupiny to byly především bolesti kloubů a omezení v aktivitě. **Zuzana:** „Bolesti zad, to se člověk pořád kroučí.“ **Tatána:** „Akorát na tu nohu mi to vadilo, nemohla jsem to utáhnout, bolela mě.“ **Helena:** „Tak člověk je míň obratnější, no.“ **Jitka:** „Bolí mě záda a špatně dýchám při jakékoliv fyzické aktivitě.“ **Romana:** „No tak hlavně v tom pohybu jsem byla oproti ostatním asi dost omezená.“

Zatímco ženám s obezitou/nadváhou tyto komplikace vadily, ženy s PPP si je nijak nepřipouštěly. **Jana:** „Jako štve tě to, ale není to nic, že by sis řekla, jo, to je kvůli tomu.“ **Klára:** „Já jsem právě nevypadla zas tak strašně jako, jenom když jsem byla hodně unavená.“ **Sára:** „Ne, já jsem tomu moc nepřisuzovala váhu.“ **Soňa:** „Ne, až potom, když jsem si začala uvědomovat ten problém, ale to už bylo před tou léčbou.“ **Marie:** „Právě, že ne. I když mi mamka řekla, že třeba nebudu moct mít děti, tak já jsem jí byla schopna říct, že to je jedno, že si je adoptuju, že chci být radši hubená, než abych mohla mít dítě.“

Při srovnání nejnižší a nejvyšší váhy se rozdíl u žen s PPP pohyboval od 12 do 36 kilogramů. Nejnižší váha byla 37 kilogramů. U žen s obezitou/nadváhou se rozdíl nejnižší a nejvyšší váhy pohyboval mezi 20 a 40 kilogramy. Nejvyšší váha u této skupiny byla 96 kilogramů.

4.1.4.3 Psychické symptomy a reakce

Psychická stránka u žen s PPP se měnila v průběhu jejich onemocnění. Zpočátku se ženy opět cítily velice dobře, spolu s postupem onemocnění se však jejich psychický stav zhoršoval. Daná onemocnění ovládla jejich život. **Jana:** „Mně se všechno točilo kolem té váhy, já jsem furt chtěla hubnout. Byla jsem tím posedlá.“ **Klára:** „Ze začátku dobrý, ten úspěch udělal hodně. Ke konci to už bylo blbý, že jsem se nechtěla vzdát toho, jak vypadám, ale věděla jsem, že už to dál takhle nejde.“ **Sára:** „No v té konečný fázi už to bylo i s lehkými záchvěvy, že bych se mohla třeba zabít. Spíš jsem si připadala bezmocně, i vůči sobě sama, že jsem věděla, že se to ve mně jako pere, že na jednu stranu vím, že jsem v průseru, ale zároveň jsem věděla, že z něho nechci ven, protože by to znamenalo, že bych přibrala.“ **Soňa:** „Zpočátku to bylo fajn, když šla váha dolů, tak jsem na tom byla psychicky dobře. No a potom to byly takový úzkosti, deprese, furt jsem byla taková lítostivá, plačtivá.“ **Marie:** „První dva roky výborně, furt lepší a lepší. Pak se to zhoršilo, když jsem začala přibírat, vyhýbala jsem se lidem, nikam jsem nechodila. Říkala jsem si, že jsem strašně neschopná a nesnášela jsem se, za všechno jsem se trestala.“

U druhé skupiny byly pocity žen stejně jako u dívek s PPP spíše negativní. **Zuzana:** „Bylo mi hodně smutno. Byla jsem občas rozmrzelá a lítostivá, ale žádné velké deprese.“ **Tat'ána:** „Asi tak, že mě nikdo nebude nikdy chtít, protože jsem ošklivá a tlustá.“ **Romana:** „Po psychický stránce jsem na tom byla na dně. Často jsem pociťovala smutek, pořád jsem brečela, i kvůli maličkostem, stačilo, aby se na mě někdo škaredě podíval, a už jsem brečela“ **Jitka:** „Cítila jsem se blbě.“ Pouze **Helena** žádnou změnu nepociťovala.

Konkrétně pak ženy odpovídaly na to, jaké byly jejich pocity při snižování jejich váhy jimi zvolenými způsoby hubnutí. Ženy se v odpovědích shodovaly a udávaly pozitivní pocity. **Jana:** „V tu chvíli mi bylo líp, úleva, že to je venku. A když se to stalo, tak mi z toho bylo zle.“ **Klára:** „To byl nejdřív takovej ten rauš, že si můžeš dát, co chceš, protože se nemusíš bát toho, že se ti to prostě dostane na váhu. Ale ke konci, když už ta váha jde zase zpátky, tak to pro mě bylo jako hrozně stresující.“ **Sára:** „Ze začátku jsem si připadala fakt super po každém cvičení, protože jsem cítila, jak mi tam ty svaly pracují, a prostě líbila jsem se sama sobě, ale ke konci už jsem byla vyčerpaná, než jsem začala cvičit, vyloženě jsem u toho brečela, věděla jsem, že to prostě musím dokončit, abych neztloustla, měla jsem pocit, že musím.“ **Soňa:** „To jsem opravdu zažívala štěstí, že jsem si říkala, že je to teď všechno fajn, teď do prostě jde, já jsem byla mnohem spokojenější se sebou, že jsem viděla, že něco dokážu, že mám nějakou prostě vytrvalost, že to má nějaký výsledky.“ **Marie:** „Ze začátku výborný, to bylo prostě krásný období, sice si nepamatuju z té doby nic jiného, ale takovej ten pocit toho štěstí, že se mi to dařilo, pak horší bylo, když se to nedařilo no.“

I ženy, které inklinovaly k přejídání, pociťovaly příjemné pocity. **Jitka:** „Dělalo mi to dobře.“ **Romana:** „No pomáhalo mi to kompenzovat to, co mě trápilo.“ **Tat'ána:** „Myslím, že mi v tu chvíli bylo dobře.“ Výjimkou byla **Helena:** „No to jsem byla na sebe našťvaná, to jsem si říkala, proč tohle to, že jsem blbá, ale to jsem si řekla jen pro sebe.“

Spolu s poklesem váhy u skupiny PPP se výrazným způsobem měnilo především jejich vnímání sebe sama a to pozitivním směrem. Odpovědi žen však naznačují opět zaměření pouze na problematiku vzhledu. **Marie:** „To bylo obrovský zlepšení, já jsem

byla na sebe hrdá, že jsem to dokázala, že mám všechno pod kontrolou, budu taková jaká já chci být a o to větší zklamání a nesnášenlivost se, když jsem prostě přibírala.“ **Soňa:** „Když ta váha šla dolů, tak se to zlepšilo, ale nikdy to nebyla spokojenost..já jsem nikdy nezažila období, že bych v určitým bodě byla spokojená, to nebylo.“ **Sára:** „Já jsem se jako sama sobě líbila i s těma 40 kilama, ale nepřipadala jsem si dobře, jakože mi nebylo fyzicky dobře.“ **Klára:** „Jo zlepšilo, to jako vždycky, když jsem zhubla a to jakýmkoliv způsobem, to mi bylo jedno.“ **Jana:** „Když jsem hubla, tak jo, to to bylo lepší. Ale jak jsem přibírala, tak to bylo horší, no. Já jsem z toho byla špatná. Štvalo mě to, protože jsem dělala něco, co mi není absolutně příjemný a bylo mi z toho zle a vlastně to nemělo žádné výsledky, takže to bylo horší.“

Podobně jako u Jany docházelo i u druhé skupiny žen především ke zhoršení vnímání sebe sama v souvislosti se zvýšením váhy.

Výrazným způsobem byly u žen s PPP ovlivněny i další oblasti, např. schopnost koncentrace. **Jana:** „Jo, určitě, protože jsem myslela jen na to, že se najím. To se chceš učit, ale furt myslíš na to, že se půjdeš najíst a půjdeš pak vyzvracet.“ **Sára:** „No nesoustředila jsem se na nic, jenom na to svoje jídlo. Ke konci jsem i chodila za školu, protože jsem věděla, že neudržím tu pozornost, protože jsem už od první hodiny přemýšlela nad tím, kdy a za jak dlouho si dám tu svačinu a pak za jak dlouho si dám ten svůj oběd...“ **Soňa:** „Hodně velké problém s koncentrací, i paměť na tom byla huř, potřebovala jsem na tom mnohem víc času.“ **Marie:** „Jako ve škole jsem se nezhoršila, ale tohle byla pro mě myšlenka číslo jedna.“ Pouze **Klára** podobnou změnu nezaregistrovala: „Ne, já jsem se učila pořádk, já jsem byla schopna se učit třeba celý den.“

Další oblastí, kde docházelo k poruchám, byl spánek. Doba spánku se žen výrazně zkracovala, zhoršovala se jeho kvalita a měly problémy s usínáním. **Jana:** „Jo, já jsem do školy chodila pravidelně nevyspalá, protože jsem spala třeba 4 hodiny. Já jsem se třeba od dvanácti večer do dvou do rána učila, zvracela a cvičila a ráno jsem si ještě přivstala kvůli tomu učení, co jsem nestihla, jenže jsem samozřejmě byla hrozně unavená, takže jsem nad tím usínala. I se mi zdály sny o tom, jak bych mohla zhubnout.“ **Klára:** „Nepotřebovala jsem tolik spát.“ **Sára:** „No nemohla jsem usnout a

ke konci už jsem měla stavy, že jsem fakt 3 hodiny se jen tak převracela a věděla jsem, že nemůžu usnout.“ **Soňa:** „Hm, nemohla jsem usnout, nemohla jsem spát, ale potom jsem zase nemohla vstát, když jsem usnula. A celý den jsem pak byla nevyspalá, unavená. To jsem spala míň než 4 hodiny.“ Pouze **Marie** dané obtíže neměla.

U žen s obezitou/nadváhou se ale ani v jedné z předchozích oblastí obtíže nevyskytovaly. Jisté podobné znaky se však dají vysledovat v pocitu kontroly, resp. ztráty kontroly nad svým tělem. Při počátečním poklesu zmiňovaly ženy s PPP pocit kontroly nad svým tělem, schopnost sebeovládání. Postupem času však docházelo ke změně a ženy tento pocit kontroly ztrácely. **Jana:** „Vůbec, já jsem to dělala, ale vůbec mi to nepomáhalo, byla jsem z toho špatná, byla jsem v takovém bezradném stavu, že už jsem nevěděla, co dál.“ **Klára:** „Ze začátku jo, ale jakmile jsem šla s váhou nahoru, tak jsem byla v háji.“ **Sára:** „Ke konci už ne, ale ze začátku jo, to jsem si připadla fakt dobře, to jsem si dokonce i říkala, že budu studovat potom na nějakou tu poradkyni na výživu, že mi to tak strašně jde. Připadalo mi, že tak jak jsem si to nastolila, že to je naprosto profesionální.“ **Soňa:** „Jen do určitý fáze. Já jsem byla zprvu hrozně ráda, že mám tělo zase pod kontrolou, že můžu ovládat sama sebe, já si určím, kdy mám hlad, ne to tělo, jenomže potom, když už to tělo vypovědělo službu, tak jsem z toho byla úplně nešťastná.“ **Marie:** První dva roky jo, to mě tělo poslouchalo, ale pak se vzbouřilo.“

Stejně tak i u žen s nadváhou/obezitou se v souvislosti se stoupající váhou dostavoval pocit ztráty kontroly nad svým tělem. **Zuzana:** „Ze začátku ne, ale jak to při té léčbě stoupalo, to jsem si říkala, že to nejsem já.“ **Helena:** „Jo, měla jsem pocit, že prostě v tom období, že tloustnu samovolně, aniž bych k tomu zavedla nějakou příčinu, přišlo mi, že furt dělám všechno stejně, ale nebylo to tak.“ **Jitka:** „Naprosto žádnou kontrolu.“ **Romana:** „No tu jsem neměla.“ Pouze **Tat'ána** tento pocit neměla: „To ne, věděla jsem, že obezitu máme v rodině a že k tomu máme sklony, ale furt jsem k tomu přistupovala tak, že to ještě není tak hrozný, že s tím pořád ještě jde něco dělat.“

Co se týče výkonnosti ve škole, odpovídaly ženy různě. **Jana** změnu nepocítovala: „Já nevím, já jsem byla vždy takový průměr, u mě se to nikdy nijak rapidně nezměnilo.“ Stejně tak **Marie:** „Ta byla stejná.“ U **Soni** se výkonnost měnila v průběhu: „Jako zpočátku to bylo tak jako lepší, ale když už to začalo jít tím sešupem dolů, tak to bylo

opravdu horší no, špatně se mi soustředilo.“ **Klára** měla pocit, že je výkonnější: „*Spíš jsem měla pocit, že jsem ještě lepší než předtím.*“ U **Sáry** tomu bylo ale opačně: „*No chodila jsem za školu a měla jsem samý čtyřky.*“ U druhého souboru s obezitou/nadváhou se výkonost nijak neměnila.

4.1.4.4 Sociální souvislosti

Dalším tématem rozhovoru byla reakce okolí na probíhající změny ve vzhledu a chování žen. Reakce okolí byla u většiny žen stejná. Jejich rodiny, přátelé měli snahu ženám jejich chování rozmlouvat a snažili se je přimět k léčbě. **Sára**: „*No až na pár lidí, co za mnou přišli a prosili mě, abych toho nechala, tak spíš všichni zaujali takovej ten postoj, že divně koukali, ale nic neřekli. I profesoři za mnou nezávisle na sobě přišli a ptali se mě, že mi pomůžou a tak, ale na mě to furt ještě nemělo žádnéj vliv. A nejvíc asi máma. Zpočátku spoléhala, že dodržím ten slib, že 52 kilo a dost, ale pak kolem těch 50 už jí to začalo být divný, tak už chodila a spíš radila, a pak už to byly opravdu jenom ty prosby a chvílema, když už nevěděla kudy kam, tak i nátlak.*“ **Soňa**: „*Tak tím, že jsem se nedostala moc domů, tak jsem nebyla tolik pod kontrolou rodičů. No a pak mamka i ségra nebo babička už si toho začali všímat a upozorňovat mě i kamarádky, ale já jsem na to reagovala tak, že těch lidí jsem se začala ještě víc stranit. Spíš reagovali ochranně, že si dělali starosti, jestli náhodou není něco špatně.*“ **Klára**: „*No mamka říkala, že už jsem moc hubená, ale spíš jako, že má strach, aby to nebylo moc, abych to nepřehnal. A potom na mě už řvala a chtěla mě vyhodit z bytu, dávala ultimáta, chtěla, abych se šla léčit.*“ **Marie**: „*No špatně no, doma pak začínaly právě i ostatní problémy, že nic nedělám a pak jsem podrážděná, a do toho byly ještě ty problémy s mamkou.*“ Pouze u **Jany** si nikdo jejich obtíží nevšiml: „*Nikdo si ničeho nevšiml, nikomu jsem nic neřekla. Já jsem se to naučila, že i když byli naši doma, tak jsem zvracela. Až ty jsi to tenkrát ze mě vlastně dostala, že jsi to řekla za mě, protože já jsem to nechtěla říct. Vím, že jsi mi nabízela pomoc.*“

U druhé skupiny respondentek reagovalo okolí různě. Dvě z žen uvedly, že okolí na jejich změnu vzhledu nijak neupozorňovalo. **Tat'ána**: „*Přátelé taktně mlčeli a pro*

neprátele jsem nebyla asi tak zajímavá.“ **Zuzana:** „Jsem introvert, nedávala jsem najevo, co se uvnitř odehrává, navenek jsem byla taková, že je vše ok. A co se týká vzhledu, buď jim to nevadilo, nebo byli tak solidární, že k tomu nic neříkali.“ Další dvě se setkaly spíše s neverbálními reakcemi. **Romana:** „Asi jenom v té škole, že se mi smáli, jinak ne.“ **Helena:** „No nejvíc jsem registrovala ty úšklebky. A pak třeba mamka vždycky říkala ale v dobrém, ať neblbnu a podívám se na babičku, že dneska jsou to dvě kila, ale za dva roky to může být dvacet.“ U Heleny tedy byla snaha upozornit na problém i ze strany matky. Podobné to bylo i u **Jitky:** „Manžel no, jen mě upozornil, ne že by mi to vyčítal, spíš jako ze srandy, že jsem tlustá.“

U žen s PPP však docházelo však i k jistým změnám ve vztazích, především s nejbližším okolím. Nejčastěji šlo o odmítání kontaktu s lidmi a spory v rodině. **Jana:** „Já jsem spíš na sebe byla přísnější. Možná jsem bývala podrážděná, já jsem byla docela hodně doma, ve společnosti ne. Byly stavy, kdy jsme se doma chytly, v podstatě kvůli tomu, že já jsem byla na dně, ale nebylo to tak strašný.“ **Klára:** „Že jsme se doma hádali no...a odmítala jsem veškerý kontakty.“ **Sára:** „Určitě, jestliže jsem do té doby měla kolem sebe kolektiv lidí, tak v tu dobu nic. Já jsem prostě nechtěla nikoho vidět. K babičkám jsem přestala jezdit, protože i ty obědy mi potom připadaly, jako že to na mě schválně nachystali, takže já jsem jakoby byla celý den sama, protože jsem měla pocit, že kdokoli, kdo bude se mnou, tak bude chtít, abych něco snědla, že jsou všichni proti mně.“ **Soňa:** „Úplně jsem se začala stranit té společnosti, už jsem ty lidi nějak nepotřebovala, spíš jsem se cítila nesvá v té společnosti. Měla jsem k tomu kolektivu lidí až takovej odpor a zprvu jsem to cítila ze své strany jako určitou jejich závist.“ **Marie:** „Doma byly problémy, hlavně s mamkou se to stupňovalo. A ségra ta na mě byla vždycky naštvaná kvůli tomu jídlu, ta z toho byla hodně podrážděná.“ Podobnou změnu uvedla z druhé skupiny pouze **Romana:** „Raději jsem nikam nechodila, když už tak radši ke známým než někam do společnosti.“

Každé z žen s PPP se snažil někdo z blízkých nějakým způsobem pomoci, většinou však této možnosti žádná nevyužila. **Jana:** „Určitě, ale já jsem nechtěla. Já jsem se pak postupně snažila z toho dostat sama.“ **Klára:** „U té anorexie mi mamka pomohla, až když jsem jí řekla, že už mi je strašně zle, tak mě odvezla do nemocnice. A u té bulimie

chtěla, abych se šla léčit. Furt mi dávala nějaký knížky, abych si to přečetla. No a ostatní, ti se jenom zeptali, jestli zvracím a ať toho nechám.“ **Sára:** „No ti profesori mi asi chtěli nějak pomoci a máma, ale já jsem nechtěla.“ **Soňa:** „Jo, snažili se mi říkat, že teď už konečně mám hezkou postavu, že už bych toho měla nechat, a že si promluvíme, co je špatně, jestli je něco špatně, ale mně se to vyloženě hnusilo, já jsem na to opravdu neměla náladu. A zprvu jako tu pomoc já jsem odmítala, protože já jsem si to jako tak nějak nepřipouštěla, že je nějaký problém.“ **Marie:** „Možná jo, ale já jsem to všechno brala jako, že jsou proti mně a chtějí, abych prostě jedla. Mně to bylo protivný, já jsem nechtěla, aby do toho někdo zasahoval, to byla čistě moje věc a strašně mě štválo, když do toho kecali cizí lidi a určovali mi, kolik toho mám sníst.“

V druhém výzkumném souboru byla snaha pomoci patrná pouze u dvou žen. **Zuzana:** „Možná trošku mamka, snažila se mi pomoci, ale nebláznila.“ **Jitka:** „Manžel no mě nutil, abych cvičila, vzal mě na běžky, na kolo a dcera se taky snažila.“

Změny v sociálních rolích se vyskytly pouze u žen ze souboru s PPP, s výjimkou jedné. Dvě z nich uvedly zvýšenou náchylnost k onemocněním. **Marie:** „Spíš jsem začala být víc nemocná.“ **Klára:** „Do školy jsem nechodila, byla jsem hodně nemocná. Měla jsem hodně zameškaných hodin.“ Jak bylo již uvedeno výše, **Sára** často chodila za školu pro svou sníženou schopnost koncentrace a u **Soni** a **Kláry** došlo při recidivě jejich onemocnění k přerušení studia z důvodu hospitalizace.

4.1.4.5 Náhled na onemocnění

Většina žen, ať již ze souboru s PPP či obezitou/nadváhou vnímala, že trpí danou poruchou či že mají nějaký problém. **Jana:** „Vnímala a právě, že mě to už pak štválo, protože jsem tím nehubla, věděla jsem, že to dělám a štválo mě to. Neřekla bych naplno, že jsem bulimička, ale věděla jsem, že na půl budu, protože jsem neměla ten stav, že bych to neudržela, že bych se nemohla kouknout na to jídlo, proto jsem si říkala, že nejsem tak daleko.“ **Klára:** „No věděla. Věděla jsem to vlastně celou dobu.“ Další tři ženy uvedly, že si připustily možnost nějaké problémy až později. **Sára:** „Asi jo, ke konci, že jsem fakt měla pocit, že jsem v průseru, akorát že nevím, jak z něj.“ **Soňa:**

„Zpočátku ne, absolutně ne, v tom počátku to jsem si to jako nepřipouštěla, až potom, když už to začalo být hodně špatný, když už jsem ztrácela váhu, aniž bych chtěla.“

Marie: „Ne, já jsem ze začátku si to vůbec neuvědomovala, až po těch 44 kilech jsem si začala uvědomovat, že něco není v pořádku, proto jsem to asi nedotáhla ještě dál. Začala jsem se toho asi i trošku bát, že si fakt jako ublížím a právě tím, že jsem se začala bát, tak jsem se i najedla, ale pak přišly ty hrozný výčitky.“ Stejně tak ženy s obezitou vypovídaly, že si byly své obezity/nadváhy vědomy. Jediná **Helena** si nic takového nepřipouštěla: „Ne, nikdy jsem si to nedokázala připustit, ani mě to nenapadlo. Ani teď si to pořád nepřipouštím. Jako věděla jsem, že podle BMI je to nějaká hranice, ale slovo lehká mi přišlo jako štíhlá.“

Ženy i víceméně měly znalosti o problematice obezity/nadváhy/PPP a jejich důsledcích. Ženy s PPP se však o svém onemocnění více dozvídaly spíše v průběhu onemocnění. **Klára:** „No četla jsem o tom nějaký články. Nejvíce jsem se dozvěděla o bulimii a anorexii až v nemocnici. Jako nejhorší pro mě bylo prostě, že MA a MB je smrtelná. A ta myšlenka tam byla, ale nějak tak jako jsem s tím nic nedělala. To je jako když kouříš cigarety, víš, že na to můžeš umřít, ale kouříš dál.“ **Sára:** „Zprvu ne. Věděla jsem, že je nějaká anorexie, která znamená, že holka nejí a jaký to má důsledek, ale tím, že já jsem měla pocit, že jenom žiju zdravě, tak jsem si to nějak nepřipouštěla.“ **Marie:** „Předtím ne, až právě potom tatka, když viděl, jak blbnu, tak přinesl nějaký dámský časopisy a říkal hele, ty jsou jako ty, tak teprve na to konto jsem se o to začala zajímat.“ **Jana:** „Nic moc, to co si přečteš. Jako slyšela jsi tisíc případů, četla sis to, viděla jsi tisíc fotek, jak ty holky dopadly, co všechno ti to dělá, jak moc klesnou, jak to tělo pak to odmítá, ale já jsem v té fázi jako nebyla, aby mi to to tělo odmítalo.“ **Soňa:** „Jo, to jsem všechno věděla, ale nepřipouštěla jsem si to.“ Postřehnout lze z těchto odpovědí i zlehčování svého zdravotního stavu a nepřipouštění si závažnosti problému.

Převážná část dotazovaných i znala někoho z okolí se stejnou poruchou. Jak ale uvedla např. Sára a Soňa, nijak je to neodradilo. **Sára:** „Bohužel v té době byla anorektička i ve vedlejší třídě a já jsem si paradoxně říkala, ty jsi chudinka, podívej se, jak vypadáš, a přitom jsem vypadla úplně stejně.“ **Soňa:** „Jo, ale to mě nějak neodradilo, protože já jsem si říkala, že přeci vím, co dělám.“

Se svými problémy se však ženy až na výjimky nikomu nesvěřily. V rámci souboru s PPP se svěřily pouze dvě. **Klára:** „Jo kamarádkám, protože jsem se jim neozývala, takže si myslely, že s nimi nemluví. Oni mi určitě chtěli pomoc, přemlouvali mě, ať někam zajdu, ať něco dělám, ale já jsem jim prostě pořád říkala, že dokud nechci, tak to nemá smysl.“ **Soňa:** „Jo, sestře, já jsem o tom se sestrou mluvila furt, ale byly to spíš rozhovory, který nikam neplynuly, ona se mi snažila nabízet pomoc, ale já jsem veškerou pomoc popírala nebo tenhle konkrétní problém jsem si nepřipouštěla.“ Ostatní se však nesvěřily. **Jana:** „Ne, já jsem to v životě nikomu neřekla, poprvé jsem se o tom bavila s tebou.“ **Sára:** „Ne, já jsem si to nepřipouštěla.“ **Marie:** „To byl čistě moje věc a strašně mě štvalo, když mi do toho někdo mluvil.“ Podobně tomu bylo i u žen z druhého souboru. **Zuzana:** „Nebrala jsem to jako vyložený problém, takže ne.“ **Romana:** „Ne, o svých problémech jsem byla schopná mluvit, až když jsem hubla, do té doby jsem o tom s nikým nemluvila a ani nechtěla.“ **Tatána:** „Ne, nepotřebovala jsem něco řešit.“ **Helena:** „Ne, já jsem si nepřipouštěla, že bych měla nadváhu.“ **Jitka:** „Já jsem to předtím neřešila, měla jsem jiné problémy.“

Přestože se ženy se svými problémy spíše nesvěřovaly, snažila se většina z nich se svými problémy bojovat. **Jana:** „Několikrát, ale vždycky jsem se k tomu vrátila. Já jsem pak chtěla, jenže to nevydržíš, ty víš, že nemáš zvracet, že je to hrozný, je ti zle, ale ty prostě to zase uděláš. To je asi jako ta cigareta, máš na ni prostě chuť, protože máš hlad a bojíš se jíst, protože přibereš, máš panickou hrůzu, že si dáš jen tohle a přibereš, takže si jich radši dáš deset a pak to půjdeš vyzvracet, protože z jednoho se nevyzvrací.“ **Klára:** „Jo, dávala jsem si takový různý předsevzetí jako, že už toho nechám, nebo třeba kam až dojdu a kam už dál nepůjdu.“ **Soňa:** „Snažila jsem se, říkala jsem si, že musím začít nějak víc jíst, jenže mně to prostě nešlo. Já jsem vůbec tu chuť toho jídla necítila, takže mi bylo úplně jedno, co jím. Jako snědla jsem něco, ale s hrozným sebezapřením, že je to jako nutnost, a potom najednou zase ten starej vzor v tý hlavě a měla jsem strašný výčítky.“ **Marie:** „No pak jsem s tím bojovala tím, že jsem plácala pátý přes devátý, že jsem si řekla, že to tělo teda něco potřebuje, abych si zas tak moc neublížila, ale vzala jsem si čokoládu, no.“ Jen u **Sáry** tomu tak nebylo:

„Ne, já jsem nevěděla, jak bych s tím měla bojovat. Já jsem furt jenom říkala, že už je to moc, ale nechtělo se mi nic dělat pro to, aby to bylo jinak.“

Snaha zmírnit své potíže s váhou byla patrná i u žen s obezitou/nadváhou. **Zuzana:** *„Snažila, pár dietami, ale byl to marný boj, takže jsem to vzdala.“* **Tat'ána:** *„Chvíli jsem se o to pokoušela, ale žádný velký boj to nebyl. Na rehabilitaci mi říkali, že by mi pomohlo, kdybych trochu hodila, ale švalo mě to, tak jsem se tím neřídila.“* **Helena:** *„Občas těmi dietami no.“* **Jitka:** *„No občas jo, ale bez výsledku.“* Výjimkou byla **Romana**, která uvedla, že zmírnit svoji nadváhou se pokusila až později.

O pomoc však kromě **Zuzany** žádná z žen nepožádala: *„Byla jsem u dietoložky, ale ta když zjistila, že to mám způsobené léčbou, tak mi řekla, že můžu zkusit zhubnout, ale bude to pravděpodobně bez výsledku.“*

4.1.4.6 Body image a PPP/obezita/nadváha

Přestože vnímání vlastního vzhledu se u žen s PPP s úbytkem váhy většinou zlepšilo, většina z nich si atraktivní nepřipadala. **Marie:** *„Ne to vůbec. Jako zlepšilo se to, ale nechtěla jsem se fotit, furt jsem si připadala moc tlustá, furt jsem nebyla spokojená, furt jsem chtěla víc a víc.“* **Soňa:** *„Ne, to jsem si nepřipadala nikdy.“* **Jana:** *„Jako tělem jsem si připadala hrozně. Vzhledově nijak rapidně ne, normálně jsem chodila mezi lidi dál, ale švalo mě to, protože to bylo poznat, že jsem přibrala.“* Atraktivní se cítila pouze Klára a Soňa. **Klára:** *„Když jsem hubla, tak jo, když jsem přibírala, tak ne.“* **Sára:** *„Když jsem hubla tak jo, až do toho posledního momentu osudného jo.“*

U žen s obezitou/nadváhou si již atraktivní nepřipadala žádná z nich. **Zuzana:** *„Ne, dokud se to neustálilo, tak jsem k sobě byla hrozně kritická.“* **Tat'ána:** *„Ne. Spokojená jsem se sebou nebyla, ale že bych se za to nenáviděla, to ne.“* **Jitka:** *„No to určitě ne, silná nespokojenost.“* **Helena:** *„Atraktivní ne. Ve škole mi to jako nepřišlo, ale pak, když jsem začala chodit do práce, tak jsme měly vykrojený trička na boky a já mám s bokama strašnej problém, tak tam to bylo takový, že jsem se začala sobě hnusit.“* **Romana:** *„No to vůbec ne.“*

Ženy zmiňovaly nespokojenost s celkovým vzhledem, či konkretizovaly jednotlivé oblasti, jež podle nich byly nedokonalé. **Marie:** „Furt to břicho, protože jakmile jsem cokoliv snědla, tak první, kde se to ukázalo, bylo to břicho.“ **Soňa:** „Já když už jsem byla hodně hubená, tak jsem chtěla mít vypracovanější postavu, takže jsem zase byla nespokojená.“ **Jana:** „No to bylo kompletně všechno. Začala to u blbých stehů a pak mi vadilo úplně všechno.“ **Klára:** „No celkově ten objem, pak že mi lezly kosti.“ Pouze **Sára** byla se svým vzhledem spokojená: „Mně se jako na sobě líbilo potom už všechno. Já jsem si prostě připadala dokonalá.“ Podobně vypovídaly i ženy ze souboru s obezitou/nadváhou. **Zuzana:** „Asi celkově ta vizáž, že mám velký zadek a nemůžu si vzít na sebe to, co chci.“ **Romana:** „Vadilo mi všechno.“ **Tat'ána:** „Nejvíce mi vadily asi takové ty bocháňky na bocích.“ **Helena:** „Ty boky hlavně.“ **Jitka:** „Prsa, břicho, stehna.“

Pohledy ostatních vnímaly ženy s PPP různě. Jana s Marií to nesly těžce. **Jana:** „Mě to strašně mrzelo. V duchu jsem si říkala, ty kdybys věděl, co já dělám a nechci to dělat a vůbec mi to nepomáhá.“ **Marie:** „No to jsem brala, jako že na mě koukají, že jsem tlustá.“ **Sára** vnímala tyto pohledy pozitivně, ale pouze z počátku: „No do té doby, co jsem si myslela, že se na mě dívají uznale, tak bylo dobrý, ale pak od toho momentu, kdy mi došlo, že asi to nebude uznání, tak už jsem se začala stydět.“ Klára a Soňa je vnímaly pozitivně. **Klára:** „Jako lidi říkali, že vypadám hrozně, ale jako mně to nevadilo, mě to těšilo, že jsem byla prostě hubená.“ **Soňa:** „No zpočátku mě to motivovalo, když někdo upozorňoval nebo tak, to mi dělalo dobře, že jsem si myslela, že mi závidějí, že obdivují tu mojí vůli, ale potom když už to bylo hodně špatný, tak mi to bylo úplně jedno.“

V rámci druhé skupiny se však ženy se svými pocity shodovaly až na **Jitku:** „Jo, všimla jsem si, zaregistrovala jsem je, ale nic jsem si z toho nedělala.“ Naopak ostatní měly problém především v situacích, kdy si měly koupit oblečení. **Zuzana:** „V té době pro mě byl stres chodit si kupovat oblečení, jak jsem přibírala, ani jsem nevěděla, pro jako velikost mám sáhnout. Navíc mi přišlo, že na mě všichni koukají, jak si beru ze stojánků ty největší velikosti. Byla jsem svého času hodně vztahovačná. Kolem mě třeba prošla parta dětí, zasmála se a já jsem si hned myslela, že se smějí mě. Byla mi

nepříjemná myšlenka, že mě někdo hodnotí.“ **Tat'ána:** „Možná, když jsem si kupovala oblečení. To byl ale spíše jen můj pocit, protože se na mě zřejmě nikdo nedíval, neřešil mě.“ **Helena:** „Já jsem to většinou kompenzovala tím, že jsem na nich našla taky nedostatky, ale je pravda, že jsem se vždycky styděla říct si o svoji velikost kalhot, to jsem nikdy nechtěla.“ **Romana:** „Připadalo mi, že na mě musí všichni koukat a říkat si, proč jsem tak tlustá.“

U obou skupin byla patrná snaha svůj vzhled zakrývat. **Jana:** „Jo, já už jsem se v tom normálním oblečení necítila dobře, už jsem se necítila v ničem dobře, vůbec v ničem. Já jsem se nikdy nesvlekla, to se furt skrýváš, máš pocit, že jsi strašně tlustá.“ **Klára:** „Jo, asi tam byla taková chvíle, ale nebyla jsem tak hubená, abych se sobě štítíla.“ **Sára:** „Já už jsem byla asi hodně moc hubená, ale furt jsem nosila to upnutý a upnutější oblečení, aby to bylo ještě víc a víc vidět, takže až ke konci, to jsem prostě měla pocit, že se na mě koukají už proto, že se jim to nelíbí. To mi vadilo, to jsem se styděla.“ **Soňa:** „Jo, ale až než to začalo být hodně špatný, protože se mi nějak protivilo, že na to každé upozorňuje, tak abych se tomu vyhnula, tak jsem se snažila ten vzhled nějak maskovat, že jsem nosila nějaký to volnější oblečení, ale potom už mi to bylo opravdu jedno.“ **Marie:** „Jo, byla tam taková ta fáze, že jo, že kdy nosíš to volnější, pak si jednou koupíš upnutější a všichni jé, tobě to sluší, ale zase jako na druhou stranu jakoby šok z toho, jak jsem hubená, tak jsem to začala skrývat a začala jsem nosit zase to volnější.“ **Helena:** „Rozhodně, zakrývala jsem to tmavým oblečením, schovávala boky, takže jsem nosila hodně tuniky.“ **Jitka:** „Jo, hlavně to břicho.“ **Zuzana:** „Nosila jsem hodně volné oblečení, ale když jsem si všimla, že v tom vypadám hůř než normálně, tak jsem to po čase vzdala.“ **Tat'ána:** „Trička, které by mě obepnuly a končily nad pupíkem, jsem tou dobou nenosila. A vím, že jsem začala nosit jednodílné plavky.“

4.1.5 Léčba PPP/obezity/nadváhy

Oblast léčby zahrnuje zejména okolnosti, jež k léčbě vedly, prvotní kroky, formy terapie i její průběh a samotný efekt léčby.

4.1.5.1 Okolnosti léčby

Okolnosti, jež vedly k tomu, že se ženy začaly léčit, byly různé. U **Jany** sehrálo významnou roli to, že se zamilovala: „*To bylo po těch dvou letech. Já jsem se nejdřív zamilovala a díky tomu jsem to zmírňovala natolik, že jsem s tím po půl roce jakoby, dá se říct, skončila. Já jsem pro něj chtěla být krásná a bála jsem se, že kdybych měla pořád jen zvracet, tak budu přibírat.*“ **Klára** se v rámci MA již necítila fyzicky dobře a při recidivě MB jí onemocnění již příliš zasahovalo do jejího života: „*No, to bylo čtyři roky po té MA, to mi bylo hodně špatně, měla jsem závratě, už jsem jakoby nemohla stát na vlastních nohách. A u té bulimie jednak, že jsem měla strach z té školy, rozešel se se mnou kluk, a protože mi nabourávala všechno to fungující. Prostě jakýkoliv tlak jsem řešila bulimií.*“ Stejně jako Kláru při MA, donutily i **Soňu** k léčbě fyzické, ale i psychické obtíže: „*To bylo po roce, vlastně víc, to už jsem byla fakt tak vyčerpaná a už jsem byla ze všeho tak hotová, fyzicky i psychicky jsem na to byla tak blbě, že jsem ani nevěděla, kde jsem, ani co chci.*“ **Sáře** zase otevřelo oči hodnocení jejího vzhledu pro ni naprosto cizími lidmi: „*No rozhodující bylo, že jsem šla po ulici, připadala jsem si strašně sexy jako nějaká modelka prostě a šla proti mně parta kluků, kteří na celou ulici řvali - pane bože, to je kostra.*“ Od toho momentu jsem do toho autobusu nastupovala a měla jsem chuť se schovat, protože jsem věděla, že si všichni říkají to samý. A postupně jsem na to nabalovala další věci, abych se jakoby tím kryla, že když budu teď najednou tlustá, tak aspoň si to budu moct zdůvodnit tím, že je to kvůli těm lidem, který mám ráda, ale jinak to jediný, co mě k tomu přimělo, byli opravdu ty pohledy těch lidí okolo. To bylo po půl roce a vážila jsem 39 kilo.“ U **Marie** to již nebylo samostatné rozhodnutí, nýbrž shoda okolností: „*Asi po roce a půl, to jsem měla tehdy 45 kilo a měla jsem jít na preventivní prohlídku, kde se doktor zarazil, že jsem vyrostla o nějakých 8 cm, ale váha je ještě o kilo a půl nižší než byla přitom posledním vážením.*“

U skupiny s obezitou/nadváhou šlo o velmi podobné okolnosti - zamilovanost, hodnocení okolí či zdravotní problémy. **Helena**: „*To mi bylo 18, já jsem nastoupila do práce a tam se dřelo, tam jsem měla velkej pohyb, nesmělo se sedět, nesmělo se opírat a navíc o mě projevil zájem jeden kluk.*“ **Jitka**: „*Až teď před 3 měsíci, že jsem šíleně*

neobratná, že mám problém popoběhnout, že mi nic není a taky, že mi doktorka zjistila vysoký cholesterol a hrozili mi jaterními testy.“ **Zuzana:** „Přišli jsme od vody, byli jsme se koupat a tam byla parta lidí a možná brácha měl ze srandy nějakou průpovídku ve smyslu, že se mu líbila nějaká holka a řekl, že ta by se líbila každému. Mně to nějak v hlavě seplo a to byl impuls. Asi mě štvalo, že ona se líbí všem a já ne. Možná jsem trochu záviděla. Pak k tomu i ty bolesti zad, a že si nemůžu vzít oblíbené oblečení. Když už jsem přibrala 10 kilo, chtěla jsem to zastavit.“ **Tat'ána:** „To mi bylo asi 17, doktoři mi řekli, že by mi pomohlo při léčení kotníku, kdybych trochu shodila, protože se mi neustále vyhazoval a nemohla jsem chodit nějaké dlouhé trasy.“ **Romana:** „Od první třídy jsem cítila, že asi vypadám jinak než ostatní. Asi v 6.-7 třídě mě k tomu přiměly poznámky okolí i moje vlastní přesvědčení.“

Většina žen se ke svému problému postavila a učinila první krok pro své uzdravení. **Jana** si našla sama způsob pomoci: „Já už jsem tenkrát byla tak zoufalá, že mi nic nepomáhá, tak jsem zkusila nově sport, že mi třeba pomůže.“ **Sára:** „Po tom incidentu jsem přišla domů a řekla jsem mamce, že chci teda trošku přibrat. **Soňa** se pokoušela o léčbu vícekrát: „No já už jsem si nevěděla rady, na jednu stranu jsem chtěla, ale věděla jsem, že jakákoliv snaha stejně skončí tak, že prostě nemůžu, tak jsem vyhledala psycholožku a ta mi řekla, že už by to chtělo hospitalizaci. Já jsem jí ale podepsala revers a už jsem k ní nechodila. No a podruhé to bylo neplánovaný. Já jsem se zpětně dozvěděla, že mamka volala doktorce, aby mě pozvala na prohlídku no a ona mě kontaktovala, abych přišla.“ Podobné to bylo i u **Marie**, i když ta se zpočátku léčit nechtěla: „No já jsem byla na nějaké preventivní prohlídce a tam mi doktor řekl, že ze sebe dělám kluka a na to konto mě začal vážit, musela jsem tam chodit.“ U **Klárky** šlo prvně o aktivitu její matky, při recidivě se však již musela rozhodnout sama: „U **MA** jsem šla na popud mámy k psychiatrovi, nedobrovolně, nechtěla jsem tam chodit. A u té bulimie mi opět máma dala ultimátum, když jsem jí řekla, že to ve škole přestávám zvládat, že buď' ať někoho vyhledám nebo ať se vrátím do školy. No a já se rozhodla a vyhledala jsem fakultní doktorku, která mě poslala na krizák.“

I u druhého výzkumného souboru šlo též o vlastní rozhodnutí a to většinou ke změně stravování. **Zuzana:** „Řekla jsem si, že bych moha držet dietu.“ **Tat'ána:**

„S nikým jsem se určitě neradila, spíše jsem si našla nějaké dietní formy na netu.“
Helena: „Tak já jsem po nástupu do práce tím pohybem něco zhubla, ale to bylo samovolně, a pak už jsem začala hubnout cílevědomě.“ **Romana:** „Začalo mi to hodně vadit, tak jsem se jednoho dne naštvála a rozhodla se radikálně změnit jídelníček. Vím, že jsem četla hodně knížek a hledala různé informace.“ **Jitka:** „Prostě jsem změnila jídelníček.“

4.1.5.2 Formy terapie

U všech žen s obezitou/nadváhou šlo o samoléčbu, pouze **Zuzana** se pokusila vyhledat i odbornou pomoc: „Hlavně jsem začala držet určité diety. Přestala jsem jíst sladké, oříšky, celkově jsem upravila jídelníček, začala jsem plavat, jezdit na kole cvičila jsem doma. Několik měsíců jsem u toho vydržela, pak jsem zase začala sem tam hřešit, nemyslím si, že bych zhubla, ale začala jsem přibírat pomaleji. A párkrát jsem si vzala prášek na odbourání tuku, ale nezabíralo to...pak, když se váha ustálila na těch 85 kilech, tak jsem byla u té dietoložky, z popudu mojí mamky, ale ta mi řekla, že když se léčím hormonálně, že ta dieta pravděpodobně nebude mít žádný efekt.“ **Tat'ána:** „Někde jsem si přečetla, že je dobré den nejíst, že se tělo pročistí, takže jsem jen pila, ale dlouhodobé to nebylo. Akorát před maturitním plesem jsem se bála, že mi nebudou vybrané šaty, tak jsem předtím jedla opravdu hodně málo. Něco jsem shodila, ale nikdy jsem u té diety nevydržela. Chyběla mi vůle, musela bych totiž ubrat na svých zájmech a pro mě byly tak důležité, že jsem nebyla ochotná udržet nějaký zdravý a pravidelný jídelníček.“ **Helena:** „Cíleně jsem víc pracovala, nebyla jsem najednou líná si pro něco dojit, využívala jsem prostě všechny možnosti pohybu a to jsem teda zhubla hodně no. Zkoušela jsem i projímadlo, možná i to zvracení. Já jsem třeba držela 3 dny dietu, pak jsem se přejedla a chtěla jsem to zkusit, já jsem i možná chtěla být jako ony, říkala jsem si, že je to jednodušší, třeba bych uměla s tím přestat včas, jo, že třeba měsíc a pak přestanu a budu o 10 kilo hubenější, takže jsem to jednou zkusila, ale asi jsem se ani nevyzvracela. Ale neříkám, že jsem nad tím nepřemýšlela. Bylo to vždycky v tom období, kdy jsem držela dietu a pak jsem to jedním jídlem zazdila.“ **Romana:** „Úplně jsem

změnila jídelníček, přestala jsem jíst omáčky, knedlíky, bílé pečivo a hlavně jsem omezila sladkosti a tučná jídla. Taky jsem po páté hodině už nejedla, měla jsem silnou vůli, takže jsem se celkem držela.“ **Jitka:** „Vybírala jsem si jídlo, který můžu jíst a začala jsem trochu cvičit, už si nekupuju bílé pečivo, snažím se vynechávat tučný a jíst ovoce.“

Ve výzkumném souboru s PPP se však objevovala jak „samoléčba“, tak i odborné léčba či jejich kombinace. **Jana:** „Já jsem po tréninku přišla vždycky úplně vyřízená, a to už jsem to v té době zmírňovala, a najednou jsem po každém tréninku měla půl kila dole a zjistila jsem, že by to šlo. A to už jsem zvracela málo, už ne třeba třikrát denně, ale třikrát týdně. Už jsem chtěla hubnout opravdu jenom sportem. A asi 4 měsíce po tom, co jsem se zamilovala, jsem s tím skončila. Navíc tím, že jsem byla u něj, tak jsem si to nedovolila, takže čím méně jsem byla doma, tím to bylo lepší.“ **Klára:** „U anorexie jsem chodila nedobrovolně k tomu psychiatrovi a pak po delší době jsem byla přes měsíc hospitalizovaná. U té bulimie jsem se prvně léčit nechtěla, odjela jsem na školu a postupně jsem to omezovala. A když se objevila pak v druháku znovu, tak jsem šla na doporučení fakultní doktorky na krizák, kde mi dali na výběr dvě možnosti, že buď mám možnost týdenního odpočinku, nebo že mě objednají na měsíc a půl na léčbu, tak jsem zvolila druhou možnost, protože jsem to brala jako svojí poslední šanci. Teď mám ambulantní léčbu, aby se to nevrátilo, abych byla kompenzovaná.“ **Sára:** „No šla jsem k té psychiatrice, která mě chtěla hospitalizovat na psychiatrii a že když nebudu chtít, tak že vypíše nějaký papír, že nastoupím prostě násilím. Já jsem doma stropila hroznou scénu, že nikam nepůjdu, a tak mi máma řekla, že když přistoupím na její dohodu, tak nikam nebudu muset. Takže navrhla, že pojedeme na dovolenou, že tam teda poveze ty zdravý potraviny, co jsem jedla, abych si nepřipadala v pasti a řekla, že budu jíst, co jsem zvyklá, akorát že sním večeři, kterou mi připraví.“ **Soňa:** „Doktorka mě poslala na tři dny do nemocnice, že mi napíše nějakou výživu, že bych potřebovala vitamíny a začít přibírat na váze, že už je to hodně špatný. Pak mě pustili a měla jsem docházet pravidelně jednou za měsíc k doktorce, jenže po měsíci jsem ještě zhubla, takže jsem za ní přišla s tím, že už chci opravdu něco dělat, že se chci léčit, že už to prostě nejde, že já to nedokážou zvládnout, takže mě poslali na internu do nemocnice. Jenže tam, i když

*jsem byla na těch kapačkách, ta váha šla dolů sama od sebe. Tam jsem byla měsíc, pak mě pustili a chodila jsem ambulantně za psychiatrem a měla jsem stanovený jídelníček. Zprvu to šlo, ale pak jsem začala sklouzávat do toho, že jakmile to začalo být dobrý, tak mi otrnulo a už jsem zase začala sama sebe podvádět. Začala jsem se obávat toho, aby to nešlo zpátky, tak jsem souhlasila s tím, že půjdu do Jihlavy nechat se hospitalizovat v psychiatrický léčebně, kde jsem byla 4 měsíce.“ **Marie:** „No měla jsem chodit na ty kontroly, jenže když jsem vypila ty dva litry, jo, napřed půl, pak litr, furt jsem to navyšovala, a přibrala ty dvě kila, tak mi doktor řekl, že to je v pořádku, a skončili jsme. Pak to sice naši zjistili, ale už mě nenutili k němu chodit, protože věděli, že i on je jednou příčinou, proč se to stalo. A pak to řešili přes našeho známého, který si se mnou spíš povídal. Pak jsem taky šla později k psychologovi, já jsem totiž cítila jakoby potřebu si o tom s někým promluvit, ale já prostě svedla jsem to na to, že bych chtěla udělat test studijních předpokladů, ale celou dobu jsem se snažila to nahrát na tady to, abychom se dotkli toho tématu a nějak mi pomohl. Pak jsem se v tom plácala sama další 3 roky, co jsem přibírala.“ Hospitalizace tedy proběhla pouze u dvou žen.*

U tří žen s PPP se však jejich stravovací obtíže objevily opakovaně. **Jana:** „No občas jo, když jsme měli třeba s přítelem problém, že jsme něco řešili a já jsem z toho byla špatná, tak mi bylo psychicky špatně a nic jsem v sobě neudržela. A tím, že jsem dřív zvracela, tak to šlo samo. Ale bylo to třeba jednou za rok. Mě to napadá i teď, ono jakoby tím, že jsem to jednou dělala, tak mě to láká, neumím to vysvětlit.“ U **Soni** se anorexie objevila již dříve a stejně tak i u **Kláry**, jak již vyplynulo z textu, došlo k recidivě dvakrát. Ženy s obezitou/nadváhou však i přes některé dietní úspěchy bojují s nadváhou dodnes.

4.1.5.3 Průběh a efekt terapie

Pocity žen v průběhu léčby byly různé. U **Sáry** převažovaly spíše negativní pocity: „No hrozný, bylo to šílený, já jsem v tu chvíli, kdy mi to navrhovala, samozřejmě věděla, že to bude šílené, že s tím budu mít obrovský problém, a bylo to opravdu hrozný, že jsem po každý večeri samozřejmě měla tendenci ji ze sebe okamžitě dostat, takže

*dlouhá procházka, dlouhé plavání, vařila jsem si čtyři litry zeleného čaje. No přesto, že jsem měla jako první tři dny pocit, že jsem tlustá po té večeri asi o deset kilo těžší, tak jsem to takhle dělala, ale nenechala jsem to tak, abych mohla tloustnout, vždycky o to víc jsem cvičila. Nejhorší období mého života, a na to dodneška vzpomínám s největší úzkostí, pak bylo, že se to ve mně naprosto zlomilo, takže jsem začala mít takový to, podobně jako bulimičky, že prostě sníš i máslo samotný. Ta snaha furt ještě držet tu linii se najednou jakoby zrušila a já jsem začala jíst úplně všechno, na co jsem přišla.“ U **Klary** se pocity lišily dle přístupu lékařů i dle toho, zda byla daná léčba dobrovolná: „U té anorexie mi ta léčba připadala absolutně kontraproduktivní. I když mi bylo teprve 16, tak jsem prostě věděla, že to je úplně zbytečný tam být, protože jsem ani k jednomu z těch doktorů neměla vztah. Ani jednomu z nich jsem nevěřila, byli to prostě moji nepřátelé. Ten přístup byl arogantní, takže jsem začala místo toho, abych se snažila vyléčit, tak jsem se začala přejídat, abych mohla co nejrychleji ven. Naopak u té bulimie, to je nepopsatelný, prostě byli úžasní, pomohli mi si srovnat hodnoty, srovnat můj život, ujasnit si svou situaci. Oni tam se mnou opravdu pracovali. Ukázali mi cesty, který jsem neviděla, problémy, který jsem neviděla. Bylo to skvělý v tom smyslu, že jsem měla čas přemýšlet o sobě. A taky to tam už nebylo nedobrovolné.“ Rozporuplné pocity měla **Soňa**: „No jako stálo mě to dost přemáhání, dávala jsem tomu takovou naději, když jsem se tenkrát objednávala na tu konzultaci, že teď to bude lepší, že si to nějak urovnám, jenže jsem odtud odcházela s rozporuplným pocitem, že asi jako nic moc. A když jsem byla v nemocnici na ty 3 dny, tak to jsem dala by se říct měla dobrou pocit, protože už jsem byla vysílená, tak jsem si od toho slibovala, že prostě do mě nalejou nějaký vitamíny a že to bude lepší. U té dlouhodobé hospitalizaci, když ta váha šla dolů i tam, tak jsem si už opravdu jenom přála, aby ti doktoři udělali něco, aby ta váha šla nahoru. To byl tak hroznej pocit, když jsem si uvědomila, že oni se snaží a ta váha, to tělo vůbec neposlouchalo. Pak jsem byla v té léčebně a tam to první dva měsíce byly hrozný, že jsem měla pevně daný režim, že jsem se tam cítila jako ve vězení a potom, když už to začalo být lepší, ta váha šla nahoru, tak jsem cítila, že potřebuju něco dělat, že to tam bylo dlouhý. Měla jsem i myšlenky, že jim to podepíšu a vypadnu, ale tohle byla poslední možnost.“ U **Marie** byly pocity spíše pozitivní: „Tak u toho prvního*

doktora jsem měla radost, že jsem nad ním vyrostla, protože jsem na něj měla hrozný vztek, ale u toho známého jsem si nepřipadla jako na nějaké terapii. Jako hrozně jsem se styděla. Na jednu stranu mi vadilo se o tom bavit, ale zároveň on uměl tak dobře vyprávět, že jsem ani nepoznala, že se o tom bavíme a až potom sezení s ním jsem pochopila, že asi fakt něco není v pořádku. Až jakoby ta vejška byl zlomovej okamžik a právě v tom jsem viděla to východisko, nějaký cíl, kvůli kterému má ještě smysl tady zůstat, že tam začnu od nuly. Začala jsem si uvědomovat, o kolik věcí strašně jsem přišla, a začala jsem se víc angažovat v tom společenském životě.“ I **Jana** se cítila dobře: „Pak jo, to už bylo dobrý, protože jsem věděla, že tím sportem to jde.“

U žen s obezitou/nadváhou spolu s poklesem váhy převažovaly pozitivní pocity. **Zuzana**: „No já jsem v jednu chvíli samovolně zhubla 10 kilo, vůbec nevím, čím to bylo, ale najednou se mi to během půl roku vrátilo zpátky. Takže když jsem hubla, tak to bylo úžasné, o to horší to bylo, když se váha vracela, ale to už jsem znala, zvykla jsem si rychleji.“ **Helena**: „Jo, to jsem se cítila dobře, protože ta váha šla dolů.“ **Romana**: „Ze začátku to bylo těžké, protože naši se v jídle nijak neomezovali, takže jsem se musela držet, ale okolí mě podporovalo a postupně se mi dařilo zhubnout, takže jsem měla radost.“ **Jitka**: „Dobře, kor když se mi podaří zhubnout nějaké kilo.“ **Tatána**: „Asi dobře, nevím, já jsem to nijak neprožívala.“

U souboru s PPP byl navíc i různě silně vyjádřen pocit, že se vzdávají něčeho, co je pro ně důležité. **Marie**: „Jo to hodně, to souvisí i s tím, že sem nemohla navštěvovat ty lidi, co mě viděli předtím jako hubenou. Pořád je to těžký, pořád čekám, že první co, tak na mě kouknou a řeknou si, že jsem přibrála, a já se toho hrozně bojím.“ **Sára**: „Já si myslím, že jsem ještě v té době trochu doufala v to, že mi dají za chvíli pokoj. Já jsem tehdy asi dost nerealisticky doufala v to, že neztloustnu, a že oni mi přestanou říkat, abych ztloustla. A potom jsem vždycky brečela, běžela za mámou a říkala jsem, že budu tlustá.“ **Soňa**: „Jako zprvu, než jsem se měla jít léčit, tak to bylo takový, že kdybych se měla léčit, tak ztratím tu výsadnost, že všechno, o co jsem se snažila, co mě stálo takový úsilí a utrpení, tak to všechno bude pryč, ale když už jsem věděla, že to je špatný, tak už jsem byla spíš ráda, že nějakou tu pomoc prostě mám. Ale potom jsem zase měla prostě chuť podepsat ten revers.“ **Klára**: „No vzhledem k tomu, že ta váha při té anorexii, byla

*relativně pracně dosažená, tak mi to bylo líto, ale věděla jsem, že prostě jiná možnost není. U té bulimie, tam jsem celou dobu akorát řešila, jestli se vrátím do školy nebo ne, protože ten obor byl můj sen, ale věděla jsem, že za těchto podmínek se tam vrátit nemůžu.“ Výjimku tvořila **Jana**: „Najednou jsem byla hubenější, měla jsem přítele, který mě měl rád, najednou jsem chtěla být pořád krásná a věděla jsem, že zvracení mi nepomáhá, tak proč bych se k tomu vracela.“*

Období, kdy se ženy léčily či se snažily samy bojovat se svou neadekvátní váhou, se různě podepsalo na jejich vztahy s okolím. Zatímco u žen s obezitou/nadváhou k žádným změnám nedocházelo, u žen s PPP se vztahy spíše zhoršovaly a to u třech z nich. **Klára**: „Při té anorexii jsem byla na mamku našťvaná, dávala jsem jí to všechno za vinu. U bulimie byla ráda, že se sebou něco dělám, takže jsme se hádaly, ale ne tolik.“ **Sára**: „Možné ještě horší než přitom hubnutí, že jsem se jakoby s každým dalším dnem víc a víc styděla jít těm lidem na oči, protože jsem si říkala, ty jo, oni si řeknou, včera jsme jí potkali a dneska má zase o deset kilo víc, tak už je zase tlustá. Takže jestliže jsem do té doby, co jsem hubla, nechodila mezi lidi, protože jsem si říkala, že si myslí, že jsem hubená, tak v té době, kdy jsem už tloustla, tak jsem si říkala tohle ještě víc. A s rodinou se neměnily.“ **Marie**: „Špatný, to jsem byla podrážděná. Jak jsem plácala to jídlo a byla jsem podrážděná a našťvaná na sebe, tak to doma bylo hodně na ostrí nože, tam už se to potom sčítalo všechno.“ Ke zlepšení došlo pouze u **Soni**: „To bylo právě období, kdy já jsem si s mamkou byla tak strašně blízka, že jsme našly nějaký vztah. Najednou se to prostě zlepšilo. Jako že jsem v podstatě dosáhla mého zájmu, že konečně jsem pro ní byla důležitější než ségra.“ Pouze u **Jany** se nijak vztahy s okolím neměnily.

U všech žen však měla „léčba“ svůj pozitivní efekt. **Jana**: „Dobřej, protože jsem tím sportem zhubla.“ **Klára**: „Ten byl až u té bulimie, že to bylo právě braný komplexně, jako škola, osobní život, změnila jsem hodnoty, pochopila jsem, že daná škola pro mě není to pravý ořechový, pochopila jsem, že musím od mámy pryč, že se musím osamostatnit.“ **Sára**: „Asi měla, ale to bylo potom o mně. To bylo prostě o tom, že já už jsem měla prostě za ty tři měsíce, co jsem jedla ty večere, pocit, že vlastně když nehubnu, tak nemám co ztratit, tak jsem prostě jeden den snědla hodně věcí, druhý den

ještě víc, no a už to bylo tak, že jsem to jedla každý den. Nechtěla jsem, já jsem nechtěla ztloustnout, ale neměla jsem soudnost, takže během dvou měsíců jsem nabrala to, co jsem měla na začátku.“ **Soňa:** „No ty 4 měsíce byly o tom, že už to jakoby neklesalo rapidně dolů, a to tělo už mělo navyklej určitéj způsob, že jsem byla zvyklá dodržovat ten režim.“ **Marie:** „No spíš v tý psychice, že jsem přestala mít to jídlo na prvním místě.“ **Zuzana:** „No ne, že bych zhubla, ale v tom, že jsem přibírala pomaleji.“ **Jitka:** „Ono je to spíš psychický no, že mám hroznou radost, když zhubnu 2 kila.“ **Romana:** „Efekt to určitě mělo, protože jsem za rok zhubla 13 kilo a to pro mě byl úspěch.“ U zbylých dvou žen s obezitou/nadváhou efekt pocíťován nebyl. **Helena:** „No trvalý efekt to nemělo.“ **Tat'ána:** „Asi žádný.“

I přes snížení váhy u některých žen s obezitou/nadváhou se nepodařilo žádné z nich dosáhnout adekvátní váhy. Naopak ženy s PPP se většinou vrátily na svou původní váhu nebo se pohybují v rámci BMI pro normální váhu. Zároveň se i podařilo změnit jejich vnímání sebe sama. **Jana:** „Určitě, já jsem ze sebe měla strašně fajn pocit. Najednou jsem si věřila, že jsem to dokázala, a měla jsem ze sebe vnitřně strašnou radost. Už jsem si i dovolila vzít jiný oblečení, protože jsem věděla, že to bude vidět, že jsem hubla a budu moct říct, že jsem zhubla sportem. Jako chtěla jsem ještě zhubnout, ale jako už to nebylo takový. A měla jsem kluka, kterej byl do mě zamilovanej, takže já jsem si připadala hrozně krásná.“ **Klára:** „Ze začátku jsem to trošku jako řešila, ale už je to hodně lepší než bylo.“ **Marie:** „Já myslím, že trošku jo. Na vejšce jsem něco dokázala, mám přítele, to mi taky pomohlo, že jako nevidím jen sama sebe...jako nejsem spokojená, chtěla bych být hubenější, hezčí, ale už vidím šanci na zlepšení tý postavy něčím jiným než jen omezováním jídla. Ale jako furt jsem nesnášela nakupování a je to i dodneška moje největší trauma.“ **Soňa:** „No že jsem přestavěla všechny ty priority. Jako už tomu nepřikládám teď takovej obrovskej význam jako předtím.“ U **Sáry** však bylo zpočátku vnímání jejího vzhledu silně negativní: „Já na to ani nechci vzpomínat, to byl prostě hnus. Já jsem tehdy byla prostě neuvěřitelně škaredá, tlustá a nateklá, hnusný, všechno bylo špatně, hnusný tělo. To jsem se cítila nejhnusněji, já jsem odmítala chodit do školy, ven mezi lidi. Pak se mi ale po půl roce podařilo trochu zhubnout a to už pro mě bylo únosný, že jsem oplácaná, ale ne tlustá.“

U žen s obezitou/nadváhou se vnímání sebe sama též zlepšilo. To však bylo dané snížením jejich váhy. **Zuzana:** „Když jsem na tu chvíli zhubla, tak rozhodně, líbila jsem se více sama sobě, mohla jsem si v obchodě koupit velikost o čtyři čísla menší, než jsem byla zvyklá. To byl sváteční pocit, když jsem mohla jít k normálnímu stojanu s oblečením a ne ke stojanu s velikostmi XXXXXL. Ale když jsem přibrala, bylo mi to víc nepříjemný, než když jsem přibírala poprvé. Vadilo mi to víc, že jsem nevěděla, čím to je. Bylo to těžké období, ale naštěstí jsem se zastavila na své váze, kterou jsem měla, než jsem zhubla, a na tu už jsem byla zvyklá.“ **Helena:** „No to jo, hlavně jsem cítila ten obdiv okolí, takže já jsem byla se svým vzhledem spokojená.“ **Romana:** „Vnímání mého vzhledu se trochu upravilo, ale nikdy se asi nenaučím realistickému pohledu na sebe samu, ale to je spíš důsledek nízkého sebevědomí.“ Vzhledem k tomu, že **Tat'áně** ani **Jitce** se snížit váhu nepodařilo, ke změně vnímání jejich vzhledu nedošlo.

4.1.6 Současný stav

V poslední oblasti jsem se soustředila zejména na současné pocity žen, jejich nynější postoj ke svému vzhledu, subjektivní posouzení příčin jejich obtíží a též na důsledky, jež jim dané poruchy způsobily.

4.1.6.1 Současné pocity

Víceméně všechny dotazované ženy vypovídaly, že v současné době se po tělesné stránce cítí dobře. Výjimkou byla ze souboru žen s PPP **Sára:** „Připadám si nevykonná, ne ve formě, ne fit, všechno jenom „ne“..tak jako, že kdybych shodila dvě kila, tak bych si připadala, že jsem víc v kondici.“ U žen s obezitou/nadváhou to pak byla **Jitka:** „No ve fyzické kondici se necítím.“ Polovina z žen však uvedla méně či více závažné zdravotní důsledky jejich onemocnění. Převažovala spíše u výzkumného souboru s PPP, kde šlo o tři ženy, u souboru s obezitou/nadváhou pouze o dvě. **Jana:** „Akorát zuby mě trápí a to je pořád z toho, že mám prostě citlivou sklovinu.“ **Sára:** „Kromě té zácpy je všechno v pohodě.“ **Marie:** „Mám furt problémy se zádama. Uvidím, až budu chtít

otěhotnět, jestli to bude mít nějaký následky, ale snad ne.“ **Zuzana:** „No, záda mě trochu pobolívají, ale není to, co bylo.“ **Jitka:** „No bolí mě záda, kolena a mám zvýšený cholesterol.“

Podobné to bylo i co se týče psychického stavu. Většina žen se cítila vzhledem k jejich problémům s váhou dobře. Jen u dvou žen s PPP tomu bylo spíše naopak. **Klára:** „Tak jako střídavě. Jsou etapy, kdy jsem v pohodě a etapy, kdy by mě museli zabít. Hodně to dělá, když si zapomenou vzít prášky.“ **Soňa:** „Po tý psychický strážce je to furt ještě takový, že mám takový tendence jako, že když je nějaká náročná situace, tak jsem z toho taková jako úplně rozladěná, mám úzkostný stavy, takový docela výkyvy.“

To mělo souvislost i s tím, jaký vztah mají ženy k sobě samým. Převážná část dotazovaných má k sobě kladný vztah, ale zároveň by na sobě něco změnila. **Klára:** „Tak jako v rámci možností. Ráda bych se zbavila těch výkyvů no, chtěla bych mít trochu stabilnější tu náladu.“ **Soňa:** „Nemám vůbec jako nějak sebevědomí no. Furt se cítím nějak jako méněcenná, že bych měla dělat něco jako víc, že bych měla dosáhnout něco víc, že cítím vůči sobě furt nějak dluh.“ **Marie:** „Jde to. Určitě bych potřebovala víc sportovat a být víc asertivní.“ Často ženy dávaly tento vztah do souvislosti se svým vzhledem. **Jana:** „No mohla bych zhubnout, já jsem teď trošku zhubla, ale ještě bych chtěla aspoň pět. Nejsem teď taková, jak bych chtěla, ale dá se to. Teď mám ze sebe lepší pocit, že vím, že to jde, že jsem schopná to svým způsobem regulovat.“ **Sára:** „Ne, nejsem se sebou spokojená, nejsem vůbec. Nechce se mi vůbec chodit nakupovat. Já třeba vím, že bych si měla jít koupit na sebe nějaký oblečení, ale vůbec se mi nechce, protože si prostě nechci domů přinést svetr s číslem M, to je prostě katastrofa.“

Podobně vyprávěly i ženy s obezitou/nadváhou. **Zuzana:** „Já myslím, že dobrý, mám se ráda, ale vždycky je co měnit. Viděla bych se drobet užší, ale ne že bych na tom lpěla, nebo to prožívala.“ **Tat'ána:** „Mohla bych vypadat líp, ale jinak kladnej.“ **Helena:** „Mám se ráda, do jisté míry jsem se sebou spokojená. Měnila bych jenom tu váhu.“ **Romana:** „Váhu nemám ideální a asi nikdy mít nebudu, už jsem se s tím částečně smířila.“ **Jitka:** „Pořád stejnej, nemám se ráda.“ Negativní vztah k sobě samým uváděla tedy pouze **Sára** a **Jitka**.

Dále jsem se v této oblasti zabývala změnami ve vztazích s okolím. Ty se většinou zlepšily nebo alespoň nezhoršily. Zlepšení vztahů zejména s rodinou dávaly ženy s PPP do souvislosti především s osamostatněním se. **Klára:** „S rodinou se to zlepšilo hlavně tím, že tam nežiju.“ **Soňa:** „Tak jako lidi už mi tolik nevadí, ale co se týká vztahů s rodiči, tak tam to je zase prostě katastrofa. Ale tím, že jsem převážně od rodičů pryč, je to tak jako lepší.“ **Marie:** „No je pravda, že jakoby s těmi spolužáky z gymnasia mám furt takový předsudky, že jako mě budou hodnotit, ale rok do roku je to lepší. A s rodinou je to dobrý, si myslím. Ono pomohlo, že jsem se víc osamostatnila.“ U **Jany** a **Sáry** byly i předtím vztahy dobré a nijak se nezměnily. Nezměnily se ani vztahy s okolím u žen s obezitou/nadváhou.

4.1.6.2 Současné body image

I dnes považují tyto ženy s PPP vzhled za důležitý. Jeho význam je však dle jejich výpovědí o něco menší. **Jana:** „Jako je důležitější, ale nejsem z toho tak posedlá. Už jsem se sebou víc smířená, už jsem se na sebe začala jinak koukat.“ **Klára:** „Teď už jako zas tak velkou ne. Jako chtěla bych vypadat dobře, jako každá ženská, ale už mám jako jiný hodnoty.“ **Soňa:** „Tak jako furt je to důležitý, ale ne zas tak tolik jako předtím.“ **Sára:** „Asi míň, ale furt hodně..furt je to o tom, že když vstoupím do toho autobusu, tak si prostě říkám, že se na mě někdo dívá.“ **Marie:** „Důležitější je vnitřní krása, ale samozřejmě, že chci vypadat hezky.“

U žen s obezitou/nadváhou se však jejich odpovědi lišily i v rámci dané skupiny. **Zuzana:** „Vzhled je důležitý, ale není všechno. Chci nějak vypadat, ale není to stěžejní záležitost.“ **Tat'ána:** „Důležitost tomu příkládám.“ U **Heleny** naopak význam vzhledu vzrostl a to především v souvislosti s profesí: „Řekla bych, že je to daleko víc, v pubertě jsem to vnímala jinak, vnímala jsem to módníma trendama. Dnes to vidím tak, že mám práci a musím tam reprezentovat.“ Pro **Romanu** ani pro **Jitku** naopak vzhled nehraje nijak významnou roli. **Romana:** „Atraktivní nikdy nebudu, takže se snažím žít v realitě.“ **Jitka:** „Já si myslím, že to není vůbec podstatný, jako není to určitě nějaká moje priorita.“

Rozdílný byl i význam hodnocení jejich vzhledu okolím. Ženy s obezitou/nadváhou takovému hodnocení nepřikládaly víceméně žádný význam. **Zuzana**: „Dneska je mi hlavně jedno, co si o mě myslí jiní. Záleží mi jen na tom, co si o mě myslí moji blízcí.“ **Romana**: „Názor ostatních mě nezajímá.“ **Jitka**: „Mně je to jedno, mně to nevadí, ať si myslí, co chtěj, já vím svoje.“ **Tat'ána**: „Úplně jedno mi to není, ale úplně velkou důležitost tomu taky nepřikládám.“ Pouze pro **Helenu** je hodnocení okolí významnější než dříve: „Tenkrát mi to bylo jedno, ale dneska by mi to vadilo. Sice bych toho dotyčného poslala někam, ale bylo by mi to líto, mrzelo by mě to, určitě víc než tenkrát. Dneska je to hodnocení pro mě důležitější než předtím.“

U žen s PPP byly odpovědi odlišné. Pro Janu a Soňu je důležité, jak okolí vnímá jejich vzhled, ne však určující. **Jana**: „Je to důležitý, ale zase jsem soudná sama k sobě, vím, co si můžu vzít na sebe.“ **Soňa**: „Tak jako záleží mi na tom furt to jo, ale už je to můj.“ Klára, Sára ani Marie se v poslední době nesetkaly s negativním hodnocením a nevěděly tudíž, jak významné by pro ně bylo. U Sáry a Marie se ale odpovědi shodovaly v tom, že nepřikládají význam ani hodnocení, které je pozitivní. **Sára**: „I když mě většina z okolí spíš chválí, než kritizuje, tak tomu nepřikládám žádnou důležitost.“ **Marie**: „Já nevím, já za poslední dobu mám právě jenom pozitivní reakce na mě, takže jsem se dlouho nesetkala s negativní a nevím, co to se mnou udělá, a to pozitivní neberu vážně.“ **Klára**: „Já jsem se poslední dobou ani nesetkala s někým, kdo by mi řekl něco takového, ale žádnou váhu bych tomu asi nepřikládala.“

V péči o svůj vzhled jsou ženy s PPP poněkud aktivnější než ženy s obezitou/nadváhou. Na druhou stranu přestala většina z nich kontrolovat svou váhu. Ani ženy s obezitou/nadváhou se téměř neváží. U všech žen s PPP se vrátilo jejich stravování k normálu a nijak se v jídle neomezují. Pouze u **Soni**, přetrvávají v tomto směru určité pozůstatky jejího anorexie: „No tak, že bych jedla nějak úplně normálně, to ne, spíš jako ve mně furt přetrvávají takový ty výčitky, že jako já už si dám tu čokoládu, ale přeci jenom potom už si říkám, ty jako proč tak žereš? Takže jako snažím se nějak hlídat, ale jako v mezích normy, ne že bych se nějak striktně omezovala.“ U souboru žen s obezitou/nadváhou je převážně snaha upravit svůj jídelníček nebo stravovací režim. **Zuzana**: „Stravuji se nepravidelně. Nemám šanci jíst třikrát denně.“

Ale snažím se jíst zdravě, bílé maso, zelenina.“ Romana: „Snažím se dodržovat racionální jídelníček a jím pravidelně po třech hodinách, takže pět jídel denně. Večer jím jen lehká jídla a hlavně bílkoviny nebo zeleninové saláty.“ Jitka: „Jo, snažím se jíst líp, ale vůbec nejsem spokojená s tím, jak to jde.“ Taťána: „Myslím si, že se moc nepřejídám, ale bohužel se ani ničím neomezují. Stravovací režim mám ale lepší, většinou snídám i obědvám.“ U Heleny k žádnému zlepšení nedošlo: „Jím špatně no, takže ráno nesnídám, odpoledne teda mám většinou oběd no a pak už si většinou dám jenom něco sladkého, a když večer přijedu domů, tak si dám oběd, co měli naši doma no. A o víkendech se dost přejídám.“

Ženy byly dotazovány i na to, zda se dnes věnují nějaké sportovní činnosti. Zatímco u žen s PPP převažovala spíše aktivita, u žen s obezitou/nadváhou tomu bylo naopak.

Dá se říci, že shodný je současný přístup žen k diktátu módy. *Zuzana: „Něco se mi třeba líbí, ale že bych ulítávala na módních trendech, to ne.“ Taťána: „Ne, neřídím se tím.“ Helena: „Neřídím se módními trendy, přestala jsem nosit barvy.“ Romana: „Módní trendy sleduji, jen občas. Oblékám se přiměřeně mojí postavě.“ Jitka: „Ne, nebo jako nepůjdu si koupit něco, že je to moderní, ale až si to budu potřebovat koupit.“ Klára: „Ne já mám ten furt svůj styl. Mě to ani nějak neláká.“ Soňa: „Ne, nikdy jsem se tím neřídila.“ Marie: „Tak jako zkouknu to, ale že by to bylo zásadní, to ne. Spíš abych se já v tom cítila dobře a myslela si, že mi to sluší.“ Pouze dvě ženy s PPP podléhají diktátu módy. *Jana: „Jo řídím se módou a možná ještě víc než kdy dřív. Mě to prostě baví a vždycky tím budu žít.“ Sára: „Vždycky jsem se tím řídila.“**

Ani dnes si ale téměř žádná z žen nepřipadá atraktivní. *Jana: „Mm, v určitých věcech jo, ale musím se obléct tak, abych se cítila. Jo, že zakryju to, co vím, že je špatný.“ Klára: „Jen někdy jo, podle toho, co mám na sobě.“ Soňa: „To ne.“ Sára: „Tak chvílemi, spíš ne než jo.“ Marie: Upřímně, moc ne. Ale tak jako jo už si občas řeknu, že v tomhle nevypadám tak hrozně, tohle mi sluší, jsem víc spokojená než předtím.“ Romana: „Atraktivní si nepřipadám a takových žen chodí po ulici stovky.“ Jitka: „Ne, to rozhodně ne.“ Taťána: „Mohlo by být lépe. Nevadím si, ale vím, že je co zlepšovat.“ Helena: „Ani atraktivní, ani že bych se nějak podceňovala..myslím si, že jsem taková normální..jako ve společnosti mám určité nějaký komplex, ale spíš je to*

*takový, než tam jdu, pak už je to dobrý.“ Výjimkou je **Zuzana**: „Celkově jo, ale je to hodně dané vztahem.“*

Na dotaz, jak vypadá atraktivní žena, převážná většina odpověděla, že atraktivní žena je spíše štíhlá, ale ne vyhublá. **Soňa**: *„90-60-90...ne, tak jako ideálně 175 cm, nějakých 65-68 kilo, atletickou postavu, prostě štíhlá, ale ne hubená.“* **Sára**: *„No já bych řekla, že největší ideál krásy je ženská, která je vyšší, kolem těch 168-170cm, která má všechno spíš menší než větší, menší zadek, menší prsa, má nějaký pas, štíhlý nohy dlouhý, dlouhý vlasy a tak.“* **Marie**: *„Je štíhlá. Má hezký vlasy dlouhý, pěkný oči, hezkej úsměv, umí se bavit, je svá.“* **Tatána**: *„Spíše štíhlejší, výrazné typy. Obecně se mi líbí spíše štíhlejší holky.“* **Helena**: *„Tak 175cm, blondýna, elegantně oblečená, 55 kilo, štíhlá, ale taková ta zdravě štíhlá, ne vychrtlá.“* **Jitka**: *„Štíhlá, hezky oblečená, nalíčená.“* **Jana**: *„Mně se líbí prostě normální sportovní holka, s prsama a kulatým zadečkem, může mít i vypouklý břicho, protože je to prostě pěkný, já nemám ráda hubený holky.“* **Klára**: *„Já nevím, prostě taková..něco mezi no. Ale prostě takový ty vyzábělý, to už mě jako i nudí se na ně dívat.“* **Zuzana**: *„Prostě normální ženská, aby měla prsa, boky-taková krev a mlíko. Neměla by vypadat jako ramínko na šaty.“* **Romana**: *„Taková normální, ani hubená ani oplácaná.“*

4.1.6.3 Subjektivní posouzení příčin a udržovacích faktorů

Při posuzování příčin PPP uváděly ženy různé faktory. U **Jany** to bylo srovnávání se s okolím a nespokojenost sama se sebou. Jak řekla: *„Nebyla jsem se sebou smířená a vliv toho okolí, že ty holky vedle mě mi přišly hubený a já jsem si připadala jediná tlustá.“* Podobné to bylo i u **Marie**: *„Já nevím, asi několik věcí najednou. Prostě nízký sebevědomí, který bylo od malička prostě nějak snižovaný, i když nenápadně, ale já jsem si to vzala třeba až zbytečně moc, že to tak ani nebylo myšlený, tak to si myslím, že bylo to hlavní. A pak takový to předhazování, koukni na ní, jak je úspěšná a já jsem na ní koukla a viděla, že je hubená a myslela jsem si, že to je ono.“* U Kláry a Soni lze nalézt stěžejní problém v rodině. **Klára**: *„Já nevím, prostě rodinný vztahy, nízký sebevědomí, výchova, alkoholismus.“* **Soňa**: *„Závist vůči sestře, srovnávání se sestrou,*

*snaha se jí přiblížit a tím vlastně dosáhnout pozornosti, uznání rodičů...dosáhnout zájmů okolí ale skrze přiblížení se ségre.“ Jinak tomu bylo u **Sáry**: „Já nevím, jestli to bylo jenom ta chuť dokázat někomu, že zvládnou sama sebe kontrolovat, nebo přiblížit se těm trendům, tomu diktování, tomu ideálu..asi všechno dohromady bych řekla.“*

U žen s obezitou/nadváhou šlo především o genetické predispozice, zdravotní problémy a nevhodný stravovací a pohybový režim. **Zuzana**: „U mě to byla hormonální léčba a možná i to, že jsem přestala sportovat.“ **Tat'ána**: „Predispozice a nedostatek zdravého jídla.“ **Helena**: „Myslím si, že základní impuls je to, že to máme v rodině..já jsem se s tím smířila a prostě tloustla dál no..a pak změna toho jídla a nedostatek pohybu.“ **Romana**: „Zajídala jsem nedostatek kamarádů, spíš jsem to kompenzovala, protože jsem neměla žádné koníčky. Zpočátku za to mohla i strava mých rodičů a babička. No a samozřejmě určité predispozice.“ **Jitka**: „Zdravotní stav a špatné stravovací návyky.“ Své problémy nikomu ženy nedávají za vinu, přestože **Klára** uvedla, že dříve vinila všechny, především své rodiče, a **Soňa** vnímá částečný podíl viny u své matky.

Většina žen se shodla na tom, že jejich zdravotním problémům bylo možné předejít. Dvě ženy s PPP uvedly, že by k jejich jídelním problémům nedošlo, kdyby v daném období měly vedle sebe partnera, jež by je ocenil. **Jana**: „Možná kdybych v té době měla někoho, kdo by mě měl pořád rád takovou, jaká jsem, že bych to tak nebrala.“ **Sára**: „Možná kdybych v té době měla kluka, který by byl se mnou a řekl by mi třeba, že těch 52 je akorát, a víc už nechci.“ **Soně** by tehdy pomohlo, kdyby pocítila zájem ze strany svých rodičů: „Já si myslím, že tomu asi předejít šlo, ale to by ty rodinné vztahy musely být jiné. Kdyby ke mně nepřistupovali tak, že u mě je všechno samozřejmost a nic mě nestojí žádný úsilí a dokázali mě ocenit.“ **Marii** zase chyběla blízká osoba, které by se mohla svěřovat se svými problémy: „Možná kdybych se měla komu svěřit a s kým bych si mohla o tom popovídat.“ U **Kláry** by jejím problémům možná zabránila důslednější výchova: „Možná chyba nastala v tom, že se mi povolilo v jídle a mohla jsem jíst neomezený množství, a tím pádem jsem přibrala... kdybych tolik nejedla, nevážíla těch 85 kilo, kdyby mi nic neříkali, kdyby kolem mě byli jiní lidi, kdybych měla jinou výchovu.“

Dle žen s obezitou/nadváhou šlo jejich problémům předejít aktivnějším přístupem ke zvýšení jejich váhy či vrozeným predispozicím. **Tat'ána:** „Asi jo, pravidelným stravováním a úpravou jídelníčku. A taky uvědoměním si, že když tím trpěla celá jedna linie rodiny, že mě to taky může postihnout.“ **Helena:** „Já si myslím, že tomu šlo předejít, rozhodně, že jsem se mohla věnovat nebo měla věnovat nějakému sportu, nebo pohybu jako vůbec a určitě jsem se mohla i jinak stravovat.“ **Romana:** „Mohla jsem víc cvičit a neseďt doma na zadku u televize.“ Zbylé dvě ženy s obezitou/nadváhou uvedly, že jejich nadváze kvůli zdravotním problémům předejít nešlo.

Za udržovací faktor onemocnění považují ženy s PPP především možnost mít něco pod kontrolou. **Klára:** „Asi, že to vlastně byla jediná činnost, kterou jsem měla, něco svého - pozorování své váhy, svého vzhledu...něco se mi dařilo.“ **Soňa:** „Dle mého názoru to byla snaha dokázat sama sobě, že na to mám, tedy, že já mám vůli vydržet, že mám ve svých rukou a pod svou kontrolou něco, co ostatní nemají a co mi budou závidět. Chtěla jsem tu vytouženou výjimečnost nějak zhmotnit.“ **Sára:** „Asi takový to, že máš minimálně jednu věc, u který můžeš říct, že nad tím máš kontrolu jenom ty sama..jsi na sebe hrdá, že něco máš pod kontrolou.“ **Marie:** „No úspěch z toho hubnutí a ten pocit, že mám něco pod kontrolou.“ **Jana** na tuto otázku odpověď nenašla.

U žen s obezitou/nadváhou byla, resp. stále je udržovacím faktorem především jejich nedostatečná vůle. **Tat'ána:** „Nedostatečná vůle. Zájem na hubnutí by byl, ale chyběla vůle. Představa, že bych nemohla jíst halušky, sýrové omáčky a věci, co mám ráda, to nešlo.“ **Helena:** „Málo vůle držet dietu, slabá vůle.“ **Romana:** „Tehdy možná nedostatek vůle a zájmu s tím něco dělat a dnes už si tělo asi zvyklo na pravidelnou stravu a pohyb.“ U **Zuzany** a **Jitky** to dle jejich názoru jsou především léky.

4.1.6.4 Důsledky onemocnění v životě

Daná onemocnění se určitým způsobem promítla do života žen. Kromě zdravotních komplikací, jež některé ženy uvedly (viz výše), přinesla i jiné důsledky. **Klárů** dle její výpovědi PPP jistým způsobem obohatily: „Připadám si, jako že jsem o hodně dál a bohatší než někdo jinej.“ U **Soni** zasáhla především do vztahů s okolím a matkou:

„Ano, hodně. Roli možná hraje i to, že jsem si anorexií prošla dvakrát. Co se týče zdravotního stavu, myslím, že v tomhle ohledu se tělo dokázalo jakžtakž dát do pořádku. Především jsem ale ráda, že jsem našla zpět cestu ke svým přátelům, které jsem anorexií ztrácela. Hodně anorexie zasáhla do mého vztahu k mamce. Bohužel dodnes nedokážu popsat, jak to mezi námi je.“ **Sára** zase díky anorexii získala pocit nejistoty ohledně svého vzhledu: „Poznamenaly mě právě tím, že vím, že můžu být hubenější a tím, že vím, že taky můžu být tlustší, že jsem jakoby pořád v křeči, že si říkám, jestli teď už náhodou nevypadám hůř, než když jsem začínala.“ **Marii** vzala anorexie možné vzpomínky na hezky strávené období dospívání: „Jak říkám, ztratila jsem 4 roky života, a to mě nejvíc mrzí, já jsem vlastně neměla pubertu.“

Podobně tomu bylo i u druhé skupiny. **Romanu** poznamenala pravděpodobně celoživotním bojem se svou váhou: „Asi to, že se celý život snažím s nadváhou (dříve s obezitou) bojovat.“ **Helena** zase vnímá svoji nadváhu jako důvod rozchodu s jejím přítelem: „Já si dodneška myslím, že ten vzhled byl jedním z důvodů toho rozchodu. Ne, že by mě poznamenala, ale že si myslím, že každá holka, která má nadváhu, tak kdykoliv zapřemýšlí nad svým vzhledem, tak zapřemítá, že by se celkově měla líp, kdyby byla hubenější.“ **Jitku** omezuje její nadváha každý den: „No tak samozřejmě, že jo, musíš se oblíkat tak, abys to zakryla, nejsi tak obratná, takže ti všechno trvá dýl a zdravotní problémy, to je spojená nádoba.“ Ostatní ženy žádné důsledky svých obtíží neuváděly.

Při konkrétním dotazu, zda onemocnění nějakým způsobem ovlivnilo partnerské vztahy, však několik žen přiznalo i důsledky v této oblasti. U obou skupin šlo o tři dívky. Stejně jako **Helena** je přesvědčena, že díky nadváze pravděpodobně ztratila svého předchozího partnera (viz výše), i **Soně** vzala anorexie jinak fungující vztah: „Značně, protože jsem ztratila báječného přítele, s nímž jsem po vyléčení již nechtěla vztah znovu obnovovat. Chtěla jsem dát sbohem anorexii, což pro mne znamenalo dát sbohem i onomu příteli.“ **Klára** uvádí, že jí dané onemocnění ovlivňovalo v partnerských vztazích během jeho průběhu: „Bojím se toho, že jo, že vlastně po dobu anorexie jsem spíš jakoby chlapi odmítala a zase naopak po dobu tý bulimie jsem spíš byla jakoby promiskuitní nebo ve smyslu, že jsem jich prostě měla hodně.“ U **Marie** je problémem především její nízké sebevědomí, které zasahuje i do jejího partnerského

života: „Docela dost, si myslím, protože, jednak s tím souvisí to nízký sebevědomí, jednak to, že já sama sobě se nelíbím a nemám se ráda, tak jakoby mám furt pocit, že jemu se taky nebudu líbit. Nemám ráda světlo, mám ráda tmu, stydím se projít nahá po bytě, to je pro mě strašný trauma.“ Podobně popisovaly své problémy i Taťána s Jitkou.

Taťána: „Mám s tím problém v posteli. Připadám si tlustě a mám potřebu všude zakrývat špeky. Měla bych se při sexu asi soustředit na jiné věci než na to, jestli jsem všude dostatečně zakrytá peřinou. Za světla s tím mám problém.“ **Jitka:** „Vadí mi to v posteli. Manžel mi nic neříká, ale mně to vadí.“

Kromě jedné z žen, která se nikomu se svými problémy nesvěřila, však pro žádnou dané téma tabu a jsou schopny o svých problémech s váhou mluvit víceméně otevřeně. Jak říká např. **Sára:** „Naopak, dnes bych strašně ráda všem holčám a ženám řekla, jak jsou PPP nebezpečné, ale bohužel taky vím, že by mne žádná z nich nejspíš neposlouchala, protože dokud si tím člověk neprojde sám na vlastní kůži, těžko bude všem těm výhružkám o nebezpečnosti PPP věřit a někdo dokonce ani po tom ne.“

Pro většinu z dotazovaných žen ale byla téměř nepřipustná představa, že by přibraly pět či deset kilo navíc. Častěji tomu tak bylo u skupiny s PPP **Sára:** „To neexistuje, to prostě nejde. To bych asi skočila z okna, kdybych přibrala ještě pět.“ **Soňa:** „Nejspíš počátek dalšího nástupu k PPP, neboť to už by má nespokojenost se svým tělem dosáhla takové hranice, že bych nemohla jinak. Zpočátku bych si sice asi myslela, že protentokrát už konečně budu mít vše pod kontrolou a znovu do toho nespádnou, ale jak bych se do toho kolotoče sebekontroly a sebeovládání dostala, už bych asi nemohla couvnout zpět.“ **Klára:** „No to nechci! Pro mě to znamená prostě omezení se v jídle, byla by to kila, kterých bych se chtěla zbavit.“ U Marie a Jany už reakce nebyla tolik vystupňovaná: **Marie:** „Ještě jakoby víc snížený sebevědomí, že by jsem se cítila hůř.“ **Jana:** „Tak já vím, že budu mít s váhou vždycky problém, ale taky vím, že sportem dokážu zhubnout. Ale nechtěla bych to.“

Podobně reagovaly i ženy z druhé skupiny, tj. s obezitou/nadváhou. **Zuzana:** „To ne! To bych vypadala jako hroch. Bylo by to hodně. Ve chvíli, kdybych zase přibrala, řešila bych to razantně. Šla bych klidně i na liposukci. Deset kilo by bylo opravdu hodně.“ **Jitka:** „Konečná, to vůbec nevím, jak bych fungovala, už takhle funguju

omezeně.“ **Romana:** „Nedopustila bych, abych přibrala 10 kilo. Občas se stane, že přiberu 2-3 kila, ale pak je dám zase dolů.“ Poslední dvě dívky taková představa tolik neznepokojovala. **Tat'ána:** „Nevím, co by to se mnou udělalo. Nezbláznila bych se z toho, ale taky nemůžu říct, že by mi to bylo jedno.“ **Helena:** „Asi bych konečně přestala žrát a začala bych se sebou něco dělat.“

Obava z recidivy u respondentek s PPP byla o něco výraznější než obava z dalšího přírůstku váhy u skupiny s obezitou/nadváhou. **Jana** se na jednu stranu toho obává, ale na druhou si to nepřipouští: „Myslím, že už do tohohle znovu nespadnu. Bojím se, kdykoliv bych mohla, ale nevím no, nemám z toho teď strach. Víím, že kdybych měla někam jet se svým klukem, kde budou samý modelky, tak bych z toho strašně měla komplex, strašně bych se bála a do té doby bych se snažila hubnout..nevím, jestli bych zvracela, to asi ne.“ **Klára** si je takové možnosti vědoma, ale doufá, že recidiva nenastane: „No ten strach tady jako je, vždycky tady bude, ale já tak nějak jakoby doufám v to, že s prací, s dětmi budou jiný hodnoty a starosti.“ **Soňa** se vzhledem k již jedné recidivě obává i další: „Ano, obavy mám, protože kousek z toho všeho v člověku stejně vždy zůstává a záleží zase jen na situaci a čase, kdy to půjde zase pěkně od začátku.“ Podobně je tomu tak i u **Marie:** „No ne po těch pěti kilech, ale v budoucnu určitě. Kdyby mi nějaká osoba, na který mi bude záležet nebo která bude můj vzor a řekne mi něco špatnýho, tak...“ Jediná **Sára** z této skupiny je přesvědčená, že k možné recidivě nedojde: „Asi spíš ne, myslím si, že pravděpodobnost je hrozně malá, že ten pud sebezáchovy tam už dneska je a že kdybych na sobě cítila, že mám trošku tendence to hnát až moc, tak že bych se včas zastavila. Docela dost si v tomhle věřím.“

U skupiny s obezitou/nadváhou jsou obavy (z dalšího přírůstku váhy) zřejmé pouze u dvou z dotazovaných žen. **Zuzana:** „Obavy mám, ale doufám, že k tomu nedojde. Nejvíc se bojím těhotenství a období po porodu. Tam se můžou nějaké problémy vyskytnout, ale doufám, že k rapidnímu nárůstu váhy nedojde.“ **Tat'ána:** „Mám obavy, že během státnic něco naberu. U prvotního stresu ho zajídám. U toho opravdového se pak k jídlu musím nutit, abych něco snědla a měla nějakou energii.“ Zbylé tři dívky si nic takového nepřipouští.

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu

Tato část výzkumu obsahuje údaje získané pomocí dotazníků zadaných u výzkumného souboru s PPP/obezitou/nadváhou. Srovnání všech výzkumných souborů bude věnována diskuse a data, jež budou společné, resp. rozdílné znaky podkládat, uvádí příloha č. 7.

Tabulka č. 1: Věk, váha, výška

		Populace PPP					Populace Obézní				
		N	Min.	Max.	Mean	Std.Dev	N	Min.	Max.	Mean	Std.Dev.
Valid	Věk	32	14	35	20,78	5,21619	50	21	55	39,14	9,92422
	Váha	32	32	80	55,93	12,95635	50	58	148	92,48	18,90820
	Výška	32	146	184	168,69	6,57187	50	150	182	166,6	6,75519

Průměrný věk žen byl necelých 21 let u PPP a 39 let u obézních/s nadváhou. Průměrná váha byla u PPP téměř 56 kg a 92kg u obézních/s nadváhou. Průměrná výška se pohybovala okolo 169cm u s PPP a 167cm u obézních/s nadváhou.

Tabulka č. 2: BMI

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Méně než 18,5	37,5	0,0
	18,5 – 24,9	59,4	0,0
	25,0 – 29,9	3,1	34,0
	30,0 a více	0,0	66,0
Total		100,0	100,0
Valid	Min.	11,8	25,8
	Max.	26,1	53,4
	Mean	19,6	33,3

Dle tabulky bylo průměrné BMI žen s PPP 19,6. U souboru s obezitou/nadváhou byla průměrná hodnota BMI 33,3. (Hodnocení dle hmotnostního indexu viz příloha č. 8)

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	ZŠ	18,7	4,0
	SŠ	37,5	72,0
	VŠ	43,8	24,0
Total		100,0	100,0

Většina žen s PPP, tj. 43,8% měla vysokoškolské vzdělání. U souboru s obezitou/nadváhou převažovalo vzdělání středoškolské, tj. 72% z dotazovaných.

Tabulka č. 4: Vztah s rodiči

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Výborný	25,0	66,0
	Dobrý	31,3	32,0
	Ani dobrý/špatný	28,1	2,0
	Spíš špatný	9,4	0,0
	Velmi špatný	6,2	0,0
Total		100,0	100,0

Vztah s rodiči charakterizovaly ženy nejčastěji jako dobrý, u souboru s PPP tento vztah uvádělo 31,3% dotazovaných a u souboru s obezitou/nadváhou 32%.

Tabulka č. 5: Význam vzhledu

		Populace PPP	Populace Obézní	Zdravá populace
Valid (%)	Ano	87,5	98,0	77,0
	Ne	12,5	2,0	22,5
Total		100,0	100,0	100,0

Za významný považovalo vzhled 87,5 % žen s PPP a 98% žen s nadváhou/obezitou.

Tabulka č. 6: Spokojenost s vlastním vzhledem

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Zcela spokojena	0,0	0,0
	Spíš spokojena	12,5	30,0
	Ani spokojena/nespokojena	34,4	24,0
	Spíš nespokojena	37,5	42,0
	Zcela nespokojena	15,6	4,0
Total		100,0	100,0

Zcela spokojena se svým vzhledem nebyla žádná z dotazovaných žen. Nejčastěji se u nich vykytovala spíš nespokojenost a to v rámci souboru s PPP u 37,5% a u souboru s obezitou/nadváhou tak odpovědělo 42% dotazovaných.

Tabulka č. 7: Hodnocení vlastního vzhledu

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Výborný	0,0	0,0
	Dobry	25,0	40,0
	Ani dobrý/špatný	34,4	46,0
	Spíš špatný	31,3	10,0
	Zcela špatný	9,3	4,0
Total		100,0	100

Vlastní vzhled byl hodnocen většinou neutrálně a to u 34,4% žen s PPP a 46% žen s obezitou/nadváhou. Druhou nejčastější odpovědí u souboru s PPP však byla ve 31,3% spíše nespokojenost, zatímco ženy ze souboru s obezitou/nadváhou dále hodnotily svůj vzhled jako dobrý a to ve 40%. Jako výborný však nehodnotila žádná žena a to v rámci obou výzkumných souborů.

Tabulka č. 8: Hodnocení vzhledu okolím

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Výborný	0,0	4,0
	Dobrý	46,9	50,0
	Ani dobrý/špatný	25,0	34,0
	Spíše špatný	18,8	12,0
	Velmi špatný	9,3	0,0
Total		100,0	100,0

Ve 46,9% ženy s PPP uvedly, že okolí hodnotí jejich vzhled jako dobrý, ve 25% neutrálně, dalších 18,8% uvedlo, že spíše špatně a 9,3% velmi špatně. Zatímco ženy s PPP neuvedly ani jednou výborné hodnocení, u populace s obezitou/nadváhou bylo u 4%. Nejčastěji však stejně jako u souboru s PPP uváděly a to v 50%, že okolí hodnotí jejich vzhled jako dobrý, ve 34% neutrálně a dalších 12% uvedlo spíše špatné hodnocení. Velmi špatné hodnocení však neuvedla žádná z dotazovaných.

Tabulka č. 9: Péče o vzhled

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Ano	100,0	96,0
	Ne	0,0	4,0
Total		100,0	100,0

Všechny ženy ze souboru s PPP dbají o svůj vzhled. V rámci souboru obezitou/nadváhou o svůj vzhled pečuje 96% dotazovaných, 6% uvedlo, že o svůj vzhled nepečuje.

Tabulka č. 10: Čas věnovaný vzhledu

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Víc než hodinu denně	71,9	22,0
	Méně než hodinu denně	28,1	74,0
	Vůbec	0,0	4,0
Total		100,0	100,0

Zatímco 71,9% žen s PPP věnuje péči o svůj vzhled více než hodinu, u žen s obezitou/nadváhou je to pouhých 22%. Méně než hodinu denně věnuje svému vzhledu 28,1% žen s PPP a 74% žen s obezitou/nadváhou.

Tabulka č. 11: Vliv médií

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Ano	78,1	70,0
	Ne	21,9	30,0
Total		100,0	100,0

Z dotazníků dále vyplynulo, že 78,1% respondentek s PPP a 70% respondentek s obezitou/nadváhou se řídí módními trendy. 21,9% žen s PPP a 30% žen s obezitou/nadváhou se o módu nezajímá.

Tabulka č. 12: Potřeba zhubnout

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Ano	81,3	100,0
	Ne	18,7	0,0
Total		100,0	100,0

Potřebu zhubnout pociťovaly všechny dotazované ze souboru s obezitou/nadváhou. U druhého souboru s PPP šlo o 81,3% dotazovaných.

Tabulka č. 13: Ideální (požadovaná) váha

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Minimum	30,0	45,0
	Maximum	70,0	94,0
	Mean	50,13	69,94

Průměrná požadovaná váha u souboru s PPP byla 50kg, u souboru s obezitou/nadváhou to bylo necelých 70kg.

Tabulka č. 14: Rozdíl současné a požadované váhy

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Minimum	+15,0	-4,0
	Maximum	- 18,0	-60,0
	Mean	- 5,94	-22,54

Z tabulky vyplývá, že ženy s obezitou/nadváhou si přály zhubnout až 60kg. U souboru s PPP to bylo až 18kg. Naopak zvýšit váhu si některé ženy s PPP přály až o 15kg.

Tabulka č. 15: BMI požadované váhy

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Méně než 18,5	59,4	2,0
	18,5 – 24,9	40,6	50,0
	25,0 – 29,9	0,0	38,0
	30,0 a více	0,0	10,0
Total		100,0	100,0

Zatímco u 50% žen s obezitou/nadváhou se BMI jejich požadované váhy pohybovalo v mezích normální váhy, u 59,4% žen s PPP bylo nižší než 18,5.

Tabulka č. 16: Frekvence vážení

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Méně než 1x měsíčně	0,0	12,0
	1x měsíčně	6,2	12,0
	2x měsíčně	0,0	2,0
	1x týdně	9,4	22,0
	2x týdně	21,9	18,0
	1x denně	28,1	20,0
	Víc než 1x denně	25,0	0,0
	Nevážím se	9,4	14,0
Total		100,0	100,0

Převážná většina, tj. 28,1%, dotazovaných s PPP uvedla, že se váží jedenkrát denně. Ženy s obezitou/nadváhou se naopak nejčastěji, tj. ve 22% váží jedenkrát týdně.

Tabulka č. 17: Hodnoty

		Populace PPP	Total			Populace Obézní	Total
Valid (%)	1. Zdraví	50,0	100,0	Valid (%)	1. Zdraví	88,0	100,0
	2. Rodina	40,6	100,0		2. Rodina	62,0	100,0
	3. Láska	31,3	100,0		3. Láska	46,0	100,0
	4. Vzhled	31,3	100,0		4. Vzdělání	42,0	100,0
	5. Peníze	34,4	100,0		5. Vzhled	46,0	100,0
	6. Vzdělání	46,9	100,0		6. Peníze	46,0	100,0

Jak ukazuje tabulka, u souboru s PPP, tak i u souboru s obezitou/nadváhou se na prvním místě objevovalo, zdraví (50% a 88%), na druhém rodina (40,6% a 62%) a na třetím láska (31,3% a 46%). Na čtvrtém místě uváděly respondentky s PPP vzhled (31,3%), na pátém peníze (34,4%) a na posledním místě vzdělání (46,9%). U žen s obezitou/nadváhou bylo pořadí následovné: na čtvrtém místě vzdělání (42%), na pátém místě vzhled (46%) a na posledním peníze (46%).

Tabulka č. 18: Společné stravování

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Snídaně	3,1	16,0
	Dopolední svačina	0,0	0,0
	Oběd	12,5	60,0
	Odpolední svačina	3,1	6,0
	Večeře	28,1	48,0
	Absence společného stravování	56,3	8,0
	Total	100,0	100,0

56% dotazovaných žen s PPP uvedlo, že se v rodině společně nestravují. Z jídel, jež se u některých žen ze souboru s PPP jí společně, to byla nejčastěji a to ve 28,1% večeře, 12,5% uvedlo oběd, 3,1% uvedlo snídani a stejně tak i odpolední večeři. V rámci souboru s obezitou se naopak nejčastěji společně obědvá, což uvedlo 60% dotazovaných. U dalších 48% se společně večeří, 16% společně snídá a 6% uvádělo společnou odpolední svačinu. Absenci společného stravování uvedlo jen 8% žen s obezitou/nadváhou.

Tabulka č. 19: Způsoby hubnutí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Držení přísné diety	43,8	12,0
	Zvracení po jídle	28,1	0,0
	Cvičení 1 hod. 1-2x týdně	34,4	44,0
	Cvičení 1 hod. denně	56,3	34,0
	Cvičení více než 1 hod. denně	18,8	4,0
	Omezení cukrů a tuků v jídle	75,0	62,0
	Jíst 5x denně malé porce jídla	50,0	88,0
	Jíst pouze dopoledne	6,3	0,0
	Užívat projímadla	12,5	0,0
	Alespoň 3 dny nejíst, jen pít	12,5	2,0
	Užívat volně prodejný prostředek na hubnutí	25,0	4,0
	Pít místo jídla dietní koktejly	9,4	2,0
	Total	100,0	100,0

Cílem další otázky bylo zjistit, jaké způsoby hubnutí považují dotazované ženy za vhodné. Nejčastěji uváděly ženy s PPP a to v 75% omezení cukrů a tuků v jídle, v 56,3% cvičení 1 hodinu denně a v 50% jíst pětkrát denně malé porce jídla. 43,8% dotazovaných uvádělo držení přísné diety, 34,4% cvičení 1 hodinu 1-2x týdně, 28% respondentek uvedlo zvracení po jídle, 25% užívání volně prodejného prostředku na hubnutí a 18,8% cvičení více než 1 hodinu denně. Po 12,5% uváděly tyto ženy užívání projímadel, či absenci jídla po dobu 3 dnů, 9,4% považovalo za dobré pít místo jídla dietní koktejly a 6,3% stravování pouze v dopoledních hodinách.

U souboru s obezitou/nadváhou převažoval pravidelný příjem potravy po malých porcích a to v 88%. V 62% bylo v rámci tohoto souboru považováno za dobré omezení cukrů a tuků v jídle, ve 44% cvičení jednu hodinu 1-2x týdně, ve 34% cvičení hodinu denně. 12,5% dotazovaných uvedlo za vhodné držení přísné diety, po 4% cvičení více než hodinu denně a užívání volně prodejného prostředku na hubnutí a ve 2% nahrazení stravy dietními koktejly. Žádná žena z tohoto souboru neuvedla za vhodný způsob hubnutí zvracení, užívání projímadel či stravování pouze dopoledne.

Tabulka č. 20: Současná postava

		Populace PPP	Populace Obézni
Valid (%)	B	9,4	0,0
	C	3,1	0,0
	D	21,9	10,0
	E	34,4	24,0
	F	18,7	30,0
	G	9,4	22,0
	H	0,0	8,0
	I	3,1	6,0
	Total		100,0

Při porovnání své postavy se siluetami z dotazníku, uváděly ženy s PPP nejčastěji, tj. ve 34,4%, typ E. Ženy s obezitou v 30% uváděly typ F.

Tabulka č. 21: Ideální (požadovaná) postava

		Populace PPP	Populace Obézni
Valid (%)	A	12,5	2,0
	B	28,1	6,0
	C	46,8	20,0
	D	9,4	46,0
	E	3,12	22,0
	F	0,0	4,0
Total		100,0	100,0

Ideální postavu dle 46,8% respondentek s PPP znázorňovala silueta C, u respondentek s obezitou/nadváhou silueta D a to ve 46%.

Tabulka č. 22: Postava dle okolí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	A	3,1	0,0
	B	9,4	0,0
	C	6,3	4,0
	D	28,1	16,0
	E	31,2	24,0
	F	9,4	20,0
	G	6,3	24,0
	H	3,1	8,0
	I	3,1	4,0
Total		100,0	100,0

31,2% respondentek s PPP si myslí, že okolí vnímá jejich postavu jako siluetu E. Ženy s obezitou/nadváhou nejčastěji uváděly siluetu E a G shodně po 24%.

Tabulka č. 23: Hodnocení jednotlivých částí těla

		Populace PPP					Populace Obézní				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Valid (%)o	Oči	53,1	25,0	21,9	0,0	0,0	54,0	36,0	10,0	0,0	0,0
	Pusa	40,6	34,4	15,6	6,3	3,1	62,0	26,0	10,0	2,0	0,0
	Nos	6,3	37,5	37,5	12,4	6,3	20,0	52,0	16,0	10,0	2,0
	Vlasy	9,4	50,0	31,3	6,2	3,1	46,0	28,0	18,0	4,0	4,0
	Paže	9,4	34,4	34,4	15,6	6,2	8,0	22,0	26,0	34,0	10,0
	Prsa	12,5	18,8	25,0	15,6	28,1	4,0	46,0	26,0	12,0	12,0
	Břicho	0,0	3,1	31,3	40,6	25,0	2,0	2,0	24,0	30,0	42,0
	Boky	0,0	3,1	21,9	28,1	46,9	0,0	4,0	34,0	30,0	32,0
	Hýždě	0,0	6,2	25,0	37,5	31,3	0,0	10,0	26,0	28,0	36,0
	Stehna	0,0	3,1	9,4	40,6	46,9	0,0	6,0	22,0	30,0	42,0
	Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

U obou výzkumných souborů převažovaly známky 1-3 spíše u horní poloviny těla, zatímco u dolní části těla to byly nejčastěji známky 4 a 5.

Tabulka č. 24: Držení diety

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Ano	100,0	94,0
	Ne	0,0	6,0
Total		100,0	100,0

Z tabulky vyplývá, že dietu držely všechny dotazované ženy s PPP. V souboru žen s obezitou/nadváhou to bylo 94% dotazovaných a 6% uvedlo, že dietu nikdy nedrželo.

Tabulka č. 25: Vnímání daného onemocnění

		Populace PPP			Populace Obézní
Valid (%)	Nemoc	71,9	Valid (%)	Nemoc	58,0
	Životní styl	12,5		Kosmetický defekt	28,0
	Jinak	15,6		Jinak	14,0
Total		100,0	Total	100,0	

71,9% dotazovaných ze souboru s PPP vnímá svou poruchu jako nemoc, 12,5% jako životní styl a 15,6% uvedlo, že jinak. U populace s obezitou/nadváhou odpovědělo 58% žen, že považuje obezitu za nemoc, 28% za kosmetický defekt a 14% ji vnímá jinak.

Tabulka č. 26: Aktuální zdravotní stav vzhledem k onemocnění

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Výborný	3,1	10,0
	Dobrý	62,5	44,0
	Ani dobrý/špatný	21,9	22,0
	Spíš špatný	9,4	20,0
	Velmi špatný	3,1	4,0
Total		100,0	100,0

Svůj zdravotní stav vzhledem ke svému onemocnění hodnotily dotazované ženy s PPP nejčastěji jako dobrý a to v 62,5%. Stejně tak tomu bylo i u souboru s obezitou/nadváhou, kde takto odpovědělo 44% dotazovaných.

Tabulka č. 27: Ideál ženské krásy

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Štíhlé modelky, herečky, zpěvačky.	53,1	36,0
	Sportovní postava	0,0	0,0
	Plnoštíhlá postava	3,2	16,0
	Každá je něčím krásná	0,0	8,0
	Nikdo	15,6	10,0
	Neuvedeno	28,1	30,0
	Total		100,0

Ideál ženské krásy představují dle většiny dotazovaných štíhlé modelky, herečky či zpěvačky. V rámci souboru s PPP tak odpovědělo 53,1% žen a v rámci souboru s obezitou/nadváhou 36% žen.

Tabulka č. 28: Nejčastější odpovědi na zvýšení váhy

		Populace PPP		Populace Obézní	
		5kg	10kg	5kg	10kg
Valid (%)	Katastrofa, hrůza, izolace, nepředstavitelné, smrt.	18,7	43,7	8,0	28,0
	Nespokojenost.	9,4	6,3	12,0	4,0
	Deprese, nízké sebevědomí, selhání.	15,6	9,4	20,0	24,0
	Změna šatníku.	0,0	0,0	14,0	4,0
	Musela bych zhubnout.	3,1	3,1	8,0	10,0
	Snažila bych se zhubnout.	0,0	0,0	8,0	8,0
	Začala bych sportovat.	3,1	0,0	0,0	2,0
	Omezení jídla.	12,5	6,3	2,0	2,0
	Omezení sladkého.	6,3	0,0	0,0	0,0
	Dieta a cvičení.	6,3	12,4	0,0	0,0
	Hladovka.	0,0	9,4	0,0	0,0
	Bolesti, snížení pohyblivosti.	0,0	0,0	10,0	12,0
	Byla bych ráda.	12,5	3,1	0,0	0,0
	Nic by to neznamenal.	9,4	0,0	10,0	0,0
	Neuvedeno.	3,1	6,3	8,0	6,0
	Total		100,0	100,0	100,0

Na zvýšení váhy ať už o 5 nebo 10kg reagovaly ženy s PPP většinou dramaticky a to v 18,7% a 43,7%. Mezi nejčastější reakce respondentek s obezitou/nadváhou na zvýšení jejich váhy o 5kg byly deprese, nízké sebevědomí či pocit selhání a to ve 20%. Při zvýšení jejich váhy o 10kg se již objevovaly katastrofické reakce jako u souboru s PPP a to ve 28%.

Tabulka č. 29: Co by na sobě chtěly změnit

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid (%)	Postavu	18,8	10,0
	Zhubnout, váhu	37,5	68,0
	Horní polovinu těla	0,0	0,0
	Dolní polovinu těla	12,5	10,0
	Vlasy	0,0	0,0
	Obličej	9,4	4,0
	Vlastnosti	9,4	0,0
	Vše	9,4	6,0
	Nic	6,3	0,0
	Neuvedeno	3,1	4,0
	Total	100,0	100,0

Převážná většina dotazovaných žen chtěla změnit svůj vzhled, pouze 9,4% respondentek s PPP by změnilo své vlastnosti. Nejčastěji chtěly dotazované ženy změnit svoji váhu. V rámci souboru s PPP takto odpovědělo 37,5% dotazovaných a v rámci souboru s obezitou/nadváhou 68%.

5. DISKUSE

Vzhledem k povaze dané problematiky byla v rámci výzkumu zvolena kombinace kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie, a to pro silné stránky obou přístupů – jednak pro umožnění prozkoumat problematiku do hloubky komplexně, ale též pro možnost zobecnění výsledků výzkumu na určitou populaci.

Kvalitativní výzkum v designu zakotvené teorie umožnil i přes malý počet respondentů zmapovat oblast body image a porovnat charakteristické znaky v rámci poruch příjmu potravy a obezity. Ty byly následně potvrzeny i v rámci kvantitativního výzkumu u 32 dívek/žen s PPP a 50 dívek/žen s obezitou/nadváhou.

V rámci kvalitativního výzkumu byla stanovena jako základní výzkumná otázka: „Jaké jsou charakteristické znaky v problematice body image u žen s poruchou příjmu potravy a žen s obezitou či nadváhou?“ Tato otázka je však příliš obecná a byla tedy ve výzkumu rozdělena na několik specifických výzkumných otázek.

První specifická výzkumná otázka zněla: „Jakou roli sehrál vzhled v životě těchto žen před rozvojem PPP/obezity/nadváhy?“ Z rozboru výpovědí je zřejmé, že v rodinách vybraných žen byl vzhled považován za určitou součást života, avšak nehrál nijak významnou roli. Pro ženy s PPP však oproti těm s obezitou/nadváhou bylo důležité, jak je jejich rodiny hodnotí. To dávaly některé z žen i do souvislosti s rozvojem jejich jídelních problémů. Jak ale uvádí Kreh (2005), téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivů různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. I v rámci rozhovorů vyplynulo několik okolností, jež u žen s PPP vedly k jejich jídelním problémům – nevhodná poznámka ohledně vzhledu, vztahy v rodině...ale samozřejmě hrál významnou roli i věk. Jak uvádí Fialová (2001), změna vlastního těla, které se v době dospívání začíná zaoblovat a přijímat ženské tvary, přináší zmatek, strach a pocit bezmocnosti. U žen s obezitou/nadváhou se problémy s váhou většinou projeví již v dětství nebo právě v souvislosti s proměnou těla. Problematickou spatřuji u obou souborů i absenci společného stravování v rodině.

V období před rozvojem svých problémů se až na výjimky ženám nedostávalo negativního hodnocení ani ze stran vrstevníků či partnerů. Žádná z nich si však

atraktivní nepřipadala, naopak byly téměř všechny dotazované ženy se svým vzhledem nespokojené, ač jejich vzhled nebyl nijak výrazně odlišný od ostatních. Tuto nespokojenost v daném období uvádí i Fialová (2001) - dospívající dívky se často domnívají, že právě ony vybočují, že jsou ošklivé a tlusté. Negativní však nebyl jen vztah žen ke svému vzhledu, ale i k sobě samým, jež se v rámci obou souborů lišil pouze mírou negativity. Ta byla mnohem silněji vyjádřena u žen s PPP. To poukazuje na souvislost, že tělesné sebepojetí a zejména tělesná hmotnost je základním aspektem sebehodnocení, jak uvádí Fialová (2001).

Další specifická výzkumná otázka byla: „Jak ženy s PPP/obezitou/nadváhou vnímají vlastní vzhled a jeho hodnocení okolím?“ V období propuknutí poruch příjmu potravy i obezity bylo možné u žen spatřovat silné reakce na vzestup či snížení váhy. S klesající váhou žen s PPP se dostavovaly pocity pozitivní, především z toho, že ženy něco dokázaly, zatímco u žen s obezitou spolu s růstem váhy to byly pocity negativní, podobně jako u žen s PPP, jež před rozvojem svých problémů přibíraly na váze v důsledku tělesných změn doprovázejících období dospívání. Na to ve svém výzkumu poukazují i Janyšková, Konečný, Zeman et al. (2010), kdy v souvislosti s rostoucím BMI klesá i fyzická sebeúcta. Motivem žen s PPP stejně jako později u žen z druhého souboru bylo většinou nějakým způsobem zaujmout či vyniknout. Vodítkem byla v tomto směru u dívek s poruchou příjmu potravy i média, jež je inspirovala či motivovala k dosažení ideálního vzhledu.

V průběhu poruch ženy odlišným způsobem přistupovaly ke změně jejich vzhledu. Zatímco u žen s anorexií či bulimií převažovaly typické projevy jejich onemocnění, jako jsou zvracení, přísné diety až hladovky, nadměrné cvičení či užívání projímadel u souboru s obezitou/nadváhou to byly především krátkodobé diety s nepříliš intenzivním cvičením. Nevhodný způsob snižování váhy v podobě užívání projímadla se jednorázově objevil pouze u jedné z těchto žen. To odpovídá tvrzení Fialové (2001), že činnosti zaměřené na vzhled, postavu i zdraví jsou u silnějších lidí méně časté než u štíhlejších.

Shodné byly změny v prožívání, jež ženy popisovaly, a to negativní ladění, podrážděnost, vyhýbání se okolí a pocity úzkosti, deprese. Jak popisují Málková a Krch

(2001) bývají přecitlivělé, vztahovačné a jsou náchylné k depresivním prožitkům. U dívek s PPP byl však i přesto zřejmý silný motiv, proč pokračovat ve svém chování. Tím byl jednak dosažení úspěchu u druhých, ale též ovládnutím sebe sama skrze dosažení vysněné štíhlosti. Pro ženy ze souboru s obezitou/nadváhou však v daném období nebyl vzhled tolik podstatný či si připadaly v jeho změně bezmocné.

Přestože váha v rámci daných souborů se na jedné straně zvyšovala a na druhé klesala, cítily se ženy po tělesné stránce podobně – byly unavené, vyčerpané. U žen s PPP se často navíc objevoval hlad a nevolnosti, jež byl vědomě potlačován. Jak zmiňuje Leibold (1995), nemocní se mu odmítají podat, jelikož pohrdají potřebami svého těla. Zdravotní komplikace ale byly patrné u obou skupin. Ženy s PPP si je však na rozdíl od žen s obezitou/nadváhou nepřipouštěly. Jak uvádí Papežová (2002), štíhlost pro tyto dívky je výsledek jejich úspěšné kontroly a to bez ohledu na způsob, jak jí dosáhly.

Po počáteční euforii z poklesu váhy u žen s PPP či při přejídání u žen s obezitou/nadváhou se postupně psychický stav dívek zhoršoval. Především život žen s anorexií či bulimií byl ovládnut jejich onemocněním. Jak uvádí i Crooková (1995), jejich život se točil pouze kolem jejich vzhledu, váhy a jídla. Objevovaly se u nich problémy s koncentrací, poruchy spánku. Podobně pak ženy z obou výzkumných souborů popisovaly pocit ztráty kontroly nad svým tělem. U žen s PPP se to promítlo i do vztahů s jejich okolím, kterému se dívky vyhýbaly. Jejich izolace dává do souvislosti Kocourková (1997) i s tím, že ženy jsou většinu času zaměstnány právě jídelními problémy. Přitom však mělo jejich okolí větší snahu jim pomoci než u souboru s obezitou/nadváhou. Ženy s tímto onemocněním si však odmítají připustit, že je něco v nepořádku, a snahu druhých o změnu vnímají jako intruzi, na kterou reagují vztekem, lítostí a pocity viny (Kocourková, 1997). Ženy s obezitou/nadváhou si své onemocnění uvědomovaly mnohem více a měly i více informací o jeho průběhu a důsledcích.

Body image žen s PPP se k lepšímu neměnilo ani v průběhu jejich onemocnění, stále si nepřipadaly atraktivní. Ochotně všechny ženy z obou skupin byly schopné vyjmenovávat jednotlivé části těla, jež byly dle nich nedokonalé. Mnohem hůře však snášely pohledy okolí ženy s obezitou/nadváhou a bylo pro ně nepříjemné si nakupovat

nové oblečení. Jak uvádí Málková, Krch (2001), lidé s nadváhou často trpí pocitem bezmocnosti, stydí se ve společnosti a omezují své zájmy. U žen s PPP tomu bylo až na výjimky opačně a tyto pohledy jim dodávaly sebevědomí. Svůj vzhled se však později snažily zakrývat i ony. Jak píše Krch (2001), dívky se zahalují do volných šatů nebo se naopak oblékají, tak aby mohly předvádět svoji vyhublou postavu.

Okolnosti, jež vedly u žen k zahájení léčby či vlastnímu boji s danými poruchami, byly obdobné – zamilovanost, zdravotní problémy, či hodnocení jejich okolí. U všech šlo tedy v určitém okamžiku o vlastní rozhodnutí. O odbornou léčbu se však pokusila ze souboru s obezitou/nadváhou jen jedna z žen. Během léčby se většina žen s PPP cítila beznadějně a různě silně byl u nich vyjádřen pocit, že se vzdávají něčeho důležitého. Silný strach ze ztráty nadvlády nad regulací své hmotnosti uvádí i Langmeier, Balcar a Špitz (2000). Naopak ženy s obezitou se při i krátkodobém poklesu váhy cítily dobře. Celkově však popisovaly ženy léčbu jako přínosnou a to v různých směrech. Žádné z dotazovaných žen s obezitou/nadváhou se však nepodařilo dosáhnout adekvátní váhy. U druhého souboru se to podařilo u všech a došlo u nich navíc i k pozitivní změně ve vnímání sebe sama. Ta byla u žen s obezitou/nadváhou patrná pouze ve chvíli, kdy se jim podařilo snížit svou váhu.

Poslední výzkumná otázka zněla: „Jak PPP/obezita/nadváha ovlivnily nynější sebehodnocení žen, které těmito poruchami trpěly?“ Při zhodnocení současného stavu ženy většinou vypovídaly, že se cítí po tělesné a psychické stránce dobře. Přestože vztah žen k sobě je dnes kladný, by však stále chtěly na sobě něco změnit ať už co se týče povahy, tak vzhledu, který dodnes považují za důležitý. Většina žen však vypověděla, že mu již nepřikládají takový význam jako dříve. Zřejmé však u žen s PPP bylo, že si nejsou jisté, jak by reagovaly na negativní hodnocení jejich vzhledu.

Dívky též tolik nekontrolují váhu jako dříve a ženy s PPP se nijak neomezují v jídle. Naopak u žen z druhého souboru je snaha změnit, či upravit svůj jídelníček a stravovací režim. Ani v současné době si však žádná z žen nepřipadá atraktivní a pod pojmem atraktivní ženy si stále představují především štíhlost. Dodnes je také pro všechny ženy nepřijatelná představa, že by měly přibrat 5 či 10 kg. Obava z recidivy PPP či z přírůstku váhy u obezity však byla výraznější u žen s PPP.

Přestože příčiny problémů žen s váhou byly rozdílné, všechny se shodly na tom, že se jim dalo nějakým způsobem předejít. Jako udržovací faktor byl u žen s PPP nejčastěji zmiňován pocit, že mohou něco ovládat, u žen s obezitou to zase byla zejména nedostatečná vůle. Zároveň se daná onemocnění výrazným způsobem promítla do života všech žen, a to jak více či méně závažnými zdravotními problémy, ale narušila vztahy s okolím, zejména partnerské a vrstevnické, a jak zmiňovaly některé ženy s PPP, vzala jim také kus života.

Na základě těchto výsledků kvalitativního výzkumu byly stanoveny hypotézy, týkající se ovlivnění body image zmíněnými poruchami. Ty byly následně ověřeny v rámci kvantitativní části výzkumu. Ten čerpal i z poznatků předchozí bakalářské práce, kde byla problematika tělesného sebepojetí zmapována u náhodně vybraných žen.

První hypotéza zněla: „Poruchy příjmu potravy a obezita/nadváha ovlivňují vnímání sebe sama.“ Platnost hypotézy byla ověřována porovnáním tří výzkumných souborů – souboru žen s PPP, souboru žen s obezitou/nadváhou a souboru náhodně vybrané zdravé populace žen. Pro testování platnosti hypotézy byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti. Platnost hypotézy dokládají kontingenční tabulky uvedené v příloze č. 7. Pro Chí-kvadrát byla stanovena 5%ní hladina významnosti. Oblasti, kde byly rozdíly v tělesném sebepojetí nejvýraznější, byly následující. Pro ženy s PPP/obezitou/nadváhou byl vzhled mnohem významnější a obsazovaly ho v žebříčku hodnot i na prvních místech. Naopak v rámci souboru žen bez těchto poruch vzhled na první či druhé místo neuvadla ani jedna z dotazovaných. Podobně tyto ženy i lépe hodnotily svůj vzhled, a to jako dobrý. Na druhé straně ženy s PPP/obezitou/nadváhou ho nejčastěji hodnotily jako ani dobrý ani špatný a žádná z nich oproti zdravé populaci neohodnotila svůj vzhled jako výborný. Mnohem silněji též u nich byla vyjádřena potřeba zhubnout. Rozdílný byl názor žen i na to, zda považují držení přísné diety za vhodný způsob redukce tělesné hmotnosti. Zatímco náhodně vybrané ženy tento způsob v 96% nepovažovaly za vhodný, ženy s PPP/obezitou/nadváhou odpověděly ve 24,4% opačně. Výskyt diet byl též u klinické populace mnohem častější. Zkreslené vnímání a

prožívání příjmu potravy i vlastního těla, podobně jako nevhodné jídelní zvyklosti zmiňuje v rámci poruch příjmu potravy a obezity i Málková (2009).

Další významné rozdíly byly patrné v hodnocení jednotlivých částí těla, kde byly ženy s PPP/obezitou/nadváhou mnohem přísnější. Konkrétně šlo o tělesné části, jako jsou paže, prsa, břicho, boky, hýždě a stehna. Nespokojenost především s dolní částí těla u žen uvádí i Grogan (2000). Přestože, jak uvádí Pulcová (2008), byly nejčastěji u zdravé populace nejnižší známkou hodnoceny dolní části těla, jejich průměrná známka byla 2. Průměrná známka těchto částí u dívek z klinické populace byla však nejčastěji právě 5. Poslední oblastí, ve které byly patrné jisté odlišnosti, byl vliv módy. Ten byl opět mnohem výraznější u žen z klinické populace.

Druhá hypotéza byla: „Existují rozdílné znaky v body image u žen s poruchou příjmu potravy a žen s obezitou/nadváhou.“ Platnost této hypotézy byla ověřována porovnáním výzkumného souboru žen s PPP a souboru žen s obezitou/nadváhou. Pro testování hypotézy byl opět použit Chí-kvadrát test nezávislosti. Platnost hypotézy dokládají kontingenční tabulky uvedené v příloze č. 7. Pro Chí-kvadrát test byla stanovena stejně jako u předchozí hypotézy 5%ní hladina významnosti. Přestože v mnoha oblastech se tyto výzkumné soubory shodovaly, vplynuly i statisticky významné rozdíly, jež hypotézu rovněž potvrdily. Oproti ženám s obezitou/nadváhou, jež pečí o svůj vzhled věnují každý den méně než hodinu, ženy s PPP této péči věnují více než hodinu denně. Častější bylo u žen s poruchou příjmu potravy i kontrolování svého vzhledu pomocí vážení, ke kterému docházelo mnohem častěji každý den, ale i vícekrát. Tyto ženy také na žebříčku hodnot umísťovaly nejvíce na čtvrté a následně páté místo, zatímco ženy s obezitou/nadváhou nejčastěji volily místo páté a šesté. Oproti ženám s PPP žádná nezvolila první dvě pozice.

Další oblastí, kde se dotazované ženy ve svých odpovědích rozcházely, byly způsoby hubnutí, jež považovaly za vhodné. U souboru s PPP byly častěji voleny patologické způsoby jako držení přísné diety, zvracení a užívání volně prodejných prostředků ke snižování váhy. Naopak ženy s obezitou/nadváhou mnohem častěji volily pravidelný příjem potravy v menších porcích. Dle Málkové (2009) je však i purgativní chování mezi obézními poměrně časté.

Shrneme-li výsledky kvalitativního i kvantitativního výzkumu, lze konstatovat, že poruchy příjmu potravy i obezita ovlivňují tělesné sebepojetí. Mnohem silněji je to však patrné u poruch příjmu potravy, poněvadž význam vzhledu je při onemocnění touto poruchou silněji vyjádřen než u obezity, o čemž svědčí také četnost patologických způsobů snižování tělesné hmotnosti.

6. ZÁVĚR

Tato práce se zabývala problematikou body image u poruch příjmu potravy a obezity. V teoretické části byly popsány základní pojmy, jako je problematika tělesného sebepojetí, poruchy příjmu potravy a obezita, jejich průběh, léčba a zdravotně sociální dopady těchto onemocnění.

Cílem výzkumné části bylo zjistit a porovnat charakteristické znaky v problematice body image ve vztahu k výše zmíněným poruchám. Tento cíl byl splněn. V kvalitativní části výzkumu byla zmapována problematika body image u PPP/obezity a posléze vytvořeny hypotézy, jež byly následně potvrzeny v rámci kvantitativního výzkumu.

Přestože bylo v rámci tohoto výzkumu potvrzeno, že existují jisté rozdíly v body image u poruch příjmu potravy a obezity, nelze opomenout to, co bylo oběma poruchám společné. Považuji danou problematiku u obou poruch za významnou, a především za neoddelitelnou součást léčby těchto poruch. Její význam vzrůstá i v souvislosti s tím, že výskyt poruchy příjmu potravy a obezity není zanedbatelný, ba naopak neustále stoupá. Tato práce by proto měla posloužit ke zvýšení informovanosti o dané problematice a to jak u laické, tak i odborné veřejnosti.

Závěrem bych vzhledem k závažnosti obou poruch chtěla opakovaně vyzdvihnout důležitost prevence v této oblasti. Měla by se zvýšit nejen informovanost o důsledcích, které tyto poruchy mohou mít, ale také o neúčinnosti patologických metod hubnutí, jež se v rámci poruch příjmu potravy i obezity vyskytují.

7. SEZNAM LITERATURY

1. BAČOVÁ, V., JELEŇOVÁ, I. Reklama z perspektivy příjemcov a příjemkyň na příklade zobrazovania a vnímania ženského tela vo veľkoplošnej reklame. *Československá psychologie*. Praha, 2001, roč. 45, č. 4, s. 354-374. ISSN 0009-062X
2. BLÁHA, P., VIGNEROVÁ, J. *Investigation of the growth of czech children and adolescents*. 1st ed. Prague: National Institute of Public Health, 2002. 130 s. ISBN 80-7071-192-2
3. CASSUTO, D., A., GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout*. Přel. Hana Holoubková. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4
4. COOPER, P., J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2
5. CROOKOVÁ, M. *V zajetí image těla*. 1. vyd. Ostrava: Olda, 1995. 136 s. ISBN 80-85954-02-8
6. ČEŠKOVÁ, E. Eating disorders treatment with antidepressants. *Addiction and Eating Disorders - Neurobiology and Comorbidities: workshop*. 1st ed. Prague: Office of the Czech Republic Government, 2007. s. 17. ISBN 978-80-87041
7. DVOŘÁKOVÁ, P. *Já jsem hlad*. 1. vyd. Brno: Host, 2009. 144 s. ISBN 978-80-7294-318-0
8. FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7
9. 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
10. GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1
11. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8
12. 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

13. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA J., *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, spol. s.r.o., 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5
14. HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9
15. HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M. et al. *Obezita*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 126 s. ISBN 80-85824-67-4
16. HRACHOVINOVÁ, T., CHUDOBOVÁ, P. Body image a možnosti jeho měření (Se zaměřením na nekórickou populaci). *Československá psychologie*. Praha, 2004, roč. 48, č. 6, s. 499-509. ISSN 0009-062X
17. HRACHOVINOVÁ, T., CSÉMY, L., CHUDOBOVÁ, P. Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*. Praha, 2005, roč. 49, č. 1, s. 9-18. ISSN 0009-062X
18. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
19. JANYŠKOVÁ, A., KONEČNÝ, Š., ZEMAN, D., MOTTLOVÁ, A. *Sebehodnocení a tělesné sebepojetí obézních žen a mužů* [online]. [cit. 2010-02-28]. Dostupné z: http://ivdmr.fss.muni.cz/info/storage/poster_Obezitologie_2006.pdf
20. KINTROVÁ, L., SCHNEIDROVÁ, D. Osobní příčinná orientace a změna tělesné hmotnosti u účastnic kurzu snižování nadváhy. *Československá psychologie*. Praha, 2009, roč. 53, č. 3, s. 261-270. ISSN 0009-062X
21. KOCOURKOVÁ et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5
22. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie*. Praha, 2008, roč. 52, č. 6, s. 609-614. ISSN 0009-062X
23. 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
24. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Obezita*. 1. vyd. Praha: Filip Trend Publishing, 2001. 114 s. ISBN 80-86282-14-7

25. 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
26. KREJČÍ, M. *Factor of selfcontrol and self-esteem in overweight reduction*. 1st ed. České Budějovice: University of South Bohemia, 2008. 144 s. ISBN 978-80-7394-051-5
27. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002a. 240 s. ISBN 80-7178-598-9
28. KRCH, F., D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2003a. 172 s. ISBN 80-247-0527-3
29. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
30. KRCH, F., D. Poruchy příjmu potravy – gender perspektiva. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Praha, 2002b, roč. 3, č. 1, s. 10-12. ISSN 1213-0028
31. 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
32. KRCH, F., D., CSÉMY, L. Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice. *Československá psychologie*. Praha, 2009, roč. 53, č. 2, s. 140-148. ISSN 0009-062X
33. KRCH, F., D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: Motto, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2
34. KVÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4
35. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
36. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0

37. MÁLKOVÁ, I. Behaviorální terapie obezity. *Československá psychologie*. Praha, 2004, roč. 48, č. 4. s 298-305. ISSN 0009-062X
38. MÁLKOVÁ, I. *Poruchy příjmu potravy a obezita* [online]. [cit. 2010-02-28]. Dostupné z:
http://www.stob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=471&Itemid=126
39. MÁLKOVÁ, I., KRCH, F., D. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0
40. MÁLKOVÁ, I., KUNOVÁ, V., KUDRNA, P. a kol. *Obezita je realita, aneb hubneme s rozumem*. 1. vyd. Praha: Radioservis, 2002. 222 s. ISBN 80-86212-25-4
41. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2
42. NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION: *Learn basic terms and information on a variety of eating disorder topics: Terms and definitions*. [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z:
<http://www.nationaleatingdisorders.org/information-resources/general-information.php#terms-definitions>
43. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8
44. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6
45. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9
46. ROHEL, J., VODA, K., TACH, R. *Obezita a vy*. 1. vyd. Praha: EM-EFFECT, 1991. 15 s. ISBN 80-900566-0-1
47. ŘEHÁČOVÁ, D. Reklama jako forma symbolického násilí na ženách. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Praha, 2002. roč. 3, č. 1, s. 12-13. ISSN 1213-0028
48. SOVOVÁ a kolektiv. *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 978-80-247-0952-9

49. STACKEOVÁ, D. *Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění* [online]. [cit. 2010-02-28]. Dostupné z:
http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm
50. SVAČINA, Š. *Metabolický syndrom*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 179 s. ISBN 80-7254-178-1
51. SVAČINA, Š. *Obezita a psychofarmaka*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 130 s. ISBN 80-7254-253-2
52. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Cukrovka a obezita*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9
53. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2395-2
54. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
55. UHER, R., PAVLOVÁ, B., PAPEŽOVÁ, H. *Vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace u poruch příjmu potravy. Československá psychologie*. Praha, 2004, roč. 48, č. 5. s 385-394. ISSN 0009-062X
56. WALLER, G. *Kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie*. Praha, 2005, roč. 101, č. 1, s. 13-14. ISSN 1212-0383
57. WHO. *10 facts of obesity*. [online]. [cit. 2010-04-01]. Dostupné z:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html>
58. ZOUZALÍK, M. *Hlad jako životní styl. 21. století*. Praha: 2004, č. 11, s. 16. ISSN 1214-1097

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Tělesné sebepojetí

Ideál krásy

Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Obezita

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Souhlas s rozhovorem

Příloha č. 2 - Okruhy k rozhovorům s ženami s PPP

Příloha č. 3 - Okruhy k rozhovorům s ženami s obezitou/nadváhou

Příloha č. 4 - Dotazník pro ženy s PPP

Příloha č. 5 - Dotazník pro ženy s obezitou/nadváhou

Příloha č. 6 - Dotazník pro náhodně vybrané ženy

Příloha č. 7 - Kontingenční tabulky k hypotézám

Příloha č. 8 - Doplnující tabulky

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 diplomové práce na téma: „Rozdíly v body image u poruch příjmu potravy a obezity“ bude realizován kvalitativní výzkum dané problematiky. Použitou metodou výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor s vybranými respondenty. Poskytnuté informace budou zpracovány pomocí kvalitativní obsahové analýzy a následně interpretovány ve výzkumné části diplomové práce.

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

Písemný souhlas:

Tímto prohlašuji, že jsem byla 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 5. ročníku oboru Rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích v rámci výzkumu k její diplomové práci.

podpis.....

V dne

Příloha č. 2

OKRUHY K ROZHOVORŮM S ŽENAMI PPP

1. CHAREKTERISTIKA OBDOBÍ PŘED PPP

● **rodina**

* *klima v rodině od dětství*

- Jak byste charakterizovala Vaší rodinu?
- Jak byste popsala vztahy ve Vaší rodině?
 - Jaký jste měla vtať 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, zajídání 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)
 - Pripadala 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 konkrétně 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 projevovала?...
 - 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, tlášení 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

OKRUHY K ROZHOVORŮM S ŽENAMI S OBEZITOU/NADVÁHOU

1. CHARAKTERISTIKA A VÝVOJ OSOBNOSTI

● rodina

* *klima v rodině od dětství*

- Jak byste charakterizovala Vaši rodinu?
- Jak byste popsala vztahy ve Vaší rodině?
 - Jaký jste měla vtať 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 a hodnotila důležitost vzhledu a atraktivity? (Jak důležitý byl vzhled ve Vaší rodině?)
 - Jak Vaše matka / otec / sourozenci / další důležití rodinní příslušníci vnímali a hodnotili důležitost vzhledu a atraktivity?
 - Jak Vaše matka / otec / sourozenci / další důležití rodinní příslušníci vnímali a hodnotili svůj vlastní vzhled?
 - Byli se svým vzhledem spokojení?
 - 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 nadváhy/obezity?

* *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? (včetně přejídání, zajídání stresu, excesivního cvičení, obezity...)

● 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 nadváhy/obezity?

* **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 nadváhy/obezity?

* **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 nadváhy/obezity?

● **charakteristika osobnosti v dětství a dospívání**

* **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 nadváha/obezita?

* **vztah k sobě a svému vzhledu**

- Popište, jak jste vypadala v dětství / během školní docházky / v dospívání? (štíhlá, obézní, zavalitá...)
- 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 nějak změnit svůj vzhled?
 - 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 rozvojem nadváhy/obezity?

* **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. OBEZITA

● **okolnosti nadváhy/obezity**

- Jak se u Vás vyvíjela nadváha/obezita?
 - 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**

- 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 konkrétně jste na svém vzhledu chtěla změnit?
 - Podporoval Vás někdo ve změně Vašeho vzhledu? Jak?
- Ovlivňovalo Vás něco k přejídání/ hubnutí?
- Jak jste prožívala problémy?

- **sociální aspekty**

- Jaké jste měla vztahy s rodiči / sourozenci / přáteli / partnerem / ve škole? Měli jste nějaké 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 nadváhy/obezity?
- Měla média vliv na hodnocení Vašeho vzhledu? Jak?

3. PRŮBĚH PROBLÉMŮ S NADVÁHOU/OBEZITOU

- **symptomy**

- Jak se u Vás projevovala nadváha/obezita??...
 - Změnil se Váš stravovací režim? Přejídala jste se? Měnil se typ jídelníčku?
 - Držela jste diety? (jaké + inspirace, jak často, jak dlouho, jojoefekt?)
 - Vyhýbala jste se tělesným aktivitám?
 - Pociťovala jste nějaké změny ve svém chování? (podrážděnost...)
- Proč jste pokračovala ve svém chování? (nedostatečná vůle, hodnocení a postoj 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 těžká/slabá?
- Jaká byla Vaše váha? (nejvyšší, nejnižší, výkyvy...)
- Měla jste nějaké zdravotní komplikace? Jaké? (vlasy, nehty, zuby atd.)
 - Vadilo Vám to? Proč jste pokračovala ve svém chování?

- * **psychické symptomy a reakce na nadváhu/obezitu**

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

- **sociální souvislosti**

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

- **náhled na nadváhu/obezitu**

- Vnímala jste, že trpíte nadváhou/obezitou
 - Věděla jste něco nadváze/obezitě (důsledky, léčba...)
 - Zнала jste někoho s obezitou (vztahy, zkušenost...)
 - 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 nadváha/obezita**

- Měnil se nějak Váš pohled na sebe? Zhoršilo se nějak vnímání Vašeho vzhledu?
 - Připadala jste si neatraktivní?
 - Co se Vám na sobě nejvíce nelíbilo?
 - Co se Vám na sobě nejvíce líbilo?
- Jak jste vnímala pohledy ostatních?
 - Přinášely Vám pocit studu? Pociťovala jste méněcennost?
 - Snažila jste se svůj vzhled zakrývat? Pociťovala jste stud či odpor sama k sobě?

4. LÉČBA-BOJ S NADVÁHOU/OBEZITOU

- **okolnosti**

- Kdy jste se začala léčit? Po jaké době?
 - Kolik Vám bylo? Váha, výška..Jaké jste měla problémy? Jak to s Vámi vypadalo?
 - Co Vás přimělo k léčení? (okolí, zdravotní potíže...)
 - Jaký byl první krok, který k léčbě vedl? Jaké jste měla pocity?

- **formy terapie**

- Jakým způsobem jste se léčila/bojovala s nadváhou/obezitou?
 - Pokoušela jste se o „samoléčbu“? (kdy, jak, 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) /
 - Podstoupila jste „odbornou“ léčbu? Jakou? (ambulantní, v nemocnici, medikace, terapie)
 - Musela jste být hospitalizována? (kde, jak dlouho)
 - Navštěvovala jste psychologa? (individuálně, terapeutické skupiny, jak dlouho a často)
- Jak dlouho trvala Vaše léčba?
- Měla jste problémy s nadváhou či obezitou opakovaně? (kdy, kolikrát, příčina)

- **průběh a efekt terapie**

- Jaké jste měla pocity během léčby?
 - Léčila jste se dobrovolně?
 - Měla jste pocit, že vaše úsilí je beznadějně?
- Jaké jste měla vztahy s okolím? (rodiče, partner, přátelé)
 - Měla jste podporu v okolí?
 - Zhoršily se nějak vztahy s Vaším okolím? (př. kvůli neúspěšné léčbě...)
- Jaký měla Vaše léčba/snaha zhubnout efekt?
 - Dosáhla jste adekvátní váhy? Za jak dlouho?
 - Jak jste se 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? Přejídáte se/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 nadváhy/obezity**

- Co podle Vás bylo příčinou vaší nadváhy/obezity?
 - Viníte z toho někoho?
 - Myslíte si, že šlo nadváze/obezitě nějakým způsobem předejít? Jak?
- Co podle Vás bylo udržovacím faktorem vaší nadváhy/obezity?

- **důsledky nadváhy/obezity v životě**

- Poznamenala nadváha/obezita nějakým způsobem Váš život?
 - Způsobily Vám nějaká zdravotní omezení? Jaká?
 - Jsou pro Vás tabu? Jste schopna o ní mluvit?
 - Jak Vás ovlivnila v partnerském životě?
 - Kdybyste si měla představit, že teď přiberete 5, 10 kg, co to pro Vás znamená?
 - (u těch, které zhubly: Máte obavy z toho, že by se u Vás mohla nadváhy znovu objevit?)

Příloha č. 4

DOTAZNÍK - PPP

Dobrý den. Prosim 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 magisterského 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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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 (zakroužkuj te 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. Zakroužkuj te, 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 přibrála 5kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo?

.....

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

.....

20. Zakroužkuj te, 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

Příloha č. 5

DOTAZNÍK - OBEZITA/NADVÁHA

Dobrý den. Prosim 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 magisterského 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 (zakroužkuj te 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. Zakroužkuj te, 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?

.....

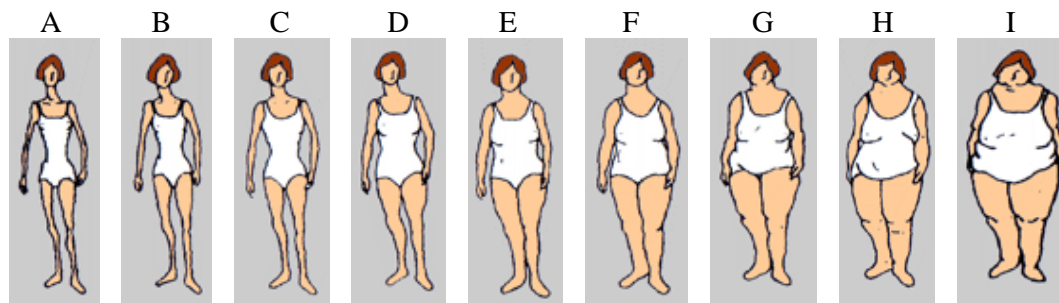
19. Představte si, že byste přibrala 10kg. Napište, co by to pro Vás znamenalo?.....

.....

20. Zakroužkuj te, 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. Držela jste někdy dietu: a) ano b) ne

24. Trpíte/trpěla jste někdy poruchou příjmu potravy (anorexie, bulimie)? 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. V kolika letech se u Vás objevila nadváha/obezita?

28. Jak vnímáte obezitu/nadváhu: a) jako nemoc b) kosmetický defekt c) jinak.....

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

Příloha č. 6

DOTAZNÍK - NÁHODNĚ VYBRANÉ ŽENY

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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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	dobry	ani dobry ani špatny	spíše špatny	velmi špatny

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 (zakroužkuj te 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. Zakroužkuj te, 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. Zakroužkuj te, 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

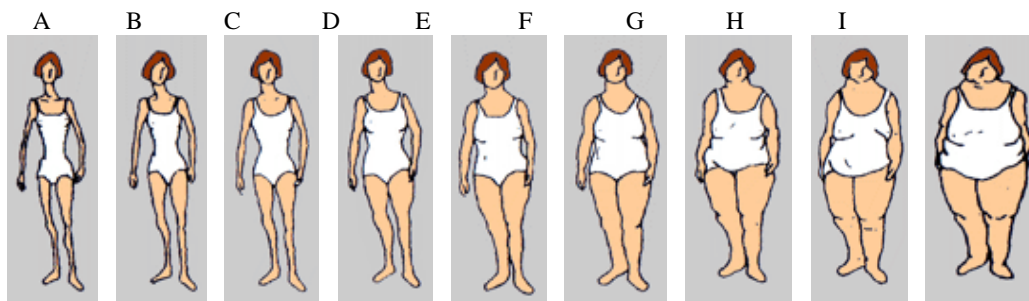
i) užívat projímadla

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. 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. 7

Kontingenční tabulky k hypotéze č. 1

Význam vzhledu

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	Ano	77	93
	Ne	5	27
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,830 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	8,638	1	,003		
Likelihood Ratio	10,941	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	9,782	1	,002		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Hodnocení vlastního vzhledu

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	Výborný	0	3
	Dobrý	28	60
	Ani dobrý/špatný	34	46
	Spíše špatný	15	9
	Velmi špatný	5	2
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,517 ^a	4	,014
Likelihood Ratio	13,526	4	,009
Linear-by-Linear Association	11,773	1	,001
N of Valid Cases	202		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

Vliv médií

		PPP a 0bézní	Zdravá populace
Valid	Ano	60	64
	Ne	22	56
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,087 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	7,272	1	,007		
Likelihood Ratio	8,267	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,003
Linear-by-Linear Association	8,047	1	,005		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,66.

b. Computed only for a 2x2 table

Potřeba zhubnout

		PPP a 0bézní	Zdravá populace
Valid	Ano	76	71
	Ne	6	49
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,617 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	25,951	1	,000		
Likelihood Ratio	31,318	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	27,480	1	,000		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Hodnota vzhledu

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1,0	3	0
	2,0	3	0
	3,0	4	2
	4,0	17	12
	5,0	32	38
	6,0	32	68
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,338 ^a	5	,000
Likelihood Ratio	29,233	5	,000
Linear-by-Linear Association	25,431	1	,000
N of Valid Cases	202		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

Držení přísné diety jako vhodný způsob hubnutí

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	Ano	20	4
	Ne	62	116
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,630 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,668	1	,000		
Likelihood Ratio	21,096	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	20,528	1	,000		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Hodnocení paží

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	7	23
	2	22	48
	3	24	35
	4	22	11
	5	7	3
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,448 ^a	5	,002
Likelihood Ratio	19,900	5	,001
Linear-by-Linear Association	17,485	1	,000
N of Valid Cases	202		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Hodnocení prsou

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	6	18
	2	29	44
	3	21	38
	4	11	17
	5	15	3
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,709 ^a	4	,002
Likelihood Ratio	17,189	4	,002
Linear-by-Linear Association	8,735	1	,003
N of Valid Cases	202		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,31.

Hodnocení břicha

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	1	14
	2	2	34
	3	22	35
	4	28	26
	5	29	11
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,305 ^a		,000
Likelihood Ratio	52,177		,000
Linear-by-Linear Association	42,525		,000
N of Valid Cases	202		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,09.

Hodnocení boků

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	0	12
	2	3	41
	3	24	33
	3	24	21
	5	31	13
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,366 ^a		,000
Likelihood Ratio	57,748		,000
Linear-by-Linear Association	45,278		,000
N of Valid Cases	202		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,87.

Hodnocení hýždí

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	0	11
	2	7	40
	3	21	34
	3	26	18
	5	28	17
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,494 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	40,934	4	,000
Linear-by-Linear Association	33,159	1	,000
N of Valid Cases	202		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,47.

Hodnocení stehén

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1	0	11
	2	4	39
	3	14	33
	3	28	19
	5	36	18
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,496 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	56,809	4	,000
Linear-by-Linear Association	47,082	1	,000
N of Valid Cases	202		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,47.

Držení diety

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	Ano	79	64
	Ne	3	56
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	43,577 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	41,522	1	,000		
Likelihood Ratio	52,458	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	43,361	1	,000		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Další statisticky významné rozdíly:

Hodnota vzdělání

		PPP a Obézní	Zdravá populace
Valid	1,0	0	0
	2,0	2	4
	3,0	11	18
	4,0	27	68
	5,0	20	24
	6,0	22	6
Total		82	120

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,231 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	23,568	4	,000
Linear-by-Linear Association	13,501	1	,000
N of Valid Cases	202		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,44.

Kontingenční tabulky související s hypotézou č. 3

Čas věnovaný vzhledu

		Populace PPP	Populace oběžní
Valid	Méně než hodinu	9	37
	Více než hodinu	23	11
	Vůbec	0	2
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,306 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	21,409	2	,000
Linear-by-Linear Association	11,363	1	,001
N of Valid Cases	82		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

Potřeba zhubnout

		Populace PPP	Populace oběžní
Valid	Ano	26	50
	Ne	6	0
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,115 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	7,539	1	,006		
Likelihood Ratio	12,044	1	,001		
Fisher's Exact Test				,003	,003
Linear-by-Linear Association	9,992	1	,002		
N of Valid Cases	82				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Frekvence vážení

		Populace PPP	Populace obézní
Valid	Méně než 1x měsíčně	0	6
	1x měsíčně	2	6
	2x měsíčně	0	1
	1x týdně	3	11
	2x týdně	7	9
	1x denně	9	10
	Víc než 1x denně	8	0
	Nevážím se	3	7
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,511	7	0,004
Likelihood Ratio	25,712	7	0,000
Linear-by-Linear Association	7,688	1	0,005
N of Valid Cases	82		

a. 2 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39.

Hodnota vzhledu

		Populace PPP	Populace obézní
Valid	1,0	3	0
	2,0	4	0
	3,0	2	2
	4,0	10	7
	5,0	9	23
	6,0	4	18
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,555 ^a	5	,002
Likelihood Ratio	22,226	5	,000
Linear-by-Linear Association	17,565	1	,000
N of Valid Cases	82		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,17.

Držení přísné diety jako vhodný způsob hubnutí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Ano	14	6
	Ne	18	44
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,666 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,014	1	,003		
Likelihood Ratio	10,555	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	10,536	1	,001		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Zvracení jako vhodný způsob hubnutí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Ano	9	0
	Ne	23	50
Total		32	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,796 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	13,049	1	,000		
Likelihood Ratio	18,721	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,604	1	,000		
N of Valid Cases	82				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Jíst pětkrát denně malé porce jako vhodný způsob hubnutí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Ano	16	44
	Ne	16	6
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,352 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,482	1	,000		
Likelihood Ratio	14,321	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,177	1	,000		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Volně prodejný přípravek na hubnutí jako vhodný způsob hubnutí

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Ano	8	2
	Ne	24	48
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,036 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	6,194	1	,013		
Likelihood Ratio	8,026	1	,005		
Fisher's Exact Test				,012	,007
Linear-by-Linear Association	7,938	1	,005		
N of Valid Cases	82				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Další statisticky významné rozdíly:

Vztah s rodiči

		Populace PPP	Populace obézní
Valid	Výborný	8	33
	Dobrý	10	16
	Ani dobrý/špatný	9	1
	Spíš špatný	3	0
	Velmi špatný	2	0
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,296 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	28,072	4	,000
Linear-by-Linear Association	22,586	1	,000
N of Valid Cases	82		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

Společný oběd

		Populace PPP	Populace Obézní
Valid	Ano	4	30
	Ne	28	20
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18,138 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	16,234	1	,000		
Likelihood Ratio	19,860	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	17,917	1	,000		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Absence společného stravování

		Populace PPP	Populace Obězní
Valid	Ano	18	4
	Ne	14	46
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,140 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	20,747	1	,000		
Likelihood Ratio	23,638	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	22,857	1	,000		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Hodnota zdraví

		Populace PPP	Populace obězní
Valid	1,0	16	44
	2,0	4	3
	3,0	4	3
	4,0	5	0
	5,0	3	0
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,282 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	20,981	4	,000
Linear-by-Linear Association	17,070	1	,000
N of Valid Cases	82		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,17.

Současná postava

		Populace PPP	Populace obézní
Valid	B	3	0
	C	1	0
	D	7	5
	E	11	12
	F	6	15
	G	3	11
	H	0	4
	I	1	3
	Total		32

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,555 ^a	7	,042
Likelihood Ratio	17,376	7	,015
Linear-by-Linear Association	11,982	1	,000
N of Valid Cases	82		

a. 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39.

Postava dle okolí

		Populace PPP	Populace obézní
Valid	A	1	0
	B	3	0
	C	2	2
	D	9	8
	E	10	12
	F	3	10
	G	2	12
	H	1	4
	I	1	2
Total		32	50

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,009 ^a	8	,081
Likelihood Ratio	15,971	8	,042
Linear-by-Linear Association	10,277	1	,001
N of Valid Cases	82		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39.

Příloha č. 8

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