

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Mentální anorexie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Plšková

Vypracovala:

Jana Opletalová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Mentální anorexie**“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne: 23. 4. 2012

.....
Jana Opletalová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za velmi užitečnou a obětavou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svým rodičům, kteří mne v průběhu celého studia podporovali a pomáhali mi s péčí o syna.

.....
Jana Opletalová

OBSAH

Úvod	2
1. Poruchy příjmu potravy	4
1.1 Mentální anorexie	5
1.2 Následky mentální anorexie	6
1.3 Mentální bulimie	8
1.4 Následky mentální bulimie	9
1.5 Příčiny poruch příjmu potravy	10
2. Léčba poruch příjmu potravy a reakce blízkého okolí	16
2.1 Linka důvěry	17
2.2 Ambulantní péče	18
2.3 Hospitalizace	22
2.4 Pro ana blogy	23
2.5 Reakce blízkého okolí	24
2.6 Prevence	29
3. Praktická část	35
3.1 Cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz	35
3.2 Výběr respondentů	36
3.4 Cílová skupina respondentů při realizaci výzkumu	36
3.3 Vlastní výzkum, analýza a prezentace výsledků	37
3.4 Kazuistika	63
Závěr	65
Resumé	67
Anotace a klíčová slova	68
Seznam použité literatury	69
Seznam zkratk	72
Seznam příloh	73

ÚVOD

„Tuto práci bych ráda věnovala všem svým spolužákům a spolužačkám, o nichž vím, že nejsou spokojeni se svojí postavou a trpěli nebo trpí tímto závažným onemocněním, které bych přirovnala k civilizační chorobě.“ (autorka práce)

Téma bakalářské práce „Mentální anorexie“ jsem si zvolila ze dvou důvodů. Prvním důvodem je moje osobní zkušenost s tímto onemocněním. Druhým důvodem je to, že si právě proto plně uvědomuji nebezpečnost tohoto onemocnění a potřebu o této problematice informovat širokou veřejnost, zejména dospívající dívky. Mentální anorexie u mně propukla v období dospívání. Bylo a stále je to pro mě velice těžké se s ní vypořádat. Přirovnala bych to k bludnému kruhu, ze kterého je velice obtížné vystoupit a žít „normální“ život bez výčitek, které přicházejí po požití třeba jen kousku jídla. Bohužel je pravda, že tato nemoc je prakticky nevyléčitelná, jelikož osoba s poruchou příjmu potravy se neustále kontroluje, a to i po absolvování léčby.

Oba důvody jsou příčinou, proč jsem se rozhodla pracovat s tímto tématem. Uvědomuji si nebezpečnost tohoto onemocnění, které je psychosomatického rázu. V posledních letech k jeho rozšíření dochází nejen v ČR, ale i ve světě. Počet úmrtí ve spojitosti s touto nemocí je opravdu alarmující. Přesto mnoho lidí závažnost mentální anorexie stále podceňuje. Především jsou to, dle mého úsudku, média, která neustále nabízí mladým lidem obraz krásy v podobě dokonalého těla. Statisticky zpracovat přesné údaje o lidech trpících tímto onemocněním není prakticky možné, protože o svém problému nechtějí hovořit. Žijí ve svém světě, kam nikoho nepustí.

Mentální anorexie není jedinou poruchou příjmu potravy. Do skupiny poruch příjmu potravy řadíme také mentální bulimii. Ve své práci se budu věnovat především mentální anorexii, která je pro mne ústředním tématem. Mentální bulimie, která je také poruchou příjmu potravy, se dotknu jen okrajově.

Cílem mojí bakalářské práce je přispět k větší informovanosti o této nemoci a prevenci jejího vzniku. Ráda bych upozornila na faktory a příčiny, které jedince v životě ovlivňují a které mohou být spouštěcím mechanismem poruchy příjmu potravy.

Chci se zaměřit na reakci okolí, když zjistí, že jim blízký člověk trpí touto velice vážnou nemocí. Uvedu možnosti léčby a také přístup k tomuto onemocnění ze strany těch nejbližších.

V praktické části své bakalářské práce popíši svoji vlastní zkušenost s mentální anorexií. Prostřednictvím dotazníkového šetření se budu snažit o zjištění informovanosti dospívajících dívek na ZŠ o této problematice, jaké jsou jejich stravovací návyky, zda média ovlivňují pohled dívek na jejich postavu. V neposlední řadě bych chtěla zjistit, zda jsou spokojeny se svojí postavou.

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu jídla (eating disorder) je termín, který je ve spojitosti s tímto onemocněním používán dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize). Častěji se pro toto onemocnění používá označení porucha příjmu potravy (dále jen PPP).¹ Jedná se o mentální anorexii a mentální bulimii. Tímto onemocněním trpí z celkové počtu nemocných cca 90% dívek a žen ve věkovém rozmezí od 15ti do 55ti let. Mužská populace je v řadách touto poruchou trpících jedinců zastoupena pouze z cca 5%. I přes to, že je mentální anorexie výrazně odlišná od mentální bulimie, jsou si v podstatě podobné a hranice mezi nimi je velice tenká a velmi snadno překročitelná. Obě tato onemocnění se řadí do skupiny poruch obživného pudu.

Podstata PPP je v tom, že jedinci, kteří trpí tímto onemocněním jsou až extrémním způsobem zaměřeni na své tělo, hmotnost a příjem jídla. Hlavním cílem jak anorexie tak i bulimie je štíhlost a hlavní příčinou je strach z tloušťky.²

Historie PPP sahá až do 2. století n. l., kdy ji poprvé popsal jeden z nejznámějších starověkých lékařů Klaudios Galénos, známý spíše jako Galén. Hladovění bylo součástí náboženských rituálů a obřadů.³ Mentální anorexie byla poprvé popsána v 17. století anglickým lékařem Richardem Mortonem. Další a mnohem přesnější popisy se objevili až v 19. století, kdy se tímto onemocněním zabývali William Gull a Charles Laseque. Zatímco mentální anorexie má „svoji“ historii, mentální bulimie je v odborné lékařské literatuře zmiňována až od 20. století. Jako specifický syndrom byla popsána Bernardem Rusellem v roce 1979.⁴

Tato onemocnění ničí postižené nejen tělesně, psychicky, ale i sociálně. Ovlivňuje jejich racionální pohled na realitu, sebe samé a blízké okolí. V souvislosti s onemocněním se jim mění priority.

¹ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník* Praha: Portál, 2000, s. 432

² SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J.; *Z deníku bulimičky* Praha: Portál, 2003, s. 7

³ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/> (28.1.2012)

⁴ SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J.; *Z deníku bulimičky* Praha: Portál, 2003, s. 7

1.1 Mentální anorexie

Samotné vysvětlení tohoto pojmu je v každé literatuře odlišné, ale vždy vystihuje jeho podstatu. Obecně jde o poruchu příjmu potravy. Odmítání jídla je zapříčiněno různými faktory. Mentální anorexie (anorexia nervosa) je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by na něj neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to popírají. Nechutenství je důsledkem hladovění. Většina nemocných sleduje skladbu jídla, jeho kalorickou hodnotu a vůbec vše, co s jídlem souvisí.⁵ Dle desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je anorexie řazena mezi poruchy duševní a poruchy chování. Je označována F50.0.

Široká veřejnost sice ví, co to mentální anorexie je, ale neví, proč je s tímto onemocněním spojováno přídavné jméno „mentální“. Je to proto, že jde o psychické onemocnění, které začíná v myšlenkových pochodech jedince.

Shrnu-li předcházející informace, mentální anorexie je velice závažné psychické onemocnění, pro které je charakteristické odmítání jídla, které směřuje k extrémní vyhublosti a někdy je provázáno i vědomým sebepoškozováním. Jeho charakteristickým rysem je strach z nadváhy. Důsledkem tohoto strachu může být záměrné i nepřiměřené snižování tělesné váhy nadměrnou fyzickou aktivitou.

Druhy mentální anorexie

*„Názor, že mentální anorexie se vždy projevuje nejedením či velkou podváhou je mylný. I když jde o jednu z nejrozšířenějších forem tzv. **anorexie restriktivního typu**, existuje také odlišný průběh nemoci, kdy k udržování podváhy slouží zvracení či zneužívání projímadel tzv. **anorexie purgativního typu**, nebo je i při relativně normální váze v popředí nestandardní zacházení s jídlem a další kritéria tzv. **anorexie atypická**.“⁶*

⁵ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 25

⁶ Zpravodaj Anabell č. 9; srpen 2006; s. 7

Anorexii především dělíme na **akutní pubertální anorexii** a **chronickou**. Rozdíl mezi nimi je velmi zásadní.

Akutní pubertální anorexie se vyskytuje výhradně u dospívajících dívek. Její projevy jsou zřejmé. Dívky odmítají stravu a jejich tělesná hmotnost rapidně klesá. I přes to, že mají evidentní podváhu vidí se jako nedokonalé. Myslí si, že mají tlusté nohy, velký zadeček nebo příliš tlusté břicho. Mají neustálé nutkání se svojí váhou a postavou něco dělat a není nic, co by je v jejich jednání zadrželo. Vzhledem k tomu, že u těchto osob nefunguje patřičný nadhled a odstup stává se, že cca 10% pacientů trpících akutní mentální anorexií zemře.

Chronická forma anorexie způsobuje to, že tělo nemocného si dokáže zvyknout i na velice nízký energetický příjem v podobě stravy a nastartuje tzv. adaptační metabolismus. Tento metabolismus je schopen fungovat i s velmi malým příjmem energie, který má k dispozici. Je prokázáno, že takto nemocné osoby jsou schopny podat lepší výsledky a výkony, než normální zdravý jedinec. To ale neznamená, že tento typ anorexie nezpůsobuje vážné zdravotní komplikace. Na rozdíl od akutního typu anorexie si anorektičky s chronickým typem uvědomují nutnost a potřebu jídla. Proto si velice pečlivě odměřují porce a drží si tak svoji váhu stále na stejné úrovni. Jejich tělesná hmotnost je tak velice nízká. U tohoto typu mentální anorexie je problém rozeznat, zda skutečně o anorexii jde.⁷

1.2 Následky mentální anorexie

Následky tohoto onemocnění se projeví ve všech oblastech života jedince. Výrazně je pak ovlivněna jak fyzická, tak i sociální stránka života jedince. Především je pak poznamenána psychika. Psychické následky jsou zcela individuální a odvislé od toho, v jaké míře a intenzitě u jedince nemoc propukla. Neprojeví se okamžitě, ale postupem času a v závislosti na průběhu nemoci.⁸

⁷ <http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php> (2.2.2012)

⁸ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 45 - 50

Zdravotní následky

U nemocných trpících mentální anorexií jsou pozorovány různé tělesné příznaky. Mezi ty, dle mého názoru **nejzávažnější** patří ztráta menstruace, chudokrevnost, odvápnění kostí, oslabení imunity a zpomalení funkce střev.

Neopomenutelné jsou také i další následky. Těmi jsou suchá, zažloutlá a v extrémních případech praskající pleť, citlivost na chlad, zvýšená kazivost chrupu, celková únava, vypadávání vlasů a špatná sedimentace.

Z důvodu snížení tělesného tuku se u nemocných může vyskytnout nadměrné ochlupení těla tzv. **lanugo**.⁹

Toto je jen výčet z mnoha možných somatických příznaků této nemoci.

Sociální následky

Mentální anorexie nemá dopad pouze na tělo a psychiku nemocného, ale také na jeho vztahy s okolím. Velmi výrazně ovlivňuje vztahy s nejbližšími osobami. Na rodinu, kde často dochází k hádkám, citovému vydírání a vzájemnému obviňování. Tato situace může často končit až úplným rozpadem rodiny.

Vážným následkem mentální anorexie je postupná ztráta zájmu o kontakt s okolím. Anorektik se uzavírá sám do sebe, straní se přátel a ti jej postupně vyřadí ze svého kolektivu. Tato skutečnost je pro něj velmi nepříznivá, především z hlediska socializace. Prohlubuje jeho depresi a stres, který může nemoc ještě zhoršit.¹⁰

⁹ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 44 - 45

¹⁰ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 50

Psychické následky

Nálada anorektika je odvislá od jeho tělesné hmotnosti a míře sebekontroly. Nejprve jsou jedinci trpící anorexií velice živí, aktivní a činorodí. S postupem času ale jejich nálada klesá a nastupuje deprese a zvýšená podrážděnost na podněty. Zejména pak tehdy, když jsou donuceni jíst. Výjimkou není ani sebestřednost a sebelítost. Místo posílení sebevědomí narůstá nejistota a úzkostné prožitky. I zcela nepatrné problémy se pro nemocné zdají být absolutně neřešitelné. Na změny reagují často přecitlivěle, skoro až hystericky. U anorektiků vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i do jiných oblastí života.¹¹ „Nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, zejména když jsou vázány na jídlo. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácejí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat.“¹²

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie (F50.2) je porucha, pro kterou jsou charakteristické především opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. K určení diagnózy mentální bulimie je třeba vyzorovat tři základní znaky. Těmi jsou jednak opakované přejídání, dále nepřiměřená či nadměrná kontrola tělesné hmotnosti a v neposlední řadě strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled.¹³

Příčiny vzniku mentální bulimie jsou různé. Příčinou může být velmi těžká životní situace, jako je například změna či ztráta zaměstnání, rodinná nebo finanční krize. Tyto faktory mohou vyvolat úzkost a napětí, které nemocný řeší nadměrnou konzumací jídla. V České republice je tímto onemocněním postiženo cca 1- 3 % mladých žen. U mentální bulimie se velice často vyskytuje strach z dospělosti. Za nejrizikovější faktory této poruchy se považuje nedůvěra v sebe samu a perfekcionismus.¹⁴

¹¹ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 49 - 50

¹² KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 50

¹³ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s. 27

¹⁴ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník* Praha: Portál, 2000, s. 82

Druhy mentální bulimie

Mentální bulimie se dělí na dva typy onemocnění a ty se od sebe značně liší. Jedná se o tzv. **vypuzující typ** a **nevypuzující typ**.

Vypuzující typ je častější. Po záchvatovitém přejídání se dostaví pocit nutkání snědené potravinu z těla vypudit. A to jakýmkoli způsobem. Zvracením, pomocí projímadla či diuretik. Toto nepřirozené vylučování potravy způsobí pozdější komplikace. Tučky se v těle rozkládají poměrně rychle, takže zvracení vyvolané přímo po konzumaci vypudí z těla zhruba jen jejich polovinu. S vitamíny, které snědené potraviny obsahují, je to složitější. Ty se nevstřebají žádné. Což vede k nerovnováze látek v těle. Díky zvracení dochází k rychlému odvodnění organismu, které může způsobit dehydrataci.

Nevypuzující typ mentální bulimie lze přirovnat k anorexii. U tohoto typu poruchy nemají nemocní tendenci vyvolávat si zvracení či zneužívat projímadla. Naopak se uchylují k nadměrnému a někdy až drastickému cvičení s minimálním přísunem potravy. Jediným rozdílem tohoto typu od anorexie je ten, že hladovění nejsou schopni vydržet.¹⁵

1.4 Následky mentální bulimie

Důsledky mentální bulimie jsou téměř srovnatelné s důsledky mentální anorexie. Jsou také provázeny obavami ze ztloustnutí, které jsou nezávislé na skutečné vlastní váze. Jsou spojeny i s problémy spánku. Charakteristickým rysem jsou časté výkyvy nálad, deprese, pocity smutku, viny a sebenenávisti. U mentální bulimie se stejně jako u mentální anorexie vyskytuje nadměrná sebekritika. Bulimici se vyhýbají společenským aktivitám, jako je např. návštěva restaurace nebo návštěva akcí, u kterých

¹⁵ <http://bulimie.ordinace.biz/rozdeleni.php> (2.2.2012)

je velká pravděpodobnost, že se zde bude podávat jídlo. Stejně jako u anorektiků, tak i u bulimiků je zvýšený sklon k sebepoškození a sebevražednému chování.¹⁶

Ze zdravotních následků, které jsou připisovány bulimii a jsou podobné následkům mentální anorexie mohou jmenovat například poškození cévního, močového a trávicího systému. Časté, uměle vyvolané zvracení je příčinou vzniku nejen žaludečních vředů, ale také vážného poškození chrupu, což může u neléčeného onemocnění vést až k jeho fatálnímu poškození. Následky bulimie jsou patrné také na kůži v podobě jejího popraskání, výskytu vyrážek, vypadávání vlasů, lámavosti nehtů aj.¹⁷

1.5 Příčiny poruch příjmu potravy

Příčiny vzniku onemocnění poruchy příjmu potravy jsou zcela individuální. Podstatou této kapitoly je přiblížit možný zárodek pro vypuknutí onemocnění. „*Anorexie se může mimo jiné projevit také jako důsledek intenzivního a permanentního tlaku neurotických rodičů, nutících děti do jídla.*“¹⁸

Biologické faktory

Z průzkumů vyšel najevo poznatek, že dívky a ženy mají vyšší sklony k mentální anorexii než chlapi a muži. Je to především proto, že zatím co v průběhu dospívání chlapi nabírají svalovou hmotu a stávají se muži, dívky přibírají především na tělesném tuku, který jim mění postavu z dívčí na ženskou. A s tímto se těžko vyrovnávají. Mají pocit, že se vzdalují ideálu krásy. Je to zapůsobeno změnami, kterými dívčí tělo v období dospívání prochází. K příčinám vzniku PPP je řazen i **menstruační cyklus**. Ten je spojen s hormonální dysfunkcí během premenstruačního syndromu, který výrazně ovlivňuje život dívky a ženy. Je to období, kdy se u ženy výrazně mění nálady, podráždění a psychická nevyrovnanost. Dalším mezníkem, který nastává

¹⁶ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/> (8.2.2012)

¹⁷ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/> (8.2.2012)

¹⁸ VAŠINA, L.; *Základy psychopatologie a klinické psychologie*, IMS Brno 2010, s. 68

v životě jedince je **puberta**. Puberta je považována za obzvláště rizikové období, kdy u dospívajícího může dojít ke vzniku PPP. V tomto období rapidně narůstá přemýšlení o sobě samém a uvědomování si sebe samotného. V tomto období jsou dívky tvrdě a bez kompromisů konfrontovány s názory a narážkami na jejich vyvíjející se ženské tělo.¹⁹ Dívky to plně vnímají a mají obavy, jak je jejich okolí přijme.

V pubertě se mimo tělesných proporcí vyvíjí i sebevědomí, které je v tuto dobu velice křehké a lehce zničitelné. Stačí pouhá narážka, poznámka či vtip a dospívající si vše vyloží úplně jinak. Většinou si to berou jako útok proti svojí osobě. A to je důvod pro boj. Boj k odstranění nedostatků, které jsou dle mínění dospívajícího, útokem zvenčí.

Ke vzniku PPP nemusí nutně dojít jen v období puberty, ale také v dospělém věku.

Dle Russella je základem mentální anorexie porucha hypothalamu neznámé etiologie. I zde panuje mezi odborníky nejednotnost v názorech, zda se jedná o porušení hypothalamických funkcí primárních nebo sekundárních v důsledku hladovění a ztráty tělesné hmotnosti. Podobně tomu je u mentální bulimie. Závěry mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy v Praze v březnu 2003 zdůrazňovaly rovněž pravděpodobnou mozkovou poruchu jako jednu z hlavních příčin vzniku psychogenního onemocnění příjmu potravy.²⁰

Psychologické faktory

Jak jsem již zmínila, PPP postihuje především dívky a ženy. Především pak ty, které mají nejistou identitu a křehkou rovnováhu.

Pokud srovnáme osobnosti a typy nemocných, lze říci, že jsou racionální a potlačují své emoce. Především ty negativní. Nahromaděnou agresi obracejí proti své osobě,

¹⁹ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/> (8.2.2012)

²⁰ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/> (8.2.2012)

kteřá se projeví buď úmyslným hladověním, sebepoškozováním či sebevražednými tendencemi.

Mnohdy se na základě rozhovorů dovídáme, že nemocní jako děti byli velice hodní, pečliví a dobře se učili. Svět viděli černobíle a neexistoval pro ně žádný kompromis. Je tedy jasné, že sebemenší kritika okolí nebo jakékoli jejich selhání mohlo pro ně být spouštěcím mechanismem.

Rodinné okolnosti

Rodina neodmyslitelně patří do života každého z nás. Každý z nás je synem, dcerou, partnerem, partnerkou, vnukem nebo vnučkou. Rodina nás zkrátka obklopuje v jakékoli chvíli naší každodennosti.²¹ Je to právě rodina, díky níž se dítě formuje pro svůj další život. Právě v rodině dochází k primární socializaci, kdy dítě přejímá návyky, postoje a názory, rodičů, prarodičů, a to ho následně formuje a posouvá v dalším životě, aby mohl žít svůj plnohodnotný život a začlenil se do společnosti.

U anorektiků či bulimiků není nic ojedinělého, že svoji nemoc „zdědí“. Bylo zjištěno, že se lékaři a odborníci na PPP setkávají s mentální anorexií či bulimií v druhé generaci. Tedy s rodinami, ve kterých matka v minulosti tímto onemocněním trpěla a doposud lpí na štíhlosti, dodržování různých diet a na tzv. zdravém stravování. Tento vzorec chování pak nevědomky přenáší na své děti.²²

Z různých průzkumů bylo zjištěno, že rodiny dívek které trpí poruchou příjmu potravy vykazují určité shodné rysy. Tyto rodiny jsou na jedné straně více konfliktní a jsou méně organizované. Je zde menší otcovská nebo mateřská péče s nedostatkem opory a s celkově malou pospolitostí členů v rodině. Na straně druhé jsou tyto rodiny přehnaně ochranné a pečující o sebe navzájem. Rodiny jsou uzavřené, rigidní a nepřizpůsobující se vývojovým změnám uvnitř.²³

²¹ Zpravodaj Anabell číslo 4, březen 2006

²² VODÁČKOVÁ, D. a kol.; Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s. 452

²³ TŘETINOVÁ, J.; Poruchy příjmu potravy – informační brožura. Jihlava 2004, s. 21

Největším problémem v rodině s anorektickým či bulimickým dítětem je komunikace. A to nejen její obsah, ale také formální znaky.²⁴

Sociokulturní faktory

Jsou to především média, která nás, ať už si to sami připouštíme nebo ne, ovlivňují v průběhu celého našeho života. Vliv médií na naši psychiku a kvalitu života je nesporný. Předkládají nám společensky přijatelný ideál krásy, který jako konzumenti bohužel přijímáme.

Krch ve své knize mimo jiné uvádí, že v USA a Kanadě má ve 13 letech osobní zkušenost s dietami asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60% děvčat se o ni už někdy pokoušelo.

Mentální anorexie bývá označována jako exkluzivní porucha, kterou trpí jedinci ze středních a vyšších sociálních vrstev. Pokud se ohlédneme do historie, víme, že známou anorektičkou byla i rakouská císařovna Sisi. Ta, podle historických pramenů, nikdy nepřesáhla váhu 55kg při výšce 172 cm. Držela drastické diety, jedla jen ovoce, pila šťávu ze syrového masa a nosila přehnaně utažené šněrovačky. Ke vzniku tohoto onemocnění u císařovny vedlo nespokojené manželství a také společenský život, který Alžběta vedla. Nebyla schopna zvládat nároky, které na ni byly kladeny. Podlehla společenskému teroru. Ze strachu, že by její onemocnění vyšlo najevo a tím by se společensky znemožnila, toto nařčení důrazně odmítala.

Rakouská císařovna zdaleka nebyla a není jedinou celebritou, která trpěla poruchou příjmu potravy. Můžeme jmenovat například princeznu Dianu, Jane Fonda, Viktorii Beckham, Evu Hercigovou, Petru Němcovou aj. U všech těchto žen byly a jsou společným „spouštěčem“ PPP sociokulturní faktory. Mimo jiné jsou jejich životy na očích ostatních, představa, že pro širokou veřejnou musí být neustále

²⁴ SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J.; Z deníku bulimičky Praha: Portál, 2003, s. 10

perfektní. Zkrátka být „in“. Ale bohužel ztrácí soukromí a vlastně samu sebe, což si mnohdy neuvědomují.

Pohled na „ideál ženské krásy“ se v průběhu lidského vývoje měnil. Od Věstonické Venuše, přes klasické Rubensovi ženské postavy, kdy žena byla tzv. „krev a mlíko“ k extrémní vyhublosti. Ta, dle mého názoru, přetrvává dodnes. Například v sedmdesátých letech 20. století byla ideálem ženské krásy modelka Twiggy, která při tělesné výšce 170 cm vážila pouhých 41 kilogramů. Twiggy se svou chlapeckou postavou odstartovala kult extrémní štíhlosti. Bylo to v době, kdy se tehdejší společnost začala vzpamatovávat z druhé světové války, s tou měla spojeny dva termíny – **hlad a bídu**. Twiggy se tak stala „vzorem“ mnoha žen a otevřela stavidla mánie zvané **hubnutí**. Není divu, že tento módní trend smetl i mnohé celebrity, které podlehly tlaku médií a veřejnosti. Některé z nich jako každý, kdo trpí PPP, to odmítají a vůbec si to nepřipouštějí. Nechtějí vyjít ze svého úkrytu a přiznat si krutou pravdu. Jsou vtáhnuty do neustálého kolotoče boje s touto závislostí.

Životní události

Až dvě třetiny nemocných spojuje vznik onemocnění s nějakou životní událostí. Různé životní události, prožitky a vjemy mohou být ovlivňujícími faktory nebo tzv. spouštěči poruch příjmu potravy. To, co jinému připadá jako „pouhá“ nepříjemná zkušenost (hádky s rodiči, nezdar v zaměstnání či při studiu nebo neúspěch v lásce) může být pro dívku nebo chlapce, kteří jsou jinými faktory predisponováni ke vzniku onemocnění, fatálním zážitkem.²⁵

Na základě výzkumů bylo prokázáno, že ke vzniku nemoci může přispět i traumatický zážitek v podobě sexuálního zneužití. Ovšem přímý vztah mezi zneužitím či jiným podobným zážitkem s následným rozvojem poruchy příjmu potravy dosud nebyl prokázán. Můžeme se tedy jen dohadovat, zda za to taková špatná životní zkušenost může či nemůže. Touto životní událostí může být například rozvod rodičů

²⁵ VODÁČKOVÁ, D. a kol.; Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s.452

nebo odstěhování se od nich. Dále to může být rozvod, rozchod, smrt partnera nebo blízké osoby atd.

Nejen tyto vypjaté situace, o kterých jsem se zmiňovala, mohou být příčinou PPP. Pouhá narážka, u labilnějších jedinců, může vést k tomu, že nemoc může propuknout. Poznámky typu „nežer, budeš tlustá“, „ty jsi se nám spravila“, „vypadáš pěkně“ mohou mít tragické následky.

2. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A REAKCE BLÍZKÉHO OKOLÍ

„*Nejlepší a nejjistější léčba je taková, která vůbec nemusí proběhnout.*“²⁶ Základem úspěšné léčby PPP je jednak samotné připsuštění si toho, že existuje tento problém. Dále je to uvědomění si jeho závažnosti, ale především samotné odhodlání s touto skutečností „něco“ dělat. Nějak situaci řešit. Neméně podstatná je i spolupráce ze strany nemocného. Je častým jevem, že se jedinci léčí ne z vlastní vůle, ale z donucení okolí. A to buď ze strany rodičů, partnera či kamarádů. Toto často vnímají jako zásah do „svého“ světa a proto je mnohdy léčba neúspěšná. Stává se, že u těchto pacientů nastává recidiva nemoci. Traduje se, že čím déle pacient trpí poruchou příjmu potravy, tím je jeho návrat k normálním jídelním návykům obtížnější.²⁷

Dalším základem pro úspěšnou léčbu je nutnost dostat se do rukou odborníků. Je prokázáno, že nemocní, kteří se úplně neizolovali do okolního světa, mají mnohem větší šanci se vyléčit, neboť si většinou rodina nebo přátelé uvědomí, že něco není v pořádku. To ovšem nevylučuje případy, kdy se pacienti k lékařům dostanou příliš pozdě a jejich zdravotní stav již nedovoluje jejich záchranu.²⁸

Bohužel kauzální lék pro léčbu těchto onemocnění neexistuje. Medikamentózní léčba (a to i gynekologická) má ale svoji důležitost a opodstatněnost a vždy patří do rukou lékaře.²⁹

Léčba se dělí na dvě části. Na léčbu těla a léčbu psychiky - duše. Při dlouhém hladovění tělo přichází o potřebné vitamíny, minerály, stopové prvky a bílkoviny, které zpětně nedostává. Základem je tedy úprava stravovacího režimu. K té musí docházet velice pomalu, jelikož metabolismus nemocného na přísun potravy není zvyklý a razantní přechod na běžnou stravu by pro něj znamenal šok.

²⁶ Zpravodaj Anabell, červenec 2009, s. 4

²⁷ TŘETINOVÁ, J.; Poruchy příjmu potravy – informační brožura. Jihlava 2004, s. 28

²⁸ www.anorexie.ordinace.biz

²⁹ www.anabell.cz

Mimo stravovacích návyků lékaři většinou řeší i nastartování metabolismu. K tomu využívají rostlinná léčiva nebo homeopatika.

U léčby duše je to mnohem složitější. V jejím průběhu jde o změnu chování, postoje k jídlu i ke svému tělu. K tomu je potřeba vyřešit emocionální problémy, které většinou za vším stojí.

Samotná léčba poruch příjmu potravy probíhá po dvou liniích. Je to ambulantní léčení nebo hospitalizace.

2.1 Linka důvěry

Linka důvěry (dále jen LD) je pro volající velmi důležitá. Představuje určitý most mezi dlouhým váháním a začátkem léčby. Pracovník LD by měl volajícímu podat fundované informace, podpořit ho, dát mu doporučení na centra v místě jeho bydliště, která se zabývají léčbou PPP. Pracovník linky důvěry ze své pozice nesmí, nebo by neměl, volajícího k léčbě nutit. V jeho kompetenci není to, aby volajícímu navrhoval různá terapeutická řešení, ale spíše ho motivoval k léčbě.

Samotní jedinci, trpící mentální anorexií, bohužel této „první pomoci“ nevyužívají, oproti bulimikům, kteří služeb LD využívají mnohem častěji. A když, tak jen ve velmi malém počtu. Na LD nejčastěji volají nejbližší anorektiků. Jejich rodiče, partneři či přátelé.

Je na místě ocenit odvalu těch, kteří na LD zavolají a vlastně se tak přiznají a připustí svoje onemocnění. Je pak na pracovníkovi linky, aby pomocí několika otázek zjistil, zda a o jaký typ poruchy příjmu potravy se jedná. Zda o mentální anorexii nebo mentální bulimii.

Rodičům, kteří se na linku dovolají je zpravidla doporučováno, aby své děti do jídla nenutili. Pracovníci se jim snaží poskytnout veškeré informace, které se onemocnění týkají. A které by mohly (nebo spíše měly) vést k léčbě a vyléčení nemocného.

Poskytnou rady odkazující na různá centra pomoci, odborníky nebo kliniky, kde se léčí PPP. Pro představu, jak takový rozhovor vypadá, jsem do přílohy č. 2 uvedla přepis záznamu hovoru, kdy matka s podezřením, že její dcera trpí mentální anorexií, volala na linku důvěry.³⁰

2.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče se doporučuje v lehčích případech onemocnění a tehdy, kdy je pacientka ochotná ke spolupráci s lékařským týmem, který se snaží o její uzdravení. Zahrnuje celou řadu terapií, svépomocné skupiny a stacionáře.

➤ **Terapie**

Mezi hlavní psychoterapeutické metody v léčbě s poruchami příjmu potravy patří následující terapie.

Individuální psychoterapie – jde o individuální léčbu, která probíhá, v navazujících sezeních s odborníkem.

Rodinná psychoterapie – tato forma léčby se používá především u dětí či dospívajících. Jde o podílení se rodiny jako celku na uzdravení jejího člena. Její výhoda spočívá v tom, že se rodina naučí správně přistupovat k nemocnému a zároveň je jakýmsi dohledem nad jídlom nemocného a pomáhá mu léčbu zvládnout. Při tomto druhu terapie vyplují na povrch různá rodinná „tajemství“, která mohou být spouštěcím mechanismem nemoci nebo k jejímu rozvoji nějakým způsobem přispět.

Kognitivně – behaviorální terapie - při této terapii jde především o to, aby se pacienti naučili poznávat a rozumově zdůvodnit své pocity, které je vedly a vedou k PPP. Tato forma terapie se více využívá při léčbě mentální bulimie.

³⁰ VODÁČKOVÁ, D. a kol.; Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s.453 - 454

Psychoedukace pacientů a rodičů – toto je metoda léčby, která nejen poskytuje pacientkám informace o samotné podstatě nemoci a její léčbě, ale také o svých emočních stavech. Cílem této terapie je naučit se „zacházet“ s nemocí.

Intrapersonální terapie – tzv. vztahová terapie. Její podstata je stejná jako u rodinné terapie. Jediným rozdílem je to, že u těchto sezení jsou přítomni například partneři.³¹

Svépomocné manuály a skupiny

➤ **Svépomocné manuály**

Na trhu je několik manuálů, které slouží nemocným trpícím PPP. Tyto návody představují jakousi první pomoc.

Ti, kteří mají skutečný zájem o svoji léčbu, v nich mohou nalézt užitečné rady. Tyto manuály nejsou určeny pouze nemocným, ale také jejich rodičům, partnerům, přátelům a učitelům. Zkrátka všem, kteří chtějí anorektikovi pomoci na cestě ze závislosti k nezávislosti.

Tyto metodiky obsahují doporučené jídelníčky, stravovací plány, rady k překonávání krizí, které v průběhu léčby mohou nastat a také nastávají. Jsou zde uvedeny kroky ke zdolávání komplikací a to jak praktické, tak i ty kroky, které směřují k návratu do normálu. Předpokladem úspěšnosti je samozřejmě aktivní dodržování všech doporučení, které jsou v manuálech uvedeny.³²

➤ **Svépomocné skupiny**

Co to vlastně je svépomocná skupina? Je to tým lidí, kteří mají stejný problém. Svépomocné skupiny se praktikují při léčebných terapiích při různých problémech. V našem případě jsou to svépomocné skupiny, které se zabývají poruchami příjmu

³¹ HRONKOVÁ, V.; Mentální anorexie ve Žďáře nad Sázavou, Žďár na Sázavou 2010 s. 28

³² Zpravodaj Anabell č. 2, leden 2006, str. 13

potravy. „Představují maximální pomoc pro nemocné. Hrají důležitou roli v primární i sekundární prevenci tohoto onemocnění.“³³

Tyto skupiny jsou určeny pro nemocné, jejichž predikátory nejsou tak závažné. Jsou vedeny odborníky, laiky či vyléčenými pacienty a poskytují značnou podporu nejen anorektikům, ale také jejich rodinám. V průběhu těchto sezení by si pacienti měli uvědomit, že na zvládnutí problému nejsou sami a mohou se na něj podívat z různých pohledů.

Jediným problémem skupin, a to velmi podstatným, je úkol pro moderátora skupiny: zabezpečit, aby si dívky nesdělovaly navzájem ŽÁDNÉ rady, jak hubnout. Aby si naopak uvědomily, že touhy po hubnutí jsou zbytečné a bezdůvodné. A že existuje řešení, jak se vyléčit: především začít a nemít obavy ze změn, které léčení přinese.³⁴

Jako vše v našem životě, tak i svépomocná otevřená skupina má svá pravidla. Těmi jsou:

- každý účastník svépomocné skupiny se chce léčit,
- každý účastník svépomocné skupiny má právo vyjádřit se k projednávanému tématu skupiny,
- účast na svépomocné skupině je otevřená a dobrovolná,
- svépomocná skupina sdružení se schází jednou týdně a za účast se neplatí žádný poplatek,
- každý účastník svépomocné skupiny si je vědom skutečnosti, že poruchy příjmu potravy jsou nemoci,
- informace, sdělené svépomocné skupině jsou důvěrné,
- všichni účastníci se v průběhu skupiny tykají a oslovují se křestním jménem (vyjma odborníka, který se účastní skupiny),
- není dovoleno žádné slovní, emocionální ani fyzické napadání v průběhu skupiny,

³³ ČEROHOUSKOVÁ, L.; Průběh onemocnění u osob s poruchou příjmu potravy. Pardubice 2010, s. 33

³⁴ Zpravodaj Anabell č. 2, leden 2006, str. 15

- svépomocná skupina nesplňuje odbornou psychologickou ani psychiatrickou či jinou lékařskou péči.³⁵

Z průzkumu, který proběhl na svépomocných skupinách sdružení Anabell bylo zjištěno, že dívky na těchto sezeních kladně hodnotí zejména jejich pravidelnost, která jim do života, často po velmi dlouhé době vnesla řád. Dále ocenily otevřenost skupiny, tzn., že se na skupinu nemusí dopředu objednávat a pokud se jim zrovna nechce sezení zúčastnit, tak na něj nemusí. Je to i prostředí, které je neformální s uvolněnou atmosférou, sdílení problémů s PPP mezi těmi, kteří vědí, co tato nemoc obnáší a zakusili ji na vlastním těle. Především ale klientky oceňují to, že na svůj problém nezůstaly samy.

Stacionáře

Stacionář je určitou formou ambulantní léčby. Při formě této léčby pacient dochází na celý den na kliniku a je účastníkem různých terapeutických a nutričních programů. Pacient do stacionáře přichází každý den ráno. Společně s ostatními pod dohledem nutriční sestry si připravuje svačinu. Tento režim je podobný jako hospitalizace. Rozdíl je zde v tom, že odpoledne se nemocní vrací domů do svého prostředí, na které jsou zvyklí.

Výhodou stacionáře je, že se pacient jednak intenzívně léčí ze své poruchy a zároveň není vytržen z prostředí, které zná a je mu blízké. Současně si může naučené postoje a chování samostatně vyzkoušet.

Stacionární forma léčby je určena pro jedince starší 18 let a jejich BMI je vyšší než šestnáct. Zároveň zde musí být doporučení lékaře (psychiatra nebo psychologa). V průběhu této léčby je pacient v pracovní neschopnosti, což je pochopitelné vzhledem k ambulantnímu způsobu léčby. Tento denní stacionář je zpoplatněn. Pacient přispívá částkou 50,- Kč/den na jídlo. Délka stacionární léčby jsou tři měsíce.³⁶

³⁵ Zpravodaj Anabell č. 2, leden 2006, str. 6

³⁶ Zpravodaj Anabell, září – říjen 2007, s. 8-9

2.3 Hospitalizace

Hospitalizace neboli režimová léčba je pro pacientky s PPP nejhorší noční můrou. Pro některé je to vysvobození, pro další utrpení. Kritéria pro hospitalizování pacientky jsou:

- její podváha, kterou lze vypočítat dle BMI (Body Mass Index = váha (kg) / výška (m²), jehož hodnota je menší než 16,
- opakované záchvaty přejídání a zvracení během dne, nadužívání projímadel, akutní zdravotní problémy související s hladověním či zvracením (mdloby, kolaps, snížení krevního tlaku),
- riziko sebevražedného chování (u poruch příjmu potravy je toto riziko značně vysoké), těžká deprese, plačtivost, sklíčenost, neschopnost něco dělat, rozhodovat se, apatie, izolace, sebevražedné myšlenky) nebo jiné závažné psychické problémy (drogy, alkohol, sebepoškozování, nutkavé myšlenky),
- u dětí je riziko při odmítání příjmu potravy, popř. tekutin ještě vyšší, pokud děti nespolupracují v ambulantní formě léčby, je vždy nutné přistoupit k hospitalizaci,
- v případech, kdy ambulantní péče nevede po určité době (2 až 3 měsíce) k výraznějším změnám, co se týče úpravy hmotnosti, jídelního režimu a snížení frekvence přejídání a zvracení.³⁷

Hospitalizace může probíhat jednak v nemocničním zařízení, na jednotce intenzivní péče, interních odděleních, pediatrických odděleních či v psychiatrických léčebnách. Díky hospitalizaci dojde u nemocného k upravení denního a stravovacího režimu. Léčba je ale přizpůsobena individuálním potřebám nemocného.

Doba, kterou pacientka stráví v režimové terapii, závisí od stupně její podváhy. S podváhou je spojená doba, která je potřebná pro získání přijatelné tělesné hmotnosti a zažití si správných stravovacích návyků. Zpravidla může trvat cca 2 měsíce.

³⁷ Zpravodaj Anabell č. 17, září, říjen 2007, s. 4-5

Nástup na hospitalizaci předpokládá pacientovu snahu a aktivní spoluúčast na léčbě. Na samotném počátku je uzavřena Terapeutická smlouva, kterou se s pomocí terapeutického týmu pacient snaží dodržet. Součástí léčby je nastolení přiměřeného jídelníčku, individuální i skupinové psychoterapie, svépomocný klub, relaxační a rehabilitační aktivity.³⁸

2.4 Pro ana blogy

Při shromažďování podkladů pro moji bakalářskou práci jsem shodou okolností na internetu našla stránky, o jejichž existenci jsem neměla ani tušení. Jmenují se pro-ana nebo pro-mia blogy. Tyto stránky považuji za velmi nebezpečné.

Zpravidla (ale ne vždy) jsou vytvářeny dívkami v adolescentním věku, které trpí anorexií a bulimií. Oproti jiným portálům, které chtějí nemocným pomoci, poskytnout informace o výživě, léčbě a správném stravování, tyto blogy jsou jejich pravým opakem. Dívky, které navštěvují tyto stránky, nechápou a ani si nechtějí připustit, že mentální anorexie nebo bulimie je onemocnění, ale chápou ho jako určitý zdravotní styl. Na těchto stránkách lze najít různé návody a rady jak co nejrychleji zhubnout, jak si udržet podváhu, jak se „naučit“ zvracet, jak skrývat svoji vychrtlost před rodiči, lékaři, kantory a spolužáky. Můžeme zde najít spoustu rad, jak se naučit potlačit hlad, návody na efektivní cvičení či různé druhy diet.

Dívky, které navštěvují tyto portály, se vzájemně ve své nemoci podporují a pomáhají si. Udržují se v ní. Pro – ana/ pro – mia blogy jsou určitý druh sociálních sítí. Pro nemocné s PPP mají tyto blogy asi stejný význam, jak pro jiné (zdravé jedince) Facebook či Badoo. Z mého hlediska jsou ale tyto sociální sítě vysoce nebezpečné.

Dívky si zde v sekcích zvaných THINSPIRATION (složenina anglických slov the inspiration) předkládají fotografie ostatních anorektiček, které považují za ideál krásy. Na jednu stranu jsem tímto pobouřena, ale druhá strana mého já je chápe.

³⁸ Zpravodaj Anabell č. 17, září, říjen 2007, s. 8

I já jsem měla zvrácený pohled na krásu. Vystouplé kosti a propadlé tváře pro mne kdysi byly ideálem krásy. Víím, že internet je „svobodné“ místo, kde si každý může dělat téměř co chce, ale není toto už hraniční stav? Neohrožuje to tvorbu mravních hodnot mládeže? Nemělo by se s tím něco dělat? Pro názornost předkládám obrázek č. 1 s příkladem čtyřdenního „jídelníčku“ jedné s uživatelek těchto blogů.

Obrázek č. 1 – Čtyřdenní jídelníček uživatelsky blogu pro ana

Pátek 13.7.	Snídaně – 0	Oběd – 0	Večeře - 0
Sobota 14.7.	Snídaně – 3 lžičky kukuřice	Oběd – 0	Večeře - 0
Neděle 15.7.	Snídaně – 0	Oběd – 5 lžiček polévky	Večeře - 0
Pondělí 16.7.	Snídaně – jablko	Oběd – 0	Večeře - 0

2.5 Reakce blízkého okolí

Nemocní, trpící PPP, nejprve svoje onemocnění před okolím skrývají. Většina to odůvodňuje tím, že se za svoji nemoc stydí a bojí se, jak by ji jejich nejbližší přijali. Mnohdy opodstatněně. Některé velmi blízké osoby, jsou i po přiznání pacienta se ke své nemoci k tomuto faktu neteční. „*Kamarádky mi to moc nevěřily, asi měly představu o vychrtlých holkách.*“³⁹ To je ale jen jedna z možných reakcí blízkého okolí. Většinou ale toto přiznání okolí zmobilizuje. Především matky pacientů, což logicky vychází z podstaty lidského bytí, jelikož matky jsou „dárkyně“ života svých potomků. Lékaři a odborná veřejnost se setkává s opačným přístupem bližních k onemocnění osoby, která je jejich srdci blízká. Je jedno, zda jde o rodiče, partnera, kamarády nebo kantory. Všichni mají společný cíl, kterým je vyhrát nad PPP.

³⁹ TŘETINOVÁ, J.; Poruchy příjmu potravy – informační brožura. Jihlava 2004, s. 49

Rodina

Když rodiče zjistí, že jejich dítě trpí mentální anorexií nebo bulimií je velice častým jevem to, že se z nemoci potomka vzájemně obviňují. Je nutno podotknout, že toto vzájemné obviňování je velice časté a snad i logické. Pramení ze strachu rodičů o svého potomka. Následně by se měli obrátit na odborníka. Zkontaktování obvodního lékaře, k němuž nemocný dochází, je to prvotní, co rodina udělá. Ten by měl předat rodičům kontakty na odborníky a centra, která jsou specializovaná na léčbu poruch PPP, ale také by měl udělat veškerá vyšetření, aby z medicínského hlediska zjistil, v jakém zdravotním stavu se nemocný nachází. Zda trpí podvýživou a v jakém stavu se jsou jeho vnitřní orgány a následně, na základě výsledků vyšetření stanovil další léčebný postup.

Rodiče se těchto odborníků nejčastěji ptají, jak mohou dítěti pomoci. Možná by se měli ptát spíše než **jak?**, ale **kdy?**. Bohužel se stává, že snaha rodiče přinutit své dítě k léčbě má spíše účinek demotivující, než motivující. Primární reakce jsou: pláč, vydírání, vyhrožování, křik, nadávky. Je to proto, že rodiče jsou zoufalí a mají strach z toho, co bude dál. Nemocný, trpící poruchou PPP je zprvu vyděšený. Má strach normálně jíst, což je proto, že se obává, že přibere. Na rodině pak je, aby vytvořila takové podmínky, aby tyto mylné domněnky u postiženého vymizely. Neznamená to však dělat věčné ústupky. Základem úspěšné léčby je to, že nemocný musí brát stravu jako nezbytnou součást svého bytí, bez které by jinak zemřel.

Anorexie vnáší do rodin zmatek. Život s anorektikem je těžký. Rodina si velice často neuvědomuje, že anorexie je nešťastné vyjádření pocitů neštěstí nebo stresu. Rodiče si neustále kladou otázku, kde ve výchově dítěte udělali chybu. Odpověď ale nenacházejí, jelikož neexistuje. Důležitější než hledat odpovědi na otázky na které není jasná a jednoduchá odpověď, je spojit se s odborníky a nemocným a společnými silami bojovat proti „nepříteli“.⁴⁰

⁴⁰ PAPEŽOVÁ, H.; Anorexia nervosa; Praha 200: Psychiatrické centrum Praha, s. 12-14

Doporučení pro rodiče

Pokud se nemocný rozhodl vyléčit se z PPP, je to především rodina, která by mu měla pomoci. Ideální proto je, jak jsem uvedla výše, navštěvovat rodinnou terapii. Ta odhalí, mimo spouštěcích mechanismů, také vztahy v rodině, které jsou důležité pro úspěšné vyléčení. Myslím tím jejich případné zlepšení. V průběhu rodinné terapie je dobré stanovit si reálné podmínky jídla. Platí však pravidlo, že čím větší volnost je nemocnému dána, tím více ji zneužívá a klade si větší požadavky. Např. aby u jídla nebyl přítomný otec, že jídlo bude připravovat sám nemocný, nebo že u jídla bude hrát muzika. Toto se blízce podobá „domácímu teroru“ ze strany anorektika nebo bulimika.

„Podmínky, na které není rozumné přistupovat:

- *že dcera bude jíst o samotě (mladší děti jedí většinou s rodiči, kteří se snaží jídlo a jejich chování při jídle nekomentovat) a v jinou dobu než ostatní;*
- *že bude vařit a péct pro ostatní i pro sebe. Podle potřeby si může připravit například svačinu, později i jiné jídlo. Jinak ji do kuchyně raději nepouštějte. Když to není nutné, neměla by nějakou dobu nakupovat jídlo;*
- *že nebude jíst to, co ostatní, pokud nebudou jíst dietně (vyhýbejte se raději příliš tučným a nadýmavým jídlům, péct stačí jednou nejvýše dvakrát týdně);*
- *že bude jíst podle toho, jak má hlad a jak se cítí;*
- *že nebude jíst s některým členem rodiny (často se například stává, že dcera odmítá jíst s otcem – tomu stačí připomenout, aby se zdržel hlasitých komentářů);*
- *že ostatní musí jíst víc, stejně pomalu...;*
- *že v místnosti například nesmí být světlo, že se na ni nikdo nesmí dívat, mluvit o jídle... (dodržujte podmínky, které vyhovují celé rodině, nejenom nemoci postiženého)*

- *že nebude jíst po 18. hodině, že se bude jíst přesně v určitou dobu (můžete si ale domluvit určité rozmezí), že bude jíst jen po malých dávkách a častěji;*
- *že bude jíst jenom to, co jí chutná a co si sama připravila. Když nechce jíst to, co ostatní, může výjimečně dostat chleba s máslem a sýrem. Nesmí to být ale příliš často.*⁴¹

Přátelé

Spolužáci a přátelé mohou být startérem nemoci. Zároveň to mohou být také oni, kdo je směrovým ukazatelem na cestě k cíli – vyléčení se. Je dobré, pokud má kamarád nemocného pro tuto osobu pochopení a neskrývá před problémem „hlavu do písku“. V případě, že chce nemocnému pomoci, je dobré pochopit samotnou podstatu onemocnění, což je strach z jídla. Je také dobré přijmout fakt, že veškeré myšlenky a hovory se točí v začarovaném kruhu. Tedy kolem jídla, kalorií, sportu, hubnutí. Důležité je, aby člověk, který je opravdu odhodlaný pomoci svému bližnímu vydržel a „ustál“ tento nápor, který je jistě velice psychicky náročný. Je zcela pravděpodobné, že na konci léčby bude maximálně informovaný o potravinovém složení veškerých, na trhu dostupných potravin, o vhodnosti té či oné potraviny a o sportu, při němž člověk „spálí“ nejvíce kalorií. Podstatné je ale nevzdat svoje odhodlání pomoci někomu, na kom nám záleží. Na někom, koho svým odhodláním „předáme“ pod ochranná křídla. Těmito křídly jsou odborníci, kteří mají informace a zkušenosti v léčbě PPP. Největší přátelskou pomocí pro anorektika nebo bulimika je samotný fakt, že na nemoc není sám, ale má po boku někoho, kdo mu chce pomoci jít proti prokletí, kterým poruchy příjmu potravy dozajista jsou.

„Důležité rady pro přátele:

- *Neodsuzujte je!*
- *Nebuďte nevíšmaví a zklamání, když se nebude dařit!*
- *Nabídněte například i společné stravování!*
- *Přineste sami svačtinu, kterou se společně pokusíte sníst!*
- *Vezměte nemocného/nemocnou někam za zábavou!*

⁴¹ KRCH, F., D.; *Mentální anorexie* Praha: Portál 2002, 2006, 2010, s.105

- *Nabídněte zapůjčení odborné literatury o poruchách příjmu potravy!*
- *Přesvědčte kamaráda či kamarádku k návštěvě odborného zařízení!*⁴²

Učitelé

Mnohdy se stává, že fyzických i psychických změn na dítěti si dříve než samotný rodič všimne vyučující pedagog. Může to být i proto, že rodiče jsou velice zaměstnaní, podnikají a věnují se své kariéře více, než svému dítěti. Stejně tak to bylo i v mém případě. Dnes mohu děkovat své třídní učitelce, která byla první, kdo u mne zaregistroval nějaký problém. Více si všímala mých změn v chování a také častější uvolňování z výuky jí bylo nápadné. Později jsem se dozvěděla, že sama jako matka tuto smutnou zkušenost zažila a řešila. Její syn taktéž trpěl mentální anorexií, tudíž dokázala včas a přesně odhalit varovné signály v mém případě.

Ve škole děti tráví více času než doma. Díky škole získávají nejen znalosti, ale také společenské hodnoty. Pedagogové také mohou napravit to, co rodiče v některých ohledech nezvládli (např. měli přílišný důraz na výkon, na vzhled dítěte, výchova byla příliš autoritativní, podryvající sebevědomí dítěte, závažné chyby ve stravování apod.)⁴³

Učitel je také osobou, která může zaznamenat to, že se u žáka rozvíjí známky anorexie. Tyto příznaky lze vyzpozorovat například při různých hrách, tělocviku nebo ze samotného chování dítěte.

Je dobré, když se jeden kantor z učitelského sboru angažuje a zabývá se mimo jiné i touto problematikou. Většinou se jedná o ty učitele, které mají aprobaci na Občanskou výchovu nebo Psychologii.⁴⁴

⁴² Zpravodaj Anabell, č. 28, červenec 2010, s. 24

⁴³ Zpravodaj Anabell, č. 23, září 2009, s. 19

⁴⁴ PAPEŽOVÁ, H.; Anorexia nervosa; Praha 200: Psychiatrické centrum Praha, s.74

Pomoc ze strany pedagoga

Pedagog je v prvořadě pozici, kdy u žáka může zaznamenat rozvíjející se anorexii. Společně s rodiči může stanovit jistá pravidla, která mohou zabránit dalšímu rozvoji anorektického chování.⁴⁵

Na výběr je hned několik variant. Jednak nemocný bude jíst společně s ostatními a to, co ostatní jí. Dále lze vybrat nejbližšího kamaráda/ku, který/á bude s nemocným společně jíst a zároveň tak dohlédne na to, že jídlo postižený jedinec opravdu sní.

Další alternativa je ta, že je jedinec bude obědvat buď s členem učitelského sboru v jiné místnosti nebo u stolu kantorů.

2.6 Prevence

Prevence obecně

Prevence jako taková představuje soubor různých opatření, která mají předcházet vzniku nežádoucích stavů. Například zločinům, nehodám, násilí, ekonomickým katastrofám, ale také předcházet rozvoji různých závislostí, kterou mentální anorexie bezesporu je.

*„Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům sociálně patologických jevů, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření“.*⁴⁶

Základem každého dobrého preventivního programu je jeho přizpůsobení se ke zralosti cílové skupiny a rizikovému prostředí na které má být působeno.

⁴⁵ PAPEŽOVÁ, H.; Anorexia nervosa; Praha 200: Psychiatrické centrum Praha, s.74

⁴⁶ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 4

Primární prevence PPP

Lidé obecně ví, jaká preventivní opatření mohou učinit, aby ochránili svoje zdraví. Například prostřednictvím různých očkování, kterých je celá řada a které zamezují vzniku a rozvoji různých onemocnění.

Na PPP bohužel žádné očkování neexistuje. Přesto lze těmto potížím předcházet. Prevenci PPP můžeme rozdělit do tří oblastí jejího působení – vhodné výchovné postupy v rodině, zvyšování informovanosti veřejnosti, přímá práce s ohroženou skupinou.

1) Vhodné výchovné postupy v rodině

Problémy spojené s PPP v souvislosti s výchovou ze strany rodičů lze shrnout do třech okruhů. Jde o **manipulativní zacházení s jídlem, problém kontroly a sebekontroly**, ale také **problematický vztah k sobě**.

Není ničím neobvyklým, že se rodiče a děti vzájemně manipulují skrze jídlo. Rodiče se u svých dětí snaží o prosazení své vůle a dosažení určitých vzorců chování prostřednictvím odměňování či odepírání různých jídel, které má dítě rádo. Například když dítě zlobí, velice často rodič zareaguje tak, že dítěti zakáže třeba čokoládu, což je z pohledu dítěte i rodiče vnímáno určitá forma trestu nebo chceme-li vydírání.

Dalším, poměrně častým jevem, který se v rodinách často vyskytuje a je spojován s manipulací a učením sebekontroly, je dojídání. Snad každý ve svém životě slyšel větu: „Dokud nedojíš, nepůjdeš od stolu!“ S tím souvisí vyjádření určité radosti, pochvaly či úlevy rodiče, když dítě svoji porci jídla sní.

Díky tomuto si však dítě zafixuje to, že má ve své moci pocity radosti nebo vzteku svých rodičů. Ti si bohužel neuvědomují, že množství jídla, které dítě sní není odvislé od jeho potřeb (pocitů sytosti či hladu), ale od úsudku rodičů, kolik toho dítě snědlo.

V rámci prevence v této oblasti je třeba si uvědomit, že trestat či odměňovat dítě prostřednictvím potravy je nevhodné a mělo by se omezit na minimum. Dále je třeba

si uvědomit, že by dítě do jídla nemělo být nuceno a nemělo by po něm být požadováno, aby snědlo celou porci, kterou mu rodiče předloží. Pokud toho dítě sní málo, nemělo by se dojídat sladkostmi. Díky tomu si dítě rychleji uvědomí to, že když se pořádně nenají, bude mít hlad.⁴⁷ Dle mého názoru a usuzuji tak i z vlastní zkušenosti při výchově syna, důležitým prvkem v životě člověka je stravovací režim.

2) Zvyšování informovanosti veřejnosti

„Z posledních výzkumů u nás vyplývá, že prevalence anorexie u nás na rozdíl od ostatních evropských států roste.“⁴⁸ Z těchto důvodů je velká snaha ze strany odborníků, aby dětem, dospívajícím a jejich rodičům byly poskytovány kvalitní a především srozumitelné informace z oblasti PPP.⁴⁹

Jak jsem již uvedla v první kapitole, naše životy a jejich prožívání výrazně ovlivňují média. Těmi nejsilnějšími informačními médii jsou především televize a internet. Mohou velice uškodit, ale také pomoci. Díky internetu, který využívá široká veřejnost, mohou odborníci předávat kvalitní informace o PPP. Především pak prostřednictvím odborných článků, interaktivních testů, videí či kontaktů jsou poskytovány kvalitní informace všem, kteří je hledají. Snahou je, aby se lidé naučili média (zejména pak internet) využívat ke zmírňování nátlaků na nereálný ideál krásy. Masmédia mohou zajímavým způsobem poskytnout informace o důsledcích patologického zacházení s vlastním tělem a jídlem.⁵⁰

3) Přímá práce s ohroženou skupinou

Vědecké výzkumy prokázaly, že úroveň informovanosti široké veřejnosti o mentální anorexii či bulimii v ČR je stále na lepší úrovni. To se ale neodráží ve změnách postojů k jídlu a ke svému tělu. Přičemž zdravý postoj je pro úspěšné předcházení PPP tím nejpodstatnějším.⁵¹

⁴⁷ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 5

⁴⁸ PAPEŽOVÁ, H., et. al; Spektrum poruch příjmu potravy. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s. 2010, s. 311

⁴⁹ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 5

⁵⁰ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 6

⁵¹ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 6

Snahou odborníků je realizovat programy přímé práce s ohroženou skupinou prostřednictvím tzv. **peergroups**. Stejně, jako se tomu děje v zahraničí. Peer pochází z angličtiny a v překladu znamená **vrstevník**. Peer program je tedy vrstevnický program, kterého se může zúčastnit kdokoli ve věku od 15 do 20 let. Snahou tohoto programu je vytvořit skupiny dobrovolníků, kteří by aktivně působili v oblasti primární prevence.⁵²

Značným problémem je výběr kandidátů vhodných na vyškolení. Ti musí splňovat nejpodstatnější podmínku – mít sami zdravý postoj k jídlu a sobě samému.⁵³

Realizace těchto programů je zřejmě nejlepším způsobem jak lze mimo zvyšování informovanosti, ovlivnit postoje cílové skupiny k jídlu a zacházení s vlastním tělem. Je to práce, kde je nezbytná vysoká míra profesionality, odborné připravenosti, výzkumem ověřený postup a v neposlední řadě také dostatek financí.⁵⁴

Prevence relapsu PPP

Relapsem rozumíme znovuobjevení se příznaků po uzdravení se z PPP. Jinými slovy recidiva.

Pro nemocného, který trpí touto nemocí, uzdravení znamená to, že dosáhne a udrží si správné vzorce chování, které se u něj vyskytovaly před propuknutím nemoci. Znamená to, že se u něho objevují pozitivní změny ve fyzické, sociální a emoční oblasti.⁵⁵ Bohužel odborníci potvrzují to, že uzdravení nebývá absolutní a z vlastní zkušenosti to mohu potvrdit. Recidiva u toho typu závislostí bývá až v 50% případů a odborníci ji berou jako přirozenou fázi léčby. Proto je dobré se na ni připravit již v průběhu samotné terapie. Neznamená to ale, že se nemoc objeví znovu, ale pouze její některé příznaky.,,Úspěšná léčba předpokládá zvládnutí relapsu nebo jeho předcházení – prevenci“⁵⁶

⁵² <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php> (10.4.2012)

⁵³ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009; s. 6

⁵⁴ Zpravodaj Anabell, č. 22, červenec 2009, s. 6

⁵⁵ HAVELKOVÁ, I.; *Blízko smrti, prevence relapsu poruchy příjmu potravy*, Brno: O.s. Anabell 2008, ISBN 978-80-7326-157-3, s. 4

⁵⁶ HAVELKOVÁ, I.; *Blízko smrti, prevence relapsu poruchy příjmu potravy*, Brno: O.s. Anabell 2008, ISBN 978-80-7326-157-3, s. 4

Pokud zohledním veškeré informace, které jsem při analýze literatury získala, jako prevenci relapsu (recidivy) vnímám to, že:

- postižený zvyšuje a udržuje svoji tělesnou váhu,
- dodržuje pravidelný a přiměřený jídelní režim,
- má přiměřený pohyb,
- „naučí“ se mít rád svoje tělo a žít s ním,
- nepropadá panice a depresím, pokud se léčba nevyvíjí tak, jak očekává,
- pokud stres, který je téměř denní součástí, zvládá jinak, než že hladově nebo se přejídá,
- je si vědom, že úspěšná léčba příznaků PPP může trvat delší dobu (i několik let).⁵⁷

Nejdůležitější v boji proti recidivě PPP je uvědomit si určitá nutriční pravidla. Těmito pravidly je: **přestat počítat kalorie potravin**, stravovat se v klidu a **nevnímat myšlenky typu: „po tomto jídle určitě ztloustnu...“**⁵⁸

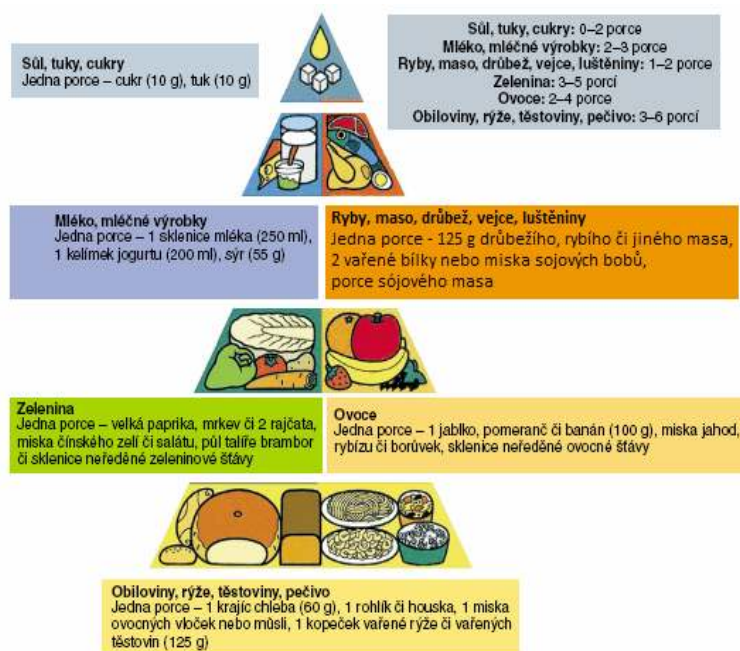
Mnoho anorektiků přiznává, že se u nich recidiva onemocnění objeví nejčastěji v obdobích stresu. Z vlastní zkušenosti toto mohu potvrdit. Pokud se ocitnu ve vypjaté a náročné situaci, mojí odpovědí na ni je to, že začnu odmítat jídlo, nebo nemám potřebu jíst. Myslím si, že si to vždy včas uvědomím a snažím se o nápravu tohoto stavu.

Je jedno, zda se jedná o léčbu PPP či prevenci relapsu. Vždy je důležité mít na paměti odborníky doporučovanou potravinovou pyramidu, v níž jsou znázorněny určitá stravovací doporučení. V této potravinové pyramidě jsou uvedeny skupiny potravin a počet porcí, které bychom během jednoho dne měli sníst. (viz. obrázek č. 2)

⁵⁷ HAVELKOVÁ, I.; *Blízko smrti, prevence relapsu poruchy příjmu potravy*, Brno: O.s. Anabell 2008, ISBN 978-80-7326-157-3, s. 4

⁵⁸ HAVELKOVÁ, I.; *Blízko smrti, prevence relapsu poruchy příjmu potravy*, Brno: O.s. Anabell 2008, ISBN 978-80-7326-157-3, s. 4

Obrázek č. 2 – Potravinová pyramida⁵⁹



V Brněnském regionu působí mnoho odborníků, kteří se zabývají léčbou a prevencí poruch příjmu potravy. Z mého pohledu mezi ty nejhlavnější patří především **Modrá linka** (centrum a linka důvěry pro děti a mládež), **Občanské sdružení Anabell** a v neposlední řadě **Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice**. (kontakty na tato centra jsou uvedeny v příloze 3).

⁵⁹ <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida> (5.4.2012)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz

Mým původním záměrem, jak jsem uvedla v projektu ke své bakalářské práci, bylo prezentování několika kasuistik dívek či žen, které trpí nebo trpěly mentální anorexií a srovnání jednotlivých spouštěcích mechanismů. Bohužel v průběhu zpracovávání podkladů jsem narazila na mnohá úskalí. V centru pro poruchy příjmu potravy Anabell mi bylo sděleno, že tyto údaje, s ohledem na ochranu osobnosti, neposkytují. Využití internetových zdrojů se mi nezdálo být natolik validní, abych ho využila. Nakonec jsem se uchýlila ke změně výzkumné metody. Rozhodla jsem se pro kvantitativní šetření s využitím dotazníkového šetření a analýzu výsledků. V práci uvedu pouze jednu kasuistiku, která představuje vlastní zkušenost s tímto onemocněním.

Jelikož dle mého názoru jsou nejvíce ohroženou věkovou skupinou ke vzniku mentální anorexie dívky okolo čtrnáctého a patnáctého roku života, zaměřila jsem svoje dotazníkové šetření právě na ně. Chtěla jsem zjistit, jaká je u nich jejich spokojenost či nespokojenost s vlastní postavou, jejich vlastní stravovací návyky, stravovací návyky rodiny jako komplexu, ovlivňování dívek ze strany médií a v neposlední řadě jejich obeznámenost s touto poruchou.

Stanovení hypotéz

Na základě stanovených cílů a také v průběhu psaní bakalářské práce jsem si ujasnila a stanovila několik hypotéz, které bych ráda ověřila také v praxi s využitím dotazníkového šetření.

Hypotéza č. 1: Většina dívek ve věku mezi 14 až 15 lety není spokojená se svojí postavou a přála by si zhubnout.

Hypotéza č. 2: Mladé dívky mají pravidelný a vyhovující stravovací režim.

Hypotéza č. 3: Stravovací návyky vychází již z rodiny, která tyto návyky dítěti předává.

Hypotéza č. 4: Média (televize, časopisy a internet) výrazně ovlivňují pohled dívek na jejich postavu.

Hypotéza č. 5: Dospívající dívky jsou dobře informované o mentální anorexii a jejím léčení.

3.2 Výběr respondentů

Než jsem začala se samotnou realizací výzkumu, stanovila jsem si ke každé z uvedených hypotéz tři až pět otázek, které měly moji hypotézu potvrdit či vyvrátit. Podstatné bylo, abych otázku správně formulovala a nedošlo tak k nepochopení ze strany respondentek.

Po sestavení dotazníku jsem požádala deset dívek ve věku 14 až 15 let o jeho vyplnění. Ověřila jsem si tak, že otázky jsem formulovala správně a ze strany respondentek pochopeny tak, jak jsou myšleny. Celkový počet uzavřených otázek v dotazníku je 21. Podoba celého dotazníku je uvedena v příloze č. 3.

3.4 Cílová skupina respondentů při realizaci výzkumu

Samotný výzkum jsem provedla ve čtyřech Základních školách na Brně venkově. Konkrétně na Základní škole v Ivančicích, Pohořelicích, Tišnově a Židlochovicích.

Na každé Základní škole jsem pracovala s dívkami z osmé a z deváté třídy, kterou jsme společně s výchovnou poradkyní vytipovali jako odpovídající k získání potřebných dat ke svému výzkumu a ověření či vyvrácení hypotéz.

Celkem jsem tedy navštívila dívky ze čtyř osmých a čtyř devátých tříd. Rozdala jsem dohromady sto dotazníků, ze kterých se mi vrátilo 86 kusů, což si myslím, že je také proto, že jsem se při samotného sběru dat přímo účastnila a mohla jsem tak případné nejasnosti s dívkami řešit přímo na místě. Porovnání dat jsem prováděla mezi skupinou 14ti letých dívek, která obsahovala 45 členů a skupinu 15ti letých dívek, která čítala čtyřicet jedna členů. Myslím si, že skupiny byly početně celkem vyrovnané. Mým cílem bylo to, aby dotazníkové šetření bylo validní a reliabilní.

3.3 Vlastní výzkum, analýza a prezentace výsledků

Získaná data jsem v práci znázornila graficky. Odpovědi dívek jsou v grafech vyjádřeny v procentech, mimo otázku č. 2 a otázku č. 3, které jsou vyjádřeny průměrově. Jedná se o průměrnou výšku a váhu skupiny čtrnáctiletých a skupiny patnáctiletých dívek.

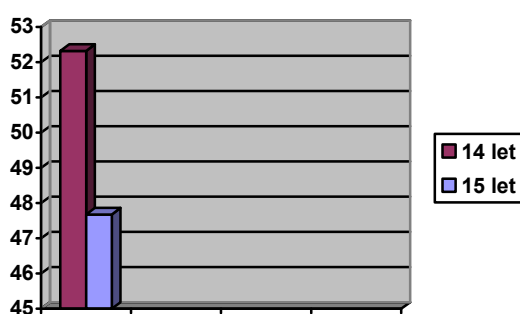
Vodítkem k rozdělení všech dotazovaných do jednotlivých skupin jsem zvolila otázku č. 1: Kolik Ti je let?

Otázka č. 1: Kolik je Ti let?

Tabulka č. 1

14 let		15 let		celkem	
počet	%	počet	%	počet	%
45	52,32558	41	47,6744186	86	100

Graf č. 1



Vyhodnocení otázky č. 1:

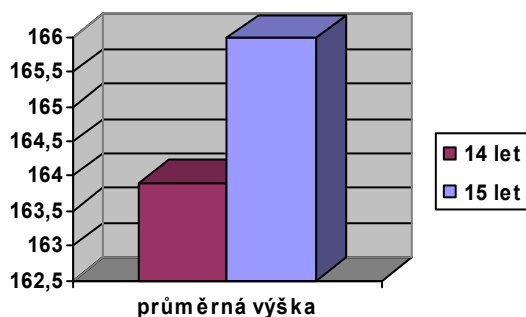
Tato otázka měla být směrníkem pro rozdělení dívek do jednotlivých věkových skupin. Z grafického výsledku lze vyčíst, že početní i procentuální zastoupení obou věkových skupin je poměrně vyrovnané. Skupina čtrnáctiletých dívek má 45 členů a skupina patnáctiletých dívek obsahuje 41 členů.

Otázka č. 2: Tvoje výška?

Tabulka č. 2

14 let	15 let
průměrná výška	průměrná výška
164 cm	166 cm

Graf č. 2



Vyhodnocení otázky č. 2:

Z odpovědí na tuto otázku, které jsem zprůměřovala lze stanovit průměrnou výšku u čtrnácti a patnáctiletých dívek, která je 164 cm (u 14ti letých) a 166 cm (u 15 letých)

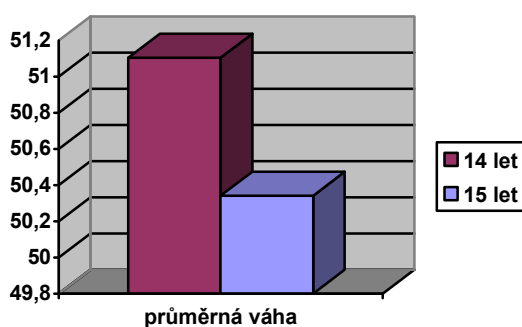
Tuto a následující otázku jsem zvolila záměrně. Zajímalo mne, při jaké výšce a váze jsou dívky se svojí postavou nespokojeny. Z některých odpovědí jsem byla překvapena, jelikož dívky vyjádřily nespokojenost se svojí postavou např. při výšce 172 cm a váze 50 kg.

Otázka č. 3: Tvoje váha?

Tabulka č. 3

14 let	15 let
průměrná váha	průměrná váha
51,1 kg	50,4 kg

Graf č. 3



Vyhodnocení otázky č. 3:

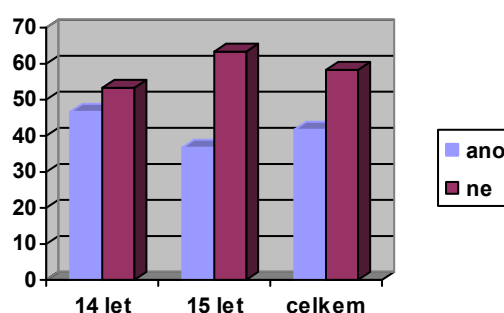
U této otázky, opět jako u předcházející lze vyčíst průměrnou váhu u 14ti a 15ti letých respondentek. Tyto údaje jsou však pouze orientační, jelikož několik dívek svoji skutečnou váhu nevedlo. Výsledky jsou tak sporné.

Otázka č. 4: Jsi spokojení se svojí postavou?

Tabulka č. 4

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	21	46,66667	ano	15	36,58537	ano	36	41,86047
ne	24	53,33333	ne	26	63,41463	ne	50	58,13953

Graf č. 4



Vyhodnocení otázky č. 4:

Dle grafického znázornění čtvrté otázky je patrné, že dívky v obou věkových kategoriích jsou se svojí postavou nespokojené. Dívek, které jsou **nespokojeny** se svojí postavou je alarmujících **58,1%**, oproti pouhým **41,9 % dívek**, které **jsou** s postavou spokojené.

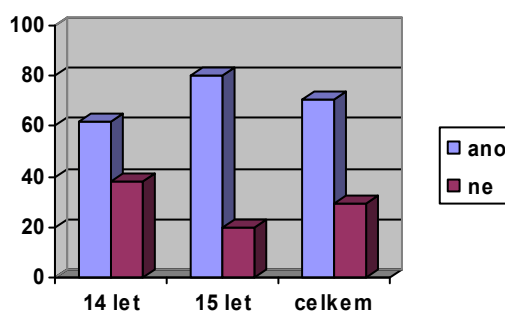
Výsledek této otázky mne poněkud nepříjemně překvapil. Čekala jsem sice, že dívky vyjádří nespokojenost se svojí postavou, ale nepředpokládala jsem, že v tak velkém počtu.

Otázka č. 5: Chtěla bys zhubnout?

Tabulka č. 5

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	28	62,22222	ano	33	80,4878	ano	61	70,93023
ne	17	37,77778	ne	8	19,5122	ne	25	29,06977

Graf č. 5



Vyhodnocení otázky č. 5:

Všechny dívky z obou dvou věkových kategorií by chtěly zhubnout ze 70%, což je dle mého názoru v tomto věku, kdy se jejich těla vyvíjí, zcela nevhodné.

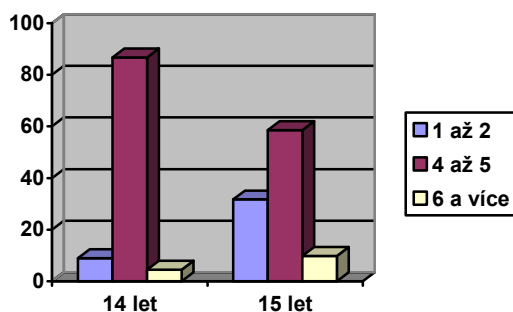
Výrazný rozdíl je patrný mezi věkovými kategoriemi. Poměr u skupiny 14ti letých dívek mezi odpovědí **ano** a **ne** je procentuelně vyjádřen 62,2% a 37,7%. U druhé skupiny 15ti letých dívek (i při nižším počtu dívek) se jedná o 80,5% a 19,5%.

Otázka č. 6: Kolik jídel denně jíš?

Tabulka č. 6

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
1 až 2	4	8,888889	1 až 2	13	31,70732	1 až 2	17	19,76744
4 až 5	39	86,66667	4 až 5	24	58,53659	4 až 5	63	73,25581
6 a více	2	4,444444	6 a více	4	9,756098	6 a více	6	6,975744

Graf č. 6



Vyhodnocení otázky č. 6:

Tato otázka měla odpovědět na to, kolik jídel dívky denně sní, potažmo jaký je jejich denní stravovací režim.

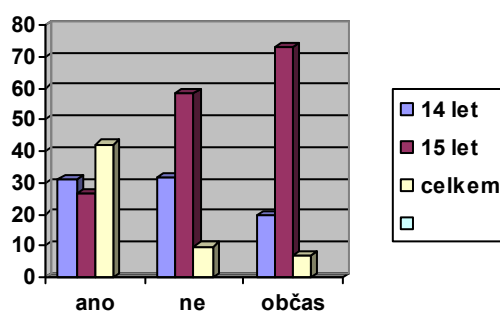
Z výsledků lze vyhodnotit, že příjem potravy je v zásadě v pořádku. Většina respondentek (63%) z obou věkových kategorií denně sní **4 až 5 jídel**. Toto vnímám v souladu se zdravou výživou, vývojem a odborníky doporučovaným přísunem denní stravy jako dostačující.

Otázka č. 7: Vynecháváš některá z hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře)?

Tabulka č. 7

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	14	31,11111	ano	22	31,70732	ano	17	19,76744
ne	12	26,66667	ne	6	58,53659	ne	63	73,25581
občas	19	42,22222	občas	13	9,756098	občas	6	6,976744

Graf č. 7



Vyhodnocení otázky č. 7:

Tato otázka měla směřovat ke zjištění, zda dívky vědomě vynechávají některá z hlavních jídel. Z výsledků je patrné, že z celkového počtu 86 dívek se k tomu, že **vynechávají** některá z hlavních jídel, přiznalo 36 respondentek. K tomu, že **občas** vynechá některé z hlavních jídel se uvedlo 32 děvčat z celkového počtu.

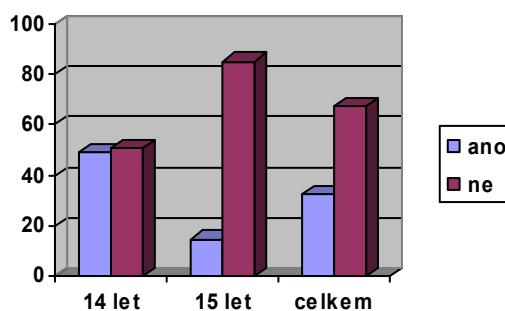
Při odpovědích na tuto otázku se nabízí zamyšlení nad tím, o která vynechávaná jídla se jedná. Zda je to snídaně, svačina, oběd, odpolední svačina či večeře.

Otázka č. 8: Navštěvuješ pravidelně školní jídelnu?

Tabulka č. 8

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	22	48,88889	ano	6	14,63415	ano	28	32,55814
ne	23	51,11111	ne	35	85,36585	ne	58	67,44186

Graf č. 8



Vyhodnocení otázky č. 8:

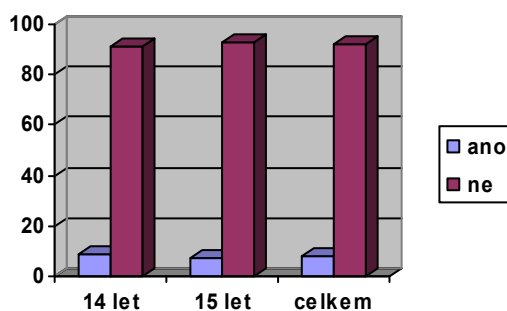
Z výsledků na tuto otázku je patrné, že nadpoloviční většina respondentek nenavštěvuje školní jídelnu (67,5%). Z toho usuzuji v návaznosti na předcházející otázku (Vynecháváš některá z hlavních jídel), že tím vynechávaným jídelm je právě oběd. Odpovědí na to, proč školní jídelnu nenavštěvují se nabízí celá řada. Možná je to z důvodu, že jim skladba jídelníčku ve škole nevyhovuje, nebo jim nechutná.

Otázka č. 9: Počítáš si kalorickou hodnotu jídel?

Tabulka č. 9

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	4	8,888889	ano	3	7,317073	ano	7	8,139535
ne	41	91,111111	ne	38	92,68293	ne	89	91,86047

Graf č. 9



Vyhodnocení otázky č. 9:

V drtivé většině se v dotaznících na tuto otázku objevovala odpověď **ne**, což vnímám jako pozitivní výsledek. Pouhých 8,1% dotazovaných dívek si kalorickou hodnotu jídla počítá. Všimla jsem si, že jsou to převážně dívky, které jsou vysoké, mají nízkou váhu a jsou nespokojené se svojí váhou a přály by si zhubnout.

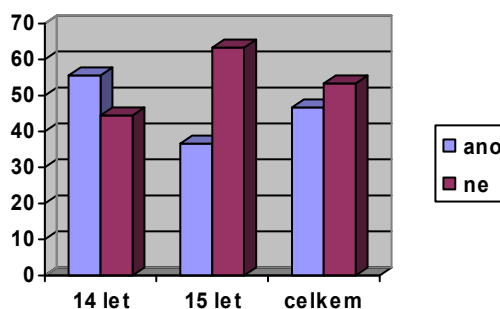
Nerada bych se ze své pozice pouštěla do spekulací, ale z informací, které jsem získala při psaní bakalářské práce se domnívám, že jde o dívky, které jsou v „ohroženém“ věku, kdy k propuknutí mentální anorexie bývá pouhým krůčkem.

Otázka č. 10: Jíte společně jako rodina alespoň jedenkrát denně?

Tabulka č. 10

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	25	55,55556	ano	15	36,58537	ano	40	46,51163
ne	20	44,44444	ne	26	63,41463	ne	46	53,48837

Graf č. 10



Vyhodnocení otázky č. 10:

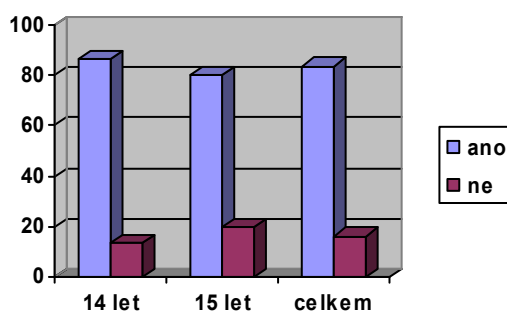
Z celkového počtu odpovědí na otázku, zda rodiny dívek jí společně alespoň jedno jídlo denně vyplývá, že tomu tak **není**. To přisuzuji jednak k tomu, že se rodina v průběhu pracovního týdne málokdy sejde v kompletním počtu jejích členů, což může být z mnoha různých důvodů. Zejména si myslím, že jedním z hlavních důvodů je pracovní vytíženosti rodičů. Dalším důvodem může být také to, že každý z členů rodiny se stravuje v duchu jiných stravovacích návyků či na jiném místě.

Otázka č. 11: Obědváte společně alespoň o víkendu?

Tabulka č. 11

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	39	86,66667	ano	33	80,4878	ano	72	83,72093
ne	6	13,33333	ne	8	19,5122	ne	14	16,27907

Graf č. 11



Vyhodnocení otázky č. 11:

V drtivé většině (83,7%) byla odpověď na tuto otázku varianta **ano**. Toto vnímám jako pozitivní jev, že alespoň o ve dnech pracovního volna se členové rodiny společně sejdou u stolu.

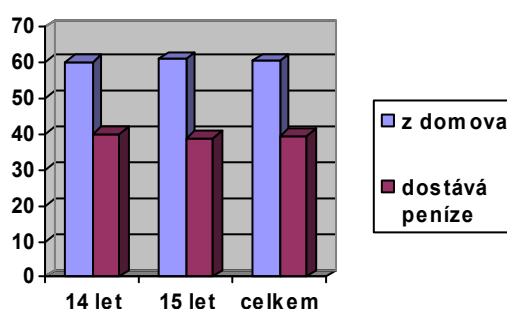
Osobně vnímám společné stolování jako pozitivní jev rodinného života, který je důležitý především pro děti či dospívající mládež. Mohou tak vnímat pospolitost rodiny.

Otázka č. 12a: Svačinu do školy si nosíš z domova, nebo na ni od rodičů dostáváš peníze?

Tabulka č. 12a

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
z domova	27	60	z domova	25	61	z domova	52	60
dostává peníze	18	40	dostává peníze	16	39	dostává peníze	34	40

Graf č. 12a



Vyhodnocení otázky č. 12a:

Otázka měla směřovat ke zjištění, zda si dívky do školy nosí svačiny z domova či nikoli a dostávají na ni peníze od rodičů.

Celkem 60% dívek odpovědělo, že si svačinu do školy nosí z domova, oproti 40% dívek, které na ně od rodičů dostávají peníze.

Výsledky pro mne byly milým překvapením. Domnívala jsem se totiž, že většina dotazovaných v dnešní uspěchané době na svačinu dostává peníze, jelikož rodiče na jejich přípravu nemají čas.

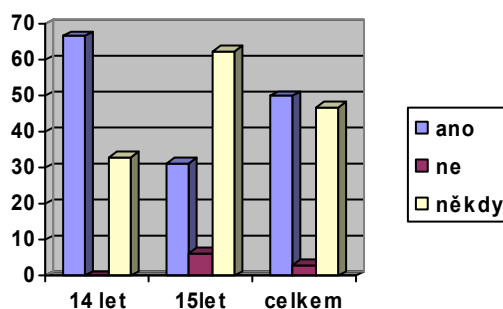
Na tuto otázku měly dívky odpovídat jen v případě, že na otázku 12a odpověděly, že na svačinu dostávají peníze od rodičů

Otázka č. 12b: Opravdu si za tyto peníze kupuješ jídlo?

Tabulka č. 12b

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	12	66,7	ano	5	31,25	ano	17	50
ne	0	0	ne	1	6,25	ne	1	3,0
někdy	6	33,3	někdy	10	62,5	někdy	16	47,0

Graf č. 12b



Vyhodnocení otázky č. 12b:

Otázku jsem do dotazníku uvedla zcela záměrně. Jelikož si pamatuji na dobu, kdy jsem také od rodičů dostávala peníze na svačiny. Bohužel se musím přiznat, že jsem si málokdy za tyto peníze koupila jídlo. Většinou jsem tento obnos využila k nákupu časopisů či jiných věcí.

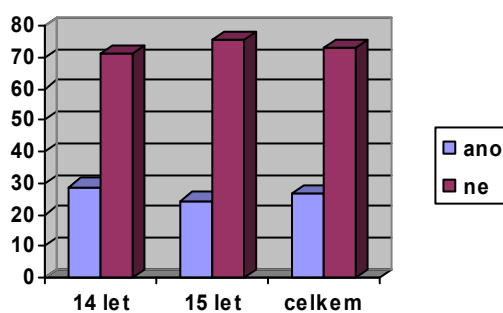
Odpověď na tuto otázku je, že v 50% procentech si dívky za finance, které z domova dostávají skutečně kupují jídlo. Otázkou je, do jaké míry jsou tato jídla výživově hodnotná. Zda se nejedná o nákup chipsů či přemíry sladkostí. Z celkového počtu dotázaných si 47% jídlo koupí jen někdy a pouhá 3% uvedla, že si jídlo za peníze nekupují.

Otázka č. 13: Bavíte se doma často o jídle?

Tabulka č. 13

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	13	29,0	ano	10	24,0	ano	23	26,8
ne	32	71,0	ne	31	76,0	ne	63	73,2

Graf č. 13



Vyhodnocení otázky č. 13:

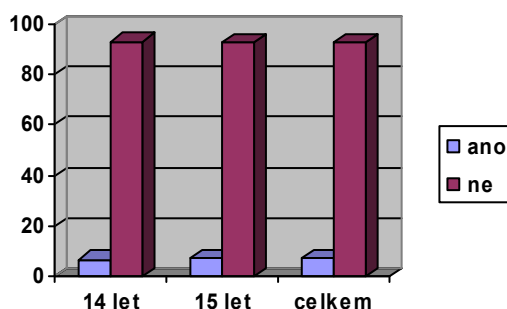
Celkem 63 dívek (73,2%) uvedlo, že se v jejich rodinách o jídle nehovoří. Zde se nabízí otázka proč se rodina společně nebaví o jídle. Vysvětlení se nabízí několik. Jednak to nepovažují za důležité nebo komunikace v rodině celkově vážne.

Otázka č. 14: Dodržujete v rodině nějaký specifický stravovací režim? (nízkokalorické potraviny, bio potraviny, atd.)?

Tabulka č. 14

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	3	6,7	ano	3	7,4	ano	6	7,0
ne	42	93,3	ne	38	92,6	ne	80	93,0

Graf č. 14



Vyhodnocení otázky č. 14:

Výsledky odpovědí na tuto otázku mne opravdu velmi překvapily. Do dotazníku jsem ji zařadila proto, že mám pocit, že v dnešní době je zdravému životnímu stylu a „zdravým“ potravinám (například v biokvalitě) přikládán velký význam.

Pouhých 7% dotazovaných (tedy 6 dívek z celkového počtu 86 dotazovaných) uvedlo odpověď **ano**.

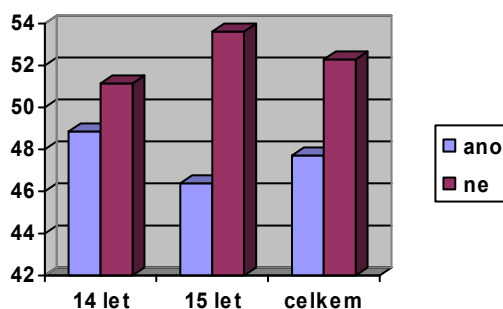
Domnívám se, že rodiny nemají specifické stravovací návyky proto, že tyto potraviny jsou finančně nákladnější.

Otázka č. 15: Kupuješ si módní časopisy?

Tabulka č. 15

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	22	49,0	ano	19	46,0	ano	41	48,0
ne	23	51,0	ne	22	54,0	ne	45	52,0

Graf č. 15



Vyhodnocení otázky č. 15:

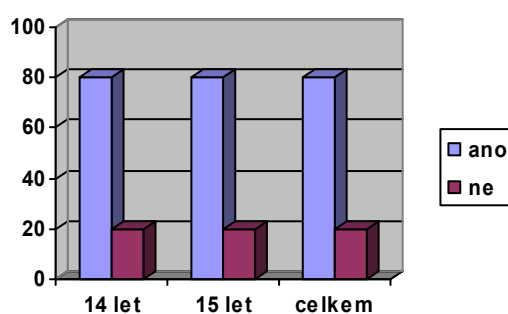
Výsledné odpovědi u obou věkových kategorií lze procentuelně vyjádřit tak, že 52% respondentek odpovědělo na položenou otázku **ne**. Zde lze diskutovat o tom, proč si dívky časopisy nekupují. Může to být proto, že časopisy jim kupují rodiče, půjčují si je od kamarádek nebo zkrátka tento druh médií nevyhledávají, nezajímá je, nebo potřebné informace nalézají prostřednictvím internetu nebo jiných médií.

Otázka č. 16: Líbí se Ti postavy modelek, které jsou v časopisech, nebo je vídáš v televizi?

Tabulka č. 16

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	36	80	ano	33	80,5	ano	69	80,2
ne	9	20	ne	8	19,5	ne	17	19,8

Graf č. 16



Vyhodnocení otázky č. 16:

Většina dotazovaných dívek ve věku 14 a 15 let odpovědělo tak, že se jim postavy modelek líbí (80,2%).

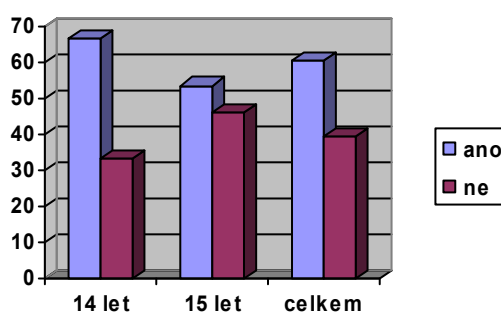
Zde je, dle mého mínění, na místě zamyslet se nad tím, jaký druh médií dívka v adolescentním věku sleduje a jaký ji zajímá. Jaké jsou možnosti využití jejího volného času, náplň jejích zájmů a koníčků.

Otázka č. 17: Chtěla bys být jako ony?

Tabulka č. 17

14 let			15 let			Celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	30	66,7	ano	22	53,6	ano	52	60,4
ne	15	33,3	ne	19	46,4	ne	34	39,6

Graf č. 17



Vyhodnocení otázky č. 17:

Z odpovědí vyplývá, že 52% dívek vnímá postavy modelek velice kladně a být jako ony.

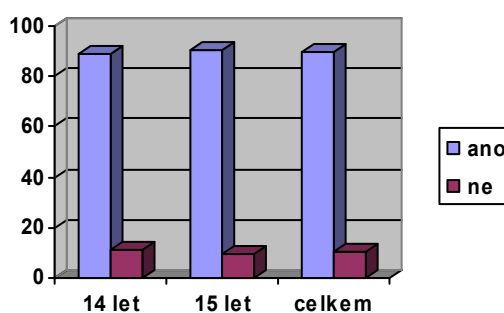
Mnohdy si možná ani neuvědomují, že kdyby tyto modelky potkaly na ulici, asi by je ani nepoznaly, jelikož fotoretuše, make-up a vyhlášení stylisté ovládají svoji práci dokonale a celkový obraz celebrit je dívkám prezentovaný absolutně zkresleně.

Otázka č. 18: Víš co je to mentální anorexie?

Tabulka č. 18

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	40	88,9	ano	37	90,2	ano	77	90,0
ne	5	11,1	ne	4	9,8	ne	9	10,0

Graf č. 18



Vyhodnocení otázky č. 18:

Tato otázka patří do poslední skupiny dotazů, které měly ověřit či vyvrátit moji hypotézu o tom, že dospívající dívky jsou dobře informované o mentální anorexii a jejím léčení.

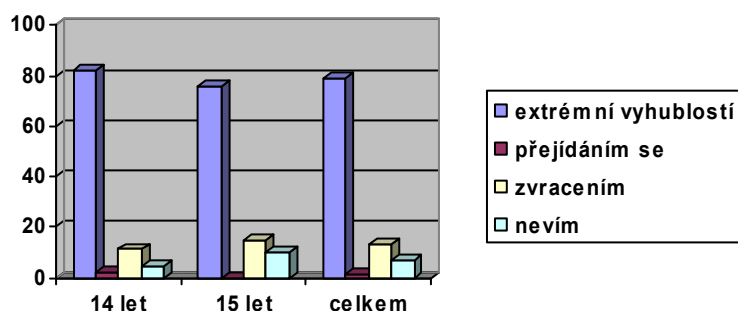
Z celkového počtu dívek odpovědělo 90%, že ví, co je mentální anorexie. Pouhých 10% dívek neví, co mentální anorexie je a dle tohoto uváděly i své následující odpovědi.

Otázka č. 19: Mentální anorexie se dle Tvého mínění vyznačuje:

Tabulka č. 19

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
extrémní vyhublostí	37	82,2	extrémní vyhublostí	31	75,6	extrémní vyhublostí	68	79,1
přejídáním se	1	2,2	přejídáním se	0	0	přejídáním se	1	1,1
zvracením	5	11,1	zvracením	6	14,6	zvracením	11	12,8
nevím	2	4,5	nevím	4	9,8	nevím	6	7,0

Graf č. 19



Vyhodnocení otázky č. 19:

Celých 79,1% respondentek správně uvedlo odpověď na moji otázku, že mentální anorexie se vyznačuje **extrémní vyhublostí**. Z toho usuzuji, že informovanost o této poruše příjmu potravy je mezi mladými dívkami velice dobrá. Dívky ví, podle jakých hlavních projevů lze tuto nemoc rozpoznat.

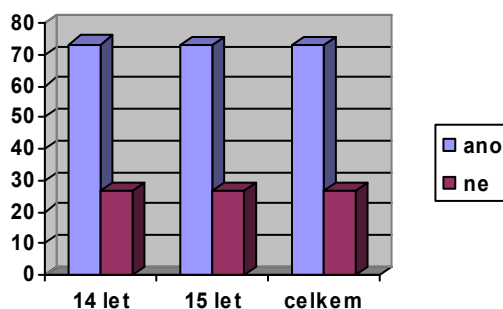
Asi 11% dotazovaných si spletlo mentální anorexii s mentální bulimií. Dívky v této skupině uvedly, že se mentální anorexie vyznačuje zvracením. Jen pouhé 1% respondentek uvedlo jako odpověď na tuto otázku to, že se mentální anorexie vyznačuje zvracením. Asi 6% dotazovaných nevědělo, jaké jsou hlavní charakteristiky tohoto onemocnění. Vesměs to byly dívky, které v předcházející otázce jako svoji odpověď uvedly **ne**.

Otázka č. 20: Myslíš si, že mentální anorexie jde vyléčit?

Tabulka č. 20

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	33	73,3	ano	30	73,1	ano	63	73,2
ne	12	26,7	ne	11	26,9	ne	23	26,8

Graf č. 20



Vyhodnocení otázky č. 20:

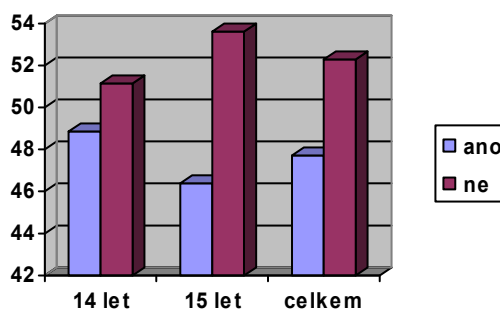
Z celkově 86 dotázaných dívek jich drtivá většina (63 dívek) odpověděla, že mentální anorexii lze vyléčit. V procentuelním vyjádření je to 73,2%. Toto je sice správná odpověď, leč s odstupem času vnímám jako svůj nedostatek to, že jsem jako podotázku měla zařadit délku či možnosti léčení tohoto onemocnění.

Otázka č. 21: Navštívila jsi na internetu někdy blog o anorexii?

Tabulka č. 21

14 let			15 let			celkem		
odpověď	počet	%	odpověď	počet	%	odpověď	počet	%
ano	22	48,9	ano	19	46,3	ano	41	47,6
ne	23	51,1	ne	22	53,7	ne	45	52,4

Graf č. 21



Vyhodnocení otázky č. 21:

Z odpovědí na tuto otázku lze vyvodit, že většina dívek nikdy nenavštívila na internetu blog, který se zabýval problematikou mentální anorexie či poruch příjmu potravy.

Při vyhodnocování dotazníků jsem se setkala se i s tím, že u odpovědi „ano“ mi několik dívek dopsalo, že sice tyto internetové stránky navštívily, ale bylo to jen v souladu s vypracováním nějakého školního úkolu.

Na základě prezentovaných výsledků výzkumu mohu konstatovat, že:

Hypotéza č. 1: Většina dívek ve věku mezi 14 až 15 lety není spokojená se svojí postavou a přála by si zhubnout

K této hypotéze vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5. Z odpovědí na první dvě otázky **tvoje výška a váha**, bylo zjištěno, že průměrná výška a váha 14ti letých dívek je 164 cm a 51,1 kg. Průměrná výška u 15ti letých dívek je 166cm a váha 50,4 kg. Jelikož několik dívek ze věkové skupiny 15 let svoji váhu neuvedlo, výsledky odpovědí jsou tudíž pouze orientační. Další otázka, která měla potvrdit či vyvrátit hypotézu č. 1 byla zvolena otázka č. 4: **Jsi spokojená se svojí postavou?** Ze všech dotazovaných respondentek je se svojí postavou nespokojena nadpoloviční většina (58,1%). Oproti tomu pouhých 41,9% je spokojeno se svojí postavou. Přičemž více nespokojenosti vyjadřovaly 15ti leté dívky. Na otázku č. 5: **Chtěla by jsi zhubnout?** Z celkového počtu 86 respondentek zvolilo odpověď **ano** 70,9%. Pouhých 29,1% uvedlo jako svoji odpověď **ne**.

Hypotéza č. 1 **byla potvrzena**.

Hypotéza č. 2: Mladé dívky mají pravidelný a vyhovující stravovací režim.

K ověření či vyvrácení další hypotézy byly zvoleny otázky č. 6, 7, 8 a 9. Na otázku č. 6. **Kolik jídel denně jíš?** uvedlo celkem **73,3%** respondentek z obou věkových skupin, že sní 4 až 5 jídel denně. Další otázka č. 7. **Vynecháváš některá z hlavních jídel** byla zvolena proto, aby ověřila, zda dívky mají správný stravovací režim. Z odpovědí je patrné, že **41,8%** dívek vědomě vynechává hlavní jídla a **37,2%** občas. Je na místě se zamyslet, která z těchto hlavních jídel to jsou.

Na základě odpovědí na otázku č. 8. **Navštěvuješ pravidelně školní jídelnu?** Z celkového počtu respondentek jich 58% uvedlo odpověď **ne**. Proto se domnívám, že ve spojitosti s předcházející otázkou je vynechaným hlavním jídlem **oběd**, který by dívky měly sníst ve školní jídelně, vzhledem k časovému harmonogramu vyučování, který přetrvává až do odpoledních hodin.

Poslední z otázek v této skupině dotazů, které měly verifikovat hypotézu byla, otázka č. 9. **Počítáš si kalorickou hodnotu jídel?** Drtivá většina dívek (91,9%) odpověděla že **ne**.

Hypotéza č. 2 **nebyla potvrzena**.

Hypotéza č. 3: Stravovací návyky vychází již z rodiny, která tyto návyky dítěti předává.

S ohledem na to, že rodina dítěti primárně předává veškeré postoje, návyky a hodnoty, byla k této hypotéze zvolena skupina otázek č. 10, 11, 12a, 12b, 13 a 14.

Na otázku č. 10. **Jíte společně jako rodina alespoň jedenkrát denně?** Bylo v nadpoloviční většině (53,5%) obou věkových skupin respondentkami uvedeno že **ne**. Další otázka č. 11. **Obědváte společně alespoň o víkendu?** Celkem **83,7%** dotazovaných uvedlo jako svoji odpověď ano. Svědčí to o tom, že rodiče snaží kompenzovat „nedostatek“ společného stravování alespoň o víkendu, když se všichni členové nejbližší rodiny setkají.

Další otázky č. 12a a 12b byly směřovány na oblast svačiny. Otázka č. 12a. měla ověřit, zda si dívky svačinu do školy nosí, nebo na ni dostávají peněžní hotovost od rodičů. Celkem **52%** dívek si svačinu do školy nosí přímo z domova. Z celkového počtu oslovených dívek (**40%**) na svačinu dostává peníze od rodičů. Z těchto celkem 34 dívek si svačinu za tyto peníze opravdu koupí sedmnáct z nich (**50%**). **47%** dívek si jídlo koupí někdy a pouze 1 dívka uvedla, že si za získané peníze, které dostane od rodičů na svačinu, jídlo nekoupí.

Další otázka směřující k verifikaci hypotézy byla otázka č. 13. **Bavíte se doma často o jídle.** Velká většina dívek (**73,2%**) uvedla, že se v jejich rodinách o jídle nemluví.

Poslední otázkou, která měla vyvrátit či potvrdit hypotézu č. 3 byla otázka č. 14. **Dodržujete v rodině nějaký specifický stravovací režim? (nízkokalorické potraviny, bio potraviny, atd.)** S neustále stoupající podporou zdravého životního stylu, zdravé výživy a zdravých potravin pouze **7%** dívek odpovědělo, že se jejich rodiny drží pravidel všude reklamované zdravé výživy a stravování. Z celkového počtu

dotázaných odpovědělo **93%**, že se v jejich rodinách **nedodrží žádné specifické stravovací režimy**.

Hypotéza č. 3 **byla potvrzena**.

Hypotéza č. 4: Média (televize, časopisy a internet) výrazně ovlivňují pohled dívek na jejich postavu.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 15, 16 a 17. Z otázky č. 15. **Kupuješ si módní časopisy?** je patrné, že dívky si z 52% tyto tiskoviny nekupují. Oproti tomu se jim líbí postavy modelek, které vídají v televizi či jiných médiích, kdy na otázku č. 16. **Líbí se Ti postavy modelek, které jsou v časopisech, nebo je vídáš v televizi?** uvedlo 80,2% celkově dotázaných respondentek **ano** 52% respondentek by chtěly být jako ony (viz otázka č. 17. **Chtěla by jsi být jako ony?**).

Hypotéza č. 4 **byla potvrzena**.

Hypotéza č. 5: Dospívající dívky jsou dobře informované o mentální anorexii a jejím léčení.

K poslední zvolené hypotéze se vztahovaly otázky č. 18, 19, 20 a 21. Na otázku č. 18. **Víš co je to mentální anorexie?** celkem 90% dotázaných dívek v obou věkových kategoriích uvedlo odpověď **ano**. Otázka č. 19. **Mentální anorexie se dle Tvého mínění vyznačuje:** Z nabízených možností uvedlo **79,1%** respondentek **extrémní vyhublost**, **12,8%** **zvracení**, **7%** **dívek nevědělo**, jaké projevy toto onemocnění charakterizují a pouhých **1,1%** dívek si myslí, že mentální anorexie se projevuje **zvracením**.

Na otázku č. 20. – „**Myslíš si, že mentální anorexie jde vyléčit**“ uvedlo jako odpověď **ano** celkem 63 dívek (73,2%).

Jako odpověď na poslední dotazníkovou otázku č. 21. **Navštívila jsi na internetu někdy blog o anorexii?** uvedlo 47,6% dotázaných jako svoji odpověď variantu a) **ano**. Přičemž zde byly uvedeny i dodatky k odpovědím, které se ve velké většině shodovaly.

Respondenty sice navštívili nějakou internetovou stránku, která obsahovala tato data, nicméně těchto stránek využila pro vzdělávací účely. Většinou pro vypracování úkolu do školy. Dalších 52,4%, tedy nadpoloviční většina uvedla jako svoji odpověď **ne**. Tedy, že nikdy nenavštívila tyto blogy.

Hypotéza č. 5 **byla potvrzena**.

3.4 Kazuistika

O tématu mojí bakalářské práce jsem měla jasno již od konce druhého semestru, kdy jsem do předmětu Sociální patologie musela vypracovat seminární práci o mé vlastní zkušenosti se sociopatologickým jevem. Myslela jsem si, že když budu psát o vlastní zkušenosti, o něčem co jsem si prožila, nebude to tak těžké. Bohužel to byl omyl. V průběhu psaní jsem se mnohokrát ocitla ve „slepých uličkách“ a nevěděla jsem jak pokračovat dál. Také se mi zpětně vybavovaly momenty z doby, kdy jsem touto nemocí trpěla.

Mentální anorexie u mne propukla v šestnácti letech, kdy jsem navštěvovala první ročník střední školy.

Nikdy jsem nepatřila mezi ty hubené, vysportované dívky, které měl každý rád a které se hřály na výsluní popularity. Spíše naopak. Při výšce 150 cm jsem vážila 64 kg. Svoji váhu jsem nikdy nějak zvlášť neřešila a nezamýšlela se nad narážkami ze svého nejbližšího okolí.

Teprve po absolvování povinného lyžařského výcviku se můj pohled na vlastní postavu výrazně změnil. Popudem k této změně byla poznámka učitele tělocviku, která mne zesměšnila před celým kolektivem spolužáků.

Po návratu z výcviku jsem se rozhodla se svojí váhou pracovat, abych ji snížila. Zprvu se mi to dařilo. Vynechala jsem sladkosti, začala pravidelně cvičit, ale také se pravidelně vážit. Měla jsem radost, že váha šla poměrně rychle dolů. Rodiče

z mého rozhodnutí byli nadšeni a podporovali mne. Ke konci prvního ročníku střední školy jsem vážila 50 kg. Okolí mne chválilo, jak mi to sluší a že jsem „tak akorát“. Bohužel, já jsem se tak nevnímala. Měla jsem pocit, že je stále co zlepšovat a stále co hubnout. Nebyla jsem spokojena. V tu dobu jsem začala výrazně omezovat i jídlo, přičemž jsem téměř denně cvičila. Vážila dvakrát denně. Ráno a večer.

V průběhu letních prázdnin jsem zhubla o dalších 7,5 kg a do druhého ročníku jsem nastupovala se 43,5 kg váhy. Mnohé spolužačky mne ani nepoznaly. Říkaly mi, abych již nehubla, že jsem hubená až moc. Já to ale takto nevnímala a chtěla hubnout dál. Stačilo mi, když jsem za den snědla pouze balíček polomáčených sušenek, které mi dodaly energii. Z domova jsem si sice do školy nosila svačinu, ale rozdávala jsem ji spolužačkám a peníze na obědy jsem utrácela za něco jiného.

Rychlý úbytek váhy měl vliv i na můj zdravotní stav. Padaly mi vlasy, byla mi neustále zima a často se stávalo, že mne třídní učitelka pouštěla v polovině vyučování ze školy domů, jelikož mi nebylo dobře a měla jsem pocit, že omdlím. Byla to třídní učitelka, kdo zachytil první negativní signály a kontaktovala moji matku a sdělila jí, že mám pravděpodobně velký problém s jídlem. První reakcí matky byly výčitky, nucení do jídla a neustálá kontrola toho, co dělám. Neměla jsem téměř žádné soukromí. Otec se tohoto problému jakoby distancoval.

Bohužel, v tu dobu byla nízká, téměř nulová informovanost o tomto onemocnění a mí rodiče nevyužili možnosti poradit se s mojí obvodní lékařkou o možnostech léčení. Jedinou metodou mého léčení tak bylo to, že mi matka připravovala jídlo, které jsem pod jejím dohledem musela jíst. Znovu jsem se musela naučit správným zásadám stravovacího režimu. Domnívám se, že se to z části podařilo.

Jako každý, kdo se z tohoto onemocnění vyléčí, tak i já mohu potvrdit to, že vyléčení není úplně 100%. I když jsem dnes matkou již skoro pětiletého zdravého syna, bývají období, kdy se dostanu do stresové situace a mojí reakcí na ni je to, že výrazně omezím jídlo nebo ho zcela odmítám.

ZÁVĚR

Rozdíly mezi anorektiky a bulimiky lze shrnout a z uvedených faktů lze velmi stručně charakterizovat. Hlavní rozdíl mezi nimi je především v odlišném přístupu k příjmu potravy.

Mentální anorektik hladoví až do chvíle, kdy není schopný přijímat jídlo, nebo pouze minimální množství, což vede k jeho extrémní vyhublosti. Je schopen omezit přísun potravy natolik, že mu stačí sníst pouze jedno jablko denně. Tím u něj dochází k podvýživě a celkové tělesné sešlosti. Následkem tohoto patologického jednání u něj vznikají závažné zdravotní, psychické i somatické problémy.

Oproti tomu mentální bulimik se sice snaží dodržovat příjem potravy, ale pouze v omezené míře. Drží různé diety a jeho stravovací návyky jsou velmi chaotické. V okamžiku, kdy jeho tělo nevydrží nápor hladovění a diet, uchyluje se k přejídání. Poté zkonzumuje velké množství jídla najednou (tzv. vlčí žravost), následně pak zvrací nebo používá projímadla. Roztočí se tak bludný a nekonečný kruh takového chování, z něhož není snadné vyjít.

Shrnu-li veškeré informace, které jsem získala a uvedla, docházím k závěru, že PPP vzniká kombinací několika faktorů. Jednou z příčin může být špatná komunikace (zejména pak v adolescentním věku) s nejbližšími jako je rodina, pedagogové nebo přátelé. Pokud se k tomu následně ještě přidá nějaký traumatizující zážitek, je velká pravděpodobnost, že nemoc propukne. Jako příklad by mohl posloužit můj vztah otcem. Nikdy mezi námi nedošlo k navázání bližšího pouta. Problémy jsme spolu začali mít již v mém útlém věku a ty přetrvávaly i na střední škole, kde mne určitým způsobem ponížil před spolužáky i učitel tělocviku, kterému se nelíbila moje postava. Pro mne to tenkrát byl „odrazový můstek“ směrem k anorexii.

Z dostupné literatury a především z vlastní zkušenosti vím, že PPP výrazně narušuje rodinné vztahy, stejně jako třeba toxikomanie či alkoholismus.

Dnes vím, jaké pocity prožívají děvčata, která jsou stejně nemocná, jako jsem byla já. Nebylo snadné tuto nemoc překonat a její následky si pravděpodobně ponesu až do konce života. Jsem pyšná na to, že jsem to alespoň z části dokázala. Pokud moje práce pomůže alespoň jednomu z podobně nemocných, jako jsem byla já, budu velice ráda.

V bakalářské práci jsem se snažila zejména o to, abych upozornila na nebezpečnost tohoto onemocnění, ale také na průvodní příznaky, které směřují k identifikaci tohoto onemocnění. Chtěla jsem upozornit na následky, které s sebou poruchy příjmu potravy přináší, ale také na dopad nemoci na nejbližší okolí, jakým je rodina, partneři, přátelé.

Myslím si a byla bych ráda, kdyby tato práce našla i své využití. Například jako brožura v centru Anabell, či jako informační materiál o poruchách PPP, který by mohl být využitelný v rámci vyučování na základní škole. Především při hodinách občanské nebo rodinné výchovy či výchovy ke zdraví.

Tématem bych se ráda zabývala i v magisterském studiu, neboť se domnívám, že toto téma je stále více aktuální a pro mladé dívky velice nebezpečné. Proto je nutné stále o tomto problému informovat širokou veřejnost.

„Boj s mentální anorexií je běh na dlouhou trať, kde nevidíte cíl. Musíte zmobilizovat všechny své síly a najít ten pravý důvod, proč nad touto nemocí zvítězit. Pokud vás podpoří vaši blízcí a vy si uvědomíte, že máte pro co žít, je to teprve začátek na cestě k uzdravení. Cílová meta je sice daleko, ale ne v nedohlednu. Máte šanci...

***Většinou pomůžou ti, které milujeme a oni milují nás. Ti, kteří nás nechtějí nechat padnout a jejichž pomoc si ke své škodě neuvědomujeme a nebo ji odmítáme. Jsou to naši blízcí (partneři, rodiny, nejbližší okolí)“.* (autorka práce)**

RESUMÉ

V první kapitole bakalářské práce jsem se zaměřila na vysvětlení pojmů, které jsou spojovány s poruchami příjmu potravy, mezi které mentální anorexie a mentální bulimie patří. Vysvětlila jsem druhy mentální anorexie a bulimie, jejich zdravotní, sociální a psychické následky. Dále jsem se v této části zaměřila na možné příčiny PPP.

Druhá kapitola je zaměřena na možnou léčbu těchto závislostí a reakci nejbližšího okolí. Součástí tohoto dílu je také možná prevence v před vznikem této poruchy příjmu potravy.

V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala kvantitativnímu šetření, kde jsem využila dotazníku. Stanovila jsem si pět hypotéz, které jsem se snažila svým dotazníkovým šetřením ověřit či vyvrátit. Dotazník byl určen, dle mého názoru, pro nejohroženější věkovou skupinu dívek (14 a 15 let). Zajímalo mne například, zda jsou dívky v těchto věkových skupinách spokojené se svojí postavou a zda by na ní chtěly něco změnit. Také jsem se snažila o verifikaci hypotézy, že současné mladé dívky mají vyhovující stravovací režim, nebo že jejich stravovací návyky vycházejí přímo z rodiny či že jsou to média, která ovlivňují pohled dnešních dospívajících dívek na jejich vlastní postavu. V poslední části dotazníkového šetření jsem svoji pozornost zaměřila na míru informovanosti dnešních dospívajících dívek s onemocněním poruchy příjmu potravy – mentální anorexie.

Ne všechny hypotézy, které jsem si stanovila se mi potvrdily. Z analýzy výsledků ale vyplývá, že informovanost mladých dívek v oblasti mentální anorexie je na daleko vyšší úrovni, než tomu bylo v polovině devadesátých let minulého století, kdy jsem touto poruchou trpěla i já. Tyto výsledky přisuzuji především lepší obeznanosti dívek o tomto onemocnění v rámci vzdělávacího programu základních škol v ČR.

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Jana Opletalová, Mentální anorexie (bakalářská práce) Brno 2012, 73 s.

Bakalářská práce se zabývá poruchou příjmu potravy – mentální anorexií. Jejími možnými příčinami vzniku a následky. Přibližuje možný průběh léčby tohoto onemocnění a reakce blízkého okolí při jeho zjištění. Bakalářská práce dále poukazuje na možnosti pomoci ze strany rodiny, přátel, učitelů, ale i na možnosti souboru preventivních opatření, které zamezují či zmírňují vznik této závislosti. V praktické části byla použita metoda dotazníkového šetření, ze které je logicky vyvozen závěr a jsou ověřeny hypotézy, které doplnila vlastní kazuistika.

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, léčba, prevence.

Annotation and key words

Jana Opletalová, Anorexia nervosa (thesis) Brno 2012, p. 73.

This thesis deals with the eating disorder - anorexia nervosa. Its possible causes and consequences. It shows the possible progression of the disease and treatment response in the vicinity of its findings. Bachelor thesis also points out the possibility of help from family, friends, teachers, but also on the possibility of precautionary measures that prevent or mitigate the creation of this dependence. In the practical part of the method was used a questionnaire survey, from which it is logically concluded and verified the hypothesis that complement their own case history.

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, treatment, prevention.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČERNÁ, R.; *Mentální anorexie v kontextu rodinného systému*. Ročníková práce, Filosofická Fakulta Univerzity Karlovi, 12s.
- [2] ČERNÁ, R.; *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy*. Postupová práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovi Praha 2004/2005. 47 s.
- [3] ČERNOHOUSOVÁ, L.; *Průběh onemocnění u osob s poruchami příjmu potravy*. Bakalářská práce, Univerzita Pardubice, Fakulta Filosofická, 69 s.
- [4] DVOŘÁKOVÁ, P.; *Já jsem hlad*. Brno: Host – vydavatelství, s.r.o. 2009, ISBN 978-80-7294-318-0, 144 s.
- [5] HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000, ISBN 80-7178-303-X, 776 s.
- [6] HAVELKOVÁ, I.; *Blízko smrti, prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. Brno: O.s. Anabell 2008, ISBN 978-80-7326-157-3, 108 s.
- [7] HÖSCHL, C.; *Psychiatrie pro praktického lékaře*. Jilčany: H&H 1996, ISBN 80-85-787-96-2, 424 s.
- [8] HRONKOVÁ, V.; *Mentální anorexie ve Žďáře nad Sázavou*. Maturitní práce, Žďár nad Sázavou 2010, 67 s.
- [9] KOLAŘÍKOVÁ, V.; *Mentální anorexie*. Maturitní práce, Gymnázium, Brno – Řečkovice 2010, 34 s.
- [10] KRCH, F. D.; *Mentální anorexie*. Praha: Portál 2002, 2006, 2010, ISBN 978-80-7367-807-4, 259 s.
- [11] MARREWA, A.; *Nenechte si ubližovat*. Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-510-5, 264 s.
- [12] MATHIEU, H.; *Zvyšte si své sebevědomí*. Praha: Grada 2007, ISBN 978-80-247-2238-2, 144 s.
- [13] NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academie, 2003, ISBN 80-200-0993-0, 507 s.
- [14] NAVRÁTILOVÁ, M.; ČEŠKOVÁ, E.; SOBOTKA, L.; *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf-Jesenius, 2000. ISBN 80-85912-33-3, 270 s.
- [15] PAPEŽOVÁ, H.; *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, ISBN 85121-32-8, 76 s.

- [16] PAPEŽOVÁ, H., et. al; Spektrum poruch příjmu potravy. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s. 2010, ISBN 978-80-247-2425-6, 424 s.
- [17] SCHLLESINGER, L.; *Deset největších hloupostí, jimiž si ženy komplikují život.* Praha: Motto 1995, ISBN 978-80-7246-473-9, 178 s.
- [18] SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J.; *Z deníku bulimičky.* Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-795-7 128 s.
- [19] SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J., et. al.; *Život ti může nabídnout víc.* Brno: ERA group spol. s r.o. 2007, 108 s.
- [20] TŘETINOVÁ, J.; *Poruchy příjmu potravy – informační brožura.* Absolventská práce, Jihlava 2004, Soukromá Vyšší odborná škola sociální, 68 s.
- [21] VAŠINA, L.; *Základy psychopatologie a klinické psychologie.* IMS Brno 2010, 181 s.
- [22] VODÁČKOVÁ, D. a kol.; *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-342-0, 544 s.

Další zdroje

- [23] Zpravodaj Anabell prosinec 2005 – červen 2011

Použité elektronické zdroje:

- [24] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/110-anorexie>
- [25] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/109-anorexie-mentalni-anorexie>
- [26] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy>
- [27] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/111-nezdrave-hubnuti>
- [28] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/118-pijeti-vlastniho-tla>

- [29] <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>
- [30] <http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>
- [31] <http://www.ana.bloguje.cz/www.ana.bloguje.cz>
- [32] <http://www.blesk.cz/vyhledavani/?q=seri%C3%A1+o+ment%C3%A1ln%C3%A1D+anorexii&hash=ad1d3e4772f&keyword=seri%25C3%25A1l%2520o%2520ment%25C3%25A1ln%25C3%25AD%2520anorexii&cx=000636863276769712543%3Au9fiqqj3slk&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&where=%2Fvyhledavani%2Fwww.bleskprozeny.cz>
- [33] <http://bulimie.ordinace.biz/rozdeleni.phpwww.bulimie.ordinace.biz>
- [34] <http://www.heo.cz/i/39-anorexie.html>
- [35] <http://www.idealni.cz/anorexie.asp>
- [36] <http://jenny-ana.blog.cz/>
- [37] <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida>
- [38] <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.php>

SEZNAM ZKRATEK

MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize
PPP	poruchy příjmu potravy

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fotografie nemocných trpících mentální anorexií

*Příloha č. 2: Přepis rozhovoru matky, jejíž dcera trpí mentální anorexií,
volající na linku důvěry a pracovníka linky*

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: Kontakt na centra pomoci při léčbě PPP v Brně

Příloha č. 1 Fotografie nemocných trpících mentální anorexií



Zdroj: <http://prozeny.blesk.cz/galerie/pro-zeny-osudy/206121/> (8.2.2012)



Zdroj: <http://prozeny.blesk.cz/galerie/pro-zeny-osudy/201118/> (8.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)



Zdroj: <http://jenny-ana.blog.cz/> (10.2.2012)

**Příloha č. 2: Přepis rozhovoru matky, jejíž dcera trpí mentální anorexií,
volající na linku důvěry a pracovníka linky**

Záznam hovoru matky, jejíž dcera trpí mentální anorexií, volající na Linku důvěry

„K“ = klientka

„P“ = pracovník

K: „Nevím, jestli mi můžete pomoci, ale nevím, kam se mám obrátit. Moje 15letá dcera má asi mentální anorexií, drží pořád nějaké diety nebo nejí vůbec.“

P: „Je dobře, že jste zavolala. Zkusíme zjistit, co se vlastně děje, oč se jedná. Změnila se vaše dcera?“

K: „Nejí, přestává s námi mluvit a zavírá se ve svém pokoji, v neděli s námi nechce společně obědvat.“

P: „Všimla jste si, že zhubla?“

K: „Určitě aspoň 8 kg za poslední dva měsíce, před týdnem jsem ji donutila stoupnout přede mnou na váhu. Teď už nemá ani 53 kg, a to je vysoká, měří přes 170 cm, ztrácí se před očima.“

P: „A co její nejedení s vámi dělá?“

K: „Začali jsme ji hlídat a nutit do jídla, sedím u ní, dokud do ní něco nedostanu. Ale nemá to cenu, jako kdyby neslyšela, že se o ni bojíme, Taková to byla vždycky hodná a poslušná holka, hrozně se změnila.“

P: „To věřím, že se o ni bojíte, a strach vás nutí, tlačit ji do jídla. Mluvíte s ní ještě o něčem jiném, než je jídlo?“

K: „Ptáme se jí na školu, hlavně manžel. Chodí do víceletého gymnázia, bojíme se, aby se nezhoršila v prospěchu, byla vždycky taková samostatná a ve škole výborná.. Ale máte pravdu, pokud spolu mluvíme my dvě, tak jenom o tom, že zase nejedla.“

P: „Znáte její kamarády, víte, co má ráda, o čem asi přemýšlí?“

K: „Vlastně toho o ní v poslední době moc nevím. Začali jsme s manželem společně podnikat, máme málo času, i doma se často bavíme o práci, když přijdeme večer domů. Není na nic čas, úplně jsme se potopili v práci, nedalo se to dělat jinak. Dcera byla vždycky samostatná. Teď jí věnuji daleko víc času než před tím, ale jenom se vlastně dohadujeme a vztekáme kolem jídla, ona spíš mlčí.“

P: „Ale zdá se, že dcera svým nejedním přitáhla vaši pozornost a péči.“

K: „To je pravda, že si teď udělám čas, abych ji hlídala. Ale čím víc ji vysvětluji, že si zahrává se zdravím, a čím víc ji nutím do jídla, tím se mi zdá tvrdohlavější v odmítání.“

P: „Možná chce s vámi dcera mluvit o něčem jiném než o jídle nebo se chce s vámi hádat. Je přece ve věku, kdy občas potřebuje vyvolat konflikt s rodiči, ale k tomu rodiče musí být v dosahu.“

K: „Ale co mám dělat?“

P: „Podle toho, co říkáte, se pravděpodobně jedná o anorexii, a to je onemocnění, které sami doma nezvládnete, to vyžaduje odbornou péči. Sama jste se přesvědčila, že nucení do jídla nepomáhá, ale dcera si tímto způsobem zajistila vaši přítomnost. Sama si to neuvědomuje, ale svým nejedením volá po nějaké změně.“

K: „Zkusím ji přesvědčit, aby zašla k doktorovi, bojím se ale, že to odmítne.“

P: „Asi by dcera společně s vámi šla na společné sezení rodinné terapie. Navrhněte jí spolu s manželem, že byste doma chtěli zlepšit atmosféru, lépe komunikovat.“

K: „Kdyby to nebylo kvůli jídlu, to by možná šla.“

Pracovník LD dává klientce kontakt na rodinného psychoterapeuta, v ideálním případě specializovaného na problematiku PPP.⁶⁰

⁶⁰ VODÁČKOVÁ, D. a kol.; *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007, s. 454 – 455

Příloha č. 3:

DOTAZNÍK

Milé zákyně, tímto Vás chci požádat o vyplnění následujících otázek. Dotazník je anonymní, prosím tedy o co nejupřímnější odpovědi. Vámi zvolenou odpověď v dotazníku zakroužkujte. Výsledky z dotazníku budou použity jako podklad pro moji bakalářskou práci. Děkuji Jana Opletalová.

1) Kolik je Ti let?

- a) 14 let
- b) 15 let

2) Tvoje výška

..... m

3) Tvoje váha

..... kg

4) Jsi spokojená se svojí postavou?

- a) ano
- b) ne

5) Chtěla by jsi zhubnout?

- a) ano
- b) ne

6) Kolik jídel denně jíš?

- a) jedno až dvě
- b) čtyři až pět
- c) šest a více

7) Vynecháváš některá z hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře)?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

8) Navštěvuješ pravidelně školní jídelnu?

- a) ano
- b) ne

9) Počítáš si kalorickou hodnotu jídel?

- a) ano
- b) ne

10) Jíte společně jako rodina alespoň jedenkrát denně?

- a) ano
- b) ne

11) Obědváte společně alespoň o víkendu?

- a) ano
- b) ne

12a) Svačinu do školy si nosíš z domova, nebo na ni od rodičů dostáváš peníze?

- a) z domova
- b) dostávám peníze

Na tuto otázku odpovídej jen v případě, že jsi na otázku 12a odpověděla, že na svačinu od rodičů dostáváš peníze.

12b) Opravdu si za tyto peníze kupuješ jídlo?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

13) Bavíte se doma často o jídle?

- a) ano
- b) ne

14) Dodržujete v rodině nějaký specifický stravovací režim? (nízkokalorické potraviny, bio potraviny, atd.)?

- a) ano
- b) ne

15) Kupuješ si módní časopisy?

- a) ano
- b) ne

16) Líbí se Ti postavy modelek, které jsou v časopisech, nebo je vídáš v televizi?

- a) ano
- b) ne

17) Chtěla by jsi být jako ony?

- a) ano
- b) ne

18) Víš co je to mentální anorexie?

- a) ano
- b) ne

19) Mentální anorexie se dle Tvého mínění vyznačuje:

- a) extrémní vyhublostí
- b) přejídáním se
- c) zvracením
- d) nevím

20) Myslíš si, že mentální anorexie jde vyléčit?

- a) ano

b) ne

21) Navštívila jsi na internetu někdy blog o anorexii?

a) ano

b) ne

Příloha č. 4: Centra pomoci při léčbě PPP v Brně

Modrá linka

(Centrum a linka důvěry pro děti a mládež)

Lidická 50 (CVČ Lužánky)

Tel: 549 524 111

Fax: 549 524 104

e-mail: info@modralinka.cz

www.modralinka.cz

Občanské sdružení Anabell

Dům lékařských služeb

Bratislavská 2, 602 00 Brno

Tel.: 542 214 014

e-mail: posta@anabell.cz

www.anabell.cz

Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice s jednotkami pro léčbu poruch příjmu potravy

Jihlavská 20

639 00 Brno – Bohunice

Oddělení č. 24 pro dospělé pacienty/ntky (na toto oddělení jsou přijímány pacienti/ntky od 18 let věku)

Vedoucí lékař: MUDr. Martin Perna, tel.: 532 232 070

Staniční sestra: Marie Malinová, tel.: 532 232 333

Lékaři: MUDr. Lenka Havlásková
MUDr. Ivana Palčíková
Psychologové: Mgr. Jan Dufek
PhDr. Marcela Langová-Šindelářová
Sesterna: +420 532 232 335
Pacientský telefon: +420 532 232 337

Oddělení č. 21 pro děti a dorost od věku 3 až 17 let

Na rozdíl od oddělení pro dospělé pacientky je zde rovněž zřízena i **ambulantní péče.**

Vedoucí lékař: MUDr. Pavel Theiner, Ph.D., tel.: 532 232 081
Staniční sestra: Libuše Knotigová, tel.: 532 23 052

Lékaři: MUDr. Václav Krmíček
MUDr. Jana Najmanová
Psychologové: PhDr. Alena Filová, Ph.D.
Mgr. Hana Janáková
Sesterna: + 420 532 232 312, 2313

Odkaz: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/psychiatricka-klinika/kontakty/t2295>