

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Ladislava Paduová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Ladislava Paduová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. Otto Kottovi, CSc. za odborné vedení práce, ochotu, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Paduová Ladislava

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Poruchy příjmu potravy

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

Počet stran: číslované 58, nečíslované 25

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy- anorexie- bulimie- psychogenní přejídání- výživa

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část popisuje definici a pojmy tykající se poruch příjmu potravy. Dále se zabývá rizikovými faktory, zdravotními komplikacemi a léčbou poruch příjmu potravy. Informuje o zdravotních a psychických důsledcích pacientů. Poukazuje také na organizace, centra a webové stránky, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy.

Praktická část je tvořena výzkumným šetřením, které zkoumá, zda jsou studenti seznámeni s poruchami příjmu potravy a jestli jsou dívky lépe informovány než chlapci. Dále zjišťuje, zda studenti měli problém s poruchami příjmu potravy, či k tomuto onemocnění mají sklony.

Annotation

Surname and name: Paduová Ladislava

Department: Paramedical rescue work and technical studies

Title of thesis: Eating Disorders

Consultant: MUDr. Otto Kott, CSc.

Number of pages: numbered 58, unnumbered 25

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 24

Key words: Eating Disorders- Anorexia- Bulimia- psychogenic overeating - nutrition

Summary:

The bachelor thesis deals with eating disorders. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part describes the definition and terms related to eating disorders. It also deals with risk factors, health complications and treatment of eating disorders. It informs about the health and psychological consequences of patients. It also refers to organizations, centers and websites that deal with eating disorders.

The practical part consists of a research survey whether the students are familiar with eating disorders, and if the girls are better informed than the boys. It also discovers whether the students had a problem with eating disorders or if they have a tendency to this.

Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DEFINICE A VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
1.1 Definice poruch příjmu potravy.....	14
1.2 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR.....	15
2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
2.1 Historie mentální anorexie.....	16
2.2 Historie mentální bulimie	17
3 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	18
3.1 Definice.....	18
3.2 Příznaky mentální anorexie	20
4 MENTÁLNÍ BULIMIE	20
4.1 Definice.....	20
4.2 Příznaky mentální bulimie	22
5 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ	22
6 ATYPICKÉ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	23
6.1 Definice atypických forem poruch příjmu potravy.....	23
6.2 Ortorexie	23
6.3 Bigorexie.....	23
6.4 Drunkorexie	24
7 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ	25
8 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
8.1 Individuální faktory	25
8.1.1 Puberta a dospívání	25
8.1.2 Kritické životní události.....	26
8.1.3 Sebeúcta	26

8.2	Rodinné a genetické faktory	26
8.3	Sociální a kulturní faktory	27
8.4	Rizikové prostředí	27
8.5	Biologické faktory	28
9	ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	28
9.1	Kardiovaskulární komplikace	28
9.1.1	Bradykardie	28
9.1.2	Srdeční selhání	29
9.2	Renální komplikace	29
9.3	Gastrointestinální komplikace	29
9.4	Kosterní komplikace	29
9.5	Endokrinní komplikace	30
9.6	Neurologické komplikace	30
9.7	Dermatologické komplikace	30
10	MALNUTRICE	31
11	DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	32
11.1	Důsledky mentální anorexie	32
11.2	Důsledky mentální bulimie	33
12	LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	34
12.1	Hospitalizace	34
12.2	Ambulantní péče	35
12.3	Svépomocná terapie	35
12.4	Rodinná terapie	35
12.5	Kognitivně- behaviorální terapie	36
12.6	Farmakoterapie	36
13	ZAŘÍZENÍ A ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	37

14	PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
15	FORMULACE PROBLÉMU	41
16	CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE	41
	Cíle práce	41
	Hypotézy práce	42
17	METODIKA ŠETŘENÍ	42
18	VZOREK RESPONDENTŮ	43
19	ZPRACOVÁNÍ DAT	43
20	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	44
21	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době stále častěji diskutovaným tématem, za to může fakt, že tato onemocnění patří mezi nejzáhadnější a nejnebezpečnější psychogenní poruchy. Navzdory tomu, že počet nemocných v poslední době roste, má veřejnost o této problematice stále málo informací. Nejsou objasněny příčiny nemoci, vědci stále mluví o rizikových faktorech, kterých je velké množství a to dělá poruchy příjmu potravy ještě nebezpečnější. Potrava, tedy výživa, je nejdůležitějším zdrojem k přežití, bohužel ale může být také jedním z hlavních důvodů pro vznik různých onemocnění.

V dnešní době na nás velmi působí tlak moderní společnosti, zejména medií a ideálu krásy, propagují se různé prostředky k hubnutí, objevují se stále nové diety, často se snažíme za každou cenu alespoň trochu přiblížit tomu „dokonalému vzhledu“, který je propagován společně se zdravým životním stylem. Často nás tento tlak dožene k tomu, že už ani sami nevidíme, že se ženeme do začarovaného kruhu, ze kterého je velmi těžké najít cestu zpět. Tato nemoc může postihnout kohokoliv, i slavné osobnosti. Díky medializaci těchto osob, kteří o svém zdravotním stavu otevřeně mluvili, se onemocnění dostalo více do povědomí veřejnosti. Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří anorexie, bulimie a psychogenní přejídání, tyto nemoci jsou zapsané v seznamu Mezinárodní klasifikací nemocí. Existují i jiné atypické formy poruch příjmu potravy, které v seznamu nenajdeme a které jsou neméně nebezpečné.

Tato bakalářská práce popisuje pojmy týkající se poruch příjmu potravy, jejich historii, rizikové faktory, léčbu i prevenci. Důvod, proč jsem si vybrala toto téma, je mé studium oboru Nutriční terapeut na Střední zdravotnické škole. Už tehdy mě poruchy příjmu potravy zajímaly a chtěla jsem prostřednictvím této práce podat aktuální a rozsáhlé informace o této problematice. Dalším mým cílem bylo zjistit, jak jsou dnešní studenti o tomto onemocnění informováni a jestli mají s poruchami příjmu potravy vlastní zkušenosti. Tyto informace jsem zkoumala v praktické části mé bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE A VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1.1 Definice poruch příjmu potravy

Jídlo, jako nenahraditelný zdroj základních živin, je také jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Právě nedostatek energie a živin může být příčinou závažných poruch. Změny v chuti k jídlu, poruchy příjmu potravy a změny tělesné hmotnosti mohou vést od banální únavy přes nachlazení až po závažná onemocnění. V průběhu života se náš postoj k jídlu mění, stává se odměnou, únikem před samotou, závislostí nebo také způsobem komunikace. (1)

V dnešní době se stále častěji mluví o psychických problémech, kam patří i poruchy příjmu potravy. Toto onemocnění je velmi závažné, protože může postihnout kohokoliv, dokonce i v jakémkoliv věku. Velmi často toto onemocnění doprovází psychosomatické a sociální problémy, které trápí nejen nemocné pacientky, ale i jejich okolí. Léčba nemusí být vždy účinná a dlouhý boj s tímto onemocněním může skončit smrtí. Proto se poruchy příjmu potravy řadí mezi nejvíce nebezpečné psychosociální onemocnění.

Přestože byla zejména v posledních desetiletích psychogenním poruchám příjmu potravy věnována poměrně velká pozornost, jak ve výzkumu, tak i v literatuře, stále s o nich moc neví. Možná je to proto, že poruchy příjmu vznikají interakcí rozličných faktorů a to vše také komplikuje velký počet přístupů. Poruchy příjmu potravy patří bezpochybně k nejzáhadnějším a nejhůře uchopitelných psychiatrických diagnózám. Za poslední roky se výskyt tohoto onemocnění prudce zvýšil a to zejména v západní populaci. (2)

Poruchy příjmu potravy jsou typické pro období dospívání. Počátky mentální anorexie se vyskytují u dívek kolem 14. roku věku. Příznaky této nemoci byly zaznamenány i u dětí mladší 10 let. Onemocnění v tomto věku doprovází plno komplikací a je potřeba co nejrychleji vyhledat lékařskou pomoc a snažit se co nejdříve zabránit následkům nedostatečné výživy. (3)

Mentální anorexie a bulimie si jsou velmi podobné, když pomineme extrémně vyhublá těla anorektiček. Liší se zejména v závažnosti podvýživy a metodách používaných ke kontrole hmotnosti. To, co mají obě poruchy společné je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu, zejména vzhledu a váze. Nemocní mají v hlavě jedině a to jak vypadají, kolik váží, denně sledují svou váhu, jejím hlavním cílem je vytrvale redukovat svoji hmotnost. Nízké sebevědomí, psychické a sociální problémy nebo somatické obtíže jsou další příznaky, které mají tyto dvě poruchy společné. (1)

Podle Gerarda Leibolda (1995) mají narušený postoj k jídlu v 90% především ženy a to ve věkové skupině od 15 do 55 let. Ženy nejsou k těmto poruchám náchylnější, i když se o tak může zdát. Je to zejména proto, že se muži většinou starají méně o svou hmotnost a nevěnují svému zevnějšku až takový zájem. (4)

V dnešní době vidíme na každém rohu nějakou reklamu, ať už je to internet, časopisy nebo televize, ve které figurují štíhlé a skvěle vypadající modelky a také velký trend ideálu krásy a zdravého životního stylu. Už v historii byl na ženy vyvíjen silný tlak, aby dbaly na svůj vzhled a to je možná jeden z důvodů, proč trpí poruchami příjmu potravy více ženy, než muži.

1.2 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR

Skupina nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi různorodá s různým průběhem onemocnění. Přesto, že je úspěšnost léčby poměrně vysoká mají tyto poruchy závažné účinky pro život nemocného. První případ mentální anorexie, byl v České republice, pospán v roce 1941. V roce 1985 bylo v celé ČR registrováno 10 případů mentální bulimie, všechny případy byly léčeny na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Podle statistik bylo v ČR v roce 1996 hospitalizováno celkem 389 žen a 13 mužů s mentální anorexií a bulimií. Mezi počtem pacientů stále převažovala mentální anorexie. V roce 2000 se počet pacientů s anorexií zvýšil na 577 a počet pacientů s bulimií stoupl na 232 pacientů. Podle studií z roku 2007 trpí mentální bulimií každá dvacátá dospívající dívka v České republice, to je 6% z populace. Mentální anorexie není tak častá, objevuje se u necelého 1% mladých dívek. Různá studia z roku 2007 ukázala, že je u mentální anorexie úmrtnost v rozmezí mezi 2-8%, u mentální bulimie je úmrtnost udávána 0-2%. V průměru se vyléčí 50% dívek s anorexií a necelých 20% s bulimií. Velké nebezpečí představuje v průběhu léčby alkohol a drogy, zejména pro pacienty trpící bulimií. Mentální anorexie a mentální bulimie se vyskytují desetkrát až dvacetkrát častěji u dívek, než chlapců. Vznik anorexie nebo bulimie v rodině, např. u matky, zvyšuje riziko vzniku onemocnění u dalších žen v rodině. Anorexie se začíná rozvíjet nejčastěji ve věku 13 až 20 let. Mentální bulimie začíná mezi 16-25 lety, ale můžeme se setkat s dřívějším i pozdějším počátkem poruchy. (3, 1, 5)

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

2.1 Historie mentální anorexie

I když se může zdát, že se s problematikou poruch příjmu potravy setkáváme zejména v poslední době, tak tomu ale rozhodně není. Už v průběhu dějin patřilo odmítání jídla k běžným příznakům somatických poruch a psychiatrických syndromů. Pro mnoho křesťanů bylo držení extrémních půstů součástí jejich praktik. V pozdním středověku hrál půst velkou roli v životě věřících žen. Tyto ženy byly přesvědčeny, že s boží pomocí dokáží přežít bez potravy, nebo jen s velmi malým příjmem. Na scéně se poté objevily postící se mladé dívky. Ty tvrdily, že nepřijímají žádnou potravu, nebo jedí jen minimálně. Mnoho lékařů si kladlo otázku, zda se jedná o zázrak, nebo podvod. Představy nahradily teorie. Jedna z teorií představovala lidské bytosti, které přežívají z výživných částic ze vzduchu. Až v průběhu 19. století začala většina lékařů označovat déletrvající poruchy příjmu potravy za chorobu. Postící se panny začala veřejnost chápat jako hysterické podvodnice a přikláněli se k názoru, že je to nemožné. (1)

Již ve středověku se setkáváme s termínem „anorexia“. V antických dobách tento termín vyjadřoval stav celkové únavy a apatie. Ještě na začátku 19. století byla anorexie brána spíše jako symptom žaludečních potíží, než jako samostatná klinická diagnóza. Nejčastěji se s pojmem „nervová anorexie“ setkáváme ve francouzské literatuře, kde ve své knize o ženských chorobách rozlišuje francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert kromě bulimie také dva typy anorexie a to nervovou anorexií (anorexie nerveuse) a gastrickou anorexií (anorexie gastrique). U prvního typu anorexie jde především o poruchu trávení, naopak u druhého typu mozek nevyvolává chuť k jídlu, a proto pacienti odmítají potravu. (1)

V mnoho zemích, jako je Itálie, Německo, nebo Spojené státy americké, nebyla mentální anorexií věnována pozornost, i přesto, že ji popsali významní lékaři. Ve 40. letech 20. století byla mentální anorexie pod vlivem psychosomatické medicíny znovu popsána jako duševní porucha a učebnice interní medicíny nahradily učebnice psychiatrie. V 60. letech se o anorexií začalo mluvit jako o moderní a záhadné chorobě a to hlavně díky publikacím Hildy Bruch a Mary Selviny Palazoli. (1)

Nejznámější postavou historie mentální anorexie byla anglická modelka Twiggy. Její velmi hubený až chlapecký vzhled byl příkladem jednoznačné anorexie. Tato modelka pomáhala prosazovat módní ideál přehnané štíhlosti v 60. letech. Do doby, než se Twiggy objevila, byl výskyt mladých žen, nebo děvčat trpících anorexií téměř konstantní. Twiggy

tak dokázala ze své anorexie udělat dobrý obchod a byla tak nejspíš prvním signálem vývoje mentální anorexie. (4)

V posledních desetiletích se postoj veřejnosti k mentální anorexii změnil, stala se z ní „módní porucha“, která ve veřejnosti budí velký zájem. K původnímu klinickému obrazu přibyla neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušení vnímání vlastního těla. (1)

2.2 Historie mentální bulimie

Dějiny mentální bulimie jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Přejídání se vyskytovalo zejména v prvoligové elitní společnosti. Také na jarmarcích bylo k vidění soutěžení jedlíků v nenasytném hltání, kteří tak obveselovali veřejnost. Bulimie měla různé významy a rozličná vysvětlení pojmu, které přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Nejdříve byl tento pojem spojován s velkým hladem, poté slovo bolimos označovalo zlého démona. Podle pozdějších filologů výraz pocházel z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst sám celého vola. S bulimií byla spojována také dysfunkce trávicího ústrojí, slabost a mdloby způsobené velkým hladem. V 18. století se rozlišovalo až sedm druhů bulimie, čtyři z nich byly symptomatické a doprovázely je příznaky, jako cizopasnici, průjmy nebo křeče. Primární bulimie byla rozdělena do tří kategorií a to bulimie z nadměrného hladu, dále omdlévání z hladu a přejídání se zvracením. (1)

„V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, kterým označil „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a s vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností.“ (1 str. 32)

V roce 1980 se tato porucha objevila také v americké klasifikaci nemocí. Podle lékařů byla mentální bulimie několik let součástí mentální anorexie. Russella definice dokonce uvádí, že byla mentální bulimie nejasnou variantou mentální anorexie.

V roce 1987 byla diagnóza sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato nové označení mentální bulimie (bulimia nervosa). O tom, zda je mentální bulimie samostatnou klinickou diagnózou, se vedou spory dodnes. (1)

3 MENTÁLNÍ ANOREXIE

3.1 Definice

„ K obědu mi stačila trocha zeleniny nebo nízkotučný jogurt. Cítila jsem se skvěle, proto jsem se snažila o to, víc. Pak jsem najednou začala výrazně hubnout a mít i psychické problémy.“ (5 str. 22)

Slovo anorexie pochází z řečtiny a charakterizuje snížený, nebo úplně scházející popud pro příjem potravy, tedy nedostatek chuti k jídlu. (4)

Mentální anorexie (anorexia nervosa), neboli náruživá a abnormální snaha zhubnout, je asi nejznámější poruchou příjmu potravy, ačkoliv není tak častá, jako manická otylost nebo bulimie. Mentální anorexie je nejproslulejší poruchou příjmu potravy, tou ji učinil fakt, že její vnější symptomy jsou velmi nápadné na první pohled a často končí smrtí. (4)

Mnoho autorů využívá pro mentální anorexii odlišný termín, ale hlavní je, že se jedná o poruchu, charakterizovanou úmyslným snižováním hmotnosti.

Definice podle Krcha (2002): *„Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí.“ (5 str. 23)*

Definice podle Leibolda (1995): *„Náruživá abnormální snaha zhubnout patří spolu s otylostí k odedávna známým maniakálním poruchám postoje k jídlu. Je charakterizována omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla, neléčená končí smrtelně, nebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy.“ (4 str. 38).*

Termín anorexie však může být mnohdy zavádějící, protože oslabení chuti k jídlu nebo nechutenství může být až sekundární důsledek dlouhodobého hladovění, který se

nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů naopak omezování v jídle způsobuje zvýšený zájem například na sladké. (1)

Pacienti, kteří trpí anorexií, si snižování hmotnosti způsobují sami tím, že se vyhýbají jídlům, po kterých se tloustne, nadměrně cvičí, vyvolávají si zvracení, užívají projímadla nebo jiné prostředky na hubnutí.

Existují dva specifické typy mentální anorexie:

Nebulimický (restriktivní typ)- v průběhu onemocnění mentální anorexií nedochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní typ)- při mentální anorexii u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání. (1)

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle Mezinárodní klasifikace nemocí-10. Aby mohla být diagnóza stanovena, musí být přítomné všechny uvedené znaky:

„ a) *Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou nebo BMI (Body Mass Index) hmoty těla je 17,5 nebo méně.*

b) *Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprodukovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.*

c) *Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.*

d) *Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo- pituitární- gonádovou osu, která se projevuje u ženy jako amenorrhoea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.“ (2 str. 9)*

S věkem vzrůstá také tělesná hmotnost, zejména v období dospívání. U dětí mladších 15 let není BMI (Body Mass Index) nejdůležitějším ukazatelem, důležitější je očekávaný hmotnostní přírůstek. To, že mají děti před pubertou nižší tělesnou hmotnost než je BMI 17,5 hned neznamená, že jsou anorektické. Na druhé straně by v tomto věku děti měly přibírat na váze, nemělo by se stát, že by dítě v 15 letech mělo pořád stejnou váhu, jako mělo například ve 12 letech. Podvýživa v dětství je vždy velmi nebezpečná a může mít trvalé následky, může například opozdit, nebo úplně zastavit růst. (5)

3.2 Příznaky mentální anorexie

Anorektici mají obvykle velmi zvláštní stravovací návyky. Mnoho jich jídlo rovnou odmítá a další jedí ritualizovaným způsobem. Pacienti s anorexií mají bledou pokožku, tmavé kruhy pod očima, vyschlou kůži a ulámané nehty. Trápí je silná nespavost, nesoustředěnost a při hovoru se vyhýbají přímému pohledu. V průběhu onemocnění se mění jejich jídelní režim a jídelníček. Vyhýbají se jídlu ve společnosti, a když jedí, vypadají napjatě a strnule. Vzdůstá jejich fyzická aktivita, neustále něco dělají, nebo někde pobíhají jen proto, aby spálili co nejvíce kalorií. Pořád dokola se zaobírají svou postavou a tělesnou hmotností. Začínají se vyhýbat společnosti, přátelům a později i rodině. Zhoršuje se jim nálada, jsou podráždění, to souvisí také s nástupem prvních zdravotních komplikací. (5, 7)

4 MENTÁLNÍ BULIMIE

4.1 Definice

Bulimie není v medicíně nový pojem. Hippokrates popisoval slovo boulimos jako nezdravý hlad, Aristofanes a další antičtí autoři spojovali boulimos s epizodami přejídání, které je vyvoláno neobvyklou formou hladu. Novodobá historie bulimie začíná v roce 1979, kdy psychiatr Gerard Russell, použil ve svém článku termín bulimia nervosa. (1)

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, které doprovází přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. Abychom mohli diagnostikovat mentální bulimii, je třeba znát tři znaků

- 1) Epizody přejídání se stále opakují, dochází ke ztrátě kontroly nad jídlem.
- 2) Opakující se a nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, kromě vyvolaného zvracení pacienti využívají projímadla a léky na odvodnění. Hladovky se střídají s přejídáním a nadměrným cvičením.
- 3) Nadměrný zájem o svůj vzhled a tělesnou hmotnost, od toho se odvíjí i sebehodnocení nemocného.

Bulimii můžeme nazvat jako balík různých problémů, od diet až k přejídání se. Přejedení je ale široký pojem, každý se aspoň jednou přejedl, nebo měl pocit, že ztrácí kontrolu nad jídlem. Přejedení znamená, že jsme snědli více, než jsme chtěli, nebo než jsme zvyklí a není nám to příjemné. V normálním životě je přejedení běžná věc, které se

prakticky nelze vyhnout. Co ale normální není, jsou dobrovolné hladovky, které střídá navozené zvracení. (6)

Specifické typy mentální bulimie:

Purgativní typ- pacient zabraňuje zvýšení hmotnosti tím, že používá zvracení, využívá laxativa nebo diuretika.

Nepurgativní typ- používá drsné diety, hladovky nebo intenzivně cvičí, nepoužívá ale purgativní metody. (1)

Na rozdíl od anorektických pacientů, kde jejich onemocnění vidíme kvůli jejich vyhublosti na první pohled, u mentální anorexie tomu tak není. Pacienta s bulimií nemusíme na první pohled vůbec poznat, většinou mají svou tělesnou hmotnost v normě.

Základní diagnostická kritéria pro mentální bulimii:

1) Opakující se epizody přejídání nejméně 2 x týdně po dobu 3 měsíců, při nichž pacient konzumuje velké množství jídla.

2) Silná a neodolatelná touha po jídle, neustálé se zabývání jídlem

3) Snaha potlačit účinek jídla zvracením, zneužívání projímadel nebo různých léků, hladovění, diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulínem

3) Neodbytná obava z tloušťky, pocitem přílišné tloušťky. (3)

Bulimie je zejména strach z tloušťky, ten může mít různé podoby, jako strach ze sladkostí, strach najíst se v restauraci, strach snídat nebo strach mít plný žaludek. Tento strach se zvyšuje s pozorností, která je mu věnována, postupně roste a situace začíná být nezvladatelná a nepřehledná. Zvracení je spojeno se závažnými a život ohrožujícími zdravotní důsledky. Velká část bulimiček si dávicí reflex vyvolává sama prstem nebo jinými předměty. Časté zvracení může být velmi nebezpečné. Do ran se snadno zanesou infekce, mezi další důsledky patří otoky slinných žláz pod čelistí, které ještě zvýrazňují dojem opuchlého a kulatého krku. Podobné jako zvracení jsou projímadla, nebo diuretika. Bulimičky popisují po zvracení velkou úlevu, touha po dokonalosti je pak ještě větší a silnější. (6)

4.2 Příznaky mentální bulimie

Bulimik nemusí být hubený, proto je tento zdravotní stav zákeřný, jelikož si onemocnění nemusí nikdo všimnout. Pacient s bulimií nikdy nezůstane po jídle sedět u stolu, většinou jde hned po jídle do koupelny, aby se zbavil toho, co snědl. Aby nebyly slyšet zvuky zvracení, pustí si sprchu. Velmi často si bulimici stěžují u lékaře na zácpu, aby dostali recept na nejsilnější přípravky. Jako důsledek vyvolávání zvracení mají na hřbetech ruky drobná poranění, mohou mít i poškozené dásně a žluté zuby. Oběti bulimie často cvičí, aby spálili to velké množství kalorií, které jsou schopni spořádat na posezení. Postupem času se začnou vzdalovat svým přátelům a rodině. (7)

5 PSYCHOGENÍ PŘEJÍDÁNÍ

Psychogenní, neboli záchvatovité přejídání postihuje obě pohlaví v jakémkoliv věku. Nejčastěji se začíná objevovat v období dospívání. Porucha se vyznačuje tím, že se střídá omezování v jídle s neodolatelnou a nutkavou touhou se přejíst. Po záchvatu přejedení přichází fyzicky nepříjemný pocit, nedochází ale ke zvracení. S nárůstem hmotnosti přichází větší omezování v jídle. Tato porucha se často objevuje jako reakce na stres, při citovém strádání nebo při depresích. Jednou z forem této nemoci je i noční přejídání. Lidé, kteří trpí touto formou poruchy, přes den téměř není, jakmile se ale schyluje k večeru, začínají mít chuť k jídlu. V noci jejich vášeň vrcholí a oni se probouzejí hlady. To, že v noci vyjí celou ledničku, je příčinou nadváhy. (8)

Záchvatovité přejídání není v žádném případě doménou lidí, kteří trpí nadváhou. Přibližně polovina pacientů, kteří trpí jednou z forem poruch příjmu potravy, ať už anorexií, nebo bulimií, se dříve nebo později začnou přejídat. Přejídá se i mnoho lidí s normální tělesnou hmotností. (9)

Výraz „prejídání“ má hodně významů. Určitý čas trvalo, než se klinická definice přejídání ustálila. Přejídání, jako jídelní epizoda, má podle měřítek dva charakteristický rysy. Za prvé je snědeno obrovské množství jídla, za druhé je jídlo provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly. Ve většině případech probíhá přejedení tajně a to i několik let. K přejedení dochází v klidu a v ústraní a je doprovázeno velkou dávkou lstivosti a podvádění. Velmi často dochází k přejídání v místě, kde se jídlo nachází. Někteří lidé se přejídají v kuchyni, druzí se přejedí při nákupu potravin, nebo po cestě z obchodu. Během záchvatu je jídlo většinou konzumováno rychle, pacientky si dávají do úst velké množství

jídla a téměř ho nežvýkají. Mnoho pacientek popisuje své záchvaty přejídání jako něco zoufalého, kde převažuje silná touha po jídla, která je přemáhá. Často se proto používá termín „nutkavé“ přejídání. Množství jídla snědeného během záchvatu se u pacientů značně liší. Většinou se jedná o potraviny s větším množstvím kalorií. (9)

6 ATYPICKÉ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

6.1 Definice atypických forem poruch příjmu potravy

Ortorexie, bigorexie a drunkorexie patří mezi relativně nové typy poruch příjmu potravy. I když mají tyto poruchy extrémní podobu, mohou být stejně nebezpečné, jako je mentální anorexie, či bulimie. (10)

6.2 Ortorexie

Slovo ortorexie se skládá ze dvou řeckých slov. „Orthos“, což znamená správný a „orexis“, což znamená v překladu chuť. Tato porucha je charakterizovaná jako patologická posedlost zdravou výživou. Z počátečního zájmu a orientace na zdravou stravu, obchody se zdravou výživou a hledání informací se postupně stává závislost. Pro nemocného se tak zdravá výživa stává hlavní náplní jeho času. Roste strach z nezdravého jídla a po čase se i zdravé jídlo stává pro pacienty „nezdravé“ a nebezpečné. Pacienti ztrácí tělesnou hmotnost a trpí podvýživou, protože svůj jídelníček omezují na minimum. Podobně jako u mentální anorexie, tak i pacienti trpící ortorexií musí na jídlo stále myslet, trápí je úzkost a deprese. V takovém stavu si pacient nemá s druhými lidmi co říct a uzavře se do sebe. Nemocní ortorexií jsou velkými odpůrci všeho, co je uměle hnojeno a geneticky upraveno. Výhradně se orientují pouze na bio-potraviny ze specializovaných obchodů, kde mají jistotu, že je potravina podle jejich představ. Později se seznam povolených potravin zužuje na minimum a ani bio-potraviny nemusí být pro nemocné ortorexií neškodné. Nemocný si tak potraviny představuje jako jedy, kterými by se otrávil, nebo vážně onemocněl. (10)

6.3 Bigorexie

Bigorexie je porucha, která se týká převážně tělesných proporcí, kdy je pacient posedlý vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla. Nemocný usiluje o dosažení nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a svých tělesných proporcích. Pacienti

s bigorexií si připadají slabí a nedostatečně svalově vyvinutí. Pro dosažení vzhledu, jako z kulturistických časopisů nebo hrdinů z akčních filmů, jsou schopni udělat maximum. Postupem času se stanou závislí na posilování a užívání bílkovinných doplňků a látek, podporující svalový růst. Tato porucha má mnoho zdravotních rizik, mezi tu nejzásadnější patří tzv. overuse- syndrom poškození pohybového aparátu z nadměrného přetěžování. Pacienti mívají přetěžovaný trávicí systém, ledviny a játra. To má za následek nevyvážená strava a nadužívání doplňků obsahující velké množství bílkovin a aminokyselin. Kvůli vysokému příjmu energie trpí bigorektici nadváhou. I u této poruchy setkávají se sociální izolací, jelikož dávají přednost fitcentru, před společenskými kontakty. Pacienti se mohou snadno dostat do psychických problémů, to může způsobit třeba nedostatek financí, jelikož tato porucha vyžaduje velké finanční výdaje. (10)

6.4 Drunkorexie

Porucha s názvem drunkorexie, se vyznačuje opakovaným redukováním příjmu potravy. Cílem pacienta trpícího touto poruchou je snížit množství kalorií, aby si mohl dovolit vypít více alkoholu. Alkohol, převážně ten tvrdý je poměrně kalorický, zejména když se kombinuje s energetickými nápoji. Hlavní roli u této poruchy hraje nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Tato porucha postihuje spíše ženy, ale ani muži nejsou imunní. Pacienti vynechávají jídlo, aby mohli pít více alkoholu. Takové chování je velmi nebezpečné, protože, se alkohol bez jídla v žaludku vstřebává mnohem rychleji a do jater se může dostat už do 15 minut. Účinek alkoholu je silnější a nebezpečnější, protože ho tělo nedokáže pořádně vstřebat. Při kombinaci alkoholu s energetickými nápoji se zvyšuje krevní tlak a srdeční činnost, proto je velmi nebezpečné tyto nápoje míchat, zvláště u lidí s hypertenzí a srdeční vadou. Drunkorexie ohrožuje psychiku pacientů stejně jako ostatní poruchy příjmu potravy. Nemocní zažívají úzkost a deprese z toho, že se jim hubnutí nedaří podle jejich naprosto nereálných představ. Často mají výčitky z toho, že se v opilosti nebo v kocovině najedli. Postupem času začnou nemocní společensky strádat, jelikož opilost a podrážděnost z hladu vede ke snížení společenské atraktivity a pocitům odcizení. (10)

7 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Poruchy příjmu potravy patří k závažným psychiatrickým onemocněním, v období dospívání jde o třetí nejčastější onemocnění s úmrtností 2 x vyšší, než ostatní psychiatrické onemocnění. Nejčastější výskyt tohoto onemocnění je ve skupině adolescentů a mladých dospělých, může se však objevit i u výrazně mladších a starších pacientů. Mnoho autorů popisuje raný začátek onemocnění odlišně, například pod 12 let nebo v rozmezí 8-14 let. Děti do 12 let tvoří asi 5% pacientů. U předškolních a mladších školních pacientů se častěji objevuje mentální anorexie, mentální bulimie je v tomto věku vzácná, ale při delším trvání anorexie, přejde podle studií až 50% dívek z anorexie do bulimie.

8 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

O etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho hypotéz. Téměř vždy se jedná o určité působení vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, osobních rysů, nepříznivých životních událostí, biologických a vývojových faktorů. (1)

Odborníci se shodují na tom, že žádná specifická příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by vedlo k vyléčení, neexistuje. (3)

8.1 Individuální faktory

Existuje mnoho faktorů na individuální úrovni, která vede k rozvoji poruch příjmu potravy. Některé z nich vycházejí z osobnosti člověka a jiné třeba z traumatických zkušeností.

8.1.1 Puberta a dospívání

Počátkem puberty dochází u dívek k tělesným změnám, jako je tvarování postavy, přibírání na váze nebo začátek menstruačního cyklu. Zvláště přibírání na váze představuje výzvu pro mladé ženy. Začínají si dělat starosti, zda jsou dost fyzicky atraktivní, populární a štíhlé. V adolescentním věku věnují mladé dívky velkou pozornost tomu, co si o nich druzí myslí. Ženské pohlaví je jedním z nevýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj

poruch příjmu potravy. Žena má desetkrát vyšší šanci, že onemocní mentální anorexií. (1, 2)

8.1.2 Kritické životní události

Různé životní situace a události jsou považovány za spouštěcí faktor poruch příjmu potravy. Pacientky nejčastěji zmiňují narážky na tloušťku a vzhled, sexuální konflikty, významné životní změny, vážnou nemoc, konflikty a odloučení od rodiny. (1)

Poruchy příjmu potravy pak slouží jako zoufalý pokus regulovat pocity, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí. (2)

8.1.3 Sebeúcta

Nízká sebeúcta je nejdůležitější faktor, který ovlivňuje dietní chování, rozvoj a léčbu poruch příjmu potravy. Lidé, kteří mají nízkou sebeúctu, reagují výrazněji na kritiku vlastní osoby a vykazují častější změny nálad. Jsou citlivější a lépe se nechají ovlivnit informacemi o tom, jak je vidí jiní lidé. U mladých dívek k tomu také přispívá zvýšený sklon přizpůsobit se ideálu krásy. Sebeúcta je blízce spojena s hodnocením fyzického vzhledu. Jednou z vlastností žen, které trpí anorexií je nenávisť. Tyto ženy se přestávají vnímat jako subjekt, který má svá práva, přání a pocity. Místo toho přijde na řadu prázdnota, bezcennost, nenávisť sama sebe a trestání se. (2)

V dnešní době je ideálem krásy štíhlá, vysoká modelka, vedle které si každá dívka, pokud sama nepracuje v nejvyšším modelingu, připadá „méněcenná“ a její sebevědomí prudce klesá. Zvláště pak, když tento trend vidíme denně na každém rohu. Mladé dívky v adolescentním věku jsou snadno ovlivnitelné a jejich snaha, vypadat jak tento ideál, se může velmi rychle vymknout kontrole.

8.2 Rodinné a genetické faktory

Velká část pacientů a jejich rodin popisuje počátek a rozvoj mentální anorexie a bulimie v přímé souvislosti s rodinnými událostmi. Výskyt anorexie u nejbližších příbuzných ženského pohlaví je považován za významný rizikový faktor. Studia ukázala, že se výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pohybuje v rozmezí 3 až 10%. Častěji se však můžou tyto poruchy vyskytovat mezi matkami anorektiček. Poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji, než v běžné populaci. (1)

Studia ukazují, že rodiny, v nichž se objevují poruchy příjmu potravy, jsou hostilní, obtěžující a popírají emocionální potřeby pacientek. Nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská láska, sexuální a fyzické zneužívání nebo nízká očekávání rodičů vede k zvýšenému riziku rozvoje poruch příjmu potravy. U pacientek s anorexií se v rodině často vyskytoval alkoholismus, emoční poruchy a sociální izolace. Pacientky s poruchami příjmu potravy popisují své rodičovské prostředí jako kritické, s donucovací kontrolou. Bulimické pacientky uvádějí vysokou dotěrnost svých rodičů, zasahování do soukromí, žárlivost a soutěživost ze strany otce i matky. Dívky, které trpěly anorexií, nebo bulimií vypověděly, že se celý život snažily chovat podle očekávání svých rodin. Obávaly se, že se srovnání s ostatními na tom budou hůře. Často měly pocit, jako by se svým rodičům měly odvděčit a splatit jim tak dluh velkorysosti. V těchto rodinách se považuje růst a vývoj dítěte jako úspěch rodičů. (2)

8.3 Sociální a kulturní faktory

Mnoho autorů předpokládá, že jádro problémů spojených s poruchami příjmu potravy, je v rychle se měnící kultuře, která oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Podle jejich argumentů roste incidence poruch příjmu potravy mezi imigranty, v zemích „západního světa“, baletkami nebo modelkami. Významnou roli připisují zejména negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků. Tyto media vzbuzují ve čtenářích, posluchačích a divácích falešnou představu, že je vše možné a snadné. Představitelé ideálu krásy jsou stále hubenější. Velká pozornost je také věnována různým prostředkům a rádcům, kteří uvádějí nesmyslná doporučení. Před 40 nebo 60 lety se společnost obávala podvýživy a hubnutí, dnes je vše úplně naopak. Sociální a kulturní tlaky propagující štíhlost jsou nejen v rozporu s přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým je tak předkládán nevhodný a nerealistický cíl. (1)

8.4 Rizikové prostředí

Existují povolání, jako balet, gymnastika nebo modeling, kde je pro dívky jejich tělo nástrojem obživy. Studia, která se zabývají rizikovým prostředím, neurčují s jistotou,

zda tato povolání opravdu zvyšují riziko poruch příjmu potravy, ačkoliv je u nich výskyt poruch příjmu potravy vyšší. Pravdou ale je, že tyto obory přitahují především dívky, které jsou na své tělo zaměřeny. (11)

8.5 Biologické faktory

Biologické faktory představují rizikový moment poruchy, který nabývá významu až v souhře s psychosociálními faktory. Důležitou roli hrají faktory, jako je ženské pohlaví, hruškovitá distribuce uložení tuku v těle a vysoký index hmotnosti těla, tento index má silnou genetickou vazbu a představuje významný rizikový faktor pro vývoj poruch příjmu potravy. (12)

9 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy způsobují řadu zdravotních komplikací. Tyto komplikace mohou významně přispět ke zvýšené úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak u bulimie. Mezi nejobvyklejší patří kardiovaskulární komplikace, které s kombinací se zvracením, užíváním projímadel a diuretik nejčastěji přispívají k fatálnímu konci poruchy. Zdravotní problémy jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti a také důsledkem chování pacientek, jako je zvracení a užívání projímadel a jiných prostředků. (1)

9.1 Kardiovaskulární komplikace

9.1.1 Bradykardie

Velmi častým nálezem u pacientek s mentální anorexií je bradykardie, hodnocená jako snížení tepové frekvence pod 60 tepů za minutu. Bradykardie je u pacientek mentální anorexie dávana do souvislosti se zvýšenou fyzickou zátěží, hladověním a snížením metabolismu. S tímto onemocněním se můžeme setkat u více než 80% pacientek. Bradykardie může být skryta při dehydrataci, zvýšené fyzické aktivitě před vyšetřením, po kouření cigaret nebo u velmi úzkostlivých pacientek. Na možnou latentní bradykardii je tedy nutno myslet u každé pacientky s mentální anorexií. (1, 10)

9.1.2 Srdeční selhání

Při častém užívání diuretik nebo projímadel může jak u bulimie, tak u anorexie vést k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím k srdečním arytmiím nebo k srdeční zástavě. U pacientek bylo popsáno i mnoho změn EKG, ty ale často zmizí hned po podání tekutin a živin. (1)

9.2 Renální komplikace

Renální abnormality se mohou objevit až u dvou třetin pacientek trpících anorexií. Většina pacientek přijímá dostatečné množství bílkovin a tak může dojít ke zvýšení hladiny urey v moči. Nejčastější poruchy elektrolytové rovnováhy, se kterými se u poruch příjmu potravy setkáváme, jsou hypokalemie (snížená hladina draslíku), hyponatremie (pokles koncentrace sodného iontu v krvi), hypochloremie (snížená hladina chloru v krvi) a hypochlorní metabolická alkalóza, která se nejčastěji objevuje u dehydratovaných pacientek v důsledky zvracení nebo nadužívání projímadel a diuretik. Dehydratace a nízký výdej moči mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Chronické užívání projímadel a diuretik může vést k renálnímu selhání, proto je důležité sledovat u pacientek renální funkce, včetně hladin urey, elektrolytů a výdeje moči jak při vstupním vyšetření, tak i během léčby. (1, 10)

9.3 Gastrointestinální komplikace

Nejčastějším příznakem mentální bulimie je benigní zduření parotických slinných žláz, které postihuje 20-25% nemocných. Pravidelné zvracení má za následek poškození úst a zubů, zejména zubní skloviny a zuboviny na lingválních površích předních zubů. V důsledku žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu, erozí a vředů jícnu. Zhoršená motilita tenkého střeva patří k častým komplikacím, asi u poloviny anorektiček najdeme na rentgenu dilataci duodena a u třetiny dilataci jejunu. Užívání projímadel má za následek nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu a poruchu vstřebávání bílkovin. (1)

9.4 Kosterní komplikace

V období aktivní anorexie se zpomaluje vyžívání a vývoj kostí, může se i zcela zastavit, pokud dosáhne hmotností úbytek takového stupně, že dojde k zástavě

menstruačního cyklu. Pokud pacientka zcela odmítá mléčné produkty, které obsahují vitamin D a důležité tuky, mohou se vyskytnout případy osteomalacie. U pacientek s mentální anorexií je ale mnohem častější osteoporóza, ta vzniká už během prvních dvou let a výrazně koreluje s délkou choroby. Protože je mentální anorexie chronické onemocnění, je dobré při ní podávat preventivně estrogény. U těžce podvyživených pacientů s nadměrnou tělesnou aktivitou je riziko patologických zlomenin, jejich denzita kostí je nízká, přesto mnoho anorektiček usilovně cvičí dál. (13)

9.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní komplikace jsou častým a charakteristickým rysem mentální anorexie. Hlavním příznakem je amenorea (zástava menstruačního cyklu), která se objevuje při ztrátě více než 15,5% optimální tělesné hmotnosti. Amenorea přetrvává u poloviny pacientek i po návratu k normální tělesné hmotnosti. Dalším příznakem anorexie je hypogonadismus, který vede k poruše funkce pohlavních žláz, nedostatečné tvorbě pohlavním hormonů a neplodnosti. (13)

9.6 Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy, která je způsobena zvracením, nadužíváním diuretik, projímadel a klystýrů, může vyvolat velké množství neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, tetanie, stavů zmatenosti, svalových slabostí a přechodné neurologické příznaky, které jsou velmi podobné ischemii mozku. Více než 40% anorektiček trpí celkovou svalovou slabostí. (13)

9.7 Dermatologické komplikace

Dermatologické obtíže se vyskytují u pacientek s poruchy příjmu potravy z mnoha důvodů. Můžou se vyskytovat z nedostatečné výživy (suchá šupinatá kůže), úmyslného zvracení (mozoly a modřiny na hřbetech ruky) nebo jako kožní vyrážky z užívání projímadel a léků na snížení hmotnosti. (13)

10 MALNUTRICE

Výživu můžeme definovat jako proces, během kterého organismus využívá potravu, která je zdrojem energie a živin pro lidský organismus. Při tomto složitém ději dochází k trávení, vstřebávání, transport a vylučování výživových faktorů. Tento proces je důležitý pro udržení života. Výživa je faktor, který máme zcela pod kontrolou a naopak od ostatních faktorů můžeme správnou výživou ovlivnit průběh a výskyt různých chorob. Stav zhoršené výživy se nazývá malnutrice. Jde o jakoukoliv poruchu, při níž může být nedostatek, tak i přebytek základních živin, minerálů či mikronutrientů. Jedná se o nepoměr mezi příjmem a spotřebou základních živin (bílkovin, sacharidů, tuků). Malnutrice se dělí na energetickou, proteinovou nebo proteinoenergetickou malnutrici. (1, 14, 15, 16)

Energetickou malnutrici charakterizuje nízká hmotnost vzhledem k výšce, nízkými či žádnými zásobami podkožního tuku a v první fázi dostatečným množstvím bílkovin v těle. Je způsobena nepoměrem mezi příjmem a spotřebou sacharidů a tuků, ať už nízkým příjmem nebo zvýšeným výdejem při sportovní a pohybové činnosti. Mentální anorexie patří mezi typické zástupce tohoto typu malnutrice. (1)

Proteinovou malnutrici může způsobit nedostatečný příjem bílkovin (kwashiorkor), nebo těžké onemocnění, během kterého organismus získává energii z vlastních proteinů, protože tělo není schopno vstřebat běžné substráty. Tento typ malnutrice není běžný u mentální anorexie, může se ale vyskytovat u lidí, kteří konzumují potraviny bez kvalitních bílkovin. (1)

Malnutrici můžeme rozdělit na prosté hladovění, sem spadají poruchy příjmu potravy a na malnutrici sdruženou s nějakou nemocí. Malnutrice je rizikový faktor, u nemocných její přítomnost způsobuje delší dobu léčení a hospitalizace, zvýšenou mortalitu v souvislosti s operačním výkonem, i u pacientů bez něj. Je oslaben imunitní systém, obranyschopnost a dochází k poruše přenosu léků. U těžkých forem malnutrice je u pacientů nutná aplikace umělé výživy, parenterální i enterální formou. Parenterální výživa je u pacientů s mentální anorexií vyčleněna pro pobyt v nemocnici. Většinou se jedná o pacienty ve vážném stavu, kteří jsou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. (1)

11 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Diety, přejídání se, hladovění a užívání různých prostředků na redukci hmotnosti, to všechno způsobuje řadu obtíží, které ohrožují zdraví a kvalitu života nemocných. Mezi největší nebezpečí patří zvracení a podvýživa. (14)

11.1 Důsledky mentální anorexie

„Zdravotní důsledky:

- *zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí prochladnutí*
- *suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, které jsou řídké, suché a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky. Nemocným se snadno dělají modřiny. Tenkou šupinatou kůží se sníženy množstvím kolagenu má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou.*
- *zvýšená kazivost zubů*
- *zpomalení funkce střev- zácpa.*
- *chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykemie, změny krevního obrazu a kostní dřeně*
- *zvýšená hladina cholesterolu v krvi*
- *celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledky zvracení a nadužívání projímadel.*
- *nespavost, ale i různé poruchy spánku*
- *nepravidelná menstruace*
- *u žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex.*
- *srdeční obtíže vyskytující se téměř u 90% anorektiček, zejména bradykardie a arytmie. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními obtížemi a větším úbytkem na váze. Může dojít i k srdečnímu selhání.*
- *nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky)*
- *až u dvou třetin anorektiček se mohou objevit poruchy funkce ledvin.*
- *odvápňení kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci.*
- *slabý močový měchýř, častější nucení na močení.*
- *pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů.*

- *oslabení celkové obranyschopnosti organismu*
- *u některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy.*
- *u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta.* “ (5 stránky 41,42)

Psychické a společenské důsledky

Mentální anorexie narušuje psychickou pohodu a náladu, ta je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Na začátku onemocnění bývají anorektičky aktivní a živé, s rostoucími problémy, nebo když jsou donuceny jíst, jejich nálada klesá, jsou depresivní a podrážděné. Přibývá nejistota a sebevědomí pacientek klesá, i malé problémy se zdají být neřešitelné. Anorektičky se neustále zabývají jídlem a prožitky spojené s jídlem mohou být až přehnaně dramatické. Zhoršuje se schopnost koncentrace, pozornosti a celková výkonnost. Další s důsledků mentální anorexie je snížený zájem o okolí a všeho, co se netýká jídla. U pacientek tak ubývá společenských kontaktů a naopak přibývá více konfliktů s okolím. (6, 18)

11.2 Důsledky mentální bulimie

Zdravotní důsledky mentální bulimie jsou velmi podobné důsledkům anorexie. Největší zdravotní riziko u bulimiček představuje zvracení a užívání diuretik a jiných prostředků. Jako důsledky zvracení se objevují otoky slinných žláz pod čelistí, které ještě více umocňují dojem opuchlého obličeje. Dalším následkem zvracení a užíváním projímadel je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které zatěžuje srdce a ledviny. Pacientky si navíc mohou snadno vytvořit na projímadlech a diureticích závislost a k dosažení žádoucího účinku je pak třeba stále vyšších dávek, ty způsobují komplikace v oblasti tlustého střeva. (14)

Psychické a sociální důsledky patří mezi časté obtíže mentální bulimie. Pacientky jsou často depresivní a podrážděné, po celou dobu onemocnění je doprovází nejistota a nízké sebevědomí, které může být důsledkem depresivních příznaků a pocitů beznaděje. Mnoho bulimiček se velmi obává selhání, nedostatků a nedokonalosti. Žijí v napětí a i z malého nedostatku se snadno stane velký problém. Pocit tloušťky může být důvodem

k uzavírání se před okolím. To má za důsledek společenské odcizení a vzrůstu egocentrismu. (14)

12 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných postupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Podmínkou úspěšné léčby je kvalitní terapeutický vztah. Důležité je, aby se cíle terapeuta shodovali s cílem pacienta.

Léčba poruch příjmu potravy je založená na třech významných léčebných postupech:

1. Léčba organismu v důsledku dlouhodobé podvýživy.
2. Psychoterapie, která má za úkol nemocnému vysvětlit, co jsou poruchy příjmu potravy a jejich další okolnosti tak, aby to pochopil.
3. Psychoterapie, zaměřená na změnu životního stylu, včetně stravovacích návyků nemocného. (1, 11, 3)

Nejdůležitější ale je, aby byl pacient ochoten spolupracovat a měl chuť a zájem se vyléčit.

12.1 Hospitalizace

Hlavním důvodem k hospitalizaci nemocných s poruchami příjmu potravy je lékařská stabilizace. Nemocniční léčba je u poruch příjmu potravy většinou nezbytně nutná. Součástí procesu uzdravení je i pobyt v nemocnici, ten není zaměřen pouze na fyzické stránky, ale soustřeďuje se zejména na stránky psychické. Velké úsilí však vyžaduje, aby se pacientka zapojila do aktivní spolupráce ve všech fázích léčebného procesu. (1)

Existuje několik obecných vodítek, aby došlo k vhodnému typu léčby pacientky:

1. Návrat k normální tělesné hmotnosti nebo trvalého úbytku je nezbytně nutný.
2. Přerušování zvracení, záchvatů přejídání či zneužívání diuretik a projímadel v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení pacienta.
3. Zhodnocení a poté léčba jiných vážných zdravotních obtíží.

4. Léčba přidružených stavů, jako je riziko sebepoškozování, deprese a zneužívání psychoaktivních látek. (1)

Na prvním místě lékař zjišťuje, zda je pacient v takovém nebezpečí, že jeho zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci. Existují různé formy léčebných programů, které mají plno společného s programy pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni. Rozdíl spočívá v tom, že jsou pacientům přes den poskytovány terapeutické služby, ale na noc odcházejí domů. Při hospitalizaci se dává přednost zejména vyhublým pacientům, u nichž je velké riziko sebepoškozování. (1)

12.2 Ambulantní péče

Tato lékařská péče se nezaměřuje na vyléčení poruch příjmu potravy, ale především na navrácení pacientky do stavu psychické a somatické stability. Ambulantní péči využívají pacienti, kteří mají za sebou několik neúspěšných pokusů léčby a dospěli do situace, kdy už žádnou léčbu podstoupit nechtějí. Tato péče může být prováděna individuálně, nebo ve skupině s týdenními konzultacemi s lékařským dohledem. (1)

12.3 Svépomocná terapie

Svépomocná léčba je zaměřena především na osvětu. Tato léčba je vhodná pro pacienty, kteří mají relativně mírné příznaky a u kterých může dojít ke zlepšení, nebo úplnému vyléčení nemoci. (1)

12.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie je důležitým krokem u mladých pacientů a u pacientů, kteří žijí se svou rodinou. I když není tato terapie základní léčbou, může být velmi důležitá pro porozumění některým specifickým problémům. K doporučení rodinné terapie existuje mnoho praktických a teoretických důvodů. Jedním z důvodů je to, že rodinný příslušníci potřebují odbornou pomoc při zacházení a komunikaci s mladým pacientem, zvláště v období puberty, kdy tato metoda může zlepšit vztahy mezi členy rodiny. Výhodou této terapie je domácí prostředí pacienta, je však důležité, aby rodina projevovala nemocnému velkou pozornost. Cílem rodinné terapie je vytvoření atmosféry přijetí a vzájemné důvěry. (1, 11)

12.5 Kognitivně- behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří základy pro léčbu mentální anorexie. Tato terapie není založena na pátrání po možných příčinách poruchy, ale na potlačení faktorů udržujících poruchu příjmu potravy a k přerušování nevhodných návyků. KBT poruch příjmu potravy využívá klinickou zkušenost pacienta, kterou se za spolupráce s pacientem snaží jasně formulovat. Terapeut by měl být pacientovi otevřený, měl by ho motivovat k spoluúčasti na řešení problémů a také zaujímat aktivní i direktivní roli. Mezi důležité body terapie patří sebe monitorování, aktivní nácvik, konfrontace a domácí cvičení. Pacienti se mohou zúčastnit terapeutických sezení, nebo mají k dispozici terapeutický manuál, ve kterém najdou zásady léčby i rady a videa. Hlavními tématy KBT jsou změny jídelního režimu a tělesné hmotnosti. Pacientka by se měla cítit bezpečně a měla by znát podmínky spolupráce. Terapeut pracuje i s rodinami pacientů a zve je na společné sezení, kde se zaměřují na nový problém, jako je změna jídelníčku, jídelního režimu nebo pohybové návyky. Pacienti si zapisují veškerou aktivitu a tvoří si jídelní záznamy, které pak s terapeutem řeší a opravují. (11, 18)

12.6 Farmakoterapie

Farmakoterapie se doporučuje pacientkám s mentální anorexií nebo záchvatovitým přejídáním, které neuspěly v kognitivně-behaviorální terapii. Odborníci nedoporučují, aby byla farmakoterapie brána jako hlavní způsob terapie, protože u mnoho léků, zejména u psychofarmak, je velké riziko vedlejších účinků. U mentální anorexie není psychotropní medikace ve většině případů nutná a užitečná. U bulimie by antidepressiva měly být brány jako vhodný doplněk, nebo možná alternativa u pacientek, u kterých není psychosociální terapie účinná a u kterých afektivní symptomy brání pokroku u jiné formy léčby. (1)

13 ZAŘÍZENÍ A ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Existuje několik zařízení, organizací a webových stránek, které se specializují na oblast poruch příjmu potravy.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Tato klinika nabízí tři formy péče o pacienty s poruchami příjmu potravy:

Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy- na této klinice jsou hospitalizováni pacienti od 18 let výše, v kompenzovaném somatickém stavu. Pacienti jsou zde hospitalizováni 6-8 týdnů a jsou zařazeni do terapeutického, jídelního, sociálního a pracovního režimu. Součástí léčby je i spolupráce příbuzných, kterým jsou poskytnuty informace o další možné terapii. V závěru pobytu se se klinika zaměřuje na návrat pacientky do jejího běžného prostředí a na dodržování doporučeného jídelního režimu. (15)

Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy- tato forma péče nabízí režimový program léčby, kdy pacientky navštěvují stacionář denně v pracovní dny po dobu 3 měsíců. Podmínkou přijetí pacienta je, aby hodnota jeho BMI byla vyšší než 16.

Specializovaná ambulantní péče- tato ambulantní péče nabízí psychologické poradenství, zaměřené na psychosomatické potíže, terapii a prevenci. (15)

Občanské sdružení Anabell

Sdružení Anabell se skládá z odborného týmu sociálních pracovníků, psychologů, terapeutů, lékařů a nutričních specialistů, kteří nabízí individuální i skupinovou podporu. Nabízejí telefonickou krizovou pomoc, internetové poradenství i ambulantní a terénní služby. V současné době sdružení Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v centrech Anabell a to v Brně, Praze a Ostrav, kde poskytují poradenství v oblasti mezilidských vztahů, poruch příjmu potravy, rozvoje osobnosti a vztahů v rodině. (16)

ProYouth

ProYouth je evropský program internetové prevence poruch příjmu potravy, který je určen primárně pro mladé lidi ve věku 15 - 25 let. Program může pomoci

rozpoznat projev rizikového chování, poskytuje informace o odborné léčbě a o tom, jak pacienti mohou pomoci sobě i ostatním. Program nabízí 3 základní složky:

Monitoring- návštěvníci mají možnost si vyzkoušet anonymní testy se zpětnou vazbou, které se týkají životního stylu, stravování, spokojenosti s postavou nebo rizikového chování. Tyto testy hodnotí tým odborníků, kteří zpětně posílají hodnocení a doporučení, v případě horších výsledků se snaží návštěvníka kontaktovat a domluvit si s ním osobní konzultaci na chatu.

Anonymní chaty s odborníky- anonymní chaty s psychology a psychiatry se specializací na poruchy příjmu potravy z VFN v Praze, je zde možnost výběru individuálního nebo skupinového chatu.

Diskuzní fórum- program nabízí možnost diskuze s vrstevníky, odborníky i uživateli programu.

Informace- v programu se nachází velké množství informací o PPP a jídelním chování. (17)

Internetový portál ideální.cz

Portál poskytuje základní informace o poruchách příjmu potravy, včetně jejich projevů a léčby. Dále portál obsahuje mnoho odborných článků, kontaktů a odkazů, týkajících se PPP. Návštěvníci tohoto portálu si mají možnost přečíst různé příběhy ze života, mohou navštívit diskuzní fórum nebo si přečíst jídelníčky. V sekci video centrum se nachází velké množství obrázků a videí, které souvisí s PPP. Součástí portálu jsou také odkazy na odbornou pomoc a krizová centra. (10)

14 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V dnešní době je stále těžší vytvořit účinnou prevenci proti PPP, která by snížila riziko onemocnění. Mediální vliv propagující zdravý životní styl, štíhlou postavu, různé soutěže krásy, dokonalé modelky, které jsou upraveny tak, aby na nich nebyla jediná chyba, to všechno je vnucováno dnešní společností. Přibývá slavných osob, které trpí mentální anorexií, dokonce i nemocné modelky, trpící touto poruchou můžeme vidět proházet se na mole. (11)

Prevence PPP by měla začít již v dětském věku. Rodiče by neměli dopustit, aby jejich děti na sebe braly velkou odpovědnost a aby řešily úlohy, které patří jen dospělým. Je důležité, aby děti „zůstaly dětmi“ co nejdéle a aby zbytečně brzy nevyspěly. Rodiče by

dětem měly neustále posilovat sebedůvěru svých dětí a naučit je správným jídelním zvyklostem, měli by také dbát na jejich fyzickou aktivitu a zdravý životní styl. Rodiny, které řeší manželské neshody nebo jiné napětí, by tyto problémy nikdy neměly řešit před dětmi. Děti potřebují mít ve svých rodičích důvěru, stejně tak potřebují i stabilitu domácího prostředí. Dalším důležitým bodem, kde by měla prevence pokračovat je škola. Škola by měla dětem poskytnout všechny informace o PPP v rámci výchovy ke zdraví. (8)

Na rozdíl od prevence drog a alkoholu je prevence v oblasti PPP vzácná. V praxi by se měla prevence týkat zejména rizikových jedinců, rizikové populaci a rizikového prostředí. Důležité je, aby se snížilo riziko expozice nevhodným příkladům, např. učitelka na základní škole by neměla během vyučování chodit zvracet a její hmotnost by neměla být velmi nízká. V roce 2009 vyšel článek o prevenci proti obezitě a poruchám příjmu potravy u adolescentů: (11)

„ - Snažte se zabránit nezdravým dietám, a naopak podporujte jídelní a fyzickou aktivitu, která může být dlouhodobá.

- Pracujte na pozitivním vnímáním vlastního těla.

- Podporujte častější a příjemné společné rodinné stolování.

- Podporujte rodiny, aby méně mluvily o váze a snažily se, aby se doma jedlo a cvičilo zdravě.“ (11 str. 314)

Existuje několik programů a organizací, které dokáží zvýšit znalosti a povědomí o onemocnění, to bohužel nestačí. Je potřeba změnit postoje k PPP a to dokáží pouze některé programy. Hlavním cílem prevence zůstává vyloučení rizikových faktorů, příčin a včasné zachycení nemoci. (11)

PRAKTICKÁ ČÁST

15 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době se stále častěji mluví o psychických problémech, kam patří i poruchy příjmu potravy. Toto onemocnění je velmi závažné, protože může postihnout kohokoliv a v jakémkoliv věku. Přesto má toto onemocnění vzestupnou tendenci u mladých dívek. Ve většině případů mají poruchy příjmu potravy chronický, dlouhodobý průběh. Osoby, trpící tímto onemocněním, mají také psychické a sociální problémy, které zatěžují je samotné, i jejich okolí.

16 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, zda studenti znají poruchy příjmu potravy. Dalším cílem bylo získat informace o tom, zda studenti měli s poruchou příjmu potravy problém a nakonec zjistit jejich BMI.

Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda studenti Střední zdravotnické školy v Karlových Varech znají problematiku poruch příjmu potravy.

Cíl 2: Zjistit informovanost studentů o poruchách příjmu potravy v závislosti na pohlaví.

Cíl 3: Zjistit, zda někteří studenti měli problém s poruchou příjmu potravy.

Cíl 4: Zjistit BMI (Body Mass Index) u sledovaného souboru.

Hypotézy práce

Pro ověření výše uvedených cílů jsme si stanovili tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Domníváme se, že bude většina studentů s problematikou poruchy příjmu potravy seznámena.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že dívky budou o problematice poruch příjmu potravy lépe informovány, než chlapci.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že minimálně 30 % dívek bude řešit poruchy příjmu potravy.

Hypotéza 4: Domníváme se, že u více jak 20 % respondentů bude zjištěna podváha.

17 METODIKA ŠETŘENÍ

Jako metodiku šetření naší bakalářské práce jsme vybrali kvantitativní šetření prostřednictvím dotazníku. Cílem dotazníku bylo zjistit informovanost studentů o problematice poruch příjmu potravy. Dotazník jsem záměrně zvolila anonymní, abych docílila pravdivějších a přesných výsledků. Na úvod dotazníku jsme uvedli pokyny k doplnění dotazníku a vysvětlili, pro jaké účely byl dotazník vytvořen. Dotazník obsahuje 13 otázek, z toho je 12 otázek uzavřených a 1 otázka otevřená. Otázky jsou srozumitelné a lehce zodpověditelné. Dotazník jsme sestavili tak, aby byl počet otázek dostačující k získání informací a zároveň nestrávili respondenti nad jeho vyplňováním více jak 10 minut. V první polovině dotazníku zjišťujeme informovanost respondentů o poruchách příjmu potravy, v druhé polovině se snažíme prokázat, zda respondenti měli problém s tímto onemocněním, či k němu mají sklony. V poslední otázce jsme se zaměřili na věk, váhu a výšku dotazovaných.

18 VZOREK RESPONDENTŮ

Jako respondenty jsem si vybrala studenty Střední zdravotnické školy v Karlových Varech. Šetření se týkalo studentů obou pohlaví a to ve věku od 15 do 22 let. Ve spolupráci s pedagogickými pracovníky byly dotazníky rozdány do tříd během vyučování tak, aby příliš nenarušovaly chod výuky. Celkem se šetření zúčastnilo 110 studentů. Z toho bylo 24 studentů ve věku patnácti let (23 dívek a 1 chlapec), 28 studentů ve věku šestnácti let (20 dívek a 8 chlapců), 9 studentů ve věku sedmnácti let (8 dívek a 1 chlapec), 22 studentů ve věku osmnácti let (21 dívek a 1 chlapec), 23 studentů ve věku devatenácti let (18 dívek a 5 chlapců), 2 studentky ve věku dvaceti let a 2 studentky ve věku dvacet jedna a dvacet dva let.

19 ZPRACOVÁNÍ DAT

Sběr dat probíhal v říjnu a to od 20. - 27. 10.2014. Během tohoto týdne bylo rozdáno 115 dotazníků studentům od 15 do 22 let obou pohlaví studující obory nutriční asistent, laboratorní asistent, zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum. Celkově se vrátilo 110 dotazníků, tedy návratnost činila 96 %. K této vysoké návratnosti dopomohlo to, že byl dotazník rozdán pedagogy ve vyučování, kteří nad vyplňováním dohlíželi. Celkem se výzkumu zúčastnilo 96 dívek a 16 chlapců.

20 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se nachází získané údaje a výsledky, které jsem vyhodnotila pomocí grafů a zpracovala do přehledných tabulek. Většina tabulek je rozdělena podle pohlaví. V každé tabulce je znázorněna absolutní četnost a relativní četnost, která uvádí výsledky v procentech.

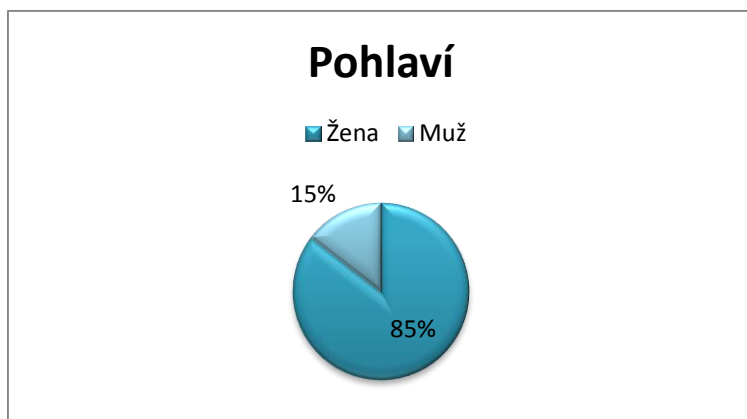
Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Odpovědi na otázku č. 1

Pohlaví	Absolutní četnost	počet v %
Žena	94	85%
Muž	16	15%
celkem	110	100%

Zdroj: vlastní

Graf 1: Odpovědi na otázku č. 1



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů (110) je 94 dívek (85%) a 16 chlapců (15%).

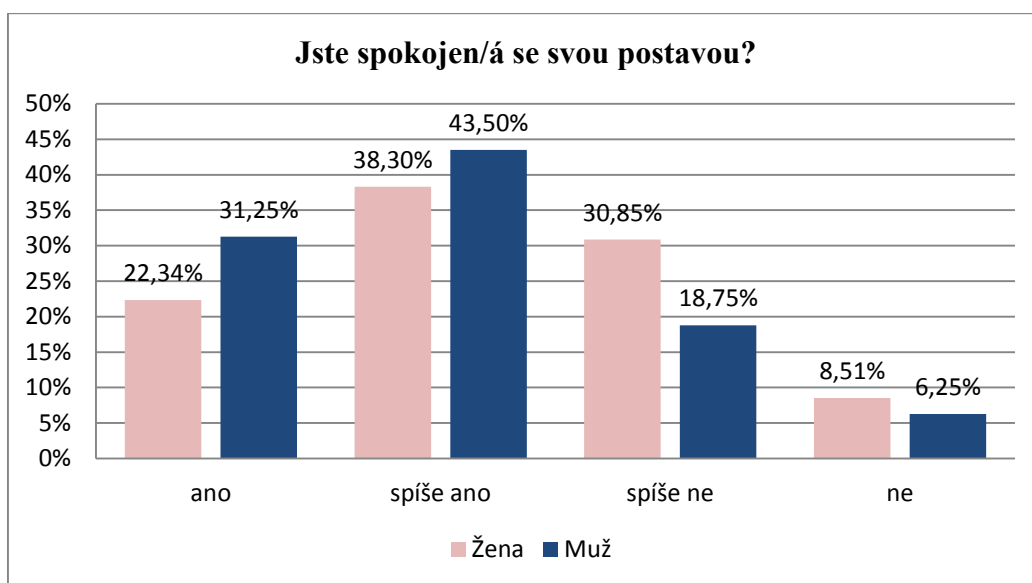
Otázka č. 2 : Jste spokojen/á se svou postavou?

Tabulka 2: Odpovědi na otázku č. 2

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	21	22,34%	5	31,25%
spíše ano	36	38,30%	7	43,75%
spíše ne	29	30,85%	3	18,75%
ne	8	8,51%	1	6,25%
celkem	94	100,00%	16	100,00%

Zdroj: vlastní

Graf 2: Odpovědi na otázku č. 2



Zdroj: vlastní

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že se hodnocení zúčastnilo 110 respondentů (100%), z toho 94 dívek a 16 chlapců. Je patrné, že 36 dívek (38,30%) a 7 chlapců (43,50%) odpovědělo na otázku, zda jsou spokojeny se svou postavou „spíše ano“. Naopak nejméně respondentů odpovědělo, že nejsou spokojeny se svou postavou. Odpověď „ano“ označilo 21 dívek (22,34%) a 5 chlapců (31,25%), odpověď „ne“ 8 dívek (8,51%) a 1 chlapec (6,25%). Na odpověď „spíše ne“ odpovědělo 29 dívek (30,85%) a 3 chlapci (18,75%).

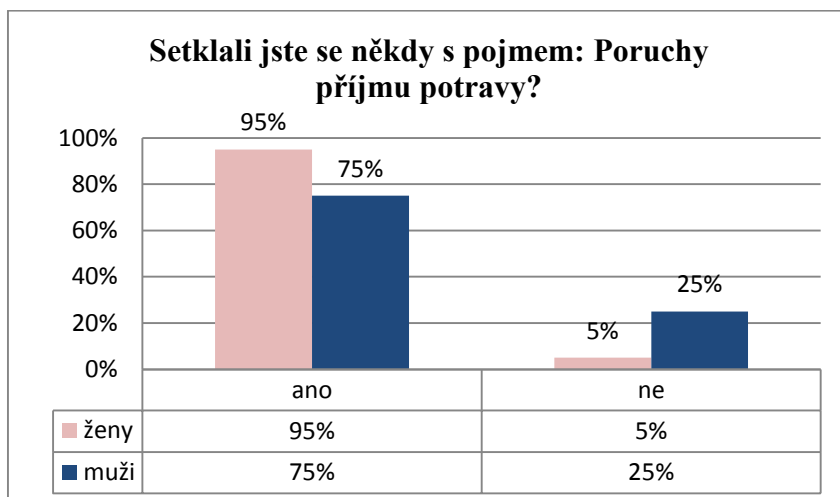
Otázka č. 3a): Setkali jste se někdy s pojmem: Poruchy příjmu potravy?

Tabulka 3: Odpovědi na otázku č. 3a)

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	91	95%	12	75%
ne	5	5%	4	25%
celkem	96	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 3: Odpovědi na otázku č. 3a)



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 110 respondentů (100%) se s poruchami příjmu potravy setkalo 91 dívek (95%) a 12 chlapců (75%). 5 dívek (5%) a 4 chlapci (25%) se s poruchami příjmu potravy neselekali.

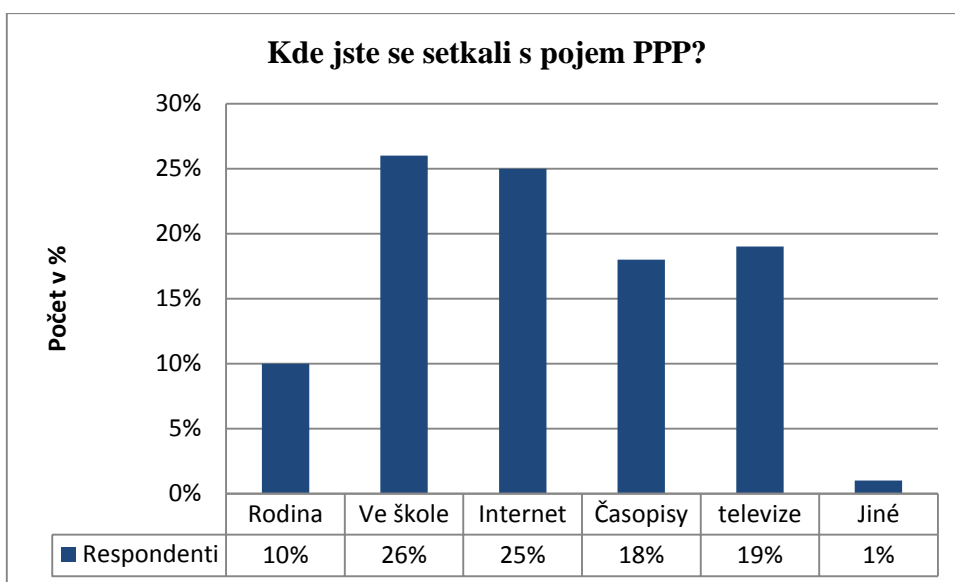
Otázka č. 3b): Pokud ano, kde jste se o tomto pojmu dozvěděli?

Tabulka 4: Odpovědi na otázku č. 3b)

Odpověď	Respondenti	Počet v %
Rodina	29	10%
Ve škole	74	26%
Internet	71	25%
Časopisy	51	18%
Televize	54	19%
Jiné	4	1%
Celkem	283	100%

Zdroj: vlastní

Graf 4: Odpovědi na otázku č. 3b)



Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů se s poruchami příjmu potravy seznámilo ve škole (26%) a na internetu (25%). Dále pak v televizi (19%), v časopisech (18%) a od rodiny (10%). Naopak nejméně respondentů se o této problematice dozvědělo z jiných zdrojů (1%).

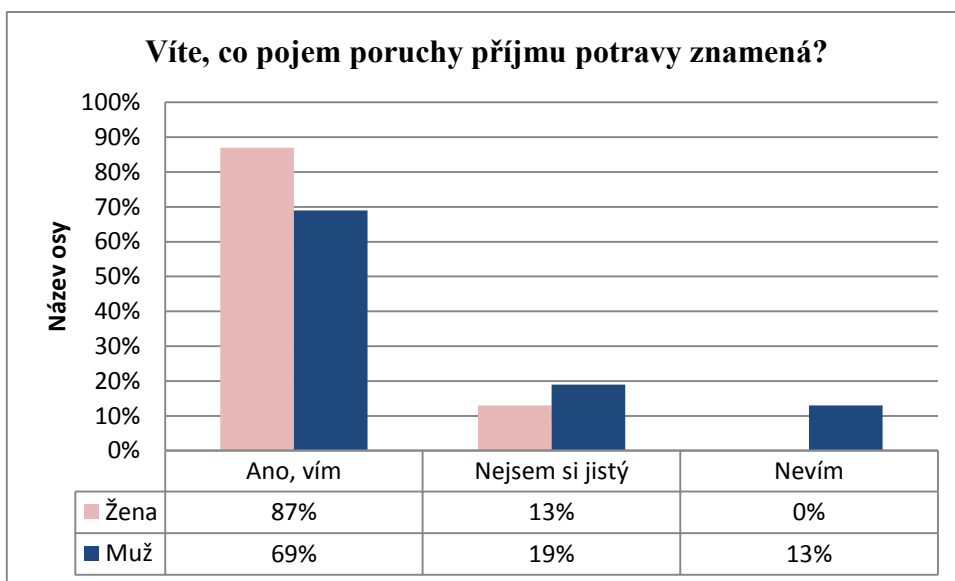
Otázka č. 4: Víte, co pojem poruchy příjmu potravy znamená?

Tabulka 5: odpovědi na otázku č. 4

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vím	82	87%	11	69%
Nejsem si jistý	12	13%	3	19%
Nevím	0	0%	2	13%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 5: Odpovědi na otázku č. 4



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 4 odpovědělo všech 110 respondentů, 94 dívek a 16 chlapců. Z odpovědí je patrné, že 82 dívek (87%) a 11 chlapců (69%) ví, co pojem poruchy příjmu potravy znamená. Odpověď „nejsem si jistý“ označilo 12 dívek (13%) a 3 chlapci (19%) a odpověď „nevím“ označili pouze 2 chlapci (13%).

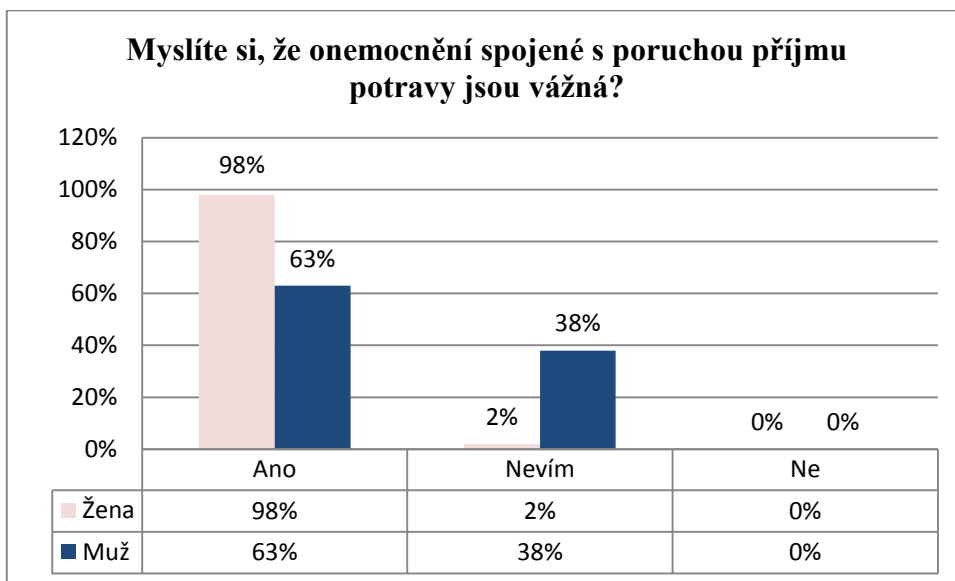
Otázka č. 5: Myslíte si, že onemocnění spojené s poruchou příjmu potravy jsou vážná?

Tabulka 6: Odpovědi na otázku č. 5

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	98%	10	63%
Nevím	2	2%	6	38%
Ne	0	0%	0	0%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 6: Odpovědi na otázku č. 5



Zdroj: vlastní

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že většina respondentů si myslí, že onemocnění spojené s poruchou příjmu potravy jsou vážná. Z celkového počtu dívek (94) označilo „ano“ jako svou odpověď 92 dívek (98%) a 10 chlapců (63%). Odpověď „nevím“ zvolili 2 dívky (2%) a 6 chlapců (38%). Nikdo z respondentů neoznačil odpověď „ne“.

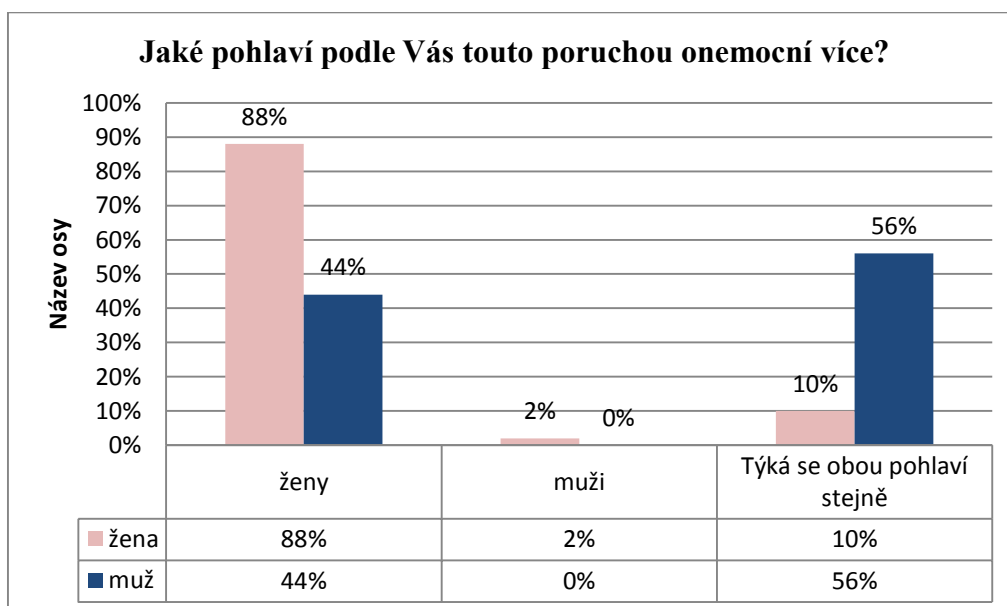
Otázka č. 6: Jaké pohlaví podle Vás touto poruchou onemocní více?

Tabulka 7: Odpovědi na otázku č. 6

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	83	88%	7	44%
Muži	2	2%	0	0%
Týká se obou pohlaví stejně	9	10%	9	56%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 7: Odpovědi na otázku č. 6



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 110 respondentů si většina myslí, že poruchami příjmu potravy onemocní spíše ženy. Tuto odpověď označilo 83 dívek (88%) a 7 chlapců (44%). Odpověď, že se onemocnění týká mužů, označili 2 dívky (2%), 9 dívek (10%) a 9 chlapců (56%) si myslí, že se onemocnění týká obou pohlaví.

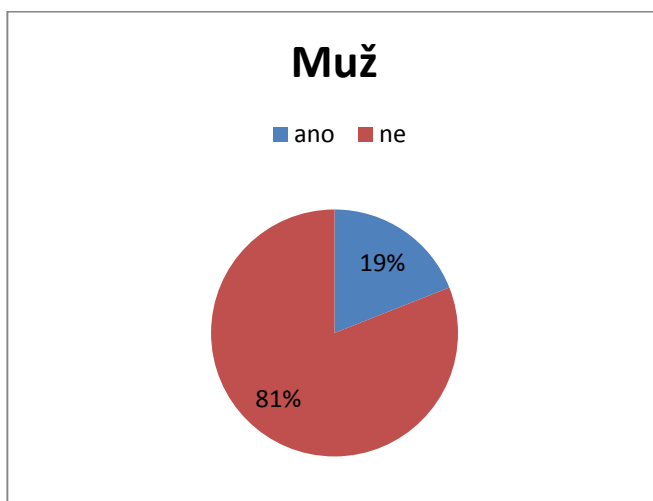
Otázka č. 7 a) : Měli jste někdy problém s poruchou příjmu potravy?

Tabulka 8: Odpovědi na otázku č. 7a)

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	18%	3	19%
Ne	77	82%	13	81%
Celkem	94	100%	16	100%

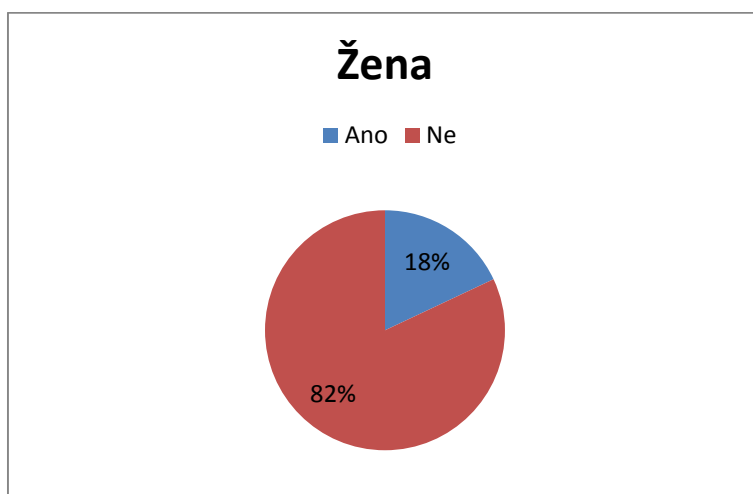
Zdroj: vlastní

Graf 8 : Odpovědi na otázku 7a).



Zdroj: vlastní

Graf 9: Odpovědi na otázku 7a).



Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že poruchou příjmu potravy trpělo 17 dívek (18%) a 3 chlapci (19%). Naopak 77 dívek (82%) a 13 chlapců (81%) s poruchou příjmu potravy neměli nikdy problém.

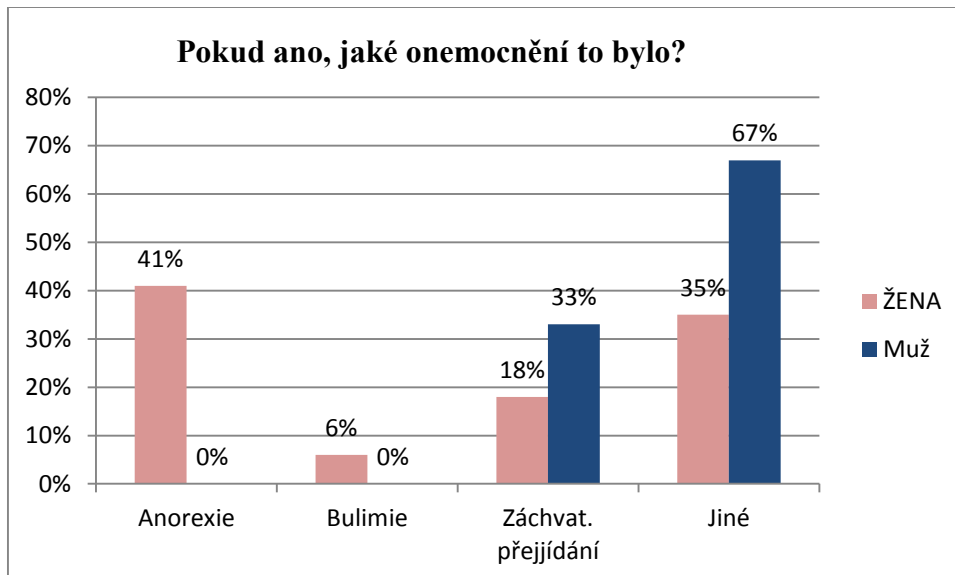
Otázka č. 7 b) : Pokud ano, jaké onemocnění to bylo?

Tabulka 9: Odpovědi na otázku 7b)

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anorexie	7	41%	0	0%
Bulimie	1	6%	0	0%
Záchvat. přejídání	3	18%	1	33%
Jiné	6	35%	2	67%
Celkem	17	100%	3	100%

Zdroj: vlastní

Graf 10: Odpovědi na otázku 7b)



Zdroj: vlastní

Celkem 20 respondentů mělo problém s poruchou příjmu potravy. Z toho 7 dívek trpělo anorexií (41%), 1 dívka měla problém s bulimií (6%), 3 dívky (18%) a 1 chlapec (33%) trpěli záchvatovitým přejídáním a jako jiné onemocnění označilo 6 dívek (35%) a 2 chlapci (67%)

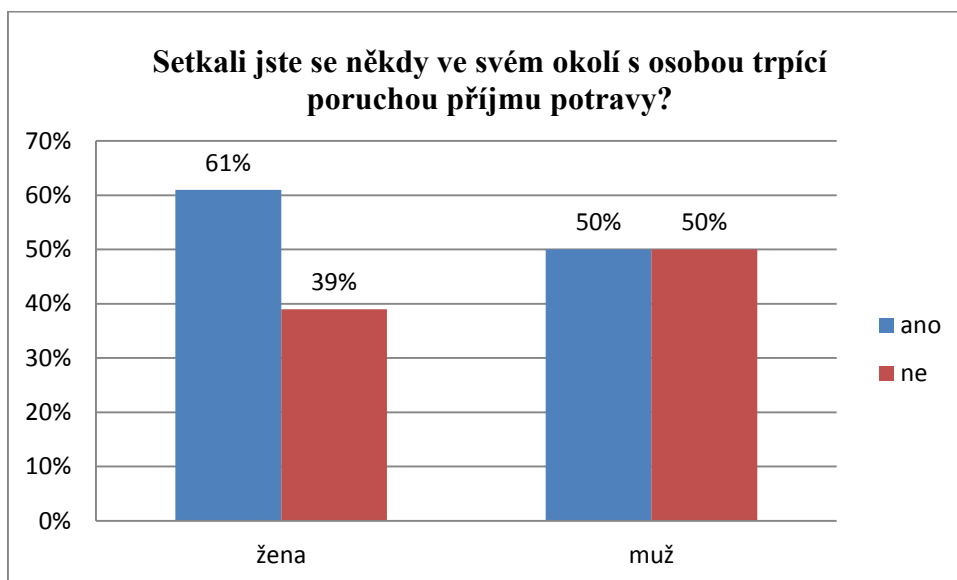
Otázka č. 8: Setkali jste se někdy ve svém okolí s osobou trpící poruchou příjmu potravy?

Tabulka 10: Odpovědi na otázku č. 8

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	61%	8	50%
Ne	37	39%	8	50%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 11: Odpovědi na otázku č. 8



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 94 dívek (100%) odpovědělo 57 dívek (61%), že se setkaly ve svém okolí s osobou trpící poruchou příjmu potravy, 37 dívek (39%) se s takovou osobou ještě nesetkalo. Z celkového počtu 16 chlapců (100%) se s osobou, která měla problém s poruchou příjmu potravy, setkalo 8 chlapců (50%), naopak 8 chlapců (50%) se s takovou osobou nikdy nesetkalo.

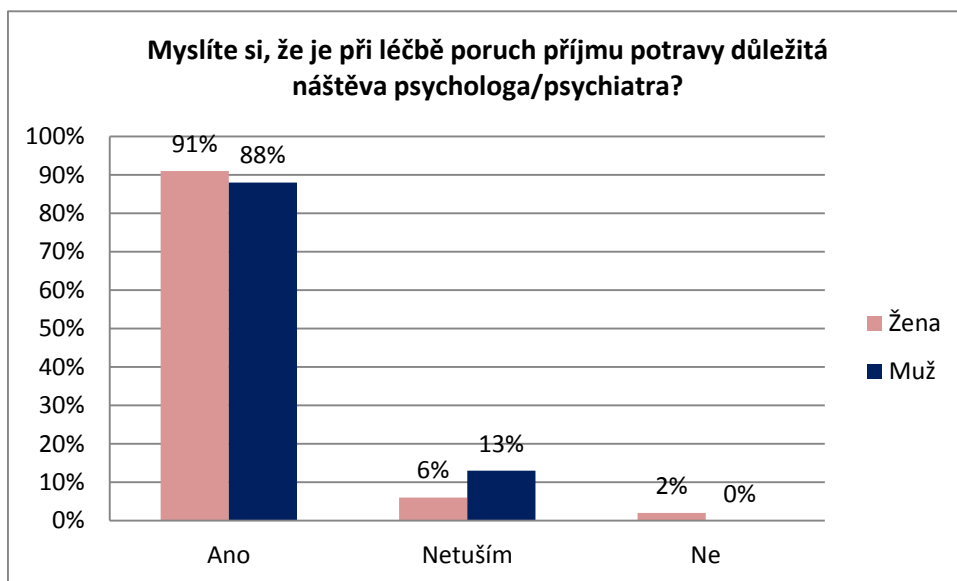
Otázka č. 9: Myslíte si, že je při léčbě poruch příjmu potravy důležitá návštěva psychologa/ psychiatra?

Tabulka 11: Odpovědi na otázku č. 9

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	86	91%	14	88%
Netuším	6	6%	2	13%
Ne	2	2%	0	0%
celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9



Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že 86 dívek (91%) a 14 chlapců (88%) označili jakou svou odpověď „ano“. Tedy většina respondentů si myslí, že je návštěva psychologa důležitá. Odpověď „netuším“ označilo 6 dívek (6%) a 2 chlapci (13%) a odpověď „ne“ označily 2 dívky (20%).

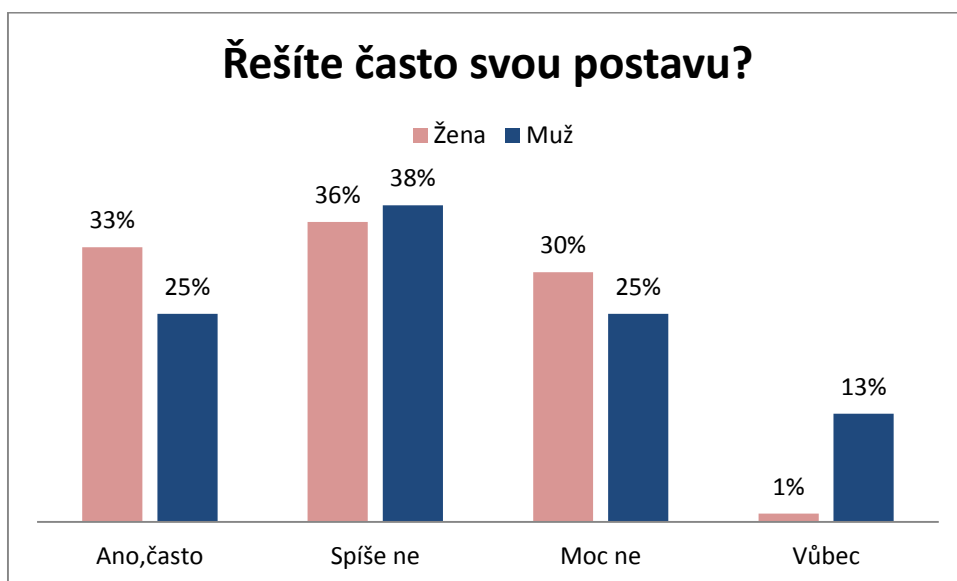
Otázka č. 10: Řešíte často svou postavu?

Tabulka 12: Odpovědi na otázku č. 10

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	31	33%	4	25%
Spíše ne	34	36%	6	38%
Moc ne	28	30%	4	25%
Vůbec	1	1%	2	13%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 13: Odpovědi na otázku č. 10



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 96 dívek (100%) a 16 chlapců (100%) označilo odpověď „ano, často“ 31 dívek (33%) a 4 chlapci (25%), odpověď „spíše ne“ označilo 34 dívek (36%) a 6 chlapců (38%), odpověď „moc ne“ označilo 28 dívek (30%) a 4 chlapci (25%) a odpověď „vůbec“ zvolila 1 dívka (1%) a 2 chlapci (13%). Z grafu je tedy patrné, že nejvíce respondentů svoji postavu spíše neřeší.

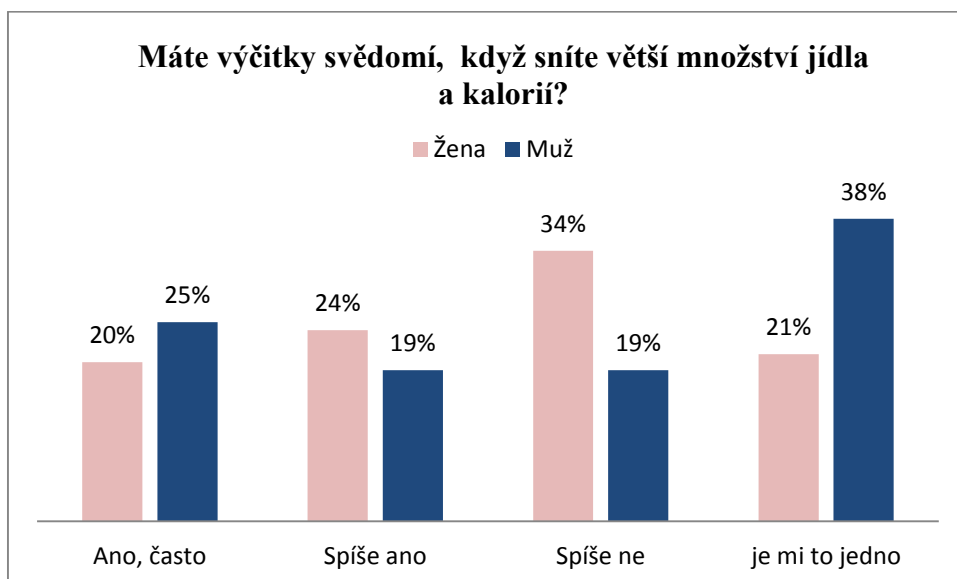
Otázka č. 11: Máte výčitky svědomí, když sníte větší množství jídla a kalorií?

Tabulka 13: Odpovědi na otázku č. 11

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	19	20%	4	25%
Spíše ano	23	24%	3	19%
Spíše ne	32	34%	3	19%
Je mi to jedno	20	21%	6	38%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 14: Odpovědi na otázku č. 11



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 94 dívek (100%) a 16 chlapců (100%) zaškrtnulo odpověď „ano, často“ 19 dívek (20%) a 4 chlapci (25%), odpověď „spíše ano“ zvolilo 23 dívek (24%) a 3 chlapci (19%), odpověď „spíše ne“ zaškrtnulo 32 dívek (34%) a 3 chlapci (19%) a poslední odpověď „je mi to jedno“ si vybralo 20 dívek (21%) a 6 chlapců (38%). Můžeme tedy říct, že nejvíce dívek odpovědělo, že výčitky po jídle spíše nemají, nejvíce chlapců odpovědělo, že je jim jedno, když sní větší množství jídla, nebo kalorií.

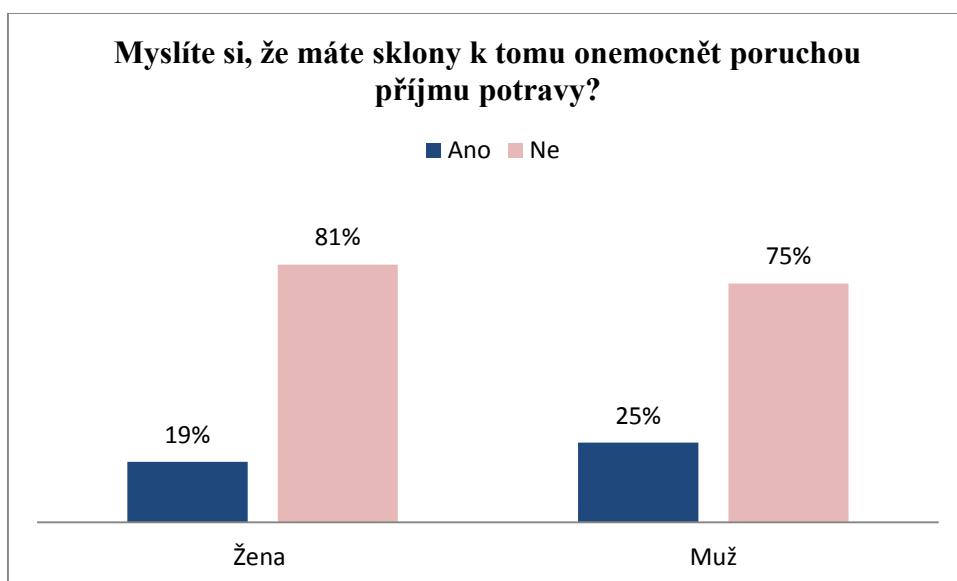
Otázka č. 12: Myslíte si, že máte sklony k tomu onemocnět poruchou příjmu potravy?

Tabulka 14: Odpovědi na otázku č. 12

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	19%	4	25%
Ne	76	81%	12	75%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 15: Odpovědi na otázku č. 12



Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že 18 dívek (19%) a 4 chlapci (25%) odpověděli „ano“, tudíž si myslí, že mají sklony k tomu, onemocnět poruchou příjmu potravy. Většina dotazovaných, přesně 76 dívek (81%) a 12 chlapců (75%), si myslí, že tyto sklony nemají.

Otázka č. 13: Doplňte údaje:

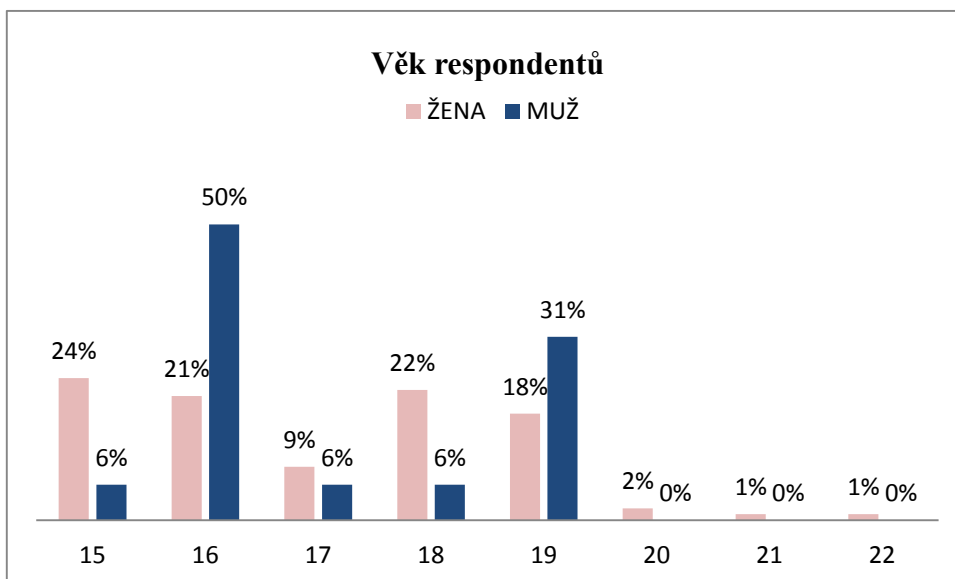
1) Věk

Tabulka 15: Odpovědi na otázku č. 13

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
15	23	24%	1	6%
16	20	21%	8	50%
17	8	9%	1	6%
18	21	22%	1	6%
19	18	19%	5	31%
20	2	2%	0	0%
21	1	1%	0	0%
22	1	1%	0	0%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 16: Odpovědi na otázku č. 13



Zdroj: vlastní

Celkem se šetření zúčastnilo 110 studentů. Z toho bylo 24 studentů ve věku patnácti let (23 dívek a 1 chlapec), 28 studentů ve věku šestnácti let (20 dívek a 8 chlapců), 9 studentů ve věku sedmnácti let (8 dívek a 1 chlapec), 22 studentů ve věku osmnácti let (21 dívek a 1 chlapec), 23 studentů ve věku devatenácti let (18 dívek a 5 chlapců), 2 studentky ve věku dvaceti let a 2 studentky ve věku dvacet jedna a dvacet dva let.

Další údaje slouží k výpočtu BMI (Body Mass Index) u respondentů:

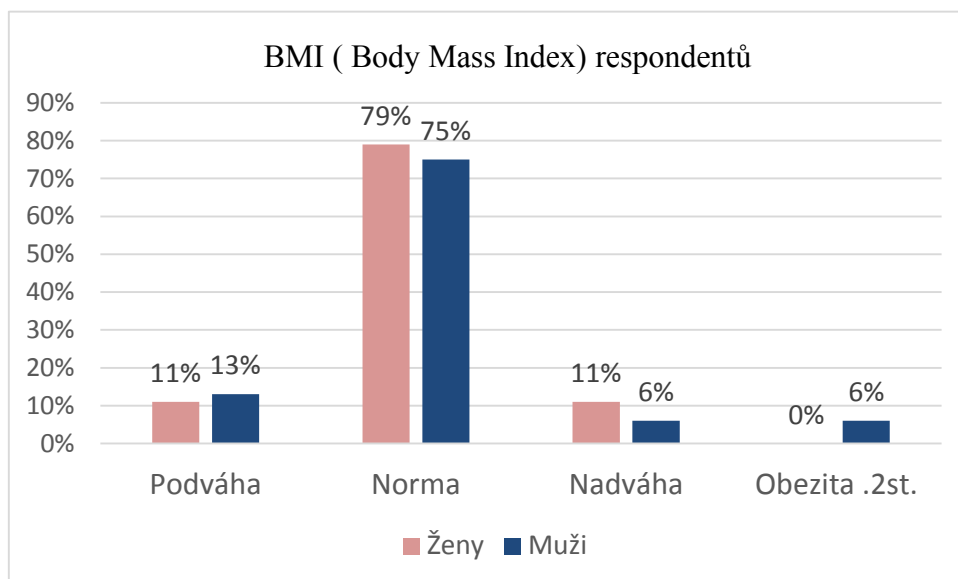
- 2) Výška
- 3) Váha

Tabulka 16: Odpovědi na otázku č. 13

POHLAVÍ	ŽENA		MUŽ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podváha pod 18	10	11%	2	13%
Norma 18-25	74	79%	12	75%
Nadváha 25-30	10	11%	1	6%
Obezita 2st. 35-40	0	0%	1	6%
Celkem	94	100%	16	100%

Zdroj: vlastní

Graf 17: Odpovědi na otázku č. 13



Zdroj: vlastní

V grafu jsou znázorněny hodnoty BMI (Body Mass Index) u sledovaného souboru. Podváhou (hodnoty BMI pod 18) trpělo celkem 12 studentů (10 dívek a 2 chlapci). V normě (hodnoty BMI 18-25) bylo 86 studentů (74 dívek a 12 chlapců). Nadváha (hodnoty BMI 25-30) byla zjištěna u 11 studentů (10 dívek a 1 chlapec) a obezitou 2. stupně (hodnoty BMI 35-40) trpěl jeden chlapec.

21 DISKUZE

V naší bakalářské práci jsme zjišťovali informovanost studentů střední školy o poruchách příjmu potravy. Chtěli jsme zjistit, zda jsou dívky o této problematice lépe informovány, než chlapci a zda někteří studenti touto poruchou již trpěli, či k tomu mají sklony. Na závěr jsme zjišťovali BMI (Body Mass Index) studentů, abychom zjistili, kolik procent studentů trpělo podváhou. Abychom zjistili odpovědi, stanovili jsme si proto čtyři hypotézy.

Hypotéza 1: Domníváme se, že bude většina studentů s problematikou poruchy příjmu potravy seznámena.

U hypotézy č. 1 jsem předpokládala, že bude většina studentů s problematikou poruch příjmu potravy již seznámena. **Tato hypotéza se potvrdila**, jak je patrné z grafů č. 3, 4, 5, 6 a 11. Pro ověření hypotézy jsem si v dotazníku stanovila otázky č. 3, 4, 5, 6 a 9. Tyto otázky mi pomohli k tomu, abych zjistila, jak jsou studenti o problematice PPP informováni.

Otázka 3 je rozdělena na části 3a a 3b, na část 3b) odpovídají respondenti tehdy, když ve 3a odpoví „ano“. V otázce č. 3 se respondentů ptám, jestli se někdy setkali s pojmem: Poruchy příjmu potravy. Odpověď „ano“ zaškrtno z celkového množství 96 dívek a 16 chlapců 91 dívek, tedy 95% dívek a 12 chlapců což je 75% chlapců. Tedy více jak polovina se již s poruchami příjmu potravy seznámila. V druhé části 3. otázky měli respondenti odpovědět na otázku, kde se s pojmem poruchy příjmu potravy setkali, u této části otázky měli na výběr více odpovědí. Nejvíce respondentů zaškrtno, že se s pojmem poruchy příjmu potravy setkali ve škole, tuto odpověď označilo 71 respondentů, 54 respondentů se s tímto pojmem setkalo na internetu, 51 studentů se o poruchách příjmu potravy seznámilo s časopisů, 29 respondentům o této problematice řekla rodina a 4 respondenti zaškrtno odpověď „jiné“. V porovnání s výsledky bakalářské práce Michálkové Lucie (18), která udává, že se s pojmem „poruchy příjmu potravy“ setkalo 65% respondentů, je patrné, že opět více jak polovina respondentů se s tímto pojmem již setkala.

U otázky č. 4 jsem zjišťovala, jestli respondenti vědí, co pojem poruchy příjmu potravy znamená. Odpověď: „ano, vím“ označilo 82 dívek z 96, tedy 87% a 11 chlapců z 16, což je 69%. I u této otázky nám vyšlo, že více jak polovina studentů ví, co tento

pojem znamená. Odpověď „nejsem si jistý“ označilo 12 dívek a 3 chlapci. Pouze 2 chlapci označili odpověď „nevím“.

Otázka č. 5 ukázala, že si 92 dívek (98%) a 10 chlapců (63%), tedy více jak polovina respondentů myslí, že jsou onemocnění spojené s poruchami příjmu potravy vážná. Odpověď „nevím“ označili 2 dívky (2%) a 6 chlapců (38%).

I u otázky č. 9 jsem zjišťovala informovanost studentů o problematice poruch příjmu potravy. Ptala jsem se jich, zda si myslí, že je při léčbě PPP důležitá návštěva psychologa/psychiatra. Opět více jak polovina respondentů si myslí, že je tato návštěva důležitá a označili odpověď „ano“ a to přesně 86 dívek (91%) a 14 chlapců (88%). Odpověď „spíše ano“ označilo 34 dívek a 6 chlapců, odpověď „moc ne“ označilo 28 dívek a 4 chlapci a 2 dívky si vybraly odpověď „ne“.

U všech pěti otázek, které se stahovaly k první hypotéze, se potvrdilo, že většina studentů byla již s problematikou poruch příjmu potravy seznámena a ve většině případů mají o tomto onemocnění správné mínění a informace. Závěr tohoto šetření беру jako pozitivní, neboť je dobře, že se o tomto onemocnění mluví i mezi jedinci, kteří patří do nejrizikovější skupiny.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že dívky budou o problematice poruch příjmu potravy lépe informovány, než chlapci.

U hypotézy č. 2 jsem chtěla zjistit a porovnat informovanost studentů o poruchách příjmu potravy v závislosti na pohlaví. Předpokládala jsem, že dívky budou lépe informovány, než chlapci a to zejména proto, že dívky tímto onemocněním trpí častěji, více řeší svůj vzhled, postavu a to, čím se stravují. **Tato hypotéza se potvrdila.** K této hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 4, 5, 6, 9 a grafy č. 5, 6, 7, 11.

Jak je již uvedeno v diskuzi u první hypotézy, otázka č. 4 nám ukázala, že 87% dívek a 69% chlapců ví, co pojem poruchy příjmu znamená. Větší procento dívek, než chlapců, tedy ví, co jsou to poruchy příjmu potravy. Na otázku č. 5 „*Myslíte si, že onemocnění spojené s poruchou příjmu potravy jsou vážná?*“ odpovědělo opět všech 110 respondentů. 92 dívek (98%) a 10 chlapců (63%) odpověděli na otázku „ano“, tudíž si myslí, že jsou tato onemocnění vážná. 6 chlapců (38%) a pouze 2 dívky (2%) odpovědělo „nevím“. V otázce č. 5 mají dívky, co se týče znalostí o problematice PPP opět procentuálně navrch.

V 6. otázce také zjišťuji a porovnávám informovanost dívek a chlapců a to pomocí otázky „*Jaké pohlaví podle Vás touto poruchou onemocní více?*“. Z celkového počtu 96 dívek a 16 chlapců si 83 dívek (88%) a 7 chlapců (44%) myslí, že poruchami příjmu potravy onemocní spíše ženy. Odpověď, že se onemocnění týká spíše mužů, označily 2 dívky (2%). 9 dívek (10%) a 9 chlapců (56%) odpověděli, že se onemocnění týká obou pohlaví. Nejvíce dívek si tedy myslí, že onemocněním trpí spíše ženy, naopak nejvíce chlapců označilo, že se onemocnění týká obou pohlaví stejně. Překvapila mě odpověď dvou dívek, že se onemocnění týká spíše mužů, ale i tak vyšly dívky z tohoto šetření lépe, než chlapci, jelikož si 88% dívek myslí, že touto poruchou onemocní spíše ženy.

Poslední otázka, která se vztahuje k druhé hypotéze, je otázka č. 9: „*Myslíte si, že je při léčbě poruch příjmu potravy důležitá návštěva psychologa/ psychiatra?*“ Odpovědi na otázku mi pomohou, abych zjistila, jestli jsou dívky opravdu lépe informovány o problematice PPP než chlapci. Z grafu č. 11 můžeme vyčíst, že si většina respondentů myslí, že je návštěva psychologa či psychiatra důležitá. Odpověď ano označilo 86 dívek (91%) a 14 chlapců (88%) Odpověď „netuším“ označilo 6 dívek (6%) a 2 chlapci (13%) a odpověď „ne“ označily 2 dívky (20%). U této otázky, dle mého názoru dopadli lépe chlapci. Sice nám menší procentuální číslo ukazuje, že odpověď „ano“ zaškrtnulo méně chlapců, než dívek, ale na druhou stranu žádný chlapec neoznačil odpověď „ne“, kterou označily 2 dívky. I když musíme brát v potaz, že chlapců je mnohem méně, než dívek, i tak nám šetření ukázalo, že jsou dívky o problematice poruch příjmu potravy lépe informovány. Myslím si, že je to dáno hlavně tím, že dívky mají obecně s tímto onemocněním větší problém, mají tedy větší možnost se s tímto onemocněním setkat, nebo s osobou, která touto poruchou trpí. Zvláště pro dívky ve věku od 15 do 22 let je důležité, jak vypadají a jak je vnímá jejich okolí.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že minimálně 30 % dívek bude řešit poruchy příjmu potravy.

U třetí hypotézy jsem zjišťovala, kolik procent dotazovaných dívek řešilo poruchy příjmu potravy, tudíž se šetření týkalo pouze dívek. Předpokládala jsem, že minimálně 30% dívek bude řešit poruchy příjmu potravy. **Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.** K této hypotéze se vztahuje jako hlavní a zásadní otázka v dotazníku č. 7a, 7b a graf č. 8 a 9. Otázky 2, 8, 10, 11, 12 s grafy č. 2, 10, 12, 13, 14 jsou pouze doplňující. Otázka č. 7 je

rozdělena na část 7a a 7b. Na druhou část odpovídali respondenti tehdy, když v první části otázky odpověděli „ano“. Otázkou „*Měli jste někdy problém s poruchou příjmu potravy?*“ jsem zjišťovala, kolik dívek již poruchou příjmu potravy trpělo. Ve druhé části otázky jsem zjišťovala, jakým onemocněním dívky trpěly. S poruchy příjmu potravy mělo problém 17 dívek (18%) a 77 dívek (82%) tento problém nikdy neřešily. Nejčastější poruchou příjmu potravy, které dívky označily, byla anorexie. Touto poruchou onemocnělo 7 dívek (41%). Druhá nejčastější odpověď byla „jiné onemocnění“, tuto odpověď zaškrtno 6 dívek (35%). Záchvatovitým přejídáním trpěly 3 dívky (18%) a s bulimií měla problém 1 dívka (6%). V porovnání s bakalářskou prací Holbové Zuzany (19), která udává, že anorexií trpělo ve věku od 15 o 31 let 47% dívek, s bulimií podle jejího šetření bojovalo 33% dívek a s jiným onemocněním mělo problém 20% dívek, mám ve své práci menší zastoupení dívek, přesto vyšly výsledky podobné, zejména co se týče procentuálního zastoupení u anorexie. U obou šetření se jedná o nejčastější poruchu příjmu potravy u dívek. Pro zajímavost můžu dodat, že i 2 chlapci řešili problém s poruchou příjmu potravy a 14 chlapců tento problém nikdy neměli.

Na otázku č. 2 „*Jste spokojen/á se svou postavou?*“ odpovědělo také všech 110 respondentů. Z grafu č. 2 vyplývá, že 36 dívek (38,30%) a 7 chlapců (43,50%) odpovědělo na otázku, zda jsou spokojeny se svou postavou „spíše ano“. Odpověď „ano“ označilo 21 dívek (22,34%) a 5 chlapců (31,25%), odpověď „ne“ 8 dívek (8,51%) a 1 chlapec (6,25%). „Spíše ne“ odpovědělo 29 dívek (38,85%) a 3 chlapci (18,75%). Z mého šetření je patrné, že nejvíce respondentů označilo odpověď „spíše ano“, tudíž jsou se svou postavou spokojeni. Naopak nejméně respondentů se svou postavou není spokojeno. Když porovnáím výsledek bakalářské práce Lucie Michálkové (18), která udává, že je 65% respondentů se svou postavou spokojeno a 35% respondentů spokojeno není, tak navzdory jinému počtu respondentů je i v téhle práci převažuje počet spokojených respondentů se svou postavou.

Otázka č. 8 „*Setkali jste se někdy ve svém okolí s osobou trpící poruchou příjmu potravy?*“ je pouze orientační a přímo neodpovídá hypotéze č. 3, ale chtěla jsem zjistit, zda se v okolí respondentů vyskytl někdo, kdo trpěl tímto onemocněním. Z celkového počtu 110 respondentů odpovědělo 57 dívek (61%) a 8 chlapců (50%), že se již s osobou trpící poruchou příjmu potravy setkali, naopak 37 dívek (39%) a 8 chlapců (50%) se s takovou osobou neseťkali. Z výsledku je patrné, že více jak polovina dívek se s osobou trpící poruchou příjmu potravy setkala, u chlapců je výsledek v obou případech stejný. V porovnání s výsledkem bakalářské práce Lucie Michálkové (18), která udává, že se

s touto osobou setkala pouze 37%, je v mé práci větší počet studentů, kteří se s osobou trpící tímto onemocněním setkali.

Otázkami 10, 11 a 12 se snažím zjistit, jestli mají respondenti návyky a sklony k tomu, onemocnět poruchou příjmu potravy. V otázce č. 10 se respondentů ptám, zda řeší svou postavu. Odpověď „ano, často“ označilo 31 dívek (3%) 4 chlapci (25%), odpověď „spíše ne“ označilo 34 dívek (36%) a 6 chlapců (38%), odpověď „moc ne“ označilo 28 dívek (30%) a 4 chlapci (25%) a odpověď „vůbec“ zvolila 1 dívka (1%) a 2 chlapci (13%). Z grafu je tedy patrné, že nejvíce respondentů svoji postavu spíše neřeší, nejméně respondentů svoji postavu neřeší vůbec. Otázkou č. 11 jsem se chtěla dozvědět, zda mají respondenti výčitky, když sní velké množství jídla a kalorií. Tyto výčitky totiž patří k jedním z příznaků poruch příjmu potravy. Jak nám ukazuje graf č. 13, nejvíce dívek, přesně 32 dívek (34%) odpovědělo, že výčitky po jídle spíše nemají, 6 chlapců (38%), tedy největší počet chlapců ukázal, že jim je jedno, když sní větší množství jídla a kalorií. V otázce č. 12 se respondentů přímo ptám, zda si myslí, že mají sklony k tomu, onemocnět poruchou příjmu potravy. I přesto, že většina dotazovaných, přesně 76 dívek (81%) a 12 chlapců (75%) odpovědělo, že sklony k tomu, onemocnět poruchou příjmu potravy nemá, si nemalé množství respondentů, jako je 44%, myslí, že tyto sklony mají. Jedná se o 18 dívek (19%) a 4 chlapce (25%).

Na závěr můžu tedy říct, že hypotéza č. 3 nebyla potvrzena, protože s poruchami příjmu potravy mělo problém 18% dívek, což je o 12% méně, než jsem si stanovila v hypotéze. I tak je ale výsledek alarmující, když si představíme, že s touto problematikou mají problém dívky, které svým počtem zaplní jednu menší školní třídu.

Hypotéza č. 4: Domníváme se, že u více jak 20 % respondentů bude zjištěna podváha.

U poslední, čtvrté hypotézy, jsem zjišťovala, u kolika procent respondentů bude zjištěna podváha. Abych mohla vyřešit tuto hypotézu, musela jsem zjistit výšku a váhu respondentů. K tomu jsem si do dotazníku zařadila otázku č. 13, kde zjišťuji údaje o respondentech a to přesně jejich věk, výšku a váhu. Ze získaných údajů jsem vypočítala BMI (Body Mass Index) u každého respondenta, které nám znázorňuje graf č. 17. Hodnotami BMI se rozumí podváha-pod 18, norma-18-25, nadváha-25-30, obezita 1.stupně-30-35, obezita 2.stupně-35-40.

Z grafu je patrné, že nejvíce studentů (78%) je v normě a to celkem 74 dívek a 12 chlapců. Podváhou trpí (11%) studentů, 10 dívek a 2 chlapci, s nadváhou má problém (10%) respondentů, z toho 10 dívek a 1 chlapec a obezitou 2. stupně trpí (1%) studentů a to 1 chlapec (6%). **Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.** Když porovnáím výsledky bakalářské práce Lucie Michálkové (18), která udává, že nadváhou trpělo 5 dívek a 7 chlapců, v normě bylo 21 dívek a 17 chlapců a s podváhou měly problém 2 dívky, tak i přes rozlišný počet respondentů i v tomto případě je nejvíce studentů v normě. Na rozdíl od mého šetření, uvádí autorka větší počet respondentů s nadváhou, než podváhou.

Domnívala jsem se, že bude u více jak 20% respondentů zjištěna podváha. Hypotéza se nepotvrdila, protože podváhu jsme zjistili pouze u 11% respondentů. Jak můžeme vidět z grafu, tak jen o 1% procento menší část respondentů trpí nadváhou.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, které jsou v poslední době velmi často diskutovaným tématem. V teoretické části bakalářské práce jsme se zabývali nejprve pojmy, které se týkají poruch příjmu potravy. Zaměřili jsme se na historii mentální anorexie a bulimie. Stručně jsme popsali psychogenní přejídání a atypické formy poruch příjmu potravy, které veřejnosti nejsou tak známy. V další kapitole jsme popsali výskyt poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů, jelikož tato věková skupina patří mezi ty nejvíce ohrožené. Mezi další důležité kapitoly této práce patří rizikové faktory, zdravotní důsledky a léčba PPP. Poslední kapitolu teoretické části jsme věnovali organizacím, centrům a webovým stránkám, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy, zejména poradenskou činností a léčbou tohoto onemocnění.

Cíle a hypotézy jsme vyhodnotili na základě zjištěných výsledků, které jsme získali z dotazníkového šetření. Zaměřili jsme se na studenty střední školy, u kterých jsme pomocí rozdaného dotazníku zjišťovali informovanost o PPP a to v závislosti na pohlaví. Zjišťovali jsme, jestli se již studenti s poruchami příjmu potravy seznámili a kde, jestli vědí, co pojem PPP znamená a jak je toto onemocnění podle nich vážné. Dále jsme sledovali, zda dívky trpěly nějakou z poruch příjmu potravy a zda si studenti myslí, že mají k tomuto onemocnění sklony. Na závěr jsme zjišťovali, kolik procent studentů má podváhu.

Z výsledků vyplývá, že většina studentů, jak dívek, tak i chlapců, se již s poruchami příjmu potravy seznámila. Nejvíce studentů se s tímto pojmem setkalo ve škole a na internetu. Dívky mají ale o tomto onemocnění více informací, než chlapci, což je podle mého názoru dáno tím, že ženské pohlaví je tímto onemocněním nejvíce postiženo, jak také vyplývá z šetření, kde poruchami příjmu potravy trpělo 18% dívek. Nejvíce dívek mělo problém s anorexií. Celkově trpělo podváhou 11% studentů.

Hlavní problém, který považujeme za nejčastější spouštěč poruch příjmu potravy, je dnešní doba a ideál krásy. Velký tlak médií a každodenní propagace módního ideálu prostřednictvím dokonalých modelek, vede mladé dívky k tomu, aby se alespoň trochu tomuto vzhledu přiblížili. Velmi důležitá je prevence, která by měla začít již dětském věku, velmi důležitou roli zde hraje rodina.

Naším cílem také bylo, aby se informace o poruchách příjmu potravy dostaly více do povědomí veřejnosti, proto jsme jako výstup pro praxi vytvořili informační leták, který je zaměřen na slavné osobnosti, které s tímto onemocněním bojovaly.

Závislost poruch příjmu potravy na pohlaví nelze přesně hodnotit pro malý počet respondentů, jelikož na Střední zdravotnické škole v Karlových Varech byl menší počet chlapců, než dívek.

SEZNAM ZDROJŮ

1. KRCH, František David a al., et. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-0840-X.
2. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno : CERM akademické nakladatelství, 2010. 978-80-7204-657-7.
3. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 978-80-86991-09-2.
4. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. Praha : Svoboda, 1995. 80-205-0499-0.
5. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. 80-7178-598-9.
6. KRCH, František David. *Bulimie- jak bojovats přejídáním, 2. doplněné vydání*. Praha : Grada, 2003. 80-247-0527-3.
7. CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : Pragma, 2001. 80-7205-818-5.
8. Poruchy příjmu potravy. *Ostrov radosti*. [Online] [Citace: 10. únor 2015.] <http://www.ostrovzl.cz/prevence/poruchy-prijmu-potravy/>.
9. COOPER, Peter. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. místo neznámé : Votobia, 1995. 80-85885-97-2.
10. ideální.cz. [Online] [Citace: 11. leden 2015.] [hww.idealni.cz](http://www.idealni.cz).
11. PAPEŽOVÁ, Hana a al., et. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha : Grada Publishing, 2010. 978-80-247-2425-6.
12. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha : Portál, 2003. 80-7178-795-7.
13. KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha : Grada Publishing, 1999. 80-7169-627-7.
14. KRCH, František David. *Bulimie- jak bojovat s přejídáním*. Praha : Grada Publishing, 2000. 80-7169-946-2.
15. Centrum pro poruchy příjmu potravy. *Psychiatrická klinika I.LF a VFN*. [Online] [Citace: 18. únor 2015.] <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecby-poruch-prijmu-potravy>.
16. Anabell. *Občanské sdružení Anabell*. [Online] [Citace: 18. únor 2015.] <http://www.centrum-anabell.cz/>.

17. Co to je ProYouth? *proyouth*. [Online] [Citace: 18. únor 2015.] <https://www.proyouth.eu/?q=welcome>.
18. MICHÁLKOVÁ, Lucie, Poruchy příjmu potravy u dospívajících, Plzeň:2012, 70 s. *Bakalářská práce na Fakultě pedagogické, Západočeské univerzity v Plzni na katedře psychologie. Vedoucí práce: NOVOTNÁ, Lenka*.
19. HOLBOVÁ, Zuzana, Vliv masových medií na poruchy příjmu potravy, Plzeň:2013,56.s. *Bakalářská práce na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni na katedře psychologie. Vedoucí práce: Szachtová, Alena*.
20. KLEINWÄCHTEROVÁ, Hana, a BRÁZDOVÁ, Zuzana. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování, 2, přepracované vydání*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2001. 80-7013-336-8.
21. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha : Grada Publishing, 2004. 80-247-0736-5.
22. CORINNA, Jacobi, PAUL, Thomas a THIEL, Andreas. *Poruchy příjmu potravy, Pokroky v psychoterapii*. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2006. 80-88952-35-2.
23. PÍŤHA, Jan a POLEDNE, Rudolf. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha : Grada Publishing, 2009. 978-80-247-247-2488-1.
24. Anorexia, bulimia a poruchy příjmov potravy. *zdravie.sk*. [Online] 27. Září 2006. [Citace: 15. únor 2015.] <http://www.zdravie.sk/>. 1336-8745.

SEZNAM ZKRATEK

BMI - Body Mass Index

EKG- Elektrokardiograf

KBT- Kognitivně behaviorální terapie

LF- Lékařská fakulta

MKN – 10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize

PPP- Poruchy příjmu potravy

Tzv. – Takzvaný

UK- Univerzita Karlova

VFN-Všeobecná fakultní nemocnice

Str. – Strana

%- Procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Odpovědi na otázku č. 1

Tabulka 2: Odpovědi na otázku č. 2

Tabulka 3: Odpovědi na otázku č. 3a)

Tabulka 4: Odpovědi na otázku č. 3b)

Tabulka 5: odpovědi na otázku č. 4

Tabulka 6: Odpovědi na otázku č. 5

Tabulka 7: Odpovědi na otázku č. 6

Tabulka 8: Odpovědi na otázku č. 7a)

Tabulka 9: Odpovědi na otázku 7b)

Tabulka 10: Odpovědi na otázku č. 8

Tabulka 11: Odpovědi na otázku č. 9

Tabulka 12: Odpovědi na otázku č. 10

Tabulka 13: Odpovědi na otázku č. 11

Tabulka 14: Odpovědi na otázku č. 12

Tabulka 15: Odpovědi na otázku č. 13

Tabulka 16: Odpovědi na otázku č. 13

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Odpovědi na otázku č. 1

Graf 2: Odpovědi na otázku č. 2

Graf 3: Odpovědi na otázku č. 3a)

Graf 4: Odpovědi na otázku č. 3b)

Graf 5: Odpovědi na otázku č. 4

Graf 6: Odpovědi na otázku č. 5

Graf 7: Odpovědi na otázku č. 6

Graf 8: Odpovědi na otázku 7a)

Graf 9: Odpovědi na otázku 7a)

Graf 10: Odpovědi na otázku 7b)

Graf 11: Odpovědi na otázku č. 8

Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9

Graf 13: Odpovědi na otázku č. 10

Graf 14: Odpovědi na otázku č. 11

Graf 15: Odpovědi na otázku č. 12

Graf 16: Odpovědi na otázku č. 13

Graf 17: Odpovědi na otázku č. 13

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Pacientka s mentální anorexií před a po nemoci

Příloha č. 3: Potravinová pyramida

Příloha č. 4: Rizikové faktory

Příloha č. 5: Spektrum poruch příjmu potravy

Příloha č. 6: Vodítka při léčbě PPP

Příloha č. 7: Návrh na leták

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník: Poruchy příjmu potravy

Dobrý den, jmenuji se Ladislava Paduová a jsem studentka 3.ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, studijní obor asistent ochrany a podpory veřejného zdraví. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: Poruchy příjmu potravy. Cílem tohoto dotazníku je zjistit informovanost studentů střední školy o této problematice. Dotazník obsahuje uzavřené i otevřené otázky a je anonymní. Vyplněné údaje budou sloužit jen pro účely mé bakalářské práce a nebudou jinak zneužity. Dotazník si prosím nejdříve přečtete a poté zakroužkujete u každé otázky jednu, nebo více odpovědí.

Předem děkuji za Vaši ochotu a pravdivé vyplnění dotazníku.

1. Vaše pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Jste spokojen/á se svou postavou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

3. a) Setkali jste se někdy s pojmem : Poruchy příjmu potravy?

- Ano
- Ne

b) Pokud ano, kde jste se o tomto pojmu dozvěděli?

- Rodina
- Ve škole
- Internet

- Časopisy
- Televize
- Jiné

4. Víte, co pojem poruchy příjmu potravy znamená?

- Ano, vím
- Nejsem si jistý/á
- Nevím

5. Myslíte si, že onemocnění spojené s poruchami příjmu potravy jsou vážná?

- Ano
- Nevím
- Ne

6. Jaké pohlaví podle Vás touto poruchou onemocní více?

- Ženy
- Muži
- Týká se obou pohlaví stejně

7. a) Měli jste někdy problém s poruchou příjmu potravy?

- Ano
- Ne

b) Pokud ano, jaké onemocnění to bylo?

- Anorexie
- Bulimie
- Záchvatovité přejídání
- Jiné onemocnění

8. Setkali jste se někdy ve svém okolí s osobou trpící poruchou příjmu potravy?

- Ano
- Ne

9. Myslíte si, že je při léčbě poruch příjmu potravy důležitá návštěva psychologa/ psychiatra?

- Ano
- Netuším
- Ne

10. Řešíte často svou postavu?

- Ano, často
- Spíše ano
- Moc ne
- Vůbec

11. Máte výčitky svědomí, když sníte větší množství jídla a kalorií?

- Ano, často
- Spíše ano
- Spíše ne
- Je mi to jedno

12. Myslíte si, že máte sklony k tomu onemocnět poruchou příjmu potravy?

- Ano
- Ne

13. Doplňte údaje:

- Věk:
- Výška:
- Váha:

Příloha č. 2: Pacientka s mentální anorexií před a po nemoci

NOTES [March 17, 1896.]

Dr. Hagström's order of reception and admission. It is best signed, and should follow the others:—

To
 Anorexia nervosa
 Anorexia nervosa, when I have previously mentioned, as a patient, has your system, physicians concerning whom are mentioned in the foregoing statement, and medical certificate.

—Signed
 Date

Clinical Notes:
MEDICAL, SURGICAL, OBSTETRICAL, AND THERAPEUTICAL.

ANOREXIA NERVOSA.
 By Sir WILLIAM GILL, BART., M.D., F.R.S.

It may interest the readers of THE LANCET to look at the accompanying wood engravings, which were made from photographs of a case of extreme starvation (anorexia nervosa) which was brought to me on April 20th of last year by Dr. Leachman, of Peterfield. Dr. Leachman was good enough subsequently to send me the following notes; and afterwards, at my request, the two photographs, taken by Mr. C. S. Tinbaret, of Peterfield. The case was so

and light food ordered every few hours. In six weeks Dr. Leachman reported her condition to be fairly good, and on July 27th the mother wrote: "K.— is nearly well. I have no trouble now about her eating. Nurse has been away three weeks." This story, in fact, is an illustration of most of these cases, pervasions of the "ops" being the cause and determining the course of the malady. As part of the pathological history, it is curious to note, as I did in my first paper, the persistent wish to be on the move, though the emaciation was so great and the nutritive functions at an extreme ebb.

CASE OF STRANGULATED INGUINAL HERNIA ACCOMPANIED BY LOCAL PAIN.
 By JAMES SHAW, M.B., D.L.S.

THE case of strangulated femoral hernia narrated by Mr. Oscar B. Thelwell in your issue of Jan. 14th, and the following case, for permission to publish which I am indebted to the courtesy of Dr. Anst, may serve a useful purpose if they emphasize and enforce the fact that cases of strangulated hernia may, and do, occur without manifesting local symptoms sufficient to excite suspicion or alarm. Indeed, cases are on record where patients have been in ignorance that they suffered from hernia, and the surgeon

begun, early in February, without apparent cause, to evince a repugnance to food; and soon afterwards declined to take any whatever except half a cup of tea or coffee. On March 13th she travelled from the north of England, and visited me on April 20th. She was then extremely emaciated, and persisted in walking through the streets to my house, though an object of remark to the passers-by. Her countenance was cold. Examination showed no organic disease. Respiration 12 to 14; pulse 40; temperature 97°. Urine normal. Weight 4 st. 7 lb.; height 5 ft. 4 in. Patient expressed herself as quite well. A nurse was obtained from Guy's,

Photographed April 26th, 1897.

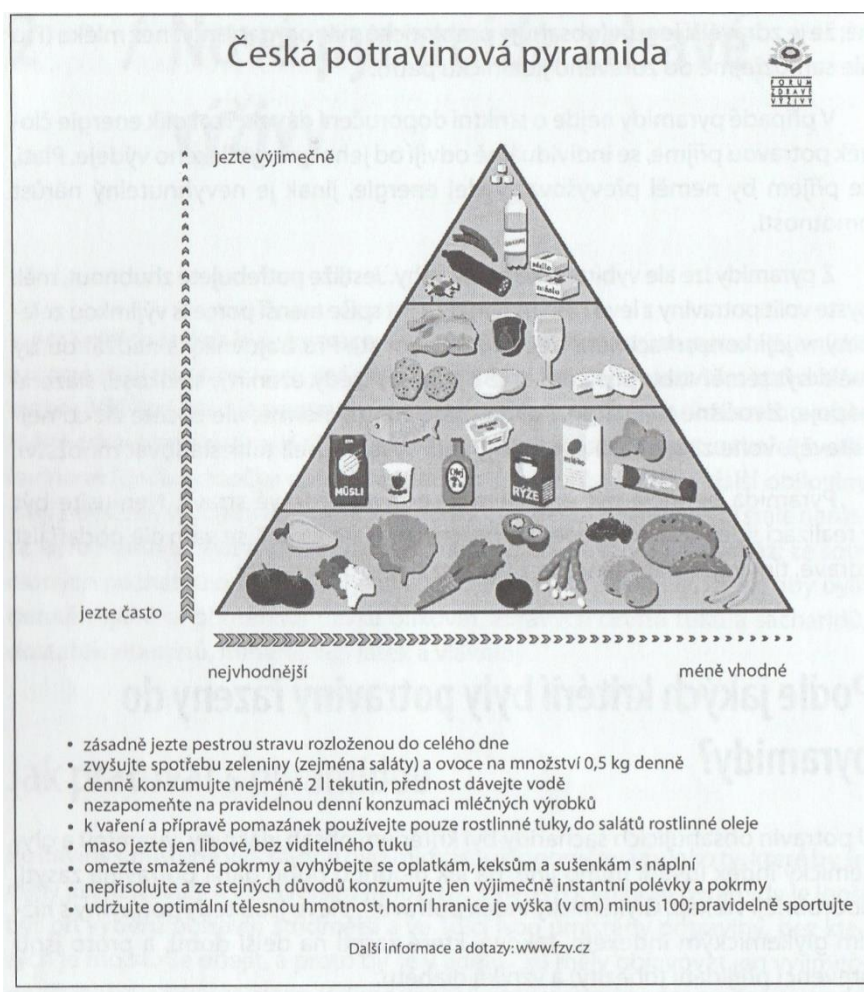
extreme that, had it not been photographed and accurately engraved, some assurance would have been necessary that the appearances were not exaggerated, or even caricatured, which they were not.

Miss B. K.—, aged fourteen, the third child in a family of six, one of whom died in infancy. Father died, aged sixty-eight, of pneumonic phthisis. Mother living, and in good health. Her mother the subject of various nervous symptoms, and a severe epileptic. With these exceptions, there have been no other nervous cases on either side in the family, which is a large one. The patient, who was a plump, healthy girl until the beginning of last year (1897),

Photographed June 11th, 1897.

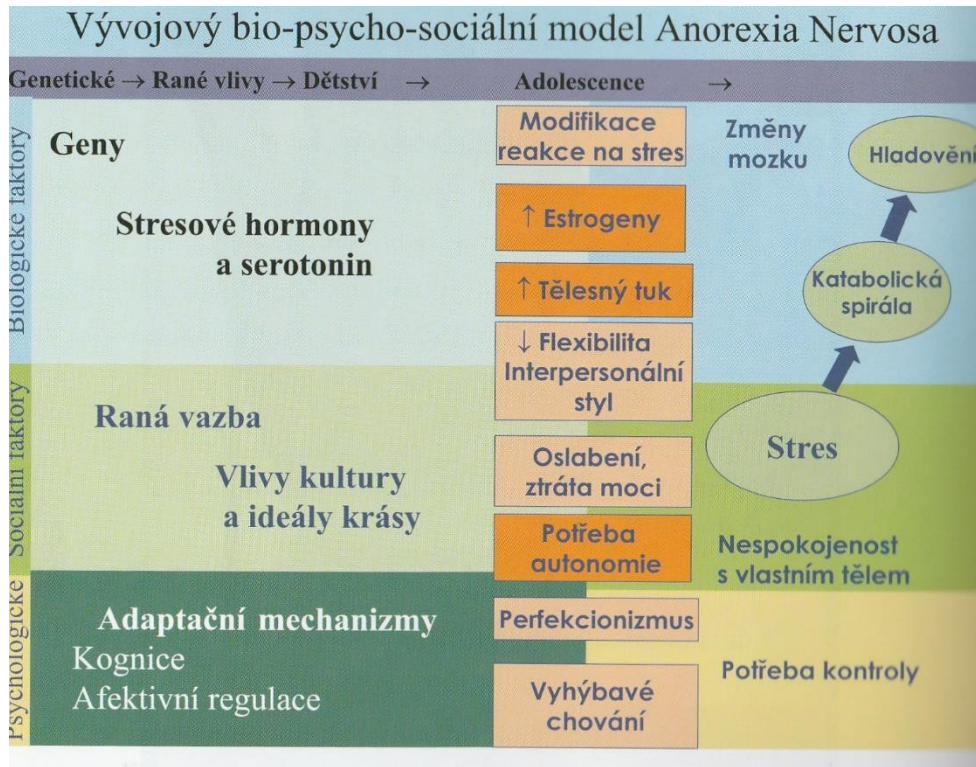
Zdroj: KRCH, František David a al., et. *Poruchy příjmu potravy 2, aktualizované a doplněné vydání.* Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-0840-X.

Příloha č. 3: Potravinová pyramida



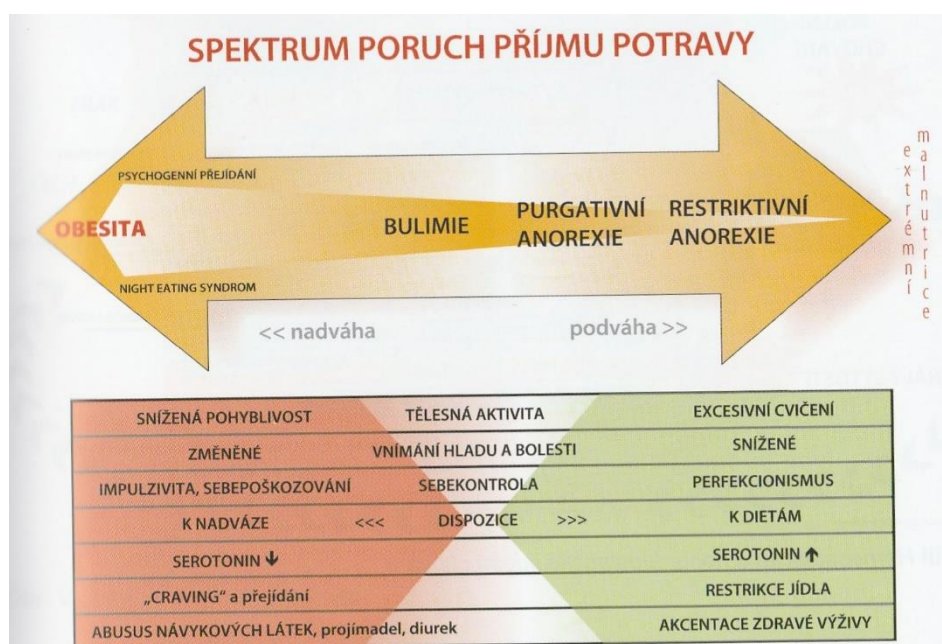
Zdroj: KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing, 2004. 80-247-0736-5

Příloha č. 4: Rizikové faktory



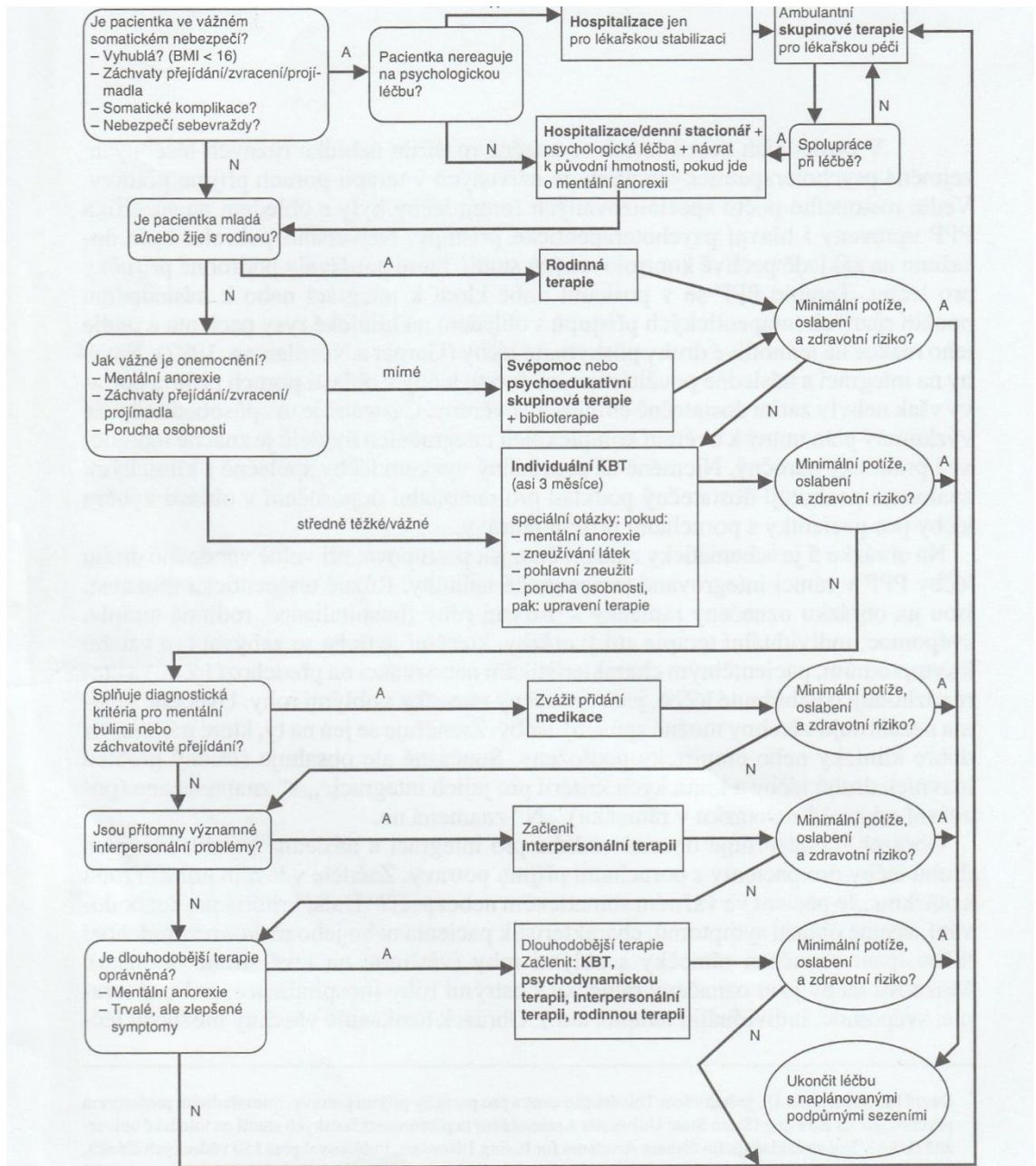
Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana a al., et. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha : Grada Publishing, 2010. 978-80-247-2425-6.

Příloha č. 5: Spektrum poruch příjmu potravy



Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana a al., et. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010. 978-80-247-2425-6.

Příloha č. 6: Vodítka při léčbě PPP



Zdroj: KRCH, František David a al., et. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-0840-X

Příloha č. 7: Návrh na leták

Poruchy příjmu potravy a celebrity

Ellška Bučková - Česká

miss 2008 a modelka, která anorexií dlouhou dobu popírala, nakonec se o nemoc rozhodla veřejně promluvit. Nemoc pokračovala a stala se patronkou nadace, kde pomáhá dívkám s poruchami příjmu potravy.
Zdroj: http://www.1den.cz/ellška-bučková-o-anorexi-0y3-/missmodelky.aspx?c=4130405_152726_missmodelky_cor



Isabella Caro - Francouzská modelka, která téměř celý svůj život bojovala s anorexií. Ve 25 letech nafotila fotky, které měly varovat všechny dívky před anorexií. O 3 roky později lomuto onemocněla sama podlehla.



Zdroj: <http://www.jezzeny.cz/celebrity/celebrity-ktere-maji-zbusenost-s-anorexi-880.html>

Candice Swanepoel -

Jihoafrická modelka, která patří mezi andělky značky Victoria Secret, před pár lety za krátkou dobu radikálně zhubla a byla podezřívána z anorexie. V poslední době vypadá modelka zdravě a je považována za nejlépe placenou modelku světa.



Zdroj: <http://www.cala.ro/lifestyle/vadete/social-ingerat-victorias-secret-candice-swanepoel-a-ajun-piele-si-ca-8117242/>

Poruchy příjmu potravy můžou postihnout kohokoliv, výjimkou nejsou ani veřejně známé osoby. Díky medializaci těchto celebrity, které mají s poruchou příjmu potravy problém, se onemocnění více dostává do povědomí veřejnosti. Proto celebrity o své nemoci otevřeně mluví a pomáhají dívkám, které mají stejný problém. Stávají se tak novým vzorem pro mnohé pacientky.



Přítihp://1001fashiohrends.blog-
spotracy/2012/04/20y-nic-to-
anorexia.html

Poruchy příjmu
potravy

Anorexie

Bulimie

Psychogenní
přejídání