

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ
STUDIUM**

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pavel Ort

Puberta, hrozba mentální anorexie

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Farková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR COMBINED
STUDIES**

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Pavel Ort

Adolescence, the threat of mental anorexy

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Marie Farková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 8. 3. 2013

Jméno autora

Pavel Ort

Poděkování

Chtěl bych poděkovat PhDr. Marii Farkové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky.

Anotace

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá diagnózou mentální anorexie v dětském věku. Rozebírá projevy choroby, diagnostiku, léčbu a prevenci. Zabývá se rizikovými faktory, které mohou podpořit vznik mentální anorexie. Praktická část obsahuje výsledky anonymních dotazníků, zpracovaných v grafech a tabulkách. Dotazníky byly určeny pro dívky ve věku 11-15 let. Otázky zjišťují spokojenost dívek se svým tělem a informovanost o problematice mentální anorexie. Rodičům dospívajících dívek má přiblížit problematiku v této oblasti, a tím podpořit primární prevenci před diagnózou mentální anorexie.

Bakalářské práce, dívky, dotazníková šetření, hmotnost, informace, jídlo, mentální anorexie, puberta, prevence, rodiče.

Annotation

The bachelor thesis in the theoretical part deals with the diagnosis of mental anorexy in child age. It studies syndroms of the illness, diagnosis, treatment and prevention. It handles risk factors which can support rise of mental anorexy. The practical part contains results of anonymous questionnaires, processed into graphs and charts. Questionnaires were given to girls in age 11-15 years. Questions find out how girls are satisfied with their own body and how they are informed about the mental anorexy. The thesis is meant to explain this issue to the parents of the teenage girls and support the primary prevention from the diagnosis of mental anorexy.

Key words

Adolescence, bachelor thesis, food, girls, information, mental anorexy, parents, prevention, questionnaire surveys, weight.

OBSAH

ÚVOD	8
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU	10
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	11
2.1 Typy mentální anorexie	13
2.2 Historie choroby	14
2.3 Výskyt onemocnění v populaci	15
2.4 Projevy a příznaky	16
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK MENTÁLNÍ ANOREXIE	18
3.1 Období dospívání	18
3.2 Biologické faktory	20
3.3 Osobnost jedince	23
3.4 Rodinné okolnosti	24
3.5 Životní události	25
3.6 Média a ideál krásy	26
3.7 Diety	27
4 DOPADY CHOROBY NA OSOBNÍ ŽIVOT A ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST....	28
5 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE	29
6 LÉČBA	31
6.1 Doporučení rodičům	32
6.2 Pomoc, poradenské služby	33
7 PROGNÓZA	34
8 PREVENCE	35
9 EMPIRICKÁ ČÁST – INFORMOVANOST DÍVEK O MENTÁLNÍ ANOREXII A VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA	37
9.1 Výzkumné hypotézy	37
9.2 Výzkumný vzorek.....	38
9.3 Metodika	38
9.4 Časová organizace výzkumu podle jeho fází.....	39
9.5 Výsledky výzkumu	40
9.6 Interpretace a diskuse výsledků	52
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Mentální anorexie je slovním spojením, které se stává známějším a známějším. V posledních letech se s mentální anorexií setkáváme převážně prostřednictvím médií, která nás informují o nových případech diagnostikování této závažné choroby, převážně z prostředí modelingu nebo u osob, které mají co dočinění s mediálním světem. Slovo mentální anorexie je v dnešní době tak známé, že každý z nás již dokáže chorobu zařadit mezi poruchy příjmu potravy, avšak méně z nás ví, že se jedná o psychiatrickou poruchu. Narušené vnímání sebe sama je právě tím důvodem, proč se nemocní dostávají na hranici života a smrti. Dnešní doba a společnost ovlivňuje každého z nás, avšak ty, které jsou nejvíce náchylné pro propuknutí mentální anorexie, jsou převážně dívky v období dospívání. Puberta je krátká část našeho života, avšak nesmírně důležitá pro budoucí život. Změny psychické i fyzické mohou společně s dalšími vlivy a rizikovými faktory hrát roli při vzniku mentální anorexie.

Každý z nás jednou bude nebo už je rodičem a pro své děti si přeje bezstarostný život prožitý ve zdraví. Ať si to uvědomujeme nebo ne, věty se slovy: „Nejez, budeš tlustá!“, „Už zase jsi přibrala!“, „Podívej se, jak vypadáš!“, „Ty nechceš být štíhlá?“, používá nejméně z nás. Rodiče tato slova volí s úmyslem chránit dítě před nadváhou, mít doma dokonalejšího potomka, avšak tato slova mohou být právě ta klíčová.

Mentální anorektičkou může být i dívka, jejíž původní váha vykazuje zcela optimální hodnotu, avšak z jakéhosi důvodu se cítí být silná, nehezká, pohledem na své tělo cítí odpor k sobě samé. Objevují se pocity: „Jsem si odporná, nemám se ráda, v životě jsem nic nedokázala, cítím beznaděj, mám deprese, nechci existovat, chci být hubená, chci být krásná a nejsem, chci zhubnout, chci vážit 45, 35, 30 kg ...“.

Tato slova jsou jako střela do srdce rodičů, kteří vychovávají dívku a celý život touží po její dokonalosti, bezstarostném životě a zdraví. A to je důvod výběru a zpracování této práce, po nastudování veškerých dostupných materiálů o mentální anorexii.

V teoretické části je vysvětlena zkoumaná problematika, příznaky, projevy, diagnostika a léčba. V teoretické části jsou popsány možné rizikové faktory vzniku,

prognózy a důležitá prevence choroby. Dotazníkové šetření v praktické části je určeno dívkám v období puberty, ve věku 11-15 let. Šetření je zpracováno v pěti kategoriích dle věku dívek. Zvolenou metodou se stalo anonymní dotazníkové šetření zkoumané problematiky. Výsledky byly znázorněny v tabulkách a grafech. Dílčím cílem této části práce bylo zjistit, zda dívky znají tuto chorobu a dokáží ji popsat. Hlavním cílem je zjistit, která věková skupina dívek je nejrizikovější pro vznik mentální anorexie. Tato práce by měla být zdrojem informací o problematice mentální anorexie pro rodiče vychovávající dospívající dívky. Snahou je preventivně působit na rodiče a varovat je tak před všemi možnými riziky, které mohou ovlivňovat vznik této choroby a informovat je o výsledcích dotazníkového šetření.

Materiálů o této chorobě je mnoho, ale za většinou z nich stojí několik málo autorů. Především je třeba vyzdvihnout zásluhy českých lékařů prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. a PhDr. Františka Davida Krcha, kteří se věnují léčbě a zpracovávání veškerých informací. Jim patří velký dík za záchranu mladých životů.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU

Výživa v dětském věku a dospívání je velmi důležitá pro vývoj organismu. Pro růst a vývojové změny orgánů je nutný dostatečný, pravidelný a pestrý příjem stravy. Od narození jsou děti odkázány na péči rodičů a jejich úkolem je, aby u svých potomků vybudovali základ správných stravovacích návyků, který se stane pevným bodem v jejich budoucím životě. Uspokojováním potřeb dítěte se zároveň vytváří pouto mezi dítětem a rodiči. I přes veškerou péči rodičů však může dojít ke vzniku některé choroby týkající se poruchy příjmu potravy.

S poruchami příjmu potravy se můžeme nejčastěji setkat u adolescentních dívek a mladých žen. Jsou však známy případy i v období dětského věku a na počátku dospívání. Choroba se obtížně diagnostikuje. Děti často účelně zamlčují některé příznaky a důvody omezování příjmu potravy prezentují v jiných termínech. (Koutek In: Hort, 2008)

Poruchy příjmu potravy jsou psychiatrickými onemocněními. Třetina pacientů je ohrožena smrtí v důsledku závažného poškození orgánů a jejich fungování. Na procentu úmrtí se podílí i sebevraždy. V období dospívání zaujímají poruchy příjmu potravy třetí nejčastější psychiatrické onemocnění. Následky poruch příjmu potravy v dětském věku jsou závažné a mají často celoživotní následky. Zasažen je celý organismus. Porucha příjmu potravy může vzniknout nejen v dětském věku, ale i v dospělosti. Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje dvě základní diagnózy, kterými je známá mentální anorexie, mentální bulimie a jejich atypické formy. Mentální anorexie je popisována jako úmyslné snížení váhy, naproti tomu mentální bulimie je provázena neustálým soustředěním se na jídlo s obdobím přejídání a následným zvracením (tělesná váha může být u mentální bulimie nezměněna). Odhalení poruch příjmu u dětí je velmi obtížné. Vlivem růstu, tělesných změn v době puberty dítě nehubne, pouze se mění postava. Rodiče a okolí si nemusí změn všimnout. Rodiče by měli být v tomto směru velmi všímaví a obezřetní. Všimnout si postavy svých dětí, úbytků na váze, stravování a veškerých varovných signálů, které souvisí s jakoukoli formou poruchy příjmu potravy. (*Asociace dětské a dorostové psychiatrie*, online, cit. 2012-11-09)

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie se řadí mezi onemocnění spojené s poruchou příjmu potravy. Tuto diagnózu vyvolává nespokojenost se svou osobní hmotností nebo nespokojenost s některými proporcemi těla. Jedná se o narušenou představu ve vnímání sebe sama.

„Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných.“ (Krch, 1999, s. 14)

Anorexie se projevuje patologickým strachem z tloušťky a odmítáním jídla. Fobií se stává strach z tloušťky a potravy. Za svoji hlavní metu považuje nemocný úbytek tělesné hmotnosti a snižování příjmu potravy. Cílem je potlačit hlad, potvrdit si vlastní sílu, dosáhnout pocitu uspokojení a vítězství. Potřeba hubnout má nutkavý charakter. (Vágnerová, 1999)

Drastické hladovění může u některých jedinců vyvolat silnou potřebu jídla, neovládnou se a přejí se. Tuto situaci následně považují za vlastní selhání, mají pocity viny, deprese a trpí pocity úzkosti. Aby se snědené potravy zbavili, vyvolají si zvracení nebo použijí projímadla. Tyto stavy se mohou opakovat. Uvádí se, že těmito stavy trpí 30-50% mentálních anorektiček. (Kocourková In: Vágnerová, 1999)

Snižování hmotnosti je spojeno s tělesnými změnami při malnutrici. Někdy dochází ke zneužívání medikamentů, jako jsou laxativa, diuretika, anorektika. Často bývá přítomnost psychických problémů, depresivního syndromu. Mentální anorexií bývají nejčastěji postiženy mladé dívky a ženy. Poměr mezi mužským a ženským pohlavím je 1:10. (Hort, 2008)

Na ženy jsou ve společnosti kladeny velké nároky. Symbolem krásy a úspěchu je štíhlé tělo. Tato společenská norma bývá vnímána již v dětském věku. Dívky a ženy na své tělesné stránce sledují nedostatky. Jsou nespokojené s hýžděmi, břichem, stehny, ale i s prsy. Rizikovým obdobím bývá právě puberta, kdy dochází k tělesným změnám a růstu sekundárních pohlavních znaků. Potlačení těchto změn může vést k omezování jídla, někdy až k hladovění a zaujímaní anorektických postojů, jako vyhýbání se určitým jídlům, sledování kalorické hodnoty potravin atd.

U některých postižených dochází k vymizení hladu a chuti, některé však s hladem a chutí bojují po celou dobu choroby. Na jednu stravu se vyhýbají jídlu, ale zároveň se o jídlo zajímají, často sbírají recepty, s oblibou vaří pro druhé. Při vlastním stravování dokáží důmyslně skrývat své snahy o redukci hmotnosti. Vyhýbají se společnému stravování, jak v kolektivu, tak doma. Je-li jim nabídnuto jídlo, vymýšlí si historky, že již jedli, že nemají chuť. Jestliže není možnost vyhnout se jídlu, s jídlem se schovávají a předstírají příjem stravy o samotě. O nesnědeném jídle dokáží vyprávět s takovou chutí, že si okolí nemusí všimnout lži, předstírání a pomalu se rozvíjející choroby. Průběh choroby není spojen pouze s omezováním jídla pod normu energetické potřeby organismu. Využívají nejrůznější způsoby, jak si udržet nízkou hmotnost. Především se jedná o extrémní cvičení, kterému se vytrvale věnují i několik hodin denně. Někteří zneužívají léčiva pro své účely nebo si vyvolávají zvracení. (Hort, 2008)

Hubnutí má za následek postižení tělesné a psychické schránky, poruchu orgánových funkcí až selhání orgánů. I přes značnou podvýživu bojují s pocity nadváhy a se strachem z obezity. Vymanění se z tohoto kruhu bez pomoci odborníků je velmi obtížné, někdy téměř nemožné.

Obrázek 1: Dívka v zrcadle



Zdroj: Průběh a prognóza, online, cit. 2012-11-09

2.1 Typy mentální anorexie

Dělení mentální anorexie podle průběhu:

Akutní forma mentální anorexie bývá nazývána jako pubertální. Postihuje převážně dívky, které prochází obtížnými chvílemi svého dospívání. Příznaky jsou odmítání jídla a rychlým snižováním tělesné váhy. I přes podvýživu se cítí být nedokonalými. Mají nutkání neustále snižovat svou váhu. 10% dívek trpících mentální anorexií zemře na podvýživu. Akutní mentální anorexie často přechází v chronickou fázi choroby. Jedinec v akutní formě mentální anorexie je pyšný, že se dokáže ovládat a má nad sebou kontrolu. Má pocit, že to co dělá, je v naprostém pořádku. Zatímco osoba v chronické fázi, tuší nebo již ví, že to co dělá, není správné. (Anorexie, online, cit. 2012-10-28a)

Chronická forma mentální anorexie přináší v životě velké množství psychických i tělesných problémů. Žít a při tom vlastně přežívat. Počítání kalorií, nadměrné sportování, lhaní svému okolí. Naučení se žít s minimálním příjmem energie. Velmi nízký příjem energie nastartuje tzv. adaptační metabolismus. Organismus se naučí hospodařit i s takovou minimální energií, kterou má a některé osoby dokáží i přes to všechno docílit lepších výsledků, než zdravý jedinec. Chronická forma s sebou přináší také mnoho zdravotních komplikací. V této fázi, oproti akutní, si uvědomují potřebu jídla. Své jídlo odměřují a jejich snahou je udržet svou hmotnost na hodnotách pro ně přijatelných. Jelikož vědí nebo tuší, že jejich chování a postoje nejsou v pořádku, často trpí depresemi, které mohou vést až k sebevraždě. (Anorexie, online, cit. 2012-10-28b)

U některých nemocných v chronické fázi, může léčba trvat i několik let nebo i celý život. Při těchto pokusech o vyléčení, organismus velmi strádá. Během léčby se naučí jíst, pravidelně se stravovat a po návratu do domácího léčení, se zpět uchylují k anorektickým návykům a pohybovým zvyklostem. Přizpůsobují se anorexii, aby byli schopni existovat. Anorektické postoje se pro ně stávají životním stylem. Hubenost mentálních anorektiček, je pro ně velmi důležitá. Jsou hubenější než ostatní ženy, myslí si, že jí zdravě, a to jsou pro ně důležité hodnoty, kterých se nechtějí vzdát (Krch, 2010)

„Specifické typy mentální anorexie:

Nebulimický (restriktivní) typ - během etap mentální anorexie nedochází u postižených k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní) typ – během průběhu choroby mentální anorexie u pacientů dochází k opakujícím se záchvatům přejídání.“ (Krch, 1999, s. 15)

2.2 Historie choroby

Termín mentální anorexie se v minulosti vyskytoval v minimální míře a příliš se o této chorobě nevědělo. Nedá se s určitostí říci, zda probíhala latentně nebo její četnost byla výrazně nižší. V současnosti slyšíme o této diagnóze ze všech stran, ať už z médií nebo z výskytu nemoci v našem okolí.

Ve 2. století našeho letopočtu Galén jako první v historii použil termín anorexie. Ve 14. století se objevuje první zmínka o dívce, která dobrovolně zemřela hladem. V 17. století byly popsány první klinické obrazy, které by mohly popisovat diagnózu mentální anorexie. V roce 1689 anglický lékař Richard Morton napsal knihu „Phthisiologia“ a tímto dílem je ve světové literatuře uváděn jako „první portrétista mentální anorexie“. V roce 1873 vydal francouzský klinik Ernest-Charles Lasèguem článek o „anorexia hystérique“. Nezávisle na tomto článku přednesl Gull přednášku o „anorexia hysterica“. V roce 1874 byla Gullova přednáška publikována s termínem „anorexia nervosa“. Oba popsali chorobu jako psychogenní, vyskytující se u mladých dívek a žen. Oba popsali příznaky, které jsou popisovány i dnes, a to úbytek hmotnosti, amenoreu, zácpu a neklid. Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie zařazena mezi duševní choroby. V roce 1963 se začal doc. MUDr. František Faltus, DrSc. věnovat studiu mentální anorexie na pražské 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V roce 1977 vydal publikaci s názvem „Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba“. V roce 1983 založil specializované pracoviště, jediné svého druhu ve střední a východní Evropě. Byla to Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladě. Stala se součástí Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze. V České republice se poruchami příjmu

potravy zabývá prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., PhDr. F. D. Krch, Ph.D., doc. PhD. Jana Kocourková. (Faltus In: Papežová, 2010).

2.3 Výskyt onemocnění v populaci

Četnost diagnózy mentální anorexie v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy, kde se uvádí jedna dívka ze dvou set (0,5-0,8%). Dle posledních dostupných studií bylo touto diagnózou postiženo až 4,5% žen. Na konci puberty se mohou objevovat některé příznaky mentální anorexie až u 6 % dívek. Toto číslo by mělo být pro všechny rodiče alarmující. Šedesát procent středoškolaček si přeje snížit svou tělesnou hmotnost a zhubnout. V České republice jsou zaznamenány případy, kdy se choroba rozvine až v dospělosti nebo naopak u dívek ve věku 13 let. (Krch, 2010)

Mezi aktuální statistiky, zabývající se mentální anorexií společně s dalšími poruchami příjmu potravy, patří statistika, kterou vypracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Byla uveřejněna dne 20. 12. 2012 a vychází ze sledování pacientů s diagnózami poruchy příjmu potravy, kteří byli hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních. Sledované období je rok 2006 až 2011. Jedná se o osoby, které potřebovaly psychiatrickou léčbu nebo byly léčeny ambulantně. Je nutno říci, že mnoho případů probíhá skrytě a doposud nebylo diagnostikováno. V roce 2011 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení lůžkových zařízení) evidováno 339 případů hospitalizací pro poruchy příjmu potravy u 272 osob. To znamená, že někteří byli hospitalizováni i několikrát. Více než 63% pacientů bylo léčeno s diagnózou F50.0 - mentální anorexií, téměř 20% s diagnózou F50.2 – mentální bulimií a 7% s diagnózou F50.1 - atypickou mentální anorexií. (Péče o pacienty s diagnózami F50.0 – F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR, online, cit. 2013-01-20)

Během sledovaného období klesl podíl hospitalizací pacientů s diagnózou F50.0 (mentální anorexie) z 59% v roce 2006 na 54% v roce 2010, v roce 2011 došlo ale k významnému nárůstu podílu na více než 63%. (Aktuální informace č. 62/12, online, cit. 2013-01-20a)

V roce 2011 bylo hospitalizováno pro diagnózu mentální anorexie nejvíce žen ve věku 15-19 let, celkem 118. Další nejpočetnější skupinou byly dívky ve věku 10-14 let, v počtu 59. Výsledky tabulky (viz Příloha C) dokládají, že pubescence a adolescence je rizikovým obdobím pro vznik mentální anorexie. (*Aktuální informace č. 62/12*, online, cit. 2013-01-20b)

2.4 Projevy a příznaky

Ve chvíli, kdy dojde k rozvoji mentální anorexie, dochází k mnoha změnám v oblasti stravování a chování. U postižených může být spouštěcím mechanismem jedna událost, situace nebo souhra několika faktorů, avšak projevy a příznaky choroby mentálních anorektiček mají společné znaky.

Když se dívka rozhodne držet dietu, omezuje příjem stravy, omezuje určité skupiny potravin. Její dietní opatření se stávají drastičtějšími. Uchyluje se k vegetariánství a makrobiotické stravě. Postupně dochází ke kachexii. (Hort, 2008)

Děti mohou omezovat i příjem tekutin, mohou mít obavy, že při napití čisté vody mohou přibrat. Při kritických dotazech na jídelníček dochází k bagatelizaci a k výmluvám o zdravém stravování, vymlouvají se na somatické obtíže. Někdy mohou tyto obranné mechanismy vymanit přání zhubnout. Děti často sledují energetický příjem, kalorickou hodnotu potravy, mají přehled o možných dietách. (Kocourková, 1997)

Rodina a okolí může z počátku tělesné změny pozitivně hodnotit a tím utvrdí dívku, která experimentuje s dietami nebo u ní již anorexie propukla, že dělá správnou věc, že jí to sluší, a tím ji nechtěně podporují v její chorobě. Při hladovění dochází k mnoha somatickým potížím a to v důsledku podvýživy. (Vágnerová, 1999)

Postižená osoba je nutkavě zaměřena na vlastní postavu a na její redukci. Extrémně sportuje, cvičí. Některé osoby podporují váhové úbytky používáním anorektik, diuretik, projímadel. (Hort, 1998)

Pohybové návyky anorektiček se pojí s nutností vydat energii, často si počítají vydané kalorie. Pohybové rituály slouží ke zmírnění úzkosti. Určitá pohybová aktivita, která je rituálem, např. před jídlem, cvičení, běh slouží ke zmírnění vnitřního napětí a úzkosti. (Krch, 2010)

Osoby s mentální anorexií, na rozdíl od zdravých jedinců, kteří se rozhodli zhubnout, nemají pocity uspokojení při poklesu tělesné hmotnosti. Z psychopatologické symptomatiky jsou popisovány příznaky anxiózní, fobické, depresivní, hysterické a obsedantní. Ze somatických příznaků je přítomen úbytek hmotnosti až kachexie, suchá, bledá pokožka, lagunovité ochlupení, ztráta vlasů, onemocnění chrupu, snížená tělesná teplota. Při těžké podvýživě dochází k metabolickému rozvratu a u dívek k vymizení menarche. Méně častými příznaky bývá zácpa a zvracení. (Faltus In: Zvolský a kol., 1996)

Kardiální potíže se objevují u téměř 90% postižených. Jedná se o bradykardii (nízký puls) a hypotenzi (nízký krevní tlak), způsobenou snížením metabolismu, snížením tělesných tekutin. Následně trpí závratěmi a náhlými ztrátami vědomí. Ledvinné komplikace se objevují až u 2/3 anorektických dívek. Dívky trpí otoky dolních končetin. Při používání diuretik hrozí selhání ledvin. (Krch, 1999)

Komplikace na kosterním aparátu bývají u dívek s časným počátkem mentální anorexie, kdy dívky bývají menšího vzrůstu než vrstevnice. (Crips In: Krch, 1999)

Častá bývá osteoporóza a riziko zlomenin. (Krch, 1999)

Hormonálními komplikacemi dochází k amenoree (ztrátě menstruace), která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti. (Sharp a Freeman In: Krch, 1999)

Mezi neurologické příznaky patří svalová slabost, bolest hlavy, poruchy hybnosti. (Patchell et al In: Krch, 1999)

„Anorektické postoje

- nadměrné zaobírání se představou o vlastním těle (narušená představa, vnímání se jako příliš tlustá, tváře, prsa, stehna, hýždě, břicho)
- nadměrné zaobírání se jídlem (starost, že jí příliš mnoho)
- značné zaujetí jídlem (jídlo je špatné, kalorická hodnota jídla, co si vybrat, velké zaujetí vařením pro druhé)
- schovávání, potřeba jíst o samotě“ (Cohen, 2002, s. 96)

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK MENTÁLNÍ ANOREXIE

Faktory ovlivňující vzniku a průběhu, je možno dělit na predispoziční, spouštěcí a udržovací. Jak je psáno, mentální anorexie je ovlivněna multifaktoriálně. (Říčan, 2006)

Tabulka 1: Faktory predisponující, spouštěcí a udržující onemocnění (dle Shawa a Raje, 1984)

predisponující faktory	spouštěcí faktory	udržující faktory
Individuální rodinné sociokulturní	separace a ztráta narušení rodinné rovnováhy změna v nárocích prostředí ohrožující ztráta sebevědomí specifické požadavky vývojových období (např. puberta)	syndrom hladovění zvracení změny v endokrinní oblasti percepční poruchy oslabené ego fungování neřešené predispoziční faktory sekundární zisk sociokulturní zaujetí štíhlostí iatrogenní faktory

Zdroj: Hort, Dětská a adolescentní psychiatrie, 2008, s. 267)

„Predispoziční faktory zahrnují sociokulturní kontext, v němž se poruchy příjmu potravy vyskytují, charakteristiky rodinného fungování a vývoj osobnosti dítěte.“ (Kocourková, 1997, s. 253)

Faktorů, ovlivňujících vznik choroby, může být celá řada. Spouštěcím faktorem se může stát rodina nebo rodinné okolnosti, traumatické zkušenosti, sexuální zneužívání, období adolescence, separačně – individuální procesy, akceptace sexuality a ženské role. (Říčan, 2006)

Příčinným faktorem bývá často strach z dospělosti a strach z přijetí mateřské role. Tyto stavy často vznikají po menarche a s růstem sekundárních pohlavních znaků. (Hort, 2008)

3.1 Období dospívání

Obtížným obdobím je období puberty a adolescence, kdy dochází ke změnám tělesným, ale i psychickým. Dívčí tělo pomalu přebírá ženské rysy. Mezi osmým a šestnáctým rokem dochází ke změně tělesné hmotnosti z 16 na 19 BMI. BMI (body

mass index) je statistický nástroj pro zjištění podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity. Pro výpočet se používá hmotnost a výška). V období puberty se dívky stydí za změnu svého vzhledu a často se stávají centrem posměšků opačného pohlaví. U dívky může období puberty a tělesného zrání nastoupit dříve, než u ostatních dívek z její sociální skupiny. Brzké zrání dívky může zvyšovat riziko poruch příjmu potravy, včetně mentální anorexie. (Krch, 1999)

Dospívání je přechod mezi dětstvím a dospělostí. Na jedince jsou kladeny vysoké nároky působením společnosti. Od dospívajících je vyžadováno chování dle platných norem, připravují se na osamostatnění od rodičů, vytváří první partnerské vztahy s opačným pohlavím. Chystají se na důležitý krok v jejich životě, a to je volba budoucího zaměstnání. S těmito společenskými vlivy se dostává do konfliktu působící vlivy biologické a psychologické. U dospívajících jedinců dochází k rozkolísanosti a konfliktnosti. Pro toto období je typická změna ve fyzickém vývoji. Odlišný nástup změn je nejen mezi dívkami a chlapci, ale též mezi jednotlivým pohlavím. Fyzické a psychické změny přicházejí u dívek dříve než u chlapců. Nástup dospívání i rychlost dospívání je individuální. Období dospívání je v literaturách děleno různými způsoby. Některé literatury uvádějí fázi puberty a fázi adolescence, některé literatury dělí dospívání na časnou a pozdní adolescenci, jiné dělí vývojovou etapu na prepubertu, pubertu a adolescenci. (Šimíčková - Čížková, 2010)

Prepuberta nastupuje u dívek kolem 10. roku. Dochází k somatickým změnám, především v proporcích těla, dochází k růstu končetin i trupu. Vlivem endokrinních změn a produkci pohlavních hormonů dochází k růstu pohlavních znaků. Biologicky toto období končí u děvčat první menstruací. Fyzický vývoj je rychlejší a není v souladu s psychickým. Tato rozdílná vývojová akcelerace přináší přechodné projevy, které jsou typické pro prepubertu. (Šimíčková - Čížková, 2010)

„Působením sexuálního pudu se objevuje rozkolísanost v chování, labilita citů, časté střídání nálad od výbuchu agresivity a hlučnosti až po nezám a apatii.“
(Šimíčková - Čížková, 2010, s. 116)

Objevuje se kritičnost k dospělým. Emocionální změny se projevují v chování. Dívky bývají labilní, chování je výbušné. V důsledku i nepatrného podnětu, se kterým se jedinec ať už ztotožňuje nebo ne, dojde k intenzivní reakci, vzteku, smíchu nebo smutku. Citové projevy jsou závislé na zkušenostech, na rodině, vrstevnících. V období

prepuberty dochází k citlivosti na nespravedlnost a kritiku. V důsledku změny těla dochází k proměně citů k sobě samým. Soustředí se na fyzické změny, které je ovlivňují a působí jim zmatek, jsou nespokojeny se sebou samými. Prepubescenti se brání citům k nejbližším, chovají se odmítavě až hrubě. Neznamená to, že nemají potřebu citů například s rodiči, naopak cítí potřebu uznání a akceptování. Vlivem sociálního vývoje se osamostatňují od rodiny, uvolňují se citové vazby. Navazují kontakty s vrstevníky, často střídají kamarády, dochází k častým konfliktům mezi nimi. (Šimíčková - Čížková, 2010)

Puberta u dívek začíná kolem 12,5 roku. V tomto období dochází k vyrovnávání změn mezi somatickými změnami a psychickým vývojem. Fyzický růst je pomalejší a jedinec se vyvíjí hlavně po psychické stránce. Dochází k pohlavnímu dozrávání. Období puberty je velmi závislé na přístupu rodičů a dospělých k jedinci. Pokud ve výchově neprobíhaly konflikty, dítě nebylo ponižováno a netrpělo pocity méněcennosti, rodiče dítě akceptují, období puberty nemusí probíhat bouřlivě. Z fyzických změn se postava mění na dospělou, i když růst může pokračovat i v adolescenci. V emočním vývoji dochází ke značným výkyvům nálad s negativním a agresivním chováním. City k vlastní osobě jsou nevyrovnané, kritické, pochybují o svých kvalitách, jsou přecitlivělí na kritiku ke své vlastní osobě. Tyto pocity mohou vést k pocitům osamění a izolace. V sociálním vývoji touží po nezávislosti, nezávislém rozhodování, vlastním názoru. Pubescent se snaží názorově odlišit od osob, které ho vychovávají a dochází ke konfliktům. (Šimíčková - Čížková, 2010)

3.2 Biologické faktory

Prenatální a perinatální komplikace

Celý průběh těhotenství je důležitý pro další vývoj novorozence v kojence, batole atd. Snahou každé budoucí matky je vytvořit svému dosud nenarozenému potomkovi takové podmínky, které zabezpečí bezproblémový vývoj plodu. Špatná životospráva, kouření během těhotenství, nerespektování rad lékaře, požívání alkoholu může negativně ovlivnit nejen vývoj jedince, ale přispět též k předčasnému porodu, na který se váže mnoho dalších komplikací.

Velkým rizikem pro dítě je průběh těhotenství a porodu. Těmito komplikacemi se zabývá studie ze Švédska. Studie uskutečněná v letech 1973 až 1984 sledovala perinatální komplikace a ze všech narozených děvčátek v tomto období, byly u 781 děvčat, které byly následně hospitalizovány pro mentální anorexii v letech 1987 až 1994 zjištěny komplikace při porodu. Mezi perinatální komplikace byly považovány gestační stáří plodu, předčasný porod, porod za pomoci kleští, porodní traumata atd. Předčasný porod zvyšoval riziko vzniku mentální anorexie 3,2 krát, porodní hematom hlavičky 2,4 krát. Největší riziko vzniku mentální anorexie (5,7 krát) bylo zjištěno u předčasného porodu, v kombinaci s nízkou porodní hmotností novorozence, s přihlédnutím ke gestačnímu stáří plodu. Studií bylo prokázáno, že perinatální komplikace jsou predispozicí těžkých forem mentální anorexie. Závěr studie ukázal, že komplikace během těhotenství a během porodu zvyšují riziko rozvoje mentální anorexie a bulimie. (Papežová, 2010)

Ženské pohlaví

Ženské pohlaví skrývá i spoustu předpokladů, které mohou ovlivnit dívky v období dospívání. Od ženského těla se předpokládá, že bude hubené a krásné. Krása znamená úspěch, zájem ostatních, chválu a přitažlivost opačného pohlaví. Současným ideálem je být hubená a pěkně se oblékat. Jestliže se v náročném období puberty a rané adolescence objeví nespokojenost a přehnaná touha potlačit ženské rysy, jsou dívky jen krůček od experimentování se snížením hmotnosti nebo snahy o docílení změny tělesných proporcí, se kterými nejsou spokojené.

Tělesná hmotnost

Tak jako neexistují dva jedinci se stejným kódem DNA a se stejným tvarem papilárních linií, neexistují na světě dva lidé, kteří by měli stejnou stavbu těla a stejné proporce. Jenom stěží by se také hledal jedinec, který je se svoji tělesnou schránkou spokojen. Jednomu člověku se na druhém líbí jeho proporce, avšak ten druhý s nimi spokojen není.

„Součástí identity každého jedince je jeho tělo, přesněji řečeno jeho představa o vlastním těle – tělové schéma. Tělové schéma není jenom mentálním obrazem, ale zahrnuje i hodnotící složku, postoj, který vychází z kognitivních schémat a emočního zpracování příslušné informace. V tomto směru působí zkušenosti se sebou samým, s tělovými pocity, s obrazem vlastního těla, s reakcemi ostatních lidí, jež se vztahují

k tělu, srovnání sebe sama s jinými lidmi, s předpokládanou normou i s ideálem prezentovaným např. v médiích. Zevnějšek člověka, tj. jeho tělo, je nejnázne identifikovatelnou součástí jeho osobnosti, a proto je i jejím sociálním reprezentantem. Je první informací, kterou o jedinci dostává jeho sociální partner.“ (Vágnerová 1999, s. 227)

To, jaký si člověk připadá ve svých očích, je jeho subjektivní náhled, který je ovlivněn řadou okolností během života. Jestliže například jako dítě trpěl nadváhou nebo obezitou a svými vrstevníky byl vytlačován kvůli zevnějšku z kolektivu, nese si v sobě tyto negativní události až do dospělosti, přestože se vlivem puberty, redukční diety nebo díky sportu jeho tělesné proporce změnily. (Vágnerová, 1999)

S nárůstem tělesné hmotnosti u žen významně roste jejich nespokojenost s vlastním tělem a je zde vyšší nebezpečí redukčních diet. Je prokázána souvislost mezi tělesnými mírami a množstvím uloženého tuku v bocích a v pase se spokojeností s tělem a možným vznikem jídelní patologie u sledovaného vzorku žen. Za významnou hodnotu, spojenou se sebevědomím, tyto ženy považovaly „správnou“ tělesnou hmotnost. Málo se toho ví o opakovaném kolísání tělesné hmotnosti vlivem diet, kdy se při následném zvyšování hmotnosti ukládá v těle mnohem více tuku. Tyto opakované změny tělesné hmotnosti nesou pro tělo stejná rizika jako obezita a mohou znamenat zvýšenou psychopatologii. (Krch, 1999)

Menstruační cyklus

Neexistuje shoda, zda poruchy příjmu potravy ovlivňuje časný nástup menstruačních cyklů. Podle některých studií tomu tak je, jiné tato tvrzení vyvrací. Pokud se menstruace objeví v době časné puberty současně s negativními životními událostmi, není vliv na možné komplikace v oblasti příjmu potravy vyloučit. (Papežová, 2010)

„Podle některých autorů (Newman a Halmi, 1988) může nepravidelnost menstruačního cyklu v některých případech předcházet počátku anorexie. I když u většiny anorektiček po amenoree následuje pokles tělesné hmotnosti, Hsu (1990) připomíná, že asi v 10 až 20 % případů amenorea předchází poklesu tělesné hmotnosti. Protože už sebemenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám, jsou tyto abnormality spíše důsledkem diet.“ (Krch, 1999, s. 63)

3.3 Osobnost jedince

„Hilda Bruch (1973) identifikovala tři základní rysy mentální anorexie: narušené uvědomování si vnitřních pocitů (porucha interorecepčního čítí), narušení tělesného schématu (porucha body-image) a silný pocit vnitřní neefektivnosti.“ (Krch, 1999, s. 74)

Každý člověk na celém světě je osobnost. Každý jsme jiný, každý z nás se vyznačuje určitým chováním, jednáním. Každý z nás reaguje na stejné věci odlišným způsobem. Osobností se člověk nerodí, ale osobnost se vyvíjí již od prenatálního věku pod vlivem biologických, psychologických a sociálních aspektů. Přestože na každého jedince působí uvedené faktory odlišně, při pohledu na diagnózu mentální anorexie jsou patrné společné osobnostní rysy všech postižených.

Postižené dívky bývají bezproblémovými dcerami, studentkami. Mají snahu být takovými dívkami, jaké je chce mít okolí. Jsou ovlivněny uznávanými osobami a autoritami a rády by se jim vyrovnaly, aby dosáhly stejného uznání. Mají snahu být co nejlépejší, aby byly pozitivně hodnoceny, a tím si potvrzovaly svůj úspěch. U většiny se objevuje maximální zodpovědnost, svědomitost, snaha o splnění veškerých sociálních očekávání. Bývají výbornými sportovkyněmi s velkou vytrvalostí. Dívky nemocné mentální anorexií bývají inteligentní a úspěšné. Často studují vysoké školy. Všechny spojuje snaha dosáhnout těch nejlepších výsledků. Někdy se snaží být lepšími a lepšími, protože jsou ovlivněné rodiči, kteří po nich vyžadují maximální výkon při vzdělávání a studiích. Ve vztahu k svému okolí bývají otažitě, uzavřené a nemají důvěru v navazování jakýchkoliv vztahů. Nenavazují známosti s opačným pohlavím, jsou zaměřeny do sebe, do svého světa, osamoceny, bez přátel a kamarádů. Mají strach z negativního hodnocení od svého okolí, proto obtížně navazují přátelství. Seběmenší výtku od okolí považují za nepřátelství. Přestože dosahují ve škole a mimoškolních aktivitách výborných výsledků, jsou často sebekritické a chybí jim sebevědomí. Bývají velmi citlivé a dovedou hluboce prožívat, kontrolují své emoce, které v sobě potlačují. Sebekontrola jim nedovoluje projevit radost nebo zlost. Jsou úzkostné a depresivní. (Vágnerová, 1999)

3.4 Rodinné okolnosti

„Rodina je prvním a základním životním prostředím člověka, které zároveň odráží problémy doby. Organizace rodinného života je jakýmsi psychologickým a sociologickým modelem dané kultury a vztahy mezi manžely, mezi rodiči a dětmi i mezi sourozenci navzájem do značné míry vyjadřují zvláštnosti dané třídy, kultury, doby, tradice a rasy. Člověk je nejen tvorem přírodním, biologickým, ale především společenským.“ (Kohoutek, *Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka*, online, cit. 2012-11-01)

Jak ví každý z nás, rodina je základ společnosti. Rodina má podporovat, chránit, poskytovat lásku a hlavně připravovat jedince na život a osamostatnění se. Rodina má umožnit, aby se její členové přirozeně vyvíjeli. Důležitým aspektem v kontextu rodiny hraje komunikace mezi jednotlivými členy, ale především mezi rodiči a dětmi. Rodina a rodinné prostředí může být jedním z mnoha faktorů nebo přímo hlavní příčinou pro vznik mentální anorexie. Náročné období přichází v období puberty, kdy dospívající jedinec hledá sám sebe. Rodiče i další členové rodiny jsou vystaveni změnám nálad a chování dospívající dcery, v jejímž těle probíhá proces dospívání a zrání v ženu. V těchto momentech by to měla být rodina, která díky pochopení, vstřícnosti a trpělivosti bude oporou dospívajícímu člověku. Právě v tomto období by měl být kladen důraz na pevné rodinné zázemí, ve kterém bude možno případné konflikty a problémy s rozvahou a empatií řešit.

Za rizikový faktor, podporující vznik mentální anorexie, držení diet v rodině. Mnoho dívek drželo dietu ve stejné době jako jejich matka. (Krch, 2010)

V rodinách, kde je kladen důraz na diety, se snahou snížit váhu, jsou dívky v období puberty ohroženy tímto postojem ke stravování. Tento stav může ovlivnit jejich jídelní návyky. Iniciátorem pokusů o zhubnutí může být matka nebo sourozenec. Pokud vyrůstá dívka v tomto prostředí, dietu může považovat za zcela běžnou věc a je jen krůček od svých dietních pokusů. Za další rizikové činitele jsou považovány kritické komentáře v rodině, týkající se obézních lidí a lidí s nadváhou. Dítě v pubertě může mít strach z kritického jednání ze strany rodičů nebo sourozenců. Cílem dítěte může být snaha dosáhnout „ideální“ postavy. Pro rozvoj mentální anorexie hraje významnou roli chování rodičů, a to jejich nároky, kritičnost a nedostatky v rodinné péči. V rodinách anorektiček byly zaznamenány problémy rodičů s alkoholem nebo onemocnění duševní

poruchou. Takoví rodiče nejsou schopni své dceři pomoci řešit vzniklé problémy, být oporou a člověkem, na kterého se může spolehnout v nejtěžším období, a to v období dospívání. (Krch, 2010)

„Rodiny s anorektickým dítětem velmi detailně popsal Minuchin, který společně se svými spolupracovníky charakterizoval jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím“. (Krch, 1999, s. 66)

U hospitalizovaných pacientek, léčených koncem osmdesátých let minulého století bylo zjištěno, že 28% z nich pochází z rozvrácených rodin, 17% bylo vychováváno prarodiči, 60% všech dotazovaných anorektiček hodnotilo rodinné prostředí ve svém dětství jako konfliktní nebo neuspokojivé. Alkoholismus otce byl zaznamenán u 17 % pacientek. (Krch, 1999)

3.5 Životní události

Každý člověk zažije během života spoustu pozitivních nebo negativních událostí, které ho určitým způsobem ovlivní. V dětství, pubertě nebo rané adolescenci mohou být vnímány mnohem intenzivněji, než u dospělé osoby. Prožití silné emoční negativní události může ovlivnit další vývoj osobnosti především po duševní stránce nebo zanechat stopu na celý život.

Jedním ze zkoumaných faktorů při srovnávání osob postižených některou z poruch příjmu potravy byly události prožité v minulosti. Bylo zjištěno, že zažili traumatické události, které je negativně ovlivnily. Pacienti s mentální anorexií prošli jeden rok před propuknutím choroby několika zážitky, které vyvolaly hanbu nebo stud ve spojitosti se sexualitou. Mentální anorexie bývá také častá u vleklých rodinných problémů, kdy rodiče řeší partnerské neshody nebo vážné onemocnění jednoho z rodičů. Je to situace, která narušila funkci rodiny. Spouštěcím faktorem může být neadekvátní tlak ze strany rodičů. Snaha rodičů mít dceru, která má vysokoškolský titul a ta má strach ze svého selhání, zklamání, prohry z nezvládnutí situace. Stejným spouštěcím mechanismem může být neúměrná snaha vychovat z dcery „velkého sportovce“, který v životě něčeho dosáhl, přestože k tomuto nemusí mít talent a předpoklady. Dále snaha připravit dceru na sexuální život dříve, než je k tomuto psychicky vyspělá. S mentální

anorexií má souvislost i sexuální zneužívání v dětství. Dívky prožívají pocity studu, hanby, mají stavy deprese a tyto stavy se snaží něčím zmírnit, až dospějí do diagnózy mentální anorexie. (Papežová, 2012)

3.6 Média a ideál krásy

Svět médií v drtivé většině prezentuje dívky a ženy postrádající ženskost a typické ženské tvary. Trendem dnešní doby jsou hubené křivky žen i mužů, které plní stránky časopisu, pořady v televizi a webové stránky. Především na ženy jsou kladeny vysoké nároky, co se týče postavy v nejnovějších módních trendech. Každá žena by se ráda líbila a upoutala pozornost opačného pohlaví svou postavou a vzhledem. Ovlivněny bývají nejvíce dívky, které s touhou po ideální postavě a se zaujetím sledují soutěže krásy a módní přehlídky. Na těchto vystoupeních v převážné většině účinkují dívky nezdravého vzhledu a s takovými proporcemi, že je na první pohled patrné, že trpí podvýživou. Podvyživená těla takových dívek bývají odstrašujícím příkladem. I přesto se stávají vzorem pro spoustu dívek a žen, které touží být jako ony nebo se jejich proporcím alespoň přiblížit a jsou ochotné podstupovat tvrdé diety a nezdravý životní styl.

Ve vnímání hubených modelek se mediální svět rozděluje na dva tábory. Jedni preferují štíhlost a nutí modelky k držení diet a jiní se snaží změnit trendy ve světě modelingu výměnou „podvyživených modelek“ za ženy plnějších tvarů. Do tohoto boje se pouštějí nejen některé modelingové agentury, ale i výrobci oděvů. Cíl změnit symbol krásy mají i centra módy jakými jsou města Milano a Paříž, které udávají tóny v módě. I přes dlouholeté kampaně a boj za ženskou krásu, se stále nedaří ukázat světu, jaké problémy stojí za přehnanou štíhlostí modelek. Že to není krása, ale odříkání si, fyzická námaha, nezdravý životní styl a především boj se sebou samou.

V roce 2007 se objevily billboardy, varující před mentální anorexií s fotografií modelky Isabelle Caro. Fotograf Oliviero Toscani chtěl ukázat, kam může dojít touha po „krásném těle“. Isabelle svolila k focení, se snahou pomoci ostatním, kteří bojují se stejnou diagnózou jako ona. Billboardy byly představeny na veletrhu módy v Miláně. Zároveň upozornily, že se mentální anorexie netýká pouze světa modelingu, ale jedná se o světový problém. (Hermannová, online, cit. 2012-10-28)

3.7 Diety

Výživa dětí je důležitým článkem pro vývoj a růst dětí. Ovlivňuje nejenom vývoj fyzický, ale psychický. Příjem potravy souvisí se zdravotním stavem dětí. Nenahraditelnou součástí výchovy dětí je i uspokojování potřeb a jídelních zvyklostí. V dětském věku mohou rodiče nevědomky podpořit jídelní zlozvyky, pokud kladou důraz na jídlo a dítě je nuceno. Jídlo se stává nástrojem manipulace a vydírání po citové stránce. (Papežová, 2010).

Dle rodičů, má problémy s jídlem 25 – 28% dětí do šesti měsíců a 18% dětí čtyřletých. Problémy s jídlem mají vliv na fyzický, emoční, kognitivní a sociální vývoj. (Ünlü et al In: Papežová, 2010)

V průběhu dospívání se dívky pokouší snížit svou hmotnost omezením jídla a ve věku 18 let má s dietami zkušenost většina dívek (Krch, Drábková In: Krch, 1999)

„Podle Pattona tak (1988) vzrůstá riziko poruch příjmu potravy v souvislosti s držením diet osmkrát. Shisslak et al. (1995) shrnují výsledky několika dlouhodobých studií se závěrem, že v průměru 30% diet přechází v to, co autoři nazývají patologickou dietou. U 20 až 30% těchto patologických dietářů se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. To, že jsou diety dlouhodobě neúčinné a že naopak vedou k přejídání, vysvětluje, proč jsou často spojeny s ještě nebezpečnějšími a nevhodnějšími způsoby kontroly tělesné hmotnosti.“ (Krch, 1999, s. 47)

Za účelem snížení váhy, drží v dnešní době různé druhy diet nadpoloviční většina žen. Termín dieta je považován za standard a chybně jím je označován normální stravovací režim. Redukční diety se rozdělují na tři druhy. Pokud jedinec určitou dobu nepřijímá žádnou potravu, jedná se půst. Další je metoda úsporná, při které je sníženo množství potravy za účelem snížení energetického příjmu. Dále je redukce hmotnosti možná vynecháním některého jídla během dne, omezení nebo vyřazení některého druhu potravin ze svého jídelníčku. (Krch, 2010)

Přestože mentální anorexie postihuje především mladé ženy, jsou případy známé případy propuknutí choroby v pozdějším věku. I v těchto případech se jedná o ženy, které nebyly spokojené s hmotností nebo některou částí svého těla a vyzkoušely některé redukční diety. Jsou to ženy, nezřídka vdané, které své zdravotní návyky závažně narušily neodborným držením diet. Vlivem oslabeného organismu myslí stále na jídlo, diety a zdraví a svou posedlostí tělem obtěžují rodinu a okolí. (Krch, 2010)

4 DOPADY CHOROBY NA OSOBNÍ ŽIVOT A ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST

Dopady choroby na osobní život souvisí s přítomnou podvýživou, malnutricí, s celou řadou somatických problémů, které s diagnózou mentální anorexie souvisí.

Nebezpečí podvýživy a dehydratace úzce souvisí s věkem nemocné a tělesnou hmotností. Čím nižší věk a hmotnost, tím je osoba více ohrožena na životě. Anorektička si zvyká na minimální příjem energie a zároveň díky nadměrnému energetickému výdeji energii spotřebovává. Aktivity anorektiček nespočívají pouze v aktivním sportování, ale nutkavě uklízejí, myjí nádobí, vykrmují ostatní. Jejich myšlenky se neustále soustřeďují na jídlo, mají nutkání přejíst se nebo naopak trpí nechutenstvím. Vzrůstá zájem o jídlo ve smyslu sbírání receptů, sledování pořadů o vaření. Postupně ztrácejí zájem o veškeré věci a soustřeďují se na jídlo a tělesný vzhled. Žijí s neustálým neuspokojením. Trpí úzkostnými stavy, nejistotou a nízkým sebehodnocením, často bojují s depresemi, pocity méněcennosti. Jejich soustředěnost na tělesnou hmotnost způsobuje znechucení, pocity viny, pocity beznaděje až vyhýbání se společnosti. Depresivní příznaky bývají způsobeny obavami o postavu, tělesnou hmotnost, příjem potravy. Pocity uspokojení přicházejí při zhubnutí a získání větší kontroly nad příjmem potravy. Nálada je tedy závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Anorektičky se obávají selhání, nedokonalosti. Žijí v neustálém napětí, drobné nedostatky nebo komplikace pro ně znamenají dramatický problém a jeví se jako neřešitelné. Při velkém napětí jednají až hystericky. Potýkají se s konflikty se svým okolím, které sleduje změny jak psychické, tak fyzické a tím vzbuzují obavy o život a zdraví blízkého člověka. Konflikty bývají způsobeny z důvodu nucení rodiny do jídla, hlídání postižených osob na každém kroku, přemlouváním. Ony se vyhýbají jídlu i společenským událostem, které se s jídlem pojí. (Krch, 2010)

O mentálních anorektičkách se říká, že jsou vysoce inteligentní. Dívky jsou i přes těžkou podvýživu schopné vynikajících školních výsledků. Často bylo zjištěno, že si děti udržovaly vysoký školní výkon, za kterým se skrývala několikahodinová práce. Často touto snahou touží po uznání rodičů a sebeúctě. Jelikož se jedná o těžkou emoční poruchu, je třeba, po proběhlé léčbě, pečlivě naplánovat návrat dítěte zpět do školy, spolupracovat se školou a školními odborníky. (Krch, 1999)

5 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE

V diagnostikování choroby hraje důležitou roli okolí dívky, které si začne všimnout změn v chování, ale především změny tělesné stránky. Prvotním činitelem je rodina, která začne shánět informace z knih, časopisů, internetu, aby se přesvědčila, zda je domněnka pravdivá nebo ne. Rodiče přicházejí k lékaři s obavami o zdraví svého potomka. Navštěvují obvodní lékaře nebo přímo vyhledávají psychiatrickou ambulanci. Pozitivní roli při odhalování mentální anorexie hrají pravidelné preventivní prohlídky dětí od jejich narození do dosažení věku 19 let. Preventivní kontroly jsou zaměřeny vždy k danému věku dítěte a jsou nařizeny Ministerstvem zdravotnictví ČR. Preventivní kontroly napomáhají k diagnostice mentální anorexie. Na pozoru by se měli mít vždy všichni odborní lékaři, ke kterým přichází dívka se zdravotními problémy. Ať už přijde k ortopedovi, že trpí častými zlomeninami, ke stomatologovi, že má abnormální problémy s chrupem atd.

Stanovení poruchy příjmu potravy u dětí je mnohem složitější, než u dospělých. Je zde spousta odlišností, ne vždy se lze spoléhat na diagnostická kritéria pro dospělé. Pro diagnostiku je důležité zhodnocení nutričního stavu dítěte a přítomných obtíží. Důležitým zdrojem se stává psychiatrické a psychologické vyšetření. (Papežová, 2010)

V praxi se používá pro diagnostiku MKN-10, což je nejnovější mezinárodní klasifikace nemocí. Mentální anorexie se popisuje úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje u dospívajících dívek a mladých žen. Diagnóza je potvrzena po splnění všech diagnostických vodítek, dle níže uvedené tabulky. (Papežová, 2010)

Tabulka č. 2: Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (MKN-10, 2006)

a)	Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): BMI $\text{váha (kg)/výška (m)}^2$ je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
b)	Pacientka si <i>snižuje váhu sama</i> dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
c)	<i>Specifická psychopatologie</i> : přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkrácené představy a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podváhy.
d)	Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
e)	Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může být opožděna.

Zdroj: Papežová (2010, s. 126)

Důležitou částí je též rodinná anamnéza a důkladná osobní anamnéza dítěte. Zjištění stravovacích návyků, projevy odmítání jídla, chování jedince, všech projevů, které vykazovaly známky mentální anorexie a často se mohly skrývat pod obrazem puberty a dospívání. Po diagnostikování choroby mentální anorexie se rozhodne, dle zdravotního a psychického stavu a dalších okolností, o typu léčby. Cílem je návrat dívky do běžného života. Včasná diagnostika je důležitá pro včasné zahájení léčby. Následky dlouhodobého hladovění jsou fatální.

6 LÉČBA

Po diagnostikování choroby začíná pro rodinu, lékařský tým a hlavně postiženého těžký a zdlouhavý boj s touto chorobou. Snahou všech je u pacienta vytvořit vhodné podmínky pro motivaci k léčbě a aktivní spolupráci, která je tím nejdůležitějším článkem léčby. Spolupráce bývá často ovlivněna neuvědomováním si choroby u postiženého. Při volbě léčby vždy záleží na hloubce postižení, na psychickém a fyzickém stavu nemocného.

Léčba ambulantní je jistě méně zatěžující pro dítě trpící mentální anorexií. Zůstává v rodinném prostředí, dochází na terapie a je pod pravidelnou kontrolou lékařů. Důležitou úlohu zastávají rodiče a rodinní příslušníci, na které jsou kladeny vysoké nároky v péči o postižené dítě. Náročným úkolem je též motivace dítěte jeho rodinou, změna jídelních návyků. Rodina je pod neustálým tlakem a v napětí. Jde o životní boj jejich dítěte.

Důležitou úlohou při léčbě je týmová práce. Nutriční terapeut plánuje jídelníček. Psychoterapeuti se pokoušejí řešit a řeší osobní a interpersonální problémy, provozují rodinnou terapii. Psychiatři se podílí na psychoedukaci, možnostech medikace. (Papežová, 2010)

Hospitalizace je výhodou při nutnosti vytržení dítěte z domácího prostředí a to v případě, že rodiče nezvládají jídelní patologie svých dětí, nezvládají své emoce a svou zodpovědnost. Velkou výhodou jsou hospitalizace na psychiatrických odděleních, kde je dítěti věnována maximální terapeutická péče lékařským týmem a kvalifikovaným personálem, který je vyškolen na péči o klienty s poruchami příjmu potravy. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení podléhá přísným režimovým opatřením – učení, spánek, jídelní režim, návštěvy psychoterapie. Cílem je, aby se nemocné děti a dospívající naučili být zodpovědnými, ovládat své afekty, jídelní chování a fyzickou aktivitu. Při léčbě je důležitá důslednost a dodržování pravidel. (Papežová, 2010)

Někdy však dítě přichází do nemocničního prostředí v době, kdy je v ohrožení života pro metabolický rozvrat, disfunkci některého orgánu nebo těžkou malnutrici. Tito dětské pacienti jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče. Zde je práce zdravotnického personálu a péče o to složitější, že nejsou specialisty na poruchy příjmu potravy a režimová opatření nejsou nastavena stejně jako na psychiatrických

odděleních. Zde se péče soustřeďuje na tělesnou stránku. Často je nutná umělá výživa cestou přímé výživy do střeva nebo do výživy do krve. Anorektičky velmi dobře chápou, že se jedná o výživu, energii, kalorie a často cítí sebemenší zvýšení váhy. Vymýšlí nejrůznější varianty, jak přelstít zdravotnický personál jako je povysunutí zavedené výživy ze střeva do žaludku, s následným vyzvracením nebo vypuštěním výživy do záchodových mís. Jejich cílem je obelstít zdravotnický personál. Jsou schopné potají cvičit, aby spotřebovaly nějakou energii. Po obnovení životních funkcí bývají přeloženy na psychiatrické oddělení k léčení psychických příčin mentální anorexie. Hlavním cílem všech složek pečujících o zdravotní stav mentální anorektičky je zvýšení tělesné hmotnosti a zároveň upravení narušeného postoje k jídlu.

Mezi hlavní psychoterapeutické metody patří rodinná a individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace jak pacientů, tak rodičů. (Papežová, 2010)

6.1 Doporučení rodičům

Při podezření choroby mentální anorexie je nejsnazším zdrojem informací internetová síť, kde je velké množství webových zdrojů, zabývajících se touto tematikou. Existuje celá řada poraden, kde okamžitě reagují na dotazy a poradí nebo pomohou. Když má rodič podezření na diagnózu mentální anorexie u svého dítěte, je důležitý obezřetný a rozvážný přístup a další kroky činit po poradě s odborným lékařem. Nečinit unáhlené závěry a postupy, které mohou problém ještě více prohloubit.

Léčba v domácím prostředí je velmi náročná. Rodiče musí být na jednu stranu trpěliví a shovívaví, ale zároveň důslední v přístupu ke svému dítěti. Kontroly spočívající ve sledování příjmu potravy, rozšíření jídelníčku, kontroly váhy a omezení energetického výdeje. Zároveň nesmí být v rodině fyzické donucování a nátlak. Když je v rodině cítit napětí, je důležité nevyvolávat konflikty a pokud vzniknou, ukončit je a v dalším rozhovoru se k tomuto nevracet. Důležité je, aby rodina pacienta působila klidně, bez viditelných emocí, i když se jedná o velmi složité období v životě. Negativním činitelem u rodičů je vzájemné obviňování a svalování viny jeden na druhého. Není na místě, aby se rodiče před dítětem litovali nebo ho vydírali s tím, jak je jeho nemoc unavuje, vysiluje a trápí. Důležitý je pocit podpory a síly v překonávání

zlozvyků. Pokud se rodičům nedaří po vyčerpání všech možností změnit jídelní návyky a nedostavuje se zvýšení tělesné hmotnosti, není čas otálet a ihned dítě hospitalizovat ve specializovaném lékařském zařízení. (Krch, 2010)

Tento krok je pro rodiče velmi obtížný. Jejich dítě se většinou brání a jakoukoliv léčbu odmítá. Rodiče se potýkají s obavami, zda na ně jejich dítě nezanevře, zda je nebude odmítat a zda to neovlivní jejich vztahy a vazby.

6.2 Pomoc, poradenské služby

Občanské sdružení Anabell je nejznámějším sdružením v České republice, které vzniklo v roce 2002. Pomáhá osobám, které buď bojují s některou z forem poruch příjmu potravy, anebo jsou některou z těchto poruch vážně ohroženy. Pomáhá řešit problémy, poskytuje pomoc. Kontaktní centra Anabell můžeme nalézt v Brně, Praze, Ostravě, Plzni, Olomouci a Zlíně. Jejich webové stránky poskytují pomoc nemocným, jejich rodinám, partnerům a kamarádům v boji s tímto nepřítelem. Sdružení pomáhá navazovat kontakty s institucemi a odborníky, kteří jsou specialisty v léčbě poruch příjmu potravy. Je zde zřízené diskuzní fórum, kde se postižení mohou svěřovat se svými problémy a trápením a zároveň komunikovat s dalšími osobami stejného postižení. Mohou se vzájemně podporovat, předávat si své zkušenosti. Na stránkách jsou zveřejněny kontakty na poradny, lékaře a kliniky zabývající se touto problematikou. Webové stránky nabízí odkazy na televizní pořady, týkající se poruch příjmu potravy. Postižení mohou navštívit rubriku, která doporučuje knižní publikace k daným diagnózám, ale i články, příběhy postižených. Sdružení Anabell poskytuje internetovou poradnu a provozuje poradenskou linku, která funguje anonymně prostřednictvím telefonického kontaktu a poskytuje krizovou intervenci. (Anabell, online, cit. 2012-11-10)

7 PROGNOZA

Veškeré dostupné informace, týkající se prognózy u onemocnění mentální anorexie, ukazují, o jak závažnou, zákeřnou, až smrtící chorobu se jedná. Situace je o to závažnější, že se jedná téměř vždy o dítě, dívku, dceru. Otázky, které si všichni pokládají při diagnostikování choroby, jsou závažné. Vyléčí se? Bude mít následky? Přežije? Jsou to otázky, na které není nikdy možno dopředu odpovědět. Nikdy nelze říci, že dojde k úplnému vyléčení, a že se zákeřná nemoc nevrátí.

Úmrtnost dětí, trpících poruchou příjmu potravy, se popisuje ve výši 3%. Jestliže má choroba nástup před jedenáctým rokem věku, tedy v době prepubertální, má průběh horší prognózu. Mortalita postižených je popisována mezi 5 až 10%, v závislosti na mnoha okolnostech – závažnost onemocnění, hodnota BMI, doba trvání choroby před započítáním léčby. (Papežová, 2010)

Prognóza je příznivá u 40% všech pacientů s mentální anorexií, a to především pokud jsou ve věku 12-15 let a podstoupili léčbu. 25-30% pacientů se uzdraví jen částečně a stávají se rizikovými. Obě tyto skupiny pacientů jsou ohroženy vysokým rizikem recidivy, a to až v 50%. Zbývající část pacientů (poslední třetina) má prognózu velmi nepříznivou, a to při počátku choroby před 12. rokem věku dítěte. (*Farmakoterapeutické informace*, online, cit. 2012-11-10)

Mortalita u dětí nad 10 let se uvádí 5-15%. Jen 10% ze všech pacientek má to štěstí, že dojde k jejich uzdravení v průběhu dvou let. U vyléčených anorektiček jsou patrné jídelní návyky z doby před vyléčením. Problém mortality u diagnózy mentální anorexie je nejvyšší ze všech psychiatrických onemocnění. Horší prognóza, ale i úmrtnost je vyšší u dívek, u kterých choroba trvá po několik let a jejichž BMI je pod hranicí normální hmotnosti. (Křehnáč, online, cit. 2012-10-25)

8 PREVENCE

Prevence mentální anorexie je velmi složitou záležitostí, ne-li nemožnou. Toto onemocnění zasahuje do všech složek, a to biologické, psychologické i sociální. Tak, jako je obtížná léčba, je velmi obtížná i prevence. Obtížnost spočívá i v tom, že doposud nebyly přesně definovány a jednoznačně stanoveny rizikové faktory ovlivňující vznik této zákeřné choroby. Nelze však říci, že se nedá dělat nic. Základem by měli být rodiče, kteří vstřípí svým dětem jídelní návyky a vytvoří u dítěte pozitivní vztah k jídlu. Je důležité, aby dítě od útlého věku vnímalo jídlo a stolování jako rodinný a společenský rituál a nebyla to pouze nutná potřeba organismu, zajišťující dodání energie tělu za účelem přežití.

Prevenici můžeme rozdělit do tří skupin primární, sekundární a terciální. Do **primární prevence** spadá především rodina, která by měla dítěti vytvořit prostor pro vhodné zájmy a koníčky. Ochránit dítě před nežádoucími vlivy médií, vychovat ze svého potomka sebevědomou osobnost s vlastním názorem, která dokáže rozhodnout a za své rozhodnutí nést odpovědnost. Rodiče musí umět dítě pochválit, komunikovat s ním, respektovat jeho názory, aby se v rodině vytvořila oboustranná důvěra. Nenutit dítě k rizikovým aktivitám, jejichž účelem je udržování hmotnosti a pěstování vzhledu. Nemalou měrou se na výchově dítěte podílí škola, která by měla zajistit kulturu stolování, rozložení vyučování tak, aby měli žáci dostatečný čas na jídlo a zvyšování sebevědomí. Společnost by se měla postarat o propagaci zdravého životního stylu, chránit před negativním vlivem médií, klamavých reklam v televizi a na internetu a nabídnout vhodné kulturní vlivy. **Sekundární prevence** zahrnuje vyhledávání rizikových skupin, s včasnou diagnostikou a následnou léčbou pacientů s poruchou příjmu potravy a dále překonání obav z oboru psychiatrie, kde jsou poruchy příjmu potravy léčeny. **Terciální prevencí** rozumíme komplexní léčbu poruch příjmu potravy. Nutnost činit taková opatření, která zabrání recidivě onemocnění. Pomocí reklamy a osvěty oslovit pacienty, aby si vyhledali zájmy, ve kterých naleznou nový smysl života. Vytvořit taková opatření, kterými lze zabránit mezigeneračnímu přenosu nemoci. Snažit se u pacientek s poruchou příjmu potravy dosáhnout plného zdraví s možností reprodukce, případně pomoci řešit alternativu umělým oplodněním. (Uhlíková, online, cit. 2012-10-28)

Cílem všech by měl být aktivní boj proti anorexii. Třeba právě tak, jako vyjádřil svůj nesouhlas a probudil veřejnost známý kontroverzní italský fotograf Oliviero Toscani, který umístil na billboardy snímek Isabelle Caro, která trpěla mentální anorexií a na následky této diagnózy poté i zemřela. Billboardy, které vystavil na rušná místa, odstartoval kampaň, s cílem pomoci a zastavit „šíření“ této choroby. (*Zemřela modelka Isabelle Caro známá z billboardů proti anorexii*, online, cit. 2012-10-28)

Svět by se měl méně zabírat dietou a posedlou péči o zevnějšek. Prevence by měla být komplexní a snahou nás všech. Měli bychom preventivně působit tam, kam děti a dospívající zaměřují svůj zájem a volný čas. Že se o mentální anorexii mladé dívky zajímají, dokládá příklad žákyně ze ZŠ V. K. Klicpery (viz Příloha E).

Vhodnou intervencí je např. internet, který používá většina dětí a studentů. Internet je pro ně zdrojem informací a první volbou při jakýchkoliv nejasnostech. Televizní médium je velmi častým společníkem k vyplnění volného času mládeže. I zde je nutná opatrnost a aktivní prevence. Je nutné pomoci dětem vytvořit hodnotový žebříček, který není založen na vnější kráse.

Obrázek 2: Isabelle Caro



Zdroj: French "No Anorexia" model dies at age of 28, online, cit. 2013-01-29

9 EMPIRICKÁ ČÁST – INFORMOVANOST DÍVEK O MENTÁLNÍ ANOREXII A VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA

Bakalářská práce je zaměřena na chorobu mentální anorexie. V dnešní době tato choroba postihuje mladší a mladší dívky, a to nejen u nás, ale i po celém světě. Základním cílem, stanoveným v úvodu práce, bylo zjistit, která věková skupina dívek, v období puberty, je nejrizikovější pro vznik mentální anorexie, z pohledu zaujetí vlastním tělem. Dílčím cílem práce bylo zjistit, zda se dívky orientují v základních informacích týkající se problematiky mentální anorexie. Na základě prostudování materiálů o mentální anorexii z oboru psychologie, psychiatrie a interní medicíny byly stanoveny rizikové faktory, které ovlivňují vznik mentální anorexie. Následně byl vypracován dotazník s otázkami, které se týkaly vnímání vlastního těla u dívek ve věku 11-15 let. Období puberty je obdobím změn fyzických a psychických, dochází dotváření osobnosti dívek a tyto změny mohou ovlivnit celý život dívky. Nejvhodnější způsob, jak seznámit rodiče dospívajících dívek s výsledky práce, byla její prezentace na zkoumaných školách.

9.1 Výzkumné hypotézy

Na základě prostudování materiálů, dostupných zdrojů a po seznámení se s problematikou mentální anorexie, byly pro dotazníková šetření stanoveny výzkumné otázky a následné hypotézy:

Hypotéza č. 1: Celý zkoumaný vzorek respondentek je více informován o mentální anorexii z rodinného prostředí a od rodičů, než z prostředí školy a učitelů.

Hypotéza č. 2: Dívky ve věku 15 let mají největší znalosti o mentální anorexii.

Hypotéza č. 3: Více znalostí o problematice mentální anorexie by chtěly vědět 15leté dívky.

Hypotéza č. 4: Největší procento dívek nespokojených se svým tělem je ve věku 13 let.

Hypotéza č. 5: 13leté dívky trpí největším strachem z tloušťky oproti ostatním zkoumaným věkovým kategoriím.

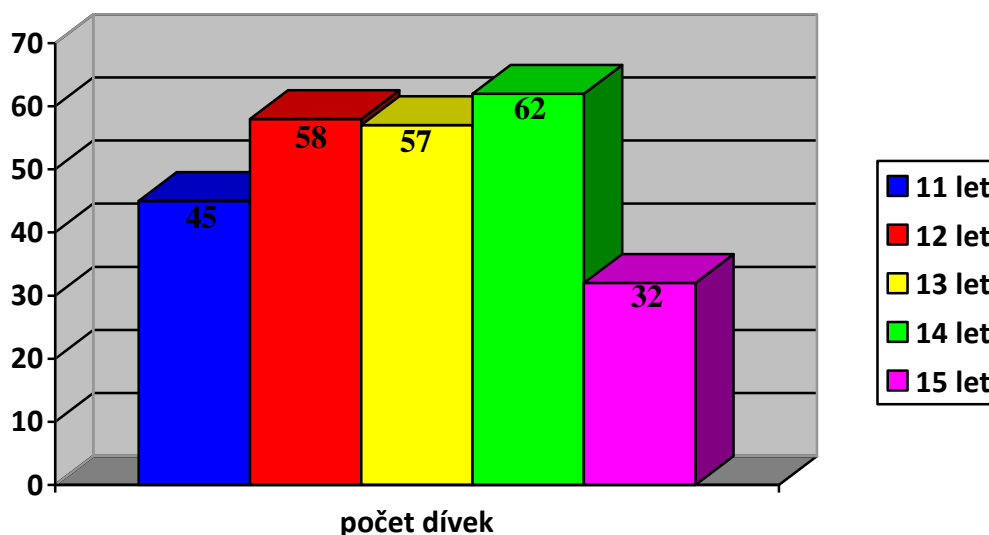
Hypotéza č. 6: Největší procento 13letých dívek touží být hubenějšími.

Hypotéza č. 7: Kroky ke změně svého těla podnikají 14leté dívky.

9.2 Výzkumný vzorek

Dotazníky vyplnilo celkem 260 respondentek ženského pohlaví ve věku 11- 15 let. Celkem 6 dotazníků bylo vyloučeno ze šetření pro neúplnost. Celkem 254 dotazníků bylo zahrnuto do výzkumného vzorku. Dotazníkové šetření proběhlo na ZŠ Hlušice, ZŠ Karla IV. a na ZŠ V. Kl. Klicpery v Novém Bydžově. Pro dostatek respondentů bylo působiště šetření rozšířeno na ZŠ Městec Králové. Dotazníky pro šetření byly rozdány na základní školy, které jsou situovány v přibližně stejných městech, co do počtu obyvatel a množství žáků, kteří dojíždějí do škol z okolních vesnic nebo bydlí v místě základní školy. Důvodem volby místa šetření, je možnost rozdílných odpovědí respondentů ve velkých městech a malých městech vesnického charakteru. Celkový počet vyplněných dotazníků u 11letých dívek je 45 dotazníků, u 12letých 58 dotazníků, dotazníků od 13letých dívek bylo vyhodnoceno 57, dotazníkové šetření 14 letých dívek se účastnilo 62 dívek a 15 letých dívek 32.

Graf 1: Počet respondentek dle věku



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

9.3 Metodika

K vypracování praktické části bakalářské práce bylo použito dotazníkového šetření, a to kvantitativní metodou (viz Příloha A). Dotazníky byly rozdány na základních školách, jelikož tato volba vyšla jako nejvhodnější k získání dostatečného množství respondentek. Rozdání dotazníků proběhlo po předchozím souhlasu ředitelů všech zúčastněných škol, na základě osobního kontaktu. Otázky byly zvoleny jednoduché, jasné a stručné, vzhledem k věku respondentek. V úvodu dotazníku nebyl záměrně uveden název zkoumané problematiky, náplň ani smysl celého dotazníku, jelikož by uvedení názvu bakalářské práce mohlo negativně ovlivnit respondentky při vyplňování dotazníku. Dotazník obsahuje 19 otázek. Jeho vyplnění probíhalo během vyučovací hodiny, s cílem zamezit možnosti kolektivní práce respondentek a zabránění zkreslených výsledků první části dotazníku, která se zabývá orientací a informovaností ve zkoumané problematice.

První otázka dotazníku zjišťuje věk respondentek 11 až 15 let. Tato otázka je klíčová pro zkoumání dané problematiky.

První část dotazníkového šetření (otázky 2-8) měla za cíl zjistit informovanost a základní orientaci respondentek v problematice mentální anorexie, o jejich znalostech a zároveň zdroje zajišťující informovanost.

Druhá část dotazníku (otázky 9-19) zjišťuje, zda jsou respondentky spokojeny se svým tělem, tělesnými proporcemi, hmotností a jakými by si přály být.

Dotazník jako celek a jednotlivé otázky byly sestaveny tak, aby odpovídaly cílům průzkumu. Všechny otázky byly uzavřené, vždy s jednou možnou odpovědí. Dotazník byl anonymní a respondentkám bylo zaručeno využití výsledků šetření pouze pro bakalářskou práci.

9.4 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Na základě prostudování materiálů, dostupných zdrojů a po seznámení se s problematikou mentální anorexie, byly pro dotazníkové šetření stanoveny výzkumné otázky a následné hypotézy:

září 2012 – říjen 2012

Sběr materiálů a informací ke zkoumané problematice, návštěva Státní vědecké knihovny v Hradci Králové a knihovny Lékařské fakulty v Hradci Králové.

listopad 2012 – prosinec 2012

Vypracování teoretické části bakalářské práce, průběžné konzultace se zpracováváním osnovy, teoretických kapitol a podkapitol s PhDr. Marií Farkovou.

leden 2013

Distribuce dotazníků na základní školy v Novém Bydžově (ZŠ Karlova a ZŠ V. Kl. Klicpery), na ZŠ Hlušice a pro získání dostatečného množství respondentů byly dotazníky rozdány na ZŠ Městec Králové, následně byly výsledky zpracovány a vyhodnoceno šetření.

únor 2013 - březen 2013

Konečné úpravy stylistiky a gramatiky, vazba práce a odevzdání bakalářské práce.

9.5 Výsledky výzkumu

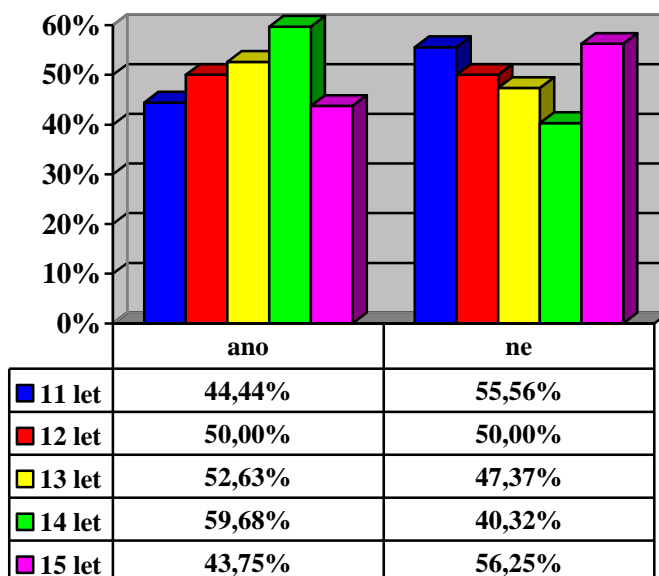
Dotazník (viz Příloha A)

otázka 1: Skladba respondentek znázorněna v oddílu výzkumný vzorek.

otázka 2: **Slyšela jsi o mentální anorexii od svých rodičů nebo rodinných příslušníků?**

Tato otázka zjišťovala informovanost dívek o problematice mentální anorexie od rodičů nebo rodinných příslušníků. Informovanost dívek z rodinného prostředí stoupá s věkem. Od rodiny slyšelo o mentální anorexii 11letých respondentek 44,44%, 12letých 50,0%, 13letých 52,63% a 14letých 59,68%. Nevysvětlitelný zlom v informovanosti od rodiny je u 15letých, které udávají nejmenší informovanost z rodinného prostředí mezi všemi zkoumanými skupinami, dokonce menší informovanost než 11leté dívky. Nejvíce informované, o této chorobě, jsou 14leté dívky, a to 59,68% (rodina informovala celkem 37 dívek ve věku 14 let z celkového počtu 62 dívek).

Graf 2: Slyšela jsi o mentální anorexii od svých rodičů nebo rodinných příslušníků?

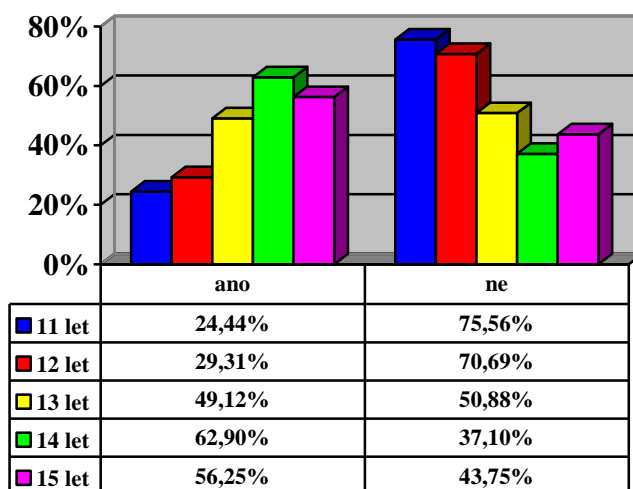


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 3: Slyšela jsi o mentální anorexii ve škole od učitelů?

Tato otázka zjišťuje, která skupina respondentek získala informace o mentální anorexii ze školního prostředí. Informovanost procentuálně stoupá do věku 14 let, ale opět 15leté dívky 56,25% mají menší informovanost než 14leté dívky, které slyšely o mentální anorexii z prostředí školy v 62,9%.

Graf 3: Slyšela jsi o mentální anorexii ve škole od učitelů?

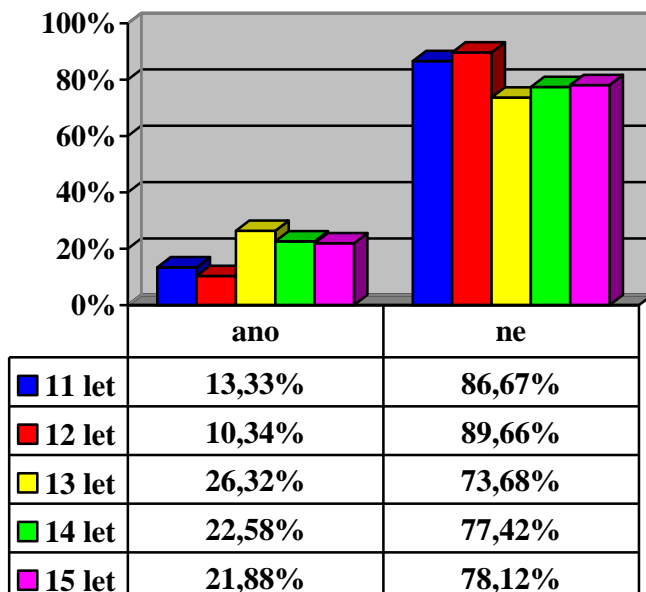


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 4: Hledala jsi někdy informace o mentální anorexii (např. přes internet)?

Na rozdíl od předchozích dvou otázek tato zjišťuje, zda respondentky aktivně vyhledávaly informace o mentální anorexii. Nejméně vyhledávaly informace o této chorobě 12leté dívky, v 10,34 %. Nejvíce informací hledaly dívky 13leté, v 26,32%. Výsledky všech dotazovaných skupin se od sebe nijak zásadně nelišily.

Graf 4: Hledala jsi někdy informace o mentální anorexii (např. přes internet)?

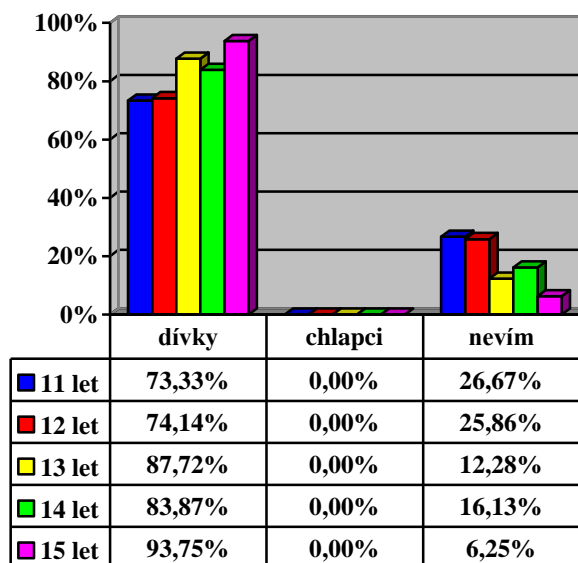


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 5: Kdo mentální anorexií nejčastěji trpí?

Při pohledu na výsledky této otázky je patrné, že většina dívek všech zkoumaných věkových skupin ví, koho nejvíce postihuje choroba mentální anorexie. Ve zkoumaném vzorku se nevyskytla ani jedna odpověď, že by touto chorobou více trpěli chlapci. Nejvíce informovanými jsou 15leté dívky, které v 93,75% uvedly, že chorobou více dívky. Nejméně informovanými se ukázaly být 11leté dívky, a to v 73,33%.

Graf 5: Kdo mentální anorexii nejčastěji trpí?

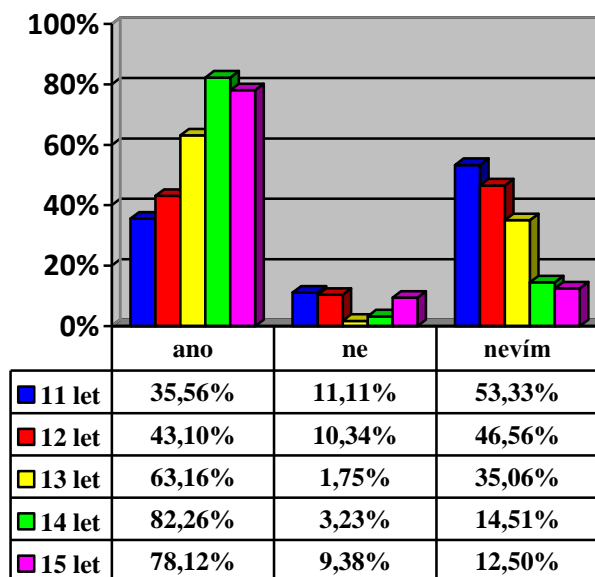


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 6: Je mentální anorexie smrtelná choroba?

V této otázce správně odpovědělo největší procento dívek 14letých 82,26% společně s dívkami 15letými 78,12%. Je možno říci, že se vzrůstajícím věkem narůstalo procento správných odpovědí.

Graf 6: Je mentální anorexie smrtelná choroba?

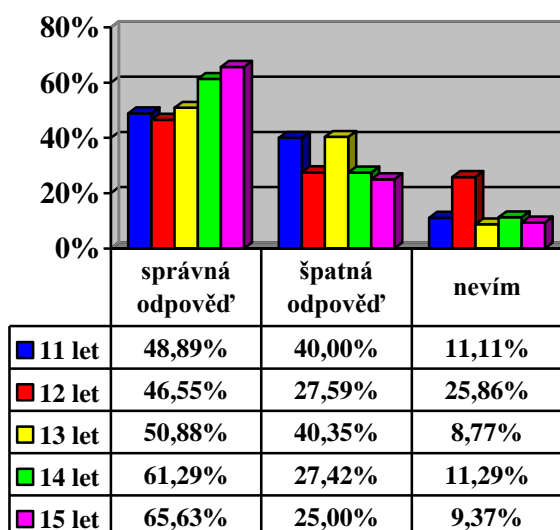


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 7: Která odpověď je správná o chorobě mentální anorexie?

Tato otázka zjišťovala, zda mají respondentky vědomosti o příčinách vzniku mentální anorexie. Správně odpovědělo 65,63% 15letých dívek a 14letých dívek 61,29%. Uvedly, že se tato choroba týká držení přísných diet a nespokojenosti s vlastním tělem. Nejmenší informovanost o této problematice mají 12leté dívky, které znaly odpověď v 46,55%. 40% dívek, jak 11letých, tak 13letých, se mylně domnívá, že mentální anorexie je diagnóza, způsobená onemocněním žaludku. Tato otázka doplňuje otázky číslo 5 a 6 týkající se informovanosti o dané problematice. Opět se vzrůstajícím věkem je patrný nárůst orientace v dané otázce.

Graf 7: Která odpověď je správná o chorobě mentální anorexie?

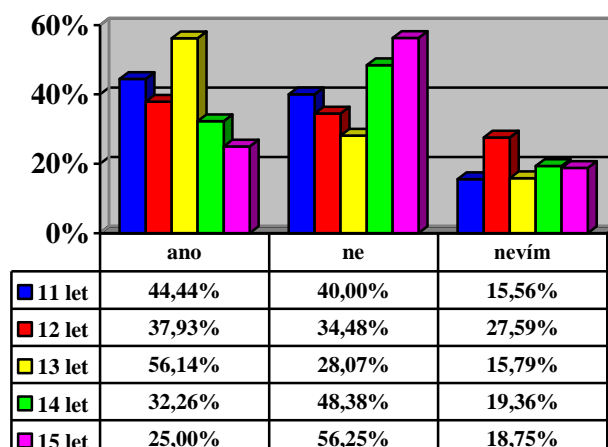


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 8: Chtěla by ses dozvědět o mentální anorexii více informací?

U této otázky bylo zaznamenáno nejvíce kladných odpovědí u 13letých dívek, v 56,14%. Naproti tomu 15leté dívky v nejmenší procentu 25,00% touží po získání nových informací a zároveň 56,25% dívek odmítá rozšířit svou informovanost, což je nejvyšší výsledek ze všech kategorií.

Graf 8: Chtěla by ses dozvědět o mentální anorexii více informací?

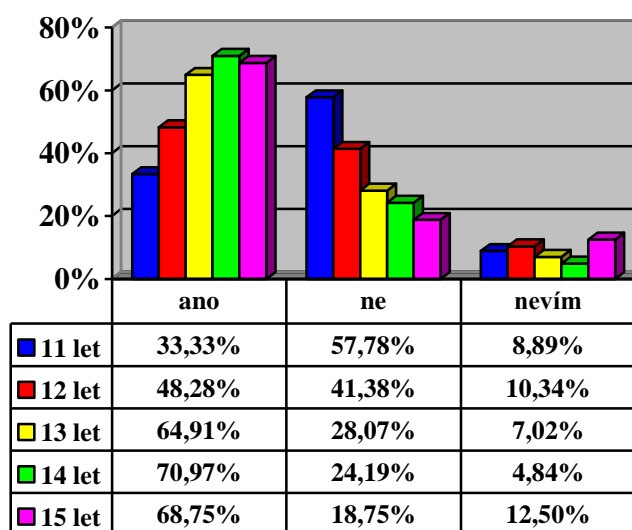


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 9: Je nějaká část těla, se kterou jsi nespokojená?

Z výsledků této otázky je patrné, že nejvíce nespokojené, s některou částí svého těla, jsou dívky 13leté, 14leté a 15leté a míra nespokojenosti se pohybuje mezi 64,91% - 70,97%. Tato vysoká procentuální čísla ukazují, že dívky trpí nespokojeností a nad svými proporcemi přemýšlí. Dívky ve věku 11 let dle odpovědí v 33,33% trpí nespokojeností a oproti ostatním skupinám jsou v 57,78% spokojené s tvarem svého těla a tělesnými proporcemi.

Graf 9: Je nějaká část těla, se kterou jsi nespokojená?

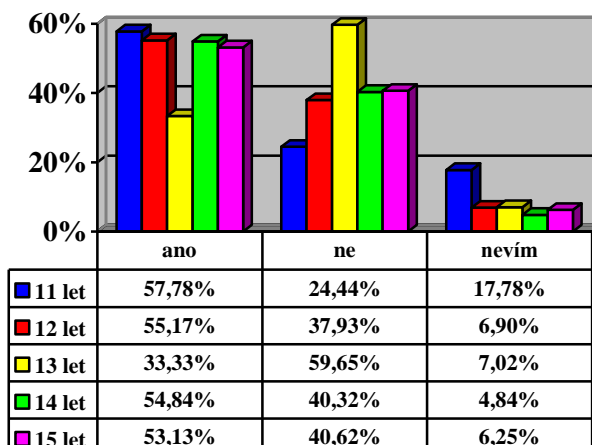


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 10: Jsi spokojená se svou hmotností?

Tato otázka zjišťovala spokojenost respondentek se svou hmotností. Nejvíce negativních odpovědí, a to 59,65% uvádějí 13leté dívky, které o 19% trpí větší nespokojeností s hmotností v porovnání s 15letými dívkami, které jsou nespokojeny v 40,62% v pořadí za 13letými. Nejvíce spokojenou věkovou skupinou jsou 11leté dívky a to v 57,78%.

Graf 10: Jsi spokojená se svou hmotností?

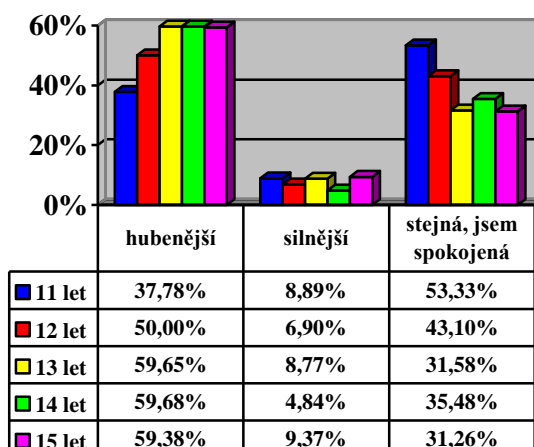


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 11: Chtěla bys být

Odpovědi 13 - 15letých dívek na tuto otázku byly velmi vyrovnané, téměř shodně, na hranici 60% odpověděly, že by chtěly být hubenějšími. 11leté dívky jsou nejvíce spokojené se svou hmotností v 53,33% a zároveň v nejmenší míře touží po hubenější postavě, a to v 37,78%.

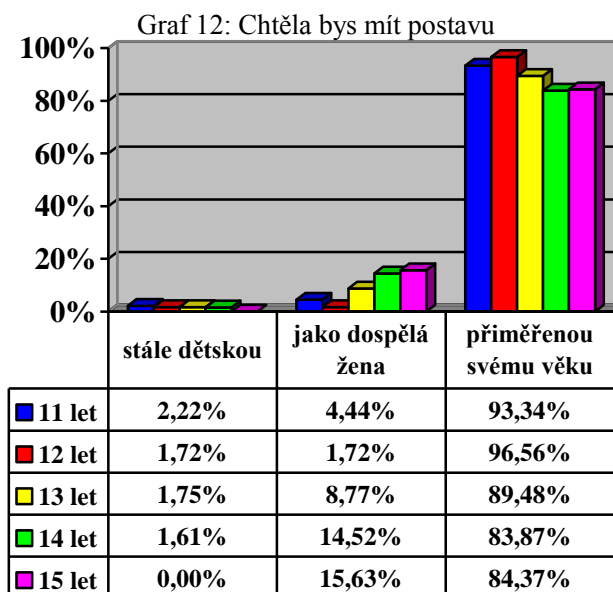
Graf 11: Chtěla bys být



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 12: Chtěla bys mít postavu

Tato otázka měla zjistit, jaké procento respondentek by chtělo mít dětskou postavu, což je jeden z příznaků onemocnění mentální anorexie. Stále dětskou postavu chce mít 2,22% 11letých dívek, 1,72% 12letých, 1,75 13letých dívek a 1,61 14letých dívek. 0% 15letých dívek chce mít dětskou postavu. Postavu přiměřenou svému věku chtějí mít respondentky v rozpětí 83,87% - 96,56%.

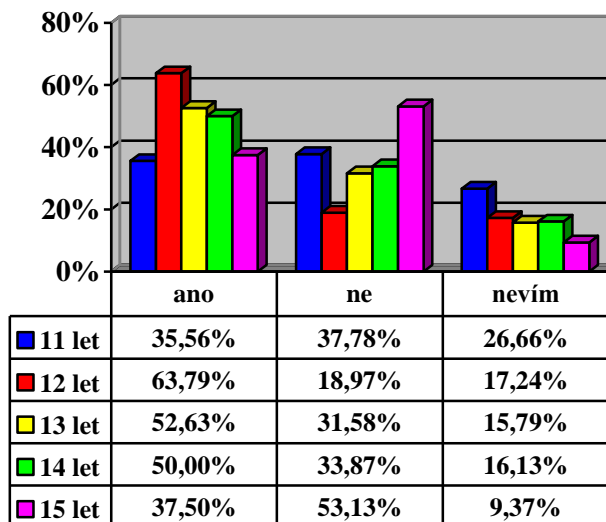


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 13: Máš strach z tloušťky?

U této otázky byly, ze všech věkových skupin, překvapivé odpovědi 12letých dívek, které v 63,79% uvedly, že mají strach z tloušťky. Nejmenším strachem z tloušťky trpí 11leté dívky 35,56% a následně 15leté v 37,50%. Zároveň 15leté dívky nemají strach z tloušťky v 53,13%.

Graf 13: Máš strach z tloušťky?

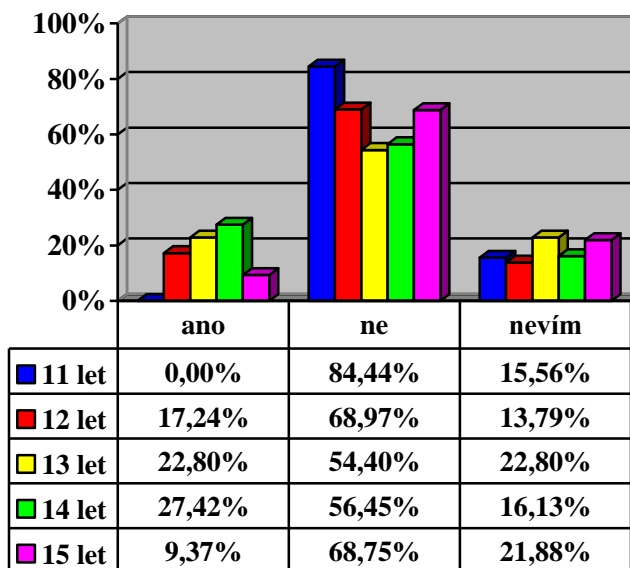


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 14: Myslíš si, že je v životě důležité být štíhlá?

Tato otázka měla zjistit, zda jsou ovlivněné ideálem ženské krásy. Nadpoloviční většina všech věkových skupin uvedla, že v životě není důležité, být štíhlá. Překvapivě odpověděly 11leté dívky, z celkového počtu 45 dívek žádná nepovažuje štíhlost za důležitou. 14leté dívky v nejvyšším procentu 27,42% uvedly štíhlost za důležitou. Viditelný rozdíl, oproti 14letým, je u 15letých, které se se stejným názorem ztotožňují v 9,37%.

Graf 14: Myslíš si, že je v životě důležité být štíhlá?

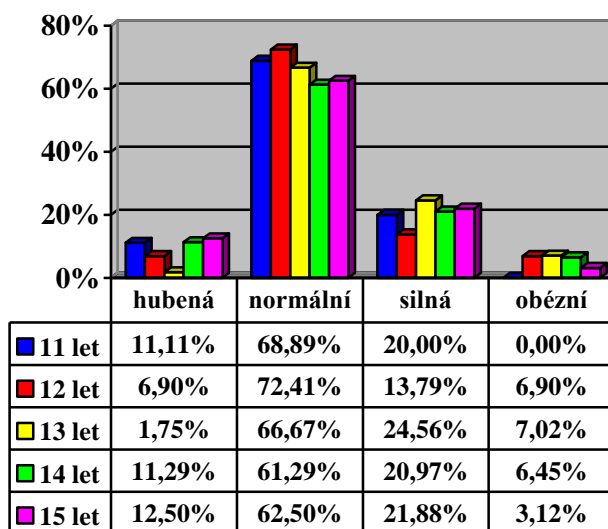


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 15: Jak se cítíš ty?

Cílem otázky bylo zjistit vnímání sebe sama, samozřejmě jde o subjektivní názor respondentek. Nadpoloviční většina všech dotazovaných dívek uvádí, že svou postavu vnímá jako zcela normální. S největším procentem kritiky na svou postavu se potýkají 13leté dívky, které se cítí silné ve 24,56% a obézní 7,02%.

Graf 15: Jak se cítíš ty?

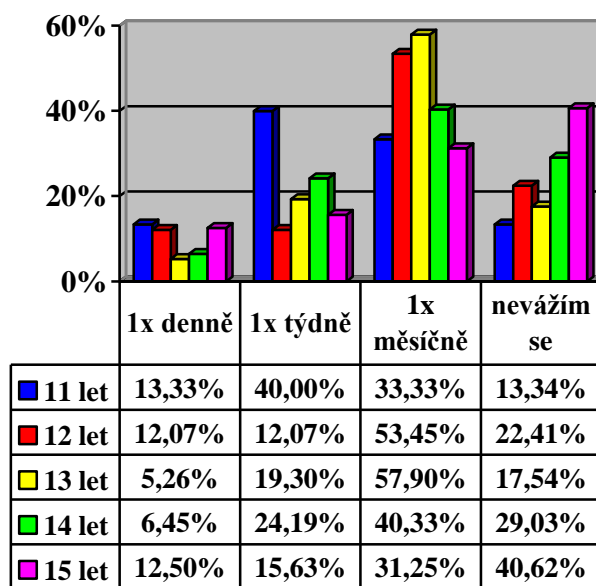


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 16: Jak často se vážíš?

Tato otázka je doplňující pro otázky týkající se nespokojenosti s tělem nebo hmotností respondentek. Snahou bylo sledovat „anorektické“ chování nespokojených dívek. Překvapivě 11leté dívky se vykazují tendence časté kontroly své tělesné hmotnosti. 11leté dívky se váží ve 13,33% 1x denně a ve 40,0% 1x týdně, což je extrémní hodnota v porovnání s ostatními skupinami respondentek.

Graf 16: Jak často se vážíš?

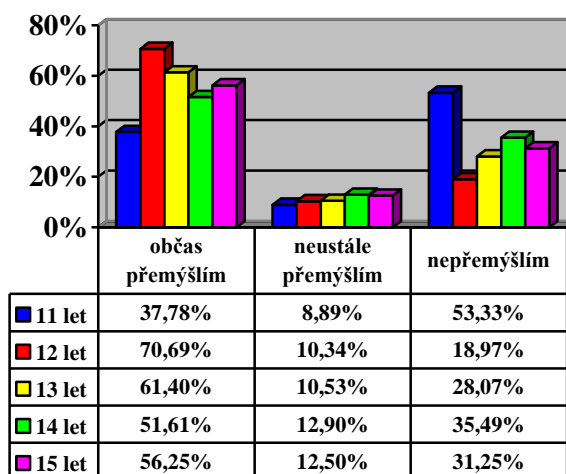


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 17: Přemýšlíš nad tím, jak být hubenější, štíhlejší?

S nejmenší intenzitou přemýšlí nad hubnutím 11leté dívky, ze kterých se 53,33% těmito myšlenkami nezabývá a v nejmenší míře přemýšlí nad hubnutím občas 37,78% a neustále v 8,89% ze všech zkoumaných skupin. Nejvíce se těmito myšlenkami zaobírají 12leté dívky, které v 70,69% přemýšlí nad hubnutím občas a 10,34% dívek nad hubnutím přemýšlí neustále. Nadpoloviční většina 12, 13, 14 a 15letých dívek uvádí velmi vysoké procento, od 51,61% - 70,69%, že občas přemýšlí nad hubnutím a stejné věkové skupiny neustále přemýšlejí nad hubeností a štíhlostí, a to v 10,34% - 12,90%.

Graf 17: Přemýšlíš nad tím, jak být hubenější, štíhlejší?

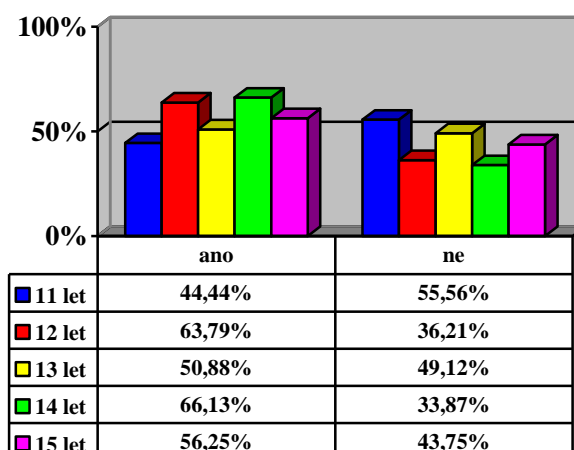


Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 18: Cvičíš nebo sportuješ, abys zhubla?

Tato otázka měla zjistit, která věková skupina má největší potřebu snižovat hmotnost. Nejméně mají potřebu hubnout cestou sportu 11leté dívky ve 44,44%. Všechny ostatní zkoumané věkové skupiny sportují, za účelem hubnutí, v rozpětí 50,88% - 66,13%.

Graf 18: Cvičíš nebo sportuješ, abys zhubla?



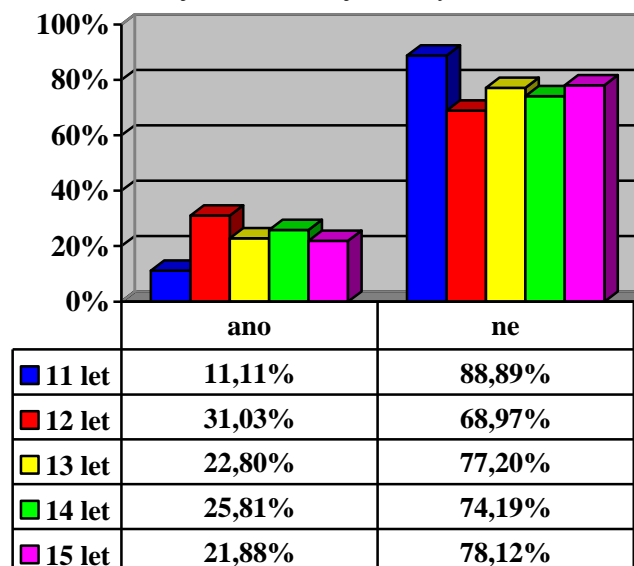
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

otázka 19: Držela jsi nebo držíš nějaké diety s cílem zhubnout?

Tato otázka měla za úkol odhalit pokusy o hubnutí za pomoci diet. Opět shodně s předešlou otázkou číslo 18, se 11leté dívky nejmenším podílem 11,11% pokouší o

hubnutí prostřednictvím diet. 12leté dívky mají největší potřebu držet diety, a to v 31,03%.

Graf 19: Držela ji nebo držíš nějaké diety s cílem zhubnout?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

9.6 Interpretace a diskuse výsledků

Vyhodnocení otázek týkajících se informovanosti respondentek o problematice mentální anorexie - pro tuto problematiku byly zpracováno 7 otázek s označením číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, které by měly potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Hypotéza č. 1: Celý zkoumaný vzorek respondentek je více informován o mentální anorexii z rodinného prostředí a od rodičů než z prostředí školy a učitelů. Tato hypotéza se potvrdila. Z celkového vzorku 254 respondentek, 130 dívek (tj. 51,18%) slyšelo o mentální anorexii z prostředí rodiny, zbývajících 124 (tj.48,82%) respondentek o anorexii od rodiny neslyšela. Ze školního prostředí je ze všech věkových skupin informováno 113 dívek (tj. 44,49%) a 141 (tj. 55,51%) respondentek ve škole od učitelů neslyšelo o mentální anorexii. Překvapující je vysoké procento informovanosti respondentek ze školního prostředí, jelikož problematika mentální anorexie není v osnovách výuky. Naopak informovanost z rodinného prostředí je

nedostatečná, vzhledem k zvyšujícímu se procentu pacientů s tímto onemocněním. Primární prevenci z prostředí rodiny je nutno považovat, z výsledku tohoto šetření, za velmi důležitou a potřebnou. Otázka číslo 4 měla zjistit, zda se mezi respondentkami nachází i takové, které informace vyhledávají aktivně např. cestou internetu. Výsledky dokládají, že aktivně mentální anorexii vyhledávalo od 13,33%-26,32% respondentek, více jak $\frac{3}{4}$ dívek informace nevyhledávalo. Z celého vzorku respondentek získává informace pasivní cestou 51,18% dívek z rodiny, 48,82% ze školního prostředí a 18,88% dívek aktivním vyhledáváním informací. Jak bylo šetřením zjištěno, nejvíce informované ze školního prostředí jsou 14 leté dívky. Tyto však ve znalostech problematiky mentální anorexie uvádějí menší informovanost, než věková kategorie 15 let. 15 leté dívky tedy musí získávat informace z jiných zdrojů než je rodina nebo škola.

Hypotéza č. 2: Dívky ve věku 15 let mají největší znalosti o mentální anorexii.

Tato hypotéza se potvrdila. Předpokladem bylo, že se vzrůstajícím věkem respondentek informovanost o chorobě mentální anorexie stoupá. 15leté dívky v 93,75% (tj. 30 dívek) ví, že mentální anorexií trpí převážně dívky, což je téměř 100% znalost. Pouze 6,25%, tj. 2 dívky, odpověď nevěděly. 15leté dívky, taktéž správně, definovaly tvrzení, že se mentální anorexie týká hubnutí, držení přísných diet a nespokojenosti s vlastním tělem. Tyto dvě otázky považuji za zásadní. V odpovědi, zda je mentální anorexie smrtelná choroba, odpověděly kladně v nejvyšším procentu 14leté respondentky (82,26%) a pouze o 4% méně 15leté respondentky (78,12%). I přes nepatrně nižší procento odpovědí 15letých dívek, lze považovat tuto hypotézu za potvrzenou.

Hypotéza č. 3: Více znalostí o problematice mentální anorexie by chtěly vědět 15leté dívky.

Tato hypotéza byla vyvrácena. Předpokladem bylo, že tato věková kategorie bude mít největší zájem o rozšíření vědomostí z problematiky, která je aktuálním tématem v médiích a bulváru. Zájem 15letých o informace, týkající se mentální anorexie, je nejmenší ze všech zkoumaných skupin. Pouze 25% dívek by mělo zájem dozvědět se více informací, 56,25% 15letých dívek však odpovědělo negativně a 18,75% nebylo rozhodnuto. Věkovou skupinou dívek, které by se o problematice rády dozvěděly více

informací, jsou 13leté respondentky, které mají zájem rozšířit znalosti a to v 56,14%. Překvapující zájem o získání znalostí projevíly i 11 leté dívky, a to ve 44,44%, které mají o znalostech problematiky nejmenší informovanost.

Vyhodnocení otázek týkajících se spokojenosti a zaujetí vlastním tělem - touto problematikou se zabývají otázky číslo 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 celkem tedy 11 otázek, které by měly potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Hypotéza č. 4: Největší procento dívek, nespokojených se svým tělem, je ve věku 13 let.

Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně. Potvrzena byla v otázkách 10, 15 a částečně potvrzena byla v otázkách 9 a v otázce číslo 11 došlo ke shodě 13, 14 a 15letých s rozdílem 0,3%. Na otázku číslo 10 projevují 13leté dívky markantní nespokojenost s vlastní hmotností těla, a to v 59,65%, což je o 19% větší nespokojenost oproti 15letým respondentkám, které se umístily v nespokojenosti s váhou na druhém místě. Nespokojenost s hmotností těla potvrzuje otázka číslo 15, kde se 13leté dívky v největším procentuálním počtu cítí být silnými a to v 24,56% a v 7,02% se taktéž 13leté dívky cítí být obézními. Těžko říci, zda jde o jejich subjektivní pocit nebo vykazují známky tělesné nadváhy. Na otázku číslo 9, která měla za úkol zjistit nespokojenost s některou částí těla, vyjádřily nespokojenost 13leté dívky v 64,91%, oproti 14letým, které trpí největší nespokojeností v 70,97% ze všech zkoumaných věkových skupin. Na otázku číslo 11 odpověděly dívky procentuálně téměř shodně, že by chtěly být hubenějšími a to jak 13leté (59,65%), 14leté (59,68%) tak i 15leté (59,38%).

Hypotéza č. 5: 13leté dívky trpí největším strachem z tloušťky oproti ostatním zkoumaným věkovým kategoriím. Tato hypotéza byla vyvrácena. Předpokladem bylo, že v období 12 – 13 let dochází k největším tělesným změnám. Největší obavy z tloušťky nemají 13leté dívky, ale 12 leté, a to v 63,79%. Paradoxně 12leté dívky uvádějí v 72,41%, že se cítí být normální postavy a 6,9% se cítí být hubenými, ale i přes tato vysoká procenta se obávají nadváhy. Zároveň 12leté na otázku číslo 14 uvádějí v 68,97%, že v životě není důležité být štíhlá.

Hypotéza č. 6: Největší procento 13letých dívek touží být hubenějšími. Tato hypotéza se nepotvrdila. Téměř stejným procentem odpověděly respondentky ve věku 13let (59,65%), 14let (59,68%), 15let (59,38%). Otázkou číslo 15 bylo zjištěno, že 13leté dívky se v největším procentu cítí být silnými, a to ve 24,56% a v největším procentu se cítí být obézními oproti ostatním věkovým skupinám. Tyto výsledky dokládají, že 13leté touží být hubenějšími a zároveň se cítí být silnými a obézními, což může být rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie.

Hypotéza č. 7: Kroky ke změně svého těla podnikají 14leté dívky. Tato hypotéza byla částečně potvrzena. 14leté dívky 66,13% v největší míře cvičí nebo sportují (otázka číslo 18), překvapivě další věkovou skupinou s nejvyšším procentem pokusů o hubnutí jsou 12leté dívky, a to v 63,79%. V otázce číslo 19 přiznávají 12leté respondentky v 31,03% a následně 14leté dívky v 25,81% držení diet za účelem hubnutí. Zarážející je vysoké procento 12letých dívek, které se snaží zhubnout, ať cestou diet nebo sportem, jelikož v otázce číslo 10 (Jsi spokojená se svou hmotností?) uvádějí nespokojenost s tělesnou váhou v 37,93%, což je druhý nejnižší výsledek z celého zkoumaného vzorku, ale sportuje za účelem hubnutí 63,79% dívek. 14 leté dívky v otázce číslo 17 v největším procentu 12,90% neustále přemýšlejí, jak být hubenějšími a 12leté dívky občas přemýšlejí, jak být hubenější v 70,69% což je nejvyšší výsledek ze všech věkových skupin.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, která věková skupina je riziková pro vznik mentální anorexie u dospívajících v období puberty, se zaměřením na vnímání vlastního těla a ovlivňování tělesné hmotnosti. Dílčím cílem bylo zjistit, jaká je informovanost o problematice mentální anorexie. Snahou bylo poukázat na problematiku mentální anorexie, především podat obraz rizikových faktorů této choroby za účelem prevence. Práce byla rozdělena na dvě hlavní části, a to na teoretickou a praktickou.

Teoretická část byla zpracována po nastudování literatury, týkající se tématu. Publikace, použité při tvorbě práce, přinášejí obraz, o jak závažnou chorobu se jedná, jak je obtížné docílit úplného uzdravení po stránce tělesné i duševní. Jelikož tato choroba je podmíněna multifaktoriálně, předcházení jejímu vzniku je velmi obtížné.

Praktická část byla vypracována po stanovení výzkumných otázek a hypotéz. Následně byl vytvořen dotazník pro průzkumné šetření. Touto prací byly splněny zadané výzkumné cíle a z výsledků průzkumného šetření vyplývají následující závěry.

Nedá se s určitostí stanovit, která věková skupina v období puberty je tou nejrizikovější. Každá věková skupina vykazuje znaky, které by se mohly stát rizikovými pro vznik mentální anorexie. Při vyhodnocení otázek č. 11 a 15 bylo zjištěno, že z celkového počtu 254 respondentek, se cítí být 61 dívek buď silnými, nebo obézními a současně touží po hubenější postavě. Nehledě na to, zda se jedná pouze o subjektivní nebo i objektivní nadváhu, stávají se tyto respondenty rizikovými pro vznik mentální anorexie. Při komplexní analýze matice bylo zjištěno, že dvanáctiletá respondentka s číslem 52, ve všech svých odpovědích, vykazuje známky mentální anorexie.

Znalost o problematice mentální anorexie se zvyšuje se stoupajícím věkem. Informovanost všech dívek, jak z rodinného prostředí, tak i školy, je srovnatelná. Potěšující jsou znalosti ze školního prostředí, ačkoliv výuka s tímto zaměřením není v osnovách základních škol. Přesto pedagogové provádí osvětu a zvyšují povědomí dětí. Informovanost z rodinného prostředí považují za nedostatečnou, především z výsledků 11letých a 12letých dívek, které v dotazníkovém šetření uvedly nedostatek informací od rodiny. Tyto dvě věkové skupiny mají zároveň nedostatek znalostí o problematice mentální anorexie. Z výsledků šetření vyplývá, že nejméně informované z rodinného

prostředí jsou 15leté dívky. Avšak jejich znalosti a orientace v problematice jsou nejvyšší.

Přínosné výsledky, pro další zkoumání problematiky mentální anorexie, by jistě přineslo provedení obdobného průzkumného šetření na základních školách ve městech nad 100 tisíc obyvatel nebo Prahy a následné srovnání se zkoumanými základními školami maloměstského typu. Srovnáním výsledků by se dalo zjišťovat, zda je zkoumaná skupina z velkých měst více socio-kulturně ovlivněna ideálem krásy než skupina dětí z malých měst nebo vesnických škol.

Aktivní prevencí rodičů, kamarádským a nekonfliktním jednáním a „tiché všímavosti“ mohou rodiče předejít mnoha rizikovým faktorům, které mohou děti negativně ovlivnit. Dostatečná informovanost rodičů může přispět k včasné diagnostice choroby, která je zásadní pro úplné vyléčení. Prezentace práce, o kterou požádali všichni ředitelé zkoumaných škol, by měla sloužit rodičům jako zdroj informací a podpora primární prevence.

Při seznamování se s problematikou na metabolické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde jsou léčeny pacientky s mentální anorexií, projevil lékařský personál zájem o přednášku výsledků dotazníkového šetření.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BEDRNOVÁ, E. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999, 157 s. ISBN 80-716-8681-6.

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045.

KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, c1997, 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-858-2451-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.

KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9627-7.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

Anorexie [online]. [cit. 2012-10-28a]. Dostupné z:
<http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>

Anorexie [online]. [cit. 2012-10-28b]. Dostupné z:
<http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>

Hermannová, N. *Zemřela modelka Isabelle Caro známá z billboardů proti anorexii* [online]. ©1999-2012 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: http://revue.idnes.cz/zemrela-modelka-isabelle-caro-znama-z-billboardu-proti-anorexii-pw3-/missamodelky.aspx?c=A101229_163017_missamodelky_nh/missamodelky.aspx?c=A070926_123203_missamodelky_bih

Kohoutek, R. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka>

Křehnáč, V., *Mentální anorexie u dětí* [online]. © 2001-2010 [cit. 2012-10-25]. Dostupné z: http://www.alfabet.cz/portal/page?_pageid=33,1,33_32529&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=603&Id_Cl=786&Action=4&back_url=http://www.alfabet.cz/portal/page?_pageid=33,1,33_32529%5E_dad=portal%5E_schema=PORTAL%5EId=603%5EAction=3%5ERecOnPg=5

Nechanská, B. *Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr>

Průběh a prognóza. [online]. © 2012 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.vpechackova.estranky.cz/clanky/anorexie/prubeh-a-prognoza.html>

UHLÍKOVÁ, P. *Asociace dětské a dorostové psychiatrie* [online]. [2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.addp.cz/nejcastejsi-dusevni-poruchy-deti-a-dorostu/prouchy-prijum-potravy>

Reuters. *French "No Anorexia" model dies at age of 28.* [online]. [cit. 2013-01-29]. <http://www.reuters.com/article/2010/12/30/us-france-model-idUSTRE6BT15G20101230>

Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Farmakoterapeutické informace. Měsíčník pro lékaře a farmaceuty. 2007* [online]. © 2010 [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: www.sukl.cz/file/2968_1_1/download/ ISSN 1211-0647

Občanské sdružení Anabell [online]. © 2002-2012 [2012-11-10]. Dostupné z:
<http://anabell.cz/>

ÚZIS ČR, *Aktuální informace č. 62/1*. Ústav zdravotnických informací a statistiky [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-01-20a]. Dostupné z:
http://www.uzis.cz/system/files/62_12.pdf

ÚZIS ČR, *Aktuální informace č. 62/1*. Ústav zdravotnických informací a statistiky [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-01-20b]. Dostupné z:
http://www.uzis.cz/system/files/62_12.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Dívka v zrcadle	12
Obrázek 2: Isabelle Caro.....	37

Seznam grafů

Graf 1: Kolik je ti let?	39
Graf 2: Slyšela jsi o mentální anorexii od svých rodičů nebo rodinných příslušníků?	43
Graf 3: Slyšela jsi o mentální anorexii ve škole od učitelů?.....	44
Graf 4: Hledala jsi někdy sama informace o mentální anorexii (např. přes internet)?	45
Graf 5: Kdo mentální anorexií nejčastěji trpí?.....	45
Graf 6: Je mentální anorexie smrtelná choroba?	46
Graf 7: Která odpověď je správná o chorobě mentální anorexie?	47
Graf 8: Chtěla by ses dozvědět o mentální anorexii více informací?	47
Graf 9: Je nějaká část těla, se kterou jsi nespokojená?	48
Graf 10: Jsi spokojená se svou hmotností?	49
Graf 11: Chtěla bys být.....	49
Graf 12: Chtěla bys mít postavu	50
Graf 13: Máš strach z tloušťky?.....	50
Graf 14: Myslíš si, že je v životě důležité být štíhlá?	51
Graf 15: Jak se cítíš ty?	52
Graf 16: Jak často se vážíš?	52
Graf 17: Přemýšlíš nad tím, jak být hubenější, štíhlejší?.....	53
Graf 18: Cvičíš nebo sportuješ, abys zhubla?.....	54
Graf 19: Držela jsi nebo držíš nějaké diety s cílem zhubnout?	54

Seznam tabulek

Tabulka 1: Faktory predisponující, spouštěcí a udržující onemocnění (dle Shawa a Raje, 1984)	19
Tabulka 2: Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (MKN-10, 2006)	30

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B - Matice	IV
Příloha C - Počet ambulantních pacientů s dg. F50 podle kraje, pohlaví a věkových skupin v roce 2011.....	XI
Příloha D - Počty hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních podle jednotlivých diagnóz, pohlaví a věkových skupin v roce 2011	XII
Příloha E - Úvaha 14 leté dívky na téma mentální anorexie ze ZŠ V. K. Klicpery z Nového Bydžova	XIII

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Pavel Ort a studuji 3. ročník bakalářského studia na Univerzitě Jana A. Komenského v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, nepodepisujte se. Je určen pouze pro závěrečnou práci.

Dotazník je určen pouze pro dívky ve věku 11, 12, 13, 14, 15 let.

U každé otázky zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za pomoc a spolupráci.

1. Kolik je ti let?

11 12 13 14 15

2. Slyšela jsi o mentální anorexii od svých rodičů nebo rodinných příslušníků?

Ano Ne

3. Slyšela jsi o mentální anorexii ve škole od učitelů?

Ano Ne

4. Hledala jsi někdy sama informace o mentální anorexii (např. přes internet...)?

Ano Ne

5. Kdo mentální anorexií nejčastěji trpí?

Dívky Chlapci Nevím

6. Je mentální anorexie smrtelná choroba?

Ano Ne Nevím

7. Která odpověď je správná o chorobě mentální anorexie?

a) Hubnutí, držení přísných diet, nespokojenost s vlastním tělem

b) Hubnutí způsobené onemocněním žaludku, kdy člověk není schopen jíst z důvodu nechutenství a zvracení

c) Nevím

8. Chtěla by ses dozvědět o mentální anorexii více informací?

Ano Ne Nevím

9. Je nějaká část těla, se kterou jsi nespokojená?

Ano Ne Nevím

10. Jsi spokojená se svou hmotností?

Ano Ne Nevím

11. Chtěla bys být

- a) hubenější
- b) silnější
- c) stejná, jsem spokojená

12. Chtěla bys mít postavu

- a) stále dětskou
- b) jako dospělá žena
- c) přiměřenou svému věku

13. Máš strach z tloušťky?

Ano Ne Nevím

14. Myslíš si, že je v životě důležité být štíhlá?

Ano Ne Nevím

15. Jak se cítíš ty?

- a) hubená
- b) normální postavy
- c) silná
- d) obézní

16. Jak často se vážíš?

- a) 1x denně
- b) 1x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) nevážím se

17. Přemýšlíš nad tím, jak být hubenější, štíhlejší?

- a) občas přemýšlím
- b) neustále přemýšlím
- c) nepřemýšlím

18. Cvičíš nebo sportuješ, abys zhubla?

Ano Ne

19. Držela jsi nebo držíš nějaké diety s cílem zhubnout?

Ano Ne

Příloha B: Vyhodnocovací matice

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
1.	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	3	2	2	2	4	3	2	2
2.	1	2	1	2	1	3	2	1	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
3.	1	2	2	2	1	3	1	1	2	1	3	3	3	2	2	1	1	1	1
4.	1	1	2	1	3	3	1	2	1	1	3	3	1	2	2	3	3	1	2
5.	1	2	2	2	3	3	2	1	1	3	1	3	3	2	3	4	1	2	2
6.	1	2	1	2	1	3	2	1	2	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2
7.	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2
8.	1	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	1	3	2	2	4	3	2	2
9.	1	2	2	2	1	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2
10.	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	3	1	2	2	2	3	2	2
11.	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	3	1	2	2	2	1	1	2
12.	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	1	3	1	2	2	2	2	1	2
13.	1	1	2	2	1	3	1	3	1	2	1	3	3	3	2	1	1	1	1
14.	1	2	2	2	3	3	2	1	2	3	1	3	1	2	2	3	1	1	2
15.	1	2	2	2	3	3	1	3	1	3	1	3	3	2	3	2	1	1	2
16.	1	2	2	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	2	4	3	1	2
17.	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	2	1	1	2
18.	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
19.	1	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	2	3	2	1	2	2
20.	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	3	3	2	1	1
21.	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	1	1	2
22.	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
23.	1	1	2	1	1	3	1	2	2	1	3	3	1	2	2	3	3	2	2
24.	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2
25.	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
26.	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	2	2
27.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	2	1	1	1
28.	1	2	2	2	3	3	1	1	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
29.	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	1	2
30.	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	2	3	2	2
31.	1	2	2	2	1	3	2	3	2	1	3	3	2	3	2	2	3	2	2
32.	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2	2	2	1	3	2	2
33.	1	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	4	3	1	2
34.	1	1	2	1	1	3	2	2	1	2	1	3	1	2	3	2	2	1	1
35.	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	2	2	2	3	2	2
36.	1	1	2	2	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
37.	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	3	3	1	3	2	1	1	1	2
38.	1	2	1	1	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	3	1	1	2
39.	1	2	2	2	3	3	3	2	2	1	3	3	1	2	1	2	1	2	2
40.	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	2
41.	1	2	2	2	1	3	1	1	1	3	1	3	3	2	2	3	3	1	2

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
42.	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2
43.	1	2	2	2	1	1	3	3	2	1	3	3	2	3	1	3	3	2	2
44.	1	1	2	2	1	3	1	2	3	2	1	3	3	3	3	1	1	1	2
45.	1	2	2	2	3	3	3	1	2	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2
46.	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	3	2	1	1
47.	2	1	2	2	1	1	1	2	3	3	1	3	3	2	2	3	1	1	2
48.	2	2	2	2	1	1	1	3	2	1	3	3	1	2	2	4	3	2	2
49.	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	3	3	1	2	2
50.	2	2	1	2	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	2
51.	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	1	1	3	1	1	2	2
52.	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1
53.	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	4	3	2	2
54.	2	2	1	2	1	1	3	3	1	2	1	3	1	3	2	4	1	1	2
55.	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	1	3	1	1	4	4	2	1	1
56.	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	1	3	1	1	4	4	1	1	1
57.	2	1	2	2	1	1	1	2	3	1	3	3	1	1	2	3	1	1	2
58.	2	2	2	2	3	3	3	1	2	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1
59.	2	2	2	2	3	3	3	2	1	1	1	3	1	2	2	3	1	1	2
60.	2	2	2	2	1	3	2	3	2	1	3	3	1	2	2	2	1	2	2
61.	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	3	2	1	1	1	2
62.	2	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	3	1	2	2	4	1	1	2
63.	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	2	2	3	1	1	2
64.	2	1	2	1	1	3	2	1	3	1	3	3	3	2	2	3	1	2	2
65.	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	2	1	4	3	2	2
66.	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
67.	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	3	3	2	1	3	1	1	2
68.	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	3	3	2	2
69.	2	1	2	2	1	3	1	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
70.	2	2	2	1	1	1	3	2	1	1	3	2	3	3	2	3	1	1	1
71.	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	1	2	2	3	1	2	2
72.	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1	2	2	3	3	1	2
73.	2	2	2	2	1	3	2	1	1	3	1	3	1	2	2	4	1	1	2
74.	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	3	1	2	2	3	1	1	2
75.	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	3	3	1	2	2	4	1	2	2
76.	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	3	1	1	1
77.	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	3	1	2	2	3	2	1	1
78.	2	1	2	1	3	3	1	1	2	1	3	3	2	2	2	3	1	2	2
79.	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	2	2
80.	2	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	3	1	2	3	4	1	2	1
81.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	2	2	2	1	1	1
82.	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2	3	3	1	1	1
83.	2	2	2	2	1	2	1	1	1	3	1	3	1	2	2	3	1	2	2

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
84.	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	3	2	3	3	1	1	1
85.	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2
86.	2	1	1	3	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	1	4	3	2	2
87.	2	2	2	2	3	3	3	1	2	1	3	3	2	2	2	3	1	2	2
88.	2	1	1	2	3	1	3	3	3	2	1	3	1	3	2	2	1	1	1
89.	2	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	3	1	2	2	3	1	2	1
90.	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	4	2	1	2
91.	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
92.	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	2	2	1	3	1	2
93.	2	1	2	2	1	1	2	3	1	2	1	3	3	2	2	3	1	1	1
94.	2	1	1	2	1	3	1	2	3	1	3	3	1	2	2	3	1	1	2
95.	2	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1	3	2	2	2	1	2	1	1
96.	2	1	2	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	1	2
97.	2	2	2	2	3	3	2	3	1	2	1	3	1	2	4	1	1	1	1
98.	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2
99.	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2
100.	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1	4	3	1	1	1
101.	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	1	3	1	2	2	2	1	1	2
102.	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2	1	2	3	3	1	2
103.	2	2	2	2	3	3	3	1	2	1	3	3	1	3	2	3	1	1	2
104.	3	2	1	2	1	3	3	1	1	2	1	3	1	3	2	4	1	2	2
105.	3	2	1	2	3	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	4	3	2	2
106.	3	2	2	1	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	2	2	1	2	2
107.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	2	2	1
108.	3	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	3	3	1	1	1
109.	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
110.	3	2	1	2	1	3	2	3	1	2	1	3	1	2	4	3	2	1	2
111.	3	1	1	2	1	3	1	1	2	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2
112.	3	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	2	2	4	3	1	2
113.	3	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	3	1	3	2	3	1	2	2
114.	3	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	3	1	2	3	3	2	2	1
115.	3	2	2	2	1	3	2	3	3	2	1	3	3	3	2	2	1	2	2
116.	3	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
117.	3	1	2	1	1	1	2	1	3	2	3	3	2	3	2	3	1	1	2
118.	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
119.	3	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	3	1	3	3	1	1	1
120.	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	3	1	3	4	1	1	2	2
121.	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	3	2	1	2
122.	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	1	2	2	3	1	2	2
123.	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	3	1	2	2	3	1	1	2
124.	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3	2	2	3	1	1	1	2
125.	3	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	2

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
126.	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	3	3	1	2	2	3	3	2	2
127.	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	2	4	3	2	2
128.	3	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	1	2	2	3	3	2	2
129.	3	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	2	2	1	2	3	2	2
130.	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1	2
131.	3	2	1	2	1	1	2	3	1	3	1	3	3	2	2	4	1	1	2
132.	3	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2	3	1	1	2
133.	3	2	1	2	1	3	1	3	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
134.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	3	1	1	2
135.	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	2
136.	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2
137.	3	1	1	2	1	3	2	1	3	3	1	3	3	2	3	3	1	1	1
138.	3	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	4	3	1	2	1
139.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	2	3	1	1	2
140.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	3	3	1	1	1
141.	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	4	3	2	2
142.	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	2	2	3	1	2	2
143.	3	2	1	2	1	3	1	1	1	3	1	3	2	2	2	3	1	2	2
144.	3	1	2	2	1	3	2	3	2	2	1	3	1	3	2	3	1	1	2
145.	3	1	2	1	3	3	2	1	2	1	3	3	1	3	2	3	1	1	2
146.	3	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	1	3	3	1	1	1
147.	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	3	1	1	2
148.	3	2	1	2	1	1	2	3	3	2	1	1	1	1	2	3	1	1	2
149.	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	2
150.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	3	2	2	1
151.	3	1	2	2	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	1	1	2
152.	3	2	2	2	1	3	1	2	1	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2
153.	3	1	1	2	1	1	2	3	1	2	1	3	1	1	3	4	3	1	2
154.	3	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	3	3	2	2	1	2	2
155.	3	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	1
156.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	3	4	2	1	1
157.	3	2	2	2	3	3	3	1	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
158.	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	3	2	1	1	1
159.	3	2	2	2	3	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	3	1	1	2
160.	3	2	2	2	1	3	3	1	1	2	1	3	2	2	2	3	1	1	2
161.	4	1	1	2	3	1	3	2	1	2	1	3	2	2	3	3	1	2	1
162.	4	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	3	2	2	4	3	2	2
163.	4	2	1	2	1	1	1	3	1	1	3	3	2	3	2	3	3	1	2
164.	4	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	2	1	1	2	2	3	1	2
165.	4	2	2	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
166.	4	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1
167.	4	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	3	3	3	2	3	1	1	1

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
168.	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	3	2	1	2
169.	4	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2
170.	4	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2
171.	4	2	1	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	1	1	3	3	1	2
172.	4	1	2	2	1	1	2	3	1	1	3	3	1	3	2	2	1	1	2
173.	4	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	3	1	1	2	3	1	1	2
174.	4	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1	4	3	1	2
175.	4	2	2	2	1	3	1	3	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
176.	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	3	1	2	1	1
177.	4	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	3	3	1	4	4	1	1	2
178.	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	4	2	1	1
179.	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
180.	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	3	2	2	1	1
181.	4	2	1	2	1	1	1	2	1	3	1	3	2	2	2	3	1	2	2
182.	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1
183.	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	3	2	1	1	1
184.	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	2
185.	4	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3	1	2	3	4	2	1	1
186.	4	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	2	2	2	3	1	1	2
187.	4	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	2	2	1	1	2
188.	4	2	1	2	1	3	1	2	1	1	3	3	3	2	2	4	1	1	2
189.	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	2
190.	4	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	3	1	2	2	3	1	1	2
191.	4	2	1	2	1	1	1	2	3	1	3	2	1	1	2	4	1	1	2
192.	4	2	1	2	1	3	1	2	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
193.	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	2	2	4	1	1	1
194.	4	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	2	2	2	1	1	1
195.	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	2
196.	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2
197.	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	3	1	1	2
198.	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	4	1	1	2
199.	4	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2	4	4	3	2	2
200.	4	2	1	2	1	1	3	3	1	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
201.	4	1	1	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	1	3	3	2	2
202.	4	1	2	2	3	3	2	2	1	2	1	3	1	2	2	3	1	1	2
203.	4	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2
204.	4	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	2	3	1	1	1
205.	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	3	1	1	2
206.	4	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	3	3	2	3	2	1	2	1
207.	4	1	1	2	3	1	2	2	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
208.	4	2	1	2	1	1	3	3	2	1	3	3	1	2	2	3	3	1	2
209.	4	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	3	1	2	3	4	1	1	1

Pořadové číslo Respondentky	Znak																		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
210.	4	2	1	2	1	1	1	2	3	3	3	2	2	1	2	4	3	1	2
211.	4	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	2	2	1	4	3	3	2	2
212.	4	1	2	2	1	1	3	2	1	2	1	3	1	3	3	4	2	1	2
213.	4	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	2	1	2	1
214.	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	3	2	1	2
215.	4	1	2	2	1	1	2	2	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
216.	4	2	1	2	1	1	3	3	2	1	3	3	2	2	2	3	3	1	2
217.	4	2	2	2	1	1	2	3	1	2	1	3	1	2	4	4	1	1	2
218.	4	2	2	1	3	3	3	2	1	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2
219.	4	1	1	2	1	1	2	3	2	2	2	3	1	3	1	3	1	2	2
220.	4	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	2	2	2	2	1
221.	4	2	2	2	3	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	4	3	1	2
222.	4	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2
223.	5	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	3	2	2	3	4	1	1	2
224.	5	1	2	2	1	1	1	2	3	1	3	3	2	3	2	4	3	2	2
225.	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	1
226.	5	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1
227.	5	2	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	3	1	2	3	2	2
228.	5	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3	3	2	3	2	1	1	2
229.	5	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	3	3	1	1	2
230.	5	2	1	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2	2	4	2	2	2
231.	5	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	3	3	2	2	3	1	1	2
232.	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	2
233.	5	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1
234.	5	2	2	2	3	3	3	3	1	2	1	3	1	2	2	3	1	1	1
235.	5	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
236.	5	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	4	4	1	2	2
237.	5	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	3	1	2	2	3	1	1	2
238.	5	2	1	2	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	2	3	1	1	2
239.	5	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	3	4	2	1	2
240.	5	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3	2	3	1	1	2
241.	5	1	2	2	1	1	1	3	1	1	3	3	1	2	2	3	1	1	2
242.	5	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	2	3	2	1	2
243.	5	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	3	4	1	1	1
244.	5	1	1	2	1	1	1	2	3	1	3	3	2	2	2	4	3	2	2
245.	5	2	2	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	4	3	2	2
246.	5	2	2	2	1	3	3	2	2	2	1	3	2	2	2	4	3	2	2
247.	5	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2
248.	5	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	4	1	1	1
249.	5	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	2	3	2	2
250.	5	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	2	3	1	1	1
251.	5	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	3	1	1	2	4	1	2	2

252.	5	2	2	2	1	3	1	2	2	1	3	3	2	3	2	4	3	2	2
253.	5	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	1	1	1	2
254.	5	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	2	2

Příloha C – Počet ambulantních pacientů s dg. F50 podle kraje, pohlaví a věkových skupin v roce 2011

Kraj	Celkem	Muži	Ženy	Věková skupina			z celku nově zjištěná onemocnění
				0–14 let	15–19 let	20 let a více	
Hl. m. Praha	1 270	129	1 141	85	320	865	540
Středočeský	172	27	145	6	49	117	96
Jihočeský	131	17	114	10	33	88	53
Plzeňský	119	8	111	11	29	79	38
Karlovarský	41	1	40	3	14	24	16
Ústecký	102	7	95	12	38	52	58
Liberecký	112	17	95	7	35	70	15
Královéhradecký	123	4	119	6	33	84	39
Pardubický	153	2	151	17	83	53	67
Vysočina	85	12	73	15	27	43	31
Jihomoravský	554	96	458	73	187	294	140
Olomoucký	242	11	231	32	68	142	99
Zlínský	103	10	93	6	35	62	48
Moravskoslezský	182	16	166	25	80	77	56
Celkem	3 389	357	3 032	308	1 031	2 050	1 296

ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 62/2012

kód diagnózy F50 – mentální anorexie (dle MKN-10)

Příloha D – Počty hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních podle jednotlivých diagnóz, pohlaví a věkových skupin v roce 2011

Věková skupina	F50.0	F50.1	F50.2	F50.3	F50.4	F50.5	F50.8	F50.9	Celkem
	muži								
5–9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10–14	3	-	-	-	1	-	-	-	4
15–19	1	-	1	-	1	-	-	1	4
20–24	4	-	-	-	-	-	-	-	4
25–29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30–34	-	-	-	-	1	-	-	-	1
35–39	1	-	-	-	-	-	1	-	2
40–44	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45–49	-	-	-	-	-	-	-	1	1
50–54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55–59	-	-	-	-	2	-	-	-	2
60–64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65–69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	9	-	1	-	3	-	1	2	18
	ženy								
5–9	1	-	-	-	-	-	-	-	1
10–14	53	3	1	-	-	-	1	1	59
15–19	81	11	21	3	1	-	1	-	118
20–24	17	5	16	-	-	3	-	2	43
25–29	22	2	9	-	-	1	-	-	34
30–34	13	1	6	-	2	-	-	-	22
35–39	11	2	4	1	-	-	-	-	18
40–44	6	1	4	1	-	-	-	1	13
45–49	1	-	1	-	-	-	1	-	3
50–54	1	-	2	1	1	-	1	-	6
55–59	-	-	1	-	-	-	2	-	3
60–64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65–69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70+	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Celkem	206	25	65	6	4	4	6	4	321

Přehled použitých diagnóz MKN-10

Kód diagnózy	Název diagnózy
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy přijímání jídla
F50.9	Porucha přijímání jídla, NS

ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 62/2012

Příloha E – Úvaha 14 leté dívky na téma mentální anorexie ze ZŠ V. K. Klicpery z Nového Bydžova

Veronika Žilková, 8.B.

Anorexie (Úvaha)

Co je anorexie? Anorexie patří spolu s bulimií mezi poruchy příjmu potravy. Anorexie je charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Samotné slovo anorexie znamená ztrátu chuti k jídlu, nechutenství. Je však poněkud zavádějící, protože samotná ztráta chuti k jídlu je až sekundárním důsledkem toho, že dívka dlouhodobě hladoví.

Ptáte se proč? Odpověď je jednoduchá, dívky chtějí vypadat jako ty krásné ženy v módních časopisech. Mít krásné lesklé vlasy a úžasně hubenou postavu. Ale když se podívají do zrcadla, zjistí, že pravda je jiná. Vlasy nejsou tak dokonalé a postava taky nic moc. A proto si ničí těla drastickými dietami (snižováním příjmu tekutin a potravy), zvyšováním energetického výdeje (cvičení), eventuálně dalšími postupy jako je záměrně vyprovokované zvracení (bulimie) a zneužívání léků (projímadel, nebo léků na obezitu). A to je jen proto, aby splňovaly ten pomyslný „ideál krásy“. V dnešní době stále více přibývá anorektiček.

Jaké jsou příznaky? Představa pacienta, že je tlustý, strach z tloušťky, zkreslené představy o svém těle. Nespavost, pacient se špatně soustředí, ztráta menstruace u žen. Anorexie se projevuje velmi často i psychickými problémy, příznaky pocitu osamocení, zoufalství, smutku, bezmoci, deprese, sebevražednými sklony nebo sklony k sebepoškozování.

Napomáhají tomu taky muži? Ano, když vypustí z úst ta hnusná slova: „Prosím tě, neměla bys už se sebou něco začít dělat? Ty dvě kila navíc jsou na tobě hrozně vidět!“

Jak hodně za to může internet? V této době velmi. Na internetu se objevují tak zvané Pro-ana blogy, kde dívky získávají podporu a pocit, že vlastně dělají správnou věc. Jejich častá hesla jsou: „Anorexie není nemoc, ale životní styl!“ nebo „Raději budu mrtvá než tlustá.“

Jak probíhá léčba? Léčba probíhá buď ambulantně, u vážných případů, kde je výrazná ztráta hmotnosti a kde jsou ovlivněny orgánové funkce, je nevyhnutelná hospitalizace, většinou na klinice gerontologické a metabolické. Zde se lékaři snaží zabezpečit a zajistit zvýšení energetického příjmu v podobě nitrožilní potravy a zvládnutím psychického stresu.

V další fázi je potřebná izolace (přerušení kontaktů z domácností) a vypracování nového stravovacího pořádku s cílem postupného zvyšování hmotnosti.

Zatím nejsou známy léky, které jsou speciálně na léčbu anorexie. Ale mohou se podávat vitamíny, antidepressiva, anabolika (steroidy) a léky podporující chuť k jídlu.

A můj názor? Myslím, že dívky by neměly být přehnaně hubené. Neměly by se vzhlížet v modelkách a jiných „krásných“ ženách a dívkách na titulních stranách časopisů. Měly by si uvědomit, že to je jejich zdraví a měly by se starat o to, aby na tomto světě zůstaly co nejdéle a neničily si zdraví jenom kvůli tomu, že četly o modelkách, co mají 170cm a 40kg a jsou dle kritiků ideálem krásy.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Pavel Ort

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Puberta, hrozba mentální anorexie

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 14

Počet titulů českých použitých zdrojů: 10

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 13

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Marie Farková