

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU
POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH**

Bakalářská práce

Lucie Michálková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2008-2012)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, srpen 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval (a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí bakalářské práce, PhDr. Lence Novotné, za čas věnovaný úpravám této práce, za rady a doporučení literatury ohledně daného tématu. Dále děkuji studentům a učitelům, kteří se podíleli na výzkumné části.

1 Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 6 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| 2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 8 |
| 3 NESPECIFICKÉ A ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY | 11 |
| 4 MENTÁLNÍ ANOREXIE..... | 14 |
| 4.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA..... | 14 |
| 4.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE..... | 16 |
| 5 MENTÁLNÍ BULIMIE | 18 |
| 5.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA..... | 18 |
| 5.2 DIAGNOSTICKÝ PROCES | 19 |
| 6 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 22 |
| 6.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE | 22 |
| 7 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE | 25 |
| 8 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY | 27 |
| 9 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČESKÉ REPUBLICE..... | 31 |
| 10 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 33 |
| 11 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE | 36 |
| 12 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY | 38 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 40 |
| 13 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU | 40 |
| 14 POPIS METODY | 42 |
| 15 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ..... | 43 |
| ZÁVĚR | 71 |
| RESUMÉ..... | 72 |
| RESUMÉ..... | 72 |

| | |
|--|----|
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 73 |
| SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ..... | 75 |
| PŘÍLOHY..... | 76 |

Úvod

„Nežijeme, abychom jedli, jíme, abychom žili.“

SÓKRATÉS

Téma bakalářské práce „Poruchy příjmu potravy u dospívajících“ jsem si vybrala především z důvodu velké aktuálnosti tohoto problému. Již v roce 1987 byly Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace.

Podle Českého statistického úřadu trpí onemocněním poruch příjmu potravy v České republice 6 % dospívajících dívek a 0,6 % chlapců. Na celém světě trpí některou formou poruchy příjmu potravy asi 8 milionů lidí. A nejen to, porucha příjmu potravy zůstává nemocí s nejvyšší úmrtností v psychiatrické praxi. 10% - 25% pacientů umírá, nebo je jim dovoleno umřít.

Chtě nechtě si musíme přiznat, že poruchy příjmu potravy a jiné patologické chování, které s poruchami příjmu potravy můžou bezprostředně souviset, se stále častěji vyskytují i v našem blízkém okolí. Z tohoto důvodu jsem se také začala o dané téma zajímat více. Když bylo mé mladší sestře 14 let, onemocněla mentální bulimií. A není sama, mnoho dívek, bohužel čím dál tím mladšího věku, se snaží dosáhnout „dokonalé“ postavy jakou vídají v médiích. Není proto divu, že mnoho dívek navštěvujících základní školu, má za sebou nějakou zkušenost s dietami.

Poruchy příjmu potravy působí dlouhodobé obtíže nejen samotným pacientkám, ale i jejich rodinám, přátelům a v neposlední řadě i jejich učitelům a spolužákům. Nejen tedy jako sestra, kamarádka, snad, za několik let i matka, ale především také jako budoucí pedagog, bych měla rozpoznat případné poruchy příjmu potravy u žáků a poskytnout jim adekvátní pomoc. A nejen já, ale každý, kdo se může s poruchami příjmu potravy setkat, tedy tato práce je určena opravdu všem.

Cílem práce je přehledné shrnutí informací o tomto závažném psychickém onemocnění, hlavně jejích dvou základních forem, mentální anorexie a mentální bulimie, a zmapování míry informovanosti o poruchách příjmu potravy žáků střední hotelové školy, sportovního gymnázia a žáků 13. základní školy v Plzni.

Teoretická část

V teoretické části se pokusím přehledně poskytnout informace o některých formách poruch příjmu potravy, zvláště pak o mentální anorexii a mentální bulimii. Chtěla bych postihnout příčiny vzniku, příznaky, léčbu a poukázat na zdravotní rizika, která jsou s těmito psychickými onemocněními spojeny.

Poruchy příjmu potravy jsou zde sice předmětem hlavního výkladu, ale jejich pozadí je zásadně neseno na psychologických základech.

2 Vymezení poruch příjmu potravy

Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Z činitelů, které bezprostředně ovlivňují život a zdraví člověka je výživa snad nejdůležitější. Potřeba nasycení se řídí obživným pudem.

Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti. Na výživě přímo závisí složení lidského těla a funkční schopnost organismu, jakož i obranyschopnost organismu proti škodlivinám prostředí. (Krch, 2005), (Marádová, 2007)

Spojování jídla s příjemnými nebo negativními zážitky je jedním ze základů pozdějších postojů k určitým jídlům nebo jejich složkám. Jídlo se pro dítě stává postupně více než biologickou potřebou. Uspokojuje jeho emoční i psychosociální potřeby. (Fraňková, 2001, s.5, 9)

Jídlem dítě uspokojuje potřebu hladu a sekundárně potřebu lásky. Postupně zjišťuje, že požitím oblíbeného jídla lze zahnat nepříjemné pocity nebo úzkosti. Takové děti mají potom problém rozeznat skutečný hlad od manifestací jiných potřeb a univerzálně používají potravu k jejich utišení.

Bez jídla tedy není život. Dalo by se říci, že je centrem našeho bytí. Pro člověka, trpícího poruchou příjmu potravy ale přestává jídlo být jednou ze součástí jeho života a stává se pro něj peklem. (Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy, 2010)

Poruchy příjmu potravy se řadí do tzv. psychosomatických poruch, působí negativně na biologický, psychický i sociální vývoj a některými autory bývají nazývány civilizačními chorobami. Jejich problematikou se u nás zabývali a zabývají: Krch, Papežová, Kocourková, Kulhánek a další. Ze zahraničních autorů můžeme jmenovat: Hall, Leibold, Maloney, Cooper a další.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, kam patří, dle poslední verze MKN, dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. (MKN neboli Mezinárodní klasifikace nemocí je standard v klinické praxi.) (Krch, 2005)

Vyskytují se převážně u dívek a mladých žen, i když v posledních letech se stále častěji objevují mužští pacienti a výjimkou nejsou ani děti. V raném dětském věku nebo na počátku dospívání jsou charakteristiky onemocnění poněkud odlišné. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000) Porucha bývá v dětském věku i obtížněji identifikována. Děti svoje důvody k omezování potravy uvádějí v jiných termínech než adolescenti, často je popírají nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlem. (www.zdn.cz)

U žen a dívek se onemocnění vyskytuje až desetkrát častěji než u mužů – u mužů lze prevalence zjistit jen velmi těžko, jelikož se vyhýbají léčbě. (www.doktorka.cz)

Existuje mnoho různých definic poruch příjmu potravy, které se v průběhu let mění. Každý z autorů nahlíží na danou problematiku z jiného úhlu, ale u všech najdeme některé společné rysy. Pacientky jsou nepřiměřeným způsobem zaměřeny na své tělo, hmotnost a příjem potravy. Cílem obou syndromů je štíhlost a hlavní příčinou je strach z tloušťky. Spojuje je i obecnější psychopatologie jakou je nízké sebevědomí, sociální a somatické problémy. (Krch, 2005)

Jedná se o psychická onemocnění, to znamená, že chování spojené s anorexií či bulimií není od určitého stádia nemocný člověk schopen ovládat a tedy se i sám bez pomoci druhých nemoci zbavit. (www.idealni.cz)

Onemocnění během svého vývoje změnilo do značné míry svůj charakter. Zatímco v šedesátých a v sedmdesátých letech 20. století převažovala zejména mentální anorexie, v letech osmdesátých a devadesátých se setkáváme mnohem více s mentální bulimií a se záchvatovitým přejídáním. Přitom je nutno počítat s tím, že obě formy mohou přecházet jedna v druhou, někteří autoři používají pojem bulimarexie. (Hort, 2000, s. 263)

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) řadíme poruchy příjmu potravy do oddílu F50 – F59 (= Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory), konkrétně podkapitola F50 Poruchy příjmu potravy. (www.uzis.cz)

3 Nespecifické a atypické poruchy příjmu potravy

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy, vznikají nemoci, které se jedním nebo více symptomy odlišují od mentální anorexie nebo mentální bulimie. Stále přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria, a proto se začalo mluvit o atypických a nespecifických poruchách příjmu potravy. (Krch, 2005)

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F 50.1) nebo atypické mentální bulimie (F 50.3). Tyto kategorie by se měly používat u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz. Pro další nespecifikované poruchy je určena kategorie poruch příjmu jídla (F 50.8) „Jiné poruchy jídla“. (Krch, 2005, s. 19)

Mezi ně patří například syndrom záchvatovitého přejídání, bigorexie, syndrom nočního přejídání, syndrom pervazivního odmítání, syndrom vybíravosti v jídle, orthorexia nervosa, drunkorexie, pica a ruminace.

Syndrom záchvatovitého přejídání zařazují mezi poruchy příjmu potravy R. Kranzová a M. Malony (1997). Postihuje muže i ženy a může se rozvinout od dospívání v jakémkoliv věku. Záchvatovité přejídání většinou bývá zapříčiněno nevyváženým stravováním způsobeným různými redukčními dietami. Je pro ně typické střídání hladovění s neodolatelnou touhou se přejíst. Tyto stavy se pravidelně opakují. Porucha se rozvíjí jako reakce na stres, depresi či citové strádání. Podle F. D. Krcha (2005) je tato nemoc diagnostikována podobně jako záchvatovité přejídání u mentální bulimie, pouze je blíže specifikováno.

Mezi známé druhy poruch příjmu potravy patří bigorexie. Osoby postižené bigorexií vnímají samy sebe jako slabé, malé až fragilní, nedostatečně svalově vyvinuté a snaží se vysokou spotřebou energie, nadužíváním doplňků výživy (především bílkovinných preparátů), náročným posilovacím tréninkem své tělo změnit. (www.anabell.cz)

Jako další poruchu příjmu potravy uvádí F. Faltus (2007) syndrom nočního přejídání. První typ je syndrom nočního přejídání, u něhož je primární příčinou porucha spánku, druhý typ je syndrom nočního přejídání, kde je příčinou porucha příjmu potravy.

Zatímco na záchvaty spojené s poruchou spánku si nemocný zpravidla nepamatuje, nočního přejídání způsobeného poruchou příjmu potravy si je postižený člověk vědom. Typická je pro něj večerní anorexie, noční hlad, neschopnost usnout s prázdným žaludkem a zklidnění až po požití velkého množství vysoce kalorického jídla. Průběh a příčina tohoto onemocnění bývá dávána do souvislosti s neúspěšnou snahou zhubnout, přes den drženou dietou a nespokojeností se svým tělem spojenou s frustrací a stresem.

Syndrom pervazivního odmítání byl popsán jako stav, který je spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Stav má pervazivní, neboli všezasahující charakter. Může začínat jako obvyklý mentálně anorektický syndrom a končit pervazivním stavem odmítání, kdy pacient leží v posteli, nejí a nekomunikuje s okolím. U pacientů (častěji dívek) pozorujeme generalizované vyhýbavé chování, odmítání jídla, pití, chození, mluvení, péče o sebe. Může jít o formu posttraumatické stresové poruchy. (www.helpes.cz)

Syndrom vybíravosti v jídle se vyznačuje tím, že dítě postupně začne odmítat veškerou stravu, nejen tu, co mělo jako neoblíbenou. Bývá pozorován u osmi až dvanáctiletých dětí, častěji chlapců, kteří obvykle jedí jen několik druhů potravin a ostatní odmítají. Důsledkem bývají konflikty v rodině a problémy v adaptaci v cizím prostředí. Takový způsob stravování je komplikací pro zdravou výživu. Zdůrazňuje se omezený přísun potravin, psychosociální problémy. Pacient bývá bez úbytku hmotnosti. (www.helpes.cz)

Selektivním jedlíkem nazýváme toho, kdo se živí výhradně méně než deseti potravinami, a to po dobu nejméně dvou let. Je to nemoc stejně vážná jako anorexie či bulimie. Dala by se považovat za závažnější formu syndromu vybíravosti v jídle. (www.ordinace.cz)

Další porucha příjmu potravy, která se v posledních letech rozmáhá, se nazývá orthorexia nervosa, je to porucha, kdy je člověk chorobně zaujat zdravým stravováním. (Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy (Křivohlavý, 2009). J. Kulhánek ji označuje jako patologickou posedlost zdravou výživou. Z počáteční orientace na zdravou výživu, na obchody se zdravou výživou, stravou a potravinami se stává jídlo hlavní náplní volného času. Jedinec má silnou obavu z nezdravého jídla, stále více jídlo zkoumá. Jídelníček se stále zužuje, nemocný hubne, na jídlo myslí vlastně neustále, často ho trápí úzkosti a deprese.

Jiná porucha příjmu potravy, se kterou se nejčastěji setkáváme mezi mladými lidmi, se nazývá drunkorexie. Vyznačuje se opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tím pádem pít více alkoholu. Tato jídelní porucha vychází ze skutečnosti, že alkohol, zejména „tvrdý“, je poměrně kalorický. Drunkorexie zahrnuje i cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Tato porucha se týká více žen, i když ani muži nejsou vůči ní imunní. Porucha je velmi nebezpečná, jelikož za těchto podmínek je účinek alkoholu silnější. Tělo ho hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce. (Kulhánek, 2001)

Pica je nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu a nejsou stravitelné. Může se jednat o hlínu, barviva, odpadky, papír, vlasy apod. Nejčastější je v nízkém věku, do stáří přetrvává jen zřídka. Může přetrvat zejména u mentálně retardovaných. Více se také vyskytuje v nižších sociálních vrstvách nebo bývá spojena s deprivací fenoménu. Může se vyskytnout v rámci širší psychiatrické poruchy, jako je infantilní autismus, psychotické onemocnění nebo výše zmíněná mentální retardace. U postižených dětí může ohrožovat život nebezpečí otravy a vznik ileu, neboli neprůchodnosti střev, v důsledku konzumace nestravitelných látek. Léčba vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů a potřebná je i práce s rodiči. (Hort, 2000)

Ruminace je porucha příjmu potravy spojená s opakovanou regurgitací, u které není přítomna nauzea (nutkání ke zvracení). Se symptomem ruminace se lze setkat zejména v útlém věku, u kojenců, ale také ve věku batolecím či pozdějším. Porucha se vyskytuje jen zřídka. Ruminace se může častěji vyskytovat v rámci mentální retardace. U dětí postižených touto nemocí nevidíme známky nevolnosti či jiných negativních pocitů. V rámci poruchy může dojít k poklesu či stagnaci hmotnosti, dehydrataci až i k následnému ohrožení života. Na vzniku se mohou podílet deprivací vlivy rodiny nebo problémový vztah se základní vztahovou osobou, nejčastěji matkou. (Hort, 2000)

4 Mentální anorexie

4.1 Základní charakteristika

Veřejnosti nejznámější poruchou příjmu potravy je bezesporu mentální anorexie. Slovo anorexie pochází z řečtiny a skládá se z předpony a (ve smyslu ne-, bez) a ze slova orexie (chuť k jídlu, žádostivost, snaha). (Leibold, 1995, s. 64.) Dívky trpící mentální anorexií obvykle však chuť k jídlu neztrácejí. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíš až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění. (www.celostnimediceina.cz) Už sám název „mentální“ poukazuje na skutečnost, že příčina je především v psychice. Vlastnostmi dívek postižených anorexií bývá ctížádostivost, perfekcionismus a úzkostnost. Poměrně často trpí depresemi a bývají spíše psychicky labilní. (www.obezita.com) Mentální anorexie postihuje většinou ženy a dívky. Asi 95% nemocných jsou ženského pohlaví. (www.idealni.cz)

Definice mentální anorexie najdeme celou řadu. Každý z autorů ve své definici zdůrazňuje něco jiného, avšak společným znakem zůstává narušený vztah k jídlu.

F. D. Krch (2005) definuje mentální anorexiu jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti, kdy zpočátku nemocná nechce a později už nemůže nebo není schopna přijímat potravu. U pacientek můžeme často vyzorovat zvýšený zájem o jídlo a vše, co s ním souvisí. Vypadá to, jako by pacientky jedly prostřednictvím druhých.

Náruživá abnormální snaha zhubnout patří spolu s chorobnou otylostí k odedávna známým maniakálním poruchám postoje k jídlu. Je charakterizována omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla; neléčená končí smrtelně anebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy. (Leibold, 1995, s.38)

Jde o vědomé odmítání potravy ze strachu před obezitou. Extrémní vyhublost je vnímaná jako žádoucí stav, nejsou přijímány žádné argumenty okolí. Při poruše je zpočátku výrazná tělesná aktivita, cvičení. Následně dochází k nápadnému snížení hmotnosti (25%), ztrátě menstruace, k zpomalení pulsu, dýchání, snížení tělesné teploty (Kariková, 1996, 28)

Dle M. Maloneye a R. Kranzové (1997) anorektičky mívají pocit nadřazenosti nad ostatními lidmi, protože podle jejich iracionálního usuzování jsou ostatní lidé slabí a nedokážou se ovládat.

Je zde vidět, že každý autor se na problematiku mentální anorexie dívá z trochu jiného úhlu. G. Leibold a F. D. Krch se dívají z pohledu vztahu jedince k jídlu, kde nemocní sníží příjem potravy na minimum, aby dosáhl své vysněné postavy. S. Kariková se ve své definici zaměřuje spíše na důsledky způsobené mentální anorexií.

Počínající anorexie bývá zaměňována za snahu o zdravý životní styl, kdy se dívka vyhýbá sladkým a tučným pokrmům. Postupně však vyřazuje i základní potraviny, až v jídelníčku zůstává pouze několik soust zeleniny. Nezřídka si však nemocná vyčítá i tyto kaloricky téměř nulové porce a úsilí o hubnutí posiluje nadměrným cvičením. (Krch, 2005)

Důvody hladovění mohou být různé. Někdo chce hladověním snížit nadváhu, jiný chce zlepšit svůj tělesný vzhled a krásu. Když člověk déle hladoví, objeví se u něj agresivita, nepřátelství, nenávisť, apatie a pokud člověk v hladovění pokračuje, tyto změny se mohou stát trvalé (Křivohlavý, 2009).

První projevy nemoci zpravidla propuknou mezi 13. až 20. rokem života. Akutní mentální anorexie začínají nejčastěji v průběhu puberty, chronická forma se může vyvinout v každém věku. (Leibold, 1995) Zaznamenány však byly už i případy anorexie u osmiletých děvčat. Výjimečně se můžeme setkat s počátkem poruchy po třicátém nebo čtyřicátém roce věku. (Krch, 2005) Rozšíření mentální anorexie a bulimie v České republice je srovnatelné s ekonomicky vyspělými zeměmi světa a má pravděpodobně stále vzrůstající tendenci. Podle statistiky bylo v roce 1996 v České republice hospitalizováno celkem 389 žen a 23 mužů s diagnózou mentální anorexie nebo bulimie (www.anabell.cz, 2012) Přibližně 50 % léčených anorektiček se zcela uzdraví, 2 – 8 % případů končí smrtí pacientky (Sladká-Ševčíková, 2007). Zbývající procenta nemocných pravděpodobně přecházejí do chronicity nebo se potýkají s relapsy, či jsou momentálně v léčbě.

Porucha může mít akutní či chronickou formu. Akutní forma se vyskytuje v pubertě a postihuje téměř výhradně dívky. Vede k závažnému tělesnému poškození, které bez léčby může skončit smrtí. Část nemocných pochopí a uznává nutnost konzumace určitého množství potravy, které sice zamezí fatálním důsledkům, ale nevyživuje tělo plnohodnotně. Tento stav může přetrvávat velmi dlouho. (Leibold, 1995) Část přechází do chronického stadia. Při chronické formě si tedy nemocný udržuje minimální hmotnost.

Toto může přetrvávat velmi dlouho, neboť příbuzní často nezpozorují, že postižený je stále stejně chorobně závislý na sníženém energetickém příjmu. (www.anorexie.ordinace.biz)

Dále Krch (2005) rozlišuje dva specifické typy mentální anorexie: restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický). Restriktivní typ, se vyznačuje hladověním nebo přeháněním tělesných cvičení. Pacienti nezvracejí ani se nepřejídají. U purgativního, neboli bulimického, typu pak dochází k přísnému omezení příjmu potravy, jenž je střídáno epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení. Oba tyto typy se mohou kombinovat.

4.2 Diagnostika mentální anorexie

Diagnostický proces poruch příjmu potravy se na první pohled zdá velmi jednoduchý, avšak není. Bylo by málo užitečné, kdybychom zůstali pouze u diagnózy. Diagnostický proces by měl přinést dostatek informací, na jejichž základě můžeme navrhnout a realizovat účinnou terapeutickou strategii nebo intervenci, pro níž potřebujeme vědět více o osobnosti pacientky a dalších biosociálních okolnostech- tzv. vícera diagnostika, která znamená, že se zajímáme nejen o klinický syndrom poruch příjmu potravy, ale také o to, jaká je pacientka, která tímto syndromem trpí, v jakých psychosociálních okolnostech žije, jak vypadá její somatický stav, jaký stres prožívá a také jaký je její postoj k léčbě. (Sladká – Ševčíková, 2003, str. 12)

K diagnostice se nejčastěji používá poslední revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), DSM-IV Americké psychiatrické asociace, dotazník EAT, dotazník EDI a další. Na diagnostice mentální anorexie se podílí více odborníků, nutná je i spolupráce rodičů a samozřejmě pacienta, který se často necítí být nemocen, a proto nemusí mít chuť a snahu se léčit. (Krch, 2005)

H. Papežová (2000) uvádí pět stádií chování jedinců s mentální anorexií. Nejdříve si jedinec nechce přiznat, že je něco v nepořádku nebo že má problém. Někteří nemocní dokonce připustí, že je třeba něco změnit, ale zůstávají nerozhodní a nedělají aktivní kroky ke změně. Toto stadium Papežová nazývá popření. Po ní následuje příprava, kdy si jedinec změnu přeje a uvědomuje si, že potřebuje pomoc. Není si ale jistý, co se stane, když změní své jídelní návyky. Dále následuje akce, při níž se jedinec rozhodne pro změnu svých jídelních návyků, začne modifikovat svou kontrolu nad dietou a věří, že bude schopen

vydržet až do uzdravení. Poslední stadium nazývá Papežová udržení, kdy pacient skutečně pokračuje ve svém úsilí skončit s nemocí a vyhýbá se relapsu.

F. D. Krch (2005) ve své publikaci uvádí několik postřehů (zde vyjmenuji ve zkrácené formě), dle kterých můžeme rozpoznat mentální anorexii. Uvádí je tak, jak na sebe postupně navazují s prohlubováním poruchy. Nejprve se mění jídelníček, mizí energeticky vydatná jídla a jídla, která jsou pacientkou považována za nezdravá. Dále se mění jídelní režim tak, aby se nejedlo zbytečně nic navíc. Pacientky se při jídle začnou srovnávat s ostatními a to tak, že ony musí jíst co nejméně a nejpomaleji. V jídle se začínají nimrat a dělí si jej na miniaturní kousky, které, v důsledku měnění chuti, někdy hodně přisolí, jindy zapijí. Nakonec se začnou jídlu ve společnosti vyhýbat. Když se jim to nepodaří, vypadají strnule, napjatě a vyděšeně. Dále vzrůstá jejich potřeba se pohybovat. Neustále cvičí, dokážou posilovat i několik hodin. Prohlíží se v zrcadle a často se váží. V tomto stadiu se začínají objevovat první zdravotní potíže, jako je zácpa, porucha menstruačního cyklu, zimomřivost, vypadávání vlasů, zhoršení stavu pleti a další. Po psychické stránce se nejprve zlepší nálada spojená s prvními úspěchy v hubnutí, postupně se však začnou vyhýbat přátelům i rodině a uzavírají se do sebe. V zápětí vzniká jejich přecitlivělost a podrážděnost. V posledních stádiích reagují na tlak jíst odporem a podvádějí, vyhrožují a emočně vydírají své okolí.



Obr č. 1: Porucha tělového obrazu

Příznaky nejsou zpočátku nijak alarmující. Jedinec postupně upravuje jídelníček, ze kterého odstraňuje sladkosti, příliš tučná jídla, sladké nápoje, pečivo a podobně. Postupem času se však širší jídelníčku zužuje a v jídelníčku se objevují již pouze samá nízkokalorická jídla. Touha být co nejtíhlejší může vyústit až v extrémní vychrtlost a iracionální strach z přibírání je tak silný, že pacientky mnohdy raději volí smrt vyhladověním. (Ladishová, 2006)

5 Mentální bulimie

5.1 Základní charakteristika

Název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov: bous, což znamená „kráva“ nebo „vůl“, a limos, které znamená „hlad“ nebo „hladomor“. Jak jméno naznačuje, bulimie je porucha, při které lidé pocítují strašný hlad, téměř jako kdyby hladověli v období hladomoru. Snaží se hlad utiřit tím, že „jedí jako kráva“ velké množství jídla. Někdy třeba snědí najednou i desetkrát více než je běžná porce. A potom, v zoufalé úzkosti, aby neztloustly, se bulimičky přinutí jídlo vyzvracet“ (Maloney 1997, s. 83).

Vyskytuje se častěji, než čistá forma mentální anorexie, ale velmi často jsou obě chorobné jednotky vzájemně propojeny. (www.anabell.cz) Bulimie často navazuje na mentální anorexii, redukční diety, ale může vzniknout i samostatně. D. Benešová (2003) píše, že mentální bulimie začíná později než mentální anorexie, ale často se z mentální anorexie vyvíjí. Stejně jako u anorexie je pro ni typický strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu. Onemocnění je charakterizováno nejen opakovanými a nekontrolovatelnými záchvaty příjmu velkého množství potravy, ale také pocity viny a depresí. (www.doktorka.cz) Mentální bulimie se vyskytuje asi u 4 až 6 % mladých žen. (Sladká – Ševčíková, 2003)

Definicí je stejně jako u mentální anorexie celá řada. Uvedu zde jen některé z nich.

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2000, s. 15).

H. Papežová (2003) popisuje bulimii jako vlčí hlad neboli záchvaty přejídání „binges“, které jsou charakterizovány konzumací velkého množství kalorické stravy v krátkém čase. Jsou výsledkem souhry fyziologických (hladovění) a psychologických mechanismů (nuda, stres, osamělost,...).

J. Hall píše o mentální bulimii jako „posedlosti jídlem a sledováním vlastní tělesné hmotnosti, kterou charakterizují opakované záchvaty přejídání a následné kompenzační chování, jakým může být nepřiměřený tělesný pohyb nebo záměrně vyvolané zvracení či zneužití laxativ, anorektik nebo diuretik.“ (Hall, 2003, s. 2)

Dříve bylo přejídání a následné zvracení spojováno pouze s touhou moci pokračovat v jídle (např. na zámeckých hostinách). Dnes se většina definic se odvíjí od touhy zhubnout, která je ale deformována a stává se nezdravým způsobem života, který ničí zdraví pacienta. Přitom dle E. Marádové (2007) se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pokud ano, hovoříme o bulimické formě mentální anorexie. Díky menšímu nebo žádnému úbytku tělesné hmotnosti je také mentální bulimie méně zjevná. To ale neznamená, že je méně závažná. Také může končit smrtí.

Dle I. Málkové (2001) trpí bulimií až 5 % obézních lidí, mnoho obézních žen má sklon k večernímu přejídání nebo se přejídají pod vlivem stresu. I mírná nadváha, vyložená jako obezita, může vést k nestřídmým dietám. Proto jsou dospívající dívky se sklonem k nadváze a obézní děti ohroženy mentální anorexií a bulimií.

F. D. Krch (2005) uvádí dvě podoby mentální bulimie. Purgativní typ a nepurgativní typ. Purgativní typ je charakterizován pravidelně vyvolávaným zvracením, zneužíváním léků, především laxativ, diuretik a anorektik. Nepurgativní typ se pak vyznačuje užíváním přísných diet, hladovek nebo intenzivní fyzické aktivity, vyjímaje těch metod k udržení požadované hmotnosti, které jsou typické pro purgativní typ mentální bulimie.

5.2 Diagnostický proces

Bulimie je jednou z nejběžnějších onemocnění dospívajících dívek. Ve věku mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem jí trpí každá dvacátá dívka západní Evropy. Toto číslo je bez statisticky nepodchycených osob. Může být tedy daleko vyšší. (Leibold, 1995)

František David Krch (2005) uvádí tři základní znaky k určení diagnózy mentální bulimie. Silná a nepotlačitelná chuť se přejídat. Snaha zabránit tloustnutí vyvoláním zvracení nebo nadměrným požíváním purgativ popřípadě obojím. A chorobný strach z tloušťky. Tyto tři znaky můžeme najít u většiny autorů pouze s nepatrnými obměnami. V jádru se ale shodují.

Tak například u P Smolíka (1996), který říká, že záchvatům předchází deprese, osamělost nebo stav úzkosti, probíhají v tajnosti a po nich následuje vyvolané zvracení a půst. Pacientky jsou stejně jako u anorexie nespokojeny se svou váhou.

V. Hort (2000) uvádí neustálé zabývání se jídlem, epizody přejídání, snahu potlačit výkrmný účinek jídla zvracením, laxativy, anorektiky a chorobný strach z tloušťky.

Průběh nemoci bývá plynulý a postupný, proto je nemoc v počátečních fázích těžko rozpoznatelná. Na rozdíl od pacientů trpících mentální anorexií mívají bulimici normální nebo vyšší váhu (www.anabell.cz) Také dobře vědí, že mají problém s příjmem potravy a dokážou rozlišit záchvaty přejídání od běžného a normálního zvýšeného příjmu jídla. (Smolík, 1996)

Zdravotní důsledky mentální bulimie jsou zčásti stejné jako u mentální anorexie z důvodu držení hladovek a diet. Jsou zde však některá, která jsou typická jen pro mentální bulimii.

Častým důsledkem mentální bulimie jsou poruchy ledvin, které mohou vést k infekcím nebo ledvinovým kamenům. Střídají se průjmy a zácpy, díky kterým se zanícuje štítná žláza a pacient se cítí unavený. (Kranzová, Maloney, 1997) Objevuje se bušení srdce a nepravidelnost srdečního rytmu. (Papežová, 2000) Z fyzických příznaků se dále mohou objevit bolesti hlavy, krku, eroze až ztráta zubů, poškození zubní skloviny, pocity plnosti a bolesti břicha, pocity únavy, nevykonnosti. (Smolík, 1996)

Nebezpečné může být také to, že si pacienti vyvolávají zvracení prstem nebo nějakým předmětem. Tím se může poranit krk a vzniknout infekce.

Pacienti, kteří používají močopudné prostředky, mohou být ohroženi dehydratací. Projímadla mohou způsobit vážné komplikace v oblasti tlustého střeva, neboť obsažené látky bývají návykové. Léky mohou vést k zácpám nebo bolestivým otokům.

Z psychických příznaků můžeme jmenovat chronickou únavu, slabost, neschopnost koncentrovat se a měnící se náladu (Papežová, 2000)

Stejně jako u anorektických pacientů se u bulimických jedinců objevuje nízké sebehodnocení a nejistota. Na rozdíl od anorektických pacientů pro ně bývá typická impulzivita spojená s neschopností se ovládat. I když kladou velký důraz na sebekontrolu, kontrolovat se nedokážou. To v nich vyvolává pocity viny, studu, vzteku se sklony se obviňovat. (Vágnerová, 2000)

Pacient se skrývá ve volném oblečení, drží různé diety, vyhýbá se jídlu s rodinou a je vysoce aktivní. (Papežová, 2000) U bulimických pacientů se také objevuje alkoholismus, kleptomanie, sebepoškozování a pokusy o sebevraždu. (Smolík, 1996) Smutnou zprávou je, že riziko sebevraždy je oproti ostatní populaci zvýšené a přibližně čtyřikrát vyšší než u pacientů s mentální anorexií. (www.anabell.cz)

Pacientky dokážou během záchvatu spořádat až 20 000 kalorií. Vybírají si potraviny bohaté na kalorie, především tučné a sladké. Potraviny nemocní nejedí pro hlad nebo jejich chuť. Záchvat bývá vyprovokován různými zevními podněty, jakými jsou: strach, deprese, zklamání, pocit osamělosti nebo nuda. Často se ale již vyvolávající činitel zjistit nedá. Po záchvatu cítí pacientky nejprve uvolnění a pocit spokojenosti, později trpí velkými výčitkami svědomí. (Leibold, 1995) Díky tomuto režimu jsou časté výkyvy hmotnosti během krátkého časového období. (Kranzová, Maloney, 1997)

Podle výše zmíněného je zřejmé, že mentální bulimie, ale i mentální anorexie, s sebou přinášejí řadu zdravotních i psychických rizik. Tyto rizika představují buď ohrožení života, nebo přinejmenším zhoršují jeho kvalitu.

6 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nejsou fenoménem jenom dnešní doby, ale vyskytují se na světě od nepaměti. V nejstarších dobách bylo první starostí člověka, aby nezemřel hladu. Potřeba nasycení určuje i uspokojení ostatních potřeb. (Krch, 2005).

„Strach plynoucí z nadváhy také není nový. Privilegované třídy západního světa už dávno přemýšlely nad tím, jak si zachovat štíhlost vzhledem k nadbytku potravin. Antičtí Řekové odmítali a trestali obezitu. Platónovi byla tloušťka promíjena jen pro jeho duchaplnost. Římané jsou známi pro vynález místnosti (vomitoria), kde zvraceli po opulentních hostinách.“ (Kultura, společnost a poruchy příjmu potravy, 2010, s. 56)

„Historie poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání sníženého množství stravy bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky.“ (www.hubnuti4you.cz)

Už po staletí jsou mimo omezování se v jídle popisovány i jiné poruchy příjmu potravy jako jsou pica, ruminace nebo obezita. (Krch, 2005) Termín poruchy příjmu potravy však vznikl až v druhé polovině 20. století. Diskutovat se o něm ve větší míře začalo v 70. letech a do obecného povědomí veřejnosti proniká teprve v průběhu posledních let. (Burdová, 2009). V této kapitole se budu soustředit na historické kořeny dvou nejznámějších a nejvýznamnějších poruch příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie a mentální bulimie.

6.1 Historie mentální anorexie

První zmínka o mentální anorexii je v historických lékařských záznamech zapsána roku 895, kdy se nevolnici Frideradě znechutilo jídlo po zvracení způsobené přejedením natolik, že začala držet přísný půst. (Papežová, 2000) Řada lékařů z tehdejší doby byla přesvědčena, že dlouhodobá abstinence potravy je zázrak způsobený božím přičiněním, pro který používali název anorexia mirabilis. Postíci se adolescentní dívky tvrdily, že přijímají jen minimální ba žádnou dávku potravy a prohlašují se za světice.

Postupem sekularizace společnosti byly však tyto názory nahrazeny teoriemi více pozemského rázu. Rovněž i společnost začala tyto dívky vidět spíše jako hysterické osobnosti snažící se upoutat pozornost.

Galén, jeden z nejvýznamnějších středověkých lékařů, poprvé popsal příznaky anorexie, tuto nemoc připisoval především špatným tělesným tekutinám. (Krch, 2005)

J. Sladká-Ševčíková (2007) zmiňuje, že mentální anorexie byla popsána již v roce 1694 anglickým lékařem Richardem Mortonem.

Za první věrohodně zaznamenané se však považují až popisy hlavního lékaře ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, Williama Stouta Chipleyho z roku 1859.

Podle J. Kulhánka (2001) byly poruchy příjmu potravy lékařskou vědou poprvé popsány v Anglii a ve Francii v roce 1870. Tehdy byly charakterizovány jako odmítání potravy, typické pro ně měl být extrémní pokles hmotnosti či pokles tepové frekvence a amenorea čili menstruační pauza nebo zácpa. Tuto symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost definuje Charles Lasegue.

V roce 1874 William Gull zavedl pojem anorexia nervosa. (Krch, 2005)

Trvalo další desetiletí, než se začal odborný tisk o tento „nový“ syndrom více zajímat. Mentální anorexie byla zprvu považována za duševní poruchu. Toto však v roce 1914 hamburský patolog Morris Simmonds vyvrátil, protože zjistil, že anorexie souvisí s lézami v podvěsku mozkovém.

Až ve čtyřicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie znovu objevena jako duševní porucha a byla přesunuta z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie. Od šedesátých let získává anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby. (Krch, 2005)

U nás popsali první případy poruchy příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení Vratislav Jonáš roku 1941 a Otakar Janota roku 1946 (Papežová, 2000).

Již v roce 1917 Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, vydává knihu o dietách a zdraví. (www.anabell.cz)

V roce 1959 byla vyrobena první panenka Barbie. Panenka Barbie, která výrazně zasáhla do života generací dívek, byla poprvé představena na veletrhu hraček v New Yorku. Do Československa se dlouhonohá kráska dostala až po revoluci. Po Barbie zatoužila snad každá malá dívenka. (www.zena.centrum.cz/) Podle přepočtů by Barbie vzrostlá do lidské podoby měřila 210 cm, přes ňadra 114 cm, v pase jen 47 cm. Živá Barbie by musela chodit po čtyřech, aby se nezlomila v pase.

„Tým psychologů Helgy Dittmarové z univerzity v Sussexu zveřejnil nedávno výsledky pokusů se dvěma stovkami děvčátek ve věku pěti až osmi let. Vědci došli k

závěru, že hraní s neskutečně štíhlou panenkou Barbie může u mnoha děvčat vyvolat nespokojenost s vlastním tělem a nakonec vést až k poruchám příjmu potravy.

Při pokusu ukázali holčičkám obrázky různých panenek a potom je požádali, aby si vybraly ten, jenž nejlépe vystihuje jejich současné tělo, pak obrázek, který představuje tělo, po jakém touží, a nakonec vyobrazení ideálního těla, jaké by chtěly mít v dospělosti. Ukázalo se, že poté, co si pěti až šestileté holčičky prohlížely obrázky Barbie, byly nespokojenější se svou podobou a přály si radikálněji zeštíhlet než po prohlížení obrázků jiných panenek. U šesti až sedmiletých dívenek byl rozdíl ještě markantnější.“ (www.ziza.blog.cz)



obr. 2 panenka Barbie

Roku 1967 se dostala na titulní strany módního časopisu Vogue Twiggy. Vážila 41 kg a měřila 170 cm. Mladička Angličanka Lesley Hornby byla pravým opakem všeho, co se až do té doby považovali na ženě za krásné. Chyběly jí znaky ženského těla – měla chlapeckou postavu, která postrádala boky a prsa, místo dlouhých vlasů měla jen kratičkový sestřih a celkově nepůsobila zdravě. Tehdy bylo ještě jednoduché vypadat jinak než ostatní modelky, a tak se z Twiggy stala světová senzace.(www.onaidnes.cz)



obr. 3 Twiggy

Léčba se v minulosti neobešla bez dezinformací a nepravd a nespočet mýtů existuje dodnes. Léčilo se, jak doma, tak i mimo něj. Léčba spočívala v návratu k vhodné stravě a v zabránění nadměrné aktivity. Až později se kladl větší důraz na psychiku nemocné, psychoterapii a na práci s rodinou. Nyní existují od roku 1990 preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy. (www.anabell.cz)

6.2 Historie mentální bulimie

Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie rozsáhlou historii. Nadměrné přejídání a následné zvracení se objevovalo již v hluboké minulosti. Bylo časté u takzvané vyšší společnosti, při oslavách nebo hostinách. Vyprázdnění žaludku mohli totiž pokračovat v několika denních hostinách.

„Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a znamenal velký hlad. Pozdější filologové tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal spořádat vola.“ (Krch, 2009, s.32)

Pojem bulimie se také vztahoval i na slabost a mdloby způsobené hladem. Různé vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Ještě ve dvacátém století, hlavně v Německu a Francii byla bulimie pokládána za projev špatného trávení. (Krch, 2005)

Na počátku sedmdesátých let se začaly množit případy žen, které se přecpávaly, ale přitom si držely svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, laxativ, diuretik, nebo dietami. (Krch, 2005)

Přibližně v té době byla mentální bulimie objevena jako specifický syndrom Gerald Russelem, který ji popsal jako silné a neovladatelné nutkání se přejídat.

V roce 1980 se tento syndrom objevil v americké klasifikaci nemocí. Mentální bulimie byla podle lékařů po mnoho desetiletí součástí mentální anorexie. Teprve roku 1987 byla mentální bulimie označena za samostatnou diagnózu a sjednocena britskou terminologií na mentální bulimii. (Burdová, 2009)

V témže roce 1987 světová zdravotnická organizace (WHO) prohlašuje, že mentální bulimie se stává problémem světové populace. (www.anabell.cz)

7 Etiologie poruch příjmu potravy

Je důležité uvědomit si, že neexistuje žádná specifická příčina poruch příjmu potravy, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. (Marádová, 2007)

Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Kromě těchto faktorů můžeme někdy zjistit individuální vyvolávací příčiny. Takovou bezprostřední příčinou mohou být například různé traumatizující zážitky. (Krch, 2005)

Všechny příčiny se dosud nepodařilo vysvětlit, ale pravděpodobně ty nejdůležitější jsou již dnes známy. Žádný z faktorů, který je popsán níže, neexistuje izolovaně. Například F. D. Krch (2005) uvádí, že faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy můžeme rozdělit na sociální, kulturní, biologické, rodinné, genetické a emocionální. V. Hort (2000) je ve svém díle též zastáncem multifaktoriální podmíněnosti a uvádí vlivy sociokulturní, individuálněpsychologické, rodinné a biologické.

P. Říčan (2006) dělí faktory na predispoziční, spouštěcí a udržující. *„Predispoziční zahrnují sociokulturní kontext, v němž se poruchy příjmu potravy vyskytují, charakteristiky rodinného fungování a vývoj osobnosti dítěte.“* (Říčan, 2006, s.253) Za nejvýznamnější ze spouštěcích faktorů onemocnění můžeme pokládat specifické vývojové požadavky a úkoly adolescentního období, zážitky spojené s narušením rodinné rovnováhy a traumatické zkušenosti. Výsledný obraz onemocnění je ovlivněn tzv. faktory udržujícími, mezi které patří syndrom hladovění, oslabené ego, změny v endokrinní činnosti a jiné.

Velice výraznými a důležitými etiologickými faktory poruch příjmu potravy jsou bezesporu faktory sociální a kulturní. Většina autorů se shoduje v tom, že vliv kultury a společnosti úzce souvisí se vznikem poruch příjmu potravy.

F. D. Krch (2005) říká, že jádro problému je v rychle se měnící kultuře. Starý Řím vyznával štíhlé pevné tělo, středověk vyobrazuje plnoštíhlé ženy s kyprými tvary, dvacáté století předbíhá antický ideál a na trůn nakonec usedá vyhublá, nezdravě vyhlížející postava. (www.anabell.cz)

Ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti, která se obávala podvýživy a tuberkulózy, oblíbené prostředky, po kterých se přibíralo, dnes je tomu naopak a reklama je ovládána prostředky na zhubnutí. (Krch, 2005)

Podle některých autorů se předpojatost vůči obézním lidem stala kulturním fenoménem dnešní doby. K obézním lidem se často řadí vlastnosti jako lenost, hloupost či ošklivost. Více jsou kritizovány obézní ženy než muži. Tato mentalita výrazně posiluje strach z tloušťky. (Krch, 2005)

Americké výzkumy říkají, že situace došla tak daleko, že dnes mezi mladými ženami převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním. V USA má každé deváté třináctileté dítě osobní zkušenost s redukční dietou. U nás drží redukční dietu asi 20 % šestnáctiletých dívek a kolem 60 % děvčat se o ni někdy pokoušelo. (Krch, 2005)

Dalším častým sociokulturním faktorem, který je uváděn do souvislosti s poruchami příjmu potravy je vyšší tlak na ženy ve spojitosti s lepším profesním uplatněním. (Středová, 2010) K zvláště rizikovým povoláním patří například balet, krasobruslení, atletika, modeling, tanec a další. (Novák, 2010)

Rozdíly najdeme i mezi rasami. Černošky přijímají vyšší váhu snadněji než ženy bílé pleti. Japonky udávají vyšší nespokojenost se svým tělem, přestože jsou podle BMI štíhlejší než americké ženy. Řecké ženy ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi udávají vůbec největší nespokojenost se svými těly. Nejméně nespokojené jsou ženy v Irsku. (Novák, 2010)

Další faktory, které se podílejí na vzniku poruch příjmu potravy, jsou faktory biologické. F. D. Krch (2005) považuje za jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy ženské pohlaví. Ženy trpí tímto onemocněním desetkrát častěji než muži. Hlavním důvodem je, že společnost nikdy nepřikládala žádný velký význam tomu, kolik muži váží. (Maloney, 1997)

Znatelná je také menší spokojenost se svým tělem u dívek, která dramaticky klesá po pubertě a v těhotenství, kdy se tělo zaobluje a zvyšuje svou hmotnost. Výraznou roli při vzniku těchto poruch má rozložení tělesného tuku. Ženy, které mají tuk nejvíce uložen na hýždích, bocích a stehnech, mají vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy než ostatní ženy (Krch, 2005)

Rodinné a genetické faktory mají také vliv na vznik poruch. Děti se chovají stejně nebo podobně jako jejich rodiče, proto není-li jejich matka spokojena sama se sebou a nadměrně se zabývá svým vzhledem a dietami, její potomek bude mít pravděpodobně stejné pocity a postoje. Už samotný výskyt anorexie nebo bulimie u nejbližších příbuzných ženského pohlaví je považován za významný rizikový faktor. (Krch, 2005)

Mezi další nejčastější rodinné rizikové faktory patří obezita, diety v rodině, kritické poznámky týkající se tělesného vzhledu a váhy, příliš vysoký důraz na vzhled či výkon dítěte a někteří autoři poukazují i na nedostatek péče a empatie. (Krch, 2005)

E. Marádová (2007) přiřazuje významnou roli osobním zájmům, nejistotě spojené se změnami v období dospívání, zvýšenému důrazu na vzhled i výkon a sebekontrolu v rodině. Nízké sebevědomí a rozvrácené vztahy v rodině nepovažuje za specifický vliv na vzniku problému s jídlem.

Naopak Peggy Claude – Pierre rodinné faktory nezdůrazňuje. Možná proto, že její dvě dcery jsou postiženy mentální anorexií. Peggy Claude - Pierre považuje za etiologický faktor tzv. SUN, což je stav utvrzeného negativizmu. Tento termín vymyslela a jeho výskyt zaznamenala u každé pacientky, včetně svých dvou dcer. Je to souhrn myšlenkových pochodů, postihujících nemocné a jejich rodiny. Zahrnuje deprese, záchvaty zuřivosti a utkvělé představy. Peggy Claude – Pierre vychází z přesvědčení, že SUN předchází poruchám příjmu potravy a je základem této nemoci. Předpoklady k SUN vznikají již v raném věku, ale jedinec, který jím trpí, nemusí zároveň onemocnět nějakou poruchou příjmu potravy (Claude – Pierre, 2001).

„Studie rodičovské interakce ukazují, že rodiny, v nichž se objevují poruchy příjmu potravy, jsou spleť, obtěžující, hostilní a popírající emocionální potřeby pacientek. Zvýšené riziko rozvoje poruch příjmu potravy představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, nízké očekávání rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskotování mezi členy rodiny, současný výskyt absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nízká nezávislost. V rodinné anamnéze pacientek s mentální anorexií se výrazně častěji objevovala deprese, alkoholismus, emoční poruchy a sociální izolace. Mezi obvyklé hodnoty rodin pacientek s mentální anorexií patří třídní vzestup, výkon a pracovní morálka.“ (Novák, 2010, s.24)

Rodiny, jejichž dítě trpí poruchou příjmu potravy, mají v 66% pouze dcery. Pacientky byly dětmi, které neodmlouvaly a nezlobily. Drtivé procento rodičů trpělo neurotickými problémy, emoční nezralostí, byli puritánští a věřící. Otec autoritativní, přísný nebo nezúčastněný výchovy a matka náročná, perfekcionista, hyperkritická nebo žárlivá. (Novák, 2010)

Přesvědčivé důkazy o existenci nějakého specifického rodinného modelu v rodinách pacientů s poruchami příjmu potravy se dodnes neobjevily. Ovšem výzkum zaměřený na roli rodinných faktorů v etiologii poruch příjmu potravy v dospívání ukazuje,

že rodinné problémy a psychopatologické rysy v rodině jsou z tohoto hlediska významné a mají souvislost se vznikem poruch příjmu potravy. (Krch, 2005)

Genetický výzkum se u poruch příjmu potravy soustředil především na výzkum dvojčat. V osmdesátých letech se výskyt anorexie či bulimie pohyboval mezi 25 – 50 % u jednovaječných a kolem 10 % u dvojvaječných dvojčat. (Krch, 2005)

Někteří autoři se domnívají, že za vznikem poruch příjmu potravy stojí určité osobnostní rysy. H. Papežová (2000) popisuje pacientky jako svědomité, pečlivé, snaživé a perfekcionistické. F. D. Krch (2005) říká, že typická anorektická pacientka je zaměřená na úspěch, dodržuje společenské normy a rodičovské hodnoty. Postrádá ale fantazii a vynalézavost, má nízké sebevědomí, je neurotická, introverzní a úzkostná. Anorektičky často trpí obsedantně – kompulzivní poruchou. Ženy trpící mentální bulimií jsou úzkostné, důsledné, ctižádostivé, impulzivní a mají častěji sklon k depresím a sebepoškození. (Cooper, 1993)

Podle J. Sladké-Ševčíkové (2003) anorektičky bývají perfekcionistické, úzkostné a emocionálně inhibované, zaměřené na výkon, snažící se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Ve společnosti se chovají nenápadně, respektují etické, společenské, i rodičovské hodnoty a normy. Naproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškození.

Někteří autoři mají obsáhlejší popis vlastnosti osobností pacientů trpících poruchou příjmu potravy, ale v zásadě se v popisu neliší.

Do emocionálních faktorů zařazuje F. D. Krch (2005) především deprese a úzkosti. Tak jako u anorektických pacientů, tak i u pacientů s bulimií se shodně objevují poruchy nálady, deprese, stavy úzkosti a především nepřiměřený strach z tloušťky, který odezní až dlouho po vyléčení. Deprese jsou obvykle výraznější u mentální bulimie. Objevují se až v 80% případů. Většina depresivních a úzkostných stavů jsou spojovány s obavami o postavu. (Krch, 2005)

8 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

V roce 2010 bylo podle ÚZIS v České republice hospitalizováno 363 případů se základními diagnózami F50.0-F50.9 – poruchy přijímání potravy. Je to o 17% méně než v roce 2005. Téměř 54% pacientů bylo léčeno s diagnózou mentální anorexie a více než 25% s diagnózou mentální bulimie.

V roce 2005 bylo léčeno 58% pacientů s diagnózou mentální anorexie, v roce 2010 55% a v roce 2011 už jen 54%. Snížil se i počet hospitalizovaných s diagnózou mentální bulimie a to z 30% v roce 2005 přes 26% v roce 2009 na 25% v roce 2011.

Pro diagnózu F 50, mentální anorexii, byly častěji ošetřovány ženy. Muži se ve sledovaném období podíleli na celkovém počtu hospitalizací v průměru pouze v cca 5% případů.

Během sledovaného období průměrná doba hospitalizace nejdříve klesla z 36ti dnů na 31 dnů, poté se začala zvyšovat, až v roce 2010 dosáhla opět 36ti dnů. Nejdelší průměrnou ošetrovací dobu vyžadovala léčba mentální anorexie.

V roce 2010 tvořili dětské pacienti ve věku do 15 let více než 15% z celkového počtu hospitalizovaných. Ve věku 15-19 let bylo hospitalizováno 34% pacientů. U pacientů nad 19 let bylo zaznamenáno nejvíce hospitalizací ve věkových skupinách 20-24 let a to 29% z celkového počtu hospitalizovaných. U této kategorie došlo také k největšímu úbytku hospitalizací v roce 2010 proti roku 2005 a to o polovinu, tj. 53 hospitalizací. K největšímu nárůstu došlo u věkových skupin s menší četností výskytu, a to u pacientů ve věku 30-34 let a to o 42%, tj. 11 hospitalizací a ve věku 35-39 let o 75%, což je 6 hospitalizací.

Tyto informace jsem čerpala z ústavu zdravotnických informací a statistiky, které byly vydány 25. 11. 2011 v Praze. (www.uzis.cz)

Jana Sladká Ševčíková (2003) ve své rigorózní práci uvádí, že riziková skupina pro mentální anorexii je 13 – 20 let, pro mentální bulimii pak 16 - 25 let. Výrazné dietní tendence se objevují už u dětí ve věku 14-15 let, čili v osmé a deváté třídě základní školy. 50% 13-14ti letých dívek udává, že si přejí zhubnout. Mentální bulimií trpí v České republice 4-6% děvčat, to je přibližně každá dvanáctá dospívající dívka. Mentální anorexií

trpí každá stá, čili 1% děvčat. Na každých deset až dvacet nemocných děvčat připadá jeden nemocný chlapec.

Úmrtnost u poruch příjmu potravy je nejvyšší ze všech psychických onemocnění. Je to 2-8% při mentální anorexii a 0-2% při mentální bulimii. Trochu optimističtější jsou údaje o vyléčení. 50% nemocných mentální anorexií se zcela vyléčí, 20% nemocných přejde do chronického stadia. U bulimie se zcela vyléčí 60% pacientů.

9 Prevence poruch příjmu potravy

Vždy je lepší veškerým onemocněním předcházet, než je léčit. Prevence je účinnější a levnější. To platí i pro poruchy příjmu potravy. Prevence onemocnění poruchami příjmu potravy je velmi důležitá. Působit na děti by se mělo hlavně v období, ve kterém přicházejí do puberty. V této době se mění tvar těla a začínají se zajímat o to, jak vypadají. V oblasti prevence se můžou angažovat hlavně členové rodiny a škola.

Děti tráví ve škole značnou část dne a učitelé je nejen vzdělávají, ale i do značné míry vychovávají. Škola a tedy především vyučující by měli poskytovat svým žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy a měli by vést žáky ke zdravým a správným stravovacím návykům. Dlouhodobým preventivním přínosem může být potlačování důrazu na lidský vzhled a oceňování zejména osobnostních kvalit žáků. (Marádová, 2007)

Učitelé pracují s Rámcovým vzdělávacím programem, který normativně stanovuje obecný rámec pro jednotlivě etapy vzdělávání a je závazný pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Dále z podnětu Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy vznikla v roce 2003, ve spolupráci s F. D. Krchem a E. Marádovou, metodická příručka Poruchy příjmu potravy, která je určena učitelům a školním metodikům jako základní studijní text poskytující odbornou orientaci v problematice mentální anorexie a mentální bulimie.

D. Benešová (2003) vidí jako důležité kroky prevence mentální anorexie a bulimie nutnost vychovávat sebevědomé a vyrovnané jedince, dodržovat zdravý životní styl, učit aktivnímu řešení problémů a udržovat si vyrovnanou náladu.

Rodiče by se měli vyhnout odměňování (případně trestání) pomocí jídla, nenutit dojídat vše, co je na talíři, hlídat, zda se dítě nedojídá sladkostmi a být potomkům vzorem ve zdravém stravování. (Benešová, 2003)

Chlapci by měli být rodiči poučeni, jak velkou moc může mít hodnocení ženského těla ze strany mužů a jaký neblahý vliv mohou mít některé připomínky a narážky, i když jsou míněné přátelsky. Dívkám je pak vhodné vysvětlit, jak tyto narážky, vnímat a popřípadě jakým způsobem se jim účelně bránit. Jelikož zvláště v období puberty, kdy jejich těla prochází velkou fyzickou změnou, se s nimi jistě setkají. (Králová, 2010)

Peggy Claude-Pierre (2001) ve své publikaci uvádí přístupy, které mohou pomoci předcházet vzniku poruch příjmu potravy. Neměli bychom dětem příliš brzo předávat zodpovědnost, měli bychom hledat pomoc při řešení problémů jinde než v rodině, děti bychom měli učit nedokonalostem, zasáhnout, když se podceňují a nechat je věnovat se svým vlastním zájmům.

L. Ladishová (2006) uvádí, že bychom děti neměli trápit odtučňovacími kúrami, nemluvit s nimi o dietách a neporovnávat je s jinými dětmi. Naopak bychom si s nimi měli promluvit o reklamách, podpořit nadané dítě ve sportovních aktivitách, pomáhat rozvíjet sebeúctu a dívkám vysvětlit, že než vzhled jsou důležitější osobní hodnoty.

Do kapitoly o prevenci nesmím zapomenout zahrnout zásady zdravé výživy. V posledním desetiletí prudce stoupá výskyt obezity a nadměrná tělesná hmotnost je druhou nejčastější příčinou předčasného úmrtí. Mnozí odborníci hovoří o epidemii obezity. Podle světové zdravotnické organizace trpí nadváhou a obezitou více jak polovina lidí po celém světě, tj. okolo 3 miliard lidí. A minimálně 40% z nich se pokouší snižovat svoji hmotnost. Problémy s nadváhou má v České republice každý druhý člověk, což je více než 5 milionů lidí. (www.strava-credo.cz)

Nejčastější příčinou obezity a nadváhy je narušená rovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Obézní lidé mají kromě problémů zdravotních i problémy psychické a sociální. Vyskytují se u nich deprese, často mají sníženou sebedůvěru a problémy při uplatnění v zaměstnání.

Obezitu lze změřit různými metodami. Nejznámější je BMI neboli body mass index. Tento vzoreček měří poměr mezi výškou a váhou. Vytvořil jej v letech 1830–1850 belgický vzdělanec Adolphe Quetelet (www.wikipedia.org)

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

(Obrázek č. 4)

Tato metoda opomíjí velké množství důležitých faktorů, jako je stavba těla, hmotnost kostí nebo množství svalů, proto se v klinické praxi obvykle využívají přesnější testy, jako je měření podkožního tuku nebo impedanční měření, díky kterému zjistíte momentální fyzický stav a kondici.

V důsledku obezity se pak lidé snaží držet různé diety, neboli řízený příjem potravin a tekutin za účelem dosažení snížení hmotnosti. Ty však většinou nefungují podle

jejich představ a téměř 95% lidí, kteří zhubnou za pomoci diety, znovu nabere svoji původní hmotnost. Pokud se člověk rozhodne hubnout a omezovat se v konzumaci jídla jen proto, že je nespokojený se svým tělem, ohrožuje své fyzické i mentální zdraví.

Diety často doprovází vedlejší účinky, jako jsou deprese, nedostatek sebeúcty, úbytek svalové hmoty, vypadávání vlasů nebo snížení koncentrace vlivem podvýživy mozku. (Středová, 2010)

Důležitá je pravidelnost. Děti by měly jíst 5-6x za den v rozmezí 2,5-3hodin, protože organismus energii odčerpává průběžně a má-li dostatek, nevytváří si zásoby. Zapomínat bychom neměli ani na pitný režim. Na každých 15kg váhy by měl člověk vypít půl litru tekutin.

10 Zdravotní komplikace

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat celou řadu zdravotních komplikací, které mohou výrazně přispívat ke zvýšení úmrtnosti a to jak u bulimie tak i mentální anorexie. Zdravotní komplikace jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti nebo vznikají v důsledku určitého chování. (Krch, 2005)

Tělesné následky závisí na délce maniakálního chování. Často uplyne mnoho času, než se pacienti dostanou k odbornému léčení. Někdy se může stát, že už je příliš pozdě a pacient takovému tělesnému poškození podlehne. Nejčastější je úmrtí u mentální anorexie, kde na akutní příznaky umírá až 10 procent postižených. (Leibold, 1995, www.anabell.cz) Ze všech psychických poruch vede mentální anorexie ke smrti nejčastěji. (Krch, 2005)

Smrtelně končí úplné hladovění po 50 až 70 dnech, po ztrátě více než 1/3 proteinových zásob u pacienta, který byl předtím obézní. Pacientky s mentální anorexií se dožívají nižšího průměrného věku, asi 33 let. (www.anabell.cz)

Zdravotních komplikací je celá řada a navzájem spolu souvisí. František D. Krch (2005) dělí zdravotní následky na kardiovaskulární, renální, gastrointestinální, kosterní, endokrinní, hematologické, neurologické, metabolické a dermatologické.

Mnohé zdravotní komplikace, které jsou popsány níže, se vyskytují jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Zdravotní rizika jsou tím nebezpečnější, čím je věk a hmotnost pacienta nižší.

Při sníženém příjmu potravy a zvýšeném výdeji energie se automaticky mění bazální metabolismus. Tedy život udržující činnost látkové přeměny v úplném klidu, se značně zmenší, aby se šetřila energie. (Leibold, 1995) To způsobuje zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, která se zjistí až u 50 % anorektiček. (Krch, 2005) Výrazně působí také na látkovou výměnu těla, která odpovídá za získávání energie z potravy a za výdej energie. To má za následek, že všem tělesným činnostem, které nejsou tak důležité, je poskytováno méně energie, aby byla udržována činnost orgánů pro život nutných. (Leibold, 1995)

V důsledku toho se zhorší funkce regulace teploty, bývá narušen metabolismus glukózy, který vede k cukrovce a je poškozen metabolismus kalcia, který způsobuje zpomalení tvorby kostí. (Krch, 2005)

Rovněž jsou brzy zasaženy zažívací orgány. Na žaludku mohou vznikat záněty sliznice nebo žaludeční vředy. U mentální anorexie se objevuje výrazné zpomalení střevní činnosti v důsledku nedostatku vlákniny a shromažďováním jedovatých zplodin látkové přeměny. To vede k lehké sebeotravě, bolestem hlavy, nadýmání a nečistě kůži. (Leibold, 1995)

Bulimičky mají problémy se zuby, které ukazují souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny. Výsledkem je zvýšená citlivost na teplo. V důsledku zvýšeného vystavení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu. (Krch, 2005)

K typickým symptomům mentální anorexie patří vynechání menstruace. Tento následek bývá pacientkami všeobecně vítán, jelikož podvědomě jim jde o to nedospívat. (Leibold, 1995)

Nadužívání projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, jako jsou tonicko – klonické křeče, stavy akutní zmatenosti nebo svalová slabost. (Krch, 2005)

Téměř u 90% postižených se můžeme setkat s kardiálními potížemi. Nejčastější z nich je bradykardie s méně než 60ti tepy za minutu, který je způsoben výše uvedeným snížením bazálního metabolismu. Dále se můžeme setkat se srdeční arytmii až náhlým úmrtím způsobeným zástavou srdce. (Krch, 2005)

Hladovění se odráží i na psychice a společenském životě nemocného. Dochází ke zhoršení a změnám nálad, časté jsou deprese, skleslost a pesimismus. U pacientů se zhoršuje soustředěnost i koncentrace a myšlení se točí především kolem jídla. Také klesá pozornost a schopnost učit se je výrazně nižší, než před nemocí.

11 Léčba poruch příjmu potravy

Podobně jako jiné druhy závislosti, například na alkoholu a drogách, jsou i poruchy příjmu potravy nemoc, ze které se člověk dostane, jen když si uvědomí, že má problém a rozhodne se s ním bojovat a je ochoten pro uzdravení něco obětovat. (Papežová, 2000)

V poslední době se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických, přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Největší pokrok byl zaznamenán v úpravě podrobných příruček používaných pro léčbu. (Krch, 2005)

Nové druhy terapie zčásti vycházejí z feministického hnutí a jsou namířeny především proti přehnanému ideálu štíhlosti. Velkým problémem je nedostatek terapeutů, kteří by stačili ošetřovat narůstající počet nemocných, tak na základě toho vzniklo po celém světě mnoho svépomocných skupin. (Leibold, 1995) Pacientky s poruchami příjmu potravy je obtížné léčit, samy se necítí být nemocné a léčbu akceptují jen ambivalentně. Bulimičky hledají pomoc častěji samy, ale vlastní spolupráce s nimi bývá také obtížná. (Říčan, 2006)

Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky nemocí. (Leibold, 1995) Podmínkou úspěšné léčby je především kvalitní terapeutický vztah a shoda cílů terapeuta a pacienta. (Papežová, 2006)

František D. Krch (2005) rozlišuje následující metody léčby. Hospitalizaci, částečnou hospitalizaci, ambulantní péči, svépomoc, rodinnou terapii, Kognitivně-behaviorální terapii, interpersonální terapii, psychodynamickou terapii a farmakoterapii.

Zásadní věc při léčbě poruch příjmu potravy je výběr vhodného terapeutického programu. Přihlíží se na fázi onemocnění a k výsledkům předchozí léčby. Dále je důležitý správný výběr postupu léčby s ohledem na diagnózu, závažnost somatického a psychického stavu a spolupráce rodiny. (Papežová, 2000)

Terapie mentální anorexie a bulimie by měla sledovat tři základní cíle. Léčbu dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží, psychoterapii, která by nemocnému přinesla pochopení příčin jeho onemocnění a psychoterapii pragmaticky zaměřenou na změnu špatných jídelních návyků. (www.doktorka.cz)

Pro nemocné je těžký nejen první krok – odhodlání k léčbě, ale i vydržet a znovu nemoci nepropadnout. V našich podmínkách, zejména u mladých pacientek, volíme nejčastěji metodu hospitalizace, z důvodu velkého váhového úbytku, nápadnosti patologie v jídelním stylu a destruktivních konfliktů s rodiči. (Říčan, 2006) Pobyt v nemocnici se nezaměřuje pouze na stabilizaci tělesného stavu, ale i na problémy psychické. Hospitalizace také může nastat v případě, že pacient nereaguje na dosavadní psychologickou léčbu. (Krch, 2005)

Ambulantní péče je doporučována především pacientům, kteří jsou chroničtí nebo nepoddajní, prošli několika léčbami a usoudili, že další léčbu nechtějí. Tato péče navrácí pacienty do stavu somatické a psychické stability, ale nezaměřuje se na překonání poruch příjmu potravy. (Krch, 2005) Tato forma je vhodnější pro bulimičky, které jsou komunikativnější a otevřenější. Není vhodné, aby si pacientky s mentální anorexií a mentální bulimií předávaly informace, skupiny jsou tedy pod stálým dozorem psychologa. (www.anorexia.czechian.net)

Spíše bulimickým pacientům se doporučuje léčení pomocí svépomoci. Tato léčba je určena pro pacienty s mírnějšími příznaky a u kterých může dojít ke zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo intervence. (Krch, 2005) Pacientky mohou také využít svépomocné skupiny, kde se scházejí lidé se stejnými problémy, jsou si navzájem velkou oporou, mohou se svěřit, poradit si a pomoci. (www.anabell.cz)

Rodinná terapie je určena především mladým pacientům, kteří žijí s rodinou, starším pacientkám je doporučována kognitivně-behaviorální psychoterapie. (Krch, 2005)

V ČR existuje mnoho poraden, lékařů a klinik, které poskytují odbornou pomoc dívkám, které trpí některou z poruch příjmu potravy. Mezi nejznámější patří psychiatrická klinika ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a 1. Lékařská fakulta v Praze, které nabízí denní stacionář pro pacientky od 17 let s BMI vyšším než 16, lůžkové oddělení pro pacienty od 18 let s poruchami příjmu potravy a ambulantní léčbu. Dále se v Praze nachází Dětská psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici v Motole. V Brně je Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice s oddělením č. 24 pro dospělé pacienty a s oddělením č. 21 pro děti. (www.anabell.cz)

Praktická část

Praktická část mé bakalářské práce je založena na výzkumu v terénu. Pomocí dotazníkového šetření jsem zjišťovala informovanost žáků na základní škole a studentů na středních školách o problematice poruch příjmu potravy. Cílem bylo zejména zjistit jaké mají žáci a studenti zkušenosti s dietami, jak vnímají své tělo a jaké mají stravovací návyky.

12 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření jsem zaměřila na populaci adolescentů a pubescentů, jelikož daná vývojová období jsou z hlediska vzniku poruch příjmu potravy nejrizikovější.

K vyplnění bylo doručeno 70 dotazníků, z nichž se vrátilo 56. Z těchto 56 dotazníků u čtyř chyběly základní údaje o respondentech, a proto byly vyřazeny. Celkem bylo zpracováno 52 dotazníků. Návratnost tedy byla 74%.

Hlavní náplní praktické části bylo zjištění informovanosti o poruchách příjmu potravy, postoje a názory dotazovaných.

Pro výzkumné šetření jsem si stanovila tyto hypotézy:

H1: Předpokládám, že informovanost o problematice poruch příjmu potravy bude vyšší u studentů středních škol než u žáků základních škol.

H2: Předpokládám, že informovanost o problematice poruch příjmu potravy bude vyšší u dívek než u chlapců.

H3: Předpokládám, že chlapci budou spokojenější se svou postavou než dívky.

H4: Předpokládám, že studenti a studentky středních škol mají více zkušeností s dietami než žáci a žákyně základních škol.

Vlastní výzkum byl prováděn na 13. Základní škole v Habrmanově ulici, Sportovním gymnáziu v Táborské ulici a na Hotelové škole v ulici U Borského parku. Všechny tři školy se nachází v Plzni. Celkem se zúčastnilo 11 žáků základní školy (7.,8. a

9. ročníku), 27 studentů Sportovního gymnázia (4. ročníku) a 14 studentů Hotelové školy (3.ročníku). Z toho 28 dívek a 24 chlapců.

Tabulka č. 1: Pohlaví a počet respondentů

| Pohlaví | Počet respondentů | | | | | |
|---------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Muž | 6 | 11,54 | 11 | 21,15 | 7 | 13,46 |
| Žena | 5 | 9,62 | 16 | 30,77 | 7 | 13,46 |
| Celkem | 11 | 21,16 | 27 | 51,92 | 14 | 26,92 |

Ve výzkumném vzorku máme na základní škole 6 chlapců a 5 dívek, na Sportovním gymnázium 11 chlapců a 16 dívek a na Hotelové škole 7 chlapců a 7 dívek. Ze získaných údajů je patrné, že celkový počet respondentů je 52, z toho 24 chlapců a 28 dívek, tedy 54% dívek a 46% chlapců.

13 Popis metody

Pro získání potřebných údajů jsem zvolila metodu anonymního dotazníku (viz příloha 1). Dotazníkové šetření je určeno především pro sběr dat. Přednosti dotazníku spočívají v malé časové náročnosti a možnosti získat velké množství údajů od více osob současně v krátké době. Nevýhodou je, že mezi tazatelem a dotazovaným dochází k omezení osobního kontaktu. Dotazovaná osoba nemusí přesně porozumět otázce a odpověď může být nepřesná. Otázky v dotazníku by proto měly být krátké, jednoznačné a neměly by být jakýmkoli způsobem, zavádějící.

Otázky mohou být otevřené, uzavřené nebo polouzavřené. U uzavřených otázek si respondent vybere odpověď, která se mu jeví jako správná a zaškrtně ji. U otevřených otázek má respondent možnost podrobnější odpovědi a polouzavřené otázky mají vedle výčtu alternativ navíc možnost „jiná odpověď“. Otevřené otázky jsou náročnější na vyhodnocení, hůře se interpretují a zpracovávají.

Já jsem použila anonymní, nestandardizovaný dotazník s otázkami otevřenými, uzavřenými i polouzavřenými. Vlastním otázkám předcházely identifikační znaky, které zjišťovaly pohlaví, věk, ročník a školu. Otázek bylo celkem 25 a byly písemně formulované.

14 Vyhodnocení dotazníků

V následující kapitole jsou podrobně rozebrány jednotlivé otázky dotazníku. Výsledky jsou vyhodnocovány zvláště pro žáky 13. základní školy, studenty Sportovního gymnázia a studenty Hotelové školy.

Otázka číslo 1: Jaká je tvoje současná váha a výška?

Tuto otázku jsem vyhodnocovala dle BMI(=body mass index)

Tabulka č. 2: BMI

| BMI | Kategorie | Zdravotní rizika |
|---------------|-----------------------------|----------------------|
| méne než 18,5 | podváha | vysoká |
| 18,5 - 24,9 | norma | minimální |
| 25,0 - 29,9 | nadváha | nízká až lehce vyšší |
| 30,0 - 34,9 | obezita 1. stupně | zvýšená |
| 35,0 - 39,9 | obezita 2. stupně (závažná) | vysoká |
| 40,0 a více | obezita 3. stupně (těžká) | velmi vysoká |

Vzorec pro výpočet BMI: $\text{BMI} = \text{hmotnost} / \text{výška}^2$

Zde jsem vypočítala BMI všech respondentů. Pro pozdější porovnání jejich vlastního pohledu na postavu se skutečnou váhovou kategorií. V následujících tabulkách uvádím zařazení respondentů do váhové kategorie.

Tabulka č. 3: Výsledky BMI – 13.základní škola

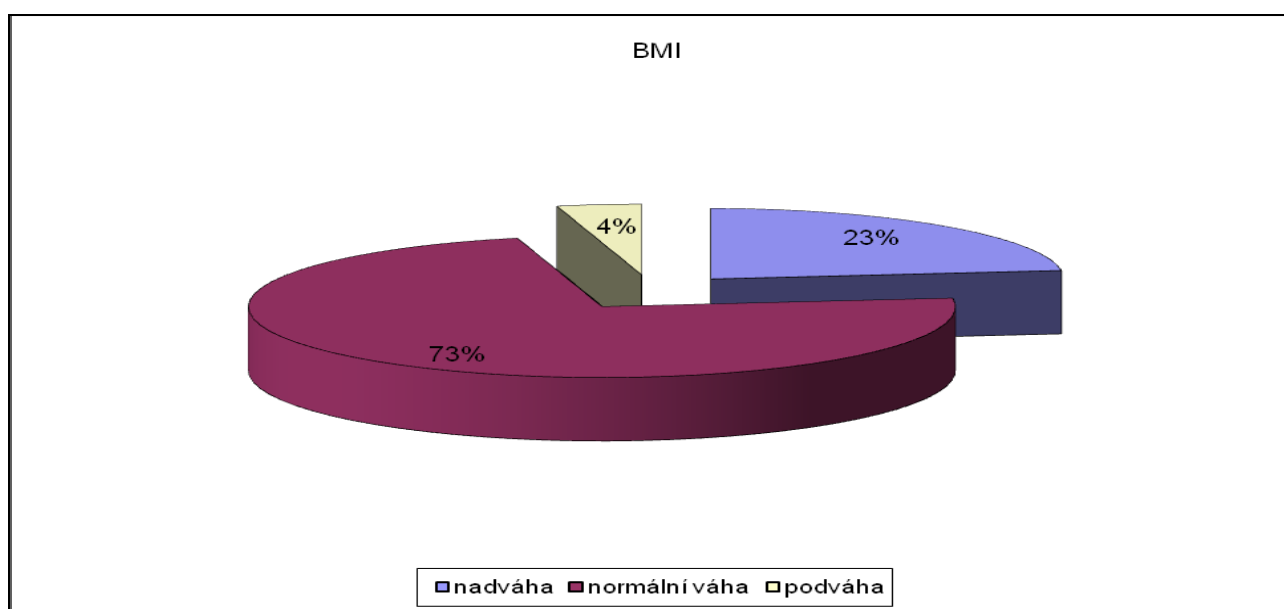
| pohlaví | nadváha | normální váha | podváha |
|---------|---------|---------------|---------|
| muž | 1 | 5 | 0 |
| žena | 1 | 4 | 0 |
| celkem | 2 | 9 | 0 |

Tabulka č. 4: Výsledky BMI – Sportovní gymnázium

| pohlaví | nadváha | normální váha | podváha |
|---------|---------|---------------|---------|
| muž | 2 | 9 | 0 |
| žena | 0 | 15 | 1 |
| celkem | 2 | 24 | 1 |

Tabulka č. 5: Výsledky BMI – Hotelová škola

| pohlaví | nadváha | normální váha | podváha |
|---------|---------|---------------|---------|
| muž | 4 | 3 | 0 |
| žena | 4 | 2 | 1 |
| celkem | 8 | 5 | 1 |



Graf č. 1: BMI kategorie

Z grafu je patrné, že podváhu mají 2 respondenti, nadváhu 12 a 38 dotazovaných mají normální váhu.

Otázka číslo 2: Jsi momentálně spokojený/á se svou váhou?

Tabulka č. 6: Spokojenost s váhou

| Pohlaví | Spokojenost | | | | | |
|---------|-------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Muž | 5 | 9,61 | 6 | 11,54 | 4 | 7,69 |
| Žena | 3 | 5,77 | 12 | 23,1 | 4 | 7,69 |
| Celkem | 8 | 15,38 | 18 | 34,64 | 8 | 15,38 |

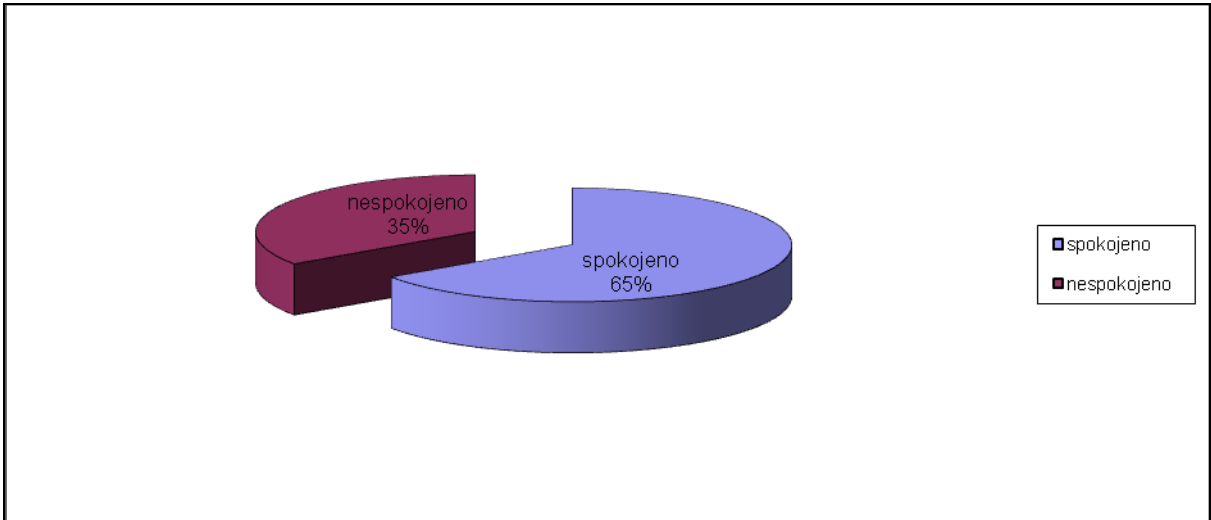
Tabulka č. 7: Nespokojenost s váhou

| Pohlaví | Nespokojenost | | | | | |
|---------|---------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Muž | 1 | 1,92 | 5 | 9,61 | 3 | 5,77 |
| Žena | 2 | 3,85 | 4 | 7,68 | 3 | 5,77 |
| Celkem | 3 | 5,77 | 9 | 17,29 | 6 | 11,54 |

Myslela jsem si, že u dětí na základní škole bude nespokojenost s vlastním tělem způsobena tím, že si budou myslet, že jejich váha je nižší, než má být. Ale nespokojena byla pouze jedna dívka, která měla BMI v normě a dva žáci, kteří měli nadváhu.

Na sportovním gymnáziu byl nespokojen jeden student s nadváhou, ostatní nespokojení žáci měli váhu v pořádku. Jedna žena měla podváhu, ale se svou váhou byla spokojena.

Na SOU gastronomickém měla jedna žena podváhu, ale se svou váhou byla spokojena. 3 muži a 3 ženy, kteří měli nadváhu spokojeni nebyli.



Graf číslo 2: Spokojenost se svým tělem

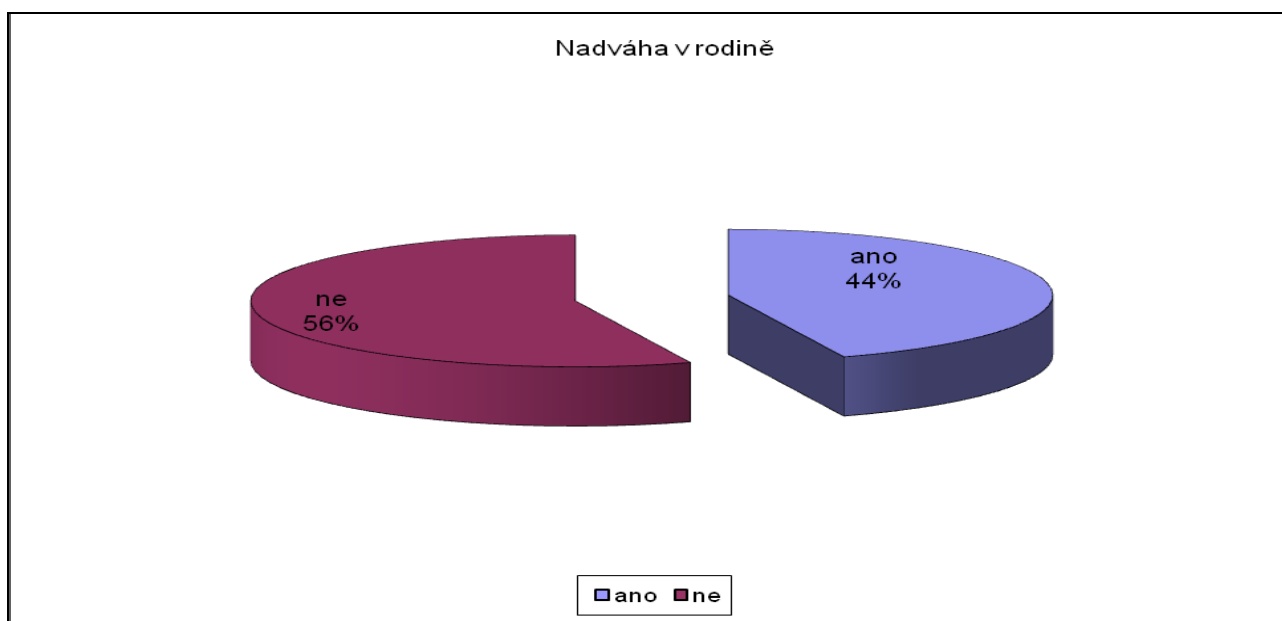
Z tohoto grafu je vidět, že 35% dotazovaných není se svou váhou spokojeno. U těchto dětí je vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy

tázka číslo 3: Má nebo měl u tebe v rodině někdo nadváhu?

Tabulka č. 8: Nadváha v rodině

| ANO/NE | Nadváha v rodině | | | | | |
|----------|------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Ano, má | 5 | 10 | 9 | 18 | 9 | 18 |
| Ne, nemá | 4 | 8 | 18 | 36 | 5 | 10 |
| Celkem | 9 | 18 | 27 | 54 | 14 | 28 |

Ze základní školy 2 žáci tento údaj nevyplnili. Celkem 46%, tedy 23 dotazovaných, má nebo mělo v rodině nadváhu. Z těchto 46% je 9 žáků nespokojeno se svou váhou a 5 žáků má rovněž nadváhu.

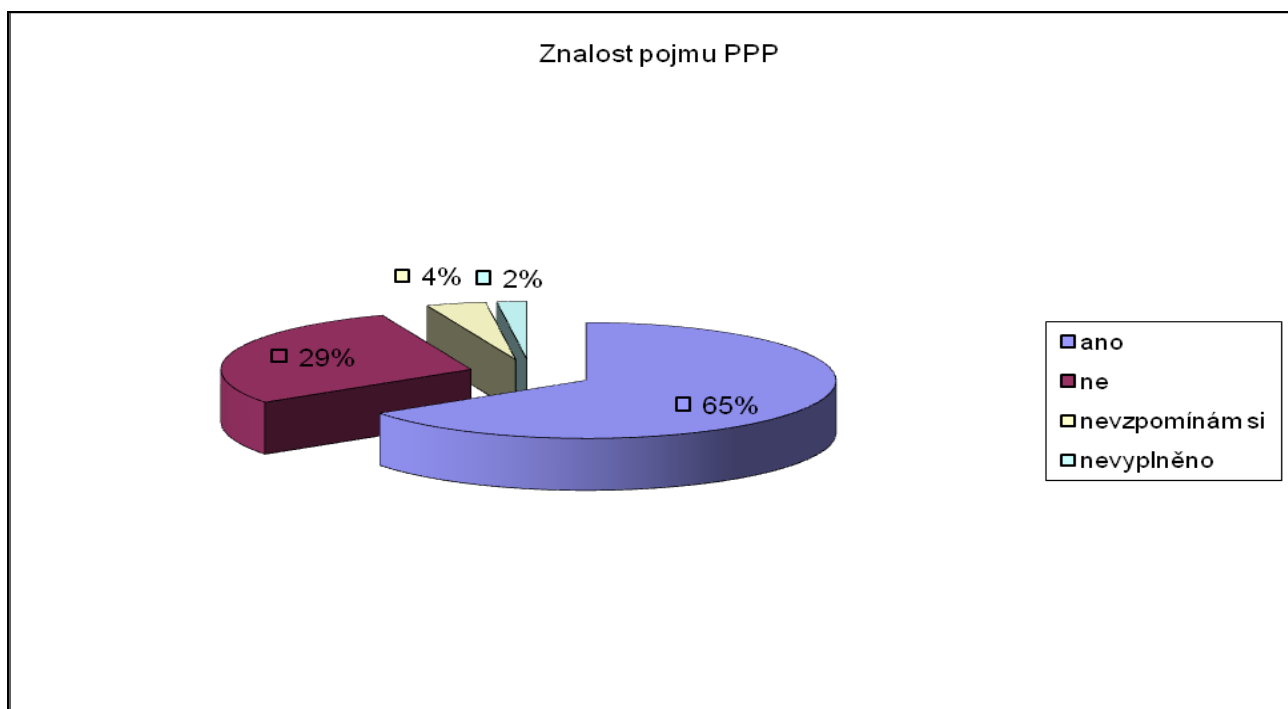


Graf číslo 3: Nadváha v rodině

Otázka číslo 4: Setkal (a) jsi se už s pojmem poruchy příjmu potravy?

Tabulka č. 9: Znalost pojmu ppp

| ANO/NE | Znalost pojmu ppp | | | | | |
|----------------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Ano | 5 | 10,2 | 18 | 36,7 | 11 | 21,5 |
| Ne | 3 | 6,1 | 9 | 18,3 | 3 | 6,1 |
| Nevzpomínám si | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 8 | 16,3 | 27 | 55 | 14 | 27,6 |



Graf číslo 3: Znalost pojmu ppp

Dva žáci ze základní školy zaškrtili, že si nevzpomínají, jedna žákyně ze základní školy tuto otázku nevyplnila, 3 děti ze základní školy nevěděly. Ze Sportovního gymnázia neznalo tento pojem 9 žáků a na Hotelové škole v Plzni na Borech 3.

Myslím si, že tato otázka byla všemi účastněnými, kromě jednoho ze základní školy, špatně pochopena, jelikož v dalších otázkách respondenti znali alespoň jeden z pojmů mentální anorexie a mentální bulimie.

Otázka číslo 5: Jestli ano kde?

Tabulka č. 10: Znalost pojmu ppp 2

| Místo | Znalost pojmu ppp 2 | | |
|------------|---------------------|---------------------|----------------|
| | ZŠ | Sportovní gymnázium | Hotelová škola |
| škola | 1 | 11 | 7 |
| rodina | 0 | 0 | 1 |
| média | 3 | 15 | 4 |
| jinde | 3 | 1 | 5 |
| nevyplněno | 5 | 10 | 3 |
| celkem | 12 | 37 | 20 |

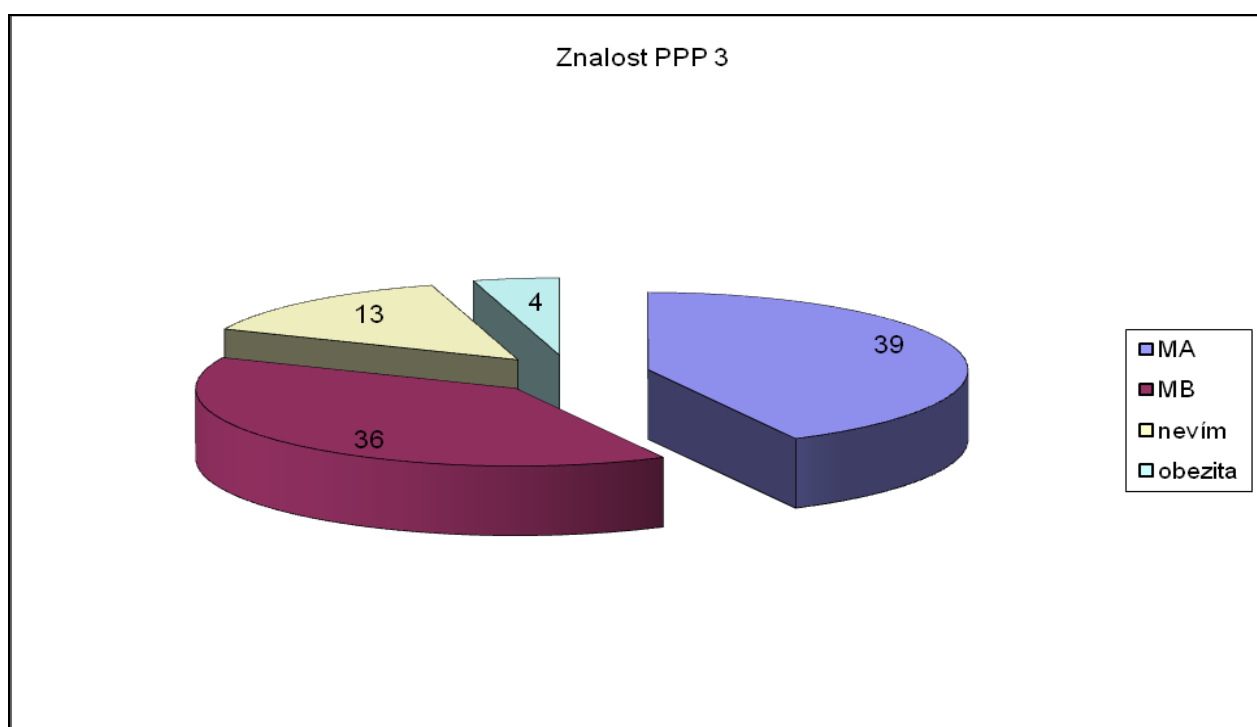
Devět žáků vyplnilo, že se s pojmem poruchy příjmu potravy setkalo jinde než v uvedených možnostech. Osm žáků se s pojmem setkalo mezi kamarády a jedna studentka osobně. Rodina poučila pouze jedno dotazované dítě. Škola 19 dětí, ale alarmující je, že ze základní školy si pouze jeden žák uvědomuje, že se zmíněnou látku učili. V médiích zaslechlo tento pojem 22 dotazovaných, což je skoro polovina - 42%.

Otázka číslo 6: Věděl(a) bys, jaké nemoci se do poruch příjmu potravy řadí?

Tabulka č. 11: Znalost pojmu ppp 3

| | Znalost pojmu ppp | | | |
|----------------------------|-------------------|---------------------|----------------|--------|
| | ZŠ | Sportovní gymnázium | Hotelová škola | Celkem |
| Mentální anorexie | 6 | 23 | 10 | 39 |
| Mentální bulimie/přejídání | 5 | 21 | 10 | 36 |
| Obezita | 0 | 4 | 0 | 4 |
| Nevím | 5 | 4 | 4 | 13 |

Ze získaných údajů je patrné, že nejznámější poruchou příjmu potravy je mentální anorexie. Zná ji celkem 39 lidí, což je 75%. 36 lidí by správně zařadilo do poruch příjmu potravy mentální bulimii. 4 lidi ze sportovního gymnázia by do této poruchy řadili obezitu, která je ale civilizační choroba. 13 lidí na otázku nevědělo odpovědět. 5 žáků ze základní školy, 4 z hotelové školy a 4 ze sportovního gymnázia. Zajímavé je, že jen žáci sportovního gymnázia řadili do poruch příjmu potravy obezitu.

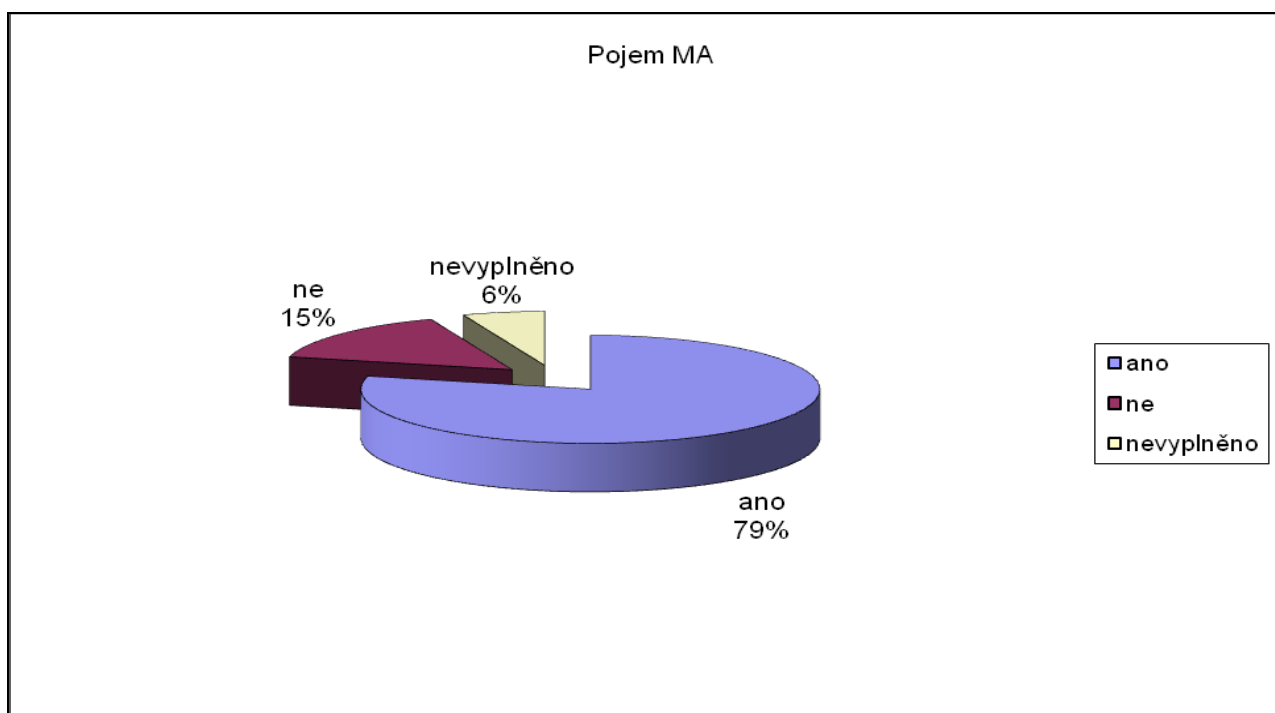


Graf číslo 4: Znalost ppp 3

Otázka číslo 7: Uměl(a) bys vysvětlit, co to je mentální anorexie?

Tabulka č. 12: Pojem mentální anorexie

| ANO/NE | Znalost pojmu mentální anorexie | | | | | |
|------------|---------------------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 5 | 9,61 | 26 | 50 | 10 | 19,23 |
| NE | 6 | 11,54 | 1 | 1,92 | 1 | 1,92 |
| nevyplněno | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5,77 |
| Celkem | 11 | 21,15 | 27 | 51,92 | 14 | 26,92 |



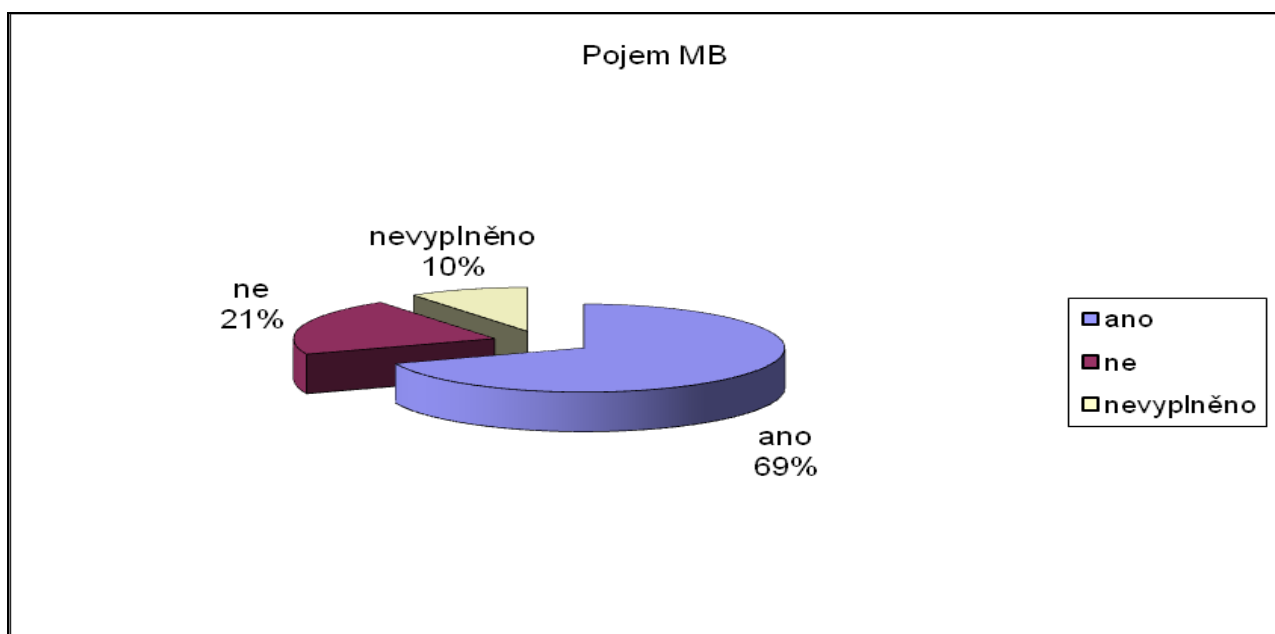
Graf číslo 5: Pojem mentální anorexie

Z uvedeného grafu je zřejmé, že 82% dotazovaných, celkem 41 respondentů ví, co znamená pojem MA. 16%, z toho 11,5% ze základní školy, tento pojem nezná a 3 respondenti tuto otázku nevyplnili.

Otázka číslo 8: Uměl(a) bys vysvětlit, co to je mentální bulimie?

Tabulka č. 13: Pojem mentální bulimie

| ANO/NE | Znalost pojmu mentální bulimie | | | | | |
|------------|--------------------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 5 | 9,61 | 23 | 44,23 | 8 | 15,38 |
| NE | 6 | 11,54 | 2 | 3,85 | 3 | 5,77 |
| nevyplněno | 0 | 0 | 2 | 3,85 | 3 | 5,77 |
| Celkem | 11 | 21,15 | 27 | 51,92 | 14 | 26,92 |



Graf číslo 6: Pojem mentální bulimie

Z uvedených údajů vyplývá, že 69% dětí ví, o co pojem mentální bulimie znamená, 21% dotazovaných tento pojem nezná a 10%, čili 5 respondentů, tuto kolonku nevyplnili.

Otázka číslo 9: Koho podle tebe poruchy příjmu potravy nejvíce postihují?

Tabulka č. 14: Koho ppp postihují nejvíce

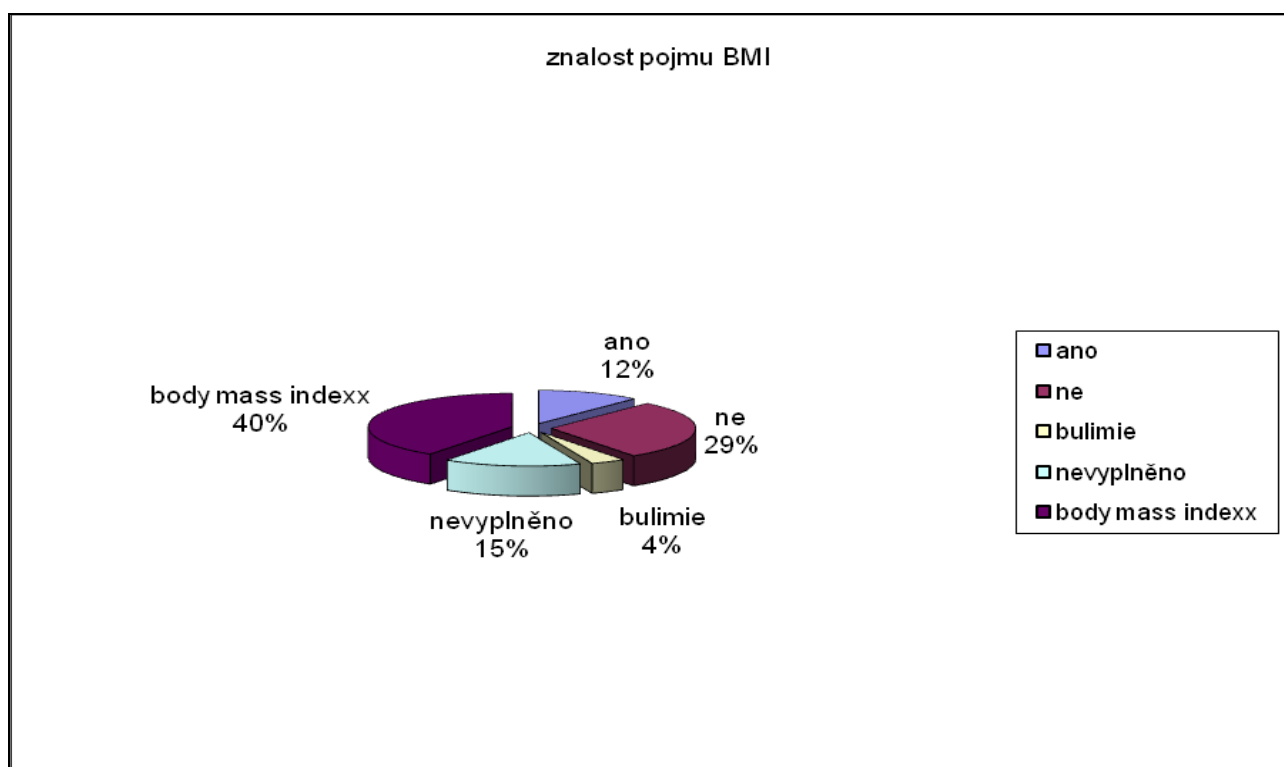
| Koho podle tebe poruchy příjmu potravy nejvíce postihují? | | |
|---|---------|-------|
| věk | chlapec | dívka |
| 10 | 0 | 2 |
| 11 | 0 | 2 |
| 12 | 0 | 3 |
| 13 | 2 | 9 |
| 14 | 2 | 10 |
| 15 | 4 | 26 |
| 16 | 3 | 21 |
| 17 | 3 | 21 |
| 18 | 1 | 19 |
| 19-25 | 1 | 11 |
| 25 a více | 1 | 4 |

Dva žáci ze základní školy na tuto otázku neodpověděli. Jeden respondent napsal, že obě pohlaví v každém věku, 4 respondenti si mysleli, že ppp postihuje nejvíce lidi po 40tém roce věku. 30 dotazovaných odpovědělo, že ppp nejvíce postihují dívky ve věku 15 let. Celkem 48 respondentů zaškrtnulo možnost 16 let a 17let .

Otázka číslo 10: Víš, co znamená zkratka BMI?

Tabulka č. 14: Zkratka BMI

| | BMI | | | | | |
|-----------------|--------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 1 | 1,92 | 2 | 3,85 | 3 | 5,77 |
| NE | 9 | 17,31 | 1 | 1,92 | 5 | 9,61 |
| bulimie | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3,85 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 4 | 7,69 | 3 | 5,77 |
| Body mass index | 0 | 0 | 20 | 38,46 | 1 | 1,92 |
| Celkem | 11 | 21,15 | 27 | 51,92 | 14 | 26,92 |



Graf číslo 7: Zkratka BMI

Z tabulky vyplývá, že jen jeden žák ze základní školy ví, co ten pojem znamená. Ze sportovního gymnázia 20 studentů napsalo, co pojem znamená. Celkem 29% dětí neví odpověď a 15% dotazovaných tuto otázku nevyplnilo.

Otázka číslo 11: Co si myslíš o dívce na obrázku?



Obr č.3: Dívka

tato otázka byla individuální. Vyskytly se následující možnosti:

je nemocná buď MA nebo MB-21x

je to chudák-2x

fuj, ošklivá-19x

vychrtlá-8x

měla problém, snažila se zhubnout-2x

asi moc nejí-1x

je jako z filmu o zombie apokalypse-1x

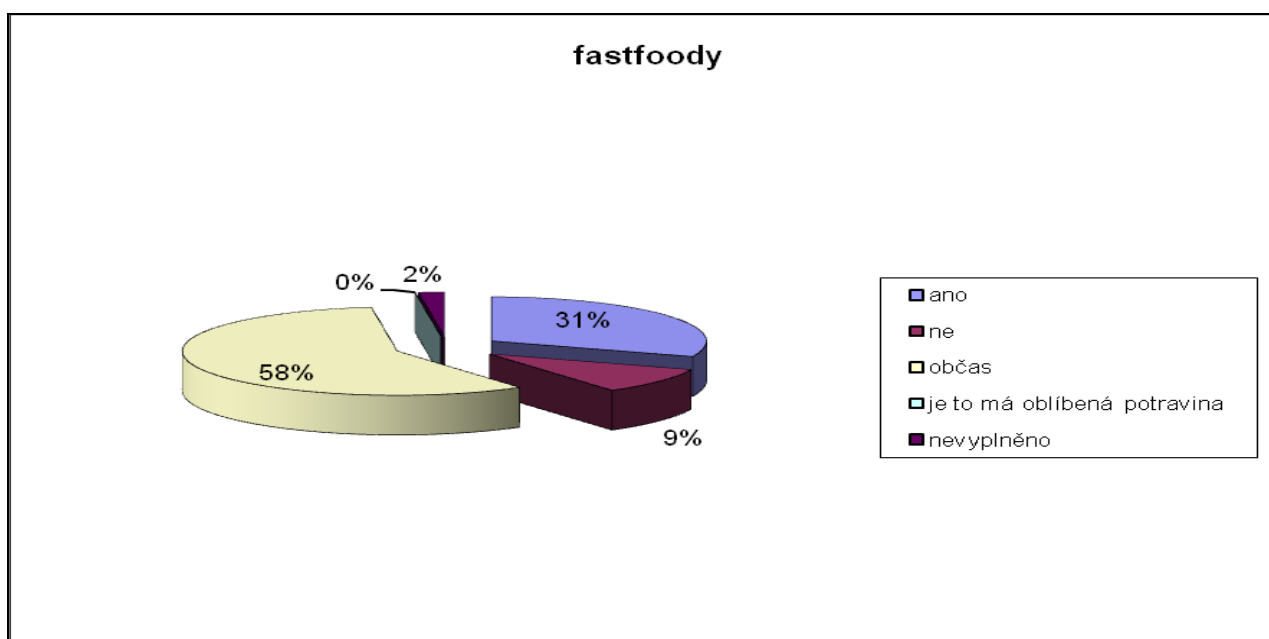
nejspíš vysněná váha každé ženy-1x

zřejmě modelka-1x

Otázka číslo 12: Jíš fastfoody (rychlé občerstvení – McDonald, KFC, BigBurger, AngusBurger,..) ?

Tabulka č. 15: Fastfood

| | Fastfood | | | | | |
|----------------------------|----------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 1 | 1,92 | 13 | 25 | 2 | 3,8 |
| NE | 3 | 5,7 | 1 | 1,92 | 1 | 1,92 |
| občas | 6 | 11,5 | 13 | 25 | 11 | 21 |
| Je to má oblíbená potravin | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nevyplněno | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



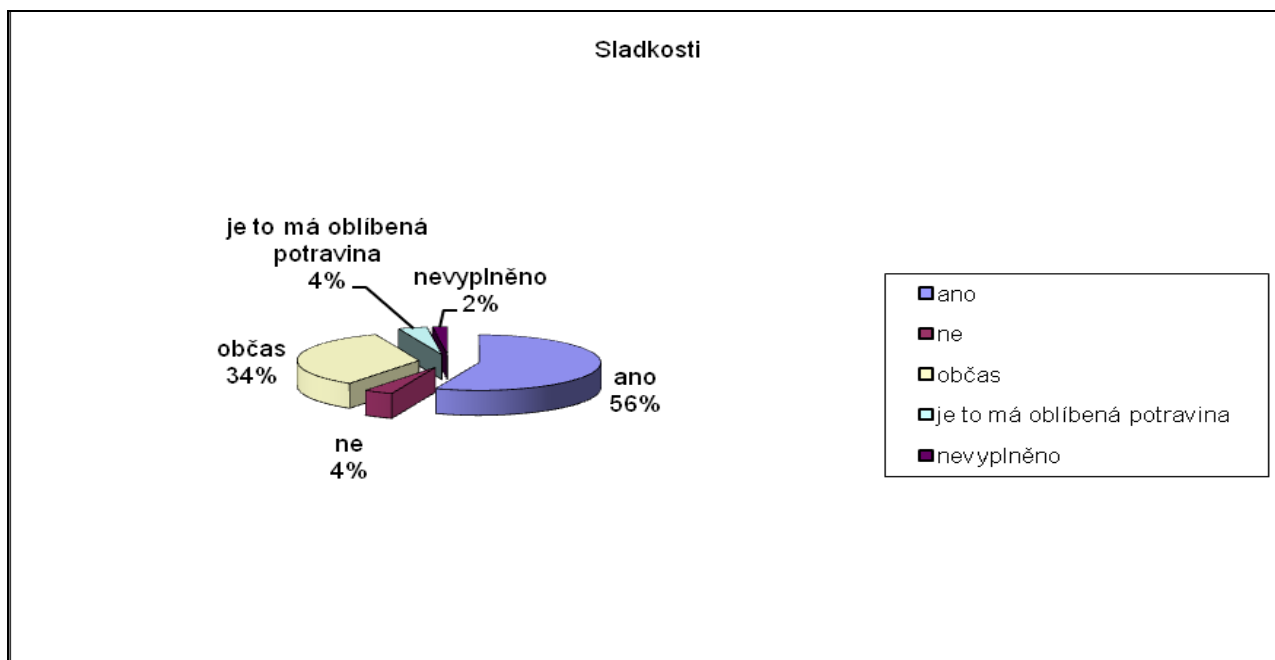
Graf číslo 8: Fastfoody

Z uvedené tabulky je zřejmé, že 5 dotazovaných fastfoody nejí vůbec a jeden žák odpověď nevyplnil. Nejčastěji se objevila odpověď občas jím fastfoody.(57%).

Otázka číslo 13: Jíš sladkosti?

Tabulka č. 16: Sladkosti

| | Sladkosti | | | | | |
|----------------------------|-----------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 6 | 11,5 | 15 | 28,8 | 8 | 15,4 |
| NE | 1 | 1,92 | 1 | 1,92 | 0 | 0 |
| občas | 3 | 5,7 | 9 | 17,3 | 6 | 11,5 |
| Je to má oblíbená potravin | 0 | 0 | 2 | 3,8 | 0 | 0 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



Graf číslo 9: Sladkosti

Sladkosti jí 55% všech dotazovaných. Pouze 2 respondenti sladkosti nejí vůbec

Otázka číslo 14: Napiš tři vlastnosti, které si myslíš, že mají chlapci na obrázku.



Obr. č. 4 Přejídání

Tato otázka byla individuální. Vyskytli se následující možnosti:

fuj:5x

obezita:30x

mají rádi fastfood:18x

nezažranost, přejídání, hodně jí:24x

lenost:10x

chuť k jídlu:5x

nechuť sportovat:11x

zlí-1x

hloupí-3x

machři-2x

mladí-2x

hloupost, ze strany rodičů-1x

hlad-1x

špatná vůle-5x

znudění-1x

pohodlní-1

bohatí, když jí ve fastfoodech-1x

rozmazlení-2x

špatné zdraví-1x

známí na internetu-1x

doma nevaří-1x

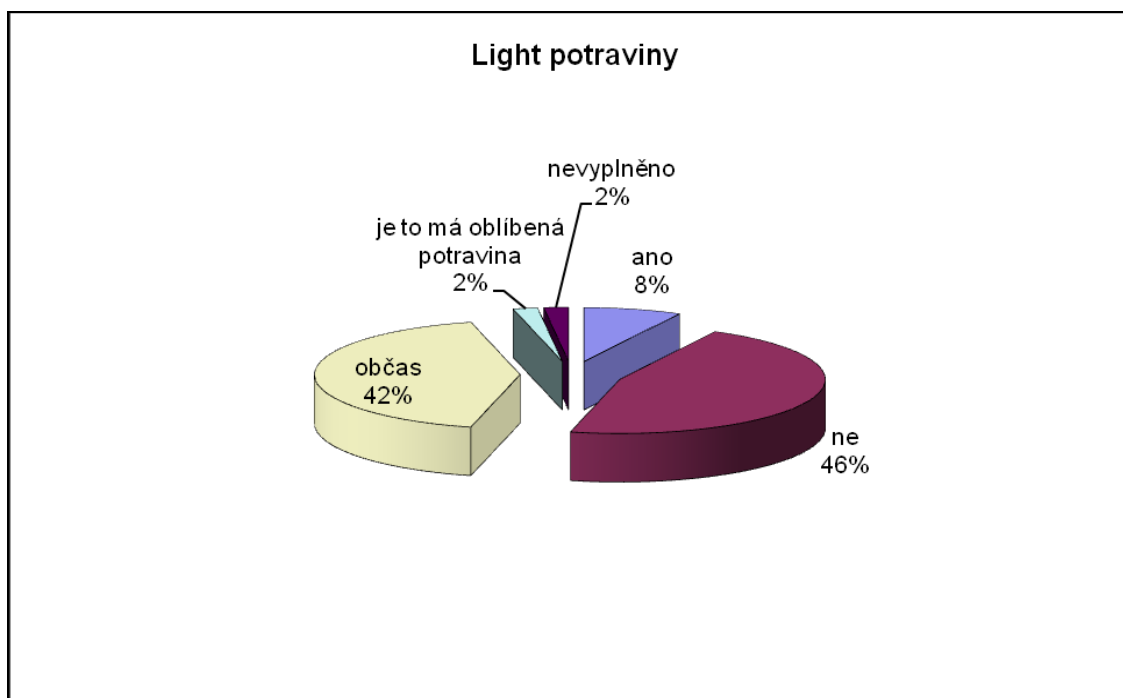
špatná adaptace do kolektivu-1x

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se obézním lidem přisuzují určité vlastnosti, aniž bychom je znali. Otázka byla u většiny respondentů špatně pochopena a jen několik napsalo opravdu vlastnost osobnosti. Nejčastěji se objevila odpověď obezita (58%) a nenažranost (46%).

Otázka číslo 15: Kupuješ si nebo si necháváš kupovat potraviny s označením light(nízkokalorické)?

Tabulka č. 17: Light potraviny

| | Light potraviny | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 1 | 1,92 | 3 | 5,8 | 0 | 0 |
| NE | 3 | 5,8 | 16 | 31 | 5 | 9,6 |
| občas | 6 | 11,5 | 8 | 21 | 8 | 21 |
| Je to má oblíbená potravina | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,92 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



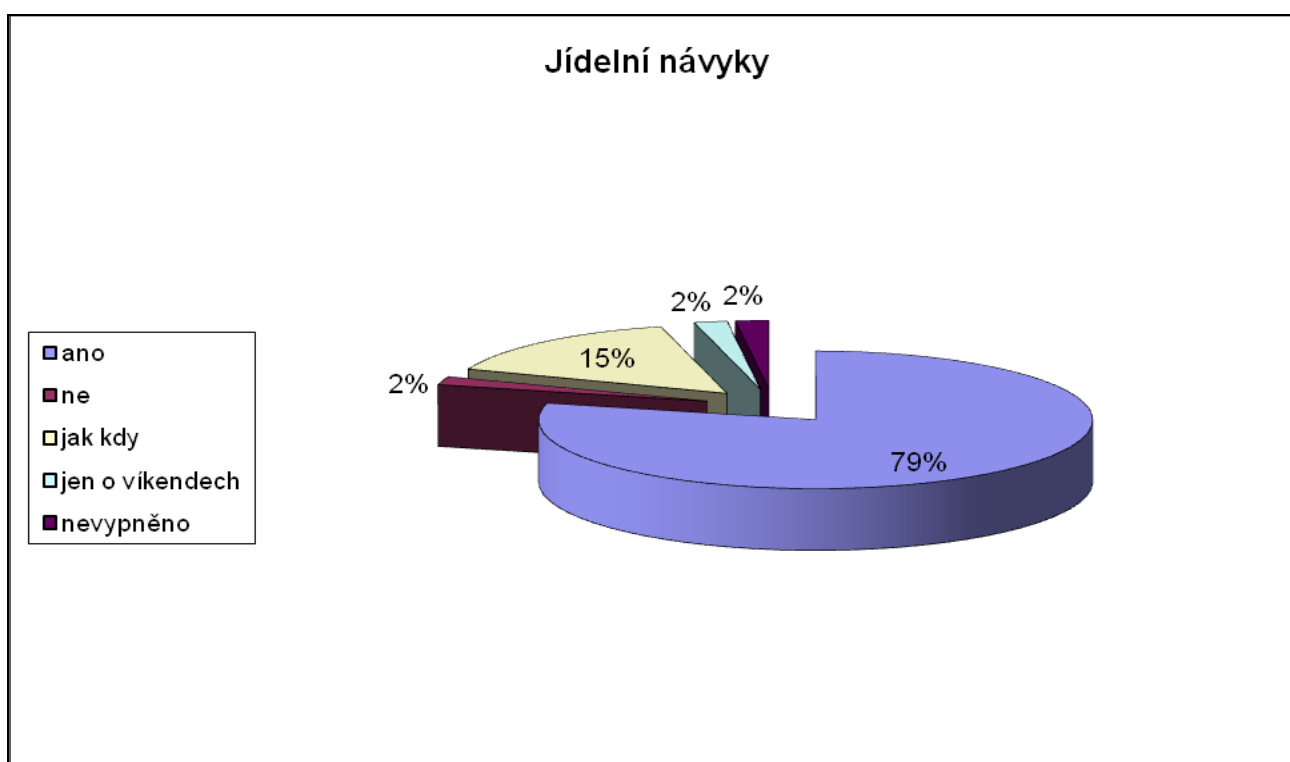
Graf číslo 10: Light potraviny

Téměř polovina dotazovaných si výrobky s označením light nekupuje, 42% občas a jen jedna studentka je má v oblíbeně. Jeden žák otázku nevyplnil.

Otázka číslo 16: Jíš denně alespoň třikrát?

Tabulka č. 16: jídelní návyky

| | Jídelní návyky | | | | | |
|-----------------|----------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 9 | 17,3 | 25 | 48 | 7 | 13,5 |
| NE | 0 | 0 | 1 | 1,92 | 0 | 0 |
| Jak kdy | 1 | 1,92 | 1 | 1,92 | 6 | 11,5 |
| Jen o víkendech | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,92 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



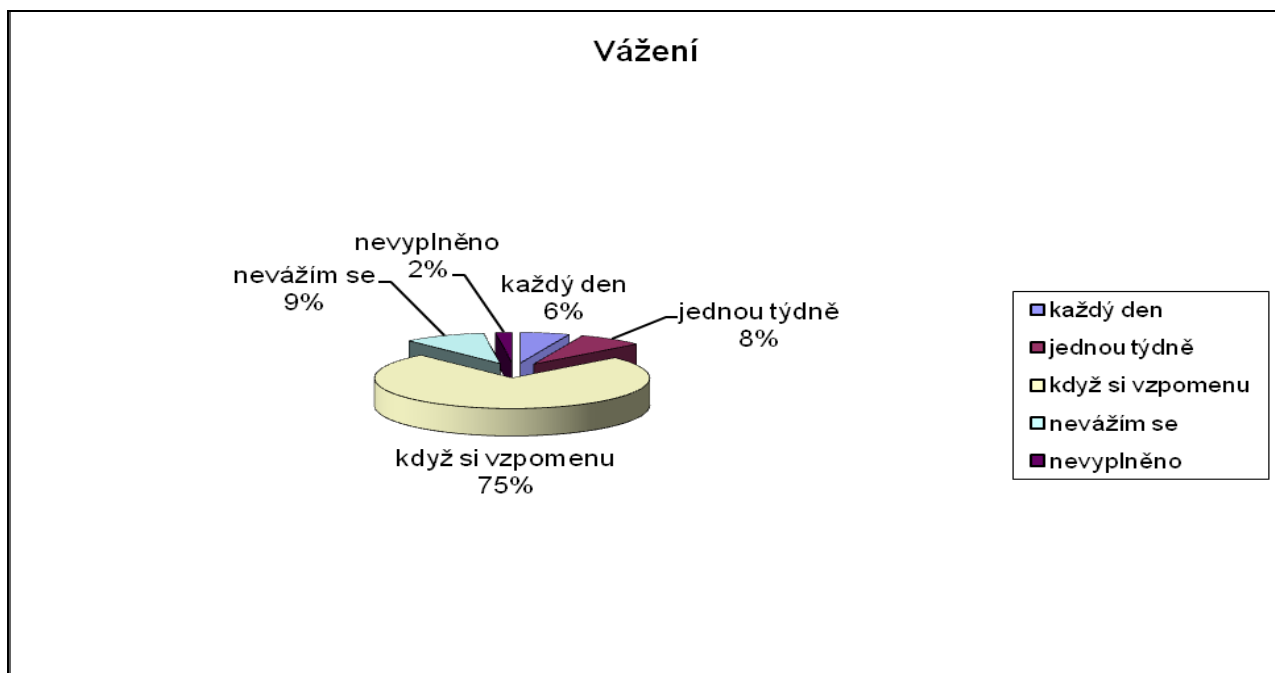
Graf číslo 11: Jídelní návyky

Celkem 79% uvedlo, že jí denně alespoň třikrát, 15% jak kdy a 2% jen o víkendech. 2% třikrát denně nejí a 1 dotazovaný otázku nevyplnil.

Otázka číslo 17: Jak často se vážíš

Tabulka č. 17: Vážení

| | Vážení | | | | | |
|------------------|--------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Každý den | 0 | 0 | 2 | 3,8 | 1 | 1,92 |
| Jednou týdně | 1 | 1,92 | 3 | 3,8 | 0 | 0 |
| Když si vzpomenu | 7 | 13,4 | 20 | 38,5 | 12 | 23 |
| Neváží se | 2 | 3,8 | 2 | 3,8 | 1 | 1,92 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



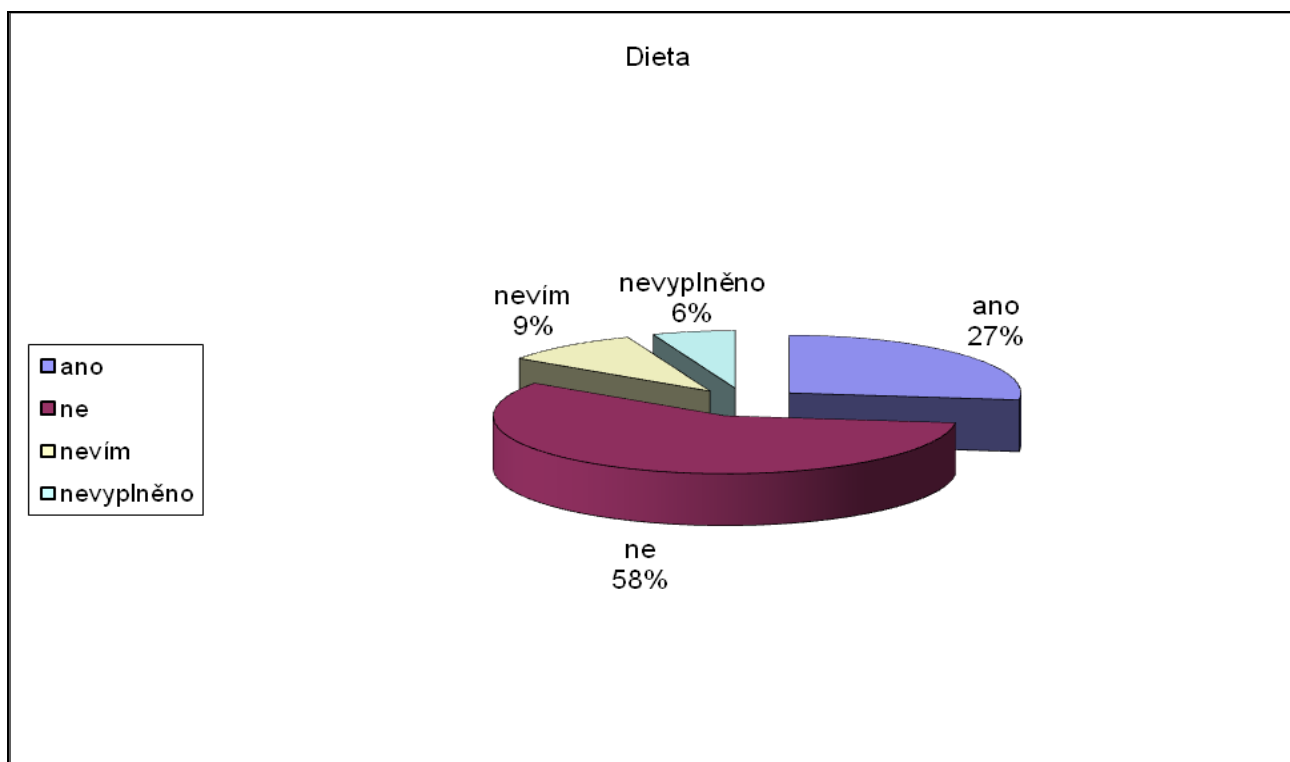
Graf číslo 12: Vážení

Pouze 3 dotazovaní se váží každý den. Nejčastější odpověď byla: když si vzpomenu (39 respondentů). Pět respondentů se neváží vůbec, čtyři jednou týdně a jeden žák otázku nevyplnil.

Otázka číslo 18: Drží u tebe v rodině někdo dietu?

Tabulka č. 18: Dieta

| | Dieta | | | | | |
|------------|--------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 3 | 5,8 | 7 | 13,5 | 4 | 7,7 |
| NE | 5 | 9,6 | 16 | 30,8 | 9 | 17,3 |
| nevím | 0 | 0 | 4 | 7,7 | 1 | 1,92 |
| nevyplněno | 3 | 5,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



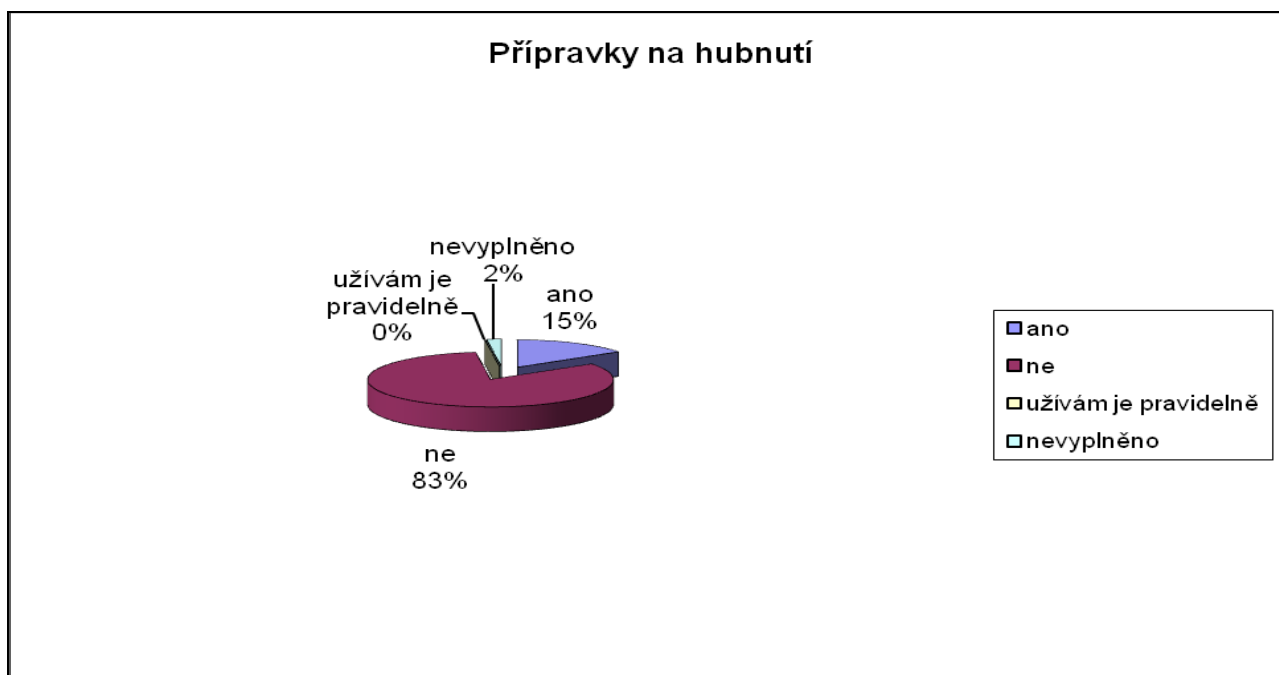
Graf číslo 13: Dieta

Rodiče 57% dětí dietu nedrží. Rodiče skoro jedné třetiny dietu drží. 5 dětí neví a 3 tuto otázku nevyplnily.

Otázka číslo 19: Zkoušel(a) jsi už někdy přípravky na hubnutí?

| Přípravky na hubnutí | Přípravky na hubnutí | | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 3 | 5,8 | 2 | 3,8 | 3 | 5,8 |
| NE | 7 | 13,5 | 25 | 48 | 11 | 21,5 |
| Užívám je pravidelně | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |

Tabulka č. 19 Přípravky na hubnutí



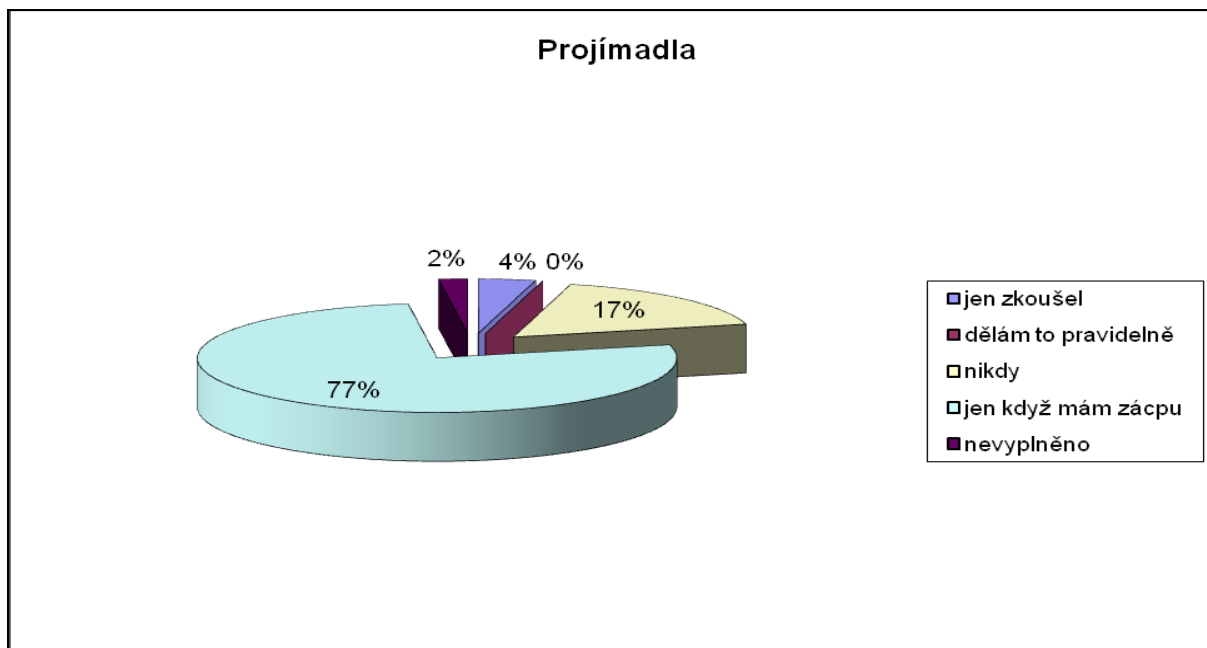
Graf číslo 14: Přípravky na hubnutí

Z vyplněných odpovědí vyplývá, že většina, tj. 83% přípravky na hubnutí nikdy nezkoušela. 8 dětí je zkusilo, z toho 3 ze základní školy. Povzbuzující je, že žádné z těchto dětí neužívá přípravky pravidelně. Jeden žák otázku nevyplnil.

Otázka číslo 20: Zkoušel(a) jsi už někdy projímadla?

Tabulka č. 20 Projímadla

| | Projímadla | | | | | |
|---------------------|------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Jen zkoušel | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 1 | 1,92 |
| Dělám to pravidelně | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nikdy | 7 | 13,5 | 23 | 44 | 10 | 19,2 |
| Když mám zácpu | 2 | 3,8 | 4 | 7,7 | 3 | 5,8 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



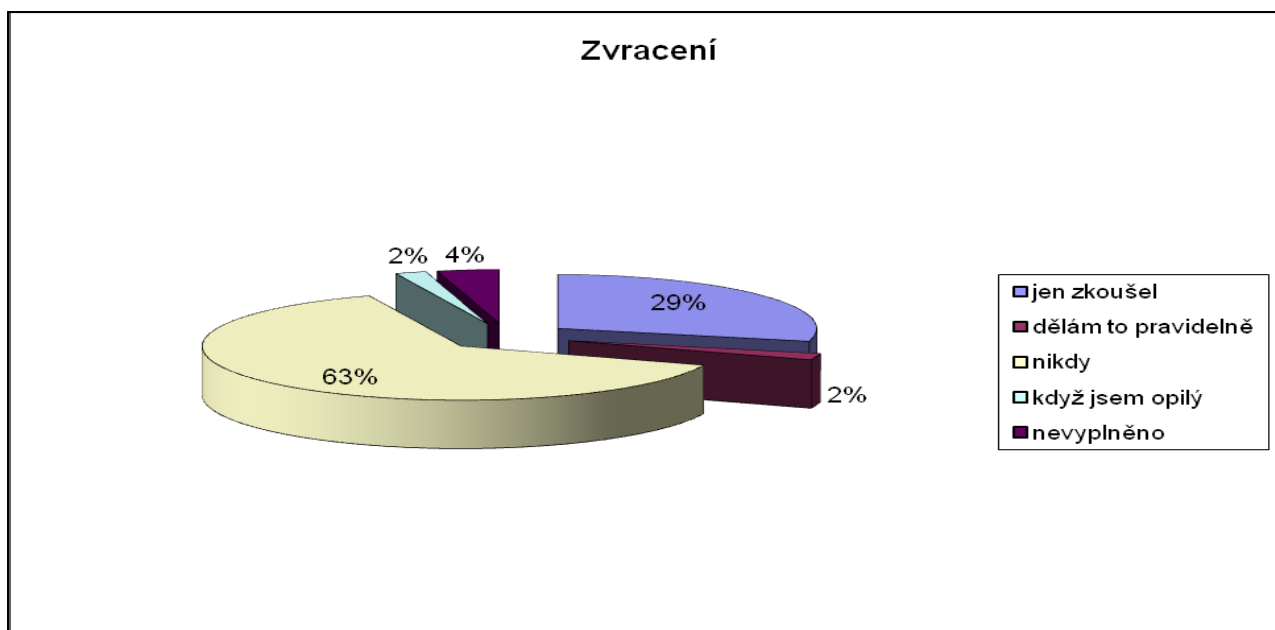
Graf číslo 15: Projímadla

Zhruba tři čtvrtiny (77%) dotazovaných projímadla nikdy nezkusila, 17% je užila jen, když měla zácpu. Žádný respondent tyto prostředky nežívá pravidelně a 1 žák otázku nevyplnil

Otázka číslo 21: Zkoušel(a) jsi si někdy vyvolat zvracení?

Tabulka č. 21 Zvracení

| | Zvracení | | | | | |
|---------------------|----------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Jen zkoušel | 1 | 1,92 | 7 | 13,4 | 7 | 13,4 |
| Dělám to pravidelně | 0 | 0 | 1 | 1,92 | 0 | 0 |
| nikdy | 8 | 15,4 | 18 | 34,6 | 7 | 13,4 |
| Když jsem opilý | 0 | 0 | 1 | 1,92 | 0 | 0 |
| nevyplněno | 2 | 3,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



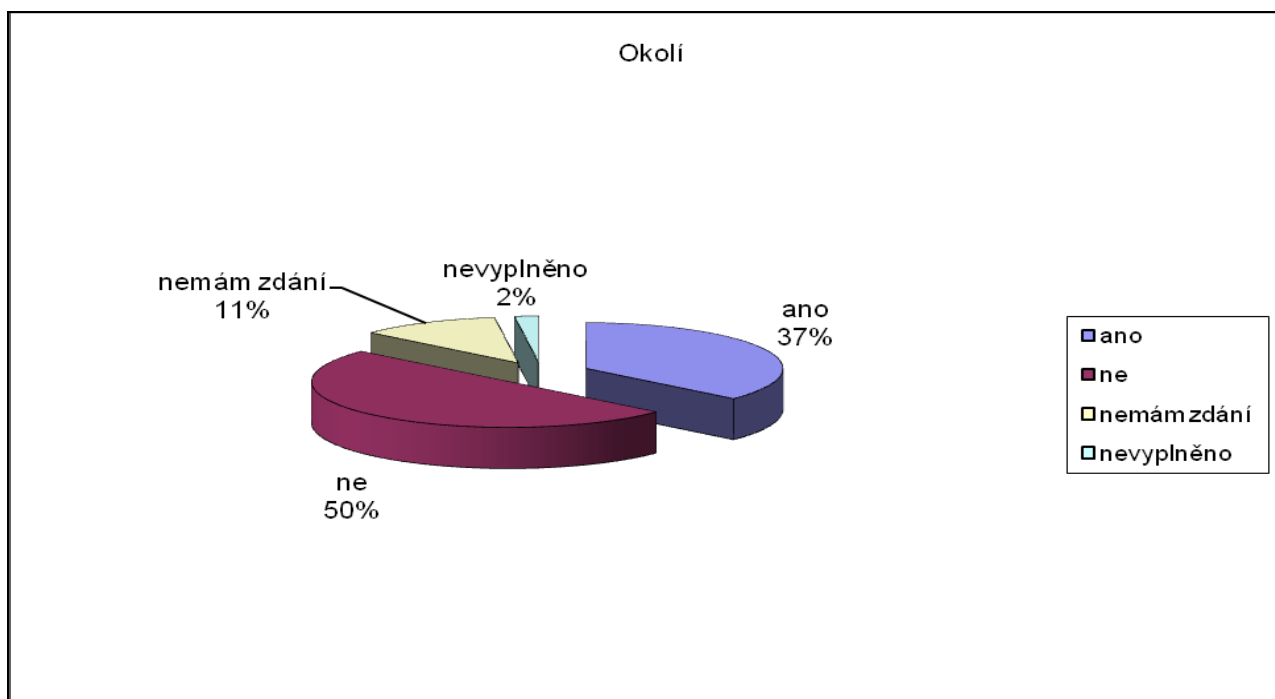
Graf číslo 16: Zvracení

63% dotazovaných si vyvolat zvracení nikdy nezkusilo. Jeden dotazovaný ze sportovního gymnázia to zkouší pravidelně. Jeden žák, když je opilý a 2 studenti tuto otázku nezodpověděli. U této otázky se děti často ptaly, zda je myšleno vyvolat si zvracení v opilosti nebo ve střízlivém stavu.

Otázka číslo 22: Znáš někoho s poruchou příjmu potravy?

Tabulka č. 22 Okolí

| | Okolí | | | | | |
|-------------|--------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| ANO | 3 | 5,8 | 8 | 15,4 | 8 | 15,4 |
| NE | 6 | 11,5 | 16 | 30,8 | 4 | 7,7 |
| Nemám zdání | 1 | 1,92 | 3 | 5,8 | 2 | 3,8 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



Graf číslo 17: Okolí

Téměř polovina dotazovaných nezná nikoho, kdo by poruchami příjmu potravy trpěl. 37% dotazovaných zná někoho s ppp, z toho 3 děti na základní škole, 8 studentů na gymnáziu a 8 na škole hotelové. Toto procento by bylo alarmující v případě, že by každý dotazový znal jinou osobu trpící poruchami příjmu potravy. Předpokládám ale, že tomu tak není. 12% respondentů neví.

Otázka číslo 23: Věděl(a) bys, co dělat, kdybys měl(a) podezření, že tvoje známá(ý) poruchou příjmu potravy trpí?

Tato otázka byla otevřená, vyskytly se následující možnosti:

řít to rodině:6x

poradit se s odborníkem (doktor, psycholog):18x

ano:7x

ne:7x

promluvit si:10x

kupovat fastfoody nebo hodně jídla:3x

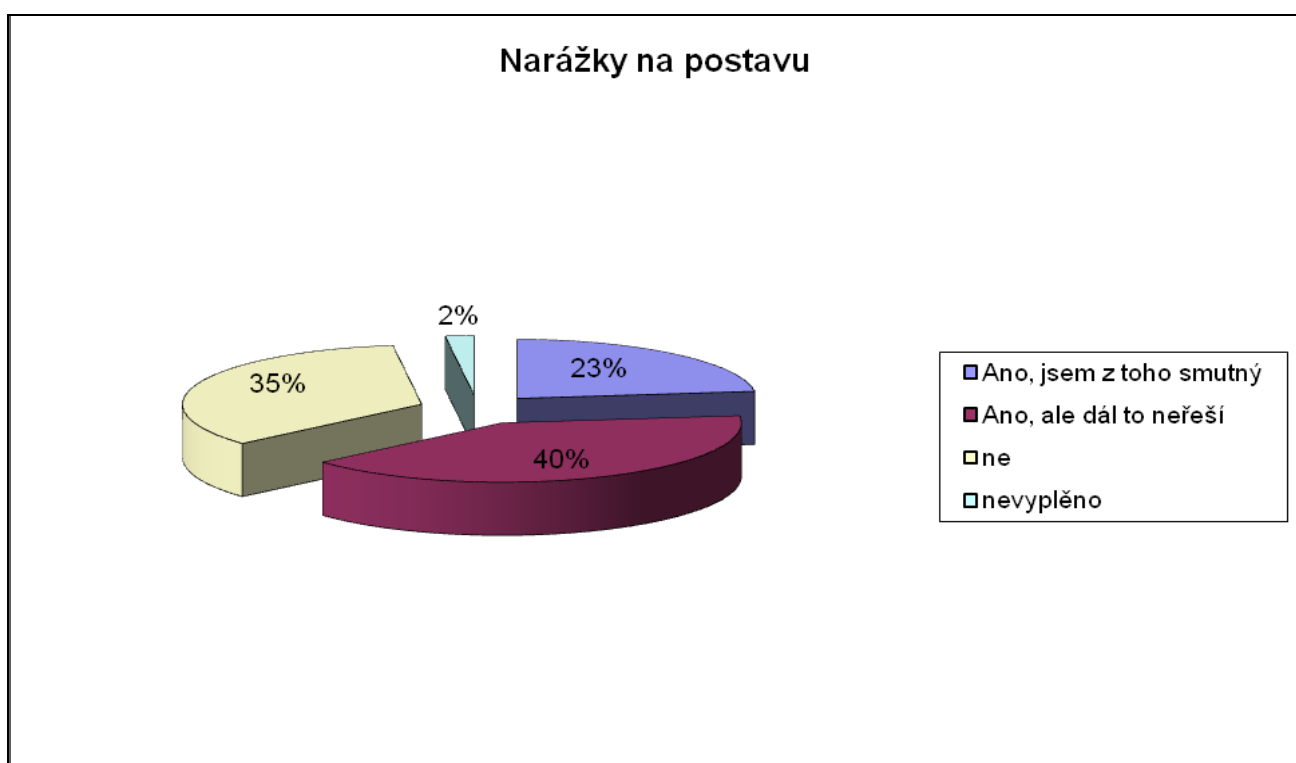
nemocnice:3x

Nejčastější odpovědí bylo poradit se s odborníkem (18 respondentů). Jen 7 dotazovaných by si nevědělo rady. Ostatní uvedli i jiné možnosti, které by mohly vést k řešení problému.

Otázka číslo 24: Trápí tě, když slyšíš narážky na svou postavu?

Tabulka č. 23 Reakce na narážky

| | Reakce na narážky | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|
| | ZŠ | | Sportovní Gymnázium | | Hotelová škola | |
| | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech | Celkem | V procentech |
| Ano, jsem z toho smutný | 1 | 1,92 | 8 | 15,4 | 3 | 5,8 |
| Ano, ale dál to neřeším | 4 | 7,7 | 9 | 17,3 | 8 | 15,4 |
| ne | 5 | 9,6 | 10 | 19,2 | 3 | 5,8 |
| nevyplněno | 1 | 1,92 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 21,5 | 27 | 52 | 14 | 27 |



Graf číslo 18: Reakce na narážky

23% dotazovaných je smutných, když jim někdo řekne něco nehezkého o postavě. 40% to není příjemné, ale dál to neřeší. 35% dotazovaných je to jedno. Jeden žák otázku nevyplnil.

Otázka číslo 25: Myslíš si, že se mužům víc líbí hubené ženy?

Tato otázka byl otevřená, vyskytly se následující možnosti:

ne-7x

akorát-4x

ano-19x

jak který (je to individuální)-7x

nevím-5x

hubené je relativní pojem-6x

Závěr

Nyní bych ráda zrekapitulovala, co je obsahem mé práce a jaké z ní plynou závěry.

Jak již bylo řečeno v dnešní populaci trpí těmito závažnými poruchami již více než 8 milionů lidí. Mentální bulimie a mentální anorexie jsou velkým problémem zejména pro žáky v období puberty a adolescence, kdy začínají srovnávat své „proporce“ s ostatními spolužáky, kamarády, ale i celebritami. Dle mého názoru, by bylo potřeba zaměřit se na tuto problematiku co nejdříve, protože jedinci trpící touto poruchou se objevují čím dál častěji v mladším věku.

Úkolem bakalářské práce bylo přehledně shrnout informace o poruchách příjmu potravy a zjistit, jaká je informovanost žáků a studentů o těchto poruchách.

V teoretické části jsem se zaměřila především na mentální anorexii a mentální bulimii, jež jsou nejrozšířenější. Shrnula jsem informace o jejich dlouhé historii, o tom, co všechno tyto poruchy může zapříčinit, jaké jsou možnosti léčby a o méně či více závažných zdravotních, psychických a sociálních následcích.

Ve výzkumné části jsem použila dotazník, který vyplnilo 52 respondentů. Žáci 13. Základní školy, studenti Sportovního gymnázia a studenti Hotelové školy. Odpovědi potvrdily mé první dvě hypotézy: Informování o poruchách příjmu potravy jsou více studenti středních škol než žáci základních škol, Chlapci jsou spokojenější se svou postavou více než dívky.

Třetí hypotéza, která zněla, že studenti a studentky středních škol mají více zkušeností s různými metodami hubnutí než žáci a žákyně základních škol se nepotvrdila. Studenti středních škol mají více zkušenosti s vyvoláním zvracení, ale v užívání prostředků na hubnutí a laxativ se jim žáci základních škol vyrovnají.

Z důvodu menšího vzorku dotazovaných ale nelze z tohoto šetření vyvozovat závěry, jelikož výsledek může být zkreslený.

Závěrem mohu konstatovat, že cíl bakalářské práce byl splněn, teoretické poznatky byly uceleny do přehledného celku a výzkumným šetřením je bakalářská práce obohacena o mnoho informací

Resumé

Bakalářská práce shrnuje základní informace o poruchách příjmu potravy, zejména mentální anorexii a mentální bulimii, jež jsou velice závažná psychosomatická onemocnění, která bez lékařské péče mohou končit rozvratem metabolismu nebo letálně.

Jelikož jsou tyto poruchy v dnešní době stále častější a končí ze všech psychických onemocnění nejčastěji smrtí, měl by o nich mít povědomí každý člověk, co se s nimi může v životě setkat, čili opravdu každý.

První část bakalářské práce se zabývá charakteristikou a historií poruch příjmu potravy, jejich příčinami, diagnostikou a prevencí. Výzkumná část zjišťuje informovanost o poruchách příjmu potravy u žáků základní školy a studentů střední školy, jejich životní styl a zkušenosti s dietami.

Resumé

My bachelor work covers elementary informations about eating disorder, particularly anorexia nervosa and bulimia nervosa which are both very serious psychosomatic illnesses which without medical care can end with a metabolical collapse or by death.

Because these illnesses are frequently lethal, general knowledge of these diseases should be increased.

The first part of this work occupies with characteristics and history of eating disorder, their causes, diagnostics and prevention. The second part assesses knowledge of eating disorder pupils of elementary and secondary schools, their lifestyle and their experience with diets.

Seznam použité literatury

BENEŠOVÁ, D., MIČOVÁ, L. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Sdružení MAC, 2003. ISBN 80-86015-91-2

BURDOVÁ, P. *Diplomová práce poruchy příjmu potravy*. Brno. Masarykova univerzita, 2009

CLAUDE- PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vydání. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

FALTUS, F. *Anorexia mentalit: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum, 1979.

FRANĀKOVÁ, S. aj. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000, ISBN 80-86009-32-7

HORT, V., HRDLIČKA, M. KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KARIKOVÁ, S. *Poruchy vývinu osobnosti dětí a mládeže*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 1996. ISBN 80-88825-80-6.

KRÁLOVÁ, L. *Diplomová práce Model růstu u lidí s poruchami příjmu potravy*. Brno. Masarykova univerzita, 2010

KRANZOVÁ, R., MALONEY, M.: *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1997. ISBN: 80-7106-248-0.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, spol. s.r.o., 2000. ISBN 80-7169-946-2.

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

KRCH F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vydání. Praha: MOTTO, 1998. ISBN 80-85872-86-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

- KULHÁNEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. 2001. Online na:
<http://zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy/>.
- LADISCHOVÁ, C. L., *Strach z jídla*. 1. Vydání. Ružomberok: Epos. s.r.o.,
2006. ISBN 80-89191-53-3
- LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*.
Svoboda Praha, 1995, 140s. ISBN: 80-205-0499-0.
- MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního
stylu*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-521-0
- MARÁDOVÁ E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha. Vzdělávací institut ochrany dětí,
2007. ISBN 978-80-86998-09-2
- NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno. Akademické
nakladatelství cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha,
2000. ISBN 85121-32-8
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha. Grada, 2010, ISBN 978-
80-247-2425-6
- ŘÍČAN P., KREJČÍŘOVÁ D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. Praha. Grada,
2006. ISBN 978-80-247-1049-5
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vydání. Praha: MAXDORF s.r.o.,
1996. ISBN 80-85800-33-0.
- SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Z deníku bulimičky*. Praha. Portál, 2003, ISBN 80-
7178-795-7
- STŘEDOVÁ, A. *Diplomová práce poruchy příjmu potravy u žáků na střední škole*,
Brno, Masarykova univerzita, 2010
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha. Portál, 2000. ISBN 80-7178-
308-0

Seznam použitých internetových zdrojů

www.idealni.cz

www.zdn.cz

www.uzis.cz

www.helpes.cz

www.celostnimedicina.cz

www.obezita.com

www.anorexie.ordinace.biz

www.zena.centrum.cz

www.anorexie.czechian.net

www.strava-credo.cz

www.hubnuti4you.cz

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník - poruchy příjmu potravy

pohlaví muž/žena

věk let

datum 20.....

škola

třída

1) Jaká je tvoje současná váha a výška?

2) Jsi momentálně spokojený(á) se svou váhou?

ano ne

3) Má nebo měl u tebe v rodině někdo nadváhu?

4) Setkal(a) jsi se už s pojmem poruchy příjmu potravy?

ano ne nevzpomínám si

5) Jestli ano kde?

škola rodina média jinde.....

6) Věděl(a) bys, jaké nemoci se do poruch příjmu potravy řadí?

7) Uměl(a) bys vysvětlit, co to je mentální anorexie?

8) Uměl(a) bys vysvětlit co to je mentální bulimie?

9) Koho podle tebe poruchy příjmu potravy nejvíce postihují?

chlapce/dívky věk.....

10) Víš, co znamená zkratka BMI?

11) Co si myslíš o dívce na obrázku?



12) Jíš fastfoody (rychlé občerstvení – McDonald, KFC, BigBurger, AngusBurger,..)?

ano ne občas je to má oblíbená potravina

13) Jíš sladkosti?

ano ne občas je to má oblíbená potravina

14) Napiš tři vlastnosti, které si myslíš, že mají chlapci na obrázku.



15) Kupuješ si nebo si necháváš kupovat potraviny s označením light (nízkokalorické)?

ano ne občas je to má oblíbená potravina?

16) Jíš denně alespoň třikrát?

ano ne jak kdy jen o víkendech

17) Jak často se vážíš?

každý den jedenkrát týdně když si vzpomenu nevážím
se

18) Drží někdo u tebe v rodině dietu?

ano ne nevím

19) Zkoušel(a) jsi už někdy přípravky na hubnutí?

ano ne užívám je pravidelně

20) Zkoušel(a) jsi někdy projímadla?

jen zkoušel dělám to pravidelně nikdy když mám zácpu

21) Zkoušel(a) jsi si někdy vyvolat zvracení?

jen zkoušel dělám to pravidelně nikdy

22) Znáš někoho s poruchou příjmu potravy?

ano ne nemám zdání

23) Věděl(a) bys, co dělat, kdybys měl(a) podezření, že tvoje známý(á), poruchou příjmu potravy trpí?

24) Trápí tě, když slyšíš narážky na svou postavu?

ano, jsem z toho smutný ano, ale dál to neřeším ne

25) Myslíš si, že se mužům více líbí hubené ženy?

Příloha č. 2: Diagnostická kritéria dle MKN-10 (F.50.0)

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlu, po kterém se tloustne nebo užívá jeden z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle.
- Rozsáhlá endokrinní porucha.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny. (Krch, 2005, s. 16, 17)

Příloha č. 3: Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku. Například pokles a udržování hmotnosti o 15% pod odpovídající normou.
- Intenzivní strach z přibírání na váze.
- Narušené vnímání vlastního těla.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů. (Krch, 2005, s. 16, 17)

Příloha č. 4: Diagnostická kritéria dle MKN-10

- K určení diagnózy mentální bulimie je třeba především těchto základních znaků:
- opakující se epizody přejídání, při nichž je v krátkém čase zkonsumováno velké množství jídla;
- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle;
- opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, nadměrné cvičení;

- chorobný strach z tloušťky, nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost.
V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.
(Krch, 2005, s. 16, 17)

