

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Alena Bláhová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

SPRÁVNOU VÝŽIVOU PROTI ANOREXII

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Lence Luhanové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Bláhová Alena

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Správnou výživou proti anorexii

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran: 59, 26

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 18

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – mentální anorexie – body mass index – výživa
výživové doporučení – prevence

Souhrn:

Téma této bakalářské práce je „Správnou výživou proti anorexii.“ Práce zpracovává pohled na mentální anorexii a hodnotí rizikové faktory tohoto onemocnění. Skládá se z části teoretické a praktické. V teoretické části popisují problematiku onemocnění mentální anorexie (historii, poruchy příjmu potravy, definování mentální anorexie, specifické typy mentální anorexie, etiologické faktory, zdravotní komplikace, diagnostiku mentální anorexie, léčbu, prevenci) a výživu jako jeden z faktorů prevence.

V praktické části jsem zpracovala čtyři kazuistiky doplněné rozhovorem. V závěru práce vyhodnocuji výzkumné otázky. Závěrů z práce jsem využila k sestavení edukačního materiálu. Je zaměřen na pomoc nemocným anorexií a hodí se i pro prevenci poruch příjmu potravy.

Annotation

Surname and name: Bláhová Alena

Department: Department of Paramedical Rescue Work and Technical Specializations

Title of Thesis: Proper Nutrition against Anorexia

Supervisor: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages: 59, 26

Number of attachments: 10

Number of resources: 18

Key words: eating disorders – anorexia nervosa – body mass index – nutrition – nutritional recommendations – prevention

Summary:

The title of the thesis is “Proper Nutrition against Anorexia”. The thesis deals with anorexia nervosa and assesses the risk factors of the disease. The first part presents theoretical background, while the second part is practical. In the theoretical part I describe anorexia and related issues (history, eating disorders, definition of anorexia nervosa, specific types of anorexia, etiology of the disease, health complications, how to diagnose anorexia, treatment, prevention) and proper nutrition as an important factor in prevention.

In the practical part I have presented four case studies supplemented by interviews. In the conclusion of the thesis I evaluate the findings related to the research objectives. I have used the conclusions of the thesis to create educational materials. Their aim is to help patients suffering from anorexia; these materials are also useful for prevention of eating disorders.

Obsah

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	13
1.1 Historie	13
1.1.1 Souhrn poznatků o mentální anorexii	13
1.2 Poruchy příjmu potravy	13
1.3 Definování mentální anorexie	14
1.3.1 Nejčastější symptomy mentální anorexie	15
1.3.2 Výskyt mentální anorexie	16
1.4 Specifické typy mentální anorexie	16
1.4.1 Restriktivní (nebulimický) typ	16
1.4.2 Purgativní (bulimický) typ	16
1.5 Etiologické faktory	16
1.5.1 Biologické faktory	17
1.5.2 Sociální faktory	17
1.5.3 Psychologické faktory	17
1.5.4 Puberta	17
1.6 Zdravotní komplikace.....	18
1.6.1 Komplikace kardiovaskulárního systému.....	18
1.6.2 Renální komplikace	18
1.6.3 Poruchy metabolismu kostí	19
1.6.4 Komplikace trávicího systému	19
1.6.5 Porucha termoregulace	19
1.6.6 Dermální projevy	20
1.6.7 Poruchy menstruace.....	20
1.6.8 Poruchy psychiky	20
1.7 Diagnostika mentální anorexie	21
1.7.1 Anamnéza	21
1.7.2 Somatické vyšetření.....	22
1.7.3 Laboratorní vyšetření.....	23

1.8 Léčba	23
1.8.1 Psychoterapie.....	25
1.8.2 Rodinná terapie.....	25
1.8.3 Farmakoterapie	25
1.8.4 Dietní péče.....	25
1.9 Prevence.....	27
2 VÝŽIVA	29
2.1 Vztah výživy a nemocnosti.....	29
2.2 Fyziologie výživy	29
2.3 Základní složky výživy.....	29
2.3.1 Bílkoviny	30
2.3.2 Tuky.....	30
2.3.3 Sacharidy	32
2.4 Význam zdravé výživy	34
2.4.1 Pyramida zdravé výživy	34
2.4.2 Výživová doporučení.....	35
2.4.3 Stravovací návyky	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
3 FORMULACE ZKOUMANÉHO PROBLÉMU.....	37
4 CÍLE PRÁCE.....	37
5 METODIKA VÝZKUMU	38
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
7 VZOREK RESPONDENTŮ.....	38
8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	39
8.1 Kazuistika 1	39
8.1.1 Rozhovor K 1	44
8.2 Kazuistika 2	49
8.2.1 Rozhovor K 2	52
8.3 Kazuistika 3	55
8.3.1 Rozhovor K 3	56
8.4 Kazuistika 4	60
8.4.1 Rozhovor K 4	61

9 DISKUSE	65
ZÁVĚR	69
LITERATURA A PRAMENY	71
SEZNAM ZKRATEK	73
SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH	75
PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Posedlost zdravým stravováním, abnormální znalosti energetických hodnot téměř všech potravin, nadměrná sportovní aktivita, postupná ztráta hmotnosti, změna nálad...to vše jsou příznaky mentální anorexie! Mentální anorexie patří v dnešní době mezi nejčastější poruchy příjmu potravy. Dle statistiky uveřejněné na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2012 léčeno 3 461 klientů s poruchami příjmu potravy a hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení byla zaznamenána u 330 případů. Z celkového množství bez ohledu na pohlaví a věk představovala mentální anorexie a atypická mentální anorexie 239 hospitalizovaných klientů. Avšak mnoho klientů odbornou pomoc vůbec nevyhledá. S onemocněním mentální anorexie se setkáváme i v dětském věku, postihnout však může kohokoli z nás. Začátkem může být již odmítnutí svého oblíbeného pokrmu a s prvotním úbytkem hmotnosti touha po dokonalosti stále narůstá. Mentální anorexie postihuje tělesnou i psychickou stránku, proto by se tato diagnóza neměla podceňovat a léčba musí být komplexní.

Na myšlenku napsat bakalářskou práci na téma spojené s diagnózou mentální anorexie mě přivedla souvislá praxe na Dětské psychiatrické klinice FN Motol, kterou jsem absolvovala během předchozího studia, osobní zkušenost v rodině a propagace nezdravé štíhlosti v médiích.

Předmětem bakalářské práce je souhrnný popis tohoto onemocnění, optimální výživová doporučení a čtyři kazuistiky doplněné rozhovorem.

Cílem bakalářské práce je čtenáři přiblížit základy problematiky tohoto onemocnění, shromáždit ucelené informace a upozornit na důležitost prevence. Dále zjistit souvislosti mezi vznikem onemocnění mentální anorexie a vztahy v rodině, porovnat, zda všechny zúčastněné enormně kontrolovaly složení potravin z hlediska množství i energetické hodnoty. Zjistit, zda bylo možné onemocnění nějak předejít, zhodnotit, zda si zúčastněné klientky uvědomují svůj problém. Vytvořit edukační materiál týkající se dané problematiky a zpracovat návrh semináře zabývající se prevencí mentální anorexie a zdravými mezilidskými vztahy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

1.1 Historie

Kult štíhlosti a poruchy příjmu potravy nejsou jen módním výstřelkem dnešní uspěchané doby, ale jejich rozvoj sahá až do dávné minulosti, kdy názor na krásu prošel vývojem. Symbol plodnosti dříve představovala věstonická venuše, od 12. století náboženství doprovázely různé rituály a postní dny, v 17.–18. století byl na vrcholu barokní ideál krásy a dnes je módním průmyslem preferována extrémní vyhublost.

1.1.1 Souhrn poznatků o mentální anorexii

První zmínky o poruchách příjmu potravy byly zaznamenány již v dávné minulosti. Jednalo se zejména o rituály spojené s náboženstvím nebo protestní akce s hladovkou. Příznaky mentální anorexie byly poprvé popsány Galénem ve 2. století. V období mezi 12.–15. století docházelo k hladovění žen, které se hladověním vykupovaly ze svých hříchů. Anorektické světice jsou známé z období 16. století. Definice mentální anorexie byla poprvé zaznamenána britským lékařem Richardem Mortonem, zatímco diagnostické vymezení provedl William Gull. V roce 1890 dochází ke kritice společnosti spisovatelkou H.B. Stoweovou. Termín kalorie zavedl Dr. Lulu Hunt Peters v roce 1917, který následně vydal publikaci O dietách a zdraví, kde doporučuje nízkotučné a sacharidové diety. Roku 1967 se Twiggy (41 kg/170 cm) se svojí chlapeckou postavou dostává do popředí módních ikon časopisu Vogue. Kolem roku 1970 přichází hrozba švédského psychiatra S. Tandra, který varuje před nárůstem poruch příjmu potravy. Ameriku zaplavují nízkokalorické potraviny a vítěžkami soutěže krásy se stávají extrémně štíhlé dívky. Od roku 1990 až do současnosti veřejnost bojuje s propagací nepřiměřené vyhublosti a zahajuje se prevence pro poruchy příjmu potravy. (Navrátilová, 2000)

1.2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy můžeme označit jako závažný fenomén současné uspěchané doby, kdy jsou na nás kladeny vysoké nároky. Jedná se o bio-psycho-sociální

onemocnění s nejasným původem. Mezi charakteristické rysy této problematiky řadíme zejména manipulativní zacházení s jídlem, problémy se sebekontrolou, sebepojetím a v neposlední řadě také problematický vztah ke svému okolí i sama k sobě. Do skupiny PPP řadíme mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou MA a atypickou MB. To však zdaleka není vše. Ještě je nutné zdůraznit, že do této kategorie spadají i ortorexie, bigorexie, drunkorexie a chorobné přejídání. Všechny zde uvedené příklady onemocnění mají společné, že postihují všechny složky osobnosti, je zde duševní základ, změna stravování a přístupu k jídlu.

1.3 Definování mentální anorexie

Mentální anorexie neboli anorexia nervosa (z řečtiny an – zbavení, nedostatek, orbis – chuť) se charakterizuje nedostatkem chuti k jídlu nebo sníženým podnětem pro příjem potravy. Nejčastěji je tato nemoc diagnostikována v pubertě a adolescenci, ale může se projevit i dříve nebo později. Spolu s ostatními poruchami příjmu potravy se řadí mezi psychické poruchy. Během nemoci je časté patologické vnímání vlastního těla a je narušen postoj k jídlu a k běžným stravovacím návykům. Jídlo je chápáno spíše jako nepřítel a s každým soustem se zvyšuje strach z přibývání na váze. Nemocný se zajímá hlavně o svůj vzhled a váhu. Úmyslné snižování a udržování velice nízké hmotnosti je provázeno obavou z tloušťky. Následkem minimálního nebo žádného příjmu potravy vzniká podvýživa, která sebou přináší další komplikace odrážející se na zdravotním stavu nemocného. Běžným projevem jsou také ovládací a nutkavé myšlenky. Prvotní příznaky této poruchy mohou být prezentovány jako snaha o zdravý životní styl. V některých případech je také zvýšený zájem o jídlo – vaření a příprava jídel pro ostatní, čtení receptů apod. Nemocní velice dobře ovládají energetické složení potravin, pokrmů a nápojů. Často se jedná o velmi inteligentní jedince se sklonem k perfekcionismu. Svého cíle dosahují zvyšováním energetického výdeje na maximum. V mnoha případech je známo také zneužívání léků – anorektika, diuretika, projímadla. Tato nemoc je diagnostikována pod označením F500.

(Kohout, 2010; Marádová, 2007; Pamplona-Roger, 2003, Sucharda, 1995)

„Pro postižené mentální anorexií se ztráta váhy stává smutnou životní cestou.“

(Papežová, 2000, s. 10)

1.3.1 Nejčastější symptomy mentální anorexie

I přes veškeré varování a známost problematiky mentální anorexie jen málokdy zaznamenáme prvotní příznaky nemoci. Klientky s MA dovedou velice dobře a rafinovaně všechny projevy skrývat a tak si dlouhou dobu nemusíme všimnout žádných změn. Avšak pokud se naplní některý z těchto bodů, je důležité tomu věnovat pozornost.

- Změna stravování, z jídelního lístku se zpočátku vynechávají jídla nezdravá – s vysokou energetickou hodnotou. Do této kategorie spadají všechny sladkosti a tučná jídla. Počet omezených potravin se postupem času zvyšuje a nemocný přijímá jen minimum potravin nejlépe s označením „light“.
- Vyhýbání se společnému stravování. Zvyšuje se lhaní ohledně příjmu potravy. Běžně nemocní uvádějí, že jsou již po jídle nebo si jídlo vezmou do svého pokoje, kde se ho nějakým rafinovaným způsobem zbaví.
- Ceremoniál při jídle. Během jídla si zhodnotí co snědí a co ne. Jídlo si vychutnávají, jedí velmi pomalu a vše rozkrajují na malé kousíčky. Jídelní tempo je tak pomalé, že se nikdy nestihnou najíst. Jídlo rozmazávají po talíři, aby mohli sníst co nejméně.
- Maximalizace jídla. Snaha ostatní přesvědčit jak jsou přejedení. Velmi dobrá interpretace vlastního stravování. Stravování ve společnosti je pro ně velice stresujícím faktorem.
- Vysoká fyzická aktivita, potřeba neustále něco dělat.
- Nízká koncentrace. Nemocní mají svůj řád a plán, pokud jim ho někdo naruší, bývají podráždění vykojení nečekanou situací.
- Zvýšené sebevědomí a pocity dobré nálady jsou příčinou prvotních úspěchů snižování hmotnosti. V této fázi aktivita nemocných ještě vzrůstá.
- Nadměrný příjem tekutin může být obranným mechanismem jak zapít hlad. Nebo se může vyskytnout druhý extrém, což je odmítání tekutin, kdy hrozí riziko dehydratace.
- Mezi zdravotní potíže, které se objevují již v počátečním stádiu onemocnění, řadíme zejména zácpu, ztrátu menstruace a poruchu termoregulace.
- Z kosmetického hlediska dochází ke zhoršení a stárnutí pleti, vypadávání vlasů a na těle se začínají objevovat jemné chloupky.

- V určité fázi onemocnění dochází k celkovému zhoršení nálady, vzrůstá přecitlivělost a podrážděnost. Nemocní se začínají vyhýbat všem kolem sebe, omezují veškeré kontakty a nakonec se uzavírají do sebe. (Krch, 2002)

1.3.2 Výskyt mentální anorexie

„Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit.“ (Krch, 2002 s. 52)

Výskyt mentální anorexie v České republice lze srovnat s rozšířením této nemoci v zemích západní Evropy. Některé z příznaků nemoci se mohou projevovat až u 6 % dívek v závěrečné fázi puberty. Alarmující je i fakt, že téměř 60 % žákyň středních škol v České republice je nespokojeno se svým tělem a polovina z nich se snaží s tím něco udělat a zhubnout. MA se vyskytuje také u mužů nebo dospívajících chlapců v poměru 1:10 ve prospěch žen, ale trend štíhlosti se i u mužů v poslední době zvyšuje. (Krch, 2002)

1.4 Specifické typy mentální anorexie

Rozlišujeme dva typy mentální anorexie, hranice mezi nimi je velmi tenká, někdy se mohou oba typy prolínat. Na to je potřeba myslet i během léčby.

1.4.1 Restriktivní (nebulimický) typ

Restriktivní typ je založen na vyhladovění organismu, nevyskytují se zde záchvaty přejídání.

1.4.2 Purgativní (bulimický) typ

Pro tento typ poruchy bývají charakteristické epizody záchvatovitěho přejídání, zneužívání diuretik, laxativ a v neposlední řadě časté vyvolávání záměrného zvracení. (Krch, 2005)

1.5 Etiologické faktory

Mezi nejčastější faktory podílející se na vzniku PPP patří biologické, sociální a psychologické. Jako rizikový faktor se může považovat i puberta.

1.5.1 Biologické faktory

Nízký příjem potravy a hladovění s sebou přináší řadu biochemických změn v našem těle. Postupem času dochází ke ztrátě chuti k jídlu a mizí potřeba najíst se. Stejně je to i s pocitem hladu, který se stále snižuje, až nakonec vymizí úplně. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000; Novák, 2010)

1.5.2 Sociální faktory

Ve společnosti převládá fenomén, že krása a štíhlost jsou základem úspěchu. Především na ženy jsou kladeny vysoké nároky. Skrytá touha jak stát se úspěšnou ženou, matkou, partnerkou nebo modelkou se však může odrazit na našem zdravotním stavu. Mnohdy se pohybujeme na velmi tenkém ledě, kdy stačí jeden krůček a již stojíme na počátku vzniku onemocnění PPP. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000; Novák, 2010)

1.5.3 Psychologické faktory

Psychologické faktory velice často odrážejí vztah v rodině. Většinou se jedná o dysfunkční rodiny, kde dochází k častým střetům názorů mezi rodiči a dětmi. Dále se zde popisují příliš vysoké nároky kladené na dítě nebo porovnávání sourozenců. PPP může velice snadno propuknout v rodině, kde se ve vysoké míře rodiče zajímají o tělesné křivky a správnou tělesnou hmotnost. Skrytý problém může odrážet také dospívání, kdy dochází ke změnám tělesných proporcí. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000; Novák, 2010)

1.5.4 Puberta

Kritické období pro vznik PPP představuje puberta. Během puberty dochází k mnoha fyzickým změnám a záleží jen na osobnosti daného jedince, jak se na zvrát ve svém životě adaptuje. Velice často se v průběhu dospívání projevují negativní emoce (podrážděnost, časté změny nálad), které mohou být způsobeny hormonálními změnami v organismu. Pro období puberty je typické uvědomování si sebe sama a hlavně porovnávání se s vrstevníky. Panují zde obavy z neoblíbenosti, neúspěchu a často dochází k negativnímu sebehodnocení a podceňování, které si odnášíme až do dospělosti. Především dívky jsou v této oblasti více ohroženy než chlapci, protože pociťují vnitřní nejistotu a mají nižší sebevědomí. U žen je vystupňovaná interpersonální senzitivita na

rozdíl od mužů. U dívek je tedy riziko spojené s PPP desetkrát vyšší než u chlapců pouze z důvodu ženského pohlaví. Ženy mají též větší sklony k tloušťnutí.

(Krch, 2005; Navrátilová, 2000; Novák, 2010)

1.6 Zdravotní komplikace

Diagnóza mentální anorexie je v mnoha případech bohužel spojena s vysokým rizikem úmrtí. Experimenty s přípravky na hubnutí, držení drastických diet a zvracení se mohou podepsat na zdraví a kvalitě našeho života. Mnoho klientů trpící MA přehnaně poukazuje na škodlivost přejídání, nadváhy či obezity. Jedná se spíše o obhajobu svého nevhodného jídelního postoje. Neuvědomují si ale, jaké zdravotní důsledky s sebou přináší hladovění. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.1 Komplikace kardiovaskulárního systému

Během onemocnění nastávají změny v kardiovaskulárním systému, které bez léčby mohou vést až k srdečnímu selhání. Kardiovaskulární potíže jsou popisovány až u 90 % klientů. Mezi nejčastější z nich patří zejména: sinusová bradykardie, hypotenze, ortostatické kolapsy, snížení srdečního výkonu a tepového objemu, kardiomyopatie, prolaps chlopní, změny na EKG a deplece kalia jehož komplikací je metabolická alkalóza. Pozornost by měla být věnována také rychlé realimentaci, která může způsobit smrtelnou srdeční zástavu. U těchto klientů je vhodná pravidelná kontrola krevního tlaku a zvýšený dohled EKG. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.2 Renální komplikace

Až u $\frac{2}{3}$ anorektiček se mohou projevit renální abnormality. Klienti s diagnózou MA nejdříve omezují sacharidy a tuky, ale přijímají dostatečné množství bílkovin a tím se zvyšují hodnoty urey v krvi. PPP způsobují poruchy elektrolytové rovnováhy, mezi které se řadí: hypokalemi, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza. Hypochlorní metabolickou alkalózu nejčastěji pozorujeme u klientů, kteří zneužívají projímadla, diuretika nebo záměrně vyvolávají zvracení. S tím spojená dehydratace a nadužívání medikamentů vede ke zvýšené tvorbě močových kamenů. I v tomto případě rychlá realimentace škodí, neboť způsobuje náhlý přísun fosfátů do buněk a to vede

k hypofosfatemii a ke křečím. Asi ¼ klientů trpí hypomagnezemií, hypokalcemií a hypokalemií. Zde je důležité doplnění hořčíku a hlídání výsledných hodnot. Během léčby se sleduje renální funkce (hladinu urey, elektrolytů, výdej moči, kreatinin, clearance kreatininu), protože může nastat chronické renální selhání a hypokalemická nefropatie. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.3 Poruchy metabolismu kostí

Nedostatečná nebo nevhodná výživa je počátkem vzniku osteoporózy, která vzniká u onemocnění MA již během prvních dvou let, osteomalacie se u mentální anorexie vyskytuje zcela výjimečně. S rostoucím věkem hustota kostní tkáně klesá a proto je velice důležité na metabolismus kostí myslet především v období puberty. Bohužel je tento věk velice rizikový pro vznik PPP a tím vzniká nedostatečná kostní rezerva a mnohonásobně vzrůstá počet patologických fraktur. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.4 Komplikace trávicího systému

Benigní zduření parotických slinných žláz není pouze příznakem u mentální bulimie, projevuje se také u MA a jiných druhů chronické podvýživy. V dutině ústní je charakteristická eroze zubní skloviny, která může souviset se záměrným zvracením nebo s vysokou konzumací citrusových plodů či s nedostatkem vápníku. U bulimického typu MA jsou časté záněty jícnu, vředy, zhoršená motilita tenkého střeva a zácpa. Pokud nastane podvýživa s nedostatkem bílkovin (Kwashiorkor), dochází k poškození jater vedoucí ke steatóze a hepatomegalii. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.5 Porucha termoregulace

Termoregulace (neboli udržení optimální tělesné teploty) je nutná pro správnou činnost našeho organismu. Centrum pro zpracování signálů z termoreceptorů je hypotalamus. Porucha termoregulace vzniká jako následek vymizení tukové tkáně a souvisí s endokrinními změnami v organismu. U klientů s MA se po těle objevuje atypické ochlupení. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.6 Dermální projevy

U onemocnění mentální anorexie je charakteristickým prvkem zhoršující se kvalita kůže. Ta je suchá, zašedlá, ztenčuje se, má zvýšený sklon ke stárnutí se sníženým množstvím keratinu. Nadměrným užíváním karotenu a vitamínu A se může na kůži projevit hyperkarotenemie neboli nažloutlé zabarvení pokožky. Na kůži také mimo jiné pozorujeme hematomy nebo petechie, které mohou souviset s trombocytopenií a sníženou syntézou vitamínu K. Poškozené vlasy nadměrně vypadávají, řidnou a mají sklon k lámání. Podobně je tomu i u nehtů, které se třepí a lámou. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.7 Poruchy menstruace

U klientek s mentální anorexií jsou popisovány poruchy menstruace, které jsou spojeny s dysfunkcí hypotalamu. Amenorea bývá vysvětlována jako důsledek ztráty tělesné hmotnosti nebo tělesného tuku. K syntéze steroidních hormonů jsou nutné tukové součásti, pokud chybí tuky v potravě, dochází k poruchám menstruace. Většina autorů udává amenoreu jako nutnou podmínku u definování mentální anorexie. Pokud během léčby dochází k normalizaci tělesné hmotnosti, menstruace se postupem času zase objeví. Jestliže se tak nestane, je to pro nás důležité upozornění na přetrvávající nutriční nevyváženost. Ta vzniká, když přetrvává anorektické chování, očišťovací kúry nebo nepřiměřená fyzická aktivita. V těchto případech je podstatné podrobné gynekologické vyšetření. (Krch, 2005; Navrátilová, 2000)

1.6.8 Poruchy psychiky

Během onemocnění mentální anorexií dochází u klientů k určitým psychickým změnám. Nejčastěji jsou popisovány změny nálad, pocity smutku, osamělosti (izolace od společnosti), deprese, obavy, úzkost, bezmoc atd. S tím souvisí také nedostatek zdravého sebevědomí, neustálé podceňování sebe sama, emoční labilita, sklony k perfekcionismu, nespavost, nesoustředěnost a všudypřítomný strach z tloušťky. Vyskytnout se také může agresivní chování, sebepoškozování až sebevražedné sklony. Typickým příznakem je nereálné nahlížení na vlastní tělo (ve svých očích se vidí stále silné) i na zdravotní komplikace.

1.7 Diagnostika mentální anorexie

Do všech diagnostických kritérií je zařazeno odmítání potravy.

1.7.1 Anamnéza

Základem včasné diagnózy a každého léčebného postupu je významná podrobná anamnéza. Snažíme se o získávání co nejvíce informací, které vylučují somatický poklad onemocnění. Mnohé informace nám sdělují rodinní příslušníci hlavně kvůli nevěrohodné komunikaci s pacientem. Většina klientů chce co nejdříve opustit lékařské zařízení, proto podávají nepravdivé informace, čímž potvrzují diagnózu. Čemu věnovat pozornost při získávání anamnézy?

Hmotnosti: přílišné výkyvy z hlediska přírůstku nebo úbytku v posledních 6 měsících

Změnám chuti: přechod z běžné stravy na méně kalorickou, preferování zeleniny

Potravinovým alergiím: vyloučení intolerance mléčných výrobků a lepku, zjišťujeme důvody vedoucí k vyřazení určitého druhu potravin

Somatickým komplikacím: součástí je i vyšetření u stomatologa, kde se snažíme vyloučit infekci, vady skusu, problémy při kousání a polykání, dále se zabýváme správnou funkcí GIT, informujeme se o předchozích prodělaných onemocněních

Medikamentózní léčbě: je důležité zjistit od klientů, jaké léky kdy užívali nebo užívají včetně doplňků stravy

Obtížím: zabýváme se souvislostí obtíží s příjmem potravy

Vzdělání: je podstatné zajímat se o druh studia nebo pracovního zaměření, většinou se jedná o velice inteligentní jedince, kteří nejsou ochotni přiznat si problém

Sportu: zjišťujeme sportovní aktivity klientů a jejich časovou frekvenci, která je ve většině případů nadprůměrně vysoká

Stravě: u klientů se zaměřujeme na stravovací návyky a životosprávu, zjišťujeme frekvenci a množství, zajímáme se, zda je zařazen alespoň jeden teplý pokrm za den, dále zjišťujeme stav pitného režimu

Psychice: sebepojetí, sebekontrola, sebevědomí, vztahy v rodině, stres

Rodinné anamnéze

(Navrátilová, 2000)

1.7.2 Somatické vyšetření

U somatického vyšetření MA je důležité zaměřit se na hmotnost, výšku, tělesnou teplotu, krevní tlak, puls, dále na vlasy, kůži, oči, ústa, zuby, žlázy, končetiny a svaly. K doplnění somatického vyšetření se ještě používá antropometrie, která využívá různých technik k měření lidského těla.

1.7.2.1 Body Mass Index (BMI)

Index tělesné hmotnosti se nejčastěji používá k orientačnímu hodnocení hmotnosti těla. Hodnota BMI se počítá dle vzorce a výsledek kategorie zjistíme v tabulce. (Příloha 1)

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost (kg)}}{\text{Výška (m}^2\text{)}}$$

U dětí je třeba výpočet BMI aplikovat pomocí percentilových grafů či růstovými grafy (viz dále a Příloha 4)

1.7.2.2 Index WHR

K hodnocení indexu centrální obezity používáme krejčovský metr s přesností na 0,5 cm. Výsledky vyhodnocujeme podle tabulky. (Příloha 2)

$$\text{WHR} = \text{obvod pasu} / \text{obvod boků (cm)}$$

1.7.2.3 Obvod pasu

Obvod pasu měříme také krejčovským metrem a jeho hodnocení je velmi důležité z hlediska vzniku kardiovaskulárních onemocnění nebo metabolických komplikací obezity. Vyhodnocení naměřených hodnot se provádí podle tabulky. (Příloha 3)

1.7.2.4 Percentilové grafy

U dětí se pro zobrazení tělesného vývoje používají percentilové grafy. Tyto grafy nám znázorňují konkrétní rozměry – výška, hmotnost. Podle percentilových grafů tedy můžeme porovnat růst našich dětí s hodnotami v populaci, kdy 50. percentil znázorňuje průměrnou hodnotu. (<http://www.szu.cz/>) (Příloha 4)

1.7.2.5 Bioimpedance

Mezi nejspolehlivější přístroje provádějící diagnostiku a analýzu těla na základě bioelektrické impedance řadíme Inbody a Bodystat. Hlavně proto, že měření probíhá v horní i dolní polovině těla. Tak zabráníme ovlivnění výsledků typem obezity. Během této metody dochází k měření těla pomocí malého, bezpečného elektrického proudu. Ten prochází tekutinami ve svalových tkáních, ale setkává se také s odporem a to při průchodu tkáně tukové. Přístroj pak vyhodnotí procento tělesného tuku, celkové tělesné složení a cvičební plán. (Příloha 8)

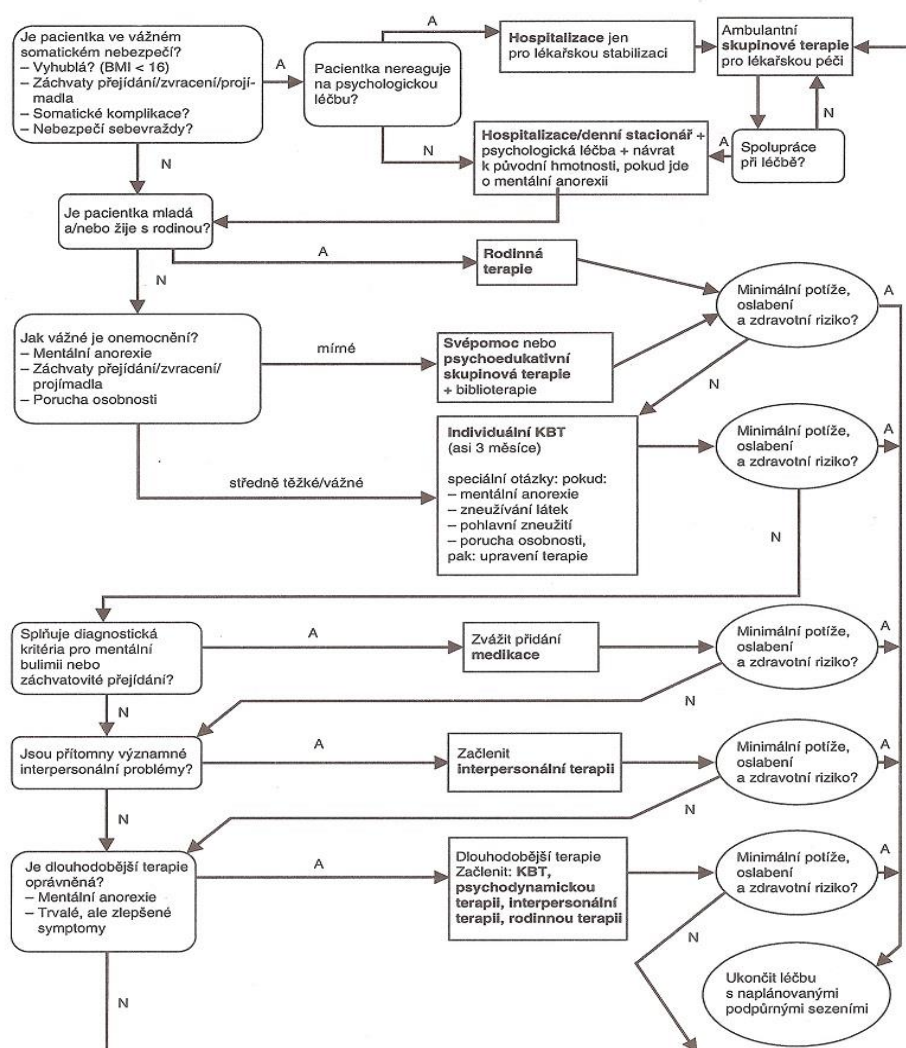
1.7.3 Laboratorní vyšetření

U laboratorního vyšetření bývají změněny hodnoty krevních hormonů, dále se zaměřujeme na kreatinin, dusíkovou bilanci, sérové bílkoviny, glykémii, je porušení i lipidogram.

1.8 Léčba

V současné době máme k dispozici různé druhy léčebných postupů, je to dáno i tím, že mentální anorexie a jiné poruchy příjmu potravy jsou pro nás hrozbou již delší dobu a tak můžeme využívat poznatků i z historie. Léčba těchto diagnóz není vůbec jednoduchá, proto je důležité myslet na její komplexnost. Pro vhodný výběr léčby nám může posloužit obrázek 1, kde je orientačně znázorněno, jak můžeme postupovat. Na obrázku jsou zobrazeny možné terapeutické postupy a důležité otázky, které mnohdy mohou rozhodnout o vhodné léčbě. U otázek je na výběr pozitivní A (ano) nebo negativní N (ne) volba odpovědi a podle toho dále postupujeme. Tento obrázek však nemůže znázornit všechny možnosti léčby a otázek, proto je brán spíše jako orientační vodítko. (Krch, 2005)

Obrázek 1 – Vodítka pro rozhodování při léčbě poruch příjmu potravy (Krch, 2005 s. 124)



Pokud zdravotní stav klienta dospěl do stadia akutního ohrožení života, je nutná léčba na klinice i v případě, že je to proti jeho vůli. V tomto případě se proces uzdravování nezaměřuje jen na fyzickou stránku, neboť je důležité věnovat velkou pozornost i psychickým problémům. Nejtěžší úkol bývá přesvědčit klienta k aktivní spolupráci ve všech etapách léčebného procesu. Délka hospitalizace se u každého klienta liší, záleží, v jakém stavu se na kliniku dostane. Obecně však platí, že je to několik týdnů či měsíců potřebných k získání nejméně 90 % cílové hmotnosti. Musí se vytvořit podrobný váhový plán, kdy dochází k postupnému přírůstku hmotnosti, maximálně však kolem jednoho kilogramu týdně. Hospitalizace je nutná u extrémně kachektických klientů, kde je potřebný

pečlivý lékařský dozor, dále u klientů se sklonem k sebepoškozování, nebo u těch, kde stacionární a ambulantní léčba selhala. (Krch, 2005)

1.8.1 Psychoterapie

Psychoterapie využívá souboru komunikačních technik, které vedou ke zmírnění somatických obtíží. Věnuje se léčbě duševních poruch, které bývají spojené s narušením osobnosti v důsledku patologických mezilidských vztahů. Terapie klade velký důraz na kladný terapeutický vztah s vysokou mírou spolupráce. Aby byla terapie účinná, opírá se o řadu podpůrných metod, jako jsou relaxační metody, trénink asertivity, aromaterapie, arteterapie aj. Psychoterapie se dělí do několika kategorií, nejznámější jsou individuální, skupinová a podpůrná psychoterapie. (Krch, 2005)

1.8.2 Rodinná terapie

V případě, že klient žije se svojí rodinou, hraje rodinná terapie velkou roli. U této terapie se nejedná o základní způsob léčby, ale může nám přinést důležité informace pro porozumění vzniku problémů. Mnoho terapeutů si vysvětluje PPP jako odraz dysfunkčních rolí a konfliktů v rodině. Rodinná terapie se zařazuje také z důvodu, že členové rodiny potřebují informace o tom, jak zacházet s klientem trpícím mentální anorexií nebo jinou PPP. (Krch, 2005)

1.8.3 Farmakoterapie

Mentální anorexií, ale i ostatní poruchy příjmu potravy doprovází stavy spojené s depresí až úzkostí a hlavně strachem. Někdy je nutné do léčby zahrnout i psychofarmaka, ale farmakoterapie se nesmí stát jediným způsobem léčby. Z této oblasti se nejvíce využívají antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, neuroleptika, přípravky na povzbuzení chuti k jídlu aj. (Krch, 2005)

1.8.4 Dietní péče

Dietní péče, která je věnovaná pro ambulantní a hospitalizované klientky se od sebe neliší. Je zaměřena na několik základních cílů a to zejména na:

- 1) Zajistit normální jídelní režim, postoj a vztah k jídlu
- 2) Zafixovat vhodné reakce na podněty hladu nebo nasycení
- 3) U dospělých jedinců docílit normálního stavu výživy a v tomto stavu setrvat
- 4) U dospívajících je nutností zaměřit se na normální tělesný růst a vývoj

1.8.4.1 Dietní anamnéza

Dietní anamnézou odborník shromáždí veškeré informace týkající se hmotnosti, názorů na výživu a stravování. V anamnéze je potřeba také zjistit, jaké jídelní postoje převládají u zbytku rodiny. Terapeut musí být profesionál, který je schopen vybudovat si s pacientem důvěrný vztah. (Krch, 2005)

1.8.4.2 Hmotnost

Normální tělesná hmotnost se u zdravého dospělého člověka pohybuje v rozmezí indexu tělesné hmotnosti (BMI) 20–25. Tato hmotnost je udržována při příjmu běžné zdravé stravy a to bez omezování a držení diet. U dětí se řídíme percentilovými grafy a hlídáme tělesný růst a vývoj.

Nárůst hmotnosti klientů s MA je různý, záleží, zda se jedná o ambulantní léčbu, kdy je vzestup hmotnosti pomalejší nebo o hospitalizovanou klientku, která má méně pohybu a přírůstek hmotnosti je rychlejší. Zpočátku je energetický příjem pozvolný, první týden zvyšujeme příjem na 5000 kJ, postupem času bychom měli zvyšovat na 12 600 kJ. Dosažením cílové hmotnosti se energetický příjem snižuje, ale jen o tolik, aby během příjmu normální stravy docházelo k stálému udržení hmotnosti. Tímto postupným jídelním systémem dosahujeme normální hmotnosti, kdy se snažíme zapojit samostatnost klienta ve výběru jídla. (Benešová, 2003)

1.8.4.3 Jídelní chování a zásady stravování při mentální anorexii

Největší překážkou, která brání návratu běžného stravování je psychika jedince. Trávicí ústrojí bývá v mnoha případech nepoškozené, pokud nedošlo ke zdravotním komplikacím. Strava by neměla být složená ze speciálních potravin a doplňků, spíše naopak preferuje běžnou stravu, kdy si klient znovu osvojuje jídelní návyky, má svoji stravu pod kontrolou a snaží se psychicky připravit na zvyšování hmotnosti. Výživu

sondou bere klient jako něco, co nemá pod kontrolou nebo může mít dokonce myšlenky, že by to sám ani nemusel zvládnout. Ve stravě se snažíme odbourat všechny „light“ potraviny a umělá sladidla. Stravování by mělo znovu zkulturnět, preferujeme stravování ve společnosti, kdy přátelé nebo rodina mohou pomoci při úzkosti z jídla. Tímto se také snažíme o zpětnou socializaci jedince. Při jakémkoli jídle je nutné vyhnout se konfrontacím, potíží týkající se jídla vyčlenit čas později a vše v klidu probrat nebo počkat na konzultaci s dietologem.

Jídelníček při onemocnění mentální anorexie postupně obohacujeme o další potraviny, nízkotučné nahrazujeme výrobky s vyšším obsahem tuku, bílý jogurt zaměníme za ovocný, zařazujeme a přidáváme pečivo, maso, přílohy. Pokud je to nutné, můžeme přidat jako doplněk ke stravě Nutridrink, ale nikdy jej nedáváme místo hlavního jídla.

Důležitá je pravidelnost v jídle – 5 až 6 krát denně (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře a 2. večeře). Strava při léčbě mentální anorexie by měla být pestrá, vyvážená a hlavně by se měla shodovat se zásadami zdravé výživy.

Mezi nevhodné potraviny řadíme potraviny „light“, umělá sladidla a potraviny s nízkým obsahem tuku. Dále je vhodné vyhnout se sladkým pokrmům podávaným k večeři, protože hrozí riziko přejedení. A v neposlední řadě si dáváme pozor na Müsli, hlavně na jeho pojídání mezi pokrmy nebo dokonce nahrazování jím hlavního jídla.

Naopak doporučené potraviny tvoří mléčné výrobky, sýry, obiloviny, běžné přílohy, všechny druhy masa a ryb, vejce, ovoce především na svačiny a zelenina jako součást každého hlavního pokrmu. (Benešová, 2003)

1.9 Prevence

Prevence je velice důležitá, obzvláště pokud se jedná o mentální anorexii nebo jiné PPP. U PPP je nevyhnutelné začít s prevencí již v dětství, protože právě z tohoto období si odnášíme veškeré jídelní zvyklosti do dospělosti – ať už se jedná o velikost porcí, složení pokrmů či pravidelnost ve stravování. Rodina by měla být u stolu pohromadě a věnovat se stolování. Běžnou chybou je, že se každý nají sám u sebe v pokoji, čte si noviny, během jídla sleduje televizi nebo se věnuje jiné činnosti. Doma by měla převládat příjemná atmosféra, správná komunikace a rodinné vztahy. Každý člen rodiny, by měl cítit podporu toho druhého a vědět, že se na něj může kdykoli obrátit. Souvislost s rodinou má i škola, kde by měla probíhat vzájemná spolupráce a informovanost. Protože právě ve škole tráví

děti většinu svého času a mnohdy se škola stává prvním, kdo onemocnění odhalí. Ve škole také probíhají preventivní programy zaměřené na tuto problematiku a tak se ještě může prohloubit informovanost jedinců. Pokud je onemocnění podchyceno včas, léčba bývá jednodušší, bez komplikací a ataky se nevracejí.

Jídlo slouží pouze pro naši fyziologickou potřebu, nemělo by se tedy stát odměnou ani trestem! Pravidelná sportovní aktivita, vyvážená strava a pocit jistoty a bezpečí pomůže ke zvládnutí stresových situací a může být i prevencí PPP.(Ladishová, 2006)

2 VÝŽIVA

Mezi základní potřeby lidského organismu patří příjem potravy. Strava našemu organismu dodává stavební materiály a energii pro základní životní pochody a fyzickou aktivitu. V dnešní době je bohužel přemíra potravy, máme všeho nadbytek, žijeme ve stresu, ale na to nejdůležitější a pro člověka přirozené však zapomínáme a to je pohyb. Náš organismus si po určitou dobu poradí s nedostatkem a o něco hůře snáší nadbytek živin. Jsou zde ale také složky potravy, s jejichž nedostatkem se náš organismus vyrovnat neumí, jedná se například o esenciální aminokyseliny, vitamín C nebo některé mastné kyseliny.

Velký vliv na výživu má dnes kulturní a sociální působení, tak jsou osobní potřeby (hlad, pocit sytosti, dobrý pocit a nálada) spíše potlačovány a podřizujeme se okolí.(Svačina, 2008)

2.1 Vztah výživy a nemocnosti

Nesprávné složení stravy a její nadměrný přísun může vyvolat řadu civilizačních onemocnění. A právě klinická dietologie slouží jako prevence nebo zabraňuje zhoršení již propuknuté nemoci a zlepšuje kvalitu našeho života. Snaží se o vyloučení škodlivých vlivů, které působí na náš organismus a mohou zhoršovat nemoci. Dodávají organismu kvalitní živiny a dostatek energie.(Svačina, 2008)

2.2 Fyziologie výživy

Aby náš organismus mohl využít fyziologický příjem potravy, je nezbytné mít zdravý nebo z části funkční GIT. Dalším předpokladem je správná aktivita mechanismů řízení hladu a sytosti. Pro fyziologický příjem potravy je nepostradatelný funkční chrup, motilita trávicího traktu, sekrece trávicích šťáv, vhodné osídlení trávicího traktu fyziologickou bakteriální flórou, správná funkce všech orgánů a celková součinnost.(Svačina, 2008)

2.3 Základní složky výživy

Mezi základní živiny řadíme bílkoviny, tuky a sacharidy, které patří do skupiny makronutrientů, jelikož jsou nositeli energie. Mezi mikronutrienty počítáme vitamíny

a minerální látky, které dále dělíme na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky.(Svačina, 2008)

2.3.1 Bílkoviny

Bílkoviny jsou vydatným zdrojem energie: z 1 g = 17 kJ a patří mezi základní složky potravy. Zastávají řadu funkcí a to zejména funkci: stavební (kdy slouží jako stavební hmota a dále jsou nepostradatelné pro růst a obnovu všech tkání v organismu), transportní a skladovací (přenos živin, kyslíku a oxidu uhličitého), řídicí (enzymy, hormony, receptory), obrannou (tvorba protilátek, imunita) a energetickou. Jsou složené z aminokyselin, které jsou spojeny peptidovou vazbou. Esenciální aminokyseliny není schopné naše tělo vytvořit, proto je velice důležité je dodat potravou, neboť jsou pro náš organismus nezbytné. Člověk stravou přijímá 2 formy bílkovin. Živočišné, které tvoří maso, ryby, vejce, mléko a mléčné výrobky (jsou lépe vstřebatelné) a rostlinné, kam řadíme sóju, luštěniny, obiloviny a ořechy. Mezi další kategorie patří rozdělení na plnohodnotné a neplnohodnotné a rozdíl mezi nimi je ten, že plnohodnotné obsahují všechny esenciální aminokyseliny, zatímco neplnohodnotné nikoli.

(Pitřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.1.1 Esenciální aminokyseliny

Mezi esenciální aminokyseliny řadíme například: leucin, izoleucin, lysin, metionin, treonin, tryptofan, valin, fenylalanin.(Pitřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2 Tuky

Tuky jsou všechny látky lipoidní povahy, které nelze rozpustit ve vodě. Řadí se mezi organické sloučeniny, jsou nezbytnou součástí buněčných membrán a nejvydatnějším zdrojem energie v potravě (1 g = 38 kJ). Jedná se estery glycerolu a mastných kyselin. Po chemické stránce lze tuky zařadit do několika skupin, ale nejvíce tuku v potravě tvoří triglyceridy (glycerol je esterifikován 3 mastnými kyselinami), dále hovoříme také o fosfolipidech. Svými vlastnostmi ovlivňují konzistenci, vůni a lahodnost pokrmů. Jsou podstatnou složkou, která ve střevě zajišťuje vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Stejně jako bílkoviny i tuky můžeme rozdělit na rostlinné a živočišné. Mezi živočišné

počítáme například sádlo a rybí tuk, zatímco do rostlinných patří oleje. Tuky živočišného původu mají vyšší stabilitu a dobré chuťové vlastnosti, ale mezi jejich negativa zařazujeme vysoký obsah nasycených mastných kyselin, cholesterolu a málo nenasycených mastných kyselin. (Pitřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2.1 Nasycené mastné kyseliny (SFA)

Nasycené mastné kyseliny se nacházejí především v živočišných tucích, v rostlinných tucích je najdeme například v kokosovém tuku, ztužených tucích a ve výrobcích, kde se ztužené tuky používají (sušenky, oplatky s náplní, tukové polevy). Ze zdravotního hlediska jsou pro náš organismus nasycené mastné kyseliny nevhodné, neboť jsou vysoce rizikové pro vznik srdečně-cévních onemocnění. Jejich příjem by tedy měl tvořit maximálně 7–10 % celkového energetického příjmu. (Pitřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2.2 Nenasycené mastné kyseliny (UFA)

Nenasycené mastné kyseliny se projevují blahodárným vlivem na náš organismus, proto mají z výživového hlediska kladné hodnocení, je tedy jasné, že by měl být zvyšován jejich příjem ve stravě. Rozdělují se na monoenoové (MUFA), jejichž zástupcem je kyselina olejová obsažená v olivovém, řepkovém nebo sojovém oleji, polyenoové (PUFA), které se dále dělí na n-6 (kyselina linolová, která se v organismu mění na kyselinu arachidonovou) a n-3- kyselina linoleová, která v organismu přechází na kyselinu eikosapentaenovou (EPA) a dokosahexaenovou (DHA). Kyselina linolová i linolenová patří mezi esenciální, proto je musíme přijímat potravou. EPA a DHA sice organismus dokáže syntetizovat, ale pouze ve velmi malém množství, které je nedostatečné a tak je příjem potravou důležitý. Nejvíce jsou obsaženy v tučných mořských rybách, dále velké množství obsahují semena, ořechy a olejnaté plody.

(Pitřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2.3 Trans-nenasycené mastné kyseliny

Trans-nenasycené mastné kyseliny jsou obsaženy ve ztužených tucích a všech potravinách, kde se na výrobu ztužené tuky používají. Velice negativně ovlivňují naše zdraví, kdy zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění. Dále nepříznivě působí při

obezitě a vývoji diabetu mellitu 2. typu. Ve velkém množství vznikají při ztužování olejů z nenasycených mastných kyselin. Pozor bychom si měli dávat při konzumaci trvanlivého a jemného pečiva, cukrářských výrobků, čokoládových pochoutkách, hotových jíškách apod. Příjem trans-nenasycených mastných kyselin má být omezen na 2 % energetického příjmu. (Piřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2.4 Cholesterol

Cholesterol je látka patřící do skupiny sterolů, ale ve většině případů je zmiňována spolu s tuky. Nachází se v potravinách živočišného původu a mezi zdroje s nejvyšším obsahem cholesterolu můžeme zařadit vnitřnosti, vaječný žloutek a máslo. Je to látka pro organismus nezbytná, ze $\frac{2}{3}$ si ho tělo vytváří samo (endogenní cholesterol) a z $\frac{1}{3}$ ho přijímáme potravou (exogenní cholesterol). (Příloha 5)

2.3.2.5 Fosfolipidy

Fosfolipidy jsou tuky obsahující kyselinu fosforečnou. Bývají součástí buněčných membrán a asi nejznámější je lecitin, který je důležitý pro správnou činnost mozku, paměť, činnost cév a podílí se na snižování hladiny cholesterolu. Mezi jeho zdroje patří sója, burské ořechy, žloutek a obilné klíčky. (Piřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.2.6 Výživové doporučení tuků

Denní příjem tuků by neměl trvale překračovat 30 % energie, avšak jeho pokles pod 20 % je také nepřijatelný. Je vhodné sledovat složení tuku, který konzumujeme, preferovat tuky rostlinné před živočišnými v poměru 2:1, 2x týdně zařazovat do jídelního lístku konzumaci ryb a hlídat si množství cholesterolu, který v naší populaci v mnoha případech překračuje doporučenou dávku 300 mg/den. (Kohout, 2010; Piřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.3 Sacharidy

Sacharidy nebo také podle chemického složení polyhydroxyaldehydy a polyhydroxyketony jsou nejvýznamnějším zdrojem energie – 1 g = 17 kJ. Z hlediska výživového doporučení by sacharidy měly tvořit 50–60 % celkového energetického příjmu. Pro organismus sacharidy představují především zdroj energie, pokud se však

energie dodaná sacharidy nevyužije, uloží se formou tukové zásoby. Počet cukerných jednotek vázaných v molekule se sacharidy nám určuje dělení na monosacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a složené-komplexní sacharidy. Mezi jednoduché sacharidy řadíme monosacharidy, které obsahují 1 cukernou jednotku (glukóza, fruktóza, galaktóza) a disacharidy, které obsahují 2–10 cukerných jednotek (maltóza, sacharóza, laktóza). Nadměrná konzumace jednoduchých sacharidů vede k celé řadě civilizačních onemocnění, včetně zubního kazu. Typickou vlastností pro jednoduché sacharidy je jejich sladká chuť, které se málokdo dokáže dobrovolně vzdát. Polysacharidy mají více než 10 cukerných jednotek, jsou tvořeny škroby a vlákninou. Polysacharidy můžeme ještě rozdělit na využitelné, částečně využitelné a nevyužitelné. Nejdůležitější využitelný polysacharid je škrob, který se nachází především v obilovinách, luštěninách a bramborech. Škrob je dále v organismu štěpen na glukózu, která je pro některé buňky jediným zdrojem energie (červené krvinky, nervové buňky mozku). Vlákninu řadíme mezi částečně využitelné a nevyužitelné sacharidy.

Po konzumaci sacharidů se v organismu zvyšuje glykémie (hladina krevního cukru), jejíž rychlost vzestupu se liší podle druhu sacharidů. Během výběru potravy se můžeme řídit glykemickým indexem potravin. Nejvyšší GI mají monosacharidy. Jelikož je pro náš organismus vhodnější postupný vzestup glykémie, je tedy lepší konzumace potravin s nízkým GI. (Příloha 6) (Piřha, 2009; Svačina, 2008)

2.3.3.1 Vláknina

Vlákninou se rozumí složky potravy rostlinného původu, které enzymy GIT neštěpí, v tenkém střevě se nevstřebávají a které mají pro náš organismus ochrannou funkci. Je důležitá hlavně z hlediska prevence karcinomu tlustého střeva, ale i jiných onemocnění například obezity, DM a zácpy. Příjmem vlákniny docílíme zvětšení objemu stolice, tím se zrychlí její pasáž a dochází ke sníženému vstřebávání tuků a cholesterolu. Doporučený denní příjem vlákniny je 35 g pro dospělé osobu a její ideální poměr je 3:1 (nerozpustná/rozpustná). Mezi zástupce rozpustné vlákniny patří pektiny, agar, řasy a mezi nerozpustné řadíme celulózu a lignin. Obsah pektinu najdeme zejména v ovoci a lignin je obsažen v semenech ovoce, zeleniny a v obalu zrna.

S příjmem vlákniny ovšem nesmíme zapomínat na dostatečný pitný režim. Každý den vypít až 2,5 litru tekutin. Nejvhodnější pro organismus je čistá voda, díky které může

tělo správně fungovat a vyplavovat i škodlivé látky ven z organismu. Pitný režim musíme přizpůsobit i ostatním faktorům jako je zvyšující se horko a vlhko, tělesná zátěž nebo onemocnění (průjem, horečka). Tekutiny je nutné doplňovat pravidelně a nečekat až na pocit žízně. Největší problém bývá u žen, které si pod pojmem pitný režim představí kávu několikrát za den. Mezi nevhodné nápoje patří černá káva, černý čaj, colové a jiné slazené nápoje a limonády a mléko. Zatímco vodu, vodu s citrónem, ovocný čaj, zelený a bylinkový čaj (dáváme si pozor na množství) označujeme jako vhodně zvolené nápoje. (Kohout, 2010; Piřha, 2009; Svačina, 2008)

2.4 Význam zdravé výživy

Každý z nás jistě ví, že zdravá výživa a její vliv na náš organismus má veliký význam. V dnešní době jsou v mnoha časopisech články o hubnutí, zdravém životním stylu, zdravých potravinách, ale co si z toho čtenář laik odnese? O výživě dnes píše každý, ale skutečných odborníků je již méně. Dnes nemáme problém s vhodným výběrem potravin, protože nabídka trhu je obrovská a záleží jen na nás, zda si kvalitní potravinu koupíme. To, jaká je naše genetická výbava a v jakém žijeme prostředí, bohužel ovlivnit nemůžeme. Výživa má výhodu v tom, že patří mezi faktory, které můžeme mít pod kontrolou. Ač se to nezdá, tak vhodným složením stravy můžeme zabránit vzniku civilizačních onemocnění, nebo zmírnit projevy již propuknuté nemoci. A nemusíme jen řešit, zda konzumujeme zdravé nebo nezdravé potraviny. Neboť i zdravá potravina se může stát „nezdravou“, tady je lepší se zaměřit na to, jaké množství a v jakém intervalu potraviny konzumujeme. (<http://fzv.cz/>)

2.4.1 Pyramida zdravé výživy

Stravování v ČR zahrnuje dva extrém. Lidé se potýkají s PPP nebo je hlavním problémem další extrém a to obezita a zvyšující se počet kardiovaskulárních onemocnění. Jídelníček mnoha z nás má ke zdravému stravování daleko, proto Fórum zdravé výživy vyhotovilo potravinovou pyramidu, kde nalezneme výživová doporučení pro každý den. Pyramida je sestavena podle vhodnosti potravin ke konzumaci do několika pater a ve směru zleva doprava. Nejčastěji by se měly konzumovat potraviny tvořící základ pyramidy. Směrem vzhůru by měla být častá konzumace potravin umírněnější a vrchol pyramidy tvoří potraviny, které k životu nejsou potřebné, tělo se bez nich obejde, a proto

by jejich konzumace měla být zcela výjimečná. Pyramida je rozdělena na levou a pravou část, kdy konzumace potravin z levé části pomáhá hmotnost redukovat.

Kritérium pro zařazení potravin v pyramidě tvoří zejména GI u sacharidových potravin, obsah vlákniny a vitamínů u ovoce a zeleniny, kvalita tuku a množství u masa, přítomnost probiotických kultur a obsah tuku u mléčných výrobků atd. Pyramida zdravé výživy se orientuje na průměrnou českou populaci a neřeší otázky alternativního stravování. Může nám pomoci při hledání informací o zdravém stravování a při sestavování jídelníčku na každý den. Je určena pro všechny, kdo chtějí zdravou stravu přispět ke zdraví svého organismu. (<http://fzv.cz/>) (Příloha 7)

2.4.2 Výživová doporučení

- pravidelnost (5–6x za den) a střídmost ve stravování, vhodné stravovací návyky
- omezení konzumace jednoduchých sacharidů
- zařazení plnohodnotných bílkovin, kvalitního masa a hlavně ryb
- pravidelná konzumace mléka a mléčných výrobků (zakysané)
- omezení příjmu cholesterolu max. na 300 mg na den
- ovoce a zeleninu konzumovat denně, nejlépe u každého jídla
- přednostně zařazovat celozrnné varianty výrobků
- pravidelně zařazovat luštěniny
- dbát na vhodnou tepelnou úpravu pokrmů
- střídat příkrmy a omezovat konzumaci knedlíků
- pravidelný pitný režim – až 2,5 litru
- vhodně zvolená pravidelná pohybová aktivita (<http://fzv.cz/>)

2.4.3 Stravovací návyky

Vhodné stravovací návyky jsou správnou cestou ke zdraví. Je tedy důležité zafixovat si jídelní zvyklosti již v dětství. Především se jedná o energetickou hodnotu stravy, která se v průběhu života mění. Vyhovující složení stravy a s tím spojená technologická úprava. Intervalové rozložení konzumace pokrmů, je důležité nehladovět. Při jídle mít klid (pravidelné vymezení času na jídlo) a pokrmy konzumovat v příjemném prostředí, v sedě u stolu a v klidu. Jídlu je třeba se věnovat a vnímat ho pozitivně, vychutnat si ho. Pokud jsou stravovací návyky nevhodné již od dětství, jsou přeneseny i do

dospělosti. A o to je horší se jich v dospělosti zbavit. Čím delší dobu nevhodné stravování trvá, tím dříve hrozí propuknutí civilizačních chorob, mezi které řadíme například: infarkt myokardu, obezitu, diabetes mellitus, rakovinu, deprese, syndrom vyhoření atd. Druhý extrém tvoří hladovění a vznik poruch příjmu potravy.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE ZKOUMANÉHO PROBLÉMU

Mentální anorexie je závažné onemocnění, které může být smrtelné. Přesto, že o této diagnóze již mnohé víme, stále představuje velké riziko. Vliv médií, kolektivu nebo rodiny je neúprosný. Ačkoliv se snažíme o prevenci (ve školách, u lékařů), stále onemocnění mentální anorexie přibývá.

4 CÍLE PRÁCE

- Zjistit souvislosti mezi vznikem onemocnění mentální anorexie a vztahy v rodině.
K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky 1 a 2.

- Porovnat, zda všechny zúčastněné enormně kontrolovaly složení potravin z hlediska množství i energetické hodnoty.
K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky 3 a 4.

- Zjistit, zda bylo možné onemocnění mentální anorexie předejít zejména úpravou stravovacích zvyklostí a vztahů v rodině.
K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky 5 a 6.

- Zhodnotit, zda si zúčastněné klientky uvědomují svůj problém.
K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky 7 a 8.

- Pomocí vytvořeného edukačního materiálu upozornit na výživová doporučení, zdravé mezilidské vztahy a informovat o centrech, kde je možnost vyhledat odbornou pomoc.

5 METODIKA VÝZKUMU

Ke splnění cílů a získávání informací jsem si zvolila metodu kvalitativního šetření pomocí rozhovoru. Tato metoda byla zvolena vzhledem k nízkému počtu respondentů. Počet klientů je omezen z důvodu rozsahu tématu, neboť rozhovory byly převážně zdlouhavé a ve většině případů i velice důvěrné.

S klientkami jsem se pravidelně setkávala, sbližovala a zjišťovala potřebné informace k zpracování bakalářské práce. Některé schůzky byly psychicky náročné, ale snažily jsme se o kompenzaci navozením přátelské atmosféry a výběrem vhodného prostředí.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Jaký je vztah mezi vznikem onemocnění mentální anorexie a rodinným zázemím?
- 2) Jaká byla příčina vzniku onemocnění?
- 3) Jaký byl postoj klientek ke složení potravin v době onemocnění?
- 4) Z jakých potravin byl převážně složen jídelníček?
- 5) Jaká byla informovanost o prevenci a poruchách příjmu potravy?
- 6) Jaké stravovací návyky převládaly v rodině?
- 7) Jaká pomoc pro respondenty byla nejlepší?
- 8) Jaký byl důvod pro zahájení léčby?

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Při výběru respondentů jsem se zabývala ochotou spolupráce a důvěryhodností poskytnutých informací. Výběr nebyl omezen věkem ani pohlavím. Nakonec moje spolupráce probíhala se čtyřmi klientkami různého věku. Tři klientky jsem získala díky kontaktům od přátel a jednu na doporučení od MUDr. Lenky Luhanové. Bližší informace jsou popsány v kazuistikách a rozhovorech.

8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

8.1 Kazuistika 1

Pohlaví: žena

Věk: 21 let

Výška: 163 cm

Hmotnost: 58 kg

Osobní anamnéza:

Alergie: Pyly

Léky: ---

Onemocnění: pouze operace kýly ve 13 letech

Alkohol: příležitostně, od listopadu 2013 abstinent

Kouření: ne

Rodinná anamnéza:

Otec, pracuje jako inženýr pozemních staveb, vlastní firma. Zdravotní stav horší – vysoký tlak, velká nadváha.

Matka, učitelka na ZŠ, cca ve 20 letech problémy s bulimií. Nyní zdravá hmotnost i stravovací návyky v normě.

Sestra Eva, studuje poslední ročník magisterského studia Pedagogické fakulty, zdravá.

Sociální anamnéza:

Bydlí s přítelem v bytě v Praze, v podnájmu u tety. S přítelem se k sobě po roční pauze vrátili a nyní jsou spolu 8 měsíců.

Pracuje jako hospodářka v MŠ.

Katamnéza:

Mentální anorexie se u klientky začala projevovat ve věku 14 let, kdy měla dle svého názoru štíhlejší a atraktivnější kamarádky. Často si jí dobíraly proto, že je malá, nosila brýle a v té době i rovnítka. A tady se poprvé zrodil nápad, že by mohla trochu zhubnout.

Místo sladkostí začala jíst jablka, později nic. Na internetu si vyhledávala kalorické tabulky, které velmi brzy začala ovládat a vedla si svůj hubnoucí deník. Začínala na hmotnosti 53 kg. Hned za první dva týdny zhubla 3–4 kilogramy, což jí dle jejích slov stále víc a víc hecovalo hubnout dál. Vynechávala pokud možno co nejvíce chodů, přestala chodit do školní jídelny...

Až se z toho stalo to, že se ráno nasnídala s rodiči a večer s nimi snědla jednu obloženou housku. Energii přes den získávala jen z kávy bez mléka a Coca-coly „light“. První, kdo měl podezření, že něco není v pořádku, byla maminka a tak byla klientka donucena lhát. Jednalo se o typické výmluvy, že obědvala ve škole, že již je po jídle atd. Proto každé ráno s rodiči snídala (nízkotučný jogurt a Müsli) a k večeři stále jedla jeden kus pečiva. Tento režim stravování trval asi sedm měsíců a klientka se dostala na svoji nejnižší hmotnost 43 kg. Ani v té době jí stále nepřipadalo, že by byla nějak moc hubená. Celý den se točil jen kolem jídla, kolem toho, čemu všemu dokáže odolat. Chodila se „mučit“ do obchodů – za prvé, aby měla hodně pohybu a za druhé, aby odešla, nekoupila si nic dobrého a zase vyhrála!!! Každý den doma cvičila, např. hodinu dělala leh-sedy, dřepy, tři hodiny běhala na místě, po pokoji, skákala přes švihadlo nebo i jiná cvičení. I když byla nemocná, stále musela cvičit.

V zimě 2007 byla na pokraji sil, onemocněla angínou, byla hodně oslabená a vůbec nemohla jíst, protože se jí udělaly afty. Tenkrát poprvé ji napadlo, že už to asi trochu přehnal. Maminka jí v té době hodně domlouvala a klientka začala trochu jíst. Tím se zbavila anorexie, bohužel vůbec ne poruchy příjmu potravy. V dalších letech se psala epizoda snahy o hubnutí nabraných kilogramů, přičemž asi 4 měsíce klientka stravu plivala, protože zvracení jí přišlo nechutné. Poté byla asi tak rok celkem v pořádku. Ale stále si každý den poctivě počítala každou kalorií, sice to bylo náročné, ale chtěla mít svoji stravu pod kontrolou a dařilo se jí to. Pak přišel ale velký stres kolem maturity a klientka začala mít velké chutě na sladké. Tohle byl zlom, který nedokázala překonat a poprvé začala zvracet. Od června 2012 prakticky dodnes trpí mentální bulimií.

Od 18. 11. 2013 se však klientka rozhodla, že by chtěla s touto nemocí bojovat a začala navštěvovat denní stacionář pro poruchy příjmu potravy v Praze. Přihlásila se tam sama, protože viděla, že v takovém stavu, v jakém byla, už nezvládala normálně fungovat. Denní stacionář je forma léčby, kam pacient dochází každý den a tráví tam jeho podstatnou

část. Léčba byla společná pro klienty s mentální anorexií, bulimií i pro ty, kteří se záchvatovitě přejídají.

Program denního stacionáře:

První den po nástupu do stacionáře byla klientka seznámena s průběhem léčby a obdržela příručku o tom, jak má vypadat její strava. Podle této příručky si každý den nosila snídaně a svačiny. Svůj jídelníček mohla během pobytu ve stacionáři konzultovat. Jídelníček na oddělení byl téměř stejný. Během příjmu byla klientka zvážena, určilo se BMI a rovnou absolvovala první sezení. Kde vysvětlila, co má za problém, lékař ji seznámil s průběhem léčby a probírala se i případná medikace. Každý týden probíhala pravidelná kontrola hmotnosti.

Klientka nastupovala do stacionáře každý den v 8:00 a s sebou si brala snídani. Tu pak společně s ostatními děvčaty jedla za dozoru zdravotních sester. V 8:30 začínala ranní skupina, kde si všechny dívky ze stacionáře sedly a řekly, jak se měly předešlý den, jak se cítí, jak spaly atd. Tato skupina je pod lékařským dohledem. Od 9:30 začínala relaxace, kde dívky ležely na karimatkách, a buď jen poslouchaly relaxační muziku, nebo poslouchaly terapeutku, která jim pomáhala se uvolnit. V 10:00 byla společná svačina, kterou si opět dívky donesly samy. V 10:45 bývala obvykle velká skupina, kdy přišla i děvčata z lůžkového oddělení. S nimi a s psychoterapeutem vedly na dané téma diskusi, někdy mluvila jen jedna, jindy jich mluvilo několik. V 12:00 byl společný oběd. Pro oddělení PPP se objednává stejná strava jako pro ostatní pacienty nemocnice. Po obědě, kolem 13:00 bývala opět skupina, nebo se domluvou se zdravotní sestrou rozhodlo, jak se bude trávit odpoledne. Mezi 14:00–15:00 program zpravidla končil. Občas bývala jedna skupina nahrazena arteterapií.

Jídelníček na oddělení:

Pokud přijde klienta s podváhou, má týden na rozkoukání a jí normální porce.

Snídaně. 2 bílé housky, máslo, plátkový sýr

Přesnídávka: Puding, piškoty

Oběd: Polévka Kulajda

Smažený vepřový řízek, bramborová kaše, okurka

Svačina: Rohlík, ovocný tvaroh

Večeře: Ovocné knedlíky, tvaroh, cukr

II. Večeře: Jogurt

Po týdnů však klientky musí mít navíc přídavky. Kdy jejich jídelníček vypadá následovně:

Snídaně: 3 bílé housky, máslo, plátkový sýr

Přesnídávka: 2 housky s džemem

Oběd: Polévka Kulajda

Smažený vepřový řízek, bramborová kaše, okurka

Tatranka

Svačina: 2 rohlíky, ovocný tvaroh

Večeře: ovocné knedlíky, tvaroh, cukr

II. Večeře: Jogurt, rohlík

Všechno je založeno na pečivu. K léčbě ještě klientka dodává, že důležitá je vůle, jestli se člověk vůbec chce vyléčit. Zažila tam mnoho děvčat, které do léčby donutili rodiče. A tak jedly, jak musely, do žádné z terapií se nezapojovaly, hádaly se s personálem, v noci cvičily a po návratu domů se vrátily ke svému špatnému režimu stravování. Jak klientka udává dle vlastní zkušenosti, léčba může být efektivní jen tehdy, kdy samotné klientce dojde, že má problém a chce ho začít řešit. Pokud jde někdo do stacionáře s tím, že se chce vyléčit, je to dle klientky ideální pomoc.

Zdravotní komplikace:

Asi jako úplně první příznak se dostavila zimomřivost, klientka měla neustále promrzlé končetiny a nemohla se nikdy zahřát. V době, kdy trpěla anorexií, se naučila za den vypít velké množství teplých nápojů (zaplňovala žaludek a na chvíli se zahřála) a tento zvyk má do dnes. Jako další projev přišla malátnost a totální fyzické vyčerpání. Klientka několikrát i omdlela, neustále měla velmi nízký tlak a nezdravou bílou barvu. Nastupovaly pomalejší reakce a klientka měla stále větší problém se soustředěním. Během anorexie začala mít problémy i s vlasy, které se ještě více prohloubily s mentální bulimií. Během onemocnění se klientce velice snadno dělaly velké modřiny. Stolicí měla nepravidelnou. Týden nic, týden průjem a během bulimie se dostavily i bolesti a křeče břicha.

Pocity:

Ještě dnes si klientka plně vybavuje, jak to vše začalo. Na začátku to byl jen takový nápad zhubnout. Rozhodla se, že si každé ráno zapíše svoji váhu a třeba zhubne. Jakmile

ale váha začala klesat, klientka tomu začala věnovat čím dál více pozornosti a času. Problém nastal ve chvíli, kdy se okolí nelíbilo, co dělá a začali ji hlídat a kontrolovat. Byla si jistá, že jí nikdo nerozumí a nemohla se o to s nikým podělit. Tak začala vyhledávat samotu. Jejím největším přítelem se staly kalorické tabulky a cvičení. Celý den myslela na to, kolik toho už snědla a kolik tedy ještě může sníst. V anorektickém období byl všudypřítomný hlad, který pro ni však znamenal vítězství. Místo, aby kručení v břiše chtěla zastavit, naplno si ho užívala. Věděla, jaká je její hranice denního příjmu a den co den se hecovala, že sní ještě o něco méně a k tomu bude alespoň hodinu cvičit. Z tohoto období si klientka vůbec nevybavuje školu ani kamarády. Jak udává, byla stále duchem jinde, plánovala si lež pro rodiče, kdy a kde si zacvičí atd. Dále klientka popisuje neustálý stres a strach, že někde bude muset něco sníst navíc nad její plán. Doma nastával konflikt s rodiči – například kvůli kostičce čokolády. Snažili se jí domlouvat a několikrát i vyhrožovali lůžkovým oddělením. Jak ale klientka dodává, nikdy neměli to srdce to udělat. Někdy měla myšlenky, že začne jíst normálně a přestane to řešit, ale hec byl hec!!! A hlavně měla v hlavě myšlenku, že už nikdy nebude moct jíst normálně, protože jinak začne nabírat a bude ty kilogramy nabírat do nekonečna. Klientka zdůrazňuje, že měla svůj vlastní svět a ten začínal a končil jídlem a cvičením. Bavilo ji koukat se na ostatní, protože ona sebe sama se mohla chválit, že není takové „prase“. S velkou oblibou vařila a pekla pro ostatní, ale nikdy nic neochutnala a ještě v duchu se chválila za to, jak má silnou vůli. Každé ráno vstávala s příšerným hladem a těšila se na snídani, na jediné jídlo, které si později za den dovolovala. A pak už celý den myslela jen na to, že do snídane musí přežít bez jídla. Každou minutu musela užít co nejefektivněji a hlavně musela vydat co nejvíce energie, tak i ve škole chodila na WC dělat sed – lehy. Jak klientka uvádí, bulimie je po psychické stránce mnohem vyčerpávající než anorexie. Při anorexii člověk jede podle vzorce: odmítni co nejvíc jídla – vydej co nejvíc energie – den co den a nad ničím jiným nepřemýšlej! Asi proto je pro klienty s mentální anorexií těžké pochopit, že dělají něco špatně. Vštípí si tento vzorec, podle něj se řídí a žádná síla navíc už není. Navíc když se jim „daří“ tento svůj životní cíl dodržovat a tak se cítí šťastní.

8.1.1 Rozhovor K 1

1) Jaká byla tvoje informovanost o PPP? Zнала jsi rizika MA?

V době, než jsem začala řešit vše kolem hubnutí a tak, jsem samozřejmě základní informace o PPP znala. Věděla jsem, co asi je mentální anorexie (trochu zjednodušeně, chápala jsem to jako nemoc, kdy zákonitě holka vůbec nic nejí a je úplně vychrtlá) a bulimie (opět moje vize byla trochu zkreslená – člověk, který všechnu potravu, kterou přijme, vyzvrací). Nijak jsem nad tím nepřemýšlela, že by se mě ten problém mohl týkat, když jsem začala hubnout, byli všichni z okolí rádi, že už nejím dvě tabulky čokolády denně, bohužel mě to povzbudilo a namotivovalo až moc.

2) Proč jsi začala držet dietu?

Asi především kvůli vlivu okolí – měla jsem dvě kamarádky, přičemž jedna byla od přírody doopravdy vychrtlá – a klukům se moc líbila, druhá zase byla baletka, tudíž měla i v nějakých těch 13 už celkem vysportovanou postavu. Já byla mezi nimi taková ta ošklivá, ale aspoň chytrá, ale to mi začalo vadit. Měla jsem brýle a rovnátka, tudíž jsem byla takový prototyp ošklivky, aspoň jsem se tak cítila.

3) Jaký typ stravování u vás doma převládal? (domácí strava, polotovary, jiné)

Ráno jsme většinou snídali nějaké cereálie s mlékem nebo namazané pečivo, obědy jsem mívala ve školní jídelně a večere jak kdy – pokud jsem chtěla, mamka mi klidně udělala nějakou teplou rychlovku (chleba ve vajíčku, smaženky, krupicovou kaši, knedlíky s cibulkou...) nebo jsme jedli obložené pečivo. Přes víkend jsme vždy jeden den šli na oběd k babičce, která výborně vařila, druhý den jsme buď dojídali zbytky od babičky, nebo maminka vařila. To bylo v době před MA, jakmile jsem začala s hubnutím, dělalo mi jíst doma problém, vadily mi obědy u babičky (když byly knedlíky, hodně maštěné halušky atd.) a večere doma byly vždy studené a co nejmenší.

4) Vařila tvoje maminka každý den alespoň jedno teplé jídlo a dbala na zásady zdravé výživy?

Ano, ve dnech, kdy jsme byli všichni doma, určitě vařila teplé jídlo, jinak jak jsem psala, pokud jsme celý den byli mimo dům a vrátili se večer, i nám stačilo namazat si rohlík.

Myslím, že zásady zdravé výživy mamka dodržovala, vždy jsme doma měli ovoce a zeleninu, kterou nám „nutila“ a dbala na pestrost potravin. Je ale jasné, že když věděla, že mi nejvíc chutná kakaový Lipánek, tak ho kupovala častěji a tak.

5) Co bylo hlavní příčinou vzniku onemocnění MA?

To je základ celé léčby, až na to přijdu, budu zdravá. Asi nízké sebevědomí, perfekcionismus, touha po uznání.

6) Jaké byly první příznaky MA a v kolika letech nemoc propukla?

První příznaky byly hlavně ty psychické a sociální – začala jsem se stranit lidem a vyhledávat samotu, kde jsem si v klidu mohla počítat své kalorie, dělat tisíce leh-seďů a dřepů a vyhledávat informace o nutričních hodnotách potravin. Byla jsem neustále vynervovaná, že budu muset sníst něco navíc, cítila jsem, že něco dělám špatně, že bych to asi měla tajit, a tak jsem se začala všem vzdalovat. Na jednu stranu jsem byla hrozně hrdá na to, co právě dělám, jak skvěle hubnu, jakou mám pevnou vůli a jak mi to jde, na druhou stranu jsem se asi trochu styděla a bála se to říct okolí, aby se v tom nerýpali. To mi bylo 15.

Samozejmě z fyzických příznaků to byl zatím jen rychlý pokles váhy – během dvou měsíců jsem zhubla asi šest kilo, což dál pokračovalo ještě asi čtyřmi kilogramy (Z 54 na 48 a následně na 44 kg/výška 163 cm). Dále střevní problémy (špatné vyprazdňování) a malátnost z nedostatku jídla, nízký tlak, asi třikrát jsem i omdlela.

7) Užívala jsi během nemoci MA projímadla?

Ne.

8) Setkala ses někdy s poznámkami na svoji postavu?

Před tím, než jsem začala hubnout, ano. Byla jsem dost malá, tudíž snad všichni si mě dobírali kvůli mé výšce, bohužel některé „kamarádky“ si neušetřily ani poznámky na mé „špíčky“.

9) Pokud ano, byl to impuls k tomu, abys začala hubnout?

Rozhodně.

10) Jaká byla reakce okolí (přátel, rodiny) na první zhubnutí?

Nadšení, že žiji zdravěji.

11) Jak vypadal tvůj jídelníček během onemocnění MA?

Snídaně: Miska müsli, Activia bez cukru, kus ovoce (před mamkou)

Svačina: nic (škola)

Oběd: nic (škola)

Svačina: nic (škola/u přítele)

Večeře: 1 ks obložený rohlík doma (před mamkou)

12) Jak ses cítila bez jídla?

Volná, lehká, svobodná, lepší než ostatní. Připadalo mi, že mám lepší sebekontrolu, hnusil se mi každý, kdo jedl, u každého mi přišlo, že se jen nevhodně přecpává.

13) Jaké pocity jsi měla, pokud jsi něco snědla?

Příšerné výčitky, musela jsem co nejdříve přesně zjistit, kolik kalorií jsem snědla a pokud to bylo moc (za den jsem měla dovoleno max. 1000 kcal = cca 4000 kJ), musela jsem druhý den jíst o to míň a oba dva dny sportovat o to více.

14) Jak často a jak dlouho ses věnovala pohybové aktivitě?

Pořád jsem dělala leh-sedy, dřepy nebo různá jiná cvičení, běhala, skákala na místě, třeba čtyři hodiny ze dne, to vše tajně, a pak jsem ještě do vyčerpání jela na rotopedu doma.

15) Jaká byla tvoje nejoblíbenější pohybová aktivita?

Žádná, nedělala jsem to ráda, musela jsem.

16) Jak MA ovlivnila tvůj vztah s kamarády?

Tím, že jsem se bavila hlavně s kluky, jsem vlastně o kamarády nepřišla, i když by se to tak jako čekalo – přišla jsem o holky, nebavila jsem se s žádnou kamarádkou, ale vzhledem k tomu, že jsem se cítila dobře a chtěla jsem být co nejmíň doma, aby do mě mamka nenutila jídlo, byla jsem s kamarády pořád – protože to byli kluci, nijak neřešili to, že celý den nejím nebo jsem až moc hubená. V té době jsem si našla naopak hodně kamarádů.

17) Mohla ses během onemocnění MA věnovat svým koníčkům, nebo jsi o ně přišla?

Věnovala jsem se zpívání – chodila jsem na zkoušky kdy jen to šlo, abych nemusela být doma a jíst. Druhým koníčkem pak byla MA, o kterou jsem se zajímala ve všem zbylém čase.

18) Kdy sis začala uvědomovat, že už máš problém?

Asi po třičtvrtě roce trápení, kdy má váha klesla pod 44 kg, já onemocněla angínou, ale vzhledem k tomu, že jsem měla hrozně oslabené celé tělo, udělaly se mi po celé puse puchýře a já nemohla asi dva týdny jíst. Byla jsem úplně malátná, bylo mi hrozně špatně. Bála jsem se, že umřu, a trochu jsem jíst začala.

19) Snažila ses svůj problém skrývat před okolím?

Ano. Tvářila jsem se, že problém zkrátka není.

20) Kdo si z tvého okolí první všiml, že už se jedná o zdravotní problém?

Rodiče, učitelé ve škole.

21) Kdo ti nejvíce pomohl a jak?

Maminka. Nakopla mě (v té době, kdy jsem měla angínu), že musím trochu jíst, že jsem nemocná a tak. A ať to udělám pro ni.

22) Hledala jsi někdy rady a oporu na pro ana blogu?

Ani ne, je to už šest let zpátky, v té době to asi tolik nefrčelo.

23) Zajímala ses o literaturu o výživě?

Ano.

24) Vařila nebo pekla jsi ráda?

A jak! Mamka z toho byla nešťastná. Každý den jsem upekla jednu buchtu, dort nebo bábovku a nikdy ani neochutnala. Sbírala jsem kuchařky a libovala si ve čtení všech možných receptů. A pak si libovala v tom pocitu, že já jsem ale lepší než to všechno a já tomu odolám.

25) Co nebo kdo tě přiměl (o) se léčit?

Mamka a můj vlastní strach ze smrti.

8.2 Kazuistika 2

Pohlaví: žena

Věk: 38 let

Výška: 173 cm

Hmotnost: 75 kg

Osobní anamnéza:

Alergie: není

Léky: antikoncepce, při léčbě MA – Riseprol, Eucefuril

Rodinná anamnéza:

Babička se po porodu 3. dítěte léčila na psychiatrii, babičky sestra – pokus o sebevraždu.

Dědeček – alkohol – sebevražda.

Katamnéza:

První problémy začala klientka pozorovat při studiu na nástavbě. Cítila se nešťastná, kolektiv byl zaměřen na značkové oblečení a vegetariánství. Tak se snažila svým vrstevnicím vyrovnat alespoň skrze stravu. Nakonec to dopadlo tak, že se stala také vegetariánkou a po celou dobu studia nebyla schopná jíst nikde jinde než doma. Proto začala z Plzně dojíždět každý den a jedla snídani a pak až večer večeři. Poté 8 let pracovala v Klatovech, stále se nic nezměnilo. Z 65 kg se dostala na hmotnost 55 kg. Po 10 letech, ale nastal zvrat. Klientka se dostala z fáze PPP k mentální anorexii. Přisuzuje to změně zaměstnání, vstupu do manželství (2006) a tak všeobecně to popisuje jako moc velkých změn najednou. Její matka o problému věděla, ale nevěnovala tomu pozornost a ani se nesnažila klientce pomoci. Matka a babička byly povoláním švadleny – doma se vše točilo kolem toho, kolik kdo váží, jaké má míry. Na počátku MA vážila 55 kg a její nejnižší hmotnost byla 43 kg a to už klientce hrozila hospitalizace.

Připouštěla si, že má problém, ale sama nebyla schopná ho nějak řešit. Na její léčbě se nejvíce podílel její manžel. Bylo to velice těžké, protože mu samozřejmě lhala ohledně jídla atd., ale jejich vztah to naštěstí nenarušilo. Manžel klientku hlídal při jídle, pravidelně ji vážil a domlouval. Ale ona jako většina ostatních klientů trpících MA dokázala vše obejít. Když věděla, že se bude vážit, pod oblečení si dávala závaží, hodně pila a nechodila

na toaletu. Z práce si nosila obaly od sušenek a doma tvrdila, že je jedla při práci. Jídlo různě schovávala a poté tajně vyhazovala. Pokud něco snědla, měla tendenci se škrábat, jako trest za to, že to nezvládla. Klientka nikdy nezvracela, přišlo jí to odporné, ale pravidelně užívala projímadla. Mnoho hodin však věnovala pohybové aktivitě – ráno vstávala ve 4 h, aby mohla před prací jezdit 2 h na rotopedu a odpoledne následoval další pohyb. Nenáviděla všechny okolo, co jí nějak radili a pak hlavně sama sebe, když něco snědla.

Během anorektického období její jídelníček vypadal následovně: 5 kůrek od chleba a 1 jablko. Jelikož pracuje ve zdravotnictví, velice dobře si uvědomovala, že musí doplnit vitamíny a minerální látky, proto si kupovala doplňky výživy. Pravidelným užíváním těchto doplňků si vysvětluje to, že jí nezačaly padat vlasy a ani se nezhoršila jejich kvalita. Z potíží se vyskytovala zimomřivost a dělaly se jí modřiny a byla hodně unavená. Pokud měla výčitky po jídle, lehla si na zem nahá a ujišťovala se tak, že stále cítí, jak jí tlačí kosti. Byl to pro ni velmi důležitý uklidňující rituál.

S manželem společně hledala jak z toho všeho ven. Navštívila několik léčitelů, protože chtěla zkusit alternativní způsob léčby, ale výsledek se bohužel nedostavil. Tak začala jezdit na večerní skupinu, ale jak sama uvádí, tam místo toho, aby se uzdravovala, odkoukávala triky MA od ostatních a tak to po několika sezeních vzdala. Zlom nastal, až když se rozhodla, že se pokusí vyléčit s pomocí NT Jaroslavy Kreuzbergové ve FN Plzeň Lochotín. Aby byla léčba komplexní byla jí doporučena současná léčba na psychiatrii. Tam jí byla předepsána medikace: Riseprol a Eucefuril. Zpočátku na ambulanci dojížděla každých 14 dní, poté se intervaly prodlužovaly po měsíci nebo jen na telefonické konzultace.

Nutriční terapeutka doporučila, aby se klientka snažila přibrat 2 kg za měsíc. Strava nebyla přesně určena, měla jíst to, na co měla zrovna chuť. Klientka v tomto období měla nejraději zmrzlinu, myslí si, že to bylo tím, že byla hodně energeticky vydatná, ale zároveň se po ní necítila plná. Cílem této metody bylo podpořit chuť k jídlu a hlavně, aby se klientka znovu rozjedla. V tu dobu si pořídila kocourka, který jí pomáhal zvládat úzkost po jídle. Postupně přidávala do svého jídelníčku další potraviny, ale maso se ani nadále zařadit nepodařilo. V červnu 2007 vážila 52 kg a BMI bylo 17,4. Přírůstek hmotnosti od poslední kontroly byl 3 kg za měsíc. Klientka se občas záchvatovitě přejídala, ale snažila se stravovat každé 3 hodiny. V červenci klientka vážila stále stejně, zařadila sport, strava

byla kontrolovaná manželem, stále bez masa, ale s výčitkami. Proto se rozhodla, že při kontrolách nechce sdělovat svoji aktuální hmotnost. Porce začala odhadovat na velké talíře. V září 2007 proběhla kontrola stravovacího režimu, došlo k zlepšení nálady a bylo doporučeno zvýšit příjem bílkovin na 60 g. Listopad 2007 – hmotnost 51 kg. Došlo k úbytku o 1 kg. Klientka pravidelně sportovala každý den 1 hodinu. Byla doporučena pravidelnost ve stravování, dodržovat pitný režim alespoň 2 litry a vynechat nízkotučné potraviny. Z pohybu bylo doporučeno jen posilování. Prosinec 2007 – Doporučeno alespoň jedno teplé jídlo za den. Z pohybu pouze procházky. A kdyby nastaly výčitky po jídle, měla si dát klientka kousek zmrzliny. Duben 2008 – hmotnost byla 50,5 kg. Klientce byl doporučen následující jídelníček:

Sn: 100–150 g sýra, 80–100 g chléb, 100 g zeleniny

Př: 150 ml smetanového jogurtu, rohlík

O: polévka, sladké jídlo nebo 100 g masa, omáčka, 150 g příloha nebo ½ porce hlavního jídla z jídelny

SV: 250 g ovoce nebo 200 g buchty nebo 80 g čokolády

Ve: 150 g sýr, vejce, Termix, 80 g chléb, 100 g zeleniny

2 Ve: 50 g ořechy nebo 150 g ovoce

Jídelníček byl doplněn mírným pohybem 3x týdně.

Květen 2008 – hmotnost 52,3 kg. Pod tlakem měla klientka větší ochotu jíst a přibírat.

Strava pravidelná, převaha sladkých pokrmů, stále bez masa. Doporučení chodit na obědy.

Srpen 2008 – hmotnost 55,2 kg. Dodržování stravovacího režimu. Říjen 2008 – obtížné odhadování porcí. Kontrola stravovacího režimu, doporučeno 3x denně velké jídlo (Sn,O,Ve).

Červenec 2009 – hmotnost 61,7 kg. Bez potíží. Srpen 2009 – běžné porce, klientka se řídila podle manžela.

Září 2009 – zařazen nadměrný pohyb – až 3x denně.

Stravování dle plánu. Červen 2010 – hmotnost 74,5 kg – volné stravování. Srpen 2010 –

Strava 6x za den, převaha sacharidů. Srpen 2011 – 81,3 kg. Doporučen jídelníček na

6700 kJ dle rozpisu a denně 1 hodina pohybu. Klientka uvádí, že když se její hmotnost přehoupla přes 80 kg, přestala mít v sobě výčitky a najednou hmotnost neřešila. Během

léčby jí pomohlo psát si deníček, kam si nalepovala obrázky nebo psala citáty. Byl to

takový deníček radostí. Na přelomu roku 2011 a 2012 klientka znovu začala jíst maso

a nyní již nemá problém sníst cokoli. A v říjnu 2012 se jí narodilo její první vysněné dítě.

Během těhotenství přibrala 13 kg a v té době vážila 85kg. Již neměla žádné obavy, že by se

MA mohla vrátit, byla si naprosto jistá, že je zdravá. Nyní se s láskou stará o svého syna, její aktuální hmotnost je 75 kg, s jídelníčkem nemá žádný problém a momentálně s manželem plánují další miminko.

8.2.1 Rozhovor K 2

1) Jaká byla tvoje informovanost o PPP? Znala jsi rizika MA?

Rizika MA jsem znala a informace o PPP jsem také měla dostatečné, ale myslela jsem si, že se mi to nikdy týkat nebude.

2) Proč jsi začala držet dietu?

U mě to ani nebyla dieta, spíše jak jsem popisovala, nemohla jsem ve škole jíst a tak se nějak celkově změnilo moje stravování, ale určitě to nebylo úmyslně.

3) Jaký typ stravování u vás doma převládal? (domácí strava, polotovary, jiné)

Domácí strava.

4) Vařila tvoje maminka každý den alespoň jedno teplé jídlo a dbala na zásady zdravé výživy?

Ano, maminka vařila.

5) Co bylo hlavní příčinou vzniku onemocnění MA?

Školní kolektiv a možná domácí prostředí (maminka a babička byly švadleny).

6) Jaké byly první příznaky MA a v kolika letech nemoc propukla?

Únava, zimomřivost, MA propukla v roce 2006, tak někdy kolem 29–30 let.

7) Užívala jsi během nemoci MA projímadla?

Ano běžně.

8) Setkala ses někdy s poznámkami na svoji postavu?

Ne.

9) Pokud ano, byl to impuls k tomu, abys začala hubnout?

X

10) Jaká byla reakce okolí (přátel, rodiny) na první zhubnutí?

Nejprve mi říkali, jak mi to sluší a pak zase, že už jsem hubená až moc.

11) Jak vypadal tvůj jídelníček během onemocnění MA?

5 kůrek od chleba a jedno jablko.

12) Jak ses cítila bez jídla?

Skvěle, měla jsem pocit, že jsem vyhrála sama nad sebou.

13) Jaké pocity jsi měla, pokud jsi něco snědla?

Cítila jsem se těžká.

14) Jak často a jak dlouho ses věnovala pohybové aktivitě?

2 h ráno před prací a odpoledne také tak hodinu, někdy i více.

15) Jaká byla tvoje nejoblíbenější pohybová aktivita?

Rotoped nebo jízda na kole v přírodě.

16) Jak MA ovlivnila tvůj vztah s kamarády?

Nejlepší přátele jsem neztratila.

17) Mohla ses během onemocnění MA věnovat svým koníčkům, nebo jsi o ně přišla?

Nemohla, byla jsem nervózní a unavená, vše jsem musela mít naplánované.

18) Kdy sis začala uvědomovat, že už máš problém?

Až s manželem, ale na začátku jsem to vůbec nechtěla řešit.

19) Snažila ses svůj problém skrývat před okolím?

Ano, ale pak už jsem ani neměla sílu.

20) Kdo si z tvého okolí první všiml, že už se jedná o zdravotní problém?

Manžel.

21) Kdo ti nejvíce pomohl a jak?

Manžel, snažil se mi pomoci sám a pak se mnou jezdil na léčbu a pomáhal mi vše zvládnout.

22) Hledala jsi někdy rady a oporu na pro ana blogu?

Ne, nejsem moc počítačový typ.

23) Zajímala ses o literaturu o výživě?

Ano, hlavně jsem hledala výživové hodnoty potravin.

24) Vařila nebo pekla jsi ráda?

Řekla bych, že jsem spíše vařila ráda, ale nikdy jsem nechtěla ochutnat, ale byla jsem ráda, že manželovi chutná a nandávala jsem mu velké porce.

25) Co nebo kdo tě přiměl (o) se léčit?

Manžel, protože hrozilo, že bych o něj mohla přijít.

8.3 Kazuistika 3

Pohlaví: žena

Věk: 23 let

Výška: 165 cm

Hmotnost: 62 kg

Hmotnost při MA: 13–14 let 42 kg, 15–17 let cca do 68 kg, 18–20 let 52 kg.

Osobní anamnéza:

Alergie: včely, vosi jed

Léky: antikoncepce od 16 let

Alkohol: příležitostně

Kouření: ano

První menstruace až v 16 letech, poté co začala trochu jíst.

Rodinná anamnéza:

Otec – psychické onemocnění, s rodinou nežije od 1 roku klientky věku

Matka – 42 let, zdravotní stav celkem dobrý, 1 gynekologická operace, šlechtitelka obilných rostlin

Sourozenci – bratr, 19 let, častá zranění v dětství – zlomeniny atd., vysoká nadváha, pracuje jako řidič

Katamnéza:

S PPP měla klientka poprvé problém na základní škole. Jako dítě byla trochu silnější, ale nikdy ne extra otlá, doma to bohužel vnímali jinak a neustále ji někdo říkal, že je tlustá. V rodině se vyskytovaly i jiné problémy a tak si klientka myslela, že když bude hubená a hezká, začne se na ní okolí koukat jinak, proto přestala jíst. Chtěla zhubnout a nezáleželo jí na tom, že to ostatní po několika měsících vidí jinak. Klientka přestala jíst a stále cvičila. Výsledek na sebe nenechal dlouho čekat a klientka hubla. Každý den se vážila a měla přesně vypočítané, co může sníst, kolik co má kalorií a kolik spálí při různém druhu pohybu. Stále ale měla pocit, že ještě není dost hubená a měla kvůli tomu další konflikty v rodině. Ty se ještě prohloubily, když rodiče zjistili, že klientka nechodí ve škole na obědy, svačiny vyhazuje a večeři tajně schovává. Začali dceru kontrolovat, podle

slov klientky do ní „cpali“ jídlo, že z toho málem zešílela. Poté klientka uvádí, že už to její tělo nevydrželo a ona nedokázala udržet chuť (protože hlad přestala cítit po pár týdnech) a strašně se přejídala. Vždy snědla, co měla po ruce a pak jí bylo nevolno. Byla na sebe naštvaná, a proto zase třeba 3 dny nejedla vůbec. Nejdéle vydržela bez potravy 6 dní. Poté uvádí, že jí začala bolet střeva a ani voda jí nepomohla, tak snědla trochu ovoce.

Klientka trpěla neustálou zimomřivostí, cítila se unaveně, neměla prsa a ani menstruaci jako jediná ve třídě. Tím se začala bát o své zdraví a začala normálně jíst. Když začínala jíst, z počátku to moc nešlo a pak najednou začala hodně přibírat na váze. Atmosféra doma nebyla příjemná, při studiu na střední škole to však ještě více vygradovalo – neustálé hádky atd. Proto se klientka rozhodla pro brigádu, aby doma trávila co nejméně času, ale psychicky na tom moc dobře nebyla, jak uvádí. Najednou však klientka začala znovu hubnout, ale příčina již nebyla v držení diet ani cvičení, ale byl to odraz těžké deprese. Klientka v noci nespala, pak už ani nejedla, chodila do práce a dopadlo to tak, že zhubla, ale už nechtěla přibírat. Začala se fixovat na zdravou výživu, hodně sportovala, protože chtěla nabrat svalovou hmotu a stále si v hlavě opakovala, že to má pod kontrolou. Jenže opak byl pravdou, klientka se znovu ocitla v začarovaném kruhu, akorát trochu jinak. Stravovala se pravidelně po 2 h, jedla malé porce bohaté na bílkoviny. Hodně cvičila. Psychicky na to však byla hodně špatně a tak se rozhodla vyhledat psychologa a následně psychiatra. Diagnóza zněla těžká deprese. Všechno do sebe zapadalo, klientka uvádí, že už ale byla tak hubená, až to bylo „odporné“. Nikdy si ale úplně nepřipustila, že je nemocná. Uvádí, že jí její vlastní rodina naprosto zničila a díky nim má své psychické problémy a anorexie se stala přidruženou chorobou. Před okolím, své psychické problémy a problémy v rodině tajila, tak pro všechny byla jen „anorektičkou“ a to jí vyhovovalo.

Klientka dále uvádí, že její nemoc je způsob jakým myslí a že se s tím musí naučit žít, protože se to podle jejího názoru nikdy úplně vyléčit nedá!

Nyní žije se svým přítelem, který její příběh zná a snaží se jí podporovat. Se svojí rodinou se téměř nestýká.

8.3.1 Rozhovor K 3

1) Jaká byla tvoje informovanost o PPP? Znala jsi rizika MA?

Věděla jsem, co jsou to PPP, myslím, že jsem byla dobře informovaná, rizika jsem znala dobře.

2) Proč jsi začala držet dietu?

Chtěla jsem zhubnout.

3) Jaký typ stravování u vás doma převládal? (domácí strava, polotovary, jiné)

Domácí strava, klasické obědy a večeře.

4) Vařila tvoje maminka každý den alespoň jedno teplé jídlo a dbala na zásady zdravé výživy?

Vařila každý den oběd, večeře jak kdy, někdy jsme měli jen studenou – chleba atd. Myslím, že v zásadě vařila normálně, extra na zdravou výživu ne.

5) Co bylo hlavní příčinou vzniku onemocnění MA?

Vzhled, pocit méněcennosti, posměch ostatních.

6) Jaké byly první příznaky MA a v kolika letech nemoc propukla?

Nemoc propukla ve 13 letech, prvním příznakem byla asi dieta.

7) Užívala jsi během nemoci MA projímadla nebo jsi zvracela?

Ne.

8) Setkala ses někdy s poznámkami na svoji postavu nebo ti někdo vyčítal, jak vypadáš?

Ano.

9) Pokud ano, byl to impuls k tomu, abys začala hubnout?

Přispělo to k tomu.

10) Jaká byla reakce okolí (přátel, rodiny) na první zhubnutí?

Žádná, ze začátku.

11) Jak vypadal tvůj jídelníček během onemocnění MA?

Ráno celozrnné lupínky, k obědu tvaroh, večeře bílý jogurt, atd. Nebo taky vůbec nic.

12) Jak ses cítila bez jídla?

Normálně, dobře.

13) Jaké pocity jsi měla, pokud jsi něco snědla?

Špatné svědomí, vztek.

14) Jak často a jak dlouho ses věnovala pohybové aktivitě?

Nejprve denně cca 2 hod. Pak několikrát týdně posilovna 2 hod.

15) Jaká byla tvoje nejoblíbenější pohybová aktivita?

Běh.

16) Jak MA ovlivnila tvůj vztah s kamarády?

Hodně špatně, žádné jsem pak téměř neměla, stranili se.

17) Mohla ses během onemocnění MA věnovat svým koníčkům, nebo jsi o ně přišla?

Mohla.

18) Kdy sis začala uvědomovat, že už máš problém?

Když mě i vstávání z postele unavovalo.

19) Snažila ses svůj problém skrývat před okolím?

Neviděla jsem to jako problém.

20) Kdo si z tvého okolí první všiml, že už se jedná o zdravotní problém?

Rodina.

21) Kdo ti nejvíce pomohl a jak?

To nevím.

22) Hledala jsi někdy rady a oporu na pro ana blogu?

Ne, ty blogy jsem nesnášela.

23) Zajímala ses o literaturu o výživě?

Ne, vše jsem znala nazpaměť.

24) Vařila nebo pekla jsi ráda?

Ano.

25) Co nebo kdo tě přiměl (o) se léčit?

Strach o zdraví, nikdy jsem se ale neléčila.

8.4 Kazuistika 4

Pohlaví: žena

Věk: 22 let

Výška: 174 cm

Hmotnost: 45 kg

Osobní anamnéza:

Alergie: pyl, trávy

Alkohol: ne

Kouření: příležitostně

První menstruace ve 12 letech, ve 14 a 17 ztráta menstruace vlivem PPP. Od 19 ztráta až do teď.

Rodinná anamnéza:

Otec – lékař, sportovec, zdravotní stav bez komplikací

Matka – oslabená imunita, ve 45 letech prodělala CMP, zpočátku motorické komplikace, psychické změny po porodu

Pracovní anamnéza:

Studentka, jako brigáda lektorka jazyků. V zaměstnání svůj problém skrývá.

Sociální anamnéza:

Bydlí sama odděleně od rodičů. Dohlíží na ni babička.

Katamnéza:

Jak klientka uvádí, za její PPP může její matka, která se s ní neustále chlubila, chtěla, aby byla nejchytřejší (požadovala po ní nejlepší výsledky ve škole a pokud donesla například 2, říkala jí, že je „hloupá“) a nejhubenější. Dietu začala držet mezi 12–13 rokem, kdy jí matka říkala, že je tlustá a chytala jí za „špeky“, které ovšem neměla.

Zpočátku se nebála množství, ale spíše řešila kalorie, její strava se skládala jen z „light“ výrobků. Ve své nejhorší fázi měřila 167 cm a vážila 43 kg, proto byla hospitalizovaná. Při hospitalizaci byl doporučen váhový plán a její dimisní hmotnost měla

být nejlépe 50 kg. Klientka ovšem z psychického hlediska nebyla úplně v pořádku, pobyt v nemocnici snášela velice špatně a její hmotnost se stále snižovala. Když dosáhla hmotnosti 37 kg, rodiče podepsali revers a vzali si jí domů. Doma to nebylo o moc lepší, hmotnost se nezvyšovala, nastával konflikt s rodiči. Prošla několik psychiatrů a nakonec skončila u psychiatricky v Praze, protože chtěla být někde, kde jí nikdo nezná. Dostala medikaci, díky které jak klientka uvádí, byla utlumená a bylo jí vše jedno a postupně se dostala na hmotnost 74 kg. Poté postupně začala vysazovat léky a došlo jí, jak vypadá. Její matka přidávala neustálé poznámky na její hmotnost. Nejdříve byla dost pohodlná něco s tím udělat, ale bylo jí to líto. Poté jí údajně psychiatricka v Praze měla říct, že je obézní a hysterická a ať si vezme příklad z modelky Kuchařové. To vedlo klientku k tomu, že opět začala hubnout a poprvé zkusila zvracet – nejprve několikrát v týdnu. Když se dostala na hmotnost 55 kg, cítila se relativně dobře. Měla první velkou lásku. V té době bylo klientce asi 16 let. Přítel byl sportovec a klientka chtěla ještě zhubnout. Přestala jíst a projevila se u ní MA. Hodně cvičila – až do únavy i 3 hodiny. Tímto stylem se dostala na 42 kg. Ještě ale měla v sobě strach a vůli něco změnit. Po těle se jí dělaly modřiny a byla jí strašná zima. V té době váhu na nějakou dobu přestala řešit a po nějaké době zjistila, že její hmotnost se vyšplhala na 64 kg, což bylo pro klientku nepřijatelné. Jak uvádí, už to bylo moc a začala být sama se sebou nespokojená. V té době se začala pokoušet o modeling. Protože zjistila, že jí jídlo chutná, ale zároveň chtěla být štíhlá, vyřešila to po svém a začala pravidelně zvracet. Její hmotnost klesla na 54 kg, ale stále to pro ni bylo moc, v té době měla nového přítele a chtěla zhubnout kvůli němu. Když zjistil, jaký má problém, rozešel se s ní. Nyní je klientce 22 let, měří 174 cm a váží 45 kg. Jejím životním stylem se stala mentální bulimie, léčit se nechce, protože je takhle šťastná.

Jídelní režim: strava 2–3x za den, 3–4 litry tekutin, zvracení po každém jídle, protože když ví, že se může vyzvracet, tak se netrápí a klidně se nají. Dnes již nemá žádný strach a vůli.

8.4.1 Rozhovor K 4

1) Jaká byla tvoje informovanost o PPP? Znala jsi rizika MA?

Když jsem si poprvé přečetla o MA, říkala jsem si, že tohle by se mi nikdy stát nemohlo, znala jsem všechna rizika.

2) Proč jsi začala držet dietu?

Kvůli matce, která mi říkala, že 57 kg je moc.

3) Jaký typ stravování u vás doma převládal? (domácí strava, polotovary, jiné)

Matka moc nevařila, spíše jen těstoviny, na jídlo se chodilo do restaurací nebo jsem jedla u babičky.

4) Vařila tvoje maminka každý den alespoň jedno teplé jídlo a dbala na zásady zdravé výživy?

Ne, moc nevařila, nedbala na výživu jen na hmotnost.

5) Co bylo hlavní příčinou vzniku onemocnění MA?

Rodinné problémy, šikana ve škole, chtěla jsem si zajistit lásku u matky.

6) Jaké byly první příznaky MA a v kolika letech nemoc propukla?

Byla jsem skleslá, perfekcionalistka, projev obsedantního chování.

7) Užívala jsi během nemoci MA projímadla?

Ne, přišlo mi to nechutné.

8) Setkala ses někdy s poznámkami na svoji postavu?

Ano, v rodině.

9) Pokud ano, byl to impuls k tomu, abys začala hubnout?

Ano.

10) Jaká byla reakce okolí (přátel, rodiny) na první zhubnutí?

Nejprve pozitivní, poté negativní, což mi vadilo, protože mi nikdo nerozuměl.

11) Jak vypadal tvůj jídelníček během onemocnění MA?

SN: ½ „light“ jogurtu

Př: ½ ovoce

O: bez polévky, ¼ oběda

Sv: ovoce

Ve: obložená kaiserka

12) Jak ses cítila bez jídla?

Lehká, dobře, byla jsem šťastná, že jsem něco dokázala, já ovládla jídlo i sebe.

13) Jaké pocity jsi měla, pokud jsi něco snědla?

Plná, hned jsem měla pocit, že mi naskočil špek, to se od 14 nikdy nezměnilo, nikdy jsem neměla dobrý pocit z jídla.

14) Jak často a jak dlouho ses věnovala pohybové aktivitě?

Až 3 h pokud to šlo i denně.

15) Jaká byla tvoje nejoblíbenější pohybová aktivita?

Fitness.

16) Jak MA ovlivnila tvůj vztah s kamarády?

Některé jsem ztratila.

17) Mohla ses během onemocnění MA věnovat svým koníčkům, nebo jsi o ně přišla?

Při MA ano, při MB ne, z časových důvodů (zvracení).

18) Kdy sis začala uvědomovat, že už máš problém?

Nejvíce ve 14 letech, ale nechtěla jsem s tím nic dělat, dnes je to jen objektivní problém z hlediska mé práce, nechci o ní přijít, ale já sama to jako problém neberu.

19) Snažila ses svůj problém skrývat před okolím?

Ano.

20) Kdo si z tvého okolí první všiml, že už se jedná o zdravotní problém?

Babička.

21) Kdo ti nejvíce pomohl a jak?

Babička, dohlížela na mě a tak jsem nemusela bydlet s rodiči a dala mi pocit bezpečí, MUDr. Luhanová, ke které jsem cítila respekt a ona mi moc pomohla.

22) Hledala jsi někdy rady a oporu na pro ana blogu?

Ne, to jsem vždy odsuzovala.

23) Zajímala ses o literaturu o výživě?

Ano.

24) Vařila nebo pekla jsi ráda?

Ano hlavně pečení.

25) Co nebo kdo tě přiměl (o) se léčit?

Zpočátku babička, ale nyní se léčit nechci, jsem takto spokojená.

9 DISKUSE

Během pročitání a zpracovávání odborné literatury a v největší míře při osobním kontaktu s klienty jsem měla možnost se blíže seznámit s onemocněním mentální anorexie. Ač se jedná o hodně diskutované téma, přibývá lidí, kteří s onemocněním bojují. V bakalářské práci jsem se snažila přiblížit problematiku tohoto onemocnění čtenářům, kteří se o dané téma zajímají nebo pro čtenáře, kteří si již uvnitř sebe pomalu přiznávají, že mají problém. A neposlední řadě upozornit na důležitost prevence.

V praktické části bakalářské práce jsem se zaměřila na kvalitativní šetření pomocí rozhovoru a zpracovala jsem kazuistiky. Oslovila jsem několik klientů, ale bohužel ne každý byl ochotný se o své zkušenosti s touto nemocí podělit. Nakonec se mnou spolupracovaly čtyři klientky různého věku. S klientkami jsem se pravidelně setkávala a doplňovala a ověřovala si poskytnuté informace. Mnohdy to bylo velice náročné, protože klientky ne vždy mluvily pravdu, což k problémům nemocných s poruchami příjmu potravy patří. Ve své práci jsem si zvolila 8 výzkumných otázek, které zde vyhodnocuji.

První výzkumná otázka zněla: *Jaký je vztah mezi vznikem onemocnění mentální anorexie a rodinným zázemím?* Dvě klientky měly doma dle rozhovoru normální vztahy. Avšak jedna z nich se mi v soukromí ještě svěřila, že vztahy rodičů nebyly zas tak idylické a napětí mezi nimi se stále stupňovalo. Nakonec vše vyvrcholilo rozvodem, který také nesl podíl na rozvoji jejího onemocnění. Rodinné problémy se zpočátku rodiče snažili skrývat. Jedna klientka uvedla, že na ní byly kladeny vysoké nároky ze strany matky, která na ni tlačila, aby byla ve všem nejlepší. Požadovala vynikající výsledky jak ve škole, tak doma. A pokud dcera selhala, zahrnula jí výčitkami. U dcery vyžadovala štihlou, aby byla reprezentativní. A právě skrze štihlou, si klientka chtěla zajistit pravou mateřskou lásku. A v jednom případě klientka uvádí domácí neshody a nepohodu, což se během její nemoci stále více zhoršovalo. Neustálé hádky a negativismus se projevoval i na její psychice, proto se s rodinou se nyní téměř nestýká.

Během rozhovorů s klientkami u všech vyplynulo, že špatné rodinné vztahy mohou přispět ke vzniku onemocnění mentální anorexií. V této otázce jsem si tedy potvrdila, že mentální anorexie může souviset s dysfunkcí rodiny. Novák (2010, s. 28) uvádí:

„Nicméně rodina může přímo přispívat k problémům identity a kontroly a může dokonce navrhnout řešení zdůrazňováním štíhlosti jako všeléku. Rodiny mohou patologicky

směřovat pozornost k jídlu, což však nemusí být dostatečné pro vznik poruch příjmu potravy, které vyžadují ještě další přídatný rizikový faktor, buď biologický nebo zkušenostní.

Druhá výzkumná otázka zněla: *Jaká byla příčina vzniku onemocnění?* Jedna klientka uvádí, že se jednalo o nízké sebevědomí, perfekcionismus a snahu o uznání. V dalším případě je popisován školní kolektiv a také trochu rodinné prostředí. A to hlavně z důvodu povolání maminky a babičky. Obě byly švadleny, proto tělesné míry a proporce byly doma neustále zmiňovány. S klienty se řešilo, kolik váží a přeměřovaly se míry kvůli vyhotovení nového oblečení. U třetí klientky se jednalo o vzhled, pocit méněcennosti a posměch ostatních. V posledním případě jsou popisovány rodinné problémy, šikana ve škole a touha zajistit si matčinu lásku.

Z odpovědí všech klientek vyplývá, že příčin ke vzniku onemocnění mentální anorexií bývá většinou několik. Mezi nejčastější lze zařadit vztahy v rodině a v kolektivu, nedostatek sebelásky, perfekcionismus, touha po uznání a nízké sebevědomí. Domnívám se, že i přes dobrou obecnou informovanost o poruchách příjmu potravy se najde mnoho jedinců, kterým stále ještě nedochází, že i nevhodně zvolená slova, byť myšlená jen z legrace mohou někomu ublížit a stát se spouštěčem takové nemoci. O to horší je to pro jedince, pokud nevhodné poznámky směřují od blízké osoby.

Třetí výzkumná otázka zněla: *Jaký byl postoj klientek ke složení potravin v době onemocnění?* Všechny klientky se shodly, že v době onemocnění znaly energetické hodnoty snad všech potravin a zpočátku si přesně počítaly, co mohou sníst. Postupem času si zakazovaly stále více potravin. Co se týče složení, vše začalo tím, že se budou pouze zdravě stravovat, poté přešly na „light“ potraviny a nakonec vynechávaly jídlo úplně.

Ve všech případech bylo striktní dodržování jídelního chování. Termín „light“ bylo chápáno jako vhodné, povolené. K „nezdravým, kalorickým“ pokrmům si klientky vypěstovaly odpor a považovaly se za vítěze, pokud dokázaly odolat.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: *Z jakých potravin byl převážně složen jídelníček?* Všechny klientky se stravovaly podobně, zásada byla co nejmenší množství a co nejméně energetické hodnoty. Z potravin se konkrétně jednalo o „light“ potraviny, ovoce, zeleninu, nízkotučné jogurty a tvarohy.

Pátá otázka zněla: *Jaká byla informovanost o prevenci a poruchách příjmu potravy?* Všechny klientky uvedly, že jejich informovanost o poruchách příjmu potravy

a mentální anorexii byla dostatečná. A každá z nich si myslela, že jí se to nikdy nemůže stát. Opak je ale pravdou a i zde se promítá záludnost tohoto onemocnění.

Troufám si říci, že všichni jsme už někdy o tomto onemocnění slyšeli a první myšlenkou jako u oslovených klientek je, mě by se to stát nemohlo. Každý jsme ale jiný a někdy stačí pouhá konfrontace v kolektivu, vliv médií nebo jen porovnávání se s vrstevníky a už nevědomky můžeme naskočit do „rozjetého vlaku“ a cesta zpět není vůbec jednoduchá.

Šestá otázka zněla: *Jaké stravovací návyky převládaly v rodině?* Tři klientky se shodly, že u nich převládala domácí strava, někdy studené večeře. Pouze jedna klientka se svěřila, že matka doma moc nevařila, jen těstoviny. Stravování tedy probíhalo především v restauracích nebo u babičky.

Z rozhovorů vyplývá, že ve třech případech se jednalo o běžné domácí stravování. V rodinách se tedy nedržely žádné diety, a přesto zde vzniklo onemocnění v souvislosti s příjmem potravy.

Sedmá otázka zněla: *Jaká pomoc pro respondenty byla nejlepší?* Ve třech případech klientky uvádějí, že jim pomohla blízká osoba – manžel, maminka, babička. Pouze jedna klientka se vyjádřila, že neví.

Z odpovědi většiny klientek vyplývá, že pomoc někoho blízkého je velice důležitá. Sice se jedná pouze o malý krůček na cestě ke zdraví, ale je podstatné nebýt na tuto nemoc sám! Nemusí se vždy jednat o rodinu nebo přátele. Velkým přínosem jsou také domácí mazlíčci. Je jedno, o jakého mazlíčka se bude jednat. Důležité je, že klientům může poskytnout pocit bezpečí, jistoty, důvěry a klidu. Se vším se mu klient může svěřit, vytváří si k němu citové pouto a uvědomuje si, že má pro co žít.

Osmá otázka zněla: *Jaký byl důvod pro zahájení léčby?* Jako hlavní důvody pro zahájení léčby klientky uvádějí strach o své zdraví, vlastní strach ze smrti a dále blízké osoby – manžel, maminka, babička. Jedna klientka uvedla, že se zpočátku léčila, ale nyní se léčit nechce, protože je takto spokojená a svoji nemoc bere jako životní styl. Další klientka bere mentální anorexii jako způsob jakým myslí.

Z odpovědí jasně vyplynulo, že osoba blízká tvoří pouze „podpůrnou pomoc“, neboť pokud klientka bere poruchu příjmu potravy jako životní styl a sama se vyléčit nechce, nikdo jiný to za ní udělat nemůže. Nejdůležitějším krokem je uvědomit si a přiznat si svůj problém, který lze začít následně řešit. Dle mého názoru je vhodné o svém

problému s někým hovořit, protože popíráním problém nikam nezmizí. A čím dřív si svůj problém přiznáte, tím bude léčba snazší.

Poruchami příjmu potravy se v dnešní době zabývá mnoho center, kde je možné vyhledat odbornou pomoc, ať už se jedná o ambulantní péči nebo lůžkové oddělení. S tímto onemocněním není vhodné si zahrávat, proto domácí léčení nebývá doporučováno. Před několika lety jsem byla během praxe seznámena s chodem oddělení na Dětské psychiatrické klinice FN Motol a z vlastní zkušenosti mohu říct, že vhodná kombinace léčby je velice náročná a je nutný individuální přístup ke klientům.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabývám závažnou chorobou mentální anorexie, která patří mezi nejznámější a nejvíce popsané poruchy příjmu potravy. Během zpracování této problematiky jsem pochopila závažnost tohoto nebezpečného onemocnění. V práci se kromě samotného onemocnění věnuji výživě a zásadám zdravého stravování, neboť i to je prevence v boji s touto poruchou příjmu potravy. Výživa tvoří nepostradatelnou součást našeho života a nedostatek potravy může mít pro náš organismus vážné až tragické důsledky.

V praktické části jsem využila metodu kvalitativního šetření, kdy jsem kazuistiky doplnila rozhovory se čtyřmi klientkami. V praktické části bakalářské práce bylo stanoveno pět cílů a osm výzkumných otázek. Výzkumné otázky jsou jednotlivě probrány v diskusi.

Prvním cílem bylo zjistit souvislosti mezi vznikem onemocnění mentální anorexie a vztahy v rodině. Během získávání informací jsem si potvrdila, že na vzniku mentální anorexie se může podílet negativní domácí prostředí, nedostatečná komunikace mezi členy rodiny, emoční odstup, vysoké nároky a neustálé stresové situace. Tento cíl byl splněn, avšak rodinné zázemí nemusí být jediným spouštěčem onemocnění.

Druhým cílem bylo porovnat, zda všechny zúčastněné enormně kontrolovaly složení potravin z hlediska množství i energetické hodnoty. Všechny klientky, které se mnou spolupracovaly, striktně kontrolovaly složení všech potravin, které konzumovaly. Hlíдалy si velikost porcí i energetickou hodnotu. Tento cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, zda bylo možné onemocnění mentální anorexií nějak předejít. Podle výpovědí klientky měly dostatečné informace o poruchách příjmu potravy i konkrétně o mentální anorexií. Ve třech případech ze čtyř byly stravovací návyky v rodině standardní. Jak se zde promítá, ani dostatečná informovanost nedokáže ovlivnit rozhodnutí začít s dietou, která se postupem času stává nekontrolovatelnou. Onemocnění se dá předejít jedině prevencí, ale i tak záleží na okolnostech a osobnosti každého z nás. Tento cíl byl splněn částečně.

Čtvrtým cílem bylo zhodnotit, zda si klientky uvědomují svůj problém. Z rozhovorů vyplynulo, že si zpočátku žádná ze zúčastněných nepřipouštěla problém.

Když už si ho začaly uvědomovat, nechtěly ho řešit. Proto je velice důležité, aby okolí nebylo vůči poruchám příjmu potravy lhostejné. Tento cíl byl splněn.

Pátým cílem bylo vytvořit edukační materiál a pomocí něho upozornit na výživová doporučení, zdravé mezilidské vztahy a informovat o centech, kde je možnost vyhledat odbornou pomoc. A dále zpracovat návrh semináře zabývající se prevencí mentální anorexie a zdravými mezilidskými vztahy. Tento cíl byl splněn a edukační materiál přikládám k bakalářské práci a návrh semináře vkládám do příloh. (Příloha 8)

K prevenci mentální anorexie řadíme stravovací zvyklosti, které si odnášíme z rodiny, sebelásku, pocit jistoty, bezpečí a také preventivní programy ve školách zabývající se touto problematikou. Ač se stále hovoří o výživě jako jednom z faktorů prevence, výživa zaujímá spíše podružné umístění. Protože jak již bylo zmíněno, mentální anorexie je psychické onemocnění a pokud člověk nezmění pohled na sebe a okolí, samotná výživa nic nezmuže. Důležitost prevence jsme si již popsali v teoretické části bakalářské práce, ale skoro nikde se nemluví o tom, jak se má rodina zachovat, jak správně komunikovat a reagovat na výskyt onemocnění. Přitom právě to je velice podstatné, aby se mentální anorexie neprohlubovala a byla vhodně léčena. Mentální anorexie byla, je a bude a pak už jen záleží na každém ...

LITERATURA A PRAMENY

- BENEŠOVÁ, Dagmar a MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexii a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003, 31 s. ISBN 80-860-1591-2.
- KOHOUT, Pavel. *Potraviný - součást zdravého životního stylu*. Olomouc: SOLEN, 2010. ISBN 978-808-7327-395.
- KOHOUT, Pavel, RUŠAVÝ Zdeněk a ŠERCLOVÁ Zuzana. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2010, 184. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-808-7250-082.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, s.r.o., 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 105 s. ISBN 80-247-0840-X.
- LADISHOVÁ, Lorraine C. *Strach z jídla*. Ružomberok: EPOS, s.r.o, 2006. ISBN 80-89191-53-3.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2007. ISBN 978-80-86991-09-2
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ Eva a SOBOTKA Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2000, 184. Informační servis pro lékaře, sv. 2. ISBN 80-859-1233-3.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010. ISBN 978-807-2046-577.
- PAMPLONA - ROGER, George D. *Zdravie a sila v potrave: Kniha o správnom a nesprávnom výbere toho, čo jeme*. Vrútky: ADVENT-ORION, 2003. ISBN 80-88719-19-4.
- PAPEŽOVÁ, Hana *Anorexia nervosa*, Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85-121-32-8
- PÍTHA, Jan a POLEDNE, Rudolf. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2488-1.

- SUCHARDA, Petr. *Klinická dietologie II. část*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. ISBN 80-7013-200-0.
- SVAČINA, Štěpán, a kol. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- Fórum zdravé výživy. [online]. Praha, 1994 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://fzv.cz/>
- Chudnime zdravo: Šancu schudnout má každý... [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://chudnimezdravo.webnode.cz/>
- Státní zdravotní ústav. [online]. Praha: Copyright ©, 2007-2008 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>
- ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR. [online]. 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

A	Ano
Aj.	A jiné
BMI	Body Mass Index
DHA	Kyselina Dokosahexaenová
EKG	Elektrokardiogram
EPA	Kyselina Eikosapentaenová
g	Gram
GI	Glykemický index
GIT	Gastrointestinální trakt
kJ	Kilojoule
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
mg	Miligram
MUFA	Mononenasycené mastné kyseliny
N	Ne
PPP	Poruchy příjmu potravy
PUFA	Polynenasycené mastné kyseliny
WHR	Waist-Hip Ratio

SEZNAM OBRÁZKŮ

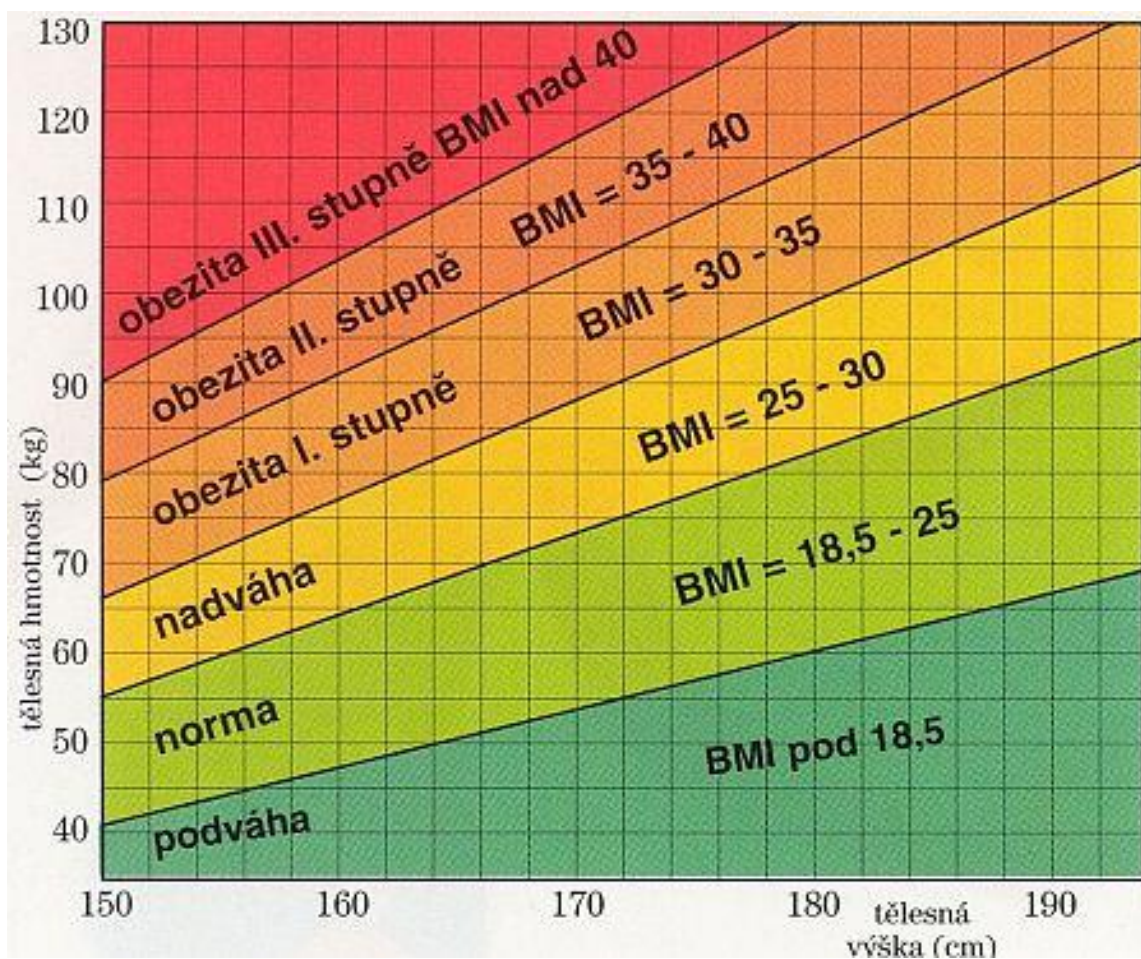
Obrázek 1 – Vodítka pro rozhodování při léčbě poruch příjmu potravy

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Graf a tabulka BMI
- Příloha 2 – Hodnocení indexu centrální obezity
- Příloha 3 – Hodnocení obvodu pasu
- Příloha 4 – Percentilové grafy – dívky, chlapci
- Příloha 5 – Tabulka rozdělení cholesterolu
- Příloha 6 – GI potravin
- Příloha 7 – Pyramida zdravé výživy
- Příloha 8 – Inbody, Bodystat
- Příloha 9 – Návrh semináře
- Příloha 10 – Patologické vnímání vlastního těla

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Graf a tabulka BMI



Zdroj: <http://chudnimezdravo.webnode.cz/>

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	vysoká
18,5–25	normální rozmezí	minimální
25–30	nadváha	středně vysoká
30–35	obezita I. stupně	vysoká
35–40	obezita II. stupně	vysoká
nad 40	obezita III. stupně	velmi vysoká

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Hodnocení indexu centrální obezity

Hodnocení rozložení tuku dle indexu WHR				
	spíše periferní	vyrovnaná	spíše centrální	centrální risk
Ženy	< 0,75	0,75–0,80	0,80–0,85	> 0,85
Muži	< 0,85	0,85–0,90	0,90–0,95	> 0,95

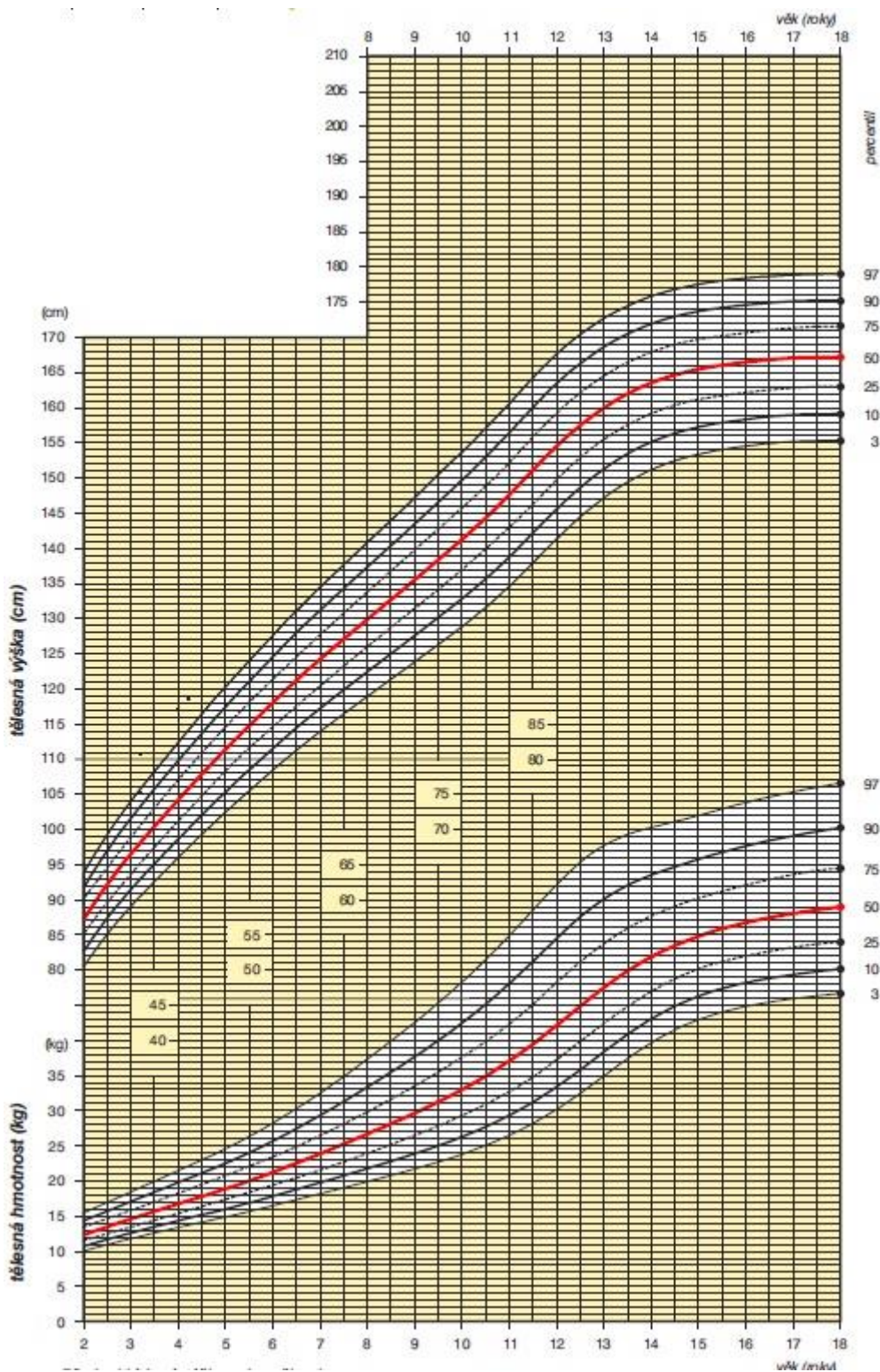
Zdroj: <http://www.szu.cz/>

Příloha 3 – Hodnocení obvodu pasu

	zvýšené riziko	vysoké riziko
Ženy	> 80	> 88
Muži	> 94	> 102

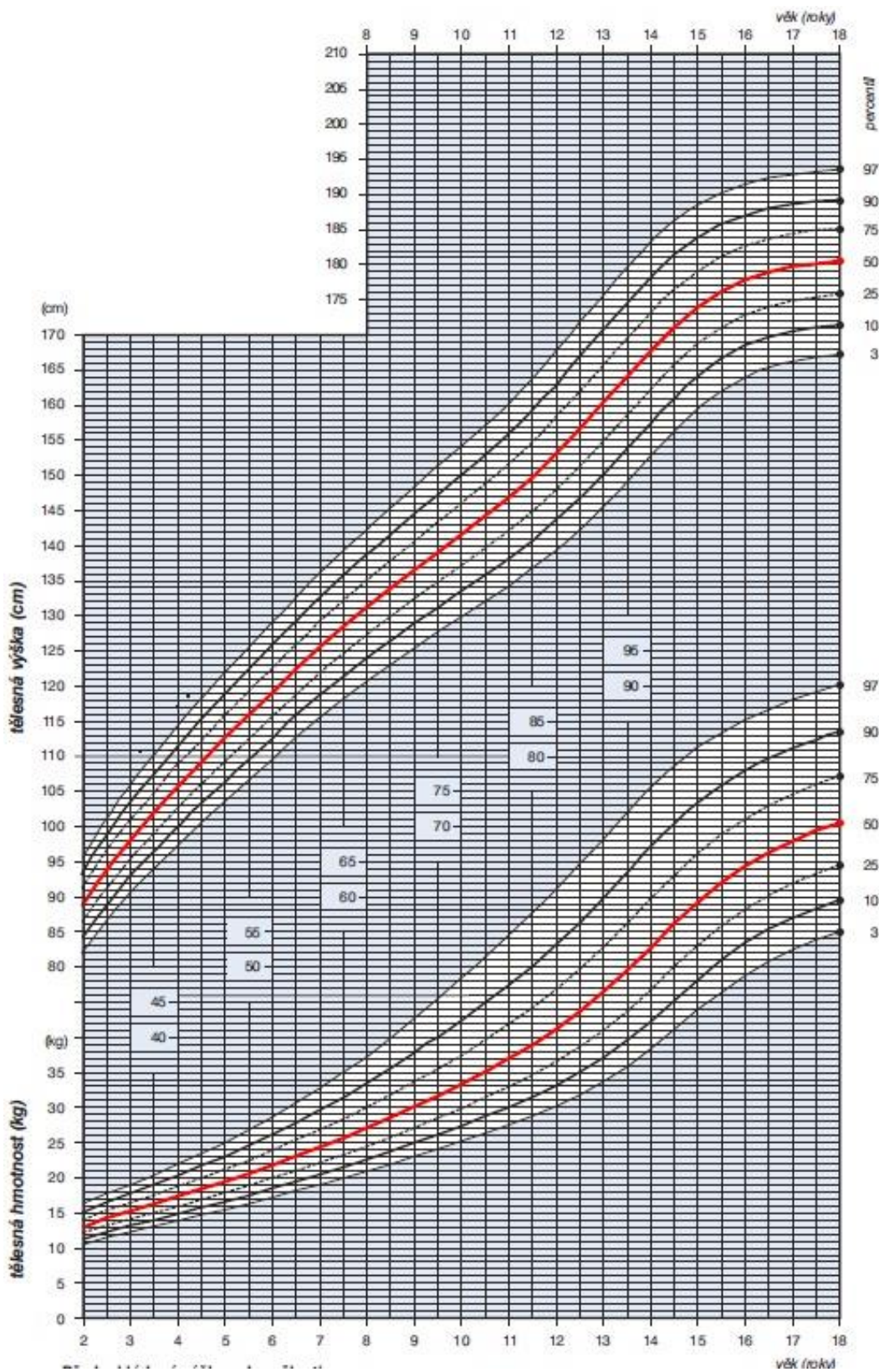
Zdroj: <http://www.szu.cz/>

Příloha 4 – Percentilové grafy – dívky



Zdroj: materiály z VOŠ Praha

Percentilové grafy chlapci



Zdroj: materiály z VOŠ Praha

Příloha 5 – Tabulka rozdělení cholesterolu

Hladina cholesterolu	norma	zvýšené riziko	vysoké riziko
Celkový cholesterol	3,9–5,2 mmol/l	5,2–6,2 mmol/l	nad 6,2 mmol/l
HDL cholesterol	nad 1,2 mmol/l	pod 0,9 mmol/l	
LDL cholesterol	do 3,4 mmol/l	3,3–4,1 mmol/l	nad 4,1 mmol/l

Zdroj: <http://www.zijemenaplnociz.cz/Clanky/a366-Cholesterol-dobry-sluha-zly-pan.aspx>

Příloha 6 – GI potravin

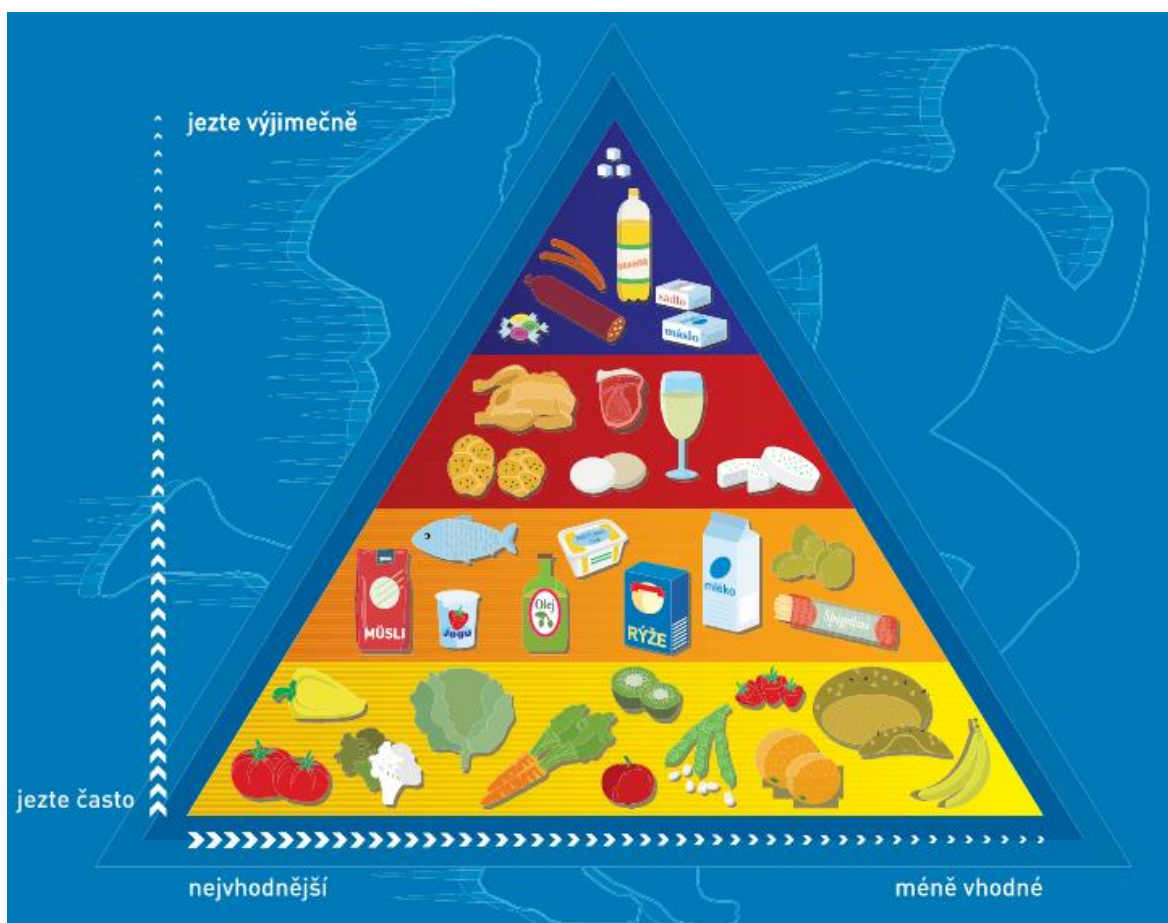
Glykemický index u různých druhů potravin

Potravina	100% glukóza BE	100% bílý chléb GI
Těstoviny		
Špagety bílé vařené prům.	41	59
Makarony vařené prům.	47	67
Tortellini se sýrem	50	71
Instantní nudle	47	67
Rýže		
Rýže vařená bílá prům.	64	91
Rýže vařená dlouhozrnná prům.	64	91
Rýže parboiled prům.	68	
Rýže bílá s nízkým obsahem amylázy	83	119
Rýže bílá s vysokým obsahem amylázy	38	54
Rýže hnědá vařená	55	79
Luštěniny		
Hrách loupáný vařený	32	45
Hrách velkozrnný sušený	39	56
Hrách mražený vařený	48	68
Hrách sušený vařený	22	32
Čočka zelená, červená prům.	28	39
Fazole sušené	70	100
Fazole vařené prům.	33	47
Sója prům.	17	25
Brambory		
Vařené brambory prům.	64	91
Pečené brambory	85	121
Hranolky	75	107
Bramborová kaše	74	105
Bramborová kaše instant.	85	122

Mléko sójové	44	65
Mléko acidofilní, podmásli	45	65
Mléko kondenzované slazené	61	87
Jogurt nízkotučný	14	20
Jogurt nízkotučný ovocný	31	44
Jogurty ostatní	36	51
Jogurtový nápoj	38	54
Puding instant. s mlékem	44	62
Zmrzlina obyčejná	36	51
Zmrzlina s vyšším obsahem tuku	38	54
Zmrzlina vanilko-čokoládová	68	97
Horká čokoláda	51	73
Sušienky, jemné pečivo		
BeBe Dobré ráno - čokoládové	57	81
BeBe Dobré ráno - med	51	73
BeBe Dobré ráno - jemné	67	96
Petit	48	69
Prince čokoládové	52	74
Múslí tyčinka ovocná	61	87
Vanilkové vafle	77	110
Sušienky z líncekého těsta	64	92
Dietní suchar	59	84
Mufin jablkový	46	66
Kobliha	76	108
Croissant	67	96
Jablkový koláč	67	95
Chléb, pečivo		
Chléb žitný	62	89
Chléb žitno-pšeničný tmavý	64	92
Chléb bezlepkový pšeničný bílý	71	101
Chléb bezlepkový vícezrnný	80	113
Chléb žitný „pumperník“	43	59
Houska, rohlíky	70	100

Zdroj: : <http://www.szu.cz/>

Příloha 7 – Pyramida zdravé výživy



Zdroj: <http://fzv.cz/>

Příloha 8 – Inbody, Bodystat

Inbody:



Zdroj: <http://www.inbody.cz/uvod.php>

Bodystat:



Zdroj: <http://www.llc.cz/vysetreni-pristrojem-bodystat-na-vsech-kllinikach-llc-news-31.html>

Příloha 9 – Návrh semináře

Seminář bude zaměřený na prevenci PPP a edukaci nejohroženější populační skupiny - děti a mládež v období dospívání.

Cíl: informovat a edukovat ohroženou populaci o hrozbě PPP a nebezpečí, které přináší. Vysvětlit vznik, průběh i léčbu PPP včetně kazuistik, varovat též formou edukačního materiálu.

Název semináře: **ŘEKNI ANO ŽIVOTU, DEJ SBOHEM ANOREXII!**

Cílová skupina: školní mládež - věk od 12 let do 17 let - vyšší stupeň ZŠ. střední školy

Obsah semináře:

- 1/ Definování poruch příjmu potravy
- 2/ Výskyt, statistiky, vazba na pohlaví a věk
- 3/ Varovné příznaky PPP
- 4/ Zdravotní potíže při mentální anorexii a jejich komplikace
- 5/ Psychické potíže, problémy sebeпоjetí, sebekontroly, sebevědomí
- 6/ Příčiny - vztahy v rodině, vztahy s okolím, partnerské vztahy, stres
- 7/ Kazuistiky, příklady
- 8/ Léčba
- 9/ Výživa jako součást prevence primární i sekundární
- 10/ Diskuse

Během semináře bude rozdán edukační leták s informacemi o centrech pomoci.

Doba trvání: 2 vyučovací hodiny - 1,5 hodiny

Příloha 10 – Patologické vnímání vlastního těla



Zdroj: <http://terez.ic.cz/view.php?cisloclanku=2006120001>



Zdroj: <http://aylinka.blog.cz/0707/anorexie>