

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ



PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI ANOREXIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

Autorka:

Eva Hájková

Brno 2012

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

Ve Znojmě dne 3.prosince 2012

.....

Eva Hájková

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Alici Prokopové, za odborné rady a cenné připomínky, které mi v průběhu zpracování této práce poskytla.

Děkuji také všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumu.

Zvláštní poděkování náleží mým rodičům za trpělivost a podporu během celého mého studia.

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část	7
1. Charakteristika a historie poruch příjmu potravy.....	7
1.1 Vymezení a charakteristika PPP	7
1.2 Historie PPP	13
1.3 BMI	16
2. Determinanty podílející se na vzniku mentální anorexie.....	18
2.1 Biologické faktory.....	19
2.2 Psychologické faktory	21
2.3 Kulturní a sociální faktory	26
3. Projevy a následky mentální anorexie.....	28
3.1 Rizikové skupiny.....	28
3.2 Symptomy mentální anorexie	29
3.3 Zdravotní komplikace a následky	29
3.4 Psychické projevy a následky	31
4. Léčba, terapie	32
4.1 Možnosti léčby	32
5. Anorexie ve skutečném životě	35
II. Praktická část	39
1. Příprava výzkumu	39
1.1 Cíl práce a stanovení hypotéz	39
1.2 Výzkumná metoda	39
1.3 Výzkumný vzorek	40
2. Provedení výzkumu.....	41
2.1 Výsledky výzkumu	41
Závěr.....	75
Bibliografický záznam	77
Resumé	77
Klíčová slova	77
Keywords	77
Anotace.....	78
Seznam literatury	79
Přílohy	83

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila problematiku anorexie, konkrétně psychologické souvislosti anorexie. Toto onemocnění patří do kategorie poruch příjmu potravy, které jsou celosvětovým problémem. Téma jsem si zvolila právě pro jeho aktuálnost a závažnost.

Mentální anorexie je onemocnění, které má nejen vážný průběh, ale také dopady, které jsou markantní nejen pro nemocného, ale také pro jeho okolí. Jak uvádí Papežová (2010, s. 26), tato problematika poruch příjmu potravy je v České republice srovnatelná se zeměmi západní Evropy a dokonce i se Spojenými státy americkými, kdy se u žen pohybuje prevalence v rozmezí 0,5% - 2,2%.

Většinou za tímto onemocněním stojí pomyslný „ideál krásy“ a jeho vliv na dnešní společnost. Setkáváme se s ním denně, všude nás obklopují billboardy, ze kterých se na nás usmívají štíhlé modelky propagující určitý výrobek, denně tyto modelky potkáváme také v časopisech či novinách, ale převážně v televizních reklamách či seriálech. Jsou mladé, krásné a štíhlé, někdy však až nezdravě štíhlé, avšak právě tyto ženy dnes tvoří idoly mnohých dívek a mladých žen, které se jim chtějí co nejvíce podobat a nutí také muže o nich snít a toužit po nich. Dívky či ženy se tak začínají příliš zabírat tím, jak vypadají, začínají se sledovat a touží být štíhlejší a krásnější. Avšak z této touhy se mnohdy stává boj o život. K vysněné štíhlosti si mnohdy dívky pomáhají různými redukčními přípravky, tráví hodiny úmorným cvičením a drží drastické diety, které končí i tím, že nakonec přestanou jíst úplně. Vyčítají si každé sousto, vidí na sobě každé deko a nejsou se sebou nikdy spokojeny.

Mnohdy je však toto smrtelné onemocnění velmi podceňováno. Statistiky jsou bohužel neúprosné, Krch (1999, s. 95) odhaduje celkový počet úmrtí až na 18%, Ladishová (2006) poté uvádí celkovou mortalitu 5% - 20%. Mentální anorexie je tak řazena mezi nejzávažnější onemocnění postihující převážně dospívající dívky a mladé ženy.

Co se konkrétně skrývá za touto nemocí, jak vzniká a jaké jsou její následky? Je možné nemocné léčit? Jaké projevy nemoc doprovází? Na všechny tyto otázky se budu snažit odpovědět ve své práci.

Tato práce má část teoretickou a část praktickou, jejíž součástí je vlastní výzkum. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole jsou charakterizovány PPP a historie jejich vzniku. Dále je zde charakterizován index BMI a vysvětleno správné zacházení s tímto indexem. Druhá kapitola pojednává o mentální anorexii a determinantech, které se na jejím vzniku podílí. Největší část je věnována psychologickým faktorům, protože práce se zabývá hlavně psychologickými souvislostmi mentální anorexie. Biologické, sociální a kulturní faktory jsou zmíněny spíše okrajově. Třetí kapitola se zabývá projevy a následky mentální anorexie. Jsou zde zmíněny rizikové skupiny, které jsou náchylnější k PPP a také symptomy, podle kterých se může mentální anorexie rozpoznat. Jedna z podkapitol se věnuje také zdravotním komplikacím a následkům. Poslední podkapitola se zabývá psychickými projevy a následky, které jsou s mentální anorexií spojeny. Čtvrtá kapitola se zabývá možnostmi léčby a terapie, které jsou zde ve zkratce nastíněny. Závěrečná pátá kapitola představuje mentální anorexii v praxi, tedy je věnována případu jedné dívky, která mentální anorexií dříve trpěla.

Praktickou část tvoří interpretace vlastního výzkumného šetření, tedy konkrétně cíl práce, hypotézy, výzkumná metoda a vzorek. Následuje interpretace výsledků výzkumného šetření a diskuse nad výsledky výzkumného šetření.

Celá práce je poté zakončena závěrem, který je doplněn o návrhy na zlepšení celkové situace z hlediska informovanosti širší veřejnosti o dané problematice.

I. Teoretická část

1. Charakteristika a historie poruch příjmu potravy

1.1 Vymezení a charakteristika PPP

Co je to PPP? Pokud se podíváme do psychologického slovníku, nalezneme následující odkaz: **Porucha příjmu jídla** (eating disorder) termín dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize); v praxi častější, ne zcela přesný termín porucha příjmu potravy, zkr. PPP; závislost na jídle; používání jídla k řešení emocionálních problémů; myšlenky a starosti spojené s jídlem, popř. dietou a tělesnou hmotností se staly důležitější než všechno ostatní; jde o pravé návykové jednání provázené chorobnými vlastnostmi, které vyžadují léčbu; poruchou příjmu potravy trpí především dívky a ženy, zhruba 90 % postižených je ve věkové skupině 15 – 55 let, muži jsou zastoupeni pouze 5 %; nejčastěji způsobovány nerozumným hubnutím.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 432).

„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí.“ (Krch, 2005, s. 13)

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), na níž se podílí Světová zdravotnická organizace (WHO) a řada dalších odborníků, uvádí poruchy příjmu potravy (F 50) v kapitole syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F 50 – F 59). Jsou jimi:

- F 50.0 Mentální anorexie
- F 50.1 Atypická mentální anorexie
- F 50.2 Mentální bulimie

- F 50.3 Atypická mentální bulimie
- F 50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami
- F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- F 50.8 Jiné poruchy příjmu potravy
- F 50.9 Porucha příjmu potravy NS

Nejčastějšími formami onemocnění PPP jsou mentální anorexie a mentální bulimie, které spojuje strach z tloušťky a nepřetržité sledování tělesné hmotnosti a celkového vzhledu. Krch a Marádová (2003) uvádí skutečnost, že PPP v České republice postihují častěji dívky než chlapce a to dokonce desetkrát až dvacetkrát. Mentální bulimií trpí téměř každá dvacátá dospívající dívka (což je 4 – 6%), mentální anorexií trpí zhruba 1%. Mnohdy však obě tato onemocnění přechází jedno v druhé. Hort (2002) či Cooper (1995) tvrdí, že až 50% nemocných mentální anorexií přechází do onemocnění mentální bulimie a zhruba 50% pacientek s mentální bulimií uvádí zkušenost s mentální anorexií.

Některá fakta o onemocnění mentální anorexií či mentální bulimií jsou až zarážející. Krch (2005) a Benešová s Mičovou (2003) uvádí, že nejrizikovější je pro mentální anorexii období adolescence, případně staršího školního věku (13 - 20 let), pro onemocnění mentální bulimií je to období 16- 25 let. Úplné vyléčení u mentální bulimie je zhruba 60%, u mentální anorexie pak 50%. 20% nemocných však přechází do chronického onemocnění. Mortalita u mentální anorexie je 2 – 8%, u mentální bulimie je to 0 – 2%.

1.1.1 Definice mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Osoby trpící mentální anorexií neodmítají potravu proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím, tloušťce.“ (Krch, 2002, s. 23)

„Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu.

Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.¹

„Narušení představy vlastního těla je důležitým základem této choroby, hladovění je důsledkem“ (Fraňková, S., Dvořáková – Janů, V., 2003, s. 199).

Obecně tedy nemocné provází strach z tloušťky na každém kroku, myslí si o sobě, že jsou tlustí, ale ve skutečnosti tomu tak vůbec není. Drží různé diety, hladovky, přehnaně cvičí či užívají redukční prostředky.

Krch (2002) uvádí, že dnešní doba je typická tím, že média ovlivňují životy lidí, tedy většina žen drží nějakou dietu, avšak ženy většinou nemají představu o tom, kolik by ve skutečnosti měly vážit.

Kritéria DSM-IV Americké psychiatrické asociace i MKN 10 (mentální anorexie F50.0) lze shrnout do tří základních znaků (Černá, R. [online]):

- ✚ aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti - tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň nebo je BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. (Body Mass Index = index tělesné hmotnosti, definoval Belgičan Quetelet, BMI neodráží přesně podíl tuku a beztukové hmoty, při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší lidé více tuku než lidé mladší.)
- ✚ strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost - narušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti
- ✚ amenorea u žen - poruchy menstruace spojené s dysfunkcí hypothalamu, jakmile se normalizuje tělesná hmotnost, menstruace se ve většině případů objeví

Krch (2005) uvádí specifické typy mentální anorexie, kdy se jedná o typ restriktivní (nebulimický) a typ purgativní (bulimický). Restriktivní typ se vyznačuje tím, že u pacientů nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Oproti tomu v průběhu purgativního typu k opakovaným záchvatům přejídání dochází.

„Někdy porucha začíná tak, že dívka s normální tělesnou hmotností přibere, propadne panice a snaží se zhubnout. Zatímco shazuje to, co přibrala, začne věnovat přemrštěnou pozornost dietám, hubnutí a svému vzhledu. Nepřestane s dietou ani tehdy, kdy dosáhne své původní váhy...“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 60).

¹ Zdroj: MKN-10

Nemocní nejprve změni obsah svého jídelníčku, tedy vynechají jídla, která považují za nezdravá či kalorická, nakonec už jí pouze jídla dietní či „light“. Jí méně, přestávají snídat a večeřet, nakonec vynechávají i hlavní jídla, což si mnohdy obhajují tím, že zkrátka nemají čas nebo nemají hlad. „Mnozí lidé se domnívají, že anorektičky přestaly jíst, protože ztratily chuť k jídlu. Skutečnost je ale taková, že trpí obrovským hladem, jen si zvyknou snášet jej.“ (Ladishová, 2006, s. 68). Jídlo, které se rozhodnou sníst, žvýkají déle než je obvyklé a jedí pouze malé kousky. Dalším projevem mentální anorexie je neustále pozorování sebe sama v zrcadle a neustálé kontrolování tělesné hmotnosti.

1.1.2 Definice mentální bulimie

„Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie, trvající od několika měsíců po několik let.“²

Marádová (2007, s. 8) uvádí nejčastější znaky, podle kterých můžeme mentální bulimii u pacientů odhalit:

- ✚ Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu tří měsíců), po nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.
- ✚ Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- ✚ Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů:
 - ✚ vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- ✚ Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování v jídle.

² Zdroj: MKN-10

Krch (2005) uvádí dva specifické typy mentální bulimie, konkrétně se jedná o typ purgativní a typ nepurgativní. Purgativní typ se vyznačuje tím, že pacient pravidelně vyvolává zvracení a užívá diuretika, léky či projímadla, aby zamezil přibývání tělesné hmotnosti. Pro nepurgativní typ je typické, že pacient zvracení nevyvolává a neužívá ani léky či diuretika, ale zamezuje zvyšování tělesné hmotnosti přísnými dietami, nadměrným fyzickým cvičením či hladovkami.

„Mentální bulimie je méně zjevná, protože osoby, které jí trpí, mají zpravidla normální, ba i vyšší hmotnost. Může však být rovněž smrtelná“ (Ladishová, 2006, s. 34).

1.1.3 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Krch (2008, s. 23) uvádí rozdíly a srovnání specifik onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií.

Tabulka 1: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60 - 100%, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10 - 30 %
Navozené zvracení	15 - 30 %	75 - 90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátek obtíží	13 - 20 rok, výjimečně později	14 - 30 rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných ženy: muži	(10 - 15):1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15 až 30 let)	0,5 - 0,8 %	2,5 - 6 %
Deprese	10 - 60 %	20 - 90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Významné zlepšení	20 - 75 %	60 - 85 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

1.1.4 Další PPP

Kromě mentální anorexie a mentální bulimie existuje řada dalších PPP, které jsou však méně známé. Ve zkratce je v této podkapitole charakterizují.

Atypická mentální anorexie (F50.1)

„Poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopравňuje k této diagnóze. Například některý z klíčových příznaků jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea nejsou přítomny, ale je výrazný váhový úbytek a chování, směřující k redukci váhy. Tato diagnóza by neměla být použita, pokud má pacient nějakou somatickou chorobu spojenou s hubnutím.“³

Atypická mentální bulimie (F50.3)

„Poruchy splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu. Například, mohou být recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy, nebo mohou být nepřítomny typické příznaky zvýšeného zájmu vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla.“⁴

Záchvatovité přejídání (BED, binge eating syndrom)

„Nemoc postihuje obě pohlaví a může se rozvinout od dospívání v podstatě v jakémkoliv věku. Častou příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Častým důsledkem pak bývá přibírání na váze, deprese, nespokojenost se sebou samým.“ (Mikuličková, I. [online], 2009). Je zkonsumováno velké množství jídla, kdy konzumace je provázena subjektivním pocitem ztráty sebekontroly. (Cooper 1995, s. 20)

Syndrom nočního přejídání

„Opakované nutkavé přejídání se v noci, které se podobá záchvatům bulimiček. Jsou-li tyto situace výjimečné, nepředstavují okamžité riziko. Avšak jedná-li se o pravidelný jev, jde o spánkovou poruchu vyvolanou vnějšími vlivy. Objevuje se u lidí s normální váhou, ale vede k obezitě. Častěji touto poruchou trpí úzkostlivější a depresivnější lidé.“ (Mikuličková, I. [online], 2009).

³ Zdroj: MKN-10

⁴ Zdroj: MKN-10

Orthorexie

„Orthorexie je patologická posedlost zdravou výživou, slovo se skládá ze dvou řeckých slov: „orthos“ - správný a „orexis“ - chuť. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z „nezdravého“ jídla, zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání a i to postupně přestává být dost zdravé, tedy bezpečné. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou.“ (Kulhánek, J. [online]).

Bigorexie

„Bigorexie se naopak týká převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí.“ (Kulhánek, J. [online]).

Drunkorexie

„Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, zejména „tvrdý“, je poměrně kalorický, opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.“ (Kulhánek, J. [online]).

1.2 Historie PPP

Všechny věci či jevy mají svoji historii, poruchy příjmu potravy nejsou výjimkou. I když by se mnohým zdálo, že historie PPP nesahá příliš daleko a jedná se o jev nynější doby, pravda je jiná. „Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání sníženého množství stravy nebo modifikovaných diet bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky.“ (Navrátilová, M.; Češková, E.; Sobotka, L. [online]. ©2000).

V následujících odrážkách uvádím některé důležité okamžiky z historie PPP (Navrátilová, M.; Češková, E.; Sobotka, L. [online]. ©2000).

- ✚ **2. století:** Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie
- ✚ **12. - 15. století:** ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice, sebetřýzní odčiňují své hříchy a osvobozují duši. Z dějin křesťanské církve můžeme zmínit například svatou Kateřinu Sienskou. (Speciani, Speciani 2009, s. 18)
- ✚ **16. století:** tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za "posedlé d'áblem" a jsou pronásledovány církví, arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání;
- ✚ **1694:** britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii;



Obrázek 1: Richard Morton

- ✚ **1874:** William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o "apepsia hysterica";
- ✚ **1873:** Charles Lasèque definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost; Gull i Lasèque mezi příznaky uvedli například velký úbytek hmotnosti, zácpu, neklid nebo nepřítomnost jakýchkoli známek organické etiologie, což jsou příznaky platné dodnes. (Papežová, 2010, s. 21)
- ✚ **1883:** Gilles de la Tourette, rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii;
- ✚ **1884:** Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie;
- ✚ **1890:** spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum";
- ✚ **1908:** P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky;
- ✚ **1917:** Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín „kalorie“, který byl dříve znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety;

- ✚ **1930:** přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety, zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity);
- ✚ **1950:** Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění;⁵
- ✚ **1962:** Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, častý výskyt PPP u modelek, baletek, v New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením, publikovány výsledky prvních epidemiologických studií;
- ✚ **1967:** Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a 170 cm;



Obrázek 2: Twiggy

- ✚ **1970:** S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky;
- ✚ **1979:** G. Russell a termín „bulimia nervosa“, vznik prvních speciálních zařízení pro poruchy příjmu potravy;
- ✚ **1980:** vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie;
- ✚ **1981:** M. C. Brotman a G. Humprey přednášejí referát o mentální bulimii - zneužívání ipecacuanhy (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly, objevuje se periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie;
- ✚ **1983:** R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP;
- ✚ **1986:** až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii;

⁵ Experiment byl prováděn na zdravých a mladých mužích, kteří šest měsíců přijímali polovinu obvyklého množství potravy. Jejich hmotnost klesla v průměru o 25%. Výzkum prokázal změny, které byly patrné i v následné rehabilitaci, která trvala další tři měsíce. Jednalo se o změny psychické, fyzické i sociální. Muži se bavili hlavně o jídle, vzrostl výskyt deprese, hysterie či hypochondrie. Účastníci výzkumu se z kamarádské povahy dostali do izolovanosti od okolí, trpěli úzkostmi a zlostnými výbuchy, byli unavení, slabí a někdy i apatičtí. Trpěli poruchami trávení, bolestmi hlavy, vypadáváním vlasů, přecitlivělostí na světlo a zvuk, zvýšenou citlivostí na chlad apod. Můžeme se tedy domnívat, že změny (ať už psychické či sociální), které mentální anorexii doprovázejí, jsou následkem hladovění. (Krch, 2002, s. 47 – 52)

- 🌈 **1987:** WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace, Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence PPP;
- 🌈 **1990 - dosud:** - preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifik PPP.
- 🌈 **2007** - Kampaň „NO – ANOREXIA“ (Isabelle Caro [online]), jejíž tváří je francouzská modelka Isabelle Caro (12. září 1982 – 17. listopadu 2010), která trpěla mentální anorexií již od 13 let.



Obrázek 3: Kampaň „NO ANOREXIA“

1.3 BMI

„Zkratka BMI (Body mass index) označuje index tělesné hmotnosti a používá se jako měřítko obezity. Tento index se vypočítá vydělením tělesné hmotnosti v kilogramech výšky daného člověka umocněné na druhou. BMI tak umožňuje statisticky porovnat různě vysoké lidi.“ (Co je BMI? [online]). Hodnoty BMI mají spíše informativní charakter, při výpočtu je zohledněna pouze hmotnost a výška, nikoli celková stavba těla, četnost svalstva a podobně. Spolehlivost BMI, někdy označovaného jako Queteletův index hmoty těla, je snížena například u aktivních sportovců, těhotných či kojících žen, dětí nebo starších osob.

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

Rovnice 1: Výpočet BMI

Tabulka 2: BMI dospělých osob (Jaká je vlastně ideální hmotnost? Co je to bmi? Co je „teorie kritického bodu? [online]).

BMI Ženy	BMI Muži	Kategorie	Zdravotní rizika
Méně než 19	Méně než 20	Podváha	Vysoká
19 – 23,9	20 – 24,9	Norma	Minimální
24 – 28,9	25 – 29,9	Nadváha	Nízká až lehce vyšší
29 – 33,9	30 – 34,9	Obezita 1. stupně	Zvýšená
34 – 38,9	35 – 39,9	Obezita 2. stupně (závažná)	Vysoká
39 a více	40 a více	Obezita 3. stupně (těžká)	Velmi vysoká

„**POZOR!!** Jestliže vám ale není ještě 18 let, není pro vás ani BMI vhodným měřítkem. V tomto věku totiž tělo teprve roste a vyvíjí se, všechno se neustále mění. V tuto dobu je tedy ještě příliš brzy, abyste si lámali hlavu s tím, kolik vážíte. Nejlepší bude, když tyto starosti na pár let odložíte a budete si jednoduše užívat života.“ (Jaká je vlastně ideální hmotnost? Co je to bmi? Co je „teorie kritického bodu? [online]).

Tabulka 3: Průměrná doporučená normální tělesná hmotnost a odpovídající hodnota BMI pro děti (Fořt, 2004, s.99)

Věk	Tělesná hmotnost		BMI	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
1 rok	10	9	15, 9 - 17, 8	15, 5 - 17, 3
2 roky	12, 5	12	15, 3 - 17, 0	15, 1 - 16, 9
3 roky	14, 5	14	14, 8 - 16, 6	14, 6 - 16, 6
4 roky	17	16	14, 6 - 16, 5	14, 4 - 16, 4
5 let	19	19	14, 5 - 16, 5	14, 4 - 16, 5
6 let	21, 5	21	14, 5 - 16, 6	14, 4 - 16, 6
7 let	24	24	14, 6 - 16, 9	14, 5 - 16, 9
8 let	27	27	14, 9 - 17, 4	14, 9 - 17, 4
9 let	30, 5	30	15, 2 - 18, 0	15, 2 - 18, 1
10 let	34	34	15, 6 - 18, 6	15, 5 - 18, 7

11 let	37	38	16, 0 - 19, 2	16, 0 - 19, 4
12 let	42	43	16, 5 - 19, 9	16, 6 - 20, 2
13 let	47	48	17, 1 - 20, 6	17, 3 - 21, 0
14 let	54	53	17, 7 - 21, 3	18, 0 - 21, 7
15 let	60	56	18, 3 - 22, 0	18, 5 - 22, 3
16 let	64	57	18, 8 - 22, 6	19, 0 - 22, 7
17 let	68	58	19, 4 - 23, 1	19, 3 - 23, 0
18 let	70	59	19, 9 - 23, 6	19, 6 - 23, 2

2. Determinanty podílející se na vzniku mentální anorexie

Mentální anorexie je nemoc, na níž se podílí mnoho faktorů, můžeme ji tedy označit za multifaktoriální. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální. Na toto téma existuje mnoho hypotéz, teorií nebo studií. „Většina autorů však dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio – psycho – sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.“ (Krch, 2005, s. 57). „Mezi výzkumnými a klinickými pracovníky, kteří mají dlouhodobou zkušenost s poruchami příjmu potravy, dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže.“ (Krch, 1999, s. 57). Mnoho autorů má své dělení příčin PPP.

František David Krch (2005) řadí mezi příčiny PPP následující faktory:

-  sociální a kulturní faktory
-  biologické faktory
-  životní události
-  rodinné a genetické faktory
-  emocionální faktory
-  osobnost a další psychické charakteristiky
-  závislost na psychoaktivních látkách

Jana Sladká-Ševčíková (2004) dělí tyto faktory následovně:

✚ Biologické faktory:

- ✚ ženské pohlaví
- ✚ tělesná hmotnost
- ✚ menstruační cyklus
- ✚ puberta

✚ Psychologické faktory:

- ✚ životní události
- ✚ rodinné faktory
- ✚ osobnost a další psychické charakteristiky
- ✚ emocionální faktory
- ✚ závislost na psychoaktivních látkách
- ✚ somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti

✚ Sociální a kulturní faktory:

- ✚ vliv médií
- ✚ komerční reklama
- ✚ módní ideál
- ✚ dietující chování obecně
- ✚ uměle vytvořený ideál ženské krásy
- ✚ sociální diskriminace ne-štíhlých podle umělých ideálů

2.1 Biologické faktory

2.1.1 Ženské pohlaví

„Jedním nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Stačí být ženou a riziko vzniku mentální anorexie je desetkrát vyšší.“ (Krčh, 2008, s. 44).

Výzkumy prokazují, že většina žen je nespokojena s tím, jak vypadá. Mají vysněné ideální tělo, které se však většinou neshoduje s jejich aktuálním tělem. Je to také ovlivněno společenským měřítkem krásy, kdy je ženské tělo hodnoceno mnohem přísněji než tělo mužské. Ženy touží být štíhlé a krásné, muži zase silní a s velkým

množstvím svalové hmoty. Je však biologicky dáno, že ženy mají větší sklony k tloustnutí a během období dospívání se jim mnohonásobně zvyšují tukové zásoby než je tomu u mužů.

2.1.2 Tělesná hmotnost

Jak již bylo řečeno dříve, tělesná hmotnost je jednou z nejdůležitějších a nejsledovanějších věcí v životě pacientů s poruchami příjmu potravy. Existuje zde přímá úměra mezi hmotností a nespokojeností, tedy čím je hmotnost vyšší, tím je nespokojenost vyšší. Čím je vyšší nespokojenost, tím je vyšší riziko redukčních opatření, jako jsou diety a podobně. U žen se tělesný tuk ukládá nerovnoměrně v rizikových oblastech, jako jsou boky, stehna a hýždě, největší riziko PPP je u žen, které mají nejvíce tuku uloženo právě v těchto partiích. Největší nárůst tělesné hmotnosti je v období dospívání nebo těhotenství.

2.1.3 Menstruační cyklus

Krch (2005) uvádí, že bulimické záchvaty se zvyšují pět dní před menstruačním cyklem a poté se opět vrací do „normálu“. Je to právě díky hormonálním změnám a premenstruačnímu syndromu, které se u dívek objevují. V praxi jsme se setkali s několika pacientkami, které připisovaly počátky svých obtíží zvýšení tělesné hmotnosti v souvislosti s hormonální antikoncepcí.“ (Krch, 1999, s. 63). Odborníci se však nemohou shodnout v problematice anorexie a jejího vlivu na menstruační cyklus, tedy zda ztráta vzniká až v souvislosti s úbytkem hmotnosti, nebo mentální anorexií předchází.

2.1.4 Puberta

Puberta a období dospívání jsou rizikovými faktory pro vznik PPP. Krch (2005) uvádí, že se jedná o období, kdy dívky velmi rychle rostou a jejich tělo prochází proporčními změnami díky nárůstu tělesné hmotnosti a tělesného tuku. Vyvíjí se poprsí, nastupuje menstruační cyklus aj. Dívky si uvědomují rozdíly mezi sebou a svými vrstevnicemi. Dokonce už dívky ve dvanácti letech řeší tělesnou hmotnost a mají obavu

z nadváhy, v ojedinělých případech se tato skutečnost objevila už i u sedmiletých. Období dospívání je obdobím, kdy se dívky chtějí líbit opačnému pohlaví, chtějí být pro své okolí oblíbené a hodně dají na názory ostatních, jejich sebevědomí značně kolísá a neustále se s někým srovnávají. Dochází k uvědomování si sebe sama a častému podceňování z důvodu nižšího sebevědomí. Přehnaná sebekritika může vést k nástupu depresí a v konečné fázi k dietám, hladovění a nakonec k PPP.

2.2 Psychologické faktory

2.2.1 Životní události

Spouštěčem PPP je v mnoha případech nějaká životní událost, které nemocného postihne. PPP pak může představovat jakýsi únik před danou situací nebo způsob vyrovnání se se situací. Krch (2008) udává, že vznik poruchy dávají do souvislosti s životní událostí až dvě třetiny dívek, které trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií. Mezi nejčastější významné životní události tohoto druhu patří podle Krcha (2005):

- ✚ narážky na tloušťku a tělesný vzhled
- ✚ nepřijetí v kolektivu a problémy s vrstevníky
- ✚ sexuální zneužití nebo jiné konflikty (např. přepadení) - „Ve srovnání s obecnou populací žen bývá poměr zneužití u pacientek s poruchami příjmu potravy vyšší. U bulimických pacientek bývá poměr pohlavního zneužití vyšší než u pacientek s mentální anorexií.“ (Krch, 2005, s. 105)
- ✚ významná životní změna (např. těhotenství)
- ✚ osobní nezdar nebo nemoc
- ✚ narušené vztahy v rodině nebo odloučení od rodiny

Papežová (2010) uvádí, že možnou příčinou může být i nezvládnutí vyrovnat se s vlastním přílišným úspěchem.

Krch (2008) však dodává, že relativita či objektivita těchto údajných spouštěčů je sporná, protože je to „pouze“ názor nemocného nebo názor jeho rodiny.

Známa je také Holmes-Rahova stupnice. Jedná se o stupnici amerických lékařů (T.H.Holmes a R.H.Rahe) obsahující 41 životních událostí, pozitivních i negativních. Každá životní událost má přidělen počet bodů, který udává, do jaké míry je obtížné adaptování na situaci a následné vypořádání se s danou situací. Podstatou je sečtení všech bodů u událostí, které člověka v uplynulém roce potkaly. Pokud je výsledný součet vyšší než 300, udávají autoři, že riziko podlehnutí organismu je značné. Pokud je součet nižší než 150, mělo by být vše v pořádku. Avšak i toto je sporné, protože každý jedinec je individuální a různě odolný na stres. Tabulku příkládám hlavně kvůli nastínění dalších možných životních událostí.

Tabulka 4: Holmes-Rahova stupnice (Stres - noční můra, kterou lze překonat [online], 2010)

Životní událost	Body rizika	Životní událost	Body rizika	Životní událost	Body rizika
Úmrtí partnera	100	Změny v zaměstnání	39	Změna bydliště	20
Rozvod	73	Změny ve finanční situaci	38	Změna školy	20
Odluka	65	Více hádek s partnerem	35	Změna způsobu trávení volného času	19
Uvěznění	63	Větší hypotéka	32	Změna v náboženských aktivitách	19
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	Propadnutí věci sloužící jako záruka na půjčku	30	Změna ve společenských aktivitách	18
Osobní zranění nebo onemocnění	53	Změna pracovní náplně	29	Menší hypotéka nebo půjčka	17
Sňatek	50	Syn nebo dcera opouští domov	29	Změna doby spánku	16
Propuštění z práce	47	Neshody s příbuznými manžela nebo manželky	29	Změna v počtu rodinných setkání	15
Usmíření s partnerem	45	Vynikající osobní úspěch	28	Změna stravovacích zvyklostí	15
Odchod do důchodu	45	Partner nastupuje do zaměstnání nebo z něj odchází	28	Dovolená	13

Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Zahájení životních podmínek	25	Vánoce	12
Těhotenství	40	Přehodnocení osobních návyků	24	Menší porušení zákona	11
Problémy v sexuálním životě	39	Neshody s vedoucím	23		
Nový člen rodiny	39	Změna pracovní doby nebo podmínek	20		

2.2.2 Rodinné faktory/genetické faktory

Tyto faktory ovlivňují jednak počátek PPP, ale také následný rozvoj nemoci. Sladká-Ševčíková (2004) uvádí jako spouštěče takové události, které mají vliv na stabilitu rodinného systému a na její změny. Ohrožujícím rodinným faktorem může být například přílišná závislost nemocných na matce, která je ctižádostivá, nadměrně starostlivá a úzkostlivá. Zmiňováni jsou také otcové, kteří si drží emoční odstup a jsou pasivní nebo naopak jsou příliš dominantní.

Krch (2005) přidává zmínku o vlivu životního stylu rodiny a jejích stravovacích návycích, které mohou nemocného ovlivnit. Dále je také za rizikový faktor považována jakákoli závislost v rodině či přímo výskyt PPP u některého z příbuzných. „Už samotný výskyt anorexie nebo bulimie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor.“ (Krch, 2008, s. 48). Podle Krcha (2008) poukazují studie na to, že v době, kdy nemocná držela dietu, držela dietu ve stejnou dobu i její matka či sestra. Držení diet v rodině může tedy být dalším rizikovým faktorem pro vznik PPP.

Dalším rodinným faktorem může být naopak obezita v rodině, různé poznámky na tělesnou hmotnost a vzhled jedinců, autoritativní výchovný styl, velký důraz na výkon nebo naopak nedostatek empatie a péče. Dalším důvodem vzniku může být i rozvod rodičů. Krch (2005) potvrzuje, že v osmdesátých letech bylo 28% jeho patientek z rozvrácených rodin, 17% patientek vychovávali prarodiče a pro 60% patientek bylo jejich rodinné prostředí neuspokojivé. Dále uvádí Papežová (2010), že se v rodinách, kde matka trpěla PPP, vyskytují PPP až pětikrát častěji než v jiných rodinách.

Novák (2010) udává, že vliv na vznik PPP může mít i nedostatečná komunikace v rodině, malá otevřenost v diskusích v rodině nebo například fyzické týrání, sexuální zneužívání a podobně.

Kromě rodinných faktorů sehrávají také velkou roli genetické faktory. Papežová (2010) udává, že při vzniku anorexie má dědičnost 50 - 90% podíl. Jedinci, kteří jsou geneticky vulnerabilní (zranitelní, přecitlivělí), mohou mít zděděné některé povahové rysy, které jsou rizikovější při vzniku PPP. Takové rysy se nazývají premorbidní a jsou jimi například vyhýbavé, perfekcionistačké či úzkostné rysy. Také rozložení tuku v těle je do jisté míry geneticky dáno.

2.2.3 Osobnost a další psychické charakteristiky

Leibold (1995) nebo Krch (2005) dávají do souvislosti vznik poruch příjmu potravy a osobnostní charakteristiky dané osoby. Uvádí následující osobnostní rysy a psychické charakteristiky, které zvyšují riziko PPP.

- ✚ perfekcionismus
- ✚ obsedantní rysy, obsedantně-kompulzivní poruchy
- ✚ přecitlivělost, emoční labilita
- ✚ strach z dospívání, odloučení a samostatnosti
- ✚ nedůvěra v sebe sama a ve vlastní vnitřní pocity
- ✚ sebeobdiv (kdy může mít za následek i sebepoškozování nebo suicidální chování)
- ✚ nevyzrálость
- ✚ deprese
- ✚ egocentrismus (zaměření na sebe a svoje problémy)
- ✚ soutěživost, snaha vyniknout
- ✚ introverze
- ✚ vysoká společenská konformita
- ✚ přílišná sebekontrola

Osoba trpící mentální anorexií je obecně charakterizována nízkým sebevědomím, introverzí, úzkostí. Je neurotická a často trpí depresemi, zaměřuje se na úspěch, dbá a dodržuje dané společenské normy a rodičovské hodnoty. Chce být dokonalá, neodmlouvat, nepřidělovat druhým starosti, neublížovat a neobtěžovat okolí,

chce být perfektní a ideální. Avšak tohle vše dělá na úkor svého vlastního já, které je tímto potlačováno. Mezi další charakteristiky patří nedostatek fantazie a vynalézavosti. Udává se, že souvislost mentální anorexie s obsedantně-kompulsivním onemocněním je 27 až 81%. Dále je tato osoba více emočně zranitelná, velmi sebekritická, trpí pocity méněcennosti a je přecitlivělá. Papežová (2000) udává, že osoby trpící mentální anorexií mají nutkání mít nad vším kontrolu – tedy kontrolu samy nad sebou, ale také kontrolu i nad ostatními. Je pro ně charakteristické také dodržování přísné disciplíny a kázně. Většinou se následně izolují od svého okolí, přátel i rodiny, jsou podrážděné s negativní náladou. Cooper (1995) uvádí, že podle odborníků, je perfekcionismus v kombinaci s pocitem neschopnosti hlavním faktorem pro vznik PPP.

2.2.4 Emocionální faktory

Mnohé výzkumy prokázaly přímou spojitost PPP s depresemi a úzkostmi, kdy více než polovina nemocných se s depresemi a úzkostmi potýká. „Známky deprese jsou obvykle výraznější u bulimie, kde bývají zaznamenány u 20 – 80% sledovaných pacientů.“ (Krch, 1999, s. 70). Deprese a úzkosti se během onemocnění značně prohlubují, což může vést až ke vzniku depresivních poruch. Jak uvádí Krch (2005), tyto symptomy jsou vyvolávány neustálým strachem o tělesnou hmotnost a vzhled. Vysvětlují se jako důsledky problémů zdravotního, psychického a sociálního rázu, kdy jsou spojovány se špatnou výživou nebo se sebekontrolou, ať už nepřiměřenou nebo neschopností se nepřetržitě kontrolovat. Avšak tyto deprese mohou vést až k suicidálnímu chování, kdy je takovéto riziko u PPP až dvěstěkrát vyšší než u jiných psychiatrických diagnóz.

Krch (2005) dodává, že bylo prokázáno, že jedním z faktorů, je i negativní nálada, kterou pacienti mají. U mentální anorexie je dávána do souvislosti s nízkým energetickým příjmem.

2.2.5 Závislost na psychoaktivních látkách

V praxi se setkáváme s kombinacemi PPP a závislostmi. Jedná se o užívání alkoholických nápojů, tabákových výrobků, psychoaktivních látek (pervitin, kokain, heroin) a psychofarmak (hypnotika a analgetika). Nejčastější kombinací je mentální

bulimie a závislost na alkoholu. „Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, jsou spojeny nadměrným zaujetím danou substancí (jídlo, alkohol), vedou nemocného do izolace a k podvádění.“ (Krch, 1999, s. 76). Alkoholismus je často viděn i v rodinách pacientek. Ke zvládání stresu volí bulimičky jídlo, stejně jako alkoholici alkohol. Alkohol je spíše záležitostí bulimiček než anorektiček, protože alkohol má velkou energetickou hodnotu, čehož jsou si anorektičky vědomy. Krch (2005) uvádí, že pacientky s mentální anorexií trpí častěji závislostí na psychofarmacích (hypnotika nebo analgetika). Dále také na diuretikách či projímadlech.

2.2.6 Somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti

Jako spouštěč PPP může také působit prodělání těžké nemoci, která měla za následek úbytek tělesné hmotnosti. Tento úbytek pak může být hodnocen kladně samotnou pacientkou, ale také i jejím okolím. Toto kladné hodnocení může mít nebo má pak za následek zvýšení sebevědomí, pocit společenského úspěchu a uznání. Následuje poté touha tento stav udržet, někdy i touha tělesnou hmotnost dále snižovat a snižovat.

2.3 Kulturní a sociální faktory

„Příčinou rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní skutečností, a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl.“ (Krch, 2008, s. 51).

Krch (2002) uvádí fakt, že v USA a Kanadě má již ve třinácti letech zkušenost s držetím redukční diety 80% dívek a 10% chlapců. V České republice asi 20% šestnáctiletých dívek drží dietu a zhruba 60% ji někdy drželo.

Kocourková (1997) uvádí, že i nápodoba hraje mnohdy velkou roli při vzniku PPP. Dívky mohou napodobovat své idoly (například herečky, zpěvačky, modelky) nebo pouze kamarádky, se kterými tráví spoustu času, tedy kamarádka drží dietu, tak ji dívka také začne držet.

2.3.1 Vliv médií a komerční reklama

Média mají na dnešní společnost nezanedbatelný vliv. Neustále je nám předkládána štíhlost až vyhublost. „Zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené prostředky na přibrání, je dnes komerční reklama jednostranně ovládána prostředky na hubnutí.“ (Krch, 1999, s. 59). Komerční reklama je tedy dalším z možných spouštěčů PPP. V reklamách většinou vidíme štíhlé dívky a ženy, což má na dnešní smýšlení dívek velký vliv. Ovlivnitelné jsou především dospívající dívky. Avšak málokteré si uvědomují, že ženy v reklamách jsou až příliš štíhlé, že jejich tělesná hmotnost je nízká vzhledem k jejich výšce. Neposlední věc, na kterou není brán zřetel, je retuš a umělé upravování v „dokonalost“. V časopisech se často diskutuje o estetické chirurgii, nabízí se snadné recepty na hubnutí a rady, jak být krásnější a mladší.

2.3.2 Módní ideál a uměle vytvořený ideál ženské krásy

Jak již bylo řečeno výše, komerční reklamy nám neustále předkládají štíhlost, která nejvíce ovlivňuje dospívající. Ti si poté myslí, že ve štíhlosti je atraktivita a krása, úspěch a zájem okolí. Následuje zaměření se na vlastní tělesnou hmotnost a vizáž, držení diet, přehnané cvičení, prostředky na hubnutí aj. Dnešní mládež má totiž štíhlost spojenou se společenským uznáním a úspěchem.

Uměle vytvořený ideál krásy propaguje modelky a štíhlé, téměř podvyživené ženy. „Tyto trendy vedou nakonec tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující.“ (Krch, 1999, s. 58).

2.3.4 Dietující chování obecně

Bohužel většina lidí nemá objektivní představu, kolik by měla ve skutečnosti vážit. Zkreslené informace z médií o přehnané štíhlosti však mají velký vliv. Držení různých diet je pak důsledkem. Avšak většina těch, kteří drží nějakou dietu, neví, jak

správně dietu zvolit a hlavně, jak se správně stravovat, jaký dodržovat jídelní režim a stravovací návyky.

2.3.5 Sociální diskriminace ne-štíhlých podle umělých ideálů

Jak uvádí Sladká-Ševčíková (2004), štíhlost je chápána v souvislosti s mládím, úspěchem a nezávislostí, jakákoli odchylka je poté hodnocena jako selhání a neschopnost. „V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost populace. Zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle a dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet byla věnována jen malá pozornost, nebezpečí obezity bylo často přeceňováno. Předpojatost vůči obézním se podle některých autorů stala kulturním fenoménem. Obézní jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví.“ (Krch, 1999, s. 59).

3. Projevy a následky mentální anorexie

3.1 Rizikové skupiny

V rámci celkové populace se dle studií vyskytují skupiny, u kterých je riziko PPP vyšší. Příčinou mohou být zájmy, ale také profesní zaměření jedinců. Jedná se například o oblast modelingu, tanec či balet nebo obecně o různé sporty. Rizikovější je například plavání, gymnastika, vytrvalostní běh nebo soutěže s váhovými kategoriemi, kdy se sportovci snaží hubnout a dostat se tak o jednu váhovou kategorii níže. „Je ale důležité rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních nebo sportovních důvodů, a chováním v důsledku zaujetí vlastní postavou a štíhlostí. Jedno však může vést k druhému. Tam, kde už lidé, sportovce nevyjímaje, nejsou schopni ovládat své jídelní návyky nebo pokusy o snížení hmotnosti, můžeme uvažovat o poruše příjmu potravy.“ (Krch, 1999, s. 44).

Dále se na PPP podílí kromě dříve zmiňovaného pohlaví nebo věku také sociální status. Tedy udává se, že PPP jsou více rozšířeny v majetnějších skupinách. Tam, kde je o jídlo nouze, se PPP příliš nevyskytují. Dalším faktem je výskyt PPP u mediálně známých osobností, které mohou mít nemalý vliv na jejich příznivce. Avšak v poslední

době se PPP rozšířily i do ostatních skupin, kultur a ras. Krch (1999) uvádí rozšíření PPP také v Japonsku, izraelských kibucech nebo u přistěhovalců v USA a Západní Evropě.

3.2 Symptomy mentální anorexie

Krch (2002), Leibold (1995) a Marádová (2007) uvádí následující symptomy. Psychickým projevům je věnována samostatná podkapitola, proto zde nejsou uvedeny.

- ✚ *Změna jídelního chování* – dochází k **odmítání potravy**, kdy se nemocní začínají vymlouvat, že už jedli nebo, že už jsou dostatečně syti. Nastává **změna v jídelníčku**, kdy jsou eliminovány tučné a nezdravé potraviny, **změna jídelního tempa**, kdy nemocní jedí velmi pomalu a dobře si vybírají, co jedí, **změna chuti**, kdy nemocní hodně solí nebo pijí nápoje s obsahem kofeinu, který zmírňuje chuť na jídlo.
- ✚ *Chorobný strach* – jedná se o strach z tloušťky a ze samotného jídla
- ✚ *Rapidní snižování tělesné hmotnosti* – většinou k ní dochází pomocí diet, užíváním léků (diuretika, laxativa, redukční medikamenty) nebo přehnanou fyzickou aktivitou (mnohahodinové cvičení, absolvování mnohakilometrových vzdáleností chůzí, posilování aj.).

3.3 Zdravotní komplikace a následky

PPP jdou ruku v ruce se zdravotními komplikacemi a velmi vážnými následky. Krch (2005), Leibold (1995) nebo Papežová (2010) zmiňují následující:

- ✚ *Gastrointestinální komplikace* – poškození trávicí soustavy, konkrétně například časté záněty jícnu nebo slinivky břišní z důvodu opakovaného zvracení. Objevují se žaludeční vředy, pocity plnosti a nadýmání, bolesti břicha, střídání zácpy a průjmů. Střeva trpí nedostatkem vlákniny, takže se snižuje jejich činnost.
- ✚ *Kardiovaskulární komplikace* – objevují se nejčastěji, celkem asi u 90% nemocných. Snižuje se krevní tlak a tepová frekvence se zpomaluje pod 60 tepů za minutu. Objevuje se i hypotenze (krevní tlak je nižší než 90/60 mm Hg), arytmie (poruchy srdečního rytmu), které mnohdy končí i srdeční zástavou. Na vině je i nízká hladina hořčíku a draslíku v krvi.

- ✚ *Metabolické komplikace* – narušená termoregulace a zpomalení bazálního metabolismu, což narušuje činnost orgánů, které jsou nezbytné pro život. Vyskytuje se narušení metabolismu kalcia nebo glukózy (může vést i k cukrovce) a u nemocných je vyšší hladina cholesterolu. Mohou se objevovat i spánkové poruchy.
- ✚ *Renální komplikace* – způsobena dehydratací, užíváním laxativ a diuretik. Nadměrné zatěžování ledvin může vést až k chronickému selhání, ledvinovým infarktům, močovým kamenům nebo hypovolemickému šoku.
- ✚ *Dermatologické komplikace* – projevují se například padáním vlasů, lámáním nehtů, jemným ochlupením po celém těle (tzv. lanugo), suchou šupinatou kůží, kožními vyrážkami z užívání diuretik nebo projímadel. Objevují se i chladné nafialovělé končetiny z důvodu zimomřivosti nemocných.
- ✚ *Neurologické komplikace* – narušením nervové soustavy a mozku vznikají tonicko-klonické křeče, svalové slabosti, stavy zmatenosti, mdloby, poruchy hybnosti nebo dvojité vidění.
- ✚ *Stomatologické komplikace* – nezvratné poškození zubní skloviny důsledkem působení žaludečních šťáv, zvýšená zubní kazivost z nedostatku fosforu.
- ✚ *Amenorea* – jedná se o ztrátu menstruačního cyklu, která je delší než tři měsíce, následují i komplikace s otěhotněním.
- ✚ *Hematologické a imunologické komplikace* – narušení imunity vede k náchylnosti na infekce (důvodem je nízký počet bílých krvinek u nemocných), objevuje se anemie (chudokrevnost).
- ✚ *Endokrinní komplikace* – hormonální poruchy vedou k poruchám menstruačního cyklu, narušení hladiny kortizolu (stresový hormon), růstového hormonu, hormonu štítné žlázy, antidiuretického hormonu aj.
- ✚ *Kosterní komplikace* – časté výskyty osteoporózy (jedná se o řidnutí kostí a vyskytuje se až u 50% nemocných), zvýšená rizikovost fraktur, zpomalení tvorby kostí.

3.4 Psychické projevy a následky

Sladká – Ševčíková (2004) a Krch (2002) shrnují základní psychické a společenské důsledky následovně:

- ✚ pokleslá, depresivní nálada, která souvisí s vnímáním tělesné hmotnosti
- ✚ problémy se spánkem
- ✚ podrážděnost, úzkostná sebekontrola
- ✚ poruchy koncentrace, nesoustředěnost, snížení pracovního tempa a intelektové výkonnosti
- ✚ namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků
- ✚ neustálé myšlenky na jídlo
- ✚ ztráta zájmu o okolí, společenská a sociální izolovanost
- ✚ konflikty s rodiči a přáteli
- ✚ sebevražedné sklony a sebepoškozující chování

Psychické a společenské důsledky jsou velmi závažné pro stávající i budoucí život, nyní rozeberu detailněji některé psychické projevy podle Papežové (2010), Sladké-Ševčíkové (2003), Krcha (2002), Kocourkové (1997), Coopera (1995) a Leibolda (1995).

- ✚ **Deprese** – vyskytuje se až u 75 % případů onemocnění mentální anorexií. Uvádí se, že mohou být také projevem hladovění, při kontrole nad jídlem tedy mohou odeznít. S depresemi souvisí střídání stavu euforie a pocitu výjimečnosti, kdy nemocní srší energií a nápady, jsou pozitivně nabití a šťastní. Avšak během několika hodin může nastat zvrát a nemocný se ocitá v hluboké depresi s tíživými pocity viny. Depresi provází zhoršení koncentrace, podrážděnost, porucha spánku, emoční nevyrovnanost, pocit beznaděje, ztráta sebedůvěry a sebevědomí nebo sociální odtážitost vedoucí až k sociální izolaci.
- ✚ **Symptomy úzkosti** – spojitost s jídlem a hlavně s obavou o tělesnou hmotnost a její případné zvýšení. Vyskytuje se až chorobný a úzkostný strach z tloušťky a zvyšování tělesné hmotnosti.
- ✚ **Sebepoškozování a sebevražedné sklony** – uvádí se, že samotná mentální anorexie, která není léčená, je považována za určitý druh „pomalé sebevraždy“,

kteřou se nemocný neodvážil spáchat rázně, protože vede až k smrti. Avšak jsou i výjimky, kdy se nemocní k tomuto činu odhodlají vědomě, což se děje hlavně v depresivní fázi.

- ✚ **Zkreslené sebevímání** – jedná se o poruchu vímání vlastního těla, která je spojena s poruchou interocepce. Interocepce je důležitá k identifikaci a rozpoznání emocí u sebe sama a u druhých osob. U osob trpících mentální anorexií je sebevímání velmi zkreslené. Tyto osoby si nikdy nedokážou připustit, že potřebují jídlo, i když už jsou velmi podvyživené. Jsou pevně přesvědčeny o jejich správnosti postoje k jídlu, i když jejich okolí jim tvrdí opak, že jejich postoj je velmi nezdravý a zdraví škodlivý.
- ✚ **Přehnaná péče o své okolí** – tímto jednáním odvrací nemocní své problémy a myšlenky a soustředí se na druhé. Například nutí druhé do jídla, čímž se snaží uniknout od vlastního pocitu hladu. Pokud se však okolí nátlaku brání, bere to nemocný jako obhajobu jejich nemoci. Tedy když vy nechcete jíst a bojíte se o svoji štíhlou linii, proč i já bych měl jíst, je tedy také jen na mě, kolik toho sním.
- ✚ **Sociální izolace** – je následkem uzavírání se nemocných do sebe. Jejich myšlenky se totiž točí jen kolem jídla a jejich samotných, zapomínají na své okolí, vyhýbají se mu a ztrácí tak kontakt s okolním světem, což může mít za následek i sociální fobii. Nemocní PPP se vyhýbají lidem, protože před nimi nechtějí jíst, bojí se, že by je okolí nutilo do jídla a podobně. Avšak sociální izolace je výrazný stresový ukazatel, který může zhoršit samotnou nemoc. Je zřejmé, že jednání osob trpících PPP je instabilní. Výše jsem hovořila o přehnané starostlivosti o okolí a nyní o izolaci. Je to zapříčiněno kolísáním nálady nemocných, kdy se jednou chovají arogantně a sobecky a jindy přátelsky.

4. Léčba, terapie

4.1 Možnosti léčby

Léčit mentální anorexiu je složitý běh na dlouhou trať. Léčba by měla být psychická i fyzická, kdy je důležitá spolupráce mnoha odborníků (lékař, psycholog, gynekolog a podobně). Krch (2005) uvádí následující druhy léčby - hospitalizace a

částečná hospitalizace, ambulantní lékařská péči, svépomoc, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, farmakoterapie a psychodynamická terapie.

4.1.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Hospitalizace je prováděna u pacientů, kteří potřebují lékařskou stabilizaci, která je prováděna infúzemi s výživnými roztoky. Nutnost setrvat v nemocnici je až do dosažení 90% cílové váhy, což je však mnohdy otázkou i několika měsíců. Pobyt v nemocnici je zaměřen nejen na fyzické, ale i psychické problémy. „Pro většinu nemocných s poruchami příjmu potravy je výhodnější formou terapie denní stacionář, nebo částečná hospitalizace. (Krčh, 2005, s. 130). Rozdíl je v tom, že nemocní nemusí zůstat hospitalizováni i přes noc. Hospitalizace je potřebná i v případě sebepoškozování, těžkých depresí nebo zneužívání psychoaktivních látek. Pacienti jsou většinou umístěni na psychiatrickém oddělení nebo přímo na specializovaných pracovištích pro léčbu PPP.

4.1.2 Ambulantní lékařská péče

„Tato lékařská péče se nezaměřuje na překonání poruchy příjmu potravy, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability.“ (Krčh, 2005, s. 130). Pravidelně se kontroluje tělesná hmotnost, elektrolyty a vitální funkce. Tato péče může být skupinová (nemocní se mohou vzájemně motivovat) nebo individuální.

4.1.3 Svépomoc

Tato metoda je vhodná pro nemocné s mírnými příznaky nemoci, kde je velká šance na zlepšení či úplné uzdravení. Z počátku se ještě doporučuje spolupráce s psychoterapeutem. Svépomocné skupiny mají podpůrný charakter pro nemocné, ale také pro jejich rodiny, slouží jako primární a sekundární prevence. Nutné je si uvědomit, že tato metoda není náhradou léčebného procesu.

4.1.4 Rodinná terapie

Tato terapie je doporučována převážně mladým pacientům, kteří žijí se svoji primární rodinou. Podle mnoha odborníků mohou být PPP následkem určité dysfunkce rodiny. „Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině.“ (Krčh, 1999, s. 132). Terapie by se měla zúčastnit celá rodina, kdy je za cíl kladeno zlepšení rodinných vztahů. Leibold (1995) dodává, že pozitivní klima v rodině je pro pacientku dobré hlavně z důvodu předcházení možné recidivy.

4.1.5 Kognitivně-behaviorální terapie

„Individuální KBT je doporučována pacientkám, pro které není vzhledem k věku vhodná rodinná terapie, a které mají středně těžké až vážné příznaky.“ (Krčh, 2005, s. 132). Jedná se o určité odnaučení nevhodných stravovacích návyků a učení zdravých a správných. Součástí je i vedení jídelního deníku, kam si nemocní píší, co, kdy a kde jedli. „Později nastává všeobecná změna chování v těch oblastech života, jejichž konflikty a problémy zaháněly dříve pacienty k nemoci. Teprve za pomoci této dvoustupňové léčby se je daří vyloučit, a proto se tato terapie nesmí přerušit v okamžiku, kdy se vztah k jídlu normalizoval.“ (Leibold, 1995, s. 110).

4.1.6 Interpersonální terapie

Tato terapie se přímo nezaměřuje na problémy s jídlem, ale spíše na krátkodobou léčbu deprese a zmírnění interpersonálních konfliktů. Má tři fáze, kdy první fáze je identifikační (identifikují se problémy, které způsobily PPP), druhá fáze je smluvní (je uzavřena smlouva mezi pacientem a terapeutem o práci na daných problémech) a třetí fáze je zaměřena na celkový stav po ukončení terapie (podobné s kognitivně-behaviorální terapií).

4.1.7 Farmakoterapie

Podstatou této léčby je podávání medikamentů, konkrétně antidepresiv. Jedná se o podpůrnou léčbu nikoli konečnou. Léčí příznaky nikoli příčiny. Krch (2005, s. 151) uvádí, že hlavními úkoly u farmakoterapie pro mentální anorexii jsou:

-  regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti
-  zaměření na léčbu depresí
-  odstranění somatických potíží

4.1.8 Psychodynamická terapie

Tato terapie je doporučována tehdy, není-li jiná krátkodobá léčba účinná. Pracuje se na vybudování osobnosti, která bude moci úzkost snášet, není tedy zaměřena na její zmírnění. Cílem je budování sebevědomí a uvědomění si vlastní hodnoty. „V terapii mentální anorexie i mentální bulimie došlo mezi dynamicky orientovanými autory k významnému posunu směrem k integraci psychodynamické teorie a principu aktivního zvládání symptomů.“ (Krch, 1999, s. 135).

4.1.9 Jiné

Existují i jiné léčebné postupy a metody. Příkladem je somatoterapie, behaviorální terapie, kognitivně-analytická terapie, psychoanalytická terapie, nutriční terapie aj.

5. Anorexie ve skutečném životě

Celá práce má teoretický charakter, který se snaží přiblížit problematiku mentální anorexie širší veřejnosti. Nejlépe je však každá teorie pochopena tehdy, pokud je zasazena do praxe a konkrétního příkladu. Poslední kapitola teoretické části je věnována příkladu ze skutečného života jedné dívky, která mentální anorexií trpěla od svých patnácti do osmnácti let. Tato dívka poskytla rozhovor společně se svojí

maminkou, za což jim oběma moc děkuji. Záměrně jsem zvolila rozhovor s dívkou, která trpěla mentální anorexií a členem její rodiny, aby úhly pohledu byly kompetentní a odpovědi se mohly doplňovat. Nejvíce mě však zajímal pohled matky, proto je na ni rozhovor více zaměřen, dcera pouze doplňuje výpovědi matky.

- **Tazatel: Jak jste pojala podezření, že má vaše dcera problém?**
- *Matka: Bylo to těžké. Když začala chodit se svým, teď už bývalým, přítelem Daliborem, nebývala už tak často doma. I přesto se mi ale zdálo, že hodně pohubla. Nechtěla o tom se mnou mluvit, proto jsem se začala ptát Dalibora. Jenže vždycky, když jsem se ho zeptala, jestli spolu opravdu byli na večeři a co dcera jedla, tak mi řekl, že dcera jí naprosto normálně a nemá žádný problém. Bohužel mě nenapadlo, že by ji kryl a lhal mi.*
- Dcera: Ano, je mi to líto, ale Dalibor mamince opravdu vždycky lhal, ale bylo to jen a jen kvůli mně. Vždycky jsem ho pod tlakem donutila říct, že jsme někde byli a že jsme jedli a hlavně jak moc jsem toho snědla. Nelíbilo se mu to a několikrát mi i vyhrožoval, že mým rodičům řekne pravdu, ale nikdy to neudělal, což možná byla velká chyba. Byl moje první velká a opravdová láska a náš vztah trval skoro tři roky, ale když mi bylo nejhůř a měla jsem být hospitalizována, tak mě opustil. Paradoxně to bylo kvůli modelce, což mi na zlepšení stavu vůbec nepřidalo, právě naopak...
- **Tazatel: A jak vše probíhalo dál, jaké jste zaznamenala změny u vaší dcery?**
- *Matka: Dcera začala být labilní, z usměvavé, veselé a společenské holky, která měla ráda lidi, se najednou stala uzavřená osoba, kterou zajímalo jen to, kdy pojedeme nakoupit jídlo. Vydržela pak stát u regálu celou věčnost, protože zkoumala každou hodnotu uvedenou na obale. To, co jsme nakoupily, však stejně nejedla. Doma snídala pouze půlku jogurtu a svačinu si brala s sebou do školy. Na obědy chodila do školní jídelny a doma mi pak tvrdila, že večeře není důležitá. Mělo mi už tenkrát dojít, že nejedla celé dny...*
- Dcera: Bohužel je to tak a mamince jsem opravdu lhala. Ve svém lhaní jsem byla tak strašně moc věrohodná, že nebylo těžké mi v dané situaci uvěřit. Normálního člověka by vůbec nenapadlo, jaké myšlenky se anorektickým honí hlavou, jaké dokážou vymýšlet a spřádat plány.

- **Tazatel: Kdy nastal ten hlavní zlom, kdy jste věděla, že už je opravdu s vaší dcerou zle?**
- *Matka: Bylo toho více. Například když jsem slyšela, jak se dcera v noci jen převalovala a nemohla spát, jak se pořád drbala. Nebo když se na nás při nedělním obědě jen dívala, ale s námi nejedla, protože jí prý bylo zle. Také když jsem nacházela v umyvadle chomáče vlasů... Když se mě známí začali ptát, co s dcerou je... To byla šílená bezmoc. Doktorka mi řekla, že jediným východiskem je dát dceru do ústavu. To jsem nechtěla. Ale to ráno, kdy dcera doma omdlela vyčerpáním, a jely jsme do nemocnice na kapačky, to byl strašný zážitek. Ještě teď z toho mám husí kůži.*
- *Dcera: Ano, to osudné ráno jsem i já sama věděla, že už je zle. Celou noc jsem nespala a myslela jen na jídlo. Sotva jsem vylezla z postele, oblékla jsem se strašně pomalu a velmi vláčně. Šla jsem na WC a najednou se mi zatmělo před očima, jen jsem stačila rychle odemknout a pak už si vůbec nic nepamatuju. Probudila jsem se až v nemocnici, kde jsem ještě dvakrát omdlela. Dali mě na kapačky a potom mě pustili domů.*
- **Tazatel: A co odborníci, vím, že jste navštěvovaly dvě psycholožky, pomohla vám některá z nich?**
- *Matka: Paní psycholožka ve Znojmě ve mně důvěru nezbuzovala vůbec. Přišla mi, jak kdyby si myslela, že jsme si celý problém vymyslely. Pak jsem dostala tip na paní psycholožku v Břeclavi. Myslím si, že ta měla alespoň tušení, co se děje a terapii někam směřovala.*
- *Dcera: Můj dojem je, že paní doktorka ve Znojmě byla opravdu nezasvěcená. Když jsem na terapie docházela sama bez maminky, tak mi říkala, že neví, co si to ta moje mamka pořád vymýšlí, když jím úplně normálně. Usuzovala tak podle jídelníčku, který jsem jí ukazovala, ten však byl samozřejmě úplně vymyšlený. Tuto paní doktorku jsme s mamkou vyměnily za paní doktorku z Břeclavi, za kterou jsme začaly dojíždět. Cesta nám trvala dvě hodiny a jezdily jsme za ní jednou týdně. Tato paní doktorka byla hodná a milá, dobře se mi s ní povídalo, jenže to bylo pro mě asi tak všechno. Určitě mi pomohla, alespoň mému psychickému stavu, to nepopírám, ale nejvíce mi v uzdravení pomohla moje maminka. Pomohla mi tím, že mě nedala do žádného ústavu a také tím, že byla trpělivá, tvářila se silně a byla za každé situace se mnou. I když po nocích sama nespala a*

brečela, což vím. V nejhorších časech, kdy jsem vážila jen 38kg a měla jsem být umístěna v ústavu, zůstala se mnou doma a nechodila do práce. Za tohle jsem jí nesmírně vděčná. Osobně si myslím, že pobyt TAM by mi jen uškodil. Myslím si, že dívky, které jsou spolu v ústavu, jen vymýšlejí, jak se jídla zbavit a jak více zhubnout. Po propuštění jsou na tom mnohdy stejně nebo dokonce i hůř.

- **Tazatel: Myslíte si, že už je to celé definitivně za vámi?**
- *Matka: Myslím si, doufám, že ano. Dcera teď vypadá šťastně a spokojeně. Jsem moc ráda, že jsme to spolu zvládly.*
- *Dcera: V současné době bydlím už dva roky s přítelem. Je to jen necelou hodinu od našich, takže se s nimi vídám asi jednou týdně. Sama se snažím jíst normálně, ale přiznávám, že o jídle pořád strašně moc přemýšlím. Stojí mě to spoustu času i energie. Bohužel musím přiznat, že anorexie se vždy podepíše na duši i uvažování nemocných. Před tím, než jsem onemocněla, jsem byla oblíbená a komunikativní, ale teď se lidem straním. Pořád mám takový zvláštní pocit, že se na mě všichni dívají, že se jim na mě něco nelíbí, že mě určitě nemají rádi...*

II. Praktická část

1. Příprava výzkumu

1.1 Cíl práce a stanovení hypotéz

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak je veřejnost informovaná o problematice poruch příjmu potravy, konkrétně se zaměřením na mentální anorexii. Dále jsem chtěla zjistit, do jaké míry média ovlivňují českou veřejnost z hlediska mýtu krásy. Po prostudování materiálů k dané problematice jsem stanovila následující hypotézy:

- 🚦 H1: Větší informovanost o problematice mají ženy než muži.
- 🚦 H2: Vlastní zkušenost s redukcí váhy má alespoň 30%. Tedy každý třetí člověk někdy zkoušel držet nějakou dietu nebo hubnout jinak.
- 🚦 H3: Třetina žen není spokojena s tím, jak vypadá.
- 🚦 H4: Muži jsou se svým vzhledem spokojenější než ženy.
- 🚦 H5: Média a módní trendy mají velký vliv na problematiku poruch příjmu potravy a redukce váhy.

1.2 Výzkumná metoda

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dismán (2002) uvádí tuto metodu jako jednu z nejpoužívanějších metod pro kvantitativní výzkum. Dotazníkové šetření je ekonomicky výhodné, kdy za krátkou dobu získáme velké množství informací. Při sestavování dotazníku je potřeba, aby byl sestaven správně a následně byl i správně vyhodnocen. Dotazník by měl být objektivní, validní, reliabilní, úsporný a standardní.

Objektivitou se rozumí nezájatost a také nezávislost na tvůrci dotazníku, tazateli a hodnotiteli. V mém výzkumu jsem byla tvůrcem, tazatelem i hodnotitelem,

čímž byla objektivita zajištěna. V mém zájmu nebylo jakkoli výzkumné šetření ovlivňovat, aby byly výsledky pozitivní či negativní.

Validita znamená, že jsme získali odpovědi na otázky, které jsme skutečně položili. Tedy změříme to, co jsme změřit chtěli.

Reliabilitou rozumíme stálost výsledků, tedy pokud s odstupem času provedeme výzkumné šetření znovu, získáme velmi podobné výsledky. Výzkumné šetření jsem sice opakovaně neprováděla, ale podle typu položených otázek předpokládám, že je dotazník reliabilní.

Úspornost se týká hlavně zadávání a vyhodnocování dotazníku, tedy vše by mělo být dostatečně jednoduché a srozumitelné tak, aby následné vyhodnocování nebylo příliš časově náročné, což v mém případě bylo splněno.

Standardnost poté spočívá ve stejných podmínkách pro dotazované osoby, což i v tomto případě splněno bylo.

Ve svém dotazníku (přiložen v sekci „Přílohy“), který byl anonymní, jsem použila celkem 20 otázek následujících typů:

- ✚ Otevřené – respondentovi se nepředkládá žádná volba odpovědi, ale má možnost napsat svoji vlastní odpověď.
- ✚ Uzavřené – respondent volí z uvedených možností. Uzavřené otázky mohou být i dichotomické, kdy je předkládána odpověď „ano“ či „ne“.
- ✚ Uzavřené s možností doplnění – respondent volí z uvedených možností, pokud se s žádnou možností neztotožní, má možnost napsat vlastní odpověď (v dotazníku například možnost „jiné“).
- ✚ Škály – respondentovi je předložena hodnotící stupnice, kdy hodnotí, do jaké míry s výrokem v otázce souhlasí či nesouhlasí.

1.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek mého šetření tvořilo celkem 273 respondentů, z toho 115 mužů a 158 žen ve věku 15 – 58 let. Respondenti byli z celé České republiky a byli osloveni pomocí komunikačních technologií. Konkrétně jsem zprvu dotazník zaslala pomocí e-mailu svým známým s prosbou o vyplnění do určitého termínu a zároveň s žádostí o následnou distribuci jejich známým až do pomyslné saturace vzorku. K stanovenému termínu se mi tak vrátilo celkem 273 vyplněných dotazníků. Náhodným

a nekvótním výběrem (vyjma prvotního oslovení mého okruhu známých) mohu tedy vzorek považovat za reprezentativní a aplikovatelný na širší populaci.

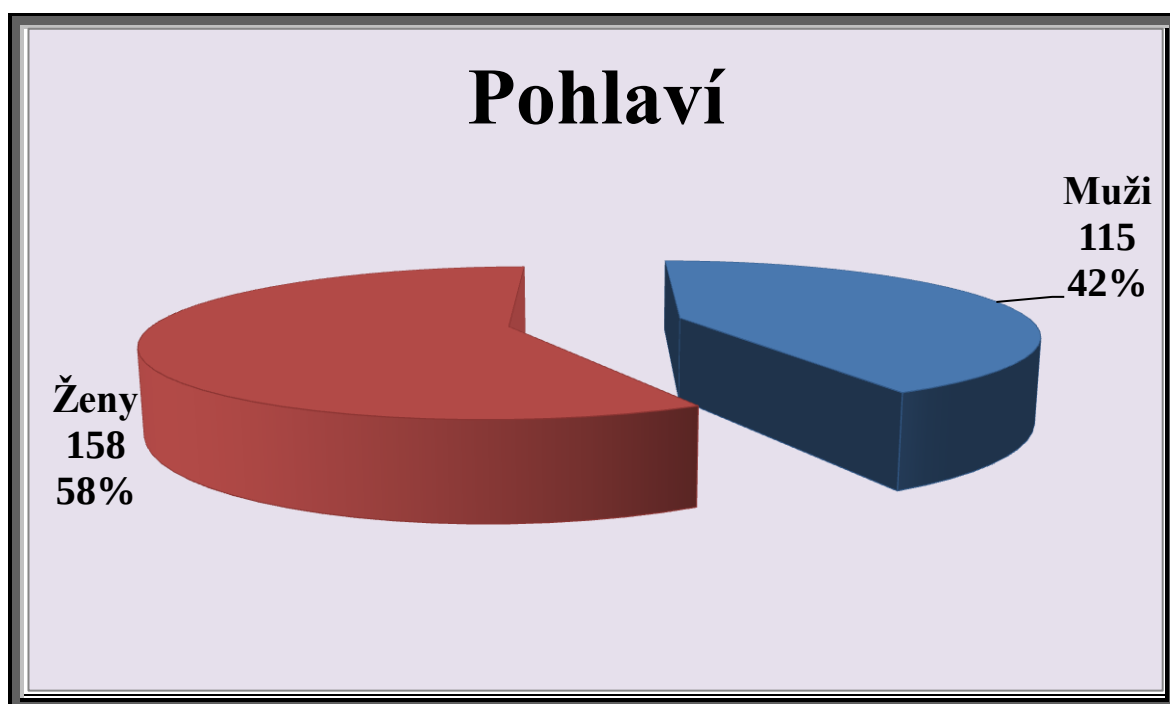
2. Provedení výzkumu

2.1 Výsledky výzkumu

V této podkapitole jsou uveřejněny výsledky dotazníkového šetření v přehledných grafech s komentáři. Výzkumu se celkem zúčastnilo 273 respondentů z území celé České republiky ve věku 15 – 58 let.

Otázka č. 1:

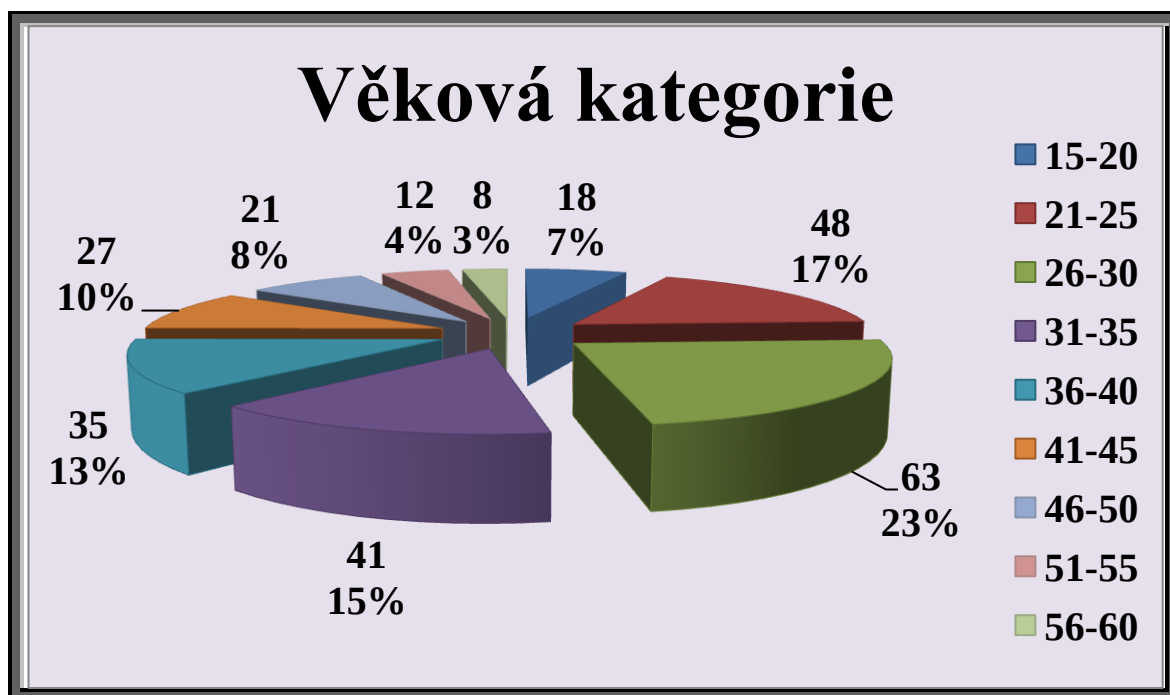
Tato otázka zjišťovala pohlaví respondentů.



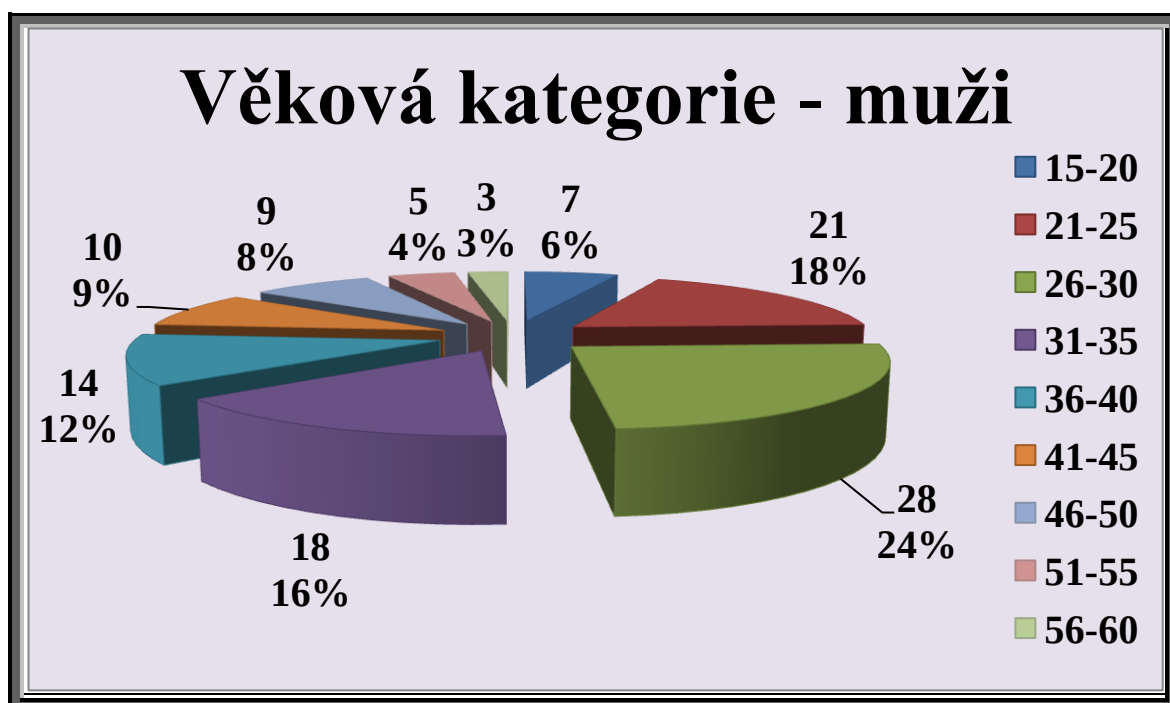
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 273 respondentů. 58% respondentů (158) byly ženy a 42% (115) byli muži.

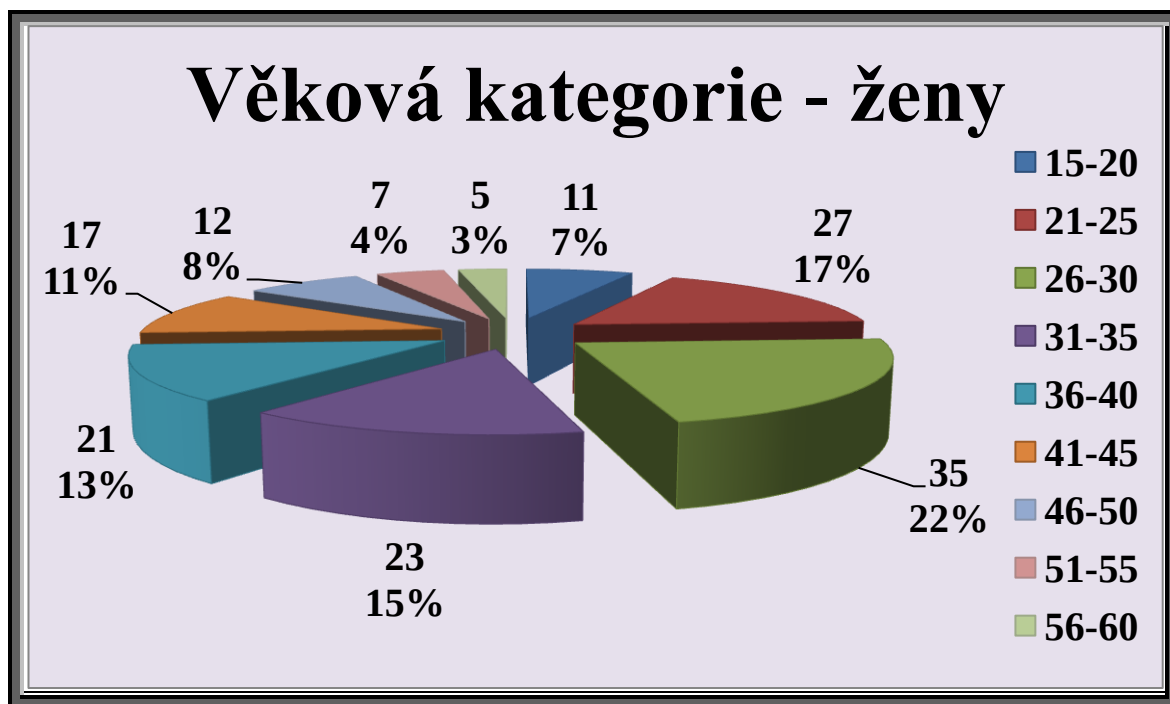
Otázka č. 2:

Tato otázka zjišťovala věk respondentů. Nejmladšímu respondentovi bylo 15 let, nejstaršímu 58 let. V následujícím grafu jsou utvořeny věkové kategorie pro lepší přehlednost. Můžeme tak vidět, že nejpočetnější věkovou kategorií respondentů je věk 26 – 30 let.



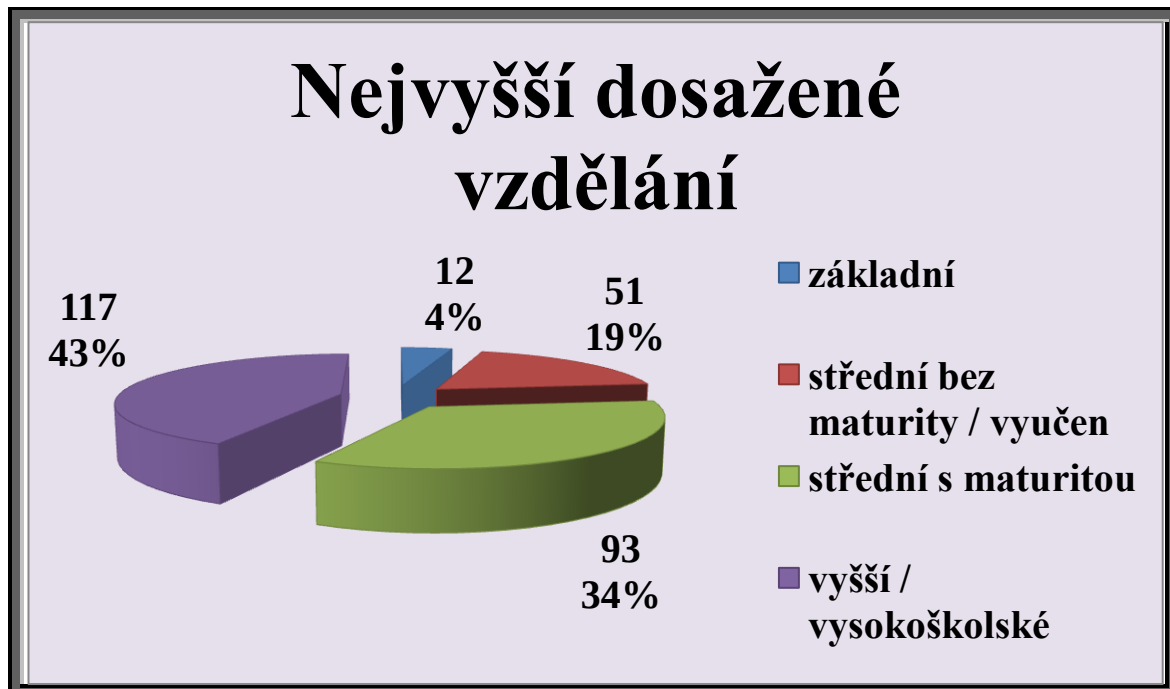
Pokud rozdělíme věkové kategorie podle pohlaví, zjistíme, že nejčastější věkovou kategorií u mužů i žen bylo rozmezí 26 – 30 let, nejmenší zastoupení pak měla věková kategorie 56 – 60 let.





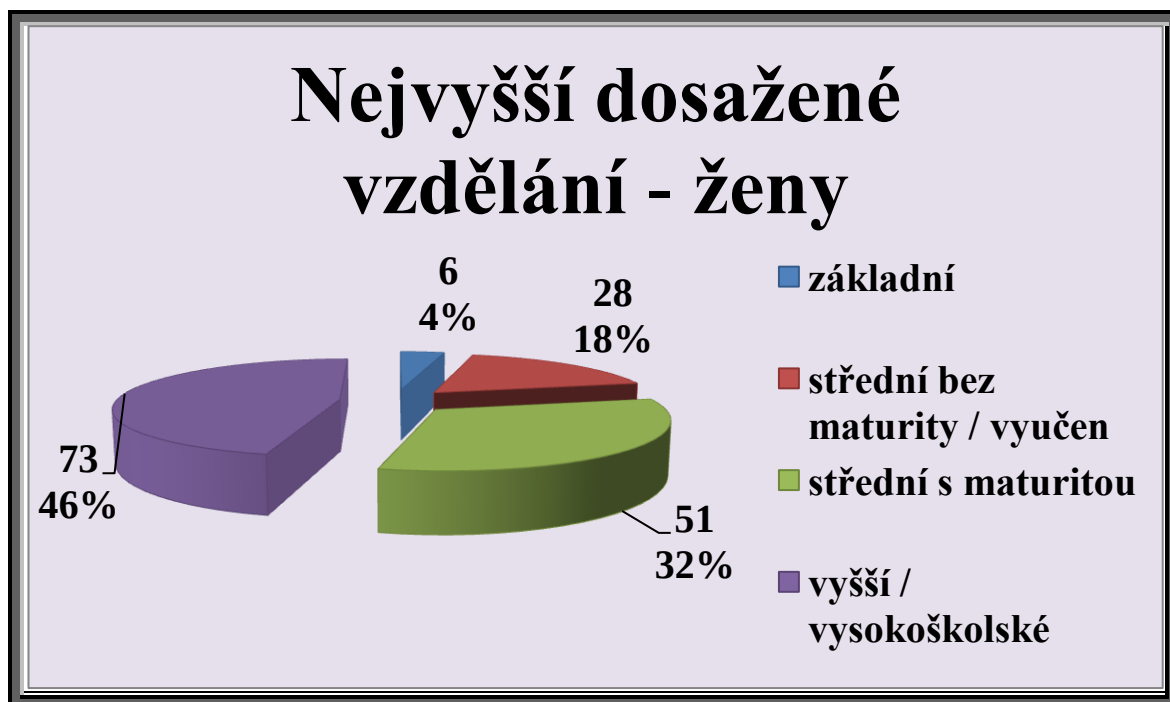
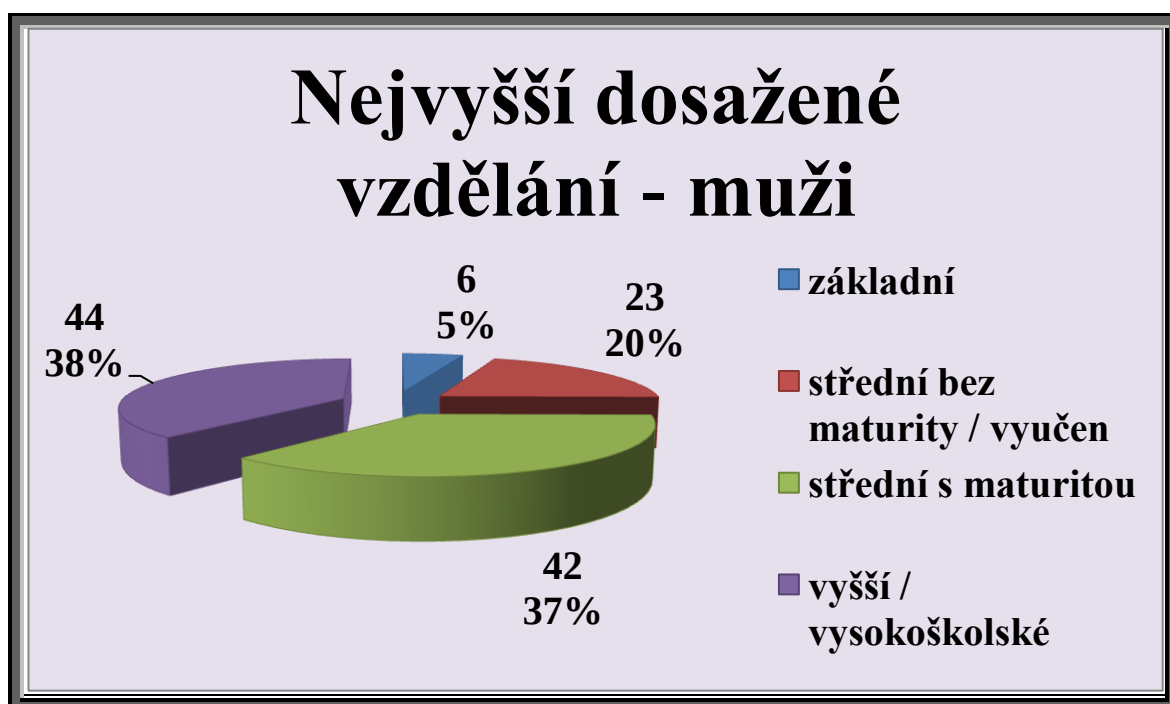
Otázka č. 3:

Tato otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



Z grafu je patrné, že největší zastoupení měli respondenti s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním (celkem 43%), dále poté respondenti se středoškolským

vzděláním s maturitou (celkem 34%). V následujících dvou grafech můžeme vidět nejvyšší dosažené vzdělání respondentů vzhledem k jejich pohlaví.



Otázka č. 4:

Otázka číslo 4 zjišťovala, zda respondenti pracují v oblasti zdravotnictví, či v této oblasti studují. Tato otázka zohledňovala případnou vyšší informovanost v problematice.

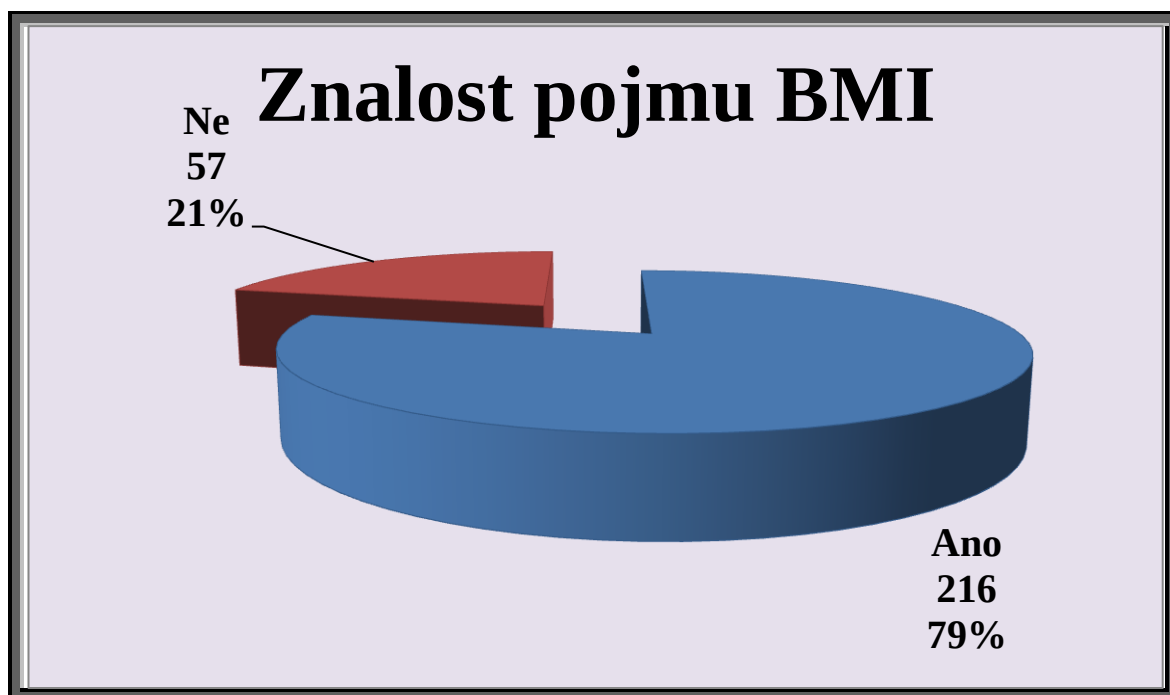


V oblasti zdravotnictví se pohybuje celkem 7% dotazovaných, z toho se jedná o 7 mužů a 11 žen. Tato skutečnost by neměla výrazně ovlivnit výsledky výzkumného šetření.

Otázka č. 5:

Tato otázka zjišťovala, zda respondent ví, co znamená zkratka BMI (Body mass index). Otázka byla zařazena z důvodu, že BMI je důležitým ukazatelem podváhy nebo také nadváhy. Je to sice orientační ukazatel, ale snadno podváhu či nadváhu odhalí. Mnoho lidí neví, kolik by správně mělo vážit, tedy jaká váha je ještě v normálu a jaká může být hraniční, ať už se jedná o dolní či horní hranici.

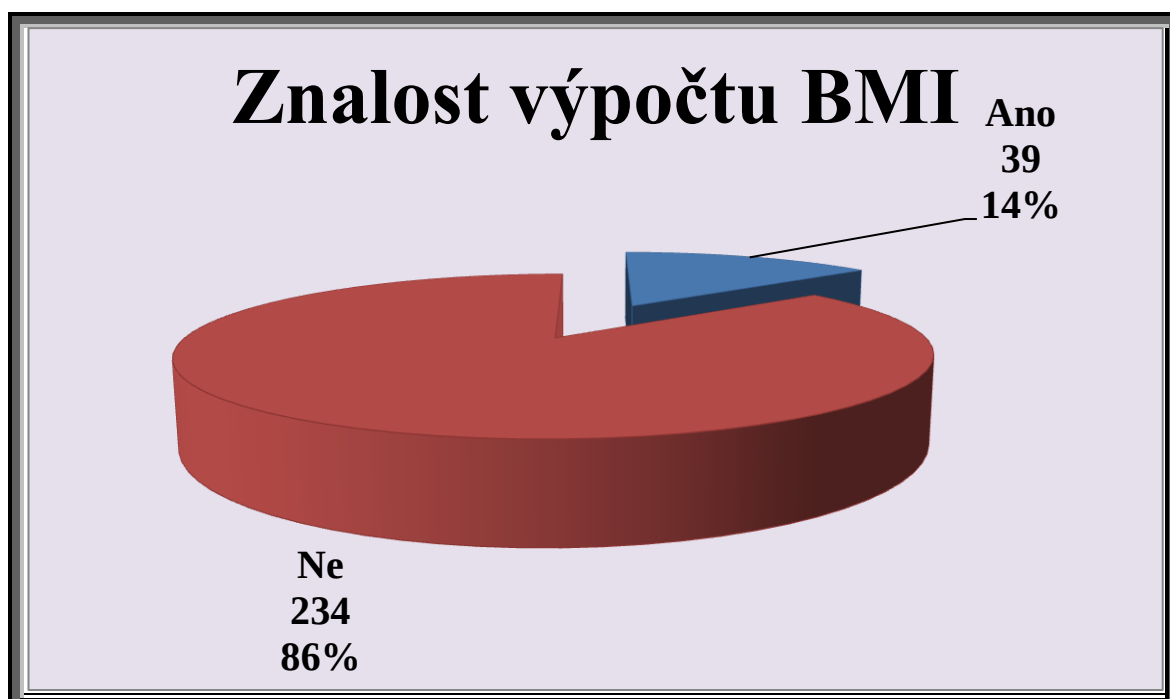
$$BMI = \frac{hmotnost\ (kg)}{výška^2\ (m^2)}$$



Celkem 21% dotazovaných (57 lidí) neví, co index BMI znamená, nebo o něm nikdy neslyšelo.

Otázka č. 6:

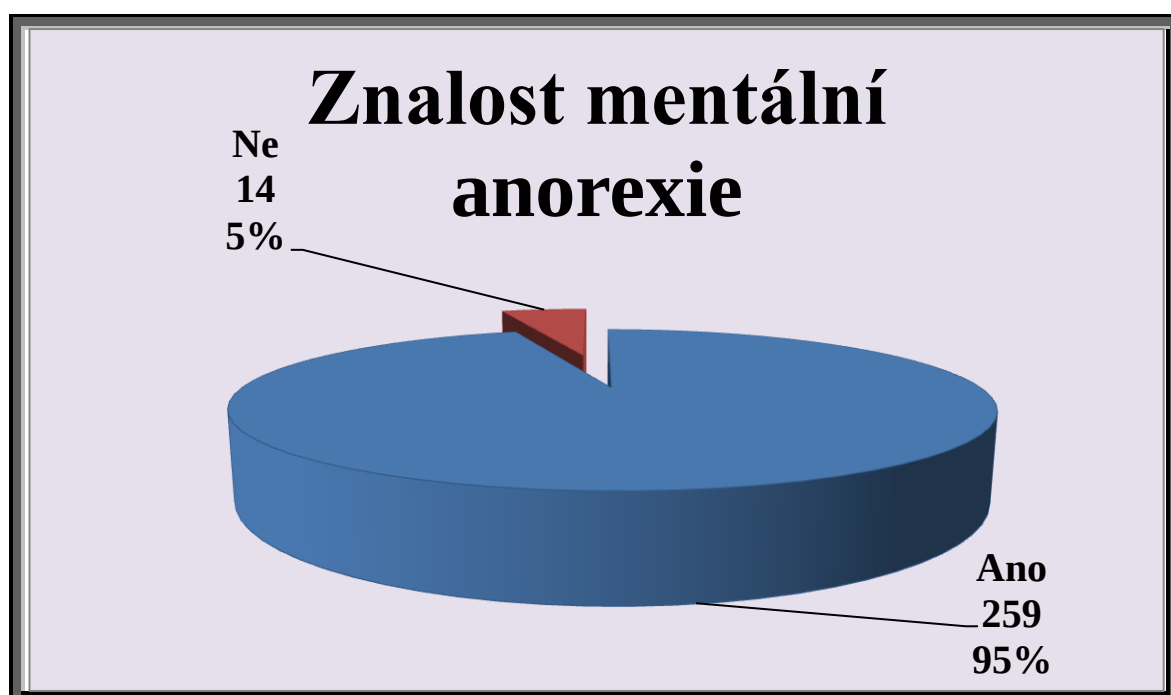
Tato otázka navazuje na předchozí otázku a zjišťuje, zda respondenti Body mass index umí vypočítat.



Celkem 14% respondentů, tedy 39, uvedlo, že BMI vypočítat umí. Správný výpočet však z nich uvedlo pouze 27. Zbýlých dvanáct mělo ve výpočtu nějakou chybu (většinou nedali hmotnost na druhou), avšak všichni z nich věděli, že se dělí výška a hmotnost.

Otázka č. 7:

Otázka číslo sedm zjišťovala, zda lidé vědí, co je to mentální anorexie, zda se s tímto pojmem již setkali.

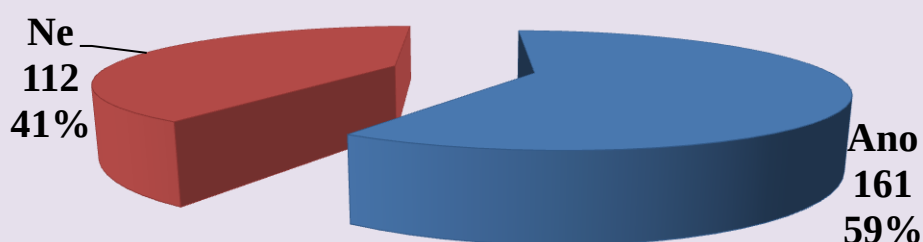


Pouze 5% dotazovaných respondentů (celkem 14) nevědělo, co je to mentální anorexie. Z toho bylo 12 mužů a dvě ženy.

Otázka č. 8:

Tato otázka zjišťovala, zda dotazovaní respondenti znají rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií. Mnohdy totiž obě tato onemocnění splývají „jen“ jako poruchy příjmu potravy, ale lidé neví, čím se od sebe tato onemocnění odlišují. Následně tedy neznají správné příznaky pro odhalení nemoci, tedy nejsou dostatečně informovaní v této problematice.

Znalost rozdílu mentální anorexie a mentální bulimie

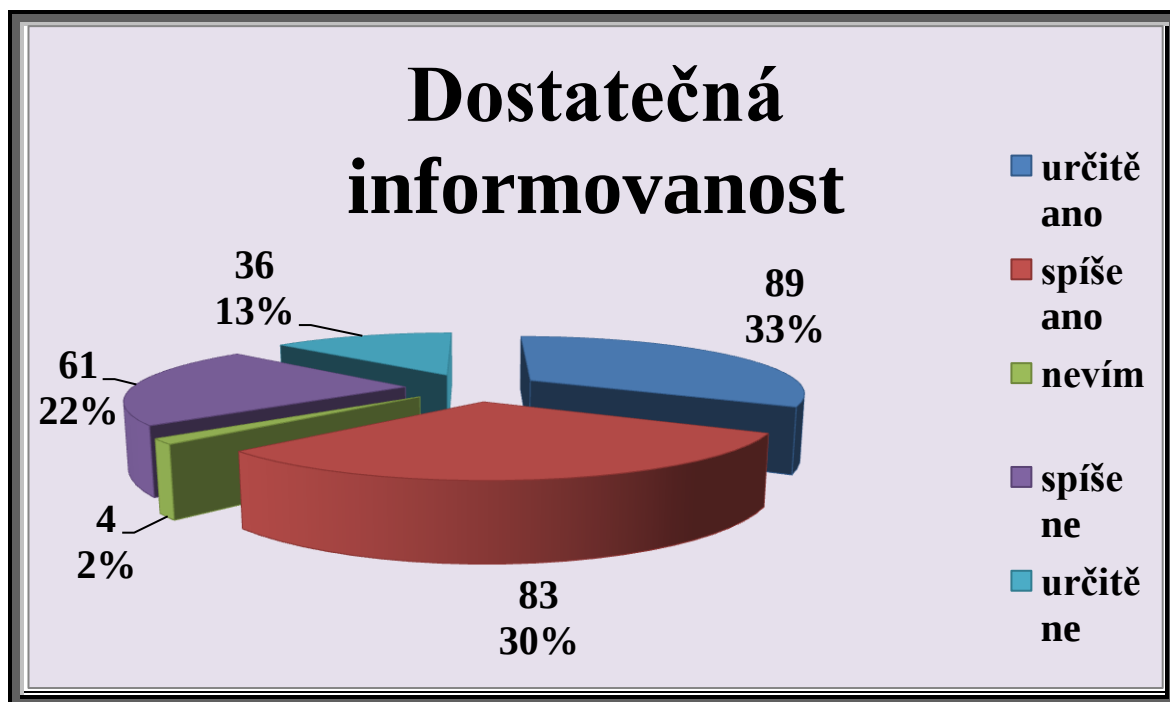


Celkem 41% dotazovaných respondentů uvedlo, že nezná rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií. Z toho bylo 78 mužů a 34 žen. Dalších 59% uvedlo, že rozdíl zná. Avšak z těch 161 respondentů uvedlo správný rozdíl 139 (celkem 31 mužů a 108 žen), 22 respondentů uvedlo chybný rozdíl, tedy domnívali se, že ví, čím se obě onemocnění odlišují, avšak ve skutečnosti tomu tak nebylo.

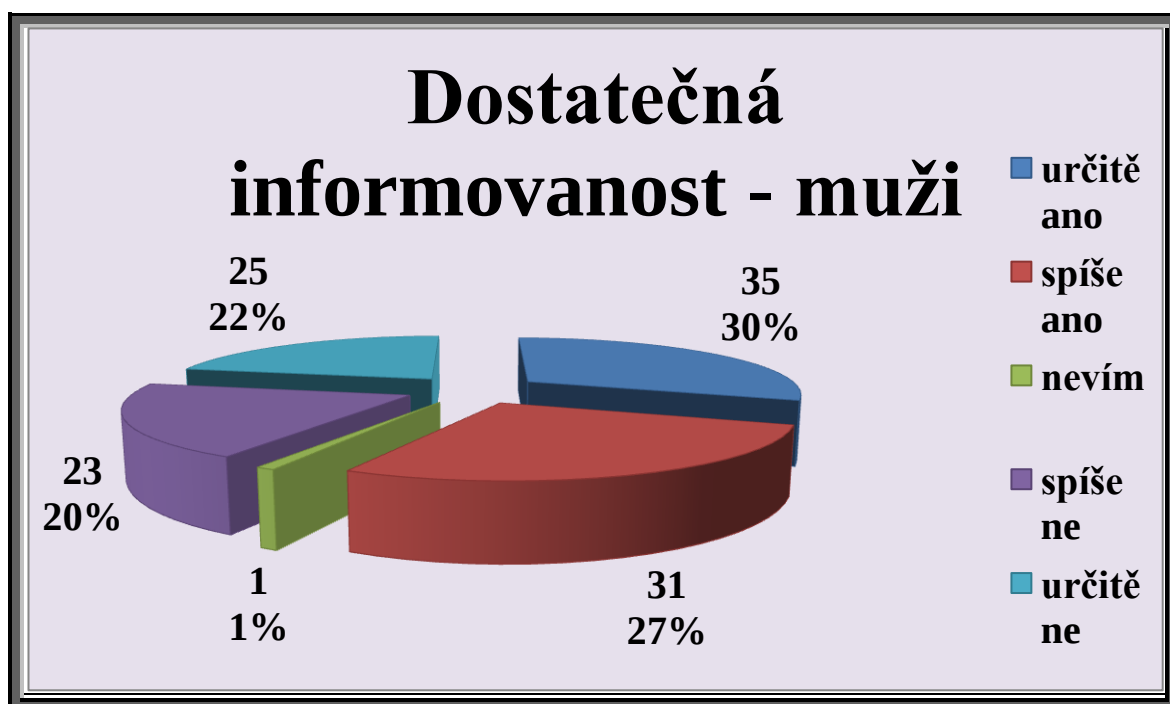
Otázka č. 9:

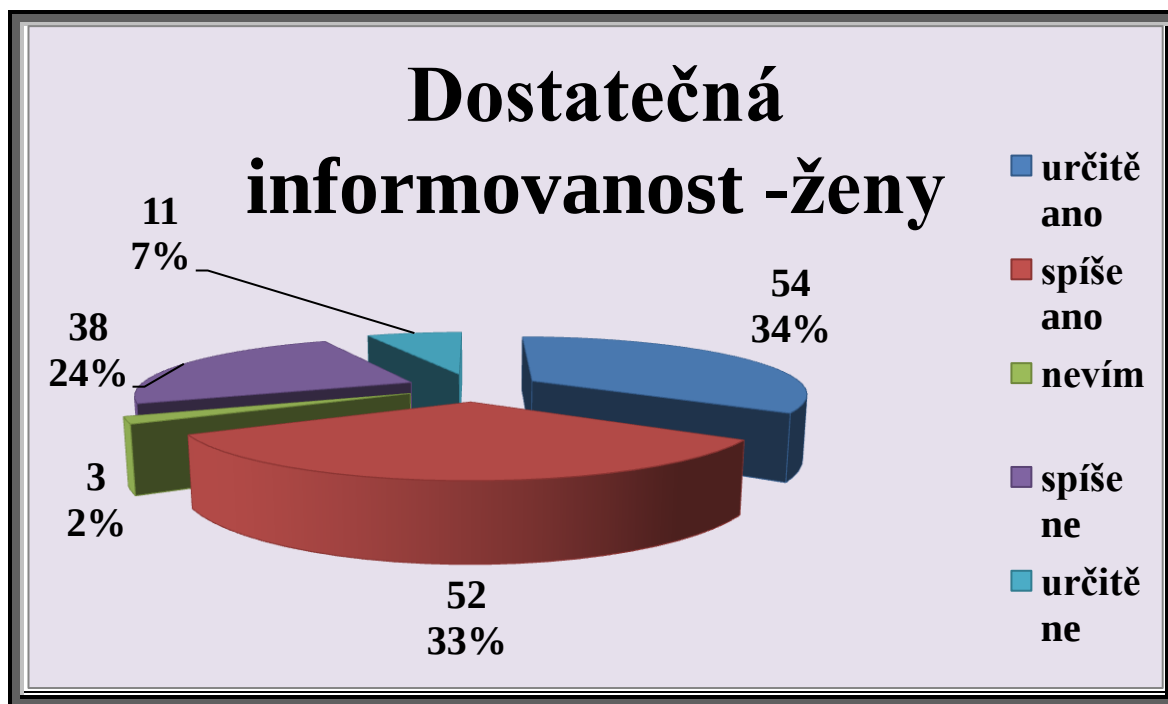
Tato otázka zjišťovala respondentův subjektivní pocit ohledně dostatku či nedostatku informací v oblasti problematiky poruch příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie). Respondent měl možnost škálového výběru, kdy mohl zvolit možnost určitě ano, spíše ano, nevím, spíše ne a určitě ne.

Jak ukazuje následující graf, z celkového počtu 273 dotazovaných se celkem 63% (172) respondentů domnívá, že informováni jsou (možnosti určitě ano a spíše ano), naopak 35% respondentů (97) si myslí, že informováni dostatečně nejsou (možnosti spíše ne a určitě ne). Celkem 4 lidé zvolili možnost „nevím“, což jsou pouhá 2% respondentů.



Následující dva grafy dále ukazují zvolené možnosti respondentů v závislosti na pohlaví. Z těchto grafů můžeme vidět, že více informovány v této problematice se cítí ženy.





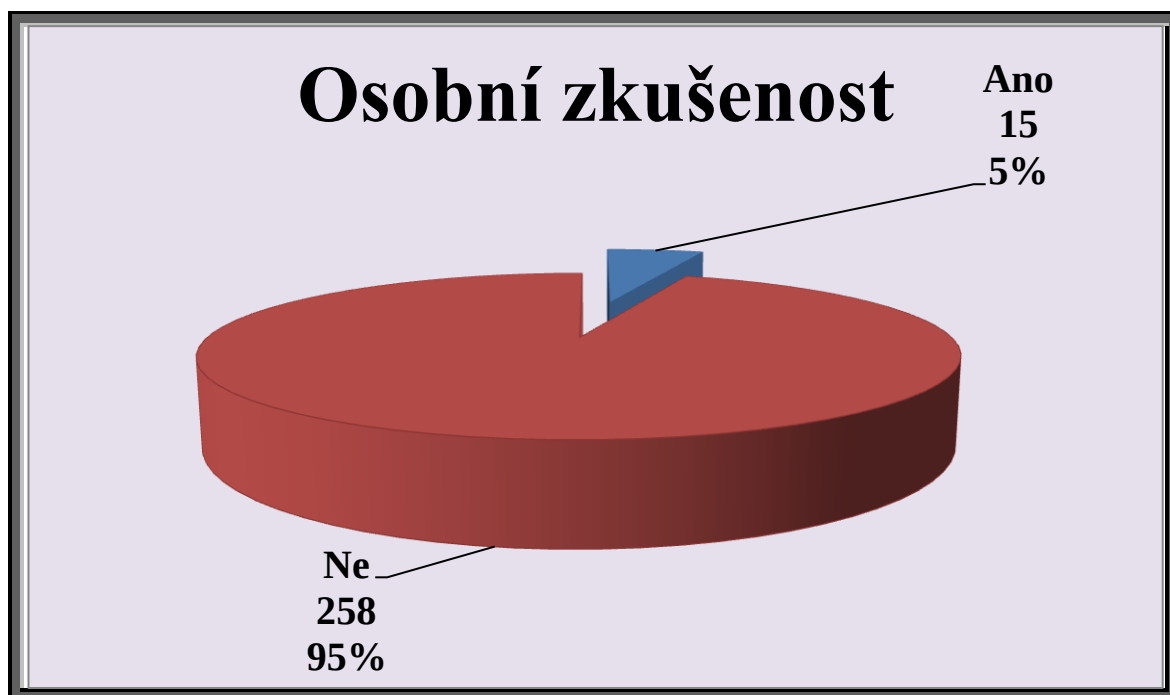
Celkem 67% žen se cítí v problematice dostatečně informováno (možnosti určitě ano a spíše ano), u mužů je to o 10% méně, tedy dostatečně informováno se cítí 57%. Oproti tomu 31% žen se cítí být dostatečně neinformováno (možnosti spíše ne a určitě ne). Dokonce 42% mužů se domnívá, že v problematice poruch příjmu potravy nemá dostatek informací

Otázka č. 10:

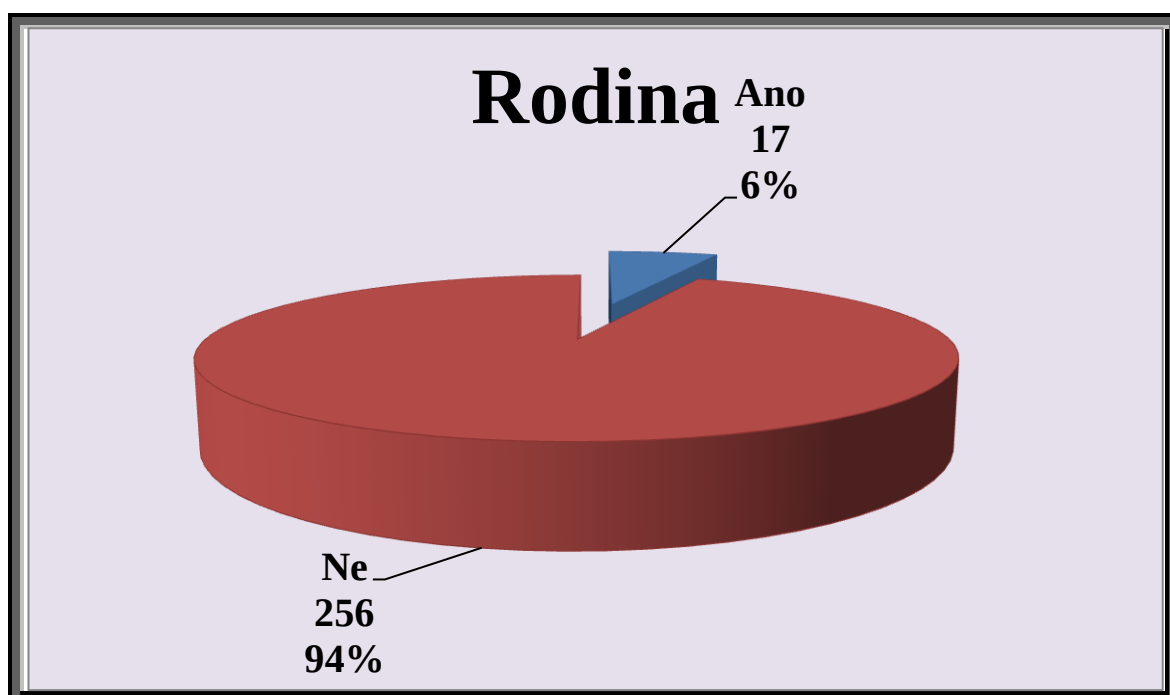
Otázka číslo 10 zjišťovala, odkud mají respondenti informace o problematice poruch příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie). Mohli však uvést více odpovědí, proto bude pro lepší přehlednost každá možnost vyhodnocena zvlášť.

Respondenti volili z následujících možností:

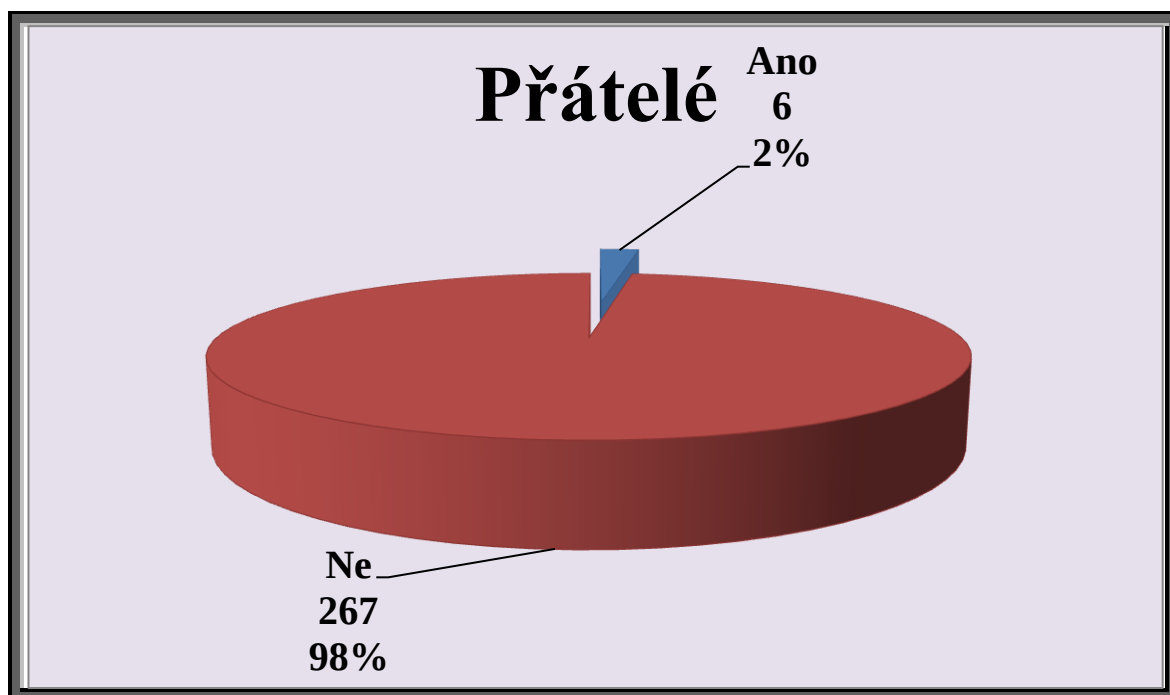
- a) osobní zkušenost
- b) rodina
- c) přátelé
- d) škola
- e) masmédia (TV, rádio, internet)
- f) literatura, noviny, časopisy, informační letáky
- g) praktický lékař
- h) jiný zdroj



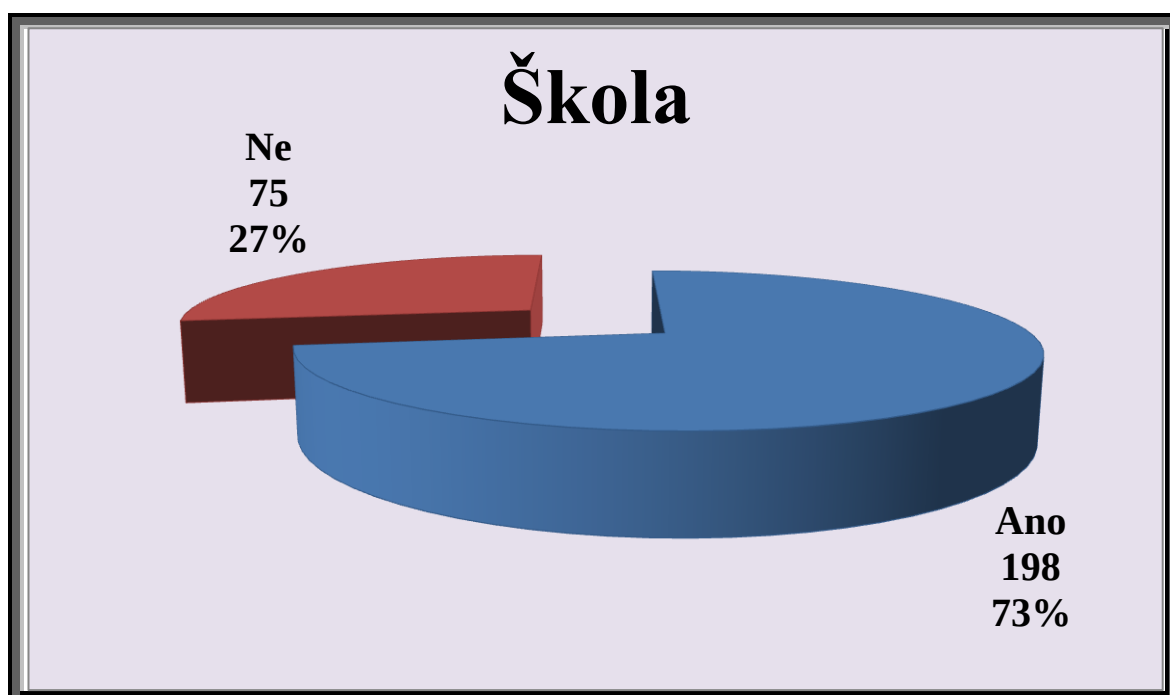
Informace o problematice poruch příjmu potravy prostřednictvím osobní zkušenosti má celkem 5% dotazovaných respondentů.



Celkem 94% dotazovaných osob nemá žádné informace o této problematice z rodiny. Pouze 6% získalo nějaké informace z rodinného prostředí.

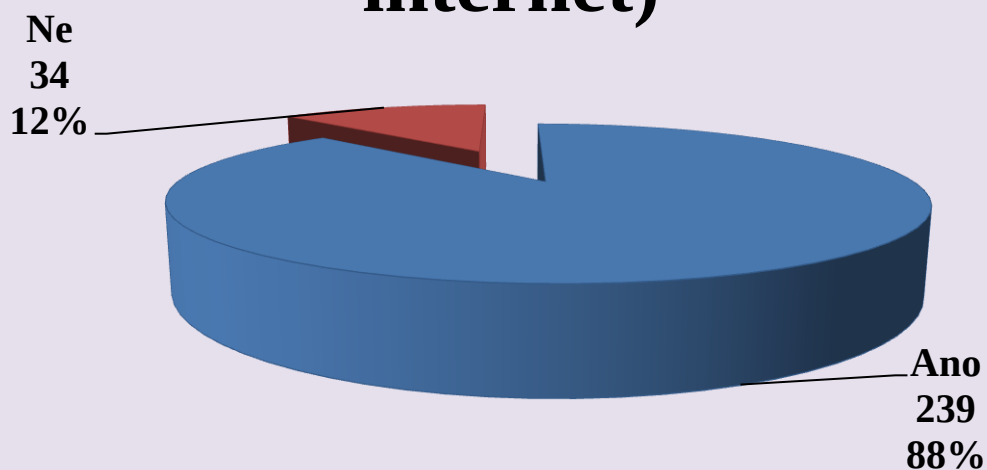


Pouze 2% dotazovaných (tedy 6 osob) má informace o existenci poruch příjmu potravy od svých přátel.



Škola informovala o problematice 73% dotazovaných osob, téměř třetina dotazovaných osob nezískala informace ve školním prostředí.

Masmédia (TV, rádio, internet)

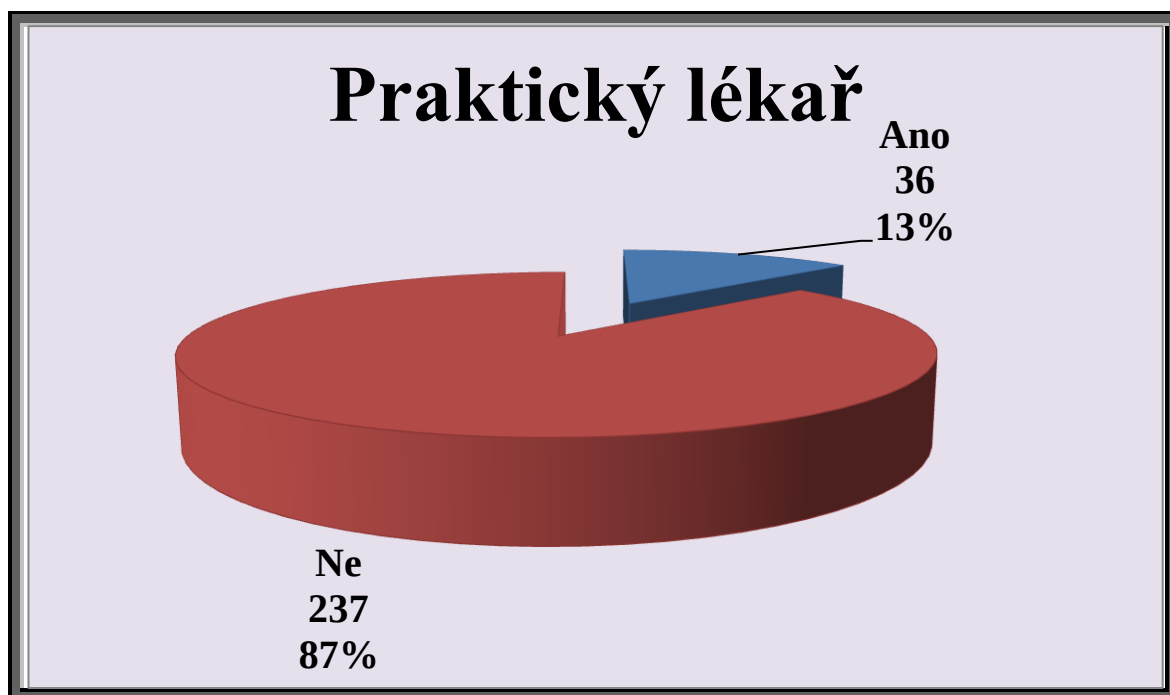


Největší podíl na informovanosti v problematice poruch příjmu potravy nesou masmédia (TV, rádio, internet). 88% respondentů získalo informace právě jejich prostřednictvím.

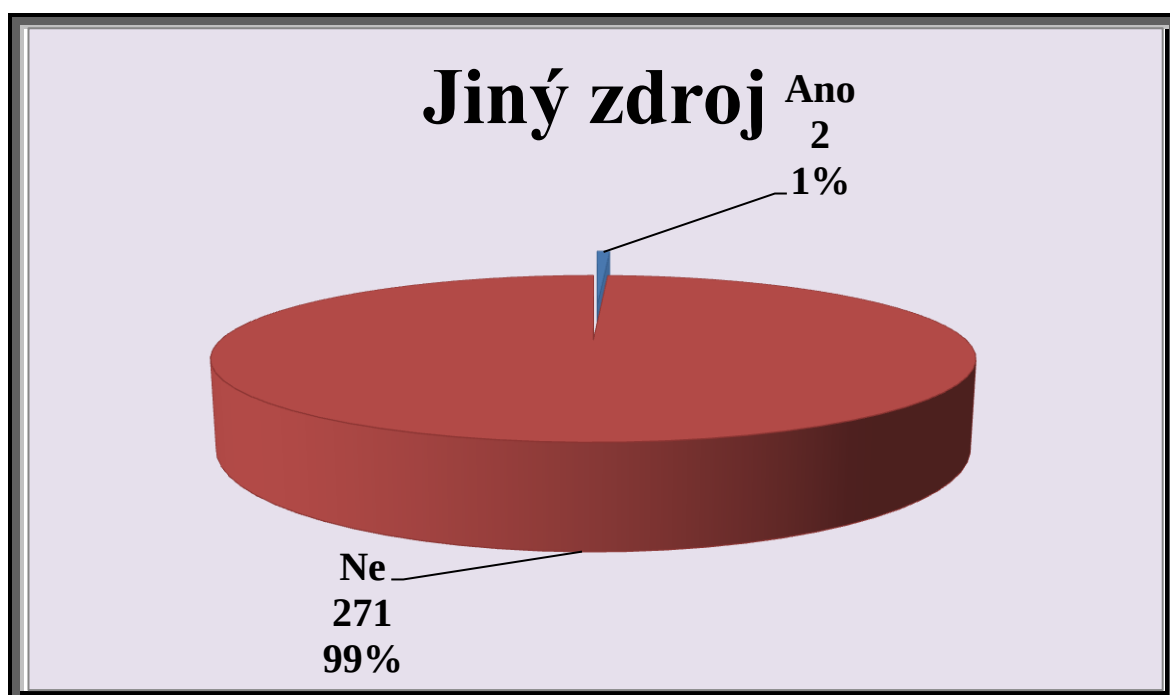
Literatura, noviny, časopisy, informační letáky



Dalším významným zprostředkovatelem informací jsou literatura, noviny, časopisy a informační letáky, kdy jejich prostřednictvím bylo informováno 62% respondentů.



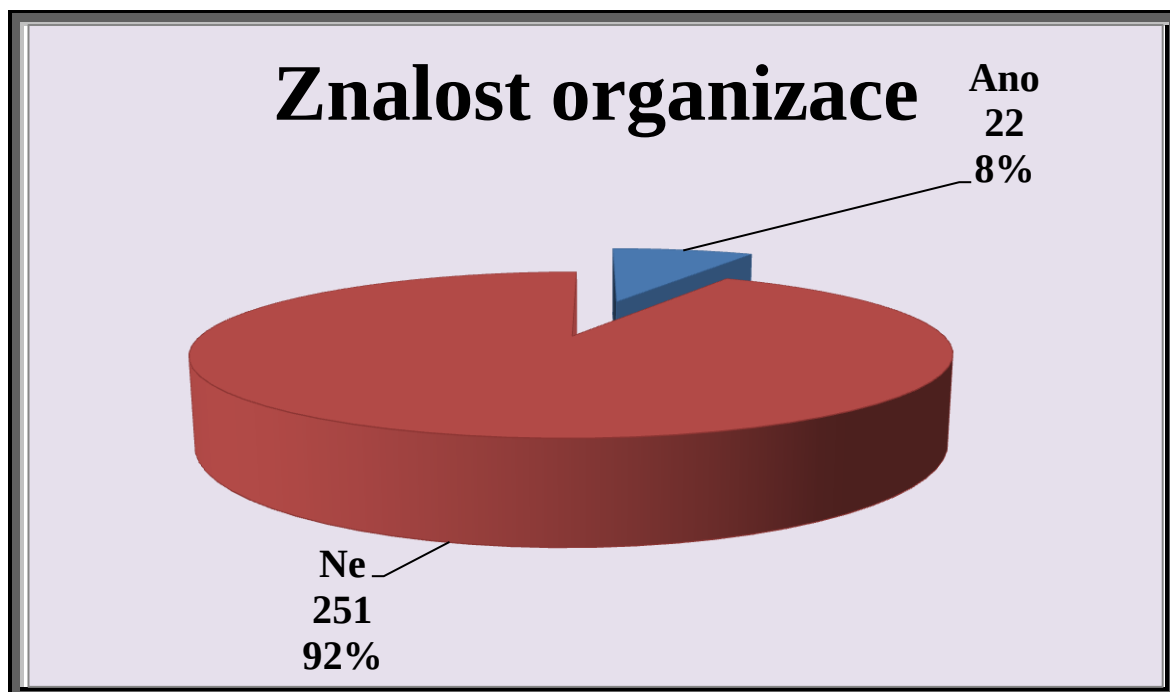
Praktický lékař informoval pouze 13% dotazovaných osob o existenci poruch příjmu potravy, tedy mentální anorexie a bulimie.



Dva dotazovaní uvedli jiný zdroj pro získání informací o problematice poruch příjmu potravy, tímto zdrojem bylo jejich zaměstnání.

Otázka č. 11:

Tato otázka zjišťovala, zda respondenti znají nějakou organizaci, která by se zabývala poruchami příjmu potravy.



8% dotazovaných osob uvedlo, že zná organizaci zabývající se poruchami příjmu potravy. 19 respondentů shodně odpovědělo organizaci Anabell, tři respondenti odpověděli STOP PPP. 92% respondentů neznalo žádnou takovou organizaci.

Otázka č. 12:

Dvanáctá otázka zjišťovala, zda respondenti mají nějakou osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, tedy zda se s těmito onemocněními osobně setkali, nebo zda mají dokonce vlastní zkušenost s těmito poruchami.

Osobní zkušenost potvrdilo celkem 5% dotazovaných osob, což je 15 osob. 95% respondentů se s poruchami příjmu potravy nikdy prostřednictvím osobní zkušenosti nepotkalo.



Otázka č. 13:

Tato otázka zjišťovala, jak by respondenti postupovali v případě podezření na mentální anorexii u někoho v jejich okolí.

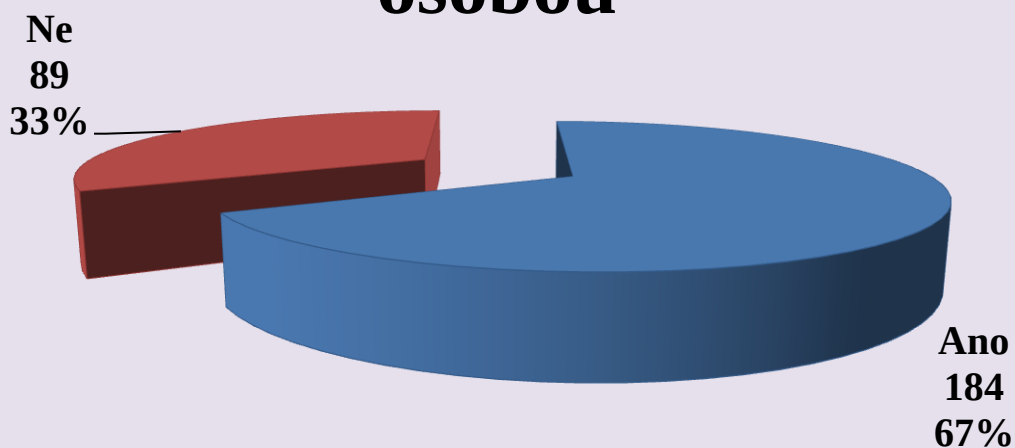
Respondenti však mohli uvést více odpovědí, proto bude pro lepší přehlednost každá možnost vyhodnocena zvlášť.

Respondenti volili z následujících možností:

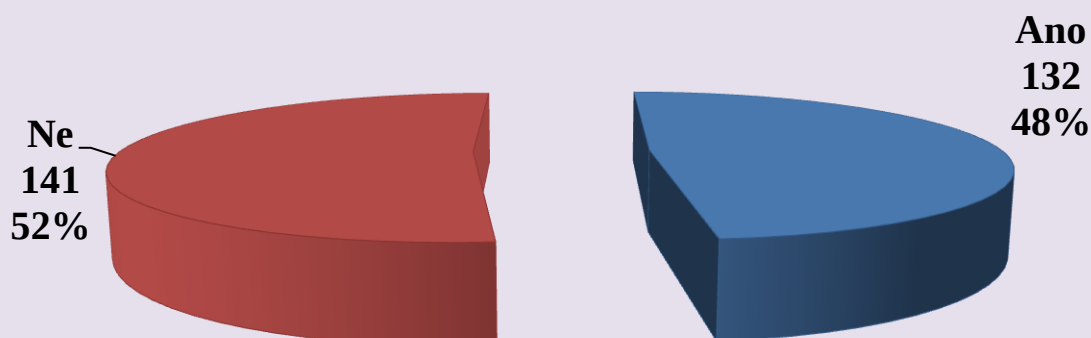
- a) přímo bych si promluvil/a s danou osobou
- b) promluvil/a bych si s přáteli dané osoby
- c) promluvil/a bych si s jeho/jejími rodiči
- d) řekl/a bych to svým rodičům
- e) obrátil/a bych se na pomoc odborníka (praktický lékař, psycholog, poradna...)
- f) nijak bych to neřešil/a
- g) jiná odpověď

Z následujícího grafu lze pozorovat, že při podezření na mentální anorexii by si s danou osobou přímo promluvil celkem 67% dotazovaných osob. 33%, tedy 89 osob, by s osobou, u které mají na mentální anorexii podezření, nemluvil a hledalo by řešení a pomoc jinde.

Promluva se samotnou osobou

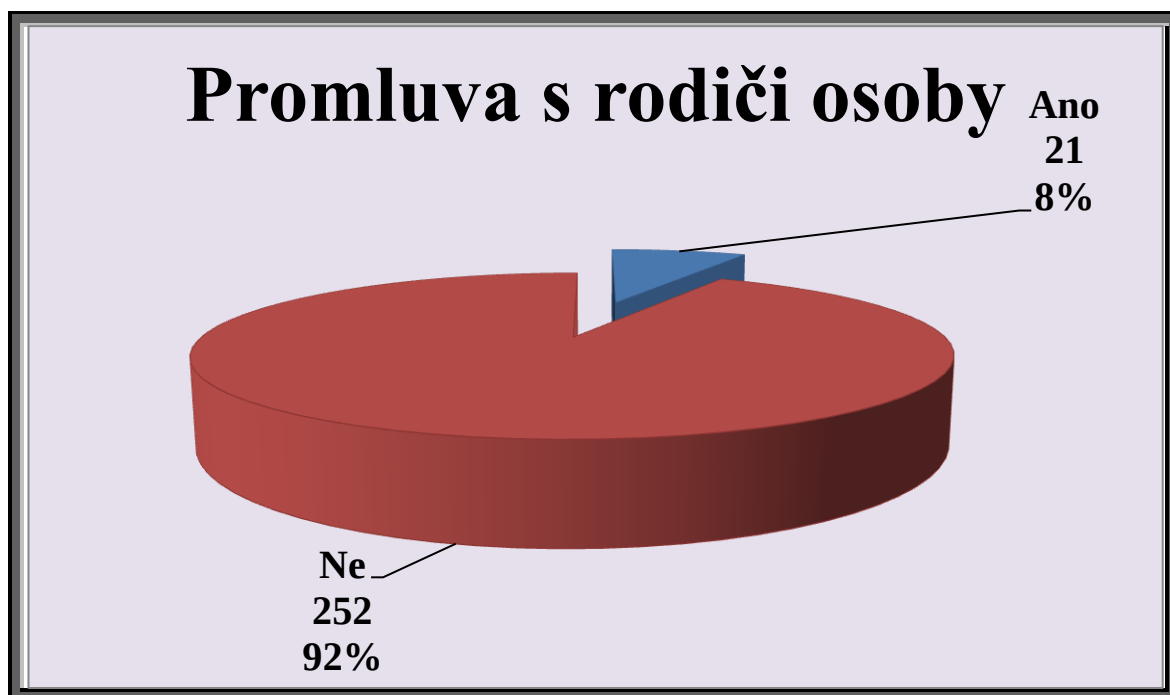


Promluva s přáteli osoby

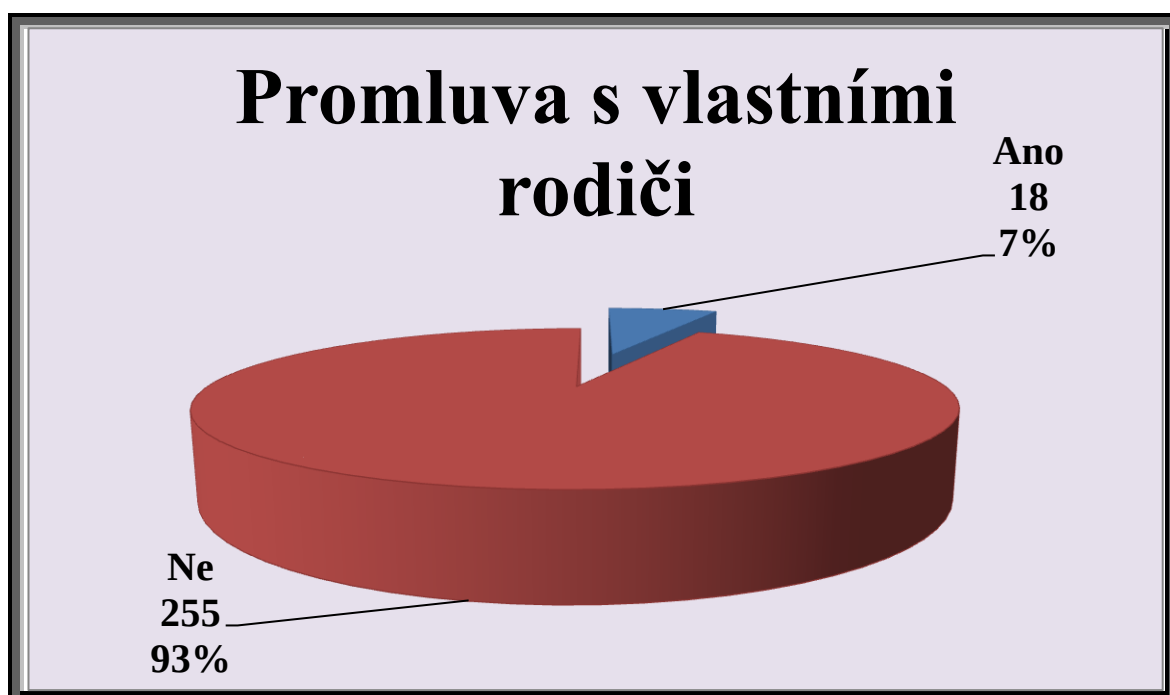


S přáteli osoby, u které je podezření na mentální anorexii, by si zkusilo promluvit 48% dotázaných osob, což je necelá polovina.

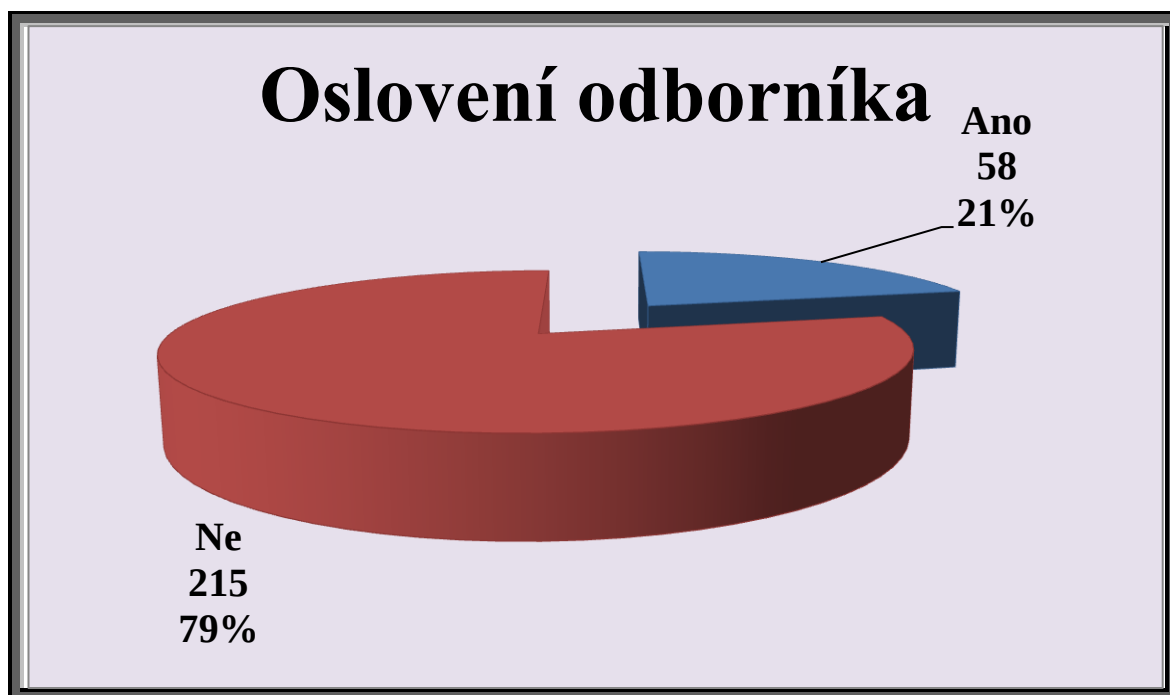
Jak ukazuje následující graf, s rodiči osoby by si promluvilo mnohem méně lidí, tedy celkem 8% respondentů, což je 21 osob z celkových 273 dotazovaných osob. 92% by s rodiči osoby ohledně jejich podezření nemluvilo.



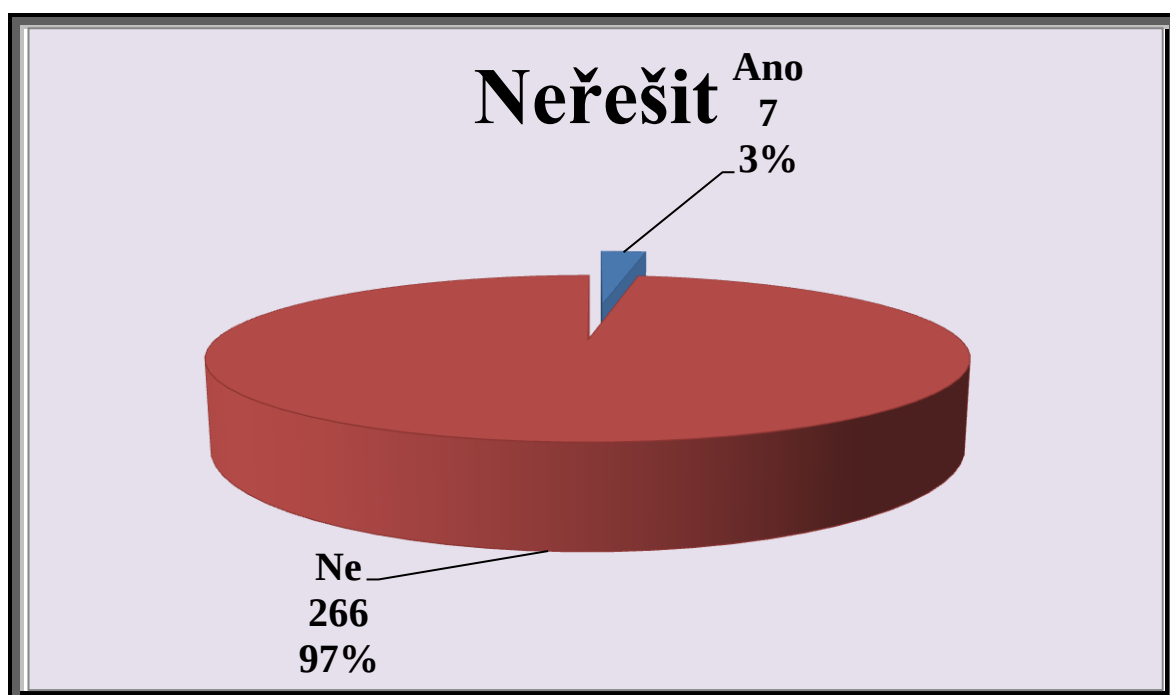
S vlastními rodiči by se ohledně jejich podezření poradilo a promluvilo celkem 7% dotazovaných osob.



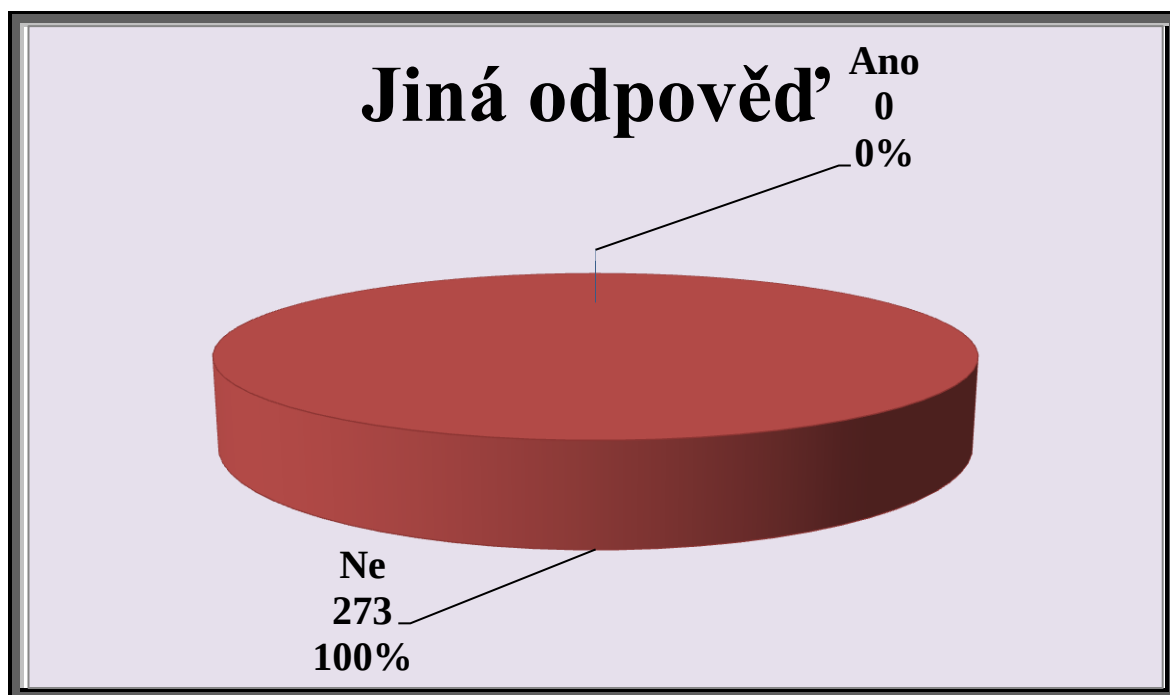
Následující graf ukazuje, že celkem 21% respondentů by se poradilo s odborníkem a vyhledalo pomoc. 79% by odbornou pomoc nevyhledalo.



3% respondentů by dokonce danou situaci nijak neřešila a nevyhledala vůbec žádnou pomoc ani by s nikým o svém podezření nemluvila.

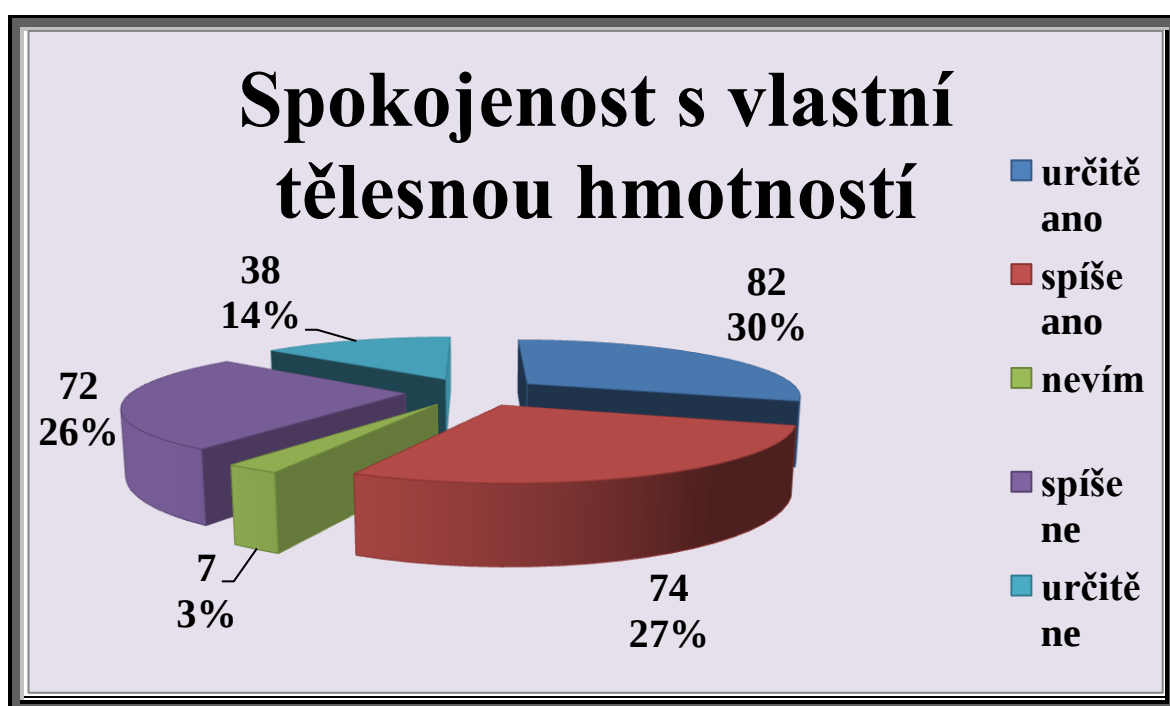


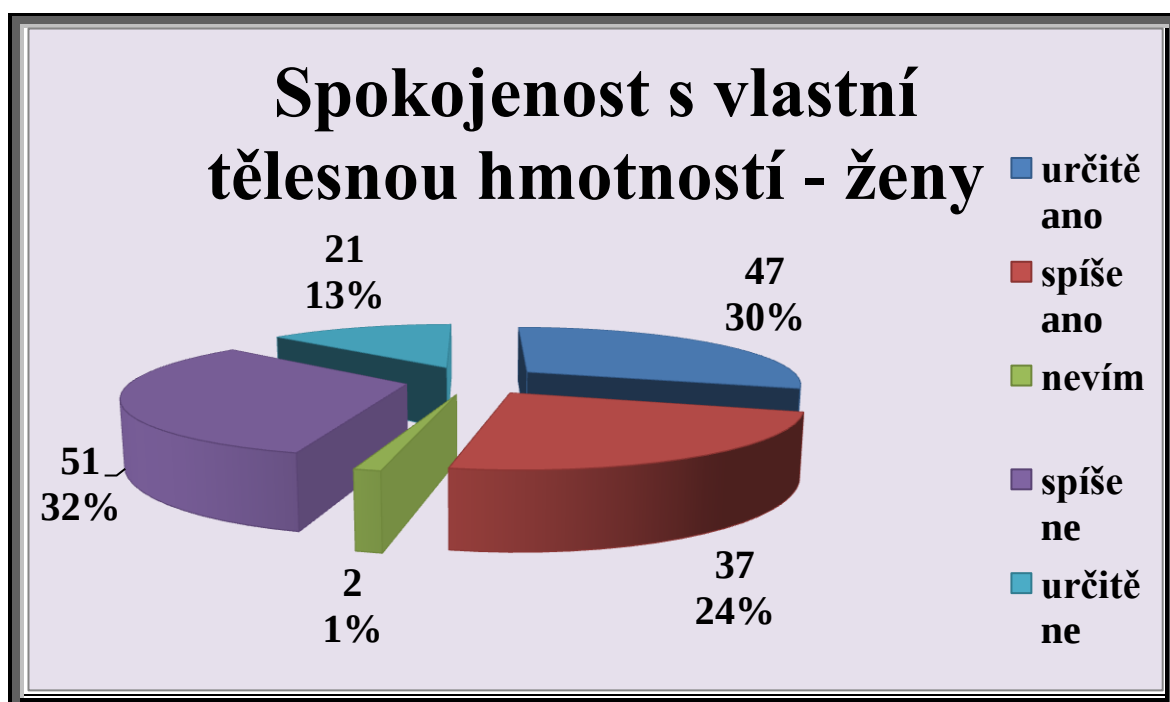
Žádnou jinou odpověď, kromě všech výše uvedených, neuvedla žádná dotazovaná osoba, tedy 100% dotazovaných osob zvolilo nějakou z nabízených možností bez uvedení vlastního návrhu.



Otázka č. 14:

Čtrnáctá otázka zjišťovala, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svojí vlastní tělesnou hmotností. Celkem 57% respondentů je se svojí tělesnou hmotností zcela nebo spíše spokojeno. Celých 40% z dotazovaných však se svojí tělesnou hmotností není spokojeno spíše nebo zcela. 7% se neumělo vyjádřit.

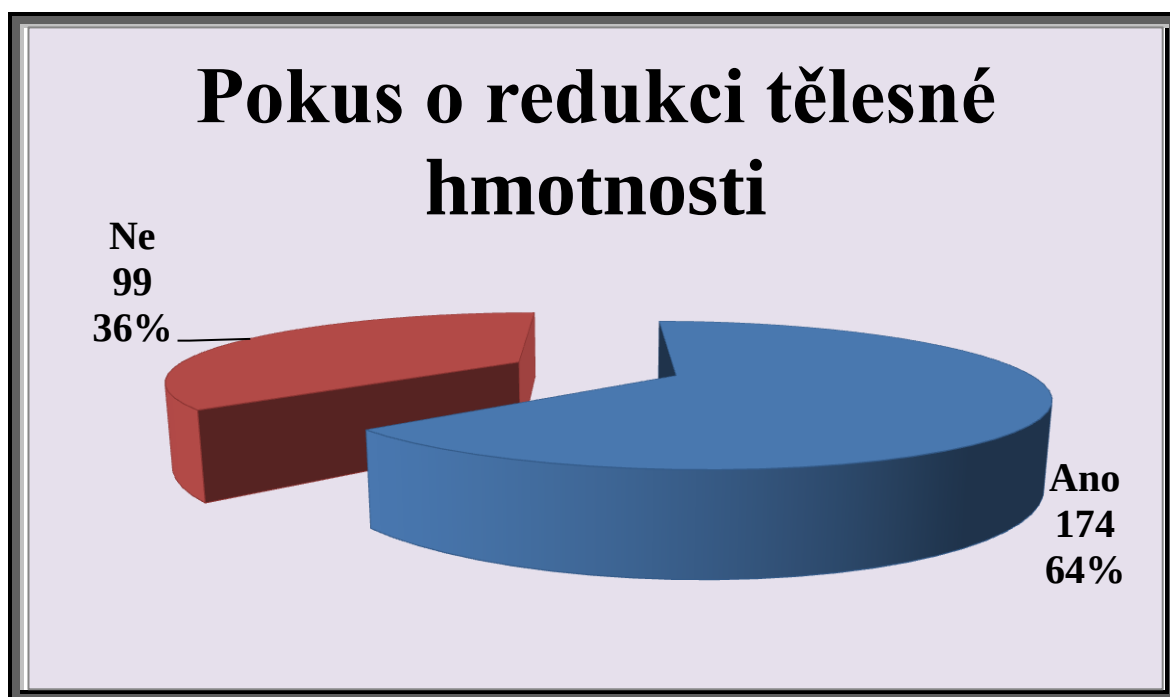




Předchozí dva grafy ukazují, jak jsou respondenti spokojeni s vlastní tělesnou hmotností v závislosti na pohlaví. Celkem 63% mužů je se svoji tělesnou hmotností zcela nebo spíše spokojeno, oproti tomu ženy jsou spokojeny pouze v 54%. 33% mužů je se svoji tělesnou hmotností zcela nebo spíše nespokojeno, žen je to celkem 45%. Tedy téměř každá druhá žena není spokojena se svoji tělesnou hmotností.

Otázka č. 15:

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti někdy zkoušeli nějakou redukční metodu, například diety, užívání medikamentů pro redukci tělesné hmotnosti aj. Výsledky zjistily, že 64% všech dotázaných někdy zkoušelo redukovat svoji tělesnou hmotnost pomocí redukčních metod.





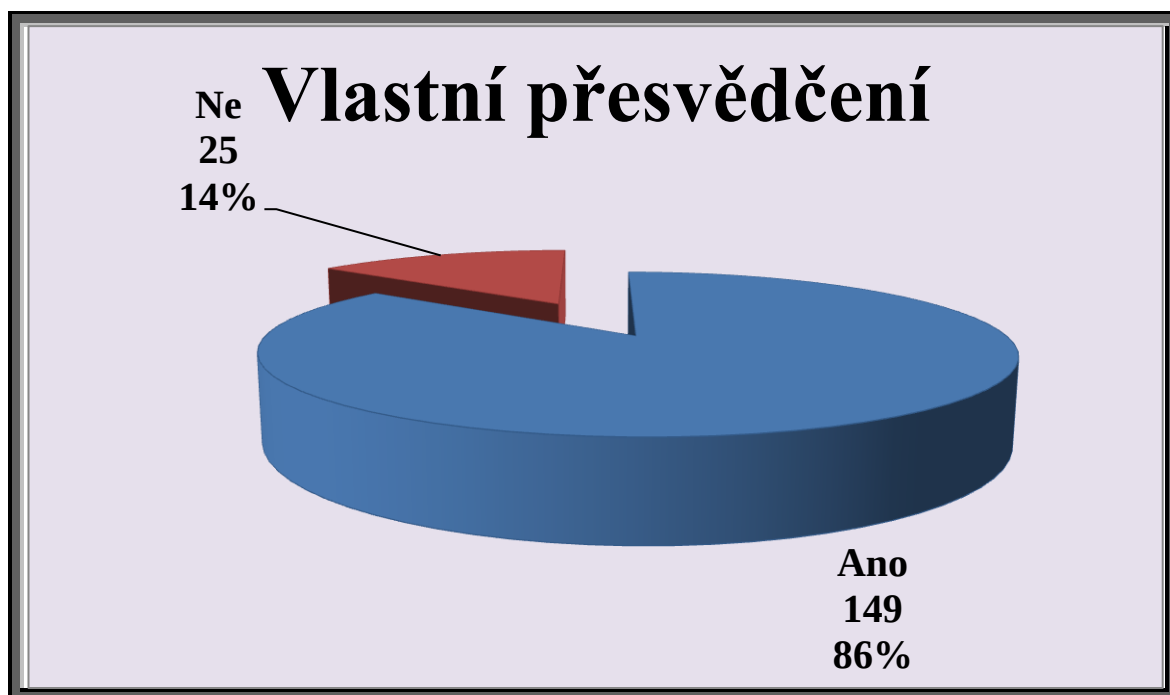
Pokud se zaměříme na pokus o redukci tělesné hmotnosti v závislosti na pohlaví, zjistíme, že 33% dotazovaných mužů někdy zkoušelo nějakou redukční metodu. Žen, které někdy redukční metodu vyzkoušely, bylo dokonce 86%.

Otázka č. 16:

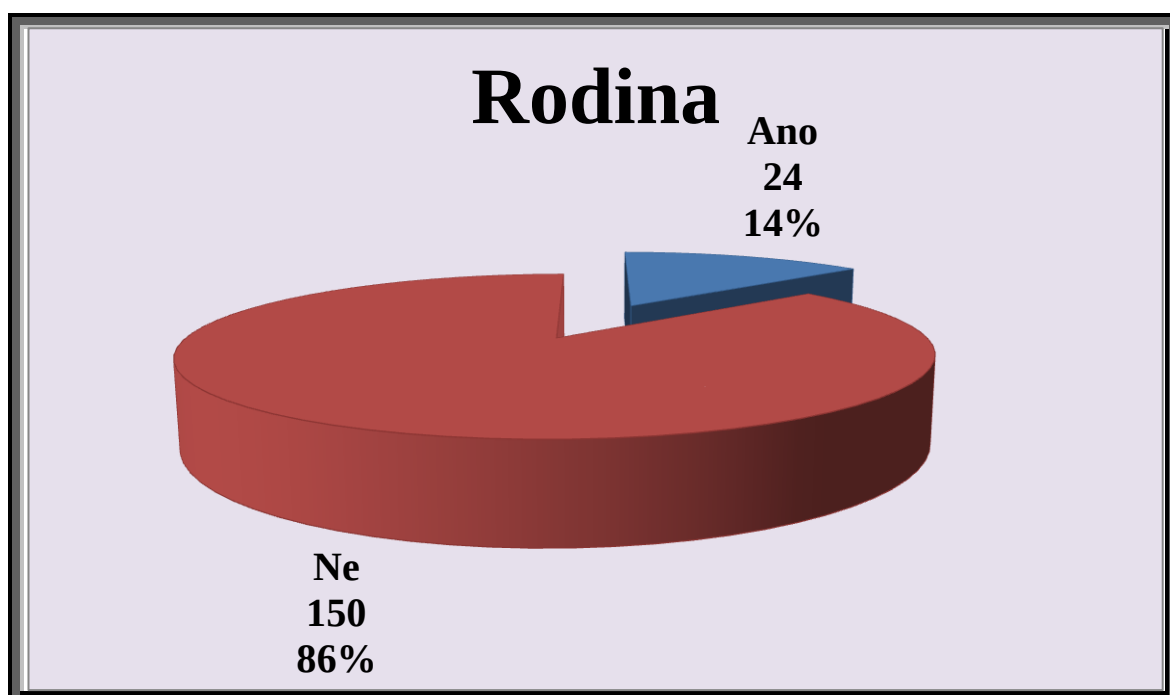
Tato otázka zjišťuje, co vedlo respondenty k tomu, vyzkoušet redukční metodu. Mohli však uvést více odpovědí, proto bude pro lepší přehlednost každá možnost vyhodnocena zvlášť. V tomto případě se jedná o 174 osob, konkrétně o 136 žen a 38 mužů. Výsledná procenta se tedy budou vztahovat k těmto číslům.

Respondenti volili z následujících možností:

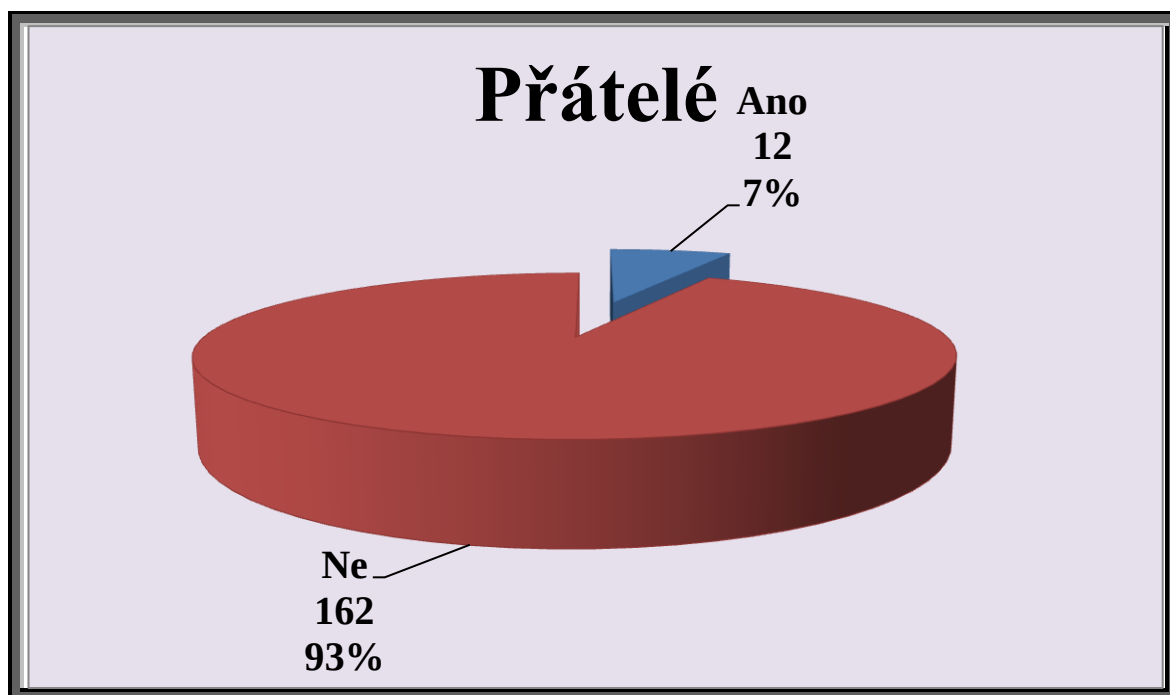
- a) moje přesvědčení
- b) rodina
- c) přátelé
- d) partner/ka
- e) masmédia (TV, rádio, internet, billboardy...)
- f) jiné, uveďte:.....



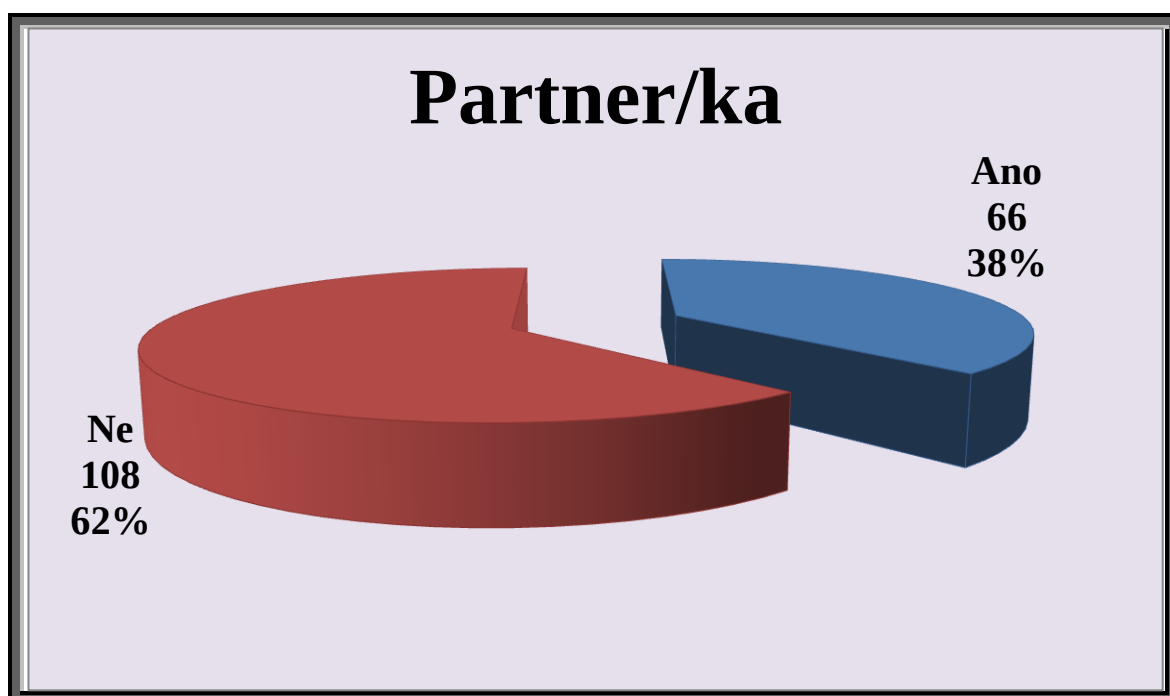
Vyzkoušet redukční metodu z vlastního přesvědčení se už někdy rozhodlo 86% dotazovaných osob.

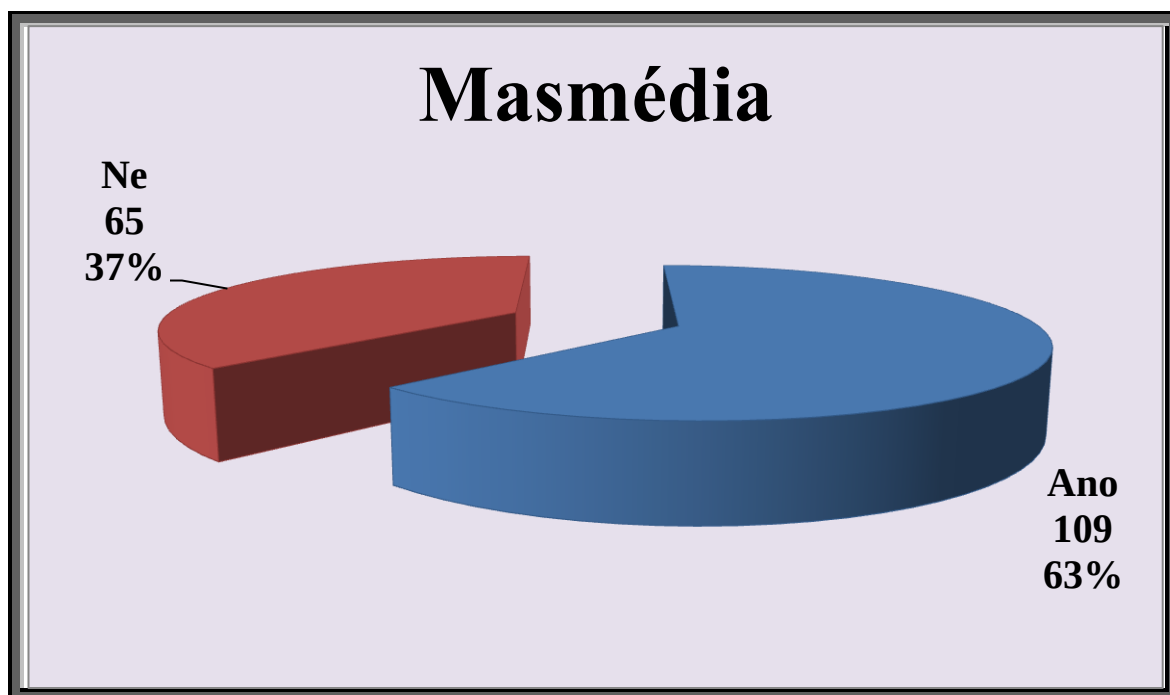


Redukovat tělesnou hmotnost se díky rodině rozhodlo vyzkoušet celkem 14% respondentů. Pro 86% důvodem rodina nebyla.

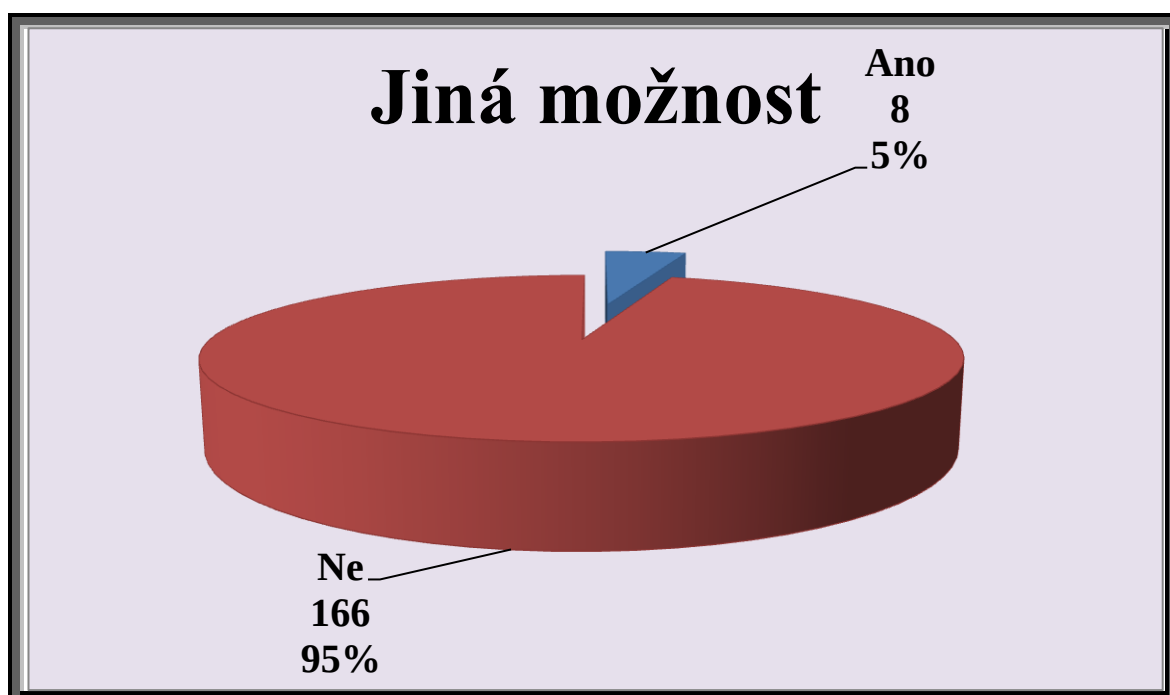


Přátelé byli v 7% důvodem k vyzkoušení redukční metody, oproti tomu partner nebo partnerka byli důvodem celkem pro 38% dotazovaných se zkušeností s redukcí tělesné hmotnosti (66 osob, z toho 52 žen a 14 mužů).





Masmédia ovlivnila k vyzkoušení redukční metody celkem 63% osob (z toho 92 žen a 17 mužů).

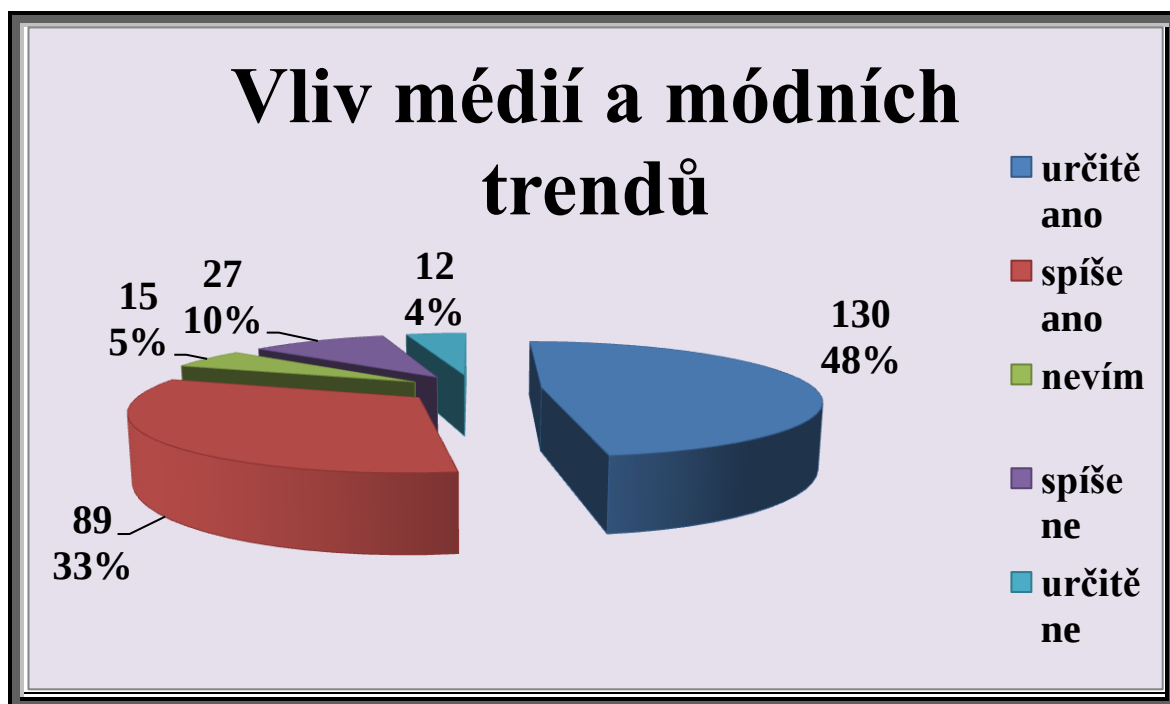


Jiná odpověď byla zvolena v osmi případech, z toho v šesti případech byl důvodem lékař (4 ženy a 2 muži) a ve dvou případech zaměstnavatel, obě byly ženy.

Otázka č. 17:

Tato otázka zjišťovala názor respondentů, zda na rozhodnutí redukovat tělesnou hmotnost mají vliv média a módní trendy.

81% připisuje vliv médiím a módním trendům, 14% tento vliv popírá. 5% nedokáže danou situaci posoudit.

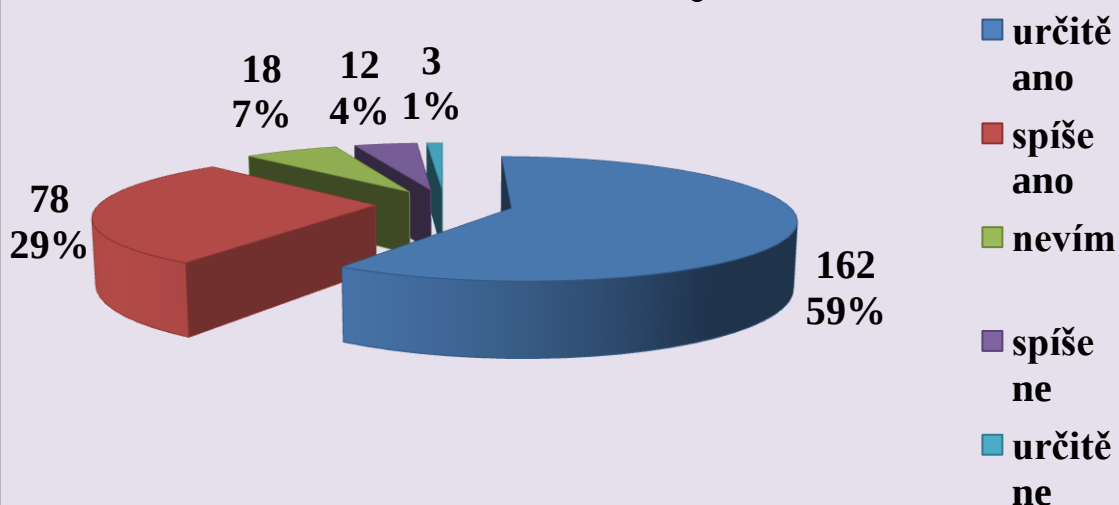


Otázka č. 18:

Osmnáctá otázka zjišťuje subjektivní názor respondentů, zda podle nich prezentují média převážně štíhlé osoby.

V následujícím grafu vidíme, že celkem 88% dotazovaných respondentů se domnívá, že média prezentují převážně štíhlé osoby. Pouze 5% oslovených si nemyslí, že by média prezentovala převážně štíhlé osoby. 7% se k této problematice nedokázalo vyjádřit.

Prezentace štíhlých osob

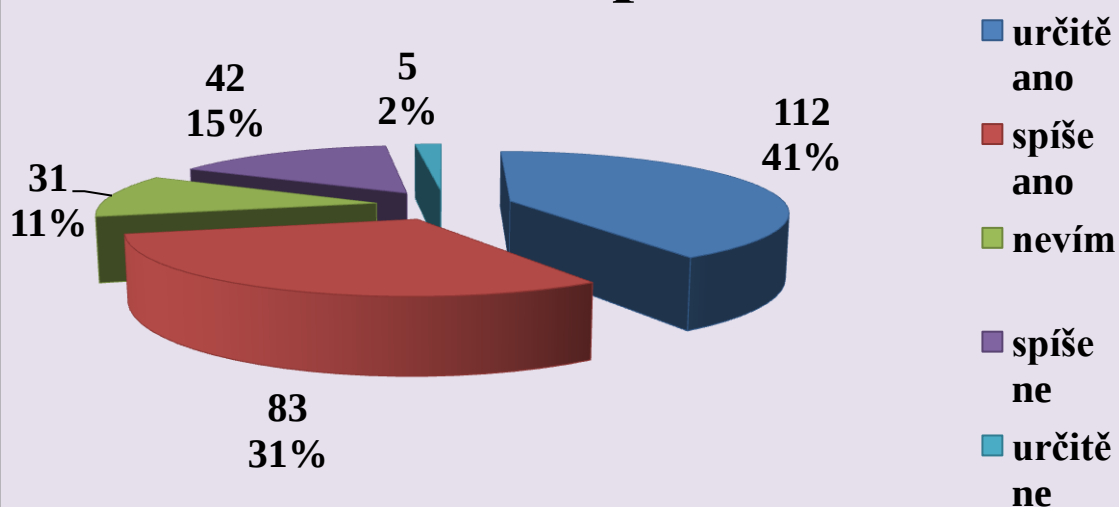


Otázka č. 19:

Předposlední otázka zjišťuje, zda a do jaké míry respondenti souhlasí s tvrzením, že fyzický vzhled ovlivňuje úspěšnost člověka.

Celkem 72% dotázaných s tvrzením souhlasí, pouze 17% si nemyslí, že fyzický vzhled ovlivňuje úspěšnost člověka. 11% se k problematice nedokázalo vyjádřit.

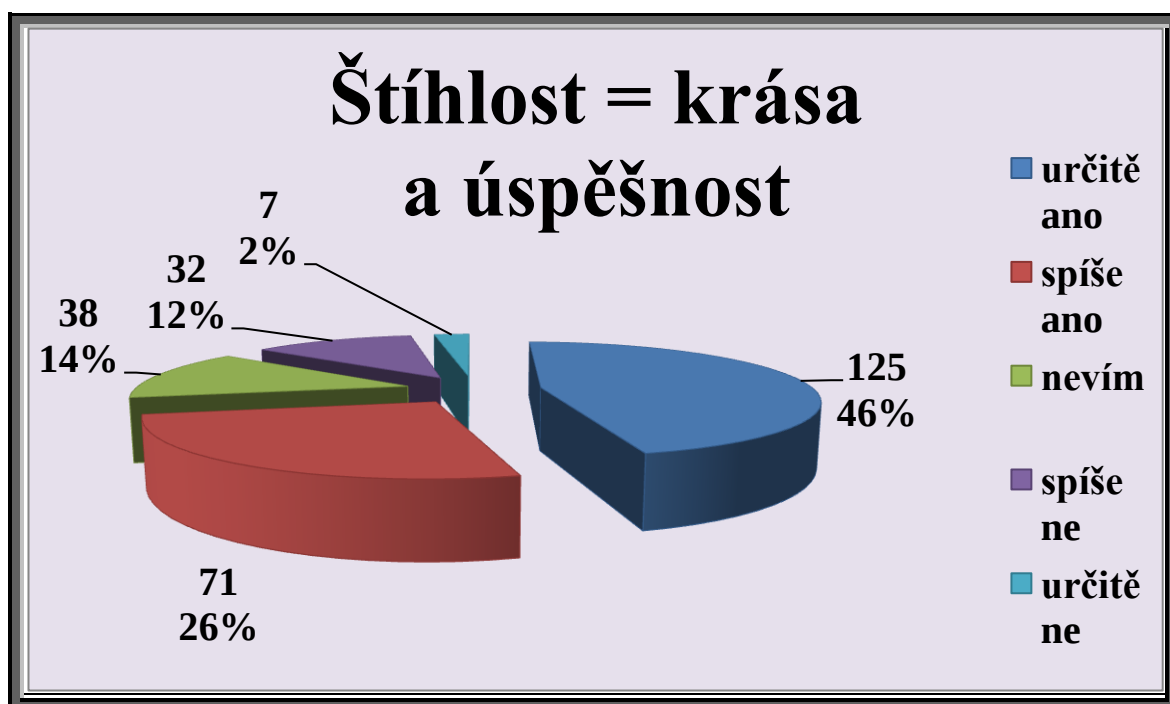
Vliv na úspěšnost



Otázka č. 20:

Poslední otázka zjišťovala názor respondentů, zda a do jaké míry podle nich současná společnost spojuje krásu a úspěšnost se štíhlostí.

Celkem 72% respondentů se domnívá, že současná společnost krásu a úspěšnost se štíhlostí spojuje, pouze 14% dotazovaných si toto nemyslí. 14% dotazovaných se k této problematice neumělo vyjádřit.



2.2 Diskuse

Pro svoji práci jsem zvolila následující hypotézy:

- ✚ H1: Větší informovanost o problematice mají ženy než muži.
- ✚ H2: Vlastní zkušenost s redukcí váhy má alespoň 30%. Tedy každý třetí člověk někdy zkoušel držet nějakou dietu nebo hubnout jinak.
- ✚ H3: Třetina žen není spokojena s tím, jak vypadá.
- ✚ H4: Muži jsou se svým vzhledem spokojenější než ženy.
- ✚ H5: Média a módní trendy mají velký vliv v problematice poruch příjmu potravy a redukce váhy.

S první hypotézou souvisí otázky 7, 8 a 9, tedy „Víte, co je mentální anorexie?“, „Víte, jaký je rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií? (pokud ano, uveďte jaký)“ a „Máte pocit, že máte dostatek informací o problematice poruch příjmu potravy (mentální anorexii a bulimii)?“

Na otázku, zda ví, co je mentální anorexie záporně odpovědělo pouze 14 lidí ze všech dotazovaných, z toho bylo 12 mužů a 2 ženy. Správný rozdíl mezi mentální anorexií a bulimií dokázalo uvést celkem 139 osob, z toho bylo 31 mužů (tedy 27% z celkového počtu dotázaných mužů) a 108 žen (tedy 68% z celkového počtu dotázaných žen). 57% mužů se cítí být zcela nebo spíše informováno o dané problematice, oproti tomu u žen je to celých 67%.

Na základě odpovědí na tyto tři otázky první hypotézu mohu potvrdit. Tedy je pravda, že větší informovanost o problematice mají ženy než muži.

S druhou hypotézou souvisí otázka číslo 15, tedy konkrétně „Použil/a jste někdy redukční metodu? (dieta, medikamenty pro snížení tělesné hmotnosti, jiné prostředky...)?“ Z výzkumného šetření vyplynulo, že celkem 64% všech dotazovaných osob někdy zkoušelo redukovat svoji tělesnou hmotnost. Jednalo se o 33% všech dotázaných mužů a dokonce 86% všech dotázaných žen. Hypotéza, která říká, že „Vlastní zkušenost s redukcí váhy má alespoň 30%. Tedy každý třetí člověk někdy zkoušel držet nějakou dietu nebo hubnout jinak.“ Je tedy pravdivá. Hypotéza tvrdila, že zkušenost má alespoň 30%, ve skutečnosti je tento počet více než dvojnásobný, protože se jedná celkem o 64%. Je až překvapivé, kolik lidí má vlastní zkušenost s redukcí váhy.

S třetí a čtvrtou hypotézou souvisí nejvíce otázka 14, tedy „Jste spokojený/á se svou tělesnou hmotností?“ Dokonce 45% všech dotázaných žen není spokojeno se svojí tělesnou hmotností. Tedy více než třetina žen není spokojena s tím, jak vypadá. I třetí hypotézu můžeme potvrdit jako pravdivou.

63% mužů je spokojeno se svojí tělesnou hmotností, oproti tomu spokojených žen je pouze 54%. Proto můžeme i čtvrtou hypotézu „Muži jsou se svým vzhledem spokojenější než ženy“ potvrdit a označit za pravdivou.

S poslední pátou hypotézou souvisí otázka číslo 17 a 18, tedy „Myslíte si, že média a módní trendy mají vliv na rozhodnutí lidí, začít redukovat svoji tělesnou hmotnost?“ a „Prezentují podle Vás média převážně štíhlé osoby?“ Celkem 81% dotazovaných potvrdilo, že média a módní trendy mají vliv na rozhodnutí lidí, začít redukovat svoji tělesnou hmotnost. Dále pak dokonce 88% respondentů zastává názor,

že média prezentují převážně štíhlé osoby. Na základě těchto zjištěných výsledků můžeme potvrdit i poslední hypotézu „Média a módní trendy mají velký vliv na problematiku poruch příjmu potravy a redukce váhy.“

Otázka číslo pět a šest se týkala BMI a jeho výpočtu. Celkem 79% dotázaných osob zná tento index, ale pouze 14% z nich ho dokáže vypočítat. Předpokládala jsem, že ne všichni dotázaní budou vědět, co je to BMI a myslím si, že 79% je poměrně hodně vysoké číslo, avšak překvapilo mě, že správný výpočet toho indexu zná pouze 14% z nich, tedy 39 osob.

Desátá otázka zjišťovala, odkud respondenti získali informace ohledně problematiky poruch příjmu potravy. Osobní zkušenost jako zdroj informací uvedlo celkem 5% všech dotázaných, což je, podle mého názoru vysoké číslo a jen potvrzuje, že poruchy příjmu potravy jsou opravdu rozšířeným a závažným problémem. Informace z rodiny má pouze 6% osob a od přátel poté 2%. Ze školního prostředí získalo informace 73% všech dotazovaných, což je důkazem toho, že škola se o tuto problematiku zajímá a snaží se žáky o těchto závažných onemocněních informovat. Problematika poruch příjmu potravy by se měla dostat do školských osnov, protože právě u mladých lidí je riziko těchto onemocnění největší. 88% respondentů uvádí, že získalo informace z masmédií, tedy televize, rádia a internetu. Podobný výsledek jsem očekávala, že největší informovanost bude pocházet právě z masmédií. S dobou globalizace se informace šíří celoplošně a mnohem rychleji než tomu bylo dříve. Pozitivní je samozřejmě to, že se šíří i takové informace, které mohou být lidem nápomocny, jako například u problematiky poruch příjmu potravy. Také literatura, noviny, časopisy a informační letáky mají velkou zásluhu na informovanosti osob v různých oblastech. V oblasti poruch příjmu potravy tuto skutečnost potvrdilo 62% respondentů, což je poměrně hodně na dobu, kdy tištěná média začínají nahrazovat vizuální a audiovizuální komunikační technologie a samozřejmě internet. Překvapivé bylo, že pouze 13% získalo nějaké informace od svého praktického lékaře, avšak je pravdou, že já osobně jsem také nikdy od lékaře informace k této problematice nezískala.

Jedenáctá otázka zjišťovala, zda respondenti znají nějakou organizaci, která se zabývá poruchami příjmu potravy. 92% dotázaných žádnou organizaci neznalo. Zbýlých osm procent uvedlo občanské sdružení Anabell nebo STOP PPP.

Třináctá otázka zjišťovala, jak by se zachovali respondenti v případě, že by u někoho měli podezření na onemocnění mentální anorexií. Na výběr měli z těchto možností:

- ✚ Přímo bych si promluvil/a s danou osobou – tuto možnost by zvolilo 67% dotazovaných osob. Jedná se o celkem vysoký počet procent, avšak podle mého názoru je dobré kromě rozhovoru se samotnou osobou ještě kombinovat další možnosti, například vyhledání odborné pomoci či spolupráce s přáteli a blízkými lidmi.
- ✚ Promluvil/a bych si s přáteli dané osoby – s přáteli by mluvilo celkem 48% respondentů, což je ukazatelem toho, že nejsou vůči svému podezření lhostejní.
- ✚ Promluvil/a bych si s jeho/jejími rodiči – tuto možnost zvolilo pouze 8% respondentů. Jednalo se o respondenty z převážně nižších věkových kategorií, což je naprosto logické.
- ✚ Řekl/a bych to svým rodičům – svým rodičům by se svěřilo 7% respondentů, kdy se opět jedná o nižší věkové kategorie.
- ✚ Obrátil/a bych se na pomoc odborníka (praktický lékař, psycholog, poradna...) - odbornou pomoc by vyhledalo 21% respondentů, což je poměrně vysoké číslo. Většinou totiž lidé řeší takové problémy v okruhu svých známých a blízkých a odhodlání k vyhledání odborné pomoci není samozřejmostí.
- ✚ Nijak bych to neřešil/a – 3% procenta dotazovaných osob by nijak situaci neřešila a nepodnikla by žádné kroky. Může se zdát, že se jedná o poměrně nízké číslo, avšak za každým takovým procentem se může skrývat nezachráněný život nemocného, který může skončit i smrtí.
- ✚ Jiná odpověď – žádná jiná odpověď se nevyskytla.

Šestnáctá otázka se týkala důvodu, proč respondenti vyzkoušeli redukční metodu ke snížení své tělesné hmotnosti. Redukci vyzkoušelo celkem 174 z dotazovaných respondentů, z toho bylo 136 žen a 38 mužů. Podle mého názoru je toto číslo poněkud vysoké a sama jsem čekala, že bude poloviční.

Možnosti pro volbu odpovědi byly následující:

- ✚ Moje přesvědčení – z vlastního přesvědčení vyzkoušelo redukční metodu 86%. Toto řešení je, podle mého názoru, nejideálnější. Tedy pokud se již rozhodnu nějakou redukční metodu vyzkoušet, bude to z mého přesvědčení a protože já jsem si čehokoli vědom a ne proto, že mě nějak ovlivnilo okolí a podobně.

- ✚ Rodina – celkem 14% respondentů se rozhodlo k vyzkoušení redukční metody z důvodu rodiny. Předpokládám, že se jednalo spíše o zdravotní důvody, které rodina chtěla eliminovat, avšak mnohdy právě v rodině vznikají příčiny poruch příjmu potravy. Může se jednat o komentář k vzhledu, nápodobu některého člena rodiny, který právě redukční metodu zkouší a podobně.
- ✚ Přátelé – pro 7% byli důvodem k vyzkoušení redukční metody přátelé. Důvody mohou být stejné jako u předchozí oblasti, tedy rodiny.
- ✚ Partner/ka – je až překvapivé, že celých 38% se rozhodlo k vyzkoušení redukční metody na základě partnera nebo partnerky. Jednalo se celkem o 14 mužů a dokonce až 52 žen, což je opravdu vysoké číslo. Myslím si, že na vině je pomyslný ideál krásy, kterému jsme denně vystavováni prostřednictvím masmédií. Klamně poté přejímáme měřítko na krásu, štíhlost a úspěch. Máme tendenci se porovnávat nebo být porovnávaní s hubenými až mnohdy extrémně štíhlými lidmi, kteří jsou masmédií prezentováni.
- ✚ Masmédia (TV, rádio, internet, billboardy...) – jak již bylo zmíněno v předchozí variantě odpovědi, média ovlivňují vnímání lidí více, než jsme si sami schopni připustit. Dokonce 63% se rozhodlo vyzkoušet redukci tělesné hmotnosti právě na základě masmédií a jimi zveřejňovanému obsahu. Celkem se jednalo o 17 mužů a 92 žen.
- ✚ Jiné, uveďte – jako jiný důvod se v šesti případech objevilo lékařské doporučení, což je otázka zdraví a tedy 100% správné rozhodnutí. Oproti tomu se ve dvou případech objevil zaměstnavatel, jednalo se o ženy. Můžeme tedy předpokládat, že se jednalo o práci v modelingu a podobných odvětvích, kde je bohužel štíhlost vyžadována, avšak i v těchto oblastech již dochází k pokroku a dokonce byl i v minulosti zakázán vstup na mola extrémně štíhlým modelkám. Známa je také kampaň DOVE za skutečnou krásu a podobně.

Devatenáctá a zároveň předposlední otázka mého šetření zjišťovala názor respondentů na problematiku fyzického vzhledu a úspěšnosti, tedy zda má fyzický vzhled vliv na úspěšnost člověka. S tímto tvrzením souhlasí celkem 72% dotázaných, což je opravdu mnoho. Dnešní společnost je však bohužel nastavena smýšlet takto. Říká se, že hezcí lidé (rozumí se krásní a štíhlí) to mají v životě jednodušší. Nemyslím si, že by to vždy bylo až tak jednoduché, jak se zdá, ale i kousek pravdy na tom je.

Poslední otázka tak trochu souvisí s předchozí otázkou ohledně fyzického vzhledu a úspěšnosti. Dvacátá otázka se ptá respondentů na to, zda a do jaké míry podle

nich současná společnost spojuje krásu a úspěšnost se štíhlostí. 72% respondentů se domnívá, že krása a úspěšnost se štíhlostí spojována je. Pokud však bude tento názor ve společnosti přetrvávat, bude pokusů o redukci tělesné hmotnosti narůstat a bohužel i v případech, kdy tato redukce není potřebná a žádoucí.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na to, jak je problematika poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie, závažná a aktuální. Teoretická část poskytla informace o poruchách příjmu potravy, jejich historii, která započala již ve 2. století (Galén), o jejich symptomech, následcích a léčbě. Tyto informace poté posloužily jako teoretický rámec a podklady pro vlastní výzkumné šetření, které bylo součástí praktické části. Cílem praktické část bylo zjistit, jak je česká veřejnost o problematice poruch příjmu potravy informovaná a jaký mají vliv masmédia na smýšlení o vlastním těle.

Výsledky mého výzkumného šetření jen potvrdily, že je důležité informovat veřejnost o těchto onemocněních a také učinit nějakou prevenci v oblasti poruch příjmu potravy.

Důležitý je také fakt, že v dnešní době mají média na smýšlení člověka velký a nezanedbatelný vliv. Neustále je nám předkládán pomyslný „ideál krásy“ a kult štíhlosti. Nejvíce se tato skutečnost dotýká mladých lidí, proto je nutno prevenci zavést už ve školách, aby se dalo stále narůstajícímu počtu nemocných alespoň trochu zabránit. Prevence by měla být cílená a měla by být zaměřena nejen na žáky, ale také na učitele nebo rodiče. Také by měl být kladen důraz na fakt, že není důležitější fyzická krása nad krásou osobnosti.

V dnešní společnosti totiž žije mnoho lidí, kteří nejsou spokojeni se svým vzhledem a tělesnou hmotností, i když jsou zcela v normálu. Zbytečně se trápí, až nakonec sáhnou k radikálnějšímu řešení, tedy k redukci tělesné hmotnosti, která může vyústit až v hladovění a poruchu příjmu potravy. Jak se mnozí mylně domnívají, tato skutečnost se netýká pouze žen, ale i mnoho mužů trpí poruchami příjmu potravy. Onemocnět zkrátka může každý, ať už starý či mladý, žena či muž. V dnešní době se dokonce objevují případy i dětí v předškolním věku.

Závažnost tohoto tématu jen umocňují statistiky úmrtí a výskytu nových a nových případů. Důležité je si také uvědomit, že tato onemocnění nemají vliv pouze na samotného jedince (ať už psychicky nebo fyzicky), ale také na jeho okolí – rodinu, přátele aj.

Je potřeba si uvědomit, že onemocnět poruchou příjmu potravy je velmi jednoduché, avšak uzdravit se již tak jednoduché není. Je to velmi složitý proces, ve kterém je zapotřebí mnoho podpory, silné vůle a odhodlání.

Bibliografický záznam

HÁJKOVÁ, Eva. Psychologické souvislosti anorexie. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra výchovy ke zdraví, 2012. Vedoucí bakalářské práce RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

Resumé

Bakalářská práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy. Teoretická část vymezuje poruchy příjmu potravy, jejich historii, příčiny, důsledky a léčbu.

Praktická část obsahuje výzkum na téma „informovanost veřejnosti o poruchách příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie“.

Resumé

Bachelor thesis deals with the problem of eating disorders. The theoretical part defines eating disorders, their history, causes, consequences and treatment.

The practical part includes research on „public awareness of eating disorders, particularly anorexia nervosa.“

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, onemocnění, tělesná hmotnost, tělesný vzhled, léčba, prevence.

Keywords

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, disease, body weight, body image, treatment, prevention.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy, konkrétně na mentální anorexii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část, která je rozdělena do pěti kapitol, pojednává o vymezení a historii příjmu potravy, o determinantech, které se na vzniku onemocnění podílí, o možných projevech mentální anorexie a také o možnostech léčby tohoto onemocnění. Poslední kapitola poté poukazuje na skutečný příběh, ve kterém je názorně ukázáno, jak mentální anorexie dokáže ovlivnit život nemocného i jeho rodiny.

Praktická část je založena na dotazníkovém šetření. To zjišťovalo, jak je veřejnost o problematice poruch příjmu potravy informovaná a zda má s onemocněním nějaké zkušenosti.

Annotation

The bachelor thesis is focused on the issue of eating disorders, specifically anorexia nervosa. This thesis is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part, which is divided into five chapters, deals with the definition and history of eating disorders, with determinants that are involved in the disease, the possible manifestations of anorexia nervosa as well as treatment options for this disease. The last chapter then points to the real story, which is exemplified as anorexia nervosa can affect the life of the patient and her family.

The practical part is based on a survey. It was checked how the public is informed on the issue of eating disorders and whether has any experience with the disease.

Seznam literatury

BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003. 31 s. ISBN 80-86015-91-2.

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatové přejídání. Jak se uzdravit*. Votobia, 1995. 206 s. ISBN: 80 – 85885 – 97 – 2.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

FOŘT, P. *Stop dětské obezitě*. Praha: Euromedia Group, k. s., 2004. 206s. ISBN 80-249-0418-7

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HORT, V. a kol. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál

KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. aktualizované. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

LADISHOVÁ, L. C. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, Jak jim předcházet, Jak je léčit*. 1. vyd. Ružomberok: EPOS, 2006. 160 s. ISBN 80-89191-53-3.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, M.; KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

MARÁDOVÁ, E., KRCH, F.D. 2003. *Poruchy příjmu potravy-příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize - Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: WHO a PCP, 2000.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7.

SPECIANI, A; SPECIANI, L. *Anoressia e bulimia : fare pace con il cibo*. 1. vyd. Firenze : Giunti Editore S.p.A, 2009. 127 s. ISBN 978-88-440-3657-7.

Internetové zdroje

Co je BMI? [online]. [cit. 3. září 2012]. Dostupný World Wide Web:

< <http://www.bodymassindex.cz/faq/co-je-bmi/> >

ČERNÁ, Ria. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému [online]. [cit. 6. září 2012]. Dostupný World Wide Web: < <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu> >

Isabelle Caro [online]. [cit. 5. září 2012]. Dostupný World Wide Web:

< http://en.wikipedia.org/wiki/Isabelle_Caro >

Jaká je vlastně ideální hmotnost? Co je to BMI? Co je „teorie kritického bodu? [online]. [cit. 3. září 2012]. Dostupný World Wide Web:

<<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/vyziva/21-diety/288-jaka-je-vlastn-idealni-hmotnost-co-je-to-bmi-co-je-teorie-kritickeho-bodu> >

KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. [cit. 7. září 2012]. Dostupný World Wide Web: < http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251 >

MIKULIČKOVÁ, Ivana. Základní informace o poruchách příjmu potravy (PPP) [online]. ©2009, [cit. 7. září 2012]. Dostupný World Wide Web: < <http://civilizacni-choroby.blogspot.cz/2009/05/obezita-poruchy-prijmu-potravy.html> >

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava; ČEŠKOVÁ, Eva; SOBOTKA, Luboš. Historie poruch příjmu potravy [online]. ©2000, [cit. 5. září 2012]. Dostupný World Wide Web:

<<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy> >

SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet [online]. ©2004, [cit. 5. září 2012]. Dostupný World Wide Web:

<<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet> >

Stres - noční můra, kterou lze překonat [online]. ©2010, [cit. 14. září 2012]. Dostupný World Wide Web: < <http://www.novesluzby.cz/zdravi-a-zdrava-vyziva.206/stres-nocni-mura-kterou-lze-prekonat.20305.html> >

Přílohy

Příloha č. 1 - dotazník

1. Jste:

a) žena

b) muž

2. Váš věk:

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a) základní

b) střední bez maturity / vyučen

c) střední s maturitou

d) vyšší / vysokoškolské

4. Pracujete (nebo studujete) v oblasti zdravotnictví?

a) ano

b) ne

5. Víte co znamená zkratka BMI nebo jste o ní alespoň slyšel/a?

a) ano

b) ne

6. Víte, jak BMI vypočítat? (pokud ano, uveďte jak)

a) ano.....

b) ne

7. Víte, co je mentální anorexie?

a) ano

b) ne

8. Víte, jaký je rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií? (pokud ano, uveďte jaký)

- a) ano.....
- b) ne

9. Máte pocit, že máte dostatek informací o problematice poruch příjmu potravy (mentální anorexii a bulimii)?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

10. Odkud jste se dozvěděl/a o existenci této problematiky? (můžete označit více odpovědí)

- a) osobní zkušenost
- b) rodina
- c) přátelé
- d) škola
- e) masmédia (TV, rádio, internet)
- f) literatura, noviny, časopisy, informační letáky
- g) praktický lékař
- h) jiný zdroj.....

11. Víte o nějaké organizaci, která se zabývá problematikou poruch příjmu potravy?

- a) ano (uveďte název)
- b) ne

12. Setkal/a jste se někdy s případem mentální anorexie či bulimie ve svém okolí nebo vlastní zkušeností?

- a) ano
- b) ne

13. Jak byste postupovali v případě, že byste měli u někoho ve vašem okolí podezření na mentální anorexii? (můžete označit více možností)

- a) přímo bych si promluvil/a s danou osobou
- b) promluvil/a bych si s přáteli dané osoby
- c) promluvil/a bych si s jeho/jejími rodiči
- d) řekl/a bych to svým rodičům
- e) obrátil/a bych se na pomoc odborníka (praktický lékař, psycholog, poradna...)
- f) nijak bych to neřešil/a
- g) jiná odpověď.....

14. Jste spokojený/á se svou tělesnou hmotností?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

15. Použil/a jste někdy redukční metodu? (dieta, medikamenty pro snížení tělesné hmotnosti, jiné prostředky...)?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud ano, co vás k tomu vedlo? (můžete označit více odpovědí)

- a) moje přesvědčení
- b) rodina
- c) přátelé
- d) partner/ka
- e) masmédia (TV, rádio, internet, billboardy...)
- f) jiné, uveďte:.....

17. Myslíte si, že média a módní trendy mají vliv na rozhodnutí lidí, začít redukovat svou tělesnou hmotnost?

- a) určitě ano
- b) spíše ano

- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

18. Prezентují podle vás média převážně štíhlé osoby?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

19. Souhlasíte s tím, že fyzický vzhled ovlivňuje úspěšnost člověka?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

20. Myslíte si, že současná společnost spojuje krásu a úspěšnost se štíhlostí?

- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) určitě ne
-